

Ο ένας τοίχος μετά τον άλλο

Τι σημαίνει και υπό ποιους όρους μπορούμε να μιλάμε σήμερα για υπέρβαση και κλείσιμο των ψυχιατρείων

Όταν μιλάμε για ‘Ψυχική Υγεία’ αναφερόμαστε άλλοτε στην κατάσταση «υγείας» του υποκειμένου (θετικά, ή αρνητικά, ως οδύνη, δυσφορία, αρρώστια, διαταραχή) και άλλοτε στον θεσμό, ως συστήματος υπηρεσιών που απαντούν ή ελέγχουν (δηλαδή, θεραπεύουν, ρυθμίζουν, διαχειρίζονται, καταστέλλουν) αντίστοιχες ανάγκες. Η ‘Ψυχική Υγεία’ και υπό τις δύο αυτές παραμέτρους βρίσκεται σε μία ορισμένη, ιστορικά διαμορφωμένη σχέση με την εκάστοτε κοινωνική οργάνωση, με τη συγκεκριμένη ιστορική περίοδο αυτής της οργάνωσης, εντός της οποίας αναδύεται, λαμβάνει υπόσταση, δομείται και λειτουργεί. Και βάση της κοινωνικής οργάνωσης ήταν πάντα και παραμένει η **οικονομία** ως **σύστημα κοινωνικών σχέσεων**. Σε πείσμα των όποιων βιολογικών και ψυχολογικών (ή και κοινωνιολογικών) αναγωγισμών, είναι γνωστό πώς, για παράδειγμα, ο οικονομικός κύκλος επιδρά και υπερπροσδιορίζει την Ψυχική Υγεία σε όλα τα επίπεδα: ως προς το ‘καλώς έχουν’, τις προσδοκίες και τις ποικίλες νοσηματοδοτήσεις του υποκειμένου. Ως προς τις μορφές, την ένταση και την έκταση του ψυχικού πόνου. Ως προς τις ‘επιστημονικές’ κατασκευές, τα θεωρητικά σχήματα και τις πρακτικές της κατεστημένης ψυχιατρικής, που λειτουργούν σε μία λογική αντιστοιχίας και συνέργιας με τα στερεότυπα, τις διαδικασίες και τις πολιτικές του κοινωνικού αποκλεισμού. Ως προς τα συστήματα Υγείας και Ψυχικής Υγείας, που διαμορφώνονται σε συνάρτηση με τα παραπάνω και συγκροτούνται με σκοπό τη θεραπεία και/ή τον έλεγχο καταστάσεων οδύνης, ‘μη κανονικών’ και ανεπιθύμητων συμπεριφορών.

Μόνο στη βάση μιας τέτοιας προσέγγισης είναι δυνατό να κατανοήσει κανείς, ιδιαίτερα σήμερα, τις αντιφάσεις και τα αδιέξοδα της Ψυχιατρικής και του συστήματος υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, όπως, αντίστοιχα, σ’ ολόκληρη την Ευρώπη. Έχοντας, δηλαδή, ως αφετηρία την οικονομική χρεοκοπία της χώ-

* Ο Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου είναι ψυχίατρος, Διευθυντής ΨΝΑ.

ρας, την ουσιαστική κατοχή της από την τριμερή υπερκυβέρνηση ΔΝΤ/ΕΕ/ΕΚΤ (με εντολοδόχο το γνωστό πρασινο-γαλαζο-φασίζον κυβερνητικό σχήμα και επικεφαλής έναν τραπεζίτη) και τις νέες ανάγκες, διεθνώς, για μία «βιο-πολιτική του πληθυσμού» από μία «βιο-εξουσία», η οποία σε αυτή την εποχή της θανάσιμης αγωνίας του καπιταλισμού βλέπει και ασκεί, όλο και περισσότερο, τη «χειραγώγηση των σωμάτων και την υπολογιστική διαχείριση της ζωής» υπό το πρίσμα του εξοστρακισμού από τη ζωή και της εξόντωσης.

Είναι αυτή η κατάσταση της οικονομικής κατάρρευσης που έρχεται να συναντήσει την ήδη από μακρού σοβούσα κρίση του συστήματος Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα. Την αποτυχία, δηλαδή, της ‘ψυχιατρικής μεταρρύθμισης’ εδώ και πάνω από 25 χρόνια και του εθνικού της προγράμματος εδώ και 10 χρόνια, του περιφημου ‘Ψυχαγωγός’, που δεν κατάφερε επ’ ουδενί (και ούτε άλλωστε είχε ποτέ ως στόχο) να πάει **‘πέρα από’** τον ολοπαγή θεσμό (το ψυχιατρείο και τα όποια νεοϊδρυματικά αντίγραφα του) και να δημιουργήσει ένα εναλλακτικό σύστημα θεσμών, πρακτικών και κουλτούρας, βασισμένων στην κοινότητα, το οποίο θα ανταποκρινόταν στις ανάγκες των ψυχικά πασχόντων για στήριξη μέσα στον κοινωνικό ιστό, μέσα από μία ισότιμη σχέση και επικοινωνία ‘χρηστών’ και λειτουργών, που θα διασφάλιζε αξιοπρέπεια, σεβασμό και δικαιώματα.

Η ελληνική ‘ψυχιατρική μεταρρύθμιση’ είχε τον χαρακτήρα όχι μιας καθαυτού Αποϊδρυματοποίησης (deinstitutionalization), μέσω της μετάβασης σ’ ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινοτικών υπηρεσιών ριζικά εναλλακτικών στον εγκλεισμό, αλλά, κυρίως, μιας **μετεγκατάστασης** (transinstitutionalization) των ασθενών από τις πτέρυγες χρόνιας παραμονής στα ψυχιατρεία σε στεγαστικές μονάδες του δημοσίου, ή ιδιωτικών «μη κερδοσκοπικών» εταιρειών (όχημα της προϊούσας ιδιωτικοποίησης της ψυχικής υγείας), χωρίς το σύστημα, οι δομές του, η λειτουργία και η κουλτούρα του ν’ αλλάζουν. Με συνθήκες σε αρκετές από αυτές τις δομές παρόμοιες με αυτές στα ψυχιατρεία, με μηχανικές καθηλώσεις, κλειδωμένες πόρτες και συχνά με την επιτήρηση από κάμερες.

Καθώς το ‘κλείσιμο’ (των μικρότερων) ή η συρρίκνωση των (μεγαλύτερων) ψυχιατρείων δεν συνοδεύτηκε από τη δημιουργία ολοκληρωμένων κοινοτικών υπηρεσιών που θα τα υποκαθιστούσαν, απαντώντας με ένα ριζικά εναλλακτικό τρόπο στις ανάγκες στις οποίες απαντούσε το ψυχιατρείο (με τις λογικές, φυσικά, του εγκλεισμού και της καταστολής), το κενό που δημιουργήθηκε αποτέλεσε ένα πρόσφορο έδαφος για μία πραγματική άνθηση των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών σε διάφορες περιοχές της χώρας. Την ίδια στιγμή, ωστόσο, ακόμα και τα ψυχιατρεία που ‘έκλεισαν’ δεν καταργήθηκαν ως οργανισμοί, αλλά ούτε και ως χώροι νοσηλείας, με την έννοια ότι, στα περισσότερα από αυτά (με μόνη εξαίρεση αυτό των Χανίων), παρέμειναν οι κλίνες ‘οξείας νοσηλείας’. Το αποτέλεσμα ήταν ότι αυτό το ‘υπόλοιπο’ που παρέμεινε (και το οποίο ενίοτε αυξήθηκε εκ νέου αισθητά, όπως,

π.χ., στο ΨΝ της Τρίπολης, που ήταν κοντά στο να κλείσει) αποτέλεσε ένα οιοονεί γόνιμο έδαφος για πάσα χρήση και πιο συγκεκριμένα για την εκ νέου χρησιμοποίησή τους όπως στο παρελθόν (αποθήκες ψυχών), αλλά και για διάφορες νέες μορφές ψυχιατρικού εγκλεισμού. Επομένως, το 'πρόβλημα του ψυχιατρείου', παρά την όποια φιλολογία περί κλεισίματος και τα όποια προγράμματα, ποτέ δεν ξεπεράστηκε στην ουσία του, ως κουλτούρα, πρακτική και τρόπος οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ως θεσμός-φορέας μιας κοινωνικής ανάθεσης, και, ως εκ τούτου, αποστολής για τη διατήρηση της κατεστημένης Κοινωνικής Τάξης.

Αυτό, λοιπόν, στο οποίο ήλθε να επιδράσει η σημερινή οικονομική κρίση είναι ένα **νεο-ιδρυματικό μοντέλο, το οποίο ήταν ήδη σε κρίση**, κατακερματισμένο, αποσπασματικό, δυσλειτουργικό, κατασταλτικό και υποχρηματοδοτημένο.

Είναι, άλλωστε, γι' αυτό τον λόγο που, ήδη, από τα μέσα της δεκαετίας που πέρασε, η τότε κυβέρνηση και οι επιτελείς της επί θεμάτων ψυχικής υγείας είχαν αρχίσει να καταστρώνουν σχέδια αντιμετώπισης της κρίσης στο όλο σύστημα, αφ' ενός, με την ακύρωση της δημιουργίας κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας (ιδιαιτέρως ΚΨΥ), χρησιμοποιώντας ως άλλοθι τη 'διασύνδεση' (στην πραγματικότητα, συγχώνευση, που ισοδυναμούσε με σύνθλιψη) των όποιων κοινοτικών δραστηριοτήτων στη γενική Υγεία (στα Κέντρα Υγείας, όπου υπάρχουν), υπό μορφή εξωτερικών ιατρείων, και, αφ' ετέρου, με τη στροφή στις «ειδικές», δηλαδή, κλειστές, κατασταλτικού χαρακτήρα δομές, ακόμα και μέσα στην κοινότητα, για τον έλεγχο των λεγόμενων «δύσκολων περιστατικών», σε μία λογική διαχείρισης και ελέγχου της «επικινδυνότητας».

Αυτά τα σχέδια, με τον ακατέργαστο, πρωτόγονο χαρακτήρα της συγκρότησης και διατύπωσής τους, έμειναν, για ποικίλους λόγους, στα χαρτιά – περιμένοντας, κατά κάποιον τρόπο, το ξέσπασμα αυτής της κατακλυσμιαίας κρίσης, για να πάρουν μία πιο ραφινάτη μορφή, με φράσεις και σχήματα δανεισμένα από τα πάλοι ποτέ θέσφατα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στο κείμενο μιας 'επιτροπής σοφών' του Υπουργείου Υγείας, που ήλθε πρόσφατα στο φως της δημοσιότητας για την «αναθεώρηση» του προγράμματος «Ψυχαγωγός»¹. Διαμέσου αυτής της «αναθεώρησης» επιχειρείται μία ριζική παλινδρόμηση, στην κατεύθυνση της περαιτέρω ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών (πλέον, ακόμα και τα μέχρι τώρα δημόσια ΚΨΥ μπορεί να ιδρύονται από ΜΚΟ) και, ταυτόχρονα, της κατασταλτικής διαχείρισης αυτού που κατασκευάζεται, για μιαν ακόμη φορά, ως 'κοινωνική επικινδυνότητα' του ψυχικά πάσχοντος και της ψυχικής αργώστιας.

Την ίδια στιγμή που επαναφέρεται η συζήτηση για την κατάργηση των ψυχιατρείων, προτείνεται, σε άλλο σημείο του κειμένου, η διατήρηση «ενός ή δύο» από αυτά για τη μετατροπή τους σε «ψυχιατροδικαστικά ψυχιατρεία», για τον εγκλεισμό των «ακαταλόγιστων» (αυτών που έχουν διαπράξει ποινικό αδίκημα, για το οποίο, λόγω της πάθησής τους, κρίνονται ως «ακαταλόγιστοι», δεν τους επιβάλ-

λεται, δηλαδή, ποινή, αλλά εγκλεισμός σε ψυχιατρικό ίδρυμα) και των χαρακτηριζόμενων ως «κοινωνικά επικίνδυνων». Για μιαν ακόμη φορά, γίνεται μεταφορά ‘μοντέλων’ εξ Εσπερίας, των ανοιχτά τώρα κατασταλτικών και απροκάλυπτου κοινωνικού ελέγχου, πρωτίστως από τη Μ. Βρετανία (από τη χώρα με τα 4 εκ. κάμερες), που εδώ και πολλά χρόνια έχει αναπτύξει το πιο δομημένο και διαβαθμισμένο σύστημα διαχείρισης της λεγόμενης «ψυχιατρικής επικινδυνότητας» (με τα ‘υψηλής’, ‘μέσης’ και ‘χαμηλής’ ασφάλειας ψυχιατρεία), όπου, πλάι στις κοινοτικές υπηρεσίες, ιδρύθηκαν υπηρεσίες για «ειδικούς πληθυσμούς», μεταξύ των οποίων και η επινόηση της «Επικίνδυνης Σοβαρής Διαταραχής Προσωπικότητας» (DSPD), ενός, κυρίως, νομικοδικαστικού κατασκευάσματος, που τώρα οι συντάκτες του εν λόγω κειμένου προτείνουν και για την Ελλάδα.

Άραγε πόσους νεολαίους που δυσφορούν για τις συνθήκες της ζωής τους, ανέργους και χωρίς κανένα μέλλον, συνθήκη στην οποία ενίοτε αντιδρούν ‘αναλόγως’, νεολαίους που μάχονται, πόσους από αυτούς είναι έτοιμοι να ‘διαγνώσουν’ ως άτομα με Dangerous Severe Personality Disorder (DSPD) και να τους εγκλείσουν, αντί για τη φυλακή, προς «θεραπείαν» σε τέτοια «εναλλακτικά» αυτής καταστάματα – τα οποία, σημειωτέον, θα μπορούν να αναπτύσσουν και ιδιώτες;

Σ’ ένα μακροσκελές κείμενο, του οποίου η κάθε ενότητα είναι κατάλληλα διατυπωμένη και προορισμένη να αποτελέσει ένα πρόγραμμα για απλή απορρόφηση, από ΜΚΟ, κονδυλίων μέσω ΕΣΠΑ, η ιδέα που το διαπερνά, ως η εξ αποκαλύψεως αλήθεια που εξηγεί τα μέχρι τώρα δεινά της «μεταρρύθμισης», αλλά που, στην πραγματικότητα, της εκσυγχρονίζει τον χαρακτήρα σε αντιστοιχία με τις ανάγκες της νέας βιο-πολιτικής, της εποχής του μνημονίου, συνοψίζεται στην ακόλουθη παράγραφο:

«Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και αποασυλοποίηση στην Ελλάδα δεν θα μπορέσει ποτέ να εφαρμοστεί με επιτυχία χωρίς την ύπαρξη ενός **πλέγματος ασφάλειας** (υπογρ. δική μας) για την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της παραβατικότητας που σχετίζεται με την ψυχική διαταραχή. Τέτοιες υπηρεσίες θα ενισχύσουν το **αίσθημα ασφάλειας** (υπογρ. δική μας) της κοινωνίας και δρουν αποφασιστικά στη μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού και του στιγματισμού της ψυχικής διαταραχής»².

Αυτή η «οικοδόμηση» ενός συστήματος υπηρεσιών στη λογική της **ασφάλειας** (ως παρακλάδι ενός απλώς **επιτελικού**, **‘κράτους ασφάλειας’** –security state– όπως το προορίζουν) και όχι της **θεραπείας**, της **φροντίδας** και των **δικαιωμάτων**, είναι και η πεμπτούσια της **ψυχιατρικής του ‘μνημονίου’**.

Η αναφορά στο «κλείσιμο των ψυχιατρείων» ήταν συχνά, από τη δεκαετία του ’60, αρχικά σε ορισμένες και βαθμιαία σε όλο και περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, η κατευθυντήρια προοπτική των περισσότερων μεταρρυθμιστικών προσπαθειών και σχεδιασμών στον χώρο της ψυχικής

υγείας. Ένα σημείο αναφοράς σε σχέση με τον εν τέλει επιδιωκόμενο στόχο, που, στην Ελλάδα, στις περισσότερες των περιπτώσεων, ήταν μία, λίγο ως πολύ, ασαφής και αόριστη, ή και απλώς φραστική, αναφορά, περισσότερο ως έκφραση ενός ευσεβούς πόθου, παρά ως ενός συγκεκριμένου μετασχηματισμού της επικρατούσας ψυχιατρικής κουλτούρας, πρακτικής και σχεδιασμού των συγκεκριμένων βημάτων μιας βαθμιαίας μετάβασης που οδηγεί από το ψυχιατρικό ίδρυμα σε ένα εναλλακτικό, ολοκληρωμένο και κοινοτικά εδραιωμένο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Υπήρχαν πάντα οι απόψεις, πλειοψηφούσες στην Ελλάδα (και γερά ριζωμένες στις πανεπιστημιακές σχολές), που έβλεπαν με μεγάλο σκεπτικισμό ακόμα και την απλή αναφορά στο «κλείσιμο των ψυχιατρείων» και προτιμούσαν την «εξανθρωπισμένη» διατήρησή τους, συμπληρωματικά προς έναν, άλλοτε άλλο, αστερισμό κοινοτικών υπηρεσιών. Όλες οι επίσημες «σχολές» της ψυχιατρικής (βιολογικής κατεύθυνσης, ψυχαναλυτικής όλων των αποχρώσεων, συστημικής κ.λπ.) δεν έπαψαν ούτε στιγμή να έχουν ως σημείο αναφοράς το ψυχιατρείο, άλλοτε ως ένα «αναγκαίο κακό» για «κάποια περιστατικά» και άλλοτε ως τον χώρο όπου «η ψύχωση μπορεί να βρει τον χώρο της» – ένα χώρο που διαμορφώνει και δομεί μέσα από τους δικούς του κώδικες (της επικινδυνότητας, σε συνάρτηση με την περίκλειστη, απροσωποποιημένη, μαζική και προγραμματισμένη από μία ‘άνωθεν αυθεντία’ ζωή των νοσηλευομένων) την ίδια την κλινική σκέψη. Στην άθροισμα από τις θεωρητικές αφηγήσεις της αυτοεπιβεβαίωσης του «ειδικού» στη συγκεκριμένη πραγματικότητα των πολύπλοκων αναγκών του πάσχοντος υποκειμένου, όλες αυτές οι ‘διαφορετικές προσεγγίσεις’ λειτουργούν, εν τέλει, μονοδιάστατα και απλοποιητικά, ανάγοντας αυτή την πολυπλοκότητα (ιδιαίτερα, μάλιστα, σε καταστάσεις κρίσης) σε σημεία και συμπτώματα, και συνυφαίνονται, πανομοιότυπα, με τις πάγιες ιδρυματικές πρακτικές, του φαρμάκου (ως, συνήθως, μονόδρομου), της κλειδωμένης πόρτας, της μηχανικής καθήλωσης και της απομόνωσης.

Το ψυχιατρικό νοσοκομείο εξακολούθησε, όλα αυτά τα χρόνια, να αντιπροσωπεύει (όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά σε όλες, σχεδόν, τις Ευρωπαϊκές χώρες) την πιο ανάγλυφη έκφραση της κουλτούρας και της πρακτικής της κατεστημένης ψυχιατρικής, την πιο δραματική της αντίφαση, στον βαθμό που οι θεραπευτικές της αξιώσεις και φιλοδοξίες συνδέονται, ή και συγχέονται (μέχρι της πλήρους, συχνά, ακύρωσής τους), με τις πρακτικές του κοινωνικού ελέγχου που ασκείται διαμέσου του ψυχιατρείου. Ενός θεσμού που λειτουργεί, από καταβολής του και ως εκ της φύσεώς του, ως το απαραίτητο εργαλείο σε μία θεωρητική, κλινική, διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση που, στο ίδιο το εκάστοτε σκεπτικό της, διαπλέκεται με τις λογικές (και ριζώνει πάνω στο έδαφος) της επικινδυνότητας – κατευθύνοντας και τροφοδοτώντας τη σχετική νομοθεσία, αλληλεπιδρώντας και εν τέλει λειτουργώντας από κοινού με αυτήν.

Παρ' όλη τη συζήτηση και τη φιλολογία για το «κλείσιμο των ψυχιατρείων», πάνω από το 60% των ψυχιατρικών κλινών στην Ευρώπη βρίσκονται ακόμη σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, παρά την 50χρονη περίπου παρουσία και τις προσπάθειες κινήματων για την Αποϊδρυματοποίηση και παρά την ύπαρξη επίσημα διακηρυγμένων πολιτικών, σχετικών νομοθεσιών και διαφόρων προγραμμάτων σε πολλές χώρες. Ο δρόμος προς ένα ριζικά και ολοκληρωμένα μετασχηματισμένο σύστημα ψυχικής υγείας, πέρα, δηλαδή, από τις λογικές, τις πρακτικές και τις δομές του εγκλεισμού, της απλής διαχείρισης και της θεραπευτικής εγκατάλειψης, φαίνεται ότι στην πραγματικότητα είναι όχι απλώς πολύ μακρύς, αλλά μάλλον ασύμβατος με τις ανάγκες του συγκεκριμένου κοινωνικο-οικονομικού συστήματος, ιδιαίτερα σε αυτή την περίοδο της πιο βαθιάς και καταστροφικής κρίσης στην ιστορία του.*

Γνωρίζουμε ότι το «κλείσιμο του ψυχιατρείου», με αφετηρία τις ΗΠΑ, εδώ και 50 περίπου χρόνια, αντιμετωπίστηκε συχνά και εφαρμόστηκε ως **Απονοσοκομειοποίηση**, στη βάση μιας λογικής **κατάργησης**, εις βάρος των «ασθενών» (που γενικά έμεναν ακάλυπτοι από την όποια φροντίδα και, σε πολλές περιπτώσεις, απλώς πετάχτηκαν στον δρόμο), αλλά και του προσωπικού (που σε πολλές περιπτώσεις απολύθηκε). Η ίδια η έννοια της Αποϊδρυματοποίησης ταυτίστηκε (και δυσφημίστηκε) ήδη από εκείνη την περίοδο στις ΗΠΑ (και συγκεκριμένα όταν ο μετέπειτα πρόεδρος των ΗΠΑ Ρ. Ρήγκαν ήταν, στη δεκαετία του '60, κυβερνήτης της Καλιφόρνια, αλλά και πολλές φορές έκτοτε σε διάφορες χώρες, μέχρι και σήμερα) με αυ-

* Να τονίσουμε εδώ ότι το πρόβλημα των ψυχιατρικών νοσοκομείων θα πρέπει να συμπεριληφθεί μέσα στο γενικότερο πλαίσιο του **ιδρυματισμού** στην Ευρώπη και των αποκλεισμένων πληθυσμιακών ομάδων που εισάγονται σε διάφορα ιδρύματα, όπως, π.χ., τα ιδρύματα για παιδιά, για άτομα με σωματικές και διανοητικές αναπηρίες, για ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα, αλλά και κοινωνικά ιδρύματα που προσφέρουν καταφύγιο υπό συνθήκες όμως στέρησης της ελευθερίας και με πολύ χαμηλό επίπεδο ποιότητας φροντίδας. Όλα αυτά τα ιδρύματα (με χαρακτηριστικά ταυτόσημα των ολοπαγών ιδρυμάτων, όπως τα ψυχιατρεία) καταναλώνουν πόρους για μία οργάνωση φροντίδας και περίθαλψης, εντός της οποίας και μέσω της οποίας οι ομάδες και τα άτομα που είναι εγκλεισμένα πωχεύουν προοδευτικά, στερούμενα δυνατοτήτων και στηριγμάτων για την κοινωνική επανένταξή τους. Η αναφορά αυτή στις λεγόμενες προνοιακές δομές κ.ο.κ. έχει τη σημασία της σε μία συζήτηση για το μέλλον του ψυχιατρείου καθώς, αυτή τη στιγμή, ολόκληρος αυτός ο τομέας είναι υπό κατάρρευση λόγω δραστηκής μείωσης της χρηματοδότησης και απειλείται με κλείσιμο των δομών του – η απάντηση του μνημονιακού νεοφιλελευθερισμού στις δυσλειτουργίες των ιδρυμάτων. Είναι η ύπαρξή τους ως τέτοια και το όποιο κόστος που προκαλούν στον προϋπολογισμό (σε σχέση και με την απαξίωση των ομάδων αυτών από τις κρατούσες πολιτικές), το ελάχιστο αυτό κόστος, που «πρέπει» να περικοπεί και ουδόλως πρόκειται για μία προοδευτική αντικατάσταση των κανόνων του εγκλεισμού από διαδικασίες που βασίζονται στη διαπραγμάτευση μεταξύ «ασθενών» και «επαγγελματιών ψυχικής υγείας» – για μία πολιτική, δηλαδή, που ενδιαφέρεται (σχεδιάζει, αναδιοργανώνει, προγραμματίζει) για τη διασφάλιση της εύρυθμης και ποιοτικής φροντίδας που θα έπρεπε να παρέχουν και του δημόσιου χαρακτήρα τους (που δεν υπάρχει) και που θα αντιμετώπιζε τις δυσλειτουργίες και τις όποιες ιδρυματικές πρακτικές που προκύπτουν από την άλλοτε άλλου βαθμού ολοπαγή λειτουργία τους.

τή την αντίληψη και εφαρμογή του «κλεισίματος» ως κατάργησης. Ήταν γι' αυτό, πρωτίστως, τον λόγο που η έννοια της **Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης** (Rehabilitation) ήρθε, στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες, να «διορθώσει» (αντικαθιστώντας την και ως όρο) τη δυσφημισμένη «Αποϊδρυματοποίηση».

Αντίθετα, **Αποϊδρυματοποίηση** σήμαινε (όπου πραγματικά εφαρμόστηκε) τη μετατροπή του «ψυχιατρικού παραδείγματος» σε σύνδεση με τον μετασχηματισμό του θεσμού, στην κατεύθυνση της **υπέρβασης** (και όχι της απλής κατάργησης) του ψυχιατρείου, μέσω της οικοδόμησης, αφ' ενός, μιας εναλλακτικής κουλτούρας για την προσέγγιση στον ψυχικό πόνο και στον πάσχοντα «Άλλο» και, αφ' ετέρου, **ταυτόχρονα**, ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών για τη θεραπευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη του προσώπου στον τόπο κατοικίας και, γενικά, εντός του κοινωνικού ιστού.

Ως Αποϊδρυματοποίηση εννοούμε, επομένως, τη διαδικασία που έχει ως στόχο τον σταδιακό μετασχηματισμό των συνθηκών ζωής, θεραπείας και φροντίδας, καθώς και των σχέσεων εξουσίας, έτσι ώστε να γίνει δυνατή, αφ' ενός, η επανάκτηση και, αφ' ετέρου, η επέκταση των δικαιωμάτων του προσώπου, ταυτόχρονα με την προοδευτική αντικατάσταση των κανόνων του εγκλεισμού από διαδικασίες που βασίζονται στη διαπραγμάτευση μεταξύ «ασθενών» και επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Προφανώς, οι στρατηγικές για την Αποϊδρυματοποίηση συνεπάγονται διαδικασίες, εργαλεία και μεθόδους που, κατά τόπους, μπορεί να διαφέρουν σε άλλοτε άλλο βαθμό μεταξύ τους – διαφορές που οφείλονται σε μεγάλο βαθμό και στις γενικές πολιτικοκοινωνικές συνθήκες μέσα σε μία δεδομένη χώρα. Σε κάθε περίπτωση ωστόσο και ανεξάρτητα από τις όποιες πολιτικές, κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, υπάρχουν μερικές παράμετροι που, διαμέσου αυτών των ιδιαιτεροτήτων, συναρθρώνουν την ειδοποιό διάκριση, αυτήν ακριβώς που συνιστά και χαρακτηρίζει μία διαδικασία μετασχηματισμού ως Αποϊδρυματοποίηση και όχι ως διοικητικό άδειασμα ή απλή **μεταστέγηση** (transinstitutionalization).

Αυτές οι παράμετροι συνίστανται: στην εξάλειψη της διάστασης του ολοκληρωτικού ελέγχου από το ίδρυμα, στην εγκατάλειψη της κουλτούρας του ψυχιατρικού εγκλεισμού, στη λήψη μέτρων για κοινωνική επανένταξη, στην καθολική στήριξη στο πρόσωπο, στη σταδιακή αποκατάσταση όλων των δικαιωμάτων, σε πρωτοβουλίες για ανεξαρτητοποίηση, στη συμμετοχή της ευρύτερης κοινωνίας, στον αγώνα ενάντια στο στίγμα και στην εγκατάλειψη/ξεπέραςμα των μονοδιάστατων προσεγγίσεων, π.χ. βιολογικών, ψυχολογικών κ.ά.³

Συστατικό στοιχείο της διαδικασίας της Αποϊδρυματοποίησης των ψυχιατρείων είναι η **συμμετοχή της ευρύτερης κοινωνίας** και ο **ενεργός, πρωταγωνιστικός ρόλος** των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, καθώς και των άμεσα ενδιαφερόμενων «ασθενών». Η μη συμμετοχή, ή ο περιθωριακός ρόλος, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως και των «ασθενών», συμβαδίζει με διαδικασίες που συνίστανται

σε ένα καθαρά διοικητικό κλείσιμο και άδειασμα των νοσοκομείων – διαδικασίες οι οποίες σχεδιάζονται, αποφασίζονται και τίθενται σε εφαρμογή από αυτούς που χαράζουν την εκάστοτε πολιτική.

Σήμερα, όχι μόνο φαίνεται ως αδιανόητο το να προσδοκά κανείς πολιτικές «από τα πάνω» και πρακτικές για το «κλείσιμο του ψυχιατρείου» με την ως άνω έννοια της υπέρβασής του, αλλά και η ίδια η αναφορά της λέξης «κλείσιμο», αφ' ενός, σηματοδοτεί εκείνη την παράδοση του «κλεισίματος» που είναι γνωστή ως Απονοσοκομειοποίηση και, αφ' ετέρου, συνδέεται με τις πολιτικές των περικλοπών και της αποδόμησης του δημόσιου συστήματος της Υγείας, αποκτώντας ακόμα πιο απειλητικά και επικίνδυνα χαρακτηριστικά.

Μέχρι πριν από λίγο καιρό ήταν οι γνωστές ως «ιδρυματικές αντιστάσεις» και «ακαμψίες» (η ιδρυματική κουλτούρα και πρακτική), που, σε όλα τα επίπεδα, αντιστρατεύονταν τις όποιες διαδικασίες Αποϊδρυματοποίησης – αντιστάσεις των οποίων η **υπέρβαση** (και όχι η απλή εξάλειψη) ήταν τρόπος ύπαρξης και νοήματος των πρακτικών μιας πραγματικής διαδικασίας Αποϊδρυματοποίησης. Σήμερα, σε αυτές τις παραδοσιακές, δομικές αντιστάσεις έρχεται να προστεθεί, αφ' ενός, η εργασιακή ασφάλεια των λειτουργών, με το δημόσιο ίδρυμα (τον οργανισμό του) να φαντασιώνεται ως οχυρό (όσο σαθρό και αν είναι στην πραγματικότητα) για τη διασφάλιση των θέσεων εργασίας και, αφ' ετέρου, η νεοφιλελεύθερη πολιτική των εντολοδόχων της τρούικας, οι οποίοι έχουν αναγάγει την όποια πολιτική, στην ψυχική υγεία όπως παντού, ανεξαρτήτως αν πρόκειται για παραδοσιακά συντηρητικής, ή ψευδεπίγραφα «καινοτόμου» και «εκσυγχρονιστικής» κατεύθυνσης (παίρνοντας και τα σχετικά εύσημα από τους όποιους αφελείς), σε μία **στυγνή λογιστική των περικλοπών**. Είναι **αυτό που θα διαμορφωθεί απ' ό,τι απομένει** (και σε ποιόν ιδιώτη τα χέρια), μετά από μία διαδικασία περικλοπών που δεν έχουν τέλος, **που συγκροτεί την τρέχουσα πολιτική** (στην Υγεία, στην Παιδεία κ.ο.κ.) και, αντιστοίχως, του τίθεται ένα όνομα.

Σε αυτό το σημείο είναι αναγκαίο να δοθεί προσοχή σε μία από τις πλέον κυρίαρχες λογικές στην Υγεία, και επίσης στην Ψυχική Υγεία, που αφορά στη λεγόμενη «Οικονομία της Υγείας» και στην ανάπτυξη θεωρητικών κατασκευών και πολιτικών που συνδέουν την Υγεία με τις έννοιες του «κόστους - αποτελέσματος», της «επάρκειας», της «αποτελεσματικότητας», της «εξοικονόμησης πόρων» κ.ο.κ. Λογικές που σήμερα, στην εποχή του μνημονίου, γίνονται το όχημα της χωρίς φραγμούς εμπορευματοποίησης και ιδιωτικοποίησης ενός κατ' εξοχήν «δημόσιου αγαθού» που είναι η Υγεία. Το ερώτημα ως προς τα «Οικονομικά της Υγείας» που θα πρέπει, κατ' αρχάς, εδώ να απαντηθεί είναι για ποια κοινωνικο-οικονομική δομή γίνεται λόγος και, εν συνεχεία, αν μπορούμε να μιλάμε (και προς όφελος ποίου) για μία Υγεία προσαρμοσμένη στην οικονομία, ή αν πρέπει, αντίθετα, να μιλάμε για μία οικονομία προσαρμοσμένη στις ανάγκες της Υγείας (και το ερώτημα είναι περαι-

τέρω, ποιας Υγείας, εντός ποιας κοινωνικής δομής και με ποια ιεράρχηση αξιών, προτεραιοτήτων κ.λπ.). Ξεφεύγει από τους στόχους του παρόντος η ανάπτυξη αυτού του ζητήματος, όσο και αν η τοποθέτηση απέναντι σε αυτά τα ερωτήματα σηματοδοτεί τον τρόπο που προσεγγίζουμε την Υγεία και την Ψυχική Υγεία και προς όφελος ποίου. Θα περιοριστούμε στη συζήτηση, εδώ και πολλά χρόνια, στον χώρο της Ψυχικής Υγείας σχετικά με μία επιχειρηματολογία που συχνά προβάλλεται προς υποστήριξη των μεταρρυθμιστικών προτάσεων.

Ένα από τα πιο ισχυρά επιχειρήματα που χρησιμοποιήθηκε κατά καιρούς σε διάφορες χώρες, και στην Ελλάδα, για την υποστήριξη και αποδοχή από τους εκάστοτε κυβερνώντες των μεταρρυθμιστικών δραστηριοτήτων ήταν ότι η κοινοτική ψυχική υγεία κοστίζει λιγότερο από το ιδρυματικό νοσοκομειακό σύστημα. Πράγματι, τα δεδομένα από έναν αριθμό εμπειριών στην Ιταλία (των πιο πρωτοποριακών και ολοκληρωμένων), αλλά και αλλού, δείχνουν ότι είναι δυνατόν να επιτευχθούν μειώσεις του κόστους μέχρι και 50% μετά από την ολοκλήρωση του πλήρους μετασχηματισμού του ιδρύματος σε δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών και φορέων σχετικών προς την κοινωνική ενσωμάτωση. Τα διεθνή δεδομένα δείχνουν, επίσης, ότι, αντίθετα, η **διατήρηση** του ψυχιατρικού νοσοκομείου, ακόμα και συρρικνωμένου, **παράλληλα** με τις κοινοτικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει πρόθεση και πολιτική για το σταδιακό κλείσιμό του, έχει ως αποτέλεσμα, συνήθως, την αύξηση των δαπανών.

Είναι βέβαιο ότι η αντικατάσταση του ψυχιατρικού ιδρύματος από ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινοτικών υπηρεσιών εξοικονομεί, εν τέλει, δαπάνες που μπορούν να επενδυθούν στην ενίσχυση ενός ολοκληρωμένου κοινοτικού συστήματος πρόνοιας. Αυτή η μετατροπή των πόρων (που έχει ένα βαθύ νόημα, ως υλικό όχημα του μετασχηματισμού και της μετάβασης από ένα σύστημα φύλαξης και ελέγχου σ' ένα χειραφετητικό πλαίσιο) μπορεί, ωστόσο, να τεθεί σε εφαρμογή μέσα σε συνθήκες στις οποίες είναι δυνατός ένας αποτελεσματικός έλεγχος από τους άμεσα ενδιαφερόμενους (λειτουργούς, χρήστες των υπηρεσιών, κοινωνικούς φορείς) στον τρόπο που χρησιμοποιούνται τα όποια κονδύλια διατίθενται. Είναι αδύνατο να φανταστεί κανείς ότι, εν μέσω μνημονίου, μπορεί να αναπτύσσονται λογικές «μετατροπής των πόρων» τη στιγμή που η έννοια της «μετατροπής» (όπως και οι όποιες άλλες διαδρομές των όποιων δαπανών) έχει, πλέον, γίνει, για τους εντολόδους του μνημονίου, συνώνυμη της περικοπής (και μάλιστα της δραστηκής περικοπής).

Ήταν, ωστόσο, πάντα προβληματική η επιχειρηματολογία που ξεκινούσε, προκειμένου να πείσει για την ανάγκη προώθησης των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, από το γεγονός ότι το κοινοτικό σύστημα είναι «πιο φτηνό». Ειδικά στην Ελλάδα, με το εξαιρετικά χαμηλό, ήδη από παλαιά, ποσοστό χρηματοδότησης της ψυχικής υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό, την ίδια στιγμή που (σε διάκριση από άλ-

λες χώρες και περιοχές όπου είδαμε επιτυχημένα συστήματα ολοκληρωμένων κοινοτικών υπηρεσιών) το λεγόμενο «κράτος πρόνοιας» (βασικός μοχλός για τη στήριξη των πιο αδύναμων στρωμάτων εντός του δοσμένου κοινωνικού συστήματος) ήταν πάντα αναιμικό και σκιάδες, η ανάγκη για ουσιαστική **αύξηση** αυτής της χρηματοδότησης, προκειμένου να ιδρυθούν και να λειτουργήσουν ολοκληρωμένες κοινοτικές υπηρεσίες, πρέπει να τίθεται στην πρώτη γραμμή. Άλλωστε, οι εκάστοτε πολιτικοί, ενώπιον των οποίων κάποιοι φροντίζουν να ξεκινούν την επιχειρηματολογία τους από την εξοικονόμηση των δαπανών που συνεπάγεται το κλείσιμο του ψυχιατρείου και η ίδρυση και λειτουργία κοινοτικών υπηρεσιών, αυτό που ακούνε είναι απλώς η εξοικονόμηση στην οποία προχωρούν και χωρίς την όποια μεταρρύθμιση του συστήματος. Αυτή την εξοικονόμηση ποτέ (πολύ περισσότερο σήμερα) δεν ήταν διατεθειμένοι να τη διαθέσουν για την ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά για την ενίσχυση της κερδοφορίας και για τις φοροαπαλλαγές των γνωστών «ολίγων» και εσχάτως για την πληρωμή των τόκων στους διεθνείς δανειστές. Ιδιαίτερα σε εποχές σαν αυτή, το επιχείρημα του «πιο φτηνού» μπορεί να ακουστεί εξαιρετικά επικίνδυνο και να λειτουργήσει ως «χείρα βοήθειας» στη ραγδαία απεξάρθρωση και εξάλειψη των όποιων δομών υπάρχουν, υγείας, ψυχικής υγείας και πρόνοιας. Αυτό που είναι στην ημερήσια διάταξη είναι η διεκδίκηση, χωρίς καθόλου περιστροφές, μιας γενναίας αύξησης των δαπανών για την ψυχική υγεία, όχι από το ΕΣΠΑ, αλλά από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Είναι πιθανόν, μάλιστα, μέσα σε αυτές τις συνθήκες και καθώς καταρρέει το όλο σαθρό και στρεβλό οικοδόμημα του πάλαι ποτέ «Ψυχαργός», τόσο στον ιδιωτικό «μη κερδοσκοπικό» τομέα όσο και στον δημόσιο (οι στεγαστικές δομές του οποίου, από πολλές πλευρές, εκτιμώνται ως «πολλές», «ακριβές», «αναποτελεσματικές» και «έχουσες ανάγκη αξιολόγησης» – με την έννοια που εννοούν την «αξιολόγηση» οι εντεταλμένοι των δραστηκών οικονομικών περικοπών), ότι αυτοί που μετά χαράς θα έκλειναν τα ψυχιατρεία, με τη ρηγκανική λογική, πετώντας τους ασθενείς στον δρόμο, ίσως τώρα τα χρειαστούν για να ξαναβάλουν μέσα αυτούς που τα προηγούμενα χρόνια είχαν μεταστεγάσει σε στεγαστικές δομές και όχι μόνο (αν συνυπολογίσουμε και κάποιες από τις δομές της Πρόνοιας). Ο τρόπος, όμως, που τα διατηρούν ακόμα μοιάζει σαν να τα κλείνουν. Τα αποδυναμώνουν, τα αναδιαρθρώνουν, τα συρρικνώνουν, δημιουργούν συνωστισμένα τμήματα που θυμίζουν το προ δεκαετίας παρελθόν (60 νοσηλευόμενοι σε τμήματα χρόνιας παραμονής, με ελάχιστο προσωπικό στο ΨΝΑ), τα μετατρέπουν σε σκιά τού προ ολίγων ετών εαυτού τους, σε κατάσταση αναμονής για τη «μεγάλη επιστροφή»... «Κλείσιμο» και «διατήρηση» (σε μία φυλακτικού τύπου παλινδρόμηση) σε ισοδυναμία, ως μία και η αυτή διαδικασία.

Γνωρίζουμε ότι η Ψυχιατρική λειτουργεί ως εντολοδόχος του δοσμένου κοι-

νωνικού συστήματος, η **κοινωνική τάξη** για τη διατήρηση της δομής του οποίου (το πόσο είναι ανοικτή και ανεκτική ή, αντίθετα, σφιχτή, ασφυκτική και κατασταλτική) εξαρτάται από το εκάστοτε **εύρος των αναγκών στις οποίες είναι σε θέση να απαντήσει, να διαχειριστεί ή να καταστείλει**. Αυτή η κοινωνική τάξη και οι κανόνες της (και η αντίστοιχη κουλτούρα και το σύστημα αξιών που τους συνοδεύει), οι οποίοι προσδιορίζουν το εκάστοτε «κανονικό» και «μη κανονικό» (και περαιτέρω, το εύρος αυτού που γίνεται δεκτό ως φυσιολογικό, ή, αντίθετα, ταξινομείται ως παθολογικό), διαπερνούν και τους ορισμούς της ψυχιατρικής για το «κανονικό» και το «μη κανονικό», όπως και τις αντίστοιχες πρακτικές και τους τρόπους θεραπείας και ελέγχου των «μη κανονικών» συμπεριφορών. Είναι αναμενόμενο ότι, μία Ψυχιατρική που δεν έχει αμφισβητήσει το παραδοσιακό της «παράδειγμα», στη βάση του οποίου λειτουργεί και η οποία βρίσκεται, πλέον, ανάμεσα, από τη μια, σε μία ραγδαία κλιμάκωση της έκτασης (στον πληθυσμό) και της έντασης των εκδηλώσεων του ψυχικού πόνου (πόνου που κλιμακώνουν το εύρος και το βάθος των αναπάντητων και κατασταλμένων αναγκών εν μέσω της κρίσης) και, από την άλλη, σε μία προϋούσα αποδυνάμωση των υπηρεσιών και των, πλέον, της καταστολής και του εγκλεισμού, θεραπευτικών δυνατοτήτων – μία Ψυχιατρική σε αυτή τη θέση, αδυνατώντας να «απαντήσει», δυσκολενόμενη ακόμα και να διαχειριστεί, καταφεύγει (και πρόκειται να καταφεύγει όλο και περισσότερο) σε αυτό που εγγενώς τη συνοδεύει και που σε αυτούς τους καιρούς είναι δυνατό να παρουσιαστεί ως η μόνη δυνατότητα, δηλαδή, στην **κατασταλτική πρακτική**.

Το να βγει, επομένως, εκτός συζήτησης το ζήτημα του «κλεισίματος του ψυχιατρείου» (με την έννοια της υπέρβασης) σημαίνει, ειδικά σε αυτή την εποχή, σύμπτωση με τις λογικές της καταστολής και εγκλωβισμό στις συνθήκες και τους όρους που την καθιστούν αναπόφευκτη και «φυσιολογική». Γιατί, το να πάμε **«πέρα από το ψυχιατρείο»** δεν είναι το να βγούμε έξω από ένα κτίριο, από ένα νοσοκομείο, αλλά ένας **μετασχηματισμός των σχέσεων** (που είναι σχέσεις εξουσίας) στην κατεύθυνση της ισοτιμίας, στη βάση και μόνο του οποίου μπορεί να υπάρξει μία πραγματικά θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτών και θεραπευομένων. **Η στιγμή που είναι πραγματικά θεραπευτική μέσα στο ψυχιατρείο είναι αυτή η στιγμή που αμφισβητεί τη λογική της λειτουργίας του**, τις εξουσίες και τις ιεραρχίες που το διέπουν, την επικινδυνότητα και ό,τι αυτή συνεπάγεται από οργανωτικής πλευράς και από πλευράς δήθεν «πρόληψης» της, τη μαζική διαχείριση, την απροσωποποίηση, την παθολογικοποίηση κ.ο.κ.

«Κλείσιμο του ψυχιατρείου» σημαίνει την **κατάργηση της χρήσης βίας**, των καθλώσεων και των απομονώσεων ως μορφής θεσμικής επιβολής της Ψυχιατρικής. Σημαίνει αλλαγή της κουλτούρας και της ιδρυματικής συμπεριφοράς, εξατομικευμένη απάντηση στις ανάγκες του «ασθενή». Σημαίνει, περαιτέρω, δημιουργία συμμετοχικής ατμόσφαιρας, συνθηκών ελευθερίας και διατήρηση της ανεξαρτησίας⁴.

Η δουλειά, ωστόσο, μέσα στο ολοπαγές ίδρυμα δεν σημαίνει ούτε ότι θα κλείσει από μόνο του, ούτε ότι θα πρέπει να αναμένεται μία έξωθεν και άνωθεν απόφαση. **Το «κλείσιμο» πρέπει να οργανωθεί από το σύνολο των υποκειμένων που έχουν εμπλακεί στη διαδικασία μετασχηματισμού του, λειτουργών και ασθενών⁵.**

Το «κλείσιμο» σημαίνει, με άλλα λόγια, τον **σχεδιασμό** και την **πρακτική** οργάνωσή του. Δηλαδή, την **Τομεοποίηση** (πραγματική και όχι επί χάρτου), **βαθμιαία μεταφορά υπηρεσιών από «μέσα έξω», μέσω της αντίστοιχης μεταφοράς οικονομικών πόρων και προσωπικού**, με διασφάλιση των κεκτημένων και της ασφάλειας της θέσης εργασίας, αλλά και με περαιτέρω προσλήψεις γιατί, μία υποτιθέμενη επιχείρηση «κλεισίματος» στο σύνολο του ψυχιατρείου, θα απαιτήσει **προσλήψεις** προσωπικού όλων των ειδικοτήτων. Άλλωστε, οι Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤΟΨΥ), για να είναι ουσιαστική η παρέμβαση εντός αυτών, των θεραπευτικών ομάδων, δεν πρέπει να ξεπερνούν τις 100.000 κατοίκους, διαθέτοντας ο καθένας ένα πλήρες φάσμα διασυνδεδεμένων υπηρεσιών, με το ΚΨΥ (με κλίνες νοσηλείας) ως επίκεντρο, μονάδα νοσηλείας σε γενικό νοσοκομείο, στεγαστικές δομές, εργασιακές δομές κ.ο.κ., ικανών να παράσχουν περίθαλψη στον πληθυσμό, δίνοντας έμφαση στην ανάρρωση (recovery) και στην επανένταξη.

«Κλείσιμο του ψυχιατρείου» σημαίνει, επίσης, **συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας**, καταπολέμηση του **στίγματος** (που πηγή του είναι η **αλλοτρίωση** εντός της καπιταλιστικής κοινωνίας, η ρίζα της οποίας είναι στην οικονομική δομή της, στον καταμερισμό της εργασίας και στη μισθωτή εργασία), αλλά και **ενσωμάτωση της Ψυχικής Υγείας μέσα στο σύστημα της Υγείας γενικά** (το οποίο, επίσης, είναι σε αυτή τη χώρα ανεπαρκές, κατακερματισμένο και υπό κατάρρευση).

Η μεταφορά των πόρων από «μέσα έξω» πρέπει, εκτός από τις κοινοτικές υπηρεσίες, να έχει, επίσης, προορισμό **απευθείας τον 'χρήστη των υπηρεσιών'**, στον οποίο πρέπει να παρέχεται η εγγύηση της ασφαλούς και αξιοπρεπούς διαβίωσης στην κοινότητα μέσω της διάθεσης των αναγκαίων οικονομικών πόρων⁶.

«Κλείσιμο του ψυχιατρείου» σημαίνει, δηλαδή, την **ενδυνάμωση και τη ριζική αναδιάρθρωση των συστημάτων Πρόνοιας και τη δομική και λειτουργική διασύνδεσή τους με την Ψυχική Υγεία**, με τρόπο ώστε να υπάρχει έμπρακτη αναγνώριση των κοινωνικών δικαιωμάτων μέσω και της αποτελεσματικής και οργανωμένης στήριξης του προσώπου στον τομέα της κατοικίας, της εργασίας, του ελεύθερου χρόνου, της εκπαίδευσης κ.λπ.⁷ Χωρίς αυτή την παράμετρο, όταν η λεγόμενη «προνοιακή» παρέμβαση ανάγεται (μέσω του γνωστού επιδόματος, η χορήγηση του οποίου γίνεται όλο και πιο δύσκολη λόγω μνημονίου) στην επιδότηση της στέριξης και της εξαθλίωσης, υπάρχει ο κίνδυνος δημιουργίας νέων διαδρομών περιθωριοποίησης και αποκλεισμού, όπως, άλλωστε, βλέπουμε να συμβαίνει σε αυτή τη χώρα, με το ανέκαθεν ουσιαστικά ανύπαρκτο προνοιακό σύστημα, ήδη προ του ξεσπάσματος της τωρινής κρίσης. «Κλείσιμο του ψυχιατρείου» σημαίνει, επομένως,

δραστική αύξηση των δαπανών για τη **δημόσια** υγεία και την ψυχική υγεία, **ενάντια σε κάθε λογική και πολιτική ιδιωτικοποίησης**, σημαίνει θέσεις εργασίας (συμπεριλαμβανομένης της προώθησης και ενίσχυσης των κοινωνικών συνεταιρισμών, αλλά όχι μόνο), εξασφάλιση αξιοπρεπών κατοικίας και εισοδήματος.

«Το κλείσιμο», εν τέλει, του ψυχιατρείου πρέπει να συμβεί **ταυτόχρονα** (ούτε πριν, ούτε προπαντός σ' ένα αόριστο «μετά», αλλά ταυτόχρονα), **σε μία πλήρη συγχρονικότητα κατάργησης του παλαιού και οικοδόμησης του καινούργιου**, με τη δημιουργία δικτύου υπηρεσιών, τομεοποιημένων ολοκληρωμένων και πλήρως εναλλακτικών προς το ψυχιατρείο. **Καμιά παλαιά υπηρεσία δεν παύει τη λειτουργία της αν ταυτόχρονα με την παύση αυτή δεν έχει ήδη ετοιμαστεί και τεθεί σε λειτουργία η καινούργια, που θα την αντικαταστήσει.**

Σε μία κατάσταση που, ως ιστορική εμπειρία, θυμίζει αυτή που διαμορφώθηκε στην κοινωνία και στην Ψυχιατρική τη δεκαετία του '30 (αλλά, στην πραγματικότητα, είναι πολύ χειρότερη), δεν μπορεί κανείς να περιμένει από μία κυβέρνηση επιβεβλημένη από την ΕΕ και το ΔΝΤ, που ως μοναδικό μέλημα έχει τις περιοχές αδιαφορώντας για το όποιο ανθρώπινο κόστος, να μπει σ' έναν ουσιαστικό διάλογο για ένα σχέδιο και έναν προγραμματισμό για την ουσιαστική αναβάθμιση και τον ριζικό μετασχηματισμό του συστήματος της Ψυχικής Υγείας. Τώρα περισσότερο από ποτέ **η κινητοποίηση της κοινωνίας και για την Ψυχική Υγεία τίθεται ως προϋπόθεση** για τον όποιο μετασχηματισμό και την υπεράσπιση των βασικών δικαιωμάτων. Άλλωστε, ακόμα και στην περίοδο της μεταπολεμικής «οικονομικής άνθησης» του καπιταλισμού, κάθε διεκδίκηση ριζικού μετασχηματισμού των θεσμών (και του ψυχιατρικού) ήταν συνυφασμένη με κοινωνικά και πολιτικά κινήματα που έθεταν σε αμφισβήτηση το κοινωνικο-οικονομικό σύστημα ως τέτοιο. Η Ιταλική ψυχιατρική μεταρρύθμιση, για παράδειγμα, με το κλείσιμο των ψυχιατρείων και τον νόμο 180/78, που σφραγίστηκε από τη δουλειά για την Αποϊδρυματοποίηση και το κίνημα που ενέπνευσε ο Franco Basaglia, δεν μπορούν να ειπωθούν ανεξάρτητα από τον Μάη του '68 και τις πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες στην Ιταλία της δεκαετίας του '70.

Σήμερα, περισσότερο από ποτέ, η κοινωνική και πολιτική πάλη είναι αποφασιστικού χαρακτήρα. Το να μπει, δηλαδή, στην ημερήσια διάταξη, μέσα στις σημερινές, εντελώς διαφορετικές συνθήκες, αυτό για το οποίο μιλούσε και ο Basaglia, όσον αφορά την προσπάθεια για τον ριζικό μετασχηματισμό των ψυχιατρικών θεσμών: τον συνδυασμό, δηλαδή, της πάλης 'από μέσα' και 'απ έξω'. Της δουλειάς για τον μετασχηματισμό από 'μέσα' (την απεξάρθρωση και την υπέρβαση του κατασταλτικού μηχανισμού), με τα κοινωνικά κινήματα 'απ έξω'. Η Αποϊδρυματοποίηση, ως μία διαρκής διαδικασία, που δεν σταματάει στο γκρέμισμα των τοίχων του ασύλου, αλλά κινείται πρακτικά στην ανατροπή του 'ενός τοίχου μετά τον άλλο', θέτει εξ αντι-κειμένου σε αμφισβήτηση την ίδια τη δομή της δεδομένης Κοινωνικής Τάξης.

Είναι εδώ, στο ζήτημα του 'κοινωνικού χώρου', τέτοιου που να επιτρέπει την αυτοπραγμάτωση του υποκειμένου, με την όποια κοινωνική, υπαρξιακή, πολιτισμική 'διαφορετικότητα' του, που αποκτά την πλήρη σημασία της και την άμεση αναγκαιότητά της εκείνη η κοινωνική συνθήκη που καθιστά δυνατή «την ελευθερία του καθενός ως προϋπόθεση της ελευθερίας του κάθε άλλου».

Σημειώσεις

1. Ψυχαγωγός Γ' (2011-2020). Σχέδιο Αναθεώρησης του Ψυχαγωγός. Νοέμβριος 2011. Αναρτήθηκε στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας τον Δεκέμβριο 2011, για τη γνώστη, εν μέσω του ασφυκτικού μνημονίου, διακωμώδηση της «διαβούλευσης».

2. Ό.π.

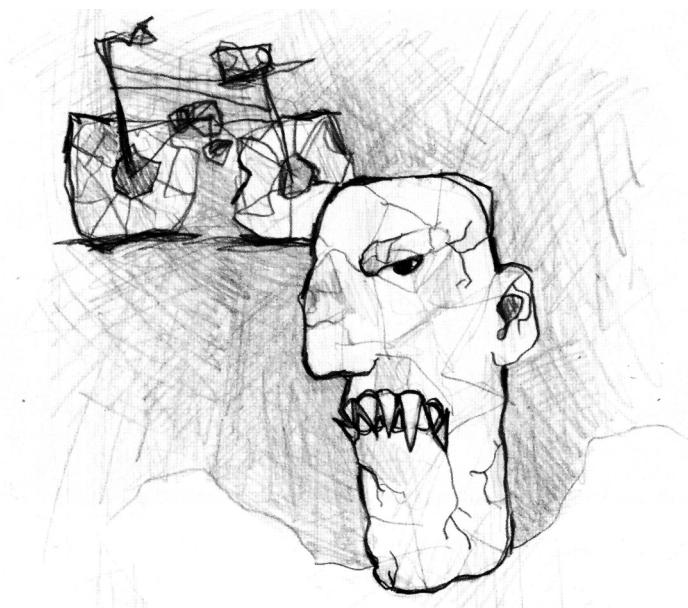
3. «Πέρα από τους τοίχους: Από το ψυχιατρείο στις κοινοτικές υπηρεσίες. Αποϊδρυματοποίηση και διεθνής συνεργασία για την Ψυχική Υγεία». Η διαδικασία σταδιακής εξάλειψης των ψυχιατρείων ως τόπων κοινωνικού αποκλεισμού και η μετάβαση στις κοινοτικές υπηρεσίες. Διακήρυξη της Τεργέστης, 16/4/2011.

4. Διακήρυξη της Τεργέστης, ό.π.

5. Ό.π.

6. Διακήρυξη της Τεργέστης, ό.π.

7. Ό.π.



Μυρτώ, 2004