

Το Επιστημονικό Περιοδικό με τίτλο «ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ψυχική ΥΓΕΙΑ» εκδίδεται στο πλαίσιο του έργου «Δράσεις για την άρση των εμποδίων κοινωνικής ένταξης και εργασιακής ενσωμάτωσης κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων» που υλοποιείται από το Τμήμα Ψυχολογίας του Α.Π.Θ. [Ε.Π. «Υγεία-Πρόνοια 2000-2006», Άξονας Προτεραιότητας 1 «Υγεία», Μέτρο 1.4 «Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας»]. Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κατά 75% και από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά 25%.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ
Α.Π.Θ.

«ΚΟΙΝΩΝΙΑ & ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»

Τριμηνιαία Επιστημονική Έκδοση
για θέματα Υγείας και Κοινωνικού Αποκλεισμού

Ιδιοκτησία

Επιτροπή Ερευνών Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

Εκδότης - Διευθυντής

Μπαϊρακτάρης Κώστας

Επιστημονική Επιτροπή

Δικαίου Μαρία, Ζαφειρίδης Φοίβος,
Μεγαλοοικονόμου Θεόδωρος, Μιχαήλ Σάββας,
Μπακιρτζής Κων/νος, Μπιτζαράκης Παντελής,
Πανταζής Παύλος, Παπαϊωάννου Σκεύος,
Φαφαλιού Μαρία

Συντακτική Ομάδα

Γεωργάκα Ευγενία, Λαϊνάς Σωτήρης,
Σταμάτη Γιούλη, Φίγγου Λία,
Φραγκιαδάκης Κων/νος

Εποπτεία Τεύχους

Μεγαλοοικονόμου Θεόδωρος, Φαφαλιού Μαρία

Επιμέλεια κειμένων

Σταμάτη Γιούλη

Εκτύπωση / Βιβλιοδεσία

Κανάκης Ευθύμιος, Grapholine

Οικονομική Διαχείριση

Αδάμ Σοφία

Δημιουργία σκίτσων

Ακοκαλίδης Γεώργιος

Στοιχεία Επικοινωνίας

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,
Τμήμα Ψυχολογίας Α.Π.Θ., Μητροπόλεως 10, 54625
Τηλ: 2310 554216, 554225 - Fax: 2310 554245
<http://www.socialexclusion.gr>
e-mail: info@socialexclusion.gr

• Το περιοδικό ΔΙΑΝΕΜΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ.

Διατίθεται και σε ηλεκτρονική μορφή στη διεύθυνση: www.socialexclusion.gr. Όποιος επιθυμεί να παραλάβει το περιοδικό σε έντυπη μορφή, μπορεί να αποστείλει μήνυμα στο: info@socialexclusion.gr, με θέμα: «Αποστολή Περιοδικής Έκδοσης», αναγράφοντας τον αριθμό τεύχους και σημειώνοντας τα πλήρη στοιχεία του (όνομα, διεύθυνση, τηλέφωνο).

• Όσοι αναγνώστες ενδιαφέρονται να γίνουν τακτικοί συνδρομητές του περιοδικού, μετά τη λήξη του προγράμματος, παρακαλούνται να αποστείλουν μήνυμα στην ίδια διεύθυνση (info@socialexclusion.gr) ή να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά (τηλ.: 2310 554216 & 554225, Σταμάτη Γιούλη).

• Στο πλαίσιο της ελεύθερης διακίνησης των ιδεών και της διάχυσης της γνώσης επιτρέπεται η υπό διαφορετική μορφή έκδοσης –έντυπης ή ηλεκτρονικής– ανατύπωση, δημοσίευση ή αναπαραγωγή μέρους ή του συνόλου των κειμένων, υπό τις εξής προϋποθέσεις:

1. να γίνεται ρητή αναφορά στο συγγραφέα και στο μεταφραστή
2. να γίνεται ρητή αναφορά στην πηγή προέλευσης
3. να πραγματοποιείται πιστά η διάθεση ή η αναπαραγωγή των πληροφοριών.

• Τα κείμενα που ακολουθούν εκπροσωπούν τις απόψεις των συγγραφέων τους.

© Επιτροπή Ερευνών Α.Π.Θ. 2006

ISSN 1790-9554

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

1.	Σημείωμα των Υπευθύνων του τεύχους	σελ. 4
2.	Σημείωμα της Συντακτικής Ομάδας	7
3.	Μαρτυρίες	11
4.	Γιώργος Φαλλελάκης, Η απόκρημνη όψη του ονείρου	17
	Αντώνης Λιοδάκης Η ελπίδα θα προέλθει απ' τους απελπισμένους Γιώργος Φαλλελάκης	
5.	Εργασία-εύρεση εργασίας, εργασιακή υποστήριξη, ανεργία, απραξία	20
	Γεώργιος Γιαννουλόπουλος	
6.	«Ένα κίνημα αθλιώτικο» Οι οικογένειες οργανώνονται σε μια μάχη άνιση ενάντια στο στίγμα και τις προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική διαταραχή	23
	Νίκη-Ελένη Νομίδου	
7.	Οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το κίνημα για αυτοεκπροσώπηση στη Βρετανία	25
	Roberta Graley-Wetherell	
8.	Προσωπικές σχέσεις	31
	Σωτηρία Χατζαράκη	
9.	Αποκατάσταση και κοινωνικός έλεγχος	33
	Franco Basaglia	
10.	Η παράνοια και η δυναμική του αποκλεισμού	41
	Edwin Lemert	
11.	Πολιτικές ψυχικής υγείας: Αποκλεισμός, νεοϊδρυματισμός και το αίτημα της χειραφέτησης	57
	Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου	
12.	Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, Το παράδειγμα της Κρήτης	69
	Γιώργος Κοκκινάκος	
13.	Μια κριτική ματιά σε όσα έγιναν και γίνονται στον τομέα της εργασίας των ατόμων με ψυχιατρικό πρόβλημα	78
	Γιώργος Στεφανάκης	
14.	ΚοιΣΠΕ Θεσσαλονίκης, Πού πάνε;	86
15.	Ιδρυματική βαρβαρότητα [Εφημερίδα «Ελευθεροτυπία» (11/12/2006)].....	88
16.	Παρατηρητήριο για τα Δικαιώματα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας	89
17.	Όχι στην αναθεώρηση του άρθρου 16	93

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Εδώ και πάνω από 20 χρόνια η «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα ταυτίστηκε σχεδόν με τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ασθμαίνοντας στο κυνήγι της απορρόφησης των κονδυλίων, στο τρέξιμο από το ένα Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης στο επόμενο, η αλλαγή στο πεδίο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας –στα πλαίσια του «Ψυχαργώς»– έχει οδηγηθεί στην παγίωση ενός νεοϊδρυματικού μοντέλου μεταστέγασης των ασθενών χρόνιας παραμονής των δημόσιων ψυχιατρείων σε στεγαστικές δομές στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, χωρίς κατ' ουδένα τρόπο ν' αλλιάζει το κλασσικό ψυχιατρικό παράδειγμα.

Από τη μια, οι ταξινομητικές κατασκευές που ετικετάρουν τον ψυχικό πόνο και τις διαφορετικές ανθρώπινες συμπεριφορές, ως αθροίσματα συμπτωμάτων –σε αναζήτηση γονιδιακής/μοριακής αιτιολογίας– απομονωμένων από το όλο της ύπαρξης και την κοινωνική υπόσταση του ανθρώπου. Από την άλλη, ο εγκλεισμός και οι μέθοδοί του για τη διαχείριση των κοινωνικά μη επιθυμητών συμπεριφορών όλων αυτών, των οποίων η πολυπλοκότητα των αναγκών υφίσταται τον διπλό αποκλεισμό από την πραγματικότητα και από το κοινωνικό σώμα και εξορίζεται στη σφαίρα του «ακατανόητου», του «μη επικοινωνίσιμου» και του «ανάξιου να ζει».

Το μοντέρνο νεοϊδρυματικό και νοσοκομιοκεντρικό τοπίο διακρίνεται για τη διαιωνιζόμενη φτώχεια των επιλογών του και την εσαεί αναπαραγωγή της ιδρυματικής βαρβαρότητας.

Η «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» του «Ψυχαργώς» κυριαρχείται:

- από τη *λογική της χωροταξικής μετεγκατάστασης* (απονοσοκομιοποίηση) και όχι την *αλλαγή του ψυχιατρικού παραδείγματος* (αποϊδρυματοποίηση),
- από την *παντελή απουσία* (ποσοτικά και ποιοτικά) *κοινωνικών υπηρεσιών*, αλλά και *ευκαιριών* και *στηριγμάτων* (υλικών, σχεσιακών, θέσεων εργασίας κ.λπ.) της κοινωνικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων,
- από την ασφυκτική κυριαρχία των διαδρομών και των μεθόδων του *ιδρυματικού εγκλεισμού* (στο ψυχιατρείο ή στο γενικό νοσοκομείο) με τις *κλειστές πόρτες*, τις *μηχανικές καθηλώσεις* και τις *απομονώσεις*, την συνεχιζόμενη *καταστράτηγηση των δικαιωμάτων*,
- από τη διάχυση της κουλτούρας της «*μη υπευθυνότητας*» για τις ανάγκες ψυχικής υγείας ενός δοσμένου πληθυσμού,

- από τον (συχνά ηθελημένο) *κατακερματισμό* και την *αποσπασματικότητα* των υπηρεσιών, καθώς και την υπαγωγή τους (με την πρώτη ευκαιρία) στις επιμέρους «*τεχνικές*» (που αποκλείουν όποιον «δεν πληροί τα κριτήρια»),
- από τον *πατερναλιστικό* χαρακτήρα των θεσμών της «μεταρρύθμισης» και των λειτουργιών της, που δεν αφήνουν χώρο για τα *νέα υποκείμενα* και τα *νέα κινήματα*, τους χρήστες των υπηρεσιών, τις οικογένειες, τις κινήσεις αυτοβοήθειας,
- από την προϋούσα *εμπορευματοποίηση* και *ιδιωτικοποίηση* της ψυχικής υγείας, με την πλημμυρίδα των λεγόμενων «μη κερδοσκοπικών» (μεν, αλλά κρατικοδίαιτων) εταιρειών (ή ΜΚΟ), με προφανή την προοπτική της μη βιωσιμότητάς τους,
- από τη δραστική μείωση των διατιθέμενων πόρων μέσω του εθνικού προϋπολογισμού,
- από την πρωτοφανή χειραγώγηση των ιατρικών πρακτικών από το βιο-φαρμακο-βιομηχανικό σύμπλεγμα.

Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει *αντίσταση* στην ιδρυματική και νεοϊδρυματική λήθρα και σοβαρές προσπάθειες για *εναλλακτικές πρακτικές* που δρουν στην κατεύθυνση της υπέρβασης των θεσμών της παραδοσιακής ψυχιατρικής και της ιδρυματικής βίας. Ήταν αυτές ακριβώς οι εναλλακτικές πρακτικές με τα *έμπρακτα αποτελέσματά* τους –παρακαταθήκη θεωρητικής και πρακτικής κριτικής– που ανέδειξαν διαχρονικά τη *δυνατότητα* για το «*ουτοπικό μέσα στο πραγματικό*», παρ' όλη την αναπόφευκτη επικράτηση της νεοϊδρυματικής διαχείρισης. Μάλιστα μπορεί να πει κανείς, ότι είναι ακριβώς αυτές οι *κριτικές στην πράξη* που έχουν αναδείξει αφενός, το νεο-βάρβαρο και αντιθεραπευτικό χαρακτήρα και αφετέρου, τα συσσωρευόμενα αδιέξοδα και την κλιμακούμενη κρίση (θεσμική, οικονομική) του «νεοϊδρυματικού μοντέλου».

Είναι γι' αυτό το λόγο που η επικέντρωση σε ορισμένα *σημεία-κλειδιά* και η απάντηση σ' αυτά αποτελεί τη «*δοκιμασία της αλήθειας*» για το «Ψυχαργώς» –στο βαθμό που διεκδικεί «μεταρρυθμιστικές» περγαμηνές– αλλά και για την οικοδόμηση ενός πλάσιου *κινήματος* για όσους πιστεύουν το αντίθετο:

**Πόρτες ανοιχτές!*

**Κατάργηση των πρακτικών του εγκλεισμού και των μεθόδων της ιδρυματικής βίας. Απαγόρευση δια νόμου των πρακτικών της μηχανικής καθήλωσης και της απομόνωσης. Οι πρακτικές αυτές να θεωρούνται ποινικό αδίκημα.*

**Απαγόρευση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία –άμεση μεταφορά όλων των νοσοκομειακών-νοσηλευτικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία.*

**Άμεση κατάργηση των οργανισμών των ψυχιατρείων που έχουν κλείσει (Πέτρας Ολύμπου, Χανίων, Κέρκυρας) και συγκρότηση νέων οργανισμών που ν' ανταποκρίνονται στον κοινοτικό και αποκεντρωμένο χαρακτήρα των νέων υπηρεσιών, των λίγων που υπάρχουν και των πολλών που είναι ανάγκη να ιδρυθούν. Το ίδιο ισχύει, φυσικά, για όλα τα υπάρχοντα ψυχιατρεία.*

**Άμεση εφαρμογή μιας πραγματικής τομεοποίησης (τομείς το πολύ των 100.000 κατοίκων) σε όλη τη χώρα, με υποχρέωση όλων των υπαρχόντων υπηρεσιών να λειτουργήσουν στη βάση της «ευθύνης για τις ανάγκες του πληθυσμού μιας ορισμένης περιοχής», με απαρέγκλιτους άξονες: τη θεραπευτική συνέχεια, την κινητοποίηση των πολλαπλών πόρων της κοινότητας, τη σφαιρικότητα (και όχι την φαρμακο- ή ψυχο- μονομέρεια) των παρεμβάσεων, την πρόληψη του εγκλεισμού και της νοσοκομειακής νοσηλείας, τη στήριξη των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας στον τόπο κατοικίας με πλήρη δικαιώματα και με αξιοπρεπείς κοινωνικούς ρόλους.*

Σήμερα, πολύ περισσότερο απ' ότι πριν 20 χρόνια, το ερώτημα είναι αν οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας, οι οικογένειές τους και οι λειτουργοί που τους περιθάλλουν θα εξακολουθήσουν να είναι αντικείμενα διοικητικών/διαχειριστικών πολιτικών ακύρωσης και περιθωριοποίησης, ή, ως υποκείμενα, θα διεκδικήσουν πραγματικές απαντήσεις στις ανάγκες τους με ό,τι κι αν σημάνει αυτό σε επίπεδο υπηρεσιών, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό, αλλά και σε επίπεδο επίτευξης νέων θεωριών, πρακτικών και θεσμών. Με βάση αυτό τον προβληματισμό διαμορφώνεται και το περιεχόμενο του δεύτερου τεύχους, όπου προτάσσονται μαρτυρίες ψυχικά πασχόντων.

Υπεύθυνοι τεύχους
Μεγαλοοικονόμου Θεόδωρος
Φαφαλιού Μαρία

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΡΘΡΩΝ

Το ταξίδι της Τρέλλας-Μαρτυρίες

Μαρτυρίες
Αντώνης Λιοδάκης
Γιώργος Φαλελάκης
Γεώργιος Γιαννουλόπουλος
Νίκη-Ελένη Νομίδου
Roberta Graley-Wetherell
Σωτηρία Χατζαράκη

Είναι αυτονόητο αλλιά συχνά μας διαφεύγει. Ότι, δηλαδή, οι άνθρωποι που βιώνουν μια κατάσταση –αρρώστια ή οτιδήποτε άλλο– είναι εκείνοι οι πλέον αρμόδιοι να μιλήσουν για τις εμπειρίες τους. Εκείνοι γνωρίζουν τις ανάγκες τους, τους φόβους, τις επιθυμίες τους καλύτερα από τον καθένα. Στην πραγματικότητα, όμως, κυριαρχεί ο μονόλογος «ειδημόνων» που μιλούν εξ ονόματός τους και ερήμην τους. Ξεχνάμε ότι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι είναι αυτοί που θα έπρεπε να μιλήσουν. Αλλιά κι άμα μιλήσουν, έχουμε τα αυτιά ν' ακούσουμε πραγματικά τι λένε; «Ακούστε με!» παρακινεί ο ψυχικά πάσχων Φρειδερίκος Νίτσε. «Ακούστε με! Γιατί είμαι αυτός που είμαι. Προπαντός μη με συγχέετε με ό,τι δεν είμαι!».

Οι ψυχικά ασθενείς, περισσότερο ίσως από κάθε άλλη ομάδα, υφίστανται τον κοινωνικό αποκλεισμό που τους στερεί κι αυτό ακόμα το δικαίωμα του λόγου. Ευτυχώς τις τελευταίες δεκαετίες τα πράγματα διεθνώς έχουν αρχίσει να αλλιάζουν. Οι ψυχικά ασθενείς, οι χρήστες ή και επιβίωσαντες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όπως συχνά αυτοαποκαλούνται, τώρα οργανώνονται. Δρουν αυτόνομα ή με τη βοήθεια λίγων, ελάχιστων, επαγγελματιών. Διεκδικούν. Δημιουργούν ομάδες αυτοβοήθειας, δίκτυα αυτοεκπροσώπησης, συνεργάζονται με την τοπική αυτοδιοίκηση, αναλαμβάνουν προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης, σε κάποιες χώρες μάλιστα εκλέγονται και σε υψηλά κυβερνητικά πόστα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Στην Ελλάδα οι ψυχικά ασθενείς και οι οικογένειές τους αρχίζουν κι εκείνοι σιγά-σιγά να αποκτούν το σθένος για διεκδίκηση. Συλλογικά κινήματα υπάρχουν ακόμα ελάχιστα, ατομικές όμως προσπάθειες έκφρασης πολλής. Ανέκαθεν. Με τη μουσική, με την τέχνη, με το λόγο. Ενίοτε με τη σιωπή, απόηχο του μακροχρόνιου εγκλεισμού στο Άσυλο αλλιά και των «εκτός των τειχών» προκαταλήψεων. Παραθέτουμε εδώ ένα απάνθισμα –άλλοτε σε πεζό λόγο, άλλοτε σε έμμετρο– από τις καταθέσεις ψυχής ανθρώπων που βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό κάθε μέρα της ζωής τους.

Μαρία Φαφαλιού

Αποκατάσταση και κοινωνικός έλεγχος

Franco Basaglia

Αν θεωρήσουμε το περιεχόμενο της αποκατάστασης σαν μια διαδικασία επανάκτησης των δικαιωμάτων που βίαια έχουν αφαιρεθεί από ένα άτομο (υγιή και πάσχοντα) τότε θα πρέπει, σύμφωνα με τον Franco Basaglia, να την προσεγγίσουμε έτσι ώστε το ατομικό, το θεσμικό και το δομικό επίπεδο να αλληλοσυμπληρώνονται. Η μετατροπή της συζήτησης αυτής από τους ειδικούς σε κωδικοποίηση τεχνικών ενσωματωμένων στο παράδειγμα του αποκλεισμού και της χειραγώγησης οδηγεί στο να «διατηρηθεί η αξιοπιστία του ορισμού της κανονικότητας σταθερή μέσα στα σύνορα των τεχνολογικομεθοδολογικών ειδικοτήτων» ανάμεσα στους ψυχιάτρους και τους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Από τη στιγμή που οι νέες τεχνικές αποκατάστασης αρχίζουν «να αποκρυσταλλώνονται ως μια λειτουργική επιστήμη οργανωμένη με τα καινούρια της δόγματα και τους καινούριους μύθους, η ελευθερία που είναι αναγκαία για την διαδικασία του μετασχηματισμού εξαφανίζεται, απαιτώντας από τον άρρωστο να ταυτιστεί ξανά με το καινούριο προσωπείο της ασθένειας». Ιδιαίτερη πρακτική σημασία αποκτά το κείμενο αυτό και για την «καινούρια διαχείριση» και την τρέχουσα σιωπή στην Ελλάδα αναφορικά με την εργασία ψυχικά πασχόντων. Αν μελετήσει κανείς το νόμο για τους ΚοιΣΠΕ και πολύ δε περισσότερο παρακολουθήσει τις μέχρι τώρα αδιαφανείς και σκανδαλώδεις διαδικασίες εφαρμογής του, θα κατανοήσει γιατί η τρισδιάστατη και ολιστική προσέγγιση της αποκατάστασης είναι ένα εργαλείο σκέψης και δράσης που σέβεται τον πολίτη και τα δικαιώματά του.

Η παράνοια και η δυναμική του αποκλεισμού

Edwin Lemert

Το κείμενο του αμερικανού κοινωνιολόγου Edwin Lemert (1962) θα μπορούσε ν' αρχίζει ή να κλείνει με τη φράση «**ακόμα και οι παρανοϊκοί έχουν εχθρούς**». Αυτό που η παραδοσιακή, ταξινομητική ψυχιατρική θεωρεί ως μια μονοσήμαντη «παθολογική διεργασία», ερμηνεύεται εδώ (μέσα από τη σύνδεση των ψυχιατρικών και των κοινωνιολογικών όρων του ζητήματος) ως μια διαδικασία που συνδέεται με το σύνολο των διαπροσωπικών και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.

Αυτές οι αλληλεπιδράσεις διατρέχονται από μίαν ορισμένη κοινωνική και πολιτική πραγματικότητα (της δυτικής καπιταλιστικής δημοκρατίας και ιδιαίτερα των ΗΠΑ), που υφαίνει ένα «κοινωνικό ένδυμα όλο και πιο στενό» και ανυπόφορο για ολοένα και περισσότερους. Η διακοπή της ροής των πληροφοριών, η αδυναμία να έχει κανείς πρόσβαση στη «δοκιμασία της πραγματικότητας» για να μπορεί ν' αποκτήσει επίγνωση των συνεπειών της συμπεριφοράς του, η συνωμοσία που δημιουργεί ένα χάσμα γύρω από τον παρανοϊκό, αποτελούν μέρος μιας κοινωνικής κατασκευής, της οποίας το παραλήρημα είναι μόνο ένα από τα στοιχεία. Η αλήθεια της «αρρώστιας» ξεπερνά τα δεδομένα της βιολογίας και της ψυχολογίας, όπως και αυτά της στενής κλινικής οπτικής και ανοίγεται στη σχέση του ατόμου με τη δομή και τη λειτουργία της κοινωνικής οργάνωσης, σε μικρο και μακρο-κοινωνικό επίπεδο· οργάνωσης της οποίας, «αυτό που παράγει, αποτελεί και την κριτική της αμφισβήτηση».

Πολιτικές ψυχικής υγείας:

Αποκλεισμός, νεοϊδρυματισμός και το αίτημα της χειραφέτησης

Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου

Ο Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου στο άρθρο του προσεγγίζει με κριτική ματιά τις κυρίαρχες πολιτικές ψυχικής υγείας και συσχετίζει τις πολιτικές αυτές με το υφιστάμενο πολιτικό και κοινωνικό status quo. Αναδεικνύονται οι διαρκώς αυξανόμενες αποστάσεις μεταξύ των διακηρύξεων και των υλοποιούμενων πολιτικών, καθώς οι τελευταίες προσαρμόζονται στα όρια που επιβάλλει η όψιμη παγκοσμιοποίηση. Αναλύεται η αποδόμηση του κοινωνικού κράτους, η διαρκής εμπροσματοποίηση της υγείας και η επικράτηση διαχειριστικών λογικών για τις αυξανόμενες μάζες των κοινωνικά αποκλεισμένων. Με βάση παραδείγματα διαφόρων χωρών, ο συγγραφέας αναδεικνύει την αναπαραγωγή της ιδρυματικής λογικής και τη διαιώνιση της ιδρυματικής βίας, μέσα από την «καθήλωση» των διαφορετικών μοντέλων ψυχικής υγείας περισσότερο «στις σχέσεις βίας, παρά στις σχέσεις κοινωνικής στήριξης». Το αίτημα για χειραφέτηση έχει ως βασικό άξονα την υπεράσπιση και διεύρυνση των ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων και περνά μέσα από τη ρήξη με τις σύγχρονες κοινωνικές δομές και θεραπευτικούς θεσμούς.

Ψυχιατρική μεταρρύθμιση, Το παράδειγμα της Κρήτης

Γιώργος Κοκκινάκος

Το κείμενο του Γιώργου Κοκκινάκου περιγράφει τους στόχους και την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στα Χανιά, μιας προσπάθειας που άρχισε τη δεκαετία του 1980 και κατέληξε στην αλλαγή του ψυχιατρικού συστήματος σε ολόκληρη την περιφέρεια της Κρήτης: αλλαγή που σηματοδοτείται από το κλείσιμο του Ψυχιατρείου. Το ουσιώδες διακύβευμα της συγκεκριμένης, αλλά και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης γενικότερα, σύμφωνα με το συγγραφέα, είναι η αλλαγή του νοσοκομειοκεντρικού μοντέλου με στροφή στην κοινότητα μέσω της οργάνωσης ενός δικτύου υπηρεσιών στα πλαίσια του τομέα, που επινοεί λύσεις ριζικά εναλλακτικές του εγκλεισμού, περιορίζει την προσφυγή στη νοσοκομειακή νοσηλεία, παρέχει φροντίδα και στήριξη του πάσχοντα μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο και συμβάλλει στην αποδόμηση των «επιστημονικών» στερεοτυπικών κατασκευών για τον ψυχικά πάσχοντα.

Μια κριτική ματιά σε όσα έγιναν και γίνονται στον τομέα της εργασίας των ατόμων με ψυχιατρικό πρόβλημα

Γιώργος Στεφανάκης

Ο Γιώργος Στεφανάκης επιχειρεί μια αναδρομή στην πορεία της επαγγελματικής ένταξης των ψυχικά πασχόντων. Σταθμό στην παραπάνω πορεία αποτελούν οι Συνεταιριστικές Θεραπευτικές Μονάδες (Σ.Θ.Ε.Μ) του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, οι οποίες δημιουργήθηκαν με πρωτοβουλία της Μονάδας Επανεένταξης. Πρόκειται για την πρώτη προσπάθεια που επιχείρησε να αντιμετωπίσει, σαν ενιαία διεργασία, το πολυδιάστατο ζήτημα της κοινωνικής επανένταξης και της επαγγελματικής αποκατάστασης.

Οι συνεταιρισμοί ή αλλιώς κοινωνικές επιχειρήσεις συνιστούν ένα διαφορετικό παράδειγμα εργασιακής οργάνωσης στο οποίο η αμειβομένη εργασία δε συνιστά θεραπευτικό μέτρο, αλλά δικαίωμα και απαραίτητο όρο για την αυτονομία του ατόμου. Η ανάπτυξη τους συνάντησε μια σειρά από δυσκολίες και εμπόδια, τα οποία δεν κατάφερε να λύσει η θεσμοθέτησή τους με το Νόμο 2716/99. Στις ανεπάρκειες και στις ελλείψεις του νομοθετικού πλαισίου ήρθε να προστεθεί η διοικητικού τύπου «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» με την μονομερή έμφαση στην ανάπτυξη στεγαστικών δομών. Οι εξελίξεις αυτές επέφεραν στασιμότητα στο πεδίο των συνεταιρισμών, με ορατό τον κίνδυνο της ακύρωσης των προσπαθειών δύο δεκαετιών.

Συντακτική Ομάδα



Μαρτυρίες*

Τρέλα είναι: Να ξυπνάς την νύχτα με το μυαλό σου να σφυροκοπιέται από φωνές που σε απειλούν. Να ζητάς βοήθεια και να βρίσκεσαι καθηλωμένος με λουριά. Τιμωρημένος. Καταδίκη χωρίς αδίκημα. Χωρίς δικαστές. Χωρίς συνήγορο υπεράσπισης!

1+1=1 Χ.Ν.

Αν θα μπορούσε ο ήλιος να κλάψει δε θα υπήρχαν αθυσίδες. Χρέος πρώτο. Κάνε τον ήλιο να κλάψει.

Γιώργος Κοκκινίδης

Αρεστός και περιζήτητος, κάποτε!... Απορριπτέος και ανεπιθύμητος, τώρα! Αποκλειστικά μόνος. Αναθεματίζω την ψύχωση Με αίσθηση πίκρας. Αδύναμος να αγωνιστώ.

1+1=1 Χ.Ν.

Ακόμα και η σιωπή σου Σαν βρίσκεσαι δίπλα μου Αξίζει όσο χίλιες λέξεις.

Αναστασία

Είχα τα νιάτα και το πιστεύω, τώρα τι έχω, τι να σας πω, έχω χαμένη την ευτυχία μα περιμένω πως θα τη βρω. Ήμουν το κάτι, ήμουν ο κάποιος, τώρα φωνάζουν να ο τρελός, ένα μονάχα εγώ πιστεύω, πως τη χαρά μου θα ξαναβρώ. Πονείς ψυχή μου, όμως θ' αντέξω δύναμη έχω, γερά κρατώ, και το πιστεύω πως τη χαρά μου μέρα τη μέρα θα ξαναβρώ.

Μανώλης Δρακάκης

Ποιος τόλμησε να θρυμματίσει το ριζικό του σαν τζάμι ευκολόσπαστο; Ποιος τόλμησε να ξεριζώσει τα λουλουδία απ' την ψυχή του, κι ας ήταν ξερά;

Γιώργος Κοκκινίδης

* Οι μαρτυρίες προέρχονται από τις ακόλουθες πηγές: α) *Άλφα του Ουρανού*: έκδοση του Θ.Ψ.Π. Χανίων, που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του ευρωπαϊκού προγράμματος «Ανοιχτό Παράθυρο», β) *Αυτοεκπροσώπηση*: από τα πρακτικά της ημερίδας που οργάνωσε η αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία «Καλειδοσκόπιο» σε συνεργασία με το Κ.Ψ.Υ. Αιγάλεω, στην Αθήνα στις 18/05/2001, γ) Κοκκινίδης, Γ. (1995). Το σκηνικό μιας αιτίας. Έκδοση: περιοδικό *Νεώριον*, Χανιά δ) *Μαζί*, 2006, τεύχος 2ο: περιοδικό επικοινωνίας των ψυχικά ασθενών μεταξύ τους και με την κοινωνία που εκδίδεται στην Αθήνα, ε) *Ονειροδρόμιο*, 2004: έκδοση του Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ. Νομού Σερρών, στ) *Ονειροδρόμιο*, 2006, ζ) *Ποιήματα β'*, 1995: έκδοση του τμήματος Εργοθεραπείας του Θ.Ψ.Π. Χανίων (εισαγωγή-επιμέλεια: Ευδοκία Σκορδαλά-Κακατσάκη), η) *Ποιητικός λόγος II*, 2003: Συλλογή ποιημάτων των ασθενών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Έκδοση: Οργανισμός Προβολής Ελληνικού Πολιτισμού Α.Ε., θ) Φαφαλιού Μ., (1995). *Ιερά Οδός 343-Μαρτυρίες από το Δρομοκαΐτειο*. Αθήνα: Κέδρος, ι) *Ο άνθρωπος που ενόχλησε το σύμπαν* (ντοκιμαντέρ). Σκηνοθεσία: Σταύρος Ψυλλιάκης, Παραγωγή: Ελληνικό Κέντρο Κινηματογράφου, 1998.

Τι να σου γράψω για τη μοναξιά;
Μια γρίθια μισάνοικτη είναι
ένας πικρός καφές
ένα τσιγάρο.

Τι να σου γράψω για τη μοναξιά;
Πίκρα ψυχής είναι
αγάπη μοναχική είναι
ατέλειωτο ταξίδι ψυχής.

Τι να σου γράψω για τη μοναξιά;
Κόσμος πολύς μόνος είναι
κρυμμένος με ασπίδα τόξο
λογιάζει την ψυχή του.

Τι να σου γράψω για τη μοναξιά;
Κλάμα μικρού που δεν έχει κούκλα
γάλα λιγοστό που αχνίζει
ψωμί χθεσινό.

Τι να σου γράψω για τη μοναξιά;
Βιτρίνα δεν είναι
είναι άγχος της παιδούλας
ρούχα στις λαϊκές αγορές.

Τι να σου γράψω για τη μοναξιά;
Λάδι στο καντήλι είναι
μια προσευχή στον Κύριο.

Τι να σου γράψω για την αγάπη;
Απέραντη είναι.
Αλήθεια, εγωισμός τι είναι;
Μην είναι μάσκα φόβου;

Τι να σου γράψω για την τρέλα;
Δοκιμασία είναι
μετάβαση του νου
και της ψυχής στο άγνωστο.
Μυστική αποστολή του τρελού
η ελευθερία είναι.
Τι να σου γράψω για τα σίδερα της φυλακής;
Μοναξιά είναι.

Τι να σου γράψω για τον τσιγγάνο;
Μόνος του είναι
χορεύοντας στο τέλος τη χαρά του.

Για τον χαμάλη τι να σου γράψω;
Αποκαμωμένος είναι.
Τι να σου γράψω για τις ψυχές;
Γοηγοθά ανεβαίνουν, δεν το ξέρεις;
Ξεχάσαμε τι είναι αγάπη.

Τι να σου γράψω για τον μικρό κλέφτη
που ζωγράφισε πλούτη
στα παιδικά του μάτια;
Παιδί είναι.

Τι να σου γράψω για τα κλεμένα βραχιόλια;
Αμέτρητη φτώχεια είναι.
Τι να σου γράψω για το λάδι του φτωχού;
Λίγο είναι.

Μαρία Χαλκιαδάκη

Εδώ μέσα στο ψυχιατρείο νομίζω ότι άμα βλέπεις ανθρώπους που είναι σαν φυτά, που είναι φυτά, γίνονται έτσι απ' τα χάπια. Σιγά σιγά ο οργανισμός τους δεν αντέχει... Είναι πολύ άσκημο πράγμα... Οι γιατροί δεν μπορούν να το καταλάβουν, να το ζήσουν... είναι άσκημο να το ζήσουν... την επίδραση των φαρμάκων... Μόνο μια θεωρία κάνουνε. Δεν είναι όλοι οι οργανισμοί ίδιοι να αντιδράσουνε ίδια. Εγώ πονούσα απ' τα δόντια μου. Φοβερά. Και με τα χάπια δεν πονάνε. Τόσο πολύ μ' έχουσε ναρκώσει. Προχτές μου' φυγε το ένα δόντι και δεν πόνεσα, τόσο πολύ με πιάνουν τα φάρμακα, μ' επηρεάζουν. Μου έσπασε. Πρώτα, με το που έτρωγα εδώ πόναγα, δεν σταμάταγε ο πόνος με τίποτα. Πήγαινα κι έκανα απονεύρωση και σταματάγανε οι πόνοι. Και τώρα δεν χρειάζεται απονεύρωση. Αφού πίνω τα φάρμακα; Τόσο δυνατά είναι. Μπορεί να μην είναι για τους γιατρούς δυνατά, εμένα με πειράζουν στον οργανισμό όμως. Δεν μπορούν να το καταλάβουν οι γιατροί. Τους το λες και δεν μπορούν να το καταλάβουνε. Πρέπει να το ζήσουνε για να το καταλάβουνε.

[...]

Ακόμα κι οι άρρωστοι που μοιάζουν νάναι φυτά, ώρες ώρες τον νιώθουσε τον πόνο... Να μου πεις

και το φυτό έχει ψυχή. Μπορεί εμείς να μη το καταλαβαίνουμε... Ακόμα κι η πέτρα καμιά φορά... Θα μου πεις από πού έβγαλα αυτό το συμπέρασμα; Γιατί είχα πάει στη Μυτιλήνη, στα απολιθωμένα. Το ξύλο έγινε πέτρα. Κι η πέτρα γίνεται από κάτι ζωντανό... Δεν ξέρω, μπορεί νάναι τρελά αηλιά εγώ έτσι τα βλέπω.

[...]

Εγώ νομίζω ότι για να τρελαθείς ή πολύ έξυπνος πρέπει να είσαι διανοητικά ή πολύ ευαίσθητος, ή και τα δυο μαζί. Έτσι νομίζω εγώ. Ένας που δεν έχει ευαισθησίες δεν νομίζω ν' αρρωσταίνει ποτέ.

Αιμιλία

Στο ψυχιατρείο δεν μπορούσα να διαβάσω, δεν μπορούσα να δω τηλεόραση, δεν πήγα να καθόλου στον κινηματογράφο. Παρ' όλη τις μεγάλες προσπάθειες των θεραπόντων γιατρών δεν μπορούσα, ήταν το περιβάλλον τέτοιο που δεν με ενέπνεε να ασχοληθώ μ' αυτά τα πράγματα που κάποτε μου άρεσαν. Είχα αποξενωθεί. Η κοινωνική μου επιφάνεια ήταν ελάχιστη, δεν διάβαζα ούτε εφημερίδα ούτε περιοδικό, δεν ήξερα τι γίνεται στον κόσμο.

Τώρα, στον ξενώνα, το κυριότερο κατ' αρχάς είναι ότι έγινε η προσπάθεια να ενεργοποιηθούμε. Γιατί μέσα στο ψυχιατρείο πέφτεις σ' έναν λήθαργο, σε μια κατάσταση παθητική εντελώς. Λοιπόν, το πρώτο πράγμα είναι να ενεργοποιηθείς. Αυτό φαίνεται πολύ απλό αν δεν έχεις περάσει 10 και 15 χρόνια μέσα στο ψυχιατρείο χωρίς να κάνεις τίποτα.

Δημήτρης Β.

Είναι μεγάλο πρόβλημα ο χρόνος όταν μεις στην κατάσταση της ψύχωσης. Κατ' αρχάς, έστω και λίγος, είχε κάποιο προγραμματισμό η ζωή μου πριν τρελαθώ, είχε γιατί κάποια περίοδο το πρόγραμμα ήταν να παίζω σκάκι, τάβλι μόνος μου. Μετά τη ψύχωση, ειδικά μετά το θάνατο του πατέρα μου, ο χρόνος μου έγινε απεριόριστος, δηλαδή με πιέζει.

Είναι όπως λέμε ο Κρόνος που τρώει τα παιδιά του δηλαδή πιέζομαι, ο χρόνος με πιέζει. Εδώ μέσα [στο ψυχιατρείο] κυλάνε οι ώρες, και δεν ξέρω, όταν κοιμάμαι είμαι καλά, όταν ξυπνάω δεν μπορώ να προγραμματίσω, δεν είμαι σαν εσένα που έχεις κάποια υποχρέωση, κάτι να δημιουργήσεις... Εδώ μέσα είμαστε... Τα λιοντάρια στα κλουβιά του ζωολογικού κήπου προγραμματίζουν το χρόνο τους; Έτσι δεν είναι; Κάπως έτσι είναι... Εξάλλου μην ξεχνάς ότι το χρόνο δεν τον όρισε κανείς.

Γιώργος Κοκκινίδης

Παγωμένο ερημικό τοπίο
επιφανειακά νεκρό.

Κάποια μπαλαλάικα έκλαιγε
στα χέρια ενός ψυχασθενή.

Ένας χορευτής χόρευε.

Μοναδικό κοινό ένας ψυχίατρος.

Η παράσταση τελείωσε
χωρίς χειροκροτήματα.

Ο χορευτής υποκλίθηκε
ευγενικά στο κοινό
και πήρε την άδεια
να επισκεφτεί και άλλα τοπία.

Νίκος Καζάκης

Γιατροί;

Πρώτος ρόλος στην παράσταση της ψύχωσής μας.

Ο δικός μας ρόλος; Ποιός; Τι;

Αύξοντες αριθμοί στα πελατολόγιά τους.

Ανώνυμα αντικείμενα επί σκηνής.

1+1=1 Χ.Ν.

Οι γιατροί μας βλέπουν σαν σταυρόλεξα που προσπαθούν να λύσουν, οριζοντίως και καθέτως.

Παύλος



Σχέδιο του Αλέξη Ακριθάκη,
εμπνευσμένο από το Δρομοκαΐτειο

Η αντίρρησή μου με τους ψυχιάτρους είναι ότι θέλουν να είμαι ίδιος με τους άλλους ανθρώπους. Αφού δεν είμαι.

Αλέξης Ακριθάκης

Ακροβατώ στο άπειρο
της δίνης των ψυχοφάρμακων,
προσπαθώντας να ισορροπήσω την τρέλα μου.
Η συνταγογράφηση συνεχίζεται.
Ίσως τα καταφέρω...
Ίσως, ΟΧΙ...
Ποιός ξέρει; Ίσως...

N.M. 1+1=1

Φοράω μια μάσκα που τη βγάζω μόνο στο σκοτάδι.
Δεν την έχω δει ποτέ μου...
Την ξέρω μόνο από την αίσθηση της αφής,
όσο μπορεί κανείς να γνωρίσει κάποιον απ' αυτήν.
Θέλω να την σπάσω,
μα μέσα στο σκοτάδι δεν την βρίσκω...
Σα ξημερώσει, την νιώθω πάλι στο πρόσωπό μου.
Μπαίνει και βγαίνει μόνη της.
Μάλλον έχει μια δική της υπόσταση...

Βαλεντίνα Κουβεντίδου

Βλέπω στα μάτια σου το φόβο,
ίσως και λύπη.
Όμως εγώ φοβάμαι και λυπάμαι
περισσότερο
γι' αυτό που μου συμβαίνει.
Το γνωρίζεις;

Χρήστος

Συναντηθήκαμε στο πάρκο
Του είπα πως είμαι τρελός.
Έμεινε κόκκαλο
Σκέφτηκα πως θά 'πρεπε να ξέρει
πως υπάρχουν κι επικίνδυνοι τρελοί...
Έπαψα να σκέφτομαι γιατί κατάλαβα
πως δεν ήμουν αυτός
που θά 'κανε κριτική.

Νίκος Καζάκης

«...τώρα, βέβαια, ντρέπομαι λίγο αλλά ας το πάρει
το ποτάμι!... Που ήλτε, εγώ κατέβηκα στο Βαρδάρη
... και βασικά... άρχισα να κάνω μπανιστήρι... στα
διάφορα καμπαρέ... και μετά πήγα και ξεχαρμάνια-
σα σε ένα μπουρντέλο...»

Απόσπασμα από συζήτηση για το πώς οι ασθενείς
ξόδεψαν το επίδομα του ΟΑΕΔ το Σαββατοκύριακο

Η αρρώστεια μου τρομάζει τους εργοδότες και η
αντίληψή τους με τρομάζει εμένα.

Κρίστα

Η απαλλοτρία της κοινωνίας από προκαταλήψεις θα
έπρεπε να είναι μέλημα του κράτους και της πολι-
τείας ώστε να σπάσει το στίγμα. Άλλωστε, το μέλ-
λον είναι αναπόφευκτο. Και στο σύντομο μέλλον η
σημερινή αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών θα
φαίνεται τόσο αδιανόητη όσο φαίνεται σήμερα η κα-
τά το μεσαίωνα καύση των ψυχικά ασθενών στην
πυρά.

Αθηνά Καρατζογιάννη

Γυρίζω χαμένος μες το πλήθος
 Η μοναξιά μου είναι απέραντη
 Η καρδιά μου ποτάμι δίχως γυρισμό.
 Στο θλιβερό τραγούδι μου
 Οι φωνές χαμηλώσαν

Λευτέρης

Προτού αρχίσω να εργάζομαι στον Συνεταιρισμό υπέφερα όχι μόνο λόγω της ασθένειάς μου αλλά και εξαιτίας του κοινωνικού στίγματος που ακολουθεί την ψυχική ασθένεια. Ντρεπόμουν να βγω έξω να πάω στους συγγενείς μου, να δω τους φίλους μου. Γενικά είχα αποκοπεί. Τώρα αισθάνομαι πολύ καλά. Η απασχόληση που έχω με βοηθάει πολύ. Αυτό το έξω, το να μπω στο λεωφορείο, το να πληρώσω λογαριασμούς, το να δω ένα φίλο, το να δουλέψω και να μιλήσω με έχει κάνει να αισθάνομαι πολύ καλά... Με τη δουλειά αυτή απορροφώμαι και ξεχνιέμαι από τους φόβους μου και τις αρνητικές και δυσάρεστες σκέψεις που με βασανίζουν. Έτσι, παράλληλα με τα φάρμακα που παίρνω και τη δουλειά, βελτιώνεται η ψυχική υγεία μου.

Κυριάκος Γεωργιάδης

Θέλω τόσο πολύ να κάνω κάτι χρήσιμο, βαρέθηκα να κάθομαι εδώ... Θάθελα να διδάξω χορό.

Μαρία Μ.

Διαγράφω τον εφιάλητη του χθες
 και αντικρίζω το σήμερα αισιοδοξώντας
 για καλύτερο αύριο, για λιγότερες υποτροπές,
 για ζωή χωρίς στίγμα.
 Αισιοδοξώ, αγγίζοντας το όνειρο.

Κρίστα

[Στους παλιούς συντρόφους του ψυχιατρείου:]

Άξιον λόγου νά 'ρθω
 Βρίσκω κοντά σας.
 Να μείνω είτε σαν εσάς,
 είτε σαν επισκέπτης.
 Δεν αναζητώ ακριβώς
 Το παρελθόν μου.
 Ψάχνω να το βελτιώσω
 και να το ονομάσω μέλλον.
 Σαθιπικτής του ονείρου να γίνω
 τα δύσκολα πρωινά
 με τις ενωρίς παραγγελίες σας
 στον έξω κόσμο.
 Μα το ξέρω
 εγώ θεωρούμαι ξένος
 τώρα από εσάς.
 Και το θυπούμαι
 που δε γίνεται
 μαζί να ταξιδέψουμε.
 Και είναι οι ψευδαισθήσεις μου μια αλήθεια.
 Γιατί βγαίνοντας απ' το χώρο σας
 αισθάνομαι
 σαν απηλώς να τον μεγάλωσα κρατώντας τον
 όπου κι αν πάω μέσα μου.

Γιώργος Κοκκινίδης

Το ψυχιατρείο θα είναι ο τόπος που θα έρχομαι
 συχνά ν' αναπνέω.
 Τις παλιές αθυσίδες μου σκουριασμένες
 να βλέπω.

Γιώργος Κοκκινίδης

Το παρελθόν μου γκρεμός θεόρατος.
 το μέλλον μου
 χιλιάδες ελπίδες.
 Κι εγώ
 μετέωρος ρικνίζομαι
 στο τώρα.

Γιάννης Πετσαλάκης

Στην αρχή, όταν ήρθαμε στον ξενώνα, είμασταν απόλυτα εξαρτημένοι από το προσωπικό και τους γιατρούς για να επιβιώσουμε. Σιγά σιγά το πρόγραμμα άρχισε και γινόταν πιο πολύπλοκο. Στην αρχή μόνο σφουγγαρίζαμε, άντρες και γυναίκες το ίδιο, μετά αρχίσαμε και πλέναμε τα σεντόνια μας. Απ' την αρχή. Υπήρχε πλυντήριο. Μετά αρχίσαμε και τα σιδερώνουμε. Μετά αρχίσαμε να μαθαίνουμε να μαγειρεύουμε. Και όλα αυτά καθώς μια ανομοιογενής ομάδα που ήταν στην αρχή, που είχε μεγάλες διαφορές ως προς τη μόρφωση, ως προς τη νοοτροπία, ως προς το χαρακτήρα, άρχιζε να αποκτάει κάποια ομοιογένεια. Αυτό μας έδωσε το πρόγραμμα αυτό. Μας έδωσε όνειρα, μας έδωσε στόχους και το κυριότερο μας έδωσε την ελπίδα για κάτι το καλύτερο. Ποιος ξέρει; Ίσως κάποιοι από εμάς να αποκαταστήσουν τη ζωή τους.

Να τι θα ήθελα να πω στους έξω, σ' εκείνους που έχουν την ευθύνη για το χώρο στον οποίο ζούμε. Απλώς να μας βοηθήσουν, να εργαστούν με περισσότερη συνέπεια και να συνειδητοποιήσουν ότι κάθε λεπτό που περνάει μέσα στο Ίδρυμα δεν είναι ένα λεπτό χαμένο – είναι ένα λεπτό πονεμένο στις περισσότερες περιπτώσεις.

Δημήτρης Β.

Το εξιτήριο μου

Δεν θα μάθω τώρα που φεύγω
για σένα Αδελφέ...
τίποτε περισσότερο από ότι σε γνώρισα
σε συνθήκες εγκλεισμού
και του μυαλού.. και του σώματος.
Το ξέρω, με ένα ποτήρι
θα συνωστίζεσαι γύρω
από το τραπέζι, τρεις φορές,
να πάρεις διάφορα χάπια... και
ο άλλος με τα άσπρα, με μια κραυγή,
θα τεκμηριώνει την..
Ειδική σου ύπαρξη.
Τα βράδια καμιά φορά
το φεγγάρι θα μπαινοβγαίνει
στο θάλαμο σου
να σε παρηγορήσει με την σιωπή!
Και συ δεμένος από το πόδι στο κρεβάτι
θα ξέρεις πως..
η ελευθερία δεν στριμώνχεται
σε κάγκελα.

Γιώργος Κοκκινίδης



Γιώργος Φαληλάκης Η απόκρημνη όψη του ονείρου*

Αντώνης Λιοδάκης*

*Ωρες βουβές ώρες μοναξιάς
Λίγη στοργή πολλός πόνος
Επεκτείνει περιοχές ελευθερίας μέσα του
Τελειώνει το τσιγάρο στοχαστικά
Είναι το τελευταίο του.
Άρπαξε τη σιωπή του να ξεφυλλίζει τον άνεμο
Η Κατερίνα τυλίγει πάγο στο συναίσθημα
Οι φίλοι της ταξιδεύουν στις ταράτσες
των γκρίζων κτιρίων
Σήκωσε την πνοή του στο μέρος του παράθρου
Είπε «έχε γεια» στην πρώτη ηλιαχτίδα
Ξημέρωνε.*

Γ. Φαληλάκης

Μια φορά και έναν καιρό ήταν ένας άνθρωπος που κατηφόριζε την πλαγιά της Ραβδούχας προς την θάλασσα. Έτοιμος να πετάξει προς τον Μπάλο, έτοιμος να συναντήσει τα σύννεφα. Είχε φτιάξει φτερούγες Ικάρου για να συναντήσει λίει τον Ήλιο. Ή τουλάχιστο να τον πλησιάσει.

Έπεσε βαθιά στον κόσμο των λέξεων, στις εκφάνσεις της γλώσσας και στα παιχνίδια της, στη μετουσιωτική άλλη αλήθεια. Αναζητά την πηγή της λέξης, τις μυστικές διαδρομές της ύπαρξης, την κίνηση των βλεμμάτων, την σκουριά της μνήμης, το άρωμα του έρωτα, την σημαντικότητα της τρέλας.

Αυτός ο μεγάλος τυχαίος είναι-ήταν ο Γιώργος Φαληλάκης. Πέρασε για να συζητήσει το νέο πρό-

σωπο της ψυχιατρικής. Τα ποιήματά του γεμάτα υπαρξιακές κραυγές, γεμάτα αρώματα του Μανέ, γεμάτα ανάσες και ζωγραφιές έρχονται θεραπευτές των νοημάτων και των νοσηματοδοτήσεων.

Ο Γιώργος Φαληλάκης έρχεται κάθετα στο γκρίζο τοπίο της ψυχιατρικής αλλοτρίωσης με τη μαγεία της μη-διεκδίκησης να χορέψει στην ιερή σκηνή του ψυχοδράματος, να συγκρουστεί με τη μελαγχολία και να τη μετατρέψει σε μυστική δύναμη. Έρχεται να κερδίσει τον χορό του ανθρώπου με το παιχνίδι του πνεύματος και να μας δείξει πιο καθαρά το «τρίτο» μάτι μας. Έρχεται σιωπηλός να ψιθυρίσει εσωτερικές ομιλίες ή φωνές – παραληρήματα στην βαθιά κρούστα της θάλασσας– που όλοι θέλουμε ν' ακούσουμε.

Έρχεται ν' ανοίξει υπαρξιακά παράθυρα στο εί-ναι μας, να αναταράξει τα νερά της ραθυμίας μας, να φωτίσει τις νύχτες μας και να αποδώσει ουσία στα μικρά και τα ανθρώπινα.

Ο Γιώργος Φαληλάκης «σπούδαζε» τα πάντα. Σπούδαζε τον εγκλεισμό, σπούδαζε τα ασυλητά αδιέξοδα, τις όποιες μεταρρυθμίσεις, τις όποιες θεραπείες. Οδηγούσε σαν μεγάλος μαέστρος τις θεραπευτικές προτάσεις και συνδιαμόρφωνε θεωρήσεις και μεγάλες αναπαραστάσεις. Άνοιγε ουρανούς στο ψυχιατρικό γίγνεσθαι ανατρέποντας τις ονειρώξεις της ψυχιατρικής υποκρισίας.

Ήταν άμεσος, αποκαλυπτικός, απρόσμενος, με σθένος, για βιώματα ευτραπέλιος και διεισδυτικός για αδυναμίες και ελλείμματα. Υπερασπιστής του

* Το κείμενο που ακολουθεί αφιερώνεται στη μνήμη του Γιώργου Φαληλάκη (1965 -2006). Ψυχικά πάσχων, ποιητής και ηθοποιός, αγωνίστηκε ενεργά για τα πιστεύω του συμμετέχοντας σε ημερίδες και δίνοντας συνεντεύξεις στον τοπικό τύπο. Υπήρξε ενεργό μέλος της θεατρικής ομάδας «Σχοινοβάτες» και της λέσχης «Ανήσυχια Πνεύματα» του Θ.Ψ.Π. Χανίων. Ποιήματά του περιλαμβάνονται σε αρκετές ποιητικές εκδόσεις. Πρόσφατα συνεργάστηκε με τον κοινωνιολόγο Μανώλη Τζανάκη στη σύνθεση του (υπό έκδοση) βιβλίου «Χρόνια κουβαλάω την ψυχοπάθειά μου, τη χαρίζω στους γιατρούς - Ιστορία ζωής του Γιώργου Φαληλάκη».

** Ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής.

παρα- και του υπερ- του λόγου των ανθρώπων έμπαινε στις ψυχές μας με χορό και βλέμμα θυρωτικό. Τραγουδιστής και μεθυστής της γιορτής και της άνοιξης, της παρέας, της άφιξης και της αναχώρησης. Σε τρένα, σε υγρασίες, σε αποβάθρες, σε παγκάκια του πάρκου, σε καφενεία με καπνούς, σε απομονώσεις, σε ενέσιμες στιγμές ήταν εκεί να τα χαϊδέψει όλα με ποιήματα και να τ' αφουγκραστεί σιωπηλά. Ήταν εκεί στο αντιρατσιστικό φεστιβάλ στα Χανιά να υπερασπιστεί το δικαίωμα να είσαι διαφορετικός, να 'σαι ο άλλος και να χαμογελάσει με τρόπο και νόημα στον κοινωνικό ρατσισμό που βιώνουν οι ψυχικά πάσχοντες. Είναι εδώ «εισβολέας» ακάθεκτος, θευκοντυμένος και αέρινος, να αναρωτηθεί για το γκρίζο τοπίο της καθημερινότητας. Αναστατώνει τις λέξεις μας και τις καθημερινές συμβάσεις μας. Μεθοδεύει και κινεί την αντίστασή μας.

Ο Γιώργος Φαληλάκης προκαλεί και προσκαλεί μια μέθεξη γιορτής χρωμάτων-αστέρων ονειρίζοντας το είναι μας στην πιθανότητα της αυγής. Παρακολουθεί την λάμψη, την κραυγή, τα μαχαίρια, το αίμα, το χάδι, στο τοπίο του τόπου της οικειότητας και τους νεολογισμούς της χαράς μας.

Η ποίηση του Γιώργου, ως χρόνος του άχρονου παρόντος, απογυμνώνει το παρόν και το παρελθόν από τη χρονικότητά τους και μας εισάγει στη λήθη της ανθρώπινης γέννας και στις πρωτόλειες κραυγές της.

Εμείς εγκλωβισμένοι και έγκλειστοι στο χρόνο μας, χρόνος αθλοτριωτικός, ετερόφωτος, ξένος, φοβούμεστε τη μετάλλαξη ελευθερίας και τινάγματος στο Επέκεινα.

Ο Γιώργος «έφυγε» νωρίς, αλλά το πέρασμά του «άνοιξε» τον κόσμο μας περισσότερο, έκανε τον κόσμο μας πιο μεγάλιο.

Η ελπίδα θα προέλθει απ' τους απελπισμένους*

Γιώργος Φαληλάκης

Κομματιάσαμε τον ήλιο σε χιλιάδες γυάλινα μάτια.

Αφήσαμε τη νύχτα να βιώνει το φεγγάρι της.

Περπατήσαμε σε δρόμους όπου ο πόνος αντικαθιστούσε το οδόστρωμα.

Πηγαίναμε μαζί χέρι-χέρι, και ας κατοικούσε στις καρδιές μας ο φόβος.

Μας πήρε αγκαλιά σε καταγώγια διαρκείας.

Άλλωστε τις κραυγές μας τις συγκαλύπτει το δημόσιο

Και τις ψυχές μας αλλοιώνουν οι φαρμακοβιομηχανίες.

* Αποσπάσματα από την έκδοση του τμήματος Εργοθεραπείας του Θ.Ψ.Π. Χανίων με τίτλο «Ποιήματα β΄» (1995) και από το (υπό έκδοση) βιβλίο «Χρόνια κουβαλάω την ψυχοπάθειά μου, τη χαρίζω στους γιατρούς - Ιστορία ζωής του Γιώργου Φαληλάκη», του Μανώλη Τζανάκη.

Η τέχνη είναι ίσως το τελευταίο οχυρό. Τι εννοώ; Ότι ίσως είναι το μόνο πράγμα που άμα το στερήσεις από τον άνθρωπο τον έχεις εξορίσει πλήρον. Αν το παιδάκι που μπήκε τώρα μέσα στο ψυχιατρείο πιάσει και κάνει μια μουτζαλιά σ' ένα χαρτί, είναι εξίσου δημιουργία με μια παράσταση των «Σχοινοβατών» [θεατρική ομάδα του Θ.Ψ.Π. Χανίων].

[...]

Για να τα ρέμε έξω από τα δόντια, ένα άτομο στα 17 και στα 18 του χρόνια που έχει μια εμπειρία κακής ψυχικής υγείας αρχίζει να καταστρέφεται, αυτό είναι νόμος. Αν δεν προσέξουνε σ' αυτή την ηλικία ποτέ δε θα μπορέσει να το ξεπεράσει. Εγώ θα ήθελα να υπάρχει περισσότερο μια κατανόηση και ίσως μια ευρύτητα στη σκέψη αυτών που ασχολούνται με τέτοιους χώρους. Βλέπεις ένα άτομο το οποίο αρχίζει να χάνει το εγώ του, εκεί θέλει στήριξη, στα 18 του, στα 20, εκεί βρες του μια δουλειά, εκεί δώσε του ένα ερέθισμα, εκεί οδήγησέ τον σε ένα χώρο να εκφραστεί. Να μη μπει η λογική ενός σύγχρονου Καιάδα να πεταχτεί στο περιθώριο, πιάξέ τον, πιάξέ τον, βάλτον-βγάλτον στα άσπια.

Εγώ [όταν είχα πια πάρει εξιτήριο και έμενα στο σπίτι μου] δούλεψα στην καντίνα του νοσοκομείου, αηλιά μ' έπαιρνε από κάτω. Ενώ μου άρεσε και τα λεφτά ήταν καλά, από ένα σημείο και μετά δεν άντεξα ψυχολογικά. Δεν άντεξα. Ο χώρος και... μου θυμίζανε το παρελθόν μου. Μου ήτανε εξαιρετικά βασανιστικό το πρωί που πήγαινα με το μηχανάκι για να πιάσω δουλειά κι έβλεπα την πύλη... Θα σου φανεί υπερβολικό αηλιά νόμιζα ότι πήγαινα..., σαν να 'κανα εισαγωγή.

[...] Σε ένα συνέδριο που ήμουνα, κάποιος κύριος ψυχίατρος υποστήριζε ότι «αφού υπάρχει ένα κίνητρο οικονομικό στους υπαλλήλους και κυρίως στους διοικητικούς να ασχοληθούν με το “Ψυχαργώς”, άρα θα πάει μπροστά το “Ψυχαργώς”». Αυτή είναι μια παρανοϊκή λογική, δηλαδή επειδή θα πάρει πέντε φράγκα παραπάνω ο διοικητικός θα κατέβει στο δρόμο που δεν πήγε ποτέ να ρωτήσει τον ασθενή «θεεε ένα τσιγάρο;» ας πούμε, αηλιά επειδή θα πάρει πέντε φράγκα παραπάνω θα κάτσει να ασχοληθεί με δομές κτλ; Αυτό είναι ένα είδος ρατσισμού ιδιότυπου θα έλεγα.

[...] Αυτή η νύχτα που περνά απ' τη ζωή μου δε θέλω να γίνει αιώνια. Παλιεύω και προσμένω δικαίωση, θέλω να φτιάξω τη ζωή μου όμως συναντώ ένα σωρό εμπόδια... Η ζωή θέλει δύναμη και 'γω την έχω αυτή τη δύναμη, ελλοχεύει μέσα μου, κάπου στριμωγμένη. Θέλω να βγω και 'γω στη ζωή, να ζήσω σαν άνθρωπος όπως όλος ο κόσμος.



Εργασία - εύρεση εργασίας, εργασιακή υποστήριξη, ανεργία, απραξία*

Γεώργιος Γιαννουλόπουλος**

Η εργασία για όλους και ειδικότερα για τους Χρήστες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Χ.Υ.Ψ.Υ.) είναι εκτός του βιοπορισμού και ένα μέσο που συμβάλλει κατά πολύ στην αυτοεκτίμηση, σε ένα επίπεδο ζωής, σε κοινωνικές δραστηριότητες, στην ενσωμάτωση στο σύνολο ως ισότιμο μέλος του.

Όμως λόγω προκατάληψης, το γνωστό «στίγμα-στιγματισμός» και ελλειπούς ενημέρωσης υπάρχουν πολλές δυσκολίες στην εύρεση εργασίας.

Η λεγόμενη ψυχική ασθένεια είναι αποτρεπτικός παράγοντας για πρόσληψη. Δεν υπάρχει εμπιστοσύνη στη φερεγγυότητα των πολιτών με ψυχική διαταραχή οποιουδήποτε επιπέδου κι αν είναι αυτή.

Από την άλλη πλευρά, όταν ένας εν δυνάμει εργοδότης τροφοδοτείται καθημερινά από τον κινηματογράφο, την τηλεόραση, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης γενικά, με απόψεις που παρουσιάζουν τους ψυχικά πάσχοντες με ένα ορισμένο, τις περισσότερες φορές δυσφημιστικό τρόπο, υιοθετεί προοδευτικά μια λανθασμένη άποψη σχετικά με αυτούς.

Αν σε όλα αυτά προσθέσουμε και τις προκαταλήψεις αιώνων, καταλαβαίνει κανείς πόση προσπάθεια και χρόνος χρειάζεται για να αλλάξει αυτή η εικόνα που έχει ο μέσος πολίτης για τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα. Όταν τροφοδοτείται κανείς με λάθος στοιχεία θα βγάλει και λάθος συμπεράσματα.

Εδώ θα προσθέσω ότι υπάρχουν κινήσεις, περισσότερο ιδιωτών, που προσπαθούν να θέσουν τα πράγματα στις σωστές τους βάσεις, αλλά οι κινήσεις που κάνουν οι κρατικοί φορείς δεν είναι στο επίπεδο που θα περίμενε κανείς.

Η δημοσιοϋπαλληλική νοοτροπία που έχουν οι περισσότεροι εργαζόμενοι στο χώρο της ψυχικής υγείας δεν βοηθά να υπάρχουν αποτελέσματα αντίστοιχα των χρημάτων που ξοδεύονται για αυτό το σκοπό.

Σε πολύ κόσμο υπάρχει η άποψη ότι όποιος έχει ψυχολογικά προβλήματα είναι και διανοητικά κατώτερος, μέχρι και ηλίθιος και αντιμετωπίζεται ως τέτοιος μάλιστα από ορισμένους, με περιπαικτικό έως άκρως υποτιμητικό τρόπο. Αυτό το εμπειδώνει όποιος Χ.Υ.Ψ.Υ. έχει δοσοληψίες με άτομα αυτής της νοοτροπίας που τυχαίνει να βρίσκονται σε θέσεις ισχύος απέναντί του, όπου αρκείται από αυτούς βγάζουν στην επιφάνεια ό,τι πιο χαμερπές έχουν μέσα τους.

Το να προσπαθήσει κανείς να αλλάξει τη γνώμη τέτοιων ανθρώπων είναι χαμένος χρόνος. Και άλλωστε δεν υπάρχει και λόγος για αυτό. Ο καθένας ζει στον κόσμο του.

Η εργασία, η δουλειά, είναι για έναν Χ.Υ.Ψ.Υ. ένας τρόπος για την απόκτηση και οικονομικής ανεξαρτησίας, αυτοπεποίθησης που αυτή η ανεξαρτησία χαρίζει, μία σταδιακή κοινωνική ενσωμάτωση, ένας τρόπος εκτόνωσης από ψυχικές

* Το κείμενο αυτό προέρχεται από εισήγηση του Γεώργιου Γιαννουλόπουλου στην Ημερίδα που οργάνωσε ο Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.) του Νομού Σερρών απο κοινού με την αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία «Καλειδοσκόπιο», στις 12 Νοεμβρίου 2006 στις Σέρρες.

** Χρήστης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ιδρυτικό μέλος του συλλόγου «Αθκυονίδες», αναπήρωματικό μέλος της Ειδικής Επιτροπής Προστασίας των Ατόμων με Ψυχικά Προβλήματα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εργαζόμενος στην εργασιακή ομάδα «Καφενείο» του Ψ.Ν.Α.

εντάσεις και μια δραστηριότητα να γεμίζει το χρόνο του.

Ατυχώς, μια δραστηριότητα με προοπτικές επαγγελματικής και κοινωνικής εξέλιξης, ανάλογες με τους μη έχοντες παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα, είναι προς το παρόν και σε αυτό το κοινωνικό πλαίσιο που ζούμε σχεδόν απαγορευτική για τους περισσότερους Χ.Υ.Ψ.Υ. και θα πρέπει δυστυχώς να είναι ευχαριστημένοι με μια απασχόληση σχεδόν υπηρετικού τύπου θα έλεγα.

Οι τυχόν εξαιρέσεις επιβεβαιώνουν τον κανόνα αυτό.

Αλλά και πάλι ο περισσότερος κόσμος, όχι μόνο οι Χ.Υ.Ψ.Υ., συμβιβάζεται στο θέμα της εργασίας.

Προκειμένου να βρεθεί μια εργασία, όχι σκέτο χαμαλίκι που χειροτερεύει μία ήδη ασταθή και ευαίσθητη προσωρινώς ψυχική κατάσταση και μάλιστα με την ανεργία που υπάρχει σήμερα, θα χρειαστεί όλη η βοήθεια και η υποστήριξη που μπορεί να δοθεί από οποιαδήποτε πλευρά.

Το ίδιο το κράτος αναγνωρίζοντας αυτή την ιδιαιτερότητα επιδοτεί τους εργοδότες που προσλαμβάνουν έναν Χ.Υ.Ψ.Υ. για ένα χρονικό διάστημα, μέχρις αυτό το άτομο να ενσωματωθεί στη ροή των πραγμάτων.

Τα προβλήματα δεν τα έχει μόνο το άτομο με ψυχική διαταραχή, αλλά και η οικογένειά του, που τραβά το δικό της ανήφορο και είναι σε θέση άμυνας απέναντι στη χλεύη πολλών φορές του κοινωνικού της περίγυρου.

Και πιστέψτε με αυτό καταντά εξοντωτικό.

Θα ήταν θετικό να υπάρχουν σε κάθε περιοχή Κέντρα σαν Λέσχες στις οποίες ο κάθε Χ.Υ.Ψ.Υ. θα έβρισκε άτομα με παρόμοια προβλήματα για να συνομιλήσει, να ανταλλάξει απόψεις, να αλληλοβοηθηθεί.

Αλλά κάτι τέτοιο ειδικά για την Αθήνα που μένω είναι όνειρο μακρινό αν όχι απατηλό.

Η οικογένεια πώς θα μπορούσε να βοηθήσει;

Πρέπει να έχει γνώσεις πάνω σε εξειδικευμένα θέματα, πράγμα όχι εύκολο. Μπορεί να υποστηρίξει ένα μέλος της με ψυχολογικά προβλήματα μέχρι ένα ορισμένο σημείο.

Ας σκεφτούμε ότι και σήμερα η οικογένεια της οποίας ένα μέλος είναι γνωστό ότι έχει ψυχολογι-

κά προβλήματα αντιμετωπίζεται με επιφύλαξη, το λιγότερο, από τον περίγυρο της. Δεν είναι τυχαίο ότι χρησιμοποιούνται οι λέξεις «στίγμα – στιγματισμός» για την ψυχική ασθένεια.

Μακροπρόθεσμα υπάρχει μεγάλη ψυχική φθορά στις οικογένειες αυτές.

Είμαι και εγώ της άποψης ότι οι περισσότερες ψυχικές ασθένειες με εξαίρεση τις παθολογικές αλλοιώσεις έχουν κοινωνικά αίτια, οπότε ο οποιοσδήποτε που θα βρεθεί από νωρίς σε ένα κοινωνικό περιβάλλον με επιβαρυντικούς για το ψυχισμό του παράγοντες, δυνητικά θα παρουσιάσει αργότερα κάποια μικρή ή μεγάλη ψυχική διαταραχή. Με συνέπεια, αν αρχίσει να έχει δοσοληψίες με ψυχιάτρους– ψυχιατρεία–ψυχοφάρμακα, τότε το είδος της κοινωνίας που έχουμε φτιάξει, η νοοτροπία του κόσμου και οι νόμοι του κράτους θα τον βγάλουν στο περιθώριο δια βίου.

Γιατί ας μην κοροϊδευόμαστε είναι δια βίου.

Κλείνοντας αυτό το θέμα σας λέγω και ίσως να το γνωρίζετε, ότι υπάρχουν απόψεις απολύτως ντοκουμενταρισμένες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι τα ψυχοφάρμακα όχι μόνο δεν λύνουν τα προβλήματα αλλά τα επιδεινώνουν και προσθέτουν και σοβαρά παθολογικά, πολλούς φορές ανίατα και θανατηφόρα.

Καλύτερα να μην συζητήσουμε ποιος είναι ο προσδόκιμος χρόνος ζωής και ποια η αναλογία θανάτων ανάμεσα στους χρήστες ψυχοφαρμάκων και στο γενικό πληθυσμό.

Η ανεργία και ό,τι αυτή συνεπάγεται απασχολεί ένα μεγάλο μέρος του ενεργού πληθυσμού σήμερα.

Ειδικά για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα η εργασία είναι κάτι πολύ περισσότερο από τρόπος βιοπορισμού.

Είναι τρόπος εκτόνωσης των εντάσεων, προσήλωση της σκέψης στο αντικείμενο της εργασίας, τρόπος για ψυχική πειθαρχία, τρόπος για να βγουν από την κοινωνική απομόνωση, αυτοπεποίθηση, εμπιστοσύνη στις δυνατότητές τους, αναγνώριση κ.τ.λ.

Υπάρχει όπως ξέρετε και μέθοδος θεραπείας, η εργοθεραπεία που καλύπτει αυτές τις ανάγκες των Χ.Υ.Ψ.Υ.

Αν ένας Χ.Υ.Ψ.Υ. δεν έχει κάποια απασχόληση ή κάποια εργασία τότε απλώς χειροτερεύει.

Βεβαίως αν έχει οικονομική άνεση μπορεί ευκολότερα να διαχειριστεί τις εντάσεις και τα προβλήματά του.

Στις άλλες περιπτώσεις ανεργία-απραξία σημαίνει έλλειψη αυτοπεποίθησης, χρηματική πενία με ότι αυτό συνεπάγεται, αυτοπεριορισμός, αυτολήπηση, απομόνωση, χειρότερο, υποτροπή, ψυχιατρείο, φάρμακα και πάλη από την αρχή.

Πράγμα που εκτός των άλλων επιβαρύνει οικονομικά και τον ίδιο και την οικογένειά του και τα ασφαλιστικά ταμεία και το κράτος.

Καταλαβαίνετε ποια είναι η θέση ενός Χ.Υ.Ψ.Υ. όταν δεν έχει δουλειά, δεν έχει χρήματα, παίρνει ψυχοφάρμακα και βρίσκεται στο ψυχικό και πολλές φορές στο κοινωνικό περιθώριο, χωρίς την αυτοεκτίμηση που χαρίζει ένα επίπεδο ζωής και δραστηριότητας.

Να ψάχνει για δουλειά και να τον αντιμετωπίζουν στην καλύτερη των περιπτώσεων με συγκατάβαση και όχι λίγες φορές με περιφρόνηση. Όπως έχω αναφέρει και αλλού νιώθει ότι ζει και κινείται σε ένα εχθρικό περιβάλλον και υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να ξεπέσει σε ψυχική ζητιανιά, πράγμα που από μόνο του είναι αποτρόπαιο.

Φυσικά όσοι έχουν τις προϋποθέσεις μπορούν να πάρουν σύνταξη αναπήρου από τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Δεν φτάνουν τα χρήματα αλλά κάτι είναι και αυτό.

Αλλά όταν κάποιος δεν έχει φτάσει ούτε καν στη μέση ηλικία και νιώθει ότι η μόνη διέξοδος στη κατάστασή του είναι να πάρει αναπηρική σύνταξη και να γίνει απόμαχος τότε δεν φταίει μόνο ο ίδιος, φταίνει και όλοι οι άλλοι όσοι του άφησαν αυτή τη διέξοδο.

Αν δεν αλλάξει η νοοτροπία, η αντίληψη που έχει ο πολύς κόσμος για τις Ψυχικές Παθήσεις, δεν υπάρχει καμία περίπτωση να μπορέσει ένας Χ.Υ.Ψ.Υ. να βγει από το περιθώριο που βρίσκεται, όσα προγράμματα και αν φτιάξει το κράτος, όσα χρήματα κι αν ξοδευτούν γι' αυτό και όση καλή διάθεση και αν έχουν ορισμένοι πολίτες ή εργοδότες.

Και ένα τελευταίο κλείνοντας.

Σήμερα ο τρόπος ζωής, οι κοινωνικές πιέσεις, η ανασφάλεια και άλλοι παράγοντες έχουν κάνει να αυξηθεί ο αριθμός των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα και από ότι φαίνεται υπάρχει τάση ο αριθμός αυτός να αυξηθεί στο μέλλον.

Μήπως φτάσουμε σε σημείο ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού να είναι αποκλεισμένο από θέσεις ευθύνης ως μη φερέγγυο επειδή έχει ή είχε σε κάποια φάση της ζωής του κάποια ψυχική διαταραχή;

Γιατί είναι γνωστό ότι τα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα, οποιασδήποτε φύσεως και αν είναι αυτά, αποκλείονται από θέσεις ευθύνης τόσο στον ιδιωτικό όσο ιδίως στο δημόσιο τομέα.

Τον τελευταίο καιρό υπάρχουν δημοσιεύματα στον τύπο σχετικά με τις προθέσεις της Ε.Ε. να χορηγήσει ειδική ταυτότητα στα καταγεγραμμένα άτομα με ψυχολογικά προβλήματα, ταυτότητα που έχει ισχύ αστυνομικής ταυτότητας.

Εγώ το βλέπω αυτό σαν μια προσπάθεια να περιωριστούν τα άτομα αυτά.

Σήμερα ο πολίτης με ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζεται το λιγότερο με επιφύλαξη.

Σας αφήνω να σκεφτείτε πώς θα αντιμετωπίζεται και πως θα αισθάνεται όταν θα έχει και επίσημα ταυτότητα ΤΡΕΛΟΥ.



«Ένα κίνημα αλληιώτικο»

**Οι οικογένειες οργανώνονται σε μια μάχη άνιση
ενάντια στο στίγμα και τις προκαταλήψεις
που συνοδεύουν την ψυχική διαταραχή**

Νίκη-Ελένη Νομίδου*

Το κίνημα των Οικογενειών Ξεκίνησε δειλά-δειλά το 1993 με την ίδρυση Συλλόγων Οικογενειών, με βασικούς στόχους: την αλληλαγία αντίληψης της κοινότητας έναντι της ψυχικής ασθένειας και των ατόμων που πάσχουν από αυτή, την εξάλειψη του στίγματος των ψυχικών διαταραχών και τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων τους για αποκατάσταση και ενσωμάτωσή τους στην κοινότητα (εργασία, στέγαση, συνταξιοδότηση και κυρίως βελτίωση των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας).

Ιδρύονται δειλά-δειλά πρώτα ο Σύλλογος Αθηνών· ακολουθούν τα Γιάννενα, τα Χανιά, οι Σέρρες, μπαίνοντας στον χώρο της Ψυχικής Υγείας δυναμικά, ταράζοντας τα νερά της αδιαφορίας και της σιωπής που μέχρι τότε επικρατούσαν. Ακολουθεί η Χαλκίδα, η Πάτρα, και έτσι, το 2003 ιδρύεται η Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ. (Πανελλήνια Ομοσπονδία Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία), ως δευτεροβάθμιο όργανο εκπροσώπησης των συλλόγων στα κέντρα αποφάσεων. Τα πράγματα, όμως, είναι δύσκολα.

Οι σύλλογοι αυτοί, που αποτελούνται από μια χούφτα ανθρώπων με όραμα ένα καλύτερο αύριο για τους ανθρώπους τους, πρέπει να πληθύνουν και να βρουν τη δύναμη για να γκρεμίσουν το απόρθητο Τείχος που το στίγμα και οι προκαταλήψεις έχτισαν γύρω τους. Πρέπει να ξεπεράσουν και οι ίδιοι τις αντιστάσεις τους και χρειάζονται συμμάχους για αυτό. Χρειάζονται την υποστήριξη και τη συστράτευση των ειδικών του χώρου. Δυστυχώς μέχρι και σήμερα οι ειδικοί Ψ οραματιστές της

Μεταρρύθμισης της Ψυχιατρικής είναι ελάχιστοι σε σχέση με το εύρος των ειδικών Ψ στην Ελλάδα.

Οι τοπικές κοινωνίες είναι επίσης σκληρές διότι διακατέχονται από άγνοια και φόβο. Ο κρατικός μηχανισμός δεν ενθαρρύνει όσο θα έπρεπε τις συλλογικές δράσεις. Όλα αυτά, λοιπόν, κάμπτουν τη δύναμη των συλλόγων με αποτέλεσμα οι περισσότεροι από τους υπάρχοντες σήμερα να είναι ανενεργοί.

Πρέπει, λοιπόν, κάτι να γίνει, κάτι να αλλάξει. Πρέπει να βοηθήσουμε όλοι για την ενδυνάμωση αυτών των συλλόγων με κάθε τρόπο. Είναι υποχρέωση και ευθύνη όλων μας.

Δεδομένου ότι η αιτία για τον κοινωνικό αποκλεισμό που υφίστανται τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι οικογένειές τους δεν σχετίζεται με την ασθένεια, αλλά με τα στερεότυπα και το στίγμα που την ακολουθεί, η πρωτοβουλία των Οικογενειών που ξεκινά από την αγωνία για το αύριο τοημά, αμφισβητεί, ενοχλεί, ανατρέπεται. Δεν κολλά στα στερεότυπα αλλά επινοεί τρόπους για την επιτυχία των στόχων της. Αποδεικνύοντας έμπρακτα ότι οι οικογένειες και ο εθελοντισμός μπορούν να διαδραματίσουν ένα σπουδαίο ρόλο στην αλληλαγία των πρακτικών και πολιτικών που υφίστανται σήμερα για βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής για τα ασθενή μέλη τους και των ίδιων των οικογενειών.

Με την ανάπτυξη συνεργασίας με τους τοπικούς φορείς (Νομαρχιακές και Τοπικές Αυτοδιοικήσεις,

* Πρόεδρος του Δ.Σ. του Συλλόγου Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.) του Νομού Σερρών, Γραμματέας της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ.) και μητέρα ατόμου που πάσχει από σχιζοφρένεια.

Επιμελητήρια, Εκκλησία, Εκπαίδευση, Αστυνομία, Εθελοντές, Επιχειρήσεις), καθώς και με υπηρεσίες αρμοδίων Υπουργείων επιτυγχάνεται μια αποδοτική και αποτελεσματική κίνηση κοινής αποδοχής, στην οποία σημαντικό ρόλο έχει η εμπλοκή των οικογενειών και των ίδιων των μελών τους που είναι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Σήμερα το αποτέλεσμα αποδεικνύει ότι η ανάπτυξη δράσης των οικογενειών στο πλαίσιο του τετράπτυχου: Οικογένεια–Ασθενής–Ειδικό Ψ–Κοινωνότητα, εξασφαλίζει μια ομαλή πορεία προς την επίτευξη των στόχων του κινήματος των Οικογενειών και ένα κλίμα συνεργασίας που εξασφαλίζει εκ των προτέρων την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την εξάλειψη του στίγματος.

Η συνεργασία επίσης με εθνικά, ευρωπαϊκά και παγκόσμια δίκτυα, ενδυναμώνει τη φωνή των συλλόγων και μπορεί πλέον να επηρεάζει και να ευαισθητοποιεί τους αρμοδίους των κέντρων λήψης αποφάσεων. Όμως ο δρόμος είναι μακρύς. Δεν φτάνουν όλα τα παραπάνω. Χρειάζεται η κινητοποίηση όλων των οικογενειών με την ίδρυση νέων συλλόγων σε κάθε νομό, έτσι ώστε να έχουν λόγο και βήμα που θα μπορεί να επηρεάζει την εφαρμογή πολιτικών για βελτίωση του συστήματος ψυχικής υγείας στο βασικό θεραπευτικό κομμάτι, στοχεύοντας:

- Στην αλλαγή της νοοτροπίας και των στάσεων των επαγγελματιών των θεραπευτικών ομάδων του χώρου ψυχικής υγείας, που δυστυχώς σε πάρα πολλές περιπτώσεις είναι στιγμιστικές, καθιεργούν στους λήπτες το αίσθημα της ανημπόριας και της εξάρτησης, ενοχοποιούν τις οικογένειες και περιορίζονται στη συνταγογράφηση φαρμάκων, εκμηδενίζοντας την ανθρώπινη υπόσταση των ασθενών.
- Στην εφαρμογή, απ' όλες τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, νέων μοντέλων θεραπείας που δίνουν δυνατότητες στον λήπτη και όχι στην προσκόλληση στα θεραπευτικά μοντέλα της δεκαετίας του '70.
- Στην προσήλωση των επαγγελματιών στο ρόλο του θεραπευτή, με σεβασμό στο δικαίωμα

του πάσχοντα για εξατομικευμένη θεραπεία και στο δικαίωμα να συναποφασίζει για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που τον αφορούν.

- Στην αγαθή και ουσιαστική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών μιας θεραπευτικής ομάδας, χωρίς την εμπλοκή των προσωπικών και επαγγελματικών αντιπαράθεσεων, φιλοδοξιών ή και ανασφαλειών που προκαλούν κραδασμούς στην ποιότητα των υπηρεσιών, διότι οι κραδασμοί αυτοί απορροφούνται από τους πάσχοντες καταπατώντας έτσι το δικαίωμά τους για ωφέλιμες και ποιοτικές υπηρεσίες.
- Στην αντίσταση των επαγγελματιών στη λογική του ότι «Ο ψυχικά πάσχων είναι ένα καμένο χαρτί» –αυτό δεν είναι αλήθεια.
- Στην εξάλειψη κάθε μορφής βίας μέσα και έξω από τις δομές του συστήματος Ψυχικής Υγείας και στην παγίωση της αντίληψης από τους ειδικούς ότι οι ψυχικά πάσχοντες και τα μέλη των οικογενειών τους είναι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι πελάτες τους και ότι η άποψή τους είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών.
- Στο σεβασμό στα δικαιώματα των ασθενών, τα οποία ποικιλοτρόπως παραβιάζονται ακόμη και σήμερα.

Προκύπτει άρα επιτακτικά η ανάγκη εμπλοκής των οικογενειών και κυρίως των ίδιων των ασθενών στα κέντρα λήψης αποφάσεων· αποτελεί προτεραιότητα. Αυτοί γνωρίζουν τις ανάγκες, τις ελλείψεις. Αυτοί βιώνουν τις δυσκολίες από όλα τα κακώς κείμενα του συστήματος ψυχικής υγείας και των υπηρεσιών του και είναι αυτοσκοπός τους η βελτίωσή του. Η εμπλοκή τους εκφράζει ακόμη την αγωνία τους για ένα καλύτερο αύριο. Είναι καιρός, επιτέλους, να καταλάβουν και να αποδεχτούν όλοι οι αρμόδιοι ότι η εκπροσώπηση, η άποψη αλλά και η συναίνεση των οικογενειών και των ίδιων των ασθενών κρίνεται απαραίτητη σε κάθε απόφαση που τους αφορά. Είναι καιρός να αποφασίζουν για εμάς μαζί με εμάς.



Οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και το κίνημα για αυτοεκπροσώπηση στη Βρετανία*

Roberta Graley-Wetherell **

Το ξεκίνημα-εμπειρίες από την Ολλανδία

Το θέμα μας είναι οι χρήστες. Αναφερόμαστε βέβαια στους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όμως συχνά ο όρος «χρήστης» παραπέμπει σε άτομα που κάνουν χρήση ουσιών. Για να μη δημιουργείται λοιπόν σύγχυση υπάρχει τώρα μια τάση να ονομάζονται τα άτομα αυτά όχι «χρήστες», αλλά «επιβίωσαντες» των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Μέχρι το 1985 οι χρήστες, ή επιβίωσαντες, ήσαν λίγο πολύ θύματα των υπηρεσιών αυτών. Με την απόφαση όμως να κλείσουν τα ψυχιατρεία και οι άνθρωποι/χρήστες να πάνε να ζήσουν στις κοινότητές τους, σιγά-σιγά άρχισαν ν' αποκτούν φωνή και να μιλούν για τις ανάγκες τους, να προβάλλουν αιτήματα. Η πρώτη οργάνωση στη Βρετανία ήταν το «Nottingham Patients' Council» (Συμβούλιο Ασθενών του Νότινχαμ) που είναι η πόλη απ' όπου κατάγομαι.

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση, ξεκινήσαμε από τις επίσημες ψυχιατρικές υπηρεσίες, καθώς και από φιλόanthρωπικές οργανώσεις. Συγκεντρώσαμε κάποια χρήματα και προσκαλέσαμε έναν πρώην χρήστη των ψυχιατρικών υπηρεσιών από την Ολλανδία να έρθει να μας βοηθήσει σε αυτό το ξε-

κίνημα. Ο συνάδελφος, λοιπόν, αυτός από την Ολλανδία εκπαίδευσε μερικούς χρήστες και εκείνοι μετά με τη σειρά τους πήγαν σε άλλες περιοχές και εκπαίδευσαν άλλους χρήστες πώς να μπορούν να οργανώσουν τη ζωή τους.

Τότε άρχισαν να εμφανίζονται κι άλλες ομάδες σε άλλα μέρη της Βρετανίας, διάφορα φόρουμ, ένα από τα οποία ήταν πολύ ριζοσπαστικό και ισχυρό, το «Survivors Speak Out» (Οι Επιβίωσαντες Μιλάνε Ανοιχτά). Επίσης μια οργάνωση που ήταν παράρτημα της Εθνικής Οργάνωσης Ψυχικής Υγείας και λεγόταν «Binding» (Δεσμός). Μέχρι το 1990 πια είχαν εμφανιστεί περίπου ενενήντα τοπικές ομάδες.

Η πρώτη εθνική οργάνωση επιβιωσάντων στη Βρετανία

Αποφασίσαμε λοιπόν τότε να φτιάξουμε μια οργάνωση σε εθνικό επίπεδο, μια οργάνωση που θα αποτελέιτο αποκλειστικά από τους επιβίωσαντες, δηλαδή αποκλειστικά από πρώην χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η οργάνωση αυτή σή-

* Το κείμενο προέρχεται από ομιλία της Roberta Graley-Wetherell με θέμα «Αυτοεκπροσώπηση και Χρήστες των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας», στην ημερίδα που οργάνωσε η αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία «Καλειδοσκόπιο» σε συνεργασία με το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Αιγάλεω-Δίκτυο Υπηρεσιών για την Αποκατάσταση «Φτιάχτο Μαζί μας», στις 18.5.2001.

** Χρήστης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία συνδιευθύνει στη Βρετανία την εταιρεία «Advocacy Really Works» (Η Αυτοεκπροσώπηση Πραγματικά Δουλεύει). Υπήρξε μέλος και συντονίστρια του Βρετανικού Δικτύου Εκπροσώπησης και Διευθύντρια του Ευρωπαϊκού Δικτύου για τους (πρώην) Χρήστες/Επιβίωσαντες των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Υπήρξε επίσης μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής των Χρηστών Ψυχικής Υγείας στο Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς και μέλος πολλών συμβουλευτικών επιτροπών τόσο στη Βρετανική κυβέρνηση όσο και στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. Το έργο της έχει εκδοθεί εκτενώς. Η εταιρεία της (σε συνεργασία με τον Andrew Wetherell) αποτελείται αποκλειστικά από χρήστες: συμβούλους/εκπαιδευτές, επαγγελματίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Η εταιρεία ασχολείται με την εκπαίδευση στον χώρο αυτό, με την ανάπτυξη συμμετοχής των χρηστών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, με την έρευνα, με αξιολογήσεις των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τόσο από την ίδια την εταιρεία όσο και από τους χρήστες εν γένει, με την καταγραφή αναγκών, με την οργάνωση συνεδρίων κ.α.

μερα (το 2001) αριθμεί διακόσιες πενήντα τοπικές ομάδες σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο, δηλαδή όχι μόνο στην Αγγλία αλλά και στη Σκωτία, στην Ουαλία και στη Βόρεια Ιρλανδία. Στα κεντρικά γραφεία απασχολούμε επαγγελματικά πέντε άτομα, πρώην χρήστες. Αυτό ισχύει και σε πολλές από τις τοπικές ομάδες που απασχολούν και εκεί πολλούς πρώην χρήστες ή –να χρησιμοποιούμε τον όρο– επιβίωσαντες. Σε εθνικό επίπεδο, ένα τμήμα της χρηματοδότησης προέρχεται από φιλανθρωπικούς οργανισμούς και ένα άλλο μεγάλο τμήμα προέρχεται από την κεντρική κυβέρνηση. Σε τοπικό επίπεδο, οι περισσότερες ομάδες χρηματοδοτούνται από τις τοπικές υπηρεσίες υγείας.

Πολλοί από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν ήταν ιδιαίτερα ευτυχείς με τη δημιουργία αυτού του δικτύου των επιβιωσάντων, ιδιαίτερα γιατί είμαστε μια ομάδα παροχής συμβουλών, μια ομάδα αλληλοβοήθειας για την προώθηση και την υπεράσπιση των δικαιωμάτων μας. Παρ' όλα αυτά, είχαμε και άλλους πολλούς επαγγελματίες που ήταν πιο προοδευτικά πνεύματα, που βλάνε πιο μπροστά. Αυτοί μας βοήθησαν. Πραγματικά πιστεύω ότι χωρίς αυτούς τους επαγγελματίες δεν θα είχαμε φτάσει εδώ που είμαστε τώρα.

Ως προς τη συμμετοχή των ίδιων των χρηστών στο δίκτυο, ένα πρόβλημα ήταν ότι πολλοί απ' αυτά τα άτομα μόλις σταμάτησαν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν ήθελαν πια να ξανακούσουν τίποτα για το θέμα αυτό. Κατά συνέπεια, ούτε και να βοηθήσουν. Θέλιαν τελείως να γυρίσουν σελίδα. Αυτό βέβαια κυρίως από φόβο, για την αντίδραση της κοινότητας και της κοινωνίας γενικότερα. Γι' αυτό κι εμείς, σαν μέρος της προπαγάνδας μας, λέμε ότι «δεν πρέπει να αισθάνεστε καθόλου ντροπή γι' αυτό το πράγμα». Στατιστικά στοιχεία στο Ηνωμένο Βασίλειο πάνω στο θέμα της κατάθλιψης δείχνουν ότι ένα στα τέσσερα άτομα του γενικού πληθυσμού κάποια στιγμή στη ζωή τους θα χρειαστούν τη βοήθεια των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Και αυτό το χρησιμοποιούμε εμείς σαν επιχείρημα, γιατί δεν είναι μικρό αυτό το ποσοστό, να πούμε στον κόσμο «μη φοβόσαστε να δεχτείτε ότι υπάρχει πρόβλημα».

Η Ομάδα Κρούσης

Το 1992 η κεντρική κυβέρνηση, θέλοντας να εισαγάγει μια μεταρρύθμιση όσον αφορά τη στρατηγική των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δημιούργησε μια Ομάδα Κρούσης (task force) όπου συμμετείχαν διάφορα στελέχη από κυβερνητικές υπηρεσίες, καθώς και γνωστοί ψυχολόγοι και ψυχίατροι απ' όλο το Ηνωμένο Βασίλειο. Στην ομάδα αυτή συμμετείχε και το Δίκτυο των Επιβιωσάντων με εννέα εκπροσώπους από τις τρεις μεγάλες εθνικές μας ομάδες. Μας δόθηκε η δυνατότητα και μας επιτράπη να φτιάξουμε πληροφοριακά πακέτα, επίσης εκπαιδευτικές βιντεοταινίες, εκπαιδευτικά πακέτα που διετίθεντο σε όλα τα νοσοκομεία δωρεάν σε όποιον ασθενή τα ήθελε. Πραγματικά όλα πήγαν πολύ καλά και μας άρεσε πάρα πολύ αυτή η συνεργασία με την Ομάδα Κρούσης.

Νομοσχέδιο για αναγκαστική θεραπεία στην κοινότητα

Όμως τώρα πρόσφατα η κυβέρνηση αναθεωρεί και πάλι το θέμα της ψυχικής υγείας. Και αυτό που μας ανησυχεί είναι ότι εντάξει, θέλουν να κλείσουν τα ψυχιατρεία, αλλά αυτό που θέλουν να εισαγάγουν είναι τα λεγόμενα community treatment orders, με τα οποία δηλαδή θα μπορούν να παρεμβαίνουν στο χώρο της ψυχικής θεραπείας στην κοινότητα. Με το νέο αυτό νομοσχέδιο δίδεται το δικαίωμα σε ψυχιάτρους και σε νοσηλευτικό προσωπικό, ανεξάρτητα από τη θέληση του χρήστη ή όχι, να μπορούν να μπουν στο σπίτι του και να τον αναγκάσουν να πάρει φάρμακα. Αυτό έγινε γιατί υπήρχαν ορισμένα τραγικά συμβάντα στις κοινότητες και βέβαια η αντίδραση του κοινού είναι ότι αυτά τα άτομα θα πρέπει να είναι υπό αυστηρότερο έλεγχο. Αν όμως κάποιος μελετήσει τα στατιστικά στοιχεία, θα δει ότι η συχνότητα και το ποσοστό των εγκλημάτων που διαπράττονται από άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας έχει μειωθεί σημαντικά από τότε που έκλεισαν τα ψυχιατρεία.

Αρχίσαμε λοιπόν έναν αγώνα όπου με δυνατή

φωνή καταφερόμαστε ενάντια σ' αυτό το νομοσχέδιο. Και μας κάλεσαν να μιλήσουμε σε μια νέα ομάδα, σε ένα νέο δίκτυο που ονομάζεται Ομάδα Εξωτερικής Παραπομπής, το οποίο αποτελείται κυρίως από ψυχιάτρους, διευθυντές κλινικών, κοινωνικούς λειτουργούς. Και πέρσι σε ένα συνέδριο ο Υπουργός Υγείας είπε ότι ευχαρίστως να υπάρξει η οποιοδήποτε είδους διαβούλευση, αλλά, όσον αφορά αυτό το θέμα που είπαμε –δηλαδή τις εντολές, την αναγκαστική αυτή θεραπεία στην κοινότητα εκτός νοσοκομείου– αυτό ήταν κάτι που δεν το διαπραγματευόταν. Και επειδή εγώ πιστεύω ότι αυτό δεν αποτελεί διαπραγμάτευση, το να λες δηλαδή ότι κάτι είναι μη διαπραγματεύσιμο, υπέβαλα δημόσια την παραίτησή μου από την Ομάδα Εξωτερικής Παραπομπής. Το ίδιο έκαναν και όλοι οι εκπρόσωποι του Δικτύου των Επιβιωσάντων. Αυτό ήταν πολύ καλό γιατί δόθηκε μεγάλη δημοσιότητα, όλες οι εφημερίδες πήραν το θέμα και έθεσαν το ερώτημα μήπως ο υπουργός είναι τρελός!

Από κοινού με τους επαγγελματίες

Έχουμε μεγάλη υποστήριξη από τους επαγγελματίες. Δημιουργήσαμε μάλιστα την Mental Health Alliance (Συμμαχία για την Ψυχική Υγεία) που περιλαμβάνει πενήντα ομάδες μεταξύ των οποίων είναι και το Βασιλικό Κολλέγιο Ψυχιάτρων, η Ένωση Κοινωνικών Λειτουργών και πολλές άλλες ενώσεις επαγγελματιών. Και όχι μόνο οργανώσαμε πρόσφατα μια «Εβδομάδα Δράσης», αλλά επίσης ασκήσαμε πίεση σε επίπεδο Εθνικού Κοινοβουλίου. Πήγαμε πάνω από 2.000 άτομα στο Κοινοβούλιο στο Λονδίνο για να ακουστεί η φωνή μας και να προκαλέσουμε, αν θέλετε, τους υπουργούς. Αυτό πραγματικά είχε πάρα πολύ μεγάλη δυναμική. Στο οπλοστάσιό μας έχουμε ένα πολύ δυνατό κίνημα χρηστών, αλλά και επαγγελματιών που δουλεύουν μαζί για τον ίδιο σκοπό, για να αντιμετωπίσουν ένα νόμο που αντί να δίνει περισσότερα δικαιώματα κοιτάζει να αφαιρέσει δικαιώματα.



Το κλείσιμο των ψυχιατρείων

Σήμερα πια έχουν κλείσει όλα τα μεγάλα ψυχιατρεία. Υπάρχουν μικρότερες ψυχιατρικές μονάδες που αποτελούν απλώς τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων. Οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς έχουν γυρίσει στα σπίτια τους. Υπάρχουν βέβαια και υποστηριζόμενα προγράμματα στέγασης, ξενώνες δηλαδή, όπου μένουν τώρα άτομα που ζούσαν στις μεγάλες ψυχιατρικές κλινικές εδώ και εξήντα χρόνια. Τα άτομα αυτά έχουν ενσωματωθεί πολύ καλά στην τοπική κοινότητα. Υπάρχουν μονάδες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που επισκέπτονται τα σπίτια και αντιμετωπίζουν εκεί την κατάσταση και όχι στο νοσοκομείο. Υπάρχουν βέβαια και τα Κέντρα Ημέρας κλπ. Για τις περιπτώσεις όπου υπάρχει ο κίνδυνος εγκληματικής ενέργειας έχουμε τρία Ιδρύματα σε όλη τη χώρα, αλλά και σε αυτά ήδη υπάρχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και συμβούλια ασθενών, συμβούλια δηλαδή που τα απαρτίζουν οι ίδιοι οι ασθενείς.

Δεν έκλεισαν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέσα σε μια μέρα, υπήρχε πρόγραμμα για το κλείσιμο, ήταν μια αργή διαδικασία που διήρκεσε καιρό. Στο πλαίσιο αυτής της διαδικασίας τα ίδια τα άτομα με ψυ-

κικά προβλήματα προσπαθούσαν να ορίσουν τι είδους στέγαση ήθελαν, τι είδους ανάγκες θα είχαν όταν θα έκλειναν τα ψυχιατρεία. Στα περισσότερα ψυχιατρεία αυτό το πρόγραμμα, το σχέδιο για το κλείσιμο, διήρκεσε από τρία ως πέντε χρόνια. Δεν έγινε δηλαδή σε μία μέρα.

Επιστροφή στον εγκλεισμό;

Έχει προταθεί, για τους ανθρώπους που δεν προσδοκείται βελτίωση της ψυχικής τους υγείας (π.χ. ψυχοπαθητικά άτομα, διαταραχές προσωπικότητας), να υπάρχει το δικαίωμα εγκλεισμού τους σε ίδρυμα, ακόμα και αν δεν έχουν διαπράξει κάτι παράνομο. Πολλές βρετανικές οργανώσεις έχουν αντιδράσει στην πρόταση αυτή. Η τοποθέτησή μας είναι να υπάρχει εγκλεισμός μόνο αν κάποιος κάνει κάτι παράνομο.

Σπίτια κρίσης

Έχουμε πολλές υπηρεσίες στη Βρετανία που τις λειτουργούν επιβιώσαντες/χρήστες. Τώρα προχωρήσαμε ένα βήμα παραπέρα και στήνουμε τα λεγόμενα «σπίτια κρίσης». Δηλαδή, κάποιος που βρίσκεται σε μια περίοδο κρίσεως μπορεί να πάει για δυο τρεις μέρες να φιλοξενηθεί εκεί και να έχει την υποστήριξη άλλων επιβιωσάντων. Και τι κάνει αυτό; Προλαμβάνει την ιατρική παρέμβαση, η οποία πολλές φορές μπορεί να είναι κάτι αρκετά μακροχρόνιο. Βέβαια αν δούμε ότι η κατάσταση συνεχίζεται, μετά από δυο τρεις μέρες, τότε ερχόμαστε σε επαφή με τις σχετικές υπηρεσίες, τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αλλά θα έλεγα, ότι περίπου τα 90% των ανθρώπων που φιλοξενούνται στα σπίτια αυτά δεν χρειάζονται περαιτέρω ιατρική παρέμβαση. Οι περισσότερες υπηρεσίες ψυχικής υγείας υποστηρίζουν αυτή την κίνηση, για τον απλούστατο λόγο ότι εξοικονομούν χρήματα, είναι πάρα πολύ μεγάλη η απόδοση κόστους γιατί δεν χρειάζεται να απασχοληθούν οι υπηρεσίες. Αλλά το θέμα δεν είναι μόνο οικονομικό. Είναι πολύ επωφελές για την ίδια τη ζωή των ανθρώπων.

Η οικογένεια

Στα νεαρότερα άτομα και με πιο μακροχρόνια ασθένεια, η κύρια υποστήριξη προέρχεται από την οικογένεια. Έχουμε Οργανώσεις Οικογενειών που συμμετέχουν σε κυβερνητικές επιτροπές και προσπαθούν να επηρεάσουν τις διάφορες αποφάσεις που αφορούν τις πολιτικές για την ψυχική υγεία. Τα πρώτα δέκα χρόνια του κινήματος των επιβιωσάντων, οι ομάδες των επιβιωσάντων και οι οργανώσεις που εκπροσωπούσαν τις οικογένειες δεν είχαν καμία επαφή, δεν μιλούσαν καθόλου η μια στην άλλη, είχαν τελείως διαφορετική ατζέντα, τελείως διαφορετικούς στόχους. Αλλά τώρα έχει αλλάξει άρδην η κατάσταση και οι δυο αυτές ομάδες συνεργάζονται μεταξύ τους.

Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των νεαρών ιδιαίτερα ατόμων, που με το κλείσιμο των ψυχιατρείων επέστρεψαν στην οικογένειά τους, ήταν άτομα με διάγνωση σχιζοφρένειας. Η National Schizophrenia Fellowship (Εθνική Εταιρεία για τη Σχιζοφρένεια) εκπαιδεύει τους γονείς και τους παρέχει υποστήριξη σε θέματα αυτοοργάνωσης, επίσης υποστήριξη σε θέματα κλινικής ιατρικής, πώς να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις. Τώρα ξεκινάει μια άλλη οργάνωση, για τη μανιοκατάθλιψη.

Ευαισθητοποίηση στα σχολεία και στην κοινότητα

Σήμερα έχουμε στα σχολεία περισσότερα προγράμματα για τη ψυχική υγεία παρά ποτέ. Κυρίως απευθύνονται σε παιδιά από 11 έως 15 χρονών και το θέμα είναι η ενημέρωση, η ευαισθητοποίηση και η απάλειψη του φόβου για εκείνο που ονομάζουμε «ψυχική νόσο». Επίσης, τα προγράμματα απευθύνονται και σε παιδιά, τα οποία φροντίζουν γονείς που πιθανόν να έχουν ψυχικά προβλήματα. Έχουμε τώρα πια την Υπηρεσία Εκπαίδευσης Υγείας στα σχολεία, με το σχετικό κλάδο για την ψυχική υγεία που ονομάζεται Mentality (Νοοτροπία). Στο θέμα αυτό, το δίκτυο των επιβιωσάντων, έχουμε κάνει πάρα πολλή δουλειά και στα σχολεία και

στο ευρύ κοινό. Έχουμε διοργανώσει συνέδρια για την εξάλειψη του στίγματος με κάλυψη από τον τύπο σε εθνικό επίπεδο.

Ίσως η πιο πρόσφατη εξέλιξη στη Βρετανία είναι μια οργάνωση που ονομάζεται Mad Pride (Περηφάνεια για την Τρέλα). Κι αυτό δε σημαίνει ότι κάποιος είναι περήφανος για την κατάσταση, σημαίνει απλώς να μη ντρέπεται. Έμπνευσή μας στάθηκε το κίνημα των ομοφυλοφίλων, που είχαν κι εκείνοι το λεγόμενο Gay Pride. Είδαμε πως άλλαξε την κατάστασή τους, γι' αυτό και προσπαθήσαμε να κάνουμε κι εμείς κάτι ανάλογο.

Έτσι, φέτος, οργανώσαμε μια πορεία που πέρασε από το κέντρο του Λονδίνου και κατέληξε στο Χάϊντ Παρκ, όπου υπήρχε ένα μεγάλο πάρτυ με ορχήστρες, συγκροτήματα κ.λπ. Πραγματικά ήταν θαυμάσιο και όλοι μας είμαστε περήφανοι που είμαστε εκεί. Μάλιστα, όσον αφορά το πάρτυ αυτό, είμαστε πολύ τυχεροί γιατί το χρηματοδότησε ένας από τους Δήμους του Λονδίνου.

Συνεργασία με τα Μ.Μ.Ε.

Μια από τις οργανώσεις που θεωρώ πολύ σημαντικές είναι η Mental Health Media (Μέσα Ενημέρωσης για την Ψυχική Υγεία). Στόχος αυτής της οργάνωσης είναι η καταπολέμηση του στίγματος που διαχέεται από τα μαζικά μέσα, αυτό που αντιμετωπίζουμε εμείς σαν επιβιώσαντες των υπηρεσιών. Γιατί εκείνο που ανακαλύψαμε είναι ότι κάθε φορά που υπήρχε κάποιο πρόβλημα με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα μαζικά μέσα πήγαιναν σε συγκεκριμένα άτομα να πάρουν τη γνώμη τους και βέβαια τα άτομα αυτά δεν μας εκπροσωπούσαν. Το παλέψαμε και έτσι λοιπόν αυτή τη στιγμή εμφανιζόμαστε και εμείς στην τηλεόραση και στο ραδιόφωνο, δίνουμε δηλαδή τύπου, ακούγεται δηλαδή και η δική μας άποψη. Φτιάξαμε και ορισμένες βιντεοταινίες που τις μοιράζουμε στους επιβιώσαντες σε τοπικό επίπεδο, ώστε να εκπροσωπούμαστε και στα τοπικά μέσα ενημέρωσης που είναι πολύ ισχυρά.

Επιδόματα

Το επίδομα στη Βρετανία είναι κλιμακούμενο και εξαρτάται από πάρα πολλούς παράγοντες. Για παράδειγμα, αν κάποιος εργάζεται, τότε το επίδομα είναι μικρότερο, μπορεί και καθόλου. Αν κάποιος δεν μπορεί να δουλέψει, τότε είναι υψηλότερο. Αν κάποιος χρειάζεται έξτρα βοήθεια, τότε είναι ακόμα πιο υψηλό. Κατά μέσο όρο το επίδομα είναι γύρω στις 150 λίρες τη βδομάδα. Στο ποσό αυτό δεν συμπεριλαμβάνεται το ενοίκιο γιατί, όταν κάποιος άτομο με ψυχικά προβλήματα ζει μόνο του, το ενοίκιο de facto το πληρώνει το κράτος.

Εργασία

Από τα άτομα που συμμετέχουν σε προγράμματα εργασιακής αποκατάστασης το ποσοστό που τελικά βρίσκει κάποιου είδους απασχόληση είναι πολύ μικρό ακόμη, είναι γύρω στο 20%. Βέβαια αυτό είναι μια πρόοδος γιατί πριν από μερικά χρόνια δεν υπήρχε ούτε κι αυτό, ήταν μηδέν. Δεδομένου βέβαια ότι τώρα δεν υπάρχει στη Βρετανία πρόβλημα ανεργίας, αλλά πριν από μερικά χρόνια υπήρχε μεγάλο ποσοστό ανεργίας και στον γενικό πληθυσμό.

Αντιλαμβάνομαι ότι στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλος προβληματισμός, ανησυχία θα έλεγα, όσον αφορά την εργασιακή απασχόληση. Το ίδιο και στη Βρετανία. Πιστεύουμε ότι ποτέ κανένας δεν θα μπορεί να χαρακτηριστεί ως πραγματικό μέλος στην κοινωνία και να έχει μια πραγματική επανένταξη, αν δεν μπορεί να έχει εργασία όπως ο οποιοσδήποτε άλλος. Και έτσι λοιπόν έχουμε ξεκινήσει πολλά προγράμματα όσον αφορά την απασχόληση. Έχουμε αρκετές δομές, καφετέριες κλπ. που τις λειτουργούν οι επιβιώσαντες, οι πρώην χρήστες. Εργάζονται εκεί μια δυο μέρες τη βδομάδα και λαβαίνουν το «θεραπευτικό έσοδο», πενήντα λίρες τη βδομάδα, ένα έξτρα επίδομα δηλαδή πλεόν του επιδόματος που αναφέραμε πιο πριν. Ταυτόχρονα λοιπόν με τα έξτρα χρήματα βλέπουν και κατά πόσον είναι έτοιμοι να επιστρέψουν στην εργασία. Έναν ανάλογο ρόλο παίζει και η εθελοθνητική εργασία.

Έχουμε προγράμματα εύρεσης θέσεων εργασίας σχετικών με το πρόγραμμα. Έτσι, οι χρήστες που συμμετέχουν στα προγράμματα αυτά μπορούν να πάνε να εργαστούν για έξι μήνες σε μία εταιρεία, σαν ένα είδος έξτρα κατάρτισης, και μετά τους βοηθάμε να βρουν πια μια κανονική θέση. Σε μερικά προγράμματα υπάρχει και η θέση του καθοδηγητή, του «τοποθετητή εργασίας» (job coach), δηλαδή η αθυσίδα που συνδέει τον πρώην χρήστη με τον εργοδότη, με την επιχείρηση.

Επίσης, έχουμε προγράμματα για την ευαισθητοποίηση των εργοδοτών. Πολλές από τις μεγάλες επιχειρήσεις, π.χ. αθυσίδες σούπερ μάρκετ, κάνουν σεμινάρια γενικής κατάρτισης για το προσωπικό τους. Πάμε εμείς από το δίκτυο των επιβιωσάντων εκεί και εκπαιδεύουμε το προσωπικό ώστε να το ευαισθητοποιήσουμε σε αυτόν τον συγκεκριμένο τομέα, επίσης τους παρέχουμε μια υπηρεσία δωρεάν παροχής συμβουλών. Οι εταιρείες αυτές διαθέτουν ένα συγκεκριμένο ποσοστό των θέσεων εργασίας τους για άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Για πολλά χρόνια, αν κάποιο άτομο ήταν πρώην χρήστης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν το αποκάλυπτε. Πήγαινε δηλαδή να προσληφθεί σε κάποια δουλειά, αλλά δεν το ανέφερε. Τώρα όμως υπάρχει ένας σχετικός νόμος που προστατεύει αυτού του είδους το δικαίωμα των εργαζομένων, δηλαδή ένας νόμος κατά των διακρίσεων των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Δεν υπήρχε όμως πάντα αυτό. Ο σύζυγός μου έχασε τη δουλειά του ακριβώς λόγω κατάθλιψης και επειδή ήταν άρρωστος για δύο χρόνια δε μπορούσε να γυρίσει πίσω στη θέση του, στον χρηματο-οικονομικό τομέα στο Σίτυ του Λονδίνου. Μετά έκανε αίτηση για να καταταγεί στην Αστυνομία. Εκεί του είπαν ότι εφ' όσον είχε πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν υπήρχε καμία απολύτως περίπτωση να τον προσλάβουν, αλλά όμως αν είχε ποινικό μητρώο για παράδειγμα για κάποιο μικροαδίκημα εκεί δεν θα υπήρχε κανένα πρόβλημα! Κι έτσι δούληψε για το Σύστημα Υγείας.

Από τη στιγμή που ο πρώην χρήστης προσλαμβάνεται σε μια εταιρεία, η θέση του είναι κατοχυρωμένη έστω κι αν παρουσιάσει κάποιο πρόβλημα. Πρώτον, επειδή υπάρχει ο νόμος στη Βρετανία

που λέει ότι δικαιούται κανείς να λείψει από την εργασία του επί ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα για λόγους υγείας, χωρίς να χάσει τη θέση του. Δεύτερον, επειδή έχουμε διάφορα προγράμματα, όπως στο Springfield Hospital, που παρέχουν βοήθεια και υποστήριξη προληπτικού χαρακτήρα ώστε να μη συμβεί κάτι τέτοιο. Τέλος, έχουμε ένα πρόγραμμα από τις οργανώσεις των πρώην χρηστών που ονομάζεται Job Share (Μοίρασμα της Δουλειάς). Και τι σημαίνει αυτό; Σημαίνει ότι αν κάποιος έχει ένα πρόβλημα και δεν μπορεί να πάει στη δουλειά του, πάει κάποιος άλλος στη θέση του και τον αναπληρώνει.

Επίλογος

Ο κύριος τρόπος για την κατάκτηση των δικαιωμάτων μας είναι η επιμονή. Γιατί να μη ξεχνάμε, ότι ο σκοπός είναι ν' αλληλέξουμε έναν ολόκληρο τρόπο σκέψης, μια ολόκληρη κουλτούρα. Αλλά αν επιμένεις να στέλνεις το μήνυμα, κάθε φορά που το στέλνεις όλο και περισσότεροι θα το λάβουν. Και τότε θα αρχίσουν να ακούνε και θα αρχίσουν να συνειδητοποιούν ότι ναι, μπορούν να γίνουν πράγματα, μπορούν να επιτευχθούν.

Σαν επιβιώσαντες/πρώην χρήστες χρειαζόμαστε τη βοήθεια των επαγγελματιών αυτών που πραγματικά βλέπουν μπροστά. Γιατί μη ξεχνάτε ότι αυτοί οι άνθρωποι με την προοδευτική σκέψη, οι επαγγελματίες, είναι αυτοί που θα εκπαιδεύσουν τους νέους, το νέο προσωπικό στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Και με την πάροδο των ετών θα περάσουν σε αυτούς τους νέους επαγγελματίες τον δικό μας τρόπο σκέψης, τη δική μας στάση και έτσι, σιγά-σιγά, θα αλληλέξουν τα πράγματα.

Μη ξεχνάτε ότι, σε ευρωπαϊκό επίπεδο, έχουν περάσει μόνο δύο δεκαετίες από τότε που οι επιβιώσαντες άρχισαν να μιλάνε ανοιχτά. Αλλά και σε διεθνές επίπεδο είμαστε ένα πολύ νέο κίνημα στο πλαίσιο του κινήματος των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Και μη ξεχνάτε ότι τίποτα δεν αλληλέξεται σε μία νύχτα. Αυτό που παρακαλώ είναι να επιμένετε και να στέλνετε συνέχεια το μήνυμα και όλο περισσότερα άτομα θα το λάβουν.



Προσωπικές σχέσεις

Σωτηρία Χατζαράκη*

*Σήμερα δεν θέλω να με δεις.
Είμαι κρυμμένη πίσω από πέπλο διάφανα μαύρο
κι είναι τα μάτια μου ακίνητα
–μπορεί και να σε σκιάζουν–
Διυλίζω τα πάντα γύρω μου
και διαχέομαι σ' έναν αέρα
που μόνο παγωνιά μπορεί να φέρει
δεν έχει οξυγόνο
και είν' αβάσταχτος για τους τριγύρω
που μόνο σαν σκιές κινούνται
ανόητα προσπαθώντας
να επιβεβαιώσουν την ύπαρξή τους
σε μια απόπειρα άγονη προσέγγισης.
Σήμερα η Σφίγγα της Αιγύπτου
νιώθει πως ο Σίμουσ
δεν μαστιγώνει μόνο εκείνη.
Τα μάτια μου
θα γαληνέψουν γύρω στις τρεις. Χαράματα.
Έλα τότε.*

Στο παραπάνω ποίημα περιγράφεται εν ολίγοις η κατάσταση μιας μορφής ψυχικής διαταραχής όπως αυτή βιώνεται από το άτομο, η αγωνία για τον αντίκτυπό της στο περιβάλλον, αλλά και η ανάγκη για επικοινωνία εντέλει.

Οι προσωπικές σχέσεις, όποιας μορφής, είναι ένα από τα πρώτα και βασικά πράγματα που διαταράσσονται στη ζωή κάποιου που υφίσταται μια ψυχική διαταραχή. Και όπως κάθε σχέση είναι αμ-

φιμονοσήμαντη έτσι και το πρόβλημα είναι κοινό και για το ίδιο το άτομο αλλά και για το περιβάλλον του, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης της ψυχικής διαταραχής αλλά και μετά.

Το οικογενειακό περιβάλλον αποτελεί πάντα μια σταθερή που μπορεί να λειτουργήσει πολύ θετικά γύρω του με απαραίτητη βοήθεια τη γνώση σε ό,τι αφορά στην κατάστασή του, προσφέροντάς του την αποδοχή που χρειάζεται και παροτρύνοντάς το όταν χρειάζεται να συνεχίσει να λειτουργεί κανονικά και να δραστηριοποιείται όσο αυτό είναι δυνατόν. Ένα άτομο αποδεκτό από το οικογενειακό του περιβάλλον βρίσκεται αυτόματα στο επόμενο σκαλοπάτι της αποδοχής από το κοινωνικό περιβάλλον με πολύ μεγαλύτερη δύναμη απ' ό,τι κάποιο άλλο.

Χρειάζεται, ωστόσο, κάποια προσοχή στην υπερπροστασία που πολλές φορές εκδηλώνεται –όχι αναίτια πάντα. Καμιά φορά νιώθουμε πως γινόμαστε αντικείμενα παρατήρησης. Ελαφρές μεταπτώσεις της διάθεσής μας, ανάβουν το κόκκινο λαμπάκι του συναγερμού, πράγμα που γίνεται αντιληπτό και δημιουργούνται εντάσεις που δεν χρειάζονται. Μια διακριτική συμμετοχή της οικογένειας στο πρόβλημα είναι θεμιτή, αλλά τα όρια της αυτονομίας πρέπει να εξακολουθούν πάντα να είναι σεβαστά. Η οικογένεια πρέπει να παίζει το ρόλο του φύλακα-άγγελου και όχι το ρόλο του φύλακα-δεσμοφύλακα. Ο ρόλος της, η συμπεριφορά της, είναι καταλυτικά και βασικά στη διαμόρφωση

* Χρήστης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η οποία ζει στη Θεσσαλονίκη όπου εργάζεται και δημιουργεί. Από τα εφηβικά της χρόνια γράφει ποίηση. Συνεργάστηκε με το περιοδικό «Τραμ» και είχε συμπεριληφθεί σε ετήσια ποιητική συλλογή του *Πρόσπερου*, καθώς και στην ανθολογία του Ψ.Ν.Θ. «*Ποιητικός Λόγος II*», έκδοση του Υπουργείου Πολιτισμού. Ποιήματά της επίσης έχουν παρουσιασθεί δραματοποιημένα σε διάφορα μέρη της Ελλάδας από την θεατρική ομάδα του Κέντρου Ημέρας του Ψ.Ν.Θ., της οποίας υπήρξε βασικό στέλεχος. Για αρκετά χρόνια εκπαιδεύτηκε και δούλεψε στο Εργαστήρι Κεραμικής του Κέντρου Ημέρας. Πρόσφατα το καλλιτεχνικό περιοδικό «*Μύθος*» δημοσίευσε ομοσέλιδο κεραμικό έργο της. Το παρόν κείμενο αποτελεί την εισήγησή της σε ημερίδα που οργάνωσε ο Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων (Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.) του Νομού Σερρών σε συνεργασία με την αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία «Καλειδοσκόπιο» στις 12.11.2006 στις Σέρρες και δημοσιεύθηκε στο περιοδικό του Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ. «*Υπο-στήριξη*» (Δεκέμβριος 2006).

της προς τα έξω συμπεριφοράς του ατόμου με ψυχική διαταραχή. Ας είναι λοιπόν θετικός...

Ο ερωτικός τομέας είναι ένα άλλο βασικό κεφάλαιο στη ζωή όλων μας. Στη συγκεκριμένη περίπτωση όλα γίνονται λίγο πιο δύσκολα. Πολλοί από εμάς έχουμε βιώσει την εγκατάλειψη και την απόρριψη μέσα από την εκδήλωση κάποιας ψυχικής διαταραχής. Ούτως ή άλλως, οι ερωτικές σχέσεις είναι από μόνες τους δύσκολες, πόσο μάλλον όταν υπάρχει κάποια τέτοια κατάσταση. Η ψυχική ασθένεια ήταν και παραμένει για τους περισσότερους ταμπού που στις περισσότερες περιπτώσεις δεν επιτρέπει τη συνεύρεση ατόμων που δεν ανήκουν στον ίδιο χώρο. Δεν είναι πάντα εύκολο γνωρίζοντας κάποιον ή κάποια να μιλήσεις γι' αυτό. Και μερικές φορές μπορεί να μην είναι δυνατόν να ανταποκριθείς σε μια τέτοια σχέση (πιθανή σεξουαλική δυσλειτουργία, ιδιαίτερες ευαισθησίες, αποχή από κοινές συνήθειες όπως π.χ. αλκοόλ, κ.α.).

Έτσι πολλοί στρεφόμαστε σε σχέσεις με άτομα του χώρου μας πράγμα που από μόνο του μειώνει τις επιλογές, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν γίνονται και δεν υπάρχουν πολύ καλές τέτοιες σχέσεις. Οι σχέσεις αυτές έχουν κατ' αρχήν το πλεονέκτημα της αμοιβαίας αποδοχής και κατανόησης, της αλληλοβοήθειας όταν αυτό απαιτείται, καθώς και μιας ενισχυμένης αίσθησης συντροφικότητας. Εγκυμονούν, ωστόσο, και τον κίνδυνο της περιθωριοποίησης του ζευγαριού εάν αυτό δεν αναζητά και προς τα έξω φιλικές επαφές και δραστηριότητες εκτός χώρου.

Η έλλειψη αυτοπεποίθησης για την εικόνα μας και κάποιες φορές ίσως κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία μπορεί εύκολα να οδηγήσει στην απομόνωση και στην παραίτηση από την αναζήτηση ερωτικού συντρόφου. Μια καλή κατά το δυνατόν ερωτική σχέση όμως είναι ένα εφαλτήριο για μια περαιτέρω ενεργητική και γεμάτη ζωή. Προβλήματα αντιμετωπίζουν όλοι. Γιατί όχι κι εμείς;

Από τις πολύ σημαντικές επίσης σχέσεις που αναπτύσσουμε μέσα από μια ψυχική διαταραχή είναι και οι σχέσεις μας με τις ιατρικές υπηρεσίες. Σχέσεις που εκ των πραγμάτων μερικές φορές γίνονται –ή βιώνονται τουλάχιστον– σαν πολύ προσωπικές. Ιδιαίτερα αυτές με τους νοσηλευτές, τους

ψυχολόγους, ψυχιάτρους και όσους άλλους εμπλέκονται στην παροχή τέτοιου είδους υπηρεσιών.

Ακόμη και τα άτομα μειωμένης αντίληψης νιώθουν και εισπράττουν άμεσα την όποια καλή διάθεση και συμπεριφορά όπως και το αντίθετο. Έτσι κι αλλιώς την αγάπη δεν θέλεις μισθό για να τη νιώσεις παρά μόνο καρδιά. Δε θα σταθώ σε ακραία φαινόμενα κακής συμπεριφοράς από πλευράς θεραπευτών γιατί είναι πραγματικά εξαιρέσεις. Δεν είναι εύκολη η αντιμετώπιση κάποιων περιστατικών και όλοι καταλαβαίνουμε ότι δεν είναι η πιο εύκολη δουλειά του κόσμου. Ωστόσο, από τη στιγμή που επιλέχθηκε περιμένουμε όλοι να γίνεται με σεβασμό, αν όχι πιθανόν σ' εμάς, σ' αυτή την επιλογή που κάποτε ίσως ξεκίνησε σαν ιδέα.

Θα τελειώσω με μια αναφορά στη σχέση μας με το κοινωνικό περιβάλλον. Συνήθως αυτή συνοψίζεται σ' αυτή τη μικρή φριχτή λέξη: «Στίγμα». Προσωπικά θα προτιμούσα δανειζόμενη τον τίτλο της ημερίδας να το ονομάσω το «φως της τρέλας». Είναι γνωστό ότι παλιότεροι πολιτισμοί ανά τον κόσμο περιέβαλλαν με σεβασμό τα άτομα με ψυχική διαταραχή, θεωρώντας ότι έχουν το χάρισμα να συνομιλούν με το θείο. Δεν έχουμε καμιά τέτοια απαίτηση ή προσδοκία, αλλά κάποια στιγμή πρέπει κάποια πράγματα να ξεπερνιούνται. Γίνονται ήδη αρκετές προσπάθειες σ' αυτή την κατεύθυνση.

Κάτι που είναι σημαντικό είναι να λείψει η άγνοια. Η άγνοια που είναι κατά κύριο λόγο η αιτία της προκατάληψης. Κι αυτό μπορεί να επιτευχθεί μόνο με ενημέρωση με κάθε τρόπο και με όλα τα μέσα. Με συμμετοχή των όποιων φορέων αλλά και με τη δική μας, των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αφού πρώτα αποστιγματιστούμε μόνοι μας, μπροστά στον καθρέφτη μας, πράγμα που πολλοί από μας δεν έχουμε κάνει γιατί δεν είχαμε τη δύναμη, τη γνώση, τη βοήθεια, την αγάπη κάποιων.

Υπάρχει φως μέσα στην τρέλα. Απαλό, δυνατό –δεν ξέρω– διαφορετικό για τον καθένα. Και είναι το φως της αγάπης που μπαίνει σαν από χαρμάδα για να φωτίσει αυτή την τρέλα, το φως της αγάπης για τον συνάνθρωπο, για το χτίσιμο κάθε σχέσης με την οικογένεια, τους φίλους, τον ερωτικό σύντροφο, με τον κόσμο.



Αποκατάσταση και κοινωνικός έλεγχος*

Franco Basaglia

Όταν μιλάμε για αποκατάσταση του ψυχικά πάσχοντος δεν μπορούμε να αναφερόμαστε αποκλειστικά και μόνο στις τεχνικές της αποκατάστασης, αλλά και στις βάσεις που στηρίζεται το οικοδόμημα και το εποικοδόμημα, από τις οποίες αυτές οι τεχνικές αποκτούν νόημα. Το ζήτημα της αποκατάστασης του ψυχικά πάσχοντος λοιπόν αφορά περισσότερο επίπεδα:

- 1) Το ατομικό επίπεδο, δηλαδή τον ασθενή και την ασθένειά του.
- 2) Το θεσμικό επίπεδο, ή το εποικοδόμημα μέσα στο οποίο ο ασθενής είναι περιορισμένος. Δηλαδή την επιστημονική κωδικοποίηση της ασθένειας, η οποία είναι έμμεσα συνδεδεμένη με τον καθορισμό των ορίων της κανονικότητας που παραβιάζονται από την όποια παθολογική συμπεριφορά. Επίσης, τη σχέση που το άτομο δημιουργεί με αυτή την κωδικοποίηση, αλλά και το θεσμό μέσα στον οποίο η ασθένεια είναι περιγεγραμμένη, αφού προηγουμένως ονοματίστηκε και κωδικοποιήθηκε.
- 3) Το δομικό επίπεδο, δηλαδή τη στρατηγική σημασία που έχει η δομή του θεσμού μέσα στο κοινωνικό σύστημα, του οποίου είναι ταυτόχρονα και έκφραση.

Μιλώντας, λοιπόν, για αποκατάσταση και επανένταξη είναι απαραίτητο αυτά τα τρία επίπεδα να είναι συμπληρωματικά μεταξύ τους και με κοινούς στόχους. Με την έννοια ότι ο ασθενής πρέπει να βρει στο ψυχιατρικό θεσμό, που έχει αναλάβει τη θεραπεία του, την απάντηση στις ανάγκες που προκύπτουν από την ασθένειά του. Και στην κοινότητα, εκείνα τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη.

Όμως, αν εξετάσουμε στην πραγματικότητα το ρόλο του ασθενούς μέσα στο ψυχιατρικό θεσμό και το ρόλο αυτού του συγκεκριμένου θεσμού στη δυτική κοινωνία, φαίνεται καθαρά ότι αυτά τα τρία επίπεδα που αναφέραμε βρίσκονται σε ανταγωνισμό μεταξύ τους. Οι ανάγκες του ασθενούς μέσα στο ψυχιατρικό θεσμό βρίσκονται σε ανταγωνισμό με την οργάνωση και την ιδρυματική λειτουργία του ψυχιατρείου. Βέβαια, αυτή η λειτουργία είναι αναγκαία για την επιβίωση του ψυχιατρείου ως κοινωνικού θεσμού. Μία λειτουργία που βασίζεται κυρίως στην καταπίεση και στην ισοπέδωση του ατόμου. Η χρονιοποίηση της νόσου που αναπαράγεται και ανατροφοδοτείται στο ψυχιατρείο είναι ο κανόνας. Με την έννοια ότι οποιαδήποτε συμπεριφορά, η οποία επιβάλλεται από τον ψυχιατρικό θεσμό, επικυρώνει και επιδεινώνει την αντικειμενοποίηση και την έλλειψη ταυτότητας που προέρχεται από την ίδια την ασθένεια, μέσω της ολοκληρωτικής αντικειμενοποίησης του εγκλειστού και της ολοκληρωτικής ταύτισής του με τις καταστροφικές πρακτικές του ιδρύματος.

Δηλαδή το Άσυλο είναι μία πραγματικότητα όπου οι κανόνες του καταστρέφουν το άτομο εν ονόματι μίας οργανωτικής δομής που θα έπρεπε να λειτουργεί και να είναι ταγμένη για τη θεραπεία του ασθενούς.

Αλλά πέρα από κάθε οργανωτικού τύπου αιτιολογία, τελικά οι ανάγκες του ατόμου παραχωρούνται στην ιδρυματική οργάνωση του νοσοκομείου γενικότερα. Το ψυχιατρείο, όντας ένας από τους βασικούς πυλώνες του κοινωνικού συστήματος και της διατήρησης της δημόσιας τάξης, έχει και μία άλλη λειτουργία στρατηγικού τύπου που είναι

* Το άρθρο με τίτλο «Riabilitazione e controllo sociale» περιλαμβάνεται στο βιβλίο: Basaglia, F. [1982]. *Scritti II, 1980, Dall' apertura del manicomio alla nuova legge sull' assistenza psichiatrica*. Torino: Giulio Einaudi. Μετάφραση: Ασπρινάκης Γιώργος (Ψυχίατρος, Αναπλ. Διευθυντής, Ψ.Ν.Α. Δρομοκαΐτειο).

ο αποκλεισμός και ο ρατσιστικός διαχωρισμός. Αυτό σημαίνει ότι σε μία εν πολλοίς ανομολόγητη φυλακτικού τύπου λειτουργία του Ασύλου –που βρίσκεται σε ξεκάθαρη αντίφαση με τους θεραπευτικούς σκοπούς του– υπεισέρχονται και διάφορα στοιχεία τα οποία έχουν ελάχιστη σχέση με την ασθένεια. Φτάνει να αναλύσουμε ποιος τελικά υπόκειται σ' αυτές τις υποβόσκουσες κυρώσεις των θεσμών αυτών –αυτός που δεν μπορεί να διαχειριστεί μόνος του τις ασθένειές του και τις παρεκκλίσεις του, δηλαδή ο φτωχός– για να καταλάβουμε ότι η λειτουργία τους είναι ο σαφής κοινωνικός έλεγχος ατόμων που δεν ελέγχονται, αφού δεν συμμετέχουν στην παραγωγή. Η ασθένεια, εν προκειμένω, χρησιμοποιείται ως ευκαιρία για μια πράξη αποκλεισμού που σχεδόν πάντα είναι χωρίς επιστροφή και τελικά επικυρώνει την παθολογική κατάσταση. Η ιατρική ιδεολογία, η οποία τροφοδοτεί το θεσμό, είναι αναγκαία για να απορροφήσει στο πεδίο δράσης της αντιφάσεις που δεν ανήκουν αναγκαστικά στην αρμοδιότητά της, δίνοντας ένα τεχνικοεπιστημονικό χαρακτήρα στον κοινωνικό αποκλεισμό. Αυτό συμβαίνει στις χώρες που η τεχνολογική και βιομηχανική ανάπτυξη είναι τέτοια που επιτρέπει τον έλεγχο στις αποκλίνοσες και υπερβολικές συμπεριφορές μέσω του αποκλεισμού και της απομόνωσης, οι οποίες θα μπορούσαν να εμποδίσουν την ανάπτυξη της παραγωγής.

Ο ιδρυματισμός των «ατάκτων» με τον αντίστοιχο κοινωνικό στιγματισμό είναι στην πραγματικότητα ένα φαινόμενο που συνδέεται άμεσα με τη γέννηση της βιομηχανικής περιόδου και ιδιαίτερα με τη φάση της εξάπλωσής της. Δηλαδή, όταν προέκυψε η ανάγκη να κωδικοποιηθεί η διαφορετικότητα και να δημιουργηθούν γι' αυτήν τα κατάλληλα ιδρύματα-θεσμοί (και οι αντίστοιχες επιστημονικές ιδεολογίες) χρειάστηκε να διαχωριστούν τα διαταρακτικά στοιχεία από αυτά που ήταν ενταγμένα στην παραγωγή. Από εκείνη τη στιγμή τα όρια της κανονικότητας καθορίστηκαν σύμφωνα με τις ανάγκες της παραγωγής. Συγκεκριμένα, διευρύνονταν ή στένευε η ανοχή του «διαφορετικού» σύμφωνα με τις ανάγκες που υπαγορεύονταν από τις διακυμάνσεις της βιομηχανικής ανάπτυξης. Έτσι,

τα τελευταία είκοσι χρόνια παρατηρήθηκε γενικότερα ένας βαθμιαίος μετασχηματισμός της ψυχιατρικής, που αφορούσε τους θεσμούς και τις ψυχιατρικές τεχνικές σαν απάντηση στην αυξανόμενη οικονομική ανάπτυξη. Επιβεβαιώνοντας, με αυτό τον τρόπο, την απόλυτη ταύτιση θεσμών και θεραπευτικών τεχνικών με την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη.

Η ιδρυματική πραγματικότητα είναι ένα ξεκάθαρο παράδειγμα. Το Άσυλο είχε σκοπό τον αποκλεισμό και την απομόνωση στην προκαπιταλιστική περίοδο. Η **Θεραπευτική Κοινότητα** με τη σχετική απελευθέρωση των ιδρυματικών σχέσεων και με έμφαση στην επανένταξη και στην κοινωνική αποκατάσταση αναπτύχθηκε την περίοδο της καπιταλιστικής ανάπτυξης (π.χ. η γέννηση της κοινοτικής ψυχιατρικής στην Αγγλία έγινε αμέσως μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο). Τα κοινοτικά **Κέντρα Ψυχικής Υγείας**, που αναπτύσσονται τώρα στις Η.Π.Α. σε περίοδο ανεπτυγμένου καπιταλισμού, λειτουργούν ως εργαλείο που επεκτείνει προς τα έξω τον κοινωνικό έλεγχο των περιθωριακών και των αποκλιόντων από την κοινωνική νόρμα.

Όλες αυτές είναι θεσμικές απαντήσεις νεωτερικού τύπου (απομόνωση, αποκατάσταση, ολοκληρωτικός έλεγχος, ψυχιατρικοποίηση), οι οποίες από τεχνικής άποψης αντιστοιχούν πλήρως σε συγκεκριμένα οικονομικά αιτήματα. Γίνονται δε αποτελεσματικές, μόνο τη στιγμή κατά την οποία η οικονομική κατάστασή τους το απαιτεί. Που σημαίνει ότι αυτές οι τεχνικές συνεχίζουν να διατηρούν ανέπαφη –μοιλονότι παρουσιάζονται ως νεωτερικές– τη λειτουργία των ιδρυματικών θεσμών μέσα στο δεδομένο κοινωνικο-οικονομικό σύστημα, του οποίου είναι ταυτόχρονα και έκφραση. Και αυτό προς επικύρωση της τομεοποίησης ή του ολοκληρωτικού ελέγχου, σύμφωνα πάντα με τις εκάστοτε ανάγκες της παραγωγής.

Η διεύρυνση της ιδεολογίας φυλακτικού τύπου και στην ιατρική, όπως και η ενσωμάτωση κοινωνιολογικών θεωριών στο χώρο της ψυχιατρικής φροντίδας, είχε ως συνέπεια τη σταδιακή εισαγωγή κοινωνικών στοιχείων στη διαμόρφωση και στην αποκρυστάλλωση της ψυχικής νόσου. Επίσης, επεκτάθηκαν τα εργαλεία του κοινωνικού ελέγχου,

που με τη σειρά τους μετατράπηκαν σε μεθοδολογίες και παρεμβάσεις τεχνικά εξειδικευμένες.

Οπότε η αποκατάσταση του ψυχικά πάσχοντος θα πρέπει να είναι η αποκάλυψη των ιδεολογιών που σταδιακά και μεθοδικά τη συγκαλύπτουν, διαμορφώνοντάς τη συγχρόνως κατ' εικόνα και ομοίωσή τους. Δηλαδή η ασθένεια μετασχηματίζεται κάθε φορά απ' αυτό που ήταν αρχικά –μία από τις ανθρώπινες αντιφάσεις ανάμεσα στη ζωή και στο θάνατο– σε κάτι που σιγά-σιγά κωδικοποιείται, για να ταυτιστεί με τον ιδρυματικό θεσμό, ο οποίος καταλήγει τελικά να την εκπροσωπεί. Αυτό σημαίνει ότι κάθε φορά η ασθένεια αποκτά ένα κοινωνικό προσωπείο διαφορετικό, σύμφωνα με τις διάφορες ιδεολογικές εκδηλοποιήσεις που διαμορφώνουν τη θεραπεία και τη διαχείρισή της. Χωρίς ποτέ να αμφισβητηθεί η χειραγώγηση που γίνεται στην ασθένεια σε κάποια συγκεκριμένα κοινωνικά επίπεδα, τα οποία επιτρέπουν ή εμποδίζουν την αποκατάσταση με κριτήρια που είναι εντελώς ξένα με αυτή.

Ο τελικός σκοπός της δικής μας δράσης, λοιπόν, δεν είναι ο αγώνας ενάντια στη ψυχική νόσο, ούτε η σχηματική διατύπωση ότι «η ψυχική νόσος δεν υπάρχει παρά μόνο σαν κοινωνικό παράγωγο», κάτι που θα μετέθετε το πρόβλημα της ασθένειας –που είναι βέβαια βιολογικό, ψυχοβιολογικό και κοινωνικό ταυτόχρονα– σε μία άλλη στιγμή κοινωνικής οργάνωσης, όπου όλες οι ανάγκες θα μπορούσαν να ικανοποιηθούν.

Ο πραγματικός αγώνας θα πρέπει τώρα να αρχίσει να κατευθύνεται ενάντια στην ιδεολογία, η οποία προσπαθεί να συγκαλύψει κάθε φυσιολογική αντίφαση και παράγει μεθοδολογίες ελέγχου και διαχείρισης της ασθένειας, οπότε γίνεται κατάλληλη να χειραγωγιεί σύμφωνα με τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Πολλά πρακτικά παραδείγματα αποδεικνύουν ότι υποστήριξα μέχρι τώρα. Σε όλο τον κόσμο παρατηρήσαμε τα τελευταία είκοσι χρόνια προσπάθειες μετασχηματισμού του ιδρυματικού θεσμού στην ψυχιατρική. Παντού καταγγέλλθηκε η βία του Ασύλου και υπήρξαν πρακτικές προσπάθειες απελευθέρωσης ή εξανθρωπισμού των Ασύλων. Όμως παραμένουν ακόμα μεμονωμένες περιπτώσεις που

συνεχίζουν να διατηρούν ένα παραδειγματικό χαρακτήρα. Έτσι, ενώ απ' τη μια μεριά είναι εύκολο να διατυμπανίζει κανείς ότι συντάσσεται με την πρωτοπορία και την αντίστοιχη ιδεολογία, ιδιοποιούμενος αρκετά γρήγορα ένα συγκεκριμένο ληξιλόγιο, από την άλλη η ασυλκή πραγματικότητα παραμένει η ίδια. Στην Ιταλία, παραδείγματος χάριν, το άνοιγμα στην κοινωνία –κάτι που είχε προταθεί σε διαφορετικές στιγμές σε άλλα κράτη με διαφορετικές παραδόσεις και πολιτισμικό επίπεδο διαφορετικό– κατάφερε να δημιουργήσει μία ρήξη μέσα στην παραδοσιακή ψυχιατρική κουλτούρα, τα αποτελέσματα της οποίας θα ήταν χρήσιμο να αναλύσουμε.

Η ψυχιατρική –συνδεδεμένη με μία αντίληψη λίγο πολύ θετικιστικού τύπου όσον αφορά την ψυχική ασθένεια, παρά την τυπική επιλεκτικότητα που τη χαρακτηρίζει– βλέπει με μεγάλη δυσπιστία τις κοινωνικές συνιστώσες της ψυχικής νόσου. Αυτό της επιτρέπει να διατηρεί το αντικείμενο της μελέτης της, φαινομενικά τουλάχιστον, κοινωνικά άσηπτο και ουδέτερο, εξασφαλίζοντάς της μία υποτιθέμενη επιστημονική αντικειμενικότητα. Για την πραγματιστική αγγλοσαξωνική κουλτούρα –απ' όπου ξεκίνησαν τα καινούρια ψυχιατρικά κινήματα τύπου θεραπευτικής Κοινότητας– ήταν σχετικά εύκολο να δεχτεί έναν καινούριο προσανατολισμό στην ψυχιατρική ρίχνοντας τα τείχη της ασθένειας και των αντίστοιχων θεσμών που την περιέβαλλαν...

Αλλά στην Ιταλία μία παρόμοια προσπάθεια συνάντησε σε πρακτικό επίπεδο σημαντικά εμπόδια, παρόλο που οι αντιστάσεις και οι κατά καιρούς αρνητικές στάσεις μεταμφιέζονταν με τη μορφή σχεδιασμών, ιδεολογικών διακηρύξεων κ.λπ. Παρέμειναν, όμως, μέχρι σήμερα στο επίπεδο της απλής διατύπωσης αρχών.

Ωστόσο, η αποδοχή αυτού του νέου προσανατολισμού στην ψυχιατρική προϋποθέτει και την αμφισβήτηση της παντοδυναμίας του ρόλου του γιατρού, που θεωρείται ο μοναδικός θεματοφύλακας και εγγυητής της υγείας του ασθενούς. Τελικά χρειάζεται να θεωρήσουμε την υγεία κοινό αγαθό, στη διαχείριση της οποίας κάθε μέλος της κοινωνίας πρέπει να συμμετέχει.





Όταν λοιπόν γίνεται ξεκάθαρη η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ψυχική νόσο και στο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εμφανίζεται, συνυπάρχουν κοινωνικά και πολιτικά στοιχεία που καθορίζουν και το χαρακτήρα της νόσου. Οπότε μία προσέγγιση αμιγώς τεχνοκρατική για την ψυχική νόσο –με την παραδοσιακή έννοια του όρου– αποκτά τη σχετική σημασία μόνο επιφανειακά. Αυτό δε που μένει να καθορίσουμε είναι η φύση του «κοινωνικού» στο οποίο αναφερόμαστε. Γιατί αν τη θεωρήσουμε σαν μία απλή ψυχολογική αλληλεπίδραση, που χειραγωγείται με εξειδικευμένες τεχνικές αγνοώντας το σύνολο των κοινωνικών σχέσεων και της παραγωγικής διαδικασίας, τότε την περιορίζουμε και καταλήγουμε να μην αντιλαμβανόμαστε το παιχνίδι μέσα στο οποίο έχουμε εγκλωβισθεί. Και έτσι οι καινούριες ψυχιατρικο-κοινωνικές τεχνικές, που γεννήθηκαν σε αντιπαράθεση με τη σκληρή ιδρυματική διαχείριση της ψυχικής νόσου, καταλήγουν στην πραγματικότητα ένας καινούριος τρόπος χειραγώγησης, που καλύπτει κάτω από ένα μεθοδολογικό μανδύα την έννοια του κοινωνικού ελέγχου. Και μέσα σ' αυτό το πλαίσιο προφανώς το παιχνίδι δεν αλλιάζει. Αυτό που συμβαίνει τελικά, είναι μία μεγαλύτερη ανακατανομή της πίττας ανάμεσα στους ψυχιάτρους και στους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δρουν στην κοινότητα, η δουλειά των οποίων παραμένει πάντα η ίδια: δηλαδή να διατηρηθεί η αξιοπιστία του ορισμού της κανονικότητας σταθερή μέσα στα σύνορα των τεχνικομεθοδολογικών ειδικοτήτων τους.

Οι νέες τεχνικές της αποκατάστασης γεννήθηκαν κυρίως μέσα από την άρνηση της ασυλκής πραγματικότητας, αλλά και σαν εκδήλωση των αντιφάσεων ανάμεσα στις θεωρητικές επεξεργασίες και στις ιδρυματικές πρακτικές. Στην αποκορύφωσή τους αυτές οι καινούριες τεχνικές παρουσιάζονται, από τη μια μεριά, ως κινήματα με πραγματικούς στόχους μέσα στο Άσυλο –όπου ο ασθενής ζει και ανατροφοδοτεί την αρρώστια του– και από την άλλη, ως κριτική απέναντι σε μια επιστήμη που κατέληξε να είναι ένα μεταφυσικό δόγμα, καταγγέλλοντάς την, καθώς είναι απύσχα από οποιαδήποτε σχέση με το αντικείμενο της έρευνάς

της. Η θεραπευτικότητα των νέων τεχνικών αποκατάστασης βασίζεται κυρίως στη ζωντάνια της διαλεκτικής διαδικασίας, στην οποία συμμετέχουν ενεργά όλα τα υποκείμενα και όλοι οι παράγοντες της ομάδας που εμπλέκονται στην αποκατάσταση. Δηλαδή η διαδικασία μετασχηματισμού βρίσκεται ακριβώς πάνω στο όριο της ελευθερίας και της νέας πρακτικής αντίληψης. Αντίθετα, τη στιγμή κατά την οποία οι νέες τεχνικές αρχίζουν να αποκρυσταλλώνονται, ως μία λειτουργική «επιστήμη» οργανωμένη με τα καινούρια της δόγματα και τους καινούριους μύθους, η ελευθερία που είναι αναγκαία για τη διαδικασία του μετασχηματισμού εξαφανίζεται, απαιτώντας από τον άρρωστο να ταυτιστεί ξανά με το καινούριο προσωπείο της ασθένειας που υπαγορεύεται από την καινούρια διαχείριση.

Στην Αγγλία, η υλοποίηση και η δογματική εφαρμογή των νέων τεχνικών αποκατάστασης κοινωνικού τύπου –πέρα από το γεγονός ότι εντάχθηκαν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας μέσω του Νόμου για την Ψυχική Υγεία (National Act) του 1959– συνδέθηκαν επίσης με την ιδιαίτερη οικονομική κατάσταση που προέκυψε μεταπολεμικά και με την αυξημένη ζήτηση εργατών ιδιαίτερα εκείνη την περίοδο. Δηλαδή κατάφεραν να δημιουργήσουν θεσμούς που χρησίμευαν στην αποκατάσταση ασθενών σε μία κοινωνία, η οποία είχε ανάγκη από αποκατεστημένα άτομα. Ήταν μία «τεχνοκρατική» απάντηση απέναντι σε ένα οικονομικό πρόβλημα και αντιστοιχούσε πλήρως στις ανάγκες για τις οποίες μιλήσαμε στην αρχή. Μία πραγματική συγκυρία ανάμεσα σε μία τεχνοκρατικού τύπου λειτουργία και στην κοινωνική δομή μέσα στην οποία λειτουργούσε.

Αντίθετα στην Ιταλία, η αποκατάσταση του ψυχικά πάσχοντος πέρασε από αγώνες μέσα στο Άσυλο (αγώνες που ξεκίνησαν από την πρακτική καταγγελία της βίας που ασκούσαν, μέχρι το ξεσκέπασμα της ψυχιατρικής και της ιδεολογίας της) για να επιβάλλουμε ένα καινούριο πρόσωπο της ψυχικής νόσου, σε μια οικονομική συγκυρία όπου η παραγωγή δεν είχε ανάγκη από αποκατεστημένα άτομα. Ο αγώνας ενάντια στο ψυχιατρικό Άσυλο σε εμάς είχε μια ανταγωνιστική λειτουργία απέναντι

στο κοινωνικό σύστημα μέσα στο οποίο εντασσόταν και το Άσυλο. Αναδεικνύοντας πρακτικά αντιφάσεις, που καμία καθαρά «τεχνοκρατικού» τύπου λύση δεν θα μπορούσε να τις συγκαλύψει. Η πρωτοπορία λιοπόν των ειδικών με αυτό τον τρόπο είχε και μία πολιτική λειτουργία, προτείνοντας λύσεις που έβαζαν σε κρίση την ισορροπία του κοινωνικού συστήματος γενικότερα. Ξεσκεπάζοντας τους υφιστάμενους μηχανισμούς, τη λειτουργία ιδεολογιών και θεσμών, ως παράγοντες προστασίας της δεδομένης κοινωνικο-οικονομικής δομής. Ήταν τελικά μία πρόταση από τη μεριά των ειδικών, που προηγούνταν κάποιου οικονομικού αιτήματος και γι' αυτόν ακριβώς το λόγο λειτουργούσε· για να ξεσκεπάσει τον τρόπο με τον οποίο η ψυχιατρική ιδεολογία νομιμοποιούσε και επικύρωνε, με ένα τεχνικοεπιστημονικό τρόπο, τον ασυλικό ρόλο σ' αυτόν που δεν ήταν χρήσιμος στη διαδικασία της παραγωγής.

Η νέα ψυχιατρική πρόταση, σ' αυτή την περίπτωση, χρειάστηκε για να προσφέρει τη δυνατότητα να δημιουργηθούν απόψεις, γνώμες, κρίσεις και διάφορες δραστηριότητες, που όμως δεν μπορούσαν να υλοποιηθούν εξαιτίας της υπάρχουσας κοινωνικής δομής. Γι' αυτό μία εξειδικευμένη παρέμβαση, που προτίθεται να αγνοήσει το ρόλο του συγκεκριμένου κοινωνικοοικονομικού συστήματος μέσα στο οποίο δρα, οποιαδήποτε αλλαγή επιφέρει θα είναι φαινομενική, με την έννοια ότι θα επηρεάσει μόνο επιφανειακές καταστάσεις χωρίς να ακουμπάει τον πυρήνα του προβλήματος. Κάθε φορά που προτείνεται μία εναλλακτική λύση σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, βάζοντας σε αμφισβήτηση και τη θεραπευτική διαδικασία και την κοινωνική δομή, αυτή γίνεται αποδεκτή μόνο αν παρουσιασθεί ως μία πρόταση ενός εξειδικευμένου θεραπευτικού μοντέλου, δηλαδή μιας καινούριας λειτουργίας χρήσιμης στην επιφανειακή ανανέωση των θεσμών. Χρησιμοποιεί δε ένα καινούριο επιστημονικό λεξιλόγιο, διατηρώντας όμως ανέπαφο τον πυρήνα του προβλήματος. Γι' αυτό το λόγο όλες οι καινούριες δράσεις, που ξεκίνησαν μία πραγματική διαδικασία μετασχηματισμού του Ασύλου από τις παλιές δομές, θα μπορούσαν τουλάχιστον να ακολουθήσουν το δρόμο των μεταρρυθ-

μίσεων που υποτίθεται ότι βαθμιαία θα αλλιάζουν και τις δομές, μέσα από θεσμικές και ιδεολογικές αλλαγές. Όμως, αν η αναπαλαιωμένη επιστημονική ιδεολογία –μέσω γενικόλογων διατυπώσεων μεταρρύθμισης– χρησιμοποιείται για να καλύψει την αδράνεια και την ακαμψία της βασικής δομής, η φαινομενική πρόοδος των διαφόρων θεραπευτικών τεχνικών, μέσω ενός υποτιθέμενου επιστημονικού ανοίγματος, καταλήγει σιγά-σιγά στο πρωταρχικό επίπεδο της κοινωνικής δομής που υποτίθεται ότι ήθελε να αλλιάξει. Η αποκατάσταση ασθενών σε χώρες όπου το πρόβλημα της πλήρους απασχόλησης δεν έχει λυθεί είναι μία ψευδαίσθηση των ειδικών με ταυτόχρονη συρρίκνωση των ορίων της κανονικότητας. Οπότε, έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του αποκλεισμού των ατόμων που θεωρούνται ότι παρεκκλίνουν από τη γενική νόρμα, που αποτελεί χαρακτηριστικό στοιχείο της παιδιοκαπιταλιστικής πραγματικότητας. Τους «αποκατασταθέντες» η κοινωνία μας δεν ξέρει τι να τους κάνει. Ούτε ξέρει τι να κάνει με όλη αυτά άτομα που περιθωριοποιούνται ως «υπόλειμμα» από τον συγκεκριμένο τύπο της παραγωγής. Που σημαίνει ότι η τεχνικο-θεραπευτική δράση –η οποία δείχνει ικανή να αποκαταστήσει τον ψυχικά πάσχοντα (και αυτό είναι το καινούριο προσωπείο της ασθένειας)– δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή και να υλοποιηθεί πρακτικά από τη σημερινή οικονομική μας κατάσταση.

Στην Ιταλία, η ολοκληρωτική απουσία ενός προγραμματισμού πραγματικής ψυχιατρικής φροντίδας, πέρα από τις μικρές μεταρρυθμίσεις που τη μια μέρα παραχωρούνται και την άλλη αναιρούνται, είναι μία ξεκάθαρη απόδειξη των παραπάνω.

Το νόημα της αποϊδρυματικής εμπειρίας που έγινε σε έναν ψυχιατρικό θεσμό στην Ιταλία (αναφερόμαστε ιδιαίτερα στην εμπειρία του ψυχιατρείου της Gorizia απ' όπου ξεκίνησε το κίνημα ενάντια στους ιδρυματικούς θεσμούς για τους οποίους μιλήσαμε) ήταν η κατανόηση της αδυναμίας –μέσω βέβαια μίας πρακτικής– που υπήρχε για μια μονόπλευρη παρέμβαση μέσω τεχνοθεραπευτικών μεθοδολογιών. Αφού, από τη μια μεριά, δεν μπορούσαν να προχωρήσουν, γιατί αναστέλλονταν από τη γενικότερη κοινωνική δομή, η οποία αρ-

νείτο αυτές τις θεραπευτικές μεθοδολογίες και από την άλλη, αυτοκαταστρέφονταν μέσα από τις νέες στερεοτυπικές πρακτικές και δυναμικές από τις οποίες γεννήθηκε αρχικά η θεραπευτικότητά τους.

Με αυτούς τους όρους, το πρόβλημα της αποκατάστασης του ψυχικά πάσχοντος –με το σχετικό πρόβλημα του ανοίγματος ή του κλεισίματος των Ασύλων και ως εκ τούτου, του βαθμού καταπίεσης ή ανοχής με τον όποιο γίνεται η διαχείρισή τους– δεν συνδέεται άμεσα τόσο με την παρουσία ή απουσία του παθολογικού γεγονότος, όσο με τη μεγαλύτερη ή μικρότερη ανάγκη των διαθέσιμων εργασιακών αποθεμάτων που έχει ανάγκη η παραγωγή, δηλαδή από τη μεγαλύτερη ή μικρότερη ζήτηση της αγοράς. Έως ότου δεν θα υπάρχει το οικονομικό κριτήριο απορρόφησης των περιθωριακών μειοψηφιών, η παρέμβαση των ειδικών της ψυχιατρικής θα παραμένει σαν μία δυνατότητα απραγματοποίητη σε πρακτικό επίπεδο. Και τότε τα όρια της κανονικότητας θα παραμένουν αμετακίνητα στο σημείο στο οποίο ο αποκλεισμός και η αποκατάσταση συμπίπτουν ταυτόχρονα και με τρόπο ισοδύναμο.

Η συζήτηση για τις διάφορες τεχνικές της αποκατάστασης και η προτίμηση κάποιων αντί άλλων σημαίνει ότι περιοριζόμαστε σε ένα επιφανειακό επίπεδο, αποδεχόμενοι παθητικά το κοινωνικό παιχνίδι που μας καθορίζει και ορίζει επίσης και την ουσιαστική σημασία της δράσης μας, αντιστρέφοντας τους στόχους μας. Η θεραπεία μεταμορφώνεται σε έλεγχο και η φροντίδα σε μία μορφή καταπίεσης και κυριαρχίας. Οι τεχνικές θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται για να ανταποκριθούν στις βασικές ανάγκες του ατόμου. Όμως αφού περάσει η αρχική περίοδος του μετασχηματισμού μεταπίπτουν αυτόματα σε μία νέα κατάσταση, όπου προσπαθούν να ανασυντάξουν τις ανάγκες του ασθενούς και να ορθολογικοποιήσουν ιδεολογικά τον μετασχηματισμό που έγινε. Που σημαίνει ότι οι απαντήσεις που δίνονται απομακρύνονται ακόμα μια φορά από τις ανάγκες. Και ακόμα μια φορά μετασχηματίζονται σε ορισμούς και κωδικοποιήσεις όπου οι ανάγκες θα ταυτιστούν με αυτές. Και έτσι θα ενσωματωθούν, θα περιοριστούν, αφού δεν βρήκαν μία πραγματική απάντηση. Δηλαδή θα βρεθούν πάλι υπό έλεγχο.

Στην περίπτωση της ψυχικής νόσου η ανταπόκριση στις ανάγκες του ατόμου είναι ακόμα περισσότερο αμφίλογη, δεδομένου ότι συμπτώματα και δημόσια τάξη είναι πάντα στενά συνδεδεμένα. Σ' αυτό το πλαίσιο, η ασθένεια έχει χάσει την πρωταρχική της σημασία. Γίνεται αντικοινωνικότητα, επικινδυνότητα, προσβολή της δημοσίας αιδούς, και σαν τέτοια καταλήγει αντικείμενο κοινωνικού αποκλεισμού που χρειάζεται με κάποιο τρόπο να οργανωθεί και να χειραγωγηθεί. Αφού λοιπόν η αντικοινωνικότητα και η αλλοτρίωση των ατόμων αυξάνουν, προκύπτει αναγκαία και η διεύρυνση του ψυχιατρικού ελέγχου, ο οποίος θα επιτευχθεί ιδεολογικοποιώντας και τονίζοντας ιδιαίτερα την αντικοινωνικότητα της ψυχικής νόσου. Οι μέθοδοι και οι τεχνικές που είχαν επεξεργασθεί μέσα στο Άσυλο βγαίνουν τώρα έξω, στην ευρύτερη κοινωνία, όπου η αντικοινωνικότητα και η αλλοτρίωση αναπαράγονται και έτσι γίνονται τεχνικές κοινωνικού ελέγχου. Οι ολοκληρωτικοί θεσμοί τείνουν ν' ανοίξουν προς τα έξω, σε μία κοινωνία που είναι ολοκληρωτικά ιδρυματοποιημένη από κάθε μορφή ελέγχου και ολοκληρωτικών τεχνικών. Το εργοστάσιο, το ψυχιατρείο, η φυλακή, το σχολείο, η οικογένεια, βρίσκονται όλα στο ίδιο θεσμικό επίπεδο, στο οποίο γίνεται προσπάθεια να εισαχθούν νέες τεχνικές χειραγώγησης. Τεχνικές που γεννήθηκαν στην προσπάθεια μιας καινούριας απάντησης στο ψυχιατρικό πρόβλημα. Και ενώ λοιπόν οι ολοκληρωτικοί θεσμοί μένουν φρικτές πραγματικότητες, όπως άλλωστε ήταν πάντα –με καταπιεστική ή ανεκτική διαχείριση– οι νέες τεχνικές, πάνω στις οποίες βασίζεται η αποκατάσταση της ψυχικής νόσου, επικεντρώνονται πάνω στην ελεγχόμενη επικοινωνία, πάνω στο «reaching of a consensus» στη χειραγώγηση της ομάδας και έτσι εξάγονται ως καινούρια εργαλεία χειραγώγησης των μαζών.

Εν κατακλείδι, ο εστιασμός της δράσης μας και των τεχνικών μας δεν μπορεί να είναι αγώνας απέναντι στην ψυχική αρρώστια σαν μία αφηρημένη οντότητα, αλλά πρέπει να προσανατολισθεί και να θεωρήσει την αρρώστια σαν μία αντίφαση. Οπότε και την αποκατάσταση σαν απάντηση σ' αυτήν ακριβώς την αντίφαση. Αντίφαση η οποία δεν μπορεί να καλυφθεί ή να μετασχηματισθεί επιφανειακά από νέες επιστημονικές ιδεολογίες. Ακριβώς επειδή δεν καταφέρνουν να ανταποκριθούν στο ψυχιατρικό πρόβλημα, αναγκαστικά μετασχηματίζονται σαν ένας καινούριος περιορισμός είτε υπό μορφή κωδικοποίησης της αρρώστιας, είτε υπό μορφή κωδικοποίησης της αποκατάστασης.

Αυτό που πρέπει να προσπαθούμε και να συνεχίζουμε να αποδεικνύουμε στην καθημερινή πρακτική μας είναι ότι η ζωή μας βασίζεται και καθορίζεται από ιδεολογίες, στην υπηρεσία και στη στήριξη της άρχουσας τάξης και εις βάρος των υπολοίπων. Ο αγώνας, λοιπόν, είναι ενάντια στην ιδεολογία που τείνει να παράγει διάφορες μεθοδολογίες απέναντι στις φυσικές αντιφάσεις, για να εμποδίσει μια πραγματική αντιμετώπιση αυτών. Οι ειδικοί, οι επαγγελματίες, δεν μπορούν να είναι οι μοναδικοί πρωταγωνιστές στην αποκατάσταση και στη φροντίδα του ασθενούς. Τα υποκείμενα αυτής της αποκατάστασης πρέπει να είναι τόσο ο ασθενής όσο και ο υγιής. Όπου ως πρωταγωνιστές του μετασχηματισμού της κοινωνίας στην οποία ζουν μπορούν να γίνουν και πρωταγωνιστές μιας επιστήμης, της οποίας οι τεχνικές θα χρησιμοποιούνται για την προστασία τους και όχι εναντίον τους. Εάν η κοινωνία συνεχίσει να βασίζεται στα πρόνοια των ολίγων, στην καταπίεση, στην κατάχρηση εξουσίας και στη λογική του κεφαλαίου, κάθε τεχνική θα μεταφράζεται αναπόφευκτα σε καταπίεση, βία και θάνατο των περισσότερων.



Η παράνοια και η δυναμική του αποκλεισμού*

Edwin M. Lemert**

Μία από τις λίγες γενικεύσεις πάνω στην ψυχωτική συμπεριφορά, που κατάφεραν να διατυπώσουν οι κοινωνιολόγοι με σχετική συναίνεση και με μίαν ορισμένη βεβαιότητα, είναι ότι μια τέτοια συμπεριφορά θεωρείται το αποτέλεσμα ή η εκδήλωση μιας αταξίας ανάμεσα στο άτομο και στην κοινωνία. Η γενίκευση είναι φυσικά ευρεία και, παρόλο που μπορεί εύκολα να δείχθει με παραδείγματα από τους κλινικούς φακέλους, είναι αναγκαίο να εμβαθύνουμε στην έννοια και να περιγράψουμε τη διαδικασία διαμέσου της οποίας –στη δυναμική των ψυχικών διαταραχών– διαπιστώνεται αυτή η ρήξη της επικοινωνίας. Ανάμεσα στους διάφορους τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος, η διατύπωση του Cameron για την ψευδοπαρanoiειδή κοινότητα είναι η πιο σοβαρή.¹

Στην ουσία της, η ιδέα της ψευδοπαρanoiειδούς κοινότητας μπορεί να οριστεί ως εξής:²

«Παρanoiικός είναι εκείνος που, σε καταστάσεις ασυνήθους στρες, ωθείται –λόγω της δικής του ανεπαρκούς ικανότητας κοινωνικής μάθησης– σε ακατάλληλες κοινωνικές αντιδράσεις. Από κομμάτια της κοινωνικής συμπεριφοράς των άλλων, ο παρanoiικός οργανώνει συμβολικά μια ψευδοκοινότητα, τις λειτουργίες της οποίας αντιλαμβάνεται

ότι εστιάζονται πάνω του. Οι αντιδράσεις του, σ' αυτή τη φανταστική κοινότητα που βλέπει γεμάτη από απειλές, τον ωθούν σε μίαν ανοιχτή σύγκρουση με την πραγματική κοινότητα, εξαναγκάζοντάς την σε μια παροδική ή διαρκέστερη απομόνωση από όσα τον αφορούν. Η «πραγματική» κοινότητα, που είναι ανίκανη να πάρει θέση στις στάσεις και στις αντιδράσεις του, μπαίνει σε δράση διαμέσου ενός ενεργητικού ελέγχου, ή ως απάντηση-ανταπόδοση, μετά την έκρηξη του παρanoiικού «με ενέργειες αμυντικές ή διεκδικητικές».³

Το γεγονός ότι η κοινότητα στην οποία αντιδρά ο παρanoiικός είναι μια «ψευδοκοινότητα» ή μια κοινότητα που στερείται πραγματικής ύπαρξης, φαίνεται καθαρά όταν ο Cameron υποστηρίζει ότι:

«Όταν αυτός (ο παρanoiικός) αρχίζει να αποδίδει στους άλλους τις συμπεριφορές που έχει ενάντια στον εαυτό του, βρίσκεται στην ανάγκη να τις οργανώσει, χωρίς τη θέλησή του, σε μια κοινότητα λειτουργική, μια ομάδα ενωμένη γύρω από τις υποτιθέμενες αντιδράσεις, συμπεριφορές και σχέδια απέναντί του. Μ' αυτό τον τρόπο οργανώνει τα άτομα, μερικά εκ των οποίων είναι άτομα πραγματικά, άλλα μόνο υποτιθέμενα ή φανταστικά, σ' ένα ενιαίο σύνολο που ικανοποιεί προς στιγμήν την

* Το άρθρο με τίτλο «La paranoia e la dinamica dell' esclusione» περιλαμβάνεται στο βιβλίο: Basaglia, F. & Basaglia, F.O. (1971). *La maggioranza deviante*. Torino: Einaudi. Σε αυτή την έκδοση αναφέρεται και η προηγούμενη δημοσίευση: Lemert, E.M. (1967). *Paranoia and the Dynamics of Exclusion*. Στο: *Human Deviance, Social Problems and Social Control*. New Jersey: Prentice Hall. Μετάφραση (από την ιταλική έκδοση): Μεγαλοοικονόμου Θεόδωρος.

** Ο κοινωνιολόγος E. M. Lemert (1912-1996) δίδαξε για σχεδόν πέντε δεκαετίες στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια (Davis). Ασχολήθηκε εκτεταμένα με το δικαστικό σύστημα, τη λαϊκή παράδοση, την τεχνολογία, τον πόλεμο, τον πολιτικό ριζοσπαστισμό, τις γλωσσικές διαταραχές, την πορνεία και την κατάχρηση ουσιών. Ωστόσο, έμεινε περισσότερο γνωστός για τις μελέτες του γύρω από το στίγμα και την κοινωνική παρέκκλιση.

1. Cameron, N. (1943). Η παρanoiειδής ψευδοκοινότητα. *American Journal of Sociology*, 46: 33-38.

2. Σε ένα κατοπινό άρθρο, ο Cameron τροποποίησε την αρχική του ιδέα, αλλά όχι από τη σκοπιά των κοινωνικών όψεων της παράνοιας, που κυρίως μας ενδιαφέρουν. Cameron, N (1959). Η επανεξέταση της ψευδοκοινότητας. *American Journal of Sociology*, 65: 52-58.

3. Cameron, N: Η παρanoiειδής ψευδοκοινότητα, ό.π.

άμεση ανάγκη του για ξεκαθάρισμα, αλλά δεν του δίνει την παραμικρή ασφάλεια και συμβάλλει συνήθως στην αύξηση της έντασης στην οποία βρίσκεται. Η κοινότητα που αυτός κατασκευάζει, όχι μόνο δεν ανταποκρίνεται σε κανένα τύπο οργάνωσης στην οποία συμμετέχουν και άλλοι, αλλά, στην πράξη, βρίσκεται σε καθαρή αντίθεση με οποιονδήποτε τύπο γενικής συναίνεσης. Επιπλέον, οι ενέργειες που αυτός αποδίδει στην ομάδα δεν είναι στην πραγματικότητα πράγματα που αυτοί έχουν πει ή κάνει. Η ομάδα δεν προκύπτει ότι είναι ενωμένη στη βάση οποιασδήποτε κοινής επιχείρησης εναντίον του».⁴

Δεν μπορεί κανείς να αρνηθεί το γενικό διαισθητικό χαρακτήρα της ανάλυσης του Cameron και η χρησιμότητα ορισμένων από τις ιδέες του είναι πράγματι αναγνωρισμένη. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να εγείρουμε μια ένσταση βασισμένη πάνω σ' ένα εμπειρικό ερώτημα, δηλαδή αν στην πράξη ο επίβουλος χαρακτήρας της κοινότητας, με την οποία αλληλεπιδρά ο παρανοϊκός, είναι μια ψευδοπραγματικότητα ή μια συμβολική κατασκευή. Θα υπήρχε τότε μια άλλη σκοπιά, που είναι το θέμα αυτού του άρθρου, δηλαδή ότι, ενώ ο παρανοϊκός αντιδρά με τρόπο διαφορετικό στο κοινωνικό πλαίσιο που τον περιβάλλει, είναι επίσης αλήθεια ότι «οι άλλοι» αντιδρούν με τρόπο διαφορετικό απέναντί του και αυτή η αντίδραση, συνήθως αν όχι πάντα, συνεπάγεται μια δράση μυστικά οργανωμένη και μια συμπεριφορά συνωμοτική με μια έννοια τελείως συγκεκριμένη. Μια περαιτέρω προέκταση της θέσης μας είναι ότι αυτές οι διαφοροποιημένες αντιδράσεις προκύπτουν αμοιβαία ή μια από τη άλλη, δεδομένου ότι είναι συνδεδεμένες και συνυφασμένες σε κάθε φάση της διαδικασίας αποκλεισμού, που γεννιέται σ' ένα ιδιαίτερο τύπο σχέσης. Το παραλήρημα και η συμπεριφορά που συνδέεται με αυτό, πρέπει να κατανοηθούν σ' ένα πλαίσιο αποκλεισμού που μειώνει τη σχέση και σπάζει την επικοινωνία.

Μετακινώντας, μ' αυτό τον τρόπο, την κλινική προσοχή από το άτομο στη σχέση και στη διαδικασία, κάνουμε μια ανοιχτή ρήξη με την έννοια της παράνοιας ως διαταραχής, κατάστασης, συνθήκης ή συνδρόμου που συνίσταται από συμπτώματα. Επιπλέον, δεν καθίσταται αναγκαίο να ενοχοποιήσουμε ένα τραύμα της πρώιμης παιδικής ηλικίας ή μια αναστολή της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης, ως υπευθύνων για τα κύρια χαρακτηριστικά της παράνοιας –παρόλο που γνωρίζουμε ότι αυτοί και άλλοι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο της εκδήλωσής της.

Η έννοια της παράνοιας δεν είναι ούτε μια απλή a priori θεωρία, ούτε ένα προϊόν αποκλειστικής αρμοδιότητας της κοινωνιολογίας. Ένα σύνολο αξιολογικών εργασιών και εμπειρικών ερευνών στο πεδίο της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας θέτει σε αμφισβήτηση το γεγονός ότι το άτομο μπορεί να είναι ένα επαρκές δεδομένο για τη μελέτη της παράνοιας. Ο Tyhurst, για παράδειγμα, καταλήγει την έρευνά του πάνω στη φιλολογία επί του προκειμένου υποστηρίζοντας ότι η πίστη στους ενδοψυχικούς μηχανισμούς και στον «μεμονωμένο οργανισμό» υπήρξε ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια για την επίτευξη χρήσιμων ανακαλύψεων γι' αυτό τον τύπο διαταραχής.⁵ Πράγματι, όπως παρατηρεί ο Milner, όσο πιο ολοκληρωμένη είναι η έρευνα των περιπτώσεων, τόσο πιο συχνά παρουσιάζονται εξωτερικές περιστάσεις που το άτομο δεν μπορεί ν' αντέξει.⁶ Πιο συγκεκριμένα, πολλοί μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι εξωτερικές περιστάσεις –αλληλαγές στις νόρμες και στις αξίες, μετακινήσεις, ξένα περιβάλλοντα, γλωσσικές απομονώσεις και διαχωρισμοί– μπορούν να δημιουργήσουν μια παρανοειδή διάθεση, ακόμα και όταν απουσιάζει οποιαδήποτε ιδιαίτερη δομή του χαρακτήρα.⁷

Η εμφάνιση παρανοειδών αντιδράσεων σε άτομα τρίτης ηλικίας, αλκοολικούς και κωφούς προ-

4. Ό.π.

5. Tyhurst, J. [1957]. Paranoid Patterns. In: A. H. Leighton, J. A. Clausen & R. N. Wilson (Eds.), *Explorations in Social Psychiatry*. New York: Basic Books.

6. Milner, K. O. [1949]. Το περιβάλλον ως ένας παράγων στην αιτιολογία της εγκληματικής παράνοιας. *Journal of Mental Science*, 95: 124-132.

7. Pederson, F. A. [1949]. Ψυχολογικές αντιδράσεις στην ακραία κοινωνική εκτόπιση (Νευρώσεις των προσφύγων). *Psychoanalytic Review*, 36: 344-354.

σθέτει δεδομένα που επιβεβαιώνουν τη θέση μας. Το γεγονός με το οποίο ερχόμαστε αντιμέτωποι, ότι πρόσφυγες, που έχουν υποστεί ένα υψηλό βαθμό στρες στη διάρκεια του πολέμου και της αιχμαλωσίας, ανέπτυξαν στη συνέχεια παρανοειδείς αντιδράσεις όταν βρίσκονταν απομονωμένοι σε ξένα περιβάλλοντα, απαιτεί να στρέψουμε την προσοχή μας σε δεδομένα που απαιτούν εξηγήσεις με όρους διαφορετικούς από τους οργανιστικούς ή τους ψυχοδυναμικούς.⁸

Απ' ό,τι έχει ληχθεί μέχρι τώρα, θα έπρεπε να έχει γίνει σαφές ότι η δική μας διατύπωση και η δική μας ανάλυση θέλει πάνω απ' όλα να αντιμετωπίσει αυτό που ο Tyhurst⁹ αποκαλεί το σχήμα της παρανοειδούς συμπεριφοράς μάλλον, παρά μια κλινική οντότητα με την έννοια του κλασικού κρεπελινισμού. Οι παρανοειδείς αντιδράσεις, οι παρανοειδείς καταστάσεις, οι παρανοειδείς διαταραχές της προσωπικότητας, καθώς και αυτή που σπάνια διαγιγνώσκεται ως «πραγματική παράνοια» –τις οποίες βρίσκουμε είτε να καλύπτονται, είτε να συνδέονται με μια μεγάλη ποικιλία ατομικών συμπεριφορών ή «συμπτωμάτων»– παρέχουν ένα σώμα δεδομένων για μελέτη, στο βαθμό που αυτές αποκτούν μια προτεραιότητα πάνω σε άλλες συμπεριφορές σε μια σημαντική κοινωνική αλληλεπίδραση. Τα στοιχεία της συμπεριφοράς πάνω στην οποία βασίζονται οι διαγνώσεις της παράνοιας –παραληρήματα, εχθρότητα, επιθετικότητα, καχυποψία, φθόνος, ισχυρογνωμοσύνη, ζήλεια και ιδέες αναφοράς– γίνονται εύκολα αντιληπτά και σ' ένα ορισμένο μέτρο τονίζονται από τους άλλους ως κοινωνικές αντιδράσεις, σε αντίθεση με την αλλόκοτη και επιτηδευμένη συμπεριφορά του σχιζοφρενούς ή τις κυκλικές και συναισθηματικές μεταπτώσεις που διακρίνονται στη διάγνωση της μανιοκατάθλιψης. Γι' αυτό το λόγο, η παράνοια υποβάλλει, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη μορφή ψυχικής διαταραχής, τη δυνατότητα μιας χρήσιμης κοινωνιολογικής ανάλυσης.

Δεδομένα και διαδικασίες

Τα πρώτα πειραματικά συμπεράσματα, που παρουσιάζονται εδώ, προέρχονται από μια μελέτη πάνω στους παράγοντες που παίζουν ρόλο στην απόφαση για νοσηλεία των ψυχικά πασχόντων στο νοσοκομείο, η οποία ξεκίνησε το 1952 με τη συνεργασία του County Department of Health (Επαρχιακού Τομέα Υγείας) του Los Angeles. Αυτή η έρευνα περιλάμβανε συνεντεύξεις μέσω ερωτηματολογίων που υποβλήθηκαν στα μέλη σαραντατεσσάρων οικογενειών της επαρχίας του Los Angeles, τα οποία προέκυπε ότι είχαν ενεργητικά ζητήσει διαδικασίες νοσηλείας και τη μελέτη τριανταπέντε περιπτώσεων ανάθεσης σε λειτουργούς της δημόσιας υγείας. Σε δεκαέξι περιπτώσεις της πρώτης ομάδας και σε επτά της δεύτερης ήταν εμφανή παρανοειδή συμπτώματα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις τα μέλη της οικογένειας και άλλοι είχαν απλώς αποδεχθεί ή «ομαλοποιήσει» την παρανοειδή συμπεριφορά· σε μερικές, μάλιστα, για αρκετό χρονικό διάστημα, μέχρις ότου άλλα στοιχεία στη συμπεριφορά ή άλλες περιστάσεις οδηγούσαν σε μια κρίσιμη απόφαση ότι «υπήρχε κάτι που δεν πήγαινε άλλο» στο εν λόγω πρόσωπο και ακολούθως ότι ήταν αναγκαίο να νοσηλευθεί. Επιπλέον, αυτές οι κρίσιμες αποφάσεις φαίνονταν να σηματοδοτούν μια αλλαγή στους τρόπους και στη συμπεριφορά της οικογένειας απέναντι στο διαταραγμένο πρόσωπο, που θα μπορούσε να ερμηνευθεί ότι είχε μια περαιτέρω συμβολή, σύμφωνα με διαφορετικούς τρόπους, στη μορφή και στην ένταση των παρανοειδών συμπτωμάτων.

Το 1958 έγινε μια μελέτη σε μεγαλύτερο βάθος και προσανατολισμένη σύμφωνα με αυτή την υπόθεση σε οκτώ περιπτώσεις προσώπων που παρουσίαζαν αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά και παρανοειδούς τύπου. Τέσσερα από αυτά είχαν νοσηλευθεί στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Napa στην Καλιφόρνια, όπου τους τέθηκε η διάγνωση της παρανοϊκής σχιζοφρένειας. Άλλες δύο περιπτώσεις αναγνωρίστηκαν και μελετήθηκαν με τη βοήθεια

8. Kine, F. F. (1951). Aliens' Paranoid Reactions. *Journal of Mental Science*, 98: 589-594.

Listivan, [1956]. Paranoid states: Social and Cultural Aspects. *Medical Journal of Australia*, 1956: 776-778.

9. Tyhurst, J: Paranoid Patterns, ό.ν.

του περιφερειακού εισαγγελέα της πόλης Martinez στην Καλιφόρνια. Ένα από αυτά τα άτομα είχε προηγουμένως νοσηλευθεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο της Καλιφόρνια. Το άλλο, κρατούμενο για ψυχική βλάβη, είχε αφεθεί ελεύθερο ύστερα από δίκη σε ορκωτό δικαστήριο. Πέρα από αυτές, υπήρχε η λεγόμενη περίπτωση του «Λευκού Οίκου», που εκτόξευε απειλές ενάντια στον πρόεδρο των Ηνωμένων Πολιτειών, με συνέπεια τη νοσηλεία του ατόμου στο νοσοκομείο St. Elizabeth της περιφέρειας της Ουάσιγκτον. Τέλος, υπήρχε η περίπτωση ενός επαγγελματία με ιστορικό μακρόχρονων δυσκολιών στην εργασία, ο οποίος είχε οριστεί και θεωρούνταν από τους συναδέλφους του ως «υπερενθουσιώδης», «ομοφυλήφιλος», «ευερέθιστος», «υπερκριτικός» και «βαθύτατα δυσάρεστος».

Μπορούμε να πούμε με τρόπο αρκετά σχηματικό ότι οι περιπτώσεις συνιστούσαν ένα συνεχές, που ξεκινούσε από καταστάσεις χαρακτηριζόμενες από πολύ επεξεργασμένα παραληρήματα και έφτανε σε άλλες όπου τα γεγονότα δύσκολα μπορούσαν να διαχωριστούν από μια διαταραχή στην ερμηνεία, μέχρι την τελευταία περίπτωση που περισσότερο από τις άλλες πλησίαζε αυτό που θα μπορούσε να οριστεί ως παρανοειδής διαταραχή της προσωπικότητας. Μία από τις προϋποθέσεις της επιλογής των περιπτώσεων ήταν ότι δεν υπήρχε κανένα ιστορικό ή ένδειξη ψευδαισθήσεων και ότι τα άτομα ήταν διανοητικά διαυγή. Επτά από τις περιπτώσεις ήταν άνδρες, από τους οποίους οι πέντε είχαν ηλικία πάνω από σαράντα ετών. Τρεις είχαν εμπλακεί σε πολυάριθμες δίκες. Ένας είχε δημοσιεύσει μια μικρή εργασία, με δικά του έξοδα, καταγγέλλοντας την ψυχιατρική και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Μεταξύ των ανδρών, οι πέντε είχαν συμμετάσχει στο παρελθόν ή ήταν ακόμα σε οργανώσεις όπως: το ρύκειο μιας μικρής πόλης, ένα γραφείο κυβερνητικών ερευνών, μια ένωση αγροτικών παραγωγών, ένα πανεπιστήμιο και μια εμπορική εταιρεία.

Η έρευνα των περιπτώσεων υπήρξε όσο πιο εξαντλητική γινόταν εμπλέκοντας συγγενείς, συναδέλφους στην εργασία, εργοδότες, εισαγγελέας,

αστυνομία, γιατρούς, δημόσιους αξιωματούχους και οποιονδήποτε είχε παίξει ένα σημαντικό ρόλο στη ζωή των υπό εξέταση προσώπων. Για μερικές από τις περιπτώσεις χρειάστηκαν διακόσιες ώρες για τη συλλογή των δεδομένων. Πέρα από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω των συνεντεύξεων, μελετήθηκαν γραπτά υλικά, νόμιμα έγγραφα, δημοσιεύσεις και ψυχιατρικοί φάκελοι. Η πορεία που ακολουθήσαμε συνίστατο, γενικά, στην υιοθέτηση μιας προοπτικής αλληλοδραστικού χαρακτήρα, που μας ευαισθητοποίησε απέναντι στη συμπεριφορά που εκφράζεται στις κοινωνικές σχέσεις, η οποία βρίσκεται πίσω, ή συνδέεται με τα πλαίσια εκείνα που είναι πιο εμφανή και τυπικά της ψυχικής διαταραχής. Ενδιαφερόμαστε ιδιαίτερα να εγκαθιδρύσουμε την τάξη βάσει της οποίας πιστοποιούνται τα παραληρήματα και ο κοινωνικός αποκλεισμός και να προσδιορίσουμε αν ο αποκλεισμός αποκτά μορφή συνωμοτικής.

Η ιδιάζουσα συμπεριφορά

Σε μίαν άλλη εργασία¹⁰ δείξαμε ότι τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως περιγράφηκαν από την ακαδημαϊκή ψυχιατρική, δεν αποτελούν βάση από την οποία μπορούμε να προβλέψουμε μεταβολές στην κοινωνική κατάσταση ή στο βαθμό κοινωνικής συμμετοχής των ατόμων στα οποία εκδηλώνονται. Η απάθεια, οι ψευδαισθήσεις, η υπερδραστηριότητα, οι διακυμάνσεις του θυμικού, τα τικ, ο τρόμος, οι λειτουργικές παραλύσεις ή η ταχυκαρδία δεν έχουν ένα σύμφυτο κοινωνικό νόημα. Με τον ίδιο τρόπο, δεν το έχουν (ενν. το σύμφυτο κοινωνικό νόημα) χαρακτηριστικά που αποδίδονται σ' αυτά, όπως η «έλλειψη εναισθησίας», η «κοινωνική ανικανότητα», ή η «ανικανότητα ανάληψης ενός ρόλου», που μερικοί κοινωνιολόγοι θεωρούν ότι είναι σημεία εκκίνησης για μίαν ανάληψη των ψυχικών διαταραχών. Είναι μάλλον η συμπεριφορά που, φορτώνοντας με ένταση τις κοινωνικές σχέσεις, προκαλεί αλλαγή στην κοινωνική θέση (status): δηλαδή, ο επίσημος ή ανεπίσημος απο-

10. Lemert, E. M. [1946]. Legal Commitment and Social Control. *Sociology and Social Research*, 30: 370-378.

κλεισμός από τις ομάδες, ο χαρακτηρισμός «του 'χει στρίψει», ή του τρελού και ο εγκλεισμός σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο.¹¹ Αυτό διαπιστώνεται ακόμα και όταν υπάρχουν θορυβώδη ή αλλόκοτα παρανοϊκά παραληρήματα. Ο προσδιορισμός των κοινωνικά στρεσογόνων πλευρών της διαταραχής αυτού του τύπου αποτελεί το ελάχιστο που είναι απαραίτητο, αν πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τη συχνότητά της μέσα στην κοινωνία με μορφή μερικώς αντισταθμισμένη, ή ήπια, όπως επίσης την πιο έκδηλη παρουσία της στο βαθμό που αποτελεί ένα επίσημο ψυχιατρικό πρόβλημα σ' ένα νοσοκομειακό περιβάλλον.

Παρ' όλα αυτά, είναι αναγκαίο να πάμε πέρα από αυτές τις στοιχειώδεις παρατηρήσεις για να κάνουμε πάνω απ' όλα καθαρό ότι η ένταση είναι το προϊόν που αναδύεται από μια σχέση, στην οποία η συμπεριφορά δύο ή περισσότερων προσώπων είναι παράγοντες σημαντικοί και όπου η ένταση βιώνεται και από το εγώ και από τον άλλον ή τους άλλους. Η παρanoiδής σχέση περιλαμβάνει εναλλακτικές συμπεριφορές που συνοδεύονται από συγκινήσεις και σημασίες, οι οποίες, για να κατανοηθούν πλήρως, πρέπει να περιγραφούν σφαιρικά, από δύο τουλάχιστον πλευρές τους. Από τη μια, η συμπεριφορά του ατόμου πρέπει να ιδωθεί από την πλευρά των άλλων ή της ομάδας και από την άλλη, η συμπεριφορά των άλλων πρέπει να ιδωθεί από την πλευρά του εν λόγω ατόμου.

Στην παρanoiδή σχέση το άτομο απέναντι στους άλλους δείχνει:

1. Υποτίμηση των αξιών και των νορμών της πρωτογενούς ομάδας, που αποκαθύπεται από το ότι δίνει προτεραιότητα σε αξίες που ορίζονται ηλεκτικά σε σχέση με αυτές που υπονοούνται ως αυτονόητες. Έλλειψη αξιοπιστίας ως απάντηση στην επίδειξη εμπιστοσύνης, τάση για θυματοποίηση ή εκφοβισμό των προσώπων που είναι σε θέση αδυναμίας.
2. Υποτίμηση της «σιωπηρά συμπεφωνημένης» δομής των ομάδων, που αποκαθύπεται από το ότι επωφελείται από προνόμια που δεν του έχουν παραχωρηθεί και από την απειλή για, ή

και την πραγματική προσφυγή σε ενέργειες ώστε ν' αποκτήσει αυτό που θέλει.

Όσον αφορά στην ανάληψη του αποκλεισμού, το δεύτερο σημείο έχει μεγαλύτερη σημασία από το πρώτο. Πιο απλά, σημαίνει ότι για την ομάδα το άτομο γίνεται μια μορφή διαφορούμενη, της οποίας η συμπεριφορά είναι αβέβαιη και πάνω στην αξιοπιστία της οποίας δεν μπορεί κανείς να υπολογίζει. Με λίγα λόγια, είναι ένα άτομο στο οποίο δεν μπορεί κανείς να έχει εμπιστοσύνη γιατί απειλεί να ξεσκεπάσει μη ομαλές δομές της εξουσίας. Αυτή νομίζουμε ότι είναι η ουσιαστική εξήγηση για το γεγονός ότι συχνά υποστηρίζεται πως ο παρanoiικός είναι «επικίνδυνος».¹²

Αν υιοθετήσουμε το αντιληπτικό σύνολο του εγώ και δούμε τους άλλους ή τις ομάδες με τα δικά του μάτια, αποκτούν σπουδαιότητα οι ακόλουθες πλευρές της συμπεριφοράς τους:

1. Ο νοθευμένος (ψεύτικος) χαρακτήρας της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στους άλλους και στο άτομο ή ανάμεσα στους άλλους μεταξύ τους, καθώς αλληλεπιδρούν παρουσία του.
2. Ο ανοιχτός τρόπος με τον οποίο οι άλλοι τον αποφεύγουν.
3. Ο δομημένος αποκλεισμός του ατόμου από οποιαδήποτε αμοιβαία δράση.

Τα σημεία που περιγράφηκαν μέχρι τώρα –η ανεύθυνη συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στις αξίες της πρωτογενούς ομάδας και ο αποκλεισμός του από οποιαδήποτε δυνατότητα αμοιβαίας δράσης– δεν παράγουν ούτε διατηρούν από μόνα τους την παράνοια. Είναι ακόμα αναγκαίο αυτά να προκύψουν σε μια σχέση αλληλεξάρτησης που απαιτεί εμπιστοσύνη προκειμένου να πραγματοποιηθεί. Σχέση σημαίνει ότι οι σκοποί του ατόμου μπορούν να επιτευχθούν μόνο με τη συνεργασία με συγκεκριμένα άλλα πρόσωπα και ότι οι στόχοι που επιτυγχάνονται από τους άλλους, είναι πραγματοποιήσιμοι αν υπάρχει μια συνεργασία από τη μεριά του εγώ. Αυτό συνάγεται από τη γενική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία η συνεργασία στηρίζεται πάνω σε μια εμπιστοσύνη που γίνεται αντιληπτή και η οποία, με τη σειρά της, είναι μια λειτουργία της επι-

11. Ό.π.

12. Detler R. A. & Erikson, K. T. [1959]. The functions of deviance in Groups. *Social Problems*, 7: 102.

κοινωνίας.¹³ Όταν η επικοινωνία διακόπτεται από τον αποκλεισμό, υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης που γίνεται αντιληπτή αμοιβαία και η σχέση καταστρέφεται ή γίνεται παρανοειδής. Τώρα θα εξετάσουμε τη διαδικασία του αποκλεισμού, διαμέσου της οποίας αναπτύσσεται αυτός ο τύπος σχέσης.

Η γενική διαδικασία του αποκλεισμού

Η παρανοειδής διαδικασία ξεκινά με επίμονες διαπροσωπικές δυσκολίες ανάμεσα στο άτομο και στην οικογένεια, ή τους συναδέλφους και τους ανωτέρους στο χώρο εργασίας, ή τους γείτονες, ή άλλα πρόσωπα στην κοινότητα. Αυτές οι δυσκολίες, συνήθως αν όχι πάντα, γεννώνται από την καλή πίστη ή από το γεγονός ότι ανακινείται, διαμέσου μερικών σημείων αναγνωρίσιμων, μια πραγματική ή απειλούμενη απώλεια της κοινωνικής θέσης (status) του ατόμου. Αυτό μπορεί να επαληθευθεί σε περιπτώσεις όπως: θάνατος των γονιών, απώλεια μιας ορισμένης θέσης, απώλεια του επαγγελματικού τίτλου, αποτυχία στην προαγωγή, μεταβολές της ηλικίας ή του φυσιολογικού κύκλου, ακρωτηριασμοί και αλλαγές στην οικογενειακή και συζυγική σχέση. Οι αλλαγές στην κοινωνική θέση διακρίνονται από το γεγονός ότι αυτές δεν αφήνουν καμιά εναλλακτική λύση αποδεκτή από το άτομο, απ' όπου προκύπτει η «ανυπόφορη» ή «αβάσταχτη» φύση τους. Για παράδειγμα: γι' αυτόν που έχει σπουδάσει για να γίνει καθηγητής, η αδυναμία να πάρει πτυχίο σημαίνει ότι δεν θα μπορέσει ποτέ να διδάξει. Ή ο πενήντάχρονος που αντιμετωπίζει την αποτυχία για προαγωγή, η οποία είναι η κανονική τάξη ανοδικής προόδου στην υπηρεσία του και καταλαβαίνει ότι δεν θα μπορέσει «να κάνει καριέρα». Ή η σύζυγος που έχει υποστεί υστερεκτομή και πλάθει από αυτή την εμπειρία μιαν εικόνα του εαυτού ως γυναίκας ακρωτηριασμένης.

Σε περιπτώσεις που δεν μπορούν να διαπιστωθούν δραματικές απώλειες της κοινωνικής θέσης, συχνά συναντά κανείς μια σειρά αποτυχιών που μπορεί να είχαν γίνει αποδεκτές ή στις οποίες μπο-

ρεί να υπήρξε μια ορισμένη προσαρμογή, αλλά με μιαν ορισμένη ένταση, μεγαλύτερη κάθε φορά, που ξεκινούσε η διαδικασία μιας καινούργιας κοινωνικής θέσης. Ο ανυπόφορος χαρακτήρας της απώλειας της τρέχουσας κοινωνικής θέσης, που θα μπορούσε να φανεί μικρής σημασίας στα μάτια των άλλων, είναι έκφραση μιας πιο έντονης δέσμευσης, που γεννήθηκε σε ορισμένες περιπτώσεις από τη συνείδηση ότι στην κοινωνία μας τις πληρώνει κανείς τις αποτυχίες. Σε ορισμένες περιπτώσεις αυτού του είδους η αποτυχία ακολούθησε κατά πόδας το άτομο και τη φήμη του «δύσκολου ανθρώπου» που το συνόδευε. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο βρίσκεται συχνά στην κατάσταση ενός ξένου υπό δοκιμήν σε κάθε νέα ομάδα που εισέρχεται και ότι οι ομάδες και οι οργανώσεις, που είναι διατεθειμένες να διατρέξουν ένα κίνδυνο γι' αυτόν, είναι λίγες, όσον αφορά την ανοχή που θα χρειαστεί να δείξουν στις ενέργειές του.

Η συμπεριφορά του ατόμου –υπεροψία, ύβρεις, τάση να επωφελείται προνομίων και να εκμεταλλεύεται την αδυναμία των άλλων– έχει αρχικά μια δομή αποσπασματική και ποικιλόμορφη, με την έννοια ότι περιορίζεται στην αλληλεπίδραση κοινωνικών status που επιβλήθουν υποχρεώσεις και καθήκοντα. Πέρα από αυτό, η συμπεριφορά του ατόμου θα μπορούσε να είναι απολύτως αποδεκτή –φιλόφρων, σεβάσμια, ευγενική, μέχρι και συγκαταβατική. Με τον ίδιο τρόπο, τα άλλα πρόσωπα και τα μέλη των ομάδων εμφανίζουν σημαντική ποικιλία στο βαθμό της ανοχής απέναντι στην εν λόγω συμπεριφορά, σύμφωνα με το μέτρο στο οποίο απειλεί τις αξίες των ατόμων και της οργάνωσης, εμποδίζει τις λειτουργίες τους, ή θέτει σε κίνηση κοινωνικές ενέργειες με ενοχλητικές συνέπειες. Στην πρώτη γενική περίοδο, η ανοχή από την πλευρά των άλλων απέναντι στην επιθετική συμπεριφορά του ατόμου, γενικώς, είναι ευρεία και έχει πολλές πιθανότητες, η συμπεριφορά αυτή, να ερμηνευθεί ως μια ποικιλία της κανονικής συμπεριφοράς, ιδιαίτερα όταν απουσιάζουν δεδομένα για τη βιογραφία του ατόμου. Το περισσότερο που οι άλλοι παρατηρούν είναι ότι «κάτι δεν πάει καλά σ'

13. Loomis, J. L. [1959]. Communications, the Development of Trust and Cooperative Behavior. *Human Relations*, 12: 305-315.

αυτήν», ή «πρέπει να είναι άσχημα», ή «είναι ιδιότροπος», ή «εγώ αυτόν δεν τον καταλαβαίνω».¹⁴

Σε κάποιο σημείο της αλληλεπίδρασης των αλληλεπιδράσεων διαπιστώνεται μια νέα διαμόρφωση στις αντιλήψεις που οι άνθρωποι έχουν για το άτομο, με μεταβολές στη σχέση μορφή-πλάισιο. Το άτομο, όπως ήδη αναφέραμε, είναι μια μορφή διφορούμενη, που μπορεί να συγκριθεί με τις κλίμακες ή τους κύβους που έχουν στερεωθεί και που ανατρέπονται αν τοποθετηθούν επισφαλώς. Από την πλευρά του «κανονικού», το άτομο μεταμορφώνεται σε «κάποιον πάνω στον οποίο δεν μπορεί κανείς να υπολογίζει», «ένας στον οποίο δεν μπορεί να έχει κανείς εμπιστοσύνη», ή κάποιος με τον οποίο οι άλλοι «δεν θέλουν να έχουν σχέση». Ένα καθαρό παράδειγμα επί του προκειμένου προέκυψε από τη σχέση του επικεφαλής ενός τμήματος μουσικής σ' ένα πανεπιστήμιο, όταν δέχτηκε να μιλήσει με κάποιον που είχε εργασθεί για χρόνια πάνω σε μια θεωρία για σύνθεση μουσικής βασισμένη στα μαθηματικά:

«Όταν ζήτησε να γίνει δεκτός στο προσωπικό, με τρόπο ώστε να μπορεί να χρησιμοποιεί τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές του πανεπιστημίου, έγινα δέκτης μιας νέας συμπεριφοράς... όταν έκανα μια παρατήρηση πάνω στη θεωρία του, αυτός ταραχτήκε και έτσι άλλαξα την αντίδρασή μου σε «ναι και όχι».

Όπως προκύπτει από αυτό το παράδειγμα, όταν διαπιστώνεται ένας νέος αντιληπτικός προσανατολισμός είτε ως συνέπεια μιας σχέσης που συνεχίζεται, είτε λόγω της επακόλουθης γνώσης βιογραφικών πληροφοριών, η σχέση αλλάζει σε ποιότητα. Στη γλώσσα μας, αυτός γίνεται ψεύτικος (νόθος), δηλαδή χαρακτηρίζεται από μια συζήτηση προστατευτικού χαρακτήρα, ασαφή, «υποβοηθούμενη», καθοδηγούμενη προς επιχειρήματα προκαθορισμένα, υπόγεια αντίδραση και σιωπή, και όλο αυτό υπολογισμένο με τρόπο είτε να εμποδίζει μίαν έντονη αλληλεπίδραση, είτε να προστατεύει τις αξίες του ατόμου και της ομάδας περιορίζοντας τη δυνατότητα πρόσβασης σ' αυτές. Όταν

η αλληλεπίδραση γίνεται ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα πρόσωπα παρουσία του εν λόγω ατόμου, αυτή συνοδεύεται από ένα ολόκληρο ρεπερτόριο μυστηριωδών εκφραστικών σημείων που έχουν σημασία μόνο γι' αυτούς.

Τα αποτελέσματα της ψεύτικης (νόθας) σχέσης είναι:

1. Να σταματά τη ροή των πληροφοριών για το εγώ.
2. Να δημιουργεί μίαν αντίφαση ανάμεσα στις ιδέες που εκφράζονται και να υποκρίνεται μπροστά στους άλλους με τους οποίους σχετίζεται.
3. Να τείνει η κατάσταση ή η εικόνα της ομάδας να γίνει τόσο πιο διφορούμενη για το εγώ όσο είναι και για τους άλλους.

Είναι περιττό να πούμε ότι αυτός ο τύπος της ψεύτικης (νόθας) σχέσης είναι ένας από τους πιο δύσκολους να αντιμετωπίσουμε σε ένα ενήλικο μέσα στην κοινωνία μας, γιατί αυτός ο χαρακτήρας τους τις κάνει περίπλοκες, ή κάνει αδύνατη κάθε απόφαση και επίσης γιατί είναι ηθικά μισητός.¹⁵

Η διαδικασία από την ενσωμάτωση στον αποκλεισμό δεν είναι σε καμιά περίπτωση ομοιόμορφη. Και τα δύο μέρη, το άτομο και τα μέλη της ομάδας, μεταβάλλουν τις αντιλήψεις τους και τις αντιδράσεις τους και η αβεβαιότητα είναι κοινή, δεδομένου ότι εξαρτάται από το αμοιβαίο παιχνίδι των αξιών, από το άγχος και από την ενοχή και των δύο μερών. Τα μέλη μιας ομάδας που αποκλείει, μπορούν να αποφασίσουν ότι υπήρξαν άδικοι και να προσπαθήσουν να ξαναδώσουν την εμπιστοσύνη τους στον αποκλεισμένο. Αυτό το άνοιγμα θα μπορούσε να απορριφθεί ή να χρησιμοποιηθεί από το εγώ ως μέσο για μια περαιτέρω επίθεση. Έχουμε επίσης διαπιστώσει ότι το εγώ θα μπορούσε να υποχωρήσει μπροστά στους άλλους, μερικές φορές με τρόπο ταπεινό και να επιδιώξει να ξαναμπει στην ομάδα, μόνο για να απορριφθεί εκ νέου. Σε μερικές περιπτώσεις επιτυγχάνει ένα συμβιβασμό και αποκτά μια μερική επανενσωμάτωση του εγώ στις άτυπες κοινωνικές σχέσεις. Η κα-

14. Cumming, E. & Cumming, J. [1957]. *Closed Ranks*. Cambridge: Harvard University Press, κεφ. VI.

15. Η αλληλεπίδραση, από ορισμένες απόψεις, είναι η ίδια που χρησιμοποιείται με τα παιδιά, ιδιαίτερα με το enfant terrible. Η λειτουργία της γλώσσας σε μια τέτοια αλληλεπίδραση μελετήθηκε από τον Sapir πριν από πολλά χρόνια. [Sapir, E. (1915). *Abnormal Types of Speech in Nootka*. Geological Survey Memoir 62, Anthropological Series. Ottawa: Canada Department of Mines.]

τεύθυνση που λαμβάνεται από τον άτυπο αποκλεισμό εξαρτάται από τις αντιδράσεις του εγώ, από το βαθμό επικοινωνίας ανάμεσα σ' αυτούς που αλληλεπιδρούν, από τη σύνθεση και τη δομή των άτυπων ομάδων και από τις αντιλήψεις των «άλλων προσώπων κλειδιών», που είναι παρόντα στα σημεία της αλληλεπίδρασης που μπορούν να επιδράσουν άμεσα στην κοινωνική θέση του εγώ.

Κρίση στην οργάνωση και επίσημος αποκλεισμός

Μέχρι τώρα συζητήσαμε τον αποκλεισμό ως άτυπη διαδικασία. Ο άτυπος αποκλεισμός θα μπορούσε να υπάρξει αφήνοντας άθικτη την επίσημη (τυπική) κοινωνική θέση (status) του εγώ σε μιαν οργάνωση. Στο μέτρο που αυτή η κοινωνική θέση διατηρείται και οι αντισταθμίσεις είναι επαρκείς για να την καθιστούν ισχυρή με τους δικούς της όρους, μπορεί να διατηρηθεί μια ανήσυχη ειρήνη ανάμεσα στο άτομο και στους άλλους. Αλλά η κοινωνική απομόνωση του εγώ και οι ισχυροί περιορισμοί στους οποίους υπόκειται το καθιστούν ένα παράγοντα απρόβλεπτο. Επιπλέον, οι αλλαγές και η εσωτερική διαπάλη για εξουσία, ειδικά όταν πρόκειται για μεγάλες και πολυπλοκές οργανώσεις, σημαίνουν ότι οι συνθήκες που θα μπορούσαν να εγγυηθούν μιαν ορισμένη σταθερότητα είναι δυνατό να έχουν μικρή διάρκεια.

Οι κρίσεις που συμβαίνουν σε μιαν οργάνωση, οι οποίες εμπλέκουν μια παρανοειδή σχέση, μπορούν να κλιμακωθούν με διάφορους τρόπους. Το άτομο μπορεί να ενεργήσει με τρόπο που να προκαλεί στους άλλους ανυπόφορο άγχος, τόσο ώστε αυτοί να απαιτούν «να γίνει κάτι». Επιπλέον, το ίδιο το γεγονός ότι απευθύνεται στις ανώτερες αρχές, ή που εξαπολύει εκκλήσεις εκτός της οργάνωσης, μπορεί να θέσει σε κίνηση διαδικασίες που δεν επιτρέπουν σε εκείνον που έχει την εξουσία άλλες επιλογές από το να παρέμβει. Σε μερικές καταστάσεις το εγώ διατηρείται σχετικά ήσυχο και δεν επιτίθεται ανοιχτά στην οργάνωση. Η δράση απέναντί του τίθεται σε κίνηση από το άγχος που διαρκώς αυξάνει, ή από υπολογισμό των συνα-

δέλφων –σε μερικές περιπτώσεις των άμεσων προϊσταμένων του. Τελικά, η κρίση μπορεί να ξεσπάσει ύστερα από κανονικές διαδικασίες της οργάνωσης που έχουν σχέση με προαγωγές, συνταξιοδότηση ή μεταθέσεις.

Θεωρώντας ότι υπάρχει μια κρίσιμη κατάσταση, στην οποία η σύγκρουση ανάμεσα στο άτομο και τα μέλη της οργάνωσης ωθεί προς μια δράση για τυπικό (επίσημο) αποκλεισμό του πρώτου, μπορούν να υπάρξουν διάφορες δυνατότητες. Μια είναι η μεταφορά του εγώ από ένα τμήμα, τομέα, γραφείο της οργάνωσης σ' ένα άλλο, μέτρο που συχνά υιοθετείται στις στρατιωτικές υπηρεσίες ή στις μεγάλες επιχειρήσεις. Αυτό απαιτεί το άτομο να δεχτεί τη μετάθεση και ότι υπάρχει ένα τμήμα διατεθειμένο να δεχτεί το άτομο. Αν και το πράγμα εφαρμόζεται με διάφορους τρόπους, υπάρχουν εμφανώς, μεταξύ των μέσων που χρησιμοποιούνται για να έλθει σε πέρας η μετάθεση, τεχνάσματα, πληροφορίες που δεν δίνονται, δωροδοκίες ή απειλές που επιδέξια αποκρύπτονται. Είναι περιττό να ληφθεί ότι υπάρχει ένα όριο στη χρήση των μεταθέσεων ως λύσης του προβλήματος, όριο που βασίζεται στην οντότητα της οργάνωσης και στην προηγούμενη διάχυση ειδήσεων γύρω από το υπό μετάθεση άτομο.

Η δεύτερη λύση, που εμείς την ορίζουμε ως εγκύστωση, τείνει, εν συντομία, να αναδιοργανώσει και να επανακαθορίσει τη θέση (status) του εγώ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωσή του στην οργάνωση και την άμεση υπαγωγή του σε έναν ή δύο προϊσταμένους, οι οποίοι ενεργούν ως οι ενδιάμεσοί του. Η μετάθεση γίνεται συχνά πιο αποδεκτή διαμέσου της αύξησης ορισμένων υλικών αποζημιώσεων. Το εν λόγω άτομο θα μπορούσε να λάβει και μιαν ονομαστική προαγωγή, ή να «σπρωχτεί προς τα πάνω»: μπορεί να του δοθεί ένα πιο μεγάλο γραφείο, μια προσωπική γραμματέας, ή μπορεί να απαλλαχθεί από σοβαρές υπευθυνότητες. Μερικές φορές, δημιουργείται γι' αυτόν ένα ειδικό status.

Αυτό το είδος λύσης πετυχαίνει συχνά, γιατί αφορά ένα είδος επίσημης αναγνώρισης, από τη μεριά της οργάνωσης, του έντονου καταναγκασμού που υφίσταται το εγώ στη θέση (status) του και εν μέρει, μια νίκη απέναντι στους εχθρούς του. Το

όλο πράγμα τον φέρνει σε θέση να τους παρακάμψει, βάζοντάς τον σε άμεση επικοινωνία με την υπερκείμενη εξουσία, που μπορεί να έχει σχέσεις μ' αυτόν χωρίς ενδιαμέσους. Επιπλέον, ένα τέτοιο μέτρο απαλλιάσει τους συναδέλφους από την περαιτέρω ανάγκη να συνωμοτούν εναντίον του. Αυτό το είδος λύσης χρησιμοποιείται μερικές φορές για να απαλλοτριωθεί κανείς από κάποιο ενοχλητικό υπάλληλο επιχείρησης, υψηλόβαθμους αξιωματούχους ή από άτομα μη επιθυμητά (*personae non gratae*) στα πανεπιστήμια.

Ένας τρίτος τύπος λύσης στο πρόβλημα της παράνοιας σε μια οργάνωση είναι η άμεση απόλυση, η αναγκαστική παραίτηση ή η μη ανανέωση της σύμβασης. Τελικά, μπορεί να οργανωθεί μια διαδικασία στη βάση της οποίας το άτομο που υποφέρει από μια παρανοειδή σχέση τίθεται σε αναρρωτική άδεια ή εξαναγκάζεται να υποστεί μια ψυχιατρική θεραπεία. Η ακραία λύση είναι η πίεση (που γίνεται, επίσης, προς την οικογένεια) ή οι άμεσες ενέργειες, για να νοσηλευθεί το άτομο σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Η σειρά των λύσεων, που αναφέρθηκαν ανωτέρω, στο πρόβλημα του παρανοϊκού αντανakλά κατά προσέγγιση την ύπαρξη των κινδύνων που συνδέονται με τις δεδομένες εναλλακτικές λύσεις, ως προς τις πιθανότητες αποτυχίας και ως προς τις επιζήμιες συνέπειες για την οργάνωση. Γενικά, οι οργανώσεις φαίνεται να δείχνουν μίαν αξιόλογη αντίσταση να πάρουν ή να θέσουν σε ενέργεια αποφάσεις που απαιτούν την εκδίωξη του ατόμου ή τη βίαιη νοσηλεία του, χωρίς να υπολογίζουν την ψυχική του κατάσταση. Μια εξήγηση γι' αυτό είναι ότι το εν λόγω άτομο θα μπορούσε να έχει μίαν ορισμένη εξουσία μέσα στην οργάνωση, εξουσία θεμελιωμένη πάνω στη θέση του ή πάνω στις ικανότητές του και στις πληροφορίες που μόνο αυτό διαθέτει,¹⁶ και, σ' αυτή την περίπτωση —εκτός αν υπάρχει μια ισχυρή συμμαχία εναντίον του— ο γενικός συντηρητισμός που χαρακτηρίζει τις διοικητικές αποφάσεις, μπορεί να λειτουργήσει

προς όφελός του. Το μυθιστόρημα του Herman Wouk "The Caine Mutiny" («Η Ανταρσία του Κέϊν») δείχνει με δραματικό τρόπο ένα πρόσωπο με θέση εξουσίας σε μια στρατιωτική οργάνωση κατ'εξοχήν συντηρητική. Ένα ακραίο παράδειγμα αυτού του συντηρητισμού φαίνεται στην περίπτωση ενός τμηματάρχη που διατηρούνταν στη θέση του, παρόλο που ήταν γεμάτος ψευδαισθήσεις και εξέφραζε παρανοειδή παραληρήματα.¹⁷ Ένας άλλος παράγοντας, που ενεργεί προς όφελος του ατόμου, είναι ότι η απόλυση ενός προσώπου σε θέση εξουσίας λειτουργεί δυσμενώς εναντίον εκείνων που τον τοποθέτησαν στη θέση αυτή. Είναι δυνατό να παρεισφρήσει η αλληλεγγύη της ομάδας των διοικούντων και η αντίθεση στο άτομο να δημιουργήσει συμπάθεια γι' αυτό σε πιο υψηλά επίπεδα.

Ακόμα κι όταν ένα άτομο είναι σχεδόν ολοκληρωτικά αποκλεισμένο και εκ των πραγμάτων απομονωμένο μέσα στην οργάνωση, μπορεί να έχει μίαν ορισμένη εξουσία απ' έξω. Όταν μπορεί —με κάποιο τρόπο— να επικαλεστεί την εξωτερική εξουσία, το πράγμα έχει ένα ορισμένο βάρος. Ή όταν μια καταγγελία θα μπορούσε να εγείρει αυτόματα αμφιβολίες πάνω στην εσωτερική λειτουργία της οργάνωσης. Αυτό αγγίζει ένα κίνητρο πιο σημαντικό, λόγω του οποίου είναι απρόθυμοι να διώξουν ένα άτομο που είναι εκδικητικό και που δεν συνεργάζεται, παρόλο που είναι σχετικά μικρής σημασίας στην οργάνωση. Αναφερόμαστε εδώ σ' ένα ορισμένο είδος αρνητικής εξουσίας, που πηγάζει από τον ευάλωτο χαρακτήρα των οργανώσεων στη δυσμενή προπαγάνδα και στη δημόσια έκθεση της ιδιωτικής τους ζωής. Πράγμα το οποίο πιθανόν συμβαίνει όταν η κρίση αναγνωρίζεται επίσημα ή φτάνει σε μίαν αναθεώρηση της περίπτωσης ή σε νομικές διαδικασίες. Αυτό μπορεί να διαπιστωθεί όπου υπάρχουν περιπτώσεις παράνοιας. Αν επιχειρηθεί νοσηλεία, υπάρχει η δυνατότητα να επιδιωχθεί μια δίκη σε λαϊκό ορκωτό δικαστήριο, που θα αναγκάσει τους επικεφαλής της οργάνωσης να υπερασπίσουν τις ενέργειές τους. Αν η κρίση πάρει τη μορφή μιας

16. Για μια συστηματική ανάλυση των οργανωτικών δυσκολιών κατά την απομάκρυνση ενός «μη προαγωγίμου» ατόμου από τη θέση του, βλέπε Levinson, B. (1961). Bureaucratic Succession. In: A. Etzioni (ed.), *Complex Organizations*. New York: Holt, Reinhart & Wilson, σελ. 362-395.

17. Μια από τις περιπτώσεις της πρώτης μελέτης.

νομικής αντιδικίας αυτού του είδους, είναι δύσκολο να αποδειχθεί η ψυχική διαταραχή και είναι πιθανό να υπάρξουν αγωγές για αποζημίωση λόγω βλάβης. Παρόλο που μπορεί να υπάρχουν σοβαρά γεγονότα, που υποστηρίζουν τη θέση των καταγγελλόντων, μια παρόμοια αντιδικία μπορεί μόνο να ρίξει ένα αρνητικό φως πάνω στην οργάνωση.

Η συνωμοτική φύση του αποκλεισμού

Ένα συμπέρασμα που μπορεί να εξαχθεί από τα όσα έχουν αναφερθεί μέχρι τώρα είναι ότι ο ευάλωτος χαρακτήρας της οργάνωσης, καθώς και η απειλή αντεκδικήσεων από τη μεριά του παρανοειδούς ατόμου, συνιστούν μια λειτουργική βάση συνωμοσίας γι' αυτούς που επιδιώκουν να τον καταστείλουν ή να του στερήσουν τη θέση του. Υπάρχουν πολλές πιθανότητες να εμφανιστεί μέσα στην οργάνωση μια συμμαχία στη βάση μιας κοινής δέσμευσης ν' αντιταχθούν στον παρανοειδή. Η ομάδα που αποκλείει ζητάει από τα μέλη της νομιμοφροσύνη, αλληλεγγύη και μυστικότητα. Αυτό λειτουργεί σύμφωνα μ' ένα κοινό σχήμα και χρησιμοποιεί, σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό τις τεχνικές της χειραγώγησης και της παραποίησης.

Στον άτυπο αποκλεισμό είναι δυνατό να αποκαλυφθούν συνωμοσίες σε στοιχειώδη μορφή, ξέχωρα από την κρίση της οργάνωσης. Αυτό φάνηκε στην ομάδα έρευνας ενός γραφείου, όπου τα μέλη του προσωπικού μαζεύονταν γύρω από ένα ψυγείο για να συζητήσουν για έναν ανεπιθύμητο συνάδελφο. Χρησιμοποιούσαν, επιπλέον, το τηλέφωνο για να οργανώσουν μικρά διαλείμματα όπου έπιναν τον καφέ χωρίς αυτόν και, όταν ήταν παρών, χρησιμοποιούσαν συμβολικές εκφράσεις, όπως το να τραγουδούν το σκοπό του τραγουδιού του Dragnet όταν αυτός πλησίαζε. Μπήκε σε εφαρμογή, με τη συνεννοή των ανωτέρων, ένας κανονισμός του γραφείου που απαγόρευε τη συζήτηση με ξένους: ένας κανονισμός που φαινομενικά έγινε για όλους, αλλά στην πραγματικότητα, είχε σκοπό να περιορίσει το πεδίο δράσης του απομονωμένου συναδέλφου. Σε μιαν άλλη περίπτωση, ένα σχέδιο συνέντευξης που προετοιμάστηκε από έναν

ερευνητή, αντικαταστάθηκε στη διάρκεια μιας συγκέντρωσης που συμφωνήθηκε πίσω από την πλάτη του. Όταν αυτός ζήτησε εξηγήσεις στην επόμενη συνάντηση, οι συνάδελφοι προσποιήθηκαν ότι δεν ήξεραν τίποτα για τις αλλαγές.

Η συνωμοτική συμπεριφορά εισέρχεται στην πιο οξεία φάση στη διάρκεια των κρίσεων της οργάνωσης κατά τις οποίες οι αποκλείοντες, που αρχίζουν την ενέργεια, συνιστούν μια ομάδα έτοιμη για μάχη. Πρόκειται εδώ για μια προσπάθεια επικεντρωμένη στο σκοπό να επιτευχθεί η συναίνεση πάνω στην άποψη που έχει σχηματισθεί, να ενισχυθεί η ομάδα και να αποφευχθεί η διατήρηση στενών σχέσεων με εκείνους που δεν θέλουν να προσχωρήσουν πλήρως στη συμμαχία. Γίνονται επίσης προσπάθειες ουδετεροποίησης εκείνων που μένουν απ' έξω, αλλά που δεν μπορούν να κρατηθούν σε πλήρη άγνοια των σχεδίων που έχουν τεθεί σε εφαρμογή. Έτσι, εξωτερικά, προκύπτει μια φαινομενική ομοψυχία παρόλο που αυτή δεν υπάρχει.

Ένα μέρος της συμπεριφοράς της ομάδας, σ' αυτό το σημείο, είναι στρατηγικής φύσης, με καλώς προσδιορισμένους υπολογισμούς, όπως «τι θα κάνουμε αν αυτός κάνει έτσι κι έτσι». Σε μια από τις περιπτώσεις μας, ένα μέλος διοικητικού συμβουλίου είπε ότι «παιζόταν ένα παιχνίδι» με το πρόσωπο που ήταν σε διαφωνία με την ομάδα. Η δράση που σχεδιάζεται μπορεί να φτάσει μέχρι το σημείο να υπάρξει συμφωνία πάνω στα ακριβή λόγια που θα χρησιμοποιούνται στην περίπτωση που το παρανοειδές άτομο αντιμετωπίζει ή προκαλεί την ομάδα. Πάνω απ' όλα, υπάρχει μια συνεχής και ακριβής επικοινωνία ανάμεσα στους αποκλείοντες, που εκφράστηκε, σε μια περίπτωση, στην αμοιβαία ανταλλαγή αντιγράφων όλων των επιστολών που στάλθηκαν ή παραλήφθηκαν από το εν λόγω άτομο.

Η μέριμνα για μυστικότητα μέσα σ' αυτές τις ομάδες αποκαλύπτεται από γεγονότα όπως το να κλείνουν προσεκτικά την πόρτα, να χαμηλώνουν την φωνή όταν μιλούν για το άτομο. Ο χώρος και ο χρόνος των συναντήσεων αλλάζουν σε σχέση με το σύνθημα. Τα έγγραφα είναι δυνατό να αρχειοθετούνται σε διαφορετικά σημεία και μερικά τηλέφωνα δεν χρησιμοποιούνται κατά τη διάρκεια μιας παρανοειδούς κρίσης.

Η εκδήλωση της συμπεριφοράς του εν λόγω ατόμου, σ' όλη αυτή την περίοδο, μεγεθύνεται υπέρμετρα. Συχνά αυτός γίνεται το κύριο αντικείμενο των συζητήσεων ανάμεσα στους αποκλειόμενους, ενώ η ηχώ αυτών των προβλημάτων επεκτείνεται και σε άλλες ομάδες που, σε ορισμένες περιπτώσεις, έλκονται στην αντιδικία. Σ' ένα ορισμένο σημείο λαμβάνονται μερικές προφυλάξεις για να συνεχίσουν τα μέλη της σχηματισμένης ομάδας να είναι συνεχώς πληροφορημένα για τις κινήσεις του προσώπου και, αν είναι δυνατό, των σχεδίων του. Στην πραγματικότητα, αν και όχι μ' έναν επίσημο τρόπο, αυτό σημαίνει κατασκοπεία. Τα μέλη μιας συντεταγμένης ομάδας, για παράδειγμα, επιφόρτισαν κάποιον που δεν είχε σχέση με την οργάνωση και άγνωστο στο άτομο που τους κατηγορούσε, να κρατήσει σημειώσεις στη διάρκεια μιας συζήτησης που έγινε με σκοπό την επίτευξη υποστήριξης στο πρόσωπό του από έναν οργανισμό της κοινότητας. Σε μιαν άλλη περίπτωση, ένα πρόσωπο του οποίου το γραφείο επικοινωνούσε μ' εκείνο του επικεφαλής του τμήματος, πείστηκε να λειτουργήσει ως πληροφοριοδότης για την ομάδα, που ενεργούσε για την καθαίρεση του επικεφαλής από την θέση εξουσίας που κατείχε. Μάλιστα, αυτή η ομάδα συζητούσε σοβαρά να βάλει μια νυχτερινή φρουρά μπροστά στο σπίτι του υποτιθέμενου εχθρού τους.

Ταυτόχρονα με τη μεγέθυνση των εκδηλώσεων του παρανοειδούς διαπιστώνονται διαστρεβλώσεις της εικόνας του, που κυρίως διατυπώνονται στις πιο στενές «μαζώξεις» των αποκλειόντων. Ανάστημα, φυσική δύναμη, πονηριά, ανέκδοτα για τις επιθέσεις που έκανε, υπερβάλλονται με μια θεματική έμφαση επικεντρωμένη στο γεγονός ότι πρόκειται για ένα άτομο επικίνδυνο. Μερικά άτομα, αντίθετα από άλλα, παρέχουν την δυνατότητα γι' αυτές τις κρίσεις, δεδομένου ότι στο παρελθόν δέχτηκαν βίαιες επιθέσεις ή απειλές. Στις συνεντεύξεις συναντιούνται, σ' αυτό το σημείο, τυπικές αντιφάσεις, όπως «όχι, δεν χτύπησε ποτέ κανένα εδώ κοντά. Έχει μόνο να κάνει με τον αστυνομικό του κυβερ-

νείου» ή «όχι, εγώ δεν τον φοβάμαι καθόλου, αλλά μια από αυτές τις μέρες θα εκραγεί».

Μπορούμε να πούμε, παρενθετικά, ότι η αναφερόμενη επικινδυνότητα του παρανοειδούς, που περιγράφεται στα μυθιστορήματα και στο θέατρο, ποτέ δεν αποδείχτηκε μ' ένα συστηματικό τρόπο. Στην πραγματικότητα, το μόνο συγκεκριμένο, επί του προκειμένου, στοιχείο που προέκυψε από εισαγωγές που έγιναν με καθυστέρηση –ως επί το πλείστον με παρανοειδή διαταραχή, σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο στη Νορβηγία– δείχνει ότι «ούτε οι παρανοϊκοί, ούτε αυτοί με παρανοειδή διαταραχή ήταν επικίνδυνοι και, ως επί το πλείστον, ούτε ιδιαίτερα ενοχλητικοί».¹⁸ Η δική μας ερμηνεία γι' αυτό το γεγονός, όπως ήδη αναφέραμε, είναι ότι η υποτιθέμενη επικινδυνότητα του παρανοειδούς δεν προέρχεται από ένα φυσικό φόβο, αλλά από την απειλή που αυτός αντιπροσωπεύει για την οργάνωση και από την ανάγκη να δικαιολογηθεί μια συλλογική δράση που έχει αναληφθεί εναντίον του.¹⁹

Ωστόσο, δεν πρόκειται για μια συμπεριφορά εντελώς τακτικής φύσης –όπως φαίνεται από το άγχος και τις εντάσεις που αναδύονται ανάμεσα στα μέλη της συμμαχίας, στη διάρκεια των πιο κρίσιμων φάσεων της αλληλεπίδρασης. Εκείνοι που συμμετέχουν σ' αυτήν μπορεί να αναπτύξουν φόβους ολωσθιού ανάλογους με αυτούς που διαπιστώνονται ανάμεσα στους κλασσικούς συνωμότες. Ο ηγέτης μιας από αυτές τις ομάδες μίλησε για την περίοδο μιας κρίσης του παρανοειδούς ατόμου ως «μιας εβδομάδας τρόμου», στη διάρκεια της οποίας αυτός ήταν διαλυμένος από την αϋπνία και «έπρεπε να παίρνει χάπια για το στομάχι». Το γεγονός αποκαλύφθηκε από ένα διοικητικό, ο οποίος κατά τη διάρκεια μιας κρίσης στο σχολείο, που προκλήθηκε από την απομάκρυνση ενός επιθετικού καθηγητή, είχε δηλώσει ότι αυτός «παρατηρούσε τις σκιές» και «αναρωτιόταν αν όλα θα πήγαιναν καλά όταν θα γυρνούσε στο σπίτι το βράδυ». Αυτές οι καταστάσεις έντασης, που λειτουργούσαν από κοινού προς ένα είδος κλεισίματος της επικοινωνίας μέσα στην ομάδα, είναι τόσο αιτία όσο και αποτέλεσμα

18. Odegard, O. [1959]. A Clinical Study of Delayed Admissions to a Mental Hospital. *Mental Hygiene*, 42: 66-77.

19. Βλ. παραπάνω.

της διογκωμένης αλληλεπίδρασης της ομάδας, η οποία αλληιάζει ή επανακατασκευάζει συμβολικά την εικόνα αυτού ενάντια στον οποίο λειτουργεί.

Άπαξ και κερδηθεί η μάχη μια φορά η εκδοχή, που δίνεται από τους αποκλειόμενους γύρω από την επικινδυνότητα του εν λόγω προσώπου, γίνεται ο πραγματικός λόγος που αποκρυσταλλώνεται σε κάθε επίσημη ενέργεια. Σε αυτό το σημείο, η ψευδής αναπαράσταση καταλήγει να γίνεται μέρος μιας πιο εσκεμμένης χειραγώγησης του εγώ. Δηλώσεις χονδροειδώς ανακριβείς, πιο συχνά οριζόμενες ως «προφάσεις», γίνονται μέσα που δικαιολογούνται για την επίτευξη της συνεργασίας του ατόμου, για παράδειγμα, για να το πείσουν να δεχτεί μια ψυχιατρική εξέταση ή μια περίοδο παρατήρησης σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο. Αυτή η πλευρά της διαδικασίας έχει περιγραφεί με επάρκεια από τον Goffman με την έννοιά του της «δίνης των δόλων», διαμέσου της οποίας ο ασθενής μπαίνει στο νοσοκομείο.²⁰ Δεν συντρέχει λόγος ανάληψης πέραν αυτής της έννοιας, αρκεί να βεβαιώσουμε την παρουσία της στη διαδικασία του αποκλεισμού, που περιπλέκεται στις δικές μας περιπτώσεις από νομικούς καταναγκασμούς και από τον κίνδυνο, που είναι πάντα παρών, των δικαστικών διενέξεων.

Η ανάπτυξη του παραληρήματος

Η γενική ιδέα, σύμφωνα με την οποία το παρανοειδές άτομο κατασκευάζει συμβολικά τη συνωμοσία ενάντια στις βλάβες που προκαλεί, είναι –σύμφωνα με την δική μας ερμηνεία– ανακριβής και ατελής. Κι ούτε μπορούμε να πούμε ότι του λείπει η εναισθησία (insight), όπως συχνά λέγεται. Αντίθετα, πολλοί παρανοειδή άτομα συνειδητοποιούν πολύ καλά ότι είναι απομονωμένα και αποκλεισμένα διαμέσου ενός είδους προσυνεννοημένης αλληλεπίδρασης, ή ότι χειραγωγούνται. Παρ' όλα αυτά, είναι μπερδεμένα ως προς την ακριβή ή ρεαλιστική αξιολόγηση των διαστάσεων και της μορφής της συμμαχίας που έχει οργανωθεί εναντίον τους.

Δεδομένου ότι οι δίαυλοι της επικοινωνίας είναι κλειστοί στο παρανοειδές άτομο, αυτό δεν έχει τρόπο να εισηράττει το feedback των συνεπειών της συμπεριφοράς του· feedback που θα ήταν ουσιαστικό για να διορθώσει τις ερμηνείες του των σχέσεων και της κοινωνικής οργάνωσης, πάνω στη οποία πρέπει να βασιστεί για να ορίσει την κοινωνική του θέση (status) και να αποκτήσει ταυτότητα. Μπορεί να δει μόνο τη φανερή συμπεριφορά, χωρίς το μη επίσημο πλαίσιο. Μολιονότι είναι σε θέση να συμπεράνει με ακρίβεια ότι οι άνθρωποι είναι οργανωμένοι εναντίον του, για να προσπαθήσει να το αποδείξει, μπορεί να καταφύγει μόνο στην αντιπαράθεση ή σε επίσημες εξεταστικές διαδικασίες. Για να έχει έναν οποιοδήποτε τύπο επικοινωνίας με τους άλλους, το παρανοειδές άτομο πρέπει να προκαλέσει ισχυρές αντιδράσεις –και από εδώ προκύπτουν οι κατηγορίες του, το θράσος του, οι ύβρεις του. Συνήθως αυτή η συμπεριφορά δεν είναι εσκεμμένη. Παρ' όλα αυτά, σε μια περίπτωση μάλλον πολυήλικη, εξακριβώσαμε ότι το άτομο προκάλούσε συνειδητά συζητήσεις για να ακούσει τις ερμηνείες των άλλων για την συμπεριφορά του. «Μερικοί θα μπορούσαν να με περιγράψουν κατανοήσιμο, άλλοι ως πολύ ακατανόητο».

Η ανάγκη για επικοινωνία και ταυτότητα, που προκύπτει από αυτήν, βοηθά στην εξήγηση της προτίμησης του παρανοειδούς ατόμου για γραπτή επικοινωνία, επίσημη, σύμφωνη με το νόμο και τη λεπτολογία με την οποία πολλοί από αυτούς γράφουν τα έγγραφα των συμβολαίων που συνάπτουν με άλλους. Με μίαν ορισμένη έννοια, η καταφυγή στις δικαστικές διαμάχες εννοείται πιο σωστά ως η προσπάθεια του ατόμου να αναγκάσει άλλους, που έχουν επιλεγεί από αυτόν, να έχουν σχέσεις ως ίσος προς ίσον και να οικοδομήσει καταστάσεις από τις οποίες δεν θα είναι δυνατόν για κάποιον να υπεκφύγει. Το γεγονός ότι το άτομο σπάνια ικανοποιείται από τα αποτελέσματα που επιτυγχάνονται από τις επιστολές του, τις αιτήσεις του, τα παράπονα και τα κείμενά του, δείχνει ότι η λειτουργία τους χρησιμεύει στην εγκαθίδρυση μιας σχέσης

20. Goffman, E. (1959). The Moral Career of the Mental Patient. *Psychiatry*, 22: 127.

και μιας αλληλεπίδρασης με τους άλλους, όπως επίσης στο «να βάλει τα πράγματα στη θέση τους». Η ευρεία επαγγελματική ανοχή των δικηγόρων απέναντι στην επιθετική συμπεριφορά στο δικαστήριο και η φύση των αγγλοσαξονικών νομικών θεσμών, που γεννήθηκαν από μιαν εξέγερση ενάντια σ' έναν ορισμένο τύπο δικαιοσύνης με χαρακτήρα συνωμοτικό ή μυστικού συμβουλίου, εγγυάται ότι θα δοθεί δυνατότητα ακρόασης ακόμα και του παρανοειδούς ατόμου. Επιπλέον, πρέπει να λάβει απάντηση στις κατηγορίες του, διαφορετικά θα βρεθεί να κερδίζει την υπόθεση λόγω έλλειψης επαρκούς δικαστικής παράστασης. Μερικές φορές, το παρανοειδές άτομο επιτυγχάνει μικρές νίκες, παρόλο που χάνει τις μεγάλες μάχες. Μπορεί να εισπράξει σεβασμό ανάμεικτο με φθόνο στο βαθμό που είναι αντίπαλος και μερικές φορές καταφέρνει να μοιραστεί με τους άλλους, στο δικαστήριο, ένα είδος νομικής συντροφικότητας. Το παρανοειδές άτομο κατακτά, επομένως, μια ταυτότητα μέσα από το να γίνεται γνωστό.

Ενίσχυση του παραληρήματος

Η ψυχιατρική άποψη που είναι γενικά δεκτή, είναι ότι η πρόγνωση της παράνοιας είναι φειδωλή, ότι η ανάρρωση από τις μορφές της «πραγματικής παράνοιας» είναι σπάνια και υπονοείται ότι τα παραληρήματα εκφράζουν μια, κατά το μάλλον ή ήττον, αμετάστρεπτη παθολογική κατάσταση. Δεδομένου ότι οι ανάγκες του ατόμου, οι διαθέσεις και η απομόνωση την οποία επιβάλλει στον εαυτό του, είναι καθοριστικοί παράγοντες στη διαιώνιση των παραληρηματικών του αντιδράσεων, υπάρχει παρ' όλα αυτά ένα αξιολογούμενο κοινωνικό πλαίσιο, διαμέσου του οποίου τα παραληρήματα παγιώνονται και ενισχύονται. Αυτό το πλαίσιο είναι εύκολα αναγνωρίσιμο στις σταθερές ιδέες και στις θεσμοποιημένες διαδικασίες των οργανισμών προστασίας, φύλαξης και θεραπείας μέσα στην κοινωνία μας. Αυτές εκδηλώνονται κυρίως στις περιπτώσεις, στις οποίες τα παρανοειδή άτομα έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες ασφάλειας ή νοσηλεύονται. Η σωρευτική και αθροιστική απωθητική ενέργεια αυτών

των υπηρεσιών λειτουργεί ισχυρά στην κατεύθυνση της αύξησης και της ενίσχυσης μιας αίσθησης τεράστιας αδικίας και της ανάγκης για ταυτότητα, που βρίσκεται πίσω από το παραλήρημα και την επιθετική συμπεριφορά του παρανοειδούς ατόμου.

Η αστυνομία, στο μεγαλύτερο μέρος των κοινοτήτων, έχει μια πλήρως καθορισμένη αντίληψη γι' αυτούς τους «απροσάρμοστους», όπως τους ονομάζουν, παρόλο που τα κριτήρια στη βάση των οποίων κρίνονται αυτά τα άτομα δεν είναι σαφή. Η υπομονή των αστυνομικών απέναντι σ' αυτά τα άτομα είναι πολύ μειωμένη: σε μερικές περιπτώσεις ερευνούν την προέλευση των διεκδικήσεων τους και, αν συμπεράνουν ότι το εν λόγω άτομο είναι απροσάρμοστο, τείνουν μετά από αυτό να το αγνοούν. Οι επιστολές του μπορεί να πεταχτούν χωρίς καν να ανοιχτούν, μπορεί να του απαντούν στο τηλέφωνο μ' ένα προστατευτικό και καθησυχαστικό ύφος ή με αόριστες υποσχέσεις ότι θα παρθούν μέτρα που δεν θα παρθούν ποτέ.

Όπως η αστυνομία, οι λειτουργοί της εισαγγελίας είναι συχνά αναγκασμένοι να έχουν να κάνουν με άτομα που ορίζουν ως απροσάρμοστα ή διαταραγμένα. Μερικά γραφεία αναθέτουν σ' έναν ιδιαίτερο υπάλληλο να ασχολείται με αυτές τις περιπτώσεις, άτομο που γραφικά αποκαλείται στο χώρο εργασίας ως «ο επιφορτισμένος με τους τρελούς». Μερικοί από αυτούς τους υπαλλήλους υποστηρίζουν ότι είναι σε θέση να αναγνωρίζουν αμέσως τις επιστολές των απροσάρμοστων, πράγμα που σημαίνει ότι αυτές, ή μένουν αδιάβαστες ή πετιούνται. Ωστόσο, διενέξεις στην οικογένεια ή με τους γείτονες παρουσιάζουν δυσκολίες ως επί το πλείστον δυσεπίλυτες, δεδομένου ότι συχνά είναι αδύνατο να καθοριστεί ποιο εκ των μερών παραληρεί. Σ' ένα γραφείο, μερικοί αντίδικοι αποκαλούνται «50-50», πράγμα που σημαίνει –στην καθημερινή γλώσσα– ότι είναι αδύνατο να πει κανείς αν αυτοί μπορούν να θεωρηθούν ψυχικά υγιείς. Αν κάποιος φαίνεται ότι κάνει συνεχώς φασαρίες, οι εντεταλμένοι υπάλληλοι απειλούν μερικές φορές ότι θα κάνουν ανακρίσεις, που ωστόσο σπάνια γίνονται.

Τόσο το προσωπικό της αστυνομίας, όσο και αυτό των εισαγγελικών αρχών λειτουργούν συνεχώς

σε καταστάσεις στις οποίες οι ενέργειές τους μπορούν να έχουν επιζήμιες νομικές ή πολιτικές επιπτώσεις. Το προσωπικό αυτό έχει την τάση να λειτούργει σε στενή διασύνδεση μεταξύ του και η αρκική του αντίδραση απέναντι σε ξένους ή αλλοδαπούς είναι η υποψία ή η έλλειψη εμπιστοσύνης, όσο δεν αποδεικνύεται ότι είναι αβλαβείς ή φίλοι. Αυτό αντανακλάται σε πολλούς από τις επίσημες διαδικασίες και στις γενικές συμπεριφορές—όπως, για παράδειγμα, να σημειώνονται με ακρίβεια σ' ένα βιβλίο καταγραφής συμβάντων τα ονόματα, η ώρα και ο σκοπός των αιτήσεων αυτού που ζητάει επίσημη συνέντευξη. Σε μερικές περιπτώσεις, στην πραγματικότητα, αρχίζουν την έρευνα πάνω στο διαμαρτυρόμενο πριν ακόμα ασχοληθούν μαζί του για οποιοδήποτε ζήτημα.

Όταν το παρανοειδές άτομο πάει πέρα από την τοπική αστυνομία και τα δικαστήρια, για να ζητήσει αποζημίωση από τις τοπικές ή εθνικές αρχές, μπορεί να συναντήσει ευγενικές συμπεριφορές υπεκφυγής, μιαν επιφανειακή ενασχόληση με την υπόθεση, ή μιαν έλλειψη εμπιστοσύνης που γίνεται πλέον επίσημη. Επιστολές που απευθύνονται σε διοικητικούς λειτουργούς μπορούν να τύχουν απαντήσεων μέχρις ενός ορισμένου σημείου, αλλά, από ένα ορισμένο σημείο και πέρα, αγνοούνται. Αν οι επιστολές σ' ένα πρόσωπο που βρίσκεται υψηλά στην εξουσία περιέχουν απειλές, μπορεί να προκαλέσουν ανακρίσεις από μέρους των υπηρεσιών ασφαλείας, που έχουν ως αφορμή το γεγονός ότι οι δολοφονικές απόπειρες δεν είναι άγνωστες στην αμερικανική ζωή. Ενίοτε, οι αποζημιώσεις επιδιώκονται στο νομοθετικό σώμα, όπου μπορεί να εισαχθούν προτάσεις για νόμους προσωπικού χαρακτήρα, που από την ίδια τους τη φύση δεν είναι παρά μάταιες κινήσεις.

Γενικά, οι επαφές που το πρόσωπο που παραληρεί έχει με τις επίσημες οργανώσεις, προκαλούν συχνά τις ίδιες επιποθήσεις απαντήσεων, παραπληνητικές ή δύσπιστες, που έχουν παίξει ένα καθοριστικό ρόλο στην εν γένει διαδικασία του αποκλεισμού. Αυτές οι απαντήσεις γίνονται μέρος ενός

σχήματος αλληλεπίδρασης επιλεκτικού ή επιλεγμένου, που δημιουργεί για το άτομο ένα κοινωνικό περιβάλλον αβέβαιο και διφορούμενο. Κάνουν πολύ λίγα για να διορθώσουν και πάρα πολλά για να επιβεβαιώσουν τις υποψίες του, τη δυσπιστία του και τους παραληρηματικούς του τρόπους ερμηνείας. Ακόμα περισσότερο, το ίδιο το προσωπικό των νοσοκομειακών υπηρεσιών μπορεί να συμβάλει στην πρόοδο ενός παρανοειδούς παραληρηματος, όπως έδειξαν οι Stanton και Schwartz στην ανάλυσή τους της επικοινωνίας στο εσωτερικό ενός ψυχιατρικού νοσοκομείου. Αυτοί μιλούν καθαρά για μια «παθολογία της επικοινωνίας», που προκαλείται από τη συνήθεια του προσωπικού να αγνοεί τις ρητές σημασίες στις ββαιώσεις ή στις ενέργειες των ασθενών και να απαντά, αντίθετα, σε σημασίες που συνάγονται ή υποτίθενται, έτσι ώστε να δημιουργείται ένας τύπος περιβάλλοντος μέσα στο οποίο «το παρανοειδές άτομο βρίσκεται στο στοιχείο του».²¹

Μερικά παρανοειδή ή περίπου παρανοειδή άτομα γίνονται γνωστά σε μερικές οργανώσεις στην περιοχή τους και σε ευρείες ζώνες της κοινότητας. Υπάρχουν στην κοινότητα άτομα και ομάδες που παίρνουν μια στάση χαρακτηριστική απέναντι σ' αυτό το είδος των ατόμων, μια στάση αναμονής και προετοιμασίας. Σε μια από αυτές τις περιπτώσεις, η αστυνομία ασκούσε διαρκή έλεγχο στους χώρους όπου σύχναζε το άτομο και όταν ο κυβερνήτης ερχόταν να μιλήσει στη σκάλα του δικαστηρίου, δύο αστυνομικοί αναλάμβαναν την ειδική αρμοδιότητα να το επιβλέπουν, αν βρισκόταν ανάμεσα στο πλήθος. Αργότερα, κάθε φορά που πήγαινε στο κυβερνείο, ένας ορισμένος αριθμός αστυνομικών επιφορτιζόταν να το συνοδεύει όταν κατευθυνόταν στην αίθουσα ακροάσεων της επιτροπής ή όταν ζητούσε να συναντήσει έναν υπάλληλο.²² Η φήμη που αυτός ο άνθρωπος είχε αποκτήσει, εξαιτίας της γνωστής εξαιρετικής δύναμής του να ρίχνει κάτω τους αστυνομικούς σαν τραπουλόχαρτα, ήταν γι' αυτόν μια προφανής πηγή ευχαρίστησης, παρ' όλη την καχυποψία που υπονοούσε η παρουσία τους.

21. Stanton, A. H. & Schwartz, M. S. [1954]. *The Mental Hospital*. New York: Basic Books, σελ. 200-210.

22. Αυτή η τεχνική, σε μορφή ακόμα πιο συστηματική, χρησιμοποιείται μερικές φορές για την προστασία του προέδρου των Ηνωμένων Πολιτειών στις «περιπτώσεις του Λευκού Οίκου».

Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι, για τα παρανοϊκά άτομα, το να αντιπροσωπεύουν το πρόσωπο που κινεί υποψίες γίνεται ένας τρόπος ζωής, δεδομένου ότι αυτό τους παρέχει μια ταυτότητα που διαφορετικά δεν μπορούν να αποκτήσουν. Οι ιδιότητες διαμάχες με τους δημόσιους λειτουργούς, η δημοσίευση κειμένων, μικρών βιβλίων, καταγγελιών με το όνομά τους, η τάση να αμφισβητούν πράγματα που οι άλλοι παραβλέπουν ως μικρής σημασίας ή σαν «μπελάδες», γίνονται το πρωταρχικό θέμα της ζωής τους, χωρίς το οποίο η κατάστασή τους εύκολα θα χειροτέρευε.

Αν για κάποιον η παράνοια γίνεται ένας τρόπος ζωής, είναι επίσης αλήθεια ότι το δύσκολο άτομο, με ιδέες μεγαλείου ή δίωξης, μπορεί να φέρνει σε πέρας μερικές λειτουργίες περιθωριακού χαρακτήρα μέσα στις οργανώσεις και μέσα στην κοινότητα. Μια από αυτές είναι η λειτουργία του αποδιοπομπαίου τράγου, από τη στιγμή που το παρανοϊκό άτομο γίνεται αντικείμενο κωμικών σκηνών ή εικασιών και κουτσομπολιών όταν ο κόσμος αναρωτιέται τι ετοιμάζει ακόμα. Σ' αυτό το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου, το παρανοϊκό άτομο μπορεί να βοηθήσει τις πρωτογενείς ομάδες να οριοκληρωθούν προς πλεόν ευρείες οργανώσεις, γιατί, κατευθύνοντας την επιθετικότητα και τη μομφή προς τον εαυτό του, ενισχύονται το αίσημα της ομοιογένειας και η συναίνεση μεταξύ των μελών της ομάδας.

Υπάρχουν, επίσης, παραδείγματα στα οποία οι επιθέσεις και οι γενικές κατηγορίες και οι μύδροι του παρανοϊκού ατόμου χρησιμεύουν στην έκφραση της δυσάρεσκιας αυτών που φοβούνται να κριτικάρουν ανοιχτά την κατεύθυνση που υπάρχει στην κοινότητα, στην οργάνωση ή στο Κράτος, ή των άτυπων δομών εξουσίας στο εσωτερικό τους. Μερικές φορές τα παρανοϊκά άτομα είναι τα μόνα που αγκαλιάζουν ανοιχτά τις ιδέες των στρωμάτων του πληθυσμού που δεν είναι εκφρασμένες και δεν αντιπροσωπεύονται πολιτικά.²³ Τα «επιχειρήματα» που ελκύουν την προσοχή του παρανοϊκού ατόμου –το ντόπιγκ στους αθλητικούς αγώνες, ο διεθνής κομμουνισμός, τα μονοπωλιακά

«συμφέροντα», ο παπισμός, ο εβραϊσμός ή οι «ψυχοπολιτικοί»– συχνά αντανakλούν τους άριστους και άμορφους φόβους και τις ανησυχίες των περιφερειακών ομάδων, που τείνουν να επικυρώνουν το ρόλο του «προστάτη» που έχει επιλέξει το παρανοϊκό άτομο. Μερικές φορές, στα παιχνίδια εξουσίας στο εσωτερικό του οργανισμού και στις κοινοτικές συγκρούσεις, ο δικός του ρόλος χρησιμοποιείται δολώς από τις πιο αντιπροσωπευτικές ομάδες, ως εργαλείο για να βάλουν σε δύσκολη θέση τους αντιπάλους τους.

Το ευρύτερο κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο

Οι παρατηρήσεις μας κλείνουν με τον ίδιο πολεμικό τόνο που άρχισαν, δηλαδή υποστηρίζοντας ότι τα μέλη των κοινοτήτων ή των οργανώσεων ενώνονται σε μια κοινή προσπάθεια απέναντι στις βλάβες που προξενεί το παρανοϊκό άτομο, πριν ακόμα ή ανεξάρτητα από οποιαδήποτε εκδικητική συμπεριφορά από τη μεριά του. Η παρανοϊκή κοινότητα είναι πραγματική μάλλον παρά ψεύτικη, εξαιτίας του γεγονότος ότι συνίσταται από αμοιβαίες σχέσεις και από διαδικασίες των οποίων τα ακριβή αποτελέσματα είναι ο ημειπίσημος και επίσημος αποκλεισμός και μια περιορισμένη επικοινωνία.

Η δυναμική του αποκλεισμού του παρανοϊκού ατόμου γίνεται κατανοητή σε μια πιο ευρεία προοπτική, αν αναγνωριστεί ότι στην αμερικάνικη κοινωνική οργάνωση οι αποφάσεις παίρνονται στις μικρές άτυπες ομάδες διαμέσου αλληλεπιδράσεων ανδρικών, τυχαίων και συχνά λεπτειλήπτων. Η πρόσβαση σ' αυτές τις ομάδες συνήθως θεωρείται περισσότερο ένα προνόμιο παρά ένα δικαίωμα, προνόμιο που τείνει να περιφρουρείται ζηλόφθονα. Οι κρίσιμες αποφάσεις, συμπεριλαμβανομένων αυτών της αποβολής κάποιου ή της αναδιοργάνωσης της κοινωνικής του θέσης (status) σε πιο μεγάλες επίσημες οργανώσεις, λαμβάνονται μυστικά. Η νομική έννοια της «προνομιακής επικοινωνίας» είναι, εν μέρει,

23. Marmor, J. (1958). Science, Health and Group Opposition. Κείμενο που διανεμήθηκε στη σχολή Κοινωνικών Λειτουργιών του UCLA.

η επίσημη αναγνώριση της ανάγκης να παίρνονται μυστικές αποφάσεις στο εσωτερικό των οργανώσεων.

Επιπλέον μέσα στην κοινωνία μας, που βασίζεται πάνω στη οργάνωση, υπάρχει έμφαση στη συμμόρφωση και η διαρκώς αυξανόμενη τάση των ελίτ των οργανώσεων να στηρίζονται, για τους σκοπούς τους, στην άμεση εξουσία. Αυτή ασκείται συχνά με σκοπό την απομόνωση και την εξουδετέρωση των ομάδων και των ατόμων που αντιτίθενται στην καθοδήγησή τους, τόσο μέσα, όσο και έξω από την οργάνωση. Οι επίσημες δομές μπορεί να χειραγωγούνται ή εσκεμμένα να αναδιοργανώνονται με τρόπο ώστε οι ομάδες και τα άτομα που προβάλλουν αντίσταση να απομακρύνονται, ή να τους εμποδίζεται η πρόσβαση στην εξουσία ή στα διαθέσιμα μέσα που ευνοούν την επιδίωξη σκοπών και αξιών που παρεκκλίνουν. Ένας από τους πιο άμεσα αποτελεσματικούς τρόπους για να επιτευχθεί αυτό είναι η διακοπή, η επιβράδυνση ή το μπλοκάρισμα της ροής της πληροφορίας.

Η ανάγκη για εξορθολογισμό και δικαίωση αυτών των διαδικασιών πάνω σε μια δημοκρατική βάση ληφθεί στην απόκρυψη ορισμένων πράξεων, στην αλληλοίωση της κρυμμένης σημασίας, μέχρι και στην καταφυγή σε μέσα ανήθικα ή παράνομα. Η δυσκολία να έχουμε μια κοινωνιολογική γνώση αυτών των τεχνικών, που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «έλεγχος πίσω από τους ελέγχους» και η άρνηση από μέρους εκείνων που τις χρησιμοποιούν να αναγνωρίσουν ότι αυτές υπάρχουν, είναι λογική συνέπεια της ορατής απειλής που μια τέτοια γνώση και αποδοχή μπορεί να αντιπροσωπεύει για τις δομές της άτυπης εξουσίας. Το επιφανόμενο της εξουσίας γίνεται, έτσι, ένα είδος ασαφούς κόσμου του πολιτισμού μας, που καλεί σε συμπεράσματα και καταδίκες.

Συμπεράσματα

Αναλύσαμε τη διαδικασία του κοινωνικού αποκλεισμού και τους τρόπους με τους οποίους αυτή συμβάλλει στην ανάπτυξη του σχήματος της πα-

ρανοειδούς συμπεριφοράς. Ενώ οι προκείμενες θέτουν τον τόνο πάνω στις οργανωτικές μορφές του αποκλεισμού, πιστεύουμε, ωστόσο, ότι αυτές είναι έκφραση μιας γενικής διαδικασίας της οποίας οι όροι συσχετισμού θα αναδυθούν από τη μελέτη της παράνοιας στην οικογένεια και σ' άλλες ομάδες. Οι διαφοροποιημένες αντιδράσεις του ατόμου στις περιστάσεις του οργανωμένου αποκλεισμού είναι σημαντικές στην ανάπτυξη των παρανοειδών αντιδράσεων, μόνο στο βαθμό που αυτές προσδιορίζουν μερικά τον «ανυπόφορο» και «αβάσταχτο» χαρακτήρα των αλλαγών του status που πρέπει να αντιμετωπίσει. Μπορεί να διαπλέκονται ιδιοσυγκρασιακοί παράγοντες της ιστορίας της ζωής, του είδους που εμφανίζεται στις πιο συμβατικές ψυχιατρικές αναλύσεις, αλλά, κατά την άποψή μας, είναι εξίσου σημαντικές εκείνες που είναι σύμφυτες στις αληθινές και καθαυτό αλλαγές του status –και η ηλικία είναι μια από τις προεξάρχουσες μεταξύ αυτών. Και στις δυο περιπτώσεις, άπαξ και εμφανιστεί μια καταστασιακή δυσανεκτικότητα, το πεδίο είναι έτοιμο για την αλληλεπιδραστική διαδικασία που περιγράφηκε ανωτέρω.

Θα παρατηρηθεί ότι όλες οι περιπτώσεις που εξετάσαμε αφορούσαν πρόσωπα που παρέμεναν χωρίς επιδείνωση, που διατηρούσαν επαφή με τους άλλους και επαναλάμβαναν μαχητικές δραστηριότητες που απευθύνονταν σε κοινωνικά αποδεκτές αξίες και θεσμούς. Στις δικές τους εμπειρίες απουσίαζαν γενικευμένες υποψίες σε δημόσιους χώρους και απρόκλητες επιθέσεις απέναντι σε αγνώστους. Αυτά τα γεγονότα, πέρα από τη σχετική απουσία της «αληθινής παράνοιας» από τον πληθυσμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων, μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η «ψευδοκοινωνία», συνδεδεμένη με μια αδιάκριτη επιθετικότητα (με την έννοια του Cameron) είναι περισσότερο συνέπεια παρά ένα συστατικό μέρος των παρανοειδών σχημάτων. Αυτά είναι πιθανώς αποτελέσματα μιας επιδείνωσης και ενός κατακερματισμού της προσωπικότητας που εμφανίζονται, όταν εμφανίζονται, στο παρανοειδές άτομο ύστερα από μακρές και έντονες περιόδους στρες και ολοκληρωτικής κοινωνικής απομόνωσης.



Πολιτικές ψυχικής υγείας: Αποκλεισμός, νεοϊδρυματισμός και το αίτημα της χειραφέτησης

Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου*

Γνωρίζουμε ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας αποκτούν μια διαρκώς αυξανόμενη σημασία, αφενός γιατί η επικράτησή τους παρουσιάζει μια ραγδαία άνοδο και αφετέρου γιατί τα προβλήματα αυτά συνδέονται μ' ένα υψηλό φορτίο όχι μόνο συναισθηματικό, αλλά και οικονομικό και κοινωνικό που μεταφέρεται στους ίδιους τους πάσχοντες, στις οικογένειές τους και στην ευρύτερη κοινωνία. Για το μέγεθος αυτού του φορτίου θα αναφέρουμε ένα μόνο ενδεικτικό στοιχείο: σύμφωνα με τη διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, μέσα στη διάρκεια ενός χρόνου, το 20% περίπου του πληθυσμού των ενηλίκων εμφανίζει μια ή περισσότερες από τις ψυχικές διαταραχές που καταγράφονται στη Διεθνή Ταξινόμηση των Ασθενειών του ΠΟΥ (Gasperi, 2005).

Ως προς την προστασία όμως και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, καθώς και την παροχή επαρκών και κατάλληλων υπηρεσιών για τη θεραπεία και τη φροντίδα του ψυχικού πόνου, αυτό που παρατηρούμε είναι ότι τα συστήματα ψυχικής υγείας –σε εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο– παρουσιάζουν μια διαρκώς αυξανόμενη διάσταση ανάμεσα στις ανάγκες και στις υπηρεσίες (ποσοτικά και ποιοτικά) που παρέχονται, όπως επίσης ανάμεσα στις διακηρύξεις και την πραγματικότητα των υπηρεσιών.

Οι στρατηγικές κατευθύνσεις του ΠΟΥ

Για παράδειγμα, στο γνωστό ντοκουμέντο του ΠΟΥ «Η στρατηγική της Υγείας για όλους μέχρι το 2000», ο υπ' αριθμόν 12 στόχος αναφέρεται στη

«Μείωση των ψυχικών διαταραχών και των αυτοκτονιών». Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, αυτός ο στόχος μπορεί να επιτευχθεί με τα παρακάτω μέτρα:

- Βελτίωση των κοινωνικών παραγόντων που προκαλούν εντάσεις, όπως η ανεργία και η κοινωνική περιθωριοποίηση.
- Βελτίωση της πρόσβασης σε παρεμβάσεις στήριξης που κάνουν ικανό τον πληθυσμό ν' αντιμετωπίζει τα γεγονότα και τις καταστάσεις που προκαλούν άγχος και στρες.
- Βελτίωση των παρεμβάσεων προς όφελος των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και αυτών που, εκούσια ή ακούσια, είναι υπό θεραπεία.
- Οργάνωση ολοκληρωμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας βασισμένων στις τοπικές κοινότητες, σε συνεργασία με τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.
- Πραγματοποίηση εξειδικευμένων πρωτοβουλιών με στόχο την πρόληψη βλαβερών για την υγεία συμπεριφορών, όπως η κατάχρηση επικίνδυνων ουσιών.
- Προγράμματα με στόχο την πρόληψη της αυτοκτονίας.

Από αυτό το ντοκουμέντο του ΠΟΥ αναδύονται δύο στρατηγικού χαρακτήρα κατευθύνσεις ως προς τα μέτρα που πρέπει να παρθούν για να μειωθεί η «επίπτωση» και η «επικράτηση» των ψυχικών διαταραχών.

* Ψυχίατρος, Διευθυντής, 9ο Ψ.Τ., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής.

Η πρώτη απευθύνεται σε μέτρα κοινωνικού, οικονομικού και πολιτικού χαρακτήρα που αφορούν στις συνθήκες ζωής του γενικού πληθυσμού και έχει στόχο την εξάλειψη ή την ελάφρυνση των κοινωνικών καταστάσεων από τις οποίες πηγάζουν εντάσεις κοινωνικές, διαπροσωπικές και προσωπικές.

Η δεύτερη έχει σκοπό την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρονται στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, στις οικογένειές τους και σε όσους αναλαμβάνουν τη φροντίδα τους, μέσα από υπηρεσίες ψυχικής υγείας με έδρα στην κοινότητα και λειτουργούν στη λογική της συνεργασίας και της αξιοποίησης των πολυπληθών πόρων της κοινότητας, ξεκινώντας από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και από τις τοπικές αρχές (δήμους κ.λπ.).

Είναι προφανές ότι οι δύο αυτές στρατηγικές κατευθύνσεις (με τις αντίστοιχες «δέσμες μέτρων») είναι σε άμεση συσχέτιση και αλληλεξάρτηση η μια με την άλλη – με αυτή την έννοια προτείνονται και με αυτή την έννοια μπορούν να πραγματοποιηθούν.

Το πρόβλημα των πόρων

Βέβαια, ο ΠΟΥ αντιφάσκει με τις ίδιες τις κατευθυντήριες γραμμές του, όταν προτείνει την αναζήτηση τρόπων και μεθόδων για την οργάνωση των υπηρεσιών, προσαρμοσμένων «σ' ένα περιβάλλον μειωμένων πόρων» (Saraceno, 2004). Τι σημαίνει αυτό; Πώς προσδιορίζεται το «εύρος των διατιθέμενων πόρων»; Ποιό είναι το μέτρο τους, ανάμεσα στις ανάγκες των «πολλών» και τα συμφέροντα των «λίγων»;

Πράγματι, οι πόροι δεν είναι «απεριόριστοι». Προσδιορίζονται κάθε φορά από το επίπεδο του κοινωνικά παραγόμενου πλούτου, που με τη σειρά του προσδιορίζεται από το επίπεδο ανάπτυξης των κοινωνικών παραγωγικών δυνάμεων σε μια δεδομένη ιστορική περίοδο. Ειδικότερα σ' αυτή την περίοδο που διανύουμε, της όψιμης παγκοσμιοποίησης, η συσσώρευση του κοινωνικού πλούτου είναι πρωτοφανής σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη

στο παρελθόν, σ' όλη την ιστορία της ανθρωπότητας. Κι όμως, όσο μεγαλύτερος ο πλούτος από τη μια, τόσο πιο «μειωμένοι πόροι» για υγεία και κοινωνικές παροχές από την άλλη. Η κοινωνία γίνεται πιο φτωχή και πρέπει να αγοράζει ή να στερείται πλήρως αυτό που πριν παρεχόταν δωρεάν, αν αυτό απαιτεί η εξαγωγή ικανοποιητικού κέρδους σε συνθήκες υπερπαραγωγής κεφαλαίου.

Οι ανάγκες, για παράδειγμα, της κερδοφορίας των φαρμακοβιομηχανιών αφήνουν χωρίς φάρμακα εκατοντάδες εκατομμύρια ανθρώπους στις πιο φτωχές χώρες ή πειραματίζονται εγκληματικά, χωρίς καμιά δεοντολογία, πάνω σε ανυποψίαστους κατοίκους των χωρών αυτών (με τον ίδιο τρόπο που οι ανάγκες κερδοφορίας άλλων μερίδων του κεφαλαίου καταδικάζουν στην πείνα λαούς ολόκληρους). Αυτή η συμπεριφορά δεν είναι απλώς ένα ζήτημα ηθικής τάξης (με όλη την ηθική της απαξία και την απέχθεια που προκαλεί). Στην πραγματικότητα, συμπεριφορές όπως αυτή αποτελούν προϋπόθεση για τη μεγιστοποίηση των κερδών των φαρμακευτικών κολλοσσών και για την επέκταση της πρωτοφανούς ισχύος και της πλανητικής κυριαρχίας τους (με τα καινούργια και πανάκριβα φάρμακά τους), που εκφράζεται στον ασφυκτικό έλεγχο που ασκούν στην άσκηση της ψυχιατρικής (και γενικότερα, της ιατρικής) πρακτικής (στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα) και στην εκπαίδευση των νέων γιατρών, με την κακοήθη διαπλοκή που έχουν εγκαθιδρύσει με πανεπιστήμια, με διάφορα ερευνητικά κέντρα, κυβερνήσεις και γιατρούς κάτω από τη σημαία της Βιολογικής Ψυχιατρικής – φτάνοντας στο σημείο να επεμβαίνουν στη συγκρότηση των ίδιων των διαγνωστικών κατηγοριών, προκειμένου να διευρύνουν το πεδίο κατανάλωσης των προϊόντων τους εγκλωβίζοντας, με κάθε θεμιτό ή αθέμιτο τρόπο, τις θεραπευτικές διαδικασίες στις ανάγκες της κερδοφορίας τους.

Όταν, για να δικαιολογηθεί η ανάγκη προσαρμογής στους «μειωμένους πόρους», γίνεται επίκληση στις «ανάγκες της οικονομίας» (αλλά και στα «ελλείμματα», στο «χρέος», στις οδηγίες της Ε.Ε. και του Δ.Ν.Τ.» κ.λπ.), είναι σαφές ότι οι όροι αυτοί δεν αναφέρονται σ' ένα ουδέτερο, «διαταξι-

κό» πεδίο. Προσδιορίζονται από τις ανάγκες συσσώρευσης και αναδιάρθρωσης του κεφαλαίου (σε εθνική, ευρωπαϊκή και διεθνή κλίμακα) και η όποια προσαρμογή στα όρια που αυτές επιτρέπουν (στην περίπτωση, ας πούμε, του σχεδιασμού υπηρεσιών ψυχικής υγείας) δεν είναι παρά προσαρμογή και υπαγωγή των αναγκών ψυχικής υγείας στις ανάγκες ακριβώς αυτής της συσσώρευσης και αναδιάρθρωσης, στη δεδομένη οικονομική συγκυρία. Είναι αυτά τα περιθώρια που οριοθετούν και επιβάλλουν, σε τελευταία ανάλυση, τις αντίστοιχες πολιτικές, κοινωνικές και βιοπολιτικές επιλογές.

Η υπαγωγή των ανθρώπινων αναγκών στις ανάγκες υπεραξίωσης του κεφαλαίου έχει ένα όχι μόνο ποσοτικό, αλλά επίσης ποιοτικό χαρακτήρα. Το πώς προσδιορίζεται η ποσοτική διάσταση των αναγκών των ψυχικά πασχόντων, σ' όλη την ιστορική διαδρομή της ψυχιατρικής, συναρτάται πάντα με τον τρόπο διαχείρισης αυτών των αναγκών.

Στο βαθμό που η ψυχιατρική και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διατρέχονται (ή και συγκροτούνται) από τις πολιτικές και τις τεχνικές της εκάστοτε βιοεξουσίας το ζήτημα των προσφερόμενων υπηρεσιών δεν είναι μόνο ποσοτικό (περισσότερα κονδύλια), είναι εξίσου ποιοτικό: μιλάμε, ας πούμε, για πιο πηλά νοσοκομειακά κρεβάτια (σε ψυχιατρεία ή άλλες υποκατάστατες αυτών δομές) ή για ένα σύστημα πρόληψης και φροντίδας που ενσαρκώνει τη διαλεκτική προστασίας και ελευθερίας –έτσι ώστε το κατά το δυνατόν πιο υψηλό επίπεδο παροχών και προστασίας, ανάλογα με τις ανάγκες, να είναι συνυφασμένο με το σεβασμό και την προαγωγή της αυτονομίας και του αυτοπροσδιορισμού των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας;

Δικαιώματα, «πλήρης απασχόληση» και κοινωνική προστασία

Όσοι απορρίπτουν την παραδοσιακή έννοια της θεραπείας, ως καταπολέμησης και ελέγχου συμπτωμάτων και υιοθετούν μια προσέγγιση που κατανοεί και απαντά στην ψυχική οδύνη στη σφαιρικότητά της, ως οδύνης μιας ύπαρξης στη βιοψυ-

χοκοινωνική της ολότητα, μπορούν να κατανοήσουν τη σημασία, π.χ., της πρώτης από τις παραπάνω υποδείξεις του ΠΟΥ. Όταν, όμως, επιχειρήσουμε να στρέψουμε την προσοχή μας στο πώς η πρόληψη αποκτά σάρκα και οστά στο επίπεδο των παρεμβάσεων στην πηγή [δηλαδή στην κοινωνική οργάνωση και στην ανάγκη μετασχηματισμού της –έτσι ώστε ν' αποκατασταθεί, για παράδειγμα, η «πλήρης απασχόληση» και να εξασφαλιστούν οι όροι μιας πραγματικής κοινωνικής ενσωμάτωσης ή «συμπερίληψης» (inclusion) κ.λπ.], διαπιστώνουμε ότι τα πράγματα βαδίζουν, εδώ και σαράντα περίπου χρόνια και με διαρκώς αυξανόμενους ρυθμούς, στην τελείως αντίθετη κατεύθυνση.

Ο στόχος της «πλήρους απασχόλησης» συμβάδιζε μ' αυτά που αποκαλούνται «πλήρη δικαιώματα του πολίτη» (full citizenship). Η προσδοκία που καλλιεργήθηκε ως «κοινωνικό ιδεώδες» για ενσωμάτωση στην κρατούσα Κοινωνική Τάξη είχε τρία σκέλη: το δικαίωμα να συμμετέχει κανείς στα οφέλη από τον διαρκώς αυξανόμενο εθνικό πλούτο (δηλαδή, να καταναλώνει), το δικαίωμα της συμμετοχής στη δημιουργία αυτού του πλούτου (θέση εργασίας) και κατά συνέπεια, το δικαίωμα στη διαχείριση των δημόσιων υποθέσεων.

Πέρασαν τριάντα μεταπολεμικά χρόνια –μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70– στη διάρκεια των οποίων υπήρχε η πολιτική της «πλήρους απασχόλησης» (ως «πολιτική» και ποτέ ως πραγματικότητα) και αναπτύχθηκε το «κοινωνικό κράτος», ιδιαίτερα στις προηγμένες καπιταλιστικές χώρες. Αυτή η περίοδος αποτέλεσε τη βάση απ' όπου αναδύθηκε και παγιώθηκε η αντίληψη ότι, αν από τη μια η συλλογική στήριξη και παροχή κοινωνικής ασφάλισης ενάντια στις ατυχίες που μπορεί κανείς να υποστεί ως άτομο αντανakλούν μια πρόθεση «κοινωνικοποίησης των κινδύνων», που είναι ενδημικοί στην καπιταλιστική οικονομία και στον ανταγωνισμό της αγοράς, τα «πλήρη δικαιώματα του πολίτη» από την άλλη σημαίνουν μια καθολική «συμπερίληψη» μέσω της πολιτικής διαδικασίας της δημοκρατίας (Bauman, 2004).

Ήταν πάντα ένας μύθος, αλλά αν και, πλέον, η υλική βάση αυτού του μύθου έχει μετατραπεί στο αντίθετό της, αυτό το φάντασμα εξακολουθεί να

μας κατατρέπει, ιδιαίτερα τους λειτουργούς στο χώρο της ψυχικής υγείας (που έχουμε να φροντίσουμε ανθρώπους που χάνουν, ή έχουν ήδη χάσει, τα δικαιώματά τους) μέσα σε μια κατάσταση κρίσης της ψυχιατρικής και της θεσμικής της οργάνωσης.

Οι απόβλητοι της καπιταλιστικής ανάπτυξης και η εγκαθίδρυση του κράτους πρόνοιας

Σήμερα που πολλοί μύθοι και αυταπάτες του παρελθόντος έχουν καταρριφθεί, αποτελεί κοινό τόπο ότι η αποκαλούμενη «οικονομική ανάπτυξη» (η επάρκεια, η αποδοτικότητα) είναι συνυφασμένη, ήδη από την περίοδο του πρώιμου καπιταλισμού, με την παραγωγή μιας μεγάλης μάζας ανθρώπων που θεωρούνται και αντιμετωπίζονται ως «άχρηστοι», «πλεονάζοντες», ως τα «σκουπίδια της κοινωνίας» –και εδώ συμπεριλαμβάνεται η διαχρονική κοινωνική θέση και μεταχείριση των ψυχικά πασχόντων.

Για να διαχειριστεί αυτή τη μάζα των «απόβλητων», προΐόν της οικονομικής του λειτουργίας, το σύστημα αναπτύσσει μηχανισμούς ελέγχου στη βάση κανονιστικών προτύπων (βιοπολιτική), που έχουν την πηγή τους στις ανάγκες της υλικής αναπαραγωγής του, στη βάση των οποίων ταξινομεί και οριοθετεί την επιθυμητή ενσωμάτωση ή τον αποκλεισμό, σε χώρους εκτός της οργανωμένης κοινωνίας, σε χώρους εγκλεισμού ή σε απομονωμένους χώρους «εντός», με τη μορφή γκέτο (χωρίς ν' αποκλείονται οι επιχειρήσεις, επιχειρήσεις, ή άτυπες και ανεπίσημες, της μαζικής «ευθανασίας»). Χαρακτηρισμοί, ετικέτες και διαγνώσεις –που λειτουργούν διαχωρίζοντας, στιγματίζοντας και περιθωριοποιώντας– χρησιμοποιούνται ως μέσα για έναν αποκλεισμό που επιβάλλει η οικονομική λογική του συστήματος.

Έχει παρατηρηθεί, για παράδειγμα, ότι η περισσότερο καλή ή κακή πρόγνωση της σχιζοφρένειας και, συνδεδεμένο με αυτήν, ένα πιο αισιόδοξο

κλίμα για τη «θεραπευσιμότητα» και την κοινωνική λειτουργικότητα των βαριά ψυχικά πασχόντων –επομένως, μια εντατικοποίηση των αποκαταστατικών προσπαθειών– σχετιζόταν, σ' όλη τη διάρκεια του 19ου αιώνα μέχρι σήμερα, εκτός των άλλων και με τον οικονομικό κύκλο, με τη δυνατότητα της παραγωγής ν' απορροφήσει ένα πληθυσμό ψυχικά πασχόντων με «οριακή εργασιακή ικανότητα», που σε φάση οικονομικής ύφεσης ήταν προτιμότερο να κατηγοριοποιηθεί ως «ανίατος» και να εναποτεθεί στο ίδρυμα. Σε περιόδους οικονομικής ύφεσης (όπως π.χ. στα χρόνια μετά το κραχ του '29) παρατηρήθηκε (σε ΕΠΑ και Βρετανία) ότι αυξανόταν ο πληθυσμός των ψυχιατρικών, πράγμα που είχε να κάνει με την ψυχολογική αποσταθεροποίηση λόγω ανεργίας, με υποτροπές και /ή με την αδυναμία των φτωχών οικογενειών να συντηρήσουν τα άρρωστα μέλη τους (Warner, 1994).¹

Ο Μαρξ είχε αναφερθεί στα «λιμνάζοντα», όπως τα χαρακτήρισε, στρώματα του «εφεδρικού βιομηχανικού στρατού» –αυτά δηλαδή τα οποία είχαν σποραδική εργασία– και στο «κατώτερο τμήμα του σχετικού υπερπληθυσμού, που ζει σε συνθήκες εξαθλίωσης». Εδώ περιλάμβανε, μεταξύ άλλων, όχι μόνο αυτούς που είναι ικανοί να εργασθούν και απορροφώνται σε κάθε άνοδο του οικονομικού κύκλου, για να βρεθούν και πάλι με τα πρώτα σημάδια της ύφεσης «εκτός», αλλά και αυτούς που «υποκύπτουν στην ανικανότητά τους να εργασθούν, λόγω του καταμερισμού της εργασίας». «Η εξαθλίωση (pauperism), έλεγε ο Μαρξ (1887), είναι το νοσοκομείο του ενεργού εργατικού στρατού και το νεκρό βάρος του εφεδρικού βιομηχανικού στρατού».

Για πολύ καιρό, το «πρόβλημα» (κυρίως υπό τη μορφή της απειλής για την καθεστηκυία τάξη) αυτών των στρωμάτων του πληθυσμού (οι «επικίνδυνες τάξεις») αντιμετωπιζόταν με τον εγκλεισμό σε διαφόρων ειδών ιδρύματα, αλλά και με την εξαγωγή των «ανθρώπων αποβλήτων» της οικονομικής «προόδου» στις μη κατακτημένες ακό-

1. Δεν υπαινισσόμαστε (κάθε άλλο μάλιστα) μια γραμμική, μηχανική σχέση ανάμεσα στην οικονομία και την ψυχιατρική κοινότητα – αν και η ψυχιατρική είναι από τις πλέον «ευαίσθητες» επιστήμες στην «έγκαιρη» ενσωμάτωση της εκάστοτε επικρατούσας κανονικότητας στη διαμόρφωση των κριτηρίων της για το «φυσιολογικό» και το «παθολογικό».

μα, αχανείς περιοχές εκτός των μητροπόλεων –μέχρις ότου η επέκταση του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής και η εξαγωγή της καπιταλιστικής «ανάπτυξης» (ληηλασίας) και σ' αυτές τις περιοχές, δημιούργησε μιαν εγχώρια μάζα «ανθρώπων απορριμμάτων» (που σήμερα έχει οδηγήσει σ' ένα αντίστροφο, ογκώδες μεταναστευτικό κύμα, που μαζικά κατακλύζει τις μητροπόλεις), η οποία δεν επέτρεπε, πλέον, την εξαγωγή των «πλεονάζόντων» των μητροπολιτικών χωρών, δημιουργώντας, έτσι, την άμεση απειλή μιας κοινωνικής ανατροπής (Bauman, 2004).

Αυτή η κρίση οδήγησε, μέσα από διαδοχικές κοινωνικές/ταξικές συγκρούσεις, κοινωνικές καταστροφές και επαναστατικές ανατροπές, στη βαθμιαία υποχώρηση και παραχώρηση (ιδιαίτερα μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου) του «κοινωνικού κράτους»— που κάποιοι χαρακτήρισαν και ως «ανακύκλωση των αποβλήτων» (η δυνατότητα δηλαδή να μπορούν να χρησιμοποιηθούν και πάλι στην παραγωγή, όταν ο οικονομικός κύκλος θα βρισκόταν και πάλι σε άνοδο). Το «κοινωνικό κράτος» κατακτήθηκε, δεν παραχωρήθηκε, αλλά λειτούργησε ταυτοχρόνως, ως εκ της φύσης του και του κοινωνικού/ταξικού συσχετισμού που εξέφραζε, ως μηχανισμός ενσωμάτωσης και κοινωνικού ελέγχου.²

«Κοινωνικό κράτος» σήμαινε ότι ο «πλεονάζων» και «εξοστρακισμένος» διατηρεί μια κοινωνική θέση, μιαν ετοιμότητα για επάνοδο στην παραγωγή (επίδομα ανεργίας, υγειονομική περίθαλψη κλπ), μιαν εξασφάλιση απέναντι στους κινδύνους και στο φόβο (σύμφυτο σε μιαν επισφαλή κοινωνική ύπαρξη), μιαν ανθρώπινη αξιοπρέπεια, καθώς και ότι αυτή η προστασία θα είναι πάντα διαθέσιμη αν και όταν προκύψει η ανάγκη (Bauman, 2004).

Παγκοσμιοποίηση, κοινωνικός αποκλεισμός και η κατάρρευση του κράτους πρόνοιας

Αυτό που ονομάζουμε «παγκοσμιοποίηση» —με την χωρίς προηγούμενο απαλλοτρία του κεφαλαίου από τους όποιους εθνικούς του δεσμούς, ιδιαίτερα με την «απεδαφοποίηση» του χρηματιστικού κεφαλαίου και των μειζόνων οικονομικών δυνάμεων, στη φρενήρη τους αναζήτηση, από γωνιά σε γωνιά του πλανήτη, του μικρότερου δυνατού κόστους εργασίας —έχει κάνει την έννοια «κοινωνικό κράτος σε μια μόνη χώρα» (όπως κάποτε το «σοσιαλισμό σε μια μόνη χώρα») μιαν αντίφαση σύμφυτη και ακυρωτική της ίδιας της έννοιας (ή, πιο απλά, «το πιο σύντομο ανέκδοτο»).

Σ' αυτή την πορεία οι παροχές του «κοινωνικού κράτους», που διαρκώς λιγοστεύουν, μετατρέπονται από εκφράσεις των δικαιωμάτων των πολιτών σε εργαλεία κοινωνικού αποκλεισμού και σημάδια κοινωνικού στιγματισμού (με τη διαχειριστική ταξινόμηση των «ομάδων στόχων», την «εξειδίκευση των αναγκών» τους και των απαντήσεων σ' αυτές, την επικέντρωση στους έχοντες την πιο μεγάλη ανάγκη, εν είδει πυροσβεστικών παρεμβάσεων κ.λπ.). Οι θεσμοί του «κοινωνικού κράτους» απεξαρθρώνονται (συχνά στο όνομα της «αναδιάρθρωσης») και σβήνουν, την ίδια στιγμή που αφαιρείται κάθε περιορισμός στην επιχειρηματική δραστηριότητα και στο ελεύθερο παιχνίδι της αγοράς και του ανταγωνισμού. Αντί να περιφρουρείται ο δημόσιος έλεγχος πάνω στους δημόσιους πόρους και στα δημόσια αγαθά (μεταξύ των οποίων και η υγεία), αυτά όλο και περισσότερο εμπορευματοποιούνται και παρέχονται στο ελεύθερο παιχνίδι των δυνάμεων της αγοράς —όλο και περισσότερο διατίθενται σε κερδοσκοπικά παιχνίδια και στην καπιταλιστική συσσώρευση. Ο λεγόμενος « τρίτος τομέας » της οικονομίας (οι «μη κερδοσκοπικές» ή «μη κυβερνητικές» οργανώσεις) δεν λειτουργεί παρά ως μέρος αυτής της διαδικασίας.

2. Κατάκτηση και ενσωμάτωση, προστασία και έλεγχος: μια διττή φύση, που μας επέβαλλε πάντα να υπερασπιζόμαστε κατακτήσεις και προστασία και να παλεύουμε ενάντια στην ενσωμάτωση και τον έλεγχο. Συχνά, όμως, η αντίθεση στον έλεγχο και στην ενσωμάτωση γίνεται, υπό την ιδεολογική ομπρέλα της πάλης ενάντια στον «κρατισμό» και στο όνομα της «ανάληψης των κινδύνων» σε μια «κοινωνία του ρίσκου» (risk society), βολικό άλλοθι (με «προοδευτικές» περγαμηνές) στην νεοφιλελεύθερη πολιτική της κατεδάφισης των κατεχόμενων που ενσωματώνει και της όποιας προστασίας παρέχει το κράτος πρόνοιας, (Giddens, 1998).

Ακόμα και αυτή η μειονότητα των «μη απασχολήσιμων» και αναπήρων, στην οποία εξακολουθούν να δίνονται κάποιες παροχές (συνήθως όχι προληπτικά, αλλά αφού έχει συμβεί η καταστροφή, για την επιβίωσή τους), υπάρχει η τάση να επαναπροσδιορίζεται και να ταξινομείται πλέον όχι ως «ζήτημα κοινωνικής φροντίδας», αλλά ως «ζήτημα νόμου και τάξης» (Bauman, 2004). Καθώς η «ελεύθερη αγορά» παράγει επισφαλείς συνθήκες ζωής (ενώ το κράτος αποσύρεται από την όποια κοινωνική προστασία) αυτές οι συνθήκες επαναπροσδιορίζονται ως ατομικό (ιδιωτικό) πρόβλημα, ένα ζήτημα με το οποίο τα άτομα πρέπει να καταπιαστούν και ν' αντιμετωπίσουν το καθένα από μόνο του, με τους πόρους που έχει στην κατοχή του.

Η προϊούσα «ελαστικοποίηση» των πάντων (εργασίας κ.λπ.) είναι η απάντηση σε όλα τα δεινά – η αβεβαιότητα ως γιατρικό της ανασφάλειας... Για τα εκατομμύρια του πλανήτη, αυτή η παγκοσμιοποίηση σημαίνει υπαρξιακή και κοινωνική ακύρωση, υλική φτώχεια, καμιά ελπίδα βελτίωσης της κοινωνικής θέσης. Σημαίνει μια ζωή έρμαιη στο τυχαίο, στο επισφαλές (precarite), στο διαρκή φόβο –μια εύθραυστη ζωή που μπορεί να χαθεί ή να γίνει ανάπηρη σε οποιαδήποτε στιγμή.

Σύμφωνα με τον Jacques Donzelot (2003), δεν υπάρχει σήμερα διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στους «ενσωματωμένους» και στους (δυσνητικά) «αποκλεισμένους», ούτε ένα σφιχτό, αδιαπέραστο και ασφαλές σύνορο που να χωρίζει τους μεν από τους δε. «Συμπερίληψη» και «αποκλεισμός», λέει, είναι μάλλον τα δύο άκρα ενός συνεχούς, κατά μήκος του οποίου υφαίνονται οι διαδρομές της ζωής των ανδρών και των γυναικών και ταλαιντεύονται οι τροχιές που διαγράφουν –αβέβαια και απρόβλεπτα. Οι αποκλεισμένοι, προσθέτει, αποτελούν μόνο μίαν ακραία κατάσταση, ένα είδος τελικού σταδίου της κίνησης αποδιάρθρωσης, που ξεκινά από το κέντρο, αν και επιδρά πιο έντονα σ' εκείνους που βρίσκονται στην περιφέρεια. Ο αποκλεισμός έχει γίνει, δυσνητικά, μια ρεαλιστική προοπτική για τον καθένα και καθένας πρέπει να είναι προετοιμασμένος ν' αντιμετωπίσει το άγχος και το στρες που αυτός συνεπάγεται.

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ο πρώτος άξονας των κατευθύνσεων του ΠΟΥ δεν έχει «καμιά τύχη» υπό τις παρούσες συνθήκες. Και το πεδίο στο οποίο αναφέρεται, είναι αυτό που προσδιορίζει την τύχη και των υπόλοιπων. Όσο περισσότερο διευρύνεται ο «χώρος του αποκλεισμού», όσο περισσότερο συνωστίζονται μέσα σ' αυτόν όλο και μεγαλύτερες μάζες «αποβλήτων της παγκοσμιοποίησης», τόσο περισσότερο τα όρια ανάμεσα σ' αυτόν και στο «χώρο του εγκλεισμού» γίνονται πιο λεπτά και πιο προσεγγάσιμα. Όσο τα άτομα μένουν υλικά στερημένα, «αποπλησιωμένα», απομονωμένα, τόσο περισσότερο θα υπάρχει η τάση οι «αποκλεισμένοι» να βρεθούν ξανά «έγκλειστοι». Η «περιστρεφόμενη πόρτα» είναι μια μόνο από τις εκδηλώσεις αυτού του φαινομένου. Η αναδιάρθρωση των «χώρων του αποκλεισμού» και η ταυτόχρονη δημιουργία νεοϊδρυματικών θυλάκων αποτελεί κυρίαρχη επιλογή της σύγχρονης βιοεξουσίας. Με δεδομένη αυτή την επιλογή, θα αναπαράγεται διαρκώς η τάση για δημιουργία διαφόρων ειδών γκέτο: ξενώνες αστέγων πρόσκαιρης παραμονής, «ανοιχτοί» χώροι στο εσωτερικό ή στην περιφέρεια των μεγαλουπόλεων, απομονωμένοι και αυστηρά περιχαρακωμένοι –μέ ανοιχτό πάντα το δρόμο προς τις δομές ενός περισσότερο «μαλακού» (νεοϊδρυματικές δομές) ή πιο «σκληρού» (φυλάκη, ψυχιατρείο) ιδρυματισμού.

Κι από την άλλη, στο βαθμό που η συρρίκνωση (ή το κλείσιμο) των ψυχιατρείων δεν συνιστούν μια διαδικασία αποδόμησης των θεσμών και των δομών του εγκλεισμού (που τη διαδέχεται μια διαδικασία οικοδόμησης ενός νέου, εναλλακτικού θεσμού), αλλά μια διαδικασία απονοσοκομειοποίησης, ο «εγκλεισμός» ως η «έσχατη κύρωση» θα συνεχίσει να διατρέχει και να συγκροτεί την κουλούρα των νέων δομών, νοσοκομειακών ή κοινοτικών –στη λογική της διαχείρισης των αναγκών και όχι της απάντησης σ' αυτές. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, όπως τόνιζε ο Basaglia (1988), «έχουν μια δομική σημασία στρατηγικού χαρακτήρα στο εσωτερικό του κοινωνικού συστήματος του οποίου αποτελούν έκφραση».

Εγκλεισμός: το αίτημα της υπέρβασης και η πραγματικότητα της αναπαραγωγής του

Το ψυχιατρείο, για παράδειγμα, είχε ένα χαρακτήρα αποκλεισμού και στιγματισμού μέσα σ' ένα κοινωνικό σύστημα, του οποίου ήταν (και είναι) ένας από τους κύριους θεματοφύλακες για τη διατήρηση της δημόσιας τάξης. Το ψυχιατρείο επιτελούσε μια διπλή λειτουργία, που, όπως προαναφέρθηκε, διατρέχει το «κοινωνικό κράτος» σε όλες τις εκφάνσεις του: προστασία και έλεγχος ή «καταπιεστική προστασία».

Το ψυχιατρείο, ωστόσο, δεν περιορίζεται στα όρια του ιστορικού ιδρύματος που γνωρίζουμε. Στο βάθος συμπίπτει με την έννοια και την πρακτική του εγκλεισμού, δηλαδή με τη φύλαξη στο όνομα της προστασίας, τη στέρηση της ελευθερίας στο όνομα της θεραπείας. Είναι εδώ που βρίσκεται ο πυρήνας και η δύναμη του ψυχιατρείου, η ικανότητα της αναπαραγωγής του στους θεραπευτικούς θεσμούς και στο κοινωνικό σώμα διαμέσου των νόμων, των διοικητικών μηχανισμών και της νομιμοποίησής του από τους λειτουργούς της ψυχικής υγείας. Γι' αυτό ο Basaglia επέμενε, ήδη από τότε, ότι το ψυχιατρείο έπρεπε να απεξαρθρωθεί πλήρως («κομμάτι»-«κομμάτι»), έτσι ώστε να μην ξαναγεννηθεί έξω από τους τοίχους του και μέσα στον καθένα μας.

Σ' αυτή την οπτική, το κλείσιμο του ψυχιατρείου δεν μπορεί να είναι ο τελικός στόχος, αλλά το μέσο δια του οποίου η κοινωνία θα μπορούσε να λογαριαστεί με τις μορφές της οδύνης που τη διαπερνούν (η αθλιότητα, η φτώχεια, οι ποικίλες εξαρτήσεις, η περιθωριοποίηση, ακόμα και η εγκληματικότητα, με τις οποίες συχνά η τρέλα συμβαδίζει). Το κλείσιμο του ψυχιατρείου για να είναι πραγματικό και ουσιαστικό, δεν θα έπρεπε να είναι παρά το πρώτο βήμα σ' ένα πεδίο συγκεκριμένο και περιορισμένο –αυτό του ψυχικού πόνου– έτσι ώστε να γίνει δυνατό για την κοινωνία να μη φοβάται πια τη διαφορετικότητα που φιλοξενεί στους κόλπους της, την οποία είτε με αυτή, είτε με άλλες μορφές θα πρέπει να μάθει πάντα να φιλοξενεί (Galimberti, 2003).

Η πραγματική υπέρβαση, επομένως, του ψυχιατρείου και του ρόλου του στην παρούσα κοινωνία θέτει υπό αμφισβήτηση αυτή την ίδια –την ενεστώσα κοινωνική οργάνωση. Τίποτα λιγότερο από αυτό. Γι' αυτό και η συνεχιζόμενη ύπαρξη (αν και σε περιορισμένη έκταση και μέγεθος) του ψυχιατρείου, υπό την παραδοσιακή ιστορικά μορφή του, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες (πλην της Ιταλίας, όπου ακόμα ανθίσταται ο ν. 180). Παρ' όλες τις διαφορές ως προς τα «μοντέλα» του «κοινωνικού κράτους», την έκταση των κοινωνικών παροχών και την ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το ψυχιατρείο παραμένει ως ακρογωνιαίος λίθος του όλου συστήματος, έστω και αν έχει μετατοπιστεί, σε διαφορετικό κάθε φορά βαθμό, από το κέντρο στην περιφέρειά του. Όσο περισσότερο το «κράτος πρόνοιας» (social state) μετατρέπεται σε «κράτος ασφάλειας» (security state), τόσο περισσότερο οι μορφές εγκλεισμού θα αναπαράγονται, ενίοτε με διαφορετικές μορφές.

Νεοϊδρυματισμός και εμπορευματοποίηση της ψυχικής υγείας

Άλλωστε, ο τρόπος που μεθοδεύτηκε η συρρίκνωση ή και το κλείσιμο των ψυχιατρείων στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (με την επικράτηση των πρακτικών της «απονοσοκομειοποίησης» έναντι αυτών της «αποϊδρυματοποίησης») είχε ως συνέπεια είτε την έξαρση του φαινομένου των αστέγων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας, είτε τη «φιλοξενία» σε στεγαστικές δομές, δημόσιες ή ιδιωτικές (κερδοσκοπικές, ή «μη κερδοσκοπικές») ή άλλου τύπου προνοιακές δομές (transinstitutionalization). Πρόκειται, δηλαδή, για τη διαδοχή μιας παλαιο-ιδρυματικής από μια νεοϊδρυματική διαχείριση.

Όλοι αυτοί οι ασθενείς, που πριν στοιβάζονταν στις πτέρυγες των «χρόνιων» (backwards) στα δημόσια ψυχιατρεία, έχουν τώρα μετατραπεί σε εμπορεύματα εκμεταλλεύσιμα ως πηγή εισοδήματος. Όπως γράφει ο A. Scull, αυτή η εμπορευματοποίηση (ή επαν-εμπορευματοποίηση) των «κοινωνικών αποβλήτων» σηματοδοτεί μίαν οξεία ρή-

ξη με τα πρότυπα της κρατικής υπευθυνότητας για τους ψυχικά ασθενείς –ακόμα, μάλιστα, και την αρχή ενός «νέου εμπορίου με την τρέλλα» (Scull, 1981). Στη σημερινή Ευρώπη και στις ΕΠΑ, το δίκτηο των ιδιωτικών κλινικών και των κάθε είδους στεγαστικών δομών (nursing homes, welfare hotels κ.λπ.), που λειτουργούν είτε σε άμεσα ιδιωτική βάση είτε στη βάση συμβολαίων που συνάπτονται με το κράτος, θεωρείται ως το σύγχρονο ισοδύναμο των madhouses του 18ου και των αρχών του 19ου αιώνα χώρων φιλοξενίας των ψυχικά πασχόντων, που λειτουργούσαν (στην εποχή του *laisser-faire* καπιταλισμού) σε κερδοσκοπική βάση (Cohen, 1985).

Για παράδειγμα, στη Βρετανία, η εμπορευματοποίηση και η ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών έχει πάρει χωρίς προηγούμενο διαστάσεις. Όπως έγραψε η βρετανική εφημερίδα Guardian, «τα τελευταία 20 χρόνια το Ε.Σ.Υ. (N.H.S.) έχει αποσυρθεί σχεδόν πλήρως από την παροχή μακροπρόθεσμης φροντίδας [...] Η κύρια υπευθυνότητα για τη φροντίδα των εύθραυστων και ασθενών ηλικιωμένων, καθώς και των ανάπηρων έχει σχεδόν αφηθεί σε 5.7 εκατομμύρια φροντιστές (carers), από τους οποίους 600.000 παρέχουν απλήρωτη φροντίδα για πενήντα ή και περισσότερες ώρες την εβδομάδα [...]. Το 2001, το 91% των κλινών στις μονάδες φροντίδας (nursing homes) και το 75% των κλινών στις στεγαστικές μονάδες (residential care) στην Αγγλία, λειτουργούσαν σε κερδοσκοπική βάση» (Pollock, 2004).³ Όπως είναι επόμενο, τα στάνταρ της «φιλοξενίας» στις δομές αυτές έχουν εγείρει πολλές συζητήσεις για ζητήματα ποιότητας, δικαιωμάτων, ελευθερίας, προοπτικών ζωής.

Επιπλέον, η διαδικασία της απλής απονοσοκομειοποίησης δεν στάθηκε ικανή να θέσει υπό αμφισβήτηση το νοσοκομειακό μοντέλο ως τη μόνη σημαντική απάντηση για την υγεία. Μπροστά στην έλλειψη επαρκούς ανάπτυξης εναλλακτικών υπηρεσιών (κι αυτό αφορά την υγεία στο σύνολό της),

οι «άμεσα ενδιαφερόμενοι» (ο λαός που προσφεύγει σ' αυτές τις υπηρεσίες) σε διάφορες χώρες κατέγραψαν τις αλλαγές ως έλλειψη και στέρηση του δικαιώματος στην προστασία και στην υγεία, επιβεβαιώνοντας ένα κοινό βίωμα: ότι το νοσοκομείο είναι το μοναδικό μοντέλο που εγγυάται την υγεία και το «καλώς έχειν» των πολιτών. Ότι η κοινοτική υπηρεσία δεν μπορεί να συναγωνιστεί, σε ποιότητα και αποτελεσματικότητα της θεραπείας, το νοσοκομείο. Και ότι σ' αυτήν αποδίδεται ένας ρόλος περίπου «βοηθητικός» –και ο όρος αυτός χρησιμοποιείται με μια μειωτική σημασία (Grazia Cogliati-Dezza, 2003). Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οι κοινοτικές υπηρεσίες, αδύναμες και υποστελεχωμένες, λειτουργούν περισσότερο στην κατεύθυνση της αναπαραγωγής των ψυχιατρικών, παρά ως εναλλακτική απάντηση σε αυτά. Και μάλιστα στην κατεύθυνση της παλινδρομικής μετατόπισης, από πρακτικές επικεντρωμένες στην κοινότητα σε νοσοκομειοκεντρικές πρακτικές κλειστού τύπου (όπως στη Γαλλία).

Αν, πράγματι, το κλείσιμο του ψυχιατρείου δεν είναι ο τελικός σκοπός, αλλά ένα μέσο για να μπορέσουμε να λογαριαστούμε με την ψυχική οδύνη μ' ένα διαφορετικό τρόπο κι αν ο πυρήνας του ψυχιατρείου είναι η έννοια και η πρακτική του εγκλεισμού, τότε είναι σαφές ότι ο δρόμος που έχουμε να διανύσουμε είναι πολύ μακρύς...

Το πανόραμα της ιδρυματικής βίας στην Ευρώπη

Οι πρακτικές της ιδρυματικής βίας εξακολουθούν να βασιλεύουν στο νεοϊδρυματικό τοπίο. Κλειδωμένες πόρτες, μηχανικές καθηλώσεις και κελιά απομόνωσης (seclusion rooms) δίνουν τον τόνο και διατρέχουν τα πιο διαφορετικά «μοντέλα» ψυχικής υγείας στις πιο διαφορετικές χώρες της Ευρώπης. Το ζήτημα αυτό, αν και κομβικής ση-

3. Χαρακτηριστικό είναι το πρόσφατο παράδειγμα της Ελλάδας, όπου, με πυρετώδεις ρυθμούς και κρατικά και κοινοτικά κονδύλια (στη βάση των συγχρηματοδοτούμενων προγραμμάτων), στήθηκε μια πληθώρα «μη κερδοσκοπικών» εταιρειών, που ανέλαβε εργασιακά μεγάλο μέρος της απονοσοκομειοποίησης των δημόσιων ψυχιατρικών και εν συνεχεία, τομείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας –λειτουργώντας ως εργαλείο ιδιωτικοποίησης της ψυχικής υγείας, με την δημιουργία επισφαλών εργασιακών σχέσεων (ιδιωτικού δικαίου) και συνθηκών φροντίδας και θεραπείας.

μασίας, συνήθως αποσιωπάται από τους ίδιους τους ψυχιάτρους, κατά τα άλλα λαθίστατους για την αποτελεσματικότητα των φαρμακοθεραπειών και τη σαγήνη των ψυχοθεραπειών.

Στις ΕΠΑ, όπου υπάρχει ευρεία χρήση και απομόνωσης και μηχανικής καθήλωσης στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αναφέρθηκαν 142 θάνατοι μέσα στα κελιά των απομονώσεων (seclusion rooms), μεταξύ 1988 και 1998 (Appelbaum, 1999).

Στην Ευρώπη των 25, το πανόραμα της ιδρυματικής βίας στις διάφορες χώρες περιλαμβάνει:

- εφαρμογή των μηχανικών καθήλωσης στο 65% και κλειδωμένες πόρτες στο 80% των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) της Ιταλίας (Progres Acuti, 2005),
- χρήση της απομόνωσης στο 60% των Μονάδων Εντατικής Ψυχιατρικής Φροντίδας (PICU's) στη Βρετανία, με τη χαρακτηριστική –στη βάση μιας «διαβαθμισμένης επικινδυνότητας»– οργάνωση των υπηρεσιών και τον προεξάρχοντα ρόλο των ψυχιατρικών μονάδων «υψηλής» και «μέσης ασφάλειας» (high & medium security units, αλλά και low security units) (Beer και άλλοι, 2001),
- τα σιδερένια κλουβιά στα ψυχιατρεία της Τσεχίας, τα άλλα «σπίτια κοινωνικής φροντίδας» στην Βουλγαρία, (χωρίς θέρμανση στις θερμοκρασίες υπό το μηδέν, χωρίς τζάμια και επαρκές φαγητό) και τις αντίστοιχες άθλιες συνθήκες των ψυχιατρικών ιδρυμάτων στη Ρουμανία και στην Ουγγαρία (BBC News, 2002).

Οι εικόνες από την αθλιότητα στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, όπως πριν μερικά χρόνια συνέβη με τη Λέρο, δεν μπορεί και δεν πρέπει να αποσπάσουν την προσοχή από τα αδιέξοδα και την οπισθοδρόμηση που παρατηρείται στη Δυτική Ευρώπη. Για παράδειγμα, ο τύπος στη Βρετανία έχει φέρει συχνά στο φως της δημοσιότητας καταστάσεις απίστευτης ιδρυματικής βαρβαρότητας στα βρετανικά ψυχιατρικά νοσοκομεία (υψηλής ασφαλείας και άλλα), ήδη από τη δεκαετία του '70, αλλά και αργότερα, στις δεκαετίες του '80 και '90.

Ίσως, επομένως, πολύ πιο μεγάλη βαρύτητα από τις εικόνες εξ ανατολών να έχουν ορισμένες κινήσεις σε ευρωπαϊκές χώρες, που τείνουν στη φαλκίδευση δικαιωμάτων και στην επιβολή ενός ανοικτού πειθαρχικού ελέγχου μέσα στην κοινότητα –κινήσεις συναρτημένες με τη γενικότερη ανατροπή στο πεδίο των δικαιωμάτων και την ευδωχή μιας «κουλτούρας του φόβου», της «επικείμενης απειλής» από ποικίλους εκθρούς, που επιβουλεύονται τη σωματική μας ακεραιότητα και τα υπάρχοντά μας (οι ξένοι, οι ψυχοασθενείς, οι κάθε είδους αποκλεισμένοι και, ως εκ τούτου, ενσάρκωση της απειλής).

Αυτή η καλλιέργεια της «κουλτούρας του φόβου» γίνεται όργανο άσκησης εξουσίας και μέσο χειραγώγησης: μοιάζει πολύ με τον «πόλεμο κατά της τρομοκρατίας», όπου το κράτος, στο ρόλο αυτού που επιβάλλει το νόμο, υπολογίζει και επωφελείται από το γεγονός ότι ο κόσμος θα τείνει να εκλάβει την μη πραγματοποίηση των κινδύνων ως απόδειξη της πραγματικότητάς τους και του σωτήριου ρόλου των κρατικών οργάνων ασφαλείας, που προειδοποίησαν ότι αυτοί οι κίνδυνοι ήταν επικείμενοι.... (Bauman, 2004).

Η αναγκαστική θεραπεία στο σπίτι

Η εξαγωγή του «πυρήνα του ψυχιατρείου» στην κοινότητα ενσαρκώνεται στην πρακτική (που ξεκίνησε από ορισμένες πολιτείες των ΕΠΑ και επιχειρείται να εισαχθεί στην Ευρώπη) της «αναγκαστικής θεραπείας στην κοινότητα» (με τη θεραπεία νοούμενη, πάντα, υπό την έννοια της φαρμακευτικής αγωγής).

Πάντα με αφορμή κάποιο φόνο, που έκανε κάποιο άτομο με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας –που εκ των υστέρων διαπιστώθηκε ότι «δεν έπαιρνε τα φάρμακά του». Το μέτρο που επιδιώκεται να εφαρμοστεί, ιδιαίτερα στη Βρετανία και στη Σουηδία, είναι η «υποχρεωτική θεραπεία στο σπίτι», την οποία θα αποφασίζει ο ψυχίατρος και θα υλοποιεί η κοινοτική υπηρεσία. Σε περίπτωση άρνησης, ο ασθενής θα μπορεί να υφίσταται αναγκαστική νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα (BBC News, 2006).



Στη Βρετανία αυτό το μέτρο αποτελούσε μέρος ενός νομοσχεδίου που περιλάμβανε και τον υποχρεωτικό εγκλεισμό ατόμων με διαταραχή προσωπικότητας σε ψυχιατρείο, παρόλο που δεν θα αναμένεται θεραπευτικό όφελος. Και πάλι αφορμή ήταν ένας διπλός φόνος, μάνας και κόρης, από ένα ψυχοπαθητικό άτομο, το οποίο είχε θεωρηθεί ότι δεν μπορούσε να κρατηθεί αναγκαστικά στο ψυχιατρείο επειδή δεν θεωρούνταν θεραπεύσιμο. Είναι αξιοσημείωτο ότι, ενώ η βρετανική κυβέρνηση υπολογίζει ότι υπάρχουν 2400 παρόμοια («επικίνδυνα ψυχοπαθητικά») άτομα στη Βρετανία, εκ των οποίων τα 600 κυκλοφορούν ελεύθερα, ο αντιπρόεδρος του Royal College of Psychiatrists (RCP) εκτιμά ότι δεν είναι παραπάνω από μια δεκάδα (Batty, 2006).

Το μέτρο αυτό συνεπάγεται επαναπροσδιορισμό της έννοιας του «θεραπεύσιμου». Καταργεί τη «δοκιμασία της θεραπευσιμότητας» (ότι, δηλαδή, κάποιος θα ωφεληθεί από τη θεραπεία που θα λάβει) και την αντικαθιστά με την ύπαρξη «κατάλληλης θεραπείας» (appropriate treatment), που δεν είναι το ίδιο. Τα άτομα με «σοβαρή και επικίνδυνη

διαταραχή προσωπικότητας» θα μπορούν να κρατούνται με γνωμάτευση των γιατρών στο ψυχιατρείο (ανεξάρτητα αν έχουν ή όχι διαπράξει έγκλημα), όταν δεν μπορούν να καταδικαστούν από τα ποινικά δικαστήρια. Διευρύνεται, επομένως, επικίνδυνα το φάσμα των ενδείξεων και των κριτηρίων του εγκλεισμού. Η θεραπεία ταυτίζεται με τον εγκλεισμό και το νοσοκομείο (ψυχιατρείο ή άλλο) με τη φυλακή.

Ως προς την «αναγκαστική θεραπεία στο σπίτι», η επικέντρωση στις όποιες συνέπειες από τη διακοπή των φαρμάκων –εκτός από το γεγονός ότι είναι λάθος ν' αποδίδονται μονόπλευρα στη μη τακτική και σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής– αφαιρεί σκόπιμα το πολύ πιο σημαντικό γεγονός της υποσελήκωσης και υποχρηματοδότησης των κοινοτικών υπηρεσιών, που οδηγεί στις ποικίλες μορφές θεραπευτικής εγκατάλειψης και στις συνέπειές της στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και άλλων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Η αντίδραση ήταν ευρύτατη και το νομοσχέδιο, που η κυβέρνηση Μπλερ προσπαθούσε επί οκτώ

χρόνια να περάσει, αποσύρθηκε τελικά τον περασμένο Μάρτιο. Αλλά ένα νέο, μικρότερο νομοσχέδιο, με διατυπώσεις που θα προσπαθούν να απαντήσουν σε μερικές από τις ενστάσεις που είχαν εγερθεί για το αποσυρθέν νομοσχέδιο (χωρίς ν' αλλιάζει καμιά από τις ουσιαστικές προβλήσεις του) ετοιμάζεται να κατατεθεί πριν από το τέλος του χρόνου. Στην «αναγκαστική θεραπεία στο σπίτι», που παρουσιάστηκε ως πανάκεια απέναντι στο φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», η ένσταση είναι ότι μ' αυτό το μέτρο οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας θα αποφεύγουν τις αρμόδιες υπηρεσίες για να μη καταγραφούν και υποστούν την «υποχρεωτική θεραπεία στο σπίτι». Και στην παραχώρηση που έγινε από την πλευρά της κυβέρνησης –ότι το μέτρο θα αφορά μόνο όσους έχουν αξιολογηθεί σε νοσοκομείο και θα εκδίδεται γνωμάτευση ότι υπάρχει κίνδυνος να βλάψουν τον εαυτό τους και τους άλλους– η ένσταση είναι ότι, ένα τέτοιο μέτρο θα εφαρμόζεται αναγκαστικά και σε ανθρώπους για τους οποίους πιθανό να έχει εκδοθεί η ως άνω γνωμάτευση πριν από πολλά χρόνια.

Αντίστοιχα, είναι υπό τροποποίηση ο νόμος για την αναγκαστική νοσηλεία στη Σουηδία με την εισαγωγή, πηλά στην «κανονική» αναγκαστική νοσηλεία, μιας νέας μορφής υποχρεωτικής θεραπείας, αποσυνδεδεμένης από τη νοσοκομειακή νοσηλεία. Στην πράξη, ο ασθενής θα είναι υποχρεωμένος να εφαρμόσει το θεραπευτικό πρόγραμμα που έχει ορίσει ο ψυχίατρος (δηλαδή, να «παίρνει τα φάρμακα») και στο σπίτι του. Στην περίπτωση που δεν ακολουθεί τις οδηγίες του ψυχιάτρου, θα οδηγείται αυτόματα σε ψυχιατρική νοσοκομειακή μονάδα. Η διαδικασία θα είναι όπως στην μέχρι τώρα ισχύουσα της αναγκαστικής νοσηλείας: η απόφαση θα μπορούσε να αμφισβητηθεί από τον ασθενή στο Διοικητικό Δικαστήριο, θα είναι περιορισμένη σε χρόνο, αλλά θα μπορεί ν' ανανεωθεί με πρόταση των ίδιων ψυχιάτρων και ούτω καθεξής. Αν και ένα μέρος των ψυχιάτρων και των χρηστών είναι αντίθετοι, η πολιτική εξουσία, όπως και στη Βρετανία, προωθεί την ψήφιση αυτού του μέτρου.

Συμπεράσματα

Η εξάπλωση των επισφαλών συνθηκών κοινωνικής ύπαρξης, η συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους και των πόρων για την υγεία, η προϊούσα ιδιωτικοποίησή της (συμπεριλαμβανομένης της «μη κερδοσκοπικής» ιδιωτικοποίησης), διαιωνίζουν τις πρακτικές της ιδρυματικής βίας και διαχέουν τις πρακτικές του εγκλεισμού μέσα στην κοινότητα, οδηγούν στην παγίωση αυτοαναφορικών μοντέλων ψυχιατρικής φροντίδας, σε μια συμπληρωματική και εργαλειακή σχέση με την αναπαραγωγή των μορφών του σκληρού ιδρυματισμού (όπως το, έστω και μικρό, ψυχιατρείο ή το γενικό νοσοκομείο, με τις μηχανικές καθηλώσεις και τις κλειδωμένες πόρτες).

Ερωτήματα ανοιχτά παραμένουν: το πώς οι χρήστες και αυτοί που τους φροντίζουν αποχτούν πρωταγωνιστικό ρόλο στη διεκδίκηση ουσιαστικών παροχών και κοινοτικών, τομεοποιημένων υπηρεσιών, πώς εξασφαλίζεται μια σχέση ελευθερίας και διαπραγμάτευσης και όχι καταναγκασμού, στιγματισμού και περιθωριοποίησης. Κι ακόμα, πώς θα έρθουν στο προσκήνιο όχι «μοντέλα», αλλά διαδικασίες όπως η θεραπευτική συνέχεια, η πρόσβαση, η συνεκτικότητα και σφαιρικότητα των παρεμβάσεων, η διατομεακή προσέγγιση και η κοινωνικο-υγειονομική ενσωμάτωση σε μια κοινοτική πρακτική που αποτελεί την έδρα, το κέντρο βάρους των υπηρεσιών και όχι το φτωχό συγγενή.

Πρέπει όμως, αρχής γενομένης από τους ίδιους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, να σκεφτούμε πάνω στον τρόπο που σχετιζόμαστε με αυτούς που έχουμε ταχτεί να φροντίζουμε και να δούμε σε ποιο βαθμό η ψυχιατρική, που επικρατεί στις μέρες μας, «υπόκειται σε μια κουλτούρα πιο πολύ ευαίσθητη στις σχέσεις βίας, παρά στις σχέσεις κοινωνικής στήριξης» (Galimberti, 2003). Δεν μπορεί αυτό ν' αποτελεί μία από τις προϋποθέσεις που η τρέλα και η απειλοπισία που τη συνοδεύει βρίσκουν έδαφος ευνοϊκό για ν' απλωθούν;

Πρέπει να ξαναφέρουμε στην επιφάνεια αλήθειες ξεχασμένες από την περίοδο των κινημάτων του '60 και του '70· ότι δηλαδή πέρα από τα φάρμακα και τις διάφορες τεχνικές υπάρχει ο θερα-

πνευτικός χαρακτήρας που έχουν η επικοινωνία και η κοινωνική σχέση ως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό τους (Galimberti, 2003).

Μόνο σ' αυτή τη βάση θα μπορούμε να μιλάμε για υπηρεσίες «επικεντρωμένες στο πρόσωπο που πάσχει». Όταν, δηλαδή, αναγνωρίσουμε ότι κάθε ατομική διαδρομή είναι μια διαπροσωπική και κοινωνική διαδρομή –και επομένως κατανοήσουμε πώς και γιατί κοινωνικοί παράγοντες και διαδικασίες υλικής οικοδόμησης των δικαιωμάτων, στην κατεύθυνση της χειραφέτησης, εισέρχονται και δίνουν νόημα στη διάσταση της υποκειμενικότητας του πάσχοντος.

Φαίνεται ότι, εν τέλει, η προοπτική ενός μεγάλου κοινωνικού και πολιτικού κινήματος, στην κατεύθυνση της αμφισβήτησης των κατεστημένων κοινωνικών δομών και των θεραπευτικών θεσμών, για υπεράσπιση και διεύρυνση των ατομικών, των πολιτικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση και συστατικό στοιχείο μιας αυθεντικά θεραπευτικής και χειραφετητικής προσέγγισης στον ψυχικό πόνο.

Βιβλιογραφία

- Appelbaum, P. (1999). Seclusion and Restraint: Congress reacts to reports of abuse. *Psychiatric Services*, 50: 881-885.
- Basaglia, F. (1971). *Riabilitazione e controllo sociale*. Scritti, vol. II. Torino: Einaudi (1982).
- Batty, D., (27/3/2006). "The mental health bill. The most controversial aspects of the abandoned draft mental health bill will endure in new, shorter legislation". *Guardian, Society*.
- Bauman, Z. (2004). *Europe: An Unfinished Adventure*. Cambridge: Polity Press.
- BBC News (16/12/2002): Mental health travesty in Bulgaria.
- BBC News (23/3/2006): New mental health detention plans. Επίσης, "Mind": "Mind hails dropping of draconian Mental Health Bill. But key issues still need to be addressed", 2006.
- Beer, M., Pereira, M., Paton C. (2001). *Psychiatric Intensive Care*. London: Greenwich Medical Media.
- Cohen, S. (1985). *Visions of Social Control*. Cambridge: Polity Press.
- Donzelot, J. (2003). Les nouvelles inégalités et la fragmentation territoriale. *Esprit*.
- Galimberti Um. (2003). Il sogno di Basaglia. Κείμενο για τα 25 χρόνια από το θάνατο του Basaglia δημοσιευμένο στην ιστοσελίδα Forum Salute Mentale (www.forumsalutementale.it).
- Gasperi, L. (2005). L'Integrazione sociosanitaria in psichiatria. Στο: Giorgio Bissolo e Luca Fazzi, (Επιμ.), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*. Roma: Carozzi Faber.
- Grazia Cogliati-Dezza, M. (2003). Dentro la Sanità: Pratiche e Politiche. Κείμενο δημοσιευμένο στην ιστοσελίδα: Forum Salute Mentale (www.forumsalutementale.it).
- Giddens, An. (1998). *Ο Τρίτος Δρόμος. Η ανανέωση της Σοσιαλδημοκρατίας*. Αθήνα: Πόλις.
- Marx, K. (1887). *Capital* (Vol. I). Moscow: Progress Publishers.
- Pollock, Al. (2004). Selling off by stealth is here to stay. *Guardian*, 11/2/2004, σελ. 20.
- «Progres Acuti» (2005). Στο: R. Mezzina et al., *Crisi psichiatrica e sistemi sanitari*. Trieste: Asterios.
- Saraceno, B. (2004). Ψυχική Υγεία. Η έλλειψη πόρων απαιτεί νέα παραδείγματα. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 86.
- Scull, An. (1981). A New Trade in Lunacy: The Re-modification on the Mental Patient. *American Behavioral Scientist*, 24, 6, 741-754.
- Warner, R. (1994). *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*. London: Routledge.



Ψυχιατρική μεταρρύθμιση Το παράδειγμα της Κρήτης

Γιώργος Κοκκινάκος*

Είχαν δίκιο οι Αρχαίοι που πίστευαν ότι το καλό και το κακό βρίσκονται ανάμεικτα στο ίδιο πιθάρι και ότι μαζί με το κακό παίρνεις και το καλό. Αν ήταν σε διαφορετικά πιθάκια, όλοι το καλό θα διάλεγαν και έτσι θα ήταν αλλιώς ο κόσμος. Αλλά όπως παλαιότερα με τη Λέρο, έτσι και τώρα με τα γεγονότα παραβίασης δικαιωμάτων των ασθενών που βγήκαν στην επιφάνεια για τα Χανιά πριν δύο χρόνια, δρομολογήθηκαν αλλαγές και φτάσαμε στην πλήρη αλλαγή του ψυχιατρικού τοπίου. Διότι στα Χανιά δεν υπήρχαν μόνο τα σκάνδαλα· υπήρχε και υπάρχει και μια ουσιαστική, κοπιώδης και μακροχρόνια προσπάθεια για ριζικές αλλαγές στο χώρο της ψυχικής υγείας. Η μεταρρύθμιση στα Χανιά αρχίζει από την δεκαετία του 1980. Υπήρχε ένα κίνημα όλα αυτά τα 15 χρόνια, που κατάληξε στις μεγάλες ανατροπές και στην αλλαγή του ψυχιατρικού συστήματος σε όλη την περιφέρεια της Κρήτης. Θα προσπαθήσω πολύ επιγραμματικά να εκτυλίξω τα γεγονότα που οδήγησαν σε αυτή την αλλαγή.

Κατ' αρχήν θα πρέπει να γίνει μια πολύ σύντομη αναφορά για την υπάρχουσα κατάσταση στην περιφέρεια Κρήτης, πριν το κλείσιμο του ψυχιατρείου, αλλά και πριν από το 1990. Στις αρχές λοιπόν της δεκαετίας του 1990, και ενώ είχε αρχίσει να εφαρμόζεται ο κανονισμός της Ε.Κ., ο 815, το ψυχιατρείο Χανίων –το Θ.Ψ.Π.Χ. (Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων), όπως ελέγγο– κάλυπτε τις ανάγκες του νησιού σε νοσοκομειακές νοσηλείες, αλλά και σε αιτήματα οποιασδήποτε θεραπείας αφού σε ολόκληρη την περιφέρεια υπήρχαν ελάχιστες δομές.

Στο Θ.Ψ.Π.Χ. γίνονταν περίπου 1200 εισαγωγές το χρόνο (οι περισσότεροι ψυχωσικοί και στο 70% ακούσιες νοσηλείες). Εξ αυτών το 50% προήρχαντο από το Ν. Χανίων, το 25% από το Ν. Ηρακλείου, το 15% από το Ν. Ρεθύμνου και το 10% από το Ν. Λασιθίου.

Από τους υπόλοιπους νομούς, (πλην του Ν. Χανίων) η πλειοψηφία των εισαγωγών ήταν ακούσιες εισαγγελικές παραγγελίες νοσηλείας (περίπου το 80-90%), ενώ από το Νομό Χανίων οι ακούσιες νοσηλείες δεν ξεπερνούσαν το 40%. Επρόκειτο δηλαδή για «ψευδοακούσιες» νοσηλείες στο Θ.Ψ.Π.Χ. από τους υπόλοιπους νομούς.

Οι ασθενείς μεταφέρονταν στο Θ.Ψ.Π.Χ. με την κλούβα του τμήματος μεταγωγών –αφού είχαν παραμείνει για δύο-τρία 24ωρα στο τμήμα μεταγωγών Ηρακλείου σε άθλια κατάσταση– και για να συνέλθουν χρειαζόταν αρκετές ημέρες. Αυτό λοιπόν το απαράδεκτο καθεστώς που υπάρχει ακόμα στην περιφέρεια, το οποίο προσβάλλει όχι μόνον την ψυχιατρική αλλά και τον πολιτισμό και τις ανθρωπίνες αξίες, το ψυχιατρικό σύστημα και οι λειτουργοί του αλλά και η πολιτεία και τα όργανά της το «κλείνουν σε παρένθεση», κάνουν πως δεν το βλέπουν.

Στο Θ.Ψ.Π. Χανίων, λοιπόν, νοσηλευόταν ο μεγάλος όγκος των ψυχωσικών ασθενών. Δεν υπήρχε καμιά τομεοποίηση, αφού όλοι οι νομοί αναφέρονται στο ψυχιατρείο όταν πρόκειται για νοσοκομειακή νοσηλεία, αλλά τούτο εξακολούθησε να ισχύει και όταν ακόμη το Ηράκλειο απέκτησε ψυχιατρική κλινική στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

* Ψυχίατρος, Διευθυντής Κ.Ψ.Υ. Χανίων.

Η ψυχιατρική κλινική του ΠΑΓΝΗ ακολούθησε την «πεπατημένη». Επέλεγε, διαχώριζε, ξεχώριζε ποιους ασθενείς να κρατήσει για νοσηλεία και ποιους θα παραπέμψει για το Άσυλο της Σούδας.

Στην πράξη, σχεδόν όλοι οι ψυχωσικοί παραπέμπονταν στο ψυχιατρείο για νοσηλεία, ενώ στην κλινική του ΠΑΓΝΗ εισάγονταν για θεραπεία ελαφρές περιπτώσεις, νευρωσικοί ή περιστατικά που κρίνονταν από τους ψυχιάτρους ως «κατάλληλα» για νοσηλεία στο Γενικό Νοσοκομείο.

Έτσι, σιγά-σιγά και από την αρχή στην Κρήτη είχε εμπедωθεί και είχε λειτουργήσει το λεγόμενο «παράλληλο μοντέλο», με επιλογές περιστατικών. Αυτό βεβαίως είχε επεκταθεί και στη λειτουργία και άλλων δομών, όπως στα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Αυτή η κατάσταση δεν αμφισβητείτο πλέον, δεν υπήρχε «κίνημα» που να ζητάει αλλαγές και δεν υπήρχε αυτό που λέγεται θεραπευτική συνέχεια. Υπήρχαν ασθενείς που ξεκινούσαν από το Νομό Λασιθίου και έρχονταν στα Χανιά για να πάρουν μια συνταγή ψυχιάτρου, ξοδεύοντας τη μισή σύνταξη του Ο.Γ.Α.

Από την άλλη μεριά, χρειάζεται κανείς να κάνει μια πολύ σύντομη περιγραφή για το τι υπήρχε εντός των τειχών. Ποια ήταν η κατάσταση μέσα στο Ψυχιατρείο. Αυτό που πολύ ευφυσώς (για να μην απαξιώνουμε τη δουλειά μας και το πρόσωπο μας) εμείς οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποκαλούμε νοσοκομειακές κλίνες αποτελεί μια απάτη. Δεν επρόκειτο για συνθήκες νοσοκομειακές, αυτό που γινόταν μέσα στο Θ.Ψ.Π.Χ. αλλά και μέσα σε όλα τα ελληνικά ψυχιατρεία, αλλά για συνθήκες μεσαίωνα. Δεν είναι της ώρας αυτή η συζήτηση, αλλά νομίζω ότι οι εικόνες, οι συνθήκες, οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές που επικρατούν μέσα στα ελληνικά ψυχιατρεία είναι σε όλους γνωστές. Είναι άλλη ιστορία το πώς και το γιατί οι ψυχίατροι κλείνουν αυτό το θέμα σε παρένθεση. Μόνο σε μέτρα περιορισμού ελευθεριών και δικαιωμάτων να αναφερθεί κανείς –που όλα αυτά τα μέτρα δεν αποτελούν ποινικά αδικήματα– φτάνει για να ενοχοποιήσει την ψυχιατρική για αυτή της τη διαμεσολάβηση.

Οι πολιτικοί εν τω μεταξύ αναπτύσσουν μια απίστευτη διγλωσσία, διακηρύσσουν την ψυχιατρική

μεταρρύθμιση απ' τα μπαλκόνια, κλείνουν το ψυχιατρείο Χανίων στα λόγια, αλλά πρακτικά σχεδιάζουν το αντίθετο. Στα Χανιά απ' το 1989 έως το 2004 όσοι πρόεδροι πέρασαν από το Θ.Ψ.Π.Χ. ήσαν όλοι –ανεξαιρέτως χρώματος– φανατικοί πολέμιοι της μεταρρύθμισης. Αλλά βλέπετε αυτό το εμπόρευμα αποφέρει μεγάλα κέρδη. Πρόκειται για το εμπόριο των ελπίδων. Αγοράζει κανείς φτηνά και πουλάει πανάκριβα.

Πολύ σύντομα και πολύ επιγραμματικά θέλω να αναφερθώ στους όρους, στις αιτίες και στις προϋποθέσεις της μεταρρύθμισης στα Χανιά. Τι έπαιξε ρόλο που έγινε αυτή η αλλαγή στα Χανιά; Διότι σήμερα που μιλάμε υπάρχει μια ολόκληρη περιφέρεια που λειτουργεί για περισσότερο από 1 χρόνο χωρίς ψυχιατρείο. Κατά τη γνώμη μου στην Ελλάδα αποτελεί μοναδική περίπτωση. Το ψυχιατρείο δεν υπάρχει πλέον. Ο χώρος της ψυχιατρικής φροντίδας άλλαξε. Ένα δίκτυο δομών αρχίζει να δημιουργείται, η τομεοποίηση αρχίζει να λειτουργεί, σιγά-σιγά αλλάζουν οι πεποιθήσεις και οι συμπεριφορές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (το ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι τα μισά των ψυχιάτρων αλλάζουν πολύ δύσκολα σε σχέση με τους υπόλοιπους επαγγελματίες).

Θέλουμε και φιλοδοξούμε να ζήσουμε ένα σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας που να σέβεται τον άρρωστο άνθρωπο και τις ανάγκες του, μια ψυχιατρική φιλελεύθερη, ανοιχτή, δημοκρατική, θεραπευτική, χωρίς ψυχιατρείο, χωρίς εγκλεισμό και στιγματικές διαγνώσεις, μια ψυχιατρική που θα ασκείται στο πεδίο της ελευθερίας και των δικαιωμάτων.

Η εμπειρία των Χανίων έδειξε ότι μια τέτοια ψυχιατρική δεν είναι ουτοπία. Μπορεί να πραγματοποιηθεί. Και ως άρχισαν οι Κασσάνδρες να προσπαθούν να μας πείσουν ότι αυτό που ήδη κάναμε στα Χανιά δεν μπορεί να γίνει. Τους απαντάμε ότι: «Αυτό που έγινε στην κλίμακα ενός νομού και μιας περιφέρειας μπορεί να γίνει σε όλη την Ελλάδα». Αυτό δείχνει η εμπειρία των Χανίων. Τέσσερις είναι οι λόγοι που κατά τη γνώμη μου οδήγησαν στην Κρήτη σε αυτή τη βαθιά, δομική αλλαγή στο χώρο της ψυχιατρικής φροντίδας:

α. Η ύπαρξη ενός κινήματος που ζητούσε αλληλαγιά. Η ύπαρξη ενός κινήματος που ευνοούσε τον όρο ψυχιατρική μεταρρύθμιση με τη ριζοσπαστική εκδοχή της. Δηλαδή αντικατάσταση του Ασύλου με ένα δίκτυο κοινοτικών δομών, το οποίο στα πλαίσια του τομέα θα απαντά σε κάθε ψυχιατρικό αίτημα χωρίς παραπομπές, χωρίς επιλογές και διακρίσεις. Διότι βεβαίως είναι γνωστό ότι στην Ελλάδα υπάρχουν πάρα πολλές εκδοχές του όρου ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Σε αυτό το στόχο μείναμε σταθερά προσηλωμένοι όλα αυτά τα χρόνια. Αυτό άλλαξε την κοιλότητα μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου. Δημιουργήθηκε ένα κίνημα σιγά σιγά που ζητούσε αλληλαγιά, ασκούσε κριτική στο Άσυλο, μιλούσε για τα δικαιώματα των εγκλειστών, και για την ανάγκη ανατροπών. Διαμόρφωσε έτσι μια σειρά επαγγελματιών με μεταρρυθμιστική, αποκαταστασιακή κοιλότητα και είναι αυτοί οι άνθρωποι που στήριξαν και διαμόρφωσαν τις εξελίξεις και δημιούργησαν την αλληλαγιά. Επομένως, η ύπαρξη κινήματος και επαγγελματιών με ριζοσπαστικές ανατρεπτικές ιδέες είναι ένας από τους ουσιώδεις λόγους της αλληλαγιάς.

β. Μέσα από τη δεκαπενταετή προσπάθεια είχαμε διαμορφώσει ένα «επιχειρησιακό σχέδιο για την αλληλαγιά» που περιλάμβανε όχι μόνο τι έπρεπε να γίνει μέσα στο Θ.Ψ.Π.Χ. για να γίνει η αποδόμησή του, αλλά και τι έπρεπε να γίνει εκτός και όχι μόνον στα Χανιά αλλά και σε ολόκληρη την Κρήτη. Ολόκληρο αυτό το επιχειρησιακό σχέδιο που είχε νομιμοποιηθεί και είχε αποτελέσει απόφαση και θέση της Τ.Ε.Ψ.Υ. (Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας) Χανίων, η τελευταία Διοίκηση του Θ.Ψ.Π.Χ. το υιοθέτησε, διείδε την αξία του και τη χρησιμότητά του και το έβαλε μπρος. Με βάση αυτό το σχέδιο πορευτήκαμε τα τελευταία 2 χρόνια. Ήταν ένα σχέδιο που τελικά ήταν μια εξειδίκευση των γενικών επιλογών του υπουργείου, που όμως το υπουργείο ούτε πίστευε ούτε πιστεύει. Βεβαίως, αυτό ηχεί σαν παράδοξο αλλά είναι αλήθεια.

γ. Ένας τρίτος λόγος ήταν η ανάδυση των σκανδάλων. Όπως παλαιότερα στη Λέρο, έτσι και τώρα στα Χανιά, και έτσι πιθανόν αύριο σε κάποιο άλλο ψυχιατρείο, η ανάδυση των σκανδάλων αλληλαγιάζει

την «αρχιτεκτονική της εξουσίας». Η καθεστηκιά τάξη διαταράσσεται, γίνεται αναδιανομή της εξουσίας, οι ψυχίατροι ως θεματοφύλακες της Ασυλικής τάξης χάνουν την πρωτοκαθεδρία. Καμιά αλληλαγιά δεν μπορεί να γίνει μέσα στο ψυχιατρείο χωρίς αλληλαγιά της δομής της εξουσίας.

δ. Ένας τέταρτος λόγος ήταν η συγκεκριμένη διοίκηση στο Θ.Ψ.Π.Χ. Ο Διοικητικός μηχανισμός όταν λειτουργεί σαν μηχανισμός μετατροπής νομιμοποιημένων επιλογών σε αγαθά και υπηρεσίες, όπως λειτουργήσε στα Χανιά τα τελευταία 2 χρόνια, μπορεί να δρομολογήσει αλληλαγιάς. Αλλά τις περισσότερες φορές οι Διοικήσεις ή διαχειρίζονται την καθημερινότητα του ψυχιατρείου ή αποτελούν μακρείς βραχίονες της εξουσίας για εξυπηρέτηση των ημετέρων. Χωρίς διοίκηση με σκοπούς και στόχους, οι ιδέες μας θα έμεναν εσαεί στη σφαίρα των ιδεών και εμείς στην αυτάρεσκη πληρότητά μας. Όμως, θέλω να τονίσω ότι το κλείσιμο του Θ.Ψ.Π.Χ. η Ν.Δ. το πιστώθηκε χωρίς να το πιστεύει και εισέπραξε πολιτικά χωρίς να δώσει κανένα επί πλέον πόρο. Ούτε βεβαίως το ΠΑ.ΣΟ.Κ. το πίστευε, γ' αυτό άλλαξε τόσα χρόνια δεν το πραγμάτωσε. Αλλά και τα κόμματα της αριστεράς –μιλώντας για την Κρήτη– είχαν από αδιάφορη και επιφυλακτική έως αρνητική στάση.

Κάνοντας μια πολύ σύντομη αναδρομή στην περίοδο του μεταρρυθμιστικού κινήματος στην Κρήτη, θέλω να εστιάσω πολύ επιγραμματικά όχι στην ιστορία (γιατί ο χρόνος δεν το επιτρέπει), αλλά στη φιλοσοφία του κινήματος. Σε ολόκληρη τη δεκαπενταετία που πέρασε:

Πραγματοποιήσαμε αναρίθμητες εκδηλώσεις, εντός του ψυχιατρείου αλλά και εκτός, με στόχο να αποκτήσουμε συμμάχους για τις μάχες που θα έρχονταν, αλλά και για να ευαισθητοποιήσουμε την κοινότητα στα αιτήματα της μεταρρύθμισης.

Αρχίσαμε να μιλάμε για την ανάγκη μιας ψυχιατρικής των αναγκών και όχι των συμπτωμάτων, αρχίσαμε να κάνουμε κριτική στο Ίδρυμα και στην αντιθεραπευτικότητα του Ασύλου.

Είδαμε πολύ νωρίς την αναγκαιότητα ύπαρξης ενός κινήματος αλληλαγιάς και την ανάγκη διαμόρφωσης συσχετισμών.

Επικεντρώσαμε στο πεδίο της ελευθερίας, ως μοναδικού πεδίου θεραπείας.

Μιλούσαμε για τη διπλή φύση της ψυχοπαθολογίας (της ψυχοπαθολογίας της αρρώστιας και της ψυχοπαθολογίας του Ασύλλου).

Κριτικάραμε τον όρο της «επικινδυνότητας».

Μιλούσαμε για την ανάγκη μιας αποκαταστασιακής ψυχιατρικής.

Τη δράση μας πολλές φορές χαρακτήριζαν ριζοσπαστικές, ενίοτε και προκλητικές, συμπεριφορές για να προκαλούμε συζητήσεις στο χώρο.

Άρχισε λοιπόν μια έντονη κινητικότητα ιδεών.

Άρχισε να αμφισβητείται το Άσυλο ως χώρος και τρόπος θεραπείας.

Άρχισε να αμφισβητείται «το ανίατο» της ψυχικής ασθένειας.

Κάναμε πάρα πολλές παρεμβάσεις στους χώρους και στις λειτουργίες.

Αυτή την περίοδο διαμορφώθηκε μια σειρά από αποκαταστασιακά στελέχη, τα οποία αργότερα ανέπτυξαν δράσεις και έπαιξαν ρόλο στη μεταρρύθμιση.

Η δράση μας αποτέλεσε ένα ζωντανό χώρο, ένα εργαστήριο αποϊδρυματισμού, όπου μεταβολίστηκαν οι πιο γόνιμες ιδέες για το χώρο. Πέραν του ότι, βέβαια, ήταν ένας χώρος όπου οι ασθενείς ζούσαν σαν ελεύθεροι, αυτόνομοι, αυτεξούσιοι άνθρωποι. Έτσι ο χώρος της δραστηριότητάς μας αποτέλεσε ένα «αντιπαράδειγμα» για ολόκληρο το Ασυλικό τοπίο.

Θα χρειάζονταν πολλές-πολλές σελίδες για να περιγράψω τις δράσεις όλης αυτής της περιόδου. Ήταν πάντως ένας χώρος και ένας τρόπος που το «φως εκείνης της περιόδου δεν ήταν δανεικό», όπως λέει και ο F. Pessoa σε ένα στίχο του. Εκείνη την περίοδο μπήκαν οι βάσεις για ό,τι μετέπειτα ακολούθησε.

Τότε οι ιδέες του Ξενώνα, του οικοτροφείου, του θεραπευτικού διαμερίσματος ξένιζαν και φόβιζαν. Ο ρόλος της εργασίας περιοριζόταν στα πλαίσια της ιδρυματικής εργασιοθεραπείας ή στα πλαίσια της μαύρης, απλήρωτης εργασίας, που γινόταν στα τμήματα. Αυτή την ίδια περίοδο της «επανένταξης» λειτούργησαν και οι πρώτες θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες και τα 2 πρώτα θεραπευτικά διαμερίσματα.

Οι ασθενείς της «επανένταξης» κατοίκησαν σε 2 διαμερίσματα έξω στην πόλη των Χανίων και μαζί με άλλους ασθενείς εργάζονταν στις ΘΕ.ΣΥ.ΜΟ. Οι θεραπευτικές Συνεταιριστικές Μονάδες ήταν: 1 θερμοκήπιο, 1 αργαλειός-ραφείο, 1 ξυλουργείο, 1 καφενείο στην πόλη (η «5η εποχή»), 1 καφέ μέσα στο χώρο του Θ.Ψ.Π.Χ. («Η θαυματουργία»), ένα δεύτερο καφέ («Το σύννεφο με παντελόνια»), το οποίο λόγω έλλειψης προσωπικού λειτούργησε για λίγο διάστημα, 1 καλλιτεχνικό εργαστήριο, 1 κατάσταση με είδη δώρων.

Στο πλέγμα των ΘΕ.ΣΥ.ΜΟ., την εποχή της ακμής, απασχολούνταν πάνω από 30-40 ασθενείς. Ήταν γι' αυτούς μια μόνιμη αμειβόμενη θέση εργασίας. Πέρα από αυτό όμως, οι ΘΕ.ΣΥ.ΜΟ. λειτούργησαν και σαν ένα ζωντανό παράδειγμα ότι αρρώστια και ανικανότητα για εργασία δεν πάνε παράλληλα, ότι μπορεί ο ασθενής να εργαστεί και να είναι παραγωγικός.

Πού βρισκόμαστε σήμερα, 2 χρόνια μετά την έναρξη του σχεδίου και 1 χρόνο μετά το κλείσιμο του Θ.Ψ.Π.Χ.;

Όλοι θέλουν να αποδείξουν ότι το νέο είναι ουτοπία· το αίτημα της αναγκαιότητας του Ασύλλου επανέρχεται δολίκως στην καθημερινή πράξη. Η κριτική στη σημερινή κατάσταση έρχεται από πολλές πλευρές και με διάφορα κίνητρα. Υπάρχουν οι αφελείς που δεν βλέπουν την απόσταση που υπάρχει από τα χθεσινά άθλια τμήματα των χρόνιων, όπου ζούσαν κάτω από απερίγραπτες συνθήκες 250 ασθενείς και σήμερα ζουν σε 17 στεγαστικές δομές στην πόλη. Ασφαλώς όλες οι δομές δεν λειτούργούν αποκαταστασιακά. Όμως οι σημερινές συνθήκες δεν έχουν καμία σχέση με το παρελθόν.

Υπάρχουν άλλοι που δεν κινούνται στη σφαίρα της άγνοιας και της αφέλειας, αλλά στο πεδίο των αντιστάσεων στην αλλαγή σε ένα επίπεδο μη συνειδητό. Οι ιδρυματικές άμυνες βγαίνουν καθημερινά στην επιφάνεια με ιδιαίτερη ένταση. Το σύστημα μετά την εσωστρέφεια αντιδρά με επίθεση για να ακυρώσει την αλλαγή.

Υπάρχουν τέλος οι πονηροί, αυτοί που έχουν όφελος από τη διατήρηση του παλιού. Ένα ολόκληρο πλέγμα συμφερόντων κινείται γύρω-γύρω από τη λειτουργία ενός ψυχιατρείου. Αν πράγματι

θέλουμε μια ψυχιατρική χωρίς ψυχιατρείο, οφείλουμε να στηρίξουμε την υπόθεση της Κρήτης σαν ένα παράδειγμα που μας αφορά όλους. Αν αποτύχει το πείραμα στην Κρήτη, πουθενά αλλού δεν θα δοκιμαστεί ξανά εύκολα. Η τομεοποίηση και οι κοινοτικές δομές, οι εναλλακτικές του εγκλεισμού που σιγά-σιγά θα εμπεδώσουν τη νέα κουλτούρα, πρέπει να στηριχθούν.

Και πρώτα-πρώτα από την πολιτική ηγεσία. Το υπουργείο να πάψει να απεργάζεται σχέδια «μεταρρύθμισης της μεταρρύθμισης», να πάψει να θεωρεί την ιδέα υπέρβασης του ψυχιατρείου σαν «ένα διαρκές έγκλημα που συντελείται τα τελευταία 20 χρόνια», να αγνοήσει τις προτάσεις της «επιτροπής της Ε.Ψ.Ε.» που προσπαθούν να μας πείσουν ότι η περίπτωση της Κρήτης δεν υπάρχει υιοθετώντας και προβάλλοντας τις αλληλαγές για το άρατο μέλλον, να πάψει να θεωρεί την περίπτωση της Κρήτης «σαν μια ζεστή πατάτα που βρέθηκε στα χέρια του» ή να θεωρεί πως η μεταρρύθμιση θα γίνει με τη βοήθεια του Θεού δίδοντας δράσεις στην εκκλησία και να προχωρήσει αποφασιστικά.

- Να καταργήσει τον οργανισμό του Θ.Ψ.Π.Χ. και να ψηφίσει ένα νέο οργανισμό, ένα νέο Ν.Π.Δ.Δ., που θα περιλαμβάνει σαν αποκεντρωμένες μονάδες του όλες τις συσταθείσες δομές, το Κ.Ψ.Υ. και όποια άλλη δομή και δράση συσταθεί με εξασφάλιση όλων των εργασιακών δικαιωμάτων των εργαζομένων.
- Να εξασφαλίσει τη χρηματοδότηση όλων των στεγαστικών δομών και των λειτουργικών εξόδων, ενώ παράλληλα να εξασφαλίσει πόρους για την ανάπτυξη του δικτύου σε όλη την Κρήτη.
- Αν δεν το κάνει αυτό πρακτικά υπονομεύει το εγχείρημα, αφού σε λίγα χρόνια η ανάδυση του αιτήματος επαναλειτουργίας του Ασύλου θα έλθει σαν αναγκαιότητα που όμως το υπουργείο θα έχει προκαλέσει, μην εξασφαλίζοντας τους πόρους.
- Να προχωρήσει στην απόδοση των εγκαταστάσεων για ανάπτυξη εκπαιδευτικών και πολιτιστικών δραστηριοτήτων, δίδοντας στον ΚοιΣΠΕ τα έσοδα από κάποιες λειτουργίες.

- Να προχωρήσει στην ανάπτυξη Κ.Ψ.Υ. και Ψ.Τ.Γ.Ν. (Ψυχιατρικών Τμημάτων Γενικών Νοσοκομείων) όπου μέχρι τώρα δεν έχει γίνει στην υπόλοιπη Κρήτη με απίθανες δικαιολογίες και κωλυσιεργίες.

- Στο Βενιζέλειο πρέπει να λειτουργήσει ένα δεύτερο ψυχιατρικό τμήμα για την κάλυψη του νομού, όπως επίσης και στο νομό Λασιθίου και Ρεθύμνου.

- Να ψηφίσει στο Δ.Σ. τον κανονισμό λειτουργίας των δομών, να δώσει το θεραπευτικό κίνητρο και να στηρίξει την αποκαταστασιακή προσπάθεια των στεγαστικών δομών για να μην εκφυλιστούν σε ιδρυματικά μορφώματα στην κοινότητα.

Μια πολιτική ανάγνωση επιβάλλει να ρωτήσουμε το υπουργείο, αν υιοθετεί το κλείσιμο του Ψυχιατρείου Χανίων και αν ναι, γιατί δεν προχωρεί στα αναγκαία και επιβαλλόμενα θεσμικά μέτρα για τη λειτουργία και τη θεσμική κατοχύρωση του νέου πλαιοσίου;

Το εγχείρημα για μια ψυχιατρική χωρίς ψυχιατρείο είναι εδώ και 1 χρόνο μια πραγματικότητα στην Κρήτη. Μπορεί να έχει μια ιδεολογική υπεροχή και μια επιστημονική τεκμηρίωση, αλλά δεν έχει μια «πολιτική» νομιμοποίηση και αυτό είναι το πρόβλημα και ο μεγάλος κίνδυνος παλινδρόμησης. Όσοι στοιχίζονται με τη μεταρρύθμιση –και επομένως θέλουν μια ψυχιατρική χωρίς ψυχιατρείο– οφείλουν να υπερασπίσουν την περίπτωση της Κρήτης, την τομεοποιημένη ψυχιατρική, την αποκαταστασιακή ψυχιατρική. Καλούμε εθελοντές να έλθουν να δουν από κοντά, να δουλέψουν μαζί μας, να ζήσουν την εμπειρία. Και πράγματι αυτό γίνεται. Έρχονται εθελοντές από το Πάντειο, από τη Θεσσαλονίκη και από αλλού, δουλεύουν μαζί μας, μας μεταφέρουν τη ματιά τους, τις παρατηρήσεις τους και αυτό είναι πολύ χρήσιμο.

Ο χώρος της ψυχιατρικής φροντίδας στην Κρήτη άλλαξε. Το ψυχιατρείο δεν υπάρχει πλέον. Ένα δίκτυο κοινοτικών δομών, το οποίο πρέπει ασφαλώς να συμπληρωθεί και να επεκταθεί σε όλους του νομούς, τείνει να αντικαταστήσει αυτό που «προσέφερε ως θεραπεία» το Άσυλο. Στην Κρήτη

δεν δοκιμάζεται μόνο η περίπτωση του ψυχιατρείου Χανίων. Δοκιμάζεται η πραγμάτωση μιας ψυχιατρικής ριζοσπαστικής, ανοιχτής, χωρίς περιορισμούς και καταπίεση ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ασφαλώς υπάρχουν λάθη, παραλείψεις και δράσεις που πρέπει να διορθωθούν. Οι ματαιώσεις ήταν και είναι πολλές, αλλά το όραμα για μια ψυχιατρική που έχει στο κέντρο της προσοχής της τον άρρωστο και τις ανάγκες του κρατά κάθε επαγγελματία ενεργητικό, δραστήριο, διορατικό και αποτελεσματικό. Γιατί είναι οι εργαζόμενοι που δημιούργησαν αυτή την θεμελιώδη αλληλαγιά. Τη μετάβαση από το κλειστό στο ανοικτό σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας. Είναι αυτοί που προσφέροντας την αξιόσύνη τους και τη μεγάλη τους διαθεσιμότητα άλλαξαν το τοπίο.

Η νέα κατάσταση της «σφαιρικής φροντίδας» απαιτεί μεγαλύτερη διαθεσιμότητα και περισσότερη δουλειά από τους επαγγελματίες. Η ιδρυματική ψυχιατρική έδινε ένα άθλιο κρεβάτι στον άρρωστο. Η νέα ποιότητα απαιτεί να βρίσκουμε λύσεις για τον ασθενή, οι οποίες θα τον στηρίζουν στην κοινότητα και στην εργασία του.

Ζούμε σε μια εποχή όπου οι μειοψηφίες εξορίζονται στο περιθώριο. Οι ψυχικά ασθενείς, ως μειονότητα που «δεν μπορεί να διεκδικήσει το δικαίωμά της», είναι εύκολο να πληγούν. Υπάρχει πραγματικά κίνδυνος οι πόροι να μειωθούν και τότε το αποτέλεσμα θα είναι οδυνηρό. Χωρίς πόρους, το δίκτυο κοινοτικών δομών δεν μπορεί να ολοκληρωθεί, το ανοικτό σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας δεν μπορεί να αποδώσει και τότε θα δυναμώσουν εκ νέου οι ασυλίκες απόψεις. Αλλά το ουσιώδες διακύβευμα της μεταρρύθμισης είναι η αλληλαγιά του ψυχιατρικού παραδείγματος. Είναι η αλληλαγιά του νοσοκομειοκεντρικού μοντέλου με στροφή στην κοινότητα μέσω της οργάνωσης ενός δικτύου υπηρεσιών στα πλαίσια του τομέα, που προλαβαίνει την κρίση, επινοεί λύσεις ριζικά εναλλακτικές του εγκλεισμού, περιορίζει την προσφυγή στη νοσοκομειακή νοσηλεία, παρέχει φροντίδα και στήριξη του πάσχοντα μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο.

Από το νοσοκομείο στην κοινότητα, και από την απλοποιητική απάντηση του εγκλεισμού στη συνοδοιοπορία με το πάσχον κοινωνικό υποκείμενο. Χρειάζεται η ψυχιατρική λοιπόν να απαλλαγεί απ' τα

«επιστημονικά της στερεότυπα» και να «διαλύσει τις κατασκευές» του χρόνιου, του διεγερτικού, του επικίνδυνου.

Διότι ο «επικίνδυνος τρελός» που ο πολλός κόσμος πιστεύει κατ' αρχάς είναι μια κατασκευή της ψυχιατρικής, βοηθώντας και του τρόπου που πολλές φορές το θέμα προβάλλεται από τα ΜΜΕ. Τον άρρωστο που περιορίζουμε, καθηλώνουμε, απομονώνουμε, διακομίζουμε με την κλούβα των μεταγωγών, τον χαρακτηρίζουμε, τον καθορίζουμε συγχρόνως με έναν έντονα στιγματιστικό τρόπο ως αλλόκοτο, επικίνδυνο, απρόβλεπτο. Συνεπώς, η αρνητική στάση του μη ειδικού είναι αναμενόμενη. Να γιατί αυτό που εμείς οι ειδικοί λέμε ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας περισσότερο αποτελεί ένα μηχανισμό κάλυψης των δικών μας ευθυνών, παρά εργαλείο για πραγματική αλληλαγιά και αποδοχή του διαφορετικού. Η ψυχιατρική δεν χρειάζεται να λείει, αλλά να πράττει διαφορετικά.

Πρέπει να αποβάλλει πρακτικές και λειτουργίες εγκλεισμού και βίας, οι οποίες συμβάλλουν στη διάχυση μιας «κουλτούρας φόβου» που τρέφεται από τη διόγκωση των κινδύνων και την επινόηση μέτρων ελέγχου και καταστολής για την ασφάλεια των πολιτών.

Η μικρή ομάδα των ψυχωτικών ασθενών –που δεν παρακολουθούνται ψυχιατρικά και που αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για τέλεση αξιόποινων πράξεων– γίνεται ακόμη πιο μικρή, όταν το σύστημα είναι ανοικτό, κοινοτικό, ευέλικτο, με φιλικότητα προς τους χρήστες των υπηρεσιών και μεγαλύτερη προσβασιμότητα.

Συνεπώς, λογικό είναι να συμπεραίνει ο καθένας ότι αυτό που αποκαλούμε «επικινδυνότητα» στην ψυχιατρική και που σαν έννοια δεν έχει επιστημονική τεκμηρίωση, θα μειώνεται σε ένα δίκτυο κοινοτικών δομών και υπηρεσιών. Ισχυρίζομαι πως η ψυχιατρική λειτουργεί με πολλά στερεότυπα ή θεραπευτικά αξιώματα. Μπορεί κανείς άραγε να πορευτεί με το αντίθετό τους; Μπορούμε να ακυρώσουμε το ψυχιατρικό παράδειγμα και να λειτουργήσουμε με ένα άλλο, ακόμη και το αντίθετό του; Θα χρησιμοποιήσω μόνο μερικές έννοιες από την καθημερινή ψυχιατρική.



Όταν πριν από 8 χρόνια ανέλαβα τη Δ/ση της 3ης ψυχιατρικής κλινικής του Θ.Ψ.Π.Χ., λόγω της ανακατανομής των χώρων και των τμημάτων η κλινική μας δεν διέθετε τμήμα χρόνιων ανδρών. Είχαμε ένα μόνο τμήμα χρόνιων γυναικών: το 6Α γυναικών όπου διέμεναν 58 γυναίκες με πολλαά χρόνια νοσηλείας, χαμηλή λειτουργικότητα, υπό συνθήκες στέρησης, κάτω από καθεστώς περιορισμού ελευθεριών και δικαιωμάτων και με το πρόσχημα της θεραπείας υφίσταντο τη βία του ολοπαγούς ιδρύματος. Όμως, ήμουν σχεδόν τρομοκρατημένος διότι η κλινική δεν διέθετε τμήμα χρόνιων ανδρών. Λοιπόν τι θα κάναμε με τους χρόνιους άνδρες που θα είχαμε στο μεταξύ; Μια σκέψη να γίνει το τμήμα χρόνιων μεικτό εγκαταλείφθηκε λόγω ελλείψεως αρρένων νοσηλευτών.

Οκτώ χρόνια δουλέψαμε σαν κλινική. Στα 8 χρόνια δεν έμεινε κανένας άνδρας μέσα, πλην δύο που νοσηλεύσαμε στο τμήμα με επ' αόριστον εγκλεισμό. Κανείς από τους ασθενείς μας δεν έμεινε μέσα στο ψυχιατρείο. Γιατί; Γιατί κάθε φορά που έμπαινε κάποιος για νοσηλεία, έχοντας χάσει

όλους τους στηρικτικούς υποδοχείς και υπήρχε κίνδυνος να μένει ως έγκλειστος στο ψυχιατρείο, συγκεντρωνόταν η ψυχιατρική ομάδα και έλεγε: «Για αυτόν τον άρρωστο πρέπει να βρούμε μια λύση». Και δεν το αναφέρω αυτό για να πω πόσο καλοί επαγγελματίες είμαστε, αλλά για να τονίσω ότι η πραγματική ζωή έχει πιο πλούσιο ρεπερτόριο από τις λύσεις που μπορεί να δώσει το μυαλό του ψυχιάτρου. Βρίσκαμε τη λύση επειδή στο μυαλό μας δεν είχαμε την επιλογή της αποθήκης (του τμήματος χρόνιων), δηλαδή τη θεραπευτική απραξία, τον πραγματικό ψυχιατρικό Καιάδα. Χωρίς προσωπικό, χωρίς θεραπευτικό πρόγραμμα, χωρίς στόχους και προοπτική. Αν είχαμε το χώρο του τμήματος χρόνιων, αν δεν είμασταν προσηλωμένοι στο θεραπευτικό στόχο ότι «ακόμη και ο πιο διαταραγμένος έχει ένα δρόμο που τον οδηγεί στην αυτονομία και στην ελεύθερη κοινωνική ζωή», όλα αυτά τα χρόνια πολλούς χρόνιους θα είχαμε κατασκευάσει. Αν οι αρχές αποκατάστασης δεν είναι κάτι που πρέπει να εφαρμόζεται στους παλιούς ασθενείς μετά πολλά χρόνια νοσηλείας, αλλά

είναι κάτι που πρέπει να υπάρχει ως πυρηνικό στοιχείο οποιασδήποτε θεραπευτικής στρατηγικής απ' την αρχή της διάγνωσης, τότε δεν θα μιλούσαμε για χρονιότητα με τους ίδιους όρους που μιλάμε σήμερα.

Διότι τί τύχη μπορεί να έχει ένας άρρωστος που μετά τη δεύτερη επίσκεψή του στην πανεπιστημιακή κλινική παίρνει την άγουσα προς κάποιο ψυχιατρείο και μετά από μερικά χρόνια την οδό προς κάποιο άθλιο κρεβάτι σε κάποιο θάλαμο χρόνιων, γνωρίζοντας την πλήρη απαξίωση και τον πλήρη εξευτελισμό σαν πρόσωπο;

Κάτω από μια τέτοια προβληματική, το πρόβλημα της χρονιότητας είναι μια κατασκευή της ψυχιατρικής περισσότερο παρά μια πραγματική κατάσταση. Ας πιάσουμε τώρα το πρόβλημα του ανήσυχου και διεγερτικού ασθενούς. Ποιος είναι ο ανήσυχος και διεγερτικός ασθενής; Πριν ένα χρόνο, όταν έκλεισε το Θ.Ψ.Π.Χ. και η ψυχιατρική κλινική του ΠΑΓΝΗ στα πλαίσια της τομεοποίησης θα αναλάμβανε το σύνολο της νοσοκομειακής νοσηλείας του τομέα (νομού Ηρακλείου), ήλθαν 2-3 ομάδες νοσηλευτών από το ΠΑΓΝΗ στο Θ.Ψ.Π.Χ. για να αποκτήσουν εμπειρία στο χειρισμό και την αντιμετώπιση ανήσυχων και διεγερτικών ασθενών, ασθενών για νοσηλεία με εισαγγελική παραγγελία κ.λπ. Ήλθαν να δουν καθηλώσεις, απομονώσεις, φοβερά και τρομερά πράγματα, διότι εν τω μεταξύ ο κ. καθηγητής τους, τότε, τους είχε εισαγάγει σε ένα παρόμοιο κλίμα κατασκευάζοντας δύο λευκά κελιά στην κυριολεξία μέσα στην κλινική για τους ανήσυχους ασθενείς. Τέτοιους ασθενείς δεν είδαν, διότι τέτοιους ασθενείς δεν είχαμε. Και όλοι ξέρανε ότι στην ουσία τέτοιοι ασθενείς είναι σπάνιοι. Αλλά ακόμη και αυτός ο ασθενής βοηθούμενος να περάσει την κρίση του, το παραλήρημα του, σε συνθήκες που να μην του πλήττουν την αξιοπρέπεια και το πρόσωπο, συμπεριφέρεται διαφορετικά. Τα μέτρα περιορισμού των ελευθεριών, που σήμερα μαζικά εφαρμόζονται σε ολόκληρο το ελληνικό ψυχιατρικό σύστημα κατά των ασθενών, αποτελούν παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων και δεν νομιμοποιούνται με το αιτιολογικό της ασφάλειας για τον άρρωστο. Μια τέτοια διαμεσολήβηση της ψυχιατρικής περισσότερο καθλιεργεί, πυροδοτεί και

γιγαντώνει ένα κλίμα απόρριψης του διαφορετικού παρά αποτελεί θεραπευτική διεργασία.

«Θέλω να έρθω στο Κ.Ψ.Υ. για 6 μήνες», μου είπε ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος «και μετά να πάω στην ψυχιατρική κλινική να δω τους οξείς ασθενείς». Και μένα καθήκον μου ήταν, να του διαλύσω αυτή την κατασκευή, αυτό το στερεότυπο. Έπρεπε να καταλάβει ότι είναι ο ίδιος ο άρρωστος, με τον οποίο αν δεν δουλέψει η κινητή μονάδα, το πρόγραμμα επισκέψεων κατ' οίκον και όλες οι δράσεις που έχουμε αναπτύξει στο Κ.Ψ.Υ., αυτός θα καταλήξει διεγερτικός, ανήσυχος και με εισαγγελική εντολή για νοσηλεία στην ψυχιατρική κλινική. Εκεί ενδεχομένως με την αιτιολογία της θεραπείας θα καθηλωθεί, θα απομονωθεί, θα χαρακτηριστεί ανήσυχος και επικίνδυνος.

Ασφαλώς υπάρχει η ψυχοπαθολογία που μπορεί να διακινήσει επιθετική συμπεριφορά, αλλά αυτό είναι πολύ διαφορετικό από την κατασκευή του «επικίνδυνου».

Ο διαχωρισμός, η επιλεκτικότητα, πρέπει να λείψουν πρώτα από την ψυχιατρική πράξη, αν θέλουμε να λείψουν απ' την κοινωνία. Η θεραπεία στην ψυχιατρική δεν μπορεί να περιλαμβάνει κατατάξεις, κατηγοριοποιήσεις, στιγματικές διαγνώσεις, βία και καταστολή, αλλά επίγνωση του γεγονότος ότι και για τον πιο διαταραγμένο υπάρχει ένας δρόμος που τον οδηγεί στη συμβίωση με το σύνολο, μέσα στο σύνολο. Η ανίχνευση αυτού του δρόμου στα πλαίσια των δικαιωμάτων και των ελευθεριών είναι η θεραπεία. Αλλά, για να γίνει αυτό, πρέπει η ψυχιατρική να πάψει να αποτελέσει θεραπαινίδα των φαρμακευτικών εταιριών και της κοινωνικής κανονικότητας.

Πριν δυο-τρία χρόνια νοσηλεύαμε στο Θ.Ψ.Π.Χ. τη Μαρία, μια νέα κοπέλα περίπου 30 ετών, σχιζοφρενή. Ένα απόγευμα είχε μια επίσκεψη από τη μητέρα της, η οποία της έδωσε 20€ για την εβδομάδα και φεύγοντας η μάνα της, η Μαρία πήγε στο καφενείο, αγόρασε όλα της τα χρήματα φρέσκιες τυρόπιτες, πήγε στο θυρωρείο όπου σύχναζε μια αγέλη αδέσποτων σκύλων και τίασε τα αδέσποτα τυρόπιτες. Ο θυρωρός την είδε, ειδοποίησε τον νοσοκόμο απ' το περίπτερο και η Μαρία εκείνο το βράδυ κοιμήθηκε στην απομόνωση. Στην κάρτα της

ασθενούς εγράφη «ανήσυχη» και η συμπεριφορά της εισεπράχθη από το προσωπικό του τμήματος ως ακατανόητη. Την άλλη μέρα έλαβα γνώση του γεγονότος και κάλεσα τη Μαρία στο γραφείο για να τη δω και να συζητήσουμε. Είπαμε πολλή και όταν τη ρώτησα, «γιατί Μαρία τάισες τις τυρόπιτες στα αδέσποτα;» μου απάντησε: «Γιατί γιατρέ τα κακόμοιρα τα ζώα να τρώνε αποφάγια;». Εγώ γέλασα και στη συνέχεια η Μαρία μου λέει: «Όσο γνωρίζω τους ανθρώπους τόσο περισσότερο αγαπώ τα ζώα. Φροντίστε μην με φέρετε σε σημείο να αγαπώ μόνο τα ζώα». Η κουβέντα συνεχίστηκε με ενδιαφέρον και προς το τέλος η Μαρία μου λέει: «Ξέρεις γιατρέ εγώ στεναχωριέμαι περισσότερο όταν βλέπω σκοτωμένο στο δρόμο ένα σκυλάκι από έναν άνθρωπο». «Γιατί;» της λέω. «Γιατί γιατρέ σκέφτομαι, ο άνθρωπος κάτι θα έκανε, ενώ το ζώακι; Αυτό το καημένο δεν βαρύνεται με το αδίκημα της λογικής!!». Μην σας κουράσω.

Όταν η συμπεριφορά της Μαρίας δεν θα καταγράφεται μόνο σαν σύμπτωμα κάποιας διαταραχής... Όταν κάθε διαφορετική συμπεριφορά δεν θα πολιτογραφείται ως ακατανόητη για να τονίζουμε ότι μόνο η δική μας είναι κατανοητή και ορθή...

Όταν σε κάθε σύμπτωμα δεν θα έχουμε έτοιμες απλοποιητικές νοσογραφικές απαντήσεις, αλλά θα το διαβάζουμε και ως ψυχικό βίωμα και ως τρόπο του υπάρχειν στον κόσμο, ή γλώσσα και μηνύματα επικοινωνίας, ή ευαισθησία, ή υπαρξιακή ανάγκη, ή χάσμα, τότε μόνο θα έχουμε ένα σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας ιδεώδες και λειτουργούς ψυχικής υγείας που μπορεί να ξεχνούν καμιά φορά την ερώτηση αλλά πάντα θα ξέρουν την απάντηση, η οποία είναι: Ο άρρωστος άνθρωπος και οι ανάγκες του.

Βεβαίως, πρέπει να είμαστε ανοιχτοί στις ιδέες. Άλλα προβλήματα θα εμφανιστούν στο νέο τοπίο. Τα φαινόμενα της περιστρεφόμενης πόρτας ή τα φαινόμενα νεοϊδρυματισμού και οι κίνδυνοι εκφυλισμού των στεγαστικών δομών σε ασυλικά κοινοτικά μορφώματα είναι προ των πυλών. Γι' αυτό σεβεί τις ιδέες, αλλά με σεβασμό στις ανάγκες των ανθρώπων που πάσχουν ψυχικά, πρέπει να τα αντιμετωπίσουμε. Όμως η υπέρβαση του Ασύλου και η αλλαγή του «ψυχιατρικού παραδείγματος» δεν ήταν μόνο εφικτή, αλλά και αναγκαία. Εκατοντάδες άνθρωποι έπρεπε να ξεφύγουν από την Ασυλκή βαρβαρότητα.



Μια κριτική ματιά σε όσα έγιναν και γίνονται στον τομέα της εργασίας των ατόμων με ψυχιατρικό πρόβλημα

Γιώργος Στεφανάκης*

*«Σαν πολίτης ζητάω από τους κυβερνώ-
ντες πέντε πράγματα: αίσθημα ασφάλειας και
αίσθημα δικαιοσύνης, προστασία σε περί-
πτωση αρρώστιας, εξασφάλιση παιδείας και
μέριμνα υπέρ των αδυνάτων, με έργα και όχι
με λόγια»*

Έλλη Λαμπέτη

Έχουν περάσει δύο δεκαετίες από τότε που στη χώρα μας ακούστηκαν για πρώτη φορά οι λέξεις ιδρυματισμός, αποϊδρυματοποίηση, κοινωνική επανένταξη, ψυχοκοινωνικά προβλήματα, αποασυλοποίηση, μαύρη εργασία, επαγγελματική αποκατάσταση, εργασιακές δομές, κοινωνικές επιχειρήσεις και αρκετές ακόμη, που άλλες φορές αποτελούν νεολογισμούς της ελληνικής και άλλες έχουν ανάγκη επεξηγήσεων της αρχικής τους σημασίας, όπως αυτή περιγράφεται στα λεξικά. Λέξεις και νοήματα άγνωστα στους περισσότερους, αλλά πολύ γνωστά και φορτισμένα στην ψυχιατρική κοινότητα της χώρας μας. Η μεταρρύθμιση ενός ψυχιατρικού μοντέλου, που μέχρι το 1986 βασιζόταν στον εγκλεισμό και στο άσυλο, μπορεί να ξεκινήσει πριν από είκοσι χρόνια στη χώρα μας, μπορεί να εισήγαγε όλους αυτούς τους νεολογισμούς, όμως οι στρεβλώσεις, οι ανακοιουθίες, η κατασπατάληση πόρων και οι αντιφάσεις στις ενέργει-

ες κυριάρχησαν τόσο πολύ, που για να περιγραφεί αυτή η εικόνα χρειάζεται την ακρίβεια και το κριτικό μάτι ενός Θουκυδίδη. Τα θύματα στην περίπτωση μας δεν είναι ούτε Αθηναίοι ούτε Σπαρτιάτες, αλλά μια μεγάλη ομάδα συνανθρώπων μας που σε κάποια φάση της ζωής τους είχε την ατυχία να βιώσει την περιπέτεια της ψυχικής αρρώστιας.¹

Ο τομέας που θα μας απασχολήσει είναι αυτός της επαγγελματικής αποκατάστασης, αλλά και της επαγγελματικής προστασίας των ατόμων με πρόβλημα ψυχικής υγείας· ένας τομέας που όσο παραμένει ατροφικός και υποβαθμισμένος δεν αφήνει να ολοκληρωθεί η μεταρρύθμιση, ούτε να δημιουργηθεί ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών που θα απαντά στα καθημερινά προβλήματα του ψυχικά πάσχοντα και στην πλήρη κοινωνική του ενσωμάτωση σαν μέλος μιας κοινωνίας, που έχει υποχρέωση να τον κρατήσει στους κόλπους της και να μην τον θέτει στο περιθώριο.

Πριν ακόμα φθάσουμε στην ανάγκη να μιλάμε για αποκατάσταση, θα έπρεπε στα πλαίσια μιας πολιτικής πρόληψης να γίνει κατανοητή η σημασία της διατήρησης της εργασίας, όταν αυτή υπάρχει, για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα. Πριν ακόμα κάποιος αρχίσει να βιώνει τον ιδρυματισμό και την εγκατάλειψη, δηλαδή όσο η επαγγελματική και κοινωνική ζωή του είναι ενεργή, αξίζει να γίνει κά-

* Ο Γ. Στεφανάκης είναι τεχνικός και εργάζεται από το 1986 στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, σαν υπεύθυνος του Αγροκτήματος. Ήταν εκλεγμένος πρόεδρος της Διοικούσας Επιτροπής των Συνεταιριστικών Θεραπευτικών Μονάδων (δεν υφίστανται πλέον) και σήμερα είναι μέλος του Εποπτικού Συμβουλίου του ΚοιΣΠΕ Δυτικής Θεσσαλονίκης.

1. «Η χαμηλή κοινωνική θέση και οικονομική κατάσταση αυξάνει την ευπάθεια για κακή ψυχική υγεία. Η απώλεια της εργασίας και η έλλειψη απασχόλησης μπορούν να μειώσουν την αυτοπεποίθηση και να οδηγήσουν στην κατάθλιψη. Οι μετανάστες και άλλες περιθωριοποιημένες ομάδες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να υποφέρουν από κακή ψυχική υγεία. Οι παρεμβάσεις για τους ανέργους προκειμένου να επιστρέψουν στην αγορά εργασίας μπορούν να είναι οικονομικά αποδοτικές. Η υποστήριξη στις ευάλωτες ομάδες μπορεί να βελτιώσει την ψυχική υγεία, να ενισχύσει την κοινωνική συνοχή και να αποτρέψει τις σχετικές κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις». (Benedetto Saraceno, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Ουσιοεξάρτησης-Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη)

θε προσπάθεια με παρεμβάσεις τόσο στο χώρο εργασίας, σε εργοδότες και συναδέλφους, όσο και στο ίδιο το άτομο ώστε να κρατηθεί στην εργασία του και να διαχειριστεί «τα της υγείας του» χωρίς να προστίθεται, όπως δυστυχώς συμβαίνει συχνά, στο πρόβλημα ψυχικής υγείας και αυτό της ανεργίας. Οι κλινικές οξέων περιστατικών και τα κέντρα ψυχικής υγείας πρέπει να παρεμβαίνουν –εκτός από τις ιατρικές πράξεις και την οικογενειακή στήριξη– και στην επαγγελματική δραστηριότητα, που δοκιμάζεται με οδυνηρές οικονομικές και συναισθηματικές συνέπειες για το άτομο και το περιβάλλον του. Αποϊδρυματισμός πριν το ίδρυμα και αποκατάσταση πριν το άτομο περάσει τη διαχωριστική γραμμή και βρεθεί στο περιθώριο. Παρ' όλη αυτά ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων στα ψυχιατρεία, στους ξενώνες, στις ενδιάμεσες δομές αλλιά και στο σπίτι, έχει περάσει αυτή τη γραμμή και μας αναγκάζει να προβληματιστούμε πάνω σε θέματα επαγγελματικής αποκατάστασης.

Η επαγγελματική αποκατάσταση –και σαν τέτοια εννοούμε την αμειβόμενη εργασία ανεξάρτητα από τον βαθμό προστασίας, το φορέα και το πλαίσιο που την συνοδεύει– για τα άτομα με πρόβλημα ψυχικής υγείας δεν αποτελεί ιατρική πράξη, αποτελεί όμως ουσιαστικό συστατικό και συμπλήρωμα όλων των άλλων ενεργειών, και των ιατρικών, που στοχεύουν στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου. Η μεγάλη πλειοψηφία των μάχιμων ψυχιάτρων και των λοιπών παραδοσιακών επαγγελματιών ψυχικής υγείας το δέχεται σήμερα αυτό, δεν κάνει όμως τίποτα για να το διεκδικήσει για λογαριασμό των ασθενών της. Μετά από είκοσι χρόνια συνεχούς ή περιστασιακής εργασίας ψυχιατρικών ασθενών σε δομές και εργαστήρια ανά την Ελλάδα, δεν έχει γίνει καμιά μελέτη που να συνδέει την πορεία της νόσου (υποτροπές, συμπτώματα κ.λπ.) με την εργασιακή κατάσταση των ασθενών. Τα ελαφρυντικά δύο γι' αυτή την έλλειψη: το πρώτο, είναι η χαώδης δομή του συστήματος υγείας και το δεύτερο, ότι δεν νιώθουν την ανάγκη για μια τέτοιου τύπου προσέγγιση που ποτέ δεν δίδαχταν· αυτοί που θα τη δίδασκαν θα έπρεπε να βγουν από τους τέσσερις τοίχους του ακαδημαϊκού τους οχυρού. Βέβαια για να είμαστε δίκαιοι, είναι πράγματι δύ-

σκολο η πρακτική γνώση και εμπειρία να αποκτήσει θεωρητικό υπόβαθρο (το γνωρίζουν αυτό καλά οι ασχολούμενοι με τις φυσικές επιστήμες).

Ας επιστρέψουμε λοιπόν στα αυτονόητα για όσους έρχονται σε καθημερινή επαφή με την ψυχική αρρώστια.

Στις μέρες μας, η έλλειψη εργασίας και η οικονομική εξαθλίωση πλήττουν μεγάλες ομάδες πληθυσμών σε όλα τα μήκη και τα πλάτη της γης· η ψυχική υγεία και η ισορροπία των ανθρώπων εξαρτάται και επηρεάζεται πια, όχι μόνο από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, αλλιά και από τις γενικότερες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες. Οι πρακτικές της αποκατάστασης, της επανένταξης και του μετριασμού των συνεπειών από τον αποκλεισμό για μια μεγάλη κατηγορία ειδικών ομάδων πληθυσμού, έχουν να αντιπαλέψουν εκτός από τις προκαταλήψεις του παρελθόντος και τη συνεχώς διογκούμενη κοινωνική και οικονομική ανισότητα ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες.

Για ποια εργασία όμως μιλάμε; Ποιά εργασία είναι αυτή που θα λειτουργήσει θεραπευτικά στην ψυχική νόσο; Ποιές συνθήκες πρέπει να ικανοποιούνται, για να αναδειχθούν και να αξιοποιηθούν οι υπόλοιπες δράσεις μέσα σε ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα ψυχικής υγείας, που θέτει σαν προτεραιότητα τον άνθρωπο και τις ανάγκες του; Η απάντηση δεν είναι απλή και θα πρέπει να αναζητηθεί ακριβώς σ' αυτές τις ανάγκες που είναι αρκετά διαφορετικές μεταξύ τους: ανάλογα με το οικογενειακό περιβάλλον και τις συνθήκες του, την προσωπικότητα του κάθε ασθενούς και τον τρόπο που επιδρά σ' αυτήν η φύση της αρρώστιας ή τις παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων που καταναλώνει, ιδιαίτερα αν σ' όλα αυτά προσθέσουμε και την μοναδική-μοναχική πορεία του κάθε ενός (περιστρεφόμενη πόρτα ψυχιατρείου ή ποθιευτής παραμονή σε συνθήκες εγκλεισμού). Το πρόβλημα αρχίζει να μοιάζει δυσεπίλυτο, χωρίς όμως να είναι και άλυτο. Η ανατροπή καθενός από τους παράγοντες που ωθούν τον ψυχικά ασθενή ακόμη βαθύτερα προς τη νόσο, είναι που θα αντιστρέψει τα πράγματα και θα βοηθήσει να ξεχωρίσει τι θα αντιμετωπιστεί με το φάρμακο και τι με παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικής στήριξης.

Είτε πρόκειται για άτομο με βαρύ ψυχιατρικό παρελθόν σε άσυλο, είτε για κάποιον που κάνει τα πρώτα του βήματα στην περιπέτεια που λέγεται ψυχική νόσος, ο ρόλος της αμειβόμενης εργασίας είναι σημαντικός αρκεί αυτή να ασκείται σ' ένα περιβάλλον προσαρμοσμένο σ' αυτόν, το οποίο δε θα αναιρεί τις υπόλοιπες θεραπευτικές και υποστηρικτικές ενέργειες, αλλιώς θα τις συμπληρώνει και θα συνεργάζεται μαζί τους. Εργασιακό περιβάλλον σταθερό που δεν θα υπερεκτιμά αλλιώς ούτε και θα υποτιμά τις δυνατότητες των ατόμων με ψ. πρόβλημα, αμοιβή αξιοπρεπής, ασφάλεια όσον αφορά τη συνέχεια της εργασίας, τοποθέτηση σε θέσεις που να αξιοποιούνται, όσο το δυνατόν, τα ιδιαίτερα ταλέντα, οι κλίσεις και οι χαμένες πολίτες φορές δεξιότητες στα χρόνια της παραμονής στο άσυλο, είναι μερικές από τις παραμέτρους που δεν πρέπει και δε μπορεί να αγνοηθούν, όταν προσεγγίζουμε το θέμα της επαγγελματικής αποκατάστασης ατόμων που έτυχε η ψυχική τους υγεία να βρίσκεται σε δοκιμασία.²

Αν θελήσει κάποιος να δει τι έγινε στη χώρα μας αλλιώς και τι συμβαίνει σήμερα με τις κατά τόπους προσπάθειες επαγγελματικής αποκατάστασης ψυχικά ασθενών, θα ξεκινήσει την περιπλάνησή του από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, όπου, με πρωτοβουλία της Μονάδας Επανάταξης, δημιουργήθηκαν το 1986 οι πρώτες Συνεταιριστικές Θεραπευτικές Μονάδες (Σ.Θ.Ε.Μ).³ Ακολούθησαν το Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου, το Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων και το Δρομοκαΐτειο. Οι ονομασίες «Συνεταιριστικές», «Συνεταιρισμοί», «Συνεργατικές» που δόθηκαν σ' αυτές τις καινοτόμες, για τα ψυχιατρικά δεδομένα, επιχειρήσεις δεν απηχούν παρά το στόχο των πρωτεργατών αυτών των προ-

σπαθειών για το πώς θα ήθελαν να εξελιχθούν οι μονάδες, προστατευμένα εργαστήρια στην ουσία, οι οποίες την επόμενη δεκαετία εξαπλώθηκαν σ' όλο τον ελληνικό χώρο είτε σε μικρότερα ψυχιατρεία και μονάδες ψυχικής υγείας, είτε στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα. Ομάδες ανθρώπων δουλεύουν για την επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με πρόβλημα ψυχικής υγείας με μεράκι και πάθος, αλλιώς και με συχνές απογοητεύσεις. Στους παραδοσιακούς επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα προστεθούν κι άλλοι από μη ψυχιατρικά επαγγέλματα, ο κύκλος διευρύνεται, οι ρόλοι αλληλοζούν και οι απλουστεύσεις του παρελθόντος δεν δίνουν πια ικανοποιητικές απαντήσεις. Η αποασυλοποίηση έχει διπλή επίδραση: αφ' ενός την απομάκρυνση των ατόμων με ψυχικό πρόβλημα από το ίδρυμα και την επιστροφή στην κοινότητα, αφ' ετέρου την αλληγογή της ίδιας της κοινότητας, μέσα από λιγότερο ρατσιστικές λογικές, σε μια κοινωνία που σέβεται και αναγνωρίζει το δικαίωμα να είναι μέλη της όλοι, ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας τους.

Οι Συνεταιριστικές Θεραπευτικές Μονάδες με αριθμούς⁴

Οι παρακάτω πίνακες αναφέρονται στις Συνεταιριστικές Θεραπευτικές Μονάδες του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, της μακροβιότερης προσπάθειας επαγγελματικής αποκατάστασης στον Ελληνικό χώρο. Πιο αναλυτικά, στον πίνακα 1 αποτυπώνεται το έτος δημιουργίας κάθε μονάδας. Όπως βλέπουμε στον πίνακα 2, το Μάρτιο του 2001 εργάζονταν στις μονάδες 139 χρήστες υπη-

2. Τα πρότυπα αλληλοζούν.

Η αποϊδρυματοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και η ίδρυση υπηρεσιών στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης των δημοτικών κέντρων και των γενικών νοσοκομείων, σύμφωνα με τις ανάγκες ασθενών και οικογενειών, μπορούν να υποστηρίξουν την κοινωνική ένταξη.

Τα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία ή τα άσυλα μπορούν εύκολα να συμβάλουν στο στιγματισμό. Στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων των ψυχιατρικών υπηρεσιών, πολλές χώρες απομακρύνονται από την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσω μεγάλων ψυχιατρικών ιδρυμάτων (σε ορισμένα νέα κράτη μέλη, τέτοια ιδρύματα εξακολουθούν να καλύπτουν μεγάλο μέρος της υποδομής υπηρεσιών ψυχικής υγείας) και προσανατολίζονται προς τις υπηρεσίες σε δημοτικό επίπεδο. Αυτό συμβαδίζει με την καθοδήγηση των ασθενών και των οικογενειών τους, καθώς και του προσωπικού προς τις στρατηγικές δυναμικής συμμετοχής και ενδυνάμωσης. [Πράσινο Βιβλίο, Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση, Βρυξέλλες, 14.10.2005]

3. Φραγκιαδάκης, Κ. (2001). Εργασία και Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση: το Παράδειγμα των Συνεταιρισμών. Α) Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, Β) Θεραπευτήριο Ψυχικών Παθήσεων Χανίων. Διπλωματική εργασία, Τμήμα Ψυχολογίας Α.Π.Θ. Επόπτης: Κ. Μπαϊρακτάρης, Αναπλ. Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας.

4. Ό.π.

ρειών ψυχικής υγείας και 25 επαγγελματίες, μέλη του προσωπικού του Ψ.Ν.Θ. Τέλος, στον πίνακα 3 παρουσιάζεται η κατανομή εσόδων-εξόδων για τα έτη 1997 και 2000, ενώ ο πίνακας 4 δείχνει την αυξητική πορεία του κύκλου εργασιών των Σ.ΘΕ.Μ για τα έτη 1986 έως 1997.

Οι Συνεταιριστικές Θεραπευτικές Μονάδες δεν υπάρχουν πια, οι δραστηριότητες όμως που αναφέρονται στους πίνακες υπάρχουν και αποτέλεσαν την καλύτερη, και μοναδική, προίκα στο Κοινωνικό Συνεταιρισμό Περιορισμένης Ευθύνης Δυτικής Θεσσαλονίκης (ΚοιΣΠΕ) που τις διαδέχθηκε.

Πίνακας 1: Ιστορικό Δημιουργίας Σ.ΘΕ.Μ.

	Μονάδα	Έτος Δημιουργίας
1	Επιπλοποιείο «Μεταμόρφωση»	1986
2	Αγρόκτημα	1986
3	Ραφείο «Ουράνιο Τόξο»	1987
4	Κυλικείο Ψ.Ν.Θ «Φάρος»	1988
5	Κηροποιείο «Άγιος Αντώνιος»	1989
6	Ταβέρνα «Κιβωτός»	1990
7	Συνεργείο Καθαριότητας «Λαμπίκο»	1991
8	Καλλιτεχνικό Εργαστήρι «Εκφραση»	1991
9	Οινοποιείο «Ληνός»	1998
10	Ταβέρνα «Ληνός»	1999

Πίνακας 2: Κατανομή Προσωπικού

Μονάδα	Επαγγελματίες*	Εργαζόμενοι	Άνδρες	Γυναίκες
ΕΠΙΠΛΟΠΟΙΕΙΟ	4	18	18	-
ΡΑΦΕΙΟ	2	14	2	12
ΚΗΡΟΠΟΙΕΙΟ	3	19	12	7
ΑΓΡΟΚΤΗΜΑ	7	19	18	1
ΚΥΛΙΚΕΙΟ	2	13	10	3
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ	2	8	7	1
ΤΑΒΕΡΝΕΣ	2	21	13	8
ΣΥΝΕΡΓΕΙΟ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	3	27	15	12
Σύνολο	25	139	95 (68.3%)	44 (31.7%)

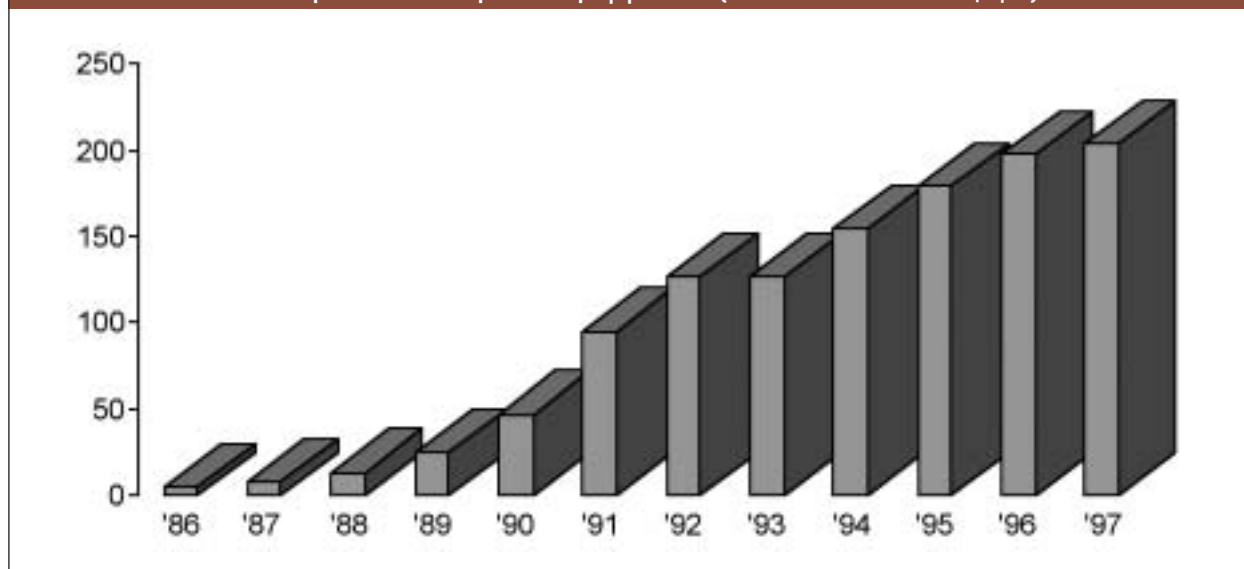
* Υπάλληλοι του Ψ.Ν.Θ.

Πίνακας 3: Κατανομή Εσόδων - Εξόδων (τα ποσά είναι σε χιλιάδες δρχ.)

Μονάδα	Έσοδα		Έξοδα	
	1997	2000	1997	2000
ΕΠΙΠΛΟΠΟΙΕΙΟ	26.461	39.188	18.719	27.849
ΡΑΦΕΙΟ	5.725	13.913	194	3.725
ΚΗΡΟΠΟΙΕΙΟ	8.271	19.743	3.078	11.759
ΑΓΡΟΚΤΗΜΑ	2.169	26.569	739	18.285
ΚΥΛΙΚΕΙΟ	93.038	103.065	76.639	80.377
ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙ	1.171	4.018	910	985
ΤΑΒΕΡΝΕΣ (ΚΙΒΩΤΟΣ/ΛΗΝΟΣ*)	43.716	65.152	34.578	14.207
ΣΥΝΕΡΓΕΙΟ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	7.717	30.343	2.116	6.093
ΣΥΝΟΛΟ	188.268	301.991	136.973	163.280

* δεν λειτουργούσε το 1997

Πίνακας 4: Συνολικός Κύκλος Εργασιών (τα ποσά είναι σε χιλιάδες δρχ.)



Η εξέλιξη

Το 1994, μέσα από μία πανελλήνια συνάντηση στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης των περισσότερων ανά την Ελλάδα εργασιακών δομών, διαπιστώνεται πως η απορρόφηση των εργαζόμενων-ασθενών στην ελεύθερη αγορά εργασίας είναι πολύ μικρή έως ανύπαρκτη και τίθεται για πρώτη φορά η ανάγκη δημιουργίας ενός θεσμικού πλαισίου από την πολιτεία που θα αγκαλιάσει, θα υποστηρίξει και θα δώσει προοπτική σ' όλη αυτή την προσπάθεια. Τα φορολογικά και νομικά εμπόδια, που τίθενται από την ίδια την πολιτεία και που απειλούν να στραγγαλίσουν αυτές τις επιχειρήσεις, θα δημιουργήσουν ένα αίσθημα ματαίωσης της όλης πορείας και θα οδηγήσουν αρκετές τέτοιες επιχειρήσεις στην αναστολή της λειτουργίας τους, απαξιώνοντας εγκαταστάσεις, εξοπλισμό, εμπειρία και το σημαντικότερο: το αρχικό κλίμα ενθουσιασμού ανάμεσα σε εργαζόμενους και εργαζόμενους-ασθενείς. Μερικές θα επιλέξουν το δρόμο των αστικών εταιρειών και άλλες, κυρίως προερχόμενες από τα μεγάλα ψυχιατρεία, θα συνεχίσουν τη λειτουργία τους στηριζόμενες σε ατομικές ενέργειες ανθρώπων, κινούμενες στα όρια της νομιμότητας και της παρανομίας. Η πολιτεία από την μια δημιουργεί δομές επαγγελματικής αποκατάστασης ανοικιάζοντας κτίρια, προσλαμβάνοντας προσωπικό και

αγοράζοντας εξοπλισμό με χρήση ευρωπαϊκών προγραμμάτων και από την άλλη δεν επιτρέπει να διατεθούν αυτά τα προϊόντα και οι υπηρεσίες νόμιμα με παραστατικά, γιατί κάτι τέτοιο δεν προβλέπεται από τη νομοθεσία. Η αναζήτηση λύσης μέσα από επιτροπές, διαβουλεύσεις και συζητήσεις με το Υπουργείο Υγείας θα οδηγήσει τελικά στον νόμο 2716/1999 και στη θέσπιση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης, αλλά όχι και στη λύση των προβλημάτων.

Η ψήφιση του νόμου 2716 το 1999, που θεσπίζει τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, είναι η απάντηση της πολιτείας στο αίτημα που είχε τεθεί από καιρό για θεσμική και νομοθετική κατοχύρωση αυτών των δραστηριοτήτων, που φιλοδοξούσαν να δώσουν λύση στο πρόβλημα της επαγγελματικής αποκατάστασης και που αλλού είχαν πάρει τη μορφή αστικών εταιρειών και αλλού άτυπων συνεταιρισμών με πολλά φορολογικά και νομικά προβλήματα. Ο ν. 2716/99, πρωτοποριακός σε νομικά ζητήματα, δεν προβλέπει καμίας μορφής πάγια και σταθερή χρηματοδότηση, αν και χαρακτηρίζει τους ΚοιΣΠΕ μονάδες ψυχικής υγείας. Αυτή είναι μία θεμελιώδης αντίφαση του νόμου, γιατί δεν εξασφαλίζονται οι συνθήκες εργασιακής σταθερότητας που είναι τόσο απαραί-

τητες γι' αυτή την ομάδα πληθυσμού. Σε άτομα με μεγάλη περίοδο παραμονής σε ψυχιατρεία ή με επανειλημμένες εισαγωγές, σ' αυτά θα έπρεπε η πολιτεία να είναι πιο γενναιόδωρη, όπως είναι πολύ συχνά με τις αθλητικές Π.Α.Ε. Είναι η βασική αιτία που 7 χρόνια μετά την ψήφιση του νόμου έχει δημιουργηθεί μόνο ο ΚοιΣΠΕ Δωδεκανήσου στη Λέρο (περισσότερο με πολιτική βούληση το 2002), ενώ στα υπόλοιπα ψυχιατρεία οι διαδικασίες είναι σε εξέλιξη, καθυστερούν ή/και δημιουργούνται μορφώματα εντελώς έξω από το συνεταιριστικό πνεύμα του νόμου. Η πολιτεία, αντί να διορθώσει αυτές τις ελλείψεις του νόμου και να αναλάβει τις ευθύνες της, ανέθεσε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής να διαηλθεί τη δυσπιστία και τις επιφυλάξεις των άμεσα εμπλεκόμενων. Μια σειρά από ημερίδες και σεμινάρια άρχισαν να τονίζουν το ερασιτεχνικό, αυτοσχεδιαστικό και αδιέξοδο της μέχρι τότε πορείας σε μια προσπάθεια να πείσουν μέσα από τεχνοκρατικές προσεγγίσεις πως το «επιχειρείν μέσω ΚοιΣΠΕ αποτελεί μονόδρομο». Η απαξίωση μιας προσπάθειας, που γεννήθηκε και τάρταξε τα νερά της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης και που οι αδυναμίες της οφείλονταν όχι στην ίδια αλήθεια σε επί μέρους νομικές ελλείψεις, δημιουργήσε ερωτηματικά, απορίες και επιφυλάξεις. Στις αιτιάσεις για τον αποκλεισμό μεγάλων ομάδων ψυχικά ασθενών και κυρίως του πληθυσμού που με τα προγράμματα ΨΥΧΑΡΓΩΣ μεταφέρεται σε ξενώνες στις παρυφές των πόλεων, όπου βιώνουν την ίδια ή και χειρότερη απραξία απ' ότι στα Ψυχιατρεία, δεν δόθηκαν πειστικές απαντήσεις. Το επιχείρημα που κατά κόρον κυριάρχησε ήταν το κακό προηγούμενο στη διαχείριση των... αγροτικών συνεταιρισμών και πως η οποιαδήποτε χρηματοδότηση θα δημιουργούσε ακόμη μια μαύρη τρύπα στον προϋπολογισμό του κράτους. Μια τέτοια ανε-

λαστική και απλουστευτική προσέγγιση αδικεί την κοινωνική διάσταση αυτών των επιχειρήσεων και μετατρέπει τους ΚοιΣΠΕ σε κοινωνικούς συνεταιρισμούς περιορισμένης ευθύνης της πολιτείας. Αυτό που τα προηγούμενα χρόνια επιτεύχθηκε με χίλιες δυο προσωπικές θυσίες (όπου επιτεύχθηκε), ακόμη και παρατυπίες ίσως, προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της εργασιακής ασφάλειας και σταθερότητας, είναι υπό αίρεση και δεν εκτιμάται η σημασία του ούτε για τους ασθενείς, ούτε για την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.⁵

Υπάρχουν σίγουρα και διαφορετικές λογικές από τις νεοφιλελεύθερες ή τις «επανενταξιακές», που οδηγούν στη διοικητική συρρίκνωση των ψυχιατρικών χωρίς περαιτέρω προοπτική, χωρίς όραμα, μέσα σε μια μιζέρια που εγκλωβίζει τόσο τους ασθενείς ονομάζοντάς τους ΠΕΛΑΤΕΣ, όσο και τους εργαζόμενους στην ψυχική υγεία που διαπιστώνουν πως τίποτα δεν αλλάζει και πως ξοδεύονται άσκοπα χρήματα.

Υπάρχει ακόμα μια παράμετρος που δυστυχώς αποτελεί ελληνικό «προνόμιο»: η άσκηση πολιτικής με στενά κομματικά κριτήρια, όπου το φαινόμενο του «φύγε εσύ έλα εσύ» οδηγεί καθημερινά σε ματαιώσεις και απογοητεύσεις. Αυτός ο ανεπαρκής, έστω, νόμος για τους ΚοιΣΠΕ εφαρμόζεται, από τα μεγάλα ψυχιατρεία σαν τρόπος κομματικής άλωσης ενός χώρου που κάποτε πρωτοπόρησε και δημιούργησε προσδοκίες αποτελεσματικής.

Αυτές οι γραμμές γράφονται παραμονές δημοτικών εκλογών του 2006 και είναι ευκαιρία να γίνει μια θλιβερή διαπίστωση: αν κάποιος υποψήφιος δήμαρχος θέλει να εξασφαλίσει την μη εκλογή του δεν έχει παρά να εντάξει στο πρόγραμμά του την ίδρυση ενός ξενώνα για άτομα με πρόβλημα ψυχικής υγείας, ή την δημιουργία ενός κέντρου ψυχικής υγείας, ή ακόμα ενός συμβουλευ-

5. «Αποκλεισμός σε αντιπαράθεση με την ένταξη. Ο αποϊδρυματισμός είναι λοιπόν κάτι περισσότερο από απλή αποασυλοποίηση. Έχει να κάνει με μια ριζοσπαστική παραδοχή του νοήματος της εμπειρίας του ασθενούς. Είναι ενδιαφέρον πως η έννοια της κλίνης κυριαχεί ακόμη στην ορολογία του σχεδιασμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσουμε πως στον κόσμο υπάρχουν είτε πάρα πολλές κλίνες ή, όταν είναι πολύ λίγες, η μοναδική καινοτόμος ιδέα είναι σε γενικές γραμμές εκείνη της δημιουργίας νέων κλινών. Οι κλίνες δεν αποτελούν τη λύση αλλά μάλλον την ψευδαίσθηση ότι δίδεται απάντηση με απλό (απλοϊκό) τρόπο σε ένα σύνθετο αίτημα –που αφορά σε καλύτερη φροντίδα, αποτελεσματική αποκατάσταση, πληρέστερη εξάσκηση του συνόλου των πολιτικών δικαιωμάτων». (Benedetto Saraceno, Ψυχική Υγεία: Η έλλειψη πόρων απαιτεί νέα παραδείγματα, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας και Ουσιοεξάρτησης-Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Γενεύη, Μετάφραση: Ν. Γκιωνάκης, Μ. Ασημακοπούλου. Διάλεξη στο Μέγαρο Συνεδρίων των Τιράνων, 05.06.2003)

τικού σταθμού για χρήστες τοξικών ουσιών. Οι αντιδράσεις των «υγιών» κατοίκων για την υποβάθμιση της αξίας του ακινήτου, που με τόσους κόπους απέκτησαν στη γειτονιά, και των τοπικών αρχόντων που όταν δεν πρωτοστατούν σ' αυτές ψελλίζουν λόγια αμήχανα για να μην γίνουν δυσάρεστοι, θα απασχολήσουν για λίγα δευτερόλεπτα τα βραδινά δελτία ειδήσεων.

Οι εξαιρέσεις δυστυχώς είναι ελάχιστες και απλά επιβεβαιώνουν τον κανόνα. Μήπως θα μπορούσαν τα διάφορα κοινοτικά πλαίσια στήριξης και οι διαχειριστές τους να χρηματοδοτήσουν μια καμπάνια ενημέρωσης του κοινού μέσα από τον τύπο και την τηλεόραση, έτσι που αυτή η απαράδεκτη κατάσταση να αρχίσει να αναστρέφεται;

Πολύ ουσιαστικότερες, ίσως, θα ήταν οι δημόσιες παρεμβάσεις υπέρ των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων και ενάντια στο στιγματισμό και τα ρατσιστικά φαινόμενα που αυτός γεννάει, από άτομα αγνωσμένου κύρους της χώρας κάθε φορά που το θέμα τίθεται.

Καμιά αποτίμηση των αποτελεσμάτων των προγραμμάτων συρρίκνωσης των ψυχιατρείων που θα θελήσει, ίσως, να μπει σε ποιοτικά στοιχεία δεν μπορεί να είναι υπέρ της χώρας μας. Παραφράζοντας το γνωστό απόφθεγμα, θα μπορούσαμε να πούμε πως όταν οι αριθμοί ευημερούν η δυστυχία των ασθενών συνεχίζεται. Η εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα, που με μοναδικό κίνητρο το κέρδος ιδρύει και λειτουργεί ξενώνες αποκατάστασης στα πιο απίθανα και απομονωμένα μέρη, δεν αποενοχοποιεί ούτε την πολιτεία, ούτε και την ψυχιατρική κοινότητα.

Το πιο δυσάρεστο συναίσθημα που βιώνει κάποιος στη δουλειά μας είναι η μοναξιά, αυτή η αίσθηση πως όλα αυτά που συζητάμε αφορούν λίγους, κάποιους ειδικούς και έναν αριθμό ψυχικά ασθενών ερήμην των οποίων συνήθως σχεδιάζουμε και ενεργούμε. Γι' αυτό τον λόγο οι ενέργειές μας θα πρέπει όχι μόνο να απευθύνονται στην κοινότητα, αλλά και να συμβαίνουν μέσα σ' αυτήν. Είναι προτιμότερο να προκαλείται συζήτηση και να έχουμε πολλές διαφορετικές ή αντίθετες απόψεις, από την πλήρη απάθεια. Όπως για τη διαχείριση του φυσικού περιβάλλοντος θεωρείται αυτονόητο ο κάθε πολίτης να προβληματίζεται και να έχει άποψη,

έτσι και η συζήτηση για το κοινωνικό περιβάλλον πρέπει να είναι ανοικτή και να έχουν θέση όλοι χωρίς εξαιρέσεις και αποκλεισμούς.

Προτάσεις

Κάποια βήματα και προτάσεις για μια καλύτερη πορεία επαγγελματικής αποκατάστασης των ψυχικά πασχόντων είναι:

1. Ευελιξία και λειτουργία μονάδων πολλών ταχυτήτων ως προς το βαθμό υποστήριξης. Αυτό που για κάποιον ασθενή είναι το ζητούμενο για κάποιον άλλον μπορεί να είναι η αφετηρία. Το δικαίωμα πρόσβασης και επιλογής στην εργασία είναι για όλους το ίδιο.
2. Νομικό πλαίσιο που να λαμβάνει υπόψη του την υπέρ-εικοσαετή εμπειρία που αναπτύχθηκε σ' αυτό τον τομέα και που θα έχει την ελαστικότητα να καλύπτει τις πολλές και διαφορετικές περιπτώσεις ψυχικά πασχόντων. Θα μπορούσε να χορηγείται, υπό μορφή επιδότησης, ένα ποσοστό της δαπάνης μισθοδοσίας για τον κάθε ασθενή που εργάζεται σε παρόμοιες δομές, μετά από εξατομικευμένη αξιολόγηση και της δομής αλλά και της πορείας του. Το ποσοστό αυτό να κυμαίνεται από 10% έως και 70% με στόχο να μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Με τον τρόπο αυτό, οι μονάδες δεν θα διορθωθούν στην επιδοματικότητα και θα υπάρχει πάντα ο στόχος της επιτυχημένης επιχειρηματικής πορείας χωρίς αποκλεισμούς.
3. Υποχρέωση των ξενώνων και των οικοτροφείων δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα να δημιουργήσουν και να λειτουργήσουν τέτοιες δομές, γιατί η επανενταξιακή πορεία που ευαγγελίζονται δεν θα ολοκληρωθεί χωρίς την επαγγελματική αποκατάσταση.
4. Καθορισμός από τη μεριά της πολιτείας συγκεκριμένων ρεαλιστικών στόχων προς την κατεύθυνση της αποϊδρυματοποίησης και αξιολόγηση των εντεταλμένων οργάνων της στο κατά πόσο υλοποιούν μια τέτοια πολιτική.

5. Ασφαλιστικές δικλείδες στο αρθ.12 του νόμου 2716/99 έτσι που οι ΚοιΣΠΕ να λειτουργούν πραγματικά συνεταιριστικά και δημοκρατικά, χωρίς αυθαιρεσίες. Σκεφθείτε ότι ένας διοικητής ψυχιατρικού νοσοκομείου έχει τη δυνατότητα να ανακαλέσει το σύνολο του προσωπικού από τον ΚοιΣΠΕ στο μητρικό φορέα, δημιουργώντας έτσι αξεπέραστα εμπόδια στη λειτουργία του.
6. Άσκηση πολιτικής στην κατεύθυνση της πρόληψης. Όσο ακόμα ο άνθρωπος έχει εργασιακή ταυτότητα είναι ευκολότερο και για τον ίδιο και για τους θεραπευτές του να διαχειριστούν τα της αρρώστιας του. Η ενημέρωση και η στήριξη στην οικογένεια, αλλά και στο περιβάλλον εργασίας προκειμένου να μην χαθεί αυτή η ταυτότητα, είναι αποφασιστικός παράγοντας στη μετέπειτα πορεία του.
7. Επιθετική πολιτική ενημέρωσης προς την κοινότητα, κατά τα πρότυπα της εκστρατείας εναντίον πολλών χρόνιων ασθενειών και του ρατσισμού που γεννά ο φόβος και η άγνοια απέναντί τους.
8. Να μην ξεχνάμε πως δεν υπάρχει ένα μοναδικό είδος επαγγελματία στον οποίο να ανατίθενται τα

πάντα: η εκπαίδευση των ασθενών, η παραγωγική διαδικασία, οι πωλήσεις, οι αγορές, η εμπύχωση του προσωπικού και των ασθενών, η αντιμετώπιση των υποτροπών, η διαχείριση του οικογενειακού περιβάλλοντος. Αυτές, αλλά και άλλες ακόμη παράμετροι πρέπει να έχουν απέναντι τους μια ολόκληρη ομάδα, που θα διαμορφώνεται και θα δένεται κάθε μέρα αργά και σταθερά αντιμετωπίζοντας τις καταστάσεις που ανακύπτουν.

Όλα τα παραπάνω δεν αποτελούν συνταγή, ούτε υπάρχουν έτοιμες λύσεις που να αφορούν την επαγγελματική αποκατάσταση ειδικών ομάδων πληθυσμού, είναι όμως βασικές προϋποθέσεις επιτυχίας ανάλογων εγχειρημάτων.

Όλοι όσοι δίνουν καθημερινά τη μάχη απέναντι στην ψυχική αρρώστια και τις συνέπειές της, αλλά και απέναντι στην έλλειψη ευελιξίας και προσαρμοστικότητας των διοικητικών αρχών, καθώς και όσοι έχουν τις ίδιες ανησυχίες με όσα περιγράφηκαν στις παραπάνω γραμμές, αποτελούν ίσως το μεγαλύτερο εμπόδιο σε μια ανάστροφη πορεία μιας μεταρρύθμισης που η φλόγα της είναι ακόμα αναμμένη.

ΚοιΣΠΕ Θεσσαλονίκης Πού πάνε;

Κώστας Μπαϊρακτάρης

Η αποϊδρυματοποίηση αποτελεί μία διεργασία, η οποία στο επίκεντρό της έχει την αποκατάσταση των βλαβών που υφίστανται οι ψυχικά πάσχοντες από τη μακρόχρονη διαμονή σε ιδρυματικούς χώρους, την αποσάθρωση του ψυχιατρικού θεσμού και την απεμπλοκή των πασχόντων από τις ψυχιατρικές υπηρεσίες.

Είναι επίσης μία διαδικασία που εμπεριέχει την αποκατάσταση των δικαιωμάτων, που με βίαιο τρόπο έχουν αφαιρεθεί από τους ψυχικά πάσχοντες συμπολίτες μας στα πλαίσια του αποκλεισμού και του εγκλεισμού τους.

Σε αυτή τη διαδικασία, τα ζητήματα της κατοικίας και της εργασίας αποτελούν βασικούς άξονες, στα πλαίσια των οποίων επινοούνται δομές και θεσμοί που καλούνται να συνδράμουν στην αποκαταστασιακή αυτή πρακτική και να εξυπηρετήσουν την ελευθερία, την αυτονομία και τον απεγκλωβισμό των πασχόντων και των εργαζομένων επαγγελματιών από την ιδρυματική λογική και από το ψυχιατρικό-ψυχολογικό επιστημονικό παράδειγμα που κυριαρχεί και αναπαράγεται.

Τα παραπάνω συμπυκνώνουν το θεωρητικό-επιστημονικό, αλλά και το καθημερινό πρακτικό πλαίσιο στο οποίο κινήθηκαν οι Συνεταιριστικές Θεραπευτικές Μονάδες (Σ.ΘΕ.Μ) του Ψ.Ν.Θ. ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '80, δηλαδή πριν από είκοσι περίπου χρόνια, με πρωτοβουλία της Μονάδας Επανάταξης.

Κατά την περίοδο αυτή, δημιουργήθηκε και αναπτύχθηκε μια σειρά από παραγωγικές μονάδες χρησιμοποιώντας σημαντικούς πόρους της Ε.Ε., με βασική λογική: α) την ένταξη σε έμμισθη εργασιακή σχέση των πασχόντων ανάλογα με τις δυνατότητές τους και τη θέλησή τους, β) την αυτοδιαχείριση και τη συμμετοχή υπαλλήλων και εργαζομένων πασχόντων σε όλες τις δραστηριότητες και στη διοίκηση των Σ.ΘΕ.Μ, γ) την ανάπτυξη μιας πολιτικής, που να παίρνει κριτικά υπόψη τις συνθήκες του συγκεκριμένου πολιτικο-οικονομικού περιβάλλοντος και δ) τη διαμόρφωση παραγωγικών και εργασιακών σχέσεων, που να εξυπηρετούν άμεσα τη λογική επανάταξης και αυτονόμησης των ψυχικά πασχόντων στην κοινωνία.

Το γεγονός ότι οι Σ.ΘΕ.Μ είχαν αυτή την πορεία και αποτελούν και σήμερα (σαν ΚοιΣΠΕ) τις πλέον ανεπτυγμένες μονάδες στην ελληνική επικράτεια, οφείλεται πρώτα και κύρια στο επιστημονικό-ιδεολογικό πλαίσιο που τέθηκε από την αρχή, στην ταύτιση των υπαλλήλων-εργαζομένων με αυτές, καθώς και στις διαρκείς και επίμονες, ατομικές και συλλογικές προσπάθειές τους να αναπτύξουν παραπέρα τις μονάδες, εντάσσοντας όλο και περισσότερους πάσχοντες σε αυτές. Τέλος, οφείλεται στην πολιτική στήριξη, την οποία είχε όλο αυτό το εγχείρημα από το ξεκίνημά του.

Κυρίως, όμως, οφείλεται στη στήριξη των εργαζομένων πασχόντων. Οι μονάδες έγιναν τόπος διασφάλισης οικονομικών πόρων για την αυτόνομη διαβίωσή τους εκτός Ψυχιατρείου, χώρος συνάντησης και επικοινωνίας σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον όπου κυριαρχούσε το υποκείμενο και οι ανάγκες του και όχι η ικανότητα ή η ανικανότητά του και, τέλος, έγιναν ένα περιβάλλον ανάπτυξης σχέσεων τόσο ανάμεσά τους, όσο και μεταξύ όλων των εμπλεκόμενων εντός και εκτός των Σ.ΘΕ.Μ. Όλα αυτά συνέθεσαν και τις βασικές προϋποθέσεις για την αυτόνομή τους και την επιστροφή τους στην κοινωνία. Αυτό βέβαια είναι και το βασικό κεφάλαιο (πέρα από τα οικονομικά και άλλα σημαντικά μεγέθη) που κληρονόμησαν οι ΚοιΣΠΕ από τις Σ.ΘΕ.Μ.

Αυτό το βασικό κεφάλαιο, σε αντίθεση με κάθε διεθνή εμπειρία, φαίνεται να παραγνωρίζουν και να ακυρώνουν με τις μέχρι τώρα πρακτικές τους, οι σημερινοί διοικούντες των ΚοιΣΠΕ. Δηλαδή:

- η αδιαφάνεια στους χειρισμούς,
- η διάλυση οποιασδήποτε δημιουργικής συλλογικότητας,
- η επικράτηση εκφυλιστικών διαχειριστικών πρακτικών,
- η κυριαρχία ενός αντιδημιουργικού και δήθεν τεχνοκρατικού μοντέλου, που κατευθύνεται από έναν κακώς εννοούμενο παραγωγικό προσανατολισμό,
- οι αυθαίρετες μετακινήσεις και η αδρανοποίηση έμπειρου προσωπικού,

είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά και ορισμένες από τις ανησυχητικές πρακτικές της διοίκησης των ΚοιΣΠΕ Θεσσαλονίκης.

Αν αυτή η λογική και αυτές οι αντιλήψεις σημαίνουν την παγίωση μιας «νέας πολιτικής» τότε ο εκφυλισμός, η διάλυση και η ακύρωση μιας 20ετούς προσπάθειας, διεθνώς αναγνωρισμένης, είναι συνειδητά προ των πυλών. Το ζητούμενο σε μία τέτοια κατάσταση είναι η αντίσταση και η ανακοπή αυτής της αντίστροφης πορείας. Αυτό όμως είναι έργο όλων μας: των εργαζομένων στους ΚοιΣΠΕ και το Ψ.Ν.Θ., των κοινωνικών, των επιστημονικών και των πολιτικών φορέων που σέβονται πραγματικά τα δικαιώματα των πολιτών, ιδιαίτερα δε αυτών που τους έχουν βία αφαιρεθεί και παλεύουν μέρα με τη μέρα να τα επανακτήσουν. Όπως φαίνεται, όμως, το ερώτημα «Πού πάνε;» δεν αφορά μόνον τη Θεσσαλονίκη, αλλά και τις άλλες εμπειρίες στην Ελλάδα.

Ιδρυματική βαρβαρότητα

Εφημερίδα «*Ελευθεροτυπία*», 11 Δεκεμβρίου 2006

Την ιδρυματική βαρβαρότητα αναδεικνύει ακόμη μία φορά ο θάνατος του καθηλωμένου εγκλείστου στα «Οργανικά Ψυχοσύνδρομα» του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Για πολλοστή φορά στην ιστορία των Ψυχιατρείων και της Ψυχιατρικής θα τεθούν τα ερωτήματα «κάτω από ποιες συνθήκες» και «ποιος ευθύνεται». Για πολλοστή φορά θα γίνει προσπάθεια αποποίησης πολιτικών, ατομικών και συλλογικών ευθυνών μέχρι να παρέλθει η «τηλεοπτική επικαιρότητα» του συμβάντος.

Η εξόντωση του πάσχοντος συνανθρώπου μας δεν εξαντλείται στη βιαιότητα του θανάτου του. Ο θάνατός του ήταν καθημερινός καθ' όλη τα χρόνια του εγκλεισμού του. Τη φυσική του εξόντωση επισφραγίζει το συγκεκριμένο συμβάν:

- Γιατί δεν υπήρξε σαν άνθρωπος, αλλά αποκλειστικά σαν «οργανικό ψυχοσύνδρομο» ή σαν οποιαδήποτε άλλη διάγνωση έχει πιθανόν προηγηθεί αυτής.
- Γιατί το επιστημονικό παράδειγμα που ορίζει τη μεταχείρισή του και οι «ειδικοί» που αναλαμβάνουν την εφαρμογή αυτού του παραδείγματος τον θέλουν σαν «ένα περιστατικό», «έναν πελάτη», «έναν χρήστη της υπηρεσίας», «μία διάγνωση».
- Γιατί η αρχή της λειτουργίας του τμήματος ή της κλινικής είναι η φύλαξη, η καταστολή και η διατήρηση της ιδρυματικής τάξης.
- Γιατί οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες διαπαιδαγωγούνται στη φύλαξη, στον αποκλεισμό, στον έλεγχο και όχι στη φροντίδα του πάσχοντος συνανθρώπου.
- Γιατί όλοι μας, ατομικά και συλλογικά, όταν αναδεικνύονται συμβάντα παράβασης ανθρωπίνων δικαιωμάτων υποκρινόμαστε ότι «δεν γνωρίζαμε» και συναινούμε στη συγκάλυψή τους.

Αυτές είναι μερικές από τις απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα. Με τη διαφορά ότι τόσο τα ερωτήματα όσο και οι απαντήσεις αφορούν κάθε πολίτη που θέλει να υπερασπίζεται το βασικότερο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, δηλαδή το «να υπάρχω».

Αστρινάκης Γιώργος, Ψυχίατρος, Αναπλ. Διευθυντής, Δρομοκαΐτειο

Ζαφειρίδης Φοίβος, Ψυχίατρος, Αναπλ. Καθηγητής Τμήματος Ψυχολογίας Α.Π.Θ.

Κοκκινάκος Γιώργος, Ψυχίατρος, Διευθυντής, Κ.Ψ.Υ. Χανίων

Λουκάς Γιάννης, Ψυχίατρος, Διευθυντής, Κ.Θ. Λέρου

Μεγαλοοικονόμου Θεόδωρος, Ψυχίατρος, Διευθυντής, 9ο Ψ.Τ., Ψ.Ν. Αττικής

Μπαϊρακτάρης Κώστας, Ψυχολόγος, Αναπλ. Καθηγητής Τμήματος Ψυχολογίας Α.Π.Θ.

Ιδρυτικό κείμενο αρχών του Παρατηρητηρίου για τα Δικαιώματα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας

Οι μορφές διαχείρισης της ψυχικής, κοινωνικής ή άλλης απόκλισης αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους δείκτες πολιτισμού μιας κοινωνίας. Στο σύγχρονο δυτικό πολιτιστικό μοντέλο, στο οποίο θεωρούμε ότι εντάσσεται και η ελληνική κοινωνία, η ψυχική και κοινωνική απόκλιση αντιμετωπίζεται με φόβο, καχυποψία, αντιδράσεις βίας και αποκλεισμού των προσώπων που αποκλίνουν από τα κοινωνικά αγαθά, στα οποία έχουν πρόσβαση οι υπόλοιποι πολίτες. Ο ψυχικός πόνος και οι αποκλίσεις από τον μέσο όρο ψυχικές εμπειρίες ανάγονται κοινωνικά σε μια ιδιάζουσα μορφή ασθένειας, η οποία, αντίθετα με άλλες τις άλλες, θεωρείται ότι δεν υπόκειται στον νοητικό έλεγχο αυτού που την έχει, και η διαχείρισή της ανατίθεται σε συστήματα κοινωνικού ελέγχου και καταστολής, ασυμβίβαστα με τις έννοιες τόσο της νόσου, όσο και της θεραπείας. Μετατρέπεται έτσι συχνά στην πράξη σε αδίκημα, για το οποίο το πάσχον υποκείμενο “τιμωρείται” από την κοινωνία και το αντίστοιχα οργανωμένο σύστημα ψυχικής υγείας, με μια σχεδόν αυτονόητη ακύρωση του λόγου, της προσωπικότητάς του, των ικανοτήτων, των επιθυμιών, των ονείρων του, των ατομικών και κοινωνικών του δικαιωμάτων, του ελέγχου του πάνω στην ίδια του τη ζωή. Ενώ τα τελευταία χρόνια έχει συνταχθεί μια νομοθεσία που εμφανίζεται να προσπαθεί να προστατεύσει τα πρόσωπα αυτά από ακραίες μορφές κοινωνικής βίας, στην πράξη αυτό δεν επιτυγχάνεται.

Εμείς, που συνυπογράφουμε το παρακάτω κείμενο δηλώνουμε την αντίθεσή μας με την παραπάνω λογική, η οποία –βασισμένη στην άγνοια και το φόβο των πολιτών– καλλιεργεί ένα κλίμα κοινωνικού ρατσισμού ενάντια σε ψυχικά πάσχοντα πρόσωπα, θεσμοποιημένου μέσα από το σύστημα ψυχικής υγείας. Θεωρούμε ότι:

- Η έννοια των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων πολιτών –είτε αυτοί γίνονται κάποια στιγμή της ζωής τους χρήστες ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, είτε όχι– έχει μια ισχύ ανεξάρτητα από τις επιστημονικές ή άλλες ερμηνευτικές θεωρίες, και αυτό δεν μπορεί να γίνεται αντικείμενο διαπραγμάτευσης.
- Η καταπάτηση αυτών των δικαιωμάτων συνιστά βία, ατομική και κοινωνική, κατά των ανθρώπων, των οποίων τα δικαιώματα καταπατούνται.
- Το υπάρχον σύστημα ψυχικής υγείας είναι δομημένο στο μεγαλύτερο μέρος του με έναν τρόπο που παράγει και αναπαράγει τέτοιες μορφές βίας μέσα από την πρωταρχική πολιτική και υπαρκτή ακύρωση των χρηστών του, αλλά και μέσα από συγκεκριμένες καθημερινές πρακτικές, μέσα και έξω από νοσηλευτικά ιδρύματα.
- Το πλαίσιο αυτό συντήρησης της βίας πλήττει αναπόφευκτα, αν και με διαφορετικά προσώπια, όχι μόνο τους χρήστες των υπηρεσιών, αλλά και τις οικογένειές τους, καθώς και τους εργαζομένους στους αντίστοιχους θεσμούς, όταν αυτοί εξαναγκάζονται από το πλαίσιο εργασίας τους να καταπατήσουν δικαιώματα συνανθρώπων τους που βρίσκονται σε κρίσεις ζωής. Μ’ αυτήν την έννοια πλήττει και ολόκληρη την κοινωνία, η οποία τρέφει στους κόλπους της θεσμοποιημένα δείγματα βίας, άγνοιας και αποκλεισμού των πιο αδύναμων μελών της. Αυτό θεωρούμε ότι θίγει άμεσα το ήθος και το επίπεδο πολιτισμού όλων μας.
- Ως ευαισθητοποιημένοι και συνειδητοί πολίτες δεν θέλουμε να μείνουμε θεατές αυτής της κατάστασης, ξορκίζοντας το κακό και ελπίζοντας

ότι αυτό θα «αφορά πάντα κάποιους άλλους». Η καταπάτηση ανθρωπίνων δικαιωμάτων μας αφορά όλους.

Με βάση τα παραπάνω και με την πεποίθηση ότι η αλληλαγία της κοινωνικής συνείδησης μπορεί να προκύψει μόνο με μία στάση συλλογικής συνειδητοποίησης και κοινωνικής αλληλεγγύης απέναντι σε ανθρώπους, οι οποίοι αποφασίζουν να διεκδικήσουν τα ατομικά και κοινωνικά τους δικαιώματα –είτε αυτοί είναι χρήστες ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, είτε εργαζόμενοι σ' αυτές, ενδιαφερόμενοι πολίτες ή ομαδικές πρωτοβουλίες– προχωρούμε σήμερα, Τρίτη 6 Ιούνη 2006, στη Θεσσαλονίκη, στην ίδρυση του «Παρατηρητηρίου για τα Δικαιώματα στο χώρο της Ψυχικής Υγείας»

Μορφή

Το Παρατηρητήριο λειτουργεί με τη μορφή ενός δικτύου προσώπων, που με οποιονδήποτε τρόπο ενδιαφέρονται ή εμπλέκονται στο σύστημα της ψυχικής υγείας, δηλαδή: χρηστών ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών, συγγενών των χρηστών, επαγγελματιών ψυχικής υγείας και εργαζομένων στο χώρο αυτό, ευαίσθητοποιημένων πολιτών, κ.α. Είναι ανοιχτό στην ένταξη, στους κόλπους της δράσης του, οποιουδήποτε προσώπου συμμερίζεται τη φιλοσοφία και τους στόχους του.

Ο κεντρικός άξονας δράσης του Παρατηρητηρίου έγκειται στις γενικές συνελεύσεις των μελών του, στις οποίες μετά από εισηγήσεις οποιουδήποτε μέλους τίθενται σε συζήτηση θέματα, οργανώνονται και αξιολογούνται δράσεις και ρυθμίζονται οργανωτικά ή άλλα ζητήματα που αφορούν τη λειτουργία του ίδιου του παρατηρητηρίου.

Στόχοι του Παρατηρητηρίου

- Η έναρξη μιας δημόσιας συζήτησης σε σχέση με την κοινωνική διαχείριση του ψυχικού πόλου.
- Η αλληλαγία της κρατούσας κοινωνικής άποψης σχετικά με την ψυχική υγεία και τη λεγόμενη ψυχική διαταραχή.
- Η ενημέρωση της κοινής γνώμης σε θέματα δικαιωμάτων των χρηστών και των εργαζομένων στο σύστημα ψυχικής υγείας.
- Η αντίσταση στη λογική της ιδρυματοποίησης, του κοινωνικού αποκλεισμού, της άσκησης βίας κάθε μορφής και της καταπάτησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στο χώρο της ψυχικής υγείας.
- Η συμβολή στην ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών κοινωνικής διαχείρισης του ψυχικού πόλου.
- Η υπεράσπιση και διεύρυνση των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων μέσα και έξω από τις δομές του συστήματος ψυχικής υγείας.
- Η προώθηση της συμμετοχής των χρηστών ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών σε όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων, που αφορούν τη ζωή τους.
- Η προώθηση της πεποίθησης ότι τα μέλη των οικογενειών των αναφερόμενων ως «ψυχικά πασχόντων» είναι άτομα άμεσα ενδιαφερόμενα και χρήζουν ίσης προσοχής, υποστήριξης και συνυπολογισμού της άποψής τους με τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους.

Δράσεις του Παρατηρητηρίου

Στο Παρατηρητήριο θα συγκεντρώνονται πληροφορίες-παρατηρήσεις σχετικά με:

- περιστατικά κακοποίησης νοσηλευομένων σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές ψυχικής υγείας,
- περιπτώσεις καταπάτησης των δικαιωμάτων χρηστών ή πρώην χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, των συγγενών τους, καθώς και εργαζομένων στο χώρο αυτό,
- περιστατικά και προβληματισμοί γύρω από δεοντολογικά ζητήματα, καθώς και
- ελλείψεις του συστήματος ψυχικής υγείας.

Οι πληροφορίες αυτές, είτε πρόκειται για καταγγελίες, είτε για απλές αναφορές ή παρατηρήσεις, μπορούν να προέρχονται είτε από τον άμεσα ενδιαφερόμενο, είτε από κάποιο άτομο που έλαβε γνώση σχετικά με την παρατυπία, είτε από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο.

Οι πληροφορίες αυτές μπορούν:

- απλώς να συλλέγονται συστηματοποιημένες, για μελλοντική χρήση
- να χρησιμοποιηθούν με την έννοια της στατιστικής για να υποστηρίξουν παρεμβάσεις στο χώρο της ψυχικής υγείας, όταν και αν αυτό κριθεί χρήσιμο από τη Γενική Συνέλευση,
- να τύχουν πιο εξειδικευμένης χρήσης, με την έννοια της υποστήριξης π.χ. κάποιου αιτήματος των ενδιαφερόμενων προσώπων,
- ή ό,τι άλλο αποφασίζει η εκάστοτε Γενική Συνέλευση, μετά από εισήγηση οποιουδήποτε μέλους.

Σε περίπτωση περαιτέρω χρήσης της όποιας πληροφορίας, είναι απαραίτητο να εξασφαλίζεται καταρχήν η έγκριση, τόσο αυτού που έχει κάνει την παρατήρηση, όσο και αυτού τον οποίο αφορά προσωπικά αυτή. Προϋπόθεση για ανάληψη δράσης κάθε είδους είναι τα άτομα αυτά να συναινούν, να συμμετέχουν ενεργά, να συνδιαμορφώνουν και να συναποφασίζουν σε κάθε στάδιο διαχείρισης της πληροφορίας.

Η ειδικότερη διαχείριση των πληροφοριών-παρατηρήσεων και η συγκεκριμένη ανάληψη δράσης θα ρυθμίζεται από διαδικασίες που θα έχει ορίσει η γενική συνέλευση και οι οποίες θα υπόκεινται δυναμικά συνεχώς σε αναθεώρηση με επόμενη απόφαση της γενικής συνέλευσης, μετά από εισήγηση οποιουδήποτε μέλους του παρατηρητηρίου.

Οι δράσεις που αναλαμβάνονται στα πλαίσια του παρατηρητηρίου με βάση τις αρχές του ιδρυτικού κειμένου και τις αποφάσεις των γενικών συνελεύσεων, μπορούν να είναι:

- α) ατομικές
- β) ομαδικές, από έναν αριθμό μελών, που ενδιαφέρονται για το συγκεκριμένο θέμα ή
- γ) συλλογικές, με την έννοια της ολομέλειας.

Κάθε δράση οφείλει να ανακοινώνεται και να συζητείται στη γενική συνέλευση. Σε έκτακτες περιπτώσεις, όπου κρίνεται ότι αυτό θα επιβράδυνε υπερβολικά τις διαδικασίες, αρκεί σε μια πρώτη φάση η ομόφωνη συγκατάθεση όλων των μελών της συντονιστικής επιτροπής (βλ. επόμενη παράγραφο), η οποία θα επικυρώνεται ή όχι από την επόμενη γενική συνέλευση.

Οι οργανωτικές λειτουργίες γύρω από τη δράση θα αποφασίζονται από την εκάστοτε γενική συνέλευση, μετά από εισήγηση οποιουδήποτε μέλους.

Οργάνωση - Λειτουργία

Μέλη του Παρατηρητηρίου μπορούν να γίνουν άτομα, τα οποία συμφωνούν με τις αρχές και τη φιλοσοφία του Παρατηρητηρίου, τα οποία συμμετέχουν στη συλλογικότητα ως τέτοια, ανεξάρτητα από την ένταξή τους σε άλλα ομαδικά σχήματα.

Η τυπική ένταξη ενός νέου μέλους στο παρατηρητήριο πραγματοποιείται με τη συνυπογραφή του Κειμένου Αρχών.

Ως θεμελιακές υποχρεώσεις των μελών ορίζονται: α) η τακτική παρουσία τους στις γενικές συνελεύσεις, β) η ενεργητική συμμετοχή τους στις δράσεις του παρατηρητηρίου, γ) η ρητή ενημέρωση της γενικής συνέλευσης για ενδεχόμενη αποχώρησή τους από το παρατηρητήριο, σε περίπτωση που δεν μπορεί να τηρηθεί η πρώτη βασική προϋπόθεση (τακτική συμμετοχή στις γενικές συνελεύσεις).

Το παρατηρητήριο λειτουργεί με βάση την αρχή της άμεσης δημοκρατίας και της απόλυτης ισότητας μεταξύ των μελών του.

Η λήψη οποιασδήποτε απόφασης, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης, όσο και φιλοσοφίας του Παρατηρητηρίου, θα γίνεται από τη Γενική Συνέλευση μετά από εισήγηση οποιουδήποτε ενδιαφερόμενου προσώπου, με βάση την αρχή της Ομοφωνίας-Συναίνεσης.

Από τη Γενική Συνέλευση θα αναδεικνύεται για διάρκεια ενός έτους μια 3μελής Συντονιστική Επιτροπή, η οποία: 1) θα είναι ενήμερη για όλες τις δράσεις και θα τις συντονίζει οργανωτικά, 2) θα

συγκεντρώνει, θα ομαδοποιεί και θα κοινοποιεί τις εισερχόμενες πληροφορίες σε όλα μέλη του Παρατηρητηρίου και θα τηρεί πλήρες αρχείο και 3) θα οργανώνει και θα συγκαλεί τις γενικές συνελεύσεις.

Τα μέλη της επιτροπής θα οφείλουν να λογοδοτούν για τη δράση τους σε κάθε γενική συνέλευση και ανά πάσα στιγμή, εφόσον αυτό ζητηθεί από κάποιο μέλος του παρατηρητηρίου, και υποχρεούνται να παρουσιάζουν απολογισμό της δράσης στο τέλος της θητείας τους. Επίσης είναι ανά πάσα στιγμή ανακλητά με απόφαση της γενικής συ-

νέλευσης, είτε μετά από δική τους αίτηση, είτε μετά από αίτηση άλλου μέλους.

Όλα τα παραπάνω σημεία, που αφορούν σε οργανωτικά θέματα του Παρατηρητηρίου, υπόκεινται δυνητικά συνεχώς σε αναθεώρηση με επόμενη απόφαση γενικής συνέλευσης, μετά από εισήγηση οποιουδήποτε μέλους του παρατηρητηρίου.

Τηλ. Επικοινωνίας: 6949500133

E-mail Επικοινωνίας:

paratiritiriopsy@yahoo.com



Όχι στην αναθεώρηση του άρθρου 16

Απόφαση της Συγκλήτου του Α.Π.Θ.

Ειδική συνεδρίαση, 9 Ιανουαρίου 2007

Η Σύγκλητος του Α.Π.Θ., σε ειδική συνεδρίαση και με αφορμή την επικείμενη συζήτηση στη Βουλή για την αναθεώρηση του άρθρου 16 του Συντάγματος, με αίσημα ευθύνης προς την Ελληνική κοινωνία και ειδικότερα τη νέα γενιά του τόπου μας και πιστή στην αρχή της ακαδημαϊκής της αυτονομίας, αποφασίζει ομόφωνα τα εξής:

1. Τάσσεται υπέρ της διατήρησης του δημόσιου δωρεάν χαρακτήρα της Ανώτατης Εκπαίδευσης.
2. Αντιτίθεται στην αναθεώρηση του άρθρου 16 την οποία θεωρεί άστοχη και αποπροσανατολιστική.
3. Εκτιμά ότι η ίδρυση «μη κρατικών μη κερδοσκοπικών» Πανεπιστημίων στον τόπο μας όχι μόνο δεν ρύνει τα υπαρκτά προβλήματα της Ανώτατης Εκπαίδευσης, με βασικότερο εκείνο της υποχρηματοδότησής της, αλλά και εγκυμονεί κινδύνους για το δημόσιο Πανεπιστήμιο και τον κοινωνικό του ρόλο, θίγοντας την προοπτική των ίσων ευκαιριών.
4. Απευθύνεται στην Υπουργό Παιδείας, τα πολιτικά κόμματα και τη συνείδηση του κάθε βουλευτή, καλώντας τους να αναλογιστούν σοβαρά την κατάληξη και τις επιπτώσεις μιας υπερψήφησης της συζητούμενης πρότασης με αυξημένες πλειοψηφίες, και να μην κρίνουν εν λευκώ αναθεωρητέο το άρθρο 16 του Συντάγματος.
5. Αποφασίζει να αναστείλει την εκπαιδευτική διαδικασία την Τετάρτη 10 Ιανουαρίου και την Τετάρτη 17 Ιανουαρίου, ημέρες συζήτησης για την αναθεώρηση του άρθρου 16, έτσι ώστε να διευκολύνει τη συμμετοχή των μελών της Πανεπιστημιακής κοινότητας στις εκδηλώσεις διαμαρτυρίας και ενημέρωσης, καθώς και στις Γενικές Συνελεύσεις τους.
6. Αποφασίζει να κοινοποιήσει στο Υπουργείο Παιδείας τα πρακτικά της σημερινής συνεδρίασης, ως θεσμική συμμετοχή του Α.Π.Θ. στο δημόσιο διάλογο για την Ανώτατη Εκπ/ση.

Για την Σύγκλητο του Α.Π.Θ.

Ο Πρύτανης

Αναστάσιος Κ. Μάνθος

Η Υγεία είναι ΔΙΚΑΙΩΜΑ

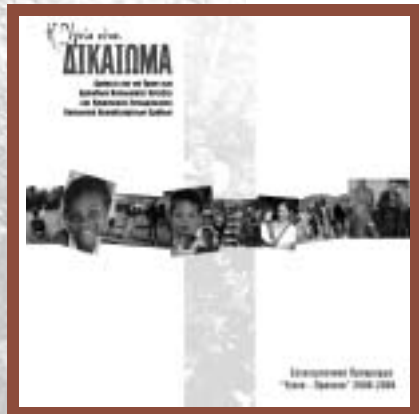
Υγεία για όλους

Δράσεις για την Αρση των Εμποδίων Κοινωνικής Ένταξης και Εργασιακής Ενσωμάτωσης Κοινωνικά Αποκλεισμένων Ομάδων

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα "Υγεία - Πρόνοια" 2000-2006



Το έργο συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κατά 75% και από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά 25%



Το έργο «Δράσεις για την Άρση των Εμποδίων Κοινωνικής Ένταξης και Εργασιακής Ενσωμάτωσης Κοινωνικά Αποκλεισμένων Ομάδων» υλοποιείται από το Τμήμα Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, υπό την επιστημονική ευθύνη του Αναπληρωτή Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας Κώστα Μπαϊρακτάρη.

Το έργο απευθύνεται σε άτομα/φορείς της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας (Α΄ και Β΄ Δ.Υ. ΠΕ) και στοχεύει:

- > στην ανάπτυξη σύγχρονων πολιτικών προαγωγής και διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στις ανάγκες κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων,
- > στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, καθώς και των υπηρεσιών ή των φορέων που εξυπηρετούν τις ανάγκες κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων.

Για την υλοποίηση των παραπάνω στόχων αναπτύσσονται δράσεις που αφορούν σε τρία αλληλοσυμπληρούμενα επίπεδα:

ΥΠΟΕΡΓΟ 1: «Ανάπτυξη της Αποδοτικότητας των Υπηρεσιών στην Υποστήριξη Κοινωνικά Αποκλεισμένων Ομάδων»

Το υποέργο αυτό στοχεύει στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, πρόνοιας και προώθησης στην απασχόληση, ώστε να συμβάλλουν στην ένταξη των ατόμων που τοποθετούνται στο κοινωνικό περιθώριο.

Περιλαμβάνει ενέργειες κατάρτισης και απευθύνεται σε 250 στελέχη του δημοσίου ή του ευρύτερου δημοσίου τομέα, που παρέχουν υπηρεσίες: α) προαγωγής, παρακολούθησης και διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας, β) πρόνοιας και γ) προώθησης στην απασχόληση.

ΥΠΟΕΡΓΟ 2: «Ενδυνάμωση Ατόμων και Ομάδων που Βιώνουν Κίνδυνο Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Αναζήτηση Εργασίας»

Στα πλαίσια δευτέρου υποέργου, επιχειρείται η ενδυνάμωση των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν κίνδυνο αποκλεισμού από την αγορά εργασίας, ώστε να συμμετάσχουν ενεργητικά στην απόληψη των διακρίσεων σε βάρος τους, καθώς και να διευκολυνθούν σε σχέση με την κοινωνική ένταξή τους.

Περιλαμβάνει πρόγραμμα πρόληψης και αγωγής υγείας και απευθύνεται σε 375 άτομα/ μέλη κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων, που έχουν ήδη συμμετάσχει σε κάποια από τις ενέργειες των αξόνων 2 και 5 του Ε.Π. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση».

ΥΠΟΕΡΓΟ 3: «Δράσεις Ευαισθητοποίησης σε Εργασιακά Περιβάλλοντα στα οποία Εργάζονται Άτομα που Βιώνουν Συνθήκες Κοινωνικού Αποκλεισμού»

Κύριος στόχος του τρίτου υποέργου είναι η εξάλειψη των προκαταλήψεων και η δημιουργία προϋποθέσεων για την ίση μεταχείριση και την παροχή ισότιμων ευκαιριών σε άτομα που βιώνουν αποκλεισμό στους χώρους εργασίας τους. Περιλαμβάνει ενέργειες πρόληψης και αγωγής υγείας και απευθύνεται συνολικά σε 280 εργοδότες/ τριες και εργαζόμενους/ες σε φορείς και επιχειρήσεις του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, στις οποίες τοποθετήθηκαν ή πρόκειται να τοποθετηθούν άτομα-μέλη περιθωριοποιημένων ομάδων, στο πλαίσιο των ενεργητικών πολιτικών απασχόλησης των αξόνων 2 και 5 του Ε.Π. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση».

Μέσω των υλοποιούμενων ενεργειών αναπτύσσεται μια ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη προσέγγιση των ζητημάτων που σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική ένταξη ή επανένταξη ατόμων που βιώνουν συνθήκες αποκλεισμού ή διατρέχουν κίνδυνο αποκλεισμού από την αγορά εργασίας εξαιτίας κάποιων σωματικών, πολιτισμικών ή κοινωνικών ιδιοτεροτήτων τους.

Παράλληλα, κεντρικό ρόλο σε όλες τις δραστηριότητες αποκτούν:

- > Η ανάδειξη και η προαγωγή αξιών, στάσεων και συμπεριφορών που συμβάλλουν στην βελτίωση της ζωής και της υγείας των πολιτών
- > Η ενεργοποίηση και δραστηριοποίηση των συμμετεχόντων, αλλά και του ευρύτερου πληθυσμού
- > Η προαγωγή συλλογικών διαδικασιών για την άρση διεργασιών κοινωνικού αποκλεισμού
- > Η υποστήριξη πρακτικών αλληλεγγύης, αυτοβοήθειας και αυτοοργάνωσης σε επιμέρους πληθυσμιακές ομάδες
- > Η προώθηση της διασύνδεσης, της συνεργασίας και της δικτύωσης των υπηρεσιών και των εργαζομένων σε αυτές με στόχο την βελτίωση της αποδοτικότητάς τους απέναντι σε κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες.