

# Το μετέωρο βήμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα

## Μια διαχρονική προσέγγιση με επίκαιρα ερωτήματα

**Σ. Στυλιανίδης**

Αν. Καθ. Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο  
Μέλος ΔΣ Παγκόσμιας Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης,  
Πρόεδρος Εταιρείας Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ)

**Ν. Θεοχαράκης**

Ψυχολόγος, PhD, Επιστημονικός Υπεύθυνος Οικοτροφείου  
Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης Λαμίας, ΕΠΑΨΥ

**Π.Χ. Χονδρός**

Ψυχολόγος, MSc. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, ΕΠΑΨΥ

Οι προσπάθειες, σε τοπικό και εθνικό επίπεδο, για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας και του τρόπου που παρέχεται η ψυχιατρική φροντίδα, συνεχίζονται με συστηματικό τρόπο για περισσότερα από είκοσι έτη στη χώρα μας. Η ανάγκη για καταγραφή, παρουσίαση και αναστοχασμό της διαδρομής αυτής γίνεται όλο και πιο επιτακτική (Hoff 2001). Σκοπός αυτού του άρθρου είναι να εξετάσουμε με ποιους τρόπους και για ποιους λόγους η διαχρονική προσέγγιση και η χρήση ιστορικών αναφορών μπορεί να συμβάλει στην κριτική ανασκόπηση και την ερμηνευτική προσέγγιση της διαδικασίας και των αποτελεσμάτων του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος. Με ποιο τρόπο οι ιστορικές αναφορές μπορούν να αποτελέσουν μέρος της κατανόησης και της αξιολόγησης της μεταρρύθμισης, σε συμπληρωματικότητα με σχετικούς δείκτες με την επίτευξη των στόχων και τη λειτουργία του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών, με κοινωνιολογικές και ανθρωπολογικές ερμηνείες και προσεγγίσεις; Μέσα από ποια διαδικασία μπορεί να διερωτηθούμε, όχι μόνο πόσες νέες δομές και προγράμματα δημιουργήθηκαν, αλλά σε ποιο πλαίσιο και με ποιες υποκειμενικές αντιλήψεις λειτουργούν, πού και πώς μπορεί να συναντήσουν το κοινωνικό αίτημα για ψυχιατρική φροντίδα, σε συνάρτηση με το πλέγμα των σημασιών και των νοημάτων που το καθορίζουν.

Ο προβληματισμός έγκειται στο ότι οι ιστορικές αναφορές συχνά δεν αξιοποιούνται στο βαθμό που πρέπει (Βασιλαματζής 1983). Οι ιστορικές προσεγγίσεις είτε για την ψυχιατρική ως επιστημονικό κλάδο, είτε για τη μεταρρύθμιση ενός παραδοσιακού συστήματος υγείας, τις περισσότερες φορές έχουν ως σκοπό την «ομαλή» εισαγωγή στο πεδίο: συχνά χαρακτηρίζονται από την τάση να παρουσιάζουν την εξέλιξη στο συγκεκριμένο πεδίο ως μία γραμμική διαδικασία, από την «άγνοια» και το «σκοτάδι» δηλαδή προς την κατάκτηση της επιστημονικής γνώσης.



1. Ο αρχαίος γιατρός Γαληνός απεικονίζεται με μεσαιωνική ενδυμασία να δέχεται δύο ασθενείς: έναν που πάσχει από σωματική ασθένεια (όρθιος, ακουμπά το χέρι του στο στήθος) και έναν που πάσχει μάλλον από μελαγχολία (καθιστός, ακουμπά το κεφάλι του στο χέρι του). Η παρουσία αυλητή που παίζει μουσική παραπέμπει στη μουσικοθεραπεία των Πυθαγορείων, σύμφωνα με την οποία η μουσική είχε ευεργετική δράση στα σωματικά και ψυχικά νοσήματα. Κώδικας Δρέσδης.



2. Ο Χριστός θεραπεύει τον σεληνιαζόμενο. Άγιον Όρος, κώδ. 5 της Μονής Ιβήρων, φ. 177v.

Είναι άραγε έτσι όσον αφορά την πολυπλοκότητα του μεταρρυθμιστικού διαβήματος απέναντι στην ιστορική νοηματοδότηση; Διαπιστώνουμε ένα έλλειμμα αναστοχασμού και συχνά αποφεύγουμε να αναφερθούμε στις σκοτεινές ιστορικές στιγμές του χώρου αυτού, σε περιόδους που οι θεωρίες και οι πρακτικές όχι απλά δεν εξυπηρετούσαν το κοινωνικό σύνολο, αλλά προκαλούσαν μέγιστα δεινά. Θα μπορούσαμε να τις περιγράψουμε ως «ρομαντικές» και «πανηγυρικές», καθώς διαφαίνεται η ανάγκη να παρουσιάσουν μια θετική εικόνα για τους εμπλεκόμενους σ' αυτή. Η υπόθεσή μας δεν στηρίζεται σε μια ισοπεδωτική κριτική για το όλο μεταρρυθμιστικό εγχείρημα, ούτε σ' έναν ατέρμονο σχετικισμό, αλλά στη θέση ότι με μια νηφάλια απόσταση από ιδεολογικές παραμορφώσεις της πραγματικότητας, αναγνωρίζουμε διαφορετικές μορφές και επίπεδα ανάλυσης, προκειμένου να νοηματοδοτηθούν με επάρκεια. Αυτή η θέση ίσως αντανάκλα τη θέση του Foucault (1980) σχετικά με την υπέρβαση του «εκβιασμού» να είμαστε υπέρ ή κατά της Αναγέννησης. Επομένως, κατανοούμε ότι οι ιστορικές αναφορές δεν πρέπει να στοχεύουν απλώς στο να παρέχουν μια στατική εικόνα του παρελθόντος, αλλά στο να μας βοηθούν να ερμηνεύσουμε το παρόν και να αντλήσουμε στοιχεία που θα μας βοηθήσουν να προχωρήσουμε στο μέλλον. Η κριτική της μεταρρύθμισης στο χώρο της ψυχιατρικής και των υπηρεσιών καθίσταται ακόμα πιο δύσκολη εάν αναλογιστούμε ότι η ψυχιατρική αποτελεί την ειδικότητα της ιατρικής που έχει ασκήσει κριτική στον εαυτό της περισσότερο από κάθε άλλη. Το ερώτημα που τίθεται εδώ, μέσα από το μωσαϊκό των σύγχρονων μεταμορφώσεων της ψυχιατρικής, είναι το εξής: «τι δικαίωμα έχουμε ως ιστορικοί της ψυχιατρικής ή ως εμπλεκόμενοι στη μεταρρύθμιση να επιβάλλουμε σε άλλους ερμηνείες για τις

εμπειρίες τους, που μπορεί να βρίσκονται σε σύγκρουση με την κατανόησή του;» (Bracken / Thomas 2005).

Μπορεί, λοιπόν, η ιστορία να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο στη λήψη αποφάσεων κατά την άσκηση του κλινικού έργου, στο σχεδιασμό πολιτικής ψυχικής υγείας και την οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών; Οι αντιφατικές διακλαδώσεις στην ιστορική πορεία, η αυτο-ομοιότητα συνθηκών και αντιλήψεων σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, η φαινομενική ευθύγραμμη εξέλιξη μπορούν να μας προσφέρουν γνώσεις σχετικά με το ποιος και τι διαμορφώνει τα πρότυπα και τους σταθερότυπους ανάπτυξης του χώρου και προώθησης των πολιτικών και πρακτικών του;

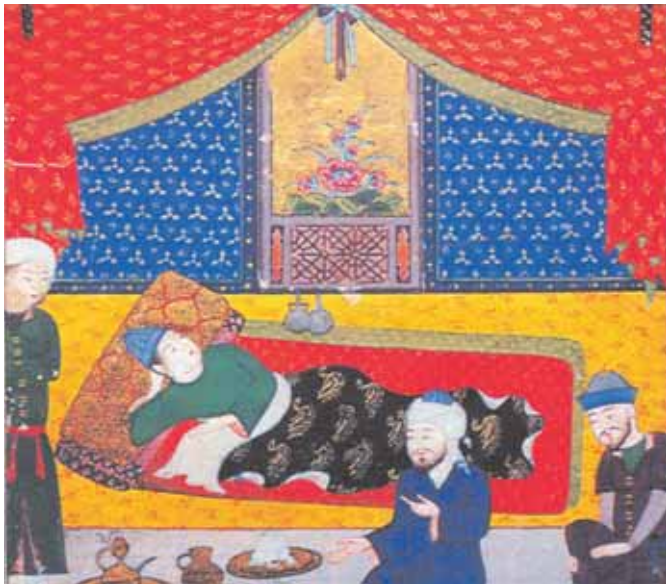
Στη συνέχεια θα προσπαθήσουμε να αναδείξουμε τις συνδέσεις μεταξύ διαχρονικής προσέγγισης και επίκαιρου προβληματι-

σμού σχετικά με την έκβαση του μεταρρυθμιστικού ψυχιατρικού διαβήματος στη χώρα μας και να θέσουμε έναν νέο κύκλο ερωτημάτων που αναφύονται από αυτές τις συνδέσεις (με επίκεντρο την ιστορία ως ζώσα ερμηνευτική ύλη της συγχρονίας).

### Ο ψυχιατρικός χώρος ως το μακροκοινωνικό περιβάλλον της μεταρρύθμισης

Είναι γενικά παραδεκτό σήμερα ότι η ψυχιατρική χαρακτηρίζεται από κρίση ταυτότητας στο βαθμό που βρίσκεται στο σταυροδρόμι των διαφορετικών επιστημών και των ιδεολογιών που επιδρούν τόσο στη θεωρία όσο και στην πρακτική άσκησή της (Στυλιανίδης 2006). Η εξέλιξη της ψυχιατρικής συνδέεται εμφανώς με την πολιτική, ανθρωπολογική, επιστημονική και κοινωνιολογική εξέλιξη κάθε κοινωνίας. Δηλαδή την αντίληψή της για τον άνθρωπο, για τις ελευθερίες του, για τα εμπόδια άσκησης των δημοκρατικών δικαιωμάτων του ως πολίτη, για την κυρίαρχη στάση της κοινωνίας απέναντι στην ανθρώπινη ευτυχία και οδύνη, ατομική και συλλογική.

Διανύουμε μια ιστορική περίοδο που οι δυτικές κοινωνίες συνειδητοποιούν την έκρηξη των δαπανών για την υγεία, δημόσια και ιδιωτική, και απαιτείται από την Ψυχιατρική η τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της, συχνά διαμέσου της εφαρμογής των κριτηρίων άσκησής της βασιζόμενης επί ενδείξεων Ιατρικής (Evidence Based Medicine), χωρίς καμιά επιστημολογική, διαχειριστική, κλινική προετοιμασία και ανάπτυξη κριτικού λόγου. Η άρνηση ή η εύλογα κριτική τοποθέτηση από την πλευρά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι σε μια τέτοια λογική, ισοδυναμεί για τις αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες με δραματική περικοπή των πόρων. Ταυτόχρονα η κατάρρευση του κράτους πρόνοιας,



3. Ο Αβικέννας, ο διασημότερος ίσως Άραβας γιατρός, ενώ εξετάζει ασθενή που πάσχει από τη νόσο του έρωτα. Περσικό χειρόγραφο του 16ου αι. Κωνσταντινούπολη, Μουσείο Τουρκικών και Ισλαμικών Τεχνών.

οι διαρθρωτικές δυσκολίες υποστήριξης της κοινωνικής συνοχής στο πλαίσιο της παγκοσμιοποιημένης οικονομίας, δημιουργεί εκρηκτικά προβλήματα ανισοτήτων, νέες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού, όχι μόνο ευπαθών ομάδων, αλλά και ευρύτερων στρωμάτων πληθυσμού που διαβιούν κάτω από το όριο της φτώχειας. Η διαφαινόμενη μετατροπή της ψυχικής οδύνης και των κοινωνικών ανισοτήτων σε αντικείμενο και πρόβλημα προς άμεση διαχείριση της ψυχιατρικής αναδεικνύει μια σαφή κοινωνική εντολή κοινωνικού ελέγχου σε ομάδες πολιτών που η κοινωνία και η πολιτική αδυνατούν (ή αρνούνται να επανεντάξουν κοινωνικά). Η διεύρυνση του χώρου της άσκησης της ψυχιατρικής, με παρεμβάσεις προληπτικού τύπου σε ευπαθείς ομάδες πληθυσμού, σε έναν ρευστό και εκτεταμένο χώρο της προαγωγής της ψυχικής υγείας αποτελεί μια ιστορική συνισταμένη της εποχής μας, αλλά και ένα κομβικό ηθικό πρόβλημα για τον τρόπο άσκησης της ψυχιατρικής σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον (Patel / Saraceno / Kleinman 2006).

Στη δεκαετία του 1960 υπήρχε μια ρωμαλέα αντίδραση ενάντια στην ιδρυματική ψυχιατρική από τους ψυχιάτρους και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι, σε ώσμωση με κινήματα ριζοσπαστικά και αριστερά, αμφισβητούσαν όχι μόνο τη βία του «ολοκληρωτικού» ιδρύματος, αλλά και την ίδια τη θεραπευτική συνιστώσα της ψυχιατρικής και την ύπαρξη της ψυχικής αρρώστιας. Η ψυχιατρική ταυτιζόταν με μηχανισμούς κρατικής καταστολής κάθε παρέκκλισης και αμφισβήτησης του status quo, σαν αιχμή του δόρατος με στόχο την ιδεολογική χειραγώγηση κάθε ρήξης με την κυρίαρχη καπιταλιστική πραγματικότητα, με την ακύρωση του λόγου του πάσχοντος υποκειμένου μέσα από τη θετικιστική εφαρμογή του ιατρικού μοντέλου με έμφαση ταυτόχρονα στην ιδιαιτερότητα της ψυχιατρικής. Μια συμπύκνωση του κινήματος της αμφισβήτησης

της ψυχιατρικής θα μπορούσε να διατυπωθεί ως εξής: «Τα ιδρύματα εμφανίζονται να είναι η αιτία της ψυχικής νόσου – όχι τα μέσα για να την εμπεριέχουν» (Hinschelwood/Skogstad 2000). Αυτό που έχει ενδιαφέρον μέχρι σήμερα είναι ότι παρά την εξαιρετικά μεγάλη πολυπλοκότητα περιγραφής και κατανόησης του ψυχοπαθολογικού φαινομένου και σε πείσμα αναγνώρισης των ορίων εφαρμογής της αποδόμησης του ασύλου και των νεο-ασυλικών λογικών στην κοινότητα, ορισμένοι κριτικοί ψυχίατροι ταυτίζουν ιδεολογικά, σε τελευταία ανάλυση, τον αποϊδρυματισμό και την κριτική του παραδοσιακού μοντέλου με την άρνηση αναγνώρισης της ύπαρξης της ψυχικής νόσου και τις σύγχρονες γνώσεις για την αποτελεσματική θεραπεία της. Η ιδεολογία ως όχημα «ψευδούς συνείδησης» (Μαρξ) ενισχύει τις αντιστάσεις εκείνων που στην ουσία αρνούνται να αναθεωρήσουν τις πολιτικές και θεωρητικές «προκαταλήψεις» τους (Jaspers) και να στοχαστούν γύρω από το πλαίσιο θεραπείας και τους μηχανισμούς νοσηματοδότησης του πάσχοντος υποκειμένου στην ολότητά του.



4. Επέμβαση πολύ συνηθισμένη κατά τον Μεσαίωνα ήταν η λεγόμενη αφαίρεση λίθου ψυχοπαθούς. Περιοδεύοντες τσαρλατάνοι γιατροί αφαιρούσαν δήθεν το λίθο και κατόπιν τον εμφάνιζαν με ταχυδακτυλουργικό τρόπο. Έργο του Hieronymus Bosch. Μαδρίτη, Μουσείο Prado.

## Στοιχεία ιστορικής αναφοράς σχετικά με την αλλαγή του ψυχιατρικού παραδείγματος

Η ιστορική διαδρομή από την Αρχαιότητα στον Μεσαίωνα και από την Αναγέννηση στη σημερινή εποχή μαρτυρεί ριζικούς μετασχηματισμούς αντιλήψεων και στάσεων για την τρέλα, μια δαιδαλώδη τροχιά των κοινωνικών αναπαραστάσεων, με παλινδρόμηση και πρόοδο απέναντι στα θεμελιακά υπαρξιακά ερωτήματα που θέτει η ψυχιατρική διαταραχή. Φαίνεται δε ότι αυτοί οι διαρκείς μετασχηματισμοί και η ρευστότητα δεν έχουν καθόλου ολοκληρωθεί τόσο στις δυτικές κοινωνίες όσο και στη χώρα μας, ως ιδιότυπος κοινωνικός σχηματισμός στο σταυροδρόμι Δύσης και Ανατολής. Αν αναλύσουμε εξαιρετικά σχηματικά αυτή την εξέλιξη μέσα από την ανάγνωση, για παράδειγμα, Γάλλων διανοητών, όπως του Pinel για τη δημιουργία της σύγχρονης ψυχιατρικής, του Foucault για την κοινωνιολογική ιστορία των θεσμών, του Lacan για την απόπειρα επανανάγνωσης και ανασυγκρότησης της φροϊδικής σκέψης, του Franz Fanon για τη ριζοσπαστική κριτική του ενάντια στην αποικιοκρατία, του Edouard Zarifian, καθηγητή ψυχιατρικής στο Παρίσι για την εναργή ανάλυσή του σχετικά με τον εκρηκτικά αναπτυσσόμενο χώρο των νευρο-επιστημών, θα διαπιστώσουμε το εξής: ότι η εξέλιξη της ψυχιατρικής ακολούθησε, ακολούθηί και θα ακολουθεί με βεβαιότητα την εξέλιξη των στερεοτύπων, των προκαταλήψεων, των κοινωνικών αναπαραστάσεων της τρέλας και τους ιστορικούς και πολιτισμικούς κώδικες που συνοδεύουν την προσέγγισή τους.

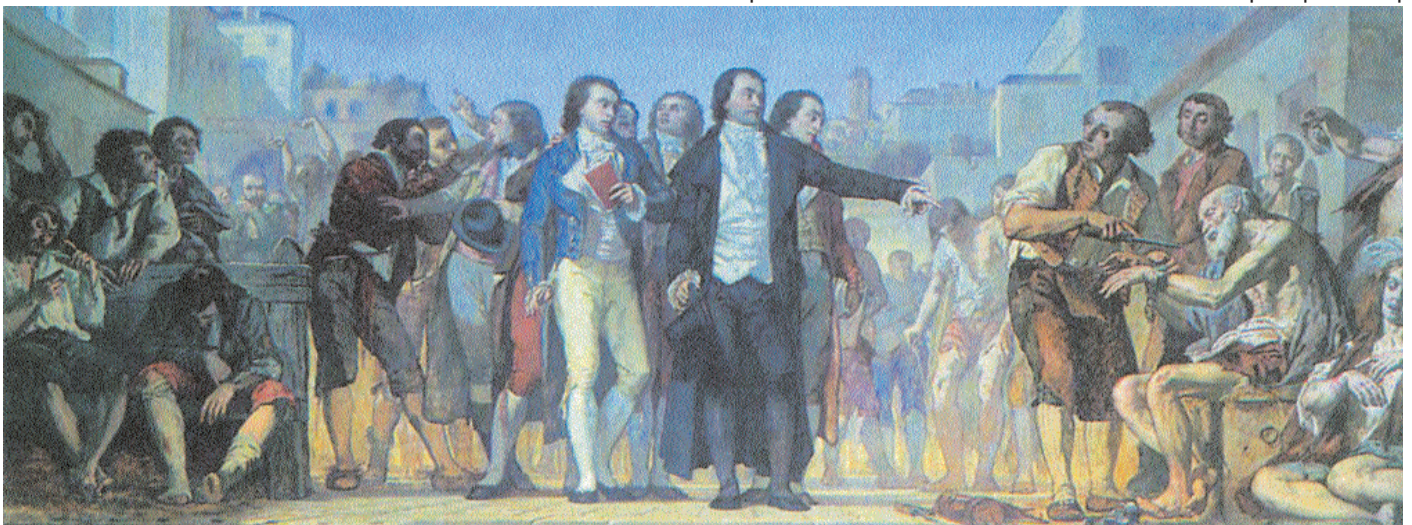
Διαμέσου των αιώνων, μέσα από την αλληλεπίδραση μεταβλητών παραμέτρων που παράγουν το ψυχοπαθολογικό φαινόμενο και μια από τις ακραίες εκφάνσεις του, την τρέλα, και παρά τις θεωρούμενες ριζικές αλλαγές που έχουν επέλθει, με την πρόοδο της βασικής έρευνας και τη μείωση της γοητείας και του ειδικού πολιτισμικού βάρους της ψυχανάλυσης, το ανθρωπολογικό ερώτημα παραμένει πάντοτε



5. Ο Δάφνιος Απόλλων, ο επονομαζόμενος και Λοξίας, θεωρούνταν προστάτης των ψυχασθενών κατά τους κλασικούς χρόνους. Εδώ ο «Απόλλων Σπένδων», από το εσωτερικό λευκής κύλικας, περ. 470 π.Χ. Δελφοί, Αρχαιολογικό Μουσείο.

δραματικά επίκαιρο: είναι αυτό της θέσης της τρέλας και της σχέσης της με το ανθρώπινο ον. Ερώτημα που εξακολουθεί να αιωρείται παρά τον φαινομενικό και ίσως πρόσκαιρο θρίαμβο του βιολογικού θετικισμού και τη «συρρίκνωση» της θέσης του πάσχοντος υποκειμένου κατά την άσκηση της ψυχιατρικής. Στον ελληνικό χώρο στους κλασικούς χρόνους η αντίληψη για την ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα μείγμα θεολογικών, φιλοσοφικών, και αντίστοιχα ορθολογικών στοιχείων (Θεοχαράκης 2001).

Ο εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή για πρώτη φορά εισάγεται στους *Νόμους* του Πλάτωνα. Ένα ψυχικά άρρωστο άτομο ήταν δυνατό να καταδικαστεί από τον δικαστή σε φυλάκιση



6. Πίνακας που απεικονίζει τον Philippe Pinel ενώ δίνει διαταγή για την αφαίρεση των αλυσίδων από ψυχασθενείς στο Νοσοκομείο Bic tre. Έργο του Charles Muller, μέσα του 19ου αιώνα.

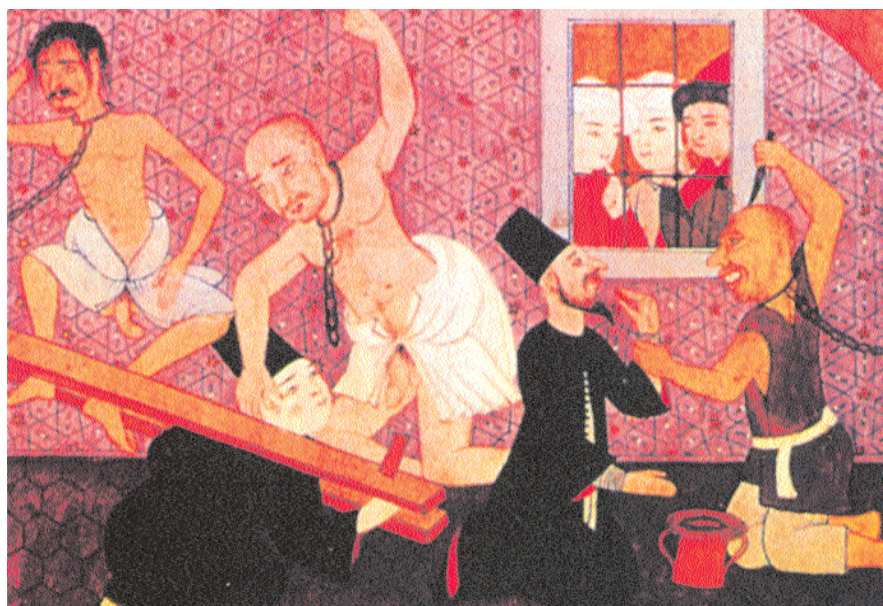
πέντε ετών με ρητή απαγόρευση των επαφών του με μέλη της κοινότητας. Στην πραγματικότητα, στην αρχαία Αθήνα οι ψυχικά ασθενείς παρέμεναν στο σπίτι τους υπό την επίβλεψη των συγγενών τους, οι οποίοι τιμωρούνταν αν τους παραμελούσαν ή τους εγκατέλειπαν (Πλουμπίδης 1981, 1989· Μαδιανός 1994). Στη Ρωμαϊκή περίοδο έχουμε και τα πρώτα νομικά θέματα για την ψυχική ασθένεια και τον ασθενή, ενώ η διδασκαλία του Γαληνού επηρεάζει κάθε ιατρική πράξη (Ευτυχιάδης 1995).

Τον 3ο αιώνα μ.Χ. ο Σωρανός ο Εφέσιος και ο Αρεταίος αναπτύσσουν ανθρωπιστικές θέσεις γύρω από τη θεραπεία των ψυχικά πασχόντων, οι οποίοι εκείνη την περίοδο διέμεναν σε ειδικά δωμάτια με ησυχία χωρίς την επίσκεψη των συγγενών τους. Ειδικά στα κείμενα του Σωρανού συναντάμε οδηγίες για την απαγόρευση της χρήσης αλυσίδων στους ψυχικά ασθενείς και την απαγόρευση του εγκλεισμού. Κατά τον Σωρανό, οι ασθενείς πρέπει να παραμένουν σε δωμάτια με μέτριο φωτισμό και θερμοκρασία και πλήρη ασφάλεια. Οι επισκέψεις συγγενών πρέπει να αποφεύγονται για να μην τους αναστατώνουν (Μαδιανός 1994· Θεοχαράκης 2001).

Τα πρώτα χρόνια του Βυζαντίου ο ψυχίατρος συνδέεται με τον επίσκοπο. Ο επίσκοπος ως τα τέλη του 5ου αιώνα λαμβάνει τη θέση του ψυχικού θεράποντα. Η ιδιότητα αυτή μεταφέρεται και στους ηγουμένους των μοναστηριών. Ίσως και το πτωχοτροφείο που ίδρυσε ο Μ. Βασίλειος να αποτελεί εκτός των άλλων και το πρώτο δείγμα ψυχιατρικής περίθαλψης. Ο Γρηγόριος Ναζιανζηνός, σχολιάζοντας το ίδρυμα του Μ. Βασιλείου λέει: «εδώ η νόσος φιλοσοφείται και η συμφορά μακαρίζεται και το συμπάθος δοκιμάζεται». Συνεχίζοντας την εικόνα του πνευματικού ιατρού πολλά χρόνια αργότερα ο Συμεών ο Νέος Θεολόγος, τον 11ο αιώνα, αναφέρει αυτοψίες που διενεργούσαν οι σύγχρονοί του ιατροί. Ιεροί άνδρες μελετούσαν, σπούδαζαν τις πνευματικές ασθένειες της ψυχής, για να μάθουν ποιες δυνάμεις ευθύνονταν και να καθορίσουν τα αίτια. Αυτό γινόταν για να βρουν αποτελεσματικές θεραπείες για τις ψυχικές παθήσεις. Ίσως τα άλλα ιδρύματα, πτωχοτροφεία, ξενώνες κ.λπ. να εξυπηρετούσαν τους ψυχικά πάσχοντες και όχι τα νοσοκομεία αφού στα τυπικά των ιδρυμάτων δεν γίνεται καμιά αναφορά για κλίνες ή για ειδικό χώρο των ψυχικά ασθενών. Ο Μ. Βασίλειος αναφέρει ότι οι μανιακοί νοσηλεύονται σε έσχατη περίπτωση, μόνο όταν η νόσος είναι βαρύτατη και όλα τα μέτρα δεν είναι εφικτό να ληφθούν στο σπίτι των ασθενών. Την ίδια άποψη με την κατ' οίκον νοσηλεία συναντούμε και στα κείμενα του Παύλου Αιγινήτη χρόνια αργότερα, ο οποίος αναφέρει και ποιοι θα βοηθούν

στη νοσηλεία των ψυχικά ασθενών στο σπίτι. Ο ίδιος συνιστά οι εύποροι ασθενείς που είχαν οικογένεια και υπηρέτες να παραμένουν στο σπίτι τους για νοσηλεία (Θεοχαράκης 2001).

Στους βυζαντινούς χρόνους η ψυχική ασθένεια διαφοροποιείται από το δαιμονισμό και εισάγονται από νωρίς αυστηρά κριτήρια διαγνωστικά και διαφοροδιαγνωστικά. Μάλιστα η ψυχική ασθένεια θεωρείται βαρύτερη και σοβαρότερη της σωματικής: «των σωματικών ιαμάτων κρείττω είναι τα ψυχικά». Η ψυχική ασθένεια αναγνωρίζεται και αντιμετωπίζεται ολιστικά. Ο ψυχικά ασθενής δεν απομονώνεται, ενώ αναγνωρίζεται και η σημασία του περιβάλλοντος για τη θεραπεία του ασθενή, η οποία γίνεται συνήθως στο σπίτι του και η εισαγωγή του σε ίδρυμα μόνο σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις (Θεοχαράκης 2001). Βασική καινοτομία αυτήν την περίοδο είναι η νομοθετική διασφάλιση του ψυχιατρικού ασθενή. Θεσπίζεται ο θεσμός του επιτρόπου κι ο προγαμιαίος



7. Απεικόνιση ασύλου ψυχασθενών. Λεύκωμα του σουλτάνου Αχμέτ Α΄, 18ος αι. Κωνσταντινούπολη, Μουσείο Τοπ Καπί.

έλεγχος για την προστασία των μελλονύμφων από ασθένειες συμπεριλαμβανομένων και των ψυχικών. Θεσπίζεται ο θεσμός των περιοδεούντων ιατρών (πρόδρομοι των σημερινών κινητών μονάδων) κι έχουμε για πρώτη φορά την αρχή της τομεοποίησης (Θεοχαράκης 2001· Θεοχαράκης κ.ά. 2003). Τον Μεσαίωνα, με τις απόψεις περί δαιμόνων κι άλλων στοιχείων να κυριαρχούν, η επιστημονική αναζήτηση και έρευνα αποδυναμώνονται και ο ψυχικά ασθενής απομονώνεται προοδευτικά από την κοινωνία σαν κάτι το μισρό, άποψη που επικρατεί στη Δύση και με την πάροδο του χρόνου εξαπλώνεται σε όλο τον κόσμο. Οι Άραβες από τον 6ο αιώνα έχουν ειδικούς χώρους για τον εγκλεισμό των ψυχασθενών κάτω από ανθρωπιστικές συνθήκες. Το πρώτο ψυχιατρικό άσυλο χτίζεται στη Βαλένθια το 1409, στον ίδιο χώρο που λειτουργούσε

η Ιερά Εξέταση. Μεταξύ του 1412 και 1489 πέντε παρόμοια ιδρύματα ιδρύονται στην Ισπανία. Τον 18ο αιώνα σε Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, πύργοι μετατρέπονται σε φρενοκομεία, όπου εγκαταλείπονται οι τρελοί, οι αλκοολικοί, οι πόρνες, οι κλέφτες και τα ορφανά παιδιά, σε πρωτόγονες συνθήκες και με το στίγμα της τιμωρίας από τον Θεό. Ο Wier το 1515-1588 ήταν ο πρώτος που αγωνίστηκε στη Δύση για την απομυθοποίηση της τρέλας (Μαδιανός 1994). Ο 18ος αιώνας αποτελεί ορόσημο για την αλλαγή στην ψυχιατρική περίθαλψη. Ο Pinel υπήρξε ιστορικά ο «απελευθερωτής των τρελών» από τις αλυσίδες τους. Αναδιοργάνωσε κτιριακά τα άσυλα χωρίζοντάς τα σε πτέρυγες και διαχωρίζοντας τους τροφίμους.

Τον 19ο αιώνα δεν έχουμε βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ψυχικά ασθενών στα άσυλα, οι οποίοι παρέμεναν στοιβαγμένοι, ρακένδυτοι ή γυμνοί και δεμένοι με αλυσίδες. Ακόμη ήταν σύνηθες το φαινόμενο τις Κυριακές σε ορισμένα άσυλα της Αγγλίας και της Γαλλίας, το κοινό να επισκέπτεται τους έγκλειστους, όπως στους ζωολογικούς κήπους, έναντι αντιτίμου εισόδου (Μαδιανός 1994).

### **Η νοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη στο ελληνικό κράτος και στην Οθωμανική Αυτοκρατορία μέχρι τον 19ο αι.**

Στον ελλαδικό χώρο το πρώτο άσυλο ιδρύθηκε στην Κέρκυρα, το 1938, από βρετανική διοίκηση και στεγάστηκε στους στάβλους του ιππικού. Το 1840 ιδρύθηκε στην Κεφαλονιά από τους Άγγλους ένα άσυλο σε ένα στρατώνα και το 1885 λειτουργούσε ένα μικρό άσυλο για ψυχασθενείς στη Μαγνησία. Στην Κωνσταντινούπολη, όμως, υπήρχαν αρκετά ιδρύματα που δέχονταν ψυχασθενείς. Στα μέσα του 16ου αιώνα έχουμε την ίδρυση του νοσοκομείου του Γαλατά των Γεμισιζίδων που δεχόταν ψυχασθενείς. Το 1780 ιδρύθηκε το νοσοκομείο του Σταυδροδομίου, το 1839 του Επταπυργίου, το 1855 το άσυλο La Paix στην Κωνσταντινούπολη από καθολικές καλόγριες, το 1748 το Γραικό νοσοκομείο με τμήμα φρενοκομείου. Στην Κωνσταντινούπολη οι Οθωμανοί ίδρυσαν δύο φρενοκομεία, το 1465 στο Νοσοκομείο του Τζαμιού Φατίχ και το 1527 στο νοσοκομείο του Τζαμιού του Σουλεϊμάν. Το 1583 ιδρύθηκε από τη σουλτάνα Βαλιντέ το ομώνυμο νοσοκομείο και το 1850 το νοσοκομείο Τοπ Ταχί, και τα δύο δέχονταν ψυχικά ασθενείς (Πλουμπίδης 1981· Μαδιανός 1994).

### **Η νοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη στο ανεξάρτητο ελληνικό κράτος (1833-1900)**

Το πρώτο υγειονομικό διάταγμα ήταν ο γνωστός νόμος ΨΜΒ/1862 «Περί των φρενοκομείων» και ακολούθησε ο νόμος 6/7/1872 για λωβοκομεία ή λεπροκομεία που ιδρύθηκαν στη Σπιναλόγκα και τη Σάμο. Ο νόμος ΨΜΒ/1862 καθόριζε τις διαδικασίες εισαγωγής του αρρώστου στο ψυχιατρείο ύστερα από αίτηση των συγγενών ή του κηδεμόνα ή του επιτρόπου του ασθενή. Ο νομάρχης, ο δήμαρχος κι ο αστυνομικός διευθυντής ήταν υπεύθυνοι για τη διοικητική διαδικασία του εγκλεισμού έπειτα από δικαστική απόφαση του

Πρωτοδικείου. Ο νομάρχης όφειλε να αναφέρει στον υπουργό Υγείας κάθε εισαγωγή, αναστολή εξόδου ή απόλυση του αρρώστου μέσα σε 24 ώρες. Σύμφωνα με το νόμο, την έξοδο του αρρώστου από το ίδρυμα μπορούσαν να ζητήσουν άμεσοι συγγενείς ή και λοιποί που είχαν οριστεί με δικαστικές πράξεις. Το 1838 έχουμε την ίδρυση του ψυχιατρείου της Κέρκυρας με διάταγμα του Sir Edward Douglas, Βρετανού διοικητή των Ιονίων Νήσων, ενώ οι πρώτοι ασθενείς κατέφθασαν ήδη από το 1836 από την περιοχή της Κέρκυρας. Οι πρώτοι γιατροί του ασύλου ήταν Βρετανοί, ενώ ο πρώτος Έλληνας γιατρός, ο Χριστόδουλος Τσιριγώτης, ανέλαβε ως διευθυντής το 1874. Το άσυλο κάλυπτε τις ανάγκες όλης της ελληνικής επικράτειας και οι άρρωστοι διέμεναν κάτω από άθλιες συνθήκες. Το 1887 ιδρύθηκε το Δρομοκαϊτείο Θεραπευτήριο με δωρεά του Χιώτη εμπόρου Ζωρζή Δρομοκαϊτή, με το όνομα «Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαϊτή». Το ζεύγος είχε κόρη νοητικά καθυστερημένη. Στις 27.5.1887 ιδρύθηκε το ιδιωτικό φρενοκομείο στο Δαφνί (Πλουμπίδης 1981· Χαβιάρα-Καραχάλιου 1987· Μάτσα 1984).

### **Η νοσοκομειακή ψυχιατρική περίθαλψη στο ελληνικό κράτος από το 1900 ως σήμερα**

Στις αρχές του 20ού αιώνα η ψυχιατρική περίθαλψη περιλάμβανε το Δρομοκαϊτείο, το Αιγινήτειο, το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας και οκτώ μικρά άσυλα στη Θεσσαλονίκη, τη Σούδα, τη Σύρο, τη Χίο, τη Λέσβο και την Κεφαλονιά. Από το 1964 άρχισαν να ιδρύονται οι πρώτες ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, που νομοθετικά δεν ρυθμιζόνταν από το νόμο ΨΜΒ. Με εξαίρεση το Αιγινήτειο, όλα τα τότε ψυχιατρεία είχαν τα τυπικά χαρακτηριστικά του ασύλου, δηλαδή είχαν ελάχιστους γιατρούς και πάρα πολλούς φύλακες, και οι συνθήκες διαβίωσης ήταν άθλιες (Πλουμπίδης 1981, 1989· Μαδιανός 1994). Στις αρχές του 20ού αιώνα δημιουργείται στην Αθήνα η πρώτη εστία εγκλεισμού απόρων ψυχικά αρρώστων, στα υπόγεια του Αστυνομικού Τμήματος Μεταγωγών Αθηνών στην περιοχή της Πλάκας. Στα μέσα της δεκαετίας του 1930 ιδρύθηκε και το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών απέναντι από τη Μονή Δαφνίου (η μονή έκειτο στα ερείπια του ιερού ναού του Δαφνίου Απόλλωνα, του επονομαζόμενου Λοξία, προστάτη των ψυχασθενών κατά τους κλασικούς χρόνους) (Φιλανδριανός 1977· Πλουμπίδης 1981).

Με το τέλος του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου τα υπάρχοντα ψυχιατρεία στην Ελλάδα βρέθηκαν να είναι υπερπλήρη (κάθε κρεβάτι φιλοξενούσε δύο ασθενείς). Το 1957 αποφασίστηκε να μετατραπούν τα άδεια κτίρια του ιταλικού ναυαρχείου στη Λέρο σε αποικία ψυχασθενών με στόχο την απασχόλησή τους σε γεωργικές ασχολίες. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου ιδρύθηκε με Βασιλικά Διατάγματα στις 28.5.57 και δέχτηκε τους πρώτους 300 ασθενείς στις 2.1.1958 από το Λοιμοκαθατήριο Αθηνών, όπου είχαν μεταφερθεί από το Δαφνί το 1953. Η επιλογή των ασθενών έγινε με κριτήριο την έλπιση επισκέψεων από συγγενικά πρόσωπα στα ιδρύματα



8. Γελοιογραφία που απεικονίζει τις παραισθήσεις μιας ψυχασθενούς. Έργο του J. Rowlandson, Λονδίνο 1972.

όπου νοσηλεύονταν για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Σιγά σιγά ο αριθμός των ασθενών πολλαπλασιάστηκε, διότι μεταφέρθηκαν εκεί ασθενείς από τα ψυχιατρεία της Θεσσαλονίκης, των Χανίων και της Κέρκυρας. Η πρώτη ονομασία του Ψυχιατρείου ήταν «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου», με έδρα το Λακκί και δύναμη 650 κλινών. Το 1980 οι νοσηλεύόμενοι έφθασαν τους 2000, το 1988 τους 1150 ενώ το 1991 ήταν 991. Στις αρχές τους 1980 το προσωπικό του ψυχιατρείου της Λέρου ανερχόταν σε περίπου 1000 άτομα, αν και ψυχίατροι ήταν μόνο δύο. Το 1957, το «Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής», που αρχίζει να λειτουργεί στην Αθήνα, σηματοδοτεί την προσπάθεια αλλαγής του τόπου θεραπείας από το ίδρυμα στην κοινότητα στη σύγχρονη ελληνική ιστορία.

Το 1970 παρουσιάζονται κάποιες σημαντικές εξελίξεις στην ψυχιατρική στην Ελλάδα. Από πλευράς υπηρεσιών ιδρύεται το 1971 το πρώτο κέντρο ημέρας στο ΚΨΥ στη Θεσσαλονίκη και το 1977 το πρώτο νοσοκομείο ημέρας στο Αιγινήτειο, ενώ το 1979 ιδρύεται το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής στο Βύρωνα. Από τα μέσα του 1970 άρχισαν να αναπτύσσονται ρεύματα αμφισβήτησης και κριτικής της παραδοσιακής ψυχιατρικής στον ελλαδικό χώρο, καθώς και ομάδες συμπάστασης στους ψυχιατρικούς έγκλειστους των ασύλων. Παράλληλα έχουμε την ύπαρξη μικρών οργανωμένων ομάδων κινήσεων για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών, χωρίς όμως σημαντικές ιδεολογικές επιρροές στην εξέλιξη της ψυχιατρικής, σε αντίθεση με παρόμοιες κινήσεις στη δυτική Ευρώπη, όπως το Δημοκρατικό Ψυχιατρικό Κίνημα των Basaglia, Pirella στην Ιταλία και άλλων. Μέχρι το 1981 υπήρχε σημαντική υστέρηση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής σε σχέση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη (Μαδιανός 1994).

Έχει επικρατήσει η αναφορά σε δύο ορόσημα σε σχέση με

την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: τη θέσπιση του Κανονισμού 815 της Ευρωπαϊκής Κοινότητας και τις δράσεις που υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο αυτό και τις δύο, έως τώρα, φάσεις του εθνικού σχεδίου για την ψυχική υγεία «Ψυχαργώς». Πλέον έχουν πραγματοποιηθεί σειρές επιστημονικών συναντήσεων και αφιερωμάτων στην πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και του «Ψυχαργώς». Κοινό σημείο αποτελεί ο προβληματισμός σε σχέση με το κατά πόσο εκπληρώθηκαν οι στόχοι του αρχικού σχεδιασμού, για την κατεύθυνση που πρέπει να έχει η πολιτική ψυχικής υγείας στη χώρα, αν και πότε πρέπει να ολοκληρωθεί η μεταρρυθμιστική προσπάθεια και ποιος ο ρόλος και η συμβολή των διαφόρων φορέων και εμπλεκόμενων στην όλη προσπάθεια.

Η ψήφιση του νόμου 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας άλλαξε ριζικά τον υγειονομικό χάρτη της χώρας και κατά συνέπεια τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84, Προγράμματα «Λέρος Ι» και «Λέρος ΙΙ») ξεκίνησε η διαδικασία αποϊδρυματισμού, βελτίωσης της ενδονοσοκομειακής φροντίδας, προετοιμασίας και μετάβασης των ασθενών σε προστατευμένες ή σχετικά αυτόνομες δομές διαβίωσης στην κοινότητα και δημιουργίας νέων κοινοτικά προσανατολισμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πολλά άρθρα του νόμου 2071/92 αφορούν την υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και την εναρμόνιση του νομικού πλαισίου της ψυχιατρικής πρακτικής με τα σύγχρονα επιστημονικά επιτεύγματα και για τους λόγους αυτούς αποτελεί μια σημαντική αναφορά. Παρά το γεγονός ότι εφαρμόζεται εντελώς αποσπασματικά ή καθόλου σε διάφορες περιοχές της χώρας μας, σημείο-σταθμός για το θεσμικό πλαίσιο στο οποίο υλοποιείται η μεταρρύθμιση θεωρείται η

ψήφιση του νόμου 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας», που ήρθε να καλύψει θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη μεταρρύθμιση.

Για να εξασφαλισθεί η οργάνωση της φροντίδας με τον τρόπο αυτό, η χώρα διαιρέθηκε σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΥΥΠ 2003: 66· ΥΥΚΑ / ΜΥΠ 2005: 6). Η τομεοποίηση έτσι, βασικό συστατικό της οργάνωσης συστήματος ολοκληρωμένης ψυχιατρικής φροντίδας, άρχιζε να εφαρμόζεται, τύποις τουλάχιστον, με καθυστέρηση 20 και 40 ετών σε σύγκριση με την Ιταλία και τη Γαλλία αντίστοιχα.

Τα αποτελέσματα της Α΄ φάσης του προγράμματος «Ψυχαργώς» περιγράφονται στον Πίνακα 1. Στη Β΄ φάση, που βρίσκεται υπό εξέλιξη, έχουν δημιουργηθεί 377 μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για την αποασυλοποίηση 2.695 χρόνιων ασυλικών ασθενών από τα ψυχιατρεία. Έχουν αναπτυχθεί 29 μονάδες ψυχικής υγείας στην Κοινότητα και έχουν συσταθεί (απογραφή 2005, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης Έργου Ψυχαργώς Β΄ Φάση) επτά Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, με σκοπό την επαγγελματική αποκατάσταση ψυχικά πασχόντων.

**Πίνακας 1.** Αποτελέσματα Α΄ φάσης (1997-2001) Προγράμματος «Ψυχαργώς»

Ξενώνες	49
Οικοτροφεία	6
Εργαστήρια Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών	71
Προκατάρτιση, Κατάρτιση ασθενών που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία	973 άτομα
Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία)	769 άτομα
Πρόσληψη και εκπαίδευση στελεχών των νέων δομών	630 άτομα
Κατάρτιση ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης	910 άτομα

Πηγή: α) Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, β) Μονάδα Υποστήριξης, Εμπύκωσης & Παρακολούθησης «Ψυχαργώς – Α΄ φάση», αναφέρεται στο ΥΥΚΑ / ΜΥΠ 2005

Τον Ιανουάριο του 2004 έκλεισε οριστικά όλα τα τμήματα των χρόνιων ψυχικά ασθενών του το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Πέτρας Ολύμπου. Τον Οκτώβριο του 2005 μετασηματίστηκε το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο των Χανίων και ένα έτος μετά έκλεισε το Ψυχιατρείο της Κέρκυρας. Εντός του 2007 αναμένεται να υλοποιηθεί το κλείσιμο του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής και ο μετασηματισμός του σε δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών.

Η μεταρρύθμιση των ψυχιατρικών υπηρεσιών μοιάζει να βρίσκεται σ' έναν μετέωρο βηματισμό που μας απομακρύνει από

την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί. Οι λόγοι της αποτυχίας έχουν πλέον περιγραφεί σε μεγάλο βαθμό. Οι πιο βασικές αιτίες σχετίζονται με την αδυναμία ολοκλήρωσης της διαδικασίας τομεοποίησης και εφαρμογής της, με τις λανθασμένες κατευθύνσεις και τις ελλείψεις στην εκπαίδευση των επαγγελματιών, με την έλλειψη μελετών αναγκών για ψυχιατρικές υπηρεσίες, στις οποίες να μπορεί να βασιστεί ο σχεδιασμός και η βελτίωση τους· κι ακόμη, με την έλλειψη συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης της λειτουργίας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, με την αδυναμία τεκμηρίωσης της σημασίας της προστασίας και της προαγωγής της ψυχικής υγείας και της επακόλουθης χαμηλής προτεραιότητας στην πολιτική ατζέντα που δίδεται, με την αδυναμία ανάπτυξης κοινωνικών δικτύων και της ουσιαστικής εμπλοκής των χρηστών των υπηρεσιών και των συγγενών τους στη λήψη των αποφάσεων και την όλη διαδικασία.

### Συμπεράσματα

Ποια είναι η απόσταση ανάμεσα στις απόψεις του Πλάτωνα για τον εγκλεισμό του ψυχικά ασθενή και τις προσπάθειες κλεισίματος των ψυχιατρικών ασύλων στην Ελλάδα του 21ου αιώνα; Έχουμε τα γνωστικά εργαλεία και τις μεθόδους που θα μας επιτρέψουν να διευρύνουμε το εύρος της επισκόπησης που κάνουμε αναζητώντας απαντήσεις στο ερώτημα γιατί δεν «πετυχαίνουν» οι μεταρρυθμίσεις; Οι αντιστάσεις λόγω των οποίων δεν πετυχαίνουν οι μεταρρυθμίσεις δεν έχουν να κάνουν μόνο με λόγους πολιτικούς και τεχνικούς ή επιστημονικούς. Σε αρκετά σημεία τα αίτια για την αποτυχία ή τη δυστοκία της μεταρρύθμισης οφείλονται σε βαθιά ριζωμένες αντιλήψεις και προκαταλήψεις σχετικά με τη θέση του ασθενή, το ρόλο του γιατρού και την έννοια της περίθαλψης, ίσως και σε μια γενικότερη καχεξία και ανομία των θεσμών στη χώρα μας. Οι επικρατούσες ιδεολογίες, ανάλογα με την ιστορική περίοδο που διανύεται κάθε φορά, μπορεί να καθορίζουν, μεταξύ άλλων, αυτό που θεωρείται ότι είναι ψυχική διαταραχή, τη διάκριση μεταξύ φυσιολογικού και παθολογικού, τι τύποι αιτιολογίας πρέπει να αναδειχθούν ώστε να αντιμετωπιστούν, ποιος πρέπει να θεραπεύεται από ποιον, πού, σε ποιο θεραπευτικό πλαίσιο, με ποια χρήση θεραπευτικών μέσων, τι μετράει ως τεκμηρίωση της αποδοτικότητας και της χρησιμότητας μιας θεραπείας, ποια είναι η αναμενόμενη έκβαση από τα διάφορα θεραπευτικά μέτρα.

Ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές και τις επιστημονικές εξελίξεις πολλές αρχέγονες πεποιθήσεις και φόβοι εξακολουθούν να επικρατούν στις κοινωνικές στάσεις και μάλιστα σε βαθμό που οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της τρέλας να έχουν μια καθοριστική επίδραση στις πολιτικές της δημόσιας υγείας και τις απόπειρες ένταξης σε αυτές πολιτικών για την ψυχική υγεία. Το επικρατούν τώρα αξίωμα στην παγκόσμια επιστημονική κοινότητα, ότι ο άνθρωπος είναι μια βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα, αποτελεί βέβαια μια προσπάθεια υπέρβασης





9. Σε αυτήν την πολύ γνωστή αυτοπροσωπογραφία του ο διάσημος ζωγράφος Vincent Van Gogh παριστάνεται με επίδεσμο στο αυτί, μετά τον ακρωτηριασμό του, που συνέβη κατά τη διάρκεια κρίσης του ψυχικού του νοσήματος.

όλων αυτών των διχοτομήσεων και αντιθέσεων, που δυστυχώς πολύ δύσκολα επαληθεύονται ως διακηρυκτικές αρχές και ηθικός κώδικας απέναντι στη «φτωχή» καθημερινότητα της ψυχιατρικής φροντίδας μονοδιάστατης (κυρίως βιολογικής) κλινικής πρακτικής, στην καταπάτηση των στοιχειωδών δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, στην αντίσταση της ψυχιατρικής κοινότητας στην εμπλοκή των χρηστών και των οικογενειών στη διαδικασία λήψης θεσμικών αποφάσεων.

Ίσως αξίζει να αναφέρουμε ότι σήμερα, στην εποχή του αποϊδρωματισμού, της ριζικής αμφισβήτησης του ασύλου και της λογικής του, της ανάδειξης του ψυχικά πάσχοντα ως ισότιμου πολίτη με ενεργά δικαιώματα, μόνο 5% των ατόμων που πάσχουν από σοβαρές και χρόνιες ψυχιατρικές διαταραχές στον κόσμο ζουν σε ιατρικούς και κοινωνικούς θεσμούς προστασίας και θεραπείας. Ο κύριος όγκος των πασχόντων παραμένει στην κοινότητα, ζει στιγματισμένος, σιωπηλός, αποκλεισμένος, αλλά συνυπάρχει με τα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας. Η κοινότητα, η οικογένεια, το κοινωνικό δίκτυο διαχειρίζονται όπως μπορούν το άτομο, την καθημερινή του οδύνη. Η κοινωνική-κοινωνική ψυχιατρική περιλαμβάνει τις αρχές, τις αξίες που μεταφράζονται σε πρακτικές, προκειμένου να παράσχει υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε τοπικές κοινότητες, να απαντήσει σε όλες τις ανάγκες ψυχιατρικής φροντίδας, αποκατάστασης και πρόληψης των ψυχικών διαταραχών μέσα από ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Σε ποιο όμως βαθμό, έκταση και βάθος το κατορθώνει; Πώς μπορεί να πραγματοποιηθεί η μετάβαση από το βιο-ιατρικό μοντέλο άσκησης της ψυχιατρικής σε

μια πολυεπίπεδη θεωρία της θεραπευτικής πράξης στηριζόμενης στο αποκαλούμενο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο και σ' ένα ευρύτερο πλαίσιο προαγωγής της δημόσιας ψυχικής υγείας; Πώς μπορούμε να κατανοήσουμε τη λειτουργία των διακηρύξεων περί βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου<sup>1</sup> ως δημοκρατικού άλλοθι της επίσημης παραδοσιακής ψυχιατρικής, όταν στην πράξη παραβιάζονται συχνότατα τα πλέον στοιχειώδη ανθρώπινα δικαιώματα των ασθενών;

Η ψυχιατρική περίθαλψη στον ελλαδικό χώρο ακολούθησε παρόμοια πορεία με την υπόλοιπη Ευρώπη με μια σημαντική διαφορά, την καθυστέρηση στη δημιουργία ασύλων. Το άσυλο ως θεσμός στη Δύση εδραιώθηκε με την Αναγέννηση, για να αμφισβητηθεί η χρησιμότητά του με τη Γαλλική Επανάσταση, χωρίς όμως την κατάργησή του. Στον ελλαδικό χώρο η καθυστέρηση ίσως οφείλεται στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της κοινωνίας που κρατούσε τον ψυχικά άρρωστο στο σπίτι, αλλά και της στάσης της βυζαντινής περιόδου στην ψυχική ασθένεια, στη γεινίαση με την Ανατολή και στην αποδοχή της διαφορετικότητας. Ο όρος «μεταρρύθμιση» συνεπάγεται μετασχηματισμό, τροποποίηση, αλλαγή, μετατροπή τόσο θεσμικών όσο και δομικών στοιχείων, που ρυθμίζουν και καθορίζουν τις διαστάσεις του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα. Στην περίπτωση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, το ερώτημα που τίθεται δεν είναι μόνο αν έχει επιτευχθεί η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, αλλά και αν τέθηκαν ποτέ οι σωστές βάσεις προς αυτή την κατεύθυνση. Για παράδειγμα, όταν ο θεσμός των περιοδευόντων ιατρών και της τομεοποίησης στο Βυζάντιο απαιτούσε κλιμάκια με τη συμμετοχή καθηγητή ιατρικής, σήμερα οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας προσπαθούν να επιβιώσουν με ελάχιστο προϋπολογισμό και ίσως απαράδεκτες συνθήκες εργασίας.

Σήμερα μιλάμε για ψυχιατρική μεταρρύθμιση ή για πλήρη μετασχηματισμό των μεγάλων ιδρυμάτων σε δίκτυο κοινοτικών δομών ψυχιατρικής φροντίδας; Η εξατομικευμένη φροντίδα τονίζεται σε όλα τα κείμενα ιατρικής, τόσο της αρχαιότητας, όσο και του Βυζαντίου. Σήμερα; Αν παραδειγματιζόμαστε από την ιστορία, σε ό,τι αφορά την υγεία, την ψυχική υγεία, ίσως να μη μιλάγαμε πια για ανάγκη μεταρρύθμισης, αλλά για βηματισμό επικαιροποίησης της τεχνογνωσίας και σχεδιασμού νέων πρότυπων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, υπό το ίδιο όμως αξιακό, ιδεολογικό, ηθικό και δεοντολογικό καθεστώς και πλαίσιο προς όφελος του πάσχοντος υποκειμένου. Ο πολιτισμός, όπως τον έχει περιγράψει ο C. Geertz (1973), αποτελεί ένα «δίκτυο» σημασιών οι οποίες φέρονται από σύμβολα. Η νέα ψυχιατρική μεταρρυθμιστική κουλτούρα, αν θέλει να συγκροτήσει μια άλλη επιστημολογική αντίληψη και πρακτική σχετικά με την ιατρική, την παραδοσιακή, ιδρυματική ψυχιατρική, την εξουσία, το νόμο, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τα συνταγματικά δικαιώματα των ασθενών, τις ανάγκες του, οφείλει να παρατηρήσει με συστηματικό αναστοχασμό το παρελθόν της και την αντιφατική ταυτότητά της. Επιβάλλεται να συγκροτήσει μια νέα ιστορική αφήγηση στην εποχή του μετα-

μοντερνισμού, ένα άλλο δίκτυο σημασιών. Με κέντρο το πάσχον υποκείμενο, μέσα από μια άλλη μεθοδολογία απαρτίωσης της βιογραφίας του υποκειμένου και των θεσμών, του ιατρικού λόγου, του θεραπευτικού λόγου και των διαφορετικών κλινικο-θεωρητικών ρευμάτων που τον καθορίζουν προκειμένου να νοσηματοδοτηθούν και να ερμηνευτούν ανθρωπολογικά, ιστορικά, κοινωνιολογικά, αυτά που αλλάζουν στο χώρο της ψυχικής υγείας. Η τοπική εμπειρία, η ανθρωπολογική παρατήρηση της καθημερινής ψυχιατρικής πράξης μπορεί να ερμηνεύσει όχι το πόσο αλλά το πώς και γιατί, εγγράφοντας το πάσχον υποκείμενο σε μια νέα συμβολική γεωγραφία αξιών και πολιτισμικών κωδίκων μιας νέας αντίληψης για την ψυχική νόσο και την ψυχική υγεία. Η συμβολή των εργαλείων και των μεθόδων των επιστημών της ιστορίας και της κοινωνικής ανθρωπολογίας μπορεί να είναι καταλυτικής σημασίας στην προσπάθεια υπέρβασης του μετέωρου βηματισμού.

#### ΣΗΜΕΙΩΣΗ

<sup>1</sup> Η νέα προσέγγιση της ψυχικής νόσου, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο αναφέρεται πλέον επίσημα σ' όλες τις διακηρύξεις και αρχές άσκησης της σύγχρονης ψυχιατρικής των επίσημων θεσμών που την εκπροσωπούν (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία, Παγκόσμια Εταιρεία για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση). Το θεωρητικό corpus αυτού του μοντέλου απαρτίζεται ή προτίθεται να συνθέσει τα εξής επιστημονικά πεδία: αφ' ενός τα τελευταία δεδομένα των γενετικών ερευνών, τις τεχνικές της απεικόνισης του κεντρικού νευρικού συστήματος, τα δεδομένα από την ψυχο-ενδοκρινολογία και την ψυχο-ανοσολογία, αφετέρου μία κριτική, πιο εκλεπτυσμένη ανάγνωση των τεχνικών και των ενδείξεων των διαφορετικών ψυχοθεραπειών. Επιπλέον θεωρεί εξίσου σημαντικά τα δεδομένα που προέρχονται από τη σύγχρονη κοινωνιολογία, την ηθολογία, την ιστορία, όπως μία συστηματική εκτίμηση παραγόντων του οικογενειακού, επαγγελματικού, κοινωνικού και οικολογικού περιβάλλοντος που επιδρούν στον ψυχισμό. Οι συνέπειες μιας τέτοιας προσέγγισης είναι πολλαπλές, σε αντίθεση με τα ισχύοντα μονοδιάστατα πρότυπα: ένα τέτοιο απαρτιωτικό εγχείρημα μάς οδηγεί στο να αποδεχτούμε μια πολύ μεγαλύτερη πολυπλοκότητα στις παθολογίες (π.χ. αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες σαφώς προσδιορισμένοι, συνοσηρότητα κ.λπ.) και να οργανώσουμε το σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας πάνω σε μια περισσότερο ρευστή μεν, αλλά και συνεχή, βάση, έτσι ώστε να αξιολογεί και να παρεμβαίνει ταυτόχρονα στην νόσο και στην προσωπικότητα, την ιστορία του ασθενούς και όχι της αρρώστιας του, στα γεγονότα ζωής, στη χρησιμοποίηση των πόρων της υπηρεσίας και της θεραπευτικής συνάντησης, ώστε να απαντηθούν κατά το δυνατό σφαιρικά οι ανάγκες του πάσχοντος υποκειμένου.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ΒΑΣΛΑΜΑΝΤΖΗΣ Γ. (1983), «Ψυχιατρική και κυρίαρχη ιδεολογία. Σκέψεις από την ανασκόπηση ενός ελληνικού περιοδικού ψυχιατρικής της περιόδου 1906-1910», *Σύγχρονα θέματα* 19, σ. 107-111.
- BRACHEN P. / THOMAS P. (2005), *Post Psychiatry: Mental Health in a Post modern World*, Oxford University Press, New York.
- ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α. (1995), *Φύση και Πνεύμα, Συμβολή στην Ιατροκοινοπολιτισμική Σκέψη*, Αθήνα.
- FOUCAULT M. (1980), «Truth and power», στο C. Gordon (επιμ.), *Power-Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, Harvester, Brighton.
- GEERTZ C. (1973), «Thick description: Toward an interpretive theory of culture», στο Committee on Modern Thought and Literature (εκδ.): *The Act of Interpretation: Myth, Symbol, Culture*, Stanford University, Stanford.
- HINSHELWOOD R.D. / SKOGSTAD W. (2000), *Observing Organisations: Anxiety, Defence and Culture in Health Care*, Routledge, London.

- HOFF P. (2001), «Why a history of psychiatry?», *Hong Kong Journal of Psychiatry* 10/4, σ. 1-3.
- ΘΕΟΧΑΡΑΚΗΣ Ν. (2001), «Ψυχολογία του Βάθους και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο», αδημ. διδ. διατρ., Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- ΘΕΟΧΑΡΑΚΗΣ Ν. / ΜΑΥΡΕΑΣ Β. / ΔΑΜΙΓΟΣ Δ. / ΕΥΤΥΧΙΑΔΗΣ Α. / ΓΕΡΟΥΛΑΝΟΣ Σ. (2003), «Νομικές Ρυθμίσεις για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση των Ασθενών στο Βυζάντιο», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 20/5, σ. 551-555.
- ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ. (1994), *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της, από τη Θεωρία στη Πράξη*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- ΜΑΤΣΑ Κ. (1984), «Η Γέννηση του Ψυχιατρικού Ασύλου», *Τετράδια Ψυχιατρικής* 3-4, σ. 13-20.
- PATEL V. / SARACENO B. / KLEINMAN A. (2006), «Beyond evidence: the moral case for international mental health», *American Journal of Psychiatry* 163/ 8, σ. 1312-1315.
- ΠΛΟΥΜΠΙΔΗΣ Δ. (1989), «Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα: Θεσμοί, Ιδρύματα και Κοινωνικό Πλαίσιο (1850-1920)», *Σύγχρονα Θέματα*, Θεσσαλονίκη.
- (1981), «Συμβολή στη μελέτη της ιστορίας της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα», αδημ. διδ. διατρ., Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ. (2006), «Πολιτική ψυχικής υγείας», στο Κ. Σουλιώτης (επιμ.), *Πολιτική και οικονομικά της υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης «Ψυχαργός-Β' φάση» (2005), *Με το Ψυχαργός για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, ΜΥΠ, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2003), *Υγεία, φροντίδα υγείας και πρόνοια στην Ελλάδα*, ΥΥΠ, Αθήνα (στα αγγλικά).
- ΦΙΛΑΝΔΡΙΝΟΣ Κ. (1977), *Δημόσιο Ψυχιατρείο Αθηνών. Το Δαφνί... Μια Φανταστική Πολιτεία*, Αθήνα.
- ΧΑΒΙΑΡΑ-ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΥ Σ. (1987), «Τρόποι απομόνωσης και τρόποι αντιμετώπισης των ψυχοπαθών στον ευρύτερο ελληνικό χώρο πριν από την ίδρυση του Δρομοκαΐτειου», στο *Δρομοκαΐτειο Θεραπευτήριο 100 Χρόνια Κοινωνικής Προσφοράς 1887-1987*, Αθήνα, σ. 91.

### Dimensions of Suspended Reforms in Institutional Psychiatry

S. Stylianidis – N. Theocharakis – P. Ch. Chondros

We examine the reasons and the ways by which a retrospective approach and use of historical references can contribute to a critical review and interpretation of the psychiatric services system reform. We regard the analysis of historical events as a catalyst for reform. This article presents a retrospective review from the ancient times and the Byzantine era until contemporary times and the latest achievements in the field of psychiatric reform. We try to examine the reasons for the failure or the delay of the reform from the view of historical, but also from an anthropological perspective. This approach is considered as essential in the attempt to change a network of meanings for professionals and the community regarding the concepts of psychiatric care, mental health and illness, social exclusion, reform procedures, public mental health policy and others.

English abstract by the authors