

**Από το Ίδρυμα στην Κοινότητα:
θεωρητικές και πρακτικές αναθεωρήσεις της έννοιας της
κρίσης
στο Παράδειγμα της Τεργέστης²**

Καρατζαφέρης Λυκούργος



Το πέρασμα από το ίδρυμα στην κοινότητα – από μια ψυχιατρική προσέγγιση τύπου ασύλου σε μια κοινοτική που αναζητά απαντήσεις για την ανθρώπινη δυσφορία στον χώρο όπου αυτή εκφράζεται χωρίς να επιδιώκει τον εγκλεισμό – συνοδεύτηκε από την αναζήτηση νέων θεωρητικών εργαλείων και την ανάπτυξη αντίστοιχων πρακτικών εντός κοινωνικοπολιτικών πλαισίων που διαμόρφωσαν και καθόρισαν το χαρακτήρα και τη φιλοσοφία τους. Η έννοια της κρίσης στην ψυχική υγεία αποτελεί κεντρικό άξονα, καθώς οι σχετικές θεωρίες έδωσαν την ευκαιρία για επαναδιαπραγμάτευση του περιεχομένου της ψυχικής ασθένειας και για επαναξιολόγηση των ψυχολογικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και πολιτικών παραμέτρων που τη συνοδεύουν. Παράλληλα, σε μια εποχή όπου, παρά την ανάπτυξη των θεραπειών λόγου, κυριαρχεί η ιατροκεντρική αντίληψη, ανοίγει διάλογος με τις κοινωνικές επιστήμες και αμφισβητούνται παραδοσιακοί ρόλοι και μέθοδοι.

Η έννοια της κρίσης παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες όσον αφορά τον σαφή ορισμό της. Ως όρος, έχει εφαρμοστεί σε διάφορα πεδία – όπως στην οικονομία, στη βιολογία και στις πολιτικές επιστήμες – ενώ στην καθημερινή ομιλία

² Το παρόν κεφάλαιο αποτέλεσε μέρος της Διπλωματικής εργασίας με θέμα «Κέντρα ψυχικής υγείας και παρέμβαση στην κρίση – Σύγκριση της βρετανικής και της Ιταλικής εμπειρίας και η σημασία τους για την Ελλάδα» στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών “Προαγωγή Ψυχικής Υγείας και Πρόληψη Ψυχιατρικών Διαταραχών”, της Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο 2011 και αναθεωρήθηκε τον Μάρτιο 2025

χρησιμοποιείται για να περιγράψει την αξιολόγηση ή διατύπωση μιας άποψης. Μερικές φορές, η κρίση ερμηνεύεται ως κριτική ή ως αξιολόγηση, αλλά μπορεί επίσης να υποδηλώνει μια ξαφνική αλλαγή. Από την άλλη, η ανάγκη να αντιμετωπιστεί ο άνθρωπος ως μια σύνθετη βιοψυχοκοινωνική ολότητα και να εξεταστεί η ιστορία της οδύνης του, χωρίς να περιορίζεται σε βιολογικές εξηγήσεις, καθιστά αναγκαία μια ολιστική προσέγγιση. Αυτή η προσέγγιση αναζητήθηκε στα μέσα του προηγούμενου αιώνα, δοκιμάστηκε στην πράξη και συνέβαλε στη διεύρυνση της αντίληψής μας για το νόημα της ψυχικής υγείας, οδηγώντας σε μια πολυεπίπεδη θεώρηση.

Στο παρόν κείμενο θα εξεταστεί η θεώρηση της κρίσης στην Ιταλία τη δεκαετία του '70, μέσω της ιδεολογίας της αποϊδρυματοποίησης, με κύριο εκπρόσωπο τον Franco Basaglia, ο οποίος καθόρισε μια νέα φιλοσοφία παρέμβασης βασισμένη στην υπέρβαση του ψυχιατρείου και στην οργάνωση κοινοτικών υπηρεσιών. Πρόκειται για μια ιστορική περίοδο που επηρέασε ριζικά τη φιλοσοφία των παρεμβάσεων, αλληλεπιδρώντας με κοινωνικά κινήματα και αμφισβητώντας υπάρχοντες θεσμούς και απόψεις, οδηγώντας σε νέους νόμους για την οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Αυτή η επαναστατική διαδικασία έδειξε ξεκάθαρα ότι μια εναλλακτική κουλτούρα ψυχικής υγείας – χωρίς καταναγκασμούς, καθηλώσεις και πατερναλισμό – είναι εφικτή και μπορεί να αποφέρει σημαντικά αποτελέσματα.

Η συμβολή του παραδείγματος της Τεργέστης έχει αναγνωριστεί για τη σημασία της στην έμφαση που έδωσε στα ανθρώπινα δικαιώματα, την κοινωνική ένταξη και την αυτονομία των ασθενών (Schochow et al., 2024). Αμφισβητώντας το παραδοσιακό βιοϊατρικό μοντέλο της ψυχιατρικής έχει αξιοποιηθεί σε πολλά μέρη του κόσμου, όπως στο Σαν Φρανσίσκο (Portacolone, 2015). Η ιταλική ψυχιατρική μεταρρύθμιση, εμπνευσμένη από το έργο του Basaglia, αποτέλεσε γεγονός ορόσημο για την ευρωπαϊκή ψυχιατρική περίθαλψη (Pycha, 2010).

Ειδικά για την ελληνική πραγματικότητα, η αξιολόγηση του ιταλικού παραδείγματος κρίνεται ουσιώδης, δεδομένου ότι οι υπάρχουσες κοινοτικές υπηρεσίες – καθώς και αυτές που προορίζονται να δημιουργηθούν – περιορίζονται κυρίως σε λειτουργίες εξωτερικών ιατρείων, στην έκδοση πιστοποιητικών και σε άλλες περιφερειακές υπηρεσίες που δεν αντιμετωπίζουν το βασικό πρόβλημα³.

3 Χαρακτηριστικό της αποσπασματικής προσέγγισης της πολυπλοκότητας του αντικειμένου της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, είναι ο γεγονός ότι την περίοδο της συγγραφής της διπλωματικής, σχεδιάζονταν «Κέντρα παρέμβασης στην Κρίση», που σκοπό είχαν να χρησιμοποιούν ταχείες και έγκαιρες μεθόδους θεραπείας, ώστε να επιλύουν το πρόβλημα κατά το δυνατόν ταχύτερα, έξω από το ψυχιατρικό κύκλωμα. Η ίδρυσή τους ανακοινώνονταν με διακηρυγμένο σκοπό να μειώσουν τον αριθμό των εισαγωγών στο ψυχιατρείο και προβλέπετο μάλιστα και στον τότε νέο νόμο για την υγεία (3868/2010 άρθρο 21). Παρακάτω γίνεται σχετική αναφορά αυτής της αποτυχημένης, αποσπασματικής πολιτικής στην ψυχική υγεία.

Είναι εμφανές ότι τα παρακάτω στοιχεία έχουν αξία και για την ελληνική πραγματικότητα, όπου το ζήτημα δεν είναι εάν πραγματοποιήθηκε ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αλλά εάν τέθηκαν οι βάσεις για αυτήν.

Το Ιστορικό και το Κοινωνικό Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης

Στην Τεργέστη ακολουθήθηκε μια πορεία που αποσκοπούσε στην απομάκρυνση από το άσυλο, στην ανάπτυξη της περίθαλψης και της φροντίδας μέσα στην κοινότητα, και στη μείωση των εισαγωγών στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων. Οι θεωρίες που αντιμετωπίζουν την κρίση ως μέρος της ανθρώπινης ιστορίας και οι παρεμβάσεις σε αυτή πρέπει να αξιολογηθούν συγκριτικά μέσα στο ιστορικό, κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο στο οποίο αναπτύχθηκαν.

Η Ευρώπη τη δεκαετία του '60, μόλις μετά από έναν παγκόσμιο πόλεμο που συντάρaxε ολόκληρο τον πλανήτη, βίωσε ένα ισχυρό ρεύμα αμφισβήτησης των μέχρι τότε κυρίαρχων θεσμών. Η αμφισβήτηση του ασύλου αποτέλεσε αναπόσπαστο μέρος αυτού του ρεύματος. Σε χώρες όπως η Αγγλία, η Ιταλία, η Γερμανία και οι ΗΠΑ τίθενται κεντρικά ζητήματα που θα μπορούσαν να οριστούν ως «πολιτικοποίηση της τρέλας». Είναι η περίοδος κατά την οποία, παρά την ανάπτυξη των ψυχοθεραπειών λόγου, η κυρίαρχη ψυχιατρική διατηρούσε μια κυρίως βιολογική και αντιψυχολογική προσέγγιση. Όπως αναφέρει η Βάια Κάλτση (2010), η τρέλα και ο μετέπειτα προσδιορισμός της ως ψυχική ασθένεια επανατοποθετούνταν μέσα στα κοινωνικά, πολιτικά και ιστορικά συμφραζόμενα, τα οποία είχαν αποσπαστεί από μια έντονη βιολογικοποίηση/ιατρικοποίηση του ανθρώπινου όντος. Ο Ronald D. Laing και ο David Cooper στην Αγγλία, και ο Franco Basaglia στην Ιταλία, τοποθετήθηκαν ενάντια στον «φυσικό χώρο» όπου μέχρι τότε λειτουργούσαν η ψυχιατρική και η ψυχολογία, αμφισβητώντας τις μυθοποιητικές και στιγματιστικές παραγωγές τους και προκαλώντας επανεξέταση της έννοιας της ψυχικής νόσου και των διαγνωστικών κατηγοριών, απορρίπτοντας τον ιδρυματικό θεσμό και την ψυχιατρική επιστήμη ως μηχανισμούς κοινωνικού ελέγχου.

Το 1961 εκδόθηκε το έργο του Erving Coffman, «Άσυλα», που αποτέλεσε σημείο αναφοράς για την λεπτομερή και ενδελεχή ανάλυση των ολοπαγών ιδρυμάτων, των περίκλειστων τάσεων, των κατασταλτικών διαδικασιών και των μηχανισμών αποκλεισμού, καθώς και της δυνατότητας μεταλλαγής των ατόμων μέσα από απεριόριστες επεμβάσεις επί του εαυτού, βασισμένες σε ορθολογικές επιλογές που στοχεύουν στην εκπαίδευση, την αναμόρφωση και τη θεραπεία των υποκειμένων μέσω της υπαγωγής τους στον Κανόνα του Ασύλου. Την ίδια χρονιά, στον ευρωπαϊκό χώρο – και συγκεκριμένα στην Ιταλία – ξεκίνησε ένα εγχείρημα ριζικής αμφισβήτησης του ιδρυματικού θεσμού, με στόχο την κατάργησή του. Η βασική συνειδητοποίηση ήταν ότι το ψυχιατρείο δεν έχει καμία θεραπευτική αξία, ότι υπάρχει ανάγκη επαναπροσδιορισμού της έννοιας της θεραπείας και της

περίθαλψης, και ότι η μοναδική δυνατότητα να δοθεί μια θεραπευτική διάσταση στο ψυχιατρείο ήταν μέσω του μετασχηματισμού του (Κάλτση, 2010).

Ήδη από το 1942 παρουσιάστηκαν οι πρώτες εμπειρίες κοινοτικού χαρακτήρα στην Αγγλία, όπου ο αγγλικός πραγματισμός, απαλλαγμένος από την επίμονη θεωρητική σκέψη των ηπειρωτικών χωρών με γερμανική επιρροή, κατάφερε να απελευθερωθεί από την αρτηριοσκληρωτική προσέγγιση για την ψυχική ασθένεια. Οι εμπειρίες του Main και οι κατοπινές του Maxwell Jones αποτέλεσαν τα πρώτα βήματα προς τη νέα θεσμική κοινοτική ψυχιατρική, βασισμένη κυρίως σε κοινωνιολογικές υποθέσεις (Basaglia, 2008-b). Παράλληλα, στη Γαλλία ξεκίνησε ένα ευρύ θεσμικό ψυχιατρικό κίνημα εκκινώντας από τον Tosquelles, έναν νοσηλευτή εξόριστο κατά τη διάρκεια του ισπανικού εμφυλίου, ο οποίος, αφού σπούδασε ιατρική, ανέλαβε τη διεύθυνση ενός μικρού ψυχιατρικού ιδρύματος. Από αυτό το μικρό νοσοκομείο γεννήθηκε μια νέα γλώσσα και μια διαφορετική θεσμική διάσταση της ψυχιατρικής, βασισμένη στο ψυχαναλυτικό μοντέλο, και αναδείχθηκε η κουλτούρα του τομέα (*organization settoriale*).

Η Ιταλική εμπειρία δανείστηκε πολλά από το μοντέλο «τομέα» καθαρά γαλλικής προέλευσης και την «κοινοτική» αγγλικής προσέγγισης. Όπως αναφέρει και ο F. Basaglia (2008-b), «νιώθαμε επείγουσα την ανάγκη παρεμβάσεων που έπρεπε να ανταποκρίνονται στη συγκεκριμένη πραγματικότητα στην οποία επεμβαίναμε, χωρίς να περιορίζονται σε προκαθορισμένες, έτοιμες εφαρμογές».

Αυτό που πρέπει να κρατήσουμε από την ιταλική εμπειρία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι ότι εκδηλώθηκε και εκφράστηκε ως κοινωνικό κίνημα, αμφισβητώντας θεσμούς και σχέσεις και διαμορφώνοντας την προσέγγιση μέσα από επαναστατικά κοινωνικοπολιτικά προτάγματα και πεποιθήσεις. Συντελέστηκε μια διαδικασία «από τα κάτω» μετασχηματισμού τόσο χωρικά όσο και ιδεολογικά, συνδεδεμένη με πολιτικά και θεωρητικά ρεύματα αμφισβήτησης της κλασικής ψυχιατρικής, των ταξινομήσεων και των σχέσεων εξουσίας και υποταγής, καθώς και του ρόλου των ψυχιάτρων ως διαχειριστών της εξουσίας και της θεραπείας ως διάκρισης βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων (Basaglia, 2008-b). Επιπλέον, η θεραπευτική πράξη, που συνδέεται άμεσα με κοινωνικά κινήματα, αναδεικνύεται ως «μια καθ' ολοκληρίαν επαναστατική πράξη».

Γίνεται φανερό ότι στην Ιταλία η έννοια της κρίσης πλαισιώνεται με κοινωνικοπολιτικά χαρακτηριστικά και εντάσσεται σε μια συνολική θεωρία της ψυχικής δυσφορίας και της θεραπείας της, σε αντίθεση με άλλα παραδείγματα, όπως αυτά της Αγγλίας, όπου δίνεται έμφαση σε συγκεκριμένες έννοιες και πρακτικές χωρίς να αγνοείται το ψυχοκοινωνικό πεδίο. Η ιταλική εμπειρία στηρίχτηκε στην ιδεολογία της αποϊδρυματοποίησης και οδήγησε σε ψυχιατρική μεταρρύθμιση (ν. 180/78) που επιδίωξε να αναμορφώσει ριζικά τον τρόπο προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας.

Μέσα στο πλαίσιο αυτό, η φιλοσοφία που αναπτύχθηκε περιλάμβανε επίσης την ανάλυση και αναδιαμόρφωση των παραγόντων που γεννούν την κρίση.

Το άτομο αλληλεπιδρά με το σύστημα στο οποίο ανήκει, και συνεπώς η κρίση του δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί απομονωμένα. Όπως το άτομο, έτσι και το σύστημα μπορεί να βιώσει κρίση, καθιστώντας απαραίτητη τη θεραπεία που απευθύνεται τόσο στο άτομο όσο και στο περιβάλλον του. Επιπλέον, η κρίση μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο χειραφέτησης για την υπηρεσία, αφού ο χρόνος και ο χώρος των παρεμβάσεων καθορίζονται μέσω διαπραγμάτευσης μεταξύ της υπηρεσίας και του χρήστη.

Οι προτεινόμενες πρακτικές δεν διαφοροποιούν τα άτομα σε κρίση με διαγνωσμένη διαταραχή από εκείνα χωρίς διάγνωση. Η ψυχοπαθολογία συνεκτιμάται αλλά το σύμπτωμα ερμηνεύεται ως ένδειξη που προσφέρει πρόσθετες πληροφορίες για την προσωπική ιστορία του ατόμου και απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση της στάσης κάθε υπηρεσίας απέναντί του. Είναι σαφές ότι η «σχολή της Τεργέστης» θεωρεί αναγκαία τη συνολική ανάληψη της ευθύνης από την υπηρεσία, ενσωματώνοντας τη θεραπεία και την πρόληψη ως αδιάσπαστα μέρη της παρέμβασης.

Η αποϊδρυματοποίηση ως «η ουτοπία της πραγματικότητας»

Η ιταλική εμπειρία, με κύριο και αρχικό εκφραστή τον Franco Basaglia, στηρίχθηκε στην ιδεολογία της αποϊδρυματοποίησης, δηλαδή στην άρση των συνεπειών του ψυχιατρικού εγκλεισμού και της βίας που αυτός συνεπάγεται (Giannichedda, 1988). Η κρίση προσεγγίζεται όχι απαραίτητα ως αρνητικό γεγονός, αλλά ως μια κατάσταση που μπορεί να ερμηνευθεί θετικά στην εξέλιξη μιας παθολογικής διεργασίας: σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι αυτή που ρίχνει το «φως» που απαιτείται για την κατανόηση μιας κατάστασης. Ουσιαστικός στόχος και μέσο αυτής της προσπάθειας υπήρξε η κατάργηση του ψυχιατρείου και η αντικατάστασή του από εξωνοσοκομειακές δομές, τόσο σε χωρικό επίπεδο (μέσα στην κοινότητα) όσο και σε ιδεολογικό. Η έννοια της κρίσης μπορεί να γίνει κατανοητή μέσα από την ιστορία της αποασυλοποίησης, δηλαδή την ιστορία της άρσης της «συνθήκης κοινωνικού θανάτου», που, σύμφωνα με τον Basaglia (2008a), συνιστά το ψυχιατρείο.

Η ανάλυση της ιστορίας των ψυχιατρικών θεσμών και του ασύλου αποτέλεσε μία από τις βασικές θεωρητικές βάσεις για τη διαμόρφωση της προσέγγισης της κρίσης και την ανάπτυξη αντίστοιχων πρακτικών στην Ιταλία, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα την εμπειρία της Τεργέστης. Το «ιταλικό πείραμα» ξεκίνησε τη δεκαετία του '70, την ίδια περίοδο που σε άλλες χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία, η στροφή προς την κοινοτική ψυχιατρική και η ανάπτυξη υπηρεσιών προσανατολισμένων στην αποφυγή της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης αποκτούσε σταθερότερη δομή και ευρύτερη εφαρμογή. Ο Basaglia (1981), γνωρίζοντας αυτές τις πρακτικές, στο κείμενό του «Η ουτοπία της

πραγματικότητας» περιγράφει την ουσία αυτών των σχεδιασμών, οι οποίοι, κατά την άποψή του, καθορίζουν τα κυρίαρχα ρεύματα του ψυχιατρικού εκσυγχρονισμού στις ανεπτυγμένες δυτικές χώρες:

«...Όταν σχεδιάζει κανείς να οργανώσει μια υγειονομική υπηρεσία (στην περίπτωση μας ψυχιατρική), η δυσκολία είναι να βρει συγκεκριμένες απαντήσεις σε συγκεκριμένες ανάγκες που να προέρχονται από την πραγματικότητα στην οποία ενεργεί. Αλλά οι απαντήσεις που είναι συναφείς προς την πραγματικότητα θα έπρεπε ταυτόχρονα να την υπερβαίνουν (διαμέσου του ουτοπικού στοιχείου), τείνοντας να την μετασχηματίσουν. Μ' αυτή την έννοια, σχεδιάζοντας μια υγειονομική οργάνωση, διατρέχει κανείς τον κίνδυνο να διαπράξει δύο σφάλματα αντίθετης κατεύθυνσης το ένα από το άλλο : από τη μια μεριά εκείνο του να προτείνονται απαντήσεις που πάνε πέρα από το επίπεδο της πραγματικότητας στο οποίο κινούνται οι ανάγκες, δημιουργώντας νέες, διαμέσου της παραγωγής νέων «ιδεολογικών πραγματικοτήτων» («πραγματικοτήτων-ιδεολογιών»), στα μέτρα των οποίων (που έχουν γίνει αποδεκτά), είναι έτοιμες να απαντήσουν. Και από την άλλη, εκείνο του να μείνουν τόσο προσκολλημένες στην πραγματικότητα, ώστε να προτείνουν απαντήσεις κλεισμένες μέσα στην ίδια την λογική που παράγει το πρόβλημα που θέλουν ν' αντιμετωπίσουν. Και στις δύο περιπτώσεις, η πραγματικότητα μένει αμετάβλητη και οι απαντήσεις περιορίζονται να ορίζουν και να περιγράφουν την προβληματική του κάθε ιδιαίτερου τομέα....».

Από την κρίση του ιδρύματος στη νέα αντίληψη για την κρίση

Η αμφισβήτηση του θεσμού του ασύλου δεν περιορίστηκε σε μια μονοσήμαντη επαναδιαπραγμάτευση του ερωτήματος πού πρέπει να νοσηλεύονται οι ψυχικά πάσχοντες. Αντίθετα, οδήγησε σε έναν ευρύτερο επαναπροσδιορισμό της έννοιας της ασθένειας, στην αμφισβήτηση της ουδετερότητας της επιστήμης και του ρόλου του ψυχιάτρου, καθώς και στη ρήξη της διάκρισης μεταξύ «κανονικής» και «μη κανονικής» συμπεριφοράς. Η επικέντρωση στο σύμπτωμα, σύμφωνα με τον Basaglia (2008), συνεπάγεται συχνά τη σίγαση μιας φωνής, η οποία, ενώ εκφράζει κάτι συγκεκριμένο, μπορεί να κρύβει ένα βαθύτερο νόημα.

Από τα τέλη της δεκαετίας του '70, όταν ο Basaglia ανέπτυξε την κριτική του για την κρίση και, γενικότερα, για την έννοια της ασθένειας, έως σήμερα, η θεώρηση της κρίσης έχει διαμορφωθεί κυρίως από τη «σχολή της Τεργέστης» (Basaglia, 1980; Crepet et al., 1985; Mezzina & Vidoni 1995; Dell'Aqua & Mezzina,

1988-a; Dell'Aqua & Mezzina, 1988-b; Norcio et al., 2001 κ.ά.). Αυτή η προσέγγιση αντιλαμβάνεται την κρίση ως μια εξελικτική, δυναμική και ευέλικτη διαδικασία, η οποία δεν αφορά μόνο το άτομο αλλά και το σύστημα που το περιβάλλει. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, δεν μπορούμε να διαχωρίζουμε τα ιστορικά στοιχεία της ζωής ενός ατόμου από τις «μη ιστορικές» στιγμές του, ούτε να απομονώνουμε την κρίση σε έναν ξεχωριστό χώρο, αποσυνδεδεμένο από το σύνολο των εμπειριών και των σχέσεων του. Ο άνθρωπος σε κρίση είναι ένα ιστορικό υποκείμενο, και η κρίση του δεν μπορεί να εξεταστεί ως ένα απομονωμένο, μονοσήμαντο γεγονός. Αντίθετα, έχει σημασία όχι μόνο για το παρόν, αλλά και για το παρελθόν του ατόμου. Δεν είναι πάντοτε μια αρνητική κατάσταση· αντίθετα, μπορεί να αποτελέσει μια διαδικασία που συμβάλλει στην κατανόηση μιας παθολογικής διεργασίας, φωτίζοντας τις αιτίες και τις δυναμικές της (Evaristo, 1988).

Η προσέγγιση της κρίσης έχει καθοριστική σημασία. Μπορεί να λειτουργήσει ως ευκαιρία για εξέλιξη και ωριμότητα ή, αντίθετα, να οδηγήσει σε οπισθοδρόμηση (Basaglia, 2008-a). Δεν αφορά αποκλειστικά το ίδιο το υποκείμενο που τη βιώνει, αλλά και την κοινωνία και τους θεσμούς, οι οποίοι καλούνται να διαμορφώσουν απαντήσεις που προάγουν την ανάρρωση, την αυτονομία και τη χειραφέτηση. Μόνο μέσα από αυτόν τον επαναπροσδιορισμό μπορεί να ξεπεραστεί ο μονόδρομος της «συνθήκης κοινωνικού θανάτου», που, σύμφωνα με τον Basaglia (2008-a), αντιπροσωπεύει το ψυχιατρείο.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν είτε να εντάξουν την κρίση στο ιστορικό πλαίσιο της ζωής του ατόμου και του περιβάλλοντός του είτε να την απομονώσουν, φυλακίζοντάς την σε έναν χώρο αποκομμένο από τη ζωή του. Ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει αντιληπτή και θα αντιμετωπιστεί η κρίση – σε σχέση με τη συνολική ύπαρξη, το πλαίσιο και την ιστορία του ατόμου – επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την πορεία του μέσα στο ψυχιατρικό σύστημα. Από αυτήν την προσέγγιση εξαρτάται η αποδοχή ή η ακύρωση του μηνύματός του, καθώς και το αν οι υπαρξιακές του αντιφάσεις θα γίνουν αντιληπτές ως πραγματικά ζητήματα ή θα αναχθούν απλώς σε κλινικά συμπτώματα (Giavedoni & Rocco, 1988).

Όταν η κρίση προσεγγίζεται αποκλειστικά μέσα από μια ιατρική διάγνωση, περιορίζεται το εύρος της κατανόησης του ατόμου. Αντί να αντιμετωπίζεται ως μια ύπαρξη που υποφέρει, το άτομο κατατάσσεται σε μια κλινική κατηγορία. Όπως επισημαίνει ο Mezzina (1988), κάθε ορισμός της κρίσης πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το υφιστάμενο ψυχιατρικό σύστημα μιας δεδομένης περιοχής και περιόδου. Η κρίση του ατόμου δεν μπορεί να εξεταστεί ανεξάρτητα από το σύστημα μέσα στο οποίο εντάσσεται και με το οποίο αλληλεπιδρά. Δεδομένου του πλαισίου οργάνωσης της ψυχικής υγείας, η κρίση αποκτά συγκεκριμένο νόημα, επηρεάζοντας την υποκειμενική εμπειρία του ατόμου που τη βιώνει.

Κατά συνέπεια, κάθε προσέγγιση της κρίσης πρέπει να περιλαμβάνει και την κρίση του ίδιου του συστήματος που τη γεννά και με το οποίο συνδέεται άρρηκτα. Συχνά, το ψυχιατρικό σύστημα εστιάζει αποκλειστικά στην «κρίση» του

ατόμου, αγνοώντας τη δική του κρίση. Σε μια συστημική θεώρηση, η κρίση του ψυχικά πάσχοντος είναι αλληλένδετη με την κρίση του θεσμού, ο οποίος όχι μόνο αδυνατεί να την αντιμετωπίσει αποτελεσματικά, αλλά συχνά τη δημιουργεί.

Η ιταλική προσέγγιση της κρίσης, στο πλαίσιο του κινήματος της αποϊδρυματοποίησης, συνιστά μια ανοικτή σύγκρουση με το δίπολο ασθένεια–αρρώστια και κανονικότητα–μη κανονικότητα. Η εξέλιξη και η αντιμετώπισή της συνδέονται με τρεις βασικούς άξονες (Rotelli, 1983):

α) την αμφισβήτηση της «κουλτούρας του ψυχιατρείου», η οποία αποδέχεται ως φυσική την ύπαρξη χώρων περιορισμού και καταναγκασμού με ό,τι αυτό συνεπάγεται, από τα μέσα του φυσικού περιορισμού και της κλειδωμένης πόρτας μέχρι την ακύρωση αναγκών και δικαιωμάτων, μέσα από μια στρατοπεδικού τύπου ρύθμιση του χώρου, του χρόνου και των αναγκών των ψυχικά πασχόντων.

β) την επαναξιολόγηση της έννοιας της ψυχικής ασθένειας, η οποία έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τον ψυχιατρικό θεσμό, βασισμένη σε διοικητικά και νομικά πλαίσια σύμφωνα με τις εννοιολογικές παραμέτρους της επικρατούσας κανονικότητας και τις πρακτικές της καταπιεστικής προστασίας.

γ) την αλλαγή της περίθαλψης, ώστε να μην αναπαράγει τις κατασταλτικές δομές του ασύλου, αλλά να διαμορφώνεται ως μια διαδικασία ρήξης και μετασχηματισμού. Η περίθαλψη ασκείται ως μια πράξη και ως μια σχέση που διαρρηγνύει αυτούς τους κώδικες και όπου, επομένως, «περιθάλπω τον ψυχικό πόνο» σημαίνει την αντιμετώπιση της «αρρώστιας του ιδρύματος», μέσα από μια πρακτική διαδικασία ρήξης και μετασχηματισμού αυτής της μορφής.

Από τις αρχές της δεκαετίας του '70, η αποασυλοποίηση στην Ιταλία προχώρησε με διαφορετικούς ρυθμούς, με αποτέλεσμα και οι υπηρεσίες παρέμβασης στην κρίση να εξελιχθούν αντίστοιχα. Σύμφωνα με τον Rotelli (1992), η εξέλιξη αυτή εξαρτήθηκε από το κατά πόσο εφαρμόστηκαν οκτώ βασικές αρχές που σηματοδοτούν τη νέα αντι-ιδρυματική φιλοσοφία. Οι αρχές αυτές δεν αφορούν μόνο τη χωροταξική μετατόπιση, δηλαδή τη μεταφορά της φροντίδας από το άσυλο στην κοινότητα, αλλά και μια γενικότερη αλλαγή προσανατολισμού, η οποία περιλαμβάνει:

- **Μετάβαση από τον αποκλεισμό στην εναρμόνιση.**
- **Αντικατάσταση της εγκατάλειψης με τη σταδιακή επανένταξη.**
- **Επαναπροσδιορισμό καθορισμένων ρόλων και αναζήτηση νέων πρακτικών.**
- **Μετάβαση από την ακύρωση στην αναγνώριση νοήματος.**
- **Μετατόπιση από τη διάγνωση της ασθένειας στη διερεύνηση των πραγματικών αναγκών.**
- **Αντικατάσταση της επιτήρησης με τη χειραφέτηση.**

- **Μεταστροφή από την κυριαρχία των ιατρικών προσεγγίσεων στη χρήση ανθρώπινων πόρων.**
- **Μετάβαση από τον περιορισμό στην ελευθερία.**

Αυτές οι αρχές αποτελούν συνέχεια των θέσεων του F. Basaglia, ο οποίος, ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '60, υποστήριζε ότι η έννοια της κρίσης στην ψυχιατρική είναι κοινωνικά κατασκευασμένη και πως η αξιολόγησή της πρέπει να βασίζεται στην επανεξέταση της ψυχικής ασθένειας μέσω της διερεύνησης των βιωμάτων του ατόμου (Basaglia, 2008-b).

Με αυτήν τη λογική, η κατανόηση της κρίσης δεν μπορεί να περιορίζεται στην εφαρμογή μιας απλής μεθοδολογίας. Δεν επιδιώκει την ομοιομορφία, αλλά την ανάδειξη της μοναδικότητας των προβλημάτων που βιώνει κάθε ασθενής. Η προσέγγιση αυτή απομακρύνεται από θεραπευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται αποκλειστικά στο ιατρικό μοντέλο. Αντιθέτως, εστιάζει στην ιδιαίτερη ιστορία του ατόμου, αναγνωρίζοντας το σύμπτωμα όχι απλώς ως διαταραχή, αλλά ως σημαντικό στοιχείο που προσφέρει βαθύτερη κατανόηση της προσωπικής του πραγματικότητας (Dell'Aqua & Mezzina, 1988-a; Dell'Aqua & Mezzina 1988-b).

Από το ίδρυμα στην κοινότητα: καταργώντας το ψυχιατρείο

Αυτό που απαιτείται σύμφωνα με τα παραπάνω είναι να ενσκήψουμε στην ατομική ιστορία του υποκειμένου. Η μετατόπιση του κέντρου βάρους της ψυχιατρικής φροντίδας προς την κοινότητα δημιουργεί περισσότερες ευκαιρίες επαφής της υπηρεσίας με το άτομο (στη γειτονιά, στο εργασιακό του περιβάλλον κ.λπ.), οι οποίες μπορούν να αξιοποιηθούν για την αναδόμηση της προσωπικής του ιστορίας. Αυτό επιτρέπει την κατανόηση της κρίσης μέσα από τις σχέσεις που τη διαμορφώνουν, χωρίς ωστόσο να παρέχει πάντα μια πλήρη εξήγηση.

Όσο ο ψυχιατρικός θεσμός παραμένει στατικός και άκαμπτος, με το ψυχιατρικό νοσοκομείο να λειτουργεί ως η τελική επιλογή για τα «δύσκολα» περιστατικά, η ψυχική δυσφορία αντιμετωπίζεται ως ένα πρόβλημα που η υπηρεσία καλείται να διαχειριστεί, να ελέγξει και να εξισορροπήσει μέσω συγκεκριμένων τεχνικών παρέμβασης. Σε αυτή τη λογική, εάν οι παρεμβάσεις αποτύχουν, το ψυχιατρείο αποτελεί πάντα τη διαθέσιμη λύση για τη «θεραπεία» του ασθενούς. Σύμφωνα με αυτή την αντίληψη (Dell'Aqua & Mezzina, 1988-a; 1998-c), οι όποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις καταλήγουν να είναι βραχυπρόθεσμες, καθώς δεν βασίζονται σε μια εκτενή, συνεχόμενη φροντίδα του ατόμου σε κρίση.

Συνεπώς οι λειτουργοί δεν είναι προετοιμασμένοι για πιθανές αποτυχίες, αφού υπάρχει πάντα η δυνατότητα να καταφύγουν σε πιο «σοβαρούς» θεσμούς, οδηγούμενοι τελικά στο ψυχιατρικό νοσοκομείο, και με αυτόν τον τρόπο

συντηρείται η κεντρικότητα του. Η διατήρηση του ψυχιατρικού νοσοκομείου σαν την τελική απόληξη της άρνησης των ανθρώπων να δεχτούν τις παρεμβάσεις που τους προτείνονται εγγυάται την πιθανότητα χρήσης πιο εξειδικευμένων και αρτηριοσκληρωτικών τεχνικών, ώστε να αναγνωριστεί τελικά η ιδιαιτερότητα του προβλήματος, να ταξινομηθεί η συμπεριφορά, να ομογενοποιηθούν ξεχωριστά και ετερογενή προβλήματα και με αυτόν τον τρόπο να παρέχονται προκαθορισμένες απαντήσεις. Η κρίση τότε «διαβάζεται» με έναν προκαθορισμένο τρόπο μέσα από βολικές παραμέτρους.

Στην περίπτωση της Τεργέστης (Dell'Aqua & Mezzina, 1988-b) η πορεία από το ψυχιατρικό νοσοκομείο στην εγκαθίδρυση κέντρων ψυχικής υγείας - ως η τελική φάση της αποϊδρυματοποίησης - δημιούργησε ένα πρακτικό και θεωρητικό πρόβλημα. Είναι το πρόβλημα της κατανόησης της συμπλοκότητας που υπάρχει οπουδήποτε υπάρχει κρίση. Όταν το σύστημα αδυνατεί να αναγνωρίσει των ασθενή ως μία σύνθετη ενότητα γίνεται απλουστευτικό και αφαιρετικό. Τότε είναι η κρίση του ασθενούς που αντιμετωπίζεται και όχι η κρίση του συστήματος που δεν μπορεί να διαχειριστεί τις αλληπάλληλες ανάγκες.

Το κρίσιμο μεθοδολογικό, επιστημολογικό και πρακτικό - θεραπευτικό ζήτημα σ' ένα νοσοκομειοκεντρικό σύστημα είναι ότι οι απαντήσεις που μπορούν να δοθούν περιορίζονται στην υποδοχή των «επείγουσών καταστάσεων» και έτσι παραμένουν πάντα αποσυνδεδεμένες από το συνολικό κοινωνικό και ιστορικό πλαίσιο που τις παράγει. Η επείγουσα «κατάσταση», με τη μορφή της οποίας παρουσιάζεται, συνήθως, η κρίση του ψυχικά πάσχοντος υποκειμένου (οι αναπάντητες, δηλαδή, και ματαιωμένες ανάγκες του υποκειμένου, η ψυχική του δυσφορία και η οδύνη του στις σχέσεις του με το μικρο- και μακρο- κοινωνικό του πλαίσιο) για να γίνει αντιληπτή και για να αντιμετωπιστεί πρέπει να φτάσει, συχνά, σε επίπεδα συναγερμού εξαιρετικά υψηλά, που συνεπάγονται την καταφυγή στην αναγκαστική νοσηλεία (Mezzina, 1988).

Είναι τότε η στιγμή που το άτομο σε κρίση μπαίνει στο επίκεντρο, η στιγμή που μπορεί να αναγνωριστεί ως η στιγμή της μεγάλης απλοποίησης. Το υποκείμενο έχει ήδη προοδευτικά απλοποιηθεί και η πολυπλοκότητα της δυσφορίας του έχει αναχθεί σε συμπτώματα, έτσι ώστε να είναι αναγνωρίσιμα, να φανούν. Οι ψυχιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες, διαμορφωμένες μέσα σε ένα ιατροκεντρικό πλαίσιο, είναι προσανατολισμένες στη διάγνωση και την καταγραφή των συμπτωμάτων, αδυνατώντας να λάβουν υπόψη την πολυδιάστατη φύση της κρίσης (Dell'Aqua & Mezzina, 1988-a).

Η παρέμβαση στην κρίση: από τη θεωρία στην πράξη

Σύμφωνα με τον οδηγό υπηρεσιών ψυχικής υγείας της Τεργέστης (World Health Organization, 2021; Mezzina, 2021) οι κοινοτικές υπηρεσίες διοικούνται από το Τμήμα Ψυχικής Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη λειτουργία των

τεσσάρων Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.), ενός μικρότερου εντός της πανεπιστημιακής κλινικής, του Τμήματος Διάγνωσης και Φροντίδας στο γενικό νοσοκομείο (PDCS), καθώς και του Τμήματος Αποκατάστασης και Διαμονής. Κάθε Κ.Ψ.Υ. εξυπηρετεί έναν πληθυσμό περίπου 75.000 κατοίκων, είναι ανοιχτό όλο το 24ωρο και δέχεται αιτήματα από τις 08:00 έως τις 20:00 μέσω άλλων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ιατρών, συγγενών, φίλων, αλλά και από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο. Διαθέτει 6 έως 8 κλίνες, ενώ τον Δεκέμβριο του 2005 απασχολούσε 249 εργαζόμενους, μεταξύ των οποίων 28 ψυχιάτρους και 141 νοσηλεύτες. Παρέχει νοσοκομείο ημέρας, εξωτερικά ιατρεία, κατ' οίκον επισκέψεις (περίπου 800 μηνιαίως), ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, οικογενειακή θεραπεία, ομαδικές δραστηριότητες, προγράμματα πρόληψης, αποκατάστασης και υποστήριξης, καθώς και συμβουλευτική υπηρεσία. Από τη βιβλιογραφία και τις σχετικές αναφορές προκύπτει ότι οι δύο βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία των Κ.Ψ.Υ. σε σχέση με την κρίση και την παρέμβαση σε αυτή είναι ο «χειραφετικός χαρακτήρας» και η «ανάληψη της πλήρους ευθύνης».

α) Η παρέμβαση ως διαδικασία χειραφέτησης

Η υπηρεσία ψυχικής υγείας πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσει την πορεία που οδηγεί μια «σιωπηλή» κρίση, που δεν έχει ακόμα εκφραστεί, στην εμφάνιση συμπεριφορών έντασης ή ακόμα και βίας, καθώς και στην ψυχική δυσφορία που κινητοποιεί τελικά τους μηχανισμούς έκτακτης ανάγκης της κοινωνίας. Παράλληλα, οφείλει να δημιουργεί τις συνθήκες που θα ευνοήσουν τις δυνατότητες επαφής του ατόμου με την κοινότητα, σε χώρους και πλαίσια που κρίνονται ως τα πιο κατάλληλα για την πρώτη επικοινωνία, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες της κάθε περίπτωσης.

Σύμφωνα με τους Giavedoni και Rocco (1988), ο τρόπος με τον οποίο διαμορφώνεται η πρώτη επαφή διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο. Το επίπεδο της οδύνης του ατόμου, η συγκινησιακή αντίδραση του λειτουργού και, κυρίως, το περιβάλλον όπου πραγματοποιείται η συνάντηση επηρεάζουν την εξέλιξη της παρέμβασης. Για παράδειγμα, μια συνέντευξη στον χώρο όπου εκδηλώθηκε η κρίση έχει διαφορετικό αντίκτυπο από μια συνέντευξη σε εξωτερικό ιατρείο ή σε ψυχιατρικό ίδρυμα, όπου η βαριά ατμόσφαιρα του περιβάλλοντος μπορεί να εντείνει το άγχος του ατόμου και να οδηγήσει σε πιο άκαμπτες συμπεριφορές. Σε αυτό το πλαίσιο, η «ακρόαση» αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς ενισχύει την αίσθηση του ατόμου ότι ακούγεται, εκφράζει την οδύνη του και γίνεται κατανοητό. Η «εξειδικευμένη» γνώση και οι τεχνικές απαιτείται να επαναπροσδιορίζονται και να επανατοποθετούνται σε σχέση με τα υποκείμενα, προκειμένου να μη λειτουργούν αφηρημένα τόσο ως προς το υποκείμενο όσο και ως προς το πλαίσιο σε μια κατεύθυνση συνυφασμένη με το μετασχηματισμό αυτών.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ιδιαίτερα τα Κ.Ψ.Υ. δομούνται στη βάση της αντίληψης ότι κάθε κρίση αντικατοπτρίζει την προσπάθεια ενός ατόμου να διαχειριστεί την απώλεια του δικτύου ασφαλείας του. Αυτό ισχύει ακόμα και σε

περιπτώσεις όπου η κρίση εκφράζεται μέσω βίαιης συμπεριφοράς, είτε προς τους άλλους είτε προς τον ίδιο τον εαυτό. Η κρίση, ωστόσο, μπορεί να αποτελέσει αφορμή για μετασχηματισμό, επιτρέποντας την αναγνώριση της πολυπλοκότητας τόσο του ίδιου του ατόμου όσο και του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο εντάσσεται (Dell'Aqua & Mezzina, 1988-a).

Συνεπώς, η κρίση μπορεί να λειτουργήσει ως ευκαιρία χειραφέτησης, τόσο για το ίδιο το υποκείμενο, μέσω της ενίσχυσης της αυτονομίας του, όσο και για το περιβάλλον του (οικογένεια, εργασία, κοινωνικές σχέσεις), συμβάλλοντας στην αναπλαισίωση των γεγονότων πέρα από στερεοτυπικές αντιλήψεις περί επικινδυνότητας ή ψυχοπαθολογίας. Η ουσιαστική κατανόηση μιας κρίσης απαιτεί ικανότητα εναλλαγής της οπτικής, από την ταύτιση με το άτομο σε κρίση στην κατανόηση της δυναμικής του περιβάλλοντος στο οποίο αυτό αλληλεπιδρά (Giavedoni & Rocco, 1988).

β) Ανάλυση της πλήρους ευθύνης

Βασικός προσανατολισμός (Dell'Aqua & Mezzina, 1988-a; 1998-c; Rotelli, 1992; Mezzina, 1997; Norcio et al., 2001) αποτελεί για την υπηρεσία η ανάληψη της πλήρους ευθύνης για το περιστατικό και όχι απλά η προσφορά φροντίδας. Αυτό σημαίνει:

i.Καθημερινή ολοήμερη λειτουργία

ii.Ολοκληρωμένο (μη διαχωρισμένο) φάσμα παροχών. Μια ολοκληρωμένη υπηρεσία (Κ.Ψ.Υ.) παρέχει μια πολλαπλότητα απαντήσεων, αποφεύγοντας τον διαχωρισμό των παρεχόμενων φροντίδων προσαρμόζοντας τη θεραπευτική διαδικασία στην κάλυψη όλης της γκάμας των πολύπλευρων αναγκών της ύπαρξης που υποφέρει σε επίπεδο πρόληψης, φροντίδας και αποκατάστασης.

iii.Υπευθυνότητα για μια ορισμένη περιοχή. Υπευθυνότητα εδώ σημαίνει όχι αυτή της κλασσικής ιατρικής δεοντολογίας, που εκφράζεται με «ιατρικό-νομικούς» όρους, αλλά την ανάληψη της ενεργού υπευθυνότητας για την ψυχική υγεία του πληθυσμού της δοσμένης περιοχής, τη λειτουργία ως ενεργού σημείου αναφοράς για ζητήματα συγκρούσεων, δυστυχίας και διαταραχής.

iv.Ενεργή παρουσία του κέντρου ψυχικής υγείας. Ο κίνδυνος του κοινωνικού ελέγχου ως κληρονομιά του «παλιού ψυχιατρείου» περιφρουρείται με τη δημιουργία μιας υπηρεσίας η οποία πηγαίνει σε συνάντηση του αιτήματος (η διασφάλιση της πρόσβασης), έτσι ώστε να δημιουργούνται οι όροι, να φτάνει το αίτημα με τους πιο ποικίλους, τους πιο άτυπους και άμεσους τρόπους και ως εκ τούτου να εξασφαλίζεται η δυνατότητα άμεσων και έγκαιρων απαντήσεων.

v.Μη επιλογή και μη παραπομπή. Το Κ.Ψ.Υ., δηλαδή, θέτει ως στόχο να γίνει το κύριο και μοναδικό σημείο αναφοράς της σφαιρικότητας του ψυχιατρικού αιτήματος στην δοσμένη γεωγραφική περιοχή.

vi. Συνέχεια της σχέσης στο χώρο. Ο χώρος όπου γίνεται η σχέση είναι πολλαπλός. Η θεραπευτική ομάδα ενεργεί μέσα και έξω από το δικό της χώρο, σ' ένα λειτουργικό συνεχές. Το υποκείμενο σε κρίση τόσο κατά τη διάρκειά της όσο και μετά από αυτή συνοδεύεται από την υπηρεσία, εφόσον χρειάζεται, σε όλο το δίκτυο των κοινωνικοπολιτικών θεσμών που εμπλέκεται (δικαστήρια, φυλακές, νοσοκομεία, σχολεία, γραφεία ευρέσεως εργασίας, συμβουλευτικές υπηρεσίες κ.ο.κ.) με τις οποίες το Κ.Ψ.Υ. είναι έμμεσα ή άμεσα συνδεδεμένο.

vii. Συνέχεια της σχέσης στο χρόνο. Η δουλειά με τους ασθενείς, που έχουν ανάγκη μιας χρόνιας βοήθειας, είναι μια αργή δουλειά, με βαθμιαία πρόοδο ιδίως στο βαθμό που δε γίνεται στη βάση «επιλογής και παραπομπής». Η συνέχεια στο χρόνο μπορεί να σημαίνει «αναμονή χωρίς προσδοκίες», δηλαδή ότι αποδεχόμαστε, αναλαμβάνουμε, συγκρατούμε προσπαθούμε να καταλάβουμε, επιτρέπουμε την συνεξέλιξη του συστήματος της υπηρεσίας με το σύστημα του άλλου μέσα από την αλληλεπίδραση και το «δομικό τους ζευγάρωμα».

viii. Κεντρικότητα του υποκειμένου σε κρίση. Σημαίνει αναγνώριση διαπραγματευτικής εξουσίας και δικαιωμάτων στον πάσχοντα, προσαρμογή της οργάνωσης της δουλειάς μας πάνω στην ανάγκη του και τα προβλήματά του ακόμα και μέσα στην κρίση. Το Κ.Ψ.Υ. αποκτά και συμβολικό χαρακτήρα ως τόπος συνάντησης και σχέσεων και όχι ως τόπος περιορισμού ή αποκλεισμού. Σε κάθε περίπτωση μορφές περιορισμού (κλειδωμένες πόρτες, δωμάτια απομόνωσης, καθηλώσεις) δεν υπάρχουν.

ix. Κοινωνική ατμόσφαιρα και διαπερατότητα της υπηρεσίας. Η ευελιξία της υπηρεσίας στη διαχείριση κρίσεων και ο τρόπος ανάληψης ευθύνης δεν συνεπάγονται αδυναμία αντιμετώπισης πιο σύνθετων περιστατικών. Το Κ.Ψ.Υ. αναγνωρίζει την ανάγκη προστασίας ατόμων των οποίων η συμπεριφορά (π.χ. παραβατική) ενέχει υψηλό κίνδυνο εμπλοκής με θεσμούς όπως η φυλακή, καθώς και ατόμων με μειωμένη αυτονομία και έντονη διασπαστικότητα, που μπορεί να επιδεινώσουν τις κοινωνικές τους σχέσεις και να εξαντλήσουν τα όρια κοινωνικής ανεκτικότητας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το κέντρο αναλαμβάνει πλήρως την ευθύνη, παρέχοντας συχνά συνοδούς για τους ασθενείς. Ωστόσο, οι μέθοδοι παρέμβασης προσαρμόζονται εξατομικευμένα, ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και τον λειτουργό που το συνοδεύει.

Ιδιαίτερη σημασία έχει ο χρόνος της παρέμβασης, ο οποίος πρέπει να ευθυγραμμίζεται με τον χρόνο του ατόμου σε κρίση. Ο σεβασμός της αυτονομίας του προϋποθέτει και τον σεβασμό στον προσωπικό του ρυθμό. Στην εκτεταμένη μελέτη των Giuseppe Dell' Aqua και Roberto Mezzina (1988-a), δίνεται έμφαση σε αυτήν τη διάσταση. Ο χρόνος που περνάει το άτομο με την υπηρεσία πρέπει να είναι ουσιαστικός, γεμάτος δράσεις, συναντήσεις και ομαδικές δραστηριότητες, τόσο σε επίσημο και πιο δομημένο πλαίσιο όσο και σε

ανεπίσημο, χαλαρό περιβάλλον. Η υπηρεσία οφείλει να προσαρμόζει τον ρυθμό της στις ανάγκες του ατόμου, αποφεύγοντας τη σύγκρουση και την αντιπαράθεση. Στόχος των λειτουργιών είναι να διασφαλίσουν ότι η καθημερινότητα του ατόμου σε κρίση δεν διαταράσσεται, αλλά συνεχίζει, όσο το δυνατόν, την κανονική του ζωή. Οι πρωτοβουλίες και οι προτάσεις του ίδιου του ενδιαφερόμενου διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση του θεραπευτικού σχεδίου και της παρέμβασης, ενισχύοντας τη θέση του, προάγοντας την αυτονομία του και αποτρέποντας τον κίνδυνο αντικειμενοποίησης.

Η θεραπευτική διαδικασία βασίζεται στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του ατόμου και της υπηρεσίας, στη δημιουργία μιας θεραπευτικής συμμαχίας και στις πρακτικές που εφαρμόζονται. Το Κ.Ψ.Υ. διαθέτει διαρκώς αυξανόμενους πόρους για να ανταποκρίνεται στην ποικιλία των αναγκών. Οι πόροι αυτοί περιλαμβάνουν τις διαθέσιμες δομές βοήθειας, καθώς και τις ευκαιρίες συνάντησης και κοινωνικοποίησης. Ο συνδυασμός αυτών των μέσων με πιο ιατρικά προσανατολισμένες παρεμβάσεις διαμορφώνει ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, προσαρμοσμένο στις ανάγκες κάθε ατόμου.

Κοινοτικές υπηρεσίες και παρέμβαση στην κρίση

Όλες οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην αποφυγή της νοσηλείας, η οποία δεν κρίνεται αποκλειστικά βάσει της συμπτωματολογίας ή παραγόντων κινδύνου, αλλά και μέσω μιας συνολικότερης αξιολόγησης που περιλαμβάνει το υποστηρικτικό περιβάλλον, τη θεραπευτική σχέση, τις δυνατότητες του οικογενειακού ή κοινωνικού πλαισίου και τους διαθέσιμους ανθρώπινους πόρους (Norcio et al., 2001; Dell'Aqua & Mezzina, 1998-a; 1998-c). Όπως προαναφέρθηκε, η νοσηλεία δεν σημαίνει αποκοπή από το περιβάλλον, αλλά, αντίθετα, αναζήτηση τρόπων επανασύνδεσης με αυτό. Ακόμα και αν ένας νοσηλευόμενος διακόψει τη νοσηλεία του, καταβάλλονται προσπάθειες επαναπροσέγγισης και επαναδιαπραγμάτευσης ώστε να διαμορφωθεί μια νέα σχέση και ένα νέο θεραπευτικό πλαίσιο. Οι Dell'Aqua και Mezzina (1998-a) επισημαίνουν χαρακτηριστικά: «Αντί να ακολουθηθούν οι παραδοσιακές στρατηγικές παρέμβασης στην κρίση, που αποσκοπούν στην επίλυση της σύγκρουσης εντός του οικογενειακού ή μικρο-κοινωνικού πλαισίου, με στόχο την ταχεία "κανονικοποίηση" του υποκειμένου, η απάντηση στην κρίση τείνει περισσότερο στη σύνδεση του χρήστη με ένα ευρύτερο δίκτυο κοινωνικών σχέσεων και διαθέσιμων, από την υπηρεσία, ανθρώπινων και υλικών πόρων».

Η κρίση διατηρεί κεντρικό ρόλο σε όλο το επιχειρησιακό μοντέλο, καθώς αποτελεί **αφετηρία για αλλαγή** και **δυνατότητα μετασχηματισμού** (Dell'Aqua & Mezzina, 1998-a; Norcio, 2001). Συγκεκριμένα:

- i. **Η κρίση κινητοποιεί τους διαθέσιμους πόρους**, αναζητώντας κάθε πιθανή κοινωνική σχέση που θα μπορούσε να υποστηρίξει τη θεραπευτική

διαδικασία και να επανενεργοποιήσει υπάρχουσες, αλλά αδρανείς, σχέσεις. Σε αυτή τη διαδικασία, οι επαγγελματίες ενθαρρύνουν από την αρχή τον άμεσα ενδιαφερόμενο να συμμετάσχει ενεργά. Παράλληλα, οι ειδικοί στηρίζονται στη **σχέση αμοιβαιότητας και αμεσότητας** για να οικοδομήσουν έναν δεσμό εμπιστοσύνης, ακόμα και αν έρθουν αντιμέτωποι με άρνηση ή περιφρόνηση.

- ii. **Η κρίση λειτουργεί ως μέσο βελτίωσης της επικοινωνίας εντός της υπηρεσίας.** Η διακίνηση πληροφοριών, η ανάλυση προβλημάτων, η ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών στο πλαίσιο των καθημερινών συναντήσεων του προσωπικού συμβάλλουν στην ευαισθητοποίηση όλης της θεραπευτικής ομάδας, ώστε να αναλάβει συλλογικά την ευθύνη της παρέμβασης. Παράλληλα, ενισχύεται η ευελιξία της υπηρεσίας, η οποία εξαρτάται από τη **διαρκή προσπάθεια συλλογικής δουλειάς** και τη συμβολή κάθε μέλους της ομάδας.

Η πολυκλαδική θεραπευτική ομάδα του Κέντρου Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.) έχει την ευθύνη να διερευνήσει την κρίση, αναγνωρίζοντας την πολυπλοκότητα του προβλήματος και τα πολλαπλά μηνύματα που προκύπτουν μέσα από αυτήν. Συνήθως, η ομάδα διαμεσολαβεί μεταξύ των εμπλεκομένων και καταγράφει τις ανάγκες που αναδεικνύονται. Σύμφωνα με τους Dell'Aqua & Mezzina (1988), η **ουσιαστική ανταπόκριση στις ανάγκες** περιλαμβάνει:

- Την **ενίσχυση των δυνατοτήτων του ατόμου** για ανάληψη πολλαπλών κοινωνικών ρόλων.
- Τη **βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης.**
- Την **αύξηση της αυτονομίας των χρηστών** και την **επανασύνδεσή τους με το κοινωνικό πλαίσιο.**

Η παρέμβαση στην κρίση, όταν γίνεται με βάση τις **συγκεκριμένες ανάγκες** του ατόμου, απαιτεί τη **συνεργασία της πολυκλαδικής ομάδας** ώστε:

- Να **μεταφράζονται οι τεχνικοί όροι** σε συγκεκριμένα προβλήματα.
- Να **αποφεύγεται η τάση της ψυχιατρικής να αγνοεί τις υλικές συνθήκες διαβίωσης** των ασθενών.
- Να **προάγεται η αλληλεπίδραση μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών παραγόντων.**

Οι υπηρεσίες που παρέχονται καλύπτουν ευρύ φάσμα αναγκών, όπως:

- ✓ Διαβίωση και διαμονή
- ✓ Οικονομικοί πόροι
- ✓ Προσωπική υγιεινή
- ✓ Εργασιακές προοπτικές
- ✓ Οργάνωση ελεύθερου χρόνου

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν τους χρήστες της υπηρεσίας στην καθημερινότητά τους, αναλαμβάνοντας δράσεις όπως:

- Συνοδεία σε ιατρικές επισκέψεις και ψώνια.
- Διευκόλυνση στη σύνταξη εγγράφων και στην εύρεση εργασίας.
- Επανασύνδεση με συγγενείς και τοπικά δίκτυα.

Όλες αυτές οι λειτουργίες συμβάλλουν στη διαμόρφωση **μιας ουσιαστικής σύνδεσης με τον εξωτερικό κόσμο** και προωθούν μια **πιο εμπιστευτική και ανεπίσημη θεραπευτική σχέση** ανάμεσα στον χρήστη και τον επαγγελματία, έξω από τα στενά όρια του Κ.Ψ.Υ.

Τα προβλήματα του ασθενούς **επαναπροσδιορίζονται συνεχώς** μέσα από τη σχέση του με την υπηρεσία. Ο χρήστης μπορεί σταδιακά να φέρνει νέες ανάγκες, να αγνοεί προηγούμενες ή να μεταβαίνει από τον **ασυνάρτητο λόγο της κρίσης σε μια πιο οργανωμένη κατανόηση των αναγκών και των προσδοκιών του από τη ζωή.**

Στην έρευνα των Mezzina & Vidoni (1995), που αφορούσε ανθρώπους με σοβαρές ψυχιατρικές κρίσεις, διαπιστώθηκαν **θετικά αποτελέσματα με περιορισμένες υποτροπές και καλή μακροχρόνια πρόγνωση.** Οι ενδονοσοκομειακές νοσηλείες, τόσο εκούσιες όσο και ακούσιες, μειώθηκαν σημαντικά χάρη στη βραχείας διάρκειας φιλοξενία των ασθενών στο Κ.Ψ.Υ.

Τα στατιστικά στοιχεία (Tansella & Williams, 1987; Capparota, 1989; M.H.D. Training Programs Office, 2002) επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα του μοντέλου παρέμβασης στην Τεργέστη:

- Οι **υποχρεωτικές νοσηλείες** (στο Κ.Ψ.Υ. ή το γενικό νοσοκομείο) ανέρχονται σε **7 ανά 100.000 κατοίκους**, περίπου **το 1/3 του εθνικού μέσου όρου**, που έχει ήδη μειωθεί σε σχέση με τη δεκαετία του 1970.
- **Δεν έχει παρατηρηθεί αύξηση της εγκληματικότητας** που να σχετίζεται με ψυχική νόσο, παρά την απουσία κλειστών ψυχιατρικών τμημάτων και μέτρων φυσικού περιορισμού.
- **Δεν υπάρχουν αιτήματα για μόνιμο εγκλεισμό** από την κοινότητα.
- **Ο ιδιωτικός ψυχιατρικός τομέας είναι ανύπαρκτος**, σε αντίθεση με την υπόλοιπη Ιταλία, όπου καλύπτει το 40% των υπηρεσιών

Κι όλα αυτά σε μια πόλη που κάποτε διέθετε 1.200 κρεβάτια ψυχιατρικής κλινικής για 240.000 άτομα- τώρα διαθέτει μόνο έξι κρεβάτια γενικού νοσοκομείου και 30 κρεβάτια κοινοτικού κέντρου διανυκτέρευσης (Waters, 2020).

Ο μετασχηματισμός των υπηρεσιών και το νομοθετικό πλαίσιο

Στην Ιταλία, ο μετασχηματισμός του ψυχιατρείου αποτέλεσε κομβικό σημείο στη φιλοσοφία των κοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Πρόκειται, κυρίως, για έναν **πολιτισμικό μετασχηματισμό**, παρά για μια απλή αναδιοργάνωση υπηρεσιών. Η Ιταλία, ως χώρα με μεγάλη ποικιλομορφία και έντονες αντιθέσεις, δυσκολεύτηκε να υιοθετήσει ομοιόμορφα αυτόν τον μετασχηματισμό (Capparota, 1989).

Ο Ramon (1985) επισημαίνει ότι ο **νόμος 180/1978** διαφέρει ριζικά από άλλες ευρωπαϊκές νομοθεσίες, καθώς δεν επιδιώκει μόνο την αναδιάρθρωση του υπάρχοντος πλαισίου αλλά και τη **διασφάλιση της απασχόλησης του υφιστάμενου προσωπικού**. Οι υπηρεσίες οργανώθηκαν με τρόπο ώστε να **αντικαταστήσουν το ψυχιατρείο** και όχι να λειτουργήσουν συμπληρωματικά σε αυτό. Αντιθέτως, σε πολλές άλλες χώρες, η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία – που πλέον πραγματοποιείται κυρίως στα γενικά νοσοκομεία – θεωρείται **συμπληρωματική της κοινοτικής φροντίδας** και όχι εναλλακτική της.

Ωστόσο, χώρες όπως η **Μεγάλη Βρετανία** επηρεάστηκαν από το ιταλικό παράδειγμα και ειδικά από την εμπειρία της **Τεργέστης**. Στην προσπάθεια να μειώσει τις εισαγωγές σε ψυχιατρικές κλινικές, η Βρετανία θεσμοθέτησε τις **ομάδες επίλυσης κρίσεων και κατ' οίκον θεραπείας (Crisis Resolution/Home Treatment - CR/HT units)**. Αυτές οι ομάδες οργανώνουν **παρεμβάσεις σε κρίσεις**, επισκέψεις κατ' οίκον και συνοδείες στις κοινοτικές υπηρεσίες, διασφαλίζοντας τη συνέχεια της θεραπείας. Οι προτάσεις του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (**National Institute for Mental Health, 2001**) αναφέρονται ρητά στο ιταλικό μοντέλο (Dell'Aqua, Asiola) από το οποίο και επηρεάστηκαν (Tansella & Williams, 1987).

Πολυμορφία εφαρμογής της ιταλικής νομοθεσίας

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ιταλική νομοθεσία επικεντρώνεται περισσότερο **σε οργανωτικά ζητήματα παρά σε πρακτικά**. Ως αποτέλεσμα, παρατηρείται **μεγάλη διαφοροποίηση στην εφαρμογή της** τόσο μεταξύ διαφορετικών περιοχών όσο και στο εσωτερικό της ίδιας πόλης.

Η Jones (2001) συγκρίνει τις κοινοτικές υπηρεσίες του **Sheffield** (Μεγάλη Βρετανία) και της **Verona** (Ιταλία), οι οποίες έχουν κοινή δομή, καθώς και οι δύο έχουν απομακρυνθεί από το ψυχιατρικό νοσοκομείο. Ωστόσο, στη Verona, οι τρεις τομεοποιημένες υπηρεσίες **διαφέρουν σημαντικά στη φιλοσοφία και τις πρακτικές τους**, ενώ στο Sheffield, παρά τον διοικητικό διαχωρισμό τους μεταξύ **Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS)** και τοπικής αυτοδιοίκησης, διατηρούν μεγαλύτερη ομοιογένεια.

Η Jones αποδίδει αυτή τη διαφορά στο γεγονός ότι οι επαγγελματίες στη Verona έχουν μεγαλύτερη ελευθερία **ερμηνείας και εφαρμογής του νόμου 180**, σε αντίθεση με τους συναδέλφους τους στο Sheffield, όπου ισχυρότερα εθνικά και διοικητικά συστήματα περιορίζουν τις αποκλίσεις. Η έρευνά της υπογραμμίζει ότι, για να συγκριθούν αποτελεσματικά διαφορετικά ψυχιατρικά συστήματα, απαιτείται **μελέτη σε τοπικό επίπεδο**, όπου αναδεικνύονται πιο ξεκάθαρα οι αντιφάσεις και οι ιδιαιτερότητες κάθε δομής. Οικονομικοί και πολιτικοί παράγοντες φαίνεται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στη συγκρότηση και πορεία των κοινοτικών υπηρεσιών, όπως και γεωγραφικοί ή πολιτισμικοί για τους οποίους η Jones (2001) ισχυρίζεται ότι δεν έχουν διερευνηθεί καθόλου.

Σύμφωνα με πανεθνική έρευνα των **Gigantesco et al. (2007)**, καταγράφονται **σημαντικές διαφοροποιήσεις** μεταξύ των ιταλικών περιφερειών τόσο στη **δομή** όσο και στη **φιλοσοφία** των υπηρεσιών.

Η έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε:

- 23 πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές (μέσος όρος 17,3 κλίνες),
- 16 Κ.Ψ.Υ. με 24ωρη λειτουργία (μέσος όρος 6,1 κλίνες),
- 262 ψυχιατρικές κλινικές σε γενικά νοσοκομεία (μέσος όρος 13,1 κλίνες),

κατέληξε στο συμπέρασμα ότι **το επικρατέστερο μοντέλο** είναι ένας συνδυασμός **μερικών λειτουργικών κοινοτικών υπηρεσιών και ψυχιατρικών κλινικών**. Ως αποτέλεσμα, οι κοινοτικές δομές λειτουργούν περισσότερο ως **συμβουλευτικοί σταθμοί**, ενώ το **ιατροκοποιημένο μοντέλο παρέμβασης στην κρίση κερδίζει έδαφος** (Norcio, 2007).

Η νομοθεσία ως εργαλείο καινοτομίας

Ο νόμος 180 αποτέλεσε **καινοτομία** για την εποχή του, καθώς ερχόταν σε **ρήξη με τις ασυλοκεντρικές προσεγγίσεις**. Επιπλέον, νομιμοποίησε μια **νέα θεώρηση της ψυχικής υγείας**, ενισχύοντας τον ρόλο των **διεπιστημονικών ομάδων** τόσο στη διάγνωση όσο και στην παρέμβαση στην κρίση.

Με τον νόμο αυτόν, ο ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας – πέραν των ψυχιάτρων – αναβαθμίστηκε. Οι επαγγελματίες αυτοί απέκτησαν **ενεργό θεραπευτικό ρόλο**, αντί να περιορίζονται σε **βοηθητικές ή γραφειοκρατικές αρμοδιότητες**. Η κρίση **έπαψε να θεωρείται αποκλειστικά βιολογικό φαινόμενο** και άρχισε να εκτιμάται ως **πολυπαραγοντική διαδικασία**, γεγονός που **περιόρισε την πρωτοκαθεδρία του ψυχιατρικού λόγου** πάνω σε αυτήν.

Αντιφάσεις και αδιέξοδα της μεταρρύθμισης

Ο χαρακτήρας μιας κοινοτικής υπηρεσίας δεν καθορίζεται αποκλειστικά από τη νομοθεσία. Όπως αναφέρουν οι **B. Norcio (2007)** και **Θ. Μεγαλοοικονόμου (2003)**, στηριζόμενοι στους **Dell'Aqua και Mezzina**, η ριζοσπαστική ιταλική ψυχιατρική μεταρρύθμιση (**νόμος 180/78**) ανέδειξε πολλές από τις αντιφάσεις και τα αδιέξοδα των σύγχρονων ψυχιατρικών συστημάτων. Η **δημιουργία ψυχιατρικών κλινικών σε γενικά νοσοκομεία** με το πρόσχημα της διαχείρισης των **επειγόντων περιστατικών** κατά την περίοδο μετάβασης από το παλιό σύστημα στο νέο, αλλά και της αναγκαστικής νοσηλείας, **ανέδειξε τη συνέχιση των ιατροκεντρικών προσεγγίσεων**. Παράλληλα, η **υποχρηματοδότηση των κοινοτικών υπηρεσιών** οδήγησε στη **λειτουργία τους ως εξωτερικά ιατρεία**, ανίκανες να αποτελέσουν **πραγματική εναλλακτική λύση στο νοσοκομειακό μοντέλο**. Συνεπώς, δεν μπόρεσαν να υποστηρίξουν **μετανοσοκομειακή φροντίδα** και στήριξη των οικογενειών, αφήνοντας σημαντικά κενά.

Παρεμβαίνοντας στην κρίση στην Ελλάδα

Όροι όπως παρέμβαση στην κρίση και θεωρία της κρίσης είναι ελάχιστα γνωστοί στην Ελλάδα. Εξάλλου κενό γράμμα αποτελεί και η «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» για την οποία πολλά έχουν γραφεί, αλλά ουσιαστικά έχει παραμείνει μια διαρκής εξαγγελία χωρίς ουσιαστική υλοποίηση. Ο Μαδιανός, στο βιβλίο του *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της: Από τη Θεωρία στην Πράξη*, ήδη από το μακρινό 1994, θέτει ένα ερώτημα που παραμένει επίκαιρο: **“Τέθηκαν ποτέ πραγματικά οι βάσεις για μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα;”** Το ελληνικό μοντέλο ψυχικής υγείας παραμένει **υποανάπτυκτο και αποσπασματικό**, με τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες **κατακερματισμένες, αποκομμένες μεταξύ τους και συχνά ανταγωνιστικές**. Ως αποτέλεσμα, το ψυχιατρικό νοσοκομείο **παραμένει η τελική διέξοδος για την κρίση** του ατόμου, το οποίο, όταν ξεπεράσει ένα κρίσιμο όριο, οδηγείται στον εγκλεισμό.

Η Ελλάδα διατηρεί ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών στην Ευρώπη, με πάνω από τους μισούς νοσηλευόμενους να εισάγονται χωρίς τη θέλησή τους. Οι συνέπειες της **ανολοκλήρωτης ψυχιατρικής φροντίδας** είναι εμφανείς:

- στις επικουρικές κλίνες (ράντζα) στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων, κυρίως της Αττικής.
- στο πολύ υψηλό ποσοστό αναγκαστικής νοσηλείας, με 35–40% των εισαγωγών στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων της Αττικής, με πάνω από 50% στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και με μικρότερα ποσοστά σε άλλες περιφερειακές μονάδες.
- στην αύξηση των ιδιωτικών κλινών ιδιαίτερα στη Θεσσαλία και τη Μακεδονία, καθώς και στην πλήρη κάλυψή τους στην Αττική.

Ο **κατακερματισμός των υπηρεσιών** επηρεάζει και το **επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας**. Η λειτουργία του συστήματος χαρακτηρίζεται από **ξεχωριστές γραμμές παρέμβασης**, που οδηγούν σε **κατακερματισμένες απαντήσεις στις ανάγκες των ασθενών**.

Το ελληνικό σύστημα εφαρμόζει τη λογική **«μία υπηρεσία για κάθε πρόβλημα»** (Μεγαλοοικονόμου, 2003), δημιουργώντας νέες δομές **χωρίς συντονισμό μεταξύ τους**. Έτσι απουσιάζουν χαρακτηριστικά που είδαμε να εφαρμόζονται στην Ιταλία από τα τέλη της δεκαετίας του '70, όπως η τομεοποιημένη βάση λειτουργίας από μια ενιαία θεραπευτική ομάδα, ικανή να οργανώνει διαφοροποιημένες απαντήσεις στην πολλαπλότητα και την διαφορετικότητα των αιτημάτων, χωρίς τη λογική των παραπομπών που επιβαρύνουν το σύστημα και τους χρήστες υπηρεσιών. Το ελληνικό σύστημα, αντίθετα, **δημιουργεί την ίδια την κρίση**, αφού η έλλειψη συντονισμού οδηγεί στη **μη έγκαιρη παρέμβαση**, στην **έλλειψη συνοχής στη θεραπευτική πορεία του ασθενούς** και στην **απουσία οργανωμένης δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης**, η οποία θα μπορούσε να προλάβει τον κοινωνικό αποκλεισμό και την παγίωση της

ψυχικής ασθένειας (Μεγαλοοικονόμου, 2003).

Όπως αναφέρει ο Μεγαλοοικονόμου (2003) η τραγική έλλειψη δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας πρόληψης (χωρίς αυτό να σημαίνει υποτίμηση της σημασίας δραστηριοτήτων της πρωτοβάθμιας πρόληψης) είναι από τα πιο κρίσιμα στοιχεία της γύμνιας του ψυχιατρικού μας συστήματος: είναι αυτές οι στιγμές που απαιτούν, ακριβώς, το ισχυρό και πυκνό δίκτυο υπηρεσιών, που αντιμετωπίζουν σωστά την κρίση, εμποδίζουν την παγίωση συμπτωμάτων και αρρώστιας, αποτρέπουν την καριέρα του ασθενούς, τον αποκλεισμό, την απομόνωση, την προσωπική και κοινωνική απαξίωση.

Η κρίση, στην ουσία της, **είναι μια στιγμή αξιολόγησης και μετασχηματισμού**. Ωστόσο, το ελληνικό ψυχιατρικό σύστημα **δεν έχει ποτέ κριθεί ουσιαστικά** από το εσωτερικό του. Όλες οι απόπειρες μεταρρύθμισης υπήρξαν, στην καλύτερη περίπτωση, αποσπασματικές και στην πλειονότητά τους σηματοδοτούσαν μια προοδευτική επιστροφή στη χρονιότητα, τη συντήρηση μιας ψυχιατρικοκεντρικής προσέγγισης και βιολογικά καθοριζόμενης αντίληψης. Όλες οι επισκοπήσεις και αναφορές (ενδεικτικά Giannakopoulos et al., 2016) μιλάνε για μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση που τέθηκε ως υποχρέωση από τα «έξω» και από τα «πάνω» και παραμένει να αιωρείται στα όρια ιδρυματικών λογικών και πρακτικών (Κάλτση, 2010). Το υπάρχον μοντέλο παραμένει κυρίως νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό, με πρακτικές που βλέπουν την κρίση μόνο ως υπότροπη, και την επεξεργάζεται εντός της ψυχιατρικής κλινικής όπου και η ισορροπία επέρχεται κυρίως μέσω παρεμβάσεων σε νευροδιαβιβαστικό επίπεδο. Απουσιάζει η καθημερινή πρακτική στήριξη και βοήθεια, η ελαχιστοποίηση της αναστάτωσης και η διατήρηση των κοινωνικών δικτύων, η υποστήριξη από τα πρώτα στάδια της κρίσης και η ενεργή συμμετοχή του χρήστη και της οικογένειας, στοιχεία που η έρευνα έδειξε ως καθοριστικά για την αποτροπή της νοσηλείας και θεσμοθετήθηκαν στη Μεγάλη Βρετανία (National Institute for Mental Health in England, 2001) ή διεκδικήθηκαν και κατακτήθηκαν στην Ιταλία.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της **αποσπασματικής προσέγγισης** είναι τα **Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση**, που θεσμοθετήθηκαν με τον **Νόμο 2716/1999** για την ψυχική υγεία. Σκοπός τους ήταν η **μείωση των εισαγωγών σε ψυχιατρεία** και η παροχή φροντίδας **μέσα στην κοινότητα**. Ο **Νόμος 3868/2010** προέβλεπε περαιτέρω αναδιάρθρωση και ενίσχυσή τους. Ο θεσμός επιχειρήθηκε να αναπτυχθεί στο πλαίσιο της προσπάθειας για την ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την αποϊδρυματοποίηση του συστήματος, εστιάζοντας σε ταχείες και έγκαιρες μεθόδους θεραπείας, ώστε να επιλύουν το πρόβλημα κατά το δυνατόν ταχύτερα, έξω από το ψυχιατρικό κύκλωμα. Οι παρεμβάσεις αυτές με το βραχυπρόθεσμο χαρακτήρα τους και χωρίς να αναλαμβάνουν την πλήρη φροντίδα του «ασθενούς σε κρίση», οδηγούν στην αποσύνδεση της αντιμετώπισης της κρίσης από την μετέπειτα φροντίδα και την αποκατάσταση. Χωρίς να εξασφαλίζουν την θεραπευτική συνέχεια στο χρόνο και

στο χώρο, ο βαθμός στον οποίο εντάσσονται σε μια σφαιρική αντιμετώπιση των αναγκών του ασθενούς και, επομένως, σ' ένα δίκτυο υπηρεσιών, ικανών να προσφέρουν ένα ολοκληρωμένο και εναλλακτικό στο ψυχιατρείο φάσμα παροχών και φροντίδας (Μεγαλοοικονόμου, 2003) αποτέλεσαν κενό γράμμα.

Πολλές καταστάσεις κρίσης και επείγοντος και, κατά συνέπεια, ενδονοσοκομειακής νοσηλείας θα αποφεύγονταν, αν οι ψυχικά πάσχοντες και οι οικογένειές τους μπορούσαν να επωφεληθούν για παράδειγμα από:

- τη λειτουργία Κέντρων Ημέρας, που θα αποσυμφόριζαν την πίεση, που υφίστανται οι οικογένειες και θα έδιναν δημιουργικές διεξόδους στα ψυχικά πάσχοντα μέλη τους.
- μια οργανωμένη μετανοσοκομειακή φροντίδα,
- θεραπευτική παρέμβαση στον τόπο κατοικίας,
- προσβασιμότητα σε σταθερές και κατάλληλες θέσεις εργασίας, ένταξη σε δίκτυα κοινωνικών σχέσεων, εξασφάλιση αξιοπρεπούς κατοικίας και εισοδήματος κλπ.

Όπως έχει δείξει η διεθνής εμπειρία (Carpenter, 2013; Duncan, 2021), στο βαθμό που δεν εξασφαλίζονται οι ανωτέρω προϋποθέσεις, τα «Κέντρα Κρίσης» δεν θα μπορούν ν' αντιμετωπίσουν την περίπτωση «κακής έκβασης» και θα είναι αναγκασμένα να καταφεύγουν, συχνά, σε πιο «σκληρούς θεσμούς» - στο ψυχιατρείο - λειτουργώντας, αντί ως «φίλτρο», συμπληρωματικά με αυτό.

Στην Ελλάδα, αν και κατά κόρον γράφεται, στην πράξη περιορισμένα έχουν λειτουργήσει πολυκλαδικές θεραπευτικές ομάδες, όπου την ευθύνη του περιστατικού αναλαμβάνουν νοσηλευτές ως πρόσωπα αναφοράς. Αντίθετα λειτουργεί το μοντέλο «στον ψυχίατρο για φάρμακα, στον ψυχολόγο για ψυχοθεραπεία». Ο ρόλος της κάθε ειδικότητας απαξιώνεται παράλληλα με τον κατακερματισμό του ανθρώπου σε κρίση, όπου οι ανάγκες του δεν γίνονται αντιληπτές στο σύνολό τους και το όποιο θεραπευτικό πλάνο χτίζεται, ολοκληρώνεται με το εξιτηριό του και την παραπομπή του στα εξωτερικά ιατρεία. **Η 24ωρη λειτουργία κοινοτικών υπηρεσιών και η ανάληψη τομέων ευθύνης από τα Κ.Ψ.Υ. είναι απαραίτητα πρώτα βήματα.**

Πέρα όμως από οτιδήποτε άλλο εκείνο που έχει σημασία είναι η αναγνώριση του κεντρικού ρόλου του ίδιου του ανθρώπου σε κρίση. Με μια πολιτική όμως για την ψυχική υγεία που προωθεί την κερδοσκοπία και των τυχοδιωκτισμό και όπου οι εναλλακτικές προτάσεις είναι ελάχιστες ο άνθρωπος αυτός περιφέρεται από υπηρεσία σε υπηρεσία. Κατά την άποψη του γράφοντος το κύριο στοιχείο που αποπνέει το "ιταλικό παράδειγμα" είναι η ανάγκη για έναν διαρκή απολογισμό και επαναξιολόγηση με τη συνεχή κριτική και του συστήματος μέσα στο οποίο η κρίση γεννιέται. Ή αλλιώς, αν θεωρήσουμε ότι η μεταρρύθμιση ολοκληρώθηκε, τότε έχουμε ήδη γυρίσει πίσω.

Βιβλιογραφία

- Basaglia F. (1980). *Crisis intervention, treatment and rehabilitation*. World Hospitals 16 (4): 26-27
- Basaglia F. (1981). L' utopia della realta, Scritti vol. 2: 1968-1980. Dall'apertura del manicomio alla nuova legge sull'Assistenza psichiatrica, Einaudi, Torino
- Basaglia F. (2008a). *Εναλλακτική ψυχιατρική: Ενάντια στην απαισιοδοξία της Λογικής, για την αισιοδοξία της πράξης*, Αθήνα, Καστανιώτης
- Basaglia F. (2008b). *Franco Basaglia: Οι θεσμοί της βίας και άλλα κείμενα*, Ειδική έκδοση των «τετραδίων ψυχιατρικής», Αθήνα, Βιβλιοτεχνία
- Capparota L. (1989). Italian psychiatric care - an update Journal of the Royal Society of Medicine Volume 82 August 198: 452-453
- Carpenter R. A., Falkenburg J., White T.P., Tracy, D. K. (2013). Crisis teams: systematic review of their effectiveness in practice. The Psychiatrist. 37(7): 232-237. doi:10.1192/pb.bp.112.039933
- Crepet P., & Pirella A. (1985). The transformation of psychiatric care in Italy: Methodological premises, current status, and future prospects. International Journal of Mental Health, 14(1-2), 155-173.
- Dell' Aqua G. & Mezzina R. (1988a). Responding to Crisis: Strategies and Intentionality in Community Psychiatric Intervention in Per la Salute Mentale / For mental Health – Rivista del Centro Studi – WHO Collaborating Centre - Regione Friuli – Venezia Giulia). pp:139-158
- Dell'Acqua G. & Mezzina R. (1988b). Approaching mental distress. Psychiatry in transition: The British and Italian experiences [e-book]. Boulder, CO US: Pluto Press;:60-71
- Dell'Acqua G. & Mezzina R. (1998c). *Integrated Care of People with Psychosis in the Community: the Approach in Trieste*
<http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm> (23/01/2011)
- Evaristo P. (1988). Urgenza e ricovero ospedaliero. In: righeti, A. (A cura di). La questione psichiatrica. Pordenone: Centro Studi per la Ricerca nel campo della Salute Mentale, p. 225-232.
- Giannakopoulos G. & Anagnostopoulos D. C. (2016). Psychiatric reform in Greece: an overview. *BJPsych Bulletin*. 40(6): 326-328. doi:10.1192/pb.bp.116.053652
- Giannichedda M. (1988). Crisis and identity: Extracts from the theory of Franco Basaglia. In S. Ramon, M. Giannichedda, S. Ramon, M. Giannichedda (Eds.), *Psychiatry in transition: The British and Italian experiences* (pp. 252-260)
- Giavedoni A. & Rocco P.G. (1988). στο *Il Trattamento d'urgenza, που περιλαμβάνεται στον τόμο «I dieci anni della 180*, Trieste-Pordenone,
- Gigantesco, A., Miglio, R., Santone, G., de Girolamo, G., Bracco, R., Morosini, P., Norcio, B., & Picardi, A. (2007). Process of Care in General Hospital Psychiatric Units: National Survey In Italy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 509 - 518.
- Jones, J. (2001). The geography of mental health. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 10(4), 219-224
- Kingsford, R., & Webber, M. (2010). Social deprivation and the outcomes of crisis resolution and home treatment for people with mental health problems: A historical cohort study. *Health & Social Care in the Community*, 18(5), 456-464
- Lindemann, E. (1963). Grief. In A. Deutsch, H. Fishman, A. Deutsch, H. Fishman (Eds.), *The encyclopedia of mental health*, Vol II (pp. 703-706). New York, NY US: Franklin Watts.
- M.H.D. Training Programs Office (March 2002) *The organisation of the Mental Health Department Services in Trieste. Brief presentation*

- <http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm> (ανακτήθηκε στις 15/01/2011)
- Mezzina R. (1988). Sul problema della crisi: codici e nessi. In: I dieci anni della 180. Centro Studi e Ricerche per la salute mentale del Friuli Venezia Giulia.
- Mezzina R. (1997, English version 2000). *The Trieste Mental Health Department: facilities, services and programs*
<http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm> (ανακτήθηκε στις 23/01/2011)
file:///home/lykourgos/Downloads/The_Trieste_Mental_Health_Department.pdf
 (ανακτήθηκε στις 21/04/2025)
- Mezzina R. (2021). Trieste 50 years after: a more humane, person-centred whole system of care is now at risk in “Mental health, rights, equity, recovery and social inclusion in testing times” *WAPR Bulletin* N° 47: 23-31
- Mezzina, R., & Vidoni, D. (1995). Beyond the mental hospital: Crisis intervention and continuity of care in Trieste: A four year follow-up study in a community mental health centre. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(1), 1-20.
- National Institute for Mental Health in England (2001). Crisis resolution and home treatment
- Norcio B. (2002). Emergency and the Psychiatric Diagnosis and Care Service: The experience in Trieste For a PPT presentation in London (GB), Senate House
<http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm> (ανακτήθηκε στις 23/01/2011)
- Norcio B., Baldi C., Dell'Acqua G., Marsili M. (2001). *The Trieste mental health services: history, context, principles* - International Conference and workshops in Auckland, Hamilton e Wellington, New Zealand
<http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm> (ανακτήθηκε στις 15/01/2011)
- Portacolone, E., Segal, S. P., Mezzina, R., Schepers-Hughes N., Okin R. L. (2015). A Tale of Two Cities: The Exploration of the Trieste Public Psychiatry Model in San Francisco. *Cult Med Psychiatry* 39, 680–697 . <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9458-3>
- Pycha, R., Giupponi, G., Schwitzer, J., Duffy D., Conca A. (2011). Italian psychiatric reform 1978: milestones for Italy and Europe in 2010?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 261 (Suppl 2), 135 <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0245-z>
- Ramon, S. (1985). The Italian psychiatric reform. In *Mental Health Care in the European Community* (ed. S. P. Mangen), pp. 170-203. Croom Helm: London.
- Ratna, L. (1978). The Practice of Psychiatric Crisis Intervention. St Albans, Hertfordshire: Napsbury Hospital League of Friends. 101-115.
- Rotelli F. (1983). *Prevenire la prevenzione in "Devianza e Emarginazione"*, n. 12, dicembre 1986, con Ota de Leonardis e Diana Mauri.
- Rotelli F. (1992). *Eight plus Eight Principles. For a Collective and Community Based Psychiatric Strategy (Towards Mental Health)*
<http://www.triestesalutementale.it/english/archive.htm> (ανακτήθηκε στις 15/01/2011)
- Schochow M., Ernst A., Steger F. (2024). Franco Basaglia (1924–1980): the reformer of the Italian psychiatric system – Psychiatry in history. *The British Journal of Psychiatry*. 225(4):468-468. doi:10.1192/bjp.2024.86
- Tansella M. & Williams P. (1987). The Italian experience and its implications *Psychological Medicine*, 17, 283-289
- World Health Organization (2021). Guidance and technical packages on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches. 26 May 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-healthservices>
- Κάλτση Β. (2010). Ανθρωπολογικές προσεγγίσεις της «ψυχικής ασθένειας»: Λόγοι ασθένειας, αφηγήσεις ζωής στα όρια του ασύλου (διπλωματική). Κοινωνική και πολιτισμική ανθρωπολογία, Πάντειο Πανεπιστήμιο, σελ: 9-16

- Μαδιανός Μ. (1994). *Η Ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξή της: Από τη θεωρία στην πράξη*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα
- Μεγαλοοικονόμου Θ. (2003). "Κρίση, Ίδρυμα, Κοινότητα - Η διαδρομή του ψυχικά πάσχοντα από τον εγκλεισμό στην εγκατάλειψη", Τετράδια Ψυχιατρικής, τ.83, σ.25-34