

LA NECESIDAD DE NUEVAS SOLUCIONES ARQUITECTÓNICAS PARA LA FUTURA ASISTENCIA PSIQUIATRICA

José Guimón (Catedrático de psiquiatría de las Universidades de Ginebra y del País Vasco, psicoanalista, miembro titular de la Société Suisse de Psychoanalyse onpquugi@lg.ehu.es)

RESUMEN

Un problema frecuente en la moderna organización de la asistencia psiquiátrica es la violación de la confidencialidad de los pacientes. Numerosos diseños arquitectónicos han intentado controlar ese problema. Aunque a algunos pacientes no les importa compartir habitación, la mayoría prefiere permanecer en cuartos de ocupación individual. Se han propuesto medidas arquitectónicas para evitar la falta de confidencialidad por conversaciones en los ascensores compartidos por profesionales, familiares y pacientes y en las salas de urgencias

Las unidades forenses han merecido mucha atención estos últimos años y equipos interdisciplinarios han diseñado unidades reducidas cuidando al máximo la privacidad y la dignidad del paciente y la posibilidad del equipo de observarle en todo momento. Se ha visto que las fugas en las unidades forenses de seguridad media son escasas y en un estudio se vio que se produjeron por fallos en la protección de los límites del centro, del techo y de las ventanas.

Se han diseñado también unidades específicas para niños. Las unidades mixtas (pediátricas y psiquiátricas) en pediatría tienen problemas arquitecturales. Ocasionalmente pueden haber también servicios para niños con sus madres

En Psicogeriatría, se ha prestado especial atención a los dispositivos arquitectónicos que permitan evitar caídas y para mantener las unidades abiertas

El diseño interior de los despachos varía mucho como lo muestra un estudio en que las consultas de psiquiatras de la APA fueron descritas en una encuesta. Se observó que, especialmente, el diseño de las consultas de los psicoterapeutas dice mucho sobre sus ocupantes

Algunos servicios de urgencias disponen actualmente de un número reducido de ese tipo de camas (2 a 12 *holding beds*) situadas en el servicio de urgencias o muy cerca que permiten que se queden por la noche o por unos días algunos pacientes. Estudiando los resultados de un tratamiento residencial agudo de esquizofrénicos jóvenes, en una «residencia familiar» (home-like facilitie) llevada según el programa «*Soteria*» vio que los pacientes evolucionaban igual o mejor que los que eran hospitalizados en una unidad de Hospital general (Mosher, Vallone, & Menn, 1995). Los centros de ese tipo («de segunda generación»), aunque costosos de mantenimiento, requieren soluciones

arquitectónicas especiales para proporcionar alojamiento durante una crisis, tratamiento y apoyo intensivos, grupos pequeños y seguimiento.

PALABRAS CLAVE

Soluciones arquitectónicas. Asistencia psiquiátrica.

SUMMARY

A frequent problem in the modern organization of psychiatric healthcare is the violation of the patient's confidentiality. Numerous architectonic designs have tried to give solution to this problem.

Although some patients do not mind sharing a room, the majority prefer to remain in a room of single occupancy. Architectural measures have been proposed to avoid lack of confidentiality due to shared conversations between professionals, family and patients in elevators and emergency rooms.

In the last years, forensic units have deserved special attention and interdisciplinary teams have designed reduced units that take maximum care of the patients' privacy and dignity while allowing the team a continuous observation. It has come to notice that escapes in forensic units of medium security are scarce, and a further study demonstrated that these occurred due to a lack of protection of the center's limits, ceiling and windows.

Specific units for children have also been designed. The mixed units, (pediatric and psychiatric) in pediatrics have architectural problems. Occasionally there can also exist services for children and their mothers.

In Psychogeriatrics, a special attention has been given to architectonic devices that will help to prevent falls and to keep units open.

The interior design of the offices varies greatly, as is shown in a study that describes the offices of APA psychiatrists through a survey. It was observed that it is specially the consultation rooms of psychotherapists that reveal the most about their occupants.

Some emergency services are currently provided with a reduced number of those type of beds, (2 to 12 *holding* beds), situated in, or very near the emergency service, allowing some patients to stay overnight, or for a few days. Studying the results of an acute treatment for young schizophrenics in a « home-like facility » led according to the « *Soteria* » program, it was observed that the patients had a same or better evolution than those that were hospitalized in a general hospital unit (Mosher, Vallone & Menn, 1995). These type of centers, « of second generation », though costly in their maintenance, require special architectural solutions to provide accommodation during a crisis, treatment, intensive supports, small groups, and follow-ups.

KEY WORDS

Architectural solutions. Psychiatric healthcare.

Terminada la Segunda Guerra algunos psiquiatras, sobre todo ingleses y americanos, sintieron la necesidad de romper su tradicional aislamiento respecto al público, adaptando algunas de las experiencias obtenidas de sus prácticas de guerra a las necesidades de la vida civil. Los psiquiatras se vieron obligados a abandonar transitoriamente sus protegidas posiciones en el hospital tradicional psiquiátrico o tras el diván de su consulta privada para atender a urgentes necesidades de la comunidad. Así mismo, la frecuencia de los trastornos mentales en los ex-combatientes obligó a tratarlos en medios extrahospitalarios y a la creación de casas a medio camino, clubs, etc., que favorecieron su readaptación a la sociedad. Con todo ello la arquitectura de los hospitales tradicionales se modificó y se debieron idear otros dispositivos externos arquitectura peculiar.

Estas nociones inspiraron los trabajos de Maxwell Jones y de otros autores (Rickman, 1935; Sivadon, Follin, & Tournaud, 1952), que demostraron la utilidad, en los hospitales psiquiátricos, de salas abiertas y de vías de comunicación más libres entre los enfermos y los responsables de su tratamiento.

1. EL DISEÑO DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES PARA LA SECTORIZACION

En Francia, la llamada «psiquiatría de sector» recibió mucho apoyo político. En los EE.UU, una ley del presidente Kennedy en 1963 adjudicó una gran cantidad de dinero para la reforma de la Salud mental. Se generalizó en todo el mundo el llamado «movimiento de psiquiatría comunitaria» a hizo hincapié en la sectorización, la prevención, las urgencias, la intervención en crisis, la desinstitucionalización (Guimon, 1982) y la rehabilitación (Jones, 1952). Todos estos dispositivos necesitaron de lugares de diseño novedoso para llevarse a cabo.

La llamada «Psiquiatría de sector» ha representado en Europa el más destacado intento de «Salud mental de la Comunidad». Algunas grandes ciudades fueron divididas en sectores de mayor o menor extensión, según las características de su población y un equipo terapéutico completo fue asignado a cada sector.

Los hospitales psiquiátricos tradicionales podían servir de centros de internamiento para uno o varios de los sectores, pero el énfasis del tratamiento se puso en la asistencia extrahospitalaria con dispositivos novedosos: Equipos multidisciplinarios atendían a la población en servicios ambulatorios. En algunos sectores se crearon unidades extrahospitalarias de «tratamiento intensivo» y «casas a medio camino», así como «talleres protegidos» para facilitar la reintegración de los pacientes a su medio laboral normal.

Inspirándose en los trabajos de Querido (Querido, 1968) en Amsterdam, se organizaron en algunos sectores distintos sistemas de «tratamiento a domicilio», con lo que desaparecía la idea de intervención en locales específicos.

En los Estados Unidos a partir de la década de los años sesenta, con el apoyo del gobierno de Kennedy más de 25.000 psiquiatras, líderes de profesiones afines y

administrativos participaron en el diseño de los locales para distintos tipos de servicios para los futuros centros: a. Hospitalización breve. b. Servicio de asistencia de ambulatorio. c. Servicio de hospitalización parcial (día, noche o fin de semana). d. Servicio de urgencias durante las veinticuatro horas. e. Servicio de consultas y de educación para los responsables de distintos aspectos de la comunidad (maestros, clérigos y policía).

La sectorización permitió mejorar la continuidad de la asistencia entre el ámbito hospitalario y el extra-hospitalario, sobre todo en los sectores de menos de 200.000 habitantes, en los cuales el tamaño reducido de los equipos permite una comunicación suficiente.

Pero a los excelentes resultados de la sectorización a lo largo de los últimos años, se han podido detectar ciertos problemas:

- a). El concepto mismo de «sector» se ha tornado menos evidente en las grandes ciudades o en las ciudades-dormitorio. Otras características de urbanización hacen que ciertos grupos de población no tengan ventaja en buscar una asistencia cerca de su domicilio. Incluso se indica que con el desarrollo de Internet las redes sociales a las que acuden los individuos están a veces muy distantes de su lugar de vida.
- b). Cuando los sectores son demasiado pequeños, existen un cierto número de programas especializados (abuso de sustancias, detección de ciertas psicosis precoces, tratamiento específico para patologías poco frecuentes) que deben ser inter-sectoriales.
- c). La distribución irregular de los hospitales en las ciudades ocasiona a veces hospitalizaciones de pacientes de un sector en otros hospitales alejados.

En general, se sigue prefiriendo la sectorización a la regionalización, pero hay algunos países sobre todo en centroeuropa que mantienen hospitales psiquiátricos modernizados en territorios amplios. Se realizó una encuesta en 319 unidades psiquiátricas en Alemania, Austria y Suiza respecto a lugar de aceptación de los ingresos centralizado o no, existencia de salas amplias de observación, regionalización o sectorización, salas abiertas o cerradas. Las diferencias entre salas abiertas o cerradas, de hospital monográfico, de hospital general o de hospital universitario aunque significativas resultaron menores de las previstas (Gebhardt & Steinert, 1998). Se estudió, entre otras variables, el clima de las salas.

Un problema frecuente en la moderna organización es la violación de la confidencialidad de los pacientes. Aparte de la protección de los datos informatizados o no, numerosos diseños arquitectónicos han intentado controlar ese problema. Aunque a algunos pacientes no les importa compartir habitación (Malcolm, 2005), la mayoría prefiere permanecer en cuartos de ocupación individual. Se han propuesto medidas arquitectónicas para evitar la falta de confidencialidad por conversaciones en los ascensores (Vigod, Bell, & Bohnen, 2003) compartidos por profesionales, familiares y pacientes (Hasman, Hansen, Lassen, Rabøl, & Holm, 1997) y en las salas de urgencias (Mlinek & Pierce, 1997).

2. EL DISEÑO DE CENTROS PARA PROGRAMAS ESPECÍFICOS

Existen unidades específicas para programas sectoriales o suprasectoriales

2.1. Hospitalización especializada

Los servicios especializados necesitan estructuras específicas que los acojan situadas (Priebe & Gruyters, 1993) a nivel «terciario», suprasectorial. El *Royal College of Physicians* británico cita, por ejemplo, como esenciales los de Rehabilitación (con residencias y programas de entrenamiento asertivo para la vida comunitaria), los forenses (de seguridad media y mínima) y los de abuso de sustancias (incluyendo de «doble diagnóstico»).

Las unidades forenses han merecido mucha atención estos últimos años (Smith, 2005) y equipos interdisciplinarios han diseñado unidades reducidas cuidando al máximo la privacidad y la dignidad del paciente y la posibilidad del equipo de observarle en todo momento (Dvoskin et al., 2002). Se ha visto que las fugas en las unidades forenses de seguridad media son escasas y en un estudio en Gran se produjeron por fallos en la protección de los límites del centro, del techo y de las ventanas (Enser & MacInnes, 1999).

Se han diseñado también unidades específicas para niños. Las unidades mixtas (pediátricas y psiquiátricas) en pediatría tienen problemas arquitecturales (Kahan & Sexson, 1991). Ocasionalmente pueden haber también servicios para niños con sus madres

Para adolescentes, se han creado unidades para trastornos del comportamiento y para suicidarios recidivantes, para trastornos de la alimentación, y para psicoterapias especializadas.

Para adultos, multisectorialmente o a nivel nacional pueden existir servicios de borderlines, minorías étnicas, psicoterapia hospitalaria, sordos, daño cerebral, etc.

En Psicogeriatría, se ha prestado especial atención a los dispositivos arquitectónicos que permitan evitar caídas (Asada, 2005) y para mantener las unidades abiertas (Nadler-Moodie & Gold, 2005)

2.2. Atención primaria

La Atención primaria se desarrollan bajo tres modelos: «consulta», «derivación» de pacientes y «enlace». El modelo de consulta consiste en discutir de casos con el médico de familia y proponerle pautas o recomendaciones. El modelo de derivación consiste en que el médico de familia envía el paciente con problema psíquicos al equipo de salud mental y éste lo devuelve una vez tratado a aquél para que lo siga viendo. El modelo de enlace (el que prefieren la mayoría de los profesionales consultados) consiste en que el equipo de salud mental se involucra en la atención primaria junto al médico de familia. Este último modelo requiere que ambos profesionales trabajen en locales integrados que requieren soluciones arquitectónicas precisas (situación de los niños, de los agitados, salas con espejos de visión unidireccional etc.).

El diseño interior de los despachos varía mucho como lo muestra un estudio en que las consultas de 25 psiquiatras de la APA fueron descritas en una encuesta de 35 ítems (Kiernan, Wise, & Mann, 1989). Se observa que, especialmente, el diseño de las consultas de los psicoterapeutas dice mucho sobre sus ocupantes (Coffee, 2000)

2.2. Las Urgencias

Las urgencias psiquiátricas deben estar incluidas en las urgencias de los hospitales generales y se ha demostrado que la existencia de camas de estancia muy breve para la observación y el tratamiento agudo (entre 24 y 72 horas) de parte de estos pacientes puede evitar numerosas hospitalizaciones psiquiátricas. En la sala de urgencias, con su énfasis en el tratamiento rápido y su espacio restringido, los pacientes psiquiátricos son vistos como estorbos, casos menos genuinamente urgentes, por lo que se espera del psiquiatra que los quite pronto de enmedio. Un lugar de urgencias separado, con personal específico dedicado a tiempo pleno a la tarea, permite desarrollar mejor las habilidades específicas y aumenta el prestigio de la Psiquiatría, aunque es costoso y plantea competencia de recursos con otros servicios. Otro inconveniente es que los pacientes y sus familias pueden sentirse estigmatizados al ser enviados a un lugar específico (Breslow, 2001). Por otra parte, en la sala de urgencias de un hospital son frecuentes las violaciones de la confidencialidad (Mlinek & Pierce, 1997), que son más sensibles en los pacientes psiquiátricos.

Se necesita más tiempo que el disponible en los servicios habituales de urgencias para permitir que el cuadro remita (en uno o dos días, p.e.) y para dar respiro al entorno del paciente. Algunos servicios disponen actualmente de un número reducido de ese tipo de camas (2 a 12 *holding beds*) situadas en el servicio de urgencias o muy cerca (Breslow, 2001) que permiten que se queden por la noche o por unos días algunos pacientes: trastornos de la personalidad; pacientes crónicos con buena red social pero con estrés importante que se han descompensado; pacientes con trastornos transitorios por abuso de sustancias. Con ello se evitan estancias más largas en otras unidades.

Las urgencias a domicilio se están desarrollando cada vez más en las grandes ciudades y tienen un éxito indiscutible.

2.3. La intervención en crisis

Centros de crisis extra-hospitalarios, tales como los que han sido desarrollados en Ginebra bajo el nombre de CTB –Centros de Terapias Breves– son muy útiles e incluyen entre 3 y 6 camas para estancias brevísimas. Sin embargo, pese a intentos interesantes arquitectónicos, su limitada capacidad de contención y su costosa gestión en el plano económico, las hace menos útiles que las que se desarrollan al lado de las urgencias de los hospitales generales.

Mosher y cols., en un estudio randomizado con esquizofrénicos jóvenes, estudiando los resultados de un tratamiento residencial agudo en una «residencia familiar» (home-like facility) llevada según el programa «*Soteria*» vio que los pacientes evolucionaban igual o mejor que los que eran hospitalizados en una unidad de Hospital general (Mosher, Vallone, & Menn, 1995). Los centros de ese tipo («de segunda generación»), aunque costosos de mantenimiento, requieren soluciones arquitectónicas especiales para proporcionar alojamiento durante una crisis, tratamiento y apoyo intensivos, grupos pequeños y seguimiento.

2.4. La hospitalización en Unidades en los hospitales generales

A partir de los años 60, en parte por la crítica antipsiquiátrica de los hospitales psiquiátricos, y gracias a la aparición de los modernos psicofármacos, en la mayoría de

los países occidentales, se han creado pequeñas unidades de corta estancia en los hospitales generales.

La Hospitalización psiquiátrica en el Hospital General ha contribuido a atenuar la estigmatización de los pacientes psiquiátricos y de los profesionales de la Salud mental y al desarrollo de la Psiquiatría biológica. Por otro lado, la entrada en un hospital general presenta también para el enfermo la ventaja de ser menos traumática que una hospitalización en un centro psiquiátrico monográfico. Además, las hospitalizaciones en un hospital general tienden a ser más cortas que las estancias en un hospital psiquiátrico tradicional, con independencia del tipo de paciente tratado, y se sabe que los pacientes hospitalizados por estancias breves presentan mejor evolución ulterior que aquellos que son hospitalizados por períodos largos.

En cambio, se ha subrayado que este marco terapéutico favorece en exceso el enfoque biológico en detrimento del modelo de intervención relacional. Además, los profesionales que trabajan en los hospitales generales tienden a desarrollar cierta actitud omnipotente, persuadidos de que un tratamiento biológico a corto plazo es extremadamente eficaz, cuando, en realidad, lo que ocurre es que, con demasiada frecuencia, no son testigos de la evolución crónica de estos pacientes en el exterior (Guimón, 2001).

Este enfoque médico, «mecanicista», orientado hacia los protocolos, ha favorecido una actitud paternalista por parte de los profesionales. La exigencia de contener los costes ha condicionado, por otro lado, una tendencia feroz a realizar estancias cortas («short-terminism»). Los psiquiatras que ejercen en los hospitales psiquiátricos a veces se quejan de la selección hecha por esos servicios entre los enfermos (psiquiatría «a dos velocidades»), sobre todo cuando se trata de centros universitarios donde, para justificar esta selección, se invocan razones ligadas a la enseñanza y a la investigación.

Se realizó una encuesta en 319 unidades psiquiátricas en Alemania, Austria y Suiza respecto a lugar de aceptación de los ingresos centralizado o no, existencia de salas amplias de observación, regionalización o sectorización, salas abiertas o cerradas. Se estudió, entre otras variables, el clima social de las salas. Las diferencias entre salas abiertas o cerradas, de hospital monográfico, de hospital general o de hospital universitario aunque significativas resultaron menores de las previstas (Gebhardt & Steinert, 1998).

Finalmente, cuando las hospitalizaciones se realizan en un hospital general o en un hospital psiquiátrico en función de los sectores o del momento de la evolución de la enfermedad, existe un riesgo de crear una Psiquiatría a dos velocidades.

2.5. El rol del Hospital psiquiátrico

El hospital psiquiátrico monográfico seguirá jugando un papel en la Asistencia. En primer lugar, un rol de protección del paciente mismo («asilo»), en el caso en el que ya no fueran suficientes sus mecanismos de lucha por sobrevivir en un mundo cada vez más conflictivo. También un rol terapéutico para un determinado número de pacientes cuyo estado exige la conjunción de diversos instrumentos de tratamiento en un «entorno» determinado, únicamente obtenible en algunos centros psiquiátricos especializados y difíciles de poner en marcha en un hospital general. Es evidente que, si el hospital psiquiátrico ha de seguir existiendo más allá de su rol «custodial», debe pasar

por una serie de reformas que lo transformarían en un verdadero instrumento terapéutico. Por ejemplo, las salas podrían en su mayoría ser abiertas. En un estudio se vio que, en salas que se abrieron hubo menos fugas que cuando estaban cerradas en un hospital checo (Vachutka & Mrna, 1990).

2.6. Hospitalización parcial

En cuanto a la hospitalización parcial (Schene, 2001) permite un puente entre la comunidad y la hospitalización total. Sin embargo, el porcentaje de pacientes admitidos para hospitalización que podrían alternativamente ir a un hospital de día no es mayor del 30-40% por lo que son deseables unidades integradas que ofrezcan una u otra alternativas.

Algunos autores, combaten incluso la idea de la hospitalización parcial. Creen que las actividades clásicas del hospital de día se deberían realizar por los mismos terapeutas en la ciudad, (como lo desarrolla Roetland Lille) y no en locales de alguna manera cronicantes.

2.7. La prevención terciaria

Los programas de «prevención terciaria» (llamados clásicamente de «rehabilitación») van dirigidos a reducir el índice de funcionamientos defectuosos causados por las enfermedades mentales y a aumentar la capacidad del individuo para adaptarse y contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad. Ello exige la organización de servicios de rehabilitación para el periodo post-cura para evitar que el paciente al finalizar su hospitalización, encuentre que la sociedad y su familia le han cerrado las puertas. Tales servicios de rehabilitación incluyen clubs de ex pacientes, hospitales de día, de noche y de fin de semana, casas a medio camino y talleres protegidos. Todos estos dispositivos exigen diseños arquitectónicos específicos.

En un estudio, se compararon siete salas psicogerítricas hospitalarias con cuatro centros comunitarios para ancianos en Londres en arquitectura, clima social etc. Los centros comunitarios eran mejores en seguridad, entretenimiento y privacidad y los pacientes necesitaban menos tratamiento médico y funcionaban socialmente mejor. Había pocas diferencias en la percepción del clima social por parte del personal (Wills, Trieman, & Leff, 1998).

BIBLIOGRAFÍA

- Asada, T. (2005). Role of psychiatry in prevention of accidental falling in the aged. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*, 107(4), 378-382.
- Breslow, E. (2001). Emergency Psychiatric Services. In G. Thornicroft & G. Szmukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 265-277). New York: Oxford University Press.
- Coffee, K. (2000). Analyze this. What a quartet of psychotherapy offices discloses about their occupants. *Interiors.*, 159(12), 64-67.

- Dvoskin, J., Radomski, S., Bennett, C., Olin, J., Hawkins, R., Dotson, L., & Drewnicky, I. (2002). Architectural design of a secure forensic state psychiatric hospital. *Behav Sci Law.*, 20(5), 481-493.
- Enser, J., & MacInnes, D. (1999). The relationship between building design and escapes from secure units. *J R Soc Health*, 119(3), 170-174.
- Gebhardt, R., & Steinert, T. (1998). Internal structure of inpatient psychiatric hospital care 22 years after the psychiatry inquest. *Nervenarzt.*, 69(9), 791-798.
- Guimon, J. (1982). Ventajas y dificultades de la desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos. *Psiquis*, 3(31), 11-20.
- Guimón, J. (2001). *Intervenciones en Psiquiatría comunitaria* (Vol. 3). Madrid: Core Academic.
- Hasman, A., Hansen, N., Lassen, A., Rabøl, R., & Holm, S. (1997). What do people talk about in Danish hospital elevators? *Ugeskr Laeger*, 10(159), 6819-6821.
- Jones, M. S. (1952). *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*. London: Tavistock Publications.
- Kahan, B., & Sexson, S. (1991). Organization and development of pediatric medical-psychiatric units. Part II: Clinical management issues. *Gen Hosp Psychiatry*, 13(6), 391-398.
- Kiernan, K., Wise, T., & Mann, L. (1989). The physical layout of psychiatric offices: a survey. *Psychiatr J Univ Ott.*, 14(3), 453-455.
- Malcolm, H. (2005). Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nurs Ethics*, 12(2), 156-166.
- Mlinek, E., & Pierce, J. (1997). Confidentiality and privacy breaches in a university hospital emergency department. *Acad Emerg Med*, 4(12), 1142-1146.
- Mosher, L. R., Vallone, R., & Menn, A. (1995). The treatment of acute psychosis without neuroleptics: six-week psychopathology outcome data from the Soteria Project. *International Journal of Social Psychiatry*, 41(3), 157-173.
- Nadler-Moodie, M., & Gold, J. (2005). A geropsychiatric unit without walls. *Issues Ment Health Nurs*, 26(1), 101-114.
- Priebe, S., & Gruyters, T. (1993). The role of the helping alliance in psychiatric community care. A prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 552-557.
- Querido, A. (1968). The shaping of community mental health care. *Br. J. Psychiatry*, 114, 293.
- Rickman, J. R. (1935). A study of Quaker beliefs, the Lister Memorial Lecture given to the Quaker Medical Society. *unpublished*.
- Schene, A. H. (2001). Partial hospitalisation. In G. Thornicroft & G. Szukler (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry* (pp. 283-293). New York: Oxford University Press.
- Sivadon, P., Follin, S., & Tournaud, S. (1952). Les clubs sociothérapeutiques à l'hôpital psychiatrique. (Sociotherapy groups in a psychiatric hospital.). *Annales Medico-Psychologiques*, 110.
- Smith, R. (2005). Northern ProCure21 scheme wins prize. *Health Estate*, 59(6), 34-35.
- Vachutka, J., & Mrna, B. (1990). The "open door" system in psychiatry. *Cesk Psychiatr.*, 86(5), 318-320.
- Vigod, S., Bell, C., & Bohnen, J. (2003). Privacy of patients' information in hospital lifts: observational study. *BMJ*, 1(327), 1024-1025.

Wills, W., Trieman, N., & Leff, J. (1998). The Taps Project 40: quality of care provisions for the elderly mentally ill--traditional vs alternative facilities. *Int J Geriatr Psychiatry*, 13(4), 225-234.