

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΘΑΝΑΣΗΣ ΑΛΕΞΙΟΥ



Εισαγωγή

Επειδή η έννοια της υγείας διερμηνεύεται σε μεγάλο βαθμό υποκειμενικά, οι αντιλήψεις των μεσαίων αστικών στρωμάτων για την υγεία έχουν ιδιαίτερη σημασία, κυρίως λόγω της διαμεσολαβητικής λειτουργίας που αυτά τα στρώματα ασκούν στην κοινωνική δομή. Επιδιώκοντας να δούμε όμως την υγεία στις πραγματικές της διαστάσεις, δηλαδή αν υπάρχει και σε ποιο βαθμό ίση κατανομή κινδύνων υγείας αλλά και εξίσωση στην αντιμετώπισή τους, θα εξετάσουμε την υγεία τόσο σε σχέση με την κοινωνικοποίηση και το κοινωνικό κεφάλαιο όσο και με τις ανάγκες των μεσαίων αστικών στρωμάτων για κοινωνικό αυτοπροσδιορισμό.

Κοινωνικοποίηση και Υγεία

Από ποιους παράγοντες προσδιορίζεται η υγεία; Ευνοούν συγκεκριμένες συμπεριφορές και στάσεις του ατόμου την εκδήλωση μια ασθένειας; Ποια η σχέση μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου και ασθένειας; Επηρεάζουν διαφορετικοί τρόποι και ρυθμοί κοινωνικοποίησης την υγεία και πώς;

Με την εμπέδωση δομών μισθωτής εργασίας και την αναβάθμιση της αξίας του σώματος, η υγεία ταυτίστηκε με την ικανότητα του ατόμου να εργάζεται και να παραμένει λειτουργικό. Έτσι αποκλειστικό αντικείμενο της ιατρικής βρέθηκε να είναι η αποκατάσταση ικανοτήτων και δεξιοτήτων που το άτομο στη διάρκεια της εργασιακής διαδικασίας είχε απωλέσει. Επομένως η άποψη του T. Parsons να ορίζει την ιατρική ως σύστημα ρόλων¹ σ' ένα συγκεκριμένο πλαίσιο κοινωνικών σχέσεων, όπου γιατρός και ασθενής συγκροτούν ένα κοινωνικό (υπο)σύστημα, αποτυπώνει σωστά τις συζεύξεις της ιατρικής με το καθεστώς της μισθωτής εργασίας μέσα στο οποίο αυτή καλείται να προσφέρει και να δράσει. Από την άλλη όσο «κυνική» και να φαίνεται η άποψη του Parsons πως η υγεία είναι μια λειτουργική προϋπόθεση που θα πρέπει να πληρεί το κάθε άτομο ξεχωριστά για να είναι σε θέση να λειτουργήσει χωρίς τριβές ο κοινωνικός οργανισμός και τα κοινωνικά συστήματα, και πως η ασθένεια είναι παρεκκλίνουσα, αλλά νομιμοποιημένη συμπεριφορά,² όταν το άτομο δεν μπορεί να ανταποκριθεί σ' αυτή την υποχρέωση, να είναι δηλαδή λειτουργικό, επιβεβαιώνεται από την ίδια την πραγματικότητα. Μια πραγματικότητα που διαμορφώνεται από το εργασιακό περιβάλλον και τα ταμεία ασθενείας.³

Σ' αυτό το πλαίσιο η υγεία γίνεται αντιληπτή ως απουσία ασθενείας και λιγότερο ως ψυχική και σωματική ευεξία. Η εκδήλωση της ασθένειας ωστόσο σχετίζεται με την κοινωνική θέση, τον τρόπο και τους ρυθμούς κοινωνικοποίησης του ατόμου, παράμετροι που όσον αφορά προδιαθέσεις και δεξιότητες διαμορφώνουν διαφορετικούς τύπους ατόμων. Διαφορετικούς σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο που έχουν αποκτήσει και διαφορετικούς σε σχέση με την τρωτότητα που επιδεικνύουν απέναντι στην ασθένεια (κοινωνιογένεση).

Η κοινωνιογενετική ερμηνεία της ασθένειας ξεκινά από τη διαπίστωση πως η άνιση κατανομή υλικών, κοινωνικών και συμβολικών αγαθών (συνθήκες εργασίας και ζωής, σχολικό κεφάλαιο, σώμα δεξιοτήτων, αίσθηση γούστου κ.λπ.) ευθύνεται για την εμφάνιση κοινωνικών ανισοτήτων (κοινωνική στρωμάτωση) αλλά και για τη διαφοροποίηση σε σχέση με τις προσφερόμενες δυνατότητες και τους κινδύνους ασθένειας. Αυτή η κοινωνική διαφοροποίηση, αποτέλεσμα της κοινωνικής στρωμάτωσης επηρεάζει με τη σειρά της αρνητικά το άτομο σε επίπεδο προθέσεων, περιορίζοντας την ετοιμότητά του να ανταποκριθεί στις υπάρχουσες προσδοκίες, να υιοθετήσει δηλαδή τις ενδεδειγμένες στάσεις για την πραγμάτωσή τους. Επειδή μάλιστα το κοινωνικό κεφάλαιο και η πρόσκτησή του εξαρτώνται από την κοινωνικοποίηση, τους φορείς και τους τρόπους κοινωνικοποίησης, τόσο οι παραστάσεις και οι αντιλήψεις για την υγεία όσο και οι δεξιότητές, δράσεις και στάσεις που σ' αυτή τη διαδικασία εκμαθίζονται, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνικοποίηση και φυσικά το κοινωνικό - πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο αυτή λαμβάνει χώρα. Ωστόσο οι αξίες και οι προσδοκίες που το άτομο υιοθετεί, προσδιορίζονται όπως είναι φυσικό από εκείνους τους παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν μια κοινωνική πραγματικότητα.

Ιδιοκτησία, μόρφωση, επάγγελμα, καταναλωτική ικανότητα, κοινωνική αναγνώριση κ.ο.κ. αποτελούν απαραίτητα μέσα

για την αυτοπραγμάτωση του ατόμου, την κοινωνική ανέλιξή του και την κοινωνική του αποδοχή. Καθόσον όμως αυτά τα μέσα παραμένουν άνισα κατανεμημένα, είναι λογικό να παρατηρείται αδυναμία όλων των μελών μιας κοινωνίας να ανταποκριθούν στις προσδοκίες και στους ρόλους που η κοινωνία έχει θέσει μέσω της κοινωνικοποίησης, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται μια διάσταση ανάμεσα στους πολιτισμικούς στόχους και τις αξίες, και τα προσφερόμενα και επιτρεπόμενα μέσα πραγματοποίησής τους. Έτσι σε άτομα με λιγότερο κοινωνικό και πολιτισμικό κεφάλαιο, με ισχνή ή καθόλου ιδιοκτησιακή βάση και με μειωμένη κοινωνική αναγνώριση μένει ή να προσαρμοθούν στις περιορισμένες βιοτικές δυνατότητες και να τις εξαντλήσουν, ή εφόσον αυτό δεν είναι δυνατόν να ικανοποιήσουν τις ατομικές τους ανάγκες, (όπως αυτές ορίζονται ιστορικά) με μη παραδεκτά μέσα (παραβατικότητα, εγκληματικότητα).

Εφόσον όμως εκλείπουν οι χαρακτηριστικοί για ένα κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί (σχέσεις με ομάδες αναφοράς, δεξιότητες να τα βγάλουν πέρα κ.ο.κ.) και τό άτομο έχει κοινωνικοποιηθεί λειψά ή έχει εκτεθεί σε μια διαδικασία αποκοινωνικοποίησης, αναπτύσσονται υπολειμματικά και αντίστοιχες ικανότητες πρόσληψης και επεξεργασίας της πραγματικότητας, ενώ το άτομο δεν είναι καν σε θέση να ορίσει και να αναζητήσει εναλλακτικές στρατηγικές αυτοπραγμάτωσης. Απογοήτευση, ματαίωση και αποπροσανατολισμός είναι οι συνέπειες μιας τέτοιας εξέλιξης για το άτομο. Σε μια τέτοια κατάσταση η ανάληψη από το άτομο του στάτους του ασθενούς ή η φυγή του σ' έναν κόσμο απελευθερωμένο από δεσμεύσεις και καταναγκασμούς, έστω κι' αν αυτός ορίζεται ψυχοπαθολογικά, φαντάζουν σαν λυτρωτικές λύσεις για το άτομο.

Η σχέση μεταξύ κοινωνικής στρωμάτωσης, κοινωνικο-πολιτισμικού περιβάλλοντος και συμπεριφοράς, μορφοποιείται τώρα όσον αφορά στην ψυχική και σωματική υγεία, ανάμεσα στη συχνότητα εμφάνισης ομάδας ασθενειών και τη σχέση τους με την κοινωνική έκπτωση και κοινωνική αποένταξη των ατόμων, ή ανάμεσα στη θέση τους μέσα στην εργασιακή διαδικασία και τη συχνότητα προσέλευσής τους στο γιατρό. Αυτές τις παραμέτρους καταγράφουν και αναλύουν διεπιστημονικές προσεγγίσεις από το χώρο της επιδημιολογίας, της κοινωνικής ιατρικής και της κοινωνικής ψυχιατρικής.

Είπαμε όμως πως η κοινωνική στρωμάτωση αντιστοιχεί εκ των πραγμάτων σε διαφορετικές μορφές κοινωνικοποίησης, καθόσον η κοινωνικοποιητική διαδικασία δεν τρέχει πάντα με τους ίδιους ρυθμούς. Κατά συνέπεια αν η διαμόρφωση του κοινωνικού και του οικολογικού χώρου ευθύνεται άμεσα για την εμφάνιση μιας ασθένειας (επαγγελματικό περιβάλλον, συνθήκες ζωής και κατοικίας, διατροφή, διαπροσωπικές σχέσεις, έλλειψη κοινωνικότητας, μοναξιά), η κοινωνικοποίηση σε παθογόνα κοινωνικο-πολιτισμικά περιβάλλοντα, όπως την προσδιορίσαμε παραπάνω, φαίνεται να καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την εκδήλωση της ασθένειας.⁴

Η επίδραση του κοινωνικού - πολιτισμικού περιβάλλοντος στην υγεία αποτυπώνεται με σαφήνεια στις διαφορετικές προσδοκίες ζωής που έχουν άτομα από διάφορα κοινωνικά στρώματα. Εκεί όπου υπάρχει υψηλό κοινωνικό στάτους

και υψηλό εισόδημα, ανεβαίνουν και οι προσδοκίες ζωής. Γύρω στα εννιά χρόνια κυμαίνεται αυτή η διαφορά ανάμεσα σ' έναν ανειδίκευτο εργάτη και έναν καθηγητή πανεπιστημίου. Η διαφορά αυτή οφείλεται, σύμφωνα με εμπειρικές έρευνες, στο κατά πόσον τα άτομα διαθέτουν την ικανότητα και τους προσφέρεται η δυνατότητα να οργανώσουν αυτόνομα τη ζωή τους.⁵

Δυνατότητα και ικανότητα αυτοπραγμάτωσης προσδιορίζονται, όπως είναι φυσικό, από τη σωρευτική δράση φυσικών και κοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων πάνω στο άτομο. Μια τέτοια κατάσταση αποκοινωνικοποιεί και αποδιοργανώνει το άτομο δημιουργώντας κιάλας σε ατομικό επίπεδο προδιαθέσεις για την εμφάνιση ψυχικών και σωματικών διαταραχών. Το απογυμνωμένο από κοινωνικό κεφάλαιο υπερ-γκέτο των αμερικανικών πόλεων, το οποίο έχει απωλέσει επίσης τις παραδοσιακές δομές αλληλεγγύης, φαίνεται να είναι πολύ περισσότερο εκτεθειμένο στη φυσική και ψυχική ασθένεια.⁶

Τονίζουμε τη σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου, γιατί η ύπαρξή του έχει ιδιαίτερη σπουδαιότητα για κοινωνίες με σύγχρονη (διαφοροποιημένη) κοινωνική δομή. Σε αντίθεση με τις παραδοσιακές κοινωνίες, όπου η κοινωνικοποίηση γίνεται κυρίως εντός των πρωτογενών ομάδων (οικογένεια, συγγένεια), υπόθεση των οποίων είναι και η ασθένεια, η κοινωνικοποίηση γίνεται εδώ κυρίως μέσω των δευτερογενών ομάδων, γεγονός που εξαρτά ακόμη περισσότερο τα άτομα από κοινωνικές δεξιότητες, κοινωνικές σχέσεις κ.ο.κ που συμποούνται στο κοινωνικό κεφάλαιο. Ενώ όμως μέλη μεσαίων και ανώτερων αστικών στρωμάτων έχουν αναπτύξει σ' ένα βαθμό άτυπα δίκτυα κοινωνικών σχέσεων, καθόσον είναι περισσότερο εκτεθειμένα σε διεργασίες γεωγραφικής και κοινωνικής κινητικότητας, άτομα από κατώτερα κοινωνικά στρώματα βασίζονται αποκλειστικά σχεδόν ακόμη στην οικογένεια, παρόλο που αυτή στη σύγχρονη κοινωνία έχει απεκδυθεί αρμοδιοτήτων αντιμετώπισης της ασθένειας, και σε πολύ μικρό βαθμό στη γειτονιά. Το γεγονός αυτό ευνοεί επίσης άτομα από μεσαία κοινωνικά στρώματα να εξοικειώνονται με στρατηγικές προώθησης των συμφερόντων τους απέναντι σε υπηρεσίες και θεσμούς.⁷ Μοναδική δυνατότητα ατόμων από κατώτερα κοινωνικά στρώματα είναι να απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας, ένα βήμα όμως που δεν γίνεται τόσο εύκολα, επειδή ο θεραπευτικός ρόλος αυτών των υπηρεσιών έχει συχνά και έναν ελεγκτικό χαρακτήρα.

Εύκολα βέβαια αυτή η διαπίστωση μπορεί να οδηγήσει σ' έναν φυλετισμό απέναντι στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, ακριβώς επειδή η απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων συνδέεται άμεσα με την ιδεολογία της ατομικής επίδοσης (*Leistungsprinzip*), προϊόν της οποίας είναι και η ποσότητα κοινωνικού κεφαλαίου. Συνεπώς και εφόσον η εκδήλωση μιας ασθένειας εξαρτηθεί από τρόπους πρόσκτησης του κοινωνικού κεφαλαίου, δικαιολογούνται οι κοινωνικές διαφορές και οι ανισότητες στην κατοχή κοινωνικού κεφαλαίου και κοινωνικών δεξιοτήτων, καθότι αυτά τα στοιχεία φαίνεται να προήλθαν από διαφορετικές προσωπικές επιδόσεις.⁸

Πολύ εύκολα πάλι η υιοθέτηση αυτής της προσέγγισης μπορεί να μετατοπίσει το πρόβλημα από την κοινωνία στο άτο-

μο με συνέπεια οι παθογενείς παράγοντες, αντί να αναζητηθούν στο ευρύτερο περιβάλλον, να αναζητούνται στο άτομο και στις ικανότητές του, οι οποίες, όπως είδαμε, εξαρτώνται από την άνιση κατοχή κοινωνικού κεφαλαίου. Η αλλαγή οπτικής μετατοπίζει και την ευθύνη, καθιστώντας το άτομο και την συμπεριφορά του υπεύθυνους για την ασθένεια. Η τακτική «fix the worker, not the workplace» εκτός του ότι υποβαθμίζει τον καθοριστικό ρόλο άλλων παραγόντων –στη συγκεκριμένη του εργασιακού περιβάλλοντος– στην εμφάνιση μιας ασθένειας, οδηγεί και στην εξατομίκευση του προβλήματος.⁹

Στην κατεύθυνση αυτή οδηγεί έμμεσα και η θέση του Α. Antonovsky πως η υγεία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το αίσημα συνοχής του ατόμου, δηλαδή την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί και να ελέγχει τα πράγματα, να νοσηματοδοτεί τη ζωή του και να βιώνει τις πράξεις του (*Salutogenese*=γένεση υγείας).¹⁰ Παρόλο που ο Antonovsky τονίζει τη δυναμική σχέση μεταξύ αρνητικών και θετικών για την υγεία παραγόντων, δηλαδή μεταξύ ψυχοκοινωνικών, φυσικών και βιοχημικών στρεσογόνων και θυλάκων αντίστασης και προστασίας της υγείας, υποβαθμίζει το γεγονός πως οι πόροι που θα τροφοδοτήσουν αυτούς τους θύλακες αντίστασης εξαρτώνται από αντικειμενικά δεδομένα της κοινωνικής δομής. Από την εργασία, τη μορφή της εργασίας, την κοινωνική θέση, στοιχεία που ποσοτικοποιούνται στο κοινωνικό κεφάλαιο και καθορίζουν ποιοτικά την κοινωνικοποίηση. Στο συνεχές υγεία - ασθένεια, όπως ο Antonovsky προσδιορίζει την υγεία, τα άτομα δεν είναι το ίδιο επαρκώς εξοπλισμένα με διαρκείς διαθέσεις για να αναπτύξουν αντίστοιχες ικανότητες διαχείρισης της ζωής τους. Αλλά και το περιβάλλον δεν είναι στον ίδιο βαθμό στρεσογόνο για όλα τα άτομα. Αυτό το μοντέλο υγείας φαίνεται να ταιριάζει περισσότερο σε μεσαία αστικά στρώματα που, λόγω της κοινωνικής τους θέσης, έχουν αναπτύξει αντίστοιχες (προ)διαθέσεις (έξεις)¹¹ και μπορούν να τα βγάλουν πέρα.

Εμπειρικές μελέτες, συμπληρώνοντας τη θέση για τη σχέση μεταξύ κοινωνικοποίησης και εκδήλωσης μιας ασθένειας, καταδεικνύουν ως κατ' εξοχήν υπεύθυνο για την ανθρώπινη και περιβαντολογική φτώχεια τον δεδομένο τρόπο οργάνωσης της εργασίας. Η θέση αδυναμίας (*surplus powerlessness*) και ο χαμηλός βαθμός αυτοεκτίμησης, προέρχονται από το συγκεκριμένο καταμερισμό εργασίας, την αποειδίκευση, το εργασιακό καθεστώς, την κοινωνική έκπτωση και τη διαλυτική επίδραση που όλοι αυτοί οι παράγοντες ασκούν στην προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου. Αν η συχνότητα καρδιαγγειακών και κυκλοφορικών παθήσεων σ' αυτούς τους εργαζόμενους είναι πιο υψηλή, δεν είναι φυσικά σύμπτωση¹² και λίγο έχει να κάνει με την έλλειψη ηθικού αναστήματος και πολιτιστικής ακεραιότητας, όπως αποφαινόνται οι εκπρόσωποι της κουλτούρας της φτώχειας. Η υπόθεση πως υπάρχουν ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά που συγκροτούν την «τάξη» των φτωχών, όπως έλλειψη ελέγχου των παρορμήσεων, προσανατολισμός στην επικαιρότητα, ανικανότητα προγραμματισμού, μοιρολατρία και έλλειψη φιλοδοξιών, δεν επιβεβαιώνεται εμπειρικά.¹³ Η συχνότητα εμφάνισης ασθενειών σε συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού (αφροαμερικανοί, υπερήλικες, μόνοι, μονογονεϊκοί γονείς κ.ά.) υποδηλεί πως το αμυντι-

κό σύστημα (disease defence systems) αυτών των ατόμων είναι περισσότερο ευάλωτο στις αποδιοργανωτικές επιδράσεις του εξωτερικού περιβάλλοντος. Μόνο όμως και εφόσον προϋπάρχουν και συμπίεσον οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες (ανεργία, στέγαση, διακρίσεις κ.ο.κ.) με χαρακτηριστικά όπως κοινωνική - εθνοτική καταγωγή, κοινωνικό κεφάλαιο, τρόπος ζωής κ.λπ. μπορούν πραγματικά να ενεργοποιηθούν αυτά τα χαρακτηριστικά και να επιδράσουν συμπληρωματικά στην εκδήλωση μιας ασθένειας.¹⁴ Το αυτό θα συνέβαινε όμως και με άτομα από άλλα κοινωνικά στρώματα, εφόσον αυτά είχαν εκτεθεί στις αντίστοιχες συνθήκες ζωής και εργασίας και είχαν περιθωριοποιηθεί κοινωνικά.

Άμεσα η προβληματική αυτή συνδέεται με τις κοινωνικές αιτίες και τις συνέπειες για το άτομο, που η άνιση κατανομή κινδύνων ασθένειας και η άνιση δυνατότητα αποκατάστασης της υγείας προκαλούν.

Η αποκατάσταση της υγείας εξαρτάται άμεσα από την οικονομική επιφάνεια των ασθενών. Συνδέεται επίσης και με τη δομή των υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη των θεσμών υγείας πραγματοποιείται ανισομερώς, ευνοώντας δαπανηρούς και εξειδικευμένους τεχνολογικούς εξοπλισμούς, οι οποίοι δεν καλύπτουν το φάσμα των πιο διαδεδομένων ασθενειών αλλά ούτε προσανατολίζονται προς την προληπτική ιατρική, γεγονός που υποχρέωσε αρκετές χώρες να υιοθετήσουν πολιτικές ορίων στην ανάπτυξη της υποδομής και τεχνολογίας, σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας ολόκληρου του πληθυσμού.¹⁵ Μόνον 30% των δημόσιων επενδύσεων στην Ελλάδα κατευθύνονται στο συνήθη ιατρικό εξοπλισμό. Στις ιδιωτικές επενδύσεις αυτο το ποσοστό δεν υπερβαίνει το 10%.¹⁶

Όσον αφορά στην άνιση κατανομή κινδύνων, η κοινωνική τάξη φαίνεται να αποτελεί τον αποκλειστικό παράγοντα που καθορίζει αυτή την ανισότητα. Τα δύο τρίτα των επαγγελματικών ασθενειών στη Γερμανία αφορούσαν στο πρόσφατο παρελθόν το ένα τρίτο των ασφαλισμένων, οι οποίοι ήταν βιομηχανικοί εργάτες, ενώ λόγω εγγενών ανισοτήτων και οικονομικών δυσκολιών των ταμείων ασθένειας, η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών παραμένει χαμηλή.¹⁷ Σε όλες τις χώρες του κόσμου, ακόμη και σε εκείνες που διαθέτουν κοινωνικοποιημένα και καλά οργανωμένα συστήματα περίθαλψης, η γενική νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα.¹⁸ Οι αιτίες αυτών των διαφοροποιήσεων που αφορούν και τα δύο φύλα και επεκτείνονται σε όλες τις ηλικιακές ομάδες οφείλονται πρωτίστως στις διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές ζώνες ζωής και εργασίας και δευτερευόντως στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης.¹⁹

Από την άλλη, οι περιορισμένες ποσότητες υλικών και διανοητικών - πολιτιστικών πόρων καθιστούν άτομα που προέρχονται από κατώτερα κοινωνικά στρώματα περισσότερο ευάλωτα και τρωτά στην ασθένεια. Το φαινόμενο αυτό απορρέει με τη σειρά του από το γεγονός ότι υπάρχει διάσταση ανάμεσα στο επίπεδο προέλευσης και στο επίπεδο αντιμετώπισης της ασθένειας (προσφορά μέσων),²⁰ δεδομένης μάλιστα της δομής και των δυνατοτήτων των ταμείων ασθένειας.²¹ Η ασθένεια αποτελεί συχνά γι' αυτά τα στρώματα και εφόσον εξα-

νληθούν άτυπες μορφές «αντίστασης» απέναντι σ' ένα αλλοτριωτικό - καταναγκαστικό εργασιακό περιβάλλον, νομιμοποιημένη μορφή αποδέσμευσης από εργασιακές και κοινωνικές υποχρεώσεις. Με αυτή την έννοια η ασθένεια προκύπτει από το μετασχηματισμό αντικειμενικών σχέσεων, οι οποίες ενεργοποιούνται από τη δράση κοινωνικο-οικονομικών και πολιτισμικών μηχανισμών. Παίρνουν δε κάτω από την επίδραση κοινωνικοποιητικών διεργασιών και πολιτισμικών - ταξικών έξεων τη μορφή υποκειμενικών ευρημάτων και συμπτωμάτων.

Η προβληματική αυτή βασίζεται στις εμπειρικές μελέτες της κριτικής επιδημιολογίας, οι οποίες αναζητούν τους παθογενείς όρους στο κοινωνικό - πολιτισμικό περιβάλλον, στις συνθήκες εργασίας και στα ατομικά πρότυπα αντιμετώπισης της ασθένειας, τα οποία προσλαμβάνονται μέσω της πρωτογενούς κοινωνικοποίησης (στάσεις και εκτιμήσεις για την ασθένεια, χρόνος αναζήτησης θεραπευτικών μέσων κ.λπ.) και τα οποία δυνητικά μπορεί να ενισχύσουν παθογόνες καταστάσεις.²² Ο καρκίνος του στομάχου, για παράδειγμα, συσχετίζεται περισσότερο με τη χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των ανθρακωρύχων και λιγότερο με κάποιο συγκεκριμένο ειδικό επαγγελματικό λόγο.²³

Η σχέση μεταξύ κοινωνικών στρεσογόνων συνθηκών και ασθένειας εμφανίζεται με σχετικά ανάγλυφο τρόπο στην περίπτωση των ψυχικών διαταραχών και μάλιστα σε όλες τις μελέτες από τη δεκαετία του '30 μέχρι σήμερα. Η φύση της απασχόλησης, από την οποία εξαρτάται ο βαθμός αλλοτρίωσης (αυτο-εκτίμηση, αυτο-απαξίωση), φαίνεται να είναι πολύ καθοριστικός στο επίπεδο ψυχικής διαταραχής. Ανεπίκευτοι και άνεργοι που κατοικούν στις φτωχές γειτονιές των πόλεων παρουσιάζουν επτά φορές μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας απ' ότι άτομα από μεσαία αστικά στρώματα με καλύτερες συνθήκες κατοικίας (Faris/Dunhman 1939).²⁴ Οι ερευνητές συμπέραναν πως ο στυδασμός φτώχειας και έλειψης κοινωνικής συνοχής σε τοπικό επίπεδο συντελούν στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Καθώς ανεργία και φτώχεια επιδρούν αποκοινωνικοποιητικά πάνω στο άτομο, με την έννοια πως κοινωνικές δεξιότητες εκπίπτουν σε μια λανθάνουσα κατάσταση, ο παράγοντας κοινωνική απομόνωση ευνοεί την εμφάνιση της ψύχωσης (Weinberg 1960).²⁵ Η έρευνα μάλιστα των Hollingshead και Redlich, που έγινε στη δεκαετία του '60, πάει παραπέρα συνδέοντας άμεσα την εκδήλωση της νεύρωσης ή της ψύχωσης με το κοινωνικό στρώμα, αν και η κριτική που έχει δεχθεί αυτή η έρευνα από τον Th. Adorno, με βάση το σχήμα διαχωρισμού του επιπέδου προέλευσης της ασθένειας από το επίπεδο αντιμετώπισης/θεραπείας, που αναφέραμε παραπάνω, σχετικοποιεί αυτά τα αποτελέσματα. Και αυτό γιατί οι μελετητές αυτοί φαίνεται να υποβάθμισαν την επίδραση διαφοροποιημένων μορφών θεραπείας που εφαρμόζονται (φαρμακευτική αγωγή, συχνότητα ψυχοθεραπείας κ.ο.κ.), οι οποίες εξαρτώνται σε πολύ σημαντικό βαθμό από την οικονομική κατάσταση και το περιβάλλον καταγωγής, δηλαδή το κοινωνικό κεφάλαιο των ατόμων.²⁶

Κοινή διαπίστωση σχεδόν όλων των επιδημιολογικών μελετών είναι πως η κοινωνική τάξη σε συνάρτηση με μια διαφοροποιημένη κοινωνικοποίηση συνιστά μια σημαντική μεταβλητή

τόσο για την εκδήλωση μιας ψυχικής διαταραχής όσο και για την αντιμετώπισή της. Η έλλειψη βασικών αγαθών, οι κακές συνθήκες διαβίωσης και διατροφής, η υψηλότερη έκθεση στην εγκληματικότητα, το πήγαινε έλα στη δουλειά (*fluctuation*) που προκύπτει από το αβέβαιο εργασιακό καθεστώς και την ελάχιστη δυνατότητα προσωπικού ελέγχου στη θέση εργασίας, συμβάλλουν συχνά στη χαμηλή αυτοεικόνα και στην έλλειψη αυτοεκτίμησης. Ο συγχρονισμός ταξικών δεδομένων (θέση στην παραγωγική διαδικασία, ικανοποίηση με την εργασία κ.λπ.) και κοινωνικοποιητικών μέσων και ρυθμών (δόμηση ταυτότητας) έχει ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα όταν μπαίνουν στο ρόλο του «ασθενή», καθώς οι διαφορετικές οικονομίες του θυμικού και ορμικού κόσμου συγκροτούν και διαφορετικούς τύπους ταυτότητας όσον αφορά στην ισχύ της. Καθόσον μάλιστα μεσοαστοί γονείς ανατρέφουν τα παιδιά τους σ' ένα πιο έντονο πνεύμα αυτονομίας και αυτοπραγμάτωσης απ' ότι γονείς από τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, τα παιδιά αυτά αναπτύσσουν συνήθως δεξιότητες περισσότερο κατάλληλες για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας.²⁷ Παιδιά από χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα διατηρούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα την ταυτότητα του «ασθενούς», με αποτέλεσμα να μένουν αποκλεισμένα και να έχουν λιγότερες πιθανότητες κοινωνικής επανένταξης, απ' ότι παιδιά από μεσαία κοινωνικά στρώματα τα οποία είναι περισσότερο εκτεθειμένα σε κοινωνικοποιητικούς περιορισμούς. Τα παιδιά της δεύτερης ομάδας εξοικειώνονται πιο εύκολα με τις καταστάσεις ασθένειας χωρίς να ταυτίζονται μαζί τους, στάση που ανάγεται στη διαδικασία δόμησης ταυτότητας άκρως απαραίτητης για να αποφευχθεί μια σταδιοδρομία ασθενούς (Hardt/Feinhandler 1959).²⁸

Σε διαφορετικές διαδικασίες δόμησης του θυμικού κόσμου αλλά και στη μεγαλύτερη έκθεσή τους σε αγχογόνες συνθήκες ζωής (ανεργία, κοινωνική απομόνωση κ.λπ.), θα πρέπει να αναχθεί επίσης η μεγαλύτερη κατανάλωση καπνού σε άτομα που προέρχονται από τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Παρόλο που η κατανάλωση καπνού μειώθηκε στις ΗΠΑ κατά 35% μεταξύ 1965 και 1982, η μείωση αυτή δεν είναι καθόλου αντιπροσωπευτική για ολόκληρο τον πληθυσμό. Σ' αντίθεση με μέλη από τη μεσαία και ανώτερη κοινωνική τάξη, τα οποία παύουν να καπνίζουν, άτομα από εργατικά στρώματα και άνεργοι καπνίζουν περισσότερο.²⁹

Η μεταβλητή του κοινωνικού κεφαλαίου και της κοινωνικοποίησης φαίνεται να σχετίζονται άμεσα τόσο με τη ψυχική υγεία, όπως είδαμε, όσο και με την οργανική υγεία. Η γενικότερη ικανότητα και δυνατότητα του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει ισχυρούς και σταθερούς κοινωνικούς δεσμούς έχει έμφυση σχέση με τη νοσηρότητά του. Η έλλειψη της οικογενειακής θαλπωρής και της ψυχοσυναισθηματικής σταθερότητας και γενικά η ανυπαρξία στενών φιλικών και κοινωνικών σχέσεων εμφανίζονται σαν παράγοντες που ευνοούν παθήσεις του αγγειοκαρδιακού συστήματος.³⁰ Και πάλι όμως οι παράγοντες αυτοί συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν συνήθως με κακές συνθήκες ζωής και εργασίας. Οι άνεργοι, για παράδειγμα, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσουν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, να καταναλώσουν περισσότερο αλκοόλ και καπνό, πράγματα που αυξάνουν τον

κίνδυνο να υποστούν επεισόδια καρδιακών προσβολών και συμφορήσεων. Σύμφωνα με έρευνα που επικαλείται ο J.Rifkin αύξηση της ανεργίας κατά 1% προκαλεί 5,6% αύξηση θανάτων από καρδιακά εμφράγματα και 3,1% αύξηση θανάτων από εγκεφαλικά επεισόδια.³¹

Από την άλλη η έμφυλη κοινωνικοποίηση και ο εγκλωβισμός σε παραδοσιακούς κοινωνικούς ρόλους όπως αυτός της γυναίκας - οικοκυράς, επηρεάζει αρνητικά την ψυχο-φυσιολογική κατάσταση της γυναίκας, καθόσον απομωνομένη όπως είναι στη συμβολική τάξη του νοικοκυριού σωματικοποιεί πιο εύκολα εσωτερικές συγκρούσεις. Αλλά και η προσκόλληση του άνδρα στο παραδοσιακό πρότυπο του αρρενωπού άντρα, τον εμποδίζει να εκτιμά σωστά και έγκαιρα σωματικές ενοχλήσεις, να τις παραδέχεται και να αναζητά βοήθεια.³²

Αντιλήψεις για την υγεία

Τι είναι όμως η υγεία; Πώς μπορεί να προσδιορισθεί η ασθένεια και το να είναι κανείς ασθενής; Μπορεί να υπάρξει ένας διαχρονικός και ένας διαταξικός ορισμός για την υγεία; Υπάρχει σχέση μεταξύ κοινωνικής θέσης, κοινωνικοποίησης και αντιλήψεων για την υγεία;

Μπορεί να αντιληφθεί κανείς πως ανάλογα με την κουλτούρα μιας κοινωνίας και το κοινωνικό - πολιτισμικό περιβάλλον κατ'αγωγής, διαφοροποιούνται και οι αντιλήψεις για την υγεία. Θα μπορούσαν αναλυτικότερα να διατυπωθούν τρεις ορισμοί για την υγεία που στον πυρήνα τους συμπυκνώνουν τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις στην υγεία: α) υγεία ως αξία, β) υγεία ως οριοθέτηση απέναντι στην ασθένεια και σε αντιδιαστολή μ' αυτήν και γ) υγεία με καθαρά λειτουργικό περιεχόμενο.

Στην πρώτη περίπτωση η έννοια της υγείας φορτίζεται θετικά και συνάδει με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO), ο οποίος προσδιορίζει την «υγεία ως το πιο υψηλό αγαθό».³³ Ο ορισμός του WHO καλύπτει και τη δεύτερη περίπτωση, καθώς η υγεία ορίζεται θετικά (πλήρης ευεξία) και σε αντιδιαστολή με την ασθένεια, σαν κάτι περισσότερο από την απουσία ασθένειας. Στην τρίτη περίπτωση ανήκουν ορισμοί που συνδυάζουν την υγεία με την ικανότητα του ατόμου να αποδίδει και να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε αξιώσεις που προκύπτουν από συγκεκριμένους ρόλους (T.Parsons). Ωστόσο και αυτοί οι ορισμοί δεν φαίνεται να δίνουν μια ικανοποιητική απάντηση, καθόσον επιδέχονται, ανάλογα με την εποχή, διαφορετικές ερμηνείες. Ακριβώς η ύπαρξη τόσο διαφορετικών ορισμών για την υγεία αποδεικνύουν πως η υγεία ως αξία καθ' εαυτή δεν λέει τίποτα, εφόσον δεν ληφθούν υπόψη τα κοινωνικά, πολιτικά και ιστορικά συμφραζόμενα.

Γι' αυτό το λόγο η συζήτηση για την υγεία πρέπει να ιστοριοποιεί την έννοια της υγείας. Μόνον έτσι μπορούμε να παρατηρούμε συγχρονικά και διαχρονικά: γιατί, πότε και σε ποιο κοινωνικό, πολιτικό και ψυχο-φυσιολογικό πλαίσιο η υγεία προτάσσεται ως αξία, ως σκοπός ή ως μέσον; Για παράδειγμα αλλοιώς κατανοείται η υγεία στην παράδοση της ιατρικής αστυνομίας του Public Health στον 19ο αι. όταν προείχε ο «εκπολιτισμός» και η ενσωμάτωση των λαϊκών στρωμάτων, κι αλλιώς στο νέο παράδειγμα της «Κοινωνικής Υγιεινής» που απευθύνεται πια στις αρχές του 20ού αιώνα σε βιομηχανικούς

εργάτες. Επίσης διαφορετική άποψη για την υγεία φαίνεται να έχουν άτομα από διαφορετικά κοινωνικά στρώματα, όπως απέδειξε η C.Herzlich³⁴ ερευνώντας τις υποκειμενικές αντιλήψεις ατόμων από μεσαία κοινωνικά στρώματα, τα οποία αντιλαμβάνονται πρωτίστως την υγεία ως μια κατάσταση ισορροπίας και βιωμένης ευεξίας και δευτερευόντως ως απουσία ασθένειας ή λειτουργικής ικανότητας. Αντίθετα, στα εργατικά στρώματα η υγεία γίνεται πρωτίστως αντιληπτή και για ευνόητους λόγους σαν απουσία ασθένειας και σαν λειτουργική ικανότητα και λιγότερο ως ευεξία.³⁵ Διαφορετικές αντιλήψεις για την ασθένεια αναμένεται να έχουν επίσης οι άνθρωποι στα αστικά κέντρα απ' ότι σε αγροτικές περιοχές και από τη μια εποχή στην άλλη,³⁶ καθόσον το περιεχόμενο και η υφή της απασχόλησης αντιστοιχούν σε διαφορετικές μορφές εργασίας. Οι γυναίκες πάλι έχουν διαφορετική αντίληψη για την υγεία απ' ότι οι άντρες. Πάλι όμως γυναίκες από μεσαία κοινωνικά στρώματα έχουν μια περισσότερο πολυδιάστατη αντίληψη για την υγεία απ' ότι γυναίκες από την εργατική τάξη.³⁷ Από την άλλη τα παιδιά συνδυάζουν την υγεία με τη χαρά, την κίνηση και τη φύση.³⁸

Οι διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία αποτυπώνονται με πολύ παραστατικό τρόπο στην ιεράρχηση της κρισιμότητας των συμπτωμάτων για την υγεία που έχουν μέλη κοινωνικών στρωμάτων αλλά και στην αναγκαιότητα αναζήτησης ή όχι ιατρικής φροντίδας.³⁹ Τα μέλη της ανώτερης κοινωνικής τάξης εκτιμούν πως όλα τα συμπτώματα χρήζουν άμεσης ιατρικής βοήθειας. Η αντίστοιχη εκτίμηση των μεσαίων κοινωνικών στρωμάτων κυμαίνεται σ' ένα χαμηλότερο επίπεδο, ενώ μέλη των κατώτερων κοινωνικών τάξεων συμπεριφέρονται σχεδόν αδιάφορα απέναντι σε συμπτώματα που επιβαρύνουν τη σπονδυλική στήλη, το μυϊκό, το πεπτικό και το κυκλοφοριακό σύστημα. Μόνον αισθητά συμπτώματα, τα οποία είναι επί πλέον και ορατά (αίμα στα κόπρανα και στα ούρα, υπερβολική κολπική αιμοραγία στις γυναίκες) εκτιμούνται ως επείγοντα (ποσοστό 50 με 60%). Τα ποσοστά για τα αντίστοιχα συμπτώματα φθάνουν το 95 με 100% στην ανώτερη κοινωνική τάξη και το 85 με 90% στα μεσαία κοινωνικά στρώματα. Η πιο σημαντική απόκλιση εντοπίζεται σε συμπτώματα που εμφανίζονται στο μυϊκό σύστημα ή συμπτώματα που αφορούν χρόνια εξάντληση και απώλεια βάρους.

Δεν χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια για να διακρίνει κανείς την άμεση σχέση αυτών των εκτιμήσεων με τις αντιλήψεις αυτών των στρωμάτων για την υγεία αλλά και τη σχέση τους με τις εργασιακές συνθήκες, κάτω από την επίδραση των οποίων οι αντιλήψεις αυτές σχηματίζονται.

Αυτό που θέλουμε να υπογραμμίσουμε σχετικοποιώντας μερικώς αυτά τα στοιχεία είναι πως η αξιολόγηση των συμπτωμάτων, όπως και η πρόθεση αναζήτησης ιατρικής φροντίδας, εξαρτώνται σε σημαντικό βαθμό από το εργασιακό καθεστώς και το περιεχόμενο της εργασίας (εξαρτημένη η αυτόνομη απασχόληση). Όσο αφορά στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα που απασχολούνται κυρίως σε τομείς εξαρτημένης εργασίας, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνεται από αποστάσεις, χρόνους αναμονής, από γραφειοκρατικές διαδικασίες, από φόβο μήπως δεχτούν τις επικρίσεις του γιατρού ή της σχετικής υπηρεσίας για την καθυστερημένη αναζή-

τηση βοήθειας⁴⁰ αλλά και από πιθανές επιπτώσεις που προκύπτουν από την εφαρμογή του εργατικού δικαίου, το οποίο καθορίζει με πολύ πιο δεσμευτικό τρόπο τη διάρκεια ασθένειας, το επίδομα αθένης, περικοπές κ.ο.κ. απ' ότι συμβαίνει σε άτομα που αυτοαπασχολούνται.

Η υγεία ως πεδίο κοινωνικού αυτοπροσδιορισμού

Από την άλλη η υγεία μπορεί να αποτελέσει και πεδίο αυτοπροσδιορισμού όπως συνέβη με την «υποχονδρία», η οποία ως η ψυχολογική νόσος, μόδα του 18ου αι.⁴¹, προσέφερε στους αστούς τη δυνατότητα να αναπτύξουν μηχανισμούς αυτοελέγχου, αλλά και να κυριαρχούν στην αναδυόμενη αστική δημοσιότητα προβάλλοντας παραστάσεις για την κοινωνία και τα άτομα και προτείνοντας πρότυπα συμπεριφοράς. Πολλές φορές μάλιστα μια ασθένεια γίνεται μεταφορά, όπως στην περίπτωση του Aids όπου μέσω της ασθένειας συμμετέχει κανείς στα κοινωνικά πράγματα προτείνοντας στάσεις, συμπεριφορές κ.λπ.⁴²

Ένα αντίστοιχο ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει σήμερα η υγεία καθώς αυτή μετατρέπεται σε πεδίο ανάδειξης και αυτοεπιβεβαίωσης κυρίως μελών από τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Υπόψη πρέπει να έχουμε την κοινωνικο-πολιτισμική κατάσταση των τελευταίων χρόνων που προέκυψε από τη συρρίκνωση παραδοσιακών μορφών εργασίας και ζωής. Καθώς μάλιστα παραδοσιακές κοινωνικές συλλογικότητες χάνουν τον κοινωνικοποιητικό τους χαρακτήρα, το κοινωνικό δυναμικό που αποδεσμεύεται προσανατολίζεται πρός ατομικές μορφές οργάνωσης και κανονικοποίησης της ζωής και προς νέα σχήματα κοινωνικοποίησης, τα οποία διαπνέονται πολύ έντονα από αξίες που έχουν στο επίκεντρο το άτομο, τις επιδόσεις κ.ο.κ. Τα άτομα αναζητούν επιμόνως νέες ταυτότητες. Σ' ένα τέτοιο πλαίσιο όμως η αναζήτηση ταυτότητας μπορεί να έχει έναν απελευθερωτικό αλλά ταυτόχρονα και έναν πειστικό χαρακτήρα. Απελευθερωτικό από παραδοσιακούς ρόλους και σε σχέση με την ανάγκη επαναπροσδιορισμού του ίδιου του ατόμου στην πορεία κοινωνικής κινητικότητας, και πειστικό γιατί τον κύριο κοινωνικοποιητικό ρόλο αναλαμβάνει πλέον η αγορά, η οποία προσφέρει ταυτότητες για όλες τις βιογραφίες επωμιζόμενη και τη λειτουργία του marketing-character (E.Fromm), προβάλλοντας το «identity styling» ως μέρος ενός «corporate identity».⁴³

Ίσως το πιο πρόσφορο πεδίο για την επαναδόμηση της βιογραφικής ασυνέχειας και σύζευξής της με το νέο κοινωνικό πλαίσιο είναι η υγεία, πεδίο στο οποίο συγκλίνουν ατομικές επιθυμίες και κοινωνικές δεσμεύσεις για λειτουργικότητα του ατόμου, πεδίο όμως που τα τελευταία χρόνια καταλαμβάνεται όλο και περισσότερο από τις κοινωνικές αναπαραστάσεις νεοσυγκροτούμενων στρωμάτων.⁴⁴ Η έννοια της υγείας έγινε ένα είδος «πολυσήμαντης υπερκατηγορίας» μ' ένα και μεγαλύτερο πεδίο κοινωνικής επέμβασης ενώ μέσω αναπαραστάσεων, το σώμα προσλήφθηκε ως σημαίνον του υποκειμένου, μεταφορικό σχήμα της ατομικής βιογραφίας και τόπος συγκρούσεων μεταξύ ατόμου και κοινωνίας,⁴⁵ όπως περίπου ερμηνεύεται από την ψυχοσωματική ιατρική (ασθένεια ως σωματικοποίηση αυτής της σύγκρουσης).

Σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση αυτής της αντίληψης για την υγεία στα μεσαία στρώματα παίζει το γεγονός ότι η υγεία αποτέλεσε σχεδόν πάντα είτε ως παράσταση είτε ως κοινωνική αναπαράσταση αντικείμενο των μεσαίων κοινωνικών στρωμάτων. Εξάλλου η αντίληψη πως η ασθένεια αποτελεί ένα ανεπιθύμητο, αναπάντεχο γεγονός ή συμπεριφορά, η οποία προέρχεται απο τα έξω, συνεπώς δεν υπάρχει ατομική ενοχή, όπως στην κοινοτική πραγματικότητα, προβλήθηκε κυρίως απ' αυτά τα στρώματα στον αγώνα τους ενάντια στην κληρικοκρατία και την παραδοσιοκρατία.

Η προβολή και η κυρίαρχση αυτής της ιδεολογικής θέσης για την ασθένεια σε συνάρτηση με την ιδεολογική λειτουργία των μεσαίων αστικών στρωμάτων, επομένως και των επαγγελματιών υγείας στους οποίους περιλαμβάνονται και οι «πρακτικοί της καλλιέργειας του εαυτού»,⁴⁶ καθιστούσε αυτά τα στρώματα που διαπνέονταν απο φιλελεύθερες και ανθρωπιστικές αρχές διαχειριστές των κυρίαρχων παραστάσεων και για την υγεία και το σώμα, όπως εξάλλου γίνονταν και με άλλες αστικές αξίες (οικογένεια, εκ-



παίδευση κ.λπ.). Τα κινήματα υγιεινής καθώς και τα φιλανθρωπικά κινήματα αποτέλεσαν άτυπους αλλά βασικούς μηχανισμούς κοινωνικοποίησης των λαϊκών στρωμάτων στη διαδικασία ενσωμάτωσής τους.

Κοινωνικά πλέον η υγεία λειτουργεί ως κοινωνικοποιητικός αγωγός και ως ιμάντας κοινωνικοποίησης, μέσω του οποίου ο εξωτερικός καταναγκασμός μετασχηματίζεται σε μηχανισμό αυτοελέγχου και σε μηχανισμό πειθάρχησης του ορμικού και θυμικού κόσμου του ατόμου σύμφωνα με το σχήμα για τον πολιτισμό του N.Elias. Η διατήρηση της υγείας που σ' αυτό το αξιακό πλέγμα διερμηνεύεται ως αποτέλεσμα ατομικής επίδοσης και συνεχούς επαγρύπνησης (άσκηση σώματος και ψυχής), ενισχύει την αυτοσυνείδηση του ατόμου καθώς αυτό οριοθετείται από εκείνα τα άτομα που συμπεριφέρονται «ανεύθυνα» απέναντι στο (δι)αταξικό αγαθό της υγείας. Η επιδοκιμασία της συμπεριφοράς που υπηρετεί την υγεία ανάγεται σε κανόνα, ενώ ατομικές στάσεις που αποκλίνουν απ' αυτήν αποδοκιμάζονται. Εμφανής είναι εδώ η ομοιότητα με το μαζικό κίνημα ενάντια στον αλκοολισμό που αναπτύχθηκε στην Αγγλία στα μέσα του 19ου αιώνα και το οποίο ούτε στην κατάργησή του αλκοολισμού στόχευε, ούτε στον περιορισμό του, αλλά στο να ξεχωρίσει τα άτομα που είχαν αποδείξει με τη δύναμη του χαρακτήρα τους πως διέφεραν απο τους ανυπόληπτους φτωχούς.⁴⁷

Οστόσο η κοινωνική επιβράβευση, η κοινωνική επιδοκιμασία ή η κοινωνική απόρριψη, συνδυαζόμενη ή όχι με την επιβολή κυρώσεων, προϋποθέτει την οικονομική και κοινωνική ανισότητα. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο μπορούν να αξιολογηθούν σωστά, σύμφωνα με την κατεστημένη αντίληψη (στο σχολείο

και την οικονομία), άτομα και προσωπικές επιδόσεις αλλά και μόνο μέσω αυτού του συστήματος μπορούν να υπάρξουν κίνητρα που να ενεργοποιούν τα άτομα. Χωρίς ανισότητα ευκαιριών δεν υπάρχει και ενδιαφέρον για αύξηση τη αποδοτικότητας, της παραγωγικότητας, διαφύλαξη της υγείας κ.ο.κ.

Καθόσον η οικονομική ανάπτυξη των τελευταίων χρόνων συνδυάστηκε με τη διεύρυνση μεσαίων κοινωνικών στρωμάτων, η υγεία συνδυάστηκε με νέους τρόπους ζωής και επικοινωνίας αυτών των στρωμάτων. Η νέα αντίληψη για την υγεία βασίστηκε στη μεταφορά της ευθύνης για την προσωπική υγεία στο άτομο. Η σύζευξη της υγείας με τον τρόπο ζωής εννόησε την προβολή φαντασιώσεων για το σώμα, διαμορφώνοντας στάτους και αξίες που θα ταίριαζαν στη νέα κοινωνική θέση των μεσαίων στρωμάτων του πληθυσμού, καθώς και στις ανάγκες τους για κοινωνικό αυτοπροσδιορισμό και επικοινωνία. Καθόσον η κοινωνική βάση αυτών των στρωμάτων, η αγορά δηλαδή παραμένει ένας σχετικά ανιστορικός τόπος η ανάδειξη τρόπων ζωής με αναφορά σε οργανικό περιεχόμενο, όπως μπορεί να είναι η υγεία και η φροντίδα του σώματος με ψυχοσωματικές προεκτάσεις, αποτέλεσε από την άλλη και μια βάση προβολής της αυτοεικόνας των μεσαίων στρωμάτων στην κοινωνία. Ιδιωτικά νοσοκομεία με έντονα τα στοιχεία μπουτίκ ανέλαβαν να επικυρώσουν σε συμβολικό επίπεδο την κοινωνική θέση των νεοσυγκροτούμενων στρωμάτων.⁴⁸

Η καλλιέργεια του σώματος αντικατέστησε αυτήν του πνεύματος, καθόσον το πολιτισμικό κεφάλαιο των νέων στρωμάτων και η έλλειψη σχολικών τίτλων καθιστούσε την ενασχόληση με το πνεύμα προβληματική. Η υγεία απέκτησε άλλες διαστάσεις. Από τη στιγμή μάλιστα που άλλες αξίες, όπως π.χ. η εργασία απώλεσαν την ενσωματική τους δυναμική, η υγεία εμφανίζεται ως σκοπός που ως κανόνας αντικαθιστά την ηθική. Στο απρόσωπο των πολιτικών και κοινωνικών διαδικασιών της νεωτερικότητας αντιπροτείνεται, τώρα στην εποχή του μετα-μοντέρνου, η προσωπικοποίηση της εμπειρίας, η οποία μέσω της ηθικοποίησης και της ψυχολογικοποίησης της σχέσης με το σώμα εγκαινιάζει και μια νέα σχέση επικοινωνίας του εγώ με το σώμα.⁴⁹ Προσλαμβάνόμενο το σώμα ως φορέας και πομπός σημείων, καθίσταται μέσον αυτοπροσδιορισμού και αυτογνωσίας αλλά και μέσον επικοινωνίας με τους άλλους, καθώς οι εκφράσεις του είναι και σημεία που δεν μπορεί, παραπέμπουν κάπου, όταν μοιράζονται κοινά και βιωματικά σε ομάδες αυτοέκφρασης και ομάδες αυτοεπεξεργασίας βιωμάτων και εμπειριών.

Η επιστροφή στο σώμα, στις αισθήσεις, η (επαν)άρθρωση του επιθυμητού μέσω τεχνικών⁵⁰ που χαρακτηρίζουν πρωτίστως μεσαία αστικά στρώματα συνοδεύτηκε με καταγγελίες για τη μαζοποίηση της κουλτούρας, τον «εκφυλισμό» των πολιτιστικών παραδόσεων και την αλλοίωση της κουλτούρας. Παράλληλα αυτή η επιστροφή ευνοεί τη διαμόρφωση μιας νέας αγοράς συμβολικών αγαθών για διαφοροποιημένη και προσωπικοποιημένη ατομική κατανάλωση. Κοινωνικά - ιδεολογικά τα κινήματα του New Age νομιμοποιήθηκαν από τους μετασχηματισμούς στο χώρο της εργασίας, τη μετάβαση από το παραγωγικό στο επικοινωνιακό πράττειν (J.Habermas), τη μετάβαση από την εργασία στη διάδραση και τη μετατόπιση από την παραγωγή υλικών στην παραγωγή μεταυλικών (συμβολικών) αγαθών.⁵¹

Καθώς τα μικρομεσαία στρώματα είναι τοποθετημένα στο ενδιάμεσο των κοινωνικών τάξεων και μεταξύ δύο πόλων, βιώνουν λόγω αυτής της δομικής τους κατάστασης και με πολύ πιο δραματικό τρόπο την ένταση της κοινωνικής τους ύπαρξης. Πόσο μάλλον όταν το ζήτημα της κοινωνικής τους ανέλιξης όπως και της κοινωνικής τους έκπτωσης παραμένει γι' αυτά τα στρώματα πάντα ανοιχτό και επίκαιρο. Εξάλλου η ιδεολογική ρευστότητα του χώρου στον οποίο έχουν εγκλωβισθεί, χαρακτηρίζεται και από την ανυπαρξία παραγωγής αυθεντικών ιδεών, με αποτέλεσμα εύκολα να υιοθετούν αβανγκαρδιστικές και εναλλακτικές αισθητικές και πολιτικές προγραμματικές για να αισθανθούν έτσι τον αντίλαλο της δικιάς τους περιορισμένης ιδεολογικής και κοινωνικής βαρύτητας.⁵²

Μέλη της νέας μικροαστικής τάξης, η οποία στη διάρκεια των εκπαιδευτικών μεταρρυθμίσεων του '60 και '70 αύξησε μεν το μορφωτικό της κεφάλαιο, αποκλείστηκε όμως λόγω ανυπαρξίας τίτλων από την παραγωγή έγκυρης γνώσης,⁵³ στράφηκαν στα New Age κινήματα, επειδή αυτά μπορούσαν να τους προσφέρουν μια «ολιστική αντίληψη» για τη ζωή και τον κόσμο. Μέσω των εκλαϊκευμένων συστημάτων γνώσης που προσέφεραν αυτά τα κινήματα, αίρεται η διαφοροποίηση και η εξειδίκευση που χαρακτηρίζει τα θεσμικά συστήματα παροχής γνώσης.⁵⁴ Όταν όμως αυτά τα συστήματα «διαντιδράσουν» με τις δημόδεις αντιλήψεις για το σώμα, την ψυχή, την ιατρική κ.ο.κ., δηλαδή με την «επιστημολογία των αμύητων» (Moscovici) αποδιαφοροποιούνται (χάνουν την ειδική τους σημασία και μορφή) δίνοντας την εντύπωση πως η «ολιστική αντίληψη» του κόσμου είναι εφικτή.

Σ' αυτό το κλίμα κοινωνικής ρευστότητας και ιδεολογικής αναζήτησης, νέες αντιλήψεις για το σώμα και την ψυχή βρίσκουν επίσης ευνοϊκή απήχηση και σε κοινωνικά στρώματα με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο⁵⁵ όπως είναι τα μεσαία αστικά στρώματα τα οποία εξαιτίας της νέας κοινωνικής χωροθέτησης αναζητούν ταυτότητα. Η ψυχανάλυση είναι μια χαρακτηριστική περίπτωση ταξινόμησης αντιφατικών κομματιών της βιογραφίας αυτών των στρωμάτων⁵⁶, τα οποία, βιώνοντας μια έντονη κοινωνική κινητικότητα, θα πρέπει να παραμένουν λειτουργικά. Η ολιστική αντίληψη για την υγεία προσλήφθηκε επίσης και από ανώτερα μεσαία στρώματα,⁵⁷ τα οποία προσείδαν στο ιδεώδες της High Level Wellness (υψηλό επίπεδο ευεξίας) ένα πεδίο αυτογνωσίας και κοινωνικής αυτοεπιβεβαίωσης, καθώς και της δυνατότητας διαφοροποίησής τους από την υπόλοιπη κοινωνία. Σε συνάρτηση με την απώθηση και αποικειοποίηση παραδοσιακών βióκοσμων η ολιστική αντίληψη για την υγεία με το βιταλιστικό λόγο που την συνοδεύει μπορεί να ερμηνευθεί μόνο με τη σημασία που έδινε ο Carl Schmitt στον πολιτικό ρομαντισμό.⁵⁸ Μια κίνηση που προπαγανδίζει την επιστροφή στις ρίζες και στο αυθεντικό της κοινοτικής πραγματικότητας, μια κίνηση που συνδυάζεται επίσης με την κριτική της σύγχρονης ιατρικής και την επιστροφή στην κοινοτική ιατρική.

Συγχρονιζόμενη αυτή η κριτική με το πνεύμα του πολιτισμικού πεσιμισμού του J.-J.-Rousseau εκλαμβάνει οποιαδήποτε θεσμοποίηση του φυσικού ως εκφυλισμό της ανθρωπίνης αγαθότητας. Εφόσον ο εκφυλισμός προέρχεται από την πα-

ρέμβαση της κοινωνίας, η ιατρική που συνιστά και μια τεχνολογική παρέμβαση διπλασιάζει το κακό.⁵⁹ Η σωτηρία θα προκύψει μόνον από την προσφυγή σε ήπιες θεραπευτικές και σε μέσα που απλόχερα προσφέρει η ίδια η φύση και από την επιθυμία του ατόμου να θεραπευθεί.⁶⁰ Η ίδια η φύση είναι η ενσάρκωση της απόλυτης υγείας. Να το ιδεολογικό υπόβαθρο αυτών των κινήματων: πολιτισμικός πεσιμισμός με μια ισχυρή μερίδα ατομικού βολонταρισμού. Η ρομαντική κριτική στην κοινωνία και στους θεσμούς της (ιατρική) και η ενόραση της κοινωνίας μέσω κατηγοριοποιήσεων της υγείας οδηγεί ιδεολογικά όμως στη φυσιοποίηση της κοινωνίας και στην οργανική κοινότητα (Volksge-meinschaft) των Εθνικοσοσιαλιστών, η οποία ως κοινοκτημοσύνη αγαθών αντιπαράτέθηκε στην εκχρηματισμένη «εβραιο-δυτική εξατομικευτική κοινότητα».⁶¹

Η ρομαντική προσέγγιση της πραγματικότητας προκύπτει και ως αντίδραση σε μια διαδικασία ατομικοποίησης (individualisation) που χαρακτηρίζει την κοινωνική κατάσταση του ατόμου στις υπερδιαφοροποιημένες κοινωνίες και πολύ περισσότερο τα μεσαία κοινωνικά στρώματα, των οποίων η κοινωνική μοίρα καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη θέση τους στην αγορά.⁶² Καθώς η κοινωνικοποίηση γίνεται μέσα από πραγματοποιημένους μηχανισμούς όπως είναι η αγορά, το άτομο αναζητεί δυνατότητες ανασύνδεσής του με τον εαυτό του, με τους άλλους και με τον κόσμο ώστε να εξισοροπήσει την πίεση που δέχεται από την αλλοτριωμένη καθημερινότητα. Πίσω από την επιθυμία ανασύνδεσης που φαίνεται να αποτελεί την εκδίκηση του ζωτικού πάνω στο μηχανικό, του πολιτισμικού πάνω στο οικονομικό, αναδύεται ένα μοντέλο κοινωνικής οργάνωσης με κοινοτικές δομές που δεν θα αλλοτριώνει τον άνθρωπο.⁶³ Η πραγματοποίηση αυτής της κοινοτικής τάξης μπορεί και πρέπει να προέλθει μέσα από απογραφειοκρατικοποιημένες δομές ανασύνδεσης, όπως ομαδική και εναλλακτική ιατρική, ανώνυμοι αλκοολικοί, αυτοδιαχειριζόμενες εταιρείες, σέκτες, συνοικιακές επιτροπές, ομάδες αυτοβοήθειας κ.λπ.⁶⁴ Στις παρυφές αυτής της πολιτισμικής παλινδρόμησης (regression) αναπτύχθηκε από τις «ομάδες συνειδητοποίησης» του Οικοφεμινισμού και μια «σωματική πολιτική» με στόχο την επανασύνδεση του (γυναικείου) σώματος και της υγείας με το «παγκόσμιο σώμα», δηλαδή τη γη.⁶⁵

Σ' ένα άλλο επίπεδο η ενασχόληση με τον εαυτό, η επιμέλεια του εαυτού, περιεχόμενα της αντίληψης για την υγεία στα μεσοαστικά στρώματα, προβάλλεται και ως σημείο κοινωνικής ανωτερότητας και κοινωνικής οριοθέτησης απέναντι σ' εκείνους, οι οποίοι επειδή πρέπει να εργάζονται ή να υπηρετούν άλλους, ούτε τη δυνατότητα ούτε το χρόνο έχουν να ασχοληθούν με τον εαυτό τους.⁶⁶ Αν λάβει κανείς υπόψη πως το αντικείμενο του ελεύθερου χρόνου σήμερα περιστρέφεται σε σημαντικό βαθμό γύρω από την επιμέλεια και τη φροντίδα του εαυτού, η δυνατότητα αυτή (περιποίηση σώματος, ταξίδια αναψυχής, τουρισμός κ.ο.κ.) γίνεται ένα status που υποδηλώνει την κοινωνική καταγωγή και αξιώνει αντίστοιχη κοινωνική αναγνώριση.

Συμπέρασμα

Σε μεγάλο βαθμό η υγεία εξαρτάται από δεδομένα της κοινωνικής δομής, όπως κοινωνικοποίηση και κοινωνικό κεφάλαιο.

Ωστόσο η «ανεπαρκής» κοινωνικοποίηση και η άνιση κατοχή κοινωνικού κεφαλαίου μπορούν να σχετικοποιήσουν την ατομική ευθύνη στην εμφάνιση μιας ασθένειας, δεν μπορούν όμως να δώσουν μια συνολική απάντηση στο πρόβλημα, επειδή υποβαθμίζεται ο άνισος καταμερισμός των κινδύνων για την υγεία όπως και οι ανισότητες στις δυνατότητες αποκατάστασης της υγείας, και επειδή πάλι η απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων ανάγεται σε διαφορετικές ατομικές επιδόσεις. Παρόλα αυτά η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου και της διαφορικής κοινωνικοποίησης είναι καλά μεθοδολογικά εργαλεία για να εξετάσει κανείς συμπεριφορές και στάσεις που ευνοούν την εκδήλωση ασθένειας κυρίως στα μεσαία κοινωνικά στρώματα.

Η ύπαρξη κοινωνικού κεφαλαίου από την άλλη, φαίνεται να ευνοεί μια κατάσταση όπου η υγεία και οι αντιλήψεις που διαμορφώνονται γύρω απ' αυτήν να υποστασιοποιούνται και να μετατρέπονται σε πεδίο κοινωνικού αυτοπροσδιορισμού και προβολής μεσαίων αστικών στρωμάτων, τόσο στην κατεύθυνση κοινωνικής οροθέτησης απέναντι σε άλλα κοινωνικά στρώματα όσο και στην κατεύθυνση ανάδειξης μηχανισμών αυτοελέγχου.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

1. Parsons 1961, σ. 11.
2. Parsons 1984, σ. 57 κ.ε. Ο ρόλος του ασθενούς ισχύει όχι μόνον για τις περιπτώσεις οξείας ασθένειας αλλά και για τις περιπτώσεις χρόνιων νόσων. Για τον T.Parsons, ο οποίος ας σημειωθεί έπασχε ο ίδιος από διαβήτη, ο ρόλος του ασθενούς, αν και τροποποιημένος συνοδεύει το άτομο και στην περίπτωση της χρόνιας νόσου, όπου αυτό, ενώ αποδεσμεύεται από συγκεκριμένες υποχρεώσεις που απορρέουν από το ρόλο του ασθενούς, θα πρέπει να ανταποκρίνεται σε άλλες. Βλ. Gehrhardt 1991, σ.181. Ίσως η έννοια της καταλληλότητας στο στρατό και η απαλλαγή από συγκεκριμένα καθήκοντα, χωρίς αυτό να σημαίνει την απαλλαγή από τη στρατιωτική θητεία, να δίνει καλύτερα το μέτρο αυτού του ρόλου. Συμφωνούμε με τις κριτικές που γίνονται στον Parsons πως η έννοια του ρόλου είναι αρκετά ανιστορική, καθώς αγνοούνται ή υποβαθμίζονται βασικές ιδιότητες του ατόμου, όπως κοινωνική τάξη, εθνότητα, φύλο κ.ο.κ. Ωστόσο αυτό που ενδιαφέρει τον Parsons είναι η διατήρηση του συστήματος και απ' αυτή την οπτική διαγράφει με σαφήνεια δεσμεύσεις και προσδοκίες που απορρέουν για το άτομο από το ρόλο ή τους ρόλους. Από την άλλη η έννοια του ρόλου και ο προσδιορισμός της ασθένειας ως συστήματος ρόλων απεγκλώβισε την υγεία από τον βιολογισμό, αναδεικνύοντας τις κοινωνικές σχέσεις που διέπουν την ιατρική.
3. Βλ. σχετικά Navarro 1976, σ. 207 κ.ε.
4. Για την περίπτωση του AIDS βλ. Pollak 1987, σ. 340.
5. Blanke/Kania 1996, σ. 517.
6. Häussermann 1997, σ. 16.
7. Βλ. Townsend 1964, σ. 89 κ.ε.
8. Offe 1970, σ. 43 κ.ε.
9. Grawford 1986, σ. 375 κ.ε.
10. Σχετικά Rommel 1994, σ. 426-428.
11. Για την κοινωνιογενετική προέλευση των έξεων (habitus) βλ. Μπουρντιέ 1994, σ. 78 και σ. 79.
12. Hildebrandt 1992, σ. 84.
13. Anderson 1986, σ. 339 κ.ε.
14. Townsend 1987, σ. 89.
15. Κυρίοπουλος/Νάκας 1994, σ. 180.
16. Κυρίοπουλος/Νάκας 1994, σ. 218.

17. Βλ. Bolte1984, σ. 228 κ.ε.
18. Τριχόπουλος 1982, σ. 139.
19. Syme/Berkman 1986, σ. 29, και Τριχόπουλος 1982, σ. 139
20. Βλ. Wotschak 1980, σ. 89 κ.ε.
21. Βλ. ΕΚΚΕ 1988, σ. 235.
22. Βλ. Bolte/Hradil 1984, σ. 229.
23. Τριχόπουλος 1982, σ. 140.
24. Βλ. Pilgrim/Rogers 1997, σ. 13.
25. Βλ. Pilgrim/Rogers 1997, σ. 13 κ.ε.
26. Adorno 1974, σ. 50.
27. Kohn 1981, σ. 205 κ.ε.
28. Βλ. Pilgrim/Rogers 1997, σ. 15.
29. Hildebrandt 1992, σ. 125 κ.ε. Μια άκριτη υιοθέτηση αυτών των στοιχείων εύκολα μπορούν να καταστήσουν τό άτομο και την συμπεριφορά του, το θύμα δηλαδή ως τον κύριο υπεύθυνο για την εμφάνιση μια ασθένειας, στην προκείμενη περίπτωση του καρκίνου. Βλ. για τις αντιφάσεις αυτής της επιχειρηματολογίας Ryan 1971, παντού, και Beauchamp 1976, σ. 7 κ.ε.
30. ΕΚΚΕ 1988, σ. 113.
31. Rifkin 1996, σ. 329.
32. Sieverding 1998, σ. 486.
33. «Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα», στο: *Σύγχρονα Θέματα*, τχ. 25. 1986, σ. 14-15.
34. Herzlich 1973, παντού.
35. Blaxter/Patterson 1982, σ. 29.
36. Σχετικά Porter 1993, σ. 17 κ.ε.
37. Hardery 1998, σ. 34 κ.ε.
38. Ντάβου/Χρηστάκης 1994, σ. 131.
39. Σύμφωνα με την έρευνα που διεξήχθη στις ΗΠΑ απ' όπου και τα στοιχεία. Βλ. Koos 1984, σ. 304 κ.ε.
40. Βλ. Mechanic 1969, σ. 191 κ.ε.
41. Dörner 1995, σ. 37 και σ. 45.
42. Βλ. Σόνντακ 1993, παντού.
43. Βλ. Zickendraht 1991, σ. 14 κ.ε.
44. Κοινωνική αναπαράσταση είναι σύμφωνα με τον S.Moscovici η «επιστημολογία» των αμύητων, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο οι απλοί άνθρωποι προσλαμβάνουν την πραγματικότητα προσβάλλοντας έμμεσα την εγκυρότητα του γνωστικού συστήματος. Μ' αυτή την έννοια στην κοινωνική αναπαράσταση, η αμύητη σκέψη εμφανίζεται ανταγωνιστική της επιστημονικής. Moscovici 1995, σ. 74 και
45. Herzlich 1995, σ. 169.
46. Στους «πρακτικούς της καλλιέργειας του εαυτού» θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν κομμωτές, αισθητικοί, διαιτολόγοι, γυμναστές κ.ά., οι οποίοι είναι σε μεγάλο βαθμό αυτοδίδακτοι και συμπληρωματικά έχουν παρακολουθήσει «τεχνικά μαθήματα» όπως στη σχολή του Επίκτητου. Βλ. Foucault 1992, σ. 75.
47. Hobsbaum 1996, σ. 354.
48. Τσαλίκης 1996, σ. 54.
49. Βλ. Bourdieu 1996, σ. 579 και σ. 581.
- 50.-51. Ασκώντας κριτική στον ανδροκρατούμενο χώρο της ιατρικής το φεμινιστικό κίνημα ευνόησε επίσης την επιστροφή στο σώμα, σε μη ορθόδοξες θεραπευτικές πρακτικές και πρακτικές αυτοθεραπείας. Wilkinson/Kitzinger 1994, σ. 129.
52. Οι ανακατάξεις αυτές οδήγησαν σύμφωνα με τον A.Touraine στη μετα-βιομηχανική κοινωνία. Βλ. Touraine 1986, σ. 23.
53. Bourdieu 1996, σ. 539.
54. Στο ίδιο, σ. 582.
55. Campbell 1978, σ. 146 κ.ε.
56. Hardey 1998, σ. 14.
57. Μπέργκερ 1983, σ. 78.
58. Hildebrandt 1992, σ. 128.

59. Jütte 1996, σ. 60.
60. Herzlich 1995, σ. 171.
61. Βλ. και Hardey 1998, σ. 16.
62. Βλ. Αντόρνο 1987, σ. 39 και σ. 53.
63. Beck 1996, σ. 211 και σ. 212. Μάλιστα στον αστερισμό της ευέλικτης παραγωγής που χαρακτηρίζει το «μεταφορντισμό» αυτά τα στρώματα βρίσκονται σε μια κατάσταση συνεχούς εγρήγορσης ώστε να επαναποκτήσουν δεξιότητες που υποβαθμίστηκαν, να αναβαθμίσουν τίτλους που απαξιώθηκαν, να ανανεώσουν γνώσεις που αναθεωρήθηκαν κ.ο.κ. και να παραμείνουν ανταγωνιστικά στην αγορά. Είναι κατά κάποιο τρόπο καταδικασμένα σε μια δια βίου εκπαίδευση.
64. Bolle de Bal 1997, σ. 174.
65. Στο ίδιο, σ. 176.
66. Heller 1993, σ. 140.
67. Foucault 1992, σ. 71.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adorno, Th., *Aufsätze zur Gesellschaftstheorie und Methodologie*, Frankfurt 1974.
- Αντόρνο, Τ./Χορκχάιμερ, Μ., *Κοινωνιολογία. Εισαγωγικά δοκίμια*. (Έκδοση του Ινστιτούτου Κοινωνικών Ερευνών της Φρανκφούρτης), Αθήνα 1987.
- Anderson, C.-H., *Προς μια νέα κοινωνιολογία*, Αθήνα 1986.
- Beauchamp, D.-E., «Public health as social justice», στο: *Inquiry* 13. 1976.
- Beck, U., *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Frankfurt 1996.
- Μπέργκερ, Π.-Λ., *Πρόσκληση στην Κοινωνιολογία*, Αθήνα 1983.
- Blanke, B./Kania, H. «Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik», στο: *Leviathan* 4.1996.
- Blaxter, M./Patterson, E., *Mothers and Daughters: A Tree Generational Study Of Health, Attitudes and Behaviour*, London 1982.
- Bolle de Bal, M. «Η ψυχοκοινωνιολογία ενός ταυτοτικού ζητήματος: έθνος, υπερεθνικότητα και υποεθνότητες», στο: Ναυρίδης, Κ./Χρηστάκης, Ν. (επιμ.), *Ταυτότητες. Ψυχοκοινωνική συγκρότηση*, Αθήνα 1997.
- Bolte, K./Hradil, S., *Soziale Ungleichheit in der Bundesrepublik Deutschland*, Opladen 1984.
- Μπουρντιέ, Π., *Κείμενα Κοινωνιολογίας*, Αθήνα 1994.
- Bourdieu, P., *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*, Frankfurt 1996.
- Bourdieu, P., *Die feinen Unterschiede. Kritik der Urteilskraft*, Frankfurt 1996.
- Cambell, C. «The Secret Religion of the Educated Classes», στο: *Sociological Analysis* 39.1978.
- Dörner, C., *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*, Frankfurt 1995.
- EΚΚΕ (εκδ.), *Υγεία και ελληνική κοινωνία. Εμπειρική έρευνα*, Αθήνα 1988.
- Gehrhardt, U., *Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie*, Frankfurt 1991.
- Grawford, R., «Individual Responsibility and Health Politik», στο: Conrad, P./Kern, R. (επιμ.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, New York 1986.
- Hardey, M., *The Social Context of Health*, Philadelphia 1998.
- Häussermann, H. «Armut in den Grosstädten-eine neue städtische Unterklasse?», στο: *Leviathan* 25.1997.
- Herzlich, C., *Health and Illness. A social psychological Analysis*, London 1973.
- Herzlich, C. «Κοινωνική αναπαράσταση της υγείας και της ασθένειας και η δυναμική τους στο κοινωνικό πεδίο», στο: Παπαστάμου, Σ./Μαντόγλου, Α. (επιμ.), *Σύγχρονες έννοιες στην κοινωνική ψυχο-*

λογία. Κοινωνικές αναπαραστάσεις, Αθήνα 1995.

Hidebrandt, H., *Gesundheitsbewegungen in den USA. Neue Initiativen im «anderen Amerika»*, Opladen 1992.

Heller, C. «Φεμινισμός, Οικολογία και η εξέλιξη της Σωματικής Πολιτικής», στο: *Κοινωνία και Φύση* 3.1993.

Hobsbaum, E.-J., *Η εποχή του κεφαλαίου (1848-1875)*, Αθήνα 1996.

Foucault, M. «Η ερμηνευτική του υποκειμένου», στο: *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών* 9.1992.

Jütte, R., *Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute*, München 1996.

Kohn, M., *Persönlichkeit, Beruf und soziale Schichtung*, Stuttgart 1981.

Koos, L. «Krankheit in Regionville», στο: *Mitscherlich. A. (επιμ.), Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Frankfurt 1984.

Kühn, H., «Macht und Gesundheit», στο: *Leviathan* 24.1996.

Κυριόπουλος, Γ./Νιάκας, Δ., *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής της Υγείας*, Αθήνα 1994.

Mecanic, D. «Illness and Cure», στο: Kosa, J. (επιμ.), *Povetry and Health*, New York 1969.

Mosconici, S. «Η εποχή των κοινωνικών αναπαραστάσεων», στο: Παπαστάμου, Σ./Μαντόγλου, Α. (επιμ.), *Σύγχρονες έννοιες στην κοινωνική ψυχολογία. Κοινωνικές αναπαραστάσεις*, Αθήνα 1995.

Navarro, V. «Die Struktur des monopolistischen Sektors und seine Bedeutung für das Gesundheitswesen», στο: *Argument* 1976, τομ.1 (Jahrbuch für kritische Medizin), Berlin 1976.

Ντάβου, Μ./Χρηστάκης, Ν., *Τα παιδιά μιλούν για την υγεία και την ασθένεια*, Αθήνα 1994.

Offe, C., *Leistungsprinzip und individuelle Arbeit*, Frankfurt 1970.

Parsons, T., «Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse», στο: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 3.1961.

Parsons, T., «Definition und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas», στο: Mitscherlich, A. (επιμ.), *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*, Frankfurt 1984.

Pilgrim, D./Rogers A., *A Sociology of Mental Health and Illness*, Philadelphia 1997.

Pollak, M. «AIDS. Risikomanagement unter widersprüchlichen Zwängen. Reaktionen und Verhaltensänderungen unter französischen Homosexuellen», στο: *Journal Für Sozialforschung* 3/4.1987.

Porter, R., *Disease, medicine and society in England, 1550-1860*, Cambridge 1993.

Rifkin, J., *Το τέλος της εργασίας και το μέλλον της. Η δύση του παγκόσμιου εργατικού δυναμικού και το χάραμα της μετά-την-αγορά εποχής*, Αθήνα 1996.

Rommel, Ch. «Die Präventionsmedizin und das Unbehagen an der Ganzheitlichkeit: Gesundheitspflicht oder Salutogenese?», στο: Wessel, K.-F. (επιμ.), *Herkunft, Krise und Wandlung der modernen Medizin*, Bielefeld 1994.

Ryan, W., *Blaming the Victim*, New York 1971.

Σόντακ, Σ., *Η νόσος ως μεταφορά. Το AIDS και οι μεταφορές του*, Αθήνα 1993.

Sieverding, M. «Sind Frauen weniger gesund als Männer? Überprüfung einer verbreiteten Annahme anhand neuerer Befunde», στο: *Kölner Zeitschrift Für Soziologie und Sozialpsychologie* 3.1998.

Syme, L.-S./Berkman, L.-F. «Social Class, Susceptibility, and Sickness», στο: Conrad, P./Kern, R. (επιμ.), *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives*, New York 1986.

Touraine, A. «Krise und Wandel des sozialen Denkens», στο: Berger, J. (επιμ.), *Die Moderne-Kontinuitäten und Zäsuren (Soziale Welt*, τχ. 4.1986), Göttingen 1986.

Townsend, P. «Discussion for: R.Firth, Family and Kindship in Industrial Society», στο: *The Sociological Review* 8.1964.

Townsend, P. «Poor Health», στο: Walker, A./Walker, S (επιμ.), *The Crowding Divide: A social Audit 1979-1987*, London 1987.

Τσαλίκης, Γ. «Η αμφιδέξια πολιτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας», στο: Κυριόπουλος, Γ./Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Αθήνα 1996.

Τριχόπουλος, Δ., *Επιδημιολογία. Αρχές-Μέθοδοι-Εφαρμογές*, Αθήνα 1982.

Wilkinson, S./Kitzinger, C., «Towards a feminist approach to breast cancer», στο: Wilkinson, S./Kitzinger, C. (επιμ.), *Women and health: Feminist Perspectives*, London 1994.

Wotschak, W. «Integrierte Beurteilungsanalyse industrieller Arbeitsstätten. Über das Verhältnis von medizinischer Stressforschung und Arbeitsbelastungsanalyse», στο: *Argument* 1980, τομ.6 (*Jahrbuch für kritische Medizin*), Berlin 1976.

Βιβλιοκρισίες

Βιβλιοπαρουσιάσεις

Ο ΛΑΚΑΝ ΚΑΙ Η ΡΙΖΟΣΠΑΣΤΙΚΗ
ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ: ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ
ΑΡΙΣΤΕΡΑ
με αφορμή το βιβλίο
του Γιάννη Σταυρακάκη
LACAN AND THE POLITICAL
(London and New York: Routledge, 1999)

Αλέξανδρος Κιουπκιολής

Η ΔΙΑΡΚΗΣ συρρίκνωση της κοινωνικής και πολιτικής απήχησης της Αριστεράς τα τελευταία χρόνια έχει αναντίλεκτα τα εξωγενή της αίτια. Στη Δύση, η αναδιαρθρούμενη καπιταλιστική οικονομία παρήγε κατά τις τελευταίες δεκαετίες αρκετό πλούτο ώστε αυτός διαχεόμενος σταδιακά και εν μέρει «προς τα κάτω» να εξασφαλίζει για τα ηγεμονικά στρώματα μια ευρεία υποστήριξη από τη διογκούμενη μεσαία τάξη. Η τελευταία, δικαίως ίσως, θεωρεί πια το κρατούν οικονομικό σύστημα –στις κεντρικές παραμέτρους του– ως το πλέον ή το μόνο αποδεδειγμένα αποτελεσματικό στην κατεύθυνση της ταχείας υλικοτεχνικής ανάπτυξης και ευμάρειας. Αλλά και από μια λιγότερο οικονομίστικη σκοπιά, το κοινωνικοπολιτικό πρότυπο που διαμόρφωσαν μεταπολεμικά οι δυτικές κοινωνίες εμφανίζεται ιδεολογικά ηγεμονικό και αναμφισβήτητο στις θεμελιακές του συνιστώσες. Το εκκοσμηκευμένο κράτος δικαίου, οι συνταγματικά κατοχυρωμένες ατομικές και κοινωνικές ελευθερίες και οι θεσμοί της αντιπροσωπευτικής, πλουραλιστικής δημοκρατίας προβάλλουν ως το πλέον κατάλληλο πλαίσιο για να πραγματώσουν ιστορικά τις αξίες της ελευθερίας, τον βασικό αξιακό πόλο της νεωτερικότητας, και της ισότητας ως ανεκτικότητας και σεβασμού της ιδεολογικής, πολιτισμικής κ.ά. διαφοράς, αρχές που είναι περισσότερο αναγκαίες παρά ποτέ στις σημερινές πολυπολιτισμικές και βαθειά διαφοροποιημένες κοινωνίες. Για μια Αριστερά της ανατροπής, της ριζοσπαστικής κοινωνικής αλλαγής στα πεδία της οικονομίας, της πολιτικής, της κοινωνίας των πολιτών, είναι επόμενο να μη μένουν πολλά ιδεολογικοπολιτικά περιθώρια. Το ίδιο όμως ισχύει ουσιαστικά και για μια Αριστερά των μεταρρυθμίσεων εντός των ορίων του κυρίαρχου κοινωνικού προτύπου. Η μη διακρίτοτητα της θέσης της από το ηγεμονικό μοντέλο καθώς και η αφομοιωσιμότητα των χρησιμότητων για την ίδια τη νεοφιλελεύθερη συναίνεση ‘εκουγχρονιστικών’ αιτημάτων της δημιουργούν απορίες για το αν όντως υφίσταται –ως πολιτικά και κοινωνικά αυτόνομη οντότητα, ιδιαίτερη και χωριστή από το ηγεμονικό μπλοκ– ή, για κάποιες περιπτώσεις όπου φαίνεται να υπάρχει ως ανεξάρτητη δύναμη, θέτει εν αμφιβόλω το νόημα της αυτόνομης παρουσίας της και τη σκοπιμότητα ενίσχυσής της, υποσκάπτοντας έτσι και στην πράξη μια ισχυρή αυτοδύναμη ύπαρξή της.

Τα αίτια της καθίζησης είναι, όμως, και καθαρώς ενδογενή. Πέρα από την Αριστερά εκείνη που αφανίζεται και κατ’ ουσίαν και ως πολιτικός σχηματισμός ταυτιζόμενη με το κατεστημένο, η εναπομείνασα μη καθεστωτική Αριστερά αδυνατεί ακόμη να συσπειρωθεί σε ενιαίο, πολυτασικό πολιτικό σχήμα μιας άλλης δυναμικής και ενός ευρύτερου ριζώματος στην κοινωνία, καθώς και να συγκροτήσει τον αναγκαίο για μια τέτοια συσπείρωση και κοινωνική απήχηση ιδεολογικό λόγο. Για να ξεπεραστεί τόσο ο κινδύνος της αφομοίωσης από το κυρίαρχο κοινωνικό πρότυπο που ελλοχεύει στην υπεράσπιση μερικών, άμεσων (αναδιανεμητικών, πολιτισμικών κ.ά.) κοινωνικών αιτημάτων όσο και η άγονη πολιτικά στάση της υπεράσπισης ουτοπικών οραματισμών, απόμακρων από τις σύγχρονες ανάγκες

και ευρύτερα ανεδαφικών και μη πειστικών, η λύση για την Αριστερά σήμερα βρίσκεται ίσως στην ένταξη των μερικών, ζωντανών αιτημάτων του σήμερα σε ένα ευρύτερο εναλλακτικό πρόταγμα που θα έχει στέρεες ρεαλιστικές βάσεις, έχοντας συγκροτηθεί με γνώμονα τη γενικότερη ιστορική εμπειρία και την ανάλυση της κοινωνίας.¹ Για την κατάκτηση μιας νέας κοινωνικής δυναμικής απαιτείται ένας ιδεολογικός λόγος ριζοσπαστικός - εναλλακτικός, ώστε να επιτρέψει τη διατήρηση της ταυτότητας και διακριτότητας της Αριστεράς από άλλες πολιτικές δυνάμεις, οραματικές, ώστε να μπορεί να εμπνεύσει και να ελκύσει, αλλά και βασισμένους σε υπαρκτές ανάγκες και γενικότερα εμπειριστατωμένους και ρεαλιστικούς, ώστε να ευνοείται από τις ιστορικές συνθήκες, να έχει δυνατότητες πραγμάτωσης και να είναι πειστικός.

Εδώ είναι αναγκαίο ένα διαφορετικό δίδαγμα από τη μαρξιστική Αριστερά και τα ιστορικά πεπραγμένα της, ένα δίδαγμα που θα εστιάζει όχι στα αίτια της αποτυχίας της, αλλά της αρχικής πολιτικής επιτυχίας της και της ηγεμονίας της ειδικότερα στο χώρο της ριζοσπαστικής αριστερής πολιτικής. Γιατί είναι στον ίδιον τον Μαρξ που συναντάμε το πάντρεμα αφενός ενός «μυθικού και ουτοπικού» οραματικού λόγου, με κομβικό σημείο αναφοράς το ελκυστικό όραμα μιας άλλης, κομμουνιστικής, ελευθέρης και «ανθρώπινης» κοινωνίας, και αφετέρου της επιδίωξης να ερειδεται αυτή η εναλλακτική στην τεκμηριωμένη ανάλυση της ιστορίας, της δομής της κοινωνικής ζωής και των υπαρκτών κοινωνικών αναγκών. Και ήταν αυτό το εκρηκτικό μείγμα του οραματικού με το επιστημονικό και ρεαλιστικό στο μαρξιστικό πολιτικό πρόταγμα, που, μαζί βέβαια με πολλούς άλλους παράγοντες, μπόρεσε να μιλήσει πειστικά σε συνειδήσεις, να τις μετασχηματίσει και να τις κερδίσει μαζικά. Παρά την κραταιά ηγεμονία του κοινωνικοπολιτικού μοντέλου με θεμελιακούς άξονες την οικονομία της αγοράς, το φιλελεύθερο κράτος και την αντιπροσωπευτική δημοκρατία, τόσο από ρεαλιστική, ιστορικο-κοινωνική όσο και από μια περισσότερο κανονιστική σκοπιά, μια ριζοσπαστική Αριστερά συνεχίζει να έχει λόγο ύπαρξης. Η ιστορία δεν έχει τελειώσει. Ο παγκοσμιοποιημένος καπιταλισμός, ενισχυμένος από την κρατούσα νεοφιλελεύθερη συναίνεση, καθώς και η επαναστατική δυναμική που δίνει στην τεχνολογική ανάπτυξη εξακολουθούν να γεννούν νέους κοινωνικούς τριγμούς με απρόβλεπτες συνέπειες. Κοινωνικές σχέσεις και συμβόλαια κοινωνικής ειρήνης του παρελθόντος αποσαρθρώνονται για να διευκολύνουν το «άνοιγμα», δηλ. την απορρύθμιση, των αγορών. Η προϊούσα επέκταση της ισχύος του κορπορατιστικού κεφαλαίου σε διεθνή κλίμακα έχει ήδη γεννήσει τις αντίρροπες δυνάμεις που αντιστέκονται (για την ώρα, κυρίως διαδηλώνοντας) ενάντια στο ίδιο το γεγονός της πρωτοφανούς ενίσχυσης της εξουσίας του κεφαλαίου ως εξέλιξη που υπονομεύει ακόμη περισσότερο τη δημοκρατία, καθώς και στις επιμέρους εκφάνσεις - συνέπειές της: διάλυση των υπαρχόντων ιστών κοινωνικής ασφάλειας, καταστροφική του περιβάλλοντος κλπ. Οι ανοικτές και σφοδρές κοινω-