

.....
**Μια κλινική θεώρηση της ψυχιατρικής
μεταρρύθμισης και
της αποασυλοποίησης**
.....

Το 1983 θεσμοθετήθηκε για πρώτη φορά η προσπάθεια για ψυχιατρική μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών στη χώρα μας. Το 1990 ξεκίνησε η παρέμβαση στο άσυλο της Λέρου, με στόχο την κοινωνική επανένταξη ενός αριθμού ασθενών και την αναβάθμιση του ασύλου σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Παρέμβαση, που φιλοδοξούσε να γίνει ένα είδος παραδείγματος για την αποκατάσταση ασθενών με βαριές ψυχιατρικές διαταραχές και δεκαετίες ασυλιακού εγκλεισμού και σηματοδοτούσε την ένταση των προσπαθειών για ένα συνολικό σχεδιασμό των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Στο επίκεντρο των προσπαθειών για μεταρρύθμιση παραμένει μέχρι σήμερα το κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων ή ο μετασχηματισμός τους σε σύγχρονα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Μήπως όμως η προσήλωση σε αυτή την αναγκαιότητα έχει ως αποτέλεσμα να παραγνωρίζουμε κάποια ουσιαστικά προβλήματα, που αναπόφευκτα θα εμφανιστούν με το χρόνο, καθώς συνδέονται με τη φύση του θεραπευτικού έργου που οι νέες δομές καλούνται να προσφέρουν; Τα προβλήματα αυτά, αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα και αποτελεσματικά, μπορεί να οδηγήσουν μεσοπρόθεσμα την προσπάθεια για μεταρρύθμιση σε θεραπευτική αποτυχία. Είναι σημαντικό λοιπόν να γίνει προσπάθεια να προσδιοριστούν, αν δεν θέλουμε να φτάσουμε στο σημείο να κάνουμε την οδυνηρή διαπίστωση ότι «η εγχείρηση πέτυχε, ο ασθενής όμως εξακολουθεί να νοσεί».

Δώδεκα χρόνια μετά την παρέμβαση στη Λέρο είναι χρήσιμο να γίνουν κάποιες πρώτες εκτιμήσεις, όχι μόνο ποσοτικού χαρακτήρα σχετικά με τον αριθμό των ξενώνων που δημιουργήθηκαν ή των αρρώστων που βγήκαν από τα άσυλα, αλλά και σε ό,τι αφορά την ουσία των

παρεμβάσεων αυτών, που θα έπρεπε να είναι οι κλινικές ιδιαιτερότητες και οι δυσκολίες που οι νέες δομές καλούνται να αντιμετωπίσουν προκειμένου να πετύχουν τους θεραπευτικούς τους στόχους.

Στη βάση της προσπάθειας των ομάδων παρέμβασης, που έγινε στη Λέρο, το βασικό χαρακτηριστικό που διέκρινε τις θεραπευτικές ομάδες ήταν ο ενθουσιασμός και η ιδεολογική προσήλωση στην αποασυλοποίηση. Δεν ήταν, όμως, δύσκολο να διαπιστώσει κάποιος που έζησε από κοντά την όλη προσπάθεια ότι, εκτός από τα προαναφερθέντα στοιχεία, αυτό που χαρακτήριζε τη λειτουργία των ομάδων παρέμβασης ήταν η ανομοιογένεια στον τρόπο θεώρησης του προβλήματος της αποκατάστασης και, γενικότερα, της αντιμετώπισης της ψύχωσης και του ιδρυματισμού. Αυτό ήταν αναμενόμενο, αν εξεταστούν οι συνθέσεις των ομάδων παρέμβασης. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία επρόκειτο για νέους επαγγελματίες, χωρίς προηγούμενη κλινική πρακτική και εμπειρία. Ο ενθουσιασμός και η ιδεολογική προσήλωση των θεραπευτών στην αναγκαιότητα για αλλαγή της ασυλιακής κατάστασης των Ψυχιατρικών έθετε σε δεύτερο πλάνο τα κλινικά ζητήματα που συνδέονται με την αποκατάσταση χρόνιων ψυχωσικών ασθενών.

Όπως ήταν αναμενόμενο, τα προβλήματα δεν άργησαν να εμφανιστούν. Μετά από μια πρώτη περίοδο, που διήρκεσε περίπου δύο χρόνια, κατά τη διάρκεια της οποίας υπήρξαν μερικές συναντήσεις μεταξύ των 12 ομάδων παρέμβασης που είχαν δημιουργήσει τους ξενώνες, η κάθε ομάδα άρχισε να κλείνεται στον εαυτό της. Το περιεχόμενο των συζητήσεων στις πρώτες συναντήσεις των ομάδων αφορούσε, κατά κύριο λόγο, σε μια περιγραφή της πορείας του κάθε ξενώνα και σε καταγραφή των πρακτικών και διοικητικών προβλημάτων που υπήρχαν. Ο κλινικός προβληματισμός γύρω από το θεραπευτικό έργο ήταν περιορισμένος, ενώ εκφραζόταν όλο και πιο έντονα το αίσθημα της συναισθηματικής κόπωσης των θεραπευτών από τη δουλειά στους ξενώνες.

Ενδιαφέρουσα ήταν επίσης η διαπίστωση της παρουσίας, σε κάθε συνάντηση, νέων θεραπευτών, οι οποίοι είχαν αντικαταστήσει πολλούς συναδέλφους τους από

εκείνους που είχαν ξεκινήσει την παρέμβαση στη Λέρο. Αν κοιτάξει κάποιος σήμερα τη σύνθεση των ομάδων, θα διαπιστώσει ότι ελάχιστοι από τους θεραπευτές που ξεκίνησαν την παρέμβαση στη Λέρο παραμένουν στην ίδια θέση, ενώ και οι καινούργιοι έχουν συχνά αντικατασταθεί με άλλους. Σε μια εκτίμηση που έγινε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος Κοινωνικής Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, φάνηκε ότι, μέσα σε μία πενταετία, ένα πολύ υψηλό ποσοστό εργαζομένων, που έφθανε το 80-90% για ορισμένους ξενώνες, είχε αναζητήσει άλλες θέσεις εργασίας.¹ Η ύπαρξη πρακτικών και διοικητικών δυσκολιών αποτελούσε τη μόνιμη ερμηνεία στις συναντήσεις των ομάδων για το φαινόμενο της αποχώρησης και τη συναισθηματική κόπωση των θεραπευτών που παρέμεναν. Η ύπαρξη όμως των παραπάνω δυσκολιών δεν επαρκεί για να ερμηνεύσει την κατάσταση αυτή.

Τα 12 χρόνια που πέρασαν από την παρέμβαση στη Λέρο, αλλά και από άλλες παρεμβάσεις που έγιναν σε άλλα ψυχιατρεία, ήταν σίγουρα γεμάτα από χρήσιμες εμπειρίες. Στην αρχική φάση, ο ενθουσιασμός και η ιδεολογική προσήλωση στην αποασυλοποίηση ήταν ίσως αρκετά για τη συντήρηση της προσπάθειας και της συναισθηματικής επένδυσης του θεραπευτικού έργου. Φάνηκε όμως ότι αυτό δεν αρκούσε για την αντιμετώπιση των δυσκολιών που συνδέονται με το κλινικό έργο. Οι παρατηρήσεις αυτές δεν ισχύουν μόνο για τα προγράμματα αποκατάστασης των ξενώνων. Ισχύουν για κάθε μορφή ψυχιατρικής παρέμβασης ή πρακτικής που έρχεται αντιμέτωπη με το πρόβλημα της ψύκωσης, ιδιαίτερα στη χρονία μορφή της.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις δεν στοχεύουν να μειώσουν τη μεγάλη προσπάθεια που γίνεται ούτε το έργο των θεραπευτικών ομάδων. Γίνονται για να αναδειχθούν τα προβλήματα που συνδέονται με το θεραπευτικό έργο και που τις περισσότερες φορές είτε συσκοτίζονται είτε αντιμετωπίζονται προς λάθος κατεύθυνση. Σίγουρα, η πολυπλοκότητα του θέματος είναι μεγάλη και δεν είναι δυνατό να εξαντληθεί στα πλαίσια ενός σύντομου άρθρου. Αν όμως δεν κατανοηθούν οι παράγοντες που οδηγούν σε αυτά τα αποτελέσματα, τότε υπάρχει κίνδυνος οι νέες αυτές δομές να μετατραπούν σε μικρά άσυλα, όπου οι ασθενείς θα ζουν σε καλύτερες ξενοδοχειακές συνθήκες, αλλά με μικρές αποκλίσεις σε σχέση με αυτό που χαρακτηρίζεται ως ιδρυματική λειτουργία.²⁻⁴

Η ιδεολογία, όπως είναι γνωστό, δεν επαρκεί για την επεξεργασία του κλινικού έργου.⁵ Αντίθετα, μπορεί να γίνει μια άμυνα μικρής αποτελεσματικότητας για την εκλογίκευση των δυσκολιών που εμφανίζονται στη θε-

ραпевτική πρακτική. Είναι αναγκαίο λοιπόν το πέρασμα από την ιδεολογία σε μια κλινική θεώρηση της εμπειρίας μας. Μια θεώρηση σε διαρκή εξέλιξη για κάθε θεραπευτική ομάδα, ικανή να διαμορφώσει ένα νοηματικό πλαίσιο και λόγο γύρω από την κλινική πρακτική. Αυτό που ο J. Hochmann⁶ ονομάζει «Ψυχονοητικό Θεσμό».

Ένα σημαντικό θέμα αφορά στη δυναμική της θεραπευτικής σχέσης. Είναι στο σημείο αυτό που θα έπρεπε να αναζητηθούν ορισμένες απαντήσεις στα ερωτήματα που τέθηκαν προηγουμένως, σχετικά με τα φαινόμενα της συναισθηματικής κόπωσης στα προγράμματα αποκατάστασης, αλλά και της απόκλισης από τους θεραπευτικούς στόχους. Η λανθάνουσα δυναμική, που υπάρχει σε κάθε θεραπευτική σχέση, συνδέεται με τα μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά χαρακτηριστικά της και είναι ιδιαίτερα έντονη στη θεραπευτική δουλειά με ψυχωσικούς ασθενείς. Η κατανόηση των χαρακτηριστικών αυτών αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή εξέλιξη του θεραπευτικού έργου. Η ψυχοδυναμική βιβλιογραφία είναι εκτεταμένη σχετικά με το θέμα αυτό.

Μια ενδιαφέρουσα μελέτη του θέματος υπάρχει στην εργασία του H. Searles με τίτλο «η προσπάθεια να τρελάνεις τον άλλο».⁷ Η βασική θέση του είναι η ακόλουθη: «Εκτός των άλλων αιτιολογικών παραγόντων, που εμπλέκονται στη δημιουργία της σχιζοφρένειας και οι οποίοι ποικίλλουν για κάθε περίπτωση, μπορούμε να εντοπίσουμε συχνά –θα έλεγα μάλιστα συνεχώς– ένα ειδικό στοιχείο. Σύμφωνα με την κλινική εμπειρία, ένα άτομο γίνεται σχιζοφρενές εν μέρει εξαιτίας μιας διαρκούς προσπάθειας, στο μεγαλύτερό της μέρος ή και εξ ολοκλήρου ασυνείδητης, ενός ή περισσοτέρων σημαντικών ατόμων του περιβάλλοντός του "να τον τρελάνουν"». Όπως αναφέρει, οι κλινικές παρατηρήσεις του ισχύουν τόσο για τις δυαδικές σχέσεις, όσο και για ομάδες ασθενών και θεραπευτών.

Για τον Searles, «σε κάθε θεραπευτική σχέση με έναν ψυχωσικό ασθενή θα έρθει κάποια στιγμή που θα αναβιώσει, μέσω της μεταβίβασης, ένας παλιότερος αγώνας μεταξύ του αρρώστου και κάποιου γονέα για το ποιος θα τρελάνει τον άλλο». Η θεραπευτική εμπειρία του με ψυχωσικούς ασθενείς τον οδήγησε στη διαπίστωση ότι κάθε πετυχημένη θεραπεία μ' ένα σχιζοφρενή εμπειρείχε τουλάχιστον μία τέτοια φάση. Συνήθως δε, πριν από κάθε σημαντικό βήμα στη θεραπεία υπάρχει η τάση τα φαινόμενα αυτά να εμφανίζονται πιο έντονα. Οι φάσεις αυτές είναι εξαιρετικά δύσκολες για το θεραπευτή, ο οποίος μπορεί να νιώσει την ίδια του την ψυχική ισορ-

ροπία να διατρέχει κάποιο μικρό ή μεγάλο κίνδυνο, γεγονός που καθιστά τη συνέχεια της δουλειάς με έναν ψυχωσικό εξαιρετικά επίπονη. Ιδιαίτερα οι νέοι θεραπευτές βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με ανάλογα φαινόμενα.

Οι καταστάσεις αυτές, αν δεν κατανοηθούν έγκαιρα και επαρκώς, είναι δυνατό να επηρεάσουν αρνητικά τη θεραπευτική σχέση και να οδηγήσουν το θεραπευτή σε μια αμυντική στάση, για να προφυλάξει τον ίδιο του τον εαυτό. Το ξεπέραςμα αυτών των δυσκολιών προϋποθέτει την κατανόηση από τη μεριά του θεραπευτή των δικών του συναισθημάτων και αντιδράσεων, που στο μεγαλύτερό τους μέρος είναι ασυνείδητες και εξαρτώνται από τη φύση της μεταβίβασης και από στοιχεία της προσωπικότητας του θεραπευτή.

Ο Searles υπογραμμίζει ότι η αντιεπισημονική, κατά τη γνώμη του, «απαισιοδοξία και απελπισία», που εκφράζεται συχνά από τους θεραπευτές για τη θεραπεία της ψύχωσης, προέρχεται από μια λανθάνουσα επιθυμία των θεραπευτών να μην ξεφύγει ο άρρωστος από την ασθένεια. Η ύπαρξη αυτών των φαινομένων, σε συνδυασμό με τις μεγάλες δυσκολίες που υπάρχουν στη θεραπεία της ψύχωσης, εξηγεί σε κάποιο βαθμό και την άποψη που έχει διατυπωθεί συχνά για την ψύχωση ως μια μη αναστρέψιμη αναπηρία. Όπως αναφέρει, δεν αρκεί για το θεραπευτή να γνωρίζει μια θεραπευτική τεχνική. Οφείλει, αν θέλει να βοηθήσει καλύτερα τον άρρωστο, να μπορεί να επεξεργάζεται τη δική του αμφιθυμία απέναντι στον άρρωστο. Μόνο έτσι θα μπορέσει να φαντασιώσει καλύτερα γύρω από τη σχέση του με τον άρρωστο και να μην καταφεύγει σε αμυντικές αντιδράσεις για να προφυλαχθεί ο ίδιος.

Αν και υπάρχουν πολλές μελέτες για τα χαρακτηριστικά της συμβιωτικής σχέσης κατά την πρώιμη παιδική ηλικία, καθώς και για τις παθογόνες συνέπειες που υπάρχουν όταν διατηρείται στα επόμενα εξελικτικά στάδια, δεν τονίζονται αρκετά οι ικανοποιήσεις που αντλούν τα άτομα από μια τέτοια σχέση. Οι απολαύσεις αυτές εξηγούν σε κάποιο βαθμό τις αντιστάσεις για αλλαγή που παρατηρούνται στη θεραπεία των ψυχωσικών ατόμων. Ικανοποιήσεις παρατηρούνται και από τη μεριά του θεραπευτή, που τείνει να διατηρήσει τη θεραπευτική σχέση σ' ένα συμβιωτικό επίπεδο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, στο κατώφλι μιας σημαντικής αλλαγής στη θεραπεία, να παρατηρείται μια αύξηση των συμπεριφορών που «στοχεύουν» να αποδιοργανώσουν τον άλλο, ώστε να διατηρήσει η σχέση την υπάρχουσα συμβιωτική μορφή. Είναι μια αντίσταση ενάντια στην αλλαγή, που συχνά εμφανίζεται στη θεραπεία των ψυχωσικών με τη

μορφή μιας υποτροπής, ενώ όλα στη θεραπεία φαίνονται να εξελίσσονται ομαλά.

Η αντίσταση για αλλαγή είναι ιδιαίτερα έντονη σε χρόνια ασυλιακούς ασθενείς. Το άσυλο έχει την τάση να αναπαράγει τα συμβιωτικά χαρακτηριστικά της ψύχωσης και αυτό δεν μπορεί να γίνει παρά διατηρώντας το άτομο στη θέση του ασθενούς, κάτι που με τη σειρά του αποδέχεται εύκολα, υιοθετώντας τη γνώσή σε όλους ιδρυματοποιημένη συμπεριφορά. Όταν μια τέτοια λειτουργία εγκαθίσταται, το σύμπτωμα παύει πλέον να είναι αποτέλεσμα και έκφραση μιας ενδοψυχικής σύγκρουσης και μετατρέπεται σε ένα «συμπεριφορικό κέλυφος», που στοχεύει στη διατήρηση μιας υπάρχουσας κατάστασης. Οι παραπάνω παρατηρήσεις εξηγούν σε κάποιο βαθμό τόσο τις αντιδράσεις που υπήρξαν από το προσωπικό του θεραπευτηρίου της Λέρου, όσο και την αμφιθυμία των ασθενών να φύγουν από τα άσυλα και να επιστρέψουν στον τόπο καταγωγής τους.

Θα πρέπει να αναρωτηθεί κάποιος αν, μαζί με τις εκφραζόμενες από τις θεραπευτικές ομάδες επιθυμίες για τη δημιουργία ενός διαφορετικού θεραπευτικού παραδείγματος, δεν υπήρχαν και κάποιες «λανθάνουσες» επιλογές, που έδιναν προτεραιότητα στο θεραπευτικό μοντέλο και όχι στον άρρωστο. Ίσως ορισμένοι από τους στόχους δεν τέθηκαν με γνώμονα τις πραγματικές θεραπευτικές ανάγκες και δυνατότητες των ασθενών, αλλά, χωρίς να γίνει αντιληπτό, «χρησιμοποιήθηκαν» οι ασθενείς προκειμένου να υλοποιηθεί ένα θεραπευτικό μοντέλο που σχεδιάστηκε με βάση κάποιες ιδεολογικές αρχές και όχι με βάση την κλινική πραγματικότητα. Θα πρέπει επίσης να εξεταστεί γιατί οι νέες δομές λειτουργήσαν, σε πολλές περιπτώσεις, ως ένας «μεταβατικός χώρος εργασίας» για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και λιγότερο ως μια θεραπευτική μεταβατική δομή κοινωνικής επανένταξης και αποκατάστασης, με γνώμονα τις ανάγκες, τις δυνατότητες και τις ιδιαιτερότητες των ιδρυματικών αυτών ασθενών.

Η κλινική σκέψη και ο προβληματισμός, που θα επέτρεπαν να κατανοηθεί το θεραπευτικό έργο, δεν έχει μέχρι σήμερα αναπτυχθεί επαρκώς στις νέες δομές, που δημιουργήθηκαν στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Όπως αναφέρει ο J. Hochmann,⁵ η ικανότητα των ομάδων να φαντασιώνουν και να σκέφτονται για τον άρρωστο και τη θεραπευτική σχέση αποτελεί μια βασική προϋπόθεση για τη δημιουργία ενός θεραπευτικού λόγου και τη διατύπωση μιας βιωματικής θεωρίας που θα νοηματοδοτεί την κλινική πρακτική. Η ικανότητα αυτή της θεραπευτικής ομάδας είναι προς συνεχή ανακάλυψη και δημιουργία, γιατί υπόκειται στις συνεχείς

επιθέσεις των ψυχωσικών μηχανισμών. Αυτό προϋποθέτει μια συνεχή κλινική επεξεργασία, έργο εξαιρετικά δύσκολο και επίπονο, προκειμένου να γίνονται αντιληπτές οι παγίδες με τις οποίες είναι στρωμένος ο δρόμος για την αντιμετώπιση της ψύχωσης. Πολλές από αυτές τις παγίδες δεν είναι δυνατό να αποφευχθούν. Είναι σημαντικό, όμως, για την ομάδα να τις αντιλαμβάνεται όταν εμφανίζονται και να ανακαλύπτει τρόπους για να τις επεξεργάζεται. Διαφορετικά, η θεραπευτική σχέση, αντί να απεγκλωβίσει τον άρρωστο, εγκλωβίζει και το θεραπευτή σε μια στείρα θεραπευτική πορεία.

Στην προσπάθεια αυτή είναι απαραίτητη η στήριξη της θεραπευτικής ομάδας και η εμβάθυνση του κλινικού της προβληματισμού, με την ύπαρξη ενός τρίτου πόλου, που θα ήταν ένας εξωτερικός παρεμβαίνων για την εποπτεία του θεραπευτικού έργου. Είναι ενδεικτικό ότι, εκτός από λίγες εξαιρέσεις, κάτι τέτοιο δεν έγινε στις νέες δομές που δημιουργήθηκαν, αν και το νομικό πλαίσιο λειτουργίας τους προβλέπει αυτή τη δυνατότητα (Ν. 2716/99 και υπουργική απόφαση Α3α οικ. 876, ΦΕΚ 661Β 23/5/2000).

Ένα άλλο σοβαρό θέμα αφορά στην κατάρτιση του προσωπικού, αλλά και των επιστημονικά υπευθύνων, που καλούνται να διευθύνουν τις νέες δομές, χωρίς να έχουν σε πολλές περιπτώσεις την απαραίτητη εμπειρία και εκπαίδευση σε αυτό το αντικείμενο. Η κατοχή ενός πτυχίου δεν διασφαλίζει απαραίτητα τη δυνατότητα κάποιου επιστήμονα στην καθοδήγηση των νέων αυτών προγραμμάτων, με ανάλογο τρόπο που η κατοχή μιας ιατρικής ειδικότητας δεν δίνει στο γιατρό τη δυνατότητα να κάνει θεραπευτικές επεμβάσεις που απαιτούν κάποιες επιπλέον γνώσεις. Χρειάζεται εκπαίδευση στις κλινικές ιδιαιτερότητες που συνδέονται με τη συγκεκριμένη θεραπευτική πρακτική. Σε διαφορετική περίπτωση, ο ρόλος του επιστημονικά υπεύθυνου θα συρρικνωθεί προοδευτικά σε μια τεχνοκρατική διαχείριση των προγραμμάτων αυτών, αφήνοντας τις θεραπευτικές ομάδες χωρίς την κλινική καθοδήγηση, που είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της θεραπευτικής δυναμικής και τον περιορισμό των φαινομένων της επαγγελματικής κόπωσης, που εμφανίζονται πολύ σύντομα στις δομές αυτές, ακόμη και στους νέους επαγγελματίες, οι οποίοι χάνουν γρήγορα τον αρχικό ενθουσιασμό τους.

Το άσυλο δεν αναφέρεται μόνο στις άσχημες συνθήκες διαβίωσης των ασθενών. Η ασυλιακή πραγματικότητα και ο ιδρυματισμός είναι φαινόμενα που δεν συνδέονται μόνο με την ύπαρξη των τοίχων ενός ασύλου. Συνδέονται, κατά κύριο λόγο, με ένα συγκεκριμένο τρόπο θεώρησης της ψυχικής ασθένειας και του ψυχικά αρρώ-

στου. Οι νέες δομές δεν είναι εξ ορισμού απαλλαγμένες από την ιδρυματική αντίληψη, από το γεγονός και μόνο ότι δεν λειτουργούν μέσα σε τοίχους. Όταν η κλινική επεξεργασία του θεραπευτικού έργου και της θεραπευτικής σχέσης είναι ελλιπής, η εμφάνιση ιδρυματικών χαρακτηριστικών μπορεί να γίνει πολύ γρήγορα. Το αποτέλεσμα σε κάθε περίπτωση είναι η εγκατάσταση μιας διαχειριστικής λογικής στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και του αρρώστου, που δεν διαφοροποιείται σε μεγάλο βαθμό από την ασυλιακή λειτουργία.

Άλλη επίσης ιδιαιτερότητα, που λειτουργεί ανασταλτικά στην ποιότητα του θεραπευτικού έργου, αποτελεί ο αποκλεισμός ασθενών της κοινότητας από τη χρήση των νέων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την αύξηση των κινδύνων απομόνωσης των νέων δομών από τον κοινωνικό ιστό, καθώς δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν άμεσες ανάγκες που εμφανίζονται στον κοινωνικό χώρο. Και αυτή η επιλογή στο σχεδιασμό των προγραμμάτων δεν έλαβε υπόψη τα κλινικά κριτήρια που συνδέονται με το θεραπευτικό έργο των δομών επανένταξης.

Φαίνεται ότι, μέχρι σήμερα, η υλοποίηση των νέων υπηρεσιών ακολούθησε κυρίως μια ποσοτική λογική κάλυψης των αναγκών, χωρίς να συνδυάζεται, όπως θα έπρεπε, με ποιοτικές εκτιμήσεις του κλινικού έργου που παρέχουν ή με την ύπαρξη άλλων ψυχιατρικών υπηρεσιών, που θα ήταν απαραίτητες για τη στήριξη του θεραπευτικού τους έργου. Είναι ενδεικτικό ότι πολλές επιλογές, σε επίπεδο κεντρικού σχεδιασμού, έγιναν όχι στη βάση μιας ορθολογικής ανάπτυξης ενός δικτύου ψυχιατρικών υπηρεσιών, αλλά με γνώμονα τα χρονικά περιθώρια για την απορρόφηση των κονδυλίων για την αποασυλοποίηση και την κένωση των ψυχιατρείων, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται μονάδες αποκατάστασης σε περιοχές που δεν διαθέτουν στοιχειώδεις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η αποασυλοποίηση είναι μια πτυχή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αν η εξέλιξή της δεν συνοδευτεί με την ισοδύναμη ανάπτυξη των υπολοίπων υπηρεσιών που συνθέτουν ένα σύγχρονο ψυχιατρικό δίκτυο, ιδιαίτερα για τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας μας που δεν διαθέτουν, τότε υπάρχει σοβαρός κίνδυνος ακόμη και οι προσπάθειες που γίνονται στον τομέα της αποασυλοποίησης να οδηγήσουν μεσοπρόθεσμα, όχι στην εξαφάνιση του ασύλου, αλλά στον κατακερματισμό του σε μικρότερες εξωραϊσμένες δομές, με ασυλιακή όμως λειτουργία. Ίσως, αν συνειδητοποιηθεί αυτή η πραγματικότητα, θα υπάρξει η δυνατότητα να γίνουν κάποια σημαντικά βήματα, σε ό,τι αφορά την ουσία όλων αυτών των προσπαθειών για ψυχιατρική μεταρρύθμιση, που είναι η

ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η συνολική κάλυψη των θεραπευτικών αναγκών του ψυχιατρικού αρρώστου και του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας.⁸

Στη χώρα μας, η προσπάθεια για ψυχιατρική μεταρρύθμιση και αποασυλοποίηση έχει ξεκινήσει εδώ και 12 χρόνια. Τα προβλήματα όμως που συνδέονται με τις δυσκολίες και τις αδυναμίες στο θεραπευτικό επίπεδο των προγραμμάτων αποκατάστασης έχουν αρχίσει να εμφανίζονται το τελευταίο διάστημα με ιδιαίτερη ένταση. Η δημιουργία των νέων οικοτροφείων τους επόμενους μήνες θα πολλαπλασιάσει τις παραπάνω δυσκολίες. Τα αίτια των προβλημάτων αυτών συνδέονται (α) με την αποσπασματική υλοποίηση των νέων δομών, χωρίς παράλληλη ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας, του οποίου θα αποτελούσαν μέρος, και (β) με την απουσία ενός κλινικού προβληματισμού για το παρεχόμενο θεραπευτικό έργο στις δομές αυτές.

Ο επαναπροσδιορισμός των προτεραιοτήτων στο σχεδιασμό των νέων υπηρεσιών, καθώς και η δημιουργία μιας κλινικής θεωρίας, ενός «ψυχονοητικού θεσμού» για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την αποασυλοποίηση, είναι επιτακτική ανάγκη, αν υπάρχει η επιθυμία να πετύχουν οι στόχοι αυτοί, που θα έπρεπε να είναι η καλύτερη θεραπευτική φροντίδα των χρονίων αρρώστων, αλλά και η συνολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και όχι μόνο η υλοποίηση μιας επιμέρους αναγκαιότητας, που αφορά στο κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων. Αν η ανάπτυξη των υπηρεσιών δεν είναι σφαιρική και δεν συνοδεύεται από έναν κλινικό προβληματισμό του παρεχόμενου έργου,

τότε, όπως δείχνει η εμπειρία και η ιστορία, η προσπάθεια θα μείνει αποσπασματική και οι παρεχόμενες υπηρεσίες προβληματικές.

Δ. Δαμίγος,¹ Β. Μαυρέας²

¹Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων,
²Ψυχιατρική Κλινική,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

1. ΔΑΜΙΓΟΣ Δ, ΤΖΙΟΥΡΗ Σ. Διερεύνηση της σύνθεσης των θεραπευτικών ομάδων των ξενόνων του προγράμματος «Λέρος». Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Ιωάννινα, 1989
2. KAES R ET AL. *L' institution et les institutions*. Dunod, Paris
3. HOCHMANN J. *Pour une psychiatrie communautaire*. Seuil, Paris, 1971
4. ΔΑΜΙΓΟΣ Δ, ΕΥΡΥΠΙΔΟΥ Ε. Η έννοια του μεταβατικού πλαισίου. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 1992:38
5. KAES R. Processus et fonction de l' ideologie dans les groupes. *Perspectives Psychiatriques* 1971:33
6. HOCHMANN J. Theorie et soins desinstitutionnalisés. L' institution mentale. *Information Psychiatrique* 1982
7. SEARLES H. L' effort pour rendre l' autre fou. In: *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1975, 12. Μετάφραση στα ελληνικά: «Η προσπάθεια να τρελαθεί ο άλλος. Ένα στοιχείο στην αιτιολογία και ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας». Στο: *Σχιζοφρένεια και οικογένεια*. Εκδ. Γράμματα, 1978
8. ΣΚΑΠΙΝΑΚΗΣ Π, ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Ψυχιατρική μεταρρύθμιση: Διαφορετικοί ασθενείς διαφορετικές ανάγκες. *Αρχ Ελλην Ιατρ* 2001, 18:444-445