

Η μετάθεση της ψυχιατρικής θεραπευτικής πράξης από το κλειστό σύστημα στο ανοικτό κοινωνικό περιβάλλον

A. Κατσαρός

Ψυχίατρος
Διευθυντής Ε.Σ.Υ.
Κέντρο Ψυχικής Υγείας –
Ιατροπαιδαγωγικό Κέρκυρας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1950, παράλληλα με την πρόοδο και τις κατακτήσεις στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας που άνοιγε νέες θεραπευτικές προοπτικές, η ψυχιατρική άρχισε να δέχεται την επιρροή θεωριών που προέρχονταν από τα συγγενή προς αυτήν πεδία των επιστημών του Ανθρώπου.

Η αναγνώριση, εκτός του βιολογικού, της σημασίας του ψυχολογικού και κοινωνικού παράγοντα, έβαλε σε κρίση το μέχρι τότε επικρατέστερο στην ψυχιατρική βιοϊατρικό μοντέλο και οδήγησε στην υιοθέτηση του πιο σύνθετου βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου ερμηνείας και προσέγγισης της ψυχικής νόσου.

Την ίδια χρονική περίοδο, έντονη ήταν η κριτική που ασκήθηκε στο Άσυλο του οποίου όχι μόνο αμφισβητήθηκε η καταλληλότητα ως χώρου θεραπείας αλλά θεωρήθηκε αναγκαία και η κατάργηση ως ιδρυματικού θεσμού «που απομονώνει και αποκλείει το άτομο, επιβαρύνοντας έτσι το αρχικό του πρόβλημα».

Η υιοθέτηση της σφαιρικής προσέγγισης του πάσχοντος ατόμου και η κατάργηση του Ασύλου έθεσαν στην ψυχιατρική ένα διπλό στενά αλληλένδετο και αλληλοεξαρτώμενο αίτημα: της διαμόρφωσης μίας ψυχιατρικής πράξης που θα ανταποκρίνεται στο νέο μοντέλο προσέγγισης αλλά και της δημιουργίας νέων θεραπευτικών χώρων και κατάλληλου πλαισίου για την εφαρμογή της.

Ο μετασχηματισμός του Δημοσίου συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα προχωρά ακόμα με βήματα πολύ διστακτικά. Στην Κέρκυρα οι ρυθμοί ήταν διαφορετικοί και για αυτό το Ψυχιατρείο ως Άσυλο καταργήθηκε. Στη θέση του λειτουργεί σήμερα ένα κοινοτικό δίκτυο υπηρεσιών ψυχικής υγείας που διακρίνεται για την καταλληλότητα των θεραπευτικών χώρων και του πλαισίου τους που επιτρέπουν μέσω μιας πολύδιάστατης ψυχιατρικής πράξης την σφαιρική προσέγγιση του πάσχοντος.

Είναι γνωστό ότι κατά τις τελευταίες δεκαετίες σημειώθηκαν βαθιές ιδεολογικές και μεθοδολογικές αλλαγές στον τρόπο προσέγγισης της ψυχικής νόσου. Τις αλλαγές αυτές προκάλεσαν μια σειρά παράγοντες όπως η κρίση του βιοϊατρικού μοντέλου στην Ψυχιατρική, η γέννηση και υιοθέτηση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου που αναγνωρίζει εκτός του βιολογικού, τη σημασία και την επιρροή του περιβαλλοντικού παράγοντα αλλά παράλληλα και «η

διάδοση της ψυχανάλυσης, τα επιτεύγματα της ψυχοφαρμακολογίας καθώς και οι κατακτήσεις στο πεδίο των νευροεπιστημών».¹

Σαν μια θετική συνέπεια αυτών των αλλαγών δρομολογήθηκαν καινοτομίες με στόχο την μεταρρύθμιση στα Δημόσια Συστήματα ψυχικής υγείας κάθε χώρας μέσω της ανάπτυξης υπηρεσιών που είναι ανοικτές στην αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περιβάλλον, το οικείο περιβάλλον του πάσχοντος ατόμου που ορίζεται ως «κοινωνικό περιβάλλον».²

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1950, παράλληλα με την πρόοδο και τις κατακτήσεις στον τομέα της ψυχοφαρμακολογίας άρχισαν να διαδίδονται ευρύτερα νέες θεωρίες προερχόμενες από τα συγγενή προς την ψυχιατρική πεδία των επιστημών του Ανθρώπου (ψυχολογία, ψυχανάλυση, κοινωνική ψυχολογία, συστημική ψυχολογία, κοινωνιολογία, ανθρωπολογία, φιλοσοφία) που τροποποίησαν βαθιά την μέχρι τότε επικρατούσα βιοϊατρική άποψη. «Σήμερα θεωρείται ότι η ψυχική νόσος δεν είναι ανεξάρτητη από το σύνολο των συνθηκών μέσα στις οποίες αναπτύσσεται».³

Οι θεωρίες μάλιστα αυτές συνέβαλαν ώστε να διαμορφωθούν και μέσα στο ίδιο το πεδίο της ψυχιατρικής εξειδικευμένοι κλάδοι ή υποειδικότητες όπως η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική, η Κοινωνική Ψυχιατρική, η Κοινωνική Ψυχιατρική, η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση.

Παρά τις μεταξύ τους διαφορές, τις αντιπαραθέσεις ή την τάση στο πλαίσιο του επιστημονικού διαλόγου να επικρατήσει η μία εις βάρος της άλλης, οι επιστημονικές αυτές θεωρίες και οι νέες μεθοδολογίες παρέμβασης που μελετούν τον άνθρωπο και τη συμπεριφορά του αναρωτήθηκαν και αμφισβήτησαν στην συνέχεια την θεραπευτικότητα του ιδρυματικού θεσμού και φαίνεται πως «συμμάχησαν προκειμένου να πετύχουν ένα κοινό στόχο: να καταρρίψουν εκ βάθρων την επικρατούσα μέχρι τότε ασφικτική, καταστροφική, μητρική συμβιωτική κουλτούρα που έτεινε να κρατά παθητικά τον ασθενή της, κατακλύζοντας τον με προβολές που τον όριζαν ως ανίκανο μικρό παιδί με ανάγκες απόλυτες και τάσεις επικίνδυνες και που θεωρούσε γι' αυτό πως έπρεπε να τον εγκλείσει σ' έναν κόλπο μητρικό συμβιωτικό και παλινδρομητικό, όπως το Άσυλο.»⁴

Έγινε επίσης προφανές ότι η ψυχιατρική πράξη, ως ιατρική πράξη μέσα στο Άσυλο εύκολα ακυρώνεται από τα αρνητικά χαρακτηριστικά του ιδρυματικού πλαισίου ακόμα και σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου είναι δυνατό να εγκατασταθεί μία σημαντική δυαδική σχέση ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή. «Ο ψυχίατρος μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο απλά γίνεται ο ρυθμιστής των ακραίων μόνο εκδηλώσεων της νόσου γιατί τα ισχυρά χαρακτηριστικά του ιδρυματικού θεσμού κυριαρχούν στα υποκείμενα χαρακτηριστικά του ατόμου που υποδέχεται για θεραπεία.»⁵

Προκειμένου, να αποσπαστεί ο ασθενής από αυτό τον ασφικτικό εναγκαλισμό κατά τον F. Basaglia έπρεπε «σε ένα πρακτικό επίπεδο να αναπτυχθεί μία διαδικασία απελευθέρωσης που ξεκινώντας από την βίαιη και καταπιεστική πραγματικότητα του Άσουλου, θα ενεργήσει στην κατεύθυνση της ανατροπής του Ιδρυματικού θεσμού.»⁶

Στη Μ. Βρετανία από τη δεκαετία του 1940 ξεκινούν οι πρώτες εμπειρίες κοινοτικής ψυχιατρικής με τον Maxwell Jones πραγματοποιώντας τα πρώτα βήματα εκείνης που αργότερα θα οριζόταν ως « ο νέος κοινοτικός ψυχιατρικός θεσμός».⁷

Στις Η.Π.Α. από το 1962 καθιερώνονται προσεγγίσεις με έντονη κοινωνιολογική επιρροή και αρχίζουν να λειτουργούν τα πρώτα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Στην Γαλλία από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 θεσμοθετούνται υπηρεσίες ψυχικής υγείας με βάση το διοικητικό κριτήριο του Τομέα, μια οργάνωση δηλαδή των υπηρεσιών «στη βάση μιας γεωγραφικής κατάτμησης, αλλά που βασικό ψυχιατρικό της γνώρισμα είναι η αρχή της συνέχειας στην περίθαλψη.»⁸

Στην Ιταλία το 1968 ψηφίζεται νόμος για την ενσωμάτωση της Ψυχιατρικής στα Γενικά Νοσοκομεία και λίγο αργότερα ο νόμος που στήριζε την υπέρβαση των ψυχιατρικών νοσοκομείων που καταργήθηκαν τελικά το έτος 2000.

Στην Ελλάδα αναφέρονται αξιόλογες προσπάθειες προσεγγίσεων εκτός ψυχιατρείου, ξεκινώντας από την δεκαετία του 1960 με την ίδρυση του πρώτου Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.⁹ Όμως μία συγκροτημένη πολιτική από την Πολιτεία για τον μετασχηματισμό του συστήματος ψυχικής υγείας, που μέχρι πριν λίγα χρόνια στηριζόταν αποκλειστικά στα Ψυχιατρεία, θα καθυστερήσει πολύ και θα ξεκινήσει αντιφατικά και με πολύ διστακτικά βήματα τα μέσα της δεκαετίας του 1980 μέσω της ώθησης που έδωσε ο χρηματοδοτικός ευρωπαϊκός κανονισμός 814/1984.¹⁰

Στην Κέρκυρα, αξίζει να αναφερθεί ότι το 1960 ο Α. Γκούσης σε πανελλήνιο συνέδριο όπου συμμετείχε υποστηρίζει: «Εξακολουθεί μέχρι και σήμερα ο ασθενής από ψυχική νόσο να είναι ο Allienus, ο ξένος της κοινωνίας, ο αποδιοπομπαίος.....κλίνεται μέσα στα άσυλα της καταπίεσης και της αδράνειας και η κοινωνία ησυχάζει. Σκοπός μας είναι να μεταβληθεί η σημερινή κατάσταση το ταχύτερον, με κάθε δυνατόν τρόπο.»¹¹

Για να στηρίξει κάποιος σήμερα την ακαταλληλότητα του παραδοσιακού ψυχιατρικού ιδρύματος, ως θεραπευτικού χώρου δεν χρειάζεται να αναφερθεί στις τόσο ακραία αρνητικές συνθήκες εγκλεισμού και εγκατάλειψης, όπως αυτές του Ψυχιατρείου της Λέρου. Ούτε να ανατρέξει στην πριν των ψυχοφαρμακολογικών ανακαλύψεων εποχή όταν οι έννοιες του ανιάτου, του ακατανόητου και της επικινδυνότητας του ασθενή ήταν συνυφασμένες με το άσυλο και αντιπροσώπευαν τα

προφανή περιοριστικά όρια της ίδιας της ψυχιατρικής.¹²

Το Ψυχιατρείο πράγματι συνεχίζει και μετά τον εξανθρωπισμό του αλλά και μετά τις επαναστατικές ανακαλύψεις της ψυχοφαρμακολογίας να είναι ακατάλληλο κυρίως γιατί είναι ένας χώρος αποκλεισμού. Ως ιδρυματικός θεσμός δεν μπορεί να αποβάλλει τα ενδογενή αρνητικά του χαρακτηριστικά. Κρατάει το άτομο που πάσχει έξω από τον φυσικό του χώρο, τον ιστορικό του χρόνο και το αποκλείει από πραγματικές σχέσεις και επικοινωνία, την στιγμή μάλιστα που το πάσχον άτομο παρουσιάζει διαταραγμένες αυτές ακριβώς τις ψυχικές παραμέτρους: του χώρου, του χρόνου, των διαπροσωπικών σχέσεων και της επικοινωνίας. Το ζητούμενο της θεραπείας αφορά και την αποκατάσταση αυτών των παραμέτρων σε ένα χώρο όμως απαλλαγμένο από ιδρυματικά χαρακτηριστικά, ένα χώρο ικανό να αναγνωρίζει και να κατανοεί την διάσταση της ανθρώπινης υποκειμενικότητας. Προνομιούχος χώρος ως πλαίσιο για μια τέτοια προσέγγιση θεωρείται σήμερα το ίδιο το κοινωνικό περιβάλλον.¹³

Από το 1984, τον χρόνο που ξεκίνησαν στην Ελλάδα οι διαδικασίες Μεταρρύθμισης του ψυχιατρικού συστήματος (που συμπεριλαμβάνουν και διοικητικού, διαχειριστικού, οργανωτικού αλλά και νομοθετικού χαρακτήρα διαδικασίες),¹⁴ παρά τις καθυστερήσεις σημαντικά είναι τα βήματα και οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στην κατεύθυνση υπέρβασης του ιδρυματικού μοντέλου περίθαλψης. Δημιουργήθηκαν σε όλη την χώρα αποκεντρωμένες Μονάδες Ψυχικής Υγείας συρρικνώνοντας έτσι τον πληθυσμό των Ψυχιατρείων, ενώ τέσσερα από αυτά όπως το ιστορικό Ψυχιατρείο της Κέρκυρας καταργήθηκαν.

Στον Τομέα της Κέρκυρας, εναλλακτικά προς το Ψυχιατρείο λειτουργούν σήμερα μικρές Δομές αποκαταστασιακής διαμονής και ευέλικτες υπηρεσίες στις τρεις βαθμίδες περίθαλψης. Συντονισμένες και συμπληρωματικές μεταξύ τους οι ανοικτές αυτές υπηρεσίες απαρτίζουν ένα δίκτυο ικανό να ανταποκρίνεται στις εκάστοτε διαφορετικές ανάγκες θεραπείας και φροντίδας.

Η κατάργηση βέβαια του ψυχιατρείου δεν αφορά την έννοια του «κλειστού συστήματος» μόνο ως πλαισίου και ως χώρου που απομονώνει και αποκλείει το άτομο αλλά αφορά και την περιεχόμενη μέσα στο πλαίσιο **ψυχιατρική θεραπευτική πράξη**.

Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΟΙ ΝΕΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΩΡΟΙ ΣΗΜΕΡΑ

Η ψυχιατρική θεραπευτική πράξη σήμερα στηρίζεται στην Κλινική ψυχιατρική-θεραπευτική όμως δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην δυαδική σχέση γιατρού-ασθενή, σε μία αντικειμενική παρατήρηση των συμπτωμάτων σε χώρο ουδέτερο και αποστειρωμένο,

ούτε αφορά μόνο στη χορήγηση μίας βιολογικής θεραπείας. Κατά την Α.Φραγκούλη «είναι δύσκολο να αναγνωρίσει κανείς ένα μοντέλο ελληνικής ψυχιατρικής πράξης. Σε κάθε περίπτωση, πρόκειται για ένα μοντέλο το οποίο δημιουργείται από την αλληλεπίδραση και την τροφοδότηση από την Κοινότητα.»¹⁵

Υπό αυτή την έννοια θα λέγαμε ότι στο πλαίσιο των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρόκειται για ένα μοντέλο πράξης που υπερβαίνοντας την βιοϊατρική διάσταση του προβλήματος στοχεύει να επιδρά θεραπευτικά και στις τρεις συνιστώσες του βιοψυχοκοινωνικού ενώ παράλληλα στοχεύει και στην παραγωγή Πρόληψης και Ψυχικής Υγείας.

Η ψυχιατρική πράξη βγαίνοντας από το κλειστό πλαίσιο του ιδρύματος και διευρύνοντας την προσοχή της στο κοινωνικό περιβάλλον μετά τα πρώτα χρόνια αβεβαιότητας και αναπόφευκτων ίσως πειραματισμών διαμόρφωσε ένα ανοικτό αλλά και καλά οριοθετημένο «**περιβαλλοντικό θεραπευτικό πλαίσιο**» μέσα στο οποίο επιχειρεί μια **σφαιρική προσέγγιση** αντιμετωπίζοντας τον ασθενή με μία νέα αντίληψη με νέα μέσα και τεχνικές που προσφέρουν τη δυνατότητα σχεδιασμού ενός καλά διαρθρωμένου, ενιαίου εξατομικευμένου θεραπευτικού προγράμματος στο οποίο συμμετέχουν ο ίδιος ο ασθενής, οι θεραπευτές, το οικογενειακό και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.¹⁶ Θεμελιώδης αξία και βασικό τεχνικό εργαλείο αυτού του τρόπου προσέγγισης είναι η **θεραπευτική σχέση** η δημιουργία της οποίας αποτελεί προϋπόθεση «εκ των ων ουκ άνευ» για κάθε σωστή θεραπευτική πρωτοβουλία. «Η εγκατάσταση μίας θετικής και ισχυρής συναισθηματικής σχέσης, η διατήρησή της στο χρόνο ως συνέχεια της θεραπευτικής φροντίδας αποτελεί βασικό γνώρισμα της προσπέλασης του αρρώστου με ένα ψυχαναλυτικό πρίσμα»¹⁷

Κατά τον Πλουμπίδη «διαμέσου της στοιχειώδους επαφής με την ψυχανάλυση, πολλοί έλληνες ψυχίατροι έμαθαν να ακούν την αφήγηση του αρρώστου, πράγμα καθόλου αυτονόητο σε παλαιότερες εποχές, καθώς η αφήγηση του ασθενούς εθεωρείτο ως στοιχείο παραπλάνησης του γιατρού.»¹⁸

Στο πλαίσιο της ανοικτής κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας η θεραπευτική σχέση δεν αφορά πλέον μόνο τον ψυχίατρο αλλά διευρύνεται στους ρόλους και στα μέλη της **ψυχιατρικής διεπιστημονικής ομάδας** του προσωπικού. «Στην αντιμετώπιση των ψυχώσεων θα λέγαμε ότι η μεταβίβαση του αρρώστου αφορά ολόκληρη την ψυχιατρική ομάδα και ακόμη περισσότερο ότι επενδύει στην ψυχιατρική υπηρεσία, το θεσμό που τον έχει αναλάβει.»¹⁹

Μέσω της θεραπευτικής σχέσης ο παλινδρομημένος ασθενής διευκολύνεται να δημιουργεί νέες θετικές ταυτίσεις, μπορεί να καταφέρνει να χρησιμοποιεί πιο ώριμους αμυντικούς μηχανισμούς, και να ενισχύεται

στον έλεγχο της πραγματικότητας που θα του επιτρέψει έτσι να λειτουργεί πιο εναρμονισμένα απέναντι στον εαυτό του και τους άλλους με μεγαλύτερη αυτονομία, ελευθερία αλλά και υπευθυνότητα.²⁰

Η θεραπευτική πράξη σήμερα εμπλουτίζεται με τις αξίες και πλαισιώνεται μέσω της εφαρμογής των μεθόδων της **Ψυχιατρικής/ Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης**.

Η Ψυχιατρική / Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι ο επιστημονικός κλάδος που αναπτύχθηκε τα τελευταία χρόνια, εστιάζει καταρχήν στις δυνατότητες του ατόμου και «μέσω μιας συντονισμένης διαδικασίας εφαρμόζει ιατρικά, κοινωνικά, εκπαιδευτικά και επαγγελματικά μέτρα που στοχεύουν να υποβοηθήσουν το άτομο να φθάσει στο μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία.»²¹(Π.Ο.Υ, 1981)

Κατά τον Μαδιανό, η ανάπτυξη της Ψυχιατρικής / Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης είναι το φυσικό αποτέλεσμα του σταδιακού ανοίγματος των πυλών των Ασύλων στη Δύση κατά τις δεκαετίες του 1960 και του 1970. Επίσης, σχετίζεται στενά με τα κινήματα του αποϊδρυματισμού, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων καθώς και με την ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στην κοινωνία ως ισότιμων μελών της.²²

Στο πεδίο των σοβαρών ψυχικών διαταραχών στόχος βέβαια τις περισσότερες φορές ακόμα δεν μπορεί να είναι η ίαση με την στενή έννοια του όρου αλλά η «**κοινωνική ίαση**» η επίτευξη δηλαδή «μίας ψυχικής ισορροπίας και αμοιβαίας προσαρμογής που προσφέρουν την δυνατότητα μίας αρμονικής και ικανοποιητικής ενσωμάτωσης στο κοινωνικό περιβάλλον.»²³

ΟΙ ΝΕΟΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΩΡΟΙ

Το σημερινό πλαίσιο φροντίδας είτε πρόκειται για αυτό του Ξενώνα και του Οικοτροφείου ως ένα πιο μακρόχρονο πλαίσιο θεραπείας είτε πρόκειται για το πιο βραχύ όπως του Μετανοσοκομειακού Ξενώνα και του Νοσοκομείου Ημέρας αλλά και αυτό του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας και της Ψυχιατρικής Κλινικής σε Γενικό Νοσοκομείο αποτελούν τα διαδοχικά σκηνικά ενός περιβαλλοντικού θεραπευτικού πλαισίου που διαφοροποιείται ριζικά σε σύγκριση με το προηγούμενο ιδρυματικό.

Ο χώρος στις Δομές Αποκατάστασης είναι ένας χώρος όπου ο ασθενής μπορεί να βιώσει την εμπειρία της κατοίκησης, ένας χώρος που προσφέρεται για την δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, επικοινωνία και συνάντηση. Είναι ένας χώρος εγγύς και οικείος που αναδεικνύει την αξία της καθημερινότητας ως δυνατότητα επανάκτησης βασικών ικανοτήτων, συναισθημάτων και συμπεριφορών.

Κατά μείζονα λόγο, το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκτυλίσσεται η ψυχιατρική θεραπευτική πράξη και η φροντίδα από τις υπηρεσίες του Κέντρου Ψυχικής Υγείας και την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας χαρακτηρίζεται από:

- Την εκούσια προσέλευση / έναρξη θεραπευτικής σχέσης.
- Την ένταξη στον κοινωνικό ιστό.
- Την δομημένη και σταθερή στο χρόνο σχέση και την δυνατότητα ανταπόκρισης ενδεχομένως σε πιο ώριμα αιτήματα.
- Την αναγνώριση της διαλεκτικής σχέσης ανάμεσα στην ανάγκη στήριξης και ανάγκη αυτονόμησης.
- Την ιδιαίτερη προσοχή στην ιστορία του ατόμου.
- Την αναγνώριση της ανάγκης σταθερότητας / πλαστικότητας της υπηρεσίας, στις συνδιαλλαγές με τον ασθενή.

Για όλα αυτά τα χαρακτηριστικά τους αναφέρει η G.Βα οι κοινοτικοί θεραπευτικοί χώροι θεωρείται ότι διαθέτουν ιδιότητες ενός περιβαλλοντικού πλαισίου ανάλογου με αυτό του σχεσιακού πλαισίου που είναι χαρακτηριστικό της ψυχοθεραπείας.²⁴

Θεωρούμε ότι οι μέχρι σήμερα εμπειρίες διεθνώς αλλά και αυτές του ελληνικού χώρου όπου μέχρι σήμερα είχαν την δυνατότητα να αναπτυχθούν, όπως η δική μας στην Κέρκυρα, επιβεβαιώνουν την αξία της νέας ψυχιατρικής προσέγγισης και την αξία του νέου περιβαλλοντικού πλαισίου που μαζί προτείνονται πλέον ως ένας νέος Κοινοτικός θεσμός που διαδέχεται τον Ιδρυματικό.

Όμως όπως αναφέρει ο Γ. Αμπατζόγλου (1991) «ακόμα και ένας νέος θεσμός μπορεί να εκφυλιστεί σε ίδρυμα.»⁽²³⁾ «Κάθε θεσμός μετατρέπεται σε ίδρυμα όταν δεν προχωρά από μόνος του σε μια συνεχή ανάλυση του αιτήματος που του απευθύνεται και όταν δεν αποφασίζει να αλλάξει τη δομή του ή και να δημιουργήσει άλλους θεσμούς όταν η ανάλυση θα το επέβαλε.»²⁵

SUMMARY

The transition of psychiatric therapy from the closed system to the open social environment

A. Katsaros

It was in the early 1950's that, together with the progress and achievements in the field of psychopharmacology, which opened new therapeutic prospects, psychiatry begun to be influenced by theories from its kindred fields of Human sciences.

The fact that the importance of not only the biological, but also of the psychological and social factors was now acknowledged, called into question the -up to that moment- dominant biomedical model in psychiatry, and led to the adoption of a more complex bio-socio-

psychological model in the interpretation and approach of mental illness.

At the same period, asylums were harshly criticised; not only was their suitability as places of treatment questioned, it was also deemed necessary to abolish them altogether, as institutions “that isolate and exclude the individual, thus augmenting its initial problem.”

The adoption of a global approach to patient management and the abolition of Asylums have posed to psychiatry a double, interdependent and inextricable demand: to form a psychiatric practice that would agree with the new model of approach and to create new therapeutic facilities and the suitable framework for its application.

The transformational progress of the Public system of mental health services in Greece is still slow. In Corfu, the rate of this transformation was different, and the Psychiatric Facility stopped operating as an Asylum. Its place was taken by a community-based mental health services network, characterized for the suitability of its therapeutic facilities and framework that allow the global approach to patient management through a multifaceted psychiatric practice.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Gabbard G, « Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική», σελ. 18-25, εκδ. ΑΛΦΑΒΗΤΑ, 2006
2. Μαδιανός Μ., « Κοινωνία και ψυχική υγεία», Τόμος Β', σελ. 18, εκδ. 1998
3. Ba G, «Strumenti e tecniche di Riabilitazione psichiatria e psicososiale» σ.19, εκδ. FrancoAngeli, 2004
4. Pietropolli Charmet G, « La forza dei matti» σ.118, εκδ. EDITIEME, 1987
5. Basaglia F., «L'Istituzione negate» σ.130, εκδ. EINAUDI, 1968
6. Basaglia F., op.cit. σ.129
7. Basaglia F., op.cit. σ.126
8. Αμπατζόγλου Γ., *Ψυχιατρική και Ιατρική*, σελ. 174-177, εκδ. ΟΔΥΣΣΕΑΣ/ΤΡΙΑΨΙΣ, 1991
9. Βλαχάκη Ε., «Η συμβολή της ψυχανάλυσης στην ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση» σ. 39-48, εκδ. ΠΑΠΑΖΗΣΗ, 2009
10. ΔΑΜΙΓΟΣ Δ(συντον), «ΑΠΟΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη» σελ. 39-48, εκδ. ΠΑΠΑΖΗΣΗ, 2009-11-10
11. Γκούσης Α., «Χρ. Τσιριγώτης: Ο πρώτος Έλληνας Ψυχίατρος», σ.9 Κέρκυρα, 1960
12. Andreoli V., «Un secolo di follia» σ.9-17, εκδ. RIZZOLI, 1991
13. Μαδιανός Μ., «Η Κλινική Ψυχιατρική» σ.519-520, εκδ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ, 2006
14. Μαδιανός Μ., «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση» σ.25, εκδ. Ελληνικά γράμματα, 1994
15. Φραγκούλη Α., «Η κινητή ψυχιατρική μονάδα Ν.Φωκίδας» δ. ΠΑΖΗΣΗ, 2008
16. Jones M., « La psichiatria nell' ambiente sociale» σ.186, εκδ. IL SAGGIATORE, 1974
17. Σακελλαρόπουλος Π, «Η συμβολή της ψυχανάλυσης στην ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση» σ. 17, εκδ. ΠΑΠΑΖΗΣΗ, 2009
18. Πλουμπίδης Δ., «Η συμβολή της ψυχανάλυσης στην ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση» σ.33 17, εκδ. ΠΑΠΑΖΗΣΗ, 2009
19. Σακελλαρόπουλος Π., (υπευθ. Εκδ.) cc Lempriere T – Felipe A και συνεργάτες., *:Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων*, τομ Β. σ.698, εκδ. Παπαζήση 1995
20. Γιαννακούλας Α., «Το ψυχοδυναμικό counseling» εκδ. ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ 2008
21. Π.Ο.Υ «Έκθεση για την παγκόσμια υγεία 2001, ψυχική υγεία: νέα αντίληψη, νέα ελπίδα»
22. ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ., «Ψυχιατρική και Αποκατάσταση» σ.23, εκδ. Καστανιώτη, 2005
23. Βα G., op. cit., σ.128-130
24. Βα G., op.cit., σ.128-130
25. Αμπατζόγλου Γ., op.cit. σ.167