

*Στους καθηγητές μας κ. Γ.Βαρελίδη & κ. Π.Θ.Βαρελίδου
& σ' όσους μας βοήθησαν σ' αυτήν την προσπάθεια.*

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα	2
Πρόλογος	4
Εισαγωγή	6
ΜΕΡΟΣ Α΄:	
ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ & ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ	
Κεφάλαιο 1^ο : Τα πρώτα Ψυχιατρεία - Άσυλα	11
Κεφάλαιο 2^ο : Η εξέλιξη και παρακμή ψυχιατρείων - ασύλων	18
Κεφάλαιο 3^ο : Η νοσοκομειακή περίοδος	23
Κεφάλαιο 4^ο : Χωροθέτηση Ψυχιατρικών Νοσοκομείων	34
Κεφάλαιο 5^ο : Η προοπτική των Ψυχιατρείων	39
ΜΕΡΟΣ Β΄:	
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΗ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ. ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	
Κεφάλαιο 6^ο : Εξέλιξη της Ασυλιακής Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Η κατάσταση σήμερα.	
6.1 Ψυχιατρικά άσυλα	47
6.2 Φρενοκομεία και Θεραπευτήρια	47
6.3 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση	50
6.3.1 <i>Πρώτο Μεταρρυθμιστικό Πρόγραμμα: ΕΟΚ 815/84</i>	50
6.3.2 <i>Η μεταρρύθμιση στο πρόγραμμα «Ψυχαργός»</i>	54
6.3.2.1 <i>Ψυχαργός Φάση Α΄</i>	54
6.3.2.2 <i>Επιτεύγματα Ψυχαργός Φάση Α΄</i>	55
6.3.2.3 <i>Ψυχαργός Φάση Β΄</i>	56
6.3.3 <i>Τομέας Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ) & Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ)</i>	56
6.4 <i>Λέρος. Το άνοιγμα της πόρτας.</i>	58
Κεφάλαιο 7^ο : Αλλαγή προσέγγισης	
7.1 Γενικά	65
7.2 Ψυχιατρική περίθαλψη: τότε ή τώρα;	67
7.3 Καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στα ψυχιατρεία	68
7.4 Η Διακήρυξη του Καράκας	69

Κεφάλαιο 8^ο : Αρχές & Περιεχόμενο της Ψυχιατρικής Περίθαλψης	
8.1 Αρχές	71
8.2 Περιεχόμενο	72
8.3 Ευκαιρίες εργασίας στην κοινότητα	73
8.4 Φροντίδα για τους αυριανούς παππούδες και γιαγιάδες	74
Κεφάλαιο 9^ο : Χάραξη πολιτικής για την ψυχική υγεία	
9.1 Γενικά	76
9.2 Εμπόδια στην εφαρμογή παρεμβάσεων	77
9.3 Μετατόπιση της περίθαλψης εκτός των μεγάλων ψυχιατρείων	79
9.4 Διατομεακή συνεργασία για την ψυχική υγεία	80
ΜΕΡΟΣ Γ΄:	
ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ	
Κεφάλαιο 10^ο : Παροχή Αποτελεσματικών Λύσεων	
10.1 Αποτελεσματικές λύσεις για την ψυχική υγεία	83
10.2 Γενικές Συστάσεις	83
Παράρτημα Ι. : Φωτογραφικό Υλικό	91
Παράρτημα ΙΙ. :	
A. Βασικά κτιριολογικά προγράμματα του Υπουργείου Υγείας	104
B. Προδιαγραφές (ΦΕΚ 202/ 24-12-91, ΦΕΚ 93/21-6-91, ΦΕΚ 661/23-5-00)	105

Πρόλογος

Για όλους τους ανθρώπους η ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία είναι παράγοντες ζωτικής σημασίας που συμπλέκονται και αλληλεξαρτώνται στενά. Καθώς η κατανόηση αυτής της σχέσης βαθαίνει, γίνεται ακόμη περισσότερο προφανές ότι η ψυχική υγεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την εν γένει ευεξία ατόμων, κοινωνιών και χωρών.

Δυστυχώς, στα περισσότερα μέρη του κόσμου, η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές δεν αντιμετωπίζονται με την ίδια σοβαρότητα όπως η σωματική υγεία. Αντιθέτως, σε μεγάλο βαθμό αγνοούνται και παραγνωρίζονται. Εν μέρει λόγω αυτού, ο κόσμος υφίσταται τις αυξανόμενες επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών και ένα διευρυνόμενο "χάσμα θεραπείας". Σήμερα, περίπου 450 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από μία ψυχική ή συμπεριφορική διαταραχή. Εντούτοις, μόνο μία μικρή μειοψηφία λαμβάνει έστω και την πιο στοιχειώδη θεραπεία. Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα περισσότερα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές εγκαταλείπονται στην τύχη τους και αντιμετωπίζουν αβοήθητα ασθένειες όπως η κατάθλιψη, η άνοια, η σχιζοφρένεια και η εξάρτηση από ουσίες. Παγκοσμίως πολλοί άνθρωποι λόγω της ασθένειάς τους γίνονται στόχοι στιγματισμού και διακρίσεων.

Ο αριθμός των πασχόντων είναι πιθανό να αυξηθεί στο μέλλον, λαμβανομένου υπόψη του γηράσκοντος πληθυσμού, των επιδεινούμενων κοινωνικών προβλημάτων και των κοινωνικών αναταραχών. Οι ψυχικές διαταραχές ήδη αντιπροσωπεύουν τέσσερις από τις δέκα επικρατέστερες αιτίες ανικανότητας παγκοσμίως. Οι αυξανόμενες επιπτώσεις έχουν τεράστιο κόστος με όρους ανθρώπινης δυστυχίας, ανικανότητας και οικονομικής απώλειας.

Οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές υπολογίζεται ότι αντιπροσωπεύουν το 12% της παγκόσμιας επιβάρυνσης της Δημόσιας Υγείας από νοσήματα (Global Burden of Disease), εντούτοις οι προϋπολογισμοί για την ψυχική υγεία στην πλειοψηφία των χωρών, αποτελούν λιγότερο από το 1% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Η σχέση μεταξύ της συχνότητας των ασθενειών και των δαπανών γι' αυτές είναι σαφώς δυσανάλογη. Περισσότερο από το 40% των χωρών δεν έχουν πολιτική για την ψυχική υγεία και πάνω από το 30% δεν έχουν προγράμματα ψυχικής υγείας.

Πάνω από το 90% των χωρών δεν έχουν πολιτική που να συμπεριλαμβάνει τα παιδιά και τους εφήβους. Επιπλέον, οι σχεδιασμοί στην υγεία συχνά δεν καλύπτουν τις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές στο ίδιο επίπεδο με τις άλλες ασθένειες, δημιουργώντας σημαντικές οικονομικές δυσκολίες στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Και έτσι η δυστυχία συνεχίζεται και οι δυσκολίες μεγαλώνουν.

Η κατάσταση αυτή θα μπορούσε να ανατραπεί. Ο Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) έχει αναγνωρίσει την σπουδαιότητα της ψυχικής υγείας από την ίδρυση του και αυτό αντικατοπτρίζεται στον ορισμό της υγείας που υπάρχει στο καταστατικό του, ο οποίος αναφέρει ότι η υγεία δεν είναι «απλώς η απουσία νόσου ή ασθένειας», αλλά, «μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας». Τα τελευταία χρόνια ο ορισμός αυτός έχει διευκρινισθεί πληρέστερα από τις τεράστιες προόδους στις βιολογικές και συμπεριφορικές επιστήμες. Αυτές με τη σειρά τους έχουν διευρύνει την κατανόηση μας για τις ψυχικές λειτουργίες και την βαθιά σχέση μεταξύ ψυχικής, σωματικής και κοινωνικής υγείας. Από αυτή τη νέα κατανόηση αναδύεται η νέα ελπίδα¹.

Στην Ελλάδα, οι σταδιακά εφαρμοζόμενες μεταρρυθμίσεις στον τομέα των ψυχιατρικών υπηρεσιών εναρμονίζονται με τις κατευθυντήριες αποφάσεις του ΠΟΥ. Την παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης αναλαμβάνουν τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων, τα κέντρα ψυχικής υγείας και άλλες δομές στην κοινότητα.

Το μεταβαλλόμενο μοντέλο της ψυχιατρικής πρακτικής εκφράστηκε μέχρι σήμερα με ποικίλα μοντέλα, αρχιτεκτονικές προτάσεις και κτίρια. Το δομημένο περιβάλλον μεταφέρει το μήνυμά του, τη γνώμη του θεραπευτικού προσωπικού αλλά και της κοινωνίας προς τους θεραπευμένους. Έτσι οι ασθενείς (ένοικοι ή πελάτες) συχνά συμπεριφέρονται όπως αναμένεται να συμπεριφερθούν, όπως τους «οδηγεί» το περιβάλλον να συμπεριφερθούν².

¹ Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας. Δ/ση Ψυχικής Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία. Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα. 2001, σελ.3

² Σχεδιάζοντας για την ψυχική υγεία./Φανή Βαβύλη. - Θεσσαλονίκη:University Press, 1984, σελ.11

Εισαγωγή

Επί αιώνες και σε πολλές κοινωνίες, οι θρησκευτικές ή οι περί την ψυχή δοξασίες καθόριζαν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονταν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Κατά τον Μεσαίωνα, οι άνθρωποι στις Ευρωπαϊκές χώρες θεωρούσαν ότι τα ψυχικά προβλήματα είχαν υπερφυσικά αίτια, σχετιζόμενα με δαιμονικές ή θεϊκές δυνάμεις, που καταλάμβαναν την ψυχή. Η μεσαιωνική ανθρωπότητα εμπιστεύτηκε τη θεραπεία των ψυχικών νοσημάτων στη θρησκεία, με άμεσο αποτέλεσμα να ανθίσει η πρόληψη, η δεισιδαιμονία και η μαγεία, σχετικά με την αιτιολογία και τη θεραπεία της ψυχικής αρρώστιας. Η ψυχιατρική της εποχής θα μπορούσε να ονομαστεί «Σκληρότητα του ανθρώπου για τον άνθρωπο»³.

Στις αρχές του 17ου αιώνα, οι μη θεολογικές θεωρήσεις της τρέλας άρχισαν να κερδίζουν έδαφος. Μεταξύ του 1600 και του 1700, οι περισσότεροι φτωχοί άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές περιορίζονταν σε φυλακές, φτωχοκομεία, γενικά νοσοκομεία και ιδιωτικά άσυλα, παντού στην Ευρώπη και την Βόρεια Αμερική (Busfield, 1996, Jones, 1996, Goodwin, 1897).

Ο τρόπος που η ιατρική κατανοούσε την τρέλα εκείνη την εποχή δεν ενθάρρυνε ούτε τη συμπόνια, ούτε την ανοχή, αλλά θεωρούσε ότι ο ασθενής ευθυνόταν για την κατάσταση του λόγω των ανεξέλεγκτων παθών του και, επομένως, άξιζε να τιμωρείται. Έτσι υιοθετήθηκε μια ματεριαλιστική θεώρηση, όπου με μηχανιστική υπερβολή κάθε τι ψυχολογικό έπαυε να γίνεται δεκτό ως επιστημονικό. Κατά τη διάρκεια των αρχών του 18ου αιώνα υπερίσχυε η άποψη ότι τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα ήταν υπάνθρωποι χωρίς ελπίδα ίασης, και αυτό ήταν το άλλοθι για να δικαιολογούνται οι κακές συνθήκες ζωής τους, καθώς και η χρήση σωματικής βίας εκεί όπου τους περιόριζαν (Jones, 1996). Η πίεση για μεταρρύθμιση αυτών των ιδρυμάτων συνέπεσε με την ανθρωπιστική στροφή που έγινε τον 13^ο αιώνα, και πολλά ιδρύματα εισήγαγαν προγράμματα "ηθικής θεραπείας" των ασθενών (Breakey, 1996a)⁴.

³ Στοιχεία Ψυχιατρικής/ Ρασιδάκι Ν.Κ. – 4^η έκδ. -Αθήνα: Σ.Βασιλόπουλος, 1983, σελ.19-20

⁴ Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας. – Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Δ/ση Ψυχικής Υγείας, 2004, σελ. 20

Χαρακτηριστική είναι, ανάμεσα στα άλλα, η περιγραφή που κάνει ο Γαληνός για την υστερία, αρρώστια που πίστευε πως δημιουργείται από τις κινήσεις της μήτρας μέσα στην κοιλιά. Είναι γνωστό ότι η αντίληψη αυτή επικρατούσε στην Ιατρική ως τα μέσα του 19ου αιώνα. Η ειρωνεία με την οποία υποδέχθηκε η περίφημη Ιατρική Εταιρεία της Βιέννης την εργασία του Freud για την ανδρική υστερία, είναι παροιμιώδης⁵.

Η επιτυχία της "ηθικής θεραπείας" οδήγησε στη δημιουργία πολλών ασύλων στις Ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ. Εντούτοις, τα περισσότερα από αυτά τα μεγάλα δημόσια ιδρύματα δεν μπόρεσαν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των αφοσιωμένων στο έργο τους πρωτοπόρων της "ηθικής θεραπείας". Τα περιορισμένα οικονομικά μέσα, ο μεγάλος αριθμός των ασθενών και η έλλειψη εναλλακτικών λύσεων, που να μεγιστοποιούν τα αποτελέσματα των διαθέσιμων πόρων, ώθησαν γρήγορα αυτά τα κρατικά ψυχιατρεία να πάρουν το χαρακτήρα ιδρυμάτων εγκλεισμού.

Ο 20^{ος} αιώνας μετέθεσε την έμφαση, από τον εγκλεισμό και την προστασία, στη φροντίδα και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και την ανάπτυξη μιας πιο ανθρωπιστικής προσέγγισης. Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, το κίνημα των ανθρώπινων δικαιωμάτων διευρύνθηκε και εστίασε την προσοχή στις σοβαρές *καταπατήσεις των βασικών ανθρώπινων δικαιωμάτων* συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η έρευνα έδειξε ότι τα ψυχιατρικά άσυλα είχαν πενιχρά αποτελέσματα από θεραπευτική άποψη και ότι μερικές φορές επιδείνωναν την ψυχική αναπηρία. Προοδευτικά, γινόταν συνείδηση διεθνώς, ότι σε πολλά άσυλα υπήρχαν κακές συνθήκες διαβίωσης, καθώς και ανεπαρκής θεραπευτική αντιμετώπιση και φροντίδα, και ότι οι κυβερνήσεις όφειλαν να προστατεύσουν τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η ανυποληψία στην οποία περιέπεσαν τα ψυχιατρικά άσυλα, λόγω των προαναφερόμενων αιτιών, οδήγησε εξελικτικά στη μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα κρατικά ψυχιατρεία, στη σμίκρυνση και το κλείσιμο μερικών και στην ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο κοινωνικό επίπεδο. Αυτή η εναλλακτική

⁵ Στοιχεία Ψυχιατρικής/ Ρασιδάκι Ν.Κ. – 4^η έκδ. -Αθήνα: Σ.Βασιλόπουλος, 1983, σελ.19

αντιμετώπιση έγινε γνωστή ως *αποϊδρωματισμός*⁶. «Η ψυχολογία ενώ έχει μακρινό παρελθόν, η ιστορία της είναι σύντομη», αναφέρει ο γερμανός φιλόσοφος Herman Ebbinghaus⁷.

Η *αρχιτεκτονική* παρήγαγε στέγη σε μια προσπάθεια να "ελεγχθεί" ο ψυχιατρικός ασθενής και να "προστατευθεί" ο κόσμος. Το σύστημα φυλακή - ψυχιατρείο - άσυλο με καθοριστικούς παράγοντες την επιτήρηση, τον περιορισμό και τον έλεγχο στεγάστηκε σε εγκαταστάσεις εγκλεισμού (Bicetre-Salpetriere, Houses of correction & workhouses), σε φυλακές- τρελοκομεία (κυκλικό πύργοι-Narrenturm του Γ.Ν. της Βιέννης-Celle στην Γερμανία), σε άσυλα (Illuenau στην Γερμανία, Bethlehem στην Αγγλία), σε αναρρωτήρια (Κουακέροι και Retreat στο York της Αγγλίας) αλλά και στα "πλοία των τρελών".

Η Αρχιτεκτονική και η Ψυχιατρική βρίσκονται τις τελευταίες δεκαετίες σε μια εποχή άρσης των φραγμών στην οργάνωση και το σχεδιασμό χώρων για την ψυχική υγεία. Η άρση των φραγμών συνδέεται, πέρα από οικονομικές παραμέτρους, και με την άρση του στίγματος με το οποίο ακολουθείται η ψυχική υγεία ακόμα και σήμερα. Εκφράζεται κυρίως με τη μεταφορά όλο και περισσότερων υπηρεσιών και εγκαταστάσεων σε χώρους στην κοινότητα. Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες απομακρύνονται, ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '50, από την ιδρυματική φροντίδα (ψυχιατρεία) και στρέφονται προς τη μη ιδρυματική και τη φροντίδα στην κοινότητα. Η πορεία αυτή χαρακτηρίστηκε από τη μετάβαση από το μεγάλο ψυχιατρείο - άσυλο, που υπήρξε η κυρίαρχη, συχνό μοναδική, εγκατάσταση του παρελθόντος προς μια πληθώρα παροχών, ενός πλέγματος ψυχιατρικών υπηρεσιών και εγκαταστάσεων στην κοινότητα. Οι αρχές που διέπουν τις σύγχρονες συνολικές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας τέθηκαν ήδη από το 1980 από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (συνάντηση Ghent του Βελγίου) με κύρια χαρακτηριστικά την άρση του στίγματος και του αποκλεισμού και τη φροντίδα μέσα στην κοινότητα⁸

Η μετάβαση από το άσυλο, τον αποκλεισμό και την απομόνωση προς την κοινότητα επιχειρήθηκε με την ανάπτυξη μιας ποικιλίας νέων δομών. Το ψυχιατρικό τμήμα του γενικού νοσοκομείου διαθέτοντας το χαρακτηριστικά του "ουδέτερου

⁶ Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας. – Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Δ/ση Ψυχικής Υγείας, 2004, σελ. 20-21

⁷ Εισαγωγή στην Ψυχολογία/Δανάη Παπαδάτου. – Αθήνα: Ζήτα, 1987, σελ.11

⁸ Σχεδιάζοντας για την ψυχική υγεία./Φανή Βαβύλη. - Θεσσαλονίκη: University Press, 1984, σελ.13

τόπου", αναλαμβάνει το ρόλο του ενδιάμεσου χώρου. Πλαισιώνεται από μια σειρά εξωνοσοκομειακών δομών, στις οποίες αναπτύσσονται ποικίλες ψυχιατρικές πρακτικές, όπως είναι το νοσοκομείο ημέρας, τα προστατευμένα εργαστήρια, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες, οι διάφοροι τύποι κατοικίας κ.ά. που είναι τόποι διαβίωσης ή εργασίας, αλλά και τόποι θεραπευτικοί. Τονίζεται έτσι, ότι ο άρρωστος δεν είναι ποτέ ένα άτομο που ορίζεται μόνο από την ασθένεια του αλλά είναι και ένα κοινωνικό όν που αντιμετωπίζει την κοινωνικο-οικονομική πραγματικότητα.

Κοινό χαρακτηριστικό όλων των σύγχρονων αρχιτεκτονικών προτάσεων είναι η προσπάθεια αποφυγής κάθε μνήμης που να συνδέει τις νέες δομές με ιδρυματικά χαρακτηριστικά και η αναζήτηση του αντι-ιδρυματικού χαρακτήρα. Έτσι, το μικρό μέγεθος του συνόλου αλλά και των υπο-ομάδων, η μεταβλητότητα αλλά και η απροσδιοριστία του χώρου, η σημασία αισθητικών και συγκινησιακών παραγόντων και ο βαθμός μίμησης του περιβάλλοντος της καθημερινής ζωής, οι ποικίλες ομαδοποιήσεις, αλλά και ο βαθμός ιδιωτικότητας - μοναξιάς, ανθρώπινων επαφών - συλλογικότητας διερευνήθηκαν και επιχειρήθηκαν στο σχεδιασμό κτιρίων για την ψυχική υγεία για τη δημιουργία του νέου επιθυμητού θεραπευτικού περιβάλλοντος⁹.

⁹ Σχεδιάζοντας για την ψυχική υγεία./Φανή Βαβύλη. - Θεσσαλονίκη:University Press, 1984, σελ.14

ΜΕΡΟΣ Α΄: *ΑΡΧΙΤΕΚΤΟΝΙΚΗ & ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ*

Κεφάλαιο 1^ο :

Τα Πρώτα Ψυχιατρεία - Άσυλα

Τα πρώτα ίχνη συστηματικού σχεδιασμού του χώρου για ψυχιατρικούς ασθενείς ανάγονται στο 16ο αιώνα. Αν και, όπως πολύ σύντομα θα αναφερθεί παρακάτω, οι παράμετροι που επικράτησαν στην οργάνωση και το σχεδιασμό ήταν φιλοσοφικοί και κοινωνικοί, είναι εμφανής και η παρουσία κάποιων στοιχείων που προέρχονται από το σχεδιασμό των γενικών νοσοκομείων και η επίδραση των μεταβολών που παρατηρούνται στην οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.¹⁰

Οι παράγοντες που καθόρισαν το "σύστημα" ψυχιατρείου - άσυλο ήταν η επιτήρηση, ο περιορισμός και ο έλεγχος. Το σχεδιασμό των ασύλων κατά το 17ο, 18ο, 19ο αιώνα, πρέπει, κατά συνέπεια, να τον δούμε μέσα από τις αντίστοιχες κοινωνικές συνθήκες και τις πρακτικές συγκράτησης (αλυσίδες, χειροπέδες) .

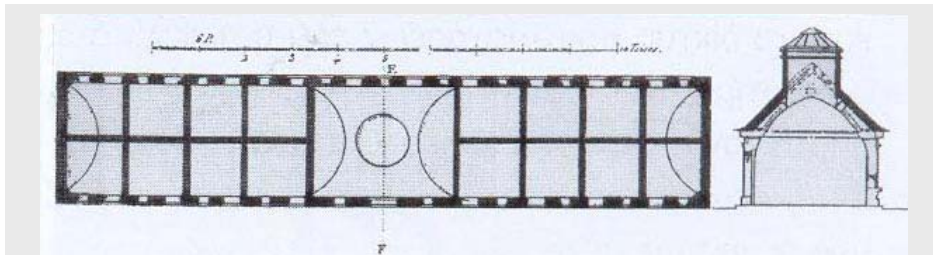
Στο γαλλικό κράτος του Λουδοβίκου XIV, όλοι οι κοινωνικά ανεπιθύμητοι συγκεντρώνονται (1656) στο Hospital General του Παρισιού και με το διάταγμα του 1690 οι άνδρες στη *Bicetre* και οι γυναίκες στη *Salpetriere*. Στόχοι του εγκλεισμού, όλων των παραπάνω ατόμων, που είναι δημιούργημα του 17^{ου} αιώνα και θεσμός κοινωνικής αντίληψης και οικονομικής πολιτικής ήταν οικονομικοί, κοινωνικοί, θρησκευτικοί και ηθικοί. Παρόμοια ιδρύματα κατασκευάζονται σε όλη τη Γαλλία και η ίδια δομή απλώνεται και σε όλη την Ευρώπη. Στη Γερμανία ιδρύονται τα *Zuchthausen*, στην Αγγλία τα *houses of correction* και στη συνέχεια τα *workhouses*. Οι πολυπληθείς εγκαταστάσεις που ιδρύθηκαν για τους ψυχοπαθείς είχαν τα χαρακτηριστικά μιας αποικίας καταδίκων, ενός ασύλου τρελών, ενός προστατευμένου εργαστηρίου και του νοσοκομείου με το γιατρό στο ρόλο του φύλακα.¹¹

Αποτέλεσμα αυτών των μαζικών συγκεντρώσεων ήταν ο διπλασιασμός του πληθυσμού των εγκαταστάσεων που επιδείνωσαν, τις ήδη θλιβερές συνθήκες διαβίωσης. Βελτίωση των ψυχιατρικών εγκαταστάσεων επιχειρήθηκε, κύρια, από τους ανθρωπιστές με προτάσεις σχεδιασμού που απέβλεπαν στην παροχή καθαρού αέρα και νερού και διαχωρισμό των ποικίλων διανοητικών ασθενειών ανάλογα με τον τύπο και το βαθμό σοβαρότητας της ασθένειας, που ακολούθησαν τις αντίστοιχες

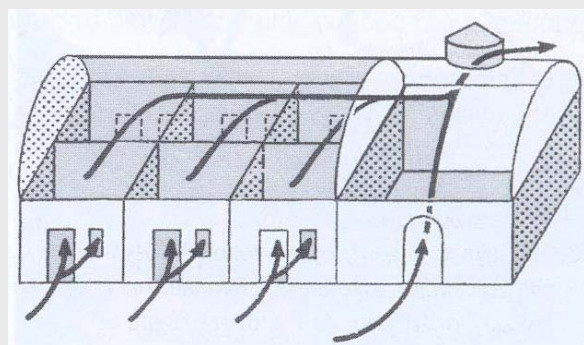
¹⁰ B.Abel-Smith, *The hospitals 1800-1948. A study in social administration in England and Wales.* London 1964. p.15, 354. 405

¹¹ C.Ayers. *Engalnd's first state hospitals and the Metropolitan asylums board, 1867-1930*

επεμβάσεις που έγιναν στα γενικά νοσοκομεία. Οι αρχές αυτές σχεδιασμού, που υιοθετήθηκαν ευρύτατα, εκφράστηκαν από τον αρχιτέκτονα Francois Viel που σχεδίασε, ύστερα από εντολή του Λουδοβίκου XVI, καινούρια περίπτερα για τη Salpêtrière. Ο Viel εξέφρασε την απαίτηση για μείωση των επιβλαβών επιδράσεων στη σωματική υγεία που προέρχονται από τον αέρα, σχεδιάζοντας διπλή σειρά δωματίων ανοιχτά προς υπαίθριους διαδρόμους. (Εικόνα 1)

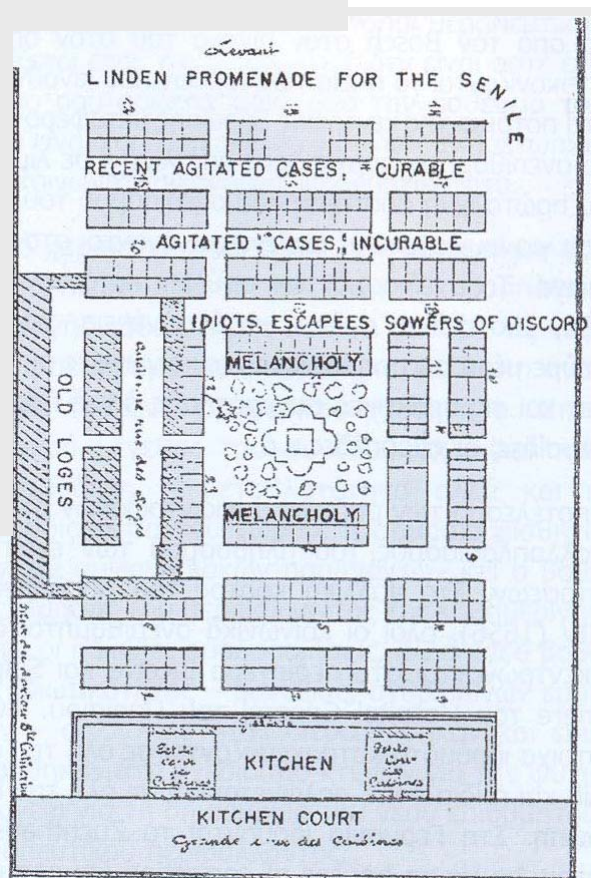


Εικόνα 1α: Κάτοψη και τομή περίπτερου στη Salpêtrière. Αρχιτέκτων: Frangois Viel

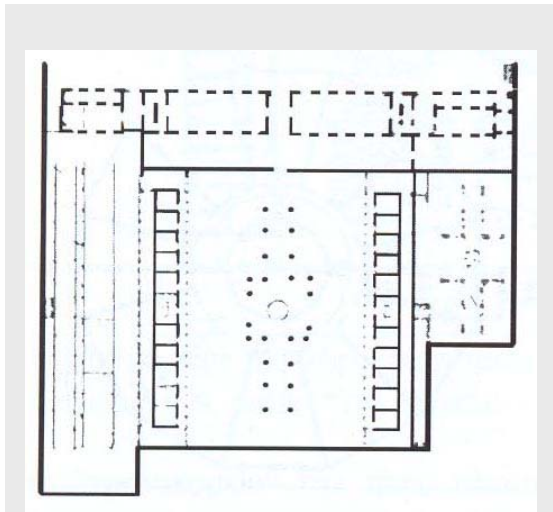


Εικόνα 1β: Αξονομετρικό σε μια από τις κατασκευές του R Viel. Σχεδιάστηκε από τους D. Jetter & Bev Pope. Πηγή: J. Thompson & G. Goldin, "The Hospital: A Social and Architectural History", New Heaven, 1975, pp. 56-57

Εξέφρασε επίσης τις τρέχουσες απόψεις της εποχής (1786) για την ανάγκη της αίσθησης ελευθερίας των ασθενών, με τη δημιουργία δεινρόφυτων χώρων περιπάτου και το διαχωρισμό των αρρώστων σε κατηγορίες που επιδιώχτηκε με την ανάπτυξη ομάδων κτιρίων γύρω από μια αυλή (Εικόνα 2). Τα δωμάτια παραμένουν κελιά διαστάσεων 2,30 X 1,86μ. με μια πόρτα και ένα παράθυρο ανοίγματος τόσο όσο κρίθηκε απαραίτητο για να περνά η τροφή, Ο εξοπλισμός απο-



Εικόνα 2: Κάτοψη των περιπτέρων στη Salpêtrière (1786- 89). Πηγή: J. Thompson & G. Goldin, op.cit. p. 56

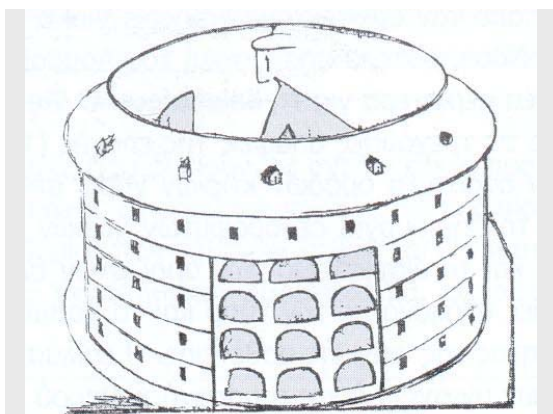


Εικόνα 3: Κάτοψη ισογείου των νέων περιπτέρων στη Bicetre (1836). Η διπλή σειρά των μονόκλινων θαλάμων θερμαίνεται από το διάδρομο. Τα καθιστικά βρίσκονται στις γωνίες

τελείται από τα απαραίτητα εξαρτήματα καταστολής (σιδερένιοι κρίκοι, και αλυσίδες) και ένα αχυρένιο κρεβάτι που οι φτωχοί ασθενείς μοιράζονται ανά δύο, ενώ όσοι μπορούσαν να πληρώσουν, είχαν το δικό τους θερμαινόμενο δωμάτιο.

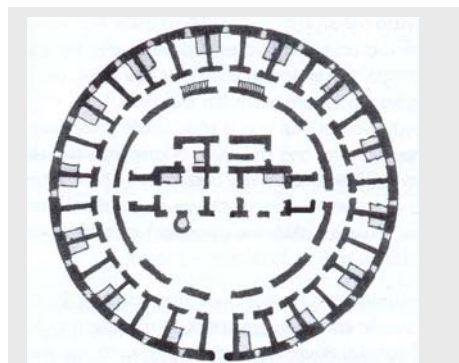
Ήδη διακρίνεται κατηγοριοποίηση των ασθενών ανάλογα με την οικονομική τους κατάσταση. Αργότερα (Bicetre, 1836), διατίθενται, θερμαινόμενες από τον κοινό διάδρομο, πτέρυγες δωματίων (**Εικόνα 3**).¹² Στην κεντρική Ευρώπη την

ίδια περίοδο (17ος-18ος αιώνας) τα κτίρια για τους ψυχοπαθείς ήταν όμοια με αυτά των φυλακών. Στη Γερμανία τα κελιά των ψυχοπαθών, όπως και των φυλακισμένων, βρίσκονται έξω από τα τείχη των πόλεων συνεχίζοντας το διαχωρισμό μιας ομάδας του πληθυσμού από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο με κύριο στόχο, τον ίδιο με αυτόν της Αναγέννησης, που ήταν όχι η αποκατάσταση του χαμένου λογικού αλλά η απαλλαγή από την



Εικόνα 4β: Το Narrenturm του Γενικού Νοσοκομείου της Βιέννης (1784)

Πηγή: J. Thompson & G. Goldin, *op. cit.*, p. 63



Εικόνα 4α: Κυκλικό πύργο στη Γερμανία

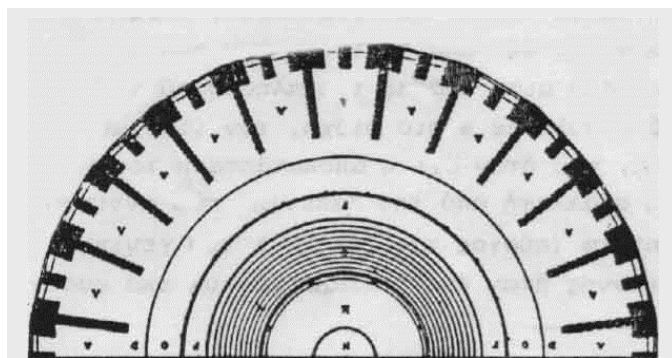
Πηγή: J. Thompson & G. Goldin, *op. cit.*, p. 63

"απειλή" που αντιπροσώπευαν¹³. Το Narrenturm (πύργος των τρελών) του γενικού νοσοκομείου της Βιέννης ήταν

¹² J.Conolly. The construction and government of lunatic asylums. London, 1968. p.8-9, 10-25

¹³ Μ.Φουκώ. Η ιστορία της τρέλας. Αθήνα

ένα πενταόροφο κυκλικό φρούριο με 28 κελιά ανά όροφο (**Εικόνα 4**). Παρ' όλο το κυκλικό σχήμα δημιουργούσε δυσκολίες απόλυτης επιτήρησης, αφού έδινε



Εικόνα 5: Το "πανοπτικό" του Bentham.

Πηγή: *Ι.Τριανταφυλλίδης. Η αρχιτεκτονική των φυλακών. Θεσ/νικη 1964, σ.28*

δυνατότητα ελέγχου, από το προσωπικό, μόνο ενός τμήματος του κυκλικού διαδρόμου και δεν επέτρεπε ανανέωση του αέρα στο κέντρο του. Ίσως τα κυκλικά κτίρια αποτέλεσαν το αρχέτυπο για το "πανοπτικό" (**εικόνα 5**) που σχεδίασε ο Άγγλος Jeremy

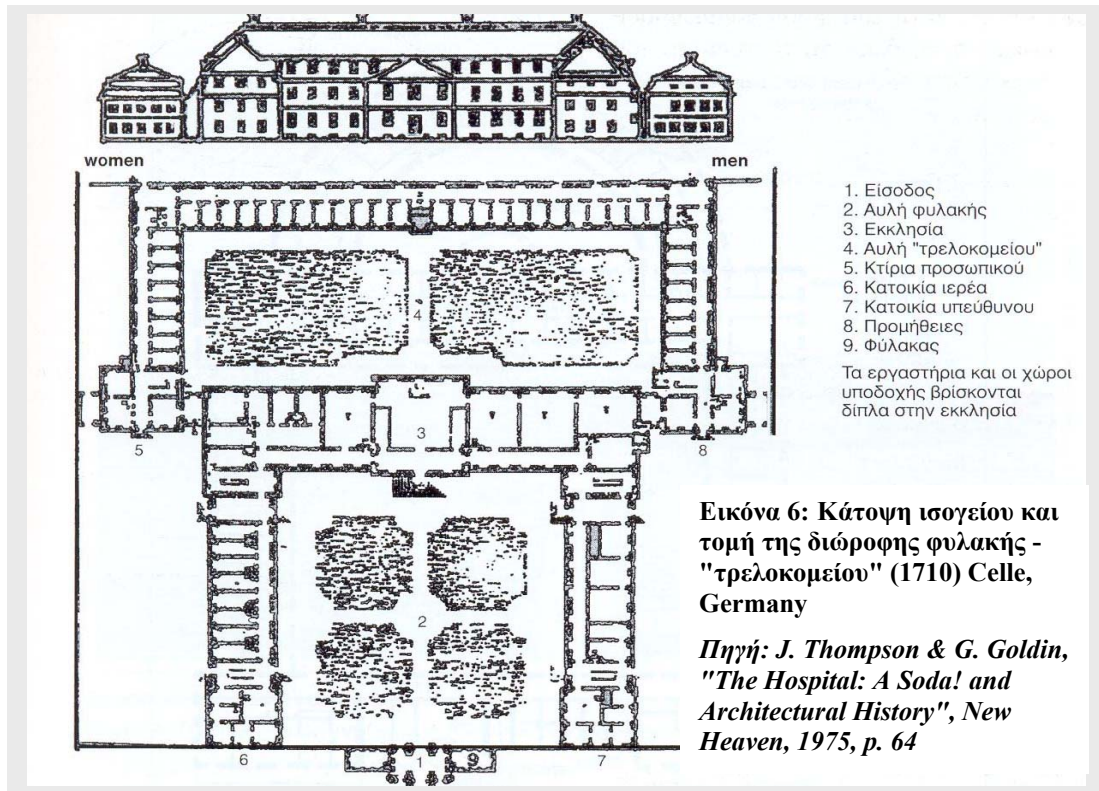
Bentham (1791). Θεωρήθηκε ότι τα προβλήματα που παρουσίαζαν τα κυκλικά κτίρια, ξεπεράστηκαν αποτελεσματικά και, με οικονομικό τρόπο με τη νέα πρόταση. Το σύστημα σχεδιασμού του Bentham, παρ' όλη την ακαμψία του, χρησιμοποιήθηκε στο σχεδιασμό ψυχιατρείων και φυλακών με κύριο πλεονέκτημα του τον έλεγχο όλων των κελιών από ένα υπερυψωμένο σημείο.¹⁴

Ο σχεδιασμός των βρετανικών, κύρια, ασύλων ακολούθησε το "πανοπτικό", "Inspection house" του Bentham. Τα κτίρια οργανώνονται έτσι που η κάθε ομάδα ασθενών να απομονώνεται από την άλλη. Η κατανομή των χώρων διημέρευσης και των υπαίθριων χώρων, επιτρέπει όχι μόνο το - συνεχή έλεγχο των ασθενών από τους φύλακες αλλά και τη συνεχή επιτήρηση των φυλάκων από το διευθυντή - επόπτη.

Ο διαχωρισμός των λειτουργιών της φυλακής και του ψυχιατρείου διακρίνεται στα γερμανικά κρατίδια πριν παρατηρηθεί κάτι παρόμοιο στο γενικό νοσοκομείο του Παρισιού. Στη Celle (**εικόνα 6**) η φυλακή καταλαμβάνει το χώρο αμέσως μετά την είσοδο και το "τρελοκομείο" την πίσω πλευρά του συμμετρικού συγκροτήματος. Δε γίνεται διάκριση των ασθενών ανάλογα με το είδος ή τη σοβαρότητα της ασθένειας αλλά μόνο ανάλογα με το φύλο και οι χώροι διαμονής έχουν τα παράθυρα τους προς την εσωτερική αυλή για λόγους ασφαλείας. Η ομαδοποίηση των ασθενών με άλλα, εκτός από το φύλο, κριτήρια γίνεται αργότερα.¹⁵

¹⁴ M.Foucault. *Discipline and punish: the birth of the prison*. Great Britain, 1975

¹⁵ A.Freeman. , H.Kaplan, B.Sadock. *Comprehensive textbook of psychiatry II*. Baltimore, 1975



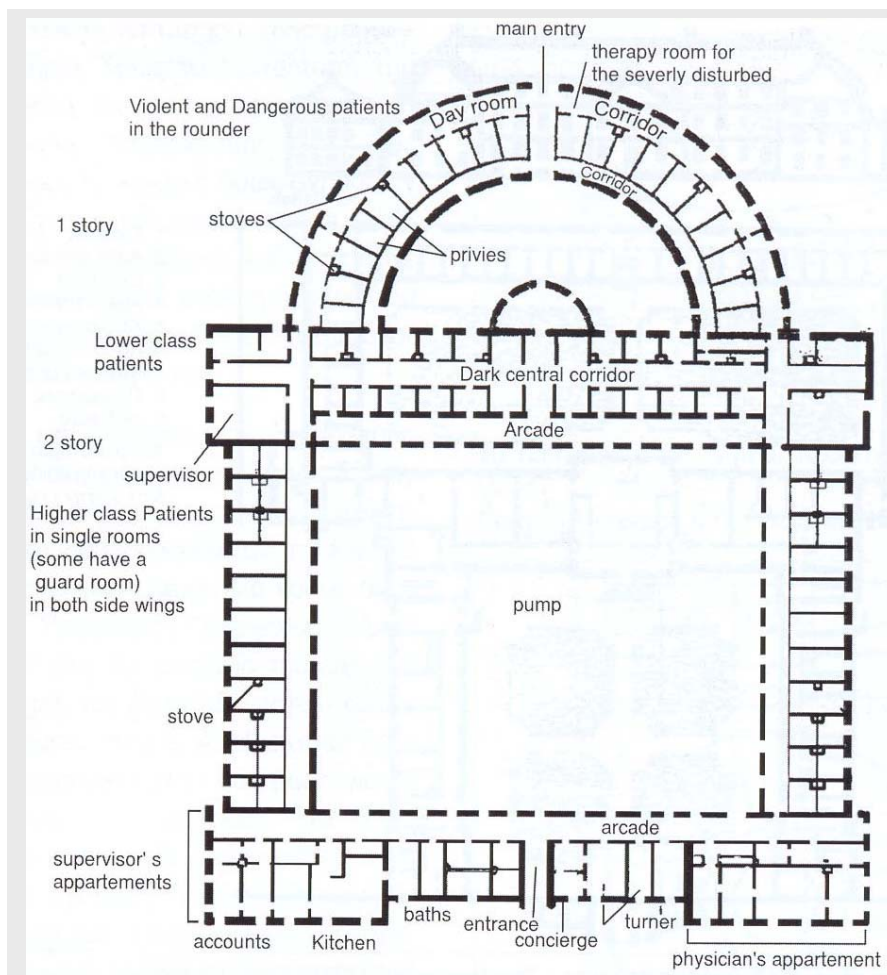
Στο άσυλο του Schleswig της Δανίας (1818) (εικόνα 7) οι ασθενείς κατανέμονται σε ομάδες ανάλογα με: α) το φύλο, τα κελιά βρίσκονται από τις δύο πλευρές ενός κεντρικού άξονα, β) την κοινωνική τάξη· τα μονόκλινα των πλευρικών περυγών διατίθενται στους εύπορους, ενώ τα πολύκλινα (2-3 ατόμων) δωμάτια της κεντρικής πτέρυγας διατίθενται στα κατώτερα στρώματα, γ) την επικινδυνότητα της ασθένειας· το κτίριο στο πίσω μέρος του συγκροτήματος έγινε ημικυκλικό, συνεχίζοντας την εμπειρία του Narrenturm της Βιέννης, για απρόσκοπτη παρακολούθηση¹⁶.

Η κατάταξη των ασθενών ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τη σοβαρότητα της ασθένειας, βασισμένη σε ιατρικά δεδομένα αποδίδεται στους Γάλλους ψυχιάτρους Pinel και Equivoi, ενώ οι μέχρι τότε διαχωρισμοί προέρχονταν από την ανάγκη προστασίας που αναζητούσαν και επέβαλαν οι θεράποντες – επιτηρητές. Οι Γάλλοι δημιούργησαν τα "carre isole" για να περιορίσουν τις ανεπιθύμητες επιδράσεις ομάδων ψυχασθενών σε άλλους¹⁷. Οι χώροι απομόνωσης επιτρέπουν ομαδοποίηση των ασθενών σε εσωτερικούς διαδρόμους και αυλές, όπου υπήρχε μια σχετική ελευθερία, αλλά καμιά δυνατότητα δραπέτευσης.

¹⁶ E.Goffman. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Great Britain, 1979

¹⁷ T.Hamlin. Forms and functions of twentieth century architecture. New York, 14952

Το μεγάλο ψυχιατρείο του Charenton κοντά στο Παρίσι (1838-85) είναι μια συμμετρική, νεοκλασική κατασκευή και αποτελείται από 16 δεκαέξι ομάδες χώρων απομόνωσης, με τα τμήματα γυναικών και ανδρών στις δυο πλευρές του άξονα συμμετρίας.¹⁸ Στη Γερμανία αυτή η αρχή εκφράστηκε με δυο διαφορετικά θεραπευτικά ιδρύματα, όπως πχ στο Illenau. Το ένα, προοριζόταν για ασθενείς που μπορούν να θεραπευτούν και το άλλο για ανίατους, συνήθως απομακρυσμένο από τον οικισμό. Αργότερα οι δυο εγκαταστάσεις κατέληξαν να αποτελούν δυο ξεχωριστά τμήματα του ίδιου ιδρύματος, λογικό αποτέλεσμα μιας αυξανόμενης αναγνώρισης της αδυναμίας προσδιορισμού του ίσμιου και του ανίατου. Η οργάνωση του ιδρύματος για τους ψυχασθενείς στο Illenau (1837), εκφράζει το συνδυασμό θεραπείας – φροντίδας. Οι ασθενείς ομαδοποιούνται ανάλογα με το στάδιο της ασθένειας και την



Εικόνα 7: Κάτοψη ασύλου για ψυχασθενείς. Schleswing, Denmark (1818)

¹⁸ J.Thomson, G.Goldin. The hospital: a social and architectural history. New Haven, 1975

κοινωνική τάξη αλλά, παρ' όλη την έντονη επιρροή των ιδεών του Esquirol, δε λαμβάνεται υπόψη η κατηγορία και η βαρύτητα της κάθε ασθένειας όπως ήδη εμφανίζεται στο ίδρυμα της Charenton ¹⁹.

Το σύστημα του εγκλεισμού των ψυχοπαθών σε ιδρύματα, εκφράζεται σχεδόν απόλυτα από το Bethlehem Hospital, γνωστό ως Bedlam, όνομα που ταυτίστηκε με αυτήν την ίδια την τρέλα. Χτίστηκε στο Λονδίνο (1676) και ήταν τόπος διασκέδασης για τους κατοίκους του σχεδόν μέχρι το 1815. Η έκθεση των τρελών σε κοινή θέα, μια συνήθεια του μεσαιώνα, συναντιέται παντού (περίπατος στην Bicetre, στις πύλες των πόλεων κτλ.). Τον εμπαιγμό των τρελών εικονογράφησε στα ζωγραφικά του έργα ο Hogarth (**εικόνα 8**).²⁰ Οι ψυχασθενείς έπαψαν να είναι δημόσιο θέαμα το 1766 και οι νέοι κανονισμοί προστασίας των ασθενών επέβαλαν την απομόνωση των γυναικών με τη μεταφορά τους στους επάνω ορόφους (**εικόνα 9**), αυστηρό επισκεπτήριο και την παρουσία νοσοκόμων στις περιπτώσεις συναντήσεων ατόμων με το αντίθετο φύλο. Εφαρμόστηκε στο Bedlam, έναν αιώνα πριν από το σχεδιασμό του ιδρύματος στο Illenau, ομαδοποίηση των ασθενών ανάλογα με τις οικονομικές τους σχέσεις με το ίδρυμα και την ιασιμότητα της πάθησης τους^{21, 22}.



Εικόνα 8: Σκίτσο του Bethlehem Hospital από το William Hogarth Πηγή: Rake's Progress, Plate VIII



Εικόνα 9: Το νοσοκομείο Bethlehem το 1676

Πηγή: A. Freeman, "Comprehensive Textbook of Psychiatry- II", vol. 1, Baltimore, 1975

¹⁹ Henderson and Gillespi. A text book of psychiatry. England, 1940

²⁰ W.Sargant. Battle for the mind. New York, 1957

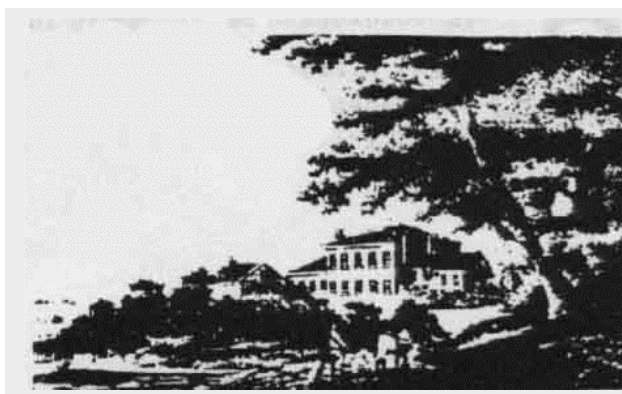
²¹ D.Ingleby. Critical psychiatry: the politics of mental health. Great Britain, 1981

²² C.Smith, J.King. Mental Hospitals. London, 1975

Κεφάλαιο 2^ο :

Η εξέλιξη και η παρακμή των Ψυχιατρείων - ασύλων

Κατά τον 18ο αιώνα παρατηρείται μια αυξανόμενη κατανόηση των ψυχικών διαταραχών, που συνοδεύεται από προσπάθειες βελτίωσης των εφαρμοζόμενων θεραπευτικών μεθόδων και ενημέρωσης της κοινής γνώμης για τη θλιβερή θέση του τρελού. Στο τέλος του 18ου - αρχές του 19ου αιώνα εμφανίζονται κινήσεις απελευθέρωσης των ψυχασθενών, με κύριο στόχο την κατάργηση των απαράδεκτων μεθόδων καταστολής. Κύρια στη Γαλλία με πρωταγωνιστής τον ψυχίατρο Pinel, που θεωρήθηκε και ο απελευθερωτής των ψυχασθενών από τις αλυσίδες τους. Παρόμοιες κινήσεις παρατηρούνται στην Ιταλία από τον Chiarugi στο νοσοκομείο Bonifacio της Φλωρεντίας (1785). Ο κανονισμός του νοσοκομείου τόνιζε ότι "είναι ύψιστο ηθικό καθήκον και ιατρική υποχρέωση ο σεβασμός του κάθε ασθενή ως ατόμου". Κύριοι στόχοι ήταν η αποφυγή των ωμών μεθόδων και της πρόκλησης ανησυχίας στους ασθενείς καθώς και ο περιορισμός της χρήσης του μανδύα καταστολής μόνο σε περιπτώσεις ανάγκης. Το θεραπευτικό πρόγραμμα, που αργότερα ονομάστηκε "θεραπεία της ψυχής" (moral treatment), είχε ως βασική αρχή την προσοχή στην ιδιαιτερότητα του κάθε ασθενή και στην αντιμετώπιση κάθε περίπτωσης στα πλαίσια πάντοτε μιας αυταρχικής λειτουργίας²³.



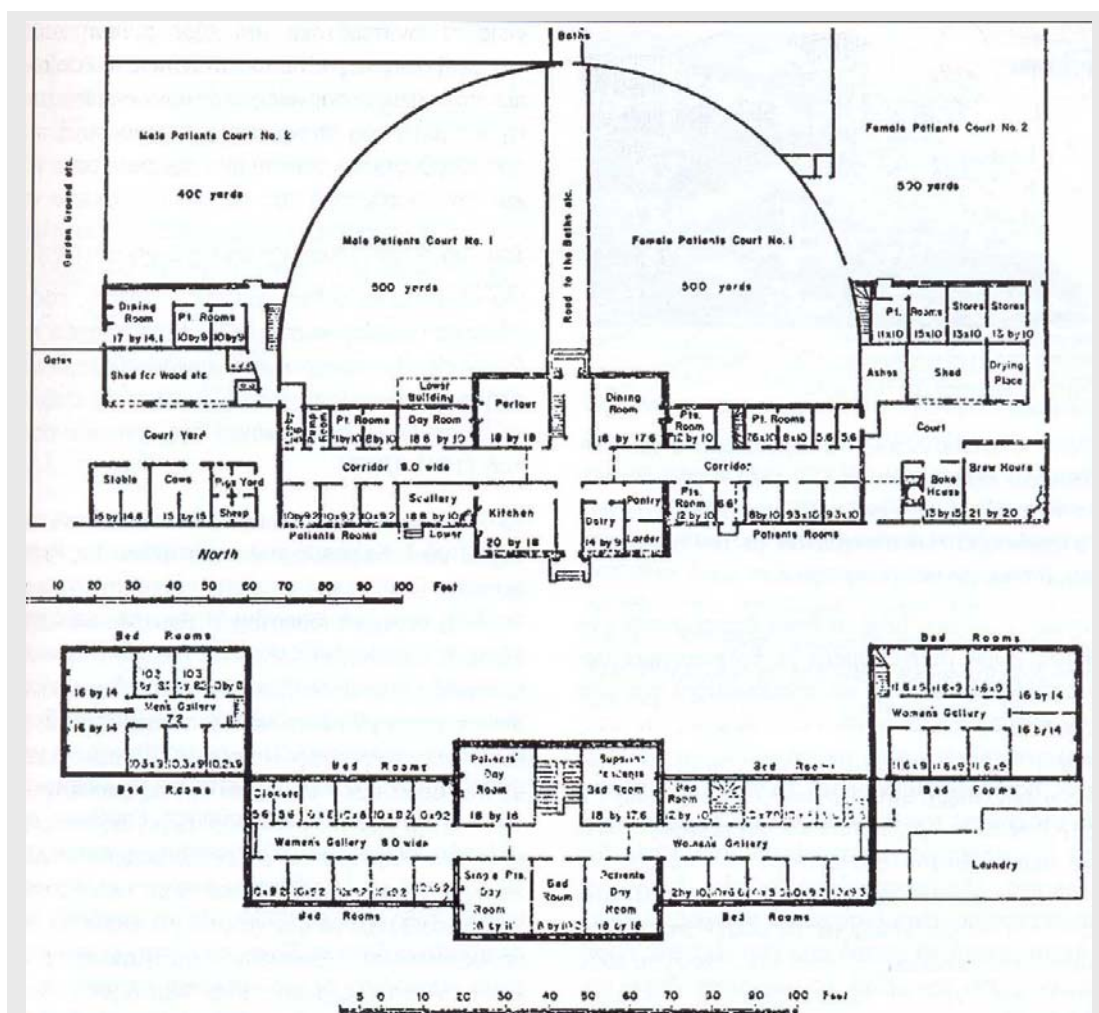
Εικόνα 10: Το Retreat στο York, Αγγλία τέλη 18^ο αιώνα.

Πηγή: A. Freeman et al, σελ. 43

Το οίκημα (εικόνα 10), βρισκόταν στην εξοχή σε απόσταση ενός μιλίου από το York, εκφράζοντας την του Tuke ότι αν ο ασθενής απομακρυνθεί από τις εντάσεις του περίγυρου και μεταφερθεί σε ένα ελεγχόμενο περιβάλλον, θα καλυτερεύσει μέσα από μια σειρά φυσικών γεγονότων. Ως φυσικά γεγονότα θεωρήθηκαν η φιλική ατμόσφαιρα, η φροντίδα με καλοσύνη, η ελευθερία από καταναγκασμούς και αυτής

²³ F.Kartwring. Disease ad history. New York, 1972, p.147.148.207

ακόμη της ιατρικής. Η χειρονακτική εργασία, κύριο χαρακτηριστικό της κοινωνίας των Κουακέρων, θεωρούνταν ωφέλιμη και ενθαρρυνόταν. Οι αρχές του ησυχαστηρίου του York ήταν ηθικές και θρησκευτικές με κυρίαρχο στοιχείο την πατριαρχική ηρεμία, μέσα σε ένα περιβάλλον όμοιο μ' αυτό της κοινότητας των Κουακέρων.²⁴ Η απελευθέρωση των ασθενών από τις αλυσίδες ισχύει για όλους, αρκεί να μην παρέβαιναν τους κανονισμούς του ιδρύματος που ήταν, μέσα σε ένα ομοίωμα οικογένειας που δημιούργησε ο W.Tuke, το συναίσθημα της ευθύνης, της ενοχής και του αυτοπεριορισμού. Το κτίριο δεν έμοιαζε με φυλακή αλλά με μια μεγάλη φάρμα με θέα προς όλες τις κατευθύνσεις. Ο Tuke δεν ικανοποιήθηκε από την οργάνωση της κάτοψης (εικόνα 11) και προτιμούσε ένα «πανοπτικό» σχήμα.



Εικόνα 11: Ισόγειο και όροφος του Retreat στο York της Αγγλίας

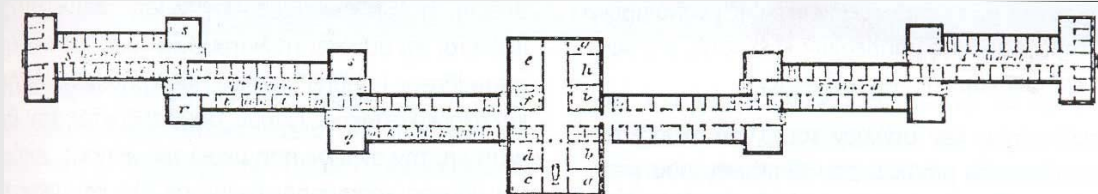
Πηγή: A. Freeman, "Comprehensive Textbook of Psychiatry- II", vol. 1, Baltimore, 1975, p.43

²⁴ L.Kolb. Modern clinical phychiatry. Philadelphia, 1974

Τα κιγκλιδώματα των παραθύρων εξαφανίστηκαν μεν αλλά η συγκράτηση και η ασφάλεια των ασθενών παρέμεινε μέσα από το σχεδιασμό των ανοιγμάτων (πυκνός χωρισμός των ανοιγμάτων με σιδερένια καΐτια.)

Αντίθετα με τον Tuke, ο Pinel δημιούργησε ένα άσυλο χωρίς συσχετισμούς με θρησκευτικές αρχές. Αλλά και εκεί, αν και απομονωμένο από όλο τον κόσμο, γίνεται όργανο επαναφοράς του ατόμου στις ηθικές αρχές της κοινωνίας καταδικάζοντας τις παρεκκλίσεις. Κατά το Φουκώ²⁵ "το άσυλο της εποχής του θετικισμού, που το φόρο τιμής για τη δημιουργία του αποτίνουν στον Pinel, δεν είναι ένας ελεύθερος χώρος έρευνας, διάγνωσης και θεραπείας· είναι ένας χώρος νομικός..." με κυρίαρχη μορφή το γιατρό που έχει εξουσίες παρεχόμενες από την ηθική και κοινωνική δομή του ιδρύματος.²⁶

Οι ιδέες των Pinel, Tuke και Chiarugi, που τόνιζαν την υγιή πλευρά της προσωπικότητας του ασθενή και που θεωρούσαν ως κατάλληλη θεραπευτική αγωγή αυτή που θα εμπεριείχε την υποταγή, την απομάκρυνση του ασθενή από την οικογένεια του και την τοποθέτηση του σε ένα ελεγχόμενο νοσοκομειακό περιβάλλον όπου ο ασθενής νοσηλεύεται μέσα σε μια "τεχνητή" οικογένεια, μέσα σε μια ελεγχόμενη σχέση γιατρού - ασθενή, εφαρμόστηκαν ευρύτατα στις ΗΠΑ. Η εκστρατεία της D.Lynde Dix ενάντια στις επικρατούσες δομές οδήγησε, παράλληλα με τις ευρωπαϊκές επιδράσεις, στη δημιουργία τριάντα δύο κρατικών ασύλων (1841-1887), το μοντέλο λειτουργίας τους διαμορφώθηκε από το γιατρό T.Kirkbride του ψυχιατρείου της Pennsylvania. Με τη συμβολή του αρχιτέκτονα Samuel Sloan, το σύστημα του Kirkbride εκφράζεται σε μια γραμμική κάτοψη (εικόνα 12), με τα δωμάτια τοποθετημένα εκατέρωθεν του διαδρόμου.



Εικόνα 12: Κάτοψη ισογείου του State Asylum for the Insane, Tuscaloosa, Alabama (1860) Μια από τις "γραμμικές κατόψεις" των Kirkbride- Sloan

²⁵ Μ.Φουκώ, «Η ιστορία της τρέλλας», 1^η εκδ. Plon< Αθήνα, 1964

²⁶ J.Wing& G.Brown. Institutional and schizophrenia: a comparative study of the three mental hospitals. Cambridge, 1970

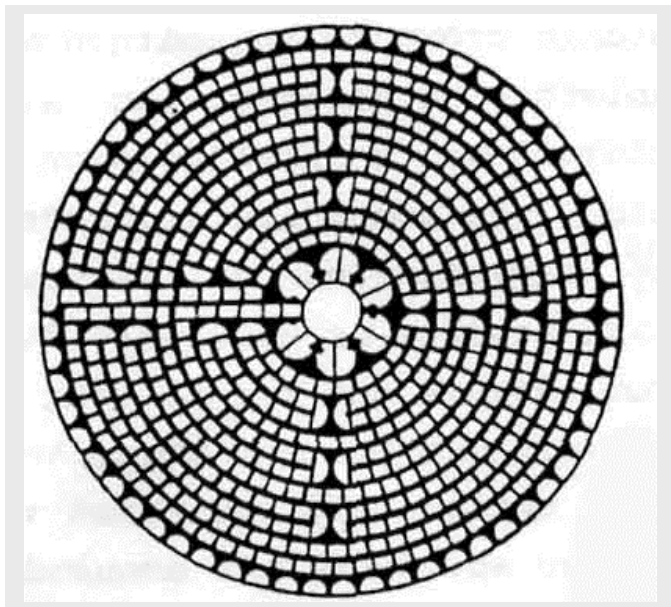
Επιτυγχάνοντας καλό φωτισμό και ηλιασμό, επεκτατότητα αλλά και απομόνωση των μονάδων σε περίπτωση κινδύνου, διατηρούνται τα πλεονεκτήματα των περιπτέρων σε μια γραμμική κάτοψη. Οι ασθενείς ομαδοποιούνται ανάλογα με τη βαρύτητα και επικινδυνότητα της ασθένειάς τους, σε νοσηλευτικές μονάδες των 15 ατόμων. Η πλειονότητα των ασθενών ζούσε σε μονόκλινα, όπου δεν υπήρχε χώρος για προσθήκη δεύτερου κρεβατιού. Ο Kirkbride θεωρούσε ότι ήταν επικίνδυνο, ψυχασθενείς να μοιράζονται τον ίδιο θάλαμο εκτός και αν βρίσκονται κάτω από συνεχή παρακολούθηση. Επεδίωκε, παράλληλα, δημιουργία εξυπηρετήσεων νοσοκομείου ή ακόμα και ξενοδοχείου που συνδέονταν με την κοινωνική τάξη των ασθενών²⁷.

Το μοντέλο των Kirkbride-Sloan θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι έλυσε πολλά από τα προβλήματα των ψυχιατρείων. Η υπερσυγκέντρωση όμως, στα περισσότερα αμερικανικά νοσοκομεία - ψυχιατρεία απόρων, αλκοολικών και αλητών, που η συντήρησή τους επιβάρυνε τους φορολογούμενους, οδήγησε το σύστημα σε δυσλειτουργία και σε σταδιακή παρακμή της "θεραπείας της ψυχής". Η ιδρυματοποίηση συνεχίστηκε είτε με την κατασκευή νέων ασύλων, είτε με τη μετατροπή παλιών εξοχικών σπιτιών, μικρού συνήθως εμβαδού, με κυρίαρχο στόχο τη συγκράτηση των δαπανών σε χαμηλά επίπεδα. Απορρίφθηκε η μέθοδος, του Άγγλου Conolly, της μη καταστολής, ελαττώθηκε η αλληλεπίδραση ασθενή-ιατρού και η αναλογία γιατρών και νοσοκόμων ανά ασθενή. Η νοσηλεία επικεντρώνεται στην κατηγοριοποίηση και διανομή των ασθενών, σε χωριστές νοσηλευτικές μονάδες με παράλληλο διαχωρισμό, με τα τότε κριτήρια, των ιάσιμων από τις ανίατες περιπτώσεις, μειώνονται ή εξαφανίζονται τα προγράμματα απασχολησιοθεραπείας. Ο γιατρός χάνει όλο και περισσότερο την επαφή του με τον ασθενή, την οικογένεια και την κοινότητα και απομονώνεται όλο και περισσότερο από τον κόσμο και την ιατρική. Η απομάκρυνση και ιδρυματοποίηση των ψυχοπαθών είναι συνεπές αποτέλεσμα της κυριαρχίας του κοινωνικού δαρβινισμού κατά τον οποίο η κοινωνία βασίζεται στην επιβίωση των υγιέστερων και ικανότερων μελών της και στην απόρριψη των ασθενέστερων. Ο διαφωτισμός στο 19ο αιώνα, επηρέασε και τις απόψεις για την ποιότητα του προσωπικού, τις μεθόδους ελέγχου και επιτήρησης, η αμφισβήτηση δηλαδή του ασύλου έφτασε στο αποκορύφωμά της στα τέλη του 19ου αιώνα. Στη Νέα Υόρκη

²⁷ Ι.Τριανταφυλλίδης. Η αρχιτεκτονική των φυλακών. Θεσσαλονίκη, 1964

(1896), ψηφίστηκε νόμος για τη φρενοβλάβεια που στόχευε στην αντιμετώπιση του προβλήματος με ένα ενιαίο και συνολικό τρόπο. Την ευθύνη είχε η Επιτροπή για την Τρέλα (Commission of Lunacy) που ήταν υπεύθυνη για τον έλεγχο των ψυχιατρικών ασύλων, τη θεραπεία και τη φροντίδα μέσα από ένα κεντρικό, ενοποιημένο σύστημα παροχής υπηρεσιών εξέτασης, μεταφοράς και οικονομικής υποστήριξης.

Ο σχεδιασμός των ασύλων του 19ου αιώνα, είτε ακολούθησε το μοντέλο του Bentham, που μετατράπηκε από κυκλικό σε ημικυκλικό, είτε άλλα όπως το γραμμικό του Kirkbride, χαρακτηρίζεται από τη δαιδαλώδη διαμόρφωση της κάτοψης, αποτέλεσμα κύρια της υπερσυγκέντρωσης και των διαδοχικών προσθηκών του 19ου αιώνα. Κατά μια σύγχρονη άποψη, η λαβυρινθώδης οργάνωση των ασύλων φαίνεται ότι συνδέει τη λειτουργία τους "με κέντρα ασυνείδητης μύησης"²⁸, μορφή που χρησιμοποιήθηκε και στους Γοθικούς Ναούς (**εικόνα 13**), συμβολίζοντας το θάνατο και την αναγέννηση μέσω της μύησης. Σήμερα χρησιμοποιούνται ακόμα σε μεγάλο βαθμό τα δαιδαλώδη κτίρια του 19ου αιώνα παρόλο που στεγάζουν θεραπευτικούς στόχους και πρακτικές διαφορετικές από εκείνες που ισχύουν κατά το χρόνο του σχεδιασμού τους.



Εικόνα 13: Ο γοθικός λαβύρινθος στον Καθεδρικό Ναό της Chartres.
Πηγή: *Architectural Design*, 4, 1977, σελ. 292

²⁸ R.Holton, Maze symbolism in the architecture of asylums. *Architectural Design*, 4(7):292

Κεφάλαιο 3^ο :

Η Νοσοκομειακή περίοδος

Η από τα τέλη του 19ου αιώνα μέχρι, το Β' παγκόσμιο πόλεμο περίοδος, χαρακτηρίζεται από σταδιακές μεταβολές στον τρόπο διοίκησης των ψυχιατρείων με στόχο αλλά και αφετηρία, το μοντέλο "γενικό νοσοκομείο". Αντικειμενικός σκοπός ήταν η ανάπτυξη της θεραπείας αντί του εγκλεισμού και η παράλληλη προσπάθεια για μείωση των προκαταλήψεων γύρω από την τρέλα και το ψυχιατρείο. Το σύστημα της απομόνωσης αντικαταστάθηκε από μια περίοδο "μη καταστολής" που, όσο αφορά στην οργάνωση του χώρου, βασιζόταν κύρια σε μονόκλινα, συνήθως κλειδωμένα δωμάτια, με μαλακές επιστρώσεις στις πόρτες, μέτρα που αχρηστεύτηκαν στη συνέχεια με τη σταδιακή, αριθμητική και ποιοτική, αύξηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Οι ασθενείς βρίσκονταν υπό παρακολούθηση, όλο το εικοσιτετράωρο, και η ομαδοποίηση τους γινόταν όλο και πιο πολύπλοκη (κατά νοσηλευτική κατηγορία, φύλο...). Έτσι το νοσοκομείο είναι ένα άθροισμα από διακεκριμένες νοσηλευτικές μονάδες: εισαγωγής ασθενών οξέων περιστατικών, χρόνιων ασθενών, παιδιατρικών τμημάτων σε κάθε ψυχιατρική κλινική.

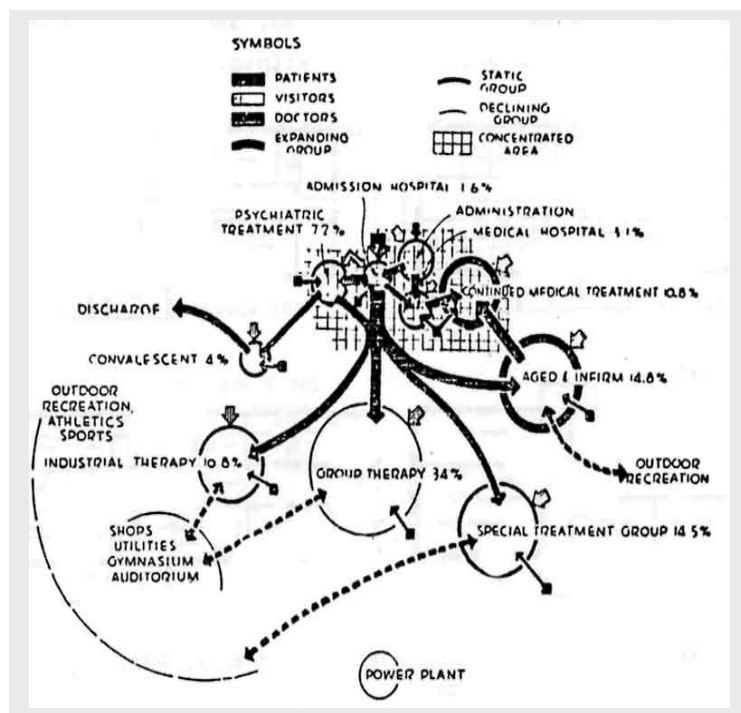
Στις προσπάθειες δημιουργίας ενός τόπου όπου οι ψυχικά άρρωστοι θα νοσηλεύονται κάτω από ικανοποιητικές συνθήκες, άρχισε να επισημαίνεται, πέρα από τη σημασία του ρόλου του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η σημασία των εργαστηριακών εξετάσεων και θεραπειών, της απασχολησιοθεραπείας, αλλά και της πρόληψης. Προτάσεις για ένα "ολικό ψυχιατρικό σύστημα", εμφανίζονται από τότε. Σύμφωνα με αυτές το νέο ψυχιατρικό σύστημα θα έπρεπε να αποτελείται από ψυχιατρικές κλινικές δυναμικότητας 60-100 ασθενών, ψυχιατρικά τμήματα συνδεδεμένα με το γενικό νοσοκομείο, τμήματα κοινωνικών υπηρεσιών που θα οργανώνουν και θα αναλαμβάνουν τη μετανοσοκομειακή φροντίδα²⁹. Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες θα έπρεπε να συνδέονται επίσης και με επιμορφωτικούς και φιλανθρωπικούς οργανισμούς, την εργοδοσία και τη νομοθεσία.

Αν και το γενικό νοσοκομείο δε θεωρούνταν από πολλούς, ο κατάλληλος τρόπος θεραπείας ψυχοπαθών, η άποψη για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας κατά τον ίδιο τρόπο με τη σωματική ασθένεια και η σύνδεση του ψυχιατρικού τομέα με τον

²⁹ Henderson & Gillespi, op.cit. p.11

τομέα της γενικής ιατρικής, οδήγησε στην υποστήριξη προτάσεων για στέγαση ψυχιατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία.

Οι παρατηρούμενες όμως συνεχείς μεταβολές στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας από τον ιατρικό κόσμο και το κοινό και η πρωτοεμφανιζόμενη τάση για δυνατότητα νοσηλείας στα γενικά νοσοκομεία μετέβαλαν, θεωρητικά, το ρόλο των ψυχιατρείων - ασύλων που άρχισαν να αντιμετωπίζονται περισσότερο ως τόποι επιτήρησης και κηδεμονίας των μη ιάσιμων περιπτώσεων, παρά ως θεραπευτικές εγκαταστάσεις. Τα ψυχιατρικά ιδρύματα, που παρουσίαζαν κάποιες δυνατότητες αλλαγών (τα μη κηδεμονικά), άρχισαν να οργανώνονται πάνω σε αρχές όμοιες με αυτές των νοσοκομείων³⁰. Κύριες λειτουργίες μιας ψυχιατρικής εγκατάστασης θεωρήθηκαν ότι είναι η διάγνωση και η θεραπεία του ασθενή, με κυρίαρχο τον τομέα "φροντίδα" (care), που θα έπρεπε να καλύπτει τον ασθενή από τη στιγμή της εισαγωγής του μέχρι και το μετά την έξοδο του από την εγκατάσταση (μετανοσοκομειακή φροντίδα), χρόνο. Η εισαγωγή του ασθενή στην ψυχιατρική εγκατάσταση περιλαμβάνει συγκέντρωση πληροφοριών, με εξέταση του ασθενή σε ειδικό τμήμα ιατρείων, για τη φυσική και ψυχική υγεία, αλλά και πληροφορίες για τη μορφωτική, επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, παράγοντες που άρχισαν να έχουν σπουδαιότητα στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας (εικόνα 14).

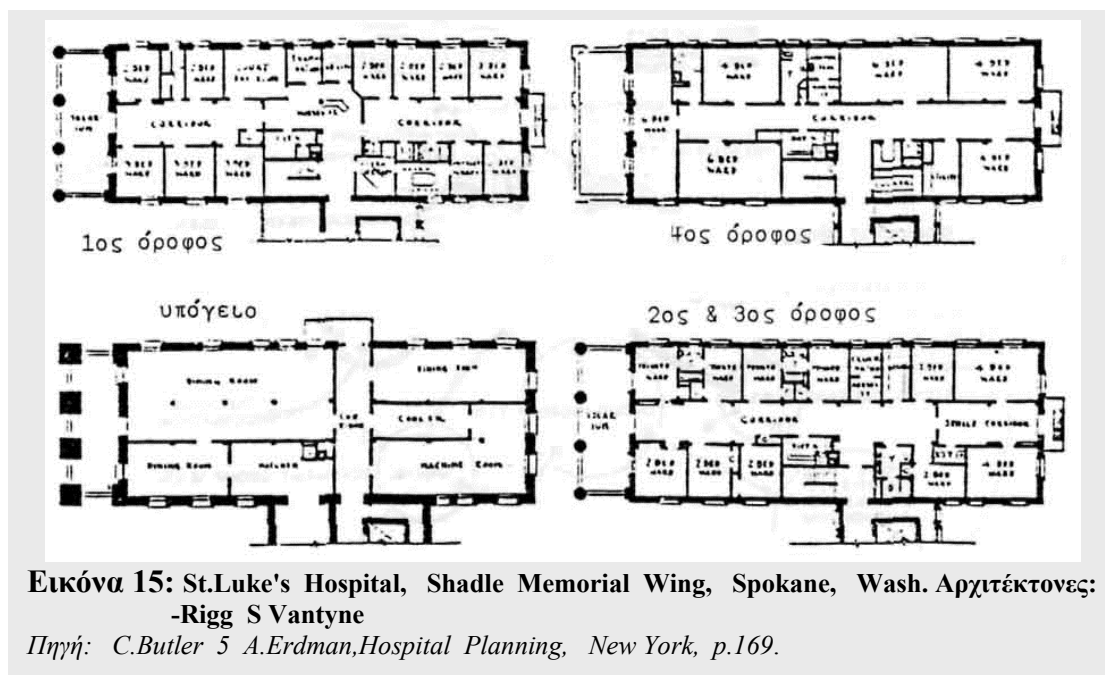


Εικόνα 14:
διάγραμμα του
Κρατικού Ψυχιατρείου
Northville, Minnesota.

Πηγή: T. Hamlin
(ed). *Forms and
functions of twentieth
century. Architecture.*
New York, 1952,
p.367

³⁰ .C.Butler, A.Erdman, Hospital Planning. New York, 1946, p.168

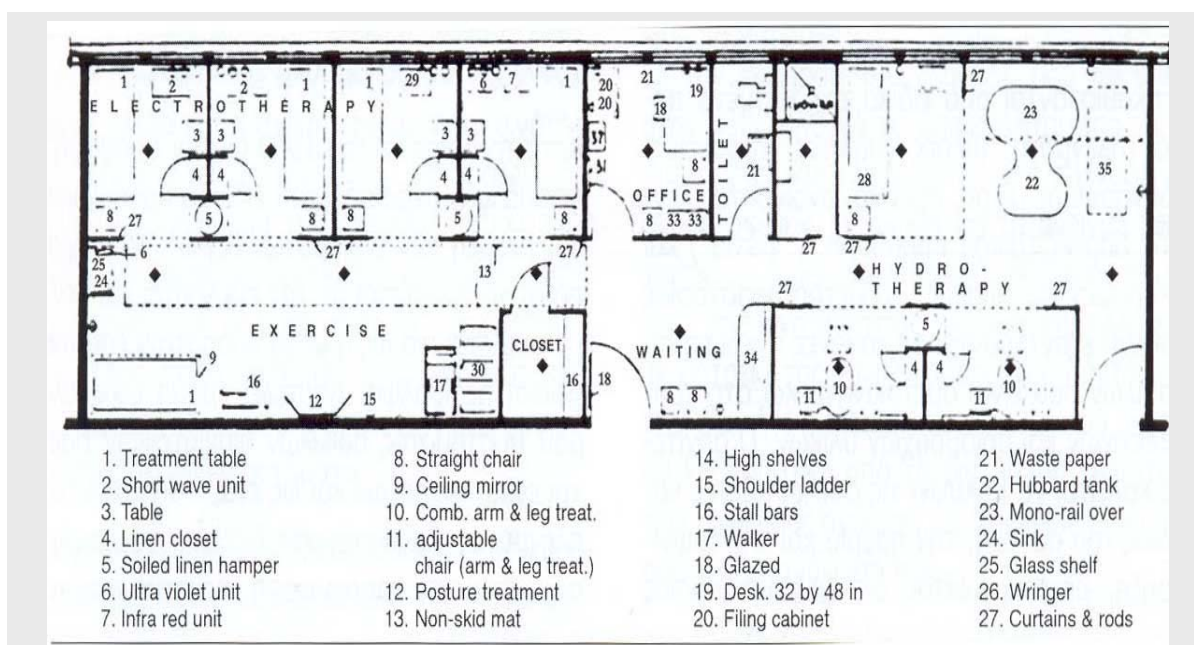
Οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών επεκτείνονται, έτσι, έχοντας ως βάση το τμήμα εισαγωγών, και στη μετανοσοκομειακή φροντίδα. Παρατηρείται επίσης για πρώτη φορά, κατά το χρόνο εισαγωγής, αξιολόγηση από δικαστές, των ασυλιακών και των εγκληματικών περιπτώσεων (εικόνα 15), που μέχρι τότε μεταφέρονταν στα κρατητήρια της αστυνομίας.



Ο διαχωρισμός των ασθενών σε ομάδες ήσυχων και επικίνδυνων δε σήμαινε και αντίστοιχη διαβάθμιση των μέτρων ασφαλείας, που συνέχισαν να ισχύουν με την ίδια προσοχή όπως και στο παρελθόν, αδιάκριτα και για τις δύο περιπτώσεις. Η προστασία του κοινού, του προσωπικού και των ίδιων των ασθενών παρέμενε πρωταρχική. Αλλά τα άσυλα δε θεωρούνται πια φυλακές. Οι χαρακτηριστικές βαριές κατασκευές ασφαλείας, αντικαθίστανται από ειδικά σχεδιασμένα παράθυρα (πλέγματα, μικρές γυάλινες επιφάνειες) που οδήγησαν σε μικρά σχετικά ανοίγματα και κακοφωτισμένους χώρους. Η προστασία, του προσωπικού βασίζεται σε κλειδωμένες πόρτες και απομόνωση των νοσηλευτικών μονάδων από το υπόλοιπο κτίριο. Οι ασθενείς ελέγχονται από μικρά ανοίγματα στις πόρτες (μικρά παράθυρα ή "μάτια") και τα μέτρα προστασίας εξαντλούνται, σε κανόνες σχεδιασμού των επίπλων, που είναι αμετακίνητα, και στη χρήση ανθεκτικών και αδιάβροχων υλικών. Ο αρχιτέκτονας πρέπει να καλύψει τις δυο αντίθετες καταστάσεις του ασθενή: την

ηρεμία και την ξαφνική έκρηξη, δημιουργώντας ένα χώρο επαγρύπνησης και ηρεμίας που θα ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε οποιεσδήποτε συνθήκες.

Οι χημικές και βιολογικές θεραπείες υποσκελίζονται, κατά τη μεσοπολεμική περίοδο, από την υδροθεραπεία και τη φυσιοθεραπεία. Η τεχνική των συνεχών λουτρών, καταιονισμών, φεστών και κρύων καταπλασμάτων, χρησιμοποιείται για κατευνασμό βίαιων ασθενών, αλλά και για γενική χαλάρωση. Η χρήση της υδροθεραπείας δεν περιορίστηκε μόνο σε ειδικούς χώρους, αλλά εξαρτήματα καταιονισμού ύδατος υπήρχαν και σε κάθε δωμάτιο (όπως στο Henry Ford.Hospital, Detroit)³¹. Η σπασμοθεραπεία (shock treatment) εφαρμοζόταν ευρύτατα και στους τρεις τύπους της: ζέστη-κρύο, ηλεκτρισμός και φάρμακα. Οι δυο πρώτοι τύποι μπορούσαν να στεγαστούν εναλλακτικά στον ίδιο χώρο που η "βέλτιστη θέση του είναι ανάμεσα στους χώρους διημέρευσης και τις νοσηλευτικές μονάδες". Η ιδιαιτερότητα της σπασμοθεραπείας (ιδιαίτερα με ινσουλίνη) που ευαισθητοποιεί τα άτομα και απαιτεί, πέρα από ειδικές παροχές (π.χ. οξυγόνου και μονοξειδίου του άνθρακα), και συνεχή παρακολούθηση οδήγησε σε συγκέντρωση των δραστηριοτήτων σε ειδική μονάδα με άμεσες δυνατότητες παροχής στους ασθενείς κατάλληλων χώρων για ανάνηψη, λουτρό και φαγητό (εικόνα 16 α,β).

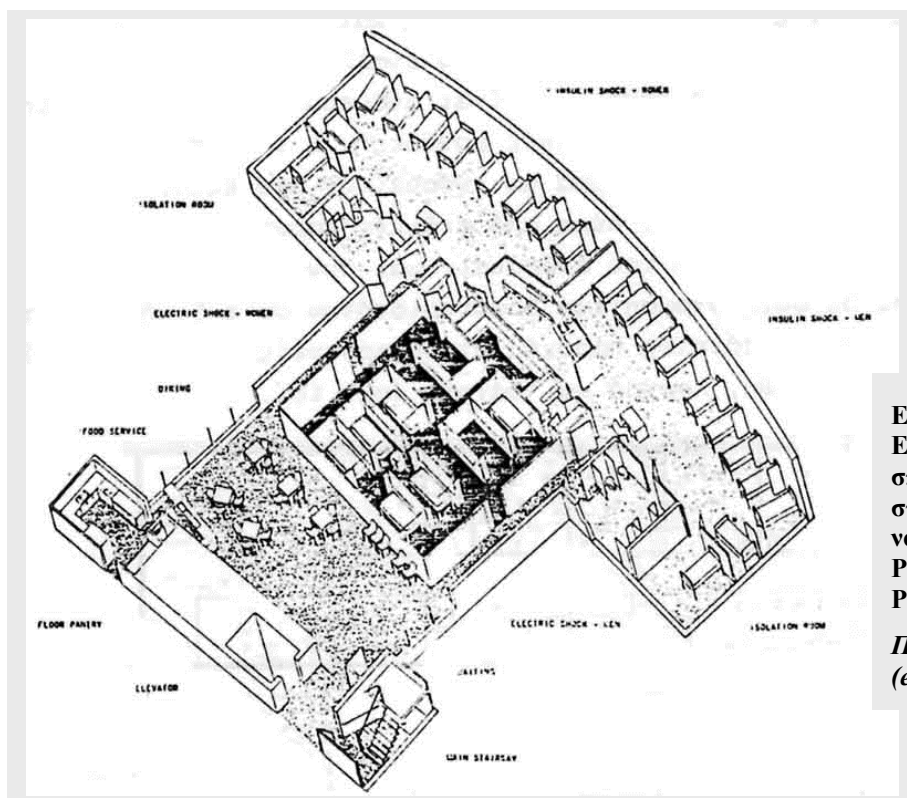


Εικόνα 16α Χώροι φυσικής θεραπείας

Πηγή: I. Rosenfield, "Hospital Architecture - Integrated Components", New York, 1971

³¹ C.Butler, A.Erdman, op.cit. p.170

Η απασχολησιοθεραπεία άρχισε να αποτελεί αναπόσπαστο, οργανωμένο μέρος της συνολικής θεραπευτικής αγωγής. Γνωστές χειροτεχνικές δραστηριότητες - καλαθοπλεκτική, ύφανση, ξυλουργική - πλαισιώνονται από χώρους γυμναστικής, βιβλιοθήκες, χώρους διημέρευσης, που δεν περιορίζονται μόνο σε εσωτερικούς χώρους αλλά, επεκτείνονται και σε ημιυπαίθριους και υπαίθριους χώρους.



Εικόνα 16β:
Εγκαταστάσεις
σπασμοθεραπείας
στο ψυχιατρικό
νοσοκομείο της
Philadelphia,
Pennsylvania.

*Πηγή: T.Hamlin
(ed), op.cit. p.370.*

Μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο αναπτύχθηκαν ψυχιατρεία, αποτέλεσμα κύρια των προσπαθειών της οργάνωσης των απόμαχων στις ΗΠΑ (Veterans Administration), που παρουσιάζουν την ανάγκη για χώρους ουσιαστικής θεραπείας, την κάλυψη ευρέων προγραμμάτων για τους ασθενείς και μια σημαντική αύξηση του προσωπικού.

Κατά τη δεκαετία του 1950 με την εισαγωγή νέων φαρμάκων, περισσότερου ειδικού προσωπικού και την έναρξη των ενδιάμεσων δομών, μεταφέρθηκε, σταδιακά στις επόμενες δεκαετίες, το βάρος της φροντίδας, στις βασιζόμενες στην κοινότητα υπηρεσίες.

Από τα μέσα της δεκαετίας του 50 το ψυχιατρείο δεν αντιμετωπίζεται πια ως η μόνη λύση στην εσωνοσοκομειακή περίθαλψη. Αποτελεί τμήμα ενός ολόκληρου

συστήματος ποικίλων ψυχιατρικών εγκαταστάσεων και ως ένα στοιχείο αυτού του πλέγματος, βρίσκεται στη διάθεση συγκεκριμένων αρρώστων για κάποια φάση της ασθένειας τους. Την πλειονότητα των ασθενών που χρειάζονται εσωνοσοκομειακή περίθαλψη αναλαμβάνουν τα ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία και οι ιδιωτικές κλινικές. Ο τύπος της εσωνοσοκομειακής περίθαλψης καθορίζεται από τις ανάγκες του ίδιου του ασθενή, παύει να ταυτίζεται με τον εγκλεισμό. Θεωρείται, έτσι, ότι η απομάκρυνση πια του ατόμου από την καθημερινή ζωή είναι αναγκαία, γιατί απαιτεί συλλογικές θεραπευτικές προσπάθειες και ότι δε συνδέεται –κατ’ ανάγκη με κοινωνική απόρριψη ή αδυναμία αντιμετώπισης του. Το ψυχιατρείο μεταβάλλεται έτσι σε ένα τόπο παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Η φυσική απομάκρυνση των ψυχιατρείων από τους οικισμούς θεωρείται ως αντιθεραπευτική, αυξάνει την ανασφάλεια που δημιουργείται με τις μεγάλες αποστάσεις και τις δυσκολίες επίσκεψης και εισαγωγής ασθενών, χωρίς η αντίληψη αυτή να σημαίνει και ένταξη του μέσα σε αστικά κέντρα. Το ψυχιατρείο θεωρήθηκε ένας μικρόκοσμος, που για να επιτευχθεί η εσωτερική του συνοχή, επιβάλλεται³² η τοποθέτηση του σε ένα περιβάλλον με ελάχιστη δόμηση. Αλλά η απομάκρυνση από τα οικιστικά κέντρα δεν είναι ανεξάρτητη από έναν αριθμό παραγόντων. Η εξεύρεση προσωπικού εξαρτάται από κάποια σχετική πληθυσμιακή πυκνότητα και η διατήρηση του συνδέεται με την ύπαρξη πολιτιστικών, επιμορφωτικών και εμπορικών κέντρων. Με μια τέτοια αντιμετώπιση του προβλήματος ο Sivadon πρότεινε, η επιλογή της θέσης να γίνεται στα περίχωρα των οικισμών και σε απόσταση που να καλύπτεται με ταξίδι μισής ως μιας ώρας έτσι που να τονίζεται η αυτονομία της εγκατάστασης, αλλά και η σχέση της με την κοινότητα που εξυπηρετεί.

Η εξεύρεση κατάλληλων χώρων για την ανέγερση, μεταπολεμικά, νέων ψυχιατρείων κοντά σε οικιστικά συγκροτήματα δεν εμφάνιζε, ίσως, μεγάλες δυσκολίες παρ’ όλη την αύξηση του κόστους της γης που παρατηρήθηκε στις περισσότερες χώρες εξαιτίας της υψηλής ζήτησης για οικισμούς και βιομηχανικό, συγκροτήματα. Κυρίαρχο πρόβλημα ήταν το μέγεθος των ήδη υπάρχουσών εγκαταστάσεων και ο καθορισμός νέων μέγιστων αριθμών κλινών ή ομάδων ασθενών. Οι εγκαταστάσεις είχαν μεγαλώσει τόσο που έφθασαν να στεγάζουν, αντί

³² P.Sivadon, General Principles of Construction of Psychiatric Hospitals. Howells.J (ed) Modern perspectives in world psychiatry. New York, 1971, p.716.

του αρχικά προγραμματισμένου μεγέθους των 200 ή 1000 ατόμων, 5000 ως και 15.000 άτομα. Η αναζήτηση του ιδανικού μεγέθους ακολούθησε το ίδιο σκεπτικό που καθόρισε το μέγεθος του γενικού νοσοκομείου, παρ' όλο που αντιμετωπιζόταν ως μια διαφορετική εγκατάσταση και από αυτή του γενικού νοσοκομείου αλλά και του ασύλου.

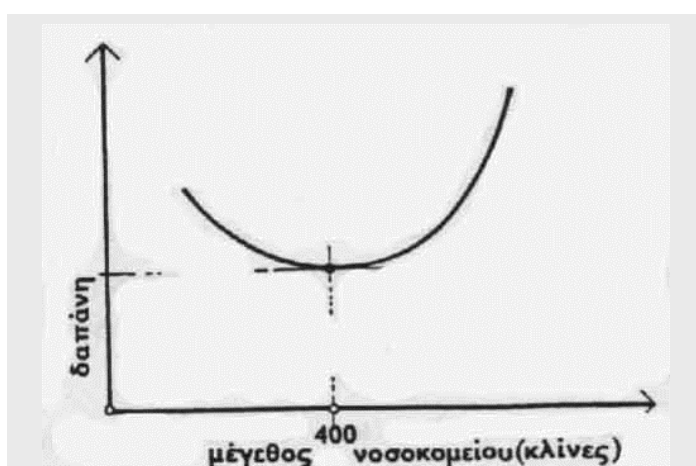
Η διαφοροποίηση αυτή προήλθε από τις δυσκολίες που χαρακτηρίζουν την ψυχική ασθένεια και από την αναγνωρισμένη ανάγκη για συγκέντρωση σε ένα ίδρυμα θεραπευτικών εγκαταστάσεων που σκόπευαν στην επανοργάνωση της "αποδιοργανωμένης" προσωπικότητας. Αν και υπήρχαν ήδη απόψεις ότι οι διαταραχές της προσωπικότητας μπορούν να αντιμετωπιστούν και με άλλους τρόπους και έξω από συγκεκριμένες εγκαταστάσεις, το ψυχιατρικό νοσοκομείο εξακολουθεί να είναι όπως άλλωστε και αργότερα, το "θεραπευτικό εργαλείο" (έκφραση του Esquirol) που θα επέτρεπε στον κάθε ασθενή να επωφελείται από τις μεταβαλλόμενες και ελεγχόμενες από τη νοσηλευτική ομάδα σχέσεις.

Μέσα από μια τέτοια σκοπιά το μέγεθος του καθορίστηκε από τις διανθρώπινες σχέσεις και τη δημογραφική πυκνότητα, παράγοντες που καθόρισαν και το μέγεθος του γενικού νοσοκομείου. Στην οργάνωση παρατηρούνται οι ίδιες αρχές που διέπουν τα γενικά νοσοκομεία (όπως ότι το νοσηλευτήριο είναι, ένας "δυναμικός" και όχι "στατικός" οργανισμός κτλ.). Το συνολικό μέγεθος και το μέγεθος των υποομάδων επιχειρείται να συγκρατηθεί σε τέτοια έκταση έτσι ώστε να διατηρούνται οι σχέσεις των επιμέρους ομάδων και να διαφυλάσσεται το άτομο από την απομόνωση. Επιδιώκεται παράλληλα, για κάθε επιμέρους ομάδα, η επίτευξη μιας ισορροπίας ανάμεσα, σε μεταβαλλόμενους και σταθερούς παράγοντες.³³ Επιχειρείται έτσι ένα γεφύρωμα ανάμεσα σε παραδοσιακές πρακτικές και νεωτερισμούς που άρχισαν να εφαρμόζονται στο χώρο της ψυχιατρικής μετά το 1950. Οι νεωτερισμοί αυτού, πέρα από την εισαγωγή της ψυχοφαρμακοθεραπείας, αποτελούνται και από μια ποικιλία ψυχοκοινωνικών θεραπειών (ομαδικών ψυχοθεραπευτικών συγκεντρώσεων των ασθενών κτλ.). Η κίνηση για το άνοιγμα των

³³ B.Hitchcox, Handout Motes, on Whole Hospital Design Strategies. London, Feb. 1981.

ψυχιατρείων (open door policy), οδήγησε σε μια αύξηση της κινητικότητας του ασθενή, αλλά και στο ψυχιατρείο της "περιστρεφόμενης πόρτας"³⁴.

Η συνύπαρξη της ιεραρχικής δομής αλλά και η επιθυμία και ανάγκη για δημοκρατική συμμετοχή, η ανάπτυξη εσω-τμηματικών σχέσεων των ομάδων, αλλά και η ένταξη τους στο σύνολο, έφερνε στο προσκήνιο το πρόβλημα της επικοινωνίας και της αμεσότητας και αυθεντικότητας των σχέσεων. Τα συστήματα που αναπτύχθηκαν στα γενικά νοσοκομεία, για να επιλύσουν παρόμοια με τα παραπάνω προβλήματα, βασίζονται στην άριστη λειτουργία των επιμέρους τμημάτων του συνολικού συστήματος (συντήρηση-συντονισμός έμψυχου και άψυχου υλικού), ενώ επιχειρείται παράλληλα η διατήρηση και η δημιουργία ανάπτυξης κάποιων διαπροσωπικών σχέσεων στο επίπεδο, έστω, μικρών ομάδων (π.χ. νοσηλευτική μονάδα). Επιπρόσθετα η μεγαλύτερη πολυπλοκότητα και το μέγεθος του οργανισμού αυξάνει το κόστος επικοινωνίας και ελέγχου. Το μεγαλύτερο μέγεθος, όμως, μειώνει το κόστος των τεχνολογικών εγκαταστάσεων και δίνει δυνατότητες για αγορές σε καλύτερες τιμές. Οι έρευνες που έγιναν στον τομέα αυτό, απέδειξαν ότι τα 400 κρεβάτια είναι οικονομικότερα (εικόνα 17). Ο Διεθνής Οργανισμός Υγείας πρότεινε³⁵ το μέγεθος του ψυχιατρικού νοσοκομείου να κυμαίνεται από 250-1000 κλίνες. Η πρόταση αυτή παρουσιάζει μεγάλα περιθώρια επιλογής που εξαρτώνται από τοπικούς παράγοντες όπως πληθυσμιακές ανάγκες, διατιθέμενο νοσηλευτικό προσωπικό κτλ., αλλά και την εσωτερική δομή του νοσοκομείου.



Εικόνα 17: Το οικονομικότερο μέγεθος νοσηλευτηρίου (κατά Bridgman).

Πηγή: Κάστρο, Συμβολή στην Οργάνωση των Εγκαταστάσεων Υγείας στην Ελλάδα. Θεσσαλονίκη 1980, σ.130.

³⁴ Γ.Λυχέτσος, Το ψυχιατρείο, Πρακτικά 10ου Συνεδρίου Νευρολογίας_Θεσσαλονίκη 1983, τ.1, σ.381.

³⁵ W.H.O, Community Mental Hospital. Technical Report, No.73, Geneva, 1953

Τα μεγέθη των υπο-ομάδων αναζητήθηκαν μέσα από κριτήρια ιδιωτικότητας - μοναξιάς, αλλά και ανθρώπινων επαφών. Προτάθηκαν μικρές ομάδες των 3-9 ατόμων (π.χ. ο θάλαμος), μεγάλες ομάδες των 20-30 ατόμων (που είναι η νοσηλευτική μονάδα), μικρές κοινότητες των 80-100 ατόμων (το ψυχιατρικό τμήμα) και μεγάλες κοινότητες των 250-1000 ατόμων (το ψυχιατρείο). Τα μεγέθη αυτά είναι εμπειρικά και ποικίλλουν. Ο Sivadon επέλεξε, για το ψυχιατρικό νοσοκομείο της La Verriere, νοσηλευτική μονάδα 30 κλινών, αριθμός γνωστός και από τους θαλάμους της Nightingale αλλά και από άλλες ομαδοποιήσεις (μαθητικές τάξεις, στρατός κτλ.), υποδιαιρούμενη σε μικρότερα τμήματα (των 7 ατόμων, αριθμός ανταποκρινόμενος στο μέσο μέγεθος της οικογένειας). Χωριό, που αποτελείται από τρεις νοσηλευτικές μονάδες συνολικού μεγέθους 90 κλινών. Όλα μαζί δημιουργούν ένα ψυχιατρείο συνολικού μεγέθους 300 κρεβατιών (2 χωριά x 3 νοσηλευτικές μονάδες + 1 χωριό x 4 νοσηλευτικές μονάδες). Επιχειρήθηκε με την πρόταση αυτή η διευκόλυνση της ιδιωτικής και ομαδικής ζωής επιτρέποντας παράλληλα λειτουργία της νοσηλευτικής μονάδας με αρχές παρόμοιες με αυτές που αναφέρθηκαν στο σχεδιασμό των νοσηλευτικών μονάδων των γενικών νοσοκομείων (επίβλεψη, συλλογικός ζωτικός χώρος κ.ά.) και οικονομική λειτουργία της ολικής μονάδας, αφού το μέγεθος της δικαιολογεί την αυτόνομη ύπαρξη εργαστηρίων, βιβλιοθηκών κτλ.

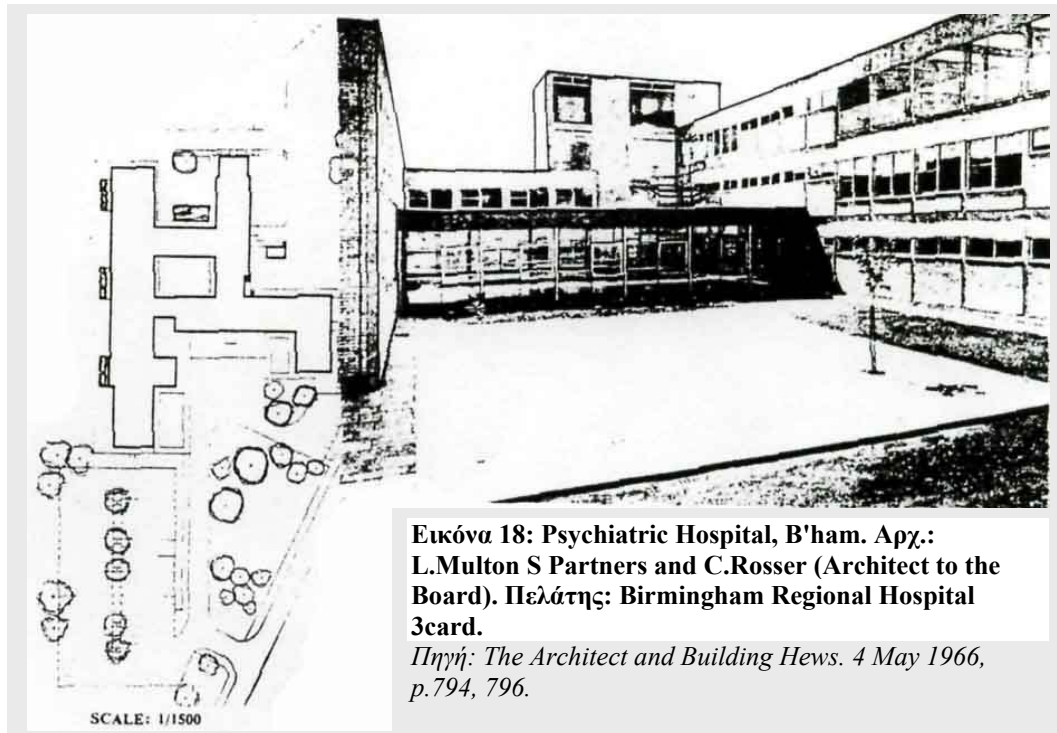
Τις ίδιες περίπου αρχές ακολουθεί και το μοντέλο της κοινότητας-χωριού που πρότειναν για τη στέγαση οξέων ψυχιατρικών περιστατικών οι Baker, Llewelyn-Davies και Sivadon (1959)³⁶. Το μοντέλο μιμείται μια πραγματική κοινότητα συντιθέμενη από ομάδες κτιρίων, η καθεμιά αποτελούμενη από ομάδες 14 ασθενών, που αναπτύσσονται γύρω από ένα κοινωνικό κέντρο.

Η αναζήτηση μεγεθών και τύπων οργάνωσης (κύρια αυτές των Sivadon, Davies κτλ.) επηρέασαν το σχεδιασμό των μελλοντικών ψυχιατρικών εγκαταστάσεων. Στο σχεδιασμό του ψυχιατρικού νοσοκομείου του Birmingham³⁷ (εικόνα 18), οι προδιαγραφές καθόριζαν οργάνωση μικρών νοσηλευτικών μονάδων, αποφυγή του ιδρυματικού χαρακτήρα και απόλυτη απομάκρυνση από την ατμόσφαιρα του παλιού ψυχιατρείου –ασύλου.

³⁶ The Architectural Review, Health and Hospitals: A special issue, June 1965, No.820, p.475.

³⁷ The Architect and Building News, 4 May 1966, pp.793-798.

Η οργάνωση και ο σχεδιασμός των επιμέρους ομάδων χώρων ακολούθησε τη λογική και, την εμπειρία του γενικού νοσοκομείου. Τα 98 κρεβάτια μικρού χρόνου παραμονής, δημιουργούν τρεις νοσηλευτικές μονάδες των 30 κλινών κατανεμημένες σε 8κλινους, 6κλινους και μονόκλινους θαλάμους, με αναλογία όμοια μ' αυτή που ακολουθείται στις γενικές νοσηλευτικές μονάδες. Η παρακολούθηση των ασθενών γίνεται από το διάδρομο, που χωρίζεται από το θάλαμο με τζάμι. Λύση που ακολουθείται στο σχεδιασμό των γενικών νοσηλευτικών μονάδων, που πέρα από την κάλυψη νοσηλευτικών αναγκών, ο σχεδιασμός του χώρου θα μπορούσε να περιγραφεί με τον όρο "συνέχεια διαθροωμένη"³⁸. Τα συνεχή μπαλκόνια, προσθήκη ασυνήθιστη στη βρετανική νοσοκομειακή αρχιτεκτονική, δε χρησιμοποιούνται ως τόποι εφόδου και στάσης αλλά υπάρχουν μόνο για την προστασία του εσωτερικού χώρου από την ηλιακή αντανάκλαση και τη δημιουργία αίσθησης ασφάλειας στους ασθενείς. Στο ψυχιατρικό νοσοκομείο του Birmingham εμφανίζονται και οι πρώτες προσπάθειες για στέγαση αναγκών εξωτερικών ασθενών και ασθενών ημέρας. Η αντιμετώπιση του ψυχασθενή ως "φυσιολογικού" ατόμου που χρειάζεται νοσοκομειακή φροντίδα, δεν περιορίζεται μόνο στο σχεδιασμό και την οργάνωση του εσωτερικού χώρου, αλλά επεκτείνεται και σε παροχές προς την κοινότητα με πολύπλευρες υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων.



Εικόνα 18: Psychiatric Hospital, B'ham. Αρχ.: L.Multon S Partners and C.Rosser (Architect to the Board). Πελάτης: Birmingham Regional Hospital 3card.

Πηγή: The Architect and Building News. 4 May 1966, p.794, 796.

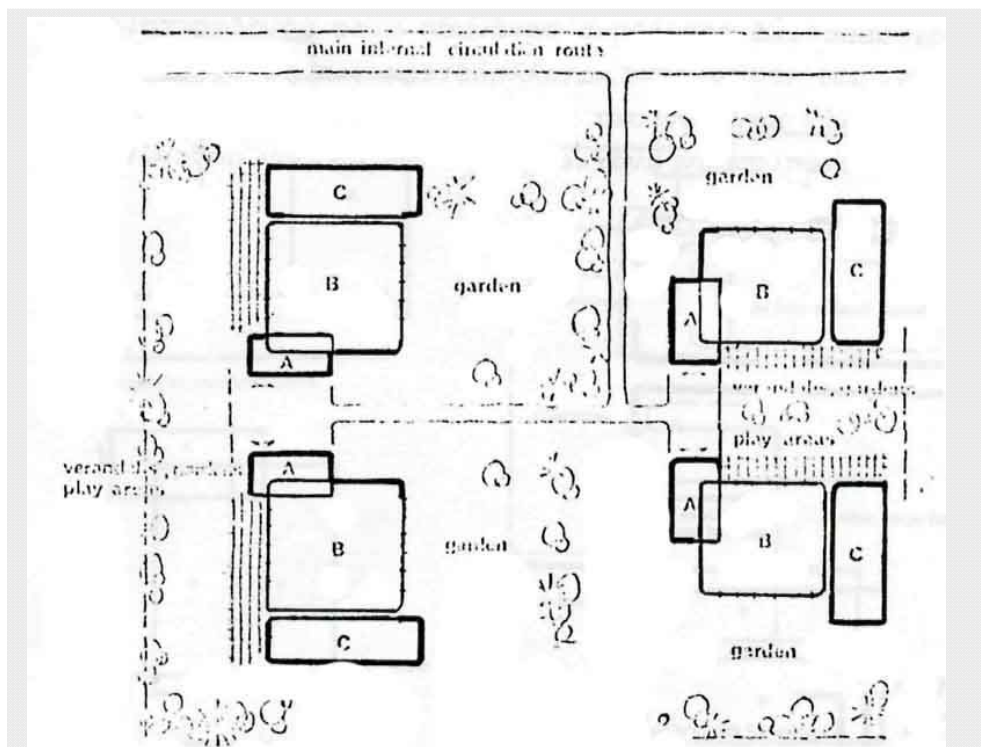
³⁸ Δ.Φατούρας, Μαθήματα Συστηματικής Θεωρίας της Αρχιτεκτονικής. Τόμος 1, β' έκδοση, Θεσσαλονίκη 1972, σ.376.

Το μεταβαλλόμενο μοντέλο της ψυχιατρικής πρακτικής εκφράστηκε με ποικίλες οργανώσεις και σχεδιαστικές προτάσεις. Κοινά χαρακτηριστικά είναι **ο αντι-δραματικός χαρακτήρας, το μικρό μέγεθος των υπο-ομάδων και η μεταβλητότητα του χώρου**. Η σημασία αισθητικών και συγκινησιακών παραγόντων στη δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος και ο βαθμός μίμησης του περιβάλλοντος της καθημερινής ζωής, μετέβαλε τα κριτήρια ομαδοποίησης των δραστηριοτήτων. Στην ψυχιατρική εγκατάσταση στο Petersburg των ΗΠΑ, οι τρεις νοσηλευτικές μονάδες συγκεντρώνονται και οργανώνονται έτσι, που να επιτρέπουν εσωτερικές μεταβολές, αυξήσεις και μειώσεις των μεγεθών των χώρων διατηρώντας τα επίπεδα ιδιωτικότητας και ασφάλειας. Διαχωρίζονται από τους "δημόσιους" χώρους με τον "κύριο δρόμο" που είναι "δημόσιος". Επιδιώχτηκε μία σταδιακή μετάβαση από τον ιδιωτικό στο δημόσιο χώρο που αντιστοιχεί στο πρόγραμμα της μονάδας για μετάβαση από τον ατομικό χώρο στο "σπίτι" και στον κοινωνικό χώρο, την «*πόλη*».

Κεφάλαιο 4^ο :

Χωροθέτηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων

Τα ψυχιατρεία έγιναν ο κύριος στόχος όλων των προσπαθειών αλλαγών και του γεφυρώματος ανάμεσα στα παραδοσιακά συστήματα ψυχικής υγείας και στα προτεινόμενα μοντέλα με κοινωνικές κατευθύνσεις. Στις αρχές της δεκαετίας του 60 θεωρήθηκε σκόπιμη η μετακίνηση πόρων από τα ψυχιατρεία προς άλλου τύπου ψυχιατρικές παροχές και κτίρια. Η κίνηση αυτή που στηριζόταν στην άποψη ότι περαιτέρω επενδύσεις στα παλιά ψυχιατρεία είναι ανεπιθύμητες και άσκοπη σπατάλη, προήλθε από προβλέψεις και υπολογισμούς για γρήγορη μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών³⁹.



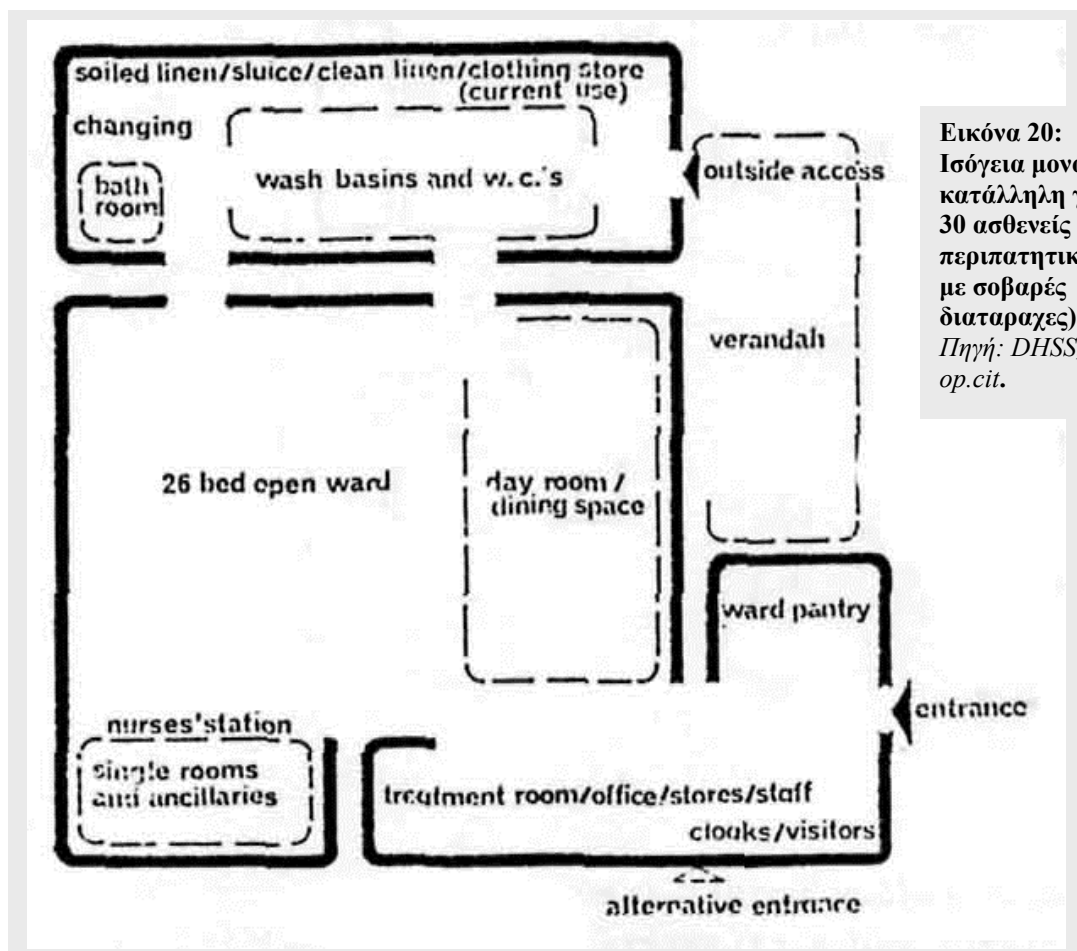
Εικόνα 19: Δυνατές ομαδοποιήσεις ομάδων νοσηλευτικών μονάδων. Α'. Είσοδος-χώροι προσωπικού & επισκεπτών, δωμάτιο θεραπείας-αποθήκες. Β. Θάλαμοι -γραφείο & στάση αδελφών-καθημερινό, τραπεζαρία. C. Χώροι υγιεινής.

Πηγή: DHSS. *Hospital Building Note No.31. London, 1964, p.2.*

Παρακάτω προτείνεται ο σχεδιασμός μιας ζώνης κατοικίας όπου νοσηλευτικές μονάδες διάφορων τύπων θα αναπτύσσονται ως ένα σύνολο, δίνοντας τη

³⁹ Φανή Βαβύλη. Σχεδιάζοντας για την ψυχική υγεία. University Studio Press: Θεσσαλονίκη, 2003

δυνατότητα ομαδοποίησης των ασθενών ανάλογα με την ηλικία, το φύλο ή τη συμπεριφορά⁴⁰. Ο επιδιωκόμενος διαχωρισμός των διάφορων ομάδων μεταξύ τους, με οπτικά ή άλλα εμπόδια, επιβάλλει την ισόγεια τοποθέτησή τους. Αναπτύσσοντας τις μονάδες ισόγεια, επιδιώκεται άμεση επαφή και έξοδος των ασθενών στον περιβάλλοντα χώρο. Προτάθηκε ο χωρισμός της μονάδας σε τρεις ζώνες όπως εμφανίζονται στην **εικόνα 19**.



Εικόνα 20: Ισόγεια μονάδα κατάλληλη για 30 ασθενείς (μη περιπατητικοί, με σοβαρές διαταραχές). Πηγή: DHSS, *op.cit.*

Αναλυτικότερα κάθε ζώνη αποτελείται από τρεις ομάδες χώρων που είναι: **A)** Ζώνη διοίκησης αποτελούμενη από χώρους για το προσωπικό και τους επισκέπτες, χώρου θεραπείας και είσοδος με προτιμητέα θέση στο βορρά **B)** Ζώνη ύπνου, φαγητού και διημέρευσης, όπου το πρόβλημα του ελέγχου διατηρεί τη σπουδαιότητα του, αλλά παίρνει μια διακριτικότερη μορφή με την εισαγωγή γυάλινων διαχωριστικών τοίχων κτλ. Προτείνεται η χρησιμοποίηση μεγάλου βάθους κτιρίων (deep plan) με στόχο την καλή επιτήρηση από μειωμένο προσωπικό κατά τη διάρκεια

⁴⁰ DHSS, Hospital Building Note No. 31: Psychiatric Hard Type 1, London, Hay, 1964

της νύχτας (αφού η στάση αδελφής είναι κεντρικότερη) **C)** Ζώνη υγιεινής σε άμεση σχέση με τη ζώνη B.⁴¹

Διαγραμματικά προτάθηκε οργάνωση μιας μονάδας τριάντα κλινών (**εικόνα 20**) που κρίθηκε καταλληλότερη για το σχεδιασμό νέων νοσηλευτικών μονάδων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία όπου πρέπει να αντιμετωπιστούν ανάγκες ποικίλων ομάδων ασθενών.

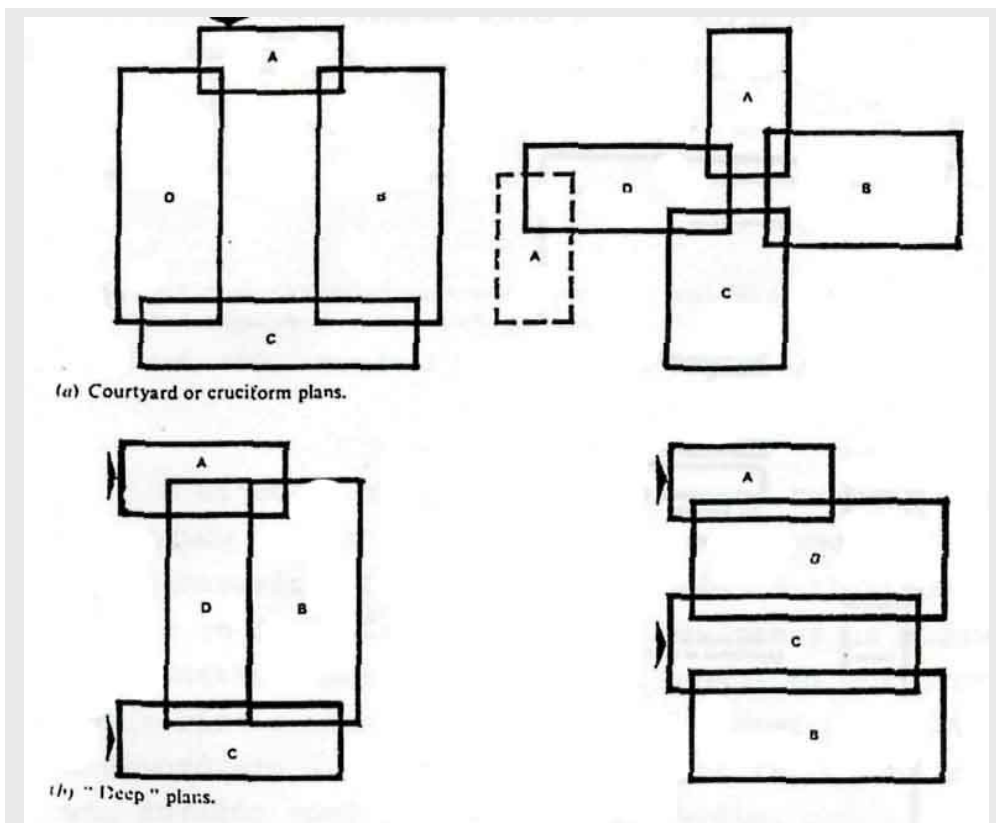
Οι μονάδες που περιγράφηκαν παραπάνω θεωρήθηκαν ότι είναι κατάλληλες για ασθενείς με σοβαρές ασθένειες. Για ασθενείς που βρίσκονται υπό παρακολούθηση, αλλά είναι περιπατητικού και σε φάση κάποιας εκπαίδευσης (για επανένταξη στην κοινωνία), προτάθηκε άλλος τύπος οργάνωσης⁴². Ο αριθμός των ασθενών ανά μονάδα διατηρείται και πάλι ο ίδιος (30 ασθενείς), διαφοροποιούνται όμως οι ζώνες δραστηριοτήτων που αυξάνονται σε τέσσερις για να καλύψουν ανάγκες παιχνιδιού και υπαίθριων δραστηριοτήτων. Οι προτεινόμενες διατάξεις (**εικόνα 21**), καλύπτουν μεγάλο εύρος μοντέλων οργάνωσης νοσηλευτικών μονάδων και αίρεται και ο περιορισμός του ισογείου χωρίς να αυξάνεται ιδιαίτερα ο αριθμός ορόφων.

Ο τρίτος τύπος νοσηλευτικής μονάδας που προτάθηκε καλύπτει τις ανάγκες ασθενών που βρίσκονται στην τελική φάση προετοιμασίας για επαναφορά στην κοινότητα. Η μονάδα τοποθετείται πλησιέστερα προς την είσοδο της εγκατάστασης, πλησιέστερα δηλαδή προς τον έξω κόσμο και κατά τον προγραμματισμό της οι ασθενείς ομαδοποιούνται ανά 5 ως 8. Μειώνεται ή εξαφανίζεται η ανάγκη για έλεγχο των ασθενών και αυξάνονται οι ομαδικές δραστηριότητες (**εικόνα 22**) που υπάρχουν,, είτε στο χώρο του ψυχιατρικού νοσοκομείου, είτε στην πλησιέστερη κοινότητα

Η προετοιμασία του ασθενή για επαναφορά του στην κοινότητα ξεκινάει από τη νοσηλευτική μονάδα. Έτσι, η μονάδα, πέρα από τη δημιουργία μικρότερων ομάδων ασθενών (**εικόνα 23**) παρέχει μεγαλύτερο αριθμό μονόκλινων και δυνατότητα για την ανάπτυξη τετράκλινων θαλάμων.

⁴¹ DHSS, Building Note No. 31: op.cit. p.2.

⁴² DHSS, Hospital Building Note No.32. London, 19 64. p.2



Εικόνα 21: Προτεινόμενες οργανώσεις κατόψεων για νοσηλευτικές μονάδες

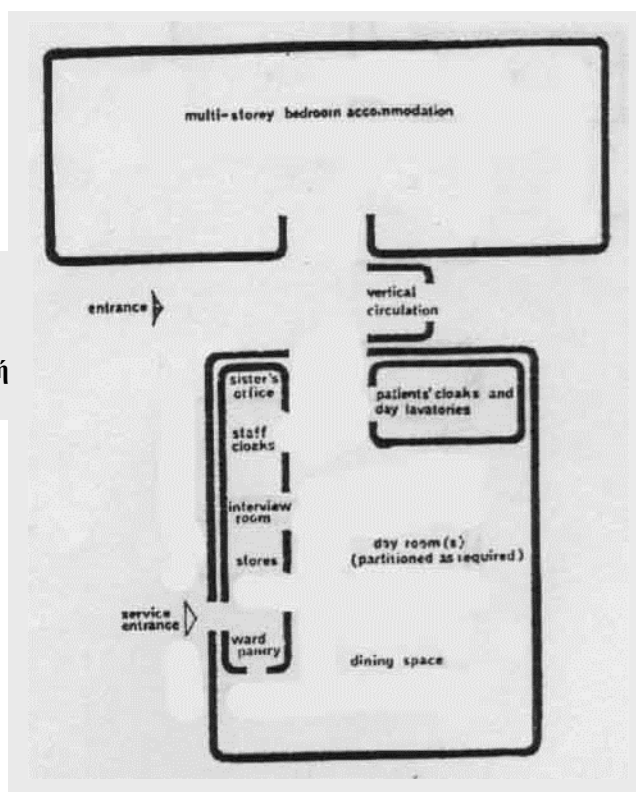
Ομάδα Α. Είσοδος, χώρο προσωπικού & επισκεπτών, αποθήκες

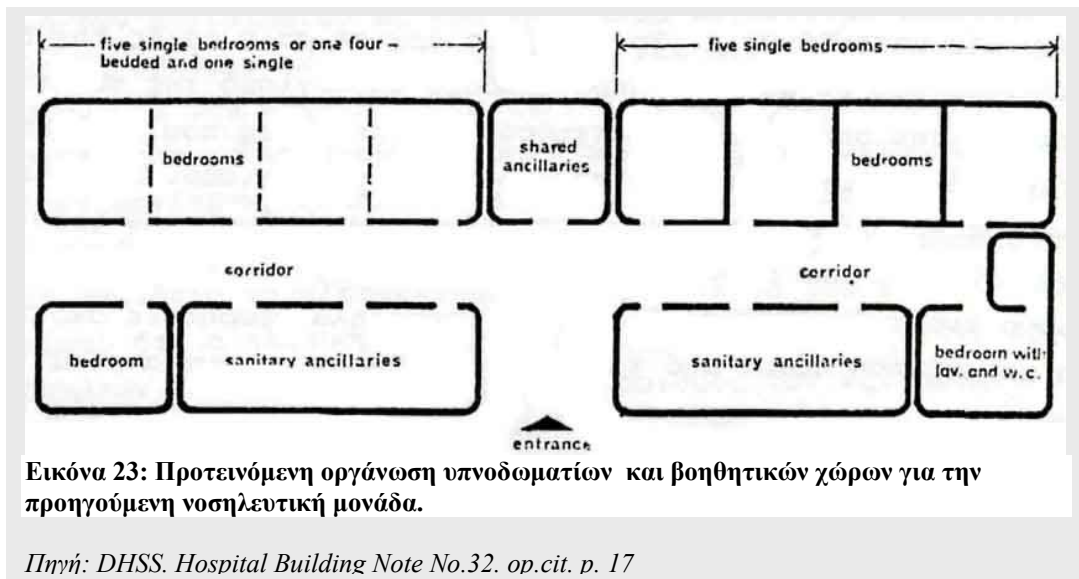
Ομάδα Β. θάλαμοι, στάση αδελφής, τουαλέτα για τη νύχτα.

Ομάδα C. Είσοδος ασθενών, χώροι, υγιεινής, αποδυτήρια, λουτρό.

Ομάδα D. Τραπεζαρία, καθημερινό, γραφείο αδελφής, αποθήκη και υπαίθριος χώρος άσκησης

Εικόνα 22: Τοπολογικό διάγραμμα νοσηλευτικής μονάδας για ασθενείς που προετοιμάζονται, για επιστροφή στην κοινότητα





Η μετάθεση του κέντρου βάρους της παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών από τα ψυχιατρεία στα γενικά νοσοκομεία, μείωσε τις εισαγωγές ασθενών στα ψυχιατρεία. Η ελάττωση αυτή, που άρχισε τη δεκαετία του 60 και συνεχίστηκε με αυξανόμενη ένταση, απελευθέρωσε, κατά κάποιο τρόπο, τα ψυχιατρεία από τον τεράστιο και ποικίλο αριθμό περιστατικών. Δόθηκε έτσι η δυνατότητα μιας μερικής μετάλλαξης της δομής και σταδιακής ένταξής τους στα κοινοτικά μοντέλα.

Κεφάλαιο 5^ο :

Η προοπτική των Ψυχιατρείων

Πάρα πολλές, αντικρουόμενες, απόψεις διατυπώθηκαν για το μέλλον των ψυχιατρείων που, πολύ γενικά, συγκρότησαν τέσσερις ομάδες τάσεων. Η *πρώτη* τόνιζε ότι τα ψυχιατρεία είναι άχρηστα και πρότεινε το κλείσιμο τους⁴³. Η *δεύτερη* ομάδα πρότεινε την ένταξη των ψυχιατρείων σε ένα ευρύ σύστημα παροχής, όχι μόνο υπηρεσιών υγείας, αλλά και γενικότερων παροχών στα άτομα, που θα οδηγούσε σε πολυδύναμα κέντρα υπηρεσιών⁴⁴. Η *τρίτη* άποψη θεώρησε ότι είναι απαραίτητη η ενσωμάτωση των ψυχιατρείων σε ένα πρόγραμμα κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, για να συγκροτηθεί ένα πλέγμα συνολικών υπηρεσιών για την ψυχική υγεία⁴⁵. Η τέταρτη ομάδα προτείνει τη διατήρηση του τρέχοντος τύπου οργάνωσης, με μετατροπές σε λειτουργίες-κλειδιά⁴⁶. Μερικές από τις παραπάνω τάσεις εφαρμόστηκαν (ΗΠΑ, Βρετανία, Καναδάς) χωρίς να καθοριστούν με ακρίβεια τα πλεονεκτήματά τους. Εκείνο που είναι γνωστό είναι ότι ο πληθυσμός των ψυχιατρείων μειώθηκε είτε λόγω θανάτων, είτε γιατί αυξήθηκε ο αριθμός των εξιτηρίων. Ο αριθμός των ατόμων που επανήλθε στην κοινότητα (υπολογίστηκε ότι 72% των ψυχιατρικών ασθενών βγήκαν από τα νοσοκομεία και επέστρεψαν⁴⁷ στις οικογένειές τους), δημιούργησε προβλήματα στην οικογένεια και ιδιαίτερα στις γυναίκες και την ανάγκη ανάπτυξης εναλλακτικών δομών.

Είναι χαρακτηριστικό, όμως, ότι οποιαδήποτε τάση κι αν ακολουθήθηκε το ψυχιατρικό νοσοκομείο αντιμετωπίζεται, προς το παρόν, σαν ένα από τα στοιχεία που συνθέτουν ένα σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας με ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, παρά σαν μια απομονωμένη μονάδα, αφού ο χρόνος εξαφάνισης του δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια. Η συρρίκνωση αυτή των ψυχιατρείων εξαρτάται από

⁴³ B.Ennis, The Impact of Litigation on the Future of State Hospitals στο J.Zusman, E.Bertsch (eds) The Future Role of the State Hospital. Massachusetts, 1975, pp. 83-89.

⁴⁴ H.Demore, H.Schulber. Has the State Mental Hospital a Future as a Human Service Resource? στο J.Zusman, E.Bertsch (eds) op.cit. pp. 9-29

⁴⁵ L.Ozarin, A.Levenson» The future of the public Mental Hospital.American Journal of Psychiatry, vol. 125, June 1969, p.1649.

⁴⁶ H.Demore, H.Schulber, op.cit

⁴⁷ S.Thurer, Deinstitutionalization and women: Where the buck stops? Hospital and Community psychiatry, vol.34, No.12, Dec.1983, p.1162.

ποικίλους παράγοντες (είναι συνάρτηση οικονομικών, πολιτικών κτλ. παραμέτρων) και κύρια από την ταχύτητα ανάπτυξης των εναλλακτικών δομών στην κοινότητα.

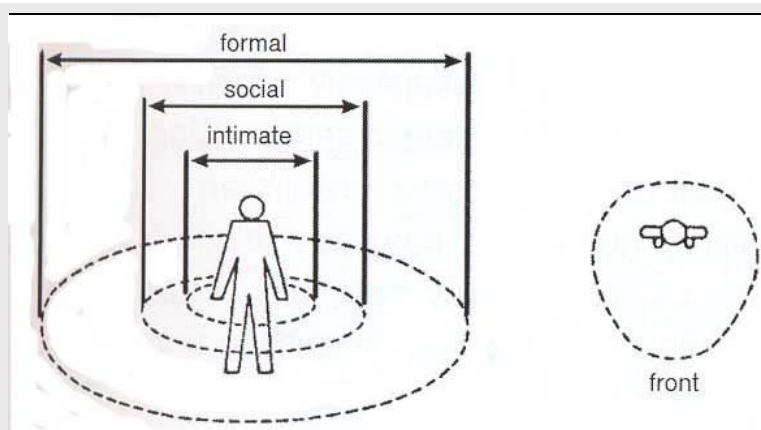
Η αναβάθμιση των ψυχιατρείων αφορά τη δομή τους και τις κτιριακές συνθήκες. Κατά το παρελθόν, κύριοι στόχοι της κτιριακής βελτίωσης ήταν η διατήρηση της δομής, η διευκόλυνση της δουλειάς του προσωπικού και η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των χρηστών με την επίλυση, κύρια, του προβλήματος της υπερπληρότητας (συνωστισμού). Η βελτίωση των κτιριακών συνθηκών επιδιωκόταν, συνήθως, με ελάχιστη γνώση των ανθρώπινων αναγκών και η σύνδεση, ιδιαίτερα, των αναγκών αυτών με το περιβάλλον δεν είχε σημασία ή δεν αντιμετωπιζόταν σοβαρά. Οι στόχοι αυτοί έχουν επεκταθεί σήμερα και λαμβάνουν υπόψη **α)** τις μεταβαλλόμενες απόψεις για τη φύση της ψυχικής ασθένειας και το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού και **β)** τις μεταβαλλόμενες λειτουργίες του νοσηλευτηρίου και το νέο του ρόλο ως τμήμα των συνολικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Έγιναν πολλές προσπάθειες εκσυγχρονισμού παραδοσιακών ψυχιατρείων. Αν και το κόστος εκσυγχρονισμού είναι, ίσως, συχνά απαγορευτικό, η ανάγκη για διατήρηση πολλών από τα παραδοσιακά νοσοκομεία οδήγησε στη συντήρηση, ανανέωση ή και προσθήκη νέων κτιρίων.

Στη Φινλανδία έγινε μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού ενός παλιού κρατικού ψυχιατρείου (Salmijarvi), τυπικού ψυχιατρείου για χρόνιους ασθενείς της δεκαετίας του 50. Τα προβλήματα του προέρχονται από την παλαίωση του κτιρίου, τη μείωση του χώρου (δυναμικότητα 220 κλίνες) και τα ακολουθούμενα αναχρονιστικά θεραπευτικά μοντέλα. Έτσι οι στόχοι που τέθηκαν⁴⁸ ήταν να δημιουργηθεί ένα ζωντανό ψυχιατρείο όπου η θεραπευτική πρακτική, το προσωπικό, οι ασθενείς και το δομημένο περιβάλλον θα αλληλοϋποστηρίζονται και θα εναρμονίζονται μεταξύ τους. Επιδιώχτηκε έτσι, με τις μεταβολές στην οργάνωση και τη λειτουργία, η δημιουργία ενός δυναμικού νοσηλευτηρίου που να ανταποκρίνεται, επιπρόσθετα, στις ανάγκες της περιοχής που εξυπηρετεί (ψυχιατρικός τομέας Kainuu). Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε επιχειρεί τη σύνδεση των λειτουργιών του ψυχιατρείου με αυτές της περιφέρειας που εξυπηρετεί (region), τη σύζευξη του λειτουργικού και κτιριακού προγραμματισμού του νοσοκομείου και τη χρήση δεδομένων από την περιβαλλοντική

⁴⁸ L.Horelli, Environmental psychology and hospital design στο World Hospitals, vol. XIX, No.3, August 1983, p.45.

ψυχολογία κατά τον πειραματικό σχεδιασμό των χώρων. Κατά τη διαδικασία σχεδιασμού συμμετείχαν όχι μόνο το προσωπικό, αλλά και οι ασθενείς που θα χρησιμοποιούσαν την εγκατάσταση. Η ομάδα σχεδιασμού, και κυρίως οι αρχιτέκτονες και το νοσηλευτικό προσωπικό, έλαβαν υπόψη, πέρα από τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος, και τη σπουδαιότητα του χτισμένου περιβάλλοντος, στην αυτο-ρύθμιση των ασθενών (self-regulation). Τμήμα αυτής της ρύθμισης πραγματοποιείται από το χώρο, όπως για παράδειγμα με τον προσωπικό χώρο* (εικόνα 24), που είναι μια περιοχή που κάθε άτομο μεταφέρει γύρω του και που υπερασπίζεται ενάντια σε κάθε "εισβολέα". Η παρατηρούμενη παραβίαση της ιδιωτικότητας των ασθενών, που προερχόταν, κύρια, από την ατυχή χρήση των χώρων, επιχειρήθηκε να αντιμετωπιστεί με την εισαγωγή κοινόχρηστων χώρων (communal territories), προσωπικών χώρων (ο κάθε ασθενής έχει τη γωνιά του, το ντουλάπι του κτλ.) και την ενίσχυση δυνατοτήτων για επαφές έξω από το



Εικόνα 24: Οι ζώνες του προσωπικού χώρου γύρω από ένα άτομο

- Α. απόσταση οικειότητας (intimate), όπου η διαντίδραση γίνεται με όλες τις αισθήσεις (0-1 m)
- Β. απόσταση προσωπική όπου η ποικιλία των ανταλλάσσιμων νύξεων εξακολουθεί να είναι πλούσια ώστε η επικοινωνία να είναι προσωπική και άτυπη (0,5-1,5 m)
- Γ. απόσταση κοινωνική (social, 1,5-3,5 m)
- Δ. απόσταση δημόσια στην οποία προοδευτικά η ποικιλία των συμπεριφορών λιγοστεύει κι ο χαρακτήρας τους γίνεται πιο τυπικός

Πηγή: R. Hinshelwood & N. Manning, "Therapeutic Communities", London, 1976

* Ο όρος προσωπικός χώρος (personal space) εισήχθη από τους E.Hall (1966) και R.Soiraner (1969) για να περιγραφεί "μία προστατευτική φυσαλίδα, χώρου με την οποία το άτομο αποστασιοποιείται από τους άλλους"

νοσοκομείο. Οι εσωτερικοί και οι εξωτερικοί χώροι οργανώθηκαν, δηλαδή, με την επιλογή διακεκριμένων περιοχών, ιδιωτικών, ημι-ιδιωτικών και δημόσιων.

Το αποτέλεσμα αυτής της προσπάθειας ήταν μια αυτόματη μείωση των κλινών (από 220 σε 160) και, κατά συνέπεια, αύξηση του χώρου ανά ασθενή (από 10 m² σε 20-30 m²/ασθενή). Οι ασθενείς ομαδοποιήθηκαν σε **τρεις κατηγορίες**: οξέων περιστατικών, αποκατάστασης και ψυχογηριατρικών περιπτώσεων. Κατά την αξιολόγηση του επανασχεδιασμού του ψυχιατρείου, που επηρέασε είκοσι ψυχιατρικές περιφέρειες της Φινλανδίας, αναφέρθηκε ότι **1)** Η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαδικασία προγραμματισμού-σχεδιασμού είχε μια σοβαρή επίδραση, όχι μόνο στον τρόπο δουλειάς αλλά και στην εφαρμογή νέων μεθόδων στην περίθαλψη των αρρώστων. Έγινε φανερό ότι το προσωπικό είναι, σε θέση να χρησιμοποιήσει, το δομημένο περιβάλλον για θεραπευτικούς λόγους. **2)** Ο συμμετοχικός σχεδιασμός απαιτεί, όμως, ένα σαφή προσδιορισμό των ρόλων των συμμετεχόντων και των επιδιωκόμενων στόχων, καθώς και την εφεύρεση ενός τρόπου επικοινωνίας. **3)** Η αποκαλούμενη "θεραπευτική ανανέωση", όπως περιγράφηκε παραπάνω, κοστίζει περίπου όσο τα δύο τρίτα της κατασκευής ενός νέου κτιρίου, αν και κρατήθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα από αυτά των προσπαθειών, που έγιναν στη Φινλανδία, το 1970. **4)** Η αρχή της τομεοποίησης, με τη χρησιμοποίηση του περιβάλλοντος και τη μεθοδολογία της συμμετοχής, αποδεικνύεται μάλλον επιτυχής για την καλύτερευση των εγκαταστάσεων για χρόνιους ασθενείς. Ακόμα και έτσι όμως, ο πυρήνας παροχής ψυχιατρικής φροντίδας πρέπει να είναι η κοινότητα και οι εγκαταστάσεις της. Ακόμα περισσότερο, νοσοκομεία για χρόνιους ασθενείς πρέπει να σχεδιάζονται κατά τρόπο που το κοινωνικό και κτιριακό στοιχείο να συμπορεύονται.

Που σημαίνει ότι οι χώροι δεν περικλείουν απλά ένα κρεβάτι, αλλά δίνουν επίσης τη δυνατότητα για κίνηση, κοινωνικές σχέσεις και αυτο-ρύθμιση των ασθενών. Η συμμετοχή των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντική, σε περιπτώσεις που παλιά, παραδοσιακά ψυχιατρεία θα μετατρέπονται σε δραστήριες εγκαταστάσεις αποκατάστασης.

Προσπάθειες εκσυγχρονισμού έγιναν και στη Βρετανία, με κατεύθυνση την ενσωμάτωση των παραδοσιακών ψυχιατρείων στο ολικό σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Το St. George's Hospital στο Stafford είναι ένα κεντρικό ψυχιατρικό

νοσοκομείο (ξεκίνησε ως άσυλο της κομητείας του Stafford το 1814), που εξυπηρετεί μια πληθυσμιακή περιοχή 300.000 κατοίκων (mid-Staffordshire district) δυναμικότητας 551 κλινών (24 νοσηλευτικές μονάδες). Οι πρώτες αλλαγές έγιναν με τη μετατροπή (το 1978) δύο νοσηλευτικών ορόφων, με 90 κλίνες ο καθένας, σε τρεις νοσηλευτικές μονάδες των 20 κλινών (ψυχογηριατρικοί ασθενείς) και νοσοκομείο ημέρας. Οι μεταβολές, που ακολούθησαν, στόχευαν σε παράλληλες μεταβολές των εφαρμοζόμενων θεραπευτικών πρακτικών, της οργανωτικής δομής και του περιβάλλοντος⁴⁹. Μεταβλήθηκε η οργάνωση και το μέγεθος των νοσηλευτικών μονάδων που κυμάνθηκε από 23 ασθενείς για ψυχογηριατρικά περιστατικά ως 30, 36, 37 ασθενείς για χρόνιους ασθενείς ανά νοσηλευτική μονάδα (εικόνα 25).



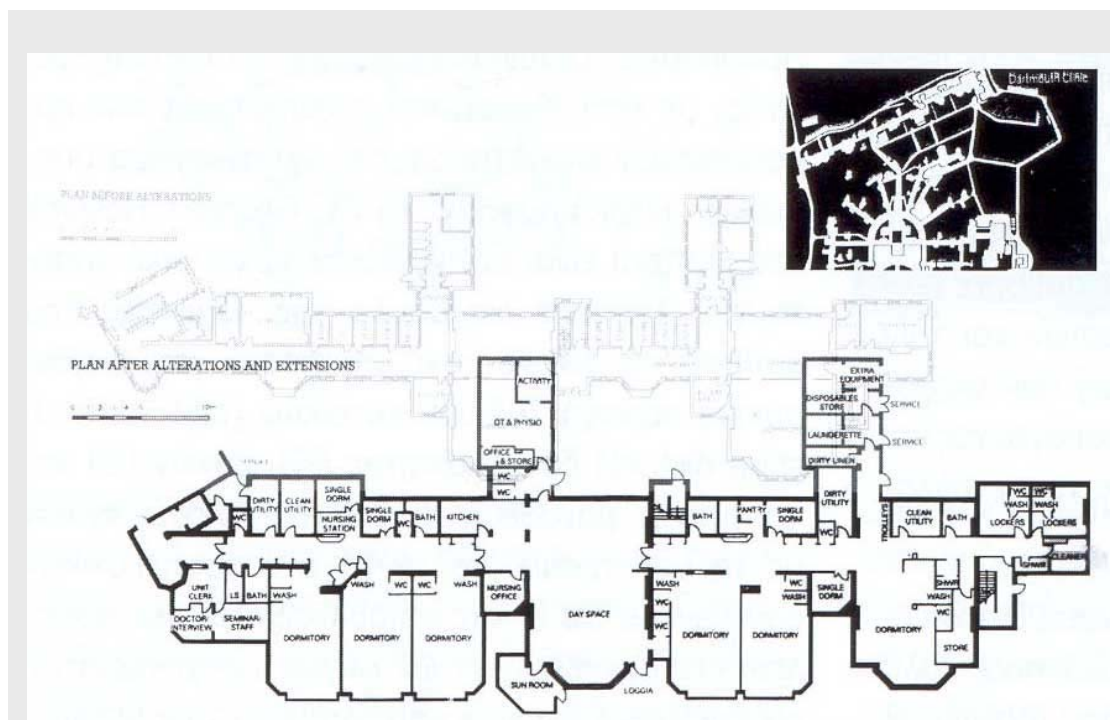
Εκσυγχρονίστηκε παράλληλα το κτίριο (επιστρώσεις, χώροι, υγιεινής κτλ.), μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένου κόστους.

Προς την ίδια κατεύθυνση κινήθηκε και ο επανασχεδιασμός του Exe Vale Hospital στο Exeter, που είναι ένα ψυχιατρικό συγκρότημα που χτίστηκε στα τέλη του 19ου και τις αρχές του 20ου αιώνα (εικόνα 26). Ο επανασχεδιασμός των δύο νοσηλευτικών μονάδων στόχευε στη δημιουργία "προτρεπτικού" και οικιακού

περιβάλλοντος. Επιπρόσθετα, το κτίριο αντιμετωπίστηκε ως θεραπευτικό εργαλείο που θα χρησιμοποιούσαν οι γιατροί, οι νοσοκόμες και οι απασχολησιοθεραπευτές. Αποτέλεσμα των επεμβάσεων και των προσθηκών ήταν η σημαντική βελτίωση των ασθενών και, στη συνέχεια, η μετατροπή της μονάδας σε μονάδα αποκατάστασης για ασθενείς που θεωρούνται από το προσωπικό ότι εμφανίζουν δυνατότητες καλυτέρευσης. Περιπτώσεις παρόμοιων επεμβάσεων παρατηρούνται, διεθνώς, όλο

⁴⁹ S.Mazis & D.Canter, Physical Conditions and Management practices for Mentally Retarded children στο D. & S.Gander (eds) Designing for Therapeutic Environments: A review of research. Chichester, 1979, pp. 119-148.

και περισσότερο. Η κίνηση προς την επαναχρησιμοποίηση (επανασχεδιασμός και προσθήκη νέων κτιρίων) (εικόνα 26), φαίνεται ότι αντανακλά, πέρα από αποφάσεις σε άλλο επίπεδο και θέσεις που εκφράστηκαν στη διεθνή συνάντηση της International Union of Architects που έγινε στη Βαρσοβία το 1981⁵⁰. Παράλληλα με την αναγνώριση της ανάγκης για εξανθρωπισμό των υπηρεσιών και των εγκαταστάσεων υγείας προτάθηκε, μεταξύ άλλων, για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν από τις οικονομικές και περιβαλλοντικές μεταβολές⁵¹, η σταδιακή



Εικόνα 26: Exe Vale Hospital. Κάτοψη της Dartmouth Clinic πριν και μετά τον επανασχεδιασμό. Αρχιτέκτονες: E. Cole & Partners

Πηγή: DHSS, "Upgrading Health Buildings in the National Health Service", 1983, Ref. No 07

επέκταση υπάρχοντων εγκαταστάσεων και η αποφυγή κατασκευής νέων, ο επανασχεδιασμός υπάρχοντων κτιρίων και η δημιουργία ζωντανής ατμόσφαιρας και όχι η επιδίωξη μιας στεγνής οικονομικής μέγιστης απόδοσης .

Οι παραπάνω τάσεις στο σχεδιασμό νοσηλευτηρίων και οι προσπάθειες εκσυγχρονισμού υπάρχοντων ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να απασχολήσουν, σοβαρά, τους υπεύθυνους της οργάνωσης των ελληνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών. Πράγματι μερικά από τα ψυχιατρικά άσυλα να έπρεπε να

⁵⁰ A. de Debuchy, Design for efficiency, economy and humanity in hospitals. World Hospitals. 1983, xix(3)

⁵¹ F. Stadler, New trends in Western Europe in the planning of hospitals. World Hospitals, 4983, xix(3)

κλείσουν (π.χ. Λέρος). Αλλά οι αποφάσεις δεν θα πρέπει να ληφθούν γενικά, παρά μετά από συστηματική έρευνα κι αξιολόγηση των γενικών συνθηκών διαβίωσης των ασθενών, των κτιριακών εγκαταστάσεων και της θέσης που κάθε ένα απ' αυτά θα καταλάβει στο σύστημα ψυχικής υγείας.

ΜΕΡΟΣ Β΄:

***ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΚΗ – ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ
ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ***

6.1 Ψυχιατρικά άσυλα

Στο Βυζάντιο, τους τρελούς τους έκλειναν σε κοινά νοσοκομεία. Αν ύστερα από τρία χρόνια δεν είχαν γίνει καλά, τους έκλειναν σε ξενώνες μοναστηριών. Πριν από την δημιουργία του σύγχρονου ελληνικού κράτους και για αρκετά χρόνια αργότερα, οι ψυχιατρικοί άρρωστοι έβρισκαν καταφύγιο, ή πιο συχνά απομακρύνονταν, σε κάποιο από τα διάφορα μικρά ή μεγάλα μοναστήρια που υπάρχουν διάσπαρτα στην ελληνική ύπαιθρο. Το γνωστό μοναστήρι του Δαφνιού, στα περίχωρα της Αθήνας, που κατά τον ιστοριοδίφη Δημ. Γρ. Καμπούρογλου χρησίμευε ως επίσημο ψυχιατρικό άσυλο από το 1833 ως το 1885, λέγεται ότι δεχόταν άτομα που χρειάζονταν ψυχιατρική περίθαλψη («ψυχής ιατρείαν») από τον καιρό που ιδρύθηκε η μονή, γύρω στον 11 ο αιώνα. Το μοναστήρι, εξάλλου του Αγίου Γεράσιμου έξω από το Αργοστόλι της Κεφαλλονιάς, με την θαυματουργή φήμη του Αγίου, που φέρεται ως προστάτης των τρελών, συγκέντρωνε από το μεσαίωνα και δέχεται ακόμα ψυχιατρικούς αρρώστους από όλη την Ελλάδα.

6.2 Φρενοκομεία και Θεραπευτήρια

Το πρώτο ψυχιατρικό νοσοκομείο στην Ελλάδα ιδρύθηκε το 1938 από την αγγλική κατοχική διοίκηση στην Κέρκυρα, σε κτίριο που στέγαζε στρατιωτικές φυλακές, και λειτουργεί ακόμα εκεί, ενώ άλλα παρόμοια ιδρύματα σε νησιά του Αιγαίου, όπως η Σάμος και η Σύρα, έχουν από καιρό κλείσει. Το Ψυχιατρείο Κέρκυρας είχε την τύχη να γνωρίσει ως διευθυντή της έναν από τους πιο προοδευτικούς και ευσυνείδητους γιατρούς της εποχής, τον Χρίστο Τσιριγώτη, που η φήμη του βοήθησε να γίνει ο πρώτος διευθυντής ενός άλλου πρωτοποριακού ψυχιατρικού ιδρύματος στην Ελλάδα, του Δρομοκαϊτείου Θεραπευτηρίου, ιδρύματος δημοσίου δικαίου, που άνοιξε το 1887 στην περιοχή του Δαφνιού. Το 1905, με

⁵² www.psycrete.gr

κληροδότημα του καθηγητή της Αστρονομίας Δημητρίου Αιγινήτη, ιδρύθηκε η πρώτη Πανεπιστημιακή Κλινική στην Ελλάδα, το Αιγινήτειο Νοσοκομείο, στο γνωστό κτίριο της Λεωφόρου Βασιλίσσης Σοφίας, που τώρα πια είναι στο κέντρο της Αθήνας.

Πρώτη σοβαρή εκδήλωση ενδιαφέροντος από μέρος της Ελληνικής Πολιτείας ήταν η δημοσίευση του Νόμου Ψ.Ν.Β. στις 19.5.1862 «περί συστάσεως Φρενοκομείων» νόμος παρμένος από τον αντίστοιχο Γαλλικό του 1838, που ήταν αρκετά προοδευτικός για την εποχή του, αλλά έμεινε ανενεργός για πολλά χρόνια λόγω των δυσμενών καταστάσεων στις οποίες βρισκόταν η χώρα μας εκείνη την περίοδο (πόλεμοι, οικονομική αδυναμία, οργανωτικά θέματα κ.λ.π.). Το 1862 επομένως, το ελληνικό κράτος αποφάσισε την ίδρυση «φρενοκομείων προς συντήρησιν και θεραπεία των φρενοβλαβών». Αλλά χρειάστηκε να περάσουν πάνω από εξήντα χρόνια για να ιδρυθεί το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών, μια σειρά από ξύλινα παραπήγματα απέναντι από την μονή του Δαφνιού, που δέχτηκε τους πρώτους του αρρώστους με μεταφορά από το δυσώνυμο άσυλο της Αγίας Ελεούσας στο Φαληρικό Δέλτα, το 1928. Το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών ή, όπως ονομάζεται σήμερα, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, σχεδιάστηκε με πρότυπο τη φημισμένη Κλινική Μπουργκχόλτσι της Ζυρίχης, ως αγροτικό άσυλο με προοπτική προγράμματος εργασιοθεραπείας. Αλλά η αλματική αύξηση χρόνιων ψυχωτικών αρρώστων και τοξικομανών ματαίωσε το αρχικό σχέδιο.

Λίγο από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο προτάθηκε η ίδρυση πανεπιστημιακής κλινικής από 500 – 600 κρεβάτια στην περιοχή Γουδί για τη νοσηλεία οξέων περιστατικών, έτσι ώστε στο Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών να παραμείνουν μόνον οι χρόνιοι, ανίατοι και επικίνδυνοι άρρωστοι. Αν και η πρόταση ακούστηκε με ευμένεια από τους αρμοδίους, για λόγους οικονομικούς και διοικητικούς απορρίφθηκε. Στο τέλος του πολέμου, ο υπερκορεσμός των νοσοκομείων από κάθε είδος ψυχιατρικών αρρώστων οδήγησε στη δημιουργία μιας πρώτης αποικίας ανιάτων στις εγκαταστάσεις του Λοιμοκαθαρηρίου Σαλαμίνας γιος Γεώργιος» και από το 1965 στην Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου στο Νοτιοανατολικό Αιγαίο, που γρήγορα απέκτησε τη φήμη παραμελημένου ασύλου. Δυο κάπως μικρότερα ψυχιατρικά νοσοκομεία, το ένα πανεπιστημιακό στη Θεσσαλονίκη και το

άλλο δημόσιο στα Χανιά αν και λειτουργούσαν από το 1920, οργανώθηκαν ύστερα από το 1930. Δημόσια ψυχιατρεία με περιορισμένες θεραπευτικές δυνατότητες λειτούργησαν επίσης στην Τρίπολη και στην Πέτρα Ολύμπου από το 1970.

Η κυρίαρχη θεωρητική και πρακτική προσέγγιση είναι ταυτόσημη αυτής που συναντούμε στην Ευρώπη, δηλαδή η βιολογική – οργανική προσέγγιση της ψυχικής πάθησης. Ο Νόμος «περί ασύλων φρενοβλαβών» εφαρμόστηκε στην Ελλάδα από το 1910 περίπου και λειτουργούσε υπό την Δ/νση του Υπουργείου Εσωτερικών. Το 1973 αντικαταστάθηκε με το Ν.1523. Στα άσυλα φρενοβλαβών συλλεγόταν από την αστυνομία οι διάφοροι φρενοπαθείς, άστεγοι και εν γένει περιθωριακοί και επικίνδυνοι για την δημόσια τάξη και ασφάλεια. Οι θεραπείες ήταν πρωτόγονες, η μεταχείριση τους απάνθρωπη και οι συνθήκες διαβίωσης άθλιες. Τα κατευναστικά φάρμακα που άρχισαν να χρησιμοποιούν από το 1924 και μετά ήταν: Λουμινάλ, Χλωράλη, Βρωμιούχα, όπιο και σπάνια Σκοπολαμίνη. Κάποιες φορές χρησιμοποιούσαν Τερεβυνθίνη για τεχνητά αποστήματα και πυρετοθεραπεία. Από το 1936 εφαρμόστηκε η Σπασμοθεραπεία με ενδοφλέβια ένεση Gardiazol . Από το 1938 και μετά εφαρμόστηκε η Ινσουλινοθεραπεία και η λοβεκτομή (κρνιακούς τραυματισμούς).

Η όψη των Ψυχιατρείων άλλαξε με την εισαγωγή των ψυχοφαρμάκων (χλωροπρομαζίνη) στην ψυχιατρική θεραπευτική, από τις αρχές της δεκαετίας του 1950. Τα έτη 1955-56 καταργήθηκε η περιοριστική τακτική, άνοιξαν οι πόρτες των ψυχιατρείων και αυξήθηκαν σημαντικά οι εξερχόμενοι ασθενείς ενώ το ζήτημα της εκούσιας νοσηλείας το έλυσε το Ν.Δ.104 του 1973.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία, ιδρυματική και εξω-ιδρυματική, είναι επίσης ένα από τα βασικά γνωρίσματα της ελληνικής πραγματικότητας και αναπτύσσεται με ιδιαίτερα έντονους ρυθμούς μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο.

Το 1964 ιδρύεται, ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου, το πρώτο «Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής» στην Αθήνα και ακολουθεί μετά από δεκαπέντε περίπου χρόνια το «Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής, Βύρωνα Καισαριανής» με πρωτοβουλία της πανεπιστημιακής ψυχιατρικής κλινικής «Αιγινήτειο». Ακολουθεί το δεύτερο

πανεπιστημιακής πρωτοβουλίας «Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας» της Β΄ πανεπιστημιακής ψυχιατρικής κλινικής στη Θεσσαλονίκη.

Αρχικά ως παράρτημα του Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και πιο πρόσφατα του Πανεπιστημίου Θράκης λειτούργησε από το 1981 ψυχιατρική κλινική στην Αλεξανδρούπολη, όπως και στα Πανεπιστήμια Ιωαννίνων το 1983 και Πάτρας το 1986.

6.3 Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση

6.3.1 Πρώτο Μεταρρυθμιστικό Πρόγραμμα: ΕΟΚ 815/84

Από τις αρχές της δεκαετίας του '80 ακούγονται εντονότερα ορισμένες φωνές διαμαρτυρίας για την εξαθλίωση της ιδρυματικής ψυχιατρικής. Εμφανίζονται οι πρώτες συστηματικές μελέτες, είτε σχετικά με την ιστορία της ψυχιατρικής είτε αναφορικά με την ιδρυματική ψυχιατρική περίθαλψη και τις συνθήκες των εγκλειστών στα ελληνικά ψυχιατρεία. Το 1979 καταγράφονται σε οκτώ δημόσια ψυχιατρεία 7.276 εγκλειστοί (4.446 άνδρες, 2.830 γυναίκες). Το 50% είναι άνω των 50 ετών, ενώ 75% του συνόλου δεν έχει κατά την διάρκεια του εγκλεισμού του καμία ενδιάμεση έξοδο από τα ψυχιατρεία. Σε 6.797 εγκλειστους, το 18,6% παραμένει μέχρι τρία χρόνια σε ψυχιατρεία, το 24,4% από τρία έως δέκα χρόνια, το 27,2% από δέκα έως είκοσι χρόνια και το 29,7% πάνω από είκοσι χρόνια.

Διαπιστώνεται ότι οι συνθήκες στα ελληνικά ψυχιατρεία είναι απάνθρωπες. Υλικοτεχνική υποδομή και συνθήκες διαβίωσης φτάνουν σε ακραία όρια υποβάθμισης. Η ολοκληρωτική εγκατάλειψη και παραμέληση των εγκλειστών είναι το κοινό χαρακτηριστικό των δημόσιων ψυχιατρείων. Η φύλαξη και η διατήρηση της ιδρυματικής τάξης αποτελούν τους βασικούς «θεραπευτικούς» στόχους. Το μεγαλύτερο μέρος των οικονομικών πόρων διατίθεται για λειτουργικά έξοδα και ψυχοφάρμακα. Το ειδικευμένο προσωπικό συγκεντρώνεται στα αστικά άσυλα χωρίς όμως αυτό να διαφοροποιεί σημαντικά τις συνθήκες από τα περιφερειακά ψυχιατρεία.

Οι συνθήκες στη Λέρο, ακραία έκφραση της ιδρυματικής αθλιότητας, ενεργοποιούν τις πρώτες οργανωμένες διαμαρτυρίες υποκινούμενες από ομάδα αγροτικών ιατρών και άλλων επιστημόνων που συγκροτούν την «Ομάδα της Λέρου». Ξεκινά συστηματική προσπάθεια καταγγελίας των συνθηκών και ενημέρωσης διαφόρων οργανισμών και του κοινού εντός και εκτός της χώρας.

Το «Ελληνο-Γαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής», που πραγματοποιείται το 1981, αναδεικνύεται σε βήμα συστηματικής προσέγγισης των μεταρρυθμιστικών αναγκών, συζήτησης γύρω από την υποβαθμισμένη πραγματικότητα της ιδρυματικής ψυχιατρικής και συζήτησης για νέες εξωνοσοκομειακές ψυχιατρικές δομές.

Η επεξεργασία του «Εθνικού Συστήματος Υγείας» από τη νέα τότε σοσιαλιστική κυβέρνηση και η ένταξη της Ελλάδας στην ΕΟΚ, αναδεικνύονται σε δύο σημαντικά γεγονότα γι' αυτό που από το 1984 θα χαρακτηριστεί ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Το ειδικό μνημόνιο της ελληνικής κυβέρνησης προς την ΕΟΚ, η συγκρότηση με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας επιτροπής εμπειρογνομόνων για την διερεύνηση της ψυχιατρικής κατάστασης και η βούληση της ήδη ευαισθητοποιημένης στο θέμα Κοινότητας οδηγούν στην έγκριση του ειδικού χρηματοδοτικού κανονισμού 815/84, συνολικού προϋπολογισμού 120 εκ. ECU . Από αυτά τα 60 εκ. ECU προορίζονται για την «αναμόρφωση των ψυχιατρείων», την δρομολόγηση παρεμβάσεων ιδιαίτερα στον τομέα της επαγγελματικής και κοινωνικής επανένταξης χρονίων ψυχικά πασχόντων και τη δημιουργία εξω-νοσοκομειακών δομών.

Η περίοδος δράσης του προγράμματος ήταν από 1^{ης} Ιανουαρίου 1984 έως 31^{ης} Δεκεμβρίου 1989, ο ρυθμός εφαρμογής όμως παρουσίαζε καθυστερήσεις σε σχέση με το χρονοδιάγραμμα, εν μέρει λόγω διοικητικών δυσκολιών. Εν μέρει επίσης λόγω της φύσης των θεμελιωδών αλλαγών που απαιτούνταν για τη μετάβαση από την παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών, στο ψυχιατρικό νοσοκομειακό περιβάλλον, στις δομές που προβλέπονταν στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου μοντέλου που στρέφεται γύρω από την κοινότητα. Ο τροποποιημένος Κανονισμός Αρ. 4130/88 του Συμβουλίου πρόσφερε την ευκαιρία επέκτασης της περιόδου

εφαρμογής και υλοποίησης του προγράμματος. Καταρτίστηκε ένα νέο, τροποποιημένο πρόγραμμα δράσης και, κατόπιν της συμφωνίας της Επιτροπής, ξεκίνησε να υλοποιείται το 1991. Επετεύχθη σημαντική επιτάχυνση του ρυθμού υλοποίησης του νέου προγράμματος. Εφαρμόσθηκε προγραμματισμός με στόχους και χρονοδιαγράμματα και θεσπίσθηκε ένα σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης, με την υποστήριξη ανεξάρτητων εξωτερικών εμπειρογνομόνων, που αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες για το ρυθμό προόδου που επετεύχθη.

Ανακοινώθηκαν τρεις ευρείες κατηγορίες δράσεων που περιλάμβαναν έργα υποδομής, κυρίως την ανάπτυξη κοινοτικών δομών, ενώ λήφθηκαν κατάλληλα μέτρα για τη βελτίωση των εγκαταστάσεων στα δημόσια ψυχιατρεία. Εφαρμόσθηκαν πιλοτικά σχέδια για την ανάπτυξη καινοτόμων προγραμμάτων παρέμβασης και θεραπείας, και παράλληλα διευρύνθηκε η παροχή κλινικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. Ο τρίτος τομέας μέτρων συμπεριλάμβανε εκτεταμένο πρόγραμμα εσωτερικής κατάρτισης του προσωπικού και προγράμματα συνεχούς βελτίωσης δεξιοτήτων, τα οποία παρέρχονταν σε όλη τη χώρα.

Σημαντικό αποτέλεσμα του προγράμματος ΕΟΚ 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι ενώ το 1984 νοσηλεύονταν 1.950 ασθενείς στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, το 2004 ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 640 και προβλέπεται το 2006 να μειωθεί στους 500. αντίστοιχα, το 2004, στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης νοσηλεύονταν 526 έναντι 1.00 το 1984, στο Ψυχιατρείο Λέρου 495 έναντι 1.950 κ.ο.κ. Συνολικά, από τους 7.500 ασθενείς που νοσηλεύονταν το 1984 στα ψυχιατρικά νοσοκομεία όλης της χώρας, το 2004 νοσηλεύονταν 2.500 με προοπτική περαιτέρω μείωσης. Ειδικά όσον αφορά τους ασθενείς μακράς παραμονής – δηλαδή τους ασθενείς που είναι έγκλειστοι στα ψυχιατρεία για περισσότερο από τρία χρόνια – ο αριθμός τους μειώθηκε κατά 73% (από 5.677 το 1984 σε 1.530 το 2004⁵³).

Εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά

⁵³ www.disability.gr/portal/modules.php...

νοσοκομεία, προγραμμάτων προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και τη δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα.

Σημειώνεται ότι τα τελευταία είκοσι χρόνια αυξήθηκαν από 36 σε 534 οι κλίνες νοσηλείας για ασθενείς με ψυχικά νοσήματα στα γενικά νοσοκομεία, ενώ από το 1984 έως το 2004 δημιουργήθηκαν περίπου 4.000 θέσεις για ψυχικά ασθενείς σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα⁵⁴.

Διαφορές της παραδοσιακής & της σύγχρονης ψυχιατρικής ⁵⁵		
	Παραδοσιακή	Σύγχρονη
Στόχος	Θεραπεία ατόμων	Πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση ατόμων – οικογενειών-ομάδων
Ειδικοί	Νευρολόγοι – ψυχίατροι	Ψυχίατροι, νοσοκόμες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι (ψυχιατρικοί ομάδα)
Θεραπεία	Φάρμακα, ηλεκτροσόκ, συμβουλές, καθοδήγηση ανάπαυση	Φάρμακα, σπάνια ηλεκτροσόκ, ψυχοθεραπεία, απασχολησιοθεραπεία
Ίδρυμα	ΙΑτρεία, ψυχιατρεία, ψυχιατρικές κλινικές	Κέντρα ψυχικής υγείας, νοσοκομεία ημέρας, γενικά νοσοκομεία, οικοτροφεία, εργαστήρια, λέσχες
Ατμόσφαιρα ιδρυμάτων	Ασυλιακή, κουστωδιακή περιοριστική	Ανοιχτά νοσοκομεία, συμμετοχή ασθενών, θεραπευτική κοινότητα
Διοικητική οργάνωση	Πυραμίδα ιεραρχίας	Συνεργασία ισότιμων ειδικών
Χωροκατανομή	Συγκέντρωση	αποκέντρωση

⁵⁴ Πέννυ Μπουλούτσα. Η Καθημερινή. Συνέντευξη Γ,Χριστοδούλου (πρόεδρος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. 10/10/2005

⁵⁵ Ε.Λυμπεράκης & Στ.Ευθυμίου. Εισήγηση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Αθήνα, 1981

6.3.2 Η μετάβαση στο Πρόγραμμα Ψυχαργός

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχιση των σημαντικών αυτών πρωτοβουλιών μεταρρύθμισης μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανέλαβε μια πιο μακροπρόθεσμη δέσμευση για τη συνέχιση της μεταρρύθμισης των ψυχιατρικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα. Έτσι, αναπτύχθηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα για την περίοδο 2000-2009, με την ονομασία **Ψυχαργός**, το οποίο στόχευε στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με μεγαλύτερη έμφαση στη σημασία της κοινωνικής επανένταξης και της εισόδου στον εργασιακό χώρο για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Το **Ψυχαργός** συνέχισε την πολιτική του δομημένου μεταρρυθμιστικού προγράμματος, με συγκεκριμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στην κοινωνικό-οικονομική ένταξη των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες. Συνέχισε τη δημιουργία νέων δομών για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με βάση την κοινότητα, σε όλη την Ελλάδα, προσφέροντας κατ' αυτόν τον τρόπο τοπικές υπηρεσίες σε όλο τον πληθυσμό και σε όλο το εύρος ηλικιών.

6.3.2.1 Ψυχαργός Φάση Α'

Η Φάση Α τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, στο πλαίσιο ενός προγράμματος συγχρηματοδοτούμενου από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσω του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας.

Το πρόγραμμα ξεκίνησε με τη δημιουργία συνεργασιών μεταξύ των ψυχιατρείων και των γενικών περιφερειακών ή νομαρχιακών νοσοκομείων, προκειμένου να ενισχυθεί η συμμετοχή όλων των παραγόντων των αρχών υγείας και

πρόνοιας. Τα ψυχιατρεία συμμετείχαν ενεργά στη διαδικασία προετοιμασίας των ασθενών για την κοινωνική επανένταξη, συμπεριλαμβανομένης της επαγγελματικής κατάρτισης για την αγορά εργασίας και την ανεξάρτητη διαβίωσή τους στην κοινότητα. Οι ομάδες-στόχοι στα ψυχιατρεία αποτελούνται από ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές παθήσεις και ασθενείς με νοητική καθυστέρηση που νοσηλεύονταν στα ψυχιατρεία αυτά.

6.3.2.2 Επιτεύγματα Ψυχαργώς Φάση Α΄

Τα γενικά νοσοκομεία έλαβαν μέτρα για την πρόσληψη του πρόσθετου προσωπικού για το πρόγραμμα αποϊδρυματισμού και την ενοικίαση κτιρίων για την επαρκή κάλυψη των απαιτούμενων παρεμβάσεων. Το Ε.Κ.Τ. κάλυψε τα έξοδα για τις νέες δομές για ένα χρόνο, ενώ στην πορεία τα γενικά νοσοκομεία ενσωμάτωσαν τις δαπάνες αυτές στους γενικούς τους προϋπολογισμούς από τον Ιανουάριο του 2002.

Στα επιτεύγματα στο τέλος του 2001 συγκαταλέγονται οι 55 εγκεκριμένες μονάδες στέγασης σε όλη την Ελλάδα, η πρόσληψη προσωπικού περίπου 650 ατόμων και η μεταφορά ποσοστού περίπου 80% του αρχικού αριθμού στόχου ασθενών προκειμένου να κατοικήσουν στις εναλλακτικές δομές διαμονής. Η Φάση Α του προγράμματος «Ψυχαργώς» ανέλαβε μία σημαντική δέσμευση για τη βασική εκπαίδευση του νέου προσωπικού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τη συνεχή επαγγελματική επιμόρφωση για όλους τους επαγγελματίες στις υπηρεσίες αυτές.

Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε σε 31 διαφορετικές πόλεις και κωμοπόλεις σε όλη τη χώρα. Η θέσπιση του νέου νόμου 2716 περί ψυχικής υγείας το Μάιο του 1999 καθώς και το ΦΕΚ 661/23-05-2000 περί καθορισμού του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας των Μονάδων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και των Προγραμμάτων Προστατευμένων Διαμερισμάτων, συνέβαλαν σημαντικά στην εφαρμογή και υλοποίηση του προγράμματος Ψυχαργώς. Επίσης διευκόλυναν την ευρύτερη δυνατή συμμετοχή δημοσίων, κυβερνητικών και ιδιωτικών φορέων στην αλλαγή νοοτροπίας της κοινωνίας, ενθαρρύνοντας την κατανόηση και την πιο ευνοϊκή αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών με προβλήματα ψυχικής υγείας. Ο νόμος του 2001 για την

υγεία ενίσχυσε περαιτέρω τη δέσμευση για επάρκεια και κατάλληλες δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, με τη δημιουργία των 17 προτεινόμενων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας στη χώρα.

6.3.2.3 Ψυχαργός Φάση Β'

Η Φάση Β τέθηκε σε εφαρμογή ως συνέχεια της Φάσης Α κατά την περίοδο 2002-2003 (βρίσκεται ακόμη και σήμερα σε εξέλιξη), και επικεντρώθηκε στη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρεία της Ελλάδας. Οι ομάδες-στόχοι στα ψυχιατρεία αποτελούνται από ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές παθήσεις και ασθενείς με νοητική καθυστέρηση που νοσηλεύονται στα ψυχιατρεία αυτά.

6.3.3 Τομέας Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ) και Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ)

Α κρογωνιαίος λίθος του κοινοτικού συστήματος ψυχικής υγείας είναι ο Τομέας Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ). Σύμφωνα με το ν. 2716/99, οι Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας μας διαιρούνται σε ΤοΨΥ, με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά.

Στους ΤοΨΥ εντάσσονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Ο ΤοΨΥ λειτουργεί σύμφωνα με τις γενικές αρχές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας που, σύμφωνα με τον ως άνω νόμο, έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές. Για να καταστεί αυτό δυνατό οι Μονάδες του ΤοΨΥ θα πρέπει να λειτουργούν σε **δίκτυο**. Ο ΤοΨΥ εννοείται ως δίκτυο υπηρεσιών που εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο πληθυσμό μιας οριοθετημένης γεωγραφικής περιοχής (π.χ., ένα νομό).

Οι υπηρεσίες που θα παρέχει το δίκτυο των Μονάδων του ΤοΨΥ περιλαμβάνουν:

- *πρόληψη και πρόωγη παρέμβαση*
- *διαγνωστική εκτίμηση και εκτίμηση αναγκών*
- *συμβουλευτική και θεραπευτικές παρεμβάσεις*
- *ημερήσια φροντίδα και ψυχοκοινωνική στήριξη*
- *υποστήριξη των οικογενειών*
- *στεγαστικές λύσεις στην κοινότητα*
- *επαγγελματική κατάρτιση και αποκατάσταση*
- *ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας και καταπολέμηση του στίγματος της ψυχικής ασθένειας*

Η λειτουργία των Μονάδων του ΤοΨΥ σε δίκτυο απαιτεί το συντονισμό του έργου τους, την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, τον σχεδιασμό / προγραμματισμό νέων μονάδων. Υπεύθυνη για αυτά είναι η Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ).

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη χώρα μας επικεντρώνεται στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μετατοπίζοντας το κέντρο βάρους από την ιδρυματικού τύπου περίθαλψη στην κοινοτική φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Βασικός στόχος ο σεβασμός των δικαιωμάτων των πασχόντων ατόμων και κυρίαρχη επιδίωξη η βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, σύμφωνα και με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Η βελτίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας αποτελεί μια δυναμική διαδικασία που αφορά στο σύνολο των συντελεστών, από τους χρήστες των υπηρεσιών, τις οικογένειες τους και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, έως τους σχεδιαστές και χρηματοδότες της ανάπτυξης υπηρεσιών, την κοινότητα και τις συλλογικές της εκφράσεις, τη συνολική κοινωνία.

6.4 Λέρος. Το άνοιγμα της πόρτας⁵⁶

Ο επισκέπτης της Λέρου που θα ενδιαφερθεί να ρίξει μια ματιά στους χώρους του σημερινού ψυχιατρείου και ο οποίος πιθανώς, κάποια στιγμή, θα διασταύρωσε τις δικές του διαδρομές με εκείνες, τις αθόρυβες, κάποιου από τους δεκάδες επανενταγμένους «ασθενείς», που τώρα ζουν μέσα στους κόλπους της τοπικής κοινωνίας συχνά, χωρίς να αντιληφθεί το παραμικρό θα δυσκολευτεί πολύ να πιστέψει ότι υπήρξαν άλλοτε οι συνθήκες που βγήκαν σε εικόνες και δημοσιεύματα προκαλώντας, πριν από το 1990, όλο εκείνον το θόρυβο που πλήγωσε βαθιά το νησί. Αν και επρόκειτο για «αμαρτίες» άλλων...

Η σχέση της Λέρου με την Ψυχιατρική ξεκίνησε όταν το νησί επελέγη, το 1957, για την αντιμετώπιση του υπερσυνωστισμού των νοσηλευομένων στα ελληνικά ψυχιατρεία, στο πλαίσιο ενός κρατικού προγράμματος «αποσυμφόρησής» τους. Περισσότεροι από 4.000 τρόφιμοι, χαρακτηρισμένοι «ανίατοι» και «κοινωνικά αζήτητοι», μεταφέρθηκαν στο νησί από 1958 έως το 1982 για εγκλεισμό στους στρατώνες που κληροδότησε η ιταλική κατοχή. Στρατώνες που πριν και παράλληλα με το ψυχιατρείο, «αξιοποιήθηκαν» για τον εγκλεισμό και άλλων ομάδων εξόριστων.

Οι απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης των νοσηλευομένων ήταν, προφανώς, προϊόν της όλης σύλληψης και εκτέλεσης αυτού του σχεδίου. Παράλληλα, όμως, η δημιουργία ενός μεγάλου Ιδρύματος σε ένα μικρό νησί είχε μακροπρόθεσμες συνέπειες στην ίδια την τοπική κοινωνία: πλήθος άνθρωποι εγκατέλειψαν ή υποβάθμισαν τις παραδοσιακές ασχολίες τους (αλιεία, γεωργία, ναυτιλία) για μια θέση στο Δημόσιο Ίδρυμα. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, απασχόληση και οικονομική δραστηριότητα να εξαρτώνται, βαθμιαία, σχεδόν αποκλειστικά από το ψυχιατρείο.

Χρειάστηκε να φτάσουμε στα 1989 για να μπορέσουν ν' αξιοποιηθούν πρωτοβουλιακές παρεμβάσεις, όπως στο «περίπτερο 16», των «γυμνών», και να συγκροτηθούν επίσημα (κανονισμοί ΕΟΚ 815/84) τα πρώτα προγράμματα Αποιδρυματοποίησης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, το 1990.

Σε αυτό το πλαίσιο, ένα πλήθος νέων επαγγελματιών ψυχικής υγείας απ' όλη την Ελλάδα, σε συνεργασία με επαγγελματίες από την Τεργέστη της Ιταλίας και από την Ολλανδία και με τη συμμετοχή δεκάδων νέων της Λέρου, βρήκαν την ευκαιρία ν'

⁵⁶ Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου. Η Καθημερινή. Επτά Ημέρες. 31/7/2005 σελ.23

αλλάξουν ριζικά την κατάσταση: να φέρουν την κοινωνία μέσα στο ψυχιατρείο και τους έγκλειστους μέσο στην κοινωνία. Άνθρωποι που είχαν καταδικαστεί ως «ανίατοι» πήγαν, από το περίπτερο των «γυμνών», να μείνουν σε προστατευόμενα διαμερίσματα μέσα στην κοινότητα της Λέρου.

Ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα, η κατάργηση των καθηλώσεων, το άνοιγμα της πόρτας, η ανάδυση του ασθενή ως «υποκειμένου» και όχι ως «αντικειμένου» της αλλαγής του, η αναγνώριση του δικαιώματος στη «διαφορετικότητα» (ως παράγοντα εμπλουτισμού της συλλογικότητας και όχι αποκλεισμού απ' αυτήν), η αμειβόμενη εργασία, είναι μερικοί από τους παράγοντες που έπαιξαν πρωταρχικό θεραπευτικό ρόλο και συντέλεσαν στη σημαντική βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας (συχνά και της κλινικής εικόνας) των ασθενών.

Το άνοιγμα της κοινωνίας στην επανένταξη των «διαφορετικών» συμπολιτών και η άμεση ή έμμεση συνεργεία της στην διαδικασία των αλλαγών έπαιξε σημαντικό ρόλο στο ριζώμα των μετασχηματισμών μέσα στον κοινωνικό ιστό του νησιού. Έτσι, την περίοδο 1990-95 ιδρύθηκαν 20 προστατευόμενα διαμερίσματα μέσα στην κοινότητα της Λέρου, όπου πήγαν να κατοικήσουν 100 πρώην έγκλειστοι - ενώ άλλοι 130 ασθενείς μεταφέρθηκαν, το 1991-92, σε ξενώνες στην ηπειρωτική Ελλάδα, από ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες.

Σήμερα, στο ψυχιατρείο εξακολουθούν να διαμένουν 470 ασθενείς (120 εξ αυτών στο πρώην ΠΙΚΠΑ), πολλοί απ' αυτούς σε στεγαστικές δομές των 8-10 ατόμων, ενώ 130 κατοικούν στα 26, πλέον, εξωνοσοκομειακά διαμερίσματα.

Ο ρυθμός, ωστόσο, των αλλαγών ανακόπηκε μετά το τέλος των προγραμμάτων, το 1995, καθώς οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας βαθμιαία αποχώρησαν. Αυτό είχε σοβαρές επιπτώσεις στη συνέχεια της Αποϊ-δρυματοποίησης και στη διασφάλιση του αποκαταστασιακού και ποιοτικού χαρακτήρα των αλλαγών. Η ανάπτυξη σύγχρονων υπηρεσιών, όπως πχ Κινητών Μονάδων για τα γύρω νησιά, εξακολουθεί ν' αποτελεί ένα ζητούμενο. Η ίδρυση, το 2002, του πρώτου ΚΟΙΣΠΕ (Κοινωνικού Συνεταιρισμού Περιορισμένα Ευθύνης), με σκοπό την ανάπτυξη παραγωγικής/οικονομικής δραστηριότητας από ασθενείς και προσωπικό, θα μπορούσε ν' αποτελεί μια ελπιδοφόρα συνέχεια, αν στηριχτεί κεντρικά και τοπικά.



Εικόνα 27: Η επιστροφή των ασθενών, μετά τον αυλισμό τους, στο Περίπτερο 11 του Κρατικού Θεραπευτηρίου Λέρον (ΚΘΛ). Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στο ΚΘΛ ξεκίνησαν το 1989 και περισσότερα οργανωμένα το 1991, με τη χρηματοδότηση της Ε.Ε. Το Περίπτερο 11 έπαψε να λειτουργεί το 1995 (φωτ. Alex Majoli/MAGNUM, LEROS, εκδ. West Zone Publishing)

Αλλά το κρίσιμο ερώτημα της εναλλακτικής οικονομικής ανάπτυξης παραμένει χωρίς απάντηση, καθώς το ψυχιατρείο, παρά τη βαθμιαία συρρίκνωση του, εξακολουθεί ν' αποτελεί την κύρια πηγή της οικονομικής ζωής του νησιού.

Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, η Λέρος δεν έχει παρά να υπερηφανεύεται για την (ατελή, έστω) μεταρρύθμιση στο ψυχιατρείο. Μεταξύ άλλων και επειδή η μεταρρύθμιση αποτέλεσε έναν αποφασιστικό κρίκο σε μια αλυσίδα προσπαθειών για να μπει τέλος στη μακρά ιστορία αποκλεισμών, εγκλεισμών, εξορίας και ιδρυμάτων στο νησί δημιουργώντας μια παρακαταθήκη που μπορεί αξιοποιηθεί θετικά για την αντιμετώπιση των κρίσιμων προκλήσεων του άμεσου μέλλοντος.

Συνέντευξη του Γιάννη Μπουράκη στην Γεωργία Δάμα⁵⁷

«Είμαι ο Γιάννης, αγρότης από το Άργος. Ένα τσιγάρο θέλω και μια καλή γυναίκα. Πότε να παντρευτώ; Η παντρεία μας μάρανε, αφού με πέταξαν νέο εδώ. Τι να κάνω; Κουράγιο.

⁵⁷ www.hri.org/E/1997/97-08-13.dir/keimena/greece/greece3.htm

Να τυραννιέσαι καλά είναι, αρκεί να μη σε τυραννούν άλλοι. Ναι, οι δικοί μου είπαν πως θα' ρθουν να με δουν. Ψευτιές. Και πέρνσι το ίδιο έλεγαν. Να 'χα την υγείά μου κι ας ήμουν νηστικός... Παλιότερα είχε όμορφες Λεριές, αυτές ούτε για σάλτο δεν κάνουνε...».

Το πιο αισιόδοξο μήνυμα στέλνει το ψυχιατρείο της Λέρου: Ξεχασμένα «απόβλητα», που βίωσαν τις πλέον απάνθρωπες συνθήκες για τριάντα χρόνια, κατάφεραν να σταθούν στα πόδια τους, μετά την εφαρμογή των πρώτων μέτρων ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Μοιραία, όμως, το ψυχιατρικό θεραπευτήριο με τα 11 δισεκατομμύρια ετήσιο προϋπολογισμό και τους 1.200 μόνιμους εργαζόμενους, οδηγείται σε λουκέτο.

Κατοικούν, πλέον, σε νοικιασμένα σπιτάκια παραδοσιακών οικισμών του νησιού. Πλένονται, ντύνονται και κάθονται στο τραπέζι κρατώντας σερβίτσια. Διαχειρίζονται μόνοι τους τα λίγα, έστω, χρήματα, ψωνίζουν τα αναγκαία, πίνουν καφέ στον Πλάτανο και παραγγέλνουν ψάρι στα γραφικά ταβερνάκια. Λόγοι για τους οποίους οι κάτοικοι της Λέρου τους αγκάλιασαν. Αναφερόμαστε στους ασθενείς που προέρχονται από το 11^ο και 16^ο, τα σκληρότερα περίπτερα, που η προβολή τους πριν από μερικά χρόνια ξεσήκωσε θύελλα αντιδράσεων σε παγκόσμιο επίπεδο.

«Κλείσαμε»

Οδηγοί μας δύο ασθενείς που «νοσηλεύτηκαν» στο 11^ο. Η κοινωνική λειτουργός ζητά την προστασία τους: **«Μην τους εκθέσετε, γιατί θα τους λιώσουν κάποιοι παλιοί φύλακες μετά». Ο εξηνταπεντάχρονος Γιώργος Γώττας από την Κατερίνη, 33 χρόνια ασθενής, ψιθυρίζει πως «εδώ διοικούν οι μικροί. Ελάχιστα μαθαίνουν οι μεγάλοι. Σαν την κυβέρνηση Παπανδρέου...».**

Βρισκόμαστε στο χώρο του ψυχιατρείου, που βρίσκεται στα Λέπηδα. Περνάμε ανάμεσα στα μικρά σπιτάκια, που χτίστηκαν από τους Ιταλούς για στρατόπεδο και στη συνέχεια αποτέλεσαν τους χώρους του ψυχιατρείου. Ξεναγός μας ο Γιώργος: **«Ο καθένας με την τρέλα του είμαστε. Άλλος θέλει τσιγάρο, άλλος γυναίκα ή λεφτά. Και καλά που είμαστε, τι άλλο κάναμε; ».** Η αφοπλιστική λογική του. Κάποιος από τους «παλιούς» φύλακες μας σταματάει αποφασισμένος να κατάσχει το φιλμ. Στην έντονη συζήτηση που ακολουθεί με τον φωτορεπόρτερ, ο Γιώργος βρίσκει εύκολα τη λύση...

Γυρίζει πίσω 30 χρόνια. *«Τότε που το πολεμικό πλοίο ξεφόρτωνε 300 ανθρώπους τη βδομάδα με ένα νούμερο στην πλάτη. Δεν μας έδιναν φάρμακα. Όσοι ήταν καλύτερα καθάριζαν καμπινέδες. Αρκετοί πέθαιναν από σαπισμένα κρέατα που τρώγαμε. Έριχναν κι ένα δέσιμο, έτσι, επειδή έκαναν κέφι».*

Φτάνουμε στο 11^ο. Ένα τεράστιο «**ΚΛΕΙΣΑΜΕ**» γεμίζει την είσοδο του ερειπωμένου πια ιταλικού, φασιστικής εποχής, κτιρίου με τα ψηλά παράθυρα. Στους εσωτερικούς τοίχους απλώνονται ακαθαρσίες. Την εσωτερική σκάλα φράζουν σπασμένα, σιδερένια κρεβάτια. Περιπατάμε προσεκτικά στους δύο διαδρόμους του ισογείου ανάμεσα σε κάθε μορφής βρωμιά. *«Εδώ, κι εδώ, κι εκεί με έδεσαν»*, θυμάται με ψυχραιμία ο Γιώργος κοιτάζοντας τα εναπομείναντα κρεβάτια της ντροπής. *«Γύρω όλοι ήταν δεμένοι, στο κρεβάτι τα έκαναν. Τους ξέχναγαν έτσι για τρία χρόνια και πέθαιναν».*

Γυρίζοντας, περνάμε από το καφενείο του ψυχιατρείου. Ένα χαμόγελο στην πόρτα, συμπεριφέρονται όπως τα καλύτερα παιδιά. Απερίγραπτη η χαρά που εκδηλώνεται μ' έναν καφέ κι ένα τσιγάρο. Ο Γιάννης τα καπνίζει δύο δύο.

«Οι περισσότεροι ήρθαν το '58. Ήταν η αποικία αυτών που δεν ήθελαν οι οικογένειες», εξηγεί η κοινωνική λειτουργός Μίκα Γληνού. *«Μέχρι το '85 συστεγάστηκαν 3.000 άνθρωποι. Δημιουργούσαν ομάδες που έδερναν ακόμα και τους σκληρούς φύλακες»*, προσθέτει.

Ανθρώπινες συνθήκες.

Επιστρέφουμε στις σύγχρονες μονοκατοικίες, βαμμένες με χαρούμενα χρώματα, που στεγάζουν την πλειοψηφία των ασθενών. Σε καθεμιά ένας άνθρωπος εκτελεί χρέη μαμάς-νοικοκυράς. Δίπλα στο τζάκι ξαπλωμένος ο Ηλίας, που πήρε δέμα από τη μητέρα του. Ο Αντώνης δείχνει την επιταγή του αδερφού του, ο Δημήτρης απασχολείται στο συνεταιρισμό καθαριότητας.

Έβαλαν πλυντήριο και απλώνουν τα σεντόνια τους στον ήλιο. Κάποιος ξυρίζεται χρησιμοποιώντας το σχετικό αφρό. Έμαθαν να πλένονται μόνοι τους. Ο Ηλίας στρώνει το τραπέζι τοποθετώντας τα μαχαιροπίρουνα στη σωστή θέση.

Στα χωριά της Λέρου χρησιμοποιούνται 21 νοικιασμένα διαμερίσματα, στα οποία απασχολούνται 70 υπάλληλοι για 99 ασθενείς. Πολλοί τουρίστες θα ζήλευαν το νεοκλασικό σπίτι στην Αγία Μαρίνα με την καταπράσινη αυλή που χρησιμοποιούν οι ασθενείς. *«Είναι κατάθεση ψυχής, γιατί οι σχέσεις μας είναι ισότιμες. Δεν είναι πια αντικείμενα, αντιθέτως εμφανίζουν καθημερινά και αυξημένες ανάγκες, διεκδικώντας και τα χρήματα τους. Τους θεωρούσαν καταδικασμένους και προσαρμόστηκαν αμέσως»*, θα πει η ψυχολόγος Κατερίνα Δαμιανίδου.

Νιώθουν ότι βρίσκονται σε δικό τους σπίτι. Όμως, όλοι θέλουν να επιστρέψουν στο πατρικό τους: *«Πήγα στη Ρόδο μετά από 32 χρόνια. Είδα τα' αδέρφια μου με άσπρα μαλλιά. Έψαξα για το φούρνο μας αλλά δεν υπήρχε πια»*, λέει ο Δημήτρης, πρώην δικαστικός υπάλληλος.

Έγινε μόνο η αρχή

«Οι συνθήκες διαβίωσης βελτιώθηκαν και το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού άλλαξε συμπεριφορά», διευκρινίζει ο ψυχίατρος Γιώργος Χατζηγιάννου. Προσθέτει ότι την τελευταία πενταετία οι ασθενείς δεν ασυλοποιούνται. Κάνουν θεραπεία και φεύγουν. Οι εισαγωγές αυξήθηκαν κατά 40%. Σύμφωνα, όμως, με τα παγκόσμια ποσοστά, από τα 1.000 παιδιά που γεννιούνται τα 15 θα παρουσιάσουν σχιζοφρένεια. *«Αρκετοί πολίτες ζουν ανάμεσα μας με σχιζοφρένεια και εργάζονται χωρίς να κάνουν θεραπεία»*, επισημαίνει. Αναφέρει δύο περιπτώσεις ασθενών του. Ένας δικαστής και κάποιος καθηγητής μαθηματικός *«που σήμερα εργάζονται. Ο εγκλεισμός δημιουργεί προβλήματα»*, διευκρινίζει.

Ο ψυχίατρος Θόδωρος Μεγαλοικονόμου προσθέτει ότι δεν νοείται ψυχιατρική μεταρρύθμιση χωρίς χρήματα. Εντυπωσιακό το παράδειγμα των ασθενών του συνεταιρισμού καθαριότητας, που διαμαρτύρονται γιατί δεν παίρνουν πια τις 30.000 δραχμές. Με τη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης ολοκληρώθηκε μόνο η αρχική φάση αλλαγών, ώστε να ξεφύγουμε από την αθλιότητα. Η δουλειά αρχίζει τώρα και οι νέες υποδομές παραγωγικότητας και απασχόλησης των ασθενών παραμένουν το μεγάλο ζητούμενο. *«Υπάρχει ανάγκη νέων προγραμμάτων και νομιμοποίησης των εργαζομένων στην επανένταξη, γιατί παρέμεινε ελάχιστο εξειδικευμένο προσωπικό»*.

«Δεν υπάρχουν κίνητρα», θα πει ο νοσηλευτής Γιάννης Ρέμπας. «Τους βρήκαμε να 'αργοπεθαίνουν δεμένους με λουριά. Το 11^ο περίπτερο είχε 850 ανθρώπους όλων των ηλικιών με περιστατικά κάθε μορφής. Τους αντιμετώπιζαν σαν ζώα. Κανένας φύλακας δεν ανέβηκε μέχρι τον τρίτο όροφο. Το πρωί μάζευαν νεκρούς. Υπήρχε ένας ψυχίατρος για 2.700 ασθενείς. Δώσαμε μάχες για τα διαμερίσματα. Ήταν αδύνατο να επιστρέψουν στις οικογένειες που τους έδιωξαν».

Ρωτάμε πόσο τους επηρέασαν οι ουσιαστικές αλλαγές στη νοσηλεία: *«Εμείς τολμήσαμε να μπούμε μέσα στο 16ο ανάμεσα στους γυμνούς, τότε που έτρωγε ο ένας τις ακαθαρσίες του άλλου. Κι εγώ ασυλοποιούμαι όταν πλένω μαζί 150 ασθενείς με το λάστιχο. Γλιτώσαμε το να γίνονται διαγωνισμοί με μαϊμούδες και να διαχειρίζονται έμποροι τις προμήθειες. Όλοι παίζουμε μπιλιάρδο στην πλάτη του ασθενή»...*

7.1 Γενικά

Άσυλο σημαίνει βασικά καταφύγιο, χώρος που προσφέρει ασφάλεια από καταδίωξη, κακουχία ή ανημπορία, σωματική, ψυχική, ιδεολογική ή και όλα μαζί. Πρόκειται με άλλα λόγια για ένα φιλανθρωπικό, ανθρωπιστικό ίδρυμα και σαν τέτοιο το άσυλο έχει εθελοντικό χαρακτήρα⁵⁹. Παρ' όλα αυτά η αποτυχία των ασύλων αποδεικνύεται από επανειλημμένες περιπτώσεις κακομεταχείρισης ασθενών, από τη γεωγραφική απομόνωση των ιδρυμάτων αλλά και του προσωπικού, από την κακή παρακολούθηση των ασθενών, τους ανεπαρκείς ελέγχους ποιότητας, την κακή διαχείριση και διοίκηση, την κατασπατάληση πόρων.

Επίσης, οι συνθήκες διαβίωσης στα ψυχιατρεία σε όλο τον κόσμο είναι κακές, και οδηγούν σε *καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων* και *χρονιότητα*. Με απόλυτους όρους, θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί, ότι οι συνθήκες στα νοσοκομεία των ανεπτυγμένων χωρών είναι καλύτερες από τις συνθήκες ζωής σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Όμως, αν συγκρίνουμε τις συνθήκες ζωής σε μία κοινότητα με εκείνες ενός ψυχιατρείου στην ίδια κοινότητα, δικαιούμαστε να πούμε ότι οι συνθήκες στο ψυχιατρείο είναι κακές.

Αντιθέτως, η φροντίδα στην κοινότητα ενδυναμώνει τα άτομα με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Στην πράξη, η κοινοτική φροντίδα απαιτεί την ανάπτυξη ποικίλων υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Αυτή η διεργασία, που δεν έχει αρχίσει ακόμα σε πολλές περιοχές και χώρες, έχει στόχο, αφενός να σιγουρέψει ότι μερικές από τις προστατευτικές λειτουργίες του ασύλου υπάρχουν ολοκληρωμένες στην κοινότητα, και αφετέρου να ξεριζώνει τις αρνητικές πλευρές αυτών των ιδρυμάτων.

⁵⁸ Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Δ/ση Ψυχικής Υγείας, Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία. Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα, 2001, σελ. 51-55

⁵⁹ Πέτρος Χαροκόλλης. Κοινωνική ψυχιατρική και ο μετασχηματισμός των ασύλων σε σύγχρονα ιδρύματα: Αναγκαιότητα ή ουτοπία; Ελληνογαλλικό Συμπόσιο. Αθήνα:Καστανιώτη, 1984, σελ.134

Η φροντίδα μέσα στην κοινότητα, ως προσέγγιση, σημαίνει:

- Υπηρεσίες κοντά στην κατοικία, συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής σε γενικό νοσοκομείο για επείγουσες καταστάσεις, και δυνατότητα μονιμότερης στέγασης στην κοινότητα
- Παρέμβαση τόσο στα συμπτώματα όσο και στην προκαλούμενη από αυτά ανικανότητα.
- Ευρεία ποικιλία υπηρεσιών που υπηρετούν τις ανάγκες των πασχόντων από ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.
- Συντονισμός κοινοτικών υπηρεσιών και επαγγελματιών του κλάδου.
- Κινητές και όχι στατικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων και μονάδων για κατ' οίκον θεραπεία.
- Συνεργασία με τους νοσηλευτές και τους φροντιστές των ασθενών και εξυπηρέτηση των αναγκών τους.
- Νομοθεσία υποστηρικτική των παραπάνω.

Τα συσσωρευμένα στοιχεία της ανεπάρκειας των ψυχιατρείων μαζί με την ιδρυματοποίηση, την μονιμοποίηση της ανικανότητας εξαιτίας της κοινωνικής απομόνωσης και της ιδρυματικής φροντίδας, οδήγησε στο κίνημα της αποϊδρυματοποίησης.

Ενώ η αποϊδρυματοποίηση είναι ένα σημαντικό μέρος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, δεν συνεπάγεται και την κατάργηση των νοσοκομείων. Η αποϊδρυματοποίηση είναι μία σύνθετη διεργασία, που οδηγεί στη δημιουργία ενός στέρεου δικτύου εναλλακτικών λύσεων στο κοινοτικό επίπεδο. Το κλείσιμο των νοσοκομείων χωρίς εναλλακτικές διεξόδους προς τις κοινοτικές δομές είναι το ίδιο επικίνδυνο, όσο και το να δημιουργηθούν οι κοινοτικές δομές χωρίς να κλείσουν τα ψυχιατρεία. Και τα δύο πρέπει να γίνουν ταυτόχρονα και συντονισμένα.

Μία σωστή αποϊδρυματοποίηση έχει τρεις βασικές διαστάσεις:

- Αποφυγή καταχρηστικών εισαγωγών στα ψυχιατρεία, λόγω της ύπαρξης κοινοτικών υπηρεσιών.

- Έξοδος χρονίων ιδρυματοποιημένων ασθενών, αφού έχουν προετοιμαστεί επαρκώς, και ανάληψη της ευθύνης φροντίδας τους από κοινοτικές υπηρεσίες.
- Ίδρυση και συντήρηση υποστηρικτικών κοινοτικών συστημάτων για τους μη ιδρυματοποιημένους ασθενείς.

7.2 Ψυχιατρική περίθαλψη: τότε ή τώρα;

Οι τρεις δηλώσεις που ακολουθούν, δείχνουν καθαρά πώς οι πολιτικές και η αντιμετώπιση της θεραπείας ψυχικά πασχόντων έχουν αλλάξει, ή αμφισβητηθεί, κατά τα τελευταία 150 χρόνια.

"Έχουν περάσει 16 χρόνια από τότε που κάθε μηχανικός περιορισμός [των ψυχικά πασχόντων] - ζουρλομανδύας, δέσιμο χεριών ή ποδιών ή στην καρέκλα-καταργήθηκε. Όπου η προσπάθεια έγινε αποφασιστικά, πέτυχε. [...] δεν υπάρχει μεγαλύτερη πλάνη από το να θεωρεί κανείς ότι μια μετρημένη χρήση του περιορισμού είναι συμβατή με μια ολοκληρωμένη, εξανθρωπισμένη θεραπεία. Η κατάργηση των περιορισμών πρέπει να είναι απόλυτη, αλλιώς δεν θα είναι αποτελεσματική."

1856 John Conolly (1794-1860)
Αγγλος ιατρός, διευθυντής του ασύλου στο Hanwell. Στο: *The treatment of the insane without mechanical restraints*. London, Smith, Elder & Co.

"Όταν οργανώθηκε η εθνική επιτροπή, το κύριο ενδιαφέρον της ήταν να εξανθρωπίσει την περίθαλψη των φρενοβλαβών: να εξαφανίσει την κακομεταχείριση, τη σκληρότητα και την παραμέληση που παραδοσιακά υφίστανται οι ψυχικά ασθενείς και να πείσει την κοινή γνώμη για την ανάγκη μεταρρύθμισης, να μετατρέψει τα άσυλα σε νοσοκομεία, να διευρύνει τις υπηρεσίες που προσφέρουν θεραπεία, και να ανεβάσει το επίπεδο. Εν ολίγοις, να εξασφαλίσει στους ψυχικά ασθενείς, ό,τι απολαμβάνουν οι σωματικά ασθενείς."

1908 Clifford Beers (1876-1943). Ο ιδρυτής της παγκόσμια κίνησης υπέρ της ψυχική υγιεινής, εισήχθη ο ίδιος αρκετές φορές σε ψυχιατρεία. Στο: *mind that found itself: an autobiography*. New York, Longmans Green.

"Εναντιωνόμαστε στο δικαίωμα ορισμένων ανθρώπων, στενόμυαλων ή όχι, να καταλήγουν να καταδικάζουν σε ισόβια κάθειρξη κάποιον, μόνο με το πρόσχημα της ψυχικής διαταραχής. Και τι καταδίκη! Ξέρουμε -στην πραγματικότητα, δεν ξέρουμε - ότι τα άσυλα, που πολύ απέχουν από το να είναι άσυλα, είναι φοβερές φυλακές, όπου οι τρόφιμοι είναι φτηνό και βολικό εργατικό δυναμικό, όπου η κακομεταχείριση είναι ο κανόνας, και όλα αυτά κάτω από την δική σας ανοχή. Το ψυχιατρείο, κάτω από το μανδύα της επιστήμης και της δικαιοσύνης, μοιάζει με στρατόνα, αναμορφωτήριο, εξορία καταδίκων."

1935 Antonin Artaud (1890-1948)
Γάλλος ποιητής, ηθοποιός, συγγραφέας, ο οποίος έζησε πολλά χρόνια σε ψυχιατρείο. Στο *Open letter to medico! Directors or madhouses*. Paris, *io Revolution Surrealists*, No3

7.3 Καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στα ψυχιατρεία

Επιτροπές για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα βρήκαν "φρικτές και απαράδεκτες καταστάσεις", όταν επισκέφθηκαν ψυχιατρεία στην Κεντρική Αμερική⁶⁰ και την Ινδία⁶¹ τα τελευταία πέντε χρόνια. Παρόμοιες καταστάσεις υπάρχουν σε πολλά ψυχιατρεία σε άλλες περιφέρειες, τόσο σε αναπτυγμένες όσο και σε αναπτυσσόμενες χώρες. Υπάρχει βρωμιά, στέγες που τρέχουν, τουαλέτες που ξεχειλίζουν, διαβρωμένα πατώματα και σπασμένες πόρτες και παράθυρα. Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυμνοί ή με πιζάμες. Μερικοί ήταν κλεισμένοι σε μικρούς χώρους στις πτέρυγες διαβίωσης, παρατημένοι να κάθονται, να βηματίζουν ή να ξαπλώνουν στο τσιμεντένιο πάτωμα όλη μέρα. Υπήρχαν παιδιά αφημένα πάνω σε στρώματα στο πάτωμα, και μερικά ήταν γεμάτα ούρα και περιτώματα. Γινόταν συχνή και κακή χρήση μηχανικών περιορισμών, πολλοί ασθενείς ήταν δεμένοι στα κρεβάτια.

Τουλάχιστον το ένα τρίτο των ατόμων, ήσαν άνθρωποι με επιληψία ή νοητική καθυστέρηση. Ο εγκλεισμός όλων αυτών είναι μη αναγκαίος και άχρηστος. Θα μπορούσαν να επιστρέψουν και να ζήσουν στην κοινότητα με τα κατάλληλα φάρμακα και την υποστήριξη όλων των απαραίτητων κοινοτικών υπηρεσιών.

Πολλά νοσοκομεία διατηρούσαν τη δομή της φυλακής που είχαν από την αποικιακή εποχή. Οι ασθενείς ήταν "τρόφιμοι" και υπήρχαν "φύλακες" και "αρχιφύλακες" κλπ. Υπήρχαν δωμάτια απομόνωσης στην πλειοψηφία αυτών των νοσοκομείων.

Στο 80% και πλέον των νοσοκομείων που επισκέφθηκαν οι επιτροπές, δεν μπορούσαν να γίνουν εξετάσεις ρουτίνας ούρων και αίματος. Τουλάχιστον το ένα τρίτο των ατόμων, δεν είχε καμία ψυχιατρική διάγνωση που να δικαιολογεί τον εγκλεισμό. Στα περισσότερα νοσοκομεία οι φάκελοι των ασθενών ήταν πολύ άσχημα ενημερωμένοι. Εκπαιδευμένοι ψυχιατρικοί νοσοκόμοι υπήρχαν σε λιγότερο από το 25% των νοσοκομείων, και λιγότερα από τα μισά είχαν κλινικούς ψυχολόγους και ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς.

⁶⁰ Levav I, Gonzalez VR (2000), Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:83-86

⁶¹ National Human Rights Commission (1999). Quality assurance in mental health. New Delhi, National Human Rights Commission of India

7.4 Η Διακήρυξη του Καράκας

Οι νομοθέτες, οργανώσεις, υγειονομικές αρχές, επαγγελματίες στο χώρο της ψυχικής υγείας και οι νομικοί, που συναντήθηκαν στο περιφερειακό Συνέδριο για την Αναδιοργάνωση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Λατινική Αμερική κατά το πρότυπο των Τοπικών Συστημάτων της Υγείας,...

ΔΗΛΩΝΟΥΝ

1. Ότι η αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στη βάση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και σύμφωνα με τη δομή του προτύπου των Τοπικών Συστημάτων Υγείας, θα επιτρέψει την προαγωγή εναλλακτικών μοντέλων υπηρεσιών, βασισμένων στην κοινότητα και ενσωματωμένων στα δίκτυα κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών.
2. Ότι η αναδιοργάνωση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην περιφέρεια, προϋποθέτει την κριτική επανεξέταση του κυρίαρχου και κεντρικού ρόλου που έχει το ψυχιατρικό νοσοκομείο στην εξυπηρέτηση της ψυχικής υγείας.
3. Ότι οι πόροι, η φροντίδα και η θεραπεία που προσφέρεται πρέπει:
 - α) να εξασφαλίζουν την προσωπική αξιοπρέπεια και τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα,*
 - β) να βασίζονται σε κριτήρια που είναι λογικά και τεχνικώς πρόσφορα,*
 - γ) να φροντίζουν ώστε οι ασθενείς να παραμένουν στην κοινότητα τους.*
4. Η εθνική νομοθεσία πρέπει να αναμορφωθεί, αν είναι αναγκαίο, ώστε:
 - α) να εξασφαλίζονται τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα,*
 - β) η οργάνωση των υπηρεσιών να εξασφαλίζει την εφαρμογή αυτών των δικαιωμάτων.*
5. Ότι η εκπαίδευση στην ψυχική υγεία και ψυχιατρική θα χρησιμοποιεί ένα μοντέλο Βασισμένο στο κοινοτικό κέντρο υγείας και θα ενθαρρύνει την εισαγωγή της ψυχιατρικής στα γενικά νοσοκομεία, σε συμφωνία με τις αρχές του μεταρρυθμιστικού κινήματος.
6. Ότι οι οργανώσεις, ενώσεις και οι άλλοι συμμετέχοντες σε αυτό το συνέδριο θα αναλάβουν να στηρίξουν και αναπτύξουν προγράμματα στα κράτη τους, που θα

προάγουν την επιζητούμενη αναδιοργάνωση, και ταυτόχρονα θα παρακολουθούν και θα υπερασπίζονται τα ανθρώπινα δικαιώματα των ψυχικό πασχόντων, σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες και της διεθνείς συμφωνίες.

Για την επιτυχία αυτού του σκοπού καλούν τα Υπουργεία Υγείας και Δικαιοσύνης, τα κοινοβούλια, την κοινωνική ασφάλιση και άλλα συναφή ιδρύματα, επαγγελματικές οργανώσεις, ενώσεις καταναλωτών, πανεπιστήμια, άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα, και τα ΜΜΕ να υποστηρίξουν την ψυχιατρική μεταρρύθμιση για το καλό του πληθυσμού της περιφέρειας.

8.1 Αρχές

Η ιδέα της φροντίδας της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο, είναι μάλλον μία καθολική προσέγγιση, παρά μια οργανωτική λύση. Η φροντίδα σε κοινοτική βάση σημαίνει, ότι η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που την χρειάζεται, θα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να περιθάλπεται σε αυτό το επίπεδο. Η περίθαλψη δεν πρέπει απλώς να είναι τοπική και προσβάσιμη, αλλά και να απαντά στις πολλαπλές ανάγκες των ατόμων. Σε τελευταία ανάλυση, θα πρέπει να στοχεύει στη χρήση αποτελεσματικών θεραπευτικών τεχνικών, ώστε να ενδυναμώνονται οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές, ούτως ώστε να αυτό βοηθούνται, αντλώντας από το καθημερινό περιβάλλον τους, όπως και από συγκροτημένους υποστηρικτικούς μηχανισμούς. Η φροντίδα σε κοινοτικό επίπεδο μπορεί να βρίσκει δυνάμεις υποστήριξης και να δημιουργεί συμμαχίες που αλλιώς θα παρέμεναν καλυμμένες και ανενεργές, δηλαδή, πράγματα που δεν μπορεί να γίνουν στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Με τη χρήση αυτών των καλυμμένων δυνάμεων μπορούμε να προλάβουμε καταστάσεις όπου οι εξερχόμενοι από τα νοσοκομεία ασθενείς παραδίδονται από τις υπηρεσίες στις ανέτοιμες οικογένειες, με γνωστά αρνητικά ψυχοκοινωνικά επακόλουθα, και επιβάρυνση και των δύο πλευρών. Η στήριξη αυτή επιτρέπει αποτελεσματικότερη διαχείριση του κοινωνικού και οικογενειακού βάρους, το οποίο παραδοσιακά ανελάμβανε η ιδρυματική περίθαλψη. Αυτού του είδους οι υπηρεσίες εξαπλώνονται σε μερικές Ευρωπαϊκές χώρες, σε μερικές πολιτείες των ΗΠΑ, στην Αυστραλία, στον Καναδά και στην Κίνα. Αρχή έχει γίνει και σε μερικές χώρες της Λατινικής Αμερικής, Αφρικής, Ανατολικής Μεσογείου, ΝΑ Ασίας, και στον Δυτικό Ειρηνικό (W.H.O. 1997b).

Η σωστή φροντίδα, όπως και όπου κι αν εφαρμόζεται, πηγάζει από βασικές καθοδηγητικές αρχές, μερικές από τις οποίες έχουν ιδιαίτερη σχέση με την φροντίδα της ψυχικής υγείας. Αυτές είναι η διάγνωση, η έγκαιρη παρέμβαση, η λογική χρήση θεραπευτικών τεχνικών, η αρχή του συνεχούς της φροντίδας, η ποικιλία των

⁶² Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Δ/ση Ψυχικής Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία. Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα, 2001, σελ. 56-74

υπηρεσιών, η εμπλοκή των καταναλωτών, η συνεργασία με τις οικογένειες, η εμπλοκή της τοπικής κοινότητας και η ενσωμάτωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

8.2 Περιεχόμενο

Παράλληλα η αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών - ίσως περισσότερο από άλλες κλινικές καταστάσεις - χρειάζεται έναν ισορροπημένο συνδυασμό τριών βασικών πραγμάτων: **φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία, και ψυχοκοινωνική αποκατάσταση.**

Η σωστή αντιμετώπιση των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών απαιτεί τον προσεκτικό συνδυασμό αυτών των τριών στοιχείων. Πόσο χρειάζεται από το καθένα εξαρτάται από την κύρια διάγνωση, αλλά και από τη συννοσηρότητα με άλλες σωματικές και ψυχικές παθήσεις, την ηλικία του ασθενούς και το στάδιο της νόσου. Με άλλα λόγια, η θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενή. Αλλά και αυτές αλλάζουν καθώς εξελίσσεται η ασθένεια, και αλλάζουν οι συνθήκες διαβίωσης του ασθενούς (**σχήμα 1**).



Σχήμα 1: Οι ανάγκες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές

8.3 Ευκαιρίες εργασίας στην κοινότητα

Υπάρχουν σε όλο τον κόσμο πολλές χιλιάδες καλά παραδείγματα ασθενών με ψυχικές διαταραχές, που όχι μόνο είναι ενσωματωμένοι στην κοινότητα, αλλά και έχουν παραγωγική και οικονομικά σημαντική συμμετοχή. Μόνο στην Ευρώπη, κάπου 10.000 άτομα δουλεύουν σε επιχειρήσεις, που ιδρύθηκαν για να τους προσφέρουν απασχόληση. Δίδονται εδώ αρκετά παραδείγματα ευκαιριών μέσα στην κοινότητα.⁶³

Ξεκινώντας με ένα μικρό αριθμό πασχόντων από ψυχικές διαταραχές, μερικοί από τους οποίους ήταν αλυσοδεμένοι για χρόνια, ιδρύθηκε ένα ορνιθοτροφείο στο Μπουακέ, στην Ακτή Ελεφαντοστού. Αν και αρχικά αντιμετωπίστηκε αρνητικά από την τοπική κοινότητα, εξελίχθηκε σε μία σημαντική επιχείρηση από την οποία εξαρτάται τώρα η κοινότητα. Η αρχική αντίδραση μεταμορφώθηκε σε ολόθερμη υποστήριξη, ιδιαίτερα όταν υπήρξε έλλειψη εργατικών χεριών και η επιχείρηση άρχισε να προσλαμβάνει ανθρώπους από την τοπική κοινότητα, πράγμα που την έκανε τον μεγαλύτερο εργοδότη στην περιοχή.

Στην Ισπανία, μια μεγάλη μη κυβερνητική οργάνωση έχει δημιουργήσει 12 κέντρα υπηρεσιών και απασχολεί πάνω από 800 άτομα με ψυχικές διαταραχές. Ένα από αυτά, στην Κάμπρα της Ανδαλουσίας, είναι ένα εργοστάσιο επίπλων που λειτουργεί με εμπορικά κριτήρια, και απασχολεί 212 άτομα, η τεράστια πλειοψηφία των οποίων είχε μακρές νοσηλείες στα ψυχιατρεία. Το εργοστάσιο είναι πολύ μοντέρνο και έχει αρκετές γραμμές παραγωγής, όπου οι ανάγκες και οι ικανότητες κάθε εργαζόμενου λαμβάνονται υπόψη. Μόλις πριν από λίγα χρόνια, αυτοί οι εργαζόμενοι ήταν κλειδωμένοι σε νοσοκομεία, όπως συνεχίζουν να είναι πολλοί άλλοι με ψυχικές διαταραχές. Τα προϊόντα τους πωλούνται σήμερα σε όλη την Ευρώπη και τις ΗΠΑ.

Ένας συνεταιρισμός για την απασχόληση ανθρώπων με ψυχικές διαταραχές, που ιδρύθηκε στην Ιταλία το 1981 από εννέα μόνο ανθρώπους, έχει τώρα 500 μέλη, τα οποία τώρα επέστρεψαν σε μια παραγωγική ζωή και έχουν ενταχθεί στην κοινωνική ζωή. Ο συνεταιρισμός, ο οποίος είναι ένας μεταξύ εκατοντάδων παρόμοιων στην Ιταλία, προσφέρει υπηρεσίες καθαρισμού, κοινωνικές υπηρεσίες σε

⁶³ Harnois G, Gabriel P (2000). Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva, World Health organization and International Labour Office

ηλικιωμένους και σε ενήλικους ή παιδιά με ειδικές ανάγκες, προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης, συντήρηση πάρκων, κήπων κλπ.

Στο Πεκίνο, ένα από τα μεγαλύτερα εργοστάσια βάμβακος της χώρας έχει αρκετές εκατοντάδες διαμερίσματα για τους εργαζόμενους, καθώς και νοσοκομείο με 140 κλίνες και δύο σχολεία. Πρόσφατα, μια νεαρή εργαζόμενη διαγνώστηκε ότι έπασχε από σχιζοφρένεια και νοσηλεύτηκε για ένα χρόνο. Μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο επέστρεψε στο διαμέρισμα της και την προηγούμενη δουλειά της, με πλήρεις αποδοχές. Όμως, μετά ένα μήνα, διαπίστωσε ότι δεν μπορούσε να δουλέψει με τους ρυθμούς των συναδέλφων της και μετατέθηκε σε γραφείο. Αυτή η λύση ήταν αποτέλεσμα της υποχρέωσης του εργοδότη να επαναπροσλάβει την γυναίκα μετά την ασθένεια της.

8.4 Φροντίδα για τους αυριανούς παππούδες και γιαγιάδες

Η σημαντική αύξηση των ηλικιωμένων παγκοσμίως είναι το αποτέλεσμα όχι μόνο κοινωνικοδημογραφικών αλλαγών, αλλά και του προσδόκιμου επιβίωσης το οποίο αυξήθηκε στον 20^ο αιώνα, κυρίως λόγω βελτίωσης της υγιεινής και της δημόσιας υγείας. Αυτό το κατόρθωμα είναι ταυτόχρονα και μεγάλη πρόκληση στην οποία πρέπει να απαντήσουν οι επόμενες δεκαετίες: πώς θα διασφαλιστεί η ευζωία των ηλικιωμένων, οι οποίοι θα αποτελούν πάνω από το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού το 2025.

Η γήρανση του πληθυσμού είναι πιθανό να συνοδευτεί από μεγάλες αλλαγές στον επιπολασμό και την κατανομή σωματικών και ψυχικών διαταραχών και των συσχετισμών μεταξύ τους.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας της τρίτης ηλικίας είναι συχνά, και μπορεί να είναι σοβαρά και ποικίλα. Εκτός από την νόσο Alzheimer, που συναντάται σχεδόν αποκλειστικά σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, πολλά άλλα προβλήματα επιπολάζουν, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, και οι ψυχωτικές διαταραχές. Οι αυτοκτονίες φθάνουν τα υψηλότερα ποσοστά, ιδίως μεταξύ των ανδρών. Η κατάχρηση ουσιών, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων και του αλκοόλ, είναι επίσης συχνότατη, όμως δεν της δίδεται σημασία.

Αυτά τα προβλήματα φέρνουν δυστυχία όχι μόνο στους ηλικιωμένους, αλλά και στους συγγενείς. Σε πολλές περιπτώσεις μέλη της οικογένειας αναγκάζονται να θυσιάσουν μεγάλο μέρος της προσωπικής τους ζωής για να αφιερωθούν σε άρρωστο συγγενή. Η επιβάρυνση που προκαλείται στις οικογένειες και τις κοινότητες είναι μεγάλη, και συνήθως, η έλλειψη επαρκών πόρων στη δημόσια περίθαλψη αφήνει τις οικογένειες και τους ασθενείς χωρίς την αναγκαία υποστήριξη.

Πολλά από αυτά τα προβλήματα είναι δυνατό να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, αλλά οι περισσότερες χώρες δεν έχουν σχετικές πολιτικές, προγράμματα και υπηρεσίες. Το ιδιότυπο «διπλό» στίγμα που επικρατεί - το ένα λόγω της ψυχικής διαταραχής και το δεύτερο λόγω του θανάτου που πλησιάζει - δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την πρόσκτηση της απαραίτητης βοήθειας.

Το δικαίωμα στη ζωή και στην ποιότητα ζωής απαιτεί βαθιές αλλαγές στο πώς οι κοινωνίες βλέπουν τους ηλικιωμένους, και επομένως το σπάσιμο πολλών ταμπού. Ο τρόπος που οι κοινωνίες αυτο-οργανώνονται για να φροντίσουν τους ηλικιωμένους είναι καλός δείκτης του πόσο σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια.

9.1 Γενικά

Η πολιτική για την ψυχική υγεία, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά πρέπει να έχει ειδική θέση μέσα στην γενικότερη πολιτική για την υγεία. Σπουδαίος λόγος για αυτό είναι το στίγμα και η καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων πολλών ατόμων με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, και η βοήθεια που μεγάλη μερίδα εξ αυτών έχει ανάγκη, ώστε να βρει κατάλληλη στέγη και επαρκές εισόδημα.

Η χάραξη της πολιτικής για την ψυχική υγεία, το αλκοόλ και τα ναρκωτικά πρέπει να ενσωματωθεί στις σύνθετες κυβερνητικές πολιτικές για την υγεία, την πρόνοια και την κοινωνία γενικά. Η κοινωνική, πολιτική και οικονομική πραγματικότητα πρέπει να αποτυπωθεί σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

Κατά τη χάραξη αυτών των πολιτικών, πρέπει να τεθούν ορισμένα ερωτήματα:

- *Η πολιτική προάγει την φροντίδα σε κοινοτική βάση;*
- *Οι υπηρεσίες είναι ολοκληρωμένες και ενσωματωμένες στην πρωτοβάθμια περίθαλψη;*
- *Η πολιτική ενθαρρύνει συνεργασίες μεταξύ ατόμων, οικογενειών και εργαζομένων στην υγεία;*
- *Η πολιτική ενδυναμώνει τα άτομα, τις οικογένειες και τις κοινότητες;*
- *Η πολιτική δημιουργεί ένα σύστημα που σέβεται, προστατεύει και εφαρμόζει τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές;*
- *Εφαρμόζονται όσο το δυνατόν ευρύτερα παρεμβάσεις με αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα;*
- *Υπάρχει αριθμητικά και ποιοτικά επαρκές προσωπικό ώστε να εφαρμοστεί η πολιτική;*

⁶⁴ Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Δ/νση Ψυχικής Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία. Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα, 2001 σελ.84-110

- *Αναγνωρίζονται οι ειδικές ανάγκες των γυναικών, παιδιών και εφήβων;*
- *Υπάρχει ισοτιμία μεταξύ των υπηρεσιών για την ψυχική υγεία και των άλλων υπηρεσιών για την υγεία;*
- *Η πολιτική θέτει ως απαίτηση το συνεχή έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών;*
- *Η πολιτική δημιουργεί ένα σύστημα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες όσων δεν προσεγγίζουν εύκολα τις υπηρεσίες και είναι πιο ευπαθείς;*
- *Δίνεται έμφαση σε στρατηγικές πρόληψης και ενημέρωσης;*
- *Η πολιτική ενθαρρύνει διατομεακούς δεσμούς μεταξύ της ψυχικής υγείας και των άλλων τομέων;*

Οι πολιτικές για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά έχουν μια ιδιομορφία, καθώς εμπλέκονται η καταστολή και άλλοι έλεγχοι που αφορούν στην προμήθεια των ψυχοδραστικών ουσιών, όπως και οι τρόποι αντιμετώπισης της απειλής για την δημόσια ασφάλεια, που συνεπάγεται η χρήση ουσιών. Οι πολιτικές αυτές πρέπει βέβαια να καλύπτουν την εκπαίδευση, πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση (WHO 1998).

Ένα σημαντικό βήμα στην ανάπτυξη πολιτικής για την ψυχική υγεία είναι να προσδιορίσει η κυβέρνηση ποιοι είναι οι υπεύθυνοι για τη χάραξη αυτής της πολιτικής. Στη χάραξη πρέπει να ληφθούν υπόψη οι θέσεις πολλών: των ασθενών (που καλούνται και καταναλωτές) των οικογενειών, των ειδικών, των πολιτικών και άλλων ενδιαφερομένων. Μερικοί, όπως οι εργοδότες και οι δικαστικοί, μπορεί να μη θεωρούν ότι έχουν λόγο να εμπλακούν, αλλά πρέπει να πειστούν ότι η συμμετοχή τους είναι σημαντική. Η πολιτική πρέπει να θέτει προτεραιότητες και κατευθυντήριες γραμμές, βάσει των καταγεγραμμένων αναγκών και λαμβάνοντας υπόψη τους διαθέσιμους πόρους.

9.2 Εμπόδια στην εφαρμογή παρεμβάσεων

Τόσο σε επίπεδο πολιτικής όσο και σε επίπεδο συστήματος υγείας, υπάρχουν εμπόδια στην εφαρμογή αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Τα εμπόδια αυτά φαίνονται στο ακόλουθο σχήμα (**Σχήμα 2**).

Σχήμα 2: Στίγματα και διακρίσεις

Επίπεδο πολιτικής	Επίπεδο συστήματος υγείας
<ul style="list-style-type: none">● Έκταση του προβλήματος δυσανάλογα μεγάλη σε σχέση με τον περιορισμένο προϋπολογισμό για την ψυχική υγεία.● Πολιτική για την ψυχική υγεία ανεπαρκής ή ανύπαρκτη● Νομοθεσία για την ψυχική υγεία ανεπαρκής ή ανύπαρκτη● Ασφάλιση για την υγεία που κάνει διακρίσεις κατά των ατόμων με ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές.	<p>Μεγάλα τριτοβάθμια ιδρύματα</p> <ul style="list-style-type: none">● Στιγματισμός, κακές συνθήκες σία νοσοκομεία, παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, υψηλό κόστος.● Ανεπαρκής θεραπεία και φροντίδα. <p>Πρωτοβάθμια περίθαλψη</p> <ul style="list-style-type: none">● Ελλείψεις στην ενημέρωση, ειδίκευση, εκπαίδευση και επίβλεψη για την ψυχική υγεία.● Κακή υποδομή. <p>Κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας</p> <ul style="list-style-type: none">● Έλλειψη υπηρεσιών, ανεπαρκείς πόροι. <p>Ανθρώπινοι πόροι</p> <ul style="list-style-type: none">● Έλλειψη ειδικών και γενικού υγειονομικού προσωπικού με γνώσεις και ικανότητες, ώστε να χειρίζονται τις διαταραχές σε όλα τα επίπεδα της περίθαλψης. <p>Ψυχοτρόπα φάρμακα</p> <ul style="list-style-type: none">● Ανεπαρκής προμήθεια και διανομή φαρμάκων σε όλα τα επίπεδα της περίθαλψης. <p>Συντονισμός υπηρεσιών</p> <ul style="list-style-type: none">● Κακός συντονισμός μεταξύ υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων και των μη υγειονομικών.

Πόλεμος και αναταραχές Καταστροφές Αστικοποίηση Φτώχεια

9.3 Μετατόπιση της περίθαλψης εκτός των μεγάλων ψυχιατρείων

Ο τελικός στόχος είναι η παροχή περίθαλψης και φροντίδας να γίνεται στο επίπεδο της κοινότητας. Αυτό οδηγεί στο κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων αν και μία άμεση απόφαση αυτού του τύπου μπορεί να μην είναι ρεαλιστική. Βραχυπρόθεσμα και μέχρι να καταστεί δυνατόν, όλοι οι ασθενείς να τύχουν περίθαλψης και επαρκούς φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας, τα ψυχιατρεία πρέπει να περιορισθούν, οι συνθήκες ζωής των νοσηλευομένων ασθενών να βελτιωθούν, το προσωπικό να εκπαιδευτεί, να υιοθετηθούν πρακτικές που θα προφυλάσσουν τους ασθενείς από μη αναγκαίες υποχρεωτικές εισαγωγές και θεραπείες, και να δημιουργηθούν ανεξάρτητοι μηχανισμοί παρακολούθησης και ελέγχου των συνθηκών στα νοσοκομεία. Επιπροσθέτως τα νοσοκομεία οφείλουν να μετασχηματισθούν σε κέντρα ενεργού θεραπείας και αποκατάστασης.

Τα αποτελέσματα της μεταφοράς λειτουργιών του παραδοσιακού ψυχιατρείου σε κοινοτικές υπηρεσίες, φαίνονται παρακάτω:

Υπηρεσίες του παραδοσιακού ψυχιατρείου	Αποτελέσματα της μεταφοράς στην κοινοτική περίθαλψη
<ul style="list-style-type: none">Ⓢ Εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και θεραπεία.Ⓢ Ενεργή θεραπεία για σύντομη ή μέση παραμονή.Ⓢ Μακροχρόνιος εγκλεισμός.Ⓢ Προστασία από εκμετάλλευση.Ⓢ Φροντίδα ημέρας και υπηρεσίες για εξωτερικούς ασθενείς.	<ul style="list-style-type: none">Ⓢ Καλύτερα να μεταφερθεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ή σε γενικές υπηρεσίες υγείας.Ⓢ Θεραπεία ίδια ή βελτιωμένη, αλλά τα αποτελέσματα δεν επιτρέπουν γενίκευση.Ⓢ Συνήθως βελτίωση με προστατευόμενη στέγαση για όσους χρειάζονται μακροχρόνια και μεγάλο βαθμού στήριξη.Ⓢ Μερικοί ασθενείς συνεχίζουν να είναι ευάλωτοι σε σωματική, σεξουαλική και οικονομική εκμετάλλευση.Ⓢ Μπορεί να βελτιωθούν εάν αναπτυχθούν τοπικές, προσβάσιμες υπηρεσίες ή να αποδιοργανωθούν εάν δεν αναπτυχθούν. Επαναπροσδιορισμός των υποχρεώσεων

<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Επαγγελματικές και εκπαιδευτικές υπηρεσίες και αποκατάσταση. Ⓢ Στέγη, ρουχισμός, διατροφή και βασικό εισόδημα. Ⓢ Ανακούφιση από τη συνεχή φροντίδα για οικογένειες και λοιπούς. Ⓢ Έρευνα και εκπαίδευση. 	<p>των κοινωνικών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας είναι συχνά αναγκαίος.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Βελτίωση σε κανονικό περιβάλλον. Ⓢ Κινδυνεύει και κατά συνέπεια οι υποχρεώσεις και ο συντονισμός πρέπει να αποσαφηνιστούν. Ⓢ Συνήθως η ίδια: η θεραπεία στο σπίτι αντισταθμίζεται από την πιθανή ανάγκη αυξημένης στήριξης της οικογένειας από ειδικούς Ⓢ Νέες ευκαιρίες εμφανίζονται με την αποκέντρωση.
<p>Πηγή: Thornicroft G, Tansella M (2000). <i>Balancing community and hospital –based mental health care: the new agenda Geneva. WHO (αδημοσίευτο έγγραφο)</i></p>	

9.4 Διατομεακή συνεργασία για την ψυχική υγεία

Κυβερνητικός τομέας	Ευκαιρίες για την βελτίωση της ψυχικής υγείας
<p>Εργασία και απασχόληση</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Δημιουργία θετικού εργασιακού περιβάλλοντος, χωρίς διακρίσεις, με παραδεκτές συνθήκες εργασίας και προγράμματα στήριξης του εργαζομένου. ■ Ενσωμάτωση ατόμων με σοβαρές ψυχικές ασθένειες στην εργατική δύναμη. ■ Υιοθέτηση πολιτικών που ενθαρρύνουν υψηλά επίπεδα απασχόλησης, διατήρηση των ανθρώπων στην εργασία, βοήθεια στους ανέργους.
<p>Οικονομία</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Υιοθέτηση πολιτικών οικονομικής μεταρρύθμισης που μειώνει την σχετική, όπως και απόλυτη φτώχεια. ■ Ανάλυση και διόρθωση δυνητικά αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής μεταρρύθμισης στα

	ποσοστά ανεργίας.
Εκπαίδευση	<ul style="list-style-type: none"> ■ Εφαρμογή πολιτικών πρόληψης-διακοπής του σχολείου πριν την συμπλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. ■ Εισαγωγή πολιτικών κατά των διακρίσεων στα σχολεία. ■ Ενσωμάτωση στη διδασκαλία δεξιοτήτων επιβίωσης, ώστε να διασφαλιστούν σχολεία φιλικά προς τα παιδιά ■ Εξυπηρέτηση αναγκών των παιδιών με ειδικές ανάγκες π.χ. με μαθησιακές δυσκολίες.
Στέγαση	<ul style="list-style-type: none"> ■ Προτεραιότητα στους ανθρώπους με ψυχικές διαταραχές. ■ Ίδρυση στεγαστικών υπηρεσιών (π.χ. ενδιάμεση διαμονή, πριν δηλαδή να είναι έτοιμοι να επιστρέψουν στην κοινότητα). ■ Πρόληψη διακρίσεων ως προς τον τόπο διαμονής. ■ Πρόληψη γεωγραφικού διαχωρισμού.
Υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας	<ul style="list-style-type: none"> ■ Αναγνώριση ότι η ψυχική ασθένεια είναι λόγος προτεραιότητας για την απόδοση παροχών. ■ Παροχές που αποδίδονται στην οικογένεια εφόσον αυτή κυρίως φροντίζει τον πάσχοντα. ■ Εκπαίδευση του προσωπικού των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας.
Σωφρονιστικό Σύστημα	<ul style="list-style-type: none"> ■ Πρόληψη αδικαιολόγητης φυλάκισης ατόμων με ψυχικές διαταραχές. ■ Δυνατότητα θεραπείας ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών μέσα στις φυλακές. Μείωση των επιπτώσεων της φυλάκισης στην ψυχική υγεία. ■ Εκπαίδευση προσωπικού σε όλο το σύστημα.

ΜΕΡΟΣ Γ΄: *ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ*

Κεφάλαιο 10^ο :

Παροχή Αποτελεσματικών Λύσεων⁶⁵

10.1 Αποτελεσματικές λύσεις για την ψυχική υγεία

Υπάρχουν σημαντικές πρόοδοι στην κατανόηση της ψυχικής υγείας και την αδιαχώριστη σχέση της με την σωματική υγεία. Αυτή η νέα αντίληψη κάνει την προσέγγιση της ψυχικής υγείας, από τη σκοπιά της δημόσιας υγείας, όχι μόνο επιθυμητή αλλά και εφικτή.

Το μέγεθος και η επιβάρυνση που προκαλούν στην υγεία οι ψυχικές διαταραχές, επηρεάζουν τουλάχιστον ένα τέταρτο όλων των ανθρώπων κάποια στιγμή στη ζωή τους και επικρατούν σε όλες τις κοινωνίες. Ιδιαίτερα ότι οι ψυχικές διαταραχές, που είναι ακόμα συχνότερες μεταξύ των φτωχών, των ηλικιωμένων, όσων υπέστησαν συγκρούσεις και καταστροφές και των πασχόντων από άλλες σωματικές ασθένειες. Η επιβάρυνση των ανθρώπων αυτών και των οικογενειών τους, με όρους ανθρώπινου πόνου, αναπηρίας και οικονομικού κόστους, είναι τεράστιο.

Υπάρχουν αποτελεσματικές λύσεις για τις ψυχικές διαταραχές. Οι πρόοδοι στην ιατρική και ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση σημαίνουν ότι τα περισσότερα άτομα και οικογένειες μπορούν να βοηθήσουν. Μερικές ψυχικές διαταραχές μπορούν να προληφθούν και στις περισσότερες μπορεί να προσφερθεί αποτελεσματική θεραπεία. Μια φωτισμένη νομοθεσία και ενημερωμένη πολιτική για την υγεία – που μπορεί να υποστηρίζεται από εκπαιδευμένο προσωπικό, επαρκή και συνεχή χρηματοδότηση – μπορούν να βοηθήσουν ώστε να προσφερθούν οι κατάλληλες υπηρεσίες στους έχοντες ανάγκη, σε όλα τα επίπεδα φροντίδας για την υγεία.

10.2 Γενικές Συστάσεις

Οι δέκα προτάσεις για δράση έχουν ως εξής:

■ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ.)

⁶⁵ Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Δ/νση Ψυχικής Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία. Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα, 2001, σελ.117-123

Η αντιμετώπιση και η θεραπεία ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι ένα βασικό βήμα, το οποίο δίνει την ευκαιρία στον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων να έχουν ευκολότερη και ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες - πρέπει να αναγνωρισθεί ότι πολλοί ήδη ζητούν βοήθεια σε αυτό το επίπεδο. Αυτό όχι μόνο προσφέρει καλύτερη φροντίδα αλλά περιορίζει τόσο την σπατάλη από περιττές εξετάσεις όσο και τις ακατάλληλες και μη εξειδικευμένες θεραπείες. Για να συμβεί αυτό όμως, οι επαγγελματίες της Π.Φ.Υ. πρέπει να εκπαιδευτούν στις βασικές δεξιότητες της φροντίδας της ψυχικής υγείας στο επίπεδο αυτό. Αυτή η εκπαίδευση διασφαλίζει την άριστη χρήση της διαθέσιμης γνώσης για το μέγιστο δυνατό αριθμό ατόμων έτσι ώστε να είναι δυνατή η άμεση εφαρμογή παρεμβάσεων. Επομένως η ψυχική υγεία θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στα εκπαιδευτικά προγράμματα της Π.Φ.Υ. και να υπάρχει επιμόρφωση, ώστε να βελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών από τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

● ΠΑΡΟΧΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η περίθαλψη στην κοινότητα έχει καλύτερα αποτελέσματα από αυτήν που προσφέρεται στα ιδρύματα, τόσο στην έκβαση όσο και στην ποιότητα ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Η μετατόπιση του κέντρου βάρους της φροντίδας των ασθενών από τα ψυχιατρεία στην κοινότητα είναι οικονομικά συμφέρουσα και σέβεται τα ανθρώπινα δικαιώματα. Συνεπώς, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας θα πρέπει να παρέχονται μέσα στην κοινότητα και να κάνουν χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων. Υπηρεσίες με τέτοια βάση δίνουν τη δυνατότητα έγκαιρης παρέμβασης και περιορίζουν το στιγματισμό των ασθενών. Τα μεγάλα ψυχιατρικά άσυλα θα πρέπει να αντικατασταθούν από κατάλληλες δομές στην κοινότητα, που υποστηρίζονται από ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία, και από υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Οι νέες αυτές δομές θα πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες όλων των πρώην χρόνιων ασθενών που διέμεναν στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι αλλαγές αυτές απαιτούν και ανάλογη μετακίνηση των εργαζομένων στον τομέα της ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών αποκατάστασης από τα ιδρύματα στην κοινότητα. Θα πρέπει επίσης να υπάρξει πρόνοια για την παρέμβαση σε κρίσεις, και την προστατευμένη στέγαση και απασχόληση.

● **ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΥ**

Πρέπει να αρχίσουν εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης για θέματα ψυχικής υγείας. Ο κύριος στόχος είναι να διευκολυνθεί η φροντίδα και η θεραπεία, αφού το κοινό θα γνωρίζει περισσότερα για τη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών, τις θεραπευτικές δυνατότητες, την διαδικασία ανάρρωσης και τα ανθρώπινα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Για να μπορεί ο γενικός πληθυσμός, οι επαγγελματίες του χώρου, τα ΜΜΕ και οι πολιτικοί να ανταποκρίνονται σωστά στα θέματα ψυχικής υγείας, θα πρέπει να γνωρίζουν τις εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν και τα πλεονεκτήματά τους. Αυτό είναι ήδη προτεραιότητα σε μερικές χώρες και οργανισμούς, διεθνείς ή εθνικούς. Η ορθά σχεδιασμένη ενημέρωση μπορεί να μειώσει το στίγμα και τις διακρίσεις, να αυξήσει τη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να μειώσει το χάσμα μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας.

● **ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΚΟΙΝΟΤΗΤΩΝ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΧΡΗΣΤΩΝ**

Οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών θα πρέπει να συμμετέχουν στην ανάπτυξη πολιτικών και στις αποφάσεις, στα προγράμματα και στις υπηρεσίες. Έτσι οι υπηρεσίες θα είναι καλύτερα προσαρμοσμένες στις ανάγκες και πιο φιλικές. Επί πλέον, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ηλικία, το φύλο, την κουλτούρα και τις κοινωνικές συνθήκες κατά περίπτωση.

● **ΥΠΑΡΞΗ ΕΘΝΙΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ, ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ**

Η πολιτική για την ψυχική υγεία, τα προγράμματα και η νομοθεσία είναι αναγκαία βήματα που οδηγούν σε σημαντική και με βάθος χρόνου δράση. Τα τρία αυτά στοιχεία θα πρέπει να βασίζονται στην υπάρχουσα γνώση και να λαμβάνουν υπόψη τα ανθρώπινα δικαιώματα. Οι περισσότερες χώρες πρέπει να αυξήσουν τους προϋπολογισμούς τους για την ψυχική υγεία, αφού τα σημερινά επίπεδα είναι χαμηλά. Μερικές χώρες που πρόσφατα ανέπτυξαν ή αναθεώρησαν την πολιτική και τη νομοθεσία τους, έχουν κάνει πρόοδο στην εφαρμογή προγραμμάτων για την ψυχική υγεία. Οι μεταρρυθμίσεις στην ψυχική υγεία θα πρέπει να είναι μέρος ευρύτερων μεταρρυθμίσεων στο σύστημα υγείας. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί δεν θα πρέπει να αποκλείουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από τα ασφαλιστικά

προγράμματα υγείας, ώστε περισσότεροι να έχουν πρόσβαση στη θεραπεία και να μειωθεί το βάρος που δέχεται η κοινωνική πρόνοια.

■ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ

Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες χρειάζεται να αυξήσουν και να βελτιώσουν την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που θα παρέχουν εξειδικευμένη περίθαλψη και θα υποστηρίζουν τα προγράμματα πρωτοβάθμιας υγείας. Οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες δεν έχουν επαρκή αριθμό ειδικευμένων επαγγελματιών για να στελεχώσουν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Άπαξ και ειδικευτεί, αυτό το προσωπικό θα πρέπει να ενθαρρυνθεί να παραμείνει στη χώρα του και σε θέσεις ανάλογες με τα προσόντα του. Αυτή η ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων είναι ιδιαίτερα αναγκαία σε χώρες που σήμερα έχουν λίγους πόρους. Αν και η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το καλύτερο περιβάλλον όσον αφορά την αρχική φροντίδα, οι ειδικοί χρειάζονται για ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών. Το ιδανικό θα ήταν οι ομάδες ειδικών στην ψυχική υγεία να συμπεριλαμβάνουν ιατρικό και μη-ιατρικό προσωπικό, όπως ψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εργοθεραπευτές, που μπορούν να συνεργαστούν με στόχο την ολοκληρωμένη περίθαλψη και την ενσωμάτωση των ασθενών στην κοινότητα.

● ΔΕΣΜΟΙ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ

Τομείς εκτός της υγείας, όπως της εκπαίδευσης, εργασίας, δικαιοσύνης και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και μη κυβερνητικές οργανώσεις, θα πρέπει να εμπλακούν στην προσπάθεια βελτίωσης της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις θα πρέπει να είναι πολύ πιο δραστήριες, με καλύτερα καθορισμένους ρόλους και να ενθαρρύνονται να υποστηρίζουν περισσότερο τις τοπικές πρωτοβουλίες.

■ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η ψυχική υγεία των κοινοτήτων θα πρέπει να ερευνάται και να καταγράφεται με την κατάλληλη εφαρμογή δεικτών ψυχικής υγείας που πρέπει να ενσωματωθούν στα

υπάρχοντα πληροφοριακά συστήματα για την υγεία. Οι δείκτες θα πρέπει να εκτιμούν τόσο τον αριθμό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όσο και την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, όπως επίσης και μερικά γενικότερα μέτρα της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού. Η καταγραφή αυτή είναι απαραίτητη για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών και προληπτικών παρεμβάσεων στην ψυχική υγεία, ενώ μπορεί να ενισχύσει τα επιχειρήματα υπέρ της προσέλκυσης πόρων. Οι καταγραφές αυτές επίσης μπορούν να βοηθήσουν ώστε να καθοριστούν οι τάσεις και να ανιχνευθούν οι μεταβολές στην ψυχική υγεία που οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες, όπως οι καταστροφές. Η ανάπτυξη νέων δεικτών για την ψυχική υγεία κρίνεται ως απολύτως απαραίτητη για την καλύτερη εκτίμηση των αναγκών στην κοινότητα.

● ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Περισσότερη έρευνα στις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πλευρές της ψυχικής υγείας είναι αναγκαία, ώστε να κατανοήσουμε καλύτερα τις ψυχικές διαταραχές και να αναπτύξουμε αποτελεσματικότερες παρεμβάσεις. Η έρευνα θα πρέπει να γίνεται σε ευρεία διεθνή βάση, ώστε να κατανοήσουμε τις διαφορές από κοινότητα σε κοινότητα και να μάθουμε περισσότερα για παράγοντες που ενέχονται στην αιτιολογία, την πορεία και την έκβαση των ψυχικών διαταραχών. Η δημιουργία ερευνητικής υποδομής στις αναπτυσσόμενες χώρες πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα.

Ακολουθεί **πίνακας** όπου παρέχονται τρία διαφορετικά σενάρια για την καθοδήγηση των αναπτυσσόμενων χωρών, προς το τι είναι εφικτό με τους περιορισμένους πόρους τους, σύμφωνα με την Έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Πίνακας 1

Δέκα Γενικές Προτάσεις	Σενάριο Α (χαμηλό επίπεδο πόρων)	Σενάριο Β (μέσο επίπεδο πόρων)	Σενάριο Γ (υψηλό επίπεδο πόρων)
1. Δυνατότητα	● Να αναγνωριστεί η ψυχική	■ Να αναπτυχθεί σε	⊕ Να βελτιωθεί η

θεραπευτικής αντιμετώπισης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη	<p>υγεία ως βασικό συστατικό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Να συμπεριληφθεί η αναγνώριση και θεραπεία των κοινών ψυχικών διαταραχών στα προγράμματα εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών υγείας. ● Να παρέχεται μετεκπαίδευση σε ιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (τουλάχιστον 50% κάλυψη κάθε 5 χρόνια). 	<p>τοπικό επίπεδο σχετικό εκπαιδευτικό υλικό.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Να παρέχεται συνεχής εκπαίδευση σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (100% κάλυψη σε 5 χρόνια) 	<p>αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να βελτιωθούν οι τρόποι παραπομπής ασθενών.
2. Διαθεσιμότητα ψυχοτρόπων φαρμάκων	<ul style="list-style-type: none"> ● Να εξασφαλισθεί η διαθεσιμότητα 5 βασικών φαρμάκων σε όλες τις υπηρεσίες περίθαλψης. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να εξασφαλισθεί η διαθεσιμότητα όλων των βασικών ψυχοτρόπων φαρμάκων σε όλες τις υπηρεσίες περίθαλψης. 	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να παρέχεται ευκολότερη πρόσβαση στα πιο καινούργια ψυχοτρόπα φάρμακα στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα της υγείας.
3. Παροχή περίθαλψης μέσα στην κοινότητα	<ul style="list-style-type: none"> ● Να απομακρυνθούν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές από τις φυλακές ● Να μειωθεί το μέγεθος των ψυχιατρείων και να βελτιωθεί η φροντίδα που παρέχουν. ● Να αναπτυχθούν ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία. ● Να παρέχονται κοινοτικές δομές περίθαλψης (τουλάχιστον 20% κάλυψη) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να κλείσουν τα μεγάλα ψυχιατρεία. ■ Να ξεκινήσουν πιλοτικά προγράμματα για την ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην γενική περίθαλψη ■ Να παρέχονται κοινοτικές εγκαταστάσεις περίθαλψης (τουλάχιστον 50%). 	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να κλείσουν τα μεγάλα ψυχιατρεία όπου έχουν απομείνει. Ⓢ Να αναπτυχθούν εναλλακτικές λύσεις για τη στέγαση των ασθενών Ⓢ Να παρέχονται κοινοτικές εγκαταστάσεις περίθαλψης (100% κάλυψη) Ⓢ Να παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα μέσα στην κοινότητα σε πάσχοντες από σοβαρές ψυχικές διαταραχές.
4. Εκπαίδευση του	<ul style="list-style-type: none"> ● Να προωθηθούν 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να 	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να ξεκινήσουν

κοινού	<p>εκστρατείες εναντίον του στίγματος και των διακρίσεων.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Να υποστηριχθούν μη κυβερνητικές οργανώσεις στο έργο τους. 	<p>χρησιμοποιηθούν τα ΜΜΕ για να προαχθεί η ψυχική υγεία, να καλλιεργηθεί θετική στάση και να βοηθηθεί η πρόληψη διαταραχών.</p>	<p>εκστρατείες ενημέρωσης για την αναγνώριση και θεραπεία των κοινών ψυχικών διαταραχών.</p>
5. Συνεργασία κοινοτήτων, οικογενειών και χρηστών	<ul style="list-style-type: none"> ● Να υποστηριχθούν η δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας. ● Να χρηματοδοτηθούν σχέδια για μη κυβερνητικές οργανώσεις και πρωτοβουλίες για την ψυχική υγεία. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να αντιπροσωπεύονται οι κοινότητες, οι οικογένειες και οι χρήστες των υπηρεσιών στις υπηρεσίες και στη χάραξη πολιτικής. 	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να ενθαρρυνθούν οι πρωτοβουλίες στήριξης πολιτικών για την ψυχική υγεία.
6. Ύπαρξη εθνικών πολιτικών προγραμμάτων και νομοθεσίας	<ul style="list-style-type: none"> ● Να αναθεωρηθεί η νομοθεσία με βάση τις πρόσφατες γνώσεις και τα ανθρώπινα δικαιώματα. ● Να σχεδιαστούν προγράμματα ψυχικής υγείας και πολιτικές. ● Να αυξηθεί ο προϋπολογισμός για την φροντίδα της ψυχικής υγείας. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να δημιουργηθούν πολιτικές για τα ναρκωτικά και το αλκοόλ σε εθνικό και σε περιφερειακό επίπεδο. ■ Να αυξηθεί ο προϋπολογισμός για την φροντίδα της ψυχικής υγείας. 	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να διασφαλισθεί η δίκαιη χρηματοδότηση της περιθαλψής, συμπεριλαμβανομένων των ασφαλειών.
7. Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων	<ul style="list-style-type: none"> ● Να εκπαιδευτούν ψυχίατροι και ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να δημιουργηθούν εθνικά κέντρα εκπαίδευσης για τους ψυχιάτρους, το ψυχιατρικό νοσηλευτικό προσωπικό, τους ψυχολόγους και τους ψυχιατρικούς κοινωνικούς λειτουργούς. 	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να εκπαιδευτούν ειδικοί στις εξελιγμένες θεραπείες.
8. Δεσμοί με άλλους	<ul style="list-style-type: none"> ● Να αρχίσουν προγράμματα ψυχικής υγείας στο σχολείο 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να ενισχυθούν τα προγράμματα 	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να παρέχονται ειδικές εγκαταστάσεις στα

τομείς	<p>και στην εργασία.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Να ενθαρρυνθούν οι δραστηριότητες μη κυβερνητικών οργανώσεων. 	<p>ψυχικής υγείας στο σχολείο και στην εργασία.</p>	<p>σχολεία και στους χώρους εργασίας για τους ψυχικά ασθενείς.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να ξεκινήσουν προγράμματα αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας σε συνεργασία με άλλους τομείς.
9. Καταγραφή της ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο	<ul style="list-style-type: none"> ● Να συμπεριληφθούν οι ψυχικές διαταραχές στα βασικά συστήματα πληροφοριών για την υγεία. ● Να γίνουν έρευνες σε ομάδες πληθυσμού με μεγάλη επικινδυνότητα. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να θεσπιστεί, σε κοινοτικό επίπεδο, η έρευνα για συγκεκριμένες διαταραχές (πχ κατάθλιψη). 	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να αναπτυχθούν εξελιγμένα συστήματα παρακολούθησης της ψυχικής υγείας. Ⓢ Να παρακολουθείται η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης
10. Υποστήριξη περισσότερης έρευνας	<ul style="list-style-type: none"> ● Να διεξαχθούν έρευνες σε κοινοτικό επίπεδο για τον επιπολασμό, την πορεία, την έκβαση και τις επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην κοινότητα 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Να αρχίσουν οι μελέτες για την αποτελεσματικότητα και την ανταποδοτικότητα της αντιμετώπισης των κοινών ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. 	<ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Να επεκταθεί η έρευνα για τις αιτίες των ψυχικών διαταραχών Ⓢ Να διεξαχθούν έρευνες για την παροχή των υπηρεσιών Ⓢ Να διερευνηθούν τα στοιχεία για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.

Παράρτημα Ι.

Φωτογραφικό Υλικό

Θεραπευτήριο Ψυχικών Νοσημάτων «Δρομοκαΐτειο»

Έτος κατασκευής 1887

Θεραπευτήριο ψυχικών νοσημάτων, που ιδρύθηκε το 1887 με κληροδότημα του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαΐτη (1805-1880). Ήταν το πρώτο Ψυχιατρείο στην Ελλάδα που άνοιξε τις πόρτες των νοσηλευτικών τμημάτων το 1947 και άφησε τους νοσηλευόμενους να κυκλοφορούν ελεύθερα πρώτα μέσα στο χώρο του ιδρύματος και κατόπιν στην κοινωνία.

Η έκταση που καταλαμβάνει σήμερα είναι 303 στρέμματα και η δύναμη των ασθενών εντός του ιδρύματος είναι 450 άτομα και άλλα 80 περίπου άτομα σε ξενώνες και προστατευμένα διαμερίσματα.

Αρχικά είχαν χτιστεί 4 νοσηλευτικά κτίρια (Ανωτέρων Θέσεων Ανδρών, Ανωτέρων θέσεων Γυναικών, Ανησύχων Ανδρών και Ανησύχων Γυναικών), καθώς και τα απαραίτητα βοηθητικά κτίρια (οίκημα γραφείων, οικία Διευθυντή, θυρωρείο, μαγειρείο, φαρμακείο, πλυντήριο, ματιοθήκη και υδροθεραπευτήριο)

Μετά τα αρχικά κτίρια ανεγέρθηκαν και τα παρακάτω:

- **Σεβαστοπούλειο** το 1890.
- **Θεολόγειο** το 1893 (επειδή υπέστη σημαντικές ζημιές από το σεισμό του 1981, κατεδαφίστηκε το 1983 και στη θέση του εγκαταστάθηκε προκατασκευασμένο κτίριο που φέρει το όνομα «**Νέο Θεολόγειο**»).
- **Σπηλιοπούλειο** το 1893 (το 1951 έγινε προσθήκη ορόφου).
- **Παθολογικό** το 1893 (αρχικά χρησιμοποιήθηκε για κατοικία του τότε υποδιευθυντή γιατρού και το 1954 διαρρυθμίστηκε σε Παθολογική Κλινική).
- **Κτίρια Εργοθεραπείας** α) Ανδρών, β) Γυναικών το 1893.
- **Ακτινολογικό** Εργαστήριο το 1896.
- **Σύγγρειο** το 1901.
- **Ελλήνων Αμερικής – Κουντουριώτειο** το 1922.
- **Βενιζέλειο** το 1928.

- *Σκυλίτσειο* το 1928.
- *Δάφτσειο* το 1931 (το 1983 έγινε προσθήκη θαλάμων και το 1954 νέα προσθήκη – επέκταση).

Σήμερα πολλά από αυτά έχουν αναμορφωθεί, νέοι βοηθητικοί χώροι και ιατρεία έχουν προστεθεί, ενώ κάποια άλλα λόγω παλαιότητας δεν χρησιμοποιούνται πια.

Εικ. 1: Σύγγρειο. Περιέχει 4κλινα δωμάτια ανδρών – γυναικών που περικλείουν ένα εσωτερικό αίθριο.



Εικ. 2: Ελλήνων Αμερικής. Περιέχει 2κλινα δωμάτια ανδρών-γυναικών.



Εικ. 3: Σεβαστοπούλειο. Κτίριο του 1890, δεν χρησιμοποιείται πια.



Εικ. 4: Σκυλίτσειο. Κτίριο του 1928, δεν χρησιμοποιείται πια.



Εικ. 5: Ταρσή-παθολογικό. Ιατρεία και κλίνες. Διακρίνονται οι δεύτερες εξωτερικά, με θέα στο δάσος.



Εικ. 6: Γηροψυχιατρική Κλινική. Κτίριο του 1988. Διακρίνονται οι ισόγειες κλίνες για εύκολη πρόσβαση των ασθενών.



Εικ. 7: Εσωτερικό κλίνης στο Δάφτσειο.



Εικ. 8: Εσωτερικό κλίνης στο Ελλήνων Αμερικής.



**Εικ. 9: Εσωτερικό
τραπεζαρίας στο
Σύγγρειο. Διακρίνεται
το αίθριο στην οροφή
για καλύτερο φωτισμό
του χώρου.**



**Εικ. 10:
Εσωτερικό
τραπεζαρίας στο
Ελλήνων
Αμερικής.**





Εικ. 12: Το Φαρμακείο.





Εικ. 15: Η εκκλησία και άποψη περιβάλλοντος χώρου.



Εικ. 16: Το Υπαίθριο θέατρο.



Α. Βασικά κτιριολογικά προγράμματα του Υπουργείου Υγείας⁶⁶

- **Ξενώνες – Οικοτροφεία:** Δομές κατοικίας μέσα στην πόλη. Προορίζονται για αποϊδρυματοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Ουσιαστικά πρόκειται για σπίτια 10 έως 15 ατόμων.
- **Νοσοκομείο Ημέρας:** Αυτή η δομή μπορεί να βρεθεί ενσωματωμένη στο Ψυχιατρικό Τμήμα ή και στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας. Εδώ η πρόταση αναφέρεται στην αυτόνομη λειτουργία του.
- **Πολυδύναμο Κέντρο Ψυχικής Υγείας:** Ολοκληρωμένη δομή, έξω απ' το Νοσοκομείο, μέσα στην πόλη.
- **Ολοκληρωμένο Ψυχιατρικό Τμήμα ενηλίκων &**
- **Ολοκληρωμένο Ψυχιατρικό Τμήμα Παιδιών – Εφήβων:**
Είναι δομές ενσωματωμένες μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο.
- **Μονάδα Alzheimer:** Οι Μονάδες αυτές τώρα αρχίζουν να λειτουργούν, δυστυχώς το πρόβλημα, όσο περνάει ο καιρός, γίνεται όλο και πιο έντονο. Θα απαιτηθούν και άλλες τέτοιες Μονάδες.

⁶⁶Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Δ/ση Ψυχικής Υγείας, Δ/ση Τεχνικών Υπηρεσιών

**B. Προδιαγραφές (ΦΕΚ 202/ 24-12-91, ΦΕΚ 93/21-6-91,
ΦΕΚ 661/23-5-00)**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Δ/ση Ψυχικής Υγείας. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα ελπίδα. 2001, σελ.3, 51-74, 84-110, 117-123.
- Σχεδιάζοντας για την ψυχική υγεία. / Φανή Βαβύλη. - Θεσσαλονίκη: University Press, 1984, σελ.11,13-14.
- Στοιχεία ψυχιατρικής / Ρασιδάκι Ν.Κ.- 4^η έκδ., Αθήνα: Σ.Βασιλόπουλος,1983, σελ.19-20.
- Το πλαίσιο της Ψυχικής Υγείας.- Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Δ/ση Ψυχικής Υγείας, 2004, σελ.20-21.
- Εισαγωγή στην Ψυχολογία / Δανάη Παπαδάτου. - Αθήνα: Ζήτα,1987,σελ.11.
- B.Abel-Smith, The hospitals 1800-1948. A study in social administration in England and Wales. London 1964. p.15,354,405.
- C.Ayers. England's first state hospitals and the Metropolitan asylums board, 1867-1930.
- J.Conolly. The construction and goverment of lunatic asylums. London, 1968. p.8-9,10-25.
- Μ.Φουκώ. Η ιστορία της τρέλας. Αθήνα, 1964.
- M.Foucault. Disciplene and punish: the birth of the prison. Great Britain, 1975.
- A.Freeman, H.Kaplan, B.Sadock. Comprehensive textbook of psychiatry II. Baltimore, 1975.
- E.Goffman. Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Great Britain, 1979.
- T.Hamilton. Forms and functions of twentieth century architecture. New York,1952.
- J.Thomson, G.Goldin. The hospital: a social and architectural history. New Heaven, 1975.
- Henderson and Gillespi. A text book of psychiatry. England, 1940.
- W.Sargant. Battle for the mind. New York, 1957.
- D.Ingleby. Critical psychiatry: the politics of mental health. Great Britain, 1981.
- C.Smith, J.King. Mental Hospitals. London, 1975
- F.Kartwring. Disease and history. New York, 1972, p.147,148,207.
- L.Kolb. Modern clinical phychiatry. Philadelphia, 1974.
- J.Wing & G.Brown. Institutional and schizophrenia: a comparative study of the three mental hospitals. Cambridge, 1970.
- Ι.Τριανταφυλλίδης. Η αρχιτεκτονική των φυλακών. Θεσσαλονίκη, 1964.
- R.Holton, Maze symbolism in the architecture of asylums. Architectural Design 4, 1977, p.292.
- Henderson & Gillepsi, op.cit. p.11.
- .C.Butler, A.Erdman, Hospital Planning. New York, 1946, p.168, 170.
- P.Sivadon, General Principles of Construction of Psychiatric Hospitals. Howells.J. Modern perspectives in world psychiatry. New York, 1971, p.716.
- B.Hitchcox, Handout Motes on Whole Hospital Design Strategies. London, Feb. 1981.

- Γ.Λυχέτσος, Το ψυχιατρείο, Πρακτικά 10ου Συνεδρίου Νευρολογίας Θεσσαλονίκη 1983, τ.1, σ.381.
- W.H.O, Community Mental Hospital. Technical Report, No.73, Geneva, 1953
- The Architectural Review, Health and Hospitals: A special issue, June 1965, No.820, p.475.
- The Architect and Building News, 4 May 1966, p.793-798.
- Δ.Φατούρας, Μαθήματα Συστηματικής Θεωρίας της Αρχιτεκτονικής. Τόμος 1, β' έκδοση, Θεσσαλονίκη 1972, σ.376.
- DHSS, Hospital Building Note No. 31: Psychiatric Hard Type 1_ London, Hay, 1964, p.2.
- B.Ennis, The Impact of Litigation on the Future of State Hospitals, J.Zusman, E.Bertsch. The Future Role of the State Hospital. Massachusetts, 1975, p. 83-89.
- H.Demore, H.Schulber. Has the State Mental Hospital a Future as a Human Service Resource? J.Zusman, E.Bertsch. op.cit. p. 9-29.
- L.Ozarin, A.Levenson» The future of the public Mental Hospital. American Journal of Psychiatry, vol. 125, June 1969, p.1649.
- S.Thurer, Deinstitutionalization and women: Where the buck stops? Hospital and Community psychiatry, vol.34, No.12, Dec.1983, p.1162.
- L.Horelli, Environmental psychology and hospital design στο World Hospitals, vol. XIX, No.3, August 1983, p.45.
- S.Mazis & D.Canter, Physical Conditions and Management practices for Mentally Retarded children στο D. & S.Gander. Designing for Therapeutic Environments: A review of research. Chichester, 1979, p. 119-148.
- Debuchy, Design for efficiency, economy and humanity in hospitals. World Hospitals. 1983, XIX(3).
- F. Stadler, New trends in Western Europe in the planning of hospitals. World Hospitals_4983, XIX(3).
- Πέννυ Μπουλούτσά. Η Καθημερινή. Συνέντευξη Γ,Χριστοδούλου (πρόεδρος Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας.), 10/10/2005,
- Ε.Λυμπεράκης & Στ.Ευθυμίου. Εισήγηση στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Αθήνα, 1981,
- Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου. Η Καθημερινή. Επτά Ημέρες. 31/7/2005, σελ.23,
- Πέτρος Χαροκόλλης. Κοινωνική ψυχιατρική και ο μετασχηματισμός των ασύλων σε σύγχρονα ιδρύματα: Αναγκαιότητα ή ουτοπία; Ελληνογαλλικό Συμπόσιο. Αθήνα:Καστανιώτη, 1984, σελ.134,
- Levav I, Gonzalez VR (2000), Rights of persons with mental illness in Central America. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101:83-86,
- National Human Rights Commission (1999). Quality assurance in mental health. New Delhi, National Human Rights Commission of India.

- Harnois G, Gabriel P (2000). Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva, World Health organization and International Labour Office.

- www.psycrete.gr
- www.disability.gr
- www.hri.org
- www.mohaw.gr