

Η αντίχρευση των δομών (θεσμών), που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον τομέα της ψυχικής υγείας και νόσου, οδήγηε στη διαπίστωση πως το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής είναι το ιστορικά πρώτο εξωπανευρωπαϊκό - εξωνοσοκομειακό ίδρυμα της χώρας που ασχολήθηκε με αυτό τον τομέα από τα μέσα των χρόνων '50. Απευθυνθήκαμε στην Κυρία Άννα Ποταμιάνου, Ψυχολόγο Ψυχαναλύτρια, που ίδρυσε και οργάνωσε το κέντρο αυτό.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

1. Το 1956 ιδρύθηκε το Κ.Ψ.Υ. (τότε τομέας ψυχικής Υγιεινής του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος), που είναι προφανώς το πρώτο (κάποιου μεγέθους) σύστημα εξωνοσοκομειακής (εξωιδρυματικής) φροντίδας στον τομέα της Ψυχικής Υγείας και Αρρώστιας. Μπορούν να περιγραφούν σχηματικά οι συνθήκες που επέβαλαν και επέτρεψαν την ίδρυση και λειτουργία του;

Τα αίτια που ώθησαν στην ίδρυση του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών πρέπει να θεωρηθούν μέσα από τις συνθήκες της ελληνικής πραγματικότητας που ίσχυε εδώ και τριάντα περίπου χρόνια στον τομέα της ψυχικής υγείας, όταν δηλ. το Κέντρο άρχισε τις εργασίες του. Τότε, έξω από τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία και τις κλινικές, δεν υπήρχαν Υπηρεσίες που να είχαν να ψάξουν τους την πρόληψη ή και την καταστολή προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθώς και τη διεξαγωγή έρευνας γύρω απ' αυτά.

Όμως οι ανάγκες ήταν πολλές τόσο στον χώρο των ψυχικά αρρώστων, όσο και έξω απ' αυτόν. Για τους ψυχικά άρρωστους, άλλες λύσεις εκτός από τον εγκλεισμό σε ένα νοσοκομείο, σε μια κλινική ή από την φαρμακευτική παρακολούθηση από ιδιώτη ψυχίατρο, δεν υπήρχαν τότε. Η μέριμνα για την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση, όπως και για την ψυχοθεραπευτική προσέγγιση, ήταν ανύπαρκτη.

Η ανάγκη της λειτουργίας της ψυχιατρικής ομάδας, δηλ. μιας ομάδας συγκροτημένης από μέλη διαφόρων ειδικοτήτων, που θα επέτρεπε την πολυδιάστατη πρόσβαση των προβλημάτων του ψυχικά άρρωστου - ακριβώς γιατί οι ανάγκες ενός τέτοιου αρρώστου είναι πολλαπλές - δεν είχε γίνει ακόμη αρκετά γνωστή, ούτε βέβαια αποδεκτή στη χώρα μας.

Έξω από τον περίβολο, πραγματικό ή ιδεατό, στον οποίον έμενε τότε κλεισμένος ο ψυχικά ασθενής, τα ρεύματα ιδεών γύρω από την ψυχική υγεία ελάχιστα κυκλοφορούσαν.

Απλές ιδέες, όπως π.χ. ότι η δράση στον τομέα της ψυχικής υγιεινής δεν είναι μόνο φροντίδα για το ψυχικά άρρωστο άτομο, αλλά σημαίνει ταυτόχρονα μέριμνα για την νοητική, συγκινησιακή και κοινωνική ανάπτυξη της ανθρώπινης προσωπικότητας· ή ότι μια έγκαιρη και συστηματική παρέμβαση μπορεί να αναχαιτίσει δυσμενή εξέλιξη σε περιπτώσεις όπου εμφανίζονται διαταραχές ή δυσκολίες προσαρμογής των ατόμων στην οικογενειακή, στη σχολική στην επαγγελματική ζωή, ή τέλος ότι η αντίχρευση μιας διαταραχής μπορεί να μετατοπισθεί προς μια έγκαιρη επισήμανσή της σε στιγμές που τα πράγματα δεν έχουν κρυσταλλωθεί και ότι η πρόληψη προέχει της καταστολής, ήταν άγνωστα στο κοινό, αλλά και σε ειδικούς όπως π.χ. γονείς, γιατρούς (εκτός από τους ψυχιάτρους), εκπαιδευτικούς, ιερείς, αστυνομικούς.

Οι Κρατικές Υπηρεσίες ήταν ελάχιστα ευαισθητοποιημένες στα σχετικά θέματα. Επειδή πίστευα ότι ένας φορέας ιδιωτικός με δυνατότητες ευέλικτης και γρήγορης δραστηριοποίησής, θα μπορούσε να κινηθεί ευκολότερα, τόσο για την οργάνωση ορισμένων Υπηρεσιών, όσο και για την προώθηση εκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων, απευθύνθηκα στο τότε

Βασιλικό Εθνικό Ίδρυμα και οι πρώτες ανοικτές υπηρεσίες Ψυχικής Υγιεινής για παιδιά, εφήβους και ενηλίκους άρχισαν να λειτουργούν το 1956-1957 ως τομείς του Ιδρύματος. Το 1964 ο Τομέας Ψυχικής Υγιεινής έγινε ανεξάρτητος οργανισμός με τον τίτλο: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών.

2. Οι έννοιες (και η κίνηση) Ψυχικής Υγιεινής, σπανίζουν ή απουσιάζουν από την ελληνική βιβλιογραφία της εποχής, η δε διεθνής βιβλιογραφία δε στοιχειοθετούσε μια ενιαία τάση και αντιμετώπιση. Ποιες απόψεις, ποια φιλοσοφία και γιατί επιλέχτηκαν στην θεσμοποίηση του Κ.Ψ.Υ.;

Οι Υπηρεσίες που βαθμιαία ανέπτυξε το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής (Παιδοψυχιατρικές, με μονάδες διαγνωστικές και θεραπευτικές - Κοινωνικής Ψυχιατρικής με μονάδες διαγνώσεως, θεραπείας και κοινοτικής δράσεως - Ειδικές μονάδες για ψυχωτικά και καθυστερημένα παιδιά - Εστία επαγγελματικού προσανατολισμού - Υπηρεσία οργάνωσης εκπαιδευτικών προγραμμάτων και Υπηρεσία ερευνών) λειτούργησαν στην Αθήνα, στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη και στην Πάτρα. Πέρασαν από διάφορες φάσεις εξελίξεως και η διαδρομή τους επηρεάστηκε όχι μόνον από τις εξελίξεις της ψυχιατρικής και της ψυχολογικής σκέψεως, αλλά και από τις κοινωνικές και πολιτικές μεταβολές που έγιναν στον τόπο μας.

Επηρεάστηκαν επίσης από πρωτοποριακές εφαρμογές που είχαν γίνει στην Ευρώπη και στην Αμερική, αλλά και επηρεάσαν μερικές από αυτές που επιχειρήθηκαν στο εξωτερικό.

Είναι αλήθεια ότι η διεθνής βιβλιογραφία δεν στοιχειοθετούσε ενιαία τάση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Όμως, και οι ανάγκες ήταν ενδιάκριτες - αν ήθελε κανείς να τις δει - και οι θέσεις της κοινωνικής ψυχιατρικής είχαν αρχίσει να διαγράφονται.

Ως παράδειγμα αναφέρω το πρώτο παγκόσμιο συνέδριο Ψυχιατρικής ο 1950 στο Παρίσι, και τις προσπάθειες της Διεθνούς Οργάνωσης Υγείας, όπως και του National Mental Health Institute της Αμερικής στην δεκαετία 50-60, να διευκολύνουν συναντήσεις ειδικών που είχαν ενδιαφέρον για τις εφαρμογές της κοινωνικής Ψυχιατρικής. Στο Κ.Ψ.Υ.Ε. είχαν κληθεί πολλοί από τους πρωτοπόρους της κινήσεως στη Γαλλία, στην Αγγλία, στη Γερμανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Έτσι είμαστε ενήμεροι για το τι γινόταν αλλού, και μπορούσαμε να σταθμίζουμε τι ήταν καταλληλότερο για την Ελληνική πραγματικότητα, όπως και τι ήταν εφαρμόσιμο με τις οικονομικές δυνατότητες που είχαμε και με τη διαθεσιμότητα του ειδικευμένου προσωπικού.

Οι συζητήσεις γύρω από την οργάνωση των προγραμμάτων, μας επέτρεψαν να δεχθούμε επιδράσεις από πολλές κατευθύνσεις. Θάθελα να προσθέσω ότι στην αρχή της πορείας του, το Κ.Ψ.Υ.Ε. ευτύχησε να έχει συνεργάτες που ήταν γόνιμοι σε ιδέες και καλά ετοιμασμένοι για τη δουλειά που έκαναν. Γι' αυτό και το Κέντρο γρήγορα θεωρήθηκε ως πρωτοπόρος υποδειγματική εφαρμογή στο εξωτερικό. Οπωσδήποτε, η φιλοσοφία που διαμόρφωσε την εργασία ήταν η δυναμική θεώρηση των

προβλημάτων της ψυχικής υγείας: η επιθυμία αναθεωρήσεως της στάσεως της κοινωνίας προς το ψυχικά διαταραγμένο άτομο: η επιθυμία να φροντίσουμε και έναν πληθυσμό με προβλήματα λιγότερο οργανωμένα ως προς τα συμπτώματα, αλλά με δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην εργασία, στη σχολική απόδοση κ.λ.π.: η πεποίθηση ότι έπρεπε να δούμε τα άτομα που είχαν ανάγκη της βοήθειας μας στη σχέση τους με τα πολλαπλά ανοικτά συστήματα μέσα στα οποία λειτουργούσαν (οικογένεια, σχολείο, επαγγελματικό πλαίσιο). Χρειαζόταν λοιπόν να κινητοποιηθούν οι ομάδες μέσα στις οποίες βρισκόταν ενταγμένο το πρόσωπο που είχε ανάγκη βοήθειας, ώστε νάχουν μια δηλωμένη παρουσία στη ζωή του. Ήταν λοιπόν επιτακτική η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των ομάδων αυτών στα προβλήματα ψυχικής υγείας.

Μια άλλη σταθερά της όλης προσπάθειας ήταν ότι δεν επιδιώχθηκε η εξυπηρέτηση μεγάλου αριθμού περιπτώσεων ή η κάλυψη των αναγκών. Γραμμή του Κέντρου ήταν η οργάνωση πειραματικών εστιών που πρότειναν στο Κράτος και στην ιδιωτική πρωτοβουλία μορφές και τύπους εργασίας γύρω από τα θέματα της ψυχικής υγιεινής.

Γι' αυτό στόχος δεν υπήρξε η επέκταση των Υπηρεσιών σε άλλες πόλεις που το ζητούσαν, αλλά η ποιοτική βελτίωση όσων ήταν σε λειτουργία.

3. Το καινούριο αλλά και οι επιλογές του θεσμού προκάλεσαν αντιδράσεις και κριτικές ή πολεμικές. Ποιές ήταν, τι προελεύσεως και τι συνέπειες είχαν;

Τι μπορεί να πει κανείς σχετικά με τους ανασταλτικούς παράγοντες, που μερικούς ίσως χρειάζεται να τους λάβει κανείς υπ' όψιν του κοιτάζοντας και μπροστά προς το μέλλον της κινήσεως;

1. Στην Ελλάδα τα προβλήματα που αφορούν τον ψυχικά υγιή πληθυσμό σπρώχνουν σε δεύτερη μοίρα όσα ανάγκοντα στον «αποκλίνοντα» πληθυσμό.

Οι οικονομικές προεκτάσεις της θέσεως αυτής υπήρξαν προσδιοριστικές για την ανάπτυξη των προγραμμάτων του Κέντρου.

2. Ο χώρος της ψυχικής υγείας δεν είναι χώρος εύκολα βατός, γιατί είναι αγχογόνος. Στο επίπεδο της κρατικής διοικήσεως δεν έλλειψε πάντα η στήριξη, αλλά δε θάλεγα ότι υπήρξε και ενθουσιασμός. Ένα από τα θέματα που θέτω προς συζήτηση είναι τι είδους προπαίδεια είναι αναγκαία για να πετύχει ένα τέτοιο νάχει παρουσίες στο επίπεδο της διοικητικής αρχής, που να διευκολύνουν προγραμματισμούς και συντονισμό, χωρίς φιλοδοξία άμετρου κρατικού παρεμβατισμού.

Μια βασική δυσκολία υπήρξε η δυσπιστία στους μικρούς αριθμούς και η ανάγκη της χρησιμοποίησεως πολυπληθέστερου προσωπικού στις ανοικτές μονάδες από ό,τι υπήρχε συνήθως στα νοσοκομεία.

Δεν ήταν εύκολο να πείσεις πως για μια ψυχολογική αξιολόγηση μπορεί να χρειασθεί να δει κανείς, π.χ., τρεις φορές ένα άτομο και να του αφιερώσει μερικές ώρες δουλειάς. Τα Ταμεία ήταν, και είναι, συνηθισμένα στην δεκάλεπτη επίσκεψη και στην ταχεία φαρμακευτική επέμβαση. Δύσκολα γίνεται δεκτό ότι μια ψυχοθεραπεία διαρκεί δύο ή περισσότερα χρόνια ή ότι μια ομάδα ειδικών απασχολείται με το πρόβλημα μιας μόνον οικογένειας;

3. Το αίτημα για την κατά τομείς εξυπηρέτηση του πληθυσμού — πράγμα που θα δημιουργούσε ένα στενότερο δέσιμο των ψυχιατρικών ομάδων που είχαμε σε λειτουργία με ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, με αποτελέσματα, νομίζω, καλύτερα — δεν υλοποιήθηκε, γιατί η εποπτεύουσα αρχή δεν δέχθηκε να το συζητήσει τότε.

Έτσι, όσο μεγαλύτερη ήταν η αστική περιοχή στην οποία κινήθηκαμε, τόσο ασθενέστερη υπήρξε η επίδραση της παρουσίας μας στον ευρύ χώρο της κοινότητας. Όμως — και τούτο έχει σημασία — η παρουσία ήταν σταθερά ισχυρή στους κύκλους επαφής μας. Εκεί όπου η επαφή έγινε σωστά, τα καταμαρτυρούμενα στον ελληνικό χαρακτήρα ως δυσκολίες για σταθερή προσέλευση και για συνέπεια στη συνεργασία με τις Υπηρεσίες, δεν ίσχυσαν.

4. Δυσκολίες αναφάνηκαν και στον κύκλο των ψυχιάτρων κυρίως, αλλά και των ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, απασχολησιο-θεραπευτών, εργασιοθεραπευτών κ.λ.π.

Το άνοιγμα προς την κοινωνική ψυχιατρική σήμαινε μια απομάκρυνση από τον κλειστό, καθορισμένο, και επομένως ασφαλέστερο χώρο του νοσοκομείου.

Σήμαινε επίσης άνοιγμα προς μια διαφοροποίηση του λεγόμενου ψυχιατρικού πληθυσμού (ποιος χρειάζεται να μείνει στο νοσοκομείο — ποιον μπορεί κανείς να φροντίσει στο εξωτερικό ιατρείο — ποιους χρειάζεται να αποχωρισθεί παραπέμποντάς τους σε Υπηρεσίες με τις οποίες δεν συνδέεται προσωπικά κ.ο.κ.).

Σε αντιστοιχία με τις δυσκολίες αποσπάσεως από το γνωστό σχήμα που είχε κέντρο το νοσοκομείο, εμφανίσθηκαν οι αντιστάσεις απομακρύνσεως από το γραφείο.

Όμοιες αντιστάσεις σαν αυτές που διαπιστώθηκαν στην πορεία από το κλειστό ίδρυμα στις ανοικτές Υπηρεσίες, επαναλήφθηκαν στις ανοικτές Υπηρεσίες στο επίπεδο της μετακινήσεως από το γραφείο προς τα έξω, δηλ. στο σπίτι του αρρώστου, στον εργοδότη του ψυχικά ασθενούς ή ακόμα από το εργαστήριο, στο ταχυδρομείο, ή στον μακάλη της γειτονιάς.

Η ένταξη στις ομάδες εργασίας για την ψυχική υγεία (νομίζω ότι ο όρος ψυχιατρική ομάδα πρέπει να αλλάξει) δεν ήταν από τις μικρότερες δυσκολίες. Δεν αναφέρομαι εδώ μόνο στις γνωστές δυσκολίες μεταξύ ειδικοτήτων. Αναφέρομαι και στο γεγονός της μεγάλης ποικιλίας του εκπαιδευτικού υπόβαθρου των διαφόρων ειδικοτήτων, αλλά και της ποικιλίας των προσανατολισμών μέσα στην κάθε ειδικότητα. Τέλος αναφέρομαι και στις αντιστάσεις μπρος σ' ένα αναγκάιο εσωτερικό άνοιγμα που απαιτείται από όσους δουλεύουν στον τομέα της ψυχικής υγείας. Άνοιγμα προς την ανάγκη συνεχούς εκπαιδεύσεως από την μια μεριά και άνοιγμα προς την αδιάκοπη αμφισβήτηση εαυτού από την άλλη. Συνεχής εκπαίδευση σημαίνει αποδοχή της αναθεωρήσεως κάθε στιγμή των όσων θεωρώ «κεκτημένα» και αμφισβήτηση εαυτού σημαίνει, μεταξύ άλλων, διάθεση να σκύβω και πάνω στα ασυνείδητα κίνητρα της συμπεριφορές μου. Το άνοιγμα αυτό δεν είναι πάντα εύκολο να γίνει.

Οι λόγοι που προανέφερα — και ίσως και μερικοί άλλοι — καθόρισαν πολλές αντιδράσεις και συχνά πολεμική κατά του Κέντρου. Σε ορισμένους κύκλους για πολύ καιρό γινόταν συστηματική αποσιώπηση του έργου του. Πιστεύω όμως πως ο απολογισμός του έργου τελικά δεν μπορεί παρά να θεωρηθεί ως θετικός.

MOYIZ KYKΛOΦOPHIZAK

ΠΟΛΥΜΑΡΙΝΕ

