

Των Δ. ΠΛΟΥΜΠΙΔΗ
Σ. ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗ

Στο 1ο μέρος (ΑΥΓΗ 13/9/87) προσπαθήσαμε να περιγράψουμε τα αδιέξοδα του ασύλου και της λογικής του, αλλά και τις αρχές μιας ανοικτής περίθαλψης μέσα στο κοινωνικό χώρο του αρρώστου. Μια τέτοια πολιτική, χωρίς να είναι απαλλαγμένη από αντιφάσεις και ανεπάρκειες, δίνει τα εχέγγυα εναλλακτικής λύσης στην ασυλιακή λογική.

Στο 2ο μέρος θα επιχειρήσουμε να θέσουμε μερικά ερωτήματα γύρω από την ουτοπία της φιλοδοξίας ενός κεντρικού σχεδιασμού εδώ και τώρα, που δεν στηρίζεται στα συμπεράσματα από την αξιολόγηση της λειτουργίας πειραματικών μονάδων.

Κρατικός σχεδιασμός για την περίθαλψη και ιδιωτικός τομέας

Η δεκαετία του '70 στην Ευρώπη ήταν καθοριστική για τη θεωρητική σύλληψη, το σχεδιασμό και την εφαρμογή αυτού που ονομάστηκε κράτος πρόνοιας. Απλουστεύοντας τον ορισμό του θα λέγαμε ότι το κράτος πρόνοιας περιλαμβάνει το σύνολο εκείνων των μηχανισμών, στη συγκεκριμένη κοινωνία, που κύρια με τη μεταφορά κεφαλαίων μεταξύ των κοινωνικών κατηγοριών, τείνουν να εξασφαλίσουν την προστασία των πολιτών απέναντι στους διάφορους κινδύνους που τους απειλούν.

Μια τέτοια πολιτική βασίστηκε κύρια στα σοσιαλδημοκρατικά οράματα και βρίσκεται τώρα στα πλαίσια της ΕΟΚ σε

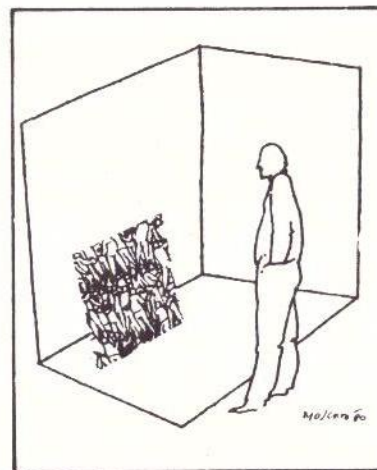
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΛΥΣΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΣΜΟ

Κεντρικός σχεδιασμός και αναγκαιότητα της πολυφωνίας στην ψυχιατρική περίθαλψη

κοινές οι διαπιστώσεις για τον αρχικό μαζικισμό στη σύλληψη του ΕΣΥ, για τις ανεπάρκειες κι ανακολουθίες στην υλοποίησή του, τις δραματικές ελλείψεις και την έλλειψη συντονισμού στους τομείς της περίθαλψης, της κοινωνικής πρόνοιας και της προληπτικής πολιτικής.

Η ανεπάρκεια άρθρωσης από την Αριστερά ενός συγκροτημένου λόγου και ρεαλιστικών προτάσεων για την πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία, έξω από τα ιδεολογήματα του κρατισμού, δεν είναι ξένη με τα φαινόμενα εξατομίκευσης ή, εφησυχασμού και κορπορατισμού γύρω απ' αυτά τα προβλήματα.

Ξαναγυρνώντας στην κριτική κύκλων της Αριστεράς για τις κατασταλτικές λειτουργίες του παντοδύναμου κράτους και τον έλεγχο, χωρίς να υποτιμούμε δείγματα μιας τέτοιας πολιτικής (όπως π.χ. ο νόμος για την αφαίρεση των διπλωμάτων από τους ψυχικά πάσχοντες, απαράδεκτος από πολλές απόψεις), πιστεύουμε ότι οι κραυγαλέες αντιθέσεις



κενά της δημόσιας περίθαλψης προτείνοντας ακριβείς υπηρεσίες με βάση την πελατειακή λογική.

Ο δημόσιος τομέας υπολείπεται ως

για κάποιων ομάδων, που συντηρεί τη συλλογική ψευδαίσθηση της «ιδανικής» θεραπευτικής ομάδας, σε αμυντική στάση απέναντι στις εμπειρίες των άλλων, αλλά και απέναντι στην πεισματικά αντιπατική πραγματικότητα.

Είναι πολύ μακριά από τις προθέσεις μας να δημιουργήσουμε μια άλλη ψευδαίσθηση για ιδανική περίθαλψη, όπου θα δίνεται άμεση απάντηση, σ' όλες τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας.

Είμαστε πολύ μακριά από μια αντίληψη «θεραπευτικής κοινωνίας» όπου κάθε διαταραχή ή απόκλιση από το «φυσιολογικό» θα βρίσκει την «τεχνική» της απάντηση.

Αυτό όμως που μοιάζει εφικτό είναι η τοποθέτηση των αναγκών στο κοινωνικό τους περιεχόμενο: για παράδειγμα μπορούμε ν' αποφύγουμε την ψυχιατροποίηση ενός απλού μαθησιακού προβλήματος στο σχολείο, αναλύοντας την αντίθεση στον ίδιο το χώρο από τους πρωταγωνιστές του, όπως μας έχουν δείξει συγκεκριμένες εμπειρίες και στην

που του επιβάλλει σχεδόν στερεότυπα ένα μοντέλο περίθαλψης και θεραπείας και τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας συνήθως επιλέγουν τους «πελάτες» τους για να προσφέρουν «κωδικοποιημένη» την τεχνική που γνωρίζουν καλύτερα.

Η διαπραγμάτευση στην κοινότητα κι επομένως στο σύστημα περίθαλψης αρχίζει από τη στιγμή που ο ένας κι ο άλλος ζητούν κάτι διαφορετικό. Αυτή η έννοια της διαπραγμάτευσης για κάθε νέα μορφή περίθαλψης βρίσκεται και στο επίκεντρο της προβληματικής της πειραματικής λειτουργίας κάθε νέας δομής. Η αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών, των δυσκολιών της, των θεωρητικών κενών, των οικονομικών και διοικητικών προβλημάτων, μπορούν ν' αποτελέσουν τη μαγιά, τη σταθερή βάση για ένα ευρύτερο κρατικό σχεδιασμό για την ψυχική υγεία.

Η ανάλυση των αναγκών του πληθυσμού μιας συγκεκριμένης περιοχής, αστικής ή αγροτικής, υποβαθμισμένης ή ανηθής είναι το βασικό αντικείμενο επεξεργασίας μιας πειραματικής έρευνας - παρέμβασης. Μια τέτοια πρακτική βρίσκεται σ' αντίθεση βέβαια με τη λογική μιας συνολικής απάντησης εδώ και τώρα στο πρόβλημα της περίθαλψης στη χώρα μας.

Γιατί είναι ουτοπικό ν' απαντήσουμε με το ίδιο πρόγραμμα περίθαλψης σε μια αγροτική περιοχή της Στερεάς Ελλάδας και σε μια υποβαθμισμένη συνοικία της Αθήνας ή της Θεσσαλονίκης.

Στοίχια για τη διαφοροποίηση και την πλαστικότητα των απαντήσεων προκύπτουν, για παράδειγμα, από τη μελέτη των αναγκών ευπαθών τμημάτων πληθυσμού (μικρά παιδιά, έγκλειστοι, ανήμποροι, περιθωριακά άτομα) που αδυνατούν να τις διαπιστώσουν στους χώρους ή

νεο-φιλελευθερισμού για «λιγότερο κρατος» είναι βασικοί παράμετροι για την κατανόηση του χαμηλού δείκτη κόστους - αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

Έτσι οι αρχικοί στόχοι-ευχές μιας δίκαιης κοινωνικής πολιτικής και ορθολογικής προσφοράς υπηρεσιών υγείας σ' όλους τους πολίτες, δεν καθόρθωσαν με την εφαρμογή τους ν' ανατρέψουν τις τεράστιες κοινωνικές ανισότητες, ούτε να εξισώσουν τις δυνατότητες πρόσβασης των ατόμων στην πληροφόρηση και τις διάφορες παροχές.

Παράλληλα μια κριτική που προερχόταν κύρια από την ευρωπαϊκή Αριστερά υπογράμμιζε τον μεγάλο κίνδυνο του κοινωνικού ελέγχου πάνω στα δικαιώματα και την ελευθερία του πολίτη, από τη λειτουργία και το συντονισμό ενός τεράστιου δικτύου κοινωνικών και θεραπευτικών υπηρεσιών στην κοινότητα.

Η ψυχιατρική περίθαλψη αποτέλεσε τον προνομιακό στόχο μιας τέτοιας κριτικής.

Ξεφεύγει τελείως από τα πλαίσια αυτού του σημειώματος η τεκμηριωμένη συζήτηση γύρω από τα όρια του κράτους πρόνοιας, τις συγγενείς αδυναμίες στην σύλληψη του και τις διαφορετικές εκδοχές του στις ευρωπαϊκές χώρες. Απλά αναρωτούμαστε πόσο κοινά είναι τα προβλήματα στη χώρα μας και η κριτική τους μ' εκείνη των δυτικών κοινωνιών και των συστημάτων πρόνοιας τους;

Το ελληνικό κράτος πρόνοιας έχει μικρή ανάπτυξη κι αποτελεσματικότητα κι ελάχιστα ορθολογική οργάνωση, σύμφωνα με τις συγγενείς αδυναμίες και την αναξιοπιστία της λειτουργίας των περισσότερων θεσμών.

Μια τέτοια πραγματικότητα δικαιολογεί άραγε μια κριτική δήθεν ριζοσπαστική άποψη, που αντιμαχόμενη τον κρατισμό στην περίθαλψη γλιστράει σε μια απόρριψη της ίδιας της έννοιας του σχεδιασμού και του κράτους - πλαισίου προς όφελος του ελεύθερου ανταγωνισμού;

Παρακολουθούμε και στο χώρο της υγείας την εξέλιξη μιας σοβαρής κοινωνικής κι ιδεολογικής κρίσης. Είναι

συμμετοχής της κοινότητας στο σχεδιασμό, στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και στη διακίνηση της πληροφόρησης, γύρω από τα προβλήματα πρόληψης, νοσηρότητας και κοινωνικής πολιτικής.

Ειδικότερα στον ευαίσθητο χώρο της ψυχιατρικής περίθαλψης η κατάσταση είναι ακόμα πιο τραγελαφική: έξω από μεμονωμένες εμπειρίες, τα αιτήματα του κοινού για περίθαλψη, οδηγούν στο άσυλο. Έτσι τροφοδοτούν αντικειμενικά την πελατεία των ιδιωτικών κλινικών που στην ουσία λειτουργούν κι αυτές ασυλικά με την έννοια της απλής καταστολής των συμπτωμάτων και αντι-θεραπευτικά, στις περισσότερες περιπτώσεις, με την έννοια της αδυναμίας ανάλυσης των ψυχοπαθολογικών και κοινωνικών μηχανισμών που κρύβονται πίσω απ' τα συμπτώματα, εξαιτίας της πελατειακής σχέσης.

Στόχος μας δεν είναι η διχοτόμηση δημόσιου - ιδιωτικού και η πολεμική ενάντια στον ιδιωτικό τομέα, αλλά η σημερινή παράλληλη και πολυέσδη λειτουργία των δυο αυτών συστημάτων περίθαλψης που έχει σαν συνέπεια την αδυναμία ανάπτυξης μιας διαλεκτικής σχέσης ανάμεσα στον κρατικό σχεδιασμό για τη υγεία και την παροχή υπηρεσιών τόσο από δημόσιους όσο κι από ιδιωτικούς φορείς, στα πλαίσια μιας γενικότερης δημόσιας στρατηγικής.

Σε χώρες της Δ. Ευρώπης (π.χ. δια μέσου εταιρειών κοινής ωφέλειας στη Γαλλία - νόμος του 1901, ή δια μέσου ιδιωτικών δομών με σύμβαση με το δημόσιο στην Ιταλία) το ιδιωτικό μπορεί όχι μόνο να λειτουργεί με γνώμονα το δημόσιο συμφέρον αλλά και να προτείνει ευέλικτες και φθηνότερες λύσεις που μπορούν να λειτουργούν αυτόνομα ή στη συνέχεια να ενταχθούν στο δημόσιο τομέα.

Στη χώρα μας σήμερα ο δημόσιος τομέας που αντικειμενικά αντιμετωπίζει τις πιο δύσκολες καταστάσεις αδυνατεί δομικά και λειτουργικά να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού, δίνοντας ασυλικά και χαμηλής ποιότητας απαντήσεις, έξω από ελάχιστες εξαιρέσεις.

Ο ιδιωτικός τομέας αναπτύσσεται στα

δεν μπορεί να τον υποκαταστήσει λογω κόστους, αν υποθέσουμε ότι είχε τη θέληση να το κάνει.

Έχοντας λοιπόν επίγνωση των παραπάνω ελλείψεων και της ασυνέχειας στο σχεδιασμό είναι τουλάχιστον άστοχο να θεωρητικοποιείται και μάλιστα με επιθετικό ιδεολογικό λόγο η ιδιωτική πρωτοβουλία, που ειδικά στην ψυχιατρική αδυνατεί ν' ανταποκριθεί συνολικά στις ανάγκες του πληθυσμού.

Όσο η κριτική στάση θα παραμένει έτσι ιδεολογικοποιημένη αυτό που είναι βέβαιο είναι ότι τα άσυλα θα ανθίζουν σε πείσμα των διακηρύξεων, αντιψυχιατρικών και μη.

Ποιες υπηρεσίες για ποιες ανάγκες;

Κάθε προσπάθεια θεραπευτικής προσέγγισης που λειτουργεί αυτόνομα από τις ανάγκες της κοινότητας (για λίγες ώρες την ημέρα) ή εφαρμόζει μόνο μια συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο, ακόμα κι όταν από τεχνική άποψη είναι άρτια, αποτελεί πολύτιμη αλλά μερική απάντηση σε μια πολύπλοκότερη ψυχοπαθολογική και κοινωνική πραγματικότητα.

Για παράδειγμα η παρακολούθηση ενός ψυχωσικού αρρώστου σε καθημερινές συνεδρίες από θεραπευτές ενός κέντρου και η αδυναμία συνάντησης σε μια πιθανή κρίση του ατόμου αυτού το Σαββατοκύριακο, τις αγίες ή κάποια νύχτα αφήνει ένα σοβαρό κενό. Δεν μπορεί να υπάρξει πραγματική εναλλακτική λύση στο άσυλο χωρίς ένα σύστημα ανοιχτής περίθαλψης με δυνατότητα διαθεσιμότητας 24 ώρες το 24ωρο όλες τις μέρες του χρόνου. Η σύνδεση αυτής της δομής με τις άλλες υπηρεσίες της κοινότητας και με άλλες θεραπευτικές ομάδες ή μεμονωμένους θεραπευτές μπορεί ν' αποφύγει τον κατακερματισμό των απαντήσεων, να εξασφαλίσει την συνέχεια της θεραπευτικής δουλειάς και την καλύτερη κατανόηση της ψυχοπαθολογίας μέσα στη διαρκή της κίνηση.

Ένα από τα συμπτώματα του κατακερματισμού της θεραπευτικής δουλειάς είναι και η κλειστή, αυτόκλητη λειτουρ-

απαντήσεις ξεκομμένες μεταξύ τους.

Μια εναλλακτική δομή στο άσυλο, πιέζει, εμμένει και συγκρούεται αν χρειαστεί για να δοθούν απαντήσεις στη ζήτηση, εκεί που αυτό είναι δυνατό: από άλλες ιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες, την τοπική αυτοδιοίκηση, δίκτυα αλληλεγγύης στη γειτονιά, αλλά και δημιουργώντας νέους φορείς. Με δυο λόγια θέτι το κράτος το σχεδιασμό και τα μοντέλα λειτουργίας του, τους υπαλλήλους του απέναντι στην ανεπάρκεια και τις αντιφάσεις τους. Δεν τους υποκαθιστά με το να δέχεται όπως ακριβώς το άσυλο κάθε διαταραχή και δεν συσκοτίζει την κοινωνική αντίθεση μεταξύ του ελέγχου του «εκτρεπόμενου» ατόμου και του θεραπευτικού στόχου. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι η βία της εγκατάλειψης είναι το ίδιο βάνανση με τη βία του εγκλεισμού.

Μεταφορά μοντέλων, πειραματισμός και αξιολόγηση

Η αναπόφευκτη εξάρτηση του επιστημονικού κι ειδικότερα του ψυχιατρικού λόγου στον τόπο μας από ξένα πρότυπα και ρεύματα σκέψης αποτελεί μια σταθερά με πολλαπλές συνέπειες.

Το κενό που αφήνει η απουσία μιας γνήσιας θεωρητικής σκέψης στην Ελλάδα κι η ανυπαρξία ουσιαστικού διαλόγου γύρω από το καθημερινό πιστικό πρόβλημα της περίθαλψης τείνει συχνά να «καλυφθεί» με την προσφυγή σε κάθε λογής τεχνικές και θεραπευτικά μοντέλα κατακερματισμένα και πολλά υποσχόμενα.

Εδώ δεν μπορούμε παρά να θέσουμε μερικά ερωτήματα για τη συζήτηση.

Μέσα σε τι πλαίσιο, κάτω από ποιες διαδικασίες και όρους αναπτύσσονται οι νέες θεραπευτικές τεχνικές, με ποια κριτήρια αξιολόγησης της πρακτικής, με τι θεωρητικές αναφορές, σε ποιους αρρώστους και σε ποια ζήτηση απευθύνονται, πώς προσαρμόζονται κι εξειδικεύονται στη μοναδικότητα κάθε ατόμου, πώς εγγράφονται στα πλαίσια μιας γενικότερης πολιτικής.

Ο πολίτης συνήθως ζητάει υπηρεσίες

υγείας, περίθαλψης σε σχέση με το κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο του ατόμου, της οικογένειάς του, την αποτελεσματικότητα των δικτύων στήριξης κι αλληλεγγύης, άρα από την ανθεκτικότητα του κοινωνικού ιστού.

● από τη στάση του πληθυσμού απέναντι στην αρρώστια, στο «διαφορετικό», τις παραδόσεις και τα ήδη υπάρχοντα δίκτυα πληροφόρησης κι επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων.

● από τη διερεύνηση της δυνατότητας συμμετοχής φορέων ή συνομιλητών στην εκπόνηση προγραμμάτων πρόληψης, όχι απλά φραστικά, αλλά με την επεξήγηση των μέσων και πιθανών αντιστάσεων που θα προκύψουν από την υλοποίηση κάθε νέου προγράμματος.

Καταλαβαίνουμε ίσως καλύτερα ότι η πολυπλοκότητα τόσων παραγόντων δεν καλύπτεται από μια φιλόδοξη στάση μιας «εδώ και τώρα» συνολικής απάντησης.

Επιθυμούμε να υπογραμμίσουμε την αναγκαιότητα πολλαπλασιασμού των κέντρων υγείας με πολυδύναμη λειτουργία, που με αργό βηματισμό θα διαμορφώσουν μια συνεκτική μεθοδολογία πειραματισμού, θα επιτρέψουν την κατανόηση της πολυπλοκότητας των αναγκών μιας περιοχής και θ' ανανεώσουν τις προτεινόμενες λύσεις.

Τέτοια «κοινωνικά εργαστήρια» απαιτούν βέβαια μια διαρκή επερώτηση κι αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της δουλειάς της ομάδας αλλά και του κόστους.

Μια τέτοια διεργασία είναι δυνατή μόνο από θεραπευτές κι επιστήμονες που αισθάνονται κινητοποιημένοι για τέτοιους στόχους, αλλά και αναγκαία για μια σύνθεση και θεωρητικοποίηση της δουλειάς.

Είναι μια βάση για ν' αποφύγουμε στην Ελλάδα του σήμερα τη γνώριμη «ασφάλεια» της μεταφοράς θεωρητικών μοντέλων που πέτυχαν αλλού αλλά και την αρχιγνώριμη εκυρωτική αλληλοαμφισβήτηση και φθινό ανταγωνισμό μεταξύ των διαφόρων εμπειριών (πριν καν προσδιοριστεί το ίδιο το αντικείμενο των αντιθέσεων) και την απλουστευτική συνθηματολογία.