

ΣΧΟΛΙΑ ΣΤΟ ΥΠΟΜΝΗΜΑ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Π. ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΞΩΠΡΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ Ή ΛΥΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ;

Α. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την απόφαση Δ. 1 α/12.780 της 31 Μαρτίου 1982, ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας Κύριος Π. - Αυγερινός, συγκρότησε ομάδα εργασίας για να μελετήσει την κατάσταση της Ψυχιατρικής Περίθαλψης στην Ελλάδα. Ζητήθηκε από την ομάδα να εκπονήσει σχέδιο συνολικής επεξεργασίας των προβλημάτων και ριζικών αλλαγών, καθώς και να γίνουν προτάσεις για λύσεις άμεσες και μακρόπνοες.

Το υπόμνημα υποβλήθηκε ταχύτατα, μετά από ένα μήνα εντατικής εργασίας (4.5.82) διότι ήταν συνδεδεμένο με το νομοσχέδιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η ημερομηνία παράδοσης καθορισμένη.

Εργάστηκαν για την εκπόνησή του οι:

- ΝΙΚΟΣ ΚΟΚΑΤΖΗΣ: Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
- ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ ΛΥΜΠΕΡΑΚΗΣ: ΜΡ, PhD, D.P.M., M.R.C., Psych. Επισκέπτης καθηγητής Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Memorial Καναδά, Διευθυντής Κοινωνικής Υπηρεσίας, Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής Θεσσαλονίκη.
- ΝΙΚΟΣ ΜΑΝΟΣ: Ψυχίατρος, Επικουρικός Καθηγητής της Β' Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.
- Κ. ΜΗΛΙΑΣ: Ψυχίατρος, Αντιπρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου Κρατικού Θεραπευτηρίου Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών (Δαφνί).
- ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ: Ψυχίατρος, Ψυχολογίας.
- ΑΡΗΣ ΣΙΣΣΟΥΡΑΣ: Καθηγητής Επιχειρησιακής Έρευνας Πανεπιστημίου Πατρών. Διοικητής του Ι.Κ.Α.
- ΒΑΣΙΛΗΣ ΦΙΛΙΑΣ: Κοινωνιολόγος, Καθηγητής Παντείου Σχολής Πολιτικών και Οικονομικών Επιστημών.

Η σύμπτωση και η ποιότητα της φιλικής συνεργασίας αύξησαν την απόδοση. Οι διαφορετικές εμπειρίες και σπουδές βοήθησαν την όσο το δυνατό μεγαλύτερη κάλυψη του πεδίου της μελέτης. Παράλληλα όμως τονίσαμε ότι ήταν αναγκαίο και αυτονόητο η μελέτη να συνεχισθεί και να επεκταθεί σε επιμέρους σημεία τα οποία το υπόμνημα αναφέρει μόνο.

Στο χρονικό διάστημα που μεσολάβησε, πολύ λίγα πράγματα έγιναν στον τομέα της Ψυχιατρικής Περίθαλψης. Βασικό θα ήταν και μόνο η συνέχιση και η επέκταση της μελέτης και η επεξεργασία προβλημάτων που θα παρουσιαστούν στην εφαρμογή του.

Η ψήφιση του νομοσχεδίου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, βελτιώνει τώρα τις προοπτικές αλλά και πιέζει από άποψη χρόνου. Η δημιουργία των θεσμικών πλαισίων ήταν κάτι πολύ σημαντικό για την Ψυχιατρική Περίθαλψη γιατί η Ψυχιατρική είναι τελικά η περισσότερο Δημόσια από τις ιατρικές ειδικότητες. Δημόσια, με την έννοια του προγραμματισμού και της α-

δυναμίας συγκριτικά του άρρωστου και της οικογένειας να σηκώσει το οικονομικό της βάρος.

Τα «Σύγχρονα Θέματα», με τη σοβαρότητα και τη βαρύτητα που αντιμετωπίζουν τα μεγάλα κοινωνικά προβλήματα, προβάλλουν και πάλι το θέμα. Έτσι μου ζητήθηκε να αναφέρω ορισμένα σημεία από το υπόμνημα - σχέδιο. Η παρουσίαση απλά αυτούσιου του ίδιου του κειμένου θα ήταν μια καλή λύση. Η δημοσίευση όμως του υπομνήματος στο δελτίο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, («Μελέτη για την Ψυχιατρική Περίθαλψη στην Ελλάδα». Ένθετο, σελίδες 1-17, Τεύχος 19, Γενάρης - Φλεβάρης '83), το οποίο εύκολα μπορεί να βρεθεί, καλύπτει ίσως αυτή την ανάγκη.* Εδώ θα περιορισθούμε στο να αποδοθούν και να σχολιασθούν οι βασικές αρχές και τα βασικά σημεία του υπομνήματος.

Β. ΣΧΟΛΙΑ

Σχολιάζουμε (I - VIII) βασικά σημεία και αρχές, ξέροντας ότι μ' αυτά δεν καλύπτουμε όλο το θέμα:

I. «Σε λεπτομερή εξέταση η ψυχιατρική περίθαλψη αποδεικνύεται: αποδιοργανωμένη, άνιση, αποτυχημένη και αναχρονιστική» (σελ 10). Μοιάζει επιγραμματική και κάπως αυθαίρετη η διαπίστωση. Κανείς όμως αρμόδιος κρατικός λειτουργός, ξένος ή έλληνας μελετητής, ψυχικά άρρωστος ή συγγενής, δεν έχει υποστηρίξει το αντίθετο. Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη είναι ουσιαστικά ανύπαρκτη. Όπου υπάρχει (εξωτερικά ιατρεία ΙΚΑ και νοσοκομείων) της λείπει η κοινωνική και ψυχολογική παράμετρος. Περιορίζεται στην φαρμακοθεραπεία ή σχεδιάζει τον εγκλεισμό.

Οι εγκλεισμοί είναι τις περισσότερες φορές άσκοποι, ακόμη και με τη σημερινή ανυπαρξία εξωνοσοκομειακού συστήματος. Η νοσηλεία παρατείνεται χρονικά 3-8 φορές περισσότερο από τα διεθνή δεδομένα, όπου υπάρχει σύστημα Ψυχιατρικής Περίθαλψης. Οι θάνατοι σε μερικά ψυχιατρεία είναι ίσοι και σε άλλα διπλάσιοι σε σύγκριση με τα αντικαρκινικά νοσοκομεία και τις παθολογικές κλινικές και είναι δεδομένο ότι το ψυχιατρείο δεν θεραπεύει πληθυσμό που πάσχει σωματικά¹. Η νοση-

* Οι αριθμοί σελίδων που αναφέρονται μέσα σε παρενθέσεις στο κείμενο εδώ, παραπέμπουν στη σελιδοποίηση του υπομνήματος.

1. Αριθμός ψυχιατρειών, χωροταξική τους κατανομή, συσχέτιση με ανάγκες πληθυσμού, αριθμός αρρώστων, ημέρες νοσηλείας, συσχετίσεις με αριθμό θεραπευτών και ειδικοτήτων. Θάνατοι, εισαγωγές, έξοδοι, συγκρίσεις με ξένα δεδομένα, ποσοτικές και ποιοτικές αναλογίες, και σχετική βιβλιογραφία αναφέρονται: «Κριτική εξέταση και προτάσεις για την οργάνωση της Ψυχικής Υγιεινής στην Ελλάδα», Δ. Αναστασόπουλος, Κ. Δελής, Κ. Μπαϊρακτάρης, Π. Σακελλαρόπουλος. Υπό εκτύπωση: Εκδόσεις ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ: Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Τομ. I, 1983.

λεία γενικά σχετίζεται περισσότερο με την έννοια άσυλο και λιγότερο με την έννοια θεραπευτήριο. Η διαβίωση και ο ρυθμός ζωής θα έπρεπε να μοιάζει με τον ρυθμό ζωής του κάθε ανθρώπου ενώ θα εφαρμόζονται παράλληλα συγκεκριμένοι θεραπευτικοί χειρισμοί. Κατά κανόνα συμβαίνει το αντίθετο. «Συχνά αντί για την απασχολησιοθεραπεία ο ασθενής υποβάλλεται ή εγκαταλείπεται σε συνεχή αδράνεια ή και κατάκλιση με επιβαρυντικά για την υγεία του και τη ζωή του αποτελέσματα. Στη θέση της ψυχοθεραπείας επιβάλλεται η σκληρή πειθαρχία και σε σπάνιες περιπτώσεις παρέχονται μόνο επιφανειακές συμβουλές». (σελ. 12).

Η κρατική δαπάνη για την ψυχική υγιεινή και περίθαλψη είναι λίγο λιγότερη από το 10%ά του συνολικού ποσού που διατίθεται για την Υγεία. Έτσι τα Δημόσια Ψυχιατρεία της χώρας στοιχίζουν μια σειρά δεκατομμυρίων. Μόνο το Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Πάθσεων Αθηνών ξεπέρασε το 1.300.000.000 δρχ.² πριν από την εφαρμογή των νέων αυξήσεων και το θεσμό του ιατρού με πλήρη απασχόληση. Σ' αυτά τα ποσά φυσικά δεν συμπεριλαμβάνονται τα έξοδα Ταμείων (Ι.Κ.Α. κλπ.), οι αποσβέσεις κεφαλαίων και άλλα βασικά έξοδα καθώς και η συμμετοχή, άμεση ή έμμεση, θεμιτή ή αθέμιτη των οικογενειών και των αρρώστων. Για μια διαβίωση, συχνά τραγωδουτών.

Το όλο σύστημα, πάσχει από τους θεσμούς έως την εκπαίδευση, από τον προγραμματισμό έως την συναισθηματική σχέση με τον άρρωστο. Ανάλογα πάσχουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας και εφόσον δεν λειτουργεί αποδοτικά ο πρώτος, αναπτύσσεται υπερτροφικά ο δεύτερος. Οι ιδιωτικές κλινικές έχουν το 1/3 των ψυχιατρικών κρεβατιών. Το «κοινωνικό στίγμα των δημοσίων ψυχιατρικών», η ανεπάρκειά τους, οι «αμοιβές» των ιατρών που παραπέμπουν στις κλινικές τους αρρώστους, μαζί με την ενοχή των συγγενών στα πρώτα στάδια της ψύχωσης, όλα αυτά συγχρόνως και με άλλους παράγοντες, τροφοδοτούν τις ιδιωτικές κλινικές και οδηγούν σε μια σχεδόν πλήρη κάλυψη των κρεβατιών στις περισσότερες. Αν η δημόσια περίθαλψη που θα προσφερθεί στο μέλλον, κυρίως η εξωνοσοκομειακή, δεν είναι ποιοτικά υψηλότερη από την ιδιωτική, το «δίπολο» ιδιωτικά ιατρεία - ιδιωτικές κλινικές, δεν πρόκειται να ατονήσει.

Η ανεπάρκεια της ψυχιατρικής περίθαλψης επανξάνεται αποτην απουσία οργανωμένης πρόληψης και από την ιατρογενή επιδάρυνση της νόσου από την μακρόχρονη παραμονή στα άσυλα.

II. «Η πρόληψη και η αντιμετώπιση των παθολογικών καταστάσεων στις αρχικές τους φάσεις είναι δραστηριότητες ανύπαρκτες ή σπάνιες» (σελ. 3)... «δεν εφαρμόζεται παρά την τεράστια σημασία για την υγεία και την οικονομία» (σελ. 12). Στο υπόμνημα η πρόληψη συνδέεται με τη λειτουργία των ιατροπαιδαγωγικών μονάδων, με την ευαισθητοποίηση της κοινωνικής ομάδας γενικά και με τη συγκεκριμένη «συμβουλευτική υπηρεσία σε σχολεία, δικαστήρια ανηλίκων, φυλακές, γηροκομεία, εργοστάσια, πολιτιστικά κέντρα και σωματεία... ιατρούς, κληρικούς ...» (σελ. 4).

Η έννοια της πρόληψης γίνεται ίσως πιο συγκεκριμένη και άμεσα αποδοτική στα αρχικά στάδια της νόσου με την αποφυγή της επιδάρυνσης. Στη σχιζοφρένεια και σε μερικές μορφές

νευρώσεων, η έγκαιρη παρέμβαση μπορεί να ανακόψει την πορεία προς την αναπηρία και την ανικανότητα, κοινωνική και εργασιακή.

Μ' αυτή τη λογική το νέο σύστημα ψυχικής υγείας που προτείναμε, βασίζεται στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας που δρουν εξωνοσοκομειακά, μέσα στην κοινότητα (σελ. 3) και στον ψυχιατρικό τομέα στα γενικά νοσοκομεία (σελ. 5). Οι μονάδες άμεσης αντιμετώπισης της ψυχολογικής κρίσης ή της ψυχιατρικής διέγερσης στο σπίτι του αρρώστου ή στο νοσοκομείο, έχουν κύριο ρόλο να προλάβουν την επιδάρυνση της νόσου. Πρόληψη είναι και να μεταβάλλουμε το άγχος του αρρώστου και τον πανικό της οικογένειας σε σχετικά ήρεμη συμπαράστασή τους στους θεραπευτές. «Εξειδικευμένες θεραπευτικές δραστηριότητες απευθυνόμενες στον άρρωστο και την οικογένεια, μαζί με τη διάθεση του απαραίτητου χρόνου για την εφαρμογή τους, μπορούν να μεταβάλλουν σε ένα μεγάλο ποσοστό, μία διαφαινόμενη ακούσια εισαγωγή σε εκούσια» (σελ. 9). Η εξασφάλιση της συμμετοχής αρρώστου και οικογένειας στη νοσηλεία δημιουργεί μια άλλη μορφή θεραπευτικής σχέσης, μια άλλη εξέλιξη και σαφώς καλύτερη πρόγνωση.

Αυτό το θέμα θα αναπτυχθεί και πιο κάτω, σε δυο άλλα σχετικά σημεία: Κοινωνική Ψυχιατρική, άσκοπες εισαγωγές και «επικίνδυντοι» άρρωστοι.

III. Άσυλα και ιατρογενής επιδάρυνση: «Η νοσηλεία είναι μακροχρόνια, ιδιαίτερα στα κρατικά ιδρύματα· η νοσηλεία κατατά πολυετής και ισόβιος εγκλεισμός». (σελ. 12).

Ο χρόνος παραμονής αλλοιώνει τη σχέση του αρρώστου με την οικογένεια και τη στάση του ίδιου απέναντι στην καταπολέμηση της νόσου, ο άρρωστος γίνεται όλο και περισσότερο ανεύθυνος απέναντι σ' αυτήν. Αλλοιώνει επίσης την κοινωνική συμπεριφορά του θεραπευομένου η οποία «προσαρμόζεται» και μεταβάλλεται σε συμπεριφορά ασυλικού τύπου. Με την παράταση της διαμονής καταργούνται τύποι συμπεριφοράς κατάλληλοι για την προσαρμογή στην κοινότητα³ και ακρωτηριάζεται η υπευθυνότητα του άρρωστου απέναντι στην οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο.

Το σύμπτασμα (διεγερτική διάθεση) αλλά και δίκαιη αγανάκτηση για τις άθλιες, ψυχολογικά κυρίως, συνθήκες του εγκλεισμού, θα αντιμετωπισθούν με «κατάχρηση φαρμάκων και ηλεκτροσπασμοθεραπεία». Την ισότιμη ψυχοθεραπευτική ή ευρύτερα θεραπευτική σχέση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αντικαθιστά η ιεράρχηση κύρους. Και στην κλίμακα αυτή ο άρρωστος είναι πάντα στην κατώτερη βαθμίδα.

Θεωρούμε ιατρογενείς νόσους και επιβαρύνσεις, εκείνες που σχετίζονται ή προκαλούνται από τη θεραπεία: Εδώ θα ήταν πιο σωστό να αναφερόμαστε, όχι στον ιατρό ή τη θερα-

2. Συγκριτικά, ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας σ' έναν νομό ή μια Κινητή Μονάδα όπως αυτή που λειτουργεί σήμερα στη Φωκίδα, μπορούν να αποτελέσουν ουσιαστικό ηθμό στις εισαγωγές. Αυτές οι Μονάδες Κοινωνικής Ψυχικής που επιχορηγούνται σήμερα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στοιχίζουν στο κράτος 2-4.000.000 η κάθε μία.

3. Είναι εύλογο ότι η λέξη κοινότητα δεν χρησιμοποιείται μόνο για να εκφράσει την κοινότητα ενός χωριού αλλά κυρίως την έννοια μιας κοινωνικής ομάδας.

εία, αλλά σε ένα σύστημα περιθάλψης. Ο γιατρός εγκλωβιμένος σ' αυτό το σύστημα, χωρίς εκπαίδευση, άρα χωρίς άλλη πολλαπλή λύση, χωρίς δυνατότητες ουσιαστικής παρέμβασης στη Διοίκηση, είναι περισσότερο θύμα παρά αυτουργός. Για κείνον ασφαλώς είναι περισσότερο ουσιαστικός και «απαραιτήτος» ο μετασηματισμός των ψυχιατρικών-ασύλων σε ψυχοιατρεία - θεραπευτήρια, με τελικό στόχο την συρρίκνωση τους». (σελ. 6). Στο άσυλο πρέπει να αντιπαρατεθεί η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και ο ψυχιατρικός τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο. Και μόνον όταν δεν γίνεται αλλιώς, τα Ψυχιατρεία με καλύτερη λειτουργία.

IV. Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μονάδες μερικής νοσηλείας: Σ' αυτές συμπεριλαμβάνονται όλες οι ενδιάμεσες διαδικασίες και λύσεις ανάμεσα στο σπίτι, δηλαδή τη διαβίωση ενός ατόμου μεγάλο υγεία και την αποκλειστική θεραπεία του αρρώστου στο ίδρυμα. Έτσι αυτές οι διαδικασίες και λύσεις ονομάστηκαν και ενδιάμεσες δομές. Ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας που προσφέρει μερικές ώρες θεραπείας την εβδομάδα ή το μήνα, ένα νοσοκομείο ημέρας που δέχεται τον άρρωστο μόνο τις εργάσιμες ώρες, μια κινητή μονάδα στην ύπαιθρο που δρα μέσα στην κοινωνική ομάδα, δεν είναι άλλης μορφής ιδρύματα. Εκφράζουν κυρίως μια διαφορετική αντιμετώπιση του προβλήματος. Οι μονάδες αυτές προσαρμόζουν τη δράση τους ανάλογα με την περιοχή (η τομεοποίηση είναι ο κανόνας: πληθυσμιακές μονάδες, σελ. 4) και τον τύπο των αρρώστων (οξεία περιστατικά: σελ. 4,5,8 και 13, χρόνιοι άρρωστοι: σελ. 4,6 και 13). Ο ρόλος τους είναι πολύ σημαντικός ακόμη και στη διατήρηση των αρρώστων με έκπτωση μέσα στα πλαίσια της κοινωνικής ομάδας.

Ο όρος «μερική νοσηλεία» έχει πλατύ νόημα. Μπορεί να αφορά μονάδα με αποκλειστική απασχόληση ή να αναπτύσσει πολυδύναμη θεραπευτική δραστηριότητα (σελ. 13, και 14). Μπορεί να συνδυάζεται η εργασία της με ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ένα γενικό νοσοκομείο ή επίσης ένα ψυχιατρείο. Ακόμη, μερικές φορές, συστεγάζεται με αυτά (σελ. 13).

V. Κοινωνική Ψυχιατρική - Συμμετοχή της κοινωνικής ομάδας στη θεραπεία και την αποκατάσταση του αρρώστου. Το άσυλο δεν έχει σχέση με την κοινωνική ομάδα, δημιουργήθηκε ακριβώς για να απομονώσει τον ψυχικά άρρωστο από την κοινωνία του. Να την προστατεύσει από αυτόν. Ενώ παράλληλα αναφερόταν ότι προσφέρει θεραπεία σ' αυτόν. Έτσι το άσυλο εξέφραζε μια «ιδεολογία», έγινε θεσμός που διατυπώθηκε σε νομοθεσία για τους ψυχοπαθείς. Η αποτυχία του άσυλου οφείλεται και στο γεγονός ότι οι ανάγκες και η παθολογία του αρρώστου και οι ανάγκες και η παθολογία της κοινότητας συμπέτουν, αφού είναι δικό της μέλος. Γι' αυτό «... οι γενικοί κατευθυντήριοι θεραπευτικοί άξονες θα πρέπει να είναι εναρμονισμένοι με τις ανάγκες της κοινότητας (ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας)...» (σελ. 8).

Λέγοντας ότι ψυχοπαθολογία ατόμου, οικογένειας και κοινωνικής ομάδας αποτελούν μια ολότητα και υποστηρίζοντας ότι η οικογένεια και η κοινωνική ομάδα είναι υποχρεωμένες να συμμετέχουν στη θεραπεία, δεν σημαίνει ότι τα πράγματα είναι απλά και ότι η λύση των προβλημάτων είναι εύκολη. Μ' όλο το έδαφος που κερδίζει η έννοια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, «ο

φόβος της οικογένειας και της κοινωνίας για την «τρέλα», η απάθεια και η μοιρολατρική αντιμετώπιση από διάφορες πλευρές, εμποδίζει να μεταβληθεί η κλινική αποκατάσταση και σε κοινωνική» (σελ. 9). Έτσι βλέπουμε αρρώστους στα ιδρύματα που είναι κλινικά υγείς, να παραμένουν σ' αυτά. Η ασυλική κοινωνική ζωή με την παθολογία της και την επίδραση του χρόνου θα τους αποκλείσει στο μέλλον την προσαρμογή τους στην κοινωνία.

Στο υπόμνημα γίνεται και μια άλλη αντιπαράθεση: Φάρμακα ή ψυχολογικές διαδικασίες: Ψυχοθεραπεία, γενικότερα ψυχολογικοί χειρισμοί του άρρωστου. Δεν υποστηρίζουμε τη θέση: όχι φάρμακα, αλλά την άποψη λιγότερα φάρμακα και περισσότερη ψυχολογική και κοινωνική βοήθεια. Η ψυχολογική αγωγή (ψυχοθεραπείες και άλλες ανάλογες θεραπευτικές διαδικασίες) και η κοινωνική εργασία με τον άρρωστο και για τον άρρωστο, έχουν συγκεκριμένη μεθοδολογία εκπαίδευσης και εφαρμογών. Αναφέρονται αναλυτικά στα κεφάλαια: Κέντρα Ψυχικής Υγείας (σελ. 3), Γενικό Νοσοκομείο (σελ. 5), Μεταβατικό Στάδιο (σελ. 8), Εκπαίδευση (σελ. 7 και 15) και αλλού.

VI. Το νέο σύστημα ψυχικής υγείας και η εκπαίδευση: η αριθμητική ανεπάρκεια γενικότερα ατόμων που εργάζονται στον χώρο της ψυχικής υγείας θεωρείται σαν κύριος παράγοντας της αποτυχίας της σημερινής ψυχιατρικής περίθαλψης. Πραγματικά υπάρχουν περισσότεροι από 10 νομοί χωρίς ψυχίατρο. Το Κρατικό Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Αθηνών διαθέτει 4-6 φορές λιγότερους κοινωνικούς λειτουργούς από τις ανάγκες του σε συνάρτηση με τον αριθμό των αρρώστων. Οι θεραπευτές λόγω είναι στην Ελλάδα 20 φορές λιγότεροι από ότι στη Βρετανία, λαμβάνοντας υπόψιν την αναλογία του πληθυσμού των δύο χωρών. Θα ήταν σφάλμα όμως να νομίσει κανείς ότι με την ποσοτική αύξηση θα λύσει το πρόβλημα της ψυχιατρικής περίθαλψης και θα στηρίξει το νέο σύστημα ψυχικής υγείας. Μπορεί η αύξηση με ακατάλληλο προσωπικό στις προβλεπόμενες διεθνώς ανάγκες να μειώσει ακόμη περισσότερο την ποιότητα.

Εκτός λοιπόν από τον αριθμό και την αλλαγή της αντίληψης απέναντι στο πρόβλημα, θα χρειαστεί -όπως αναφέρεται στο υπόμνημα- συστηματική εκπαίδευση και μεταεκπαίδευση σε όλα τα επίπεδα και για όλους τους κλάδους των ειδικοτήτων σε νέους θεσμούς. Κάποιος, με τις γνώσεις που προέρχονται μόνο από την εργασία του στο άσυλο ή στα παραδοσιακά ιδρύματα, δεν θα είναι δυνατόν να αποδώσει στον χώρο της κοινοτικής εργασίας, αλλά και ευρύτερα στον χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η εκπαίδευση πρέπει να βασισθεί στην κλινική εργασία και την πρακτική μέσα στους χώρους λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας (σελ. 3), στις μονάδες μερικής νοσηλείας (σελ. 4 και 13), στις μονάδες άμεσης παρέμβασης στο σπίτι (σελ. 5). Χρειάζεται θεωρητικοποίηση της θεραπευτικής πράξης. Ακαδημαϊκά μαθήματα και θεωρητικά σεμινάρια δεν είναι αρκετά. Ειδικότερα «οι ψυχιατρικοί τομείς στα μεγάλα γενικά νοσοκομεία θα καλύπτουν ένα ευρύ εκπαιδευτικό πρόγραμμα για ψυχιάτρους και για συγγενείς κλάδους της ψυχικής υγείας. Αλλά και ο ρόλος τους στη συμπλήρωση της εκπαίδευσης των εκπαιδευόμενων στις άλλες ειδικότητες σε ψυχολογικά και ψυχιατρικά θέματα, θα είναι ουσιαστικός» (σελ. 6).

Στο μεταβατικό στάδιο και στα πρώτα στάδια λειτουργίας του νέου τύπου περίθαλψης, το βάρος της εκπαίδευσης θα πέ-

σει κυρίως στις πρότυπες μονάδες που υπάρχουν και σ' εκείνες που θα δημιουργηθούν στο άμεσο μέλλον. Γι' αυτόν το λόγο: «Άμεσα και σταδιακά προτείνεται:

α) Η στελέχωση των νέων τομέων και τμημάτων ψυχικής υγείας με ψυχιάτρους, νοσοκόμους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς με ειδική πείρα και εκπαίδευση στην ψυχοθεραπευτική εργασία με το άτομο και την οικογένεια και στην εργασία με την κοινότητα στα πλαίσια της Κοινωνικής Ψυχιατρικής.

β) Η ενίσχυση της λειτουργίας των ολιγάριθμων εκπαιδευτικών πρότυπων κέντρων ψυχοθεραπείας και Κοινωνικής Ψυχιατρικής για την κατά το δυνατό ταχεία εκπαίδευση του απαιτούμενου για τη λειτουργία του συστήματος προσωπικού.

Σαν απαραίτητη προϋπόθεση θεωρείται, οι επιτροπές κρίσεως για την πρόσληψη προσωπικού για το νέο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης, να περιλαμβάνουν οπωσδήποτε και ψυχιάτρους με τα παραπάνω προσόντα (με πείρα στην ψυχοθεραπεία, την εργασία με την κοινότητα κ.λπ.) (σελ. 8). Βλέπε και παράρτημα: εκπαίδευση - μετεκπαίδευση - ειδικότητα».

Ο κίνδυνος που μπορεί να προέλθει από τη λαθεμένη εκπαίδευση, είναι η αναπαραγωγή στελεχών που να διαφέρουν ελάχιστα -σε θέσεις και γνώσεις- από τα παλαιά.

Τα θεσμικά πλαίσια του νέου συστήματος ψυχικής υγείας πρέπει να διασφαλίζουν τον τύπο της εκπαίδευσης και να την προγραμματίζουν. «Με βάση τον σαφή πια διαχωρισμό του ψυχιάτρου από τον νευρολόγο, να οργανωθεί συστηματική τετραετής ψυχιατρική ειδίκευση, ώστε ο έλληνας ψυχίατρος ή παιδοψυχίατρος να ολοκληρώνεται σε σύγχρονο ψυχίατρο - ψυχοθεραπευτή - κοινωνικό ψυχίατρο» (σελ. 8).

Η εξασφάλιση νέων εκπαιδευτικών μεθόδων συμβαδίζει με τη σωστή επιλογή των προσώπων που πρόκειται να εργαστούν για την Ψυχική Υγεία. Η επιλογή εκπαιδευτικών ανάλογα με τον προσανατολισμό τους και τις γνώσεις τους είναι το ίδιο σημαντική με τη σωστή επιλογή των εκπαιδευμένων. Η επιλογή ειδικότερα των ψυχιάτρων είναι ένα σημείο ευαίσθητο. Το θέμα απασχολεί πολύ εκπαιδευόμενους, εκπαιδευτές αλλά και το κοινό που πρόκειται να δεχθεί τις υπηρεσίες τους. Δεν έχει λυθεί στις άλλες χώρες με ομοιόμορφο τρόπο. Αλλού οι ακατάλληλοι αποκλείονται από τα πράγματα (εάν αποκλεισθούν!) ή αποκλείονται μετά από κρίση. Στο σχεδιασμό της εκπαίδευσης - μετεκπαίδευσης - ειδικότητας, εμείς προτείνουμε: «Υποψήφιοι ειδικότητας: Αναπόσπαστο τμήμα της ψυχιατρικής ειδίκευσης είναι η απόκτηση συναισθηματικής επαφής με τον άρρωστο και η γνώση της ψυχολογίας του βάρους, πράγματα που απαιτούν προσεκτική παρακολούθηση των εντόνων συναισθηματικών καταστάσεων τόσο στον ασθενή, όσο και στον ψυχοθεραπευτή. Γι' αυτό οι υποψήφιοι ψυχίατροι πρέπει να επιλέγονται με βάση ορισμένα κριτήρια, όπως ευφυΐα, ωριμότητα, ικανότητα για συντονισμό με τον ασθενή και συγχρόνως αντικειμενική γνώση του εαυτού τους, προσωπική ακεραιότητα, απουσία σοβαρής ψυχοπαθολογίας κλπ. Σε σχέση με τα παραπάνω η προσωπική Ψυχοθεραπεία ή Ψυχανάλυση του ειδικευομένου αποκτά ιδιαίτερη σημασία» (σελ. 16).

Στο υπόμνημα δεν υπάρχει κεφάλαιο που να διαπραγματεύεται, σε λεπτομέρειες, τα συστήματα εκπαίδευσης ψυχολό-

γων, κοινωνικών λειτουργών, θεραπευτών λόγου, ψυχιατρικών νοσοκόμων, εργοθεραπευτών, επισκεπτριών αδελφών κλπ. Η σύνθεση της ομάδας εργασίας και η έλλειψη χρόνου δεν μας επέτρεπε μιά τέτοια προσπάθεια. Τονίζεται όμως ότι μεθοδολογία της αλλαγής πρέπει να είναι ανάλογη με εκείνη που αφορά τους γιατρούς: Ριζική και με σαφή προσανατολισμό της εκπαίδευσης στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Επίσης θεωρήθηκε αυτονόητο ότι όλοι αυτοί οι κλάδοι θα έχουν τη δυνατότητα πτυχιακής και μεταπτυχιακής (διδασκαρικό κλπ) εκπαίδευσης. Και: «Να δημιουργηθούν Ανώτατες Σχολές για τους κλάδους Ψυχικής Υγείας, καθώς και δυνατότητες μετεκπαίδευσης, συμπεριλαμβανομένης και της πανεπιστημιακής» για τους κλάδους που σήμερα εκπαιδεύονται μόνο σε Ανώτερες Σχολές (σελ. 8).

VII. *Αυτόνομο και επαρκές σύστημα Ψυχικής Υγείας:* 1) Κέντρα Ψυχικής Υγείας και μονάδες μερικής νοσηλείας 2) Ψυχιατρικός Τομέας στο Γενικό Νοσοκομείο 3) Ειδικά Ψυχιατρεία, είναι τρία μέρη ενός ολικού συστήματος. Στις βασικές αρχές του υπομνήματος τονίζεται ότι δεν είναι δυνατή η λειτουργία μόνο του ενός. Η αλλαγή στην Ψυχιατρική Περίθαλψη θα γίνει με τη δημιουργία των δύο πρώτων και τη ριζική αλλαγή των ψυχιατρείων. Και τα τρία μέρη λειτουργίας χρειάζονται ένα κοινό συντονιστικό προγραμματισμό, μια συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους αλλά και μια αυτονομία λειτουργίας σαν κάθε επιστημονική και θεραπευτική μονάδα (σελ. 3,4,5,6 και 7).

Όταν πια θεσμικά (με βασική νομοθεσία, προεδρικά διατάγματα, κλπ) έχει εξασφαλισθεί η ύπαρξή τους, ενώ παράλληλα έχει καθορισθεί σε λεπτομέρειες, η συνδυασμένη δράση τους και τα όρια της αυτονομίας τους, τότε αντιμετωπίζονται εύκολα συγκρούσεις «αρμοδιοτήτων» που μπορεί να παρουσιαστούν σε διάφορες περιοχές ή φόβοι προϊσταμένων υπηρεσιών ότι θα χάσουν τον γραφειοκρατικό έλεγχο από την «υπερβολική» αυτονομία των μονάδων. Οι μονάδες θα ακολουθούν μια ευρεία κεντρική πολιτική και έναν γενικό μακρόπνοο προγραμματισμό. Αλλά τις ανάγκες της κοινωνικής ομάδας που διαβιώνει στην περιοχή τους θα τις καλύπτουν αυτές, με φαντασία και πρωτοβουλία, σε συνδυασμό πάντοτε με την άποψη της τοπικής αυτοδιοίκησης και των άλλων τοπικών κοινωνικών φορέων (σελ. 7). Το να έχουν οι μονάδες δική τους διοίκηση - και κυρίως οι μονάδες της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης - είναι ωφέλιμο από πολλές πλευρές. Για να αυξηθεί η απόδοση είναι αναγκαίο να σεβασθεί κανείς, στον τομέα της Ψυχικής Υγείας, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της περιοχής αλλά ακόμη και της προσωπικότητας των μελών που εργάζονται εκεί.

VIII. *Μεταβατικό στάδιο, άμεσες και εφικτές λύσεις:* Ήταν επιθυμία των συγγραφέων αυτού του υπομνήματος αλλά και των ενδιαφερομένων, να υπάρξουν παράλληλα με τον ολοκληρωμένο σχεδιασμό της Ψυχικής Υγείας και Περίθαλψης, άμεσες και εφικτές λύσεις. Στο σημείο αυτό άλλωστε, ασκείται συχνά και η εντονότερη κριτική. Το «Μεταβατικό στάδιο και οι σχετικά άμεσες λύσεις» (σελ. 8), όπως και η διασύνδεσή τους με το γενικότερο πρόγραμμα, μας απασχόλησε πολύ (σελ. 3,5,7,9 και στην επεξεργασία των παρατηρημάτων του υπομνήματος).

Εδώ θα αναφερθώ μόνο σε δύο από τις βασικές λύσεις τε-

ράστιας σημασίας για την πρόληψη της θεραπείας και την κοινωνικοποίηση των αρρώστων και για τη μείωση του κόστους της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης: α) Αλλαγή του τρόπου εισαγωγών και β) Μεταφορά αρρώστων που έχουν κλινικά αποκατασταθεί, σε άλλο μέρος (ειδικά οικοτροφεία).

α) Εισαγωγή είναι λειτουργία που ταυτίζεται υποχρεωτικά με τα επείγοντα περιστατικά. Δυστυχώς στην Ελλάδα ταυτίζεται γενικά και με την αντιμετώπιση της ψύχωσης. Είναι συχνά αυτόματη η διαδικασία: Όποιος παραληρεί και έχει ψευδαισθήσεις χωρίς την εκτίμηση των άλλων παραμέτρων, εισάγεται στην ψυχιατρική κλινική ή στο ψυχιατρείο.

Φαίνεται ότι περισσότερες από τις μισές εισαγωγές είναι άσκοπες. Το ποσοστό αυξάνει στις περιπτώσεις εισαγωγών σε κλινικές αρρώστων διαφόρων τομέων (Ι.Κ.Α., Δημοσίων υπαλλήλων κλπ.). Η έλειψη μονάδων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και η έλειψη εκπαίδευσης για τον χειρισμό αρρώστων εκτός νοσοκομείου, συμφέροντα ατόμων και οργανισμών, αναφέρθηκαν σε άλλα σημεία. Μια αυστηρή και εμπειροστατημένη διερεύνηση της ένδειξης για εισαγωγή από κατάλληλα πρόσωπα (ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς) θα περιόριζε ουσιαστικά τις εισαγωγές αυτές. Μόνο στο χώρο του Ι.Κ.Α. η μείωση των εισαγωγών στο μισό, θα πραγματοποιούσε για το ίδρυμα οικονομία της τάξεως εκατοντάδων εκατομμυρίων.

Για τα πραγματικά επείγοντα περιστατικά (όχι πάντα υποχρεωτικά και επικίνδυνα) εφικτή λύση είναι η δημιουργία μονάδων άμεσης βοήθειας και παρέμβασης στις οποίες αναφερθήκαμε. Αρχικά θα δημιουργηθούν 2-3 μονάδες στην Αθήνα και μία στη Θεσσαλονίκη. Από τις μονάδες θα περνούν υποχρεωτικά όλοι οι άρρωστοι που είναι της αρμοδιότητας της δημόσιας περίθαλψης. Τα περιστατικά θα αντιμετωπίζονται από τη μονάδα η οποία θα διαθέσει 15-20 κρεβάτια για βραχεία νοσηλεία ωρών ή ημερών. Η βασική δραστηριότητα των μονάδων θα είναι να βοηθήσουν και να παρέμβουν στο σπίτι προσπαθώντας να κρατήσουν τον άρρωστο σε εξωνοσοκομειακά πλαίσια. Αν η μεταφορά του είναι αναγκαία, αυτή θα πρέπει να πραγματοποιηθεί από έμπειρο προσωπικό με τον σεβασμό του ατόμου που απαιτεί η ιατρική δεοντολογία αλλά και «διεθνείς ευρωπαϊκές διατάξεις τις οποίες έχει υπογράψει η Ελλάδα» (σελ. 5,7 και 8). Οι μονάδες αυτές μπορούν ταχύτατα να ελαχιστοποιήσουν τις εισαγωγές στα μεγάλα ψυχιατρεία. (Το Κ.Θ.Ψ.Π. Αθηνών μόνο πραγματοποιεί περίπου 2.500 εισαγωγές και επανεισαγωγές το χρόνο).

Οι μονάδες αυτές λειτουργούν συνήθως στα πλαίσια των γενικών νοσοκομείων, μπορεί όμως να είναι και ανεξάρτητες. Τα έξοδά τους θα κυμαίνονται μεταξύ 50-100.000.000 το χρόνο. Αυτό είναι σε συνάρτηση με την υποδομή που θα τους δοθεί και με τη βοήθεια που θα τους προσφερθεί από άλλες υπηρεσίες (σε κτίρια, διοικητικό και νοσηλευτικό προσωπικό, κλπ).

Συγκριτικά υπενθυμίζουμε ότι το Κ.Θ.Ψ.Π. Αθηνών έχει έξοδα 1.300.000.000 δρχ. τον χρόνο.

β) Ειδικά οικοτροφεία: Μεταφορά αποθεραπευμένων αρρώστων που διαβιώνουν στα μεγάλα ψυχιατρεία χωρίς ουσιαστικά να έχουν ανάγκη νοσηλείας (ειδικά ψυχιατρικά οικοτροφεία). Σε μερικά από τα μεγάλα ψυχιατρεία το ποσοστό αυτών των αρρώστων πλησιάζει το 10%. Εκεί η διαδίκηση είναι πολύ λιγότερο νοσογόνα και η διαδικασία της ενσωμάτωσης των αρ-

ρώστων στην κοινωνία, ασύγκριτα ευκολότερη. Το δε κόστος περιορίζεται σε ξενοδοχειακά πλαίσια. Η νοσηλευτική και η θεραπευτική αγωγή είναι περιορισμένη στο ελάχιστο.

Η ενοικίαση διαθέσιμων ξενοδοχείων ή διαμερισμάτων είναι εφικτή. Η δυνατότητα των αρρώστων να συμβάλλουν στην παραγωγή με μερική απασχόληση είναι δυνατή, από τα πρώτα κιόλας στάδια της μεταφοράς τους στα ειδικά οικοτροφεία. Η δημιουργία αρχικά 3-4 οικοτροφείων (Αθήνα, Επαρχία) μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσα σε διάστημα λίγων μηνών.

Είναι γεγονός ότι αρκετοί συγγενείς δεν θέλουν να δεχθούν τον άρρωστο πάλι στην οικογένεια. Η κοινωνική και ψυχοθεραπευτική εργασία μ' αυτές τις οικογένειες είναι ουσιαστικός παράγων για να αλλάξουν στάση. Αλλά υπάρχει και οικονομική λύση, συνδεδεμένη με το συναίσθημα των συγγενών και με τη μεθοδολογία συρρίκνωσης των ασύλων: Η χορήγηση στην οικογένεια, μέρους των χρημάτων που στοιχίζει ένας άρρωστος στο ψυχιατρείο με τη μορφή επιδόματος: Συγγενείς θεραπευόμενων σε κλινικές ΙΚΑ ή δημόσιων ψυχιατρείων, θα δέχονται στο σπίτι τον άρρωστο με επίδομα 20-30.000 δρχ. τον μήνα. Το μηνιαίο κόστος κάθε ατόμου σ' αυτά τα ιδρύματα είναι 40-90.000 δρχ. Και εδώ, δεν υπολογίζεται βέβαια η σημασία της ριζικά διαφορετικής διαβίωσης αυτών των ατόμων, η παραγωγικότητά τους –μερική ή πλήρης– μετά την κοινωνικοποίησή τους και η μείωση της ενοχής των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο. Και ίσως το σημαντικότερο: το επίδομα αυτό, παράλληλα με το έργο των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, θα συμβάλει ουσιαστικά στο να μην επιστρέψει ο άρρωστος το ψυχιατρείο.

Ο μετασηματισμός της Ψυχιατρικής Περίθαλψης και η δημιουργία ενός συστήματος κοινωνικής ψυχιατρικής είναι, πραγματικά, μία δύσκολη διαδικασία. Αλλά δεν είναι ούτε ένας γρίφος ούτε μια χαμένη υπόθεση. Μοιάζει να υπάρχει μια λύση στο πρόβλημα.



Portrait de Gabrielle endormie *Gourbet*

