

Η διαχειριστική/διοικητική προσέγγιση στο πρόβλημα της ψυχιατρικής και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων

Η διαχείριση της ψυχικής αρρώστιας μέσω του εγκλεισμού και του κοινωνικού ελέγχου και το αίτημα της χειραφέτησης στο κατώφλι του 2000

Η λέξη «διαχείριση» χρησιμοποιείται από καιρό για να περιγράψει ένα ορισμένο είδος πολιτικών και κοινωνικών πρακτικών. Ως όρος, η «διαχείριση» ανταποκρίνεται και σε ορισμένες ψυχιατρικές πρακτικές που έχουν σχέση όχι μόνο με τη λειτουργία των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, αλλά και με την ίδια τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων.

Η «διαχείριση» αναφέρεται σε μια «τεχνολογία» παρεμβάσεων στο κοινωνικό και πολιτικό πεδίο που έχουν σκοπό να συντηρήσουν την κατεστημένη κατάσταση, να πνίξουν τις αντιφάσεις που τη διαπερνούν και την απειλούν με αταξία ή ανατροπή. Τέτοιες, γνωστές σε όλους, πρακτικές, στο ιδεολογικό και στο πολιτικό πεδίο, περιλαμβάνουν, ταυτόχρονα, διαδοχικά και/ή εναλλακτικά: τον κατακερματισμό και την απομόνωση κοινωνικών ομάδων και των προβλημάτων τους από το ταξικά διαρθρωμένο κοινωνικό τους είναι. Την επιλεκτική αντιμετώπιση ορισμένων απ' αυτά στη βάση της ιδιαιτερότητάς τους. Την ενσωμάτωση και αφομοίωση στις κρατούσες εξουσιαστικές πρακτικές ενός μέρους των αντίθετων απόψεων, με την ανοιχτή ή λαθραία αλλοίωση του αυθεντικού περιεχομένου τους· με την προώθηση πρακτικών του τύπου των πυροσβεστικών ενεργειών, όταν το δίκτυο του κοινωνικού ελέγχου, συχνά-πυκνά, βραχυκυκλώνεται· με σύνθετες παρεμβάσεις που εκτείνονται στο ιδεολογικό, το προνοιακό και το κατασταλτικό πεδίο.

Αν και οι σημερινοί «διαχειριστές» (τα σοσιαλδημοκρατικά, συνήθως, κόμματα, οι λειτουργοί και οι «οργανικοί» τους διανοούμενοι), που έλκουν την καταγωγή τους από τις διάφορες αποχρώσεις της ρεφορμιστικής (μεταρρυθμιστικής) παράδοσης του εργατικού κινήματος, αποτελούν πλέον στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες τις κυβερνήσεις (δηλαδή διαχειρίζονται το κράτος και τα συμφέροντα) του κεφαλαίου, πολύ λίγοι απ' αυτούς αποδέχονται να χαρακτηρίζονται ως αυτό που είναι, δηλαδή ως απλοί διαχειριστές της υπάρχουσας, καπιταλιστικής τάξης πραγμάτων. Γι' αυτό συνήθως η διαχειριστική προσπάθεια αυτο-παρουσιάζεται ως η φωνή του «ορθού λόγου» ή ως ο «τρίτος δρόμος» ανάμεσα στα «άκρα»¹. Παρά την προσπάθεια να ενδυθεί το μανδύα μιας δήθεν τεχνοκρατικής ουδετερό-

Ο Θεόδωρος Μεγαλοοικονόμου είναι ψυχίατρος στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών

τητας, η διαχειριστική πρακτική πολύ απέχει από το να αποτελεί μια ουδέτερη στάση ανάμεσα ή πάνω από τις κοινωνικές αντιφάσεις. Φαίνεται, μάλιστα, ότι το σύγχρονο μάνατζμεντ, βασική μορφή οργάνωσης της σύγχρονης ευέλικτης, μεταφορντικού τύπου επιχείρησης, αποτελεί το πρότυπο, τη μήτρα, με όλες τις αναγκαίες διαμεσολαβήσεις, του πολιτικού και ιδεολογικού μάνατζμεντ των κοινωνικών αντιφάσεων, τον κατευθυντήριο άξονα της οργάνωσης των μηχανισμών του κοινωνικού ελέγχου. Τα άκρα ανάμεσα στα οποία ακροβατεί η διαχειριστική προσπάθεια είναι, από τη μια, οι παλιές μορφές κοινωνικού ελέγχου, που δεν μπορούν πια να πείσουν, έχουν χάσει την ιστορική νομιμοποίησή τους (θεωρούνται ξεπερασμένες, ανεπαρκείς για τις νέες ανάγκες, ενώ συχνά η εμμονή σ' αυτές θα έθετε σε κίνδυνο όλο το σύστημα των παγιωμένων συμφερόντων), αλλά που το έδαφός τους (το σύστημα των κατεστημένων ταξικών σχέσεων) ο διαχειριστής το θεωρεί αμετακίνητο, πάνω σ' αυτό πατάει ο ίδιος και αυτό υπερασπίζεται με τους χειρισμούς του. Από την άλλη, έχει απέναντί της μορφές αμφισβήτησης της κρατούσας κατάστασης, νέες κοινωνικές προτάσεις, που είναι φορείς νέων, ανατρεπτικών περιεχομένων και όχι απλώς μιας μεταβολής στη μορφή ή και μιας απλής νέας ονομασίας αναπαλαιωμένων πρακτικών. Ο εξορθολογισμός, που η διαχειριστική πρακτική επικαλείται ότι είναι φορέας του, αντιστρατεύεται και καταπολεμά τις παρωχημένες μορφές και πρακτικές μόνο στο βαθμό που αυτό επιτρέπει μια μεγαλύτερη επάρκεια και αποτελεσματικότητα μέσα σε μια μεταβαλλόμενη κοινωνία, όπου νέες αντιφάσεις, νέες ανάγκες και νέα προβλήματα αναδύονται και, επίσης, στο βαθμό που αυτό τη βοηθά να αντιστρατεύεται και να καταπολεμά τα νέα περιεχόμενα που απειλούν την κατεστημένη τάξη πραγμάτων. Όλο και περισσότερο συχνά, ωστόσο, η εκσυγχρονιστική, «ορθολογική» διαχείριση, για να αντιμετωπίσει την απειλή ανατροπής της υπάρχουσας τάξης πραγμάτων, καταφεύγει στην κινητοποίηση, τη συμμαχία και την ενσωμάτωση στις γραμμές της των «ανορθολογικών», «παρωχημένων» μορφών και πρακτικών, που από τον αγώνα για την υπέρβασή τους υποτίθεται ότι αντλεί τη νομιμοποίησή της.

Ετσι, μπορούμε να πούμε ότι οι σύγχρονες μορφές των κοινωνικών αντιφάσεων, για να γίνει δυνατή η ρύθμισή τους και να αποφεύγεται η έκρηξή τους, δημιουργούν την ανάγκη ενός κοινωνικού μάνατζμεντ, που οδηγεί στην κατασκευή των αντίστοιχων ιδεολογικών και κοινωνικών πρακτικών, προκειμένου να διασφαλιστεί η κατεστημένη κοινωνική τάξη, ο κατεστημένος Λόγος, η κατεστημένη Κανονικότητα. Συμπερασματικά, λοιπόν, η λεγόμενη διαχείριση, το κοινωνικό μάνατζμεντ, δεν είναι κάτι ουδέτερο, είναι φορέας συγκεκριμένης ιδεολογίας, είναι η οργάνωση μιας ιστορικά συγκεκριμένης κοινωνικής, ταξικής πρακτικής.

Στο χώρο της ψυχικής υγείας η έννοια της διαχείρισης, όσο κι αν ξενίζει όταν την αρθρώνουμε, δεν είναι καθόλου ξένη με την επικρατούσα θεραπευτική πρακτική. Καταρχήν στο κλινικό πεδίο, διαχειριστική προσέγγιση υπάρχει παντού όπου παραγνωρίζεται ή καταπνίγεται η αντίφαση που αντιπροσωπεύει η ψυχική οδύνη, η αρρώστια προς όφελος αλλότρωων σκοπιμοτήτων, που έχουν να κάνουν με τις εξαρτήσεις της ψυχιατρικής από τη λειτουργία της ως φορέα που συμβάλλει στην Κοινωνική Τάξη. Διαχειριστική προσέγγιση υπάρχει όταν οι ακυρωμένες και μεταμφιεσμένες σε συμπτώματα ανάγκες του ψυχικά πάσχοντα αγνοούνται και το αίτημά του (όπως κι αν αυτό εκφράζεται) ανάγεται, α priori, στη σφαίρα του ακατανόητου και του επικίνδυνου. Όταν η οδύνη του, ως υποκειμένου που πά-

σχει, μετατρέπεται σε «αντικείμενο» — σ' ένα αφηρημένο άθροισμα σημείων και συμπτωμάτων και σε αντικείμενο θεραπευτικών τεχνικών κάθε είδους.

Ο ψυχικός πόνος της τρέλας, που το 19ο αιώνα μορφοποιήθηκε στη θετικιστική κατασκευή της «ψυχικής αρρώστιας», έγινε στις μέρες μας «διαταραχή». Αυτές οι διαδοχικές αλλαγές «ονόματος» δεν έχουν να κάνουν μόνο με τις μεταβαλλόμενες αντιλήψεις, τις θεωρίες και την έρευνα για τη φύση της ψυχικής οδύνης, αλλά επίσης και με τις ανάγκες ελέγχου και διαχείρισής της. Είναι ιδιαίτερα εύγλωττη, απ' αυτή την άποψη, η επιλογή που έγινε από τους Αμερικανούς (γεννήτορες του γνωστού ταξινομικού συστήματος DSM, που στην πιο πρόσφατη έκδοσή του κυκλοφορεί ως DSM IV) για να αντικαταστήσουν τον όρο (το στίγμα ή την ανεπάρχεια του όρου) αρρώστια: disorder, διαταραχή, αλλά και Αταξία — το αντίθετο, δηλαδή, του order, Τάξη. Η κοινωνική/ιδεολογική σημασία του όρου φαίνεται καθαρά στο διεισδυτικό τίτλο του βιβλίου του Andrew Scull, *Social Order, Mental Disorder*².

Σχετικά με την όποια αιτία ή αιτίες της «ψυχικής αρρώστιας», παρά την πληθώρα των ερευνών και των ευρημάτων που αυτές έχουν προσκομίσει —βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών—, πολύ λίγα μπορούν να ειπωθούν που να συγκροτούν μια επιστημονικά τεκμηριωμένη και κοινά αποδεκτή υπόθεση. (Το πρόβλημα της «αιτίας» έχει σημαντικές φιλοσοφικές και επιστημολογικές παραμέτρους, καθώς, συνήθως, αντιμετωπίζεται αναγωγιστικά και σύμφωνα με τη γραμμική αντίληψη της αιτιότητας όπου, συνήθως, στην αρχή της γραμμικής, αιτιακής αλυσίδας τοποθετείται ένας βιολογικός παράγοντας, ένα γονίδιο ή κάτι άλλο. Η ανάλυση, όμως, αυτού του ζητήματος θα μας παρέσυρε πολύ πέρα από τους σκοπούς της ανά χείρας παρουσίασης.) Ανεξάρτητα, όμως, απ' αυτό, δεν παύει η «ψυχική αρρώστια» να τίθεται, αντικειμενικά, στη βασική της διάσταση, στον πυρήνα της οδύνης της πάσχουσας ύπαρξης και στις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους αυτής της οδύνης, ως παθολογία της ελευθερίας του ανθρώπου, στο υπαρξιακό, στο διαπροσωπικό και στο κοινωνικό πεδίο. Αποτελεί, συνήθως, αφετηριακό σημείο για μια προϋούσα και καθολική στέρηση από τον ψυχικά πάσχοντα των δικαιωμάτων του ως πολίτη —δικαιωμάτων ατομικών, πολιτικών και κοινωνικών. Δεν είναι η αρρώστια/οδύνη καθαυτή, αλλά η κοινωνική, πολιτική και «θεραπευτική» μεταχείριση και αντιμετώπισή της που οδηγεί στη μετατροπή του ψυχικά πάσχοντα σε πολίτη δευτέρας κατηγορίας, μέχρι την πλήρη ακύρωσή του ως προσώπου και ως ανθρώπινου όντος. Διαχειριστική προσέγγιση έχουμε, κατά συνέπεια, παντού όπου αντί να δίδεται η ευκαιρία στην οδυνηρή αντίφαση της ύπαρξης να εκφραστεί και να βρει το δρόμο της προς την υπαρξιακή αυτονομία, την καταστέλλουμε, είτε φαρμακολογικά είτε ψυχοθεραπευτικά.

Συνήθως το πεδίο μέσα στο οποίο λαβαίνει χώρα η θεραπευτική πράξη χαρακτηρίζεται από τέτοιες θεσμικές ακαμψίες (κοινωνικές, οικονομικές, κρατικές/προνοιακές, οικογενειακές, σχεσιακές/διαπροσωπικές, ιδρυματικές/θεραπευτικές κ.λπ.), που στο θεραπευτή, παρ' όλες τις πιθανές καλές προθέσεις και τις φιλότιμες προσπάθειες, δεν μένει άλλη δυνατότητα από την «απλή διαχείριση», φροντίζοντας, ίσως, το πώς θα αποφύγει κανείς τις πιο σκληρές, τιμωρητικές λύσεις (π.χ. εγκλεισμός) και πώς απλώς θα διευθετηθεί και θα χειριστεί, στην καλύτερη περίπτωση, μια εξισορρόπηση των σχέσεων του πάσχοντος υποκειμένου με το περιβάλλον του.

Το «άσυλο» έχει από παλιά χαρακτηριστεί ως ο κατ' εξοχήν χώρος του πνιξίματος και

της ισοπεδωτικής διαχείρισης των αντιφάσεων, μέχρι του σημείου του εκμηδενισμού της ύπαρξης και της πραγματοποίησης του ανθρώπου. Αλλά αυτή δεν είναι η μόνη μορφή διαχείρισης, ούτε η μόνη σκληρή. Εξίσου σκληρή μπορεί να είναι και μια διαχείριση του προβλήματος όπου, αντί για την οικοδόμηση των προσωπικών, των διύποκειμενικών, των υλικών και των κοινωνικών όρων της χειραφέτησης, έχουμε την απάντηση της «περιστρεφόμενης πόρτας»³ και τη διευθέτηση του «προβλήματος» σε «μη πρόβλημα». Η μετάβαση στο «μη πρόβλημα» επιτυγχάνεται με τη μετατροπή του ανθρώπου σε μια ακίνδυνη και χειραγωγήσιμη ύπαρξη, τοποθετημένη σε κάποια δομή, «εντός ή εκτός» του ψυχιατρικού ιδρύματος (ανάλογα με τους όρους συμμόρφωσης που πληροί), ή στην οικογένεια, συχνά με τρόπο ώστε να επιβάλλεται σ' αυτόν να είναι «καλά», με την έννοια να «μην ενοχλεί» (γιατί τότε θα πάει σε μια πιο κλειστή και τιμωρητική μορφή κράτησης), παρόλο που τα βασικά υπαρκτά και κοινωνικά του προβλήματα δεν έχουν λυθεί και ούτε πρόκειται να λυθούν. Διαχείριση έχουμε, τέλος, παντού όπου οι ανάγκες της λειτουργίας του μηχανισμού (υπηρεσία ψυχικής υγείας) υπάρχουν σε απόσταση ή και σε αντίθεση με τις ανάγκες των περιθαλπομένων, όταν οι ανάγκες αναπαραγωγής του μηχανισμού έρχονται πρώτα και οι ανάγκες των πασχόντων μετά (ή και καταπατούνται τελείως, όπως στα ψυχιατρεία).

Πριν προχωρήσουμε, είναι χρήσιμο να κάνουμε μια σύντομη αναδρομή στις μορφές, στις πρακτικές και τις έννοιες του μετασχηματισμού των ψυχιατρικών υπηρεσιών στο δεύτερο μισό του 20ού αιώνα.

Όλη η ουσία της Αποϊδρυματοποίησης (Deinstitutionalization) από τη δεκαετία του '60, στο βαθμό που συνδέθηκε με την επιστημολογική αμφισβήτηση της κλασικής, θετικιστικής ψυχιατρικής και με κοινωνικά κινήματα χειραφέτησης, έγκειτο στην αναγνώριση της ανθρώπινης κοινωνικής υπόστασης των εγκλειστών στα ψυχιατρεία και όλων των ψυχικά πασχόντων, ως υποκειμένων και ως πολιτών με πλήρη και ίσα δικαιώματα, που μπορούν να (επαν)αποκτήσουν την ικανότητα και τη δυνατότητα να αποφασίζουν για τη ζωή τους, αλλά και με αυξημένες ανάγκες για κοινωνικές πολιτικές, που θα παρέχουν μια ολόπλευρη στήριξη για την κοινωνική ένταξη και ενσωμάτωσή τους.

Αναγνωρίζεται ότι οι ψυχικά πάσχοντες («σχιζοφρενείς» κ.λπ.) είναι άνθρωποι που έχουν ανάγκη θεραπείας και όχι αποκλεισμού, εγκλεισμού, τιμωρίας και εγκατάλειψης μέσα σε άσυλο.

Διαπιστώνεται ότι το άσυλο είναι κομβικό σημείο συνάντησης της τρέλας με τη φτώχεια και ότι η ψυχιατρική, για να καταστεί θεραπευτική, πρέπει να αποβάλλει το διττό, ερμαφρόδιτο χαρακτήρα της — θεραπευτικό, αφενός, και εγγυητή της δημόσιας τάξης, αφετέρου, με το δεύτερο να κυριαρχεί πάνω στο πρώτο.

Εισάγονται οι έννοιες και οι πρακτικές της Ψυχιατρικής Αποκατάστασης (Rehabilitation), καταγόμενες από τις αποκαταστασιακές πρακτικές της σωματικής ιατρικής και βασισμένες πάνω στη διαπίστωση ότι η αρρώστια μπορεί να μπει σε «παρένθεση», για να αντιμετωπιστούν οι ψυχοκοινωνικές της συνέπειες αλλά και οι ιατρογενείς βλάβες πάνω στην ανθρώπινη ύπαρξη (ιδρυματισμός, χρονιότητα).

Διαπιστώνεται, επίσης, ότι η ύπαρξη της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας και το «μη ιασιμό της» (σύμφωνα με τα κλασικά επανορθωτικά κριτήρια της σωματικής ιατρικής) δε συνεπάγεται την αδυναμία να λειτουργήσει κανείς μέσα στην κοινωνία και ότι η ύπαρξη, π.χ.,

παραληρήματος δεν είναι ασυμβίβαστη με την, κατά το μάλλον ή ήττον, ομαλή εργασιακή ένταξη και διαμονή μέσα στην κοινότητα.

Ότι η αναπηρία (handicap) δεν είναι μια ιδιότητα του υποκειμένου ή της αρρώστιας του, αλλά της σχέσης του υποκειμένου που πάσχει με τη συγκεκριμένη οργάνωση του κοινωνικού είναι (social disability).

Ότι ο ίδιος ο πυρήνας της ψυχικής οδύνης μπορεί να μεταλλαχθεί και το πάσχων υποκείμενο να μπει σε μια πορεία προαγωγής της προσωπικής ψυχικής του υγείας, εκτός των άλλων και με τις «έμμεσες στρατηγικές» που προωθεί η Αποκατάσταση και που απευθύνονται στο όλο της κοινωνικής ύπαρξης του πάσχοντος ανθρώπου.

Η αλλαγή της ίδιας της Ψυχιατρικής (θεωρίας και θεραπευτικής πρακτικής) ήταν ο πυρήνας του αιτήματος για την υπέρβαση του εγκλεισμού ως πρακτικής, καθώς και των χώρων άσκησης του, των ψυχιατρείων (που συχνά παρομοιάστηκαν με στρατόπεδα συγκέντρωσης), και της υποκατάστασής τους από ένα ολοκληρωμένο και πλήρες δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών, που φροντίζουν τον ψυχικά πάσχοντα στον τόπο κατοικίας του, αποφεύγοντας την αποκοπή του από το πλέγμα των κοινωνικών του σχέσεων και την εκτύλιξη διεργασιών αποκλεισμού και ακύρωσης.

Είναι σημαντικό, ωστόσο, να δούμε ότι η βαθμιαία εισαγωγή μεταρρυθμιστικών ιδεών και πρακτικών στο χώρο των υπηρεσιών ψυχικής υγείας μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου συνδέθηκε με τις συνθήκες της μεταπολεμικής πληθωριστικής επέκτασης της παγκόσμιας καπιταλιστικής οικονομίας, με μια περίοδο «πλήρους απασχόλησης» στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ.

Η σύνδεση ανάμεσα στον οικονομικό κύκλο (ύφεση ή άνθιση, πλήρης απασχόληση ή μαζική ανεργία), από τη μια, και την αύξηση ή μείωση του πληθυσμού των ψυχιατρικών, καθώς και με την έκβαση (outcome) της σχιζοφρένειας, έχει γίνει αντικείμενο εμπειριστατωμένης μελέτης, με την εξέταση των σχετικών δεδομένων από τα μέσα του 19ου αιώνα⁴. Πράγματι, για τον τύπο της προηγμένης καπιταλιστικής κοινωνίας των ΗΠΑ και της Ευρώπης, έχει πειστικάδειχτεί ότι οι περιόδους ύφεσης, με τη μαζική ανεργία που συνεπάγονται, συνοδεύονται από επιδείνωση της έκβασης της σχιζοφρένειας, αύξηση του πληθυσμού των ψυχιατρικών, μείωση των αποκαταστασιακών προσπαθειών, άνοδο του βιολογισμού και των διάφορων παραλλαγών του κοινωνικού δαρβινισμού κ.λπ.. Το αντίθετο συμβαίνει στις περιόδους της οικονομικής ανόδου και «πλήρους απασχόλησης». Η ζήτηση εργατικών χεριών μεταπολεμικά ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τις διαδικασίες αποασυλοποίησης στις προηγμένες βιομηχανικές χώρες. Ο παράγοντας αυτός, σε συνδυασμό και αλληλοτροφοδότηση με τις νέες αντιλήψεις για την Αποκατάσταση και την αμφισβήτηση του δήθεν «ανίατου» της σοβαρής ψυχικής αρρώστιας, έδωσε ώθηση στην Αποϊδρυματοποίηση (μεταξύ άλλων με την εισαγωγή της πρακτικής της «θεραπευτικής κοινότητας» στη Βρετανία) πολύ πριν εισαχθούν τα νέα ψυχοφάρμακα (νευροληπτικά) στην κλινική πράξη, από τα μέσα της δεκαετίας του '50 και ιδιαίτερα μετά το 1960.

Πολύ σπάνια, ωστόσο, η Αποϊδρυματοποίηση συνδέθηκε, στο πρακτικό πεδίο, στο πεδίο των κοινωνικών πολιτικών, αλλά και στο θεραπευτικό με τη χειραφέτηση των εγκλειστών, με ουσιαστική κοινωνική ένταξη, με πλήρη αναγνώριση και υλική κατοχύρωση των δικαιωμάτων. Συνηθέστερα, πήρε τη μορφή της διαδικασίας απλών εξιτηρίων, χωρίς σοβα-

ρή φροντίδα για θεραπευτική, συναισθηματική και υλική στήριξη μέσα στην κοινωνία. Η παλιά διαχείριση αντικαθίσταται από μια καινούρια. Ο άνθρωπος-αντικείμενο του ασύλου μετατρέπεται σε άνθρωπο-αντικείμενο του κοινωνικού περιθωρίου, μόνιμο κάτοικο στο χώρο των συγκοινωνούντων δοχείων κοινωνικού αποκλεισμού και εγκλεισμού.

Αυτή η πρακτική, που είναι ορθότερο να την αποκαλούμε Απο-νοσοκομειοποίηση, σε αντιδιαστολή με την Αποϊδρυματοποίηση, ήταν διακριτικό γνώρισμα του «ρηγκανισμού» και συνδέθηκε με την αναδιάρθρωση της δημοσιονομικής πολιτικής και την περιστολή των δημόσιων δαπανών. Πριν γίνει πρόεδρος των ΗΠΑ, ο Ρόναλντ Ρήγκαν, ως κυβερνήτης της Καλιφόρνια, διέπρεψε τόσο πολύ στην περιστολή του κοινωνικού κράτους, ιδιαίτερα στο χώρο της ψυχικής υγείας, που το όνομά του έμεινε να χαρακτηρίζει τις πρακτικές της Απο-νοσοκομειοποίησης που απλώθηκαν σε όλες τις προηγμένες καπιταλιστικές χώρες έκτοτε. Επωφελούμενος από την εισαγωγή, επί Κένεντυ, ενός συστήματος αυξημένων συντάξεων αναπηρίας, που προέρχονταν από τον ομοσπονδιακό προϋπολογισμό, προχώρησε, το 1966, σε περιστολή του πολιτειακού προϋπολογισμού (απ' όπου προερχόταν η χρηματοδότηση των προϋπολογισμών των ψυχιατρικών ιδρυμάτων) και έκλεισε με ταχείς ρυθμούς τα ψυχιατρεία, απολύοντας το προσωπικό και στέλνοντας τους ασθενείς είτε σε άλλα ιδρύματα είτε, κυρίως, πετώντας τους στους δρόμους, μ' ένα υποτυπώδες δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών, ανίκανο να παράσχει την αναγκαία φροντίδα και με το δικαίωμα σε μια σύνταξη που οι περισσότεροι δεν ήξεραν ούτε πώς να τη διαχειριστούν και συχνά ούτε πού να πάνε να την εισπράξουν. Οι περισσότεροι (και όχι μόνο στην Καλιφόρνια) ζουν έκτοτε κάτω από τα γεφύρια, ανάμεσα στα σκουπίδια, στους δρόμους και στα πάρκα. Τα μεγάλα ψυχιατρεία θεωρήθηκαν από τις πιο «σπάταλες» (παρά τη στέρηση που επιβάλλουν ως τρόπο ζωής στους τροφίμους) και αναλώσιμες πλευρές του κράτους πρόνοιας, που θα μπορούσαν να αντικατασταθούν από πιο «φτηνές» δομές και μορφές διαχείρισης, οι οποίες θα ανταποκρίνονταν περισσότερο στις νέες θεραπευτικές αντιλήψεις («κοινότητα»), αλλά και στις νέες ανάγκες για ευέλικτες μορφές ελέγχου (σε αλληλοτροφοδότηση με τις πρώτες) μέσα σε μια μεταβαλλόμενη κοινωνία.

Το επιχείρημα του «πιο φτηνού» έγινε δυστυχώς βασικό επιχείρημα και τίμιων, κατά τα άλλα, μεταρρυθμιστών στο χώρο της ψυχικής υγείας, στην προσπάθειά τους να πείσουν το κράτος να ξεμπλοκάρει τις μεταρρυθμιστικές διαδικασίες. Είναι, όμως, ένα επιχείρημα μπουμέρανγκ, που αγκυροβολεί στη διαχειριστική λογική. Τίποτα από ό, τι αφορά τα δικαιώματα των αποκλεισμένων δεν είναι, ούτε θα έπρεπε να προβάλλεται ως «πιο φτηνό». Είναι αναγκαίο. Είναι δικαίωμα. Ο κοινωνικός πλούτος ανήκει στους αποκλεισμένους από κάθε πλούτο: είναι ιστορική ανάγκη και αναφαίρετο δικαίωμα, και αυτό είναι που αποτελεί την πολιτική διάσταση μιας πραγματικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Ένα άλλο βασικό χαρακτηριστικό των διαδικασιών της Αποϊδρυματοποίησης στις χώρες της Δύσης ήταν οι πρακτικές *transinstitutionalization*⁵, δηλαδή μεταφοράς ομάδων πληθυσμού των ψυχιατρικών σε άλλους είδους ιδρύματα (γηροκομεία, nursing homes —οικοτροφεία με 100-150 ασθενείς, συχνά μέσα σε άθλιες συνθήκες— ή και στις φυλακές κ.λπ.)⁵.

Η περιστολή των κοινωνικών δαπανών γίνεται πια, από τη δεκαετία του '80 μέχρι τώρα, ο κύριος άξονας των πολιτικών συρρίκνωσης των ψυχιατρικών μέσα σε συνθήκες ριζικά διαφορετικές από εκείνες του μεταπολέμου, όταν υπήρχε ζήτηση εργασίας, πράγμα που

ευόδωνε αποκαταστασιακές προσπάθειες. Η αναδιάρθρωση/συρρίκνωση των κοινωνικών δαπανών αποτελεί έκφραση μιας νέας αντίληψης για το κράτος πρόνοιας ή, καλύτερα, για την κοινωνική πολιτική του κράτους, προσαρμοσμένης στις συνθήκες *συρρίκνωσης της αγοράς εργασίας* (που εκτός από την ποσοτική συρρίκνωση, μεταβάλλεται και ποιοτικά), θέτοντας εξ αντικειμένου το αίτημα για αυστηρότερη διαγραφή των κριτηρίων ένταξης σ' αυτή, με έμφαση στην ύψωση φραγμών και μηχανισμών αποκλεισμού.

Η Αποκατάσταση όχι μόνο χάνει σιγά σιγά το απελευθερωτικό της όραμα, αλλά, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, μετατρέπεται σε μια «τεχνική», σε μια ορθοπεδική διευθέτηση, προσαρμοσμένη στις λειτουργίες του κοινωνικού ελέγχου. Τα κριτήριά της (επανένταξιμος ή μη κ.λπ.), που σκανδαλωδώς ποικίλουν από χώρα σε χώρα, από σχολή σε σχολή και από υπηρεσία σε υπηρεσία (από πολύ πλατιά —σπανίως— που χωράνε πολλούς, μέχρι πολύ στενά, που δε χωράνε παρά ελάχιστους), σε συνδυασμό με τα μικρά κονδύλια που της διατίθενται, μετατρέπονται σε νέους ρυθμιστικούς μηχανισμούς για την κοινωνική ένταξη ή όχι — και το όχι σημαίνει όχι αναγκαστικά το άσυλο, αλλά και το κοινωνικό περιθώριο ή τις προαναφερθείσες πρακτικές *transinstitutionalization*. Προϊόν αυτών των εξελίξεων, στη διαδρομή των ψυχικά πασχόντων στο ψυχιατρικό κύκλωμα, είναι το γεγονός ότι η παλιά χρόνια παραμονή μέσα στο ίδρυμα αντικαθίσταται από την προαναφερθείσα «*περιστευόμενη πόρτα*».

Αυτή η κοινωνική αλλαγή σηματοδοτείται, στην ψυχιατρική, από τη στροφή στο βιολογισμό, στην πανάκεια των γονιδίων, στην απομάκρυνση από το χρόνο «δύσκολο» περιστατικό, στις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, αλλά και στα ECT (ηλεκτροσόκ), συχνά μάλιστα, στο συνδυασμό ECT και ψυχοθεραπείας. Οι πιο πολλές ψυχοθεραπευτικές τεχνικές έχουν ως διακηρυγμένη γραμμή τους το «να κάνουν το άτομο να αισθάνεται καλά μέσα στις υπάρχουσες συνθήκες» ή, αλλιώς, την προσαρμογή του υποκειμένου σε συνθήκες-πηγή οδύνης, εκ των προτέρων δεδομένες ως αμετακίνητες. «Αν δεν μπορούμε να αλλάξουμε την κοινωνία, ας προσπαθήσουμε να κάνουμε τον άνθρωπο ικανό να την αντέχει» αυτό είναι μερικές φορές αναγκαίο και χρήσιμο, αλλά επίσης, συνήθως, μετατρέπεται σε συστατικό στοιχείο των διαχειριστικών πρακτικών.

Υλικό υπόβαθρο αυτής της στροφής είναι, όπως προαναφέρθηκε, η αναδιάρθρωση/συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας και η απαίτηση του κράτους από την Ψυχιατρική, την Ψυχολογία, την Κοινωνική Υπηρεσία, από τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας γενικά, να συμμετάσχουν στη ρύθμιση και τον έλεγχο των σύγχρονων κοινωνικών αντιφάσεων.

Ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '70, ο Franco Basaglia⁶, κάνοντας μια κριτική στους περιορισμούς του ιταλικού νόμου 180/78, σημείωνε, με αφορμή το ρόλο της θετικιστικής ψυχιατρικής, ότι «ο αυτόματος τρόπος που μέσα στο άσυλο, η διάγνωση της αρρώστιας σημαίνει την πρόγνωση της χρόνιας φύσης της, που ακολουθείται στη συνέχεια από το διαρκή εγκλεισμό, έχει, για περισσότερο από έναν αιώνα, εξασφαλίσει τον έλεγχο πάνω στην ένταξη ή στον αποκλεισμό από την αγορά εργασίας εκείνων των κοινωνικών τάξεων που έχουν απομονωθεί και εγκαταλειφθεί στο περιθώριο της παραγωγικής οργάνωσης»⁶.

Και εδώ έχει μεγάλη, κατά τη γνώμη μας, σημασία η παρατήρηση που κάνει ότι, εξαιτίας ακριβώς της συσχέτισης της μεταβολής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (προς την κοινότητα) με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του κοινωνικοοικονομικού συστήματος, το αντι-

κείμενο των προσπαθειών για μεταρρύθμιση, εντοπίζεται στο άσυλο, ως μια οργάνωση με ένα σύνολο αυστηρών κανόνων που ρυθμίζουν την εσωτερική του οργάνωση και με τις νόρμες που ρυθμίζουν τις επαφές με τον εξωτερικό κόσμο, ιδιαίτερα τον κόσμο της παραγωγής. Και σπεύδει να υπογραμμίσει ότι, πέραν των δομικών αλλαγών που ρυθμίζουν την ένταξη ή μη στην αγορά εργασίας, στοιχεία του ασύλου που, όπως γράφει, είχαν θιγεί σε ιδεολογικό επίπεδο, όπως η «σχέση της τρέλας με την αρρώστια» ή η σημασία και η ανάγκη ή μη των ειδικών θεραπειών (των τεχνικών) κ.λπ., δεν αντιμετωπίστηκαν πρακτικά, δε συμπιεσθήκησαν στη μεταρρυθμιστική πράξη.

Η ψυχιατρική άλλαξε ως τρόπος διαχείρισης των σχέσεων ανάμεσα στον κόσμο της εργασίας με τον κόσμο της μη εργασίας, της αναπηρίας (συνδυασμός δομών εγκλεισμού με ανοιχτές κοινοτικές μορφές κοινωνικού ελέγχου). Είναι σ' αυτό που ανάγεται η λεγόμενη «ψυχιατρική μεταρρύθμιση», που μπορεί να είναι επαρκής ή όχι, ολοκληρωμένη ή μίσηρη, αλλα ελληνικά. Με πολλές και συναρθρωμένες ή λίγες και κατακερματισμένες κοινοτικές υπηρεσίες. Με τομεοποίηση ή χωρίς. Όπως και να έχει όμως, δε θα πάψει να ανάγεται σε μια απλή διαχείριση της ψυχικής οδύνης, σε μια διευθέτηση και ρύθμιση των ανισορροπιών που η ψυχικά πάσχουσα ύπαρξη σηματοδοτεί, με τον ιδιαίτερο τρόπο της, μέσα στο κοινωνικό σώμα αν η ψυχιατρική δε βάλει κριτικά στο κέντρο της προσοχής της την κοινωνική της αποστολή, τη σχέση της με το κράτος, το ρόλο της στην παγίωση των κοινωνικών θεσμών και του κατεστημένου Λόγου και Κανονικότητας.

Στο βαθμό που δεν προσπαθήσει να επανεξετάσει κριτικά τα θεωρητικά της θεμέλια, τον τρόπο που ορίζει και προσεγγίζει το αντικείμενό της, στο βαθμό που δεν υπερβαίνει το αντικειμενοποιητικό της βλέμμα και τις αντίστοιχες πρακτικές, στο βαθμό που δεν ανοίγεται, ως επιστημονικό παράδειγμα, στο κοινωνικό πεδίο, όπου αναβλύζει ο ψυχικός πόνος και όπου μόνο μπορεί να ανιχνευθεί το νόμά του, η ψυχιατρική (και οι υπηρεσίες της, κοινοτικές ή μη) δεν πρόκειται να αποφύγει τη λειτουργία της ως μηχανισμού κοινωνικού ελέγχου, εις βάρος του γνήσια θεραπευτικού και χειραφετητικού της ρόλου, στον οποίο θα έπρεπε να αποβλέπει.

Στην Ελλάδα τώρα, είναι γνωστό ότι η λεγόμενη «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» επιβλήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση, με αφορμή την άθλια κατάσταση των ψυχιατρικών (και όχι μόνο) ιδρυμάτων. Μέσω του κανονισμού ΕΕ 815/84 έγιναν μια σειρά από παρεμβάσεις για εξωραϊσμό των ψυχιατρικών και ιδρύθηκαν αρκετές εξω-ασυλικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Σήμερα, μετά από 15 χρόνια, το τοπίο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα διακρίνεται από τη μεγάλη έλλειψη ακόμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας (πλήρως σε 20 περίπου νομούς), από την ανεπάρκεια πολλών από τις νέες υπηρεσίες που δημιουργήθηκαν και από τον κεντρικό ρόλο που εξακολουθούν να παίζουν οι ανοιχτά βίαιες μορφές περίθαλψης, δηλαδή τα ψυχιατρεία. Η αναφερόμενη ως ανεπάρκεια των νέων, εξω-ασυλικών δομών θεωρείται πως οφείλεται στο γεγονός ότι η λειτουργία τους διέπεται από τα πρότυπα του κατακερματισμού, της μερικότητας, της αποσπασματικότητας, του αποσυντονισμού, της επιλεκτικότητας και του αποκλεισμού, του προσανατολισμού στο «ελαφρό» περιστατικό και στην αποφυγή των «χρόνιων», χωρίς να αποφεύγεται η *ψυχιατρικοποίηση*. Διέπονται, με άλλα λόγια, από τη λογική των «soft» υπηρεσιών, σε διάκριση από τις «σκληρές», δηλαδή τα ψυχιατρεία, με τα οποία έχουν εγκαταστήσει μια συμπληρωματική σχέση (δεν είναι, όμως, ού-

μη στην αγορά εργασίας. Η σημασία και ο υποχρεωτικός χαρακτήρας των κατευθύνσεων και των επιβαλλόμενων επιλογών φαίνεται και από το γεγονός ότι οι κοινοτικές (συγ)χρηματοδοτήσεις υποκαθιστούν όλο και περισσότερο τις (μονομερείς) χρηματοδοτήσεις από εθνικούς πόρους, όπως προβλέπεται και στο νέο νόμο για την ψυχική υγεία.

Ο Κοινωνικός Αποκλεισμός ανάγεται μέσα στο Π.Β. σε κεντρική περιγραφική/αναλυτική κατηγορία του κοινωνικού προβλήματος των χωρών-μελών (υπόστρομά του η εξαπλούμενη φτώχεια) και γύρω από τη διακηρυσσόμενη καταπολέμησή του αρθρώνεται η κοινωνική πολιτική της Ε.Ε. Όπως παρατηρεί ο Π. Νούτσος, στη γενίκευση του όρου (που αποτελούσε αναλυτικό εργαλείο ανθρωπολόγων, κοινωνιολόγων κ.λπ., γαλλικής κυρίως έμπνευσης) συνετέλεσαν τα ηγετικά στελέχη της Ε.Ε., θεωρητικοποιώντας τόσο πάνω στην συγκρότηση της πολιτικής για τον έλεγχο της πληθώρας των ραγδαία περιθωροποιούμενων κοινωνικών στρωμάτων (μιας Ευρώπης που διασχίζεται από τις μάζες μεταναστών και προσφύγων) όσο και από προηγούμενες εφαρμογές πολιτικών ενσωμάτωσης των μεταναστών στη Δ. Γερμανία. Πρόκειται, όμως, όπως τονίζει, για μια περίπτωση «κοινωνιολογικού λαϊκισμού», καθώς επιτελείται μια «μεταγραφή, σε μια ουδέτερη γλώσσα, της ταξικής διαφοροποίησης των σημερινών κοινωνιών, μεταγραφή που αγνοεί την ετερογένεια των κοινωνικών ομάδων και τους μηχανισμούς ηγεμονίας στη συνάρθρωσή τους» (Π. Νούτσου, «Κοινωνικός Αποκλεισμός και Ανθρώπινα Δικαιώματα»)⁸.

Σε σχέση με την ανάγκη ελέγχου πάνω στην ένταξη στην αγορά εργασίας, πρέπει να παρατηρήσουμε ότι η ευρωπαϊκή αγορά εργασίας διέπεται, πλέον, από τη ραγδαία αναπτυσσόμενη ριζική αλλαγή των εργασιακών σχέσεων, που συστατικό τους στοιχείο και επιδιωκόμενος στόχος είναι η λεγόμενη ευελιξία. Αυτό σημαίνει την εξασφάλιση των όρων για την απρόσκοπτη (ευέλικτη) χρήση (ή «αχρησία») της εργατικής δύναμης, στη βάση ενός φάσματος που εκτείνεται από την ανεργία, τις διάφορες μορφές παροδικής και άλλου τύπου ψευτο-απασχόλησης, μέχρι την πλήρη απασχόληση. Το τοπίο στην απασχόληση διακρίνεται, επομένως, αφενός από τη μαζική ανεργία (για την οποία καμιά πρόβλεψη δεν υπάρχει για υποχώρηση στο προσεχές μέλλον) και, αφετέρου, από την ελαστικοποίηση της εργασίας, με τη μερική απασχόληση και με τη μετατροπή, εν γένει, θέσεων απασχόλησης σε πρόσκαιρες και αβέβαιες ψευτο-θέσεις απασχόλησης.

Η παγίωση και επέκταση των ευέλικτων σχέσεων έχει ανάγκη από μηχανισμούς και υπηρεσίες που ρυθμίζουν και διασφαλίζουν την ευέλικτη συνάρθρωση ανάμεσα στο μικρό πυρήνα ειδικευμένων εργαζομένων, που διατηρούν μια θέση καλοπληρωμένης πλήρους απασχόλησης, και στη θάλασσα των «ελαστικών» και πολύμορφων σχέσεων εργασίας και των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων, καθώς και των μαζών των ανέργων. Οι παλιές μορφές διαχείρισης, μέσω του επιδοματικού προνοιακού κράτους και των διάφορων μορφών εγκλεισμού, δεν επαρκούν, έχουν πλήρως εξαντλήσει τον ιστορικό τους ρόλο ως μορφές διαχείρισης και ελέγχου, εκτός του ότι είναι εξαιρετικά δαπανηρές για τις τρέχουσες ανάγκες των καπιταλιστικών οικονομιών. Χρειάζονται, πλέον, ευέλικτες μορφές κοινωνικής διείσδυσης και ελέγχου σε όλες τις δυνητικά επικίνδυνες ομάδες (επικίνδυνες για κάθε είδους διαταραχή της Τάξης), των οποίων η ιδιαιτερότητα ή η αντίσταση στον κοινωνικό αποκλεισμό μπορεί ενίοτε να πάρει, και συχνά παίρνει, ειδική θέση στα ψυχιατρικά ταξινόμικά εγχειρίδια. Ψυχιατρικοποιείται και ψυχολογικοποιείται.

Όπως το 19ο αιώνα η ψυχιατρική νοσολογία διατυπώθηκε πάνω σε παρατηρήσεις επί των αποτελεσμάτων του εγκλεισμού των «μη παραγωγικών» υποκειμένων, που απορρίπτονταν ή δεν κατάφεραν να ακολουθήσουν τους ρυθμούς και τη βαρβαρότητα της Βιομηχανικής Επανάστασης, έτσι και τώρα η μεταβαλλόμενη οργάνωση της εργασίας, το μεταβαλλόμενο Κοινωνικό Είναι, με τις αντίστοιχες μεταβολές στην κουλτούρα και τις στάσεις απέναντι στην παρέκκλιση και τη διαφορετικότητα, απέναντι στις διάφορες ομάδες γύρω από τα κρυσπεδα του κοινωνικού ιστού, δίνουν το έναυσμα στη νέα νοσολογία των διαταραχών, σε νέες ετικέτες-οντότητες, στη βάση διαρκώς ανανεούμενων ταξινομικών πινάκων, προκειμένου να υπάρξει πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση και έλεγχος των νέων καταστάσεων.

Η φτώχεια, η εξαθλίωση, υλική και πνευματική και η ψυχική οδύνη που αναδύεται μέσα απ' αυτές και σε συνδυασμό μ' αυτές κατακερματίζεται σε ομάδες-στόχους. Ταξινομούνται, ετικετίζονται, γίνονται αντικείμενο προγραμμάτων ορισμένου χρόνου και ορισμένου, μικρού αριθμού χρηστών. Επιδόματα ορισμένου χρόνου, επιδόματα ένταξης, επιδόματα που σε κρατούν στα όρια της πείνας, με μόνη επιδίωξη την εξασφάλιση της ανανέωσης της επιδότησης, κατάρτιση επιδοτούμενη που διαδέχεται μια περίοδο ανεργίας και μετά ίσως μια άλλη περίοδος κατάρτισης, κατάρτιση εφ' όρου ζωής, όπου για τους περισσότερους δεν υπάρχει άλλη προοπτική αμειβόμενης θέσης πέρα από το να συνεχίσουν να επιδιώκουν μια νέα κατάρτιση. Και έτσι, σύντομα, όλοι καταλαβαίνουν ότι κατάρτιση σήμερα σημαίνει τη νέα μορφή προνοιακής πολιτικής για τους φτωχούς, με τρόπο όμως που να τους κρατάει σε μια πειθαρχημένη εξάρτηση, ώστε να μπορούν να ανανεώνουν την ένταξη στα επιδοτούμενα προγράμματα, συμμετέχοντας σ' ένα κύκλωμα ή ένα δίκτυο που στόχος του είναι να ρυθμίζονται ανισορροπίες και να προλαμβάνονται κοινωνικές εκρήξεις [εξ ου και η τεχνοκρατική οργάνωση και διατύπωση των προγραμμάτων «καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» (κατάρτιση, προώθηση κ.λπ.)].

Οι ομάδες-στόχοι αντιμετωπίζονται ιδιαίτερα, αποκομμένα, αλλά και από κοινού. Η ιδιαιτερότητά τους αποκόβεται από την κοινή κοινωνική βάση, η ανάγκη βοήθειας έχει σχέση με το «ιδιαιτέρο» (ΑΜΕΑ, πρόσφυγες, παλιννοστούντες, τοξικομανείς, τσιγγάνοι, ψυχικά πάσχοντες κ.λπ.) και όχι με την αθλιότητα του Κοινωνικού τους Είναι. Αλλά, ταυτόχρονα, όλες οι «ομάδες των διαφόρου είδους αποκλεισμένων» ορίζονται και ομογενοποιούμενες, καθώς, πέρα από το ιδιαίτερο στίγμα της καθεμιάς, έχουν ένα κοινό, είναι όλοι αποκλεισμένοι, βοηθηματούχοι. Βέβαια, τα προγράμματα (κατάρτισης, αποκατάστασης κ.λπ.) αφορούν μια ελάχιστη μειοψηφία των μελών των ομάδων αυτών. Αλλωστε, σ' αυτό έγκειται και ο ρόλος των παρεμβάσεων αυτών, ως η σύγχρονη μορφή των παρεμβάσεων κοινωνικού ελέγχου. Είναι πυροσβεστικά. Προωθούν τον κατακερματισμό μέσα στον κατακερματισμό. Προάγουν την εξάρτηση από το κράτος και τον ανταγωνισμό μεταξύ των «ομοίων» για μια θέση εξάρτησης, βοηθούσας και της διαλείπουσας (ορισμένου χρόνου) λειτουργίας τους. Αν ήταν να αφορούν τους περισσότερους, θα επρόκειτο για νεκρανάσταση του κείνσιανισμού, μιας μορφής διαχείρισης των κοινωνικών αντιφάσεων και αναχώματος απέναντι στην κοινωνική έκρηξη που είναι σήμερα εκτός τόπου και χρόνου.

Η κατάσταση που δημιουργείται είναι γεμάτη παγίδες για τους λειτουργούς, ιδιαίτερα για όσους πασχίζουν για την οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη βάση μιας ποιότητας, με σεβασμό και ενδιαφέρον για τον ψυχικά πάσχοντα. Η προσφορά υπηρεσιών ανάγε-

ται συχνά, για πολλούς, σε μια διαρκή ακροβασία ανάμεσα στον αυτοπεριορισμό στο στενό τεχνικό, επαγγελματικό ρόλο (που όμως, ενίοτε, ολισθαίνει στην ενσωμάτωση στις διαχειριστικές πρακτικές) και στην επαγγελματική απελπισία (*burn-out*). Θεωρούμε ότι, ενώ θα πρέπει ο λειτουργός ψυχικής υγείας να επιδιώκει να αποσπάσει από τις έστω συρρικνωμένες παροχές το μέγιστο δυνατό για το θεραπευτικό και κοινωνικό συμφέρον των θεραπευομένων, δε θα πρέπει, ωστόσο, να συμμετέχει στην αναπαραγωγή (και διασπορά) αυταπατών, ανάγοντας τις πρακτικές του, όσο «καλές» κι αν τυχαίνει να είναι, σε πανάκεια που λύνει τα προβλήματα· αλλά, κατανοώντας την περιορισμένη εμβέλεια και της πιο «καλής πρακτικής», να κρατάει την αντίφαση ανοιχτή, να δυναμώνει την κριτική του στάση και να διεκδικεί.

Είναι στη βάση αυτών των παραπάνω αναφερόμενων διεθνών διεργασιών στις σχέσεις οικονομίας, κοινωνικού κράτους, υπηρεσιών ψυχικής υγείας και ψυχιατρικής που μπορούμε να κατανοήσουμε αυτό που συνέβη τα προηγούμενα χρόνια στην Ελλάδα, με την υλοποίηση του καν. ΕΕ 815/84 και, κατ' επέκταση, τις σημερινές εξελίξεις. Οι νέες διευθετήσεις στην αγορά εργασίας (ελαστικοποίηση) εισάγονται σιγά σιγά τα τελευταία χρόνια. Τα προγράμματα της λεγόμενης «Καταπολέμησης του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας», όπως και αυτά που τα διαδέχονται, με τις πολλαπλές κοινοτικές και εθνικές χρηματοδοτήσεις, διέπονται κυρίως από κριτήρια εξωραϊσμού, ρύθμισης και αποκλεισμού. Αυτό υπογραμμίζεται και από τη γλίσχρα χρηματοδότηση που τα συνοδεύει. [Και όταν μιλάμε για την αναγκαία χρηματοδότηση, δεν πρέπει να έχουμε στο νου μας απλώς τη χρηματοδότηση της λειτουργίας των προγραμμάτων (που, βάσει και του νέου νόμου για την ψυχική υγεία, είναι συνθήως ορισμένου χρόνου και με κοινοτική συμμετοχή) και την κάλυψη των μισθών των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά την κοινωνική αναπαραγωγή των πασχόντων υποκειμένων, με ό,τι αυτό σημαίνει.]

Ο εξωραϊσμός αφορά την εικόνα των ψυχιατρείων, αλλά και γενικότερα. Εικόνα είναι, ας πούμε, όχι μόνο η απλή κτιριακή αναπαλαιώση, αλλά και το να αραδιάζει κανείς ποσοτικά στοιχεία, αριθμό μονάδων κ.λπ., χωρίς κριτήρια ποιότητας και αποτελεσματικότητας, αλλά και χωρίς ένα πλαίσιο αξιών που να αφορούν τον άνθρωπο που πάσχει ως υποκείμενο, ως πολίτη με ίσα δικαιώματα στο θεραπευτικό και κοινωνικό πεδίο, που να αφορούν μεθόδους και διαδικασίες (και όχι μόνο στεγνά «αποτελέσματα»), που να αφορούν το πώς και σε ποιο βαθμό οι νέες υπηρεσίες αρνήθηκαν και ξεπέρασαν τη συνήθη αντιμετώπιση του ψυχικά πάσχοντα ως αντικείμενου, ως πράγματος και τον αντιμετωπίζουν πλέον ισότιμα ως πρόσωπο, ως υποκείμενο με δικαιώματα.

Η ρύθμιση και ο αποκλεισμός αφορούν τη σχέση αυτών των πρακτικών της ψυχικής υγείας με τις τρέχουσες ανάγκες της παραγωγής, της οικονομίας, ανεξάρτητα από το βαθμό της συνείδησης (μπορεί και καθόλου) που έχουν οι λειτουργοί γι' αυτή τη σύνδεση. Όσοι δε «χωρούν» στα προγράμματα και τα κριτήριά τους, οι συντριπτικά περισσότεροι, αναγορεύονται επισήμως σε «χρόνιους», για τους οποίους δεν προβλέπεται να γίνει καμιά προσπάθεια για να έχουν θέση εργασίας και, στην καλύτερη περίπτωση, θα μείνουν σε κάποιον ξενώνα, αν δε μείνουν στο ψυχιατρείο ή δε μεταφερθούν σε κάποιο άλλου τύπου ίδρυμα. Ποιος θα ασχοληθεί θεραπευτικά με έναν που επισήμως έχει πάρει την ταμπέλα του χρόνιου, του «μη επανεντάξιμου» ή του «μη εκπαιδεύσιμου», όταν άλλωστε και μέχρι τώρα κα-

νείς δεν ασχολούνταν μαζί του. Πώς διασφαλίζεται το ίσο δικαίωμα στη θεραπεία του χαρακτηρισθέντος ως «χρόνιου» και «μη επανεντάξιμου»;

Το *διαχειριστικό πνεύμα* έχει πάρει συχνά τα τελευταία χρόνια ορισμένες χονδροειδείς μορφές. Το 1990, στη βιασύνη της να παρουσιάσει μια ταχεία μεταρρύθμιση και βελτιωμένη εικόνα του ψυχιατρείου της Λέρου, μπροστά στις πιέσεις της Ε.Ε., η τότε ηγεσία του Υπουργείου Υγείας (και ορισμένοι σύμβουλοί της) σκεφτόταν να ξεκινήσει την αποσυμφόρηση του ΚΘΛ μεταφέροντας ασθενείς σε μοναστήρια, ξενοδοχεία κ.λπ.. Θυμόμαστε, επίσης, την πρόθεση για μεταφορά ασθενών στις, μακριά από κάθε έννοια κοινωνικού ιστού, Καρτερές της Θεσσαλονίκης, μια επιλογή που αντιστρατευόταν εκ προοιμίου κάθε έννοια κοινωνικής επανένταξης και που γινόταν, μεταξύ άλλων, γιατί υπήρχε διαθέσιμο κτίριο. Αλλά μήπως και η ίδια η «σύλληψη» και επιλογή της Λέρου, το 1957, για την αποσυμφόρηση των ελληνικών ψυχιατρείων, δεν ήταν μια ανάλογη διοικητική/διαχειριστική διευθέτηση των προβλημάτων της ελληνικής ψυχιατρικής εκείνη την περίοδο, που βασίστηκε, μεταξύ άλλων, και στο γεγονός των διαθέσιμων ιταλικών στρατώνων στο νησί;

Στην Λέρο έγινε επίσης, το 1990-91, η πρώτη απόπειρα διαχωρισμού και απομόνωσης των νοητικά καθυστερημένων ατόμων (και αυτών με πολλαπλά προβλήματα —νοητικής στέρησης, σωματικής αναπηρίας, γήρατος, καθώς και των λεγόμενων «μη αποκαταστάσιμων» κ.λπ.) σε προνοιακές δομές-άσυλα, ως μέσο εκσυγχρονισμού των ελληνικών ψυχιατρείων. Αυτή ήταν η πρώτη σκέψη και προσπάθεια των ιθυνόντων του Υπουργείου Υγείας το 1990-93 για τη Λέρο (στην οποία, όμως, υπήρξε αντίσταση και δεν τελεσφόρησε): η «διαγνωστική ταξινόμηση» και ο διαχωρισμός των ασθενών (βασικά, διαχωρισμός των λεγόμενων «καθαρών ψυχιατρικών ασθενών» από τους νοητικά καθυστερημένους) μέσα στο ψυχιατρείο ως πρώτη πράξη (για βίαιες, διοικητικού τύπου, αντιθεραπευτικές μετακινήσεις), πριν καν σκεφτεί κανείς ότι ήταν συχνά γυμνοί, εγκαταλελειμμένοι, ενίοτε υποσιτισμένοι, πάντα κλειδωμένοι μέσα, καταπιεσμένοι και καταπιεσμένοι.

Όσο κι αν φαίνεται απίστευτο, τόσο η ασυλική ψυχιατρική όσο και η ακαδημαϊκή (πανεπιστημιακή) θεώρησαν ως προτεραιότητα το διαγνωστικό «ψευδο-πρόβλημα», χωρίς να εμπλέκονται στην οργάνωση της επείγουσας απάντησης στο αίτημα της αξιοπρέπειας και της ανθρώπινης μεταχείρισης των ψυχικά πασχόντων — που είναι το πρώτο και ουσιαστικό βήμα της θεραπευτικής απάντησης στους έγκλειστους των ασύλων. Και αυτό παρά τις αντιλήψεις της σύγχρονης ψυχιατρικής αποκατάστασης [και σύμφωνα και με τις διεθνείς έρευνες της ίδιας της Π.Ο.Υ. (International Pilot Study of Schizophrenia)] ότι η κλινική διάγνωση δεν αποτελεί προγνωστικό σημείο (παρά μόνο δευτερευόντως) για την ανάκτηση κοινωνικών ρόλων και κοινωνικής ζωής από το υποκείμενο, καθώς η Αποκατάσταση (με στόχο πάντα την κοινωνική επανένταξη) απευθύνεται πρωτίστως στο όλον της ύπαρξης και στις βασικές της διαστάσεις, όπως είναι η προσωπική αυτονομία, η εργασία, η εκπαίδευση/κατάρτιση, η οικογένεια, οι κοινωνικές σχέσεις, η ψυχαγωγία/πολιτισμός κ.λπ.

Αλλωστε, στην επιδίωξη του διαχωρισμού των «ψυχικά πασχόντων» από τους «νοητικά καθυστερημένους» δεν υπάρχει το αίτημα μιας αποκαταστασιακής, θεραπευτικής λογικής, παρά τις περί του αντιθέτου διακηρύξεις. Υπάρχει η επιδίωξη της απλής βιολογικής συντήρησης των ατόμων αυτών, χωρίς θεραπευτικό πρόγραμμα, αφού, σύμφωνα με τα θέσφατα της κλασικής ψυχιατρικής, δεν επιδέχονται θεραπεία, ως «ανίατοι». Σ' αυτό έγκει-

ται και ο εγγενής στη θετικιστική ψυχιατρική κοινωνικός δαρβινισμός και ανοιχτός ρατσισμός: αν, πράγματι, σκοπός μας είναι η επανένταξη των ψυχικά πασχόντων στην κοινωνία —η άρση, δηλαδή, του διαχωρισμού και της απόρριψής τους από την κοινωνία των «υγιών» και «κανονικών»—, πώς δικαιολογείται η διάκριση, ο διαχωρισμός, μέσα στις ίδιες τις γραμμές των αποκλεισμένων και εγκλειστων, στη βάση του κριτηρίου της διάγνωσης; Πότε είδαμε στα ψυχιατρεία θεραπευτικές προσπάθειες, π.χ. για χρόνιους ψυχωτικούς ασθενείς, που να παρεμποδίστηκαν από την επιδίωξη «διαφορετικών» θεραπευτικών προσπαθειών για νοητικά καθυστερημένους; Η αλήθεια είναι ότι θεραπευτικές προσπάθειες, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, δεν υπήρξαν ούτε για τους μεν ούτε για τους δε. Όπου, όμως, υπήρξαν επιτυχείς προσπάθειες, δεν έγιναν στη βάση τέτοιων διαχωρισμών, αλλά ενάντια σε κάθε διαχωρισμό (Ψ.Ν. Θεσσαλονίκης 1984-90, Λέρος 1989-1995 κ.λπ.).

Τόσο ο θετικισμός όσο και ο νεοθετικισμός (νεοκρετελινισμός) στην ψυχιατρική δεν μπόρεσαν ποτέ να υπερβούν τις θεωρίες (και τις απορρέουσες πρακτικές) του «οργανικού εκφυλισμού» και της «βιολογικής κατωτερότητας» των ψυχικά πασχόντων: κάτω από τις συνθήκες του ταξικού συσχετισμού που αντιπροσώπευε πολιτικά και ιδεολογικά ο ναζισμός, οι ίδιες αυτές θεωρίες, που σήμερα (όπως και πριν από το ναζισμό) τροφοδοτούν τις πρακτικές της «απλής βιολογικής συντήρησης», οδήγησαν —και για λόγους «δημοσιονομικών περιστολών», λόγω της ανάγκης για διοχέτευση πόρων για τη διεξαγωγή του πολέμου— στην εξόντωση των ατόμων αυτών στους θαλάμους των αερίων...

Η ιστορία των παρεμβάσεων στη Λέρο είναι πολύ διδακτική όσον αφορά σε τέτοιους και άλλους σχεδιασμούς, στα πλαίσια μιας διαχειριστικής/διοικητικής προσέγγισης, που φαίνεται να παίρνει ιδιαίτερα χονδροειδείς διαστάσεις σήμερα σε σχέση με δέκα χρόνια πριν, ιδιαίτερα στο ΨΝΑ. Η εμπειρία της Λέρου είναι ιδιαίτερα διδακτική όχι μόνο όσον αφορά σε μια χειραφετητική προοπτική στο χώρο της ψυχικής υγείας, αλλά επίσης και όσον αφορά στον ισοπεδωτικό τεχνοκρατισμό στην ψυχική υγεία: τις διαδικασίες, δηλαδή, που γίνονται ερήμην του κριτηρίου της προαγωγής της ψυχικής υγείας, ερήμην των ιδιαίτερων αναγκών, της υποκειμενικότητας και της συμμετοχής των άμεσα ενδιαφερομένων, χωρίς εξατομικευμένο θεραπευτικό/αποκαταστασιακό πρόγραμμα, με ομογενοποιημένα προγράμματα, των οποίων οι ενέργειες και δράσεις έχουν πάντα ημερομηνία λήξης, με διοικητικού τύπου μαζικές μεταφορές ασθενών, με διαδικασίες που στοχεύουν πρωτίστως στην έξωθεν καλή μαρτυρία της εξουσίας και στην απορρόφηση των κοινοτικών κονδυλίων. Όλα αυτά κάνουν την απάντηση στο βασικό ζήτημα —που θα έπρεπε να είναι η υποκειμενικότητα, ο μετασχηματισμός του status του χωρίς δικαιώματα εγκλειστων, η χειραφέτηση και η κοινωνική αναπαραγωγή του— να καταλήγει σε μια απλή αναδιευθέτηση του ιδρυματισμού του.

Μπροστά στη νέα φάση μετασχηματισμών (δε λέμε μεταρρύθμισης) των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, με προγράμματα όπως το ΨΥΧΑΡΙΩΣ κ.λπ., μπροστά στις νέες παρεμβάσεις που ετοιμάζονται για τα ψυχιατρεία με στόχο την αριθμητική συρρίκνωσή τους (ιδιαίτερα στο ΨΝΑ), πρέπει να προβληματιστούμε: Η διαδικασία της συρρίκνωσης για ποιον σχεδιάζεται; Για όφελος των ψυχικά πασχόντων ή του συστήματος; Για να επιτύχουν οι ασθενείς μια αξιοπρεπή ζωή μέσα στην κοινωνία, με αναγνωρισμένα δικαιώματα, ή για εξορθολογισμό των δημοσιονομικών δεικτών (υπό την πίεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και των δεσμεύσεων για την ΟΝΕ) και για την έξωθεν καλή μαρτυρία; Πρέπει, επομέ-

νως, να προβληματιστούμε πώς θα αποφευχθούν οι διαδικασίες, αφενός, εγκατάλειψης (θεραπευτικής και κοινωνικής), αλλά και μεταφοράς από το ένα ίδρυμα στο άλλο, που αναφεραμε πιο πάνω (transinstitutionalization), κατόπιν νέων διαχωρισμών και κατηγοριοποιήσεων —στα γηροκομεία, σε ιδρύματα για νοητικά καθυστερημένους, σε οικοτροφεία τύπου «nursing homes» για «χρόνιους» κ.λπ.— με μια διαδικασία αναδιάταξης «αντικειμένων προς μεταφοράν». Οι ιδιωτικές κλινικές, τα ΝΠΙΔ οικοτροφεία, αλλά και άλλα απόμακρα κτίρια μπορεί να χρησιμοποιηθούν ως νέοι αποθηκευτικοί χώροι σε μια αναδιευθέτηση της αποθήκευσης, που δε θα ονομάζεται ψυχιατρείο (αυτό θα έχει, κατά τις επιταγές, συρρικνωθεί), αλλά «αλλιώως». Μ' άλλα λόγια, πρέπει να προβληματιστούμε πώς θα αντιμετωπίσουμε, εν μέσω της ασυλικής αδιαφορίας, από τη μια, και της ακαδημαϊκής μακαριότητας των γονιδίων (πανεπιστήμιο) και των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, από την άλλη, τον επελαύνοντα ισοπεδωτικό τεχνοκρατισμό, που φιλοδοξεί να εκσυγχρονίσει τη διαχείριση της ψυχικής αρρώστιας σύμφωνα με τις προδιαγραφές του κοινωνικού κράτους των Βρυξελλών.

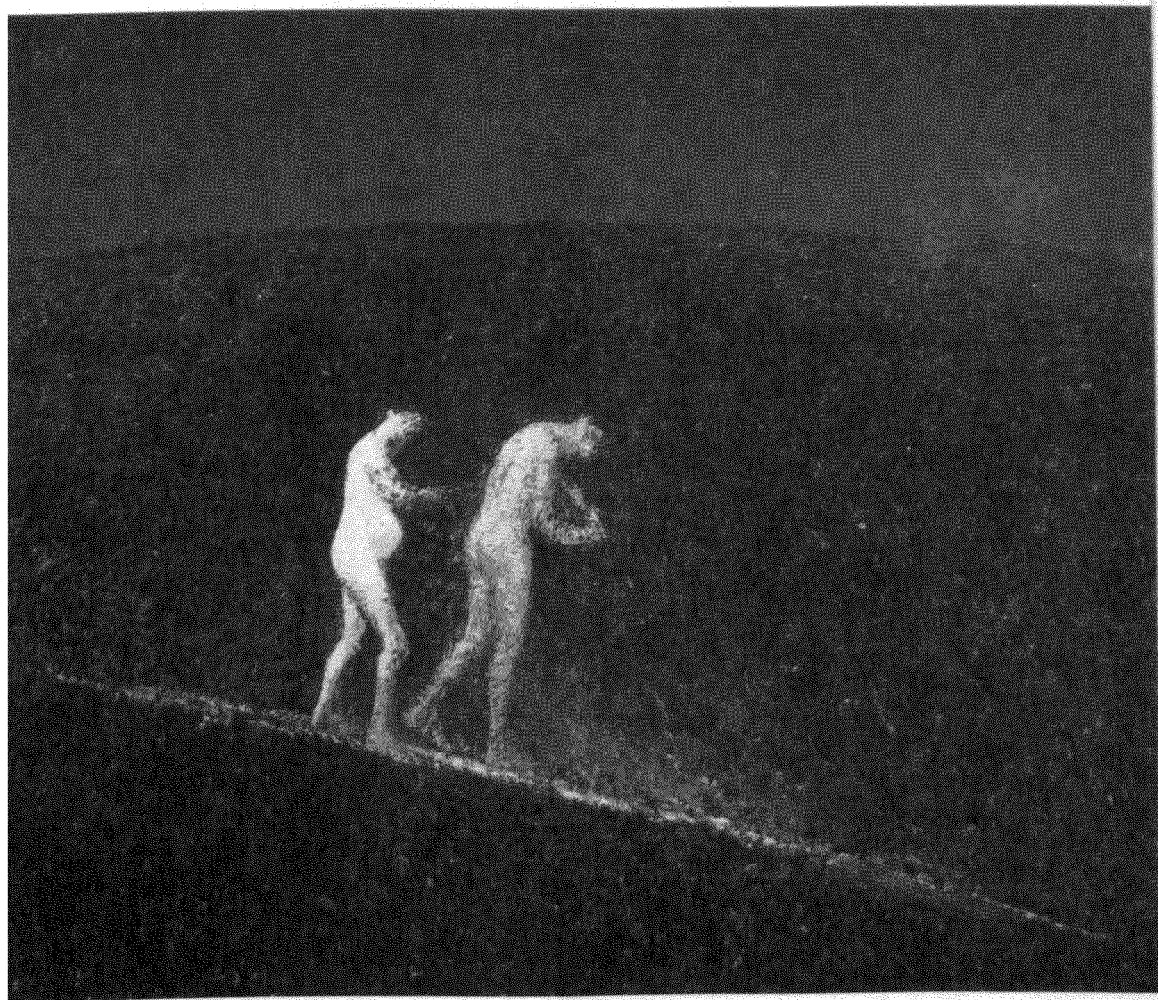
Το πρόβλημα δεν είναι μόνο οι υπάρχοντες έγκλειστοι των ψυχιατρείων. Η δική τους αποκατάσταση, μέσω της μεταρρύθμισης των υπηρεσιών που τους περιθάλπουν, εκτός από τους ίδιους, έχει μεγάλη σημασία και για τις χιλιάδες άλλους που έρχονται σε επαφή με τις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Η κλιμακούμενη μαζική ανεργία, ιδιαίτερα αυτή των νέων, και η επισφαλής εργασία, που δημιουργούν μια δομική ανασφάλεια στα ίδια τα θεμέλια της ύπαρξης, η κρίση και η κατάρρευση των παραδοσιακών δεσμών και θεσμών (ανάμεσα σ' αυτούς η κρίση της οικογένειας, του σχολείου, η άνοδος των αλλοτριωτικών χαρακτηριστικών της πόλης και της κοινωνικής ζωής εν γένει, η κρίση των αξιών και των προοπτικών ζωής) κι ακόμα η μετανάστευση και η προσφυγιά, οι κοινωνικές και ρατσιστικές προκαταλήψεις και διακρίσεις και, πάνω απ' όλα, ο πόλεμος (που αποτελεί το «νέο δώρο» της Ε.Ε. στα Βαλκάνια), αποτελούν διαρκείς πηγές για προσωπικά αδιέξοδα, ψυχικό πόνο, άγχος, στρες και απελπισία. Πώς θα απαντηθεί το πρόβλημα/αίτημα όλων αυτών των χιλιάδων ανθρώπων, χωρίς ένα ολοκληρωμένο, συνεκτικό και τομεοποιημένο σύστημα κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, χωρίς ένα ευρύ φάσμα κοινωνικής πολιτικής και χωρίς, επιπλέον, σοβαρά μέτρα για την ανεργία, για την εκπαίδευση, για το βιοτικό επίπεδο; Από την άλλη, ο κίνδυνος για ολίσθηση των λειτουργιών ψυχικής υγείας σε πρακτικές χειραγώγησης της «παρέκκλισης» θα αποτελεί στο άμεσο μέλλον μια όλο και μεγαλύτερη πίεση και απειλή και θα χρειαστεί συνεχής αντίσταση για την υπεράσπιση του θεραπευτικού και πολιτικού καθήκοντος της χειραφέτησης των ψυχικά πασχόντων υποκειμένων.

Σημειώσεις

1. Αντιπροσωπευτικό αυτής της προσέγγισης, ανάμεσα στην υπερπληθώρα ξένης και ελληνικής βιβλιογραφίας, είναι τα μεταφρασμένα και στα ελληνικά βιβλία του συμβουλάτορα του Τ. Μπλερ, Άντονι Γκίντενς, *Ο Τρίτος Δρόμος*, εκδ. ΠΟΛΙΣ, 1998.

2. Andrew Scull, *Social Order/Mental Disorder. Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*, Routledge, 1989.



Αχουλίκο σε χαρτόνι και ξύλο, 30x40 cm, 1991