Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα του 2009

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΠΑΥΛΟΣ ΣΑΚΚΑΣ
Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παν/μίου Αθηνών

Έχω το προνόμιο, καλώς ή κακώς, να είμαι στο χώρο της Ψυχιατρικής από την παιδική μου ηλικία. Έτσι έχω ζήσει όλες τις φάσεις της Ψυχιατρικής, από την ανακάλυψη των νευροληπτικών και μετά. Από την «πρωική» εποχή, που έβλεπα να έρχονται ασθενείς, ακόμα και από την επαρχία, στο σπίτι-ιατρείο του πατέρα μου και να υποβάλλονται σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ). Ας μην ξεχνάμε ότι τη δεκαετία του ΄50 και στις αρχές του ΄60, η ΗΣΘ ήταν η μόνη αποτελεσματική μέθοδος για την κατάθλιψη και τις ανθεκτικές μορφές της σχιζοφρένειας. Έτσι, οι συγγενείς έφερναν τους ασθενείς τους, πρωί-πρωί, νηστικούς, προκειμένου να κάνουν ΗΣΘ, με χορήγηση πεντοθάλης, χωρίς βέβαια αναισθησιολόγο και μυοχάλαση. Πρωτόγονες συνθήκες, αλλά αποτελεσματικές και ευτυχώς χωρίς κανένα αρνητικό συμβάν.

Το «πρωικό» στοιχείο εκείνης της εποχής αναφερόταν επίσης στη συνήθη τότε πρακτική της κλήσης του ψυχιάτρου στο σπίτι του διεγερτικού ασθενούς, προκειμένου να του κάνει μια «πρεμιστική» ένεση. Όπως αντιλαμβάνεστε, ο ψυχίατρος, αν δεν μπορούσε να πείσει τον ασθενή, έπρεπε να οργανώσει τη βίαια ακινητοποίηση του ασθενούς, στην οποία εννοείται ότι μετείχε και ο ίδιος, προκειμένου να του ενέσει ένα κοκτέιλ που θα τον «εξουδετερώσει». Στη συνέχεια, στις περισσότερες περιπτώσεις, ο ψυχίατρος έβαζε στο αυτοκίνητό του ή σε ένα ταξί (δεν υπήρχαν και πολλά ιδιωτικά αυτοκίνητα τότε) τον ασθενή και τους συγγενείς και τον οδηγούσε σε κάποια ιδιωτική ψυχιατρική κλινική.

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του ΄70, δεν υπήρχαν εισαγγελικές παραγγελίες και ασθενοφόρα, ενώ η αστυνομία σπάνια καλούνταν, λόγω του φόβου του κοινωνικού στιγματισμού. Και είναι γεγονός ότι η αντιμετώπιση του ψυχωτικού και η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, σε αρκετές περιπτώσεις, γινόταν με μεγαλύτερη διακριτικότητα από τη σημερινή υποχρεωτική εμπλοκή της αστυνομίας. Αλλά αυτό είναι ένα άλλο κεφάλαιο, με το οποίο θα ασχοληθούμε σε ένα μελλοντικό σημείωμα.

Στην Ελλάδα, η αντιμετώπιση των νέων περιστατικών, από το 1951 που ανακαλύφθηκε η χλωροπρομαζίνη, μέχρι τη δεκαετία του ΄70, γινόταν κυρίως από τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές οι οποίες πέρναγαν περίοδο μεγάλης δόξας. Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές είχαν ταυτιστεί με τη νέα επαναστατική θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχωτικών, με αποτελεσματικά φάρμακα και ΗΣΘ.

Στα μεγάλα ψυχιατρεία της χώρας, νοσηλεύονταν όσοι παρέμεναν από την εποχή της ασυλιακής ψυχιατρικής και όσα νέα περιστατικά δεν διέθεταν ούτε την ελαχίστη οικογενειακή ή και οικονομική υποστήριξη. Η κατάσταση στα ψυχιατρεία-άσυλα ήταν εφιαλτική. Ήταν τόποι απόθεσης ανεπιθύμητων από την κοινωνία ανθρώπων που είχαν κάποια εγκεφαλική βλάβη.

Ο πληθυσμός των ψυχιατρείων αποτελούνταν από ασθενείς με διανοητή υστέρηση, βαριά επιληψία, σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, ακόμα και σύφιλη με εγκεφαλική εντόπιση, με το χαρακτηριστικό μεγαλομανιακό παραλήρημα. Οι νοσηλευτές ήταν περισσότερο φύλακες παρά φροντιστές.

Το κοινό των τροφίμων των ψυχιατρείων-ασύλων ήταν η εγκατάλειψη τους από την οικογένειά τους. Με τις νέες θεραπευτικές μεθόδους, πολλοί από αυτούς δεν είχαν πλέον μείζονα ενεργό ψυχοπαθολογία.

Όμως, οι συγγενείς δεν ήθελαν να τους πάρουν πίσω στα σπίτια τους, είτε γιατί φοβόντουσαν αναζωπύρωση της αρρώστιας, είτε γιατί δεν ήθελαν, με την παρουσία του ασθενούς, να στιγματιστεί η οικογένειά τους στη μικρή κοινωνία των χωριών τους. Υπήρχαν ασθενείς που ήταν καταδικασμένοι να πεθάνουν στα ψυχιατρεία, όχι λόγω της νοσολογίας τους, αλλά λόγω της κοινωνικής τους περιθωριοποίησης.

Ο υπερπληθυσμός και το ανακάτεμα αυτό των ασθενών δεν άφηνε και πολλά περιθώρια δράσης στους λιγοστούς και απομονωμένους, είναι η αλήθεια, ψυχιάτρους των μεγάλων ψυχιατρείων. Στα περισσότερα ψυχιατρεία, η αναλογία ήταν ένας ψυχίατρος για πάνω από διακόσους ασθενείς. Ήταν επόμενο λοιπόν ο ψυχίατρος να βάζει μια θεραπεία κατά την εισαγωγή του ασθενούς και σε πολλές περιπτώσεις, η θεραπεία αυτή να ακολουθεί τον ασθενή σε όλο το βίο του στο ψυχιατρείο ή μέχρι τη συνταξιοδότηση του γιατρού και την αλλαγή του ψυχιάτρου.

Στην κατάσταση αυτή των ψυχιατρείων, προσπάθησε να απαντήσει ο αλήστου μνήμης Υπουργός Υγείας της χούντας κ. Λαδάς. Κατασκεύασε στη Λέρο ένα «άσυλο των ασύλων», στο οποίο μετέφερε από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας όσους τροφίμους δεν είχαν επισκεπτήριο την τελευταία διετία. Η Λέρος έγινε ο κάλαθος αχρήστων των ψυχιατρείων.

Η λειτουργική κατάσταση των ψυχιατρείων βελτιώθηκε κάπως, θυσιάζοντας βέβαια μερικές εκατοντάδες άτυχους ασθενείς. Παράλληλα, κατασκευάστηκε το νέο ψυχιατρείο των Χανίων και τουλάχιστον εκεί, οι υπηρεσίες αναβαθμίστηκαν αισθητά. Θα μπορούσε ίσως η κυβέρνηση να ακολουθήσει το παράδειγμα αυτό και για τα άλλα ψυχιατρεία της χώρας. Δυστυχώς αντίθετα, αφέθηκαν να υποβαθμιστούν και να ξαναγίνουν άσυλα.

Τα επόμενα βήματα αναβάθμισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη χώρα μας έγιναν τη δεκαετία του ΄80, με την ίδρυση ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία. Αυτή ήταν μια μεγάλη τομή που βοήθησε την Ψυχιατρική γενικότερα. Έκανε πιο προσιτές και λιγότερο στιγματισμένες τις ψυχιατρικές υπηρεσίες. Η ψυχιατρική κοινότητα αγκάλιασε τις κλινικές αυτές. Εκεί αναπτύχθηκαν υπηρεσίες πρωτόγνωρες για την Ελλάδα: εξωτερικά ψυχιατρικά ιατρεία, συντονισμός με κοινωνικές υπηρεσίες και ψυχολογικές υπηρεσίες και πάνω απ' όλα υπηρεσίες συμβουλευτικής-διασυνδετικής ψυχιατρικής.

Αν είχαν αναπτυχθεί σε όλα τα γενικά νοσοκομεία της χώρας τέτοια κύτταρα ψυχιατρικών υπηρεσιών, με κλινικές 20-30 κρεβατιών, η κατάσταση θα ήταν σήμερα πολύ καλύτερη. Οι μονάδες αυτές απαιτούν οπωσδήποτε τη διασύνδεση με ένα ψυχιατρείο. Εκεί μόνο μπορούν να νοσηλευτούν ασθενείς που χρειάζονται χρόνια ενδονοσοκομειακή νοσηλεία. Εκεί επίσης, μπορούν να νοσηλευτούν ασθενείς, που απαιτούν ακούσια νοσηλεία.

Κατά τη γνώμη μου, θα μπορούσαν να ανακαινιστούν και να στελεχωθούν πληρέστερα τα υπάρχοντα ψυχιατρεία και παράλληλα να ιδρυθούν μερικά επιπλέον. Άλλο ένα στην ανατολική Κρήτη, ένα στη Θεσσαλία, ένα στην Ήπειρο και ένα στη Θράκη. Η άποψη αυτή για πολλούς φαίνεται οπισθοδρομική και συντηρητική. Όμως για έναν ψυχίατρο, που έζησε τη μαχόμενη ψυχιατρική σε πολλές χρονικές φάσεις της, αυτό το σχέδιο αποτελεί την καλύτερη λύση, με δεδομένες τις περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες της χώρα μας.

Η Ιστορία όμως παίζει τα δικά της παιχνίδια. Η αρνητική δημοσιότητα που απέκτησε ξαφνικά το παραμελημένο, κατ' όνομα μόνο, «ψυχιατρείο» της Λέρου, ανέτρεψε την κατάσταση. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έβαλε το χέρι στην τσέπη και απεφάσισε να χρηματοδοτήσει δράσεις αποασυλοποίησης.

Η αλήθεια είναι ότι εκείνη την εποχή, στην Ευρώπη, βρισκόταν σε ανάπτυξη ένα κίνημα που είχε ξεκινήσει από την Ιταλία και επικεντρωνόταν στο κλείσιμο των ψυχιατρείων. Στην Ιταλία έκλεισαν τα ψυχιατρεία και προσπάθησαν να διαχειριστούν τους ασθενείς σε μονάδες κοινοτικής ψυχιατρικής. Η αρχική σκέψη ήταν πολύ ελπιδοφόρος. Όμως στην πράξη, ένας μεγάλος αριθμός ασθενών, ιδιαίτερα όσων δεν είχαν ενεργό οικογενειακή υποστήριξη, περιφερόταν στους δρόμους και αυξήθηκαν οι γραμμές των αστέγων. Το ακόμα χειρότερο είναι ότι το γεγονός αυτό ενίσχυσε τη στιγματιστική στάση της κοινωνίας προς την ψυχική αρρώστια, πόσο μάλιστα εξαιτίας του συνδυασμού της με την αναμενόμενη άλλωστε αύξηση της εγκληματικότητας από ψυχωτικούς ασθενείς.

Οι δράσεις της αποασυλοποίησης στην Ελλάδα έγιναν, όπως τόσα στη χώρα αυτή, τελείως απρογραμμάτιστα. Οι κυβερνήσεις ενθουσιάστηκαν, αφού τα περισσότερα κονδύλια έρχονταν από τις Βρυξέλες και ότι και να γινόταν, θα έμπαιναν στο εθνικό ΑΕΠ. Δεν προβληματίστηκαν όμως από το γεγονός ότι οι «κουτόφραγκοι» μας έδωσαν χρήματα για να στήσουμε δομές, τις οποίες όμως στη συνέχεια, έπρεπε εμείς να τις χρηματοδοτούμε από εθνικούς πόρους.

Η κυβερνητική αλλαγή μάλιστα του 2004 άλλαξε και τον προσανατολισμό των δομών. Έτσι, ενώ στην προηγούμενη κατάσταση, έγινε προσπάθεια να αναπτυχθούν δομές αποασυλοποίησης από τα δημόσια ψυχιατρεία και τις ψυχιατρικές κλινικές των νοσοκομείων, στη νέα κατάσταση η ανάπτυξη των δομών ανατέθηκε στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Αυτό έφερε ταχύτερη απορρόφηση ευρωπαϊκών κονδυλίων, όμως δυστυχώς συνοδεύτηκε και από ατασθαλίες.

Σήμερα που το Υπουργείο συνειδητοποιεί ότι αυτό είναι εκείνο που καλείται πλέον να πληρώσει το «μάρμαρο», αντιλαμβάνεται ότι το «μάρμαρο» είναι εξαιρετικά ακριβό. Παράγοντες του Υπουργείου υπολόγισαν ότι ο κάθε ασθενής που φιλοξενείται (δεν μπορεί να θεωρηθεί πλήρης νοσηλεία) στις δομές αποασυλοποίησης κοστίζει 3.000-4.000 ευρώ το μήνα!

Αλήθεια αναρωτιέμαι ποια οικογένεια δεν θα κρατούσε τον ασθενή της, αν έπαιρνε τέτοιου ύψους οικονομική βοήθεια. Το μοντέλο αποασυλοποίησης που ακολουθήσαμε είναι μοντέλο δυτικοευρωπαϊκής έμπνευσης, χωρίς να ληφθεί υπ' όψη ότι στη χώρα μας εξακολουθούμε να έχουμε ένα ισχυρό ακόμα οικογενειακό δίκτυο προστασίας.

Από την άλλη, η μεγάλη μου ένσταση είναι το γεγονός ότι προχωρήσαμε στο πλήρες κλείσιμο των ψυχιατρείων. Λες και με μια μονοκονδυλιά μπορούμε να καταργήσουμε την αρρώστια. Προφανώς δηλαδή, αυτοί που σχεδίασαν το κλείσιμο των ψυχιατρείων πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν ασθενείς οι οποίοι δυστυχώς δεν μπορούν να ζήσουν στην κοινωνία και χρειάζονται χρόνια νοσηλεία σε ψυχιατρική κλινική. Η πραγματικότητα όμως πρόλαβε να τους διαψεύσει. Όπου έκλεισαν τα ψυχιατρεία, άνοιξαν σαν μανιτάρια πλήθος ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές. Εκεί πλέον νοσηλεύονται όσοι προορίζονταν να νοσηλευτούν στα ψυχιατρεία που έκλεισαν.

Και επειδή όλοι δεν μπορούν να πάνε σε ιδιωτικές κλινικές, προέκυψε η μεγαλύτερη παράπλευρη απώλεια: η απόλυτη συμφόρηση και απορρύθμιση των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων. Το στολίδι της Ψυχιατρικής στη χώρα μας, που μας έκανε να προσβλέπουμε με ελπίδες για το μέλλον, έχουν γίνει πλέον μικρά ψυχιατρεία.

Οι ασθενείς που απαιτούν ακούσια νοσηλεία και αυτοί που χρειάζονται χρόνια νοσηλεία παρελαύνουν από τις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων και τις διαλύουν.

Αλλά και αντίστροφα, επειδή οι κλινικές αυτές δεν μπορούν να νοσηλεύσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα τους ασθενείς αυτούς, τους βγάζουν άρον-άρον. Το αποτέλεσμα είναι πολλοί ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία να βρίσκονται απροστάτευτοι εκτός ψυχιατρικών κλινικών και άρα, να αποτελούν εστίες στιγματισμού για την ψυχική αρρώστια. Ακόμα, όπως διαπιστώνουμε τελευταία, η ελλιπής νοσηλευτική κάλυψη ορισμένων ασθενών οδηγεί σε αύξηση της εγκληματικότητας, η οποία οφείλεται στην ενεργό ψυχοπαθολογία.

Οι σκέψεις αυτές, νομίζω ότι πρέπει να προβληματίσουν την Ελληνική ψυχιατρική κοινότητα. Ας κάνουμε μια προσπάθεια να ξεπεράσουμε τους δογματισμούς μας και να στείλουμε καθαρότερα μηνύματα σε όσους βρίσκονται σε κυβερνητικές θέσεις και παίρνουν σημαντικές αποφάσεις για την ψυχική υγεία στη χώρα μας.