

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΠΟΪΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ "HORIZON" ΚΑΙ Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ "ΛΕΡΟΣ"

Στέλιος Στυλιανίδης

Ψυχίατρος, ερευνητής, επιστημονικός υπεύθυνος
των προγραμμάτων Ψυχικής Υγείας του Νομού
Ευβοίας (Ελλάδα). Επιστημονικός σύμβουλος της
D.G.5 Κοινωνικής Επιτροπής της Ε.Ο.Κ.

Το άρθρο αυτό βασίζεται σε μια ερευνητική μελέτη, σχετικά με την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών στην Ελλάδα. Εξετάζει τους παράγοντες εκείνους που έχουν επιπτώσεις στην όλη διεργασία για μια αποτελεσματική επανένταξη και εισηγείται συγκεκριμένους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος.

"Η δυστυχία της δύσης είναι ότι δεν συνάντησε ποτέ κάποιον άλλον απέναντί της για να της πει αυτό που πραγματικά είναι".

Ουμπέρτο Εκο

Το άρθρο αυτό θα επιχειρήσει να σκιαγραφήσει τις σχέσεις ανάμεσα στην πολυσυζητημένη έννοια της ψυχοκοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης στην Ψυχιατρική και στη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης.

Πιστεύουμε ότι κάθε προσπάθεια προσδιορισμού της αλληλεξάρτησης αυτών των δύο εννοιών, εξετάζοντας την έννοια της χρονικότητας στην ψυχιατρική, θα μας βοηθήσει να χαράξουμε με μεγαλύτερη άνεση τους κύριους άξονες αυτού του ζητήματος μέσα στην Ευρωπαϊκή πραγματικότητα και κυρίως να θέσουμε τα προβλήματα που παρουσιάζονται σήμερα στο πεδίο αυτό. Η βασική μας υπόθεση θα μπορούσε να διατυπωθεί ως εξής: δεν υπάρχει ένα μοντέλο αποϊδρυματοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Υπάρχουν όμως διαφορετικές εμπειρίες, σε διαρκή διαπραγμάτευση με τις ιδιαίτερες ανάγκες, φανερές και λανθάνουσες, κάθε "περιβάλλοντος" (περιφερειακού και εθνικού).

I. Αποϊδρυματοποίηση και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση: ορισμένοι αντιφατικοί ορισμοί

Θα ήταν χρήσιμο να υπενθυμίσουμε ότι κάθε απόπειρα προσδιορισμού αυτών των εννοιών οι οποίες εξάλλου είναι σύμφυτες σε κάθε ψυχιατρική μεταρρύθμιση, καθορίζεται από τις προ-έννοιες ή από την επιστημονική θέση που εκφράζει ο καθένας όσον αφορά την ψυχική λειτουργία του ανθρώπου και την χρονιότητα.

Η έννοια της χρονιότητας παραμένει ένα στοιχείο-κλειδί σε κάθε θεραπευτική και πρακτική προσέγγιση της αποκατάστασης.

Η ιατρική έννοια της χρονιότητας προέρχεται από την θετικιστική ψυχιατρική η οποία την θεωρεί ως ένα μη ανατρέψιμο στοιχείο της ψυχοπαθολογίας του υποκειμένου, ένα κλινικό χαρακτηριστικό, μια "ιδιότητα" της ψυχικής του λειτουργίας.

Η ιατρική διάγνωση είναι ένα βασικό πεδίο αναγνώρισης αυτής της αντίληψης στο επίπεδο της λειτουργίας της στην θεραπευτική (η ψυχική νόσος παρατεταμένης εξέλιξης θεωρούμενη ως μη αναστρέψιμη) και στο επίπεδο της κοινωνικής ετικέτας ο "χρόνιος" στην γενική ιατρική είναι το άτομο για το οποίο έχει αποφασισθεί, σε μια ορισμένη μορφή ασθένειας, ότι δεν υπάρχει καμία πλέον δυνατότητα παρέμβασης στην παθολογία του.

Η χρησιμοποίηση της έννοιας χρονιότητα/χρονιοποίηση στη ψυχιατρική είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις πρακτικές του ασύλου και άλλων ολοκληρωτικών ιδρυμάτων όπου η κατάσταση της χρονιότητας συγχέεται πλήρως με την καθημερινή ζωή του ατόμου στο οποίο αναφέρεται.

Με τη δημιουργία των ασύλων (19ος αιώνας) εμφανίζεται και η έννοια της χρονιότητας (G. Lanteri-Laura 1972), συνδεδεμένη με την ίδια τη φύση της νόσου.

Εδώ και 30 χρόνια ολόκληρο το κίνημα της κριτικής ψυχιατρικής βασίζεται στην επιστημολογική, θεωρητική και πρακτική αμφισβήτηση αυτής της αντίληψης της χρονιότητας καθώς και της έννοιας της χρονιοποίησης. Σύμφωνα με την κριτική αυτή, η απώλεια της αυτονομίας ενός υποκειμένου, η στέρξη των ηθικών του στηριγμάτων, η εξάρτηση, η ουσιαστική αλλοίωση της βιογραφίας του, η απώλεια των καθημερινών δεξιοτήτων του, ο αποκλεισμός του, και η είσοδός του σε ένα νέο κοινωνικό περιβάλλον, τον ψυχιατρικό κόσμο, δεν προκύπτει μόνον από την παθολογία του αλλά από το σύνολο των θεσμικών, κοινωνικών, νομοθετικών, ιατρικών πολιτισμικών μηχανισμών τα οποία έχουν δημιουργηθεί γύρω από το άτομο που φέρει την ετικέτα του αρρώστου. Ο αποϊδρυματισμός, ως θεωρία και ως κίνημα, είναι το σύνολο των πρακτικών που στοχεύουν στην αλλαγή όλων των μηχανισμών, ώστε να επανακτήσει ο ψυχιατρικός ασθενής τη θέση του πάσχοντος υποκειμένου.

Η χρονιοποίηση είναι επίσης συνδεδεμένη με την δυσλειτουργία των θεραπευτικών, θεσμικών και κοινωνικών απαντήσεων, με την αναπαραγωγή ενός δικτύου χρονιοποιήσεων και επαναληπτικών υπηρεσιών και παροχών το οποίο περιλαμβάνει την οικογένεια, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, το εργασιακό περιβάλλον, το σχολείο, το κοινωνιο-πολιτισμικό "περιβάλλον" του υποκειμένου. Δεν μπορεί λοιπόν να υπάρχει χωρισμός ανάμεσα στο ανάπηρο άτομο και στο σύνολο του κοινοτικού και κοινωνικού του "περιβάλλοντος" χωρίς την αναπαραγωγή των φαινομένων χρονιοποίησης.

Μία λεπτομερής βιβλιογραφική εξέταση της έννοιας της αποκατάστασης ξεπερνάει κατά πολύ τους στόχους αυτού του άρθρου (βλ. Saraceno et al, 1984).

Η γενική εντύπωση που αποκομίζουμε από τη βιβλιογραφία είναι μια διακύμανση ανάμεσα σε

περιοριστικές και εκλεκτικές θέσεις (αποκατάσταση συνδεδεμένη με ειδικές τεχνικές που απευθύνονται σε επιλεγμένους ψυχιατρικούς ασθενείς μέσα στο σύνολο του ιδρυματοποιημένου πληθυσμού) και σε επεκτατικές θέσεις (αποκατάσταση ως διαδικασία προοδευτικής απόκτησης του συνόλου των κοινωνικών δικαιωμάτων του ασθενή, ως παρέμβαση στη σφαιρικότητα της εμπειρίας του, σε ολόκληρο το “ψυχο-κοινωνικό” του πεδίο. Εν τούτοις, θα θέλαμε καταρχήν να υπογραμμίσουμε ότι η κεντρική άποψη της αποκατάστασης δεν είναι η χαρακτηριστικά ιατρική άποψη της ίασης, αλλά η αύξηση της “θετικής” συναλλαγής ανάμεσα στο υποκείμενο και στην κοινωνική ομάδα. Παίρνοντας υπόψιν της λεγόμενες “επεκτατικές” θέσεις, η αποκατάσταση ορίζεται με τη διαμεσολάβηση της πρακτικής της αποϊδρυματοποίησης, συνιστά δηλαδή την προκαταρκτική της πράξη (Saraceno 1983, Nahon L., Saraceno B., 1977 Basaglia F. 1971).

Η κριτική του ασυλιακού ιδρύματος και της χρονιότητας/χρονιοποίησης αποκτά μία συγκεκριμένη μορφή με τη διαμεσολάβηση της αποκατάστασης, που θέτει ως πρώτο της στόχο την προοδευτική αυτονομηση του ασθενή από την υλική και ψυχολογική του εξάρτηση από το ίδρυμα.

Κάτω απ’ αυτό το πρίσμα η φροντίδα που πρέπει να παρέχει στον ασθενή ένας τεχνικός της ψυχικής υγείας που ασχολείται με την αποκατάσταση θα πρέπει να περιλαμβάνει το σύνολο των μεταβλητών οι οποίες καθορίζουν αυτή την θετική συνεξέλιξη (E. Seyfried κ. άλλοι): εργασία, σπίτι, οικογένεια, κοινωνική ομάδα, οικονομικοί πόροι, κοινωνιο-υγειονομικές απαντήσεις των υπηρεσιών, μη διαχωρισμός των τόπων υγείας και των τόπων αρρώστιας στην καθημερινότητα, πρόληψη της περιθωριοποίησής του.

Η πλαισίωση (contextualisation) κάθε διαδικασίας αποκατάστασης αναδεικνύεται έτσι ως ο ακρογωνιαίος λίθος για τη σωστή πορεία του προγράμματος.

Μ’ αυτή την έννοια μπορεί το άσυλο να είναι ένας τόπος αποκατάστασης υπό τον όρο οι τεχνικοί που εργάζονται σ’ αυτό να έχουν συνείδηση της αναγκαιότητας να δράσουν στην κατεύθυνση μιας στρατηγικής αποκατάστασης.

Θα ολοκληρώσουμε προσωρινά το εισαγωγικό αυτό μέρος, συμφωνώντας με τον B. Saraceno (1984, 1989) ότι αποκατάσταση είναι η οποιαδήποτε παρέμβαση ή αστερισμός παρεμβάσεων οι οποίες τείνουν να μειώσουν πλήρως τις κοινωνικές μειονεξίες μιας σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας και να ελαττώσουν τους φραγμούς που έχουν κατασκευαστεί από την κοινωνία γύρω απ’ αυτήν την “αναπηρία”.

II. Ευρωπαϊκή πραγματικότητα: Το σταυροδρόμι των διαφορών

Περιθωριοποίηση, Εξαθλίωση και Ψυχική Υγεία

Η διαπιστωμένη σχέση μεταξύ φτώχειας και ψυχικής υγείας έχει επανειλημμένα αποδειχθεί σε πολλές εμπειρικές και επιδημιολογικές έρευνες.

Η κρίση του κοινωνικού, οικονομικού και πολιτισμικού “περιβάλλοντος” σε κάθε χώρα καθορίζει τις δυνατότητες διεξόδου και γενικότερα το γίνεσθαι της περιθωριοποίησης των πιο ευάλωτων κατηγοριών του πληθυσμού.

Ένα σωρό αλληλοεξαρτώμενοι παράγοντες επηρεάζουν τις διαδικασίες αποκλεισμού και απομάκρυνσης των ανθρώπων από μια “φυσιολογική” ζωή. Έτσι η κρίση και ορισμένες φορές η κατάρρευση του Κράτους - Πρόνοιας (Seyfried E. 1990), η αναποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων, η αυξανόμενη απόκλιση μεταξύ Βορρά και Νότου και πρόσφατα μεταξύ Δύσης και Ανατολής, “η έντονη ανάπτυξη μιας οικονομίας της πολυτέλειας σε ζωηρή αντίθεση με την στασιμότητα των τομέων που παράγουν αγαθά και υπηρεσίες πρώτης ανάγκης” (Choussoudousky M. 1991), η βαθιά μεταβολή του κοινωνικού ιστού με την αποσύνθεση των παραδοσιακών δικτύων υποστήριξης και αλληλεγγύης, η ρυθμιστική λειπουργία των κρατικών θεσμών, η κρίση αξιών και η βαθιά αλλαγή των σχέσεων ανάμεσα στο άτομο και την οικογένειά του, στην κοινότητα, το εργασιακό του περιβάλλον, το σχολείο του κλπ. δημιουργούν νέες κατηγορίες φτωχών και περιθωριακών και αυξάνουν σημαντικά τον αριθμό των αναπήρων (“natural disabilities”).

Είναι προφανές ότι οι επιπτώσεις όλων αυτών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και της επαγγελματικής επανένταξης των ψυχικά αρρώστων είναι σοβαρές. Αντιστοιχούν στον προηγούμενο στάδιο ανάπτυξης και/ή (ή στην ευπάθεια των κοινωνικών, προνοιακών και οικονομικών μέσων κάθε χώρας). Ο κίνδυνος “γκετοποίησης” των εξειδικευμένων ιδρυμάτων, ενσωμάτωσης/μη ενσωμάτωσης της προστατευμένης εργασίας για τους ψυχικά πάσχοντες, οι δυνατότητες αυτονομίησης/εξάρτησης του κάθε ανθρώπου, εξαρτώνται σημαντικά από την εξέλιξη του συστήματος οργάνωσης της περίθαλψης στον τομέα της ψυχικής υγείας σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα.

Αυτό ακριβώς θα εξετάσουμε εν συντομία ρίχνοντας το μεγαλύτερο βάρος στις πολιτικές αποκατάστασης που εφαρμόζονται ειδικότερα στο πεδίο της ψυχικής υγείας.

Β. Η εξέλιξη των πολιτικών στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ευρώπη (Σ. Στυλιανίδης, Galdas de Almeida, 1991)

Σε μία πολύ σύντομη αναδρομή στην εξέλιξη των πολιτικών στον τομέα της ψυχικής υγείας στις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε ευρωπαϊκής χώρας, ορισμένες εμπειρίες αξίζει να επισημανθούν λόγω της σημαντικής επιρροής και της επίδρασης που άσκησαν στον επιστημονικό και στον κοινωνικό χώρο: η γαλλική εμπειρία της θεσμικής ψυχοθεραπείας (psychotherapie institutionnelle) * και της ψυχιατρικής του τομέα (secteur) που ξεκίνησε τη δεκαετία του 50 και η αγγλοσαξωνική εμπειρία των θεραπευτικών κοινοτήτων και της κοινωνικής ψυχιατρικής που δρομολογήθηκε την ίδια εποχή, οι οποίες είχαν ουσιαστικά παραπλήσιους στόχους: αφ’ ενός τον εσωτερικό μετασχηματισμό των ψυχιατρικών ιδρυμάτων ώστε να μπορέσουν να λειτουργήσουν ως πραγματικά θεραπευτικά μέσα και αφ’ ετέρου την έξοδο της ψυχιατρικής παρέμβασης, εκτός νοσοκομείου, στην κατεύθυνση της κοινότητας.

Οι πρόοδοι που κατεγράφησαν στις ψυχιατρικές θεραπευτικές είχαν μια αναμφισβήτητη επιρροή στη διαδικασία της αλλαγής που είχε ήδη ξεκινήσει, καθιστώντας δυνατή την εκτός ψυχιατρείου περίθαλψη πολλών ασθενών που ως τότε ήταν καταδικασμένοι με μακροχρόνιους εγκλεισμούς σε

* Σ.τ.μ. Η πολυσημία της λέξης *institution* στα γαλλικά – θεσμός και ίδρυμα – επέτρεψε την πολλαπλή και διαφορούμενη χρήση της καθώς και τη σύγχυση γύρω από τον όρο *psychotherapie institutionnelle*. Εδώ υιοθετούμε την έννοια του θεσμού, σαν το σύνολο των πραγματικών, φανταστικών και συμβολικών σχέσεων μεταξύ των ατόμων σε ένα συγκεκριμένο χώρο.

ψυχιατρικά ιδρύματα. Στη βάση αυτής της αλλαγής βρίσκονται ωστόσο πολλοί παράγοντες, κυρίως οι ιδιαίτερα βίαιες κρπικές που ασκήθηκαν στην δεκαετία 60/70 (αγγλοσαξωνικό κίνημα αντιψυχιατρικής, κίνημα αποϊδρυματοποίησης στην Ιταλία), κρπικές που είχαν ως στόχο τις συνθήκες ζωής των ασθενών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και τα ιδεολογικά θεμέλια αυτών των ιδρυμάτων, καθώς και η εμφάνιση νέων αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια που επρόκειτο να βρουν την έκφραση τους στις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής και, αργότερα, στο κίνημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης υγείας και στις κοινωνικές επιχειρήσεις.

Η εμπειρία της παλκής αποϊδρυματοποίησης παρήγαγε τις πιο πλούσιες πρακτικές και θεωρητικές επεξεργασίες όσον αφορά τους θεσμικούς μετασχηματισμούς, κύρια στην επερώτηση των ασυλικών μηχανισμών, στη συμμετοχή μη επαγγελματικών ομάδων και ποικίλων κοινωνικών συνομιλητών στις κοινωνικές ενέργειες και στην προαγωγή της υγείας.

Από την δεκαετία του 60, όλες οι ευρωπαϊκές χώρες καθορίζουν νέες πολιτικές στον τομέα της ψυχικής υγείας, οι οποίες σε γενικές γραμμές βασίζονται στις ίδιες αρχές: ανάπτυξη υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα, αποϊδρυματοποίηση των ψυχιατρικών ασθενών, προαγωγή της ψυχικής υγείας των πληθυσμών και πρωτογενής πρόληψη της ψυχικής νόσου, ανάπτυξη προγραμμάτων Ψυχιατρικής αποκατάστασης, προσπάθεια των δικαιωμάτων των ασθενών.

Η πραγματοποίηση αυτών των πολιτικών αποδεικνύεται εξαιρετικά πολύπλοκη και παρουσιάζει αναρίθμητες δυσκολίες. Ανάμεσά τους η μειωμένη προτεραιότητα που δίνουν συνήθως οι κυβερνήσεις στην ψυχική υγεία, η έλλειψη οικονομικών μέσων για τη δημιουργία νέων υπηρεσιών (ιδιαίτερα επειδεδωμένη από την κρίση που έθιξε τα συστήματα υγείας τη δεκαετία του 70) και τα προβλήματα που συνδέονται με την εκπαίδευση και τα κίνητρα των ειδικών, ώστε να επενδύσουν σε μία διαδικασία αλλαγής. Από την άλλη πλευρά η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών θα αποκτήσει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και θα ακολουθήσει διαφορετικούς ρυθμούς στα διάφορα ευρωπαϊκά κράτη.

Παρά την ποικιλία που χαρακτηρίζει την εξέλιξη των ευρωπαϊκών υπηρεσιών υγείας βρίσκουμε κάποιες γενικές τάσεις τις οποίες και συνοψίζουμε παρακάτω:

1. Μείωση του ρόλου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου

Η προοδευτική μείωση του αριθμού των κρεβατιών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία είναι μια τάση που διαπιστώθηκε σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα στην Αγγλία (όπου οι ασθενείς των ψυχιατρικών ανάμεσα στο 1960 και στο 1985 έφτασαν από 145.000 στους 67.000 από τους οποίους οι 54.000 μόνον παρέμειναν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία), στην Ιταλία (όπου, από 54.000 ασθενείς το 1978 έφτασαν να είναι 36.000 το 1982), ή στην Ισπανία (όπου τα κρεβάτια στα ψυχιατρικά νοσοκομεία ανάμεσα στο 1975 και στο 1986 από 43.000 έφτασαν στα 30.000).

Επίσης το μέσο μέγεθος των ψυχιατρικών νοσοκομείων σημείωσε μια προοδευτική πώση και ο αριθμός των νοσοκομείων με περισσότερους από χίλιους ασθενείς ελαττώθηκε δραστικά.

Ο αριθμός των κλινών ανά 1.000 κατοίκους, ένας δείκτης που χρησιμοποιείται συχνά για την αξιολόγηση των υπηρεσιών της Ψυχικής υγείας μειώθηκε σημαντικά στις περισσότερες χώρες συμπεριλαμβανομένων κι εκείνων που παραδοσιακά είχαν τα πιο αυξημένα ποσοστά (για παράδειγμα η Ιρλανδία με 5,8 κρεβάτια το 1970 και 4,1 το 1982).

Είναι εξάλλου αξιοπρόσεκτο ότι η ίδια τάση παρατηρείται και στις τιμές. Ενώ στη δεκαετία του 70 η Π.Ο.Υ. συνιστά ανάμεσα σε 0,5 και 1.00 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους, το 1985 οι Βρετανικές αρχές υποδεικνύουν ήδη την τιμή από 0,3 ως 0,5 αρκεί να υπάρχουν οι αντίστοιχες κοινοτικές δομές. Και σε ορισμένες χώρες (Ιταλία και Ισπανία) όχι μόνο συνιστώνται ακόμη χαμηλότερες τιμές αλλά απαγορεύεται η δημιουργία ψυχιατρικών μονάδων με περισσότερα από 15 ως 25 κρεβάτια.

Η μείωση της αναγκαιότητας εγκλεισμού σε νοσοκομείο –λόγω της εισαγωγής των νέων θεραπευτικών, της δημιουργίας εξωνοσοκομειακών μηχανισμών και της ανάπτυξης προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης— οδήγησε όχι μόνον στον περιορισμό του αριθμού των κρεβατιών αλλά και στην αναδόμηση πολλών απ' αυτά τα ιδρύματα. Σε κάποιες περιπτώσεις, ένα μέρος των νοσοκομείων μετατράπηκε σε κατοικίες για ασθενείς με παρατεταμένη εξέλιξη, σε άλλες περιπτώσεις δημιουργήθηκαν νέες εξειδικευμένες υπηρεσίες για την αντιμετώπιση ειδικών καταστάσεων (π.χ. ψυχογηριατρικές υπηρεσίες).

2. Ίδρυση Ψυχιατρικών Μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία

Οι νοσηλείες των ψυχιατρικών ασθενών σε Γενικά Νοσοκομεία είναι μια άλλη τάση που αναπτύχθηκε στις Ευρωπαϊκές χώρες.*

3. Πρωτοβάθμια περίθαλψη Υγείας και Ψυχική Υγεία

Η αναγνώριση του θεμελιακού ρόλου της πρωτοβάθμιας περίθαλψης Υγείας όπως αυτή αναφέρεται στη Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) αντικατοπτρίζεται με τον έναν ή με τον άλλο τρόπο στις πολιτικές της υγείας της δεκαετίας του 80, οι οποίες έδωσαν μεγαλύτερη προτεραιότητα στην οργάνωση της ευρύτερης περίθαλψης με επίκεντρο όχι την αρρώστεια αλλά τους ανθρώπους που έχουν προβλήματα υγείας και οι οποίοι είναι ενταγμένοι στο κοινωνικό και οικογενειακό τους "περιβάλλον", εξασφαλίζοντας εκτός από την πρώτη επαφή, μια συνεχή περίθαλψη στη διάρκεια των διαφόρων φάσεων της ζωής των ανθρώπων αυτών. Αν όντως οι συνεισφορές στην ψυχική Υγεία υπήρξαν αναμφισβήτητα πολύτιμες για την εμφάνιση των νέων αυτών αντιλήψεων όσον αφορά στην υγεία και στην αρρώστεια, θα πρέπει επίσης να υπογραμμίσουμε ότι και οι αντιλήψεις αυτές άσκησαν μία σαφή επιρροή στην εξέλιξη των πολιτικών στον χώρο της Ψυχικής Υγείας.**

* Αν και δεν έχουμε στη διάθεσή μας γενικά δεδομένα σε σχέση με τη σημερινή κατάσταση γνωρίζουμε ότι το 1982 τα ψυχιατρικά κρεβάτια στα γενικά νοσοκομεία της Αγγλίας, Σουηδίας και Δανίας ήταν αντιστοίχως το 11,5%, το 17,8%, το 12,1% του συνόλου των ψυχιατρικών κρεβατιών αν και τα στοιχεία αυτά αναλογούν στο 23,5%, 48,7% και 44,6% των εισαγωγών.

Αν και η δημιουργία αυτών των μονάδων δεν έγινε με έναν ικανοποιητικό ρυθμό εξακολουθούν να ιδρύονται Ψυχιατρικές Μονάδες στα Γενικά Νοσοκομεία σ' όλες τις χώρες της Ευρώπης, καταγράφοντας έναν ολοένα και μεγαλύτερο αριθμό εισαγωγών, κυρίως νοσηλείας μικρής διάρκειας και επιτρέποντας έτσι την προοδευτική αντικατάσταση της παλαιάς διάκρισης σε βάρος του ψυχικά πάσχοντος.

Ένα από τα συνακόλουθα της είναι και η ανάπτυξη της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής που έχει ως στόχο την παροχή ψυχιατρικής κάλυψης στους ασθενείς που νοσηλεύονται στα ιατρικά και χειρουργικά τμήματα του γενικού νοσοκομείου και υποφέρουν από ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα.

** Έτσι, γνωρίζουμε ότι, στις ευρωπαϊκές χώρες, από 1.000 άτομα, και σε μία περίοδο 12 μηνών, τα 250

Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν ακόμη περισσότερο την αναγκαιότητα εγκατάστασης των ομάδων της ψυχικής υγείας μέσα στην Κοινότητα και γι' αυτό ακριβώς θεωρούμε σήμερα τόσο σημαντική την σύσταση δικτύων συνεργασίας ανάμεσα στις ομάδες αυτές και σε άλλους μηχανισμούς υγείας στην κοινότητα, κυρίως τους οικογενειακούς γιατρούς.

4. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των Ψυχιατρικών ασθενών

Ένας από τους τομείς όπου τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε η πλέον καταφανής πρόοδος είναι ασφαλώς ο τομέας της ψυχιατρικής αποκατάστασης. Απέναντι στον ψυχιατρικό ασθενή ο τελικός στόχος δεν είναι μόνον να αντιμετωπισθεί η νόσος του αλλά να γίνει ότι κρίνεται αναγκαίο για την προώθηση της κοινωνικής του ενσωμάτωσης και να καταστεί δυνατό το πέρασμά του σε μια κατάσταση όπου θα αναγνωρίζεται η θέση του ως υποκείμενο και το δικαίωμά του να ζει με όσο είναι δυνατόν περισσότερη αυτονομία.

Γι' αυτό το λόγο τα θεραπευτικά προγράμματα αποκατάστασης, που έχουν ως προορισμό την προώθηση της απόκτησης των απαραίτητων δεξιοτήτων για μια αυτόνομη ζωή, και με τα δίκτυα υποστήριξης στο ζήτημα της κατοικίας και της επαγγελματικής επανένταξης. Οι λύσεις που έχουν βρεθεί στον τομέα της κατοικίας για τις περιπτώσεις των ασθενών που δεν μπορούν να ζήσουν με την οικογένειά τους ξεκινούν από την τοποθέτηση σε μία άλλη οικογένεια και φθάνουν μέχρι τη χρησιμοποίηση προστατευμένων διαμερισμάτων. Στον τομέα της εργασίας, εκτός από την επαγγελματική εκπαίδευση των ασθενών, δημιουργήθηκαν διάφοροι τρόποι διευκόλυνσης της εισόδου τους σε θέσεις εργασίας αντίστοιχες με τις ικανότητες του καθενός: προστατευμένα εργαστήρια, συνεταιρισμοί, προγράμματα στήριξης για την είσοδο των ασθενών στην κανονική αγορά εργασίας.

Ιδιαίτερα σημαντική, τα τελευταία χρόνια, υπήρξε η εμπειρία που αποκτήθηκε από την ανάπτυξη των συνεταιρισμών (Ιταλία) και σε άλλες μορφές κοινωνικών επιχειρήσεων (π.χ. στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ιρλανδία, στην Ολλανδία) οι οποίες συνδέουν τους στόχους της κοινωνικοεπαγγελματικής επανένταξης με την λογική μίας επιχείρησης. Η αποϊδρυματοποίηση εξακολουθεί να είναι ο πρωταρχικός στόχος στο χώρο της ψυχικής υγείας. Οι προηγούμενες όμως εμπειρίες απέδειξαν ότι για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος χρειάζεται αφενός να προηγηθεί μια εργασία μετασχηματισμού των συνθηκών ζωής στα ίδια τα ιδρύματα και αφετέρου η δημιουργία ενός συνόλου ενδιάμεσων δομών (κέντρα ημέρας, προστατευμένα διαμερίσματα, συνεταιρισμοί κλπ.) που θα είναι σε θέση να εγγυηθούν μια αποτελεσματική αποκατάσταση του ψυχιατρικού ασθενή.*

περίπου παρουσιάζουν ψυχιατρική νοσηρότητα, εκ των οποίων τα 190 καταφεύγουν στους οικογενειακούς γιατρούς και 17 μόνο καταλήγουν στις ψυχιατρικές υπηρεσίες.

* Όπως, μόνον η μείωση των κρεβατιών των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων (Πολιτική "απονοσοκομειοποίησης") δεν μπορεί να λύσει το πρόβλημα της ταυτότητας του κοινωνικού, πολιτισμικού και οικονομικού status των ψυχικά αρρώστων που ζουν στην Κοινότητα. Ο κοινωνικός χώρος, ο επαγγελματικός χώρος, και γενικότερα ο χώρος ζωής που προτείνεται στους ασθενείς από τις διάφορες μορφές κοινωνικών επιχειρήσεων συνεισφέρει σε μία βαθιά αλλαγή της ψυχιατρικής κουλτούρας των υπηρεσιών και κυρίως προσφέρει συγκεκριμένα δυνατότητες αποκατάστασης της μειονεξίας, της ανικανότητας, της ανεπάρκειας των ανθρώπων αυτών.

Όλα αυτά προϋποθέτουν βέβαια ότι οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας συνεργάζονται με πολλές άλλες δυνατότητες και θεσμούς, δημόσιους και ιδιωτικούς, που παρεμβαίνουν με τον έναν ή με τον άλλον τρόπο στο ίδιο το πολιτιστικό περιβάλλον (contexte), τοπικό, εθνικό ή διεθνές.

III. Στοιχεία - κλειδιά για μια διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στο πλαίσιο των Ευρωπαϊκών Πρωτοβουλιών

Τα κριτήρια που θα παρουσιαστούν εδώ με έναν εντελώς σχηματικό τρόπο είναι το προϊόν της συλλογικής επεξεργασίας μιας ομάδας εργασίας* που συστάθηκε με την προτροπή της Κοινωνικής Επιτροπής της Ε.Ο.Κ. για να παρουσιάσει ένα πρώτο τεχνικό κείμενο για την εκλογιμότητα των προγραμμάτων στο πλαίσιο των Ευρωπαϊκών Πρωτοβουλιών (κυρίως το πρόγραμμα HORIZON).

Έχουμε συνείδηση της ανομοιότητας των διαφορετικών εμπειριών αποκατάστασης, στο ιδιαίτερο κοινωνιο-οικονομικό "πλαίσιο" (contexte) κάθε ευρωπαϊκής χώρας, της ρητής ή σιωπηρής επιθυμίας κάθε έθνους να δηλώσει τη διαφορά που, να διαχωρίσει ενδεχομένως τη θέση του. Κι όμως αυτά τα

* Στην ομάδα που συνεδρίασε δύο φορές (Παρίσι 22.02.91 και Βρυξέλλες 11.4.91) συμμετείχε ένας ορισμένος αριθμός επαγγελματιών ειδικών στον τομέα της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Ο θεωρητικός στόχος ήταν κατ' αρχήν να σχεδιαστεί ένα θεωρητικό πλαίσιο το οποίο θα συγκέντρωνε την ευρύτερη συγκατάθεση όσων συμμετείχαν και να διατυπωθούν ορισμένα στοιχεία-κλειδιά για κάθε πρόγραμμα σ' αυτό το πλαίσιο. Την ευθύνη για την τελική μορφή του κειμένου είχε ο συγγραφέας αυτού του άρθρου και συντονιστής της ομάδας εργασίας. Ο κατάλογος των ονομάτων όσων συμμετείχαν στις δύο αυτές συνεδριάσεις είναι ο εξής:

Γερμανία: E. SEYFRIED, Ισπανία: V. BASAURI, M. LOREZ ALVAREZ, J. GARCIA GONZALES, Γαλλία: G. BAILLON, M. BENGHOZ, B. CHOURAQUI, M.B. COMTE, B. JOLIVET, T. LAINE, CL. LOUZOUN, Mrs. J. RINAUDO, Prof. C. VEIL, Ελλάδα: Σ. Στυλιανίδης, Ιρλανδία: M. O' LEARY, Ιταλία: ST. MARTURINI, FR. ROTELLI, B. SARACENO, Πορτογαλία: Prof. J. CALDAS DE ALMEIDA, F.S.E.: G. KATZOYRAKHS και A. ROBA, M.I.R.E.: L. BRAMS, B. DORAY, J.M. RENNES Βέλγιο: A. ΔΡΟΣΣΟΣ, Μεγάλη Βρετανία: Edith Morgan.

- Με τον όρο "περιβάλλον" ή "πλαίσιο" (contexte) εννοούμε εδώ το σύνολο των πρακτικών και συμβολικών μεσολαβήσεων που εγγυώνται στο άτομο τη θέση του μέσα στην κοινωνία που του εξασφαλίζουν την αναγνώριση της αξιοπρέπειας του και, και με μια ευρύτερη έννοια, διευθετούν την ποιότητα της κοινωνικής του ζωής.

- • Οι ενέργειες αυτές, που πρέπει να διαχωρίζονται από τη διάκριση και τον απομονωτισμό που χαρακτηρίζει τον προνοιακό χώρο, αφορούν ταυτόχρονα το οικονομικό πεδίο, το πολιτισμικό πεδίο και το υποκειμενικό δυναμικό των ανθρώπων. Έτσι πρέπει να αξιοποιηθούν και να προσαρμόσουν τα ίδια τα μέσα του κόσμου της εργασίας, ώστε να πραγματοποιηθεί ο στόχος μιας πραγματικής εγγραφής των ανθρώπων αυτών στην οικονομική αγορά. Τα προγράμματα θα στοχεύουν επίσης στον μετασχηματισμό της παραδοσιακής ψυχιατρικής κουλτούρας με την προώθηση των νεωτεριστικών τρόπων παρέμβασης που προτείνουν. Περιμένουμε επίσης από το πρόγραμμα HORIZON να στραφεί και στην ανάπτυξη, των δεξιοτήτων των ατόμων. Τότε θα μπορέσουμε να προεξοφλήσουμε και τα θεραπευτικά αποτελέσματα μιας τέτοιας κίνησης ακόμα κι αν, απ' αυτή την άποψη, το ουσιώδες πρέπει να διαδραματιστεί σε ένα άλλο πλαίσιο.

κριτήρια μπορούν να σηματοδοτήσουν μια νέα διαδικασία ανταλλαγών και αντιπαραβολών ανάμεσα στις διαφορετικές ομάδες ενός Ευρωπαϊκού χώρου που οικοδομείται αυτή τη στιγμή:

Το πρόγραμμα Horizon, που έχει ως στόχο την επαγγελματική εκπαίδευση και ένταξη των λεγομένων “αναπήρων” ή “μειονεκτούντων”, οφείλει κυρίως να συμβάλλει στο ξεπέρασμα διαφόρων προσεγγίσεων (νατουραλιστικών), και σιγματισμών που παγιώνουν την “αναπηρία”. Αντίθετα στο πρόγραμμα αυτό υπογραμμίζονται οι εξελικτικές δυνατότητες των ασθενών οι οποίες και προωθούνται με αποφασιστικές ενέργειες στο “περιβάλλον” (contexte).

IV. Κριτήρια για την επιλεξιμότητα των προγραμμάτων HORIZON-ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

A. Χαρακτηριστικά

1. Κάθε πρόγραμμα πρέπει να είναι διακρατικό και εναρμονισμένο με την Κοινοτική πρωτοβουλία HORIZON.

Η σύσταση κάθε διακρατικής ομάδας πρέπει να εξασφαλίζει:

α) Την ανταλλαγή εκπαιδεύσεων των τεχνικών της ψυχιατρικής, των επαγγελματιών και των χρηστών.

β) Την εφαρμογή ενός κοινού συστήματος αξιολόγησης ανάλογο με τους δηλωμένους στόχους κάθε προγράμματος.

γ) Την μεταφορά της τεχνογνωσίας ανάμεσα στις διάφορες εμπειρίες.

δ) Την αλλαγή της κουλτούρας των περιφερειακών Ψυχιατρικών υπηρεσιών.

2. Τα προγράμματα πρέπει να μπορούν να αποδείξουν ότι είναι εφαρμόσιμα και από οικονομική άποψη. Κάθε τύπος εργασίας πρέπει να είναι ενσωματωμένος κατά προτίμηση στην κανονική αγορά εργασίας.

B. Εξωτερικά κριτήρια

1. Η βούληση να επιχειρηθούν ορισμένες ενέργειες στην κατεύθυνση της διάλυσης και του μετασχηματισμού στην πράξη ενός ορισμένου αριθμού καταστάσεων που είναι σηματοδεδιμένες από την λογική του αποκλεισμού μας υποχρεώνει να θεωρούμε ως κριτήριο εκλογιμότητας το ότι:

- σε γενικές γραμμές ο πληθυσμός —στόχος στον οποίο απευθύνεται καθένα απ’ αυτά τα προγράμματα θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων που προέρχονται από ένα ιδρυματικό σύστημα αποκλεισμού (ενηλίκων και εφήβων).

- Σε κάθε περίπτωση ένα ελάχιστο ποσοστό του ύψους των 20% απ’ αυτά τα άτομα πρέπει να προέρχονται από παραδοσιακά ψυχιατρικά ιδρύματα ή παραπλήσιες δομές.

2. Κάθε πρόγραμμα θα πρέπει να παίρνει υπόψη του τα στηρίγματα που θα μπορέσει να βρει στο υγειονομικό κοινωνικό, πολιτισμικό “περιβάλλον” καθώς και την στήριξή του από κοινοτικούς πόρους.

3. Κάθε πρόγραμμα πρέπει επίσης να συλλαμβάνεται με όρους θετικών επιπτώσεων στο περιβάλλον ενίσχυσης της τοπικής οικονομίας και της περιφερειακής ανάπτυξης.

Γ. Κριτήρια ποιότητας

1. Ο νεωτεριστικός χαρακτήρας και οι δυνατότητες γενίκευσης των εμπειριών που θα επιλεγούν βασίζεται ευρύτερα στην ουσιαστική ποιότητα.

- ποιότητα των συναλλαγών, των προσωπικών σχέσεων.
- ποιότητα των τόπων εργασίας (συμπεριλαμβανομένων και των διαστάσεων της υγιεινής και της ασφάλειας).
- ποιότητα των τεχνολογιών, των προϊόντων και του περιεχομένου των δραστηριοτήτων.
- ποιότητα της εικόνας της επιχείρησης και των προϊόντων της μέσα στην αγορά.
- ποιότητα της επαγγελματικής εκπαίδευσης που πραγματοποιείται στο πλαίσιο αυτών των εμπειριών και αναγνώριση αυτής της εκπαίδευσης.
- προσπάθεια συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ολοκλήρωσης κάθε εμπειρίας.

2. Κάθε πρόγραμμα θα πρέπει να αποσαφηνίζει και τις πολιτισμικές πρωτοβουλίες που πρόκειται να αναλάβει για να ενεργοποιήσει και να προκαλέσει το ευρύτερο ενδιαφέρον και την μεγαλύτερη δυνατή εμπλοκή της κοινότητας, σε τοπικό, εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Δ. Στόχος του προγράμματος

1. Κάθε τόπος εργασίας θα πρέπει να ιδρυθεί κατά προτίμηση μέσα στην κανονική αγορά εργασίας.
2. Στο πνεύμα των προγραμμάτων αυτό πρέπει να προβλέπεται ταυτόχρονα με την εκπαίδευση των χρηστών αυτών των εμπειριών και η επιμόρφωση των επαγγελματιών που προέρχονται από τον ψυχιατρικό χώρο και αναπτύσσουν δραστηριότητες στα προγράμματα αυτά. Μια κάποια προοπτική συνέργειας ανάμεσα στις δύο αυτές διαστάσεις της εκπαίδευσης των πρωταγωνιστών αυτών των εμπειριών θα μπορέσει τότε να εξετασθεί.

Ε. Κριτήριο Επιστημονικής Ποιότητας

Στην προοπτική των γενικεύσιμων εμπειριών και των συγκριτικών αναλύσεων κάθε δι-εθνικό πρόγραμμα θα πρέπει να συνοδεύεται από ένα πρωτόκολλο έρευνας/αξιολόγησης, το οποίο θα παίρνει υπόψη του την ιδιαίτερη πολυπολοκότητα μιας διαδικασίας αξιολόγησης σε ένα τέτοιο πεδίο.

4. Παρατηρήσεις βασισμένες σε μία Ευρωπαϊκή εμπειρία αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης: το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της ΛΕΡΟΥ.

Τα κριτήρια που εκθέσαμε δεν έχουν έναν ακαδημαϊκό ή αμιγώς τεχνικο-διοικητικό χαρακτήρα ως προς την εκλογιμότητα των προγραμμάτων που υποβάλλονται στις υπηρεσίες της Επιτροπής. Η “εφαρμοσιμότητά” τους σε διαφορετικά θεσμικά και κοινωνιο-πολιτισμικά πλαίσια είναι ένας σημαντικός δείκτης, ικανός να αλλοιώσει την ισχύ τους.

Πιστεύουμε ότι η περίπτωση της ΛΕΡΟΥ αποτελεί και θα συνεχίσει να αποτελεί ένα προνομιακό πεδίο σκέψης και θεωρητικοποίησης αυτών των κριτηρίων σε ένα εξαιρετικά δύσκολο πλαίσιο. Η περιγραφή της ιστορίας και του συνόλου των ενεργειών και των αντιδράσεων των μέσων ενημέρωσης και των επαγγελματιών όσον αφορά το Ψ.Ν. της ΛΕΡΟΥ θα ξεπερνούσε κατά πολύ τους σκοπούς αυτού του άρθρου.

Θα αναφερθούμε μόνον στα βασικά σημεία τα οποία θα μας επιτρέψουν να συζητήσουμε τις υποθέσεις που έχουμε ήδη διατυπώσει. Σε μία χώρα όπως η Ελλάδα όπου η ψυχιατρική μεταρρύθμιση προχωρά με πολύ αργά και συχνά αντιφατικά βήματα σε όλα τα επίπεδα (οργάνωση και προγραμματισμός των νέων υπηρεσιών, οι νέες δομές λειτουργούν παράλληλα και δεν είναι συνδεδεμένες με τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και τις ιδιωτικές Κλινικές, η εκπαίδευση των επαγγελματιών της Ψυχικής Υγείας είναι ανεπαρκής, η εφαρμοσμένη έρευνα είναι σχεδόν ανύπαρκτη, υπάρχουν τεράστια προβλήματα αποτελεσματικότητας στη διαχείριση και στη διοίκηση και κυρίως δεν υπάρχουν αιτήματα ή κοινωνικές διεκδικήσεις όσον αφορά στην Ψυχική Υγεία), η ακραία περίπτωση της Λέρου μοιάζει να είναι η κορυφή του παγόβουνου ενός συστήματος περίθαλψης σημαδεμένου από την ασυλλιακή λογική. Σ' αυτό ακριβώς το πλαίσιο "ξεσπάει" το 1988 το "σκάνδαλο" του Ψ.Ν. της Λέρου στον διεθνή τύπο (ξεκινώντας από το πρωτοσέλιδο του "Observer"), μια κατάσταση που είχε επανειλημμένα καταγγεληθεί από μια μικρή ομάδα Ελλήνων ψυχιάτρων ήδη από το 1980 και την οποία παρακολούθησε σε κάποιο βαθμό και ο εθνικός τύπος.

Εντούτοις αυτή τη φορά αποδείχτηκε ότι οι εξωτερικοί παράγοντες πίεσης (τα mass media, σε έναν δεύτερο χρόνο, η διεθνής επιστημονική κοινότητα και η "απρόσμενη" χρηματοδότηση της Ε.Ο.Κ. για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα), υπήρξαν αρκετά ισχυρές ώστε να λειτουργήσουν καταλυτικά, να επιβάλλουν μια δράση στο εσωτερικό της χώρας.

Παρά τις ορθές κριτικές που εκφράστηκαν από το μεγαλύτερο τμήμα του διεθνούς τύπου σιγματίζοντας τη Λέρο σαν έναν ακραίο τόπο αποκλεισμού, διάκρισης και περιφρόνησης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, δεν μπορούμε να μην σκεφτούμε ότι οι καταγγελίες αυτές κατά της Λέρου λειτούργησαν σε ορισμένες περιπτώσεις, σαν να επρόκειτο για αποδιοπομπαίο τράγο, σαν ένα άλλοθι της ψευδούς συνείδησης της Ευρωπαϊκής Ψυχιατρικής.

Η Ε.Ο.Κ. αναγκάστηκε να κινητοποιηθεί συγκροτώντας, μετά από ατέρμονες διαπραγματεύσεις με τις ελληνικές κυβερνήσεις, που διαδέχονται η μια την άλλη από το 1989 (3 εκλογικές αναμετρήσεις για το εθνικό κοινοβούλιο μέσα σ' έναν χρόνο), ένα πρόγραμμα δράσης διάρκειας δύο χρόνων το οποίο περιλάμβανε:

α) Την προετοιμασία και την έξοδο από το ίδρυμα 110 ασθενών και την εγκατάστασή τους σε 11 ξενώνες σε ολόκληρη τη χώρα, ειδικότερα στις περιοχές απ' όπου κατάγονται τα άτομα αυτά. Αυτή τη στιγμή μπορούμε να πούμε ότι αυτό το μέρος του προγράμματος έχει σχεδόν ολοκληρωθεί.

β) Ένα πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης και αποκατάστασης σε δύο περίπερα μέσα στο Ψ.Ν. με τη συμμετοχή ξένων ομάδων (Ιταλών και Ολλανδών) και Ελλήνων εθελοντών.

γ) Ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης του προσωπικού του Κ. Θ. Λέρου που πραγματοποιείται από τις ομάδες που δημιούργησαν τους ξενώνες.

δ) Μια σφαιρική αξιολόγηση και ένα διαρκές σύστημα καταγραφής και ελέγχου της πορείας, για το σύνολο των προγραμμάτων (monitoring). Θα ήταν σίγουρα πρώιμο να καταλήξουμε σε συμπεράσματα για ένα πρόγραμμα που βρίσκεται αυτή τη στιγμή σε πλήρη εξέλιξη.*

* Μπορούμε ωστόσο να διατυπώσουμε ορισμένες εκτιμήσεις όσον αφορά αυτή τη φάση της παρέμβασης. Για λόγους πολιτικής συγκυρίας (πιέσεις ΕΟΚ, έκφραση πολιτικής βούλησης του Υπουργείου) η

Είναι ωστόσο σημαντικό να υπογραμμίσουμε την απόκλιση που υπάρχει ανάμεσα στην αρχική υπόθεση και στο αρχικό πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης όπως αυτό διατυπώθηκε τον Δεκέμβριο του 1989 από μια ομάδα Ιταλών εμπειρογνομώνων και Ελλήνων επαγγελματιών και στο πρόγραμμα που τελικά εφαρμόζεται. Παίρνοντας υπόψη την μεγάλη οικονομική εξάρτηση του πληθυσμού του νησιού από το Ψ.Ν., στο αρχικό σχέδιο, είχε προταθεί μια σφαιρική και συντονισμένη δράση η οποία θα περιλάμβανε: τη δημιουργία στο ίδιο το νησί ενός "εργαστηρίου" - διεθνούς Ινστιτούτου αποκατάστασης, μια κρατική σχολή ψυχιατρικών νοσοκόμων και κυρίως ένα σύνολο ενεργειών για την κοινωνική, οικονομική, πολιτισμική ανάπτυξη του περιβάλλοντος (contexte) του νησιού, αξιοποιώντας τους πόρους των Ολοκληρωμένων Μεσογειακών Ευρωπαϊκών προγραμμάτων της Δωδεκανήσου.

Ειδικότερα, το πρόβλημα που τίθεται τώρα είναι όχι πλέον μια επιλεκτική μεταφορά ασθενών σε ξενώνες στις διάφορες περιοχές της χώρας, αλλά η ουσία της μετεξέλιξης-αναβάθμισης του Κ.Θ.Λ. Η εμπέδωση της τομεοποίησης, του Νοσοκομείου των ψυχιατρικών περιστατικών της υγειονομικής περιφέρειας Δωδεκανήσου, η δημιουργία μεταβατικών δομών (ξενώνες, διαμερίσματα, οικοτροφεία) στα Δωδεκάνησα, βελτίωση της διασύνδεσης των υγειονομικών, ψυχιατρικών και προνοιακών (ΠΙΚΠΑ) υπηρεσιών, η γενικότερη αναβάθμιση της υλικοτεχνικής υποδομής, της νοσηλευτικής και θεραπευτικής φροντίδας των ασθενών.

Η διαρθρωμένη και πολύπλοκη αυτή πρόταση δεν μπόρεσε ποτέ να πραγματοποιηθεί για διάφορους λόγους, τοπικούς, εθνικούς και Κοινοτικούς.

Επιβεβαιώνεται λοιπόν ότι ως σήμερα, και χωρίς να υποτιμάμε την προσπάθεια και το έργο που έχει γίνει, η δυσκολία "πλαισίωσης" (contextualisation) (βλέπε κριτήρια) αυτής της εμπειρίας αποκατάστασης εξασθενεί το νεωτεριστικό της πνεύμα και καθιστά δύσκολο το ξεπέρασμα του τεχνικού της χαρακτήρα (αντιπαλότητες ανάμεσα στους επαγγελματίες της ψυχιατρικής) καθώς και του πολιτικού της χαρακτήρα (απάντηση της Ελληνικής κυβέρνησης στις διεθνείς πιέσεις) και της "παραδειγματικής" πορείας αυτής της παρέμβασης προς την κατεύθυνση ενός κοινωνικού, πολιτισμικού και επιστημονικού ανοίγματος.

5. Εν είδει συμπεράσματος

Δεν θα μπορούσαμε να ολοκληρώσουμε, μιλώντας για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την

παρέμβαση των Ελληνικών ομάδων ήταν εξαιρετικά σύντομη: α) οι μεγάλες αντιστάσεις του προσωπικού ως προς την υποδοχή και την αφομοίωση της δουλειάς των ομάδων οφείλεται εν πολλοίς στην άσκηση κάποιας "βίας" στους χρόνους και τους ρυθμούς του καθενός. β) Οι ελληνικές ομάδες ήταν νέες και με μικρή εμπειρία σ' αυτό το είδος εργασίας. Είναι σίγουρο ότι ο κινητοποιητικός ενθουσιασμός δεν μπόρεσε να εξισορροπήσει ορισμένα λάθη που έγιναν. Ιδιαίτερα η ανεπαρκής επαγγελματική επικοινωνία επιτόπου μεταξύ των ομάδων, επιδείνωσε αυτήν την κατάσταση. γ) Το ζήτημα της εκπαίδευσης του προσωπικού μέσω μιας πρακτικής εκπαίδευσης οδήγησε σε προβληματισμούς για να γίνει δυνατή κάποια εμπειριστική αξιολόγηση στη συνέχεια. δ) Η έλλειψη ενός κοινού οργάνου συντονισμού δεν έδωσε την ευκαιρία ώστε να εναρμονιστούν οι διάφορες παρεμβάσεις, να συγκεράσουν τις δυσκολίες που προέρχονται από τις ιδιαιτερότητες του καθένα και να γίνει η απαιτούμενη σύνθεση μεταξύ έργου του προσωπικού και των προγραμμάτων του Κ.Θ.Λ. και των ομάδων παρέμβασης.

αποϊδρυματοποίηση στην Ευρώπη, χωρίς να υπογραμμίσουμε ότι πρόκειται για δύο αλληλοεξαρτώμενες έννοιες οι οποίες βρίσκονται σε μία διαρκή διαπραγμάτευση με έναν ενεργητικό πειραματισμό στο πεδίο της πολυπλοκότητας. Γνωρίζουμε πια ότι κάθε πρόγραμμα αποκατάστασης πρέπει να περιλαμβάνεται και να ενσωματώνεται σ' ένα δίκτυο υπηρεσιών της ψυχικής υγείας υψηλής ποιότητας (L. Bachrach)

Εν αναμονή μίας θεωρίας που θα μπορέσει να καταστήσει επικοινωνίσιμες ορισμένες πρακτικές πολύ διαφορετικές μεταξύ τους και να αξιολογήσει την έκβαση (out-come) κάθε ενέργειας αποκατάστασης, ορισμένα αναγνωριστικά σημεία, προερχόμενα από το χώρο της ηθικής, θα μπορέσουν να αποτελέσουν το καθοδηγητικό μίτο στο σημερινό στάδιο των γνώσεών μας στον τομέα αυτό. Οι διάφοροι τύποι όπου εφαρμόζονται οι πρακτικές αποκατάστασης (κοινότητα ή άσυλο), η ποιότητα των σχέσεων ανάμεσα στα άτομα που εμπλέκονται σ' αυτή τη διαδικασία, καθώς και οι προοπτικές ανοίγματος κάθε προγράμματος προς το "κοινωνικό", συνιστούν τα βασικά στοιχεία για την αποκατάσταση του υποκειμένου, της ασθένειας και κύρια της ταυτότητάς του.

Βιβλιογραφία

- BASAGLIA F. (1971): *Riabilitazione e Controllo Sociale* in: *Scritti* Vol. II. Ed. EINAUDI. Torino 1982.
- CHOSSUDOVSKY M. (1991): "Comment eviter la mondialisation de la pauvrete" In: *Le Monde Diplomatique*, Septembre 1991. No 450.
- CORRIN ELLEN. et all (1990): "Comprendre pour soigner autrement: Presses Universitaires de Montreal, 1990.
- LANTERI - LAURA G. (1972): "La chronicite dans la pshychiatrie Francaise moderne" *Annales ESC* Mai - Juin 1972.
- NAHON L., SARACENO B. (1977): "La Degenzo senza fine" in: *Fogli di informazione* N. 43.
- SARACENO B. et all (1984): "Studio sulla nozione di "Riabilitazione" in Psichiatria. Rapport de recherche non publie integrelement. Ed Centro Studii ricerche sulla devianza e l' emarginazione MILANO.
- SARACENO B. (1983): "Stato e Significato della Funzione Psichiatrica oggi in Italia, In: *Practitioner*, No 66.
- SEYFRIED E. (1990): "Marginalization and Social Exclusion of "Disabled" Persons in Northern European Welfare States: The social entreprise as an Example of an Integrative Counter-Strategy" In: *Clinical Psychology*, November 1990.
- STYLIANIDIS S., CALDAS DE ALMEIDA J.M. (1991): "Sante Mentale en Europe" A paraitre dans le Volume intitule: "Sante en Europe". Editions: Documentation Francaise.