

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΡ. ΠΑΞΙΝΟΣ

ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ, ΔΙΔΑΚΤΩΡ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

1 ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1 Ιστορική αναδρομή στην εμφάνιση των Ασύλων στην Ευρώπη

Τα Ψυχιατρικά άσυλα δημιουργήθηκαν στην Ευρώπη τη χρονική περίοδο μεταξύ των τελών του 18^{ου} και των αρχών του 19^{ου} αιώνα. Πρόκειται για τη χρονική στιγμή κατά την οποία για πρώτη φορά, ψυχιατρικοί ασθενείς συγκεντρώθηκαν μαζί με άλλες κοινωνικές ομάδες του περιθωρίου και εγκλείστηκαν σε ολοκληρωτικά ιδρύματα αποτελώντας τον μοναδικό τρόπο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Η εμφάνισή τους συνδέθηκε με συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές σε χώρες όπως η Αγγλία και η Γαλλία, μέσα από τη διάλυση ενός πολύμορφου καθεστώτος αρωγής και την ανάπτυξη της φιλανθρωπίας από την ανερχόμενη αστική τάξη. Οι προκαπιταλιστικές Ευρωπαϊκές κοινωνίες παρουσιάζονται να βιώνουν και να ενσωματώνουν με διαφορετικούς τρόπους τις συμπεριφορές των μελών τους, οι οποίες αρκετά χρόνια αργότερα εντάχθηκαν και ταξινομήθηκαν ως ψυχικές διαταραχές.

Στην Δυτική Ευρώπη την περίοδο του Μεσαίωνα η «τρέλα» ερμηνεύτηκε ως κυριαρχία υποχθόνιων δυνάμεων, ως ένα εν ζωή «παρόν του θανάτου» - ως μια εσχατολογική μορφή που συγγένευε με τη μαγεία-. Η καθολική εκκλησία είχε αναλάβει αυτή την εποχή την αντιμετώπιση «αφύσικων» ψυχικών εκδηλώσεων (Φουκώ, 1964) με εξορκισμούς και οργάνωση «πυρών των μαγισσών».

Η Αναγέννηση σύμφωνα με τον Foucault τοποθέτησε στη θέση της απειλητικής και υποχθόνιας δύναμης μια τρέλα πολλές φορές αστεία, ευχάριστη, μια τρέλα που αποκάλυπτε και προκαλούσε τις κοινωνικές συμβατικότητες. Η αντίληψη

αυτή αντιπροσωπεύτηκε στη λογοτεχνία και στο θέατρο της εποχής και προκάλεσε διαφορετικούς κοινωνικούς χειρισμούς ανάλογα με την περίπτωση.

Στα Βαλκάνια κατά τους βυζαντινούς και οθωμανικούς χρόνους παρατηρείται μια διαφορετική στάση απέναντι στους ψυχικά πάσχοντες, που είναι ενδεικτική της διαφορετικής κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης και των διαφορετικών θρησκευτικών αντιλήψεων της περιοχής σε σχέση με αυτές της Δυτικής και Κεντρικής Ευρώπης (Πλουμπίδης, 1989). Τον κύριο ρόλο στην αντιμετώπιση και την περίθαλψη των πασχόντων και των οικογενειών τους έπαιξε η ορθόδοξη χριστιανική εκκλησία.*¹

Στους βυζαντινούς χρόνους οι ψυχιατρικοί ασθενείς που δεν παρουσίαζαν δαιμονοκατοχή, γίνονταν πολύ συχνά αντικείμενο σεβασμού και φροντίδας ως φορείς θείου μηνύματος και γι' αυτόν τον λόγο ζούσαν ελεύθεροι με τη φροντίδα συχνά ερημιτών ή ολόκληρων μονών.

Σε περιπτώσεις εκδηλώσεως ψυχικών διαταραχών οι οικογένειες των ψυχικά αρρώστων απευθύνονταν σε ειδικούς θρησκευτικούς χώρους όπως εκκλησίες και μοναστήρια που είχαν τη φήμη της ιαματικότητας για εξορκισμούς. Εάν κρινόταν αναγκαίο παρέμεναν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη μονή με τη συμμετοχή τους σε λατρευτικές εκδηλώσεις και όχι για μακροχρόνιο εγκλεισμό.

Σε αυτά τα μοναστήρια υπήρχαν κελιά-ξενώνες όπου οι διεγερτικοί άρρωστοι παρέμεναν νηστεύοντας αυστηρά, δεμένοι με αλυσίδες, δεχόμενοι τις εκκλησιαστικές «θεραπευτικές» πρακτικές που περιελάμβαναν τους εξορκισμούς του Μεγάλου Βασιλείου, το ράντισμα με αγίασμα και τις προσευχές. Τέτοιες περιοχές στον ελλαδικό χώρο υπήρχαν στη Χίο, στη Κεφαλλονιά, στη Θεσσαλονίκη αλλά και στην Αττική στο μοναστήρι του Δαφνίου.

¹ Εγκλεισμοί σε μοναστήρια που είχαν το χαρακτήρα ασύλου, παρατηρούνται κατά τους μετέπειτα οθωμανικούς χρόνους στη Ρουμανία, τη Βουλγαρία και την Κωνσταντινούπολη, ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης παραμονής σε αυτά ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι βρέθηκαν εκεί και δεν είχαν την ανάλογη βελτίωση. Στις περιπτώσεις ασυλοποίησης των μονών αναφέρεται από μελετητές ότι χρησιμοποιούνταν κουστωδικές τεχνικές εφησυχασμού των τροφίμων, όπως καθηλώσεις ή σωματικούς βασανισμούς. Μετά την ίδρυση εθνικών κρατών στις περιοχές τα μοναστηριακά άσυλα επιχορηγούνται κρατικά για να συνεχίσουν να συντηρούν τους ασθενείς τους, εξαιτίας της έλλειψης κρατικών ιδρυμάτων που θα κάλυπταν τις ανάλογες ανάγκες (Πλουμπίδης, 1989).

Όσον αφορά τις Βαλκανικές χώρες μέχρι τον 19^ο αιώνα δεν παρατηρούνται ιδιαίτερα μέτρα αποκλεισμού ή αποδιοπομπής ψυχιατρικών ασθενών, παρά μόνο εάν είχαν ενοχλήσει το κοινωνικό περιβάλλον και είχαν ξεπεράσει τα όρια ανοχής (Πλουμπίδης, 1989). Μαρτυρίες της εποχής αναφέρουν ότι όσο δεν απειλούσαν με βίαιες πράξεις το ευρύ κοινωνικό περιβάλλον, παρέμεναν ελεύθεροι, έχαιραν συχνά ασυδοσίας βάσει θρησκευτικών αντιλήψεων, θεωρούνταν πηγή ευημερίας για τις οικογένειές τους και απολάμβαναν το σεβασμό της κοινότητας (Jean- Moreau de Tours, 1843, Πλουμπίδης, 1989).

Τον 17^ο αιώνα παρατηρείται στην Κεντροδυτική Ευρώπη η μαζική συγκέντρωση σε ασυλιακούς χώρους όλων εκείνων των κοινωνικών ομάδων, που ηθελημένα ή άθελά τους δεν συμβαδίζουν με τις αξίες της αστικής ηθικής, στη βάση της οποίας εκείνη την εποχή συγκροτείται, θεμελιώνεται και στη συνέχεια προστατεύεται ο πρώτος ευρωπαϊκός καπιταλισμός (Εμμανουηλίδου, 1995).

Στη νέα κοινωνική τάξη που επαγγέλλεται το καινούργιο κοινωνικοοικονομικό σύστημα, η κοινωνία αποκτά τη συνοχή της μέσα από την εργασία και τις αρετές της πειθαρχίας και αυτοπειθαρχίας που προϋποθέτει. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο κοινωνικής ηθικής ο μη εργαζόμενος, κατ'έπекταση και ο μη δυνάμενος να εργαστεί, αποτελεί προσβολή της κοινωνικής ομαλότητας και ξεφεύγει από τα όρια κοινωνικής ανοχής.

Τα πολυάριθμα ιδρύματα που αναφύονται τον 17^ο αιώνα σε όλο τον Ευρωπαϊκό χώρο και στα οποία εγκλείονται ανάμεσα σε άλλες κοινωνικές ομάδες και οι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι κοινωνικές κατασκευές ενάντια στην ανεργία την επαιτεία και τη μη ελεγχόμενη διαβίωση άνεργων κοινωνικών ομάδων (Φουκώ, 1964).

Μέχρι το τέλος του 18^{ου} αιώνα τα διάφορα ασυλιακά ιδρύματα που στεγάζουν κάθε λογής κοινωνική και ψυχική απόκλιση πολλαπλασιάζονται στην Ευρώπη με ταχύτατους ρυθμούς (Doerner, 1969). Στη Γαλλία ιδρύεται στο Παρίσι το 1656 το γνωστό Hospital General έχοντας απώτερο στόχο την πάταξη της επαιτείας και της κοινωνικής αναρχίας, από το οποίο αναφέρεται ότι σε κάποια χρονική στιγμή πέρασε το 1% περίπου του πληθυσμού του Παρισιού. Το 1676 ανακοινώνεται η ίδρυση γενικού νοσοκομείου σε κάθε πόλη του βασιλείου. Στη Γερμανία, με πρώτο το Zuchthaus του Αμβούργου το 1620, πληθαίνουν με ταχύτατους ρυθμούς ανάλογα

«Σπίτια Αναμόρφωσης» (Zuchthaeuser) ,στα οποία οι εγκάθειρκτοι είχαν την υποχρέωση να δουλεύουν. Ιδρύματα με ανάλογη αποστολή είναι και τα αγγλικά Workhouses εξέλιξη των Houses of correction του περασμένου αιώνα (1575)*², που γνωρίζουν σημαντική εξάπλωση και στα τέλη του 18^{ου} αιώνα φτάνουν στην Αγγλία τα 126 (Εμμανουηλίδου,1995).

Στα Βαλκάνια υπάρχουν ήδη από τους Βυζαντινούς χρόνους συσσίτια, φτωχοκομεία και άλλα φιλανθρωπικά ιδρύματα, που στεγάζουν ανάλογες κοινωνικές ομάδες, όχι όμως με τη συστηματικότητα και τον υποχρεωτικό χαρακτήρα που παρουσιάζουν στην υπόλοιπη Ευρώπη (Πλουμπίδης,1989). Ο 15^{ος} αιώνας αναφέρεται από τον Πλουμπίδη ως αιώνας εμφάνισης κάποιων τέτοιων ασύλων που υποστήριζε το οθωμανικό κράτος, με σκοπό μέχρι τον 19^ο αιώνα, «την αποδραματοποίηση των πιο κραυγαλέων περιπτώσεων κοινωνικής εξαθλίωσης ή συμπεριφορών που απέκλιναν (Πλουμπίδης,1989,σ.126).

Σύμφωνα με τον Φουκώ (1964), η ιστορία του εγκλεισμού στο άσυλο είχε τις εξής φάσεις:

1. Το άδειασμα των λεπροκομείων στο τέλος του Μεσαίωνα..
2. Την ίδρυση των Γενικών Νοσοκομείων στη Γαλλία το 17^ο αιώνα και των madhouses στην Αγγλία.
3. Την απελευθέρωση των ψυχοπαθών που συνοδεύτηκε από το έργο του Pinel.

Και στα τρία αυτά είδη ιδρυμάτων έχουμε ένα δυαδικό χωρισμό του πληθυσμού και την απομάκρυνση αυτών που τίθενται στην άλλη πλευρά της διαχωριστικής γραμμής.

Η ιστορική αντιμετώπιση της λέπρας συνδέεται αρκετά στενά με την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Οι λεπροί, αν και εξαφανίστηκαν εξαιτίας της

² Ενδεικτικό της θεωρητικής σύγχυσης που επικρατούσε σε σχέση με αυτά τα ιδρύματα είναι το πώς ορίζονταν ο στόχος των «Διορθωτικών αυτών σπιτιών» στην Αγγλία: «...για τη τιμωρία των αγυρντών και την ανακούφιση των φτωχών...» (Φουκώ, 1964).

κοινωνικής απειλής, άφησαν μια κληρονομιά κτιρίων και πρακτικών, διαθέσιμων για τη χρήση των μελλοντικών γενιών των εγκλειστών. Δύο-τρεις αιώνες αργότερα τα πρώην λεπροκομεία μετατράπηκαν σε χώρους εγκλεισμού των φτωχών, αλητών, παραφρόνων, αρρώστων και άλλων αποκλεισμένων κοινωνικών ομάδων. Η έννοια του λεπρού έγινε ένας δείκτης του καθεστώτος του εγκλεισμού. Η απομόνωση των λεπρών δεν ήταν τόσο μια ιατρική πράξη, όσο μια τελετουργία καθαρμού και εξορκισμού ενός φοβικού αντικειμένου χωρίς να σημαίνει αυτό ότι και τα άλλα ιδρυματικά σχήματα που δημιουργήθηκαν αργότερα δεν ήταν απαλλαγμένα από το τελετουργικό και καθαρτικό στοιχείο.

Τα «Γενικά Νοσοκομεία» δημιουργήθηκαν τον 17^ο αιώνα και χρησίμευαν για τη στέγαση, τη σίτιση των απόρων κάθε φύλου, ηλικίας, καταγωγής και προέλευσης που συλλαμβάνονταν και εγκλείονταν βίαια. Ήταν αυτό το καθεστώς εγκλεισμού στο οποίο άσκησαν έντονη κριτική στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, κατά τη διάρκεια της Γαλλικής Επανάστασης, οι θεμελιωτές του σύγχρονου ασύλου και «απελευθερωτές» των τρελών όπως χαρακτηριστικά ονομάστηκαν.

Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δεν υφίσταται η ψυχιατρική σαν επιστήμη με την έννοια που απέκτησε τον 19^ο αιώνα. Η τρέλα δεν έγινε αντικείμενο γνώσης, παρά αφ' ότου είχε ήδη γίνει αντικείμενο εγκλεισμού και κοινωνικής διόρθωσης.

Ακόμα και όταν η τρέλα «ψυχιατρικοποιήθηκε» διατήρησε τις προηγούμενες διασυνδέσεις της. Αυτό που το 19^ο αιώνα αντιμετωπίστηκε ως ψυχοπαθολογία, ήταν ένα με δύο αιώνες πρωτότερα «ηθικό σφάλμα». Αντιμετωπίζεται μαζί με άλλες παρεκκλίσεις σαν απειλή στην κοινωνική τάξη και έπρεπε στους παρεκκλίνοντες να απαλειφθεί το κακό και να ενσταλαχθεί η αρετή (Μεγαλοοικονόμου, 1987).

Δεν ήταν τα ιδρύματα αυτά ένα βήμα προς τον περιορισμό των «τρελών» σε ψυχιατρικά άσυλα, αλλά μια κοινωνική πρακτική που περιέθαλπε τους «τρελούς» μαζί με τον υπόλοιπο πληθυσμό που έχρηζε φροντίδας. Ήταν περισσότερο φυλακές παρά νοσοκομεία. Μπορούσε να εγκλειστεί εκεί κάποιος όχι μόνο με τη νομική διαδικασία, αλλά και με τη σύμφωνη γνώμη του αρχηγού της οικογένειας, του

αστυνομικού, του κληρικού και άλλων πολιτών. Μόνο από τα τέλη του 18^{ου} αιώνα ο εγκλεισμός στα άσυλα αρχίζει να καθοδηγείται από την ιατρική ενώνοντας για πρώτη φορά αυτούς τους δύο θεσμούς θεωρώντας πλέον τη «τρέλα» ως δυστυχία και κακοτυχία.

1.2. Η Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα

Η ιστορία της Ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας ταυτίζεται ουσιαστικά με την ιστορία του Ασύλου.

Η πρώτη Ψυχιατρική μονάδα εμφανίστηκε στη Κέρκυρα το πιο προχωρημένο κοινωνικά και ενσωματωμένο στο Δυτικό Ευρωπαϊκό χώρο κομμάτι της Ελληνικής Επικράτειας. Το Ψυχιατρείο αυτό ιδρύθηκε το 1838 με διάταγμα του Βρετανού διοικητή των Ιονίων νήσων E. Douglas ενώ ήδη από το 1836 είχαν αρχίσει να καταφθάνουν οι πρώτοι 8 άρρωστοι από την περιοχή της Κέρκυρας. Οι ασθενείς γρήγορα αυξήθηκαν στους 65 ενώ οι πρώτοι γιατροί ήταν Βρετανοί.

Στις αρχές του 20ου αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη περιελάμβανε το Δρομοκαίτειο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας, το Αιγινήτειο και 8 μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, Σούδα (Κρήτη), Σύρο, Χίο, Λέσβο και Κεφαλλονιά, ενώ από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές (Μαδιανός, 1994).

Ιδρύματα όπως το Δρομοκαίτειο (1887) και το Αιγινήτειο(1905) καλύπτουν τις βασικές ανάγκες της περίθαλψης στη χώρα μας.

Το Δαφνί σαν συνδυασμός Ψυχιατρείου-Ασύλου, δημιουργήθηκε σε μια δύσκολη περίοδο της Ελληνικής ιστορίας, που εκτείνεται από τη Μικρασιατική καταστροφή μέχρι τη Μεταξική δικτατορία.

Ιδρύθηκε αρχικά όχι σαν Ψυχιατρείο αλλά σαν άσυλο –παράρτημα του ασύλου της Αγίας Ελεούσα για την καλύτερα δυνατή αποσυμφόρησή του.

Η Μικρασιατική καταστροφή και τα όσα ακολούθησαν, το ενάμιση εκατομμύριο πρόσφυγες, η ανεργία και η κοινωνική εξαθλίωση αύξησαν σοβαρά τον αριθμό των ατόμων που συνωστίζονταν στο Άσυλο της Αγίας Ελεούσα και «όπου

συνελέγοντο υπό της αστυνομίας οι διάφοροι αλήται, φρενοπαθείς, άστεγοι και εν γένει κακοποιοί και επικίνδυνα δια την Δημόσιαν Τάξιν, υγιή ή φρενοπαθή άτομα» (Μάτσα,1987). Όταν πια οι έγκλειστοι της Αγίας Ελεούσα έφτασαν τους 400, τότε στήθηκαν οι πρώτες παράγκες στο Δαφνί. Η επιλογή του Δαφνίου σαν χώρου για την εγκατάσταση Ψυχιατρείου, έγινε στη βάση του γεγονότος ότι εκεί κοντά υπήρχε η ιστορική μονή Δαφνίου που στα 1833-1835 λειτουργούσε ως χώρος «θεραπείας» ψυχασθενών. Αξίζει να σημειωθεί ότι η μονή έκειτο στα ερείπια του ιερού ναού του Δαφνίου Απόλλωνα, του επονομαζόμενου Λοξία, προστάτη των ψυχασθενών κατά τους κλασικούς χρόνους (Μαδιανός,1994).

Αρχικά πενήντα τρόφιμοι του Ασύλου της Αγίας Ελεούσα (το οποίο από το 1924 είχε μετονομαστεί σε «Δημόσιον Ψυχιατρείον Αγίας Ελεούσης») υπαγόμενο στο Υπουργείο Πρόνοιας, λειτουργούσε συμπληρωματικά προς το Δαφνί.

Τη Γενική Διεύθυνση και την οικονομική διαχείριση είχε Αξιωματικός της Χωροφυλακής. Οι εισαγωγές γίνονταν στο Άσυλο Ελεούσας, κατευθείαν από την Αστυνομία, το Υπουργείο Πρόνοιας και σπάνια μετά από αίτηση Ιδιωτών. Οι τρόφιμοι προέρχονταν από όλα τα μέρη της Ελλάδας. Το 1934 δημοσιεύτηκε ο Νόμος 6.077 «περί οργανώσεως Δημοσίων Ψυχιατρείων» και τότε άρχισε η δημιουργία των μονίμων κτιριακών εγκαταστάσεων του Ψυχιατρείου, που λειτουργούσε παράλληλα με τις παράγκες.

Στο διάστημα 1938-1940 το Δημόσιο Ψυχιατρείο αποκτά και κάποιο επιστημονικό προσωπικό και αρχίζει να παίζει θεραπευτικό ρόλο. Έτσι, στη δεκαετία του 1930 το Ψυχιατρείο υποχρεώθηκε να αναλάβει το μεγαλύτερο ποσοστό από την Ψυχιατρική κίνηση της χώρας (Κ.Φιλανδριανού: Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, Αθήνα 1977).

Μια χαρακτηριστική εικόνα της κατάστασης σχετικά με τον αριθμό των κρεβατιών, δίνεται από την Εθνική Στατιστική το 1939:

Πίνακας 1.Ο αριθμός των κρεβατιών στα Ελληνικά Ψυχιατρικά Άσυλα το 1939

Αθήνα 1.809	Κέρκυρα 325
Θεσσαλονίκη 250	Χανιά 309
Δρομοκαίτειο 645	Χίος 63
Χίος Θεσ νίκης 75	Αιγινήτειο 112
Κεφαλλονιά 100	Σύρος 60
Σύνολο 3.740	

«Με το Ν.6077 είχαν ιδρυθεί και τα Δημόσια Ψυχιατρεία Θεσσαλονίκης και Χανίων και είχε γίνει επίσης Δημόσιο Ψυχιατρείο το τοπικό μικρό άσυλο της Κεφαλληνίας. Όλα όμως αυτά ήταν τότε ανοργάνωτα ακόμα, έμεναν πολύ πίσω και ελάχιστη συμβολή πρόσφεραν. Αρκεί να σημειωθεί πως τα παραπάνω και κοντά σε αυτά τα παλιότερα, της Κέρκυρας, το Δρομοκαίτειο και το Αιγινήτιο, όλα μαζί, μόλις έφταναν το σύνολο αρρώστων, στον αριθμό που νοσήλευε μόνο του το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών» (Πλουμπίδης, 1981).

Ο Νόμος 965 του 1937 «περί οργάνωσης των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων», καθιέρωσε επίσημα το Ψυχιατρείο σαν Νοσηλευτική Μονάδα. Ηρθε να συμπληρώσει το Νόμο 6.077 του 1934 και άλλους αναγκαστικούς νόμους και διατάγματα.

Μέσα σ' αυτό το Νομικό πλαίσιο με τεράστια οικονομικά προβλήματα, με ελάχιστο νοσηλευτικό προσωπικό και γιατρούς, το Δημόσιο Ψυχιατρείο υποχρεώθηκε να καλύψει τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες ψυχιατρικής περίθαλψης του Ελληνικού πληθυσμού. Έτσι οι ασθενείς έφταναν στην περίοδο 1936-1938 τα 2.000 άτομα περίπου.

«Το πλήθος των αρρώστων δημιουργεί μέσα στο ίδρυμα μεγάλο συνωστισμό . Η κυριότερη από τις ανάγκες του Ψυχιατρείου είναι του χώρου..οι περισσότεροι άποροι δεν έχουν κρεβάτια...Μολονότι είναι περιορισμένος ο αριθμός των ψυχοπαθών που μπορεί να δεχθεί το ίδρυμα, ωστόσο όπως είναι τα πράγματα δεν θα

μπορέσει να ανθέξει την πίεση των απέξω. Οι ψυχοπαθείς όλο και πληθαίνουν. Η Αστυνομία όλο και περιμαζεύει περιπλανώμενους και αδέσποτους τρελούς, που δεν ξέρει τι να τους κάνει..» (Εφημερίδα Πρωία 14-8-1938).

Μετά το τέλος του πολέμου μέσα στις γενικότερες κοινωνικές αλλαγές το ψυχιατρείο διαμορφώθηκε με τη μορφή που έχει περίπου και σήμερα. Ουσιαστικά τα προβλήματά του παρέμειναν τα ίδια, παρά την πρόοδο που σημειώθηκε στην αντιμετώπιση των ψυχοπαθών με την χρησιμοποίηση των ψυχοφαρμάκων (Μάτσα, 1987).

Ιδιαίτερα οξύ παρέμεινε το πρόβλημα της έλλειψης χώρου και του υπερκορεσμού των ασθενών, πρόβλημα που ήρθε να «λύσει» η ίδρυση της Αποικίας Ψυχοπαθών Λέρου το 1958.

Παρακάτω παραθέτουμε αναλυτικό χρονολογικό πίνακα ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων στη χώρα μας (Μαδιανός, 1994).

Πίνακας 2. Χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των Ψυχιατρικών Ιδρυμάτων

ΙΔΡΥΜΑ	ΠΕΡΙΟΧΗ	ΧΡΟΝΟΣ
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Μέσα στην πόλη	1838
Άσυλο Κεφαλονιάς	Αργοστόλι	1840
Σκυλίτσειο Νοσοκομείο	Μέσα στην πόλη	1886
Δρομοκαίτειο	Χαϊδάρι	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη	1906
Η πρώτη ιδιωτική	Αθήνα(Πατήσια)	1904

κλινική		
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χίρς	Στην πόλη της Θεσνίκης	1908
Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγιο Κεφαλληνίας	Ληξούρι	1910
Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο	1914
Άσυλο Αγίας Ελεούσης	Καλλιθέα	1919
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής Δαφνί	Δαφνί	1934
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσνίκης	Σταυρούπολη	1946
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσνίκης	Σταυρούπολη	1950
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης	Πεντέλη	1958
Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου	Λέρος	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	Τρίπολη	1967
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	Πέτρα Ολύμπου	1971
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων	Σούδα	1971

Πηγή : Μ.Μαδιανός, (1994). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, σελ. 181

1.3. ΤΟ ΞΕΠΕΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΣΥΛΟΥ

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο σαν δομή και σαν οργάνωση, είναι μια απλοποιητική και παθογόνος απάντηση στην πολυπλοκότητα και στις ανάγκες που εκφράζει η ψυχική οδύνη και ως εκ τούτου είναι τελείως ακατάλληλο για την αποκατάσταση των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονται.

Το ψυχιατρείο δεν μπορεί ποτέ να μετατραπεί σε χώρο ελευθερίας και χειραφέτησης, γιατί δεν μπορεί να ανθήσει ελευθερία πίσω από τα τείχη, ούτε στην κοινωνία, ούτε στην ψυχιατρική φυσικά. Ούτε η απλή ριζοσπαστική κριτική του ασύλου μπορεί να έχει κάποιο αποτέλεσμα, χωρίς μια πρακτική δραστηριότητα για την Αποιδρυματοποίηση, χωρίς αμφισβήτηση του ιατροκεντρικού μοντέλου, χωρίς μια συνειδητή προσπάθεια να έρθει στο κέντρο της προσοχής και να αποκτήσει εξουσία αυτός που δεν έχει καμιά, ο ψυχικά πάσχων, χωρίς μια συνειδητή προσπάθεια για ανάληψη πρωταγωνιστικού ρόλου. Η κριτική του ασύλου που δεν συνοδεύεται με πρακτική κριτική δραστηριότητα μέσα στο άσυλο, μένει στην φαινομενικότητα της βίας του ασύλου. Μένει στο επίπεδο της απλής διαμαρτυρίας και της «ιδεολογίας της απελευθέρωσης» χωρίς να προχωράει στην οικοδόμηση όρων της πρακτικής της απελευθέρωσης.

Πρέπει να δοθεί η δυνατότητα στα άτομα με ψυχικές διαταραχές να έχουν μια ζωή όμοια με όλους τους ανθρώπους και να έχουν πρόσβαση σε ψυχιατρικές υπηρεσίες που τους εξασφαλίζουν μια περίθαλψη και ζωή όσο γίνεται πιο κοντά στα ιδιαίτερό τους περιβάλλον, μέσα στον κοινωνικό ιστό.

Για τους χρόνιους αυτό σημαίνει την εγκαθίδρυση μιας διαδικασίας προσέγγισης σε μια ζωή αυτόνομη, σύμφωνα με τους χρόνους και τους ρυθμούς του καθενός, χωρίς καμία επιλογή περιστατικού ή αυθαιρεσία.

Το ξεπέραςμα του ψυχιατρικού νοσοκομείου πρέπει να γίνει ταυτόχρονα με την ίδρυση νέων δομών στέγασης και αποκατάστασης. Η έξοδος χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρεία σε εναλλακτικές μορφές διαμονής στην κοινότητα, θεωρείται σήμερα πρωταρχικής σημασίας αντικείμενο της

αποκατάστασης. Σε τέτοιο βαθμό μάλιστα που η Αποκατάσταση να θεωρείται συνώνυμη με την εγκατάσταση σε τόπο διαμονής εκτός ψυχιατρείου.

Η δεκαετία του 1960 θεωρήθηκε η δεκαετία της «μεταβατικής φροντίδας», με την έννοια πως οι χώροι διαμονής στην κοινότητα και η φροντίδα θεωρούνται μετάβαση από την ασθένεια στην πλήρη υγεία, με τελικό στόχο τη μετακίνηση του ατόμου σε ανεξάρτητο σπίτι στην κοινότητα.

Ερευνητική διαδικασία στα τελευταία 30 χρόνια έχει δείξει την υπεροχή της κοινοτικής φροντίδας έναντι της νοσοκομειακής, παρουσιάζοντας μείωση των κλινών έως και 80%.

Τέτοιες κοινοτικές δομές είναι:

1) **Διαμερίσματα** διαφόρου βαθμού προστασίας, αλλά πλήρως ανεξάρτητα από την άποψη της διαχείρισης των καθημερινών δραστηριοτήτων (καθαριότητα, ψώνια, μαγείρεμα).

Το ξεπέραςμα της νοσοκομειακής λογικής δεν συνίσταται μόνο στην κατασκευή μικρών δομών στέγασης, αλλά πρέπει να αφορά και την μετατροπή της γενικότερης οργάνωσης και νοοτροπίας πάνω στην οποία βασίζεται η ιδρυματική λειτουργία.

Η κατοικία είναι για όλα τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, το ίδιο όπως για όλα τα ανθρώπινα όντα, ένας βασικός όρος για την κοινωνική τους ύπαρξη, βασικό στοιχείο της υλικής και συμβολικής οικοδόμησης της προσωπικής και κοινωνικής τους ταυτότητας.

Από αυτή την άποψη η κατοικία (το Διαμέρισμα) για την υποκατηγορία των κοινωνικά αποκλεισμένων, την οποία αποτελούν οι έγκλειστοι των ψυχιατρικών ιδρυμάτων δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν προσωρινή παροχή ενός καταλύματος, αλλά σαν κοινωνικό δικαίωμα που πηγάζει από θεμελιώδη ανθρώπινη ανάγκη, της οποίας η ικανοποίηση αποτελεί συστατικό στοιχείο της εγκαθίδρυσης της σωματικής και ψυχικής υγείας.

2) **Συνεταιρισμοί** που επιτρέπουν στους ασθενείς να έχουν ένα εισόδημα και ένα κοινωνικό ρόλο.

3) **Κέντρο Ψυχικής Υγείας** που θα ασχολείται με την παρακολούθηση και περίθαλψη των χρόνιων αφενός και με την αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών αφετέρου.

2 Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Ο όρος μεταρρύθμιση είναι συνώνυμος με το μετασχηματισμό, την τροποποίηση, την καινοτομία, την μετατροπή, την αλλαγή. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης πρέπει να επέρχεται ένας μετασχηματισμός όλων εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν και καθορίζουν του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα.

Οι βασικές αρχές οι οποίες αποτελούν το ιδεολογικό υπόβαθρο μιας κοινοτικά επικεντρωμένης μεταρρύθμισης, στοχεύουν στην αποκατάσταση όλων των δικαιωμάτων του πρώην εγκλείστου και θα πρέπει να επικεντρώνονται στα ακόλουθα σημεία:

1) Οι ψυχικές διαταραχές είναι όπως και όλες οι άλλες διαταραχές

2) Δεν υπάρχει διχοτόμος στις έννοιες «φυσιολογικότητα / μη φυσιολογικότητα» αφού η βασική αρχή μιας αποκαταστασιακής πολιτικής είναι το διαλεκτικό δίπολο Υγεία. Ασθένεια με μεσοδιαστήματα εσωτερικής και εξωτερικής ισορροπίας ή ανισορροπίας, θλίψης και ευτυχίας πόνου και χαράς. Η αναζήτηση της απόλυτης ψυχικής υγείας είναι στην ουσία μία μορφή ουτοπίας.

3) Η θεραπευτική προσέγγιση έχει ως στόχο το άτομο μέσα στην Κοινότητα διά μέσου της Κοινότητας ως το σύνολο των σχέσεων του (διαπροσωπικών, συγγενικών, οικονομικών, κοινωνικών).

4) Η ανθρώπινη συμπεριφορά δεν μπορεί να κατανοηθεί όταν προσεγγίζεται αποξενωμένη από την κοινότητα

5) Αποστιγματισμός της ψυχικής ασθένειας, μείωση των επιπτώσεων του κοινωνικού αποκλεισμού της περιθωριοποίησης των ψυχικά πασχόντων μαζί με τις άλλες μειονεκτούσες ομάδες πληθυσμού.

6) Η αναγκαιότητα αποασυλοποίησης των εγκλειστών συμβαδίζει με την ανάγκη αλλαγής της ψυχιατρικής κουλτούρας του προσωπικού σε όλα τα επίπεδα φροντίδας του πάσχοντος, μέσα από την εκπαίδευση.

Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση είναι ένα ζήτημα πολυπαραγοντικό, με επιστημολογικές, ιδεολογικές, πολιτικές και άλλες παραμέτρους. Δεν εξαντλείται απλά και μόνο στην οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

Το αίτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ήταν μια αντικειμενική ανάγκη και όχι εισαγόμενο προϊόν της Ελληνικής Ψυχιατρικής πραγματικότητας, που όμως δεν διαμεσολαβήθηκε για πολλούς λόγους έως τώρα σε επίπεδο υποκειμενικής συνείδησης και αντικειμενικής δράσης πλατειών μαζών διαμορφώνοντας κοινωνικό κίνημα.

Παρέμεινε όραμα των πιο πρωτοπόρων στοιχείων με έντονη την επίδραση μεγάλων κινημάτων σε γειτονικές χώρες (Ιταλία και αλλού) που αναπτύχθηκαν στα πλαίσια των κοινωνικών και πολιτικών κινημάτων μετά τον Μάη του 68 στην Ευρώπη.

Στην χώρα μας μέσα από τον Κανονισμό της Ευρωπαϊκής ένωσης 815/84 χρηματοδοτήθηκε η ψυχιατρική μεταρρύθμιση με το ποσόν των 120 εκατομμυρίων ECU. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως εφαρμόστηκε απλώς μια «απονοσοκομειοποίηση», στοχεύοντας απλά στην έξοδο των ασθενών στην Κοινότητα και χωρίς μάλιστα καμία προετοιμασία. Το εγχείρημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που άρχισε πριν από 15 χρόνια έχει αναχθεί σε όχημα διαχείρισης της κρίσης του ψυχιατρικού συστήματος. Έχει μετατραπεί σε μεγάλο βαθμό μια διαδικασία μετασηματισμών και αναδιάρθρωσης των αναχρονιστικών ψυχιατρικών δομών. Στο σύνολό της δεν συνιστά μια ποιοτική τομή προς την κατεύθυνση της υπέρβασης του ασύλου, του σεβασμού στην πράξη των δικαιωμάτων και των αναγκών των ψυχασθενών, της ανάπτυξης μιας άλλου τύπου ψυχιατρικής.

Όπως επισημαίνει ο Μαδιανός (1999), τα αίτια για τη μη μεταρρύθμιση στην χώρα μας είναι τα παρακάτω:

- Το αρνητικό πολιτιστικό, κοινωνικό κλίμα και ο κοινωνικός συντηρητισμός, π.χ. το 70% του συνολικού πληθυσμού το 1981 και το 1991 είναι απόφοιτοι δημοτικού ή με καθόλου εκπαίδευση. Το αρνητικό πολιτιστικό κλίμα εκτρέφει το στίγμα, τα στερεότυπα και τον αποκλεισμό των ψυχικά αρρώστων. Καμμία σοβαρή εκστρατεία ευαισθητοποίησης δεν έγινε μέχρι σήμερα για τον πληθυσμό αυτό.

- Απουσία οργανωτικής υποστήριξης για μια μεταρρύθμιση με έμφαση στην τομεοποίηση, τον συντονισμό, την αξιολόγηση, την εξειδίκευση στελεχών στην κοινωνική κοινοτική ψυχιατρική

- Έλλειψη παραδειγμάτων μεταρρύθμισης στο πραγματικό επίπεδο με δυο τρεις φωτεινές εξαιρέσεις, σε αντίθεση με την ανυπαρξία ιδεολογίας και στατικότητας των ποικίλων δομών

2.1. Ιδρυματισμός και Αποασυλοποίηση

-Εννοιολογική διασαφήνιση

Με τον όρο ιδρυματοποίηση συνηθίζεται ως επί το πλείστον να αποδίδονται οι ξενόγλωσσοι όροι «institutionalization, hospitalization, hospitals» όροι που δεν ανταποκρίνονται ωστόσο επαρκώς σ' αυτή καθ' αυτή την έννοια.

Ο όρος institutionalization αφορά κυρίως τη διαχείριση του ψυχικού πόνου και αποδίδει το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο η εκάστοτε κοινωνία αντιμετωπίζει το φαινόμενο της ψυχικής αρρώστιας. Μιλώντας για ιδρυματοποίηση του ψυχικού πόνου εννοούμε την ίδρυση και ανάπτυξη από την κοινωνία συγκεκριμένων θεσμών με νομική και διοικητική υπόσταση, μέσω των οποίων οφείλουν στα πλαίσιά της να «διεκπεραιώνονται» ψυχολογικές εκφάνσεις και συμπεριφορές, που ταξινομούνται ως ψυχικές διαταραχές (Εμμανουηλίδου,1995).Αυτά τα θεσμικά σχήματα διαφέρουν από άλλες κοινωνικές μορφές αντιμετώπισης του ίδιου του φαινομένου, ως προς το ότι είναι επίσημα διατυπωμένα, προδιαγεγραμμένα και υπόκεινται σε νομικό και διοικητικό έλεγχο του κράτους. Ο συγγενικός όρος «ασυλοποίηση» αποδίδει την

μορφή που μπορούν να πάρουν ιδρυματικές μορφές στην κατεύθυνση ενός στατικού ολοκληρωτισμού επί της ζωής και των προσώπων των τροφίμων τους (Goffman,1973).

Ο όρος «hospitalization» αποδίδει κυρίως την ισοπεδωτική προσαρμογή των προσώπων που είναι μέλη των παραπάνω θεσμών στους όρους και τους κανόνες του ιδρύματος, σε τέτοιο βαθμό ώστε να χαλαρώνουν δραστικά οι ψυχολογικές και κοινωνικές σχέσεις τους με την ανοιχτή κοινωνία και να αντιμετωπίζουν δυσκολίες συνέχισης της ζωής τους εκτός θεσμού. Η διαδικασία προς αυτήν την κατεύθυνση που στα ελληνικά αποδίδεται ιδρυματοποίηση- μεταφράζεται στη γερμανόφωνη βιβλιογραφία με τον όρο «Hospitalisierung» ενώ η ψυχολογική και κοινωνική αναπηρία του ατόμου που προκύπτει από την απόλυτη προσαρμογή του στο ιδρυματικό περιβάλλον χαρακτηρίζεται ως κλινικό σύνδρομο και αποδίδεται στην ελληνική γλώσσα ως ιδρυματισμός.

Ως αποασυλοποίηση ορίζεται η αντίστροφη πορεία

1) τόσο στο προσωπικό και ψυχολογικό επίπεδο των τροφίμων των ψυχιατρικών ασύλων με την έννοια μιας διαδικασίας επανάκτησης κοινωνικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων, στην προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης,

2) όσο και στο θεσμικό επίπεδο, ως μια ξεχωριστή επιστημονική προσέγγιση και μια διεργασία ριζοσπαστικά κριτική προς το άσυλο και τους μηχανισμούς του που συντελείται μέσω της εφεύρεσης και δημιουργίας εναλλακτικών δομών, υπηρεσιών, πρακτικών και αντιλήψεων στο άμεσο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Μπαϊρακτάρης 1994).

Η αποασυλοποίηση δεν είναι μια διοικητική και τεχνική διαδικασία, όπου ο νοσηλευόμενος/ έγκλειστος βελτιώνει τις ξενοδοχειακές συνθήκες διαβίωσης του εντός η εκτός του ψυχιατρείου και που τελειώνει όταν αυτός πάει να κατοικήσει εκτός των τειχών, αλλά ως διαρκή διαδικασία, που ξεπερνά τα όρια,

αμφισβητώντας κάθε φορά τα αποτελέσματα της και επαγρυπνώντας απέναντι στις αναπόφευκτες τάσεις ιδρυματοποίησης του κάθε νέου επιτεύγματος. Μια διαδικασία της οποίας υποκείμενο πρέπει διαρκώς να αναδύεται η ανθρώπινη ύπαρξη που πάσχει και η οποία για αυτό το λόγο υφίσταται ένα διπλό αποκλεισμό, τόσο από την πραγματικότητα όσο και από τον κοινωνικό ιστό.

Αυτός ο αποκλεισμός μπορεί να χαρακτηριστεί και ως εξορία – εξορία από τον κόσμο, εξορία από την κοινωνία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η περίπτωση της Λέρου, λόγω της χρήσης του νησιού ως τόπου εξορίας και φυλάκισης πολιτικών κρατουμένων.

2.2. Οι έννοιες του φυσιολογικού και παθολογικού

Με αυτούς τους όρους, το ίδιο το αίτημα βοήθειας του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου όταν φτάνει στον αποδέκτη του, τον επαγγελματία ψυχικής υγείας, είναι ήδη ιατροποιημένο, ψυχολογικοποιημένο από το κοινωνικό αίτημα του αποκλίνοντος, του διαφορετικού.

Σε αυτά τα πλαίσια η θεραπεία ανάγεται σε ένα σύνολο κανόνων, μετατρέπεται σε εργαλείο που χρησιμοποιείται σε βάρος της επιστημονικής αλήθειας. Το ζητούμενο σε τελευταία ανάλυση δεν είναι παρά η προσαρμογή στο «κανονικό». Ότι υπερβαίνει το κανονικό βαφτίζεται παθολογικό και αντιμετωπίζεται ανάλογα. Στη βάση αυτής της λογικής διαμορφώνεται και το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο για την Ψυχική Υγεία.

Τα κοινωνικά προβλήματα αντιμετωπίζονται ως ιατρικά προβλήματα. Με τη σειρά της η βιολογική διαφορετικότητα έρχεται να επικυρώσει την ηθική και κοινωνική κατωτερότητα του διαφορετικού, νομιμοποιώντας την περιθωριοποίηση, τον κοινωνικό έλεγχο, τον αποκλεισμό και τον κοινωνικό δαρβινισμό.

Η σημερινή ψυχιατρική, έχοντας αρνηθεί και τη φιλοσοφία και το όραμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης λειτουργεί με βάση μοντέλα που πληρούν στατιστικά δεδομένα και συσχετίσεις, μοντέλα βιολογικά, διαγνωστικά και ταξινομητικά. Οι ορίζοντες της σημερινής ψυχιατρικής έχουν περιοριστεί ασφυκτικά μέσα σε DSM

ταξινομητικά συστήματα και διαγνωστικές πρακτικές, δομημένες συνεντεύξεις και σταθμισμένα ερωτηματολόγια. Έτσι η κάθε προσπάθεια προσέγγισης του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου ως υποκείμενο με ανάγκες και δικαιώματα πνίγεται. Το μετατρέπει σε ένα σύνολο συμπτωμάτων, που συνιστούν, με βάση το ταξινομητικό σύστημα, μια διαγνωστική κατηγορία που επιβάλλει και την αντίστοιχη φαρμακευτική αγωγή.

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ

Ο ψυχολόγος στις ψυχιατρικές δομές είναι αναπόσπαστο μέλος της θεραπευτικής ομάδας και η δράση του επικεντρώνεται στις ακόλουθες παραμέτρους:

- Στην παροχή συνεχών ψυχολογικών υπηρεσιών
- Στην δυνατότητα αξιολόγησης και εκπαίδευσης των χρόνιων ασθενών παράλληλα με την κινητοποίησή τους ώστε να μπορούν να επανέλθουν στην κοινότητα.
- Στην δυνατότητα παροχής βοήθειας στην οικογένεια του ατόμου, στους γείτονες και σε οποιονδήποτε παρέμβαση στην κοινότητα
- Στην διαγνωστική και Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση των οξέων περιστατικών των ίδιων των ατόμων, όσο και της οικογένειάς τους.
- Στην εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα ψυχικής υγείας

Τον ρόλο του Ψυχολόγου στις Εξωνοσοκομειακές Δομές θα πρέπει να τον δούμε μέσα από τη λειτουργία της ίδιας της θεραπευτικής ομάδας.\

3.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑΤΟΣ

Η θεραπευτική ομάδα που λειτουργεί σε ένα εξωνοσοκομειακό Διαμέρισμα θα πρέπει να είναι επικεντρωμένη, με «επικεντρωμένη στο σκοπό» οργάνωση και με

διαρκή εποπτεία των μελών της. Ένας από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που την απαρτίζουν θα πρέπει να παίζει το ρόλο του συντονιστή και να εμπνέει το συναισθηματικό τόνο για την όλη λειτουργία του συστήματος. Τα μέλη της οφείλουν να συγκεντρώνονται γύρω από τους στόχους που αποφάσισαν να υλοποιήσουν και ο συντονιστής να καταλαμβάνει το κέντρο της όλης προσπάθειας. Σε μια τέτοια μορφή λειτουργίας το κάθε μέλος δεν τοποθετείται σε ένα σαφώς καθορισμένο και αμετακίνητο σημείο δραστηριοποίησης. Τα μέλη θα πρέπει να έχουν αποδεχθεί την ανάγκη για οργανωτική ευλυγισία και να είναι οπλισμένα με μεγάλη αντοχή για εναλλαγή σχέσεων και δραστηριοτήτων που θα ακολουθούν τις αλλαγές των σκοπών και των καθηκόντων.

Η θεραπευτική ομάδα ενός τέτοιου ξενώνα θα πρέπει να έχει ομοιογένεια και τα μέλη της να είναι θωρακισμένα με κοινή ιδεολογία, εκείνη της κοινοτικής προσέγγισης. Θα πρέπει να είναι ικανά να δημιουργούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα της ασφάλειας και της σιγουριάς, της ανεκτικότητας και της κατανόησης, αλλά και της τοποθέτησης ορίων. Οι αντιδράσεις τους θα πρέπει να είναι φυσικές, αυτόματες και όχι προσποιητές ώστε να αποφευχθεί η ανταγωνιστικότητα και η επιβολή. Η ομάδα οφείλει να δημιουργεί στον ξενώνα ένα διαφορετικό τύπο στάσης και συμπεριφοράς στον πρώην έγκλειστο από εκείνο στο άσυλο. Ο ασθενής θα πρέπει να ενισχύεται διαρκώς στο να είναι ενεργητικός, να συνεργάζεται και να συμμετέχει στις δραστηριότητες της επανακοινωνικοποίησης. Η επιμονή των θεραπευτών στο να εκτελούνται οι καθημερινές δραστηριότητες και στο να εκπληρώνονται συμφωνημένες υποχρεώσεις επιτρέπουν στον ασθενή να αποβάλλει την μόνωση που δημιουργεί η ασθένειά του.

Για να μη εμφανιστούν σημαντικά προβλήματα λειτουργίας που θα οπισθοδρομήσουν την αποιδρυματοποίηση και θα επιτρέψουν ένα νέο ιδρυματισμό, τα μέλη της ομάδας θα πρέπει να έχουν λύσει την κάθε σύγχυση και αμφιθυμία για το ρόλο τους και τη συμπεριφορά τους.

Ο τρόπος λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας ενός εξωνοσοκομειακού Διαμερίσματος πρέπει να είναι εκείνος των ψυχολογικών καθρεφτών, όπου ο κάθε ασθενής βοηθιέται να βλέπει τον εαυτό του ξεκάθαρα καθώς εμπλέκεται σε διάφορους τρόπους διαβίωσης και σχέσεων. Στην ανεκτική και οικεία ατμόσφαιρα του ξενώνα όπου επικρατεί η παραδοχή και η κατανόηση, ο ασθενής πρέπει να

τροφοδοτείται με αλήθειες, ευθύνες, κοινωνικές δραστηριότητες, ώστε να συνδεθεί όσο γίνεται πιο άρρηκτα με την αντικειμενική πραγματικότητα, να μάθει σωστούς και αποτελεσματικούς τρόπους συμπεριφοράς και να γνωρίζει να εκπληρώνει τις συναισθηματικές του ανάγκες.

Ο ρόλος του κάθε μέλους της ομάδας θα πρέπει να είναι ξεκάθαρος αλλά και εύκαμπτος και να επιτρέπει την ελεύθερη έκφραση της προσωπικότητας του. Θα πρέπει ακόμη το κάθε μέλος εκτελώντας μια ειδική λειτουργία να έχει πάντοτε στο μυαλό του ξεκαθαρισμένο τον τρόπο πραγματοποίησης της. Όλα τα μέλη θα πρέπει να είναι ενημερωμένα στο βαθμό που αιτείται για τον ρόλο του κάθε άλλου και τούτο για να είναι δυνατή η κατά τον καλύτερο τρόπο χρησιμοποίηση όλων των δυνατοτήτων του για το καλύτερο αποτέλεσμα.

Είναι σημαντικό να γνωρίζουν όλοι στην ομάδα, τι κάνουν, πως σκέπτονται και πως αισθάνονται αυτοί για τους ασθενείς, οι ασθενείς για αυτούς και για άλλους συνασθενείς. Μέλημα θα πρέπει να είναι η συνεχής ερμηνεία της συμπεριφοράς των ενοίκων όπως παρατηρείται από τους άλλους.

Στην αρχή ενός προγράμματος επανένταξης τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας μπορούν να έχουν ένα ή περισσότερους ρόλους. Η επανένταξη μοιάζει συχνά με την εκπαίδευση που δίνουμε στο άτομο καθώς αναπτύσσεται. Στην αρχή καθώς ο πρώην έγκλειστος δεν είναι ικανός να ζήσει χωρίς βοήθεια, τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας θα πρέπει να έχουν την ευθύνη και τον ουσιαστικό έλεγχο της ζωής του. Αργότερα καθώς το πρόγραμμα προχωρεί, οι ένοικοι θα πρέπει να αναλαμβάνουν όλο και περισσότερες ευθύνες όπως ακριβώς συμβαίνει στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή.

Η θεραπευτική ομάδα σε ένα Διαμέρισμα, έχει αναμφίβολα μια δύσκολη αποστολή να πραγματοποιήσει. Να ανατρέψει τις αντιθεραπευτικές διεργασίες του παραδοσιακού ασύλου και να αποτρέψει την παραπέρα κοινωνική μόνωση και την απόσυρση του πρώην εγκλείστου. Η αποτελεσματικότητα της λειτουργίας της, εξαρτάται πρωτίστως από το κατά πόσο η αναγκαιότητα της επανένταξης αποτελεί τον ιδεολογικό θώρακα των θεραπευτών και από τις ικανότητες τη γνώση και την πείρα που διαθέτουν οι τελευταίοι.