ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ / ΤΟΜΈΑΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

«ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ "ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ" ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»

Τόμος Πρώτος

Το θεωρητικό και θεσμικό πλαίσιο

Παναγιώτης Φ. Μάλαινος

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Επιβλέπων:

Γεώργιος Νικολόπουλος, Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Μέλη:

Στυλιανός Στυλιανίδης, Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Άννα Λυδάκη, Καθηγήτρια, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Αθήνα, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΡΩΤΟΥ ΤΟΜΟΥ

Περιεχόμενα ii
Περίληψη vi
Abstract vii
Ευχαριστίες viii
Προοίμιο x

ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Α. Προλεγόμενα 1
Β. Διάταξη της ύλης 6

Κεφάλαιο 1. Οι κοινωνιολογικές θεωρήσεις της υγείας και της ασθένειας 17
1.1 Οι κοινωνιολογικές θεωρήσεις της υγείας και της ασθένειας: εισαγωγικά 17
1.2 Ο E. Durkheim και η *αυτοκτονία* 20
1.3 Η Θεωρία της «Κοινωνικής Αιτιότητας» 23
1.4 Η «θεωρία του στιγματισμού» 25
1.4.α. E. Goffman 28
1.5. Η θεωρία του «κοινωνικού ρεαλισμού» 31
1.6. Οι μαρξιστικές προσεγγίσεις 33
1.7. Ο T. Parsons και ο *Δομολειτουργισμός* 39
1.8.Ο E. Freidson και η «τυποποιημένη γνώση» 44
1.8.α. Η «τυποποιημένη γνώση» 46
1.9. Η *Κριτική Θεωρία* 48
1.9.α. Οι θέσεις του J. Habermas 50
1.10. Ο *Κοινωνικός Κονστρουκτιβισμός* 54
1.10.α. Η *μεταδομιστική προσέγγιση* και το έργο του Michel Foucault 55
1.10.α.1. Η έννοια του *σώματος* 56
1.10.α.2. Τα εργαλεία της εξουσίας 57
1.10.α.3. Το *Νοσοκομείο* 60

Κεφάλαιο 2. *Βία* και *Επικινδυνότητα* 64
2.1. Η βία: μια ανασκόπηση των βασικών θεωρητικών προσεγγίσεων 64

2.2. Οι θέσεις της εγκληματολογίας αναφορικά με την έννοια της *βίας* 66
2.2.α. Η θεωρία της *κοινωνικής μάθησης* 67
2.2.β. Η θεωρία της *κοινωνικής αποδόμησης* 68
2.2.γ. Η θεωρία του *κοινωνικού στρες* 69
2.2.δ. Η θεωρία του *κοινωνικού ελέγχου* 70
2.2.ε. Η θεωρία της *λογικής επιλογής* 70
2.3. Η «αντίδραση στη βία»: Η διαδρομή από την έννοια του *Φόβου* και την έννοια της *Διακινδύνευσης*, στις έννοιες της *Ποινής* και της *Προστασίας* 72
2.3.α. Ο *φόβος* και τα πολιτισμικά στρατηγήματα 72
2.3.β.Η έννοια της *διακινδύνευσης*: Το *Κράτος* σαν ο φορέας διαχείρισης της έννοιας της *διακινδύνευσης* 74
2.3.γ. Η έννοια της *ποινής*: θεωρητικές προσεγγίσεις 77
2.3.δ. Η έννοια της *προστασίας* 78
2.4. Η έννοια της *επικινδυνότητας* 81
2.4.α. Μια ιδανική ευκαιρία: η θεωρία της *μονομανίας* 83
2.4.β. Η «μονομανία»: διαχρονικές παραδοχές 85
2.4.γ. Η ψυχική ασθένεια – φορέας της βίας: «κίνδυνος / θάνατος…» 88
2.4.δ. Ποινική και Ψυχιατρική επιστήμη: «Δούναι και Λαβείν» 89
2.4.ε. Η Κοινωνική Άμυνα 91
2.4.στ. Η ιταλική σχολή της Εγκληματικής Ανθρωπολογίας 93
2.4.ζ. Η έννοια της επικινδυνότητας: διαδρομές 94

Κεφάλαιο 3. Η Ψυχιατρική Γνώση 100
3.1. Εισαγωγικά 100
3.2. Η ελληνιστική περίοδος 101
3.3. Η περίοδος του Μεσαίωνα 104
3.3.α. Η «σφύρα των μαγισσών» 106
3.4. Μετά τον Μεσαίωνα 107
3.4.α. Το Γενικό Νοσοκομείο 108
3.4.β. Η τρέλα λύνεται από τα δεσμά της 109
3.4.γ. Ο «αποξενωμένος εαυτός» και η «ηθική θεραπεία» 110
3.5. Το ψυχιατρικό σύστημα: τότε και τώρα: εκλεκτικές συγγένειες 114
3.6. Δεσμά και δέσμιοι 116
3.7. Η ψυχιατρική κατηγοριοποίηση: προεκτάσεις 119

3.7.α. Ο Baille και η «οργανικότητα» 120
3.7.β. Ο Morel και η «θεωρία του εκφυλισμού» 120
3.7.γ. Η «γερμανική σχολή» 121
3.7.δ. Ο Freud και η έννοια της *επιθετικότητας* 122
3.8. Η αμφισβήτηση του Ασύλου: προς μια διαφοροποιημένη Ψυχιατρική 125
3.9. Η αντιψυχιατρική 128
3.9.α. Η «αγγλική σχολή»: Laing και Cooper 129
3.9.β. Ο F. Basaglia και η ιταλική Αντιψυχιατρική 131
3.10. Κλείνοντας: στο σήμερα 134

Κεφάλαιο 4. Προς ένα νέο «Παράδειγμα»: η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση 136
4.1. Από το *Άσυλο* στην *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*: Εισαγωγικά 136
4.2. Το Άσυλο: βασικά χαρακτηριστικά 137
4.3. Η Ασυλική περίθαλψη στην Ελλάδα 143
4.3.α. Ο πληθυσμός των νοσηλευόμενων στα Ψυχιατρεία 147
4.4. Προς μια εναλλακτική του *Ασύλου* 150
4.5. Η ελληνική *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση* 155

Κεφάλαιο 5. Η νομοθεσία περί ακούσιας νοσηλείας στην Ελλάδα 161
5.1. Η σχέση ποινικής και ψυχιατρικής επιστήμης: το νομικό πλαίσιο 161
5.2. Μια ιστορική αναδρομή των νομοθετικών ρυθμίσεων 164
5.3. Η πρώτη προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης: ο ν. ΨΜΒ του 1862 165
5.4. Ένα (όχι και τόσο ευχάριστο) διάλειμμα: Το Ν.Δ. 104/73 167
5.5. Ο ν. 2071/92 169
5.6. Ο ν.2716/99 175
5.7. Η πραγματικότητα 176

Κεφάλαιο 6. Η μεθοδολογία της έρευνας 180
6.1. Περί μεθοδολογίας: η ποιοτική έρευνα 180
6.2. Μεθοδολογικά εργαλεία και τεχνικές της ποιοτικής έρευνας 184
6.2.α. Η παρατήρηση 185
6.2.β. Η συμμετοχική παρατήρηση 186
6.2.γ. Η συνέντευξη 190

6.3. Οι μέθοδοι της παρατήρησης, της συμμετοχικής παρατήρησης και της συνέντευξης στην παρούσα μελέτη 193
6.4. Στάδια της ποιοτικής έρευνας και ανάλυσης 198
6.5. Η καταγραφή των δεδομένων 203
6.5.α. Η καταγραφή των δεδομένων: μεθοδολογικοί προβληματισμοί 203
6.6. Πεδία εφαρμογής της ποιοτικής έρευνας: ο «άλλος» και το περιβάλλον του 209
6.7. Γιατί ποιοτική έρευνα; Κάποιοι προβληματισμοί 214

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 219

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία μελετά την έννοια επικινδυνότητας σε συνάρτηση με την έννοια της ψυχικής ασθένειας, έτσι όπως αυτή εμφανίζεται μέσα από την εξέταση του πληθυσμού των ακούσια νοσηλευόμενων ψυχικά πασχόντων, των ατόμων δηλαδή τα οποία νοσηλεύονται παρά τη θέλησή τους σε μια ψυχιατρική δομή κατόπιν δικαστικής απόφασης, γνωστών και ως «εισαγγελικών». Εξετάζει τους *λόγους*, τις θεσμικές, ιδεολογικές και διαχειριστικές πρακτικές του ελληνικού συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης -έτσι όπως το τελευταίο οργανώνεται υπό το πρίσμα του παραδείγματος της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης- σε σχέση με τον πληθυσμό των ακούσια νοσηλευομένων. Εξετάζει επίσης τις θεωρητικές και εργαλειακές συνιστώσες του νομικού και δικαστικού συστήματος, έτσι όπως αυτό εμπλέκεται στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Η μελέτη ακολουθεί ποιοτικού τύπου μεθοδολογία, βασισμένη κυρίως στα εργαλεία της συμμετοχικής παρατήρησης και της συνέντευξης. Παρουσιάζονται και αναλύονται οι νεότευκτες αναπαραστάσεις αναφορικά με το ποιόν του «επικίνδυνου ψυχασθενή», και επιπλέον εξετάζεται η τυπολογία των επίσημων και άτυπων λόγων (discourses) η οποία δομεί το σύγχρονο μοντέλο περί επικινδυνότητας και της διαχείρισής της από το σύστημα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών, έτσι όπως αυτό συνδέεται και επηρεάζεται διαλεκτικά από το νομικό και δικαστικό σύστημα. Φαίνεται ότι η εφαρμογή του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας είναι δυσανάλογα μεγάλη σε σχέση με τον συνολικό όγκο των ψυχιατρικών νοσηλειών, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται πολλές στρεβλώσεις και δυσλειτουργικά φαινόμενα, τόσο σε επίπεδο κλινικής διαχείρισης των ασθενών αυτών, όσο και σε επίπεδο νομικής παρέμβασης και προάσπισης των συνταγματικών δικαιωμάτων των πασχόντων. Τα δικαιώματα των πασχόντων δεν διαφυλάσσονται επαρκώς, παρ' όλες τις βελτιώσεις που υπάρχουν σε σχέση με παλαιότερα. Φαίνεται επίσης ότι το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας αποτελεί μια «εύκολη λύση», ειδικά αν συνυπολογιστεί η απουσία εναλλακτικών τρόπων παρέμβασης. Το τελευταίο επιτείνεται και λόγω α) της απουσίας εξειδικευμένων δομών νοσηλείας για άτομα στα οποία εφαρμόζεται το μέτρο αλλά δεν χρήζουν νοσηλείας β) λόγω της «υπερφόρτωσης» των δικαστικών υπηρεσιών και γ) λόγω της αδυναμίας επαρκούς δικτύωσης και διασύνδεσης των επιμέρους υπηρεσιών (ψυχιατρικό σύστημα, δικαστικές υπηρεσίες, αστυνομία). Σε μια συνολική αποτίμηση, φαίνεται ότι το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας εφαρμόζεται για μια πλειάδα λόγων, οι οποίοι όμως ελάχιστη σχέση έχουν με την έννοια της επικινδυνότητας στις περισσότερες των περιπτώσεων. Τέλος, εξετάζονται κάποιες διαφορετικές λύσεις και προτείνεται ένα εναλλακτικό σχήμα παρέμβασης.

Λέξεις Κλειδιά:

Επικινδυνότητα, Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, Ακούσια Νοσηλεία, «Εισαγγελικός», Ψυχικά Πάσχων, Συνταγματικά Δικαιώματα

ABSTRACT

This study examines the concept of dangerousness in relation to the concept of mental illness, as it appears from the examination of the population of involuntarily hospitalized mental sufferers, people that are hospitalized without there free will in a psychiatric institution upon judicial decision, also known as "prosecutorial". It examines the *discourses,* the institutional, ideological and managerial practices of the Greek System of psychiatric care - as the latter is organized in the light of the paradigm of Psychiatric Reformation - in relation to the population of involuntarily hospitalized. It also examines the tools and theoretical components of the legal and judicial system, as this is involved in the process of involuntary hospitalization. The study uses qualitative methodology, mainly based on tools of participatory observation and interview. The incipient representations are presented and analyzed regarding the type of "dangerous mental patient", and also examines the types of formal and informal discourses which structures the modern model of dangerousness and the management of the system of psychiatric services, as this is associated to and influenced by the legal and judicial system. It seems that the application of the measure of involuntary hospitalization is disproportionately large in relation to the total amount of psychiatric hospitalizations, resulting in many distortions and dysfunctional phenomena, both in the clinical management of these patients, and in level of legal intervention and protection of the constitutional rights of these patients. The rights of patients are still not adequately safeguarded, despite all the improvements that have been made. It also appears that the status of involuntary hospitalization is an 'easy option' especially if taking into account the absence of alternative methods. The latter is accentuated due to a) the absence of specialized structures of hospitalization for people in which the measure was applied but did not require hospitalization b) the "overload" of judicial services and c) the inadequate network and interconnection of independent services (psychiatric system, judiciary system, police). In an overall assessment, it appears that the extent of involuntary hospitalization is applied for a variety of reasons, but which have little to do with the concept of dangerousness in most cases. Finally, several different solutions are being examined which propose an alternative type of intervention.

Key – Words:

Dangerousness, Psychiatric Reformation, Involuntary Hospitalization, «Prosecutorial», Mental Illness, Constitutional Rights

Ευχαριστίες

Το πόνημα αυτό αφιερώνεται σε όλους εκείνους του ανθρώπους που κάτω από την ταμπέλα «*ψυχικά πάσχων*» *πασχίζουν ψυχικά* να βρουν την Ιθάκη τους. Σε όλους αυτούς τους ανθρώπους που με εμπιστεύτηκαν, που μοιράστηκαν μαζί μου τις ιστορίες τους, τα βιώματά τους. Τους ευχαριστώ που μοιράστηκαν μαζί μου ένα κομμάτι της ζωής τους, που μοιράστηκαν μαζί μου ένα καφέ και ένα κέρασμα. Αλλά κυρίως τους ευχαριστώ που μοιράστηκαν μαζί μου το συναίσθημά τους: τον πόνο τους, τη λύπη τους, τη χαρά τους, τις αγωνίες τους, τις λαχτάρες τους, τους φόβους τους. Τους ευχαριστώ που μοιράστηκαν μαζί μου τα όνειρά τους…

Ένα μεγάλο ευχαριστώ, ένα *σεβάσμιο* ευχαριστώ, θα τολμήσω να προσθέσω, σε όλους αυτούς τους ανθρώπους, τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, που παλεύουν καθημερινά στο μετερίζι του βουνού που λέγεται ψυχική οδύνη, που παλεύουν εκεί που συναντιόνται η ψυχικά ασθένεια και η Λερναία Ύδρα της γραφειοκρατίας. Ανθρώπους που μου έδωσαν απλόχερα τις ιστορίες τους, που με δέχτηκαν όχι σαν ξένο και παρείσακτο, αλλά σαν τον μουσαφίρη τον καλό. Ανθρώπους, οι ιστορίες των οποίων θα χρειάζονταν τόμοι ολάκεροι για να μπορέσουν να τις χωρέσουν. Ιστορίες πόνου, ιστορίες αγιοσύνης, ιστορίες χαράς και λύπης, ιστορίες ελπίδας.

Σε αυτούς τους ανθρώπους, λοιπόν, θα ήθελα να αφιερώσω τούτο ‘δω το κείμενο, κρυφοπαρακαλώντας να μην έχω αδικήσει κανένα τους, να έχω καταφέρει να φανώ έστω και λίγο αντάξιος στο να δείξω την προσπάθειά τους ν’ ανέβουν τον Γολγοθά, ο καθένας από τη μεριά του, «πάσχων» ή «υγιής», διαφορετικοί σα να λέμε, αλλά και τόσο ίδιοι μέσα από τις δυσκολίες ή τις ελπίδες τους. Τόσο ίδιοι μέσα στη μεταξύ τους σχέση.

Γιατί και εγώ απ’ την μεριά μου, αν κατάλαβα κάτι τελικά από αυτό το ταξίδι, τούτο ‘δω κατάλαβα: ότι όλα είναι *σχέση*…

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ, αν και νομίζω ότι η λέξη δεν αρκεί, στον καθηγητή μου και μέντορά μου, τον κ. Γιώργο Νικολόπουλο. Έναν άνθρωπο που όχι μόνο μου προσέφερε απλόχερα *γνώση*, αλλά πίστεψε σε εμένα και ήταν πάντα εκεί για να με στηρίξει, να με συμβουλέψει, να με καθοδηγήσει όταν δίσταζα ή έχανα το δρόμο. Που ήταν πάντα δίπλα μου, με ευγένεια, πυγμή και σεβασμό. Για όλα αυτά του είμαι βαθιά και ες αεί ευγνώμων.

Επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ στους άλλους δύο καθηγητές μου, την κ. Άννα Λυδάκη, που πέραν της πανεπιστημιακής αρωγής, μου έδειξε πως οι σκέψεις και τα συναισθήματα μπορούν να γίνουν λέξεις, και τον κ. Στέλιο Στυλιανίδη ο οποίος ήταν συνέχεια οδηγός μου, στήριγμα και πυξίδα στους δαιδαλώδεις και δύσβατους δρόμους του ελληνικού συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης.

Για όλα αυτά που μου προσφέρανε και οι τρεις, για ακόμη μια φορά, τους ευχαριστώ από καρδιάς.

Ακόμη ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που με στήριξαν και με βοήθησαν στο πολύχρονο αυτό ταξίδι, ειδικά στους νοσηλευτές της ψυχικής υγείας, παράδειγμα προς μίμηση φρονώ, στους γιατρούς και τους υπόλοιπους επαγγελματίες, όλους αυτούς τους ανθρώπους που γνώρισα, ανθρώπους που εύχομαι και ελπίζω να με αποκαλούν όχι μόνο συνεργάτη, αλλά και φίλο.

Πάνω απ' όλα, ένα από καρδιάς ευχαριστώ στους δικούς μου ανθρώπους. Στους φίλους μου, και κυρίως στην Αννούλα, την κ. Άννα Τζανετάτου, φανατική υποστηρίκτρια και αδέκαστη κριτή, η οποία –εν μέσω ατέρμονων εκτυπώσεων διδακτορικών σελίδων- μου έδειξε ότι η πραγματικότητα μιας μαθηματικού και η πραγματικότητα ενός ψυχολόγου μπορούν να κάνουνε χωριό. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου. Στη μάνα μου που άντεξε με στοργή όλες τις παραξενιές μου, στα διδυμάκια τις αδελφές μου, χορηγούς χαμόγελων και σοκολάτας και κυρίως στη γυναίκα μου, την αγαπημένη μου μπαλαρίνα, που με φρόντισε και με στήριξε τις δύσκολες και ατέλειωτες ώρες πάνω από τον υπολογιστή.

Θα ήθελα όμως το τελευταίο από ψυχής ευχαριστώ να είναι για τον πατέρα μου. Πατέρα ευχαριστώ που μου 'μαθες τον μαγικό κόσμο του βιβλίου. Μακάρι να χαμογελάς και να χαίρεσαι περήφανος από 'κει που μας βλέπεις.

Προοίμιο

Μεσημέρι, ντάλα ο ήλιος, το νησί ζει την καλοκαιρινή του ραστώνη. Οι παραλίες γεμάτες, μαυρισμένα κορμιά, ντόπιοι, τουρίστες, ανακατεμένοι όλοι, μελίσσι πολύβουο, απολαμβάνουν το διάσημο ελληνικό καλοκαίρι. Στο νοσοκομείο δεν φτάνει η αντάρα. Έχει ησυχία εδώ. Χώρος άπλετος, χωράφια, και σπαρμένα ανάμεσα σπιτάκια μικρά. Ήχος δεν ακούγεται, κάποιο αυτοκίνητο στη χάση και στη φέξη, μια τηλεόραση να μονολογεί μουρμουριστά, τα τζιτζίκια να νανουρίζουν και να τραγουδούν σ' ανθρώπους ξύπνιους και ανθρώπους κοιμισμένους, να νανουρίζουν και εμένα, καθισμένο στη παχιά σκιά της κληματαριάς. Τίποτα δεν κινείται, μια γηραιά κυρία προχωρεί νωχελικά με ένα τσιγάρο στο χέρι, ένας κοπράκος, μακάρια ξαπλωμένος, ξαποσταίνει σε μια σκιά. Η Β., χρόνια νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο, παλιά καραβάνα, έχει φάει την επανένταξη με το κουτάλι, κάθεται δίπλα μου, ψιλή κουβέντα και φραπές. Βάρδια «3 – 11», έχουμε ώρα ακόμα, χωράνε πολλές ιστορίες. Ξάφνου, στριβεί από τη γωνία του διπλανού κτηρίου ο Σ., «τρόφιμος», ταλαιπωρημένο κορμί, σκαμμένο από τη ζωή, αλλά χαμόγελο τεράστιο. «*Για σου ρε Σ., που πας μεσημεριάτικα μ' αυτή τη ζέστη*;» τον ρωτάει η νοσηλεύτρια. Ο Σ. με κοιτάει, με μετράει, καινούριο πρόσωπο είμαι εδώ μέσα, το χαμόγελο πλαταίνει, ένα «καλωσόρισες» χωρίς λαλιά, χώνει το χέρι στη τσέπη, βγάζει ένα μάτσο χαρτιά, κόλλες ζωγραφικής από την εργοθεραπεία, πιάνει μια και μου τη προσφέρει, δώρο, δώρο σε έναν άγνωστο. «*Το κάνει συνέχεια αυτό*» μου λέει η Β. «*Ειδικά όποιον καινούριο βλέπει, του δίνει και ένα χαρτί, τα γράφει όποτε βρίσκει χαρτί και μαρκαδόρους, και μετά τα μοιράζει. Γεμίζει τη σελίδα νούμερα, μια Α4 γεμάτη νούμερα, και δυό τρεις λέξεις. Τον έρημο,* ***ξένος*** *ήρθε εδωπέρα, όπως τόσοι και τόσοι και ξέμεινε. Τόσα χρόνια την μάνα του περιμένει, την περιμένει να έρθει να τον πάρει σπίτι…*». Κοιτάζω τη σελίδα. Νούμερα, νούμερα το ένα δίπλα στο άλλο, τόσο ίδια, ίδια κι' απαράλλαχτα, ποιος να ξέρει τι μετράνε, μετράνε χρόνια μεσ' την ψύχωση; μετράνε χρόνια μέσ' το ίδρυμα; Αριθμοί, αριθμοί, και δύο μικρές λεξούλες, διάσπαρτες, εδώ και 'κει, που τις γράφει ξανά και ξανά…

«Μάνα έλα»…
«Μάνα έλα»…

Ο ***ξένος***: «…*αυτός που δεν ανήκει σε κάποιον ή δεν σχετίζεται με αυτόν* […] *αυτός που κατάγεται ή προέρχεται από μια χώρα διαφορετική από τη δική μας* […] *αυτός με τον οποίο*

δεν υπάρχει συγγενική, φιλική ή άλλη προσωπική σχέση: ο άγνωστος…».[1] Ο άγνωστος, ο *αλλότριος*, ο ***διαφορετικός***.[2] Η διαφορετικότητα λοιπόν. Μια λέξη η οποία συμπαρασύρει ένα πλήθος ρημάτων: φοβίζω, τρομάζω, θέλγομαι, ελκύω, χωρίζω, αποξενώνω, σημασιοδοτώ, τροποποιώ, πυροδοτώ, κατηγοριοποιώ, εμπνέω, συντάσσομαι, προτείνω, αποκλείω, βιαιοπραγώ, συμφιλιώνω, συγχωνεύω, αφομοιώνω, απορρίπτω, εξαφανίζω… Ίσως η έννοια του ξένου υπάρχει από πάντα. Ενδύεται αμέτρητες μορφές, τροποποιείται, μεταλλάσσεται, συγκρίνεται, αντιπαραβάλλεται. Όπου υπάρχει το «εγώ», πόσο μάλλον το «εμείς», υπάρχει και ο *ξένος*. Όπου υπάρχει το *σχήμα*, το *περίγραμμα*, το *σύνορο*, το *διαχωριστικό*, το *όριο*, υπάρχει και το *περιθ-όριο*. Ο «εκτός», ο «ξένος», ο «περιθωριακός». Σε μυριάδες μορφές. «*Τα ονόματα που δίνουμε στους περιθωριακούς αλλάζουν από εποχή σε εποχή και από κοινωνία σε κοινωνία. Τα ονόματα αντανακλούν ιστορικά αποτελεσματικές, μοναδικές συγκεντρώσεις εννοιών και εικόνων, χαρακτηριστικές ενός δεδομένου πολιτισμικού κώδικα σε μια δεδομένη χρονική στιγμή*».[3] Το περιθώριο λοιπόν.. Και όχι μόνο έτσι, μ' αυτό τον τρόπο, *εκτός*. Ο ξένος υπάρχει και *ένθεν*. «Εντός των τειχών». Μέσα στην ομάδα, στην κοινότητα, στην ίδια την ύπαρξή μας. *Αλλοτρίωση*, ετυμολογικό παράγωγο του *αλλότριος*, μια –αν μη τι άλλο- «μοδάτη» λέξη… Η λέξη που φέρνει το διαφορετικό, το άγνωστο, το αλλότριο, *εντός* μας. Στοχαστές όπως ο Simmel και ο Michels γοητεύτηκαν τα μάλα από την έννοια του Ξένου. Για τον Michels (ο οποίος έθετε αυτά τα ζητήματα το 1929, μια δεκαετία σημαντικών ιδεολογικών ζυμώσεων σε σχέση με την επικείμενη ανάδυση του φασισμού) η σημαντικότητα του ξένου έγκειται ακριβώς στο γεγονός ότι παραδειγματοποιεί την έννοια του *αγνώστου*. «*Το άγνωστο σημαίνει απουσία από την ομάδα και φτάνει ως την αντιπάθεια που οφείλεται στον φόβο* […]. *Η ξενικότητα συνίσταται στο αίσθημα του ξένου, στην έλλειψη δηλαδή συνάφειας ανάμεσα σε δύο περιβάλλοντες κόσμους*».[4] Το –κατά Schutz- «αμάρτημα» του Ξένου αφορά το γεγονός ότι υποσκάπτει την φυσικοποιημένη, «τακτοποιημένη» *κοσμοαντίληψη* μιας ομάδας, μια αντίληψη που «*…εμφανίζεται στα μέλη της ομάδας ως επαρκής συνέπεια, καθαρότητα και συνοχή που επιτρέπει βάσιμα στον καθένα να καταλάβει και να τον*

---

[1] Μπαμπινιώτης, Γ., *Λεξικό*, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα, 2004, σ. 695.

[2] Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Μπαμπινιώτης, «*…οι αρνητικές σημασίες (ή αποχρώσεις σημασιών) λέξεων όπως ξένος, αλλότριος* […] *αποτυπώνουν γλωσσικά την κοινή αίσθηση ότι το οικείο, αυτό που μας ανήκει, εκφράζει κάτι που εγκολπωνόμαστε ψυχικά, ενώ το ξένο, αυτό που ανήκει σε άλλους μας απωθεί* […]. *Αλλά η λέξη* […] *με ακόμη μεγαλύτερη εκφραστικότητα είναι το επίθετο* ***αλλότριος*** […] *που σε σχέση με το* ***ξένος*** *είναι φορέας ακόμα περισσότερο υποδηλωτικών χαρακτηριστικών. Στην πιο απλή περίπτωση, αλλότριος, είναι ο διαφορετικός, αλλά τονισμένο εμφατικά ως "αυτός που είναι έξω από εμάς" και γι' αυτό "****διαφορετικός****"*». Μπαμπινιώτης, Γ., *Λεξικό Συνώνυμων, Αντώνυμων*, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα, 2011, σ. 772 – 773.

[3] Bauman, Z., *Ο Πολιτισμός ως Πράξη*, μτφ. Γ. Σκαρπέλος, Πατάκης, Αθήνα, 1992, σ. 169.

[4] Michels, R., *Der Patriotismus*, Dunker und Hublot, Munich, 1929, σ. 120.

καταλάβουν […] *η απρέπεια του Ξένου έγκειται στο γεγονός ότι δεν συμμερίζεται* […] *τις θεμελιώδεις παραδοχές και αναγκάζεται να θέτει σε αμφιβολία σχεδόν όλα όσα θεωρούνται* ***αυτονόητα*** (ο τονισμός, δικός μας) *για τα μέλη της συγκεκριμένης ομάδας*».[5]

Ίσως μια από τις πιο ενδεικτικές, αλλά και δραματικές διαστάσεις της έννοιας του *αυτονόητου* σε συνάρτηση με αυτή του *ξένου*, ανευρίσκεται στην περίπτωση της ψυχικής ασθένειας. Ο τρελός ανέκαθεν συμβόλιζε, όχι απλά την *διαφορετικότητα*, αλλά τη *διαφορετική διαφορετικότητα*: όχι απλά μια ανομοιότητα, αλλά μια *ακατανόητη* ανομοιότητα. Η διάκριση λογικής και τρέλας αποτελεί ένα *συνεχές*, ένα *συνεπές*, ένα *διαχρονικό* σύστημα κατηγοριοποίησης, το οποίο, πέραν των διαφορετικών σημασιοδοτήσεων που έχει λάβει, εμπεριέχει την έννοια του *Δυϊσμού*. Ο Λόγος της τρέλας –ας το επαναλάβουμε, πέραν των σημασιοδοτήσεων που έχει δεχθεί- πάντα προσβάλλει το αυτονόητο: «*…ο Λόγος του τρελού δεν μπορεί να κυκλοφορεί όπως αυτός των άλλων: συμβαίνει η κουβέντα του να αντιμετωπίζεται σα μηδαμινή, σαν απραγματοποίητη, δίχως αλήθεια και σημασία, και χωρίς καμιά ισχύ μπροστά στη δικαιοσύνη, μην μπορώντας να επικυρώσει μια πράξη ή ένα συμβόλαιο* […] *συμβαίνει όμως ακόμη, να του απονέμουν, σε πλήρη αντίθεση με όλα τα' άλλα, αλλόκοτες εξουσίες, σαν κι' αυτή του να φανερώνει απόκρυφες αλήθειες, εκείνη του να προλέγει το μέλλον, ετούτη του να διακρίνει μεσ' από την αφέλειά του όσα η σοφία των άλλων αδυνατεί να συλλάβει* […]. *Σε κάθε περίπτωση* (τα λόγια του τρελού), *αποκλεισμένα ή μυστικά επενδυμένα με τη λογική, στη στενή έννοια, χάνονταν στην ανυπαρξία. Μεσ' από αυτές τις κουβέντες αναγνωρίζονταν η τρέλα του. Κι αυτές ήταν το πεδίο όπου πραγματοποιούταν η διάκριση…*»[6] αναφέρει ο Foucault, παρουσιάζοντας τις πολλαπλές συνδηλώσεις του μορφώματος «τρέλα»: *Ανόητος* ή *Γνώστης*, πάντα όμως διαφορετικός. Πάντα ξένος.

Ο Levi – Strauss έχει περιγράψει –με ιδιαίτερα γλαφυρό, είναι αλήθεια, τρόπο- δύο βασικές «στρατηγικές διαχείρισης» του Ξένου από ένα κοινωνικο-πολιτισμικό σύστημα: από μια ομάδα, μια κοινωνία, ένα πολιτισμό. Η πρώτη περιγράφεται ως *στρατηγική ανθρωποφαγίας* και η δεύτερη ως *στρατηγική ανθρωποέμεσης*. Οι δύο αυτοί τρόποι ουσιαστικά αφορούν την τυπολογία των διαδικασιών μέσω των οποίων η έννοια της κοινότητας διαχειρίζεται τον –υπαρκτό ή φαντασιακό- κίνδυνο ο οποίος αναδύεται από την

[5] Schutz, A., «The Stranger», στο: *Collected Papers, Studies in Social Theory*, τόμος ΙΙ, The Hague, Nijhoff, 1967, σ. 95 – 96.
[6] Foucault, M., *Η Τάξη του Λόγου*, μτφ. Χ. Χρηστίδης, Μ. Μαϊδάτσης, Ηριδανός, Αθήνα, χ.χ., σ. 9.

παρείσφρηση, εισβολή ή απλά παρουσία ενός *ξένου* σε ένα «οικοσύστημα». Θεωρούμε ότι δεν θα μπορούσαμε να βρούμε χαρακτηριστικότερο τρόπο περιγραφής των δύο κυριότερων τυπολογιών διαχείρισης του μορφώματος «τρέλα» από –τα «δυτικού τύπου» τουλάχιστον- κοινωνικά συστήματα. Αναφέρει ο Bauman, ακολουθώντας το σχεδίασμα του Levi Strauss: «*Ο τυπικός σύγχρονος ξένος υπήρξε το απόρριμμα του ταξινομητικού ζήλου του Κράτους.* (Για τη διαχείρισή του) […] *εφαρμόστηκαν κατά περιόδους δύο εναλλακτικές αλλά και συμπληρωματικές μεταξύ τους στρατηγικές. Η μία ήταν* <u>*ανθρωποφαγική*</u>*: οι ντόπιοι εξαφάνιζαν τους ξένους καταβροχθίζοντας τους, και εν συνεχεία μεταμορφώνοντας τους ως διά μεταβολισμού σε μια υφή αξεχώριστη από τη δική τους. Αυτή ήταν η στρατηγική της* <u>*αφομοίωσης*</u>*, που είχε στόχο να εξομοιώσει το διαφορετικό, να καταπνίξει τις πολιτισμικές και γλωσσικές διαφορές, να απαγορεύσει κάθε παράδοση και πίστη πέρα από εκείνες που επρόκειτο να τροφοδοτήσουν τη συμμόρφωση στη νέα ολοκληρωτική τάξη, και να προωθήσει και να επιβάλει ένα και μοναδικό μέτρο υποταγής. Η άλλη στρατηγική ήταν* <u>*ανθρωποεμετική*</u>*: το σχέδιο της ήταν να ξεράσει τους ξένους, να τους εκτοπίσει πέρα από τα όρια του τακτοποιημένου κόσμου και να αποτρέψει κάθε επικοινωνία τους με τους εντός των ορίων. Αυτή ήταν η στρατηγική του* <u>*αποκλεισμού*</u> *- στόχο είχε να περιορίσει τους ξένους μέσα στα ορατά τείχη των γκέτο* […] *δηλαδή είχε σκοπό της να κάνει «κάθαρση» - να εκτοπίσει τους ξένους* […]. *Κι αν κανένα από τα δύο μέτρα δεν μπορούσε να εφαρμοστεί, τότε ακολουθούσε η φυσική εξόντωση των ξένων*».[7]

Οι δύο αυτές πρακτικές παραδειγματοποιούν τα δύο κύρια μοντέλα της διαχείρισης του ψυχικά πάσχοντα, και όχι μόνο. Ουσιαστικά παραδειγματοποιούν τα δύο βασικά κοινωνικο-πολιτικά «παραδείγματα» τα οποία αναδύθηκαν, αναπτύχθηκαν, και επικράτησαν –το καθένα άλλοτε σε άλλο βαθμό- στη νεοτερικότητα και την ύστερη νεοτερικότητα. «*Οι δύο αυτές στρατηγικές βρήκαν την κοινότερη έκφρασή τους στην περιβόητη σύγκρουση ανάμεσα στη φιλελεύθερη και την εθνικιστική/ρατσιστική εκδοχή του νεωτεριστικού προγράμματος. Η φιλελεύθερη εκδοχή άφηνε να εννοηθεί ότι οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, αλλά ότι αυτό συμβαίνει εξαιτίας των πολλών τοπικών και τοπικιστικών παραδόσεων μέσα στις οποίες εκείνοι μεγαλώνουν. Αφού αποτελούν προϊόντα της εκπαίδευσης που δέχτηκαν, δηλαδή πολιτισμένα όντα, αποτελούν ως εκ τούτου υλικό εύκαμπτο κι επιδεκτικό ανάπλασης* […]. *Τα πράγματα δεν είναι έτσι αντέτασσε η εθνικιστική/ρατσιστική νοοτροπία. Η πολιτισμική ανάπλαση έχει όρια που καμία ανθρώπινη*

[7] Bauman, Z., *Η Μετανεοτερικότητα και τα Δεινά της*, μτφ. Γ. Ι., Μπαμπασάκης, Ψυχογιός, Αθήνα, 2002, σ. 46 – 47.

προσπάθεια δεν μπορεί να ξεπεράσει. Ορισμένα άτομα δεν θα γίνουν ποτέ κάτι άλλο από αυτό που ήδη είναι. Κατά μια έννοια, είναι αδιόρθωτοι. Δεν μπορεί κανείς να τους απαλλάξει από τα ελαττώματά τους, μπορεί μόνο ν' απαλλαχθεί απ' αυτούς μαζί με τις εγγενείς και αιώνιες ιδιορρυθμίες τους και τα κακά τους»[8] συνεχίζει ο Bauman, προσδιορίζοντας τους δύο βασικούς τρόπους διαχείρισης: είτε αποκλεισμός, καταστολή, εξόντωση, είτε ενσωμάτωση και ένταξη. Θεωρούμε ότι κάτω από τις δύο αυτές στρατηγικές μπορούμε να εντάξουμε τα δύο μεγάλα «παραδείγματα» της ψυχιατρικής παρέμβασης απέναντι στον ψυχικά πάσχοντα. Το *Άσυλο*, ο μέγας σηματωρός της προ ψυχιατρικής μεταρρύθμισης εποχής, συμπυκνώνει χαρακτηριστικά όλα εκείνα τα στοιχεία της *ανθρωποεμετικής* διαχείρισης του πάσχοντα από την κοινότητα: αποκλεισμός, εγκλεισμός, απομόνωση. Αντίθετα, το μοντέλο που ήρθε να αντικαταστήσει το *Άσυλο*, αυτό της *Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, της *Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης*, θέτει σαν στόχο –ή τουλάχιστον *ισχυρίζεται* ότι θέτει- προτεραιότητα, αυτοσκοπό, την ενσωμάτωση του πάσχοντα, την επανένταξή του στην «κοινότητα»: θέτει σαν στόχο την μεταρρύθμιση ενός μοντέλου παροχής υπηρεσιών το οποίο πριν παρήγαγε αποκλεισμό, βία, καταστολή, ιδρυματισμό, στίγμα, ενώ τώρα θα παράγει ενσωμάτωση, αποϊδρυματισμό, από-στιγματισμό, θα παράγει μια νέα καταστατική του ψυχικά πάσχοντα. Ο πάσχων θα ενταχθεί στο κοινωνικό corpus, θα αποκτήσει ίσες ευκαιρίες, ίσα δικαιώματα. Ο Ξένος τρελός θα (ανθρωπο)φαγωθεί… Και η ψυχιατρική επιστήμη, η ψυχιατρική Γνώση, επαναπροσδιορίζοντας το ποιόν της, τις θεωρητικές, επιστημονικές, ιδεολογικές και ηθικές αρχές και διαστάσεις της, η μεταρρυθμισμένη ψυχιατρική επιστήμη και γνώση, θα είναι το όχημα της μετάβασης. Μια μετάβαση σε μια διαφορετική νομιμοποίηση της καταστατικής της τρέλας, αλλά και κάτι παραπάνω: Μια μετάβαση σε ένα διαφορετικό σημαίνον της έννοιας της τρέλας. Ο A. Honneth αναφέρει: «…*στις πλέον ανεπτυγμένες κοινωνίες η γνώση έχει από καιρό να αποκτά εκείνη την μετα-ορθολογική μορφή, στην οποία αναφέρεται ο μετά-στρουκτουραλισμός απλά σαν μια καθαρή δυνατότητα σκέψης* […] *εν τούτοις δεν είναι ούτε η θέληση για εξουσία, ούτε ο εργαλειακός λόγος, μέσω των οποίων προσδιορίζεται η θεσμική διάρθρωση των ανεπτυγμένων κοινωνιών* […] *αλλά η αρχή της νομιμοποίησης* […] *συνεπώς ο επιστήμονας αποκτά το κοινωνικά εγγυημένο δικαίωμα να καθαιρέσει όλες τις άλλες παραδοσιακές αφηγήσεις καθώς και τις αξιώσεις που προβάλλουν ως προς την εγκυρότητά τους, ασκώντας έτσι ένα πολιτισμικό ιμπεριαλισμό* […]. *Η μια και μοναδική αρχή νομιμοποίησης: είναι η μεταφυσική κατασκευή ενός υπερατομικού υποκειμένου που*

[8] Bauman, Z., *Η Μετανεοτερικότητα και τα Δεινά της*, οπ.π., σ. 47 – 48.

αναπτύσσεται στην ιστορική εξέλιξη, με σκοπό να βρει το οριστικό ενθαδικό – Είναι (Dasein) εντός της γνώσης των επιστημών».[9] Θεωρούμε ότι ο Honneth δεν θα μπορούσε να περιγράψει σαφέστερα τον τρόπο λειτουργίας μέσω του οποίου παράγεται η Ψυχιατρική Γνώση, η ψυχιατρική «αλήθεια». Μια Γνώση η οποία δύναται να εκταμιευθεί σε *Δράση*: να γίνει ένα *ενέργημα*.

[9] Honneth, A., «Το Πάθος Ενάντια στο Καθολικό», στο: *Η Διαμάχη: Κείμενα για τη Νεοτερικότητα*, επιμ. Γ. Βέλτσος, Πλέθρον, Αθήνα, 2004, σ. 80.

ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Α. Προλεγόμενα

Σε αυτή τη μελέτη εξετάζεται η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Εξετάζεται υπό το πρίσμα μιας ενδεικτικής δράσης, ενός *ενδεικτικού ενεργήματος*, του «ψυχιατρικού μορφώματος»: θα μπορούσαμε να πούμε ότι για εμάς η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας αποτέλεσε έναν φαινομενολογικό προσδιορισμό, μια *σημειωτική συμπεριφορά* του ψυχιατρικού συστήματος. Μια «συμπεριφορά» η οποία είναι ενδεικτική του τρόπου μέσω του οποίου το ψυχιατρικό σύστημα παράγει: Παράγει γνώση, υποκειμενικότητες, παράγει ακόμα και το ίδιο του το ποιόν. Πώς αυτοπροσδιορίζεται, και πώς εν τέλει συνδέεται με τα συστήματα παραγωγής εξουσίας: «*…η κανονικοποιητική βία του ηγεμονικού ιδεώδους, η παραγωγή των ενσώματων υποκειμένων εντός των περιορισμών του λόγου και της εξουσίας, η ενσάρκωση και η ανασημασιοδότηση της νόρμας, η οριοθέτηση της δικαιοδοσίας του πολιτισμικά διανοητού*»,[1] είναι κάποια από τα πεδία παρέμβασης της ψυχιατρικής επιστήμης. Μέσα από αυτή την προβληματική, θεωρητικές προσεγγίσεις «περιδιαβαίνουν» γύρω από το ερώτημα πώς η πολιτισμική κανονικότητα ορίζει ποιά ανθρώπινη ύπαρξη πιστοποιείται ως αναγνωρίσιμο υποκείμενο, άξιο μιας ζωής που μετρά ως τέτοια, και άρα αξίζει να βιωθεί. «*Τα ανθρώπινα υποκείμενα δεν εξαρτώνται απλώς και μόνο από άλλα ανθρώπινα υποκείμενα* […] *αλλά εξαρτώνται επίσης από σχέσεις εξουσίας και καθεστώτα κανονικότητας που ρυθμίζουν τις διϋποκειμενικές σχέσεις προσδιορίζοντας τί καθιστά το κάθε υποκείμενο αναγνωρίσιμο και επιθυμητό, ή, αντίθετα, αδιανόητο και ανεπιθύμητο*»[2] Θεωρούμε ότι μια πρώτη βασική λειτουργία της ψυχιατρικής είναι η παραγωγή όχι απλά ενσώματων υποκειμένων, αλλά ουσιαστικά η παραγωγή και ο προσδιορισμός μιας, ή περισσοτέρων, *επικρατειών* μέσα στις οποίες εντάσσονται τα κοινωνικά υποκείμενα. Θεωρούμε ότι το ψυχιατρικό σύστημα, μέσα από την εξέταση μιας βασικής λειτουργίας του, αυτής της διαχείρισης της «ακούσιας νοσηλείας», παρουσιάζεται ως ένα ισχυρό αποδεικτικό παράδειγμα, αλλά και πεδίο ανάλυσης του νεοτερικού τρόπου διακυβέρνησης, ο οποίος προσδιορίζεται ως *κυβερνητικότητα*. Και ισχυριζόμαστε ότι δύο βασικά εργαλεία για αυτό εμπεριέχονται στις έννοιες της *βίας* και της *γνώσης*.

---

[1] Butler, J., *Ευάλωτη Ζωή: οι Δυνάμεις του Πένθους και της Βίας*, μτφ. Μ. Λαλιώτης, Κ. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2009, σ. 14.
[2] Butler, J., *Ευάλωτη Ζωή: οι Δυνάμεις του Πένθους και της Βίας*, οπ.π., σ. 18.

Αναφορικά με την ελληνική πραγματικότητα, κοντά τριάντα χρόνια πριν, τα ευρωπαϊκά ΜΜΕ εντοπίζουν και «παρουσιάζουν» το «άσυλο» της Λέρου: εμφανίζεται ένα ρεπορτάζ, μια σειρά από αφηγήσεις και εικόνες που παρουσίαζαν την ιστορία αλλά και τη μορφή του συγκεκριμένου ψυχιατρείου. Η κατά Goffman παραδειγματοποίηση της έννοιας του *Ασύλου* εμφανίζεται και πλήττει την ελληνική αυτοεικόνα. Η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη με το ενδεχόμενο, όχι τόσο μιας κύρωσης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, όσο με τον κίνδυνο ενός «ρήγματος» στη θετική εικόνα που προσπαθεί να εδραιώσει: ότι ανήκουμε στη Δύση, με όποιους θετικούς προσδιορισμούς ένα τέτοιο γεγονός μπορεί να σημασιοδοτεί και να συμπαρασύρει. Σε έκθεση εμπειρογνωμόνων προς την ΕΟΚ, το 1984, σχετικά με τις υπάρχουσες ψυχιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, τονίζονται τα ακόλουθα (έκθεση εμπειρογνωμόνων ΕΟΚ, 1984): «*Η έμφαση στο παρελθόν στην Ελλάδα, όπως και αλλού, δινόταν στην περίθαλψη των ασθενών στα ψυχιατρεία, ενώ οι υπηρεσίες στα πλαίσια της κοινότητας έχουν παραμείνει σχετικά υπανάπτυκτες. Αυτή η έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη συνέβαλε στην υπερσυγκέντρωση κτιρίων, που είναι σχεδόν στο σύνολό τους απαρχαιωμένα, κακοδιατηρημένα, με ανεπαρκείς υπηρεσίες, θεραπευτική απραξία, με μια ατμόσφαιρα διαποτισμένη από παθητικότητα και απελπισία ανάμεσα στους ασθενείς, ένα χαμηλό ηθικό και δυσβάσταχτες συνθήκες εργασίας για το προσωπικό, και μια γενική κατάσταση που καθιστά την ανάρρωση ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτές οι συνθήκες ενισχύουν το στίγμα της ψυχικής αρρώστιας και το απάνθρωπο, πολυέξοδο, άχρηστο και απαράδεκτο επίπεδο περίθαλψης*».[3] Η αντίδραση ήταν σχεδόν άμεση. Με την βοήθεια του πρώτου «πακέτου» κοινοτικής βοήθειας από την τότε ΕΟΚ ξεκινάει η μεγάλη περιπέτεια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, με πρώτο, και ζωτικό στόχο την εφαρμογή της αποασυλοποίησης, κυρίως αναφορικά με τα εννέα μεγάλα ψυχιατρεία της επικράτειας.[4]

Πρόκειται τόσο για ένα *γεγονός*, όσο και μια *διαδικασία*, η οποία εντάσσεται μέσα σε μια συγκεκριμένη ιστορική στιγμή και πλαίσιο. Ο χαρακτήρας της «μεταρρύθμισης» οφείλει να εμπεριέχει νοηματικά τις έννοιες της αλλαγής, της μετατροπής, του μετασχηματισμού, και της καινοτομίας.[5] Άμεσο λογικό επακόλουθο είναι το ότι ο «μεταρρυθμιστής» γνωρίζει τα *στοιχεία* που απαρτιώνουν το προς αλλαγή αντικείμενο, γνωρίζει τους *στόχους*, τις *δυνατότητες*, και τον *τρόπο* μέσω του οποίου θα δοκιμαστεί το εγχείρημα, αλλά κυρίως

[3] Πηγή: Έκθεση εμπειρογνωμόνων των ευρωπαϊκών κοινοτήτων. (1984), Μεταρρύθμιση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Εκπόνηση ενός διετούς σχεδίου παράλληλα με τη διατύπωση και απόφαση εφαρμογής του 815/84 Κανονισμού της Ε.Ο.Κ., Βρυξέλλες.

[4] Μαδιανός Μ., *Η Χαμένη Ευκαιρία για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη Ελλάδα*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος 64, 1998, σ. 22.

[5] Μαδιανός Μ., *Η Χαμένη Ευκαιρία για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη Ελλάδα*, οπ.π., σ. 21.

αναγνωρίζει την <u>*ανάγκη*</u> που οδηγεί στην συγκεκριμένη διαδικασία αλλαγής, στον συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δηλαδή, γιατί ψυχιατρική μεταρρύθμιση; Και γιατί την συγκεκριμένη χρονική στιγμή; Το πρόβλημα περιπλέκεται αν λάβουμε υπόψη το γεγονός ότι μια τέτοιου τύπου (αλλά και μεγέθους) αναδιάρθρωση δεν μπορεί να λάβει χώρα βασιζόμενη μόνο (ή τουλάχιστον, κυρίως) σε οικονομικές συνιστώσες. Αντίθετα, πρόκειται για μια χρονοβόρα, πολλές φορές, διαδικασία, οι εκφάνσεις της οποίας πρέπει να επεκταθούν, όχι μόνο στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών μιας χώρας, αλλά να καλύψουν το θεσμικό, το κοινωνικό, το πολιτιστικό, το πολιτικό επίπεδο λειτουργίας: πρόκειται για μια διαδικασία που δρα πολυεπίπεδα. Έτσι, το πρόβλημα του κόστους αφενός, και ο σημαντικός χρόνος που απαιτείται για να παγιωθούν οι απαιτούμενες αλλαγές υποχρεώνει σε μια βαθμιαία μετάβαση. Φαίνεται δηλαδή, ότι η διαδικασία της μεταρρύθμισης (και της αντίστοιχης συρρίκνωσης της ασυλιακής νοσηλείας) είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία, η οποία απαιτεί διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, σωστή κατανομή των πόρων, τομεοποίηση των υπηρεσιών, ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας ώστε να αποδεχθεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις και οι προκαταλήψεις για τη ψυχική ασθένεια, και φυσικά πολλή «δουλειά» με τους ίδιους τους ψυχικά πάσχοντες.[6]

Μέσα σε αυτό το πολυδιάστατο πλαίσιο (αλλά και εγχείρημα), μια από της διαστάσεις που προβάλλει έντονα και επικαθορίζει τόσο αναπαραστάσεις, όσο και πρακτικές, είναι αυτή της επικινδυνότητας. Οι έννοιες επικίνδυνος και επικινδυνότητα χρησιμοποιούνται στην Ψυχιατρική (ιδιαίτερα στην ψυχιατρική πράξη), στο Δίκαιο και τη Νομική Επιστήμη (ιδίως στον ποινικό κλάδο), στην Εγκληματολογία και στη Νομική Ψυχιατρική. Μια σχετικά κοινή θέση θέλει την επικινδυνότητα να είναι μια ασαφής έννοια, με κύριο αποτέλεσμα οι διάφοροι (και διαφορετικοί) επιστημονικοί κλάδοι να της προσδίδουν αρκετά διαφορετική διάσταση και να την προσεγγίζουν με διαφορετικές μεθόδους.[7]

Στον «ψυχιατρικό χώρο» τα άτομα-αποδέκτες της συγκεκριμένης έννοιας είναι κατά κύριο λόγο αυτά που νοσηλεύονται (κατ' άλλους, εγκλείονται) μέσω της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας: της υποχρεωτικής νοσηλείας, δηλαδή, η έναρξη της οποίας απαιτεί εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό σε «κλειστό» ψυχιατρικό κατάστημα από το οποίο ο

[6]Lemperiere T. and Coll., Συνέκδοση Σακελλαρόπουλος Π. και συνεργάτες. *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων – Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και οι Εφαρμογές της στην Ελλάδα*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1995.

[7]Λειβαδίτης Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1994, σ. 139-140.

ασθενής δεν μπορεί να διαφύγει, ενώ η δομή που αναλαμβάνει τη νοσηλεία, αλλά και τη φύλαξη των ατόμων αυτών έχει τόσο «δικαίωμα» χρήσης *περιοριστικών μέτρων* (restraints), όσο και επιβολής της λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Πρόκειται για τους γνωστούς ως «εισαγγελικούς».

Μια δεύτερη υπο-ομάδα ψυχικά πασχόντων η οποία εμπλέκεται με το ποινικό – ψυχιατρικό σύμπλοκο είναι αυτή των ατόμων τα οποία έχουν τελέσει μια αξιόποινη πράξη και έχουν κριθεί μέσω ψυχιατρικής πραγματογνωμοσύνης ως *ακαταλόγιστοι*. Πρόκειται για τους «69ρηδες», όπως αναφέρονται στην ψυχιατρική «αργκό». Στην έρευνα αυτή δεν συμπεριλήφθηκε η συγκεκριμένη κατηγορία για τρείς βασικούς λόγους:

Α) λόγω του ότι πρόκειται για ένα σχετικά «μικρό» πληθυσμό, ο οποίος κρατείται κατά βάση σε συγκεκριμένες δομές (όπως το ψυχιατρικό κατάστημα των φυλακών Κορυδαλλού) με αποτέλεσμα να μην εμπλέκεται με τις υπόλοιπες ψυχιατρικές δομές νοσηλείας (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων) στις οποίες συναντώνται οι «εισαγγελικοί» νοσηλευόμενοι. Β) για τη συγκεκριμένη ομάδα υπάρχουν ήδη ποιοτικές μελέτες και Γ) λόγω του ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός διαφοροποιείται σημαντικά από τον πληθυσμό των «εισαγγελικών» με κύριο κριτήριο διαφοροποίησης το γεγονός ότι υπάρχει ήδη κάποια αξιόποινη πράξη, με αποτέλεσμα η κράτηση – νοσηλεία να μην έχει τον προληπτικό χαρακτήρα της ακούσιας νοσηλείας.

Ουσιαστικά, το εγχείρημα αποβλέπει στην εξέταση, περιγραφή και τον προσδιορισμό των στοιχείων εκείνων που μορφοποιούν τη «σύγχρονη» εικόνα της επικινδυνότητας, καθώς και στις αλλαγές που παρουσιάζονται, τόσο στην αναπαράσταση αυτή καθ' αυτή, όσο και στις διαχειριστικές τακτικές που η σύγχρονη ψυχιατρική υιοθετεί.

Ένα επιπλέον ενδιαφέρον που παρουσιάζει, κατά την γνώμη μας, το πεδίο της μελέτης αφορά την παρουσία λειτουργιών και σχηματισμών οι οποίοι σχετίζονται με το μοντέλο διακυβέρνησης που περιγράφεται κάτω από τον όρο «κυβερνητικότητα» (ή «διακυβέρνηση»). Ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '70, ο Foucault έγραψε (το 1978) ότι, η *κυβερνητικότητα* (governmentality), νοείται ως ο τρόπος με τον οποίο η πολιτική εξουσία διαχειρίζεται και ρυθμίζει πληθυσμούς και αγαθά, και «…*έχει γίνει ο κύριος τρόπος με τον οποίο ζωογονείται η κρατική εξουσία* […]. *Η κυβερνητικότητα γίνεται, γενικά, κατανοητή ως ένα μοντέλο εξουσίας που ασχολείται με τη διαφύλαξη και τον έλεγχο των*

σωμάτων και των ατόμων, με την παραγωγή και με τη ρύθμιση των ατόμων και των πληθυσμών, καθώς και με την κυκλοφορία των αγαθών στο βαθμό που αυτά διαφυλάττουν και οριοθετούν τη ζωή του πληθυσμού. Η κυβερνητικότητα, λοιπόν, λειτουργεί μέσω πολιτικών υπηρεσιών, μέσω διοικητικών και γραφειοκρατικών ιδρυμάτων, μέσω του νόμου - όταν ο νόμος νοείται ως "σύνολο τακτικών"- και μέσω μορφών της κρατικής εξουσίας, αν και όχι αποκλειστικά. Έτσι, η κυβερνητικότητα λειτουργεί με τη βοήθεια κρατικών και μη κρατικών θεσμών και λόγων, που δεν αντλούν τη νομιμοποίησή τους ούτε απευθείας από τις εκλογές ούτε μέσω μιας εδραιωμένης αρχής. Η κυβερνητικότητα χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο διάχυτων στρατηγικών και τακτικών».[8] Ένα σημείο άξιο προσοχής είναι σαφώς η βαρύτητα στην έννοια της νομιμοποίησης.

Φαίνεται ότι η έννοια της κυβερνητικής, υπό το πρίσμα ενός ολοκληρωμένου θεωρητικού, αλλά και λειτουργικού μοντέλου παραγωγής όχι μόνο σχέσεων εξουσίας, αλλά παραγωγής ολόκληρου του κοινωνικού μοντέλου οργάνωσης, τείνει να πιστοποιείται ως το παράδειγμα μετάβασης από τη νεοτερικότητα στη μετανεοτερικότητα. Οι περισσότερες αναλύσεις θεωρούν ότι μια από τις δομικές έννοιες του συγκεκριμένου μοντέλου είναι η έννοια της *διακινδύνευσης* (risk). Ο D. Garland αναφέρει: «*Στις προηγμένες κοινωνίες, το κράτος τείνει να λειτουργεί ως ο γενικός διαχειριστής των καταστάσεων διακινδύνευσης, διαχειριζόμενο αυτές μέσω μέτρων γενικευμένου ελέγχου, δημιουργίας κριτηρίων, και εν τέλει λειτουργώντας ως ο "διασφαλιστής", το τελικό καταφύγιο…*».[9] Αναφορικά με το ψυχιατρικό πεδίο, η έννοια της διακινδύνευσης εκφράζεται και προσεγγίζεται φαινομενολογικά από το μόρφωμα του «επικίνδυνου ψυχασθενή»: Θεωρούμε ότι στο πεδίο της ψυχιατρικής, και ειδικά της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας, η έννοια της διακινδύνευσης συνδέεται άμεσα με το ποιός σημασιοδοτείται ως επικίνδυνος πάσχων, ή εντέλει *τι* εννοούμε όταν λέμε «επικινδυνότητα».

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το ενδιαφέρον μας εστιάζεται στον παρεκκλίνοντα χαρακτήρα της ψυχικής πάθησης. Θεωρούμε ότι η θέση που αποκτά ο ψυχικά πάσχων στη «κοινωνική σκακιέρα», άπαξ και σημασιοδοτηθεί ως τέτοιος, είναι αυτή που προσδιορίζει και τον βαθμό παρέκκλισης που θα του αποδοθεί. Ακολουθούμε εν μέρει τις θέσεις των θεωρητικών της σχολής της Κοινωνικής Άμυνας, οι οποίοι εν ολίγοις υποστηρίζουν το

[8] *The Foucault effect: Studies in Governmentality*, επιμ. G Burchell, C. Gordon, P. Miller, University of Chicago Press, Σικάγο, 1991, σ. 103.
[9] Garland, D., «The Rise of Risk», στο: *Risk and Morality*, επιμ. R. Ericson, A, Doyle, University of Toronto Incorporated, Τορόντο, 2003, σ. 13.

εξής: Οι άνθρωποι γίνονται παρεκκλίνοντες ή άρρωστοι (ή τρελοί) όταν σταματούν να δέχονται θετικές σημασιοδοτήσεις για τον εαυτό τους από τις υψηλότερες από αυτούς ομάδες (primary social groups). Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Pfohl, η εξουσία είναι η «*…κινητήριος δύναμη πίσω από τη διαδικασία ετικετοποίησης. Διαβαθμίσεις και διαφορές στη δύναμη μεταφράζονται σε διαβαθμίσεις στη δυνατότητα ετικετοποίησης*».[10]

Δηλαδή, θεωρούμε ιδιαίτερα ενδιαφέρον, αλλά και γόνιμο, το να ελέγξουμε το ποιος «ετικετοποιείται» σήμερα ως «επικίνδυνος ψυχοπαθής», ποιες είναι οι διαδικασίες μέσα από τις οποίες δομείται, «ετικετοποιείται» ο επικίνδυνος (κατ' επέκταση, και ο ακίνδυνος…) ψυχικά πάσχων, αλλά επίσης το πώς *αντιμετωπίζεται* σήμερα το κατ' αυτό τον τρόπο χαρακτηρισμένο υποκείμενο: να ελέγξουμε το *αν* και σε *ποιο βαθμό* έχουν μεταλλαχθεί οι διαχειριστικές πρακτικές από ένα μοντέλο το οποίο διατείνεται ότι προσεγγίζει τη ψυχική διαταραχή με διαφορετικό ως προς το παρελθόν τρόπο.

Β. Διάταξη της ύλης

Η μελέτη αυτή χωρίζεται σε δύο τόμους. Ο πρώτος τόμος αφορά τις θεωρητικές προσεγγίσεις κάποιων βασικών πεδίων και εννοιών, όπως και το θεσμικό πλαίσιο, ενώ ο δεύτερος τόμος αφορά το εμπειρικό μέρος της μελέτης. Αναλυτικά:

1. Ο πρώτος τόμος διαπραγματεύεται τα εξής:

Στο πρώτο κεφάλαιο του πρώτου τόμου γίνεται μια αδρή αναφορά, επισκόπηση και ανάλυση των βασικών κοινωνιολογικών θεωριών και προσεγγίσεων οι οποίες ασχολήθηκαν με τα πεδία της υγείας και της ασθένειας. Προσεγγίζεται η εξελικτική τους πορεία, οι διαφορετικές οπτικές τους, αλλά και τα σημεία στα οποία υπάρχει αλληλοκάλυψη μεταξύ τους. Στόχος του κεφαλαίου είναι το να παρουσιαστεί μια συνολική και κατά το δυνατό συνεκτική εικόνα των διαφορετικών αυτών προσεγγίσεων καθώς και η παρουσίαση του τρόπου με τον οποίο ερμηνεύουν τις έννοιες της υγείας και της πάθησης – ασθένειας, πάντα σε συνάρτηση με το κοινωνικό πεδίο και συνιστώσες μέσα στο οποίο εμφανίζονται και το οποίο επηρεάζουν.

[10] Pfohl, S., *Images of Deviance and Social Control*, McGraw – Hill, New York, 1994, σ. 75.

Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται τις έννοιες της βίας και της επικινδυνότητας, καθώς και τις ειδικότερες συνεκτικές κατηγορίες που καλύπτει το εννοιολογικό τους πεδίο. Εξετάζονται οι κατηγοριοποιήσεις της έννοιας της βίας, καθώς και οι βασικές προσεγγίσεις αναφορικά με την *παραγωγή* της και της *φαινομενολογική της εκφορά*. Εξετάζονται οι διαφορετικές θεωρήσεις σε σχέση με τα αιτιακά σχήματα παραγωγής της βίας, αλλά και οι θεωρήσεις αναφορικά με το *νόημα*, την ερμηνεία που αποκτά η φαινομενολογία της βίας στο εκάστοτε ιστορικο-κοινωνικό συγκείμενο. Εξετάζεται, δηλαδή, το *πώς* ερμηνεύεται και νοηματοδοτείται, [11] το πώς *κατηγοριοποιείται* διαφορετικά μια τυπολογία φαινομένων η οποία ονομάζεται βία.

Σε συνάρτηση με την έννοια της βίας, εντάσσουμε και την έννοια του φόβου η οποία –παρ' όλη την «υποκειμενική» και «ατομοκεντρική» της χροιά- θεωρούμε καταρχήν ότι α) συμβολοποιείται συστηματικά και β) χρησιμοποιείται με εμφαντικά *πολιτικό* τρόπο. Οι έννοιες της *βίας*, του *φόβου* και του τρόπου με τον οποίο λειτουργεί η σχέση αυτών των δύο, μας οδηγεί στο να εντάξουμε στο θεωρητικό μας σχήμα την έννοια της *διακινδύνευσης*.

Εξετάζουμε την έννοια αυτή σε σχέση με τις θεσμικές πρακτικές διαχείρισής της όπως εμφανίζονται ως ιδεολογικό και εργαλειακό διακύβευμα. Επίσης, εξετάζουμε και τον τρόπο με τον οποίο το «σύστημα εξουσίας» χειρίζεται την έννοια της διακινδύνευσης σε σχέση με τα υποκείμενα – φορείς της: μιλάμε πια για την έννοια της επικινδυνότητας, για τα υποκείμενα – αποδέκτες της, για τα «επικίνδυνα υποκείμενα», ενώ στο δεύτερο μέρος του κεφαλαίου, εξετάζεται ακριβώς αυτό: η έννοια της επικινδυνότητας, υπό το πρίσμα μιας *κοινωνικής κατασκευής*: «*Επικίνδυνο θεωρείται αυτό που κρίνεται ως επικίνδυνο από το κράτος· έτσι, για μία ακόμα φορά, το κράτος διατυπώνει τι είναι επικίνδυνο και, διατυπώνοντάς το, εγκαθιδρύει τις συνθήκες για τη δική του δυνατότητα να προκαταλαμβάνει και να σφετερίζεται το νόμο, μια έννοια του νόμου την οποία έχει ήδη σφετεριστεί μέσω του τραγικού και πιστού αντιγράφου μιας δίκης. Αν κάποιος απλώς κρίνεται επικίνδυνος, τότε δεν χρειάζεται πλέον να αποφασιστεί εάν έχουν τελεστεί εγκληματικές πράξεις. Για την ακρίβεια, το να "κρίνεται" ότι κάποιος είναι επικίνδυνος αποτελεί ανυπόστατη κρίση που στις περιπτώσεις αυτές έχει ως αποτέλεσμα να προκαταλαμβάνονται οι ετυμηγορίες, για τις*

[11] Άλλωστε, τι είναι το νόημα; Μια διαφορετική κατηγοριοποίηση του ίδιου φαινομένου. Ή, όπως το έχει θέσει ο Barthes, το νόημα είναι «*…μια τάξη με το χάος να την περιβάλλει, αλλά η τάξη αυτή είναι ουσιαστικά διαίρεση* […] *το νόημα πριν απ' όλα είναι τεμαχισμός*…». Barthes, R., «Στοιχεία Σημειολογίας», στο: *Κείμενα Σημειολογίας*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, Νεφέλη, Αθήνα, 1981, σ. 97.

οποίες απαιτούνται αποδείξεις»[12] αναφέρει η Butler, προσδιορίζοντας τον τρόπο, αλλά κυρίως την χρηστικότητα της έννοιας της επικινδυνότητας στα σύγχρονα μοντέλα διαχείρισης της *διακινδύνευσης*.[13]

Το υποκεφάλαιο περί επικινδυνότητας εξετάζει την ιστορική διαδρομή της έννοιας αυτής. Στόχος είναι η κατάδειξη του τρόπου μέσω του οποίου η έννοια της επικινδυνότητας συνδέεται τόσο με συγκεκριμένες κατηγορίες υποκειμένων –και υποκειμενικοτήτων- (όπως αυτή του *τρελού*, δηλαδή του *ψυχικά πάσχοντα* στη νεότερη και πιο αποδεκτή λεκτική εκφορά του), όσο και με συγκεκριμένα θεωρητικά / επιστημονικά μορφώματα, ιδεολογίες και παραδοχές. Ουσιαστικά αναφερόμαστε στον τρόπο με τον οποίο η εκάστοτε θεσμική και επιστημονική Γνώση, όπως αυτή εμφανίζεται στο σύμπλοκο της Ψυχιατρικής και της Νομικής επιστήμης, συγκροτούν μια ενιαία μήτρα **παραγωγής** και **ελέγχου** της έννοιας της *παρέκκλισης*. Το ενδιαφέρον μας, δηλαδή, εστιάζεται στην έννοια της παρέκκλισης, έτσι όπως αυτή εμφανίζεται και συνδέεται με την αναλυτική κατηγορία «τρέλα» και ειδικότερα στον τρόπο με τον οποίο συνδέεται η έννοια της *παρέκκλισης – τρέλας* με την έννοια της *επικινδυνότητας*.

Το <u>τρίτο κεφάλαιο</u> πραγματεύεται το πεδίο της ψυχιατρικής επιστήμης. Στόχος είναι η κατάδειξη του τρόπου με τον οποίο δομούνται οι επιστημονικές και ιδεολογικές παραδοχές της ψυχιατρικής επιστήμης, μέσω της ανίχνευσης των χαρακτηριστικών της ψυχιατρικής επιστημολογίας, έτσι όπως αυτά αναδύονταν –και αναδύονται- στα διαφορετικά ιστορικά συγκείμενα. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζονται οι αλλαγές που εμφανίστηκαν, παγιώθηκαν, αλλά και υποχώρησαν δια μέσω όλης της ιστορίας της ψυχιατρικής, υπό το πρίσμα του θεσμού εκείνου που σταδιακά ανέλαβε τη διαχείριση του μορφώματος «τρέλα». Εξετάζεται το πώς η ψυχιατρική επιστήμη επεμβαίνει στο πεδίο της δόμησης μιας νοσογραφίας της ψυχικής ασθένειας, σχεδιάζει δηλαδή το «χάρτη της τρέλας», προσδιορίζοντας ουσιαστικά την έννοια της παρέκκλισης. Θεωρούμε βασική τη συγκεκριμένη αναφορά, γιατί μας βοηθά να προσδιορίσουμε α) τη διαδικασία παραγωγής της «επιστημονικής αναπαράστασης» της ψυχικής ασθένειας και β) τη συμμετοχή του μορφώματος «Ψ» στο

[12] Butler, J., *Ευάλωτη Ζωή*, οπ.π., σ. 137.

[13] Αναφορικά με το πεδίο της διακινδύνευσης, βλ. Νικολόπουλος, Γ., «Επικρίσεις και αντιστάσεις γύρω από την έννοια της επικινδυνότητας: από το θετικιστικό παράδειγμα στις θεωρίες της διακινδύνευσης», στο: Τιμητικός Τόμος για την Αλίκη Γιωτοπούλου – Μαραγκοπούλου, τόμος Β., επιμ. Α. Μαγγανάς, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2005.

σύνολο των θεσμών εκείνων οι οποίοι δομούν το *πλέγμα παραγωγής εξουσίας* κατά Foucault, με απώτερο στόχο και σκοπό την ίδια την ουσία της υποκειμενικότητας. *«…Λέγοντας εξουσία δεν εννοώ "την Εξουσία" ως σύνολο θεσμών και μηχανισμών που εξασφαλίζουν την υποταγή των πολιτών σ' ένα δοσμένο κράτος. Ούτε εννοώ με τη λέξη εξουσία, έναν τρόπο καθυπόταξης, που σε αντιδιαστολή με τη βία, έχει τη μορφή του κανόνα. Δεν εννοώ, τέλος, ένα γενικό σύστημα κυριαρχίας που ασκείται από ένα στοιχείο ή μια ομάδα πάνω σε μια άλλη, και που οι επενέργειές του διατρέχουν, χάρη σε μια αλληλουχία αντιδράσεων, ολόκληρο το κοινωνικό σώμα. Η ανάλυση με βάση την εξουσία δεν πρέπει να θέτει αξιωματικά, σαν αρχικά δεδομένα, την κυριαρχία του Κράτους, τη μορφή του νόμου ή τη σφαιρική ενότητα ενός εξουσιασμού ·αυτές δεν είναι μάλλον παρά οι τελικές της μορφές. Με τον όρο εξουσία, νομίζω πώς πρέπει καταρχήν να εννοούμε το πλήθος των σχέσεων δύναμης που ενυπάρχουν στο χώρο όπου ασκούνται και είναι συστατικές της οργάνωσής τους · το παιγνίδι που μέσα από αδιάκοπους αγώνες και συγκρούσεις τις μεταμορφώνει, τις ενδυναμώνει, τις αντιστρέφει · τα στηρίγματα που αυτές οι σχέσεις δύναμης βρίσκουν αναμεταξύ τους, έτσι που να σχηματίζουν αλυσίδα ή σύστημα, ή, αντίθετα, τις αναντιστοιχίες, τις αντιφάσεις που απομονώνουν τη μια από την άλλη· τις στρατηγικές τέλος, μέσα στις οποίες ενεργοποιούνται και που το γενικό τους σχέδιο ή η θεσμική τους αποκρυστάλλωση υλοποιούνται στους κρατικούς μηχανισμούς, στη διατύπωση του νόμου, στις κοινωνικές ηγεμονίες…».*[14]

Το <u>τέταρτο κεφάλαιο</u>, σε συνάρτηση και συνέχεια με το προηγούμενο, εξετάζει τους τρόπους διαχείρισης του *παρεκκλίνοντος,* (και *επικίνδυνου*…) *τρελού*. Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή της εισαγωγής μας, δυο βασικές στρατηγικές διαχείρισης αναδείχθηκαν, γενικά, μέσω της διαδικασίας που θα μπορούσε να ονομαστεί «αλλαγή παραδείγματος»: συγκεκριμένα πρόκειται για τον τρόπο που το *ανθρωποεμετικό παράδειγμα* έδωσε τη θέση του στο *ανθρωποφαγικό*, του τρόπου με τον οποίο η έννοια του **Ασύλου** (ως παραδειγματική εκφορά μιας ολόκληρης ιστορικής περιόδου) αντικαταστάθηκε από το μοντέλο της *Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής*, εργαλειακή εκφορά του οποίου είναι κατεξοχήν η **Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση**. Αναφέρει ο Turner: «*Φαίνεται ότι τα άσυλα σιγά – σιγά έγιναν μια "χωματερή" για μια μεγάλη μάζα σωματικών αλλά και νοητικών "ερειπίων"* […]. *Όμως το μεγάλο κόστος λειτουργίας και οι διογκούμενες αποδείξεις για τη θεραπευτική ανεπάρκειά τους, έσπρωξαν τους κοινωνικούς μεταρρυθμιστές να ψάξουν*

[14] Foucault, M., *Η Ιστορία της Σεξουαλικότητας, Τόμος Ι, Η Δίψα της Γνώσης*, μτφ. Γ. Ροζάκης, Κέδρος, Αθήνα, 1978, σ. 115 -116.

εναλλακτικούς τύπους θεραπείας και να προτείνουν τη θέση για θεραπεία στην κοινότητα».[15] Στο πλαίσιο αυτής της «παραδειγματικής αλλαγής», εξετάζεται αρχικά το *Άσυλο*: η δομή, οι λειτουργίες του, οι στόχοι και οι πρακτικές του, σε συνάρτηση με την ιστορικο-πολιτική βάση στην οποία εμφανίστηκε, παγιώθηκε και λειτούργησε, τόσο σε ένα γενικότερο, θεωρητικό επίπεδο, αλλά και ειδικότερα στον ελληνικό χώρο. Εν συνεχεία εξετάζονται οι συνθήκες οι οποίες οδήγησαν στην «αλλαγή παραδείγματος» μέσα από την ανάδυση του μοντέλου της *Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής*, σε συνάρτηση -και συνέπεια- με τις γενικότερες αλλαγές στα πρότυπα οικονομικής, ιδεολογικής και πολιτικής διακυβέρνησης και με αναφορά στον τρόπο εφαρμογής του στο ελληνικό γίγνεσθαι. Μέσα σε αυτή τη διαφοροποιημένη καταστατική της ψυχιατρικής εξακολουθεί, ωστόσο, να υφίσταται η έννοια της ακούσιας νοσηλείας, η οποία –αν και εμφανίζεται θεσμικά, νομικά και ιδεολογικά διαφοροποιημένη, εκσυγχρονισμένη και «εξωραϊσμένη»- παραμένει πανταχού παρούσα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται και εξετάζονται οι βασικές ρυθμίσεις του νόμου περί ακούσιας νοσηλείας, έτσι όπως εμφανίστηκαν και εξελιχθήκαν στον ελληνικό χώρο. Στόχος είναι η αποσαφήνιση του θεσμικού πλαισίου το οποίο διέπει, καθορίζει, και εν τέλει νομιμοποιεί τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Ειδικότερα, η ανάλυσή μας επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο το νομικό πεδίο εφάπτεται με την ψυχιατρική επιστήμη, δημιουργώντας το θεσμικό άλλοθι για τη συνεύρεση της ψυχιατρικής και νομικής στο πεδίο του κοινωνικού ελέγχου της παρέκκλισης. Μέσω της παρουσίασης των νομοθετικών ρυθμίσεων εξετάζονται οι διαφοροποιήσεις τους, από την εμφάνιση του πρώτου νόμου περί ακούσιας νοσηλείας – κατά την μετά τουρκοκρατίας εποχή και τις απαρχές του ελληνικού κράτους- έως και την τελευταία νομοθετική ρύθμιση, κατά την δεκαετία του 1990. Όπως προαναφέραμε, στόχος είναι αφενός η παρουσίασή τους και αφετέρου η ιχνηλάτηση κάποιων ενδεικτικών διαφοροποιήσεων, μεταβολών και «βελτιώσεων». Και τούτο γιατί μια από τις βασικές υποθέσεις εργασίας αυτής της έρευνας αφορά αυτό ακριβώς το πεδίο: αφορά το *αν* και *κατά πόσο* η ισχύουσα, σύγχρονη, βελτιωμένη και αναβαθμισμένη νομοθεσία εκταμιεύεται στην καθημερινή κλινική πρακτική, φιλοδοξώντας να διαφυλάξει τα δικαιώματα των πασχόντων από τυχόν αυθαιρεσίες.

[15] Turner, B., S., *Medical Power and Social Knowlwdge*, Sage, Λονδίνο, 1995, σ. 68 – 69.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται κάποιες βασικές θεματικές οι οποίες άπτονται του πεδίου της μεθοδολογίας. «*Το να θεωρείται η κοινωνική έρευνα μια αμφιταλαντευόμενη διαδικασία αυτοεπίγνωσης, σε ένα γοργά μεταβαλλόμενο κόσμο, απέχει πολύ από την άποψη που θέλει τους κοινωνικούς μελετητές να παλεύουν για την απεικόνιση της πραγματικότητας αυτήν καθαυτήν διατυπώνοντας την βαθύτερη ουσία της κοινωνίας με αφηρημένους επιστημονικούς όρους*».[16] Για τη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε μια μεθοδολογία ποιοτικού τύπου. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται α) τα κριτήρια επιλογής της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε, β) οι βασικές θεωρητικές κατευθύνσεις, γ) τα είδη της μεθοδολογικής προσέγγισης και τέλος δ) οι θεωρητικοί και εργαλειακοί προβληματισμοί οι οποίοι μας οδήγησαν στο συγκεκριμένο πρωτόκολλο.

2. Ο δεύτερος τόμος αφορά εξολοκλήρου στην έρευνα πεδίου, στα *εμπειρικά δεδομένα*. Το συγκεκριμένος μέρος είναι και αυτό χωρισμένο σε επτά κεφάλαια. Παρ' όλο που υπάρχει μια αλληλοκάλυψη μεταξύ των δεδομένων που το κάθε κεφάλαιο περιέχει, έγινε προσπάθεια να διαχωριστεί ο συνολικός όγκος σε κάποιες διακριτές θεματικές. Θεωρούμε ότι σε τέτοιου τύπου ερευνητικές εργασίες δεν είναι απόλυτα δυνατό και εφικτό να υπάρξει μια σταθερή, ξεκάθαρη και σαφής διαφοροποίηση. Τα «πράγματα» αλληλοκαλύπτονται, διαχέονται συναντιόνται, ερίζουν μεταξύ τους, συνδέονται, κρύβονται, αναδύονται με νέα μορφή και προσωπείο, σε νέους τόπους και συνθήκες. Τα δεδομένα είναι αναπάντεχα…

Παρ' όλα αυτά, θα προσπαθήσουμε να διαχωρίσουμε τον συνολικό όγκο των δεδομένων σε κάποιες βασικές θεματικές. Σ' αυτή την προοπτική, τα πρώτα κεφάλαια του εμπειρικού μέρους εξετάζουν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας με σχετικά ολιστικό τρόπο, δηλαδή αυτό που αποκαλούμε «εναρκτήριες πρακτικές»: πρόκειται για όλες εκείνες τις μικρο-συνθήκες, δράσεις και πρακτικές οι οποίες προηγούνται του γεγονότος της ακούσιας νοσηλείας αυτού καθαυτού. Αναφερόμαστε, δηλαδή, στο φάσμα εκείνων των παραμέτρων, οι οποίες αποτελούν το κοινωνικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο –και μέσω του οποίου- θα «στηθεί» η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, με όποιες συνδηλωτικές κατηγοριοποιήσεις και επικετοποιήσεις αυτή η διαδικασία συσχετίζεται.

Τα κεφάλαια ένα και δύο πραγματεύονται τη διαδικασία στα αρχικά της στάδια, κυρίως μέχρι το στάδιο της νοσηλείας. Στόχος είναι να δειχθεί η συνθετότητα του πεδίου, οι

[16] Hall, S., Held, D., *Η Νεοτερικότητα Σήμερα*, επιμ. S. Hall., D. Held., A. McGrew, μτφ. Θ. Τσακίρης, Β. Τσακίρης, Σαββάλας, Αθήνα, 2003, σ. 29.

πολλαπλοί –και πολλές φορές ομιχλώδεις- ρόλοι που καλούνται όλοι οι «συμμετέχοντες» να διαδραματίσουν: οι επαγγελματίες υγείας, οι φερόμενοι ως πάσχοντες, οι αστυνομικοί, οι δικαστικές αρχές, το συγγενικό και γενικότερα το «κοινοτικό» πλαίσιο. Θεωρούμε τη συγκεκριμένη φάση σημαντική ακριβώς γιατί αναφέρεται στο πεδίο της πρώτης παρέμβασης, δηλαδή στην κοινωνική αντίδραση σε εκείνη τη συμπεριφορά η οποία προβληματοποιείται ή ερμηνεύεται από τον κοινωνικό περίγυρο ως παρεκκλίνουσσα. Ουσιαστικά, σε αυτό το σημείο έγκειται και ανευρίσκεται ένα μεγάλο μέρος από τις διαδικασίες πρωτογενούς ετικετοποίησης, κατά Scheff: η έναρξη της διαδικασίας απόδοσης της *ετικέτας*. Μια διαδικασία η οποία, βεβαίως, σχετίζεται, και κυρίως συνεχίζεται με την υπόλοιπη «πορεία» - *σταδιοδρομία* –κατά Goffman- του πάσχοντα στο ψυχιατρικό σύστημα περίθαλψης και νοσηλείας. Ακριβώς αυτή η *σταδιοδρομία* περιγράφεται και αναλύεται στο επόμενο κεφάλαιο.

Πιο συγκεκριμένα, στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζονται οι πτυχές εκείνες της «εισαγγελικής νοσηλείας» οι οποίες θεωρούμε ότι είναι ενδεικτικές του τρόπου μέσω του οποίου το ψυχιατρικο-δικαστικό σύστημα: α) διαχειρίζεται τα άτομα που νοσηλεύονται υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας, β) εννοιολογεί και κατηγοριοποιεί τόσο τον «εισαγγελικό πάσχοντα», αλλά κυρίως το συνολικό μόρφωμα «ψυχική ασθένεια» και γ) εννοιολογεί και σημασιοδοτεί το ίδιο του το corpus, πώς, δηλαδή, το ίδιο το ψυχιατρικό σύστημα νοηματοδοτεί την υπόστασή του μέσα από την ερμηνεία -τον «αναστοχασμό» θα μπορούσαμε να πούμε- των ίδιων του των ενεργειών, των Λόγων, των ιδεολογικών κατασκευών και παραδοχών αλλά και των επιστημονικών και θεσμικών προταγμάτων που χρησιμοποιεί. Τα περιεχόμενα του κεφαλαίου ουσιαστικά έχουν σαν στόχο να περιγράψουν τη *σταδιοδρομία* του «εισαγγελικού». Με το όρο «σταδιοδρομία», όπως χαρακτηριστικά τον χρησιμοποιεί ο Goffman, περιγράφονται όλες εκείνες οι διαφοροποιήσεις στο –καινούριο- μικροπεριβάλλον[17] του πάσχοντα, διαφοροποιήσεις που αφορούν τόσο τις παραμέτρους της διαβίωσής του, όσο και το *ποιόν*, τον τρόπο με τον οποίο εφεξής ο πάσχων θα σχετίζεται με το περιβάλλον του. Θεωρούμε ότι το συγκεκριμένο πεδίο είναι το σημαντικότερο, ακριβώς γιατί συμβάλλει τα μέγιστα στις διαδικασίες ετικετοποίησης, κατηγοριοποίησης και στιγματισμού. Ήδη από τη δεκαετία του ’60, ο Erikson, πολύ χαρακτηριστικά, και με πολλές ομοιότητες με τη εποχή που διανύουμε, περιγράφει τη

[17] Βέβαια, με τον όρο «σταδιοδρομία» ο Goffman προσδιορίζει όχι μόνο το γεγονός της ψυχιατρικής νοσηλείας και της διαβίωσης του πάσχοντα στο ψυχιατρείο, αλλά το σύνολο της διαβίωσής του και τον τρόπο του σχετίζεσθαι, άπαξ και *χαρακτηριστεί – ετικετοποιηθεί*.

διαδικασία στιγματισμού –και μάλιστα τη διαδικασία δημόσιου στιγματισμού, όπως αυτή που επισυμβαίνει μέσα σε ένα ίδρυμα (μέσα σε ένα *θεσμό*, θα μπορούσαμε να πούμε)- σαν ένα «*…ξαφνικό τελετουργικό μετάβασης – μετάλλαξης…*».[18] Σύμφωνα με αυτό το «τελετουργικό μετάλλαξης» ανακατατάσσονται οι παραδοσιακοί ρόλοι και θέσεις. Σύμφωνα με τον Erikson, οι τελετουργίες εμπεριέχουν τρεις διακριτές φάσεις: τη φάση της *αντιπαράθεσης* ανάμεσα στον «υποψήφιο παρεκκλίνοντα» και στους αντιπροσώπους της κοινότητας, την ανακοίνωση μιας *κρίσης* σχετικά με τη φύση της απόκλισης και, τέλος, την *απόδοση μιας ετικέτας*, η οποία συνήθως είναι μη αναστρέψιμη.[19] Πιστεύουμε ότι και οι τρεις αυτές διαδικασίες, ανεξάρτητα από το αν υφίσταται μια προγενέστερη ιχνηλάτησή τους σε διαντιδράσεις του πάσχοντα με το εξω-κλινικό πλαίσιο και περιβάλλον εκδηλώνονται κυρίως κατά το στάδιο της νοσηλείας.

Το τρίτο και το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται και προσεγγίζουν με πιο αναλυτικό τρόπο τις δύο βασικές κατηγορίες υποκειμένων που εμπλέκονται στο πλέγμα των διαντιδράσεων της «ακούσιας νοσηλείας». Ειδικότερα, το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στον «κόσμο των επαγγελματιών»: Εξετάζονται οι δύο βασικοί κλάδοι επαγγελματιών οι οποίοι εμπλέκονται στη διαχείριση της νοσηλείας των «εισαγγελικών», το *ιατρικό* και το *νοσηλευτικό* προσωπικό. Στο κεφάλαιο αυτό εξετάζονται οι πρακτικές που αναδύονται σε σχέση με τις δύο αυτές κατηγορίες καθώς επίσης ο τρόπος μέσω του οποίου τα υποκείμενα – επαγγελματίες προσδιορίζονται και σηματοδοτούνται, τόσο από τα ίδια όσο και από τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους και συμμετέχοντες, με πρώτους και κύριους τους ίδιους τους νοσηλευόμενους. Εξετάζονται οι σχέσεις (ανταγωνιστικές, συμπληρωματικές, εξουσιαστικές) των κλάδων αυτών -τόσο μεταξύ τους, όσο και με άλλους κλάδους- έτσι όπως αυτές οι σχέσεις εμφανίζονται μέσα από τη διαχείριση του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου. Συνοπτικά, εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο οι δύο αυτές κατηγορίες α) προασπίζουν και αναδεικνύουν το «επαγγελματικό τους προφίλ», β) διαχειρίζονται τον «εισαγγελικό» νοσηλευόμενο και γ) σχετίζονται και δομούν σχέσεις εξάρτησης ή/και εξουσίας μεταξύ τους. Στόχος είναι να αναδειχθεί, τόσο η ρητή, όσο, και κυρίως, η λανθάνουσα λειτουργικότητα του καθενός από τους συγκεκριμένους επαγγελματικούς ρόλους σε αυτή τη φάση της αλλαγής του ψυχιατρικού συστήματος περίθαλψης: από μια πυραμιδοειδή, γραφειοκρατική, συμπαγή και άκαμπτη οργάνωση μιας οργανωτικής δομής, έτσι όπως εκφέρεται μέσα από την έννοια του «Ασύλου», του παλαιόθεν «ψυχιατρείου»,

[18] Erikson, K., «Notes on the Sociology of Deviance», *Social Problems*, τόμος 9, 1962, σ. 311.
[19] Erikson, K., «Notes on the Sociology of Deviance», οπ.π., σ. 307 – 314.

σε ένα μοντέλο του οποίου η οργάνωση υπακούει στα νεοφιλελεύθερα οργανωτικά μοντέλα.

Με έναν παραπλήσιο τρόπο, στο πέμπτο κεφάλαιο του δεύτερου τόμου εξετάζεται ο «κόσμος των τροφίμων», δίνοντας έμφαση κυρίως στον τρόπο μέσω του οποίου το επιστημονικό και εργαλειακό «παράδειγμα» της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης κατηγοριοποιεί τον «εισαγγελικό» νοσηλευόμενο, και γενικότερα διαχωρίζει, εναποθέτει κατηγορήματα και χαρακτηρισμούς, εν τέλει ανα-μορφώνει «κλάσεις» νοσογραφικών κατηγοριών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Παρουσιάζονται οι κατηγορίες των «εισαγγελικών», καθώς και η «ποσότητα», αλλά και το **ποιόν** της επικινδυνότητας που η κάθε κατηγορία φαίνεται ότι εμπεριέχει. Με άλλα λόγια, ο κύριος στόχος του κεφαλαίου είναι να καταδείξει τις διαφοροποιήσεις που έχουν επέλθει αναφορικά με το ποιος είναι – πλέον- ο «**επικίνδυνος ψυχασθενής**». Επιπλέον, μέσω της εξέτασης και ανάλυσης της έννοιας του νέου «επικίνδυνου ψυχασθενή», (Φ. Τσαλίκογλου), επιχειρείται μια πιο ενδελεχής ανάλυση της χρηστικότητας της έννοιας της ψυχικής πάθησης καθώς και η σύνδεσή της με την έννοια της επικινδυνότητας, έτσι όπως η σύνδεση αυτή εμφανίζεται στο νεοτερικό κοινωνικο-πολιτικό «συγκείμενο». Ποιός, δηλαδή, είναι ο στόχος και ποιά είναι η διάσταση αυτής της σχέσης αναφορικά με τις σύγχρονες πρακτικές διακυβέρνησης και ελέγχου του *πληθυσμού*.

Στο έκτο κεφάλαιο εξετάζονται αναλυτικότερα οι έννοιες της βίας και της επικινδυνότητας με ειδικότερη έμφαση στην τυπολογία των βίαιων συμπεριφορών και στον τρόπο μέσω του οποίου η βία νοηματοδοτείται, «προσδένεται» στο ψυχικά πάσχον υποκείμενο και, εν τέλει, χρησιμοποιείται για τις διαδικασίες ετικετοποίησης και δημιουργίας προβλεπτικών μοντέλων αναφορικά με την έννοια της επικινδυνότητας. Σε αντίθεση με τους «επίσημους» Λόγους περί βίας και επικινδυνότητας, επιχειρείται μια διαφορετική προσέγγιση των εννοιών αυτών. Η βασική υπόθεση εργασίας αναφέρεται στα εξής: η πλειονότητα των βίαιων και επικίνδυνων συμπεριφορών α) δεν πηγάζει από το ίδιο το Υποκείμενο (ατομοκεντρική θεώρηση), αλλά κατά βάση είναι μια απάντηση σε ένα κοινωνικό περιβάλλον το οποίο ο πάσχων βιώνει ως **απειλή**, και επιπλέον, β) οι περισσότερες βίαιες ή οιονεί βίαιες συμπεριφορές νοηματοδοτούνται αλλά και μετασχηματίζονται ως τέτοιες ενώ η κύρια διάστασή τους αφορά την έννοια της **ενόχλησης** (nuisance), η οποία όμως, στη δομή της, είναι απόλυτα εξαρτημένη από την έννοια του –κοινωνικού- *Δεσμού*. Αφορά

κυρίως την έννοια της *σχέσης* και όχι την έννοια του *ατομικού*, του Υποκειμένου αυτού καθαυτού.

Τέλος, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο εξετάζεται και η βία του συστήματος, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο το ψυχιατρικο-νομικό σύστημα παράγει βία, καταστολή, αποκλεισμό, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο το σύμπλοκο «Ψ» και «Π» **νομιμοποιεί** την εκφερόμενη από αυτό βία. Ο στόχος είναι να καταδειχθεί η (ενδεικτική) διάσταση του πεδίου της ακούσιας νοσηλείας αναφορικά με την έννοια της **προστασίας** και γενικότερα με την έννοια της **διακινδύνευσης**: *πώς* το Κράτος (φορέας της έννοιας της εξουσίας) δομεί, και τελικά διαχειρίζεται την έννοια της επικινδυνότητας και, κατ' επέκταση, την έννοια της διακινδύνευσης έτσι όπως εμφανίζονται στις νεότερες τεχνικές διακυβέρνησης.

Στο <u>έβδομο κεφάλαιο</u> εξετάζεται συνοπτικά η έννοια της ψυχιατρικής γνώσης. Εξετάζονται οι διαδικασίες παραγωγής της, έτσι όπως αυτές εξελίσσονται μέσα από τις διαντιδράσεις σε μικρο-επίπεδο, τις οποίες παρατηρήσαμε με αφορμή την ανάλυση της περίπτωσης των «εισαγγελικών», οι νοσογραφικές κατηγοριοποιήσεις, και κυρίως η καταστατική θέση της ψυχιατρικής ως θεσμού που σχετίζεται άμεσα με τα δίκτυα παραγωγής εξουσίας και τις διαδικασίες πληθυσμιακής διαχείρισης. Με άλλα λόγια, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο εξετάζονται α) οι διαδικασίες παραγωγής, διαμόρφωσης και παγίωσης της ψυχιατρικής Αλήθειας, δηλαδή της καθιέρωσης των κανονιστικών προτύπων τα οποία χωρίζουν το *κανονικό* από το *παθολογικό* και β) εξετάζονται οι εκλογικεύσεις και οι ιδεολογικές παραδοχές οι οποίες εμφανίζονται και λειτουργούν ως επιστημονικά ερείσματα και στηρίξεις αναφορικά με την πιστοποίηση της αναγκαιότητας της εμφάνισης της συστημικής βίας έτσι όπως η τελευταία περιγράφηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Το τελευταίο μέρος της μελέτης μας απαρτίζεται από τα *συμπεράσματα* και τον *επίλογο* και αποτελεί μια συνολική καταληκτική αποτίμηση όλης της προγενέστερης εμπειρικής αλλά και θεωρητικής διαδικασίας, μια προσπάθεια συμπύκνωσης και σφαιρικής ερμηνείας των ευρημάτων μας από το πεδίο που εξετάσαμε, ενώ το τελευταίο κεφάλαιο αφορά τους προβληματισμούς αλλά και τις προτάσεις μας: Ποια είναι η καταστατική θέση του ψυχικά πάσχοντος υποκειμένου στις μετα-νεοτερικές δυτικές κοινωνίες; Ποια είναι η νοηματοδότηση της έννοιας της *παρέκκλισης*, έτσι όπως αυτή παραδειγματοποιείται μέσω του παραδείγματος του «επικίνδυνου ψυχασθενή»; Ποιες είναι οι τεχνικές διαχείρισής της και ποιος είναι ο ρόλος, η λειτουργικότητα και εν τέλει η αναπαράσταση των υποκειμένων

– επαγγελματιών που εμπλέκονται; Τελικά, ποιο κοινωνικο-πολιτικό μοντέλο διαχείρισης αναδύεται; Υπάρχει «αλλαγή παραδείγματος» και, αν ναι, προς ποια κατεύθυνση: Οπισθοδρόμηση προς το *Άσυλο* ή εκσυγχρονισμός; Ο εκσυγχρονισμός είναι πραγματοποιημένος; Έχει θετική χροιά και υπόσταση; Εντέλει είναι ευκταίος; Επιπροσθέτως, ποιος είναι ο ρόλος του υποκειμένου – πολίτη («επαγγελματίας» ή «ψυχικά πάσχων», ίσως δεν έχει τόση σημασία…) μέσα στο σύστημα αυτό; Ποιες δυνατότητες «αντίστασης» έχει; Αν έχει; Ποιες λύσεις υπάρχουν, και που βρίσκονται; Η λύση βρίσκεται στο σύστημα, στην έννοια του *συλλογικού*, ή στο *Υποκείμενο* και στην *ελεύθερη βούληση*;

Ατελείωτα τα ερωτήματα. Και στόχος αυτής της μελέτης σίγουρα δεν είναι να απαντήσει σε όλα. Μάλλον το αντίθετο: να τα θέσει. Άλλωστε, μέσω μιας αναστοχαστικής προοπτικής, ο καίριος στόχος ίσως να μην αφορά την έννοια της *απάντησης*. Το μείζον διακύβευμα αφορά στην έννοια της *σχέσης*: της *διαλεκτικής*, της *συνεργασίας*, της *συν-ομιλίας*, της *πρότασης*. Άλλωστε, όπως δεν θα σταματήσουμε ποτέ να πιστεύουμε και να δηλώνουμε, η έννοια της Αλήθειας, της μοναδικής απάντησης, όσο ελκυστική, άλλο τόσο επικίνδυνη μπορεί να γίνει: «*Εάν -εξετάζοντας ένα ιερό κείμενο- δύο ερμηνευτές, που αντιπαρατίθενται, διακηρύσσουν: "εγώ έχω δίκιο, η δική μου κατανόηση του κειμένου είναι η αληθής, και είναι συνάμα μία αληθής προσταγή προς τη λύτρωση" - τούτο μπορεί να οδηγήσει σε διένεξη. Αλλά απεναντίας, εάν συμφωνήσουν ότι "το κείμενο μπορεί να κατανοηθεί με ένα διαφορετικό τρόπο και, εάν αυτό δεν είναι αρκετό, με έναν άλλον τρόπο, και με ακόμη άλλον ένα", τότε μπορεί να αρχίσουν να διαπραγματεύονται - και "όποιος διαπραγματεύεται, δεν σκοτώνει". Η "πληθυντική ερμηνευτική", σε αντίθεση με την "ενική ερμηνευτική", προοιωνίζεται ένα "είναι προς το κείμενο" αντί για ένα "είναι προς το φόνο". Η ιστορία είναι κατάφορτη με μαζικές δολοφονίες εν ονόματι της μίας και μοναδικής αλήθειας. (Αυτή η τελευταία έκφραση είναι πλεονασμός, το δίχως άλλο: η αλήθεια μπορεί να είναι "μία και μοναδική" ή "τίποτα", η ιδέα της αλήθειας χρειάζεται καταφύγιο, και αποτελεί καταφύγιο μονάχα όταν υπονοείται το ψεύδος όλων των άλλων πεποιθήσεων η "αλήθεια" ως πληθυντικός, οι "αλήθειες", αποτελεί αντίφαση όρων.) Είναι δύσκολο, μολοντούτο, να εντοπίσουμε μία έστω περίπτωση βαναυσότητας που διαπράχθηκε εν ονόματι της πολλότητας και της ανεκτικότητας*».[20]

[20] Bauman, Z., *Η Μετανεοτερικότητα και τα Δεινά της*, οπ.π., σ. 365 – 366.

Κεφάλαιο 1. Οι κοινωνιολογικές θεωρήσεις της υγείας και της ασθένειας

1.1 Εισαγωγικά

Οι κοινωνιολογικές θεωρήσεις οι οποίες ασχολούνται με την έννοια της υγείας εκφράζουν ή αντιτίθενται στην κυρίαρχη ιδεολογία, ερμηνεύουν, χαρακτηρίζουν, προσδιορίζουν, αναλύουν, προβλέπουν, εκφράζοντας ή προβληματοποιώντας το ισχύον «παράδειγμα» του πολιτιστικού και κοινωνικού συγκείμενου στο οποίο εμφανίζονται. Μέσα από αυτή την προοπτική, αναφορικά με το πεδίο που εξετάζουμε, διαφορετικές θεωρίες εμφανίστηκαν, επηρέασαν, διατηρήθηκαν, εκτοπίστηκαν, διυλισθήκαν, μεταμορφωθήκαν, «συγγένεψαν», πολέμησαν, επιβλήθηκαν. Θεωρίες οι οποίες κινούνταν, και κινούνται πάνω στους άξονες «υποκείμενο» Vs «κοινωνία»,[21] «οργανογένεση» Vs «κοινωνιογένεση», «φύση» Vs «πολιτισμός», προσπαθούν να προσεγγίσουν, να αναλύσουν, να χαρτογραφήσουν, να αιτιολογήσουν, να προβλέψουν, να εξηγήσουν, να ερμηνεύσουν. Μέσα σε αναρίθμητα πολιτιστικά συμφραζόμενα, προσπαθούν να προσεγγίσουν τις έννοιες της υγείας και της νόσου, της αρρώστιας, της ασθένειας, της πάθησης. Μιας εμπειρίας, αυτής του «πάσχειν», της οδύνης που συνεπάγεται, η οποία μέσω μιας πρώτης, γρήγορης ματιάς, φαίνεται τόσο μα τόσο *προσωπική*. Τόσο *υποκειμενική*, τόσο *φυσική*, τόσο *μη κοινωνική*…

Και όμως. Το πάσχον σώμα υπόκειται σε ένα συνεχή, ατελεύτητο, αδιάλειπτο «διακανονισμό», σε μια συνεχή διαδικασία επαφής, επικοινωνίας, συνδιαλλαγής. Συνδιαλλαγής με την «πληγή» του, με την οδύνη του, με τα νοήματά του, με τους φόβους ή τις ελπίδες του, με τη ζωή και τον θάνατο, με την ίδια την ύπαρξή του. Συνδιαλλαγής με τους θεσμούς οι οποίοι θα του δώσουν το νόημα της ίασης, με τα καθεστώτα γνώσης, με τους φορείς της εξουσίας. Συνδιαλλαγής με τις νόρμες, με τις κοσμοθεωρίες, με τις πολιτισμικές μορφές, με τις οικονομίες, με τις ιδεολογίες, με όλα αυτά τα οποία θα προσδώσουν ένα περιεχόμενο, ένα νόημα στην οδύνη του. Μέσα σ' ένα στίβο στον οποίο οι διαδικασίες υποταγής ή απελευθέρωσης, καθυπόταξης ή απείθειας, εξάρτησης ή

[21] Αναφερόμαστε στην προβληματική που εκπορεύεται από την ανάγνωση της έννοιας του *υποκειμένου* υπό το πρίσμα του σταθερού, διαχρονικού, ανεπηρέαστου από κοινωνικές και πολιτισμικές σημασιοδοτήσεις σημαίνοντος. Η διαπραγμάτευση αφορά την έννοια του *υποκειμένου* (πόσο μάλλον του *σώματος*) υπό όρους σταθερού «πράγματος», ανήκον στην άχρονη «φυσική τάξη», και όχι στην εκάστοτε κοινωνική και πολιτισμική πραγματικότητα. Σύμφωνα με τον Geertz, η ενασχόληση, ή η διαμάχη του κατά πόσο τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά είναι έμφυτα ή αντίθετα είναι πολιτισμικά και κοινωνικά κατασκευασμένα ή προσδιορισμένα, είναι ιδιαίτερα παλαιά, και πιθανότατα μη επιλύσιμη. Geertz, C., *Η Ερμηνεία των Πολιτισμών*, μτφ. Θ. Παραδέλλης, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2003.

ελευθερίας μπορεί να μην έχουν και μεγάλη σημασία για το «υποφέρον υποκείμενο», για τον φορέα της **οδύνης**, η επιστημονική έρευνα έρχεται για να ρωτήσει: «*Πως το πάσχειν επιτελείται ως φορέας εμπέδωσης, διακύβευσης, διεκδίκησης ή και αποδιάρθρωσης του βιογραφικού και κοινωνικού νοήματος; Πως μετατρέπεται σε όχημα κοινωνικών ιεραρχιών που ρυθμίζουν τα όρια του ανήκειν; Πως γίνεται αίτιο αποκλεισμού αλλά και όρος συμπερίληψης; Πως καθίσταται δίαυλος κοινωνικής διαπραγμάτευσης;…*».[22]

> «*Εγώ πιστεύω ότι στο εισαγγελικό, δεν είναι μόνο ένας ψυχωσικός και τέρμα, δεν θεωρώ ότι αντιλαμβάνονται και πολλά πράγματα, πέραν του γεγονότος ότι υπάρχει ένα θέμα αντίληψης ας πούμε, θεωρώ ότι αυτό το λίγο που μπορούν να αντιληφθούν αυτοί είναι ότι έρχονται χωρίς τη θέλησή τους. Αυτό το πράγμα είναι πολύ τραυματικό. Δηλαδή, το εισαγγελικό, εξ ορισμού, ξεκινάει μ' ένα τραύμα. Το τραύμα της ακούσιας νοσηλείας. Της ακούσιας νοσηλείας. Τέλος. Είναι τραύμα αυτό το πράγμα. Με άνθρωπο ο οποίος έχει πραγματικά διαταραγμένη αντίληψη, ή τέλος πάντων, έναν βαθμό διαταραγμένης αντίληψης, αυτό το πράγμα ενδεχομένως να μεγαλοποιείται κιόλας. Δηλαδή, να νοιώθει ότι του έχουν κλέψει τον κόσμο του, κατάλαβες; Έχει χαθεί ο κόσμος κάτω από τα πόδια του. Τέλος πάντων, αυτός ο κόσμος τέλος πάντων, που έχει αυτός στο μυαλό του*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Η προβληματική η οποία θεωρούμε ότι είναι η σημαίνουσα, αναφορικά με τις εξω-ιατρικές θεωρήσεις πεδίων τα οποία αφορούν έννοιες όπως αυτές της υγείας ή της ασθένειας, είναι ακριβώς η –άλλοτε σε άλλο βαθμό- δυσκολία προβληματοποίησης εννοιών οι οποίες περιέχουν την έννοια του *φυσικού*: του *δεδομένου*. Για παράδειγμα, ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου, είναι ένα έμφραγμα του μυοκαρδίου, πως κάποιος να διαφωνήσει; Υπ' αυτό το πρίσμα, τόσο η έννοια της *φύσης*, όσο και οι επιστήμες οι οποίες τη διαχειρίζονται, ειδικά οι πιο «σκληροπυρηνικές» εξ αυτών όπως η Βιολογία ή η Ιατρική, αποτελούν το πεδίο μιας βαθιάς πολλές φορές πολεμικής.

Με βάση τη συγκεκριμένη παραδοχή, στο επίπεδο της υγείας – ασθένειας η εξέλιξη των θεωριών έχει περιδιαβεί από πολλά στάδια. Από θέσεις οι οποίες υποστηρίζουν και δέχονται και υποστηρίζουν τη θεώρηση περί *οργανογένεσης* (η «πραγματικότητα» είναι κάτι αυθύπαρκτο, «έξω» από κοινωνικές σημασίες) μέχρι θέσεις οι οποίες την απορρίπτουν σχεδόν ολοκληρωτικά (οι θεωρίες περί *κοινωνιογένεσης*). Ειδικά στο πεδίο της ψυχικής

[22]Αθανασίου, Α., «Επιτελέσεις της Τρωτότητας και του Κοινωνικού Τραύματος», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην Ανθρωπολογία της Υγείας*, επιμ., εισ., Α. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2011, σ. 20.

ασθένειας, το διακύβευμα παρουσιάζει μεγαλύτερη συνθετότητα και ασάφεια, ακριβώς λόγω του ομιχλώδους χαρακτήρα της έννοιας της ψυχικής νόσου.

Οι κοινωνιολογικές προσεγγίσεις που εντρύφησαν στα πεδία της υγείας και της ασθένειας καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, τόσο σε επίπεδο θεωρίας και μεθοδολογίας, όσο και σε ιδεολογικό επίπεδο. Θεωρούμε ότι η διαχρονική εξελικτική[23] των προσεγγίσεων αυτών κινείται σε δύο άξονες. Ο πρώτος έχει να κάνει με τον άξονα «οργανογένεση» - «κοινωνιογένεση», ενώ ο δεύτερος έχει να κάνει κυρίως με τη συνθετότητα των προσεγγίσεων αυτών. Άλλωστε, μια αντίληψη της εν λόγω εξελικτικής εν είδει *μονόδρομου*, με την μια θεωρία να διαδέχεται την άλλη, ούσα η κάθε μία «στεγανή» και περιχαρακωμένη, ίσως αποτελεί μια επικίνδυνη απλούστευση. «*Είναι γνωστό ότι σε διαφορετικές χρονικές περιόδους διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις έχουν υπάρξει δημοφιλείς και έχουν ασκήσει σημαντικές επιρροές. Παρ' όλα αυτά, πρέπει να γίνει σαφές ότι τα όρια μεταξύ των διαφόρων επιστημονικών θεωρήσεων είναι διαπερατά* […]. *Διαφορετικά επίπεδα γνώσης αλληλεπικαλύπτονται στο πέρασμα του χρόνου*».[24] Όμως μέσα σε αυτό το διαρκώς μεταλλαζόμενο τοπίο, με το κάθε *Παράδειγμα* να προσπαθεί να λάβει μέρος στην παραγωγή της Αλήθειας, μπορούμε να προσδιορίσουμε τις βασικές εκείνες θεωρητικές προσεγγίσεις οι οποίες παρήγαγαν *ερμηνεία*. Και εξακολουθούν να παράγουν.

[23] Ουσιαστικά, η ενασχόληση της κοινωνιολογίας με το πεδίο της υγείας ξεκινά μετά τον Β. παγκόσμιο πόλεμο. Οι Gabe, Calnan και Bury, έχοντας ίσως προσδιορίσει με τη μεγαλύτερη σαφήνεια στο έργο του αυτή τη διαδρομή, θεωρούν ότι τα χρονολογικά στάδια είναι τρία. Το πρώτο αφορά την περίοδο από το Β. παγκόσμιο πόλεμο μέχρι τη δεκαετία του '60, το δεύτερο από το '60 έως το τέλος της δεκαετίας του '70, και το τρίτο από το '70 έως τις μέρες μας. Βλ. Gabe, J., Calnan, M., Bury, M., *The Sociology of the Health Service*, Routledge, London, 1991. Ειδικά για την πρώτη περίοδο, όπως αναφέρεται και αμέσως παρακάτω, η έρευνα είχε επικεντρωθεί σε θεματικές όπως η φτώχεια, η ανεργία, γενικά σε ζητήματα τα οποία άπτονταν στην έννοια της κοινωνικής τάξης.

[24] Αθανασίου, Α., «Επιτελέσεις της Τρωτότητας και του Κοινωνικού Τραύματος», οπ.π., σ. 22.

1.2. Ο E. Durkheim και η *αυτοκτονία*

«Σε κάθε δεδομένη στιγμή, η ηθική σύσταση της κοινωνίας σταθεροποιεί την αναλογία των θελληματικών θανάτων. Άρα υπάρχει για κάθε λαό μια συλλογική δύναμη ορισμένης ενέργειας που προτρέπει τους ανθρώπους στην αυτοκαταστροφή. Οι πράξεις του θύματος που στην αρχή φαίνονται μόνο να εκφράζουν την προσωπική του ιδιοσυγκρασία είναι πράγματι το συμπλήρωμα και η επιμήκυνση μιας κοινωνικής κατάστασης που εκφράζουν εξωτερικά».[25]

Ο E. Durkheim, περίπου έναν αιώνα πριν, γράφει για ένα θέμα το οποίο φαίνεται να μην σχετίζεται, άμεσα τουλάχιστον, με μια κοινωνιολογική προοπτική. Γράφει μια μελέτη για την αυτοκτονία. Ο Durkheim, θέλοντας ίσως να επικυρώσει την επιστήμη της κοινωνιολογίας αναφορικά με την επιστημονική της δυνατότητα και status, προσεγγίζει το φαινόμενο της αυτοκτονίας και προτίθεται να το αναλύσει ως ένα κοινωνικό φαινόμενο. Αντιτίθεται στον αποκλειστικό ψυχολογικό αναγωγισμό του φαινόμενου και ουσιαστικά καταφέρνει να καταδείξει ότι η πράξη της αυτοκτονίας, σε μια πρώτη προσέγγιση μια καθαρά *υποκειμενική πράξη*, μπορεί να έχει κοινωνικές αιτίες και διαστάσεις. Η αυτοκτονία προσεγγίζεται υπό το πρίσμα ενός κοινωνικού φαινομένου το οποίο επηρεάζουν παράγοντες και μεταβλητές όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση).[26] Ο Durkheim δομεί ένα ερμηνευτικό σχήμα το οποίο συνδέει την αυτοκτονία με το βαθμό κοινωνικής συνοχής, ή καλύτερα με το βαθμό ολοκλήρωσης μιας κοινωνικής δομής, ουσιαστικά συνδέοντας την έννοια της ανομίας με ένα παράγωγο του κοινωνικού ζειν, όπως η αυτοκτονία.[27] Σύμφωνα με τον Durkheim, μπορούν να προσδιοριστούν τέσσερα είδη αυτοκτονίας: η *εγωιστική*, η *αλτρουιστική*, η *ανομική*, και η *μοιρολατρική*. Είναι εμφανές ότι για τον Durkheim η κατηγορία της *αλτρουιστικής αυτοκτονίας*[28] αντανακλά το υψηλότερο επίπεδο κοινωνικής οργάνωσης,

---

[25] Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, μτφ. Μ. Μαρκάκης, Αναγνωστίδης, Αθήνα, 1985, σ. 346.

[26] Ο Durkheim καταλήγει σε συγκεκριμένα και πολύ αναλυτικά συμπεράσματα. Έτσι, για παράδειγμα, ισχυρίζεται ότι «*Οι πολύ πρώιμοι γάμοι έχουν μια επιδεινωτικήν επίδραση στην αυτοκτονία ιδιαίτερα σε σχέση με τους άνδρες*», ενώ «*οι παντρεμένοι και των δύο φύλων απολαμβάνουν ένα συντελεστή προφύλαξης σε σύγκριση με τους ανύπανδρους*». Αντίθετα, «*η χηρεία σμικρύνει τον συντελεστή των παντρεμένων κάθε φύλου, αλλά σπάνια τον περιορίζει απόλυτα*», ενώ «*η ανοσία αυξάνεται ακόμη με την πυκνότητα της οικογένειας, δηλαδή με την αύξηση του αριθμού των στοιχείων της*». Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, οπ.π., σ. 189, 192, 193, 215.

[27] Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, οπ.π., σ. 486 -487.

[28] Η «αλτρουϊστική αυτοκτονία», σύμφωνα με τον Durkheim, αποτελείται από τρεις υπότυπους: την *υποχρεωτική*, την *προαιρετική* και την *οξεία*: «*…την υποχρεωτική αλτρουιστική αυτοκτονία, την*

συσπείρωσης και αλληλεγγύης, με το άτομο να θυσιάζεται για την επιδίωξη του κοινού στόχου και του κοινού συμφέροντος της ομάδας. «*Έχοντας δώσει το όνομα "εγωισμός" στην κατάσταση του εγώ που ζει τη δική του ζωή υπακούοντας μόνο στον εαυτό του, εκείνο του αλτρουϊσμού εκφράζει αρκετά καλά την αντίθετη κατάσταση όπου το εγώ δεν ανήκει στον εαυτό του, όπου αναμιγνύεται με κάτι που δεν είναι δικό του, όπου ο πόλος της συμπεριφοράς είναι εξωτερικός από αυτόν, δηλαδή ανήκει σε μια από τις ομάδες που συμμετέχει. Έτσι, αποκαλούμε την αυτοκτονία που προκαλείται από έντονο αλτρουϊσμό, αλτρουϊστική αυτοκτονία*».[29] Σε αντίθεση με αυτό τον τύπο, η *εγωιστική αυτοκτονία* υποδηλώνει μια αυξημένη ατομικότητα και μια ναρκισσιστική τάση, προερχόμενη από μια χαλάρωση του δεσμού ατόμου – κοινωνίας, με την αυτοκτονία αυτού του τύπου να συμβαίνει σαν απάντηση στην απώλεια της επίτευξης των προσωπικών στόχων, ενώ αυτός ο τύπος της αυτοκτονίας είναι πιο συχνά εμφανιζόμενος στα «ανώτερα στρώματα»: στις οικονομικές αλλά και πνευματικές ελίτ. Αναφέρει χαρακτηριστικά, αναλύοντας τον τύπο της εγωιστικής αυτοκτονίας: «*Εάν η τάση για αυτοκτονία επιδεινώνεται στους παιδευμένους κύκλους, αυτό οφείλεται* […] *στην εξασθένιση των παραδοσιακών πίστεων και στην κατάσταση του ηθικού ατομικισμού καθώς προκύπτει απ' αυτή. Γιατί εξαφανίζεται όταν η παιδεία έχει μιαν άλλη αιτία και ανταποκρίνεται σε άλλες ανάγκες*».[30] Ένα βήμα πιο πέρα, η *ανομική αυτοκτονία* είναι αποτέλεσμα της εμφάνισης της έννοιας της ανομίας μέσα στο κοινωνικό γίγνεσθαι: την προκαλεί η ανυπαρξία κοινωνικών κανόνων ή η έντονη κοινωνική σύγκρουση: «*Άρα εάν οι βιομηχανικές ή οι οικονομικές κρίσεις αυξάνουν τις αυτοκτονίες, αυτό δεν οφείλεται στο γεγονός ότι προκαλούν πενία, αφού οι κρίσεις ευημερίας έχουν το ίδιο αποτέλεσμα· οφείλεται στο γεγονός ότι είναι κρίσεις, δηλαδή διαταραχές τής συλλογικής τάξης. Κάθε ρωγμή τής ισορροπίας, ακόμη και αν επιτυγχάνει μεγαλύτερη άνεση και μία ανύψωση της γενικής ζωτικότητας, σπρώχνει στον θεληματικό θάνατο. Κάθε φορά πού πραγματοποιούνται σοβαρές αναπροσαρμογές στο κοινωνικό σώμα, ανεξάρτητα αν οφείλονται σε μια ξαφνική ανάπτυξη ή ένα απροσδόκητο κατακλυσμό, οι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη κλίση για αυτοκαταστροφή*».[31] Τέλος, η *μοιρολατρική αυτοκτονία* είναι απόρροια

προαιρετική αλτρουιστική αυτοκτονία και την οξεία αλτρουιστική αυτοκτονία πού η τέλεια μορφή της είναι η μυστική αυτοκτονία. Αντιτίθεται εξαιρετικά εκπληκτικά στις διάφορες αυτές μορφές με την εγωιστική αυτοκτονία. Η μια συσχετίζεται με την ωμή ηθική πού περιφρονεί κάθε τι σχετιζόμενο μόνο με το άτομο· η άλλη είναι αλληλέγγυη με την εξευγενισμένη ηθική που τοποθετεί τόσο ψηλά την ανθρώπινη προσωπικότητα πού δεν μπορεί να είναι υποταγμένη πια σε τίποτε». Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, οπ.π., σ. 251.

[29] Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, οπ.π., σ. 244.

[30] Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, οπ.π., σ. 178.

[31] Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, οπ.π., σ. 275.

πολύ ισχυρού κοινωνικού ελέγχου και πλήρους απώλειας του αισθήματος της αυτονομίας από το υποκείμενο – πολίτη.

Θεωρούμε ότι το μοντέλο που ανέπτυξε ο Durkheim παρουσιάζει με έκδηλο τρόπο την μεθοδολογία προσέγγισης ενός πεδίου και της ένταξής του σε ένα γενικευμένο θεωρητικό μεγα-σχήμα. Βέβαια, ο Durkheim υποστηρίζει το συναινετικό μοντέλο, με τις έννοιες της κοινωνικής συναίνεσης και συνοχής να είναι καίριες: μια κοινωνιολογική προοπτική που υποστηρίζει την έννοια της *κοινωνίας*, υπό το πρίσμα του πλέον εξελιγμένου θεσμού – φορέα της έννοιας της *ηθικής*.[32] Παρ' όλα αυτά θεωρούμε σημαντική αυτή την περιπτωσιολογική μελέτη η οποία εστιάζει το ενδιαφέρον στη σύνδεση ενός ατομικού προβλήματος με τις ευρύτερες κοινωνικές συνθήκες. Επιπλέον, η μελέτη αυτή αποτέλεσε το έρεισμα για την ανάπτυξη ενός πλήθους εργασιών οι οποίες προσπάθησαν να προσεγγίσουν και να τεκμηριώσουν αιτιακά σχήματα υγείας – ασθένειας μέσα από την κοινωνιολογική προοπτική.

[32] «*Μία ρυθμιστική δύναμη πρέπει να παίξει τον ίδιο ρόλο για τις ηθικές ανάγκες πού παίζει ο οργανισμός για τις φυσικές ανάγκες. Αυτό σημαίνει ότι η δύναμη αυτή μπορεί να είναι μόνο η ηθική. Η αφύπνιση της συνείδησης θρυμμάτισε την κατάσταση ισορροπίας όπου ύπνωνε το ζώο· μόνο η συνείδηση, κατά συνέπεια, μπορεί να προσφέρει τα μέσα για να την ξανααποκαταστήσει. Ο φυσικός περιορισμός δεν θα ήταν αποτελεσματικός* […]. *Στο μέτρο πού οι ορέξεις δεν περιορίζονται αυτόματα από φυσιολογικούς μηχανισμούς, μπορούν να συγκρατηθούν μόνο από ένα όριο που αναγνωρίζουν σαν δίκαιο. Οι άνθρωποι ποτέ δεν θα συμφωνούσαν να περιστείλουν τις επιθυμίες τους εάν ένοιωθαν δικαιολογημένοι να υπερβούν το υποχρεωτικό όριο. Αλλά* […] *δεν μπορούν να εκχωρήσουν στους εαυτούς τους αυτόν τον νόμο τής δικαιοσύνης. Έτσι πρέπει να τον παραλάβουν από μια εξουσία πού σέβονται, όπου παραδίδονται αυθόρμητα. Είτε κατά τρόπο ευθύ και σαν σύνολο, είτε με την ενέργεια ενός από τα όργανά της, μόνο ή κοινωνία μπορεί να παίζει αυτόν τον ρυθμιστικό ρόλο γιατί είναι η μόνη ηθική δύναμη υπέρτερη από το άτομο πού δέχεται την υπεροχή της. Αυτή μόνο έχει την αναγκαία εξουσία να συνομολογήσει νόμο και να καθορίσει το σημείο που πέρα από αυτό δεν πρέπει να πάνε τα πάθη*». Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, οπ.π., σ. 279.

1.3. Η Θεωρία της «Κοινωνικής Αιτιότητας»

Η *θεωρία της Κοινωνικής Αιτιότητας*, αν και εγγράφεται περισσότερο στον πόλο της «οργανικότητας» του άξονα «οργανογένεση – κοινωνιογένεση», είναι από τις πρώτες που προσπάθησαν να δώσουν μια κοινωνιολογική χροιά στο συγκεκριμένο πεδίο. Επί της ουσίας πρόκειται για το σύνολο των θέσεων οι οποίες δέχονται τη ψυχιατρική νοσογραφία ως έγκυρη: αναγνωρίζουν, δηλαδή, την ύπαρξη οντοτήτων όπως η σχιζοφρένεια ή η κατάθλιψη. Ο βασικός στόχος αυτής της «σχολής» έγκειται στο να μπορέσει να προσδιορίσει και να καταδείξει την συσχέτιση μεταξύ της –ούσας- ψυχικής νόσου και της κοινωνικής μειονεξίας. Οι περισσότερες έρευνες με βάση αυτή τη προσέγγιση ασχολούνται και ελέγχουν δείκτες όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.[33] Σε γενικές γραμμές, οι συγκεκριμένες προσεγγίσεις προσπαθούν να συνδέσουν την έννοια της κοινωνικής τάξης με τα ποσοστά εμφάνισης ψυχιατρικών νόσων (με κύριο παράδειγμα τη σχιζοφρένεια).[34] Το σημείο, δηλαδή, το οποίο μας ενδιαφέρει είναι η προσπάθεια α) αιτιακής σύνδεσης της έννοιας της ψυχικής πάθησης με την έννοια της κοινωνικής τάξης και β) η προσπάθεια δημιουργίας ερμηνευτικών υποθέσεων αναφορικά με αυτή τη συσχέτιση. Η δέσμη αυτών

[33] Από τα τέλη της δεκαετίας του ’30 έρευνες, με χαρακτηριστικότερη αυτή του Faris το 1939, συνέδεσαν τα υψηλά ποσοστά ψυχικών νόσων, κυρίως σχιζοφρένειας, με άτομα τα οποία προέρχονταν από τις φτωχότερες περιοχές των μεγάλων αστικών κέντρων (συγκεκριμένα του Σικάγο). Ο Faris συμπέρανε ότι ο συνδυασμός της φτώχιας και της κοινωνικής απομόνωσης σε αυτές τις περιοχές επίσπευδε την εμφάνιση της σχιζοφρένειας. Σύμφωνα με τον Faris, ευάλωτοι σε αυτή τη κατάσταση είναι εκείνοι οι οποίοι, για αναπτυξιακούς λόγους, παρέμειναν κοινωνικά απομονωμένοι. Έτσι, ο συνδυασμός φτώχιας και κοινωνικής απομόνωσης οδηγεί τα –ήδη ευάλωτα άτομα- στη ψύχωση. Στις επόμενες όμως δύο δεκαετίες, ένα πλήθος ερευνών παρουσίασε αντίθετα αποτελέσματα, με αποτέλεσμα μέσω αυτών των αντιφατικών θέσεων να ξεκινήσει η δόμηση της θεωρίας του «κοινωνικού ξεπεσμού». Για τη θεωρία της «κοινωνικής απομόνωσης» του Faris, βλ. Faris, R., E., «Ecological Factors in Human Behavior», στο: *Mental Disorders In Urban Areas: An Ecological Study Of Schizophrenia*, Chicago University Press, Chicago, 1944.

[34] Σε γενικές γραμμές, υπάρχουν δύο υποθέσεις για την εμφάνιση περισσότερων ψυχιατρικών διαγνώσεων στους οικονομικά ασθενέστερους πληθυσμούς. Η πρώτη είναι η υπόθεση του «κοινωνικού ξεπεσμού» και η άλλη αυτή που αναφέρεται στην «περίσταση και το στρες» (opportunity and stress). Η υπόθεση του «κοινωνικού ξεπεσμού»,επί της ουσίας υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια ουσιαστικά «αχρηστεύει» της κοινωνικές δεξιότητες και ικανότητες και έχει δύο υπό-κατηγορίες. Η μία, όπως παρουσιάστηκε λίγο πριν, υποστηρίζει ότι οι ψυχωσικοί ασθενείς πιθανόν να μετακινούνται σε πιο φτωχές αστικές περιοχές. Η άλλη υποστηρίζει ότι οι ασθενείς «διολισθαίνουν» την κοινωνική κλίμακα. Με άλλα λογία ισχυρίζεται ότι οι ψυχικά ασθενείς που προέρχονται από όλες τις κοινωνικές τάξεις, είτε από την ανώτερη τάξη, είτε από την «μεσαία», είτε από την κατώτερη (όπου περιλαμβάνονται κυρίως οι ανειδίκευτοι εργάτες), στην περίπτωση που εμφανίσουν σχιζοφρένεια, δεν μπορούν να διατηρηθούν στην κοινωνική τους τάξη με αποτέλεσμα να βυθίζονται στον «ταξικό» πάτο της κοινωνίας. Αναφερόμαστε στην θεωρία της «κοινωνικής διολίσθησης», έτσι όπως έχει παρουσιαστεί κυρίως από τον Dohrenwend και τους συνεργάτες του. Βλ. Dohrenwend B., P., Dohernwend -Snell B., *Social Status and Psychological Disorder*, J. Wiley, New York, 1969. Η υπόθεση η οποία αναφέρεται στην «περίσταση και το στρες» (opportunity and stress), ουσιαστικά προτείνει τη θέση ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την έκλυση stress επηρεάζουν σε διαφορετικό βαθμό τα άτομα που προέρχονται από διαφορετικές κοινωνικές τάξεις. Βλ. και: Hardt, R., H., Feinhandler, S., J., «Social Class and Mental Hospital Prognosis», *American Sociological Review*, τεύχος 24, 1959, σ. 815 – 821.

των ερευνών η οποία αναπτύχθηκε κυρίως στις ΗΠΑ μεταπολεμικά, τις δεκαετίες του ’40 και του ’50, ήταν και η πρώτη που ουσιαστικά έθεσε τα θεμέλια της περαιτέρω ανάπτυξης του κλάδου της κοινωνιολογίας ο οποίος ασχολείται με την ψυχική υγεία και τη ψυχική νόσο.

1.4. Η «θεωρία του στιγματισμού»

«*Δεδομένης ιδιαίτερα της κατάστασης, στην οποία βρίσκεται η επιστήμη, ένας άνθρωπος αποτελείται από ότι λένε οι άλλοι ότι είναι ή από ότι κάνουν οι άλλοι με αυτό που λένε ότι είναι* […]. *Πρόκειται για ένα κόσμο όπου τα βιωμένα συμβάντα έχουν ανεξαρτητοποιηθεί από τον άνθρωπο*».[35]

Θεωρούμε ότι η *θεωρία του στιγματισμού* είναι ενδεικτική των αλλαγών που εμφανίζονται την εποχή της δεκαετίας του ’60 γενικότερα. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Αλεξιάς: «*Την περίοδο αυτή η έννοια της εξουσίας αναδεικνύεται από την κοινωνιολογία ως μία από τις βασικές συνιστώσες των κοινωνικών σχέσεων. Το ερώτημα που αρχίζει να τίθεται επιτακτικά στην κοινωνιολογική έρευνα είναι “ποιος ωφελείται” από τις συγκεκριμένες και* <u>*πραγματικές*</u> (η υπογράμμιση, δική μας) *μορφές που παίρνουν τα κοινωνικά φαινόμενα και γεγονότα. Για αυτό και δεν είναι τυχαίο ότι η εξέλιξη της κοινωνιολογίας της ιατρικής εκείνη την περίοδο είναι παράλληλη με την αναζήτηση του κριτικού κοινωνιολογικού λόγου* […]. *Η κοινωνιολογία υιοθέτησε ένα καινούργιο πρόσωπο, ένα νέο προσανατολισμό απέναντι στα κοινωνικά φαινόμενα. Τίποτα πλέον δεν θεωρούνταν ως δεδομένο* […]. *Η κοινωνιολογία αρχίζει να ασχολείται με την αποδόμηση της πραγματικότητας και την ανάδειξη των εξουσιαστικών σχέσεων, οι οποίες θεωρούνται ότι αποτελούν τη βάση επάνω στην οποία δομείται η κοινωνική ζωή* […]. *Στη φάση αυτή της ανάπτυξης της η κοινωνιολογία της ιατρικής ασχολείται περισσότερο με το micro-επίπεδο ανάλυσης, με συγκεκριμένες δηλαδή εμπειρικές σχέσεις*».[36] Αυτή ακριβώς την ενασχόληση με το micro-επίπεδο εκφράζουν με εναργή τρόπο η θεωρία της *συμβολικής αλληλόδρασης* και η *θεωρία του στιγματισμού*.

Η *θεωρία του στιγματισμού* (labeling theory), της οποίας οι κύριοι εκπρόσωποι ήταν οι Lemert, Scheff και Goffman, έχει σαν βασικό θεωρητικό της εργαλείο την κοινωνιολογική έννοια της «συμβολικής αλληλόδρασης», έτσι όπως αυτή αναπτύχθηκε αρχικά από τον Mead.[37] Η συμβολική αλληλόδραση αφορά την έννοια του *συμβόλου*, της συμβολικής

---

[35] Lyotard J., *Η Μεταμοντέρνα Κατάσταση*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, Γνώση, Αθήνα, 1993, σ. 55-56.

[36] Αλεξιάς, Γ., *Λόγοι Περί Ζωής και Θανάτου: Η Ιατρική Πράξη ως Μορφή Κοινωνικής Αλληλόδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000, σ. 37,38, 41.

[37] Συνοπτικά, η *συμβολική αλληλόδραση* (symbolic interactionism) δίνει έμφαση στις υποκειμενικές πτυχές της «καθημερινής ζωής», στις μικρο-συνδιαλλαγές και επικοινωνία, παρά στις μακρο-δομές της κοινωνίας. Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της θεωρίας, οι άνθρωποι είναι καθημερινοί επιτελεστές οι οποίοι είναι δεσμευμένοι να ρυθμίζουν αδιάλειπτα τη συμπεριφορά τους στις συνδιαλλαγές τους με τα άλλα άτομα. Κατά συνέπεια, το υποκείμενο είναι ενεργητικός παραγωγός του κοινωνικού νοήματος και όχι ένα παθητικό παράγωγο της μακρο-δομής. Ο βασικός πρωτεργάτης της εν λόγω προσέγγισης

επικοινωνίας, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσω της γλώσσας, και αναφέρεται στην καταγραφή των τρόπων μέσω των οποίων τα υποκείμενα διαπραγματεύονται την κοινωνική τους πραγματικότητα. «*Ως εκ τούτου, δίνεται έμφαση στους ρόλους που παίρνουν τα άτομα και στο ότι επικοινωνούν μεταξύ τους παίρνοντας αυτούς τους ρόλους. Η αδυναμία να παίξει κανείς σωστά τον κοινωνικά προβλεπόμενο ρόλο του μετατρέπεται σε ουσιαστικό θέμα κατανόησής του από τους άλλους*».[38] Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη σχολή, η διαδικασία δημιουργίας της παρέκκλισης υπακούει στο μοντέλο της *συμβολικής αλληλόδρασης* (ή κατά πολλούς, *συμβολικής αλληλεπίδρασης*), ενώ έχει συγκεκριμένα στάδια. Τα χαρακτηριστικότερα από αυτά είναι αυτά της *πρωτογενούς* και *δευτερογενούς παρέκκλισης*.[39]

> «*Μπορεί να περάσει πολύς καιρός, ακόμα και χρόνια. Έχω δει πολλές περιπτώσεις που οι γονείς δεν έκαναν τίποτα, επί της ουσίας έκλειναν τα μάτια. Με διάφορες εκλογικεύσεις, του τύπου "φάση είναι, θα περάσει", "περνάει την εφηβεία, γι' αυτό", "είναι του χαρακτήρα του, απλά είναι κλειστό παιδί". Και από κάτω, η ψύχωση δούλευε. Αλλά όταν ο άλλος είναι ήρεμος, κλειστός, δεν ενοχλεί κανένα, δεν πειράζει κανένα, δεν δημιουργεί φασαρίες, απλά είναι κλεισμένος στο δωμάτιό του, δύσκολα ο γονιός κινητοποιείται. Δύσκολα, είναι δύσκολο να πει κανείς "το παιδί μου είναι τρελό". Ειδικά τώρα, με τους υπολογιστές, που ούτως ή άλλως ο έφηβος μένει κλεισμένος για ώρες, άντε να βρεις άκρη…*» (Επιμελητής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Η διαδικασία της απόδοσης ετικέτας (επί της ουσίας, η διαδικασία της *δευτερογενούς παρέκκλισης*), σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση, είναι πολυπαραγοντική και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναδύεται. Όπως στο αμέσως

ίσως είναι ο George Mead. Σύμφωνα με τον Mead, ο κόσμος μπορεί να περιγραφεί σαν ένα συνεχές σύνολο διαντιδράσεων και επικοινωνίας των ανθρώπων μέσω των συμβόλων, των οποίων η κορωνίδα είναι η γλώσσα. Για περισσότερα, βλ. Mead, G., *Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviourist*, The University of Chicago Press, Chicago, 1967.

[38] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, μτφ. Ε. Κοππάση, Α. Βακάκη, Τυποθήτω, Αθήνα, 2004, σ. 45.

[39] Η έννοια της *πρωτογενούς παρέκκλισης* (primary deviance) αναφέρεται στην ανάδυση συμπεριφορών οι οποίες, αν και παρουσιάζουν ένα διαφορετικό χαρακτήρα από το «φυσιολογικό» (όπως στην περίπτωση του αλκοολικού, ή του υποκειμένου το οποίο αν και έχει ενεργή ψυχιατρική συμπτωματολογία, όπως για παράδειγμα ακουστικές ψευδαισθήσεις, παρ' όλα αυτά το κρύβει), δεν έχουν ακόμα χαρακτηρισθεί από τους επίσημους φορείς, όπως στην περίπτωση της επίσημης ψυχιατρικής διάγνωσης. Ο Lemert έχει αναλύσει χαρακτηριστικά την διαφορά της πρωτογενούς από την δευτερογενή παρέκκλιση, όπως επίσης και τη διαδικασία μέσω της οποίας εγκαθιδρύεται η δευτερογενής παρέκκλιση, καθώς και τα αποτελέσματα που αυτή παράγει. Ως δευτερογενώς αποκκλίνων, κατά τον Lemert, είναι «…*<u>το άτομο του οποίου η ζωή και η διαβίωση, καθώς και η προσωπική ταυτότητα είναι οργανωμένα γύρω από το γεγονός της (πρωτογενούς) παρέκκλισης</u>*». Lemert, E., *Human Deviance, Social Problems and Social Control*, Prentice – Hall, New Jersey, 1972, σ. 63.

προηγούμενο παράδειγμα, κάποιες πρωτογενώς παρεκκλίνουσες συμπεριφορές τείνουν να αγνοούνται, ειδικά αν η συμπτωματικές εκφάνσεις τους δεν είναι θορυβώδεις, ή –το κυριότερο- δεν εμπεριέχουν την έννοια της επιθετικότητας. Αντίθετα, όσο πιο έντονα είναι τα συμπτώματα, τόσο πιο πιθανή είναι η προσφυγή –εκούσια, ή δια της βίας- στον ειδικό με στόχο τη παραγωγή απόφανσης, και την μετέπειτα στιγματοποίηση / διάγνωση.[40]

Οι συμμετέχοντες στις διαδικασίες χαρακτηρισμού, ή μάλλον οι εκκινώντες τις διαδικασίες δευτερογενούς χαρακτηρισμού, είναι τις περισσότερες φορές τα πρόσωπα εξουσίας ή κύρους. Βέβαια υπάρχουν διαφορετικές θέσεις αναφορικά με το ποιος πιστοποιεί τις δευτερογενείς αποδόσεις.[41] Η κοινή κατάληξη πάντως είναι, σύμφωνα με τις θεωρίες της ετικέτας, ο μόνιμος «στιγματισμός» του υποκειμένου, το οποίο πλέον προσδιορίζεται μέσω της απόδοσης του πάσχοντα εν προκειμένω. Οι «τελετές αποκαθήλωσης» έτσι όπως έχει ονομάσει ο Goffman τις διαδικασίες δευτερογενούς απόδοσης οδηγούν το άτομο σε ένα καινούριο, και μόνιμο, ρόλο με το περιβάλλον του να περιμένει -αλλά και να το πιέζει- να ανταποκριθεί στο νέο του «ρόλο». Αυτές οι προσδοκίες, οδηγούν το περιβάλλον του πάσχοντα να ερμηνεύει, πολλές φορές συνεχώς και αδιάλειπτα, τις συμπεριφορές του πάσχοντα, με αποτέλεσμα να υπάρχει μια συνεχής προσπάθεια, ένα αδιάκοπο διακύβευμα, για εναρμόνιση της συμπεριφοράς του υποκειμένου με τον «σωστό ρόλο» του πάσχοντα. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, οι θεωρητικοί της «ετικέτας» ισχυρίζονται ότι η δευτερογενής παρέκκλιση, η «ετικέτα» η οποία αποδίδεται είναι κοινωνικά κατασκευασμένη. Εντούτοις, δέχονται ότι η πρωτογενής παρέκκλιση δεν είναι απαραίτητα κοινωνικά δομημένη, αλλά μπορεί να οφείλεται είτε σε βιολογικά, είτε σε κοινωνικά, είτε σε ψυχολογικά αίτια[42]

---

[40]Βλ. την έρευνα του Lemert, ο οποίος, πέραν της «ορατότητας» της κλινικής εικόνας, συνδέει την πιθανότητα των δευτερογενών αποδόσεων από τον «τύπο» της κοινωνικής οργάνωσης: όσο πιο «*κομφορμιστική είναι μια κοινωνία, τόσο μικρότερα επίπεδα ανοχής επιδεικνύει στην παρέκκλιση, με αποτέλεσμα τα ποσοστά εισαγωγής στα ψυχιατρικά καταστήματα να είναι μεγαλύτερα*». Lemert, E., *Social Pathology*, McGraw-Hill, New York, 1951, όπως παρατίθεται στο: Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας,* οπ.π., σ. 47.

[41]Σύμφωνα με τον Shceff είναι κατά πρώτο και κύριο λόγο οι ψυχίατροι, ενώ για τον Goffman στις διαδικασίες χαρακτηρισμού συμμετέχουν τόσο οι επαγγελματίες ψυχίατροι, αλλά και η οικογένεια, και γενικότερα οι κοινωνικοί θεσμοί.

[42] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 50.

1.4.α. E. Goffman

Η *θεωρία της συμβολικής διαντίδρασης*, με τον τρόπο μέσω του οποίου αναπτύχθηκε και εφαρμόσθηκε κυρίως από τον Goffman, είναι ένα ιδιαίτερα εύχρηστο εργαλείο ειδικά για το πεδίο το οποίο εξετάζεται στη συγκεκριμένη μελέτη. Άλλωστε, τα δύο κύρια πεδία εστίασης του ερευνητικού έργου του Goffman αφορούν την έννοια του *στίγματος* και τη λειτουργία των *Ασύλων*. Η έννοια του στίγματος, σύμφωνα με τον Goffman, περιγράφει ένα ατομικό χαρακτηριστικό το οποίο εμπεριέχει ένα «*απαξιωτικό χαρακτήρα*»[43] για το άτομο το οποίο το ενδύεται.[44] Το χαρακτηριστικό αυτό μπορεί να είναι κάποια σωματική μειονεξία (όπως σωματικές δυσμορφίες, νοητική υστέρηση, «τρέλα»), αλλά και κοινωνικά προσδιορισμένο χαρακτηριστικό (όπως το χρώμα του δέρματος). Το ενδιαφέρον του Goffman αφορά την ανίχνευση των τρόπων μέσω των οποίων το άτομο – φορέας του στίγματος διαχειρίζεται αυτή την επιβαλλόμενη ταυτότητα. Οι δύο βασικές έννοιες οι οποίες σύμφωνα με τον Goffman συμμετέχουν στη διαδικασία στιγματισμού, δηλαδή στη διαδικασία παραγωγής μιας «νέας ταυτότητας», είναι αυτές του «προσώπου» και του «εαυτού»: «*Οι δυνητικοί ορισμοί ενός ατόμου μπορεί να "αποδίδονται" - να είναι δηλαδή αναγνώσιμοι στη συμπεριφορά φορέων που θεωρούνται εξωτερικοί προς το ίδιο το άτομο. Τούτοι οι ορισμοί συνιστούν το "πρόσωπο" (person) του ατόμου. Κατ' αντιστοιχία με αυτές τις αποδιδόμενες (accorded) παραδοχές, υπάρχουν άλλες δυνητικά "επιτελούμενες" (acted), που προβάλλονται μέσα απ' ό,τι θεωρείται δική του συμπεριφορά. Τούτες οι παραδοχές συνιστούν τον "εαυτό" (self) του ατόμου. Πρόσωπο και εαυτός είναι πορτρέτα του ίδιου ατόμου, το πρώτο κωδικοποιημένο στις πράξεις των άλλων, το δεύτερο στις δικές του. Ο ορισμός που επιτελεί ένα άτομο για τον εαυτό του μπορεί να διαφέρει με ποικίλους τρόπους από τον ορισμό που του αποδίδεται*».[45] Κατά συνέπεια, σύμφωνα με τον Goffman, όσο μεγαλύτερη παρουσιάζεται η απόκλιση του «προσώπου» και του «εαυτού», τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό στιγματισμού.

«*Αυτό που με ενδιαφέρει είναι το γεγονός ότι η προσδοκώμενη δραστηριότητα στην οργάνωση υποδηλώνει μια θεώρηση του δράστη, και ότι μια οργάνωση μπορεί συνεπώς να ιδωθεί ως ένας τόπος που γεννάει παραδοχές σχετικά με την ταυτότητα*»[46] αναφέρει

[43] Goffman, E., *Στίγμα :Σημειώσεις για τη Διαχείριση της Φθαρμένης Ταυτότητας*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2001, σ. 65.
[44] Goffman, E., *Στίγμα: Σημειώσεις για τη Διαχείριση της Φθαρμένης Ταυτότητας*, οπ.π., σ. 16.
[45] Goffman, E., *Η παραφροσύνη Κατ' Οίκον*, μτφ. Δ. Μακρυνιώτη, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2012, σ. 41.
[46] Goffman, E., *Άσυλα*, μτφ. Ξ. Κομνηνός, Ευρύαλος, Αθήνα, 1994, σ. 184.

χαρακτηριστικά ο Goffman στο έργο του *Άσυλα*, προσεγγίζοντας τις διαδικασίες στιγματισμού, επί της ουσίας τη δημιουργία νέων ταυτοτήτων μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο – οργάνωση όπως αυτή του ψυχιατρικού καταστήματος. Οι προβληματισμοί του Goffman οι οποίοι προσεγγίζονται στην ερευνητική του εργασία έτσι όπως εκφράζεται στα *Άσυλα*, συμπεριλαμβάνουν την έννοια του στίγματος και τις διαδικασίες στιγματισμού, τις *labeling processes*, κατά Goffman, αλλά επιπλέον εστιάζονται και σε κάποια άλλα πεδία. Τα πεδία αυτά αφορούν α) τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής ζωής στα ψυχιατρικά ιδρύματα, β) το *ποιόν* των κοινωνικών σχέσεων του εγκλείστου κατά την διαβίωση του στο ίδρυμα, όπως και τις επιπτώσεις που αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν στην ταυτότητά του, γ) τους τρόπους αντίδρασης[47] του πάσχοντος υποκειμένου απέναντι στην βία του ψυχιατρικού συστήματος και δ) τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας (κυρίως του *ψυχιάτρου*) μέσα στο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας. Οι παρατηρήσεις του Goffman αναφορικά με τον χαρακτήρα του ψυχιατρικού ιδρύματος παραπέμπουν στην θεώρησή του σαν *ολοπαγές* ίδρυμα. Δηλαδή, σαν ένα θεσμό με ολοκληρωτικό χαρακτήρα στον οποίο ανευρίσκονται συγκεκριμένες πρακτικές και τελετουργίες,[48] οι οποίες αργότερα θα προσεγγισθούν, υπό μια διαφορετική βέβαια προοπτική, από τον M. Foucault. Ο Goffman εστιάζει ιδιαίτερα στις διαδικασίες αποδόμησης της προγενέστερης ταυτότητας του *τροφίμου*, όπως ονομάζει τους νοσηλευόμενους, και στις διαδικασίες επανασύνθεσης μιας νέας ταυτότητας, σύμφωνα με ένα επιμελώς προκαθορισμένο σύστημα αμοιβών, αλλά κυρίως ποινών: «*…αναγνωρίζεται μερικές φορές ότι ίσως χρειάζεται να προσφερθούν* "*κίνητρα*"*, κι' αυτά είναι ανταμοιβές ή έμμεσες πληρωμές* […]. *Τέλος, είναι αντιληπτό ότι η συνεργασία των συμμετόχων μπορεί να αποσπασθεί με απειλές για τιμωρία και επιβολή ποινών σε αντίθετη περίπτωση*».[49] Επιπλέον, εστιάζει στις ανεπάρκειες, αλλά κυρίως στις αντιφάσεις της ψυχιατρικής επιστήμης, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη λειτουργία των ψυχιατρικών ιδρυμάτων. Αναφέρεται α) στις αντιφάσεις ανάμεσα στον θεραπευτικό και κατασταλτικό ρόλο του ψυχιατρείου, όπως και β) στο γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις οι δομές αυτές λειτουργούν εν είδει «αποθήκης» νοσηλεύοντας άτομα τα οποία θα έπρεπε να νοσηλεύονται σε διαφορετικού τύπου ιδρύματα: «*Επιπλέον, πρέπει να*

---

[47] Οι τρόποι αντίδρασης του πάσχοντα περιγράφονται από τον Goffman κυρίως υπό τον όρο *Δευτερογενείς Εναρμονίσεις*. Αυτές οι εναρμονίσεις αναπτύσσονται στην κατάσταση που ο Goffman περιγράφει ως «λαθροβίωση»: «*Οι δευτερογενείς εναρμονίσεις αντιπροσωπεύουν τρόπους με τους οποίους το άτομο αφίσταται από τον ρόλο και τον εαυτό που το ίδρυμα θεωρεί ως δεδομένους γι' αυτόν*». Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 187.

[48] Όπως η ομαδοποιημένη διαβίωση, ο αυστηρός καταμερισμός του χώρου, του χρόνου, των δραστηριοτήτων, οι διαδικασίες εποπτείας, παρατήρησης, καταγραφής, και ελέγχου, η πυραμιδοειδής γραφειοκρατική οργάνωση.

[49] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 178.

δούμε το ψυχιατρικό νοσοκομείο μέσα στο πρόσφατο ιστορικό πλαίσιο όπου αναπτύχθηκε, ως ίδρυμα μέσα σε ένα δίκτυο ιδρυμάτων που έχουν σχεδιασθεί για να προσφέρουν διαμονή σε ποικίλες κατηγορίες κοινωνικά προβληματικών ατόμων […]. *Κάθε δημόσιο νοσοκομείο έχει ένα σεβαστό ποσοστό ασθενών που θα μπορούσαν καλύτερα να ενταχθούν σε μερικά από αυτά τα ιδρύματα…*».[50] Επίσης, γ) προσεγγίζει τις διαγνωστικές διαδικασίες ετικετοποίησης: οι διαγνωστικές αποφάσεις είναι αποκλειστικό αποτέλεσμα και προϊόν του «ιατρικού βλέμματος» και προοπτικής. Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Υπάρχει όμως ένα θεμελιωδέστερο ακόμη ζήτημα, που είναι συναρτημένο με την εφαρμοσιμότητα της έννοιας "παθολογία". Συνήθως η παθολογία που επισύρει πρώτη την προσοχή στην κατάσταση του ασθενή είναι η "ανάρμοστη στην περίσταση" διαγωγή* […]. *Οι διαγνωστικές αποφάσεις, εκτός από ακραία συμπτώματα, μπορεί να γίνουν και εθνοκεντρικές, καθώς ο υπηρετών κρίνει από την οπτική γωνία της δικής του κουλτούρας …*».[51]

Η κριτική που έχει ασκηθεί στον Goffman, αλλά και γενικότερα στη θεωρία της συμβολικής διαντίδρασης αφορά κυρίως το χαρακτήρα της ανάλυσης, την επικέντρωση στο μικρο-επίπεδο και την παραμέληση του ρόλου που διαδραματίζουν οι μακρο-δομές: η πολιτική, η οικονομία και η έννοια της εξουσίας γενικότερα. Και όμως, ο στόχος του Goffman, όπως αναφέρει ο Οικονόμου, «*…δεν ήταν η πλήρης απόρριψη της συμβολής της ιατρικής προσέγγισης, αλλά να επισημάνει τα όρια μιας συγκεκριμένης μορφής εφαρμογής της η οποία διαστρεβλώνει τη σχέση γιατρού - ασθενή και δεν λαμβάνει υπόψη της ότι η ύπαρξη συμπτωμάτων και μόνο δεν αποτελεί ικανή συνθήκη διάγνωσης ψυχικής πάθησης, αλλά θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και άλλοι παράγοντες*».[52]

[50] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 321.
[51] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 329.
[52] Οικονόμου, Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας*, τόμος Α., Διόνικος, Αθήνα, 2005, σ. 106.

1.5. Η θεωρία του «Κοινωνικού Ρεαλισμού»

Η *θεωρία του Κοινωνικού Ρεαλισμού* διακρίνεται από δύο βασικές διαστάσεις. Η πρώτη αφορά την προσπάθεια των εκπροσώπων της σχολής να κρατήσουν απόσταση από άλλα θεωρητικά ρεύματα, τα οποία, το καθένα σε άλλο βαθμό, διακρίνονταν για την εστίαση είτε στην υποκειμενική παράμετρο (μεθοδολογικός ατομισμός), είτε στην κοινωνική παράμετρο (κονστρουκτιβισμός). Η δεύτερη διάσταση αφορά την προσπάθεια του ρεύματος αναφορικά με την παρουσίαση ενός συνθετικού χαρακτήρα. Δηλαδή, η εν λόγω θεωρία υποστηρίζει ότι αφενός η «πραγματική» διάσταση του κοινωνικού υφίσταται, η πραγματικότητα υπάρχει «στ' αλήθεια», αλλά αφετέρου -και παρ' όλο που η πραγματικότητα προϋπάρχει του υποκειμένου- στη συνέχεια τα δρώντα υποκείμενα μεταβάλλονται σε επιτελεστές οι οποίοι αναπαράγουν, διαμορφώνουν, μεταλλάσσουν, τροποποιούν την υφιστάμενη πραγματική δομή. Με άλλα λόγια, παρ' όλες τις επιμέρους διαφοροποιήσεις,[53] η βασική θέση της θεωρίας του κοινωνικού ρεαλισμού αφορά την ύπαρξη μιας δεδομένης κοινωνικής δομής και την παράλληλη διαλεκτική σχέση της με την κοινωνική δράση του υποκειμένου. Υπ' αυτό το πρίσμα, ούτε η κοινωνική δομή έχει την πρωτεύουσα βαρύτητα, αλλά ούτε η κοινωνική δράση. Η πραγματικότητα και παράγεται από το υποκείμενο, αλλά ταυτόχρονα αποτελεί και την βάση της δράσης του υποκειμένου.

Υπ' αυτή την προοπτική, η έννοια της *κοινωνικής δομής*, συγκρινόμενη με την έννοια της *φυσικής δομής* παρουσιάζει συγκεκριμένες διαφορές. Σύμφωνα με τον Bhaskar, οι διαφορές μεταξύ τους μπορούν να συνοψισθούν στα εξής σημεία:

Α. Οι κοινωνικές δομές, αντίθετα με τις φυσικές δομές, δεν υφίστανται ανεξάρτητα από τη δραστηριότητα που εξουσιάζουν.

Β. Οι κοινωνικές δομές, αντίθετα με τις φυσικές δομές, δεν υφίστανται ανεξάρτητα από την αντίληψη του δρώντος υποκειμένου για το τι είναι αυτό που κάνει όταν ενεργεί.

---

[53] Ο Γκίκας διακρίνει δύο βασικές μορφές της εν λόγω προσέγγισης: τον **απλοϊκό ή αφελή (naive) και τον κριτικό ρεαλισμό.** Η πρώτη προσέγγιση είναι ουσιαστικά ο πρόδρομος του βασικού θεωρητικού κορμού, προσεγγίζοντας τις έννοιες της κατανόησης και της Γνώσης εν γένει υπό όρους απλοϊκού αντικατοπτρισμού της πραγματικότητας, ενώ η δεύτερη προσέγγιση δίνει βαρύτητα στην μεθοδολογία προσέγγισης της εκάστοτε πραγματικότητας. Ουσιαστικά δίνει έμφαση στους μηχανισμούς οι οποίοι παρεμβάλλονται ανάμεσα στην πραγματικότητα per se και στο τελικό προϊόν έτσι όπως αυτό παρουσιάζεται στο εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο. Βλ. Γκίκας, Σ., *Νέο Φιλοσοφικό Λεξικό*, Σαββάλας, Αθήνα, 2002.

Γ. Οι κοινωνικές δομές, αντίθετα με τις φυσικές δομές, μπορεί να είναι μόνο σχετικά σταθερές, με συνέπεια οι τάσεις που εκφράζουν να μην είναι διαρκώς αποδεκτές στο χώρο ή/και στο χρόνο.[54]

Ειδικά για το πεδίο της ψυχικής υγείας, εάν ληφθούν υπ' όψη οι τρεις παραπάνω θέσεις, είναι κατανοητό το ότι δεν είναι εφικτή η απόλυτα αντικειμενική καταγραφή και αναπαράσταση της πραγματικότητας της ψυχικής ασθένειας, ανεξάρτητα από τις πεποιθήσεις των υποκειμένων που συμμετέχουν. Επιπλέον, και ακολουθώντας την τρίτη θέση, γίνεται φανερό ότι η εργασία στο πεδίο της ψυχικής ασθένειας δεν μπορεί να λάβει ένα γενικευτικό και καθολικό χαρακτήρα, αλλά: «…*πρέπει να γίνει κατανοητή μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο χώρου και χρόνου – ιστορικά και γεωγραφικά προσανατολισμένο*».[55] Άλλωστε, μια από τις θέσεις της θεωρίας του κοινωνικού ρεαλισμού αφορά τον «μερικό χαρακτήρα» των κοινωνικών φαινομένων, αφού η έρευνα δεν οδηγεί απαραίτητα σε καθολικές γενικεύσεις, αλλά μάλλον το αντίθετο, λόγω ακριβώς της έμφασης στην ιδιαιτερότητα του εκάστοτε κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο το κάθε κοινωνικό φαινόμενο εμφανίζεται και αναπαράγεται. Θεωρούμε ότι αυτή ακριβώς η θέση συμβαδίζει σε μεγάλο βαθμό με την προσωπική μας μεθοδολογική προσέγγιση, η οποία δίνει έμφαση στα μικρά και κλειστά συστήματα, χωρίς να εστιάζει στον καθολικό ή /και γενικευτικό κανόνα.

[54] Βλ. Bhaskar, R., *A Realist Theory of Science*, Hassocks, New Jersey, 1989, όπως παρατίθεται στο: Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 58.
[55] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 58.

1.6. Οι μαρξιστικές προσεγγίσεις

«*Τα πράγματα χειροτερεύουν. Χειροτερεύουν τα πράγματα. Οικονομικά, επαγγελματικά, οι υπηρεσίες πρόνοιας, υπηρεσίες αποκατάστασης, σ' όλ' αυτά φτωχαίνουμε, η οικογένεια διαλύεται, η κοινότητα διαλύεται, όλο και πιο έντονα προβλήματα συννοσηρότητας, εγκατάλειψης, απεξάρτησης, κοινωνικής αποκατάστασης. Και εμείς, θα φτιάξουμε ψυχιατρικές υπηρεσίες ενώ η κοινωνία που οφείλει να προστατεύει τα μοναχικά άτομα, βαράει τον πληθυσμό. Δεν 'πα να' χεις και το καλύτερο, ένα ψυχιατρικό σύστημα, όπως της Φιλανδίας που έχει δεκαπλάσιες υποδομές από την Ελλάδα, έχει και δεκαπλάσια εισαγγελικά από την φτωχή Πορτογαλία. Άρα, η δυτική κοινωνία οδηγεί το ψυχιατρικό σύστημα σαν αποτυχία. Τώρα εκτός αν θεωρείς επιτυχία να φτιάξεις σε κάθε τετράγωνο να' χεις ένα ψυχοθεραπευτή. Είναι επιτυχία μιας κοινωνίας αυτό; Διαλύουμε τον κοινωνικό ιστό και μετά παράγουμε ψυχιάτρους, ψυχοθεραπευτές, ψυχολόγους…*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Η βασική θέση των μαρξιστικών προσεγγίσεων θέτει ως μείζον διακύβευμα την έννοια της παραγωγικής διαδικασίας, όπως αυτή επεμβαίνει στην οργάνωση και ανάπτυξη του συνόλου της κοινωνικής ζωής. Οι έννοιες της «οικονομίας» και της «παραγωγικής διαδικασίας» είναι αυτές που ουσιαστικά συντελούν στη διαμόρφωση της έννοιας της «τάξης». Η παραγωγική διαδικασία αποτελεί τη μεταβλητή εκείνη που επικαθορίζει τον σχηματισμό των επιμέρους «τάξεων» ούσα το κριτήριο διαχωρισμού, δημιουργίας, παγίωσης ή διέλευσης, και εν τέλει οριοθέτησης της πυκνότητας και της σύνθεσης της κάθε «τάξης», ρυθμίζοντας την μετακίνηση των «πληθυσμών» από την μια τάξη στην άλλη. Οι κανόνες και οι διαδικασίες οι οποίες ρυθμίζουν και προσδιορίζουν την κατοχή των μέσων παραγωγής είναι οι καίριοι παράγοντες οι οποίοι επικαθορίζουν τις *σχέσεις* μεταξύ των τάξεων, οι οποίες, σημειώτεον, είναι (και –σύμφωνα με την μαρξιστική προσέγγιση- οφείλουν να είναι) συγκρουσιακές. Σύμφωνα με το «καπιταλιστικό παράδειγμα», η μεγαλοαστική τάξη είναι η κύρια κάτοχος των μέσων παραγωγής, επεμβαίνοντας και καταπιέζοντας την εργατική τάξη. Σε αυτό το μοντέλο, ο ρόλος του *Κράτους*, υπό το πρίσμα τόσο ενός *θεσμού*, όσο και ενός *υποστασιοποιημένου συστήματος*, συνίσταται α) στη διατήρηση (αν όχι ανάπτυξη) των υφιστάμενων συνθηκών οικονομικής αναπαραγωγής και εκμετάλλευσης, όσο και β) στη δημιουργία ενός συναινετικού μοντέλου επίλυσης της –συνεχώς απειλούμενης προς ανάδυση- κοινωνικής σύγκρουσης.[56]

[56] Για τη μαρξιστική θεωρία, ενδεικτικά, βλ. Αντωνοπούλου, Μ., *Κοινωνική Τάξη και Υλισμός. Σπουδή στην Κοινωνιολογία της Γνώσης*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2000.

Είναι φανερό το ότι, υπ' αυτή την προοπτική, έννοιες όπως *υγεία* και *ασθένεια* (πόσο μάλλον *ψυχική υγεία* και *ψυχική ασθένεια*) προσλαμβάνουν ένα ιδιαίτερα πολιτικό χαρακτήρα αφού η πρόσβαση στην υγεία συναρτάται σε μέγιστο βαθμό είτε από την οικονομική δυνατότητα του ατόμου (άρα της «τάξης» στην οποία ανήκει), είτε από την θεσμική – κρατική προνοιακή πολιτική η οποία ρυθμίζει τις δυνατότητες πρόσβασης των ασθενέστερων κοινωνικών ομάδων στην υγεία. Σύμφωνα με τη μαρξιστική θεώρηση οι δείκτες της πρόσβασης στην υγεία, ή αντίθετα οι δείκτες της κατακρήμνισης στην ασθένεια, είναι το μέτρο εκείνο το οποίο σημασιοδοτεί την επάρκεια, την ικανότητα, τη «δύναμη» εν ολίγοις του εργατικού δυναμικού ακριβώς στο να μπορέσει να εργαστεί. Άλλωστε, ο πάσχων «εργάτης» είναι ένας μη αποδοτικός «εργάτης». Γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, όσο πιο κάτω στην «κοινωνική κλίμακα» είναι τοποθετημένο ένα υποκείμενο, τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχει να νοσήσει.

Οι μαρξιστικές προσεγγίσεις οι οποίες εξετάζουν τα πεδία της υγείας και της ασθένειας εστιάζονται σε δύο κυρίως σημεία:

Α) Προσπαθούν να εξετάσουν τη σχέση της έννοιας της υγείας και του καπιταλιστικού συστήματος κοινωνικής οργάνωσης. Εξετάζουν την προσβασιμότητα των διαφορετικών τάξεων στην *υγεία*, ή αλλιώς, εξετάζουν τις έννοιες, τις κατηγορίες, τις ποσοστώσεις, τις εκφάνσεις της νοσηρότητας στους ευάλωτους πληθυσμούς: αν, και κατά πόσο, οι κατώτερες κοινωνικές τάξεις νοσούν περισσότερο από τις ανώτερες κοινωνικές τάξεις. Θεωρούμε ότι ειδικά στο πεδίο της ψυχικής υγείας, εκεί όπου πολλές φορές η ύπαρξη της «πάθησης» αποκλείει το πάσχον υποκείμενο από σχεδόν οποιαδήποτε «εργασιακή δυνατότητα», εκεί γίνεται ενδεικτικότερη η μαρξιστική προοπτική. Άλλωστε, μια από τις κοινές θέσεις αναφορικά με την διαχείριση του πληθυσμού των ψυχικά πασχόντων, με τη δημιουργία των *Ασύλων*, αφορά ακριβώς την προσπάθεια ελαχιστοποίησης των συνεπειών που θα μπορούσαν να προκύψουν από ένα πληθυσμό ο οποίος δεν είναι εργασιακά ενεργός και ικανός. Το μοντέλο αυτό φαίνεται να καταδεικνύει μια αύξηση των τιμών του έγκλειστου πληθυσμού (αναφορικά κυρίως με τα ψυχιατρικά καταστήματα και τις φυλακές) τις χρονικές περιόδους κατά τις οποίες υπάρχει μια αύξηση των τιμών ανεργίας. Κατ' αυτό τον τρόπο, ο εγκλεισμός λειτουργεί «πυροσβεστικά», έτσι ώστε και η ανεργία μειώνεται, και οι ταραχές αποφεύγονται. Επίσης, ο πληθυσμός τους χρησιμεύει σαν φθηνό εργατικό δυναμικό σε περιόδους οικονομικής ανέχειας. Η αντιμετώπιση δηλαδή, έρχεται μέσα από το πρίσμα της ανεργίας και τον ηθικό χαρακτήρα που αυτή εξέλαβε, τουλάχιστον

κατά την «νηπιακή ηλικία» της βιομηχανικής επανάστασης και της συνακόλουθης υπερχείλισης της αστικής τάξης: ο άνεργος είναι και ανήθικος.[57] Η θεωρητική υπόθεση η οποία συνδέει την κατάσταση στην αγορά εργασίας με την αύξηση της ποινικής καταστολής και των αριθμό των εγκλείστων, ουσιαστικά συνεχίζει να επανέρχεται μέχρι τις τελευταίες δεκαετίες. Η πρώτη προβληματική αυτού του τύπου αναπτύχθηκε την δεκαετία του '30 από τους Rusche και Kirchheimer, ενώ στην συνέχεια επανήλθε κυρίως χάρις στις μελέτες των D. Melossi και D. Garland.[58] Η γενική υπόθεση η οποία ελέγχεται προτείνει ότι οι στόχοι, αλλά και η λειτουργία του μηχανισμού της ποινικής δικαιοσύνης, διαφοροποιείται ανάλογα με την πλεονάζουσα ή μειωμένη προσφορά εργατικής δύναμης, καθώς και το ότι η κατάσταση στην αγορά εργασίας παίζει καθοριστικό ρόλο στις τιμές εγκλεισμού. Ο Melossi θεωρεί ότι σε περιόδους αναδιάρθρωσης της αγοράς εργασίας και μαζικής εξόδου εργατικού δυναμικού, εγκαθίσταται στον πληθυσμό ένα κλίμα «ηθικού πανικού» «*…που επιτρέπει την εκλογίκευση των κοινωνικών σχέσεων, μέσω της ανάπτυξης "λεξιλογίων με τιμωρητικά κίνητρα" (vocabularies of punitive motivation)*».[59]

Β) Το δεύτερο σημείο αφορά την προσπάθεια των μαρξιστικών προσεγγίσεων να αναλύσουν την –προβληματική κατ' αυτούς- σχέση μεταξύ της έννοιας της «παραγωγής της υγείας» και της έννοιας της «επίτευξης κέρδους». Ειδικά στο πεδίο της ψυχικής υγείας, θεωρούμε ότι αυτή η αντίφαση τις τελευταίες δεκαετίες έχει καταστεί και διογκούμενη, αλλά και ενδεικτικότατη. Η ραγδαία αύξηση της εύρεσης και παραγωγής πολλών καινούριων ψυχοτρόπων φαρμάκων (συνηθέστερα, πολλών και καινούριων *ακριβών* ψυχοτρόπων φαρμάκων) αποδεικνύεται η κρίσιμη παράμετρος αναφορικά με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης. Κατ' αυτόν τον τρόπο, αφενός το *άποροο* ψυχικά πάσχον υποκείμενο αποκλείεται από την πρόσβαση στην *ίαση*, έτσι όπως αυτή σχετίζεται με το «φάρμακο» και αφετέρου η εφαρμογή ή η συρρίκνωση της

[57] Η ανεργία, σαν κοινωνικό και πολιτικό φαινόμενο, άρχισε να απασχολεί τους θεωρητικούς της οικονομίας αρκετά αργά. Μέχρι να εκδώσει ο A. Smith τον *Πλούτο των Εθνών*, ο άνεργος θεωρούταν ως ο απόλυτα υπεύθυνος για την κατάστασή του. Παρ' όλο που οι πρώτοι αυτοί θεωρητικοί (Smith, Malthus, Ricardo) δεν θεωρούσαν την ανεργία μείζον πρόβλημα, ωστόσο έθεσαν τις πρώτες βάσεις για τις μετέπειτα θεωρητικές προσεγγίσεις. Ψαλιδόπουλος Μ., «Η Θεματοποίηση της Ανεργίας στην Οικονομική Θεωρία», *Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα, 1998, σ. 113-116.

[58] Σύμφωνα με τον Garland, το φαινόμενο του «ηθικού πανικού» περιέχει πέντε βασικές διαστάσεις: «1. *Ανησυχία* (κάποιο γεγονός προκαλεί έκλυση άγχους), 2. *Εχθρότητα* (από το κοινωνικό σώμα προς τον φορέα), 3. *Συναίνεση* (συσπείρωση της κοινωνικής αντίδρασης), 4. *Διεύρυνση* (το γεγονός «μεγεθύνεται») και 5. *Βία*. Στο: Garland, D., «On the concept of moral panic», *Crime Media Culture*, τεύχος 4, 2008, σ. 10.

[59] Νικολόπουλος Γ., *Κράτος, Ποινική Εξουσία και Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση*, Κριτική, Αθήνα, 2002, σ. 58-61.

κοινωνικής πολιτικής επιτρέπει ή αποκλείει τους ευάλωτους πληθυσμούς από την *ίαση – φάρμακο*.[60]

> «*Πια, γράφουμε "φασον". Πάρε για παράδειγμα το Zyprexa. Πολύ καλό φάρμακο, προσωπικά δεν το αλλάζω με τίποτα. Δοκιμασμένο, αξιόπιστο, πολύ καλό. Όταν έληξε η πατέντα του, άρχισαν να ξεπηδάνε διάφορα γενόσημα, τώρα υπάρχουν ένα σωρό. Αλλά προσωπικά δεν τα πολυεμπιστέυομαι. Πες με περίεργη, αλλά δεν τα εμπιστεύομαι. Και όμως τα γράφω. Τι να κάνεις; Αφού το Zyprexa είναι πανάκριβο, τουλάχιστον σε σχέση με κάτι άλλες εταιρείες. Και έτσι που έχουν γίνει τώρα τα ταμεία, ειδικά από τότε που ξεκίνησε και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τα λοιπά, ο κόσμος δεν βρίσκει άκρη. Και πολλές φορές αναγκάζεται να τα πληρώσει από τη τσέπη του. Οπότε, τι κάνεις; Του γράφεις το φθηνό…*» (Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Ακολουθώντας αυτή τη διαδρομή, οι δυνατότητες παρείσφρησης του *Κεφαλαίου*, υπό την παραδειγματική μορφή των φαρμακοβιομηχανιών, του «ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος»,[61] στο σύστημα παροχής νοσηλείας παράγουν αποτελέσματα τα οποία, σύμφωνα με τους μαρξιστές θεωρητικούς, φτάνουν σε σημείο να αλλοιώνουν τον *χαρακτήρα* του ιατρικού επαγγέλματος: «*Οι επιπτώσεις από την επέκταση των καπιταλιστικών κερδοσκοπικών δραστηριοτήτων στην κοινωνική οργάνωση* της *ιατρικής φροντίδας σχετίζονται, μεταξύ άλλων, με τη νεομαρξιστική οπτική* τns *σταδιακής μείωσης* τns *επαγγελματικής κυριαρχίας του ιατρικού σώματος. Μια σειρά άρθρων* […] *υποστηρίζουν ότι οι γιατροί σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό προλεταριοποιούνται, καθίστανται μισθωτοί υπάλληλοι σε γραφειοκρατικές εταιρικές δομές και συνεπώς χάνουν την εξουσία, η οποία μεταβιβάζεται πλέον σε μεγάλες εταιρίες που συνθέτουν το "ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα" και ελέγχουν τη χρήση των εγκαταστάσεων και της τεχνολογίας καθώς και τους τρόπους αμοιβής των επαγγελματιών υγείας*».[62] Κατ' αυτό τον τρόπο, έχει αναπτυχθεί η θεώρηση του πεδίου της υγείας σαν ένα ακόμα πλαίσιο στο οποίο εμφανίζεται η έννοια της *κατανάλωσης*. Η *υγεία* αποκτά τον χαρακτήρα ενός «αγαθού προς αγορά», με τον «ασθενή»

[60] Ο V. Navarro συσχετίζει την ιατρική επιστήμη και πρακτική με την αγορά και την οικονομία γενικότερα. Θεωρεί ότι η αγορά έχει εισχωρήσει και κυριαρχήσει στον τομέα της περίθαλψης, μεταλλάσσοντας τελείως τον χαρακτήρα της τελευταίας. Βλ. Navarro, V., «Social Class, Political Power and the State and their Implications in Medicine», *Social Science Medicine*, τεύχος 10, 1976, σ. 437 – 457.

[61] Ο Relman εισήγαγε τον όρο «ιατροβιομηχανικό σύμπλεγμα» (*medical – industrial complex*) περιγράφοντας κάτω από αυτόν τον όρο την εμπορευματοποίηση της παροχής ιατρικών υπηρεσιών και την ανάπτυξη μιας τεράστιας βιομηχανίας η οποία ασχολείται με την παροχή υπηρεσιών υγείας με στόχο το κέρδος. Βλ. Relman, A., «The new medical – industrial complex», *New England Journal of Medicine*, τόμος 303, τεύχος 17, 1980, σ. 963 – 970.

[62] Οικονόμου, Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας*, οπ.π., σ. 111.

να είναι ο υποψήφιος «αγοραστής» του οποίου η αγοραστική δύναμη είναι η καίρια μεταβλητή η οποία ρυθμίζει και την πρόσβαση στην υγεία.

Ο V. Navarro, από τους πλέον αντιπροσωπευτικούς εκπροσώπους της συγκεκριμένης κατεύθυνσης, έχει αναπτύξει ένα ερμηνευτικό μοντέλο το οποίο εν ολίγοις διατείνεται ότι η –καπιταλιστική- οικονομική οργάνωση, όχι μόνο συντηρεί, αλλά ευωδώνει και προάγει την ταξική διαστρωμάτωση,[63] έτσι όπως αυτή εμφανίζεται στα πεδία της υγείας και της ιατρικής. Σύμφωνα με το εν λόγω σχήμα, οι «ανώτερες τάξεις» έχουν σαφώς μεγαλύτερη δυνατότητα παρέμβασης στην τροποποίηση και στη δημιουργία της εκάστοτε θεσμικής – κρατικής πολιτικής, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις κρατικές επιλογές και ρυθμίσεις. Η κατ' αυτό τον τρόπο δομημένη κρατική παρέμβαση στον τομέα της υγείας «*…(α) Αναπαράγει την ταξική δομή και την κοινωνική διαστρωμάτωση, αντανακλώντας τον καταμερισμό της εργασίας στις υπηρεσίες υγείας με βάση την κοινωνικοοικονομική ομάδα, το φύλο και την εθνότητα, (β) αναπαράγει την αστική ιδεολογία, αποδίδοντας το άσχημο επίπεδο υγείας σε σωματικές δυσλειτουργίες, που οφείλονται στη συμπεριφορά του ίδιου του ατόμου και στις συνήθειες που έχει υιοθετήσει και (γ) αναπαράγει την αλλοτρίωση, παραλληλίζοντας την απουσία ελέγχου του προϊόντος και της φύσης της εργασίας από την εργατική τάξη κατά την παραγωγική διαδικασία…*».[64]

Σύμφωνα με τον Navarro, η «ταξική σύγκρουση» εμφανίζεται στο πεδίο της υγείας με τον εξής τρόπο: Οι κατέχοντες τα μέσα παραγωγής (επί της ουσίας οι φαρμακοβιομηχανίες) επεμβαίνουν στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο ρυθμίζοντας τις δυνατότητες πρόσβασης στην υγεία αυτή καθαυτή (όπως εκφράζεται από την πρόσβαση στο «φάρμακο») αλλά –όπως αναφέρθηκε πιο πριν- προλεταριοποιώντας την έννοια του ιατρικού επαγγέλματος και της ιατρικής εξουσίας. Από την άλλη, οι χαμηλότερες κοινωνικά τάξεις (επί της ουσίας, η εργατική τάξη) αντιστέκονται επιμένοντας και

[63] Σύμφωνα με το V. Navarro, <u>το στοιχείο εκείνο που σημασιοδοτεί την ιατρική επιστήμη είναι η δυνατότητά της να μετατρέπει τα κοινωνικά προβλήματα σε ατομικά</u>. Δηλαδή, εκεί όπου το κράτος είναι υπεύθυνο τόσο για την πρόκληση της ασθένειας, όσο και για την αποδρομή της, η ιατρική παρεμβαίνει και μετατρέπει πολιτισμικές και κοινωνικές δυσλειτουργίες και τα παράγωγά τους (έτσι όπως εκφράζονται υπό όρους πάθησης, για παράδειγμα τα καρδιολογικά ή πνευμονολογικά προβλήματα που προκαλούνται από τη μόλυνση του περιβάλλοντος) σε ατομικά. Κατά συνέπεια, σύμφωνα με το Navarro, η ιατρική, ενδυόμενη τον μανδύα της γνώσης, αποκρύπτει την πραγματική εξουσία της η οποία εξαρτάται από την ταξική διάρθρωση. Βλ. Navarro. V., *Class, Struggle, the State and Medicine*, Martin Robertson, 1978.

[64] Οικονόμου, Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας*, οπ.π., σ. 113.

πιέζοντας τις κυβερνήσεις για περισσότερες «κοινωνικές παροχές» εκ μέρους του κράτους, αλλά και θεσμική κατοχύρωση των κεκτημένων δικαιωμάτων.

Οι κύριες κριτικές που δέχονται οι μαρξιστικές προσεγγίσεις αφορούν το χαρακτήρα της μεθοδολογίας τους, ο οποίος θεωρείται πολύ γενικευτικός, εστιασμένος αποκλειστικά στις μακρο-δομές και συνθήκες, έχοντας σχεδόν πλήρη απουσία επικέντρωσης και εστιασμού στις μικρο-συνθήκες, στις μικρο-κοινωνιολογικές πτυχές του πεδίου, έτσι όπως αυτές προσεγγίζονται από τους θεωρητικούς της «συμβολικής διαντίδρασης» επί παραδείγματι. Κριτικές υπάρχουν και σε σχέση με τον «ουτοπικό χαρακτήρα» της μαρξιστικής προσέγγισης αναφορικά με τη δυνατότητα της μαζικής έγκλησης σε ένα κίνημα χειραφέτησης του «προλεταριάτου», όπως και σε σχέση με την παράβλεψη των επιτευγμάτων τα οποία έχουν σημειωθεί στον τομέα της υγείας με αποτέλεσμα την βελτίωση των δεικτών νοσηρότητας.

Θεωρούμε ωστόσο, ότι η σημασία της συμβολής της μαρξιστικής προσέγγισης έγκειται ακριβώς εκεί, δηλαδή ότι η εν λόγω προσέγγιση δεν απορρίπτει τα τεχνολογικά επιτεύγματα αλλά μάλλον προβληματοποιεί τη χρήση τους, επιμένοντας να καταδεικνύει τη συμμετοχή του οικονομικού και πολιτικού «περιβάλλοντος» και τις αντίστοιχες ανισότητες που δημιουργεί και διατηρεί σε ένα κρίσιμο πεδίο, όπως αυτό της υγείας, εστιάζοντας στη μη ιδεολογική ουδετερότητα της ιατρικής επιστήμης.[65]

[65] Βλ. Navarro, V., «Work, Ideology and Science: The Case of Medicine», *International Journal of Health Services*, τόμος 10, τεύχος 4, 1980, σ. 523 – 555.

1.7. Ο Τ. Parsons και ο *Δομολειτουργισμός*

Οι περισσότερες προσεγγίσεις οι οποίες αναλύουν την έννοια της *σχέσης* σε αδρές γραμμές εντάσσονται σε ένα εκ δύο ερμηνευτικών μοντέλων: το *συναινετικό* και το *συγκρουσιακό*.[66] Το συναινετικό μοντέλο, εν ολίγοις, υποστηρίζει ότι η σχέση ιατρικής – κοινωνικού (έτσι όπως η κοινωνία εκφράζεται και δια μέσου της έννοιας της *πάθησης*) διαχέεται από μια αμοιβαία αποδοχή και συμφωνία των ρόλων, των δικαιωμάτων, των υποχρεώσεων των συμμετεχόντων, έτσι ώστε να ενσκήψει ένα αμοιβαίο όφελος για όλους τους εμπλεκόμενους. Αντίθετα, το συγκρουσιακό μοντέλο αναγνωρίζει ότι ανάμεσα στους εμπλεκόμενους (φορείς, υποκείμενα, οργανώσεις, θεσμούς) υπάρχει μια διάσταση συμφερόντων, με την κάθε μια «πλευρά» να προσπαθεί να υπερασπίσει και να ισχυροποιήσει περισσότερο τα ιδία συμφέροντα. Η προσέγγιση του Τ. Parsons ανήκει στο συναινετικό μοντέλο διαπραγμάτευσης.[67]

Ο Τ. Parsons, από τους βασικούς εκπροσώπους του *Δομολειτουργισμού*,[68] ίσως υπήρξε ο πρώτος κοινωνιολόγος ο οποίος δημιούργησε μια αναλυτική της θέσης της ιατρικής εντεύθεν της κοινωνίας και δημιούργησε ένα θεωρητικό μοντέλο το οποίο να προσεγγίζει την σχέση «ασθενούς» - «γιατρού».[69] Σύμφωνα με το μοντέλο του Parsons, για την εύρυθμη λειτουργία ενός κοινωνικού συστήματος[70] η ιατρική είναι εκείνη που είναι εφοδιασμένη με τα επιστημονικά εργαλεία και τα εχέγγυα ώστε να μπορεί σε κάθε

---

[66] Βλ. Nettleton, S., *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, μτφ. Α. Βακάκη, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002, σ. 185 – 220.

[67] Ανάμεσα στον άξονα «συναίνεση – σύγκρουση», υπάρχουν άλλα δύο μοντέλα, το *διαπραγματευτικό*, το οποίο δίνει έμφαση στη διαδικασία της διαπραγμάτευσης μεταξύ ιατρικής και «πελατών» και το *συμβολαιακό* μοντέλο το οποίο δίνει και αυτό έμφαση στον ενεργό ρόλο του πάσχοντα και στον πιο επιφυλακτικό και αμυντικό ρόλο των γιατρών. Βλ. Οικονόμου, Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας*, οπ.π., σ. 120 – 121.

[68] Σύμφωνα με τον *Δομολειτουργισμό*, η κοινωνία αποτελείται από συστοιχίες, αθροίσματα στοιχείων, εκ των οποίων το καθένα είναι υπεύθυνο για μια συγκεκριμένη λειτουργία μέσα στο σύστημα. Απώτερος σκοπός είναι μια ομοιοστατική λειτουργικότητα, αλλά και λειτουργία του κοινωνικού συστήματος, με τους *θεσμούς* να αποτελούν τον παράγοντα δικτύωσης και επικαθορισμού των επιμέρους σχέσεων. Για μια αναλυτική παρουσίαση των θέσεων του Parsons βλ. και: Craib, I., *Σύγχρονη Κοινωνική Θεωρία: Από τον Πάρσονς στον Χάμπερμας*, μτφ. Μ. Τζιαντζή, Π. Λέκκας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000, σ. 70 – 104.

[69] Parsons, T., *The Social System*, The Free Press of Glencoe, Νέα Υόρκη, 1951.

[70] Σύμφωνα με τον Parsons, για την ομαλή λειτουργία του κοινωνικού συστήματος η διατήρηση και προαγωγή της καλής υγείας των πολιτών είναι ένα βασικό προαπαιτούμενο. Μόνο μέσω της προάσπισης της υγείας το άτομο μπορεί να διεκπεραιώνει σωστά τον κοινωνικό του ρόλο (παραγωγός), ενώ αντίθετα, στην περίπτωση που κάποιος ασθενεί, ο ρόλος αυτός διαταράσσεται. Και η ιατρική προσφέρει τα κριτήρια αναγνώρισης ανάμεσα στους «πραγματικά» πάσχοντες και τους «ψευδοπάσχοντες», δεδομένου του ότι πολλές φορές μπορεί να υπάρχει στο υποκείμενο μια κρυφή επιθυμία ασθένειας, ακριβώς επειδή αυτός ο ρόλος το απαλλάσσει από την δεδομένη δραστηριότητα-υποχρέωσή του. Parsons, T., *The Social System*, οπ.π., ειδικά το 10^{ο} κεφάλαιο.

περίπτωση να αποφανθεί με πιστότητα για το ποιος είναι πάσχων και ποιος όχι.[71] Μέσα από αυτή τη διαδικασία ανίχνευσης η ιατρική συμβάλει στη διατήρηση της κοινωνικής σταθερότητας, αφού αυτή και μόνο αυτή είναι η δικαιούχος στο να αποφασίζει για το ποιο υποκείμενο – πολίτης πάσχει, και κατά συνέπεια μπορεί να απεκδυθεί τον κοινωνικό του ρόλο για το διάστημα που διαρκεί η ασθένειά του. Ακριβώς λόγω του ότι η έννοια της ασθένειας ουσιαστικά απαλλάσσει το υποκείμενο από τον δεδομένο ρόλο του, για τον Parsons, η ασθένεια αντιπροσωπεύει ένα τύπο *παρέκκλισης*,[72] δηλαδή, η ασθένεια αυτή καθαυτή χάνει τον ατομοκεντρικό της χαρακτήρα και παρουσιάζεται υπό το πρίσμα ενός φαινομένου το οποίο έχει σαφείς κοινωνικές προεκτάσεις και επιπτώσεις.

Οι αναλύσεις του Parsons δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην έννοια της *ιατρικής αυθεντίας*, η οποία πηγάζει, αλλά και εκφράζεται, μέσα από ένα υψηλό, εξειδικευμένο και οριοθετημένο επίπεδο τυποποιημένης και «ειδικής» γνώσης. Για τον Parsons, το στοιχείο αυτό είναι το κύριο σημείο το οποίο επικαθορίζει τη σχέση μεταξύ του ασθενούς και του γιατρού. Θεωρούμε ότι τα δύο βασικά σημεία της σχέσης αυτής είναι, α) το γεγονός ότι είναι *ασύμμετρη* και β) το ότι είναι *συναινετική*. Είναι *ασύμμετρη*, λόγω ακριβώς της προεξάρχουσας αυθεντίας και ρόλου της ιατρικής: αυτή και μόνο αυτή κατέχει τη γνώση, τις δεξιότητες, τα εργαλεία για να «λύσει το πρόβλημα». Είναι *συναινετική*, λόγω του ότι ο ασθενής εισέρχεται στη διαντίδραση αναγνωρίζοντας τον ρόλο του γιατρού, αναγνωρίζοντας τις δυνατότητές του, αναγνωρίζοντας εν ολίγοις την αυθεντία του. Κατά συνέπεια, ο ρόλος που καλείται ο πάσχων να πάρει είναι προκαθορισμένος.

Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα κομβικό σημείο στην έρευνά μας, λόγω του ότι μια από τις δομικές, ιδιαίτερες και καθοριστικές μεταλλάξεις στη σχέση του «εισαγγελικού»

---

[71] Ο Parsons προσδιορίζει τέσσερα βασικά υποσυστήματα μέσα σε μια κοινωνική συνάρθρωση: α) το *οικονομικό* υποσύστημα το οποίο ρυθμίζει την κοινωνική προσαρμογή σε σχέση με το περιβάλλον (τους πόρους, τα μέσα κ.λ.π.), β) το *πολιτικό* υποσύστημα το οποίο είναι υπεύθυνο για τη διαμόρφωση των στόχων, των επιδιώξεων και των μέσων διαβίωσης, γ) το *κοινοτικό* υποσύστημα, το οποίο είναι υπεύθυνο για την απαρτίωση και διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και δ) το *πολιτισμικό* υποσύστημα το οποίο σχετίζεται με τις ισχύουσες αξίες και πρότυπα του κοινωνικού συστήματος. Βλ. Parsons, T., *The Social System*, οπ.π., σ. 26 – 35.

[72] «*…στο έργο του Parsons είναι δυνατό να ανιχνευτούν δύο μοντέλα αναφοράς στην ασθένεια. Το πρώτο μοντέλο, το οποίο ονομάζει "μοντέλο ικανότητας", προσδιορίζει την ασθένεια από την άποψη tns σωματικής αδυναμίας ενός ατόμου να ασκήσει τους κοινωνικούς του ρόλους. Συνεπώς, η απόδοση στο άτομο του ρόλου του ασθενή λειτουργεί ως αντιστάθμισμα, δηλαδή μια θέση κοινωνικά προστατευμένη, που απαλλάσσει το άτομο από τον κίνδυνο να υποστεί κυρώσεις και του επιτρέπει να αναρρώσει. Αντίθετα, το δεύτερο μοντέλο αντιμετωπίζει την ασθένεια ως μια "κοινωνική παρέκκλιση", που αποσκοπεί στην αποφυγή ανάληψης κοινωνικών ευθυνών…*». Οικονόμου, Χ., Κοινωνιολογία της Υγείας, οπ.π., σ. 90. Επίσης, βλ. και: Gerhardt, U., «The Parsonian Paradigm and the Identity of Medical sociology», *Sociological Review*, τόμος. 27, τεύχος 2, 1979, σ. 229 - 251.

νοσηλευόμενου με το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης είναι ακριβώς η απόρριψη εκ της πλευράς του υποψήφιου πάσχοντα α) του *ρόλου* που καλείται να παίξει, και β) της αναγνώρισης της *ιατρικής αυθεντίας* (τουλάχιστον σε κάποια από τα στάδια της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας). Κατά συνέπεια, όλες οι περαιτέρω πρακτικές αφορούν αυτό ακριβώς το διακύβευμα: το πώς θα καταστεί εφικτό να υπάρξει ένας επαναπροσδιορισμός των ρόλων που οι συμμετέχοντες καλούνται να παίξουν. Πως θα επαναπροσδιορισθεί το «παιγνίδι εξουσίας», έτσι ώστε ο υποψήφιος νοσηλευόμενος να δεχθεί τελικά την ισχύουσα καταστατική (ή έστω να κάνει πως τη δέχεται. Να προσποιηθεί…). Όλες οι πρακτικές οι οποίες εξελίσσονται και εμφανίζονται στο πεδίο της νοσηλείας του ακούσια νοσηλευόμενου μπορούν κάλλιστα να ενταχθούν κάτω από αυτό το θεωρητικό σχήμα. Με άλλα λόγια, το ζητούμενο αφορά, σχεδόν αποκλειστικά, την έννοια της *συναίνεσης*.

> «*Αφού σας λέω ότι δεν έχω τίποτα. Επειδή σας το λέει η μάνα μου; Και την ακούτε; Πού τη ξέρετε;* […]. *Αφού δεν έχω κάνει τίποτα κακό. Ας τη ρωτήσετε. Δεν έχω κάνει τίποτα. Επειδή κάθομαι στο σπίτι; Ε, και; Ποιον ενοχλώ; Δεν κάνω τίποτα, στο σπίτι κάθομαι, στο δωμάτιό μου…*»… «*Δεν κάνει τίποτα γιατρέ. Με τις ώρες κλεισμένος στο δωμάτιό του. Δεν έχει ούτε φίλους, τίποτα. Του λέω, "πήγαινε καμιά βόλτα, πως θα βρεις καμιά κοπέλα;" και αυτός με βρίζει "α παράτα με" μου λέει. Ούτε δουλεύει, ούτε τίποτα. Πως θα τα βγάλουμε πέρα; Και εγώ μια σύνταξη παίρνω…*» (συνομιλία εξεταζόμενου και της μητέρας του με ειδικευόμενο ψυχίατρο, Εξωτερικά Ιατρεία, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Επανερχόμενοι στους –κατά Parsons- ρόλους του *ασθενούς* και του *γιατρού* θα σταθούμε στις βασικές διαστάσεις αυτών των ρόλων. Το βασικό σημείο αναφορικά με το ρόλο του ασθενούς είναι η αθέλητη, και επιβαλλόμενη από την ασθένεια, διαφοροποίηση του συνήθους του «ρεπερτορίου»: δεν μπορεί να εργαστεί, να συνεχίσει να φροντίζει την οικογένειά του, να μπορέσει να ανταποκριθεί στο σύνολο των δεδομένων μέχρι εκείνη τη στιγμή ρόλων. Επιπλέον, ειδικά στις σοβαρότερες των ασθενειών, δεν υπάρχει η δυνατότητα για αναστροφή της κατάστασης μόνο με την βούληση ή τις ενέργειες του ίδιου του υποκειμένου. Κατά συνέπεια, τα <u>δύο βασικά προνόμια</u> του πάσχοντα είναι α) η *μη υπευθυνότητα για την κατάστασή* του, και β) *το δικαίωμα που έχει σε αρωγή και βοήθεια*. Στα πλαίσια όμως του κοινωνικού του «συμβολαίου», ακριβώς λόγω του ότι η έννοια του δικαιώματος εμπεριέχει και την έννοια της υποχρέωσης, ο πάσχων αναλαμβάνει συγκεκριμένες υποχρεώσεις. Οι <u>δύο βασικές υποχρεώσεις</u> του πάσχοντα αφορούν α) την

θεώρηση της ασθένειας ως ανεπιθύμητης και β) την υποχρέωσή του, όχι μόνο να αναζητήσει βοήθεια, αλλά και να επιδείξει ένα σταθερό πνεύμα συνεργασίας και συναίνεσης με τους παρέχοντες την βοήθεια. «*Μόνο με αυτό το τίμημα, ο τόνος της παρέκκλισης της ασθένειας ακυρώνεται και η ασθένεια αποβαίνει νόμιμη*».[73] Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του αρρώστου είναι αλληλοεξαρτώμενα, με τις υποχρεώσεις να προηγούνται πολλές φορές των δικαιωμάτων. Πρέπει να υπάρξει ικανοποιητική απόδειξη των υποχρεώσεων του ασθενούς, ότι, δηλαδή, ο πάσχων επιθυμεί την επιστροφή του στην πρότερη, φυσιολογική κατάσταση, για να του αποδοθούν τα «προνόμια».

Από την πλευρά του ρόλου του γιατρού, ο Parsons προσδιορίζει δύο κύριες διαστάσεις. Πρώτον, η ιατρική οφείλει να πιστοποιήσει ότι λειτουργεί προς όφελος και του ίδιου του ασθενή, αλλά και εν γένει του κοινωνικού συνόλου. Δεύτερον, οφείλει να πιστοποιήσει ότι παρέχει υπηρεσίες οι οποίες είναι επιστημονικά σωστές και επαρκείς. Υπ' αυτό το πρίσμα, ο ρόλος του γιατρού δεν υπακούει σε μια μεροληπτική, ιδιωτικής φύσης σχέση: η σχέση οφείλει να είναι ουδέτερη και απόρρητη, λόγω ακριβώς της ευαλωτότητας και της «διάστασης εξουσίας» που εκ προοιμίου ενέχει, αφού το κριτήριο δεν είναι οικονομικό, αλλά προσανατολισμένο σε έννοιες όπως η θεραπεία, η ανακούφιση, η ίαση. Μόνο τότε η σχέση του γιατρού με τον ασθενή αποβαίνει *λειτουργική*.[74]

Τα βασικά πεδία ένστασης αναφορικά με το έργο του Parsons αφορούν:

Α) <u>Στην μονοδιάστατη φύση της ασθένειας:</u> Ο Parsons, μέσα από την περιγραφή της σχέσης ιατρού – ασθενή, αναφέρεται κυρίως στις σοβαρές και απειλητικές ασθένειες, χωρίς να δίνει βαρύτητα στην έννοια της *χρόνιας ασθένειας*, στην οποία τα περιθώρια της ίασης είναι σαφώς πιο περιορισμένα, έως και ανύπαρκτα.[75]

---

[73] Adam, P., Herzich, C., *Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής*, μτφ. Κ. Βασιλικού, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999, σ. 71.

[74] Τα τέσσερα κριτήρια που σημασιοδοτούν μια σωστή, λειτουργική σχέση γιατρού – ασθενούς είναι η *καθολικότητα* (η αποφυγή της προσωπικής, υποκειμενικής διάστασης στις αποφάνσεις για το τι σημασιοδοτεί μια ασθένεια), η *συγκινησιακή ουδετερότητα*, η *επιδίωξη του συλλογικού συμφέροντος* και η *επίδοση* (η οποία αφορά τις επίκτητες ιδιότητες του ρόλου του γιατρού: η ιατρική δεν είναι ένα ιδιοσυστατικό χαρακτηριστικό, αλλά αντίθετα είναι προϊόν εντατικής μαθητείας και εκπαίδευσης). Parsons, T., *The Social System*, οπ.π., σ. 454 -466.

[75] Αν και σε μεταγενέστερο έργο του, ο Parsons δέχθηκε αυτή την κριτική περί χρόνιας νόσου. Βλ. Parsons, T., *Action Theory and the Human Condition*, Free Press, Νέα Υόρκη, 1978, σ. 28.

Β) Στην σημασία της ανάληψης του ρόλου του ασθενούς, δηλαδή ότι το άρρωστο υποκείμενο δεν αναλαμβάνει πάντα τον ρόλο του ασθενή: δεν οδηγούν όλες οι μορφές ασθένειας σε ανάληψη ρόλου ασθενή, ή και το αντίθετο. Πολλές φορές ένα υποκείμενο λαμβάνει τον ρόλο του ασθενή χωρίς την ιατρική παρέμβαση και γνωμάτευση, αναλαμβάνοντας και πρακτικές αυτοθεραπείας. Αντίθετα, όπως κατά κόρον συμβαίνει στο δείγμα της μελέτης μας, πολλές φορές ένα υποκείμενο αντιτίθεται να λάβει την ετικέτα του ασθενή, παρ' όλες τις ιατρικές παραινέσεις.

Γ) Στο ρόλο και τον χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος: Όπως αναφέρθηκε, ο Parsons, όντας υπέρμαχος του συναινετικού μοντέλου κοινωνικής οργάνωσης, δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην ιατρική αυθεντία, αλλά και στη λειτουργικότητά της υπό όρους ιδεαλισμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο όμως δεν δίνεται βαρύτητα στην αναπαράσταση της ιατρικής υπό όρους «κλειστού» επαγγέλματος, τα μέλη του οποίου λειτουργούν με μερικό –αν όχι κύριο- γνώμονα τα ιδιωτικά του συμφέροντα, προσδοκίες και οφέλη. Αυτό το πεδίο το καλύπτει σε ένα βαθμό η προσέγγιση του E. Freidson.

1.8. Ο Ε. Freidson και η «τυποποιημένη γνώση»

«…*Η σύγχρονη επιστήμη κατέβαλε τους αντιπάλους της, δεν τους έπειθε. Η επιστήμη επιβλήθηκε με τη δύναμη κι όχι με επιχειρήματα* […]. *Είμαστε λοιπόν αναγκασμένοι να θέσουμε το ερώτημα της υπεροχής της επιστήμης*».[76] Ο Feyerabend προβληματοποιεί την «ορθόδοξη» επιστημονική πρακτική και μεθοδολογία, προσπαθώντας να αποδείξει το γεγονός ότι πολλές μεγάλες επιστημονικές ανακαλύψεις βασίστηκαν σε εντελώς εξω-επιστημονικά κριτήρια και διαδικασίες. Επιπλέον, προτείνει μια σχεδόν ολοκληρωτική «απελευθέρωση», όχι μόνο από μια συμβατική οργάνωση της επιστημονικής μεθοδολογίας,[77],[78] αλλά προχωράει πολύ πιο πέρα. Θέτει το πρόβλημα του δικαιώματος της ισότιμης συμμετοχής στο κοινωνικό πεδίο, αμφισβητώντας τη φυσικοποιημένη υπεροχή της επιστήμης απέναντι σε εναλλακτικά σχήματα, αλλά και αναφορικά με τη σχέση της επιστήμης με την (πολιτική) εξουσία.[79]

Η ιατρική επιστήμη, υπό όρους ενός συστήματος, ή καλύτερα ενός στρατηγήματος αντιμετώπισης της έννοιας της ασθένειας –πλέον- έχει κατισχύσει σχεδόν ολοκληρωτικά σε σχέση με άλλες, διαφορετικές, εναλλακτικές, «λαϊκές», μη επιστημονικά καταξιωμένες και τεκμηριωμένες μεθόδους. Ουσιαστικά η ιατρική επιστημονική γνώση μεταφράζεται όχι απλά σε ισχύουσα, αλλά σε *αυθεντική* Γνώση: αποτελεί την «αληθινή Γνώση». Η μορφή αυτή της γνώσης, άπαξ και έχει αποκτήσει το κύρος της αντικειμενικότητας, τροποποιεί και τα δυναμικά εξουσίας που οι κατέχοντες και φέροντες την Γνώση διαθέτουν. Ο Ε. Freidson αναγνωρίζει την κυριαρχία της επιστημονικής ιατρικής γνώσης, και ενδιαφέρεται να εξετάσει τους τρόπους με τους οποίους η ιατρική επιστήμη, το ιατρικό «σώμα» λειτουργεί σε θέση απόλυτης ισχύος στο σημερινό κοινωνικό γίγνεσθαι, φτάνοντας στο

---

[76]Feyerabend, P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, εισ. Γ. Γκουνταρούλης., μτφ. Γ. Καυκαλάς., Γ. Γκουνταρούλης., Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1983, σ. 354 – 355.

[77] Ο Feyerabend θεωρεί την ιστορική πραγματικότητα ιδιαίτερα πολύπλοκη, γεμάτη «*από απρόβλεπτα σύμβαντα, συγκυρίες, παράξενες αντιθέσεις* […] *και δείχνει την πολυπλοκότητα των ανθρώπινων μεταβολών και τον απρόβλεπτο χαρακτήρα* […] *κάθε ανθρώπινης πράξης*», θεωρώντας τους μεθοδολογικούς κανόνες ιδιαίτερα απλοϊκούς και ανεπαρκείς. Στο: Feyerabend P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, οπ.π., σ. 47-48.

[78] Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Για την ακρίβεια ισχυρίζομαι ότι α) οι κανόνες και τα κριτήρια συχνά παραβιάζονται de facto, και β) πρέπει να παραβιάζονται για να μπορεί η επιστήμη να προοδεύσει*». Στο: Feyerabend, P., *Γνώση για Ελεύθερους Ανθρώπους*, μτφ. Γ. Τζαβάρας., Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1986, σ. 29.

[79] Συνοψίζει τις συγκεκριμένες θέσεις στο 18ο κεφάλαιο του *Ενάντια στην Μέθοδο*, με ιδιαίτερα «πολεμικό» αλλά και πολύ ευφυή τρόπο. Προσεγγίζει την επιστήμη από την «αναλυτική κατηγορία» του μύθου, σαν, απλά, άλλη μια μορφή ανθρώπινης σκέψης και ιδεολογίας, η οποία διεκδικεί την πιστοποίηση της αλήθειας μέσα από ένα πλέγμα εξουσιών, και σίγουρα όχι με αφορμή την αντικειμενικότητα. Feyerabend, P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, οπ.π., σ. 353-369.

σημείο να δικαιούται να προσδιορίζει τις έννοιες του «φυσιολογικού» και του «παθολογικού». Ο Freidson, απομακρύνεται από τις θέσεις του συναινετικού μοντέλου, έτσι όπως τις εξέφρασε ο T. Parsons, και υποστηρίζει ότι το ιατρικό επάγγελμα κατόρθωσε να υπερισχύσει στην «αρένα εξουσίας» λόγω του ότι ιστορικά και εξελικτικά αποδείχθηκε επαρκώς πολιτικά οργανωμένο, και εν τέλει έγινε εφικτή η μονοπωλιακή παρέμβασή του στο πεδίο της ασθένειας. Εν ολίγοις υποστηρίζει ότι η ιατρική γνώση και πρακτική δεν εκφύεται από μια βιολογική «πραγματικότητα», αλλά από μια «κοινωνική πραγματικότητα», στην οποία η κατασκευή της ετικέτας του πάσχοντα είναι στην αποκλειστική διαχείριση του ιατρικού επαγγέλματος. Όπως αναφέρει ο Οικονόμου, για τον Freidson «…η *αρρώστια συνιστά μια κοινωνική κατάσταση, η οποία κατασκευάζεται μέσω της εξουσίας που διαθέτουν οι γιατροί να θέτουν ετικέτες, να χαρακτηρίζουν και να αποδίδουν νόημα στις εμπειρίες του κοινού*».[80]

> «*Το χαρτί που θα στείλουμε στην εισαγγελία θέλω να είναι πολύ καλά διατυπωμένο. Γράψε αναλυτικά τι είδαμε, όλο το ιστορικό, και αιτιολόγησε καλά το ότι χρήζει νοσηλείας. Να είναι καλά τεκμηριωμένο, να είμαστε καλυμμένοι…*» (συνομιλία επιμελητή ψυχίατρου με ειδικευόμενο ψυχίατρο, ημερολόγιο σημειώσεων).

> «*Στην λογοδοσία του, να σημειώνετε τα πάντα. Αναλυτικά. Και να μην κάνετε τίποτα, ούτε καθήλωση, ούτε άρση της καθήλωσης, αν δεν υπάρχει έγγραφη εντολή γιατρού. Προσέχετε για να μην βρεθούμε εμείς εκτεθειμένοι*» (Διάλογος προϊσταμένης νοσηλεύτριας με την υπεύθυνη νοσηλεύτρια, ημερολόγιο σημειώσεων, Γενικό Νοσοκομείο).

Για τον Freidson, στη σχέση του γιατρού με τον πάσχοντα μπορεί να ανιχνευθεί μια «πολιτισμική σύγκρουση». Ενώ από την πλευρά της ιατρικής οι επαγγελματίες, υπερασπιζόμενοι το πεδίο τους, θέλουν να ορίζουν κυρίως ή και αποκλειστικά οι ίδιοι το πεδίο της παρέμβασής τους, εν ολίγοις τον τύπο των υπηρεσιών τους, από την πλευρά του ασθενή υπάρχει μια ανάλογη θέληση για προσδιορισμό των αναγκών του σύμφωνα με τα δικά του, προσωπικά ερμηνευτικά σχήματα, αναπαραστάσεις, εμπειρίες, πολιτισμικά και κοινωνικά πρότυπα. Κατ' αυτή την έννοια, για τον Freidson, το μοντέλο που αναπτύσσεται εμπεριέχει την έννοια της *σύγκρουσης*. Μια σύγκρουση στην οποία ο ρόλος του ασθενούς

[80] Οικονόμου, Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας*, οπ.π., σ. 47. Ο Οικονόμου αναφέρεται χαρακτηριστικά στο έργο του Kouchner ο οποίος ουσιαστικά μιλάει για τη «δικτατορία» των γιατρών, μέσω της επιδίωξης του πλήρους ελέγχου του πεδίου της ασθένειας και την κατοχύρωση των προσωπικών τους συμφερόντων, τα οποία δεν συνάδουν πάντα με αυτά του κοινού. Βλ. Kouchner, B., *Η δικτατορία των Γιατρών*, Εξάντας, Αθήνα, 2000.

και τα υποκείμενα – φορείς του δεν εμφανίζονται απλά ως παθητικοί δέκτες της ιατρικής εξουσίας και αυθεντίας, αλλά –άλλοτε σε άλλο βαθμό- προσπαθούν να συμμετέχουν ενεργητικά στη λήψη των αποφάσεων και στο σχεδιασμό της θεραπείας. Δηλαδή, υπάρχει ένα δίπολο του οποίου τον ένα πόλο καταλαμβάνει η έννοια της «παθητικότητας» ενώ τον άλλο καταλαμβάνει η έννοια της «ενεργητικότητας», με την σχέση γιατρού - ασθενή να διολισθαίνει στον άξονα αυτό, επηρεαζόμενη από περιφερικούς παράγοντες.

Ένας από αυτούς, ο οποίος έχει ιδιαίτερη βαρύτητα και στην παρούσα μελέτη, σύμφωνα με τον Freidson αφορά το καθεστώς της άσκησης της ιατρικής. Έτσι, οι ιδιώτες γιατροί φαίνεται να είναι περισσότερο «διαλλακτικοί» απέναντι στο καθεστώς εφαρμογής της ιατρικής αυθεντίας, σε αντίθεση με τους «νοσοκομειακούς» γιατρούς οι οποίοι εξαρτώνται σχεδόν απόλυτα από το «ιατρικό περιβάλλον», έχοντας ενστερνιστεί το μόρφωμα του επαγγελματία.[81]

1.8.α. Η «τυποποιημένη γνώση»

Σύμφωνα με τον Freidson, μια σημαντική διάκριση, αφορά το χαρακτήρα, τα συστατικά και τις αποδώσεις της έννοιας της *γνώσης* έτσι όπως αυτή εκφράζεται και εκφέρεται από το ιατρικό σύστημα. Ο τύπος της γνώσης η οποία εκφέρεται από την ιατρική επιστήμη (αλλά και γενικότερα από τους επιστημολογικούς κλάδους, με τον καθένα να έχει το δικό του προσωπικό και ιδιότυπο «λεξιλόγιο») αναφέρεται ως *τυποποιημένη γνώση* («formal knowledge»).[82] Το λεξιλόγιο το οποίο χρησιμοποιεί η *τυποποιημένη γνώση* είναι δυσνόητο για τον «μη μυημένο», εξειδικευμένο, ευρισκόμενο σε συγκεκριμένη βιβλιογραφία και σαφώς μη προσιτό στον «γενικό πληθυσμό». Αυτή η επιστημονική ορολογία χρησιμοποιείται τόσο σε *θεσμικό* (στον τρόπο που ο κάθε κλάδος κάνει εμφανή την υπόστασή του, όπως επίσημες ανακοινώσεις, συνέδρια, και ούτω καθ' εξής) όσο και σε *οργανωτικό* πλαίσιο. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η θεσμική έκφραση της ιδιαίτερης επιστημονικής ορολογίας έχει να κάνει με την «παρουσίαση» του βαθμού της τυποποίησης της γνώσης στην κοινωνία, ενώ το οργανωτικό πλαίσιο αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο εξελίσσεται η εφαρμογή της επιστημονικής – τυποποιημένης γνώσης μέσα στην ίδια την οργάνωση και τους επαγγελματίες που τη στελεχώνουν. Παράλληλα με

[81] Βλ. Freidson, E., «L' influence du client sur l' exercise de la medicine», όπως παρατίθεται στο: Adam, P., Herzich, C., *Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής*, οπ.π., σ. 57.
[82] Freidson, E., *Profession of Medicine, a Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Harper and Row, New York, 1970, σ. 13.

την έννοια της τυποποιημένης γνώσης, ο Freidson αναφέρεται και στην έννοια της *τυποποιήσιμης γνώσης*. Η *τυποποιήσιμη γνώση* αναφέρεται ουσιαστικά στη διαδικασία μεταλλαγής του «γνωστικού αποταμιευτήρα» της ιατρικής: αναφέρεται στον τρόπο μέσω του οποίου η ιατρική γνώση μεταλλάσσεται, εξελίσσεται και αναδιαμορφώνεται.

Θεωρούμε ότι ο Freidson, με τις θέσεις του και με τον εστιασμό του, όχι τόσο στην έννοια της γνώσης αυτής καθαυτής, αλλά περισσότερο στους επαγγελματίες υγείας, σαν *φορείς* και *διαχειριστές* αυτής της γνώσης, λειτουργεί συμπληρωματικά ως προς την επόμενη προσέγγιση η οποία δίνει περισσότερη έμφαση στις –γενικότερες- διαδικασίες παραγωγής και χρήσης της έννοιας της γνώσης, καθώς και του τρόπου που η τελευταία σχετίζεται με την έννοια της εξουσίας.

1.9. Η *Κριτική Θεωρία*

Ο *Ρομαντισμός*, όπως αυτός εκφράστηκε σαν εναλλακτικό σχήμα των θέσεων του Διαφωτισμού και σαν επανάσταση ενάντια σε ένα συγκεκριμένο τύπο πολιτισμού και στις συμβατικότητες που αυτός ενέχει,[83] ουσιαστικά σημασιοδοτεί την αντίθετη θέση στις θετικιστικού τύπου θεωρητικές προσεγγίσεις. Διαπερνά φιλοσοφικά, καλλιτεχνικά και θεωρητικά ρεύματα, επηρεάζει τη Σχολή της Φρανκφούρτης[84] και τους συνεχιστές της, διεισδύοντας μέχρι τις μοντέρνες και μετα-μοντέρνες προσεγγίσεις της ύστερης νεοτερικότητας. Στόχος είναι η υποκειμενικότητα, η ερμηνεία της σημασίας του προσωπικού βιώματος, ουσιαστικά η συνειδητοποίηση ότι η επεξηγηματική δύναμη των θετικιστικών μεγα-θεωριών δεν φτάνει να καλύψει όλες τις συνιστώσες του κοινωνικού πεδίου, όπως αυτό εκφράζεται διαχρονικά, ιστορικά και διαπολιτισμικά. Με αφετηρία το *Ινστιτούτο Κοινωνικής Έρευνας* που ιδρύθηκε το 1923 στην Φρανκφούρτη, θα δημιουργηθεί μια σχολή σκέψης που θα ονομαστεί *Σχολή της Φρανκφούρτης*. Η μεγάλη προσωπικότητα της Σχολής είναι ο M. Horkheimer, με άλλους κύριους εκπροσώπους τους Adorno, Fromm, Marcuse. Οι δύο τελευταίοι, μαζί με τον Horkheimer, είναι και οι κύριοι εκπρόσωποι μιας σχετικά αυτόνομης τάσης, της Σχολής του Φροϋδομαρξισμού, οι οποίοι – μαζί με τον A. Breton- ουσιαστικά προσηλώνονται στην δημιουργία «αμαγαλμάτων» Μαρξισμού και Φροϋδικής θεωρίας, με τη σχολή του Φροϋδομαρξισμού επί της ουσίας να επικεντρώνεται στην ιχνηλάτηση της σχέσης «ψυχικού» - «κοινωνικού». Σύμφωνα με τους Pilgrim και Rogers, η σημαντική συνεισφορά της σχολής αυτής έγκειται στην εστίασή της, όχι τόσο στην ψυχική ασθένεια ή γενικότερα στην έννοια της παρέκκλισης, αλλά μάλλον σε αυτό που ο E. Fromm αποκαλούσε «παθολογία του φυσιολογικού». «*Μολαταύτα ο σύγχρονος άνθρωπος δε νιώθει άνετα και απορεί ολοένα και περισσότερο. 'Εργάζεται και μοχθεί, αλλά έχει μια πολύ αμυδρή αίσθηση σχετικά με τη ματαιότητα των ενεργειών του. Ενώ η δύναμή του πάνω στην ύλη μεγαλώνει, αισθάνεται ανίσχυρος στην ατομική του ζωή και στην κοινωνία. Ενώ δημιουργεί νέα και τελειότερα μ έ σ α για την κυριαρχία του πάνω στη φύση, έχει εμπλακεί μέσα στο πλέγμα αυτών των μέσων κι έχασε το όραμα του σκοπού εκείνου πού μονάχα αυτός τα κάνει να έχουν σημασία - τον ί δ ι ο τ ο ν ά ν θ ρ ω π ο . Ενώ έγινε κύριος της φύσης, κατάντησε σκλάβος της μηχανής, που κατασκεύασε με τα ίδια του τα χέρια. Παρ' όλες τις γνώσεις του σχετικά με την ύλη, βρίσκεται*

[83] Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2001, σ. 32 - 33.
[84] Ραφαηλίδης, Β., *Η Μεγάλη Περιπέτεια του Μαρξισμού*, Εκδόσεις Εικοστού Πρώτου, Αθήνα, 1999, σ. 138 - 139.

σε αγνοία σχετικά με ότι αφορά τα σπουδαιότερα και πιο θεμελιώδη ζητήματα της ανθρώπινης ύπαρξης: τι είναι ο άνθρωπος, πως θα πρέπει να ζει και πως είναι δυνατό να απελευθερωθούν και να χρησιμοποιηθούν παραγωγικά οι τρομακτικές δυνάμεις που βρίσκονται μ έ σ α στον άνθρωπο» αναφέρει ο Fromm.[85]

Επιπλέον, «*…τα ενδιαφέροντα αυτής της ομάδας* […] *αφορούσαν τις αρνούμενες την κοινωνικοπολιτιστική ζωή νόρμες, που σχετίζονται με την αυταρχικότητα, και την καπιταλιστική οικονομία, καθώς και το διφορούμενο ρόλο του "Υπερεγώ" ως πηγή προσαρμογής (κομφορμισμού) και αβεβαιότητας*».[86] Η κριτική θεωρία ουσιαστικά αποτέλεσε το εφαλτήριο παραγωγής πολλών ερευνών και μελετών οι οποίες αφορούσαν την έννοια της αυταρχικής προσωπικότητας,[87] τη ψυχολογία του φασισμού, καθώς και τους εγκλωβισμούς οι οποίοι προκύπτουν κατά την μετάβαση από μια καπιταλιστικού τύπου κοινωνική οργάνωση σε μια σοσιαλιστικού τύπου. Προσωπικά θεωρούμε ότι, σε σχέση με την παρούσα μελέτη, οι προσεγγίσεις της κριτικής θεωρίας –αν και γνωρίζουμε ότι σε καμιά περίπτωση δεν είναι απόλυτα εφικτή μια ομογενοποιημένη προσέγγιση όλων των στοχαστών που με τον ένα ή τον άλλο τρόπο εντάσσονται στο ρεύμα αυτό- οι οποίες μπορούν να αποβούν βοηθητικές είναι αυτές που εστιάζουν ακριβώς στα χαρακτηριστικά (κατά Fromm, στα παθολογικά χαρακτηριστικά) του «υγιούς» νεοτερικού και μετανεοτερικού υποκειμένου. Ο C. Lash, στο έργο του οποίου παρουσιάζονται εμφανείς αντηχήσεις της Σχολής του Φροϋδομαρξισμού, αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Η πάλη για να*

---

[85] Fromm, E., *Ο Άνθρωπος για τον Εαυτό του: Έρευνα στην Ψυχολογία της Ηθικής*, εισ., μτφ. Δ. Θεοδωρακάτου, Μπουκουμάνης, Αθήνα, 1974, σ. 42 – 43.

[86] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 52.

[87] Η έννοια της αυταρχικής προσωπικότητας έχει άμεση σχέση με την ενδοβολή της έννοιας του Υπερεγώ, και την άνιση «χρήση» του σε σχέση με τις ορμές του «Εκείνο» (id). «*Η αυταρχική συνείδηση είναι η φωνή μιας εσωτερικευμένης εξουσίας, των γονέων, του κράτους, ή οποιασδήποτε άλλης εξουσίας συμβαίνει να υπάρχει σε έναν πολιτισμό* […] *οι εντολές της αυταρχικής εξουσίας δεν καθορίζονται από τα κριτήρια αξιών του ατόμου, αλλά αποκλειστικά από το γεγονός ότι οι επιταγές της και τα ταμπού της εξαγγέλλονται από εξουσίες…*» αναφέρει ο Fromm, εστιάζοντας στη διαφορά της αυταρχικής εσωτερικευμένης φωνής της συνείδησης της εξουσίας, σε αντιπαράθεση με την προσωπική ηθική επιταγή. Για τον Fromm, αυτή ακριβώς η εσωτερίκευση της «αυθεντίας» μπορεί να παράγει φαινόμενα αποκλεισμού. Ο αυταρχικός χαρακτήρας «*…βρήκε εσωτερική ασφάλεια με το να γίνει, συμβιωτικά, μέρος μιας εξουσίας, που τη νιώθει να είναι μεγαλύτερη και ισχυρότερη από τον εαυτό του. Όσο αποτελεί μέρος αυτής της εξουσίας -σε βάρος της ακεραιότητάς του- αισθάνεται να συμμετέχει στη δύναμη της εξουσίας. Το αίσθημα της βεβαιότητας και ταυτότητας εξαρτιέται από τη συμβίωση αυτή. Η απόρριψή του από την εξουσία, σημαίνει το ρίξιμό του στο κενό, το να έχει να αντιμετωπίσει τον τρόμο της μηδαμινότητας. Για τον αυταρχικό χαρακτήρα, οτιδήποτε άλλο είναι προτιμότερο από αυτό* […]. *Αλλά ακόμα και η τιμωρία της είναι προτιμότερη από την απόρριψη* […]. *Η βιβλική περιγραφή του εγκλήματος και της τιμωρίας του Κάιν, αποτείνει κλασικό παράδειγμα του γεγονότος πώς αυτό πού φοβάται περισσότερο ό άνθρωπος, δεν είναι ή τιμωρία, αλλά η απόρριψη* […]. *Ποια ήταν η τιμωρία του Κάιν; Ούτε σκοτώθηκε, ούτε χτυπήθηκε* […]. *Η τιμωρία του ήταν να γίνει* ***απόβλητος***» (τονισμένο στο πρωτότυπο). Fromm, E., *Ο Άνθρωπος για τον Εαυτό του: Έρευνα στην Ψυχολογία της Ηθικής*, οπ.π., σ. 197 – 198.

διατηρήσουμε την ψυχική ισορροπία σε μία κοινωνία που απαιτεί υποταγή στους κανόνες της κοινωνικής συναναστροφής αλλά αρνείται να θεμελιώσει τους κανόνες αυτούς σε έναν κώδικα ηθικής διαγωγής, ενθαρρύνει μία μορφή απορρόφησης στον εαυτό που έχει λίγα κοινά στοιχεία με τον πρωτεύοντα ναρκισσισμό του κυρίαρχου εαυτού. Αρχαϊκά στοιχεία ολοένα περισσότερο κυριαρχούν τη δομή της προσωπικότητας […] *ο εαυτός ζαρώνει και υποχωρεί σε μία παθητική και πρωταρχική κατάσταση στην οποία ο κόσμος παραμένει αδημιούργητος, αδιαμόρφωτος. Ο εγωμανής, καταβροχθιστής εμπειριών κυριαρχικός εαυτός οπισθοδρομεί σε έναν μεγαλειώδη, ναρκισσιστικό, νηπιακό, άδειον εαυτό* […]. *Μαστιζόμενος από άγχος, κατάθλιψη, ασαφείς δυσφορίες, μία αίσθηση εσωτερικού κενού, ο "ψυχολογικός άνθρωπος" του 20ού αι. επιδιώκει όχι την ατομική μεγαλοποίηση του εαυτού ούτε την πνευματική υπέρβαση αλλά την νοητική ειρήνη, σε συνθήκες που ολοένα περισσότερο αγωνίζονται εναντίον της. Θεραπευτές, όχι παπάδες ούτε δημοφιλείς κήρυκες της αυτοβοήθειας ούτε πρότυπα της επιτυχίας όπως οι καπετάνιοι της βιομηχανίας, γίνονται οι κύριοι σύμμαχοι του στον αγώνα για ηρεμία στρέφεται σ' αυτούς με την ελπίδα ότι θα κατακτήσει το σύγχρονο ισοδύναμο της λύτρωσης, την "ψυχική υγεία". Η θεραπεία έχει εγκαθιδρυθεί ως ο διάδοχος του ανώμαλου ατομικισμού και της θρησκείας*».[88]

1.9.α. Οι θέσεις του J. Habermas

Ο Habermas, χρησιμοποιώντας τις θέσεις της Σχολής της Φρανκφούρτης, προτείνει ένα μοντέλο προσέγγισης το οποίο εστιάζει σε έξι βασικά σημεία: «*τρόποι ενσωμάτωσης στις μετα-φιλελεύθερες κοινωνίες, κοινωνικοποίηση της οικογένειας και εξέλιξη του "Εγώ", μέσα μαζικής ενημέρωσης και πολιτιστικά πρότυπα, κοινωνική ψυχολογία για τον έλεγχο της διαμαρτυρίας, θεωρία της τέχνης και κριτική του θετικισμού και της επιστήμης*».[89] Ο Habermas προσεγγίζει την μετανεοτερική κοινωνική πραγματικότητα, θεωρώντας ότι το πολιτικό σύστημα σήμερα αντιμετωπίζει αυτό που ο ίδιος ονομάζει «κρίση νομιμοποίησης»: «*Τούτο σημαίνει ότι, λόγω του στενά τεχνοκρατικού της χαρακτήρα, η πολιτική τάξη δεν διαθέτει πλέον τη νομιμότητά που χρειάζεται για να κυβερνήσει.*

[88] Lash, C., *Η Κουλτούρα του Ναρκισσισμού*, μτφ. Β. Τομανάς, Νησίδες, Σκόπελος, χ.χ., σ. 25.
[89] Βλ. Habermas, J., «The tasks of a critical theory of society», στο: *Critical Theory and Society: A Reader*, επιμ. S. E. Bronner, D. M. Kellner, Routledge, London, 1989, όπως αναφέρεται στο: Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 53.

Περισσότερο και από τις οικονομικές αντιθέσεις, η τάση του συστήματος προς κρίσεις νομιμοποίησης αποτελεί […] *τη βαθύτερη αντινομία του σύγχρονου καπιταλισμού*».[90]

Πιο συγκεκριμένα, και αναφορικά με το πεδίο της σχέσης ιατρικής - κοινωνικού, οι βασικές έννοιες από το θεωρητικό σχήμα του Habermas οι οποίες ανταποκρίνονται και χρησιμοποιούνται στις προσεγγίσεις αναφορικά με τον ρόλο, τη λειτουργικότητα και τον τρόπο μέσω του οποίου παράγει και συμμετέχει το μόρφωμα «ιατρική» είναι τόσο η έννοια του «επικοινωνιακού πράττειν», όσο και η έννοια της «αποικιοποίησης του βιόκοσμου».[91] Θεωρούμε ότι η τελευταία έννοια, αυτή του *βιόκοσμου* είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν εξετάζονται σχέσεις και επικοινωνιακές πρακτικές στο πεδίο της ψυχιατρικής. Ο Habermas προσεγγίζει την έννοια της κοινωνίας τόσο υπό το πρίσμα ενός *συστήματος*, όσο και υπό το πρίσμα ενός *βιόκοσμου*. Συνοπτικά, η έννοια του *βιόκοσμου* αναφέρεται στη συμβολική διάσταση της κοινωνίας, στον τρόπο μέσω του οποίου τα υποκείμενα αλληλεπιδρούν, επικοινωνούν, νοηματοδοτούν, συμμετέχουν και παράγουν, ενώ η έννοια του *συστήματος* αναφέρεται σε ένα πιο macro-επίπεδο, αυτό της «στρατηγικής δράσης», της προσανατολισμένης στην ρύθμιση των macro-συνθηκών: της οικονομίας, της κρατικής σπονδύλωσης. «*Οι δύο αυτές τάσεις είχαν ως αποτέλεσμα τη διαμόρφωση μιας κατάστασης ανισορροπίας μεταξύ συστήματος και βιόκοσμου, κατά την οποία το σύστημα σφετερίζονταν και διάβρωνε όλο και περισσότερο το βιόκοσμο ή, με άλλα λόγια, το δικαιϊκό, γραφειοκρατικό κράτος και η αγοραία οικονομία εισέβαλαν και αποικιοποίησαν την καθημερινή ζωή*».[92] Σύμφωνα με τον Habermas, η έννοια του «επικοινωνιακού πράττειν», όπως διαμεσολαβείται από αυτές τις δύο συνθήκες, τη *συνθήκη του βιόκοσμου* και τη *συνθήκη του συστήματος*, έχει δύο πιθανούς στόχους ή/και κατευθύνσεις. Η επικοινωνιακή χρήση του λόγου, του γλωσσικού πράττειν, ανταποκρίνεται στις ανάγκες της έννοιας του βιόκοσμου, και στόχο έχει τη δημιουργία ενός πλαισίου αμοιβαίας κατανόησης όπου εξελίσσεται μια επικοινωνιακή συνθήκη με στόχο ακριβώς την αμοιβαία επικοινωνία.[93]

---

[90] Giddens, A., «Jurgen Habermas», στο: *Μετά τον Εμπειρισμό*, επιμ. Q. Skinner, μτφ. Χ. Μαρσέλλος, Κ. Χατζής, Κάτοπτρο, Αθήνα, 2006, σ. 191.

[91] Habermas, J., *Το Μέλλον της Ανθρώπινης Φύσης. Πίστη και Γνώση: Προς μια Φιλελεύθερη Ευγονική*, μτφ. Μ. Τοπάλη, Scripta, Αθήνα, 2004.

[92] Οικονόμου, Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας*, οπ.π., σ. 123. Επίσης, βλ. και: Καβουλάκος, Κ., *Γιούργκεν Χάμπερμας: Τα Θεμέλια του Λόγου και της Κριτικής Κοινωνικής Θεωρίας*, Πόλις, Αθήνα, 1996, σ. 239 – 300.

[93] Μια από τις βασικές θέσεις του Habermas αφορά τις έννοιες της «αξίωσης εγκυρότητας» και της «ιδανικής ομιλιακής κατάστασης». Σύμφωνα με αυτές τις αρχές, όλοι οι άνθρωποι, στις επικοινωνιακές τους πρακτικές –είτε τις ρητές, είτε τις υπόρρητες- εγείρουν την αξίωση του να θεωρούνται έγκυρες οι δηλωτικές τους εκφάνσεις. Όταν απευθυνόμαστε σε κάποιον άλλο, οι αξιώσεις μας αφορούν την «κατανοησιμότητα» (τη χρήση γλωσσικών κανόνων οι οποίοι να προσδίδουν νόημα

Αντίθετα, στη συνθήκη του επικοινωνιακού πράττειν στην οποία την εξέχουσα θέση αποκτά η έννοια του συστήματος, οι επικοινωνιακές πρακτικές αποβαίνουν ανισομερείς, ενώ ο στόχος δεν είναι η συμμετοχική και αμοιβαία επικοινωνία per se, αλλά αντίθετα κυριαρχεί η προσπάθεια ανάπτυξης σχέσεων εξουσίας από το υποκείμενο – φορέα του συστήματος προς τον –υποδεέστερο- φορέα του βιόκοσμου. Θεωρούμε ότι είναι ιδιαίτερα εμφανής η συνθήκη αυτή στο πεδίο το οποίο εξετάζουμε: ο ιατρικός, πόσο μάλλον ο ψυχιατρικός λόγος, συνεπικουρούμενος από τον δικαστικό λόγο, πολλές φορές αναδεικνύεται ως ακραίο παράδειγμα της –κατά Habermas- λειτουργίας του συστημικού επικοινωνιακού πράττειν.

Ειδικά στις «τελετουργίες επικοινωνίας» των γιατρών με τους ασθενείς, η διατάραξη του επικοινωνιακού πράττειν, και η «αποικιοποίηση του βιόκοσμου» του ασθενή φαίνεται καθαρά μέσω της χρήσης της γλώσσας. Η «φωνή της ιατρικής», η οποία χαρακτηρίζεται από τη στρατηγική χρήση της γλώσσας (να προσθέσουμε και τον χαρακτήρα της *ευελιξίας*: η χρήση της γλώσσας από την ψυχιατρική μπορεί να ελίσσεται από μια στρατηγική χρήση σε μια καθημερινή χρήση, αλλά με απώτερο στόχο την στρατηγική υπεροχή) έρχεται σε αντίθεση με την εμπειρία του πάσχοντα και στις περιπτώσεις που το –κατ' αυτό τον τρόπο δηλωμένο- βίωμα του πάσχοντα δεν εντάσσεται στο ψυχιατρικό μοντέλο, δεν λαμβάνεται υπόψη,[94] ενώ ο πάσχων κατευθύνεται σε μια «οργανική ανάγνωση» της βιωμένης εμπειρίας του. Ειδικά στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον «Ψ» κλινικό και τον «πελάτη», το –κατά Habermas- μοντέλο επικοινωνίας γίνεται ενδεικτικό. Για παράδειγμα, «*…κατά τη διάρκεια μιας ψυχαναλυτικής συνεδρίας, η επικοινωνία ανάμεσα στον θεραπευτή και τον ασθενή παραμορφώνεται συστηματικά: οι απωθήσεις παρεμποδίζουν και διαστρεβλώνουν τα όσα λέει ο ασθενής στον αναλυτή* […]. *Τα όσα λέει ο ασθενής κάνοντας χρήση ελευθέρων συνειρμών, ίσως δεν είναι κατανοητά ούτε στον ίδιο ούτε, αρχικά τουλάχιστον, στον αναλυτή. Το πραγματολογικό τους περιεχόμενο μπορεί να αποδειχθεί εν μέρει ψευδές (όπως στις παραισθήσεις). Ο ασθενής ενδέχεται να προβεί σε αδικαιολόγητους*

στο περιεχόμενο), την «αλήθεια», την «ορθότητα» και την «ειλικρίνεια» (ότι το δηλούμενο είναι αληθές, και υπάρχει ειλικρίνεια στις προτάσεις μας). Βλ. Habermas, J., *Communication and the Evolution of Society*, Βοστόνη, 1979, ειδικά το 1ο κεφάλαιο.

[94] Σύμφωνα με τον Barry και τους συνεργάτες του, κατά τη διάρκεια της επικοινωνιακής διαδικασίας του ασθενή με το γιατρό, τις περισσότερες φορές το βίωμα του πάσχοντα, η «ιστορία ζωής του», είτε δεν ακούγεται (lifework ignored) είτε παρεμποδίζεται (lifework blocked). Με αυτό τον τρόπο εντείνεται η αποικιοποίηση του βιόκοσμου του πάσχοντα. Βλ. Barry, C., and al., «Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor – patient communication in general practice», *Social Science and Medicine*, τόμος 53, τεύχος 4, 2001, σ. 487 – 505.

ισχυρισμούς -για παράδειγμα κατηγορώντας κάποιους για πράξεις για τις οποίες δεν θα μπορούσαν λογικά να θεωρηθούν υπεύθυνοι. Τέλος, ο ασθενής ενδέχεται, συνειδητά ή ασύνειδα, να προσπαθήσει να εξαπατήσει τον αναλυτή προκειμένου να αντισταθεί ή να αποφύγει τις συνέπειες στις οποίες οδηγεί η διαδικασία της ανάλυσης».[95] Για τον Habermas, ή έννοια της Αλήθειας, αποτελεί –και εμφανίζεται ως διακύβευμα- μόνο στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες εγείρεται ο κανόνας της *αξίωσης εγκυρότητας* που προσδένουμε στο πραγματολογικό περιεχόμενο των δηλώσεών μας. Με άλλα λόγια, πολλές φορές ο όρος «αλήθεια» είναι πλεοναστικός: περισσεύει. «*Η "αλήθεια", δηλαδή, είναι ένας όρος ο οποίος καθίσταται ενεργός σε περιπτώσεις διαφωνίας σχετικά με την πραγματικότητα, και η έννοια της αλήθειας μπορεί να κατανοηθεί σωστά μόνο σε σχέση με τέτοιες διαδικασίες επιχειρηματολογίας…Η αλήθεια είναι η υπόσχεση μιας έλλογης συναίνεσης*».[96] Απλά, στην περίπτωση που εξετάζουμε ο ένας εκ των δύο συν-ομιλητών πιθανολογείται να μην υφίσταται ιδιαίτερα *έλλογος*.

[95] Giddens, A., «Jurgen Habermas», οπ.π., σ. 178 – 180, 181.

[96] Για τον Habermas, μια «*…ιδανική ομιλιακή κατάσταση χαρακτηρίζεται αποκλειστικά από την παντελή απουσία εξωτερικών καταναγκασμών, οι οποίοι θα επηρέαζαν όσους μετέχουν στη συζήτηση κατά την αξιολόγηση των υπό εξέταση δεδομένων και επιχειρημάτων, και από το γεγονός ότι κάθε ενδιαφερόμενος έχει τις ίδιες ακριβώς ευκαιρίες να συμμετάσχει ισότιμα στη συζήτηση*». Giddens, A., «Jurgen Habermas», οπ.π., σ. 182.

1.10. Ο *Κοινωνικός Κονστρουκτιβισμός*

«*Εγώ πιστεύω, η πρώτη δυσκολία πιστεύω που θα βρει κάποιος μπροστά του, όπως έχω βρει εγώ μπροστά μου, είναι το πρόβλημα της επικοινωνίας. Δηλαδή, τι σημαίνει επικοινωνία; Εννοώ, να μαζέψεις πληροφορίες για το ποιο άτομο έχεις μπροστά σου. Ποιο είναι αυτό το άτομο που έχω μπροστά μου; Τι έχει; Βλέπω έναν άνθρωπο μπροστά μου ο οποίος είναι σε μια κατάσταση δυσπραγίας τέλος πάντων, σύγχυσης, κι εγώ προσπαθώ να επικοινωνήσω μαζί του. Αυτό είναι το πρώτο πράγμα που πρέπει να αντιμετωπίσεις, εγώ τουλάχιστον αυτό αντιμετώπισα για πρώτη φορά, όταν βρέθηκα μπροστά σε "εισαγγελικό". Να μπορέσω να μιλήσω μαζί του. Από εκεί ξεκινάνε όλα*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Ο *Κοινωνικός Κονστρουκτιβισμός*, ή αλλιώς η *Κοινωνική Μορφοποίηση*, επί της ουσίας δεν αποτελεί ένα ενιαίο θεωρητικό ρεύμα, αλλά συνίσταται από αρκετά επιμέρους (και πολλές φορές διαφορετικά μεταξύ τους) θεωρητικά ρεύματα.[97] Επιπλέον, αυτού του τύπου οι θεωρητικές προσεγγίσεις έρχονται σαν απάντηση και αντιτίθενται στις θετικιστικές προσεγγίσεις. Η βασική θεωρητική υπόθεση αυτών των προσεγγίσεων συνίσταται στη θέση ότι αυτό που ονομάζεται «πραγματικότητα» δεν είναι ένα a priori δεδομένο μόρφωμα, η έννοια της πραγματικότητας δεν είναι σε καμιά περίπτωση ούτε σταθερή, ούτε δεδομένη, πόσο μάλλον αυταπόδεικτη. Αντίθετα, η πραγματικότητα μορφοποιείται – άλλοτε σε άλλο βαθμό- από την ανθρώπινη δραστηριότητα και από την ανθρώπινη νόηση. Οι Pilgrim και Rogers θεωρούν ότι παρ' όλες τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις επιμέρους σχολές, το ρεύμα του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού διαχέεται από κάποιες βασικές παραδοχές και θέσεις, υπάρχουν κάποια κεντρικά θέματα τα οποία αφορούν την έννοια της *πραγματικότητας*, το *βαθμό* που η «πραγματικότητα» αναγνωρίζεται σαν παράγωγο, αλλά κυρίως (και αυτό είναι κατ' εμάς το πλέον ενδιαφέρον) τη συμμετοχή της έννοιας της *εξουσίας* στη διαμόρφωση της εκάστοτε «πραγματικότητας». Αναφέρουν

[97] Ο Brown θεωρεί ότι υπάρχουν τρεις βασικές κατευθύνσεις μέσα στο συνολικό πεδίο των κονστρουκτιβιστών. Η πρώτη κατεύθυνση δεν εστιάζει τόσο στην έννοια της πραγματικότητας ή του όποιου κοινωνικού φαινόμενου, αλλά ασχολείται με τις δυνάμεις που επενεργούν και ορίζουν ένα φαινόμενο. Στον πυρήνα του ενδιαφέροντος αυτής της κατεύθυνσης βρίσκονται οι «βιωμένες εμπειρίες» των υποκειμένων που συνήθως απαρτίζουν παραβατικές ομάδες, ενώ όπως είναι αναμενόμενο, η μεθοδολογία της άπτεται περισσότερο με μεθοδολογίες της συμβολικής διαντίδρασης και της εθνομεθοδολογίας. Η δεύτερη κατεύθυνση έχει επηρεαστεί περισσότερο από τις μεταδομικές θεωρίες και ασχολείται με την έρευνα της γλώσσας και γενικά του συμβολικού με στόχο να προσεγγίσει τις έννοιες της γνώσης, της εξουσίας και τη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα σε αυτές. Ο πλέον χαρακτηριστικός στοχαστής που ανήκει σε αυτή την κατεύθυνση είναι ο M. Foucault. Τέλος, υπάρχει και μια τρίτη κατεύθυνση, η οποία ασχολείται κυρίως με την κατανόηση της διαδικασίας παραγωγής της επιστημονικής γνώσης και του τρόπου με τον οποίο εξελίσσεται η έννοια της επιστήμης. Βλ. Brown, P., «Naming and Framing: the social construction of diagnosis and illness», *Journal of Health and Behaviour*, επιπλέον τεύχος, 1995, σ. 34 – 52.

χαρακτηριστικά: «*Αυτές οι τρεις εκδοχές είναι προφανείς όταν εξετάζουμε το κοινωνιολογικό έργο που αφορά την ψυχική υγεία και ασθένεια. Οι κονστρουκτιβιστές αμφισβητούν και δεν θεωρούν δεδομένη την ύπαρξη της ψυχικής ασθένειας* […]. *Αναλύουν τους τρόπους μέσω των οποίων η εργασία στο χώρο της ψυχικής υγείας έχει συνδεθεί με την προώθηση της ψυχιατρικής γνώσης και την παραγωγή προβλημάτων ψυχικής υγείας. Επίσης εξετάζουν τη συνύπαρξη στη σύγχρονη κοινωνία από τη μια του ελέγχου της παρέκκλισης από την ψυχιατρική και από την άλλη της έμφασης στην ανάδειξη της διαφορετικότητας του εαυτού, κάτι στο οποίο στοχεύουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας*».[98]

1.10.α. Η *μεταδομιστική προσέγγιση* και το έργο του Michel Foucault

Η *μεταδομιστική* (post-structuralist) *προσέγγιση*, υπό το πρίσμα της κονστρουβιστικής προοπτικής, αποτελεί μια κοινωνική θεωρία η οποία εστιάζει στους τρόπους με τους οποίους περιγράφονται και νοηματοδοτούνται τα κοινωνικά φαινόμενα και η κοινωνία γενικότερα, και όχι στον τρόπο μέσω του οποίου διαμορφώνονται και λειτουργούν οι κοινωνικές δομές. Μια εκδοχή του συγκεκριμένου ρεύματος εστιάζεται στη σχέση *εξουσίας* και *γνώσης*, στον τρόπο που η σχέση αυτή παράγει, ρυθμίζει και εν τέλει ελέγχει τον πληθυσμό. Ο κύριος εκφραστής αυτής της προσέγγισης είναι ο M. Foucault. Ο Foucault εστιάζει στην έννοια του *λόγου* και του τρόπου με τον οποίο ο *λόγος* (discourse) παράγει την πραγματικότητα. Για τον Foucault, ο λόγος είναι το κύριο εργαλείο μέσω του οποίου το σύγχρονο υποκείμενο περιγράφεται, σχηματοποιείται, δομείται αλλά και αποδομείται. Ειδικά στο πεδίο της μελέτης μας, το Φουκωϊκό έργο έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, λόγω ακριβώς της πρωτεύουσας σημασίας που δίνει ο στοχαστής αυτός στο πεδίο της ιατρικής, και ιδιαίτερα στο πεδίο της ψυχιατρικής. Σύμφωνα με το θεωρητικό του σχήμα (το οποίο δεν υπήρξε ενιαίο και συνεκτικό) το πάσχον υποκείμενο επί της ουσίας κατασκευάζεται από τον ιατρικό λόγο, μπαίνοντας σε μια «κατάσταση εξάρτησης» από το ιατρικό σύστημα. Ανάμεσα σε αυτό το δίπολο «γιατρός – ασθενής» αναπτύσσεται μια έντονα εξουσιαστική σχέση, αν και για τον Foucault η σχέση αυτή δεν παραπέμπει σε μια μονόδρομη κατάσταση επιβολής, αλλά μάλλον σε ένα ιδιότυπο παιγνίδι εγκλωβισμού, όπου και οι δύο ρόλοι αλληλο-κατασκευάζονται με μια διαλεκτική σχέση, χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένο όφελος για κάποια από τις δύο πλευρές. Αναφέρει χαρακτηριστικά

[98] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 56.

ο Αλεξιάς: «*Η εξουσία στο Foucault δεν αποτελεί μια σχέση στην οποία κάποιος κάνει κάτι επάνω σε κάποιον άλλον, αλλά αποτελεί ένα πλαίσιο όπου και οι δύο πόλοι της σχέσης υπάρχουν, εκφράζονται διαμέσου της εξουσίας η οποία τους "κατασκευάζει" ως πραγματικότητες. Ο λόγος γεννά το πλαίσιο, την ίδια δηλαδή την πραγματικότητα, η οποία στην ουσία είναι μια κατασκευή. Η εξουσία δεν ασκείται προς όφελος κάποιας ομάδας, αλλά διαμορφώνει το πλαίσιο το οποίο "κατασκευάζει" ο λόγος και ταυτόχρονα διαμορφώνεται από αυτό. Πιο συγκεκριμένα, ο γιατρός μόνο φαινομενικά ασκεί εξουσία προς όφελος του απέναντι στην κοινωνία. Στην ουσία η ιατρική, ο γιατρός, δεν ασκεί εξουσία στην κοινωνία, στον ασθενή, αλλά και οι δύο πόλοι βρίσκονται σε μια ιδιόμορφη εξουσιαστική σχέση, εκφράζονται, "κατασκευάζονται" διαμέσου αυτής της σχέσης. Ο ιατρικός λόγος ωθεί και τους δύο, τόσο το γιατρό όσο και τον ασθενή, σε αυτή τη σχέση*».[99]

1.10.α.1. Η έννοια του *σώματος*

Μια από τις πλέον εξέχουσες έννοιες της Φουκωϊκής προβληματικής είναι αυτή του *σώματος*. Σύμφωνα με τον Foucault, το *σώμα* αποτελεί το κύριο διακύβευμα των στρατηγικών και τεχνικών εξουσίας: πάνω σε αυτό, διαμέσου αυτού και εξ αυτού παράγονται, πηγάζουν, αναδύονται και διαμορφώνονται οι σχέσεις εξουσίας και γνώσης στην ύστερη νεοτερικότητα. Το σώμα από-υποστασιοποιείται, εντάσσεται σε ένα περίπλοκο δίκτυο σχέσεων και μηχανισμών με στόχο να καταστεί τόσο *πειθήνιο*, όσο και *παραγωγικό*. Το σώμα αποκτά μια έντονα *πολιτική* διάσταση: «*…το σώμα υπάγεται, επίσης, άμεσα σ' ένα πολιτικό πεδίο. Οι συσχετισμοί εξουσίας ασκούν πάνω του άμεσο έλεγχο. Το επενδύουν, το σημαδεύουν, το δαμάζουν, το βασανίζουν, το υποβάλλουν σε αναγκαστική εργασία, το υποχρεώνουν σε συμμετοχή σε τελετουργίες, απαιτούν από αυτό σήματα…*».[100] Η ιστορική καμπή η οποία σημασιοδοτεί αυτές τις αλλαγές έγκειται στον 18^{ο} και 19^{ο} αιώνα. Στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο φαίνεται ότι γίνεται η μετάβαση, και εν τέλει παγίωση στο «αστικό παράδειγμα» κοινωνικής οργάνωσης και διαβίωσης. Οι νέες συνθήκες ουσιαστικά προβάλλουν την αναγκαιότητα για μια νέα μορφή και τύπο εξουσίας, η οποία κατά τον Foucault οφείλει να ανταποκρίνεται σε τρία βασικά κριτήρια: α) να είναι κατά το δυνατόν οικονομικότερη, β) να είναι αποτελεσματική στο να διαχειρίζεται τις νέες

[99] Αλεξιάς, Γ., *Λόγοι Περί Ζωής και Θανάτου: Η Ιατρική Πράξη ως Μορφή Κοινωνικής Αλληλόδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, οπ.π., σ. 141.
[100] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, μτφ. Κ. Χατζηδήμου, Ι. Ράπτη, Ράππα, Αθήνα, 1976, σ. 38.

πληθυσμιακές συγχρωτίσεις και γ) να αυξάνει την αποδοτικότητα των θεσμών μέσω των οποίων εμφανίζεται αλλά και παράγει.[101]

Η εξουσία έχει σαν στόχο την διάχυση των μηχανισμών πειθαρχίας σε όλο το κοινωνικό σώμα, όχι όμως μέσω ενός συστήματος βίαιης εκ των έξω επιβολής, αλλά κυρίως μέσω τεχνικών εκπαίδευσης, μεταβίβασης πληροφοριών, καθώς και εξαντλητικού και σχολαστικού ελέγχου των σωμάτων: τόσο των δραστηριοτήτων του σώματος αυτού καθαυτού, όσο και του *εαυτού*: του σώματος ιδωμένου σαν μια ενιαία ψυχοσωματική ολότητα. Μέσα από αυτή την προοπτική, θεσμοί όπως το σχολείο, η φυλακή ή το νοσοκομείο αποκτούν μια καίρια λειτουργικότητα και μια βαρύνουσα σημασία στην παραγωγή εξουσίας. Η εξουσία, προκειμένου να είναι αποτελεσματική, οφείλει να ανταποκρίνεται σε δύο βασικά κριτήρια: πρώτον, οφείλει να αντιστρέψει την έννοια της *ορατότητας* και δεύτερον, οφείλει να υποστηρίζεται από την έννοια της *νομιμοποιημένης επιστημονικής γνώσης*. Ακολουθώντας τα παραπάνω κριτήρια, τα μέσα της πειθαρχικής εξουσίας είναι το *βλέμμα*, η *κανονιστική κύρωση* και η *εξέταση*.[102] Στο πεδίο που εξετάζουμε, αυτό της ψυχιατρικής νοσηλείας, και τα τρία αυτά σημεία είναι τόσο εμφανέστατα, όσο και ενδεικτικότατα.

1.10.α.2. Τα εργαλεία της εξουσίας

Α) «*Το άσυλο δεν τιμωρεί πια τον τρελό σαν ένοχο* […] *κάνει όμως κάτι περισσότερο: οργανώνει την ενοχή του. Για τον τρελό, την οργανώνει σαν ένα σύστημα συνειδητοποίησης του εαυτού του* […] *μεσ' από αυτή την ενοχή, ο τρελός καταντά ένα αντικείμενο τιμωρίας, πάντα προσιτό και στον εαυτό του και στον άλλο* […]. *Τον ελιγμό αυτό, μέσ' από τον οποίο ο πάσχων διανοητικά, προσφέροντας τον εαυτό του σαν αντικείμενο στον άλλο, ξανακερδίζει την ελευθερία του, θα τον συναντήσουμε απαράλλαχτα* […] *στο βλέμμα* […]. *Το βλέμμα* […]

[101] Η εξουσία «*…πρέπει να ανταποκρίνεται σε τρία κριτήρια: να κάνει την άσκηση της εξουσίας όσο το δυνατόν λιγότερο δαπανηρή (οικονομικά, με τις μικρές δαπάνες πού απαιτεί πολιτικά, με τη διακριτικότητά της, τη χαλαρή εξωτερίκευσή της, τη σχετική αθεατότητά της, τη λιγοστή αντίδραση πού προκαλεί)· δεύτερο, να ενεργεί με τρόπο ώστε τα αποτελέσματα τής κοινωνικής αυτής εξουσίας να φτάνουν στον ανώτατο βαθμό έντασης και να επεκτείνονται όσο το δυνατόν περισσότερο, χωρίς αστοχίες ή κενά· τέλος, να συνδέει την "οικονομική" αυτήν ανάπτυξη της εξουσίας με την απόδοση των μηχανισμών στο εσωτερικό των όποιων ασκείται (άσχετα με το αν πρόκειται για μηχανισμούς παιδαγωγικούς, στρατιωτικούς, βιομηχανικούς, ή ιατρικούς), κοντολογίς, να αυξάνει ταυτόχρονα την υπακοή και τη χρησιμότητα όλων των στοιχείων τού συστήματος*». Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 286.

[102] Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Η επιτυχία της πειθαρχικής εξουσίας οφείλεται, δίχως άλλο, στη χρήση απλών οργάνων: το ιεραρχικό βλέμμα, την κανονιστική κύρωση και τον ιδιάζοντα γι' αυτήν συνδυασμό τους – την εξέταση*». Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 228.

σαν μια από τις βασικές συνιστώσες της ύπαρξης του Ασύλου, είναι ταυτόχρονα πιο βαθύ και λιγότερο αμοιβαίο. Το βλέμμα αυτό θα πρέπει να παίρνει καταπόδι τον τρελό, να τον τσακώνει και στα λιγότερο αισθητά φανερώματα της τρέλας του […] *κι αυτό το βλέμμα, ο τρελός, με κανέναν τρόπο δεν μπορεί να το ανταποδώσει, γιατί αυτός μονάχα γίνεται θέαμα*».[103]

Η έννοια του *βλέμματος* συνδέεται άμεσα με αυτή της ***θεατότητας***, η οποία είναι κατά τον Foucault το βασικό νεοτερικό στοιχείο παραγωγής πειθαρχίας. Σε αντίθεση με τις φεουδαλικού τύπου κοινωνικές οργανώσεις, όπου η εξουσία –κάτω από την αναπαράσταση του Βασιλιά[104]- όφειλε να είναι ορατή, τα μοντέρνα συστήματα έχουν αντιστρέψει αυτή την μορφή εξουσίας. Πια, οι μηχανισμοί επιτήρησης εφαρμόζουν τις πειθαρχικές τεχνικές όντες αόρατοι. Αντίθετα τα υποκείμενα καθίστανται ορατά: όσο μεγαλύτερη διαπερατότητα στο εξουσιαστικό βλέμμα η διαβίωση του υποκειμένου ενέχει, τόσο πιο πειθήνιο δύναται να γίνει. Ο Foucault προτείνει την έννοια του Πανοπτισμού,[105] μελετώντας τις αρχιτεκτονικές – χωροτακτικές διαφοροποιήσεις που έλαβαν χώρα στους θεσμούς κράτησης και φύλαξης, όπως οι φυλακές και τα ψυχιατρικά ιδρύματα: «*Η άσκηση της πειθαρχίας προϋποθέτει ένα μηχανισμό που εξαναγκάζει ακόμα και με μια ματιά. Μηχανισμό όπου οι τεχνικές οπτικής παρακολούθησης απολήγουν στην επιβολή εξουσίας, και όπου –αντίστροφα- τα μέσα καταναγκασμού καθιστούν απόλυτα ορατούς εκείνους που επιτηρούνται*».[106] Και καταλήγει λίγο παρακάτω, προβλέποντας με απόλυτη ακρίβεια, κατ' εμάς, το μετανεοτερικό σύστημα εφαρμογής της έννοιας της πειθαρχίας: «*Το τέλειο*

---

[103] Foucault, M., *Η Ιστορία της Τρέλας στην Κλασσική Εποχή*, μτφ. Φ Αμπατζοπούλου, Ηριδανός, Αθήνα, χ.χ., σ. 240.

[104] Πια, «*…δεν προβάλλεται ο Βασιλιάς στο ανώνυμο πλήθος. Στην πειθαρχία, τα υποκείμενα είναι εκείνα που πρέπει να ορώνται*». Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 248.

[105] Ο Foucault χρησιμοποιεί σαν «παράδειγμα» το κτήριο – ψυχιατρείο του Bentham: «*Το "Πανοπτικόν" του Bentham είναι η αρχιτεκτονική μορφή αυτής της σύνθεσης. Γνωστό είναι το πρότυπο της: στην περιφέρεια, ένα δακτυλιοειδές οικοδόμημα, στο κέντρο, ένας πύργος. Ο πύργος αυτός έχει μεγάλα παράθυρα που βλέπουν προς το εσωτερικό του δακτυλίου. Το περιφερικό οικοδόμημα διαιρείται σε κελιά, πού το καθένα τους διαπερνά ολόκληρο το πάχος του οικοδομήματος. Τα κελιά έχουν δύο παράθυρα - το ένα τους βλέπει προς τα μέσα και αντιστοιχεί σ' ένα από τα παράθυρα του πύργου, το άλλο δίνει προς τα έξω, και αφήνει το φως να διαπερνά το κελί πέρα για πέρα. Φτάνει έτσι να τοποθετηθεί ένας επιτηρητής στον κεντρικό πύργο, και σε κάθε κελί να κλειστεί ένας τρελός, ένας άρρωστος, ένας κατάδικος, ένας εργάτης, ή ένας μαθητής: με την αντιφεγγιά της μέρας μπορείς να διακρίνεις από τον πύργο τούς έγκλειστους - μικρές σιλουέτες δέσμιες στα κελιά της περιφέρειας. Το κάθε κλουβί είναι κι ένα μικρό θέατρο όπου ο ηθοποιός είναι μόνος, τέλεια εξατομικευμένος και μόνιμα ορατός. Το πανοπτικό αυτό σύστημα δημιουργεί μονάδες χώρων πού επιτρέπουν την αδιάκοπη παρακολούθηση και την άμεση αναγνώριση* […]. *Η ορατότητα είναι μια παγίδα*». (Η υπογράμμιση, δική μας). Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 265.

[106] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 228.

πειθαρχικό σύστημα θα επέτρεπε, με μια και μόνη ματιά, τη διαρκή παρακολούθηση των πάντων».[107]

Β) Η έννοια της ***κανονιστικής κύρωσης*** αναφέρεται στη δημιουργία ενός συστήματος ποινών ή/και ανταμοιβών με απώτερο στόχο την δημιουργία και εφαρμογή ενός κανονιστικού μοντέλου το οποίο θα προσδιορίζει τις έννοιες του *φυσιολογικού* και του *παθολογικού*, θα μορφοποιεί εν ολίγοις την έννοια της *παρεκτροπής*. Η έννοια της κανονιστικής κύρωσης δεν απευθύνεται αποκλειστικά στην εμφανή έννοια της παρέκκλισης ή παρεκτροπής, αλλά παρεισφρέει στα μύχια της micro-συνθήκης: «*Στο εργαστήρι, στο σχολείο, στο στρατό, ισχύει ένα ολόκληρο μικροσύστημα ποινών για το χρόνο, τη δραστηριότητα, το σώμα, τη σεξουαλικότητα. Ταυτόχρονα χρησιμοποιούνται, ως τιμωρίες μια σειρά εκλεπτυσμένων μεθόδων, από την ελαφριά σωματική τιμωρία μέχρι ορισμένες ελάσσονες στερήσεις και μικροταπεινώσεις. Ο στόχος είναι η ποινικοποίηση και των πιο δυσδιάκριτων τμημάτων της διαγωγής, και η απόδοση κολαστικής λειτουργίας στα φαινομενικά ανάξια λόγου στοιχεία του πειθαρχικού συστήματος*».[108] Ο βασικός «*…ρόλος της πειθαρχικής τιμωρίας είναι να περιορίζει τις παρεκτροπές. Η τιμωρία πρέπει λοιπόν να είναι επανορθωτική* […]. *Στην πειθαρχία, η τιμωρία δεν είναι παρά ένα στοιχείο του διττού συστήματος: ανταμοιβή – κύρωση. Και αυτό ακριβώς το σύστημα λειτουργεί στη διαδικασία της εκγύμνασης και της επανόρθωσης*».[109] Με αυτό ακριβώς τον τρόπο, μέσω αυτού ακριβώς του προτύπου φαίνεται να λειτουργεί και η σύγχρονη ψυχιατρική επιστήμη. Η έμφαση πλέον δεν δίνεται ούτε στην απόκρυψη και τον αποκλεισμό, δεν δίνεται στην τιμωρία του ψυχικά πάσχοντα, με τον τρόπο που συνέβαινε παλαιότερα, στα μεγάλα ψυχιατρικά καταστήματα, στα *Άσυλα*. Πλέον, ο «τρελός» μεταλλάσσεται σε ένα πάσχον υποκείμενο μεν, αλλά με δυνατότητες θεραπείας, ανακούφισης από την οδύνη, επανένταξης στο κοινωνικό σώμα και γίγνεσθαι.

> «*Το κάνουμε για το καλό του. Μπορεί να φωνάζει, να διαμαρτύρεται, γιατί δεν καταλαβαίνει, αλλά δεν γίνεται αλλιώς. Μόλις ηρεμήσει λίγο, θα το καταλάβει. Και εμείς του το λέμε, "δεν είναι τιμωρία, δεν έχουμε κάτι μαζί σου", του το λέμε συνέχεια. Μπορεί να μην το καταλαβαίνει τώρα, αλλά μετά το καταλαβαίνει, το δέχεται. Το ίδιο και για εσάς. Πρέπει να καταλάβει ότι την εισαγγελική δεν την βγάλατε γιατί έκανε κάτι κακό. Την κάνατε επειδή είναι άρρωστος και*

[107] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 231.
[108] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 237.
[109] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 238 – 239.

χρειάζεται βοήθεια» (συνομιλία Νοσηλευτή με πατέρα νοσηλευόμενου, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Γ) «*Γίνεται συχνά λόγος για την ιδεολογία* […] *που κουβαλούν μεταξύ τους οι "επιστήμες" του ανθρώπου. Μήπως όμως η ίδια τους η τεχνολογία, το μικρό τούτο λειτουργικό τμήμα, το τόσο πλατιά διαδεδομένο (από την ψυχιατρική έως την παιδαγωγική, από τη διάγνωση των ασθενειών έως την μίσθωση των εργατικών χεριών), η τόσο οικεία αυτή μέθοδος της εξέτασης δεν ενεργοποιεί –στο εσωτερικό ενός και μόνο μηχανισμού- σχέσεις εξουσίας που επιτρέπουν την λήψη και σύσταση γνώσεων;*».[110] Σύμφωνα με τον Foucault, το τρίτο στοιχείο, αυτό της ***εξέτασης*** αποτελεί τον «συνδετικό κρίκο» ανάμεσα στις δύο προηγούμενες λειτουργίες. Επιπλέον, η λειτουργία της εξέτασης είναι αυτή που ανοίγει το δίαυλο ο οποίος ενώνει τις πειθαρχικές τεχνικές με τις τεχνικές παραγωγής και εφαρμογής της *γνώσης*. Αναφέρει ο Οικονόμου: «*Η εξέταση αποτελεί το σημείο συνύφανσης μεταξύ σχέσεων εξουσίας και γνώσης, η οποία επιτυγχάνεται μέσα από τρεις διαδικασίες: (α) Την αναστροφή της ορατότητας, με την έννοια ότι η πειθαρχική εξουσία παραμένει αόρατη κατά την άσκησή της, ενώ τα άτομα τα οποία καθυποτάσσει μετατρέπονται σε αντικείμενα και υπόκεινται σε αναγκαστική ορατότητα, (β) Την αρχειακή καταγραφή, ταξινόμηση και αποθήκευση των χαρακτηριστικών των παρατηρούμενων σωμάτων, καθιστώντας τα αντικείμενα που μπορούν να περιγραφούν, αναλυθούν και αποτελέσουν το υλικό για τη διενέργεια μετρήσεων και (γ) Τη μετατροπή κάθε ατόμου σε περίπτωση που συνιστά αντικείμενο γνώσης και πεδίο άσκησης εξουσίας*».[111]

1.10.α.3. Το *Νοσοκομείο*

«*Χάρη στην πειθαρχία, τα ιδρύματα αυτά έγιναν "συσκευές" όπου κάθε μηχανισμός αντικειμενοποίησης μπορεί να έχει την αξία ενός οργάνου καθυπόταξης, και όπου κάθε επαύξηση εξουσίας οδηγεί στην απόκτηση νέων γνώσεων. Με βάση αυτό τον δεσμό ανάμεσα στα διάφορα τεχνολογικά συστήματα, στάθηκε δυνατό να διαμορφωθούν, μέσα στο πειθαρχικό πεδίο, η κλινική ιατρική, η ψυχιατρική, η παιδική ψυχολογία, η ψυχοπαιδαγωγική…*».[112]

---

[110] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 245.
[111] Οικονόμου, Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας*, οπ.π., σ. 153.
[112] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 294.

Θεωρούμε ότι ο θεσμός του «νοσοκομείου» (όχι μόνο του *ψυχιατρικού νοσοκομείου*, αλλά του *νοσοκομείου* γενικότερα) εμπεριέχει εμφανώς τις διαστάσεις που περιγράφηκαν λίγο πριν. Τόσο σε επίπεδο χωρικής κατανομής, όσο και σε επίπεδο λειτουργικότητας και συμμετοχής του συνόλου των ειδικοτήτων και επαγγελματιών. Άλλωστε, το μεγαλύτερο ίσως μέρος της παρούσας εργασίας αφορά τη μελέτη αυτού ακριβώς του πεδίου. Του χώρου του «νοσοκομείου» και του συνόλου των πρακτικών που αναφύονται σε αυτό. Σύμφωνα με τον Foucault, το νοσοκομείο είναι ένας από τους βασικούς «τόπους» εφαρμογής –κατά συνέπεια εμπειρικής παρατήρησης και ανάλυσης- της σύγχρονης μορφής άσκησης της έννοιας της βιο-πολιτικής:[113] είναι ο ιδανικός χώρος α) συνεχούς παρατήρησης των νοσηλευομένων στα πλαίσια άσκησης της ιατρικής πράξης, β) είναι ο ιδανικός χώρος συνεχούς εξέτασης του αρρώστου, και μάλιστα σε ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο η ιδιότητα του γιατρού αποκτά –και εργαλειακά, αλλά και συμβολικά- εμφανή υπεροχή απέναντι σε αυτή του νοσηλευόμενου – αρρώστου, γ) είναι ο ιδανικός χώρος εφαρμογής των μοντέλων πειθαρχίας και ρύθμισης του πάσχοντος σώματος στα πλαίσια της καθημερινής διαβίωσης και δ) είναι ο ιδανικός χώρος παραγωγής και πιστοποίησης της Γνώσης. Με αυτό τον τρόπο το *νοσοκομείο*, από χώρος περίθαλψης (σύμφωνα με τον προ-νεοτερικό χαρακτήρα του) μεταμορφώνεται σε «*...χώρο κατάρτισης και παραβολής γνώσεων*».[114] Στο νοσοκομείο, πέραν της διαδικασίας της εξαντλητικής εξέτασης εμφανίζεται η κατάσταση την οποία ο Foucault περιγράφει ως *συστηματική καταγραφή - αντικειμενοποίηση*: «*Μπαίνουμε στην εποχή της ατέρμονης εξέτασης και της καταναγκαστικής αντικειμενοποίησης*».[115] Η διαδικασία αυτή αφορά την ενδελεχή, συστηματική και συνεχόμενη καταγραφή, όχι μόνο της συμπτωματολογίας του πάσχοντα, αλλά το σύνολο της συμπεριφοράς του, την δημιουργία αυτού που ονομάζεται «ατομικό ιστορικό». Αυτή η **διαδικασία σώρευσης**, όπως την ονομάζει ο Foucault, επιτρέπει, πρώτον, «*τη συγκρότηση του ατόμου ως αντικειμένου που μπορεί να περιγραφεί, να αναλυθεί*

[113] Σύμφωνα με τον Foucault, η έννοια της βιο-πολιτικής αναφέρεται στις παρεμβάσεις της εξουσίας οι οποίες αποσκοπούν στη δημιουργία ρυθμιστικών μηχανισμών για την χειραγώγηση των μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων. Με ένα παραπλήσιο τρόπο αναπτύχθηκε και η έννοια της βιο-εξουσίας η οποία αναφέρεται στο σύνολο των τεχνολογιών οι οποίες υποτάσσουν την ανθρώπινη ύπαρξη κανονικοποιώντας τις εκφάνσεις τις και τις συμπεριφορές της. «*…μια βιο-πολιτική του πληθυσμού. Οι επιστήμες του σώματος και οι ρυθμίσεις του πληθυσμού συνιστούν τους δύο πόλους γύρω από τους οποίους αναπτύχθηκε η οργάνωση της εξουσίας πάνω στη ζωή*». Foucault, M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας: Τόμος 1, Η δίψα της Γνώσης*,οπ.π., σ. 171.

[114] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 246. Σύμφωνα με τον Foucault, η εξέταση στο νοσοκομείο περιλαμβάνει ένα καλά διαμορφωμένο μηχανισμό παραγωγής και άσκησης εξουσίας. Η νοσοκομειακή εξέταση καταρχήν «*…αντιστρέφει την οικονομία της ορατότητας στην άσκηση της εξουσίας…*». Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 147. Ο γιατρός είναι αυτός που σιωπά, ενώ ο πάσχων είναι αυτός που οφείλει να καταθέσει το σύνολο της –προς εξέταση- υποκειμενικότητάς του.

[115] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 249.

[…] *υπό την επίβλεψη μιας διηνεκούς γνωστικής διεργασίας. Και από την άλλη μεριά* (επιτρέπει) *τη συγκρότηση ενός συγκριτικού συστήματος που να επιτρέπει την μέτρηση ολικών φαινομένων, την περιγραφή ομάδων, τον χαρακτηρισμό συλλογικών γεγονότων, την αξιολόγηση των εκτροπών των ατόμων μεταξύ τους, την κατανομή τους μέσα σε έναν "πληθυσμό"* ».[116] Δεύτερον, οι διαδικασίες εξέτασης, συνεπικουρούμενες με τις διαδικασίες καταγραφής, μετατρέπουν το κάθε υποκείμενο σε περίπτωση. Μεταφράζοντας, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι μετατρέπουν τον *άνθρωπο* σε *case study*: «*Το άτομο δεν αποτελεί πια ένα μνημείο για μελλοντική μνήμη, αλλά ένα ντοκουμέντο για ενδεχόμενη χρησιμοποίηση. Και η καινούρια αυτή περιγραπτότητα είναι τόσο πιο έκδηλη όσο πιο στενό είναι το πειθαρχικό πλαίσιο: το παιδί, ο άρρωστος, ο τρελός, ο κατάδικος, θα γίνουν όλο και πιο εύκολα* […] *το αντικείμενο ατομικής περιγραφής και βιογραφικής αφήγησης. Η γραπτή αυτή παράσταση δεν αποτελεί πια μια διαδικασία ηρωοποίησης. Λειτουργεί ως μια διαδικασία αντικειμενοποίησης και καθυπόταξης*»[117] αναφέρει χαρακτηριστικά, προσδιορίζοντας χαρακτηριστικά το στίγμα της σύγχρονης ψυχιατρικής επιστήμης. Μια επιστήμη η οποία μεταβάλλοντας τις δομικές συνθήκες μέσα στις οποίες λειτουργούσε, εκεί, στο «παλιό» «άσυλο», όπου πολλές φορές το –κοινό- επίθετο με το οποίο το προσωπικό «βάφτιζε» κάποιους νοσηλευόμενους ήταν το «Αγνώστου» ελλείψει βιογραφικών στοιχείων και πληροφοριών γι' αυτούς τους ανθρώπους, έχει ενδυθεί ένα τελείως διαφορετικό «πρόσωπο»: αυτό της έντονης υποκειμενικότητας, της αντιμετώπισης του πάσχοντα υπό όρους «ατόμου», «προσώπου», με τη δική του ιδιαίτερη ιστορία ζωής. Παράλληλα όμως, οι διαδικασίες κατηγοριοποίησης, αλγοριθμικής αντιμετώπισης, διαγνωστικής κατάταξης ολοένα και διευρύνονται: η εξατομικευτική διαδικασία, η μεταστροφή της αντιμετώπισης της ψυχικής πάθησης υπό το πρίσμα της ανθρωπιστικής και εξατομικευμένης παρέμβασης φαίνεται ότι εντάσσεται σε μεγάλο βαθμό στο μοντέλο παραγωγής γνώσης και άσκησης εξουσίας με τον τρόπο που το έχει αναλύσει ο M. Foucault. Η εξουσία του Νοσοκομείου δεν περικλείεται πλέον αποκλειστικά μέσα στους τοίχους του. Με τον ίδιο τρόπο που η «τρέλα» δεν περιορίζεται, δεν αποκρύπτεται στους τοίχους του ασύλου, με τον ίδιο τρόπο, η εφαρμογή της εξουσίας του νοσοκομείου δεν απομονώνεται μέσα σε αυτό. Αντίθετα οικοδομείται ένα σαφώς μεγαλύτερο, πιο ευέλικτο, πιο διευρυμένο δίκτυο παρέμβασης. Ο πειθαρχικός μηχανισμός, έτσι όπως τον εκφράζει το νοσοκομείο μετακινείται: «*Ενώ, από τη μία μεριά, τα πειθαρχικά ιδρύματα πολλαπλασιάζονται, οι μηχανισμοί τους δείχνουν μια ορισμένη τάση να*

[116] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 251 – 252.
[117] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 253.

"*αποιδρυματοποιούνται*", *να βγαίνουν από τα κλειστά φρούρια όπου ως τότε λειτουργούσαν, και να κυκλοφορούν "ελεύθερα"· τα μαζικά και συμπαγή πειθαρχικά συστήματα αποσυνθέτονται σε ευέλικτες μεθόδους ελέγχου, πού μπορούν να μετατεθούν και να προσαρμοστούν. Πολλές φορές, οι κλειστοί μηχανισμοί προσθέτουν στην εσωτερική τους και εξειδικευμένη λειτουργία ένα ρόλο εξωτερικής επιτήρησης, αναπτύσσοντας γύρω τους έναν ολόκληρο δακτύλιο από πλάγιους ελέγχους*».[118] Μέσω μιας σχεδόν ταυτόσημης διαδικασίας, η μεταστροφή της ψυχιατρικής επιστήμης στο «κοινοτικό παράδειγμα» επιτρέπει ακριβώς τη γενίκευση των λειτουργιών της πέραν των χώρων νοσηλείας. Διευρύνει το πεδίο παρέμβασής της στην έννοια της *κοινότητας*, επί της ουσίας σε όλο το «γενικό πληθυσμό». Και αυτή ίσως είναι μια από τις πλέον κρίσιμες διαπιστώσεις της Φουκωϊκής οπτικής. Η δυνατότητα, δηλαδή, της ιατρικής επιστήμης να επεκτείνει το πεδίο παρέμβασής της, να διευρύνει τα όρια του «κύκλου», να κατασκευάζει νέα αντικείμενα παρέμβασης. Ειδικά στην περίπτωση της ψυχιατρικής νοσογραφίας, το συγκεκριμένο σημείο θεωρούμε ότι αποκτά κυριολεκτικά δραματικό χαρακτήρα.

[118] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 278.

Κεφάλαιο 2. *Βία* και *Επικινδυνότητα*

2.1. Η βία: μια ανασκόπηση των βασικών θεωρητικών προσεγγίσεων

Την τελευταία 20ετία παρουσιάζεται μια αρκετά ενδιαφέρουσα αλλαγή στον τρόπο που προσλαμβάνεται και κυρίως ερμηνεύεται η συσχέτιση της έννοιας της ψυχικής ασθένειας με τις έννοιες της βίας και της επικινδυνότητας. Ενώ μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του ’80 υπήρξαν πολλά ερευνητικά δεδομένα τα οποία υποστήριζαν, εν ολίγοις, τη θέση πως ο ψυχικά πάσχων όχι μόνο δεν είναι περισσότερο επικίνδυνος από το «γενικό πληθυσμό», αλλά μάλλον το αντίθετο,[119] τα τελευταία χρόνια αυτό φαίνεται να αλλάζει.[120] Νεότερα ερευνητικά δεδομένα διαπιστώνουν μια επανεμφάνιση της ζεύξης «ψυχική ασθένεια» και «επικινδυνότητα»,[121] αν και με μερικές διαφορές. Οι πιο βαρύνουσες έχουν να κάνουν κατά κύριο λόγο με την ταυτότητα του «επικίνδυνου ψυχασθενή» και κατά δεύτερον με τα αιτιολογικά σχήματα που προσπαθούν να ερμηνεύσουν αυτά τα δεδομένα. Αναφορικά με το πεδίο του ποιά «ψυχιατρική διάγνωση», δηλαδή ποιός ψυχικά πάσχων θεωρείται περισσότερο επικίνδυνος, τα περισσότερα βιβλιογραφικά δεδομένα συγκλίνουν και με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης.[122] Τα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν πως αν και ο μεγαλύτερος «όγκος» των ψυχικά πασχόντων (τόσο ποσοτικά, όσο και αναφορικά με τη διάγνωση) δεν παρουσιάζει σημαντικές μεταβολές σε σχέση με το γενικό πληθυσμό

---

[119] Για μια επισκόπηση των ερευνών αυτών, βλ. Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, P., Roth, L., Grisso, T., Banks, S., *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*, Oxford University Press, Oxford , 2001. Βλ. επίσης, Monahan J., & Steadman, H. J. «Crime and mental disorder: An epidemiological approach», στο: M. Tonry, M. Morris (επιμ.), *Crime and Justice: An Annual Review ofResearch*, τόμος 4, University of Chicago Press, Chicago, 1983, σ. 145 – 189.

[120] Αυτή η διαφοροποίηση βασίστηκε κυρίως σε δύο μεγάλες έρευνες οι οποίες εξέταζαν τη σχέση βίας και ψυχικής ασθένειας. Τα πορίσματά τους έδειξαν ότι υπάρχει σαφώς μεγαλύτερη πιθανότητα εκδήλωσης βίαιων συμπεριφορών από ψυχικά πάσχοντες, είδικα στην περίπτωση που οι τελευταίοι κάνουν και χρήση ουσιών. Οι βασικές ενστάσεις στις συγκεκριμένες έρευνες αφορούν κυρίως την ατομοκεντρική τους προοπτική αναφορικά με την έννοια της «παραγωγής της βίας». Αναφερόμαστε στις έρευνες των Link και Steuve, καθώς και στην έρευνα των Swanson και Holzer. Βλ. Link, B., Stueve, A., «Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls», στο: J. Monahan και H. Steadman (επιμ.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, University of Chicago Press, Chicago, 1994, σ. 137 - 159. Βλ. επίσης, Swanson, J., Holzer, C., E., Ganju, V., K., Jono, R., T., «Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys», *Hospital and Community Psychiatry*, τεύχος 41,1990, σ. 761 - 770.

[121] Monahan, J., «Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence», *American Psychologist*, τεύχος 47, 1992, σ. 511 - 521. Βλ. επίσης, Monahan, J., «The scientific status of research on clinical and actuarial predictions of violence», στο: D. Faigman, D. Kaye, M. Saks, J. Sanders (επιμ.), *Modern scientific evidence: The law and science of expert testimony*, West Publishing, St. Paul, 2002, σ. 423 445.

[122] Βλ. το κεφάλαιο περί της τυπολογίας των ψυχικά πασχόντων, και ιδιαίτερα το κεφάλαιο περί «διαταραχών προσωπικότητας».

αναφορικά με την εκδήλωση βίαιων συμπεριφορών, μια μειοψηφία εξ αυτών παρουσιάζει αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης κάποιας βίαιης συμπεριφοράς, και μάλιστα συστηματικά.

Η προβληματική αναφορικά με τη σχέση ψυχικής ασθένειας και επικινδυνότητας έχει επανέλθει στο προσκήνιο, με αρκετά «πιεστικό» χαρακτήρα, κυρίως λόγω της μεταλλαγής των θεραπευτικών πρακτικών. Η έννοια της *αποασυλοποίησης* είναι κομβική, και αυτό για τον εξής λόγο: από τη στιγμή που το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού των ψυχικά πασχόντων διαβιοί στην «κοινότητα» και όχι στο περιχαρακωμένο και απροσπέλαστο «άσυλο», πολλές είναι εκείνες οι θέσεις οι οποίες πρεσβεύουν την ανάγκη για ισχυρότερους και αποτελεσματικότερους προβλεπτικούς μηχανισμούς[123] και εργαλεία τα οποία να μπορούν να ανιχνεύουν και να προλαμβάνουν την εμφάνιση της βίαιης συμπτωματολογίας.[124] Ουσιαστικά, με δεδομένη την ανεπάρκεια ψυχιατρικών κλινών, καθώς και με δεδομένη την «υπερχείλιση» των φυλακών, το μείζον ερώτημα που αναδύεται είναι το «πώς θα γίνει εφικτό να προληφθούν οι πράξεις βίας στην κοινότητα;».

Ο ρόλος του ψυχιάτρου, της ψυχιατρικής εν γένει, παρουσιάζεται ιδιαίτερα σημαντικός, ειδικά αν λάβει κανείς υπόψη ότι το καθήκον του «προστατεύειν» στις μετανεοτερικές συνθήκες έχει γίνει μια ιδιαίτερα ισχυρή ιδεολογική, αλλά και θεσμική έγκληση. Σχετικά με αυτό το πεδίο, φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια δύο είναι οι κύριοι στόχοι της ψυχιατρικής: ο πρώτος αφορά την ανάπτυξη μεθόδων ανίχνευσης της επικινδυνότητας, ενώ ο δεύτερος αφορά τη δημιουργία εξειδικευμένων ψυχομετρικών εργαλείων τα οποία θα μπορούν με εγκυρότητα να ανιχνεύουν τα «επικίνδυνα υποκείμενα».[125]

---

[123] Το συνηθέστερο μέσο πρόβλεψης ήταν (και ίσως παραμένει) η «κλασσική» κλινική συνέντευξη, η οποία όμως θεωρείται πλέον αναποτελεσματική αναφορικά με την πρόβλεψη της επικινδυνότητας. «*Μετα-αναλύσεις έχουν πιστοποιήσει ότι μόνο μία στις τρεις διαγνώσεις ήταν ορθή αναφορικά με την πρόβλεψη μιας επικίνδυνης πράξης*», στο Doyle, M., Dolan, M., «Psychopathy and Standarized Risk Assessment», *Psychiatry*, τόμος 3, τεύχος 11, 2004, σ. 5. Οι συγγραφείς, κάνοντας μια ανασκόπηση των ερευνών, θεωρούν ότι η δημιουργία αποτελεσματικών εργαλείων ανίχνευσης της επικινδυνότητας μπορεί να οδηγήσει σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά πρόβλεψης.

[124] Lidz, C., Mulvey, E., Gardner, W., «The accuracy of predictions of violence to others», *Journal of the American Medical Association*, τεύχος 269,1993, σ. 1007 - 1011.

[125] Monahan, J., «Actuarial support for the clinical assessment of violence risk», *International Review of Psychiatry*, τεύχος 9, 1997, σ. 167 - 169. Βιβλιογραφικά, διαφαίνεται μια συνεχώς αυξανόμενη τάση για την δημιουργία τέτοιων εργαλείων πρόβλεψης της επικινδυνότητας.

2.2. Οι θέσεις της εγκληματολογίας αναφορικά με την έννοια της *βίας*

Ο Κουράκης αναφέρει ότι η *βία* υπό τη γενική της έννοια *διακρίνεται σε βία κατά προσώπων (σωματική και ψυχολογική) και σε βία κατά πραγμάτων*. Η *σωματική βία* αφορά, κατά την κρατούσα ερμηνεία, την άσκηση δύναμης που επενεργεί άμεσα ή έμμεσα στο ανθρώπινο σώμα του άλλου. Η άσκηση αυτή της δύναμης μπορεί να επιτευχθεί είτε με «*απόλυτη*», *μηχανιστική βία*, δηλαδή με πλήρη εξουδετέρωση της θέλησης του άλλου (vis absoluta), είτε και με *εξαναγκάζουσα βία* που τείνει δηλαδή να εξωθήσει τη θέληση του άλλου σε ορισμένη διαγωγή («vis compulsive»). Η περίπτωση της *εξαναγκάζουσας βίας* («vis compulsive») πλησιάζει πολύ εκείνην της *ψυχολογικής βίας,* αν και στην τελευταία περίπτωση η σωματική επενέργεια εμφανίζεται μειωμένη, διότι ο επαπειλούμενος κίνδυνος ανάγεται στο μέλλον και όχι στο άμεσο παρόν, όπως αντίθετα συμβαίνει με την εξαναγκάζουσα βία (από την άποψη αυτή η ψυχολογική βία είναι μια μορφή απειλής που ασκείται για την επίτευξη κάποιου σκοπού).[126]

Οι περισσότερες έρευνες, όταν αναφέρονται στην έννοια της βίας σε σχέση με τη ψυχική ασθένεια, εννοούν είτε τις λεκτικές απειλές, ή κυρίως τη σωματική βία.[127] Το ενδιαφέρον σε σχέση με τα παραπάνω, κάτι που, όπως θα δούμε στη συνέχεια, το υποδεικνύουν σθεναρά και τα δικά μας ερευνητικά δεδομένα, δηλαδή ότι στο πεδίο της ψυχικής νόσου οι περισσότερες αποδόσεις είναι **ατομοκεντρικές**. Ειδικότερα, η εκφερόμενη από το υποκείμενο βία πηγάζει από ένα προβληματικό ψυχισμό και προσωπικότητα, ενώ παραμένει αδιάφορο, εν προκειμένω, αν η λέξη «προβληματικό» αναφέρεται σε μια πάθηση/νόσο, ή σε μια διαταραγμένη προσωπικότητα. Αναφερόμαστε στο φαινόμενο το οποίο κοινωνιολογικά ονομάζεται «**κατεύθυνση της βίας**». Τα παλαιότερα «μοντέλα» αναφορικά με τη έννοια της «κατεύθυνσης της βίας» ενείχαν μια ατομοκεντρική προοπτική, δηλαδή θεωρούσαν το –πάσχον- υποκείμενο (ουσιαστικά τη ψυχιατρική παθολογία) σαν το εφαλτήριο της «κατεύθυνσης» της εκφερόμενης βίας,[128] ενώ

---

[126] Κουράκης, Ν., *Ε., Εγκληματολογικοί Ορίζοντες*, τ. Β', 1991, σ. 21-36.

[127] Ο ορισμός των Reiss και Roth, ο οποίος είναι αρκετά διαδεδομένος, προσδιορίζει τη βία σαν τη «*…συμπεριφορά από άτομο προς άτομο ή άτομα η οποία απειλεί ή εν τέλει προκαλεί φυσική βλάβη*». Reiss, A., Roth, J. *Understanding and preventing violence*. National Academy Press, Washington, DC, 1993, σ. 13.

[128] Το μοντέλο αυτό πρέσβευε εν ολίγοις τη θέση ότι η βία εμφανίζεται όταν η ψυχική πάθηση, ή καλύτερα η συμπτωματολογία της «υπερχειλίζει» τον αυτοέλεγχο του υποκειμένου, με αποτέλεσμα την εμφάνιση φαινομένων βίας. Ενδεικτικά, βλ. τις εργασίες των Link και Stueve: Link, B., G., Stueve, A., «Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls», οπ.π., σ. 137-159.

μεταγενέστερα μοντέλα ανάλυσης προσπαθούν να εντάξουν την έννοια της κοινωνικής περίστασης αναφορικά με την παραγωγή, ή καλύτερα την εμφάνιση της βίας από τον ψυχικά πάσχοντα.[129] Θεωρούμε ότι υπάρχει ένα «σφάλμα απόδοσης», μια συνολική και γενικευμένη λάθος αντίληψη στους περισσότερους επαγγελματίες του χώρου της ψυχικής υγείας, η οποία έχει να κάνει με μια απρόσκοπτη και «εύκολη» αποδοχή της βίας του πάσχοντα απλά σαν ένα ακόμα ενδοψυχικό φαινόμενο. Με άλλα λόγια, θεωρούμε ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα μια ερευνητική μας διαπίστωση η οποία θα μπορούσε να συνοψισθεί στην εξής πρόταση: «ο ψυχικά πάσχων είναι βίαιος ακριβώς επειδή είναι ψυχικά πάσχων». Σαν να υφίσταται ένα συνδηλούμενο το οποίο να υποστηρίζει ότι «δεν το θέλει, φταίει η αρρώστια, αλλά πιθανότατα αν δεν ήταν ψυχικά πάσχων, δεν θα ήταν και βίαιος». Και η συμβολή της εγκληματολογίας, και των επιμέρους θεωρητικών σχημάτων της, θεωρούμε πως είναι απαραίτητη ακριβώς εδώ: στο να γίνει εφικτό το να διατυπωθεί μια εναλλακτική πρόταση, η οποία να δίνει προτεραιότητα, ή τουλάχιστον τη δέουσα βαρύτητα, στη συμμετοχή των κοινωνικών –micro και -macro) παραγόντων στην ανάδυση της βίας από την πλευρά του ψυχικά πάσχοντα. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Silver, «*οι ερευνητές πρέπει να δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι προσδιορίζουν το σύνορο μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας*».[130] Οι περισσότερες εγκληματολογικές θεωρίες έχουν προσπαθήσει να προσεγγίσουν ερμηνευτικά το πεδίο της σχέσης ψυχικής νόσου και βίας.[131] Στη συνέχεια θα αναφερθούμε συνοπτικά στις βασικότερες από αυτές.

2.2.α. Η θεωρία της *κοινωνικής μάθησης*

Η θεωρία της *κοινωνικής μάθησης* («Social Learning Theory») αναφέρεται στον τρόπο που οι ομάδες, τα πρόσωπα κύρους, ή γενικότερα ο κοινωνικός περίγυρος επηρεάζει

[129] Βλ. Hiday, V., A., «Understanding the Connection between Mental Illness and Violence», *International Journal of Law and Psychiatry*, τόμος 20, τεύχος 4, 1997, σ. 399 - 417.

[130] Silver, E., «Understanding the Relationship Between Mental Disorder and Violence: The Need for a Criminological Perpective», *Law and Human Behaviour*, τόμος 30, τεύχος 6, 2006, σ. 688.

[131] Η «παρεμβολή» κοινωνικών παραγόντων οι οποίοι πυροδοτούν τις βίαιες συμπεριφορές εκ μέρους των ψυχικά πασχόντων υποστηρίζεται ισχυρά από πολλές ερευνητικές εργασίες. Ενδεικτικά, η Hiday, σε μια μετα-ανάλυση των ερευνών οι οποίες εξετάζουν τη σχέση βίας και ψυχικής ασθένειας, υποστηρίζει ότι η «βαριά» ψυχική διαταραχή per se δεν είναι άμεσα εκλυτικός παράγοντας βίας, της οποίας την εμφάνιση πυροδοτούν κοινωνικές παραμέτροι. Η συγγραφέας περιγράφει την κοινωνική κατάσταση στην οποία εμφανίζεται η βία ως «κατάσταση έντασης». Και ενώ μια «κατάσταση έντασης» μπορεί να δημιουργηθεί λόγω των «υποκειμενικών» συμπτωμάτων της νόσου, «…*η βία εκλύεται όταν το ένα ή και τα δύο "μέρη" οδηγούνται στη βία λόγω προγενέστερων εκμαθημένων συμπεριφορών οι οποίες εμπεριέχουν την βία σαν τον τρόπο μέσω του οποίου υφίσταται η λύση του προβλήματος (problem solving method)*». Βλ. Hiday, V., A., «The Social Context of Mental Illness and Violence», *Journal of Health and Social Behavior*, τεύχος 36, 1995, σ. 131.

συμπεριφορικά τα υποκείμενα. Σύμφωνα με τις θέσεις της, το άτομο μαθαίνει, ενστερνίζεται, όχι μόνο ορισμένες συμπεριφορές, αλλά και τους τρόπους συνδιαλλαγής, τις προσωπικές του πεποιθήσεις και στάσεις.[132] Η συνεισφορά της συγκεκριμένης θεωρίας αφορά την προσπάθεια επικέντρωσης στον τρόπο με τον οποίο το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά στο πάσχον υποκείμενο: με ποιο τρόπο οι κοινωνικές σχέσεις, οι τύποι του *κοινωνικού δεσμού* θα μπορούσαμε να πούμε, επηρεάζουν τη συμπεριφορά, τις στάσεις, τις πεποιθήσεις, τους τρόπους αντίδρασης. Όταν οι θεωρητικοί της σχολής αυτής μιλάνε για *κοινωνικό περιβάλλον*, κυρίως αναφέρονται σε ένα micro-επίπεδο, σε επίπεδο κοινότητας. Θεωρούν ότι οι σημαντικές σχέσεις του πάσχοντα προσδιορίζονται από τους συγγενείς, τα φιλικά πρόσωπα, τους φροντιστές, τους γείτονες. Με δεδομένη τη πολλές φορές χαμηλή κοινωνικοπολιτισμική θέση των άμεσων κοινωνικών δικτύων του πάσχοντα, θεωρούν πιθανό ο πάσχων να έρχεται σε επαφή με πολύ περισσότερα «μοντέλα» τα οποία να έχουν ένα παραβατικό προφίλ, με αποτέλεσμα το «μιμητικό μοντέλο» που δομείται να εμπεριέχει σε μεγάλο βαθμό τη φαινομενολογία της βίας.[133]

2.2.β. Η θεωρία της *κοινωνικής αποδόμησης*

Μια εξελιγμένη εκδοχή του παραπάνω μοντέλου ίσως αποτελεί η θεωρία της *κοινωνικής αποδόμησης* («Social Disorganization Theory»), η οποία δίνει βαρύτητα στις δια-κρατικές, δια-κοινοτικές, και γενικότερα στις διαφοροποιήσεις οι οποίες εμφανίζονται μέσα στο τοπικό κοινωνικό περιβάλλον, αναφορικά με μεταβλητές όπως το κοινωνικό επίπεδο, το οικονομικό, το πολιτισμικό, το εκπαιδευτικό και ούτω καθ' εξής. Αναφορικά με τη μεγαλύτερη συχνότητα και πιθανότητα εκδήλωσης βίας από τον ψυχικά πάσχοντα, ακολουθώντας την προηγούμενη θεωρία, δίνουν βαρύτητα στην έννοια της αποασυλοποίησης. Θεωρούν ότι ο μεγαλύτερος όγκος του πληθυσμού των ψυχικά πασχόντων, μετά την έξοδό του από τα «άσυλα» προσανατολίστηκε σε περιοχές διαβίωσης οι οποίες θεωρούνται λιγότερο ή περισσότερο «υποβαθμισμένες». Κατά συνέπεια,

[132] Βλ. Akers, R., *Social learning theory*, στο: R. Paternoster και R. Bachman (επίμ), *Explaining Crime and Criminals*, Roxbury Publishing Company, Los Angeles, 2001.

[133] Χαρακτηριστικά, βλ Silver, E., «Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: The importance of contextual measurement», *Law and Human Behavior*,τεύχος 24, 2000, σ. 449 - 456. Επίσης, Silver, E., Mulvey, E., Swanson, F., «Neighborhood structural characteristics and mental disorder: Faris and Dunham revisited», *Social Science and Medicine*, τεύχος 55, 2000, σ. 1457 – 1470.

υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να βρεθεί σε ένα περιβάλλον του οποίου το προφίλ ευοδώνει την ανάπτυξη και την εμφάνιση βίαιων αντιδράσεων.[134]

2.2.γ. Η θεωρία του *κοινωνικού στρες*

Μέσω μιας παραπλήσιας προοπτικής, η θεωρία του *κοινωνικού στρες* («Social Stress Theory») υποστηρίζει ότι τα υποκείμενα που βιώνουν στρεσογόνες καταστάσεις, τα υποκείμενα τα οποία διαβιούν μέσα σε ένα περιβάλλον του οποίου ο χαρακτήρας είναι ψυχοπιεστικός, εκτίθενται σε συνεχή ψυχοπιεστικά γεγονότα και πιθανότατα θα αναπτύξουν αισθήματα απογοήτευσης και θυμού.[135] Με αποτέλεσμα να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εκδηλώσουν κάποιου τύπου βίαιη ή και παραβατική συμπεριφορά. Κατά τον Agnew, η βίαιη συμπεριφορά εμφανίζεται όταν θεωρηθεί από το υποκείμενο είτε α) σαν ένα εναλλακτικό μέσο στο να «κερδίσει» ο πάσχων ένα όφελος, είτε β) ως μια συμπεριφορά η οποία αποσκοπεί σε μια τιμωρητική διάσταση: αποτελεί το ανταποδοτικό μέσο απέναντι σε αυτούς που θεωρεί ότι του προκάλεσαν βλάβη.[136] Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντική στην ανάλυσή μας τη συγκεκριμένη θέση. Και αυτό για το λόγο ότι η διαδικασία της εισαγγελικής παραγγελίας και μόνο είναι ένα γεγονός ικανότατο στο να πυροδοτήσει τέτοιου τύπου αντιδράσεις. Επιπλέον, αν λάβουμε υπόψη μας και τον τρόπο διαβίωσης των περισσότερων ψυχικά πασχόντων και τις έντονα διαταραγμένες κοινωνικές και οικογενειακές τους σχέσεις, θεωρούμε ότι η θέση περί συνεχιζόμενου στρες και ύπαρξης ψυχοπιεστικών καταστάσεων με τον τρόπο που αυτή σχετίζεται με την επιλογή της βίας είναι σημαντική.[137]

---

[134] Silver, E., «Extending social disorganization theory: A multilevel approach to the study of violence among persons with mental illnesses», *Criminology*, τεύχος 38, 2000, σ. 1043 - 1074.

[135] Agnew, R., «Foundation for a general strain theory of crime and delinquency», *Criminology*, τεύχος 30, 1992, σ. 47 - 87.

[136] Agnew, R., «A general strain theory approach to violence», στο: M. Zahn, H. Brownstein, και S. Jackson (επιμ.), *Violence: From theory to research*, Anderson Publishing, Dayton, Ohio, 2004, σ. 37 – 50.

[137] Σε αυτό το σημείο να κάνουμε μια παρατήρηση. Θεωρούμε ότι επί της ουσίας οι συγκεκριμένες θεωρίες, παρ' όλη τη εστίαση στις κοινωνικές παραμέτρους, χρησιμοποιούν ένα μοντέλο παραγωγής της βίας το οποίο έχει τη βάση του στη θεωρία περί «ματαίωσης – επιθετικότητας», έτσι όπως αυτό δημιουργήθηκε από κυρίως από τους Dollard και Miller. Οι Dollard, Doob, Miller και Sears δημοσιεύσαν το 1939 το «Ματαίωση και Επιθετικότητα» με σκοπό να προσεγγίσουν κάποιες από τις έννοιες στη θεωρία της εξαρτημένης αντανακλαστικής μάθησης του Παυλώφ , πάνω στην όποια βάσισαν την υπόθεση «ματαίωση – επιθετικότητα». Εν ολίγοις, συμφώνα με την θεωρία αυτή, η ματαίωση, η διάψευση δηλαδή προσδοκιών και ελπίδων, δημιουργεί τις προϋποθέσεις και συμβάλλει στην εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς. Βλ. Dollard, J., Miller, N..E., Dobb, L.W., Mowrer, O..H., Sears, R.H., *Frustration and Aggression*, Yale University Press, New Heaven, 1939. Βλ. επίσης, Miller, N., E., *The Frustration Aggression Hypothesis*, Institute of Human Relations, Yale University, 1941.

2.2.δ. Η θεωρία του *κοινωνικού ελέγχου*

Η θεωρία του *κοινωνικού ελέγχου* («Social Control Theory») αναφέρεται στους τύπους και τις μορφές εξωθεσμικού ελέγχου οι οποίες αναπτύσσονται στο κοινωνικό περιβάλλον. Η θεωρία αυτή επικεντρώνεται κυρίως στις περιφερικές μορφές κοινωνικής περιχαράκωσης, χωρίς να εστιάζει στις θεσμικές εκφάνσεις του κοινωνικού ελέγχου (όπως είναι ο θεσμός της αστυνομίας). Σύμφωνα με το συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο, όσο πιο στενός είναι ο κοινωνικός δεσμός, όσο πιο εντατική είναι η πίεση για κοινωνική ένταξη και σχέση με θεσμούς όπως η οικογένεια, ή η εργασία, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα το υποκείμενο να εκδηλώσει βία. Τα τέσσερα βασικά πεδία που εστιάζει τις αναλύσεις της η θεωρία είναι η *οικογένεια*, η *εκπαίδευση*, η *εργασία*, και η *κοινωνική ζωή*.[138] Με άλλα λόγια, όσο πιο «συμβιβαστική» είναι η απόχρωση, όσο πιο ενταγμένο είναι το υποκείμενο, τόσο πιο πειθήνιο γίνεται. Αντίθετα, όταν υπάρχει χαλαρός δεσμός με αυτά τα τέσσερα στοιχεία, τόσο πιο αντισυμβατικό, άρα και βίαιο μπορεί το άτομο να παρουσιαστεί. Μέσω της ίδιας προσέγγισης, οι Sampson και Laub δίνουν βαρύτητα στην *ιστορία ζωής* του υποκειμένου.[139] Το άτομο, εξελικτικά, βιώνει γεγονότα – σταθμούς (turningpoints). Οι συγκεκριμένοι θεωρητικοί ισχυρίζονται ότι ο τύπος του κοινωνικού δεσμού (συμβατικός ή το αντίθετο) σε συνάρτηση με τα γεγονότα ζωής, μπορούν να οδηγήσουν στη βία. Θεωρούμε ότι και αυτή η θεώρηση βρίσκει έρεισμα στη περίπτωση της ψυχικής νόσου. Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο ανάλυσης, οι ψυχικά πάσχοντες ουσιαστικά είναι επιβαρυμένοι και ανεπαρκείς σε όλες τις παραπάνω παραμέτρους. Άλλωστε η πλειονότητα των ψυχικά πασχόντων υπολείπεται δραματικά και στις τέσσερεις αυτές μεταβλητές.

2.2.ε. Η θεωρία της *λογικής επιλογής*

Τέλος, η θεωρία της *λογικής επιλογής* («Rational Choise Theory») εξετάζει και αυτή τη διαδικασία του «κοινωνικού σχετίζεσθαι».[140] Θεωρεί ότι η επιλογή μιας συμπεριφοράς σχετίζεται με τη προσπάθεια εκ μέρους του υποκειμένου για τη λήψη του μεγαλύτερου δυνατού κέρδους με το μικρότερο ρίσκο ή συνέπειες. Οι συνέπειες μπορεί να αποκτούν ένα εξωτερικό χαρακτήρα (ποινή, τιμωρία) ή έναν εσωτερικό χαρακτήρα (ενοχές).

---

[138] Βλ. Hirschi, T., *Causes of delinquency*, University of California Press, Berkeley, 1969.

[139] Sampson, R., Laub, J., *Crime in the making: Pathways and turning points through life.*, Harvard University Press, Cambridge, 1999.

[140] Βλ. Felson, R., «A rational choice approach to violence», στο: M. Zahn, H. Brownstein, και S. Jackson (επιμ.), *Violence: From theory to research*, Anderson Publishing, 2004, σ. 71 - 90.

Ουσιαστικά, τα «ερεθίσματα» πρόκλησης μιας βίαιης συμπεριφοράς έχουν να κάνουν είτε α) με την εφαρμογή της βίας με στόχο την επίτευξη του στόχου – προσδοκίας, είτε β) με την προσπάθεια για απόδοση δικαιοσύνης, υπό το πρίσμα ενός ανταποδοτικού μηχανισμού, είτε γ) με την επίδειξη δύναμης, είτε δ) με την εκτόνωση επιθετικών ενορμήσεων (τη κατάσταση που περιγράφεται ως «Thrill Seeking»).[141] Γενικότερα, η εφαρμογή της θεωρίας επιζητά από τους ερευνητές στο να αποσαφηνίσουν το νόημα της πράξης. Θεωρούμε ότι μέσω μιας παραπλήσιας προοπτικής, και αυτή η θεωρητική προσέγγιση μπορεί να αποβεί επεξηγηματική στην περίπτωση των ψυχικά πασχόντων. Ειδικά, στην περίπτωση του «ανταποδοτικού μηχανισμού», το ψυχικά πάσχον άτομο ίσως να μην έχει άλλο τρόπο αναφορικά με το να «τιμωρήσει» τους δεσμώτες του παρά με τη φυσική βία.

[141]Felson, R., Steadman, H., «Situational factors in disputes leading to criminal violence», *Criminol*ogy, τεύχος 21, 1983, σ. 59-74.

2.3. Η «αντίδραση στη βία»: Η διαδρομή από την έννοια του *Φόβου* και την έννοια της *Διακινδύνευσης*, στις έννοιες της *Ποινής* και της *Προστασίας*

2.3.α. Ο *φόβος* και τα πολιτισμικά στρατηγήματα

Ποιο είναι άραγε εκείνο το ιδιαίτερα επικίνδυνο χαρακτηριστικό το οποίο εκλύει τόσο έντονες και αρνητικές αποδώσεις, αλλά και αντιδράσεις, αναφορικά με την (υποτιθέμενη ή ουσιαστική, αδιάφορο στην παρούσα στιγμή) βία και επικινδυνότητα του πάσχοντα; Με δεδομένα τα συμπεράσματα αναφορικά με τα μικρά ποσοστά της βίας τα οποία εμφανίζει ο ψυχιατρικός πληθυσμός γενικότερα, αλλά και με δεδομένη επίσης τη διαπίστωση περί της έννοιας της *ενόχλησης* (nuisance) η οποία όπως φαίνεται είναι και ο κύριος λόγος εφαρμογής όλου αυτού του πλέγματος κατασταλτικών πρακτικών, γιατί η διαδικασία της εισαγγελικής παραγγελίας εμφανίζεται τόσο «διαδεδομένη»; Εν ολίγοις, τι φοβόμαστε;

Σε αυτό το σημείο θεωρούμε ότι –δανειζόμενοι από τον Bauman- είναι κρίσιμη μια αδρή προσέγγιση της έννοιας του **φόβου**.

«*Ο αρχέγονος φόβος του θανάτου είναι ίσως το αρχέτυπο, το πρωτότυπο όλων των φόβων, ό έσχατος φόβος από τον οποίο αντλούν το νόημά τους όλοι οι άλλοι φόβοι.* […] *Ο M. Blanchot έφτασε να υποστηρίξει ότι ο άνθρωπος είναι άνθρωπος μόνο όταν έχει επίγνωση του θανάτου: <u>είναι άνθρωπος μόνο και μόνο επειδή είναι ένας θάνατος εν τω γίγνεσθαι</u>*».[142]

«*”Φόβος” είναι το όνομα που δίνουμε στην <u>αβεβαιότητά</u> μας: στην <u>άγνοια</u> μας για την απειλή και για ότι πρέπει να κάνουμε* […] *τα ανθρώπινα όντα, ωστόσο, γνωρίζουν επιπλέον και κάτι άλλο: ένα είδος φόβου “δευτέρου βαθμού”, ένα φόβο, ούτως ειπείν, κοινωνικά και πολιτισμικά “ανακυκλωμένο”*».[143] Ο H. Lagrange περιγράφει ιδιαίτερα επιτυχημένα αυτό τον φόβο υπό τον όρο «παράγωγος φόβος»:[144] ένας φόβος «δεύτερου βαθμού», ο οποίος κατευθύνει τη συμπεριφορά του υποκειμένου αφού πρώτα έχει μεταμορφώσει την αντίληψή του για τον κόσμο και τις προσδοκίες που καθοδηγούν τη συμπεριφορά. «*<u>Ο παράγωγος φόβος είναι μια σταθερά ψυχική διάθεση που περιγράφεται καλύτερα ως το</u>*

[142] Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, μτφ. Γ. Καράμπελας, Πολύτροπον, Αθήνα, 2007, σ. 75. Βλ. επίσης, Blanchot, M., *The Gaze of Orpheu*, Station Hill, 1981, όπως παρατίθεται στο: Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, οπ.π., σ. 47.
[143] Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, οπ.π., σ. 10 – 11.
[144] Lagrange, *H.*, La Civilite a I' epreuve. Crime et sentiment d' insecurite, PUF, 1996, σ. 173, όπως παρατίθεται στο: Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, οπ.π., σ. 11.

συναίσθημα ότι είναι κανείς ευάλωτος στον κίνδυνο».[145] Σύμφωνα με τον Bauman, τον οποίο προτιθέμεθα να ακολουθήσουμε, στις σύγχρονες νεοτερικές και μετα-νεοτερικές κοινωνίες η διαφοροποίηση της καταστατικής του θανάτου, έχει τροποποιήσει δομικά τον τρόπο που τα υποκείμενα προσλαμβάνουν την εξελικτική της ζωής τους. Μέσα από μια αρκετά ψυχολογίζουσα ανάγνωση, ο Bauman ισχυρίζεται ότι αυτή η μεταλλαγή έχει τροποποιήσει και τον τρόπο με τον οποίο το υποκείμενο φοβάται. Και ενώ μέχρι πρότινος το ευφυέστερο «πολιτιστικό στρατήγημα»[146] για την αντιμετώπιση του φόβου του – αναπόδραστου- θανάτου έγκειτο στη θρησκεία και στις υποσχέσεις για αιώνια ζωή, η απώλεια της θρησκευτικής πίστης, ο «Θάνατος του Θεού» με άλλα λόγια επέφερε την ανάγκη για ανάδυση άλλων στρατηγημάτων. «*Όλοι οι ανθρώπινοι πολιτισμοί μπορούν να αποκωδικοποιηθούν ως ιδιοφυή μηχανεύματα, υπολογισμένα να καθιστούν τη ζωή με την επίγνωση της θνητότητας βιώσιμη*» αναφέρει χαρακτηριστικά.[147]

«*Όπως όλες οι άλλες μορφές ανθρώπινης συνοίκησης, η μοντέρνα κοινωνία μας είναι κι αυτή ένα μηχάνευμα που προσπαθεί να κάνει βιώσιμη τη ζωή με το φόβο. Με άλλα λόγια, ένα μηχάνευμα προορισμένο να καταστέλλει το δυνητικά αφοπλιστικό και παραλυτικό δέος του κινδύνου, να σιγάζει τους φόβους που προέρχονται από κινδύνους οι οποίοι δεν μπορούν, ή δεν πρέπει, χάριν διατήρησης της κοινωνικής τάξης, να προληφθούν αποτελεσματικά*».[148] Ουσιαστικά, ο Bauman διαπραγματεύεται την έννοια της διακινδύνευσης (risk), μιας έννοιας τη οποία θεωρούμε βασική στην ανάλυσή μας. Συνδέοντας την έννοια της διακινδύνευσης με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του «παράγωγου φόβου», θεωρεί ότι το επικρατούν πολιτισμικό στρατήγημα είναι αυτό της **περιθωριοποίησης**: «*το στρατήγημα συνίσταται στην περιθωριοποίηση των ανησυχιών περί οριστικότητας, απαξιώνοντας οτιδήποτε διαρκές, και μακροπρόθεσμο* […]. *Το στρατήγημα*

[145] Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, οπ.π., σ. 11.

[146] Κατά τον Bauman, τα τρία βασικά στρατηγήματα είναι: καταρχήν η **θρησκεία**, η οποία είναι και η πιο δελεαστική, όπως αναφέρει. Μια πολιτισμική επινόηση η οποία θεωρεί το θάνατο ως όχι το τέλος του κόσμου αλλά μια μετάβαση από ένα κόσμο σε έναν άλλο. Το δεύτερο αφορά τις στρατηγικές που προσφέρουν μια προσωπική «αθανασία»: το κυριότερο μέσο επίτευξης είναι η **φήμη**. Και το τρίτο είναι αυτό που περιγράφει ως **απρόσωπη αθανασία**, την οποία συσχετίζει, για παράδειγμα, με την αυτοθυσία των στρατιωτών σε συνθήκες μάχης. Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*…παρέχεται στην ανθρώπινη ύπαρξη μια δυνατότητα ανώνυμης αιωνιότητας.* […] *Αυτό όμως που κάνει τη διαφορά είναι ο τρόπος με τον οποίο θα πεθάνουμε. Ο G. Masse το ονόμασε "εθνικοποίηση του Θανάτου". Στην εποχή των στρατών μαζικής επιστράτευσης* […] *ο τρόμος του θανάτου* […] *αξιοποιήθηκε επωφελώς στην κινητοποίηση του μαζικού πατριωτισμού* […] *η αξιοσύνη του θανάτου είχε τη δύναμη να επαναπροσδιορίζει, να εξυψώνει και να εξευγενίζει αναδρομικά το νόημα ακόμα και της πιο ανάξιας ζωής*». Στο: Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, οπ.π., σ. 48 – 53. Βλ. επίσης και Masse, G., *Fallen Soldiers*, Oxford University Press, 1990, σ. 34.

[147] Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, οπ.π., σ. 48.

[148] Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος,* οπ.π., σ. 15.

της περιθωριοποίησης συνίσταται σε μια διαρκή προσπάθεια απομάκρυνσης της έννοιας της αιωνιότητας […] *μεταφυτεύει τη σημασία που δίνονταν κάποτε στο "μετέπειτα" στην παρούσα στιγμή*…».[149] Και ένα κομβικό στοιχείο στην «εδώ και τώρα» ευζωία είναι η διαδικασίες περιθωριοποίησης και αποκλεισμού των οποιοδήποτε φόβων. Με άλλα λόγια, το μείζον διακύβευμα που γύρω του οργανώνονται και υποστασιοποιούνται οι κοινωνικές πρακτικές είναι αυτό της **ασφάλειας**. Ασφάλεια από τον δυνητικά «πανταχού παρόντα» κίνδυνο. Σαν το ίδιο το μοντέλο παραγωγής κοινωνικού να παράγει όσο το δυνατόν περισσότερους φόβους, και παράλληλα να παράγει και τα εργαλεία εκείνα μέσω των οποίων οι φόβοι αυτοί μπορούν –αν όχι να εξαλειφθούν- να ελαχιστοποιηθούν. Αν μας επιτραπεί να γίνουμε λίγο παραδειγματικοί, είναι σαν την φαρμακευτική εταιρεία η οποία παράγει και τον επιβλαβή ιό, παράγει και το αντίσωμα, το αντίδοτο.

Στην ανάλυσή του, ο συγκεκριμένος στοχαστής δίνει μεγάλη βαρύτητα στην έννοια της **εξάλειψης**. Θεωρεί ότι στην περίπτωση που δεν υπάρχει έστω και μια αμυδρή υποψία και πιθανότητα του να «συμβεί το μοιραίο», η λειτουργία του φόβου παύει να είναι αποτελεσματική. Κάτι που μας οδηγεί στη έννοια της *διακινδύνευσης*.

2.3.β. Η έννοια της *διακινδύνευσης*: Το *Κράτος* ως φορέας διαχείρισης της έννοιας της *διακινδύνευσης*

Εύλογα θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς για ποιο λόγο η έννοια της διακινδύνευσης μας ενδιαφέρει. Μέσω ποιας διαδικασίας συσχετίζεται η έννοια αυτή και η βία, η επιθετικότητα του ψυχικά πάσχοντα. Θεωρούμε ότι όχι μόνο σχετίζονται, αλλά μπορούν να λειτουργήσουν ιδιαίτερα παραδειγματικά. Άλλωστε οι διαδικασίες καταστολής, οι διαδικασίες αποκλεισμού με άλλα λόγια, είτε της υφιστάμενης βίας, είτε της δυνητικής βίας (επικινδυνότητας) θεωρούμε ότι απευθύνονται σε αυτή ακριβώς την έννοια. Στην έννοια της διακινδύνευσης και στο κατά πόσο ο –υφιστάμενος ή προβλεπόμενος- επικίνδυνος ψυχικά πάσχων συμμετέχει στις κοινωνικές πρακτικές.

Ο Α. Σολζενίτσιν, στον τελευταίο τόμο του έργου του «Αρχιπέλαγος Γκούλαγκ» γράφει με κεφαλαία γράμματα: «ΔΕΝ ΕΧΟΥΜΕ ΝΟΜΟ». Αυτή η συμπερασματική φράση επανέρχεται δριμύτερη στις τελευταίες γραμμές του βιβλίου: «*Ιδού, εδώ και πάνω από*

[149] Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος,* οπ.π., σ. 58.

πενήντα χρόνια ορθώνεται αυτό το τεράστιο κράτος διατηρημένο από τα σιδερένια συρματοπλέγματα: τα συρματοπλέγματα είναι εδώ αλλά νόμος δεν υπάρχει».[150] Η τυπολογία, ο φαινότυπος της συστημικής βίας μπορεί να ιδωθεί *κάτι σαν* το συρματόπλεγμα. Εκφράζει το σύνολο των πρακτικών που σχηματοποιούν, μορφοποιούν το σύνορο, την περιφέρεια, το θεαθήναι του μηχανισμού παραγωγής εξουσίας, το Εγώ – Δέρμα, δανειζόμενοι από τον Anzieu. Αποτελεί τη σωματοποιημένη έκφραση της Εξουσίας, αποτελεί τον ενδεικτικό τρόπο, τον **φαλλό,**[151] μέσω του οποίου η εξουσία σήμερα εκφράζεται και ονοματοποιείται.

«*Το σύγχρονο Κράτος είναι ένα κράτος ρύθμισης, ένα κράτος ασφάλειας, ένα κράτος ευζωίας. Διασφαλίζει τους πολίτες του απέναντι στις απώλειες, ρυθμίζει τα οικονομικά "ρίσκα" και τους περιβαλλοντικούς κινδύνους, προστατεύει τους πολίτες απέναντι στην κοινωνική βλάβη και στην οικονομική καταστροφή. Τα βασικά του εργαλεία είναι οι κλασσικές τεχνικές του risk management: διασφάλιση, πειθαρχεία, ρύθμιση, "ποσοτικοποίηση του φυσιολογικού μέσου όρου".*[152] *Οι περισσότεροι από τους "ειδικούς πράκτορες" γι' αυτή τη δουλειά -στα πεδία της κοινωνικής απασχόλησης, της ποινικής δικαιοσύνης, της ψυχικής υγείας, της περιβαλλοντικής παρέμβασης- έχουν σαν πρώτιστο καθήκον τον έλεγχο και την ελαχιστοποίηση τέτοιου τύπου διακινδυνεύσεων*» αναφέρει ο D. Garland.[153]

---

[150]Σολζενίτσιν, Α., Το *Αρχιπέλαγος Γκούλαγκ,* μτφ. Κ. Σίνος, Πάπυρος, Αθήνα, 2009, σ. 451.

[151] Ο S. Zizek, σε μια ιδιαίτερα οξυδερκή ανάγνωση της έννοιας της συμβολικής λειτουργίας του φαλλού, έτσι όπως έχει διατυπωθεί από τον Lacan, σημειώνει: «*Αυτό το χάσμα ανάμεσα στην άμεση ψυχολογική μου ταυτότητα και τη συμβολική μου ταυτότητα (το συμβολικό προσωπείο ή τον τίτλο που φέρω, και που ορίζει ποιος είμαι για τον -και μέσα στον- μεγάλο Άλλο) είναι αυτό που ο Lacan αποκαλεί «συμβολικό ευνουχισμό», με τον φαλλό ως σημαίνον του. Γιατί για τον Lacan ο φαλλός είναι ένα σημαίνον και όχι απλώς το όργανο της γονιμοποίησης; Στα παραδοσιακά τελετουργικά της αναγόρευσης, τα αντικείμενα που συμβολίζουν την εξουσία δίνουν επίσης στο υποκείμενο που τα αποκτά τη δυνατότητα να την ασκήσει - αν ένας βασιλιάς κρατάει στα χέρια του το σκήπτρο και φοράει το στέμμα, ο λόγος που εκφέρει θα εκληφθεί ως βασιλικός λόγος. Τα εμβλήματα αυτά είναι εξωτερικά και δεν αποτελούν κομμάτι της φύσης μου: τα φοράω και τα περιφέρω προκειμένου να ασκήσω εξουσία. Ως τέτοια, τα εμβλήματα με «ευνουχίζουν», εισάγοντας ένα χάσμα ανάμεσα σ' αυτό που είμαι άμεσα και στο λειτούργημα που ασκώ (δεν είμαι ποτέ πλήρης στο επίπεδο του συμβολικού μου λειτουργήματος). Αυτό λοιπόν είναι το νόημα του περιβόητου «συμβολικού ευνουχισμού»: είναι ο ευνουχισμός που επιφέρει το γεγονός και μόνο ότι έχω παγιδευτεί μέσα στη συμβολική τάξη αναλαμβάνοντας ένα συμβολικό προσωπείο ή τίτλο. Ο ευνουχισμός είναι το χάσμα ανάμεσα σ' αυτό που είμαι άμεσα και στον συμβολικό μου τίτλο, που μου δίνει συγκεκριμένο κύρος και αυθεντία. Με αυτήν ακριβώς την έννοια ο ευνουχισμός όχι μόνο δεν είναι το αντίθετο της εξουσίας, αλλά είναι συνώνυμος με την εξουσία· ο συμβολικός ευνουχισμός είναι που μου δίνει την εξουσία*». Zizek, S., *Λακάν*, μτφ. Δ. Καγιαλάρης, Κ. Παπαδάκης, επιμ. Δ. Βεργέτης, Α. Παρασκευουλάκου, Πατάκης, Αθήνα, 2009, σ. 56 – 57. Για τον Zizek, τα –φαλλικά- σύμβολα εξουσίας λειτουργούν πια ως ο εναλλακτικός –πλην αληθινός- εαυτός: ο συμβολικός φαλλός, συμβολίζοντας την κατοχή Εξουσίας, Ισχύος, μετατρέπει το υποκείμενο στην διάσταση που ο φαλλός – σύμβολο το ορίζει.

[152] Προσπαθήσαμε να μεταφράσουμε κατ' αυτό τον τρόπο το λήμμα *standardization*.

[153] Garland, D.. «The Rise of Risk», στο *Risk and morality*, επιμ. R. Ericson, A, Doyle, University of Toronto Incorporated, Torondo, 2003, σ. 15.

Αν προσπαθήσουμε να χρησιμοποιήσουμε σαν πλαίσιο ανάλυσης τη παραπάνω θέση, κάλλιστα μπορούμε να πούμε ότι άσκηση της βίας, *τούτης* της βίας, αποτελεί το αναγκαίο αντίβαρο στην αντίληψη της *διακινδύνευσης*. Γιατί, όσο μεγαλύτερη η διακινδύνευση τόσο μεγαλύτερη αναμένεται και η παρέμβαση. Όπως επισημαίνει ο Garland, το Κράτος – Φαλλος, και τα υποκείμενα μέσω των οποίων υποστασιοποιείται αυτό (οι εμπλεκόμενοι επαγγελματίες, στην περίπτωσή μας) όλο και περισσότερο αναλαμβάνει το ρόλο του διαχειριστή της έννοιας της διακινδύνευσης. «*Στα νεοτερικά κράτη* […] *η εξειδικευμένη διαχείριση της διακινδύνευσης έχει γίνει ένα κρίσιμο καθήκον των κυβερνήσεων, το οποίο παρεισφρέει σχεδόν σε κάθε πλευρά της ζωής*».[154] Μέσω μιας παραπλήσιας προοπτικής με τις θέσεις της σχολής της Κοινωνικής Άμυνας, η άσκηση βίας εκ μέρους του κρατικού μηχανισμού, με στόχο ακριβώς την ελαχιστοποίηση της διακινδύνευσης εμφανίζεται πιστή στη θέση περί προαγωγής, υποστήριξης και διατήρησης της έννοιας της ασφάλειας του πολίτη, ώστε αυτός με τη σειρά του να απολαμβάνει τη δυνατότητα να λειτουργεί αυτόνομα.[155] Κατά συνέπεια, η άσκηση αυτής της βίας από την πλευρά του Κράτους, έτσι όπως αυτό εκφράζεται μέσω του υβριδίου «Ψ» και «Π», σαν πρώτιστο στόχο έχει την προσπάθεια απαλοιφής της όποιας διακινδύνευσης εμπεριέχεται στη –απρόβλεπτη και θορυβώδη- φαινομενολογία της βίας του ψυχικά πάσχοντα. Για να είμαστε πιο ακριβείς, θεωρούμε ότι αυτό που καταστέλλεται δεν είναι η επικινδυνότητα αυτή καθ' αυτή, αλλά οι συνέπειες που αυτή μπορεί να προσλάβει. Και οι συνέπειες αυτές περιλαμβάνουν τόσο την έννοια της *επιθετικότητας*, όσο και της έννοιας της *ενόχλησης*. Για να το πούμε διαφορετικά, δεν χρειάζεται να είναι κάποιος επικίνδυνος για να είναι ενοχλητικός. Αλλά μπορούμε να κάνουμε κάτι γι' αυτό μόνο αν τελικά τον ονομάσουμε επικίνδυνο. «Αλλιώς δεν πιάνεται», όπως λέγαμε όταν ήμασταν μικρά παιδιά.

---

[154] Garland, D.. «The Rise of Risk», οπ.π., σ. 13.

[155] Ο Garland, ακολουθώντας τον Giddens θεωρεί ότι ο κύριος λόγος για τον οποίο το Κράτος αναλαμβάνει σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό τον έλεγχο της έννοιας της διακινδύνευσης είναι η ανάγκη για ασφάλεια και εμπιστοσύνη που έχουν τα υποκείμενα – πολίτες για θέματα που δεν άπτονται του άμεσου ελέγχου τους. Μέσω αυτής της προοπτικής, τα Κράτη – Αυθεντίες αναζητούν να παραχωρήσουν μια «βάση εμπιστοσύνης» δημιουργώντας ένα γενικευμένο δίκτυο ανίχνευσης και ρύθμισης με στόχο την διασφάλιση ότι μπορούν να προσφέρουν ασφαλή παρέμβαση στις καταστάσεις εκείνες οι οποίες μπορούν να βιωθούν απειλητικές από τον πολίτη. Στο: Garland, D.. «The Rise of Risk», οπ.π., σ. 14 – 15.

2.3.γ. Η έννοια της *ποινής*: θεωρητικές προσεγγίσεις

Περίπου μέχρι το 1970, οι θεωρητικές προσεγγίσεις της έννοιας της ποινής ήταν επικεντρωμένες σε μια διαχειριστική, «τεχνική», οπτική και μόνο μετά τη δεκαετία του '70 η έμφαση αναφορικά με την ποινή δίνεται στον κοινωνικό και πολιτισμικό χαρακτήρα της, άρα και στην ανάλυση των τιμωρητικών πρακτικών υπό το πρίσμα ενός συνολικού κοινωνικού φαινομένου. Ο Garland θεωρεί ότι μετά το 1970 και την έκδοση του έργου του Foucault «Επιτήρηση και Τιμωρία» οι θεωρητικές προσεγγίσεις της έννοιας της τιμωρίας διαφοροποιήθηκαν δραματικά. Πια, «*εξετάζεται ο ρόλος των τιμωρητικών πρακτικών, το ποινικό σύστημα και ο ρόλος του στην διατήρηση των σχηματισμών εξουσίας καθώς και η δόμηση του Υποκειμένου υπό το πρίσμα της λειτουργίας του σαν Κοινωνικό Υποκείμενο*».[156] Όπως αναφέρθηκε, η έκδοση του έργου «Επιτήρηση και Τιμωρία» αποτέλεσε το έναυσμα της διαφοροποίησης και της μετάθεσης της προβληματικής σε έννοιες όπως διαχειριστικές πρακτικές, τεχνικές επιτήρησης, έλεγχος και τροποποίηση της συμπεριφοράς. Το πρόβλημα, σύμφωνα με τον Garland, είναι ότι μια τέτοιας εμβέλειας θεωρία μπορεί να κυριαρχήσει στην γενικότερη κοινωνιολογική σκέψη και έρευνα. Ο ίδιος θεωρεί και πρεσβεύει την ανάγκη για μια πιο ευέλικτη και πολυεπίπεδη προσέγγιση του φαινομένου.[157] Μέσω αυτής της προοπτικής, η τιμωρία είναι μια ανθρώπινη πράξη οργής, και αφορά ένα ευρύτερο (αν όχι το συνολικό) πλήθος υποκειμένων. Εκεί που ο Foucault αναγνωρίζει δύο «πλευρές», εν συντομία του «θύτη» και του «θύματος», ο Durkheim – θυμίζουμε, υπέρμαχος του *συναινετικού μοντέλου*- αναγνωρίζει και ένα τρίτο: τους «αναζητητές» (onlookers) της βίας – τιμωρίας. Εν ολίγοις, ο Durkheim ορίζει τη τιμωρία σαν ένα «κόσμο»: «*ένα κόσμο μέσα στο οποίο εκρήγνυνται οι εκφάνσεις των κοινωνικών αξιών και αποφορτίζεται η ψυχική ενέργεια των Υποκειμενικοτήτων*».[158] Και η ύπαρξη των τιμωρητικών μηχανισμών υφίσταται ακριβώς στην προσπάθεια ελέγχου αυτής της διάχυτης αίσθησης απόδοσης τιμωρίας. Συνθέτοντας αυτές τις δύο –αντιδιαμετρικά αντίθετες- προσεγγίσεις ο Garland υποστηρίζει ότι η έννοια της τιμωρίας δεν μπορεί να προσεγγισθεί όντας προσκολλημένη σε ένα δογματικό και μονοδιάστατο τρόπο

---

[156] Garland, D., «Frameworks of inquiry in the sociology of punishment», *British Journal of Sociology*, τόμος 41, τεύχος 1, 1990, σ. 1.

[157] Για να στηρίξει τη θέση του, στρέφεται στο έργο του Durkheim αναφορικά με την έννοια της τιμωρίας. Στο έργο του Durkheim αναδύεται χαρακτηριστικά οι πολιτισμικές παράμετροι. Για τον Durkheim η ουσία στην ανάλυσή του είναι το «πάθος». Για τον Durkheim, «*Το πάθος έγκειται στην καρδιά της τιμωρίας*». Βλ. Garland, D., «Frameworks of inquiry in the sociology of punishment», οπ.π., σ. 7.

[158] Garland, D., «Frameworks of inquiry in the sociology of punishment», οπ.π., σ. 8.

προσέγγισης. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τον Garland, η έννοια της τιμωρίας οφείλει να «*…κατανοηθεί σαν ένα κράμα πολιτισμικών παραμέτρων οι οποίες υποστηρίζουν ένα σύνθετο πλαίσιο ρυθμιστικών πρακτικών* […] *περιλαμβάνοντας τόσο ένα θεσμικό πεδίο (σύμφωνα με μια Φουκωϊκή προοπτική), όσο και ένα συμβολικό πεδίο (κατά Durkheim). Και αυτό γιατί το φαινόμενο της τιμωρίας υπακούει τόσο σε μια μικροφυσική της εξουσίας, συνδέεται με την έννοια της παραγωγής και "διακίνησης" της εξουσίας, αναφέρεται στην εφαρμογή πολιτικής τάξης, όσο και σε ένα πεδίο το οποίο αναφέρεται στην παραγωγή Λόγων: "η τιμωρία εγείρει ισχυρούς συμβολισμούς"*».[159] Κατά συνέπεια, η μεταλλαγή από το τιμωρητικό πρότυπο σε αυτό της προστασίας ή και θεραπείας ενέχει σαν βασική προϋπόθεση την αλλαγή της έννοιας της τιμωρίας. Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η ανάδυση της ηθικής και φιλοσοφικής θέσης η οποία υποστηρίζει ότι «*…τόσο εκείνοι που θεωρούνται, όσο και εκείνοι που δεν θεωρούνται ψυχικά ασθενείς πρέπει να αντιμετωπίζονται με όσο το δυνατόν πιο ανθρώπινο τρόπο…*»[160] αποτελεί το δίαυλο από μια προοπτική με ανταποδοτικό και τιμωρητικό χαρακτήρα σε μια προοπτική και ιδεολογία η οποία λειτουργεί υπό το πνεύμα της «ανθρώπινης μεταχείρισης».

Τα δύο στοιχεία αυτά, αφενός η μετατόπιση σε μοντέλα που σαν απαραίτητη ιδεολογική συνιστώσα έχουν την έννοια της «ανθρώπινης μεταχείρισης» και αφετέρου η οργάνωση της κοινωνικής συνοχής γύρω από πρακτικές που αποτελούν την εργαλειακή εκταμίευση της έννοιας της διακινδύνευσης, θεωρούμε ότι είναι οι δύο δομικές συνιστώσες οι οποίες λειτουργούν σαν το θεωρητικό, ιδεολογικό και εν τέλει εργαλειακό υπόβαθρο της έννοιας της καταστολής στο ψυχιατρικό και νομικό σύμπλοκο.

2.3.δ. Η έννοια της *προστασίας*

Στην μελέτη μας θεωρούμε ότι έχουμε να παρουσιάσουμε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα του τρόπου μέσω του οποίου μεταλλάσσεται μια έννοια. Με ποιο τρόπο η «Θεσμική – Κρατική βία» μετεγγράφεται από *ποινή* σε *προστασία*. Μέσα από τη συσσώρευση των πρακτικών (στα κοινωνικά μικροπεριβάλλοντα), αλλά και μέσα από τη συσσώρευση θεωρητικών δεδομένων (ερευνητικών βιβλιογραφικών δεδομένων, τα οποία μορφοποιούν και διαμορφώνουν την έννοια της **γνώσης** στο εκάστοτε κοινωνικό συγκείμενο) αναδύεται μια νέα κατάσταση **αντικειμενοποίησης**. Οι Berger και Luckmann προσδιορίζουν

[159] Garland, D., «Frameworks of inquiry in the sociology of punishment», οπ.π., σ. 10.
[160] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 305.

χαρακτηριστικά τον τρόπο με τον οποίο συγκροτείται μια νέα, sui generis, πραγματικότητα, καθώς και τον τρόπο μέσω του οποίου τα «*…υποκειμενικά νοήματα γίνονται αντικειμενικά, πραγματικά στοιχεία* […] *πως η ανθρώπινη δραστηριότητα παράγει ένα κόσμο πραγμάτων*».[161]

Ο Μουζέλης περιγράφει χαρακτηριστικά τη *διαδικασία πραγμοποίησης*, αν και προσωπικά θεωρούμε πιο δόκιμο τον όρο «φυσικοποίηση»: «*Ένας κρίσιμος τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η αντικειμενικοποίηση, είναι διαμέσου σημάτων, πρωταρχικά γλωσσικών. Ονοματίζοντας τα κοινωνικά παράγωγα (υλικά και μη), οι άνθρωποι είναι σε θέση να αποστασιοποιούνται από αυτά ως οντότητες οι οποίες, μολονότι σχετίζονται με τις δικές τους κοινωνικές δραστηριότητες, είναι ταυτόχρονα σε θέση να διαχωρίζονται από αυτές*».[162] Τι χαρακτηριστικό παράδειγμα. Όπως ακριβώς στην περίπτωσή μας, υπάρχει πια ένας συσσωρευμένος όγκος κοινωνικών πρακτικών οι οποίες εξελίσσονται στο «μικροπεριβάλλον», οι οποίες, διαμέσου των Λόγων που τις συνοδεύουν, επαναπροσδιορίζουν την ίδια τους την υπόσταση. Κατ' αυτό τον τρόπο, όλες οι κατασταλτικές πρακτικές οι οποίες προσδιορίζουν σε μέγιστο βαθμό τον χαρακτήρα της λειτουργίας της «ψυχιατρικής νοσηλείας», έτσι όπως αυτή συνδέεται με το παρόν – απόν θεσμικό / νομικό σύστημα «Π» το οποίο επεμβαίνει στη λειτουργία των «Ψ», μεταμορφώνονται, ή καλύτερα αποκτούν μια νέα υπόσταση. Είτε αυτή ονοματίζεται *θεραπεία*, είτε *προστασία*.

Να επιμείνουμε σε αυτό το σημείο: Η όλη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, όπως θα δούμε και παρακάτω, δεν ενέχει ένα αυθαίρετο χαρακτήρα. Σαφώς και υπάρχουν νομιμοποιητικές τεχνικές, οι οποίες προσδίδουν στη «ψυχιατρική καταστολή» τον χαρακτήρα που αυτή τη στιγμή απολαμβάνει. Θεωρούμε ότι μπορούμε να τις ομαδοποιήσουμε σε δύο βασικές κατηγορίες.

Α) Η πρώτη αφορά στον θεσμικό, τον επίσημο χαρακτήρα, δηλαδή την μέσω νομοθετικών κειμένων κατοχύρωση των διαδικασίων οι οποίες εξελίσσονται μέσα στο ψυχιατρικό

[161] Berger, P. L., Luckmann, T., *The Social Construction of Reality: a Treatise in the Sociology of Knowlwdge*, Penguin Books, Λονδίνο, 1967, σ. 30. Οι συγγραφείς αναφέρουν χαρακτηριστικά λίγο παρακάτω: «*…η ανθρώπινη εκφραστικότητα είναι ικανή να αντικειμενοποίησει, εκδηλώνεται δηλαδή σε παράγωγα ανθρώπινης δραστηριότητας τα οποία είναι διαθέσιμα και στους παραγωγούς τους και σε άλλους ανθρώπους ως στοιχεία ενός κοινού κόσμου*». Βλ. Berger, P. L., Luckmann, T., *The Social Construction of Reality: a Treatise in the Sociology of Knowlwdge*, οπ.π., σ. 49.
[162] Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1997, σ. 106.

σύστημα περίθαλψης· το χαρακτήρα, με άλλα λόγια, του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης αναφορικά με το να ασκεί αρμοδιότητες και λειτουργίες διαφορετικές (ή έστω «επιπλέον») από αυτές που η υπόλοιπη «ιατρική» απολαμβάνει: αναφερόμαστε στο ψυχιατρικό σύστημα υπό το πρίσμα ενός «περι-ποινικού» θεσμού.

Β) Η δεύτερη, και κατ' εμάς σημαντικότερη διαδικασία νομιμοποίησης έχει να κάνει με το σύστημα Λόγων και Πρακτικών το οποίο αναπτύσσεται, επαναλαμβάνεται[163] και ανατροφοδοτείται μέσα στους χώρους νοσηλείας (αλλά και πέριξ αυτών: στο οργανωτικό σύστημα της αστυνομίας, για παράδειγμα). Οι Λόγοι αφορούν τόσο το micro-επίπεδο (το επίπεδο επικοινωνίας και παραγωγής νοήματος μέσα στο μικροπεριβάλλον) όσο και ένα πιο macro-επίπεδο το οποίο αφορά την παραγωγή της επίσημης ψυχιατρικής Γνώσης: την παραγωγή, δηλαδή, των επίσημων λόγων των Φορέων όπως αυτοί σε κάθε χρονική συγκυρία αρθρώνονται: βλέπε για παράδειγμα τους Λόγους, αλλά και τους αντί- Λόγους περί «Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης», περί του σύγχρονου «επικίνδυνου ψυχασθενή» αλλά και λόγους οι οποίοι αφορούν τον χαρακτήρα της παραγωγής της επιστημονικής Αλήθειας: το x2, η στατιστική επαλήθευση, οι αλγόριθμοι, τα σύγχρονα ψυχομετρικά εργαλεία ακριβούς μέτρησης της επικινδυνότητας είναι μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Μουζέλης: «*Ακριβώς επειδή οι θεσμοί στην ανεπτυγμένη τους μορφή απεικονίζουν και ιστορικότητα και αδιαφάνεια, υπάρχει ισχυρότατη ανάγκη για νομιμοποίηση – δηλαδή για ένα σύνολο αντικειμενικοποιήσεων του νοήματος δευτέρου βαθμού*…».[164]

Όλες αυτές οι πρακτικές, οι θεσμοί, οι διαδικασίες, οι λόγοι, τα συστήματα, οι δομές, τα υποκείμενα – φορείς ρόλων, όλο αυτό το σύστημα παραγωγής θεραπείας, προστασίας, ανακούφισης, καταστολής, όλο αυτό το σύστημα το οποίο υποστασιοποιεί και στο οποίο ανιχνεύονται εμπειρικές εκφάνσεις όλων των παραπάνω εννοιών, προσεγγίζει συνεχώς μια έννοια. Προσεγγίζει, ασχολείται, σχετίζεται με την έννοια της **επικινδυνότητας**.

---

[163] Η συνεχής επανάληψη (εθισμός) αποτελεί τον μηχανισμό ο οποίος φυσικοποιεί την αντικειμενοποίηση: κάθε τυποποιημένη και αντικειμενοποιημένη δραστηριότητα, εάν επαναλαμβάνεται «*…γίνεται μήτρα ενός σχηματισμού ο ποίος μπορεί τότε να αναπαραχθεί με μια οικονομία προσπάθειας…*». Berger, P. L., Luckmann, T., *The Social Construction of Reality: a Treatise in the Sociology of Knowlwdge*, οπ.π., όπως αναφέρεται στο: Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, οπ.π., σ. 106.

[164] Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, οπ.π., σ. 107 – 108.

2.4. Η έννοια της *επικινδυνότητας*

Λίγα χρόνια πριν, ένας Βρετανός ο οποίος παραθέριζε σε κάποιο ελληνικό νησί σκοτώνει τα δύο παιδιά του παίρνοντάς τα αγκαλιά και πηδώντας μαζί τους από το παράθυρο του ξενοδοχείου που διέμεναν. Ο ίδιος επέζησε και συνελήφθη. Η προσαγωγή του στην αστυνομία και αργότερα στις δικαστικές αρχές καλύφθηκε εκτενώς από τον τύπο. Στις –«ζωντανές» και μη- συνδέσεις των τηλεοπτικών σταθμών, η πρώτη, κύρια και εναγώνια ερώτηση των δημοσιογράφων, αλλά και συζήτηση των συμμετεχόντων «ειδικών» στα panels, ήταν επί της ουσίας πανομοιότυπη: «γιατί το έκανε;»

Παράδοξο! Αναφερόμαστε στην περίπτωση ή περίσταση εκείνη, κατά την οποία το ποινικό σύστημα κατέχει διαθέσιμα όλα εκείνα τα στοιχεία –αξιόποινη πράξη, υποκείμενο/θύτη, θύμα, κώδικα- που χρειάζεται, ώστε να πιστοποιήσει την «αυθεντικότητα» της παράβασης, και να αποδώσει τη δικαιοσύνη εν τέλει, που ισχυρίζεται ότι μπορεί, και είναι υπεύθυνο να αποδώσει. Παρ' όλη αυτή την κατάσταση «απόλυτης διαύγειας», η απουσία ενός επιπλέον στοιχείου προκαλεί τη σχεδόν ολοκληρωτική αδυναμία του συστήματος να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Το στοιχείο συνίσταται στην αποσαφήνιση των *αιτιών*, ουσιαστικά των εσωτερικών, των ψυχολογικών εκείνων διαδικασιών οι οποίες οδήγησαν το συγκεκριμένο υποκείμενο να τελέσει τη συγκεκριμένη πράξη: η συμβολή του «ψυχολογικού προφίλ», ουσιαστικά του *χαρακτήρα* ενός ανθρώπου στην αξιολόγηση, έλεγχο, απόφαση και τέλος απόδοση μιας ποινής από το εκάστοτε δικαιοδοτικό σύστημα.

Ο Foucault θεωρεί τη συγκεκριμένη διαφοροποίηση ιδιαίτερα σημαντική μεταλλαγή. Σε αδρές γραμμές, τα δικαιοδοτικά συστήματα και πρακτικές μέχρι το τέλος του Μεσαίωνα ήταν «υποταγμένα» είτε στην «κοσμική» εξουσία (εκφρασμένη στο πρόσωπο των κατά τόπους βασιλέων), είτε στην «θεϊκή» εξουσία (με την «Εκκλησία» να είναι δίπλα στον «Βασιλιά»). Το *droit de glaive,* το «δίκαιο της σπάθης» σταδιακά αρχίζει να αποτελεί ένα θεσμικό παρελθόν. Η βιομηχανική επανάσταση, και οι δομικές μεταβολές οι οποίες επήλθαν στην κοινωνική οργάνωση, αλλά και στα στοιχεία που συνθέτουν τον κοινωνικό ιστό, με τη δημιουργία και παγίωση της αστικής τάξης, προσιδιάζουν σε μια ολοένα και αυξανόμενη πίστη στην ορθολογικότητα. Κάτι που εκφράζεται σε α) μια σταδιακή αλλαγή

των ποινικών συστημάτων των κεντροευρωπαϊκών, τουλάχιστον, χωρών[165] και β) σε μια προσπάθεια ενός όσο το δυνατόν ακριβέστερου καθορισμού και «χαρτογράφησης» αδικημάτων καθώς και των αντίστοιχων ποινών που αυτά επισύρουν, υπό την προοπτική μιας σχέσης αιτίου-αιτιατού. Και όμως, «*…μπορεί να υποστηριχθεί ότι πριν καν οι μεγάλοι ποινικοί μεταρρυθμιστές του 18ου αιώνα προλάβουν να ολοκληρώσουν τη συστηματική κωδικοποίηση των αποτελεσμάτων της προηγούμενης επανάστασης, μια νέα κρίση εμφανίστηκε* […]. *Στο "τι πρέπει να τιμωρείται και με ποιον τρόπο;" ήρθε να προστεθεί το "ποιον πιστεύουμε ότι τιμωρούμε;"*».[166] Ο «ποιος», ο δράστης, το υποκείμενο με την εκάστοτε προσωπικότητα, ιστορία ζωής, μορφολογικά, αλλά κυρίως ψυχικά χαρακτηριστικά που διαθέτει, έρχεται και με ένα φαινομενικά ά-λογο τρόπο (και κυρίως, ά-λογη σκοπιμότητα) και υπεισέρχεται στη μέχρι πρότινος κρυστάλλινα καθαρή σχέση αιτίου - αιτιατού. Τα προηγούμενα ποινικά συστήματα δεν περιλάμβαναν τη μεταβλητή «εγκληματίας» στην «εξίσωση» που χρησιμοποιούσαν για την παραγωγή της ποινής. Αλλά πια, «*…το ποινικό σύστημα δεν μπορεί να λειτουργήσει απλά με ένα νόμο, μια παράβαση και ένα υπεύθυνο υποκείμενο.* […] *Το σύστημα για να λειτουργήσει ικανοποιητικά, έχει ανάγκη και έναν άλλου είδους Λόγο* […] *αυτόν που προσφέρει ο κατηγορούμενος για τον εαυτό του, μέσω των εξομολογήσεων, των μνημών, των προσωπικών αποκαλύψεών του*»[167] αναφέρει ο Foucault, διαπιστώνοντας ότι το υποκείμενο - δράστης, από «εργαλείο» και απλό φορέα της πράξης, έχει γίνει ο ουσιαστικός πυρήνας, ενώ η *πράξη* είναι το αποτέλεσμα-παράγωγο, ο φαινότυπος. Επιπλέον, αυτή η μεταστροφή της βαρύτητας από την πράξη σε αυτόν που «πράττει» από τις αρχές του 19ου αιώνα[168] –όπου και ανιχνεύονται οι πρώτες εκφάνσεις της- μέχρι και σήμερα, σαφώς διογκώνεται: «*…σήμερα η πράξη τείνει να μην είναι τίποτα παραπάνω παρά το γεγονός που καταδεικνύει την ύπαρξη ενός επικίνδυνου στοιχείου μέσα στο κοινωνικό σώμα*».[169] Θεωρούμε ότι το σημείο αυτό είναι ιδιαίτερα κρίσιμο, γιατί δεν προσδιορίζει απλά την έναρξη της διαδικασίας «ψυχιατρικοποίησης»

---

[165] Ο Foucault θεωρεί ότι δύο βασικές αναγκαιότητες έθεσαν σε κίνηση το νέο σύστημα: η πληθυσμιακή έκρηξη των αστικών περιοχών και η ανακατανομές μεταξύ αγροτικών και αστικών πληθυσμιακών μαζών καθώς και οι αλλαγές στην παραγωγή. Μιλάει χαρακτηριστικά για κρατικοποίηση των πειθαρχικών μηχανισμών: «*…γενίκευση της πειθαρχίας που φτάνει τις διαστάσεις του κράτους*». Βλ. Foucault M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 283.

[166] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, «International Journal of Law and Psychiatry», τεύχος 1, 1978, σ. 3.

[167] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 2.

[168] Ο Garofalo προσδιόρισε την μεταλλαγή ιδιαίτερα ευκρινώς, διατυπώνοντας τον «νόμο των τριών στοιχείων»: «*Ο νόμος γνώριζε μόνο δύο στοιχεία, το αδίκημα και την ποινή. Η νέα εγκληματολογία αναγνωρίζει τρία, το έγκλημα, τον εγκληματία και τα μέσα ανταπόδοσης*». Στο: Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 3.

[169] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 3.

του υποκειμένου-δράστη και του κινδύνου που από εδώ και πέρα το συγκεκριμένο υποκείμενο συνεπάγεται αλλά επιπλέον, της «ψυχιατρικοποίησης» της ποινικής διαδικασίας σε ένα σαφώς πιο ολιστικό επίπεδο.

Και το ερώτημα που εύλογα θα μπορούσε να τεθεί είναι όχι μόνο σε πια ακριβώς ιστορική συγκυρία πλέχθηκε το ειδύλλιο ψυχιατρικής και ποινικής επιστήμης, αλλά ποια στοιχεία της συγκεκριμένης περιόδου ήταν αυτά που έκαναν πρόσφορο ένα τέτοιο δεσμό; Με άλλα λόγια, η διαπλοκή των συγκεκριμένων δύο πεδίων ήταν ένα παράγωγο το οποίο αναδύθηκε μέσα από ένα λίγο-πολύ επιλεκτικό μεν, συγκυριακό δε, στροβιλισμό κάποιων συνιστωσών γύρω από ένα σταθερό ιστορικά πόλο; Ή δημιουργήθηκε, όχι για να «εξυπηρετήσει» συγκεκριμένες ανάγκες, αλλά για να αποτελέσει ένα δομικό συστατικό του νεότευκτου κοινωνικοπολιτικού συστήματος; Και αυτό, γιατί σε μια πρώτη, έστω και αφελή προσέγγιση, κάποιος θα μπορούσε να αναρωτηθεί: γιατί η ψυχιατρική επιστήμη να μπλεχθεί σε αυτή την ιστορία; Επιπλέον, με δεδομένο το νεοσύστατο χαρακτήρα της, μπορούσε; Ποιο το όφελος; Και το σημαντικότερο, γιατί η κραταιά ποινική επιστήμη να αποδεχθεί την απώλεια του σπαράγματος εξουσίας το οποίο η ψυχιατρική εποφθαλμιά;

2.4.α. Μια ιδανική ευκαιρία: η θεωρία της *μονομανίας*

Προσπαθώντας να εντάξουμε την ψυχιατρική επιστήμη και τους ρόλους που φαίνεται ότι αναλαμβάνει στο συγκεκριμένο μοντέλο, ίσως θα ήταν βοηθητικό να κάνουμε κάποιες διαπιστώσεις. Η πρώτη αφορά τη διαπίστωση ότι η επιστήμη της ψυχιατρικής είναι μια *νέα* επιστήμη. Μια επιστήμη, της οποίας η κύρια λειτουργικότητα συνίσταται στο να ανιχνεύσει, να αναλύσει, να κατηγοριοποιήσει και να κατατάξει, αλλά κυρίως να «βιολογικοποιήσει»[170] ψυχικές εκφάνσεις των οποίων η αιτιολογία παλαιότερα ήταν ενταγμένη σε θεοκρατικές κυρίως ερμηνείες,[171] Επιπλέον, και πολύ σχηματικά, η

[170] Η πρώτη συστηματική παρουσίαση της οργανογένεσης των ψυχικών ασθενειών επιχειρείται αρχικά από το Γερμανό ψυχίατρο William Griesinger (1817-1868), με το σύγγραμμά του *Η Παθολογία και η Θεραπεία των Ψυχικών Διαταραχών*, το οποίο εκδόθηκε στα μέσα του 19ου αιώνα. Βλ. Griesinger, W., *Mental Pathology and Therapeutics*, New Syndeham Society, Λονδίνο, 1867.

[171] Αναφέρει η Τσαλίκογου: «*Η απαρχή της επιστημονικής προσέγγισης της τρέλας συνυφαίνεται με την ιατροκρατική, βιολογιστική προσέγγιση, απόλυτα εναρμονισμένη με το κυρίαρχο θετικιστικό πνεύμα του 19ου αιώνα. Η ακλόνητη πίστη στη θεώρηση της ψυχής και του σώματος σαν αδιαχώριστες ενότητες προσανατολίζει τη ψυχιατρική έρευνα στο συσχετισμό όλων των ψυχικών ασθενειών με ανατομικο-εγκεφαλικές βλάβες.* […] *Ένας ανερχόμενος ιατρικός ιμπεριαλισμός ενδυναμώνεται με αφορμή την πρόοδο της νευρολογίας. Έτσι, σηματοδοτείται το άνοιγμα του δρόμου για τη διαμόρφωση και την εμπέδωση μιας νέας οργανιστικής, ιατρικής αντίληψης για τη ψυχική ασθένεια*». Τσαλίκογλου Φ., *Ο Μύθος του Επικινδύνου Ψυχασθενή*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1987, σ. 40.

ψυχιατρική επιστήμη είναι αυτή που ουσιαστικά διατύπωσε τη θέση ότι η όποια συμπεριφορά δεν είναι απόρροια μιας συνειδητής επιλογής: αυτό που κάνουμε (ή σκεπτόμαστε, ή θέλουμε) δεν το κάνουμε πάντα για τους λόγους που θεωρούμε ότι το κάνουμε.[172] Επιπλέον, μέχρι τη χρονική στιγμή την οποία θα αναφέρουμε λίγο παρακάτω, η σχέση ψυχιατρικών και ποινικών πρακτικών εμφανιζόταν σε δύο ψυχιατρικές εκφάνσεις/οντότητες: αυτή που περιγράφεται ως *dementia* (άνοια) και αυτή που περιγράφεται ως *furor* (οργή, μανία). Προσωπικά θα θέλαμε να προσεγγίσουμε αυτές τις δύο οντότητες μάλλον υπό τη νοηματοδότηση μιας κατάστασης: Ο όρος «άνοια» αναφέρεται σε ένα σύνολο συμπεριφορών οι οποίες χαρακτηρίζονται από κάποιο *υπόλειμμα*: από γνωστικά, λειτουργικά, συμπεριφορικά και συναισθηματικά ελλείμματα, με σαφώς χρόνια πορεία. Αντίθετα, ο όρος *furor,* «οργή», αναφέρεται σε μια γκάμα σημείων/συμπτωμάτων τα οποία είναι ιδιαίτερα έντονα, πολύ φορτισμένα συναισθηματικά, αλλά και συμπεριφορικά. Σε αυτό το σημείο, το σημαντικό είναι όχι το σημείο απόκλισης αυτών των δύο στοιχείων, αλλά το σημείο σύγκλισης: *είναι και οι δύο καταστάσεις εύκολα αναγνωρίσιμες.*[173] Μέχρι το χρονικό σημείο στο οποίο αναφερόμαστε, η ψυχική νόσος, και ειδικότερα οι εκφάνσεις της ψυχικής νόσου οι οποίες συνδέονταν με την βίαιη, την παραβατική συμπεριφορά, ήταν, λίγο – πολύ αναγνωρίσιμες. Σύμφωνα με τον Foucault, η αλλαγή εμφανίστηκε εκεί, ανάμεσα στο 1800 και στο 1850. Μια σειρά «στυγερών» εγκλημάτων, στα οποία «*…ούτε προηγήθηκε, ούτε συνοδεύτηκε, ούτε ακολουθήθηκε κανένα από τα «κλασσικά» μέχρι τότε συμπτώματα και συμπεριφορές* […] *κάποιος θα το ονόμαζε* ***ο βαθμός μηδέν της τρέλας***»[174]: ούτε «άνοια» ούτε «οργή». Αντίθετα, το πιο βασικό στοιχείο είναι η απουσία εμφανούς κινήτρου: τα εγκλήματα αυτά έγιναν παντελώς **χωρίς λόγο**. Επιπλέον, ήταν εγκλήματα τα οποία χαρακτήριζε **υπερβολική βία**, ενώ ένα τρίτο ιδιαίτερα σημαντικό χαρακτηριστικό ήταν το ότι σχεδόν όλα έπληττταν το θεσμό της **οικογένειας**: έλαβαν χώρα σε οικογενειακά κυρίως πλαίσια, με τη σχέση θύμα και θύτη να είναι και μια συγγενική σχέση. Η είσοδος της ψυχιατρικής στο ποινικό σύστημα έγινε με την «ευκαιρία» αυτών των -περίφημων πια- εγκλημάτων που βοήθησαν να δομηθεί και να αναδυθεί η θεωρία της «μονομανίας».[175] Αναφέρει ο Foucault: «*μονομανία: ένα μέγιστο*

[172]Αναφερόμαστε κυρίως στην εμφάνιση της Φροϋδικής θεωρίας και στις συνέπειες που – βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα- η συγκεκριμένη θεωρία και τα παράγωγά της επέφεραν.

[173] Ο Foucault αναφέρει, ότι είναι τόσο εύκολη η αναγνώριση «σε σημείο που υπήρχε διάσταση στο αν ήταν αναγκαία η παρουσία του ψυχίατρου για την αποσαφήνισή τους». Στο: Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 4.

[174] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 4.

[175] Η θεωρία της μονομανίας είναι συνυφασμένη με το όνομα του Esquirol (1772-1840) και του μαθητή του Georget. Ο Esquirol υποστηρίζει ότι υπάρχει μια κατηγορία ψυχικά ασθενών που έχουν

σύνολο αποτελεσμάτων/επιπτώσεων, ένα ελάχιστο σύνολο ενδείξεων […] *το οποίο έχει την ανάγκη παρέμβασης μιας "ιατρικής ματιάς" η οποία πρέπει να λάβει υπόψη, όχι μόνο τις φανερές/ορατές εκδηλώσεις, αλλά και τα δυσδιάκριτα και δύσκολα ανιχνεύσιμα ίχνη…*».[176]

2.4.β. Η «μονομανία»: διαχρονικές παραδοχές

Ο Βρετανός τουρίστας, στον οποίο αναφερθήκαμε, αναφέρθηκε πολλές φορές, στις συνδέσεις των τηλεοπτικών ειδησεογραφικών δελτίων, ως «τέρας», ως «κτήνος». Πιστεύουμε ότι ο «μονομανής» αποτελεί τον πιονέρο, το πρώτο πειραματικό υποκείμενο που η ψυχιατρική επιστήμη απέκτησε ως αποκλειστική (ή τουλάχιστον ως κύρια) δικαιοδοσία της: «*Το υποκείμενο στο οποίο η ψυχιατρική και η ποινική επιστήμη συναντήθηκαν, δεν ήταν ο καθημερινός μικρο-εγκληματίας* […] *αλλά μάλλον το μεγάλο τέρας*.[177] Η δικαστική ψυχιατρική αρχικά αυτο-προσδιορίστηκε ως η διαχειρίστρια του ***τερατώδου*ς**. Να λοιπόν κάτι πέρα από ένα πρώτο ψήγμα, το πρώτο ίσως θεμέλιο ενός συμφύρματος αντιλήψεων οι οποίες όχι μόνο διαιωνίζονται αλλά διατηρούνται παγιωμένες μέχρι σήμερα: αναφερόμαστε στην έννοια του *ακαταλόγιστου*, σε μια από τις πλέον ισχυρές παραδοχές. Από την στιγμή που η *τερατώδης πράξη* σημασιοδοτεί όχι μόνο το κύριο, αλλά το μοναδικό κριτήριο ψυχικής διαταραχής αλλά και ποινικής ευθύνης, δράστης δεν είναι πια το έλλογο υποκείμενο αλλά «*…το ποινικά υπεύθυνο μέρος είναι αυτό το τμήμα του υποκειμένου το οποίο είναι πέρα από την ευθύνη του, δηλαδή η τρέλα που κρύβει μέσα του, την οποία δεν μπορεί να ελέγξει, αφού δεν την ορίζει καν*».[178] Επιπλέον, η θεωρία της μονομανίας φαίνεται ότι λειτούργησε ως το αρχικό πεδίο μέσω του οποίου έγινε εφικτό να εγγραφούν σαν συστήματα λόγων βασικοί, δομικοί και κυρίως διαχρονικοί εννοιολογικοί συνειρμοί.

προσβληθεί μόνο σε ένα περιορισμένο τμήμα των διανοητικών και ηθικών λειτουργιών τους. Ο Georget θα «εφεύρει» την κατηγορία των «παρορμητικών μονομανιακών», με χαρακτηριστικά γνωρίσματα την προσωρινή, παροδική και απρόβλεπτη παραφροσύνη, η οποία δεν εξασθενεί τις νοητικές ικανότητες του πάσχοντος ούτε θίγει τη ψυχοσυναισθηματική του σφαίρα. Στο: Τσαλίκογλου, Φ., *Ο Μύθος του Επικινδύνου Ψυχασθενή*, οπ.π. σ. 48.

[176] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 7.

[177] Η σημασιοδότηση υπό όρους «τέρατος» παρουσιάζει μια ιδιαίτερα στενή συμβολική σύνδεση με την αναπαράσταση του ψυχικά ασθενή σαν ο «τρελός-κτήνος». Οι ψυχικά ασθενείς δεν είναι πια «τρελοί» άνθρωποι, αλλά ζώα, με ότι αναπαραστάσεις η κατηγορία εμπεριέχει. Το κύριο χαρακτηριστικό του «κτήνους» είναι αφενός η απόλυτη διαφορετικότητά του από την κατηγορία «άνθρωπος» και αφετέρου η επιθετικότητά του. Το υποκείμενο που κατεβαίνει στον «βαθμό μηδέν» της φύσης του. Σαν να εξοβελίζεται από την αναλυτική κατηγορία «άνθρωπος». Στο: Foucault M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, οπ.π., σ. 77-93.

[178] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 5.

Κατ' αρχήν, η διαπίστωση ότι πολλές φορές η ψυχική ασθένεια ισοδυναμεί με απλή και ξεκάθαρη εγκληματική τάση, χωρίς να είναι αναγκαίο να εν-υπάρχουν (ή τουλάχιστον, να συν-υπάρχουν) και άλλες ηπιότερες συμπεριφορικές διαταραχές. Αλλά το πιο ενδιαφέρον σημείο για εμάς ίσως είναι το αμέσως επόμενο: η θέση η οποία υποστηρίχθηκε, ότι ακόμα και στην περίπτωση κατά την οποία η ψυχική διαταραχή ενέχει ένα ιδιαίτερα έντονο και ακραίο χαρακτήρα, «*…ακόμα και τότε έχει την ικανότητα να παραμένει "αόρατη" μέχρι να "εκραγεί"* […] *και γι' αυτόν το λόγο κανείς δεν μπορεί να την* ***προβλέψει***».[179] Ας τολμήσουμε να προσθέσουμε: «δεν μπορεί να την προβλέψει, αλλά μπορεί να προσπαθήσει»· όχι, βέβαια, ο οποιοσδήποτε, αλλά κατά προτεραιότητα ο «ειδικός»: «*Η μονομανία χρειάζεται την παρέμβαση μιας ιατρικής ματιάς η οποία θα λάβει υπόψη όχι μόνο τις εμφανείς κλινικές εκδηλώσεις, αλλά επίσης τις δύσκολα ανιχνεύσιμες πτυχές και ίχνη, εμφανιζόμενα εκεί όπου αναμένονται λιγότερο, και τα οποία προφητεύουν τις χειρότερες εκρήξεις*».[180]

Όσο και αν ακούγεται παράδοξο, η ψυχιατρική επιστήμη κατάφερε να υπεισέλθει στη θέση του «εμπειρογνώμονα», να καταλάβει τη θέση του ειδικευμένου μορφώματος το οποίο νομιμοποιείται να ελέγχει, να εξετάζει την οποιαδήποτε συμπεριφορά (αδιάφορο αν σημασιοδοτείται ωσάν «furor», «dementia», ή «normal», *κατά φύση*[181]) μέσω της διεκδίκησης και της οικειοποίησης περιπτώσεων οι οποίες σημασιοδοτήθηκαν από την εμφάνιση μιας ακραίας συμπεριφοράς. Το πεδίο που «χρεώθηκε» ως χρησικτησία της δεν περιχαρακώνεται πια από έτοιμες νοηματοδοτήσεις του παθολογικού ή έστω του μη φυσιολογικού. Η επιστήμη της ψυχιατρικής φαίνεται ότι κατάφερε να πιστοποιήσει ότι είναι η καθ' ύλην αρμόδια όχι μόνο να ελέγχει τα εν δυνάμει μη φυσιολογικά υποκείμενα αλλά να θέτει και τα κριτήρια της κανονικότητας. Της υγείας. Να που φτάνουμε σιγά-σιγά

[179] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 7. Αναφερόμαστε στην σχέση της προσωπικότητας του ατόμου και του ποσοστού επικινδυνότητας, με την αξιολόγηση της πρώτης να συνδέεται αιτιολογικά με την εκτίμηση της δεύτερης. Στο: Σκαράγκας, Δ., *Εγκληματίας Ψυχασθενής: ένας επικίνδυνος μύθος*, οπ.π., σ. 44.

[180] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 7. Στο επίκεντρο του εγκληματολογικού εγχειρήματος εμφανίζεται η έννοια της αιτιότητας. Είτε το επίπεδο ερμηνείας είναι βιολογικό είτε ψυχολογικό είτε ένας συνδυασμός αυτών, αναδύεται η ανάγκη για μια γενική αιτιολογική θεωρία: «μια επιστημο- νική μελέτη των αιτιών του εγκλήματος», Cohen, S., Against Criminology, Transaction Books, Alameda C.A., 1988, σ. 4, όπως αναφέρεται στο: Κουμασίδης, Ι., «Μισέλ Φουκώ – Οι μη Κανονικοί», *Φιλοσοφείν*, 2012, σ. 239.

[181] Μια λεπτομέρεια: στα ψυχιατρικά ιστορικά, γνωματεύσεις και παραπλήσια έγγραφα, στα πεδία αξιολόγησης των διάφορων ψυχικών (ή άλλων) παραμέτρων, όπως η βούληση, η μνήμη, η συναισθηματική κατάσταση, η πιο συχνά απαντώμενη συντομογραφία που υποδηλώνει μια θετική απάντηση, ότι «όλα είναι εντάξει, λειτουργούν φυσιολογικά», είναι το «κ.φ.»: «κατά φύση».

στον – έστω και μερικό - προσδιορισμό της απάντησης στο πρώτο ερώτημα, το οποίο αφορά το λόγο (reason) για τον οποίο η ψυχιατρική επιστήμη υπεισθήλθε σε ένα πεδίο το οποίο με μια πρώτη ανάγνωση δεν την αφορά. Η ψυχιατρική «*…υπεισήλθε όχι λόγω κάποιας "ιμπεριαλιστικής τάσης" ψάχνοντας κάποια νέα περιοχή να περιχαρακώσει και να ορίσει, ούτε σε μια προσπάθεια να καταφέρει να αποσαφηνίσει και να φωτίσει "σκοτεινές περιοχές"*. […] *Η ψυχιατρική επιστήμη εμπλέχτηκε γιατί το διακύβευμα δεν ήταν τόσο το πεδίο της γνώσης όσο το πεδίο της εξουσίας*. […] *Ουσιαστικά λειτούργησε ως ένα μέσο πληθυσμιακής υγιεινής* ».[182] Κατά τον Foucault, η σχετικά νέα ψυχιατρική, καθώς και η «εις γάμον κοινωνία» που αυτή αναπτύσσει με την ποινική επιστήμη, ανταποκρίνεται με συνέπεια στα νέα δεδομένα τα οποία οι πρωτόγνωρες «πληθυσμιακές συγχρωτίσεις» φέρνουν στο προσκήνιο. Η ψυχιατρική επιστήμη γίνεται ο ελεγκτής, ο ρυθμιστής, «*…η αντίδραση στους κινδύνους που κρύβονται μέσα στο κοινωνικό σώμα* ».[183] Πιστεύουμε ότι μέσα από αυτή την προοπτική, αυτή τη διαδικασία έτσι όπως περιγράφηκε, γίνεται εφικτή η κατανόηση του ρόλου που διαδραματίζει η ψυχιατρική επιστήμη όχι μόνο ως *επιλογέας* αλλά και ως *προστάτης* του κοινωνικού σώματος από τις επικίνδυνες μονάδες οι οποίες ενυπάρχουν σ' αυτό. Άσχετα από την πίστη για την οργανική ή την ψυχολογική προέλευση του όποιου συμπτώματος, η ψυχιατρική ήταν εξαρχής γνώστρια του γεγονότος ότι θεράπευε και εξακολουθεί να θεραπεύει έναν *κοινωνικό κίνδυνο*. Ακόμα κι αν –κατά τη προσωπική μας εκτίμηση- στις απαρχές του 19^{ου} αιώνα ο κοινωνικός κίνδυνος ισοδυναμούσε λεκτικά με το λήμμα *danger* (κίνδυνος) ενώ στα σπάργανα της χιλιετίας ισοδυναμεί με το λήμμα *nuisance* (ενόχληση). «*Η ψυχιατρική του 19^{ου} αιώνα ανακηρύχτηκε ως μια ιατρική επιστήμη τόσο για το κοινωνικό σώμα όσο και για την ψυχή του κάθε ατόμου ξεχωριστά*».[184]

---

[182] Foucault, M., About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry, οπ.π., σ. 6. «*Με τον όρο εξουσία, νομίζω πώς* […] *πρέπει καταρχήν να εννοούμε το πλήθος των σχέσεων δύναμης που ενυπάρχουν στο χώρο όπου ασκούνται* […] *και είναι συστατικές της οργάνωσής τους* […] *τις στρατηγικές τέλος, μέσα στις οποίες ενεργοποιούνται και που το γενικό τους σχέδιο ή η θεσμική τους αποκρυστάλλωση υλοποιούνται στους κρατικούς μηχανισμούς, στη διατύπωση του νόμου, στις κοινωνικές ηγεμονίες…*». Foucault, M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας: Η Δίψα της Γνώσης*, Τόμος 1., Ράππας, Αθήνα, 1982, σ. 116.

[183] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 7.

[184] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 7.

2.4.γ. Η ψυχική ασθένεια – φορέας της βίας: «κίνδυνος / θάνατος…»

Θα θέλαμε να επαναλάβουμε για ακόμη μια φορά ότι το διακύβευμα είναι η καταστατική θέση της ψυχιατρικής, οι διαχειριστικές της δυνατότητες, αλλά και οι κατασταλτικές εκφάνσεις οι οποίες εμπεριέχονται στη λειτουργία της: άλλωστε, ο κύριος στόχος της ψυχιατρικής επιστήμης στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι η επιβολή ενός *θεραπευτικού* μεν, *περιορισμού* δε. Και η θεωρία της μονομανίας βοήθησε σε αυτό ακριβώς το σημείο. Στην νομιμοποίηση της αναγκαιότητας της χρήσης τέτοιων περιοριστικών μηχανισμών και διαδικασιών. «…*ούτως ή άλλως πρέπει να καταδειχτεί ότι η ψυχική ασθένεια από τη φύση της, ακόμα και στις ελάχιστες εκδηλώσεις της, στοιχειώνεται από τον απόλυτο κίνδυνο.* ***Το θάνατο***.»[185] Παρενθετικά, αξίζει να σταθούμε για λίγο σε αυτό το σημείο. Ο Foucault, πολύ συνοπτικά, προσδιορίζει τη λειτουργία της ψυχιατρικής σε συνάρτηση με τη σχέση τρέλας και θανάτου. Μια σχέση η οποία παράγει στις κοινωνικές πρακτικές, αλλά κυρίως στο κοινωνικό φαντασιακό, όχι τόσο μέσω μιας επιστημονικής «πιστοποίησης» αναφορικά με το «ποιόν» της, δηλαδή με το αν ισχύει ή όχι, αλλά περισσότερο μέσω μιας συμβολικής απόδοσης. Ο προσδιορισμός αυτής της σχέσης, όμως, ίσως παραμένει ατελής στη περίπτωση που δεν εξεταστεί η συμβολική θέση του θανάτου μέσα στη Δυτική μετανεοτερικότητα. Ακόμα και αν δεν ακολουθήσουμε τις θεωρητικές υποδείξεις οι οποίες –εν ολίγοις- «διαφημίζουν» τη θέση «ο θάνατος πέθανε», δεν μπορούμε να μην δεχθούμε ότι η καταστατική του έχει τροποποιηθεί, πιθανόν πυρηνικά. Την εποχή του μεσαιωνικού «εξημερωμένου» θανάτου έχει διαδεχθεί η εποχή του «άγριου» θανάτου, ενώ είναι όλο και πιο εύκολα ανιχνεύσιμη η σημειολογία κοινωνικών πρακτικών οι οποίες καταδεικνύουν την έλευση μιας εποχής «μη θανάτου».[186] Μιας ιστορικότητας η οποία εξοβελίζει από το γνωστικό και συναισθηματικό της continuum την προοπτική του θανάτου: λίγο – πολύ ζούμε, θυμόμαστε, αλλά και οργανώνουμε ως όντες, αν όχι «αθάνατοι», τουλάχιστον «μη θνητοί». Αν ακολουθήσουμε την μόλις αναφερθείσα συλλογιστική, θα ήταν αφελές να θεωρήσουμε την σχέση ψυχικής ασθένειας με την αναπαράσταση του θανάτου σαν μια αιτιακή σχέση-μονόδρομο. Ο Foucault διακρίνει εύστοχα: σαφώς και ο «μονομανιακός» αντιπροσωπεύει σε ένα συμβολικό επίπεδο τη σχέση τρέλας και θανάτου τον 19^{ο} αιώνα. Θεωρούμε ότι ακόμα και σήμερα αυτή η ισχυρή

[185] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 8.
[186] Aries, P., *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου*, τομ. Ι, ΙΙ, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα, 1997.

συμβολική σύνδεση δεν έχει μεταβληθεί: ο ψυχικά πάσχων, και δη ο επικίνδυνος εξ αυτών εξακολουθεί να συμβολοποιεί την σχέση μεταξύ τρέλας και θανάτου.

2.4.δ. Ποινική και Ψυχιατρική επιστήμη: «Δούναι και Λαβείν»

Επανερχόμαστε με ένα δεύτερο «σκοτεινό» σημείο. «Δοθείσης της ευκαιρίας» για τη ψυχιατρική επιστήμη να εισχωρήσει στο συγκεκριμένο πεδίο, κάποιος θα μπορούσε να αναρωτηθεί αναφορικά με το λόγο για τον οποίο το ποινικό σύστημα δέχθηκε μια τέτοιου τύπου παρείσφρηση. Το ενδιαφέρον έγκειται στο γεγονός ότι οι νέοι ποινικοί κώδικες ελάχιστα τροποποίησαν την πρότερη κατάσταση: η ασυμβατότητα ψυχικής διαταραχής και ποινικής ευθύνης εξακολουθεί να υφίσταται. Το σημείο τούτο ο Foucault το θεωρεί βασικότατο: το ποινικό σύστημα «αλώθηκε» όχι «από πάνω», μέσω κάποιων δραματικών αλλαγών στις νομοθετικές ρυθμίσεις, αλλά «από κάτω», μέσω τροποποιήσεων και μεταφράσεων των τιμωρητικών μηχανισμών. Πια, η αποτελεσματικότητα ενός ποινικού συστήματος κρίνεται από την ευχέρεια που διαθέτει στο κατά πόσο μπορεί να «…*αναμορφώνει τους παραβάτες.* […] *Τιμωρητικές πρακτικές όπως βασανιστήρια ή εξορία δεν μπορούν να αποβούν επαρκείς σε μια κοινωνία στην οποία η "εφαρμογή" της εξουσίας έχει σαν προϋπόθεση την ύπαρξη μιας τεχνολογίας εφαρμόσιμης στα υποκείμενα* […] *οι νέες πρακτικές* […] *η φυλάκιση, η υποχρεωτική εργασία, η συνεχής επιτήρηση, η ηθική αναμόρφωση, όλα αυτά υπονοούν ότι η τιμωρία απευθύνεται στον εγκληματία και όχι στο έγκλημα, δηλαδή στα στοιχεία εκείνα που τον κάνουν εγκληματία, στους λόγους* (reasons) *του, στα κίνητρά του, στα βαθύτερα "θέλω" του, στις τάσεις και στα ένστικτά του*».[187] Δηλαδή, η ψυχιατρική επιστήμη ουσιαστικά «έδωσε το άλλοθι», συνέβαλε (αλλά και προσδιόρισε) τον τρόπο, τη διαδικασία εκείνη μέσω της οποίας έγινε εφικτή μια τέτοια διαφοροποίηση και μετατόπιση του «κέντρου βάρους»: η μεταλλαγή των τιμωρητικών πρακτικών σαν μια συμβολή στη βιο-πολιτική του πληθυσμού, μέσω την εξυγίανσης των «άρρωστων» υποκειμένων.

[187] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 8. Για τον Foucault, σε στιγμές κρίσης και ανισορροπίας του συστήματος, η εξουσία επιχειρεί – προκειμένου να μην ανατραπούν ή τροποποιηθούν σημαντικά οι συσχετισμοί δύναμης – να διευθετήσει τα ζητήματα μέσω βελτιωμένων τεχνικών και «λεπτομερέστερων» και «πληρέστερων» γνώσεων για τα διάφορα υποκείμενα. Βλ. και Smart B., «Michel Foucault: υποκείμενα εξουσίας, αντικείμενα γνώσης», *Σύγχρονη Κοινωνιολογική Θεωρία*, τόμος .2, 1998, σ. 208 – 211.

Επανερχόμενοι στη θεωρία της μονομανίας, πιστεύουμε ότι μέσω της συγκεκριμένης θεωρίας ετέθη το πρόβλημα του προσδιορισμού της ποινής: «*τώρα που η αιτία του εγκλήματος έχει καταστεί η αιτία της τιμωρίας, πως κάποιος μπορεί να τιμωρήσει αν το έγκλημα έχει γίνει χωρίς λόγο*;».[188] Τελικά, όσο και αν οι δημόσιοι κατήγοροι ισχυρίζονταν ότι η σχέση θύτη και πράξης είναι αρκετή για να τιμωρήσει κάποιος, το ποινικό σύστημα ενσωμάτωσε την ανάγκη για κάποιο **κίνητρο**. Για να γίνει εφικτό το να λειτουργήσουν οι τιμωρητικοί μηχανισμοί, η σχέση ενός αδικήματος και ενός ατόμου στο οποίο το συγκεκριμένο αδίκημα μπορεί να αποδοθεί, δεν είναι πλέον αρκετή. Πρέπει να διευκρινιστεί το κίνητρο, το οποίο συνίσταται σε έναν «…*ψυχολογικά ευφυή δεσμό ανάμεσα στην πράξη και τον δράστη* […] *δηλαδή* […] *την ενσωμάτωση της πράξης μέσα στη συνολική συμπεριφορά του δράστη* […]. *Όσο πιο εμφανής αυτή η σχέση, τόσο πιο εύκολα ένα υποκείμενο μπορεί να καθίσταται τιμωριταίο*». Έκτοτε, η ψυχιατρική όλο και πιο επίμονα αναζητά την «σημειολογία του επικίνδυνου», ενώ φαίνεται ότι η έννοια της ποινικής υπαιτιότητας ολοένα και μεταλλάσσεται: πια «…*όσο πιο ψυχολογικά καθορισμένη μια πράξη φαίνεται ότι είναι/σημασιοδοτείται, τόσο περισσότερο ο δράστης της θα θεωρείται ποινικά υπεύθυνος*».[189]

Συμπερασματικά, και ακολουθώντας την παραπάνω ερμηνευτική προσέγγιση, ο Foucault προσδιορίζει την ανάπτυξη και τη «διαπλοκή» της ψυχιατρικής με την ποινική επιστήμη υπό την έννοια μιας σύνθετης και αλληλοτροφοδοτούμενης διαδικασίας, τα αποτελέσματα της οποίας εντάσσονται με ιδανικό τρόπο στο θεωρητικό του σχήμα αναφορικά με τις τακτικές ανάπτυξης και άσκησης της εξουσίας στα νέα αστικά περιβάλλοντα. Θεωρεί ότι η παρείσφρηση της ψυχιατρικής στο ποινικό σύστημα σε καμιά περίπτωση δεν είναι μια εξελικτική διαδικασία κάποιου προγενέστερου σταδίου. Και το πιο ενδιαφέρον αναφορικά με τη θεωρία της μονομανίας ίσως έγκειται στο γεγονός ότι λειτούργησε –αλλά και αποτέλεσε- το «σημείο επαφής», το πεδίο συνεύρεσης των δύο επιστημών, των συμβολισμών και αναπαραστάσεων που αυτές χρησιμοποιούν, καθώς και των πρακτικών που τις συνοδεύουν: «…*το τερατώδες έγκλημα είναι το σημείο συνάντησης της ιατρικής θέσης ότι η ψυχική ασθένεια σε τελευταία ανάλυση είναι πάντα επικίνδυνη, και του ότι οι*

[188] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 9.
[189] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 11.

δικαστές δεν έχουν –πια- τη δυνατότητα να προσδιορίσουν μια ποινή χωρίς να έχουν αποσαφηνίσει το κίνητρο».[190]

Τελικά, φαίνεται ότι η επικινδυνότητα, από όπου αυτή πηγάζει, όπως αυτή εκφράζεται, αλλά και όπως ερμηνεύεται, αποκτά μια διπλή χρηστικότητα: αφενός αποτελεί το ιδεολογικό άλλοθι για την επιστήμη της ψυχιατρικής ώστε να μπορέσει να πιστοποιήσει το λόγο της, και αφετέρου μεταλλάσσει την παλαιά έννοια της ποινικής υπαιτιότητας. Κατά τον Foucault, έκτοτε οι δύο αυτές επιστήμες έχουν εισέλθει σε μια ασαφή κατάσταση/φάση, η οποία δεν φαίνεται εύκολα εκκαθαρίσιμη. «*Το παιγνίδι μεταξύ ποινικής υπαιτιότητας και ψυχολογικού ντετερμινισμού έχει γίνει το "σταυροδρόμι" μεταξύ ποινικής και ιατρικής σκέψης*».[191] Με άλλα λόγια, έχουμε από την μια πλευρά τις ψυχιατρικές αποδώσεις της επικινδυνότητας. Από την άλλη τις ομιχλώδεις περιοχές της ποινικής υπαιτιότητας. Και οι θεωρίες περί μονομανίας, όχι μόνο έδωσαν την δυνατότητα στα δύο αυτά συστήματα να αναπτυχθούν, να εναγκαλιστούν και να αποτελέσουν το σημείο συνεύρεσης των γραμμάτων «Ψ» και «Π». Επιπλέον, η (διαχρονική, όπως φαίνεται) *ασάφεια του ορισμού των ορίων*, του τι τελικά είναι παιδί του «Π» και τι της «Ψ» και ποιος θα έχει την επιμέλεια, είναι μια διαχρονική σταθερά: Σαν να είναι *σταθερή* μόνο η έννοια της *ασάφειας*. Ίσως βρισκόμαστε εμπρός σε ένα επιπλέον παράδοξο.

2.4.ε. Η Κοινωνική Άμυνα

Ένα δεύτερο σημείο/στιγμή το οποίο, σύμφωνα με τον Foucault, είχε ιδιαίτερη βαρύτητα αναφορικά με τη σχέση της ψυχιατρικής με την ποινική επιστήμη, είναι η εμφάνιση –γύρω στα τέλη του 19^{ου} και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα- της σχολής της *κοινωνικής άμυνας*. Εν τω μεταξύ, η θεωρία της μονομανίας έχει εγκαταλειφθεί για δύο κυρίως λόγους. Πρώτον, γιατί αναδύεται η άποψη ότι η ψυχική πάθηση μπορεί να επηρεάσει τα ένστικτα, το συναίσθημα, και άλλες πλευρές της προσωπικότητας, αφήνοντας ανεπηρέαστη την σκέψη, τη συνείδηση, δηλαδή το «λογικό» μέρος της προσωπικότητας. Αυτή η «ενστικτική παρεκτροπή» ενείχε έντονο το στοιχείο της «ηθικής παρεκτροπής» η οποία σταδιακά έγινε η -σεξουαλικής κυρίως φύσης- «διαστροφή». Δεύτερον, η άποψη ότι η ψυχική ασθένεια μπορεί να είναι εξελικτική: η εικόνα της να ποικίλλει ανάλογα με τις περιστάσεις, όχι μόνο

[190] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, όπ.π., σ. 10.
[191] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, όπ.π., σ. 10.

αναφορικά με το υποκείμενο, αλλά και διαγενεακά: αναφερόμαστε στην έννοια του **εκφυλισμού**. Αυτές οι δύο τάσεις επιτρέπουν στην ψυχιατρική επιστήμη να υπεισέλθει πέραν των μεγάλων εγκλημάτων και σε όλη την σκάλα των διαταραχών. Τώρα πια υπάρχει ένα ποινικό και ένα ψυχιατρικό συνεχές (continuum) το οποίο επιτρέπει να θέτονται ερωτήσεις με ψυχιατρικούς όρους σε οποιοδήποτε στάδιο του ποινικού συστήματος. Η ψυχιατρική εξέταση δεν περιορίζεται πια στα μεγάλα εγκλήματα, αλλά –ακόμα και αν λάβει αρνητική απάντηση- τίθεται σε όλη την γκάμα των συμπεριφορών. Μέσω της ανάλυσης (αλλά και απόδοσης) των ενστίκτων «*…γίνεται εφικτό να παραχωρηθεί μια αιτιακή εξήγηση για όλες τις μορφές συμπεριφοράς –παραβατικές ή όχι- και με οποιονδήποτε βαθμό εγκληματικότητας περιέχουν*».[192] Ο Foucault ισχυρίζεται ότι, όπως η θεωρία της μονομανίας χρησίμευσε για να συνδεθεί η ψυχική ασθένεια με ένα χωρίς εμφανείς αιτίες έγκλημα, με παραπλήσιο τρόπο η έννοια του *εκφυλισμού* έγινε ο «δίαυλος» στο να καταστεί εφικτή η σύνδεση της «ελάσσονος» παραβατικότητας (άρα και της «ελάσσονος» επικινδυνότητας) με την αναπαράσταση μιας παθολογικής –πια- απειλής για το κοινωνικό σώμα.[193] Κατά την γνώμη μας, ο συγκεκριμένος προβληματισμός ίσως αποτελεί ένα από τα πιο δομικά σημεία στην εξελικτική της ψυχιατρικής σαν φορέα της δυνατότητας, όχι πια «ψυχολογιοποίησης», αλλά «ψυχιατρικοποίησης» ολοένα και περισσότερων συμπεριφορών. Αρχικά η ψυχιατρική μπόρεσε να πιστοποιηθεί σαν ο ελεγκτικός φορέας της «υγιούς» συμπεριφοράς. Αλλά αυτό δεν αρκεί. Μόνο από τη στιγμή που έγινε ο «ειδικός», ο επιλογέας του ποια συμπεριφορά είναι παραβατική (άρα και επικίνδυνη) εγκαθιδρύθηκε ουσιαστικά στο προσκήνιο: Φρονούμε ότι η σημαντική διαδικασία, την αρχή της οποίας ανιχνεύει σε αυτό το σημείο ο Foucault δεν είναι απλά η απόδοση στη ψυχιατρική μιας δικαιοδοσίας να ελέγχει να κρίνει και να προτείνει. Αντίθετα, της παρέχεται το «προνόμιο» να θέτει -αλλά και να μεταβάλλει- η ίδια τα κριτήρια εκείνα τα οποία θα εφεξής θα αποτελούν το γνώμονα αξιολόγησης του **ιατρικά** «υγιούς» ή «παθολογικού».

Σε αυτή τη διαφοροποίηση επικουρικά συνέβαλαν και διάφοροι παράγοντες οι οποίοι επέδρασαν στα συνεχώς εναλλασσόμενα αστικά περιβάλλοντα. Η αστυνόμευση αυξήθηκε με αποτέλεσμα καλύτερη καταγραφή και έλεγχο ακόμα και της «μικροπαραβατικότητας». Οι μεγάλες πολιτικές εξεγέρσεις ενείχαν έντονο πολλές φορές το στοιχείο της βίας, με

[192] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 12.
[193] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 14.

αποτέλεσμα συχνά να αντιμετωπίζονται σαν «απλά» φαινόμενα βίας: ο πολιτικά διαφορετικός σαν ο «εχθρός του κράτους». Σαν συνέπεια των παραπάνω, εμφανίστηκε η «literature of criminality», η «φιλολογία της εγκληματικότητας» η οποία, αν και εξαπλώθηκε σε πολλά πεδία, ουσιαστικά παρήγαγε το μήνυμα «η επικινδυνότητα αποτελεί μια συνεχή απειλή για το κοινωνικό σώμα». Αλλά το πιο βασικό σημείο ίσως έγκειται στη διαπίστωση της αποτυχίας του αναμορφωτικού συστήματος: φαίνεται ότι η φυλάκιση έχει αποτύχει. Δεν παράγει «ηθική θεραπεία», αλλά πιθανότατα επιφέρει εντελώς αντίθετα αποτελέσματα.[194] Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι η όλο και αυξανόμενη απαίτηση για καταστολή της εγκληματικότητας. «*Μιας εγκληματικότητας όμως…*» μας λέει ο Foucault «*…η οποία στο σύνολό της ερμηνεύονταν τόσο με ποινικούς όσο και με ιατρικούς όρους ενώ η βασική έννοια της ποινικής υπαιτιότητας φαινόταν τελείως ανεπαρκής στο να μπορέσει να καλύψει ένα τόσο ευρύ και ομιχλώδες πεδίο, όπως αυτό της ιατρο-ποινικής εγκληματικότητας*».[195]

2.4.στ. Η ιταλική σχολή της Εγκληματικής Ανθρωπολογίας

Μέσα σε αυτές τις ιστορικές συνθήκες εμφανίζεται η ιταλική σχολή της Εγκληματικής Ανθρωπολογίας, η οποία πολύ απλά προτείνει μια αποποινικοποίηση (depenalization) του εγκλήματος: «*…αυτό σήμαινε ολοκληρωτική εγκατάλειψη της δικαστικής αντίληψης της έννοιας της υπαιτιότητας και του να τεθεί το δομικό ερώτημα όχι αναφορικά με το βαθμό ελευθερίας του υποκειμένου, αλλά σε σχέση με τον βαθμό επικινδυνότητας που αντιπροσωπεύει για το κοινωνικό σώμα* […] *έδινε έμφαση στο ότι αυτό που αποκαλείται ποινή δεν πρέπει να είναι τιμωρία, αλλά μάλλον ένας μηχανισμός άμυνας του κοινωνικού σώματος, και γι' αυτό η σημαντική διαφορά δεν είναι μεταξύ του νομικώς υπαίτια άτομα να κριθούν ένοχα, και μη υπαίτια άτομα να αθωωθούν, αλλά ανάμεσα σε απόλυτα επικίνδυνα άτομα για την κοινωνία και σε μερικώς επικίνδυνα άτομα, υποκείμενα που μπορούν να πάψουν να είναι απειλή, με δεδομένο το ότι θα δεχθούν κάποιας μορφής θεραπεία.*».[196] Σημαντική αλλαγή: Από το έγκλημα, στον εγκληματία, από την πράξη, στο ποσοστό επικινδυνότητας που δυνητικά εμπεριέχεται στο υποκείμενο, από την τιμωρία του ένοχου μέρους, στην προστασία των «άλλων». «*Ούτε η εγκληματικότητα του υποκειμένου, ούτε η*

[194] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 13.
[195] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 13.
[196] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 13.

επικινδυνότητά του, ούτε η δυνητικά επικίνδυνη –μελλοντικά- συμπεριφορά του, ούτε η προστασία του κοινωνικού σώματος, τίποτα από αυτά δεν είναι δικαστικές έννοιες με την κλασσική τους έννοια. Μπορούν να λειτουργήσουν μόνο μέσω ενός συστήματος τεχνολογικής γνώσης το οποίο να επιτρέπει να χαρακτηριστεί το υποκείμενο πέρα από τις πράξεις του: ένα σύστημα ικανό να μετράει το ποσοστό επικινδυνότητας που ο καθένας περιέχει. Ένα σύστημα το οποίο να μπορεί να εγγυηθεί ότι μπορεί να εγκαθιδρύσει την αναγκαία προστασία απέναντι σε ένα τέτοιο κίνδυνο».[197] Αξίζει να σταθούμε λίγο σε αυτό το σημείο, για να επισημάνουμε τη σημασία, τη βαρύτητα των λέξεων «*δυνητικά επικίνδυνη –μελλοντικά- συμπεριφορά*» και «*…να χαρακτηριστεί πέρα από τις πράξεις του…*». Ίσως μπορούμε σε αυτό το σημείο να ανιχνεύσουμε τις πρώτες –έστω και πρωτόλειες- εκφάνσεις της έννοιας της *πρόληψης*. Μια έννοια η οποία, κατά τη γνώμη μας, θα αποτελέσει ένα κομβικό σημείο στις πρακτικές «υγιεινής» οι οποίες πριμοδοτούνται στα μοντέρνα και μεταμοντέρνα περιβάλλοντα. Μια έννοια της οποίας ιδιοσυστατικό χαρακτηριστικό είναι το στοιχείο της αυθαιρεσίας, της α-προβλεψιμότητας, της ασάφειας. Γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαία μια όσο το δυνατόν πιο ισχυρή και στιβαρή τεχνολογική δομή. Ισχυρή, όχι μόνο αναφορικά με το ποσοστό επιστημονικού κύρους που διαθέτει, αλλά και στο κατά πόσο έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιεί ελεύθερα τον ανελκυστήρα για το «εξουσιαστικό penthouse».

2.4.ζ. Η έννοια της επικινδυνότητας: διαδρομές

Οι θέσεις των κοινωνικών ανθρωπολόγων σιγά – σιγά, και για διάφορους λόγους εγκαταλείφθηκαν και τη θέση τους κατέλαβε «*…μια σαφώς πιο ανεπαίσθητη ψυχο-κοινωνιολογία της εγκληματικότητας, η οποία φαίνεται είναι προσφιλέστερη στο ποινικό σύστημα*»,[198] αλλά κατά τον Foucault κάποιες από τις δομικές τους θέσεις έχουν «ριζώσει», τόσο στην ποινική σκέψη όσο και στις ποινικές πρακτικές. Αυτές οι μεταλλάξεις –αν και «αόρατες» σε ένα πρώτο επίπεδο (ο Foucault το επισημαίνει: γενικά «*…η ποινική νομοθεσία παρέμεινε αμετάβλητη*»[199]) έχουν άμεση σχέση με ένα στοιχείο καίριας σημασίας: *την έννοια της ποινικής υπαιτιότητας.* Και το ενδιαφέρον σημείο είναι η υπόθεση του Foucault αναφορικά με τον τρόπο που η συγκεκριμένη έννοια διαμόρφωσε τα τόσο ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της. Πιο συγκεκριμένα, προτείνει ότι οι θέσεις της εγκληματικής

[197] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σσ. 13-14.
[198] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 14.
[199] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 14.

ανθρωπολογίας σε καμιά περίπτωση δεν θα είχαν «καταφέρει» να εισχωρήσουν –πόσο μάλλον να παγιωθούν- στην ποινική σκέψη αν δεν είχε μεσολαβήσει μια αλλαγή στην αστική νομοθεσία. Η αλλαγή αυτή είχε σχέση με την *έννοια της διακινδύνευσης*, της οποίας οι βασικές εφαρμογές δεν αφορούν τόσο τον ποινικό κώδικα, όσο οικονομικές και πολιτικές παραμέτρους: οι κοινωνικές, εργασιακές, οικονομικές, αλλαγές, οι διαφοροποιήσεις στον αστικό τρόπο διαβίωσης, οι μεταβολές στην ιατρική και στην τεχνολογία γενικότερα, επέφεραν με τη σειρά τους δύο διαφοροποιήσεις στο πεδίο των *ασφαλίσεων/αποζημιώσεων*. Πρώτον, η πιθανή βλάβη μπορεί να προκαλείτο από κάποιον τρίτο, και δεύτερον και σημαντικότερον, ατυχήματα πολλές φορές συνεβαίναν από κάποιο μικρό σφάλμα: από αμέλεια, θα μπορούσαμε να μεταφράσουμε. Με συνέπεια, να μην είναι δυνατό να καταλογιστεί στο δράστη ούτε αστική υπαιτιότητα και κυρίως ούτε οικονομική ευθύνη. «*Το πρόβλημα ήταν το πώς θα γίνει εφικτό να καθιερωθεί νομικά η έννοια της "χωρίς σφάλμα υπαιτιότητας"* […] *και στην αναζήτηση για την συγκεκριμένη έννοια, οι νομοθέτες έδωσαν έμφαση σε κάποιες καίριες αρχές*».[200] Η υπαιτιότητα πρέπει να εγκαθιδρύεται, όχι σύμφωνα με τη σειρά των λαθών που διαπράχθηκαν, αλλά σύμφωνα με μια αιτιακή σχέση αιτίου – αποτελέσματος. Αυτή η «αιτιακή αλυσίδα» πρέπει να αποτελείται από ακριβή και διαδεχόμενα γεγονότα/πράξεις, ενώ πρέπει να υπολογίζεται συστηματικά το *ποσοστό διακινδύνευσης* που η κάθε πράξη περιέχει. Επιπλέον, αυτό το ποσοστό διακινδύνευσης πρέπει να μειώνεται με όσο το δυνατόν συστηματικότερο τρόπο, «…*αλλά σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να εξαφανιστεί τελείως*».[201] Τέλος, από τη στιγμή που αυτή η «χωρίς σφάλμα» υπαιτιότητα συνδέθηκε με μια διακινδύνευση η οποία δεν μπορεί ποτέ να εξαλειφθεί τελείως, τα ασφαλιστικά μέτρα δεν επενεργούν εν είδει ποινής ή τιμωρίας, αλλά σε επίπεδο επιδιόρθωσης της βλάβης, και με στόχο μια σταδιακή ελαχιστοποίηση των μελλοντικών κινδύνων. Θα θέλαμε να μείνουμε για λίγο στο «…*αλλά σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να εξαφανιστεί τελείως*». Φαίνεται, δηλαδή, ότι η έννοια της επικινδυνότητας μπορεί να λειτουργήσει μόνο στην περίπτωση που το ποινικο-ιατρικό σύστημα εντάξει στη δομή του το στοιχείο της ανεπάρκειας αναφορικά με το να καταφέρει να εξαλείψει τελείως τη συγκεκριμένη παράμετρο. Με άλλα λόγια, το σύστημα είναι υποχρεωμένο –ακόμα και αν έχει τη δυνατότητα- να βρει ένα τρόπο να *μην μπορεί* να προβλέπει και να αντιμετωπίζει ουσιαστικά τον «επικίνδυνο». Αντίθετα, και σε ένα πιο ρητό επίπεδο, φαίνεται ότι πρέπει να σχηματοποιεί συστήματα λόγων τα οποία να

[200] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 15.
[201] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 15.

μεταφέρουν το μήνυμα, τη θέση ότι η πρόβλεψη και η καταστολή της επικινδυνότητας αφενός είναι ζωτική και αφετέρου είναι μια συνεχώς εξελισσόμενη διαδικασία: «*κάνουμε ότι είναι δυνατόν. Αλλά...*»

Κάπως έτσι οι αστικοί νομοθέτες ανέσυραν την έννοια της επικινδυνότητας καθώς και τη θέση για μια ποινή της οποίας το κύριο χαρακτηριστικό θα είναι «*…το να αμύνεται, να προστατεύει, να ασκεί πίεση σε αναπόφευκτους κινδύνους*».[202] Αυτή η «αποποινικοποίηση» της αστικής νομοθεσίας προσέφερε ένα εκμαγείο εφαρμογής, ένα έτοιμο μοντέλο για τον ποινικό νόμο με βάση κάποιες από τις βασικές θέσεις της σχολής της εγκληματικής ανθρωπολογίας. Όπως κάποιος μπορεί να υπολογίσει την αστική υπαιτιότητα χωρίς να διαπιστώσει κάποιο σφάλμα ή παράβαση, απλά και μόνο συνεκτιμώντας το ποσοστό κινδύνου απέναντι στο οποίο είναι αναγκαία η λήψη κάποιων (αμυντικών) μέτρων, με τον ίδιο τρόπο κάποιος μπορεί να θεωρήσει ένα υποκείμενο ποινικά υπεύθυνο απλά με το να καταφέρει να συνδέσει μια πράξη με το ποσοστό εγκληματικότητας που το συγκεκριμένο υποκείμενο πιστεύεται ότι κατέχει: «*είναι υπεύθυνος από τη στιγμή που –μέσω όλης του της ύπαρξης- αποτελεί μια "μηχανή παραγωγής" επικινδυνότητας, ακόμα και αν δεν έχει προβεί σε κάποια αξιόποινη πράξη, από τη στιγμή που δεν διαθέτει προσωπική ελεύθερη βούληση ώστε να μπορεί να επιλέξει το καλό από το κακό. Και ο ρόλος της ποινής δεν έγκειται στο να τιμωρήσει ένα υποκείμενο το οποίο "εθελοντικά" παρέκβηκε τον νόμο, αλλά να μειώσει όσο το δυνατόν περισσότερο* […] *το ποσοστό εγκληματικότητας το οποίο διακυβεύεται αναφορικά με το συγκεκριμένο υποκείμενο*».[203] Τελικά, η έννοια της επικινδυνότητας, του ρίσκου αποτέλεσε το βασικό «μετασχηματιστή» (shunting switch) των πρακτικών: η νομοθεσία αφομοίωσε τη συγκεκριμένη έννοια μέσω της θέσης για μια «χωρίς σφάλμα υπαιτιότητα», ενώ η ανθρωπολογία, η ψυχολογία, η ψυχιατρική την αφομοίωσαν μέσω της θέσης περί καταλογισμού χωρίς ελεύθερη βούληση. Και θεωρούμε ότι η θεωρία της κοινωνικής άμυνας προσέφερε σε αυτό ακριβώς το επίπεδο: χορήγησε όχι μόνο συγκεκριμένες θεωρητικές αρχές και θέσεις, αλλά και ένα τρόπο προσέγγισης και ερμηνείας του οποίου ουσιαστικό παράγωγο (έστω και μέσω μιας ιδιαίτερα δαιδαλώδους και δύσκολα ανιχνεύσιμης διαδρομής) ήταν η έννοια της επικινδυνότητας. Μια έννοια η οποία αφομοιώθηκε από τα επιμέρους συστήματα παραγωγής και άσκησης εξουσίας, ώστε τελικά να τροποποιηθεί το βασικότερο κριτήριο ελέγχου και απόδοσης δικαιοσύνης: όχι

[202] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, όπ.π., σ. 16.
[203] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σ. 16.

πια μέσω μιας «καθαρής» αιτιακής σχέσης παραπτώματος – ποινής (κάτι που ο Foucault εν τέλει το θεωρεί ουτοπικό), αλλά με κριτήριο «τι είναι ο άλλος». Ουσιαστικά, η Κοινωνική Άμυνα αποτέλεσε το σημείο επαφής της ψυχιατρικής και της ποινικής επιστήμης, την αρχή του «ειδυλλίου»: «*Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή η μεταλλαγή έλαβε χώρα μέσω μιας διαρκούς και ατελεύτητης σύγκλησης και συνδιαλλαγής μεταξύ της ιατρικής και ψυχιατρικής γνώσης και του δικαστικού συστήματος: μια ομάδα εννοιών και θέσεων γεννήθηκαν στα όρια (boundaries) της επικράτειάς τους, και μέσω της συνδιαλλαγής τους*».[204] Και ενώ – κατά τον Foucault- αυτή η διαδικασία εισήγαγε σε ένα πρώτο επίπεδο κυρίως ανακρίβειες και αβεβαιότητες μιας προβληματικής γνώσης, το βασικό διαφοροποιητικό στοιχείο είναι ακριβώς η μεταλλαγή που πριν λίγο περιγράψαμε: η δημιουργία του «επικίνδυνου υποκειμένου», ένα υποκείμενο του οποίου η ύπαρξη δίνει στην κοινωνία το δικαίωμα παρέμβασης με γνώμονα, όχι με το τι «έκανε» αλλά με το τι «είναι» ο άλλος. Ο Foucault συμπεραίνει ότι ακόμα από τον καιρό των «μεγάλων εγκλημάτων» και της δόμησης της θεωρίας της μονομανίας το βασικό διακύβευμα είναι η έννοια της επικινδυνότητας. Ας τολμήσουμε να προσθέσουμε: το βασικό «μέλημα» πέραν του προσδιορισμού του «επικίνδυνου υποκειμένου» είναι η *ένταξη της διαδικασίας* μέσα στις διαφοροποιημένες εξουσιαστικές πρακτικές. Δηλαδή, θεωρούμε ότι πιο ενδιαφέρον –και πιο σημαντικό- δεν είναι τόσο η ουσιαστική αναγνώριση του ποιος είναι επικίνδυνος και ποιος όχι. Ούτε η τυπολογία της κοινωνικής αντίδρασης: αν θα είναι κατασταλτική, θεραπευτική, ή κάτι άλλο. Ίσως το πιο ζωτικό είναι η παγίωση της συγκεκριμένης μεθοδολογίας σαν τρόπος-διαδικασία ερμηνείας του κοινωνικού γίγνεσθαι. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο θεωρούμε τόσο κρίσιμη τη θέση περί μη δυνατότητας ολοκληρωτικού ελέγχου (άρα και ολοκληρωτικής εξάλειψης) της επικινδυνότητας. Κάτι τέτοιο αυτόματα θα προκαλούσε την ολοκληρωτική κατάρρευση μιας μεθοδολογίας αναπτυσσόμενης όλο και πιο στιβαρά.

Ο Foucault επιμένει: η διαλεκτική σχέση μεταξύ ποινικής και ψυχιατρικής επιστήμης αποτέλεσε τόσο μια βραδεία και χρονοβόρα διαδικασία, όσο και μια διαδικασία η οποία λειτούργησε τροφοδοτούμενη πολυεπίπεδα. Το σίγουρο είναι ότι το «επικίνδυνο υποκείμενο» σαν αυθύπαρκτη οντότητα με συγκεκριμένα και μετρήσιμα χαρακτηριστικά (ασχέτως του ποσοστού μεταβλητότητας αυτά τα χαρακτηριστικά διαθέτουν) αναδύεται όλο και συχνότερα. Ακόμα και αν δηλώσουμε «οπαδοί» της μάλλον ευπροσήγορης άποψης ότι η επικινδυνότητα και τα υποκείμενα-ξενιστές της δεν είναι τίποτε παραπάνω από μια

[204] Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, οπ.π., σσ. 16-17.

κοινωνική κατασκευή,[205] δεν μπορούμε να μη λάβουμε υπόψη τη συνθετότητα της έννοιας καθώς και τις πολλαπλές παραφυάδες της σε πεδία –τουλάχιστον- διαφορετικά μεταξύ τους.

Και ένα πρώτο ενδιαφέρον σημείο είναι το ότι η έννοια ουσιαστικά αποτελεί το εξελικτικό παράγωγο ενός συμφύρματος εννοιών οι οποίες αναδύθηκαν σταδιακά, πολλές φορές ούσες ασύμβατες μεταξύ τους. Μέσω της *θεωρίας της μονομανίας*, αποσυνδέεται το έλ-λογο από το ά-λογο τμήμα της προσωπικότητας, και εμφανίζεται η έννοια του *ακαταλόγιστου*. Δημιουργείται, δηλαδή, η θέση ότι υπάρχουν συμπεριφορές οι οποίες δεν εντάσσονται στο «λογικό μέρος», στην ελεύθερη βούληση του υποκειμένου, αλλά εκπορεύονται από ένα τμήμα που το υποκείμενο δεν ελέγχει: είναι *ακαταλόγιστες*. Προσοχή όμως. Η δυσλειτουργία φαίνεται ότι απευθύνεται κυρίως στο συμπεριφορικό, στο «λογικό» τμήμα. Στις γνωσίες. Δηλαδή, στη σκέψη, στη βούληση, σε λειτουργίες οι οποίες αφορούν τα πιο εξελιγμένα «πεδία» του εγκεφάλου μας. Και στη συνέχεια, η ανάδυση της έννοιας του *εκφυλισμού* επέτρεψε όχι μόνο την «επέκταση» της παρέμβασης σε πεδία όπως τα «ένστικτα» και το «συναίσθημα» (δηλαδή τις «κατώτερες» εξελικτικά περιοχές του εγκεφάλου), αλλά κυρίως τη γενίκευση της παρέμβασης σε ηπιότερες «παραβατικές» συμπεριφορές, οι οποίες –επί της ουσίας- αφορούσαν όλο το γενικό πληθυσμό: έγινε εφικτό να «μεγαλώσει το δείγμα». Με λίγα λόγια, αυτό που έγινε εφικτό ήταν τόσο η *σύνδεση* της παραβατικότητας (τόσο της «τερατώδους» όσο και της «καθημερινής «μικρο-παραβατικότητας») με την παθολογία, όσο και η *αποσύνδεση* αυτής της παθολογικής παραβατικότητας από τη λογική. Από την ελεύθερη βούληση.

Σε αυτό το «έδαφος» έρχονται και –κατά τον Foucault- ριζώνουν κάποιες από τις βασικές θέσεις της σχολής της Κοινωνικής Άμυνας, των οποίων η βασική εννοιολογική θέση φρονούμε ότι είναι αυτή της *πρόληψης*. Η πρόληψη σαν μια έννοια-συμπερασματικό παράγωγο της θέσης ότι η βασική διάσταση της επικινδυνότητας πρέπει να αναφέρεται στο βαθμό που αποτελεί απειλή για το κοινωνικό σώμα. Ουσιαστικά οι θέσεις της σχολής προσέφεραν τα μέγιστα στη δημιουργία της έννοιας της *ποινικής υπαιτιότητας*, μια έννοια όμως η οποία δεν μπόρεσε να πάρει την «τελική μορφή» της παρά μέσα από την παρεμβολή της αστικής νομοθεσίας και κώδικα. Η έννοια της διακινδύνευσης, του ρίσκου,

[205] «*Η επικινδυνότητα* […] *έννοια ρευστή και ελαστική, προσδιοριζόμενη κάθε φορά από τις ανάγκες των κυρίαρχων δυνάμεων. Αποκτά νόημα πάντοτε σε συνάρτηση με ένα κοινωνικό σύνολο. Δεν υπάρχει έξω απ' αυτό*». Παπαδοπούλου, Π., «Η κοινωνική Απεικόνιση της Επικινδυνότητας», στο: *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, επιμ. Μ. Λειβαδίτης, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, χ.χ., σ. 195.

μια έννοια με σαφώς «οικονομικό» χαρακτήρα, έρχεται και συνεπικουρεί στη μετάλλαξη και στη δημιουργία ποινικο-ιατρικών μορφωμάτων όπως οι έννοιες της *ποινικής υπαιτιότητας* και της *χωρίς σφάλμα υπαιτιότητας*. Όλες αυτές οι εννοιολογήσεις προσφέρουν στην αλλαγή της αντίληψης για το ποινικό σύστημα και ειδικότερα για τους τιμωρητικούς και πειθαρχικούς μηχανισμούς. Και αυτό είναι το δεύτερο ενδιαφέρον σημείο. Η διαλεκτική σχέση μεταξύ ιατρικής και ποινικής επιστήμης προσέφερε σαν καρπό ένα σύστημα πυρηνικά διαφορετικό. Η τιμωρία σαν ανταποδοτική πρακτική αποσύρεται, ενώ η κύρια συνιστώσα που προβάλλεται αφορά τις αναμορφωτικές πρακτικές. Πρακτικές που στοχεύουν στο Υποκείμενο ολιστικά: στο Εγώ του, στο Id του, στο Υπερεγώ του. Η «πράξη» απλά καταδεικνύει, αλλά και αυτό δεν είναι αρκετό. Μόνο τη στιγμή που η έννοια του «επικίνδυνου υποκειμένου» απαρτιώθηκε, το σύστημα έχει τη δυνατότητα να αναλάβει τον ουσιαστικό ρόλο του: ρόλος ο οποίος συνίσταται στο να ελαχιστοποιούνται όχι οι *ενεστώτες*, αλλά οι *μελλοντικοί* κίνδυνοι για το κοινωνικό σώμα: Αναφέρει χαρακτηριστικά η Butler: «*Επικίνδυνο θεωρείται αυτό που κρίνεται ως επικίνδυνο από το κράτος· έτσι, για μία ακόμα φορά, το κράτος διατυπώνει τι είναι επικίνδυνο και, διατυπώνοντάς το, εγκαθιδρύει τις συνθήκες για τη δική του δυνατότητα να προκαταλαμβάνει και να σφετερίζεται το νόμο, μια έννοια του νόμου την οποία έχει ήδη σφετεριστεί μέσω του τραγικού και πιστού αντιγράφου μιας δίκης* […]. *Αν κάποιος απλώς κρίνεται επικίνδυνος, τότε δεν χρειάζεται πλέον να αποφασιστεί εάν έχουν τελεστεί εγκληματικές πράξεις. Για την ακρίβεια, το να "κρίνεται" ότι κάποιος είναι επικίνδυνος αποτελεί ανυπόστατη κρίση που στις περιπτώσεις αυτές έχει ως αποτέλεσμα να προκαταλαμβάνονται οι ετυμηγορίες, για τις οποίες απαιτούνται αποδείξεις*».[206]

[206] Butler, J., *Ευάλωτη ζωή: οι δυνάμεις του πένθους και της βίας*, μτφ. Μ. Λαλιώτης, Κ. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2009, σ. 137.

Κεφάλαιο 3. Η Ψυχιατρική Γνώση

3.1. Εισαγωγικά

Όπως ήδη αναφέρθηκε η ψυχιατρική θεωρείται μια «νέα» επιστήμη. Αν εκκινήσουμε αναγιγνώσκοντας τη ψυχιατρική επιστήμη –και συνακόλουθα, τη ψυχιατρική γνώση- σαν τον φορέα εκείνο μέσω του οποίου αντικατοπτρίζεται η σχέση της τρέλας με το πλαίσιο στο οποίο ανέκαθεν εμφανιζόταν (και εμφανίζεται), τότε ίσως θα ήταν ενδιαφέρον το να δούμε πως αυτή η σχέση δομήθηκε και προσδιορίστηκε διαχρονικά. Με ποιο τρόπο εμφανίστηκε, μεταλλάχθηκε, ονοματίσθηκε, και εν τέλει κατέληξε στη σημερινή της μορφή.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στη διαδρομή της ψυχιατρικής επιστήμης. Στόχοι μας είναι τόσο α) η περιγραφή της εξελικτικής της ψυχιατρικής, του τρόπου με τον οποίο απέκτησε και συνεχίζει να διεκδικεί την υπόστασή της, της *αλήθεια* της σαν ένας επιστημονικός κλάδος, όσο και β) η περιγραφή των μεταλλαγών και των διαφοροποιήσεων που η συγκεκριμένη επιστήμη διένυσε κατά τη διάρκεια της ιστορικής διαδρομής της. Επιπλέον, γ) θεωρούμε σημαντικό το να προσδιορίσουμε τον τρόπο, ή τις εκφάνσεις, μέσω των οποίων η ψυχιατρική επιστήμη λειτουργούσε στο εκάστοτε κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο και σε συγκεκριμένες ιστορικές συνθήκες. Σε αυτή τη διαδρομή θεωρούμε ότι τα κομβικά σημεία – σταθμοί αφορούν: α) την αναπαράσταση της ψυχικής υγείας και ασθένειας έτσι όπως αυτή εκφράσθηκε στους κλασσικούς και ελληνιστικούς χρόνους, β) τις αναπαραστάσεις που εμφανίσθηκαν και παγιώθηκαν κατά τη περίοδο του Μεσαίωνα, καθώς και τους τρόπους αντιμετώπισης και διαχείρισης του ψυχικά πάσχοντα κατά την περίοδο εκείνη, γ) την περίοδο μετά τον Μεσαίωνα, η οποία ουσιαστικά σημασιοδοτεί και την μετάβαση στο «αστικό» παράδειγμα κοινωνικής οργάνωσης, (Αναγέννηση και περίοδος του Διαφωτισμού), στην οποία εμφανίσθηκαν μορφώματα πολύ πιο σταθερά διαχρονικά, όπως αυτό του Ασύλου, δ) την περίοδο του Β. παγκοσμίου πολέμου, όπου η ψυχιατρική επιστήμη διένυσε ίσως μια από τις πλέον «δραματικές» περιόδους της, και τέλος ε) την περίοδο από τον Β. παγκόσμιο πόλεμο έως τις μέρες μας, όπου υπάρχει μια ταχεία ανάδυση πολυπληθών θεωρητικών σχημάτων, κατευθύνσεων, πρακτικών οι οποίες συναινούν, συγκρούονται, παράγουν, διαμορφώνουν, αναιρούν και εν τέλει μορφοποιούν τη ψυχιατρική όπως περιγράφεται σήμερα.

3.2. Η ελληνιστική περίοδος

Η σχέση τρέλας και κοινωνίας πραγματικά χάνεται στις απαρχές του πολιτισμού. Υπάρχουν αναφορές για αυτό που θα μπορούσαμε να περιγράψουμε «κοινωνική αντίδραση» στη ψυχικά ασθένεια εδώ και χιλιάδες χρόνια.[207] Από την αρχαία Ελλάδα, στην κλασσική εποχή, διαφαίνονται καθαρότατα αναπαραστάσεις, ή καλύτερα οι αναπαραστάσεις –και η μεταξύ τους διάσταση- που θα ακολουθούσαν τη ψυχική νόσο και την σχέση της με το «κοινωνικό» έως τις μέρες μας. Στους κλασικούς αρχαιοελληνικούς χρόνους η «εννοιολογική απόσταση» αφορά τις πεποιθήσεις ανάμεσα στις *επιστημολογικές* απόψεις και θέσεις για την προέλευση της ψυχικής ασθένειας και στις απόψεις οι οποίες εκφράζουν τη –στερεοτυπική- *Θεϊκή* θέση[208] αναφορικά με την αιτιολογία των ψυχικών νοσημάτων. Η επιστημονική προοπτική και προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας προέρχεται κυρίως από τον Ιπποκράτη και την θεωρία του περί *Χυμών*.[209]

Ο Ιπποκράτης, επηρεασμένος από τη φιλοσοφία των Πυθαγόρειων φιλοσόφων όπως ο Αλκμέων ο Κροτωνιάτης και ο Εμπεδοκλής ο Ακραγαντινός, υιοθετεί τη *θεωρία των τεσσάρων χυμών*. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, η υγεία του οργανισμού –ο οποίος για τον Ιπποκράτη αποτελεί μια ενιαία, βιοψυχική οντότητα- αντιστοιχεί στην αρμονική ανάμιξη των τεσσάρων χυμών: του *αίματος*, του *φλέγματος*, της *κίτρινης* και της *μαύρης χολής*, οι οποίες αντιστοιχούν στα τέσσερα βασικά συμπαντικά στοιχεία: στο θερμό, στο ψυχρό, στο υγρό και στο ξηρό. Υπ' αυτό το πρίσμα, μια δυσαρμονία των τεσσάρων χυμών διαταράσσει τον οργανισμό προκαλώντας είτε περίσσεια ενός εξ αυτών, είτε έλλειμμα, είτε μετάσταση, δηλαδή μετακίνηση, είτε φθορά. Για τον Ιπποκράτη, ο εγκέφαλος είναι το

---

[207] Υπάρχουν ενδείξεις ότι διαδικασίες **τρυπανισμού** (τρυπήματος του κρανίου για να «φύγουν τα κακά πνεύματα) συνέβαιναν ακόμα και 3000 με 4000 χρόνια πριν, στη νεολιθική περίοδο. Ο τρυπανισμός ήταν ιδιαίτερα διαδεδομένος μέχρι και την περίοδο του μεσαίωνα, ενώ η πρακτική αυτή αντανακλά τις ρίζες της στη σύγχρονη ψυχοχειρουργική. Ο **σαμανισμός**, ο οποίος πιθανότατα εκφράζει το «λαϊκό παράδειγμα» της αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου και προέρχεται πιθανότατα από την λέξη «σαμάν» η οποία σήμαινε «άνθρωπος – μάγος ή της ιατρικής» στη γλώσσα Tungus της Β. Σιβηρίας, εκφράζει διάφορες εναλλακτικές μορφές ψυχοθεραπείας, αυτές που στην καθομιλουμένη αναφέρονται ως «παραψυχολογία». Βλ. Μάνος, Ν., *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997, σ. 17.

[208] Στην αρχαία Ελλάδα, οι δύο υπεύθυνες θεότητες για την ψυχική ασθένεια ήταν η *Μανία* και η *Λύσσα*, οι οποίες, όταν καταλαμβάνουν τους ανθρώπους, τους κάνουν είτε να είναι *βίαιοι*, είτε να είναι *περιπλανώμενοι*. Μάνος, Ν., *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, οπ.π., σ. 18

[209] Αναφέρει χαρακτηριστικά για την επιληψία ότι «*…με την αρρώστια που την λένε ιερή, ιδού πως έχει το πράγμα: δεν πιστεύω καθόλου πως η αρρώστια αυτή είναι πιο θεϊκή από τις άλλες αρρώστιες ή πιο ιερή*». *Ιπποκρατική Ιατρική*, εισ., μτφ. Δ. Λυπουρλή, Θεσσαλονίκη, 1972, σ. 119 – 151., όπως αναφέρεται στο: Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, μτφ. Ν. Αλεξανδρή, Ε. Μόλαρη, Α. Πίγκου, Α. Σπυράκου, Εξάντας, Αθήνα, 2004, σ. 9.

όργανο εκείνο στο οποίο εδράζονται όλες οι βασικές νοητικές μας λειτουργίες.[210] Προσπαθώντας να προλάβουμε ένα πιθανό σκεπτικισμό του αναγνώστη για το βάθος της ιστορικής μας παλινδρόμησης, να υπενθυμίσουμε το εξής: Στις νοσολογικές κατατάξεις της εποχής εκείνης,[211] αλλά και στη νομική διαχείριση της έννοιας της ψυχικής ασθένειας,[212] ακόμα και μετά από σχεδόν τρεις χιλιετηρίδες, φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετά παραπλήσιες αναγωγές. Με άλλα λόγια, θεωρούμε ότι η ψυχιατρική Γνώση, το γνωστικό «οπλοστάσιο» της ψυχιατρικής, διατηρεί αρκετά παραπλήσιες κάποιες από τις δομικές του θέσεις, αν όχι στην αιτιολογία των ψυχικών νοσημάτων, σίγουρα όμως αναφορικά με την περιγραφή της φαινομενολογίας τους. Ίσως η θεωρία των Χυμών του Ιπποκράτη μας δείχνει ακριβώς αυτή τη ιστορική συνέχεια: Για τον Ιπποκράτη, η κατάθλιψη προέρχεται από την περίσσεια της *μαύρης χολής*, εξ' ου και η νόσος ονομάστηκε μελαγχολία. Αλλά μέχρι και σήμερα, έτσι ονομάζεται.

Στους κλασσικούς και ελληνιστικούς χρόνους, συνεχίζει να υπάρχει μια παράλληλη πορεία και παρουσία του διπόλου των εξω-επιστημονικών και των επιστημονικών προοπτικών της ψυχικής ασθένειας. Σε αυτές τις ιστορικές συνθήκες, και στο συγκεκριμένο πολιτισμικό χωροχρόνο μπορούμε να ανιχνεύσουμε τις δύο τάσεις, συχνά ανταγωνιστικές μέχρι και τις μέρες μας, ανάμεσα στις οποίες «ταλαντώνεται» η ψυχική ασθένεια: από την «ψυχογένεση», το κατάλοιπο της «μαγικο-θρησκευτικής» προσέγγισης, της οποίας η ψυχοπαθολογία και η ψυχροθεραπεία μπορούν να θεωρηθούν σαν οι εκκοσμικευμένες

---

[210] «*Οπωσδήποτε, οι άνθρωποι πρέπει να γνωρίζουν ότι η μοναδική πηγή από όπου προέρχονται οι ηδονές και οι χαρές μας, τα γέλια και τα αστεία μας, είναι ο εγκέφαλος· το ίδιο και οι λύπες και οι στεναχώριες, οι βαρυθυμίες και τα κλάματα. Χάρη σ' αυτόν κυρίως σκεφτόμαστε, βλέπουμε, ακούμε και ξεχωρίζουμε (διαγιγνώσκομεν) το άσχημο από το όμορφο, το κακό από το καλό, το ευχάριστο από το δυσάρεστο…Ο εγκέφαλος όμως είναι και η αιτία που τρελαινόμαστε και παραφρονούμε. Από δική του επίδραση είναι και οι φόβοι και οι αγωνίες που μας κυριεύουν τη νύχτα ή τη μέρα, οι αϋπνίες και τα σφάλματά μας.* […] *Όλα αυτά τα παθαίνουμε όταν ο εγκέφαλος δεν είναι υγιής, αλλά έχει γίνει πιο θερμός από το κανονικό ή πιο ψυχρός ή πιο υγρός ή πιο ξερός, ή γενικά όταν έχει πάθει κάτι που είναι αντίθετο με τη φύση του, κάτι στο οποίο δεν ήταν συνηθισμένος*». *Ιπποκρατική Ιατρική*, οπ.π., σ. 9.

[211] Ο Καίλιος Αυρηλιανός, περί τον 2ο μ.Χ. αιώνα, γράφει τα έργα *Περί των Οξείων Νόσων* και *Περί των Χρονίων Νόσων,* φέρνοντας στο προσκήνιο την Ιπποκρατική προοπτική, αντιπαραθέτοντας τις δύο *οξείες* νόσους (την μία με πυρετό και την άλλη χωρίς πυρετό) την *φρενίτιδα* και το *λήθαργο* στις δύο *χρόνιες* νόσους, την *μανία* (που την χαρακτηρίζει η διέγερση) και την *μελαγχολία* (που την χαρακτηρίζει η καταβολή), προσιδιάζοντας το «σχήμα» του σε μεγάλο βαθμό με κάποιες ιδιαίτερα σύγχρονες νοσολογικές κατατάξεις. Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 10.

[212] Η έννοια του εγκλεισμού των ψυχικά πασχόντων αναφέρεται για πρώτη φορά στους *Νόμους* του Πλάτωνα. Για παράδειγμα, ένα ψυχικά πάσχον άτομο ήταν δυνατόν να καταδικαστεί με φυλάκιση έως και πέντε χρόνια, με ρητή εντολή να μην έχει καθόλου επαφές με την υπόλοιπη κοινότητα. Μετά το διάστημα αυτό ο ψυχικά πάσχων έπρεπε να απελευθερωθεί, εάν η συμπεριφορά του είχε βελτιωθεί, ειδ' άλλως έπρεπε να θανατωθεί. Επιπλέον, ο κύριος υπεύθυνος της «διαχείρισης» του ψυχικά πάσχοντα ήταν η οικογένειά του, η οποία όφειλε να τον περιθάλπει και να τον φροντίζει. Μαδιανός, Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2003, σ. 27, 30.

εκφάνσεις της, μέχρι την «οργανογένεση», η οποία συσπειρωμένη γύρω από την «σωματική» τάξη αποδίδει και ερμηνεύει τη ψυχική νόσο σαν μια εγκεφαλική απορρύθμιση. Επίσης, θεωρούμε ότι το εκάστοτε κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, συσχετιζόμενο βέβαια με τις ισχύουσες θέσεις περί ψυχικής νόσου, εκφράζει τον τρόπο και την τυπολογία αντίδρασης απέναντι σε αυτό που η κοινωνία ερμηνεύει ως ψυχική νόσο. Κατ' αυτό τον τρόπο, στην κλασσική εποχή, παράλληλα με την θεϊκή ή τη λαϊκή προσέγγιση έτσι όπως εκφραζόταν μέσα από το θέατρο, υπάρχουν και οι θέσεις του Ιπποκράτη οι οποίες αφορούν την ψυχική νόσο αυτή καθαυτή, αλλά και οι θέσεις του Πλάτωνα ή του Αριστοτέλη. Ο Πλάτωνας θεωρούσε ότι η ανθρώπινη ψυχή αποτελείται από τρία μέρη: το *λογικόν*, το *θυμοειδές* και το *επιθυμητό*. Ενώ το λογικόν ήταν εγκατεστημένο στον εγκέφαλο, εκφράζοντας την έννοια του αθάνατου, του θεϊκού (αναφερόμενο στην Ιδέα), το επιθυμητικό ήταν ο φορέας των πιο «πρωτόγονων» αναγκών του ανθρώπου, ευρισκόμενο σε μια συνεχή σύγκρουση με το λογικόν. Το σχήμα του Πλάτωνα παρουσιάζει αξιοπρόσεχτες ομοιότητες με το οικοδόμημα του Freud αναφορικά με τις έννοιες του *Εκείνο* του *Εγώ* και του *Υπερεγώ*.[213] Αντίθετα, ο Αριστοτέλης θεωρούσε ότι το κέντρο των αισθήσεων και των κινήσεων είναι η καρδιά. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη, η σχέση ψυχής - σώματος είναι διαλεκτική και αλληλοεξαρτώμενη, ώστε οι σωματικές λειτουργίες να επηρεάζουν άμεσα τις ψυχικές και το αντίστροφο. Θεωρούμε ότι η θεώρηση αυτή δεν απέχει ιδιαίτερα από την έννοια του –σημερινού- «ψυχοσωματικού συμπτώματος». Η έννοια του «ψυχοσωματικού συμπτώματος» έτυχε περαιτέρω επεξεργασίας από τον Γαληνό. Ο τελευταίος, συνεχίζοντας την Ιπποκρατική παράδοση, θεωρεί ως το νευραλγικό κέντρο του ανθρώπινου σώματος, αλλά και ψυχισμού, τον εγκέφαλο, δέχεται και προκρίνει την επενέργεια των ψυχολογικών παραμέτρων στη δημιουργία μιας ψυχοσωματικής πάθησης, θεωρώντας τα ικανά να προκαλέσουν μια σωματικού τύπου διαταραχή.[214] Οι καινοτομίες του Γαληνού –πέραν της επεξεργασίας και διάδοσης της χυμικής θεωρίας του Ιπποκράτη- συνίστανται στις προσπάθειές του για μια λεπτομερή ανατομική ανάλυση της φυσιολογίας του οργανισμού (η όποια όμως ανατομία γινόταν σε ζώα και όχι σε ανθρώπινα σώματα), καθώς και για την μεγάλη ενασχόλησή του με τις θεραπευτικές ιδιότητες των φυτών και βοτάνων.[215]

---

[213] Βλ. Colp, R.,JR., «History of Psychiatry», στο: *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* επιμ. H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Williams and Wilkins, Baltimore, 1989, σ. 2132 – 2153.

[214] Σκαράγκας, Δ., *Εγκληματίας Ψυχασθενής: Ένας Επικίνδυνος Μύθος*, Ιανός, Θεσσαλονίκη, 2002, σ. 79.

[215] Cartwright, F., *A Social History of Medicine*, Longman, 1977, σ. 10.

3.3. Η περίοδος του Μεσαίωνα

«Dixit insipiens in corde suo non est Deus»

(Είπεν άφρων εν καρδία αυτού Ουκ έστιν Θεός»: Ψαλμός 52)

Πραγματοποιώντας ένα «άλμα»,[216] το δεύτερο κομβικό σημείο που θεωρούμε κρίσιμο αναφορικά με την ιστορική εξέλιξη της ψυχιατρικής γνώσης, αν και ίσως δεν αφορά το περιεχόμενο της ψυχιατρικής επιστήμης αυτό καθαυτό, αλλά μάλλον τον (ηθικό ή ανήθικο) χαρακτήρα ο οποίος εν πολλοίς αποδίδεται στη τρέλα, είναι αυτό της περιόδου του Μεσαίωνα. Ουσιαστικά, μέχρι εκείνη την χρονική περίοδο, οι κύριες προσεγγίσεις για την ψυχική ασθένεια, ή καλύτερα για την έννοια της ασθένειας γενικότερα, ήταν εμποτισμένες από την Ιπποκρατική (χυμική) φιλοσοφία. Από τους κλασσικούς χρόνους, μέχρι την περίοδο του Μεσαίωνα τέθηκαν οι βάσεις τόσο για την οργανική, αλλά και για την ψυχοδυναμική και την ψυχοσωματική θεώρηση της ψυχικής νόσου. Αντίθετα, στην περίοδο του Μεσαίωνα η καταστατική της ψυχικής ασθένειας διαφοροποιείται. Η κρίσιμη παράμετρος, βέβαια, αφορά την εγκαθίδρυση του Χριστιανισμού σαν τη βασική «κοινωνική μεταβλητή» της οποίας η στρατηγική διασπορά (με όλες τις συμμετέχουσες διαφοροποιήσεις της) τροποποίησε την έννοια του υποκειμένου με σαφώς συνολικότερο τρόπο: ο Χριστιανισμός, η έννοια της *θρησκείας*, τόσο στην Ευρώπη, όσο και στις Αποικίες (αν και λίγο αργότερα) αποτελεί ίσως τον κρίσιμο ρυθμιστή αναφορικά με την παραγωγή κοινωνικού γίγνεσθαι. Η βασική θέση της χριστιανικής θεώρησης για την ανθρώπινη φύση πρεσβεύει την «*δοτή φύση της ασθένειας από τον Θεό*».[217] Και αυτό είναι το πρώτο από τα δύο σημεία που πρωτίστως μας ενδιαφέρουν.

Το πρώτο, λοιπόν, επαφίεται στη διαφοροποίηση της νοηματοδότησης της ανθρώπινης *φύσης*. Σε αδρές γραμμές, η αναπαράσταση του Ανθρώπου μεταβάλλεται. Υπεισέρχεται

[216] Το «άλμα» αφορά κυρίως την περίοδο και τον πολιτισμό των Αράβων. Παρ' όλο που θα ήταν αφελές να υποστηρίξει κανείς ότι δεν υπήρξε επιρροή από τους Άραβες, θεωρούμε ότι οι ανάγκες του συγκεκριμένου κειμένου δεν είναι τόσες ώστε να υπάρξει μια εξαντλητική περιγραφή. Εν τούτοις, να αναφέρουμε ότι στις αραβικές κοινωνίες (στις οποίες εμφανίζονται παραφυάδες της Ιπποκρατικής φιλοσοφίας, αν και εμβολιασμένες με τις «τοπικές» παραμέτρους) η ψυχιατρική είναι πολύ περισσότερο ανθρωπιστική απ' ότι στη δύση, κάτι που συνεχίστηκε και κατά την περίοδο του Μεσαίωνα. Ο Πέρσης γιατρός *Ραζής*, εφαρμόζει τις ιδέες του Γαληνού, αν και τοποθετεί την έδρα του ανθρώπινου σώματος στο συκώτι, δίνει έμφαση στην εξατομικευμένη φροντίδα του πάσχοντα και στην σωστή θεραπευτική σχέση μεταξύ του γιατρού και του ασθενή. Μέσα από μια παραπλήσια φιλοσοφία λειτούργησε και –μεταγενέστερός του- *Αβικένας*. Σκαράγκας, Δ., *Εγκληματίας Ψυχασθενής: Ένας Επικίνδυνος Μύθος*, οπ.π., σ. 81.

[217] Αλεξιάς, Γ., *Λόγος Περί Ζωής και Θανάτου*, οπ.π., σ. 54.

έντονα η έννοια της *αμαρτίας* (άμεσα συναρτώμενη από την έννοια της ελεύθερης βούλησης) η οποία ακολουθεί όχι τόσο την ερμηνευτική της *ύβρεως*, όπως στους κλασσικούς αρχαιοελληνικούς χρόνους, αλλά της διατήρησης μιας *επιμέλειας εαυτού* της οποίας η «ύψιστη αποστολή» είναι η «σωτηρία της ψυχής».[218] Σε αυτή τη περίοδο, παρ' όλο που ο «τρελός» διατηρεί μια «διαφοροποιημένη» καταστατική, η οποία όμως παραπέμπει άμεσα σε φαινόμενα τα οποία πολύ αργότερα περιέγραψαν θεωρητικά σχήματα όπως η *θεωρία της ετικέτας*, [219] η έννοια της *αμαρτίας* (και κατά συνέπεια της *ηθικότητας*) θεωρούμε ότι είναι μια από τις βασικές συνιστώσες αναφορικά με την επανεμφάνιση και επανεγγραφή σχημάτων αναπαράστασης της τρέλας, αλλά και θεραπευτικής της αντιμετώπισης, όπως αυτό της *ηθικής θεραπείας*.[220] Αλλά και στη περίοδο του Μεσαίωνα, ανευρίσκουμε προσωπικότητες, όπως ο Άγιος Θωμάς ο Ακινάτης, των οποίων το έργο παρουσιάζει αξιοσημείωτες συσχετίσεις, με θεωρίες οι οποίες σήμερα όχι μόνο απολαμβάνουν επιστημονική αίγλη, αλλά το *ποιόν γνώσης* τους αποτελεί μια ιστορική Αλήθεια. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της επέκτασης και της παγίωσης του χριστιανισμού δημιουργούνται ένα πλήθος από τόπους λατρείας, οι οποίοι είναι αφιερωμένοι στους Αγίους – προστάτες και σωτήρες των ψυχικά πασχόντων, κυρίως στην κεντρική Ευρώπη. Το Larsan, όπου λατρεύεται ο Άγιος Μαθουσάλας, ο «προστάτης των τρελών, το Sen Menout, στη Βουργουνδία, όπου υπάρχει το περίφημο «αποτρελωτήριο», το Debredinoire (bredin: τρελός), μια πέτρινη σαρκοφάγος στην οποία κλείνονταν ο ψυχικά πάσχων, αλλά κυρίως η Βελγική πόλη Χεελ,[221] της οποίας η «αποικία των ψυχικά

---

[218] Σε αντίθεση με την πλατωνική θεώρηση, το σώμα γίνεται το «πεδίο μάχης» μεταξύ του καλού και του κακού.

[219] Η διαδικασίες ετικετοποίησης, με άλλη μορφή βέβαια, ανιχνεύονται από την εποχή του Μεσαίωνα. «Φιγούρες» όπως αυτή του Μωρού, (Stultus) οι οποίες καταγράφονται από τους τότε μικρογράφους των ψαλτηρίων καταδεικνύουν μια συγκεκριμένη αναπαράσταση του «τρελού – γελωτοποιού». Εδώ κάπου ανιχνεύεται η φιγούρα του «βασιλικού παλιάτσου», ο οποίος –διαμέσου του άλλοθι της τρέλας του- μπορούσε να επιδεικνύει αυθάδη, διαφορετική, ιλαρή ή εξευτελιστική συμπεριφορά. Κάπου εδώ ανιχνεύονται και οι βάσεις τελετουργιών οι οποίες παραπέμπουν στα σημερινά «καρναβάλια», των οποίων η βασική χρηστικότητα είναι το «διάλλειμα ελευθεριότητας» μέσα σε μια τελείως διαφορετική καθημερινότητα. Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 12.

[220] Στην οποία θα αναφερθούμε λίγο αργότερα.

[221] Η πόλη Χέελ ήταν αφιερωμένη στην Αγία Δύμφνη, μια Ιρλανδή πριγκίπισσα, η οποία κατάφυγε εκεί για να γλυτώσει από τις αιμομικτικές τάσεις του πατέρα της. «*Εκείνος όμως κατάφερε να τη βρει και να την αποκεφαλίσει με το ίδιο του το χέρι. Να είναι άραγε επειδή και οι δύο τους είχαν, κατά κάποιον τρόπο, "χάσει το κεφάλι τους", που στο μνήμα της νεαρής μάρτυρος γίνονταν θαύματα; Η αλήθεια πάντως είναι ότι από το 12ο αιώνα η περιοχή αυτή είναι τόπος προσκυνήματος που έλκει παράφρονες και πτωχούς τω πνεύματι. Κατασκευάστηκε τότε μια εκκλησία που διέθετε στο πλάι της δωμάτιο για τους τρελούς, όπου αυτοί έπρεπε να απομονώνονται για εννέα μέρες και στη συνέχεια να περνούν έρποντας κάτω από τη λειψανοθήκη της αγίας. Σιγά-σιγά καθιερώθηκε στο χωριό η συνήθεια να αναθέτουν τους ανίατους αρρώστους σε οικογένειες που μοιράζονταν μαζί τους την ύπαρξή τους. Η "αποικία" της Χέελ υπάρχει ακόμη και σήμερα. Όντας από το 1850 δημόσιο ίδρυμα υπό ιατρικό έλεγχο, εξακολουθεί να συγκεντρώνει ασθενείς, χρησιμοποιήθηκε μάλιστα και ως μοντέλο σε διάφορες*

πασχόντων» διατηρείται έως και σήμερα., ούσα επί της ουσίας το πρώτο μοντέλο της έννοιας της *κοινοτικής ψυχιατρικής*.[222]

3.3.α. Η «σφύρα των μαγισσών»

Το δεύτερο σημείο αφορά μια από τις πλέον «μελανές σελίδες» του Χριστιανισμού. Ειδικά κατά την περίοδο του Ύστερου Μεσαίωνα, και παρ' όλο που η αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων εκταμιεύεται σε μορφώματα που παραπέμπουν ευθέως σε μοντέλα αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου, όπως αυτό της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, εμφανίζεται το πρώτο DSM… Το βιβλίο – best seller,[223] γραμμένο από δύο δομινικανούς μοναχούς, τον Ενρίκους Ινστιτόρις και τον Γιάκομπ Σπρέγκερ, το «Malleus Maleficarum», η *Σφύρα των Μαγισσών*. Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο αποτελεί ίσως το ενδεικτικό παράδειγμα του τρόπου που η έννοια του *δαιμονικού*, της δαιμονοκατοχής, με άλλα λόγια, η συγκεκριμένη ιστορικά ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, της παρέκκλισης, της διαφορετικότητας, παρήγαγε συγκεκριμένες πρακτικές καταστολής και επέμβασης. Το ενδιαφέρον είναι ότι η Σφύρα των Μαγισσών, το επίσημο εγχειρίδιο της Ιεράς Εξέτασης, δεν απευθυνόταν ειδικά στους πληθυσμούς των ψυχικά πασχόντων. Κατά πολλούς, απευθύνονταν κυρίως στην έννοια του φύλου, του έμφυλου σώματος, στο γυναικείο πληθυσμό. Το γεγονός όμως δεν αλλάζει. Φαίνεται ότι ένας μεγάλος αριθμός ατόμων τα οποία κάηκαν στις πυρές της ιεράς εξέτασης ήταν ψυχικά πάσχοντες. Επιπλέον, προς τα τέλη του Μεσαίωνα παρατηρούνται και άλλες πρακτικές αποκλεισμού, οι οποίες –πέραν του έντονα συμβολικού χαρακτήρα τους[224] ενέχουν εντόνως λαμπυρίζοντα ψήγματα από πρακτικές αντιμετώπισης,[225] αλλά και τελετουργικές αποκλεισμού της ψυχικής νόσου τις οποίες ανευρίσκουμε μέχρι σήμερα.

"*οικογενειακές αποικίες*" *του περασμένου αιώνα*». Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 12.

[222] Βλ. Muriel Laharie, *La Folie au Moyen Age, Xle-XIIe siecles*, Le Leopard d' Or, Παρίσι, 1991.

[223] Εκδόθηκε σε 34 επανεκτυπώσεις, αριθμό ρεκόρ για εκείνη την περίοδο.

[224] Αναφερόμαστε στη πρακτική εξοβελισμού των ψυχικά πασχόντων από τις πόλεις μέσω της επιβίβασής τους σε πλοία και της παραμονής τους πάνω σε αυτά, χωρίς το δικαίωμα αποβίβασης. Βέβαια, η έννοια του *ταξιδιού*, πόσο μάλλον του θαλάσσιου ταξιδιού, εμπεριέχει μια έντονα συμβολική διάσταση, η οποία περιέχει έννοιες όπως αυτές του κινδύνου, του αγνώστου, του μετοίκισης, του εξοβελισμού. Αναφέρει ο Foucault, μιλώντας για το «Πλοίο των Τρελών»: «*…το παράξενο μεθυσμένο καράβι* […] *το Narrenschiiff είναι προφανώς μια φιλολογική σύνθεση, πιθανό δάνειο από το παλιό έπος των Αργοναυτών που ξαναζωντάνεψε, βρήκε νέο σφρίγος και κύρος ανάμεσα στα μεγάλα μυθολογικά θέματα.* […] *Έτσι καθιερώθηκε στην τέχνη της η σύνθεση τούτων των καραβιών, που το πλήρωμά τους, απαρτισμένο από φανταστικούς ήρωες, ηθικά πρότυπα ή διάφορους κοινωνικούς τύπους, επιβιβάζεται για ένα μεγάλο συμβολικό ταξίδι που θα τους αποφέρει αν όχι υλικά κέρδη, τουλάχιστον τη δυνατότητα να γνωρίσουν το πεπρωμένο τους και την αλήθεια τους.* […] *'Αλλά απ' όλα αυτά τα καράβια που εμφανίζονται σε έργα μυθιστορηματικά ή σατιρικά, το Narrenschiiff είναι το μόνο που είχε και πραγματική υπόσταση, γιατί τέτοια πλοία που μετέφεραν* […] *το φορτίο τους από τρελούς, υπήρξαν στην πραγματικότητα. 'Εκείνη την εποχή οι τρελοί εύκολα αναγκάζονταν να ζήσουν μια ζωή*

3.4. Μετά τον Μεσαίωνα

Το «σβήσιμο» της εποχής του Μεσαίωνα,[226] αναγγέλλει μια περίοδο η οποία –κατ' εμάς, και αναφορικά με το πεδίο της Γνώσης το οποίο εξετάζουμε επί του παρόντος- έχει ιδιαίτερη σημασία αναφορικά με δύο πεδία: Αυτό της έναρξης, αλλά και εντατικοποίησης μιας προσπάθειας για α) περιγραφή, κατάταξη, κατηγοριοποίηση των ψυχικών διαταραχών, και β) μια διαφοροποίηση και εξέλιξη των πρακτικών παρέμβασης. Η «δαιμονολογική επιδημία», η οποία προκάλεσε το θάνατο τόσων ανθρώπων, αρχίζει και υποχωρεί σιγά – σιγά, ενώ την αντικαθιστά μια περισσότερο ιατρική θεώρηση για τις ασθένειες του πνεύματος.

Από τα τέλη του 16ου αιώνα, αυξάνεται σταδιακά ο αριθμός του πληθυσμού οι οποίοι αναφέρονται ως «περιπλανώμενοι». Υπό μια ευρεία έννοια, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι πρόκειται για την πρόδρομη μορφή του «μετανάστη» στην ευρωπαϊκή επικράτεια. Η σύνθεση αυτού του πληθυσμού, στο μέτρο που μπορεί να αποσαφηνισθεί, ήταν αρκετά ετερόκλητη, περιλαμβάνοντας άστεγους, πένητες, αλλά και ένα μεγάλο αριθμό ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Όπως αναφέρθηκε, οι τακτικές χειρισμού αυτών των πληθυσμών κατά βάση ενείχαν την έννοια του αποκλεισμού: είτε σε περιχαρακωμένες (γκέτο) περιοχές στις ακρώρειες των τότε αστικών κέντρων, είτε αποκλεισμένοι - αποδιωγμένοι σε πλοία, τα *Narrenschiff*, καταδικασμένοι να «περιφέρονται» από λιμάνι σε λιμάνι. Άλλωστε, ο διάσημος πίνακας του Ιερώνυμου Μπος, «Το πλοίο των τρελών», αντικατοπτρίζει χαρακτηριστικά τη συγκεκριμένη πρακτική, η οποία δεν αποτελούσε

περιπλανώμενου. Οι πόλεις πρόθυμα τους αποδίωχναν έξω από τα τείχη τους…». Foucault, M., Η Ιστορία της Τρέλας, οπ.π., σ. 13.

[225] Αναφερόμαστε κυρίως στις διάφορες μορφές «φαρμακευτικής» ή άλλης αντιμετώπισης της ψυχικής νόσου. Πρακτικές όπως χορήγηση διαφόρων σκευασμάτων (δρόγες), μάλλον αμφιβόλου προέλευσης και αποτελεσματικότητας (όπως χολή και περιττώματα αρκούδας, μάτια καραβίδας, το – δημοφιλέστατο- κέρατο ρινόκερου, ή η πίσω αριστερή οπλή ελαφιού, εξόχως αποτελεσματική στους επιληπτικούς σπασμούς), ή πιο επεμβατικές μέθοδοι (αφαιμάξεις ή καυτηριασμοί) οι οποίες όμως ενέχουν ένα ιδιαίτερα ψυχαναγκαστικό και στιβαρά δομημένο «πρωτόκολλο». Για παράδειγμα, για την θεραπεία του ληθάργου, η αφαίμαξη πρέπει να γίνεται από τη φλέβα της μεσότητας του μετώπου, ενώ για τη θεραπεία της μελαγχολίας η αφαίμαξη πρέπει να γίνεται στο μέσο του βραχίονα, μια φλέβα της οποίας το όνομα μέχρι και σήμερα είναι μέση κεφαλική. Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 12.

[226] Η πλέον σημαντική διαφοροποίηση συνίσταται στη σταδιακή μετατόπιση των αγροτικών πληθυσμών στα αστικά κέντρα. Επί της ουσίας πρόκειται για την ανάδυση του *Άστεος*, στην μορφή που ανέκυψε σήμερα. Κατά τον Foucault, μια βασική παράμετρος έχει να κάνει με την εμφάνιση των μεγάλων επιδημιών που κυριολεκτικά ερήμωσαν την αγροτική κεντρική Ευρώπη. Άλλωστε, η υποχώρηση της λέπρας ήταν το στοιχείο εκείνο που δημιούργησε τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση των πρώτων ασύλων.

αποκλειστικό «προνόμιο» των ψυχικά πασχόντων.[227] Κατά τον Foucault, μια από τις πλέον σημαντικές ιστορικά συγκυρίες εμφανίζεται κάπου εδώ: η Ίδρυση του Γενικού Νοσοκομείου.

3.4.α. Το Γενικό Νοσοκομείο

Το 1656, με διάταγμα του Λουδοβίκου του ΙΔ, ιδρύεται, στη Salpetiere, το πρώτο Γενικό Νοσοκομείο.[228] Μέσα σε μικρό χρονικά διάστημα σχεδόν όλες οι χώρες της κεντρικής Ευρώπης[229] θα δημιουργήσουν παραπλήσιους χώρους εγκατάστασης και διαχείρισης της υπερχειλίζουσας παρέκκλισης. Και αυτό, γιατί κατά τον Foucault, η «επωνυμία» *Γενικό Νοσοκομείο* είναι μάλλον παραπλανητική. Ουσιαστικά πρόκειται για «οργανισμούς» οι οποίοι μάλλον ήσσονα σχέση διατηρούν με κάποια θεραπευτική προοπτική. Το Γενικό Νοσοκομείο, είναι περισσότερο ένα ίδρυμα επιφορτισμένο να αποκλείει και να ελέγχει τη διαφορετικότητα, η οποία όμως περισσότερο σχετίζεται με τους πληθυσμούς εκείνους οι οποίοι είναι αντιπαραγωγικοί: είναι ένα μέτρο διαχείρισης της ανεργίας. Γι' αυτό το λόγο σε αυτά τα ιδρύματα συναγελάζονται, μαζί με τους ψυχικά πάσχοντες οι οποίοι συγκριτικά με το συνολικό πληθυσμό είναι μάλλον λίγοι,[230] και μια ετερόκλητη γκάμα παρειών της «εφήβου νεοτερικότητας». Με άλλα λόγια, το Γενικό Νοσοκομείο είναι ένας «τόπος αλλού» απέχοντας πολύ από το να έχει θεραπευτικό προορισμό: «*…δεν μοιάζει μόνο μ' ένα εργαστήρι καταναγκαστικής εργασίας, αλλά μ' ένα ηθικό ίδρυμα που αναλαμβάνει να τιμωρήσει και ν' αναμορφώσει μια ορισμένη ηθική "αταξία" <u>που δεν αξίζει να</u>*

[227] Αναφερόμαστε στις μεγάλες αποικιοποιήσεις των ευρωπαϊκών κρατών, κυρίως στην αμερικανική ήπειρο, στα μέσα και τέλη του 15ου αιώνα.

[228] «Στο Παρίσι το 1656, δημιουργήθηκε το Γενικό Νοσοκομείο (hospital General) που είχε ως στόχο τον εγκλεισμό των ανέργων, των φτωχών και όλων εκείνων που παρέκκλιναν από τα πρότυπα της παραγωγικότητας...». Στυλιανίδης, Στ., «Σύντομη ιστορική αναδρομή της τρέλας και της κοινοτικής ψυχιατρικής», στο: Στυλιανίδης, Στ. και συνεργάτες, *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014, σ. 39.

[229] Χαρακτηριστικό παράδειγμα, τα Workhouses στην Αγγλία. Τα Workhouses, ή αλλιώς Houses of Correction, είναι ιδρύματα τοπικού, κοινοτικού χαρακτήρα (κάθε κομητεία είναι υποχρεωμένη να διατηρεί από ένα τουλάχιστον) και αφορούν την «*τιμωρία των αγυρτών και την ανακούφιση των φτωχών*». Ο θεσμός αυτός, ο οποίος ξεκίνησε περί το 1570, σύντομα εξαπλώθηκε σε όλη τη κεντρική Ευρώπη. «*Σε λίγα χρόνια ένα ολόκληρο δίκτυο από τέτοια ιδρύματα καλύπτει την Ευρώπη. Ο Howard, στα τέλη του 18ου αιώνα, ξεκινάει να τα επισκεφτεί. Διασχίζοντας την Αγγλία, την Ολλανδία, τη Γερμανία, τη Γαλλία, την Ιταλία, την Ισπανία, θα προσκυνήσει όλα τα σπουδαία ιδρύματα εγκάθειρξης — νοσοκομεία, φυλακές, κάτεργα —και το αίσθημα φιλανθρωπίας του θα θιγεί βαθύτατα, βλέποντας να κλείνουν στους ίδιους τοίχους ποινικούς κατάδικους, νέα παιδιά που τάραζαν την ησυχία του σπιτιού τους ή σπαταλούσαν τα λεφτά του μπαμπά τους, απόκληρους και τρελούς…*». Foucault, M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, οπ.π., σ. 49.

[230] Ο Foucault υπολογίζει ότι το ποσοστό των ψυχικά πασχόντων σε σχέση με το συνολικό ποσοστό των κρατουμένων ήταν της τάξης του 10 – 15%

<u>συμπεριληφθεί στη δικαιοδοσία των δικαστηρίων,</u>[231] *αλλ' ούτε κι' η αυστηρότητα της θρησκευτικής μετάνοιας θα μπορούσε να διορθώσει. Το Γενικό Νοσοκομείο έχει ηθική υπόσταση*». [232]

3.4.β. Η τρέλα λύνεται από τα δεσμά της

Πολύ σύντομα, οι συνθήκες σε τέτοιου τύπου ιδρύματα τείνουν να αποβούν παντελώς απάνθρωπες τόσο σε επίπεδο διαβίωσης, όσο και σε επίπεδο διαχείρισης.[233] Σε αυτό το πλαίσιο, τον 18^{ο} αιώνα, αρχίζει να διαφαίνεται αυτό που πρώτος ο Foucault έχει περιγράψει ως οι απαρχές της «φιλανθρωπίας». Το σημαντικό, κατ' εμάς, στοιχείο που όλο και με πιο στιβαρό τρόπο καθιδρύεται είναι και η παράλληλη προσήλωση στην «επιστημονική» καταγραφή και τεκμηρίωση της ψυχιατρικής νοσογραφίας, η οποία – συνδεόμενη με τις επικρατούσες κοινωνικές, πολιτισμικές και ηθικές συνιστώσες- προτείνει, αλλά και δοκιμάζει τεχνικές παρέμβασης. Κάπου εδώ αρχίζει να αναδύεται η έννοια της *ηθικής θεραπείας* της ψυχικής ασθένειας, με εκπροσώπους όπως ο W. Batie[234] και ο W. Tuke.[235] Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και το σύγγραμμα του Daken (M.

---

[231] Ο τονισμός, δικός μας. Βέβαια, και ίσως αντίθετα με τη θέση του Foucault, ο εγκλεισμός ενός ψυχικά πάσχοντα δεν αποτελούσε αυθαίρετο μέτρο, ειδικά αν ο πάσχων είχε οικογενειακό πλαίσιο. Αντίθετα, πολλές φορές προϋπόθετε την εμπεριστατωμένη και γραπτή αίτηση του συγγενικού περιβάλλοντος, την έρευνα των τοπικών αρχών αναφορικά με τις δηλώσεις των συγγενών, αλλά και τη συμφωνία Αρχών και οικογένειας για το που θα εγκλεισθεί ο πάσχων. Εκείνη την εποχή, η έννοια της «βασιλικής εντολής φυλάκισης» είναι ο κύριος τρόπος εγκλεισμού των ψυχικά πασχόντων, παρουσιάζοντας σύμφωνα με τη δική μας ανάγνωση πολλές ομοιότητες με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας του σήμερα. Βλ. Quetel, *C., De par le Roy. Essai sur les lettres de cachet*, Privat, Τουλούζη, 1981, όπως αναφέρεται στο: Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 26.

[232] Foucault, M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, οπ.π., σ. 59.

[233] Η μεταχείρηση των ψυχικά πασχόντων, πέραν του προβλήματος του υπερπληθυσμού περιλάμβανε κυρίως πρακτικές όπως δεσίματα, αλυσίδες, αλλά και μαστιγώματα. Ένα υπόμνημα, το οποίο αναφέρεται στα Hotel – Dieu του Παρισιού (κάτι αντίστοιχο με τα αγγλικά Workhouses) αναφέρει: «*Πως είναι δυνατόν να ελπίζουμε στην θεραπεία των παραφρόνων βάζοντας τρεις ή τέσσερεις διεγερμένους στο ίδιο κρεβάτι, όπου συνωστίζονται, κινούνται, χτυπιούνται, φιμώνοντάς τους…*». Tenon, J., *Mimoire sur les hopiiaux de Paris*, (1788), Assistance publique des hopitaux de Paris, Παρίσι, 1998.

[234] Ο W. Batie, συνέγραψε την *Πραγματεία Περί Τρέλας*. Στην «πραγματεία» του, ήδη από το 1750, μπορούν να ανιχνευτούν στοιχεία που πραγματεύεται σήμερα η Κοινοτική Ψυχιατρική. Έτσι, ο Batie, διοικητής το 1792 του περίφημου ασύλου του Benthlam στο Λονδίνο, θεσπίζει τις βασικές θεραπευτικές ανάγκες: ανάγκη εξειδικευμένου προσωπικού, μονόκλινα δωμάτια, δυνατότητα εκπαίδευσης φοιτητών οι οποίοι να ενδιαφέρονται γι' αυτόν τον τομέα της ιατρικής, όπως επίσης και ανάγκη να αποσπασθεί ο πάσχων από το παθογόνο (οικογενειακό ή άλλο) περιβάλλον και να φιλοξενηθεί σε ένα εξειδικευμένο άσυλο. Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 28.

[235] Στη Βρετανία, Ο W Tuke ιδρύει ένα «υποδειγματικό ψυχιατρείο», το 1796 στο οποίο απαγορευόταν η χρήση αλυσίδων, με βασική θεραπευτική κατεύθυνση την ηθική, αντιμετώπιση. Μέσω μιας παραπλήσιας προοπτικής, στην Ιταλία ο V. Chiarugi στο νοσοκομείο της Φλωρεντίας καταργεί τους φυσικούς περιορισμούς των ψυχικά πασχόντων, δίνοντας και αυτός έμφαση στη ηθική θεραπεία:

Βρετανία), ο οποίος, στο έργο του, *Η Φιλοσοφία της Τρέλας*, το 1791, προτείνει ότι στα πλαίσια της ηθικής θεραπείας του τρελού, είναι αναγκαία η δυνατότητα παραμονής του σε χώρο στον οποίο να μπορεί να κάνει περιπάτους, και ούτω καθ' εξής, ενώ εν ολίγοις προτείνει ότι οι ψυχικά πάσχοντες είναι αναγκαίο να νοσηλεύονται σε ιδρύματα εκτός πόλεων. Ίσως είμαστε μπροστά σε ένα χαρακτηριστικότατο παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο η παραγωγή της ψυχιατρικής γνώσης, μεταφράζεται σε «ψυχιατρική τεχνογνωσία»: πως η έννοια της Γνώσης παράγει αποτελέσματα τα οποία επανέρχονται και επανεμφανίζονται μέχρι σήμερα, νομιμοποιώντας πρακτικές αποκλεισμού: ας μην ξεχνάμε ότι μέχρι και πριν λίγες μόνο δεκαετίες το Άσυλο «όφειλε», και ήταν «εκτός των τειχών». Τα όμορα ψυχιατρεία της Αττικής, το Δρομοκαΐτειο και το «Δαφνί», μας περιγράφουν μια παρόμοια ιστορία…

3.4.γ. Ο «αποξενωμένος εαυτός» και η «ηθική θεραπεία»

Σε επίπεδο παραγωγής Γνώσης, θεωρούμε ότι η συγκεκριμένη περίοδος είναι εξίσου σημαντική. Ο πιο χαρακτηριστικός εκπρόσωπος της περιόδου αυτής ήταν ο P. Pinel. Ιστορικά, ο Pinel, πέραν του γεγονότος ότι αποτέλεσε την «εμβληματική μορφή» του ανθρώπου ο οποίος «έβγαλε τις αλυσίδες» από τους ψυχικά πάσχοντες, ο συγγραφέας της περίφημης «Πραγματείας περί Μανίας», της Traitè,[236] ήταν και ένας από τους πρώτους που επιχείρησαν να ταξινομήσουν και να κατηγοριοποιήσουν πιο συστηματικά τη ψυχιατρική νοσογραφία. Επί της ουσίας, στο πρόσωπο του Pinel καθρεφτίζεται μια σημαντική μεταλλαγή της αναπαράστασης του «τρελού», η οποία αποδίδεται με τον όρο *alienation* (ο «αποξενωμένος»), και με παράλληλη ανάδυση της έννοιας του *alienist*, του «φρενολόγου». Η βασική διαφοροποίηση στην αναπαράσταση, αφορά αυτό που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «υπόλειμμα λογικής». Ενώ μέχρι εκείνη την περίοδο η κυρίως ισχύουσα θέση εν ολίγοις θεωρούσε ότι η ψυχική νόσος «καταλαμβάνει» συνολικά τον ψυχισμό, το Εγώ του υποκειμένου, ο Pinel ουσιαστικά έθεσε την πρόταση ότι ο ψυχικά

κατανόηση, σεβασμός των ατόμων με ψυχικά προβλήματα. Σκαράγκας, Δ., *Επικίνδυνος Ψυχασθενής*, οπ.π., σ. 85 – 86.

[236] Η Traitè (συντόμευση του έργου: *Η Ιατρική και φιλοσοφική πραγματεία περί παραφροσύνης ή περί μανίας (Traite medico-philosophique sur Valienation mentale ou la manie*) του Πινέλ, αποτελεί ίσως το πληρέστερο έργο ψυχιατρικής κατηγοριοποίησης, τουλάχιστον για την εποχή του. Η απήχηση του έργου ξεπερνά γρήγορα τα γαλλικά σύνορα, μεταφράζεται τόσο στα γερμανικά, όσο και στα αγγλικά, γινόμενο το σημείο αναφοράς για μεγάλο χρονικό διάστημα. Pinel, Philippe., *Traite midico-philosophique sur I 'alienation mentale ou la manie,* εκδ. Richard, Caille et Ravier, Παρίσι, έτος IX (1801).

πάσχων διατηρεί ένα υπόλειμμα λογικής, το οποίο βέβαια μπορεί να είναι «βαθιά κρυμμένο», αλλά υφίσταται, υπάρχει. «*…η παραφροσύνη (alienation) θα επιβληθεί, διότι, πέρα από το λεξιλόγιο, σηματοδοτεί και μια ριζική μεταβολή στον ίδιο τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η τρέλα. Ενώ ο ά-φρων ή άλογος βρίσκεται αναγκαστικά, κατά κάποιον τρόπο, πέραν του ανθρώπινου επειδή ακριβώς στερείται λογικής (sens), ο παράφρων* (*aliene, κυριολεκτικά ο "αποξενωμένος"*), *ο ξένος, είναι χωρίς αμφιβολία ένας "άλλος", αλλά έχει διατηρήσει κάποια ανθρώπινα στοιχεία που μας επιτρέπουν να συνάψουμε μαζί του μια "ηθική" (moral) σχέση, δηλαδή μια σχέση "ψυχολογική"*».[237] Αυτή η διαφοροποίηση, όσο και ελάσσονα και αν ακούγεται σήμερα, ίσως είναι μια από τις πλέον κρίσιμες καμπές στην αναπαράσταση τόσο της ψυχικής νόσου, όσο και της θεραπευτικής αντιμετώπισής της: «*Το 1817 ο Χέγκελ* (αναφερόμενος στις θέσεις του Pinel περί «ηθικής θεραπείας» και της έννοιας της «αποξένωσης») *δεν διστάζει να γράψει στην Εγκυκλοπαίδεια των Φιλοσοφικών Επιστημών: "το ότι ανακάλυψε αυτό το υπόλειμμα λογικής στους παράφρονες και στους μανιακούς, ότι ανακάλυψε πως το υπόλειμμα αυτό περιέχει την ίδια την αρχή της θεραπείας τους και το ότι βάσισε τη θεραπεία τους ακριβώς στην αρχή αυτή, αυτό είναι ένα επίτευγμα που ανήκει κυρίως στον Pinel, το σύγγραμμα του οποίου πάνω σ' αυτό το θέμα θα πρέπει να θεωρείται ως το αξιολογότερο που διαθέτουμε"*».[238] Και αυτό γιατί πιθανότατα αποτελεί τη βάση για μια σειρά από διαφορετικές προοπτικές, οι οποίες αφορούν την έννοια του καταλογισμού,[239] αλλά και διαστάσεις όπως η πρόβλεψη της πορείας του πάσχοντα ή η θεραπευτική αντιμετώπιση. Υπό αυτό το πρίσμα, η έννοια της τότε «ηθικής θεραπείας» αλλά και διαδικασίες που άπτονται άμεσα με το πεδίο μας, όπως ή έννοια του «ακαταλόγιστου» ή η έννοια της «μη εναισθησίας» (στη συγκεκριμένη μελέτη θα αναφερθούμε ιδιαίτερα στη βαρύτητα που αποκτά η έννοια της εναισθησίας στις αποφάσεις για ακούσιο εγκλεισμό) πιθανότατα να είναι «άμεσοι απόγονοι» αυτής της ριζικής κατ' εμάς διαφοροποίησης που εμφανίστηκε εκείνη τη χρονική περίοδο. Συνοπτικά, η «ηθική θεραπεία» συνίσταται στην προσπάθεια να εκμαιευθούν από τον –άλογο- πάσχοντα εκείνα τα στοιχεία που υποστασιοποιούν την

[237] Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 34 – 35.

[238] Hegel, G., *Encyclopedic des sciences methodiques*, τόμ. Γ, «Philosophic de l'esprit», Vera, Παρίσι, 1867, παραπομπή από το: Swain, G., *Le Sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Calmann-Levy, Παρίσι, 1997, όπως αναφέρεται στο: Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 35 – 36.

[239] Προσπαθώντας να αναλύσουμε ιδιαίτερα συνοπτικά, η έννοιες του καταλογισμού, και του ακαταλόγιστου δεν αφορούν ίσως τίποτ' άλλο πέραν από την προσπάθεια ανίχνευσης της ισορροπίας, του «ισοζυγίου» λογικής και παραλογισμού. Έννοιες όπως «έξω φρενών», «έγκλημα πάθους», «εν βρασμώ ψυχής», οι οποίες πέραν της καθημερινής γλωσσικής χρηστικότητας έχουν και μια σαφή νομική χρηστικότητα, θεωρούμε ότι είναι οι «απόγονοι» αυτής της δομικής διαφοροποίησης.

«ανθρώπινη φύση» του. Τα μέσα και εργαλεία για να γίνει αυτό εφικτό δεν είναι (ή τουλάχιστον, δεν είναι αποκλειστικά) οι τεχνικές βίας και καταστολής (όπως οι περιορισμοί, τα «δεσίματα», οι βίαιες θεραπείες), αλλά και τρόποι θεραπείας οι οποίοι απαντώνται και παρομοιάζουν στις φυσιολογικές ανθρώπινες δραστηριότητες: εργασία, περίπατοι, γεύματα, εκδηλώσεις, χοροί. Θεωρούμε ότι ουσιαστικά πρόκειται για μια πρόδρομη μορφή όλων εκείνων των διαδικασιών οι οποίες σήμερα περιλαμβάνονται στην «ομπρέλα» της κοινωνικής – κοινοτικής προσέγγισης: εργοθεραπεία, διαβίωση κατά το δυνατόν πιο αυτόνομη, αλλά και παρουσία μιας πληθώρας «τελετουργιών κοινωνικοποίησης» όπως συγκεντρώσεις, «πάρτυ», εκδρομές, και ούτω καθ' εξής. Επί της ουσίας, ή έννοια της ηθικής θεραπείας αποτελείται από το διαζευκτικό συμπεριφορικό μοντέλο, του οποίου τις εκφάνσεις συναντήσαμε κατά κόρον στη διαδρομή αυτής της έρευνας. Τα δύο κύρια στοιχεία τα οποία συνιστούν το διαζευκτικό αυτό ζεύγος αφορούν α) αφενός την –υπό ευρεία έννοια- τιμωρία και β) τη κοινωνικοποίηση. Όπως σε ένα παιδαγωγικό «μοντέλο ενηλικίωσης» συνυπάρχουν η τιμωρία με την επιβράβευση, με ένα παρόμοιο τρόπο και στην ηθική θεραπεία γίνεται μια προσπάθεια εκκοινωνισμού και επ-ανάδυσης του απολεσθέντος «ενήλικου εαυτού». Η διαδικασία προσωποποιείται: σύμφωνα με τον κατά Esquirol ορισμό της ηθικής θεραπείας, «…*οτιδήποτε μπορεί να δράσει άμεσα ή έμμεσα πάνω στον εγκέφαλο και να τροποποιήσει τη σκεπτόμενη υπόστασή μας· οτιδήποτε μπορεί να δαμάσει και να καθοδηγήσει τα πάθη, αποτελεί αντικείμενο της ηθικής θεραπείας.* […] *Διότι δεν υπάρχει καμία ειδική αγωγή για την τρέλα και συχνά θα πρέπει κανείς να παραλλάσσει, να συνδυάζει ή να τροποποιεί τα μέσα.* […] *Με τον ίδιο τρόπο που η ασθένεια αυτή δεν είναι ίδια σε όλα τα άτομα· με τον ίδιο τρόπο που στον καθένα έχει άλλα αίτια, διαφορετικά γνωρίσματα, με τον ίδιο τρόπο απαιτεί νέους συνδυασμούς, και αποτελεί ένα νέο πρόβλημα προς επίλυση, για κάθε παράφρονα που έχουμε να θεραπεύσουμε*».[240] Το τρίπτυχο της ηθικής θεραπείας συνίσταται α) στη διαδικασία *εξατομίκευσης* και *κοινωνικοποίησης*, β) στη *εργασία* και γ) στη *τιμωρία* ή οποία όμως λαμβάνει αποκλειστικά το χαρακτήρα της θεραπευτικής διορθωτικής διαδικασίας. Η εργασία, η οποία κατά τον Foucault αποτελεί ουσιαστικά το βασικό διακύβευμα της έννοιας της εγκάθειρξης, του «μεγάλου εγκλεισμού», όπως αναφέρει, αποτελεί και ένα από τα βασικά, μείζονος σημασίας συστατικά για μια επιτυχημένη θεραπεία του πάσχοντα. «*Η πλέον σταθερή και ομόφωνη εμπειρία είναι το γεγονός ότι σε όλα τα δημόσια άσυλα* […] *η πιο σίγουρη και πιθανόν η μοναδική εγγύηση για τη διατήρηση της υγείας, των χρηστών ηθών και της τάξης είναι ο*

[240] Esquirol, E., *Des maladies mentales considerees sous les rapports medical, hygienique et medicolegal*, (1838), Frenesie, Παρίσι, 1989.

νόμος της μηχανικής εργασίας όταν τηρείται με τη μέγιστη αυστηρότητα».[241] Η αρχή της *εργασίας*, απεκδεδυμένη από την έννοια της παραγωγής παραπέμπει ευθέως στα μοντέλα εργοθεράπειας τα οποία είναι αναπόσπαστο κομμάτι κάθε μεταρρυθμιστικού μοντέλου της σύγχρονης ψυχιατρικής. Τέλος, το τρίπτυχο ολοκληρώνεται μέσω της έννοιας της – θεραπευτικής- τιμωρίας. Ειδικά στην εποχή κατά την οποία εφαρμόσθηκε η ηθική θεραπεία, ο τιμωρητικός προσανατολισμός της «θεραπείας» των ψυχικά πασχόντων ήταν ευφυέστατος. Και ιδιαίτερα επώδυνος επίσης. Κάπου εδώ ανιχνεύουμε τις παλαιότερες αναπαραστάσεις του «τρελού – κτήνους» που βρίσκονταν κλεισμένο στο άσυλο «*…ένα άσυλο που ο αληθινός του χαρακτήρας θα είχε πραγματωθεί, εφ' όσον θα γινόταν ένα κλουβί ζώων*» αναφέρει χαρακτηριστικά ο Foucault.[242] Μάλλον γι' αυτό το λόγο εμφανίζεται η «*…ευκολία με την οποία* (οι ψυχικά πάσχοντες) *υφίστανται τις πιο βίαιες θεραπείες σε ισχυρότατες δόσεις δίχως να παθαίνουν τίποτα απ' αυτές*».[243]

[241] Esquirol, E., *Des maladies mentales considerees sous les rapports medical, hygienique et medico-legal*, οπ.π.
[242] Foucault, M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, οπ.π., σ. 206.
[243] Cox, Joseph, Mason., *Practical observations on Insanity*, Λονδίνο, 1804, όπως αναφέρεται στο: Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 38.

3.5. Το ψυχιατρικό σύστημα: «τότε» και «τώρα»: εκλεκτικές συγγένειες

Από τα τέλη του 18ου αιώνα, λοιπόν, μέχρι και σήμερα, θεωρούμε ότι μπορούμε να υποστηρίξουμε την ανάδυση, αλλά και διατήρηση ενός μοντέλου αντιμετώπισης του ψυχικά πάσχοντα, το οποίο παρ' όλες τις περιφερικές «σμιλεύσεις» του, παραμένει δομικά παραπλήσιο, τουλάχιστον στους δύο βασικούς «θεραπευτικούς» άξονές του. Από την μία έχουμε –όπως και σήμερα- την προσέγγιση του πάσχοντα υπό όρους εξατομικευμένης, «ηθικής», κοινωνικοποιητικής, αξιοπρεπούς προσέγγισης: η «ηθική θεραπεία» του Pinel, μετεγγράφηκε στην εξατομικευμένη προσέγγιση του πάσχοντα, σύμφωνα με τους ψυχιατρικούς – νομικούς κώδικες, νόμους και πρωτόκολλα σύμφωνα με τα οποία η αξιοπρέπεια, το δικαίωμα του πάσχοντα σε νομική, αλλά και ιατρική φροντίδα έχει ανακηρυχθεί ως μείζον διακύβευμα. Από την άλλη, ο Pinel, ή γενικότερα η ψυχιατρική έτσι όπως αρχίζει να διαμορφώνεται από την περίοδο εκείνη και ύστερα, διατηρεί την δικαιοδοσία της χρήσης της βίας. Όπως αναφέρθηκε, η έννοια της «ηθικής θεραπείας» δεν αποκλείει και την χρήση βίαιων τρόπων παρέμβασης: Καταιονισμοί, περιορισμοί, και πολλές, ευφάνταστες μέθοδοι «επιστρατεύονται». Όπως και σήμερα, όπου η θεραπεία και η καταστολή συμπορεύονται, διαπλέκονται, εναλλάσσονται, διαλεκτικοποιούνται.

Και μια τελευταία έκφανση αυτής της αλλαγής στην αναπαράσταση του πάσχοντα, ίσως έχει να κάνει με ένα περισσότερο δομικό στοιχείο: αυτό της εμφάνισης του Ασύλου, με την μορφή που το γνωρίσαμε μέχρι σήμερα. Βέβαια, η μεταστροφή αυτή, η οποία αρχικά αφορούσε, και εξακολουθεί να αφορά ένα χωρικό (σε ένα πρώτο επίπεδο προσέγγισης) χαρακτήρα σχετίζεται άμεσα με τους καινοφανείς, για τον 18ο και 19ο αιώνα τρόπους επιτήρησης και τιμωρίας, όπως ο θεσμός της φυλακής. Πέραν τούτου, θεωρούμε ιδιαίτερα ενδιαφέροντα τον τρόπο με τον οποίο η έννοια της «αποξένωσης», του alienation, προσέφερε το θεωρητικό και επιστημονικό έρεισμα για την πρόταση, και εν τέλει την παγίωση πρακτικών, όπως το Άσυλο, το οποίο μεταφέρεται «εκτός των τοιχών», έξω από την «πόλη», ακριβώς για να εξυπηρετήσει μια θεραπευτική προοπτική.

Σύμφωνα με την ανάλυση του Foucault, τότε εντοπίζεται το χρονικό σημείο της έναρξης της δημιουργίας των «αμιγώς θεραπευτικών» ιδρυμάτων, τα οποία οφείλουν να ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένες προδιαγραφές, οι οποίες βέβαια προσιδιάζουν σε μεγάλο βαθμό με αυτές που ανευρίσκονται και στα ιδρύματα – φυλακές: τόσο αναφορικά με την χωρική τους διάσταση, όσο και αναφορικά με τις πρακτικές διαχείρισης του

«πάσχοντος σώματος». Τα κύρια στοιχεία, πέραν των τελετουργιών οι οποίες αφορούν την έννοια της «ηθικής θεραπείας», αφορούν τόσο τη έννοια του *καταμερισμού*, όσο και την έννοια της *τιμωρίας*.

Μια από τις βασικές θέσεις της ηθικής θεραπείας ήταν και η απομόνωση του πάσχοντα από το –«οικογενειακό» ή με την ευρεία έννοια το «κοινοτικό»- παθογόνο περιβάλλον. Με άλλα λόγια, η διαπίστωση ότι το περιβάλλον του πάσχοντα α) συνέβαλε στην δημιουργία ή την επιδείνωση της κατάστασής του, ενώ β) λόγω της επιθετικότητας που τα άτομα αυτά παρουσίαζαν, θεωρήθηκε δεδομένη η ανάγκη απομάκρυνσής τους και η παραμονή τους σε κάποια εξειδικευμένη δομή – ίδρυμα. Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντική τη συγκεκριμένη θέση λόγω δύο συνεπειών της. Η πρώτη αφορά το χαρακτήρα της απομάκρυνσης, ο οποίος επιβάλλεται να γίνεται μέσω μιας νομικής ρύθμισης. Ίσως τότε μπορεί να ανιχνευθεί και μια από τις πρώτες προσπάθειες διαπλοκής της ψυχιατρικής με τη δικαστική – νομική επιστήμη: τότε επί της ουσίας δημιουργούνται και οι πρώτες **νομοθεσίες κράτησης**[244] των ψυχικά πασχόντων οι οποίες έχουν σαν στόχο την απομάκρυνσή του από το περιβάλλον του λόγω παραμέτρων ασφαλείας, και λόγω αναγκαιότητας εφαρμογής μιας θεραπευτικής παρέμβασης. Το δεύτερο αφορά τη δημιουργία εξειδικευμένων ασύλων, τα οποία θα καλύπτουν τις ανάγκες μιας θεραπευτικής προοπτικής, των οποίων η αρχιτεκτονική και η λειτουργία των ασύλων αυτών οφείλουν να υπακούν σε συγκεκριμένες προδιαγραφές. Ψυχίατροι, όπως ο Kagiet και ο Parsat καταθέτουν υπομνήματα στα οποία περιγράφουν το «ιδανικό άσυλο».[245]

---

[244] Ο γαλλικός αντίστοιχος νόμος ψηφίστηκε στις 30 Ιουνίου του 1838. Για πρώτη φορά ίσως η ψυχική ασθένεια αντιμετωπίζεται με την τριπλή της υπόσταση: ιατρική, διοικητική και δικαστική.

[245] Ο Kagiet καταθέτει τα υπομνήματα: *Σχέδια και υπομνήματα για τα υπό μελέτη οικοδομήματα στην Οξέρ (Plans et memoires concernant les constructions projetees a Auxerre*) το 1843, *Περί οργανώσεως και διοικήσεως ιδρυμάτων παραφρόνων* το ίδιο *έτος, Άσυλο της Οξέρ, ενδιαίτημα φιλήσυχων και μελαγχολικών (Asile d Auxerre, quartier des paisibles et des melanco- liques)* το 1846, *Περί των βασικών συνθηκών που πρέπει να πληρούν οι αίθουσες των λουτρών στα άσυλα παραφρόνων (Des principales conditions que doivent offiir les salles de bains dans les asiles d'alienes)* το 1848. Ο Parsap καταθέτει το 1853, σε τριακόσιες είκοσι σελίδες *τις Αρχές για την ίδρυση και την ανέγερση ασύλων παραφρόνων (Principes á suivre dans lafondation et la construction des asiles d'alienes).* «*Το ιδανικό άσυλο είναι συμμετρικό και ταξινομικό. Εκατέρωθεν ενός κεντρικού άξονα όπου συγκεντρώνονται διεύθυνση, γενικές υπηρεσίες, φαρμακείο, καταλύματα του προσωπικού (μεταξύ των οποίων και εκείνο του γιατρού που διαμένει υποχρεωτικά στο ίδρυμα), παρεκκλήσι, πλυσταριό, έως και αίθουσα θεαμάτων…οι χώροι της νοσηλείας γύρω από κλειστές αυλές με υπόστεγα τριγύρω· από τη μια η κλινική των ανδρών, από την άλλη εκείνη των γυναικών, που και αυτές με τη σειρά τους χωρίζονται ταξινομικά: ήσυχοι, διεγερτικοί, ακάθαρτοι, ηλίθιοι, επιληπτικοί, νοσηλευτήριο. Και εργαστήρια βεβαίως, και ένα αγρόκτημα, εφόσον υπάρχει ο διαθέσιμος χώρος, μια που η εργασία είναι ουσιαστική*». Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 44.

3.6. Δεσμά και δέσμιοι

Η συγκεκριμένη περίοδος αντικατοπτρίζει χαρακτηριστικά το χάσμα που μέχρι και σήμερα ανιχνέυεται ανάμεσα στην θεωρητική περιγραφή μιας ιδανικής κατάστασης και στις εμπειρικές, καθημερινές εφαρμογές και πρακτικές. Όπως συμβαίνει στην Ελλάδα (και όχι μόνο) του 21^{ου} αιώνα, εκεί που η θεωρητική περιγραφή απέχει ίσως παρασάγγας από την καθημερινή πρακτική, με παρόμοιο τρόπο, οι ιδέες του Pinel και των άλλων μεταρρυθμιστών αναφορικά με τις ιδανικές συνθήκες διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, οι ιδέες περί απελευθέρωσης της τρέλας από τα δεσμά της, μάλλον εκφυλίστηκαν και παραμορφώθηκαν. Η γρήγορη υπερπλήρωση των ασύλων, το ασφυκτικό πολλές φορές «γέμισμα» αυτών, προκάλεσε φαινόμενα υπερπληθυσμού με τις ανάλογες συνέπειες. Ειδικά στο πεδίο της «θεραπευτικής αντιμετώπισης», αυτός ο υπερπληθυσμός, με την παράλληλη εφαρμογή διάφορων πειραματικών μεθόδων «θεραπείας» προσέφερε μια γκάμα πρακτικών οι οποίες μάλλον απέχουν πόρρω από μια θεραπευτική προοπτική. Όπως η «ντουλάπα – ρολόι», στην οποία ο πάσχων τοποθετείται όρθιος και κλειδώνεται, ο «κινητός τροχός» (ας τον φανταστούμε σαν τον τροχό που εξασκούνται τα ινδικά χοιρίδια) μέσα στον οποίο κλείνεται ο πάσχων, του οποίου η παραμικρή κίνηση τον θέτει σε περιστροφή με αποτέλεσμα μια παρατεταμένη ναυτία, τα «σχοινιά καθήλωσης», δύο κάθετα μεταξύ τους σχοινιά, το ένα ανάμεσα σε τοίχους και το άλλο ανάμεσα στο πάτωμα και το ταβάνι, πάνω στα οποία δένονται οι πάσχοντες, οι σιδερένιες «αλυσίδες – κρίκοι», οι οποίες είναι ιδανικές για τους πιο φτωχούς εκ των πασχόντων λόγω του ότι δεν φθείρονται εύκολα, το «συνεχές λουτρό» το οποίο ακινητοποιεί τον πάσχοντα μέσα σε μια μπανιέρα με παγωμένο νερό και με καπάκι –για να προλάβει την όποια προσπάθεια διαφυγής, και τέλος ο περιβόητος, και ακόμα σύγχρονος «μανδύας καταναγκασμού», ο νυν «ζουρλομανδύας», ο οποίος μάλιστα εκθειάζεται από τον Pinel, παρουσιάζεται στην Διεθνή Έκθεση Παρισιού το 1878, όντας κατά τους κατασκευαστές του, «…*ένα πλήρες ένδυμα, ζεστό το χειμώνα, και αρκετά ελαφρύ το καλοκαίρι*»!![246]

Η πληθώρα αυτή των εξαιρετικά βίαιων πολλές φορές πρακτικών αρχίζει να μεταβάλλεται, όχι από την Γαλλία, η οποία σημειώτεον ήταν μάλλον η τελευταία χώρα η οποία υιοθέτησε μια πιο «διαλλακτική» πολιτική, αλλά από την Αγγλία. Χρειάστηκε μάλιστα μια

[246] Magnan, V., «Camisole» στο *Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales,* Παρίσι, 1870, όπως αναφέρεται στο: Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 44.

«δημοσιογραφικού» τύπου αποκάλυψη για να ευαισθητοποιηθεί τόσο η κοινή γνώμη, όσο και οι επίσημοι φορείς. Τι περίεργο αλήθεια. Ότι συνέβη και στην Ελλάδα, στην περίπτωση της Λέρου, πάνω από έναν αιώνα μετά… Η υπόθεση Norris αποτέλεσε τη θρυαλλίδα μέσω της οποίας οι θέσεις περί αντιμετώπισης του ψυχικά πάσχοντα «χωρίς περιοριστικά μέτρα», οι θέσεις περί «no restraints» ξεκινώντας από την Αγγλία, με υπέρμαχους ψυχίατρους όπως ο Hill και ο Conolly,[247] μεταφέρεται στην κεντρική Ευρώπη, πρώτα στη Γερμανία και τέλος και στη Γαλλία.

Η υπερπλήρωση αυτή των ασύλων, ειδικά στην κεντρική Ευρώπη, έχει ακόμη μία, κατ' εμάς σημαντικότατη, συνέπεια. Ο συνωστισμός στα –αστικά- άσυλα, με όλα τα φαινόμενα ιδρυματισμού που εμπεριέχει δημιουργεί την αναγκαιότητα για κάποια εναλλακτική παρέμβαση. Η εναλλακτική αυτή παρουσιάζεται με την εμφάνιση της **αγροτικής αποικίας**. Η μεταφορά κάποιων από τους χρόνιους πάσχοντες από τα αστικά άσυλα, σε επαρχιακές μονάδες, αγροτικού χαρακτήρα, είναι η λύση για το πρόβλημα υπερπλήρωσης. Το ενδιαφέρον σημείο θεωρούμε ότι βρίσκεται ακριβώς εδώ: η αγροτική αποικία φιλοξενεί κυρίως τους χρόνιους πάσχοντες, αυτούς που είναι «βαριά»: αυτούς που οι δυνατότητες πλήρους αποκατάστασής τους είναι από περιορισμένες έως ανύπαρκτες. Και πάλι, δεν μπορούμε να μην σταθούμε στις εντυπωσιακές ομοιότητες που αυτή η κίνηση, εκεί γύρω στο 1850, παρουσιάζει με πολιτικές που αναπτύχθηκαν στην Ελλάδα ένα αιώνα μετά. Η αποικία της Λέρου, η οποία είναι αντικατοπτρικό δημιούργημα της ευρωπαϊκής αγροτικής αποικίας έφτασε να στεγάζει όλους εκείνους τους πάσχοντες οι οποίοι ουσιαστικά αποτελούσαν (και αποτελούν) τη λούμπεν κατηγορία του ψυχιατρικού πληθυσμού. Από τότε μέχρι και σήμερα, τολμούμε να προσθέσουμε, παρουσιάζεται αυτή η διάσταση στις δομές νοσηλείας: οι αστικές δομές (όπως το Γενικό Νοσοκομείο, το οποίο εξετάζουμε κατά κύριο λόγο σε αυτή τη μελέτη) είναι υπεύθυνες για τα πιο «οξεία» περιστατικά, τους ανθρώπους που «επιδέχονται βελτίωσης», σε αντίθεση με τις περιφερικές μονάδες οι οποίες είναι επιφορτισμένες με τη διαχείριση των πληθυσμών οι οποίοι θεωρούνται τελείως ανενεργοί. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Foville σε ένα άρθρο του στο Λεξικό της Ιατρικής και Πρακτικής Χειρουργικής: «*Η αποικία οφείλει να δέχεται το πλήθος αυτών των*

[247] Να αναφέρουμε χαρακτηριστικά το σύγγραμμα του Hill *Πλήρης κατάργηση του ατομικού περιορισμού στην θεραπεία των παραφρόνων* (*Total Abolition of Personal Restraint in the Treatment of Insane*), καθώς και το σύγγραμμα του Conolly *Η θεραπεία των παραφρόνων χωρίς περιορισμούς* (*The Treatment of Insane Without Restraint*).

άκακων χρόνιων αρρώστων που αποτελούν το πλεόνασμα του ασύλου, το οποίο οφείλει να διατηρήσει τον αποκλειστικό θεραπευτικό του χαρακτήρα για τις οξείες περιπτώσεις».[248]

[248] Όπως αναφέρεται στο: Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 54.

3.7. Η ψυχιατρική κατηγοριοποίηση: προεκτάσεις

Η εντατικοποίηση της προσπάθειας θεωρητικοποίησης της ψυχιατρικής επιστήμης, επί της ουσίας η προσπάθεια της ψυχιατρικής να καταλάβει μια σχεδόν ισότιμη θέση με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες, παρουσιάζεται στα τέλη του 18^{ου} αιώνα, αλλά κυρίως στις αρχές και τα μέσα του 19^{ου}. Δεν είναι πρόθεσή μας να σταθούμε αναλυτικά σε όλες αυτές τις προσπάθειες θεωρητικοποίησης, αλλά μάλλον να προσδιορίσουμε και να καταδείξουμε τα σημεία εκείνα τα οποία κατ' εμάς είναι τα ενδεικτικότερα αναφορικά με την πορεία, την εξέλιξη και εν τέλει την παρουσία και εφαρμογή της ψυχιατρικής επιστήμης έτσι όπως παρουσιάζεται σήμερα.

Όπως έχει αναφερθεί, ένα από τα κομβικά συγγράμματα στην ιστορία της ψυχιατρικής κατηγοριοποίησης αποτελεί η *Traitè* του P. Pinel. Ο Pinel, εκπρόσωπος της «γαλλικής σχολής», η οποία μαζί με τη «γερμανική σχολή» αποτελούν τα δύο κύρια ρεύματα της ψυχιατρικής, τουλάχιστον μέχρι τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, στην *Traitè* του ουσιαστικά αναπαράγει τις κατηγοριοποιήσεις των ψυχικών διαταραχών οι οποίες λίγο – πολύ εμφανίζονται από την αρχαιότητα: *μελαγχολία*, ή *αποκλειστικό παραλήρημα, μανία χωρίς παραλήρημα, μανία με παραλήρημα, άνοια* ή *κατάργηση της σκέψης, ιδιωτεία*. Τις απόψεις του θα επεξεργαστεί ο Esquirol, ενώ και αρκετοί άλλοι θα καταθέσουν διαφορετικές θέσεις, προτάσεις ονομασίες. Φαίνεται ότι βρισκόμαστε εμπρός σε μια χαρακτηριστική έκφανση – εγκλωβισμό της ψυχιατρικής επιστήμης, η οποία συνεχίζεται μέχρι και σήμερα: αναφερόμαστε στη δυσκολία, όχι μόνο κατηγοριοποίησης, αλλά και χρήσης μιας ενιαίας, συνεκτικής και κοινής περιγραφής, κατάταξης, ερμηνείας: **μιας κοινής γλώσσας**. «*Αυτά τα παραδείγματα μας δίνουν μια ιδέα για τις ατελείωτες διαμάχες που θα προκαλέσουν αυτή την περίοδο του δημιουργικού αναβρασμού οι νοσογραφικές κατασκευές, οι παθογενετικές υποθέσεις, οι συζητήσεις μεταξύ υλιστών και πνευματοκρατών για τη σωματική ή ψυχική υπόσταση της παραφροσύνης, σε μια απόπειρα "αντικειμενικοποίησης" των ψυχικών νόσων μέσω της κατά το δυνατόν συστηματικότερης περιγραφής της κλινικής τους φυσιογνωμίας, όπως τις βλέπουν με τα μάτια τους αλλά και όπως τις ακούν και τις κατανοούν οι κλινικοί*».[249]

[249] Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 57.

3.7.α. Ο Baille και η «οργανικότητα»

Δύο ακόμα βασικά σημεία στα οποία οφείλουμε να σταθούμε, και τα οποία αφορούν την «γαλλική σχολή» είναι οι εργασίες του Baille, καθώς και αυτές του Morel. Συνοπτικά, ο Baille είναι αυτός που έδωσε τη δυνατότητα της πρώτης σύνδεσης μεταξύ της έννοιας της οργανικότητας και του ψυχικού συμπτώματος. Ο Baille είναι ο «πατέρας» της έννοιας της «προϊούσας γενικής παράλυσης», μιας κατάστασης η οποία μπορεί να συνδέσει ένα σαφές ανατομικό εύρημα (συγκεκριμένα, μια εγκεφαλική βλάβη) με συγκεκριμένες συμπεριφορικές διαταραχές: «*Με τη νόσο του Μπάιλ, η ψυχιατρική κρατά πλέον στα χέρια της ένα ιδανικό πρότυπο της ψυχικής νόσου, συμβατό με τις μεγάλες ανατομοκλινικές αρχές που στήριξαν την επιτυχία των άλλων κλάδων της ιατρικής. Στο πλαίσιο λοιπόν αυτής της καθησυχαστικής οργανικιστικής προοπτικής, συνδέει το μέλλον της με αυτό που θα εξελιχθεί σε νευρολογία και αναλαμβάνει μια μάταιη αναζήτηση νευροανατομικών συσχετισμών που θα μπορούσαν να επιβεβαιώσουν τις κλινικές οντότητες. Θα της πάρει πάνω από μισό αιώνα για να συνειδητοποιήσει ότι αυτή η βασιλική οδός καταλήγει σε αδιέξοδο. Ο υπερβολικά μονόπλευρος βιολογικός προσανατολισμός ορισμένων συγχρόνων ερευνητών αντιπροσωπεύει μια καινούργια μετεμψύχωσή της*».[250]

3.7.β. Ο Morel και η «θεωρία του εκφυλισμού»

Η δεύτερη σημαντική επιρροή ασκείται από το έργο του Morel, *Πραγματεία περί εκφυλισμού (Traite de la degineresсence*), που δημοσιεύτηκε το 1857. Ο Morel, ο οποίος εξάσκησε το επάγγελμα κυρίως σε αγροτικές περιοχές, συνδύασε την πάθηση της *βρογχοκήλης* (μια πάθηση του θυρεοειδούς αδένα, η οποία προκαλεί τον *κρετινισμό*), με συμπτώματα που παραπέμπουν ευθέως σε ψυχιατρικές καταστάσεις. Επιπλέον, συνδύασε την ύπαρξη ψυχικών δυσλειτουργιών με κακές οικιστικές συνθήκες, έτσι όπως αυτές ίσχυαν στη γαλλική ύπαιθρο εκείνη της εποχή. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η δημιουργία της περίφημης **θεωρίας του εκφυλισμού**. Ο εκφυλισμένος, σύμφωνα με το Morel, φέρει απάνω του χαρακτηριστικά σημάδια, στίγματα του εκφυλισμού του, τα οποία μπορούν να ανιχνευθούν: ασυμμετρία του κρανίου, παραμορφωμένα αυτιά, δυσμορφίες στο σώμα, ελλιπές ύψος, στραβισμός, ραχίτιδα, ατροφικά πόδια. Αν και για τον Morel (όπως και για

[250]Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 58 – 59.

τους οπαδούς της θεωρίας) υπάρχουν διαβαθμίσεις στο ποσοστό εκφυλισμού, οι τελευταίοι απαρτίζουν μια μεγάλη κατηγορία με σαφώς διακριτά χαρακτηριστικά.

Αυτή η θεωρία θα βρει την απόλυτη ίσως χρηστικότητά της από τους υλιστές εγκληματολόγους, όπως ο Lombrozo και ο Ferri, οι οποίοι, εκπροσωπώντας την ιταλική σχολή της εγκληματολογικής ανθρωπολογίας όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, θα αναγιγνώσκουν το έγκλημα σαν ένα ακόμα ορμέμφυτο στοιχείο, ένα «ειδικό στίγμα» το οποίο υφίσταται για να προσυπογράψει το δεδομένο πεπρωμένο του – γεννημένου- εγκληματία…

3.7.γ. Η «γερμανική σχολή»

Προτιμήσαμε να αναφερθούμε στο τέλος αυτού του κεφαλαίου στη λεγόμενη «γερμανική σχολή», λόγω της σημασίας που διαδραμάτισε η Γερμανία στο τέλος αυτής της περιόδου. Αναφερόμαστε στον Β. παγκόσμιο πόλεμο, και πιο ειδικά στις προεκτάσεις που η συγκεκριμένη ιστορική περίοδος είχε αναφορικά με την ανάπτυξη της ψυχιατρικής και την αντιμετώπιση του ψυχικά πάσχοντα (και γενικότερα του παρεκκλίνοντα). Τα δύο βασικά σημεία που οφείλουμε να σταθούμε, αναφορικά με την γερμανική σχολή, είναι αφενός η μη γραμμική πορεία η οποία εμφανίζεται στις θεωρητικές καταβολές της σχολής κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, καθώς και η συμβολή συγκεκριμένων ψυχιάτρων στην δόμηση της ψυχιατρικής νοσογραφίας.

Φαίνεται ότι ενώ στις αρχές του αιώνα που εξετάζουμε η κατεύθυνσή της είναι σαφώς πιο «ψυχολογιστική», επηρεασμένη σαφώς από το Ρομαντισμό, από το δεύτερο μισό του αιώνα και ύστερα, υπάρχει μια ραγδαία μεταστροφή σε μοντέλα τα οποία είναι οργανικά προσανατολισμένα. Η πλέον σημαντική προσωπικότητα αυτής της περιόδου είναι αναμφίβολα ο Ε. Kreapelin. Ο Kreapelin, σύγχρονος του Freud (γεννημένοι με λίγους μήνες διαφορά) σε ένα διαφορετικό πεδίο από αυτό του Freud, ασχολήθηκε κατά κύριο λόγο με την έννοια της *ψύχωσης*. Προέβη σε μια ιδιαίτερα ορθολογική και λεπτομερή καταγραφή της νόσου, με ένα ιδιαίτερα συστηματικό χαρακτήρα. Δημιούργησε ένα σύστημα το οποίο περιείχε τις έννοιες της *εξέλιξης* και του *τελικού σταδίου*, αναγνωρίζοντας την εξελικτική πορεία των περισσότερων ψυχώσεων. Διαχώρισε τις ψυχώσεις σε ενδογενείς και εξωγενείς, αναλόγως του εκλυτικού τους αιτίου, ενώ δημιούργησε και κατηγορίες όπως αυτή της «πρώιμης άνοιας», της περίφημης *dementia*

praecox, η οποία λίγο αργότερα θα μετονομαστεί από τον E. Bleuler σε **σχιζοφρένεια**.[251] Η γερμανική σχολή παρουσιάστηκε ιδιαίτερα καινοτόμα σε πεδία όπως αυτά της νοσηλείας των πασχόντων, επιμένοντας να διαχωρίζει τα αστικά κέντρα νοσηλείας για τις «οξείες» περιπτώσεις και τα αγροτικά για τις «χρόνιες» περιπτώσεις, όπως επίσης και στο πεδίο της εκπαίδευσης. Η Γερμανία ήταν η πρώτη που ίδρυσε πανεπιστημιακές έδρες ψυχιατρικής, οι οποίες ήταν άμεσα συνδεδεμένες με τις δομές νοσηλείας.

3.7.δ. Ο Freud και η έννοια της *επιθετικότητας*

Ο S. Freud (1856-1939) μέσα στο συνολικό του έργο ουσιαστικά κατέθεσε δύο ειδών θεωρίες, οι οποίες αφορούν το πεδίο της επιθετικότητας, την οποία συνδέει σχεδόν ολοκληρωτικά με τη θεματική των *ενστίκτων*. Σύμφωνα με τις αρχικές του θέσεις περί ενστίκτων, όπως αυτές ανευρίσκονται κυρίως στο έργο «Τρία δοκίμια για τη σεξουαλικότητα» τα ένστικτα κατατάσσονται στα *σεξουαλικά*, τα οποία διέπονται από την αρχή της ηδονής και τα ένστικτα του Εγώ, στα οποία η κυρίαρχη και βαρύνουσα αρχή είναι η *αρχή της πραγματικότητας*. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο ανάλυσης, η επιθετικότητα είτε αναπτύσσεται ως ένα ιδισυστατικό χαρακτηριστικό του σεξουαλικού ενστίκτου, είτε αναπτύσσεται με ένα δευτερογενή τρόπο, ως μια απάντηση σε ματαιώσεις της λιβιδινικής εκφόρτισης, η οποία σχετίζεται άμεσα με το σεξουαλικό ένστικτο.

Αργότερα όμως, ο Freud διαφοροποιεί αρκετά τις θέσεις του περί επιθετικότητας. Άλλωστε, είναι ενδιαφέρον ότι και ο ίδιος αναγνώρισε την όψιμη ενασχόλησή του με το πεδίο αυτό. «*Γιατί μας χρειάστηκε τόσος χρόνος μέχρι ν' αποφασίσουμε ν' αναγνωρίσουμε την ύπαρξη της επιθετικής ενόρμησης; Γιατί διστάσαμε να χρησιμοποιήσουμε, σε επίπεδο θεωρίας, στοιχεία που ήταν για όλους προφανή και οικεία*;».[252] Οι μετέπειτα θέσεις του, όπως αυτές εκφράζονται κυρίως μέσα από τα έργα «Το Εγώ και το Εκείνο»,[253] «Ο πολιτισμός πηγή δυστυχίας»[254] αλλά και το «Περί πολέμου και θανάτου»[255] ο Freud επαναδιατυπώνει τις θέσεις του και δημιουργεί ένα νέο δίπολο αντιτιθέμενων ενστίκτων:

---

[251] Jablensky, A., «Living in a Kraepelinian world. Kraepelin's impact on modern psychiatry», *History of Psychiatry* τόμος 18, τεύχος 3, 2007, σ. 381 –388.

[252] Freud, S., *Neue Folge, der Vorlesungen zur einfuhrung in die psychoanalyse*, 1933, όπως αναφέρεται στο: Laplanche, J., Pontalis, J., B., *Λεξιλόγιο της Ψυχιανάλυσης*, μτφ. Β. Καψαμπέλης, Α. Χαλκούση, Α. Σκουλίκα, Π. Αλούπης, Κέδρος, Αθήνα, 1986, σ. 235.

[253] Freud, S., *Το Εγώ και το Εκείνο*, μτφ. Κ. Λ. Μεραναίου, Γκοβόστης, Αθήνα, χ.χ.

[254] Freud, S., *Ο πολιτισμός πηγή δυστυχίας*, μτφ. Γ. Βαμβαλής, Επίκουρος, Αθήνα, 1974.

[255] Freud, S., *Περί πολέμου και θανάτου*, (1920), μτφ. Σ. Φερεντίνου, Γκοβόστης, Αθήνα.

τα ένστικτα της ζωής (ουσιαστικά τα ερωτικά ένστικτα) και τα ένστικτα του θανάτου, τα οποία αντιτίθενται μεταξύ τους, συγκρούονται και προσπαθούν να υπερκεράσουν το ένα το άλλο. Ο Freud όμως επισημαίνει ότι αυτή η σύγκρουση αποκτά μια *δυναμική* διάσταση, και επί της ουσίας γίνεται ένας παράγοντας εξέλιξης, εκφράζοντας μια «ζωτική τάση». Σύμφωνα με τους Laplanche και Pontalis, η ρητά εκφρασμένη θεωρία του Freud για την επιθετικότητα μπορεί να συνοψισθεί ως εξής: «*Ένα μέρος της ενόρμησης θανάτου τίθεται άμεσα στην υπηρεσία της σεξουαλικής ενόρμησης και ο ρόλος του θα είναι σημαντικός. Πρόκειται για τον καθαυτό σαδισμό. Ένα άλλο μέρος όμως δεν θ' ακολουθήσει αυτή την παρακαμπτήριο, που οδηγεί προς τα έξω. Θα παραμείνει στο εσωτερικό του οργανισμού, όπου και θα συνδεθεί (δεσμευτεί) λιβιδινικά χάρη στη βοήθεια της σεξουαλικής διέγερσης που το συνοδεύει* […] *αναγνωρίζουμε εδώ τον αρχέγονο ερωτικό μαζοχισμό*».[256] Η αντιπαράθεση συνίσταται στην τάση των ενστίκτων της ζωής να αναπτύξουν, να ευοδώσουν και να προάγουν την κατάσταση της ζωής, σε αντίθεση με τα ένστικτα του θανάτου τα οποία προσπαθούν να μετατρέψουν καθετί ζωντανό σε ανόργανη ύλη. Και αυτό γιατί σύμφωνα με τον Freud «*Αν δεχθούμε ότι το έμβιο ον ήρθε μετά από το μη έμβιο και προήλθε από αυτό, η ενόρμηση του θανάτου είναι σύμφωνη με τη διατύπωση* […] *κατά την οποία μια ενόρμηση τείνει προς την επιστροφή σε μια προγενέστερη κατάσταση*».[257] Με άλλα λόγια, υπάρχει μια τάση, μια έμφυτη ανάγκη θα μπορούσαμε να απλουστεύσουμε, του έμβιου όντος – οργανισμού να ξαναγυρίσει στην κατάσταση απόλυτης ανυπαρξίας και καταστροφής, μια διαδικασία την οποία αναλαμβάνουν να φέρουν εις πέρας οι ενορμήσεις θανάτου. Η επιθετικότητα, κατά τον Freud, δεν αποτελεί κάποια αντίδραση σε κάποιο ερέθισμα εξωτερικό, αλλά μία πρωτογενή παρόρμηση που έχει σχέση με την ιδιοσυστασία του ατόμου και που εκδηλώνεται, όταν συσσωρευτεί αρκετή ποσότητα ενέργειας στον οργανισμό, με αποτέλεσμα να υφίσταται η έκρηξή της, κατ' αναλογία μιας «χύτρας ατμού»: αναφερόμαστε στο περίφημο «υδραυλικό πρότυπο».[258]

Η ερμηνεία της έννοιας της επιθετικότητας, με τη χρήση και διαμεσολάβηση των θέσεων περί ενστίκτων του θανάτου, δεν ήταν δημοφιλής, και επιπλέον επικρίθηκε αρκετά από μεταγενέστερους ψυχαναλυτές. Οι δύο βασικοί λόγοι οι οποίοι φαίνεται να επηρέασαν τις θέσεις του Freud στην όψιμη περίοδο αναφορικά με το πεδίο της επιθετικότητας

[256] Laplanche, J., Pontalis, J., B., *Λεξιλόγιο της Ψυχιανάλυσης*, οπ.π., σ. 237.
[257] Όπως αναφέρεται στο: Laplanche, J., Pontalis, J., B., *Λεξιλόγιο της Ψυχιανάλυσης*, οπ.π., σ. 197.
[258] Όπως προσέγγιζεται από τον E. Fromm, ο οποίος ασχολήθηκε και προσπάθησε να επαναπροσδιορίσει πολλές από τις βασικές θέσεις του Freud περί επιθετικότητας. Βλ. Fromm, E., *Η ανατομία της ανθρώπινης καταστροφικότητας,* Μπουκουμάνης, Αθήνα, 1977.

αφορούσαν καταρχήν α) την έκρηξη του Α' Παγκοσμίου Πολέμου με τις πολυπληθείς εκατόμβες των νεκρών, ενώ β) ο δεύτερος λόγος έχει ένα προσωπικό χαρακτήρα, σχετιζόμενος με το καρκίνο που εμφάνισε ο Freud και τις κρίσεις άγχους θανάτου που τον συνόδευσαν μετά τα σαράντα του χρόνια.

3.8. Η αμφισβήτηση του Ασύλου: προς μια διαφοροποιημένη Ψυχιατρική

Πώς έννοιες όπως αυτές της αμφισβήτησης, της προόδου, του νεωτερισμού, της ηθικής μεταχείρισης, της βελτίωσης εν γένει μπορούν να οδηγήσουν σε μοντέλα τα οποία και αυτά να υπακούουν στο ίδιο (ή έστω, παραπλήσιο) πλαίσιο καταστολής, όπως αυτό εκφράστηκε μέσω του θεσμού του Ασύλου; Και όμως…

Από τη δημιουργία των Ασύλων και μετέπειτα, κυρίως από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα και μέχρι τα μέσα του 20^{ου}, φαίνεται ότι οι συνθήκες στα συγκεκριμένα ιδρύματα χειροτέρευσαν με σταθερό, αν όχι ραγδαίο, ρυθμό. Οι ρυθμοί πλήρωσής τους αυξάνονταν γεωμετρικά, με αποτέλεσμα την αναγκαιότητα διαφοροποίησης του σχεδιασμού. Όπως ήδη αναφέραμε, σε αυτό το πνεύμα εμφανίστηκαν και σταδιακά πολλαπλασιάστηκαν οι περίφημες «αγροτικές αποικίες»: επί της ουσίας επρόκειτο για «περιφερικά υποκαταστήματα» μεγάλων νοσοκομειακών μονάδων οι οποίες είχαν σαν στόχο τόσο το διαμερισμό των νοσηλευόμενων, όσο και την περαιτέρω προαγωγή του μοντέλου της «ηθικής θεραπείας» μέσω της απασχόλησης στη «φύση». Με αυτό το σκεπτικό δημιουργήθηκαν πολλά «παραρτήματα», αλλά και σχεδιάστηκε μια ολόκληρη μεθοδολογία προσέγγισης της ψυχικής ασθένειας της οποίας ένα βασικό στοιχείο ήταν η «απελευθέρωση» των τροφίμων από τα «δεσμά» και παράλληλα η δυνατότητα επαφής και απασχόλησης σε αγροτικές, «φυσικές» δραστηριότητες, μοντέλο του οποίου η φιλοσοφία σχεδιασμού του θεωρούμε ότι είναι η «πρόγονος» του μοντέλου της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, όπως το γνωρίζουμε σήμερα.

Κάπως έτσι φτάνουμε στα μέσα του 20^{ου} αιώνα, και στο Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο.

Από την περίοδο του μεσοπολέμου, μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του 1970, τα σημεία σταθμοί αναφορικά με την «ψυχιατρική ιστορία» είναι τα τεκταινόμενα του Β. Παγκοσμίου Πολέμου και η αντίδραση σε αυτά, έτσι όπως εκδηλώθηκε μέσω του κινήματος της *Αντιψυχιατρικής*. Η τελευταία περίοδος, η οποία θεωρούμε ότι εκτείνεται έως και τις μέρες μας, αφορά την περίοδο μετά τη δεκαετία του 1980, όπου πλέον εμφανίζεται, καθιερώνεται και διευρύνεται το καπιταλιστικό παράδειγμα κοινωνικής οργάνωσης. Έτσι, ενώ κατά τη διάρκεια του πολέμου στο πεδίο της ψυχικής ασθένειας εμφανίστηκαν οι πλέον ακραίες θέσεις και πρακτικές, οι οποίες πιθανόν να ξεπερνούν κατά πολύ τις μεσαιωνικές πρακτικές της ιεράς εξέτασης, στη συνέχεια ήρθε ως απάντηση το

κίνημα της αντιψυχιατρικής. Ενταγμένο στο πλαίσιο του Μάη του ’68, θεωρούμε ότι ήρθε περισσότερο σαν απάντηση στις ακραίες καταστάσεις που συνέβησαν στην Ευρώπη της δεκαετίας του ’40. Τέλος, τις τελευταίες δεκαετίες (ξεκινώντας ουσιαστικά μετά το πέρας του πολέμου) τα σκήπτρα της ψυχιατρικής –όπως και τόσων άλλων επιστημών- περνούν από την κατεστραμμένη Ευρώπη στην ακμάζουσα Αμερική.

Η Γερμανία του Β. παγκοσμίου πολέμου, ίσως αποτελεί το ακραίο παράδειγμα, υποστασιοποίησης, τόσο σε εργαλειακό επίπεδο, όσο και σε θεωρητικό, αλλά και ιδεολογικό επίπεδο της έννοιας της *εξόντωσης*. Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, πολλοί θεωρητικοί, όπως η Hanna Arent ή ο Primo Levi, (και αναφερόμαστε στους συγκεκριμένους λόγω της προσωπικής τους εμπλοκής με το τότε γερμανικό καθεστώς) στήριξαν ολόκληρο το θεωρητικό τους κατασκεύασμα πάνω στα φαινόμενα που εμφανίστηκαν στα μέσα του προηγούμενου αιώνα.

Η σχέση της ψυχιατρικής και του γερμανικού φασιστικού μοντέλου κατά πολλούς είναι άρρηκτη. Αναφερόμενοι σχηματικά (όσο σχηματικά μπορεί κάποιος να αναφερθεί) το επιστημονικό υπόβαθρο αναφορικά με τις πρακτικές που εμφανίστηκαν μπορεί να ανιχνευθεί στην ανάδυση της θεωρίας της *ευγονικής*.[259] Συνοπτικά, η εν λόγω θεωρία και οι υποστηρικτές της, βασισμένοι σε δαρβίνειες προτάσεις, πρέσβευαν τη θέση ότι η κοινωνία οφείλει να ευωδώσει και να διαιωνίσει τα «βέλτιστα» μέλη της προσφεύγοντας σε όποιες πρακτικές είναι αναγκαίες για την εκπλήρωση τούτου του σκοπού. Η ημερομηνία – σταθμός, η οποία κατά πολλούς υποστασιοποιεί αυτή τη θέση είναι η 1η Σεπτεμβρίου του 1939, ημερομηνία όπου ιδρύεται –με υπογραφή του Αδόλφου Χίτλερ- η περίφημη επιτροπή Action T4, (κωδικό όνομα δανεισμένο από την οδό Tiengerten 4, στο

[259] Από την αρχή του 20ού αιώνα η ευγονική και η ευθανασία είχαν κάνει κάμποσο δρόμο στη γραμμή των θεωριών του Χιούστον Στιούαρτ Τσάμπερλεν. Γιος Άγγλου ναυάρχου, πολιτογραφημένος Γερμανός, σύζυγος της δεύτερης κόρης του Βάγκνερ και της Κόζιμα φον Μπίλοφ, ήταν υπέρμαχος μιας φυσικής επιλογής απαραίτητης για τη φυλετική γερμανική κοινότητα και ένας από τους πνευματικούς πατέρες του εθνικοσοσιαλισμού. Το 1900 ο ζωολόγος Ερνστ Χέκελ διακήρυσσε την προσχώρηση του στον κοινωνικό δαρβινισμό. Το 1905 ο Άλφρεντ Πλετς, γιατρός και ανθρωπολόγος, ίδρυε την Εταιρεία για την Υγιεινή της Φυλής, ενώ στη Γαλλία ο Αλεξίς Καρέλ στο *Ο Άνθρωπος, αυτός ο άγνωστος (L'Homme, cetinconnu*) πρότεινε το 1935 «την εγκαθίδρυση, μέσω του ευγονισμού, μιας κληρονομικής βιολογικής αριστοκρατίας», προσφεύγοντας εν ανάγκη στην ευθανασία. Σε ένα πιο μετριοπαθές επίπεδο επιλογής, ο Εντουάρ Τουλούζ, γιατρός των ασύλων του Σηκουάνα, του οποίου συνήθως τονίζονται οι φιλελεύθερες ιδέες, βλέποντας στην ψυχιατρική «το κυρίαρχο στοιχείο των βιολογικών επιστημών» και «τη θωράκιση του μελλοντικού κοινωνικού κράτους», υποδείκνυε κατά το μεσοπόλεμο τον ευνουχισμό των «δυστυχών στις κατώτερες βαθμίδες της κοινωνικής κλίμακας». Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 196

Σαρλότενμπουργκ, όπου ήταν και η «έδρα» της επιτροπής), υπεύθυνη για την οργάνωση της εκκαθάρισης των ψυχωσικών, των επιληπτικών, των νοητικά καθυστερημένων, των οποίων η διαλογή ανατίθεται σε μια ομάδα «ειδικών», από τους οποίους οι περισσότεροι ήταν ψυχίατροι και νομικοί.[260] Παλιές εκλεκτικές συγγένειες οι οποίες συνεχίζονται… Δημιουργούνται «κέντρα ευθανασίας», τα οποία προσπαθούν να συγκαλύψουν τη δράση τους κάτω από ονομασίες όπως «Κοινωφελής Εταιρεία Μεταφοράς Ασθενών» ή « Ίδρυμα Νοσοκομειακής Φροντίδας». Παρ' όλα αυτά, θα διακόψουν τη δράση τους –τουλάχιστον την εμφανή δράση τους- στα μέσα του 1941, ύστερα από διαμαρτυρίες μέσα από τους κύκλους της γερμανικής διανόησης.

Θεωρούμε ότι το «γερμανικό μοντέλο» της περιόδου από την «ανάδυση» μέχρι και τη «δύση» του ναζισμού, έτσι όπως συνοπτικά περιγράφηκε σε αυτό το σημείο αλλά λαμβάνοντας υπόψη και τις ερμηνευτικές παρατηρήσεις που καταθέτουμε στο κεφάλαιο το οποίο αναφέρεται στις όψεις μεταγραφής του «στρατοπέδου συγκέντρωσης», αποτελεί την παραδειγματική κορωνίδα. Την διογκωμένη παραδειγματική του τρόπου με τον οποίο μια θεωρητικά «ουδέτερη» επιστήμη, ένας αμερόληπτος κορμός επιστημονικής γνώσης, όπως αυτός της ψυχιατρικής επιστήμης διολισθαίνει στην απόλυτα αρνητική μετα-φυσική του διάσταση.

[260] Η ιδέα να ελεγχθεί η καθαρότητα της φυλής και να αποκλειστούν «τα κενά ανθρώπινα περιβλήματα η ύπαρξη των οποίων είναι ένα περιττό βάρος» δεν είναι άλλωστε καινοτομία του χιτλερικού καθεστώτος. Ήδη από το 1920 ένα έργο του νομικού Carl Binding, με τον Alfred Hoche, τακτικό καθηγητή της ψυχιατρικής του Φράιμπουργκ, *Η νομιμοποίηση της εξόντωσης των χωρίς αξία ζωών {Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens),* απαιτούσε μια νομοθεσία πάνω σε αυτό το θέμα». Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 196.

3.9. Η αντιψυχιατρική[261]

Η απάντηση στις θηριωδίες που διαπράχθηκαν κατά τον Β. παγκόσμιο πόλεμο (και όχι μόνο από τους Γερμανούς ναζί, αλλά και από διαφορετικά καθεστώτα, όπως το σταλινικό), οδήγησαν στην ανάπτυξη ενός ρεύματος το οποίο δεν επιτίθεται αποκλειστικά στο θεσμό του Ασύλου, καθώς και των κάθε λογής βίαιων παρεμβάσεων, αλλά στην έννοια της ψυχικής ασθένειας συνολικά. Η αντιψυχιατρική θεωρεί ότι η ψυχική νόσος αποτελεί απλά μια κατασκευή της αλλοτριωμένης αστικής κοινωνίας, έτσι όπως η τελευταία αναπτύχθηκε από τον 18^{ο} αιώνα και μετά. Αποτελεί απλά μια μορφή διαχείρισης της παρέκκλισης, την οποία η ίδια η κοινωνία έχει δημιουργήσει. Δανειζόμενη θεωρητικά ερείσματα από στοχαστές όπως ο M. Foucault στην Ευρώπη και ο E. Goffman στην Αμερική, προτείνει την ολοκληρωτική απελευθέρωση και χειραφέτηση του –θεωρούμενου- ψυχικά πάσχοντα, και δημιουργεί την έννοια της «θεραπευτικής κοινότητας». Ο D. Cooper και ο R. Lang στην Αγγλία, αλλά και ο F. Basaglia στην Ιταλία, δημιουργούν ένα θεωρητικό μοντέλο το οποίο δίνει προτεραιότητα στην έννοια της ισότιμης θεραπευτικής σχέσης. Δημιουργούν επίσης ένα μοντέλο «κοινοβιακής κοινότητας» στο οποίο θεραπευόμενοι και θεραπευτές μένουν μαζί, με ίδια «δικαιώματα» και ίδιες συνθήκες διαβίωσης.

«*Ο πιο κυρίαρχος φόβος στις κοινωνίες του πρώτου κόσμου, κατά μεγάλο μέρος απόκρυφος, κακοεκφρασμένος ή ανεκδήλωτος, είναι ο φόβος της τρέλας που δεν έχει όρια, μία τρέλα που κατακερματίζει την προδομένη ζωή, όχι μόνο ενός, εκείνου που "παραφρονεί", αλλά πιο πέρα ακόμα ολόκληρη κοινωνική περιοχή στη ζωή — όλους αυτούς που τον ξέρουν, ή ξέρουν κάποιον που τον ξέρει. Η φαντασίωση συνεχίζεται ακατάπαυστα, ο κόσμος θα γίνει κομμάτια, θα μουχλιάσουμε όλοι μας, θα τιναχτούν ανώφελα κι οριστικά τα μυαλά όλων μας. Δε μας μένει κανένα χρονικό περιθώριο για να σκεφτούμε τι συμβαίνει. Η τρέλα τους γίνεται κοινή ιδιοκτησία, είναι η δική μας τρέλα και το πρόβλημα που γεννιέται είναι να βρούμε τον καλύτερο τρόπο για να εξοστρακίσουμε την τρέλα μας σε ένα σίγουρο μέρος — σ' ένα μέρος όπου αυτός "ο άλλος" έχει βγει από τη μέση συγκρατώντας με ασφάλεια την τρέλα μας κάπου άλλου για χάρη μας*»,[262] γράφει ο D. Cooper, θέτοντας χαρακτηριστικά μια από τις βασικές θέσεις της αντιψυχιατρικής. Αυτή η οποία δίνει έμφαση στον κοινωνικό ρόλο τον οποίο

[261] Ο όρος «Αντιψυχιατρική» προτάθηκε από τον Cooper, ο οποίος τον αμφισβήτησε μόνος του δέκα χρόνια αργότερα, προτείνοντας τον όρο «Κριτικό Κίνημα μέσα στην Ψυχιατρική». Στο: Μπαϊρακτάρης, Κ., *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Εναλλακτικές Εκδόσεις, Αθήνα, 1994, σ. 60.

[262] Cooper, D., *Ο Θάνατος της Οικογένειας*, μτφ. Χ. Τσαμαδού, Καστανιώτης, Αθήνα, 1976, σ. 105.

καλείται να διαδραματίσει ο ψυχικά πάσχων, ή καλύτερα του *επιβάλλεται* να διαδραματίσει.

3.9.α. Η «αγγλική σχολή»: Laing και Cooper

Τόσο ο Cooper, όσο και ο Laing, προσπάθησαν να προβληματοποιήσουν τα κλασσικά ψυχιατρικά μοντέλα, τα οποία δεν δίνουν έμφαση στην εξατομικευμένη υποκειμενική εμπειρία του υποκειμένου, όσο και το χαρακτήρα της ψυχιατρικής γενικότερα:[263] Σύμφωνα με τους παραπάνω, η ψυχιατρική επιστήμη, μέσα στην «αγωνία» της για μια κατά το δυνατόν ισότιμη σχέση και θέση με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες, έχει μεταφράσει το υποκειμενικό, διαφορετικό βίωμα του «πάσχοντος» υποκειμένου σε ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία συνιστούν σύνδρομα ή ασθένειες «αγνώστου αιτιολογίας». Αναφορικά με τις συνέπειες της παραπάνω θέσης, ο Laing «…*υπογραμμίζει την καταλυτική θέση της ιατρικής διάγνωσης στα πλαίσια ενός συνόλου διαδικασιών, όπου όλοι όσοι είναι εκπαιδευμένοι επηρεάζονται βαθιά. Επισημαίνει ότι η διάγνωση πληρείται αφ' εαυτού, αφού συνεπάγεται την διαμόρφωση της κατάστασης με ανάλογο τρόπο. Λέει χαρακτηριστικά ότι ένας βασικός αιτιολογικός παράγοντας για τη δημιουργία της κατάστασης είναι αυτός καθαυτός ο προσδιορισμός της ως παθολογική. Ο προσδιορισμός αυτός λειτουργεί ως ένα σύστημα απόδοσης υποτιμητικών κυρίως χαρακτηρισμών, που φέρουν μια μεταβλητή εσωτερική συνέπεια. Κατά τον Laing, η δυσκολία στην κατανόηση των ψυχικά πασχόντων συνοψίζεται σε τρία σημεία: α) η συμπεριφορά τέτοιων ανθρώπων λαμβάνεται ως σημάδι μίας παθολογικής διαδικασίας, που συμβαίνει εντός τους (το όλο υποκείμενο εσωκλείεται σε μία ιατρική νοηματική μεταφορά), β) η ιατρική μεταφορά προϋποθέτει και καθορίζει την συμπεριφορά όλων όσων εσωκλείονται σε αυτή, δηλαδή τόσο των ιατρών όσο και των ασθενών, και γ) οι άνθρωποι αυτοί, που το σύστημα τους αποδίδει την ιδιότητα του ασθενή, απομονώνονται από το ίδιο το σύστημα και πλέον δεν αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι*[264]».[265] Κατ' αυτό τον τρόπο, η ψυχιατρική εξουσία παράγει όχι μόνο από-ανθρωποποιημένα υποκείμενα, αλλά θα μπορούσαμε να προσθέσουμε ότι παράγει και συγκεκριμένες «σταδιοδρομίες». Και σύμφωνα με τις θέσεις της Αντιψυχιατρικής, η σταδιοδρομία του ψυχικά πάσχοντα ορίζεται από τις απόλυτες *σχέσεις εξουσίας*, ή καλύτερα από τις *σχέσεις*

[263] Αναφορικά με τις θέσεις του Laing οι οποίες σχολιάζουν και προβληματοποιούν τις κλασσικές ψυχιατρικές θεωρίες, όπως αυτή της *ψυχανάλυσης* ή αυτή του *συμπεριφορισμού*, βλ. κυρίως: Laing, R., D., *The politics of experience and the bird of paradise*, Penguin, London, 1990.

[264] Ο τονισμός, δικός μας.

[265] Ξενάκη, Α., Λ., *Αφετηρίες της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia*, Διδακτορική Διατριβή, Αλεξανδρούπολη, 2009, σ. 51.

εξάρτησης με το ψυχιατρικό σύστημα, ορίζεται από την ολοκληρωτική έλλειψη αυτοδιάθεσης, η οποία εν ολίγοις καταλήγει στην αποστέρηση της ιδιότητάς του ως εμπρόθετο και υπεύθυνο υποκείμενο, τόσο αναφορικά με την υπαρξιακή διάσταση, όσο και αναφορικά με τη νομική διάσταση.

Μέσω μιας παραπλήσιας θεωρητικής προσέγγισης, και ο D. Cooper εστίασε στους ανθρώπους οι οποίοι δέχονται τον χαρακτηρισμό και ετικέτα του σχιζοφρενή. Σημειωτέο, μια από τις κριτικές που δέχθηκε η σχολή της Αντιψυχιατρικής ήταν ακριβώς αυτή η έντονη προσήλωση και εστιασμός στα άτομα που έχουν χαρακτηριστεί ως «σχιζοφρενείς», χωρίς να υπάρχει ανάλογη εστίαση και στις υπόλοιπες κατηγορίες. Βέβαια, προσωπικά θεωρούμε ότι ακόμα και αν ισχύει αυτός ο ισχυρισμός, η Αντιψυχιατρική, μέσω αυτού του μονοδιάστατου –ας συμφωνήσουμε- χαρακτήρα της και μέσω της «προτίμησής» της στις ψυχώσεις, κατάφερε να καταδείξει διαφορετικές πλευρές του συστήματος: χρησιμοποίησε την έννοια της σχιζοφρένειας *ενδεικτικά* κατορθώνοντας να εστιάσει και να καταδείξει τον τρόπο μέσω του οποίου παράγεται –και χρησιμοποιείται η έννοια της ψυχικής ασθένειας γενικότερα. Επιστρέφοντας, ο D. Cooper εστίασε την ανάλυσή του στην έννοια της *σχέσης*. Τον τρόπο, δηλαδή, με τον οποίο σχετίζεται ο «σχιζοφρενής», τόσο με τα εγγύς του πρόσωπα, με την οικογένεια,[266] όσο και με την κοινότητα γενικότερα. Για τον Cooper η σχιζοφρένεια, ο «τρελός λόγος», το ακατανόητο παραλήρημα δεν είναι τίποτ' άλλο πέραν μιας αγωνιώδους προσπάθειας του «σχιζοφρενή» να μπορέσει να εκφράσει τον δικό του ιδιαίτερο λόγο, θέση, και εν τέλει ύπαρξη μέσα σε μια αλλοτριωμένη και καταπιεστική, τόσο οικογένεια, όσο και κοινωνία.

Οι θέσεις τους δοκιμάστηκαν με τη δημιουργία διάφορων μορφών εναλλακτικής παρέμβασης και σχέσης με το πληθυσμό των «σχιζοφρενών». Το –διάσημο πλέον- «περίπτερο 21», το οποίο άνοιξε στο Λονδίνο το 1961, προωθούσε μια κοινοβιακή

[266] Ο Cooper θεωρεί ότι ο πρώτος «ασφυκτικός κλοιός» δημιουργείται από την οικογένεια. Άλλωστε, ο Cooper έχει δώσει έμφαση στην οικογενειακή θεραπεία. Θεωρεί ότι η δομή της λεγόμενης αστικής μέσης οικογένειας είναι και χαρακτηριστική και πολλές φορές στρεβλή: παράγει παθολογικές ταυτότητες, ενώ οι «σημαντικοί άλλοι», γύρω από τους οποίους εκτυλίσσεται η παθολογία της σχιζοφρένειας, αλλά και η επιθετικότητα του σχιζοφρενούς, τολμούμε να προσθέσουμε, είναι η οικογένεια. Αναφέρει χαρακτηριστικά, με την ιδιαίτερη –και πολλές φορές καυστική και αθυρόστομη- γραφή και «γλώσσα» του: «*Είναι ηλίθιο να μιλάμε για το θάνατο του Θεού ή για το θάνατο του ανθρώπου –παρωδώντας τη σοβαρή πρόθεση ορισμένων σύγχρονων θεολόγων και στρουκτουραλιστών φιλοσόφων- ωσότου μπορούμε να αντιμετωπίσουμε πλήρως το θάνατο της οικογένειας –το σύστημα αυτό που το κοινωνικό του καθήκον είναι να φιλτράρει με σκοτεινό τρόπο τις περισσότερες εμπειρίες μας και μετά ν' αφαιρεί από τις πράξεις μας κάθε γνήσιο και γενναιόδωρο αυθορμητισμό*». Cooper, D., *Ο Θάνατος της Οικογένειας*, οπ.π., σ. 13 – 14.

πρακτική διαβίωσης και σχέσης, όπου θεραπευτές και θεραπευόμενοι ζούσαν κοινοβιακά χωρίς καμιά μορφή ιεραρχίας. Το «περίπτερο 21» κλείνει πέντε χρόνια αργότερα, ενώ ο Cooper συνεργάζεται με τον Laing, ιδρύουν τη Philadelphia Association, ενώ ανοίγουν και τρεις ακόμα ξενώνες στο Λονδίνο, με χαρακτηριστικότερο αυτόν στο East End, ο οποίος θα μεταφερθεί και στον κινηματογράφο μέσω της ταινίας του Ken Loach, *Family Life*. Οι αντιδράσεις της κοινότητας είναι αρκούντως εχθρικές, και ο ξενώνας κλείνει το 1970, μετά από μια βραχύβια πορεία.[267] Όπως δυστυχώς και του κινήματος της Αντιψυχιατρικής…

3.9.β. Ο F. Basaglia και η ιταλική Αντιψυχιατρική

Ο F. Basaglia αποτελεί ίσως τον ακρογωνιαίο λίθο της έννοιας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Επηρεασμένος από την φαινομενολογική παράδοση,[268] αμφισβήτησε τις – κατά τον ίδιο- δεδομένες και εν πολλοίς αυθαίρετες θεωρητικές παραδοχές της επίσημης ψυχιατρικής ταξινόμησης, όσο και αυτές της ορθόδοξης ψυχανάλυσης. Παράλληλα, ήταν ο άνθρωπος που επιτέθηκε με ιδιαίτερο ζήλο στο θεσμό του ασύλου, θεωρώντας ότι τα κύρια ψυχοπαθολογικά συμπτώματα του πάσχοντα είναι προϊόν της επενέργειας των ασυλικών πρακτικών πάνω στο ψυχισμό του ατόμου. Μέσα από αυτή την προσέγγιση προσπάθησε να εκθέσει όλες εκείνες τις υποκείμενες μορφές εξουσίας οι οποίες αναπτύσσονται μέσα στο άσυλο, συσχετίζοντας τις με τις γενικότερες συνθήκες οι οποίες εμφανίζονται στις καπιταλιστικές κοινωνικές οργανώσεις. Επιπλέον, επέκρινε έντονα την υποτιθέμενη κατ' αυτόν α-θεωρητική βάση και ιδεολογία της ψυχιατρικής, θεωρώντας την απλώς ένα ιδεολογικό πρόσχημα το οποίο έχει σαν στόχο να υποκρύψει τις πραγματικές σχέσεις εξουσίας οι οποίες αναπτύσσονται ανάμεσα στην ψυχιατρική επιστήμη και στον πληθυσμό. Επηρεασμένος από την υπαρξιστική προσέγγιση, μεταφέρει τις θέσεις της υπαρξιστικής θεωρίας στις έννοιες της θεραπευτικής σχέσης και της ψυχοθεραπείας. Σύμφωνα με τον Basaglia, η οποιαδήποτε θεραπευτική σχέση οφείλει να υπακούει στην

[267] Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 200.

[268] Αναφέρει ο Στυλιανίδης, αναλύοντας την επιρροή της φαινομελογίας και ειδικά των Husserl και Heidegger, στη σκέψη του Basaglia: «…*ο Basaglia χρησιμοποίησε σαν επιστημολογική θέση την υπόθεση της φαινομενολογικής ψυχιατρικής για άρνηση κάθε προκατασκευασμένης θεωρίας και αντίληψης για την ψυχοπαθολογία, ώστε να συναντήσει με αυθεντικότητα και ελευθερία τη διαφορετικότητα του πάσχοντος Υποκειμένου*…». Στυλιανίδης, Στ., «Οι φιλοσοφικές και κοινωνιολογικές βάσεις της ψυχιατρικής», Στυλιανίδης, Στ., και συνεργάτες, *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014.

αρχή της *εξατομίκευσης*.[269] Και αυτό γιατί μια βασική κατά τον Basaglia έννοια, αυτή της *αλλοτρίωσης*, η οποία σχετίζεται άμεσα με την έννοια του *αποκλεισμού*,[270] μπορεί να διαφοροποιηθεί μόνο μέσα από μια ισότιμη, εξατομικευμένη σχέση: η έννοια της ελευθερίας στη σχέση θεραπευτή – θεραπευόμενου είναι το καίριο κριτήριο μέσω του οποίου μπορεί να ανακουφιστεί η ψυχική οδύνη που βιώνει το υποκείμενο.[271]

Ειδικά σε σχέση με το θεσμό του Ασύλου, ο Basaglia είναι κατηγορηματικός. Δανειζόμενος από τις εργασίες του Goffman και του Barton, ο οποίος έχει καταθέσει τον όρο «ιδρυματική νεύρωση», προβληματοποιεί το αλλοτριωτικό ιδρυματικό περιβάλλον, και την διαδικασία μέσω της οποίας ο νοσηλευόμενος ουσιαστικά εκμηδενίζεται: η προσωπικότητά του καταρρέει, ενώ ο πάσχων μετατρέπεται σε αντικείμενο. Ο Στυλιανίδης, επισημαίνει ότι ο Basaglia, σε αντίθεση με άλλους εκπροσώπους της σχολής, δεν αρνείται το πιθανό νοσολογικό υπόβαθρο της ψυχικής νόσου. Προσπαθεί όμως να προσπεράσει αυτή την προβληματική, να την *παραμερίσει*, θα μπορούσαμε να πούμε, προκειμένου να έρθουν στην επιφάνεια όλα εκείνα τα εξουσιαστικά φαινόμενα τα οποία ο εστιασμός στην νόσο per se πολλές φορές συγκαλύπτει.[272]

Παράλληλα, και υπό μια σαφώς μαρξιστική προοπτική, επισημαίνει την άμεση συσχέτιση των κοινωνικών πρακτικών –όπως αυτή του εγκλεισμού- με τα οικονομικά μεγέθη: οι ιδρυματικές πρακτικές έχουν σαν στόχο την απομόνωση των μη παραγωγικών μονάδων του κοινωνικού ιστού, μέσω παραγωγής υποκειμενικοτήτων των οποίων η ετικέτα δεν έχει

---

[269] Όπως επισημαίνεται από τον Στ. Στυλιανίδη, στο: Στυλιανίδης, Σ., Chiarra, S., «Χρονοδιάγραμμα της ιστορίας του ιταλικού αντιασυλιακού κινήματος», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 7, 1986.

[270] Αναφέρει η Ξενάκη: «*Ο Basaglia, κατά την ανάλυση του ψυχοπαθολογικού φαινομένου και την επεξεργασία των διαπροσωπικών σχέσεων, αναπτύσσει εκτεταμένα την έννοια του αποκλεισμού του ατόμου είτε από την πραγματικότητα, είτε από την κοινωνία, ως ανθρωπολογικό, κλινικό και κοινωνιολογικό πρόβλημα· Στην προβληματική του αυτή, διαφαίνονται έντονα οι υπαρξιστικές επιρροές και ιδιαίτερα εκείνη της έννοιας της αλλοτρίωσης. Κατά τον Basaglia, η πράξη του αποκλεισμού, τόσο για αυτόν που την διενεργεί, όσο και για αυτόν που την υφίσταται, είναι μία υπαρξιακή δυνατότητα, που λαμβάνει χώρα όταν ο άνθρωπος αρνούμενος την αποδοχή, την ευθύνη και την ελευθερία, αντικειμενοποιεί και τελικά αποκλείει αυτό που δεν μπορεί να ενσωματώσει. Είναι μία διαδικασία αφομοίωσης της πραγματικότητας από τον άνθρωπο, που όταν δεν περιλαμβάνει την αποδοχή της μοίρας του και την αναγνώριση μιας σωματικότητας, που υφίσταται ταυτόχρονα, από τη μία την αντικειμενικότητα και την υποκειμενικότητα, και από την άλλη την παθητικότητα και την ενεργητικότητα, οδηγείται στην αλλοτρίωση*». Βλ. Ξενάκη, Α., Λ., *Αφετηρίες της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia*, οπ.π., σ. 165. Βλ. επίσης, Basaglia, F., *Οι Θεσμοί της Βίας και άλλα Κείμενα*, Βιβλιοτεχνία, Αθήνα, 2008, σ. 169.

[271] Για πιο αναλυτική παρουσίαση βλ. Basaglia, F., *Εναλλακτική ψυχιατρική: ενάντια στην απαισιοδοξία της λογικής για την αισιοδοξία της πράξης*, μτφ., επιμ. Γ. Αστρινάκης, Καστανιώτης, Αθήνα, 2008.

[272] Στυλιανίδης, Σ., Chiarra, S., «Χρονοδιάγραμμα της ιστορίας του ιταλικού αντιασυλιακού κινήματος», οπ.π.

σχέση με την πραγματική τους διάσταση. Να επισημάνουμε ότι ο Basaglia έχει δώσει έμφαση στην «απειλητική φύση» αυτής της διαφορετικότητας, στην εν δυνάμει επικίνδυνη, αλλά και ομιχλώδη φύση και ποιόν της, δύο στοιχεία τα οποία πυροδοτούν σχεδόν άμεσα τις διαδικασίες διαχωρισμού και αποκλεισμού.

Τέλος, ο Basaglia υποστήριξε ότι όλη ο γκάμα των «νέων τεχνολογιών», με κύρια αιχμή του δόρατος τις φαρμακοβιομηχανίες, δεν υφίσταται ή αναπτύσσονται με στόχο την θεραπεία (ή έστω την ανακούφιση), αλλά επί της ουσίας η κύρια λειτουργικότητά τους είναι το να εφευρίσκουν νέες ασθένειες, και κατά συνέπεια να επεκτείνουν σε όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού την εφαρμογή της εξουσίας τους.[273]

Βέβαια, ο Basaglia δεν ήταν αποκλειστικά θεωρητικός, μάλλον το αντίθετο. Μη συμφωνώντας με τις θέσεις της πανεπιστημιακής του κλινικής στη Πάδοβα, αποσύρεται στην Γκορίτσα, στα γιουγκοσλαβικά σύνορα, όπου οργανώνει το εκεί ψυχιατρείο και την κοινότητα μέσω των αρχών της «ανοιχτής κοινότητας», ενώ αργότερα οργανώνει το ίδιο «πείραμα» στο ψυχιατρείο της Τεργέστης, όπου ιδρύει και την Psichiatria Democratica. Οι ενέργειές του αποτελούν ορόσημο, όχι μόνο για την ιταλική ψυχιατρική, την οποία αναμόρφωσε εκ βάθρων, αλλά αποτέλεσε –και ίσως αποτελεί ακόμα- το μεγαλύτερο εναλλακτικό «παράδειγμα» σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή ψυχιατρική.

[273] Βλ. χαρακτηριστικά: Basaglia, F., «Η ουτοπία της πραγματικότητας», μτφ. Θ. Μεγαλοοικονόμου, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 84, 2003.

3.10. Κλείνοντας: σήμερα

Εδώ και μια πεντηκονταετία περίπου, η ψυχιατρική επιστήμη διανύει ίσως την πλέον «παραγωγική» της περίοδο. Βέβαια, ο χαρακτηρισμός «παραγωγική» αναφέρεται μάλλον σε μια ποσοτική χροιά και εκτίμηση, παρά σε μια ποιοτική διαφοροποίηση και μεταλλαγή. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η ψυχιατρική λειτουργεί εν είδει *χιονοστιβάδας*. Υπάρχει μια συνεχόμενη παραγωγή φαρμάκων, εργασιών, ερευνών, ανακοινώσεων, σχολών ψυχοθεραπείας. Μια διογκούμενη παραγωγή, η οποία όμως –κατά πολλούς- δεν έχει ουσιαστικό αντίκρισμα και εκταμίευση στον ψυχικά πάσχοντα. Είναι βέβαιο ότι η αθρόα παραγωγή και χρήση των νέων ψυχότροπων ουσιών, των «νέας γενιάς» ψυχοφαρμάκων, έδωσε τη δυνατότητα σε πολλούς από τους ψυχικά πάσχοντες να «βγουν από το άσυλο» και να επανακτήσουν μια –αν μη τι άλλο- αξιοπρεπέστερη διαβίωση στη κοινότητα. Από την άλλη, και αυτό είναι ένα από τα σημεία στα οποία εστιάζεται η παρούσα μελέτη, πιθανόν αυτή η διαφοροποίηση, να μην είναι τίποτ' άλλο πέραν μιας επιφανειακής μεταλλαγής. Η σύγχρονη ψυχιατρική, σαφώς καλύτερα «εξοπλισμένη», πλην όμως *α-θεωρητική*,[274] *υπέρ-βιολογική*, αλλά υπολειπόμενη σε ιδεολογία καλείται ίσως να διαδραματίσει ένα διαφορετικό ρόλο. Ή μήπως καλείται να διαδραματίσει ένα παραπλήσιο –αν όχι ταυτόσημο- με παλαιότερες εποχές ρόλο, ενδυόμενη μια διαφορετική αμφίεση; Το μετανεοτερικό «παράδειγμα» της ψυχιατρικής επιστήμης συσπειρώνεται ολοένα και περισσότερο γύρω από την οργανικότητα, γύρω από τη «νευρολογική εξιχνίαση», έτσι όπως αυτή ευοδώθηκε από τις αλματώδεις εξελίξεις στον τομέα αυτό. Όπως αναφέρει η Λέκκα, «*Ενδεχομένως, το κομβικότερο σημείο σε αυτή τη διαδικασία υπήρξε η περίοδος από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 μέχρι και τα μέσα της δεκαετίαςτου 1990, οπότε οι σύγχρονες νευροεπιστήμες διερεύνησαν και διασαφήνισαν σημαντικά τις νευρωνικές και νευροχημικές βάσεις της ανθρώπινης διανοητικής και ψυχικής ζωής, με τη*

[274] «*…από το 1952 διαδέχονται η μια την άλλη οι πληθωριστικές εκδοχές του* Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, *παράγωγου ενός μικρού στατιστικού εγχειριδίου για χρήση στα άσυλα φρενοβλαβών ήδη από το 1918. Αφού αναφέρθηκε διαδοχικά σε σωματικές και ψυχαναλυτικές θεωρίες, το DSM, από τη δημοσίευση της γ' έκδοσής του DSM* το *1980, έχει πάρει οριστικά θέση περιγραφική και αθεωρητική. Αυτή η καλοπροαίρετη ουδετερότητα υπακούει στις πιέσεις των διαφόρων πολιτιστικών, ιδεολογικών, σεξιστικών και άλλων ομάδων, που βλάπτουν εξαιρετικά την αντικειμενικότητα που διακηρύσσει μια ταξινόμηση της οποίας η τελευταία εκδοχή, το* DSM IV, *γεμίζει σχεδόν 1000 σελίδες... Πολιτικά ορθή ίσως, δεν καθίσταται αυτομάτως και ψυχιατρικά ικανοποιητική.* […] *Χάρη στις προόδους της τεχνολογίας, η βιολογική ψυχιατρική ασχολείται από τη μεριά της με την παρακολούθηση μέσα από τους συναπτικούς μαιάνδρους του ίχνους των σύγχρονων αυτών εκδοχών των "ζωικών πνευμάτων", των νευρομεταβιβαστών, η ελεύθερη κυκλοφορία των οποίων καθορίζει σκέψεις και συμπεριφορές.* […] *Ο αρχαίος ανταγωνισμός ανάμεσα στην οργανογένεση και την ψυχογένεση παραμένει ζωντανός…*». Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, οπ.π., σ. 203.

βοήθεια των νέων διαγνωστικών και απεικονιστικών τεχνικών που επινοήθηκαν κατά τις δεκαετίες του 1970 και 1980, όπως η μαγνητική τομογραφία και η τομογραφία ποζιτρονίων. Ακολούθησε μία σειρά άρθρων, μελετών και βιβλίων πάνω στις νέες "αλήθειες" για τα ανθρώπινα υποκείμενα από τον τρόπο που σκέφτονται και αισθάνονται μέχρι τον τρόπο που μιλούν και τρώνε η οποία κινήθηκε γύρω από συγκεκριμένες έννοιες-κλειδιά, όπως τη γνώση του εν λειτουργία ανθρώπινου εγκεφάλου, τις διάφορες διαβιβαστικές ουσίες και τις ποικίλες λειτουργίες του, τις διαγνωστικές τεχνικές, τα ποικίλα φαρμακευτικά σκευάσματα. […] *Οι παραπάνω εξελίξεις καταδείκνυαν ότι το διακύβευμα δεν ήταν απλώς και μόνο η γνώση μιας σειράς νέων δεδομένων για τον εγκέφαλο, αλλά το ότι μέσω αυτών οι άνθρωποι θα ήταν πλέον σε θέση να γνωρίσουν "σε βάθος" τον εαυτό τους. Όπως καταλαβαίνει κανείς, οι παραπάνω μετασχηματισμοί άσκησαν σημαντική επίδραση στην εξέλιξη της ψυχιατρικής επιστήμης, στην προσέγγιση των ψυχικών διαταραχών και, πρωτίστως, στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών στις σύγχρονες κοινωνίες των αρχών του 21 ου αιώνα.».*[275]

Είναι πλέον καταφανές ότι η ψυχιατρική επιστήμη βρίσκεται αντιμέτωπη, τόσο με νέα δεδομένα, όσο και με νέες προκλήσεις. Σύμφωνα με τον Στυλιανίδη, «…*προκειμένου να απαντηθούν αυτές οι προκλήσεις, απαιτείται αλλαγή στην ψυχιατρική κουλτούρα, στον τρόπο σκέψης, στην προαγωγή νέων πρακτικών και καινοτομιών μέσα από νέου τύπου επιστημονική τεκμηρίωση. Με άλλα λόγια* <u>*απαιτείται μια 4η ψυχιατρική επανάσταση*</u> (ο τονισμός, δικός μας)».[276]

[275] Λέκκα, Β., *Ιστορία και Θεωρία της Ψυχιατρικής*, Futura, Αθήνα, 2012, σ. 212 – 213.
[276] Στυλιανίδης, Στ., «Σύντομη ιστορική αναδρομή της τρέλας και της κοινοτικής ψυχιατρικής», οπ.π., σ. 50.

Κεφάλαιο 4. Προς ένα νέο «Παράδειγμα»: η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

4.1. Από το *Άσυλο* στην *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*: Εισαγωγικά

Υπάρχει άραγε η πιθανότητα η διαδικασία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, υπό το πρίσμα μιας διεργασίας η οποία υποστασιοποίησε τα θεωρητικά και ιδεολογικά προτάγματα της φιλελεύθερης κατεύθυνσης έτσι όπως αυτή εκφράστηκε μέσω του Μάη του ’68, να κατέπεσε σε ένα στείρο γραφειοκρατικό και τεχνοκρατικό μοντέλο οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας; Με ποιο τρόπο η δημοκρατική, φιλελεύθερη και ιδεαλιστική προσέγγιση της άρσης του αποκλεισμού και της ανακούφισης της ψυχικής οδύνης του ψυχικά πάσχοντα μεταλλάχθηκε σε ένα νεοφιλελεύθερο μοντέλο οργάνωσης του οποίου οι αρχές διέπονται κυρίως από τις θέσεις περί cost effectiveness και περί διαφόρων αλγοριθμικών μοντέλων προσέγγισης της πραγματικότητας της ψυχικής νόσου; Μήπως τελικά αυτό που συνέβη σ΄ όλες τις δυτικές χώρες, η «κρίση του ψυχιατρείου», δεν μεταλλάχθηκε και δεν αναβαθμίστηκε ως «κρίση της ίδιας της Ψυχιατρικής» γεγονός που ουσιαστικά συνέβαλε στην αναπαραγωγή των ίδιων μεθόδων, των ίδιων ερμηνευτικών σχημάτων και εν τέλει των ίδιων χαρακτηριστικών διαχείρισης της ψυχικής οδύνης και κυρίως της υποκειμενικότητας του πάσχοντα με τον ίδιο με παλαιότερα τρόπο; Επιπλέον, ο αποϊδρυματισμός είναι το επιστέγασμα μιας διαδικασίας εκδημοκρατισμού, έτσι όπως εκφράστηκε μετά την διαδικασία ανοικοδόμησης της Ευρώπης, ή αντίθετα, είναι μια –αναγκαία- βαθμίδα στο νεοφιλελεύθερο σχέδιο;

Στο κεφάλαιο αυτό αναφερόμαστε στη διαδικασία μετασχηματισμού η οποία έλαβε χώρα τις τελευταίες τέσσερεις με πέντε δεκαετίες και είχε σαν αποτέλεσμα τη διαφοροποίηση της ψυχιατρικής κλινικής πρακτικής. Με άλλα λόγια, εξετάζουμε τις αλλαγές οι οποίες έλαβαν χώρα δημιουργώντας το «παράδειγμα» της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η μετάβαση από το ασυλικό παράδειγμα στο μεταρρυθμιστικό παράδειγμα είναι ίσως η «αιχμή του δόρατος» της μετανεοτερικής ψυχιατρικής. Έχοντας αναφερθεί στα προηγούμενα κεφάλαια στην εξελικτική, στην διαδρομή της ψυχιατρικής, αυτό που μένει να δούμε είναι η –ουσιαστικά τελευταία- διαφοροποίηση, έτσι όπως εκφράζεται μέσω του παραδείγματος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Πριν όμως αναφερθούμε στην έννοια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ας δούμε κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά του Ασύλου, της δομής εκείνης η οποία αποτέλεσε την casus beli.

4.2. Το Άσυλο: Βασικά χαρακτηριστικά

«*Πολύ ωραία είναι εδώ…Πολύ καλύτερα από φυλακή, καμιά σύγκριση…*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Ανάμεσα στους διάφορους τύπους ιδρυμάτων, οι φυλακές και τα ψυχιατρεία είναι εκείνα τα ιδρύματα τα οποία είναι προορισμένα για άτομα που είναι ανίκανα για αυτοφροντίδα, αλλά παράλληλα και/ή επικίνδυνα. Είναι κλειστά (ή τουλάχιστον με «κλειστό» χαρακτήρα), υπό την έννοια ότι δεν υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση στους «εκτός» και φυσικά ελευθερία εξόδου στους «εντός». Όλες οι δραστηριότητες λαμβάνουν χώρα στο ίδιο πλαίσιο και χώρο, η συναναστροφή γίνεται με «ίδιους» ανθρώπους (ή έστω χαρακτηριζόμενους ως «ίδιους»). Οι «επόπτες» είναι σαφώς πιο λίγοι, ενώ οι αναπαραστάσεις αμφοτέρων για τους άλλους είναι αρκετά ισχυρές. Η εισαγωγή τις περισσότερες φορές περιλαμβάνει τελετουργικά όπως διαδικασίες απογύμνωσης, αρίθμησης, απώλεια ή αλλοίωση του ονόματος των τροφίμων, απώλεια ή δέσμευση των προσωπικών αντικειμένων, αλλά και δοκιμασίες «υπακοής».[277]

«*Παλιά τους θάβανε αδιάβαστους. Δηλαδή μόνο ένα σταυρό, βγάζανε άλλον, βάζανε άλλον κ.λπ. Δεν ενδιαφερόταν κανένας, ήταν στα αζήτητα. Ξέρεις τι είναι αζήτητα; Όταν είχαν έρθει οι ασθενείς, <u>είχαν έρθει με μια ταμπέλα ενός μητρώου όχι με όνομα.,</u> Κ10076 ξέρω γω κρεμασμένη επάνω τους. Τότε, επί Βασιλέα. Τους φέρνανε αλυσοδεμένους, και με μια κρεμασμένη ταμπέλα. Άλλος είχε δύο ταμπέλες, άλλος είχε βγάλει τη δική του την είχε βάλει σε άλλον, άντε να βγάλεις άκρη. Ποια ήτανε πού και ποια ήτανε ποιανού, 2.500 άτομα. Με ταμπέλες με έναν αριθμό. Μας τα λένε οι παλιοί*» (Κοινωνική Λειτουργός, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Ακόμα και σήμερα υπάρχουν μερικοί "Αγνώστου". Είναι καταχωρημένοι έτσι, με αυτό το επώνυμο,* Αγνώστου. *Γιάννης Αγνώστου, Γιώργος Αγνώστου, καταλαβαίνεις. Τότε που ερχόντουσαν οι "καραβιές" και γινόταν εδώ το έλα να δεις υπήρχανε πολλοί οι οποίοι δεν είχαν καθόλου στοιχεία. Τώρα μην με ρωτήσεις πως το προσωπικό έμαθε το μικρό τους όνομα, δεν ξέρω. Και που λες, αυτοί όλοι, ήταν πολλοί τότε, καταχωρηθήκαν με επώνυμο* Αγνώστου.

[277] Ο Goffman, παρ΄ όλο που δεν αναφέρεται αποκλειστικά στις πρακτικές και στα χαρακτηριστικά των ψυχιατρικών ιδρυμάτων-ασύλων, δίνει μια πολύ εμπεριστατωμένη εικόνα, και φέρνει στην επιφάνεια βασικές αναλυτικές κατηγορίες, που ελέγχονται μέχρι και σήμερα. Goffman,Ε., *Άσυλα*, εκδ. Ευρύαλος, Αθήνα, 1994, σ. 32-51.

Αργότερα, όταν έγινε η επανένταξη[278] *και ήρθαν οι κοινωνικοί λειτουργοί, ψάξαν και βρήκαν τις οικογένειες των περισσότερων. Αλλά για μερικούς δεν βρέθηκε τίποτα. Τίποτα, το καταλαβαίνεις; Οπότε τους έμεινε το* Αγνώστου…» (Συνομιλία με επαγγελματία, επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Οι «τεχνικές» αυτές επιφέρουν κυρίως δύο αποτελέσματα: προκαλούν, αφενός την «ηθική μείωση» του (νεοεισερχόμενου κυρίως) τροφίμου, και κατά δεύτερο λόγο, την απώλεια της ταυτότητας, της ατομικότητας, ουσιαστικά του ίδιου του εαυτού. Η δυνατότητα για αυτενέργεια και προσωπική απόσταση χάνεται, ο «ζωτικός χώρος» εξαφανίζεται, το ίδιο και η δυνατότητα για ιδιαιτερότητα. Οι «θάλαμοι» είναι πολυπληθείς, και η οποιαδήποτε δραστηριότητα γίνεται ομαδικά, ενώ διάφοροι εξευτελισμοί συνήθως εκλογικεύονται: η τακτική του μπάνιου με την μάνικα συνέβαινε είτε λόγω της ανάγκης για καθαριότητα, είτε λόγω της έλλειψης προσωπικού.

«*Τότε η νοοτροπία, δηλαδή όταν τους είχανε φέρει με τις καραβιές, κανένας δεν τους μίλησε για την τρέλα* (η επαγγελματίας αναφέρεται στους «ντόπιους», πολλοί εκ των οποίων εργάστηκαν σαν υπάλληλοι του ψυχιατρείου). *Όπως εσύ έχεις ίωση, έτσι κι η τρέλα νομίζανε ότι είναι κολλητική. Οι άνθρωποι είχανε γίνει αγρίμια. Ξέρεις τι είναι ο άλλος να έχει σχιζοφρένεια κι ο άλλος να μην θέλει να σ' ακουμπήσει, να μην θέλει να σου μιλήσει να συνεννοηθεί μαζί σου, να σε πιάνει να σε κάνει μπάνιο με την μάνικα, δεν υπήρχαν τουαλέτες, δεν υπήρχαν υποδομές, τους βάζανε τους ανθρώπους έτσι μέσα σε ένα κτίριο. Τους ανθρώπους, τους υπαλλήλους, τους βάζανε μέσα ανειδίκευτους. Οι άρρωστοι, ο ένας μπορεί να είχε κατάθλιψη, ο άλλος είχε σχιζοφρένεια. Γι' αυτούς όλοι είχανε ένα πράγμα. Φαντάσου τώρα έναν θάλαμο που εγώ τον πρόλαβα με πενήντα ασθενείς, να έχει μέσα 500 άτομα, τριώροφες κουκέτες, ο ένας ασθενής πάνω από τον άλλον, ο ένας ασθενής να χέζει να πέφτουν στον από κάτω, τους είχαν αλυσοδεμένους το βράδυ. Και ήταν ασθενής που παρότι ήταν δεμένος, το βράδυ σηκωνότανε και τους έτρωγε τ΄ αυτί. Μπαίνανε μέσα οι υπάλληλοι με φορτωμένες τις τσέπες σύριγγες και στεκόντουσαν πλάτη με πλάτη για να μην τους επιτεθεί κανείς, τέσσερις τέσσερις μπαίνανε στους θαλάμους, ο Θεός να τους κάνει θαλάμους, και τότε δέρνανε, όχι αστεία*» (Κοινωνική Λειτουργός, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Στο 2ο* (τμήμα νοσηλείας) *είχαμε 90 γυναίκες, και οι 90 γυναίκες κάθε πρωί μπάνιο, Χριστέ μου, δεν υπήρχαν τότε ούτε γάντια, τα ρούχα ήταν σκατωμένα, ούτε γάντια, και μετά από φωνές μας φέρανε αυτά τα διάφανα που είτε τα είχες είτε όχι, το ίδιο ήταν. Τότε δεν υπήρχαν ντουζ,*

[278] Στο συγκεκριμένο πεδίο, οι επαγγελματίες όταν αναφέρονται μονολεκτικά στον όρο «επανένταξη» εννοούν τη συνολική μεταρρυθμιστική προσπάθεια που έγινε στον χώρο.

ζεσταίνανε από τα μαγειρεία τα καζάνια και μαζί με ασθενείς, γιατί πόσα δρομολόγια να έκανες πια, δυό – δυό άρρωστοι μαζί, ένα καζάνι τα φέρναμε πάνω, ε, πόσο να κρατήσουν, μετά θα έπρεπε να ρίξεις κρύο νερό, τα τσουβάλια που είχανε απορρυπαντικά τα κάναμε ποδιές και δώστου με το σφουγγάρι. Είχανε και ψείρα τότε. Πολύ ψείρα. Είχαμε το ivaliten τότε και τους βάζαμε. Είχαμε έναν που ο γιακάς του και η πλάτη από μέσα πρέπει να είχε 500 ψείρες. Βάζαμε από το βράδυ Ivaliten και το πρωί το σφουγγάρι γινότανε μαύρο, μαύρο. Εμείς τα καίγαμε βέβαια τα ρούχα. Είχαμε ένα βαρέλι σε μια βεράντα και δώσε. Τα πετάγαμε. Στα πλυντήρια δε, είχανε τον καυστήρα, ένα μεγάλο καζάνι βάζανε από κάτω ξύλα να βράσει το νερό, αυτό ήτανε ο καυστήρας, και τα βάζανε μέσα. Κι είχανε μια κουτάλα τρύπια και κάνανε έτσι, να τα βγάλουνε και μαύριζε η κουτάλα. Από τις ψείρες» (Βοηθός Νοσηλευτή (παλιός «φύλακας ασθενών»), Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Οι «κανόνες» του ιδρύματος μπορεί να λειτουργούν τόσο σε ρητό, όσο και σε άρρητο επίπεδο. Υπάρχει συνήθως ένα αυστηρά προσδιορισμένο και οριοθετημένο σύνολο κανόνων, αλλά παράλληλα λειτουργεί (επικουρικά θα μπορούσε να λεχθεί) και ένα σύστημα άτυπων και τυπικών προνομίων και τιμωριών. Η εναλλακτική χρησιμοποίηση αυτού του συστήματος προνομίων και τιμωριών συνήθως λειτουργεί υπό το πρίσμα της τακτικής «καρώτο-μαστίγιο», με λειτουργικό σκοπό την συνεργασία των τροφίμων εκείνων που είναι «απείθαρχοι», το οποίο λειτουργεί αποτελεσματικά και σε συμβολικό επίπεδο. Η γλώσσα που χρησιμοποιείται βρίθει ιδιωματισμών, είναι ιδιαίτερη και κωδικοποιημένη, και χρησιμοποιείται όχι μόνο από τους τροφίμους, αλλά και από το προσωπικό, ιδιαίτερα εκείνο των κατώτερων βαθμίδων, ή σε «οικίες» περιστάσεις. Αντίθετα, στις ανώτερες βαθμίδες, ο λόγος γίνεται δόκιμος: είτε τυπικός και «ξύλινος» είτε «επιστημονικός».[279]

«*Τώρα που θα κατέβει ο καινούριος, βάλτε του cocktail επί τρία, πάρτε ζωτικά, και περιορισμός χέρι πόδι, μέχρι να δούμε τι θα τον κάνουμε…*».[280] (Τηλεφωνική επικοινωνία επιμελητή ψυχίατρου με νοσηλευτή, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

---

[279] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 62-67.

[280] Ο όρος «cocktail» αναφέρεται σε μια φαρμακευτική αγωγή (ειδικότερα σε συνδυασμό ψυχοτρόπων ουσιών) οι οποίες γίνονται τις περισσότερες φορές μέσω ενδομυϊκής ένεσης. Η μετάφραση της παραπάνω –απόλυτα κατανοητής για τους επαγγελματίες- πρότασης θα μπορούσε να είναι: «*Τώρα που ο νεοεισερχόμενος θα εισαχθεί στο νοσοκομείο και θα μεταφερθεί στο τμήμα νοσηλείας από τα εξωτερικά ιατρεία, να του γίνει ενδομυϊκή φαρμακευτική αγωγή, η οποία θα περιλαμβάνει τα φάρμακα aloperidin, zuledin και akineton, και η οποία θα γίνεται τρεις φορές την ημέρα. Να ελέγχονται οι βασικές ζωτικές του λειτουργίες, δηλαδή, να του βάζετε θερμόμετρο, να του μετράτε πίεση και σφυγμούς και τέλος να τον καθηλώσετε με ιμάντες στο κρεβάτι δένοντάς τον από το ένα χέρι και από το αντίθετο πόδι*».

Ο τρόφιμος από την άλλη έχει το περιθώριο να χρησιμοποιήσει μια γκάμα συμπεριφορών για να αντιμετωπίσει τις νέες συνθήκες που προκύπτουν από την ένταξή του στο περιβάλλον του ιδρύματος. Ομαδοποιημένες, σύμφωνα με τον Goffman, μπορούν να προσδιοριστούν σε τέσσερεις κατηγορίες. Α) Η **καταστασιακή απόσυρση** είναι η κατάσταση που ψυχιατρικά περιγράφεται ως παλινδρόμηση. Ο άρρωστος αποσύρει την προσοχή του σχεδόν από τα πάντα, εκτός από αυτά που έχουν να κάνουν με το σώμα του, επιδεικνύοντας μια αυτιστική, θα μπορούσαμε να πούμε συμπεριφορά. Β) Η **αδιάλλακτη γραμμή**, όταν ο τρόφιμος αρνείται με συνέπεια να προσαρμοστεί και να δεχθεί τους κανόνες του ιδρύματος. Γ) Η **εποίκηση**: το ίδρυμα γίνεται το «νέο σπίτι»: το ομοίωμα του έξω κόσμου που παρέχει το ψυχιατρικό κατάστημα λαμβάνεται από τον τρόφιμο ως το «όλον», και ένας ήρεμος, σχετικά επαρκής τρόπος ζωής κτίζεται πάνω στις μέγιστες ικανοποιήσεις που μπορεί κανείς να αντλήσει από την παραμονή του στο ίδρυμα. Σχεδόν όλοι οι «χρόνιοι» άρρωστοι των μεγάλων ψυχιατρείων παρουσιάζουν συμπεριφορές αυτού του τύπου. Δ) Η **μεταστροφή**, η οποία ουσιαστικά αναφέρεται στην αποδοχή και ενσωμάτωση μιας ψυχιατρικής εικόνας για τον εαυτό, άσχετα από το ποσοστό εναισθησίας που ο τρόφιμος διαθέτει. Είναι κατανοητό το ότι αυτές οι τέσσερεις κατηγορίες, τις πιο πολλές φορές, δεν είναι διακριτές η μία από την άλλη, και επίσης μπορεί, τόσο να συνυπάρχουν, όσο και να εναλλάσσονται η μία με την άλλη.[281]

Από τους περισσότερους τροφίμους ο χρόνος διαμονής βιώνεται σαν χαραμισμένος και νεκρός, σαν μια παρένθεση που πρέπει να λήξει όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Αυτό το γεγονός, αν συνδυαστεί με τον ψυχωτικό χρόνο, που και αυτός έχει το χαρακτηριστικό του «νεκρού» χρόνου, έρχεται σε μεγάλη αντιδιαστολή με τον «θεραπευτικό» χρόνο της αποασυλοποίησης.[282]

> Σαλόνι ασθενών σε μια ψυχιατρική κλινική, απόγευμα. Στις πολυθρόνες κάθονται μερικοί νοσηλευόμενοι, εγώ και ένας νοσηλευτής. Δίπλα μου κάθεται ο Γ., ένας εκ των νοσηλευόμενων. Δεν μιλάει, καπνίζει, δεν κοιτάει την –στερεωμένη ψηλά στον τοίχο-

[281] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 72-77.

[282] Στην ψυχοθεραπεία της ψύχωσης, υπάρχουν δύο χρόνοι. Ο ψυχωτικός και ο θεραπευτικός. Ο χρόνος του Εγώ χωρίς όρια συχνά δεν βιώνεται, αφού η αντίληψη του χρόνου προϋποθέτει κίνηση και επαναλαμβανόμενες πράξεις, κάτι που δεν ισχύει στην ψύχωση. Ο προσωπικός χρόνος μένει πίσω από τον πραγματικό χρόνο, κινούμενος συνήθως μεταξύ παρελθόντος και παρόντος: δεν εστιάζει στο μέλλον. Αντίθετα, ο θεραπευτικός χρόνος έχει όρια, με αρχή και τέλος. Μαδιανός, Μ., *Η μηλιά κάτω από το μήλο*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999, σ. 32-33.

τηλεόραση… «*Πως είστε; Τι κάνετε;*» ρωτάω, προσπαθώντας να ανοίξω μια συζήτηση. «*Τι κάνουμε; Τι να κάνουμε; Καθόμαστε…*» (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Ο χρόνος δεν είναι ούτε γραμμικός, αλλά ούτε και κυκλικός. Είναι ένας «αυτιστικός» χρόνος, με μεγάλες συνέπειες στις κοινωνικές αποσυνδέσεις του τροφίμου, ο οποίος έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τον «ψυχωτικό» χρόνο που βιώνουν ήδη οι άρρωστοι (για παράδειγμα, οι τρόφιμοι μπορεί να κάθονται για ώρες δίπλα ο ένας στον άλλον, καπνίζοντας, χωρίς όμως καμιά ουσιαστική διαντίδραση), και παρ΄ όλες τις «δραστηριότητες περισπασμού» με τις οποίες ασχολούνται οι ασθενείς.[283]

«*Αλλά δεν έχει το νοσοκομείο μας μόνο ψυχώσεις τελικά, όσο κι αν πολλές φορές στο νοσοκομείο έχουμε μια τάση, να βλέπουμε τα πάντα ως ψυχώσεις, ή ως κάτι, το κάθε νοσοκομείο έχει μια προτίμηση. Αν το δείτε, ναι, οι διαγνώσεις του είναι μια, αυτή, βλέπουμε αυτό που θέλουμε να δούμε τις περισσότερες φορές. Είναι δύσκολο να' ναι κανείς ανοικτός. Κι είναι και ο χώρος που σε σπρώχνει, άντε διάγνωσέ το, μπαπ. Έξω ας πούμε, είναι ένα πράγμα έτσι…*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Μέσα από αυτή την «ομογενοποίηση» (για παράδειγμα, ίδιες διαγνώσεις (ο «ψυχωτικός», η «διαταραχή προσωπικότητας», ο «καταθλιπτικός»), αλλά και ίδιες ή τουλάχιστον παραπλήσιες θεραπείες,[284] και μέσα από αυτή την απώλεια του λειτουργικού χωροχρόνου, έρχονται και επικάθονται τα δύο κύρια λειτουργικά χαρακτηριστικά του ιδρύματος: η **αποπαίδευση** και ο **στιγματισμός.**[285] Η κοινωνική θέση του τροφίμου αλλάζει, και μετά την έξοδο του αρρώστου από το ίδρυμα δεν μπορεί να είναι ίδια με την αναπαράσταση της

[283] Με το όρο «δραστηριότητες περισπασμού» εννοούνται οι ενασχολήσεις εκείνες (πολλές φορές αυτόβουλες και όχι «σοβαρές» που μπορούν να απορροφήσουν και να συνεπάρουν τον τρόφιμο, κάνοντάς τον να «σπάσει» για λίγο τον «νεκρό» χρόνο του ιδρύματος. Άλλες είναι ομαδικές, όπως αθλοπαιδιές και χοροί, άλλες ατομικές, στις οποίες περιλαμβάνεται και η «περίσσεια αναπόλησης» που προτείνει ο Clemmer. Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 78-79.

[284]Τα νεότερα ψυχότροπα φάρμακα, τα λεγόμενα «νεότερης γενιάς» αναφέρονται ως «άτυπα» (είναι πολύ ενδιαφέρουσα η επιλογή της λέξης «άτυπος» για τον χαρακτηρισμό ομάδων φαρμάκων, κυρίως ουσιών υπευθύνων για την αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων σε μια μεγάλη γκάμα νοσολογικών οντοτήτων. Ο όρος «άτυπος», εκ προοιμίου δεν περιέχει ένα σαφές και οριοθετημένο εννοιολογικό περιεχόμενο). Ενδεικτικά, τα νεότερα και ευρέως χρησιμοποιούμενα, άτυπα φάρμακα για την σχιζοφρένεια δίνονται σε μια ευρεία γκάμα «ασθενειών», σύμφωνα με το Αμερικανικό διαγνωστικό σύστημα DSM: κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές διατροφής, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές του συναισθήματος. Παρόμοιες χρήσεις έχει και η νεότερη «γενιά» αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Βλ. Hales, R., *Concise Guide to Psychopharmacology,* American Psychiatric Publishing, Washington, 2002, σ. 11-12, 52-59, 82-115.

[285] Η *αποπαίδευση* αναφέρεται στο χάσιμο ή στην αδυναμία απόκτησης μερικών από τις συνήθειες που απαιτούνται καθημερινά στην ευρύτερη κοινωνία, ενώ ο *στιγματισμός* αναφέρεται στην «υποδοχή» του ψυχικά αρρώστου από την κοινωνία, και στα στερεότυπα και προκαταλήψεις που τον συνοδεύουν. Goffman E., *Άσυλα*, όπ.π., σ. 82.

προηγούμενης κοινωνικής του θέσης. Αν σε αυτό το πλαίσιο ενταχθούν και οι παλιότερες υποθέσεις «κατολίσθησης», αλλά και οι νεότερες περί «κοινωνικής επιλογής» (το ψυχωτικό κυρίως άτομο, είτε ήδη ανήκει σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, είτε έχει χάσει δεξιότητες, και κοινωνικό προφίλ λόγω της ψύχωσης, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διατηρήσει την προηγούμενη «κοινωνική βαθμίδα» που κατείχε),[286] γίνεται κατανοητός ο ολοκληρωτικός αποκλεισμός που επέρχεται μέσω της εισαγωγής και της διαβίωσης στο ίδρυμα. Με αυτό τον τρόπο, η μακρά συνήθως διαμονή μέσα στους χώρους του ιδρύματος στερεί από τον ασθενή και τις λίγες εκείνες κοινωνικές δεξιότητες που του έχουν απομείνει, ουσιαστικά οδηγώντας τον στον *ιδρυματισμό*.[287]

[286] Η θεωρία της κοινωνικής κατολίσθησης (drift theory) προτάθηκε από τους Faris και Dunham, το 1930, και ουσιαστικά αποτελεί ένα πρόδρομο της υπόθεσης της κοινωνικής επιλογής (social selection theory) που προτάθηκε από τον Dohenwend. Στο: Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 191. Επίσης, βλ. και το κεφάλαιο 2 της παρούσης μελέτης.

[287] Ο όρος *ιδρυματισμός* (ή *ιδρυματική νεύρωση*) προήλθε από τον Barton, στην Μ. Βρετανία, ο οποίος προσπάθησε να διαχωρίσει τις επιπτώσεις της ψύχωσης από τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο άσυλο. Για περισσότερα, στο: Barton, R., *Institutional Neurosis*, Wright, Bristol, 1959.

4.3. Η Ασυλική περίθαλψη στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η δημιουργία των μεγάλων ψυχιατρείων, των *Ασύλων*, αν και καθυστέρησε σε σχέση με τη κεντρική Ευρώπη, εντούτοις ακολούθησε μια παραπλήσια πορεία. Ίσως αυτά τα δύο στοιχεία να είναι και τα πλέον ενδεικτικά αναφορικά με την πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Το πρώτο στοιχείο σχετίζεται με τη θέση περί της άκριτης υιοθέτησης των «Δυτικών μοντέλων» ανάπτυξης και εφαρμογής της ασυλικού τύπου παρέμβασης, το οποίο δυστυχώς θα το συναντήσουμε και αργότερα στην προσπάθεια για σχεδιασμό, εφαρμογή και ανάπτυξη και του μεταρρυθμιστικού μοντέλου. Όπως αναφέρει ο Πλουμπίδης, «*Η ψυχιατρική, σαν ιατρική πρακτική, αλλά και σαν κοινωνικός θεσμός διαμορφώθηκε (στην "Δύση") κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα. Στη χώρα μας έγινε γνωστή* […] *όπως όλες σχεδόν οι εισαγόμενες γνώσεις και πρακτικές, και διαμόρφωσε τη φυσιογνωμία της στις αρχές του 20ου αιώνα*».[288] Το πρώτο ψυχιατρείο δημιουργήθηκε στη Κέρκυρα, ενώ στη συνέχεια δημιουργήθηκαν τα υπόλοιπα, συμμετεχόντων και των δύο μεγαλύτερων εξ αυτών, του «Δαφνιού» και του Δρομοκαϊτείου, με το δεύτερο να προηγείται χρονικά. Μέχρι εκείνη την περίοδο, η συνηθέστερη μέθοδος διαχείρισης του πληθυσμού των ψυχικά πασχόντων, ειδικά των ατόμων τα οποία θεωρούνταν επικίνδυνα, και γενικότερα «περιθωριακά», ήταν η φυλάκιση και η κράτηση στα κατά τόπους αστυνομικά τμήματα, και πιο συχνά στα τμήματα μεταγωγών. Το ενδιαφέρον –και ιδιαίτερα ενδεικτικό- στοιχείο είναι ότι το πρώτο ψυχιατρείο, αυτό της Κέρκυρας, ιδρύεται το 1838, από την Αγγλική αρμοστεία, ενώ ήταν πλήρως εναρμονισμένο με τα «δυτικά» πρότυπα.

Το επόμενο βήμα – σταθμός στην ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα είναι η δημιουργία και η λειτουργία του Δρομοκαΐτειου θεραπευτηρίου. Το συγκεκριμένο ίδρυμα, του οποίου η δημιουργία προέκυψε από ένα ιδιωτικό κληροδότημα, αποτελεί για την τότε εποχή μια «κορωνίδα εκσυγχρονισμού».[289] Σύμφωνα με τον Πλουμπίδη, «…*η λειτουργία του*

---

[288] Πλουμπίδης, Δ., «Η ιστορία των Ασύλων στην Ελλάδα», στο: *Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου, Αρχές Αποκατάστασης,* 1993, σ. 11.

[289] Το Δρομοκαΐτειο Θερπαευτήριο ιδρύθηκε με μία δωρεά αξίας 800.000 γαλλικών φράγκων από τον Χιώτη έμπορο Ζωρζή Δρομοκαΐτη και ονομάστηκε «*Φρενοκομείο Ζωρζή και Ταρσής Δρομοκαΐτου*». «*Αξίζει να σημειωθεί ότι το ζεύγος είχε μια κόρη νοητικά καθυστερημένη. Στις 16/4/1882 συστήθηκε, με το ΦΕΚ 82/82, το "Εν Αθήναις Φιλανθρωπικόν Καθίδρυμα Φρενοκομείον Ζώρζη και Ταρσής Δρομοκαΐτου", ενώ στις 27/5/1987 συστήθηκε το ιδιωτικό φρενοκομείο στη θέση Αγία Βαρβάρα του Δαφνίου σε έκταση 321 στρεμμάτων που παραχωρήθηκε από το κράτος. Η επιθυμία των εκτελεστών της διαθήκης ήταν να ανεγερθεί σύγχρονο ψυχιατρείο, γι' αυτό κατέφυγαν στη βοήθεια του Γάλλου ψυχίατρου Lunier, επίτιμου γενικού επιθεωρητή των διοικητικών υπηρεσιών του Υπουργείου Εσωτερικών της*

Δρομοκαΐτειου Θεραπευτηρίου έχει αφετηρία την 1.10.1887 και αυτή η ημερομηνία αποτελεί το ορόσημο για την ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα και το όνομα του πρώτου ψυχιατρείου συμβαδίζει με την πορεία της. Ο δεύτερος Διευθυντής του, Μιχαήλ Γιαννήρης, επισημαίνει ότι το ίδρυμα αυτό απέκτησε σύντομα καλή φήμη και συνεπώς την έγκριση και την αποδοχή όλων των κοινωνικών στρωμάτων […] *πρόσωπα που ευρίσκονται εις την κορυφήν της πυραμίδος της ελληνικής κοινωνίας εκδήλωναν την εμπιστοσύνην και την εκτίμησίν των εις το ίδρυμα* […] *όπως το να προσφεύγουν εις τις υπηρεσίες του όταν στενοί συγγενείς τους είχαν ανάγκη ψυχιατρικής νοσηλείας*».[290] Το Δρομοκαΐτειο, περίπου έως τη δεκαετία του 1920, δέχθηκε ασθενείς οι οποίοι στην πλειοψηφία τους μπορούσαν να καταβάλλουν νοσήλιο, ότι συνέβαινε και στο Αιγινήτειο που λειτούργησε από το 1904 ως έδρα της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ένας μικρός αριθμός περιπλανώμενων και πενήτων «ψυχοπαθών» παρέμεναν στα υπόγεια αστυνομικών τμημάτων, ενώ το άσυλο του Μοσχάτου, πρόδρομος του Δημόσιου Ψυχιατρείου Αθηνών, ιδρύθηκε το 1911–1912 για να δεχθεί αυτή την κατηγορία ασθενών.[291] Οι αλλαγές στις κοινωνικοπολιτικές συνθήκες στην Ελλάδα, πόσο μάλλον στο λεκανοπέδιο της Αττικής, σταδιακά οδήγησαν στη δημιουργία του μεγαλύτερου ψυχιατρείου της ελληνικής επικράτειας, του Ψ.Ν.Α., του γνωστού και ως «Δαφνί», απόγονου του *Ασύλου της Αγίας Ελεούσας*.[292]

Γαλλίας, ο οποίος χρημάτισε τεχνικός σύμβουλος επί των κατασκευών. Το ίδρυμα θεμελιώθηκε το 1884 και εγκαινιάστηκε την 1/10/1887, με 4 νοσηλευτικά περίπτερα, με συνολικό αριθμό 110 κρεβατιών». Στο Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994, σ. 177 – 178.

[290]Πουλάκου – Ρεμπελάκου, Ε., Τσιάμης, Κ., Παντελεάκος, Γ., Πλουμπίδης, Δ., «Ο ψυχικά άρρωστος ως «θέαμα» στους αθηναϊκούς δρόμους: Ιστορικές και λογοτεχνικές μαρτυρίες από την πρωτεύουσα στα τέλη του 19ου και τις αρχές του 20ού αιώνα», *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, τόμος 26, τεύχος 4, 2009, σ. 538.

[291] Πουλάκου – Ρεμπελάκου, Ε., Τσιάμης, Κ., Παντελεάκος, Γ., Πλουμπίδης, Δ., «Ο ψυχικά άρρωστος ως «θέαμα» στους αθηναϊκούς δρόμους: Ιστορικές και λογοτεχνικές μαρτυρίες από την πρωτεύουσα στα τέλη του 19ου και τις αρχές του 20ού αιώνα», οπ.π., σ. 538.

[292] Αναφέρει η Μισουρίδου: «*Το πρόβλημα, όμως, των απόρων και των επικίνδυνων για τη δημόσια τάξη ψυχικά πασχόντων ήταν ασφυκτικό και επιτεινόταν από τις ιστορικές εξελίξεις και τις δημογραφικές αλλαγές. Το 1920 ο πληθυσμός της Αθήνας είχε αυξηθεί στις 450.000 από 36.000 στην πρώτη δημογραφική έρευνα του 1853, ενώ μέσα στην ίδια δεκαετία, αυτήν της μικρασιατικής καταστροφής ο πληθυσμός διπλασιάστηκε! Το υπόγειο του κεντρικού αστυνομικού καταστήματος της οδού Κυδαθηναίων (στην Πλάκα) αποτέλεσε το μέρος συγκέντρωσης και περιορισμού περιθωριακών ατόμων, αλητών, χρόνιων ή ανίατων φρενοπαθών, τοξικομανών, καθώς και επικίνδυνων για τη δημόσια τάξη ατόμων Η ανεπάρκεια του κτηρίου της οδού Κυδαθηναίων και οι κακές συνθήκες διαβίωσης οδήγησαν στη μεταφορά των ατόμων που φιλοξενούσε, σε ένα μεγαλύτερο οίκημα στο Μοσχάτο κι έτσι δημιουργήθηκε το πρώτο άσυλο φρενοβλαβών κάτω από την εποπτεία του Υπουργείου Εσωτερικών, το 1914. Το πρώτο, λοιπόν, άσυλο διοικούνταν από την αστυνομία. Διευθυντής ήταν ένας υπομοίραρχος της αστυνομίας, ο οποίος είχε υπό τις διαταγές του έναν υπενωματάρχη, 3-4 χωροφύλακες, τη νοσοκόμο Αγάπη Χατζηδάκη-Κουράτορα, μετέπειτα υπάλληλο του Ψυχιατρείου και μερικούς πολιτικούς υπαλλήλους. Οι άθλιες συνθήκες διαβίωσης, η ακαταλληλότητα του οικήματος και ο μεγάλος αριθμός των ασθενών οδήγησαν στη μεταφορά του Ασύλου το 1918-J 919 στη βίλα της Αγίας Ελεούσας στην Καλλιθέα, δημιουργώντας έτσι το Ασυλο της Αγίας Ελεούσας. Το 1924, δύο χρόνια μετά τη μικρασιατική καταστροφή, οι ασθενείς*

Και στην περίπτωση του «Δαφνιού», όμως, υπήρξε μια πορεία και κατάληξη, όμοια με αυτή που παρατηρήθηκε στο ψυχιατρείο της Κέρκυρας, αλλά και στο Δρομοκαΐτειο. Σύντομα, -και παρ' όλες τις επεκτάσεις του-[293] ο πληθυσμός που κλήθηκε να διαχειριστεί αυξήθηκε δραματικά, μεταβάλλοντας και επιδεινώνοντας τις συνθήκες διαβίωσης. Ήδη από το 1938, ο Κ. Βάρναλης (υπό την ιδιότητα του αρθογράφου) σημειώνει: «*Το πλήθος όμως των αρρώστων δημιουργεί μέσα στο ίδρυμα μεγάλο συνωστισμό. Η κυριότερη από τις ανάγκες του Ψυχιατρείου είναι του χώρου* […] *οι περισσότεροι άποροι δεν έχουνε κρεβάτια* […]. *Μολονότι είναι ορισμένος ο αριθμός των ψυχοπαθών που μπορεί να δεχθεί το Ίδρυμα (και αυτός είναι κεκορεσμένος τώρα 2000) ωστόσο, όπως είναι τα πράγματα, δεν θα μπορέσει να αντέξει την πίεση των απέξω. Οι ψυχοπαθείς όλο και πληθαίνουν. Η Αστυνομία όλο και περιμαζεύει περιπλανώμενους και αδέσποτους τρελούς που δεν ξέρει τι να τους κάνει. Επειδή υπάρχει μεγάλος συνωστισμός στους θαλάμους, τα τραπέζια της τραπεζαρίας μεταβάλλονται τη νύχτα σε κρεβάτια...*».[294] Για άλλη μια φορά φαίνεται η χρηστικότητα του *Ασύλου*. Παρ' όλες τις προσπάθειες για να δοθεί ένας, αν όχι αποκλειστικός, τουλάχιστον κύριος χαρακτήρας ο οποίος να περιέχει την έννοια της θεραπείας, φαίνεται ότι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο λειτουργεί κυρίως εν είδει *αποθήκης*. Ο χώρος σώρευσης εκείνου του «καταραμένου αποθέματος», των ανθρώπων εκείνων οι οποίοι –πέραν του κατά πόσο

της Αγίας Ελεούσας ανέρχονταν σε 300 και ζούσαν σε συνθήκες απερίγραπτης αθλιότητας. Τη γενική διεύθυνση του Ασύλου της Αγίας Ελεούσας είχε πάλι αξιωματικός της χωροφυλακής και το προσωπικό αποτελούνταν από μερικούς χωροφύλακες και πολιτικούς υπαλλήλους, αρκετοί από τους οποίους σταδιοδρόμησαν αργότερα στο Ψυχιατρείο. […] *Το 1924 το Άσυλο της Αγίας Ελεούσας αποσπάται από το Υπουργείο Εσωτερικών, μετατρέπεται σε υγειονομικό ίδρυμα υπό την εποπτεία της Διεύθυνσης Υγιεινής του Υπουργείου Πρόνοιας και μετονομάζεται σε "Δημόσιο Ψυχιατρείο Αγίας Ελεούσης".* […] *Παρά τις γενναίες προσπάθειες του προσωπικού, η μεγάλη αύξηση των τροφίμων είχε πάλι ως αποτέλεσμα την αθλιότητα των συνθηκών διαβίωσης. Κάτω από τέτοια πίεση αποφασίστηκε η μεταφορά των πρώτων ασθενών στο Δαφνί…*». Μισουρίδου, Ε., «Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η Ιστορία της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στην Ελλάδα», *Νοσηλευτική*, τόμος 47, τεύχος 3, 2008, σ. 296 – 297.

[293] Κομβικό σημείο για την ίδρυση και ανάπτυξη του ΨΝΑ, (Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής), του «Δαφνιού», αποτέλεσε ο νόμος 6077/34, «Περί Οργανώσεως Δημόσιων Ψυχιατρείων». Μέσα στο 1934 κτίστηκαν τα πρώτα τέσσερα «περίπτερα», ενώ μέχρι το 1940 είχαν κτιστεί 13 περίπτερα και το περίφημο «Ταστσόγλειο», ενώ η ανοικοδόμηση διακόπηκε από το Β. Παγκόσμιο πόλεμο. Κατά τη διάρκεια της κατοχής το νοσοκομείο χρησιμοποιήθηκε για να προσφέρει κατάλυμα σε αγγλικά στρατεύματα, ενώ κατά τη διάρκεια του χειμώνα '40 – '41, οι τρόφιμοι αποδεκατίστηκαν (λόγω τόσο του πολέμου, όσο και λόγω των κακών καιρικών φαινομένων) φτάνοντας από τους 2000 σε περίπου 1000. Μετά το τέλος του πολέμου, στο νοσοκομείο εμφανίζονται και πάλι φαινόμενα υπερπλήρωσης (κυρίως λόγω των κάκιστων βιοτικών συνθηκών που επικρατούσαν στο λεκανοπέδιο την εποχή εκείνη), ενώ μόνο μετά το τέλος του εμφυλίου αρχίζει πάλι η ανοικοδόμηση του νοσοκομείου. Και το ενδιαφέρον είναι ότι η βελτίωση των συνθηκών στο «Δαφνί» συντελέστηκε, ακριβώς λόγω της ίδρυσης του ψυχιατρείου της Λέρου και της μεταφοράς εκεί ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού του «Δαφνιού». Στο: Μισουρίδου, Ε., «Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η Ιστορία της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στην Ελλάδα», οπ.π., σ. 297.

[294] Όπως αναφέρεται στο: Μισουρίδου, Ε., «Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η Ιστορία της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στην Ελλάδα», οπ.π., σ. 297.

σημασιοδοτούνται ως ψυχικά πάσχοντες- σίγουρα θεωρούνται περιθωριακοί. Κάτι που φαίνεται να επανέρχεται όλο και πιο πιεστικά μέχρι και σήμερα.

> «*Δεν μπορώ να απαντήσω ακόμα και ποιο θα είναι το μέλλον της Ελλάδας γενικότερα. Έτσι; Πολλώ δε μάλλον της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Έτσι; Δεν μπορώ να πω τίποτα γι' αυτό. Με αυτές τις συνθήκες που βιώνουμε εδώ μέσα, τι να σου πω; Όταν μας έρχονται από παντού, ότι "περιστατικό" δεν θέλει ο κάθε άλλος ψυχίατρος να κρατήσει. Όποιους ανθρώπους τους βλέπουν σαν σκουπίδια, τους στέλνουν σε εμάς. Έχουμε καταντήσει ένας τεράστιος κουβάς. Από κει και πέρα, τι να σου πω;*» (Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Το ψυχιατρείο της Λέρου, το οποίο –ειδικά για την ελληνική ιστορία- αποτέλεσε και τη θρυαλλίδα της έναρξης της μεταρρύθμισης ήταν από τα τελευταία που δημιουργήθηκαν αποτελώντας μια λύση αποφόρτισης των υπολοίπων ψυχιατρείων, ειδικά αυτών του λεκανοπεδίου. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου ιδρύθηκε με τα Βασιλικά Διατάγματα 28-3-57 και 7-5-57 ΦΕΚ 76/57Α και δέχθηκε τους πρώτους 300 αρρώστους στις 2-1-1958 από το νησί του Αγίου Γεωργίου Σαλαμίνας (Λοιμοκαθαρτήριο Αθηνών), που είχαν μεταφερθεί εκεί από το Δαφνί το 1953. Η επιλογή των αρρώστων έγινε με κριτήριο την έλλειψη επισκεπτηρίου για διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών. Η μεταφορά τους πραγματοποιήθηκε με πλοία του Βασιλικού Ναυτικού. Σιγά-σιγά ο αριθμός των αρρώστων πολλαπλασιάστηκε γιατί μεταφέρθηκαν άρρωστοι από τα ψυχιατρεία της Θεσσαλονίκης, της Κέρκυρας και των Χανίων. Η πρώτη ονομασία του Ψυχιατρείου ήταν «Αποικία Ψυχοπαθών Λέρου» με έδρα το Λακκί, με δύναμη 650 κρεβατιών. Το 1965, με το Β.Δ. 169-10/12/25/2/ΦΕΚ 30 1965Α, κατελήφθησαν τα τότε εγκαταλελειμένα κτίρια των Βασιλικών Τεχνικών Σχολών στα Λέ- πιδα και το ίδρυμα μετονομάστηκε σε «Ψυχιατρικό Νοσοκομείον Λέρου» με μία ανάπτυξη 2.650 κρεβατιών (Β.Δ. 169 10/12/25-2- 1965). Από το 1977 το Ψ.Ν.Λ. ενοποιήθηκε με το εκεί πρώην Ιταλικό Γενικό Νοσοκομείο του νησιού, που είχε δύναμη 50 κρεβατιών.[295]

Και στην Ελλάδα, φαίνεται ότι μεταλαμπαδεύτηκε το μοντέλο της μετάβασης από το αστικό ψυχιατρείο σε αυτό του επαρχιακού ψυχιατρείου (μοντέλο που περιγράφηκε στο αντίστοιχο κεφάλαιο), με το επαρχιακό ψυχιατρείο να είναι μια οιονεί «αγροτική αποικία», η οποία βέβαια εντέλει κατέληξε η «αποθήκη ψυχών» της δεκαετίας του '80. Ενώ αρχικά ο

[295] Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της*, οπ.π., σ. 184 – 185.

στόχος ήταν η «αποσυμφόρηση» των υπολοίπων μεγάλων ψυχιατρείων, με την δημιουργία μιας «αποικίας», οι ασθενείς της οποίας θα απασχολούντο σε αγροτικές εργασίες (σύμφωνα με τα Βέλγικα πρότυπα), τελικά το ψυχιατρείο της Λέρου (με αρχική δύναμη περίπου 650 κρεβάτια) μέχρι την δεκαετία του ΄80 φιλοξενούσε περίπου 2000 ασθενείς. Η κτηριακή υποδομή ήταν ελλιπέστατη, οποιοδήποτε σχέδιο για απασχόληση εγκαταλείφθηκε, ενώ το κριτήριο για την βαθμιαία μεταφορά των ασθενών από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας ήταν η έλλειψη επισκέψεων από συγγενείς. Με αυτό τον τρόπο, οι ασθενείς του ψυχιατρείου της Λέρου, όχι μόνο απορρίφθηκαν από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ανήκαν, αλλά ουσιαστικά και από τα ψυχιατρεία που μέχρι τότε διέμεναν![296] Στις αρχές της δεκαετίας του ΄90 ο συνολικός αριθμός των κρεβατιών στα Ελληνικά ψυχιατρεία υπολογίζεται περίπου στις 5700 κρεβάτια, ενώ οι άρρωστοι μακράς παραμονής που διαμένουν σε αυτά αριθμούν περί τους 3750. Ένας σημαντικός αριθμός από αυτούς έχει την δυνατότητα να βγει από τα ψυχιατρεία (αφού κατά την άποψη των θεραπόντων είναι «ελεύθεροι μείζονος συμπτωματολογίας»), με την προϋπόθεση βέβαια κάποιας εναλλακτικής λύσης διαμονής.[297]

4.3.α. Ο πληθυσμός των νοσηλευόμενων στα Ψυχιατρεία

Αν θεωρήσουμε την διαδικασία του αποϊδρυματισμού υπό όρους μιας προσπάθειας αποσυμφόρησης των μεγάλων ψυχιατρείων, των ασύλων, κατ' αρχή οφείλουμε να προσδιορίσουμε τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αποτελούν τον «πληθυσμό» τους. Ο όρος «αποϊδρυματισμός» ή «αποασυλοποίηση» και οι διαδικασίες που αυτός περιλαμβάνει απευθύνεται κυρίως στους ανθρώπους εκείνους που έχουν «υποστεί» τις διαδικασίες ιδρυματισμού, ουσιαστικά τις «παρενέργειες» της μακροχρόνιας παραμονής σε μια ασυλικού τύπου δομή, με τα δυναμικά και τα στοιχεία που περιγράφησαν προηγουμένως. Βέβαια, θα ήταν ιδιαίτερα γραμμικός ο ισχυρισμός ότι τα άτομα που «δικαιούνται» συμμετοχή σε μια τέτοια διαδικασία περιορίζονται σε αυτά που βρίσκονται έγκλειστα σε τέτοιους χώρους. Ένας χρόνιος ψυχικά άρρωστος μπορεί κάλλιστα να βρίσκεται στο σπίτι του. Ή και στο δρόμο. Επίσης, ένας χρόνιος άρρωστος δεν είναι υποχρεωτικά και ψυχικά άρρωστος. Άλλωστε θεωρούμε ότι η αποασυλοποίηση αναφέρεται και έχει εφαρμογή,

[296]Λιακός Α., «Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική», στο: *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, Παπαζήσης, Αθήνα, 2003, σ. 58-59.
[297]Μαδιανός Μ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση*, οπ.π., σ. 40.

τόσο στα άτομα, αλλά κυρίως στις διαδικασίες. Όμως ο βασικός πληθυσμός-«στόχος» είτε προέρχεται από τέτοιου τύπου δομές, είτε έχει περάσει ένα διάστημα σε αυτές.

Ο Goldman έχει διατυπώσει ένα αρκετά συνεκτικό ορισμό για τους χρόνιους ψυχικά αρρώστους, οι οποίοι ορίζονται σαν «*…τα άτομα εκείνα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας σε τρία ή περισσότερα πεδία της καθημερινής τους ζωής, όπως προσωπική υγιεινή και αυτοφροντίδα, δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής τους αυτονομίας*».[298] Πέραν του κριτηρίου της οικονομικής αυτονομίας, χαρακτηριστικά των χρόνιων ψυχικά αρρώστων προσδιορίζονται στην έλλειψη βασικών δεξιοτήτων ανταπόκρισης σε απαιτήσεις και ρόλου της καθημερινής ζωής, στη δυσκολία ικανοποίησης βασικών αναγκών, όπως τροφής, ρουχισμού ή στέγασης, στην έλλειψη κινήτρων ή ικανότητας για αναζήτηση βοήθειας και υψηλή ευαλωτότητα στο stress.[299] Ο Liberman διακρίνει τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο σε *σοβαρά ψυχικά άρρωστο*, σε *ψυχοκοινωνικά ανάπηρο*, αλλά και σε *σοβαρά ψυχικά άρρωστο και ψυχοκοινωνικά ανάπηρο συγχρόνως*.[300] Τα βασικά κριτήρια που συνήθως χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της χρόνιας ψυχικής διαταραχής αφορούν τη *διάγνωση*, την *ανικανότητα* και τη *διάρκεια*. Αναφορικά με τη διάγνωση, οι συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές που εμπλέκονται είναι η σχιζοφρενική ψύχωση, η παραληρηματική διαταραχή, άλλου τύπου ψυχωτικές διαταραχές, οι καταθλιπτικές και οι διπολικές διαταραχές (οι διαταραχές της διάθεσης), ενώ προβλήματα χρονιότητας μπορούν να προκαλέσουν οι διαταραχές προσωπικότητας, αλλά και οι σχετιζόμενες με ουσίες διαταραχές. Το κριτήριο της ανικανότητας επικεντρώνεται στις δυσλειτουργίες αναφορικά με τη λειτουργικότητα του ατόμου και με την έκπτωση της απόδοσής του σε εργαλειακά κυρίως πεδία της καθημερινής δραστηριότητας όπως στην *αυτοφροντίδα*, στην *ικανότητα για ανεξάρτητη διαβίωση* και *οικονομική αυτοφροντίδα*, στην *κινητικότητα*, στην *ικανότητα για μάθηση* και στον *αυτό-προσδιορισμό*. Τέλος, και αναφορικά με το κριτήριο της χρονιότητας, φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια –κυρίως με την ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας- έχουν επέλθει αρκετές αλλαγές. Ενώ τις προηγούμενες δεκαετίες το

[298]Goldman, H. H., Gatozzi, A., A., Taube, C., A., «Defining and counting the chronically mentally ill», *Hospital and Community Psychiatry*, τεύχος 32, 1981, σ. 23.
[299]Turner, J., C., Ten Hoor, W., J., «The NIMH community support program: pilot approach to a needed social reform», *Schizophrenia Bulletin*, τεύχος 4, 1978, σ. 319-348.
[300]Liberman, R., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, Academic Psychiatric Press, New York, 1988.

αναγκαίο διάστημα νοσηλείας ήταν τα δύο συνεχή χρόνια, τώρα ένα μοναδικό επεισόδιο νοσηλείας διάρκειας έξι μηνών τα τελευταία πέντε χρόνια ή δύο (ή και περισσότερες) νοσηλείες τους τελευταίους δώδεκα μήνες αποτελούν κριτήριο χρονιότητας.[301] Ο Goldman επισημαίνει πως οι περισσότεροι από αυτούς που αντιμετωπίζουν χρόνιες και σοβαρές ψυχικές διαταραχές έχουν νοσηλευθεί σε ψυχιατρικό νοσοκομείο περίπου 90 μέρες μέσα σε ένα διάστημα ενός έτους, ένα χρόνο ή και περισσότερο μέσα σε ένα διάστημα πέντε ετών (σχετικά εκτεταμένη νοσηλεία). Το τελευταίο κριτήριο της χρονιότητας είναι σχετικά προβληματικό καθώς υπάρχουν άτομα με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες, τα οποία χρειάστηκαν σύντομης διάρκειας νοσηλεία (λιγότερο από 90 μέρες) ή άτομα με χρόνιες ψυχιατρικές δυσκολίες, τα οποία έκαναν χρήση εξωνοσοκομειακών μόνο υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή δεν έλαβαν κανενός τύπου περίθαλψη. Πιο χρήσιμο κριτήριο για τον προσδιορισμό της ομάδας των χρόνιων ψυχικά πασχόντων είναι εκείνο που αναφέρεται στις ανικανότητες μακράς διάρκειας που προκύπτουν από τις ψυχικές διαταραχές και όχι στο χρονικό διάστημα της προηγούμενης ή πρόσφατης νοσηλείας.

[301] Goldman, H., H., «The chronically mentally ill: Who are they? Where are they?» στο: M. MIrabi (επίμ), *The Conically Mentally Ill Research and Services*, Spectrum Publications, New York, 1984, σ. 33-44.

4.4. Προς μια εναλλακτική του *Ασύλου*

Το Άσυλο, υπό το πρίσμα ενός θεσμού ο οποίος εξυπηρετούσε δεδομένες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες, αρχίζει να αμφισβητείται τα χρόνια μετά τον Β. Παγκόσμιο πόλεμο. Επί της ουσίας, τότε αρχίζει να διαφαίνεται και η αλλαγή του συνολικού παραδείγματος, τότε αρχίζει να δρομολογείται η μεταστροφή από τη λεγόμενη νεοτερικότητα στην μετα-νεοτερικότητα. Ο θεσμός του Ασύλου αμφισβητείται, τόσο σε ιδεολογικό επίπεδο, όσο και σε καθαρά γραφειοκρατικό – οικονομικό επίπεδο. Ο θεσμός του ψυχιατρείου, αναγιγνώσκεται μέσα από ένα *ηθικό* πρίσμα, προσδιορίζεται και προσεγγίζεται με έντονα αρνητική χροιά και χαρακτηρισμό. Το Άσυλο –πια- δεν ερμηνεύεται ως ένα *απλό* οργανωτικό σύστημα, αλλά αντίθετα ερμηνεύεται υπό αξιολογικούς όρους: «Κολαστήριο», «Αποθήκη Ψυχών», και ούτω καθ' εξής. Οι αρνητικές συνέπειές του, οι οποίες σχηματοποιούνται χαρακτηριστικά κάτω από τον τίτλο *ιδρυματισμός*, έρχονται στο προσκήνιο, η ψυχιατρική επιστήμη είναι έτοιμη να αναλάβει την ευθύνη των –πρότερων- πράξεών της. Και φυσικά να επιδιορθώσει. Εν τω μεταξύ, ας θυμηθούμε ότι επί της ουσίας μιλάμε για μια εικοσαετία – τριακονταετία, εκεί από το τέλος του Β. Παγκοσμίου πολέμου, έως τη δεκαετία του '70, σε αδρές γραμμές, χρονική περίοδο κατά την οποία η Ευρώπη (και όχι μόνο), έχει άλλα πράγματα να κάνει και ν' ασχοληθεί: ανοικοδόμηση, επανασύσταση των πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών δεδομένων, αλλά και σχέσεων. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, η επικέντρωση –πόσο μάλλον η θωπεία- για ευάλωτες, και κυρίως μη παραγωγικές ομάδες, όπως αυτή των ψυχικά πασχόντων οι οποίοι νοσηλεύονταν στα ψυχιατρικά ιδρύματα μάλλον έχει περάσει σε δεύτερη μοίρα.

Από τα τέλη όμως της δεκαετίας του 1950, και με αποκορύφωμα τις δεκαετίες του 1970 και του 1980, ειδικά στην ευρωπαϊκή ήπειρο παρουσιάζεται μια σημαντική διαφοροποίηση τόσο των θέσεων περί καταστατικής της ψυχιατρικής, όσο και των θέσεων περί της χρηστικότητας –πόσο μάλλον της χρησιμότητας- του θεσμού του Ασύλου. Η έμφαση δίνεται α) στα καταστρεπτικά αποτελέσματα τα οποία εμφανίζονται στον ήδη ευάλωτο ψυχισμό του πάσχοντα από τη μακροχρόνια παραμονή στο άσυλο, αλλά και β) στην προβληματοποίηση της *ηθικής* διάστασης της λειτουργίας της ψυχιατρικής επιστήμης. Ουσιαστικά μιλάμε για μια χρονική περίοδο έντονων προβληματοποιήσεων, οι οποίες δεν αφορούν αποκλειστικά το θεσμό του Ασύλου και της ψυχιατρικής, αλλά αφορούν

γενικότερα την προβληματοποίηση της δεδομένης κοινωνικής συνιστώσας και αυτού που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «γραφειοκρατικό παράδειγμα».

Σε αυτό το πλαίσιο αρχίζουν να εκδηλώνονται και κυρίως να εφαρμόζονται πολιτικές οι οποίες στοχεύουν σε μια ριζική αναθεώρηση και αναδιάρθρωση τόσο της ψυχιατρικής επιστήμης και κουλτούρας, όσο και των πρακτικών επέμβασης και διαχείρισης της έννοιας της *πάθησης*, και της αντιμετώπισής της. Η έννοια της **κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής**, εν είδει *παραδείγματος*, ουσιαστικά προσπάθησε να επιφέρει τόσο μια ρήξη στο «ασυλικό μοντέλο» περίθαλψης, όσο και μια αντιστρεπτή μορφή στο «θετικιστικό παράδειγμα», του οποίου τα κύρια χαρακτηριστικά προσδιορίζονται και εμφανίζονται στο έντονα βιολογικό του χαρακτήρα και στις παράλληλες διαδικασίες ταξινόμησης και κατηγοριοποίησης. Όπως αναφέρει ο Τζανάκης, «*η ανάπτυξη της κοινωνικής προσέγγισης της ψυχιατρικής μεταπολεμικά κατανοήθηκε στο εσωτερικό της ψυχιατρικής ως νίκη της "δημόσιας υγείας" σε αντίθεση με την μονόπλευρη θεώρηση της ψυχικής ασθένειας ως ατομικού – βιολογικού φαινομένου που συνόδευε την ασυλιακή πρακτική*».[302] Και όπως συμπληρώνει ο Στυλιανίδης, «*η πραγματική σύγκρουση βρίσκεται μεταξύ του βιοιατρικού παραδείγματος και του παραδείγματος της δημόσιας υγείας*».[303] Υποστηρίζεται ότι η εμφάνιση και η καθιέρωση της Κοινωνικής-Κοινοτικής Ψυχιατρικής αποτελεί την τρίτη «ψυχιατρική επανάσταση».[304] Η πρώτη ψυχιατρική επανάσταση σημασιοδοτείται από την ανακάλυψη του ασυνειδήτου από τον Freud, στα τέλη του 19ου αιώνα, ενώ η δεύτερη ψυχιατρική επανάσταση προσδιορίζεται στα μέσα της δεκαετίας του 1950 με την εμφάνιση της *ψυχοφαρμακολογίας*.[305] Η ανακάλυψη, και κυρίως η ολοένα και πιο ευρεία χρήση των

---

[302] Τζανάκης, Μ., *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα: μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Διδακτορική Διατριβή, Ρέθυμνο, 2003, σ. 141.

[303] Στυλιανίδης, Σ., «Μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προβλήματα μεταφοράς τους στο χώρο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: θεωρητικές, κλινικές και πρακτικές παρατηρήσεις», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 75, 2001, σ. 14.

[304] Σύμφωνα με τον Μαδιανό, «…*Η Κοινωνική Ψυχιατρική δεν ξεφεύγει από τις παραδοσιακές αρχές της κλινικής ψυχοπαθολογίας, αλλά προσαρμόζεται στις συγκεκριμένες ιστορικές και κοινωνικοπολιτιστικές συνθήκες μέσα στις οποίες αναπτύσσεται το άτομο σε ένα συγκεκριμένο χώρο. Η Κοινωνική Ψυχιατρική δεν διαφωνεί, όπως πολλές φορές πιστεύεται, με τη βιολογική υπόσταση της ψυχικής αρρώστιας, διευρύνει όμως τις μεθόδους και τους τρόπους αντιμετώπισης της ψυχικής αρρώστιας, πέρα από το παραδοσιακό ψυχιατρείο, υιοθετώντας μια σφαιρική θεώρηση των αιτιολογικών παραγόντων της εκδήλωσής της με τη βοήθεια των άλλων επιστημών της συμπεριφοράς (κοινωνιολογίας, ανθρωπολογίας, ψυχολογίας, κυβερνητικής, κτλ.) του ανθρώπου*». Μαδιανός, Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 519.

[305] Αν και ο Kaplan συμφωνεί ότι η εμφάνιση της Κοινωνικής Ψυχιατρικής αποτελεί την τρίτη ψυχιατρική επανάσταση, υποστηρίζει ότι η πρώτη ψυχιατρική επανάσταση συνέβη την εποχή του διαφωτισμού, με τη θεώρηση της ψυχικής ασθένειας υπό όρους οργανικότητας και η δεύτερη με την

ψυχοφαρμάκων ουσιαστικά ήταν το καίριο στοιχείο το οποίο έκανε εφικτή τη προσπάθεια αποσυμφόρησης των μεγάλων ψυχιατρείων και την επιστροφή των νοσηλευόμενων στην κοινότητα. Τα ψυχότροπα φάρμακα έδωσαν την δυνατότητα για καλύτερο έλεγχο των συμπτωμάτων των πασχόντων με συνέπεια να υπάρχει σαφώς πιο πρόσφορο έδαφος και δυνατότητα για επιστροφή αυτών των ατόμων στο «περιβάλλον» τους, χωρίς την συνεχή αναγκαιότητα μιας ψυχιατρικής νοσηλείας.[306] Η αντίθετη θέση όμως προτείνει ότι, ναι μεν η εύρεση και διάδοση των ψυχοφαρμάκων είναι σημαντική για την πορεία και την επέκταση της κοινωνικής ψυχιατρικής και γενικότερα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αλλά όμως σαφώς προϋπήρχε και προηγήθηκε μια ιδεολογική, πολιτική, κοινωνική, και εν τέλει ηθική θέση – προοπτική: «*…είναι σαφές ότι προηγήθηκε μια ηθική θέση, που προήγαγε την επανένταξη των ατόμων, που ασφαλώς στηρίχθηκε αποφασιστικά από την ανακάλυψη των ψυχοτρόπων φαρμάκων*».[307]

Σε αυτό το μοντέλο διαφορετικής ανάπτυξης και κυρίως διαφορετικής αντίληψης της έννοιας της ψυχιατρικής περίθαλψης, εντάσσονται, τόσο η έννοια του *αποϊδρυματισμού*, της *αποασυλοποίησης*, όσο και *ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης*. Θεωρούμε ότι η *ψυχιατρική μεταρρύθμιση*, μέσα στην οποία περιλαμβάνονται οι παραπάνω ορισμοί – θεματικές, είναι μια πολυεπίπεδη και ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία, η οποία εκτείνεται από το ελάχιστο «μίκρο» επίπεδο, όπως το ατομικό, το ενδο-ψυχικό, μέχρι το «μάκρο», περιλαμβάνοντας διαφοροποιήσεις σε θεσμούς, ιδεολογίες, πολιτικές, πολιτιστικές και κοινωνικές συνιστώσες. Δηλαδή, η συγκεκριμένη διαδικασία εμπεριέχει πολλές –και διαφορετικές μεταξύ τους- συνιστάμενες, χωρίς πολλές φορές να μπορούν να γίνουν απόλυτα διακριτές η μια από την άλλη. Κατ' αυτό τον τρόπο, ο όρος «αποασυλοποίηση» έχει άμεση σχέση με τον όρο «κοινωνική επανένταξη» ή τον όρο «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση». Φαίνεται δηλαδή πως όλοι αυτοί οι ορισμοί αποτελούν τόσο μια προσπάθεια οριοθέτησης ενός συγκεκριμένου πεδίου πρακτικών, όσο και μια προσπάθεια για τον διαχωρισμό και την αποσαφήνιση των πεδίων και των διαδικασιών που εμπλέκονται στο χώρο αυτό. Γεγονός είναι πάντως ότι οι συγκεκριμένοι όροι, αλλά και το πλέγμα των πρακτικών που αυτοί σημασιοδοτούν, είναι στενά συνδεδεμένοι με τρόπο που

ανακάλυψη του ασυνειδήτου από τον Freud. Kaplan, H., I., Sadock, B., J., Grebb, J., A., *Ψυχιατρική*, Λίτσας, Αθήνα, 1996, σ. 291-292.

[306] Βλ. χαρακτηριστικά, Ackerknecht, E., *Ιστορία της ιατρικής*, μτφ. Β. Πασχάλης, Μαραθιάς, Αθήνα, 1998, σ. 287 – 288.

[307] Στυλιανίδης, Σ., «Μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προβλήματα μεταφοράς τους στον χώρο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: θεωρητικές, κλινικές και πρακτικές παρατηρήσεις», οπ.π., σ. 20.

πολλές φορές να προκαλεί αρκετές δυσκολίες στην διαφοροποίησή τους. Να επισημάνουμε για ακόμη μια φορά ότι όλους αυτούς τους όρους/πρακτικές μπορούμε –αν όχι να τους εντάξουμε- τουλάχιστον να τους προσδιορίσουμε σε συνάρτηση με την *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση,*[308] τόσο σαν ορισμό, όσο και σαν σύνολο πρακτικών με συγκεκριμένα ιδεολογικά, θεωρητικά και μεθοδολογικά ερείσματα. Η αποασυλοποίηση εντάσσεται στην διαδικασία *ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης* των «ασθενών» εκείνων οι οποίοι έχουν νοσηλευθεί –συνήθως για χρόνια- σε κάποιο ψυχιατρικό κατάστημα, με ασυλιακά χαρακτηριστικά, έτσι όπως περιγράφησαν πιο πάνω. Ο όρος *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση* (psychosocial rehabilitation) ουσιαστικά αναφέρεται σε οποιαδήποτε ενέργεια ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων.[309] Σε μια πιο διευρυμένη θεώρηση, ο όρος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εμπεριέχει (ή πρέπει να εμπεριέχει) σαφείς ιδεολογικές προεκτάσεις, στον βαθμό που αναφέρεται, όχι μόνο στην προσπάθεια αναδόμησης ή έστω βελτίωσης κάποιων ατομικών χαρακτηριστικών με στόχο το υποκείμενο που πάσχει, αλλά συνδέεται (πέραν του επιστημονικού και του θεραπευτικού) με τον κοινωνικό, τον οικονομικό, τον πολιτικό και τον πολιτιστικό μετασχηματισμό. Ο ορισμός που έδωσε ο F. Basaglia (περίπου πριν 30 χρόνια) εξακολουθεί να εκφράζει ιδιαίτερα περιεκτικά τον ορισμό της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Σύμφωνα με τον Basaglia, η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση απαιτεί την διαπραγμάτευσή της σε τρία, αλληλοσυνδεδεμένα μεταξύ τους επίπεδα, τα οποία χαρακτηρίζει μια διαλεκτική σχέση αλληλεξάρτησης: το *ατομικό* επίπεδο (αυτό του ασθενή και της αρρώστιας του), το *θεσμικό* επίπεδο (το ίδρυμα, την υπηρεσία, αυτή που κωδικοποιεί επιστημονικά το νοσηρό και το υγιές), και τέλος το *δομικό* επίπεδο, δηλαδή την δομική σημασία του θεσμού μέσα στο κοινωνικό σύστημα, του οποίου

---

[308] Η *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση* υλοποιείται μετά από την αλλαγή στην φιλοσοφία αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών, με βασική θέση –η οποία έρχεται σε αντίθεση με την πρακτική του εγκλεισμού και της «προστασίας» των αρρώστων αυτών- το ότι ο ψυχικά άρρωστος πρέπει να αντιμετωπίζεται μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο, στο πεδίο εκείνο μέσα στο οποίο μπορούν να εξελιχθούν διαφορετικές πρακτικές, τόσο αντιμετώπισης, όσο και «ανάγνωσης» της ψυχικής ασθένειας και των συνεπειών της. Στο: Λιακός, Α., «Φιλοσοφία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και οι Επιπτώσεις της στην Εκπαίδευση», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 66, 1992, σ. 57.

[309] Ο όρος αποκατάσταση ουσιαστικά αναφέρεται σε «*…μια δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει σκοπό να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φτάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία*». Στο: Μαδιανός, Μ., *Η ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση*, ό.π., σ. 48. Σύμφωνα με την Συναινετική Διακήρυξη του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρίας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (WHO-WAPR, 1996) «*….η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα –με έκπτωση λειτουργικότητας ανίκανα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή- να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο την βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου, όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή…*». Ζήση Α., *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Αρρώστων*, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002, σ. 36-37.

αποτελεί έκφραση.[310] Σε μια προσπάθεια αναδιατύπωσης και βελτίωσης των αρχών που πρέπει να διέπουν την λειτουργία μιας διαδικασίας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, οι Anthony, Cohen και Farkas, το 1999, προσδιορίζουν κάποιους αναγκαίους πολιτικούς σχεδιασμούς και πρακτικές: το σύστημα ψυχικής υγείας πρέπει να προσεγγίζει τον ψυχικά άρρωστο με ένα ολιστικό τρόπο, αναγνωρίζοντας –όχι μόνο τις μειονεξίες του- αλλά και τα θετικά χαρακτηριστικά του. Επίσης, οι πολιτικές πρακτικές –όπως εκφράζονται μέσα από το σύστημα υγείας- πρέπει να δεσμεύονται για την βελτίωση του επαγγελματικού, στεγαστικού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού επιπέδου του πάσχοντα, ο άρρωστος να έχει την δυνατότητα να λειτουργεί ενεργητικά στον σχεδιασμό της παροχής των υπηρεσιών, και τέλος το ίδιο το σύστημα υγείας να πιστεύει στην ανάρρωση του ψυχικά αρρώστου.[311]

[310]Μεγαλοοικονόμου, Θ., «Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ανάμεσα στην Καταπολέμηση του Αποκλεισμού και τον Κοινωνικό Έλεγχο», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 72, σ. 16-17.
[311]Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., «The Future of Psychiatric Rehabilitation», *International Journal of Mental Health*, τεύχος 28, 1999, σ. 48-68.

4.5. Η ελληνική *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*

Η βασική ίσως παραδοχή, η οποία συνοδεύει μια μετα-ανάγνωση της ελληνικής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης είναι αυτή της έννοιας της *καθυστέρησης*.[312] Τα βασικά, δηλαδή, στοιχεία τα οποία οδήγησαν στην ανάδυση, εξέλιξη, παγίωση και πιθανόν «παρακμή» της ελληνικής μεταρρυθμιστικής προσπάθειας αφορούν: Α) Την *έναρξη*. Η έναρξη της μεταρρύθμισης τοποθετείται χρονικά, και συμβαδίζει, με τις αποκαλύψεις για τις συνθήκες που επικρατούσαν στο ψυχιατρείο της Λέρου. Βέβαια, θα ήταν αφελές το να υποθέσει κάποιος ότι η ελληνική ψυχιατρική, αλλά και η ευρύτερη «θεσμική (υπουργεία, επίσημοι φορείς) κοινότητα» δεν γνώριζε τις συνθήκες που επικρατούσαν, τόσο στο συγκεκριμένο ψυχιατρείο, όσο και σε πολλά (αν όχι όλα) από τα υπόλοιπα. Χρειάστηκε όμως, για ακόμη μια φορά, αυτό που στην Ελλάδα τα ΜΜΕ αρέσκονται να ονομάζουν η «διεθνής κατακραυγή» ώστε να δοθεί το έναυσμα κινητοποίησης –μέσω του Ν. 815/84- για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή μιας συνολικής αλλαγής στο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης. Β) Το *σχεδιασμό*. Αναφορικά με τον τρόπο με τον οποίο σχεδιάστηκε και εκτελέστηκε η μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, το κύριο στοιχείο το οποίο αναδύεται επανειλημμένα είναι ακριβώς ο αλλότριος χαρακτήρας: ένα μοντέλο το οποίο δεν έλαβε εξαρχής υπόψη τις ιδιαιτερότητες του ελληνικού κοινωνικού γίγνεσθαι, αλλά αντίθετα προσπάθησε να λειτουργήσει εν είδει copy – paste, αντιγράφοντας δηλαδή «Δυτικά» μοντέλα, τα οποία τις περισσότερες φορές λίγη σχέση –πόσο μάλλον εφαρμογή- έχουν με τις ελληνικές ιδιαιτερότητες. Επιπλέον, η εφαρμογή αυτών των μοντέλων, ακριβώς λόγω της πίεσης από τις αποκαλύψεις περί Λέρου, έγινε σχετικά άμεσα, χωρίς να έχει προηγηθεί

[312] Ο Τζανάκης προσδιορίζει χαρακτηριστικά την «υπόθεση της καθυστέρησης», αναφέροντας ότι το βασικό, αδιαφιλονίκητο, και ίσως καθολικό πρότυπο οργάνωσης και εφαρμογής ενός μοντέλου κοινωνικής παρέμβασης –όπως αυτό της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης- όχι μόνο υπακούει εξ ολοκλήρου σε μια ξενόφερτη και αλλότρια κουλτούρα και πολιτιστική οργάνωση, αλλά είναι καταδικασμένο να ακολουθεί κατά πόδας τις εξελίξεις στα πιο «προηγμένα» κοινωνικά συστήματα που το έχουν ήδη εφαρμόσει. Πάντα με μια καθυστέρηση, όμως «*όχι τόσο μεγάλη ώστε να τη διαχωρίζει από τη γενική κίνηση…*». Αναφέρει: «*Το "πρότυπο", η δυτική ψυχιατρική, είναι το αδιαμφισβήτητο πρίσμα μέσα από το οποίο η τοπική πορεία αναγιγνώσκεται ως μέρος ενός όλου. Η ελληνική ψυχιατρική, ή ορθότερα, σύμφωνα μ' αυτή την οπτική, η ψυχιατρική στην Ελλάδα, αποτελεί το "καθυστερημένο μέρος". Σε αυτή την "κοινή πορεία" συναντούμε όλες αυτές τις αγωνιώδεις προσπάθειες να προσεγγισθεί το πρότυπο, κατά το δυνατόν, μέσα από προσωπικούς όσο και συλλογικούς αγώνες. Στο εσωτερικό αυτής της παράστασης μια εξιστόρηση χτίζεται, με ήρωες και πρωτοπόρους, με αντιστάσεις και υπερπηδήσεις εμποδίων, με ανυπέρβλητα προβλήματα που τελικά κατανικήθηκαν. Κι όμως, πάλι το πρότυπο εξακολουθεί να λειτουργεί ως τέτοιο, ως ένα κριτήριο του τι είμαστε, και ως μπούσουλας για το μέλλον. Γιατί, όσο κι αν κάποιοι προσπάθησαν όλα αυτά τα χρόνια με προσωπικούς αγώνες και ατομικές θυσίες να εκσυγχρονίσουν τις ελληνικές ψυχιατρικές πρακτικές, ή τις ψυχιατρικές πρακτικές στην Ελλάδα, να συντονίσουν το τοπικό γίγνεσθαι με το γίγνεσθαι του προτύπου, αυτό ήταν πολύ δύσκολο: το πρότυπο πάντα ήταν πιο "μπροστά", πάντα "προόδευε" πιο γρήγορα*». Τζανάκης, Μ., *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα: μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, οπ.π., σ. 63.

κάποια προεργασία είτε σε επίπεδο σχεδιασμού, είτε σε επίπεδο ερευνητικών προσεγγίσεων οι οποίες θα μπορούσαν να καταγράψουν με ένα πιο αξιόπιστο τρόπο τις δεδομένες ανάγκες τις ελληνικής ψυχιατρικής περίθαλψης.[313] Επί της ουσίας, το μοντέλο κοινωνικού εκσυγχρονισμού του οποίου εργαλειακή έκφανση ήταν και η μεταρρυθμιστική προσπάθεια στον τομέα της ψυχικής υγείας, αποτελεί μια συνεπή και επαναλαμβανόμενη εκδήλωση του ελληνικού πολιτικού συστήματος να εντάσσει ξενόφερτα μοντέλα με μη σχεδιασμένο, αποσπασματικό και πολλές φορές βίαιο τρόπο. Αναφέρει ο Τζανάκης: «*Αναδεικνύεται εδώ ένα μοντέλο που θα το συναντήσουμε και αλλού, σε μια πληθώρα όψεων του κοινωνικού εκσυγχρονισμού στην Ελλάδα αλλά και στα πιο σύγχρονα επεισόδια των περιπετειών της τοπικής ψυχιατρικής κουλτούρας. Η ελληνική ψυχιατρική συγκροτείται μέσω της εισαγωγής συστημάτων σκέψης, ταξινομητικών κατηγοριών και πρακτικών διαχείρισής τους, που γεννήθηκαν αλλού*».[314]

Η δημιουργία του «Εθνικού Συστήματος Υγείας» από τη νέα τότε σοσιαλιστική κυβέρνηση και η ένταξη της Ελλάδας στην ΕΟΚ, αναδεικνύονται σε δύο σημαντικά γεγονότα για τη διαδικασία η οποία θα χαρακτηρισθεί ως ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Το ειδικό μνημόνιο της ελληνικής κυβέρνησης προς την ΕΟΚ, η συγκρότηση με πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας επιτροπής εμπειρογνωμόνων για την διερεύνηση της ψυχιατρικής κατάστασης και η βούληση της ήδη ευαισθητοποιημένης στο θέμα

---

[313] Ενδεικτικά, βλ. την έκθεση «The Eunomia Project». Σύμφωνα με την εν λόγω έκθεση, το ποσοστό των ψυχιατρικών κλινών στην Ελλάδα είναι 0,15 ανά 1000 κατοίκους, όταν στο αντίστοιχο δείγμα της Γερμανίας είναι 0,64. Για περισσότερα, βλ. Kallert, T., W., and al., «The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data», World Psychiatry, Οκτώβριος 2005, σ. 168- 172.

[314] Και συνεχίζει: «*Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του μοντέλου θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι είναι τα εξής: Πρόκειται για μια διαδικασία κοινωνικού εκσυγχρονισμού "μέσω παραδειγμάτων". Δηλαδή πρόκειται είτε για μίμηση είτε για ευθεία εισαγωγή γνώσεων και πρακτικών που συντείνουν σε μια θεώρηση του κόσμου διαφορετική από την τοπική, η οποία δεν ανάγεται σε μια διαδικασία τοπικών και σταδιακών προβληματικοποιήσεων. Συνεπώς,* πρόκειται *για ένα κοινωνικό εκσυγχρονισμό «εκ των άνω», ο* οποίος *υπόκειται σε μια συστηματική και στοχοθετημένη αμφισβήτηση διαστάσεων αυτού που θα μπορούσε να αποκληθεί ως "παραδοσιακός τρόπος θέασης του κόσμου". Το ότι αυτή η παραγωγή λόγων και πρακτικών δεν αντανακλά και ούτε συνδέεται οργανικά με τοπικές μακρόσυρτες διαδικασίες μετασχηματισμού, έχει ως αποτέλεσμα η εισαγωγή τους να είναι αποσπασματική και βίαιη: αφενός γίνεται υπό μορφή ρήξεων αφετέρου διέπεται από εσωτερικές εντάσεις, κυρίως επειδή αντλείται από διαφορετικά παραδείγματα, από διαφορετικές εθνικές, πολιτικές και επιστημονικές, στην προκειμένη περίπτωση, παραδόσεις. Παρατηρείται μια συστηματικά παραγόμενη "ασυγχρονία" σε σχέση με το εκάστοτε πρότυπο που οδηγεί σε επιπλέον αντιφάσεις. Είναι πολύ συνηθισμένη η ταυτόχρονη εισαγωγή των μοντέλων σκέψης και της αμφισβήτησής τους, η οποία είναι αποτέλεσμα της προηγούμενης πολύχρονης εφαρμογής τους στους τόπους προέλευσης*». Τζανάκης, Μ., *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα: μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, οπ.π., σ. 73.

Κοινότητας οδηγούν στην έγκριση του ειδικού χρηματοδοτικού κανονισμού 815/84, συνολικού προϋπολογισμού 120 εκ. ECU. Από αυτά, τα 60 εκ. ECU προορίζονται για την «αναμόρφωση των ψυχιατρείων», την δρομολόγηση παρεμβάσεων ιδιαίτερα στον τομέα της επαγγελματικής και κοινωνικής επανένταξης χρονίων ψυχικά πασχόντων και τη δημιουργία έξω-νοσοκομειακών δομών. Η περίοδος δράσης του προγράμματος ήταν από 1ης Ιανουαρίου 1984 έως 31ης Δεκεμβρίου 1989, ο ρυθμός εφαρμογής όμως παρουσίαζε καθυστερήσεις σε σχέση με το χρονοδιάγραμμα, εν μέρει λόγω διοικητικών δυσκολιών. Εν μέρει επίσης λόγω της φύσης των θεμελιωδών αλλαγών που απαιτούνταν για τη μετάβαση από την παραδοσιακή ψυχιατρική περίθαλψη των ασθενών, στο ψυχιατρικό νοσοκομειακό περιβάλλον, στις δομές που προβλέπονταν στα πλαίσια ενός ολοκληρωμένου μοντέλου που στρέφεται γύρω από την κοινότητα. Ο τροποποιημένος Κανονισμός Αρ. 4130/88 του Συμβουλίου πρόσφερε την ευκαιρία επέκτασης της περιόδου εφαρμογής και υλοποίησης του προγράμματος. Καταρτίστηκε ένα νέο, τροποποιημένο πρόγραμμα δράσης και, κατόπιν της συμφωνίας της Επιτροπής, ξεκίνησε να υλοποιείται το 1991. Εφαρμόσθηκε προγραμματισμός με στόχους και χρονοδιαγράμματα και θεσπίσθηκε ένα σύστημα παρακολούθησης και αξιολόγησης, με την υποστήριξη ανεξάρτητων εξωτερικών εμπειρογνωμόνων, που αποτέλεσαν καθοριστικούς παράγοντες για το ρυθμό προόδου που επετεύχθη. [315]

Σύμφωνα με τον Μαδιανό, στη χώρα μας μια σωστά δομημένη μεταρρυθμιστική προσπάθεια θα έπρεπε να περιλαμβάνει:

Α) Τη δημιουργία μεγάλου αριθμού εναλλακτικών δομών, δηλαδή κοινοτικών ψυχιατρικών υπηρεσιών. (υπολογίζεται ότι χρειάζονται 80 περίπου Κέντρα Ψυχικής Υγείας). Οι δομές αυτές θα λειτουργούσαν σαν «φίλτρα» προς τα Ψυχιατρεία.

Β) Την οργάνωση Ψυχιατρικών Κλινικών στα Γενικά Νοσοκομεία. (υπολογίζεται ότι με περίπου 1.100 κρεβάτια ταχύρρυθμης νοσηλείας καλύπτονται οι ετήσιες ανάγκες για ψυχιατρική νοσηλεία σε όλη τη χώρα).

Γ) Την ίδρυση 9.000 θέσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ποικίλου τύπου ώστε να καλυφθούν τα 9.000 άτομα που νοσούν από σχιζοφρενικές και άλλες ψυχώσεις και έχουν ανάγκη αποκατάστασης.

Δ) Την ίδρυση 1.900 θέσεων σε νοσοκομεία και κέντρα ημέρας, σύμφωνα με τα πρότυπα της ΠΟΥ (μια θέση ανά 100.000 κατοίκους).

[315] Καραμίτζιος, Α., *Η ακούσια νοσηλεία στο ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου*, μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2010, σ. 20.

Ε) Την απαγόρευση των εισαγωγών σε όλα τα ψυχιατρεία.
ΣΤ) Τον αποϊδρυματισμό των 3.000 χρόνιων εγκλείστων στα 9 ψυχιατρεία της επικράτειας.[316]

Στην Ελλάδα, η απαρχή της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας μπορεί να σημασιοδοτηθεί με την έναρξη της εφαρμογής του –περίφημου πια- κανονισμού 815/84, ο οποίος προέβλεπε την επιχορήγηση από την ΕΕ (σε ποσοστό 55%) της τάξης των 120 εκατομμυρίων ECU. Ουσιαστικά, πρόκειται για την εφαρμογή δύο προγραμμάτων (πρόγραμμα Α. και πρόγραμμα Β.) τα οποία, με τον τρόπο που εξελίχθηκε η προσπάθεια, αφορούσαν μια 12ετή περίπου χρονική περίοδο, μέχρι το 1996. Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το τέλος του Κανονισμού 815/84 από την ΕΕ, στα τέλη του 1995, το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο σχέδιο με την κωδική ονομασία «Ψυχαργώς». Η πρώτη φάση του σχεδίου εκπονήθηκε την περίοδο 2000-2001, ενώ η δεύτερη φάση (2001-2009). Η δεύτερη αναθεώρηση του προγράμματος έγινε το 2004, οπότε και ισχύει για μια νέα δεκαετία.

Σημαντικό αποτέλεσμα του προγράμματος ΕΟΚ 815/84 για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία. Εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, ψυχιατρικών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων προ-επαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης σε κέντρα αποκατάστασης και τη δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα. Η έννοια της *κοινότητας* αποκτά την πλέον καίρια και καθοριστική θέση μέσα στο μοντέλο της μεταρρύθμισης. Σύμφωνα με τους Χονδρό και Στυλιανίδη, για μια συνολική βελτίωση τόσο των δομών και υπηρεσιών, αλλά και γενικότερα για μια καλύτερη ψυχική υγεία σφαιρικά χρειάζονται συγκεκριμένες κατευθύνσεις και άξονες δράσης.[317]

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, μέσα σε αυτό το σχεδιασμό, ένα απρόσμενο γεγονός ήρθε και –στην κυριολεξία- «**τάραξε** τα νερά». Ο σεισμός του 1999, με επίκεντρο την Πάρνηθα,

[316] Βλ. Μαδιανός, Μ., *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και η ανάπτυξής της*, οπ.π., σ. 317 – 359.
[317] Αναλυτικά, βλ. Χονδρός, Π., Στυλιανίδης, Στ., «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», στο: Στυλιανίδης, Στ., και συνεργάτες, *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014, σ. 177 -179.

«έπληξε» κυρίως τις περιοχές της βόρειας και δυτικής Αττικής: Κηφισιά, Μεταμόρφωση, Λιόσια, Περιστέρι, Χαϊδάρι. Στη συγκεκριμένη περιοχή, αυτή του Χαϊδαρίου, βρίσκεται το Ψ.Ν.Α., το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ένα από τα παλιότερα και μεγαλύτερα ψυχιατρικά καταστήματα της Ελλάδας, το οποίο, μαζί με το Δρομοκαϊτειο Νοσοκομείο, που βρίσκεται στην ίδια περιοχή, δέχονταν την πλειονότητα των εισαγωγών αναφορικά με τους ψυχικά ασθενείς του λεκανοπεδίου. Επιπλέον, αυτά τα δύο νοσοκομεία ήταν υπεύθυνα για τη διαχείριση των ασθενών που έπρεπε να νοσηλευθούν με ακούσια νοσηλεία για το σύνολο σχεδόν των περιστατικών αυτών. Στην Αττική, εκτός των δύο αυτών νοσοκομείων, λειτουργούν ακόμα 12 περίπου ψυχιατρικές κλινικές μέσα σε Γενικά Νοσοκομεία, όπως ο Ευαγγελισμός ή το Γενικό Κρατικό Αθηνών, καθώς επίσης και αρκετές ιδιωτικές κλινικές. Ο κύριος όγκος των ασθενών με εισαγγελική παραγγελία για ακούσια νοσηλεία, των «εισαγγελικών» (ο όρος «εισαγγελικός» χρησιμοποιείται κατά κόρον, τόσο ανάμεσα στους ασθενείς, όσο και από το προσωπικό και όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, κλινικούς και αστυνομικούς) στέλνονταν για νοσηλεία στα δύο μεγάλα «ιδρύματα», στο Ψ.Ν.Α. και στο Δρομοκαϊτειο. Στα δύο αυτά νοσοκομεία υπάρχουν ειδικά διαμορφωμένες κλινικές (τα λεγόμενα «περίπτερα») με κάγκελα στα παράθυρα και στις πόρτες (οι οποίες παρέμεναν κλειδωμένες) ενώ υπάρχουν ειδικοί φύλακες, υπεύθυνοι για την παραμονή και τη φύλαξη αυτών των ασθενών. Η νομοθεσία προβλέπει, αλλά και δίνει δικαιοδοσία στο προσωπικό των κλινικών αυτών να χρησιμοποιεί *μέτρα καθήλωσης* για τον περιορισμό αυτών των ασθενών. Σαν *μέτρα καθήλωσης* ή *περιοριστικά μέτρα* (restrains) θεωρούνται οι τακτικές μηχανικής ή φαρμακευτικής καθήλωσης για τον περιορισμό ασθενών. Η φαρμακευτική καθήλωση αναφέρεται στην χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ενώ η μηχανική καθήλωση αναφέρεται είτε στον περιορισμό του αρρώστου σε δωμάτιο/ χώρο από τον οποίο δεν υπάρχει δυνατότητα εξόδου, είτε στο δέσιμο του αρρώστου σε κρεβάτι. Αν και υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα που αναφέρονται σε αυτά τα ζητήματα, το κεφάλαιο είναι τεράστιο και ειδικά στον ελληνικό χώρο, είναι ιδιαίτερα ομιχλώδες.[318] Αντίθετα, όπως προαναφέρθηκε, στις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων η νομοθεσία δεν προέβλεπε την εισαγωγή «εισαγγελικών» ασθενών και το καταστατικό των τμημάτων αυτών τα χαρακτηρίζει ως «ανοικτά». Ως αποτέλεσμα του σεισμού, τα περισσότερα κτίρια του ΨΝΑ, ήδη πολύ παλιά και παραμελημένα, είτε σχεδόν καταστράφηκαν, είτε έπαθαν μη επισκευάσιμες ζημιές. Το Ψ.Ν.Α. σταματάει να δέχεται εισαγωγές, και μετά από λίγους

[318] Για περισσότερα στο: Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική Ψυχιατρική*, Παρισιάνος, Αθήνα, 1998, σ. 210-226.

μήνες, αρνείται να δέχεται και εισαγγελικές παραγγελίες. Για έναν περίπου χρόνο τη διακίνηση όλων των εισαγγελικών παραγγελιών διαχειρίζεται το Δρομοκαϊτειο, το οποίο όμως αδυνατεί να αντεπεξέλθει. Το προσωπικό του διαμαρτύρεται, κατεβαίνει σε κινητοποιήσεις, και αρνείται την παραλαβή εισαγγελικών παραγγελιών, με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί είτε να εισάγονται σε κάποια ιδιωτική κλινική, αν οι συγγενείς έχουν την οικονομική άνεση, είτε να παραμένουν στο τμήμα μεταγωγών της αστυνομικής διεύθυνσης Αττικής, ή στα κρατητήρια των περιφερειακών αστυνομικών τμημάτων, μαζί με τους υπόλοιπους κρατούμενους. Μέσα σε αυτό το αδιέξοδο, τον Μάιο του 2001, οι τότε υπουργοί Υγείας και Δημόσιας Τάξης με υπουργικό διάταγμα, υποχρεώνουν τα Γενικά Νοσοκομεία να δέχονται εισαγγελικές παραγγελίες.

Κεφάλαιο 5. Η νομοθεσία περί ακούσιας νοσηλείας στην Ελλάδα

5.1. Η σχέση ποινικής και ψυχιατρικής επιστήμης: το νομικό πλαίσιο

«*Εδώ πιο δίπλα μένουμε.* […] *Γι' αυτό ήθελα να τον φέρουμε εδώ. Για να πετάγομαι γρήγορα όταν χρειάζεται.* […] *Πρώτη φορά που νοσηλεύεται.* […] *Ναι, με εισαγγελική. Ευτυχώς ήταν γνωστά τα παιδιά* (οι αστυνομικοί) *και ήρθαν στο σπίτι με τα πολιτικά. Και με συμβατικό αυτοκίνητο. "Είναι νοσοκόμοι, τους έστειλε το νοσοκομείο" του είπα. "Γιατί δεν φοράνε τις μπλούζες τους;" με ρώτησε...*» (Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Ταλαιπωρία, πήγα στον εισαγγελέα, έκανα μια αίτηση και μου έδωσε ένα χαρτί να το πάω στο αστυνομικό τμήμα της περιοχής μου. Το πήγα, και εκεί μου είπανε ότι μόλις βρεθεί περιπολικό ελεύθερο θα έρθουνε* (στο σπίτι). "*Πότε θα έρθετε; και αν σηκωθεί και φύγει;" τους ρώτησα. "Τι να σας πούμε κυρία μου, μην τον αφήσετε, θα δούμε…"*» (Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Εμείς σας τον παραδίνουμε, να έρθει και ο γιατρός να μας υπογράψει το χαρτί* (το πιστοποιητικό παράδοσης από τους αστυνομικούς στο νοσοκομείο)*, και μετά είναι **όλος δικός σας**…*» (Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Είσαι εδώ με εντολή του εισαγγελέα, δεν μπορείς να φύγεις, δεν γίνεται τίποτα…*»(Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Όταν βγω από εδώ μέσα, θα δείτε τι έχει να γίνει. Θα βάλω δικηγόρο και θα σας χώσω όλους μέσα. Ποιος είναι αυτός ο εισαγγελέας; Που με ξέρει εμένα; Θέλω δικηγόρο…*» (Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Ας ξεκινήσουμε θέτοντας εξ αρχής έναν από τους βασικούς προβληματισμούς ο οποίος αποτυπώνεται χαρακτηριστικότατα στα λόγια του T. Szasz: «…*οι φυλακές, -ασχέτως του πόσο κακές είναι- έχουν στα υπέρ τους ότι αντιμετωπίζουν τον τρόφιμο με τιμιότητα.* […] *Σε αντίθεση με το παραπάνω, η σχέση μεταξύ του δημόσιου ψυχιατρείου και των τροφίμων του κυριαρχείται από έλλειψη τιμιότητας και από εξαπάτηση. Συνήθως ο ασθενής δεν πληροφορείται τον αληθινό λόγο της κράτησής του, ούτε του δίνονται ρητές οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο θα συμπεριφερθεί. Τέλος, το εξιτήριό του δεν γίνεται με βάση*

προκαθορισμένα αντικειμενικά κριτήρια, όπως θα συνέβαινε για έναν περιορισμό δεδομένης χρονικής διάρκειας. Αντίθετα, το εάν, και κατά πόσο επήλθε κάποια μεταβολή στην προσωπικότητα του εγκλεισμένου εξαρτάται από την κρίση του προσωπικού».[319]

Όταν ο Goffman περίγραφε την έννοια της *κοινωνικής σταδιοδρομίας* ενός ψυχικά πάσχοντα θεωρούσε ότι πρόκειται για μια διαδικασία σε άμεση σχέση μεν, αλλά και σχετικά αυτόνομη δε, από την έναρξη της οργανικής «σταδιοδρομίας» της ψυχικής νόσου. Και αυτό γιατί ανεξάρτητα από την οργανική δυσλειτουργία, δηλαδή το «φυσιολογικό» υπόστρωμα της πιθανής νόσου, ο *υποψήφιος πάσχων* σημασιοδοτείται ως τέτοιος όταν υπάρξει αίτημα του άμεσου περιβάλλοντός του προς τους *θεσμούς* για εμπλοκή των τελευταίων. Αναφέρει ο Goffman: «*Συχνά υπάρχει επίσης το έγγραφο κάποιου ενάγοντος, μια φυσιογνωμία που προβαίνει τελικά στις ενέργειες εκείνες* […] *που οδηγούν τελικά στη νοσοκομειακή νοσηλεία. Η φυσιογνωμία αυτή μπορεί να μην είναι το πρόσωπο που κάνει την πρώτη κίνηση, αλλά είναι το πρόσωπο εκείνο που κάνει την πρώτη, όπως αποδεικνύεται,* ***τελεσφόρα*** *κίνηση. Εδώ βρίσκεται η* ***κοινωνική αφετηρία*** *της σταδιοδρομίας του ασθενή…*».[320]

Μια από τις θέσεις που υποστηρίζουν την αύξηση της εξάρτησης της ψυχιατρικής και των πρακτικών της από το ποινικό σύστημα βασίζεται ακριβώς στην αναγνώριση της «ευελιξίας» της ψυχιατρικής επιστήμης αναφορικά με το να λειτουργεί *εκτός* του εκάστοτε θεσμικού πλαισίου. Όταν αναφερόμαστε στο λήμμα «εκτός» δεν εννοούμε τόσο ότι οι θεσμικές (συνταγματικές, νομικές, ποινικές) ρυθμίσεις οι οποίες διέπουν την κρατική λειτουργία δεν έχουν ισχύ σε μια «επιστημονική κατηγορία» όπως αυτή της ψυχιατρικής, όσο ότι στο πεδίο της ψυχιατρικής φαίνονται ότι υπάρχουν και λειτουργούν πρακτικές και μηχανισμοί των οποίων η χρηστικότητα έγκειται στη δυνατότητά τους να λειτουργούν σαν «δικλείδες ασφαλείας». Μηχανισμοί και πρακτικές οι οποίες όχι μόνο συνεισφέρουν στο να λειτουργεί το «Ψ» σύστημα εν είδει δικαστή και φύλακα, αλλά επιπλέον να διαφοροποιούν το χαρακτήρα της τυχόν αξιόποινης πράξης. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο De Leonardis: «…*μεταξύ ψυχιατρικής και ποινικής δικαιοσύνης υπάρχει μια ολόκληρη μεταβατική περιοχή, χωρίς τους δικούς της καλώς προσδιορισμένους θεσμούς,* […] *αυτή η περιοχή είναι ένα καθαρό παράδειγμα των αλλαγών στο ιστορικό πλέγμα του συνταγματικού*

[319] Szasz, T., *Νόμος, Ελευθερία και Ψυχιατρική*, μτφ. Κ. Σπίγγος, Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2007, σ. 69.
[320] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 138.

κράτους σε σχέση με την ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους».[321] Πριν την ανάδυση της απαίτησης για την ανάπτυξη του Κράτους Δικαίου (με όποιο τρόπο και αν εκφράστηκε) η εκτέλεση μιας διαδικασίας νοσηλείας «διευθύνονταν» κυρίως –αν όχι αποκλειστικά- από το ιατρικό πλαίσιο διαχείρισης. Αυτό δεν σημαίνει ότι ο ψυχίατρος δεν αναγνωρίζεται σαν ο βασικός γνώστης, άρα και ρυθμιστής της θεραπευτικής προσέγγισης, όσο ότι η ψυχιατρική ήταν, και πιθανόν να εξακολουθεί να είναι σε μεγάλο βαθμό, η σχεδόν αποκλειστική διαχειρίστρια του ψυχικά πάσχοντα στην ολότητα της διαβίωσής του. Αντίθετα από τους περισσότερους θεσμούς εξουσίας, η ψυχιατρική μέχρι πρότινος ήταν υπόλογη –αναφορικά με τις συνέπειες ή/και τα αποτελέσματα των πρακτικών που εφάρμοζε- κυρίως στον εαυτό της: με μια πρόταση, η εξέλιξη της ψυχιατρικής είχε σαν αποτέλεσμα την παραγωγή μιας επιστήμης, της οποίας ένα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της είναι το ότι επί του πρακτέου, έχει τη δυνατότητα να είναι *αυθαίρετη*.[322] Χρησιμοποιούμε τη λέξη «αυθαίρετη» όχι τόσο για να προσδιορίσουμε την ευκολία με την οποία θεραπευτικές πρακτικές πιθανόν να μεταπέσουν σε κατασταλτικές, αλλά κυρίως για να επισημάνουμε τη δυνατότητα της ψυχιατρικής να λειτουργεί –αν όχι ανεξάρτητα- τουλάχιστον προνομιακά μέσα στο σύνολο των εφαρμοσμένων (αλλά και δυνητικά εφαρμόσιμων) κανόνων ενός κράτους δικαίου. «*Το άσυλο δεν αναγνωρίζει άλλη νομική υπόσταση απ' τη δική του. Δικάζει άμεσα και αμετάκλητα. Έχει τα δικά του όργανα τιμωρίας, και τα χρησιμοποιεί κατά το κέφι του…*»[323] αναφέρει ο Foucault, καταδεικνύοντας την ολοένα διογκούμενη τάση της ψυχιατρικής να περιχαρακώσει ένα «αυτοκέφαλο βασίλειο»: να προσδιορίσει ένα πεδίο στο οποίο να είναι η αποκλειστική και αυτόνομη διαχειρίστρια. Και μια από τις βασικές υποθέσεις προς διερεύνηση είναι το κατά πόσο ο στόχος του ποινικού συστήματος (υπό την έννοια ενός «ιδεατού» οργάνου το οποίο είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή συγκεκριμένων κανόνων με στόχο την εύρυθμη λειτουργία ενός κράτους δικαίου) είναι να ελέγχει τις ψυχιατρικές πρακτικές με στόχο την προστασία από την τυχόν επίβουλη αυθαιρεσία εκείνων των μελών τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα της αυτόνομης υπεράσπισης.

---

[321] De Leonardis, O., «Η σχέση μεταξύ ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και ποινικής δικαιοσύνης», μτφ. Ε. Σιούτη, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 23, 1988, σ. 26.

[322] Αναφερόμαστε κυρίως στη χρονική περίοδο από τις αρχές του 20ου αιώνα μέχρι και το τέλος του «Ψυχρού Πολέμου».

[323] Foucault, M., *Η Ιστορία της Τρέλα στην Κλασσική Εποχής*, οπ.π., σ. 256.

5.2. Μια ιστορική αναδρομή των νομοθετικών ρυθμίσεων

Η καταστατική της ψυχικής ασθένειας ανέκαθεν κατείχε μια ιδιαίτερη θέση διαχρονικά, αλλά και διαπολιτισμικά. Η ιδιαιτερότητα όμως αυτή δεν συνοδεύονταν από μια σταθερή στάση απέναντι στο πάσχον υποκείμενο, αλλά η αναπαράσταση, και κατά συνέπεια και η αντιμετώπιση, προσδιορίζονταν και μεταβάλλονταν από τα ισχύοντα/κυρίαρχα επιστημονικά, ιδεολογικά και πολιτιστικά ισχύοντα του εκάστοτε χωροχρόνου. Όπως αναφέρθηκε στο αντίστοιχο κεφάλαιο, στην Ελλάδα των προ-κλασικών χρόνων ισχύει η εξω-ανθρώπινη προέλευση των ψυχικών προβλημάτων, ενώ στην κλασική εποχή, παρ' όλη την διατήρηση των μυθολογικών δοξασιών (θεότητες όπως η *Μανία* και η *Λύσσα* είναι υπεύθυνες για τη ψυχική νόσο) αρχίζει η θεώρηση της ψυχικής ασθένειας υπό το πρίσμα μιας οργανικής νόσου, κάτι που επηρεάζει και την αντιμετώπισή της από τα δικαιοδοτικά συστήματα: Η ποινική ευθύνη θεμελιώνεται στη βάση της ηθικής ευθύνης του δράστη, με συνέπεια κάποιες κατηγορίες παραβατών (τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα άτομα με νοητική υστέρηση, οι ανήλικοι, οι υπερήλικες) είτε να μην διώκονται, είτε να υφίστανται μειωμένες ποινές θεωρούμενοι ως μη δεκτικοί για καταλογισμό, ή δεκτικοί για μειωμένο καταλογισμό.[324] Η προσέγγιση αυτή συνεχίστηκε και κατά την περίοδο της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, κατά την οποία υπήρξαν αρκετές ρυθμίσεις αστικού δικαίου για τα άτομα με ψυχικά προβλήματα. Βέβαια, το ενδιαφέρον σημείο είναι η ολοκληρωτική υπαγωγή της «τύχης» του πάσχοντα από το δικαστή: «*…για τα άτομα, τα οποία διέπραξαν* […] *αδικήματα, στο Ρωμαϊκό ποινικό δίκαιο, αφενός προβλέπονταν μειωμένη ευθύνη, αφετέρου ετίθεντο υπό την επιτήρηση συγγενών ή φυλάκων οι οποίοι ορίζονταν από τις δικαστικές αρχές*».[325] Στην εποχή της ανόδου, επέκτασης και κυριαρχίας του Βυζαντίου φαίνεται ότι διαμορφώθηκε μια αξιόλογη αστική, αλλά και ποινική, νομοθεσία για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Βέβαια, το Βυζαντινό ποινικό δίκαιο χαρακτήριζαν κάποια βασικά στοιχεία: α) δεν προέβλεπε ποινές στερητικές της ελευθερίας του ατόμου, β) υπήρχε άμεση σύνδεση της βαρύτητας της ποινής προς τη βαρύτητα του αδικήματος, χωρίς να υπεισέρχονται αξιολογικές κρίσεις της προσωπικότητας, γ) το Βυζαντινό ποινικό δίκαιο προέβλεπε «ελαφρότερες» ποινές για αδικήματα από αμέλεια, όσο και για «ειδικούς πληθυσμούς».[326]

---

[324] Για μια συνοπτική περιγραφή των θέσεων των «κλασικών» (Αριστοτέλη, Πλάτωνα, Δημοσθένη), βλ. στο: Λειβαδίτης, Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1994.

[325] Σκαράγκας, Δ., *Εγκληματίας Ψυχασθενής*, οπ.π.,σ. 58.

[326] Έτσι, και για το αδίκημα του φόνου, όταν ο δράστης είχε χαρακτηριστεί ως ψυχικά πάσχων, υπήρχε επιεικέστερη μεταχείριση. Γενικά, στο Βυζαντινό δίκαιο, για ρυθμίσεις αστικού χαρακτήρα υπάρχει σαφώς ειδική μεταχείριση του ψυχικά πάσχοντα. Δεν μπορεί να συντάξει διαθήκη, δεν του επιτρέπεται η κατάθεση ενώπιον δικαστηρίου, ενώ η ύπαρξη ψυχικής νόσου αποτελεί σοβαρή αιτία διαζυγίου. Για

5.3. Η πρώτη προσπάθεια νομοθετικής ρύθμισης: ο ν. ΨΜΒ του 1862

Κατά τη διάρκεια της μακρόχρονης τουρκικής κατοχής, σε μια περίοδο κατά την οποία οι περισσότεροι θεσμοί έχουν καταλυθεί, η ποινική δικαιοσύνη ρυθμίζονταν αυθαίρετα, σύμφωνα με τη βούληση των κατακτητών χωρίς να υφίσταται τα δικαίωμα μιας ανεξάρτητης ποινικής νομοθεσίας. Μόνο μετά την επανάσταση του 1821 διαμορφώνεται ο πρώτος ποινικός κώδικας του νέου Ελληνικού κράτους, στα 1823, στη Β' Εθνοσυνέλευση του Άστρους, με την επωνυμία «Απάνθισμα των εγκληματικών».[327] Σε αντίθεση όμως με το «Απάνθισμα», η έκδοση του Ποινικού Νόμου το 1834 και η ψήφιση του ν. ΨΜΒ το 1862(ν. ΨΜΒ της 22-3/19-5/1862) είναι δύο κομβικά σημεία στην ελληνική νομοθετική προϊστορία, οι συνέπειες των οποίων πιθανόν να διαφαίνονται μέχρι και σήμερα. Ο Ποινικός Νόμος, έργο Βαυαρών, κατά τον Ι. Μανωλεδάκη, θεμελιώνει την ποινική, παράλληλα προς την πολιτική, ξενική εξάρτηση του νεότευκτου ελληνικού κράτους. Ο Ποινικός Νόμος εξέφραζε «λόγο» ξενότροπο, αυταρχικό και ολοκληρωτικό: λόγο πολιτικό ο οποίος συμβάδιζε με τη ξενοκρατική απόλυτη μοναρχία που είχε εγκατασταθεί στην Ελλάδα.[328] Ο ΨΜΒ του 1862 εμπνέεται από το γαλλικό νόμο του 1838, ο οποίος θεωρείται πιο ολοκληρωμένος και προσαρμόσιμος στην ελληνική πραγματικότητα. Αλλά και αυτή η νομοθετική προσπάθεια φαίνεται να λειτουργεί αποκομμένη από την ελληνική πραγματικότητα και δυνατότητες. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Γ. Αμπατζόγλου: «*Η πρωτοβουλία της ψήφισής του αποκαλύπτει ένα πολιτικό βολονταρισμό, που στοχεύει στον εκμοντερνισμό και αντιγράφει ευρωπαϊκά πρότυπα χωρίς να παίρνει υπόψη του τη συγκεκριμένη πραγματικότητα της χώρας*».[329] Και όμως, ο ΨΜΒ έχει πολλά πλεονεκτήματα: ξεκάθαρες διατάξεις, όπου τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις ήταν καλά καθορισμένα. Ο νόμος ρυθμίζει τις εισαγωγές και τις εξόδους, προσπαθεί να εξασφαλίσει τη διαφύλαξη των ατομικών ελευθεριών και τον έλεγχο των ιδρυμάτων, προβλέπει ακόμα και ποινές για τους υπαλλήλους οι οποίοι παραβιάζουν τα δικαιώματα των πασχόντων: «*εάν δέ τις των υπαλλήλων ή υπηρετών του Φρενοκομείου φέρεται υβριστικώς ή κακοποιεί*

την περίοδο αυτή, σημαντική, πλην άλλων, πηγή δικαίου αποτελεί η *Εξάβιβλος*. Στο: Σκαράγκας, Δ., *Εγκληματίας Ψυχασθενής*, οπ.π., σ. 59-63. Επίσης, για περισσότερες πληροφορίες για την *Εξάβιβλο*, βλ. στο: Αρμενόπουλος, Κ., *Πρόχειρον Νόμων ή Εξάβιβλος*, Δωδώνη, Αθήνα, 1971.

[327] Κατά τον Ι. Μανωλεδάκη, το «Απάνθισμα» υπήρξε νομοθέτημα προοδευτικό, ρεαλιστικό, με εσωτερική ενότητα, σαφήνεια, πρακτικότητα και λιτότητα. Για περισσότερα, στο: Μανωλεδάκης, Ι., *Ποινικό Δίκαιο*, Επιτομή Γενικού μέρους, Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη, 1992.

[328] Μανωλεδάκης, Ι., *Ιδεολογικοπολιτικοί προσανατολισμοί του Ελληνικού Ποινικού Δικαίου κατά την ιστορική του εξέλιξη*. Τιμητικός τόμος εις μνήμη Ν. Χωραφά, Η. Γάφου, Κ. Γαρδίκα, Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, 1986.

[329]Αμπατζόγλου, Γ., «Το Νομικό Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Πράξης στην Ελλάδα. Ιστορική Αναδρομή, Προβλήματα, Αντιφάσεις», *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, Παπαζήσης, Αθήνα, χ.χ.

τινά των έν τω καταστήματι νοσηλευόμενον τιμωρείται με την εν τω άρθρω 473 του ποινικού νόμου οριζομένην ποινήν».[330]

Σε αυτό το σημείο ίσως πρέπει να αναφερθεί ένας βασικός προβληματισμός. Η διαπίστωση της «μακροβιότητας» του συγκεκριμένου νόμου, μας οδηγεί ακριβώς στον προβληματισμό του γιατί δεν υπήρξε ένα –εφικτό- αίτημα μιας αλλαγής σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα. Ας θυμηθούμε ότι το επόμενο νομοθετικό διάταγμα εφαρμόστηκε το 1973. Ποιες κοινωνικές ανάγκες κάλυπτε αυτός ο «μακρόβιος» νόμος, και με δεδομένη – επιπλέον- τη ύστερη διαπίστωση της ολοσχερούς κάποιες φορές καταστρατήγησής του; Σε σχέση με το συγκεκριμένο ερώτημα, αναφέρει ο Αμπατζόγλου: «*Μήπως η ανάγκη ύπαρξης ενός οποιουδήποτε νομικού πλαισίου που θα κάλυπτε τις εφαρμοζόμενες πρακτικές; Μήπως η πληρότητα των νομικών ρυθμίσεων προσπαθεί ν' αντισταθμίσει την ουσιαστική ανυπαρξία στοιχειωδών προϋποθέσεων για την εφαρμογή τους;* (Η υπογράμμιση, δική μας) *Ή μήπως επρόκειτο απλώς για το προϊόν μιας νομικίστικης πίεσης στην παντοδυναμία του γράμματος*;».[331] Με άλλα λόγια, μήπως η πιο σημαντική υποβοηθητική παράμετρος αναφορικά με τη μακρόχρονη διατήρηση του ΨΜΒ ήταν ακριβώς η δυνατότητα του συστήματος να μην τον εφαρμόζει; Μήπως διατηρήθηκε τόσο μεγάλο χρονικά διάστημα ακριβώς επειδή επί της ουσίας ήταν μη εφαρμόσιμος στις δεδομένες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες; Και μια ανησυχητική λεπτομέρεια (ή μήπως ομοιότητα;): Όταν ψηφίστηκε ο ν. 2071/1992, (ο τελευταίος χρονικά νόμος για τη ψυχιατρική περίθαλψη) κάποιες εισαγγελίες αρνήθηκαν να συμμορφωθούν θεωρώντας τον ως ανεφάρμοστο, προανήγγειλαν ενέργειες για την κατάργησή του και προέτρεψαν σε εφαρμογή των διατάξεων του –ήδη κατηργημένου- 104/73.[332]

---

[330] Νόμος ΨΝΒ, *Περί Συστάσεως Φρενοκομείων*, Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, αριθ. 28, Αθήνα, 19 Μαΐου 1862.

[331] Αμπατζόγλου, Γ., «Το Νομικό Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Πράξης στην Ελλάδα. Ιστορική Αναδρομή, Προβλήματα, Αντιφάσεις», όπ.π., σ. 63.

[332] Παραδειγματικά, βλ. την απάντηση της εισαγγελίας πρωτοδικών Αθηνών σε ερώτημα του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Στο: Παρασκευόπουλος, Ν., Κοσμάτος, Κ., *Ο Αναγκαστικός Εγκλεισμός του Ψυχικά Ασθενή σε Ψυχιατρείο*, Βιβλιοθήκη «Υπεράσπισης», Α. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1997, σ. 44.

5.4. Ένα (όχι και τόσο ευχάριστο) διάλειμμα: Το Ν.Δ. 104/73

Για την πλειονότητα των ενδιαφερομένων, οι οποίοι προέρχονται είτε από τον χώρο της ψυχικής υγείας, είτε από τους νομικούς και ποινικούς «κύκλους», η εφαρμογή του Νομοθετικού Διατάγματος 104/73 ήταν μια ιδιαίτερα αρνητική στιγμή για την ελληνική ψυχιατρική.

Το Ν.Δ. 104/73, σχεδιασμένο και εφαρμοσμένο σε μια δύσκολη πολιτικά εποχή για την Ελλάδα, παρέμεινε σε ισχύ περίπου μια εικοσαετία Οι διατάξεις του έχουν κατά βάση αρνητικούς χαρακτηρισμούς, θεωρούνται από αναχρονιστικές έως και ολοκληρωτικές. Ενώ ο 104/73 –θεωρητικά- ήρθε να καλύψει τα κενά του ΨΜΒ, πολλές φορές φτάνει να καταργεί στοιχειώδη δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων. Να αναφέρουμε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα: ο γιατρός ή ο διευθυντής του ιδρύματος μπορεί να σταματήσει τη διαδικασία εξόδου του πάσχοντα (ακόμα και του εκουσίως εισαχθέντα) από το νοσοκομείο με αυθαίρετο τρόπο, με μια απλή δήλωση «πρόωρου εξιτηρίου», ενώ –ίσως το πλέον ενδεικτικό σημείο – ο 104/73 ορίζει ότι «*Ο παραλαβών τον ασθενή καθίσταται υπόχρεος για πάσαν ποινικήν και αστικήν ευθύνην αυτού*». Οι Β. Κυριακάκης και Γ. Πανούσης επισημαίνουν την αοριστία του νόμου, και την ασάφεια σε πολλά σημεία, μια ασάφεια η οποία επιτρέπει σε μεγάλο βαθμό τις υποκειμενικές ερμηνείες και εκτιμήσεις, με φανερό τον κίνδυνο εμφάνισης αυθαιρεσιών. Επίσης, παρατηρούν ότι στο Ν.Δ. 104/73 δεν γίνεται καμιά διάκριση μεταξύ ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών, αλλά ούτε μεταξύ ψυχιάτρων που είναι κρατικοί λειτουργοί και ψυχιάτρων που ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα: «*Η παρατήρηση αυτή γίνεται λαμβάνοντας σοβαρά υπόψη τα οικονομικά συμφέροντα που συχνά διακυβεύονται με μια νοσηλεία σε ψυχιατρείο ή κλινική*».[333]

Το Ν.Δ. 104/73 αντικαταστάθηκε το 1992 από το ν. 2071/1992. Στο μεταξύ, στα μέσα της δεκαετίας του 1980 επήλθαν οι αποκαλύψεις για την κατάσταση στο Ψυχιατρείο της Λέρου, κάτι που έστρεψε το κοινωνικό, πολιτικό (και κυρίως το οικονομικό) ενδιαφέρον στις συνθήκες της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση κάνει τα πρώτα της βήματα: ο ν. 1397/83 δίνει έμφαση στην κοινωνική αποκατάσταση και επανένταξη των ψυχικά πασχόντων, ενώ το 1984, «χρονιά σταθμό» για την ελληνική

[333]Κυριακάκης, Β., Πανούσης, Γ., *Νομική και Εγκληματολογική Προσέγγιση της Επικινδυνότητας (συμβολή στην ερμηνεία του άρθρου 5 του Ν.Δ. 104/73)*, Γραφικές Τέχνες Β. Τζανογλός, Αθήνα, 1988, σ. 60.

ψυχιατρική, αποφασίζεται η υλοποίηση του κανονισμού 815/84 από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή με 120 εκατομμύρια ECU, σηματοδοτώντας έτσι την έναρξη της ελληνικής μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, η οποία συνεχίζεται με τα προγράμματα «Ψυχαργώς». Μέσα σε αυτές τις συνθήκες η θεσμοθέτηση ενός σύγχρονου νομικού πλαισίου θεωρούνταν επιβεβλημένη, και τελικά εκφράστηκε με την εφαρμογή του ν. 2071/92.

5.5. Ο ν. 2071/92.

«*Έλα μωρέ, ποιος θα ασχοληθεί με αυτούς τους δύσμοιρους;*»: μια φράση ενός επαγγελματία της ψυχικής υγείας η οποία, αν και ακούγεται με πολλές παραλλαγές, περικλείει χαρακτηριστικά το υποβόσκον νόημα: ότι, επί της ουσίας, οι ψυχικά πάσχοντες –ή τουλάχιστον μια ομάδα εξ αυτών- αποτελούν μια περιθωριακή ομάδα χωρίς ιδιαίτερη κοινωνική και ιδίως πολιτική «βαρύτητα». Και παρ' όλο που η αδυναμία αυτών των προσώπων και το μειωμένο κοινωνικό ενδιαφέρον γι' αυτούς δημιουργούν επιπλέον την ανάγκη για αυξημένη επαγρύπνηση για την προστασία τους, φαίνεται ότι ακριβώς η «περιθωριακότητα» ενός τμήματος αυτού του πληθυσμού (ουσιαστικά η αδυναμία εκ μέρους τους μιας στοιχειώδους γνώσης των δικαιωμάτων τους και «πρόσβασης» σε αυτά) είναι μια από τις βασικές «στρεβλώσεις»: με άλλα λόγια, αν και υπάρχουν –πια- σαφώς θεσμοθετημένα δικαιώματα, φαίνεται ότι εξακολουθεί να μην υπάρχει ένας λειτουργικός τρόπος απαρτίωσης και σύνδεσης του νομικού, δικαστικού και του ψυχιατρικού συστήματος, του υπεύθυνου για τη διαχείριση αυτών των πληθυσμών. Ας παραθέσουμε μια επίσης συχνή –σε πολλές παραλλαγές- συζήτηση των υπαλλήλων και των τροφίμων:

«*Πότε επιτέλους θα βγω από εδώ; Δεν έχω τίποτα, καλά είμαι…είμαι τρεις βδομάδες μέσα, δεν αντέχω άλλο.*»
«*Θα δούμε, θα δούμε, κάτσε να περάσουν λίγες μέρες ακόμα να σταθεροποιηθείς και θα δούμε…*»
«*Μα…*»

Μια από τις βασικές θεωρητικές κατευθύνσεις του νέου νόμου προέρχεται από τη διαπίστωση ότι τα προηγούμενα νομοθετήματα επέτρεπαν μια αυξημένη αυθαιρεσία εκ μέρους των ψυχιάτρων. Βέβαια, σε καμιά περίπτωση δεν θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι οι τυχόν «Ψ» αυθαιρεσίες είναι αποκλειστικό προϊόν μιας ελλιπούς νομοθετικής ρύθμισης, κάτι που πιθανόν να φανεί εναργέστερα στη συνέχεια. Γεγονός όμως είναι ότι οι δύο τελευταίες νομοθετικές διευθετήσεις (οι οποίες καλύπτουν ένα χρονικό διάστημα περίπου 150 ετών!) φάνηκαν ανεπαρκείς, είτε αναφορικά με τη δυνατότητα εφαρμογής τους, είτε αναφορικά με τον τρόπο προσέγγισης και διαφύλαξης των δικαιωμάτων των πληθυσμών στους οποίους αναφέρονται.

Μέσω τέτοιων προβληματισμών, ο ν. 2071/92 εξ αρχής έτυχε μιας θετικής αποδοχής από τους εμπλεκόμενους φορείς, όταν ήρθε να αντικαταστήσει τον προηγούμενο, κατά

πολλούς, «παλαιολιθικό» νόμο, δηλαδή το Ν.Δ. 104/73. Ειδικά για το θέμα της ακούσιας νοσηλείας, ενδεικτικό της διαφοράς τους το γεγονός ότι ο παλαιός δεν εγγυόταν δικαστικά τα δικαιώματα του πάσχοντα: «*…ο νομοθέτης, στα άρθρα 69 και 70 ουδεμία αναφορά κάνει για τη θεραπεία του ακαταλόγιστου δράστη. Αντίθετα, αυτό που κύρια φαίνεται να ενδιαφέρει είναι ο κίνδυνος που μπορεί να προκληθεί στη δημόσια ασφάλεια.*».[334] Αντίθετα, ο 2071/92 –και αυτή ίσως είναι η σημαντικότερη μεταλλαγή- δίνει σαφή προτεραιότητα στη θεραπευτική και όχι στη φυλακτική προοπτική, αναφορικά με τις περιπτώσεις της ακούσιας νοσηλείας των πασχόντων. Συνοπτικά, οι βασικές καινοτομίες γύρω από τις οποίες συγκεντρώνεται ο καινούριος νόμος παρουσιάζονται στις διατάξεις του έκτου κεφαλαίου του νόμου τα οποία ρυθμίζουν την εισαγωγή, νοσηλεία και έξοδο σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας και μπορούν επιγραμματικά να εστιαστούν στις εξής ενότητες:

Α) Στην καθιέρωση σαφών προϋποθέσεων για την επιβολή της ακούσιας νοσηλείας.

Β) Στην καθιέρωση εγγυήσεων δικαστικού ελέγχου της νοσηλείας.

Γ) Στη θέσπιση σύντομων προθεσμιών δικαιοδοτικού ελέγχου.

Δ) Στην παροχή δικαιωμάτων στον ασθενή, με την παράλληλη υποχρέωση της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται για την ενημέρωσή του σχετικά με τα δικαιώματα που του παρέχονται.

Ε) Στον ορισμό ανώτατου χρόνου νοσηλείας.

ΣΤ) Στη βούληση προκειμένου να λάβει η ακούσια νοσηλεία αμιγώς θεραπευτικό προσανατολισμό.

Ζ) Στον περιορισμό της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις καθώς παρέχεται η δυνατότητα επιλογής της κατάλληλης Μονάδας Ψυχικής Υγείας (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, Ξενώνες, κπ.). [335]

Φαίνεται, δηλαδή, ότι ο καινούριος νόμος προσπαθεί όχι απλά να προασπίσει με σαφώς επαρκέστερο και πιο ολοκληρωμένο τρόπο τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, αλλά και να αλλάξει τη φιλοσοφία και τον προσανατολισμό των ποινικών (αλλά και των ψυχιατρικών) θεσμικών οργάνων αναφορικά με τη διαχείριση του πάσχοντα. Μια διαχείριση η οποία πρωτίστως πρέπει να έχει ένα θεραπευτικό χαρακτήρα. Και η

[334] Κοσμάτος, Κ., *Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Ερευνητικές Διαπιστώσεις και Προοπτικές από την Εφαρμογή του Νόμου 2071/1992*, Εγκληματο-λογικά, Α. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή, 2002, σ. 108-109.

[335] Κοσμάτος, Κ., *Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Ερευνητικές Διαπιστώσεις και Προοπτικές από την Εφαρμογή του Νόμου 2071/1992*, όπ.π., σ. 23.

φιλοσοφία του ν. 2071/92 είναι να δίδεται προτεραιότητα στη θεραπευτική προσέγγιση, όσο και στη προστασία των πασχόντων από τυχόν αυθαιρεσίες. Ενδεικτικά, ενώ με τα παλαιότερα νομοθετήματα ο εγκλεισμός του φερόμενου ως πάσχοντα μπορούσε να γίνει και μόνο με την εντολή του εισαγγελέα, σύμφωνα με τον νέο νόμο, την οριστική απόφαση εγκλεισμού τη λαμβάνει το δικαστήριο (το Μονομελές Πρωτοδικείο, με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, κεκλεισμένων των θυρών).[336] «*Ο εισαγγελέας δεν είναι πλέον αυτός που αποφασίζει για την ακούσια νοσηλεία, αλλά η αρμοδιότητα αυτή ανήκει στο Πρωτοδικείο*».[337] Οι βασικοί, αλλά και καινοτόμοι άξονες γύρω από τους οποίους κινείται ο νέος νόμος θα μπορούσαν να συνοψισθούν: Α) Η καθιέρωση εγγυήσεων και δικαστικού ελέγχου της ορθότητας του αναγκαστικού εγκλεισμού (γίνεται δίκη, στην οποία καλείται υποχρεωτικά ο φερόμενος ως ασθενής, ο οποίος μπορεί να αναπτύξει τις απόψεις του και να έχει συμπαράσταση συνηγόρου, αλλά και ψυχιάτρου στο ρόλο τεχνικού συμβούλου). Β) Όπως έχει προλεχθεί, η προοπτική της ακούσιας νοσηλείας σαν μια διαδικασία η οποία εξυπηρετεί πρωτίστως θεραπευτικές ανάγκες. Γ) Η καθιέρωση ανώτατου χρονικού ορίου νοσηλείας το οποίο έχει καθοριστεί στους έξι μήνες, ενώ για την υπέρβασή πρέπει να συντρέχουν ειδικοί λόγοι.[338] Δ) Ένα επίσης σοβαρό θέμα που προσπαθεί να επιλυθεί είναι η επίσπευση των διαδικασιών. Έτσι, σύμφωνα με τον καινούριο νόμο, ο εισαγγελέας πρέπει να εισάγει την αίτηση για την ακούσια νοσηλεία στο Μονομελές Πρωτοδικείο σε προθεσμία τριών ημερών, ενώ το Πρωτοδικείο πρέπει να εκδώσει οριστική απόφαση εντός 10 ημερών. Ε) Επιπλέον, την αίτηση του εισαγγελέα πρέπει να συνοδεύουν δύο ανεξάρτητες ιατρικές γνωματεύσεις (γιατρών που να υπηρετούν στο ΕΣΥ σε μόνιμες θέσεις, και σε καμιά περίπτωση απλές γνωματεύσεις από ιδιώτη ψυχίατρο) οι οποίες πρέπει να συμφωνούν μεταξύ τους (σε αντίθετη περίπτωση ορίζεται τρίτος, ανεξάρτητος ψυχίατρος) και να αιτιολογούν την πρόταση για την ακούσια νοσηλεία. ΣΤ) Τα δικαιώματα του φερόμενου ως πάσχοντα έχουν αναβαθμιστεί: Πέραν του δικαιώματος για παράσταση στη δίκη με συνήγορο και ψυχίατρο ως τεχνικό σύμβουλο, ο νόμος δίνει το δικαίωμα άσκησης ένδικου μέσου, το δικαίωμα αίτησης για διακοπή της θεραπείας, και υποχρεώνει

[336] Από την έναρξη ισχύος του ν. 2071/1992 μέχρι και το Δεκέμβριο του 1996 αρμόδιο για την εκδίκαση των αιτήσεων για την ακούσια νοσηλεία ήταν το Πολυμελές Πρωτοδικείο (διαδικασία εκούσιας δικαιοδοσίας), ενώ με το άρθρο 39 του ν. 2447/19-12-1996 οι αιτήσεις για ακούσια νοσηλεία εκδικάζονται από το Μονομελές Πρωτοδικείο (διαδικασία εκούσιας δικαιοδοσίας). Βλ. Γιαννόπουλος, Ε., Εκούσια Δικαιοδοσία, (1ος τόμος) επιμ. Ι. Χαμηλοθώρη, Θ. Κλουκίνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2001, σ. 321.

[337] Κοσμάτος, Κ., *Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Ερευνητικές Διαπιστώσεις και Προοπτικές από την Εφαρμογή του Νόμου 2071/1992*, όπ.π., σ. 70.

[338] Παρασκευόπουλος, Ν., Κοσμάτος, Κ., *Ο Αναγκαστικός Εγκλεισμός του Ψυχικά Ασθενή σε Ψυχιατρείο*, όπ.π., σ. 19.

την Μονάδα Ψυχικής Υγείας στην οποία νοσηλεύεται ο πάσχων να τον ενημερώσει για τα δικαιώματα που του παρέχει ο νόμος. Ζ)Τέλος, ένα κομβικό σημείο αφορά την έννοια της επικινδυνότητας. Με το ν. 2071/1992 φαίνεται ότι ορίστηκαν με σχετική σαφήνεια οι όροι υπαγωγής ενός προσώπου σε καθεστώς ακούσια νοσηλείας με την υιοθέτηση ενός μικτού συστήματος προϋποθέσεων. Ειδικότερα, για την εισαγωγή απαιτείται (διαζευκτικά):

- είτε: *ψυχική διαταραχή και ανικανότητα του ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, η κατάσταση της οποίας πρόκειται να επιδεινωθεί ή η βελτίωσή της να αποκλειστεί αν δεν υποβληθεί σε θεραπεία.*
- Είτε: *ψυχική διαταραχή και ανάγκη νοσηλείας, για την αποτροπή πράξεων βίας.*

«*Ενώ όμως η προϋπόθεση της ψυχικής διαταραχής διαθέτει ένα ελάχιστο μέγεθος αντικειμενικότητας, οι λοιπές προϋποθέσεις βαρύνονται με το στοιχείο της ρευστότητας, στο βαθμό ιδίως που εμπεριέχουν προγνωστικές κρίσεις. Περισσότερο προβληματική πάντως εμφανίζεται η επιβίωση του στοιχείου της επικινδυνότητας ως διαζευκτικής προϋπόθεσης, μεταμφιεσμένης βέβαια με σύγχρονους όρους (απειλή πράξεων βίας)*».[339] Παρ' όλο που γίνεται μια προσπάθεια της κατά το δυνατόν βέλτιστης οριοθέτησης των προϋποθέσεων εισαγωγής, η προβληματική έννοια της επικινδυνότητας φαίνεται ότι εξακολουθεί να υπεισέρχεται στις αξιολογικές κρίσεις. Η πρόταση η οποία προβάλλεται είναι να εισαχθεί η έννοια της επικινδυνότητας στις *διαθετικές έννοιες*: «*Χρήσιμη βοήθεια θα μπορούσε να μας παρέχει η ένταξη της επικινδυνότητας στο χώρο των διαθετικών εννοιών, με τις οποίες εκφράζεται η τάση ενός προσώπου να συμπεριφέρεται κατά ορισμένο τρόπο υπό ορισμένες συνθήκες.* […] *Η ύπαρξη αυτής της τάσης δεν μπορεί να διαπιστωθεί παρά μόνο μετά από παρατήρηση και εκτίμηση των εμπειρικών στοιχείων, ιδίως προηγούμενων εκδηλώσεων της συμπεριφοράς του ατόμου*».[340] Ακόμα και υπό αυτή την προοπτική, δεν μπορούμε να μην παρατηρήσουμε την σημασία που λαμβάνει η προγενέστερη συμπεριφορά. Στην περίπτωση της επικινδυνότητας, η ανίχνευση της ύπαρξης προηγούμενων «επιθετικών επεισοδίων» εξακολουθεί να είναι -αν όχι το απόλυτο- τουλάχιστον το βασικότερο κριτήριο πρόγνωσης.

[339]Φυτράκης, Ε., «Εισαγγελική Αρμοδιότητα και Δικαστική Εγγύηση στον Ψυχιατρικό Εγκλεισμό», *Ποινικά Χρονικά*, 2007, σ. 953.
[340]Παρασκευόπουλος, Ν., Κοσμάτος, Κ., *Ο Αναγκαστικός Εγκλεισμός του Ψυχικά Ασθενή σε Ψυχιατρείο*, όπ.π., σ. 33.

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να επισημάνουμε για ακόμη μια φορά μια σημαντική διαφοροποίηση του ν. 2071/1992: προσανατολίζει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας στη θεραπευτική προοπτική της, μέσω της προσπάθειας για δικαστικές εγγυήσεις. Πια, δεν είναι ο εισαγγελέας αυτός που λαμβάνει την τελεσίδικη απόφαση για τη νομιμότητα ή μη μιας νοσηλείας, αλλά το δικαστήριο, και αυτό για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προστασία των δικαιωμάτων των φερόμενων ως πασχόντων. Αυτή ακριβώς όμως η προοπτική θέτει και υψηλότερα τα «επίπεδα ευθύνης» τόσο των εισαγγελιών που αποστέλλουν τις αιτήσεις, όσο και των Πρωτοδικείων που εκδικάζουν τις υποθέσεις. Μια ιδανική διαδικασία θα ήθελε τις δικαστικές αρχές να μην αποβαίνουν (όπως ήταν η συνηθέστερη πρακτική έως σήμερα) απλά επικυρωτικά όργανα, αλλά να επεμβαίνουν ενεργά στη διαδικασία: «*Το δικαστήριο είναι βέβαια υποχρεωμένο να εκδίδει αιτιολογημένες αποφάσεις με βάση το αποδεικτικό υλικό. Ως αποδεικτικό υλικό δεν θα πρέπει να εννοηθούν μόνο οι ψυχιατρικές γνωματεύσεις* […] *αλλά και κάθε άλλο έγγραφο ή στοιχείο το οποίο βοηθά στην έκδοση αιτιολογημένης απόφασης*».[341] Πάντως ο ρόλος του εισαγγελέα σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να υποβαθμίζεται λόγω του γεγονότος ότι το Μονομελές Πρωτοδικείο είναι πλέον υπεύθυνο για την έκδοση της απόφασης. «*…ο ρόλος του Εισαγγελέα Πρωτοδικών είναι καθοριστικός. Για το λόγο αυτό ο έλεγχος για τη συνδρομή των προϋποθέσεων για την ακούσια νοσηλεία θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός* […] *η αιτιολόγηση της εισαγγελικής κρίσης είναι επιβεβλημένη. Και τούτη μπορεί να περιλαμβάνει αρκετά και κρίσιμα στοιχεία όπως την αναλυτική περιγραφή της ασθένειας και της κατάστασης του φερόμενου ως ασθενή, τη διερεύνηση του ιατρικού ιστορικού του καθώς και την έγκυρη πληροφόρηση για έμπρακτη εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς*».[342] Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να θέσουμε δύο βασικές διαπιστώσεις, οι οποίες κατά τη γνώμη μας είναι κρίσιμες για τη σωστή λειτουργία της διαδικασίας. Α), τόσο οι δικαστικές αρχές (Εισαγγελείς και Πρωτοδικεία), όσο και οι ψυχιατρικοί φορείς (οι διευθυντές και οι γιατροί των Μονάδων Ψυχικής Υγείας) είναι ζωτικό να μην αντιμετωπίζουν «αυτοματοποιημένα» και με μηχανικό τρόπο τον εγκλεισμό. Για παράδειγμα, οι ιατρικές γνωματεύσεις να ακολουθούν το γράμμα του νόμου (δύο διαφορετικές ψυχιατρικές γνωματεύσεις, οι οποίες να αιτιολογούν αναλυτικά την πρόταση για νοσηλεία), ενώ τόσο οι εισαγγελείς όσο και τα Πρωτοδικεία να ελέγχουν τη πιστότητα και τη βαρύτητα των γνωματεύσεων. Β), δύο αλληλένδετα προβλήματα, αλλά και

[341]Παρασκευόπουλος, Ν., Κοσμάτος, Κ., *Ο Αναγκαστικός Εγκλεισμός του Ψυχικά Ασθενή σε Ψυχιατρείο*, όπ.π., σ. 28.
[342]Κοσμάτος, Κ., *Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Ερευνητικές Διαπιστώσεις και Προοπτικές από την Εφαρμογή του Νόμου 2071/1992*, όπ.π., σ. 78.

προκλήσεις, ανιχνεύονται α) στην δυσκολία κατανόησης της διαφορετικής προοπτικής και λειτουργίας των «Π» και των «Ψ», και β) στη δυσκολία συντονισμού δύο θεσμικών οργάνων τα οποία μέχρι τώρα φαίνεται ότι, ενώ έχουν ένα «κοινό θέμα», λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα μεταξύ τους.[343] Τέλος, αξίζει να επισημάνουμε ακόμα μια φορά ένα ζωτικό θέμα που επιχειρεί να επιλύσει ο νέος νόμος, αυτό των *προθεσμιών*. Η ολοκλήρωση της διαδικασίας στο συντομότερο δυνατό χρόνο είναι ίσως μια από τις βασικότερες εγγυήσεις όταν υπάρχει επιβολή ενός στερητικού της ελευθερίας μέτρου, ακόμα και για θεραπευτικούς σκοπούς. Ο ν. 2071/92 προβλέπει ρητές προθεσμίες, τόσο αναφορικά με την εκτέλεση της δικαστικής διαδικασίας (τρεις ημέρες μέχρι να αποσταλεί η αίτηση του εισαγγελέα στο δικαστήριο και δέκα ημέρες μέχρι να εκδοθεί η απόφαση του δικαστηρίου), όσο και αναφορικά με το χρονικό διάστημα της παραμονής στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας (προσδιορίζει ρητά το διάστημα των 48 ωρών για εξέταση και σύνταξη γνωματεύσεων, ενώ η συνολική χρονική διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβαίνει τους έξι μήνες, πλην σπανιότατων εξαιρέσεων).

[343] Η ανάγκη συντονισμού των δύο υπουργείων (αλλά και των υπαλλήλων τους οι οποίοι εμπλέκονται στη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας) θεωρείται επιβεβλημένη. Χαρακτηριστικά, βλ. το πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη: Πόρισμα Ν. 3094/03 Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις, αρ. 4 και 6, Παπαρρηγοπούλου, Π., Φυτράκης , Ε., *Ακούσια Εξέταση και Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο,* 2004.

5.6. Ο ν. 2716/99

Το 1999 εκδόθηκε ο ν. 2716/1999 ο οποίος τιτλοφορείται *«Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις»*[344] και ουσιαστικά αποσκοπεί στην προστασία των ατομικών ελευθεριών των ασθενών. Βασική έννοια του νόμου είναι ότι κάθε ασθενής πρέπει να θεραπεύεται στην κοινότητά του: αναφερόμαστε στην έννοια της *τομεοποίησης*. Σε αυτό το πνεύμα, ο Ν. 2716/99 αποτέλεσε σοβαρή προσπάθεια βελτίωσης των αδυναμιών του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα μας. Ιδιαίτερα σημαντική σε αυτή τη θετική αλλαγή κατεύθυνσης ήταν η παράγραφος 2 του άρθρου 1 («*Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος Νόμου, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας*»). Στα επιμέρους άρθρα αλλά και από το γενικό πνεύμα του νόμου είναι εμφανής η προσπάθεια της παράλληλης ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την αποασυλοποίηση, όπως επίσης και η εναρμόνιση της λειτουργίας μεταξύ των διαφόρων μονάδων. Το άρθρο 16 αναφέρεται στην ακούσια νοσηλεία ενώ αναφέρει χαρακτηριστικά: «Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις τομεακές επιτροπές Ψυχικής Υγείας». Αυτή είναι και η βασική διαφοροποίηση, η δυνατότητα που δίνεται στον ιδιωτικό τομέα να εμπλακεί στο πεδίο της ακούσιας νοσηλείας κάτι που μέχρι τότε αφορούσε μόνο τις δημόσιες δομές ψυχιατρικής περίθαλψης.

[344] Νόμος υπ' αριθ. 2716/1999, ΦΕΚ Α (96/17 – 5 – 99), *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.*

5.7. Η πραγματικότητα

Στην πράξη όμως διαπιστώνεται πως η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας προσλαμβάνει συχνά ένα δύσκαμπτο και γραφειοκρατικό χαρακτήρα, είναι απρόσωπη, τυπική και δύσκολα εφαρμόσιμη ενώ ο ψυχίατρος καλείται να διαδραματίσει έναν διπλό και αντιφατικό ρόλο: τόσο τον ρόλο του θεραπευτή, αλλά και «προστάτη» του πάσχοντα, αλλά παράλληλα και τον ρόλο του εγγυητή της δημόσιας ασφάλειας.[345] Οι Α. Πολίτης κ.α. αναφέρουν χαρακτηριστικά: «*Βέβαια, η αναφερόμενη επικινδυνότητα, από τους συγγενείς, δημιουργεί διλήμματα στην κλινική πρακτική, γιατί ο ψυχίατρος έχει να σταθμίσει ανάμεσα στην ανάγκη για νοσηλεία και στον κίνδυνο αυτοκτονίας ή ανθρωποκτονίας, αλλά και στον κίνδυνο ποινικοποίησης της ψυχικής διαταραχής από τη νομοθετική πράξη, με αποτέλεσμα να διαιωνίζεται το στίγμα για την ψυχική νόσο στο κοινωνικό περιβάλλον*».[346]

Η επικινδυνότητα, μια έννοια ιδιαίτερα δύσκολη και προβληματική, φαίνεται τις περισσότερες φορές να καταλαμβάνει κυρίαρχο ρόλο στη δικαστική κρίση και απόφαση. Ως εκ τούτου, η ακούσια νοσηλεία μπορεί να εξυπηρετεί φυλακτική σκοπιμότητα σε βάρος της θεραπευτικής και τα δικαιώματα του ασθενή μπορεί να περιορίζονται μπροστά στην «ασφάλεια» του κοινωνικού συνόλου.[347] Είναι χαρακτηριστικό ότι οι διατάξεις του νόμου που συνήθως δεν ακολουθούνται στην πράξη αφορούν τα δικαιώματα του ασθενή (ενυπόγραφη ενημέρωση, τήρηση χρονικών προθεσμιών, ουσιαστική άσκηση ένδικων μέσων). Η πλέον χαρακτηριστική έρευνα αναφορικά με το συγκεκριμένο πεδίο έγινε από το Συνήγορο του Πολίτη, το 2007. Ο Συνήγορος του Πολίτη, εξετάζοντας τις διαδικασίες οι οποίες σχετίζονται με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, κατέληξε στα εξής συμπεράσματα: «*Αναφορικά με ζητήματα ιατρικών γνωματεύσεων: "Από τους φακέλους που εξετάστηκαν προκύπτει ότι σε ποσοστό 98% περίπου επί του συνόλου των έγκυρων παρατηρήσεων οι ιατρικές γνωματεύσεις υπογράφονται από δύο ψυχιάτρους.* […] *Από την εμπειρική διερεύνηση προέκυψε ότι σε ποσοστό 50%, επί του συνόλου των έγκυρων παρατηρήσεων ακούσιων εγκλεισμών, δεν υπήρχε αιτιολογημένη ιατρική γνωμάτευση, αναφορικά με την ύπαρξη ή όχι συγκεκριμένης ψυχικής διαταραχής.* […] *Αναφορικά με τα*

[345]Βλ χαρακτηριστικά το άρθρο του Α. Μανιτάκη: Μανιτάκης, Α., «Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: Δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία;», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 60, 1997, σ.50-67.

[346]Πολίτης, Α., Τρίκκας, Γ., Πεχλιβανίδης, Α., Μουρτζούχου, Π., Χριστοδούλου, Γ.,Ν., «Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση», *Ψυχιατρική*, τεύχος 14, 2003, σ. 102.

[347] Μανιτάκης, Α., «Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: Δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία;», οπ.π. Επίσης, βλ. Μπσζίκας, Β., Βαρτζόπουλος, Δ.., Τούσινα, Α.., Καράβατος, Α.., Καπρίνης, Γ., «Ακούσια νοσηλεία Επικινδυνότητα ή/και ανάγκη νοσηλείας», *Εγκέφαλος*, τεύχος 36, 1999, σ.34 - 38.

λοιπά κριτήρια του νόμου (δηλαδή, την ικανότητα του ασθενούς να κρίνει για την υγεία του και την πιθανή επιδείνωση της υγείας του από την έλλειψη νοσηλείας,) δεν φαίνεται να υπάρχει αναφορά σχετικής εκτίμησης στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων που εξετάστηκαν. Εν κατακλείδι, δεν αιτιολογείται επαρκώς η ανάγκη για ακούσια νοσηλεία του ασθενούς, ως ενδεδειγμένη θεραπευτική μέθοδος που καλύπτει τις δύο βασικές προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος: α) την αδυναμία του ψυχικά ασθενούς να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, έτσι ώστε η έλλειψη νοσηλείας του να έχει ως συνέπεια είτε τον αποκλεισμό της θεραπείας του είτε την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του, και β) την ανάγκη ακούσιας νοσηλείας για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ιδίου ή τρίτων».[348]

Αναφορικά με τη μεταφορά των ασθενών από την αστυνομία: «…*προέκυψε ότι σε ποσοστό 97% περίπου επί των έγκυρων παρατηρήσεων η μεταφορά των ασθενών έγινε από την αστυνομία.* […] *Η αδικαιολόγητη αυτή αντιμετώπιση των ψυχασθενών ως επικινδύνων για τη δημόσια τάξη κι ασφάλεια εκδηλώνεται με τη μεταγωγή τους με περιπολικό ή με κλούβα, τη δέσμευσή τους με χειροπέδες (ενεργοποίηση του άρθρου 147 του ΠΔ141/91 περί δεσμεύσεως σε κάθε περίπτωση των μεταγόμενων με χειροπέδες) και τη συνοδεία τους από αστυνομικό προσωπικό, ακόμη και όταν η θέα του ένστολου προσωπικού επιτείνει την ταραχή τους και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν ή επιδεινώνει την κατάσταση της υγείας τους. Η επιταγή του άρθρου 96 παράγρ. 2 Ν. 2071/92 για αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια εγκλειομένων ασθενών θα συνεπαγόταν τη μεταφορά τους με ασθενοφόρο ή με συμβατικά αυτοκίνητα* […] *και με τη συνοδεία νοσηλευτών*».[349]

Αναφορικά με το θέμα των προθεσμιών, ο Συνήγορος θεωρεί ότι «...*στο σύνολο των παρατηρήσεων προέκυψε ότι τηρήθηκε η προβλεπόμενη προθεσμία των 48 ωρών για να διατυπωθεί η κατ' αρχάς ιατρική εκτίμηση του περιστατικού*». Αναφορικά με το πεδίο της ενημέρωσης των πασχόντων, «…*από τα υφιστάμενα στοιχεία δεν προκύπτει ότι οι ασθενείς ενημερώθηκαν επαρκώς για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μέσο από πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί αυτό το καθήκον*», ενώ σχετικά με το δικαίωμα του πάσχοντα να παραστεί στη δικάσιμο, «…*δεν προκύπτει με ασφάλεια, ότι ο ίδιος ο ασθενής έχει ενημερωθεί για τη δυνατότητά του να παρίσταται στο δικαστήριο, καθώς δεν αποδεικνύεται από οποιοδήποτε έγγραφο ότι έχει λάβει γνώση για τον*

[348] Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, Ν. 3094/2003 "Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις", Άρθρο 3 § 5, 2007, σ. 12 – 15.
[349] Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, οπ.π., σ. 16 – 17.

ορισμό δικασίμου», ενώ αναφορικά με την κλήση για δίκη, «*…στις μισές περίπου από τις εξεταζόμενες περιπτώσεις εγκλεισμών δεν υπήρχε κλήση για δίκη*».[350]

Συνοπτικά, το πόρισμα της έκθεσης αναφέρει ότι: «*Κατά συνέπεια* […] *δεν προκύπτει στην πράξη ότι ελέγχεται δικαστικά ο εγκλεισμός των ψυχικά ασθενών. Ως εκ τούτου, δεν επιτυγχάνεται η βασική επιδίωξη του Ν. 2071/92 που επιτάσσει και προϋποθέτει ως βασική εγγύηση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών την ύπαρξη δικαστικού ελέγχου*».[351]

Να αναφερθούμε επίσης στην έρευνα της Χριστούλη, η οποία βρήκε ότι σε σύνολο 1247 δικαστικών αποφάσεων που αφορούσαν αιτήσεις αναγκαστικής νοσηλείας, διαπιστώθηκαν τα εξής: 17 εκ των αιτήσεων απορρίφτηκαν, εξ αιτίας του ότι σε τρεις περιπτώσεις από αυτές είχε επισυναφθεί μόνο μία γνωμάτευση ψυχιάτρου αντί των δύο που προβλέπει ο νόμος, στις τέσσερις είχε ήδη αποβιώσει ο ασθενής, ενώ στις δέκα περιπτώσεις, είχε ήδη εξέλθει από το Ψυχιατρείο ο ασθενής λόγω βελτιώσεως της κατάστασης του. Εξ άλλου, από τις 90 δικαστικές αποφάσεις που έκαναν δεκτές τις αιτήσεις για αναγκαστική νοσηλεία, στις 60 ο «*φερόμενος ως ψυχοπαθής*» είχε δικασθεί ερήμην, μόνο δε στις υπόλοιπες 30 ήταν παρών και συνοδευόταν από συνοδό του νοσοκομείου κι όχι συνήγορο ή τεχνικό σύμβουλο. Μάλιστα, σε δείγμα 53 αποφάσεων μόνον οι 25 ήταν αιτιολογημένες και ανέφεραν εκτός της διάγνωσης της ψυχικής νόσου από την οποία έπασχε ο ασθενής και τα συμπτώματα που εκδήλωνε εξ αιτίας της πάθησής του αυτής.[352]

---

[350] Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, οπ.π., σ. 18 – 23.

[351] Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, οπ.π., σ. 27.

[352] Η Χριστούλη αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Εκείνο όμως που πράγματι προβληματίσε είναι ότι μετά από τόσα χρόνια εφαρμογής του νόμου αυτού, όχι μόνον δεν υπήρξε προσαρμογή στις προθεσμίες που έτασσε, αντίθετα αυτές είχαν συλλήβδην σε όλες σχεδόν τις υποθέσεις του δείγματος από το Πρωτοδικείο Αθηνών καταστρατηγηθεί.* […] *Οι προβλέψεις δε για το μέλλον είναι δυστυχώς δυσοίωνες τουλάχιστον για τις αιτήσεις αναγκαστικής νοσηλείας που πρόκειται να εκδικασθούν στο Μονομελές Πρωτοδικείο Αθηνών, αφού όσες κατατίθενται κατά το τρέχον έτος προσδιορίζονται προς συζήτηση μετά οκτώ τουλάχιστον μήνες, οπότε και είναι πλέον ή βέβαιον ότι κατά την έκδοση των σχετικών αποφάσεων ο καθού η αίτηση θα έχει ήδη εξέλθει της ψυχιατρικής κλινικής. Η δυσάρεστη αυτή διαπίστωση σε συνδυασμό και με το γεγονός ότι στο σύνολο των δικαστικών αποφάσεων που αποτέλεσαν το δείγμα της παρούσας έρευνας, ο δικαστικός έλεγχος περιορίσθηκε σε μία απλή επικύρωση των ψυχιατρικών εκθέσεων και η παρουσία και κατάθεση του φερομένου ως ψυχοπαθή κατά τη συζήτηση της εναντίον του αιτήσεώς ουδέν εισέφερε στον σχηματισμό της δικανικής πεποίθησης, ή ουδόλως φαίνεται ότι ελήφθη υπόψη κατά τη διαμόρφωση αυτής, ενώ και τα λοιπά δικαιώματα αυτού παρέμειναν στο συρτάρι, είτε λόγω αντικειμενικής αδυναμίας του να τα ασκήσει εξ αιτίας επιδείνωσης της ψυχικής του υγείας, είτε ελλείψει ενημέρωσης, είτε λόγω μοιρολατρικής αντιμετώπισης του θέματος από τον ίδιο, ή τέλος λόγω οικονομικής του αδυναμίας, οδηγούν πράγματι εκ πρώτης όψεως σε σκεπτικισμό και προβληματισμό για τη σκοπιμότητα περαιτέρω ισχύος του παραπάνω νόμο, μιας που στη πράξη μάλλον προβλήματα φαίνεται να δημιουργεί παρά να λύνει. Κι αυτό γιατί παρά τις όποιες θετικές του ρυθμίσεις, πέραν των*

Ουσιαστικά, το γενικευτικό συμπέρασμα είναι ότι, παρ' όλες τις προσπάθειες της όποιας νομοθετικής ρύθμισης και διασφάλισης, τόσο των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων, όσο και της όλης διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας γενικότερα, φαίνεται ότι το μοντέλο δεν δύναται να λειτουργήσει ικανοποιητικά. Και πέραν των κατά βάση ποσοτικών εκτιμήσεων, πέραν των δεδομένων τα οποία υποστηρίζουν αυτή τη θέση, σε αυτή τη μελέτη, χρησιμοποιώντας μια ποιοτικού τύπου μεθοδολογία, θα επιχειρήσουμε να πάμε λίγο πιο μακριά. Θα προσπαθήσουμε να ανιχνεύσουμε τον *τρόπο* μέσω του οποίου το σύστημα της ψυχιατρικής περίθαλψης, και ειδικά της ακούσιας νοσηλείας, αποβαίνει δυσλειτουργικό.

άλλων σκοντάφτει στην έλλειψη της αναγκαίας υποδομής για τη πιστή τήρησή του». Χριστούλη, Β., «Νομικοί-Δικαστικοί περιορισμοί αλλά και δυνατότητες αντιμετώπισης στους ψυχικά πάσχοντες», Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου, τόμος 2, τεύχος 1, 2004, σ. 19 - 27.

Κεφάλαιο 6. Η μεθοδολογία της έρευνας

6.1. Περί μεθοδολογίας: η ποιοτική έρευνα

Αναφορικά με το πεδίο της ποιοτικής έρευνας, το πρώτο, και εύλογο ίσως, ερώτημα θα πρέπει να αφορά την έννοια της *ποιότητας*. Ο –ευρύς- ορισμός των Denzin και Lincoln είναι αρκετά διευκρινιστικός αναφορικά με την αποσαφήνιση της έννοιας του «ποιοτικού»: «*Η λέξη ποιοτικό υπονοεί μια έμφαση σε διαδικασίες και νοήματα τα οποία δεν εξετάζονται ή μετρώνται (αν μετρώνται) αυστηρά, με όρους ποσότητας, συνόλου (amount), έντασης ή συχνότητας. Οι ποιοτικοί ερευνητές τονίζουν την κοινωνικά δομημένη φύση της πραγματικότητας, τη στενή σχέση μεταξύ του ερευνητή και του αντικειμένου μελέτης, και των περιστασιακών καταναγκασμών που μορφοποιούν τη διερεύνηση. Οι ερευνητές αυτοί δίνουν έμφαση στην αξιακά φορτισμένη φύση της διερεύνησης. Ψάχνουν για απαντήσεις σε ερωτήματα που προτείνουν τον τρόπο που η κοινωνική εμπειρία δημιουργείται και νοηματοδοτείται*».[353] Ο Φίλιας, αναφερόμενος στην ποιοτική μεθοδολογία, και κατ' αντιδιαστολή με τις ποσοτικού τύπου προσεγγίσεις, α) προσδιορίζει τη δυνητική στειρότητα των ποσοτικών μεθόδων και επισημαίνει τον κίνδυνο του επιστήμονα να λειτουργεί στο πλαίσιο εξουσιαστικών μηχανισμών, β) διατυπώνει την αναγκαιότητα επανένταξης της «κοινωνικής φαντασίας» στην έρευνα, καταδεικνύοντας την ανάγκη υπέρβασης του στατικού τρόπου πρόσληψης του κοινωνικού γίγνεσθαι. Επίσης, γ) στρέφει την προσοχή στη διερεύνηση του προσωπικού ιδιαίτερου νοήματος της κοινωνικής πράξης του υποκειμένου, αναβαθμίζοντας την ιδεολογική φύση της έρευνας. Τέλος, δ) σημασιοδοτεί την ποιοτική έρευνα σαν ένα αποτελεσματικό εργαλείο καταπολέμησης του μηχανιστικού εμπειρισμού, με τους κινδύνους για την έννοια της ελευθερίας που αυτός ενέχει, αλλά και σαν ένα μέσο αποκάλυψης της ορθολογικοποίησης του «…*ανορθολογικού μέσα από μηχανισμούς συμφερόντων, που διαμορφώνουν την νοοτροπία και τη στάση του σύγχρονου ανθρώπου*».[354]

Η λειτουργία του ερευνητή μέσα στο κοινωνικό πεδίο, α) οι θεωρητικές του καταβολές, β) οι γνώσεις του, αλλά και γ) το ποσοστό ευαισθησίας που διαθέτει αναφορικά με τη δυνατότητά του να μπορεί να αποσπά και να απομονώνει τα ενδιαφέροντα προς ανάλυση

[353] Denzin, N., K., Lincoln Y. S. *Introduction. Entering the Field of Qualitative Research*, επιμ. Denzin. N. K., Lincoln., Y. S., Sage, Thousand Oaks, 1994, σ. 1-17.
[354] Markantonis J., S., Rigas, V., D., *Qualitative Analysis in Human Sciences: New Perspectives in Methodology*, εισ. Β. Φίλιας, 1998, σ. 17-18.

θέματα από το κοινωνικό πεδίο που –ούτως ή άλλως- τον περιβάλλει, συνιστούν τον *εξυποκειμενισμό* της ερευνητικής διαδικασίας. Αντίθετα, το σύνολο των προβλημάτων (αλλά και λύσεων) που άπτονται στο κατά πόσο η *έρευνα - ιδέα* μπορεί να μετατραπεί σε *έρευνα - πράξη*, και εν τέλει σε *έρευνα - προϊόν*, αποτελούν τον *εξαντικειμενισμό* της έρευνας.[355] Με δεδομένη την πολλές φορές δυσκολία «θεωρητικού προσδιορισμού», αλλά και εργαλειακής σχηματοποίησης του θέματος, γίνεται κατανοητό το ότι πρόκειται για μια δύσκολη και χρονοβόρα διαδικασία, αν ληφθεί υπόψη και το γεγονός της σαφώς μεγαλύτερης χρονικής επένδυσης η οποία είναι αναγκαία. Η ποιοτική έρευνα απαιτεί δύο βασικές παραδοχές, αλλά και υποχωρήσεις από τον ερευνητή. Α) την διάθεση πολλαπλάσιου χρόνου και Β) τη –βασικότατη- κάθοδο στο πεδίο. Ποιοτική έρευνα χωρίς τον ερευνητή προσηλωμένο στο πεδίο, δεν γίνεται. Σύμφωνα με τον Λάζο, η ποιοτική έρευνα αποτελεί ένα ιδιαίτερα δύσκολο τομέα, με τον ερευνητή να πρέπει να έχει ένα ισχυρότατο θεωρητικό οπλοστάσιο, άριστη μεθοδολογική κατάρτιση, μεγάλη και συνεχιζόμενη εκπαίδευση και εξειδίκευση, αλλά και τη συνδρομή όσο το δυνατόν περισσότερων επιστημόνων, ακόμα και από αντίπαλα μεθοδολογικά στρατόπεδα. Κατ' επέκταση, ή καλύτερα καθ' αντιστροφή, δύο από τις βασικότερες «αδυναμίες» των ποιοτικών ερευνητών τις προσδιορίζει αφενός στην έντονη *ιδιογραφικότητα*, την παρεμβολή δηλαδή του προσωπικού στοιχείου του ερευνητή σε υπέρ του δέοντος βαθμό, και στη *σπατάλη* των δεδομένων, υπό την έννοια ότι πολύ μικρό ποσοστό από το γνωστικό πλούτο που αποκομίζει ο ποιοτικός ερευνητής ουσιαστικά τον επιστρέφει στο κοινό προς αξιοποίηση.[356]

Εστιάζοντας στη ρομαντική – συναισθηματική ερευνητική προσέγγιση (σε αντίθεση με μια κλασσική - ορθολογική), δύο παρατηρήσεις αναδύονται: αφενός η προσφορά ευρημάτων υψηλής αξίας ως προς το λογικοσυναισθηματικό γνωστικό, αλλά αφετέρου η μεγαλύτερη δυσκολία ένταξης των ευρημάτων αυτών σε ευρύτερες κοινωνικές συντεταγμένες. Με συνέπεια μια περιορισμένη ικανότητα γενίκευσης. Ο Λάζος αναφέρει πολύ χαρακτηριστικά, ότι ο μεν θετικισμός βλέπει το δάσος αλλά δεν βλέπει τα δέντρα, ο δε ερμηνευτισμός, βλέπει τα δέντρα αλλά δεν βλέπει το δάσος.[357] Μια απλή συσχέτιση των δύο παραπάνω μεθόδων μπορεί ν' αποβεί ανεπαρκής. Ο προβληματισμός που απορρέει εδώ, έχει να κάνει με το βαθμό εισχώρησης του ερευνητή στο πεδίο. Σύμφωνα με τη

[355] Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1998, σ. 70-71.
[356] Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ. 70-78, 91-100.
[357] Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ. 165.

Λυδάκη, η κατανόηση του «άλλου» μπορεί να γίνει εφικτή μόνο με την ενεργή συμμετοχή στη ζωή του, και τη δημιουργία μιας στενής σχέσης. Η κατανόηση είναι το κλειδί.[358] Η κατανόηση του «άλλου» πρέπει να είναι η αφετηρία και το πρώτο ζητούμενο. Αν κάποιες ποσοτικές μετρήσεις μπορούν να λειτουργήσουν επικουρικά (για παράδειγμα, δημογραφικά στοιχεία του υπό έρευνα πληθυσμού είναι ιδιαίτερα υποβοηθητικά), και στο μέτρο που δεν αλλοιώνεται ο χαρακτήρας και κυρίως η προσέγγιση του ερευνητή, ακόμα καλύτερα. Αλλά ο άμεσος συγχρωτισμός και η προσωπική εμπειρία στην επαφή με το πεδίο είναι το βασικό εργαλείο κατανόησης της δεδομένης –και πιθανότατα- διαφορετικής κοινωνικής πραγματικότητας. Κατανόηση, που σπάνια προέρχεται από το άμεσα λεχθέν: συγκεκριμένα ερωτήματα έχουν συνήθως και συγκεκριμένες απαντήσεις. Οι πράξεις ερμηνεύονται αυθόρμητα, ενώ πλήθος μηχανισμών υπεισέρχονται και προδικάζουν την απάντηση. Η ψυχοδυναμική θεωρία μας έχει εφοδιάσει με τη γνώση πολλών τέτοιων μηχανισμών και αντιδράσεων που διαμεσολαβούν στην επικοινωνία, τόσο με τους άλλους, αλλά κυρίως με τον εαυτό, με το προσωπικό Εγώ.[359] Αλλά και από την πλευρά του ερευνητή, έτοιμα γνωστικά σχήματα είναι εκ των πραγμάτων εκεί και προδικάζουν την συνδιαλλαγή. Παράλληλα, η τάση για ερμηνείες με βάση το –ήδη γνωστό- ερμηνευτικό/νοηματικό πλαίσιο της «κουλτούρας» που βιώνει εκτός πεδίου ο ερευνητής, αποτελεί άλλο ένα σημείο προσοχής. Με δεδομένη την αδυναμία της *απόλυτης απροκαταληψίας*, το λιγότερο που μπορεί ο ερευνητής να κάνει είναι ένας συνεχής έλεγχος πάνω στα ερμηνευτικά σχήματα, στις πράξεις και στις αντιδράσεις του απέναντι στο αντικείμενό του, ώστε να γίνει εφικτή μια ελαχιστοποίηση της διαφοράς. Ή καλύτερα, μια μεγιστοποίηση της ενσυναίσθησης και της κατανόησης της διαφορετικής πραγματικότητας.[360]

---

[358] Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 129.

[359] Αν και η συνοπτική παρουσίαση μιας τέτοιας προσέγγισης είναι αρκετά δύσκολη στα πλαίσια του παρόντος κειμένου, μπορούν –ωστόσο- να αναφερθούν κάποια βασικά στοιχεία αναφορικά με τους μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι υπεισέρχονται στην δόμηση του Εγώ, της προσωπικής μας ταυτότητας, τόσο σε δομικό, όσο και σε εξελικτικό επίπεδο. Ο Freud θεωρεί την λειτουργία τους καίρια για την ομαλή κοινωνικοποίηση και ανάπτυξη του ατόμου, έχοντας μια τόσο βασική θέση στην ψυχική οικονομία, ώστε να αποτελούν πυρηνικό ιδιοσυστασιακό χαρακτηριστικό. Αν και χωρίζονται αδρά σε πρωτόλειους (όπως η *άρνηση*, η *ενσωμάτωση*), και πιο εξελιγμένους (η *διανοητικοποίηση*), ουσιαστικά η λειτουργία τους είναι δυναμική: βρίσκονται σε μια έντονα διαλεκτική σχέση με τις περιβαλλοντικές συνθήκες, ενώ η συνειδητοποίηση της χρήσης τους από το άτομο ποικίλλει, από την απόλυτα ασύνειδη συνθήκη, μέχρι τη χρήση τους σε σχεδόν πλήρη επίγνωση. Για μια συνοπτική παρουσίαση των βασικότερων μηχανισμών άμυνας, βλ: Μπεράτη, Σ., «Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ», *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*, επιμ. Γ. Τσιάντης Καστανιώτης, Αθήνα, 2001, σ. 43-61.

[360] Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 127-135.

Ελέγχοντας σε ένα λειτουργικό/εργαλειακό επίπεδο, φαίνεται ότι τόσο οι ποσοτικές όσο και οι ποιοτικές μέθοδοι έχουν ήδη προσδιορίσει κάποια περισσότερο πρόσφορα πεδία δράσης. Οι ποσοτικές μέθοδοι μέτρησης πολλές φορές αναδεικνύονται ανεπαρκείς για τη μελέτη –και κυρίως την κατανόηση- πεδίων και πληθυσμών με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όπως αυτόν των ψυχικά πασχόντων, τόσο αναφορικά με το μέγεθος και τη δομή όσο και με τη θέση που κατέχουν μέσα στο συγκεκριμένο ιστορικό πλαίσιο. Αλλά και μεγαλύτερα, πιο τυποποιημένα μορφώματα μπορούν να προσεγγιστούν με πληρέστερο τρόπο όταν η μέθοδος προσανατολίζεται στην κατανόηση του ιδιαίτερου νοήματος, με τον υποκειμενικό τρόπο που μπορεί αυτό να εκφράζεται ατομικά ή συλλογικά.[361]

[361]«*Ο ερευνητής οφείλει να διερευνήσει την ατομική δράση μέσα σε συγκεκριμένες δομές, να* κατανοήσει […] τη *διαπλοκή του ατομικού με το κοινωνικό, την ταυτότητα των ατόμων, την στάση ζωής, να αναζητήσει…το ποιόν των ανθρώπων (ποιοι είναι) με ποιοτική ανάλυση των δεδομένων που συλλέγονται επιτόπου*». Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας,* οπ.π., σ. 127.

6.2. Μεθοδολογικά εργαλεία και τεχνικές της ποιοτικής έρευνας

Αναφορικά με την ποιοτική έρευνα πεδίου, τα κύρια διαθέσιμα «εργαλεία» για την άντληση των δεδομένων που έχει στη διάθεσή του ο ερευνητής είναι η *συνέντευξη*, η *παρατήρηση* και η *συμμετοχική παρατήρηση*. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί μια έντονη στροφή στις «προτιμήσεις» των ερευνητών, με αποτέλεσμα η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης να παρουσιάζεται σταθερά πρώτη, ενώ η τεχνική της συνέντευξης (και ακόμα περισσότερο, της παρατήρησης) να έχουν εγκαταλειφθεί σαν πρωτεύοντα, μοναδικά ή αποκλειστικά εργαλεία άντλησης δεδομένων. Βέβαια, τις περισσότερες φορές ισχύει μια σύνθεση και διαπλοκή χρησιμοποίησης αυτών των μεθόδων μέσα στην ερευνητική διεργασία.[362] Σε μια διαδικασία συμμετοχικής παρατήρησης, η χρησιμοποίηση της τεχνικής των συνεντεύξεων είναι και αναμενόμενη, αλλά και επιθυμητή.[363] Με αυτό το σκεπτικό, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκαν κατά κύριο λόγο οι μέθοδοι της παρατήρησης, της συμμετοχικής παρατήρησης και της συνέντευξης. Γραμμικά, η διαδικασία της παρατήρησης προηγήθηκε, ενώ εν συνεχεία εφαρμόσθηκε η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης. Η διαδικασία των συνεντεύξεων ουσιαστικά αποτέλεσε το τρίτο και τελευταίο μέρος, και αυτό λόγω του γεγονότος ότι –σε μεγάλο βαθμό- η δόμηση του εργαλείου της συνέντευξης, πέραν της μορφής του, του αν θα επιλεγεί μια δομημένη, ημι-δομημένη ή αδόμητη μορφή, εξαρτάται από τις αρχικές διαπιστώσεις και δεδομένα τα οποία θα προκύψουν από τις διαδικασίες της παρατήρησης και της συμμετοχικής παρατήρησης. Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκαν και διάφορα γραπτά ντοκουμέντα (όπως, για παράδειγμα, ατομικές κάρτες νοσηλείας, νοσηλευτικά ημερολόγια, ιατρικά ιστορικά, έντυπα εισιτηρίων και εξιτηρίων, έντυπα εισαγγελικών παραγγελιών, βεβαιώσεις παραλαβής και παράδοσης από τα αστυνομικά τμήματα). Στη συνέχεια θα αναφερθούμε πιο διεξοδικά και αναλυτικά στις βασικές αρχές των συγκεκριμένων ερευνητικών εργαλείων.

---

[362] Πλέον, για την κατά το δυνατόν πιο επαρκή κάλυψη του πεδίου, μια *αποκλειστική* μεθοδολογία φαίνεται να μην είναι επαρκής, Αυτό που βιβλιογραφικά προτείνεται είναι μια πολύπλευρη και πολυδιάστατη προσέγγιση και χρήση μεθοδολογικών εργαλείων, όπως αυτά της παρατήρησης, της συμμετοχικής παρατήρησης, της συνέντευξης, της χρήσης γραπτών τεκμηρίων και ντοκουμέντων. Lofland, J., Lofland, L., H., *Analyzing Social Settings, A Guide to Qualitative Observation and Analysis*, Wadsworth, Belmont, 1995, σ. 17 – 18.

[363] Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ. 271-273.

6.2.α. Η παρατήρηση

Με τον όρο παρατήρηση συνοπτικά αναφέρονται οι διαδικασίες εκείνες που αφορούν τη σκόπιμη, συστηματική και επαναλαμβανόμενη –οπτικοακουστική κυρίως- εποπτεία του αντικειμένου προς μελέτη, είτε με την παράλληλη γνώση της διαδικασίας από το «αντικείμενο παρατήρησης», είτε εν αγνοία του. Παρ' όλο που σαν μεθοδολογικό εργαλείο έχει υποχωρήσει κατά πολύ μπροστά στα υπόλοιπα, και ειδικά στη συμμετοχική παρατήρηση, σε συγκεκριμένες συνθήκες μπορεί να αποβεί αναντικατάστατο. Έτσι, μπορεί να είναι ιδιαίτερα υποβοηθητική στη μελέτη του κοινωνικού χώρου, και των συνθηκών που πλαισιώνουν το αντικείμενο. Όπως και στον ακριβή εντοπισμό συχνοτήτων και διαρκειών, στην αποσαφήνιση παραμέτρων που είτε δεν μπορούν να υπολογιστούν με ακρίβεια από ένα ερωτηματολόγιο ή μια συνέντευξη, ή μπορούν να «ξεπέσουν» της προσοχής ενός ερευνητή, ο οποίος έχει στρέψει κάπου αλλού το ενδιαφέρον του τη στιγμή που εξελίσσονται.[364] Βέβαια, η ανεξαρτησία της μεθόδου από το υποκείμενο, όσο και αν λειτουργεί βοηθητικά, σίγουρα εγείρει και κάποιους προβληματισμούς, κατ' αρχήν ηθικής φύσεως. Το υποκείμενο της έρευνας αντικειμενοποιείται σε μεγάλο βαθμό. Αυτό ίσως είναι και το πιο ευαίσθητο σημείο αναφορικά με την «απλή» παρατήρηση. «*Η προώθηση της ποιοτικής έρευνας σε χώρους που στα μέσα του αιώνα αποτελούσαν πεδία της ποσοτικής, και της υποκειμενικότητας εναντίον της αντικειμενικότητας λαβαίνει χώρα κυρίως επάνω στην παρατήρηση* […] *μια μεγάλη μερίδα ποσοτικών ερευνητών, δεν διαθέτουν χρόνο για μια κριτική επαναπροσέγγιση της παρατήρησης και βιάζονται να την απωθήσουν στην ποιοτική έρευνα*».[365] Αν και μέχρι τα μέσα του προηγούμενου αιώνα η παρατήρηση είχε μια έντονα θετικιστική «χροιά», μετά το 1960, παρατηρείται μια στροφή των ερευνητών προς πιο ποιοτικές μορφές. Η δραματουργική θεώρηση (με «κορυφαίο» εκπρόσωπο τον Goffman και την «αυτό-επιβαλλόμενη περιθωριακότητα») δίνει βαρύτητα στην *απόδοση ρόλων* από το άτομο, σε μια προσπάθεια βελτίωσης της εικόνας που οι άλλοι έχουν γι' αυτό. Η «σχολή» αυτή έχει να παρουσιάσει ενδιαφέροντα παραδείγματα, όπως έρευνες για την χαρτοπαιξία[366] ή τις λεσβιακές κοινότητες.[367] Σε αντίθεση με τους δραματουργικούς που εστιάζουν στο άτομο, οι ερευνητές με αφετηρία τη θεωρία της *Συμβολικής Διαντίδρασης,* θέτουν σαν ελάχιστη αφετηρία παρατήρησης τη δυάδα, δίνοντας βαρύτητα

[364] Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ. 310.
[365] Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ. 305.
[366] Βλ. Hayano, D., *Poker Faces*, University of California Press, Berkeley, 1982.
[367] Βλ. Krieger, S., «Beyond subjectivity: The Use of the Self in Social Science», *Qualitative Sociology*, τεύχος 8, 1985, σ. 309-324.

στον έλεγχο της δομής των κοινωνικών διαντιδράσεων.[368] Η γνώση, αλλά και η τεχνογνωσία που παρήγαγε η μέθοδος της *παρατήρησης* έχουν χρησιμοποιηθεί σαν εφαλτήριο ανάπτυξης διαφορετικών, πιο σύνθετων σχημάτων. Υπό αυτό το πρίσμα, η παρατήρηση, σαν μοναδικός τρόπος προσέγγισης του αντικειμένου, ακολουθεί (και ίσως πρέπει να ακολουθεί) μια εξελικτικά αναμενόμενη υποχώρηση, αφού εκ των πραγμάτων φαίνεται σχετικά αδύναμη να καλύψει εργαλειακά τα σύνθετα θεωρητικά μοντέλα που αναπτύσσονται.

Στην παρούσα μελέτη, η χρήση της παρατήρησης, με την παράλληλη χρήση της μεθόδου της συνέντευξης έλαβε χώρα στα πεδία – δομές εκείνες στις οποίες δεν υπήρχε η δυνατότητα επένδυσης σε βάθος χρόνου. Σε αυτές τις νοσοκομειακές δομές, παράλληλα με τη διεξαγωγή της διαδικασίας της συνέντευξης, έλαβε χώρα και η διαδικασία της παρατήρησης. Βέβαια, η παρατήρηση ήταν σαφώς πιο αποσπασματική και δειγματοληπτική, λόγω ακριβώς της αδυναμίας επαρκούς διάθεσης χρόνου. Πέραν τούτου όμως, λόγω ακριβώς της γνώσης των παραμέτρων εκείνων στις οποίες επιβαλλόταν να εστιάσουμε, θεωρούμε ότι η εν λόγω διαδικασία της παρατήρησης λειτούργησε βοηθητικά –αν και επικουρικά- σε επίπεδο γενίκευσης των εμπειρικών παρατηρήσεων του βασικού πεδίου.

6.2.β. Η συμμετοχική παρατήρηση

Η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης, ειδικά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό, τόσο αναφορικά με την ποσότητα των παραγόμενων εργασιών, όσο και αναφορικά με την ποικιλία των εναλλακτικών θεωρητικών σχημάτων που έχουν παρουσιαστεί. Μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου, τα φαινόμενα εξετάζονται στο «δικό» τους περιβάλλον, εφόσον η έρευνα έχει σαν στόχο τη σε βάθος μελέτη των φαινομένων. Αυτό σημαίνει ότι εφαρμόζεται κυρίως σε λίγες περιπτώσεις οι οποίες μελετώνται στην ολότητά τους: ο ερευνητής εξετάζει το θέμα από την πλευρά των υποκειμένων, προσπαθεί να διαπιστώσει την σημασία, το υποκειμενικό νόημα που αυτά αποδίδουν στα γεγονότα και τις καταστάσεις. Η βαρύτητα δίνεται στη σημασία που έχει η ενσωμάτωση του ερευνητή στον υπό έρευνα χώρο, και στην κοινή κατασκευή των νοημάτων, μέσω της σχέσης ερευνητή και ερευνώμενου. Ο τόπος της έρευνας αποτελεί το

[368] Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ.309.

πεδίο στο οποίο συναντιόνται δύο διαφορετικοί πολιτισμοί, κουλτούρες, κοσμοθεωρίες, αλλά και πρακτικές και στόχοι. Και το πρώτο –και άμεσο- ζητούμενο είναι να γίνει εφικτή, όχι απλά μια επαφή, αλλά μια «κοινωνία», μια επικοινωνία, μια διαντίδραση, η οποία να αποβεί τόσο παραγωγική, όσο και ηθική.[369]

Η συμμετοχή, η ανάμειξη του ερευνητή στην ομάδα μπορεί να πάρει διάφορες μορφές και σε διαφορετικό βαθμό. Οι δύο βασικότερες τυπολογίες έχουν διατυπωθεί από τους Gold και Adler and Adler. Ο Gold, το 1958, διατυπώνει μια τυπολογία με βασικό κριτήριο το βαθμό συμμετοχής του ερευνητή. Ο ερευνητής μπορεί να είναι *πλήρως συμμετέχων* (complete participant), *συμμετέχων ως παρατηρητής* (participant as observer), *παρατηρητής ως συμμετέχων* (observer as participant), *πλήρως παρατηρητής* (complete observer).[370] Η τελευταία κατηγορία, αυτή του απλού παρατηρητή, ουσιαστικά ταυτίζεται με την μέθοδο της παρατήρησης, έτσι όπως προσδιορίστηκε προηγουμένως. Οι Adler και Adler, ουσιαστικά αναβαθμίζουν το μοντέλο του Gold, οργανώνοντας την συμμετοχική παρατήρηση στον άξονα «περιφερειακή συμμετοχή / ενεργή συμμετοχή / πλήρης συμμετοχή». Η «πλήρης συμμετοχή» σημασιοδοτεί την προσπάθεια σκόπιμης «μετατροπής» του ερευνητή σε γνήσιο μέλος της ομάδας. Ο τύπος της «ενεργής συμμετοχής» προϋποθέτει τη συμμετοχή του ερευνητή στις κεντρικές σχέσεις και δραστηριότητες της ομάδας, χωρίς όμως την αποδοχή εκ μέρους του των αρχών, των αξιών και της κοσμοθεωρίας της ομάδας. Ο τύπος της «περιφερειακής συμμετοχής», ο οποίος είναι και ο πιο πρωτότυπος, προϋποθέτει την ενεργή παρουσία του ερευνητή στην ζωή της κατηγορίας, του πεδίου που ερευνά, χωρίς όμως τη συμμετοχή του στις «κεντρικές» δραστηριότητες της ομάδας, αυτές που συνιστούν και την «ειδοποιό διαφορά» το κεντρικό χαρακτηριστικό που προσδιορίζει την ομάδα.[371]

Κάθε μια από τις παραπάνω προσεγγίσεις παρουσιάζει κάποια πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα. Πάντως οι περισσότεροι ποιοτικοί τείνουν να προτιμούν τις δύο «μεσαίες» προσεγγίσεις, οι οποίες προϋποθέτουν κάποιο βαθμό συνδιαλλαγής με την υπό έρευνα ομάδα. Στην πρώτη περίπτωση, του πλήρως συμμετέχοντος, σαν προϋπόθεση θέτεται η απόκρυψη της επιστημονικής ιδιότητας του ερευνητή. Πέραν του πλεονεκτήματος της

[369] Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 147-150.
[370] Gold, R., «Roles in Sociological Field Observations», *Social Forces*, τεύχος 36, 1958, σ. 217-223.
[371] Adler, P. A., Adler, P., «Stability and Flexibility: Maintaining Relations Within Organized and Unorganized Groups», *Experiencing Fieldwork*, επιμ. W. Shaffir, R. Stebbins, New-bury Park, Sage, 1991, σ. 173-183.

δυνατότητας μελέτης «κλειστών» ομάδων, οι οποίες δεν μπορούν να μελετηθούν διαφορετικά, τα προβλήματα ηθικής τάξης είναι και τα πρώτα που εγείρονται.[372] Πέραν τούτου, ο ερευνητής πολύ δύσκολα θα μπορέσει να «οικειοποιηθεί», τρόπους, συμπεριφορές, όλη την «εργαλειακή σημειολογία» της κουλτούρας, τα γλωσσικά και χαρακτηριολογικά ιδιώματα που θα προσπαθήσει να μιμηθεί. Επιπλέον, οι συγκεκριμένες ομάδες αποτελούν τις περισσότερες φορές ένα «κλειστό κύκλο» με τα μέλη να γνωρίζονται μεταξύ τους, έτσι ώστε η οποιαδήποτε παρείσφρηση να γίνεται εύκολα αντιληπτή. Αλλά και ο τρίτος τύπος –κατά Gold- παρουσιάζει το μειονέκτημα της απόστασης. Σε συνθήκες κυρίως παρατήρησης, και λιγότερο συμμετοχής, ο ερευνητής πιθανότατα να παραμείνει ο «ξένος», ή έστω ο «φιλοξενούμενος», χωρίς την δυνατότητα μιας ουσιαστικής επαφής με την ομάδα που τον ενδιαφέρει, ακόμα και ένας «εν δυνάμει αντίπαλος», κάποιος που παρακολουθεί και καταγράφει μια ζωή ριζικά διαφορετική από τη δική του.[373] Αντίθετα, ο συμμετέχων ως παρατηρητής, και αποκαλύπτει την επιστημονική ιδιότητά του και την ερευνητική του πρόθεση, αλλά παράλληλα επιδιώκει την όσο δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή του στις δραστηριότητες της ομάδας. Το πρόβλημα που πιθανόν να παρουσιαστεί αφορά τη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των μελών της ομάδας (στα πλαίσια αυτής της νέας και διαφορετικής διαντίδρασης) με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται καινούριες και διαφοροποιημένες συμπεριφορές (κάτι όμως που φαίνεται να ελαχιστοποιείται με την πάροδο του χρόνου).[374] Επιπλέον, ακόμα και αν ο ερευνητής ορίζει τη συμμετοχή του σαν ενεργή (ή θέλει να την ορίζει ως τέτοια), αυτή η «διείσδυση» μπορεί να πάρει μια ουσιαστική χροιά; Και το σημαντικότερο, η αναπαράσταση της «διείσδυσης» αυτής στα μάτια των ατόμων στα οποία ο ερευνητής απευθύνεται, είναι η ίδια με αυτή που πιστεύει ο ερευνητής ότι ισχύει; Δηλαδή, το πρόβλημα έγκειται αφενός αναφορικά με τον βαθμό στον οποίο είναι δυνατόν να γίνει κάποιος συμμέτοχος, και αφετέρου στον τρόπο με τον οποίο η συμμετοχή γίνεται αντιληπτή από τους άλλους.[375]

Η συγκεκριμένη μέθοδος άρχισε να αναπτύσσεται την δεκαετία του ’20 στις ΗΠΑ, στο Πανεπιστήμιο του Σικάγο. Η συγκεκριμένη σχολή επιδόθηκε με εντατικούς ρυθμούς στην ανάπτυξη της μεθόδου, και στη βελτίωσή της με επιπλέον εργαλεία (όπως συνεντεύξεις ή

[372] Χαρακτηριστική περίπτωση αποτελεί η έρευνα του Humphreys στον χώρο των ομοφυλόφιλων. Στο: Humphreys, L., *Teamroom Trade*, Aldine, Chicago, 1970.
[373] Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 148.
[374] Κυριαζή, Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*: *κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2009, σ. 254.
[375] Mason, J., *Η Διεξαγωγή της Ποιοτικής Έρευνας*, επιμ. Ν. Κυριαζή, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2003, σ. 142

έλεγχο αρχείων), με αποτέλεσμα να παραχθεί ένας σημαντικός αριθμός εργασιών. Μετά την ποικιλία των προσεγγίσεων της πρώτης περιόδου, οι θεωρητικοί της σχολής έδειξαν ένα ενδιαφέρον και μια προσήλωση σε αντί-θετικιστικές, ερμηνευτικές μεθόδους, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη της θεωρίας της *Συμβολικής Διαντίδρασης*, θεωρητικού ρεύματος που ξεκίνησε από τη Σχολή του Σικάγο.[376] Η ανάπτυξη της συμμετοχικής παρατήρησης έχει οδηγήσει, τις τελευταίες δεκαετίες, στην ανάπτυξη πιο ριζοσπαστικών θεωρητικών μοντέλων, τα οποία αφενός ασχολούνται αποκλειστικά με την ανάπτυξη της συμμετοχικής παρατήρησης, αφετέρου προσηλώνονται σε αρκετά διαφορετικές διαστάσεις. Η *έρευνα συμμετοχικής δράσης* (participatory action research –PAR)[377] τονίζει τις πολιτικές πλευρές παραγωγής γνώσης, αποσκοπεί στη βοήθεια κοινωνικά αποκλεισμένων και καταπιεσμένων ομάδων, αποδίδοντας μεγάλη έμφαση στην παραγωγή γνώσης η οποία είναι δυνατόν να γίνει αμέσως ωφέλιμη για αυτές τις κοινωνικές κατηγορίες. Η ερευνητική δράση εντάσσεται στο πλαίσιο μιας αφοσίωσης στην χειραφέτηση των ερευνώμενων, ενώ ο ερευνητής οφείλει να τους προσεγγίσει συνεργασιακά και αλτρουιστικά, χωρίς σκοπούς εξωτερικούς αναφορικά με την άμεση υπόσταση της ομάδας. Οι ερευνητές της *συνεργασιακής έρευνας* (co-operative inquiry – COIN) ουσιαστικά συμπληρώνουν την παραπάνω προσέγγιση, μέσω της επικέντρωσής τους σε μεθοδολογικές αδυναμίες που εντοπίζουν.[378] Αποτέλεσμα των παραπάνω θεωρητικών καινοτομιών είναι ο προσδιορισμός μεθοδολογικών προβλημάτων, όπως η *ασυνείδητη προβολή* και η *συνομωσία της ομοφωνίας*,[379] τα οποία πιθανόν να μην

[376] Αναλυτικά, βλ. Bulmer, M., *The Chicago School of Sociology*, The University of Chicago Press, Chicago, 1986. Αναφορικά με την θεωρία της *Συμβολικής διαντίδρασης*, βλ. και στο: Denzin, N., K., *Symbolic Interactionism and Cultural Studies*, Basil Blackwell, Cambridge, UK, 1992.

[377]Οι Fals-Borda και Rahman είναι οι ερευνητές που έχουν αναπτύξει κατά κύριο λόγο το συγκεκριμένο μοντέλο. Πιο αναλυτικά, βλ. Fals-Borda, O., Rahman, M., A., *Acton and Knowledge: Breaking the Monopoly With Participatory Action Research*, Intermediate Technology/Apex, New York, 1991.

[378] Ενδεικτικά, βλ. Heron, J., *Validity in Co-Operative inquiry, Human Inquiry in Action*, επιμ. P. Reason, Sage, London, 1988.

[379]«*Το μεθοδολογικό πρόβλημα της ασυνείδητης προβολής αποτελεί συνηθισμένη συνέπεια του γεγονότος ότι η κοινωνική πραγματικότητα απαιτεί σχεδόν πάντα τροποποιήσεις στη μέθοδο, στη θεωρία και την προσωπικότητα του ερευνητή ή τον τρόπο οργάνωσης της ερευνητικής ομάδας. Οι τροποποιήσεις αυτές αποτελούν ανακατατάξεις ενός λογικοσυναισθηματικού οικοδομήματος, ενός συστήματος αρχών, μέσων και σκοπών το οποίο είναι αμέσως και εμμέσως συνδεδεμένο με κοινωνικές σχέσεις και εδραιωμένο σε γνώσεις. Συνεπώς, είναι λογικά ή/και ψυχικά επώδυνες και απαιτούν πολλές ώρες κριτικής προσπάθειας για να τροποποιηθούν. Για να διατηρήσει την άκοπη και άνετη στατικότητά του, ο ερευνητής προσφεύγει σε προβολές και εκλογικεύσεις.* […] *Το πρόβλημα της συνομωσίας της ομοφωνίας αποτελεί μια εκδοχή της ασυνείδητης προβολής στο επίπεδο της ερευνητικής ομάδας. Αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου η ερευνητική ομάδα ως συλλογικό υποκείμενο απορρίπτει μια εμφανή και επίμονη πραγματικότητα* […] *μπορεί να οδηγηθεί σ' αυτή τη παρα-συναισθηματικά συγκολλημένη αποσύνθεση της λογικής για διάφορους λόγους όπως: τη φυσική ή/και ψυχική εξάντληση, την παρουσία καταληκτικών ημερομηνιών ή πιέσεων τρίτων να τελειώνει το έργο της* […] *την έλλειψη ομολογίας της πραγματικότητας με τις*

εμφανίζονται μόνο σε τέτοιου είδους προσεγγίσεις, αλλά να αφορούν τις διαδικασίες συμμετοχικής παρατήρησης γενικότερα.

Στην παρούσα έρευνα η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης ήταν το βασικό μεθοδολογικό εργαλείο το οποίο επιλέχθηκε, μαζί με αυτό της συνέντευξης. Λόγω ακριβώς της συνθετότητας και πολυπλοκότητας του πεδίου προτιμήθηκε μια μεθοδολογία του τύπου της μη *ελεγχόμενης παρατήρησης* (*uncontrolled observation*)[380] με βασική προϋπόθεση την πρωτογενή παρατήρηση με την πλήρη συμμετοχή του ερευνητή στο πεδίο.

6.2.γ. Η συνέντευξη

Όπως και με τα περισσότερα ερευνητικά εργαλεία, η μέθοδος της συνέντευξης ποικίλλει αναφορικά με τον τρόπο οργάνωσής της, ο οποίος καθορίζεται τόσο από τις ερευνητικές ανάγκες, όσο και από τις ιδιαιτερότητες του ερευνητικού αντικειμένου και του πληθυσμού που απευθύνεται. Οι τύποι των συνεντεύξεων θα μπορούσαν να τοποθετηθούν πάνω σε έναν άξονα, στο οποίου ο ένας πόλος αντιπροσωπεύεται από την «ανοικτή», τη μη-δομημένη (σε «βάθος») συνέντευξη, ενώ στον άλλο πόλο θα μπορούσε να τεθεί η πλήρως δομημένη συνέντευξη, τα χαρακτηριστικά της οποίας προσεγγίζουν αυτά του ερωτηματολογίου. Στη μη-δομημένη συνέντευξη, τον πρώτο λόγο τον έχει ο ερευνώμενος. Ο ερευνητής «αφήνεται» στην πραγματικότητα του άλλου, οι παρεμβάσεις του είναι οι ελάχιστες δυνατές, η έμφαση δίνεται στην ερμηνεία. Δύο βασικά θέματα/προβλήματα που δυνητικά μπορεί να ανακύψουν, και για τα οποία ο ερευνητής πρέπει να είναι σε εγρήγορση, είναι η αναμονή για μια «γλωσσική αυτοπειθαρχία» από την πλευρά του ερευνώμενου, αλλά και η (πολλές φορές αυθόρμητη) υπόθεση από την πλευρά του ερευνητή ότι τα γεγονότα που παρουσιάζονται έχουν το ίδιο ερμηνευτικό, αλλά και

κοσμοθεωρητικές ή θεωρητικές ή μεθοδολογικές σταθερές της ερευνητικής προσπάθειας…». Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ. 280-282.

[380] Κατά τον Ιωσηφίδη, αν ακολουθηθεί το κριτήριο της αυστηρότητας ή της μη αυστηρότητας, οι δύο βασικοί τύποι της παρατήρησης και της συμμετοχικής παρατήρησης που αναδύονται είναι αυτές της **ελεγχόμενης (controlled) και μη ελεγχόμενης (uncontrolled) παρατήρησης**. Η ελεγχόμενη παρατήρηση προϋποθέτει την αυστηρή τυποποίηση των διαδικασιών οι οποίες λαμβάνουν χώρα στο πεδίο, σε αντίθεση με την μη ελεγχόμενη παρατήρηση η οποία αφήνει πολύ μεγαλύτερα περιθώρια ευελιξίας στον ερευνητή ώστε να μπορέσει να προσεγγίσει και να καταγράψει τα γεγονότα εκείνα τα οποία δεν ήταν αναμενόμενα. Βλ. Ιωσηφίδης, Θ., *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*, Κριτική, Αθήνα, 2008.

συναισθηματικό «αντίκρισμα» και για τους δύο. Ο ερευνητής που δεν θα μπορέσει να εισέλθει στην εκάστοτε ιδιαιτερότητα και ιδιομορφία (γλωσσική, τοπική, συμβολική), αυτός που δεν θα καταφέρει να κατανοήσει την συγκεκριμένη παράδοση σχεδόν βέβαια θα προβάλει τις δικές του νοητικές και συναισθηματικές δομές στην ερμηνευτική διαδικασία, με αποτέλεσμα την έλλειψη ή την απώλεια του κοινού σημείου αναφοράς:[381] η ερμηνεία έχει προκαθοριστεί. Δηλαδή, στοιχεία όπως η *ενσυναίσθηση* (κυρίως με την Ροτζεριανή ερμηνεία της λέξης) [382] και η κατανόηση του υποκειμένου, όσο και να παρουσιάζονται μη-επιστημολογικά, είναι βασικά για τη σε βάθος συνέντευξη.[383] Σε πολλές περιπτώσεις η «ανοικτή» συνέντευξη προβλήθηκε σε σχέση με την «κλειστή», τύπου ερωτηματολογίου συνέντευξη. Θεωρητικοί της φεμινιστικής προσέγγισης κατέδειξαν τον –σύμφωνα με αυτές- «ανήθικο» χαρακτήρα της δομημένης συνέντευξης, θέτοντας την άποψη ότι χειραγωγεί και αντικειμενοποιεί τους ερευνώμενους, με έναν ιδιαίτερα τεχνητό και εργαλειακό τρόπο. Αντίθετα, η εμπιστοσύνη, η συναισθηματική ταύτιση, η συμπάθεια και η οικειότητα αποτελούν βασικές παραμέτρους τόσο αναφορικά με την δομή της συνέντευξης, όσο και αναφορικά με την ιδεολογική λειτουργία που εκφράζει στο συγκεκριμένο κάθε φορά πλαίσιο.[384] Οι προβληματισμοί προέρχονται κυρίως από το χώρο της εθνομεθοδολογίας. Η συγκεκριμένη προσέγγιση, αν και όχι τελείως απορριπτική, επισημαίνει κάποιες γενικότερες αδυναμίες του εργαλείου της συνέντευξης, με βασικές τις εξής δύο: Α) Η συνέντευξη θεωρείται ότι παρουσιάζει μια αναφορά της πραγματικότητας φορτισμένη από μερικότητες, προκαταλήψεις, λαθεμένες εκτιμήσεις, ακόμα και ανεντιμότητα. Β) Τα εμπλεκόμενα άτομα παρουσιάζονται «σαν» να καταλαβαίνει ο ένας τον άλλον, ενώ ουσιαστικά στηρίζονται σε απλουστεύσεις, προβολές, αλλοιώσεις και μεταφορές για την κατανόηση των λεγομένων, με συνέπεια αυτά τελικώς να μην γίνονται κατανοητά.[385]

---

[381] Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ.295.

[382] Η Ροτζεριανή θεωρία προσδιορίζει σαν κύριες προϋποθέσεις μιας ουσιαστικής επικοινωνίας και κατ΄ επέκταση σχέσης, την άνευ όρων αποδοχή του άλλου έτσι όπως ακριβώς είναι, την ειλικρίνεια και την ενσυναίσθηση. Με τον όρο «ενσυναίσθηση» (empathy), ο οποίος προτιμήθηκε αντί του όρου «εμπάθεια» στα ελληνικά, εννοεί την κατανόηση του βιώματος του άλλου, τη δυνατότητα του να εισερχόμαστε στην θέση του, διατηρώντας παράλληλα την αντικειμενικότητά μας (ή καλύτερα την προσωπική υποκειμενικότητά μας) και την κριτική σκέψη που αυτή συνεπάγεται. Ποταμιάνος, Γ., *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*, β. έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998, σ. 279-290.

[383] Witz, K., G., Goodwin, D., R., Hart, R,. S., Thomas, S., H., «An Essentialist Methodology in Education-Related Research Using In-Depth Interviews», *Journal of Curriculum Studies*, τόμος 33, τεύχος 2, 2001, σ. 195-227.

[384] Για πιο αναλυτική παρουσίαση, βλ. Oakley, A., *Interviewing Women: A Contradiction in Terms*, Doing Feminist Research, επιμ. H. Roberts, Routledge and Kegan Paul, London, 1981, σ. 30-61. Επίσης: Fontana, A., Frey, J., H., *Interviewing: The Art of Science*, Denzin-Lincoln, 1994.

[385] Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ. 303.

Πέραν των θέσεων, αλλά και των αντί-θέσεων σχετικά με τη χρησιμότητα, τις δυνατότητες και τις ιδεολογικές προεκτάσεις αναφορικά με τη χρησιμοποίηση του συγκεκριμένου εργαλείου, η προσωπική εκτίμηση τείνει στη διαπίστωση της –εκ των πραγμάτων- αναγκαιότητας για τη χρήση του. Η μέθοδος της συνέντευξης, όσο και να ενέχει τα χαρακτηριστικά (αλλά και τον κίνδυνο) μιας «παραμορφωμένης» επικοινωνίας, παρ' όλα αυτά αποτελεί τον «κορμό» μιας βασικής συνδιαλλαγής. Στην αντίθετη περίπτωση πιθανόν ο ερευνητής να βρεθεί μπροστά σε ένα «επικοινωνιακό κενό», χωρίς εναλλακτικά σχήματα προσέγγισης που να μπορούν να καλύψουν το κενό αυτό. Με δεδομένη αυτή τη θέση, η επιλογή, αλλά και ο τρόπος χειρισμού του συγκεκριμένου εργαλείου εναπόκειται στην κρίση, αξιολόγηση και κυρίως στην ευαισθησία του ερευνητή, τόσο απέναντι στην παραγωγή που το συγκεκριμένο εργαλείο θα του προσφέρει, όσο και απέναντι στο υποκείμενο που θα του δώσει την ευκαιρία για αυτόν τον «τρόπο επικοινωνίας».

6.3. Οι μέθοδοι της παρατήρησης, της συμμετοχικής παρατήρησης και της συνέντευξης στην παρούσα μελέτη

Στην παρούσα μελέτη, μέσω της διαδικασίας της συνέντευξης, έγινε προσπάθεια να καταγραφούν οι θέσεις, απόψεις, πεποιθήσεις, γνώμες των υποκειμένων τα οποία δέχθηκαν να συμμετέχουν. Στόχος ήταν η –κατά το δυνατόν πιο συνολική- καταγραφή τόσο των στάσεων των υποκειμένων, όσο και γενικότερα του προσωπικού τους βιώματος: του τρόπου δηλαδή, μέσω του οποίου προσλαμβάνουν, ερμηνεύουν και νοηματοδοτούν το σύνολο της εμπειρίας τους, τόσο τις προοπτικές, αλλά κυρίως τις δυσκολίες και τους εγκλωβισμούς. Με άλλα λόγια, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η σταθερή επιδίωξή μας είναι η προσέγγιση αυτού που προτιμάμε να ονομάζουμε *υποκειμενικό συμβάν*. «*Το συμβάν είναι κάτι που πηγαίνει πέρα από την αλήθεια γιατί δεν θα μπορούσε να εκφραστεί με όρους λογικούς στους οποίους δεν μπορεί να συρρικνωθεί. Το συμβάν είναι κάτι που, από μια συγκεκριμένη οπτική γωνία, δεν είναι απολύτως μετρήσιμο. Κάτι που δεν ταυτίζεται με την ιδέα της αλήθειας, τουλάχιστον με τον λογοκρατικό τρόπο με τον οποίο τείνουμε να συλλαμβάνουμε την αλήθεια.* […] *Βρισκόμαστε ενώπιον τριών πραγματικοτήτων που πρέπει να θεωρηθούν ξεχωριστά: το συμβάν, το γεγονός, η αλήθεια*».[386] Και όπως λέει η H. Arendt, «*…η ανάγκη της λογικής δεν εμπνέεται από την αναζήτηση της αλήθειας, αλλά από την αναζήτηση του νοήματος. Και το νόημα και η αλήθεια δεν είναι το ίδιο πράγμα*».[387]

Οι συνεντεύξεις κινήθηκαν σε δύο άξονες. Ο πρώτος αφορούσε το πεδίο που θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «προσωπική εμπειρία», και το οποίο αναφέρεται κυρίως στο υποκειμενικό βίωμα, στις εμπειρίες, στις συναισθηματικές, γνωστικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις του υποκειμένου μέσα στο πεδίο: με άλλα λόγια, προσπαθήσαμε να εξετάσουμε, μέσω της προσωπικής αφήγησης, τον τρόπο που το ίδιο το υποκείμενο αντιλαμβάνεται και νοηματοδοτεί, προσλαμβάνει και ερμηνεύει, εκλογικεύει ή απωθεί τον ρόλο του μέσα στο σύστημα. Ο δεύτερος αφορούσε τις γενικότερες πεποιθήσεις του υποκειμένου αναφορικά με την υπό εξέταση θεματική: ουσιαστικά, το «τι πιστεύει». Βέβαια, στις περισσότερες των περιπτώσεων, αν όχι σε όλες, οι δύο αυτοί άξονες είναι τόσο αλληλοτροφοδοτούμενοι όσο και αλληλοεξαρτώμενοι.

---

[386] Levi, P., *Το Καθήκον της Μνήμης*, μτφ. Χ. Σαρλικιώτη, Άγρα, Αθήνα, 1998, σ. 67.
[387] Arendt, H., *The Life of the Mind*, HarBrace, 1981, όπως αναφέρεται στο: Levi, P., *Το Καθήκον της Μνήμης*, οπ.π., σ. 67.

Μέσω των τεχνικών της παρατήρησης και της συμμετοχικής παρατήρησης έγινε μια διττή προσπάθεια. Το πρώτο μέρος αφορούσε την γενικότερη παρατήρηση και επισκόπηση των χώρων, των διαδικασιών, των τεκταινόμενων, των τρόπων μέσω των οποίων το σύστημα λειτουργεί, συντονίζεται, οργανώνεται, και εν τέλει παράγει. Πρόκειται για την «κλασσική» λειτουργία της μεθόδου της παρατήρησης. Το δεύτερο αφορούσε ακριβώς τον έλεγχο της διάστασης που τυχόν υπάρχει ανάμεσα στα δεδομένα από τις συνεντεύξεις και τις πρακτικές που τελικά εμφανίζονται. Να παραθέσουμε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα: Η πλειονότητα των επαγγελματιών που δέχθηκαν τη διαδικασία της συνέντευξης, στις ερωτήσεις περί της πρακτικής της καθήλωσης, ανέφεραν ότι είναι ένα μέτρο που τους βρίσκει αντίθετους, ότι πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν είναι αναγκαίο, να αποτελεί ουσιαστικά την τελευταία λύση, ενώ στην περίπτωση που εφαρμόζεται να τηρούνται τα πρωτόκολλα περί –έστω και της στοιχειώδους- ασφάλειας και αξιοπρέπειας. Οι περισσότεροι βέβαια, συμπλήρωσαν ότι αυτές οι αρχές σχεδόν ποτέ δεν τηρούνται. Κατά τις διαδικασίες της παρατήρησης, εξακριβώσαμε ότι τις περισσότερες φορές ισχύουν οι θέσεις της συνέντευξης. Όντως, τις περισσότερες φορές οι διαδικασίες καθήλωσης δεν τελούνται «όπως πρέπει», παρ' όλο που όταν είναι εφικτό, οι επαγγελματίες προσπαθούν να διασφαλίσουν την ασφάλεια και μια στοιχειώδη αξιοπρέπεια για τον νοσηλευόμενο. Η σύγκριση αυτή μας δείχνει ότι υπάρχει αρκετά μεγάλο περιθώριο αξιοπιστίας και εγκυρότητας στις θέσεις των επαγγελματιών αναφορικά με τις πρακτικές καθήλωσης. Ένα –διαφορετικό- παράδειγμα: Πολλοί εκ των επαγγελματιών στις συνεντεύξεις δήλωσαν ότι θεωρούν ότι κάποιες από τις «βαριές» ψυχοπαθολογικές καταστάσεις μπορούν –αν όχι να ιαθούν- τουλάχιστον να έχουν μια ευοίωνη «διαδρομή». Όμως η μέθοδος της παρατήρησης τις περισσότερες φορές μας φανέρωσε μια διαφορετική άποψη: οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πολλές φορές ακολουθούν τις ίδιες θέσεις οι οποίες εμφανίζονται στο γενικό πληθυσμό, και επιπλέον έρχονται σε αντίθεση με τις θέσεις τους στις συνεντεύξεις: «*…ψύχωση έχει; Κρίμα…καμένος, πάει αυτός…*» αναφέρει ένας επαγγελματίας ακούγοντας έναν έτερο επαγγελματία να ανακοινώνει τη διάγνωση «ψύχωση» για ένα νεοεισερχόμενο νοσηλευόμενο.

Με άλλα λόγια, θεωρούμε ότι η προσέγγιση του συγκεκριμένου πεδίο δεν είναι δυνατόν να γίνει εφικτή, πόσο μάλλον να αποδώσει αξιόπιστα αποτελέσματα, χωρίς την παράλληλη χρήση των παραπάνω μεθόδων. Χωρίς *τριγωνοποίηση*. Ειδικά ή συμμετοχική παρατήρηση είναι ίσως η πλέον κρίσιμη μέθοδος. Χωρίς την αρχική συμμετοχή του ερευνητή στο πεδίο, και όχι απλά μέσω μιας ουδέτερης διαδικασίας παρατήρησης, δεν είναι εφικτή η μετάβαση

σε ένα επόμενο στάδιο, το οποίο κατ' εμάς περιλαμβάνει τη διαδικασία της συνέντευξης. Πολύ απλά, θεωρούμε ότι ουσιαστική συνέντευξη, χωρίς προηγούμενη δημιουργία *σχέσης*, δεν υφίσταται. Τις φορές εκείνες κατά τις οποίες δεν προηγήθηκε –μέσω ακριβώς της διαδικασίας της συμμετοχικής παρατήρησης- μια σχέση, η διαδικασία της συνέντευξης εξελίχθηκε σε μια τυπική, εν ολίγοις επιπολής καταγραφή κάποιων θέσεων και απόψεων οι οποίες σε μεγάλο βαθμό ήταν διαποτισμένες από επιφυλακτικότητα, φόβο, αδιαφορία, κρυψίνοια, ακόμα και παρανοϊκότητα, ειδικά στις περιπτώσεις που ο συνεντευξιαζόμενος ήταν κάποιος νοσηλευόμενος. Με αποτέλεσμα, απλά, να αναπαράγει αυτό που πιθανόν πίστευε ότι θέλαμε ν' ακούσουμε. Βέβαια, και αυτό το γεγονός, είναι ίσως ένα ισχυρό δεδομένο, δεδομένο που δείχνει το βαθμό του φόβου και της επιφυλακτικότητας που οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζουν τους «διαφορετικούς»...

Η επιλογή της μεθόδου εξαρτήθηκε κατά κύριο λόγο από τον βαθμό εγγύτητας του ερευνητή με τα διάφορα πλαίσια και τα πρόσωπα που τα στελεχώνουν, από το χρονικό περιθώριο που υπήρχε σε σχέση με την παραμονή στη κάθε δομή, από τα πρόσωπα αναφοράς, τους *διαμεσολαβητές* οι οποίοι θεωρούμε ότι στο πεδίο της ποιοτικής έρευνας διαδραματίζουν βασικότατο ρόλο στην κάθοδο του ερευνητή στο πεδίο.

> «*Τον θυμάστε τον Πάνο; Ήταν στην κλινική που κάναμε ειδικότητα, είχαμε μείνει εκεί ένα εξάμηνο. Μας είχε βοηθήσει πολύ. Ήταν και στα μαθήματα της ειδικότητας* […]. *Κύριε Διευθυντά, να τον προσέξουμε, να τον βοηθήσουμε…*» (Νοσηλευτής, με συστήνει σε ομάδα εργαζομένων, παρουσία του Διευθυντή της κλινικής, σε μια από τις αναγνωριστικές μου επαφές με το συγκεκριμένο νοσοκομείο).

Ένα κεφάλαιο το οποίο θεωρούμε ότι έχει ιδιαίτερη βαρύτητα αναφορικά με την εφαρμογή της ποιοτικής έρευνας σε τέτοιου τύπου «κλειστά» συστήματα και πληθυσμούς είναι αυτό της *αντιμεταβίβασης*. Και στην δική μας ερευνητική διαδρομή, πολλές φορές υπήρχε ανάδυση ιδιαίτερα «δύσκολων» συναισθηματικών αντιδράσεων: Αγωνία, ανασφάλεια, φόβος, επιφυλακτικότητα, ακόμα και θυμός ή επιθετικότητα, μια ολόκληρη γκάμα συναισθημάτων τα οποία έγιναν σταθερός συνοδός μας στο συγκεκριμένο ταξίδι. Η έννοια της αντιμεταβίβασης, η οποία προέρχεται από την ψυχαναλυτική προσέγγιση, αναφέρεται στο σύνολο των αντιδράσεων (κυρίως των συναισθηματικών αντιδράσεων) του ερευνητή οι οποίες εκλύονται, πυροδοτούνται και εμφανίζονται σαν απάντηση στις αντιδράσεις των υποκειμένων με τα οποία έρχεται σε επαφή και δι-αντιδρά κατά τη διάρκεια της

«κατάβασης» στο πεδίο. Παρ' όλο που ο όρος αντιμεταβίβαση τις περισσότερες φορές ενέχει μια ασυνείδητη χροιά,[388] φαίνεται πως τα συναισθήματα που πυροδοτούνται στον ερευνητή είναι ποικιλότροπα και πολλές φορές ιδιαίτερα δύσκολα στη διαχείρισή τους. «*Ενδεικτικά στοιχεία αντιμεταβίβασης τα οποία προκαλούνται στον ερευνητή είναι δυνατόν να είναι έντονα συναισθήματα, θυμός, άγχος, αγάπη, πλήξη, όνειρα, φαντασιώσεις, παραπραξίες, αστεία και άλλα συμβολικά μηνύματα. Σε περίπτωση που ο ερευνητής παραγνωρίζει τη μεταβίβαση, την αντιμεταβίβαση και τα δεδομένα τους, διατρέχει τον κίνδυνο να ορθώνει τη μέθοδο σαν άμυνα σε αυτό ακριβώς που θα έπρεπε να τον ενδιαφέρει: το άγνωστο και το απροσδόκητο*» αναφέρει χαρακτηριστικά ο Ασημόπουλος,[389] προσδιορίζοντας –και κατ' εμάς- ένα σημαντικό μεθοδολογικό «κίνδυνο». Ο «κίνδυνος» αυτό αφορά το διακύβευμα του κατά πόσο ο ερευνητής θα επηρεαστεί από τις προσωπικές του συναισθηματικές αντιδράσεις, έτσι όπως πυροδοτούνται από τα φαινόμενα της αντιμεταβίβασης. Αν επηρεαστεί υπέρ το δέον, πιθανόν να ανεγείρει διαφόρων τύπων άμυνες απέναντι στον τρόπο προσέγγισης του πεδίου και των εμπλεκομένων ατόμων, με αποτέλεσμα να υπάρξει μια υπερβάλλουσα αποστασιοποίηση και «ουδετεροποίηση» του ερευνητή. Υπ' αυτή την προοπτική, βασικό μέλημα του ερευνητή είναι, σύμφωνα με τον Ασημόπουλο, «*…στο πως είναι δυνατόν τέτοιου είδους αναμενόμενα φαινόμενα να μην αποτρέψουν τον ερευνητή από μια ελεύθερη και ανεπηρέαστη, άμεση εμπλοκή με τους ανθρώπους του πεδίου*».[390]

Η συμμετοχική παρατήρηση, ακριβώς λόγω της αναγκαιότητας για επένδυση σε βάθος χρόνου, έγινε αποκλειστικά σε μια εκ των δομών νοσηλείας. Παράλληλα, συνεπικουρούμενη από τις διαδικασίες της παρατήρησης και των συνεντεύξεων, οι οποίες αφορούσαν κυρίως τις υπόλοιπες δομές, έγινε προσπάθεια για μια κατά το δυνατό πιο ολιστική προσέγγιση[391] και καταγραφή των διαφορετικών δομών και συστημάτων. Στόχος

[388] Ένας ιδιαίτερα συμπυκνωμένος ορισμός της έννοιας αναφέρει ότι η αντιμεταβίβαση αφορά το «*σύνολο των ασυνειδήτων αντιδράσεων του ψυχαναλυτή απέναντι στον ψυχαναλυόμενο και πιο συγκεκριμένα στη μεταβίβασή του*». Βέβαια, από την άποψη εμβέλειας του όρου, υπάρχουν διαφοροποιήσεις και παραλλαγές. Έτσι, «*…μερικοί συγγραφείς εννοούν με τον όρο αντιμεταβίβαση καθετί, σχετικό με την προσωπικότητα του αναλυτή, που μπορεί να παρέμβει κατά τη θεραπεία, ενώ άλλοι περιορίζουν την αντιμεταβίβαση στις ασυνείδητες διεργασίες που προκαλεί η μεταβίβαση του αναλυόμενου στον αναλυτή*». Στην περίπτωσή μας, η έννοια προσεγγίζεται μέσω της πρώτης, της πιο ευρείας, προοπτικής. Laplanche, J., Pontalis, J., B., *Λεξιλόγιο της Ψυχιανάλυσης*, οπ.π., σ. 57.

[389] Ασημόπουλος, Χ., *Η Καθημερινή Ζωή στο Ψυχιατρείο: Μορφές Ιδρυματισμού και Ιδρυματικής Κακοποίησης*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2009, σ. 45.

[390] Ασημόπουλος, Χ., *Η Καθημερινή Ζωή στο Ψυχιατρείο: Μορφές Ιδρυματισμού και Ιδρυματικής Κακοποίησης*, οπ.π., σ. 46.

[391] «*Βασική αρχή της συμμετοχικής παρατήρησης είναι το ενδιαφέρον για την αποκάλυψη της πραγματικότητας, όπως ακριβώς αυτή γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους τους ανθρώπους καθώς*

ήταν η ανεύρεση και καταγραφή, τόσο των ιδιαίτερων, μοναδικών και ξεχωριστών στοιχείων και λειτουργιών οι οποίες επικαθορίζουν τη «πορεία», αλλά και το «προφίλ» του κάθε (νοσηλευτικού) συστήματος ξεχωριστά, αλλά επίσης και η διερεύνηση των κοινών, παραπλήσιων, ή ταυτόσημων μηχανισμών οι οποίοι ανευρίσκονται στη βάση του υπό εξέταση φαινομένου. Επί της ουσίας, η συμμετοχική παρατήρηση ήταν η διαδικασία εκείνη μέσω της οποίας έγινε εφικτή η επικέντρωση και η αποσαφήνιση των πιο βασικών και θεμελιακών πεδίων προβληματισμού, ήταν η διαδικασία μέσω της οποίας επιτράπηκε η μετάβαση από το πιο γενικό στο ειδικό: στο «εστιασμένο ενδιαφέρον».[392] Κατά συνέπεια, τόσο η δομή των συνεντεύξεων, όσο και οι διαδικασίες της απλής παρατήρησης δομήθηκαν και βασίστηκαν πάνω στα δεδομένα που προέκυψαν από τη διαδικασία της συμμετοχικής παρατήρησης. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η ένα μεγάλο μέρος της διαδικασίας της συμμετοχικής παρατήρησης λειτούργησε ως η «πιλοτική έρευνα», η οποία εν συνεχεία διαμόρφωσε, τόσο τις θεωρητικές υποθέσεις και προβληματισμούς, όσο και το μεθοδολογικό σχεδιασμό της υπόλοιπης έρευνας συνολικότερα.

αλληλεπιδρούν στο κοινωνικό πεδίο […]. *Σύμφωνα με τη μέθοδο, η αποκάλυψη της πραγματικότητας προϋποθέτει την είσοδο, την άμεση εμπλοκή και την ανάπτυξη σχέσεων του ερευνητή με τα άτομα που συμμετέχουν στο πεδίο, στον κόσμο της καθημερινής τους ζωής, μέσω μιας ανοιχτής, ποιοτικής και εις βάθος προσέγγισης* […]. *Το κοινωνικό φαινόμενο προσεγγίζεται σαν μία ενιαία οντότητα, που συγκροτείται με βάση τη δυναμική αλληλεπίδραση των μερών και των συστημάτων που το απαρτίζουν*». Ασημόπουλος, Χ., *Η Καθημερινή Ζωή στο Ψυχιατρείο: Μορφές Ιδρυματισμού και Ιδρυματικής Κακοποίησης*, οπ.π., σ. 33. Επίσης, βλ. Jorgensen, D., L., *Participant Observation, A Methodology for Human Studies*, Sage, Newbury Park, 1989.

[392] Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Ασημόπουλος: «*Η συμμετοχική παρατήρηση πραγματοποιείται ακολουθώντας μια εξελικτική πορεία από την αρχική παρατήρηση στη μη εστιασμένη, στη συνέχεια στην εστιασμένη παρατήρηση και τελικά στην επιλεκτική παρατήρηση* […]. *Ο ερευνητής στο αρχικό στάδιο της παρατήρησης προσπαθεί να αποκτήσει τη γενική εικόνα και να γνωρίσει και ταυτόχρονα να εξοικειωθεί με το φυσικό, το κοινωνικό και το συναισθηματικό περιβάλλον του πεδίου μελέτης* […]. *.Στη συνέχεια μέσα από τις αρχικές παρατηρήσεις αναδύονται τα θέματα που εμφανίζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον ερευνητή και στα οποία ακολούθως εστιάζει την προσοχή του. Κατ' αυτόν τον τρόπο οι αρχικές παρατηρήσεις οδηγούνται σε πιο επικεντρωμένες και στη συνέχεια σε πιο επιλεγμένες παρατηρήσεις…*». Ασημόπουλος, Χ., *Η Καθημερινή Ζωή στο Ψυχιατρείο*, οπ.π., σ. 35.

6.4. Στάδια της ποιοτικής έρευνας και ανάλυσης

Ο N. K. Denzin προσδιορίζει τις διαδικασίες/βήματα που είναι αναγκαίες για την άρτια ανάπτυξη μιας ποιοτικής έρευνας μέσω της συμμετοχικής παρατήρησης: Α) διαμόρφωση του θέματος, ορισμός του προβλήματος, ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και διατύπωση ερευνητικών στόχων. Β) Επιλογή του πεδίου της έρευνας. Γ) Πρώτες επαφές και ανακοίνωση του σκοπού της έρευνας σε ορισμένους ανθρώπους. Δ) Χρήση πολλαπλών μεθόδων –ακόμα και στατιστικών- για τεκμηρίωση των στοιχείων. Ε) Δημιουργία σχέσεων με «πληροφορητές», επαγωγική ανάλυση των πρώτων θεωριών που αναδεικνύονται, καταγραφή τυχόν αρνητικών περιπτώσεων, αναθεώρηση. ΣΤ) Ανάπτυξη κατηγοριών, προσδιορισμός υποθέσεων. Ζ) Αξιολόγηση υποθέσεων, σύγκριση και προσδιορισμός αιτιακών υποθέσεων. Η) Ολοκλήρωση της μελέτης, αποποίηση του ρόλου του ερευνητή στην ομάδα, απόσυρση από το πεδίο, και καταγραφή της μελέτης.[393]

Πολλοί θεωρητικοί προτείνουν η **επιλογή του θέματος** ίσως είναι καλύτερα να εμπεριέχει και την προσωπική παράμετρο. Οι προσωπικές εμπειρίες μπορούν να δώσουν, τόσο το κίνητρο, όσο και την εκ των προτέρων οικειότητα που χρειάζεται για την προσέγγιση και του γνωστικού αντικειμένου, αλλά και του αντίστοιχου χώρου. Αλλά η εμπλοκή του προσωπικού στοιχείου του ερευνητή ίσως προϋποθέτει την κατανόηση κάποιων δυναμικών σε πιο βαθύ, ασυνείδητο επίπεδο. Η «ερμηνεία» έχει σαν βασική προϋπόθεση την κατανόηση του ερωτήματος, την κατανόηση της διαδικασίας εκείνης που οδήγησε στην διατύπωσή του: ποιες προσωπικές ανάγκες καλύπτει ο ερευνητής μέσω του προβληματισμού του. «*Όταν γνωρίζουμε τα κίνητρα των πράξεών μας, τις ανάγκες που επιθυμούμε να καλύψουμε είμαστε σε θέση να ελέγχουμε καλύτερα τη δράση μας σε οποιοδήποτε τομέα*».[394] Αυτή η «αυτοπαρατήρηση» λειτουργεί υποβοηθητικά και σε ένα

[393]Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 151. Για πιο αναλυτικές πληροφορίες, στο: Denzin, N., K., *The Research Act. A Theoretical to Sociological Methods*, Prentice Hall, ΗΠΑ, 1989.

[394]Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ..π., σ. 157. Θα τολμήσουμε να συμπληρώσουμε και να επισημάνουμε την καίρια θέση των ασυνείδητων κινήτρων, όχι μόνο στο συγκεκριμένο πεδίο, αλλά και σε όλες τις συμπεριφορικές εκφάνσεις της καθημερινότητας. Προσπερνώντας τον όποιο προβληματισμό για την ύπαρξη ενός «αυτούσιου» ασυνείδητου, το οποίο δυνητικά παράγει συμπεριφορές, δεν μπορούμε να μην παρατηρήσουμε την διάσταση των εκλογικευμένων εκδηλώσεων από τα ουσιαστικά κίνητρα/ανάγκες που συν-δρομολογούν τις όποιες επιλογές. Κατ' αυτό τον τρόπο, τα κίνητρα που ωθούν ένα ερευνητή σε μια συγκεκριμένη διαδικασία, μπορεί να είναι αφενός πολύ εξω-επιστημονικά, και αφετέρου, σε «χαμηλή θέση», ακόμα και για τη δική του αξιακή κλίμακα: χρηματικές απολαβές, κοινωνική ή ακαδημαϊκή καταξίωση, προσωπική

διαφορετικό επίπεδο: δυνητικά, αποτελεί ένα μηχανισμό απεγκλωβισμού από ήδη προκατασκευασμένα σχήματα και γνωστικές/συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στον «ξένο», τον διαφορετικό. Ο ερευνητής, ως φορέας μιας ιστορίας ζωής, με ότι αυτό συνεπάγεται αναφορικά με την ταυτότητά του, καλείται να θέσει σε αμφισβήτηση το αυτονόητο (το «αφ' εαυτού νοητό»[395]) για να μπορέσει και να δει, αλλά κυρίως να βιώσει το αυτονόητο του «άλλου», απαραίτητη συνθήκη στη διαδικασία που προτίθεται να «μπει». Απόρροια του παραπάνω είναι η διαπίστωση της σημασίας που έχει ο έλεγχος των συναισθηματικών αντιδράσεων που η επαφή με αυτόν το διαφορετικό «άλλο» θα προκαλέσει. Θα ήταν τουλάχιστον αφελές, από τον γράφοντα, να μην αναγνωρίσει την δυνητικά καταλυτική επίδραση του φόβου στην επαφή με το αντικείμενό του. Ο «τρελός» (και πόσο μάλλον ο χειροπόδαρα δεμένος) εκλύει το συναίσθημα του φόβου με ένα άμεσο, και πολλές φορές αρχέγονο τρόπο. Με αυτόν τον τρόπο, ο φόβος του ανοικείου, η επιφυλακτικότητα, η αδιαφορία του ερευνητή μπορεί να αποβούν καθοριστικά, όχι μόνο στην αποδοχή και την αντιμετώπισή του από την ομάδα, αλλά και αναφορικά με την παραγωγή του «προϊόντος» του.[396] Και η αναγνώριση τέτοιων συναισθηματικών αντιδράσεων μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα ενός σχετικού ελέγχου και συνειδητοποίησης και της διαδικασίας που τις παρήγαγε, αλλά και του τρόπου αντιμετώπισής τους.

Μετά την **ανασκόπηση** της **βιβλιογραφίας**, η **επιλογή** του φυσικού **χώρου**, αλλά και ο **τρόπος προσέγγισής** του, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις «κοινωνικές δεξιότητες» του ερευνητή. Πάντως, άμεσοι στόχοι θα πρέπει να είναι τόσο η ελάχιστη παρέμβαση του ερευνητή στη φυσιολογική λειτουργία του χώρου, όσο και η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης με σκοπό τη δημιουργία μιας οικείας σχέσης με την ομάδα.[397] Οι λεπτομέρειες που μπορούν να κρίνουν την αποδοχή ή την απόρριψη του ερευνητή από το πεδίο που τον ενδιαφέρει είναι δυνητικά άπειρες. Κάθε χώρος έχει και τις δικές του ιδιαιτερότητες και ιδιομορφίες, σε βαθμό που η λεπτομέρεια που «θα κάνει την διαφορά» να είναι πιθανόν μη προσδιορίσιμη εκ των προτέρων. Παρ' όλα αυτά, η ευαισθησία του

φιλοδοξία. Πέραν της «συμβατότητας» τέτοιων (έστω ασυνείδητων) κινήτρων και ηθικής παραγωγής επιστημονικής γνώσης, η συνειδητοποίησή τους από τον ερευνητή (καθώς και των μηχανισμών άμυνας που τυχόν χρησιμοποιεί για να τα εξουδετερώνει) μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα ευεργετική.

[395]Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 159.

[396]Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 161. Για πιο αναλυτική παρουσίαση, βλ. στο: Στενού, Κ., *Εικόνες του Άλλου. Η Ετερότητα Από τον Μύθο στην Προκατάληψη*, μτφ. Σ. Μπενβενίστε., Μ. Παπαδήμα, Εξάντας - Unesco, Αθήνα, 1998.

[397]Κυριαζή, Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, οπ.π., σ. 255-258.

ερευνητή σε βασικά θέματα θα βοηθήσει να ελαχιστοποιηθεί μια τέτοια πιθανότητα. Η πρώτη επαφή του ερευνητή με το αντικείμενο κατά πολλούς, όχι μόνο είναι ζωτικής σημασίας, αλλά ουσιαστικά και σημασιοδοτεί την επιτυχία του όλου εγχειρήματος.[398] Αναμενόμενη είναι μια αμοιβαία δυσπιστία, αμηχανία, ακόμα και καχυποψία, ειδικά από την πλευρά των ερευνώμενων, με αποτέλεσμα η στάση που θα υιοθετήσει ο ερευνητής να είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, τόσο αναφορικά με το ρητό περιεχόμενο, όσο και το άρρητο. Δηλαδή, αφενός χρειάζεται ειλικρίνεια, ευθύτητα και ευγένεια στον λόγο και τη συμπεριφορά του, όσο και προσοχή στις μη λεκτικές συμπεριφορές και μηνύματά του.

> «*Πάρε ένα κουλουράκι. Έχει τα γενέθλιά της η Γ., και τα έφτιαξαν στην εργοθεραπεία οι άρρωστοι. Δεν πιστεύω να σιχαίνεσαι;…*» (διάλογος με νοσηλεύτρια, επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

> «*Να σου βάλω ένα νεράκι; Έχει ζέστη σήμερα. Δεν έχουμε κάτι άλλο*» προτείνει στον ερευνητή ένας νοσηλευόμενος μιας κλινικής οξέων σε ένα επαρχιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο. «*Πες στην Ε.* (μια νοσηλεύτρια) *να σου δώσει αυτή ποτήρι*» του λέει μια νοσηλεύτρια η οποία είναι στο χώρο. «*Να πιεις από τα δικά μας* (ποτήρια)» συμπληρώνει απευθυνόμενη σε μένα… (Ψυχιατρικό επαρχιακό νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Αλλά και παράμετροι όπως το ντύσιμο (και η υποδηλούσα ταυτότητα που αυτό συμπαρασύρει), το λεξιλόγιο, οι αξιολογικές κρίσεις και ο σεβασμός διαφορετικών ηθών και εθίμων μπορούν να τονίσουν (ή να υπερ-τονίσουν) τη διαφορά, «διογκώνοντας» την ήδη υπάρχουσα απόσταση.[399] Εν κατακλείδι, το βασικότερο σημείο το οποίο πρέπει να λαμβάνει υπόψη ο ερευνητής είναι το να αναμένει –στις αρχικές τουλάχιστον επαφές- μια μη αυθόρμητη συμπεριφορά, μια συμπεριφορά που θα πηγάζει είτε από καχυποψία, είτε από δισταγμό, είτε από επιφύλαξη, είτε από αναμονή κάποιου δευτερογενούς οφέλους, από ένα άτομο του οποίου η αναπαράσταση προέρχεται από τον χώρο της εξουσίας, με ότι οφέλη αυτό μπορεί να συνεπάγεται για την –συνήθως- περιθωριακή ομάδα. Ας παραθέσουμε ένα χαρακτηριστικότατο παράδειγμα: Οι νοσηλευόμενοι οι οποίοι παρέμεναν δεμένοι («μηχανικά περιορισμένοι», σύμφωνα με την «επίσημη» ορολογία),

[398] Η πρώτη προσέγγιση του ερευνητικού αντικειμένου σχεδόν σίγουρα θα προκαλέσει σύγχυση και αποδιοργάνωση. Ο Γ. Λάζος, προσπαθώντας να ιεραρχήσει τα προβλήματα και να διευθετήσει τη σύγχυση αυτή, θέτει προτεραιότητες, με πρώτη και βασική αυτή της κατανομής των χρονικοτήτων. Διακρίνει τον ατομικό, το συλλογικό και τον κοινωνικό χρόνο και θέτει σαν πρόβλημα την προσπάθεια αντιμετώπισης αυτού του πολυδιάστατου χρόνου και γίγνεσθαι στην κοινωνική πραγματικότητα. Στο: Λάζος, Γ., *Το πρόβλημα της ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*, οπ.π., σ. 255 –259.

[399] Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 162 - 168.

πολλές φορές θεωρούσαν την επαφή με τον ερευνητή μια θαυμάσια ευκαιρία για ένα – έστω και ολιγόλεπτο- διάλειμμα: «*εσένα που σε ακούνε, δεν τους λες να με λύσουνε λιγάκι*;»

Η επιλογή τόσο του θέματος, όσο και της μεθοδολογίας μας προήλθε μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση αναφορικά με την βέλτιστη προσέγγιση του πεδίου που επιλέξαμε, αλλά και αναφορικά με τον πληθυσμό με τον οποίο κληθήκαμε να διαπραγματευτούμε. Πρωτίστως όμως, η επιλογή της μεθοδολογικής προσέγγισης προήλθε λόγω της προσωπικής μας στάσης, θέσεων, ιδεολογικών και θεωρητικών προτιμήσεων και κατευθύνσεων. Παράλληλα, το συγκεκριμένο πεδίο και ο αντίστοιχος πληθυσμός, αυτός των «εισαγγελικών» νοσηλευόμενων, επιλέχθηκε μέσα και λόγω της ήδη εμπλοκής λόγω της επαγγελματικής ιδιότητας του ψυχολόγου, εργαζομένου σε μια δομή νοσηλείας η οποία νοσηλεύει τέτοιου τύπου «περιστατικά», στην ιατρική καθομιλουμένη. Θεωρούμε ότι η συγκεκριμένη –και μάλιστα πολυετής- εμπλοκή λειτούργησε πολυδιάστατα. Αφενός –και εδώ εντοπίζουμε το βασικό πλεονέκτημα- έδωσε τόσο το έρεισμα, όσο και τις «βάσεις» για μια καλύτερη και εναργέστερη προσέγγιση κατά το διάστημα της «κύριας έρευνας». Με άλλα λόγια, η πρότερη ενασχόληση με το συγκεκριμένο πληθυσμό λειτούργησε υπό όρους μιας άτυπης πιλοτικής έρευνας πεδίου η οποία ενείχε στοιχεία της μεθοδολογίας της συμμετοχικής παρατήρησης. Αφετέρου, και σε αυτό το σημείο εντοπίζουμε μια αρνητική πιθανολογικά χροιά: η προγενέστερη ενασχόληση με το συγκεκριμένο πληθυσμό στη συγκεκριμένη δομή, στην οποία έλαβε χώρα και η διαδικασία της κυρίως συμμετοχικής παρατήρησης πιθανόν να προκάλεσε φαινόμενα διάχυσης και περιπλοκής των ρόλων του επαγγελματία Vs ερευνητή. Προσπαθήσαμε να αποφύγουμε τον παραπάνω εγκλωβισμό εμμένοντας με σαφήνεια κάθε φορά στη θέση μας περί της παράλληλης ιδιότητας του επαγγελματία, αλλά αποσαφηνίζοντας επίσης συνεχώς την κατά περίσταση διαφορετική ιδιότητα. Στις υπόλοιπες δομές, στη οποίες έλαβαν χώρα οι διαδικασίες της παρατήρησης και της συνέντευξης, αυτή η ιδιαιτερότητα δεν υπήρχε. Επιμένουμε όμως, ότι η «διπλή ιδιότητα» του ερευνητή πέραν των δυσκολιών που μπορεί να παρουσιάσει, μπορεί να αποτελέσει και μια ιδανική ευκαιρία για την ανάπτυξη, έλεγχο και δοκιμή εναλλακτικών τρόπων προσέγγισης του πεδίου. Κατά τη διάρκεια της έρευνας, πολλές φορές αυτή ακριβώς η «διπλή αναπαράσταση» του ερευνητή του έδωσε τη δυνατότητα για μια πιο ουσιαστική εμπλοκή με το πεδίο και τους πληθυσμούς,

μετατρέποντας την διαδικασία της συμμετοχικής παρατήρησης σε μορφές οι οποίες προσομοίαζαν περισσότερο στην –πιο σύγχρονη- *έρευνα δράσης*.[400]

[400]Σύμφωνα με τον Grady, η έρευνα δράσης είναι μια ποιοτική μεθοδολογία έρευνας ή οποία συνδυάζει δράση και έρευνα, στοχεύει στην επίλυση προβλημάτων και στην πρόκληση αλλαγών από τις οποίες μπορούν να επωφεληθούν οι συμμετέχοντες σε αυτή, προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία ανάδρασης από την πλευρά του ερευνητή, οδηγεί σε βελτίωση της κατανόησης από την πλευρά του ερευνητή των κοινωνικών καταστάσεων, δομών και συμπεριφορών με τις οποίες εμπλέκεται, και γενικότερα είναι μια μεθοδολογία έρευνας η οποία είναι δυναμική, και στοχεύει στην κατά το δυνατόν μεγαλύτερη απαλοιφή της διάστασης των ρόλων μεταξύ του ερευνητή και των υπόλοιπων συμμετεχόντων, ειδικά αν πρόκειται για κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες. Βλ. Grady, M., P., *Qualitative and Action Research, A Practitioner Handbook*, Phi Delta Kappa Educational Foundation, Bloomington, 1998, σ. 44 – 51.

6.5. Η καταγραφή των δεδομένων

Η **καταγραφή** των παρατηρήσεων –στα αρχικά στάδια τουλάχιστον- καλύτερο είναι να μην εστιάζεται σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, αλλά να είναι πιο σφαιρική. Με αυτό τον τρόπο θα αναδειχθούν τα ιδιαίτερα (και ενδιαφέροντα) για τον ερευνητή θέματα. Η παρατήρηση τερματίζεται όταν επέλθει *θεωρητικός κορεσμός*, όταν δηλαδή οι διαμορφωμένες εννοιολογικές κατηγορίες παύουν να εμπλουτίζονται από νέα δεδομένα, τα οποία απλά επαναλαμβάνονται.[401] Η ταξινόμηση των σημειώσεων μπορεί, αδρά, να χωριστεί σε τρεις κατηγορίες. Οι *περιγραφικές σημειώσεις* αφορούν την αυτούσια μεταφορά όλων των δεδομένων, όπως ακριβώς τα συνέλλεξε ο ερευνητής, χωρίς την ελάχιστη παρέμβαση/αλλοίωση. Σε αυτό το σημείο είναι βασική η διαπίστωση της ελαχιστοποίησης του χρόνου καταγραφής των συμβάντων σε σχέση με τη χρονική στιγμή που αυτά έλαβαν χώρα: στη συγκεκριμένη περίπτωση, η μνήμη μπορεί να είναι «κακός σύμβουλος». Αντίθετα, οι *θεωρητικές σημειώσεις* αποσκοπούν στην ερμηνεία και στην απόδοση νοήματος στα περιγραφικά στοιχεία που έχουν συλλεγχθεί. Οι θεωρητικές σημειώσεις, σύμφωνα με τους Huberman και Miles, χωρίζονται σε *εξηγητικές*, που αφορούν τον συσχετισμό των δεδομένων σε σχέσεις αιτίου-αποτελέσματος, σε *ερμηνευτικές*, οι οποίες έχουν να κάνουν με τον συσχετισμό των δεδομένων μέσω θεωρημάτων, και σε *συνθετικές* με στόχο τον συσχετισμό περιγραφικών, εξηγητικών και ερμηνευτικών σημειώσεων.[402] Παράλληλα με αυτούς τους δύο τύπους σημειώσεων, ο ερευνητής θα πρέπει να αναφέρεται στα προβλήματα που ανακύπτουν κατά την διάρκεια της έρευνας, σε διαπιστώσεις αναφορικά με την καταλληλότητα της διαδικασίας, και γενικά σε οτιδήποτε έχει σχέση με την εφαρμογή της μεθόδου κατά την εξέλιξη της διαδικασίας. Οι τελευταίες παρατηρήσεις αποτελούν τις *μεθοδολογικές σημειώσεις* του ερευνητή.[403]

6.5.α. Η καταγραφή των δεδομένων: μεθοδολογικοί προβληματισμοί

Η διαδικασία καταγραφής των δεδομένων αποτέλεσε μια ιδιαίτερα περίπλοκη διαδικασία. Ο βασικός στόχος ήταν η χρήση μαγνητοφώνου, αν και κατά την πορεία της διαδικασίας

[401] Glaser, B., G., Strauss A., *The Discovery of Grounded Theory for Qualitative Research*, Aldine, Chicago, 1967.
[402] Miles, M., B., Huberman A. M., *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*, Sage, Beverly Hills, 1984.
[403]Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, οπ.π., σ. 259 - 262.

φάνηκε ότι η χρήση του συγκεκριμένου τρόπου καταγραφής δεν είναι πάντα η ενδεικτικότερη. Θεωρούμε ότι η χρήση μαγνητοφώνου ήταν η βέλτιστη[404] μόνο στην εφαρμογή της μεθόδου της *συνέντευξης*, και αυτό όχι πάντα. Όταν μιλάμε για χρήση μαγνητοφώνου, εννοούμε πάντα τη χρήση του συγκεκριμένου μέσου καταγραφής μόνο ύστερα από τη συγκατάθεση του ή των συμμετεχόντων. Η πιθανότητα της κρυφής χρήσης ενός μέσου καταγραφής μας βρίσκει εντελώς αντίθετους, και αυτό όχι μόνο λόγω της ηθικής χροιάς που η κρυφή ή φανερή χρήση ενέχει. Θεωρούμε ότι τα μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά αισθήματα που αναπτύσσονται στον ερευνητή –πέραν της προσωπικής δυσφορίας και των ανάλογων συναισθημάτων όπως για παράδειγμα, ενοχής, φόβου αποκάλυψης, ανασφάλειας, μπορούν επιπλέον να επηρεάσουν την επισκόπηση του πεδίου από τον ερευνητή. Με άλλα λόγια, ο ερευνητής, στην περίπτωση που επιλέξει να χρησιμοποιήσει μια κρυφή μέθοδο καταγραφής, εν αγνοία και χωρίς τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων, λόγω ακριβώς της ενασχόλησής του με το δεδομένο του μυστικού, να επικεντρωθεί αντιληπτικά εκεί, χάνοντας σημαντικά ίσως δεδομένα από το ότι συμβαίνει εκείνη τη στιγμή στο πεδίο. Με δεδομένες αυτές τις διαπιστώσεις και προβληματισμούς, επιλέξαμε τη χρήση μαγνητοφώνου κατά κύριο λόγο στη διαδικασία των συνεντεύξεων. Επιπλέον, ακόμα και στις περιπτώσεις εκείνες που θα ήταν εφικτή η χρήση του μαγνητοφώνου, αν το «ιστορικό» του συνεντευξιαζόμενου ήταν τέτοιου τύπου που η χρήση του πιθανόν να πυροδοτούσε κάποιες απρόβλεπτες συναισθηματικές ή συμπεριφορικές αντιδράσεις, επιλέχθηκε κυρίως η επιτόπου καταγραφή κάποιων σημαντικών θεματικών – απαντήσεων (Key Words) και η άμεση καταγραφή των δεδομένων με το τέλος της διαδικασίας της συνέντευξης. Άλλωστε, η ερώτηση για το κατά πόσο θα χρησιμοποιηθεί μαγνητόφωνο ήταν και ένα εκ των βασικών ερωτήσεων και των θεραπόντων γιατρών των ασθενών (στις περισσότερες των περιπτώσεων πριν την προσέγγιση προς τον νοσηλευόμενο, ερωτάτο και ο γιατρός του για να δώσει αφενός κάποιες πληροφορίες, και αφετέρου μια «σύμφωνη γνώμη»).

[404] Οι μελέτες οι οποίες συνηγορούν υπέρ της χρήσης του μαγνητοφώνου στις έρευνες πεδίου οι οποίες αφορούν ευάλωτους πληθυσμούς, όπως αυτόν των ψυχικά πασχόντων, αλλά και ιδιαίτερα πεδία όπως αυτό του ψυχιατρικού καταστήματος, εστιάζουν στην πιστότερη καταγραφή των δεδομένων, στην ακρίβεια της πρωταρχικής μορφής της διαντίδρασης και επικοινωνίας, και στην αποφυγή της «απώλειας δεδομένων». Οι θέσεις αυτές εστιάζουν σε μια περισσότερο θετικιστική απόχρωση, στην οποία οι έννοιες της εγκυρότητας και αξιοπιστίας διαδραματίζουν μείζονα ρόλο. Για περισσότερα, βλ. Patton, Q., *How to use qualitative method in evaluation*, Sage, London, 1987. Επίσης, βλ. Lofland, J., Lofland, L., H., *Analyzing social settings, A guide to qualitative observation and analysis*, οπ.π., σ. 106 – 107.

«*Ο Π. είναι βαρύς παρανοϊκός* […]. *Και δεν θα δεχθεί, αλλά καλύτερα να μην του προτείνεις να καταγράψεις τη συνέντευξη, είναι λίγο επικίνδυνο, κοίτα μην σε βάλει στο παραλήρημά του…*» (συνομιλία με ειδικευόμενο ψυχίατρο, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Αντίθετα, στις περιπτώσεις των επαγγελματιών οι οποίοι δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη διαδικασία της συνέντευξης, η πλειονότητα εξ αυτών δεν είχε αντίρρηση για τη χρήση μαγνητοφώνου.

Κατά συνέπεια, η κύρια μέθοδος η οποία χρησιμοποιήθηκε ήταν το *ημερολόγιο σημειώσεων.* Η προσπάθεια ήταν για μια κατά το δυνατόν πιο άμεση και πληρέστερη καταγραφή των δεδομένων συνολικά, συνηθέστερα μετά το τέλος της διαντίδρασης. Τις περισσότερες φορές, ειδικά κατά την διαδικασία της παρατήρησης γίνονταν μια χρήση επιλεκτικών και μικρών σημειώσεων (Key Words) και στη συνέχεια η καθαυτή καταγραφή. Είναι κατανοητό, και αναμενόμενο επίσης, ότι πιθανότατα «χάθηκε» ένας ικανός «όγκος δεδομένων». Παρ' όλα αυτά, θεωρούμε ότι μετά τα πρώτα στάδια της έρευνας στο πεδίο, υπήρχε η δυνατότητα για μια πιο επιλεκτική επικέντρωση και προσήλωση στις σημαίνουσες πτυχές του πεδίου, έτσι ώστε να είναι εφικτή η πιο ολιστική καταγραφή των δεδομένων που ενδιέφεραν.

Επιπλέον, εκεί όπου μας επιτράπηκε η πρόσβαση, έγινε καταγραφή και γραπτών τεκμηρίων και δεδομένων, όπως δεδομένα που προέρχονταν από φακέλους ασθενών, λογοδοσίες ασθενών, έγγραφα της εισαγγελίας ή της αστυνομίας. Στις περισσότερες των περιπτώσεων δεν μας επιτράπηκε η αυτούσια μεταφορά των εγγράφων αυτών καθαυτών, αλλά μια ανάγνωση και μια διαδικασία σημειώσεων.

Η **συστηματική κατηγοριοποίηση** που ακολουθεί ξεκινάει με την ανακάλυψη περιγραφικών στοιχείων που αφορούν κάποια γενικότερη έννοια, ενώ οι κατηγορίες που δημιουργούνται αναθεωρούνται και αναμορφώνονται, με την προσθήκη νέων στοιχείων. Σε αυτό το σημείο, η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και των στατιστικών «πακέτων» ανάλυσης δεδομένων έχει λάβει καθοριστική έκταση (και βάρος) στις σύγχρονες ποιοτικές μεθοδολογίες. Αν προσπεράσουμε τους προβληματισμούς αναφορικά με την παρείσφρηση του ποσοτικού στοιχείου στην ποιοτική μεθοδολογία (και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται), φαίνεται ότι η χρήση τέτοιων «πακέτων» μπορεί να λειτουργήσει θετικά τουλάχιστον αναφορικά με το χρόνο που ο ερευνητής πρέπει να

επενδύσει στην ανάλυση και στη διαχείριση των δεδομένων που έχει συλλέξει, ειδικά αν ο όγκος τους είναι μεγάλος. Ειδικά την τελευταία δεκαετία έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται λογισμικά συστήματα αποθήκευσης, αποκωδικοποίησης, ανάκλησης, επεξεργασίας και ανάλυσης του πρωτογενούς υλικού μέσω Η/Υ, γνωστά σαν Σχεσιακά Συστήματα Διαχείρισης Δεδομένων (Relational Database Management Systems – RDBMs), τα οποία διατείνονται ότι επιτρέπουν στο χειριστή τους να εντοπίσει πτυχές στο ερευνητικό του αντικείμενο που, με τη χρήση συμβατικών μεθόδων, ίσως περνούσαν απαρατήρητες, θέτοντας τη βάση για νέους, «τολμηρούς» συσχετισμούς και ερευνητικές υποθέσεις. Πέραν του γεγονότος ότι το εννοιακό πλαίσιο λειτουργίας τους διαπνέεται από το θετικιστικό η μετα-θετικιστικό «παράδειγμα» των δημιουργών τους, η –μέσα στις συγκεκριμένες ιστορικά κοινωνικο-πολιτισμικές συνθήκες- κυρίαρχη θέση αιτιολόγησης της χρηστικότητάς τους έχει να κάνει ακριβώς με την *πολυπλοκότητα*. Ένας ερευνητής στην εποχή των μεγάλων μεγεθών και της πολυσκηνικής κοινωνικής ζωής, δεν είναι δυνατόν να πράξει ποιότητα, χωρίς να δεχθεί τους ιστορικούς και κοινωνικούς περιορισμούς και συντεταγμένες που τον πλαισιώνουν. Οι υποστηρικτές (και πιθανότατα χρήστες) τους επιμένουν ότι δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την κριτική σκέψη, τις κοινωνικές αναφορές, την ιδεολογία και την ευρύτερη κοινωνική κατάρτιση του επιστήμονα, ενώ τον βοηθάνε να μπορεί να οριοθετεί κάποιες σταθερές σε ένα ιδιαίτερα «πυκνό» και πολυδιάστατο πεδίο.[405]

Αναφορικά με την **ανάλυση** των στοιχείων, οι δύο βασικότερες μέθοδοι ανάπτυξης της θεωρίας από την ανάλυση ποιοτικών δεδομένων είναι η μέθοδος της *αναλυτικής επαγωγής* και η μέθοδος της *θεμελιωμένης θεωρίας*. Η *επαγωγή* συνίσταται στην επιστημονική αναλυτική μέθοδο συγκρότησης του γενικού από το μερικό, με βάση την λογική αλληλουχία, σε αντίθεση με την *απαγωγή* που συμπεραίνει το μερικό από το γενικό, φτάνοντας στα ειδικά συμπεράσματα μέσα από γενικές και αφηρημένες θέσεις. Η μέθοδος της *αναλυτικής επαγωγής* ουσιαστικά είναι η διαδικασία για τη μετάβαση από την εμπειρία στην αφαίρεση, με κατάληξη τη διατύπωση μιας επιστημονικής πρότασης, η οποία ισχύει έως ώσπου κάποια νέα δεδομένα τη διαψεύσουν. Χαρακτηρίζεται από σαφείς ερευνητικές υποθέσεις, μελετά σχετικά περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων, αλλά τα αποτελέσματά της έχουν χαρακτήρα γενίκευσης. Περιγράφεται σαν μια εξελικτική έρευνα, της οποίας η δομή

[405]Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, οπ.π., σ. 321 - 334. Επίσης, για τεχνικές ανάλυσης που προϋποθέτουν χρήση Η/Υ, βλ. Dey, I., *Qualitative Data Analysis, A Friendly Guide for Social Scientists*, Routledge, London, 1993.

περιέχει συγκεκριμένα στάδια: διαμόρφωση ενός πρόχειρου ορισμού της μελετώμενης συμπεριφοράς και διαμόρφωση μιας υποθετικής εξήγησης αυτής της συμπεριφοράς. Μελέτη μιας περίπτωσης –με βάση την δημιουργημένη υπόθεση- και έλεγχος της καταλληλότητάς της. Αν κριθεί ακατάλληλη, αναδιαμορφώνεται είτε ο ορισμός, είτε η ερευνητική υπόθεση. Μετά από την εξέταση ενός αριθμού περιπτώσεων, μπορεί να πιστοποιηθεί ένας (έστω και μικρός) βαθμός βεβαιότητας. Η ύπαρξη όμως έστω και μιας αρνητικής περίπτωσης, μιας εξαίρεσης, δεν επιτρέπει τη γενίκευση. Αυτές οι περιπτώσεις θα ελεγχθούν κάτω από το πρίσμα αναδιαμόρφωσης του ορισμού της συμπεριφοράς είτε της ερευνητικής υπόθεσης. Στο τέλος ερευνάται μια περίπτωση έξω από τον εννοιολογικό χώρο (εν είδει «ομάδας ελέγχου») για να επιβεβαιωθεί ότι η ερευνητική υπόθεση δεν εφαρμόζεται σε αυτή.[406] Η μέθοδος της αναλυτικής επαγωγής είναι μια αρκετά δύσκολη και απαιτητική διαδικασία, εφόσον και μια μόνο περίπτωση του υπό διερεύνηση φαινομένου που δεν ταιριάζει με την υπόθεση είναι αρκετή για την εκ νέου τροποποίησή της.

Σύμφωνα με την μεθοδολογία της *θεμελιωμένης θεωρίας* (grounded theory), την οποία ακολουθήσαμε και στην παρούσα μελέτη, η θεωρία δεν επιβάλλεται a priori στα γεγονότα, αντίθετα *αναδύεται* μέσα από τα δεδομένα. Η μέθοδος επικεντρώνεται στο «χτίσιμο» της θεωρίας. Καθώς η συλλογή των στοιχείων συνεχίζεται, οι κατηγορίες εξετάζονται εκ νέου, μέχρι να βρεθεί το *σημείο κορεσμού*, δηλαδή το σημείο της μη αναγκαιότητας χρησιμοποίησης άλλων στοιχείων, αφού τα υπάρχοντα καλύπτουν με επάρκεια τις ήδη δημιουργημένες κατηγορίες. Στην συνέχεια, η ανάλυση στοχεύει σε υψηλότερο επίπεδο αφαίρεσης, καθώς επιχειρεί μια γενικότερη εννοιολογική διατύπωση της κάθε κατηγορίας, η οποία αποτελεί το πλαίσιο για την περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων, αλλά και τη βάση για την ανάπτυξη των εννοιολογικών διασυνδέσεων. Βασική παραδοχή της μεθόδου είναι ότι υπάρχουν διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται, αλλά και ερμηνεύουν καταστάσεις και γεγονότα, με άμεσο ζητούμενο την ενσωμάτωση στις εννοιολογικές κατηγορίες του ερευνητή αυτών των πολλαπλών ερμηνευτικών σχημάτων. Δηλαδή, η θεωρία θεμελιώνεται στις νοηματικές τυποποιήσεις των ερευνώμενων σε

[406] Ζαραφωνίτου, Χ., *Εμπειρική Εγκληματολογία*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1995, σ. 23-24.

συνάρτηση με τις διαδικασίες δράσης/διαντίδρασης και τις επιπτώσεις τους σε συγκεκριμένες συνθήκες.[407]

[407] Για μια εκτενή αναφορά στην θεμελιωμένη θεωρία, βλ. Glaser, B., G., Strauss, A., *The Discovery of Grounded Theory for Qualitative Research*, οπ.π. Επίσης, βλ. Denzin, N., K., *Handbook of Qualitative Research*, επιμ. Y. S. Lincoln, Sage, London, 1994.

6.6. Πεδία εφαρμογής της ποιοτικής έρευνας: ο «άλλος» και το περιβάλλον του

Το βασικό στοιχείο κατά την επιλογή του πεδίου της έρευνας ίσως είναι το ότι αυτή η επιλογή έχει ένα μονοδιάστατο χαρακτήρα. Ο ερευνητής επιλέγει ένα πεδίο, λαμβάνοντας μια απόφαση, στην οποία η συμμετοχή και η γνώμη των ατόμων ή της ομάδας έχει προ-αποκλειστεί. Το γεγονός αυτό φέρνει τα υποκείμενα της (δυνητικής) έρευνας σε μια παράδοξα διττή θέση. Υπό το πρίσμα των σχέσεων εξουσίας, τα υποκείμενα καλούνται να δεχθούν να «μπουν» σε μια σχέση και μια διαντίδραση, η οποία και δεν θα τους «προσφέρει τίποτα», και θα τους ζητηθεί να «αποκαλυφθούν» σε κάποιον «ξένο». Και όχι απλά σε κάποιο διαφορετικό από αυτούς, αλλά το πιθανότερο σε κάποιο διαφορετικά «ανώτερο» από αυτούς. Άλλωστε, παραδοσιακά, οι «προτιμήσεις» των ερευνητών αφορούν άτομα και ομάδες οι οποίες –έστω και στερεοτυπικά- βρίσκονται μέσα, ή τουλάχιστον κοντά, στο luben χώρο της κοινωνικής πυραμίδας. Αυτόματα, δηλαδή, δημιουργείται μια ασυμφωνία στην αναπαράσταση του «ποσοστού εξουσίας» που τα δύο μέλη της διαντίδρασης κατέχουν, με τον ερευνητή να είναι ο κάτοχος - εκπρόσωπος της γνώσης, καθώς και ο «ξενιστής» της κοινωνικά αποδεκτής κουλτούρας και ιδεολογίας, ουσιαστικά της εξουσίας. Ο ένοικος του «κοινωνικού ρετιρέ». Από την άλλη, τα υποκείμενα της έρευνας λειτουργούν από μια ιδιόμορφη «θέση ισχύος». Έχουν στην κατοχή τους όλη εκείνη την «πραμάτεια» την οποία διακαώς επιθυμεί να γνωρίσει ο ερευνητής. Επίσης, δεν έχουν κανένα λόγο να τη μοιραστούν. Αλλά, ακόμα και στην περίπτωση που δεχθούν να αφηγηθούν, να μοιραστούν, τίποτα δεν εξασφαλίζει στον ερευνητή ότι η προτεινόμενη εκδοχή με την οποία έρχεται αντιμέτωπος όντως ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, έτσι όπως τη βιώνουν οι «αφηγητές». Αναμενόμενο. Μια «ωραιοποιημένη» (ή έστω «διαφοροποιημένη») ιστορία ίσως είναι το πρώτο που θα αντιμετωπίσει ένας ερευνητής, για πολλούς λόγους. Είτε λόγω προσμονής για κάποιο δευτερογενές όφελος από τον ερευνητή-εκπρόσωπο της εξουσίας, είτε λόγω ευχαρίστησης από το ενδιαφέρον του, είτε λόγω αδιαφορίας, είτε και λόγω μιας περιπαιχτικής διάθεσης, τα υποκείμενα της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτό το «ποσό ισχύος» που τους παρουσιάστηκε «δίνοντας» στον ερευνητή μια αρκετά διαφορετική αναπαράσταση της «πραγματικότητάς» τους.[408] Πόσο μάλλον όταν αναφερόμαστε σε ένα πληθυσμό του οποίου η «πραγματικότητα», ερμηνευμένη πολλές

[408]Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 168-172.

φορές ως παραληρητική, εκ προοιμίου ενέχει την χροιά της απόστασης από την «πραγματική πραγματικότητα»…

«*Είμαι 63 ετών* […] *έχω γεννηθεί εδώ στην Αθήνα* […] *τώρα, τα τελευταία χρόνια μένω στο Καλαμάκι. Ήμουν μοναχοπαίδι, οι γονείς μου δεν έκαναν άλλα παιδιά. Τώρα πια και οι δύο έχουν πεθάνει, μένω μόνη μου πια* […]. *Είχα παντρευτεί, αλλά δεν έκανα παιδιά. Τώρα και ο σύζυγός μου έχει πεθάνει. Σκοτώθηκε*…(κάπου εδώ τα όρια μεταξύ «πραγματικότητας» και «πραγματικότητας» ίσως αρχίζουν να συγχέονται…) *Ήτανε Ισπανός στη καταγωγή, και πάνω στην ταυρομαχία, πάνω στην αρένα, σκοτώθηκε. Μεγάλος ταυρομάχος της Ισπανίας, ο Paco Kontin με τα' όνομα. Αν πάτε στην Ισπανία και πείτε "υπήρχε ένας ταυρομάχος με αυτό το όνομα;"* […] *σκοτώθηκε το '74* […]. *Δεν ξανάφτιαξα τη ζωή μου. Γιατί είχαμε ενώσει και τις φλέβες μας. Ωραία χρόνια. Ζούσαμε πέντε μήνες εδώ, και τους υπόλοιπους στην Ισπανία, πέρναμε και τους γονείς μας μαζί να μην είναι μόνοι τους* […]. *Έχω νοσηλευτεί άλλες δύο φορές. Και τις δύο στο ΨΝΑ. Από ψευδείς καταγγελίες και από ψευδείς ένορκες καταθέσεις. Τις έκαναν οι γείτονες* (δείχνει), *οι γείτονες ντε* (αναφέρει τρία ονοματεπώνυμα). *Την πρώτη φορά με πήγανε, να δεις ποιος με πήγε; Τη δεύτερη ήρθε η αστυνομία, εγώ δεν έβγαινα έξω, ήξερα ότι αν ερχόντουσαν βράδυ δεν υπήρχε περίπτωση να μπούνε μέσα γιατί δεν επιτρέπεται από τον νόμο. Ήρθαν την προηγούμενη μέρα, ήταν νωρίς. Δεν ήταν ξημέρωμα, να είναι πρωί, να έρθουν να με πιάσουν. Μπαίνανε, χτυπάγανε την κυρία είσοδο, χτυπάγανε τις πίσω πόρτες, χτυπάγαν τα πατζούρια, φώναζαν οι αστυνομικοί, πολύ καλά εκπαιδευμένα άτομα, τι να σας πω, (ειρωνεύεται), η ευγένεια έτρεχε από τα μπατζάκια τους, σε σημείο που λέγανε "θα τα σπάσουμε όλα, και τα παράθυρα και τη μπαλκονόπορτα, αλλά την πουτάνα θα τη βγάλουμε έξω"…» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).*

(«*Καλησπέρα. Λέγεστε Ελ., έτσι;*») *Ναι. Έχω δύο ονόματα, της γιαγιάς της μαμάς μου, και του παππού μου, ο μπαμπάς του μπαμπά μου. Αλλά δεν τα χρησιμοποιώ, γιατί της μάνας μου της σπάσαν τα νερά, με βάλαν σε θερμοκοιτίδα, αλλά τώρα, έχω το βιβλιάριο*… («*Να ρωτήσω αν ασχολείστε με κάτι;*») *Έχω τελειώσει κομμωτική – αισθητική*. («*Δουλεύετε κάπου αυτόν τον καιρό;*») *Όχι αυτό τον καιρό. Έχω κάρτα ανεργίας ένα χρόνο, ήμουνα στο Δήμο Αθηνών. Ήμουν στο Βοήθεια στο Σπίτι. Εν τω μεταξύ αυτή… δεν το ανακάλυψα αμέσως, γιατί οικονομία έκανα, ήρθε η μάνα μου, επειδή είναι ανάπηρη είχα φύγει από το σπίτι, πού να πάω δεν ξέρω, πού να πήγαινα... Και μετά πήγα και έβγαλα και βιβλιάριο, <u>λογικό δεν είναι</u>; Δεν ήθελα να μου δώσουν τα χρήματα, αποζημίωση σ' ένα χρόνο, έτσι, ξέρανε ότι δεν δούλευα. Τελικά μου τα' δωσαν θέλανε δεν θέλανε. Κι ήταν ολόσωστα. Ότι δικαιούσαι το παίρνεις, έτσι δεν είναι; Λογικό. («Οπότε τον τελευταίο χρόνο είστε στο ταμείο ανεργίας. Και τι κάνετε, πώς*

περνάει η ημέρα;»). Εν τω μεταξύ, επειδή εγώ έχω κάποια αναπηρία, 67%. Το κεφάλι μου, πρέπει να' ναι από αυτό…» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Μένω στην Λαμία. Μόνο με τον πατέρα μου. Πριν 6 χρόνια είχα και τη μάνα. Είχαν στείλει και κάψαν τη μάνα μου με πετρέλαιο και βενζίνη. Πρωϊνή ώρα. Ο πατέρας μου πήγε ν' ανοίξει το καφενείο για να πιει καφέ. Είχε πάει στην ταβέρνα και σε μια στιγμή που' ταν πιωμένος μπούκαραν μέσα και τη λούσαν με πετρέλαιο, κι εγώ ξύπνησα οχτώ παρά τέταρτο και την βρήκα καμμένη… Αδέλφια έχω κι ένα εξώγαμο ο πατέρας μου. Κι εγώ έχω όχι μόνο εδώ, αλλά και σε Δαφνί και Δρομοκαϊτειο…*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Όπως έχει προαναφερθεί, σε αυτό το σημείο, η δυνατότητα του ερευνητή να καλλιεργήσει αυτή τη σχέση, να διαφοροποιήσει την αναπαράστασή του, θα του επιτρέψει την ουσιαστική επαφή. Και τα δύο κύρια συστατικά στοιχεία αυτής της προσπάθειας είναι ο *χρόνος* και η *υπομονή*. Αν προστεθεί και η αναγκαιότητα για προσωπική κατάθεση και ανάλωση, παρουσιάζεται καθαρά το γιατί πολλές φορές προτιμώνται οι «ασφαλείς» ποσοτικές αναλύσεις από δύσκολες ποιοτικές. Και η δυσκολία εδώ δεν έχει μεθοδολογικά «εργαλειακό» χαρακτήρα, αλλά αναφέρεται στην «απο-επιστημονικοποίηση» του επιστήμονα: στη δυνατότητά του να ανα-δύσει και να επενδύσει (να επι-εν-δύσει), όχι το θεωρητικό του «οπλοστάσιο» και την ασφάλεια που αυτό συνεπάγεται, αλλά –αντίθετα- τα συν-αισθητικά και συν-αισθηματικά αποθέματα, τα οποία εν τέλει είναι και αυτά που θα κρίνουν το μέλλον αυτής της σχέσης. Εν τέλει, η «χρήση» της ενσυναίσθησης, από την πλευρά του ερευνητή είναι αυτή που θα επιτρέψει, αφενός την αποφυγή της διύλισης στην «πραγματικότητα» του άλλου, την ταύτιση μαζί του, κάτι που ενέχει τον κίνδυνο της απώλειας και εγκατάλειψης του ερευνητικού σκοπού[409] και αφετέρου, την απώλεια της ερευνητικής ταυτότητας, με τα μεθοδολογικά προβλήματα που αυτό συνεπάγεται.

Στην περίπτωση που όλα τα προαναφερθέντα έχουν «εξελιχθεί» ομαλά, θα ήταν ιδιαίτερα ανεπαρκές αν ο ερευνητής θεωρούσε ότι η κατανόηση του «άλλου» έχει γίνει εφικτή μόνο μέσω της προσωπικής επαφής και σχέσης μαζί του. Κάτι τέτοιο θα «υποβάθμιζε» την διαδικασία σε ένα «τύπου συνέντευξης» μόρφωμα, αποστειρωμένο, απογυμνωμένο από τα υπόλοιπα δυναμικά στοιχεία που το απαρτίζουν. Όπως αρχικά αναφέρθηκε, η συμμετοχική παρατήρηση πρέπει να γίνεται στον ιδιαίτερο, προσωπικό χώρο των ερευνώμενων. Το πλαίσιο, το «βάθος» με όλα τα χαρακτηριστικά («υλικά» και συμβολικά) που συμμετέχουν

[409]Κυριαζή, Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, οπ.π., σ. 253.

στη δημιουργία του έχει μια καθοριστική σημασία, τόσο στην κατανόηση του «όλου», όσο και στη συνδιαλλαγή μαζί του. Ο χώρος, το «σκηνικό του έργου» ίσως είναι ο πρώτος (και πολλές φορές ο καλύτερος) «πληροφοριοδότης» του ερευνητή. Τόσο ο «μάκρο» χώρος, όσο και ο «μίκρο». Ο έλεγχος της «μάκρο» παραμέτρου μπορεί να είναι ενδεικτικός για τη σχέση της συγκεκριμένης πολιτισμικής ομάδας, τόσο μέσα στην ευρύτερη κοινωνική δομή στο συγκεκριμένο ιστορικά πλαίσιο, όσο και για την αναπαράσταση της ομάδας εξελικτικά. Τα «άσυλα», διαχρονικά, ανευρίσκονται αποκομμένα από το κυρίως «οικολογικό σύμπλεγμα»: είτε σε τοποθεσίες με δυσκολία στην πρόσβαση (άρα και στη διαφυγή), όπως νησιά, είτε στην «άκρη της πόλης».[410] Όπως και διαφορετικά μορφώματα, (ιδρύματα που «φιλοξενούν» μολυσματικές νόσους: σανατόρια, λεπροκομεία, αλλά και μοναστήρια ή νεκροταφεία[411]) λαμβάνουν μια «χωρική» θέση με έντονα συμβολικό περιεχόμενο, μια θέση της οποίας η «σημασία» είναι βασικό να ληφθεί υπόψη στην ανάλυση. Αλλά και σε «μίκρο» επίπεδο, η ανθρώπινη παρέμβαση και η διαμόρφωση του χώρου –τόσο η «ποσοτική», όσο και η «ποιοτική»- πέραν της χωρικής διάστασης, εμπεριέχει έντονα και το στοιχείο της χρονικής, «*…εμπεριέχει και ορισμένο χρόνο, είναι χρονικό αντικείμενο*».[412] Η κατοικία, σαν ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η ταυτότητα του υποκειμένου, αλλά και εκφράζεται σε μια διαλεκτική, αλλά και αμφίδρομη σχέση, σημασιοδοτεί μια μαρτυρία για την ιδεολογία, τις οικογενειακές σχέσεις, την οικονομική, πολιτιστική, εν τέλει την κοινωνική ταυτότητα του διαμένοντος. Αν κρατήσουμε το δυναμικό που αναπτύσσεται στην –και διαμέσου της- κατοικίας, ο οποιοσδήποτε τόπος διαμονής, ακόμα και αυτός που χρησιμοποιείται «ευκαιριακά» και με συγκεκριμένη χρονική διάρκεια, μπορεί να τροφοδοτήσει με στοιχεία: από το «δωμάτιο διακοπών» μέχρι τον θάλαμο του νοσοκομείου. Και η προσέγγιση των στοιχείων που συνθέτουν αυτόν το χώρο, προϋποθέτει την ερμηνεία εκτός των προκατασκευασμένων σχημάτων. Αν ένας βρώμικος και ακατάστατος «θάλαμος», στον οποίο παραμένει ένας ψυχωσικός ασθενής, ερμηνευτεί σαν χαρακτηριστικό ενός «βρώμικου» και «ακατάστατου»

---

[410] Ο Foucault εξετάζει διεξοδικά την σταδιακή «εξαφάνιση» μολυσματικών ασθενειών, όπως η λέπρα, στα τέλη του μεσαίωνα, και την σταδιακή διαφοροποίηση των ιδρυμάτων, των προορισμένων για αυτούς τους πληθυσμούς, τόσο σε συμβολικό, όσο και σε λειτουργικό επίπεδο. Επίσης, χρησιμοποιώντας παραδείγματα όπως τα «πλοία των τρελών», επισημαίνει την ανάγκη εξοβελισμού συγκεκριμένων πληθυσμών, ακόμα και σε ένα τόσο συμβολικά «ρευστό» και αδιαφοροποίητο χώρο όπως η θάλασσα. Στο: Foucault, M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, οπ.π., σ. 9 - 40.

[411] Ο Aries –μέσω της μελέτης των ταφικών τελετουργιών από τον «πρώιμο» μεσαίωνα- προσδιορίζει την μετάβαση από τον «εξημερωμένο» θάνατο στον «άγριο» θάνατο της νεοτερικότητας. Αναλύει πως οι ταφικές τελετουργίες, αλλά και η θέση των νεκροταφείων σχετίζονται άμεσα, τόσο με την αναπαράσταση του θανάτου στις επιμέρους ιστορικές και κοινωνικές μορφές, όσο και με την θέση του θανούντος στην εκάστοτε κοινωνική διαστρωμάτωση. Aries, P., *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου, οπ.π.*

[412] Μεγακλής, Μ., Γ., *Λαογραφικά Ζητήματα*, Χ. Μπούρας, Αθήνα, 1989.

ανθρώπου, τότε η ερμηνεία, αλλά και η προσέγγιση έχει χάσει το οποιοδήποτε κοινό σημείο αναφοράς. Με παραπλήσιο τρόπο πρέπει και να παρατηρούνται, αλλά και να προσεγγίζονται όλες εκείνες οι συμπεριφορές που απαρτιώνουν το εξατομικευμένο «μικρόκοσμο» του ατόμου ή της ομάδας που προσεγγίζεται. Ιδιαιτερότητες στην ενδυμασία, στη συμπεριφορά, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις καθημερινές πρακτικές, στη χρήση της γλώσσας, στη χρήση (αλλά και χρηστικότητα) των συμβολικών αντικειμένων, όχι μόνο πρέπει να ανιχνεύονται, αλλά πρώτα απ' όλα να γίνονται σεβαστές, στη διάσταση με την οποία σημασιοδοτούνται στο συγκεκριμένο πλαίσιο.[413]

[413]Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, οπ.π., σ. 184-196.

6.7. Γιατί ποιοτική έρευνα; Κάποιοι προβληματισμοί

Οι θεωρητικές θέσεις και οι ιδεολογικές τοποθετήσεις μπορεί να φαίνονται, σε μια πρώτη ανάγνωση, επαρκείς σαν κριτήριο επιλογής μιας συγκεκριμένης μεθόδου προσέγγισης, αλλά παράλληλα, εξίσου ουσιαστικό ρόλο παίζει η δυνατότητα του υποκειμένου/στόχου, του πεδίου προς «ανάγνωση» να ανταποκριθεί στην μέθοδο. Με άλλα λόγια πολλές φορές είναι (ή θα πρέπει να είναι) το υποκείμενο, εκείνο που θα προσδιορίσει την μεθοδολογία, το βέλτιστο τρόπο προσέγγισής του. Αναφορικά με το συγκεκριμένο πεδίο, αυτό της ψυχικής ασθένειας, για την κατανόηση της επιλογής, πρέπει να προηγηθούν κάποιες επισημάνσεις.

Η εξελικτική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας πέρασε από πολλά και κομβικά στάδια/σταθμούς. Με μια ιλιγγιώδη ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας και των νευροεπιστημών τα τελευταία χρόνια, η ψυχολογία και η ψυχιατρική (οι δύο βασικοί «δικαιούχοι» διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας) μέχρι και σήμερα επηρεάζονται από τα δύο μεγάλα –και κατά πολλούς αντικρουόμενα- ρεύματα, αυτά της ψυχανάλυσης και του συμπεριφορισμού. Και οι δύο αυτές μεγαθεωρίες αναπτύχθηκαν στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, τροφοδοτούμενες από διαφορετικές ιστορικές και πολιτισμικές παραμέτρους, παίζοντας η κάθε μία το δικό της ουσιαστικό ρόλο, όχι μόνο στη διαμόρφωση της σχέσης ψυχική ασθένεια-επιστήμη, αλλά και στην αναπαράσταση των ορίων και των δυνατοτήτων της σχέσης αυτής στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Ο S. Moscovici ελέγχει πολύ αναλυτικά τις «επιπτώσεις» της αναπαράστασης της ψυχανάλυσης στην Γαλλία το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, προσδιορίζοντας τον τρόπο εισχώρησης μιας –ντετερμινιστικής- πολλές φορές προσέγγισης, όχι μόνο σε πεδία όπως η θρησκεία και η πολιτική, αλλά και σε πιο δομικό επίπεδο, στη δημιουργία ταυτοτήτων σε επίπεδο σημείου.[414] Ο «Homo Psychanalyticus» εκτείνεται πέρα και έξω από μια στενή οριοθέτηση της σχέσης αρρώστου - θεραπευτή, προσδιορίζοντας και προτείνοντας μεθόδους και τρόπους δημιουργίας κοινωνικών ταυτοτήτων. Με ένα –φαινομενικά διαμετρικά αντίθετο- αλλά δομικά παραπλήσιο τρόπο, έχει δράσει η θετικιστική προσέγγιση, έτσι όπως αναπτύχθηκε, κυρίως στις Αγγλοσαξονικές κουλτούρες από το πρώτο μισό του προηγούμενου αιώνα. Από όλα τα παραδειγματικά παράγωγα του συγκεκριμένου

[414]Για μια πλήρη παρουσίαση, βλ. Moscovici, S., *Η Ψυχανάλυση, η Εικόνα της και το Κοινό της*, επιμ. Α. Μαντόγλου, μτφ. Μ. Κολώνιας, Οδυσσέας, Αθήνα, 1999.

«κορμού» προσεγγίσεων, ίσως είναι ενδιαφέρον να σταθούμε στα ψυχομετρικά tests.[415] Παράγωγα μιας προσπάθειας για μαζοποιημένο έλεγχο, διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, εμφανίστηκαν στα τέλη του 19ου και αναπτύχθηκαν ραγδαία μετά το Β. Παγκόσμιο, ενώ μετά την ανάπτυξη της πληροφορικής και των στατιστικών μεθόδων επεξεργασίας δεδομένων έχουν πάρει θέση ακρογωνιαίου λίθου, όχι μόνο στην κοινωνική οργάνωση και συνδιαλλαγή, αλλά και στην αναγνώριση προσωπικών πυρηνικών ταυτοτήτων.[416] Επιπλέον, ίσως αποτελούν το ισχυρότερο παράδειγμα χρησιμοποίησης της επιστημονικής παραγωγής από τους μηχανισμούς εξουσίας, τόσο σε ρητό όσο και σε συμβολικό επίπεδο. Η έννοια του I.Q., του *Δείκτη Νοημοσύνης*, είναι το πιο καθολικά διαδεδομένο στοιχείο «φυσικοποίησης» της επιστημονικής παραγωγής, και ένταξής της στη δόμηση του ατομικού μέσα στο –Δυτικό κυρίως- κοινωνικό συμβολικό, και τη συνακόλουθη αλλαγή της ταξικής διαστρωμάτωσης.[417] Ήδη από το 1883, ο F. Galton (για πολλούς ο «πατέρας» των ψυχομετρικών tests) διατυπώνει την έννοια της *ευγονικής* (eugenics), θέτοντας σαν στόχο τη φυσική βελτίωση με μέσο την αντικατάσταση της φυσικής επιλογής με την τεχνητή.[418] Με εκκίνηση αυτό το χαρακτηριστικό παράδειγμα παρείσφρησης του «Ψ» σε πολλαπλά εξωεπιστημονικά πεδία και του τρόπου με τον οποίο δυνητικά επηρεάζει βασικές παραμέτρους του κοινωνικού γίγνεσθαι, η αλματώδης ποσοτικοποίηση των διαδικασιών που άπτονται στον «Ψ» χώρο ουσιαστικά καταδεικνύει τόσο το μέλλον, όσο και τις προοπτικές που αναπτύσσονται. Τα τελευταία νέο-θετικιστικά μοντέλα, μέσω αλγοριθμικών διαδικασιών, προσπαθούν να προβλέψουν δείκτες (όπως ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών επικινδυνότητας) ακόμα και σε επίπεδο ατόμου, ενώ η αναγωγή συμπεριφορών, αλλά και ο προσδιορισμός της ψυχοπαθολογίας προσδιορίζονται όλο και περισσότερο σε οργανική, βιολογική βάση. Αυτή η οργανιστική προσέγγιση –με δεδομένη την παράλληλη ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας-[419]

---

[415] Για μια σύντομη παρουσίαση της ιστορίας των ψυχομετρικών test, των τύπων (νοημοσύνης, προσωπικότητας) και των πεδίων που εφαρμόζονται, βλ. Mellon, R., *Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.

[416] Η στατιστική κατέχει πια ένα καίριο ρόλο στο θεωρητικό «οπλοστάσιο» του επιστήμονα, και όχι μόνο. Ο Wells αναφέρει χαρακτηριστικά ότι η στατιστική λογική μια μέρα θα είναι τόσο σημαντική στην ζωή του πολίτη όσο η ικανότητά του να διαβάζει και να γράφει. Στο: Pagano, M., Gauvreau, K., *Αρχές Βιοστατιστικής*, επιμ., μτφ. Ο. Δαφνή, Έλλην, Αθήνα, 2002, σ. 3.

[417] Απόψεις για την έννοια της νοημοσύνης, των tests νοημοσύνης, αλλά και λεπτομερή ανάλυση δεδομένων που συνέβαλαν στην υποστήριξη της άποψης περί κληρονομικότητας της ευφυΐας, στο: Kamin, L., J., *The Science and Politics of I.Q.*, J. Willey and Sons, Patomic, Maryland, 1974.

[418] Ο Galton διατυπώνει αναλυτικά τις –σήμερα πιο επίκαιρες από ποτέ- θέσεις του περί ευγονικής στο: Galton, F., *Inquires into Human Faculty and its Development*, Macmillan, London, 1883.

[419] Η Ψυχοφαρμακολογία άρχισε να αναπτύσσεται μετά την δεκαετία του 1950, όταν και άρχισαν να χρησιμοποιούνται συστηματικά τα πρώτα ψυχοτρόπα φάρμακα. Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει μια «έκρηξη» παραγωγής φαρμάκων (με μια αντίστοιχη ανάπτυξη του συγκεκριμένου πεδίου έρευνας) ενώ τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο συμπεριφορών χωρίς άμεση

προσφέρει, τόσο τα μέσα, όσο και τη δικαιολογία για τη θεώρηση της ψυχικής ασθένειας υπό το πρίσμα αιτίου-αιτιατού. Έτσι, δημιουργείται μια «ασφαλής» θεωρητική βάση για κατοχύρωση, αλλά και πιστοποίηση των συγκεκριμένων προσεγγίσεων. Η δημιουργία μιας «αντικειμενικής» αλήθειας.

Τα παραπάνω δεν σημαίνουν, βέβαια, ότι υπήρξε μια «δυϊστική» προσέγγιση και ένας «ανταγωνισμός» δύο κυρίαρχων μοντέλων στο συγκεκριμένο πεδίο. Κάθε άλλο μάλιστα. Τα θεωρητικά μοντέλα και οι αντίστοιχες προσεγγίσεις που προτάθηκαν και εξακολουθούν να προτείνονται καλύπτουν σχεδόν όλο το φάσμα των πιθανών θεωρήσεων. Η άποψη των Gestalt θεωρητικών και της *ψυχολογίας της μορφής* δίνουν το κίνητρο για τη συνολική θεώρηση του πεδίου σαν αναπόσπαστο τμήμα του ατομικού από το συλλογικό. Βασική θέση εκκίνησης είναι το ότι το πλαίσιο, το *βάθος* είναι αυτό που σχηματοποιεί τη μορφή. Είμαστε αυτό που αντιδιαστέλλεται στα όριά μας, και κατά συνέπεια η προσπάθεια διαχωρισμού του ατομικού από το περιβάλλον, από το πλαίσιο είναι άτοπη. Με βάση τέτοιες θέσεις, έχει αναπτυχθεί μια μεγάλη ποικιλία συστημικών θεωριών, οι οποίες – πέραν των διαφορετικών, μεταξύ τους, θέσεων και πρακτικών- καταδεικνύουν την ανάγκη της μελέτης του ατόμου και της κοινωνίας υπό όρους συστήματος. Ένα σύστημα, του οποίου η διάσπαση και ο επιμέρους έλεγχος των στοιχείων του δεν μπορεί παρά να αποβεί ανεπαρκής και ελλειμματικός.

Για άλλη μια φορά επανέρχεται στο προσκήνιο η έννοια της πολυπλοκότητας. Πολυπλοκότητα, τόσο αναφορικά με την εξατομικευμένη, ατομική συμπεριφορά, όσο και με τη σχέση και διαντίδραση του υποκειμενικού με το κοινωνικό. Σε σημείο –όχι απλά δυσκολίας αποσαφήνισης των ορίων τους- αλλά συνειδητοποίησης της αναγκαιότητας ελέγχου αυτής της σχέσης έτσι όπως αυτή παρουσιάζεται και παράγει. Και επανερχόμενοι στην αιτιολόγηση της επίκλησης της αναγκαιότητας για μια «ποιοτική» ματιά, θα ξεκινήσουμε από αυτό ακριβώς το σημείο. Την ποιοτική προσέγγιση σαν ίσως το πιο κατάλληλο εργαλείο κατανόησης αυτής της έννοιας της *πολυπλοκότητας,* όπως αυτή παράγεται, αλλά και παράγει μέσα από την αμφίδρομη και διαλεκτική σχέση ατόμου-κοινωνίας. «*Η προσωπική ζωή είναι συνυφασμένη με τη συλλογική, εκείνη της ομάδας, και αποτελεί παράγωγό της μέσα από σχέσεις στοργής, αδιαφορίας, μίσους που εγκαθίστανται*

σχέση με την καθαυτή δράση τους. Πρόκειται για τις off label θεραπείες. Για μια συνοπτική αλλά περιεκτική παρουσίαση των ουσιών και των πεδίων χορήγησης, βλ. Hales, R., E., *Concise Guide to Psychopharmacology*, οπ.π.

στη συνείδηση και την ορίζουν. («Το εγώ είναι πάντα κάποιος άλλος», έλεγε ο Ρεμπώ)».[420] Αυτό το πολύ προσωπικό υποκειμενικό νόημα του ψυχικά ασθενή, αλλά και η ιδιαίτερη θέση της αναπαράστασής του μέσα στην «κοινωνική οικονομία», με άλλα λόγια, αυτό το «χάσμα» μεταξύ αυτών των δύο πραγματικοτήτων είναι ο λόγος που σημασιοδοτεί την ανάγκη χρησιμοποίησης «ποιοτικών» κριτηρίων. Γιατί, όσο «στιβαρά» δομημένη και να είναι μια ποσοτική προσέγγιση, δεν παύει να είναι η έκφανση μιας –αληθούς ή όχι- διαφορετικής πραγματικότητας.

Δεύτερον, η ποσοτική έρευνα φαίνεται ότι έχει «υπερπαράγει». Μέσα από τις διαδικασίες και τους τρόπους που προαναφέρθηκαν, έχει διυλιστεί, μετρηθεί, αξιολογηθεί, όχι μόνο το συγκεκριμένο πεδίο, αλλά κάθε παράμετρος, τόσο αναφορικά με το ατομικό, όσο και το κοινωνικό. Μέσα από στατιστικούς δείκτες, έχουν ποσοτικοποιηθεί (ή προσπαθούν να ποσοτικοποιηθούν) όλες οι εκφάνσεις/δομές του κοινωνικού. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να βρει κάποιος ένα πεδίο στο οποίο να μην έχει γίνει μια προσπάθεια μέτρησης των συνιστωσών του. Δηλαδή, η βιωματική αναφορά, η νοηματοδότηση, η ερμηνεία, η συμπεριφορά είναι διαπερατά από τη μέτρηση. Η νοηματοδότηση του Εγώ προσδιορίζεται δομικά από ένα πλέγμα ποσοτικών Λόγων, η ερμηνεία του κοινωνικού διαπερνιέται από την ποσοτική παραγωγή του αριθμητικού. Από την υπέρ-παραγωγή στην υπέρ-κατανάλωση. Από την στιγμή που η ποσότητα, ο αριθμητικός δείκτης έχει γίνει δομική συνιστώσα για την κατασκευή, τόσο του φαντασιακού υποκειμένου, της ζωής και της ιστορίας του, όσο και της πραγματικότητας που το περιβάλλει, η αδιάκοπη παραγωγή «αριθμητικών δεδομένων» μεταφράζεται σε απαιτούμενο στοιχείο για την διασφάλιση της συνεκτικότητας της ατομικής/συλλογικής ταυτότητας. Ο Foucault προσδιορίζει χαρακτηριστικά την «ποσοτικοποίηση» του ανθρώπινου σώματος, σαν ένα νέο είδος εξουσίας επάνω στα ανθρώπινα σώματα: οι τεχνικές μέτρησης και καταγραφής μετατρέπουν το άτομο σε «περίπτωση», εξατομικευμένο αντικείμενο γνώσης, το οποίο «*…μπορεί κανείς να το περιγράψει, να το ζυγίσει, να το μετρήσει, να το συγκρίνει με άλλα άτομα.* […] *Το άτομο δεν αποτελεί πια ένα μνημείο για μελλοντική χρήση, αλλά ένα ντοκουμέντο για ενδεχόμενη χρησιμοποίηση*».[421]

Τρίτον, οι ποσοτικές μέθοδοι αποδεικνύουν την αδυναμία της αυτάρκειάς τους, σε ομάδες και καταστάσεις οι οποίες είναι δύσκολα προσεγγίσιμες, όχι τόσο σε «εργαλειακό»

[420] Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας,* οπ.π., σ. 83.
[421] Foucault M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής,* οπ.π., σ. 211.

επίπεδο, όσο σε συμβολικό. Η ψυχική ασθένεια, με τον ιστορικό ρόλο που έχει διαδραματίσει, αλλά κυρίως με τις αναπαραστάσεις που εκλύει, σημασιοδοτεί δύο βασικές –κατά την προσωπική άποψη- παραμέτρους. Αφενός, μια έντονη συναισθηματική φόρτιση και μια διάσταση ανάμεσα στο λεχθέν και το άρρητο, τόσο αναφορικά με τον «ασθενή», αλλά κυρίως με το υποκείμενο που στέκεται απέναντι. Και ο ρόλος μιας ποιοτικού τύπου προσέγγισης ίσως έγκειται, όχι τόσο να καταδείξει και να πιστοποιήσει την εγκυρότητα της άποψης, αλλά να προσδιορίσει την «χρηστικότητα» μιας τέτοιας «διάστασης απόψεων» για την παραγωγή του τελικού «προϊόντος» και τη λειτουργία της μέσα στο πλαίσιο των εγκαθιδρυμένων συμβολισμών. Αφετέρου, η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα αποτελεί, διαχρονικά, ένα προνομιακό πεδίο άσκησης εξουσίας, κυρίως σε συμβολικό επίπεδο. Και οι θετικιστικές προσεγγίσεις, πέραν της «αντικειμενοποίησης» και της οριοθέτησης του πεδίου, ουδετεροποιούν αυτή τη συγκεκριμένη -ιδεολογικά φορτισμένη- διάσταση, προτείνοντας μοντέλα διαχείρισης, τα οποία λίγο έχουν να κάνουν με μια συνολική ανά-διαρρύθμιση της φιλοσοφίας απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Η Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση αποτελεί απτό παράδειγμα. Τα αποτελέσματα αξιολόγησης των ίδιων των μοντέλων που χρησιμοποιήθηκαν υποδεικνύουν και την διαφαινόμενη αποτυχία του εγχειρήματος. Το ερώτημα, δηλαδή, που επανέρχεται επανειλημμένως στο προσκήνιο, είναι το κατά πόσο η ποσοτική μεθοδολογία είναι αποτελεσματική όσο διατείνεται πως είναι, ειδικά αν ληφθούν υπόψη οι ιστορικές κοινωνικό-πολιτισμικές και πολιτικές συνθήκες, μέσα στις οποίες εκφράζεται.

Σαν άμεσο συμπέρασμα του παραπάνω προβληματισμού απορρέει το ότι οι ερμηνευτικές προσεγγίσεις, με όλη την ιστορία, τις καταβολές και την ιδεολογία που τις διαπερνά και τις συνοδεύει –πέραν των δυσκολιών στην εφαρμογή τους- εκτός από ενδεδειγμένο «εργαλείο» για πεδία στα οποία άλλες προσεγγίσεις φαίνονται –αν όχι αναποτελεσματικές- τουλάχιστον ανεπαρκείς, μπορούν να λειτουργήσουν διαφορετικά. Τόσο σαν μηχανισμοί εναλλακτικής προσέγγισης αυτής της «διαφορετικότητας», όσο και σαν μηχανισμοί κατάδειξης και αντίστασης στην κυριαρχία μοντέλων που διαχέουν την επιρροή τους σε πεδία διαφορετικά από αυτά που διατείνονται ότι ελέγχουν. Η υποκειμενική κατανόηση και ερμηνεία σαν πολιτική πράξη. Άλλωστε, «…*αυτό που μετράει σε μια δημοκρατία είναι η εμπειρία των πολιτών, δηλαδή η υποκειμενικότητά τους*…».[422]

[422] Feyerabend, P., *Αποχαιρετισμός στον Λόγο*, μτφ. Π. Μπουρλάκις, επιμ. Σ. Βιρβιδάκης, Εκκρεμές, Αθήνα, 2002, σ. 399.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασίου, Α., «Επιτελέσεις της Τρωτότητας και του Κοινωνικού Τραύματος», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην Ανθρωπολογία της Υγείας*, επιμ., εισ., Α. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2011.

Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική Ψυχιατρική*, Παρισιάνος, Αθήνα, 1998.

Αλεξιάς, Γ., *Λόγοι Περί Ζωής και Θανάτου: Η Ιατρική Πράξη ως Μορφή Κοινωνικής Αλληλόδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000.

Αμπατζόγλου, Γ., «Το Νομικό Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Πράξης στην Ελλάδα. Ιστορική Αναδρομή, Προβλήματα, Αντιφάσεις», *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, Παπαζήσης, Αθήνα, χ.χ.

Αντωνοπούλου, Μ., *Κοινωνική Τάξη και Υλισμός. Σπουδή στην Κοινωνιολογία της Γνώσης*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2000.

Αρμενόπουλος, Κ., *Πρόχειρον Νόμων ή Εξάβιβλος*, Δωδώνη, Αθήνα, 1971.

Ασημόπουλος, Χ., *Η Καθημερινή Ζωή στο Ψυχιατρείο: Μορφές Ιδρυματισμού και Ιδρυματικής Κακοποίησης*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2009.

Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, Ν. 3094/2003 “Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις”, Άρθρο 3 § 5, 2007.

Ackerknecht, E., *Ιστορία της ιατρικής*, μτφ. Β. Πασχάλης, Μαραθιάς, Αθήνα, 1998.

Adam, P., Herzich, C., *Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής*, μτφ. Κ. Βασιλικού, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.

Adler, P. A., Adler, P., «Stability and Flexibility: Maintaining Relations Within Organized and Unorganized Groups», *Experiencing Fieldwork*, επιμ. W. Shaffir, R. Stebbins, New-bury Park, Sage, 1991.

Agnew, R., «A general strain theory approach to violence», στο: M. Zahn, H. Brownstein, και S. Jackson (επιμ.), *Violence: From theory to research*, Anderson Publishing, Dayton, Ohio, 2004.

Agnew, R., «Foundation for a general strain theory of crime and delinquency», *Criminology*, τεύχος 30, 1992.

Akers, R., *Social learning theory*, στο: R. Paternoster και R. Bachman (επίμ), *Explaining Crime and Criminals*, Roxbury Publishing Company, Los Angeles, 2001.

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., «The Future of Psychiatric Rehabilitation», *International Journal of Mental Health*, τεύχος 28, 1999.

Arendt, H., *The Life of the Mind*, HarBrace, 1981.

Aries, P., *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου*, τομ. Ι, ΙΙ, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα, 1997.

Barry, C., and al., «Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor – patient communication in general practice», *Social Science and Medicine*, τόμος 53, τεύχος 4, 2001.

Barton, R., *Institutional Neurosis*, Wright, Bristol, 1959.

Basaglia, F., *Εναλλακτική ψυχιατρική: ενάντια στην απαισιοδοξία της λογικής για την αισιοδοξία της πράξης*, μτφ., επιμ. Γ. Αστρινάκης, Καστανιώτης, Αθήνα, 2008.

Basaglia, F., «Η ουτοπία της πραγματικότητας», μτφ. Θ. Μεγαλοοικονόμου, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 84, 2003.

Basaglia, F., *Οι Θεσμοί της Βίας και άλλα Κείμενα*, Βιβλιοτεχνία, Αθήνα, 2008.

Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, μτφ. Γ. Καράμπελας, Πολύτροπον, Αθήνα, 2007.

Berger, P. L., Luckmann, T., *The Social Construction of Reality: a Treatise in the Sociology of Knowlwdge*, Penguin Books, Λονδίνο, 1967.

Bhaskar, R., *A Realist Theory of Science*, Hassocks, New Jersey, 1989.

Blanchot, M., *The Gaze of Orpheu*, Station Hill, 1981.

Brown, P., «Naming and Framing: the social construction of diagnosis and illness», *Journal of Health and Behaviour*, επιπλέον τεύχος, 1995.

Bulmer, M., *The Chicago School of Sociology*, The University of Chicago Press, Chicago, 1986.

Butler, J., *Ευάλωτη ζωή: οι δυνάμεις του πένθους και της βίας*, μτφ. Μ. Λαλιώτης, Κ. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2009.

Γιαννόπουλος, Ε., Εκούσια Δικαιοδοσία, (1ος τόμος) επιμ. Ι. Χαμηλοθώρη, Θ. Κλουκίνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2001.

Γκίκας, Σ., *Νέο Φιλοσοφικό Λεξικό*, Σαββάλας, Αθήνα, 2002.

Cartwright, F., *A Social History of Medicine*, Longman, 1977.

Colp, R.,JR., «History of Psychiatry», στο: *Comprehensive Textbook of Psychiatry,* επιμ. H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Williams and Wilkins, Baltimore, 1989.

Comprehensive Textbook of Psychiatry, επιμ. H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Williams and Wilkins, Baltimore, 1989.

Cooper, D., *Ο Θάνατος της Οικογένειας*, μτφ. Χ. Τσαμαδού, Καστανιώτης, Αθήνα, 1976.

Cox, Joseph, Mason., *Practical observations on Insanity,* Λονδίνο, 1804.

Craib, I., *Σύγχρονη Κοινωνική Θεωρία: Από τον Πάρσονς στον Χάμπερμας*, μτφ. Μ. Τζιαντζή, Π. Λέκκας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

De Leonardis, O., «Η σχέση μεταξύ ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και ποινικής δικαιοσύνης», μτφ. Ε. Σιούτη, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 23, 1988.

Denzin, N., K., *Handbook of Qualitative Research*, επιμ. Y. S. Lincoln, Sage, London, 1994.

Denzin, N., K., Lincoln Y. S. *Introduction. Entering the Field of Qualitative Research*, επιμ. Denzin. N. K., Lincoln., Y. S., Sage, Thousand Oaks, 1994.

Denzin, N., K., *Symbolic Interactionism and Cultural Studies*, Basil Blackwell, Cambridge, UK, 1992.

Denzin, N., K., *The Research Act. A Theoretical to Sociological Methods*, Prentice Hall, ΗΠΑ, 1989.

Dey, I., *Qualitative Data Analysis, A Friendly Guide for Social Scientists*, Routledge, London, 1993.

Dohrenwend B., P., Dohernwend -Snell B., *Social Status and Psychological Disorder*, J. Wiley, New York, 1969.

Dollard, J., Miller, N..E., Dobb, L.W., Mowrer, O..H., Sears, R.H., *Frustration and Aggression*, Yale University Press, New Heaven, 1939.

Doyle, M., Dolan, M., «Psychopathy and Standarized Risk Assessment», *Psychiatry*, τόμος 3, τεύχος 11, 2004.

Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, μτφ. Μ. Μαρκάκης, Αναγνωστίδης, Αθήνα, 1985.

Esquirol, E., *Des maladies mentales considerees sous les rapports medical, hygienique et medicolegal*, (1838), Frenesie, Παρίσι, 1989.

Fals-Borda, O., Rahman, M., A., *Acton and Knowledge: Breaking the Monopoly With Participatory Action Research*, Intermediate Technology/Apex, New York, 1991.

Faris, R., E., «Ecological Factors in Human Behavior», στο: *Mental Disorders In Urban Areas: An Ecological Study Of Schizophrenia*, Chicago University Press, Chicago, 1944.

Felson, R., «A rational choice approach to violence», στο: M. Zahn, H. Brownstein, και S. Jackson (επιμ.), *Violence: From theory to research*, Anderson Publishing, 2004.

Felson, R., Steadman, H., «Situational factors in disputes leading to criminal violence», *Criminol*ogy, τεύχος 21, 1983.

Feyerabend, P., *Αποχαιρετισμός στον Λόγο*, μτφ. Π. Μπουρλάκις, επιμ. Σ. Βιρβιδάκης, Εκκρεμές, Αθήνα, 2002.

Feyerabend, P., *Γνώση για Ελεύθερους Ανθρώπους*, μτφ. Γ. Τζαβάρας., Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1986.

Feyerabend, P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, εισ. Γ. Γκουνταρούλης., μτφ. Γ. Καυκαλάς., Γ. Γκουνταρούλης., Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1983.

Fontana, A., Frey, J., H., *Interviewing: The Art of Science*, Denzin-Lincoln, 1994.

Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, «International Journal of Law and Psychiatry», τεύχος 1, 1978.

Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, μτφ. Κ. Χατζηδήμου, Ι. Ράπτη, Ράππα, Αθήνα, 1976.

Foucault, M., *Η Ιστορία της Τρέλας στην Κλασσική Εποχή*, μτφ. Φ Αμπατζοπούλου, Ηριδανός, Αθήνα, χ.χ.

Foucault, M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας: Η Δίψα της Γνώσης*, Τόμος 1., Ράππας, Αθήνα, 1982.

Freidson, E., *Profession of Medicine, a Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Harper and Row, New York, 1970.

Freud, S., *Neue Folge, der Vorlesungen zur einfuhrung in die psychoanalyse*, 1933.

Freud, S., *Ο πολιτισμός πηγή δυστυχίας*, μτφ. Γ. Βαμβαλής, Επίκουρος, Αθήνα, 1974.

Freud, S., *Περί πολέμου και θανάτου*, (1920), μτφ. Σ. Φερεντίνου, Γκοβόστης, Αθήνα, χ.χ.

Freud, S., *Το Εγώ και το Εκείνο*, μτφ. Κ. Λ. Μεραναίου, Γκοβόστης, Αθήνα, χ.χ.

Fromm, E., *Η ανατομία της ανθρώπινης καταστροφικότητας,* Μπουκουμάνης, Αθήνα, 1977.

Fromm, E., *Ο Άνθρωπος για τον Εαυτό του: Έρευνα στην Ψυχολογία της Ηθικής*, εισ., μτφ. Δ. Θεοδωρακάτου, Μπουκουμάνης, Αθήνα, 1974.

Ζαραφωνίτου, Χ., *Εμπειρική Εγκληματολογία*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1995.

Ζήση Α., *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Αρρώστων*, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002.

Zizek, S., *Λακάν*, μτφ. Δ. Καγιαλάρης, Κ. Παπαδάκης, επιμ. Δ. Βεργέτης, Α. Παρασκευουλάκου, Πατάκης, Αθήνα, 2009.

Gabe, J., Calnan, M., Bury, M., *The Sociology of the Health Service*, Routledge, London, 1991.

Galton, F., *Inquires into Human Faculty and its Development*, Macmillan, London, 1883.

Garland, D., «Frameworks of inquiry in the sociology of punishment», *British Journal of Sociology*, τόμος 41, τεύχος 1, 1990.

Garland, D., «On the concept of moral panic», *Crime Media Culture*, τεύχος 4, 2008.

Garland, D.. «The Rise of Risk», στο *Risk and morality*, επιμ. R. Ericson, A, Doyle, University of Toronto Incorporated, Torondo, 2003.

Geertz, C., *Η Ερμηνεία των Πολιτισμών*, μτφ. Θ. Παραδέλλης, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2003.

Gerhardt, U., «The Parsonian Paradigm and the Identity of Medical sociology», *Sociological Review*, τόμος. 27, τεύχος 2, 1979.

Giddens, A., «Jurgen Habermas», στο: *Μετά τον Εμπειρισμό*, επιμ. Q. Skinner, μτφ. Χ. Μαρσέλλος, Κ. Χατζής, Κάτοπτρο, Αθήνα, 2006.

Glaser, B., G., Strauss A., *The Discovery of Grounded Theory for Qualitative Research*, Aldine, Chicago, 1967.

Goffman, E., *Άσυλα*, μτφ. Ξ. Κομνηνός, Ευρύαλος, Αθήνα, 1994.

Goffman, E., *Η παραφροσύνη Κατ' Οίκον*, μτφ. Δ. Μακρυνιώτη, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2012.

Goffman, E., *Στίγμα: Σημειώσεις για τη Διαχείριση της Φθαρμένης Ταυτότητας*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2001.

Gold, R., «Roles in Sociological Field Observations», *Social Forces*, τεύχος 36, 1958.

Goldman, H. H., Gatozzi, A., A., Taube, C., A., «Defining and counting the chronically mentally ill», *Hospital and Community Psychiatry*, τεύχος 32, 1981.

Goldman, H., H., «The chronically mentally ill: Who are they? Where are they?» στο: M. MIrabi (επίμ), *The Conically Mentally Ill Research and Services*, Spectrum Publications, New York, 1984.

Grady, M., P., *Qualitative and Action Research, A Practitioner Handbook*, Phi Delta Kappa Educational Foundation, Bloomington, 1998.

Griesinger, W., *Mental Pathology and Therapeutics*, New Syndeham Society, Λονδίνο, 1867.

Habermas, J., *Communication and the Evolution of Society*, Βοστόνη, 1979.

Habermas, J., «The tasks of a critical theory of society», στο: *Critical Theory and Society: A Reader*, επιμ. S. E. Bronner, D. M. Kellner, Routledge, London, 1989.

Habermas, J., *Το Μέλλον της Ανθρώπινης Φύσης. Πίστη και Γνώση: Προς μια Φιλελεύθερη Ευγονική*, μτφ. Μ. Τοπάλη, Scripta, Αθήνα, 2004.

Hales, R., *Concise Guide to Psychopharmacology*, American Psychiatric Publishing, Washington, 2002.

Hardt, R., H., Feinhandler, S., J., «Social Class and Mental Hospital Prognosis», *American Sociological Review*, τεύχος 24, 1959.

Hayano, D., *Poker Faces*, University of California Press, Berkeley, 1982.

Hegel, G., *Encyclopedic des sciences methodiques*, τόμ. Γ, «Philosophic de l'esprit», Vera, Παρίσι, 1867.

Heron, J., *Validity in Co-Operative inquiry, Human Inquiry in Action*, επιμ. P. Reason, Sage, London, 1988.

Hiday, V., A., «The Social Context of Mental Illness and Violence», *Journal of Health and Social Behavior*, τεύχος 36, 1995.

Hiday, V., A., «Understanding the Connection between Mental Illness and Violence», *International Journal of Law and Psychiatry*, τόμος 20, τεύχος 4, 1997.

Hirschi, T., *Causes of delinquency*, University of California Press, Berkeley, 1969.

Humphreys, L., *Teamroom Trade*, Aldine, Chicago, 1970.

Ιπποκρατική Ιατρική, εισ., μτφ. Δ. Λυπουρλή, Θεσσαλονίκη, 1972.

Ιωσηφίδης, Θ., *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*, Κριτική, Αθήνα, 2008.

Jablensky, A., «Living in a Kraepelinian world. Kraepelin's impact on modern psychiatry», *History of Psychiatry* τόμος 18, τεύχος 3, 2007.

Jorgensen, D., L., *Participant Observation, A Methodology for Human Studies*, Sage, Newbury Park, 1989.

Καβουλάκος, Κ., *Γιούργκεν Χάμπερμας: Τα Θεμέλια του Λόγου και της Κριτικής Κοινωνικής Θεωρίας*, Πόλις, Αθήνα, 1996.

Καραμίτζιος, Α., *Η ακούσια νοσηλεία στο ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου*, μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2010.

Κοσμάτος, Κ.*, Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Ερευνητικές Διαπιστώσεις και Προοπτικές από την Εφαρμογή του Νόμου 2071/1992*, Εγκληματο-λογικά, Α. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή, 2002.

Κουμασίδης, Ι., «Μισέλ Φουκώ – Οι μη Κανονικοί», *Φιλοσοφείν*, 2012.

Κουράκης, Ν., *Ε., Εγκληματολογικοί Ορίζοντες*, τ. Β', 1991.

Κυριαζή, Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*: *κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2009.

Κυριακάκης, Β., Πανούσης, Γ., *Νομική και Εγκληματολογική Προσέγγιση της Επικινδυνότητας (συμβολή στην ερμηνεία του άρθρου 5 του Ν.Δ. 104/73)*, Γραφικές Τέχνες Β. Τζανογλός, Αθήνα, 1988.

Kallert, T., W., and al., «The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data», *World Psychiatry*, Οκτώβριος 2005.

Kamin, L., J., *The Science and Politics of I.Q.*, J. Willey and Sons, Patomic, Maryland, 1974.

Kaplan, H., I., Sadock, B., J., Grebb, J., A., *Ψυχιατρική*, Λίτσας, Αθήνα, 1996.

Kouchner, B., *Η δικτατορία των Γιατρών*, Εξάντας, Αθήνα, 2000.

Krieger, S., «Beyond subjectivity: The Use of the Self in Social Science», *Qualitative Sociology*, τεύχος 8, 1985.

Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1998.

Λειβαδίτης, Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1994.

Λέκκα, Β., *Ιστορία και Θεωρία της Ψυχιατρικής*, Futura, Αθήνα, 2012.

Λιακός Α., «Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική», στο: *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, Παπαζήσης, Αθήνα, 2003.

Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2001.

Lagrange, H., *La Civilite a I' epreuve. Crime et sentiment d' insecurite*, PUF, 1996.

Laing, R., D., *The politics of experience and the bird of paradise*, Penguin, London, 1990.

Laplanche, J., Pontalis, J., B., *Λεξιλόγιο της Ψυχιανάλυσης*, μτφ. Β. Καψαμπέλης, Α. Χαλκούση, Α. Σκουλίκα, Π. Αλούπης, Κέδρος, Αθήνα, 1986.

Lash, C., *Η Κουλτούρα του Ναρκισσισμού*, μτφ. Β. Τομανάς, Νησίδες, Σκόπελος, χ.χ.

Lemert, E., *Human Deviance, Social Problems and Social Control*, Prentice – Hall, New Jersey, 1972.

Lemert, E., *Social Pathology*, McGraw-Hill, New York, 1951.

Levi, P., *Το Καθήκον της Μνήμης*, μτφ. Χ. Σαρλικιώτη, Άγρα, Αθήνα, 1998.

Liberman, R., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, Academic Psychiatric Press, New York, 1988.

Lidz, C., Mulvey, E., Gardner, W., «The accuracy of predictions of violence to others», *Journal of the American Medical Association*, τεύχος 269,1993.

Link, B., Stueve, A., «Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls», στο: J. Monahan και H. Steadman (επιμ.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, University of Chicago Press, Chicago, 1994.

Lofland, J., Lofland, L., H., *Analyzing Social Settings, A Guide to Qualitative Observation and Analysis*, Wadsworth, Belmont, 1995.

Lyotard J., *Η Μεταμοντέρνα Κατάσταση*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, Γνώση, Αθήνα, 1993.

Μαδιανός, Μ., *Η μηλιά κάτω από το μήλο*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.

Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.

Μαδιανός, Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2003.

Μανιτάκης, Α., «Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: Δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία;», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 60, 1997.

Μάνος, Ν., *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997.

Μανωλεδάκης, Ι., *Ιδεολογικοπολιτικοί προσανατολισμοί του Ελληνικού Ποινικού Δικαίου κατά την ιστορική του εξέλιξη*. Τιμητικός τόμος εις μνήμη Ν. Χωραφά, Η. Γάφου, Κ. Γαρδίκα, Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, 1986.

Μανωλεδάκης, Ι., *Ποινικό Δίκαιο*, Επιτομή Γενικού μέρους, Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη, 1992.

Μεγακλής, Μ., Γ., *Λαογραφικά Ζητήματα*, Χ. Μπούρας, Αθήνα, 1989.

Μεγαλοοικονόμου, Θ., «Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ανάμεσα στην Καταπολέμηση του Αποκλεισμού και τον Κοινωνικό Έλεγχο», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 72.

Μισουρίδου, Ε., «Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η Ιστορία της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στην Ελλάδα», *Νοσηλευτική*, τόμος 47, τεύχος 3, 2008.

Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, μτφ. Ν. Αλεξανδρή, Ε. Μόλαρη, Α. Πίγκου, Α. Σπυράκου, Εξάντας, Αθήνα, 2004.

Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1997.

Μπαϊρακτάρης, Κ., *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Εναλλακτικές Εκδόσεις, Αθήνα, 1994.

Μπεράτη, Σ., «Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ», *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*, επιμ. Γ. Τσιάντης Καστανιώτης, Αθήνα, 2001.

Μποζίκας, Β., Βαρτζόπουλος, Δ.., Τούσινα, Α.., Καράβατος, Α.., Καπρίνης, Γ., «Ακούσια νοσηλεία Επικινδυνότητα ή/και ανάγκη νοσηλείας», *Εγκέφαλος*, τεύχος 36, 1999.

Magnan, V., «Camisole» στο *Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales*, Παρίσι, 1870.

Markantonis J., S., Rigas, V., D., *Qualitative Analysis in Human Sciences: New Perspectives in Methodology*, εισ. Β. Φίλιας, 1998.

Masse, G., *Fallen Soldiers*, Oxford University Press, 1990.

Mason, J., *Η Διεξαγωγή της Ποιοτικής Έρευνας*, επιμ. Ν. Κυριαζή, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2003.

Mead, G., *Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviourist*, The University of Chicago Press, Chicago, 1967.

Mellon, R., *Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.

Miles, M., B., Huberman A. M., *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*, Sage, Beverly Hills, 1984.

Miller, N., E., *The Frustration Aggression Hypothesis*, Institute of Human Relations, Yale University, 1941.

Monahan, J., «Actuarial support for the clinical assessment of violence risk», *International Review of Psychiatry*, τεύχος 9, 1997.

Monahan J., & Steadman, H. J. «Crime and mental disorder: An epidemiological approach», στο: M. Tonry, M. Morris (επιμ.), *Crime and Justice: An Annual Review ofResearch*, τόμος 4, University of Chicago Press, Chicago, 1983.

Monahan, J., «Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence», *American Psychologist*, τεύχος 47, 1992.

Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, P., Roth, L., Grisso, T., Banks, S., *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*, Oxford University Press, Oxford , 2001.

Monahan, J., «The scientific status of research on clinical and actuarial predictions of violence», στο: D. Faigman, D. Kaye, M. Saks, J. Sanders (επιμ.), *Modern scientific evidence: The law and science of expert testimony*, West Publishing, St. Paul, 2002.

Moscovici, S., *Η Ψυχανάλυση, η Εικόνα της και το Κοινό της*, επιμ. Α. Μαντόγλου, μτφ. Μ. Κολώνιας, Οδυσσέας, Αθήνα, 1999.

Muriel Laharie, *La Folie au Moyen Age, Xle-XIIe siecles*, Le Leopard d' Or, Παρίσι, 1991.

Νόμος ΨΝΒ, *Περί Συστάσεως Φρενοκομείων*, Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, αριθ. 28, Αθήνα, 19 Μαΐου 1862.

Navarro. V., *Class, Struggle, the State and Medicine*, Martin Robertson, 1978.

Navarro, V., «Social Class, Political Power and the State and their Implications in Medicine», *Social Science Medicine*, τεύχος 10, 1976.

Navarro, V., «Work, Ideology and Science: The Case of Medicine», *International Journal of Health Services*, τόμος 10, τεύχος 4, 1980.

Nettleton, S., *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, μτφ. Α. Βακάκη, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002.

Νικολόπουλος, Γ., «Επικρίσεις και αντιστάσεις γύρω από την έννοια της επικινδυνότητας: από το θετικιστικό παράδειγμα στις θεωρίες της διακινδύνευσης», στο: Τιμητικός Τόμος για την Αλίκη Γιωτοπούλου – Μαραγκοπούλου, τόμος Β., επιμ. Α. Μαγγανάς, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2005.

Νικολόπουλος Γ., *Κράτος, Ποινική Εξουσία και Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση*, Κριτική, Αθήνα, 2002.

Νόμος υπ' αριθ. 2716/1999, ΦΕΚ Α (96/17 – 5 – 99), *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.*

Ξενάκη, Α., Λ., *Αφετηρίες της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia*, Διδακτορική Διατριβή, Αλεξανδρούπολη, 2009.

Οικονόμου, Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας*, τόμος Α., Διόνικος, Αθήνα, 2005.

Oakley, A., *Interviewing Women: A Contradiction in Terms*, Doing Feminist Research, επιμ. H. Roberts, Routledge and Kegan Paul, London, 1981.

Παπαδοπούλου, Π., «Η κοινωνική Απεικόνιση της Επικινδυνότητας», στο: *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, επιμ. Μ. Λειβαδίτης, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, χ.χ.

Παρασκευόπουλος, Ν., Κοσμάτος, Κ., *Ο Αναγκαστικός Εγκλεισμός του Ψυχικά Ασθενή σε Ψυχιατρείο*, Βιβλιοθήκη «Υπεράσπισης», Α. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1997.

Πλουμπίδης, Δ., «Η ιστορία των Ασύλων στην Ελλάδα», στο: *Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου, Αρχές Αποκατάστασης,* 1993.

Πολίτης, Α., Τρίκκας, Γ., Πεχλιβανίδης, Α., Μουρτζούχου, Π., Χριστοδούλου, Γ.,Ν., «Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση», *Ψυχιατρική*, τεύχος 14, 2003.

Πόρισμα Ν. 3094/03 Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις, αρ. 4 και 6, Παπαρρηγοπούλου, Π., Φυτράκης , Ε., *Ακούσια Εξέταση και Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο*, 2004.

Ποταμιάνος, Γ., *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*, β. έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.

Πουλάκου – Ρεμπελάκου, Ε., Τσιάμης, Κ., Παντελεάκος, Γ., Πλουμπίδης, Δ., «Ο ψυχικά άρρωστος ως «θέαμα» στους αθηναϊκούς δρόμους: Ιστορικές και λογοτεχνικές μαρτυρίες από την πρωτεύουσα στα τέλη του 19ου και τις αρχές του 20ού αιώνα», *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, τόμος 26, τεύχος 4, 2009.

Pagano, M., Gauvreau, K., *Αρχές Βιοστατιστικής*, επιμ., μτφ. Ο. Δαφνή, Έλλην, Αθήνα, 2002.

Parsons, T., *Action Theory and the Human Condition*, Free Press, Νέα Υόρκη, 1978.

Parsons, T., *The Social System*, The Free Press of Glencoe, Νέα Υόρκη, 1951.

Patton, Q., *How to use qualitative method in evaluation*, Sage, London, 1987.

Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, μτφ. Ε. Κοππάση, Α. Βακάκη, Τυποθήτω, Αθήνα, 2004.

Pinel, Philippe., *Traite midico-philosophique sur I 'alienation mentale ou la manie*, εκδ. Richard, Caille et Ravier, Παρίσι, έτος IX (1801).

Ραφαηλίδης, Β., *Η Μεγάλη Περιπέτεια του Μαρξισμού*, Εκδόσεις Εικοστού Πρώτου, Αθήνα, 1999.

Reiss, A., Roth, J. *Understanding and preventing violence.* National Academy Press, Washington, DC, 1993.

Relman, A., «The new medical – industrial complex», *New England Journal of Medicine*, τόμος 303, τεύχος 17, 1980.

Quetel, *C., De par le Roy. Essai sur les lettres de cachet*, Privat, Τουλούζη, 1981.

Σκαράγκας, Δ., *Εγκληματίας Ψυχασθενής: Ένας Επικίνδυνος Μύθος*, Ιανός, Θεσσαλονίκη, 2002.

Στενού, Κ., *Εικόνες του Άλλου. Η Ετερότητα Από τον Μύθο στην Προκατάληψη*, μτφ. Σ. Μπενβενίστε., Μ. Παπαδήμα, Εξάντας - Unesco, Αθήνα, 1998.

Στυλιανίδης, Σ., «Μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προβλήματα μεταφοράς τους στο χώρο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: θεωρητικές, κλινικές και πρακτικές παρατηρήσεις», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 75, 2001.

Στυλιανίδης, Στ., «Οι φιλοσοφικές και κοινωνιολογικές βάσεις της ψυχιατρικής», Στυλιανίδης, Στ., και συνεργάτες, *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014.

Στυλιανίδης, Στ., «Σύντομη ιστορική αναδρομή της τρέλας και της κοινοτικής ψυχιατρικής», στο: Στυλιανίδης, Στ. και συνεργάτες, *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014.

Στυλιανίδης, Σ., Chiarra, S., «Χρονοδιάγραμμα της ιστορίας του ιταλικού αντιασυλιακού κινήματος», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 7, 1986.

Sampson, R., Laub, J., *Crime in the making: Pathways and turning points through life.*, Harvard University Press, Cambridge, 1999.

Szasz, T., *Νόμος, Ελευθερία και Ψυχιατρική*, μτφ. Κ. Σπίγγος, Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2007.

Silver, E., «Extending social disorganization theory: A multilevel approach to the study of violence among persons with mental illnesses», *Criminology*, τεύχος 38, 2000.

Silver, E., «Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: The importance of contextual measurement», *Law and Human Behaviour*, τεύχος 24, 2000.

Silver, E., «Understanding the Relationship Between Mental Disorder and Violence: The Need for a Criminological Perpective», *Law and Human Behaviour*, τόμος 30, τεύχος 6, 2006.

Smart B., «Michel Foucault: υποκείμενα εξουσίας, αντικείμενα γνώσης», *Σύγχρονη Κοινωνιολογική Θεωρία*, τόμος .2, 1998.

Σολζενίτσιν, Α., Το *Αρχιπέλαγος Γκούλαγκ,* μτφ. Κ. Σίνος, Πάπυρος, Αθήνα, 2009.

Swain, G., *Le Sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Calmann-Levy, Παρίσι, 1997.

Swanson, J., Holzer, C., E., Ganju, V., K., Jono, R., T., «Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys», *Hospital and Community Psychiatry*, τεύχος 41,1990.

Τζανάκης, Μ., *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα: μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Διδακτορική Διατριβή, Ρέθυμνο, 2003.

Τσαλίκογλου Φ., *Ο Μύθος του Επικινδύνου Ψυχασθενή*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1987.

Tenon, J., *Mimoire sur les hopiiaux de Paris*, (1788), Assistance publique des hopitaux de Paris, Παρίσι, 1998.

Turner, J., C., Ten Hoor, W., J., «The NIMH community support program: pilot approach to a needed social reform», *Schizophrenia Bulletin*, τεύχος 4, 1978.

Φυτράκης, Ε., «Εισαγγελική Αρμοδιότητα και Δικαστική Εγγύηση στον Ψυχιατρικό Εγκλεισμό», *Ποινικά Χρονικά*, 2007.

Χονδρός, Π., Στυλιανίδης, Στ., «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», στο: Στυλιανίδης, Στ., και συνεργάτες, *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014.

Χριστούλη, Β., «Νομικοί-Δικαστικοί περιορισμοί αλλά και δυνατότητες αντιμετώπισης στους ψυχικά πάσχοντες», Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου, τόμος 2, τεύχος 1, 2004.

Ψαλιδόπουλος Μ., «Η Θεματοποίηση της Ανεργίας στην Οικονομική Θεωρία», *Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα, 1998.

Witz, K., G., Goodwin, D., R., Hart, R,. S., Thomas, S., H., «An Essentialist Methodology in Education-Related Research Using In-Depth Interviews», *Journal of Curriculum Studies*, τόμος 33, τεύχος 2, 2001.

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ / ΤΟΜΈΑΣ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

«ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ "ΑΚΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ" ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»

Τόμος Δεύτερος

Εμπειρικά δεδομένα, συμπεράσματα, επιλεγόμενα

Παναγιώτης Φ. Μάλαινος

Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:

Επιβλέπων:

Γεώργιος Νικολόπουλος, Καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Μέλη:

Στυλιανός Στυλιανίδης, Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Άννα Λυδάκη, Καθηγήτρια, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο

Αθήνα, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΤΟΜΟΥ

Περιεχόμενα ii - vi

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΤΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1. Η ακούσια νοσηλεία στην πράξη: δρώντες, δράσεις και δρώμενα 1

1.1. Περί ακούσιας νοσηλείας: η έναρξη 1
1.2. Η αστυνομία 4
1.3. Προθεσμίες και διαδικασίες 10
1.4. Οι ψυχιατρικές γνωματεύεις 18
1.5. Η ενημέρωση των νοσηλευομένων αναφορικά με τα δικαιώματά τους 20
1.6. Η διαδρομή της ακούσιας νοσηλείας: κάποιες εισαγωγικές παρατηρήσεις 23
1.7. Η «εισαγωγή»: η «κλινική» ματιά 26
1.7.α. Η «εξαπάτηση» 30
1.7.β. Οι χειροπέδες: η είσοδος στο νοσοκομείο 38
1.8. Η «εισαγωγή»: το «εξω»-κλινικό πεδίο 42
1.8.α. Οι δυσλειτουργίες αναφορικά με τη «Τομεοποίηση» 44
1.8.β. Χαρακτηριστικά παραδείγματα: η «διακομιδή» 46
1.9. Η απόφαση: «εισάγεται» 50

Κεφάλαιο 2. Η νοσηλεία του «εισαγγελικού» 54
2.1. Τα στάδια της νοσηλείας 54
2.2. Η «κανονικοποίηση» 56
2.2.α. Η έννοια της *εναισθησίας* («insight») 60
2.2.β. Η πορεία της νοσηλείας 62
2.2.γ. Ο «*ρόλος του αρρώστου*»: Δικαιώματα, αλλά και Υποχρεώσεις 65
2.2.δ. Η φαρμακευτική αγωγή: πεποιθήσεις και αναπαραστάσεις 66
2.2.ε. Η μη αναγνώριση της αναγκαιότητας της αγωγής εκ μέρους του πάσχοντα: η σχέση της με την ακούσια νοσηλεία 67
2.2.στ. Φαρμακευτική αγωγή: «παιγνίδια εξουσίας», «πρακτικές αντίστασης» 69
2.2.ζ. Αναπαραστάσεις: οι «παρενέργειες» 72
2.2.η. Περί φαρμακείας: συμπεράσματα 75
2.3. Η «καθήλωση» 78
2.4. Η διαβίωση του «εισαγγελικού» στην ψυχιατρική πτέρυγα 85
2.4.α. Η διαβίωση: πρωτογενείς και δευτερογενείς εναρμονίσεις. 86
2.4.β. Το «κρεβάτι». 93
2.5. Η «ρουτίνα» 101
2.5.α. Το *φαγητό* 105
2.5.β. Ο *ύπνος* 112
2.6. Το εξιτήριο: Η διαδικασία της *αποκατάστασης* 114
2.6.α. Οι αποκαταστασιακές δυσκολίες: «*Δεν έχει πού να πάει*» 117

2.6.β. Η ακούσια νοσηλεία υπό το πρίσμα ενός «δείκτη» της εφαρμογής μιας προνοιακής πολιτικής. 121
2.6.γ. Το *εξιτήριο*: τα κριτήρια 124
2.7. Κάποια συμπεράσματα αναφορικά με τη διαδικασία της νοσηλείας 128
2.8. Συζητώντας: Το «τραύμα» 130
2.9. Συζητώντας: Η κατάσταση του «μεσάζοντος» 132
2.9.α. «*Δεν γίνεται αλλιώς*»: η απουσία κάποιας εναλλακτικής προσέγγισης 134
2.10. Ιδεολογικές παραδοχές: η «οργανικότητα» είναι η *Αλήθεια*. 137
2.11. Κοινωνικές πρακτικές: η «αμυντική ψυχιατρική» 140

Κεφάλαιο 3. Ο κόσμος των εργαζομένων 141
3.1. Η τυπολογία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας: εισαγωγικά 141
3.2. Η «κορυφή της πυραμίδας»: ο ψυχίατρος 144
3.2.α. Ο Ψυχίατρος: η Ευθύνη 146
3.2.β. Τελετουργίες«Ψ»: Μια «συνηθισμένη» μέρα 151
3.2.γ. Ο ψυχίατρος: κάποια βασικά συμπεράσματα 160
3.3. Ο Νοσηλευτής 164
3.3.α. Ένα παράδοξο «στράτευμα» 167
3.3.β. Περί λειτουργιών. Λειτουργία 1η: το Πανοπτικόν 172
3.3.β.1. Ο Συγγραφέας και ο Αναγνώστης 175
3.3.γ. Λειτουργία 2η: ο Φροντιστής 178
3.3.δ. Λειτουργία 3η: ο (δεσμο-) Φύλακας 185
3.4. «Στρατόπεδο» ή «Άσυλο»; Εκλεκτικές συγγένειες 193

Κεφάλαιο 4. Ο κόσμος των «τροφίμων» 196
4.1. Πρόλογος 196
4.2. Ο κόσμος των «τροφίμων»: εισαγωγή 196
4.3. Η τυπολογία των νοσηλευόμενων 198
4.4. Οι «φερόμενοι ως πάσχοντες»: οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας 201
4.5. Η τυπολογία των νοσηλευόμενων 205
4.5.α. Ο «ψυχωσικός» 206
4.5.α.1. Ο «χρόνιος ψυχωσικός». 207
4.5.α.2. Ο «επικίνδυνος σχιζοφρενής» 214
4.5.α.3. Το «σιωπηλό» υποκείμενο . 219
4.5.α.4. Ο Homo Sacer 222
4.6. Οι «άλλοι»: η τυπολογία των υπολοίπων «διαγνωστικών κατηγοριών» οι οποίες εμπλέκονται στο σύστημα της ακούσιας νοσηλείας 228
4.6.α. Η «διπολική διαταραχή» (ο «μανιακός») 228
4.6.α.1. Η λειτουργικότητα του «διπολικού»: εν δυνάμει Homo Sacer 237
4.7. Οι «μειονότητες»: Οι «χρήστες ουσιών», τα «οργανικά ψυχοσύνδρομα» 240
4.7.α. Ο «χρήστης ουσιών» 241
4.7.β. Το «οργανικό ψυχοσύνδρομο» 247
4.7.β.1. Το «οργανικό ψυχοσύνδρομο»: γιατί εισαγγελική; 248

4.7.β.2. Το «οργανικό ψυχοσύνδρομο»: Ψυχικά Πάσχων ή Ανάπηρος; 254
4.8. Συμπερασματικά: Περί «πάθησης» 256
4.8.α. Η «διαταραχή προσωπικότητας» . 257
4.8.α.1. Η «Διαταραχή Προσωπικότητας»: ανάμεσα στο «φυσιολογικό» και το «παθολογικό»: κοινωνικό-πολιτιστικοί τροπισμοί 257
4.8.α.2. Η «διαταραχή προσωπικότητας»: η κλινική/ψυχιατρική προοπτική 262
4.8.α.3. Η «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας» 264
4.8.α.4. Η «Διαταραχή προσωπικότητας»: ο νέος «επικίνδυνος ψυχασθενής» 269

Κεφάλαιο 5. Η βία στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας 274

5.1. Επικινδυνότητα και βία: εισαγωγή 274
5.2. Η φαινομενολογία της επικινδυνότητας και της βίας: διαπιστώσεις από τα εμπειρικά δεδομένα 277
5.2.α. Η οικογένεια σαν το κύριο πεδίο εμφάνισης βίας 277
5.2.β. Επικινδυνότητα και βία του πάσχοντος υποκειμένου, βία του συστήματος: μια τυπολογία των βίαιων συμπεριφορών 278
5.2.γ. Οι εκδηλώσεις βίας από τον νοσηλευόμενο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του: Μύθος ή πραγματικότητα; 282
5.2.δ. Ποιος νοσηλευόμενος θεωρείται ο επικίνδυνος για εμφάνιση βίας; 284
5.2.ε. Η βία υπό το πρίσμα ενός *αμυντικού μηχανισμού* 287
5.2.στ. Εννοιολογικές διαφοροποιήσεις: *Επικινδυνότητα*, *Βία* ή *Ενόχληση*; 290
5.3. Βία του συστήματος. Οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών 294
5.3.α. Η *αντρική παρουσία*: αλληλοδιαπλεκόμενοι ρόλοι 296
5.3.β. Η βία του συστήματος, *νομιμοποιητικοί λόγοι*. Η βία ως προστατευτικός μηχανισμός 298
5.3.γ. Το «ποιόν» της βίας: η «αξιοπρεπής βία» 300
5.3.γ.1. «*It's a dirty job, but somebody has to do it*»: Η «βρώμικη δουλειά» και η «μεθοδολογία» της 304
5.4. Η βία κατά του εαυτού: ο αυτοτραυματισμός, η αυτοκτονία 308
5.5. Πρακτικές αντίστασης: η απόδραση 314
5.6. Βία και επικινδυνότητα: συμπερασματικά 318
5.6.α. Η *ρητορική της βίας* 321
5.6.β. Το «Κυρίαρχο Νόημα» και το luben της ιεραρχίας: η *σιωπή* 324
5.6.γ. Βία του Θεσμού: Η διαδικασία νομιμοποίησης 328

Κεφάλαιο 6. Η ψυχιατρική «Αλήθεια» 331
6.1. Η *ψυχιατρική γνώση*: προοπτικές θεραπείας ή δυνατότητες καταστολής; Οι «λόγοι αλήθειας» 331
6.1.α. Η ψυχιατρική συνέντευξη: αναζητώντας την «Αλήθεια» 334
6.1.β. Το «ομολογούν» υποκείμενο 334
6.2. Η διάγνωση: Η «επίσημη» ψυχιατρική «γλώσσα» 338

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΕΠΙΛΕΓΟΜΕΝΑ 347

Κεφάλαιο 1. Συμπεράσματα 347
Α. Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας 349
Α.1. Ο χαρακτήρας της 349
Α.2. Η (αυτό;)ρύθμιση του συστήματος διαχείρισης του «εισαγγελικού» 351
Α.3. Η αυτοματοποιημένη διαδικασία «παραγωγής» δικαστηριακής απόφασης 353
Α.4. Η εφαρμογή των μέτρων νομικής προστασίας 354
Α.5. Η έννοια της *εξαπάτησης* 355
Α.6. Η αυθαιρεσία του συστήματος 357
Α. 7. Η προστασία των δικαιωμάτων του πάσχοντα 357
Α.8. Χαρακτηριστικές στρεβλώσεις: οι *προθεσμίες* 358
Β. Περί υποκειμενικοτήτων 360
Β.1. Ρόλοι και υποκειμενικότητες: ο ψυχίατρος 360
Β.2. Ρόλοι και υποκειμενικότητες: ο νοσηλευτής 362
Β.3. Οι «πελάτες» του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας 364
Β.4. Ο «εισαγγελικός ψυχωσικός» 365
Β.5. Ο «επικίνδυνος ψυχασθενής» και η παράμετρος της απροβλεψιμότητας 366
Β.6. Υποκειμενικότητες: ο «διπολικός» και οι «άλλοι» 366
Β.7. Η έννοια της «διαταραχής» 367
Β.8. Περί πάθησης: το σχεδίασμα των τριών τάξεων 368
Β.9. Η έννοια της «προηγούμενης συμπεριφοράς» 369
Β.10. Οι κατηγοριοποιήσεις 370
Γ. Η επικινδυνότητα 372
Γ.1. Η επικινδυνότητα και το οικογενειακό σύστημα 372
Γ.2. Η έννοια της επικινδυνότητας ως άλλοθι 372
Γ.3. Η τυπολογία της συστημικής βίας 373
Γ.4. Η βασική εννοιολογική παραδοχή: η ψυχιατρική γνώση οφείλει να δύναται να ανιχνεύσει και να προστατεύσει 373
Γ.5. Η «θετική εξουσία» 376
Γ.6. Η παραγωγή του νοήματος 377
Δ. Περί βίας 379
Δ.1. Η εκκίνηση του κύκλου της βίας 379
Δ.2. Οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τις έννοιες της *επικινδυνότητας* και της *επιθετικότητας* και της *βίας* 381
Δ.3. Η *αμυντική βία*. 382
Δ.4. Η βία και η καταστολή του συστήματος: νομιμοποιητικοί λόγοι 383
Δ.5. Ο *εισαγγελέας* 387

Κεφάλαιο 2. Προβληματισμοί, λύσεις, προτάσεις 389
2.1. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα ενός παραδείγματος Γνώσης: ήρθε το «τέλος της Ιστορίας»; 389
2.2. Αντί επιλόγου Ι: Τι μέλει γενέσθαι; 392

2.3. Αντί επιλόγου ΙΙ: Προτάσεις, λύσεις. Ενεργήματα προσανατολισμένα στο πεδίο της κοινότητας: επανεφευρίσκοντας την έννοια του *σχετίζεσθαι* 402
2.4. Αντί επιλόγου ΙΙΙ: περί του «ηθικού υποκειμένου» 415

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 425

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΤΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1. Η ακούσια νοσηλεία στην πράξη: δρώντες, δράσεις και δρώμενα

1.1. Περί ακούσιας νοσηλείας: η έναρξη

Αντί προλόγου, ας θυμηθούμε μια ιδιαίτερα χαρακτηριστική παρατήρηση του R. Castel αναφορικά με την ακούσια νοσηλεία, και την διαφοροποίησή της από την εκούσια. Διαβάζουμε (αναφορικά με το καθεστώς των εισαγωγών στα πρώτα δημόσια άσυλα στη Γαλλία περί τα τέλη του 19ου αιώνα): «*Αυτοί οι δύο τρόποι εισαγωγής δεν έχουν πράγματι καθόλου την ίδια σημασία όσο αφορά στις δυνατότητες ανάπτυξης που προσφέρουν στην ψυχιατρική. Η αναγκαστική εισαγωγή είναι η κοινωνική απάντηση στις πιο θεαματικές εκδηλώσεις της ψυχικής αρρώστιας* […]. *Αφορά κατ' αρχή στον "μανιακό" και επίσης στον πτωχό και στον άπατρι που η απουσία πόρων και κοινωνικών πλεγμάτων στήριξης εκθέτει στην άμεση παρέμβαση της δημόσιας αρχής* […]. *Προσβλέπει πριν απ' όλα στην εξουδετέρωση ενός επικίνδυνου ατόμου* […]. *Η διαδικασία της εκούσιας νοσηλείας είναι πολύ πιο "λεπτή" και αφήνει μεγάλο περιθώριο στην ιατρική παρέμβαση*».[1]

Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, ή καλύτερα η διεκπεραίωση της διαδικασίας, παρουσιάζει συγκεκριμένα στάδια, στα οποία εμπλέκονται πολλοί και διαφορετικοί μεταξύ τους φορείς. Επί της ουσίας αποτελεί ένα από τα ελάχιστα πεδία στο οποίο εμπλέκονται – με κύριους συμμετέχοντες το σύστημα υγείας και το δικαστικό σύστημα- πολλοί άλλοι φορείς, και πρόσωπα: πέραν των προσαγόμενων για νοσηλεία, υπάρχει εμπλοκή της αστυνομίας, των συγγενών ή και της κοινότητας, των υπηρεσιών πρόνοιας, των συλλόγων οικογενειών. Βέβαια, οι κύριοι, αν όχι αποκλειστικοί «διαχειριστές» του συγκεκριμένου πληθυσμού και της διαδικασίας γενικότερα, είναι η δικαστική εξουσία (εισαγγελείς και πρωτοδικεία), η αστυνομία και βέβαια οι ψυχιατρικές δομές νοσηλείας. Επιπλέον, τα σημεία που χρήζουν προσοχής είναι τα στάδια που η όλη διαδικασία έχει, αλλά και η παράλληλη –πλην όμως ανεξάρτητη στις περισσότερες των περιπτώσεων- πορεία που ακολουθούν οι νομικές διαδικασίες και οι διαδικασίες οι οποίες αφορούν τη νοσηλεία του πάσχοντα αυτή καθ' αυτή. Με άλλα λόγια, η βασική διαπίστωση η οποία επανέρχεται και

[1] Castel, R., «Η Ψυχιατρική Τάξη», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 23, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1988, σ. 10.

στην παρούσα μελέτη αφορά την αδυναμία δικτύωσης, ενοποίησης ή απλά αποτελεσματικής συνεργασίας των εμπλεκόμενων φορέων.

Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η τελευταία νομοθετική ρύθμιση η οποία προσδιορίζει, αλλά και ελέγχει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, είναι αυτή που εκφράζεται μέσω του ν. 2071/92. Εξαρχής, από τις πρώτες μέρες που ο νόμος τέθηκε σε ισχύ, ένα ενδεικτικό σημείο των προβλημάτων που τυχόν θα ανέκυπταν ήταν η άρνηση κάποιων εκ των εισαγγελιών να θέσουν σε ισχύ το νέο νόμο. Αρκετές εκ των εισαγγελιών θεώρησαν το ν. 2071/92 ανεδαφικό ως προς την εφαρμογή του, με αποτέλεσμα είτε να εκφράζουν επιφυλάξεις αναφορικά με τη δυνατότητα του δικαστικού και ψυχιατρικού συστήματος να τον εφαρμόσει, είτε να το «απορρίψουν» τελείως λόγω της πολυπλοκότητας της διαδικασίας. Μια πολυπλοκότητα όμως, η οποία κρίθηκε αναγκαία ώστε να γίνει εφικτή η καλύτερη προάσπιση των δικαιωμάτων του πάσχοντα. «*Σύμφωνα με μια εισαγγελική εγκύκλιο (ΕγκΕισΠρωτΘεσ 633/2000)*[2] *για την ακούσια εξέταση απαιτείται η αίτηση να περιγράφει το ψυχικό νόσημα, την εκδηλούμενη συμπεριφορά, τις ενέργειες που είχαν προηγηθεί για εκούσια νοσηλεία, την άρνηση του προσώπου να εξεταστεί ή το ανέφικτο της εξέτασης, και όλα αυτά να συνοδεύονται με επιπλέον αποδεικτικά στοιχεία π.χ. βιβλιάρια υγείας, προηγούμενα πιστοποιητικά, ιατρικές γνωματεύσεις κ.λ.π. Και δεν φτάνει μόνο αυτό:*

[2]Στη συγκεκριμένη εγκύκλιο αναφέρεται χαρακτηριστικά: «*Χρήσιμη βοήθεια παρέχει η ένταξη της επικινδυνότητας στο χώρο των διαθετικών εννοιών με τις οποίες εκφράζεται η τάση ενός προσώπου να συμπεριφέρεται κατά ορισμένο τρόπο υπό ορισμένες συνθήκες* […]. *Η ύπαρξη αυτής της τάσης δεν μπορεί να διαπιστωθεί παρά μόνο μετά από παρατήρηση και εκτίμηση εμπειρικών στοιχείων, ιδίως προηγουμένων εκδηλώσεων της συμπεριφοράς του ατόμου* […]. *Αλλά και πάλι, εάν οι προηγούμενες εκδηλώσεις της συμπεριφοράς του φερόμενου ως ασθενή εμπεριέχουν βία, η ακούσια νοσηλεία του θα πρέπει να διατάσσεται μόνο στην περίπτωση που η βίαιη συμπεριφορά είναι τέτοιας μορφής και εντάσεως που δικαιολογεί τη λήψη αυτού του επώδυνου για τον υφιστάμενο μέτρου και παράλληλα αναμένεται θεραπευτικό αποτέλεσμα τέτοιο που να βοηθά στη μη ανάπτυξη πράξεων βίας. Κατά συνέπεια πρέπει ειδικώς να ερευνάται εάν το κρινόμενο άτομο έχει ήδη στο παρελθόν ή και στο παρόν δείξει, κάποια δείγματα προσφυγής στη βία, αξιόποινη ή όχι. Για τον λόγο αυτό η σχετική αίτηση επιβάλλεται να είναι πλήρως και ειδικώς αιτιολογημένη, σύμφωνα προς τις προβλέψεις της προεκτεθείσης διατάξεως, δηλαδή να περιγράφεται κατά το δυνατόν ακριβέστερα το ψυχικό νόσημα του ασθενή, η εκδηλούμενη από αυτόν συμπεριφορά οι ενέργειες οι οποίες έχουν προηγηθεί για εκούσια εξέτασή του, η άρνησή του να εξετασθεί ή το ανέφικτο της εξετάσεως. Πέραν της περιγραφής αυτής επιβάλλεται η προσκόμιση σχετικών αποδεικτικών στοιχείων, όπως π.χ. προγενέστερες ιατρικές γνωματεύσεις, βιβλιάρια υγείας, πιστοποιητικά μονάδων ΕΣΥ κ.λπ. Περαιτέρω είναι δυνατό ο Εισαγγελέας να ζητήσει (με οποιονδήποτε τρόπο και προφορικά ακόμα) από το οικείο αστυνομικό τμήμα, όπως ερευνήσει την υπόθεση και να τον ενημερώσει με έγγραφη αναφορά ή και προφορικά, σε κατεπείγουσα περίπτωση αν ο φερόμενος ως ψυχικά ασθενής έχει ήδη απασχολήσει την αστυνομία (πότε και πώς), αν έχουν διατυπωθεί παράπονα εναντίον του από πολίτες, αν έχει ήδη εκδηλώσει επιθετική συμπεριφορά, αν έχει μετέλθει σε πράξεις βίας, κλπ*». Βλ. ΕγκΕισΠρωτΘεσ 633/2000, *Υπεράσπιση*, 2000, σ. 630.

«*ο, εκ της θέσεώς του δύσπιστος Εισαγγελέας μπορεί να ζητήσει από την αστυνομία να ερευνήσει το ζήτημα…*».[3]

Δυστυχώς, φαίνεται ότι η έναρξη της διαδικασίας είναι σαφώς πιο «αυτοματοποιημένη» και τυπική. Τις περισσότερες φορές δύο μάρτυρες, συνηθέστερα ένας συγγενής πρώτου βαθμού και κάποιο έτερο συγγενικό πρόσωπο, πηγαίνουν στο αστυνομικό τμήμα και δίνουν μια ένορκη κατάθεση στην οποία αναφέρονται οι –κατά τη γνώμη τους- λόγοι για την έκδοση μιας εισαγγελικής παραγγελίας εξέτασης ή/και νοσηλείας αναφορικά με το άτομο για το οποίο δίνονται οι καταθέσεις. Στη συνέχεια, ο συγγενής απευθύνεται στην εισαγγελία στην οποία ανήκει η περιοχή του και ζητάει την έκδοση μιας παραγγελίας για ψυχιατρική εξέταση και πιθανή νοσηλεία του φερόμενου ως πάσχοντα, την οποία στη συνέχεια παραδίνει στο αστυνομικό τμήμα της περιοχής του ώστε οι αστυνομικοί να προβούν στη σύλληψη και τη προσαγωγή. Ειδικά αν πρόκειται για «παλιό γνωστό», για κάποιο άτομο με παρόμοιες νοσηλείες στο παρελθόν, η διαδικασία περατώνεται με ιδιαίτερα τυποποιημένο τρόπο. Τα εμπειρικά δεδομένα μας, δείχνουν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων πρόκειται για τυποποιημένες καταθέσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν πάντα την θέση «*…θεωρώ πως λόγω της κατάστασής του είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του και τους άλλους*». Επίσης, πολλές φορές –ειδικά αν υπάρχει η οικονομική δυνατότητα από την οικογένεια- την όλη διαδικασία αναλαμβάνει να διεκπεραιώσει κάποιος δικηγόρος. Αλλά, ακόμα και στην περίπτωση που τίποτα από τα προαναφερόμενα συμβούν, η αστυνομία έχει την δικαιοδοσία να προβεί σε αυτόφωρη σύλληψη -κατά το δοκούν- και μεταφορά για εξέταση σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του φερόμενου ως πάσχοντα με προφορική εισαγγελική εντολή.

[3] Φυτράκης, Ε., «Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: μια μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 100, 2007, σ. 112.

1.2. Η αστυνομία

Η Ν. είναι μια εντυπωσιακή «δίμετρη» 35χρονη Ουκρανή, την οποία προσήγαγε στα ψυχιατρικά εξωτερικά ιατρεία ενός Γενικού Νοσοκομείου το «πλήρωμα» ενός περιπολικού. Κατά την προσέλευσή της η όλη εικόνα της ήταν κυριολεκτικά «εκτός ελέγχου». Χτύπαγε, έβριζε, ούρλιαζε, δάγκωνε, έσπαγε. Επίσης η Ν. είχε κάνει βαριά χρήση αλκοόλ, ήταν τελείως μεθυσμένη. «*Μας καλέσανε στο κέντρο που ήταν με την παρέα της* […] *τα είχε σπάσει και οι μπράβοι την είχαν βγάλει έξω, δεν έφευγε, φώναζε, έβριζε, είχε βγάλει τα ρούχα της και αυνανιζόταν μπροστά στον κόσμο*» αναφέρουν οι (μωλωπισμένοι και δαγκωμένοι) αστυνομικοί που τη συνοδεύουν. «*Δεν ξέραμε τι να την κάνουμε, βγάλαμε μια αυτόφωρη παραγγελία και τη φέραμε…*». Μετά από πολλές διαβουλεύσεις, σχεδόν 10 ώρες μετά, η Ν. εισάγεται. Εν τω μεταξύ, η επίδραση του αλκοόλ έχει υποχωρήσει. «*Μα δεν είμαι τρελή, γιατί να με δέσετε;…Δεν θέλω να πάρω χάπια. Γιατί να πάρω; Και τι χάπι είναι αυτό; Δεν παίρνω ψυχοφάρμακα…*».

> «*Ψάρακες ήταν. Την πάτησαν, δεν ξέρανε, τίποτα νεούδια θα ήταν…*» αναφέρει άλλος αστυνομικός, αργότερα, όταν αναφερόμαστε στο συγκεκριμένο περιστατικό. «*Τους πας ποτέ στο τρελάδικό;* (!) *εκεί μπορεί να μπλέξεις και να φας όλη σου τη νύχτα. Τους μαζεύεις* (εννοεί τα περιστατικά που αφορούν μεθυσμένα άτομα που κάνουν φασαρία) *και τους κρατάς λίγο μέχρι να ξενερώσουν και μετά τους αμολάς. Αν θέλει, να τους πάει η παρέα τους στο νοσοκομείο…*» (Αστυνομικός, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Όπως συμβαίνει και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, και στην Ελλάδα η αστυνομία είναι εκείνη που εμπλέκεται σε μεγάλο βαθμό στην «σύλληψη» και προσαγωγή των ψυχικά πασχόντων στις δομές νοσηλείας.[4] Αναφορικά με το ρόλο της αστυνομίας στην όλη διαδικασία, μπορούμε εξαρχής να προσδιορίσουμε κάποια βασικά σημεία: Πρώτο, είναι όντως η αστυνομία η οποία μεσολαβεί και διακινεί την πλειονότητα των προσαγωγών, σε

[4] Ειδικά για τον ελληνικό χώρο, οι αστυνομικές αρχές είναι υπεύθυνες για την προσαγωγή των ψυχικά πασχόντων για ψυχιατρική εξέταση ή/και νοσηλεία στην περίπτωση που έχει εκδοθεί εισαγγελική παραγγελία και οι φερόμενοι ως πάσχοντες αρνούνται να μεταβούν για εξέταση, αλλά και για περιπτώσεις κατά τις οποίες υπάρχει διατάραξη της τάξης με αποτέλεσμα η αστυνομία να έχει το δικαίωμα να μεταφέρει για ψυχιατρική εξέταση το φερόμενο ως πάσχοντα χωρίς να έχει εκδοθεί εισαγγελική παραγγελία από κάποιο συγγενικό πρόσωπο. Βλ. Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., Kontis, K., «Greek police officers' attitudes towards the mentally ill», *International Journal of Law and Psychiatry*, τεύχος 31, 2007, σ. 77 – 85.

ποσοστό το οποίο πλησιάζει το 100%.[5,6] Η πλέον σημαντική διαπίστωση η οποία άπτεται άμεσα με την αμέσως προηγούμενη αφορά το γεγονός ότι Α) οι αστυνομικοί είναι τις περισσότερες φορές οι πρώτοι οι οποίοι έρχονται σε επαφή με τον ψυχικά πάσχοντα.[7] Β), φαίνεται ότι οι αστυνομικοί δεν έχουν κάποια βασική εκπαίδευση σε τεχνικές προσέγγισης οι οποίες να αφορούν τον ψυχικά πάσχοντα ή γενικότερα έναν άνθρωπο σε κρίση.[8]

---

[5] Η αστυνομία «διακινεί» τη συντριπτική πλειοψηφία των παραγγελιών για ακούσια εξέταση και νοσηλεία, παρ' όλο που η μεταφορά –θεωρητικά τουλάχιστον- οφείλει να γίνεται με το ΕΚΑΒ, και με τη συνδρομή εξειδικευμένου προσωπικού / επαγγελματιών υγείας. «*Ο νόμος δεν προβλέπει την υποχρεωτική παρέμβαση της Αστυνομίας ούτε για την μεταφορά του ασθενούς προς εξέταση, ούτε για την μεταφορά του προς εισαγωγή. Η παρέμβαση της Αστυνομίας επεβλήθη εξ' ανάγκης αλλά δεν είναι λίγες οι παρενέργειες που διαπιστώνονται (ασθενείς μεταφερόμενοι σιδηροδέσμιοι ως παραβάτες του νόμου, ασθενείς παραμένοντες ακόμη και επί μέρες σε κρατητήρια στερούμενοι της αναγκαίας θεραπείας, καθιέρωση και γενίκευση της Αστυνομικής παρέμβασης ακόμη και σε περιπτώσεις) δεν χρειάζεται, γενικευμένη παραβίαση της πρόβλεψης του νόμου για μεταφορά του ασθενή) .υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν τον σεβασμό στην προσωπικότητα και την αξιοπρέπειά του. Η ΕΨΕ πιστεύει ότι η συντελεσθείσα ανάπτυξη των Υγειονομικών υπηρεσιών της Χώρας επιτρέπει την εμπλοκή αυτών ακριβώς των Υπηρεσιών στις διαδικασίες μεταφοράς, γεγονός που όχι μόνο θα ήταν απολύτως σύμφωνο με το πνεύμα του νόμου αλλά και συμβατό με το θεραπευτικό συμφέρον του ασθενή. Τέτοιες Υπηρεσίες θα μπορούσαν να παράσχουν το ΕΚΑΒ (και μάλιστα με ειδικευμένους ψυχιατρικούς νοσηλευτές), τα Κέντρα Υγείας διαθέτοντας τα ασθενοφόρα τους, οι ίδιες οι δημόσιες Μονάδες Ψυχικής Υγείας οργανώνοντας ειδική Υπηρεσία για την εξέταση του ασθενή οίκοι και τη μεταφορά του αν κριθεί αναγκαία, οι ίδιες οι Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές οργανώνοντας με ίδια μέσα τη μεταφορά. Αν όλες αυτές οι Υπηρεσίες οργανωθούν η παρέμβαση Αστυνομίας θα μπορούσε συν τω χρόνω να συρρικνωθεί, να περιοριστεί στην αρχή ο στις περιπτώσεις που ο ασθενής προβαίνει ήδη σε πράξεις βίας ή καταστροφής και τελικά να εκλείψει τελείως*». Βλ. Μπιλανάκης, Ν., «Μελέτη Περιπτώσεων», στο: *Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών*, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2012, σ. 70.

[6] Στην έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη διαπιστώθηκε ότι το 97% των μεταφορών έγινε από την αστυνομία και όχι από το ΕΚΑΒ. Σύμφωνα με την Πανάγου, «*…το γεγονός αυτό υποδηλώνει την αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων ως "ενδυνάμει επικίνδυνων προσώπων" και όχι ως ασθενών*». Βλ. Πανάγου, Α., «Παρουσίαση της Αυτεπάγγελτης Έρευνας του Συνηγόρου του Πολίτη», στο: *Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών,* οπ.π., σ. 50.

[7] Βλ. Lamb, H. R.,, Weinberger, L. E., DeCuir, W. J., «The police and mental health», *Psychiatric Services*, τεύχος 53, 2002, σ. 1266 - 1271. Σύμφωνα με έρευνες, όχι μόνο η αστυνομία είναι η πρώτη που έρχεται σε επαφή με τον ψυχικά πάσχοντα, αλλά επιπλέον αυτό συμβαίνει σε ένα αναφερόμενο ποσοστό που πλησιάζει το 100% σε συνολικό ποσοστό των καταγεγραμμένων συμβάντων στα αστυνομικά τμήματα. Βλ. Borum, R., and. Al., «Police Perspectives on Responding to Mentally 1ll People in Crisis: Perceptions of Program Effectiveness», *Behavioral Sciences and the Law Behavıour*, τεύχος, 16**,** 1998, σ. 393 – 405.

[8] Η προσαγωγή των φερόμενων ως πασχόντων από τις αστυνομικές αρχές παρ' όλο που δεν αποτελεί «σύλληψη» (δεν έχει «καταδιωκτικό χαρακτήρα») εντούτοις μπορεί να εμπεριέχει τη χρήση βίας. Και παρ' όλο που η διακομιδή στοχεύει σε μια κατά το δυνατόν πιο «αξιοπρεπή» μεταφορά, στις περισσότερες των περιπτώσεων κάτι τέτοιο δεν υφίσταται. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Μπιλανάκης: «*Η μεταγωγή του ασθενούς στο Νοσοκομείο για την ακούσια εξέταση θα αντιμετωπίζεται τεχνικώς όπως η μεταγωγή του ασθενούς σε άλλο νοσοκομείο για εξέταση ή νοσηλεία (Γνωμοδ. ΕισΑΠ 19/1996). Η παραγγελία του Εισαγγελέα Πρωτοδικών προς την Αστυνομία να μεριμνήσει για τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενούς στην κατάλληλη ΜΨΥ δεν αποτελεί καταδιωκτικό έγγραφο αλλά παραγγελία διοικητικού χαρακτήρα. Η πραγμάτωση της μεταφοράς του μη επιθυμούντος τη νοσηλεία του επιβάλλει ενέργειες (αναζήτησή του, ανεύρεσή του, αναγκαστική οδήγησή του στον ψυχίατρο) εκ μέρους της αστυνομικής αρχής που δεν ενέχουν τον χαρακτήρα της σύλληψης αλλά οφείλουν να γίνουν με διακριτικότητα, με την καλύτερη δυνατή μεταχείριση και την αποφυγή δημοσιότητας (Εισ ΑΠ 12/1999). Η ακούσια νοσηλεία προϋποθέτει τη σύλληψη του ατόμου και τη μεταφορά του στο κατάλληλο νοσοκομείο κ.λπ. Και ναι μεν η ενέργεια αυτή του Εισαγγελέα (να διατάξει τη μεταφορά του ασθενή) εμφανίζεται να έχει διοικητικό χαρακτήρα, αφού δεν συνδέεται με αξιόποινη πράξη, πλην όμως είναι σαφές ότι πρόκειται για παραγγελία με την οποία ζητείται η σύλληψη προσώπου και στηρίζεται σε ρητή διάταξη που φέρει χαρακτήρα εν ευρεία έννοια καταδιωκτικού, εγγράφου και δικαιολογεί τη σύλληψη.*

Επιπλέον, οι αστυνομικοί, τις περισσότερες φορές λειτουργούν μέσω μιας διαισθητικής και βιωματικής προσέγγισης, ανάλογα με την εμπειρία που έχουν σε σχέση με τέτοια περιστατικά, ενώ και οι ίδιοι αναγνωρίζουν την ανεπαρκή τους κατάρτιση αναφορικά με τη διαχείριση τέτοιου τύπου περιστατικών.[9] Γ) Η αστυνομία θεωρεί τους ψυχικά πάσχοντες μια ιδιαίτερη ομάδα, την οποία φαίνεται ότι αντιμετωπίζει διαφορετικά.[10] Τέλος, Δ) φαίνεται ότι και κατά την προσαγωγή του φερόμενου ως πάσχοντα από την αστυνομία λειτουργούν και υπεισέρχονται πολλές και διαφορετικές μεταβλητές οι οποίες επικαθορίζουν την τελική έκβαση. Η κατάσταση του πάσχοντα,[11] ο χώρος, η χρονική στιγμή που γίνεται η προσέγγιση, το κατά πόσο ο πάσχων είναι «παλιός γνωστός» όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν πολλοί αστυνομικοί, το κατά πόσο υπάρχει οικογενειακό ή κάποιο άλλο υποστηρικτικό πλαίσιο, το αν η μεταγωγή για εξέταση ή νοσηλεία θα γίνει άμεσα ή αντίθετα (όπως πολλές φορές συμβαίνει στις μεταγωγές από τη νησιωτική Ελλάδα) θα πρέπει να παραμείνει σε κάποιο αστυνομικό τμήμα, όλοι αυτοί είναι παράγοντες οι οποίοι έρχονται και διαμορφώνουν το πώς εν τέλει θα μεταφερθεί ο πάσχων στην ψυχιατρική μονάδα, και κυρίως, σε τι κατάσταση θα βρίσκεται. Δηλαδή, και σε αυτό το «κομμάτι» της διαδικασίας φαίνεται ότι δεν ακολουθείται κάποια οργανωμένη, συνεκτική και κυρίως κοινή προσέγγιση. Πάντως, φαίνεται ότι το πρώτο μέλημα και στόχος των αστυνομικών είναι να γίνει η προσαγωγή με το κατά το δυνατόν πιο «ανώδυνο» και χωρίς εντάσεις τρόπο, κάτι που στην πλειονότητα των περιπτώσεων όντως

[…]. *Έτσι, εφόσον το πρόσωπο δεν προσέρχεται οικειοθελώς, τα παραγγελθέντα αρμόδια αστυνομικά όργανα είναι υποχρεωμένα να χρησιμοποιήσουν την προς τούτο αναγκαία βία... (Εις ΑΠ 3899/2007)*». Βλ: Μπιλανάκης, Ν., «Μελέτη Περιπτώσεων», στο: *Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών*, οπ.π, σ. 69.

[9] Οι αστυνομικοί πολλές φορές αναφέρουν ότι βρίσκονται αντιμέτωποι στη διλληματική κατάσταση ανάμεσα στην προστασία του «κοινωνικού συνόλου» και στην αντιμετώπιση των ασθενών με την προσήκωσα αξιοπρεπή μεταχείριση. Βλ. Finn, P., Sullivan, M., «Police handling of the mentally ill: Sharing responsibility with the mental health system», *Journal of Criminal Justice*, τεύχος 17, 1989, σ. 1-14. Βλ. επίσης: Finn, P., Sullivan, M., *Police response to special populations.* U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, Washington, DC, 1987.

[10] Ειδικά για την ελληνική αστυνομία, έρευνα έχει δείξει ότι οι αστυνομικοί θεωρούν ότι οι ψυχικά πάσχοντες οι οποίοι καλούνται να συλλάβουν και να μεταφέρουν είναι σε μεγάλο βαθμό βίαιοι, είναι δυνητικά απρόβλεπτοι, δημιουργούν προβλήματα στις οικογένειές τους και στη «γειτονιά», ενώ οι περισσότεροι από αυτούς θεωρούν ότι οι πάσχοντες σπάνια έχουν «εναισθησία», ενώ δεν μπορούν να «διακρίνουν λογικά το συμφέρον τους». Ένα ενδιαφέρον εύρημα αφορά την επικινδυνότητα. Οι μισοί εκ των αστυνομικών του δείγματος θεωρούν ότι οι πάσχοντες είναι το ίδιο ή περισσότερο επικίνδυνοι από τον «μέσο εγκληματία», ενώ είναι πιο επικίνδυνοι από τον «μέσο άνθρωπο». Για περισσότερα, βλ. Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., Kontis, K., «Greek police officers' attitudes towards the mentally ill», οπ.π., σ. 79.

[11] Όταν αναφερόμαστε στην «κατάσταση του πάσχοντα» εννοούμε το κατά πόσο εκλαμβάνεται από τους αστυνομικούς επιθετικός ή όχι. Άλλωστε, ένα εύρημα αναφορικά με τις πεποιθήσεις των αστυνομικών είναι το ότι ο ψυχιατρικός άρρωστος, ειδικά στην περίπτωση που δεν λαμβάνει, ή έχει διακόψει την αγωγή του, είναι εν δυνάμει επιθετικός και βίαιος. Βλ. Economou, M., Palli, A., Falloon, H., «Violence, misconduct and schizophrenia: Outcome after four years of optimal treatment», *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, τεύχος 1, 2005, σ. 3.

συμβαίνει. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι η νομικά θεσμοθετημένη και ζητούμενη *αξιοπρεπής μεταχείριση* ισχύει. Η συχνή χρήση χειροπέδων –ειδικά σε άνδρες προσαγόμενους- είναι ένα χαρακτηριστικότατο παράδειγμα, ανεξάρτητα του κατά πόσο χρειάζονται. Γιατί όπως είχε αναφέρει χαρακτηριστικά ένας αστυνομικός, «*…άσε να έχουμε το κεφάλι μας ήσυχο…*». Γεγονός πάντως είναι ότι η παρουσία της αστυνομίας (ειδικά των <u>ένστολων</u> αστυνομικών) σε αυτή τη φάση της διαδικασίας ενέχει ένα ισχυρότατο συμβολικό, αλλά και λειτουργικό χαρακτήρα: η θέα και μόνο του ένστολου προκαλεί καταστολή. Να ξεκαθαρίσουμε ότι δεν αναφερόμαστε στον αντίκτυπο που έχει η θέα –αλλά και η εμπλοκή- του αστυνομικού στη ψυχική κατάσταση και ψυχική οικονομία του πάσχοντα την συγκεκριμένη χρονική στιγμή, κάτι που είναι τελείως εξατομικευμένο, αλλά αναφερόμαστε στις συμπεριφορικές αντιδράσεις του φερόμενου ως πάσχοντα όταν είναι παρόντες οι αστυνομικοί. Συνήθως οι ακραίες αντιδράσεις –αν υπάρξουν- εκ μέρους του πάσχοντα εμφανίζονται το χρονικό διάστημα αμέσως μετά την αναχώρηση των αστυνομικών.[12] Χαρακτηριστικό παράδειγμα: «*Παιδιά, καθίστε λίγο σας παρακαλούμε μέχρι να τον δέσουμε και να του κάνουμε την ένεση, γιατί μετά…*» ζητάει μια νοσηλεύτρια από τους αστυνομικούς που συνοδεύουν ένα μάλλον «ζόρικο» νεοεισερχόμενο. «*…με εσάς είναι "αρνάκια". Μόλις φεύγετε…*».

Μια εξίσου σημαντική, κατ' εμάς, διαπίστωση αφορά τη στάση των αστυνομικών απέναντι στη δυνητική δυσλειτουργία του συστήματος. Αναφέρει χαρακτηριστικά ένας αστυνομικός:

> «*Μην μου πείτε ότι δεν έχετε κρεβάτι. Έχουμε γυρίσει το μισό λεκανοπέδιο. Έχουμε πάει στο Αιγινήτειο για την γνωμάτευση, πήγαμε στο Σωτηρία και τώρα εδώ. Θα γυρίσουμε σπίτι μας αύριο μ' αυτά και μ' αυτά…*» (Αστυνομικός, ΤΕΠ Γενικού Νοσοκομείου, ημερολόγιο σημειώσεων).

Πολλές φορές οι αστυνομικοί οι οποίοι συνοδεύουν τον φερόμενο ως πάσχοντα δυσανασχετούν, δυσφορούν και «βιάζονται» να επισπεύσουν τη διαδικασία «παράδοσης». Θεωρούν ότι το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης είναι δυσλειτουργικό και –έχοντας

[12] Σύμφωνα με έρευνα, η παρουσία της αστυνομίας είναι καταλυτική ειδικά όταν αφορά άτομα οι οποίοι είναι άρρενες οι οποίοι επιδεικνύουν βίαιη συμπεριφορά. Βλ. Llewellin , P., and al., «Involuntary psychiatric attendances at an Australasian emergency department: A comparison of police and health-care worker initiated presentations» *Emergency Medicine Australasia,* τεύχος 23, 2011, σ. 593 - 599.

αναλάβει την διακομιδή ενός φερόμενου ως πάσχοντα- «μπορούν να μπλέξουν». Με αποτέλεσμα πολλές φορές να υπάρχει πίεση εκ των αστυνομικών για επίσπευση της διαδικασίας εξέτασης και πιθανής εισαγωγής λόγω της ιδιαίτερα χρονοβόρας διαδικασίας.[13] Άλλωστε, και έρευνες στο εξωτερικό έχουν δείξει ότι μια από τις βασικές «ανησυχίες» των αστυνομικών είναι η σίγουρη υποδοχή του πάσχοντα από την δομή ψυχιατρικής νοσηλείας.[14]

Σε αυτό το σημείο θεωρούμε ότι αξίζει να αναφερθεί ένα τελευταίο χαρακτηριστικό παράδειγμα της σύγχυσης των ρόλων και της ασάφειας που εξακολουθεί να επικρατεί αναφορικά με τις πρακτικές και διαδικασίες. Διαβάζουμε στην ειδική έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη: «*Στις εν γένει διατάξεις περί καθηκόντων του αστυνομικού προσωπικού δεν υπάρχει ρητή πρόβλεψη για την υποχρέωση μεταφοράς και τον τρόπο μεταχείρισης των διακομιζόμενων ασθενών για ακούσια εξέταση ή νοσηλεία σε ψυχιατρικό νοσοκομείο* […] *φαίνεται ότι η πρακτική αυτή στηρίζεται στο γεγονός, ότι η μεταφορά γίνεται κατόπιν παραγγελίας του εισαγγελέα που απευθύνεται προς το αστυνομικό τμήμα και όχι προς το ΕΚΑΒ. Χαρακτηριστικά, το έντυπο που χρησιμοποιείται εκδίδεται από το αστυνομικό τμήμα, απευθύνεται προς το ψυχιατρικό νοσοκομείο, μνημονεύει ως σχετικό έγγραφο την παραγγελία του εισαγγελέα και αναφέρει ότι σε εκτέλεση της παραγγελίας αυτής "…παρακαλούμε όπως προβείτε στην εξέταση του/της* […] *και γνωματεύσατε αν αυτός/αυτή συνεπεία της πάθησής του/της είναι επικίνδυνος/η για τη δημόσια τάξη, την προσωπική του/της ασφάλεια και την ασφάλεια των πολιτών"* […]. *Η επιταγή του άρθρου 96 παράγρ. 2 Ν. 2071/92 για αξιοπρεπή μεταφορά των ακούσια εγκλειομένων ασθενών θα συνεπαγόταν τη μεταφορά τους με ασθενοφόρο ή με συμβατικά αυτοκίνητα (όπως προβλέπεται στα Προγράμματα Παρέμβασης στην Κρίση) και με τη συνοδεία νοσηλευτών*».[15] Η Ν., η νεαρή

[13] Έρευνες έχουν δείξει ότι δύο από τις βασικότερες παραμέτρους οι οποίες προκαλούν ένταση και ανησυχία στους αστυνομικούς κατά την διαδικασία συνδιαλλαγής με άτομα που πάσχουν από ψυχική νόσο είναι α) η θεωρούμενη απροβλεψιμότητα της συμπεριφοράς του πάσχοντα και β) οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει η αστυνομία αναφορικά με τις –χρονοβόρες- διαδικασίες της μεταφοράς του πάσχοντα σε κάποια ψυχιατρική δομή. Βλ. Courtenay L., and al., «Responding to Persons with Mental Illnesses: Police Perspectives on Specialized and Traditional Practices», *Behavioral Sciences and the Law Behavιour*, τεύχος 23, 2005, σ. 649.

[14] Wells, W., Schafer, J., *Officer perceptions of police responses to persons with a mental illness*, Center for the Study of Crime, Southern Illinois University Carbondale, Carbondale, Illinois, USA, στο: emeraldinsight.com.

[15] Βλ.: ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ, ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΡΧΗ, Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας, ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ (Ν. 3094/2003 "Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις", Άρθρο 3 § 5) Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών Βοηθός Συνήγορος του Πολίτη: .Ν. Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου Ειδικοί Επιστήμονες: Α. Πανάγου, Ε. Σκυλλάκου, Ι. Τσελεκίδης, Μάιος 2007, σ. 16-17.

από την Ουκρανία στην οποία έχουμε αναφερθεί, πριν από δέκα περίπου μέρες είχε σπάσει το χέρι της, με αποτέλεσμα ο αριστερός της βραχίονας να φέρει το «κλασικό» γύψινο νάρθηκα. Κατά την σύλληψή της και κατά την προσαγωγή της στο νοσοκομείο, η Ν. χρησιμοποιούσε το –μέσα στον γύψο- χέρι της ως «όπλο» εναντίον των αστυνομικών και του προσωπικού του νοσοκομείου. Βέβαια, επειδή οι γύψινοι νάρθηκες δεν έχουν σχεδιαστεί για αυτή ακριβώς τη λειτουργία, ο γύψος της Ν. έσπασε. Με αποτέλεσμα να πρέπει να διακομιστεί στο ΚΑΤ για εκ νέου εξέταση του βραχίονά της, και αλλαγή του γυψονάρθηκα. Και η οδύσσεια του συγχρονισμού των υπηρεσιών άρχισε. Η αστυνομία αρνείται να μεταφέρει με περιπολικό την Ν., λόγω του ότι νομικά δεν καλύπτεται. Στις περιπτώσεις μεταφοράς νοσηλευόμενου ασθενή από ένα νοσοκομείο σε κάποιο άλλο, υπεύθυνο είναι το ΕΚΑΒ. Το ΕΚΑΒ αρνείται λόγω του ότι δεν νομιμοποιείται να μεταφέρει «εισαγγελικό» άρρωστο χωρίς αστυνομική συνοδεία. Όπως και σε άλλες παρόμοιες περιπτώσεις, η μεταφορά πρέπει να γίνει με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ και με συνοδεία περιπολικού. Στην περίπτωση της Ν. η διαδικασία περατώθηκε σε τρεις ημέρες… Όπως άλλωστε και στις περισσότερες τέτοιες περιπτώσεις: «*Θα στείλω περιπολικό μόλις βρω, αλλά να ξέρετε, αν δεν είναι εκεί το ασθενοφόρο, θα φύγει, δεν μπορεί να περιμένει.*» λέει ο αξιωματικός υπηρεσίας στη γιατρό. «*Τι να σας πούμε κυρία μου. Θα στείλουμε. Θα σας πάρω εγώ…*» αναφέρει ο υπάλληλος του ΕΚΑΒ. Τελικά, το ραντεβού κλείνεται, η Ν. ανεβαίνει στο ασθενοφόρο, το περιπολικό ακολουθεί, η αξιοπρεπής διακομιδή αρχίζει.

1.3. Προθεσμίες και διαδικασίες

«*Πόσο καιρό θα κάτσω εδώ μέσα; Πηγαίνω μέσα* (εννοεί στα γραφεία των γιατρών) *και όλο "θα δούμε" και "θα δούμε" μου λέει…*». (Χ. 39 ετών, νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*…ήδη είμαι εδώ ένα μήνα. Πόσο καιρό πια πρέπει να κάθομαι και να παίρνω αυτά τα βρωμοχάπια. Αφού είναι πικρά σου λέω…*» (Λ. 40 ετών, νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Είναι ο παλιότερος,, η παλιοσειρά. Από τον Ιούλιο του 2006, κοντά δύο* χρόνια […]. Όταν *κλείσει η κλινική θα φύγει και αυτός. Ή θα πάει στο ξενώνα.*» (Μέλος του προσωπικού, αναφερόμενο στο Γ., νοσηλευόμενο ασθενή, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Η κυρία Μ; Αφού έχει "άκρες"* […] *εντολές εξ* άνωθεν […] πάντως*, έχει βρει την άκρη και είναι εδώ μέσα πάνω από δύο χρόνια.*» (Συγγενής νοσηλευόμενου, αναφερόμενη στη Μ., νοσηλευόμενη ασθενή, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Πόσο πρέπει να κάτσεις; Δύο βδομάδες σίγουρα…* (Διαμαρτύρεται!)*…Πάντως να ξέρεις ότι, στο μήνα, εκεί κοντά τους αφήνουνε…*» (Μέλος του προσωπικού απαντάει σε νεοεισελθόντα νοσηλευόμενο, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Η θεματική «χρονικές προθεσμίες» είναι ίσως από τα πλέον αμφιλεγόμενα διακυβεύματα στο πεδίο της ακούσιας ψυχιατρικής νοσηλείας. Και όταν αναφερόμαστε στις «χρονικές προθεσμίες» αναφερόμαστε σε δύο –σχετικά διακριτά μεταξύ τους, αλλά την ίδια στιγμή και άμεσα διαπλεκόμενα- πεδία: αυτό της χρονικής διάρκειας της νοσηλείας, έτσι όπως αυτό προσδιορίζεται νομικά (με όλη τη νομολογία που το συνοδεύει), αλλά και τις χρονικές προθεσμίες αναφορικά με τις δικαστικές εγγυήσεις, έτσι πως έχουν θεσπιστεί και προσδιοριστεί με σκοπό τη διαφύλαξη νομιμότητας της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας. Τελικά, το ερώτημα είναι αν και κατά πόσο η τήρηση των προθεσμιών αναφορικά με τις δικαστικές εγγυήσεις (η 48ωρη προθεσμία για εξέταση, το περιθώριο των τριών ημερών για την αποστολή της αίτησης στο Πρωτοδικείο, το περιθώριο των 10 ημερών για την έκδοση της απόφασης) ουσιαστικά μπορεί να λειτουργήσει υποβοηθητικά τόσο στον έλεγχο της χρονικής διάρκειας της νοσηλείας, όσο και αναφορικά με τη διαφύλαξη/ προάσπιση των «ποιοτικών» παραμέτρων (θεραπευτική σχέση, καθηλώσεις,

συνεργασία, κλπ). Από την αρχή της νοσηλείας, η συνηθέστερη πρακτική στις –εναγώνιες τις περισσότερες φορές- ερωτήσεις του νοσηλευόμενου, αλλά και των συγγενών του, είναι να μην προσδιορίζεται η χρονική διάρκεια της νοσηλείας και της παραμονής στη μονάδα. «*Θα δούμε…*», «*να δούμε πως θα πάει, αν θα τον "πιάσουν" τα φάρμακα…*», «*…δεν μπορώ να σου πω, να περάσουν λίγες μέρες, να συνεννοηθούμε και με τον εισαγγελέα, και βλέπουμε….*»: συχνές απαντήσεις στο «ακανθώδες» ζήτημα της εξόδου, τουλάχιστον, όταν αυτό υφίσταται. Γιατί, ας μην ξεχνάμε το ότι ένας μεγάλος αριθμός από τους «εισαγγελικούς» αρρώστους, όχι μόνο προσαρμόζεται στη λειτουργία της μονάδας στην οποία έχει εισαχθεί, αλλά πολλές φορές είναι και ιδιαίτερα απρόθυμος να «βγει»: Πολλοί εκ των επαγγελματιών αναφέρουν ότι –ειδικά για τους «χρόνιους» ψυχωτικούς- τα φαινόμενα ιδρυματισμού είναι ιδιαίτερα έντονα. Η πρακτική του μη προσδιορισμού της χρονικής διάρκειας της νοσηλείας, τουλάχιστον από την αρχή, ίσως δεν έχει αρνητικές συνέπειες, για το λόγο ότι είναι πολλοί εκείνοι οι παράγοντες οι οποίοι υπεισέρχονται, με βασικότερο την «πορεία» του πάσχοντα: πόσο σύντομα θα ανακάμψει από την κρίση/ υποτροπή, αν υπάρξει σταθεροποίηση της εικόνας του, αν υπάρχουν οι κατάλληλες στεγαστικές, οικονομικές, οικογενειακές συνθήκες, όλοι αυτοί είναι παράγοντες άμεσα συνδεδεμένοι με το θέμα «χρονική διάρκεια». Το παραπάνω βέβαια δεν σημαίνει ότι κατά την πορεία δεν πρέπει να υπάρξει ένας σχεδιασμός και ένα χρονοδιάγραμμα της νοσηλείας, αν και η συνήθης τακτική είναι ένας βραχυπρόθεσμος σχεδιασμός, του τύπου «βλέπουμε και κάνουμε». Πάντως, μια μέση χρονική διάρκεια μιας ακούσιας νοσηλείας είναι περίπου τρεις έως επτά εβδομάδες. Σπάνια ένας «εισαγγελικός» παίρνει εξιτήριο πριν τις 15 ημέρες, αλλά επίσης σπάνια έχει υπάρξει ακούσια νοσηλεία η οποία να έχει «πιάσει» το νομικό περιθώριο των έξι μηνών.[16] Τέλος, σχετικά με το θέμα της δυνατότητας για 48ωρο εγκλεισμό ενός φερόμενου ως πάσχοντα για παρακολούθηση, η προσωπική μας εμπειρία τείνει είναι μάλλον αποθαρρυντική. Θεωρούμε ότι πρόκειται για ένα μέτρο το οποίο αν όχι πάντα, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, είτε παρακάμπτεται, είτε δεν εφαρμόζεται καθόλου. Προσωπικά, δεν συναντήσαμε παρά ελάχιστες περιπτώσεις νοσηλευόμενου, ο οποίος να εισήχθη και μετά μιας περιόδου δύο ημερών να του δόθηκε εξιτήριο. Η συνήθης πρακτική είναι να γίνεται η γνωμάτευση για την αναγκαιότητα ή μη της νοσηλείας στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία κατά την προσαγωγή του φερόμενου ως ασθενή και αμέσως να αποφασίζεται η εκτέλεση της παραγγελίας και η έναρξη της νοσηλείας. Στις

[16] Προσωπικά γνωρίζουμε μόνο μια περίπτωση νοσηλευόμενου ο οποίος παραμένει συνεχόμενα στην ίδια μονάδα για περίπου 20 μήνες, αλλά πρόκειται για μια ιδιαίτερη περίπτωση ανθρώπου με μηδενικό υποστηρικτικό πλαίσιο. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η περίπτωση που επιβεβαιώνει τον κανόνα..

περιπτώσεις αμφιβολίας, ή στις περιπτώσεις στις οποίες ήταν οφθαλμοφανής η έλλειψη κάθε αναγκαιότητας για ψυχιατρική νοσηλεία, και μάλιστα υπό όρους ακούσιας, πολλές φορές ο φόβος πειθαρχικών μέτρων σε περίπτωση malpractice οδηγούν τους περισσότερους ψυχίατρους στην αποδοχή και σε μια συνακόλουθη εισαγωγή. Από την άλλη, σε πολλές περιπτώσεις γίναμε μάρτυρες της απόρριψης από ψυχιάτρους της αίτησης του εισαγγελέα για ακούσια νοσηλεία, ειδικά στις περιπτώσεις που η αίτηση για ακούσια νοσηλεία αφορούσε άτομα τα οποία ήταν αποκλειστικά χρήστες ουσιών, αλλά ακόμα και περιπτώσεις στις οποίες ο πάσχων «αναγνώριζε την κατάστασή του» και ήταν πρόθυμος να συνεργαστεί με κάποια ψυχιατρική υπηρεσία σε «εξωτερική βάση». Και πάλι επανερχόμαστε αντιμέτωποι με την σποραδική, αποσπασματική και κατά το δοκούν κλινική πράξη. Έτσι, σε κάποια νοσοκομεία υπάρχουν ειδικευμένοι ψυχίατροι οι οποίοι είναι πιο «αποφασισμένοι» στο να απορρίψουν μια εισαγγελική παραγγελία αν θεωρήσουν ότι δεν συντρέχουν οι προϋποθέσεις εισαγωγής, ενώ σε κάποιοι άλλοι φαίνονται πιο διστακτικοί στο να απορρίψουν εξ αρχής εισαγγελικές παραγγελίες.

Αναφορικά με τις δικαστικές προθεσμίες σε σχέση με την τήρηση της διαδικασίας, και σε αυτό το πεδίο τα ευρήματα είναι σε μια πρώτη θεώρηση μάλλον αρνητικά. Ενδεικτικά, ο Κ. Κοσμάτος, σε έρευνα αναφορικά με τις αποφάσεις του Πρωτοδικείου Θεσσαλονίκης για περιπτώσεις ακούσιας νοσηλείας στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, βρήκε σημαντικές καθυστερήσεις και παραλήψεις στην τήρηση των προθεσμιών: «*…προκύπτει ότι ο χρόνος έκδοσης της απόφασης για την ακούσια νοσηλεία βρίσκεται εκτός του γράμματος και του πνεύματος του νόμου 2071/1992 σε ποσοστό που ξεπερνά το 90% του συνόλου των υποθέσεων…*».[17] Ενδεικτική της δυσκολίας ελέγχου του κατά πόσο είναι εφικτό το να τηρηθούν οι προβλεπόμενες προθεσμίες είναι και έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη, η οποία αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Ο Συνήγορος του Πολίτη δεν έχει την αρμοδιότητα να εξετάσει την τήρηση της ακολουθούμενης ενδο-δικαστηριακής διαδικασίας και συγκεκριμένα, αν ο ορισμός δικασίμου γίνεται έγκαιρα από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Μονομελούς Πρωτοδικείου με την παραλαβή της σχετικής αίτησης του Εισαγγελέα. Ο ρόλος του δικαστικού ελέγχου κατά το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο (Ν. 2071/1992, άρθρο 96) είναι κρίσιμος σε όλη την διαδικασία. Από τις σχετικές διατάξεις δεν προκύπτει ρητώς ο χρόνος, εντός του οποίου ο εισαγγελέας οφείλει να στείλει την παραπάνω εντολή για μεταγωγή και τακτοποίηση του ασθενούς. Εξάλλου, κατά το άρθρο 1687 ΑΚ "Όταν η κατάσταση ενός*

[17] Κοσμάτος, Κ., *Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Ερευνητικές Διαπιστώσεις και Προοπτικές από την Εφαρμογή του Νόμου 2071/1992*, όπ.π., σ. 50.

προσώπου επιβάλει την ακούσια νοσηλεία του σε μονάδα ψυχικής υγείας αυτή γίνεται μετά από προηγούμενη άδεια του δικαστηρίου και κατά τις διατάξεις ειδικών νόμων." Σε διαφορετική περίπτωση δεν υπάρχει νομιμοποιητικός λόγος για τη ακούσια νοσηλεία του ασθενούς στο ψυχιατρικό κατάστημα, αφού δε νοείται "σιωπηρή ή αυτοδίκαιη παράταση της αναγκαστικής νοσηλείας" (βλ. έτσι ΓνωμΕισΑΠ 1421/2004[18]*, Πόρισμα ΣτΠ 7967.4/01/6.4.2004). Αυτό άλλωστε επαληθεύεται και με τη νεότερη ΓνωμΕισΑπ 12/2006*[19]*, η οποία αναφέρει "Σε περίπτωση που δεν τηρηθεί η παραπάνω δεκαήμερη προθεσμία, η περαιτέρω παραμονή του φερόμενου ως ασθενή δεν νομιμοποιείται από την εισαγγελική παραγγελία μεταφοράς, έστω και αν είναι σαφές ότι το πρόσωπο πάσχει"».*[20] Κατά τη γνώμη μας, ο Συνήγορος του Πολίτη στο συγκεκριμένο πόρισμα κάνει μια βασική διαπίστωση. Μέσω της αδυναμίας του να ελέγξει τη δικαστική διαδικασία, θεωρούμε ότι προσδιορίζει χαρακτηριστικά τη δυνητική έλλειψη νομιμότητας_στις φάσεις της διαδικασίας ακούσιας νοσηλείας «*Η τυχόν υπέρβαση των προθεσμιών που ορίζονται στις σχετικές διατάξεις του Ν.2071/92 από τη δικαστική εξουσία θα μπορούσε να θεμελιώσει ευθύνη για παράνομη στέρηση της ελευθερίας του ακούσια νοσηλευόμενου ψυχικά ασθενούς. Η μη τήρηση των προβλεπόμενων δικαστικών διαδικασιών εκθέτει τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και τους ιατρούς, καθώς τους μετακυλείει την ευθύνη απόδειξης, ότι υπήρχε κίνδυνος ζωής ή σοβαρής βλάβης της υγείας του ίδιου του ασθενή. Για παράδειγμα, αν δοθεί εξιτήριο σε ασθενή, επειδή δεν τηρήθηκαν οι δικαστικές διαδικασίες που προβλέπονται από τον Ν. 2071/1992 και αμέσως μετά ο ασθενής αυτοκτονήσει, μπορεί να εγερθεί θέμα ευθύνης των ιατρών που του χορήγησαν εξιτήριο. Το θέμα αυτό, ενόψει του ότι ο Συνήγορος του Πολίτη δεν μπορεί να ελέγξει τα δικαστήρια, θα έπρεπε να απασχολήσει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ώστε να συνεργαστεί με το Υπουργείο Δικαιοσύνης προς τον σκοπό της πιστής εφαρμογής των διατάξεων του Ν. 2071/92, λαμβανομένων υπόψη των συνεπειών που έχει η*

[18] Αναφέρει η συγκεκριμένη Γνωμοδότηση: «*Επίσης, αφού δεν νοείται αυτοδίκαιη ή σιωπηρή παράταση της αναγκαστικής νοσηλείας, πρέπει ο Εισαγγελέας εντός τριημέρου, από τότε που διέταξε τη μεταφορά του ασθενή, να ζητά εγγράφως από το αρμόδιο Πρόεδρο Πρωτοδικών να ορίσει δικάσιμο μέσα σε 10 ημέρες στο Μονομελές Πρωτοδικείο για να εκδικασθεί η αίτηση του περί αναγκαστικής νοσηλείας. Πρέπει δε ο Εισαγγελέας, πλην των ως άνω οριζόμενων, να παρακολουθεί, επισταμένως, εάν πράγματι ορίσθηκε η δικάσιμος εντός του δεκαημέρου, άλλως να ενημερώνει εγκαίρως τον Προϊστάμενο του Πρωτοδικείου για την υπάρχουσα ανάγκη απαρέγκλιτης τήρησης της ανωτέρω δεκαήμερης προθεσμίας και, εάν εξακολουθεί να υφίσταται σχετικό πρόβλημα, τον ασκούντα, κατ' άρθρο 19 παρ. 1ε Κώδικα Οργανισμού Δικαστηρίων την εποπτεία του Πρωτοδικείου διευθύνοντα το Εφετείο*». Βλ. ΓνωμΕισΑΠ 1421/2004, *Ποινικά Χρονικά*, 2005, σ. 169.

[19] Βλ. ΓνωμΕισΑΠ 12/2006, *Ποινική Δικαιοσύνη*, 2006, σ. 1403.

[20] Βλ.: ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ, ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΡΧΗ, Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας, ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ (Ν. 3094/2003 "Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις", Άρθρο 3 § 5) Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών Βοηθός Συνήγορος του Πολίτη: ..Ν. Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου Ειδικοί Επιστήμονες: Α. Πανάγου, Ε. Σκυλλάκου, Ι. Τσελεκίδης, Μάιος 2007, σ. 20.

μη τήρηση της δικαστικής διαδικασίας για τον ψυχικά ασθενή (στέρηση ελευθερίας) και για τα ψυχιατρεία (ευθύνη για μη νόμιμη κράτηση)».

Η προσωπική μας εμπειρία αναφορικά με το κατά πόσο τηρούνται οι δικαστικές προθεσμίες μας οδήγησε στο να ανιχνεύσουμε και να διατυπώσουμε δύο βασικές διαπιστώσεις / συμπεράσματα, οι οποίες συγκλίνουν και με άλλα, παραπλήσια ερευνητικά αποτελέσματα.

Πρώτον, στη πλειονότητα των περιπτώσεων, η νομική και δικαστική διαδικασία φαίνεται να λειτουργεί ανεξάρτητα από τη νοσηλεία του πάσχοντα. Από το σύνολο των περιπτώσεων ακούσιας νοσηλείας με τις οποίες έχουμε ασχοληθεί, μόνο σε κάποιες περιπτώσεις έχει ενημερωθεί η Μονάδα Ψυχικής Υγείας για την ημερομηνία της δικάσιμου με έγγραφο από το αρμόδιο Πρωτοδικείο.

Δεύτερον, κατά τη διάρκεια της ερευνάς μας, δεν είδαμε καμιά περίπτωση νοσηλευόμενου ο οποίος –κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του- να παρουσιάστηκε στο δικαστήριο το οποίο εκδίκασε την υπόθεσή του.

Τέλος, τρίτον, φαίνεται να υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση αναφορικά με την ημερομηνία δικάσιμου.[21] Σε αρκετές περιπτώσεις στις οποίες στάλθηκε έγγραφο από το Πρωτοδικείο με το οποίο να γνωστοποιείται η δικάσιμος, η ημερομηνία καθοριζόταν περίπου ένα μήνα μετά την ημέρα εισαγωγής του πάσχοντα (με το νόμο να προσδιορίζει ένα όριο τριών συν 10 ημερών). Στις περισσότερες των περιπτώσεων, ο νοσηλευόμενος είχε ήδη πάρει εξιτήριο.

---

[21] Βλ. την Αυτεπάγγελτη Έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη. Αναφέρεται χαρακτηριστικά: «Δικαστικός έλεγχος: *(α) Ενώ σε ποσοστό 94% βρέθηκε εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό, στις μισές περίπου περιπτώσεις των εξετασθέντων φακέλων δεν βρέθηκε κλήση για δίκη και σε ποσοστό 84% περίπου δεν βρέθηκε δικαστική απόφαση περί εγκλεισμού. Επιπλέον, διαπιστώθηκε και επιβεβαιώθηκε στατιστικά η υπέρβαση του χρονικού διαστήματος των 10 ημερών που ορίζει ο νόμος (άρθρο 96 παρ. 6 ν. 2071/92), (β) στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων δεν παραστάθηκε στη δίκη ο ασθενής, (γ) το διατακτικό των δικαστικών αποφάσεων στηρίχθηκε στις αρχικές συνοπτικές γνωματεύσεις που έγιναν κατά την εισαγωγή του ασθενούς. Δεν βρέθηκε νεότερη γνωμάτευση-εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, ακόμη και σε περιπτώσεις που ο εγκλεισμός είχε πολύ μεγάλη διάρκεια, (δ) σε αρκετές περιπτώσεις το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί μεταξύ της συνεδρίασης και της δημοσίευσης της δικαστικής απόφασης υπερβαίνει τον ένα μήνα*». Πανάγου, Α., «παρουσίαση της Αυτεπάγγελτης Έρευνας του Συνηγόρου του Πολίτη», στο: *Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Πασχόντων*, οπ.π., σ. 50.

Δειγματοληπτικά, ρωτήσαμε κάποιους από τους νοσηλευόμενους, καθώς επίσης και μερικούς από τους συγγενείς που τους συνοδεύουν, καθώς επίσης και τους περισσότερους από τους εργαζόμενους σε ένα ψυχιατρικό τομέα νοσηλείας αν –και πόσο λεπτομερειακά- γνωρίζουν τις νομικές παραμέτρους, το θεσμικό πλαίσιο. Και ίσως το πιο εντυπωσιακό εύρημα είναι ακριβώς αυτό που δεν καταφέραμε να βρούμε. Σχεδόν κανένας από τους ερωτηθέντες πάσχοντες (καθώς και οι συγγενείς τους), αλλά επίσης σχεδόν κανείς από τους εργαζόμενους[22] δεν γνώριζε ακριβώς τη νόμιμη διαδικασία, η οποία πρέπει να ακολουθείται. Αυτό ίσως είναι ένα από τα σημαντικότερα «πρόδρομα» συμπεράσματα.

Το δεύτερο σημαντικότατο εύρημα (τόσο βιβλιογραφικό, όσο και από την προσωπική μας έρευνα) είναι ο κρίσιμος ρόλος της επικινδυνότητας σαν τη βασική εκείνη παράμετρο η οποία **στοιχειοθετεί** στις περισσότερες των περιπτώσεων την αναγκαιότητα της «εισαγγελικής». Επισημαίνει ο Φυτράκης, αναφορικά με την αίτηση της εισαγγελίας προς τις ψυχιατρικές υπηρεσίες οι οποίες καλούνται να γνωματεύσουν: «*…το σχετικό έντυπο της αστυνομίας φαίνεται να ζητά από τους ψυχίατρους "…να γνωματεύσουν αν αυτός, συνεπεία της πάθησής του, είναι επικίνδυνος για τη δημόσια τάξη και προσωπική ασφάλεια των πολιτών ή για τον εαυτό του".*[23] *Δεν ζητείται δηλ. γνωμάτευση για την κατάσταση της υγείας του προσώπου και τον κίνδυνο επιδείνωσης αυτής, ούτε για την τυχόν ανάγκη θεραπείας* […] *αλλά μόνο για την επικινδυνότητά του.*»[24] Φαίνεται, δηλαδή, ότι η έννοια της επικινδυνότητας συνεχίζει να αποτελεί –αν όχι το μοναδικό- τουλάχιστον τον κύριο άξονα γύρω από τον οποίο οργανώνεται γραφειοκρατικά/ διοικητικά η διαδικασία εκτέλεσης της ακούσιας νοσηλείας. Ας επιμείνουμε λίγο σε αυτό το σημείο. Δεν αναφερόμαστε στην υποκειμενική αξιολόγηση των ψυχιατρικών δομών, αν δηλαδή ο πάσχων όντως χρήζει ψυχιατρικής βοήθειας. Δεν αναφερόμαστε στους λανθάνοντες λόγους για τους οποίους η οικογένεια, οι συγγενείς ή η κοινότητα εκκινεί τη διαδικασία (για παράδειγμα, οικονομικές

[22] Εξαίρεση αποτελούσαν τα «υψηλόβαθμα» στελέχη των δομών νοσηλείας, κυρίως οι διευθυντές και επιμελητές ψυχίατροι, καθώς και κάποιοι από τους α) ειδικευόμενους γιατρούς και β) από το νοσηλευτικό προσωπικό οι οποίοι δήλωσαν ότι γνωρίζουν την διαδικασία λόγω προσωπικού τους ενδιαφέροντος και ενασχόλησης. Αναφέρει ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος: «*Αν δεν το ψάξεις μόνος σου, δεν γίνεται τίποτα. Λίγοι ξέρουν τις διαδικασίες, τουλάχιστον όπως θεωρητικά πρέπει να γίνονται. Και να σου πω την αλήθεια, τους υπόλοιπους δεν τους αδικώ. Αφού είναι χάος. Πέραν του ότι δεν εφαρμόζεται τίποτα σχεδόν από αυτά που, σύμφωνα με τον νόμο, πρέπει να εφαρμόζονται, είναι τόσο μπλεγμένη η κατάσταση που πολλές φορές τσακωνόμαστε και μεταξύ μας*». (ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

[23] Ο Φυτράκης αναπαράγει επακριβώς ένα μέρος του εγγράφου που αποστέλλεται από τις εισαγγελίες στα αστυνομικά τμήματα και τα εφημερεύοντα νοσοκομεία. Το συγκεκριμένο έγγραφο είναι «τυποποιημένο»: δακτυλογραφημένο, ενώ υπάρχουν κενά διαστήματα μόνο για τα στοιχεία του φερόμενου ως πάσχοντα και των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

[24] Φυτράκης, Ε., *Εισαγγελική Αρμοδιότητα και Δικαστική Εγγύηση στον Ψυχιατρικό Εγκλεισμό*, Ποινικά Χρονικά, 2007, σ. 954.

ή κληρονομικές διαφωνίες, οικονομική ανεπάρκεια των φροντιστών, οι λόγοι είναι ανεξάντλητοι). Αναφερόμαστε στο πως (με ποιο –στερεοτυπικό- τρόπο) η διαδικασία νομιμοποιείται και τελικά εκτελείται, και ποιο ρόλο «διαδραματίζει» η έννοια της επικινδυνότητας. Παραφράζοντας, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η επικινδυνότητα αναλαμβάνει το ρόλο του «εγγυητή». Είναι το εργαλείο εκείνο μέσω του οποίου εξασφαλίζεται η διαδικασία. Από την αφετηρία (την προσέλευση των συγγενών στις αστυνομικές και δικαστικές αρχές), και καθ΄ όλη τη διάρκεια της διαδικασίας μέχρι και τον εγκλεισμό. Η αίτηση των συγγενών προς τον εισαγγελέα τις περισσότερες φορές έχει σαν κύρια δικαιολογία τον ισχυρισμό ότι ο πάσχων είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του ή και τους άλλους. Η γλώσσα είναι «ξύλινη», χωρίς πολλές επεξηγήσεις. Πολλές φορές στις αιτήσεις των συγγενών, εκλείπουν και οι βασικές έστω αιτιάσεις, ειδικά αν η διαδικασία έχει επαναληφθεί. «*Όσο πιο πολλές φορές τους έχουμε "μαζέψει"*», μας αναφέρει αστυνομικός ο οποίος έχει παραβρεθεί σε πολλές προσαγωγές, «*…τόσο πιο τυποποιημένη είναι η διαδικασία. Μόνο την πρώτη φορά παίρνω καταθέσεις. Τρεις μάρτυρες συνήθως, και τις στέλνω στον εισαγγελέα. Αν ξαναγίνει* (εννοεί, αν ξαναεκτελεστεί εισαγγελική παραγγελία στο ίδιο άτομο από το ίδιο αστυνομικό τμήμα) *δεν ξαναπαίρνω, τους στέλνω κατευθείαν κάτω» (*εννοεί στον αρμόδιο εισαγγελέα). Αλλά και για τις περιπτώσεις της «πρώτης φοράς», φαίνεται ότι οι καταθέσεις είναι δομημένες με συγκεκριμένο τρόπο. Τις περισσότερες φορές αναφέρουν τα στοιχεία και στο τέλος προβαίνουν σε μια αξιολογική – και εν πολλοίς αυθαίρετη κρίση η οποία τις περισσότερες φορές τελειώνει περίπου κάπως έτσι: «*…πιστεύω ότι απ' όλη αυτή την κατάσταση μπορεί να γίνει επικίνδυνος για τους γύρω του και για τον εαυτό του και χρειάζεται βοήθεια. Άλλο τίποτα δεν έχω να προσθέσω.*».

«*Μου είπε ο γιατρός: "Όταν πας στο τμήμα για να δώσεις κατάθεση θα πεις οπωσδήποτε στο τέλος ότι θεωρείς πως μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε σένα"…*» αναφέρει μια μητέρα ενός νεαρού νοσηλευόμενου, προσδιορίζοντας με χαρακτηριστικό τρόπο το γεγονός του ότι πολλές φορές οι συγγενείς οι οποίοι επιφορτίζονται τον ρόλο του προσώπου που εκκινεί τη διαδικασία (ειδικά την πρώτη φορά) προσεγγίζουν τις αστυνομικές και τις δικαστικές υπηρεσίες «μιλημένοι», έχοντας «προβάρει» από πριν τι θα καταθέσουν. Στη συνέχεια, όπως προαναφέρθηκε, ο εισαγγελέας αποστέλλει στο αστυνομικό τμήμα της περιοχής διαμονής του φερόμενου ως πάσχοντα την εντολή μεταφοράς του από αστυνομικούς στη ψυχιατρική κλινική που εφημερεύει για εξέταση και πιθανή νοσηλεία. Το έγγραφο του εισαγγελέα προς το αστυνομικό τμήμα σχεδόν ποτέ δεν στέλνεται «υπηρεσιακά»: το ρόλο του κομιστή σχεδόν πάντα –χάριν ταχύτητας- τελούν οι

συγγενείς. Τέλος, σε περιπτώσεις που υπάρξει κάποια *κρίση*[25] υπάρχει η δυνατότητα τόσο της αυτόφωρης προσαγωγής για ψυχιατρική εξέταση – γνωμάτευση, όσο και η δυνατότητα για προφορική εισαγγελική παραγγελία.

[25] Με τον όρο «κρίση» θέλουμε να προσδιορίσουμε την έννοια του επείγοντος περιστατικού, στο οποίο εμπλέκεται η Άμεση Δράση, χωρίς απαραίτητα (μάλλον το αντίθετο ισχύει) να υπάρχει εξακριβωμένη ψυχοπαθολογική συμπεριφορά: μικροσυμπλοκές, τσακωμοί, επιθετική (ή προκλητική, ή ακόμα και απλά θορυβώδης) συμπεριφορά σε κοινόχρηστους χώρους: γενικότερα παραβατικότητα, η οποία ενέχει περισσότερο τον χαρακτήρα της ενόχλησης.

1.4. Οι ψυχιατρικές γνωματεύσεις

Στη σχετική ελληνική βιβλιογραφία μπορούμε να βρούμε μια πληθώρα δημοσιευμάτων, σχετικών με το θέμα της ακούσιας νοσηλείας, τα οποία –ανάμεσα στα υπόλοιπα προβλήματα- επισημαίνουν το ομιχλώδες των ψυχιατρικών γνωματεύσεων και την διάσταση που πολλές φορές παρουσιάζεται σε σχέση με το γράμμα του νόμου. Διαβάζουμε χαρακτηριστικά: «*…όμως, ξέρουμε πια ότι η μεγάλη πλειοψηφία αυτών των γνωματεύσεων δεν περιέχουν ούτε τη στοιχειωδέστερη αιτιολογία που θα κάλυπτε τις απαιτήσεις μιας ιατρικής διαγνωστικής κρίσης. Έτσι, δύο – τρεις μόνο μαγικές λέξεις, όπως "ψυχωτικού τύπου εκδηλώσεις" ή "ψυχωτική συνδρομή" ή "διαταραχή προσωπικότητας" ή "διαταραχές συμπεριφοράς" ή τέλος "σχιζοσυναισθηματική διαταραχή" αρκούν για να αιτιολογηθεί η ανάγκη αναγκαστικής νοσηλείας.*».[26] Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να επισημάνουμε δύο βασικές εμπειρικές διαπιστώσεις.

Α) Η πρώτη αφορά την –πολλές φορές όντως υπάρχουσα- διάσταση από το τι θεσμικά υποχρεώνει το γράμμα του νόμου και τι ισχύει τις περισσότερες φορές στην καθημερινή πραγματικότητα της ψυχιατρικής εφημερίας. Ανεπάρκεια ειδικευμένων μόνιμων ψυχιάτρων (επιμελητών), ειδικευόμενοι γιατροί οι οποίοι, ακόμη και στη περίπτωση που έχουν εκπαιδευτεί επαρκώς (οι λεγόμενοι «παλιοί») δεν έχουν δικαίωμα χρήσης υπογραφής (δεν «έχουν σφραγίδα») οπότε η όποια εκτίμησή τους πρέπει να ακολουθείται από την υπογραφή κάποιου επιμελητή. Οι εφημερεύοντες ψυχίατροι ουσιαστικά είναι υπεύθυνοι τόσο για την διεκπεραίωση των υποχρεώσεων που προκύπτουν στα εξωτερικά ιατρεία (νέες εισαγωγές, επείγοντα περιστατικά, γνωματεύσεις, κανονισμένα ραντεβού, εισαγγελικές παραγγελίες, και πολλά άλλα), όσο και για ότι τυχόν χρειαστεί στην κλινική νοσηλείας, αλλά και στο υπόλοιπο νοσοκομείο. Δηλαδή, τις περισσότερες φορές η έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, η απουσία συντονισμού, ο φόρτος εργασίας και υποχρεώσεων κάνουν την προοπτική μιας ιδανικής διαδικασίας γνωμάτευσης όχι απλά ουτοπική, αλλά μάλλον ιλαρή: «*Πάρε την σφραγίδα μου και πήγαινε να τον δεις, και θ' ανέβω και εγώ. Άντε, για να τελειώνουμε καμιά φορά…*» αναφέρει επιμελητής σε «παλιό» ειδικευόμενο σχετικά με την εισαγωγή ενός «εισαγγελικού». (Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση: οι περισσότεροι των επιμελητών δείχνουν μια σαφή προτίμηση στο να συν-εφημερεύουν με κάποιον «παλιό» ειδικευόμενο: «*Έχω το κεφάλι μου ήσυχο…*»). Άλλωστε, στις περισσότερες

[26] Φυτράκης, Ε., *Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: μια μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου*, όπ.π., σ. 114.

παρόμοιες δημόσιες μονάδες νοσηλείας οι περισσότεροι των υπαλλήλων (ειδικά οι επιμελητές γιατροί, οι υπόλοιποι παραϊατρικοί όπως οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι εργοθεραπευτές, και οι περισσότεροι από το νοσηλευτικό προσωπικό) δουλεύουν μαζί πολλά χρόνια, με αποτέλεσμα οι σχέσεις και το δυναμικό τέτοιων «κλειστών» ομάδων να αποκτά ένα σχεδόν «οικογενειακό» προφίλ: «*Τι ν' ανέβουμε* (εννοεί στα επείγοντα εξωτερικά ιατρεία) *και οι δύο; Πάρε τη σφραγίδα μου και πήγαινε…*». Στις περισσότερες των περιπτώσεων η καταγραφή της ψυχιατρικής εξέτασης να αποκτά ένα μάλλον «τυποποιημένο» προφίλ: μια έκθεση η οποία να καλύπτει την εισαγγελία και το Πρωτοδικείο. «*Να μην έχουμε πρόβλημα…*».

Β) Βέβαια –και αυτή είναι η δεύτερη εμπειρική παρατήρηση η οποία ίσως αξίζει προσοχής- σε καμιά περίπτωση αυτό δεν σημαίνει ότι τα «περιστατικά», οι «φερόμενοι ως πάσχοντες» δεν αξιολογούνται ή αξιολογούνται ελλιπώς. Επίσης, είναι αφελές να πιστεύουμε ότι μια ψυχιατρική γνωμάτευση η οποία είναι ουσιαστικά και το βασικό κριτήριο μιας ακούσιας εισαγωγής είναι το μοναδικό κριτήριο της εισαγωγής. Έχουμε αναφέρει αρκετές φορές ότι σε πολλές περιπτώσεις η εισαγωγή μέσω εισαγγελικής παραγγελίας εξυπηρετεί τελείως διαφορετικές ανάγκες (η χαρακτηριστικότερη (αν όχι και η συνηθέστερη) περίπτωση είναι η ανυπαρξία υποστηρικτικού πλαισίου με την εισαγγελική παραγγελία να είναι ο πιο σίγουρος και άμεσος τρόπος εύρεσης «κρεβατιού»). Δηλαδή, η ψυχιατρική γνωμάτευση ουσιαστικά δεν έχει άμεση σχέση (αλλά και βαρύτητα) στο θεραπευτικό σχεδιασμό και στη πορεία της νοσηλείας. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι ψυχιατρικές γνωματεύσεις συντάσσονται «ελαφρά τη καρδιά». Οι περισσότεροι των επαγγελματιών έχουν πλήρη συνείδηση της βαρύτητας που τέτοιου τύπου έγγραφα έχουν, τόσο για την πορεία του πάσχοντα όσο και για την προσωπική τους αξιοπιστία, την επαγγελματική τους θέση και πιστότητα. Αυτό φαίνεται χαρακτηριστικά στις περιπτώσεις που ο «εισαγγελικός» είναι κάποιος χρόνιος, εγκατειλημμένος ψυχωσικός, από αυτούς που χαρακτηριστικά ονομάζονται οι «παλιοί γνωστοί». Σε αυτή την περίπτωση η όλη διαδικασία αποκτά ένα πολύ πιο αυτοματοποιημένο χαρακτήρα. Δεν «πολυασχολούμαστε». Αντίθετα, αν το «περιστατικό» είναι κάποιο νεαρό άτομο, η κάποιος «φερόμενος ως ασθενής» ο οποίος έχει τη δυνατότητα και την ευχέρεια για νομικά ή άλλου τύπου στηρίγματα (ή στη περίπτωση που υπάρχει η υποψία για κάποια αντιδικία), τόσο οι ψυχιατρικές εκτιμήσεις και η διατύπωση της γνωμάτευσης, όσο και η όλη προσέγγιση τέτοιων «περιστατικών» είναι σαφώς πιο οργανωμένη και προσεκτική.

1.5. Η ενημέρωση των νοσηλευόμενων αναφορικά με τα δικαιώματά τους

Όπως έχει προαναφερθεί, σύμφωνα με το ν. 2071, οι Μονάδες Νοσηλείας είναι υποχρεωμένες να ενημερώνουν τους ακούσια νοσηλευόμενους σχετικά με τα δικαιώματά τους, όπως, για παράδειγμα, το δικαίωμά τους για νομική υποστήριξη. Η ενημέρωση αυτή πρέπει να είναι έγγραφη: να υπάρχει έντυπο με την υπογραφή του πάσχοντα ή κάποιου συγγενή ότι ο πάσχων ενημερώθηκε για τα δικαιώματά του. Τόσο τα προσωπικά μας εμπειρικά στοιχεία, όσο και οι βιβλιογραφικές παραπομπές που ανιχνεύσαμε συνηγορούν ότι η συγκεκριμένη παράμετρος στην πλειονότητα των περιπτώσεων καταστρατηγείται. Και σε αυτό το σημείο επαν-εμφανίζεται μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση. «*Και να τους ενημερώσεις, σάμπως θα καταλάβουν τίποτα*;» είναι η απάντηση ενός ειδικευόμενου ψυχίατρου όταν τον ρωτάμε για την συγκεκριμένη παράλειψη. Και γίνεται ακόμα πιο ενδιαφέρον: «*Γραπτή ενημέρωση; Είσαι σίγουρος*;» μας ρωτάει με απορία όταν του αναφέρουμε την συγκεκριμένη υποχρέωση όπως την ορίζει ο νόμος. Αν και θα ευχόμασταν η συγκεκριμένες δύο απαντήσεις να ήταν η εξαίρεση στον κανόνα, δυστυχώς θεωρούμε ότι δεν είναι έτσι, μάλλον πρόκειται για τον κανόνα, τουλάχιστον αναφορικά με τους εμπλεκόμενους στις «περιφερικές» δομές.[27] Η προσωπική μας εμπειρία μας λέει ότι ακόμα και στις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει ενημέρωση του πάσχοντα, συνήθως είναι προφορική, αποσπασματική και πάντα σε σχέση με τη λειτουργικότητα του πάσχοντα. Ενδεικτικό είναι το γεγονός ότι σε όποιες από τις «περιφερικές» δομές είχαμε κάποια πρόσβαση, τα πρώτα ευρήματα ήταν παραπλήσια: ελλιπής ενημέρωση, και σχεδόν μηδενικός σχεδιασμός. Αλλά ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει πρωτόκολλο ενημέρωσης, τις περισσότερες φορές είναι υπογεγραμμένο από κάποιο συγγενή (πιθανότατα εν είδει μιας αυτοματοποιημένης διαδικασίας).[28]

---

[27] Επιμένουμε σε μια –δομική κατ' εμάς- κατηγοριοποίηση μεταξύ «κεντρικών» και «περιφερικών» δομών. Σαν «κεντρικές» δομές θεωρούμε τα εννέα μεγάλα ψυχιατρεία της επικράτειας, ενώ σαν «περιφερικές» δομές θεωρούμε όσες εκ των ψυχιατρικών κλινικών οι οποίες ανήκουν σε Γενικά Νοσοκομεία νοσηλεύουν «εισαγγελικούς» αρρώστους.

[28] Διαβάζουμε στο πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη: «*Από τα υφιστάμενα στοιχεία δεν προκύπτει ότι οι ασθενείς ενημερωθήκαν επαρκώς για τα δικαιώματά τους και ειδικότερα για το δικαίωμά τους να ασκήσουν ένδικο μμέσο από πρόσωπο στο οποίο έχει ανατεθεί αυτό το καθήκον (άρθρο 96 παράγρ. 4, Ν. 2071/92). Παρατηρείται διαφοροποίηση στα στοιχεία που μας δόθηκαν από τα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία στα οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής δεν ανευρέθη το έντυπο του πρακτικού ενημέρωσης στον διοικητικό φάκελο των ασθενών μμαζί με τα συμπληρωμένα έντυπα του εισιτηρίου. Αντίθετα, σε κάποιους φακέλους ασθενών υπάρχει χειρόγραφη σημείωση στο δελτίο εισαγωγής του αρρώστου με την ένδειξη "το πρακτικό στην κλινική". Ενδεχομένως, το πρακτικό ενημέρωσης εκτιμήθηκε από το ιατρικό προσωπικό του εν λόγω Νοσοκομείου ότι αποτελεί ιατρικό προσωπικό δεδομένο, που αφορούσε θέματα άσχετα με τον σκοπό της παρούσας έρευνας, με αποτέλεσμα να μμην είναι δυνατή η εξαγωγή συμπεράσματος για την τήρηση ή όχι της προβλεπόμενης από τις σχετικές διατάξεις ενημέρωσης του ασθενούς. Συνεπώς, στη στατιστική αποτίμηση που συνοδεύει την*

Θα θέλαμε να σταθούμε για λίγο στις δύο απαντήσεις/ δηλώσεις του ερωτώμενου επαγγελματία («*Και να τους ενημερώσεις, σάμπως θα καταλάβουν τίποτα*;»…«*Γραπτή ενημέρωση; Είσαι σίγουρος*;»). Οι παραπάνω δύο δηλώσεις αντικατοπτρίζουν χαρακτηριστικότατα δύο κρίσιμες αναπαραστάσεις στη σχέση πλαισίου και ψυχικά πάσχοντα.

Η πρώτη απάντηση είναι χαρακτηριστική της πατερναλιστικής προσέγγισης του αρρώστου. Ένας πατερναλισμός όμως ο οποίος δεν υπακούει, αναφέρεται και προέρχεται από μια εξωτερική θεωρητική αναφορική αρχή, αλλά ενέχει μέσα του έντονο το στοιχείο της αυθαιρεσίας. Μια αυθαιρεσία η οποία είναι σε μεγάλο βαθμό φυσικοποιημένη: το γνωστικό σύστημα το οποίο τη στηρίζει είναι ενδοβλημένο σε τέτοιο βαθμό ώστε οι περισσότεροι επαγγελματίες να θεωρούν *αυτονόητη* τη πεποίθηση ότι η ενημέρωση του πάσχοντα εν προκειμένω, <u>απλά δεν έχει νόημα</u>. Από την στιγμή που ο πάσχων έχει απολέσει την κριτική του ικανότητα, ή σε ένα χειρότερο υποθετικό σενάριο έχει εκπέσει νοητικά σε μία υπολειμματική, εν είδει νηπίου, κατάσταση, τότε, απλά, το δικαίωμά του στη συμμετοχή του στη «κοινωνία των πολιτών» δεν μπορεί να αποκτήσει ουσιαστικό αντίκρισμα. Για μια ακόμη φορά επανερχόμαστε στην έννοια της αυθαιρεσίας. Μια αυθαιρεσία εν είδει *Whig*[29]: για μια ακόμα φορά φαίνεται ότι η ψυχιατρική έχει υπερβεί τη

παρούσα έκθεση, δεν μπορεί να γίνει, δυστυχώς, καμία διαπίστωση ή αξιολόγηση για το θέμα αυτό όσον αφορά το ΨΝΑ, παρά τις επίμονες προσπάθειες των μελών της ομάδας σύνταξης της έκθεσης να πείσουν τους αρμοδίους υπαλλήλους ότι η πλήρης πρόσβαση στους φακέλους των ασθενών είναι απαραίτητη για την εξαγωγή ολοκληρωμένων συμπερασμάτων για την εφαρμογή του σχετικού θεσμικού πλαισίου. Το γεγονός αυτό ωστόσο δεν εμποδίζει να αναφερθεί η εμπειρία του Συνηγόρου του Πολίτη από συγκεκριμένη υπόθεση που διερεύνησε στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (αρ. πρωτ. 2709/2006), από την οποία προέκυψε ότι σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να υπογράψει το πρακτικό, αυτό διαβιβάζεται στο Ψυχιατρικό Τμήμα στο οποίο εισάγεται, προκειμένου να υπογραφεί όταν τούτο καταστεί δυνατόν. Στη διερευνηθείσα υπόθεση το πρακτικό ενημέρωσης των ασθενών είχε παραμείνει ασυμπλήρωτο και ανυπόγραφο – άρα και ο ασθενής δεν είχε ενημερωθεί για τα δικαιώματά του – παρά την ήδη μακρόχρονη παραμονή του στο Ψυχιατρικό Τμήμα. Αντίθετα, στα αντίγραφα των φακέλων των ασθενών του Δρομοκαϊτείου Θεραπευτηρίου, υπήρχε πρακτικό ενημέρωσης, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων, υπογεγραμμένο από τον συνοδό του ασθενούς. Επειδή κατά κανόνα η μμεταφορά του ασθενούς γίνεται από την αστυνομία (σε πολύ λίγες περιπτώσεις συνοδεύει τον ασθενή κάποιος οικείος του), στο πρακτικό δεν αναφέρεται συνήθως το όνομα του συνοδού, παρά μόνον τίθεται στις περισσότερες περιπτώσεις μμία δυσδιάκριτη υπογραφή, με αποτέλεσμα να είναι δύσκολη η διαπίστωση της ταυτότητας του υπογράφοντος.» ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ, ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΡΧΗ, Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας, ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ (Ν. 3094/2003 "Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις", Άρθρο 3 § 5) Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, όπ.π., σ. 18.

[29] «*Whig στην ιστορική διάλεκτο είναι όποιος υποθέτει ότι η υπεροχή του παρόντος σε σχέση με το παρελθόν αποδεικνύει την αλήθεια των θεωριών μας και των λαθών στα οποία υπέπεσαν οι προγενέστεροι* […]. *Ένας Whig πιστεύει ότι η επιστήμη προοδεύει, ότι η γνώση αυξάνεται συσωρευτικά και, εν ολίγοις, ότι ξέρει περισσότερα από τους προηγούμενους σε σημείο ώστε να τους καταλαβαίνει*

δυνατότητα να στέκεται κριτικά απέναντι στην ορθότητα των θέσεών της. Η «Ψ» κρίση (αδιάφορο αν αποδεικνύεται αληθής ή λανθασμένη) συνεχίζει να παρουσιάζεται αυθαίρετη. Κάτι που επιτείνεται από το δεύτερο στοιχείο, αυτό της άγνοιας. Το γεγονός παραμένει: ελάχιστοι εκ των «Ψ» έχουν -αν όχι ολοκληρωμένη- τουλάχιστον βασική γνώση του πεδίου. Κάτι που κατά τη γνώμη μας, όχι μόνο επιτείνει, αλλά και φυσικοποιεί ακριβώς τέτοιες αυθαίρετες συμπεριφορές και αντιδράσεις.

Δηλαδή, το δεύτερο πιο ενδιαφέρον στοιχείο σε αυτό το σημείο δεν είναι η ουσιαστική ή όχι δυνατότητα του αρρώστου να ενημερωθεί επαρκώς για τα δικαιώματά του. Και αυτό γιατί μια (ομολογουμένως στενάχωρη) εμπειρική διαπίστωση είναι ότι, όντως, σε πολλές περιπτώσεις η κατάσταση του πάσχοντα κάνει μια τέτοια ενημέρωση να φαντάζει από ανέφικτη έως αδύνατη. Πέρα από τη ανησυχητική διαπίστωση της δυνατότητας του συστήματος να λειτουργεί αυθαίρετα, το ενδιαφέρον ίσως μετατοπίζεται λίγο. Το ενδιαφέρον είναι το ότι πολλές, φορές, ακόμα και στη περίπτωση που ο νοσηλευόμενος μπορεί να ενημερωθεί (και ενημερώνεται) αυτή η ενημέρωση ενέχει ένα καθαρά διαδικαστικό χαρακτήρα: κανείς, ούτε ο πάσχων, ούτε η δομή, ούτε οι συγγενείς έχουν τη διάθεση να κάνουν κάτι παραπάνω: Οι ενδιαφερόμενοι αδιαφορούν. Πιθανότατα αυτή η αδιαφορία να προέρχεται από την –πιθανόν ασύνειδη- επίγνωση της ματαιότητας και της αδυναμίας όλων αυτών των «συστημάτων προάσπισης» να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά αναφορικά με το ρόλο που έχουν αναλάβει. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Φυτράκης: «*Το δίκαιο δεν το χρειάζεται ο καθηγητής της Ιατρικής ή της Νομικής: το χρειάζεται ο εξαθλιωμένος. Αν δεν μπορεί να τον προστατεύσει, σημαίνει ότι έχει αποτύχει! Γιατί ας μην ξεχνάμε ότι το δίκαιο που δεν μπορεί να εξασφαλίσει την αξιοπρέπεια του "τρελού", είναι δίκαιο κυριλέ* […] *δηλαδή δεν είναι δίκαιο*»[30].

Αλλά αν έχουμε προσεγγίσει μια δημοκρατία στην οποία οι πολίτες της αδιαφορούν για τα θεσμικά συστήματα - αρωγούς τα οποία υποτίθεται έχουν δημιουργηθεί ακριβώς για την προστασία τους, τότε το σύστημα απέχει πολύ από τη ουσιαστική σημασιοδότηση του δημοκρατικού.

καλύτερα απ' ότι καταλαβαίνουν οι ίδιοι τους εαυτούς τους». *Μετά τον Εμπειρισμό*, επιμ. Q. Skinner, μτφ. Χ. Μαρσέλλος, Κ. Χατζής, Κάτοπτρο, Αθήνα, 2006, σ. 72. (Η υπογράμμιση, δική μας).

[30] Φυτράκης, Ε., *Η Ακούσια Νοσηλεία Σήμερα: Μια Μαύρη Τρύπα στο Κράτος Δικαίου*, όπ.π., σ. 120.

1.6. Η διαδρομή της ακούσιας νοσηλείας: κάποιες εισαγωγικές παρατηρήσεις

Ας ξεκινήσουμε κάπως αντίστροφα. Πριν περιγράψουμε το τι είναι ένας «εισαγγελικός» άρρωστος, ας διατυπώσουμε μια βασική μας θέση: ο όρος «εισαγγελικός» δεν αναφέρεται και δεν προσδιορίζει μια ομοιογενή και «συμπαγή» ομάδα, εκ των προτέρων προσδιορισμένη σύμφωνα με κάποια (θεωρητικά ή κλινικά) κριτήρια. Δεν αναφέρεται σε μια τυπολογία ή μια διαγνωστική κατηγορία, αλλά περισσότερο αφορά μια **κατάσταση** του συγκεκριμένου υποκειμένου σε μια δεδομένη χρονική περίοδο. Η *κατάσταση* αυτή προσδιορίζεται όχι τόσο από *συμπεριφορές* όσο από *ερμηνείες συμπεριφορών*. Αναφέρει η Αρχιμανδρίτου: «*Οι κοινωνικές ομάδες δημιουργούν την παρέκκλιση διαμορφώνοντας τους κανόνες των οποίων η παραβίαση συνιστά παρέκκλιση* […]. *Από την άποψη αυτή, η παρέκκλιση δεν αποτελεί* ***ιδιότητα (χαρακτηριστικό)***[31] *της πράξης την οποία διαπράττει ένα πρόσωπο αλλά μάλλον συνέπεια της εφαρμογής από άλλους κανόνων και κυρώσεων*».[32] «*Ο αποκλίνων (παρεκκλίνων) χαρακτήρας της πράξης έγκειται στον τρόπο με τον οποίο ορίζεται δημόσια*».[33] Δηλαδή για να συμπεριληφθεί κάποιος στην κατάσταση του «εισαγγελικού» δεν αρκεί απλά να παρουσιάζει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά, δηλαδή μια συμπτωματολογία. Είναι αναγκαίο η συμπτωματολογία αυτή να *εκλαμβάνεται,* να *ερμηνεύεται,* ως απειλητική και επικίνδυνη. Ή άρρωστη. Ή και τα δύο. Εν ολίγοις, είναι αναγκαίο να ερμηνεύεται ως *αποκλίνουσα*. Με σημασιολογικό υπόβαθρο το οποίο δυνητικά να μπορεί να λειτουργεί σαν αιτία (ή έστω αφορμή) ανάδυσης των εκάστοτε μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου.[34] Επιπλέον, η συγκεκριμένη ερμηνεία να μπορεί να «εκταμιευθεί» θεσμικά: το κοινωνικό πλαίσιο –μέσω των νομιμοποιητικών και εκτελεστικών μηχανισμών και φορέων του- να μπορεί να «σωματοποιήσει» την αναπαράσταση: Ο «εισαγγελικός» δεν είναι κάποιος που απλά *θεωρείται* ότι είναι επικίνδυνος, ή πάσχων, ή παρεκκλίνων. Είναι κάποιος που *λέμε*[35] πως θεωρείται όλ' αυτά και *έχουμε κάνει* κάτι γι' αυτό.[36]

---

[31] Η έμφαση, δική μας.

[32]Αρχιμανδρίτου, Μ., *Η διαχρονική Εξέλιξη της Προσέγγισης της Ετικέτας*, Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη 1996, σ. 9.

[33] Becker, H., *Sociological Work*, Allen Lane, London, 1971, σ. 341.

[34] Ο όρος «κοινωνικός έλεγχος» είναι σαφώς πολυσήμαντος, αλλά οι κύριες διαστάσεις του σχετίζονται με την εποπτεία και την επιτήρηση, την εξουσία και τη δύναμη για επιβολή της εκάστοτε θεσμικής «συμβατικής» συμπεριφοράς. Για περισσότερα, βλ. Melossi, D., *The State of Social Control*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.

[35]Χρησιμοποιώντας το –σε πρώτο πληθυντικό πρόσωπο- λήμμα «λέμε» αναφερόμαστε, προς χάρη λογοτεχνικής γραφής, όχι στην έννοια της «κοινής γνώμης», αλλά περισσότερο στα όργανα κοινωνικού ελέγχου (Ψυχιάτρους, και τους υπόλοιπους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, Εισαγγελείς,

Επανερχόμενοι, να θυμήσουμε ότι σαν «εισαγγελικό» στην «Ψ» «διάλεκτο» αναφέρεται το άτομο το οποίο εισάγεται για παρακολούθηση ή/και νοσηλεία παρά τη θέλησή του σε ένα ψυχιατρικό κατάστημα –δημόσιο ή ιδιωτικό- ή σε μια ψυχιατρική κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου. Ένα από τα ζητούμενα είναι η ανίχνευση και αντιμετώπιση κάποιας ψυχοπαθολογίας ή οποία πιθανόν να εμπεριέχει είτε κάποια ήδη εκδηλωμένη επιθετική συμπεριφορά, (τόσο ετερο-καταστροφική, όσο και αυτο-καταστροφική) είτε κάποια πιθανή / μελλοντική επιθετική συμπεριφορά: θεσμικά η διαδικασία αναφέρεται, «στοχεύει» και είναι οργανωμένη για να εφαρμόζεται στον πληθυσμό των ψυχικά πασχόντων. Η διαδικασία ξεκινά μετά από αίτηση στον αρμόδιο εισαγγελέα για εξέταση ενός ατόμου το οποίο ο αιτών θεωρεί όχι απλώς επικίνδυνο, αλλά επικίνδυνο λόγω κάποιας ψυχικής διαταραχής ή δυσλειτουργίας. Επιπλέον, τα άλλα δύο βασικά κριτήρια είναι ο πάσχων να μην έχει επίγνωση της κατάστασής του και να αρνείται να λάβει βοήθεια, και κυρίως να αναμένεται κάποια βελτίωση της κατάστασής του μέσω της συγκεκριμένης νοσηλείας.[37] Ο εισαγγελέας διατάσσει το αρμόδιο αστυνομικό τμήμα να συλλάβει τον «υποψήφιο» και να τον οδηγήσει στο εφημερεύον –για ψυχιατρικά περιστατικά- νοσοκομείο ώστε να εξεταστεί από ψυχιάτρους. Ειδικά για το κριτήριο της επικινδυνότητας, δύο ψυχίατροι οι οποίοι να είναι μόνιμα διορισμένοι σε δημόσιο νοσοκομείο πρέπει να γνωματεύσουν θετικά, ότι δηλαδή υπάρχει αυξημένη πιθανότητα πρόκλησης σωματικής βλάβης λόγω κάποιας ψυχικής δυσλειτουργίας, ώστε ο προσαχθείς να κρατηθεί για φύλαξη και νοσηλεία σε ψυχιατρικό κατάστημα. Στη περίπτωση που η πρώτη εξέταση κατά την προσαγωγή είναι

Αστυνομία) τα οποία εμπλέκονται στις διαντιδράσεις με το συγκεκριμένο πληθυσμό των ψυχικά πασχόντων.

[36] Κατά τον Pfohl, η παρέκκλιση μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, μέσω μιας διαδικασίας αυτοεκπληρούμενης προφητείας ή δευτερογενών αποδόσεων, αλλά μπορεί να αποτελεί κάλλιστα και τον πρωτεύοντα ρόλο του υποκειμένου. Βλ. Pfohl, S., *Images of Deviance and Social Control*, McGraw – Hill, New York, 1994, σ. 354. Θεωρούμε ότι στην περίπτωση του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου, κατά τη διαδρομή της «σταδιοδρομίας» του, υπάρχει σαφής μεταλλαγή από μια πρωτογενή σε μια δευτερογενή παρέκκλιση, υπό όρους labeling.

[37] Παρ' όλο που στις περισσότερες των περιπτώσεων η γραφειοκρατική διαδικασία εμπεριέχει την χρήση της έννοιας της επικινδυνότητας, να αναφέρουμε για ακόμη μια φορά ότι –σε θεσμικό επίπεδο- το κριτήριο της επικινδυνότητας αναφορικά με την εκτέλεση μιας ακούσιας νοσηλείας έχει ουσιαστικά εκλείψει. Με τη Σύμβαση του Οβιέδο καταργήθηκε το δεύτερο ζεύγμα προϋποθέσεων της ακούσιας νοσηλείας, δηλ. ψυχική διαταραχή σε συνδυασμό με επικινδυνότητα (πράξεις βίας). Έτσι πια έχει μείνει μόνο η πρώτη περίπτωση του ν.2071/92 ως λόγος ακούσιας νοσηλείας δηλ. ψυχική διαταραχή + ανάγκη νοσηλείας, γεγονός ωστόσο που μάλλον δεν έχει γίνει αντιληπτό από τις εισαγγελικές και δικαστικές αρχές της χώρας. Στην ίδια κατεύθυνση συνάδει και ο νέος Κ.Ι.Δ. (ν.3418/05, άρ. 28 παρ. 8) όπου η θεραπευτική ανάγκη, πλάι στην ψυχική διαταραχή, τίθεται ως προϋπόθεση της αναγκαστικής νοσηλείας. Βλ. Φυτράκης, Ε., «Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: μια μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου», οπ.π.

ανεπαρκής, η διαδικασία προβλέπει τη δυνατότητα το άτομο να κρατηθεί για περαιτέρω διερεύνηση σε ψυχιατρικό κατάστημα, αλλά για μέγιστο χρονικό διάστημα 48 ώρες.

Η διαδικασία της εκτέλεσης της εισαγγελικής παραγγελίας αφορά κατά κύριο λόγο τις ενέργειες εκείνες των οποίων η κατάληξη είναι η εισαγωγή (τις περισσότερες φορές) του φερόμενου σε κάποια νοσηλευτική δομή: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου ή κάποια ιδιωτική ψυχιατρική κλινική. Πριν προβούμε στην περιγραφή και ανάλυση της όλης διαδικασίας θεωρούμε ιδιαίτερα βασικό να επισημάνουμε δύο βασικότατες παραμέτρους οι οποίες συνεισφέρουν στην «κατανομή» των εισαγωγών: Δηλαδή με το ποιος «μπαίνει» που. Η πρώτη έχει σχέση με τις **κλινικές** παραμέτρους (ουσιαστικά με παραμέτρους οι οποίες αφορούν το Υποκείμενο) ενώ η δεύτερη αφορά πιο πολύ παραμέτρους που έχουν να κάνουν με το **σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας** γενικότερα (παραμέτρους οι οποίες σχετίζονται περισσότερο με το πεδίο των «οργανώσεων»). Βέβαια, οι δύο αυτές κατηγορίες δεν είναι τελείως ανεξάρτητες μεταξύ τους, αλλά παρουσιάζουν σαφείς και διακριτές διαφορές.

1.7. Η «εισαγωγή»: η «κλινική» ματιά

«*Το ερώτημα που θέτει η διοικητική απόφαση στην ψυχιατρική είναι το ερώτημα της αναταραχής, το ερώτημα της διασάλευσης της τάξης, το ερώτημα του κινδύνου. Όταν ο ψυχίατρος δέχεται έναν ασθενή αυτεπάγγελτα εγκλεισμένο, οφείλει να απαντήσει ταυτόχρονα με όρους ψυχιατρικής και με όρους διασάλευσης της τάξης και κινδύνου. Οφείλει να σχολιάσει, χωρίς μάλιστα τα συμπεράσματά του να δεσμεύουν τη διοίκηση, τις πιθανές σχέσεις μεταξύ αφενός της τρέλας, της ασθένειας, και αφετέρου της αναταραχής, της διασάλευσης της τάξης, του κινδύνου*»[38] μας λέει ο Foucault, αναφερόμενος μάλιστα στη χρονολογία 1838. Φαίνεται ότι από τότε δεν έχουν αλλάξει πολλά πράγματα.

Η «εισαγγελική παραγγελία» και η εκτέλεσή της, αφενός αποτελεί την έναρξη μιας διαδικασίας: α) εμπλοκής με τις θεσμικές (αστυνομικές, δικαστικές, νοσηλευτικές) υπηρεσίες, β) αξιολόγησης της ψυχικής κατάστασης του φερόμενου (σημειολογία, συμπτωματολογία, αφηγήσεις του ιδίου, αλλά πολύ περισσότερο των συγγενών και οικείων του), αξιολόγηση η οποία ενέχει σε μεγάλο βαθμό μια φαινομενολογική χροιά, και γ) αντιμετώπισης, η οποία αναφέρεται στη νοσηλεία και στις κατασταλτικές ή/και θεραπευτικές πρακτικές που η νοσηλεία εμπεριέχει. Σε πολλές περιπτώσεις όμως η «εισαγγελική παραγγελία» πέραν του χαρακτήρα της έναρξης έχει και τον χαρακτήρα του «**καταληκτικού γεγονότος**»: αποτελεί την *πράξη* εκείνη μέσω της οποίας το πλαίσιο (οι συγγενείς, η κοινότητα, ή ο οιοσδήποτε εκκινών τη διαδικασία) ουσιαστικά προσπαθεί να λύσει το «πρόβλημα». Είναι επί της ουσίας η απόφαση της ενεργοποίησης μιας αντίδρασης σε αυτό που το πλαίσιο βιώνει και ερμηνεύει ως *παρέκκλιση* από τη φυσιολογική συμπεριφορά. Μια παρέκκλιση όμως που δεν έχει «ετικετοποιηθεί» επίσημα ακόμα ως μη φυσιολογική: «*Αυτό που τους ενδιαφέρει (τους γιατρούς) είναι να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύουν. Η θεραπεία είναι καταρχήν η επαναφορά στον κανόνα μιας λειτουργίας ή ενός οργανισμού που έχει παρεκκλίνει απ' αυτόν. Τον κανόνα ο γιατρός τον δανείζεται από τις γνώσεις του στη φυσιολογία, τη λεγόμενη επιστήμη του κανονικού ανθρώπου…*»[39] μας λέει ο G. Canguilhem, προσδιορίζοντας συνεπέστατα το κριτήριο της κανονικότητας πάνω στο

[38]Foucault, M., *Οι μη Κανονικοί*, μτφ. Σ. Σιαμανδούρας, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα, 2010, σ. 277.
[39]Canguilhem, G., *Το Κανονικό και το Παθολογικό*, εισ. M. Foucault, μτφ. Γ. Φουρτούνης, Νήσος, Αθήνα, 2007, σ. 159 – 160.

οποίο θα αρχίσει να δομείται ο άξονας «φυσιολογικό – παθολογικό».[40] Έτσι, η απόφαση της έκδοσης της «εισαγγελικής» ουσιαστικά αποτελεί το έναυσμα της δόμησης της «ασθένειας»: από τι «πάσχει» το υποκείμενο, και κυρίως ποιοι είναι οι πιθανοί επανα-ρυθμιστικοί μηχανισμοί, οι θεραπευτικές πρακτικές και διαδικασία μέσω της οποίας το πάσχον υποκείμενο θα «επανέλθει».

Αναφορικά με τον τρόπο που η κάθε δομή θα διαχειριστεί τον ακούσια φερόμενο, φαίνεται ότι διαγράφονται δύο αδρές κατηγορίες: αυτή της **πρώτης νοσηλείας** και αυτή της **επανεισαγωγής**. Παρ' όλο που πολλές φορές τα χαρακτηριστικά της κάθε μιας από αυτές δεν είναι απόλυτα διακριτά, στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει μια διαφορετικού τύπου αντιμετώπιση σε σχέση με το αν ο φερόμενος νοσηλεύεται για πρώτη ή για πολλοστή φορά. Στις περιπτώσεις της πρώτης νοσηλείας, η εκκίνηση της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας πολλές φορές δεν συν-πίπτει με την έναρξη της πάθησης.[41] Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ψυχική πάθηση –εφ' όσον υφίσταται- προϋπάρχει, είτε με έκδηλο είτε με λανθάνοντα τρόπο – έκφανση. Οι επαγγελματίες, ειδικά οι ψυχίατροι αναφέρουν ότι τις περισσότερες φορές οι συγγενείς (οι γονείς συνηθέστερα) είτε δεν αναγνωρίζουν τα συμπτώματα είτε δεν τους δίνουν τη βαρύτητα που θα έπρεπε. Ειδικά στην περίπτωση που η συμπτωματολογία δεν εμπεριέχει το στοιχείο της διέγερσης ή/και επιθετικότητας, η οικογένεια πιθανόν να καθυστερήσει πολύ την απόφασή της να αποταθεί κάπου για ενημέρωση και βοήθεια. Από την άλλη, πολλές φορές τα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικότατα, αλλά ο πάσχων δεν παρουσιάζει καθόλου *εναισθησία*:[42] δεν δέχεται επουδενί ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα, με αποτέλεσμα οι συγγενείς του να είναι ιδιαίτερα διστακτικοί και αμφιθυμικοί στο να «ξεκινήσουν» μια τέτοιου τύπου διαδικασία, όπως

---

[40] Αναφέρει ο Pfohl: «*Ο βασικός, ή ένας από τους βασικούς ρόλους του παρεκκλίνοντας είναι ότι μέσω της όποιας παραβατικής συμπεριφοράς οριοθετεί το φυσιολογικό*». Pfohl, S., «Ethnomethodology and Criminology: The Social Production of Crime and the Criminal», *The Mad, the Bad and the Different*, επιμ. Barac – Glantz, I., L., Lexington Books, Toronto, 1981, σ. 27.

[41] Αναφορικά με τους παράγοντες που υπεισέρχονται αναφορικά με την πρώτη νοσηλεία ενός «ψυχωτικού» ασθενή, φαίνεται ότι η «κλινική εικόνα» του είναι η κυριότερη μεταβλητή. Βλ. Cougnard, A., Kalmi, E., Desage, A., Misdrahi, D., Abalan, F., Brun-Rousseau, H., Salmi, L.R., Verdoux, H. «Factors Influencing Ccompulsory Aadmission in First-Admitted Subjects With Psychosis», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, τόμος 39, τεύχος 10, 2004, σ. 804 – 809.

[42] Η μειωμένη εναισθησία παρουσιάζεται ως ένας από τους κύριους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με υψηλά ποσοστά αναγκαστικών νοσηλειών. Βλ. Montemagni, C., Alessandra Bada, A., Castagna, F., Frieri, T., Rocca, G., Scalese, M., Villari, V., Rocca, P., «Predictors of compulsory admission in schizophrenia-spectrum patients: Excitement, insight, emotion perception», *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2010, σ. 6.

αυτή της ακούσιας νοσηλείας: φοβούνται. «*Προς Θεού, να μην το μάθει. Μην του πείτε ότι την κάναμε εμείς την εισαγγελική…*» αναφέρει ένα ζευγάρι γονιών στον ειδικευόμενο γιατρό.

> «*…άμα κάποιος είναι διεγερτικός κ.λπ. και είναι 19 χρονών παιδί, όποιας ηλικίας, απλά άμα είναι 50, προφανώς θα 'χει ξαναγίνει, θα 'χουν συνηθίσει. Μιλάω για πρώτο επεισόδιο, τις περισσότερες φορές. Τι θα πεις σ' εκείνη τη μάνα; Και τι θα της πεις ότι έχει; Πώς θα της πεις ότι έχει "σχιζοφρένεια" το παιδί της ας πούμε, κι ότι μπορεί ν' ακούει, να βλέπει να νοιώθει διάφορα;*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

> «*Κάνουν άρνηση. Πολύ συνηθισμένο. Το βλέπουν το παιδί τους να φέρεται περίεργα, να είναι κλεισμένο με τις ώρες, να έχει παρατήσει το σχολείο, τις παρέες, να κάθεται με τις ώρες στο δωμάτιό του, και δεν κάνουν τίποτα. Εντάξει, δεν μιλάμε για τις περιπτώσεις που κάνουν μπαμ, όταν ο άλλος έχει ακουστικές, οπτικές και είναι φανερό τι συμβαίνει, αλλά για τις καταστάσεις που δεν πολυφαίνονται. Βέβαια, από την άλλη, γονείς είναι. Δεν είναι εύκολο*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

> «*Νοιώθω τόσες ενοχές ώρες, ώρες…Και τη ρώταγα, "παιδάκι μου, τι έχεις;" αλλά δεν απάνταγε. Φωνές να δεις. Στην αρχή την έλεγα τεμπέλα, αλλά που να 'ξερα τι θα μου ξημερώσει…*» (Μητέρα νοσηλευόμενης).

Πολλές φορές, δηλαδή, η «εισαγγελική» αναφέρεται ως η «τελευταία λύση».[43] Αυτό όμως στην περίπτωση που πρόκειται για τη πρώτη νοσηλεία.[44] Αντίθετα, στην περίπτωση που η εισαγγελική παραγγελία (και η αντίστοιχη εισαγωγή – νοσηλεία) είναι η δεύτερη, η τρίτη, η τέταρτη και ούτω καθ' εξής, η όλη διαδικασία γίνεται με πιο αυτοματοποιημένο τρόπο. Φαίνεται ότι όσο πιο πολλές νοσηλείες έχει κάποιος, τόσο πιο στερεοτυπικός είναι ο τρόπος εξέτασης και εισαγωγής. Η διαδικασία εισαγωγής γίνεται πιο «διεκπεραιωτική» και κυρίως με λιγότερες εντάσεις: πλην των περιπτώσεων που υπάρχει σοβαρή υποτροπή και συνακόλουθα έντονα διεγερμένη εικόνα, ο «εισαγγελικός» νοσηλευόμενος εξετάζεται και

[43] Βλ. χαρακτηριστικά: Douzenis, A., and al., «Involuntary admission in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment», *International Journal of Social Psychiatry*, (published online), 2010.

[44] Στην περίπτωση που δεν υπάρχει άλλη «εναλλακτική» (είτε σε επίπεδο υποκειμένου: δεν δέχεται κάποια παρέμβαση, είτε σε επίπεδο συστήματος: ακόμα και αν δεχθεί ο πάσχων να νοσηλευθεί, να μην υπάρχει δυνατότητα για εκούσια νοσηλεία), τότε οι πιθανότητες για ακούσια νοσηλεία αυξάνονται. Βλ. Quirk, A., and Al., «Non-clinical and extra-legal influences on decisions about compulsory admission to psychiatric hospital», *Journal of Mental Health*, τόμος 12, τεύχος 2, 2003, σ. 119 – 130.

εισάγεται χωρίς πολλές διαδικασίες. Η εισαγωγή του αποκτά ένα διαδικαστικό χαρακτήρα. Επιπλέον, πολλές φορές η «εισαγγελική» δεν γίνεται αποκλειστικά λόγω μιας «απορρύθμισης» της «κλινικής εικόνας» του φερόμενου ως πάσχοντα. Πολλοί άλλοι λόγοι είναι αυτοί που συνεισφέρουν στην απόφαση των συγγενών:

«*Υπάρχουν άλλοι συγγενείς που το βλέπουν σαν λύση. Είχαμε έναν ασθενή στο σπίτι ας πούμε, ξαφνικά μας 'έστειλαν στην κλινική να ξεκουραστούμε, να ανακουφιστούμε, μπας και γίνει καλύτερα. Υπάρχουν αυτοί οι συγγενείς. Υπάρχουν άλλοι συγγενείς που φοβούνται, επειδή δεν ξέρουν, η άγνοια ας πούμε. Ο άλλος σου λέει είναι ψυχωσικός έχει κάνει μια υποτροπή, με γνωστό ιστορικό, και σου κάνει μια εισαγγελική για να πας στο νοσοκομείο, γιατί δεν ξέρει τι σημαίνει ψύχωση ας πούμε. Δηλαδή, έχεις δει τον σχιζοφρενή με το πριόνι ας πούμε, και νομίζεις ότι θα σε καθαρίσει με το πριόνι. Φόβος. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Πώς θα καταλάβουμε αυτό το φόβο του σχιζοφρενή με τους ψυχωσικούς. Γιατί μπαίνει κι αυτό το παραμύθι ας πούμε σ' αυτές τις οικογένειες, στους συγγενείς κ.λπ. Φόβο. Αυτό. Υπάρχουν άλλοι που πραγματικά πιστεύω ότι μπορούν να βοηθήσουν, από ειλικρινή κίνητρα ας πούμε. Πραγματικά, αληθινά κίνητρα ας πούμε. Ανιδιοτελή. Δηλαδή, έχουν προσπαθήσει με κάθε τρόπο ας πούμε, ο ίδιος δεν γίνεται να έρθει στο νοσοκομείο, και τον στέλνουν αυτοί για να του κάνουν καλό ας πούμε. Υπάρχουν κι αυτά δηλαδή, να μην τα ξεχνάμε αυτά. Υπάρχουνε.*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Φρέσκα περιστατικά; Πρώτη, πρώτη νοσηλεία; Δεν είναι λίγοι, είναι, είναι, είναι, υπάρχουν νέες νοσηλείες, αλλά είναι νοσηλείες, πώς να το πω αυτό, που ο άλλος μπορεί να είναι άρρωστος πέντε δέκα χρόνια. Δεν είναι το οξέο, οξέο, δηλαδή τύπου πριν πέντε μέρες έκανε αιφνίδια έναρξη, ψυχωσικού επεισοδίου, είναι λίγα. Συνήθως έχουν μια υπολειμματική φάση, που έχει περάσει πολύς καιρός, και που η οικογένεια το πάλευε, και που έχουν πάει και σε ιδιώτη, έχει, αυτό το πράγμα έχει ήδη χρονίσει μέχρι να έρθει και να κάνει την πρώτη νοσηλεία. Συνήθως* » (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Η βασική μας διαπίστωση αφορά την απροθυμία –έως και την απόλυτη άρνηση- των «υποψήφιων» νοσηλευόμενων να έρθουν σε επαφή με κάποια ψυχιατρική υπηρεσία, πόσο μάλλον να νοσηλευθούν ή να πάρουν αγωγή. Με απλά λόγια, οι περισσότεροι αρνούνται να πάνε στο γιατρό... Και αυτό επειδή θεωρούν ότι δεν έχουν τίποτα απολύτως. Ουσιαστικά θέτουμε κατευθείαν το μείζον θέμα – διακύβευμα όπως περιγράφεται από τους κλινικούς, αυτό της **εναισθησίας**: το μεγαλύτερο πρόβλημα, κατά τις θέσεις και απόψεις όλων των επαγγελματιών που συνομιλήσαμε, σε επίπεδο ψυχοπαθολογίας, είναι η έλλειψη

της εναισθησίας, δηλαδή της μη ικανότητας εκ μέρους του πάσχοντα να καταλάβει και να «παραδεχθεί» ότι «κάτι έχει». Κατά συνέπεια, όχι μόνο δεν επιζητά, αλλά εναντιώνεται σε κάθε μήνυμα του τύπου «έχεις κάποιο πρόβλημα». Και πόσο μάλλον «ψυχολογικό». Οι συνέπειες των παραπάνω είναι αρκετές: ο πάσχων αρνείται να δεχθεί ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα, και πολύ περισσότερο να δεχθεί κάποια βοήθεια.

> «*Το δικό μας το κομμάτι, ουσιαστικά θα έλεγα, ότι η δυσκολία που έχουμε με το εισαγγελικό, το πρόβλημα είναι ότι αντιμετωπίζουμε έναν άνθρωπο ο οποίος δεν αισθάνεται την αναγκαιότητα του να μπει σε μια θεραπευτική διαδικασία. Άρα, αντί να έχουμε έναν ανθρώπου που φέρνει το πρόβλημά του, θέλει να καταθέσει το πρόβλημά του, για να βρει μια λύση, έχουμε έναν άνθρωπο ο οποίος επικεντρώνεται στο "κακώς ήρθα, πώς θα φύγω;" και που περισσότερο αποκρύπτει το πρόβλημά του, για να μπορέσει να φύγει νωρίτερα, όπως είναι λογικό. Άρα, συμφέρει τον άρρωστο, νοιώθει ότι τον συμφέρει, να μην σου πει πολλά πράγματα*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Με αποτέλεσμα μέχρι να φτάσει η ώρα της «έσχατης λύσης» της ακούσιας νοσηλείας (η οποία, όπως αποδείχθηκε δεν είναι και τόσο «έσχατη») ο πάσχων έχει δεχθεί μια σωρεία πιέσεων. Υπάρχει μια κλιμάκωση του ποσοστού και κυρίως των τρόπων πίεσης. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Goffman: «*Η πρώτη επαφή τους με το ίδρυμα παίρνει μια από τις κλασσικές μορφές: έρχονται μετά από παρακάλια από την οικογένειά τους ή τις απειλές* […] *αν δεν πάνε πρόθυμα. Έρχονται με τη βία ή με αστυνομική συνοδεία. Έρχονται από παρανόηση την οποία εσκεμμένα προκαλούν οι άλλοι. Αυτό περιορίζεται κυρίως στους νεαρούς ασθενείς*».[45] Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της περιόδου –κάτι που μας ενδιαφέρει ιδιαίτερα- είναι αυτό που θα μπορούσαμε να το ονομάσουμε **κρυψίνοια**: ένα στοιχείο που οι περισσότεροι κλινικοί συμφωνούν ότι παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία του πάσχοντα. Και αυτό, γιατί τις περισσότερες φορές ο πάσχων φτάνει στις δομές νοσηλείας χωρίς να είναι ενημερωμένος τόσο το γιατί είναι εκεί, όσο και ποιος ξεκίνησε τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

1.7.α. «Η εξαπάτηση»

«*…οι φυλακές, ασχέτως του πόσο κακές είναι, έχουν στα υπέρ τους ότι αντιμετωπίζουν τον τρόφιμο με τιμιότητα* […]. *Σε αντίθεση με το παραπάνω, η σχέση μεταξύ ψυχιατρείου και*

[45] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 137-138.

των τροφίμων του κυριαρχείται από έλλειψη τιμιότητας και εξαπάτηση. Συνήθως ο ασθενής δεν πληροφορείται τον αληθινό λόγο της κράτησής του, ούτε του δίνονται ρητές οδηγίες για τον τρόπο με τον οποίο θα συμπεριφερθεί. Τέλος, το εξιτήριό του δεν γίνεται με βάση προκαθορισμένα, αντικειμενικά κριτήρια, όπως θα συνέβαινε για ένα περιορισμό συγκεκριμένης χρονικής διάρκειας. Αντίθετα, το εάν και κατά πόσο επήλθε κάποια μεταβολή στην προσωπικότητα του εγκλεισμένου εξαρτάται από την κρίση του προσωπικού».[46]

> «*Ποιος τους έκανε την εισαγγελική; Δεν τους το λένε στην αρχή. Μετά τους το λένε. Ο γιατρός τους, τους το λέει. Κι ο γιατρός τους ενημερώνει ποιος την έκανε, ποιος δεν την έκανε. Στην αρχή τους λέει ο "**εισαγγελέας**". Το κλασσικό, ναι. Δεν λένε "δικοί σου" και όλ' αυτά*» (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Οι συγγενείς. Οι συγγενείς είναι μια άλλη μεγάλη πληγή. Οι οποίοι δεν θέλουν να εξηγούμε στον άρρωστο και να ενημερώνουμε τον άρρωστο ότι την εισαγγελική εντολή την έχουν κάνει οι συγγενείς. Θέλουν να είναι απέξω, φοβούμενοι ότι όταν θα γυρίσει ο άρρωστος σ' αυτούς, που θα είναι το ίδιο επιθετικός και απορριπτικός μαζί τους λόγω της εισαγγελικής εντολής. Αυτό πάλι μας δένει τα χέρια, γιατί τελικά αυτή η ιστορία με την εισαγγελική εντολή μόνο εμείς την έχουμε και τη χειριζόμαστε. Όλοι για την καλή τους σχέση αποποιούνται την ευθύνη της παραγγελίας. Ελάχιστες περιπτώσεις έχω συναντήσει που δέχονται να ενημερωθεί ο άρρωστος για την εισαγγελική παραγγελία που την έκαναν γονείς, συγγενείς, αδέλφια, κ.λπ., αφήνουν να αιωρούνται διάφορα. Ότι την έκαναν γείτονες, ότι την έκανε η Πρόνοια, ότι την έκαναν… Και μέσα σ' αυτό βέβαια το φαύλο κύκλο επειδή δεν μπορούμε να έχουμε μια διαφορετική στάση, γιατί αυτό μπερδεύει τον άρρωστο, ακολουθούμε κι εμείς το ψέμα*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Οι τρεις λέξεις: **εισαγγελέας, εξετάσεις, γείτονες** προσδιορίζουν ένα χαρακτηριστικό πλαίσιο. Σε ελάχιστες περιπτώσεις η οικογένεια, ή το (συγγενικό συνήθως) πρόσωπο που κίνησε τη διαδικασία της εισαγγελικής «επιτρέπει» στον πάσχοντα να μάθει για την αλήθεια. Τις περισσότερες φορές ο πάσχων δεν ενημερώνεται, αλλά αντίθετα η «ερμηνεία» των μελών της οικογένειας, αλλά και των εμπλεκόμενων φορέων (αστυνομία, νοσηλευτικές δομές) αναφορικά με το **υπεύθυνο πρόσωπο** για την έκδοση της «εισαγγελικής» αναφέρεται σε κάποια «ομιχλώδη» και «αόρατη» αρχή ή πρόσωπο: Η «γειτονιά», ο «εισαγγελέας». Ένα πρώτο στάδιο εξαπάτησης. Και ένα δεύτερο στάδιο

[46] Szasz, T., *Νόμος, Ελευθερία και Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 69.

αφορά τον **λόγο** προσαγωγής: επίσης σπάνια αναφέρεται ευθέως η ψυχική νόσος. Ακόμα και στην περίπτωση που αναφερθεί, η φρασεολογία περιλαμβάνει σαφώς πιο «ήπιες» λεκτικές σημασιοδοτήσεις: «το ψυχολογικό», «τα νεύρα». Παραθέτουμε ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα: μια νοσηλευόμενη, η οποία, σύμφωνα με το «ιστορικό» της, νοσεί πάνω από 20 χρόνια, αιφνίδια, στη μέση της διαδικασίας της συνέντευξης με ρωτά: «*Σας παρακαλώ, μήπως μπορείτε να μου πείτε τι είναι η σχιζοφρένεια;*» Αντίθετα, οι «εξετάσεις» αποτελούν μια βολική δικαιολόγηση. Αυτό τουλάχιστον στις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων. Στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία το συγκεκριμένο επιχείρημα «πάσχει» λίγο: «*Τι εξετάσεις και κουραφέξαλα μου τσαμπουνάτε;;; Αφού με φέρατε στο ψυχιατρείο…*» ανταπαντά ένας πρωτοεισερχόμενος νοσηλευόμενος σε ένα τμήμα οξέων ενός Ψυχιατρικού Νοσοκομείου.

> «*Υπάρχει πρόβλημα με την αστυνομία, πρόβλημα που πολλές φορές μας μπλέκει κι εμάς. Δεν τους εξηγούν την διαδικασία. Η όλη διαδικασία γίνεται με μια μυστικοπάθεια, η οποία., είναι τι να σου πω, εντάξει, γενικά ο αστυνομικός πρέπει να του πει έχουμε μια εισαγγελική εντολή η οποία αφορά την εξέτασή της, έχει γίνει από τον τάδε και θα πάτε να εξεταστείτε εκεί. Πολλές φορές τους λένε ψέματα. "Πάμε στο νοσοκομείο για να σου ρίξουν μια ματιά, να κάνεις κάποιες εξετάσεις, για να σου βγάλουνε ένα χαρτί", με αποτέλεσμα όταν έρχονται εδώ οι ασθενείς και τους λες ότι πρέπει να νοσηλευτείς, να απορούν και να μη συνεργάζονται, γιατί δεν έχουνε συμφωνήσει σ' αυτό.*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

> «"*Μου λένε έχει βγει εισαγγελική εντολή" να' ρθεις να εξεταστείς από ψυχιάτρους. Λέω, "θα μιλήσω με το δικηγόρο μου, κι ότι μου πει θα κάνω". "Όχι", μου λέει, "πρέπει να' ρθεις τώρα". Λέω "μισό λεπτό, πρέπει να μιλήσω με τον Κύριο Ν. πριν κάνω οτιδήποτε". Φεύγουνε, έρχονται μετά από μισή ώρα, έξι - επτά αστυνομικοί, ο διοικητής της αστυνομίας, και ο εισαγγελέας. Μου χτυπάγανε την πόρτα, μου λένε πάλι το ίδιο, και τους λέω κι εγώ πάλι το ίδιο. Ότι "θέλω να μιλήσω με τον δικηγόρο μου, κι ότι μου πει ο δικηγόρος μου θα κάνω". Επιπλέον, λέω στον εισαγγελέα, "κ. Εισαγγελέα" του λέω, "και την πρώτη φορά που με πήρανε με εισαγγελική εντολή και με πήγανε στο Δρομοκαΐτειο, ήταν όλα ψέματα"*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Μα ποιος είναι αυτός ο εισαγγελέας; Που με ξέρει εμένα; Πως στα καλά καθούμενα βγάζει ένα χαρτί, τέτοιο χαρτί; Από πού κι' ως που; Θέλω να το δω.*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«Γενικά, του εξηγούμε ότι είναι μέσα με την εντολή του Εισαγγελέα, δηλαδή όταν ο Εισαγγελέας ενημερωθεί κάπως, ή κρίνει και αυτεπάγγελτα ακόμα ότι κάποιος ενδεχομένως χρειάζεται βοήθεια για την υγεία του φροντίδα, με εντολή του, που στην ουσία είναι διαταγή για μας, μας υποχρεώνει, μας αναγκάζει να εξετάσουμε αυτό τον άνθρωπο. Και αν δούμε ότι κάτι δεν πάει καλά, ή ότι χρειάζεται μια σειρά εξετάσεων ή φροντίδας, μας διατάζει να τον νοσηλεύσουμε, θέλουμε δεν θέλουμε, θέλει δεν θέλει» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*…έχω δει πολύ ακραία περιστατικά, έχω δει πατέρα που έχει στήσει ολόκληρο σκηνικό ήταν από τα πρώτα μου μάλιστα περιστατικά εδώ πέρα, είχε στήσει σκηνικό, είχε πάει στην αστυνομία, είχε μιλήσει με τους αστυνομικούς, και τους είχε σταματήσει η Τροχαία τάχα μου σε έλεγχο στο αυτοκίνητο, κι είχανε βρει ένα σουγιαδάκι τσέπης στο γιο, και τον έφερε. Λοιπόν, αυτό δεν βοηθάει ποτέ στην εναισθησία…*» (Ψυχίατρος, επιμελήτρια Β, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Τρέχα γύρευε τώρα ποιος την έκανε τη δουλειά. Κάποιος από τους γείτονες, άντε βρες τον. Άστα, άστα τώρα αυτά…*» (συνομιλία συζύγου προς τη νοσηλευόμενη σύζυγό του αναφορικά με την έκδοση της εισαγγελικής παραγγελίας, παρουσία μου. **Χαρακτηριστικό**: τη στιγμή που τα αναφέρει μου «κλείνει το μάτι»: σαν να μου λέει «μην πεις κάτι διαφορετικό…». Ο ερευνητής ως συνένοχος.

Κυρίως στις περιπτώσεις της πρώτης εισαγωγής, ειδικά αν πρόκειται για κάποια σχιζοφρενικού τύπου διαταραχή,[47] στη πλειονότητα των περιπτώσεων η όλη διαδικασία γίνεται με ιδιαίτερα μυστικοπαθή τρόπο. Οι συγγενείς ενημερώνονται για τον τρόπο που πρέπει να «κινηθούν», συνήθως συμβουλευόμενοι κάποιον ψυχίατρο, δικηγόρο ή άλλο επαγγελματία που γνωρίζει τη διαδικασία χωρίς να λένε τίποτα στον πάσχοντα. Πολλές φορές έχει προηγηθεί κάποια, ή κάποιες –μάλλον αποτυχημένες- προσπάθειες ώστε ο πάσχων να επισκεφθεί κάποιον ιδιώτη ψυχίατρο ή ψυχολόγο. Όταν (και αν) όλα αυτά αποτύχουν η οικογένεια οδηγείται στη «λύση» της εισαγγελικής παραγγελίας. Σε αυτό το σημείο θεωρούμε ότι είναι δυνατόν να ανιχνευθεί και η έναρξη –πια- της *κοινωνικής σταδιοδρομίας* του ψυχικά πάσχοντα, έτσι όπως την αναφέρει ο Goffman: «*…υπάρχει επίσης το έγγραφο κάποιου ενάγοντος* […]. *Η φυσιογνωμία αυτή μπορεί να μην είναι το πρόσωπο που κάνει την πρώτη κίνηση* […] *αλλά είναι εκείνο που κάνει την πρώτη,*

47 Κοινό εμπειρικό, αλλά και βιβλιογραφικό εύρημα είναι το ότι η πλειονότητα των «εισαγγελικών» είναι διαγνωσμένοι ως «ψυχωτικοί». Βλ. και: Riecher, A., Rossler, W., Loffler, W., Fatkenheuer, B. «Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients», P*sychological Medicine*, τεύχος 21, 1991, σ. 197-208.

τελεσφόρα κίνηση. Εδώ βρίσκεται η κοινωνική αφετηρία της σταδιοδρομίας του ασθενή, ανεξάρτητα από το που θα μπορούσε κανείς να εντοπίσει την ψυχολογική αφετηρία της ψυχικής νόσου».[48] Αφού εκδοθεί η εισαγγελική παραγγελία, η οικογένεια ενημερώνει το υπεύθυνο αστυνομικό τμήμα. Αν υπάρχει η δυνατότητα, κλείνεται και κάποιο «ραντεβού» με τους αστυνομικούς του τμήματος της περιοχής που διαμένει ο πάσχων. Στόχος είναι να γίνει η προσαγωγή για την εξέταση και τη νοσηλεία με τον –κατά το δυνατόν- πιο «ήρεμο» τρόπο. Δεν είναι λίγες οι φορές που οι συγγενείς του πάσχοντα περιμένουν ημερομηνία που να εφημερεύει κάποιο από τα νοσοκομεία που τους έχουν συστηθεί ως «καλά». Επίσης δεν είναι λίγες οι φορές κατά τις οποίες οι συγγενείς προσπαθούν να έχουν μια πρώτη επαφή με το νοσοκομείο της «αρεσκείας» τους με σκοπό να «βολιδοσκοπήσουν την κατάσταση». Φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη άρνηση, ειδικά στην περίπτωση που πρόκειται για «πρώτη εισαγωγή» νεαρού ατόμου, της λύσης του Ψυχιατρείου. Το σύνολο σχεδόν των οικογενειών είναι ιδιαίτερα αρνητικό, με το **στίγμα**[49] να προβάλλει έντονο[50].

«*Τα αμιγώς ψυχιατρικά νοσοκομεία που έχουν και μια ιστορία πίσω τους, σίγουρα, το βλέπω και στους ασθενείς δηλαδή και στις εφημερίες δηλαδή, ότι όταν θ' ακούσουν ότι δεν εφημερεύουμε εμείς και πάει ένα περιστατικό στη γενική εφημερία του νοσοκομείου, και τους πω ότι εφημερεύει το Δαφνί, το Δρομοκαΐτειο, τους πιο πολλούς τους βλέπεις ότι μαζεύονται. Απ' το όνομα, μαζεύονται. Αν πεις Γεννηματάς ξέρω γω, δεν τους πιάνει αμέσως, έχουν αυτό το στίγμα του ασύλου. Ακόμα. Έτσι φαίνεται.*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Πολλές φορές υπάρχει προτίμηση εκ μέρους των ασθενών, ότι δηλαδή, για να μην πάνε στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία τα οποία έχουνε συνήθως κρεβάτια, εντάξει; Ενδεχομένως, επειδή υπάρχει και το στίγμα του ψυχιατρείου, άμα πει "νοσηλεύομαι στο Δαφνί" θα πουν, πάει κατευθείαν συνειρμικά κάπου το μυαλό σου άμα πεις ότι "νοσηλεύομαι στο Σισμανόγλειο" δεν*

[48] Goffman, E., *Ασυλα*, οπ.π., σ. 138.

[49] Οι πεποιθήσεις των Ελλήνων αναφορικά με τη ψυχική διαταραχή (ειδικότερα με τη σχιζοφρένεια) παρουσιάζονται ακόμα ιδιαίτερα αρνητικές. Σε έρευνα του 2009, βρέθηκε ότι ο «σχιζοφρενής» θεωρείται επικίνδυνος σε ένα ποσοστό της τάξης του 76%, ενώ θεωρείται ανίκανος για εργασία από το 82% του δείγματος. Η πλειονότητα του δείγματος δεν θα ήθελε μια στενή σχέση με κάποιον που έχει διαγνωστεί ως σχιζοφρενής, ενώ ένα επίσης μεγάλο ποσοστό θα ενοχλούταν αν εργαζόταν μαζί με κάποιον που έπασχε από σχιζοφρένεια. Βλ. Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., Stefanis, C., «Knowledge about Schizophrenia and Attitudes towards People with Schizophrenia in Greece», *International Journal of Social Psychiatry*, τεύχος 55, 2009, σ. 361 - 371.

[50] Φαίνεται ότι οι διαδικασίες στιγματισμού επιτείνονται στις περιπτώσεις που συμμετέχει η πρακτική της ακούσιας προσαγωγής (και νοσηλείας). Ειδικά αν η προσαγωγή του πάσχοντα γίνεται με «θορυβώδη» τρόπο, η εμφάνιση φαινομένων στιγματισμού είναι ιδιαίτερα έντονη, ειδικά ανάμεσα στους πάσχοντες. Βλ. Farnham, F.R., James, D.V., «Patients' Attitudes to Psychiatric Hospital Admission», *The Lancet*, τόμος 355 (9204) 2000, σ. 594.

θα πάει ότι είσαι στο Ψυχιατρείο. Έτσι δεν είναι; Προτιμούνε τα γενικά νοσοκομεία. Και βλέπεις μια προτίμηση ακόμα στον τρόπο εκτέλεσης του εισαγγελικού. Δηλαδή, μπορεί να έχει ο άλλος την εισαγγελική στην τσέπη του δύο - τρεις μέρες και να περιμένει να την πάει στην αστυνομία την ημέρα που εφημερεύει. Κι έχει τύχει να το δεις και από την αστυνομία αυτό. Δηλαδή, να πάρει τηλέφωνο η αστυνομία, ενώ έχει στα χέρια της την εισαγγελική, έτυχε πρόσφατα γι' αυτό στο λέω, και να σε ρωτήσει "πότε εφημερεύετε, γιατί έχουμε μια εισαγγελική;". Και θα τους πεις "μα εσείς, την εισαγγελική θα την πάτε εκεί που εφημερεύει σήμερα" "ναι, αλλά οι συγγενείς θέλουνε να έρθει στο Σισμανόγλειο". Δηλαδή, βλέπεις ότι ακόμα και η αστυνομία παρατυπεί, χωρίς να σου λέει τι θα γίνει αν αυτός κάνει κάτι, όσο δεν εκτελείται η εισαγγελική. Αλλά υπάρχει αυτή η προτίμηση που δημιουργεί…» (Ψυχίατρος, επιμελήτρια Β., Γενικό Νοσοκομείο).

Οι συγγενείς, κατά την άφιξη της αστυνομίας πολλές φορές απουσιάζουν από το σπίτι, ενώ η συνηθέστερη πρακτική είναι να παρευρίσκεται ένας από αυτούς για να ανοίξει στην αστυνομία και για να μπορέσει να «κατευνάσει τα πνεύματα». Σπάνια η οικογένεια συνοδεύει τον πάσχοντα με το περιπολικό. Συνήθως ακολουθεί με το δικό της μέσο και η παρουσία της στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου είναι διακριτική. Πάντως κοινή διαπίστωση είναι ότι δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος κανόνας ή τρόπος. Κάτι που όλοι οι κλινικοί συμφωνούν ότι έχει να κάνει και με την κατάσταση του πάσχοντα: τι ακριβώς παρουσιάζει, ή σε πόσο σοβαρή κατάσταση (ή υποτροπή) βρίσκεται. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι συγγενείς αναλαμβάνουν μόνοι τους την διακομιδή στον νοσοκομείο που διατάσσει ο εισαγγελέας να γίνει η εξέταση και η πιθανή νοσηλεία, είτε γιατί δεν θέλουν την παρουσία των αστυνομικών, είτε λόγω καθυστέρησης της άφιξης της αστυνομίας. Η παρακάτω αφήγηση είναι γλαφυρά χαρακτηριστική:

«*Είναι αργά την νύχτα, στα διόδια της εθνικής οδού Αθηνών – Θεσσαλονίκης. Ο υπάλληλος των διοδίων βλέπει κατάπληκτος στο αυτοκίνητο που σταματάει για να πληρώσει τα διόδια τον οδηγό και στο κάθισμα του συνοδηγού μια εντελώς γυμνή γυναίκα, με δεμένα τα χέρια της να φωνάζει, να βρίζει, να χτυπιέται. Το αυτοκίνητο φεύγει και, ο υπάλληλος κρατάει τα στοιχεία του οχήματος και δίνει σήμα στη αστυνομία για το περιστατικό. Ένα περιπολικό καταδιώκει το αυτοκίνητο και το σταματάει λίγα χιλιόμετρα πιο μετά. Οι αστυνομικοί εξακριβώνουν ότι ο οδηγός είναι ο αδελφός της γυναίκας, για την οποία έχει βγει εισαγγελική παραγγελία για εξέταση και νοσηλεία. Είναι από ένα ορεινό, απομονωμένο χωριό της Εύβοιας. "Οι αστυνομικοί δεν ερχόντουσαν" μας λέει ο αδελφός "και η Κ. είναι σε κρίση. Τι να έκανα; Έχει αναστατώσει όλο το χωριό. Πήγα, την μάζεψα, και την πάω μόνος μου. Δεν μπορούσα να τους*

περιμένω άλλο…". Η αστυνομία, δίνει σήμα και στους υπόλοιπους σταθμούς διοδίων ν' ανοίγουν κατευθείαν τις "μπάρες", και το αυτοκίνητο φτάνει απρόσκοπτα στην κλινική...» (αφήγηση νοσηλευτών, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Επιμένουμε πάντως στο εύρημα ότι σταθερό «μοτίβο» δεν υφίσταται. Ειδικά στις περιπτώσεις που ο πάσχων νοσηλεύεται για πολλοστή φορά η διαδικασία της σύλληψης λαμβάνει πιο διαδικαστικό χαρακτήρα. Επίσης δεν είναι λίγες οι φορές που ο φερόμενος ως πάσχων συλλαμβάνεται μέσω της αυτόφωρης διαδικασίας σε κάποιο δημόσιο χώρο: στο δρόμο, σε κάποιο πάρκο, ή σε κάποιο αεροδρόμιο. Στην περίπτωση που οι αστυνομικοί εκλάβουν την εικόνα του, τη συμπεριφορά του ως παράδοξη, ασυνάρτητη, περίεργη, ο συληφθείς οδηγείται στο εφημερεύων ψυχιατρικό νοσοκομείο για εξέταση. Οι επαγγελματίες που ρωτήθηκαν συμφωνούν ότι σε αυτό το στάδιο η συμπεριφορά και ο χειρισμός των αστυνομικών παίζει σημαντικό ρόλο. Άλλωστε, και οι πάσχοντες θυμούνται τον τρόπο που τους φέρθηκε η αστυνομία:

«*Ναι, η αστυνομία με έφερε. Δυο παιδιά, φίλοι μας, από το Αστυνομικό Τμήμα.* […]. *.Βγάλανε αυτό το χαρτί, ξέρεις* […] *ο Παύλος και η Αλεξάνδρα, τα δυο παιδιά. Μια χαρά μου φέρθηκαν, ευγενέστατα. Και φύγαμε μια χαρά από το σπίτι....*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Α, ο αστυνομικός διευθυντής μου λέει "κοίταξε να δεις, επειδή εμείς δεν έχουμε πρόβλημα μαζί σου, και καταλαβαίνουμε τι γίνεται, εγώ αυτό που μπορώ να κάνω για σένα, είναι ότι μας ζητήσεις, αυτά που σου λέω, μπορώ να στα δώσω και γραπτά, όποτε μας τα ζητήσεις και κατά τη συνοδεία σου, ούτε χειροπέδες θα σου βάλουμε, ούτε οι αστυνομικοί θα φοράνε αστυνομικά ρούχα κι αυτά. Κι επιπλέον δεν θα σε βάλουμε κρατητήριο". Ούτε με βάλανε κρατητήριο κατά την παραμονή μου ένα βράδυ στο κρατητήριο της Χίου. Με βάλανε και κοιμήθηκα στο γραφείο, μόνος μου πήγα στο κρατητήριο, γιατί ήθελα να ξαπλωθώ, να κοιμηθώ σ' ένα στρώμα. Μου λένε να κοιμηθώ στο γραφείο τους λέω "δεν μπορώ". Εκεί στην αστυνομία της Χίου μου φερθήκανε πολύ καλά.*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Μπουκάρουν μέσα οι αστυνομικοί, άλλος με πιάνει από το λαιμό, άλλος μου βάζει χειροπέδες, άλλος έψαχνε για όπλα, για ναρκωτικά για τέτοια* […]. *Τι πάει να πει αυτό; Ποιος είμαι; Ο Ρωχάμης είμαι; Ο Κουφοντίνας είμαι; Ποιος είμαι ρε παιδάκι μου; Τι συμβαίνει εδώ πέρα; Και πώς το τρώει ο εισαγγελέας αυτό, κι αντί να με ηρεμήσει, έρχονται και με βουτάνε. Ένας άνθρωπος μπορεί να μου το εξηγήσει αυτό;*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Στην περίπτωση που υπάρχει «ιστορικό» ακούσιων νοσηλειών, ο πάσχων τις περισσότερες φορές γνωρίζει τι μέλλει γενέσθαι και –πλην κάποιων περιπτώσεων που υπάρχει σοβαρή υποτροπή και σοβαρή διάσπαση στην σκέψη, ή/και στη συμπεριφορά, συμμορφώνεται ευκολότερα. Σαν να ξέρει ότι δεν μπορεί να αποφύγει το «μοιραίο». Αφηγείται μια νοσηλευόμενη:

> *«Έρχεται η αστυνομία, εγώ – με συγχωρείτε κιόλας- ήμουνα στη τουαλέτα, είχα κάποιο πρόβλημα με το έντερό μου, και βγήκα κάποια στιγμή. "Ορίστε, παρακαλώ; Με φωνάξατε;" τους λέω. "Θέλετε να μιλήσουμε για λίγο;" μου λένε οι αστυνομικοί. "Αν είναι να μου πείτε να ανοίξω τη πόρτα, όχι, τους ξέρω τους νόμους. Ξέρω ότι ερχόσαστε με εισαγγελική εντολή. Αύριο το πρωί ελάτε να με πάρετε" τους είπα. "Έτσι. Ελάτε να με πάρετε. Εκεί που θα με πάτε, στο γνώριμο το περιβάλλον, σε μία μέρα θα βγω" τους είπα. "Είναι για εγκλεισμό" τους άκουσα. Και τους παρακάλαγα, όταν ερχόμασταν στο νοσοκομείο το βράδυ, εννιά η ώρα "σας παρακαλώ, σας παρακαλώ, σας ικετεύω, να πέσω στα πόδια σας, πάμε λίγο πίσω να κλείσω το σπίτι μου…" και τελικά δεν σταματήσανε. Και μου λένε "στο γυρισμό". "Στο γυρισμό" όμως ήτανε υπόσχεση της στιγμής για να με καθησυχάσουνε. Και σήμερα έχει πεθάνει η ξαδέρφη μου. Χθες με πήρανε και μου λένε "η Ματούλα έφυγε". Εγώ, που δεν θα πάω στη κηδεία της ξαδέρφης μου. Εγώ θα το έχω τύψεις για όλη μου τη ζωή. Να μην μπορέσω να της ρίξω μια στάλα χώμα, που μου είχε σταθεί σαν μάνα όταν ήμουνα μικρό. Όταν έφυγαν οι δικοί μου…»* (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

Και όμως, οι περισσότεροι κλινικοί συμφωνούν ότι αυτή η «μυστικοπαθής» διαδικασία, η οποία εμπεριέχει μέσα της έντονο το στοιχείο της εξαπάτησης, όχι μόνο δεν βοηθάει, αλλά επιτείνει τη συμπτωματολογία του πάσχοντα. Μια αφήγηση, ίσως από τις πλέον χαρακτηριστικές δίνει ακριβώς το στίγμα:

> «*…εκτός από την αστυνομία, η μυστικοπάθεια υπάρχει και σε επίπεδο γιατρών και σε επίπεδο συγγενών. Δηλαδή. Είναι στα δικαιώματα του ασθενούς να μάθει ποιος έχει κάνει την εισαγγελική, ή να την δει την εισαγγελική εντολή και να μάθει ποιος την έχει υπογράψει, για ποιο λόγο, είναι κάτι που τον αφορά. Αυτό τις περισσότερες φορές δεν γίνεται. Οι συγγενείς πιέζουνε, γιατί δεν θέλουνε να μάθει ο δικός τους άνθρωπος, ότι έχουνε κάνει αυτοί τη διαδικασία, με αποτέλεσμα να ακούς ένα σωρό ιστορίες που πολλές φορές και καλά να' ναι ο ασθενής, μ' όλ' αυτά που ακούει, γίνεται παρανοϊκός. Δηλαδή, άμα ακούς από τους δικούς σου ότι "σε είδε κάποιος εκεί, και κάλεσε την αστυνομία", και εσύ θα έλεγες "πού με κοιτάει εμένα ο κάποιος;". Είχαμε για παράδειγμα, πατέρα, που για να πάει το γιο του στο νοσοκομείο, ο γιος*

του παρανοϊκός του κερατά, ο γιος κουβάλαγε ένα σουγιαδάκι στην τσέπη και ο πατέρας συνεννοήθηκε κρυφά με την αστυνομία, συμφώνησε με την αστυνομία να τους κάνουν έλεγχο να ψάξουν μόνο το γιο απ' όλο το αυτοκίνητο που είχε το σουγιαδάκι να τον πάνε στο νοσοκομείο. Ναι. Είχαμε τέτοιο παράδειγμα. Ε, και καλά να 'σαι, γίνεσαι παρανοϊκός. Σου λέει "μας σταμάτησαν κι έψαξαν απ' όλο το αυτοκίνητο μόνο εμένα που' χα το σουγιαδάκι είπαν να με πάνε στο νοσοκομείο, για να μην με πάνε στη φυλακή; Κάτι γίνεται. Εδώ όλα έχουν συνωμοτήσει εις βάρος μου"» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

1.7.β. Οι χειροπέδες: η είσοδος στο νοσοκομείο.

«*Το θέμα των εισαγγελικών. Το θέμα των εισαγγελικών είναι ότι οι συνθήκες που μεταφέρονται οι ασθενείς είναι απαράδεκτες. Που έρχονται εδώ. Έρχονται με Αστυνομία, χωρίς ασθενοφόρο, χωρίς τίποτα. Με χειροπέδες. Αν ψάξεις στην Γερμανία έξω, όλες οι εισαγγελικές παραγγελίες γίνονται με συνοδεία ασθενοφόρου.* (Ερευνητής: «*Αυτό περίπου, το "με χειροπέδες", σε τι ποσοστό αναφέρεστε*;»). *Όλο. Όλο το ποσοστό*.» (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

«*Τον φέρνουν, στο εξωτερικό ιατρείο, στα επείγοντα, και μετά τον φέρνουν εδώ για εισαγωγή. Συνοδεύεται συνήθως από τους αστυνομικούς και τους συνοδούς του, πολλές φορές έχει και χειροπέδες. Όταν έρχεται σ' εμάς, ζητάμε να βγούνε οι χειροπέδες. Γιατί γίνεται μια διαδικασία παραλαβής, δηλαδή να του πάρουνε πίεση, θερμοκρασία, σφίξεις, και γενικά ζητάμε να τις αφαιρέσουν για να μπορέσει ο άρρωστος να εξοικειώνεται στο χώρο*». (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Τις περισσότερες φορές, ειδικά στην περίπτωση που πρόκειται για άντρα και πόσο μάλλον εύρωστο, ο φερόμενος ως ψυχικά πάσχων «φτάνει» στο νοσοκομείο με χειροπέδες. Οι οποίες πολλές φορές «βγαίνουν», αλλά πολλές φορές «μένουν». Γιατί…

«*…ποτέ δεν ξέρεις τι θα σου έρθει. Οπότε καλύτερα να έχεις το κεφάλι σου ήσυχο. Ειδικά αν είναι και κανένας μεγαλόσωμος, τι θα κάνεις; Θα τον δεις μόνος σου; Δεν ξέρεις, δεν ξέρεις. Τώρα, αν είναι κανένας υπολειμματικός, αυτά τα ανθρωπάκια που δεν έχουν στον ήλιο μοίρα, τι χειροπέδες να του βάλεις; Κρίμα κι' άδικο…*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Με χειροπέδες. Τους περισσότερους με χειροπέδες. Ειδικά τους τοξικομανείς. Πολλοί τοξικομανείς* (έρχονται) *με συνοδεία αστυνομικών από τη Ρόδο ας πούμε. Τον παραλαμβάνουν*

εδώ οι αστυνομικοί οι δικοί μας, και τον φέρνουνε μέσα. Κάποιες φορές μας ενημερώνουνε. Δεν ξέρω τώρα τι στάνταρ επικρατεί για να μας ενημερώνουνε. Μερικές φορές μπορεί εκεί που καθόμαστε, να 'ρθεί το περιπολικό και να μας φέρει μια εισαγγελική χωρίς να γνωρίζουμε κάτι. Ανάλογα την εισαγγελική» (Νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Αναλόγως το νοσοκομείο που γίνεται η προσαγωγή, αλλά και την «κλινική εικόνα» του φερόμενου, γίνεται και η πρώτη εξέταση. Ο πάσχων μπορεί να είναι τελείως υποβόλιμος, ήσυχος και χωρίς αντιστάσεις, μέχρι ιδιαίτερα διεγερτικός. Όμως, ακόμα και στις περιπτώσεις όπου υπάρχει «διέγερση», συνήθως αυτή δεν είναι στοχοκατευθυνόμενη. Ο πάσχων δεν επιτίθεται. Πιθανόν να φωνάζει, να μιλάει συνεχόμενα ή ακατάληπτα, να μην μπορεί να επικοινωνήσει καθόλου, να γελάει, να βρίζει να κινείται χωρίς εμφανή σκοπό ή λόγο, γενικά να παρουσιάζει την πλέον παράδοξη ή ακατάληπτη συμπεριφορά, αλλά δεν αντιστέκεται στις υποδείξεις των αστυνομικών. Από το σύνολο του «πληθυσμού» των «εισαγγελικών», λίγες είναι οι αναφορές για περιπτώσεις οι οποίες πραγματικά να εκλήφθηκαν ως επιθετικές ή στοχοκατευθυνόμενα επικίνδυνες.

Στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία υπάρχει σαφώς πιο «ικανός» αριθμός προσωπικού, και κυρίως «αντρικού» προσωπικού το οποίο παρίσταται στο χώρο με σαφέστατα κατασταλτικό ρόλο, ενώ αντίθετα, στα Γενικά Νοσοκομεία το προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων όπου και γίνεται η εξέταση είναι και λιγότερο και μη εξειδικευμένο. Χωροτακτικά, τα εξωτερικά ιατρεία, τόσο των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, όσο και των Γενικών Νοσοκομείων δεν είναι πλησίον των κλινικών που τελικά θα «μπει» ο άρρωστος, εκεί που θα λάβει χώρα η νοσηλεία. Κατά συνέπεια, οι συνθήκες της εξέτασης του φερόμενου από τον ή τους ψυχιάτρους έχουν να κάνουν με πολλές παραμέτρους: α) την επαρκή παρουσία και άλλων επαγγελματιών στο χώρο, β) την παρουσία ή όχι αστυνομικών, γ) την παρουσία κάποιου ή κάποιων συγγενικών προσώπων, οι οποίοι είναι και οι βασικοί «πληροφοριοδότες» τις περισσότερες φορές και δ) την «κατάσταση»του φερόμενου: αν είναι «συνεργάσιμος», αν είναι επιθετικός ή όχι, αν είναι σε κατάσταση να δώσει πληροφορίες, ή –ακόμα πιο βασικό- αν θέλει να δώσει πληροφορίες.

«*Συνήθως τους βλέπουμε έξω από την κλινική. Στο γραφείο. Οπότε αν είναι πολύ διεγερτικός, στην πραγματικότητα, δεν χρειάζεται πολύ ώρα εξέταση. Καταλαβαίνεις ότι ο άλλος, κάτι συμβαίνει στον άνθρωπο. Ενώ άμα είναι ήρεμος, οι παρανοϊκοί ειδικά, που ξέρουν και κρύβονται κ.λπ. θα χρειαστεί μια ώρα για να δεις τι παίζει. Γιατί, αυτό που έλεγα και πριν, μην*

είναι καλά ο άνθρωπος και τον βάλεις μέσα χωρίς λόγο, αλλοίμονο» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Σε αυτό το σημείο ο κλινικός καλείται να αποφασίσει για δύο πράγματα: Α) αν ο φερόμενος πληρεί τις προϋποθέσεις για ακούσια νοσηλεία, και Β) αν αναμένεται κάποια βελτίωση της εικόνας – κατάστασής του από μια νοσηλεία. Βέβαια, πολλές φορές τα κριτήρια μιας εισαγωγής απέχουν από αυτούς τους δύο βασικούς άξονες. Οι ψυχίατροι, σε αρκετές εκ των περιπτώσεων, ακόμα και όταν δεν υπάρχει κάποια εμφανής ψυχοπαθολογία, προτιμούν να «κρατήσουν» τον φερόμενο παρά να «ρισκάρουν» μια απόρριψη της εισαγγελικής παραγγελίας. Πολλοί εκ των ερωτηθέντων επαγγελματιών ανέφεραν ότι κάποια νοσοκομεία έχουν την τάση να «κρατάνε» τα «περιστατικά» τα οποία έρχονται με εισαγγελική παραγγελία, ενώ κάποια άλλα είναι πιο «τολμηρά» στις γνωματεύσεις τους. Παράγοντες που έχουν να κάνουν κυρίως με την σύνθεση του ιατρικού προσωπικού, το «προφίλ» των γιατρών και τις σχέσεις των επαγγελματιών μεταξύ τους φαίνεται ότι παρεμβαίνουν και καθορίζουν την «πολιτική» του κάθε νοσοκομείου. Με άλλα λόγια, οι γιατροί πολλές φορές φοβούνται να πάρουν την ευθύνη να μην «εγκλείσουν» κάποιον ο οποίος δεν φαίνεται να πληρεί τους όρους για ακούσια νοσηλεία.

«*…και σου λέει πήγα εχτές το βράδυ στο Αττικό και δεν με κράτησαν. Κι έρχεται εδώ, και τον κρατάμε πάντως. Είναι δύσκολο από δω, δεν έχεις πού να το στείλεις. Και φοβούνται οι δικοί μας οι γιατροί, οι γιατροί οι δικοί μας δεν ξέρω, αλλά φοβούνται να διώξουνε περιστατικά. Κι όσο πιο καινούργιοι είναι οι γιατροί, τόσο πιο πολύ φοβούνται να το κάνουν αυτό. Ή πιο, όσο είναι λιγότερο σίγουροι τέλος πάντων. Κι έτσι τα κρατάνε, τα εκούσια, τα διώχνουνε πιο εύκολα, εισαγγελικές όμως τις κρατάνε.*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Αυτός ο φόβος φαίνεται ότι τροφοδοτείται τόσο από το διαγνωστικό πρόβλημα, υπό το πρίσμα ότι οι ψυχίατροι δεν θέλουν να «διώξουν» κάποιον ο οποίος μπορεί να εμπλακεί σε κάποια κατάσταση η οποία να έχει νομικές συνέπειες, αλλά και λόγω του γεγονότος ότι κάποιες φορές υπήρχε εισαγγελική παρέμβαση και νομική εμπλοκή του εφημερεύοντος ψυχιάτρου λόγω της άρνησής του να παραλάβει κάποιον για ακούσια νοσηλεία λόγω μη ύπαρξης κρεβατιού.

«*Με τους εισαγγελείς δεν μπορείς ν' αρνηθείς, ακόμα κι όταν είναι πάνω από 18, έχεις περισσότερα εισαγγελικά, πάνω από τα κρεβάτια, δεν μπορείς* […]. *Πάντα ο γιατρός μπορεί να αισθάνεται κατηγορούμενος, ανά πάσα στιγμή*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Και σ' ένα σημείο που υπήρχε πολύ μεγάλο πρόβλημα με τα κρεβάτια, πραγματικά δεν υπήρχε τίποτα, είχανε πάρει τηλέφωνο σ' αυτό το Συντονιστικό όργανο ή στην Εισαγγελία ακόμα είχαν πάρει οι γιατροί, και λένε "δεν έχουμε άλλα κρεβάτια, δεν μπορούμε να πάρουμε άλλους" και ήτανε φοβερό, η απάντηση του εισαγγελέα, σε μια τέτοια περίπτωση, που τον πήρα προσωπικά τηλέφωνο να του το πουν και λέει "βάλτε τον όπου θέλετε". Λέμε "πού να τον βάλουμε;" λέει "...δεν πειράζει, βάλτε τον στα δέντρα. Πρόβλημά σας. Θα τον κρατήσετε όμως*"». (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Η «εξαπάτηση» πολλές φορές συνεχίζεται και από τους επαγγελματίες του χώρου. Ειδικά στις περιπτώσεις των Γενικών Νοσοκομείων, στα οποία δεν υπάρχει η έντονη «ανδρική παρουσία» που υπάρχει στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, πολλές φορές οι επαγγελματίες καταφεύγουν στη λύση της εξαπάτησης για να μην «εξαγριωθεί» ο πάσχων και η μετάβασή του στην κλινική αλλά και η παραμονή του εκεί να γίνει πιο «ομαλή». Τις περισσότερες φορές εγκαλείται η «ομιχλώδης» αρχή του «εισαγγελέα» (κάτι που επί της ουσίας ισχύει…) με στόχο να πειστεί ο άρρωστος τόσο να παραμείνει (και, ει δυνατόν χωρίς αντιρρήσεις, ενστάσεις, διαμαρτυρίες) όσο και να συναινέσει στις παρεμβάσεις. Επίσης, χειρισμοί όπως αυτός των «εξετάσεων» είναι αρκετά συχνοί στις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων.

«*Δημιουργεί μια πιο εύκολη μετάβαση πιστεύω αυτό το πράγμα στο γενικό νοσοκομείο. Δηλαδή ότι μπαίνουν σε μια διαδικασία έτσι, ότι ήρθες εδώ για να κάνεις κάποιες εξετάσεις, κάποιον οργανικό έλεγχο, να δούμε κάποια πράγματα, που έχει μια ρεαλιστική βάση, κι αυτό τους κάνει να αισθάνονται πιο καλά πιστεύω.*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Τι συνέβη; Πριν τις του μηνός […] *20 Μαρτίου μπήκα εδώ, γύρω στις 18 Μαρτίου ας το πούμε, με παίρνει η κόρη μου και με πάει στο Αιγινήτειο. Ένα ωραίο περιβάλλον, πεντακάθαρο, ησυχία, με είδε ένας γιατρός, μιλήσαμε, πολύ καλός...* (*Για ποιο λόγο σας πήγε στο Αιγινήτειο*;). *Για να δουν αν μπορώ να κάνω τις εξετάσεις. Το κεφάλι που' χω περάσει και τα τέτοια. Και δεν μου λένε, πώς λέμε "πιάστηκα όχι κοροϊδο", δεν μπορώ να βρω ακριβώς τη λέξη, δεν ξέρανε να το πούνε, αφού μιλήσαμε με τον γιατρό, ώρες ολόκληρες, κάθισε 2 ώρες ο άνθρωπος, πολύ κύριος, και μιλήσαμε κ.λπ. του λέω "Άντε παιδιά, ευχαριστούμε πολύ κ.λπ., τα λέμε, γεια σας". Νόμιζα πως είναι, πώς είναι η Βιοϊατρική, που πας κάνεις τις εξετάσεις και φεύγεις…*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

1.8. Η «εισαγωγή»: το «εξω»-κλινικό πεδίο

«*Ο ασθενής δεν είναι δύσκολος. Και οι οικογένειες δεν είναι πολύ δύσκολες. Οι συνάδελφοι και οι γραφειοκρατία είναι οι δύσκολοι. Δεν θα 'λεγα ότι έχουμε έτσι πολλές δυσκολίες με τους νοσηλευόμενους.*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Αυτό που νομίζω ότι γίνεται κατά κόρον, κατά κόρον όμως, η εισαγγελική εντολή χρησιμοποιείται άσχημα επειδή δεν γίνονται εισαγωγές όταν πρέπει να γίνουν. Γίνεται καθαρά για λόγους ανεύρεσης κρεβατιού. Σ' ένα μεγάλο βαθμό*» (Νοσηλεύτρια, υπεύθυνη Ψυχιατρικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο).

Η εισαγωγή και η νοσηλεία του ακούσια νοσηλευόμενου ψυχικά (ή μη…) πάσχοντα θεωρούμε πως είναι ιδιαίτερα ενδεικτική αναφορικά με τον τρόπο που α) το σύστημα υγείας και β) το θεσμικό – νομικό σύστημα λειτουργούν με κριτήρια τα οποία κάθε άλλο παρά αναφέρονται και αφορούν αποκλειστικά το υποκείμενο «ψυχικά πάσχων». Και αυτό γιατί φαίνεται πως υπεισέρχεται μια πληθώρα διαφορετικών παραμέτρων, οι οποίες έχουν να κάνουν κυρίως με την οργάνωση του συστήματος και τις στρεβλώσεις που παρουσιάζονται στην απαρτίωση της περίθαλψης. Στρεβλώσεις, οι οποίες αναφέρονται τόσο σε συνθήκες – φαινόμενα «τοπικού» χαρακτήρα, όσο και δυσλειτουργίες πιο «συνολικού» χαρακτήρα.

Η πρώτη, κοινή διαπίστωση είναι αυτό που οι επαγγελματίες ονομάζουν «έλλειψη κρεβατιού». Φαίνεται ότι οι ανάγκες (ή καλύτερα οι απαιτήσεις) για «κρεβάτι» είναι πολύ περισσότερες από τις παρεχόμενες κλίνες.[51] Το γεγονός αυτό έχει δύο κύριες συνέπειες:

Α) την **υπερπλήρωση** των «μικρών» κλινικών (αναφερόμαστε κυρίως στις κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων). Αυτή η υπερπλήρωση λειτουργεί εν είδει «χιονοστιβάδας», επηρεάζοντας, τόσο τις **συνθήκες νοσηλείας**, όσο και τους **χρόνους νοσηλείας**.

[51] Ο Θ. Μεγαλοοικονόμου αναφέρει ενδεικτικά: «*Μειώθηκαν οι κλίνες των ψυχιατρείων, και καλά έκαναν και μειώθηκαν αλλά όλα αυτά τα χρόνια δεν δημιουργήθηκε καμία εναλλακτική δομή στην κοινότητα. Δηλαδή, το να κλείσουμε τα ψυχιατρεία, όπως έκλεισαν στα Χανιά, στην Πέτρα Ολύμπου, στην Κέρκυρα, πάει να κλείσει στην Τρίπολη, σήμαινε ότι θα δημιουργούταν ένα δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών που θα παρέμβαιναν στον τόπο κατοικίας ώστε να προλαμβάνουν την κρίση και να μπορούν να στηρίζουν τους ψυχικά πάσχοντες στο σπίτι. Η Αθήνα, για παράδειγμα, θα είχε ανάγκη από 50 τέτοια κέντρα. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν επτά, ύστερα από 23 χρόνια ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σε αυτή τη χώρα. Οπότε, καταλαβαίνετε ότι είναι τελείως γυμνή η χώρα από κοινοτικές υπηρεσίες. Να γιατί οι οικογένειες μένουν αβοήθητες. Η Ελλάδα είναι η μοναδική δυτική χώρα που έχει ποσοστό αναγκαστικών νοσηλειών 65%, όταν στις άλλες χώρες όπου έχει προχωρήσει η μεταρρύθμιση είναι 10%, το πολύ*». Μεγαλοοικονόμου, Θ., «Κραυγή αγωνίας από τους ψυχικά πάσχοντες», *Η Καθημερινή,* 29/1/2001.

«*Αλλά από την άλλη πλευρά, όσο βγάζεις τόσο εύκολα μπαίνουνε οπότε νοιώθεις και είναι ένα πρόβλημα αυτό, ή γρήγορα βγάζεις ή αργά βγάζεις, πάλι γεμάτη θα είναι η κλινική. Κι αυτό είναι ένα σκεπτικό. Δηλαδή τι να το κάνεις να πιέζεις και να βγάζουνε γρήγορα, όταν απ' την άλλη πλευρά η ροή δεν σταματάει;*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Επιπλέον, το «γέμισμα» των κλινικών με «εισαγγελικούς» ασθενείς αποκλείει από τη νοσηλεία ανθρώπους που αιτούνται εκούσια νοσηλεία, την οποία πολλές φορές έχουν όντως ιδιαίτερη ανάγκη. Αποτέλεσμα; Εμφανίζεται μια πρακτική που γίνεται όλο και συνηθέστερη: «*…αφού έχουν απαυδήσει, πάνε οι συγγενείς και τους βγάζουν μια εισαγγελική για να μπορέσουν να βρουν ένα κρεβάτι. Τι κρεβάτι, ράντζο…*» (Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Β) Τη προσπάθεια για αποφυγή, τόσο του «όγκου» των εισαγωγών, όσο και του «βαριού περιστατικού». Το ενδιαφέρον είναι ότι οι επαγγελματίες σαν «βαρύ περιστατικό» δεν εννοούν αποκλειστικά τον άνθρωπο εκείνο ο οποίος σημασιοδοτείται ως «επικίνδυνος», όσο τους ανθρώπους εκείνους που τα προβλήματά τους δεν είναι αμιγώς ψυχιατρικά. Πολλές φορές το προεξάρχον «πρόβλημα» πόρρω απέχει από το «ψυχιατρικό». Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει κάποια ψυχιατρική νόσος, «έχει ψυχιατρικό background» στη «Ψ» καθομιλουμένη, φαίνεται ότι το κριτήριο έκδοσης της παραγγελίας δεν είναι η πάθησή του. Μας λέει η Έλλη (νοσηλεύτρια Ψυχιατρικής Κλινικής Γενικό Νοσοκομείο), αναφερόμενη σε μια «εισαγγελική» γυναίκα που έπασχε από AIDS:

«*Η πρώτη όμως επαφή μ' αυτή τη γυναίκα, αν θεωρήσουμε ότι ήτανε κομβικό σημείο στο να μπορείς να ξεχωρίσεις ποιος άρρωστος είναι εισαγγελικός και ποιος όχι, απομυθοποίησε λίγο αυτόν τον φόβο, γιατί τέτοιους αρρώστους, δηλαδή σε τέτοια κατάσταση, είχαμε συναντήσει ξανά. Απλώς εκείνη την ώρα ήταν σαφές ότι η εισαγγελική παραγγελία είχε γίνει για να λυθούν και κάποια διαδικαστικά ζητήματα. Το πού θα πάει, το πώς θα πάει, το ποιος θα την πάρει, γιατί υπήρχε στη μέση το λοιμώδες.*».

«*Με τον ψυχωσικό δεν έχουμε πρόβλημα. Εντάξει, κάποιες φορές μπορεί να είναι πολύ χάλια, αλλά επί της ουσίας δεν είναι ο ψυχωσικός εκείνος που θα σου δημιουργήσει το πρόβλημα. Τα προβλήματα ξεκινάνε από τα άλλα περιστατικά, τους παππούδες με τις άνοιες, τα οργανικά ψυχοσύνδρομα, τους χρήστες,, αυτούς. Στον φέρνουν τον άλλο και είναι οργανικά, χάλια. Και τον έχεις εδώ μέσα και δεν κάνεις ψυχιατρική, κάνεις παθολογία. Εντάξει, θα μου πεις, γιατρός*

δεν είσαι; Ναι ρε φίλε, δεν λέω, αλλά εισαγγελική; Είναι σαν να με εκβιάζεις…» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

1.8.α. Οι δυσλειτουργίες αναφορικά με την «Τομεοποίηση»

Αν και –θεωρητικά- η **τομεοποίηση** ισχύει, η τουλάχιστον προτείνεται, επί της ουσίας το συγκεκριμένο κριτήριο (θεωρητικά, από τα βασικότερα) δεν εφαρμόζεται: «*Συμβαίνει αυτό, εμένα μου' χει τύχει από τη Ερμούπολη, ή απ' αλλού, μου' χει τύχει αρκετές φορές. Έχουνε τύχει και διάφορα περίεργα. Να 'ρθει από την Κέρκυρα ας πούμε, να 'ρθει από πολύ μακριά. Ή απ' τα Τρίκαλα, και να είναι ήδη εισαγγελική. Έτοιμη εισαγγελική».* (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο). Οι λόγοι που αναφέρουν οι επαγγελματίες είναι πολλοί. Κατ' αρχήν, όπως αναφέρθηκε ήδη, υπάρχει μια «προτίμηση» για συγκεκριμένες κλινικές. Αρκετοί συγγενείς προτιμούν τις κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων λόγω της έλλειψης «στίγματος» και των καλύτερων συνθηκών νοσηλείας. Άλλοι προσπαθούν να νοσηλευθεί ο «άνθρωπός τους» στην κλινική που τον «ξέρουν». Αν έχει νοσηλευθεί και παλιότερα, πόσο μάλλον αν έχουν μείνει «ευχαριστημένοι» από τη νοσηλεία επιδιώκουν να «ξαναμπεί» εκεί: προσπαθούν να «εκτελέσουν» την εισαγγελική παραγγελία την μέρα που εφημερεύει το συγκεκριμένο νοσοκομείο, προσπαθούν να βρουν τον «γιατρό του» με στόχο να μεσολαβήσει αυτός, ή –ακόμα, ακόμα- καταφεύγουν και στη λύση του «βύσματος».

«*…βέβαια πολλές φορές οι άρρωστοι ή οι συγγενείς προτιμούν, προτιμούν ένα νοσοκομείο που έχουν νοσηλευτεί και ενδεχομένως να έχουν καλή γνώμη ας πούμε. Δηλαδή δεν είχε μια κακή νοσηλεία έτσι; Άρα, δηλαδή, όταν, είναι να μπει κάποιος στο νοσοκομείο και μπορεί να μπει μόνος του, διαλέγει και μπορεί να θελήσει να έρθει στο νοσοκομείο που νοσηλεύτηκε. Πολλές φορές όμως και οι συγγενείς ζητάνε, το ζητάνε οι εισαγγελικοί, και παρακαλάνε, ότι, "ξέρετε, θα ήθελα να εκτελεστεί για το Δρομοκαϊτειο ας πούμε, γιατί έχει ξαναπάει, και τον ξέρουνε" κι αυτά.*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Τι γίνεται τώρα με τις εισαγγελικές; Έχουμε παρεμβάσεις όχι από τους γιατρούς, αλλά από την άλλη μορφή εξουσίας, τη διοίκηση. Που ο καθένας δεν θέλει να φύγει από τον τόπο του και έχει δίκιο, και βάζει του κόσμου τα μέσα, και το οποίο πιέζει τους γιατρούς.*» (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Πολλοί από τους επαγγελματίες αναφέρουν ότι υπάρχει πρόβλημα με τον κεντρικό συντονισμό από το συντονιστικό όργανο του Υπουργείου Υγείας, το ΣΟΤΥ (ή ΕΚΕΠΥ).

Αναφέρουν ότι το τελευταίο πολλές φορές κριτήριο που χρησιμοποιεί είναι ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών που έχουν δηλώσει (αν έχουν δηλώσει) τα νοσοκομεία που εφημερεύουν την κάθε μέρα.[52]

Κατά συνέπεια, άλλα κριτήρια όπως ο τομέας διαμονής, η επιθυμία των συγγενών του πάσχοντα (πόσο μάλλον η κλινική του εικόνα) δεν έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα στην επιλογή του νοσοκομείου. Βέβαια, υπάρχουν «χωρικές» κατανομές, αλλά με σαφώς ευρύ χαρακτήρα: Έτσι, τα «περιστατικά» από τη Θεσσαλονίκη ή από την ευρύτερη περιοχή της Μακεδονίας θα «πάνε» στα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, η Πελοπόννησος στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης ή στη Ψυχιατρική Κλινική του Ρίου και ούτω καθ' εξής.

> «*Αν είναι πρωινή ώρα, συνεννοούμαστε τηλεφωνικώς με το Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, μας λέει ποιο εφημερεύει νοσοκομείο πού, συνήθως για την Αθήνα μας λένε, κάποιες φορές συνεννοούμαστε με την Τρίπολη εμείς ή ο εισαγγελέας και απαντάμε χρειάζεται ακούσια νοσηλεία, εμείς έχουμε 150 με 100 πληρότητα, μιλήσαμε και με το ΕΚΕΠΥ μας λέει Δαφνί, Δρομοκαΐτειο, Ευαγγελισμός, κι αποφασίζει ο εισαγγελέας πού θα το στείλει.*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

Το βασικό αποτέλεσμα της συνάθροισης τέτοιου τύπου παραμέτρων είναι η μη ύπαρξη μιας ενιαίας, και σωστά διαιρεμένης χωροτακτικά κατανομής. Αποτέλεσμα είναι η παρουσία φαινομένων «περιστρεφόμενης πόρτας», με τους νοσηλευόμενους μέσω της ακούσιας νοσηλείας –ειδικά αυτούς που στο «ιστορικό» τους έχουν πολλαπλές νοσηλείες- να μην έχουν ένα σταθερό σημείο αναφοράς: μια δομή η οποία να τους «γνωρίζει», πόσο μάλλον να είναι κοντά στο σπίτι τους. Αν έχουν... Συνολικά, η τάση που διαφαίνεται είναι αυτό που κάποιοι ονομάζουν **αμυντική πολιτική:**

> «*Το πρόβλημα είναι επίσης ότι λόγω της έλλειψης χώρου αναγκάζεσαι να ασκείς αμυντική πολιτική. Δηλαδή νομίζω ότι άμα είχες μεγαλύτερη ευχέρεια, θα τους έβαζες με μεγαλύτερη άνεση, χωρίς να ριψοκινδυνεύεις τελικά για σένα. Εντάξει, μπορεί να έμενε κάποιος δύο τρεις μέρες μέχρι να τον δεις και μετά να τον έβγαζες. Τώρα δεν το κάνεις ούτε αυτό, γιατί δεν έχεις το πλεονέκτημα αυτό*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

[52] Το τελευταίο διάστημα το Υπουργείο Υγείας αποστέλλει σε όλα τα νοσοκομεία ένα μηνιαίο πρόγραμμα εφημεριών: Για παράδειγμα, το «Γεννηματάς» θα εφημερεύει για τον μήνα Νοέμβριο συγκεκριμένες ημερομηνίες. Βέβαια, υπάρχει μια σχετική επανάληψη. Έτσι το Δρομοκαΐτειο συνήθως εφημερεύει Πέμπτες και Σάββατα, και ούτω καθ' εξής).

«*Υπάρχουν όμως άλλες περιπτώσεις που δεν είναι για εισαγωγή. Όπως με τους χρήστες ουσιών. Δηλαδή, συμβαίνουν καταστάσεις του τύπου "τον έχουμε κλειδώσει στο σπίτι για να μην πάρει ουσίες πέντε μέρες να περάσει αυτή τη φάση των στερητικών" κι αυτός παίρνει ένα μαχαίρι και απειλεί "ανοίξτε μου για να βγω". Οι συγγενείς κάνουν εισαγγελικό ότι είναι επιθετικός και διάφορα τέτοια, και συνήθως μένει. Μένει. Ή κάνει χαζά, τύπου κάνει αμυχές, προσπαθεί και καλά να κόψει τις φλέβες του, ν' αυτοκτονήσει, ξέρεις, η λεγόμενη* ***"χειριστική απόπειρα",*** *και καλά ότι "θ' αυτοκτονήσω ανοίξτε μου" και έρχεται εδώ και μένει. Φοβούνται να τα διώξουνε αυτά. Όταν έρθει με εισαγγελικό. Αν έρθει με εκούσια δεν νομίζω να.. Είναι αυτό που λένε εδώ* ***"αμυντική ψυχιατρική"*** *λέγεται αυτό. Επειδή φοβούνται, όχι επειδή κρίνουν ότι όντως χρήζει νοσηλείας*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

1.8.β. Χαρακτηριστικά παραδείγματα: η «διακομιδή»

«*Το μέγιστο πρόβλημα είναι με το Υπουργείο, με το ΣΟΤΥ. Το οποίο ενώ θα πρέπει να συντονίζει την όλη διαδικασία, το μόνο τελικά που κάνει είναι να σου λέει το ποιο εφημερεύει για να συνεννοηθείς εσύ. Εντάξει, αυτό το ξέρεις και από το 166 και από τις εφημερίδες, δεν είναι ανάγκη να υπάρχει συντονιστικό όργανο για να σου πει πάρει στο τάδε νοσοκομείο να συμφωνήσετε αν θα το δεχτούν ή όχι. Αυτό είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα.*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Όμως, υπάρχει κενό. Νομικό κενό σε κείνο το σημείο. Πώς πάει από το ένα νοσοκομείο στο άλλο μια εισαγγελική; Σ' εμάς συνήθως δεν πάει. Δεν πάει. Λοιπόν, κανονικά, θα πρέπει να έρθει το ΕΚΑΒ και η αστυνομία για να συνοδεύσει. Όμως το αστυνομικό τμήμα Χαϊδαρίου έχει στείλει εγγράφως έχει σταλεί σ' όλα τα τμήματα τις κλινικές, ότι δεν συνοδεύει, το αστυνομικό τμήμα Χαϊδαρίου. Γιατί βρήκε κάποιο νόμο δεν ξέρω γω τι, και επικαλούμενο αυτό το νόμο, λέει ότι δεν είναι αρμόδιο να συνοδεύσει. Το ΕΚΑΒ απ' την άλλη λέει, ότι εκείνο χωρίς αστυνομία δεν συνοδεύει εισαγγελικό. Επομένως, δεν μπορεί να συνοδευτεί. Το νοσοκομείο αυτό, απ' την άλλη, δεν έχει δικαιοδοσία με δικό του ασθενοφόρο να συνοδεύσει ασθενή στο Δαφνί ας πούμε, και στις ιδιωτικές δεν το συζητάμε καθόλου. Δεν τίθεται θέμα».* (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Πολλές φορές περιγράφεται η ανάγκη μεταφοράς ενός ακούσια φερόμενου από ένα νοσοκομείο σε ένα άλλο: η περίφημη «διακομιδή». Και οι λόγοι για κάτι τέτοιο είναι πολλοί και ποικίλοι. Επίσης, διακομιδή μπορεί να ζητηθεί πριν την εισαγωγή ενός «εισαγγελικού» σε κάποια κλινική, η αφότου έχει εισαχθεί. Αναφορικά με τη πρώτη

περίπτωση, οι κύριοι λόγοι που αναφέρονται είναι είτε η συνήθης «έλλειψη κρεβατιού», είτε η παράλληλη παρουσία κάποιου άλλου προβλήματος (κάποιου σωματικού, «οργανικού» προβλήματος υγείας), πιο σπάνια η θέληση των συγγενών (αν υπάρχουν), αλλά και η θέληση των επαγγελματιών κάποιες λίγες φορές όταν «βλέπουν» ότι το «περιστατικό» είναι ιδιαίτερα «δύσκολο»:

> «*Ας μη κρυβόμαστε, όλοι τα δύσκολα περιστατικά προσπαθούν να τα αποφύγουν. Μην κοιτάς τώρα που έχουμε μάθει και εμείς. Στην αρχή όμως* (αναφέρεται στη περίοδο που οι ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων ξεκίνησαν να δέχονται «εισαγγελικά περιστατικά») *αν έρχονταν κάτι "βαρύ" προσπαθούσαμε να το διώξουμε. Τώρα πια δεν νομίζω ότι τους νοιάζει. Αδιαφορούν; Δεν ξέρω. Δεν ξέρω αν είναι καλό ή κακό…*» (συνομιλία με νοσηλευτή, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

> «*Τι να τον κάνουμε τώρα αυτόν; Οι παθολόγοι ούτε που το κουβεντιάζουν να τον πάρουν. Χριστό τους έκανε η Μ.* (Ψυχίατρος). *Θα 'ρχονται εδώ λένε να τον βλέπουν, ότι χρειάζεται, αλλά να τον πάρουν απάνω, με τίποτα…*» (Συνομιλία ψυχιάτρου με τον προϊστάμενο νοσηλευτή, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Αναφορικά με το συγκεκριμένο πεδίο, φαίνεται ότι και εδώ υπάρχουν διαφορές από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, άπαξ και οι εφημερεύοντες κρίνουν ότι ο φερόμενος χρειάζεται να εισαχθεί, σπάνια η νοσηλεία γίνεται αλλού. Και στα Γενικά Νοσοκομεία όμως, τις περισσότερες φορές δεν γίνεται διακομιδή (μιλάμε πάντα για τις περιπτώσεις εκείνες που οι εφημερεύοντες θεωρούν ότι ο φερόμενος πληρεί τα κριτήρια για ακούσια νοσηλεία) πλην κάποιων περιπτώσεων οι οποίες αφορούν είτε τη δομή (υπερ-πληρότητα) είτε τον φερόμενο (κυρίως τους συγγενείς). Άλλωστε, το μεγαλύτερο «άγχος» των συγγενών είναι η απόδραση: «*…να μην φύγει…*». Οπότε, σε κάποιες των περιπτώσεων, οι συγγενείς επιλέγουν τη «λύση» της ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής, ειδικά αν υπάρχει η δυνατότητα κάλυψης των νοσηλειών από τον ασφαλιστικό φορέα.

> «*Μόνο αν η εισαγγελική γράφει, γιατί έρχονται κάποιες τέτοιες, που λέει, ότι, να εξεταστεί και στη συνέχεια αν κρίνεται απαραίτητο να σταλεί στην Κασταλία. Το έχουνε συνεννοηθεί φαντάζομαι συγγενείς με τον εισαγγελέα. Έτσι. Μόνο αν οι συγγενείς το' χουνε συνεννοηθεί με τον εισαγγελέα και μετά οι αστυνομικοί δεχτούν να μην τον παραδώσουν και να τον πάνε μετά στην Κασταλία να τον παραδώσουν. Αν οι συγγενείς έχουνε κάνει αυτό το διακανονισμό, εντάξει. Μετά, υπάρχουνε κάποιες περιπτώσεις που οι συγγενείς πηγαίνουν στην Εισαγγελία*

και ζητάνε μετατροπή της εισαγγελικής. Είτε σε ιδιωτικές είτε στο Δαφνί. Με την έννοια ότι το Δαφνί θεωρείται ότι έχει κλειστά τμήματα.» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Πολλές φορές, και αυτό συμβαίνει στις περιπτώσεις νοσηλευόμενων στα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα οποία δεν έχουν την «κάλυψη» των υπόλοιπων ιατρικών ειδικοτήτων που υπάρχει στα Γενικά Νοσοκομεία, χρειάζεται κάποιος νοσηλευόμενος ο οποίος παρουσίασε ένα «οργανικό» πρόβλημα να μεταφερθεί για κάποια εξέταση ή/και νοσηλεία σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Οι επαγγελματίες αναφέρουν ότι η συγκεκριμένη διαδικασία είναι όχι μόνο ιδιαίτερα προβληματική και ελλοχεύουσα προβλημάτων, αλλά και ιδιαίτερα ενδεικτική αναφορικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας σε σχέση με την οργάνωση και το συντονισμό των επιμέρους δομών:

«*…οτιδήποτε παρουσιαστεί παθολογικό κ.λπ. αναγκαζόμαστε και τρέχουμε σε Γενικά Νοσοκομεία. Τους συνοδεύουμε δηλαδή, μ' ένα προσωπικό που είναι ήδη μειωμένο. Δηλαδή, για να βγει ένας άρρωστος από δω, τώρα σε κάθε τμήμα οι νοσηλευτές είναι δύο, στην καλύτερη περίπτωση, σε Οξέων, έτσι; που νοσηλεύει περιστατικά πιο βαριά, έτσι; και θα βγει αν χρειαστεί θα βγει, για λόγους για μια παθολογική απορρύθμιση, που αν είχαμε παθολόγο δεν θα χρειαζόταν τίποτε άλλο, παρά κάποιες οδηγίες, αναγκαζόμαστε να βγαίνει. Κι αυτό πρακτικά όλο το νοσοκομείο το επηρεάζει έτσι; όχι μόνο το τμήμα που νοσηλεύεται, αλλά κι όλο το νοσοκομείο. Δηλαδή, τυχαίνει ας πούμε να βγει ασθενής που μπορεί να έχει ξέρω 'γω την εισαγωγή σήμερα το πρωί στην εφημερία, και το βράδυ να παρουσιάσει κάποια παθολογικά. Και να είναι διεγερτικός, να βγει, και να πάει περιορισμένος σε φορείο μάλιστα με συνοδούς. Έχει τύχει κι αυτό. Υπάρχει δυσκολία. Ναι, γιατί είναι κι εκεί ένα νοσοκομείο το οποίο βρίσκεται σ' εφημερία, πάντα, στο εφημερεύων πηγαίνουμε, δεν έχουμε μια μόνιμη συνεργασία μ' ένα νοσοκομείο, θα πάμε στο εκάστοτε εφημερεύων. Που μπορεί να είναι της περιοχής μας εδώ, κατά πάσα πιθανότητα, τώρα αν ζητάμε μια εκτίμηση από πνευμονολόγο οπότε μπορεί να πάει και μακριά, να πάει στο Σωτηρία, αλλά συχνά τα νοσοκομεία του Πειραιά, Νίκαια και Τζάννειο, τα οποία έχουν πάρα πολύ κόσμο, και μαζί με τον κόσμο πάει κι ο ασθενής ο δικός μας που μπορεί να μείνει ώρες εκεί, όπως και ο κάθε ασθενής ο εξωτερικός*» (Ψυχίατρος, επιμελήτρια Β., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Το πρωί να κάνω τα καρδιογραφήματα, τώρα που φεύγει η καρδιολόγος, θα τα εκτιμήσουμε εμείς, αν δούμε ότι κάτι φεύγει από το νορμάλ για παράδειγμα, θα πρέπει να δούμε πού θα πάει να εκτιμηθεί. Θα φύγει έξω, θα το δει ο παθολόγος, ο παθολόγος λόγω της ειδικότητας, θα μας πει δέκα πράγματα, δεν θα γράψει όμως τίποτα. Σου λέει είμαι άλλη ειδικότητα. Κι έχουμε φτάσει ας πούμε τώρα στην παρούσα φάση, έχουμε δίλημμα, το πού θα κινηθεί το όλο*

περιστατικό. Θα μείνει, θα βγει έξω, και πού θα πάει. Κι εντάξει, να το στείλεις ας πούμε στο Θριάσειο, στα γειτονικά νοσοκομεία, έχουν κι αυτοί τα δικά τους. Σου λέω έχουμε μπλέξει. Δεν καταλαβαίνουν οι άλλοι. Ή έρχεται από ένα γενικό νοσοκομείο το περιστατικό μέσα, σου λέει έχει παθολογικά, έχει καρδιολογικά, στείλτον στο Δρομοκαΐτειο, γιατί έχει και το ψυχιατρικό. Εμάς όμως, ρωτάς εδώ μέσα, ότι τη στιγμή που δεν έχουμε ειδικότητες, να μας εξυπηρετήσουνε ή ν' αναλάβουν ποια είναι η διαδικασία. Το πήρα, το' βαλα μέσα, από κει και πέρα εγώ την επόμενη μέρα πρέπει να το στείλω στον ορθοπεδικό στον καρδιολόγο, στον παθολόγο, στον πνευμονολόγο, και αυτό επιβαρύνει και το νοσηλευτικό προσωπικό και εμάς που πρέπει να το συνοδεύσουμε. Αποδυναμώνεται πλέον η κλινική. Κάθε κλινική. Έχουμε βρεθεί σ' ένα δίλημμα. Καταστάσεις έντονου στρες και άγχους. Τυχαίνουν συνέχεια. Δεν είναι εύκολα. Σε σχέση δηλαδή μ' ένα γενικό νοσοκομείο, ή πιο οργανωμένες δομές όπως το Δαφνί, εμείς είμαστε οι τελευταίοι του τροχού το πιο τριτοκοσμικό νοσοκομείο. Ενώ έχουμε τρομερό αριθμό εισαγωγών σε κάθε εφημερία, παρ' όλ' αυτά δεν έχουμε καθόλου υποδομές. Τα κάνουμε μόνοι μας και "συμφέρει"» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

1.9. Η απόφαση: «εισάγεται»

Ο Ericson περιγράφει τη διαδικασία δημόσιου στιγματισμού (public labeling process) σαν ένα «*…ξαφνικό τελετουργικό μετάβασης – μετάλλαξης…*» σύμφωνα με το οποίο ανακατατάσσονται οι παραδοσιακοί ρόλοι και θέσεις, με τις τελετουργίες να εμπεριέχουν τρεις διακριτές φάσεις: την φάση της αντιπαράθεσης ανάμεσα στο «υπαίτιο» και τους «αντιπροσώπους της κοινότητας, την ανακοίνωση μιας κρίσης σχετικά με τη φύση της απόκλισης και τέλος την απόδοση μιας ετικέτας, η οποία είναι συνήθως μη αναστρέψιμη.[53]

Όταν τελικά ληφθεί η απόφαση για εισαγωγή ενός φερόμενου με εισαγγελική παραγγελία (κάτι που συμβαίνει τις περισσότερες φορές) ξεκινά η διαδικασία της μετάβασης από τον χώρο των ΤΕΠ, των Εξωτερικών Ιατρείων στην μονάδα νοσηλείας. Στην περίπτωση των Γενικών Νοσοκομείων είναι ο χώρος της κλινικής, ενώ στην περίπτωση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων είναι μια εκ των κλινικών οξέων του Ψυχιατρείου. Σε αυτή τη περίπτωση, κάθε νοσοκομείο ακολουθεί το «δικό» του σύστημα. Σε κάποια υπάρχει εναλλαγή, πέραν του αν είχε νοσηλευθεί και παλιότερα ο πάσχων στο ίδιο νοσοκομείο, κάποια ακολουθούν την τακτική –οι επανεισαγωγές τουλάχιστον- να «*…πηγαίνουν εκεί που τους ξέρουν…*».

> «*Είναι δύο τα οξέα. Είμαστε εμείς και του κ. Χατζηιωάννου. Δεκαπέντε μέρες εφημερεύουμε εμείς, μια με δεκαπέντε, δεκαπέντε με τριάντα - τριάντα μια εφημερεύουν του κ. Χατζηιωάννου. Ναι. Δηλαδή δεκαπέντε μέρες εφημερεύουμε εμείς, δεκαπέντε μέρες του κ. Χατζηιωάννου. Και οι εισαγγελικές αν είναι από πρώτη μέχρι δεκαπέντε έρχονται σ' εμάς, αν είναι από δεκαπέντε μέχρι τριάντα μια πάνε στου κ. Χατζηιωάννου. Σε περίπτωση όμως που ακόμα και εισαγγελική να είναι και τον έχουμε εμείς πριν, γιατί, αν είχε ξανάρθει, και τον είχαμε εμείς παλιά δηλαδή ο φάκελός του βρίσκεται σ' εμάς, δεν θα πάει εκεί πέρα, θα τον πάρουμε εμείς, γιατί είναι γνωστό περιστατικό εδώ πέρα, τον ξέρουν οι γιατροί. Οπότε είναι λίγο καλύτερα. Μόνο οι καινούργιες εισαγγελικές στην ουσία …*» (Νοσηλεύτρια, επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Το συνηθέστερο είναι η αστυνομία να «παραδίδει» τον πάσχοντα στη κλινική, και αυτό γιατί, ειδικά στα Γενικά Νοσοκομεία, υπάρχει μεγάλη έλλειψη προσωπικού (κυρίως φυλακτικού). Έτσι, η αστυνομία μπορεί, αν όχι να βοηθήσει, τουλάχιστον να παρίσταται στην «παραλαβή» του αρρώστου, η οποία πολλές φορές ισοδυναμεί με άμεση καθήλωση

[53] Ericson, K., «Notes on the sociology of deviance», *Social Problems*, 1962, τεύχος 9, σ. 311.

και χορήγηση αγωγής. Η παρουσία της αποθαρρύνει τον φερόμενο από τις όποιες αντιρρήσεις και αντιδράσεις.

«*Και στην πορεία εξαρτάται τώρα, αν είναι ζόρικος ασθενής, ο οποίος δεν θέλει να μείνει, κι έχουμε οδηγία να τον καθηλώσουμε, προσπαθούμε αυτό να γίνει παρουσία αστυνομικών πριν φύγουν, γιατί έχουμε δυσκολία πια. Παρουσία των αστυνομικών και των δικών μας security που τους καλούμε…*» (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Λοιπόν, τον φέρνουν δέκα αστυνομικοί, και δεκαπέντε θα σου πω εγώ, και στο τμήμα, στην κλινική, θα' χουμε μόνο δύο άτομα προσωπικό. Τραγικό, έτσι; Και μπορεί να είναι ένας άντρας και μια κοπέλα. Μπορεί να είναι και δύο κοπέλες, τότε ο άρρωστος περιορίζεται. Περιορίζεται επί κλίνης, αν πρόκειται για τόσο διεγερτικό άρρωστο περιορίζεται και καταστέλλεται φαρμακευτικά, και διατηρείται ο περιορισμός μέχρι να κατασταλεί. Και για να περιοριστεί μαζεύονται όσοι υπάρχουνε, όσοι είναι διαθέσιμοι στο νοσοκομείο. Αλλά μιλάμε για πολύ διεγερτικό ας πούμε, έτσι; Η αστυνομία τον παραδίδει, τον φέρνει κάτω, βοηθάνε, δεν φεύγει η αστυνομία, πριν ο άρρωστος μπει στο νοσηλευτικό τμήμα*» (Ψυχίατρος, επιμελήτρια Β., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Συνοδεύουν οι αστυνομικοί, υπάρχουν και περιπτώσεις που τους φέρνουν μέχρι μέσα με τις χειροπέδες. Υπάρχουν και περιπτώσεις που ξέρω' γω, οι αστυνομικοί είναι λίγο γκάου. Που τους βγάζουν τις χειροπέδες και καταλαβαίνεις εκεί, επικρατεί ένα χάος. Όταν θα φτάσει εδώ πέρα, μπαίνει σ' ένα καινούργιο περιβάλλον γι' αυτόν. Το οποίο φυσικά αυτό δεν το επεδίωξε. Με κάποιο κόλπο τον πήραν από κει πέρα οι αστυνομικοί, του είπανε "έλα να σε πάμε για μια εξέταση" κι όταν λοιπόν θα 'ρθει εδώ πέρα και θα δει πέντε τύπους με άσπρα συν δύο οι αστυνομικοί, υπάρχει μια ένταση*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Πες στα παιδιά* (στους αστυνομικούς) *να τον φέρουν κάτω. Να μην φύγουν και τον παρατήσουν αν δεν τον καθηλώσουμε και του κάνουμε το ενέσιμο…*» (τηλεφωνική συνομιλία νοσηλεύτριας και ειδικευόμενου ψυχίατρου, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Κάποιες δομές έχουν σαν τακτική, η πρώτη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (στην πλειονότητα των περιπτώσεων σε ενέσιμη μορφή) να γίνεται στα Επείγοντα. Έτσι, ο πάσχων θα έχει «πέσει»[54] λιγάκι μέχρι να «κατέβει» στην κλινική.

[54] «Πέφτει»: Λέξη που στην ιατρική «αργκό» σημαίνει ότι είναι πιο ήρεμος, συνηθέστερα λόγω της επίδρασης της φαρμακευτικής αγωγής.

«*Ο σκοπός είναι όταν έρχεται εισαγγελικό, και το βλέπουν απέναντι στο εφημερείο, να του' χουν κάνει την πρώτη ενέσιμη, την κάνουν εκεί την πρώτη ενέσιμη, ήταν ένας που είχε ξεσηκώσει όλη την κλινική, είχε πετάξει τον έναν τον κλίβανο στον αέρα, κι αν είναι νύχτα, πολλές φορές εμείς εφημερεύουμε μόνοι μας ξεχωριστά από το υπόλοιπο νοσοκομείο, και έχουν πλήρη ησυχία στα ιατρεία, ας τον κρατήσουν εκεί, να ηρεμήσει κιόλας, να πέσουν οι τόνοι του, και μετά να τον στείλουν προς τα δω. Μπαίνει κι αυτό το θέμα. Πολλές φορές. Να ηρεμήσει ο άρρωστος και μετά να έρθει από δω. Δεν γίνεται τη νύχτα το εισαγγελικό να έρχεται στο χώρο, ας μένει στα επείγοντα. Γιατί τώρα έρχεται και κάνει "μπουμ" όλη την κλινική*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Άλλωστε η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων, επαγγελματιών και νοσηλευομένων, ανέφερε ότι ο κύριος λόγος της «εισαγγελικής» είναι η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής από τον πάσχοντα.

«*…ήτανε μια νεαρή κοπελίτσα, η οποία δεν σου δημιουργούσε ούτε την αίσθηση του φόβου ούτε της απειλής. Ωστόσο, ήταν με εισαγγελική παραγγελία, γιατί το κορίτσι αυτό δεν ήθελε καθόλου τις νοσηλείες, τα φάρμακα, και τα γνωστά.*» (Υπεύθυνη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Εννιά στις δέκα είναι γιατί κόβουν τα φάρμακα. Και μετά, είτε υποτροπιάζουν, πόσο να αντέξουν χωρίς αγωγή; Ή πολλές φορές με το που τους παίρνουν χαμπάρι οι συγγενείς, πάνε και τους κάνουν εισαγγελική. Το έχουν ξαναδεί το έργο…*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Είχα την Aloperidin όπως είπα και μια σειρά από φάρμακα, τον δεύτερο χρόνο πήγα στη Χίο. Και κατέβαινα μια φορά τον μήνα και έκανα ένεση Aloperidin. Δεν ήξερα τι συνέβαινε. Απ' το πρώτο διάστημα, ένοιωθα άρρωστος, ένοιωθα ότι κάτι έχω. Στο δεύτερο χρόνο σταμάτησα τις Aloperidin και μου δώσανε μια σειρά φάρμακα Zyprexa και δεν ξέρω 'γω τι, τα σταματάω από μόνος μου τα φάρμακα, άρχισα να αισθάνομαι πάρα πολύ άσχημα, εκτός του ότι είχα πρηστεί, ολόκληρος, αισθανόμουνα αυτό το πρήξιμο και στο κεφάλι μου. Σταματάω τα φάρμακα αρχίζω να συνέρχομαι λίγο - λίγο, για να πω την αλήθεια, είχα σταματήσει και το τσιγάρο, και οτιδήποτε άλλο, έχω μεγαλώσει στα Εξάρχεια. Αποφάσισα να πιω ένα τσιγάρο. Φούντα. Μόλις ήπια το τσιγάρο, κατευθείαν μου 'ρθε στο μυαλό, ένα πισωγύρισμα ας πούμε, όλου αυτού του διαστήματος, και η αίσθηση που λέω, "πω, πω, τι μου κάνανε". Άρχισα να συνειδητοποιώ τι έχει συμβεί. Σταματάω τα φάρμακα. Με παίρνουν χαμπάρι οι δικοί μου, η μητέρα, το λέει στην αδελφή μου, με τρέχουν να πάρω άλλα φάρμακα το' να τ' άλλο, έκανα ότι τα 'παιρνα. Τελικά*

σταμάτησα να τα παίρνω. Και κάποια στιγμή μου λέει η μάνα μου, μου λέει "ξέρεις παιδί μου, από τότε που έκοψες τα φάρμακα δεν είσαι καλά. Πρέπει να πας πάλι στο ψυχιατρείο" μου λέει, "ή να πας σε κάποιον ψυχίατρο ν' αρχίσεις να παίρνεις φάρμακα"». (Νοσηλευόμενος).

Παράλληλα, και αν η κατάσταση του νοσηλευόμενου το επιτρέπει (αν δεν είναι ιδιαίτερα «διεγερτικός» ή αρνητικός) και φυσικά αν υπάρχει η δυνατότητα από το νοσοκομείο, γίνονται κάποιες βασικές εργαστηριακές εξετάσεις: μια «γενική» (γενική εξέταση αίματος), ή όποιες αιματολογικές εξετάσεις ο γιατρός κρίνει ότι χρειάζονται, μια ακτινογραφία θώρακα, ένα καρδιογράφημα. Στόχος είναι αφενός να υπάρχει μια πρώτη «εκτίμηση» της «οργανικής» κατάστασης του νοσηλευόμενου, αλλά σε ένα δεύτερο επίπεδο οι «εξετάσεις», τα «αποτελέσματα των εξετάσεων» είναι ένας ισχυρότατος τρόπος – μέσο συνδιαλλαγής και πειθούς με το νοσηλευόμενο: «*…θα κάτσεις λίγες μέρες μέχρι να βγούνε οι εξετάσεις σου και βλέπουμε…*» ακούς συχνά στα εξωτερικά ιατρεία. Βέβαια, σε πολλές περιπτώσεις η όλη διαδικασία ενέχει ένα «διαδικαστικό» χαρακτήρα. Όπως έχει προλεχθεί, στις περιπτώσεις που ο άρρωστος είναι «παλιός», και ειδικά αν δεν είναι σε σοβαρή «υποτροπή» η όλη διαδικασία αποκτά ένα τυποποιημένο χαρακτήρα. Ο άρρωστος εξετάζεται[55] γίνονται τα διαδικαστικά (εξετάσεις, τα «γραφειοκρατικά», γίνεται συνήθως και μια πρώτη φαρμακευτική παρέμβαση, και ο άρρωστος οδηγείται στο χώρο νοσηλείας: στο «κρεβάτι».

[55] Η «εξέταση» θα αποτελέσει ένα αυτόνομο κεφάλαιο

Κεφάλαιο 2. Η νοσηλεία του «εισαγγελικού»

2.1. Τα στάδια της νοσηλείας

Ο Goffman προσδιορίζει με πολύ χαρακτηριστικό, και επαρκή τρόπο τη μεταλλαγή που το υποκείμενο –προς – νοσηλεία υφίσταται, τόσο σε επίπεδο συμπεριφορών, όσο και σε επίπεδο διαχείρισης της ταυτότητας. Μέσω μιας πλειάδας τελετουργιών ο νοσηλευόμενος εντάσσεται (εθελούσια ή όχι και τόσο εθελούσια…) σε ένα σύστημα του οποίου το βασικότερο ίσως χαρακτηριστικό είναι η αποσύνδεση: από το χωροχρονικό continuum της ιστορίας ζωής του υποκειμένου, αλλά και από την αναπαράσταση της προ-νοσηλείας ταυτότητας. Επιπλέον, εγείρεται ένα ζήτημα – διακύβευμα το οποίο έχει σχέση με ένα, ας το ονομάσουμε, «παιχνίδι παραδοχής» σχετικά με την *αναγκαιότητα*: το *λόγο* που το πάσχον υποκείμενο βρίσκεται εδώ, και το τι πρέπει να γίνει. «*…η προσδοκώμενη δραστηριότητα στην οργάνωση υποδηλώνει μια θεώρηση του δράστη και ότι μια οργάνωση μπορεί συνεπώς να ιδωθεί ως ένας τόπος που γεννάει παραδοχές σχετικά με την ταυτότητα*».[56]

«*Στα ολοπαγή ιδρύματα* […] *η ιδιότητα του μέλους επιφέρει επίσχεση της χρονορύθμισης των ρόλων, εφόσον η αποσύνδεση του τροφίμου από τον ευρύτερο κόσμο διαρκεί ολόκληρο το 24ωρο και μπορεί να συνεχιστεί για χρόνια* […]. *Οι εισαγωγικές διατυπώσεις θα μπορούσαν να ονομαστούν καλύτερα "τακτοποίηση" ή "προγραμματισμός" διότι ο νεοφερμένος, έχοντας ταξιθετηθεί με αυτόν τον τρόπο, διαμορφώνεται σε κωδικοποιημένο αντικείμενο ικανό να τροφοδοτήσει το διοικητικό μηχανισμό του καταστήματος, για να υποστεί απρόσκοπτα τη διεργασία στερεότυπων πράξεων*»[57] αναφέρει ο Goffman προσδιορίζοντας μια σημαντική λειτουργική διάσταση της λειτουργίας του ψυχιατρείου. Μια διάσταση, χωρίς την παρουσία της οποίας το ψυχιατρικό σύστημα χάνει τη δυνατότητά του να λειτουργήσει, τόσο σε επίπεδο «ανίχνευσης», όσο και επίπεδο «αντιμετώπισης». «*Η παθητικότητα των νεοφώτιστων απέναντι στους καθοδηγητές τους, το πόσο εύπλαστοι είναι, κάτι που εντείνεται καθώς υποβάλλονται σε κακουχίες, ο υποβιβασμός τους σε μια ομοιόμορφη κατάσταση, είναι ενδείξεις μιας διαδικασίας μέσω της οποίας κονιορτοποιούνται*

[56] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 184.
[57] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 35.

προκειμένου να πλαστούν από την αρχή»[58] αναφέρει η Kaufert. Παρ' όλη την δραματική διάσταση της πρότασής της, η Kaufert (αν και αναφέρεται γενικότερα στο επίπεδο της ιατρικής εξουσίας και των δυνατοτήτων της για παρέμβαση και ολοκληρωτικό έλεγχο) εστιάζει σε μια βασική, ίσως τη βασικότερη λειτουργία, όχι μόνο της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας, αλλά γενικότερα της ψυχιατρικής νοσηλείας: αυτή που θέλει τη – συνολική πολλές φορές- αναδόμηση του πάσχοντος υποκειμένου. Την εξαφάνιση του «συμπτώματος», την ελαχιστοποίηση της παθολογικής εικόνας, την εξυγίανση του υποκειμένου.

[58]Kaufert, P., A., «Γυναίκες, Αντίσταση και το Κίνημα για τον Καρκίνο του Μαστού», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην Ανθρωπολογία της Υγείας*, οπ.π., σ. 434.

2.2. Η «κανονικοποίηση»

Η νοσηλεία του «εισαγγελικού» έχει δύο αρκετά διακριτές μεταξύ τους φάσεις – στάδια. Το πρώτο ξεκινά αμέσως μετά την εισαγωγή. Το βασικό ισχύον κριτήριο σε αυτό το στάδιο, φαινομενολογικά, είναι το κατά πόσο ο νοσηλευόμενος εκλαμβάνεται, θεωρείται ως επιθετικός (επικίνδυνος, βίαιος, ή απλά ενοχλητικός) ή όχι. Επιπλέον, ένα σημαντικό στοιχείο είναι το κατά πόσο είναι υπαρκτή η πιθανότητα να «δραπετεύσει» από το χώρο. Οι «κατασταλτικές» πρακτικές, ουσιαστικά η καθήλωση, αναφέρονται στη πιθανότητα που αναπαρίσταται αναφορικά α) με την επικινδυνότητα και β) την πιθανότητα φυγής από το χώρο, ενώ η δια της βίας χορήγηση αγωγής αφορά την αποδοχή εκ μέρους του νοσηλευόμενου της φαρμακευτικής του αγωγής. Επιπλέον, ένα χαρακτηριστικό σημείο είναι η κλιμάκωση των πρακτικών, οι οποίες εκκινούν από μια προσέγγιση «ήπιων τόνων» ενώ στην άλλη άκρη του άξονα βρίσκεται η καθήλωση και η δια της βίας χορήγηση της αγωγής. Έτσι, τις πρώτες ημέρες, ο «δύσκολος άρρωστος» συνήθως είναι περιορισμένος στο κρεβάτι του, ή, στην περίπτωση που διαθέτει ένα ποσοστό «ελευθερίας», βρίσκεται υπό το καθεστώς συνεχούς επιτήρησης. Είτε από το προσωπικό του νοσοκομείου, είτε από κάποιο συγγενή. Άλλωστε, τις περισσότερες φορές το προσωπικό δεν_επαρκεί, κάτι που είναι ο λόγος (ή η δικαιολογία) για τη μεγάλη συχνότητα των καθηλώσεων. Τις περισσότερες φορές σε αυτή τη φάση ο νοσηλευόμενος σημασιοδοτείται ως *άλογος*, κάτι που και οι ίδιοι οι νοσηλευόμενοι έχουν βιώσει με ένα κάπως διαφορετικό τρόπο: πολλές φορές δεν θυμούνται.

> «*Δεν θυμάμαι. Θυμάμαι έτσι αμυδρά, ένα χέρι να μου δίνει τα φάρμακα, κι εγώ να τα φτύνω, γιατί ήτανε πικρά. Και τώρα η μαμά μου λέει "να θυμάσαι Μαριάννα, εγώ στα έδινα τα φάρμακα, κι εσύ τα έφτυνες". Και τώρα που γυρίζω πίσω, το θυμάμαι, την στιγμή που μου τα έδινε* […]. *Ήρθα με την αστυνομία, μου φερθήκανε καλά οι αστυνομικοί. Πολύ καλά. Ούτε με τραβήξανε, ούτε τίποτα…* […]. *Δεν θυμάμαι τίποτα. Η μνήμη μου, δεν θυμάμαι καθόλου. Πάντως, μέσα στο νοσοκομείο, 2 με 3 ημέρες, δεν θυμάμαι καθόλου. Τις πρώτες μέρες. Και μετά ήμουνα ξαπλωμένη, κλειστά παράθυρα, θα στα πω από την αρχή*» (Νοσηλευόμενη).

> «*Ήτανε μεταξύ 25 και 30. Είχε αρχίσει στα 18 όμως και στα 27 κάπως έτσι θυμάμαι ότι ήταν πολύ βαριά η υποτροπή του, τον είχαν φέρει 2-3 αστυνομικοί και τελικά χρειάστηκαν ζητήθηκαν ενισχύσεις 10 ή 11 άνθρωποι για τα περιοριστικά μέτρα. Και ο οποίος πάρα πολύ σύντομα ηρέμησε, σε 2-3 μέρες, σε κάποιον που θέλει 11 ανθρώπους να τον κάνουν καλά, και*

μετά από δύο ημέρες ήταν ήρεμος. Θυμόταν κάτι λίγο ανησυχία αλλά δεν θυμόταν όλο το σκηνικό» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

Τα κύρια σημεία αυτής της πρώτης φάσης είναι α) η διεγερμένη εικόνα («βρίσκεται σε υποτροπή»), η έντονη άρνηση και αντίσταση στην νοσηλεία –και στις παρεμβάσεις που αυτή συνεπάγεται-, αλλά και β) τα μεγάλα ελλείμματα στην αυτοφροντίδα: αναφερόμαστε στους «παρατημένους» αρρώστους. Οπότε το κύριο βάρος της νοσηλείας «πέφτει» πάνω στην καταστολή και στην, δια της βίας πολλές φορές, φροντίδα της υγιεινής: στον «ευπρεπισμό». Η φάση αυτή μπορεί να διαρκέσει από μια – δυο μέρες μέχρι και εβδομάδες. Πάντως, η «ευχή» των επαγγελματιών είναι το να «πιάσουν τα φάρμακα». Τα οποία αναμένεται να δράσουν από κάποιες ώρες μέχρι και δέκα – δεκαπέντε μέρες. Σε αυτό το διάστημα υπάρχει συνήθως μια σταδιακή εξοικείωση με τον χώρο και τις πρακτικές του, ειδικά στην περίπτωση που το «περιστατικό είναι φρέσκο» στην ιατρική «αργκό», δηλαδή στην περίπτωση που ο νοσηλευόμενος εισάγεται για πρώτη φορά. Στην αντίθετη περίπτωση, ειδικά σε αυτές που υπάρχει ιστορικό «πολλαπλών» νοσηλειών, ο άρρωστος συνήθως γνωρίζει «πως παίζεται το παιχνίδι». Αναφέρει ο υπεύθυνος νοσηλευτής μιας ψυχιατρικής κλινικής:

«*Ειδικά σ' έναν διεγερμένο άνθρωπο, ο οποίος περνάει τις πρώτες του ώρες σ' ένα ξένο περιβάλλον, και δεν έχει και εμπειρία έτσι, από πολλαπλές νοσηλείες, έτσι ώστε να ξέρει ποιο είναι το παιχνίδι, να ξέρει πώς "παίζεται η μπάλα" τέλος πάντων, οπότε θα' ναι ανάλογη και η συμπεριφορά του, αν δεν έχει εμπειρίες προσπαθεί μερικές φορές να φτάσει τα πράγματα στα άκρα, είτε απ' τη μια, είτε απ' την άλλη περίπτωση. Οπότε το καλό είναι να έχει δεχτεί τέλος πάντων τις ενημερώσεις, φωναχτές, σταθερές ενημερώσεις, για το πώς λειτουργεί η κλινική, για το πώς λειτουργεί το προσωπικό, για το πώς πρέπει να κάνει, πώς να συμπεριφερθεί. Είναι βοηθητικό να τον ενημερώνεις. Είναι βοηθητικό γιατί είναι ένα άλλοθι μετά όταν θα έρθει η ώρα να για "σκληρό ροκ" τέλος πάντων. Έτσι; Και πάλι, όταν το κάνεις, πάλι το κάνεις φωναχτά, καλείσαι τις ιατρικές εντολές, προσπαθείς πάντα να επικληθείς σ' ένα τρίτο, που αυτός είναι το πλαίσιο, η ασφάλεια, του κόσμου, του υπόλοιπου κόσμου εδώ μέσα, η ασφάλεια του ίδιου του ασθενή που θα νοσηλευθεί τέλος πάντων στις διάφορες φάσεις της νοσηλείας του, για να μπορέσεις όταν θα είναι καλύτερα μετά να πιάσεις πάλι το νήμα απ' την αρχή και να έχεις μια καλή σχέση μαζί του κατά το δυνατόν, όσο γίνεται τέλος πάντων*». (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Αν ακολουθήσουμε τη τυπολογία του Goffman, οι περισσότερες συμπεριφορές που ανιχνεύονται σε αυτό το «πρώτο» στάδιο εντάσσονται είτε στους νοσηλευόμενους οι οποίοι διατηρούν την τακτική της «καταστασιακής απόσυρσης», είτε αυτή της «αδιάλλακτης γραμμής». Στη κατάσταση της «**καταστασιακής απόσυρσης**» «*…ο άρρωστος αποσύρει την εμφανή προσοχή του από τα πάντα εκτός από τα γεγονότα που περιβάλλουν άμεσα το σώμα του* […]. *Αυτή η δραστική περικοπή της εμπλοκής του σε γεγονότα αλληλενέργειας είναι καλύτερα γνωστή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία με τον όρο "παλινδρόμηση"*».[59] Στην «**αδιάλλακτη γραμμή**» «*…ο τρόφιμος εμπρόθετα προκαλεί το ίδρυμα, αρνούμενος κατάφωρα να συνεργαστεί με το προσωπικό*».[60]

Το δεύτερο στάδιο της νοσηλείας διαρκεί σε αδρές γραμμές από την περίοδο στην οποία υπάρχει μια ύφεση των συμπτωμάτων έως το εξιτήριο του νοσηλευόμενου. Χρονικά, το στάδιο αυτό ποικίλλει. Οι περισσότεροι επαγγελματίες αναφέρουν ότι μια ακούσια νοσηλεία διαρκεί περίπου ένα με δύο μήνες. Πολλές φορές αναφέρονται και πιο μεγάλες νοσηλείες, η χρονική διάρκεια σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να φτάσει και το έτος (ή και παραπάνω): «*Πόσο καιρό είναι εδώ*;» ρωτάω ένα νοσηλευτή για ένα νοσηλευόμενο που τον έβλεπα συνεχώς στις επισκέψεις μου στη συγκεκριμένη κλινική. «***Γενέθλια***» μου απαντάει μονολεκτικά, μειδιώντας, και εννοώντας ότι ο συγκεκριμένος είναι στο χώρο πάνω από ένα χρόνο. Κοινή διαπίστωση είναι ότι ο χρόνος νοσηλείας δεν συνδέεται αποκλειστικά με την κλινική κατάσταση και «πορεία» του πάσχοντα, αλλά τις περισσότερες φορές εξω-κλινικές παράμετροι είναι αυτές που επεμβαίνουν: Αν υπάρχει πρόβλημα αποκατάστασης, δηλαδή αν δεν έχει που να πάει, ο χρόνος επιμηκύνεται. Ή αντίθετα, πολλές φορές, αν ο πάσχων «πάει γρήγορα καλά» δίνεται εξιτήριο για να «αδειάσει κρεβάτι»… Σε αυτό το στάδιο της νοσηλείας υπάρχει μετατόπιση από τις κατασταλτικές πρακτικές σε πιο εξειδικευμένες, θεραπευτικές πρακτικές. Κάτι βέβαια που διαφέρει πολύ από δομή σε δομή. Στοιχεία όπως η επάρκεια του προσωπικού, η «όρεξη» των επαγγελματιών, οι δυνατότητες της δομής παρεμβαίνουν και καθορίζουν την «θεραπευτική σχέση» που θα δημιουργηθεί. Ο νοσηλευόμενος τις περισσότερες φορές «μπαίνει» στην ρουτίνα του χώρου, αν και μια συνήθης διαπίστωση είναι ότι ο τρόπος που βιώνει τη νοσηλεία του (ειδικά στη περίπτωση που δεν υπάρχει ούτε εναισθησία, ούτε μια λειτουργική θεραπευτική σχέση) είναι αυτός της παρένθεσης:

[59] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 72.
[60] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 73.

«*Βέβαια, εντάξει, μετά τη δεύτερη εβδομάδα, εκεί, δυόμιση, που είχε αρχίσει η ανία εδώ μέσα, λες "ωραία, ότι είχα να κάνω, το έχω κάνει, τώρα πρέπει να φύγω". Βέβαια, αν δεν το επιβεβαιώσει ο γιατρός σου, δεν φεύγεις, οπότε αντέχεις την ανία για λίγο*» (Νοσηλευόμενος).

«*Μπορεί κάποια άλλα νοσοκομεία να παίρνουν λιγότερους, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι έχουν και καλές υπηρεσίες. Για παράδειγμα, η Νέα Ιωνία, δεν έχουνε προσωπικό, δεν έχουν γιατρούς. Δεν έχουνε καθόλου γιατρούς, νοσηλευτές είναι πολύ λίγοι, καλή η κλινική δεν έχει κόσμο όμως, είναι, μια χαρά κλινική είναι, βέβαια δαιδαλώδης κι εκεί, αλλά κρατάει αρκετά καλό επίπεδο, αρκετά καλό επίπεδο, να φανταστείς ότι ακόμα γίνονται ημερήσιες δραστηριότητες έτσι ώστε να απασχολείται ο κόσμος μέσα στις κλινικές γιατί εδώ ο κόσμος έχει ένα πρόβλημα. Όταν περνάει η οξεία φάση, τέλος πάντων, έτσι; έχει ένα πρόβλημα τι να κάνει δεν ξέρει τι να κάνει όλη την ημέρα εδώ μέσα ο άλλος. Γυρνοβολάνε σαν κατάρες*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Έτσι, επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις του τύπου «*πότε θα φύγω; Πότε θα φύγω*;» ακούγονται συχνά από τους νοσηλευόμενους, με τους επαγγελματίες να παραπέμπουν συνηθέστερα στο «γιατρό». Από την άλλη υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό νοσηλευόμενων οι οποίοι όχι μόνο «εναρμονίζονται» με την ρουτίνα και τη λειτουργία του χώρου (κάτι που είναι αρκετά εμφανές στις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων) αλλά και είναι ιδιαίτερα απρόθυμοι να φύγουν όταν «έρθει η ώρα» του εξιτηρίου. Το νοσοκομείο πολλές φορές έχει υποκαταστήσει σε μεγάλο βαθμό το «σπίτι», με αποτέλεσμα ο νοσηλευόμενος να βιώνει ιδιαίτερα θετικά την παραμονή του, με παράλληλη την ανάδυση φαινομένων ιδρυματισμού. Ο Goffman έχει περιγράψει αυτή τη τυπολογία συμπεριφορών κάτω από τον όρο «**εποίκιση**»: «…*το ομοίωμα του έξω κόσμου που παρέχει το κατάστημα εκλαμβάνεται από τον τρόφιμο ως το όλον, και ένας ήρεμος, σχετικά επαρκής τρόπος ζωής κτίζεται πάνω στις μέγιστες δυνατές ικανοποιήσεις που μπορεί κανείς να προσπορισθεί μέσα στο ίδρυμα*».[61]

«*Περάσανε είκοσι χρόνια, είκοσι πέντε χρόνια, και, και αγοράσαμε αυτό το ανθοπωλείο, κι από πάνω έμενε ένα ζευγάρι. Και μου λέει, "Μαρία, θέλεις να πας στο Σισμανόγλειο;" το συζήτησα με την αδελφή μου και βρήκε τη γιατρό μου και της είπε: "θέλετε να την πάρετε στο Σισμανόγλειο να νοσηλευτεί;". Αλλά κάπου θα είχαν περάσει τα χάπια και μ' έπιασε κρίση. Και*

[61] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 73.

με φέρανε εδώ, στο Σισμανόγλειο κι από κει και πέρα ήταν εντάξει η ζωή μου. Δεν είχα πρόβλημα, ούτε με τα χάπια, ούτε, κυλούσε δηλαδή η ζωή μου κανονικά. Τώρα πια το νοιώθω εδώ ότι είναι το σπίτι μου. Την αδελφή μου δεν τη θέλω. Αφού και αυτή δεν με θέλει…» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας είναι πολυεπίπεδη. Αν θέλαμε να βάλουμε μια επικεφαλίδα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι το σύνολο των πρακτικών (κατασταλτικών και θεραπευτικών) έχει ως στόχο την «πρόσβαση» στην εναισθησία. Στην **Αλήθεια**. Με όρους εξατομίκευσης θα μπορούσαμε να πούμε ότι αφορά την ανακούφιση του πάσχοντος υποκειμένου από την «**οδύνη**»: Το «υπο-φέρον υποκείμενο». Μια λέξη όμως η οποία φαίνεται να σχετίζεται άμεσα με την έννοια της **εναισθησίας**.

«*…γενικά είναι μια βασική αρχή. Ότι ο ψυχωσικός που έχει και κατάθλιψη, πάει καλύτερα από τον αμιγώς ψυχωσικό. Γιατί; Γιατί καταλαβαίνει ότι υποφέρει. Η έννοια της εναισθησίας, την οποία την χρησιμοποιούμε κατά κόρον, νομίζω λίγο την έχουμε καταλάβει. Έχει να κάνει με το πόσο υποφέρει ο άλλος. Εντάξει, κι εγώ μπορεί να έχω ζάχαρο αυτή τη στιγμή, έχω εναισθησία; Καμία. Γιατί; Γιατί δεν το καταλαβαίνω, δεν υποφέρω. Άρα, τελικά το αν θα αποκτήσεις εναισθησία ή όχι, εξαρτάται από πώς αξιολογείς το πρόβλημα με την καθημερινή σου ζωή, με την λειτουργικότητά σου. Αυτό που προσπαθώ να κάνω σε ψυχωσικούς είναι δεν θα του πω εγώ "λες κουταμάρες αυτή τη στιγμή, είναι παραλήρημα" γιατί δεν έχει κανένα νόημα αυτό. Γι' αυτόν είναι η πραγματικότητα, την οποία την βιώνει εξίσου ισχυρά όσο την βιώνω κι εγώ. Καθόλου λιγότερο. Εντάξει; Να του δείξω όμως ότι με κάποιο τρόπο ότι όλη αυτή η κατάσταση, άσχετα αν θα την έχεις χρωματίσει ή αν θα την έχεις ονοματίσει κάτι του δημιουργεί πρόβλημα. Δηλαδή, στο πρόβλημα θα δώσεις την έμφαση. Θα του πεις "Έχεις φίλους; Έχεις δουλειά; Βγαίνεις από το σπίτι;" Να του δείξεις ότι όλ' αυτά τα οποία δεν βιώνει, τον προβληματίζουν. Μα θα σου πει "μα φταίει ο άλλος" θα του πεις "ναι, φταίει ο άλλος" δεν θα του πεις εκείνη τη στιγμή "δεν φταίει ο άλλος, εσύ το βλέπεις έτσι". Η εναισθησία έχει να κάνει με το αν υποφέρει ο άλλος. Από τη στιγμή που δεν υποφέρει δεν καταλαβαίνει ότι κάτι πηγαίνει στραβά.*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

2.2.α. Η έννοια της *εναισθησίας* («insight»)

Η έννοια της **εναισθησίας** (*insight*, στην αγγλική βιβλιογραφία), η οποία αναφέρεται αρκετά εκτενώς στην παρούσα μελέτη, αφορά το κατά πόσο ο πάσχων στερείται επίγνωσης της κατάστασής του. Για την ψυχιατρική, και ειδικά αναφορικά με το κεφάλαιο της ακούσιας νοσηλείας, η έννοια της εναισθησίας είναι κομβική, τόσο σε κλινικό επίπεδο (το

οποίο αφορά κυρίως την πρόγνωση της πορείας του πάσχοντα), όσο και σε νομικό (όπου η «έλλειψη εναισθησίας» είναι το βασικό κριτήριο εκτέλεσης μιας εισαγγελικής παραγγελίας). Και όμως, η έννοια της «επίγνωσης», της «εναισθησίας» στην ψυχιατρική καθομιλουμένη πιθανόν να είναι σε ένα βαθμό –όπως και η έννοια της επικινδυνότητας- ρευστή και προβληματική. Ενδεικτικά, οι Pilgrim και Rogers επισημαίνουν τρία βασικά προβλήματα στην έννοια αυτή: α) «*Η επίγνωση τείνει να ορίζεται με κυκλικό τρόπο. Με άλλα λόγια, επίγνωση σημαίνει ότι ένας ασθενής συμφωνεί με τον ψυχίατρο του. Η λογική και η τρέλα είναι έννοιες κοινωνικά προσυμφωνημένες, και όταν αυτή η συμφωνία λύεται σε μια ψυχιατρική επαφή μεταξύ γιατρού και ασθενούς, τότε επικρατεί η άποψη του ισχυρότερου μέρους, β*) *Ακόμη κι αν τη θεωρήσουμε κατ' αρχάς μη προβληματική, οι επαγγελματίες παραδέχονται ότι η ψυχική ασθένεια είναι από τη φύση της αποσπασματική. Με δεδομένη αυτήν την κοινή παραδοχή, πώς γνωρίζουν με βεβαιότητα οι ψυχίατροι πότε ένα άτομο έχει και πότε δεν έχει επίγνωση*; *και γ) Δεδομένου ότι οι επαγγελματίες παραδέχονται πως οι ψυχωτικοί ασθενείς που στερούνται επίγνωσης μπορεί να είναι επαρκείς σε μερικούς τομείς (για παράδειγμα, ο παρανοϊκός ασθενής που μπορεί να πλένεται, να ντύνεται και να βγάζει χρήματα στο χρηματιστήριο), πώς μπορούν οι ψυχίατροι να καθορίσουν τι πραγματικά σημαίνει επίγνωση αναφορικά με τη γνωστική και την κοινωνική επάρκεια;* […] *Κανείς μας δεν μπορεί να έχει διαρκώς επίγνωση αυτών που αφορούν την ύπαρξή του. Κανείς μας δεν μπορεί να γνωρίζει το νου του με απόλυτη βεβαιότητα. (Πράγματι, αν δεχθούμε τις θέσεις της ψυχανάλυσης, αυτό μας προτρέπει να πιστέψουμε ότι το μέγιστο μέρος του νου μας είναι ασυνείδητο). Παρ' όλα αυτά, και παρά την πανταχού παρούσα αποτυχία μας να έχουμε πλήρη αυτο-επίγνωση, τα καταφέρνουμε τον περισσότερο καιρό, στο μεγαλύτερο διάστημα της ζωής μας*».[62] Σε παραπλήσια αποτελέσματα κατέληξε και η Beck – Sander, η οποία θεωρεί ότι η έννοια της εναισθησίας έχει σαφώς μικρή αξιοπιστία.[63]

---

[62] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 242 – 243.

[63] Η Beck – Sander μελέτησε τη ψυχιατρική βιβλιογραφία η οποία αναφέρεται στην έννοια της εναισθησίας και βρήκε ότι ο όρος χρησιμοποιείται από τους ψυχιάτρους προσδιορίζοντας τέσσερα διαφορετικά χαρακτηριστικά των πασχόντων: α) τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, β) τον «ψυχολογικό τρόπο» του σκέπτεσθαι (σύμφωνα με τους ψυχιάτρους, η έλλειψη εναισθησίας αποτελεί μια ενδοψυχική άμυνα που προστατεύει τους πάσχοντες από τον πόνο της ασθένειάς τους (σημ. ένα εμπειρικό δεδομένο που εμφανίστηκε με πολύ συνεπή τρόπο και στην δική μας έρευνα), γ) το πεδίο της πρόγνωσης (σύμφωνα με τους ψυχιατρική βιβλιογραφία, όσο υψηλότερη επίγνωση έχει ο πάσχων τόσο λιγότερα ποσοστά υποτροπών και συνακόλουθα νοσηλειών εμφανίζει). Σημ.: Και αυτό το δεδομένο εμφανίζεται συστηματικά στην έρευνά μας. Και δ) η παθοφυσιολογία πολλές φορές εμφανίζεται ως το «οργανικό υπόστρωμα» της έλλειψης επίγνωσης. Δηλαδή, η υποτιθέμενη (ή όχι) νευρολογική/εγκεφαλική δυσλειτουργία στη ψύχωση είναι η ερμηνεία του γιατί οι ψυχωτικοί ασθενείς στερούνται επίγνωσης. Beck – Sander, A., «Is insight in psychosis meaningful?», *Journal of Mental Health*, τόμος 7, τεύχος 1, 1998, σ. 25 – 34.

Δηλαδή, το διακύβευμα αφορά την παρέμβαση στον ψυχισμό του υποκειμένου: στο βίωμά του και στο πως αναστοχάζεται πάνω σε αυτό. Και τα στάδια της νοσηλείας, η καλύτερα η κλιμάκωση και η διαφοροποίηση των σταδίων της νοσηλείας υπακούουν σε αυτή την αρχή. Πιο αναλυτικά:

2.2.β. Η πορεία της νοσηλείας

Μετά την πρώτη αξιολόγηση και γνωμάτευση από το ψυχίατρο στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου και αν τελικά αποφασισθεί να νοσηλευθεί,[64] ο πάσχοντας έρχεται με τη συνοδεία των αστυνομικών και των συνοδών του –αν υπάρχουν- στην κλινική: στο χώρο νοσηλείας. Οι αστυνομικοί μπορούν να φύγουν μόνο αν έχουν πάρει έγγραφο «βεβαίωσης παράδοσης» από το ψυχίατρο, το οποίο συνήθως δίνεται αφού γίνει μια πρώτη ενέσιμη αγωγή στις περιπτώσεις που ο άρρωστος είναι επιθετικός ή δεν θέλει να δεχθεί τα φάρμακα (η συμβολική και μόνο παρουσία των αστυνομικών είναι πολύ έντονη). Η πρώτη φαρμακευτική παρέμβαση είναι ιδιαίτερα κρίσιμη και ζωτικής σημασίας: είναι *ενδεικτική*. Πολλοί παράγοντες υπεισέρχονται στον τρόπο με τον οποίο θα γίνει η παρέμβαση: αν το πάσχον άτομο είναι γυναίκα ή άντρας, η διάγνωση και η συμπτωματολογία που παρουσιάζει εκείνη τη στιγμή, η σωματική του διάπλαση, η συμμετοχή ή όχι των συγγενών (ιδιαίτερα αυτών που ο πάσχων «ακούει»), η παρουσία των αστυνομικών, το διαθέσιμο προσωπικό (αν υπάρχουν άντρες νοσηλευτές ή security), η ώρα της ημέρας, ο χώρος (θάλαμος, ή διάδρομος). Η επαρκής παρουσία προσωπικού, ειδικά αντρικού, φαίνεται ότι είναι καταλυτική. Οι περισσότεροι επαγγελματίες βιώνουν άγχος, φόβο, ανασφάλεια και θεωρούν ότι πολλές φορές βρίσκονται εκτεθειμένοι, «ξεκρέμαστοι», όπως αναφέρουν, σε ακραίες πολλές φορές συνθήκες.

> «*Θα σου πω την ιστορία. Μετά από πέντε μήνες, Αλβανός νοσηλευόμενος εισαγγελικό, μπαίνει μετά από μια βδομάδα, με το τμήμα του νοσοκομείου ανοιχτό, καταφέρνει και φεύγει, και τον φέρνει η αστυνομία μια βδομάδα μετά. Τον φέρνουν εδώ πέρα, κλειστή εφημερία, ήτανε χρεωμένος σ' εμάς, δεν είχε γίνει εξιτήριο, την επόμενη μέρα πάω να του κάνω καρδιογραφήματα αυτά, κι είχε κάτω από το μαξιλάρι του όπλο. Περίστροφο. Γεμάτο. Πού βρέθηκε αυτό; Πανικός. Αυτός είδε ότι εγώ το κατάλαβα και το πιάνει. Και μου λέει "μην φοβάσαι γιατρέ, δεν κάνω κακό σε σένα". "...ρε πας καλά, του λέω". Πηγαίνω μέσα σιγά σιγά*

[64] Όπως αναφέρθηκε, υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες η εισαγγελική εντολή είτε δεν εκτελείται, είτε εκτελείται σε άλλο ψυχιατρικό κατάστημα: ο πάσχων μεταφέρεται για νοσηλεία σε κάποιο άλλο ίδρυμα ή νοσοκομείο.

μ' έναν νοσηλευτή, από την πόρτα "να, όχι, το αφήνω κάτω, δεν είναι για σένα" λέει. Και ανακαλύψαμε ότι την προηγούμενη μέρα, στο αστυνομικό τμήμα όπως τον κρατάγανε, τον είχανε "αμολυμέντο". Βρήκε συρτάρι ανοιχτό, παίρνει το περίστροφο, χρεωμένο σε αστυνομικό, το βάζει δεν ξέρω πού το έβαλε, δεν μπορώ να φανταστώ, το φέρνει εδώ πέρα, μες το περιπολικό χωρίς χειροπέδες, τον παραδίδουνε κάτω, τα παιδιά κάνανε τυπικό έλεγχο, για τσιγάρα, για ζώνες, αυτό που κάνουμε σε κάθε εισαγωγή, και τον βάζουνε κανονικά... Φαντάσου και την δική μου κατάσταση την στιγμή που πάω να κάνω τη διαδικασία που πρέπει, και να δεις τώρα το περίστροφο, κανονικό, αστυνομικού, γεμάτο, οπότε αν θες για εμπειρία δεν το' χουνε συναντήσει αυτό σε εφημερία, μπορεί να έρθει ο άλλος με το περίστροφο μπορεί να έρθει ο άλλος με το μαχαίρι, το λεπίδι, έχουνε γίνει εδώ μέσα. Αλλά εδώ τουλάχιστον υπάρχουν αστυνομικοί, υπάρχει κόσμος, είναι κάπως αλλιώς. Τώρα ας πούμε στο τμήμα, έχει περάσει κάποιους ελέγχους και παρ' όλ' αυτά βρίσκεις περίστροφο μέσα. Και πάλι καλά, που τα είχε καλά μαζί μας, αισθανόταν προστασία, αν ήταν κανένας άλλος μας είχε" φάει λάχανο". Είτε το βράδυ που λύθηκε θα μπορούσε να καθαρίσει τα παιδιά μέσα, δύο νοσηλευτές είναι και τριάντα δύο ασθενείς, είτε εμένα ή κάποιον γιατρό την επόμενη μέρα.» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Σε περίπτωση που ο πάσχων αρνείται να πάρει φάρμακα (είτε από το στόμα, είτε σε ένεση) τις περισσότερες φορές γίνεται μια κλιμάκωση της «απειλής» («*τι είναι αυτή η ένεση;*» «*...για τα νεύρα*» ή «*είναι βιταμίνες*» ή «*είναι για να ηρεμίσετε λιγάκι*»…). Ο τρόπος «άρνησης», οι δικαιολογίες που αναφέρουν, τα επιχειρήματα που προβάλλουν αν και είναι τελείως εξατομικευμένος, ουσιαστικά υπακούουν στη θέση/ διακύβευμα: «*αφού δεν είμαι άρρωστος, γιατί να πάρω φάρμακα;*» Και πάλι, ή προσέγγιση είναι κατά το δοκούν, δεν υπάρχει σταθερός κανόνας. Κάποιοι δέχονται μετά από μερικές ήπιες λεκτικές αντιδράσεις, κάποιοι το διαπραγματεύονται («*αντί ένεση, να τα πάρω από το στόμα;*») κάποιοι προσπαθούν να το καθυστερήσουν («*τι κάνει αυτό; Δεν το παίρνω, θέλω να έρθει ο γιατρός να μου το πει...*». Αρκετές φορές συνδράμουν οι συγγενείς («*….έλα, πάρτα για να φύγουμε πιο γρήγορα…*»), ενώ άλλες φορές υπάρχει πιο άμεση λεκτική πίεση και επιχειρήματα («*μια χαρά είναι εδώ, δε λες που δεν σε πήγαν σε κανένα «Δαφνί»*;»). Επίσης, μια χαρακτηριστική προσπάθεια πειθούς είναι η αναφορά στη γνωστή «απόμακρη» και «αόρατη» αρχή: «*είναι εντολή του εισαγγελέα…*» . Στην περίπτωση που τίποτα δεν πετύχει, τελικά θα γίνει ενέσιμη αγωγή, συνηθέστερα ένας συνδυασμός φαρμάκων γνωστός στους «Ψ» κύκλους ως *cocktail*. Η παρακάτω αφήγηση είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική του τρόπου που οι χειρισμοί κλιμακώνονται: από την θεραπευτική, «ανώδυνη» πρακτική, στην κατασταλτική.

«Πριν τον καθηλώσουμε του εξηγούμε ας πούμε, να συνεργαστεί, αλλιώς θα σε πιέσουμε, θα αναγκαστούμε να σε περιορίσουμε, ή να σε βοηθήσουμε αναγκαστικά.. Τώρα αν πέσει σ' εμένα μια περίπτωση που' ναι κάποιος διεγερτικός κ.λπ. θα μπούμε μέσα θα πούμε κάποια πραγματάκια. Θα φωνάξουμε γιατρό θα τον δει ο γιατρός, κι αν μας πει ο γιατρός να του κάνουμε ενέσιμη κ.λπ. θα φωνάξουμε security. Γράφει ο γιατρός την οδηγία, τον ενημερώνει ο γιατρός, τον ενημερώνουμε κι εμείς, πρέπει να του δώσουμε το φάρμακο, πρέπει να του κάνουμε ενέσιμο, αρνείται, δεν συνεργάζεται, πρέπει να το κάνουμε αναγκαστικά, του λέμε "είμαστε τόσοι εδώ πέρα, υπάρχει η μαρτυρία των γονιών σου, της μάνας σου του πατέρα σου δεν το κάνουμε από μόνοι μας, εδώ είναι χώρος ενός νοσοκομείου". Δηλαδή, προσπαθείς να τον αγγίξεις απ' όλες τις πλευρές. Όπου τσιμπήσει κι αυτός δηλαδή, να στο πω έτσι απλά. Κατάλαβες; "Είναι χώρος νοσοκομείου, είμαστε για το καλό, θέλουμε να σε βοηθήσουμε…". Άλλες φορές ακούει. Τις περισσότερες, ναι Υπάρχουν άλλες περιπτώσεις, που δεν… Και του λέμε "Κοίταξε να δεις τώρα, αν δεν ακούς τώρα θ' αναγκαστούμε να σε καθηλώσουμε. Δεν θέλουμε τώρα να παλέψουμε, ούτε σε ξέρω, ούτε μας ξέρεις, ούτε συγγενείς είμαστε,, δεν έχουμε διαφορές να λύσουμε. Θα το κάνουμε για το καλό σου. Το γνωρίζει η μητέρα σου αυτό, ο πατέρας σου επίσης, ο γιατρός σου, οι οδηγίες οι οποίες είναι περασμένες υπάρχουν, πάντως, εμείς σου είπαμε θα αναγκαστούμε να σε πιέσουμε. Εντάξει;" Φεύγουμε, φωνάζουμε, έρχεται ο security, πρέπει όλοι μαζί να ήμαστε πέντε άτομα, βγαίνουμε έξω, ετοιμάζει η νοσηλεύτρια το ενέσιμο, και μετά μπαίνουμε όλοι μαζί, πέντε έξι άτομα, και του λέω «κοίταξε να δεις, τώρα πρέπει να γίνει η ένεση» και πάλι βλέπεις, ότι ένα 80% απ' αυτούς τους αντιδραστικούς που δεν συνεργάζονται μετά την όλη ενημέρωση κι όλ' αυτά, θα κάτσει, δεν θα φέρει πολλές αντιρρήσεις. Θα "γυρίσουνε" έτσι από μόνα τους. Από μόνα τους θα "γυρίσουν"[65]*. Ότι όσο πιο πολλοί μαζευτούμε, και μπούμε όλοι μέσα, τόσο πιο εύκολα κάθονται. Ούτε μαγκιές, ούτε τίποτα. Και του λέμε λοιπόν "σ' ευχαριστούμε για την συνεργασία, και θα σε βοηθήσει, και πιο γρήγορα θα βγεις. Δεν θα σου κάνει κακό η ένεση, αντιθέτως θα σου κάνει καλό, όσο κι αν δεν το πιστεύεις, είναι κάτι που δεν μπορείς να το ελέγξεις τώρα, κι εμείς προσπαθούμε να βοηθήσουμε την κατάσταση, σε νοσοκομείο είμαστε". Τώρα, αυτοί οι δύο τρεις στους είκοσι που δεν θα συνεργαστούνε, γενικά, πέφτουμε όλοι μαζί. Ένας το πόδι, τέσσερα άτομα και από ένα άκρο. Ένας στο πλάι, άλλος πέφτει απάνω και δεν μπορεί να κάνει καμία κίνηση. Και μετά όπως είμαστε εκεί, αρχίζουμε βάζουμε ιμάντες. Μπορεί να μας φύγει, να μας κάνει, να μας ράνει χίλια δυό πράγματα, και να του πούμε μετά "κοίταξε να δεις, αυτό θα είναι για λίγο, στο είχαμε πει ότι έτσι θα κάνουμε" η συνεργασία, θα τα λύσουμε μετά αυτά, ξαναεξηγούμε πάλι, συνεχίζει εκεί, να μην δίνει σημασία»* (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

[65] «Γυρνάω»: Γυρνάω μπρούμυτα για να γίνει η ενέσιμη αγωγή στο γλουτό, μτφ. «δέχομαι να κάνω την ένεση».

2.2.γ. Ο «*ρόλος του αρρώστου*»: *Δικαιώματα*, αλλά και *Υποχρεώσεις*

Όπως αναφέρθηκε, ο Parsons αναιρεί την αποκλειστική θέαση της ασθένειας υπό το πρίσμα μιας «κατάστασης» αποδίδοντας στο «άρρωστο υποκείμενο» ένα κοινωνικό ρόλο με ιδιαίτερα διακριτά γνωρίσματα: «*Το να είναι κανείς άρρωστος δεν είναι απλά ένα "γεγονός" ή μια "κατάσταση", είναι ένας επακριβώς προσδιορισμένος κοινωνικός ρόλος. Στις Δυτικές κοινωνίες, ο "ρόλος του αρρώστου" προϋποθέτει τέσσερεις βασικές συνιστώσες: δύο* (βασικές) *υποχρεώσεις και δύο δικαιώματα*».[66]

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναφερθούμε στη θεματική «φαρμακευτική αγωγή». Πριν όμως αναφερθούμε σε αυτό το ιδιαίτερα πολύπλοκο και σημαντικό πεδίο, να επαναδιατυπώσουμε για ακόμη μια φορά μια βασική μας θέση: Η περιγραφή και η ανάλυση της θεματικής «φαρμακευτική αγωγή» δεν υπακούει, ούτε στοχεύει σε μια κλινική, ιατρική καταγραφή και ερμηνεία της κατηγορίας «φάρμακο». Αντίθετα, ο βασικός μας στόχος είναι η καταγραφή των αναπαραστάσεων που «συνοδεύουν» τη συγκεκριμένη θεματική, τόσο από την πλευρά των νοσηλευόμενων, όσο και από την «σκοπιά» των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, στόχος είναι να γίνει μια προσπάθεια αποσαφήνισης του τρόπου λειτουργίας αυτών των αναπαραστάσεων: με πιο τρόπο δηλαδή υπεισέρχονται και δομούν σχέσεις (είτε θεραπευτικές, είτε εξουσίας) αλλά κυρίως με ποιον τρόπο συμβάλλουν στη δόμηση της εικόνας του υποκειμένου. Σε αυτό το σημείο, αναφερόμαστε κυρίως στην έννοια του «πάσχοντος υποκειμένου». Υπό μια κοινωνιολογική προοπτική, η έννοια του «πάσχοντος υποκειμένου» αποτελεί ένα συγκεκριμένο ρόλο, με συγκεκριμένες απαιτήσεις. Όταν το υποκείμενο βιώνει μια ασθένεια, ουσιαστικά πρέπει να αποδεχθεί και να συναινέσει –εθελούσια- σε συγκεκριμένες πρακτικές οι οποίες θα το «βγάλουν» από την κατάσταση του «πάσχοντος υποκειμένου». Οι πρακτικές αυτές καθορίζονται από το εκάστοτε «ιατρικό μοντέλο» διαχείρισης της ασθένειας. Ο Parsons ισχυρίζεται ότι το υποκείμενο που βρίσκεται στον συγκεκριμένο ρόλο, αυτόν του «ασθενή» αυτόματα αποκτά συγκεκριμένα δικαιώματα, αλλά και υποχρεώσεις: το υποκείμενο οφείλει να γίνει «καλά», και μάλιστα το συντομότερο δυνατόν, ακολουθώντας τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας. Συνοπτικά, ο Parsons αναφέρει ότι υπάρχει ένας «καθώς πρέπει»

[66] Parsons, T., *The social system*, οπ.π., σ. 436 – 437. Κατά τον Parsons, το άρρωστο υποκείμενο, κατά τη φάση της ασθένειας έχει «δικαίωμα» να μην ενδύεται το «συνηθισμένο» κοινωνικό ρόλο του. Επίσης έχει δικαίωμα στην παροχή φροντίδας. Από την άλλη, οι υποχρεώσεις του είναι α) το να προσπαθεί «να γίνει καλά» και β) το να επιζητεί τη βοήθεια των ειδικών επαγγελματιών αναφορικά με την προσπάθειά του να «γίνει καλά».

ρόλος που το πάσχον υποκείμενο οφείλει να αποδεχθεί, και ότι αποκλίσεις από αυτόν τον «πρέποντα» ρόλο σημασιοδοτούν και προσδιορίζουν τις κατηγορίες που περιγράφονται ως οι «δύσκολοι άρρωστοι».[67]

2.2.δ. Η φαρμακευτική αγωγή: πεποιθήσεις και αναπαραστάσεις

Υπό αυτή την προοπτική, θεωρούμε κάποια επιμέρους πεδία πολύ χαρακτηριστικά. Δύο είναι οι πιο ισχυρές αναπαραστάσεις που αναδύθηκαν με ιδιαίτερα συνεπή και επαναλαμβανόμενο τρόπο. Η πρώτη αφορά νοσηλευόμενους στους οποίους η θεματική «φάρμακο» είναι ιδιαίτερα αρνητική,[68] και η δεύτερη αφορά τους επαγγελματίες με το «φάρμακο» να θεωρείται αν όχι η πανάκεια, τουλάχιστον ο ακρογωνιαίος λίθος στην «κλινική πορεία» του πάσχοντα. Βέβαια, η διαπίστωση της απόλυτης αναγκαιότητας του φαρμάκου δεν αποτελεί μια απλή αναπαράσταση, αλλά επί της ουσίας έχει «φυσικοποιηθεί» στην θεωρητική και κλινική ψυχιατρική πρακτική: Πρόκειται για μια «Αλήθεια». Και στόχος μας δεν είναι τόσο μια κριτική αποτίμηση της ισχύος (ή μη) αυτής της αλήθειας. Αντίθετα, βασικός μας στόχος είναι το να μπορέσουμε να ιχνηλατήσουμε τον τρόπο που η συγκεκριμένη Αλήθεια επεμβαίνει στις σχέσεις πάσχοντα – συστήματος, αλλά και στον τρόπο που το πάσχον υποκείμενο προσλαμβάνει την υποκειμενικότητά του. Και ένα βήμα παραπέρα: ίσως να μπορέσουμε να χαρτογραφήσουμε κάποια από τα αποτελέσματα που μια τέτοια Αλήθεια επιφέρει στην ίδια την ταυτότητα της Ψυχιατρικής: τι σημαίνει για τον «Ψ» χώρο να έχει απόλυτη ανάγκη το φάρμακο. «*Η "Αλήθεια"* […] *είναι μια αξίωση εγκυρότητας που προσδένουμε στο πραγματολογικό περιεχόμενο των δηλώσεών μας* […]. *Η "Αλήθεια", δηλαδή, είναι ένας όρος ο οποίος καθίσταται ενεργός σε περιπτώσεις διαφωνίας σχετικά με την πραγματικότητα, και η έννοια της Αλήθειας μπορεί να κατανοηθεί σωστά μόνο σε σχέση με τέτοιες διαδικασίες επιχειρηματολογίας* […] *η αλήθεια*

[67] Koekkoek, B., and al., «How do patients come to be seen as 'difficult'?: A mixed-methods study in community mental health care», *Social Science & Medicine*, τεύχος 72, 2011, σ. 504 – 512.

[68] Η κατηγορία αυτών των πασχόντων περιγράφεται ως «non compliant patient». Οι συγκεκριμένοι πάσχοντες περιγράφονται, όχι τόσο υπό όρους επικινδυνότητας (αν και πολλές φορές η έννοια της επικινδυνότητας συμμετέχει), όσο υπό όρους «δύσκολου αρρώστου». Στη ψυχιατρική, τρεις κατηγορίες περιγράφονται ως «δύσκολες». Αυτή η οποία περιλαμβάνει χρόνιους, και συνήθως αποσυρμένους ψυχωτικούς, αυτή που περιλαμβάνει «απαιτητικούς» πάσχοντες, οι οποίοι συνήθως είναι διαγνωσμένοι ως «διαταραχές προσωπικότητας», και αυτή η οποία περιλαμβάνει «αμφιθυμικούς» ως προς την θεραπεία πάσχοντες με κάποια άλλη διαταραχή του άξονα Ι (όπως καταθλιπτικούς ή διπολικούς ασθενείς). Βλ. Koekkoek, B., van Meijel, B., Hutschemaekers, G., «"Difficult patients" in mental health care: a review», *Psychiatric Services*, τεύχος 57, 2006, σ. 795 – 802.

είναι η υπόσχεση μιας <u>έλλογης συναίνεσης</u>»[69] αναφέρει η θέση του Giddens. Απλά, στην περίπτωσή μας, ο ένας εκ των δύο συμμετεχόντων δεν είναι έλλογος.

2.2.ε. Η μη αναγνώριση της αναγκαιότητας της αγωγής εκ μέρους του πάσχοντα: η σχέση της με την ακούσια νοσηλεία

Η αποδοχή (ή όχι) της φαρμακευτικής αγωγής από τον νοσηλευόμενο θεωρούμε ότι εκφράζει την ακρώρεια της έννοιας της «συμμόρφωσης στην θεραπεία» (medical compliance). Η έννοια της συμμόρφωσης αποτελεί ένα από τα μείζονα διακυβεύματα στο χώρο της ιατρικής: αποτελεί κυριολεκτικά μια «ιδεολογία». «*Η συμμόρφωση στην ιατρική έχει οριστεί ως ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά του ασθενή (υπό όρους του να λαμβάνει τη θεραπεία, να ακολουθεί τις διατροφικές οδηγίες, ή να εκτελεί άλλες αλλαγές οι οποίες αφορούν την καθημερινότητά του) συνάδει με την ιατρική συμβουλή*».[70] Υπό αυτό το πρίσμα, η συναίνεση του πάσχοντα στην αποδοχή της θεραπείας λαμβάνει μια σαφώς ευρύτερη διάσταση. Πέραν από την βελτίωση της κατάστασής του, η αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής από τον νοσηλευόμενο ουσιαστικά «επικυρώνει» και το status της ψυχιατρικής: επικυρώνει την ιατρική αυθεντία.

Κατ' αρχή, η πιο συστηματική διαπίστωση που αναδύεται επαναλαμβανόμενα είναι το ότι πολλές φορές η κύρια αιτία της έκδοσης μιας εισαγγελικής παραγγελίας είναι η απροθυμία του πάσχοντα να ξεκινήσει ή να συνεχίσει τη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής που του έχει «προτείνει» ο γιατρός.

> *«Επειδή δεν πήρα το φάρμακό μου, κι εξήγησα στον γιατρό για ποιο λόγο δεν το παίρνω, από τις παρενέργειες το κόβω, δεν το θέλω, δώδεκα χρόνια που το παίρνω, με πειράζει. Ότι γράφει παρενέργεια μέσα, τα έχω. Και δεν μπορώ να το αλλάξω, διότι αυτό σου ταιριάζει και δεν μπορώ να τ' αλλάξω. Ναι, αλλά εγώ πάω να τρελαθώ από τις παρενέργειες δεν μπορώ* […] *τώρα δεν θυμάμαι τις παρενέργειες λεπτομερώς, γιατί κάθε φορά που μου δίνουν, διαβάζω τις παρενέργειες αν αισθανθώ κάτι, μου συμβεί κάτι, να το πω στον γιατρό. Και σου λέω κι εγώ, δεν είναι ότι καλύτερο, και άργησε να μου το αλλάξει, μου' βαλε το zyprexa το χάπι, εγώ*

[69] Giddens, A., «Hamermas», *Μετά τον Εμπειρισμό*, οπ.π., σ. 181 – 182.
[70] Trostle, A., J., «Medical Compliance as an Ideology», *Social Science and Medicine*, τόμος 27, τεύχος 12, 1988, σ. 1299. Σύμφωνα με τον Trostle, η έννοια της συμμόρφωσης έχει μια κοινωνιολογική ιστορία η οποία παραπέμπει στην προσπάθεια για διαμόρφωση, αλλά και διατήρηση ενός ιατρικού ελέγχου πάνω στις τεχνικές υγιούς διαπαιδαγώγησης των ανηλίκων από τις αρχές του 20ου αιώνα.

πέταξα το χάπι, και αν είναι να πεθάνω, να πεθάνω σήμερα, να μην έχουμε άλλη παράτα μια που δεν πήρα τα φάρμακά μου, δεν πέθανε και κανείς. Επίσης δεν ενοχλούσα κανέναν να επιτεθώ σε κανέναν ποτέ, οπότε ζημιά του εαυτού μου δεν κάνω; Ε, δεν το παίρνω. Ανάστα ο Κύριος έγινε, μού έλεγε η μάνα μου, έλα στον Ευαγγελισμό στον Ευαγγελισμό δεν πήγα και με κλείσανε στο Δαφνί, υπέγραψε η μάνα μου να με κλείσουνε με εισαγγελική» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Αυτό που δεν μ' αρέσει, είναι η απειλή, αν δεν πάρεις τα φάρμακά σου, θα σε κάνουμε, θα σε δείξουμε, θα σε φτιάξουμε…*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

Επιπλέον, όπως προ ολίγου διατυπώσαμε, η αποδοχή ή όχι από τον πάσχοντα της αγωγής την οποία το πλαίσιο –εξ ονόματος του γιατρού- θεωρεί αδιαπραγμάτευτη αναφορικά με τη λήψη της, είναι ένα κριτήριο ελαττωμένης επικινδυνότητας και ικανοποιητικής συνεργασίας.[71] Γενικά θεωρείται ένας θετικός παράγοντας αναφορικά με την εξέλιξη της σχέσης δομής – αρρώστου. Βασικό μέλημα του προσωπικού είναι το να παίρνουν μπροστά τους οι άρρωστοι τα φάρμακα, κάτι που υπενθυμίζεται συνέχεια στους νοσηλευόμενους – «εισαγγελικούς» ή μη-. Όπως έχουμε αναφέρει, σε αρχικές φάσεις της νοσηλείας, ειδικά αν υπάρχει άρνηση, τα φάρμακα δίνονται σε ενέσιμη μορφή. Σε ερωτήσεις του τύπου: «*τι είναι αυτά τα φάρμακα;*», «*…τι χρειάζονται; Εγώ δεν χρειάζομαι φάρμακα…*» οι απαντήσεις ποικίλλουν. Είτε παραπέμπονται στο γιατρό τους («*ο γιατρός σας, που σας τα έγραψε, αυτός είναι υπεύθυνος να σας ενημερώσει. Όταν τον δείτε να τον ρωτήσετε*»), είτε δίνονται κάποιες «πλάγιες» απαντήσεις («*είναι για τα νεύρα*», «*είναι για τη διάθεση*» ή η αρκετά προτιμώμενη απάντηση «*είναι βιταμίνες*»). Βέβαια, σε πολλές περιπτώσεις αναφέρεται επακριβώς τι φάρμακα είναι, παρ' όλο που οι «παλιοί» «εισαγγελικοί» τουλάχιστον τα λίγο παλαιότερα φάρμακα τα γνωρίζουν πολύ καλά, ακόμα και εξ όψεως.

Αναφέρει χαρακτηριστικά ένας «περιορισμένος» άρρωστος την πρώτη φορά που του δίνονται τα φάρμακα από το στόμα: «*χμ, τι είναι;, aloperidin, nozinan, τούτο τι είναι;*

[71] Η αποδοχή της θεραπευτικής αγωγής αποτελεί τον βασικότερο ίσως στόχο των μακροχρόνιων προγραμμάτων ψυχοεκπαίδευσης, τόσο των ίδιων των πασχόντων, όσο και των οικογενειών τους. Νεότερα θεωρητικά μοντέλα προσπαθούν να δώσουν έμφαση στην δυνατότητα συνεργασίας και συναίνεσης του κλινικού και του πάσχοντα, αντί της «έξωθεν» προσπάθειας πειθούς, πίεσης η καταναγκασμού για την αποδοχή της αγωγής η οποίες πολλές φορές –ειδικά στην περίπτωση της ακούσιας νοσηλείας- συμβαίνει. Βλ. και: Leucht, S., «Psychoeducation and shared decision making as a way to reduce non compliance in mental disorders», *European Neuropsychopharmacology*, τόμος 21, τεύχος 1, 2011, σ. 109 – 110.

zyprexa;» «*zyprexa*» απαντά το προσωπικό. «*…δεν υπάρχει περίπτωση. Όσες φορές το πήρα δεν μου σηκώνεται…*» (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Έτσι, και ανάλογα την περίπτωση, φαίνεται να υπάρχει μια απόκρυψη της πραγματικής διάστασης: ακόμα και έμπειροι ψυχίατροι αποφεύγουν να σημασιοδοτούν την αγωγή με βαριές εκφράσεις, ενώ οι περισσότεροι ψυχίατροι προτιμούν ένα πιο «βιολογίζοντα» προσανατολισμό στις εκφράσεις τους: «*…αυτά τα φάρμακα είναι ουσίες που ρυθμίζουν τη λειτουργία των συνάψεων στον εγκέφαλο, ρυθμίζουν τη ντοπαμίνη, για να μην κάνεις άσχημες σκέψεις…*» αναφέρει ένας ψυχίατρος σε ένα νεαρό νοσηλευόμενο: η λέξη ψυχοφάρμακα είναι απαγορευτική.

2.2.στ. Φαρμακευτική αγωγή: «παιχνίδια εξουσίας», «πρακτικές αντίστασης»

«*…πάρτε το, ηρεμιστικό είναι.*» παραινεί ένας νοσηλευτής ένα νοσηλευόμενο. «*Να το πάρεις εσύ ρε, εγώ ήρεμος είμαι…*» απαντά ο δεύτερος… (συνομιλία νοσηλευόμενου με νοσηλευτή, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Εδώ ακριβώς εμφανίζεται χαρακτηριστικά η δυσλειτουργία: σαν να υφίστανται δύο πραγματικότητες, οι οποίες όχι μόνο «υπάρχουν», αλλά δυστυχώς δεν έχουν και δίαυλο επικοινωνίας. Η πραγματικότητα που «προτείνει» ο άρρωστος απορρίπτεται ως παθολογική, υπό το πρίσμα του ότι «*εσύ μπορεί να λες ότι δεν έχεις τίποτα, όμως εμείς όχι απλά ξέρουμε ότι έχεις κάτι, αλλά ξέρουμε και πως το λένε και τι να κάνουμε γι' αυτό*». Από την άλλη όμως η πραγματικότητα που «προτείνεται» στον άρρωστο δεν ονοματίζεται με το πραγματικό της –πάντα για τους «Ψ»- όνομα, γιατί τότε, απλά θα έπρεπε να λεχθεί στον πάσχοντα: «είσαι τρελός».

Από την πλευρά του αρρώστου, η προσπάθεια αποφυγής της αγωγής –εάν υφίσταται τέτοια προσπάθεια- μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Οι νοσηλευόμενοι δεν τα θέλουν.

«*Ε, όχι οι εισαγγελικοί. Οι εισαγγελικοί, λίγοι τα δέχονται. Τα δέχονται μόνο όσοι έχουν εμπειρίες. Όσοι έχουν εμπειρίες από πολλαπλές νοσηλείες, τα δέχονται, όχι γιατί πιστεύουν ότι θα τους κάνουν καλό, αλλά τα δέχονται, γιατί ξέρουν ότι δεν θα γίνει αλλιώς. Θα τα πάρουν έτσι κι αλλιώς, είτε από το στόμα, είτε με άλλη οδό χορήγησης, θα τα πάρουν, οπότε τα δέχονται*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Εκείνοι όμως που έρχονται για πρώτη δεύτερη φορά και υπερισχύει η ψυχοπαθολογία τους, έτσι, πέρα απ' αυτό το επίκτητο που έχουν αποκτήσει στην γνώση που έχουν από τις διάφορες έτσι νοσηλείες και τις συμπεριφορές, οι πρώτοι δεν τα δέχονται, τα αρνούνται τα φάρμακα δεν θέλουν να πάρουν, σου λέει "εμένα το τάδε φάρμακο μου' χει κάνει κακό, το τάδε μου κάνει εκείνο, το τάδε μου κάνει τ' άλλο", και δεν τα δέχονται. Σ' αυτή την περίπτωση έτσι, εξαντλούμε έτσι τους χρόνους, εξαντλούμε τα όρια, δηλαδή δίνουμε ένα περιθώριο "εντάξει, θα τα ξαναπούμε σε πέντε λεπτά ξέρω γω ή σε δέκα λεπτά" κι αν δούμε ότι είναι τελείως έτσι παγιωμένη υπόθεση, προχωράμε μετά σε ενέσιμη αγωγή. Αλλά το διαπραγματευόμαστε*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Δεν τα χρειάζονται, για τον απλό λόγο ότι δεν έχουν τίποτα,[72] άρα γιατί να πάρουν ψυχοφάρμακα; (σε αντίθεση με το προσωπικό, η λέξη «ψυχοφάρμακα» χρησιμοποιείται ευρέως από τους νοσηλευόμενους: «*τι είναι αυτά; Ψυχοφάρμακα*;»). Τους προκαλούν παρενέργειες.

«*Τώρα παραδέχομαι ότι χωρίς τα φάρμακα αυτά, αν με ξαναπιάσει η φάση της μανίας πάλι θα είμαι έτσι, αρνητικός* (στο ότι έχει κάποια πάθηση). *Απλώς ή μόνιμη επωδός κατά της αγωγής που λαμβάνω είναι οι παρενέργειες των φαρμάκων, η αύξηση βάρους, και αυτό είναι το λιγότερο. Μετά ότι έχεις έλλειψη ισορροπίας, ότι έχουν αντιανδρογόνο δράση, τέτοια πράγματα. Πολύ συχνή η υπνηλία. Δηλαδή ας πούμε, πάω στο γήπεδο τις προάλλες, Παναθηναϊκός – Ολυμπιακός, και ήμουν συνέχεια κρατημένος από τη κουπαστή, δεν μπορούσα ούτε τα σκαλοπάτια να ανέβω, μεγάλη ανισσοροπία ας πούμε. Το οποίο είναι κάπου ενοχλητικό, έχω περάσει τρεις μήνες που έχω βγει και ακόμα είμαι έτσι. Φαντάζομαι ότι τα φάρμακα που "βαράνε" είναι το invega και το seroquel…*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Αποδίδουν συμπτώματα στο φάρμακο αντί στη ψυχολογική τους κατάσταση: «*μα τι μου δώσατε; Έχω τρομερό εκνευρισμό και υπερένταση. Εκείνο το καινούριο φάρμακο πρέπει να φταίει…*». Το ρεπερτόριο είναι ανεξάντλητο. Βέβαια το συγκεκριμένο γεγονός βολεύει ιδιαίτερα και το προσωπικό, είναι ένας εύκολος δρόμος αποφυγής και μετάθεσης του

[72] Αναφερόμαστε και πάλι στην έννοια της εναισθησίας (ή καλύτερα στην έλλειψη εναισθησίας), η οποία είναι και ο βασικότερος λόγος ο οποίος συνδέεται με τα επίπεδα της μη συμμόρφωσης στην αγωγή. Ειδικά κατά την «ενεργή» φάση της πάθησης, δηλαδή κατά τη φάση της υποτροπής, η μη εναισθησία και οι πεποιθήσεις των πασχόντων αναφορικά με τη λήψη αγωγής είναι οι κύριες μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται με την έννοια της μη συμμόρφωσης. Βλ. Kampman, O., and al., «Indicators of medication compliance in first-episode psychosis», *Psychiatry Research*, τόμος 110, τεύχος 1, 2002, σ. 39 – 48.

προβλήματος: πολλές φορές (είτε γιατί υπάρχει «δύσκολη» ερώτηση, είτε επειδή, απλά, δεν υπάρχει διάθεση εκ μέρους του προσωπικού) αποσιωπάται το πρόβλημα: «*Να σας πω, έχω άγχος, δεν νοιώθω καλά, είμαι πολύ στεναχωρημένη, με ποιον να μιλήσω λιγάκι;*». «*Καθίστε να σας δώσω κάτι να ηρεμήσετε*» ή «*περιμένετε λιγάκι να σας πιάσει το φάρμακο και θα νοιώσετε καλύτερα*». Πολλές φορές επίσης, ο «όγκος» των φαρμάκων μπορεί να λειτουργήσει ανασταλτικά («*τι; τόσα πολλά;*») αν και κάποιοι άρρωστοι (οι οποίοι δεν ανήκουν κατά βάση στην κατηγορία των «εισαγγελικών») μπορεί να διαμαρτύρονται για ακριβώς το αντίθετο: «*Μόνο αυτά; Σπίτι μου έπαιρνα έξι lexotanil και δεν με πιάνανε…*». Αλλά και τα «κολπάκια» είναι αρκετά συνηθισμένα.

> «*Συνήθως είναι δύο άνθρωποι στα φάρμακα, κι οι υπόλοιποι είναι σε εργασίες μέσα στους θαλάμους, όπου χρειάζεται, γιατί το πρωί τέλος πάντων, αρκετοί άνθρωποι είναι κατουρημένοι θέλουν καθαριότητα κι αυτοί. Υπάρχουν και άρρωστοι βέβαια, που έκαναν κολπάκια, δεν ερχόντουσαν, φεύγανε γρήγορα, κρυβόντουσαν, μέσα στο μπούγιο* […]. *Δεν είχε καλό έλεγχο* […]. *Προσπαθούμε να μην του ενισχύουμε το διωκτικό πιθανά αν υπάρχει, το παρανοϊκό, και βρίσκουμε εμμέσους τρόπους. Παραδείγματος χάρη, του δίνουμε πρώτα τα φάρμακα, και μετά του παίρνουμε πίεση. Και μετά τον βάζουμε να του πάρουμε πίεση. Όταν μας αντιληφθεί, ότι τον παλεύουμε, μετά στα ίσια "Α, κύριε, ανοίξτε το στόμα σας κάντε δεξιά αριστερά τη γλώσσα". Στο οποίο εγώ δεν συμφωνώ αλλά, είπαμε ελλείψει προσωπικού αλλάζουν και τα θέματα τα θεραπευτικά. Δεν… Νομίζω ότι είναι σε επίπεδο έτσι, προχωρημένης εισβολής στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Να του λες "άνοιξε το στόμα σου" ή και μερικές φορές "γύρνα και το δάχτυλο" που λέει ο λόγος, για να δεις αν έχει πάρει τα φάρμακα ή όχι. Αλλά δυστυχώς είναι σημαντικότερο να πάρουν τα φάρμακα, έτσι; εκείνη την στιγμή είναι σημαντικότερο να πάρουν τα φάρμακα, από το πόσο προσβάλλεται τέλος πάντων…*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Πολλοί νοσηλευόμενοι προσπαθούν –άλλοτε με επιτυχία, και άλλοτε με όχι τόσο επιτυχημένο τρόπο- να κρύψουν και να πετάξουν τα φάρμακα που τους δίνονται: είτε δεν τα βάζουν στο στόμα, είτε τα κρύβουν κάτω από τη γλώσσα. Η συχνότατη παραίνεση «*πιες λίγο νερό ακόμη*» από το προσωπικό ή από την υπερπροστατευτική μητέρα που είναι «από δίπλα» προσπαθεί να ελαχιστοποιήσει αυτό το ενδεχόμενο. Άρρωστοι που ακριβώς μετά τη λήψη της αγωγής «τρέχουν» στην τουαλέτα, είναι «υψηλού κινδύνου». Αλλα και για αυτές τις περιπτώσεις, των «σκληροτράχηλων» «non – compliant» πασχόντων οι φαρμακευτικές εταιρίες έχουν μεριμνήσει. Κάποια φάρμακα παρασκευάζονται είτε και σε υγρή μορφή (όπως οι ιδιαίτερα διαδεδομένες σταγόνες aloperidin που προαναφέραμε) είτε σε *διασπειρόμενα* χάπια: κάτι σαν χάπια – καραμέλες. Μόλις το βάζεις στο στόμα σου,

λιώνει άμεσα (και αμετάκλητα). Επιπλέον, υπάρχουν σκευάσματα βραδείας αποδέσμευσης σε ενέσιμη μορφή:[73] Και το κεφάλαιο αυτό όμως εγείρει την προβληματική του. Από την μια, υπάρχει η θέση ότι ο άρρωστος δεν χρειάζεται μια και δύο φορές κάθε μέρα να ανησυχεί για την αγωγή. Από την άλλη, άπαξ και σου γίνει μια τέτοιου τύπου ένεση/ αγωγή, θα «παίρνεις φάρμακο» για δύο εβδομάδες. Θες δεν θες.

2.2.ζ. Αναπαραστάσεις: οι «παρενέργειες»

Ανάμεσα στο προσωπικό, αλλά και στους ασθενείς, ειδικά στους «επαΐοντες» εξ αυτών, υπάρχουν και επενεργούν διάφορες αναπαραστάσεις. Για παράδειγμα, υπάρχει διαχωρισμός σε «παλιά» και «καινούρια» φάρμακα. Ενώ τα «παλιά» είναι καλύτερα, δυστυχώς έχουν παρενέργειες. Πάντως είναι καλύτερα για την οξεία φάση, ενδεικτικό ότι το περίφημο ψυχιατρικό *cocktail* αποτελείται από τρεις ουσίες (δύο αντιψυχωτικά φάρμακα και ένα για την πρόληψη τυχόν παρενεργειών) οι οποίες είναι από τις παλαιότερες στη ψυχιατρική κλινική πρακτική. Βέβαια, η θεματική «παρενέργειες» είναι εξίσου μεγάλη και σοβαρή. Αναφέρει μια νοσηλευόμενη για ένα ευρέως διαδεδομένο φάρμακο το οποίο χρησιμοποιείται (ή τουλάχιστον, παλαιότερα) για την αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής:

> «*Μ' ενόχλησε που θα έπρεπε να παίρνω φάρμακα, αλλά με ανακούφιζε παράλληλα. Εκείνο που βλέπω εκ των υστέρων, είναι ότι δηλητηριάστηκα με άφθονες ποσότητες λιθίου, που εκ των υστέρων αποδείχθηκαν άκαρπες, δηλαδή, είμαι τώρα τόσα χρόνια χωρίς λίθιο, και δεν έχω παρουσιάσει καμία επιπλοκή. Άρα, το λίθιο δεν μου χρειαζότανε, άδικα δηλητηριάστηκα με λίθιο. Διότι αν ήταν να πάθω κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο, θα το είχα πάθει, και δεν έχω πάθει. Άρα, δεν είναι το λίθιο αυτό που με προστάτευε. Το λίθιο το "ηλίθιο" που το λέω εγώ, γιατί αποβλακώνει τον άνθρωπο. Τον αποβλακώνει. Χώρια που κάνει βλάβες σε ζωτικά όργανα, νεφρούς, καρδιές, θυροειδή*».

[73] Αναφορικά με τις πεποιθήσεις των επαγγελματιών για τα «σκευάσματα μακράς αποδέσμευσης», φαίνεται ότι πολλοί παράγοντες επηρεάζουν τις επιλογές τους: το κόστος, η δυνατότητα του πάσχοντα να «κλείνει» τακτικά follow up για επανεξέταση, το επίπεδο ενσυναίσθησης, αλλά και το «προφίλ» των συμπτωμάτων του. Πάντως φαίνεται ότι υπάρχει διάσταση ανάμεσα στις πεποιθήσεις των επαγγελματιών αναφορικά με την αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών και το κατά πόσο τελικά τις χορηγούν. Βλ. Miles, S., W., and al., «Determining what practicing clinicians believe about long – acting injectable antipsychotic meditation», *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, τόμος 15, τεύχος 2, 2011, σ. 135 – 144.

Η συγκεκριμένη γυναίκα αναφέρει, στην «απλή καθομιλουμένη» την επικινδυνότητα του συγκεκριμένου φαρμάκου. Μια επικινδυνότητα που όλα ανεξαιρέτως τα εγχειρίδια ψυχοφαρμακολογίας επίσης επισημαίνουν[74]. Θεωρούμε ότι η συγκεκριμένη παραδειγματική παρουσιάζει με σαφή τρόπο την αμφισημία που η θεματική «φαρμακευτική αγωγή» μπορεί να εμπεριέχει. Μια αμφισημία η οποία –αν μη τι άλλο- «ανοίγει το δρόμο» σε διαφορετικές αποδώσεις και ερμηνείες. Έτσι, κάποιο φάρμακο (το *λίθιο*, για παράδειγμα) για τους επαγγελματίες μπορεί κάλλιστα να ερμηνεύεται ως αποτελεσματικό, αλλά και χρήζον συστηματικής παρακολούθησης για τυχόν παρενέργειες, ενώ για τους πάσχοντες να αναπαρίσταται διαφορετικά: Σαν ηλίθιο…

Αν και οι περισσότερες παρενέργειες των ψυχοτρόπων φαρμάκων αντιμετωπίζονται, εν τούτοις πολλές από αυτές είναι ιδιαίτερα εμφανείς: ακαθισία (ο άρρωστος δυσκολεύεται να παραμείνει καθιστός ή ξαπλωμένος), τρέμουλο, «μαγκώματα» (συνηθισμένη παρενέργεια: ο άρρωστος νοιώθει τις αρθρώσεις του «κλειδωμένες», ενώ μια πολύ οδυνηρή παρενέργεια είναι η *βολβοστροφή*. Οι βολβοί των ματιών του αρρώστου συστρέφονται στις κόχες χωρίς τη θέλησή του), υπόταση και ζαλάδες, σιελόρροια, η ξηροστομία, διαταραχές στην ούρηση και στη στύση, καθώς και πολλές άλλες, ανάλογα με την φαρμακευτική ουσία, η αναφορά των οποίων ίσως δεν είναι επί του παρόντος. Τέλος, ένα ακόμα ενδιαφέρον σημείο, είναι το πώς το «φάρμακο» γίνεται (ή έστω, βοηθάει) στη διαδικασία της διάγνωσης. Είναι συνήθης πρακτική, ο ψυχίατρος που εξετάζει έναν άρρωστο τον οποίο δεν έχει ξαναδεί να κοιτά στο βιβλιάριό του για ενδείξεις του «φαρμακολογικού ιστορικού» του εξεταζόμενου ώστε να προσανατολιστεί και στη πάθηση.

Από την άλλη υπάρχουν άρρωστοι οι οποίοι, όχι μόνο δεν αρνούνται την θεραπευτική αγωγή, αλλά μάλλον την επιζητούν. Τέτοιοι άρρωστοι δύσκολα «κάνουν χωρίς χάπια», ειδικά δύο κατηγοριών: υπναγωγά/ υπνωτικά και βενζοδιαζεπίνες. Οι τελευταίες είναι μια αρκετά μεγάλη κατηγορία, η οποία περιλαμβάνει πολλά (και γνωστά με τις εμπορικές τους ονομασίες στο «κοινό») φάρμακα: tavor, lexotanil, stedon, valium, xanax, sparine, και αρκετά ακόμα. Το πρόβλημα με τις βενζοδιαζεπίνες είναι ότι προκαλούν εξάρτηση (ή τουλάχιστον αυτό πιστεύεται). Όπως ήδη λέχθηκε, οι παλιοί τρόφιμοι των ψυχιατρείων όχι μόνο γνωρίζουν όλα αυτά τα σκευάσματα, αλλά εκφέρουν και σθεναρή άποψη.

[74] Ενδεικτικά και μόνο, βλ. Stahl, M., S., *Βασική Ψυχοφαρμακολογία*, εκδ. Βήτα, Αθήνα, 2009, σ. 303 – 312., Hales, E., R., *Concise Guide to Psychopharmacology*, εκδ. American Psychiatric Publishing, Washington D.C., 2002, σ. 123 – 129.

Χαρακτηριστικά, υπάρχει μια γενικευμένη αποστροφή για το aloperidin, το φάρμακο-σταθμό στη σύγχρονη ψυχιατρική γιατί –παρόλα τα ευεργετικά αποτελέσματα που έχει σύμφωνα με τη γνώμη πολλών εκ των ψυχιάτρων- δυνητικά οι παρενέργειές του είναι και έντονες και θορυβώδεις: «*…δεν το θέλω σου λέω το aloperidin. Με διαλύει…*».[75]

Η άποψη των επαγγελματιών, ψυχιάτρων και των υπολοίπων, πάντως τείνει να είναι ομοιογενής στη βάση της. Παρ' όλες τις δυσκολίες (κυρίως υπό την μορφή των παρατηρούμενων παρενεργειών, αλλά και του κατασταλτικού χαρακτήρα που πολλές φορές ενέχει το φάρμακο), η φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη, τουλάχιστον στις περιπτώσεις στις οποίες έχουμε «βαριά ψυχοπαθολογία». Η θέση αυτή, με ότι συνεπάγεται είναι αδιαπραγμάτευτη.

Να επισημάνουμε δύο επιπλέον ευρήματα. Πρώτον, πολλές φορές η χορηγούμενη αγωγή δίνεται σε συνάρτηση εξω-νοσολογικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα στις δοκιμές ενός καινούριου φαρμάκου (πάντα με τη σύμφωνη γνώμη του αρρώστου, αν και προσωπικά πιστεύουμε ότι πολλές φορές δέχεται από υποχρέωση). Ίσως όμως το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η σχέση φαρμάκου και τιμής: η Ε. είναι μια μετανάστρια από τη Σιέρα Λεόνε. Είναι παράνομη, δεν έχει ακόμα κάρτα, άλλωστε μπορεί να μην αποκτήσει ποτέ. Κατά την προσαγωγή της, μια συνοδός της αναφέρει ότι είναι η δεύτερη «εισαγγελική» στην Ελλάδα. Όταν βγήκε –σε καλή κατάσταση από το προηγούμενο νοσοκομείο- το βασικό φάρμακο που της συνταγογραφήθηκε ήταν το solian, ένα αξιόπιστο καινούριο φάρμακο χωρίς πολλές παρενέργειες. Δυστυχώς, κοστίζει περίπου 300 ευρώ το κουτί.

Δεύτερον, πολλές φορές παρατηρείται το φαινόμενο ο άρρωστος να συν-πάσχει και από κάποιο άλλο νόσημα, όπως για παράδειγμα καρδιαγγειακό, η συχνότερα πνευμονολογικό. Ας μην ξεχνάμε ότι οι περισσότεροι από αυτούς είναι «βαριοί» καπνιστές. Πολλές φορές η σημασία (αλλά και η αντιμετώπιση) τέτοιων καταστάσεων, μπροστά στην έντονη και θορυβώδη ψυχιατρική εικόνα, ελαχιστοποιείται και αντιμετωπίζεται ελλιπώς ή και καθόλου: ο Κος Μ. πάσχει από διαβήτη, είναι υπέρβαρος, παρουσιάζει αρχόμενη ΧΑΠ (Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια), καθώς και έλλειψη μιας βιταμίνης του φυλλικού οξέως. Δυστυχώς το φυλλικό οξύ «βγαίνει» μόνο σε ενέσιμη μορφή, οπότε: «*…ενέσεις για*

[75] βλ. Stahl, M., S., *Βασική Ψυχοφαρμακολογία*, οπ.π., σ. 21 - 26., Hales, E., R., *Concise Guide to Psychopharmacology*, οπ.π., σ. 89 – 100.

έλλειψη βιταμίνης; Τι ενέσεις; Δεν κάνω εγώ ενέσεις. Είμαι φουλ στις βιταμίνες…» απαντάει. «*Αλήθεια, βιταμίνες θα κάνουμε…*» τον βεβαιώνει το προσωπικό. Ματαίως. Φύλαγε τα ρούχα σου, για να ΄χεις τα μισά…

2.2.η. Περί φαρμακείας: συμπεράσματα

Η φαρμακευτική αγωγή, με το «διπλό ρόλο» της (θεραπευτικό και κατασταλτικό) τείνει να είναι, ή καλύτερα **είναι**, έχει γίνει η «αιχμή του δόρατος» για τη σύγχρονη ψυχιατρική.[76] Η έννοια της «συμμόρφωσης» (compliance) ίσως είναι ένα από τα βασικά διακυβεύματα στο χώρο της ιατρικής γενικότερα, πόσο μάλλον της ψυχιατρικής. Και μένει να δούμε στην ανάλυση των αποτελεσμάτων τον ρόλο που η θεματική «ψυχότροπες ουσίες» αποκτά και ανακτά στη σύγχρονη κλινική ψυχιατρική πρακτική. Άλλωστε, το ένα από τα βασικότερα ίσως ευρήματα της μελέτης είναι η –σχεδόν απόλυτη- εκλογίκευση και δικαιολόγηση των όποιων κατασταλτικών ή πειθαρχικών χειρισμών μέσω της αναπαράστασης για την αναγκαιότητα χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής. Με άλλα λόγια, η «εισαγγελική» και όλες οι αρνητικές πρακτικές που τη «συνοδεύουν» γίνονται, συμβαίνουν για να πάρει ο πάσχων τα φάρμακά του. Σαν το «φάρμακο» να έχει υποκαταστήσει, σχεδόν πλήρως κατά τη γνώμη μας, το παλαιότερο σύμπλοκο συμπεριφορών που ο Foucault έχει εντάξει κάτω από τον τίτλο «τιμωρία». Ας προσέξουμε όμως. Η «τιμωρία», όχι υπό μια (απλουστευτική) μορφή ενός ανταποδοτικού μηχανισμού, αλλά σαν το σύνολο των πρακτικών οι οποίες παρεμβαίνουν τόσο στην υποκειμενικότητα, όσο και στο *Συλλογικό*. «*Θα έρθει μια μέρα…όπου αυτός ο "άνθρωπος", που ανακαλύπτεται σε κάθε εγκληματία, θα γίνει ο στόχος της ποινικής επέμβασης, το αντικείμενο που η ποινική επέμβαση διατείνεται ότι θα το αναμορφώσει και θα το μεταβάλλει…*».[77] Και αυτό γιατί φρονούμε ότι στη βασική μεταλλαγή της ψυχιατρικής, από το παλαιότερο στο καινούριο «προφίλ» της, (μια ψυχιατρική προσανατολισμένη στη κοινότητα, με ότι αυτό σημαίνει, και όχι στο Άσυλο), το κομβικό ίσως σημείο σε αυτή τη μεταλλαγή είναι η έννοια του «φαρμάκου». Άλλωστε, οι περισσότεροι θεωρητικοί συμφωνούν ότι η εξέλιξη της Ψυχοφαρμακολογίας ήταν αυτή

[76] Rubia, K., «The neurobiology of Meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders», *Biological Psychology*, τόμος 82, τεύχος 1, Σεπτέμβριος 2009, σ. 1-11.
[77] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, μτφ. Κ. Χατζηδήμου, Ι. Ράλλη, Ράππας - Κέδρος, Αθήνα, 2004, σ. 100.

η μεταβλητή που επί της ουσίας λειτούργησε ώστε να γίνει εφικτή η μετάβαση του πλήθους των τροφίμων των ασύλων στην κοινότητα.[78]

Οι Pilgrim και Rogers αναφέρουν: «*Η κοινωνιολογική σημασία της συνταγογράφησης και της συμμόρφωσης των ασθενών με τα αντιψυχωσικά εκτείνεται πέρα από το ζήτημα των δυσμενών επιπτώσεων και πρακτικών του ψυχιατρικού επαγγέλματος. Η "μη συμμόρφωση" των ψυχιατρικών ασθενών με τα φάρμακα έχει εξελιχθεί σε σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα. Οι εικόνες της αποασυλοποίησης, που προωθούνται συχνά από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, έχουν γίνει συνώνυμες με την εμφάνιση κοινωνικά ανεπίτρεπτης συμπεριφοράς από πρώην ψυχιατρικούς ασθενείς που ζουν στην κοινότητα. Στο πλαίσιο αυτού του σεναρίου, που επανειλημμένως δημοσιοποιείται κατά περιόδους, η φαρμακοθεραπεία περιγράφεται ως ένα αξιόπιστο μέσο διαχείρισης και ελέγχου των ατόμων που θεωρούνται δυνητική απειλή για την τάξη της κοινωνίας. Η συμμόρφωση με τη λήψη αυτών των φαρμάκων έχει φτάσει να θεωρείται δείκτης της επιτυχίας ή της αποτυχίας μιας πολιτικής ψυχικής υγείας που προσανατολίζεται στη "φροντίδα στο πλαίσιο της κοινότητας". Μ' αυτήν την έννοια, η ανάγκη για τη συμμόρφωση των ασθενών, δεν εκπορεύεται μόνο από την κοινωνική πίεση για την κατάλληλη διαχείριση των ψυχιατρικών ασθενών, αλλά είναι κεντρικό δόγμα της διαχείρισης των προβλημάτων ψυχικής υγείας, γενικότερα*».[79]

Αλλά και στο πεδίο της ακούσιας νοσηλείας, ένα από τα μείζονα θέματα είναι η υποχρεωτική χορήγηση αγωγής κατ' οίκον, μια πρακτική που σε άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας εφαρμόζεται ήδη. Με λίγα λόγια, η υποχρεωτική χορήγηση αγωγής στο σπίτι του πάσχοντα τείνει να αντικαταστήσει μερικώς τον αναγκαστικό εγκλεισμό. Μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα εξέλιξη: «*Στις Ηνωμένες Πολιτείες η "ακούσια αστική προσαγωγή εξωτερικού ασθενούς" είναι σήμερα ευρέως αποδεκτή ως αρχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας* […] *με νομοθεσίες που επιτρέπουν την ακούσια παρέμβαση σε εξωτερικούς ασθενείς, στη βάση της αναγκαιότητας υποβολής σε θεραπεία* […]. *Στη Βρετανία* […] *το Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων υποστήριξε την ανάγκη ενός "καθεστώτος κοινοτικής θεραπείας". Αυτό θα συνεπάγονταν την καταναγκαστική ενέσιμη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων σε άτομα, στο ίδιο τους το σπίτι*».[80] Αναφέρει χαρακτηριστικά μια επιμελήτρια ψυχίατρος:

---

[78] Όπως έχει αναφερθεί ήδη, για τη διαδικασία της αποκατάστασης και της μετάβασης από το «άσυλο» στη «κοινότητα» βλ. Μαδιανός, Μ., *Ψυχιατρική και Αποκατάσταση*, οπ.π., σ. 484 – 499.
[79] Βλ. Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 232.
[80] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 319 – 320.

«*…αν δεν υπάρχει εναισθησία; Αυτό είναι ένα θέμα που συζητούσαμε και από το Δαφνί κιόλας. Ότι ίσως θα πρέπει να υπήρχε και νομοθετικό πλαίσιο για την υποχρεωτική "λονγκ άκτινγκ" (Long Acting) θεραπεία.*[81] *Δηλαδή, έχουν έρθει άτομα με εισαγγελική, χωρίς να' χουν υποτροπή, που τους φέρνουν αναγκαστικά συγγενείς γιατί αρνούνται να κάνουν την ενέσιμη αγωγή τους ξέρω γω, κι εκείνος ο γονιός ανησυχεί γιατί το' χει περάσει το παραμύθι 15 φορές πριν. Κι έχει και δίκιο που ανησυχεί. Αλλά αυτό δεν είναι ούτε λόγος νοσηλείας και βάσει του συστήματος έπρεπε να υπήρχε κάποιος τρόπος που θα 'τανε χωρίς λόγο νοσηλείας. Είναι η απόφαση ξέρω 'γω, ότι έχουν γνωματεύσει οι γιατροί ότι πρέπει να παίρνει "λονγκ άκτινγκ" αγωγή, και αν δεν παρουσιαστείς να την κάνεις εκείνη τη μέρα ξέρω γω, θα έρθει κάποιος να σε πάρει, μόνο για να την κάνεις. Θα μπορούσε να' ναι "υποχρεωτική νοσηλεία κατ' οίκον" θα μπορούσε να' ναι υποχρεωτική έστω. Δηλαδή, εμένα μου' χει τύχει το εξής. Να είναι στα Επείγοντα, να έρθει γιατί δεν έχει κάνει την aloperidin την δεκανοϊκή να πείθω τον ασθενή να κάνει δεκανοϊκή και να μην έχω στα επείγοντα δεκανοϊκή. Και να μου λένε "νοσήλευσέ τον".* ***Δηλαδή, είναι αστείο****. Θα έπρεπε να υπάρχει κάποιο τμήμα, κάποια μονάδα να γίνει η μεταφορά μόνο γι' αυτό το λόγο, να γίνει η ενέσιμη αγωγή. Έστω και με την αστυνομία αν χρειαζότανε.*» (Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β., Γενικό Νοσοκομείο).

[81] Long acting θεραπεία: Όπως αναφέρθηκε ήδη, πρόκειται για φαρμακευτικά σχήματα βραδείας αποδέσμευσης. Πρόκειται για ενέσιμα φάρμακα που γίνονται μια φορά το δεκαπενθήμερο ή μια φορά το μήνα και –θεωρητικά- ο πάσχων είναι καλυμμένος φαρμακευτικά για όλο το μεσοδιάστημα. Φάρμακα όπως η «δεκανοϊκή αλοπεριδόλη» ή το νεώτερο Risperdal Consta (από τα πιο ευρέως γνωστά).

2.3. Η «καθήλωση»[82]

Αναφορικά με τις συνθήκες «κράτησης» και νοσηλείας του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου, ένα από τα συνεχώς αναδυόμενα στοιχεία ανάμεσα στους επαγγελματίες είναι το αίσθημα φόβου και ανασφάλειας το οποίο το προσωπικό βιώνει (τόσο οι επαγγελματίες στα «ανώτερα» κλιμάκια, για παράδειγμα οι επιμελητές ψυχίατροι, όσο και το «κατώτερο» βοηθητικό προσωπικό). Αυτό το αίσθημα φόβου ή/και ανασφάλειας φαίνεται ότι απορρέει, όχι τόσο από την επικινδυνότητα του νοσηλευόμενου, όσο από την πιθανότητα των συνεπειών αν δεν εισαχθεί ή αν αποδράσει.

> «*Και αν την "κάνει"; Που ξέρω εγώ τι θα πάει να κάνει; Και καλά, εγώ σου λέω ότι δεν θα κάνει τίποτα. Σπίτι του θα γυρίσει* (τις περισσότερες φορές οι νοσηλευόμενοι που το "σκάνε" γυρίζουν σπίτι τους) *Και αν στο δρόμο τον χτυπήσει κανένα αυτοκίνητο; Ποιον θα τρέχουνε; Εμένα. Θα πούνε, "ποιος ήταν ο υπεύθυνος βάρδιας όταν το έσκασε; Εσείς; Ελάτε εδώ κύριε…" Αφού είναι γνωστό, σε τέτοιες καταστάσεις όλοι προσπαθούν να βγάλουν την ουρά τους απ' έξω. Οπότε λες, "γιατί να με τρέχουν;" Την άλλη φορά, στις αρχές, έναν τον έδιωξε ο επιμελητής, δεν είχε κρεβάτι, δεν τον έβαλε. Και ο εισαγγελέας τον πήγε αυτόφωρο. Άντε πες τώρα σε αυτόν να μην τους βάζει.*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Ουσιαστικά, το μήνυμα που έχουν δεχθεί και βιώνουν οι επαγγελματίες του χώρου είναι ότι το πλαίσιο είναι υπεύθυνο, όχι μόνο για την θεραπευτική αντιμετώπιση του νοσηλευόμενου, αλλά και για την κράτησή του. Αυτή η θέση, όσο πιο «ενδοβλημένη» είναι από τις κλινικές, τόσο περισσότερο διαφοροποιεί το «χαρακτήρα» του, τις τεχνικές του και τις αντιδράσεις του απέναντι στον άρρωστο: αλλάζει συνολικά η φιλοσοφία της δομής. Η «καταστολή», και ο «περιορισμός» λαμβάνουν ένα πρωτεύοντα χαρακτήρα. Αναφέρει, λίγο – πολύ αστειευόμενος, ένας νοσηλευτής: «*Δύο είναι οι βασικοί λόγοι που δένεται ένας άρρωστος. Ο πρώτος είναι το να μην φύγει. Ο δεύτερος είναι το να μην φύγει…*» Φυσικά υπάρχουν πολλές μεταβλητές που συνεισφέρουν, με την *φυγή* να είναι μόνο η μία. Η κλινική εικόνα του νοσηλευόμενου, οι «εφεδρείες» του υπάρχοντος προσωπικού, το κατά πόσο ο πάσχων ερμηνεύεται ως επικίνδυνος, το κατά πόσο είναι «υποβόλιμος» στις υποδείξεις του προσωπικού, η ενόχληση (nuisance) που πιθανόν να προκαλεί, η παρουσία ή όχι συγγενών, όλοι αυτοί είναι παράγοντες που επηρεάζουν το αν θα «περιοριστεί» ο νοσηλευόμενος. Ουσιαστικά, οι πρώτες παρεμβάσεις σημασιοδοτούν μια αρχική –και

[82] Θα επανέλθουμε στο θέμα της καθήλωσης στο κεφάλαιο περί βίας, και επικινδυνότητας.

κυρίως ενδεικτική- διαντίδραση. Ενδεικτική του τρόπου που θα συμπεριφερθεί ο νοσηλευόμενος απέναντι στις επιταγές του πλαισίου. Με άλλα λόγια, τι στάση θα κρατήσει. Αναφέρει ο Goffman: «…*οι πρώτες αυτές στιγμές εκκοινωνισμού μπορεί ενδεχομένως να συμπεριλάβουν μια "δοκιμασία υπακοής" όπως και μια αναμέτρηση με σκοπό το σπάσιμο του ηθικού: ένας τρόφιμος που δείχνει απείθεια υποβάλλεται αμέσως σε ορατή τιμωρία που εντείνεται μέχρι να πει "παραδίνομαι"*…».[83]

Η καθήλωση, ή *θεραπευτικός κλινοστατισμός*,[84] όπως προτιμάται να ονομάζεται αφορά τον περιορισμό του πάσχοντα, την ακινητοποίησή του πάνω στο κρεβάτι με κάποιας μορφής δεσμά. Υπάρχει ιδιαίτερα ογκώδης βιβλιογραφία αναφορικά με το συγκεκριμένο πεδίο, καθώς και αρκετά πρωτόκολλα τα οποία αναφέρονται στους λόγους οι οποίοι πρέπει να συντρέχουν ώστε κάποιος να *περιοριστεί μηχανικά* (μια πιο «επίσημη» έκφραση) αλλά κυρίως στη διαδικασία που πρέπει να ακολουθηθεί. Στους «Ψ» χώρους είναι γνωστό ότι τα συγκεκριμένα πρωτόκολλα σπάνια έως ποτέ δεν ακολουθούνται. Οι προϋποθέσεις που θέτουν απέχουν παρασάγγας από τα ελληνικά δεδομένα. Συνήθως ο άρρωστος δένεται με δερμάτινους ιμάντες (είναι σχεδόν ίδιοι με τις ζώνες των παντελονιών) οι οποίοι κλειδώνουν με λουκέτα από ένα ή περισσότερα άκρα, συνηθέστερα ένα χέρι και ένα πόδι. Ένα ενδιαφέρον σημείο: όπως αναφέραμε, όσο πιο επικίνδυνος θεωρείται ότι είναι ένας πάσχων, και ασχέτως της επιθετικής ή μη συμπεριφοράς που πιθανόν να παρουσιάζει, υπάρχει αντίστοιχα και περιορισμός από περισσότερα άκρα. Ο ελάχιστα επικίνδυνος δένεται από το ένα πόδι, ενώ ο μέγιστα επικίνδυνος από τα τέσσερα άκρα.

Ένα δεύτερο ενδεικτικό σημείο είναι το ότι δεν υπάρχει κάποιο ειδικό (και ειδικευμένο) προσωπικό το οποίο να είναι υπεύθυνο για αυτές τις πρακτικές. Ο περιορισμός του πάσχοντα γίνεται κατά βάση από το νοσηλευτικό προσωπικό, με την παρουσία κάποιων security, εάν υπάρχουν. Το βασικό όμως είναι ότι η κατασταλτική σωματική επαφή γίνεται από τους ανθρώπους εκείνους οι οποίοι ταυτόχρονα, και για όλο το διάστημα της παραμονής του πάσχοντα στο χώρο, θα είναι σε μεγάλο βαθμό τα πρόσωπα αναφοράς σε σχέση με τις θεραπευτικές και ανακουφιστικές πρακτικές. Οι αντιστάσεις που προβάλει ο άρρωστος μπορεί να είναι μηδενικές έως και πολύ έντονες. Συνήθως, όσο πιο

[83] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 35.
[84] Το μήνυμα που «κυκλοφορεί» στο προσωπικό αναφορικά με τις συγκεκριμένες τεχνικές είναι το ότι καλύτερα να μην ονοματίζονται με σκληρές λέξεις: *«Ας μην λέμε "τους δένουμε", να λέμε "τους περιορίζουμε" ή "εφαρμόστηκε θεραπευτικός κλινοστατισμός"»*.

«οργανωμένος»[85] είναι ο πάσχων τόσο πιο χρονοβόρα, αλλά και πιο έντονη (με πολλές αντιστάσεις) είναι η καθήλωση. Μαζί με τον περιορισμό του αρρώστου συνήθως γίνεται και η ενέσιμη αγωγή, και μετά ο πάσχων περιορίζεται. Γενικός εφαρμόσιμος κανόνας δεν υπάρχει. Αν υπάρχει διαθέσιμο κρεβάτι σε θάλαμο, ο πάσχων «μπαίνει» κατευθείαν σε κρεβάτι. Αν υπάρχει προοπτική για «σκληρή» καθήλωση, σύμφωνα με την «Ψ» αργκό, προτιμώνται κάποια κρεβάτια τα οποία είναι σιδερένια, καθώς και κάποιοι θάλαμοι οι οποίοι να έχουν κάγκελα στο παράθυρο. Αν δεν υπάρχει κρεβάτι, ή ο άρρωστος έρχεται σε προχωρημένη ώρα παραμένει σε ράντζο στο διάδρομο της κλινικής. Όπως προλέχθηκε, πολλοί πάσχοντες δέχονται αδιαμαρτύρητα τον περιορισμό, κάποιοι είναι τόσο «σοκαρισμένοι» από την –εντελώς απρόσμενη γι' αυτούς και τη πραγματικότητά τους- εξέλιξη, ώστε και μόνο η παρουσία τεσσάρων – πέντε ατόμων τους κάνει να δεχθούν την παρέμβαση. Μερικές φορές ο πάσχων μπορεί να διαμαρτυρηθεί λεκτικά, να φωνάζει, να βρίζει, να ουρλιάζει. Κάποιες άλλες πιθανόν να υπάρξει σωματική αντίσταση η οποία μπορεί να είναι από ήπια μέχρι έντονη: χτυπήματα, κλωτσιές, δαγκώματα. Μια, όχι και τόσο συχνή, αλλά άξια αναφοράς, συμπεριφορά είναι το φτύσιμο. Κάποιοι άρρωστοι (ειδικά μερικοί οι οποίοι γνωρίζουν ότι πάσχουν από κάποιο μεταδοτικό νόσημα, ηπατίτιδα ή aids) αρέσκονται να προσπαθούν να φτύνουν τους επίδοξους δεσμώτες τους:

> Αργά το απόγευμα στα εξωτερικά ιατρεία ενός Γενικού Νοσοκομείου. Η Αστυνομία και το ΕΚΑΒ προσάγει μια γυναίκα με εισαγγελική παραγγελία, με τη συνοδεία της μητέρας της. Η φερόμενη είναι δεμένη με χειροπέδες σε το φορείο του ασθενοφόρου. Σε άσχημη κατάσταση, δεν δείχνει να αντιλαμβάνεται που βρίσκεται. Δεν μιλάει καθόλου. Σε όποια προσπάθεια συνομιλίας το μόνο που κάνει είναι να φτύνει. Οι νοσηλεύτριες προσπαθούν να της κάνουν μια ένεση. «*Βάλτε μάσκες*» προειδοποιεί η πιο «παλιά» από αυτές τις υπόλοιπες. Μια εξ αυτών προσπαθεί να βάλει μια μάσκα και στη άρρωστη. Αυτή προσπαθεί, και καταφέρνει, να δαγκώσει τη μάσκα και να την βγάλει. Συνεχίζει να φτύνει, μια από τις νοσηλεύτριες δέχεται μια «ογκώδη» ποσότητα σάλιου στο αυτί της. «*Τρέξε τώρα και πλύσου, δεν ξέρεις τι μπορεί να έχει*» της λέει μια συνάδελφός της. Η νοσηλεύτρια τρέχει να πλυθεί. «*Βλέπεις τι τραβάμε*» μου λέει. (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

[85] Σαν «οργανωμένος» περιγράφεται ο άρρωστος ο οποίος ενώ συνήθως έχει «βαρύ» παραλήρημα και μηδενική εναισθησία (δεν πιστεύει, δηλαδή, ότι είναι άρρωστος), παρ' όλα αυτά, έχει οργανωμένη συμπεριφορά: καλό λόγο, συγκροτημένη σκέψη, ικανοποιητικό επίπεδο ομιλίας και συνδιαλλαγής, φυσιολογική εξωτερική εμφάνιση και συμπεριφορά. Οι γνωστικές του λειτουργίες –σε ένα πρώτο επίπεδο- φαίνονται φυσιολογικές.

Από εκεί και ύστερα, η κατάσταση ποικίλει. Ο περιορισμένος άρρωστος μπορεί να παραμείνει δεμένος από τα δύο ή τα τρία άκρα, με ελεύθερο το ένα του χέρι –κυρίως για να μπορεί να καπνίζει-. Τις περισσότερες φορές, το προσωπικό είναι αυτό που κρατάει τα τσιγάρα, και κυρίως τους αναπτήρες, αντικείμενα τα οποία πολλές φορές γίνονται ένα ιδιότυπο μέσο συνδιαλλαγής: «*μόλις πάρεις τα φάρμακά σου, θα σου φέρω και τσιγάρο…*». Η κατοχή αναπτήρα από τους περιορισμένους αρρώστους είναι θεωρητικά τουλάχιστον απαγορευτική: ο πάσχων μπορεί είτε να κάψει / κόψει τους ιμάντες με αυτόν, είτε να αυτοπυρποληθεί (εκούσια, λόγω της συμπτωματολογίας του, ή ακόμα και κατά λάθος: ένα συχνό φαινόμενο σε «Ψ» χώρους είναι ασθενείς να κοιμούνται σε κρεβάτια, σε πολυθρόνες, ακόμα και σε καρέκλες έχοντας ξεχάσει ένα αναμμένο τσιγάρο ανάμεσα στα δάχτυλά τους). βάζοντας φωτιά στα κλινοσκεπάσματα ή στο στρώμα. Η παρακάτω αφήγηση είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική:

> «*Άλλοι έχουν καταφέρει να βγάλουν -περιορισμένοι ασθενείς σε δύο ή σε τρία άκρα- κι έχουν καταφέρει να βγάλουν το κρεβάτι έξω από το δωμάτιο, με το τσιγάρο έχουν καταφέρει να κάψουν ιμάντα. Ασθενείς,, αυτό είναι σημαντικό, αυτό είναι σημαντικό. Κινδύνεψε ασθενής να καεί ολόκληρος, επειδή κατάφερε κι έβαλε φωτιά στο στρώμα του δεν το' βαλε για λόγους αυτοκαταστροφής, απλά έπαιζε κάπνιζε, έπαιζε και πήρε φωτιά το στρώμα του και φούντωσε όλη η κλινική καπνούς, και με μεγάλη αυτοθυσία του εφημερεύοντα γιατρού και του ανθρώπου της ασφάλειας, καταφέρανε και τον σώσανε και δεν κάηκε. Να φανταστείς η κλινική, οι μισοί ασθενείς της κλινικής πήγανε για πνευμονολογική εκτίμηση, από τους καπνούς που είχαν εισπνεύσει εδώ μέσα έγινε θέμα δηλαδή στο νοσοκομείο μεγάλο. Πολύ μεγάλο. Πήρε φωτιά δηλαδή η κλινική κανονικά. Το δωμάτιο πήρε φωτιά δηλαδή, καταστράφηκε το δωμάτιο. Και ακολούθησε φοβερή φροντίδα τότε του Δημήτρη να' ναι καλά του γιατρού και του Ηλία της ασφάλειας, δεν λέω όνομα, παρ' όλο που σ' αυτούς τιμή πρέπει, χύθηκαν μέσα στην φωτιά κυριολεκτικά και τον σώσανε. Θα καιγότανε ο μαύρος. Και τον σώσανε. Και αυτό, ήτανε, έτσι, ανακάλυψα εγώ κι ένα λάθος, παρ' όλο που υπήρχανε έτσι αναρτημένοι πυροσβεστήρες οι οποίοι βέβαια αναρτημένοι μεν, κλειδωμένοι μέσα σε φυλάκια δε, σε τέτοιο, σε κουτιά, για ξέρεις, να μην τους παίρνουν ξέρεις, οι ασθενείς και τους ανοίγουνε και παίζουνε εδώ πέρα με τους αφρούς και τις σκόνες. Κλειδωμένοι δε, και την ώρα που χρειάζεται να χρησιμοποιηθούνε δεν έβρισκαν το κλειδί. Δεν έβρισκαν το κλειδί εκείνη την ώρα. Και κατάφερε ο γιατρός, και ήταν και χειροδύναμος κιόλας ήταν ένα παλικάρι χειροδύναμο, και το 'σκισε το κουτί, το τράβηξε και το 'σκισε το κουτί κι έβγαλε τον πυροσβεστήρα και…Έτσι. Δεν τους αφήνουμε, αλλά καπνίζουνε. Εγώ προσπαθώ και είμαι λίγο πιο βάρβαρος, και να επιτρέπεται το κάπνισμα μόνο στο σαλόνι. Αλλά δεν… Αν δεν είναι κάθετη αυτή τέλος πάντων η στάση απ' όλο το*

προσωπικό, είναι δύσκολο να το καταφέρουμε. Εδώ μερικές φορές μπαίνουμε μέσα στους διαδρόμους, και κάνουμε έτσι, από τα ράντζα δεν μπορούμε να περάσουμε από τον καπνό. Τώρα που' χω κόψει και το τσιγάρο δηλαδή, παλιά μου ήταν αδιάφορο, τώρα που το έκοψα με ψιλοενοχλεί.. Πάλι καλά να τα πετάνε κάτω, να τα πετάνε πάνω, τα πετάνε πάνω τους και καίγονται. Πολλά σεντόνια μας είναι καμένα, από τα δικά μας. Τα σεντόνια μας είναι καμένα. Γι' αυτό θέλει δηλαδή, αν έχεις τέτοιους ανθρώπους κάθε δέκα λεπτά, κάθε τέταρτο, πρέπει να τους βλέπεις. Αν και ούτε αυτό το πρωτόκολλο ισχύει. Παραδείγματος χάρη, τις προάλλες καταδικάστηκαν δύο συνάδελφοι στο Δρομοκαϊτειο για μια πετυχημένη απόπειρα, που κάηκε μες την κλινική και ενώ αυτό που υποστήριξαν τέλος πάντων στο δικαστήριο, ήταν ότι κρατούσαν το πρωτόκολλο του τετάρτου του ενός τετάρτου, δηλαδή κάθε τέταρτο ελέγχανε τον ασθενή, τους είπε ο ασθενής, "τι κάνετε εδώ; ποιος σας είπε ότι κάθε τέταρτο να βλέπετε έναν άνθρωπο που είναι επικίνδυνος;". Τι ψάχνεις τώρα; Η Αμερικάνικη βιβλιογραφία. Δεν την αποδέχτηκαν και "εξ αμελείας ένοχοι, με αναστολή". Τέλος πάντων.» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Δεν σ' αφήνανε να βγαίνεις έξω. Να μην βγαίνεις να πάρεις τσιγάρα. Σου φέρνουνε. Υπάρχει ένας σαν μπάτσος*. (εννοεί το προσωπικό ασφαλείας / security του νοσοκομείου) *Στην πόρτα, να μην βγαίνει κανένας. Παίρνουν τον αναπτήρα κάποιου. Άμα θέλεις να καπνίσεις βράδυ, δεν καπνίζεις. Όλα τα τσιγάρα τα παίρνουν. Τα παίρνουν όλα. Εντάξει; Ξέρω γω; Τι να σου πω;*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Η πιο συνηθισμένη πάντως τακτική είναι αυτή στην οποία ο νοσηλευόμενος, μετά από την πρώτη ή δεύτερη μέρα, και αν υπάρχει ακόμα οδηγία για περιορισμό, παραμένει δεμένος από το ένα αστράγαλό του στο κρεβάτι. Έτσι μπορεί να γυρνάει στο κρεβάτι, να φτάνει το κομοδίνο του, ακόμα και να σηκώνεται και να κάθεται σε μια κοντινή πολυθρόνα, ανακτώντας μια στοιχειώδη κινητικότητα. Βέβαια, η συγκεκριμένη κατάσταση μπορεί να εξελιχθεί ιδιαίτερα παράδοξα: πολλοί πάσχοντες οι οποίοι είναι περιορισμένοι σε σιδερένιο, «νοσοκομειακό» κρεβάτι (το οποίο έχει «ροδάκια») πολλές φορές προσπαθούν – άλλοτε με επιτυχία και άλλοτε προκαλώντας ενός βαθμού «κυκλοφοριακή συμφόρηση»- να βγουν από τον θάλαμο, τραβώντας πίσω τους ολόκληρο το κρεβάτι τους… Ιλαρή και τραγική εικόνα. Ταυτόχρονα.

Απογευματινή «βάρδια» σε μια ψυχιατρική κλινική. Ένας –«περιορισμένος»- νοσηλευόμενος, αρκετά αδύνατος και μικροκαμωμένος, προσπαθεί να τραβήξει το κρεβάτι του στο διάδρομο, με όχι ιδιαίτερη επιτυχία. Ο νοσηλευτής της βάρδιας (ψύχραιμος όμως…)

πλησιάζει και τον ρωτάει: «*Πηγαίνετε κάπου*;». «*Ε, μπάφιασα εδώ μέσα…*» απαντάει ο νοσηλευόμενος (!!!).

Σιγά – σιγά και σταδιακά, ο άρρωστος «λύνεται», αρχικά για να πηγαίνει στην τουαλέτα,[86] πάντα με την παρουσία ενός εκ του νοσηλευτικού προσωπικού και ενός security. Μέχρι τότε, πολλοί άρρωστοι είτε ουρούσαν στο κρεβάτι, σε ένα δοχείο νυκτός, είτε –απλά- ουρούσαν στο πάτωμα ή απάνω τους. Με δεδομένη την έλλειψη βοηθητικού προσωπικού – τουλάχιστον κάποιες «δύσκολες» ώρες της ημέρας- ο θάλαμος μπορεί να παραμείνει με «λιμνούλες» ούρων ή άλλες ακαθαρσίες για αρκετή ώρα.

Πάντως, στις περισσότερες των περιπτώσεων, η κατάσταση σταδιακά ομαλοποιείται. Ο πάσχων αποδεσμεύεται (ειδικά τις ώρες που υπάρχει έντονη ανδρική παρουσία από το προσωπικό) για να πλυθεί, να βγει για λίγο εκτός θαλάμου, να πάρει κάποια τηλέφωνα, να πάει για φαγητό μαζί με τους υπόλοιπους αρρώστους στην τραπεζαρία του χώρου. Επιπλέον, στη περίπτωση που ή αγωγή του ήταν σε ενέσιμη μορφή, βασικό μέλημα είναι να αρχίσει να παίρνει τα φάρμακα από το στόμα, *per os* στη «Ψ» διάλεκτο. Το βασικό σημείο σε αυτό το στάδιο είναι η διασφάλιση μιας βασικής τουλάχιστον συμμαχίας, συχνά με την υπενθύμιση προς τον άρρωστο της ιδιότυπης νομικής κατάστασης της νοσηλείας του, υπό το πρίσμα του «*τυχερός είσαι που ο εισαγγελέας σε έστειλε εδώ και όχι σε κανένα Δαφνί*»[87] ή «*πρόσεχε, μην κάνεις καμιά χαζομάρα και δεν παίρνεις τα φάρμακα ή πας να την κοπανήσεις, και ξαναδεθείς*».

Δηλαδή, τα βασικά σημεία/ άξονες γύρω από το οποία στρέφονται και οργανώνονται τόσο οι κατασταλτικές, όσο και οι ανακουφιστικές και θεραπευτικές πρακτικές, είναι α) η φύλαξη και η παραμονή του αρρώστου στο χώρο, β) η αποδοχή της αγωγής και γ) η διαμόρφωση ενός συμβολαίου, μιας θεραπευτικής συμμαχίας η οποία θα εντάξει τον πάσχοντα με έναν ομαλό τρόπο στη λειτουργία του χώρου. Ουσιαστικά, το ζητούμενο είναι η νοσηλεία ενός «εισαγγελικού» να μη διαφοροποιείται (τουλάχιστον σε ένα πρώτο και εμφανές επίπεδο) από τη νοσηλεία ενός «εκούσιου» αρρώστου, ακόμα και αν το δομικό στοιχείο για να λειτουργήσει αυτή η σχέση είναι η εφαρμογή ενός **καθεστώτος αμοιβαίας**

[86] Πολλοί περιορισμένοι άρρωστοι επικαλούνται συνεχώς και επίμονα την ανάγκη τους να λυθούν για να πάνε στη τουαλέτα. Δεν έχουν και πολύ άδικο. Έτσι βιώνουν και μια ολιγόλεπτη αίσθηση ελευθερίας.

[87] Ειδικά το «Δαφνί» είναι ένα ιδιαίτερα έντονο συμβολικά αρνητικό κριτήριο. Τόσο οι πάσχοντες, αλλά κυρίως οι συγγενείς τους θεωρούν την πιθανότητα νοσηλείας στο συγκεκριμένο ψυχιατρείο την τελειωτική απόδειξη, την πιο ισχυρή **ταμπέλα** ότι ο δικός τους άνθρωπος είναι *τρελός*.

προσποίησης. Είναι σαν να λέμε: « *δεν θα διαφωνώ μαζί σου και –προς Θεού- δεν θα σε λέω τρελό, αν κάνεις ότι θέλεις να παίρνεις τα φάρμακα και ότι με πιστεύεις όταν σου λέω πως σου κάνουν καλό…*». Χαρακτηριστικά, αναφέρει ένας νοσηλευτής:

> «*Οι εισαγγελικοί λίγοι τα δέχονται. Τα δέχονται μόνο όσοι έχουν εμπειρίες. Όσοι έχουν εμπειρίες από πολλαπλές νοσηλείες, τα δέχονται, όχι γιατί πιστεύουν ότι θα τους κάνουν καλό, αλλά τα δέχονται, γιατί ξέρουν ότι δεν θα γίνει αλλιώς. Θα τα πάρουν έτσι κι αλλιώς, είτε από το στόμα, είτε με άλλη οδό χορήγησης, θα τα πάρουν, οπότε τα δέχονται*». (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

2.4. Η διαβίωση του «εισαγγελικού» στην ψυχιατρική πτέρυγα

«…*Οι νέες* […] *μέθοδοι δεν τιμωρούσαν απλά τις "προβληματικές περιπτώσεις"* […] *αλλά ήταν κατά πρώτο λόγο "επιδιορθωτικές" παρά τιμωρητικές στην λειτουργία τους. Περιλάμβαναν, πρωτ' απ' όλα, μια "τεχνική παρατήρησης" του πως το υποκείμενο λειτουργεί στην καθημερινότητά του, παρατηρώντας τις κινήσεις του, εκτιμώντας τη συμπεριφορά του, και μετρώντας το κατά πόσο λειτουργεί αντίθετα από τον "κανόνα". Τεχνικές παρακολούθησης και πρακτικές εξέτασης παρείχαν αυτού του τύπου την γνώση* […]. *Και άπαξ το υποκείμενο είναι "προς διόρθωση" και όχι "προς τιμωρία", οι πρακτικές περιορισμού περιλάμβαναν, πλην τις παρατήρησης και τελετουργίες εκπαίδευσης*…»[88] αναφέρει ο Garland, αξιοποιώντας τις θέσεις του Foucault περί της μεταλλαγής των πρακτικών, αλλά και της χρησιμότητας εν γένει, μορφωμάτων όπως αυτά της φυλακής ή του ψυχιατρικού καταστήματος. Ακολουθώντας αυτή την προοπτική, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα προσπαθήσουμε να προσδιορίσουμε κάποιους από τους τρόπους, τις διαδικασίες μέσω των οποίων το πάσχον υποκείμενο συνολικά, τόσο ως πάσχων ψυχισμός, όσο και ως πάσχον σώμα, προσδιορίζεται, οριοθετείται, γίνεται αντικείμενο επεξεργασίας, ανακατασκευάζεται, θεραπεύεται, οριοθετείται, επανα-εντάσσεται σε ένα λειτουργικό μοντέλο διαβίωσης, εμφορείται με τον –κατά Parsons- «σωστό ρόλο του πάσχοντα». Άλλωστε, πλέον, ο κύριος στόχος των συστημάτων διαχείρισης της παρέκκλισης (πόσο μάλλον του πεδίου της «ψυχιατρικής κλινικής» το οποίο εξετάζουμε) σαφώς δεν αφορά την έννοια της τιμωρίας. Αφορά την έννοια της διόρθωσης. Της επανεκπαίδευσης, της θεραπείας, της νορμαλοποίησης.

Αν χρησιμοποιήσουμε σαν κριτήριο βελτίωσης της «κλινικής εικόνας» ενός πάσχοντα το σύνολο των πρακτικών που απαρτίζουν την ποιότητα της καθημερινής διαβίωσης, τότε το ζητούμενο είναι – όπως προλέχθηκε- η διαβίωση ενός «εισαγγελικού» αρρώστου να μην διαφέρει από αυτή των υπολοίπων.[89] Συνήθως παραμένει στον χώρο από δύο εβδομάδες μέχρι δύο μήνες – ανάλογα με την πορεία του, το αν υποτροπιάσει κάποια στιγμή, τις

[88]Garland, D., «Foucault's "Discipline and Punish": An Exposition and Critique», *American Bar Foundation Research Journal*, τόμος 11, τεύχος 4, 1986, σ. 858.

[89] Σημ: βέβαια, η συγκεκριμένη ανάγκη εναρμονισμένων και ομοιόμορφων συμπεριφορών πιθανόν να μην εξυπηρετεί τον πάσχοντα, ή τουλάχιστον, όχι μόνο αυτόν. Με αφορμή αυτή η διαπίστωση, σε άλλο σημείο της εργασίας θα προσεγγίσουμε κάποιο από τους βασικούς μας θεωρητικούς προβληματισμούς: κατά πόσο η ομογενοποίηση αυτή εξυπηρετεί τον ασθενή ή αντίθετα είναι βασικό στοιχείο της «πληθυσμιακής υγιεινής» την οποία το σύστημα είναι υποχρεωμένο να δικαιολογεί στο πως και γιατί την εφαρμόζει –μέσω των αποτελεσμάτων που παράγει.

πιέσεις για «κρεβάτια», τη στάση των συγγενών του, αλλά και παράδοξους παράγοντες: πολλές φορές οι συγγενείς, οι έχοντες «μπάρμπα στη Κορώνη» καταφέρνουν και επιμηκύνουν τις νοσηλείες συγγενών. Ειδικά αν «*…το παιδί πάει καλά…*». Η πιο ενδιαφέρουσα ίσως διαπίστωση σχετίζεται με την ανίχνευση ενός πλήθους πρακτικών οι οποίες περιγράφονται ως πρακτικές εμφανιζόμενες στα λεγόμενα *ολοπαγή ιδρύματα*. Όμως, τόσο η *έντασή* τους, όσο και ο *χαρακτήρας* τους φαίνεται αρκετά αλλοιωμένος: πιο διαλλακτικός.

2.4.α. Η διαβίωση: πρωτογενείς και δευτερογενείς εναρμονίσεις

Οι πρακτικές αυτές, συνοπτικά, αφορούν: την οργάνωση του χώρου και του χρόνου, της ρουτίνας, πρακτικές ελέγχου και επιτήρησης, συγκεκριμένους κώδικες επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευομένων και επαγγελματιών, αλλά και ένα σύνολο άτυπων κανόνων και τελετουργιών γύρω από τις οποίες σπονδυλώνεται η λειτουργία της δομής. Επιπλέον, φαίνεται να υφίστανται –με χαρακτηριστικό πολλές φορές τρόπο- ένα σύνολο *πρωτογενών* και *δευτερογενών εναρμονίσ*εων, κατά Goffman,[90] οι οποίες λειτουργούν είτε έκδηλα, είτε με πιο λανθάνοντα τρόπο. Θέση μας είναι ότι το σύνολο όλων αυτών των πρακτικών συνεισφέρει και δομεί το υποκείμενο, αν όχι αποκλειστικά σε επίπεδο ταυτότητας, τουλάχιστον σε επίπεδο αναπαράστασης: όπως προαναφέραμε, λειτουργεί στο να δείξει, και κυρίως να από-δείξει «ποιος είναι τι». Με άλλα λόγια, η «απάντηση» του νοσηλευόμενου στις λειτουργίες, στις επιταγές, στις νόρμες εν ολίγοις της εκάστοτε κλινικής προσφέρει τη δυνατότητα στο πλαίσιο να εξετάσει και να αποφανθεί για το αληθές του ισχυρισμού. Για την Αλήθεια της πρόγνωσης. Έτσι, ο «ψυχωσικός» που είναι «υποβόλιμος» θα ενταχθεί στη ρουτίνα μόλις υποχωρήσουν τα –έντονα- συμπτώματα, ενώ η «διαταραχή προσωπικότητας» θα συνεχίσει να δημιουργεί προβλήματα. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Goffman: «*…η προσδοκώμενη δραστηριότητα στην οργάνωση υποδηλώνει μια θεώρηση του δράστη* (του νοσηλευόμενου, εν προκειμένω) *και ότι μια οργάνωση* (το εκάστοτε νοσοκομείο) *μπορεί συνεπώς να ιδωθεί ως ένας τόπος που γεννάει παραδοχές σχετικά με την ταυτότητα* […]. *Αν τώρα οποιοδήποτε κοινωνικό κατάστημα μπορεί να ιδωθεί ως ένας τόπος όπου ανακύπτουν συστηματικά συνεκδοχές για τον εαυτό, μπορούμε να προχωρήσουμε και να το δούμε ως έναν τόπο όπου οι συνεκδοχές αυτές γίνονται αντικείμενο συστηματικού χειρισμού από την πλευρά του συμμέτοχου* […]. *Η*

[90] Βλ. Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 187 – 226.

προδιαγραφή μιας δραστηριότητας σημαίνει προδιαγραφή ενός κόσμου. Η υπεκφυγή μιας προδιαγραφής μπορεί να σημαίνει την υπεκφυγή μιας ταυτότητας.».[91]

Όπως και στις περισσότερες τέτοιου τύπου δομές, καταρχήν, υπάρχει ένα θεσμοθετημένο πρωτόκολλο, ένας κανονισμός λειτουργίας του χώρου ο οποίος ορίζει και τα βασικά χαρακτηριστικά του. Θεσμικά, ο «ανοιχτός χαρακτήρας» των τμημάτων ίσως να είναι το βασικότερο από αυτά. Επιπλέον, υπάρχει ένα σύνολο κανόνων, ή καλύτερα οδηγιών οι οποίες ρυθμίζουν τη λειτουργία των κλινικών: μέγιστος αριθμός κλινών, ώρες επισκεπτηρίου, ώρες φαγητού, ώρα και τρόπος χορήγησης των φαρμάκων, άδειες εξόδου, παρουσία γιατρού, παρουσία νοσηλευτικού προσωπικού, πλήθος οδηγιών οι οποίες υφίστανται για να ρυθμίζουν την **καθημερινότητα.** Για παράδειγμα, απαγορεύεται η κατοχή αιχμηρών αντικειμένων (ξυραφάκια, νυχοκόπτες, ψαλιδάκια, κλπ) καθώς και φαρμάκων από τους αρρώστους ή τους συγγενείς. Κατά την εισαγωγή ενημερώνονται ότι πρέπει να παραδώσουν τέτοιου είδους αντικείμενα, τα οποία «φυλάει» το προσωπικό και τα παραδίδει μόνο για ολιγόλεπτη χρήση.

> «*Όσους φοβόμαστε περισσότερο ναι, τους ψάχνουμε. Σε κάποιους είμαστε πιο ελαστικοί. Τους ψάχνουμε αλλά το κάνουμε μ' έναν τύπο δηλαδή που να μας δικαιολογεί, φωνάζουμε και την ασφάλεια, το κάνουμε μπροστά στους συνοδούς και τους συγγενείς, δεν το κάνουμε κρυφά, κι όσο περισσότερος κόσμος είναι μπροστά, ακόμα καλύτερα, ο περισσότερος κόσμος όχι από τους νοσηλευόμενους από τους εργαζόμενους έτσι; Τους λέμε ότι "κύριε τάδε, είναι πρωτόκολλο της κλινικής έτσι, όταν μπαίνετε εδώ μέσα να μην έχετε πάνω σας αιχμηρά αντικείμενα, να μην έχετε πολλά χρήματα, να μην έχετε…" για λόγους τέλος πάντων, που έχουν σχέση με τη λειτουργία του χώρου, και την ασφάλεια των ανθρώπων που βρίσκονται εδώ μέσα, κι έχουμε βρει πολλές φορές, έχουμε βρει από φάρμακα το πιο συνηθισμένο έτσι, υπάρχουν άνθρωποι που καταστρατηγούν τις φαρμακευτικές τους θεραπείες παίρνοντας φάρμακα που έχουνε μαζί τους ή ακόμα και μαχαιράκια, ψαλίδια, κάδρα έχουμε βρει, γυαλιά, πιρούνια, κουτάλια, πορσελάνινα ποτήρια, ότι θες βρίσκεις. Ιστορικά στοιχεία, μνημειακά στοιχεία, έτσι…*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Επίσης, με το θέμα των χρημάτων, επειδή εδώ υπάρχουν πολλές κλοπές, τους λέμε από την αρχή ότι τα λεφτά τα κρατάμε εμείς σ' ένα κεντρικό βιβλίο, με ονοματεπώνυμο, και κάθε φορά* […] *δηλαδή τα χειριζόμαστε τα χρήματα. Τους λέμε ότι έχετε προσωπική ευθύνη για τα πάντα, ή από τους γονείς μερικές φορές που δεν μπορούν να το χειριστούν μόνοι τους ξέρω γω,*

[91] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 184 - 185.

μαζεύουμε και μέχρι 10 ευρώ ημερησίως. Υπάρχουν και κάποια όρια δηλαδή. Δεν μπορεί δηλαδή, έχω 200 ευρώ, σήμερα δώστε μου 70 ευρώ. Δεν θα το κάνουμε και να θέλει. Υπάρχουν όρια. "Τι τα θέλεις, γιατί τα θέλεις;". Ε, τα περισσότερα είναι παραγγέλνουνε τσιγάρα, τα κλασσικά, να πάρουν κάτι στο περίπτερο, καμιά λιχουδιά». (Νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Οι πάσχοντες ενημερώνονται ότι δεν μπορούν να κάνουν χρήση αλκοόλ όσο νοσηλεύονται, ότι την αγωγή τους πρέπει να την παίρνουν παρουσία κάποιου από το προσωπικό, ώστε να υπάρχει η βεβαιότητα ότι την πήρε, ότι το φαγητό σερβίρεται στην τραπεζαρία του χώρου και όχι στους θαλάμους και ούτω καθ' εξής.

«*Κοίτα, καμιά φορά μαζεύονται και ο γονιός κάνει ζημιά μέσα εκεί. Εμείς είχαμε πρόβλημα με τα κινητά τους. Παίρνανε τηλέφωνο, γνωρίζανε τους μαστούρηδες απ' έξω, θα' μαι σ' εκείνο το σημείο, ή θα το πετάξω από δω. Και πήγαινε ο άλλος, έλεγε ότι βγαίνω λιγάκι έξω στο προαύλιο να πάρω αέρα, να κάνω τσιγάρο, και το μάζευε το stuff. Ε, τελικά τα κόψαμε τα κινητά, όποιος έχει κινητό μαζί του, το κρατάμε. Αυτά τα σταματήσαμε και είδαμε μεγάλη διαφορά. Τεράστια. Καλά τα κινητά τα κρύβουνε πάνω τους, μέσα στο μαξιλάρι το κινητό. Γίνεται έλεγχος σωματικός, τα πάντα. Είμαστε μέσα, είναι γυναίκα, έχουμε έναν τυπικό έλεγχο, τα βγάζουν όλα, τα εσώρουχα, τα πάντα, όλα. Καλά, τους σάκους τα προσωπικά είδη, όλα. Κι οτιδήποτε , έχει έρθει ένα δέμα. Π.χ. η μητέρα ενός. Του στείλει ένα δέμα, τον ειδοποιούμε, ότι κύριε τάδε έχετε ένα δέμα, το βλέπει το ανοίγουμε μπροστά του, και το ελέγχουμε εδώ μπροστά του. Κάποιου του είχανε φέρει κόκα – κόλα και μου λέει "δως μου την κόκα κόλα" εν τω μεταξύ η κόκα κόλα ανοίγουμε το μπουκάλι, και ήτανε ουίσκι. Ο Ζαχαρίας το μύρισε τότε. Ήταν έτοιμος να του το δώσει, και του κάνει "έλα ρε Γιώργο που θες κόκα κόλα. Φύγε τώρα". Και επέμενε κιόλας. "Την κόκα κόλα μου θέλω, την κόκα κόλα μου"*». (Βοηθός νοσηλευτή, Επαρχιακό Ψυχιατρικό νοσοκομείο).

«*Κοίτα. Το πρωί του λες 8 η ώρα νοσηλεία, αυτός που είναι υπεύθυνος το πρωί, ετοιμάζει τα φάρμακα 7.30 η ώρα, τα ενέσιμα, αν έχουμε, έχουμε ένα πίνακα εκεί πέρα που γράφουμε τα ενέσιμα, τα επί ανησυχίας, τα ζάχαρα, αντιβιώσεις, συνήθως για πονόδοντο, πολύ συχνά για πονόδοντο, πιο σπάνια άμα καμιά γυναίκα έχει καμιά ουρολοίμωξη, ή επειδή έχουμε σκυλιά εδώ πέρα, τα αμολάνε οι περίοικοι εδώ πέρα, τ' αμολάνε, αν δεν το θέλουν το σκυλί, το αμολάνε στο νοσοκομείο γιατί όλο και κάτι θα βρει για φαί. Κι' αν κάνουνε και επιτεθούνε κι επιτεθούνε σε κανένα ασθενή και τον βάλουμε σε καμιά αντιβίωση. Κι 8.30 η ώρα τελειώνουμε τη νοσηλεία. Τελειώνουμε τη νοσηλεία, κάποια άτομα πάνε για στρώσιμο, και τα δύο άτομα που θα μείνουνε εδώ πέρα, η υπεύθυνη συνήθως, ο ένας θα δώσει τα φάρμακα κι ο άλλος τις*

πιέσεις, τα φάρμακα λέω, ή τους μοιράζει τα λεφτά. Γιατί έχουμε ένα σύστημα εδώ πέρα που τους δίνουμε ένα ποσό την ημέρα για καφέδες τσιγάρα, γι' αυτούς που συνήθως δεν μπορούν να διαχειριστούν μόνοι τους τα χρήματα. Όπως η συγκεκριμένη είναι μανιακή, της έδωσα το πρωί 20 ευρώ της είπα κράτα 10, μου 'φερε 3,5 ευρώ ρέστα.» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Και είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον το γεγονός ότι μέσα από το σύστημα συνεχούς επιτήρησης και παρατήρησης από το πλαίσιο πολλές φορές μικρές «αποκλίσεις» από τη δεδομένη ρουτίνα του χώρου εκλαμβάνονται από τους επαγγελματίες σαν ενδείξεις πιθανής υποτροπής:

«*…δεν κοιμήθηκε καλά το βράδυ. Όλο σηκωνότανε και ζήταγε τσιγάρο. Ούτε στην τραπεζαρία ήθελε να πάει για πρωινό, κατευθείαν καφέ. Δεν του ρίχνεις μια ματιά;*» (συνομιλία νοσηλευτή με ειδικευόμενο γιατρό, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Η συνεχής παρατήρηση και «εξατομικευμένη θεραπευτική σχέση» (εποπτεία, επιτήρηση, και πανοπτισμός μας λέει, μέσα από μια διαφορετική προοπτική, ο Foucault) είναι η συνθήκη εκείνη που μπορεί να δώσει το μέτρο της βελτίωσης ή της υποτροπής. Το γεγονός όμως δεν αλλάζει: η *συστηματική ορατότητα* είναι καίρια και κρίσιμη για τη λειτουργία του χώρου. «*…η λεπτή κατάτμηση της πειθαρχίας προβάλλεται στον ανάκατο χώρο του εγκλεισμού, που οργανώνεται με μεθόδους αναλυτικής κατανομής της εξουσίας, οι αποκλεισμένοι ατομικοποιούνται αλλά και οι διαδικασίες εξατομίκευσης χρησιμοποιούνται για την τεκμηρίωση* […] *γενικά, όλες οι βαθμίδες ατομικού ελέγχου, λειτουργούν με διπλή μορφή: τη μορφή δυαδικού διαμοιρασμού και του χαρακτηρισμού (τρελός – μη τρελός, επικίνδυνος – ακίνδυνος, φυσιολογικός – μη φυσιολογικός) και τη μορφή του καταναγκαστικού προσδιορισμού, της διφορούμενης κατανομής (ποιος είναι. Που πρέπει να βρίσκεται. Πως μπορεί να χαρακτηριστεί, να αναγνωριστεί*)».[92]

Το βασικό χαρακτηριστικό των δομών νοσηλείας, όπως έχει προαναφερθεί, σχετίζεται με τον θεσμοθετημένο κανονισμό, είτε αυτός αφορά τις θεωρητικές αρχές, είτε αφορά τους πιο «καθημερινούς» τομείς. Κανόνες, οι οποίοι σύμφωνα με τον Goffman, ρυθμίζουν ακριβώς την «ρουτίνα» του χώρου: «*Υπάρχουν οι "εσωτερικοί" κανόνες, ένα σύνολο σχετικά ρητών και τυπικών υπαγορεύσεων και απαγορεύσεων που εκθέτουν τις βασικές*

[92] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 264.

απαιτήσεις σε σχέση με τη διαγωγή του τροφίμου. Οι κανόνες αυτοί διατυπώνουν με σαφήνεια και λεπτομέρειες την ασκητική καθημερινή ρουτίνα του τροφίμου».[93] Παράλληλα υπάρχει και ένα πιο άτυπο σύστημα κανόνων. Ίσως η λέξη «κανόνες» να μην είναι η ενδεδειγμένη. Μιλάμε περισσότερο για ένα σύστημα συμπεριφορών, ένα σύστημα κωδικοποιημένων τρόπων συνδιαλλαγής, ο οποίος ενέχει ένα πολύ πιο προσωπικό χαρακτήρα, και έχει άμεση σχέση με τα υποκείμενα/δρώντες και επιτελεστές. Ένα πρώτο στοιχείο αυτού του συστήματος που είναι εμφανές είναι η ευελιξία του, αλλά και η εξατομίκευσή του.

> Ένας νεαρός «εισαγγελικός» νοσηλευόμενος διαμαρτύρεται έντονα και για πολλή ώρα: «*…δεν έχω τσιγάρα, δεν έχω τσιγάρα, γιατί δεν με αφήνετε να πάω μέχρι το περίπτερο*;». Η υπεύθυνη νοσηλεύτρια προσπαθεί να του εξηγήσει. «*Μόλις κάποιος από το προσωπικό μπορέσει, θα πάει, εσύ δεν μπορείς να βγεις μόνος σου, τα 'παμε αυτά*». Σε λίγο φωνάζει μια άλλη νοσηλευόμενη. «*Σε παρακαλώ, πετάξου μέχρι το περίπτερο να πάρεις ένα πακέτο τσιγάρα…*». Η νοσηλευόμενη δέχεται και ετοιμάζεται να βγει. «*Θέλει κανείς τίποτα απ' έξω*;» ρωτάει η νοσηλεύτρια τους υπόλοιπους της βάρδιας. Δοθείσης της ευκαιρίας…(Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Επίσης οι γλωσσικοί κώδικες του προσωπικού με τους «γνωστούς» αρρώστους είναι σαφώς διαφοροποιημένοι: πολύ πιο καθημερινοί. Τις περισσότερες φορές χρήση του ενικού είναι διαδεδομένη, όχι μόνο από τους επαγγελματίες προς τους νοσηλευόμενους, αλλά και τα' αντίθετο, ειδικά όταν πρόκειται για το νοσηλευτικό ή το βοηθητικό προσωπικό. Αντίθετα, η προσφώνηση προς το «ανώτερο», το ιατρικό προσωπικό, συνήθως υπακούει στην –σχεδόν καθολική- προσφώνηση «*γιατρέ*». Από την άλλη, ο «παλιός» θα κάνει μικροθελήματα, ενώ ακριβώς επειδή ξέρει τον χώρο και τα πρόσωπα, εντάσσεται γρήγορα στη ρουτίνα. Αναφερόμαστε σε πρακτικές οι οποίες παρουσιάζονταν (αλλά και παρουσιάζονται) με ιδιαίτερα συστηματικό τρόπο στις ιδρυματικές δομές όπως στα μεγάλα ψυχιατρεία των περασμένων δεκαετιών. Πρακτικές, οι οποίες όχι μόνο δεν ήταν «περιφερειακές», αλλά μάλλον δομικές αναφορικά με την οργάνωση του πλαισίου.[94]

Με τους «εισαγγελικούς» δεν είναι ακριβώς έτσι. Η «ρουτίνα» διαταράσσεται, υπό το πρίσμα του ότι ένας διεγερτικός «εισαγγελικός» σε καμιά περίπτωση δεν ακολουθεί τους

---

[93] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 63.
[94] Βλ. Ασημόπουλος, Χ., *Η Καθημερινή Ζωή στο Ψυχιατρείο: Μορφές Ιδρυματισμού και Ιδρυματικής Κακοποίησης*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2009, σ. 180 – 219.

ρυθμούς του τμήματος. Όπως έχει αναφερθεί, πολλές φορές η διαχείρισή του **εξατομικεύεται**: καθηλώσεις, ενέσεις στο κρεβάτι, φαγητό στον θάλαμο. Επιπλέον, και η αντιμετώπισή του από τους υπόλοιπους ασθενείς πιθανόν να είναι διαφορετική: πολλές φορές τους αποφεύγουν, ακριβώς επειδή το πρόβλημα (ή ακόμα και η παρέμβαση του πλαισίου στο πρόβλημα) είναι πολύ θορυβώδης. Είναι πολύ φανερή. Ο «εισαγγελικός» (αν και πολλές φορές όχι μόνο αυτός) φωνάζει, βρίζει, μιλάει ακατάληπτα, είναι δεμένος με λουριά, αντιστέκεται, δεν τρώει (ή ακόμα χειρότερα, τρώει από τα φαγητά που έχει πριν από λίγο πετάξει κάτω), ουρεί στο πάτωμα, **φαίνεται** ότι έχει κάτι. Κάτι σοβαρό. Σε αυτό το σημείο ας σταθούμε λιγάκι.

Μας φαίνεται ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα αυτή η λειτουργία της «ρουτίνας». Η ρουτίνα ως ένα σύνολο σταθερών, προβλέψιμων και κυρίως «χειρίσιμων» συμπεριφορών, οι οποίες ουσιαστικά αποτελούν ένα άτυπο και πολλές φορές βιωματικό κριτήριο αναφορικά με την «ανάγνωση» της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης του αρρώστου, τη βελτίωση και τη σταθερότητα αυτής της κατάστασης. Δηλαδή, το κριτήριο βελτίωσης, το κριτήριο της «ικανοποιητικής κατάστασης» του αρρώστου είναι απλά το κατά πόσο ο άρρωστος εντάσσεται εύκολα και γρήγορα στην ρουτίνα του χώρου, το κατά πόσο μπορεί, είναι διατεθειμένος (ή έστω είναι αναγκασμένος), όχι τόσο να δεχθεί μια ομογενοποιημένη συμπεριφορά, αλλά να δεχθεί να εκπαιδευτεί στο να μην υπερβαίνει εκείνη την λεπτή γραμμή η οποία είναι πολλές φορές αδιόρατη στον εξωτερικό παρατηρητή και η οποία διαχωρίζει τον «καλό» από τον «κακό» άρρωστο. Σε ένα νοσηλευόμενο ο οποίος ξυπνάει με τις υποδείξεις του προσωπικού, τρώει στην ώρα του με τους άλλους, δεν φέρνει αντιρρήσεις και παίρνει την αγωγή του κανονικά –ειδικά αν δεν είναι και «δύσκολος» χαρακτήρας- μπορεί να του «συγχωρεθεί» οποιαδήποτε «βαριά» ψυχοπαθολογία. Δεν έχει σημασία αν είναι «εισαγγελικός» ή όχι. Άλλωστε, όπως έχουμε ήδη πει, αυτός φαίνεται να είναι ο στόχος/ζητούμενο: η ομογενοποίηση της συμπεριφοράς, η αποδοχή της «ρουτίνας» του χώρου από όλους τους αρρώστους. Με δικά μας λόγια, στόχος είναι η ενδοβολή όλων εκείνων των πρακτικών οι οποίες συγκροτούν τη «ρουτίνα» -αδιάφορο αν είναι κατασταλτικές ή θεραπευτικές- οι οποίες «υπόσχονται» την επανένταξη στη επιπολής φυσιολογικότητα. Σε μια τρέλα η οποία τουλάχιστον δεν φαίνεται: «…*η αρρώστια της εποχής μας έγκειται ακριβώς στην ομαλότητα* […]. *Ο regular guy, το popular girl πρέπει να απωθούν από την συνείδηση όχι μόνο ό,τι επιθυμούν και φτάνουν να γνωρίσουν, αλλά και όλα ακόμα τα συμπτώματα που έχουν προκύψει στην αστική εποχή από την απώθηση* […] *η αρρώστια των υγιών μπορεί να διαγνωστεί μόνο αντικειμενικά, από τη δυσαναλογία της*

ορθολογικής διαγωγής της ζωής προς τον εφικτό λογικό καθορισμό της ζωής τους»[95] μας λέει στα Minima Moralia ο Adorno, περίπου μισό αιώνα πριν, προσδιορίζοντας χαρακτηριστικότατα κατ' εμάς τη λειτουργική διάσταση της έννοιας που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε *ευρυθμία*. Ανοίγοντας κανείς τις «λογοδοσίες»[96] των νοσηλευόμενων, σχεδόν σε όλα τα ψυχιατρικά τμήματα, μπορεί να παρατηρήσει κάτι άξιο προσοχής. Ενώ οι καταγραφές των πρώτων ημερών είναι αναλυτικές και εκτεταμένες, και αν δεν υπάρξει κάποιο έκτακτο συμβάν που να αφορά τον συγκεκριμένο νοσηλευόμενο, όσο προχωράει ο καιρός, μειώνονται. Μέχρι το στάδιο της σχεδόν μονολεκτικής καταγραφής:

«***Ήσυχος***».

Σαν να είναι αυτό που μετράει…

Στο χώρο ενός από τα ψυχιατρικά καταστήματα που διεξήχθη η συγκεκριμένη έρευνα, υπάρχει ένα παλιό και τελείως εγκαταλελειμμένο κτήριο. Μουσειακό. Αναφέρει χαρακτηριστικά ένας επαγγελματίας, μιλώντας για ένα νοσηλευόμενο:

> «*Εγώ τον πρόλαβα στο διπλανό. Παλιό κτίριο κι ήταν εκεί όλη η σαβούρα. 80 άτομα σαβούρα ήταν. Ήταν σε δωμάτιο κλεισμένος, τον κατεβάζαμε μόνο για φαγητό. Αλλά προλάβαινε την ώρα του φαγητού, όποιος άρρωστος ήταν κοντά, και γιατρούς, τους κοπάναγε, τους χτύπαγε. Το φως του δωματίου του πάντα ανοιχτό, μην τυχόν και το κλείσει κάποιος, Τον φέρναμε ίσα 5-10 λεπτά, ίσα να φάει κάτω, όπως τρώει δηλαδή εδώ, έτρωγε κι εκεί, κάτω, στην τραπεζαρία, αυτός έτρωγε κάτω, σε μια γωνία. Εκεί μες το δωμάτιο "τα 'κανε" σ' ένα του' χε φέρει ο πατέρας του εκεί ένα γιογιό, υποτίθεται, δεν είναι τουαλέτα το δωμάτιο, και "τα κάνε" και τα πέταγε απ΄ το παράθυρο έξω. Τώρα αυτό το κτήριο είναι αποθήκη, κλειστό. Και πηγαίνανε εκεί, και καινούργιους που φέρνανε, κάπου κάπου, και πηγαίνανε κι αυτοί που λέγανε ότι ήτανε* ***«ήσυχοι».*** **Το περίπτερο των ησύχων.** *Είναι πια ερείπιο. Έργα γυρνάνε τώρα. Σήριαλ γυρνάνε*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

[95]Adorno T., *Minima Moralia*, μτφ. Λ. Αναγνώστου, Αλεξάνδρεια, 2000, σ. 131-132.

[96] «Λογοδοσία»: τετράδιο καταγραφής της 24ωρης παρακολούθησης του νοσηλευόμενου από τους νοσηλευτές. Κάθε νοσηλευόμενος έχει το «δικό του», στο οποίο καταγράφονται η συμπεριφορά του, το πώς κινήθηκε στο χώρο, τυχόν άλλες πληροφορίες, και ούτω καθ' εξής.

2.4.β. Το «κρεβάτι»

Σταθερά αναδυόμενο στατιστικό δεδομένο:[97] τα «κρεβάτια» δεν επαρκούν. Κοινή διαπίστωση των επαγγελματιών είναι το γεγονός ότι η ζήτηση για ψυχιατρικό «κρεβάτι» είναι πολύ μεγαλύτερη από τη προσφορά. Οι ανάγκες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας, έτσι όπως αναδύονται είναι μεγαλύτερες από την ύπαρξη «κλινών».[98] Η εναγώνια πολλές φορές αναζήτηση κρεβατιού, όπως προαναφέρθηκε, είναι πολλές φορές ο βασικός λόγος της προσφυγής στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

> «*Αν θυμάμαι καλά, δεν ξέρω αν ήταν για μένα αυτοί οι τύποι, αλλά θυμάμαι έναν αστυνομικό, δεν ξέρω αν ήταν για μένα, αν έκανα κάποια αναταραχή, ή αν ήταν του νοσοκομείου εδώ πέρα ο κανονικός. Με εισαγγελική είχα έρθει, αλλά το 'κάναν οι γονείς μου για να υπαχθώ στους όρους της δωρεάν νοσηλείας.*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Υπάρχουν εισαγγελικές που γίνονται, γιατί οι ασθενείς δεν βρίσκουν κρεβάτι, και με πολύ εύκολο τρόπο κι αφού η διαδικασία μέσα από το δικαστήριο δεν είναι ενδεδειγμένη ή αν όντως αυτός ο άνθρωπος χρήζει εισαγγελικής, έχουμε πολλά πλαστά νούμερα*» (Προϊστάμενος νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Φαίνεται όμως ότι το βασικό πρόβλημα υπερπλήρωσης το αντιμετωπίζουν οι Ψυχιατρικές Κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων. Αντίθετα, στα μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία φαίνεται πως υπάρχουν δυνατότητες για –έστω και ολιγοήμερη- «διασπορά» των νέων εισαγωγών, έτσι ώστε να αποφεύγονται τα «ράντζα».

---

[97] Ενδεικτικά, βλ. Δημακοπούλου, Α., Παπαμιχαήλ, Ε., Μαντανάκης, Γ., Κουντουράς, Δ., Ρόντος, Ι., «Νοσηλεία ασθενών κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας στο Γενικό Νοσοκομείο: Παρατηρήσεις, προβλήματα και συμπεράσματα από τους έξι πρώτους μήνες», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 70, 2000, σ. 42–47. Επίσης, Διαλλινά, Μ., «Αποασυλοποίηση ή «Ενσωματωμένη Ψυχιατρική – Ψυχοθεραπευτική περίθαλψη;» Συμπεράσματα από την 20ετή λειτουργία των Ψυχιατρικών Τομέων των Γενικών Νοσοκομείων», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 94, 2006, σ. 51 – 60.

[98] Αναφέρει ο Πλουμπίδης: «*Ορατές συνέπειες του ανολοκλήρωτου συστήματος φροντίδας είναι οι επικουρικές κλίνες (ράντζα) στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων, κυρίως της Αττικής και το πολύ υψηλό ποσοστό αναγκαστικής νοσηλείας, δηλαδή 35-40% των εισαγωγών στις ψυχιατρικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων της Αττικής, πάνω από 50% στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και μικρότερα ποσοστά σε άλλες περιφερειακές μονάδες. Η αύξηση των ιδιωτικών κλινών είναι βέβαιη κυρίως στη Θεσσαλία και τη Μακεδονία, καθώς και η πληρότητά τους στην Αττική, αλλά δεν διαθέτουμε στοιχεία για την πιθανή μετακίνηση ασθενών προς τον ιδιωτικό τομέα*». Πλουμπίδης, Δ., Ν., «Το Μέλλον της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα», *Ψυχιατρική*, τόμος 20, τεύχος 3, 2009, σ. 207.

«*Και συνήθως πάντα έχουμε κρεβάτια. Μπορούνε να το δουλέψουνε το περιστατικό σαν βάση σε κάποιο άλλο τμήμα για μια δυό μέρες, να φιλοξενηθεί για μια δυο μέρες κάπου αλλού. Να παίρνει την νοσηλεία του κανονικά εδώ σ' εμάς, να περνάει τη μέρα του εδώ σ' εμάς, και να κοιμάται στην άλλη. Έχει συμβεί αρκετές φορές, αρκετές φορές, έχει συμβεί. Ναι. Συμβαίνει. Συμβαίνει αλλά λόγω του ότι υπάρχει αυτή η δυνατότητα, τέλος πάντων, είναι κάτι που συμβαίνει, αλλά αυτό με τον καλό τρόπο. Εξυπηρέτηση εκ των ενόντων αν μπορούμε να το πούμε έτσι. Δεν συμβαίνει να φιλοξενούνται υπεράριθμοι εδώ, δηλαδή, ράντζα*» (Υπεύθυνη νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Όχι, ράντζο δεν υπάρχει. Δεν τίθεται θέμα. Όχι ράντζα δεν μπαίνουνε είναι 31 αυστηρά. Μπορεί όπως έτυχε την περασμένη Δευτέρα που δεν είχε κρεβάτι όλο το νοσοκομείο κι είχαμε εμείς πάνω αδειούχο να μπει σε αδειούχο.*[99] *Αλλά κι εκεί παίρνει ρίσκο ο γιατρός, γιατί μπορεί ο αδειούχος, καταλαβαίνεις κάτι να συμβεί έξω, και να πούνε φέρτον τρεις η ώρα τα ξημερώματα. Απλώς αν τύχει σε ακραίες περιπτώσεις να πούνε δεν έχουμε ράντζα και είναι 11 η ώρα το βράδυ και σου πούνε βάλε "αδειούχο"*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*…και υποχρεωνόμαστε εμείς να το διαχειριστούμε, βάζοντάς το υπεράριθμο, με κακές, κάκιστες πολλές φορές συνθήκες, ή ψάχνοντας μια εναλλακτική λύση ιδιωτικών κλινικών, ευτυχώς από το νόμο τώρα επιτρέπεται, και δίνοντας έτσι μια διέξοδο. Που δεν είναι και αυτό απόλυτα δεοντολογικό σωστό, διότι: και μπορούν να επιβαρυνθούν οι συγγενείς χωρίς λόγο και δεύτερον, λέμε έτσι, με αυτό τον τρόπο ότι το Δημόσιο δεν μπορεί να αντιμετωπίσει, να θεραπεύσει τέτοια περιστατικά*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Πόσους νοσηλεύουμε; Τριανταφεύγα, πάντα. Σε λίγο θα βάλουμε κουκέτες να κοιμούνται πάνω κάτω, όπως στο στρατό*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*…πολλές φορές μας έρχονται ασθενείς εδώ πέρα οι οποίοι είναι σε διέγερση, και σε ψυχοκινητική ανησυχία με ότι αυτό συνεπάγεται για μια κλινική η οποία λειτουργεί με υπερπληρότητα, τα τελευταία δέκα χρόνια είμαστε πάνω από τα 130% σε πληρότητα, 150% έχουμε πάει, 200%* » (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Έχουμε 24 οργανικά κρεβάτια, και έχουμε φτάσει ράντζα μέχρι και 14. Τώρα αυτή τη στιγμή έχω 9 ράντζα. 24 και 14 δηλαδή τριάντα οχτώ. Ναι, 38*» (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

---

[99] Συνήθης πρακτική: Όταν στις εφημερίες υπάρχει «πίεση κρεβατιών», αν γίνει κάποια εισαγωγή και δεν υπάρχει κρεβάτι, τότε ο νοσηλευόμενος κοιμάται προσωρινά σε κρεβάτι που ανήκει σε κάποιο νοσηλευόμενο που λείπει με άδεια από την κλινική.

Η κατάσταση του «χώρου επιβίωσης» είναι πολύ χαρακτηριστική. Ο ζωτικός χώρος του «εισαγγελικού» συνήθως: α) ελαχιστοποιείται (είτε μέσω μηχανικής καθήλωσης, είτε μέσω περιορισμού των μετακινήσεων) και β) εποπτεύεται. Επιπλέον, ανάλογα με την κατάστασή του διαμορφώνονται και οι «οικιστικές συνθήκες». Οι «βαριές» περιπτώσεις συνήθως «μπαίνουν μόνες» (ή τελικά «μένουν μόνες») τους, και αυτό γιατί είτε υπάρχει επιθετική συμπεριφορά, είτε υπάρχει θορυβώδης συμπεριφορά, είτε ο έτερος νοσηλευόμενος δεν αντέχει (είναι συχνό το φαινόμενο άρρωστοι εθελούσια να «βγαίνουν» στο διάδρομο).

> «*Συνήθως τους βάζουμε στα μονόκλινα. Προσπαθούμε να τους βάζουμε στα μονόκλινα. Προσπαθούμε, όχι ότι είναι εφικτό πάντοτε, αλλά γίνεται μια πολύ μεγάλη προσπάθεια, δηλαδή αν έχουμε στο μονόκλινο έναν άρρωστο ο οποίος μπορεί να μετακινηθεί, κάνουμε την προσπάθεια αλλαγής θαλάμου*» (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Η κατάσταση του θαλάμου ποικίλλει, οι συνθήκες μπορεί να κυμαίνονται από καλές μέχρι χείριστες: υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες στο μέσα θάλαμο απομένει μόνο το –σιδερένιο- κρεβάτι, το στρώμα και ο δεμένος άρρωστος απάνω. Ο Α., ένας νεαρός μετανάστης σε «*φάση μανίας*», αρέσκονταν να λύνει τα χέρια του,[100] να φτάνει τα παρακείμενα έπιπλα, να τα διαλύει και να πετάει τα κομμάτια στους εισερχόμενους στο θάλαμο. Οι αφηγήσεις των επαγγελματιών αναφορικά με περιστατικά που έχουν συμβεί με «περιορισμένους» νοσηλευόμενους είναι πολλές και ενδεικτικές. Εκεί που η ιλαρότητα συναντάει την απόγνωση. Να κλάψεις ή να γελάσεις;

> «*Ή το άλλο δε μ' έναν Γερμανό που είχαμε έτσι, ένας ωραίος τύπος σε φάση μανίας, ο οποίος, κατάφερε περιορισμένος σήκωσε το κρεβάτι όρθιο μέσα στο δωμάτιο σηκωμένο έτσι όρθιο, κι ήτανε κάτω και περπατούσε με τα πόδια κάτω, βαριά κρεβάτια, κανονικά. Κρεβάτια κλινικής κανονικά. Με δεσίματα διπλά και κατάφερε και το σήκωσε. Γιατί παλιά είχανε κάτι ξύλινα, κι εδώ πέρα. Και ήθελε να γυρίσει απ' την άλλη, δηλαδή λίγο ήθελε να τον πλακώσει. Και να τον δεις να κυκλοφορεί στα τέσσερα, γονατιστός, και στην πλάτη, από πάνω, το κρεβάτι. Σαν χελώνα. Έχει μείνει από τότε. Η ιστορία της* ***χελώνας***» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Σε αυτό ακριβώς το σημείο είναι που γίνεται ιδιαίτερα εμφανής ο πολλαπλός ρόλος που ο χώρος έχει αναγκαστεί να αναλάβει. Εδώ ακριβώς συνυπάρχει η φροντίδα με την

[100] Το δέσιμο των καρπών είναι πιο δύσκολο από αυτό των αστραγάλων: ο καρπός είναι σαφώς πιο λεπτή και ευέλικτη άρθρωση.

καταστολή. Την μια στιγμή γίνεται κάποια ενέσιμη αγωγή και καθήλωση, λίγο αργότερα γίνεται προσπάθεια ο άρρωστος να φάει κάτι (πολλές φορές ταΐζοντας τον στο στόμα), να πάει στην τουαλέτα, να καθαριστεί και ο ίδιος και ο θάλαμος, να καπνίσει και ούτω καθ' εξής.

«*Μπάνιο του κάνουμε εμείς, είναι γύρω στα 40 κάτι, 41 μπορεί να είναι και λίγο παραπάνω. Και γίνεται ολόκληρη διεργασία για το μπάνιο γιατί αυτός χτυπάει, ρίχνει μπουνιά σ' αυτό το σημείο εδώ, αλλά όχι πάντα, δηλαδή μπορεί να περάσουν 6 μήνες και να πας εσύ το πρωί άνετος κι ωραίος, δεν το παίρνεις χαμπάρι. Και μετά λέει, "όχι, δεν έκανα, δεν σε χτύπησα εγώ" λέει. Οπότε είναι να κάνει μπάνιο κάθε Τετάρτη του δένουμε τα χεράκια πίσω με τον ελαστικό επίδεσμο, τον βάζουμε στην καρέκλα, τον πλένουμε, του έχουμε ετοιμάσει τα ρούχα ντύνεται μόνος του. Και θέλει και κάλτσες χειμώνα καλοκαίρι. Πάντα ρωτάει: "κάλτσες;"*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Ήταν μια ασθενής, είχε σχιζοφρένεια, είχε έρθει σε μια κατάσταση, ότι και να σου λέω* […]. *Πόσο ήτανε; Τριάντα πέντε; Είχε και παθολογικά στα πόδια της τέλος πάντων, φορούσε τα παπούτσια της για πόσο καιρό, τα πέλματά της ήτανε μες τις πληγές. Αλλαγές,*[101] *κόντρα αλλαγές, άσε που αρνιόταν να πάρει την νοσηλεία. Η πλάκα ποια ήταν; Ήτανε τσόκαρο που φορούσε ξύλο από κάτω και ένα άσπρο αυτό που είναι τα τσόκαρα, είχε πρηστεί το πόδι και δεν φαινότανε, σαν γάζα φαινότανε. Είχε λιώσει δηλαδή το παπούτσι πάνω στο πόδι της*» (Νοσηλευτής, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Θυμάμαι μας είχαν φέρει με εισαγγελική ένα που είχε κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Λούστηκε με βενζίνη. Ήτανε σε πολύ βαριά κατάσταση. Ωστόσο, λοιπόν, τον φέρανε εδώ, τον παρακολουθούσαν σε εισαγωγικά εδώ οι χειρουργοί, δηλαδή τον φέρανε, εμείς θέλαμε να είναι εδώ κάθε μέρα να κάνουνε την αλλαγή, με κάτι κρέμες, και περνούσε η ώρα, από το πρωί ως το μεσημέρι, δεν ερχόταν κανείς από τους χειρουργούς, με επανειλημμένες κλήσεις, τελικά αυτό που είχε καθιερωθεί εμείς τον πασαλείφαμε από πάνω την κρέμα και τον φροντίζαμε όμως έτσι, γιατί αυτό ήθελε το πρωί πλύσιμο, μετά την κρέμα, ξανά το απόγευμα , ήταν ένας ασθενής που δεν συνεργαζότανε, ένας ασθενής πολύ βρωμερός, εισαγγελικός, είχε κάνει απόπειρα να καεί, και ήτανε υπό την επήρεια ουσιών, και υπό την επήρεια αλκοόλ, και όλ' αυτά μαζί. Ήμασταν σ' αυτή τη διαδικασία πάρα πολύ καιρό. Έτσι; Και τους περίμενες τους χειρουργούς να έρθουν δύο φορές τη μέρα, και δεν ερχόντουσαν το μεσημέρι, δεν ερχόντουσαν τ' απόγευμα, και ξανά την άλλη μέρα απ' την αρχή. Μπορεί να περάσουν δυό τρεις μέρες για να 'ρθούνε. Και το θέμα ποιο*

[101] «Αλλαγή»: Στη χειρουργική «αργκό», «αλλαγή» σημαίνει «καθαρίζω ένα τραύμα, μια πληγή που έχει μολυνθεί».

είναι το τελικό; Ότι πήγε πολύ καλά, έτσι, με την δική μας τη φροντίδα» (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Η κατάσταση αυτή συνεχίζεται έως τη στιγμή που ο άρρωστος θα σταματήσει να βιώνεται ως απειλή (είτε προς άλλους, είτε προς τον εαυτό του) ή ως ενόχληση. Στη συνέχεια, κάποιοι χώροι εξακολουθούν να βρίσκονται στην ίδια προβληματική κατάσταση, κάποιοι είναι πιο φροντισμένοι, με μια «προσωπική νότα» (μια αγαπημένη κουβέρτα από το σπίτι, ένα κάδρο, μια ζωγραφιά που έφτιαξε ο άρρωστος κολλημένη στο τοίχο), ενώ κάποιοι άλλοι είναι τελείως αδιάφοροι: εγκαταλειμμένοι. Κάτι που είναι χαρακτηριστικό: δείχνει το επίπεδο, τη δυνατότητα επένδυσης στο χώρο, αλλά και στον εαυτό, στο σώμα, στον ίδιο τον άρρωστο. Επιπλέον, η δυνατότητα ή η ανάγκη συγκατοίκησης είναι και αυτή ένα κριτήριο. Οι γνωστές «υπερπροστατευτικές μαμάδες» ζητούν –πολλές φορές με ιδιαίτερα φορτικό τρόπο- καλό θάλαμο: «*μονόκλινο δεν υπάρχει; Να πληρώσουμε…*» «*Εδώ είναι δημόσιο νοσοκομείο κυρία μου…*» απαντά το προσωπικό. Κάποιοι, όπως προαναφέραμε μένουν μόνοι τους: κάνουν πολύ φασαρία. Κάποιοι επιζητούν συντροφιά, ενώ κάποιοι επιζητούν συγκεκριμένη συντροφιά: «*μην με βάλετε με κάνα γέρο…*». Κάποιοι πάλι είναι παντελώς αδιάφοροι. Τέλος, κάποιες φορές –απρόσμενα- όταν σε ένα θάλαμο στον οποίο υπάρχει κάποιος δεμένος άρρωστος, «μπει» ένας «ελεύθερος», κάποιες φορές δεν ενοχλείται. Μάλιστα, πολλές φορές αναλαμβάνει το ρόλο του *ταχυδρόμου*, αν μας επιτρέπεται παρομοίωση: πολλές φορές έρχεται στο προσωπικό λέγοντας: «*Πηγαίνετε λίγο στο δωμάτιο; ο Χ. κάτι θέλει…*».

«*…σ' εμάς, πολλοί ήτανε έτσι, που οι πλαϊνοί τους φροντίζανε που ήτανε δεμένοι. Έρχονται και μας λένε "μήπως θέλει νερό, να του δώσω λίγο νερό" έρχονται, έρχονται. Αυτό το έζησα πάρα πολύ έντονα, κι είναι, είναι στις σημαντικές που μου' χουνε μείνει όταν είχα πάει για κλινική άσκηση στο Δαφνί το '87 πρέπει να 'τανε κάπου εκεί '88 τότε που πηγαίναμε, κι είχαμε πάει στο Δαφνί στο "Πέντε άνω γυναικών" όπου ήτανε δύο μεγάλοι θάλαμοι όλη η κλινική όπου υπήρχαν από 30-50 κρεβάτια σε κάθε θάλαμο, ήτανε αντικριστά, ήταν σε στρατώνας, και μου' χε κάνει εντύπωση τι κοινωνία είχανε φτιάξει εκεί μέσα οι νοσηλευόμενες γυναίκες. Υπήρχανε κάποιες οι οποίες λειτουργούσαν ως εξουσία εκεί μέσα και* ***φρόντιζαν*** *τις υπόλοιπες. Φρόντιζαν αυτές που δεν μπορούσαν. Τις έπλεναν, τις καθάριζαν, τις φρόντιζαν, υπήρχανε σαφώς και τα έκτροπα έτσι; υπήρχανε και κακοποιήσεις, αλλά όμως, αυτό, που ήταν το καταπληκτικό ήταν ότι είχαν φτιάξει μια δική τους κοινωνία εκεί μέσα, η οποία ήταν εντελώς ανεξάρτητη από τις παρεμβάσεις του προσωπικού και την είχανε φτιάξει μόνες τους δηλαδή εκεί μέσα, και ήτανε*

ιδιαίτερα υποστηρικτική. Μου είχε κάνει φοβερή εντύπωση. Ιδιαίτερα υποστηρικτική» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Αρκετές φορές –λόγω «υπερπληθυσμού» στο χώρο- ο άρρωστος για κάποιες μέρες πιθανόν να μείνει σε κάποιο ράντζο στο διάδρομο.[102] Αρκετοί μάλιστα το προτιμούν. Και εδώ διαφαίνεται ένας ενδιαφέρων άξονας. Δηλώνουν προτίμηση παραμονής σε ράντζο («*Άσε με εδώ. Καλά είμαι εδώ…*») είτε αυτοί που επιθυμούν διακαώς να φύγουν, είτε αυτοί που επιθυμούν διακαώς να μείνουν. Οι μεν («εισαγγελικοί» ως επί το πλείστον) θεωρούν – υποσυνείδητα πολλές φορές- ότι η παραμονή σε ράντζο έχει ένα παροδικό χαρακτήρα, ενώ η τοποθέτηση σε θάλαμο έχει σαφώς πιο μόνιμο χαρακτήρα. Από την άλλη, κάποιοι άρρωστοι θέλουν οπωσδήποτε να νοσηλευτούν: «*Κάντε μου εισιτήριο και βάλτε με όπου να 'ναι…*». Αλλά ίσως το πιο ενδιαφέρον σημείο είναι η απόλυτη θεατότητα, η πανοπτικότητα, που το ράντζο στο διάδρομο προσφέρει: οι «αυτοκτονικοί», αν δεν μπουν σε θάλαμο, «μπαίνουν» σε ράντζο κοντά στο stand νοσηλείας: εκεί όπου υπάρχει πάντα κάποιος για να τους παρατηρεί.

Σε αντίθεση με τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, στα οποία υπάρχει καλύτερη δυνατότητα διαχείρισης του χώρου και των «κρεβατιών», στα Γενικά Νοσοκομεία (ειδικά σε κάποια από αυτά) υπάρχει επανεμφάνιση σε μεγάλο βαθμό κάποιες φορές του «ράντζου». Όπως ήδη αναφέρθηκε τα φαινόμενα υπερπλήρωσης αγγίζουν πολλές φορές και το 100%, (σε κάποιες περιπτώσεις και παραπάνω) ενώ λίγες είναι οι περιπτώσεις στις οποίες μια ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου λειτουργεί χωρίς ράντζα.

«*Μέχρι τώρα ράντζα δεν βάζουμε, αλλά, υπάρχουνε τα "χρόνια". Πώς ήταν το παλιό καθεστώς εδώ. Υπήρχαν τα χρόνια. Με ασθενείς χρόνιους. Και υπήρχανε δύο τρία κενά και πήγαιναν σαν διασπορά, σαν φιλοξενία. Το τελευταίο διάστημα, η διοίκηση του νοσοκομείου αποφάσισε ότι δεν πρέπει να γίνει έτσι. Βάζουμε σε αδειούχους. Τυχαίνει τώρα να έχει πάρει κάποιος άδεια για ένα 24ωρο για να δούμε πώς είναι η αποκατάστασή του στο σπίτι, θα τον βάλουμε εκεί πέρα και θα δούμε την επόμενη μέρα πώς θα γίνει. Ράντζο δεν έχουμε χρησιμοποιήσει ακόμα, αλλά φοβάμαι ότι θα γίνει κι αυτό*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Είναι κατανοητό ότι η υπερπλήρωση αυτή προκαλεί αλυσιδωτές «αντιδράσεις» τόσο στην «πορεία» της νοσηλείας των πασχόντων (αναφορικά και με τις συνθήκες νοσηλείας, όσο

[102] Η παρουσία ράντζων, από εξαίρεση τείνει να γίνει ο κανόνας.

και με το χρόνο νοσηλείας), όσο και με τη λειτουργία της δομής: οι επαγγελματίες «καίγονται». Φαινόμενα burnout παρατηρούνται με συνεχώς αυξητικές τάσεις. Πέραν της ύπαρξης των ράντζων, υπάρχει και μια γενικότερη αλλαγή στο «χωρικό προφίλ» των κλινικών των Γενικών Νοσοκομείων: Κάγκελα σε παράθυρα, σιδερένια, νοσοκομειακά κρεβάτια, με σκοπό να γίνονται πιο «ασφαλείς» οι περιορισμοί, κλειδωμένες ή συνεχώς επιτηρούμενες πόρτες, περιορισμός του «ζωτικού» χώρου. Ο προσωπικός χώρος «ελαχιστοποιείται», συρρικνώνεται, ενώ και οι συνθήκες υγιεινής και καθαριότητας είναι από ελλιπείς έως απαράδεκτες κάποιες φορές. Ίσως δεν είναι τυχαίο ότι οι περισσότεροι νοσηλευόμενοι που ρωτήθηκαν, έθεσαν σαν το μείζον πρόβλημα τον «χώρο» και τις συνθήκες που επικρατούν.

> «*Πρώτ' απ' όλα. Δεν είναι καθαρός ο χώρος, ο κοινόχρηστος χώρος. Τα δωμάτια. Στα δωμάτια πέφτουν αράχνες από πάνω. Αυτό δεν το' χω ξαναδεί.. Μυρμηγκάκια Πέφτω το βράδυ να κοιμηθώ και φοβάμαι μην πέσει κανένα μυρμηγκάκι επάνω μου. Βρώμικα. Δεν έχει ένα φως, ένα φωτάκι για το βράδυ, ξέρεις, όπως στα ξενοδοχεία. Πώς είχε στις άλλες κλινικές απέναντι, ας πούμε. Είχες τη νοσοκόμα, τη χρειαζόσουνα, πάταγες ένα κουμπί, κι ερχότανε. Έτσι δεν είναι; Τώρα έχουμε τέτοια πράγματα εδώ. Ο κοινόχρηστος χώρος, που είναι για όλο τον κόσμο, βρώμικος, βρωμάει. Θα έπρεπε να ήταν πιο ευπρεπισμένος ο χώρος. Τα δωμάτια. Να είναι λίγο καθαρά. Να υπάρχει ένα κουμπί που να πατάς να έρχεται νοσοκόμος ας πούμε. Όπως ήταν απέναντι. Να τα βάψουνε. Ξέρω γω τι να τα κάνουνε. Τον κοινόχρηστο χώρο. Δεν ξέρω τι μπορούνε να κάνουνε, τι δυνατότητες έχει το νοσοκομείο να κάνει.*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Εγώ θέλω να φύγω απ' αυτή την κλινική έτσι; Ακριβώς γιατί θεωρώ ότι είναι απαράδεκτες, είναι οξύμωρο έτσι; Το ξέρω ότι δεν θα βρω πουθενά καλύτερα πράγματα αλλά θεωρώ ότι είναι άθλιες οι συνθήκες μερικές φορές που νοσηλεύονται οι άνθρωποι. Δηλαδή και τον εαυτό μου έχω πιάσει μερικές φορές να κινούμαι εκτός τέλος πάντων κοινωνικών ορίων εδώ μέσα. Ίσως για να σωθούν τα εσκεμμένα μερικές φορές. Δηλαδή πώς το λένε; Δηλαδή χάνεις κάποια πράγματα, για να κρατήσεις κάποια άλλα. Δηλαδή τώρα, δεν είναι αυτή εικόνα, να περνάς ανάμεσα στα ράντζα, να πατάς τα ρούχα τους, τα παπούτσια τους τέλος πάντων, να σε κλωτσάνε, να τους κλωτσάς, να… Δηλαδή τώρα που είσαι εδώ δεν τα βλέπεις;*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Επίσης εντυπωσιακή είναι κάποιες φορές η νοηματοδότηση του χώρου και των «κρεβατιών» από τους νοσηλευόμενους. Όπως αναφέρθηκε, κάποιοι από αυτούς προτιμούν

την παραμονή σε κάποιο ράντζο στο διάδρομο. Ίσως είναι μια φαντασιακή ευχή να παραμείνουν κοντά στην πόρτα και στο εξιτήριο. Από την άλλη το προσωπικό προτιμά να τοποθετεί τους «διεγερμένους» νοσηλευόμενους σε κάποιο θάλαμο, κατά προτίμηση μονόκλινο, αν υπάρχει η δυνατότητα αυτή. Η πρακτική υπακούει στην αρχή του *θεραπευτικού περιβάλλοντος* (milieu):[103]

«*Συνήθως τους βάζουμε στα μονόκλινα. Προσπαθούμε να τους βάζουμε στα μονόκλινα. Προσπαθούμε, όχι ότι είναι εφικτό πάντοτε, αλλά γίνεται μια πολύ μεγάλη προσπάθεια, δηλαδή αν έχουμε στο μονόκλινο έναν άρρωστο ο οποίος μπορεί να μετακινηθεί, κάνουμε την προσπάθεια αλλαγής θαλάμου. Ακόμα και το απόγευμα ή το βράδυ, αν χρειαστεί. Τη νύχτα αν πρέπει να βγάλει μονόκλινο θα τον ξυπνήσει τον ξυπνήσει πολλές φορές τον άρρωστο που κοιμάται στο μονόκλινο και θα τον βγάλει στο ράντζο για να μπει ο άλλος. Έχει συμβεί, έχει συμβεί. Δεν είναι σύνηθες, αλλά έχει συμβεί. Να βγάλει δηλαδή άρρωστο που κοιμάται στο κρεβάτι για να βάλει κάποιον άλλο μέσα άμα είναι πολύ διεγερτικός, ναι, γιατί δεν μπορείς να τον καθηλώσεις στο ράντζο. Θα πάρει το ράντζο και θα φύγει*» (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Τον βάλαμε εκεί και είδες; Μετά από λίγο ησύχασε. Το ίδιο ισχύει και με την καθήλωση πολλές φορές. Όσο λιγότερα εξωτερικά ερεθίσματα δέχεται κάποιος που είναι σε υποτροπή, τόσο γρηγορότερα συνέρχεται*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Όταν μπει, ενημερώνεται από τους γιατρούς ότι υπάρχει ράντζο, ότι θα μείνει στο διάδρομο, και μπορεί να συνεργάζεται. Αλλιώς, αν είναι κάποιος ανήσυχος, μεταφέρουμε κάποιον άλλον από το κρεβάτι στο ράντζο και ο καινούριος μπαίνει στο κρεβάτι του. Άμα πρέπει να περιοριστεί*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

---

[103] Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να επισημάνουμε: Παρ' όλο που πολλοί επαγγελματίες χρησιμοποιούν τον όρο «θεραπευτικό περιβάλλον» όταν θέλουν να προσδιορίσουν, κυρίως χωρικά, το «ιδανικό περιβάλλον» αναφορικά με τα εξωτερικά ερεθίσματα που δέχεται ο πάσχων, βιβλιογραφικά η έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος (milieu) αναφέρεται σε «*…ένα σύνολο τάσεων και δραστηριοτήτων για την ικανοποίηση των αναγκών και την κινητοποίηση των αρρώστων, ώστε να μειωθούν το άγχος και η τυχόν ανασφάλειά τους.*» Στο: Μαδιανός, Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 573 – 574.

2.5. Η «ρουτίνα»

Ούτως ή άλλως, η διαβίωση του «εισαγγελικού» όταν έχει διαβεί το «κατώφλι αποδοχής» του χώρου, γίνεται με όρους της διαβίωσης στο ίδρυμα έτσι όπως τις έχει περιγράψει ο Goffman.[104] Το πρωινό ξύπνημα για άλλους είναι πιο δύσκολο και για άλλους πιο εύκολο (ενώ μερικοί, συνηθέστερα κάποιοι χρόνιοι σχιζοφρενείς ή πάσχοντες οι οποίοι υποφέρουν από αϋπνίες, σηκώνονται και ξεκινούν την ημέρα τους με το τρίπτυχο «σαλονάκι- καφές μηχανήματος- τσιγάρο» κυριολεκτικά πριν χαράξει), ενώ η βασική ενασχόληση είναι η τηλεόραση. Οι περισσότερες κλινικές, στο πρωτόκολλο που ακολουθούν, δεν επιτρέπουν την χρήση «προσωπικών» τηλεοράσεων στα δωμάτια. Υπάρχει μια κεντρική τηλεόραση στο «σαλόνι ασθενών» συνηθέστερα.

> «*Τηλεοράσεις στα δωμάτια; Όχι, μόνο μια έξω. Γιατί μέσα ο άλλος θα βάζει την τηλεόραση αυτό που γουστάρει να δει, θα ενοχλεί τον άλλονα. Παλιά είχαμε βάλει. Σ' ένα δυό δωμάτια ψηλά η τηλεόραση εκεί, τσιγάρο δίπλα. Και δεν τη θέλουμε στα δωμάτια γιατί είναι που είναι οι περισσότεροι αποσυρμένοι, αν έχουν και τηλεόραση, δεν θα βγαίνουν ποτέ. Άσε που πολλούς απ' αυτούς δεν τους βοηθάει και στο παραλήρημα…*» (Προϊστάμενος Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Στη συνέχεια όλοι μαζί τρώνε το πρωινό τους στην τραπεζαρία, συγκεντρώνονται και παίρνουν με τη σειρά τα φάρμακα, και στη συνέχεια κάποιοι ξαναξαπλώνουν, κάποιοι συνεχίζουν να παραμένουν στα σαλονάκια καπνίζοντας και κουβεντιάζοντας, ενώ κάποιοι περνούν τις ώρες τους κυριολεκτικά μην κάνοντας τίποτα, ακόμα και καθισμένοι δίπλα – δίπλα: Μια παράδοξη «περίσσεια αναπόλησης». Το πρωινό στη κλινική είναι συνήθως λίγο πιο «γεμάτο» υπάρχει εργοθεραπεία όπου –συνήθως με τη παρότρυνση του προσωπικού- οι νοσηλευόμενοι ασχολούνται για κάποιες ώρες, οι γιατροί παραβρίσκονται και εξετάζουν, ρυθμίζουν τυχόν προβλήματα, αιτήματα, εξετάσεις (όπως είπαμε, οι «εξετάσεις» ήταν και παραμένουν ένα βασικό σημείο συνδιαλλαγής), γενικά υπάρχει μια κινητικότητα και μια πολυκοσμία. Από το μεσημέρι και μετά τα πράγματα χαλαρώνουν. Λιγότερο προσωπικό, μόνο ένας γιατρός, αυτός που εφημερεύει, κάποιες φορές περισσότεροι συγγενείς και επισκεπτήριο: όσοι φίλοι και γνωστοί, έρχονται μετά τη

[104] Βλέπε: E. Goffman, *Άσυλα*, οπ.π. (ειδικά το κεφάλαιο: *η λαθροβίωση σε ένα δημόσιο ίδρυμα*, σ. 171-290)

δουλειά. Αν πάνε όλα καλά, ο άρρωστος δρομολογείται για το εξιτήριο.[105] Δίνονται αρχικά κάποιες άδειες, στην αρχή ολιγόωρες τα απογεύματα (σχεδόν πάντα με τη συνοδεία κάποιου συγγενή), στη συνέχεια το Σαββατοκύριακο, και τελικά ο άρρωστος μας αποχαιρετά. Αυτή τη φορά όλα πήγαν καλά…

Όπως έχει προλεχθεί, η ρουτίνα εννοιολογείται σαν ένα σύνολο σταθερών και ελέγξιμων συμπεριφορών, των οποίων η παρατήρηση (ή καλύτερα, η συνεχής, αδιάλειπτη παρατήρηση) μπορεί όχι μόνο να τροφοδοτήσει με πληροφορίες αναφορικά με την προσωπικότητα και την κατάσταση του νοσηλευόμενου, αλλά και κάτι παραπάνω. Να πιστοποιήσει την (παθολογική) εκτροπή της οποίας η σημειολογία εμφανίζεται στην καθημερινότητα. «*Για να νομιμοποιηθεί ως επιστημονική και αυταρχική επέμβαση στην κοινωνία, για να νομιμοποιηθεί ως επιστήμη και εξουσία και επιστήμη της δημόσιας υγιεινής και της κοινωνικής προστασίας, η ψυχιατρική πρέπει να δείξει ότι είναι ικανή ν' αντιληφθεί έναν ορισμένο κίνδυνο, ακόμη και εκεί όπου κανείς άλλος δεν μπορεί ακόμη να τον δει*»[106] μας λέει ο Foucault, προσεγγίζοντας την δομική σημασία που έχει η παρατήρηση, και η ερμηνεία της «καθημερινής» συν-περιφοράς σε σχέση με την νοηματοδότηση της αναπαράστασης: Μια διαδικασία «…*η οποία στις μέρες μας δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί* […] *διαδικασία που έδωσε τη δυνατότητα στην ενδοασυλιακή ψυχιατρική εξουσία, η οποία επικεντρώνεται στην ασθένεια, να γίνει γενική, ενδο- και εξω-ασυλική δικαιοδοσία, όχι πάνω στην τρέλα, αλλά πάνω στο μη κανονικό και σε κάθε μη κανονική συμπεριφορά*».[107] Μέσα σε ένα τέτοιο πλαίσιο οργάνωσης, άλλοτε σε άλλο βαθμό, οι πρακτικές ελέγχου κατέχουν μια κεντρική θέση. Στις περισσότερες των περιπτώσεων, ειδικά αν ο νοσηλευόμενος έχει σημασιοδοτηθεί είτε ως *αυτοκτονικός* είτε ως *επιθετικός*, υπάρχει έλεγχος τόσο των προσωπικών του αντικειμένων, όσο και του τρόπου με τον οποίο κινείται. Παράλληλα με τη διαδικασία εισαγωγής, ελέγχονται τα πράγματά του, είναι υποχρεωμένος να παραδώσει οτιδήποτε μπορεί να *ερμηνευθεί* ως επικίνδυνο αντικείμενο, με τα ξυραφάκια για το ξύρισμα να κατέχουν περίοπτα την πρώτη θέση. Τη δεύτερη, μάλλον τα «τσιγάρα». Τώρα τελευταία, και τα κινητά. Τόσο οι συσκευές, όσο και οι φορτιστές. Γιατί με το καλώδιό τους δεν ξέρεις τι μπορεί να κάνει κανείς.

---

[105] Πολλές φορές, ειδικά στην περίπτωση που ο πάσχων έχει γρήγορη βελτίωση και υπάρχει καλή θεραπευτική σχέση, να ακολουθηθεί η διαδικασία της άρσης της εισαγγελικής. Της δυνατότητας, δηλαδή, να μετατραπεί το καθεστώς νοσηλείας, και ο άρρωστος να παραμείνει για νοσηλεία ως *εκούσιος*.

[106] Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 238.

[107] Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 263.

«*Παλιά, που δεν υπήρχαν αυτά τα μαραφέτια, δεν είχαμε τέτοια προβλήματα. Ένα τηλέφωνο για όλους…*» παραπονιέται ένας από τους «παλιούς» νοσοκόμους σε μια κλινική οξέων ενός ψυχιατρείου (Βοηθός Νοσηλευτή, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων). Νέα ήθη, νέα έθιμα…

«*Και φυσικά εδώ πέρα δικαιούνται, επειδή δεν έχουνε κινητά, ένα τηλέφωνο ημερησίως. Από τις 8 μέχρι τις 2 το μεσημέρι. Έχουμε αυτό το κεντρικό που μπορούνε να παίρνουνε, αλλά όχι να μιλάνε για πάνω από μισή ώρα. Περιορισμένα. Ή μπορεί να πάρουνε αυτοί στο κινητό στους δικούς τους, και να πάρουν αυτοί πίσω. Αλλά υπάρχει σύνδεση κι εμείς μπορούμε και παρακολουθούμε.* (!!!!!) *Είναι ντούμπλεξ το τηλέφωνο. Τους παρακολουθούμε. Έχουμε γίνει αστυνόμοι εδώ πέρα. Και κάποιες φορές έχουμε προλάβει και κάποιες καταστάσεις. Πιάσαμε δηλαδή κάποιους έτσι. Εδώ έξω παραγγέλνουνε συνέχεια σουβλάκια, διάφορα. Και παρακολουθούμε, ακούμε τις αυτές, τις παραγγελίες, πρώτα τι παράγγειλε. Γιατί, πιο παλιά παραγγέλνανε και παραγγέλνανε 4 μπύρες, και να μας τις τυλίξετε ή έλεγε στο ντελίβερι, "άφησέ τες εκεί και θα περάσω να τις πάρω εγώ μετά. Θα' ρθεις λέει να σε πληρώσω και θα πάω να τις πάρω εγώ μετά". Είχα πιάσει εκεί μια τέτοια περίπτωση. Ναρκομανείς και τέτοια. Αυτοί είναι που μας κάνουνε την ιστορία*» (Νοσηλευτής, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Στη «στάση νοσηλείας» μιας κλινικής οξέων, μια νοσηλεύτρια μου δίνει συνέντευξη. Την διακόπτει ένας νοσηλευόμενος ο οποίος ζητάει επίμονα ένα πακέτο τσιγάρα. Η νοσηλεύτρια, ανοίγει ένα ντουλάπι, γεμάτο με «μικροπράματα» σε θυρίδες και του δίνει ένα πακέτο. «*Ο καθένας έχει τη δική του. Όταν έρθουν μας παραδίδουν χρήματα, λεφτά, τσιγάρα, τέτοια πράγματα. Ειδικά αν είναι κανένας διπολικός θα τα εξαφανίσει στο πιτς φυτίλι. Μην νομίζεις βέβαια, ότι οι πιο πολλοί έχουν. Στο ρεφενέ τη βγάζουν. Εντάξει, αυτοί που έχουν συγγενείς, θα 'ρθούν. Θα τους φέρουν τσιγάρα, αυτοί που δεν έχουν όμως; Η ζωή τους είναι τα τσιγάρα κι οι καφέδες*». (Συνεντευκτής*: «Με αυτούς, τι γίνεται;»*) «*Τίποτ' άλλο. Κάποια στιγμή μας δίνανε άπορα.*[108] *Τώρα, τίποτα. Τους κερνάμε εμείς, ζητιανεύουνε. Κλέβουνε. Αλλοδαποί, άντε να βρεις άκρη*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Έτσι, δυνητικά «αιχμηρά αντικείμενα», αλλά και διάφορα τιμαλφή, παραδίδονται στη κλινική. Παράλληλα, υπάρχει μια συστηματική (κατά το δυνατόν) επιτήρηση τόσο της συμπεριφοράς, όσο και των κινήσεων: Πως κινείται, που κινείται, που *θέλει* να κινείται. Ένας ιδιότυπος μηχανισμός επιτήρησης, ο οποίος χωρίς να χρησιμοποιεί –σε υπερθετικό

[108] «Άπορα»: Δωρεάν τσιγάρα για τους νοσηλευόμενους οι οποίοι δεν είχαν τη δυνατότητα να αγοράσουν μόνοι τους.

τουλάχιστον βαθμό- την χωρική απομόνωση και αποκλεισμό, λειτουργεί με μια έντονα φυλακτική χροιά.

«*Εγώ, δηλαδή τι κάνω; Προσέχω*[109] *η κύρια δουλειά είναι να προσέχω τους ασθενείς. Από κει ξεκινάμε. Αυτή είναι η κυριότατη δουλειά. Από κει και πέρα ότι άλλο κάνω, μπορώ να πω ότι το έχω κάνει από μόνη μου για να βοηθήσω την κλινική. Στο να μην χάνω τους ασθενείς που δεν πρέπει αν εξέλθουν από την κλινική και να γνωρίζω είτε αυτοί που εξέρχονται είτε αυτοί που δεν εξέρχονται πού βρίσκονται. Η κύρια δουλειά. Δηλαδή εγώ δεν φεύγω ποτέ από την πόρτα. Γιατί αν φύγω από την πόρτα, μπορεί να φύγει οποιοσδήποτε. Εγώ για να πάω στην τουαλέτα, θ' αφήσω κάποιον στην πόρτα. Θα αφήσω είτε νοσηλευτή, ή βοηθό θαλάμου, συνήθως δεν βοηθάνε τα παιδιά απ' έξω, επειδή είναι άριστη η συνεργασία μας, μέσα, σ' οποιονδήποτε νοσηλευτή να πω, "σε παρακαλώ ένα λεπτό μπορείς να έρθεις στο πόστο μου;"*». (Security, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Έχουμε και φύλακες. Εννοείται. Νομίζω ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι οι φύλακες, που επίσης εκτελούν καθήκοντα νοσηλευτή, είναι πέντε. Τα μοιραζόμαστε όλα. Βασικά δεν κάνουμε εδώ μόνο τα νοσηλευτικά καθήκοντα εδώ. Εμείς κάνουμε καθαριότητα, εμείς θα τους σερβίρουμε, εμείς θα τα μαζέψουμε, εμείς θα τα πλύνουμε, και συν το χώρο, τα κρεβάτια, την καθαριότητα*» (Νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Βέβαια, κάποιες φορές ο έλεγχος αποδεικνύεται μάλλον ελλιπής και ανεπαρκής:

«*Η τότε που βρήκαμε το περίστροφο κάτω από το μαξιλάρι του Αλβανού. Είχε πάει στο αστυνομικό τμήμα και φωνάζει η γυναίκα του "προϊσταμένη νομίζω ότι έχει πιστόλι κάτω από το μαξιλάρι του". Δεμένος τώρα αυτός, είχε έρθει, τον φέρανε οι αστυνομικοί, αλλά αυτός όσο έμεινε στο τμήμα, φρόντισε να πάρει το πιστόλι. Το βούτηξε από κάποιο μπάτσο. Το 'χωσε κάπου μεσ' την πυτζάμα του μέσα, μες το περιπολικό ούτε τον κοίταξε κανένας, εδώ που ήρθε, σκατά πάλι. Δεμένος στα τέσσερα και έρχεται η γυναίκα του και λέει, "προϊσταμένη, νομίζω ότι έχει πιστόλι κάτω από το κρεβάτι του". Λέω μπα, δεμένος και έχει όπλο, αποκλείεται, κάποιος θα τον έχει ψάξει. Και όμως είχε, ένα 36άρι πως τα λένε αυτά. Κι άιντε να δεις, η ψυχή μας πήγε στην κούλουρη. Ήταν και γεμάτο. Εδώ που τον φέρανε και τον δέσανε, πώς δεν το σήκωσε δεν ξέρω. Όλοι εδώ. Η προϊσταμένη έκλαιγε, άστα δράμα. Κάναμε αμάν να του το πάρουμε, τι να το πάρουμε, ευτυχώς που έφαγε μια φλασιά και το έδωσε μόνος του*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

[109] «Προσέχω». Τι «όμορφη», διπλή σημασία: και «φροντίζω», αλλά και «επιτηρώ».

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε ν' αναφερθούμε σε δύο θεματικές οι οποίες σχετίζονται με τη «ρουτίνα» των κλινικών. Αυτό, γιατί θεωρούμε τα πεδία το *φαγητού* και του *ύπνου* ίσως δύο από τα πλέον χαρακτηριστικά στα οποία εμφανίζεται με εμφανή τρόπο η μικροφυσική του συστήματος.

2.5.α. Το *φαγητό*

«*Είναι αυτό το "αυτιστικό"* (αναφέρεται σε κάποιο νοσηλευόμενο που είναι για χρόνια έγκλειστος στην απομόνωση του τμήματος) *άμα του πάμε το φαγητό, κάθεται κάτω. Με τα χέρια κάθεται, τρώει, ο ένας αγκώνας ακουμπάει κάτω κι ο άλλος τρώει. Και άμα δεν είναι στα καλά του, ταΐζει και την λεκάνη. Βουλώνει μετά η λεκάνη και τρέχουμε.*» (Υπεύθυνη νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Το φαγητό, η διαδικασία θρέψης / σίτισης είναι ίσως ένα πεδίο που πέραν της αρχικής απλοϊκότητας που μπορεί να φαίνεται ότι παρουσιάζει (πόσες σημαντικές διαπιστώσεις να μπορούν να εξαχθούν παρατηρώντας έναν άνθρωπο που τρώει;) ίσως είναι και πιο σύνθετο και πιο ενδεικτικό.

«*Μετά, τρώνε στην τραπεζαρία και πάμε κι εμείς εκεί, και βλέπουμε τι γίνεται. Η παρατήρηση της καθημερινότητας. Εκεί έχεις ένα βλέμμα ποιος τρώει, ποιος δεν τρώει, τι τρώει, γιατί μπορεί κάποιος να είναι στο θρησκευτικό παραλήρημα να νηστεύει, να νηστεύουν, να μην τρώνε το κρέας, να μην τρώνε λάδι, να τρώνε μόνο σαλάτα, να μην τρώνε καθόλου από το φαγητό, δηλαδή να μην τρώνε μόνο το κρέας, αλλά το κριθαράκι, τις πατάτες, και βλέπεις πώς λειτουργούνε*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Το διακύβευμα «φαγητό» μπορεί να εκλάβει την αναπαράσταση της επιβολής και του χειρισμού, τον χαρακτήρα της τιμωρίας (εν τέλει, μιας ιδιότυπης επιθετικότητας) εκ μέρους του αρρώστου: «σε τιμωρώ, σε ταλαιπωρώ, σε προβληματίζω με το να μην τρώω». Από την άλλη, και το πλαίσιο πιθανόν να χρησιμοποιήσει το «φαγητό» με τον ίδιο τρόπο: σαν μέσο πίεσης. Τέλος, οι διατροφικές συνήθειες δεν είναι μόνο ενδεικτικότατες του πολιτισμικού επιπέδου και συνηθειών, αλλά πολλές φορές αποτελούν ένα ιδιαίτερα αξιόπιστο διαγνωστικό κριτήριο αναφορικά με τη τυπολογία της συμπτωματολογίας η οποία πιθανόν να υπάρχει «μεταμφιεσμένη». Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι περιπτώσεις βαριά παρανοϊκών αρρώστων, οι οποίοι –μέσα στ' άλλα- φοβούνται ότι

κάποιος θα τους δηλητηριάσει με το φαγητό. Συνεπώς, είτε δεν τρώνε (και δεν πίνουν) καθόλου, είτε τρώνε και πίνουν μόνο από συσκευασμένα είδη: κάποιο γιαούρτι, και μόνο εμφιαλωμένο νερό που το από-σφραγίζουν οι ίδιοι. (Είναι αναμενόμενο το ότι αν ένας άπειρος επαγγελματίας «πιέσει» έναν τέτοιο άρρωστο να φάει κανονικά, ο άρρωστος όχι μόνο δεν θα φάει, αλλά πιθανότατα να τον «εντάξει στο παραλήρημα»: να θεωρήσει, δηλαδή, ότι συμμετέχει και αυτός στη «συνωμοσία» εναντίον του. Συνέπεια: μια δυνητική απρόσμενη επίθεση από το νοσηλευόμενο. Αν και σε πρώτο επίπεδο η *απρόσμενη* επίθεση θα φαίνεται και *αναίτια*, τελικά έχει τη *λογική διαδρομή* της: «*θα σε χτυπήσω, πριν με δηλητηριάσεις…*»). Ας επανέρθουμε ενθυμούμενοι ότι σε αυτό το σημείο μας ενδιαφέρουν οι καθημερινές πρακτικές. Υπό αυτό το πρίσμα, το «φαγητό» είναι μια διαδικασία η οποία συμμετέχει στη κοινωνικοποίηση των νοσηλευόμενων: οι άρρωστοι τρώνε όλοι μαζί στην τραπεζαρία της κλινικής, τόσο το πρωινό (κατά τις οκτώ το πρωί), όσο και τα άλλα γεύματα (περίπου στις 12.30 με μία το μεσημέρι και στις 6.30 – 7.00 το απόγευμα).

> «*Τρώνε όλοι μαζί σε μια τραπεζαρία μεγάλη, το οποίο είναι και χώρος του σαλονιού, είναι εικονικά μοιρασμένος δεν έχει τοίχο, η τραπεζαρία από το σαλόνι δεν έχει τοίχο, είναι ένας χώρος που εκεί μόνο, αν ήταν δηλαδή μόνο τα δωμάτια, είναι ένας χώρος πολύ ικανοποιητικός να τους εξυπηρετήσει. Δεκαοχτώ άτομα δηλαδή. Βέβαια έχει τύχει το φοβερό και τρομερό μερικές φορές να υπάρχουνε εδώ μέσα πάνω από 30 νοσηλευόμενοι και αν βάλεις και τους συνοδούς τουλάχιστον είκοσι, είκοσι πέντε, να μην πω και τριάντα μερικές φορές, γιατί τυχαίνει και διπλοί συνοδοί και τριπλοί για έναν ασθενή, και να είσαι σε μέρα μετά από εφημερία να μπαίνεις μέσα στην κλινική και να προσπαθείς να αντιληφθείς ποιοι είναι οι νοσηλευόμενοι και ποιοι είναι οι συνοδοί. Να καταλάβεις ποιοι είναι ποιοι. Να μην ξέρεις ποιοι είναι ποιοι.*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*…προσπαθούμε να είναι όλοι παρόντες στην τραπεζαρία, δηλαδή μας είχε τύχει περιστατικό ο οποίος δεν ήθελε να τρώει φαγητό του νοσοκομείου. Και είχε πει ο γιατρός απλώς θα παρευρίσκεσαι στην τραπεζαρία μπορείς να μην φας, και προσπαθούμε δηλαδή να βρίσκονται στην τραπεζαρία όλοι και φυσικά τους παρακολουθούμε γιατί μας έχουν τύχει και περιστατικά να πνιγούνε κι εγώ έχω σώσει κάποιον μια φορά που πήγε να μου πνιγεί*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Αν ο «εισαγγελικός» είναι ήσυχος, τρώει εξ αρχής στην τραπεζαρία μαζί με τους υπόλοιπους. Διαφορετικά ζητείται από τις τραπεζοκόμους του νοσοκομείου να του πηγαίνουν ένα δίσκο με φαγητό στο θάλαμο (ή και στο διάδρομο), ειδικά αν είναι

καθηλωμένος. Όσο πιο διεγερτικός και επιθετικός εκλαμβάνεται ένας πάσχων, τόσο πιο γρήγορες και σύντομες είναι οι επισκέψεις του βοηθητικού προσωπικού στο θάλαμο.

«*Τρώνε μόνοι τους, όσοι δεν μπορούνε φυσικά και θα τους βοηθήσουμε θα τους ταΐσουμε. Να μια κοπέλα που έχουμε τώρα, την ταΐζουμε. Δύο φορές την ταΐσαμε. Οι τουαλέτες. Είναι κοινές. Γυναικείες και αντρικές. Η υποδομή είναι άθλια. Άσε με, γιατί εμείς εδώ είμαστε λίγο απ' όλα. Εμείς τα κάνουμε όλα. Όλοι τα κάνουν όλα. Δεν υπάρχει δηλαδή, ΤΕ, φύλακας ή βοηθός. Να, δηλαδή, τώρα σε λίγο θα πάμε να ταΐσουμε εμείς. Εμείς. Εμείς θα καθαρίσουμε τον χώρο μας, εμείς θα βοηθήσουμε να βάλουνε πλυντήριο, εμείς όλα* […]. *Πλαστικά σερβίτσια. Και μαχαιροπήρουνα πλαστικά. Παλιά είχανε βάλει κανονικά* (εννοεί, μεταλλικά), *αλλά φοβάσαι. Παίρνει ό άλλος το μαχαίρι, και…*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Με τη συνοδεία μιας νοσηλεύτριας πηγαίνουμε στο θάλαμο του Βασίλη. Είναι νοσηλευόμενος, «εισαγγελικός». Το δωμάτιο δεν είχε μέσα τίποτα εκτός από ένα σιδερένιο μεταλλικό κρεβάτι και δύο πλαστικές καρέκλες. Δεν υπήρχαν κουρτίνες στο παράθυρο, το οποίο είχε κάγκελα. Το φως του δωματίου ήταν συνέχεια αναμμένο, ενώ οι τοίχοι ήταν άδειοι (εκτός από κάποια σχέδια και λόγια που ήταν γραμμένα με στυλό, μισοσβησμένα. Παρόλο που δεν υπήρχαν καθόλου προσωπικά αντικείμενα, ο χώρος ήταν πολύ ακατάστατος. Υπήρχαν δύο δίσκοι με πλαστικά σερβίτσια, γεμάτοι αποφάγια, κάτω στο πάτωμα. «*Οι τραπεζοκόμες τον φοβούνται και δεν έρχονται να τα μαζέψουν*» μου λέει η νοσηλεύτρια. «*Μπορεί να είναι και από εχθές αυτά*». Υπήρχαν αποφάγια σπαρμένα σε όλο το πάτωμα, χαρτιά, χαρτοπετσέτες, πλαστικά ποτήρια με νερό, με αποτσίγαρα, κάποια ήταν χυμένα είτε στο πάτωμα, είτε στο κρεβάτι, ενώ στο πάτωμα υπήρχε μια «λιμνούλα» από ούρα. *«Όταν είμαστε κοπέλες μόνες μας στην βάρδια, ποιος να τους λύσει; Όταν θέλουν τουαλέτα, γυρνάν στο πλάι, όσο μπορούν, και τα κάνουν στο πάτωμα.*» εξηγούν οι νοσηλεύτριες. (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).[110]

Ο άρρωστος μπορεί να φάει, μπορεί και όχι. Το συνηθέστερο είναι –είτε είναι έντονα παρανοϊκός, είτε είναι πολύ συγχυτικός- τις πρώτες μέρες να υποσιτίζεται. Συνηθέστερα, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι εκείνο που φροντίζει για την σίτισή του, πολλές φορές με πιεστικό τρόπο. Είτε απλά επιτηρώντας τον, είτε και ταΐζοντάς τον στο κρεβάτι, σαν

[110] Είναι πολύ ενδιαφέρουσα η θέση του Foucault για τον (ακάθαρτο) χώρο και τον ένοικό του σαν χώρο-θέαμα. Ένας χώρος, που ο αληθινός του χαρακτήρας θα πραγματωθεί, εφ΄ όσον γίνει ένα *κλουβί ζώων*. Ένας χώρος που η αρρώστια θα μπορεί να κατοικεί εκεί, ή καλύτερα θα μπορεί να φυλακίζεται εκεί μέσα, θα μπορεί να προσφερθεί ως θέαμα, χωρίς όμως αυτό να είναι απειλητικό για τους θεατές, θέαμα παραδειγματικό για αυτούς, αλλά χωρίς τον κίνδυνο αναμετάδοσης. Η τρέλα ως μολυσματικό προϊόν. Στο: Foucault M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, οπ.π., σ. 205-206.

βρέφος. Πολλές φορές, άλλωστε, τα μαχαιροπήρουνα, τα πιάτα μπορούν να αποκτήσουν μια δυνητικά διαφορετική χρήση:

> «*Ενώ οι άλλοι τρώνε σε κανονικά σερβίτσια, πλαστικά, από μελαμίνη, στους περιορισμένους, βάζουμε μιας χρήσεως, στους περιορισμένους. Γιατί έχει τύχει περιστατικό που έριξε επίτηδες το πιάτο κάτω, το έσπασε και πήρε ένα κομμάτι και προσπαθούσε να κόψει τον ιμάντα. Ναι, έχει τύχει αυτό το περιστατικό που δώσαμε μελαμίνη αυτό, το έριξε επίτηδες το 'σπασε και κράτησε κομματάκι. Πήγαμε εμείς μετά μαζέψαμε, δεν συναρμολογούμε και όταν μαζεύουμε να δούμε αν λείπει κανένα κομμάτι, ρίξαμε κοιτάξαμε από κάτω, αυτός το' χε κρύψει, και προσπάθησε μετά να κόψει τον ιμάντα. Τσούκου – τσούκου και τον ένα του πήρε γύρω στις επτά ώρες, τα κατάφερε, τον έκοψε γύρω στις επτά ώρες*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Εκτός από την περίπτωση που ό άρρωστος είναι παρανοϊκός με ιδέες δηλητηρίασης (όπως η περίπτωση που προαναφέρθηκε), το προσωπικό ή συχνότερα οι συγγενείς –αν υφίστανται- προσπαθούν ώστε ο άρρωστος να τρώει κατά το δυνατόν πιο επαρκώς, είτε στην τραπεζαρία, είτε στο θάλαμό του.

> «*Και να' ναι όλοι μέσα στο σαλόνι στοιβαγμένοι, ή οι περισσότεροι, να μην φτάνουν οι καρέκλες για να φάνε, να τρώνε στα χέρια, ή να παίρνουν τα φαγητά τους μέσα στα δωμάτια, που δεν το επιτρέπουμε, παρά μόνο αν υπάρχουν βιολογικές ανάγκες, έτσι στατικότητας στο κρεβάτι ξέρω γω, ή για άλλους λόγους, ή για ψυχιατρικούς λόγους όταν υπάρχει υψηλή παρανοϊκή ετοιμότητα τέλος πάντων, και δεν μπορεί ο άλλος να σταθεί μέσα στο σαλόνι, του επιτρέπουμε να φάει μέσα στο δωμάτιό του, αλλιώς ο κανόνας είναι όλοι να τρώνε στο σαλόνι. Κι αυτό βέβαια που προσπαθούμε όλοι είναι να τηρούμε τα όρια έτσι; κατά το δυνατόν. Τρώνε σε πιάτα μελαμίνης. Δεν είναι πλαστικό. Η ύλη είναι PVC, μοιάζει με πλαστικό, αλλά δεν είναι εύκαμπτο είναι σκληρό, μοιάζει με πιάτο πορσελάνης τέλος πάντων είναι πιο ελαφρύ όμως. Είναι σταθερό τα άλλα πιρούνια, μαχαίρια, είναι πλαστικά και εύκαμπτα, εγώ στον πρώτο χώρο που δούλευα δουλεύαμε με κανονικά σερβίτσια στο Εφήβων δουλεύαμε μεταλλικά σερβίτσια. Παρ' όλο που είχαμε αρκετές δυσκολίες έτσι; Δηλαδή πάρα πολλοί έφηβοι σήκωσαν το μαχαίρι, σήκωσαν το μεταλλικό μαχαίρι, σήκωσαν το μεταλλικό πιρούνι, για να επιτεθούνε ξέρω γω κι αυτά, αλλά τα καταφέρναμε δεν είχαμε χάσει την μπάλα. Εδώ όμως, είναι δύσκολο να μην χάσεις την μπάλα. Δηλαδή στην αρχή όταν το είδα δεν μου καλάρεσε. Δεν μου άρεσε που τρώγαν με πλαστικά πιρούνια σε πλαστικά πιάτα. Και το λέω γιατί; Δηλαδή αρχίζεις και κόβεις τέλος πάντων, γενικά κοινωνικά στάνταρ, το οποίο ουσιαστικά είναι αντίθετο έτσι; ως προς τις*

κατευθύνσεις, αλλά τελικά είναι ανάγκη να γίνει σ' έναν χώρο δηλαδή που έχει χάσει τα όριά του. Καλά είναι να κάνεις κάποιες άμυνες» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Όσο ρυθμίζεται η κατάσταση του αρρώστου τόσο βελτιώνεται το φαγητό του, αλλά και αναδύονται οι διατροφικές συνήθειες και του πάσχοντα, αλλά και της οικογένειας.

«*Πολλές φορές το φαγητό τους, το δίνουνε στους άλλους. Παίρνουνε το κρέας, το παίρνουνε και το βάζουνε στον δίπλα. Όταν κάθονται στο τραπέζι κοντά και γνωριστούνε, προτιμούν την παρέα που θα καθίσουν να φάνε ή που θα καθίσουν στο σαλόνι, ή που θα κινηθούνε εδώ μέσα, γιατί κάνουν παρεούλες. Αλλά πέρα απ' αυτό, το λέμε και στις τραπεζοκόμες, οι πιο πολλές καίνε "μαζούτ",*[111] *μιλάμε τώρα ζητάει ένας άρρωστος στην τραπεζαρία που είναι σε ένταση, και είναι διαβητικός παραδείγματος χάρη. Και ζητάει να φάει και φαγητό από το "ελεύθερο", εκείνη την ώρα θα τα βάλεις μαζί του; Αφού τον βλέπεις ότι είναι πύραυλος, δώστον εκεί μια κουταλιά, βάλτου σ' ένα κεσεδάκι μια κουταλιά από το ελεύθερο, και δώστου και το φαί του, να του περάσει ο καημός εκεί κι εντάξει. Άστον εκεί, ο διαβήτης θα τον πειράξει τώρα; Αφού είναι πύραυλος*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα: στην περίπτωση που υπάρχει μια παρεμβατική και υπερπροστατευτική μητέρα (η οποία πολλές φορές, σύμφωνα με τους επαγγελματίες, παρεμβαίνει και «ανταγωνίζεται» το χώρο) η θεματική «φαγητό» είναι ένα από τα πεδία σύγκρουσης. Είτε θέλει να του «…φέρνει απ' έξω», είτε ο άρρωστος να τρώει στο θάλαμο, είτε να παραβρίσκεται και αυτή στη τραπεζαρία για να ελέγχει, ή να του φέρνει το δικό του φαγητό από το σπίτι (τα γνωστά «ταπεράκια»). Αναφερθήκαμε σε αυτό το παράδειγμα, όχι τόσο προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε τέτοιες πρακτικές, όσο για να καταδείξουμε τη σημασία αυτών των μικρών καθημερινών πρακτικών. Σε ακραίες περιπτώσεις αδυναμίας αυτοσυντήρησης, και όταν υπάρχει ορατή απειλή για τη ζωή του πάσχοντος, είτε «μπαίνει» ορός (υπάρχουν διατροφικά σκευάσματα τα οποία διοχετεύονται περιφερικά, «βάζοντας φλέβα» στη ιατρική αργκό) είτε μπαίνει «lewin», δηλαδή τοποθετείται ένας καθετήρας ο οποίος εισέρχεται από το ένα ρουθούνι του αρρώστου και καταλήγει στο στομάχι του, από τον οποίο διοχετεύονται με σύριγγα πολτοποιημένες τροφές. Αυτονόητο το ότι πολλές φορές ο άρρωστος αντιστέκεται στη διαδικασία, οπότε είτε περιορίζεται από τα χέρια για να μην τον τραβήξει, είτε υπάρχει συνεχής επιτήρηση. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι η νοσηλεία νεαρών συνηθέστερα γυναικών οι οποίες πάσχουν από *νευρογενή ανορεξία*. Κατά

[111] «Καίνε μαζούτ»: Είναι «αφελείς», «χαζές».

τη διάρκεια της έρευνάς μας συναντήσαμε μία μόνο περίπτωση νοσηλευόμενης με νευρογενή ανορεξία με το καθεστώς της εισαγγελικής παραγγελίας. Παρ' όλα αυτά, μας αναφέρει ένας επιμελητής ψυχίατρος:

> «*…άσε, τείνει να γίνει της μόδας. Να βάζουν τις ανορεξικές με εισαγγελική. Καταλαβαίνεις βέβαια, τι μπάχαλο γίνεται, ειδικά αν δεν έχει γίνει συνεννόηση με την κλινική. Μπορεί να στο διαλύσει το τμήμα. Δεν είναι τόσο συχνό σε εμάς όσο έξω, αλλά δεν ξέρω τι θα γίνει με αυτή την ιστορία. Από την άλλη, και οι γονείς δίκιο έχουν. Δεν ξέρουν τι να κάνουν. Είναι αυτό που λέγαμε και τις προάλλες. Αν δεν υπάρχουν δομές…*» (Επιμελητής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων). [112]

Τέλος, ιδιαίτερα χαρακτηριστικές είναι κάποιες περιπτώσεις στις οποίες το προσωπικό αναγκάζεται να προβεί σε μέτρα καθήλωσης λόγω του ότι κάποιες συνήθειες γύρω από τη σίτιση μπορεί όντως να αποβούν μοιραίες:

> «*…και ήρθε κάποια στιγμή η κοπέλα και μου λέει "άστα ρε… Μου λέει, μόνο νερό δίνουνε, ο αδελφός μου, καπνίζει και νερό. Ούτε τρώει μου λέει, τίποτα. Νερό, μου λέει, πάρα πολύ νερό". Εγώ θυμάμαι μια ασθενή που είχαμε πριν χρόνια, που έπινε νερό, νερό, νερό, με αποτέλεσμα της είχε πέσει το κάλιο πάρα πολύ. Της λέγανε ότι "μπορεί να δηλητηριαστείς είναι πολύ επικίνδυνο" και την είχανε δέσει στο κρεβάτι, κι έσερνε το κρεβάτι στο διάδρομο να πάει στον ψύκτη να πιει νερό. Και μετά την καθηλώσαμε στα τέσσερα για να μην πίνει νερό*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Από την άλλη, πολλές φορές υπάρχουν υπερφαγία και «διατροφικά ξεσπάσματα». Συχνά, «εισαγγελικοί» οι οποίοι είναι «παρατημένοι» (μένουν στο δρόμο, δεν έχουν σταθερή στέγαση και σίτιση) όταν εισάγονται να πεινούν τόσο πολύ ώστε –πέραν του «συσσιτίου»-

---

[112] Αναφορικά με την αναγκαστική νοσηλεία των «ανορεκτικών» (και την αναγκαστική σίτισή τους) κατ' επέκταση, κάποιες έρευνες την θεωρούν μάλλον βοηθητική παρόλο που η αναγκαστική σίτιση μέσω ρινογαστρικού καθετήρα μπορεί ν' αποφευχθεί αν υπάρχει εξειδικευμένο προσωπικό. Βλ. Thiels, C., «Forced treatment of patients with anorexia», *Current Opinion in Psychiatry*, 2008, τόμος 21, τεύχος 5, σ. 495-498. Επίσης, Russell, G.F.M., «Involuntary treatment in anorexia nervosa», *Psychiatric Clinics of North America*, τόμος 24, τεύχος 2, 2000.

στην κυριολεξία να «αδειάζουν» το κοινόχρηστο ψυγείο των αρρώστων, το οποίο συνήθως είναι γεμάτο με γιαούρτια, και κρέμες προκαλώντας τις διαμαρτυρίες των υπολοίπων.

Θα θέλαμε να κλείσουμε το συγκεκριμένο κεφάλαιο με μια πολύ χαρακτηριστική αναφορά. Μια από τις ιδιαίτερα δημοφιλείς και διαδεδομένες αναπαραστάσεις ανάμεσα στους ψυχιατρικούς αρρώστους είναι το ότι τα ψυχοφάρμακα παχαίνουν. Μια δήλωση την οποία πολλές φορές τη χρησιμοποιούν είτε επειδή το πιστεύουν, είτε επειδή είναι μια βολικότατη δικαιολογία για να δηλώσουν την αντίρρησή τους στο να λαμβάνουν την αγωγή. Βέβαια, όλα τα ψυχοτρόπα φάρμακα δεν παχαίνουν. Από την άλλη, όντως κάποια από αυτά «ανοίγουν την όρεξη» με αποτέλεσμα ο άρρωστος να τρώει περισσότερο (και με δεδομένη την κατάστασή του, πολλές φορές πιο ακατάστατα). Για παράδειγμα, πολλοί ψυχίατροι, αλλά και ψυχιατρικοί νοσηλευτές αναφέρουν ότι μια από τις παρενέργειες τη ολανζαπίνης, του *zyprexa*, ενός από τα πιο καινούρια και διαδεδομένα φάρμακα για τη σχιζοφρένεια (και όχι μόνο) είναι η αύξηση της όρεξης, κάτι που είναι ιδιαίτερα βολικό μερικές φορές: «*Οπότε, αν κάποιος δεν θέλει να φάει, του βάζουμε λίγο zyprexa και σε λίγο καιρό θέλει να φάει…*».

Θεωρητικά, οι σχέσεις που θα αναπτύξουν οι επαγγελματίες με τους αρρώστους πρέπει να ανταποκρίνονται στις προσωπικές, ιδιαίτερες ανάγκες τους. Συνεπώς θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η διαφορετικότητα του κάθε ατόμου. Κι επιπλέον το προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση τόσο να σέβεται, όσο και να αντέχει την προσπάθεια διαφοροποίησης του κάθε αρρώστου, ακόμα και όταν αυτός επιλέγει να υιοθετήσει θέσεις που έρχονται σε αντίθεση με το αξιακό σύστημα του προσωπικού.[113] Με άλλα λόγια, η σχέση μεταξύ του προσωπικού και των αρρώστων πρέπει να είναι διαλεκτική. Αυτό, σε ένα πρώτο επίπεδο, μπορεί να φαίνεται αναμενόμενο ή αυτονόητο, ωστόσο πολλές φορές δεν είναι. Κάποιες φορές, οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας επειδή έχουν συνηθίσει να έχουν απέναντί τους αδρανή και παθητικά άτομα, δυσκολεύονται να αντιληφθούν αυτή την προσπάθεια ανάκτησης μιας διαφορετικότητας, μιας έστω και πρωτόλειας ατομικότητας, από τους αρρώστους. Με αποτέλεσμα η σχέση που θα αναπτύξουν με τους αρρώστους να περάσει από ένα συγκρουσιακό στάδιο όταν ο –πρώην παθητικός- άρρωστος αρχίσει να αποκτά διαπραγματευτική ικανότητα και προσπαθεί να αντιπαραθέσει ενεργά την δική του

[113] Βλ. Αλεξανδρή, Ε., Δαμιανίδου, Κ., Καρατζογλίδου, Α., Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Επαγγελματικοί Ρόλοι και Αποκατάσταση*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 62, Απρίλιος-Ιούνιος 1998, σ. 24-26.

θέληση απέναντι σε αυτή του προσωπικού. Αυτή η αλλαγή πολλές φορές δεν γίνεται αντιληπτή ως τέτοια και «παρεξηγείται» ως σύμπτωμα της ασθένειας ή ως υποτροπή:

> «*Θέλω να πάρω το γάλα μου και να το πιω στο δωμάτιό μου, στο κρεβάτι, γιατί να μην το πιω στο κρεβάτι*;» φωνάζει η 20χρονη Ιωάννα. «*Αποκλείεται, αν θέλεις το πρωινό σου, θα έρθεις στην τραπεζαρία, όπως κάνει όλος ο κόσμος…*» απαντάει η Γιώτα (Τραπεζοκόμος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων). Και συνεχίζει, μονολογώντας: «*τι έγινε; "ανεβασμένη" είναι σήμερα…*»: Το «πρωινό στο κρεβάτι» ως κριτήριο υποτροπής.

2.5.β. Ο *ύπνος*

Ένα από τα διαδεδομένα κριτήρια υποτροπής ή βελτίωσης πολλών ψυχιατρικών παθήσεων είναι η *αϋπνία*. Το κατά πόσο ο άρρωστος κοιμάται, αλλά και το πώς κοιμάται. Η θεματική «ύπνος» είναι στενά συνδεδεμένη με την περίφημη «βραδινή βάρδια»: η κλινική το βράδυ πρέπει να είναι ήσυχη. Κατά συνέπεια, ο «ύπνος» χάνει το χαρακτήρα της προσωπικής επιλογής και μεταλλάσσεται σε διακύβευμα:

> «*Πάντως, το πρωί, στην παραλαβή, αυτό που παραλαμβάνουμε εδώ όταν κλείνει η εφημερία, είναι, καταρχήν, εντάξει, είναι πόσο συνολικά αριθμό βάλαμε, και το δεύτερο είναι, πόσα είναι εισαγγελικά, και το επόμενο είναι πόσους καθηλωμένους έχουμε αν έχουμε. Και το πρώτο πράγμα που πάμε να δούμε είναι τους καθηλωμένους. Έτσι; Πόσοι είναι, σε τι κατάσταση είναι, αν είναι ήσυχος, κοιμήθηκε, δεν κοιμήθηκε*» (Προϊσταμένη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Οι «εισαγγελικοί» άρρωστοι, ειδικά αυτοί που βρίσκονται σε φάση υποτροπής, δύσκολα κοιμούνται. Πολλές φορές παραμένουν όλο το βράδυ με τα φώτα ανοιχτά, κάτι που εξυπηρετεί και την επιτήρηση. Βέβαια, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα (ειδικά το χειμώνα και τις μέρες με συννεφιά) πολλές φορές να υπάρχει έντονα η αίσθηση απώλειας της εναλλαγής της ημέρας με τη νύχτα.[114] Κάποιοι κοιμούνται δύο – τρεις ώρες, κάποιοι λίγο περισσότερο και στη συνέχεια ξυπνούν. Το κλασικό «ρεπερτόριο» θέλει κάποιους από αυτούς (τους ίδιους συνήθως) να βγαίνουν από τους θαλάμους στις τέσσερεις τα ξημερώματα και να «ξεκινούν» την ημέρα τους με καφέ και τσιγάρο. Αναλόγως του ποιος

[114] Κάτι που επιτείνεται αν ο πάσχων είναι αποπροσανατολισμένος και συγχυτικός: σε καταστάσεις σύγχυσης, η απώλεια του χωροχρονικού προσανατολισμού είναι πολύ συχνή.

από το προσωπικό είναι «βάρδια» (αν είναι αυστηρός ή όχι και τόσο αυστηρός) είτε «περνάνε», είτε επανέρχονται στην τάξη:

> «*Μου έρχεται στις τέσσερεις η ώρα, και ήθελε ν' αρχίσει τα πέρα δώθε. Μια – δυό – τρεις, του λέω "ή θα πας μέσα ή σ' έδεσα*"» (Νοσοκόμος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

> «*Τι να κάνεις; Δεν γίνεται αλλιώς. Έχω περάσει δηλαδή νύχτες, δηλαδή να κάθεται εδώ πέρα, να κάθεται να καπνίζει, και να μιλάει, έχει ανάγκη να μιλήσει, να λέει, να λέει διάφορα και να τον ακούσεις. Ή θα πάνε στην κουζίνα για καφέ, ή να φάνε, και κάθονται με τις ώρες Δεν φεύγουν με τίποτα. Πάνε μέσα και σε πέντε λεπτά, πάλι έξω. "Πήγαινε για ύπνο βρε χριστιανούλη μου". Τίποτα…*». (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Οι επαγγελματίες, θεωρούν ότι ισχυρές αϋπνίες εμφανίζονται σε δύο κυρίως περιπτώσεις. Είτε σε κάποιο σχιζοφρενή (σε κάποιο ψυχωσικό, δηλαδή) ο οποίος είναι πολύ αποδιοργανωμένος και ανήσυχος, είτε σε κάποιο νοσηλευόμενο που έχει παρουσιάσει ένα επεισόδιο μανίας. Βέβαια πολλοί από τους νοσηλευόμενους δεν κοιμούνται καλά (ή δεν κοιμούνται καθόλου), αλλά δεν σηκώνονται, παραμένοντας «κουκουλωμένοι» στο κρεβάτι. Επιπλέον, πολλές φορές παρατηρείται ένα φαινόμενο γνωστό ως «αναστροφή ύπνου»: ο νοσηλευόμενος είναι ξύπνιος το βράδυ και κοιμάται το πρωί. Βέβαια, πολλές φορές ο χώρος είναι τόσο θορυβώδης και έχει τόση φασαρία, ώστε υπάρχει μια «γενικευμένη αϋπνία». Έχει παρατηρηθεί ότι πολλές φορές ο ένας «κολλάει» τον άλλο συμπεριφορές. Επίσης, κάποιες φορές ο «υπερπληθυσμός» της κλινικής (άρρωστοι σε «ράντζα» στο διάδρομο, πληθώρα συγγενών οι οποίοι παραμένουν ο βράδυ για να προσέχουν τους δικούς τους και κοιμούνται σε πολυθρόνες και καρέκλες) έχει σαν αποτέλεσμα μια γενική αναστάτωση και συνεπώς προβλήματα στον ύπνο. Η θεματική «ύπνος», πέραν του αν αποτελεί κριτήριο βελτίωσης ή όχι της κατάστασης του άρρωστου, πέραν του αν καταδεικνύει την κατάσταση του χώρου, θεωρούμε ότι μπορεί να ιδωθεί και υπό το πρίσμα ενός «παιχνιδιού εξουσίας»: πολλές φορές το προσωπικό είναι ο «έχων» τη δυνατότητα να χαρίσει ή να στερήσει τον ύπνο: «*Σας παρακαλώ, δώστε μου κάτι για να κοιμηθώ, δεν μπορώ άλλο…*».[115]

[115] Αναφορικά με τα *υπναγωγά* (προτιμάται η λέξη *υπναγωγά* από την πιο «βαριά» *υπνωτικά*), υπάρχουν «ελαφριά» και «βαριά», όπως το hypnosedon (υπνοσεντόν, και όχι υπνοστέντον), ένα φάρμακο το οποίο μαζί με το vulpegal είναι πολύ αρεστά στους χρήστες ουσιών. Άλλωστε στην κλινική έρχονται επανειλημμένα χρήστες για να ζητήσουν (ή ακόμα και να προσπαθήσουν να

2.6. Το εξιτήριο: Η διαδικασία της *αποκατάστασης*

Αναφορικά με το πεδίο του *εξιτηρίου*, υπό το πρίσμα της λήξης μιας «φάσης» της «σταδιοδρομίας» του «εισαγγελικού», μπορούμε να προβούμε εξ αρχής σε κάποιες βασικές διαπιστώσεις. Φαίνεται ότι τα κριτήρια που παρεισφρέουν είναι τόσο κλινικά, όσο και έξω-κλινικά. Επιπλέον, το εξιτήριο του ακούσια νοσηλευόμενου πολλές φορές είναι ενδεικτικό αναφορικά με το «ποιόν» της αντιμετώπισής του από τη δομή που νοσηλεύθηκε. Επί της ουσίας, η διαδικασία μέσω της οποίας ένας ακούσια νοσηλευόμενος «απολύεται» ενέχει και αυτή κάποια στάδια. Στις περισσότερες περιπτώσεις συναντήσαμε ένα minimum «πλαφόν» χρονικής διάρκειας παραμονής στη δομή, η οποία κυμαίνεται περίπου στον μήνα. Βέβαια, υπάρχουν και πολλές εξαιρέσεις, κυρίως «προς τα πάνω», με αναφορές σε περιπτώσεις νοσηλευόμενων που παρέμειναν στη δομή νοσηλείας ακόμα και για έτη.

> «*Τώρα, ξέρω ότι ο μέσος χρόνος νοσηλείας τα προηγούμενα χρόνια ήτανε στις 19-20 μέρες αλλά τώρα έχει ξεφύγει έχει πάει πάνω από 25 - 30. Αλλά είναι μεικτό όμως. Και ακούσιες και εκούσιες σ' αυτό. Τώρα, το maximum; Σε εισαγγελικά; Το πόσο έχει μείνει περισσότερο; Γενέθλια. Ενάμισι χρόνο. Έναν είχαμε. Ναι είχαμε έναν ενάμισι χρόνο, και κάποιους και εξάμηνα, κάποιους που θυμάμαι εγώ, γιατί εγώ είμαι, δεν είμαι σ' όλη την ιστορία της κλινικής, είμαι από το 2001 εδώ. Αυτός ήταν ο μεγαλύτερος χρόνος. Ενάμισης χρόνος. Προσπαθούμε και τις σπάμε γρήγορα τις εισαγγελικές, ειδικά όταν βλέπουμε ότι κάποιες είναι υπερβολικές, γιατί κάποιες είναι και υπερβολικές, καταχρηστικές έτσι; Προσπαθούμε να τις σπάμε γρήγορα.*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ουσιαστικοί λόγοι παραμονής δεν έχουν να κάνουν τόσο με το καθαρά «κλινικό» πεδίο, όσο με την αποκαταστασιακή διαδικασία: Είτε υπάρχει αδυναμία εύρεσης κάποιας «στεγαστικής λύσης», είτε υπάρχουν δευτερογενείς πιέσεις για παραμονή στο χώρο. Τέλος, σε κάποιες περιπτώσεις οι θεράποντες γιατροί διστάζουν να δώσουν εξιτήριο λόγω μιας «ασταθούς» κλινικής εικόνας του πάσχοντα, φοβούμενοι τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις του όταν «βγει»: «*..καλύτερα να έχουμε το κεφάλι μας ήσυχο…*»

κλέψουν) κάποια «καρτέλα» («καρτέλα» είναι η πλαστική συσκευασία στην οποία είναι αεροστεγώς κλεισμένες οι ταμπλέτες του φαρμάκου). Και εδώ συναντάμε άξονες συμπεριφορών. Υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι αδυνατούν να κοιμηθούν αν δεν πάρουν το «βραδινό χάπι» τους, ενώ άλλοι – συνήθως αρνητικοί απέναντι στην αγωγή γενικότερα, παρ' όλη την αϋπνία δεν ζητάνε ποτέ.

«*Πιο πολύ μας δυσκολεύει η συνείδησή μας, θ' αφήσεις κάποιον να πάρει πότε άδεια, θα το αποδεχτεί η οικογένεια; Θα βρεθείς κατηγορούμενος; Τα ρίσκα που παίρνεις στα εισιτήρια, στα εξιτήρια και στις άδειες μπορεί να είναι τα πρώτα κριτήρια.*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Το άλλο πρόβλημα που έχουν οι εισαγγελικές βέβαια, είναι ότι κρατάνε περισσότερο καιρό μέσα. Διότι, όταν κάποιος έρθει εκούσια, δικαιούται να ζητήσει να φύγει και να φύγει όποτε θέλει, εκτός πια αν έχεις κάποιον ειδικό λόγο ότι πρέπει να κινηθεί η διαδικασία, έτσι; αλλά κατά κάποιο τρόπο φεύγει, όταν όμως έρθει η εισαγγελική, εκεί, κρατιέται λίγο άμυνα κι απ' τους γιατρούς, γιατί σου λέει, "κάτσε, αν τον βγάλω εγώ τώρα τον άρρωστο, και δεν είναι και πολύ, πολύ καλά, και γίνει κάτι και μετά θα πούνε "γιατί τον έβγαλες;" κι όλ' αυτά, είναι αυτό το ευθυνοφοβικό πολλές φορές, δικαίως πολλές φορές, γιατί πολλές φορές τρέχουνε στους εισαγγελείς οι άνθρωποι για διάφορα απίθανα πράγματα, οπότε κάπου αρχίζεις και λες "καλύτερα να τον κρατήσω και δέκα μέρες παραπάνω και να τον βγάλω, παρά να έχω την έννοια μήπως";*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Πάντως, οι περισσότεροι επαγγελματίες συμφωνούν ότι η διάρκεια παραμονής του «εισαγγελικού» είναι μεγαλύτερη από τον μέσο χρόνο νοσηλείας του εκούσια νοσηλευόμενου, όσο και από τον θεωρητικά «ιδανικό» χρόνο νοσηλείας σε τμήματα οξέων ο οποίος προσδιορίζεται σε δύο με τρεις εβδομάδες. Η συνήθης διαδικασία είναι πριν το εξιτήριο να δίνονται σταδιακά κάποιες άδειες στο νοσηλευόμενο, οι οποίες έχουν διάρκεια από λίγες ώρες μέχρι μία – δύο ημέρες. Στόχος είναι τόσο η εναρμόνιση του πάσχοντα στο χώρο που πρόκειται να μεταβεί (συνηθέστερα στο σπίτι του), αλλά και ο έλεγχος του κατά πόσο μπορεί να λειτουργήσει χωρίς προβλήματα.

«*…συνήθως η πρακτική είναι ότι θα παίρνουνε μερικές άδειες ολιγόωρες, εξαρτάται τώρα την κατάσταση του καθενός, πώς έχει μπει και πώς πήγε, βγαίνουν με συνοδεία συγγενούς συνήθως πάνε στο Χαϊδάρι, πάνε να πιούνε ένα καφέ σε μια καφετέρια, ή να φάνε με συγγενείς τους και τέτοια, κάπου εδώ κοντά πάντως, αυτές οι άδειες, μετά παίρνουνε καμιά μονοήμερη, μετά διήμερη, με διανυκτέρευση και προγραμματίζεται μετά έτσι το εξιτήριο.*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Μετά το εξιτήριο προτείνεται μια συστηματική παρακολούθηση από κάποιο ψυχίατρο και «*…προς Θεού, μην κόψεις τα φάρμακα…*». Στην περίπτωση που ο νοσηλευόμενος ανήκει στον «τομέα ευθύνης» του νοσοκομείου, ειδικά στην περίπτωση που και ο ίδιος το

επιθυμεί, τα follow up (οι κλινικές επανεκτιμήσεις) γίνονται στη δομή που νοσηλεύθηκε, και πολλές φορές από τον γιατρό που τον «παρακολουθούσε». Αυτή η πρακτική για πολλούς επαγγελματίες θεωρητικά είναι η ιδανική γιατί προσφέρει τη δυνατότητα μιας συστηματικής παρακολούθησης και πρόληψης της όποιας υποτροπής: ενισχύει τη «θεραπευτική σχέση».

> «*Ουσιαστικά, αυτό είναι το πρόβλημα, η περιστρεφόμενη πόρτα, μπαίνει, βγαίνει, μπαίνει βγαίνει, και δεύτερον είναι η τομεοποίηση. Δηλαδή αυτός που έρχεται εδώ μέσα, την επόμενη φορά να μην πάει στο Δαφνί, με κάποιο τρόπο να ξαναέρθει εδώ πέρα, που έχει γίνει ήδη μια θεραπευτική σχέση…*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Στη περίπτωση που ο νοσηλευόμενος είτε δεν θέλει («δεν είναι συνεργάσιμος» στη ψυχιατρική καθομιλουμένη) είτε δεν δύναται (για παράδειγμα λόγω απόστασης του τόπου κατοικίας του) παραπέμπεται σε κάποια άλλη δομή. Πάντως, άλλη μια σχετικά κοινή διαπίστωση είναι ότι «…πολλά περιστατικά χάνονται…». Άπαξ και ολοκληρωθεί η νοσηλεία του «εισαγγελικού» τις περισσότερες φορές τα «ίχνη» του εξαφανίζονται.

> «*Δηλαδή, ξεκινάς μια δουλειά, η δική μας η δουλειά παίρνει χρόνο, και όταν φτάνεις σ' ένα στάδιο, ο άρρωστος θα φύγει. Φεύγοντας ο άρρωστος, δεν θα τον ξαναβρείς ποτέ, πιθανόν. Γιατί οι περισσότεροι άρρωστοι οι δικοί μας οι ψυχωτικοί εδώ, δεν είναι οι άνθρωποι που θα 'ρθούνε μια φορά την βδομάδα εδώ να τους βλέπεις. Έτσι; Ενδεχομένως, η επαφή να είναι αραιή, να' ναι πιο λίγη, χάνονται λοιπόν αυτοί οι άρρωστοι, εκτός από αυτό, θα μπορούσες θεωρητικά να το ρυθμίσεις. Να πεις δεν θα τους βλέπω κάθε βδομάδα, θα τους βλέπω μια ή δυό φορές το μήνα, και θα βάζω άλλους ενδιάμεσα, και δεν ξέρω τι. Όμως, είναι τόση η ζήτηση που υπάρχει, εμένα οι ώρες μου είναι κλεισμένες. Και των συναδέλφων επίσης. Υπάρχει μια λίστα αναμονής ας πούμε, που μπορεί να κρατάει κατά περιόδους και τρεις μήνες. Δεν βρίσκει ο άλλος να κλείσει ραντεβού, ακόμα και να θέλει*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Δηλαδή, στην ιδανική περίπτωση, ο νοσηλευόμενος ο οποίος «πήγε καλά» είναι η περίπτωση κατά την οποία η χρονική διάρκεια της νοσηλείας του δεν επιμηκύνθηκε πολύ, ή τουλάχιστον διήρκησε όσο ήταν απαιτούμενη για τη βελτίωση της «κλινικής του εικόνας», έγινε εφικτό να δημιουργηθεί μια καλή θεραπευτική σχέση με τον πάσχοντα και το πλαίσιό του (αναφερόμαστε κυρίως στην οικογένεια) και τέλος υπάρχει ένα λειτουργικό πλαίσιο στο οποίο επιστρέφει, παράλληλα με τη δυνατότητα και τη θέλησή του να

«…βλέπει το γιατρό του…»: να υπάρχει μια συνεχιζόμενη ψυχιατρική παρακολούθηση για συνεχή «εκτίμηση της κλινικής του εικόνας» και πρόληψη μιας τυχόν υποτροπής. Δυστυχώς, τα πράγματα δεν γίνονται πάντα με αυτό τον τρόπο.

2.6.α. Οι αποκαταστασιακές δυσκολίες: «*Δεν έχει πού να πάει*»

> «*Το μεγάλο πρόβλημα επίσης είναι, ότι, φεύγοντας από δω με εξιτήριο πρέπει κάπου να πάει αυτός ο άνθρωπος. Να γυρίσει σε οικογενειακό περιβάλλον ή πρέπει να τον στείλουμε σε μια άλλη δομή αποκατάστασης; Να πάει σ' έναν ξενώνα, σ' ένα οικοτροφείο, να παραμείνει κάποιο διάστημα ώστε να επανακτήσει κάποιες δεξιότητες και λειτουργίες που 'χει χάσει. Ξέρεις πολύ καλά ότι πολλοί από αυτούς τους ανθρώπους πάσχουν σοβαρά σε επίπεδο της απλούστερης αυτοφροντίδας. Ούτε τα κορδόνια τους δεν μπορούν να δέσουν. Όταν έχουν* (γελάει). *Κι εκεί ένα μεγάλο πρόβλημα. Υπήρχαν περιστατικά που έμειναν στο χώρο αρκετό καιρό όπως ο Κ. Που δεν είχαμε πού να τον πάμε, σε ποια αποκατάστασης δομή. Ε, και μετά από τρία χρόνια, καταφέραμε να τον στείλουμε κάτω, στον ξενώνα. Κι αυτό είναι μεγάλο πρόβλημα*» (Προϊστάμενος νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Ένα από τα συχνότερα ευρήματα αφορά τη δυσκολία που αντιμετωπίζουν οι δομές νοσηλείας αναφορικά με νοσηλευόμενους οι οποίοι ανταποκρίνονται χαρακτηριστικά σε αυτούς οι οποίοι περιγράφονται σαν οι «παρειές» της μετανεοτερικότητας, τα «ανθρώπινα απορρίμματα» κατά τον Z. Bauman. «*Η παραγωγή "ανθρώπινων απορριμμάτων" ή ακριβέστερα αποβλήτων ανθρώπων* […] *αποτελεί αναπόφευκτο αποτέλεσμα του εκσυγχρονισμού* […]. *Πρόκειται για μια αναπόδραστη παρενέργεια, αφενός της ίδιας της κατασκευής της τάξης και αφετέρου της οικονομικής ανάπτυξης*»[116] αναφέρει ο Bauman, ερμηνεύοντας τη θέση (αλλά και τη χρηστικότητα) ενός όλο και μεγαλύτερου «όγκου» πολιτών στην μετα-νεοτερική κοινωνική οργάνωση. Αναφερόμαστε στον πληθυσμό εκείνο του οποίου η «ταμπέλα» είναι το «κοινωνικό περιστατικό»: άνθρωποι οι οποίοι αν και, τις περισσότερες φορές, πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή, ψύχωση συνηθέστερα, τα μείζονα προβλήματα που αντιμετωπίζουν δεν αφορούν την πάθηση αυτή θ' αυτή. Συνήθως υπάρχει μια πληθώρα διαφορετικών προβλημάτων: οικονομικά, στεγαστικά, προβλήματα και ελλείμματα αυτοφροντίδας και παραμέλησης, προβλήματα λειτουργικότητας, καθώς και πολύ μειωμένο γνωστικό και νοητικό επίπεδο. Άνθρωποι που στον «Ψ» χώρο αναφέρονται ως οι «υπολειμματικοί». Οι επαγγελματίες συμφωνούν ότι στις περισσότερες

[116] Bauman, Z., *Σπαταλημένες Ζωές: Οι απόβλητοι της Νεοτερικότητας*, μτφ. Μ. Καρασαρίνης, Κατάρτι, Αθήνα, 2005, σ. 17.

περιπτώσεις, σε αυτό τον «πληθυσμό», κάθε έννοια επικινδυνότητας έχει ουσιαστικά εκλείψει. Σε καμιά περίπτωση δεν είναι επικίνδυνοι. Στην χειρότερη των περιπτώσεων να είναι *ενοχλητικοί*. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας επίσης συμφωνούν ότι η έκδοση μιας εισαγγελικής παραγγελίας σε αυτούς τους ανθρώπους λειτουργεί περισσότερο σαν μια πρόσκαιρη, «πυροσβεστική» λύση, παρά μια σχεδιασμένη προσέγγιση η οποία να λαμβάνει υπόψη τις ρεαλιστικές ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού. Επιπλέον, η νοσηλεία τέτοιου τύπου «περιστατικών» είναι –και πρέπει να είναι- πιο χρονοβόρα. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, χρήζουν μεγαλύτερου χρόνου νοσηλείας, αν όχι συνεχή νοσηλεία: κάποιοι χρειάζονται φροντίδα για όλη τους τη ζωή. Οι Ξενώνες, τα Οικοτροφεία, τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα, όλες αυτές οι δομές που αναπτύχθηκαν από τις πρώτες φάσεις της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης ουσιαστικά «στοχεύουν» σε αυτόν τον πληθυσμό.[117] Δομές οι οποίες περιγράφονται –τόσο από τους επαγγελματίες, αλλά κυρίως από τους νοσηλευόμενους- αν μη τι άλλο, σαφώς πιο «ανθρώπινες»:

> «*Πάντως είναι εντελώς διαφορετικός ο χώρος του ψυχιατρείου με τον ξενώνα. Καμία σχέση. Νοιώθεις γαλήνια, εκεί πέρα είναι διαφορετικά. Εκεί όταν πάω, αρρωσταίνω, εγώ, όταν μπαίνω στην ψυχιατρική μέσα εκεί. Δεν νοιώθω καλά επάνω μου, σ' αυτό το χώρο που με είχανε, που μου δίνανε φάρμακα εκεί, ήμουνα πολύ χάλια. Μάλλον αυτός ήταν ο λόγος που με πείραξαν τα νεύρα…*» (Νοσηλευόμενη σε ξενώνα, ημερολόγιο σημειώσεων).

Ουσιαστικά «προσφέρουν» εναλλακτικές λύσεις, τόσο στην υπερπλήρωση των Τμημάτων Οξέων, όσο (και πριν απ' όλα) στο Ασυλικό κρεβάτι: Άλλωστε οι περισσότεροι απ' αυτούς έχουν μακρά πείρα από *Άσυλα*:

> «*Όταν μας τον φέρανε, ήταν σκισμένος, ρακένδυτος, έμπαινε στο καφενείο, ξέρεις, στο κυλικείο του νοσοκομείου και τους φόβιζε, ήταν από τα πρώτα εισαγγελικά αυτός, γι' αυτό μου' χει μείνει, έσκαγε ένα αναπτήρα έκανε μπαμ ο αναπτήρας, και ξέρεις εξαφανιζόντουσαν όλοι από κει. Έπαιρνε μετά όλους τους καφέδες που είχαν παρατήσει στα τραπέζια, τους ανακάτευε καθόταν σταυροπόδι, ξέρεις, γυμνός από την μέση και κάτω, κρεμόντουσαν όλα, και καθόταν*

[117] Σύμφωνα με τον Μαδιανό, από τον πληθυσμό των ψυχιατρείων της χώρας, ένας μεγάλος αριθμός, ο οποίος πλησιάζει το 50% χαρακτηρίζεται σαν μακράς παραμονής, δηλαδή, έχει διάστημα νοσηλείας πάνω από 12 μήνες. Ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς θα μπορούσε να εξέλθει από τις αντίστοιχες δομές (αφού σύμφωνα με τις ιατρικές γνωματεύσεις δεν παρουσιάζει ψυχοπαθολογία) σε περίπτωση που υπήρχε το αναγκαίο υποστηρικτικό δίκτυο στην κοινότητα. Βλ. Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994, σ. 29-30, 40.

έπινε τον καφέ, έπαιρνε και τα τσιγάρα όλα, τα μάζευε όλα, και πήγαινε ένας security και του' δινε ένα πεντακοσάρικο για ν' ανέβει πάνω. Δεν δεχόταν νόμισμα. Του δίνανε 500 δραχμές για να κατέβει κάτω. Κι αυτός ήξερε το κόλπο, έβγαζε και χαρτζιλίκι και κατέβαινε στην κλινική. Με στενοχωρούσαν αυτοί οι άνθρωποι οι οποίοι ερχόντουσαν μόνοι τους, και δεν είχαν μετά πού να πάνε. Κι ήταν πολλά τα περιστατικά αυτά, που δεν είχαν πού να γυρίσουν. Δεν είχαν οικογενειακό περιβάλλον. Ή το οικογενειακό περιβάλλον τους είχε εντελώς ξεγράψει. Κι όλοι αυτοί φεύγανε, και βρισκόντουσαν στον δρόμο ουσιαστικά. Όλ' αυτά τα περιστατικά με στεναχωρούσαν και με στεναχωρούν. Γι' αυτό όλο προσπαθούμε τώρα με τον ξενώνα, αλλά βλέπεις…Τι άλλο να χωρέσει;» (Προϊστάμενος νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Αναφερόμαστε στη θεματική –και προβληματική- της διαχείρισης του πληθυσμού που αναφέτεται –κατά Bauman- ως *ανθρώπινα απορρίμματα*. Ανθρώπους των οποίων η λειτουργικότητα, τόσο σε επίπεδο συνεισφοράς στην παραγωγική διαδικασία στην εποχή του ύστερου καπιταλισμού, αλλά κυρίως σε επίπεδο κατανάλωσης , είτε έχει εκλείψει, είτε δεν υφίστατο ποτέ: υποκείμενα που δεν είναι ούτε *παραγωγικά*, ούτε *καταναλωτές*. Θεωρούμε ότι πολλοί άνθρωποι που υπόκεινται στην (πραγματική ή κατασκευασμένη) «ταμπέλα» του ψυχικά πάσχοντα ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία. Μαζί με τους «υπολειμματικούς ψυχωσικούς», ενυπάρχουν και άλλες κατηγορίες όπως το «οργανικό ψυχοσύνδρομο», ή ο «χρήστης ουσιών».[118]

«*Και στα οξέα έχουμε οργανικά ψυχοσύνδρομα. Και νοητικές καθυστερήσεις έρχονται, και αυτιστικοί μπορεί να έρθουν κατά καιρούς, όλα αυτά είναι πρόβλημα. Οι αυτιστικοί, οι νοητικές στερήσεις. Εντάξει, δεν υπάρχει συγκεκριμένο πλάνο. Μπαίνουν για ρύθμιση και φεύγουνε. Δεν υπάρχει καθόλου σχεδιασμός, το πλαίσιο δεν είναι κατάλληλο. Αλλά δεν υπάρχει και πλαίσιο αυτισμού ας πούμε. Ποιος τους παίρνει; Κανένας. Εδώ μας έρχονται κατά καιρούς. Όταν είναι σε κρίση και τέτοια. Αλλά είναι οι συνθήκες απάνθρωπες γι' αυτούς τους ανθρώπους που έρχονται. Τώρα έναν αυτιστικό μπορείς να τον βάλεις σ' ένα θάλαμο με τέσσερις ψυχωσικούς σε διέγερση; Να σου πω για μια περίπτωση. Στην οποία τι γίνεται; Είναι ένα παιδάκι με οριακή νοημοσύνη, καθυστερημένο, 23 χρονών, κοπέλα, ανεπτυγμένη, μένει εδώ στην Αγ. Βαρβάρα, έχει πρόνοια, οι γονείς έχουνε πάρει την πρόνοια, το επίδομα, και την στέλνουνε κάθε φορά με εισαγγελικές στο κάθε νοσοκομείο που εφημερεύει. Φεύγει παράδειγμα από το Δρομοκαϊτειο Δευτέρα, την Τρίτη θα πάει στο επόμενο, Τετάρτη θα πάει στο Δαφνί. Ή θα έρθει την Πέμπτη ας πούμε, σ' εμάς πάλι. Με εισαγγελική. Όταν δεν υπάρχει λοιπόν τέτοιο περιβάλλον, ο εισαγγελέας το βλέπει, σου λέει έχει κάνει 500 εισαγγελικές, γιατί δεν κοιτάζει τι γίνεται στο*

[118] Η τυπολογία του «πληθυσμού» - «πελατών» της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας θα αναφερθεί σε άλλο κεφάλαιο.

οικογενειακό περιβάλλον, ή να φροντίσει να βρεθεί ένας ξενώνας; Οι γονείς δεν δέχονται, γιατί θα χάσουν το επίδομα. Άλλη περίπτωση. Έχω μια κάτω εκεί, η οποία ήτανε πάλι κι αυτή σε οριακή νοημοσύνη. Οικογένεια υπάρχει, τα παιδιά την έχουν απαρνηθεί, την έχουν διαγράψει. Την έχω δύο μήνες περίπου, πάμε για τον τρίτο μήνα. Έχουμε κάνει διαδικασίες για ξενώνες, έχουμε κάνει ότι χρειάζεται, τίποτα. Οι ξενώνες πόσους να χωρέσουνε πια; Δεν είναι δα και τόσοι πολλοί. Πρέπει να φύγει ή να πεθάνει κάποιος, να ελευθερωθεί θέση για να πάει κάποιος άλλος. Εκεί έχουμε φτάσει.» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Παρ' όλο που οι κλινικοί συμφωνούν ότι κάθε υπό-κατηγορία από αυτές έχει διαφορετικό background και χρήζει διαφορετικής θεραπευτικής αντιμετώπισης, ένα από τα κοινά σημεία που διαφαίνονται καθαρά είναι η αδυναμία «απορρόφησής» τους από δομές δημόσιου χαρακτήρα οι οποίες να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις εξειδικευμένες για κάθε κατηγορία δυσκολίες και προβλήματα. Με άλλα λόγια, είτε δεν επαρκούν οι κατάλληλες δομές για την αντιμετώπιση αυτών των «πληθυσμών», είτε δεν υπάρχουν καθόλου.

«*Άλλες φορές ίσως η αιτία που μένουν περιστατικά και για κοινωνικούς λόγους. Δεν υπάρχει καμία δυνατότητα μετά επανένταξης…*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Τα εισαγγελικά. Νομίζω ότι τα εισαγγελικά αντικατοπτρίζουν όλη την κακή οργάνωση του συστήματος Υγείας. Στην ουσία της πρωτοβάθμιας φροντίδας, γιατί δεν υπάρχει τριτοβάθμια φροντίδα, αποκατάσταση έξω, δηλαδή. Γίνεται η δευτεροβάθμια φροντίδα στα νοσοκομεία, μια χαβούζα που μπαίνουν όλα μέσα. Και στο Δρομοκαΐτειο και στο Δαφνί φαντάζομαι τα ίδια θα σου πούνε είναι πραγματικά, λειτουργεί σαν χαβούζα. Δηλαδή, το να μπούνε μέσα, πώς ήτανε παλιά τα άσυλα, όταν πρωτοιδρύθηκαν, όλοι όσους η κοινωνία αποβάλλει μπαίνει μέσα στο Δαφνί και στο Δρομοκαϊτειο. Οι άστεγοι, τα κοινωνικά, οι ναρκομανείς, όλοι οι αποκλίνοντες τέλος πάντων, καταλήγουν εδώ τελικά. Τα γενικά νοσοκομεία μπορεί να κρατάνε ένα status αυτά, μια ψυχιατρική πιο καθαρή. Αλλά εδώ έρχονται πολλά, πολλά περιστατικά, δηλαδή οι ψυχωσικοί που είναι χρόνιοι, και που πια έχει κουραστεί κι η οικογένεια, έχουν χάσει τη λειτουργικότητά τους, πολλοί έρχονται επίσης φέρνουνε άστεγους, με διαταραχές προσωπικότητας αλλά αυτές τις πολύ βαριές, που είναι κοινωνικά ανάπηροι, ναι, αυτό, μου θυμίζει τα παλιά άσυλα. Που όλοι οι καταφρονημένοι και αποκλίνοντες και που ψάχνει μετά το νοσοκομείο, χωρίς υποδομές, χωρίς απ' έξω στηρίγματα, κάπως κάτι πρέπει να τους κάνει. Πια με τους ξενώνες, δεν μπορούμε πια να στέλνουμε σε ξενώνες, οι ξενώνες του νοσοκομείου έχουνε κλείσει, έχουν κλείσει με την έννοια ότι είναι γεμάτοι, δεν έχουνε μετά τι να τους κάνουνε. Εντάξει, όποιος μπήκε σε ξενώνα, μπήκε. Τι να κάνουνε; Να περιμένουν να πεθάνουνε, για να μπουν οι επόμενοι; Πού να τους πάει; Σε ιδιωτικούς ξενώνες δεν πάνε πια,*

οπότε εκβιάζεται πολλές φορές η οικογένεια να τους πάρει» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

2.6.β. Η ακούσια νοσηλεία υπό το πρίσμα ενός «δείκτη» της εφαρμογής μιας προνοιακής πολιτικής

Τα παραπάνω δεδομένα θεωρούμε ότι σχετίζονται άμεσα με τη διαφοροποίηση του μοντέλου Προνοιακής Πολιτικής. Μια διαφοροποίηση η οποία δεν αφορά αποκλειστικά το πεδίο της ψυχικής υγείας, αλλά μια γενικότερη διαφοροποίηση στον χαρακτήρα της κοινωνικής πολιτικής στην Ελλάδα, διαφοροποίηση που το τελευταίο διάστημα γίνεται όλο και πιο εμφανής. Η παράμετρος που συνοπτικά θα μπορούσαμε να ονομάσουμε «κοινωνική παροχή» ολοένα και συρρικνώνεται. Αναφέρει ο Bauman: «*Η ιδέα του "κράτους πρόνοιας"* […] *διακήρυξε την πρόθεση να κοινωνικοποιηθούν οι ατομικοί κίνδυνοι και να καταστεί ο περιορισμός τους καθήκον και ευθύνη του κράτους. Η υποταγή στην κρατική εξουσία θα νομιμοποιούνταν από την ίδια την έγκριση, από πλευράς του κράτους αυτού, μιας πολιτικής κοινωνικής ασφάλειας ενάντια στις ατομικές ατυχίες και δεινά. Αυτός ο τύπος πολιτικής εξουσίας αποτελεί σταδιακά παρελθόν*».[119] Θεωρούμε τούτο ότι είναι αποτέλεσμα τόσο μιας «επίσημης» μεταβολής σε μοντέλα πολιτικής οργάνωσης και διοίκησης που εστιάζουν περισσότερο στον κατασταλτικό χαρακτήρα σε αντιδιαστολή με τον «ανακουφιστικό» και προνοιακό χαρακτήρα των προηγούμενων δεκαετιών, όσο και σε πιο «τοπικές» δυσλειτουργίες του ελληνικού συστήματος: η γραφειοκρατική και διοικητική δυσκολία απορρόφησης των ευρωπαϊκών κονδυλίων αρωγής τύπου «Ψυχαργώς» ίσως είναι το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα.[120] Πάντως επιμένουμε ότι βρισκόμαστε μπροστά σε μια σαφέστερα πιο δομική αλλαγή. Αναφέρει ο D. Garland., σχετικά με τη μετάβαση από το μοντέλο της κοινωνικής ενσωμάτωσης που αντιπροσώπευε το «κοινωνικό κράτος», στο μοντέλο ενός κράτους «ποινικού δικαίου», ελέγχου της εγκληματικότητας και κοινωνικού αποκλεισμού: «*…καθίσταται εμφανής μια αξιοσημείωτη διαφοροποίηση της έμφασης από την προνοιακή στη ποινική λειτουργία* […]. *Η ποινική λειτουργία εκτός του ότι είναι περισσότερο εξέχουσα* […] *εξωτερικεύεται περισσότερο και δείχνει εντονότερο ενδιαφέρον για την ασφάλεια* […]. *Η προνοιακή λειτουργία, εκτός του ότι*

---

[119] Bauman, Z., *Σπαταλημένες Ζωές: Οι απόβλητοι της Νεοτερικότητας*, οπ.π., σ. 86.

[120] Σε έκθεσή του, ο Συνήγορος του Πολίτη σημειώνει, όχι μόνο τον κίνδυνο της αναστολής της ανάπτυξης περαιτέρω δομών στα πλαίσια της μεταρρύθμισης, αλλά και το κλείσιμο των ήδη υπαρχουσών δομών. Βλ: *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες - Προτάσεις – Λύσεις*, επιμ. Γ. Σακέλλης, Σάκκουλας., Αθήνα, 2009.

εκφράζεται πλέον με χαμηλότερους τόνους, εξαρτάται περισσότερο απ' όλο και περισσότερες προϋποθέσεις […]. *Οι παραβάτες* […] *δεν αντιπροσωπεύονται πια στον επίσημο λόγο ως κοινωνικά στερημένοι πολίτες που χρήζουν βοήθειας. Αντίθετα, περιγράφονται ως άτομα ένοχα, ανάξια και μάλλον επικίνδυνα*».[121] Θεωρούμε ότι η θέση του Garland προσδιορίζει επακριβώς την τάση που έχει αρχίσει να επικρατεί και στον ελληνικό χώρο. Πιστεύουμε ότι μια τέτοια θέση δεν έχει διατυπωθεί ρητά, τουλάχιστον όχι ακόμα. Ακόμα, το προτεινόμενο μοντέλο πρεσβεύει την πρόνοια, την φροντίδα, την αποκατάσταση. Αλλά…

> «*Και τις δομές που θέλουμε να φτιάξουμε τις ψυχιατρικές, μπορεί να φτιάξουμε δύο, τρεις, τέσσερις, να φτιάξεις χαρτιά και να μην απορροφούνται τα χρήματα του 3ου προγράμματος και να πάει η ΕΣΠΑ και ν' αρχίσει πάλι μια προσπάθεια που μπορεί να είναι επίσης μάταια. Εκτός ένας μεγάλος όγκος βίας στο να φτιαχτούνε οι μονάδες και στο τέλος ο διοικητικοκρατικός μηχανισμός με τη μη απορρόφηση και το' να και τα' άλλο να μην λειτουργεί. Να σε τσακίζει η ματαίωση, η απογοήτευση. Προσπαθείς, τα δίνεις όλα, έχουν όλα αποφασιστεί και στο τέλος να μην έρχονται τα χρήματα, ή κάποιος δεν κάνει καλά τη δουλειά του*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Αναφέρει ο Bauman: «*Στην καλύτερη περίπτωση, η ομολογία πίστης στην "αναμόρφωση", την "αποκατάσταση", την "επανεκπαίδευση" και την επάνοδο των απολωλότων προβάτων στο κοπάδι γίνεται μόνο στα λόγια…*».[122] Το παράδειγμα της «αποκατάστασης», του τρόπου –και των δυσκολιών- διαχείρισης του «αποθέματος» των ανθρώπων εκείνων οι οποίοι νοσηλεύονται με «εισαγγελική» τους οποίους το σύστημα αδυνατεί να τους διοχετεύσει, είναι χαρακτηριστικότατο. Η αφήγηση μιας ψυχολόγου δίνει το στίγμα. Δίνει το στίγμα για το «στίγμα»:

> «*Το ερώτημα είναι, να τους βγάλουμε από το άσυλο, και πού θα πάνε; Να τους βγάλουμε από το άσυλο, αλλά να γίνει και δουλειά στην κοινωνία. Γιατί αν ο άλλος πάει δεν ξέρω πού, αυτά τα τραγικά που γινόντουσαν, έβλεπα σ' εφημερίδες, στην τηλεόραση, από δω από κει, πριν κανά δυό χρόνια, δεν θυμάμαι, κάπου ήθελαν, έχει γίνει και με τους δικούς μας έβλεπα και την εικόνα κάπου, πρέπει να το 'χει δείξει η τηλεόραση, θέλανε να κάνουνε ξενώνα εξωνοσοκομειακό, νομίζω στη Θεσσαλονίκη, σ' ένα διαμέρισμα, και να έχεις τους κατοίκους απ' έξω, με σημαίες και με πανό, να διαδηλώνουν, δηλαδή, τι πρέπει να βιώνει ο ψυχωτικός αν δει αυτή την εικόνα, δηλαδή πάω να μείνω σε μια γειτονιά, δηλαδή αν τελικά αν κατορθώσει*

[121]Garland, D., *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, Oxford University Press, Οξφόρδη, 2001., σ. 175.
[122] Bauman, Z., *Σπαταλημένες Ζωές: Οι Απόβλητοι της Νεοτερικότητας*, οπ.π., σ. 142,

και μείνει, να μείνει σε μια γειτονιά που όλοι αυτοί που μένουν τριγύρω να διαδηλώνουν απ' έξω, γιατί δεν με θέλανε. Τι' ναι αυτό; Δηλαδή, από μόνο του αυτό, εκεί πρέπει να γίνει μια δουλειά. Και πρέπει να γίνει μεγάλη δουλειά. Και μπορεί να γίνει, γιατί αλλού έχει γίνει και αποδώσει. Δηλαδή, στην Ιταλία, ε, δεν έχουνε τέτοιες καταστάσεις. Τουλάχιστον στα κομμάτια, λέω στην Ιταλία, γιατί έχω μια μικρή εμπειρία από εκεί, δεν έχουν την ίδια αντιμετώπιση αυτοί. Κοινότητα. Νοιώθει πιο καλοδεχούμενος ο άλλος μέσα, μπορεί να μπει δηλαδή. Όταν τον βγάλεις τον άρρωστο, έξω, και τον φτύνει η μικροκοινωνία πίσω, είναι δύσκολα για όλους. Και νομίζω ότι κι εμάς, σαν νοσοκομείο δηλαδή, σαν δομές μας ενδιαφέρει να πάμε τον άρρωστο στο διαμέρισμα, και νοιώθουμε ότι πετύχαμε το στόχο μας πια και κάναμε τη δουλειά μας να πάμε τον άρρωστο στο διαμέρισμα και από κει και πέρα δεν σε ενδιαφέρει. Ούτε για τη διαβίωση του αρρώστου σ' ένα διαμέρισμα, ούτε αυτό έχει κάτι παραπέρα. Και αυτό είναι μια τραγική κατάσταση, βέβαια αυτό πάει στην αποκατάσταση και φεύγει από το θέμα του εισαγγελικού, το ότι δεν έχει παραπέρα ένα πράγμα που κάνουμε. Βάζεις τον άλλον, να πλένεται, να ξυρίζεται, να μαγειρεύει, να σκουπίζει ας πούμε, να.. να… να… αλλά ουσιαστικά δεν βγαίνει στην κοινωνία, είναι στο κεφαλόσκαλο και κάθεται εκεί κολλάει μόνιμα. Και κάποια στιγμή ενδεχομένως, θα πει κι αυτός ο άνθρωπος "αφού πουθενά δεν εντάσσομαι, τι να κάθομαι εδώ πέρα να σκοτώνομαι, δεν πάω πίσω στο νοσοκομείο να ξαπλώσω;". Δηλαδή είναι εύκολο. Τα παρατάς κάποια στιγμή. Εύκολα τα παρατάνε, κι αν δεν τα παρατάνε, όσοι δεν τα παρατάνε, μπράβο τους. Εγώ θα τα' χα παρατήσει. Θα' λεγα αν ήμουν άρρωστη, "εντάξει, αφού δεν βγαίνω στην κοινωνία, πάω στο νοσοκομείο, τουλάχιστον να κάτσω ανάσκελα ρε παιδί μου, να μαγειρεύουνε να μου το φέρνουνε" τι να πω» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Σε αυτή τη φάση, φαίνεται πως πάλι η «οικογένεια» καλείται να «σηκώσει» το βάρος της αποκατάστασης και διαβίωσης εκτός νοσοκομείου. Μια οικογένεια όμως η οποία τις περισσότερες φορές είναι «εξουθενωμένη».[123] Οικονομικά, συναισθηματικά, ψυχολογικά. Μια οικογένεια, πάντα όταν υφίσταται, η οποία σε πολλές των περιπτώσεων δυσανασχετεί με την προοπτική του εξιτηρίου, και επίσης συχνά προσπαθεί να το αποφύγει.

[123] Μια σημαντική παράμετρος που συμβάλει στην μη αποδοχή/απόρριψη των ψυχικά ασθενών από τις οικογένειές τους, είναι το φαινόμενο της υπερκόπωσης (burnout) των οικογενειών οι οποίες φροντίζουν ένα μέλος τους που πάσχει από μια χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή. Η υπερκόπωση αναφέρεται τόσο στην αντικειμενική παράμετρο (επένδυση χρόνου, οικονομική επιβάρυνση), όσο και στην υποκειμενική παράμετρο, η οποία αναφέρεται στην υποκειμενική εκτίμηση της επίδρασης που έχει η παρεχόμενη φροντίδα στην ζωή της οικογένειας, κάτι που φαίνεται να εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τους πόρους της οικογένειας, τα κοινωνικά στηρίγματα που διαθέτει, τον βαθμό σωματικής και ψυχικής υγείας των υπολοίπων μελών, τις ψυχολογικές «αντοχές» τους και τις δεξιότητες στην αντιμετώπιση αντίξοων συνθηκών. Για περισσότερα, βλ.: Atkinson, J. M., Coia, D. A., *Families Coping With Schizophrenia: A Practitioners Guide to Family Groups*, John Wiley and Sons, New York, 1995.

«*Είναι ένας ασθενής που λογικά από δω θα φύγει, από εδώ θα πάρει εξιτήριο και για τη φυλακή. Έχει πάει σε δύο δικαστήρια ως τώρα, τίποτα. Υπάρχει μια, πώς να το πω, όχι άμεσα αλλά έμμεσα και το οικογενειακό συγγενικό του περιβάλλον προσπαθούν επειδή είναι από την Κρήτη και μένουν αυτοί κάτω στην Κρήτη, προσπαθούν να ματαιώσουν δίκες ή να μην παρευρίσκονται για να μένει εδώ πέρα, να μην γίνεται το δικαστήριο να μένει εδώ πέρα.*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Στην περίπτωση, πια, που το εξιτήριο είναι τελεσίδικο, υπάρχει η λύση της νέας και άμεσης νοσηλείας. Δεν είναι λίγες οι φορές που ο νοσηλευόμενος μεταφέρεται κατευθείαν σε μια άλλη κλινική για συνέχιση της νοσηλείας του. Αλλά και στο «σπίτι» να επιστρέψει, οι αντοχές των οικογενειών εξαντλούνται μάλλον γρήγορα. Με συνέπεια, μετά από ένα – μικρό ή λίγο μεγαλύτερο- χρονικό διάστημα, να καταφεύγει πάλι στη λύση της νοσηλείας. Εισαγγελικής ή μη. Έτσι, η «ροή» της νοσηλείας είναι συνεχής και αδιάλειπτη. Άλλωστε, όπως προαναφέρθηκε, δομές αποκατάστασης όπως οι Ξενώνες, παρουσιάζουν και αυτοί υπερ-πληρότητα. Βέβαια, υπάρχει και η λύση του δρόμου. Το μη χείρον, βέλτιστον;

«*Να σου πω κάτι; Το άσυλο. Για μένα αυτό το πράγμα δεν είναι το χειρότερο. Το χειρότερο είναι να είναι οι ασθενείς στο δρόμο. Αυτό*» (Ψυχολόγος, Γενικό Νοσοκομείο).

2.6.γ. Το *εξιτήριο*: τα κριτήρια

Οι περισσότερες έρευνες, ειδικά στην Ελλάδα, αναφορικά με τους «χρόνους νοσηλείας» υπό το πρίσμα ενός μετρήσιμου μεγέθους, εστιάζουν καθαρά στο κλινικό – υποκειμενικό χαρακτήρα της –όποιας- αιτιακής απόδοσης. Ουσιαστικά, προσπαθούν να ελέγξουν ποιες είναι εκείνες οι μεταβλητές (όπως διάγνωση, φύλο, δημογραφικά χαρακτηριστικά, και ούτω καθ' εξής) οι οποίες σχετίζονται, άρα και επηρεάζουν τον χρόνο παραμονής του νοσηλευόμενου στη δομή νοσηλείας.[124] Αυτό βέβαια δεν αναιρεί την διαπίστωση των δυσλειτουργιών του συστήματος περίθαλψης οι οποίες συμμετέχουν στη διαμόρφωση του «χρόνου νοσηλείας».[125] Πιστεύουμε ότι στην παρούσα μελέτη μπορέσαμε και δείξαμε την

[124] Για παράδειγμα, έρευνες που έχουν γίνει στον ελληνικό χώρο ανευρίσκουν ότι οι πλέον σημαντικοί δείκτες – παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τους χρόνους νοσηλείας είναι α) ο αριθμός των προηγούμενων νοσηλειών που ο πάσχων έχει στο «ενεργητικό» του, β) η διάγνωση και γ) το αν ο πάσχων νοσηλεύεται για πρώτη φορά. Βλ. Μποζίκας, Β., Τσιπροπούλου, Χ., Δεσερή, Μ., Κοσμίδου, Μ., Μπογιατζή, Σ., Πιτσάβας, Θ., Καράβατος, Β., «Μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ακούσια νοσηλεία ασθενών σε μια ψυχιατρική κλινική», *Ψυχιατρική*, τόμος 14, τεύχος 2, 2003, σ. 110 – 120.

[125] Για παράδειγμα, ο Βαρουχάκης αναφέρεται σε στρεβλώσεις οι οποίες αφορούν α) την αδυναμία των ψυχιατρικών κλινικών να ανταπεξέλθουν στη ζήτηση λόγω της έλλειψης προσωπικού και της

μεγάλη συνθετότητα η οποία υπάρχει και επηρεάζει τέτοια μακρο- μεγέθη, και δείκτες όπως ο «χρόνος νοσηλείας». Θεωρούμε ότι η επικέντρωση και η προσπάθεια αιτιακής σύνδεσης μεταβλητών οι οποίες αφορούν κατά κύριο λόγο το Υποκείμενο, όχι μόνο δεν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, αλλά αποκρύπτουν και όλες εκείνες τις συνιστώσες και διαστάσεις οι οποίες υπεισέρχονται και επικαθορίζουν μακρο-μεταβλητές όπως ο «χρόνος νοσηλείας», ή η «τομεοποίηση». Η αλληλοσύνδεση παραγόντων οι οποίοι διατρέχουν τον άξονα *Υποκείμενο – Θεσμός* είναι ιδιαίτερα σημαντική για να μην τη δοθεί η αναγκαία σημασία.

Ουσιαστικά, για την μεγάλη πλειονότητα των ατόμων που νοσηλεύονται υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας τα κριτήρια εξόδου εντάσσονται σε δύο «δέσμες». Βέβαια, οι δύο αυτές δέσμες φαίνεται ότι αλληλοκαλύπτονται και λειτουργούν με διαλεκτικό τρόπο. Όπως αναφέραμε, η πρώτη αφορά τα *κλινικά κριτήρια* ενώ η δεύτερη έχει να κάνει πιο πολύ με στρεβλώσεις του τύπου δυσκολιών αποκατάστασης, έτσι όπως περιγράφηκαν λίγο πριν. Αναφορικά με τα κλινικά κριτήρια, σταθερό εύρημα είναι το ότι οι κλινικοί, οι ψυχίατροι επί της ουσίας, πολύ σπάνια –αν όχι ποτέ- «βγάζουν» κάποιον που δεν θεωρούν ότι έχει βελτιωθεί η κλινική του εικόνα. Όταν αναφέρονται στην «βελτίωση», ουσιαστικά εννοούν την υποχώρηση των «θετικών» συμπτωμάτων και την κατά το δυνατόν αποδοχή από τον πάσχοντα της δέσμευσης για τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής όταν βγει από το νοσοκομείο. Αν έχει γίνει εφικτή και μια θετική θεραπευτική σχέση η οποία να εμπεριέχει και κάποιο βαθμό εναισθησίας, ακόμα καλύτερα. Ένα επιπλέον εύρημα είναι ένα στοιχείο που ήδη αναφέρθηκε: πολλές φορές οι ψυχίατροι είναι διστακτικοί στο να δώσουν εξιτήριο σε κάποιον «επικίνδυνο» νοσηλευόμενο. Κάποιες φορές «προτιμούν να έχουν το κεφάλι τους ήσυχο». Οι λόγοι για τέτοιου τύπου αντιδράσεις σίγουρα είναι πολλοί. Ίσως δεν είναι επί του παρόντος. Σίγουρα πάντως συμμετέχει τόσο η αναπαράσταση της επικινδυνότητας, όσο και το στοιχείο που περιγράφεται ως «ευθυνοφοβία». Βέβαια, κάποιος εύλογα θα αναρωτιόταν: «ευθυνοφοβία σε σχέση με τι; ή καλύτερα, σε σχέση με ποιον; Τον πάσχοντα; Το κοινωνικό σύνολο; Ή την ίδια τη θέση του «γιατρού» ως υποκείμενο τιθέμενο σε θέση ευθύνης για την *πρόβλεψη* της συμπεριφοράς; Γεγονός πάντως είναι ότι χρόνοι νοσηλείας συνήθως επιμηκύνονται. Κάτι όμως που τους περισσότερους των

ανεπάρκειας των υποδομών, β) τον ρόλο του ιδιωτικού τομέα στο πεδίο της ψυχιατρικής νοσηλείας, γ) τον ρόλο των μη κερδοσκοπικών οργανώσεων και δ) τις θεσμικές και νομοθετικές εκκρεμότητες. Βλ. Βαρουχάκης, Χ., «Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», *Ψυχιατρική*, τεύχος 18, 2007, σ. 78 – 83.

νοσηλευόμενων δεν τους αρέσει καθόλου. Οι περισσότεροι αδημονούν για την ώρα του εξιτηρίου.

> «*Ναι, αλλά θέλω να πάω σπίτι μου. Θέλω να τελειώσω μια ζωγραφική που έχω αν οι νοσηλευτές με αφήσουνε, και να βγω με εισιτήριο έξω. Τα παιδιά μου να δω. Εντάξει, εντάξει είμαι, να πάω στα παιδιά μου. Θα περάσουν οι στεναχώριες. Θα περάσουν αν πάω στα παιδιά μου*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Λέω στο γιατρό: Να 'ρχομαι να σας βλέπω, να 'ρχεσαι να με βλέπεις, ευχαρίστως. Ούτε μια μέρα παραπάνω. Δευτέρα 11 το πρωί, αλλάζουμε γη. Την Δευτέρα "Αριβεντέρτσι Ρόμα". Ακούς; Αυτά. Την Δευτέρα έφυγα…*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Όσον αφορά τα παθολογικά ξέρω ότι δεν υπάρχει το οτιδήποτε. Όσο αφορά την παραμονή μου εδώ, απλά, γιατί το λέω, γιατί είμαι άνθρωπος γεμάτος ζωντάνια, ξέρω τι έχει συμβεί με την οικογένεια, δεν είναι η πρώτη φορά που με βρίζουν, δεν είναι η πρώτη φορά που με φτύνουν, δεν είναι η πρώτη φορά, δεν είναι η πρώτη φορά για πολλά. Αυτό τώρα που θέλω να καταλάβω, είναι ότι αυτοί βρίσκονται σε μια δύσκολη θέση, και νοιώθουν μετανιωμένοι. Εγώ αυτό καταλαβαίνω. Κάνω λάθος; Μήπως μπορούμε να επισπεύσουμε διαδικασίες και να σηκωθώ να πάω να τους δω σπίτι; Ή έστω μια άδεια εξόδου; Άδεια εξόδου για σήμερα;*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Σε αντίθεση με αυτό που φαίνεται ότι ισχύει, τον αυξημένο χρόνο νοσηλείας, οι περισσότεροι εκ των νοσηλευόμενων επιζητούν διακαώς να φύγουν. Να πάρουν το πολυπόθητο εξιτήριο. Η κοινή θέση όλων των επαγγελματιών είναι το «*…αφού δεν πιστεύουν ότι έχουν κάτι, αφού δεν έχουν εναισθησία, τι περιμένεις*;». Είτε ισχύει η παραπάνω δήλωση, είτε όχι, γεγονός είναι ότι οι περισσότεροι από τους νοσηλευόμενους ερμηνεύουν τη νοσηλεία τους περισσότερο με όρους καταστολής, παρά θεραπείας.[126] Από την άλλη, πολλές φορές νοσηλευόμενοι επιζητούν οι ίδιοι την επιμύκυνση της νοσηλείας τους, εύρημα συνεπές με την αναφερόμενη ως "thank you theory".[127] Στα Γενικά

[126] Βλ. και τα συμπεράσματα της έρευνας του Στυλιανίδη, η οποία αναφέρει μια ομογενοποιημένη άρνηση των ασθενών τόσο για την ακούσια, όσο και την ακούσια νοσηλεία. Για περισσότερα, Στυλιανίδης, Στ., Πανταζή, Α.Μ., Ιατροπούλου, Γ.Ο., Πέππου, Λ.Ε., Δρακωνάκης, Ν., Πανάγου, Α., Αβάνη, Σ.Μ., «Αφηγήσεις ατόμων με εμπειρία αναγκαστικής νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο: μια έρευνα – παρέμβαση ως εργαλείο ενδυνάμωσης», στο: *Ενδυνάμωση και Συνηγορία: Για μια δημοκρατία της ψυχικής υγείας*, επιμ. Στ. Στυλιανίδης, Τόπος, 2016, σ. 107 – 128.

[127] Η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι άτομα τα οποία υποστήριζαν ότι δεν χρειάζονταν νοσηλεία και θεραπεία, κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους άλλαξαν γνώμη, στάση και πεποιθήσεις, θεωρώντας εν τέλει τη νοσηλεία απαραίτητη. Για περισσότερα σε σχέση με την εν λόγω θεωρία, βλ. Stone, A.,

Νοσοκομεία φαίνεται ότι οι συνθήκες, τουλάχιστον έτσι όπως τις βιώνουν ή τις θυμούνται οι νοσηλευόμενοι, είναι κάπως καλύτερες. Σε σχέση πάντα με τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Μια νοσηλευόμενη σε ένα Γενικό Νοσοκομείο αφηγείται και θυμάται:

> «*Εν συγκρίσει με τα προηγούμενα, ήταν καλύτερα. Γιατί έχεις έναν ελεύθερο χώρο, έχεις το δωμάτιό σου, έχει πολύ κόσμο, μπες βγες, μιλάς με τον ψυχίατρό σου, εν συγκρίσει με τα άλλα ψυχιατρεία, είναι καλύτερο. Βγαίνεις έξω. Ενώ στο Δαφνί, ήταν κάγκελα, ήταν δέσιμο. Σαν τα ζώα σε είχαν. Μια φορά την εβδομάδα όλοι μαζί όλοι γυμνοί για πλύσιμο, ποια ζώα; Ούτε καν, υπήρχες, ένα νούμερο ήσουνα. Σαν ζώο. Και να σου λέει κιόλας, έλα να σε δέσουμε. Όποιος φώναζε κάτι, κοίτα μη σε δέσουμε. Δεν βοήθησαν καθόλου. Σε πολλά, σου πετάγαν ένα πιάτο φαγητό, σου πετάγαν και πέντε φάρμακα, και σ' αφήνανε στο χάος του Θεού. Ούτε μιλάγανε μαζί σου, κανονικά ο ψυχίατρος και ο ψυχολόγος πρέπει να είναι κοντά στον ασθενή, γιατί αυτός είναι ο ρόλος τους, κι όχι μόνο με τον συγγενή. Αφού μιλάγανε με τον συγγενή, ο συγγενής δεν μπορεί να αναφέρει ακριβώς τι νοιώθω εγώ. Δεν με ρώτησε ποτέ ο αδελφός μου "τι νοιώθεις Μαρία;" κι ότι λέγαν… Άσχημες αναμνήσεις. Αναμνήσεις που αν δεν είχανε συμβεί, ίσως να είχα γίνει γρηγορότερα καλά*» (Νοσηλευόμενη).

Mental health and law: a system in transition, Rocville, Md, NIMH Center of studies for crime and delinquency, 1975.

2.7. Κάποια συμπεράσματα αναφορικά με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας

Η διαδικασία της εισαγωγής πολλές φορές αποκτά ένα τραυματικό χαρακτήρα για το φερόμενο. Προσάγεται συνήθως έχοντας άγνοια της εντολής, τόσο αναφορικά με την εξέταση, όσο και αναφορικά με τη νοσηλεία. Επιπλέον, η μεταχείριση του, ειδικά αν έχει δώσει ενδείξεις επιθετικής ή βίαιης συμπεριφοράς, τόσο κατά τη μεταφορά, όσο και κατά τη νοσηλεία έχει ένα έντονα κατασταλτικό χαρακτήρα.

Σε σχέση με τα παραπάνω, φαίνεται ότι τόσο το οικογενειακό ή άλλο πλαίσιο του φερόμενου, όσο και οι υπόλοιποι εμπλεκόμενοι (αστυνομία και επαγγελματίες υγείας) πολλές φορές διστάζουν να αποκαλύψουν τους «πραγματικούς» λόγους για τους οποίους εκδίδουν την εισαγγελική παραγγελία, αλλά και αποφασίζουν τη νοσηλεία. Αντίθετα, πολλές φορές υπάρχει μια προσπάθεια «εξαπάτησης» του φερόμενου με διάφορους ισχυρισμούς – «δικαιολογίες» σε σχέση με την προσαγωγή του και τη νοσηλεία του. Ένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η προσφυγή στη δικαιολογία των «εξετάσεων».

Η διαδικασία «επιλογής» διαφέρει από δομή σε δομή. Οι επαγγελματίες συμφωνούν ότι είναι πιθανότερο να εισαχθεί κάποιος που δεν πληρεί τα κριτήρια, ενώ είναι απίθανο να «αφεθεί» κάποιος ο οποίος κατά τους κλινικούς χρήζει εισαγωγής, ακόμα και αν δεν υπάρχει κρεβάτι.

Υπάρχει πληθώρα «εισαγγελικών» παραγγελιών οι οποίες γίνονται αναίτια, χωρίς ουσιαστική βάση και λόγο. Πολλές φορές στεγαστικά, ή γενικότερα, προβλήματα διαβίωσης είναι οι λόγοι έκδοσης μιας εισαγγελικής.

Η επικινδυνότητα –αν και αναφέρεται σχεδόν πάντα σαν συν-αιτία της έκδοσης της παραγγελίας- υφίσταται σε ελάχιστες των περιπτώσεων. Παρ’ όλα αυτά, υπάρχουν ακραίες εκφράσεις βίας.

Ο βασικός «πληθυσμός» είναι άνθρωποι που πάσχουν από ψύχωση. Οι «διπολικοί», οι «διαταραχές προσωπικότητας», και άλλες κατηγορίες, αν και εμφανίζονται, υπό-εκπροσωπούνται. Επίσης, «πελάτες» των εισαγγελιών είναι τόσο χρήστες ουσιών (με τα νοσοκομεία να τους εισάγουν κατά το δοκούν), αλλά και άτομα με οργανικά προβλήματα:

Υπερήλικες με κάποιας μορφής άνοια, αλλά και νεαρά άτομα με σύνδρομα όπως νοητική υστέρηση.

Ο νοσηλευόμενος σπάνια είναι ενημερωμένος για τα δικαιώματά του, και επίσης σπάνια κάνει χρήση αυτών. Επιπλέον, φαίνεται ότι εμφανίζονται σαφείς διαφορές ανάμεσα στους νοσηλευόμενους οι οποίοι νοσηλεύονται «για πρώτη φορά» και αυτούς που έχουν πολλαπλές νοσηλείες. Όσο περισσότερες νοσηλείες υπάρχουν στο «ιστορικό», τόσο πιο αυτοματοποιημένη είναι η διαδικασία.

Σε επίπεδο νοσηλείας, φαίνεται να υπάρχουν διακριτές φάσεις. Μια πρώτη φάση «χρωματίζεται» έντονα από το στοιχείο της καταστολής, ενώ σε μια δεύτερη φάση υπάρχει σαφέστερα πιο εξατομικευμένη και ανθρωποκεντρική παρέμβαση.

Υπάρχουν πολλές και σύνθετες δυσκολίες στο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης, με κύρια τη διαπίστωση ότι τα «κρεβάτια δεν επαρκούν». Υπάρχει δυσκολία συντονισμού των δομών. Ειδικά για τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι επαγγελματίες περιγράφουν μια σχεδόν παντελή έλλειψη υποστήριξης και συνεργασίας. Αντίθετα, στα Γενικά Νοσοκομεία, το μείζον ζήτημα είναι η υπερπλήρωση και οι κάκιστες συνθήκες νοσηλείας.

Υπάρχουν πολλές μεταβλητές που παρεισφρέουν στη διαδικασία διαχείρισης του «όγκου» των εισαγγελικών: μεταβλητές που αφορούν κυρίως α) τις δομές (πολιτική του κάθε νοσοκομείου, δυνατότητες να «ελίσσεται»), β) τις συνθήκες ζωής του φερόμενου (ύπαρξη οικογενειακού πλαισίου, διαβίωση), γ) τη ψυχική κατάσταση του πάσχοντα (διάγνωση, χαρακτήρας, κλπ), ακόμα και τη σωματική κατάσταση του φερόμενου (π.χ. εύρωστος άντρας). Σε επίπεδο αποκατάστασης, φαίνεται ότι και εδώ υπάρχουν πολλές μεταβλητές που καθορίζουν τον χρόνο νοσηλείας, αλλά και τη κατάσταση του πάσχοντα κατά το εξιτήριό του. Οι χρόνοι νοσηλείας επηρεάζονται, τόσο από τα κλινικά κριτήρια (το κατά πόσο υπήρξε βελτίωση στην «κλινική εικόνα»), όσο και από μη κλινικά, με κύρια α) την «πίεση» που δέχεται η κάθε δομή για «άδεια κρεβάτια», αλλά και β) τις δυνατότητες αποκατάστασης που ο κάθε νοσηλευόμενος έχει.

2.8. Συζητώντας: Το «τραύμα»

«*Το να μην γνωρίζει κανείς είναι συχνά η πρώτη αντίδραση στο τραύμα* […]. *Για να επιβιώσει από το τραύμα, η γνώση του τραύματος πρέπει να αποκλίνει, να κρύβεται, να αποσυνδέεται από τη συνήθη εμπειρική γνώση…*».[128] Μέσω μιας ψυχοδυναμικής προοπτικής, η αρχική οδύνη ενός ανθρώπου συσχετίζεται με το άγχος του χωρισμού, την πρώτη στοιχειώδη αντίληψη από πλευράς του υπό διαμόρφωση υποκείμενου της διαφοράς που το χωρίζει από τον κόσμο στο οποίο βρίσκεται. Σύμφωνα με τον O. Rank, το πρώτο άγχος του χωρισμού έχει να κάνει με το «τραύμα της γέννησης».[129] Το νεογέννητο βρέφος αποσπάται από την «μακάρια» διαβίωση στην μήτρα και εντάσσεται –βίαια- στο Κοινωνικό. Υπ' αυτό το πρίσμα, το τραύμα εμπεριέχει την έννοια της *ρήξης*. Της δημιουργίας μιας κατάστασης *ασυνέχειας* η οποία πέραν του ότι δημιουργεί μια καινούρια πραγματικότητα –τουλάχιστον για τον πάσχοντα- εμπεριέχει και την έννοια του πόνου. Του suffering. Αν μας επιτρέπεται να αυθαιρετήσουμε, θα μπορούσαμε να προσομοιάσουμε την «εισαγγελική» με το τραύμα της γέννησης ενός ανθρώπου. Κάπως όπως όταν γεννιόμαστε υπάρχει μια βίαιη (και κυρίως αμετάκλητη) «απόσπαση» από ένα «μακάριο κόσμο», αυτόν της μητρικού σώματος, και είσοδος σε ένα κόσμο που σε καμιά περίπτωση δεν ήταν επιλογή μας, δεν τον ζητήσαμε, με παραπλήσιο τρόπο και ο πάσχων «ανασύρεται» σε μια διαφορετική πραγματικότητα από εκείνη της «νιρβάνας» της οποία βίωνε μέσα στη μήτρα – ψύχωση. Δηλαδή, πέραν του αποτελέσματος, δεν μπορεί κάποιος να μην αναγνωρίσει ότι πρόκειται για ένα εξ ορισμού τραυματικό γεγονός. Το «αποτέλεσμα»: η «θεραπεία», η «ενηλικίωση», η επιστροφή του πάσχοντα σε μια βιωμένη υποκειμενικότητα, αλλά και μια λειτουργικότητα η οποία μπορεί να ανταποκριθεί στα κριτήρια φυσιολογικότητας που το κοινωνικό γίγνεσθαι προτάσσει. Ή καλύτερα, επιβάλλει. Πάντως, η διαδικασία της «εισαγγελικής», μέσα από μια συνολική θεώρηση πιθανόν για τον πάσχοντα να εμπεριέχει έντονα την έννοια αυτής της τραυματικής, της βίαιης (ή καλύτερα, της – διά – της – βίας) προσχώρησης σε μια «πραγματικότητα» που γι' αυτόν πολλές φορές δεν υφίσταται. Μια πραγματικότητα, η οποία για τους δικούς του λόγους είναι απορριπτέα.

---

[128] Nachmani, G., *Trauma and Ignorance*, W.A.W. Institute, 1995, σ. 423.

[129] Ο Rank ονομάζει «τραύμα της γέννησης» τον πρώτο (βίαιο) αποχωρισμό του βρέφους από την «ασφάλεια» της μήτρας. Επί της ουσίας, το τραύμα έγκειται στην εγκατάλειψη της μακαριότητας και της ασφάλειας του ενδομήτριου περιβάλλοντος και την αποδοχή ενός άλλου κόσμου, άγνωστου: Η προσχώρηση στο Κοινωνικό. Σύμφωνα με τον Rank, όλη η ανθρώπινη ύπαρξη και ο πολιτισμός δεν είναι παρά μια συνεχής προσπάθεια για την αντιμετώπιση και την επανόρθωση του τραύματος της γέννησης. Βλ. Rank, O., *The Trauma of Birth,* Dover Publications, 1924.

Αν ακολουθήσουμε αυτή την προοπτική, ίσως γίνει εφικτή μια πρώτη επαφή. Βέβαια, κάποιος (εύλογα υποθέτουμε) θα μπορούσε να αντ-επιχειρηματολογήσει ότι η μακάρια διαβίωση στη μήτρα – ψύχωση κάθε άλλο παρά μακάρια είναι. Οι κλινικοί συμφωνούν ότι η ψύχωση εμπεριέχει πόνο, φόβο, οδύνη: είναι μάλλον ένα τρομακτικό σύμπαν. Από την άλλη, το να ζει κανείς στην Ελλάδα τον τελευταίο καιρό δεν είναι και ότι καλύτερο:

> «*Αυτό έλεγε η αντιψυχιατρική τα χρόνια εκείνα του Λάνγκ και του Κούπερ, ότι άρρωστη είναι η κοινωνία και ο ψυχωτικός είναι καλά. Είναι πολύ ωραία και γοητευτικά όλ' αυτά, κι έχουνε και πολύ ενδιαφέρον. Το ζήτημα όμως είναι ότι οι άνθρωποι που έρχονται, οι οποίοι ζουν σ' αυτήν την κοινωνία, τι να κάνουμε; Δεν ξέρω αν σε άλλη κοινωνία θα ήταν κάπως αλλιώς, αλλά εδώ όπως είναι και τους έχουμε, ευτυχείς δεν είναι. Φόβο έχουνε, άγχος έχουνε, χίλια δυό προβλήματα έχουνε κι εκεί αισθάνομαι ότι πρέπει να βοηθήσουμε και ν' απαντήσουμε. Δηλαδή, όταν έχω έναν άνθρωπο με διωκτικό παραλήρημα είναι πολύ τρομακτικό. Δεν μπορώ να θεωρήσω ότι είναι ευτυχής αυτός ο άνθρωπος*.» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Από τη Σκύλα στη Χάρυβδη λοιπόν; Και ακόμα και αν είναι έτσι, ποιος θα το αποφασίσει; Ο ψυχίατρος; Ο εισαγγελέας; Το πάσχον υποκείμενο; Αλλά ας μην προτρέχουμε. Ας παραμείνουμε σε μια κριτική ματιά της διαδικασίας της «εισαγγελικής».

2.9. Συζητώντας: Η κατάσταση του «μεσάζοντος»

Η προσωπική μας ερμηνευτική προσέγγιση δεν μπορεί παρά να δώσει βαρύτητα σε αυτή την έννοια του τραύματος. Αρχικά τουλάχιστον. Και εξ ορισμού, ένα τραύμα, οποιοδήποτε τραύμα ενέχει ιδιοσυστατικά το στοιχείο του *πόνου*. Ένα τραύμα είναι προορισμένο για να *πονάει*. Άλλωστε αυτή είναι και η λειτουργικότητά του. Η *ενδεικτική του διάσταση*. Αν δεν πονάει, χάνει μια από τις πιο σημαντικές, τις πιο καίριες τελεολογικές του διαστάσεις. No pain, no gain, ήταν μία από τις πιο trendy παραινέσεις - συμβουλές στα συνοικιακά γυμναστήρια, πιο γνωστά και ως «σιδεράδικα». Ή αλλιώς, μέσω μιας πιο πρέπουσας φρασεολογίας, «τα καλά κόποις κτώνται», Από τη στιγμή που το πάσχον υποκείμενο αναπαρίσταται και εντάσσεται τόσο θεσμικά, όσο και συμβολικά στο χώρο του ά-λογου, του παθολογικού, του υποκειμένου που είναι ο φορέας κάποιας δυσλειτουργίας, κάποιου ελλείμματος, η διαδικασία της νοσηλείας είναι ο *τρόπος* μέσω του οποίου το πάσχον υποκείμενο θα μπορέσει να επανακτήσει την –όποια- λειτουργικότητα του αντιστοιχεί. Το τραύμα της νοσηλείας (ή γενικότερα της συνδιαλλαγής με την κοινωνία, τον Μεγάλο «Άλλο» κατά Lacan, έτσι όπως αυτός εκφράζεται και αναπαρίσταται από το «Π» + «Ψ» σύστημα) για να «επουλωθεί» απαιτεί μια εξίσου επίπονη και συστηματική διαδικασία. Μέσω της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας, ο πάσχων ανασύρεται από την ά-λογη κατάσταση (παθολογική, δυσλειτουργική, ας την ονομάσουμε ο καθείς όπως εξυπηρετείται) και εντάσσεται συν-μέτοχος σε ένα μοντέλο «ενηλικίωσης». «*Υπάρχει έτσι μια τρέχουσα ψυχιατρική άποψη ότι το σύστημα είναι ένα είδος κοινωνικού θερμοκηπίου στο οποίο οι ασθενείς ξεκινάνε ως κοινωνικά βρέφη και μέσα σε ένα χρόνο καταλήγουν* […] *ως επανεκκοινωνισμένοι ενήλικοι*».[130] Τα «οφέλη» τα οποία θα αντισταθμίσουν τον τραυματικό χαρακτήρα της εισαγγελικής έχουν να κάνουν τόσο με την ανακούφιση από την οδύνη του «συμπτώματος», όσο και με την δόμηση μιας «υγιούς» ταυτότητας και της ανάλογης «λειτουργικής συμπεριφοράς».

Πριν σπεύσουμε να κατά-κρίνουμε τον αυταρχικό, βίαιο, κατασταλτικό χαρακτήρα που πολλές φορές προς-λαμβάνει η διαδικασία της εισαγγελικής νοσηλείας, ας βάλουμε μια άνω τελεία. Ας μη γελιόμαστε, από τη δική μας (υποκειμενική, καμιά αντίρρηση) θέση, πολλές φορές το βίωμα του πάσχοντα είναι κάτι παραπάνω από τρομακτικό. Είναι πολλές φορές *αδιανόητο*: ο Σ. είναι ένας νεαρός με «βαριά» σχιζοφρένεια. Θεωρεί ότι είναι ο

[130] Gogffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 163.

γήινος «εκπρόσωπος» του Θεϊκού, επιλέχθηκε από τον «Σάι Μπάμπα», τον προφήτη του Θεού. Η αποστολή του στη Γη είναι να σβήσει τις αμαρτίες των υπολοίπων, εμού και υμών συμπεριλαμβανομένων. Ο τρόπος είναι: για κάθε αμαρτία που υποπίπτει στην αντίληψή του να κάνει ο ίδιος μια «τελετουργία ακύρωσης». Τελετουργίες που περιλαμβάνουν ουροποσία, κοπροφαγία, παραμονή στη βροχή χωρίς ενδύματα, ο κατάλογος είναι μεγάλος. Αναφέρω αυτή την χαρακτηριστική –και ευτυχώς σχετικά μεμονωμένη- περίπτωση απλά για την προβληματοποίηση του τι είναι *οδύνη*. Του τι σημαίνει *τρόμος*. Βέβαια, κάποιος θα μπορούσε να αναρωτηθεί, πόσοι βιώνουν τέτοιου τύπου συμπτωματολογία και κυρίως πόσοι την ερμηνεύουν με αυτό τον –τρομακτικό- τρόπο. Ίσως δεν έχει και τόση σημασία. Αντίθετα, αυτό που θεωρούμε το μείζον διακύβευμα είναι το κατά πόσο το «Ψ» και «Π» σύστημα, έχει μπει στην κατά Milgram «κατάσταση του μεσάζοντος».[131] Και επιπλέον, το

[131] Ο καθηγητής Stanley Milgram, ένας Αμερικανός επιστήμονας στο χώρο της κοινωνικής ψυχολογίας, πραγματοποίησε ένα σημαντικό πείραμα το 1961 το οποίο, από τότε έχει επαναληφθεί και επιβεβαιωθεί σε πολλές χώρες. Τα ευρήματα του πειράματος καταδεικνύουν ότι η παρόρμηση του ανθρώπου που έχει κάποιες δικαιοδοσίες «να ενεργήσει σωστά» καθώς και η αδυναμία του να ασκήσει δημιουργική κριτική στον φορέα ισχύος που υπηρετεί (κράτος, επιστήμη, τράπεζα, επανάσταση, κλπ) δεν είναι επιθετικότητα αλλά βιολογικός συμβιβασμός και ολοκληρωτική υποταγή στο απρόσωπο και γενικό σύνολο-έννοια που αποτελεί ο φορέας. Το φαινόμενο αυτό έχει πάρει διαστάσεις υπέρμετρης παθολογικής κατάστασης σε σημείο που η απρόσωπη βούληση κάποιου φορέα ισχύος να καταλήγει στη νομιμοποίηση οποιασδήποτε πράξης, ακόμα και παράνομης και βάρβαρης, πάντα στο όνομα του συλλογικού και απρόσωπου φορέα που μπορεί να εκφράζεται από ένα όνομα, ένα σύνολο ή μία συλλογική εικόνα ή έννοια. Η ερώτηση που έθετε το πείραμα ήταν: «μέχρι ποιο σημείο θα μπορούσε να φθάσει ένας άνθρωπος στον οποίο μία ανώνυμη αρχή ή εξουσία θα του ζητούσε να βασανίσει ή ακόμη να σκοτώσει συνάνθρωπό του». Τα αποτελέσματα των πειραμάτων ήταν τρομακτικά. Στις ΗΠΑ, 65% των εθελοντών συνέχισαν το ρόλο τους μέχρι το μέγιστο όριο των 450 volt παρά τις κραυγές του θύματος και την μετέπειτα σιωπή του. Όταν το πείραμα επαναλήφθηκε στο Maxwell Planck Institute στο Μόναχο, το ίδιο αποτέλεσμα ήταν 85%! Από τότε, το πείραμα αυτό έχει γίνει πάρα πολλές φορές, ακόμη και με παραλλαγές που έκαναν διάφοροι άλλοι επιστήμονες που είχαν αντιρρήσεις και επιφυλάξεις σε κάποιες διαδικαστικές πλευρές, και τα στατιστικά αποτελέσματα πάντα επιβεβαιώθηκαν. Με άλλα λόγια, κατά μέσο όρο τρεις στους τέσσερις εθελοντές είναι έτοιμοι να βασανίσουν και να σκοτώσουν συνάνθρωπό τους χωρίς να αμφισβητήσουν την αιτία. Η στατιστική αυτή διαπίστωση συνηγορεί στο ότι δεν θα πρέπει απαραίτητα κανένας από όλους εμάς να πιστεύει ότι ανήκει στη μικρή εξαίρεση. Σχεδόν όλοι οι εθελοντές στα διάφορα πειράματα έδειξαν μία κάποια απροθυμία να συνεχίσουν όταν τα θύματα άρχισαν να παραπονιούνται για πόνο. Ο διευθυντής του πειράματος που στεκόταν συνέχεια δίπλα τους με σταυρωμένα τα χέρια και αυστηρό ύφος δεν άφηνε περιθώρια για συζήτηση ενώ, αντίθετα, έδειχνε προβληματισμένος για το ενδεχόμενο διακοπής του πειράματος κάνοντας συνέχεια τις στερεότυπες παροτρύνσεις «Συνεχίζουμε, είναι αναγκαίο για την επιτυχία του πειράματος, δεν μπορώ να σου εξηγήσω τώρα, συνέχισε, δεν έχεις άλλη επιλογή». Οι περισσότεροι εθελοντές δυσφορούσαν ή γελούσαν νευρικά, γκρίνιαζαν και έλεγαν περισσότερο από μία φορά ότι δεν ήθελαν να συνεχίσουν. Αλλά εκείνοι που ακουστήκαν να λένε κάτι για την απάνθρωπη διαδικασία του πειράματος ήταν τελικά και αυτοί που το έφταναν μέχρι τέλος. Από συζητήσεις μετά τα πειράματα, αποκαλύφθηκε ότι όλοι οι εθελοντές είχαν νομίσει ότι το θύμα ήταν ή αναίσθητο ή ίσως ακόμη και νεκρό. Οι περισσότεροι από αυτούς ήταν βαθύτατα ενοχλημένοι από την ίδια τους τη συμπεριφορά και δεν μπορούσαν να τη καταλάβουν. Προσπαθώντας να βρουν κάποια εξήγηση, έλεγαν πράγματα όπως «δεν ήθελα να κάνω κάποιο λάθος που θα χαλούσε το πείραμα». Έπειθαν τους εαυτούς τους ότι «οι επιστήμονες ήξεραν τι κάνουν». Η παρόρμηση να είναι εντάξει με τις απαιτήσεις του πειράματος και η αδυναμία τους να επικρίνουν την ανώνυμη εξουσία δεν αποτελούν επιθετικότητα αλλά είναι το βιολογικά απαραίτητο συμπλήρωμά της, η πίστη και η υποταγή στο σύνολο. Αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν, επίσης, αναπτυχθεί παθολογικά σε υπέρμετρο βαθμό στην ανθρώπινη κοινωνία, όπως αποδεικνύει το πείραμα, σε βαθμό που καθιερωμένες ανώνυμες

κατά πόσο έχει επίγνωση αυτής της κατάστασης. Αν μη τι άλλο, είναι διαφορετικό να λειτουργείς κατασταλτικά κατέχοντας ένα –όσο- επίπεδο κριτικής παρατήρησης και κατανόησης των ενεργειών σου, παρά να ενδίδεις σε μια συμπεριφορά εν είδει αυταπάτης.

Μέσω μιας κοινωνιολογικής κατά βάση προοπτικής, το ενδιαφέρον είναι να προσπαθήσουμε να περιχαρακώσουμε και να ελέγξουμε κριτικά τις βασικές συνιστώσες έτσι όπως αυτές εμφανίζονται, μεταλλαγμένες ή μη, σε σχέση με παλαιότερες, προ μεταρρύθμισης, συνθήκες. Άλλωστε, ένα ενδιαφέρον σημείο αναφορικά με τα υποκείμενα – νοσηλευόμενους είναι η θετική τους αναπαράσταση (τουλάχιστον, αναφορικά με τα Γενικά Νοσοκομεία) σε σχέση με την εμπειρία τους από παλαιότερες νοσηλείες, αν είχαν. Με άλλα λόγια, γιατί «*…εδώ είναι πολύ καλύτερα από το Δαφνί…*» ή «*…είναι καλύτερα από παλιά…*»; Αφού σε όλες τις δομές που αναφερθήκαμε ισχύουν, άλλοτε σε άλλο βαθμό, με έντονο και εμφανή τρόπο πολλές φορές, κατασταλτικές τακτικές.

2.9.α. «*Δεν γίνεται αλλιώς*»: η απουσία κάποιας εναλλακτικής προσέγγισης

«*Εγώ ας πούμε, την πρώτη φορά που το είδα αυτό, την πρώτη φορά που είδα να καθηλώνουνε, όχι που το έκανα, έβαλα τα κλάματα μετά έξω, πήγα κι έκλαψα. "Τον άνθρωπο, τι του κάναμε, τον δέσαμε κι αυτά". Μετά όμως από ένα μήνα που βγήκε έξω ο κύριος και καλά, λέω "α, το κάναμε έτσι" θυμάμαι πώς ήρθε και κοίτα πόσο ωραία βγαίνει. Οπότε τώρα το κάνεις γιατί ξέρεις ότι έτσι πρέπει να γίνει είναι για καλό του. Για να μην χτυπήσει τον εαυτό του, κάποιον άλλον, μην σπάσει κανένα χέρι, το κεφάλι του. Το ζυγίζεις. Κόστος – όφελος. Πρέπει να γίνει έτσι, να μην σκοτωθεί και για να γίνει και καλά. Και τώρα πια, αυτό εννοούσα με την εμπειρία, ξέρεις ότι αυτό που βλέπεις θα βελτιωθεί. Εγώ την πρώτη φορά, το 'χα διαβάσει ότι βελτιώνεται, αλλά δεν το 'χα δει. Άλλο η θεωρία, άλλο η πράξη*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

Φαίνεται λοιπόν ότι οι κατασταλτικές πρακτικές ισχύουν. Φαίνεται όμως, ότι δεν ισχύουν γενικευμένα, σαν μοντέλο διαχείρισης, ενώ παράλληλα υπάρχει και μια συνεχής προσπάθεια –αν μη τι άλλο- εκλογίκευσής τους. Οι επαγγελματίες φαίνεται ότι είναι αρκετά πιο ευαισθητοποιημένοι. Παρ' όλο όμως που πολλές φορές βιώνουν με έντονα

αρχές-εξουσίες όπως «το κράτος, η επιστήμη ή ακόμη η επανάσταση» μπορούν να μετατρέψουν οτιδήποτε σε θεμιτό και νόμιμο με μόνη μία σφραγίδα, μία άσπρη μπλούζα ή ένα περιβραχιόνιο. Το φαινόμενο περιγράφηκε ως «κατάσταση του μεσάζοντος». Βλ. Milgram, S. *Obedience to Authority*. Tavistock, London, 1974.

δυσφορικό τρόπο τον ή τους ρόλους που έχουν αναλάβει, επί της ουσίας η αναπαράσταση που ισχύει, και μάλιστα σχεδόν καθολικά, είναι το ότι δεν γίνεται αλλιώς. Η διαδικασία της εισαγγελικής παραγγελίας, όσο τραυματική και εξελιχθεί, μπορεί να είναι «κακή», αλλά είναι αναγκαία. Ένας Διευθυντής ψυχίατρος το έθεσε (έστω και χαριτολογώντας) πολύ άμεσα:

«*Είναι κάτι, το "εισαγγελικό" είναι κάτι σαν το μουρουνόλαδο, μουρουνόλαδο,* (χαμογελάει) *που ήταν χάλια, αλλά, παλιά το παίρνανε γιατί δεν είχαν τίποτ' άλλο* […]. *Αναγκαίο κακό*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Ε, δεν έχουμε και άλλη λύση, δεν υπάρχει και άλλη λύση. Δηλαδή, ή περιμένεις με τον καιρό, μήπως υποχωρήσει η ψύχωση και συνέρθει και δεήσει ο Θεός και πάρει αγωγή και βελτιωθεί, ή κάνεις μια τέτοια παρέμβαση που θα τον θεραπεύσεις σε ένα μεγάλο βαθμό πολύ πιο γρήγορα και αποτελεσματικά. Είναι αναγκαίο κακό. Κακό, αλλά αναγκαίο*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Τώρα, αν θέλουμε τους "εισαγγελικούς" στο Γενικό Νοσοκομείο; τους θέλουμε τους εισαγγελικούς στο γενικό νοσοκομείο; Δεν νομίζω να τους θέλουμε, όμως είναι ανάγκη. Δεν υπάρχει άλλη λύση*» (Ειδικευόμενη ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Τώρα αυτό το θέμα της ακούσιας νοσηλείας, αν τα πράγματα ήταν ορθώς δομημένα, δηλαδή υπήρχε τομεοποίηση, τομείς ευθύνης, μονάδες εξωνοσοκομειακές, προσέγγιση ψυχιατρική στην κοινότητα, πιστεύω ότι οι ακούσιες νοσηλείες θα ήταν ελάχιστες. Επί του πρακτέου όμως, επειδή όλ' αυτά δεν υπάρχουν, πολλές φορές η ακούσια νοσηλεία είναι η μόνη λύση. Από το να μην μπορεί ο άρρωστος, να μην μπορεί να ενταχθεί σ' ένα πλαίσιο, ένας συγγενής που βρίσκεται στο καθεστώς φόβου, απειλής, μπορεί να απειλείται η σωματική του ακεραιότητα, ή να έχει ψυχολογικά προβλήματα, μπορεί να υποφέρει, και ο άρρωστος να υποφέρει πάρα πολύ έτσι; είναι η μόνη λύση, με την υπάρχουσα κατάσταση επαναλαμβάνω έτσι; Τώρα η πρόγνωση των ατόμων, με τα σημερινά δεδομένα, δεν νομίζω ότι διαφοροποιείται, δηλαδή με την εναλλακτική δηλαδή του να μην είχε κανενός είδους παροχή, ή παρέμβαση, είναι θετική η ακούσια νοσηλεία. Έτσι; Απ' το να μην έχει καμία πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, από το να περιφέρεται στους δρόμους, έτσι, καλό είναι να υπάρχει. Βεβαίως δεν είναι το καλύτερο. Σαφέστατα θα υπήρχανε δεκάδες άλλοι τρόποι. Αναγκαίο κακό. Είναι ως έχουν τα πράγματα*» (Ψυχίατρος, επιμελήτρια Β., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Η απουσία κάποιας εναλλακτικής ουσιαστικά «παρακινεί - παραινεί» τους επαγγελματίες αναφορικά με τη «θετική» συμβολική διάσταση του ρόλου τους. Θεωρούμε ότι το συγκεκριμένο σημείο ίσως είναι και το πλέον ενδεικτικό αναφορικά με το πεδίο της διαχείρισης των «εισαγγελικών» νοσηλευόμενων. Οι επαγγελματίες του χώρου φαίνεται να έχουν πλήρη συνείδηση (τις περισσότερες φορές τουλάχιστον) του ρόλου που καλούνται να διαδραματίσουν. Ένα ρόλο οποίος απέχει από τον αμιγώς θεραπευτικό ρόλο που διατείνονται ότι θα έπρεπε να εφαρμόζουν. Σε αυτό ακριβώς το σημείο υπεισέρχεται το ιδεολόγημα που εν ολίγοις διατείνεται ότι η καταστολή είναι μια δυσάρεστη αλλά αναγκαία συνθήκη για την επίτευξη της θεραπείας. Αναφέρει ο Zizek: «*Η συντριπτική πλειονότητα των ανθρώπων είναι αυθόρμητα "ηθικοί". Το να φονεύσουν ένα άλλο ανθρώπινο όν είναι γι' αυτούς μια βαθιά τραυματική εμπειρία. Προκειμένου λοιπόν, ν' αναγκαστούν να το κάνουν, χρειάζεται ένας ανώτερος "ιερός σκοπός", ο οποίος θα κάνει τους προσωπικούς τους ενδοιασμούς* […] *να φαντάζουν επουσιώδεις*».[132] Σύμφωνοι, παρ' όλο που οι κατασταλτικές πρακτικές στις οποίες αναφερόμαστε απέχουν παρασάγγας από την πράξη του φόνου, της θανάτωσης, θεωρούμε ότι το ιδεολογικό υπόβαθρο δεν είναι απλά παραπλήσιο, αλλά ταυτόσημο. Οπότε, συνοψίζοντας, θεωρούμε ότι **δύο** είναι τα βασικά σημεία – αφετηρίες πάνω στα οποία στοιβάζεται το σύνολο των πρακτικών, αλλά και αναπαραστάσεων.

[132] Zizek, S., *Βία: Έξι Λοξοί Στοχασμοί*, μτφ. Ν. Καλαϊτζής, Scripta, Αθήνα, 2010, σ. 159.

2.10. Ιδεολογικές παραδοχές: η «οργανικότητα» είναι η *Αλήθεια*

Το πρώτο σημείο αφορά το ενδο-υποκειμενικό: τη αναπαράσταση της **φύσης** της ασθένειας και κατ' επέκταση των δυνατοτήτων που υπάρχουν για ανακούφιση του πάσχοντος υποκειμένου, και γιατί όχι, την ίασή του. Η ιδεολογία που υιοθετείται από το ψυχιατρικό σύστημα, με κύριο εκπρόσωπο τον ψυχίατρο, φαίνεται ότι επικαθορίζει σε μεγάλο βαθμό τις πρακτικές διαχείρισης που εξελίσσονται σε κάθε δομή. Οι πιο σημαίνουσες φαίνεται πως είναι αυτές τις βιολογικής – οργανικής ψυχιατρικής, της θεραπείας περιβάλλοντος (milieu) και της κοινωνικής ψυχιατρικής.[133] Ο «κοινός τόπος» των θέσεων είναι ότι η ψυχική ασθένεια, τόσο σε επίπεδο της «σκληροπυρηνικής» ψύχωσης, όσο και των πιο «περιφερειακών» εκφάνσεων της ψυχικής δυσλειτουργίας, είναι σε μεγάλο βαθμό **οργανική**.[134] Αλλά ακόμα και αν δεν είναι οργανική (άλλωστε, κοινή επίσης θεωρητική και βιβλιογραφική θέση είναι ότι δεν γνωρίζουμε ακριβώς τη γενεσιουργό αιτιολογία της σχιζοφρένειας) σίγουρα η «πρώτη γραμμή» αντιμετώπισης είναι η φαρμακευτική. Κατά συνέπεια, ένας ψυχωτικός, μόνο αν «παίρνει αγωγή» υπάρχει πιθανότητα να ανακάμψει.

> «*Μακάρι να ήταν αλλιώς. Αλλά δεν είναι. Μια σχιζοφρένεια, χωρίς φάρμακο δεν θα πάει καλά. Το καταλαβαίνω, και εγώ η ίδια το νοιώθω, ότι είναι μάλλον λυπηρό συμπέρασμα, αλλά τι να κάνουμε, έτσι είναι. Χωρίς φάρμακα θα υποτροπιάσει. Εννια στις δέκα, θα υποτροπιάσει. Αργά ή γρήγορα…*» (Επιμελήτρια ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Έτσι, η «αγωγή» γίνεται όχι μόνο το βασικότερο, αλλά το ύστατο διακύβευμα. Θεωρούμε ότι πάνω σε αυτή τη θέση εδράζονται όλες εκείνες οι πρακτικές –θεραπευτικές ή κατασταλτικές- οι οποίες «στοχεύουν» στην ανακούφιση ή ακόμα και στην ίαση από τη νόσο. «*Άλλωστε, η ίδια η αντίληψη πως η υλική υπόσταση του σώματος ορίζεται από τις βιολογικές επιστήμες, οι οποίες είναι κατά κάποιο τρόπο "αλώβητες" από το πολιτισμικό, αποτελεί* […] *μια αναγνωρίσιμη ψευδαίσθηση της νεοτερικής κοινωνίας, ένα είδος "Θεϊκού κόλπου", όπου ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται τη γνώση του ως υπεράνω κοινωνικών προσδιορισμών* […]. *Ένας τρόπος παραγωγής* (γνώσης) *που βασίζεται στην υλοποίηση της αρχής του "κόλπου του Θεού", δηλαδή μιας μεθόδου παραγωγής γνώσης η οποία δεν*

[133] Straus, A., Scatzam, L., Bucher, R., Ehrich, D., Sabshin, M., *Psychiatric Ideologies and Institutions*, Transaction Books, London, 1981.
[134] Blue, V., «Greek psychiatry's transition from the hospital to the community», *Medical Anthropology Quarterly*, τεύχος 7, 1993, σ. 301 – 308.

υιοθετεί καμιά οπτική γωνία».[135] Εξακολουθώντας να προσπαθούμε να μείνουμε μακριά από μια κριτική της συγκεκριμένης θέσης, από το αν ισχύει ή όχι, από το αν είναι η σωστή, η *αληθής*, δεν μπορούμε να μην διακρίνουμε –κατ' εμάς- την ισχυρότερη ίσως *ιδεολογική κατασκευή* στο χώρο της ψυχιατρικής σήμερα. Μια «κατασκευή» η οποία είναι πια «Αλήθεια» και υποστηρίζει τη θέση ότι «*για να γίνεις καλά, πρέπει να πάρεις τα φάρμακά σου…*». Υπό το πρίσμα μιας τέτοιου τύπου προσέγγισης, βρισκόμαστε καθ' όλα σύμφωνοι με τον Althusser και με τις θέσεις του για τον ρόλο των Ιδεολογικών Μηχανισμών, με την ιατρική – ψυχιατρική, κατ' εμάς, να λαμβάνει ένα σημαίνοντα χώρο και ρόλο σε αυτό το θεωρητικό σχήμα. Σύμφωνα με τον Althusser,[136] οι *Ιδεολογικοί Μηχανισμοί* βρίσκονται πλησίον των θεσμικών μηχανισμών του κράτους, χωρίς όμως να έχουν τον κατασταλτικό χαρακτήρα των τελευταίων. Δεν πρόκειται για θεσμικά όργανα, με την έννοια του ελέγχου και της «υλικής» διασύνδεσής τους με αυτό, αλλά όμως διαπερνώνται από τους κοινωνικούς συσχετισμούς δυνάμεων, εκφράζοντας *παράλληλα* την «κυρίαρχη ιδεολογία». Και ίσως και κάτι παραπάνω: όχι μόνο *παράλληλα*, αλλά και συμπληρωματικά, και συνθετικά, σε βαθμό που η προσπάθεια διαχωρισμού και διαφοροποίησης της θεσμικής και της ιδεολογικής «χροιάς» να είναι όχι μόνο δύσκολη, αλλά ίσως και ανέφικτη. «*Εννοούμε, με τον όρο Ιδεολογικοί Μηχανισμοί, ορισμένες πραγματικότητες που εμφανίζονται με τη μορφή διακριτών και ειδικευμένων θεσμών* […]. *Ο καταπιεστικός μηχανισμός του Κράτους λειτουργεί με κυρίαρχο στοιχείο τη βία και δευτερευόντως με ιδεολογία* […] *αντίστροφα, οι Ιδεολογικοί Μηχανισμοί του Κράτους λειτουργούν με κυρίαρχο στοιχείο την ιδεολογία και δευτερευόντως με τη βία, που συνίσταται εκεί σε οριακές περιπτώσεις, πολύ υποτονική, καμουφλαρισμένη, σχεδόν συμβολική*».[137] Ο Foucault προσδιορίζει αυτή τη σχέση, ή καλύτερα το παράγωγό της πολύ χαρακτηριστικά: «*Η αστική επανάσταση του 18ου και των αρχών του 19ου αιώνα ήταν η επινόηση μιας νέας τεχνολογίας της εξουσίας, για την οποία τα γνωστικά πεδία αποτελούν ουσιώδες τμήμα*».[138] Άλλωστε, ο ιδεολογικός προσανατολισμός, η ιδεολογία ως κριτήριο πράξης, είναι αυτή που προσδίδει το νόημα (άρα και την εκλογίκευση) στις –όποιες- πρακτικές (θεραπείας ή πειθάρχησης…). Ο Eagleton το έχει θέσει γλαφυρότατα: «*Η ιδεολογία εγκαθιδρύει έναν εσωτερικό δεσμό ανάμεσα στον κόσμο και εμάς. Χωρίς αυτόν, αποκαρδιωμένοι από την αίσθηση της αναιτιότητάς μας, ίσως να μην*

[135] *Η Παραγωγή του Κοινωνικού Σώματος*, επιμ. Α. Χαλκιά, Κατάρτι και Δίνη, Αθήνα, 2005, σ. 19.
[136] Alhtusser, L., *Θέσεις*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1999.
[137] Alhtusser, L., *Θέσεις*, οπ.π., σ. 84-85.
[138] Foucault, M., *Οι μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 177.

σηκωνόμασταν ποτέ από το κρεβάτι, προκαλώντας εύλογο άγχος στον υπουργό των οικονομικών.».[139]

Επιπλέον, αυτή η αυξανόμενη επικέντρωση στην οργανική διάσταση εμφανίζεται τόσο στις πρακτικές διαχείρισης, όσο και σαν ένα γενικότερο μοντέλο συνδιαλλαγής:

> «*…τρεις φορές την εβδομάδα έχουμε επίσκεψη, που διαβάζουνε τα καινούργια περιστατικά, άμα έχουνε μπει, τα παλιά περιστατικά, την γενική κατάστασή τους, άμα υπάρχουνε κάποια προβλήματα το συζητάμε όλοι μαζί, αν δεν υπάρχει επίσκεψη, κάνουμε αιμοληψίες, κοιτάμε τα οργανικά προβλήματα των ασθενών, βλέπουμε τους ασθενείς μόνοι μας ή με τους επιμελητές, αν χρειάζεται, παίρνουμε ιστορικό, τους παλιούς βλέπουμε την κατάστασή τους αν χρειάζεται ρυθμίζουμε αγωγή, και αυτά βασικά είναι*» (Ειδικευόμενη ψυχίατρος, Γενικό νοσοκομείο).

> «*Όταν τον παραλαμβάνουμε, και έρχεται εδώ, του παίρνουμε πρώτον ζωτικά, εντάξει, και να μας λέει ένα μικρό ιστορικό. Γίνονται εδώ εξετάσεις. Ειδικά εδώ γίνονται. Εδώ γίνεται εξονυχιστικός έλεγχος. Πολλοί απ' αυτούς που παραμένουνε έχουνε παθολογικά προβλήματα. Έχει αντιμετωπιστεί το ψυχιατρικό και μένουνε για το παθολογικό. Εδώ γίνεται δουλειά, όσο το δυνατόν περισσότερο*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Η παραπάνω διαπίστωση δεν σημαίνει ότι η συγκεκριμένη διάσταση λειτουργεί *αποκλειστικά*, μάλλον το αντίθετο. Και αυτό ίσως είναι ένα από τα αρκετά ενδιαφέροντα ευρήματα, από τα πλέον ενδεικτικά της διάστασης που υφίσταται από την *θέση* στην *αναπαράσταση*. Ας ενθυμούμαστε ότι το προτεινόμενο μοντέλο –και το υπερισχύον επίσης- σήμερα αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια, αλλά και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής είναι το βιο-ψυχο-κοινωνικό. Ένα μοντέλο που προσπαθεί να δώσει έμφαση σε όλες τις παραμέτρους που δυνητικά συμβάλουν στην εμφάνιση και εξέλιξη της ψυχικής πάθησης. Απλά, το –*βιο*- φαίνεται να υπερισχύει. Με διαφορά.

[139] Eagleton, T., *Ιερός Τρόμος*, μτφ. Δ. Λαμπαδά, Δ. Φιλιππουπολίτης, Πατάκης, Αθήνα, 2007, σ. 58.

2.11. Κοινωνικές πρακτικές: η «αμυντική ψυχιατρική»

Το δεύτερο σημείο ενέχει σαφώς πιο **θεσμικό – συστημικό** χαρακτήρα, και σχετίζεται περισσότερο από την αναπαράσταση του θεσμικού- νομικού συστήματος, και του τρόπου που οι «Ψ» επαγγελματίες το έχουν ερμηνεύσει. Ένα σύστημα το οποίο, όσο «φοβικό» μπορεί να αποβεί για τον φερόμενο πάσχοντα, άλλο τόσο μπορεί και να αποβεί για τον επαγγελματία. Αναφερόμαστε στην ύπαρξη ενός –έντονου πολλές φορές- φόβου («φόβος ευθύνης» αναφέρεται συχνότατα) αναφορικά με τις συνέπειες που μπορεί να υπάρχουν για τους επαγγελματίες στην περίπτωση που κάτι «δεν πάει καλά»: αν ο νοσηλευόμενος αποδράσει, αν αποπειραθεί να αυτοκτονήσει, αν του συμβεί κάποιο ατύχημα, αν παρουσιάσει κάποια επιθετική συμπεριφορά. Συνολικά, μπορούμε να πούμε ότι η έννοια της αμυντικής ψυχιατρικής, έτσι όπως την περιέγραψαν οι επαγγελματίες, υπακούει σε αυτό το μοντέλο. Είναι πολύ χαρακτηριστική η διαπίστωση ότι πολλές φορές μηχανικές καθηλώσεις, «δεσίματα» δηλαδή, γίνονται με στόχο να μην «φύγει» ο νοσηλευόμενος. Αλλά και άλλες «πρακτικές», όπως άδειες εξόδου, ή εξιτήρια επηρεάζονται από το φόβο «…μήπως γίνει κάτι…», χωρίς να είναι προϋπόθεση ότι ο νοσηλευόμενος έχει επί-δείξει κάποια ανάλογη συμπεριφορά. «*Εδώ το πάνε λίγο πιο λάου – λάου. Και άμα, είναι λίγο ευθυνόφοβοι οι γιατροί μας, και άμα κάνει κάτι έξω, και πεθάνει, κι εμάς μας ζητάνε ευθύνες, είναι αυτό το σύστημα*» αναφέρει χαρακτηριστικά ένας επαγγελματίας σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο. Επίσης χαρακτηριστικό, όσο και ενδεικτικό σημείο. Η «ψυχιατρική» υπό όρους *θύτη* και *θύματος*. Ταυτόχρονα.

«*Πριν ακόμη γίνει ειδικότητα της ιατρικής, η ψυχιατρική θεσμοθετήθηκε ως ιδιαίτερος κλάδος της κοινωνικής προστασίας απέναντι σε όλους τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν για την κοινωνία από το γεγονός της ασθένειας […]. Η ψυχιατρική θεσμοθετήθηκε ως κοινωνική πρόληψη, ως υγιεινή ολόκληρου του κοινωνικού σώματος*…»[140] αναφέρει ο Foucault, ερμηνεύοντας τη θέση της «ψυχιατρικής» ως εγγυητή του δημόσιου / κοινωνικού «συμφέροντος» και ασφάλειας. Ας δούμε στο επόμενο κεφάλαιο μέσω ποιων διαδικασιών εφαρμόζεται η παραπάνω θέση.

[140] Foucault, M., *Οι μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 234.

Κεφάλαιο 3. Ο κόσμος των εργαζομένων

3.1. Η τυπολογία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας: εισαγωγικά

«*Το νοσοκομείο είναι μια καίρια δομή μέσα στο εκάστοτε σύστημα υγείας, αλλά επίσης είναι ισχυρό σύμβολο της "κοινωνικής δύναμης" του ιατρικού επαγγέλματος, αντικατοπτρίζοντας την ιδρυματοποίηση της ιατρικής γνώσης*»[141] αναφέρει ο B. Turner, προσδιορίζοντας χαρακτηριστικά τον διττό ρόλο που το μόρφωμα «νοσοκομείο» αναπαριστά. Και ίσως στο πεδίο της ψυχιατρικής καθίσταται κρυστάλλινα εμφανής αυτός ο «διπλός ρόλος» που η *Ιατρική* (συμπαρομαρτούντων και των υπολοίπων επαγγελματιών) διαδραματίζει. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε μια βασική, απλή αρχή: Ένα νοσοκομείο δεν είναι τίποτ' άλλο παρά ο «τόπος» στον οποίο θέλουμε, ελπίζουμε, να υποχωρεί η ασθένεια και να επαν-εμφανίζεται η υγεία. Ή τουλάχιστον θα θέλαμε να είναι τόσο απλό… Ο πυρήνας όμως της υπόθεσης παραμένει: Διαμέσου του «νοσοκομείου»[142] εκφράζεται, περιχαρακώνεται και προσδιορίζεται το σύνολο των θέσεων και αναπαραστάσεων οι οποίες προσδιορίζουν την επικρατούσα νοηματοδότηση του τι σημαίνει να είναι κανείς άρρωστος. Το «νοσοκομείο» «*…αντικατοπτρίζει την κυρίαρχη θεωρία της "ασθένειας" η οποία επικρατεί στις εκάστοτε κοινωνίες*».[143] Υπ' αυτό το πρίσμα, η ψυχιατρική, με το σύνολο των θεωριών της, των πρακτικών της, του σώματος γνώσης που κατέχει και προβάλλει, του τρόπου που οργανώνεται (αλλά και οργανώνει) το δυνητικό πεδίο των παρεμβάσεών της, μέσω του «νοσοκομείου» και του «συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψής» της –αν μας επιτρέπεται να απλουστεύσουμε-, επί της ουσίας προσδιορίζει και ετικετοποιεί, ερμηνεύει, εκείνη την «μάζα» συμπεριφορών οι οποίες θεωρούνται πάσχουσες: «*Το νοσοκομείο έχει γίνει ένα τόσο αρχετυπικό ίδρυμα μέσω μιας διαδικασίας στην οποία η ανθρώπινη συμπεριφορά συνεχώς επανερμηνεύεται…*»[144] αναφέρει ο Freidson προσδιορίζοντας τη δυνατότητα της ιατρικής να επεμβαίνει στην «αντικειμενική αλήθεια», ακριβώς μέσω του ίδιου του προσδιορισμού της. Ή, όπως προτείνει ο Foucault προσεγγίζοντας και

---

[141] Turner B., *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, London, 1987, σ. 157.

[142] Κάτω από την ετικέτα «νοσοκομείο» εγγράφουμε τόσο τους εργαλειακούς και συμβολικούς θεσμούς που το προσδιορίζουν, όσο και τις αναπαραστάσεις των υποκειμένων που εμπλέκονται. Είτε αυτά ανήκουν στον «κόσμο του προσωπικού» είτε στον κόσμο του «ασθενή».

[143] Turner B., *Medical Power and Social Knowledge*, οπ.π., σ. 171.

[144] Freidson, E., *Profession of Medicine, a Study of the Sociology of Applied Knowledge*, οπ.π., σ. 248. Ο Freidson, ακολουθώντας τη θεωρητική παράδοση του Weber, εστιάζεται κυρίως στις στρατηγικές που αναπτύσσει το «ιατρικό επάγγελμα» προκειμένου να γίνουν εφικτοί τρεις κύριοι στόχοι: α) η βελτίωση της κοινωνικής θέσης, του status, των ιατρών, β) η ισχυροποίηση της αναγκαιότητας της ιατρικής γνώσης και του ιατρικού επαγγέλματος εν γένει και γ) το μονοπώλιο της αγοράς.

προβληματοποιώντας την αντικειμενική Αλήθεια της ιατρικής επιστήμης, «…*η "θετική" ιατρική δεν είναι η ιατρική που έκανε μια "αντικειμενοτρόπο" επιλογή στηριγμένη επιτέλους στην αντικειμενικότητα. Δεν εξαφανίστηκαν όλες οι δυνάμεις ενός οραματικού χώρου μέσω του οποίου επικοινωνούσαν γιατροί και ασθενείς, φυσιολόγοι και ασκούντες την ιατρική* […] *μάλλον μετατοπίστηκαν και κατά κάποιον τρόπο εγκλείστηκαν στην ενικότητα του ασθενούς, σ' εκείνη την περιοχή των "υποκειμενικών συμπτωμάτων" η οποία προσδιορίζει για το γιατρό όχι πια τον τρόπο της γνώσης αλλά τον κόσμο των προς γνώση αντικειμένων*».[145]

Μέσω μιας τέτοιας προοπτικής θεωρούμε ότι η περιγραφή, η εξιχνίαση κάποιων βασικών στοιχείων, *μεταβλητών*, τα οποία χαρακτηρίζουν τον «κόσμο του προσωπικού», αλλά και τον «κόσμο των τροφίμων», όπως χαρακτηριστικά τους αναφέρει ο Goffman, δύναται να προσδιορίσει και να επισημάνει τόσο τα χαρακτηριστικά του σύγχρονου επαγγελματία, το *ποιόν* του με άλλα λόγια, όσο και τον τρόπο με τον οποίο εμφανίζεται –και λειτουργεί- ο «σύγχρονος» θεραπευτής, αλλά και ο «σύγχρονος» ψυχικά πάσχων.

Αν μη τι άλλο: η ψυχιατρική, αλλά και οι «μονάδες» της, ο ψυχίατρος, ο ψυχολόγος, ο νοσηλευτής, ο νοσοκόμος και ούτω καθ' εξής, απέχουν παρασάγγας από την αναπαράσταση που ενσάρκωναν μόλις πριν από μερικές δεκαετίες. Περιδιαβαίνοντας και αναγιγνώσκοντας τα συστατικά του νεότευκτου (αν όχι νεότευκτου, τουλάχιστον του τελευταίου) μοντέλου οργάνωσης της ψυχιατρικής εν είδει *παραδείγματος*,[146] αυτό της *Κοινωνικής* και *Κοινοτικής Ψυχιατρικής* φρονούμε ότι ένα από τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούνται είναι η ανακατανομή και η διαφοροποίηση των ρόλων, των αναπαραστάσεων, εν τέλει της λειτουργικότητας, την οποία το κάθε «γρανάζι» εγκαλείται να αποκτήσει στη συνολική μηχανή. Με δεδομένη την ανάγκη, αλλά και την επιθυμία της ψυχιατρικής επιστήμης να απεμπολήσει το ασυλιακό παρελθόν της, το νέο σύστημα εμφανίζεται σαφώς διαφοροποιημένο. Το ενδιαφέρον, λοιπόν, σημείο έγκειται στην εξέταση των αλλαγών που συναθροίστηκαν τα τελευταία χρόνια. Αν προσπεράσουμε τις

[145] Foucault, M., *Η Γέννηση της Κλινικής*, μτφ. Κ. Καψαμπέλη, Νήσος, Αθήνα, 2012, σ. 11.

[146] Θεωρούμε ότι είναι πολύ χαρακτηριστική η μετάβαση από το «ασυλικό» μοντέλο περίθαλψης σε αυτό της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, έστω και αν η πλέον διαδεδομένη θέση είναι ότι –αναφορικά με τον ελληνικό χώρο- η μετάβαση αυτή ήταν επίπλαστη και εμβόλιμη, χωρίς να υπακούει σε μια γραμμική πορεία. Δηλαδή, δεν αποτέλεσε προϊόν ενός συστηματικού σχεδιασμού, αλλά –κυρίως λόγω της ξαφνικής δημοσίευσης των συνθηκών οι οποίες επικρατούσαν στο ψυχιατρείο της Λέρου- έγινε με ένα «σπασμωδικό» τρόπο και σχεδιασμό. Το γεγονός όμως είναι ότι το σύγχρονο παράδειγμα, για να δανειστούμε τον όρο από τον Kuhn, αποτελεί το κυρίαρχο παράδειγμα, πέραν των δυνατοτήτων του. Άλλωστε, ο Kuhn είναι ξεκάθαρος στη θέση του: «…*η εξουσία τελικά κερδίζεται όχι από το ορθότερο παράδειγμα, αλλά από το πειστικότερο*». Kuhn, T., *Η Δομή των Επιστημονικών Επαναστάσεων*, μτφ. Γ. Γεωργακόπουλος, Β. Κάλφας, Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα, χ.χ., σ. 29.

μεταλλαγές που η «ιστορία ζωής» της «ψυχιατρικής» δέχθηκε από την απαρχή της σχετικά νέας «ζωής» της, βλέπουμε τις τελευταίες δύο - τρεις δεκαετίες να προτείνεται μια αναπαράσταση της ψυχιατρικής με την έμφαση να δίνεται κυρίως σε δύο διαστάσεις.

Η πρώτη διάσταση αφορά τον «δημοκρατικό» χαρακτήρα και προσανατολισμό της, στα πλαίσια της κοινωνικής/κοινοτικής ψυχιατρικής,[147] ενώ η δεύτερη διάσταση αφορά τον ολοένα και περισσότερο βιολογικό (ή έστω «βιολογίζοντα») χαρακτήρα της ψυχιατρικής, με έμφαση στη φαρμακολογία, στη νευρολογία και στη γενετική, γενικότερα στην «οργανική ψυχιατρική». Φαίνεται ότι –επιτέλους- η ψυχιατρική αποδεικνύεται ικανή να ακολουθήσει την «ιατρική νόρμα».

Η νέα «φιλοσοφία» πρεσβεύει την ανάγκη για ένα σύστημα ουσιαστικά μεταλλαγμένο. Μια μεταλλαγή της οποίας το δραστικό επακόλουθο είναι η παραγωγή νέων τύπων υποκειμένων, αλλά και υποκειμενικοτήτων, όσο και παραγωγή νέων *φαινομένων*. Υπό αυτό το πρίσμα, οι παλαιοί ρόλοι και αναπαραστάσεις ελέγχονται κριτικά, θεωρητικοποιούνται εκ νέου και επανακαθορίζονται. Όχι πλέον ο «σκληροπυρηνικός» ψυχίατρος ή ο απαίδευτος νοσοκόμος.

Και μια από τις βασικές μας θεωρητικές υποθέσεις, της οποίας την επάρκεια ανιχνεύουμε μέσα από την καταγεγραμμένη σχέση του «νοσηλευόμενου» και του «πλαισίου», είναι η εξής: Όντως, υπήρξε μεταλλαγή. Ίσως όμως αυτή η μεταλλαγή περιορίστηκε σε ένα επιπολής, περιφερικό επίπεδο, μη μπορώντας τελικά να παρεισφρήσει στον πυρήνα. Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η εξατομικευμένη φροντίδα, ο Πάσχων Με Όνομα, η μεταρρύθμιση, έτσι όπως οργανώθηκε από την δεκαετία του ’80, με εφαλτήριο το «πείραμα της Λέρου» είχε σαν παράγωγο την ανάδυση του νέας αναπαράστασης του «Ψ – ανθρώπου». Ενός υποκειμένου στο οποίο η ανθρωποκεντρική, η ηθική διάσταση, υποτίθεται ότι πρέπει να αποτελεί ουσιώδες τμήμα της επαγγελματικής του κουλτούρας. Παράλληλα (και εδώ έγκειται το δεύτερο βασικό σημείο κατ’ εμάς) η αυξανόμενη δυνατότητα πρόσβασης στην *γνώση* ουσιαστικά περιέβαλε με το απαιτούμενο κύρος το

[147] Η Κοινωνική/Κοινοτική ψυχιατρική ουσιαστικά αποτελεί την τελευταία «εξέλιξη», η οποία άρχισε να θεσμοθετείται και να προσδιορίζεται νομικά/θεσμικά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Χαρακτηριστικοί είναι οι νόμοι 180 και 833 του 1978 στην Ιταλία, 27/6/93 στην Γαλλία, η Mental Health Act του 1953 στο Ενωμένο Βασίλειο. Στην Ελλάδα, μόνο το 1992, και στα πλαίσια του νόμου 2077/92 ψηφίστηκαν ορισμένες αποσπασματικές τροποποιήσεις στην οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Ενδεικτικά, βλ. Μαδιανός, Μ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2005. Επίσης, Μαδιανός, Μ., *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2006.

χώρο της ψυχιατρικής. Ποια γνώση όμως; Μέσω μιας «συμπυκνωμένης» προοπτικής, όπως τέθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, θεωρούμε ότι η *γνώση* ταυτίζεται όλο και περισσότερο με την *οργανικότητα*. Η Αλήθεια της αναγκαιότητας του «φαρμάκου», έτσι όπως αυτή αναδύεται σαν αδιαπραγμάτευτο κριτήριο βελτίωσης (αν όχι ίασης) μας δίνει το μέτρο της Αλήθειας.

> «*Παλιά ήμασταν νευρολόγοι – ψυχίατροι, μετά γίναμε μόνο ψυχίατροι και τώρα πάμε να γίνουμε πάλι νευρολόγοι*» αναφέρει σκωπτικά ένας ηλικιωμένος επιμελητής ψυχίατρος, δίνοντας το στίγμα μιας ψυχιατρικής επιστήμης προσηλωμένης όλο και πιο στιβαρά στην οργανική ψυχιατρική (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Παράλληλα, μια πλειάδα άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας εντάχθηκε στο χώρο και στις πρακτικές του: ψυχολόγοι, ειδικευμένοι νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας. Στόχος: η περίφημη *θεραπευτική ομάδα*[148] η οποία μέσω α) διακριτών ρόλων, β) συνεχούς διασύνδεσης και επικοινωνίας και γ) ισότιμης σχέσης θα μπορούσε να προσεγγίσει ολιστικά το πάσχον υποκείμενο. Δηλαδή, στην ιδανική του μορφή, το ιδανικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας θα απέρριπτε τις σχέσεις εξουσίας και χειραγώγησης οι οποίες θεωρούνται ότι καθήλωναν τον πάσχοντα σε ένα προ – ενηλικίωσης στάδιο. Ίσως όμως τα πράγματα δεν εξελίχθηκαν ακριβώς έτσι.

3.2. Η «κορυφή της πυραμίδας»: ο ψυχίατρος

Σε προηγούμενο κεφάλαιο θεωρούμε ότι προσδιορίσαμε με αρκετά σαφή τρόπο ίχνη τα οποία αφορούν την έννοια της «**κοινωνικής περιχαράκωσης**», έτσι όπως αυτή αναπτύχθηκε από τον Weber, αλλά και γενικότερα από τους Νέο-βεμπεριανούς, όπως ο E. Freidson. Θεωρούμε ότι η έννοια της κοινωνικής περιχαράκωσης εκφράζεται χαρακτηριστικότατα στις περίπτωση της ψυχιατρικής επιστήμης, ειδικά μέσα από την ανάλυση της διαφοροποίησης της συγκεκριμένης επιστήμης και της ένδυσής της με τον μανδύα της «οργανικότητας»: η ψυχιατρική επιστήμη, ίσως περισσότερο από ποτέ, και σίγουρα σε αντίθεση με παλαιότερα,[149] μπορεί πλέον να διασφαλίσει, όχι μόνο την

[148] Αναφορικά με την έννοα της θεραπευτικής ομάδας, της σύνθεσής της, των λειτουργιών και ρόλων της, βλ. Μαδιανός, Μ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, οπ.π.

[149] Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Scull, χρησιμοποιώντας για την ανάλυσή του το μοντέλο της «κοινωνικής περιχαράκωσης: «*Τα σύγχρονα επαγγέλματα δεν συνιστούν απλώς τις κυρίαρχες και πλέον σημαντικές πηγές παροχής μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας. Αντίθετα, μονοπωλούν αποτελεσματικά την αγορά αυτών των υπηρεσιών* […]. *Στη διάρκεια του 19ου αιώνα, οι "τρελογιατροί" ελίσσονταν*

περιχαράκωση της ίδιας της υπόστασής της, της *έννοιάς* της, αλλά και να εδραιώσει την επαγγελματική της κυριαρχία.[150]

Πως θα μπορούσε να είναι διαφορετικά; «*Συνοπτικά, κατά τη διάρκεια της "νεοτερικότητας" η αύξηση της ιατρικής κυριαρχίας πηγαίνει χέρι με χέρι με την αύξηση της ιατρικής γνώσης*»[151] αναφέρει ο Mumford, θέτοντας τη βασική θέση ότι «*γνώση ίσον εξουσία*». Μέσω της συγκεκριμένης προοπτικής, θα ήταν τουλάχιστον αφελές το να υποστηρίξουμε ότι ο πυρήνας των σχέσεων εξουσίας, ή καλύτερα το «πεδίο εξουσίας» έχει ουσιαστικά επανακαθοριστεί. Ο Ψυχίατρος ήταν και είναι –συμβολικά, αλλά και εργαλειακά- η κορυφή της πυραμίδας. Αν και όχι πάντα χωρίς κόστος:

> «*Ποια είναι η γνώμη μου για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση; Χο, χο, χο. Δεν πιστεύω ότι θα γίνει τίποτα. Δεν πιστεύω ότι θα γίνει τίποτα, γιατί τελικά αυτό που βλέπω, είναι ότι αναλαμβάνουνε τέτοιου είδους δουλειές να τις κάνουν άνθρωποι, οι οποίοι δεν έχουν όραμα. Και όσοι άνθρωποι έχουν όραμα, ματαιώνονται τόσο πολύ, εγώ σκέφτομαι εδώ πέρα μέσα, υπήρξαν άνθρωποι που ενδιαφέρθηκαν για τη μεταρρύθμιση, αγωνίστηκαν, σκοτώθηκαν, τσακώθηκαν ας πούμε, υπήρχαν φραγμοί διοικητικοί και τέτοια, ότι "όχι και δεν". Και άνθρωποι που ανέλαβαν ξενώνες ως διευθυντές ξέρω γω, κι είναι τόσο ασυλικοί όσο δεν περιγράφεται. Όταν βάλω τον βασιλιά του ασύλου, να μου κάνει μεταρρύθμιση, τι μεταρρύθμιση θα κάνει;*» (Ψυχίατρος, επιμελητής Β, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

> «*Ένας διευθυντής πρέπει να έχει και την ισχύ. Με το προσωπικό για παράδειγμα είναι το κύριο, πολλές φορές είναι κάποιος που δεν πιάνει τίποτα και τα διοικητικά μέτρα δεν πιάνουνε. Χάνεις τον κόπο σου, φθείρεσαι και χωρίς αποτέλεσμα. Το έργο σηκώνει. τον αγωγιάτη. Οργανώνεις το έργο έτσι ώστε να ξυπνάει κι ο αγωγιάτης*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

προκειμένου να εξασφαλίσουν αυτή τη θέση, καθώς και την αποδοχή της άποψής τους για τη φύση της ψυχικής νόσου επιδιώκοντας εν ολίγοις να μετατρέψουν το μικρό κομμάτι της αγοράς που κατείχαν σε ένα μονοπώλιο του χώρου…». Scull, A., *Museums of Madness*, Penguin, Harmondsworth, 1979, σ. 129.

[150] Η έννοια της «κοινωνικής περιχαράκωσης» αφορά την προώθηση μιας συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας, ή καλύτερα το ότι η προώθηση μιας ομάδας είναι συνέπεια του πόσο ικανοποιητική είναι η κοινωνική της περιχαράκωση. Σύμφωνα με την βεμπεριανή προσέγγιση, η έννοια της «περιχαράκωσης» αφορά την προσπάθεια των επαγγελματικών ομάδων να περιχαρακώσουν το «γνωστικό τους πεδίο», προσφέροντας έτσι αποκλειστικές υπηρεσίες, υπηρεσίες τις οποίες μόνο αυτοί **δικαιούνται** να παρέχουν. Για να γίνει αυτό εφικτό «*…πρέπει καταρχήν να εξασφαλίσουν μια ιδιαίτερη βάση γνώσης, που να χαρακτηρίζεται από τεχνικό ή και επιστημονικό ορθολογισμό*», ενώ επίσης πρέπει να «*…αναπτύξουν διάφορες ρητορικές τεχνικές, έτσι ώστε να πείσουν το κοινό…*». Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας,* οπ.π., σ. 192.

[151] Mumford, E., *Medical Sociology, Patients Providers and Policies*, London House, New York, 1983, σ. 363.

«*Ένα πλέον θέμα είναι κι οι συνεργάτες. Κι οι ψυχίατροι δεν είναι κι οι καλύτεροι συνεργάτες κατά τη γνώμη μου. Άλλοι έχουνε πάρει πολύ ψηλά τον αμανέ, άλλοι πιστεύουν ότι θα σώσουν τον κόσμο, άλλοι έχουν ένα δικό τους φιξ, ε, όλοι το' χουμε το φιξ μας. Τουλάχιστον έτσι το παραδέχομαι*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Τι να λέμε τώρα; Κοροϊδευόμαστε; Για ποια θεραπευτική ομάδα με ρωτάς; Εδώ είναι πρώτα ο ψυχίατρος και μετά όλοι οι άλλοι. Και εδώ και παντού. Βρες μου κάπου που δεν είναι έτσι και θα ζητήσω μετάταξη για 'κει την άλλη μέρα. Ότι και να λέμε, κοροϊδευόμαστε. Ειδικά εμείς είμαστε η τελευταία τρύπα της φλογέρας. Και ας λένε ότι έχει αναβαθμιστεί το επάγγελμα, ότι υπάρχουν γνώσεις, ότι, ότι. Όχι ότι δεν υπάρχουν. Βλέπω τα καινούρια παιδιά, έρχονται με όρεξη, με θάρρος. Θέλουν να μάθουν, θέλουν να βοηθήσουν. Και τι να τους πεις; Ότι σε κανα δυό χρόνια θα είναι και αυτοί τα ίδια χάλια; Δεν ξέρω, μακάρι να μην είναι έτσι. Μακάρι να βγω ψεύτης…*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Φαίνεται, δηλαδή, ότι ισχύει μια σταθερότατη και ισχυρή ιεραρχία. Με τον ψυχίατρο να έχει τη σαφή πρωτοκαθεδρία. Αλλά και την ευθύνη.

3.2.α. Ο Ψυχίατρος: η Ευθύνη

Ο Jaspers διακρίνει τέσσερις έννοιες ευθύνης:[152] την *ποινική ευθύνη*, την *πολιτική ευθύνη*, την *ηθική ευθύνη* και τη *μεταφυσική ευθύνη*. Στην ποινική ευθύνη εντάσσει τις πράξεις οι οποίες «*αποδεικνύονται αντικειμενικά*» και «*προσκρούουν σε σαφείς νόμους*».[153] Ευρύτερη είναι η έννοια της πολιτικής ευθύνης. Αυτή δεν αφορά μόνον όσους ασκούν πολιτική εξουσία, αλλά μοιράζεται εξίσου και σε όλους τους πολίτες ενός κράτους. Τις συνέπειες των πράξεων της πολιτικής εξουσίας, αποφαίνεται ο Jaspers, «*οφείλει να επωμισθεί καθένας που είναι υποταγμένος στην εξουσία αυτού του κράτους, χάρις στην οργάνωση του οποίου εξασφαλίζει τη ζωή του. Η Ευθύνη για το πώς ασκείται η εξουσία βαραίνει κάθε άνθρωπο*».[154] Η περιοχή, ωστόσο, της ηθικής ευθύνης συγκροτείται κατά τον Jaspers ως συνειδησιακή περιοχή, διαφεύγει δηλαδή των συγκεκριμένων ορίων του νόμου και της

[152] Jaspers, K., *Το πρόβλημα της Γερμανικής Ευθύνης*, μτφ. Δ. Κυριαζή, Αθήνα, 1959. Ο Jaspers επί της ουσίας τοποθετείται πάνω στο ζήτημα – διακύβευμα της *συλλογικής ευθύνης*, αναλύοντας την αναπαράσταση του βιώματος της ευθύνης των Γερμανών σχετικά με το Ολοκαύτωμα. Χρησιμοποιούμε το μοντέλο του περί «κατηγοριοποίησης» της αναπαράστασης της έννοιας της ευθύνης, χωρίς να επιχειρούμε να υπεισέρθουμε στην ανάλυσή του. Πάντως, σύμφωνα με την ανάλυση του Jaspers, δεν είναι δυνατόν να αποδοθεί –πόσο μάλλον να αιτιολογηθεί και πιστοποιηθεί- με επαρκή τρόπο η έννοια της συλλογικής ευθύνης.
[153] Jaspers, K., *Το πρόβλημα της Γερμανικής Ευθύνης*, οπ.π., σ. 69.
[154] Jaspers, K., *Το πρόβλημα της Γερμανικής Ευθύνης*, οπ.π., σ. 68.

άσκησης εξουσίας Η ηθική ευθύνη, αποφαίνεται ο Jaspers, «*υπάρχει στις πράξεις που διαπράττει ο καθένας ως άτομο και μάλιστα σ όλες τις πράξεις του, πολιτικές και στρατιωτικές. Ποτέ δεν ισχύει αδιακρίτως το "η διαταγή είναι διαταγή"*».[155] Άρα λοιπόν ο κριτής της ηθικής ευθύνης είναι μόνον η συνείδηση του ατόμου, και η ηθική ευθύνη είναι αδύνατον να στοιχειοθετηθεί με άλλον τρόπο. Τέλος, η μεταφυσική ευθύνη φαίνεται ότι κατά τον Jaspers διαθέτει μια φύση θεολογική. Θεωρούμε ότι η αναπαράσταση του «ψυχιάτρου», τόσο από τους ίδιους τους ψυχιάτρους, όσο και από τους υπόλοιπους επαγγελματίες, εμπεριέχει –άλλοτε σε άλλο βαθμό- ένα αμάλγαμα από τις «περιοχές ευθύνης» έτσι όπως τις περιγράψαμε, ειδικά στην περίπτωση εκείνη κατά την οποία το πεδίο εξουσίας και παρέμβασης είναι ο εισαγγελικός νοσηλευόμενος. Η έννοια της ευθύνης διατρέχει τόσο το ποινικό και πολιτικό πεδίο, πόσο μάλλον το ηθικό.

«*Για παράδειγμα εμάς ο διευθυντής μας, που τον θεωρώ πάρα πολύ καλό συνεντευξιαστή, δεν θέλει, δηλαδή όταν είμαστε όλοι μέσα, είμαστε πολλοί μέσα, η κλινική τέλος πάντων μαζεύεται στο γραφείο του διευθυντή, αλλά ο διευθυντής δεν θέλει ούτε να αναπνέεις όταν κάνει την συνέντευξη, ούτε να παρέμβεις, ούτε τίποτα. Δηλαδή τόσο ήσυχοι, που αυτό το κλίμα της οικειότητας με το διευθυντή ο ασθενής το έχει, οι υπόλοιποι είμαστε σαν σκηνικό, δεν… Υπάρχει απόλυτη ησυχία.*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Και απειλές βέβαια. Έχουν τύχει και καταστάσεις, απειλές. Από διάφορους φορείς, τώρα που το θυμήθηκα, κάποιους Ξενώνες του Δήμου Αθηναίων, του δήμου τάδε, τάδε, οι οποίοι έχουνε δέκα κρεβατάκια, αν έχουνε, και μαζεύουν κάποιους αλλοδαπούς, καλά κάνουνε, μπράβο, με γεια τους με χαρά τους, και το μόνο που ξέρουνε είναι χαρτιά. Ξέρω' γω αυτός παρουσιάζει την τάδε υποτροπή, "δες τον" σου λέει. Αν δεν τον νοσηλεύσεις, λες εντάξει, δεν είναι εκούσιο, αλλά δεν έχω κρεβάτι, χαρτάκι, αναφορά "γιατί δεν νοσήλευσες;". Και να τρέχεις σε απολογία, γιατί δεν νοσήλευσες. Αφού σου λέει "εσύ έχεις την ευθύνη". Εκούσιο. Έλα εδώ κυρά μου που κάνεις, δεν λέω εγώ ότι το έργο σου δεν είναι σοβαρό, αλλά έχεις έξι ασθενείς. Έλα εδώ καλό μου, κάτσε μια βδομάδα ακολούθα πώς δουλεύω, κι έλα μετά να μου ξαναπείς αν εγώ φταίω γιατί δεν τον έβαλα. Αν εγώ φταίω. Να τον βάλω. Πολύ ευχαρίστως. Το βράδυ όμως, που δεν θα έχει, και θα' ναι τα εισαγγελικά απ' έξω, τι θα τους κάνω; Πού θα τους πάω αυτούς; Παίζουμε. Παίρνουμε εισαγγελικά και τα εκούσια ο Θεός βοηθός να μην τους συμβεί κάτι.*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Την πρώτη φορά που με φώναξαν να δω εισαγγελικό, έτσι όπως το είδα, το πρώτο πράγμα ήταν το διαγνωστικό αδιέξοδο το οποίο που προκάλεσε μια σύγχυση. Λέω "τι κάνω τώρα;" Δεν*

[155] Jaspers, K., *Το πρόβλημα της Γερμανικής Ευθύνης*, οπ.π., σ. 68 -69.

φοβήθηκα. Δηλαδή, γιατί σου λέω δεν φοβήθηκα; Διότι το σκέφτηκα λέω "δεν θα πρέπει να φοβηθώ;" το σκέφτηκα. Δεν φοβήθηκα. Δηλαδή, σκέφτηκα, ότι, βασικά μπήκαν οι δικές μου ευθύνες απέναντι στον άνθρωπο αυτό που' χω μπροστά μου σαν ασθενή. Ότι εγώ πρέπει να τον βοηθήσω αυτό τον άνθρωπο με κάποιο τρόπο. Άρα, βασικά, επισκίασε ίσως κάποιο ενδεχόμενο φόβο, ή κάποιο ενδεχόμενο ξέρω γω πανικό απέναντι σ' αυτό το, ή να χτίσω κάποια άμυνα να προστατευθώ, περισσότερο μου μπήκε το αίσθημα της ευθύνης απέναντι σ' αυτόν τον άνθρωπο. Τι κάνω να τον βοηθήσω ας πούμε.» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο)

Κρίνουμε σαν πολύ χαρακτηριστική την τελευταία αφήγηση. Και αυτό γιατί θεωρούμε ότι μας δίνει το μέτρο που η έννοια της ευθύνης έχει ενδοβληθεί σε επίπεδο βιώματος. Σαν να μας λέει ο γιατρός: «*Η ευθύνη δεν είναι κάτι που υπάρχει μέσα μου ως διακύβευμα. Είναι αυτονόητο ότι εγώ είμαι υπεύθυνος. Ποιος άλλος θα μπορούσε να είναι*;»

«*Αν όμως* […] *κατανοήσουμε την εξουσία ως κάτι που διαμορφώνει το υποκείμενο, ως αυτό που προσφέρει στο υποκείμενο τη συνθήκη της ύπαρξής του και την τροχιά της επιθυμίας του, τότε η εξουσία δεν είναι απλώς αυτό στο οποίο εναντιωνόμαστε, αλλά επίσης* […] *αυτό από το οποίο εξαρτάται η ύπαρξή μας* […] *η εξουσία, που αρχικά εμφανίζεται ως μια εξωτερική πραγματικότητα η οποία επιβάλλεται στο υποκείμενο και το υποχρεώνει να υποταχθεί, προσλαμβάνει μια ψυχική μορφή η οποία συγκροτεί την ταυτότητα του υποκειμένου με τον εαυτό του*»[156] αναφέρει η Butler, ακολουθώντας τον Foucault. Υπό αυτό το πρίσμα, η έννοια της ευθύνης δεν είναι τίποτ' άλλο πέρα από την εργαλειακή έκφανση της έννοιας της εξουσίας. Μια εξουσία που μπορεί όμως, την ίδια στιγμή, να είναι και θελκτική αλλά και απευκταία.

«*Τι θα συμβούλευα έναν καινούργιο ειδικευόμενο που έρχεται τώρα πρώτη φορά; Εντάξει, θα συμβούλευα, θα έδινα πληροφορίες σχετικά με τη σειρά ας πούμε, τι πρέπει να κάνει και στα επείγοντα και στην κλινική και θα τον συμβούλευα να μην παίρνει ευθύνη μόνος του σε ότι αφορά αυτά τα περιστατικά. Να ενημερώνει πάντα τον επιμελητή, να παίρνει τη γνώμη του, και η παραμικρή δυσκολία η παραμικρή αμφιβολία να συζητάει με τον επιμελητή. (*Ερευνητής*:* «*Σας ζητείται κάποιες φορές να παίρνετε εσείς την ευθύνη;*») *Βασικά, μερικές φορές, δεν μας το ζητάνε, απλά μερικές φορές πρέπει να δράσεις γρήγορα, που ας πούμε δεν προλαβαίνεις να ενημερώσεις έγκαιρα και τον επιμελητή. Το κάνεις εκ των υστέρων. Δεν μας βάζουνε. Απλά μερικές φορές τυχαίνει έτσι.*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

[156] Butler, J., *Η Ψυχική Ζωή της Εξουσίας*, μτφ. Τ. Μπέζελος, Πλέθρον, Αθήνα, 2009, σ. 10 – 11,12.

Η παρουσία της ιεραρχικής οργάνωσης ίσως είναι εμφανέστατη στο συγκεκριμένο πεδίο, αυτό της ευθύνης. Ο «ειδικευόμενος», όσο καλός και να είναι, δεν μπορεί (ούτε θέλει άλλωστε στις περισσότερες των περιπτώσεων) να αναλάβει τη ευθύνη. Προσοχή, μιλάμε για τη ανάληψη της θεσμικής, της διοικητικής ευθύνης. Για την **υπογραφή**. Αναφορικά με τη διαδικασία της εισαγγελικής παραγγελίας να θυμίσουμε ότι, από την πρώτη εξέταση και την πιθανότητα εισαγωγής ακόμα, είναι αναγκαία η εξέταση από δύο ειδικευμένους ψυχιάτρους: επιμελητές Β, ή επιμελητές Α, ή διευθυντές.

> «*Έρχονται λοιπόν με τους αστυνομικούς, κάποιος ασθενής, τα διαδικαστικά τα πριν τα ξέρεις ας πούμε, ότι κάποιος συγγενής έχει κάνει την εισαγγελική. Εξετάζονται συνήθως από δύο ψυχιάτρους, βλέπει ο καθένας ότι θέλει, αλλά συνήθως συμφωνούν, σπάνια να υπάρχει διαφωνία. Οι δύο ψυχίατροι είναι για το να διασφαλίσουν ότι αυτός που χρειάζεται να μπει, όντως θα μπει, κι αυτός που δεν χρειάζεται να μην μπει, δεν θα μπει. Όσο γίνεται να το διασφαλίσουν. Δηλαδή μην την κάνει ο συγγενής του και για κάποιο λόγο, τα' χει βρει μ' ένα γιατρό Από κει και πέρα, εξετάζεται, βγαίνει το πόρισμα, αν πλοιρούνται οι προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας, οι οποίες είναι: αν πάσχει από ψυχική νόσο, να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, να αποκλειστεί η θεραπεία του αν δεν μπει, να είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικός. Απαντάμε στον εισαγγελέα οποίος βγάζει διάταξη υπέρ της ακούσιας νοσηλείας*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

Πολλές φορές όμως η συγκεκριμένη πρακτική καταστρατηγείται. Η εξέταση και η γνωμάτευση γίνεται από ένα μόνο ειδικευμένο ψυχίατρο, ο οποίος «σφραγίζει» και με την σφραγίδα του ετέρου.

> «*Πολύ σπάνια να διαφωνήσουμε με το συνάδελφο που εφημερεύει, τουλάχιστον εγώ δεν το έχω δει ποτέ. Οπότε, τι να κάνεις; Αν γίνεται χαμός στο τμήμα, πάει ο ένας, μαζί με τον ειδικευόμενο…*» μου αναφέρει ένας επιμελητής Β. (ημερολόγιο σημειώσεων).

Φαίνεται, δηλαδή, ότι η «πυραμιδοειδής» οργάνωση είναι ισχυρότατη. Επιπλέον, ο ψυχίατρος εξακολουθεί να κατέχει ένα πολυδιάστατο ρόλο. Τόσο κλινικό, όσο και διεκπεραιωτικό. Λειτουργεί –ακόμα- συνεπέστατα σε ρόλο που προσομοιάζει με αυτόν του «δικαστή», του υποκειμένου που αποφασίζει. Το «διακύβευμα» αποστέλλεται σε αυτόν, ουσιαστικά το σύστημα οργανώνεται με τέτοιο τρόπο ώστε ο «ψυχίατρος» να είναι ο καίριος (και ίσως μοναδικός) αν όχι «δικαστής», σίγουρα «διαιτητής». Από τα καίρια

ζητήματα, έως τα ελάσσονα, όπως για παράδειγμα για το αν ένας «εισαγγελικός» μπορεί να βγει για μια μικρή βόλτα:

«*Είναι πρόβλημα. Έρχεται ο άλλος και σου λέει "θέλω να πάω για λίγο έξω. Να πάω να καπνίσω ένα τσιγάρο". Και εσύ δεν μπορείς να τον αφήσεις έτσι, αν δεν τον ξέρεις ειδικά, αν είναι κανένας καινούριος, με τίποτα. Οπότε, παίρνω και ρωτάω τους νοσηλευτές, αλλά και αυτοί δεν θέλουν να πάρουν την ευθύνη, αν δεν έχει γράψει ο γιατρός του ότι μπορεί να εξέρχεται. Και σου λένε "κάτσε να πάρω τον εφημερεύοντα και θα σου πω". Τρέχα γύρευε δηλαδή. Ο γιατρός μπορεί να βλέπει περιστατικό, ή να κοιμάται ο άνθρωπος. Και περιμένει ο άρρωστος. Οπότε του λες καμιά φορά από την αρχή ότι δεν γίνεται και ησυχάζεις…*» περιγράφει ένας «security», προσδιορίζοντας με χαρακτηριστικό τρόπο τη «πυραμιδοειδή» διαδρομή αναζήτησης της ευθύνης για την απόφαση. Για ένα τσιγάρο… Θέμα, που γίνεται ιδιαίτερα εμφανές όταν προκύπτει κάποιο μείζον πρόβλημα, και όχι απαραίτητα κλινικό. Τότε η συνήθης παραίνεση και προτροπή είναι: «*Στον Διευθυντή*». Ο διευθυντής ψυχίατρος, σαν η κορυφή της πυραμίδας, ο «άρχων» των αποφάσεων… Δηλαδή, η ουσιαστικότερη, κατ' εμάς διαπίστωση αναφέρεται στην έκταση του πεδίου πάνω στο οποίο ο ψυχίατρος έχει γνώμη, άποψη, θέση και απόφαση. Και το πεδίο αυτό δεν αφορά επιλεκτικά τις παθολογικές εκφάνσεις, τις κλινικές παραμέτρους που έχουν αποδοθεί σε ένα υποκείμενο. Το πεδίο γνώσης του ψυχιάτρου επεκτείνεται σε όλη σχεδόν τη καθημερινή λειτουργικότητα: οτιδήποτε, πια, μπορεί να είναι ένδειξη παθολογίας.

> «*Θέλω να βγω έξω να πάρω ένα τηλέφωνο τη μάνα μου*» αναφέρει ένας νοσηλευόμενος. «*Πάρε από εδώ*» (από το «υπηρεσιακό» τηλέφωνο) του απαντάει το προσωπικό. «*Δεν θέλω, θέλω από έξω, δεν θέλω να ακούνε οι άλλοι*» ενίσταται αυτός. «*Να ρωτήσουμε το γιατρό, και θα σου πούμε*» ανταπαντάει το προσωπικό (ημερολόγιο σημειώσεων).

Το «τηλεφώνημα», ψήγμα καθημερινότητας, ως «πεδίο γνώσης», του γιατρού. «*Η ψυχιατρική λοιπόν παύει να είναι μια τεχνική και μια γνώση της ασθένειας, ή μπορεί να γίνει τεχνική και γνώση της ασθένειας μόνο δευτερευόντως και οριακά* […]. *Άρα δεν έχει πια να κάνει κατά κύριο λόγο με την ασθένεια ή τις ασθένειες. Είναι μια ιατρική η οποία απλούστατα αγνοεί το παθολογικό* […]. *Από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα έχουμε μια σχέση εξουσίας η οποία στέκει (ακόμη και σήμερα) μόνο στο βαθμό που είναι εξουσία ιατρικώς επικυρωμένη, αλλά ιατρικώς επικυρωμένη εξουσία που θέτει υπό τον έλεγχό της ένα πεδίο αντικειμένων που ορίζονται ως μη παθολογικές διαδικασίες. Αποπαθολογικοποίηση του*

αντικειμένου: αυτή ήταν η προϋπόθεση για να μπορέσει να γενικευτεί η, ιατρική ωστόσο, εξουσία της ψυχιατρικής»[157] αναφέρει ο Foucault, προσδιορίζοντας την ύπαρξη αυτής της διευρυμένης παρέμβασης σαν τον τελεολογικό στόχο, μέσω του οποίου η ψυχιατρική αποκτά την ουσιαστική της λειτουργικότητα.

3.2.β. Τελετουργίες«Ψ»: Μια «συνηθισμένη» μέρα

Η συχνότατη χρησιμοποίηση των λημμάτων «ψυχίατρος» και «ψυχιατρική» ίσως καταδεικνύει τη σημασία της συγκεκριμένης κατηγορίας στη λειτουργική και αναπαραστατική, σημασιολογική κλίμακα «Ψ». Ο ψυχίατρος είναι το κύριο αναφορικό στοιχείο του συστήματος, αποτελεί το βασικό λειτουργικό, συμβολικό και θεσμικό εκφραστή, τόσο των πρακτικών, όσο και της «εξουσίας της γνώσης». Υπάρχει πληθώρα παραδειγμάτων από τον καθημερινό λόγο και συναλλαγή: «*να ρωτήσω τον γιατρό*», «*περιμένετε να έρθει ο γιατρός*», «*δεν είναι κανείς εφημερεύων εδώ αυτή την στιγμή*» απαντάει το προσωπικό στους ασθενείς. «*Δεν μπορείτε να κάνετε τίποτα εσείς, πρέπει να έρθει ο γιατρός*», «*να πάρετε τηλέφωνο τον γιατρό που με παρακολουθεί*», «*δεν το παίρνω αυτό* (συνήθως κάποιο φάρμακο) *αν δεν μου το πει ο ίδιος ο γιατρός* ***μου***» απαντάνε οι ασθενείς στο προσωπικό. Βέβαια, όπως προαναφέραμε, η «υψηλή» -σημασιολογικά και συμβολικά- «θέση» του «γιατρού» μέσα σε αυτή την αναπαραστατική κλίμακα είναι διαχρονική, διαπιστωμένη, σχεδόν δεδομένη.[158]

Το ιατρικό προσωπικό συνήθως προσέρχεται στο χώρο νωρίς το πρωί. Τόσο το ειδικευμένο προσωπικό, όσο και οι ειδικευόμενοι. Συνήθως ενημερώνονται από τις ατομικές λογοδοσίες, από το νοσηλευτικό ιστορικό, ή από τον εφημερεύοντα ψυχίατρο της προηγούμενης ημέρας για την κατάσταση των νοσηλευόμενων, και στη συνέχεια ξεκινά η ρουτίνα της ημέρας.

> «*Οι διευθυντές συνήθως στο χώρο των γιατρών, έρχονται πρώτοι. Δηλαδή εγώ έρχομαι πρώτος* […]. *Η ικανότητα είναι να κάνεις διάλειμμα δουλεύοντας κάτι άλλο. Αλλάζεις δουλειά. Αλλά δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος. Μπορεί να σε φάνε τα τρέχοντα καμιά φορά να ξεχάσεις τα της στρατηγικής. Αυτός είναι ένας κίνδυνος, να' σαι παρών και να παίρνεις ευθύνες και να γίνονται*

[157] Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 582 - 583, 584.
[158] Foucault M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, ο.π., σ. 219-263.

ανεύθυνοι οι άλλοι. Πρέπει να κάνεις συνέχεις προσπάθειες για να οργανώνεις» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Τι κάνουμε εδώ μέσα; Έρχεται το πρωί, τρεις φορές την εβδομάδα έχουμε επίσκεψη, που διαβάζουνε τα καινούργια περιστατικά, άμα έχουνε μπει, τα παλιά περιστατικά, την γενική κατάστασή τους, άμα υπάρχουνε κάποια προβλήματα το συζητάμε όλοι μαζί, αν δεν υπάρχει επίσκεψη, κάνουμε αιμοληψίες, κοιτάμε τα οργανικά προβλήματα των ασθενών, βλέπουμε τους ασθενείς μόνοι μας ή με τους επιμελητές, αν χρειάζεται, παίρνουμε ιστορικό, τους παλιούς βλέπουμε την κατάστασή τους αν χρειάζεται ρυθμίζουμε αγωγή, και αυτά βασικά είναι, και συζητάμε με τους συγγενείς δηλαδή, άμα υπάρχει τέτοια ανάγκη καλούμε τους συγγενείς και τους βλέπουμε όλους μαζί*» (Ειδικευόμενη ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Μια τυπική εργασιακή μέρα; Τώρα είναι 9 με 2 – 2,30 ο χώρος εργασίας είναι Κλινική Οξέων, και οι υποχρεώσεις είναι η αντιμετώπιση θεραπευτική των ασθενών. Των νοσηλευομένων ασθενών.* (Ερευνητής: «*Έχετε και εφημερίες;*»). *Ναι, μιλάω για την τυπική μέρα. Οι εφημερίες είναι, κάποιες έξτρα ημέρες το μήνα, όποιες είναι "κλειστές", σαν σήμερα, αντιμετωπίζουμε μόνο τους ασθενείς που νοσηλεύονται και υπάρχουν προβλήματα εμφανή, κι αν είναι γενικές, δεχόμαστε ασθενείς εξωτερικούς. Με τη μορφή των επειγόντων περιστατικών*» (Ψυχίατρος, επιμελήτρια Β., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Ο «ψυχίατρος» λειτουργεί ως ο σπόνδυλος του συστήματος. Ο γιατρός, ως φορέας του επίσημου, ιατρικού «λόγου» εξακολουθεί να έχει την πλέον βαρύνουσα ισχύ. Οι επιμελητές καλούνται να κρίνουν, ν' αποφασίσουν, οι ειδικευόμενοι να διεκπεραιώσουν. «*Ποιος νομίζεις ότι τρέχει; Εμείς. Πήγαινε για εξετάσεις, για τα παραπεμπτικά, για όλα αυτά, εμείς. Τη λάντζα τη βγάζει ο ειδικευόμενος*», μου αναφέρει ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος. Ειδικά σε κάποια ψυχιατρικά νοσοκομεία, στα οποία δεν υπάρχει εύκολη πρόσβαση στις άλλες ιατρικές ειδικότητες, τόσο οι ειδικευόμενοι, όσο και οι ειδικευμένοι ψυχίατροι θεωρούν πως το συγκεκριμένο πεδίο είναι όχι μόνο εξαιρετικά αγχογόνο, αλλά και ιδιαίτερα ενδεικτικό της δυσλειτουργίας της ψυχιατρικής περίθαλψης.

«*Τώρα είναι λίγο περίεργα εδώ. Εγώ είμαι σ' ένα τμήμα που έχει 31-32 άτομα. Οξέα περιστατικά. Είμαστε δύο ειδικευόμενοι. Οπότε πηγαίνει περίπου στη μέση. Εδώ σύνολο είναι 18 ειδικευόμενοι. Σ' όλο το νοσοκομείο με 155 οξέα περιστατικά, τα δηλωμένα στο ΕΚΕΠΥ, στο Κέντρο Επιχειρήσεων. Σ' αυτά είμαστε 18 ειδικευόμενοι και προσπαθούμε τώρα εκεί, να τα φέρουμε βόλτα.. Εγώ είμαι χρεωμένος δύο επιμελητές. Έναν διευθυντή κι έναν επιμελητή Β' οπότε τα περιστατικά πηγαίνουν σχεδόν τα 2/3 των περιστατικών εντάξει. Προσπαθούμε να*

είμαστε όσο πιο συνεπείς γίνεται, αλλά καταλαβαίνεις στο ωράριο μέσα. φεύγουμε τελειώνουμε το ωράριο, γύρω στις 2.30 περίπου, ανάλογα τις ανάγκες. Δηλαδή έχει τύχει κι έχω φύγει και τρεις και τέσσερις στην εφημερία όταν υπάρχει κενό, λύνουμε εκκρεμότητες σε τέτοια φάση. Και μια και το καταγράφετε, δεν είναι μόνο ότι είμαστε λίγοι, εμείς είμαστε "αγροτικοί" στην ουσία. (Ερευνητής*: «Δηλαδή;»*) *Δηλαδή. Έχει δύο παθολόγους, η δεύτερη ήρθε τώρα, δεν υπήρχε ένας παθολόγος να βλέπει όλους αυτούς τους ασθενείς, συν τα χρόνια που έχουμε, συν τους ξενώνες που υπάρχουν εδώ μέσα. Δηλαδή ο κόσμος εδώ είναι πάνω από 500 άτομα. Αυτή τη στιγμή μέσα στον περίβολο του νοσοκομείου είναι πάνω από 500 άτομα. Λοιπόν, ένας παθολόγος πρέπει να δει 500 ασθενείς οτιδήποτε συμβεί. Ένας καρδιολόγος, ο οποίος κι αυτός το πρωί ότι προλάβει να δει, εντάξει, δεν έχω παράπονο, αλλά ένας είναι. Στις εφημερίες όπως καλή ώρα τώρα, δεν υπάρχει παθολόγος, καρδιολόγος. Εμείς κάνουμε τα πάντα. Τώρα ο συνάδελφος μου άφησε μια εκκρεμότητα με έναν ασθενή ο οποίος γύρισε και είχε κάποιες τομές, ένα μαχαίρωμα λέει, έκανε, πήγε να κάνει, ούτε και ξέρω ακριβώς, σε καλή κατάσταση, αύριο θα το στείλω να τον δει ο παθολόγος. Σε μια τέτοια φάση»* (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Οι περισσότεροι από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται στις δομές νοσηλείας αναχωρούν το μεσημέρι. Εξαίρεση αποτελούν ο ψυχίατρος ο οποίος εφημερεύει και οι νοσηλευτές που στελεχώνουν τις «βάρδιες». Τις ημέρες που οι κλινικές «εφημερεύουν», και αν υπάρχει η δυνατότητα, υπάρχει μεγαλύτερη στελέχωση, όλο το εικοσιτετράωρο. Παρίσταται κάποιος επιμελητής ψυχίατρος, σίγουρα ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος, ένας ψυχολόγος, ενώ και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πιο πολυάριθμο, πάντα, αν υπάρχει αυτή η δυνατότητα, λόγω της πανταχού παρούσης διαπίστωσης των επαγγελματιών ότι υφίσταται μεγάλη έλλειψη κυρίως νοσηλευτικού προσωπικού. Μετά το μεσημέρι η «ρουτίνα» των δομών περιορίζεται αρκετά. Όπως αναφέρουν οι περισσότεροι εκ των επαγγελματιών, στην περίπτωση που το τμήμα δεν νοσηλεύει κάποιο (ή, ακόμη χειρότερα, κάποια) «βαρύ περιστατικό» «*…τα πράγματα είναι ήσυχα. Μαζεύουμε τίποτα εξετάσεις, ρίχνουμε καμιά ματιά στους αρρώστους μας, καθόμαστε στη νοσηλεία να πούμε καμιά κουβέντα με τα παιδιά* (εννοεί, τους νοσηλευτές), *κοιμόμαστε, διαβάζουμε τίποτα, τέτοια. Αν και εγώ προσωπικά κάθομαι την περισσότερη ώρα στη στάση* (εννοεί, στη «στάση νοσηλείας» το «δωμάτιο» που υπάρχει 24ωρη παρουσία προσωπικού). *Το εφημερείο είναι ένα δράμα. Πας να ξαπλώσεις λίγο και σε πιάνει κατάθλιψη. Να δεις προχθές το βράδυ. Πάω να ξαπλώσω, και σβήνω το φως, αλλά άκουγα κάτι σαν να χαρχαλεύει. Ανοίγω το φως, και ήταν μια κατσαρίδα, να.. Άστα, υστερία έκανα. Πήρα τηλέφωνο τον Βαγγέλη* (εννοεί, ένα νοσηλευτή που είχε βάρδια εκείνη την ώρα) *και ανέβηκε, αλλά δεν τη βρήκε. Με τα πολλά, πήγα στο γραφείο των ειδικευομένων και κοιμήθηκα στις πολυθρόνες. Γελάς, ε;»* (Ειδικευόμενη ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Εδώ ανιχνεύουμε μια χαρακτηριστική διαφοροποίηση. Ο ψυχίατρος, σε αντίθεση με το νοσηλευτικό προσωπικό, είναι μακριά. Στις περισσότερες δομές της έρευνας πεδίου ένα χαρακτηριστικό χωροταξικό είναι η απόσταση του «γιατρού» από τον «ασθενή». Σε πολλές από τις δομές νοσηλείας, τα γραφεία των γιατρών είναι, αν όχι μακριά, τουλάχιστον αποκομμένα από τον χώρο νοσηλείας, το ίδιο και τα εφημερεία, οι χώροι που κοιμούνται οι γιατροί. Σαν η παρουσία του ψυχίατρου να ενισχύεται, να ευοδώνεται, να ισχυροποιείται μέσω της απουσίας του. Ή αν όχι της απουσίας του, τουλάχιστον της επιλεκτικής παρουσίας του. Σαν ο ψυχίατρος να οφείλει να εμφανίζεται οιονεί απρόσιτος:

> «*Που είναι ο γιατρός. Τον θέλω τώρα, με ακούτε; Τόση ώρα τον περιμένω. Πέστε μου που είναι να πάω να τον βρω μόνη μου…*» διαμαρτύρεται με ιδιαίτερα έντονο τρόπο μια νοσηλευόμενη. «*Τον έχουμε ειδοποιήσει, θα κατέβει μόλις μπορέσει*» της απαντά μια νοσηλεύτρια. «*Ρε συ, πάρτον στο μπίπερ να κατέβει, θα μας πρήξει τούτη δω…*» συνεχίζει η νοσηλεύτρια, απευθυνόμενη σε έναν έτερο συνάδελφό της (Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου, ημερολόγιο σημειώσεων).

Σαν η απουσία του «γιατρού» να προσδιορίζει και να διογκώνει την μείζονα συμβολική του θέση. Άλλωστε, η απουσία, η *έλλειψη* πολλές φορές μας δίνει το μέτρο της επιθυμίας μας. Όταν ο Βιντσέντζο Περούτζα έκλεψε τη Μόνα Λίζα από το Λούβρο το 1911, χιλιάδες άνθρωποι έσπευσαν να δουν το χώρο τον οποίο καταλάμβανε κάποτε ο πίνακας του Da Vinci. Τι ήταν αυτό που έσπρωχνε τα πλήθη να καρφώνουν το βλέμμα τους στον άδειο τοίχο που είχε αφήσει πίσω του ο εξαφανισμένος πίνακας; Άλλωστε, πολλοί από αυτούς δεν τον είχαν δει ποτέ. Τέτοια φαινόμενα, όπως υποστηρίζει ο Darian Leader, μας επιτρέπουν να διακρίνουμε μια έκφραση της ανθρώπινης επιθυμίας: κάποιος αναζητά κάτι το οποίο θα του προσφέρει μια ανείπωτη ευχαρίστηση. Καθώς τα περισσότερα πράγματα αποκτούν μεγαλύτερο ενδιαφέρον όταν τα χάσουμε, ο τρόπος με τον οποίο επικοινωνούμε με το «απολεσθέν» αποκαλύπτει ακριβώς μια ασυνείδητη επιθυμία για κάτι που χάσαμε.[159] Δεν θα θέλαμε να υπεισέλθουμε περαιτέρω στο, κυριολεκτικά αχανές, πεδίο της έννοιας της *απουσίας* και του συμβολισμού της *απώλειας*. Απλά, θέλουμε να επισημάνουμε την παρουσία μιας εκ των βασικών προϋποθέσεων στις σχέσεις εξουσίας: ο «ηγεμόνας» για να είναι «ηγεμόνας» οφείλει να είναι αν όχι α-πρόσιτος, σίγουρα δυσ-πρόσιτος.

[159] Βλ. Leader, D., *Η Κλοπή της Μόνα Λίζα*, μτφ. Μ. Σπηλιοπούλου, Κέδρος, Αθήνα, 2005.

Συνεχίζοντας: πολλοί, αν όχι οι περισσότεροι, από τους επαγγελματίες –τόσο οι γιατροί, αλλά και το υπόλοιπο προσωπικό, κυρίως το νοσηλευτικό- βιώνουν την ρουτίνα, την καθημερινότητα της δουλειάς τους, με πιεστικό και απαισιόδοξο τρόπο. Θεωρούν ότι οι συνθήκες σαφώς και δεν είναι καλές, και το κυριότερο, χωρίς προοπτική βελτίωσης. Και ίσως ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά ευρήματα είναι η αιτιολογία που οι περισσότεροι γιατροί (αλλά και οι υπόλοιποι επαγγελματίες) προτείνουν για την συγκεκριμένη κατήφεια:

> «*Ο ασθενής δεν είναι δύσκολος. Και οι οικογένειες δεν είναι πολύ δύσκολες. Οι συνάδελφοι και οι γραφειοκρατία είναι οι δύσκολοι. Δεν θα 'λεγα ότι έχουμε έτσι πολλές δυσκολίες με τους νοσηλευόμενους. Πιο πολύ μας δυσκολεύει η συνείδησή μας, θ' αφήσεις κάποιον να πάρει πότε άδεια, θα το αποδεχτεί η οικογένεια; Θα βρεθείς κατηγορούμενος; Η δυσκολία είναι να βρει ο καθένας το κομμάτι του. Αν δεν βρει ο καθένας το κομμάτι του χάνεται το όλο, χάνεται ο ασθενής, χάνεται το κλίμα της κλινικής. Αυτή είναι η δουλειά*» (Διευθυντής Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο) αναφέρει ο συγκεκριμένος διευθυντής, μεταθέτοντας τον προβληματισμό από το κλινικό επίπεδο, αυτό του πάσχοντα, στο διοικητικό, το οργανωτικό, το συστημικό. Στο πλαίσιο εν ολίγοις.

Βέβαια, η σχέση των ψυχιάτρων, τόσο με τους νοσηλευόμενους (και γενικά με τους πάσχοντες), όσο και με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας έχει επαναπροσδιοριστεί. Ο «ανθρωπιστικός», «δημοκρατικός» χαρακτήρας της σημερινής ψυχιατρικής σημασιοδοτεί ένα πλέγμα σχέσεων στο οποίο να υπάρχει σαφώς μεγαλύτερη *περατότητα* από ότι παλαιότερα. Ο ψυχίατρος είναι πιο *προσεγγίσιμος*. Ακούει, βοηθάει. Παραδειγματοποιεί μια οργάνωση η οποία λειτουργεί χωρίς στεγανά, χωρίς συμπαγή, απόλυτο διαχωρισμό ειδικοτήτων.

> «*Τώρα, με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, ειδικά με το νοσηλευτικό, πιστεύω ότι υπάρχουν καλές σχέσεις. Δηλαδή σπάνια είναι οι εξαιρέσεις, να τσακωθεί κάποιος όχι, δεν έχουμε πρόβλημα. Είμαστε όλοι πιεσμένοι, κι αν δεν βοηθήσει ο ένας τον άλλον τελείωσε κατέρρευσε. Και πολλές φορές ας πούμε, υπάρχει εξυπηρέτηση, θα κάνω αυτό, θα κάνεις εκείνο. Δηλαδή εδώ τουλάχιστον στο δικό μου τμήμα υπάρχουν αρμονικές σχέσεις, δεν είχαμε κανένα πρόβλημα. Μέχρι τώρα. Ποτέ. Υπάρχει συνεννόηση, υπάρχει φιλότιμο, δηλαδή βλέπουν, τρέχω, ζορίζομαι, θα 'ρθουν να βοηθήσουν. Θα πάει το παραπεμπτικό.*[160] *Που δεν έχει την υποχρέωση, αλλά θα βοηθήσει. Βλέπω ότι έχουν δουλειά, θα κάνω εγώ κάποια δουλειά που*

[160] «Πάω το παραπεμπτικό»: στέλνω, πηγαίνω έγγραφη ειδοποίηση / αίτημα ή κάποιο άλλο υπηρεσιακό έγγραφο σε κάποιο άλλο τμήμα του νοσοκομείου (γίνεται πάντα με τα πόδια…).

μπορώ. Να τον καλύψω να μην έχει ιστορίες. Ξέρω 'γω στις αλλαγές της καρτέλας[161] *υποτίθεται της προϊσταμένης ή του προϊσταμένου που κάνει την πρωϊνή βάρδια, έχει δουλειά πνίγεται; Θα της περάσω τις αλλαγές και απλά θα της πω "ξέρεις κάτι, έκανα αυτό, αυτό, αυτό, δες το για να γίνουν οι αλλαγές στα κουτάκια εκεί πέρα". Εντάξει, υπάρχει καλή συνεργασία. Αν δεν υπήρχε θα' χε καταρρεύσει το σύστημα. Ακόμα και στις καθηλώσεις τους βοηθάμε, κι εμείς εδώ πέρα πολλές φορές έχουμε τον ίδιο ρόλο. Δηλαδή να κάνω τον "μπαμπούλα" να καθίσουμε μέσα, έχουμε, έχουμε παρόμοιους ρόλους, λόγω της έλλειψης. Δύο άτομα είναι στην βάρδια. Πού να καθίσουν τα παιδιά; Και πολλές φορές αν αρρωστήσει ο άλλος, μένει μόνος του. Είναι απρόβλεπτα τα πράγματα. Εξαρτάται τι θα σου τύχει. Συγκεκριμένο μοτίβο διαχείρισης για μένα δεν υπάρχει. Δεν έχω μάθει κάτι συγκεκριμένο. Είναι τι θα σου τύχει, κι εκείνη την ώρα, πώς θα το δεις, και πώς θ' αντιδράσεις. Καθένας έχει μια διαφορετική προσωπικότητα και μια διαφορετική αντίληψη της πάθησής του*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Εγώ θεωρώ ότι είναι καθήκον μας να' μαστε εκεί πέρα. Δίπλα στο άρρωστο, δίπλα στο προσωπικό. Στις δύσκολες "φάσεις". Εγώ πηγαίνω ας πούμε, όταν μου ζητήσουν, τώρα ας πούμε με την Σοφία, αλλά ειδικά τώρα με την Κρυστάλλω* (αναφέρεται σε μια νοσηλεύτρια και μια νοσηλευόμενη) *εγώ ήμουνα εκεί, συνέχεια δίπλα της. Αυτό, ούτε το παίρνω πάνω μου, ότι και καλά, αλλά θεώρησα ότι ήταν δικό μου καθήκον. Εγώ μιλάω ατομικά, δεν θέλω να το γενικεύσω, όλοι οι γιατροί πρέπει να' μαστε εκεί πέρα, γιατί στον άλλον μπορεί να βγάλει μια αηδία, μπορεί να μην θέλει να βλέπει αυτό το σκηνικό ας πούμε, δηλαδή δεν είναι ωραίο σκηνικό αυτό. Αλλά αν μπορεί κάποιος ειδικευόμενος να αντέξει σ' αυτό, χωρίς αυτό να είναι δεδομένο, θεωρώ ότι πρέπει να είναι δίπλα του, αν όχι δίπλα από τον ασθενή, τουλάχιστον δίπλα από τους νοσηλευτές πρέπει να είναι. Και οι ίδιοι δηλαδή νοιώθουν πιο ασφαλείς δηλαδή. Να σου λέει, "ο γιατρός δίπλα σου". Θεωρώ πολύ σημαντικό, ακόμα κι η παρουσία του γιατρού, ας μην κάνει τίποτα ας πούμε. Νοιώθουν πιο ασφαλείς*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Και πάλι όμως φαίνεται ότι ακόμη και έτσι, η λειτουργικότητα, η καταστατική σχέση του «γιατρού» παραμένει εξ' ίσου ισχυρή. Φαίνεται ότι η αναπαράσταση του ψυχιάτρου είναι η σημαίνουσα, η καθοριστική για τη λειτουργία του συστήματος, παρ' όλες τις διαφορετικές σημασιοδοτήσεις που μπορεί να περιλάβει, παρόλη τη διαπραγμάτευση του «κοσμικού προφίλ» του. Ο Strauss έχει αναφερθεί χαρακτηριστικά σε αυτό το φαινόμενο, ονομάζοντάς το «**μοντέλο διαπραγμάτευσης**», προτείνοντας ότι ο ρόλος του γιατρού στην

[161] «Αλλαγή στη καρτέλα»: Έγγραφη αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής στην ατομική κάρτα νοσηλείας του νοσηλευόμενου.

καθημερινή κλινική πρακτική σε καμιά περίπτωση δεν είναι σαφώς οριοθετημένος και προσδιορισμένος με εκ των προτέρων συμπαγή κριτήρια. Αντίθετα, τόσο οι ρόλοι, όσο και οι αρμοδιότητες αποτελούν ένα συνεχές διακύβευμα, του οποίου τα όρια και το περιεχόμενο επανα-διαπραγματεύεται συνεχώς, με τον απώτερο στόχο να είναι η εγκαθίδρυση και η νομιμοποίηση της εξέχουσας αρμοδιότητας.[162] Ποιος «κάνει κουμάντο»: «*Η ιατρική ειδικότητα είναι απανταχού παρούσα, όχι μόνο ως οριοθετημένος επαγγελματικός ρόλος, αλλά κυρίως ως επιστημονική αρμοδιότητα. Ο ψυχίατρος είναι ο φορέας της επιστημονικής γνώσης, αυτής που διασφαλίζει τη νομιμότητα ολόκληρου του θεσμού*»[163] αναφέρει ο Τζανάκης. Παρά τις διαφορετικές σημασιοδοτήσεις του, ο ψυχίατρος, αναπαραστατικά, είναι ο αποκλειστικός –τολμάμε να ισχυριστούμε- φορέας της γνώσης. Οι πάσχοντες, αλλά και οι υπόλοιποι επαγγελματίες λειτουργούν *εν αδεία* του ψυχιάτρου θα μπορούσαμε να πούμε, υπό το πρίσμα του ότι ο ψυχίατρος κατέχει το σκήπτρο της Γνώσης.

Εκτίμησή μας είναι το ότι αυτά τα δύο στοιχεία είναι τα ουσιαστικά προσδιοριστικά σημεία της αναπαράστασης και λειτουργίας του «μεταμοντέρνου» θεραπευτή: οι σχέσεις του ψυχιάτρου με τους ασθενείς κατευθύνονται/διαπερνώνται από αυτές τις δύο παραμέτρους. Η «αντιμετώπιση» δίνει βαρύτητα στη διαπροσωπική σχέση, στον σεβασμό, στην κατανόηση, στη συγκατάβαση, αλλά και στην προτροπή, στην παραίνεση, στη νουθεσία: το Όνομα του Πατέρα,[164] ο «Ψ» χώρος σαν η μεταφορική μορφή του γονέα.[165] Κατά δεύτερον, φαίνεται να υπάρχει μια ολοένα και περισσότερο αυξανόμενη «προτίμηση» σε βιολογικές προσεγγίσεις. Δεν νοείται πια νοσηλεία χωρίς παράλληλη χορήγηση

---

[162] Βλ. Strauss, A., *La Trame de la Negociation*, L' Harmattan, Παρίσι, 1992, σ. 87 – 141.

[163] Τζανάκης, Μ., *Μετασχηματισμοί της Υποκειμενικότητας και Καθημερινότητα. Μια Κοινωνιολογική Προσέγγιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, οπ.π., σ. 276.

[164] Το «Όνομα του Πατέρα» είναι ψυχαναλυτικός όρος, «Πατέρας» του οποίου είναι ο J. Lacan, μέσω του οποίου τονίζεται η σημασία του συμβολικού πατέρα για τη συγκρότηση του υποκειμένου και του Νόμου. Η έλλειψη του ονόματος του πατέρα εκδηλώνεται ψυχικά μέσα από ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ στον κοινωνικό χώρο εκφράζεται ως ανομία. Ο συμβολικός πατέρας πιστεύεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο για την ψυχική οικονομία του ασθενή, ενώ ο «Ψ» χώρος και τα υποκείμενα-ξενιστές του αναλαμβάνουν –προβολικά- κατά κόρον την συγκεκριμένη αναπαράσταση/ιδιότητα. Για περισσότερα, βλ. Dor, J., *Εισαγωγή στην Ανάγνωση του Lacan. Το Ασυνείδητο Δομημένο σαν Γλώσσα*, Πλέθρον, Θεωρία και Κοινωνία, Αθήνα, 1993.

[165] Παρ' όλες τις παροτρύνσεις και θεωρητικές υποδείξεις ότι τα καινούρια «Ψ» πλαίσια δεν πρέπει να υποκαθιστούν τα γονικά σχήματα και τα οικογενειακά μοντέλα, καθώς και το ότι μια τέτοια υποκατάσταση μπορεί να είναι καταστροφική για την κοινωνικοποίηση και την επανένταξη του αρρώστου, προσωπική εντύπωση είναι ότι η συγκεκριμένη αναπαράσταση είναι ακόμα δομική στα περισσότερα πλαίσια. Για περισσότερα, βλ. στο: Zissi A., *From Leros Asylum to Community-Based Hostels: Quality of Life, Levels of Functioning and the Care Process among Psychiatric Residents in Greece*, Ph. D., Thesis to the faculty of Science, University of Birmingham, UK, 1997.

φαρμακευτικής αγωγής. Πέραν της όποιας θετικής κριτικής,[166] το γεγονός παραμένει: ο «ψυχικά ασθενής» αντιμετωπίζεται (και ειδικότερα, αντιμετωπίζεται εις το διηνεκές) σαν «βιολογικός ασθενής». Και αυτό οδηγεί σε κάποια βασικά συμπεράσματα.

Το πρώτο αφορά την -ολοένα και περισσότερο μεταβαλλόμενη- θεραπευτική σχέση, και κυρίως το «ποιόν» της: την απόδοση χρόνου, «κόπου» και σημασίας στο συμβολικό, αλλά και στο λεχθέν, την επικέντρωση στο νόημα της παθολογίας και του συμπτώματος, την προσωπική επένδυση και εμπλοκή, το ενδιαφέρον για το υποκειμενικό βίωμα, το αίσθημα επάρκειας του θεραπευτή, αλλά και το επίπεδο ασφάλειας που νοιώθει. Η – διαμεσολαβημένη από το «χάπι»- θεραπευτική σχέση αλλάζει, πολλές φορές δομικά: *«Δεν μπορώ να κοιμηθώ, δεν είμαι καλά. Όλο σκέφτομαι. Δεν ξέρω τι να κάνω... »* αναφέρει ένας ασθενής σε ένα ειδικευόμενο. «*Πήγαινε μέσα και θα πω στη προϊσταμένη να σου δώσει λίγο χαπαχ*» του απαντάει. Λήξη της διαντίδρασης. Βέβαια, σε καμιά περίπτωση δεν μπορούμε να ισχυριστούμε ότι είναι πάντα έτσι. Οι περισσότεροι των ψυχιάτρων σαφώς και ασχολούνται. Απλά, το ενδιαφέρον σε αυτό το σημείο έγκειται στην δυνατότητα της «εναλλακτικής λύσης» που προσφέρεται μέσω της «φαρμακευτικής αγωγής». Αν θέλει κάποιος, ασχολείται. Αν πάλι δεν θέλει, δίνει ένα χάπι και ησυχάζει.

Με αυτό τον τρόπο όμως πολλές φορές φαίνεται ότι η σύγχρονη ψυχιατρική θεραπευτική ακυρώνει ακριβώς τις –νέες- αρχές που διατείνεται ότι επι-κυρώνει: με λίγες λέξεις, το περίφημο Βιο/Ψυχο/Κοινωνικό μοντέλο της ψυχικής ασθένειας, την «τρέλα», δηλαδή, ως προϊόν μιας αλληλόδρασης πολλών και διαφορετικών μεταξύ τους παραγόντων.[167] Αν και θεωρητικά η «ψυχιατρική» θεωρεί (και ισχυρίζεται ότι αντιμετωπίζει) τη ψυχική ασθένεια σαν μια βιο-ψυχο-κοινωνική νόσο, ωστόσο οι πρακτικές της φαίνεται ότι δίνουν μια, όλο και σε μεγαλύτερο βαθμό, ελάχιστη «συμμετοχή» τουλάχιστον στην κοινωνική παράμετρο. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι η «μοντέρνα» ψυχιατρική πρακτική τόσο ακυρώνει, όσο και αποκρύπτει τη συμμετοχή των υπολοίπων παραμέτρων και τη σημασία της εμπλοκής τους στο θεραπευτικό σχεδιασμό, αλλά και στη θεραπευτική διαδικασία γενικότερα:

[166] Όπως αναφέρθηκε, πολλοί θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι χωρίς την ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θα παρέμενε μια ουτοπία, καθώς και ότι η ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης –του πρώτου φαρμάκου που χρησιμοποιήθηκε στην ψυχιατρική- τη δεκαετία του ΄50, και η εισαγωγή της φαρμακολογίας στην ψυχιατρική, αποτελεί τη δεύτερη «ψυχιατρική επανάσταση», μετά την «ανακάλυψη» του ασυνειδήτου από τον Freud, γεγονός που σημασιοδοτείται σαν η πρώτη «ψυχιατρική επανάσταση». Ενδεικτικά, στο: Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, ό.π., σ. 440, 519-539.

[167] Για μια συνοπτική παρουσίαση των «κλάδων» της ψυχιατρικής, αλλά και της ανάπτυξης των νεότερων μοντέλων, βλ.: Χριστοδούλου Γ. Ν., *Ψυχιατρική*, Βήτα, Αθήνα, 2000.

«*Αποκλείεται να πάει καλά* […] *όσο είναι εδώ και παίρνει τα φάρμακά του, καλά είναι. Μόλις τον πάρει η μάνα του πίσω, παλινδρόμησε* […] *πάντα έτσι δεν γίνεται*;» αναφέρει για κάποιο νοσηλευόμενο ο γιατρός του. Ο συγκεκριμένος νοσηλευόμενος (και η «μάνα» του) πάσχουν από «επακτή ψύχωση», την περίφημη *follie at deux*, μια από τις «εξωτικές» και σπάνιες ψυχιατρικές νοσολογικές οντότητες. Αναπτύσσεται τις περισσότερες φορές σε πολύ κλειστά, συγκυτιακά οικογενειακά συστήματα, συνήθως σε οικογένειες που τα μέλη είναι η μητέρα και ένα παιδί. Τα μέλη «μοιράζονται» ένα κοινό παραλήρημα, το οποίο τροφοδοτούν αμφότεροι, με το ένα μέλος τις περισσότερες φορές να είναι πιο λειτουργικό, ενώ το άλλο να φέρει την «επίσημη ταμπέλα» του αρρώστου. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η μητέρα θεωρεί ότι ο γιος της είναι «μαγεμένος» από μωρό, ενώ η ίδια είναι και η αποκλειστικά υπεύθυνη για την σωτηρία του, συνήθως μέσω εξορκισμού. Σε καμιά περίπτωση δεν δέχεται ότι υπάρχει ψυχιατρικό πρόβλημα, ούτε στον γιο της, ούτε και στην ίδια, ενώ τις εισαγγελικές παραγγελίες –εδώ και πολλά χρόνια- τις «βγάζει» είτε η τοπική κοινότητα, είτε ένας οικογενειακός γιατρός, που λειτουργεί σαν πρόσωπο αναφοράς. Το ενδιαφέρον εδώ είναι το γεγονός ότι –παρ' όλο που η ψυχιατρική αποδέχεται (αλλά και ελκύεται τα μάλα) από τις υπόλοιπες παραμέτρους αναφορικά με την συγκεκριμένη πάθηση (ψυχοδυναμικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί παράγοντες), ουσιαστικά, η αποκλειστική αντιμετώπιση που προτείνει είναι η νοσηλεία/φαρμακοθεραπεία. [168]

Τέλος, αυτή η συνεχώς διογκούμενη παρείσφρηση του βιολογικού στοιχείου (με κύριο «αντιπρόσωπο» τα φαρμακευτικά σκευάσματα, και ότι αυτά συμπαρασύρουν) ουσιαστικά επιτρέπει την αλλαγή στην θεραπευτική προσέγγιση μέσω της εισχώρησης της «αγοράς» σε μια σχέση που –εν τέλει- πρέπει να έχει την σημασιοδότηση τόσο του *διαπροσωπικού*, όσο και του *ανιδιοτελούς*. «…*η ψυχική διαταραχή ανάγεται στο σύμπτωμα, το σύνολο των συμπτωμάτων σε διαγνωστικές κατηγορίες, και η αντιμετώπιση του αρρώστου αφήνεται στο έλεος των σειρήνων των φαρμακευτικών εταιρειών με τα πανάκριβα φάρμακα της νέας υπερσύγχρονης σειράς* […]. *Στο βωμό αυτό θυσιάζονται η ιστορία, η προσωπικότητα, οι σχέσεις, οι ανάγκες και οι επιθυμίες της ανθρώπινης υπόστασης*…»:[169] η ηθική και η επιστήμη φαίνεται ότι λειτουργούν όλο και περισσότερο, όχι απλά με εξω-επιστημολογικά κριτήρια, αλλά υπό το καθεστώς του δυναμικού που διέπει τις νέο-φιλελεύθερες

[168] Για περισσότερα, αναφορικά με τη *επακτή ψύχωση*, στο: Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 210, 212, 238.

[169] ΕΙΝΑΠ-ΠΕΝΟΨΥ-Επιστημονική Ένωση-Επιστημονική Επιτροπή, «Τα Ψυχιατρεία Εκπέμπουν Σήμα Κινδύνου. Οι Νόμοι της Αγοράς Καταβροχθίζουν την Ηθική και την Επιστήμη», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 64, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998, σ. 85.

οικονομικές σχέσεις και την οικονομική οργάνωση. Κατά συνέπεια, φαίνεται ότι η «ψυχιατρική» και δημοκρατική είναι (ή τουλάχιστον, θέλει να είναι), και γνωστικά/θεωρητικά υπέρ-καταρτισμένη, αλλά και εργαλειακά εξοπλισμένη: κάθε λίγο και κάποιο νέο φάρμακο. Τότε, μέσω ποιας διαδικασίας, με ποιο τρόπο και γιατί, ο σύγχρονος θεραπευτής μετα-πίπτει (ή ίσως, κατά-πίπτει) στο σύγχρονο επόπτη; Εδώ, ας θυμηθούμε λίγο ακόμα τον Foucault: «*Αυτή η θεωρητική οργάνωση της ψυχικής αρρώστιας συνδέεται με ένα ολόκληρο σύστημα πρακτικών: την οργάνωση του ιατρικού δικτύου, το σύστημα διάγνωσης* […] *την κατανομή και παροχή νοσηλείας, τα κριτήρια θεραπείας* […] *τον καθορισμό της ανευθυνότητας απέναντι στο νόμο* […] *με λίγα λόγια, μια ολόκληρη σειρά πρακτικών που προσδιορίζουν τη συγκεκριμένη ζωή του τρελού μέσα σε μια δεδομένη κοινωνία. Αλλά αυτές οι πρακτικές είναι απλά μια ένδειξη όλων των αποστάσεων που διατήρησε μια κοινωνία σε σχέση με αυτή την μεγάλη εμπειρία του Παράφρονος που βαθμιαία, μέσα από αλλεπάλληλες κλιμακώσεις, γίνεται τρέλα, αρρώστια και ψυχική αρρώστια. Θα μπορούσε επίσης να αποκαλυφθεί η αντίθετη κίνηση, δηλαδή, η κίνηση εκείνη με την οποία μια κουλτούρα έρχεται να εκφράσει τον εαυτό της, θετικά, μέσα στα φαινόμενα που απορρίπτει. Η τρέλα, ακόμα και όταν υποχρεώθηκε να σωπάσει και να αποκλειστεί, άξιζε σαν γλώσσα και το περιεχόμενό της προσλαμβάνει νόημα, στη βάση αυτού που την καταγγέλει και την απορρίπτει σαν τρέλα.*»[170] μας λέει ο Foucault, ουσιαστικά επιμένοντας στη θέση ότι η τρέλα δεν έχει χάσει την προγενέστερη θέση της στο συμβολικό συλλογικό ασυνείδητο, ότι τα δομικά στοιχεία που σημασιοδοτούσαν ιστορικά τη σχέση τρέλας-κοινωνίας παραμένουν.

3.2.γ. Ο ψυχίατρος: κάποια βασικά συμπεράσματα

Αφήνοντας το κεφάλαιο «Ψυχίατρος», θα θέλαμε να «κλείσουμε» με την επιστροφή στην πρώτη, και ίσως βασικότερη παρατήρηση αυτού του κεφαλαίου, η οποία αναφέρεται και ελέγχει την καταστατική θέση που έχει προσλάβει η έννοια της *ευθύνης*. Τι σημαίνει η λέξη «υπεύθυνος». Θεωρούμε ότι οι αποδόσεις της προσπερνούν κατά πολύ μια περιγραφική, στατική προσέγγιση και αναφέρονται σε επίπεδο φυσικοποίησης του Υποκειμένου. Η έννοια της *ευθύνης*, όπως και αν εκφράζεται ή εμφανίζεται οριοθετεί ένα ιδιαίτερα ισχυρό συμβολικό ισοδύναμο. Αν μας επιτρέπεται να παρομοιάσουμε, δανειζόμενοι από το γνωστό παραμύθι, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η *ευθύνη* είναι τα «Καινούρια

[170] Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, μτφ. Τ. Γιατζόγλου, Ελεύθερος Τύπος, Αθήνα, 1988, σ. 100.

Ρούχα του Βασιλιά». Όπως στο παραμύθι, κατά τη *διαδικασία του σχετίζεσθαι* των υπηκόων με τον «γυμνό» βασιλιά, ο μοναδικός που «επικοινώνησε» μια διαφορετική «αλήθεια» ήταν ο (τρελός;) Γελωτοποιός. Με ένα παραπλήσιο τρόπο, και ο «γιατρός», σαν να λειτουργεί εγκλωβισμένος στην συμβολική ενδυμασία της οποίας μεγάλο μέρος καταλαμβάνει η *ευθύνη*.

Αναφέρει χαρακτηριστικά oZizek, διαβάζοντας τον Lacan: «*Στα παραδοσιακά τελετουργικά της αναγόρευσης, τα αντικείμενα που συμβολίζουν την εξουσία δίνουν επίσης στο υποκείμενο που τα αποκτά τη δυνατότητα να την ασκήσει - αν ένας* ***βασιλιάς*** *κρατάει στα χέρια του το σκήπτρο και φοράει το στέμμα, ο λόγος που εκφέρει θα εκληφθεί ως βασιλικός λόγος. Τα εμβλήματα αυτά είναι εξωτερικά και δεν αποτελούν κομμάτι της φύσης μου: τα φοράω και τα περιφέρω προκειμένου να ασκήσω εξουσία. Ως τέτοια, τα εμβλήματα με "ευνουχίζουν", εισάγοντας ένα χάσμα ανάμεσα σ' αυτό που είμαι άμεσα και στο λειτούργημα που ασκώ (δεν είμαι ποτέ πλήρης στο επίπεδο του συμβολικού μου λειτουργήματος). Ο ευνουχισμός είναι το χάσμα ανάμεσα σ' αυτό που είμαι άμεσα και στον συμβολικό μου τίτλο, που μου δίνει συγκεκριμένο κύρος και αυθεντία. Με αυτήν ακριβώς την έννοια, όχι μόνο δεν είναι το αντίθετο της εξουσίας, αλλά είναι συνώνυμος με την εξουσία· ο συμβολικός ευνουχισμός είναι που μου δίνει την εξουσία. Επομένως, πρέπει να σκεφτεί κανείς τον φαλλό όχι ως το όργανο που εκφράζει άμεσα τη ζωτική δύναμη του είναι μου, αλλά ως ένα είδος εμβλήματος, ως ένα προσωπείο που φοράω, κατά τον ίδιο τρόπο που ένας βασιλιάς ή ένας δικαστής φοράνε τα δικά τους εμβλήματα*».[171] Με άλλα λόγια, η ευθύνη, και η έκφρασή της διαπερνά τόσο την έννοια της εσωτερικευμένης αναπαράστασης του *υποκειμένου*, όσο και την έννοια του *σχετίζεσθαι*. Άλλωστε, όπως παρατηρεί ο Bauman, διαβάζοντας τον Levinas, η ευθύνη αποτελεί την ουσιώδη, πρωταρχική και θεμελιώδη δομή της υποκειμενικότητας. Μια ευθύνη, η οποία σημαίνει «ευθύνη προς τον Άλλον Άνθρωπο», και κατά συνέπεια ευθύνη «*γι' αυτό που δεν είναι η πράξη μου ή γι' αυτό που ούτε καν με αφορά*».[172] Κατά τον Levinas ακόμη και η λειτουργία του ανθρώπινου λόγου είναι μια δέσμευση την οποία η ευθύνη έναντι του Άλλου Ανθρώπου επιβάλλει: «*Η πρωταρχική λειτουργία του λόγου*», αποφαίνεται ο Levinas, «*δεν έγκειται στο να ονομάσουμε ένα αντικείμενο για να επικοινωνούμε με τους άλλους ανθρώπους σε ένα παιχνίδι χωρίς συνέπειες, αλλά στο να αναλάβουμε μια ευθύνη για κάποιον έναντι κάποιου άλλου. Η ευθύνη είναι η ουσία της*

[171] Zizek, S., *Λακάν*, οπ.π., σ. 56 -57.
[172] Όπως αναφέρεται από τον Z. Bauman, στο: Bauman, Z., *Modernity and the Holocaust*, εκδ. Polity Press, 1994, σ. 182.

γλώσσας».[173] Ο Levinas, θέτοντας την ουσία της ατομικότητας εντός των ορίων του «Mitsein», δηλαδή εντός των ορίων του *ζειν* ως *ζειν* μαζί με τους άλλους, συμπλέκει άρρηκτα την υποκειμενικότητα με την ευθύνη, σε βαθμό, ώστε η υποκειμενικότητα να αναδύεται από την ευθύνη. «*Ο Άλλος*», διατείνεται ο Levinas, «*δεν είναι απλώς κοντά μου μέσα στο χώρο ή κοντά μου ως γονιός, αλλά με προσεγγίζει ουσιαστικά στο βαθμό που εγώ αισθάνομαι τον εαυτό μου - στο βαθμό που εγώ είμαι υπεύθυνος γι αυτόν. Κατά συνέπεια, θα μπορούσε κάνεις να πει πως η ευθύνη με αυτοπροσδιορίζει και με συγκροτεί ως αυτόνομη ύπαρξη, και αυτή η αυτονομία δεν είναι παρά σχέση: σχέση προς τον Άλλον Άνθρωπο, σχέση ευθύνης*».[174]

Μια δεύτερη θέση, η οποία είναι σαφέστατα και άμεσα συναρτημένη με τη πρώτη, και αναφέρεται στην έννοια της *ευθύνης*, είναι εκείνη που υποστηρίζει ότι, εν ολίγοις, η *Γνώση* ισούται με *Εξουσία*. Ο Foucault δεν κουράζεται να το επαναλαμβάνει: Η γνώση και η εξουσία «*…είναι ενσωματωμένες η μία στην άλλη, και δεν γίνεται να ονειρευόμαστε μια στιγμή κατά την οποία η γνώση δεν θα εξαρτάται πια από την εξουσία* […]. *Δεν είναι δυνατόν να ασκείται η εξουσία δίχως γνώση, δεν είναι δυνατόν η γνώση να μην παράγει εξουσία*».[175] Ο Ψυχίατρος, η Ψυχιατρική, ή καλύτερα το σύγχρονο παράδειγμά της, είναι κατά πρώτον ο *νόμιμος δικαιούχος*, κατά δεύτερον ο *αποκλειστικός* φορέας αυτής της *γνώσης*. Επιπροσθέτως, μιας *γνώσης* η οποία φυσικοποιείται, εκφράζεται και πιστοποιείται όχι απλά σαν μια (εναλλακτική) ιδεολογία, αλλά σαν Αλήθεια, όπως τόσες φορές προαναφέραμε. Συνεχίζει ο Foucault: «*Η νόρμα, ο κανόνας, καθίσταται το κριτήριο διάκρισης των ατόμων. Από τη στιγμή που η κοινωνία η οποία επί του παρόντος εγκαθιδρύεται είναι πράγματι μια κοινωνία του κανόνα, η ιατρική, στο βαθμό που είναι η κατ' εξοχήν επιστήμη του κανονικού και του παθολογικού, μέλλει να καταστεί η βασίλισσα των επιστημών*».[176] Με άλλα λόγια, ο ψυχίατρος, στην καθημερινή του συνδιαλλαγή με τον «εισαγγελικό» (και όχι μόνο) πάσχοντα – νοσηλευόμενο, λεκτικοποιεί, συμβολοποιεί, τη κατοχή, χρήση και επιβολή του *Παραδειγματικού Αληθούς Λόγου*. Η εξουσία της ψυχιατρικής πηγάζει και απευθύνεται στο συμβολικό. Στο Όνομα. Στο όνομα του κανόνα, στο όνομα του φυσιολογικού, στο όνομα του παθολογικού, στο όνομα της παρέκκλισης, στο όνομα του ίδιου του υποκειμένου. Απευθύνεται στη γλώσσα. Απέναντι στη «σιωπή»

[173] Bauman, Z., *Modernity and the Holocaust*, οπ.π., σ. 183.
[174] Bauman, Z., *Modernity and the Holocaust*, οπ.π., σ. 183.
[175] Foucault, M., *Στοχασμοί: επιλογή από τα Dits et ecrits*, εισαγωγή, μτφ., Θ. Λάγιος, Στιγμή, Αθήνα, 2011, σ. 43.
[176] Foucault, M., *Στοχασμοί: επιλογή από τα Dits et ecrits*, οπ.π., σ. 43.

της τρέλας, η ψυχιατρική είναι αυτή που εξουσιάζει την ονοματοθεσία. Που εξουσιάζει το Λόγο. «*Και αν, όπως είναι της μόδας στις μέρες μας, απορρίπτουμε την ιδέα μιας ανθρώπινης φύσης ως καθαρή αφαίρεση, δεν κάνουμε άλλο από το να φωτίζουμε το γεγονός ότι ο λόγος, εφόσον δεν είναι "φυσικός" και έμφυτος, ασκεί αναγκαστικά βία στον άνθρωπο για να τον κυριεύσει, για να αναγνωριστεί και να εγγραφεί από τον άνθρωπο ως κεντρική και υπέρτατη εξουσία μέσα στη δομή της ύπαρξής του*»[177] αναφέρει ο Dadoun. Με το *Σώμα* όμως, τι γίνεται;

[177] Dadoun, R., *Η Βία: Δοκίμια για τον «Homo Violens»*, μτφ. Ν. Σεβαστάκης, Scripta, Αθήνα, 1998, σ. 55.

3.3. Ο Νοσηλευτής

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναλύθηκε η πρωτεύουσα καταστατική θέση του ψυχίατρου μέσα στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι ψυχίατροι, υπό όρους επαγγελματικής κατηγορίας, σύμφωνα με την νεο-βεμπεριανή άποψη (και ειδικότερα το μοντέλο της *κοινωνικής περιχαράκωσης*) α) κυριαρχούν, ή τουλάχιστον προσπαθούν να κυριαρχήσουν, πάνω στους πελάτες τους (στους πάσχοντες εν προκειμένω), β) επιδιώκουν να εγκαθιδρύσουν μια σχέση εξουσίας απέναντι σε άλλες εργασιακές ομάδες που έχουν τον ίδιο «πληθυσμό στόχο»[178] και γ) ασκούν εξουσία πάνω στους νεότερους συναδέλφους τους:[179] το *παράδειγμα* της τυπολογίας των σχέσεων που αναπτύσονται ανάμεσα στον *επιμελητή ψυχίατρο* και στον *ειδικευόμενο ψυχίατρο* είναι χαρακτηριστικό. Με ένα παραπλήσιο τρόπο η έννοια της κοινωνικής περιχαράκωσης και τα φαινόμενα κοινωνικής κυριαρχίας που εμπλέκονται σε αυτή μπορούν να προσεγγισθούν μέσα από το πεδίο «νοσηλευτής».

> «*Το πρόβλημα με τους νοσηλευτές είναι ότι ενώ μέσα στο νοσοκομείο τους βλέπουμε σαν πρόσωπα, για τη διοίκηση γενικότερα δεν είναι τίποτ' άλλο από αριθμοί*» αναφέρει ένας επιμελητής ψυχίατρος (ημερολόγιο σημειώσεων, Γενικό Νοσοκομείο).

Ο συγκεκριμένος επαγγελματίας συμπυκνώνει μια καίρια προβληματική σε σχέση με τη δομή, αλλά και τους ρόλους της *ιεραρχίας* μέσα στο «νοσοκομείο». Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (και οι συνεχείς εκκλήσεις για αύξηση του αριθμού του) είναι ένα από τα σταθερά εμπειρικά, αλλά και βιβλιογραφικά δεδομένα.[180]

Ένα δεύτερο δεδομένο είναι ο πολλαπλός ρόλος – ρόλοι που η συγκεκριμένη κατηγορία επαγγελματιών καλείται να «εκτελέσει», ενώ ένα τρίτο δεδομένο είναι η απαξίωση του επαγγέλματος, έτσι όπως αυτή εκφράζεται τόσο σε αφηγηματικό επίπεδο από τους ίδιους (και όχι μόνο) τους νοσηλευτές, όσο και σε φαινομενολογικό επίπεδο. Παράλληλα, οι περισσότερες θέσεις και γνώμες, τόσο σε επίπεδο *φυσικών* προσώπων (όπως δηλαδή αυτές εκφράζονται μέσα από τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας), όσο και σε επίπεδο

---

[178] Θεωρούμε ότι σε αυτό το σημείο μπορούν να ανιχνευθούν θεματικές οι οποίες σχετίζονται με την «διαμάχη» των ψυχιάτρων και των ψυχολόγων, κυρίως σε σχέση με τα «εργαλεία» τα οποία η κάθε επαγγελματική ομάδα χρησιμοποιεί.

[179] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 193 - 194.

[180] Βλ. ενδεικτικά, Κλήμης Ε., «Ο ρόλος του Νοσηλευτή ψυχικής υγείας – παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο του. Προτάσεις επίλυσης», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 66, 1999, σ. 65 - 69.

εκπροσώπων *θεσμικών* διακηρύξεων (όπως εκφράζονται από τις επίσημες ανακοινώσεις των επιστημονικών συλλογικών οργάνων, και άλλων φορέων, όπως το ίδιο το υπουργείο Υγείας) αναφέρονται, υποστηρίζουν και δέχονται την απόλυτη αναγκαιότητα για επάρκεια ικανού αριθμού νοσηλευτών, πόσο μάλλον εξειδικευμένων νοσηλευτών.

Θεωρούμε ότι η «νοσηλευτική υπηρεσία», όπως αυτή έχει οργανωθεί στις ψυχιατρικές (αλλά και λοιπές) δομές νοσηλείας είναι, όχι μόνο η πλέον καίρια και καθοριστική, αλλά και η πλέον ενδεικτική για τη λειτουργία του συστήματος. Οι γιατροί, οι ψυχίατροι, αλλά και αυτοί των άλλων ειδικοτήτων, όταν αναφέρονται συνήθως στους υπόλοιπους επαγγελματίες, πολλές φορές χρησιμοποιούν το λήμμα «*το προσωπικό*». Υπάρχει μια σαφής διχοτόμηση της ιατρικής υπηρεσίας με τις υπόλοιπες, κυρίως με τη νοσηλευτική, αλλά και με κάποιες άλλες ειδικότητες που «εμπίπτουν» στην «ομπρέλα» του *προσωπικού*.[181] «*Φίλοι ασθενείς. Ανώτερο και κατώτερο προσωπικό. Καλά Χριστούγεννα σε όλους και Ευτυχές το Νέον Έτος. Εκ μέρους όλου του ανώτερου προσωπικού, θα ήθελα να ευχηθώ σε όλο το κατώτερο προσωπικό κάθε ευτυχία…*» απαγγέλει χαρακτηριστικά στο Χριστουγεννιάτικο διάγγελμά του ο Διευθυντής Ρουτ στο *Θερμοκήπιο* (- Άσυλο) του Πίντερ.[182] Ανώτερο και κατώτερο προσωπικό λοιπόν. Μια διχοτόμηση η οποία ενέχει σαφώς μια αξιοκρατική χροιά, με τους ψυχιάτρους να είναι τόσο οι «προύχοντες», αλλά κυρίως οι «μέντορες»: οι καθοδηγητές, αυτοί που κατέχουν την κυρίαρχη (εργαλειακά, γνωστικά, και θεσμικά) ιδεολογία, την οποία μεταλαμπαδεύουν στο «προσωπικό».[183] Αναφερόμαστε στην έννοια της «εξουσιαστικής ιεραρχίας» (*dominance Hierarchy*). Θεωρούμε ότι η συγκεκριμένη έννοια, στην περίπτωση του ιατρικού και του νοσηλευτικού επαγγέλματος αναπτύσσεται τόσο οριζόντια, όσο και κάθετα. Με την έννοια «**οριζόντια ανάπτυξη**» εννοούμε την εφαρμογή της ανάμεσα στις ειδικότητες της Ιατρικής και της Νοσηλευτικής, ενώ με την έννοια «**κάθετη ανάπτυξη**» εννοούμε την εφαρμογή της ανάμεσα στα παλαιότερα και νεότερα μέλη των επιμέρους ειδικοτήτων. Πράγματι, ένα ιδιαίτερα συστηματικό δεδομένο, το οποίο περιγράφεται αναλυτικά αργότερα στο παρόν

[181] Αναφερόμαστε σε μια πλειάδα επαγγελματιών: Από το «βοηθητικό προσωπικό», όπως τραπεζοκόμες, καθαρίστριες, security, μέχρι το επιστημονικό προσωπικό, όπως επισκέπτριες υγείας, εργασιοθεραπεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς.

[182] Πίντερ, Χ., *Το Θερμοκήπιο*, μτφ. Τ. Μαστοράκη, Νέα Σκηνή, Αθήνα, 2011, σ. 82.

[183] Σε αυτό το σημείο θεωρούμε ότι βρισκόμαστε εμπρός σε μια χαρακτηριστικότατη έκφανση της λειτουργίας της «κοινωνικής κυριαρχίας» έτσι όπως έχει αναπτυχθεί από τους νέο-βεμπεριανούς κοινωνιολόγους, όπως ο Freidson. Να υπενθυμίσουμε ότι αυτή η προσέγγιση δίνει βαρύτητα στην προσπάθεια της εκάστοτε κοινωνικής ομάδας, τόσο να περιχαρακώσει το επαγγελματικό της κύρος, όσο και να ασκήσει εξουσία πάνω στις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες που σχετίζονται με τον «πληθυσμό – στόχο» της. Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, ένας υπό-στόχος της όποιας επαγγελματικής ομάδας είναι το να ασκεί εξουσία στους νεότερους συναδέλφους.

κεφάλαιο, αφορά τις «τελετουργίες μύησης» των νεότερων «συναδέλφων» από τους «παλιούς». Αναφέρει χαρακτηριστικά μια προϊσταμένη νοσηλεύτρια:

> «*Ποτέ, μα ποτέ δεν "φτιάχνω πρόγραμμα"*[184] *με δύο καινούριους συναδέλφους στη βάρδια. Πάντα θα βάλω ένα "παλιό" και ένα καινούριο. Αν και τώρα, έτσι όπως έχουμε γίνει, που να βρεις καινούριους* […]. *Αν συμβεί κάτι, ο παλιός ξέρει. Ο καινούριος, ειδικά αν είναι και κοπέλα, πέραν του ότι δεν γνωρίζει ούτε το χώρο, ούτε τους αρρώστους, όσο εκπαιδευμένος και να είναι, δεν μπορεί. Ο παλιός έχει πείρα, ότι και να λέμε. Έχω κάποιους νοσηλευτές οι οποίοι πέραν του ότι είναι πολλά χρόνια εδώ μέσα, είναι και πολύ καλοί επαγγελματίες. Θα τον πάρουν τον καινούριο, θα του δείξουν, θα τον έχουν συνέχεια από κοντά. Ειδικά αν είναι και "βαρύ" το τμήμα,*[185] *δεν το κουβεντιάζω. Δεν υπάρχει περίπτωση να κάνουν "νέοι" βάρδια μόνοι τους, και ας γκρινιάζουν οι παλιότεροι γιατί τους "πέφτουν" πολλές βάρδιες*» (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Μετά, εγώ αυτό που έκανα, ήτανε να παρατηρώ πώς φέρονται οι γιατροί και οι νοσηλευτές στους ασθενείς. Γιατί, άσχετα, ας μην ήμουνα εγώ, νοσηλεύτρια, γιατρίνα, εδώ μια ομάδα είμαστε όλοι και έτσι πίστευα ότι έπρεπε να φερόμουνα κι εγώ. Και τις πρώτες μέρες κιόλας έπεσα σ' ένα επεισόδιο, σε μια ασθενή που είχαμε έβρισε πάρα πολύ μια γιατρό που έχουμε, με πάρα πολύ άσχημα λόγια, δηλαδή την εικόνα την έχω, έχουν περάσει εξίμισι χρόνια. Ήμουνα στην πόρτα, η γιατρός εκεί κι η ασθενής εκεί. Την έβρισε με πάρα πολύ άσχημα λόγια κι η γιατρός ήτανε πάρα πολύ ήρεμη όπως επίσης και οι νοσηλευτές, γιατί κι αυτοί είχαν συγκεντρωθεί. Και θυμάμαι την σκέψη μου και λέω "κάπως έτσι πρέπει να φέρεσαι κι εσύ". Φυσικά αν υπάρξει κάποιο περιστατικό το οποίο δεν ξέρω ακριβώς πώς να το χειριστώ, θα ρωτήσω ή το γιατρό ή τη νοσηλεύτρια, βέβαια. Να με ενημερώσει πώς να φερθώ. Βέβαια. Πολλές φορές το κάνω αυτό*» (Υπάλληλος Security, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Για ένα ψυχίατρο "το προσωπικό" είναι ένα από τα μέσα με τα οποία θα επιτευχθεί το επιδιωκόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα* […] *οι συνομιλίες με τους λεγόμενους "ευαισθητοποιημένους ψυχίατρους" επεκτείνονταν οπωσδήποτε στη στρατηγική που υιοθετούνταν "έναντι του προσωπικού": πάντοτε τονίζονταν η σημασία του "να δουλεύεις με*

[184] «Φτιάχνω πρόγραμμα»: Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα κυλιόμενης 8ωρης εργασίας («βάρδιας») το οποίο «φτιάχνεται» από τον προϊστάμενο νοσηλευτή των τμημάτων.

[185] «Βαρύ τμήμα»: Αναφέρεται στις συνθήκες που επικρατούν στη δομή νοσηλείας, όταν νοσηλεύονται πολλά «βαριά», δύσκολα «περιστατικά».

το προσωπικό"» αναφέρει χαρακτηριστικά ο Τζανάκης.[186] Μένει να δούμε ποιο είναι ακριβώς το *επιδιωκόμενο αποτέλεσμα*.

Ειδικά στην περίπτωση του *ψυχιατρικού νοσηλευτή*,[187] και ειδικότερα μέσω της εξέτασης της διαντίδρασης του συγκεκριμένου πληθυσμού με εκείνον των «εισαγγελικών», γίνονται εμφανείς πολλές χαρακτηριστικές λειτουργίες, μερικές εκ των οποίων αναφέρθηκαν αμέσως πιο πάνω. Και ένα επιπλέον συνεχώς αναδυόμενο εμπειρικό εύρημα, το οποίο χρήζει σαφέστατης περαιτέρω ανάλυσης είναι ότι οι περισσότερες δομές νοσηλείας (αναφερόμαστε στις Ψυχιατρικές Κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων και στα Τμήματα Οξέων των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων) δείχνουν μια έντονη προτίμηση να εντάξουν <u>άρρενες</u> νοσηλευτές στην δύναμή τους.

3.3.α. Ένα παράδοξο «στράτευμα»

Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι η υπαλληλική ειδικότητα του νοσηλευτή είναι ίσως η πλέον χαρακτηριστική και κατά την άποψη του γράφοντος, *μοναδική*. Μοναδική γιατί σε αυτή μπορούμε να ανιχνεύσουμε στοιχεία τα οποία δεν ενυπάρχουν σε καμιά άλλη κατηγορία των λεγόμενων «δημοσίων υπαλλήλων», αναφορικά με την ύπαρξη, την ιστορία και τη συγκρότηση της νοσηλευτικής επιστήμης.[188] Μέσω μιας -σχετικά αυθαίρετης- προσέγγισης, θα μπορούσαμε να προσομοιάσουμε την συγκεκριμένη κατηγορία και την λειτουργία της με αυτή που ανιχνεύεται σε μια «στρατιωτική τεχνολογία». Η νοσηλευτική υπηρεσία, όπως και η στρατιωτική οργάνωση, έχει μια ιδιαίτερα στιβαρή ιεραρχία: Στην «κορυφή» είναι η *Διευθύνουσα*, η οποία προΐσταται όλης της υπηρεσίας στο κάθε νοσοκομείο. Κάτι σαν τον διοικητή του στρατοπέδου. Από κάτω της ενυπάρχει μια ολόκληρη σειρά φθινουσών «βαθμών»: Οι Τομεάρχες (υπεύθυνες για τους επιμέρους

---

[186] Τζανάκης, Μ., *Μετασχηματισμοί της Υποκειμενικότητας και Καθημερινότητα. Μια Κοινωνιολογική Προσέγγιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, οπ.π., σ. 279.

[187] Η ψυχιατρική νοσηλευτική ειδικότητα (ή καλύτερα, η ειδικότητα του «νοσηλευτή ψυχικής υγείας») είναι μια κρατικά θεσμοθετημένη ειδικότητα. Παρέχεται σε «μόνιμους» (οι οποίοι να είναι διορισμένοι με «μόνιμη» σύμβαση και να εργάζονται σε κάποια δημόσια δομή) νοσηλευτές, με προϋπόθεση ο ενδιαφερόμενος να έχει στην κατοχή του κρατικό πτυχίο νοσηλευτικής, από ελληνικό ΑΕΙ ή ΤΕΙ, ή αναγνωρισμένο από το ΔΙΚΑΤΣΑ δίπλωμα εξωτερικού. Ο νοσηλευτής που «παίρνει» τη συγκεκριμένη ειδικότητα παρακολουθεί ένα ετήσιο κύκλο θεωρητικών και πρακτικών (υπό την μορφή πρακτικής άσκησης) μαθημάτων, από κάποιο νοσοκομείο το οποίο «παρέχει» την ειδικότητα αυτής της κατεύθυνσης. Τα κυριότερα ελληνικά νοσοκομεία που χορηγούν ψυχιατρική νοσηλευτική ειδικότητα είναι το ΨΝΑ («Δαφνί»), το Αιγινήτειο και το Δρομοκαΐτειο.

[188] Για μια αρκετά ενδεικτική και συνολική παρουσίαση της νοσηλευτικής επιστήμης, και του τρόπου που συγκροτήθηκε ιστορικά και διαχρονικά, βλ. Ackerknecht, E., H., *Ιστορία της Ιατρικής*, οπ.π., σ. 223 -236.

τομείς), οι Προϊστάμενοι (υπεύθυνοι των νοσηλευτικών τμημάτων, κάτι σαν τους Λοχαγούς), οι Υπεύθυνοι Τμήματος (οι αντίστοιχοι «Λοχίες» ίσως), οι Υπεύθυνοι Βάρδιας – Δεκανείς. Αλλά και σε επίπεδο «προσόντων»[189] υπάρχουν σαφείς διαφοροποιήσεις: Τα κριτήρια για την κατάληψη της κορυφής της ιεραρχίας είναι κυρίως η «παλαιότητα» του εργαζομένου, αλλά και το «πτυχίο»: οι νοσηλευτές ΠΕ (Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης) έχουν τον «ισχυρότερο» τίτλο, ακολουθούμενοι από τους νοσηλευτές ΤΕ (Τεχνολογικής Εκπαίδευσης). Πιο κάτω στην ιεραρχία βρίσκονται οι νοσηλευτές ΔΕ (Διετούς Εκπαίδευσης, συνήθως από κάποιο ΙΕΚ), και οι νοσηλευτές ΥΕ (Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης). Τον άλλο πόλο του άξονα καταλαμβάνουν κατηγορίες όπως οι Βοηθοί Θαλάμου, οι Τραυματιοφορείς, οι Πρακτικοί Νοσοκόμοι. Εξυπακούεται ότι η άνοδος από βαθμίδα σε βαθμίδα δεν είναι ελεύθερη, αλλά υπάρχουν στεγανά, τα οποία έχουν να κάνουν κυρίως με το «βαθμό». Παράλληλα υπάρχει ένα μεγάλο πλέγμα τελετουργιών και σημασιοδοτικών πρακτικών, τα οποία ενθυμίζουν μια στρατιωτικού τύπου οργάνωση. Υπάρχει συγκεκριμένη ενδυμασία η οποία διαχωρίζει την μία κατηγορία από την άλλη, μέχρι και σιρίτια βαθμού (!!). Έτσι, η διευθύνουσα ενός νοσοκομείου διακρίνεται από τα δύο μπλε σιρίτια, τα οποία παλαιότερα ήταν τοποθετημένα πάνω στο νοσηλευτικό καπέλο,[190] η Τομεάρχης από το ένα μπλε σιρίτι. Οι Νοσηλευτές φοράνε λευκά ρούχα,[191] ενώ το «βοηθητικό προσωπικό» στολές άλλου χρώματος (συνηθέστερα γαλάζιες). Στο χώρο των ψυχιατρικών κλινικών, οι μόνοι επαγγελματίες οι οποίοι φοράνε στολή (με όλους τους συμβολισμούς που συμπαρασύρει η θεματική «στολή») είναι οι νοσηλευτές, ενώ οι υπόλοιποι επαγγελματίες (ειδικά οι ψυχίατροι και οι ψυχολόγοι) εργάζονται με τα «καθημερινά τους». Ακόμα όμως και ανάμεσα στους νοσηλευτές των μονάδων νοσηλείας υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Έτσι, το «ανώτερο» νοσηλευτικό προσωπικό φοράει μια λευκή «ιατρική» μπλούζα[192] ενώ το «κατώτερο» φοράει την «παραδοσιακή» λευκή στολή. Στις

[189] «Προσόντα»: στην επαγγελματική «αργκό», τα «προσόντα» αφορούν κυρίως α) τους «τίτλους» του εργαζόμενου (π.χ. τη σχόλη αποφοίτησης: το πτυχίο ενός ΑΕΙ είναι σαφώς «ανώτερο» από ένα πτυχίο ΤΕΙ, το οποίο είναι ανώτερο από ένα πτυχίο «διετούς εκπαίδευσης» και ούτω καθ' εξής) και β) την «παλαιότητα». Η «παλαιότητα» του εργαζομένου αφορά τα έτη εργασίας: πόσο «παλιός» είναι).

[190] Ιδιαίτερα χαρακτηριστική συμβολοποίηση. Μέχρι πρότινος, οι νοσηλεύτριες φορούσαν το περίφημο καπέλο, το οποίο καταργήθηκε πριν λίγα χρόνια (και μάλιστα όχι σε ολοκληρωτικό βαθμό. Κάποιες ιδιωτικές κλινικές το «κρατάνε»). Η κατάργησή του ήταν μια ιδιαίτερα συμβολική πράξη η οποία σημασιοδοτεί το πέρασμα από την «παλαιά», στη «σύγχρονη» νοσηλευτική.

[191]Ενώ οι νοσηλευτές των υπολοίπων νοσηλευτικών τμημάτων, πλην των ψυχιατρικών τμημάτων (στα Γενικά Νοσοκομεία) φοράνε τη «λευκή στολή» (συνήθως ένα λευκό παντελόνι και μια λευκή μπλούζα), την «στολή υπηρεσίας», οι νοσηλευτές των ψυχιατρικών κλινικών φοράνε απλά μια λευκή «ιατρική ποδιά» πάνω από τα ρούχα τους.

[192] Σημαντικότατη, κατ' εμάς αναπαράσταση: Πολλές φορές το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου «μπερδεύεται», και αυτό λόγω του ότι «ιατρική μπλούζα» φοράνε –προφανώς- οι γιατροί. Οι νοσηλευτές συνηθέστερα φοράνε μια λευκή στολή: Λευκό παντελόνι, λευκό κοντό μπλουζάκι, καθώς και λευκά υποδήματα.

περισσότερες δομές υπάρχει το *καθηκοντολόγιο*, το οποίο προσπαθεί -τουλάχιστον- να προσδιορίσει και να αναθέσει αλλά κυρίως να νομιμοποιήσει συγκεκριμένες πρακτικές: Ποιός κάνει τί. Να και πάλι μια πολύ ενδιαφέρουσα εμφάνιση της έννοιας της ***ευθύνης***. «*Το καθηκοντολόγιο, με την ηθική του καθήκοντος, η οποία διαχωρίζεται από την αίσθηση της αρμοδιότητας, συνιστά ένα μηχανισμό αποπροσωποποίησης της δράσης* […]. *Από την αρμοδιότητα πηγάζει μια εξατομικευμένη θεώρηση της πράξης Αντίθετα, το καθηκοντολόγιο προτρέπει σε πρακτικές "εδώ και τώρα", βάση προδιαγεγραμμένων τυπικών και προβλεπόμενων σταδίων της δράσης, οι οποίες αποδεσμεύουν το άτομο από την ίδια του την πράξη*».[193] Μια κατάσταση που συνάδει σε έντονο βαθμό με την κατά Milgram κατάσταση που εξετάσαμε σε άλλο κεφάλαιο. Παράλληλα, υπάρχουν μια σειρά από ελεγκτικοί μηχανισμοί, οι οποίοι σαν κύριο στόχο έχουν την τήρηση του ωραρίου, αλλά και άλλες πρακτικές όπως η ευπρέπεια, αλλά και η επίλυση πρακτικών προβλημάτων, όπως απροσδόκητες απουσίες.

> Απογευματινή βάρδια σε μια ψυχιατρική κλινική. Ένας από τους νοσηλευτές έχει καθυστερήσει λίγο στην προσέλευση. Μόλις έρχεται η συνάδελφός του αναφέρει, αρκετά αγχωμένη: «*Βάλε μπλούζα* (σημ. «μπλούζα»: η λευκή ποδιά που φοράει το νοσηλευτικό προσωπικό) *γρήγορα. Πήρε πριν από λίγο η εφημερεύουσα και της είπα ότι είσαι εδώ, σε ένα θάλαμο. Είναι η Π., ξέρεις τι μυστήρια είναι. Μου είπε πως θα κατέβει. Βάλε μπλούζα μην βρεις κανένα μπελά*» (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Το νοσηλευτικό προσωπικό «καλύπτει» τον χώρο εργασίας σε 24ωρη βάση, με ένα κυκλικό 8ωρο ωράριο των τριών «βαρδιών», οι οποίες αναφέρονται και προσδιορίζονται στην καθημερινή πρακτική είτε αριθμητικά, με νούμερα, είτε μονολεκτικά: «*είμαι πρωί – νύχτα σήμερα*». «*…ποιος ήτανε χθες απόγευμα*;». Παράλληλα, υπάρχει μια καθορισμένη «ρουτίνα», ένα προσδιορισμένο σύνολο πρακτικών το οποίο τηρείται από την κάθε «βάρδια».

> «*Κοίτα. Το πρωί ερχόμαστε επτά η ώρα, να αλλάξουμε τους βραδινούς. Πάντα κάποιος είναι επτά η ώρα εδώ για να παραλάβει το τμήμα. Οκτώ η ώρα νοσηλεία, αυτός που είναι υπεύθυνος το πρωί, ετοιμάζει τα φάρμακα 7.30 η ώρα, τα ενέσιμα, αν έχουμε, έχουμε ένα πίνακα εκεί πέρα που γράφουμε τα ενέσιμα, τα επί ανησυχίας, τα ζάχαρα, σπάνια ζάχαρα, αντιβιώσεις, συνήθως*

[193] Τζανάκης, Μ., *Μετασχηματισμοί της Υποκειμενικότητας και Καθημερινότητα. Μια Κοινωνιολογική Προσέγγιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα,* οπ.π., σ. 296.

για πονόδοντο, πολύ συχνά για πονόδοντο, πιο σπάνια άμα καμιά γυναίκα έχει καμιά ουρολοίμωξη, ή επειδή έχουμε σκυλιά εδώ πέρα, τα αμολάνε οι περίοικοι εδώ πέρα, τ' αμολάνε, αν δεν το θέλουν το σκυλί, το αμολάνε στο νοσοκομείο γιατί όλο και κάτι θα βρει για φαί. Κι' αν κάνουνε και επιτεθούνε κι επιτεθούνε σε κανένα ασθενή και τον βάλουμε σε καμιά αντιβίωση. Κι 8.30 η ώρα τελειώνουμε τη νοσηλεία. Τελειώνουμε τη νοσηλεία, κάποια άτομα πάνε για στρώσιμο, και τα δύο άτομα που θα μείνουνε εδώ πέρα, η υπεύθυνη συνήθως, ο ένας θα δώσει τα φάρμακα κι ο άλλος τις πιέσεις, τα φάρμακα λέω, ή τους μοιράζει τα λεφτά. Γιατί έχουμε ένα σύστημα εδώ πέρα που τους δίνουμε ένα ποσό την ημέρα για καφέδες τσιγάρα, γι' αυτούς που συνήθως δεν μπορούν να διαχειριστούν μόνοι τους τα χρήματα. Όπως η συγκεκριμένη είναι μανιακή, της έδωσα το πρωί 20 ευρώ της είπα κράτα 10, μου 'φερε 3,5 ευρώ ρέστα. Εννιά η ώρα αρχίζουν και μαζεύονται οι γιατροί του τμήματος, 8.30 με 9, τέτοια ώρα με τους ειδικευόμενους, θέλουν ένα τέταρτο είκοσι λεπτά, να πιούνε το καφεδάκι τους, να ενημερωθούνε έτσι γύρω γύρω, να κουτσομπολέψουνε λίγο τι έγινε την προηγούμενη μέρα, και μετά ξεκινάμε, μπαίνει ένας υπεύθυνος στο ένα γραφείο ο άλλος στο άλλο με το φάκελο, και λένε πώς κινήθηκε η προηγούμενη μέρα. Από κει και πέρα, αναλόγως, μέχρι τις τρεις που αλλάζει η βάρδια. Αναλόγως τί δουλειά έχει, τί περιστατικά έχουμε, πόσο βαριά είναι…» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Υπάρχει μια αρκετά σαφής προσομοίωση με την λειτουργία ενός «στρατοπέδου»: Και εκεί υπάρχει μια συνεχής παρουσία στη «σκοπιά». Παρουσία, παρατήρηση, ανίχνευση, επιφυλακή. Όπως στα στρατόπεδα υπάρχει η «έφοδος», το «περίπολο», το οποίο στόχο έχει τον αιφνιδιαστικό έλεγχο της παρουσίας αρχικά, αλλά και την εύρυθμης «υπηρεσίας» του στρατευμένου ο οποίος «φυλάει σκοπιά», κάπως έτσι υπάρχει και στη νοσηλευτική υπηρεσία η «εφημερεύουσα», κατά τις απογευματινές και βραδινές «βάρδιες», της οποίας ένα καθήκον –μέσα στ' άλλα- είναι ο έλεγχος της παρουσίας και της «εικόνας» των νοσηλευτών οι οποίοι «έχουν βάρδια» εκείνη τη ώρα. Θα μπορούσαν να ειπωθούν και άλλα πολλά παραδείγματα, αλλά θεωρούμε ότι γίναμε επαρκώς ενδεικτικοί στην περιγραφή της φαινομενολογικής αναπαράστασης της λειτουργίας της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Και ακριβώς αυτή η διάσταση θεωρούμε ότι μας προσφέρει ένα πόρο ώστε να μπορέσουμε να προσεγγίσουμε κάποιες, ίσως λανθάνουσες και ασαφείς και ιζηματώδεις λειτουργικότητες του νοσηλευτή. Επιπλέον, θεωρούμε ότι ειδικά στην περίπτωση του ψυχιατρικού νοσηλευτή, πόσο μάλλον μέσω της διαντίδρασής του με τον «εισαγγελικό» νοσηλευόμενο, αυτές οι πολλαπλές λειτουργίες καθίστανται σαφέστατα περισσότερο ευκρινείς. Και αυτό γιατί φαίνεται ότι υφίσταται ένας κάπως άτυπος διαχωρισμός του ψυχιατρικού νοσηλευτή από αυτούς των άλλων ειδικοτήτων. Θεωρείται ότι το πεδίο

παρέμβασης είναι σαφώς πιο ιδιαίτερο και διαφοροποιημένο, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικές δομές να μην έχουν τόσο «σωματικό» φόρτο εργασίας, αλλά να είναι αρκετά επιβαρυμένοι ψυχικά. Έτσι, κάποιοι νοσηλευτές είναι ιδιαίτερα αρνητικοί σε μια τυχόν τοποθέτησή τους σε μια ψυχιατρική δομή, ενώ άλλοι το επιθυμούν διακαώς. Έστω και για να ξεκουραστούν σωματικά.[194]

> «*Παλιότερα εγώ ήμουν νοσηλεύτρια ΔΕ, δούλευα σε μια πνευμονολογική στο Σωτηρία. Καμία σχέση. Εγώ όταν ήρθα εδώ, είπα ξεκουράστηκα. Έχει άλλη φθορά όμως. Η ψυχή σου δεν ξεκουράζεται. κοντεύεις να διπλωθείς ακούς και λες "τώρα τι γίνεται;" Ναι, λέω "πω, πω, ξεκουράστηκα μια χαρά κι εγώ", ναι, εντάξει, η ψυχή σου δεν ξεκουράζεται. Ανακύκλωση Έχεις θυμό, οι ίδιοι κι οι ίδιοι άρρωστοι, τα ίδια και τα ίδια προβλήματα. Βέβαια, εδώ ήρθα και μπήκα κατευθείαν υπεύθυνη τμήματος. Εκεί, στο Σωτηρία, να ξεχάσω το Θεό. Τα ποδαράκια σου, τα χεράκια σου, η μεσούλα σου, η ψυχή σου η ψυχή σου. Δεν ξέρω τελικά. Τα φλεβάκια μου μπορεί να είναι άσχημα στα πόδια, αλλά η ψυχή μου εδώ μαυρίζει, ματαίωση, και σε προσωπικό επίπεδο, και σε ασθενών επίπεδο. Γιατί έχεις κι ένα σπίτι*» (Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Αν ο ψυχίατρος αντικειμενικοποιεί το *ευρύ βλέμμα*, τότε το νοσηλευτικό προσωπικό μετουσιώνει το *εγγύς βλέμμα*. Το βλέμμα εκείνο που είναι χρονικά, τοπικά, αλλά και «διαδραστικά» πανταχού παρόν μέσα στις δομές νοσηλείας. «*Σε αντίθεση με την ψυχιατρική οπτική* […] *το "εγγύς βλέμμα" τείνει να επικεντρωθεί σε ένα "εμείς", στο σύνολο των ανθρώπων που "εδώ και τώρα" αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της εργασίας που απαιτείται για τη φροντίδα των νοσηλευόμενων*»[195] αναφέρει χαρακτηριστικά ο Τζανάκης. Οι περίφημες καταγραφές, οι Ατομικές Νοσηλείες των νοσηλευομένων ίσως είναι το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα,[196] και ιδιαίτερα χαρακτηριστικό κριτήριο: όσο

---

[194] Εδώ αναφερόμαστε σε μια ιδιαίτερα διαδεδομένη πεποίθηση η οποία ανευρίσκεται κυρίως ανάμεσα στο νοσηλευτικό προσωπικό των Γενικών Νοσοκομείων. Αυτή η πεποίθηση «θέλει» τους νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονται στις Ψυχιατρικές Κλινικές των Νοσοκομείων να επιβαρύνονται –σε επίπεδο σωματικής κόπωσης- σε σαφώς μικρότερο βαθμό από τους νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε διαφορετικά τμήματα, όπως για παράδειγμα τα «παθολογικά». Αυτό λόγω του ότι στα περισσότερα δημόσια νοσοκομεία, ο «φόρτος εργασίας» σε μια παθολογική κλινική, για να παραμείνουμε στο παράδειγμα, είναι σαφώς περισσότερος: Τα «περιστατικά» είναι πολύ περισσότερα, πιο «βαριά». Σε γενικές γραμμές, η συγκεκριμένη πεποίθηση περί «εύκολων» και «δύσκολων» τμημάτων είναι αρκετά διαδεδομένη. Σαν συνέπεια της παραπάνω πεποίθησης, και η ένταξη ενός υπαλλήλου σε ένα αντίστοιχα «εύκολο» ή «δύσκολο» τμήμα μπορεί να θεωρηθεί ως «ευνοϊκή μεταχείριση».

[195] Τζανάκης, Μ., *Μετασχηματισμοί της Υποκειμενικότητας και Καθημερινότητα. Μια Κοινωνιολογική Προσέγγιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα,* οπ.π., σ. 288.

[196] Σαν «ατομική νοσηλεία» αναφέρεται ένας φάκελος στον οποίο υπάρχει ημερήσια (και καθημερινή) καταγραφή και από τις «τρεις» βάρδιες της «εικόνας» του νοσηλευόμενου. Σε κάθε νοσηλευόμενο αντιστοιχεί ένας τέτοιος φάκελος ο οποίος ενημερώνεται ανελλιπώς από το προσωπικό το οποίο είναι

πιο «σύνθετη» θεωρείται από τους επαγγελματίες του χώρου ότι είναι η κατάσταση του νοσηλευόμενου (δηλαδή, είτε ο νοσηλευόμενος έχει κάποιο σημαντικό οργανικό πρόβλημα υγείας το οποίο απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή, είτε είναι «αυτοκτονικός» με αποτέλεσμα να υπάρχει ανάγκη συνεχούς επιτήρησης, είτε θεωρείται ως «δυνητικά επικίνδυνος», με αποτέλεσμα η δομή νοσηλείας να είναι σε εγρήγορση για την αντιμετώπιση κάποιας βίαιης συμπεριφοράς) τόσο πιο περιεκτικές, και ευμεγέθεις είναι οι καταγραφές. Όσο ο νοσηλευόμενος «εναρμονίζεται», τόσο και οι καταγραφές λιγοστεύουν. Μέχρι την μονολεκτική καταγραφή: «*ήσυχος*»…

> «*Η λογοδοσία λέει, έχουμε ανοίξει καινούργιο βιβλίο τώρα, λογοδοσία είναι αυτό που μεταφέρει ο ένας στον άλλον. Τώρα έχουμε περιοριστεί όμως, είμαστε λίγα άτομα και έτσι δεν βάζουμε και πάρα πολλά. Τώρα, όταν εγώ είχα πρωτοέρθει είχα αρχίσει κι έγραφα σελίδες έτσι; Τώρα αυτή η συγκεκριμένη λογοδοσία βέβαια είναι στην αποθήκη, θα σου δείξω μια πολύ καινούργια, βέβαια δεν γράφει και πολλά πράγματα, είναι λίγων ημερών, αλλά έτσι, απ' έξω, απ' έξω. Το αστείο, έγραφα, έγραφα, ότι έβλεπα, ότι, τέλος πάντων μ' άρεσε πολύ. Στο τέλος βέβαια έφτασα κι εγώ να γράφω έτσι πολύ λίγα. Σαν τους παλιούς. Περιορισμένα… Διακωμωδώ λίγο και τον εαυτό μου, αρχικά, όταν είχα έρθει, πόσα έγραφα, έγραφα. Στο τέλος έχω γίνει, δυό τρεις γραμμές, αν είναι δυνατόν. Εχτές έγραφε η Έφη. Λέει "τι να γράψω;" γράψε "ένα τίποτα" γράψε "ένα ήσυχο απόγευμα" λέω, τι να γράψεις; Μα ήτανε. Απλά έγραψα σημείωση γι' αυτούς που κάναν έξοδο και τελείωσε. Βαριόμουνα και να πιάσω να γράψω. Τόσο καλά*» (Νοσηλεύτρια ΤΕ, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

3.3.β. Περί λειτουργιών. Λειτουργία 1η: το Πανοπτικόν

Στη συνέχεια θα αναφερθούμε σε κάποιους βασικούς ρόλους τους οποίους το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να αναλάβει και να διεκπεραιώσει μέσα στο πεδίο της εργασίας του. Θεωρούμε ότι οι συγκεκριμένοι ρόλοι δεν άπτονται αποκλειστικά του πεδίου της εφαρμογής του θεσμοθετημένου και επιστημονικά προσδιορισμένου ρόλου ενός νοσηλευτή, αλλά επεκτείνονται και σε πεδία τα οποία αφορούν πρακτικές οι οποίες σχετίζονται με την δευτερογενή λειτουργία του συμπλέγματος «Ψ»: αναφερόμαστε σε πρακτικές οι οποίες παραπέμπουν περισσότερο στις διαδικασίες α) απόδοσης νοημάτων, και διαδικασιών «ετικετοποίησης» οι οποίες λαμβάνουν χώρα ανάμεσα στους

στην βάρδια. Παράλληλα μπορεί να εμπεριέχει και κάποια άλλα έγραφα (όπως ιατρικές οδηγίες, θερμομετρικά διαγράμματα, ένα μικρό ιστορικό). Η ιστορία ζωής του νοσηλευόμενου σε συμπυκνωμένη κατάσταση.

επαγγελματίες και τους νοσηλευόμενους, β) στις διαδικασίες διαχείρισης, ελέγχου και οριοθέτησης των «πληθυσμών» των νοσηλευομένων και γ) στις διαδικασίες απόδοσης νοήματος στις ίδιες αυτές νοσηλευτικές ενέργειες και πρακτικές.

«*Δεν υφίσταται πια το άσεμνο του κρυμμένου, του απωθημένου, του σκοτεινού, αλλά το άσεμνο του ορατού, του υπερβολικά ορατού, του πιο ορατού και από το ορατό. Υπάρχει το άσεμνο εκείνου που πια δεν περιέχει κάποιο μυστικό και είναι εντελώς διαλυτό μέσα στην πληροφορία και την επικοινωνία*».[197]

Ακολουθώντας τον Baudrillard, θεωρούμε ότι η πρώτη, και κατ' εμάς καίρια, λειτουργία του ρόλου του νοσηλευτή μέσα στις δομές ψυχιατρικής νοσηλείας αφορά την έννοια της *παρατήρησης*. Η *παρατήρηση*: Στις ψυχιατρικές δομές υφίσταται, ή τουλάχιστον πρέπει να υφίσταται, μια συνεχής παρατήρηση, και καταγραφή, όχι μόνο της «κλινικής εικόνας» των νοσηλευομένων, αλλά και όλων των συμβάντων στο χώρο. Το «εγγύς βλέμμα» (ακολουθώντας την ορολογία του Τζανάκη), η συνεχής και κυρίως εγγύς παρατήρηση, η τόσο κρίσιμη συνθήκη της σύγχρονης ιατρικής: «*Ο χώρος της εμπειρίας μοιάζει να ταυτίζεται με τον τομέα του προσεκτικού βλέμματος, αυτής της εμπειρικής επαγρύπνησης που είναι ανοιχτή στην προφάνεια των ορατών περιεχομένων και μόνο. Το μάτι γίνεται ο θεματοφύλακας και η πηγή του φωτός, της διαύγειας, χάρη στη δύναμή του έρχεται στο φως. Μια αλήθεια την οποία δεξιώνεται μόνο στο μέτρο που εκείνο την έφερε στο φως·* […] *βλέπω σημαίνει αφήνω στην εμπειρία τη μέγιστη σωματική αδιαφάνεια της· το στερεό, το σκοτεινό, η πυκνότητα των αυτόκλειστων πραγμάτων έχουν δυνάμεις αλήθειας, τις οποίες δεν αντλούν από το φως αλλά από τη βραδύτητα του βλέμματος που τα διατρέχει, κάνει το γύρο τους και σιγά σιγά τα διαπερνά, χωρίς να τους κομίζει ποτέ τίποτε άλλο πέρα οπό τη δική του διαύγεια*»,[198] μας λέει ο Foucault.

> «*Εδώ, θα' λεγα το νοσηλευτικό πάντα προσπαθεί. Εγώ γενικά έχω γυρίσει πάρα πολλά* […] *έχω πάει Σωτηρία, σε πολλά ψυχιατρικά τμήματα, γιατί κάνω εργαστήρια και κλινική άσκηση στο ΤΕΙ, πάρα πολλά χρόνια και δεν έχω περάσει από κει. Έχω περάσει Δρομοκαϊτειο, Δαφνί, κάποτε έκανα ειδικότητα στο Δαφνί, ψυχιατρική νοσηλευτική ειδικότητα στο Δαφνί, εν τω μεταξύ κλινική άσκηση έχω στα παιδιά στο Αιγινήτειο, και στις δομές στο νοσοκομείο ημέρας, εκεί στο Βύρωνα, στο Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής. Πολλά, πάρα πολλά. Το νοσηλευτικό εδώ*

[197] Baudrillard, J., *Η Έκσταση της Επικοινωνίας*, μτφ. Β. Αθανασόπουλος, Καρδάμιτσας, Αθήνα, 1991, σ. 32.
[198] Foucault, M., *Η Γέννηση της Κλινικής*, οπ.π., σ. 15.

λειτουργεί. Δεν το λέω έτσι για να ευλογήσω τα γένια μας. Για να μην τον ανακρίνεις, να μην φανεί ότι τον ανακρίνεις ας πούμε, στα πλαίσια της επικοινωνίας, του βάζεις, έλα να πάρουμε μια πιεσούλα, να δούμε τι κάνουμε, α, καλή, πιάνεις μια κουβέντα ας πούμε, τον βάζεις σε μια κουβέντα ας πούμε. Να πάρουμε την πίεση, να πάρουμε τα ζαχαράκι, να κάνουμε αυτό. Μετά, τρώνε στην τραπεζαρία και πάμε κι εμείς εκεί, και βλέπουμε τι γίνεται. Η παρατήρηση της καθημερινότητας […]. *Έχεις ένα βλέμμα ποιος τρώει, ποιος δεν τρώει, τι τρώει, γιατί μπορεί κάποιος να είναι στο θρησκευτικό παραλήρημα να νηστεύει, να νηστεύουν, να μην τρώνε το κρέας, να μην τρώνε λάδι, να τρώνε μόνο σαλάτα, να μην τρώνε καθόλου από το φαγητό, δηλαδή να μην τρώνε μόνο το κρέας, αλλά το κριθαράκι, τις πατάτες, και βλέπεις πώς λειτουργούνε*» (Νοσηλευτής ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Εμείς τα γράφουμε όλα στη λογοδοσία, παραείδει η μια βάρδια στην άλλη. Ναι, ναι, τα πάντα, όλα. Ενημερώνεται η επόμενη βάρδια, όχι μόνο ότι αφορά την παρατήρηση του ασθενούς στην καθημερινότητά του, στην δραστηριότητα και σ' αυτά, κάτι οδηγίες κι αυτά περνιούνται μέσα. Κατάλαβες;*» (Νοσηλευτής ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο).

Μέσα από ένα άτυπο, πολλές φορές, πλαίσιο δικτύωσης ανάμεσα στις «χαμηλόβαθμες» ειδικότητες και επαγγελματίες (όπως νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό, τραπεζοκόμες, καθαρίστριες) αναδύεται ένας μηχανισμός «συλλογής πληροφοριών», ένα ιδιότυπο *Πανοπτικόν*, το οποίο λειτουργεί ως «τροφοδότης» πληροφοριών στα «ανώτερα κλιμάκια», δη τους ψυχίατρους. Η Wilkinson, πολύ χαρακτηριστικά, αναλύοντας τον ρόλο των νοσηλευτών μέσα στη διεπιστημονική ομάδα, περιγράφει τους νοσηλευτές ως «πύλες επικοινωνίας»: «*Οι νοσηλευτές περνούν το μεγαλύτερο διάστημα του χρόνου εργασίας τους στο χώρο νοσηλείας, ενώ οι άλλοι ειδικοί πηγαίνουν κι έρχονται. Αυτή η κίνηση του προσωπικού έχει συχνά σαν αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται οι νοσηλευτές σαν πύλη για επικοινωνία. Αυτό σημαίνει ότι δέχονται πληροφορίες, τις κρατούν και, στη συνέχεια, τις μεταδίδουν σε άλλα μέλη της ομάδας*»[199] αναφέρει.

«*Υποτίθεται τους δεμένους κάθε τέταρτο το πολύ πάμε και τους κοιτάμε. Ξέρεις, τι κάνουν, αν χρειάζονται τίποτα, νερό, τουαλέτα, τέτοια πράγματα. Ειδικά αν είναι κανένας που τον έχουμε κόψει να κάνει κολπάκια, πάμε και συχνότερα. Πολλοί συνάδελφοι κάθονται μαζί τους, αλλά ο κανόνας είναι "πάμε, ελέγχουμε και φεύγουμε". Ειδικά αν είναι μόνες κοπέλες στη βάρδια, δεν πολυκάθονται. Δεν ξέρω, νοιώθουν άβολα, φοβούνται, δεν ξέρουν τι να τους πουν* […]. *Αλλά*

[199] Wilkinson, T., «Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία», στο *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, τόμος Γ., επιμ. Γ. Τσιάντης, Σ. Μανωλόπουλος, Καστανιώτης, Αθήνα, 1989, σ. 303.

και στους άλλους, γενικά στο τμήμα, καλό είναι να ξέρεις ανά πάσα στιγμή που είναι ποιος. Τόσα γίνονται […]. *Εγώ προσωπικά, όταν πιάνω βάρδια, θα περάσω απ' όλους τους θαλάμους, να δω ποιοι κάθονται, ποιοι κοιμούνται, να ξέρω που είναι οι άρρωστοι. Μην σου φύγει κανένας άρρωστος. Με αυτό το βραχνά ζούμε. Πόσο μάλλον με τους εισαγγελικούς. Βέβαια, να σου πω, δεν είναι και λίγοι αυτοί που την έχουν κοπανήσει, και τις περισσότερες φορές δεν έγινε και τίποτα. Αλλά πάντα είσαι με το άγχος. Οπότε καλύτερα να ξέρεις ποιος είναι που…*» (Νοσηλευτής ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Το Πανοπτικόν είναι πολυσήμαντο στις εφαρμογές του* [..]. *Είναι ένα είδος εγκατάστασης των σωμάτων στο χώρο, κατανομής των ατόμων το ένα σε σχέση με το άλλο, ιεραρχικής οργάνωσης, διευθέτησης των κέντρων και αγωγών εξουσίας, καθορισμού των οργάνων και των τρόπων παρέμβασής της* […]. *Σε κάθε εφαρμογή του, το πανοπτικό σχήμα επιτρέπει την τελειοποίηση της άσκησης της εξουσίας*»[200] αναφέρει ο Foucault, προσδιορίζοντας το σχήμα επέμβασης και χειραγώγησης του συγκεκριμένου «συστήματος παραγωγής πειθηνιότητας». Με ένα παραπλήσιο τρόπο, η νοσηλευτική υπηρεσία υλοποιεί το «σώμα παρατήρησης», καταγραφής και τροφοδότησης των «δεδομένων» στον «κυρίως επεξεργαστή». Αποκτά το χαρακτήρα μιας μηχανής παραγωγής δεδομένων τα οποία αναφέρονται στην ολότητα της βιωμένης εμπειρίας του υποκειμένου μέσα από την καθημερινή του διαβίωση και πρακτικές. Και ένα επιπλέον ενδιαφέρον στοιχείο έγκειται στη διαλεκτική σχέση μεταξύ της «απόκτησης» των πληροφοριών και της «μετάδοσής» τους. Και αυτό γιατί άλλο είναι ένας άνθρωπος να μην «κοιμάται το βράδυ» και κάποιος άλλος να δηλώσει «αυτός δεν κοιμάται το βράδυ» και άλλο ο ίδιος άνθρωπος να μην «κοιμάται το βράδυ» και κάποιος άλλος να δηλώσει «αυτός έχει αϋπνία» ή «αυτός έχει ψυχοκινητική ανησυχία».

Με άλλα λόγια, χαμένοι στη μετάφραση… Ή μήπως η μετάφραση είναι το «πραγματικό» κείμενο;

3.3.β.1. Ο Συγγραφέας και ο Αναγνώστης

«*Με τους ασθενείς μιλάμε. Συνέχεια. Βάσει συζήτησης γράφουμε τις λογοδοσίες. Μα τους ασθενείς που μας τους "χρεώνει" η προϊσταμένη ή ο υπεύθυνος βάρδιας, τους "χρεώνει" εκεί, το πρωί τη χρέωση την κάνει η προϊσταμένη. Αυτούς που μας έχει χρεώσει τους παίρνουμε έναν έναν και καθόμαστε και συζητάμε. Ξέρεις, βγαίνουνε πολλά λαβράκια. Σ' έναν ας πούμε, αυτός*

[200] Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία, Η Γέννηση της Φυλακής*, οπ.π., σ. 271 – 272.

παραδείγματος χάρη, είχε ένα μικροτσίπ.[201] *Το οποίο μπορούσε να σου κάνει πολύ ζημιά. Ναι. Στο οποίο καταγράφει. Λοιπόν, και πώς έτυχε, αυτό, σ' εμένα τώρα, κι άρχισε αυτός να ξερνάει και να λέει, ότι το' δωσα σ' έναν δημοσιογράφο, εντάξει. Στην συγκέντρωση που κάναμε ενημέρωσα το διευθυντή, ότι "ξέρετε κάτι, αυτό κι αυτό" μετά του το επιστρέψανε, τους ενημέρωσα, γιατί ήρθε αυτός αφού είχαμε συζητήσει, και μου λέει "μου το φέρανε" και μου το' δειξε κιόλας με καμάρι. Εντάξει, βγάζεις. Βγάζεις πολλά. Και εν τω μεταξύ, έρχονται μετά, και σε πιάνουν μόνοι τους για συζήτηση. Όταν συζητήσεις την πρώτη φορά, προσωπικά, μετά το ζητάνε συνέχεια. Εντάξει, όταν δεν είναι καλά εγώ αυτόν τον ξέρω απ' έξω κι ανακατωτά, όλοι τον ξέρουμε δηλαδή*» (Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο).

Ας προσπαθήσουμε να ακολουθήσουμε μια κάπως ιδιότυπη διαδρομή. Αν εκκινήσουμε από την θέση του Foucault η οποία αναφέρεται στην προσέγγισή του απέναντι στον τρόπο μέσω του οποίου δημιουργούνται, προσεγγίζονται, αλλά και δομούνται τα *αντικείμενα*, ίσως αλιεύσουμε κάτι απροσδόκητο. Ο Foucault, στο έργο του La Vie des Hommes Infanes («Η Ζωή των Αχρείων Ανθρώπων)[202] εξετάζει τις περιπτώσεις όπου το δυσανάγνωστο, η μη αναγνωρισιμότητα του υποκειμένου αναδύεται με ένα ιδιαίτερα εμφανή τρόπο. Πρόκειται για μια ανθολογία εγγράφων αρχείου, καταλόγων και μητρώων εγκλεισμού, στο οποίο, κατά τον G. Agaben «…*η συνάντηση με την εξουσία, τη στιγμή μάλιστα που στιγματίζει αυτές τις ζωές* […] *αποσπά από το σκοτάδι ανθρώπινες υπάρξεις, οι οποίες σε διαφορετική περίπτωση δεν θα μπορούσαν να αφήσουν κανένα ίχνος τους και θα καταδικάζονταν σε λήθη*».[203] Και συνεχίζει λίγο παρακάτω: «*Το υποκείμενο, όπως ο συγγραφέας, όπως η ζωή όλων των αχρείων ανθρώπων, δεν είναι κάτι το οποίο μπορούμε να πλησιάσουμε αμέσως, λες και πρόκειται για μια ουσιώδη πραγματικότητα που είναι παρούσα σε κάποιο μέρος. Απεναντίας, αυτό είναι ότι προκύπτει από τη συνάντηση σώμα με σώμα με τους μηχανισμούς εντός των οποίων το έπαιζαν, ή έπαιζε τον εαυτό του*»,[204] αναλύοντας την θέση του Foucault η οποία θέλει τον συγγραφέα, τον «παραγωγό» θα μπορούσαμε να πούμε, να μην απολαμβάνει την κατοχή του κειμένου του: ο συγγραφέας δεν υπάρχει: «*Το χνάρι του συγγραφέα βρίσκεται μόνο στην ενικότητα της απουσίας του, σε αυτόν ανήκει ο ρόλος του νεκρού στο παιγνίδι της συγγραφής του. Ο συγγραφέας δεν είναι νεκρός, αλλά το να εκτίθεσαι ως συγγραφέας σημαίνει να καταλαμβάνεις τη θέση ενός νεκρού. Υφίσταται ένα υποκείμενο – συγγραφέας, και παρ' όλα αυτά, αυτό επιβεβαιώνεται μόνο διαμέσου των ιχνών*

[201]Αναφέρεται σε ένα νοσηλευόμενο ο οποίος «κυκλοφορούσε» στο χώρο της κλινικής με ένα κασετόφωνο καταγραφής κρεμασμένο μέσα από τα ρούχα του, για να καταγράφει τις συνομιλίες του.
[202] Όπως αναφέρεται στο: Agaben, G., *Βεβηλώσεις*, μτφ. Π. Τσιαμούρας, Άγρα, Αθήνα, 2006, σ. 105.
[203] Agaben, G., *Βεβηλώσεις*, οπ.π., σ. 105.
[204] Agaben, G., *Βεβηλώσεις*, οπ.π., σ. 116.

της απουσίας του».[205] Υπ' αυτό το πρίσμα, θα μπορούσαμε να προσομοιάσουμε τον παραληρητικό λόγο, το Λόγο (τη συνολική φαινομενολογική έκφανση) του νοσηλευόμενου, του πάσχοντα δηλαδή, του «τρελού», σαν ένα **κείμενο**. Ένα κείμενο διατιθέμενο προς ανάγνωση. Τόσο σαν σύνολο λόγων το οποίο ο πάσχων προτείνει (και προκρίνει) σε επίπεδο ψυχιατρικής εξέτασης ή κλινικής συνέντευξης, ή θεραπευτικής συνεδρίας, αλλά και σαν συν-ολικό σύστημα Λόγων: ένα κείμενο με τίτλο «ο εισαγγελικός ασθενής» στην περίπτωσή μας. Αναφέρει ο Foucault, σκιαγραφώντας όχι μόνο τις μεταλλαγές της αναπαράστασης της «τρέλας», αλλά και τον τρόπο με τον οποίο το ψυχιατρικό σύστημα επαναμορφοποιεί τις γλωσσικές και εργαλειακές πρακτικές του: «*Η ενότητα των λόγων για την τρέλα δεν θα θεμελιώνονταν στην ύπαρξη του αντικειμένου "τρέλα", ή στη συγκρότηση ενός μοναδικού ορίζοντα αντικειμενικότητας. Θα ήταν το παιγνίδι των κανόνων που καθιστούν δυνατή την εμφάνιση αντικειμένων στη διάρκεια μιας δεδομένης περιόδου* […]. *η ψυχοπαθολογία δίνονταν σαν ένας ακατάπαυστα ανανεούμενος, ακατάπαυστα σφραγισμένος από ανακαλύψεις, από κριτικές, από διορθωμένα λάθη γνωστικός κλάδος. Το σύστημα σχηματισμού που είχαμε καθορίσει παραμένει σταθερό. Αλλά ας είμαστε σαφείς: δεν είναι τα αντικείμενα που παραμένουν σταθερά, ούτε ο χώρος που απαρτίζουν. Δεν είναι καν το σημείο ανάδυσης ή ο τρόπος χαρακτηρισμού τους, αλλά ο συσχετισμός των επιφανειών που μπορεί να εμφανιστούν, όπου μπορεί να οριοθετηθούν, όπου μπορεί να αναλυθούν και να εξειδικευτούν*»[206] αναφέρει το παραπάνω κείμενο, προσδιορίζοντας –κατ' εμάς- την συνεχόμενη ερμηνευτική την οποία το οιονεί αντικείμενο «τρέλα» δέχεται. Σε αυτό το σημείο θεωρούμε ζωτική την λειτουργία του προσωπικού, ειδικά του νοσηλευτικού προσωπικού. Μια ομάδα υποκειμένων της οποίας μια από τις χρηστικότητες είναι να καταγράφει το συνεχώς εξελισσόμενο κείμενο που καθημερινοποιείται εμπρός της. Προσωπικό που είναι α) εξουσιοδοτημένο και αρμόδιο και β) εκπαιδευμένο να *καταγράφει*, να *μεταφέρει* και να *ερμηνεύει* την συνολική οικονομία της διαβίωσης του νοσηλευόμενου. Να **μεταφράζει**, να **ερμηνεύει**, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε. Μια μεταφορά και μια μετα-φράση η οποία χρησιμοποιεί κατά κόρον τα εργαλεία (τους γλωσσικούς κώδικες της ψυχιατρικής ορολογίας) τα οποία υποτίθεται ότι δημιουργήθηκαν με κύριο στόχο και σκοπό την *ερμηνεία*.

«*Ασθενής 42 ετών, με ψυχωσική συνδρομή. Νοσεί από 20ετίας, στην παρούσα φάση έχει υποτροπιάσει, λόγω διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής. Δεν παρουσιάζει εναισθησία, έχει*

[205] Agaben, G., *Βεβηλώσεις*, οπ.π., σ. 104 - 105.
[206] Foucault, M., *Η Αρχαιολογία της Γνώσης*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, εκδ. Εξάντας, Αθήνα, 1987, σ. 74.

έντονο θρησκευτικό παραλήρημα, και πιθανές ακουστικές ψευδαισθήσεις. Πιθανόν να υπάρχουν ιδέες δίωξης, και αναφοράς…» διαβάζει κανείς σε μια ατομική λογοδοσία ενός εισαγγελικού αρρώστου (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Πώς είναι ο Χ.*;» ρωτάει ένας επιμελητής τον «νοσηλευτή αναφοράς» του συγκεκριμένου αρρώστου σε μια ψυχιατρική κλινική. «*Χάλια*» του απαντάει ο νοσηλευτής. Και συνεχίζει: «*Όλο το απόγευμα εχθές πηγαινοερχότανε, ήτανε φουλ στις παραληρητικές. Με το που πήγαινες να του μιλήσεις, σε έπαιρνε από τα μούτρα. Η μάνα του από κοντά, παρεμβατική όσο δεν παίρνει. Τρομερό συγκύτιο. Με τα φάρμακα, είδαμε και πάθαμε. Να μην τα παίρνει με τίποτα. Δύο ώρες παλεύανε. Τελικά τα πήρε, αλλά τι να το κάνεις; Και σήμερα το πρωί τα ίδια είχαμε. Εναισθησία μηδέν*». (Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα. Η «συνομιλία» των δύο επαγγελματιών σχετικά με την «κλινική εικόνα» του νοσηλευόμενου διαπερνάται, προσδιορίζεται, ουσιαστικά αποκτά *νόημα* μέσω του ψυχιατρικού «λεξικού»: «*παραληρητικές, παρεμβατική, συγκύτιο, εναισθησία μηδέν*». Θεωρούμε, δηλαδή, ότι ο ρόλος του νοσηλευτή να εκπληρώνει αυτό που αναφέραμε ως «εγγύς βλέμμα» εξυπηρετεί δύο βασικότατες λειτουργίες: η πρώτη αφορά μια *διεργασία Πανοπτισμού*. Η συνολική παρουσία του νοσηλευόμενου καταγράφεται, στοιχειοθετείται, αρχειοθετείται. Και η δεύτερη διεργασία αφορά μια *διαδικασία μετάφρασης*. Ίσως το «σωζόμενο κείμενο», είτε αναφέρεται ως γραπτή «λογοδοσία ασθενών» είτε αναφέρεται ως προφορική «συζήτηση περιστατικών» πόρρω απέχει από το «πρωτογενές υλικό».

3.3.γ. Λειτουργία 2η: ο Φροντιστής

Ο «φροντιστής», σαν έννοια στη σύγχρονη θεωρητική και κλινική ψυχιατρική είναι ένα από τα στοιχεία που συμμετέχουν απαραίτητα στη διαδικασία της ίασης, ή έστω της ανακουφιστικής φροντίδας, του πάσχοντος υποκειμένου.[207] Σε αυτό το σημείο, θεωρούμε

[207] Υπό τον όρο «φροντιστές» περιγράφονται τα άτομα εκείνα (συνηθέστερα η οικογένεια) στα οποία περιπίπτει η φροντίδα του ψυχικά πάσχοντα, ειδικά των ατόμων εκείνων που παρουσιάζουν μια υπολειμματική εικόνα, σύμφωνα με τη ψυχιατρική ορολογία. Η βιβλιογραφία αναφέρεται, εξετάζει και προσεγγίζει κυρίως το φαινόμενο του burnout, της «εξουθένωσης», των φροντιστών. Δηλαδή, το σύνολο εκείνων των επιβαρυντικών παραγόντων, αλλά και φαινομένων (φαινόμενα ψυχολογικά, οικονομικά, κοινωνικά, συναισθηματικά) τα οποία εμφανίζονται ως απόρροια της συνεχούς επαφής και στήριξης ατόμων με βαριές ψυχικές διαταραχές, ενώ υπάρχουν και σταθμισμένες κλίμακες μέτρησης της ψυχολογικής επιβάρυνσης. Για περισσότερα, βλ. Atkinson, J., M., *Families Coping With Schizophrenia: A Practitioner's Guide to Family Groups*, John Willey and Sons, Νέα Υόρκη, 1995. Επίσης, Ζήση Α., *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων*, οπ.π.,κυρίως τις σελίδες 167 -189.

ότι μια δεύτερη λειτουργικότητα της νοσηλευτικής υπηρεσίας έχει να κάνει με την αναπαράσταση και την έννοια της *φροντίδας*. Όταν μιλάμε για «φροντίδα», περιλαμβάνουμε όλες εκείνες τις αναφερόμενες καθημερινές πρακτικές οι οποίες αποσκοπούν στην ενσωμάτωση του νοσηλευόμενου στην «ρουτίνα» της κλινικής, αλλά και την ομαλή λειτουργία της κλινικής γενικότερα. Πρακτικές οι οποίες μπορεί να λαμβάνουν μια αμιγώς «χειροπιαστή» απόχρωση (όπως το τάϊσμα, το καθάρισμα, οι «μικροεπισκευές», οποιαδήποτε πράξη εμφανίζεται μέσα σε μια «οικιστική» οργάνωση). Αλλά την ίδια στιγμή λαμβάνουν και μια τόσο λεκτική, όσο και συμβολική χροιά.

> «*Εμείς σερβίρουμε, εμείς φτιάχνουμε το πρωινό, τους σερβίρουμε, το μεσημέρι πάλι το ίδιο πράγμα, θα τους σερβίρουμε, θα τους αφήσουμε να φάνε, κι αν κάτι προκύψει και κάποιος χρειαστεί βοήθεια, θα τον ταΐσουμε. Αλλά πολύ σπάνια και αυτό. Το μεσημέρι πάλι τρώνε, παίρνουν τα φάρμακά τους 1 η ώρα, και μετά ξανά 8 το βράδυ. Το βραδινό τους και παίρνουνε τα χάπια. Να, τώρα σε λίγο θα πρέπει να πάω στη κουζίνα και να πλύνω τα πιάτα. Τους κυνηγάω, κανείς δεν έρχεται. Και θα πάω μετά στο σπίτι, και εκεί τα ίδια*» (Γελάει). (Νοσηλεύτρια ΔΕ, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

> «*Έχουμε τον υπεύθυνό μας, εδώ του τμήματος, γιατί εκτός της προϊσταμένης, που τώρα λείπει με αναρρωτική, υπάρχει και ο υπεύθυνος ο οποίος είναι εκείνος που θα βγάλει το πρόγραμμα για το προσωπικό, είναι εκείνος που θα επιτάξει τις ανάγκες, όπως είναι τα τρόφιμα, τα διάφορα που χρειάζονται, τα απορρυπαντικά, και ότι άλλο χρειάζεται, που θα τρέξει εκείνος να τα συντονίσει. Ναι. Αυτές τις δουλειές κάνει εκείνος, εμείς όλα τα υπόλοιπα. Και στα νοσηλευτικά, και όταν απουσιάζει η καθαρίστρια, είμαστε εμείς καθαριστές, εμείς θα σερβίρουμε φαγητό, ακόμα θα βάλουμε και πλυντήριο για τα ρούχα τους*» (Νοσηλεύτρια ΔΕ, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Στις περισσότερες κλινικές υπάρχει η τάση για σαφή διάρθρωση: το περίφημο «καθηκοντολόγιο» ή ο καθημερινός «καταμερισμός εργασιών», συνηθέστερα σε μια έντυπη μορφή που γίνεται κάθε μέρα από τους προϊστάμενους των τμημάτων, είναι χαρακτηριστικά παραδείγματα. «*Τι έχεις αναλάβει σήμερα*;» ακούς πολλές φορές τους νοσηλευτές να κουβεντιάζουν μεταξύ τους. Βέβαια, τις περισσότερες φορές η ανεπαρκής στελέχωση των δομών νοσηλείας με νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό δεν επιτρέπει τέτοιου είδους πολυτέλειες. Όλοι τα κάνουν όλα. Και συμφέρουν.

«*Με το καθηκοντολόγιο τι γίνεται; Κάνουμε τα πάντα. Θυμάμαι, σε άλλες κλινικές οι βοηθοί θα παίρνανε και το καροτσάκι το πρωί, να περνάνε απ' όλους τους θαλάμους, εδώ η βοηθός μας, πονάει η μέση της, πονάει η μεσούλα της. Έχουμε μια βοηθό, η οποία τρέχει για τα αίματα, εμείς είμαστε και στα ράντζα, και παντού. Και τις καθημερινές δουλειές, το "στρώσιμο" εμείς, όταν χρειάζεται. Γιατί συνήθως δεν γίνεται στρώσιμο, αν ζητήσουνε οι ασθενείς μόνο, δεν περνάει η βοηθός από τον κάθε θάλαμο να ελέγξει και να τους πει, "ελάτε να στρώσουμε το κρεβάτι" εντάξει, γιατί είναι μόνη της και χρειάζεται βοήθεια. Εμείς τους λέμε για σεντόνια, περνάμε το πρωί από τους θαλάμους αν θα δούμε βρώμικα ή οι ίδιοι ζητάνε από μόνοι τους. Τους ενθαρρύνουμε να στρώνουνε τα σεντόνια μόνοι τους*» (Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Έχουμε και φύλακες. Νομίζω ότι το μεγαλύτερο ποσοστό από το νοσηλευτικό προσωπικό οι φύλακες, που επίσης εκτελούν καθήκοντα νοσηλευτή, είναι πέντε. Τα μοιραζόμαστε όλα. Βασικά δεν κάνουμε εδώ μόνο τα νοσηλευτικά καθήκοντα εδώ. Εμείς κάνουμε καθαριότητα, εμείς θα τους σερβίρουμε, εμείς θα τα μαζέψουμε, εμείς θα τα πλύνουμε, και συν το χώρο, τα κρεβάτια, την καθαριότητα. Υπάρχει μια καθαρίστρια αλλά εν απουσία αυτής, είμαστε εμείς. Και ως επί το πλείστον οι ΔΕ είναι στην καθαριότητα. Αλλά και οι άρρωστοι βοηθάνε. Όταν έχουν διάθεση. Ε, δεν υπάρχουν πάντα αυτοί που έχουν διάθεση και θέληση να το κάνουν. Υπάρχουν βέβαια κι εκείνοι, ναι. Οι οποίοι βέβαια δεν επιθυμούν να φτιάξει κανείς άλλος το κρεβάτι τους. Το φτιάχνουν. Έχει κι αυτό το κομμάτι. Συμβαίνει. Τώρα στις δουλειές, μας έχει τύχει, είχαμε την κυρία Ελένη τότε θυμάμαι, ναι, όχι, αρκετοί περνάνε. Η οποία δεν θα πω όνομα τώρα, της οποίας άρεσε να ασχολείται πολύ με την καθαριότητα. Και μην τα πιάνει κάποιος άλλος, ήθελε εκείνη να πλένει τα πιάτα, να συμμαζεύει, ν' απλώνει ρούχα*» (Νοσηλεύτρια ΔΕ, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Με τους γιατρούς, με άτομο εδώ πέρα, πάνε και από μας το νοσηλευτικό προσωπικό, μπορούν οι ασθενείς να πάνε για ένα καφέ στην καφετέρια. Αρκετά συχνά. Βέβαια στα άτομα που δεν βγαίνουνε μόνοι τους έτσι; Είναι και κάποιοι ασθενείς που έχουν άδεια από τους γιατρούς και βγαίνουνε και μόνοι τους. Κι επιστρέφουνε. Άτομα που δεν έχουν άδεια, με κάποιον, ή με τους γιατρούς ή με κάποιον από το νοσηλευτικό, τους πάμε για καφέ, καθόμαστε έξω, Εμένα πάντως αυτό που μου' χει κάτσει, εντάξει, δεν είμαι και πάρα - πάρα πολύ καιρό, εδώ, δεν πίστευα ποτέ ότι θα υπάρχουν άτομα που να μην θέλουν ούτε να φύγουν. Τους αρέσει τόσο πολύ, που δεν θέλουνε να φύγουνε. Δυσκολευόμαστε δηλαδή, να τους πείσουμε ότι ήρθε η ώρα να πάνε σπίτια τους. Δεν θέλουνε να φύγουνε. Θέλουνε να μείνουνε εδώ. Ή μας παίρνουνε τηλέφωνο, θέλουμε να ξαναρθούμε πίσω. Μου κάνει πάρα πολύ εντύπωση, γιατί ξέρω' γω, να θέλουν να φύγουν από το σπίτι τους και να θέλουν να έρθουν σ' ένα νοσοκομείο; Εντός εισαγωγικών; Κι όμως θέλουν. Απλά ξεχνάνε ότι βρίσκονται σε νοσοκομείο εδώ. Σαν*

κατασκήνωση. Απλά εδώ είναι και η νοσηλεία. Εδώ την περνάνε πάρα πολύ καλά σε σχέση με άλλα πάντα. Είναι απίστευτο δηλαδή αυτό» (Νοσηλεύτρια ΤΕ, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

Οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούν ότι το «κομμάτι» της φροντίδας του πάσχοντος υποκειμένου εμπίπτει στις αρμοδιότητές τους. Αλλά ακόμα και αν δεν θεωρούν ότι εμπίπτει, τις περισσότερες φορές δεν αρνούνται να το διεκπεραιώσουν. Μάλλον το αντίθετο. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων τις οποίες συνάντησα, το νοσηλευτικό προσωπικό, ανεξαρτήτως βαθμίδας, δημιουργεί ζεστές, και εναισθητικές σχέσεις με τους νοσηλευόμενους. Άλλωστε, η έννοια της εξατομικευμένης, της προσωπικής φροντίδας συνάδει με τον ιδεολογικό χαρακτήρα του επαγγέλματος του νοσηλευτή.[208] Θα μπορούσαμε να πούμε ότι λειτουργεί σε ένα αρκετά βιωματικό επίπεδο: «σε πρώτο πρόσωπο». Ή καλύτερα «σε πρόσωπο με πρόσωπο». Το νοσηλευτικό, αλλά και το υπόλοιπο «βοηθητικό» προσωπικό μορφοποιεί την διαπροσωπική σχέση, την «συνάντηση με τον Άλλον». Η παραπάνω δήλωση δεν αποκλείει (τουναντίον μάλλον) την περίπτωση οι σχέσεις και τα δυναμικά που αναπτύσσονται ανάμεσα στους νοσηλευόμενους και τους νοσηλευτές να έχουν πάντα μια θετική χροιά. Πολλές φορές το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί τον «κυματοθραύστη» πάνω στον οποίο «ξεσπούν» οι φαινομενολογικές εκδηλώσεις της ψύχωσης. Η φράση ενός νοσηλευτή δεν θα μπορούσε να είναι πιο ενδεικτική:

«*Να σου πω κάτι; Ότι και να λένε, οι νοσηλευτές κουβαλάνε το σταυρό. Είμαστε στην πρώτη γραμμή του πυρός, οι πρώτοι που θα μπούμε στην μάχη. Επίσης είμαστε και η τελευταία τρύπα της φλογέρας*». (Συνομιλία με Νοσηλευτή, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Θεωρούμε ότι δεν θα μπορούσαμε να ακούσουμε πιο ενδεικτική συμβολικά δήλωση. Ουσιαστικά η παραπάνω πρόταση αντικατοπτρίζει το χάσμα ανάμεσα στον πως οι

[208] Τα εγχειρίδια νοσηλευτικής δίνουν ιδιαίτερη έμφαση και βαρύτητα σε αυτή την εξατομικευμένη θεραπευτική σχέση. Η έννοια του «φροντίζειν» είναι δομική στην οργάνωση των νοσηλευτικών πρωτοκόλλων. Από τον κατάλογο των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, η έννοια της φροντίδας έχει την πρώτη θέση. Διαβάζουμε: «***Φροντίδα*** *του αρρώστου με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας. Δηλαδή, υπεύθυνη νοσηλευτική αξιολόγηση του αρρώστου, προγραμματισμός και εκτέλεση ή διδασκαλία και επίβλεψη της ολιστικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής του φροντίδας καθώς και εκτίμηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών εφαρμογών*». Ραγιά, Α., *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, προσωπική έκδοση, Αθήνα, 1993, σ. 42. Επίσης, βλ. Μαλγαρινού, Μ., Α., Κωσταντινίδου, Σ., Φ., *Νοσηλευτική*, τόμος Α., Ταβιθά, Αθήνα, 1987, σ. 35 – 94.

επαγγελματίες νοσηλευτές βιώνουν την προσφορά τους και την ανταπόδοση που έχουν λαμβάνειν.

Επανερχόμενοι στο πεδίο της φροντίδας, να θίξουμε κάποια ακόμα ζητήματα. Το πρώτο έχει να κάνει με την ανατροφοδότηση, το feedback, που δέχονται από τους νοσηλευόμενους. Και η περίπτωση του εισαγγελικού είναι χαρακτηριστικότατη. Γιατί εύλογα κάποιος θα έκανε την υπόθεση ότι πως ο «δεσμώτης» μπορεί να είναι και «φροντιστής»;

Το δεύτερο έχει να κάνει με το πώς οι επαγγελματίες νοσηλευτές βιώνουν (αλλά και αντιδρούν) την συνολική εργασιακή τους πρακτική και ρουτίνα. Τι σημαίνει γι' αυτούς το να είναι κανείς *ψυχιατρικός νοσηλευτής*.

Αναφορικά με το πρώτο ερώτημα, ας παραθέσουμε ένα απόσπασμα μιας συνέντευξης:

> *«Θυμάμαι την περίπτωση του Παναγιώτη, ενός νοσηλευτή, με λίγα λόγια τον αναφέρω στο βιβλίο μου το δεύτερο,*[209] *αλλά συνεπέφερε τόσο πολύ αυτός ο άνθρωπος μαζί μου, που είχε εμπειρία χειρουργού, χωρίς να είναι χειρουργός νοσηλευτής, και ανέλαβε να μου κάνει διανοίξεις δοθιήνων. Γιατί βαριόντουσαν οι χειρουργοί, στο Σωτηρία ν' ασχοληθούν μαζί μου. Και ανέλαβε το παιδί αυτό, έκανε υπέρβαση από τα καθήκοντά του, από το να μου δίνει τα χάπια, και προσπάθησε να μου ανοίξει τους δοθιήνες, και όταν τελικά έκανε ότι μπορούσε, και τελικά το παιδί δεν ήξερε τι να μου προσφέρει, και αποκαμωμένος μου λέει "να σε κεράσω ένα σουβλάκι". Δηλαδή ήταν τόσο αποκαμωμένος, είχε δώσει τον εαυτό του, που μου λέει "να σε κεράσω ένα σουβλάκι" και το είπε με τέτοιο τρόπο, σαν να μου' λέγε σου δίνω την καρδιά μου. Δηλαδή αυτό το σουβλάκι του Παναγιώτη, που δεν μπόρεσα να το φάω και στην κατάσταση που ήμουνα δηλαδή, η πρότασή του να μου, η πρότασή του να με κεράσει το σουβλάκι, δεν μου την έχει κάνει όχι η μάνα μου, όχι η αδελφή μου, ούτε ο πατέρας μου όταν ζούσε. Δηλαδή ο πατέρας μου θα του δίνει ευλογία από τα ουράνια που βρίσκεται. Ναι, μια χειρονομία, ναι, αυτό το να σε κεράσω ένα σουβλάκι γιατί είχαμε ξεμπλέξει απ' όλ' αυτά, να βγει το πύον, μου λέει να σε κεράσω ένα σουβλάκι, κι έτσι όπως το είπε αποκαμωμένος κι αυτός, δηλαδή εκείνη την ώρα νόμιζα ότι μου προσφέρανε ολόκληρο τον κόσμο. Σαν την γυναίκα που έφερε ένα μωρό στον*

[209] Η συγκεκριμένη γυναίκα είναι η κ. Έφη Δρακοπούλου, συγγραφέας δύο βιβλίων που περιγράφουν τη σχέση της με την πάθησή της και το σύστημα περίθαλψης. Όχι μόνο δέχθηκε να μου παραχωρήσει μια συνέντευξη, αλλά ήταν και από τους ελάχιστους που ζήτησαν να αναφερθεί ολόκληρο το ονοματεπώνυμό τους. Για περισσότερα, βλ. Δρακοπούλου, Ε., *Σπάζοντας τη σιωπή ενός ταμπού*, εκδ. Νόηση, Αθήνα, 2009., Δρακοπούλου, Ε., *Γράμματα στον Ορέστη*, εκδ. Νόηση, Αθήνα, 2010.

κόσμο, που βγήκαν οι οδύνες του εκεί εκείνη τη στιγμή. Σαν να έκανα ένα πνευματικό τοκετό. Δεν μπορώ να γίνω πιο περιγραφική. Αυτό μου' χει μείνει και όχι μόνο αυτό, από ανθρωπιά νοσηλευτών. Αφήνω τα σκοτάδια, τα σκοτάδια τ' αφήνω. Γιατί συνάντησα και σκοτάδια» (Πρώην νοσηλευόμενη)

Παραθέσαμε τη συγκεκριμένη αφήγηση λόγω της χαρακτηριστικής της σημασίας. Της *ενδεικτικότητάς* της. Όντως, στις περισσότερες των περιπτώσεων που συναντήσαμε, παρ' όλες τις τραυματικές εμπειρίες (καθηλώσεις, δια της βίας χορηγήσεις αγωγής) που ένας νοσηλευόμενος μπορεί να βιώσει, ειδικά στα αρχικά στάδια της νοσηλείας του, τις περισσότερες φορές η σχέση των νοσηλευομένων με το προσωπικό, ειδικά το νοσηλευτικό είναι ενδεικτική μιας συναισθηματικής, διαπροσωπικής σχέσης, με έντονα πολλές φορές μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα. Ουσιαστικά οι νοσηλευτές αποτελούν τα πρόσωπα αναφοράς τα οποία λειτουργούν ως οι εντολοδόχοι πολλών και διαφορετικών αιτημάτων, παραπόνων, παρακλήσεων, αναγκών. Από τις πιο απλοϊκές, έως το οτιδήποτε… «*Σας παρακαλώ, δεν μπορεί να έρθει κάποιος να πει στον Θ. να μην φωνάζει; Όλο έρχεται, ζητάει τσιγάρα, έχει καταντήσει κουραστικός…*» αναφέρει μια νοσηλευόμενη. «*Έχει καεί η λάμπα στο μπάνιο. Πως θα πάμε στην τουαλέτα; Δεν μπορεί να έρθει κάποιος να την αλλάξει;*» ή «*…θέλω τσιγάρα, αλλά ο security δεν μ' αφήνει να βγω μόνος μου. Δεν μπορεί να έρθει κάποιος μαζί μου;*». Αναφερόμαστε σε ένα σύμφυρμα καθημερινών επικοινωνιακών πρακτικών, μέσω των οποίων –κατά πολλούς- επιτυγχάνεται η περίφημη «θεραπευτική σχέση». Και αυτό γιατί οι περισσότεροι επαγγελματίες, τόσο οι ίδιοι οι νοσηλευτές, όσο και οι υπόλοιποι κλινικοί (με τους ψυχιάτρους πάντα στην κορυφή) θεωρούν ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής έχει αναβαθμιστεί, τόσο ποσοτικά, σε επίπεδο εκπαίδευσης, όσο και ποιοτικά, σε επίπεδο υποκειμένων. Θεωρούμε με σχετική βεβαιότητα ότι η γενικευμένη σωματική και λεκτική, γενικότερα η *ιδρυματική κακοποίηση*,[210] έτσι όπως έχει περιγραφεί στο τρόπο που ίσχυε μέχρι πρότινος αν όχι έχει εκλείψει, τουλάχιστον έχει περιοριστεί δραστικά. Η ύπαρξη εξειδικευμένου, και κυρίως «ορεξάτου» προσωπικού είναι ένα από τα βασικά κριτήρια που θέτουν οι επαγγελματίες, ειδικά σε δομές, όπως τα μεγάλα ψυχιατρεία, που μέχρι παλαιότερα το προσωπικό θεωρούνταν ακατάρτιστο: οι περίφημοι «πρακτικοί νοσοκόμοι».

[210] Βλ. χαρακτηριστικά την μελέτη του Χ. Ασημόπουλου, *Η Καθημερινή Ζωή στο Ψυχιατρείο: Μορφές Ιδρυματισμού και Ιδρυματικής Κακοποίησης*, οπ.π.

«*Μόνο που δυστυχώς, ακόμα, το προσωπικό δεν είναι καταρτισμένο. Ίσως να μην μπορεί να το καταλάβει αυτό. Αυτή την ανάγκη. Κατ' αρχήν εκείνο που του ' μαθες. Να τους μαζέψουμε να μιλήσουμε. Δεν γίνεται. Πού θα βγει αυτό; Πέρσι τον Ιούνιο μέχρι τον Σεπτέμβριο, ήμουν στην "Αγία"* (αναφέρεται στο συντμημένο όνομα μιας δομής νοσηλείας). *Πήγαινα σπίτι, Χριστέ μου, πήγαινα εκεί και τσίριζα, δηλαδή, το κουβαλούσα αυτό μαζί μου. Το έπαιρνα μαζί μου, έπαιρνα μαζί μου ότι γινόταν στη δουλειά. Αφού όλη την ημέρα φώναζα. Φώναζα, όχι μόνο να βάζεις όρια στους ασθενείς, αλλά και να μπορέσεις να διεκπεραιώσεις κάποια πράγματα, γιατί αν είσαι δύο άτομα και πρέπει να κάνεις τα πάντα. Και με την ευθύνη του τι θ' αφήσεις πίσω σου, στην λογοδοσία, μην έχεις ξεχάσει κάτι, απ' το να μένει ένας μόνος του εδώ να φεύγει ο άλλος να πηγαίνει παθολόγο, να ξαναγυρνάνε, να γίνεται ένας πανικός. Αυτό το πράγμα φέρνει ένταση. Και άντε το βρίσιμο τη μια φορά το αντέχεις. Τις δύο, τις τρεις κάποιες στιγμές λες "κάτσε ρε, οι γιατροί, και όλοι οι υπόλοιποι το μεσημέρι θα φύγουνε. Εμείς θα μείνουμε πίσω". Άσε τις αναρρωτικές. Πήραν αναρρωτικές τα παιδιά, λογικό. Εγώ πιστεύω ότι είναι πολύ βασικό αυτό, ότι δεν υπάρχει προσωπικό, ακόμη δεν υπάρχει αρκετό καταρτισμένο προσωπικό*» (Νοσηλεύτρια ΤΕ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Οι περισσότεροι νέοι επαγγελματίες εισήλθαν μαζικά στον χώρο της ψυχικής υγείας κάτι που αφενός ήταν ιδιαίτερα θετικό αναφορικά με την αναβάθμιση της ποιότητας φροντίδας των πασχόντων, αλλά από την άλλη δημιούργησε μια καινούρια «γενιά» επαγγελματιών οι οποίοι εκκινούν την σταδιοδρομία τους με σαφώς περισσότερα τυπικά προσόντα από τους παλαιότερους εργαζομένους.[211] Οι οποίοι αυτό που αντιτάσσουν είναι η εμπειρία τους στο πεδίο. Βέβαια, και αυτό επίσης είναι ένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικό και επαναλαμβανόμενο εύρημα, οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούν, ή καλύτερα νοιώθουν ότι αυτή η επαγγελματική αναβάθμιση και διαφοροποίηση δεν είναι τίποτ' άλλο από μια προσπάθεια εξωραϊσμού. Αναφέρει, γελώντας, ένας άρρενας νοσηλευτής: «*Ότι και να λέμε, οι "αδελφές" είμαστε. Άλλαξε ο Μανωλιός και έβαλε τα ρούχα του αλλιώς…*»

[211] Εδώ και μια 20ετία περίπου, ουσιαστικά από την περίοδο που τα Τεχνολογικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα άρχισαν να «παράγουν» επαγγελματίες, υπάρχει μια αθρόα εισροή πιο εκπαιδευμένων –όχι μόνο νοσηλευτών, αλλά πολλών επαγγελματιών υγείας- στον χώρο. Αυτό συντελεί στην μεγαλύτερη επιστημονικοποίηση του επαγγέλματος, η οποία συνεχώς διογκώνεται. Βλ. Χαρακτηριστικά, Ανδριώτη, Δ., *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Εξάντας, Αθήνα, 1998, σ. 108 - 110. Βλ επίσης, Χιωτάκης, Σ., *Για Μια Κοινωνιολογία των Ελευθέριων Επαγγελμάτων, Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών*, Οδυσσέας, Αθήνα, 1994, σ. 202 – 209.

3.3.δ. Λειτουργία 3η: ο (δεσμο-) Φύλακας

Θάλαμος μιας ψυχιατρικής κλινικής σε ένα Γενικό Νοσοκομείο. Σε ένα σιδερένιο κρεβάτι, δεμένη χειροπόδαρα με ιμάντες βρίσκεται η Κ., μια γυμνή, υπέρβαρη γυναίκα η οποία εισήχθη το προηγούμενο βράδυ με εισαγγελική παραγγελία. Γύρω της τρία άτομα, οι νοσηλευτές της πρωινής «βάρδιας» και ένας security, προσπαθούν να την ακινητοποιήσουν για να της κάνουν την ενέσιμη αγωγή, την οποία η νοσηλευόμενη δεν δέχεται επ' ουδενί. Αντιστέκεται, φωνάζει, βρίζει, προσπαθεί να χτυπήσει όποιον πλησιάζει, όσο μπορεί λόγω των ιμάντων, των «λουριών». «*Κάτσε φρόνιμα, ρε 'σεις, κρατάτε την ρε, θα μου σπάσει καμιά βελόνα μέσα, κράτα της τα χέρια*» φωνάζει στους παραβρισκόμενους συναδέλφους του μια νοσηλεύτρια. «*Αφού τινάζεται σαν μουλάρι* […] *κάτσε ήσυχη σε* παρακαλώ […] την *κρατάω, προσπαθώ…*» απαντάει φωνάζοντας ένας έτερος νοσηλευτής οποίος έχει κυριολεκτικά «πέσει» απάνω στη νοσηλευόμενη προσπαθώντας να την ακινητοποιήσει. Η νοσηλευόμενη χτυπιέται, στριφογυρνάει, τινάζει –στο μέτρο που της επιτρέπουν οι ιμάντες- χέρια, πόδια, κεφάλι δεξιά – αριστερά, ουρλιάζει, βρίζει: «*μηηηη, μηηηη, με σκοτώνετε, γαμώ τη μάνα σας κωλόπαιδα, τον παίρνετε, ξεφτιλισμένοι παλιοπουσταράδες, αφήστε με σας λέω, αφήστεεεε μεε…*». Εκείνη τη στιγμή μπαίνει μέσα ένας ψηλός, γεροδεμένος βοηθός νοσηλευτή. Βοηθάει να την ακινητοποιήσουν, η ενέσιμη αγωγή γίνεται βιαστικά. «*Άντε να δούμε τι θα κάνουν οι απογευματινοί, χωρίς άνδρα στη βάρδια…*» μονολογεί μια νοσηλεύτρια φεύγοντας. (Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου, ημερολόγιο σημειώσεων).

Η Κ. από την ώρα της εισαγωγής της είναι σε πολύ άσχημη κατάσταση. Φωνάζει, χτυπάει, βρίζει χυδαία, αρνείται ότι έχει το παραμικρό πρόβλημα. Ο λόγος της είναι ακατάληπτος, πρωτόγονος. Η διαδικασία του εισιτηρίου γίνεται με μεγάλη δυσκολία, η Κ. είναι ιδιαίτερα επιθετική. Μεταφέρεται στην κλινική και με ιδιαίτερη δυσκολία τοποθετείται σε ένα θάλαμο. Κάθε προσπάθεια επικοινωνίας είναι ατελέσφορη, η Κ. περιορίζεται (δένεται) από τα τέσσερα άκρα. Οι επόμενες μέρες τόσο για την ίδια, όσο και τους επαγγελματίες του χώρου, αλλά και για τους συνασθενείς της είναι ένας πραγματικός Γολγοθάς. Αρνείται κάθε παρέμβαση, συνεχίζει να βρίζει, να χτυπάει, σκίζει όποια ρούχα προσπαθεί το προσωπικό της κλινικής να της φορέσει, προσπαθεί μανιωδώς να λυθεί (κάτι που πολλές φορές το καταφέρνει, με αποτέλεσμα να υπάρχουν επαναλαμβανόμενες «μάχες» καθήλωσης). Παρουσιάζει «άρση αναστολών», όταν καταφέρνει να λύσει το χέρι της αυνανίζεται. Φάρμακα δεν δέχεται, η αγωγή γίνεται ενδομυϊκά, με ενέσεις, οι οποίες για να γίνουν προϋποθέτουν «μικρές μάχες». Η ατομική της υγιεινή είναι ελλιπέστατη, ουρεί επάνω της, τρώει με τα χέρια, ή την ταΐζει στο στόμα κάποιος από το προσωπικό.

Πληροφορίες πολλές δεν υπάρχουν για το ιστορικό της, ο αδελφός της έφυγε αμέσως μετά το εισιτήριο, με δυσκολία οι θεράποντες γιατροί παίρνουν κάποιες τηλεφωνικές πληροφορίες. Η κατάσταση αυτή παραμένει στάσιμη για 10 – 15 ημέρες. Σιγά, σιγά η «εικόνα» της βελτιώνεται, η Κ. αρχίζει να ηρεμεί. Είναι πιο «υποβόλιμη», δεν φέρνει πολλές αντιστάσεις στην αγωγή, αρχίζει και κοιμάται τα βράδια, αναγνωρίζει κάποια πρόσωπα από τους επαγγελματίες του χώρου, είναι σε θέση να δώσει κάποιες πληροφορίες για τη ζωή της. Γίνεται «άρση του περιορισμού», κοινώς λύνεται, και κυκλοφορεί στο χώρο με την επιτήρηση των security. Εξακολουθεί να πιστεύει ότι δεν έχει κάτι σοβαρό, δεν πιστεύει ότι πάσχει από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, αλλά παρ' όλα αυτά «εναρμονίζεται στην λειτουργία της κλινικής». Ακολουθεί πια per os φαρμακευτική αγωγή, δέχεται δηλαδή να παίρνει τα φάρμακά της σε χάπια. Σιγά, σιγά γίνεται φιλική, κινείται πιο άνετα στον χώρο, και παρ' όλο που διατείνεται ότι θέλει να φύγει, φαίνεται ότι δεν βιάζεται κιόλας… Όμως τα κρεβάτια είναι λίγα, οι υπεύθυνοι της κλινικής προσπαθούν να βρουν κάποιο συγγενή ο οποίος να ενδιαφέρεται λίγο για να κανονίσουν το εξιτήριο. Οι συγγενείς αποφεύγουν συστηματικά την επικοινωνία με το νοσοκομείο, και τελικά η Κ. παίρνει εξιτήριο μετά από ιδιαίτερες πιέσεις προς έναν από τα αδέλφια της, ο οποίος δεσμεύτηκε να έρθει να την παραλάβει. Η Κ. «απολύεται» με τη γνωστή παραίνεση: «*Μην κόψεις τα φάρμακα τώρα που είσαι καλά. Να πηγαίνεις μια φορά το μήνα να σε βλέπει ο γιατρός σου*». Η Κ. δέχεται να μου δώσει μια μικρή συνέντευξη την ημέρα του εξιτηρίου της. Μέσα στ' άλλα, αναφέρει χαρακτηριστικά:

> «…*πονάει το χέρι μου* […]. *Είναι από το δέσιμο. Με δένανε στην αρχή. Με δένανε με καλό σκοπό, να μην χτυπήσω, να μην χτυπήσω κανένα χέρι μου. Μου λέγανε ότι χτύπαγα, αλλά δεν το' θελα. Δεν το' θελα. Ντρέπομαι τώρα, ντρέπομαι πολύ, εντάξει. Αλλά τους ζήτησα συγνώμη, ζήτησα συγνώμη απ' όλα τα παιδιά*» (μου αναφέρει, ντροπαλά και με απολογητικό ύφος) (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

Η πορεία της νοσηλείας της Κ. ίσως είναι ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο εκλογικεύεται η παρουσία, αλλά και η θεμελίωση, στο εργαλειακό continuum του νοσηλευτικού επαγγέλματος τέτοιων πρακτικών οι οποίες –θεωρητικά- απέχουν παρασάγγας από το «πρωτόκολλο άσκησης» του επαγγέλματος. Ο νοσηλευτής εν-καλείται να «εκτελέσει τα καθήκοντά του» όπως αναφέρει ο λεκτικός κώδικας («βαριά» λέξη. Άλλωστε «εκτελώ» σημαίνει και «σκοτώνω». Καλύτερα ας πούμε «να φέρει εις πέρας».) όχι αναλαμβάνοντας ή τον ένα ή τον άλλο ρόλο, αλλά και τους δύο ταυτόχρονα

και παράλληλα. Η πλειονότητα, αν όχι όλοι, των συγκεκριμένων επαγγελματιών οι οποίοι ρωτήθηκαν –ανεξαρτήτως «βαθμίδας ή εκπαίδευσης- όχι μόνο δυσφορούν, αλλά ενίστανται κάθετα, τόσο σε τέτοιου τύπου πρακτικές, όσο και στην άσκησή τους από τους επαγγελματίες νοσηλευτές. Πολλές φορές ήρθε στην επιφάνεια το θέμα του φόβου. Τόσο σε σωματικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο ευθυνών.

«*Κοίταξε να δεις. Το πιο χαρακτηριστικό ήτανε το πρώτο περιστατικό που νοσηλεύτηκε εδώ με εισαγγελική. Η οποία ήτανε γυναίκα και η οποία ήτανε και φορέας του Aids. Σαν πρώτο περιστατικό, εμείς είχαμε το φόβο του αγνώστου, και είχαμε και το φόβο του λοιμώδους νοσήματος. Ο φόβος, αυτό ήταν που κυριαρχούσε στην πρώτη επαφή με τα εισαγγελικά, ήταν ο φόβος. Και κατά πόσο ήμουν απειλούμενη εγώ και κατ' επέκταση όλοι οι συνάδελφοι από αυτές τις εισαγωγές από πλευράς επιθετικότητας.* […]. *Κοίταξε, επειδή εγώ έχω έρθει αντιμέτωπη με την σωματική απειλή και με έχουν χτυπήσει και αρκετά, πριν δύο τρία χρόνια περίπου. Έγινε μια ιστορία τέλος πάντων, όπου η ασθενής εκδήλωσε την επιθετικότητά της, ξεκινώντας κυρίως από τη μητέρα της, και μετά το προέκτεινε σε μένα. Όπου ήτανε μια νεαρά κοπελίτσα, η οποία δεν σου δημιουργούσε ούτε την αίσθηση του φόβου ούτε της απειλής. Ωστόσο, ήταν με εισαγγελική παραγγελία, γιατί το κορίτσι αυτό δεν ήθελε καθόλου τις νοσηλείες, τα φάρμακα, και τα γνωστά. Άλλες φορές είναι μισό και μισό. Και δημιουργεί και έκπληξη το γεγονός ότι μπορεί να μην αισθάνομαι τόσο απειλούμενη για την σωματική μου ακεραιότητα, μερικές φορές νομίζω το αψηφώ κιόλας, σκεπτόμενη όμως τις νομικές επιπλοκές που μπορεί να έχει μια τέτοια κατάσταση. Αυτό λίγο με φοβίζει. Αν δεν κάνω αυτό που πρέπει και φύγει ο άρρωστος, τι θα επακολουθήσει, σε ποιον θα ζητηθούν ευθύνες, πού μπορεί να φτάσει μια τέτοια ιστορία, να προκαλέσει αυτός ο άρρωστος κακό σε κάποιον άλλο έξω, ή ο ίδιος πάθει κάτι μη αναστρέψιμο, αυτό είναι έτσι που σκέφτομαι περισσότερο με τις εισαγγελικές παραγγελίες. Ενώ βλέπω ότι μερικές φορές ίσως να μην χρειάζονται και όλες αυτές οι οδηγίες, ίσως και να μην χρειάζεται καν η εισαγγελική παραγγελία. Σε ότι έχει να κάνει με την σωματική μου ακεραιότητα, μερικές φορές το αψηφώ. Ίσως κακώς. Ίσως κακώς. Αλλά το βάζω μάλλον σε δεύτερη μοίρα. Και γιατί αυτό τώρα; Επειδή έχω φάει μερικές ξυλιές από αυτό το περιστατικό, μερικές κλωτσιές και τέτοια, διάφορες άλλες διάσπαρτες κι από άλλα περιστατικά; Δεν θέλω να πω ότι μου φαίνεται σαν συνήθεια* (γελάει) *αλλά τέλος πάντων*» (Υπεύθυνη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Την αλήθεια σου λέω. Αν είναι να πούμε αερολογίες, να τις πούμε. Τι να σου πω; Ότι περνάμε καλά; Ότι δεν φοβόμαστε;. Τι να σου πω; Ότι έχουμε ένα καθυστερημένο και μια απομόνωση και φοβόμαστε; Δεν τον παίρνουνε, είναι χρόνιος ασθενής. Πρέπει να αλλάξει τμήμα. Αν δεν μπορούν να τα ψάξουνε οι γιατροί να συνεννοηθούνε, γιατί εμείς υποτίθεται τον πήραμε πριν*

κάποια χρόνια και τον φέραμε εδώ. Κάποια στιγμή αρχίζει παραγνωρίζει το προσωπικό, αρχίζει γίνεται φόβος, κάποια παιδιά αισθάνονται φόβο. Ειδικά τα κορίτσια. Αυτός είναι θεόρατος. Την άλλη φορά έφυγε ο συνάδελφος, πήγε για φάρμακα, ήμουνα εγώ μόνη, όλη την ημέρα, ποια προϊστάμενη; Ποια υπεύθυνη; Πού υπάρχει αυτό; Εκτός αν θέλω αυτό το ρόλο. Γιατί υπάρχουν και τμήματα που οι υπεύθυνες εκεί, δεν σηκώνονται. Και "στείλε μου βοήθεια . Έχουμε έλλειψη στείλε μου βοήθεια". Και να βγεις και στο στρώσιμο.[212] *Εγώ με το συνάδελφο, τον υπεύθυνο, βγήκαμε εμείς το στρώσιμο. Έτσι; Και έφυγε, τη κοπάνησε, τον είχαμε ελεύθερο τον Γιώργο. Μόνο το βράδυ τον δέναμε. Κλείναμε την πόρτα*» (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Παρ' όλα αυτά, οι νοσηλευτές δέχονται να «μπουν» στο ρόλο του δεσμώτη: «*Έχουμε συνηθίσει, τα έχουμε μάθει πια*» ακούς από πολλούς.

«*Εγώ τώρα, δυο γυναίκες τι θα κάναμε μ' αυτόν τον άρρωστο; Μπορούσα εγώ να τον λύσω και να στέκομαι απ' έξω; Ήταν δυνατόν; Μια να μου δώσει μια κλωτσιά, πάει, θα μ' αφήσει ανάπηρη. Εδώ υπάρχουν και βάρδιες, που αν είναι ήσυχα και αν τα περιστατικά είναι βατά, δηλαδή με λίγα λόγια αν έχουν μπει σε μια σειρά και δεν υπάρχει φασαρία, εγώ κάνω και μόνη μου βάρδια. Μετά από τόσα χρόνια δεν έχω κανένα πρόβλημα. Ούτε αγχώνομαι, ούτε έχω αγωνία πώς θα βγει η βάρδια, ούτε "πω, πω, άμα προκύψει κάτι" ούτε, τίποτα, τίποτα, δεν με νοιάζει. Θα το αντιμετωπίσουμε. Θα φωνάξω τον security θα φωνάξω τον γιατρό, θα φωνάξω όποιον χρειαστεί, και μόνη μου δηλαδή. Αναλαμβάνω να κάνω μόνη μου βάρδια. Άσε που δεν μας βάζει, γιατί δεν γίνεται, αλλά εγώ νοιώθω ότι μπορώ να την κάνω μόνη μου την βάρδια, όταν είναι όμως, να, προχτές, ήταν μια κλινική χάλια κι αυτός δεμένος στα τέσσερα κι ήμασταν δυο γυναίκες, ε, πώς, ούτε το κρεβάτι δεν μπορούσαμε να σπρώξουμε. Ε, δεν μπορούσα να το σπρώξω το κρεβάτι. Πώς θα γίνει; Είναι ανάλογα τις βάρδιες. Και τις νύχτες. Άμα είναι ήσυχα τις νύχτες, γιατί να μην κάνω μόνη μου; Το κλειδί αυτό το βάζουμε από μέσα το βράδυ, σε περίπτωση που είναι αυτό, κλειδώνεις την πόρτα, τώρα μας την φτιάξανε την πόρτα εδώ δεν είχαμε πόρτα εδώ. Από πέρσι. Απ' έξω είναι και λίγο ψηλά, δεν είναι, τόσο χαμηλά, τώρα που φτιάξανε το μπάσκετ είναι καλό το έδαφος, αλλιώς ήταν πολύ χαμηλά κάτω. Και δεν βάζουν κι ένα φορτηγό άμμο εδώ πέρα, άμα θέλουμε να πηδήξουμε να πέσουμε στην άμμο, μην σπάσουμε και τίποτα. Τώρα βέβαια μας ανοίξανε την πόρτα, μας κλείσανε το μπάσκετ, πού θα φύγουμε; Πώς θα φύγουμε; Άντε κι άνοιξες την πόρτα και βγήκες, πού θα πας*; (αναφέρεται στο ότι δεν υπάρχει οδός διαφυγής για τους επαγγελματίες, στη περίπτωση που χρειαστεί να «τρέξουν για να γλυτώσουν»!!!) *Να σκαρφαλώσουμε. Πού να σκαρφαλώσουμε; Σαν την μαϊμού εκεί πάνω; Άλλοι γελάνε μ' αυτά, αλλά εγώ δεν γελάω καθόλου μ' αυτά, εγώ φοβάμαι. Παρ' όλο*

[212] «Βγαίνω στο στρώσιμο»: Η πρωινή ρουτίνα του στρωσίματος των κρεβατιών των ασθενών.

σου λέω τόσα χρόνια. Είχαμε παλιά ένα, ήμουν εδώ με μια συνάδελφο, καθόταν εδώ κι εγώ εκεί, είχα βάλει μια καρέκλα εδώ και τα πόδια μου εκεί για να βλέπω απ' έξω, γιατί όπως πηδάνε οι γάτες από πάνω, έτσι πήδαγε και αυτός. Εδώ ναι, πάνω απ' το πάσο ναι, άμα θέλεις το πιστεύεις. Κι εν τω μεταξύ, όπως καθόμουνα εγώ εκεί στην καρέκλα και είχα κλείσει τα μάτια μου, πώς έρχεται ο αέρας, όπως άμα περνάει κάποιος σαν να φυσάει αέρας, καθόμουνα εγώ εδώ κι είχα κλείσει τα μάτια και σαν να με φύσηξε αέρας και ανοίγω τα μάτια και καθόταν αυτή μπροστά μου. Δεν μπορούσα να την σπρώξω. Την έσπρωχνα να βγει έξω και πήδηξε από πάνω, δεν πήρα χαμπάρι πώς πήδηξε. Πώς πηδάνε οι γάτες, τακ, από πάνω, έτσι» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Οι περισσότεροι θεωρούν ότι σαφώς δεν θα έπρεπε να γίνονται καθηλώσεις, αλλά με τα παρόντα δεδομένα και δυσκολίες (με την «έλλειψη προσωπικού» να είναι το μείζον) δεν γίνεται αλλιώς. Άλλωστε, οι συνηθέστερες εναλλακτικές που προτείνονται είναι είτε η δημιουργία χώρων αποκλεισμού, «λευκών κελιών» (οι γνωστές «απομονώσεις») είτε η παρουσία πολυάριθμου προσωπικού ώστε να υπάρχει συνεχής και εξατομικευμένη παρατήρηση και φροντίδα, είτε ακόμα και η επανα-δημιουργία «κλειστών» κλινικών και τμημάτων.

«*Κρατούμενους, 69ρηδες, αυτό είχε τύχει μόνο μια φορά. Και γι' αυτό δεν θέλουμε να την κάνουμε κι επίσημα κλειστή την κλινική. (*Ερευνητής*: «Γιατί, σκεφτόσασταν να την μετατρέψετε «επίσημα» σε κλειστή;). Ναι, το σκεφτόμουνα εγώ. Πριν από πολλά χρόνια. Όταν πρωτανοίξαμε και με την παλιά διεύθυνση το' χαμε συζητήσει, και μου λέει αν το κάναμε κλειστά την κλινική, θα μας φέρνανε όλους τους υπό κράτηση, για 3 μήνες, για 4 μήνες, και με «εισαγγελική» απόφαση. Το οποίο ας πούμε, εγώ το δέχτηκα, το προσωπικό ήθελε να το κάνει κλειστή την κλινική για να παίρνει άδειες παραπάνω, το οποίο δεν ισχύει βάσει νόμου αυτό»* (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Δεν λέμε ότι εμείς είμαστε συνέχεια απίκο, αλλά μερικές φορές δεν μπορείς να κάνεις κι αλλιώς. Δεν μπορείς, με τέτοια έλλειψη προσωπικού, όταν εμείς τώρα, εμείς τώρα έχουμε 24 αρρώστους κι είμαστε δύο. Και μέσα στο σαλόνι γίνεται πανηγύρι, τώρα μέσα. Την ώρα που ήρθα εγώ μέσα, τώρα δεν ξέρω άμα ησυχάσανε; Πανηγύρι. Όταν σου λέω πανηγύρι, πανηγύρι. Ο Σ. να τηλεφωνεί εδώ, από τον διάδρομο, ο πιτσιρικάς ο Μ. να έχει το ραδιόφωνο τέρμα, οι άλλοι, ο Κ. να πάει και να 'ρχεται, ο Τ. πέρα δώθε, πέρα δώθε, πέρα δώθε, να φωνάζουν, ο ένας το 'να, ο άλλος τα' άλλο…*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Οι θάλαμοι είναι μονόκλινοι πάνω και δίκλινοι κάτω, έχουμε που βάζουμε οξέα περιστατικά, δύο τρίκλινα κι ένα τετράκλινο, το οποίο τετράκλινο είναι γυναικείο, και τώρα βάλε τώρα, τρεις γυναίκες, τέσσερις γυναίκες, η μια να είναι καθηλωμένη που είναι τώρα ας πούμε, στα τέσσερα ή στα τρία, και τσιρίζει δύο 24ωρα. Τι παρέχεις στους άλλους; Το έχω δει εγώ εδώ μέσα. Εγώ έχω μια απομόνωση μ' ένα καθυστερημένο, το ότι είναι μόνιμα χρόνιο, και για τον άλφα, βήτα λόγο είναι δω, αυτά είναι άλλα "κόλπα", κι ο άλλος είναι ο ίδιος που σκότωσε τον πατέρα του, τώρα είναι δεμένος και στο μονό θάλαμο, "πιάνει" τη μια απομόνωση τόσο καιρό τώρα. Και χρειάζεται να μπει κάποιος άλλος, αλλά δεν* […]. *Οπότε τι κάνεις; Τον δένεις. Εγώ δεν δούλεψα παλιά στο τμήμα, τότε που ήταν κλειστό, δεν ξέρω, αλλά ήταν κλειστό, μαντρωμένο μέχρι εκεί πάνω. Νομίζω στο Δαφνί έχουνε ακόμα κλειστά τμήματα. Θα ήταν ελεύθεροι. Βέβαια εκεί έχεις άλλα, μπορεί να δείρει κάποιον, να κάνει κακό στον εαυτό της, αλλά δεν έχεις αυτό. Το δέσιμο. Υπάρχουν φορές που συνεργάζεται κάποιος και τον δένεις. Υπάρχουν φορές πέντε άντρες , έξι άντρες, καράτε…*» (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Με άλλα λόγια, το μη χείρον, βέλτιστον. Αλλά το πιο ενδιαφέρον σημείο ίσως είναι αυτή, ή όχι και τόσο τυφλή, υπακοή στο Νόμο. Ένα Νόμο ο οποίος είτε αναφέρεται σε ένα ενδοβλημένο φετιχιστικό μόρφωμα, το οποίο είναι, με τη σειρά του, πανταχού παρόν και κυρίως πανταχού βλέπον και καταγράφον. Ο Νόμος, ο οποίος με τη μορφή του Ψυχιάτρου, του Εισαγγελέα, ή της ΕΔΕ[213] είναι πάντα παρών επικαθορίζοντας τη συνθήκη λειτουργίας του Υποκειμένου. Αναφέρει χαρακτηριστικά ένας νοσηλευτής:

«*Δεν υπάρχει περίπτωση, από τότε που με έτρεχαν για την ΕΔΕ, τα 'χω δει όλα. Έχασα δέκα χρόνια απ' τη ζωή μου. Φτάσαμε στα δικαστήρια, δικηγόροι, καταλαβαίνεις, βοήθεια από πουθενά, από την τσέπη μου τον πλήρωσα* (εννοεί τον δικηγόρο), *ευτυχώς ο Διευθυντής ήρθε στη δίκη, με κάλυψε. Και πάλι καλά ξεμπέρδεψα. Από τότε το 'χω φιλοσοφήσει. Πρώτα απ' όλα, να έχω καλυμμένο τον κώλο μου. Έχω και παιδιά. Δε παν να γαμηθούνε; Δέσιμο; Δέσιμο.*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Δηλαδή, σε επίπεδο *σώματος*, σε επίπεδο εργαλειακής έκφρασης και εκδήλωσης της ανισσοροπίας των σχέσεων εξουσίας, στο παράδειγμα του *νοσηλευτή* ανιχνεύουμε ίσως τη χαρακτηριστικότερη μορφή επιβολής τόσο του φαντασιακού – συμβολικού, όσο και του «ρεαλιστικού», του Πραγματικού Νόμου, παρεισφρέοντα στην απόφαση του υποκειμένου. «*Μας υποχρεώνουν να δένουμε. Αν μας φύγει και γίνει τίποτα, εμάς θα τρέχουν πρώτους*» αναφέρουν οι περισσότεροι νοσηλευτές. Και, όντως, φαίνεται ότι αυτούς «τρέχουν»

[213] ΕΔΕ: Ένορκή Διοικητική Εξέταση.

πρώτους. Παράλληλα όμως και οι ίδιοι, αλλά και το σύστημα γενικότερα (ψυχίατροι, οι διοικήσεις των νοσοκομείων) γνωρίζουν ότι, νομοθετικά, το προσωπικό υγείας των νοσοκομείων σίγουρα δεν έχει φυλακτικό ρόλο. Από την άλλη, έχει ευθύνη για την υγεία του πάσχοντα. Με ότι συνεπάγεται αυτό. Η ασάφεια ίσως στην πλέον χαρακτηριστική –αν όχι δραματική- της μορφή. Μια ασάφεια ρόλων, ευθυνών, καθηκόντων η οποία πολλές φορές αποκτά μια λυκοφωτική διάσταση. Αναφέρει ένας επαγγελματίας:

> «*Όσο δεν συμβαίνει τίποτα, δεν τρέχει και τίποτα. Όλα είναι συνάρτηση του ποιος είναι, τι συνέβη, τι έγινε, πως έγινε. Να στο πω αλλιώς. Είναι να είσαι κωλόφαρδος. Και ο καλύτερος επαγγελματίας να είσαι, αν σου κάτσει… Δες τον Βαγγέλη.* (αναφέρεται σε συνάδελφό του, νοσηλευτή) *Το καλύτερο παιδί, και σαν άνθρωπος και σαν επαγγελματίας. Και όμως σε αυτόν έκατσε. Ήταν υπεύθυνος βάρδιας, και πάνω στην αλλαγή της βάρδιας πήγε μια υστέρω και πήδηξε από ένα στηθαίο, εδώ έξω στο προαύλιο. Και έσπασε το χέρι της. Και μετά από Κανά χρόνο ήρθε αυτεπάγγελτη μήνυση από ένα εισαγγελέα. Και είδε και έπαθε για να ξεμπλέξει. Πέντε χρόνια τραβιόταν. Να στα πει ο ίδιος…*» (Νοσηλευτής, ημερολόγιο σημειώσεων, Γενικό Νοσοκομείο).

Θέμα τύχης λοιπόν; Θέμα συγκυριών; Ή θέμα υποκειμένου; Ας ακούσουμε άλλη μια αφήγηση:

> «*…αναλόγως τι θα τύχει. Αν συμβεί καμιά αυτοκτονία, κανένας θάνατος, κάτι βρε αδερφέ σε κανέναν που οι συγγενείς είναι περίεργοι και θέλουν να το τρέξουν, την πάτησες. Μπορείς να μπλέξεις όλη σου τη ζωή. Τώρα, αν γίνει κάτι με κάποιον από αυτούς τους χρόνιους ψυχωσικούς που δεν έχουν στον ήλιο μοίρα, δεν τρέχει κάστανο. Ποιος θα ενδιαφερθεί; Και από εδώ, πολλές φορές την έχουν κοπανήσει. Νοιάστηκε κανένας; Που είναι, τι έγινε; Γιατί; Γιατί ξέρουν ότι αν δεν έχει συγγενείς ή δεν είναι κανένας διπολικός που να καταλαβαίνει λίγο τι του γίνεται, ή αν δεν γίνει κάτι extreme τέλος πάντων, ποιος θα ασχοληθεί;*» (Νοσηλευτής, ημερολόγιο σημειώσεων, Γενικό Νοσοκομείο).

Ίσως να μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι ο νοσηλευτής έχει αναλάβει μια ιδιότυπη λειτουργία και λειτουργικότητα. Λειτουργεί ως το *όριο*. Το όριο, σαν η θέση εκείνη που οριοθετεί, που φυσικοποιεί τη συμβολική διάσταση της ίδιας της ανεπάρκειας, αν όχι της ανυπαρξίας των ορίων. Άλλωστε, αν προσεγγίσουμε το θέμα μας υπό αυτή την προοπτική, την προοπτική του ορίου, τότε η *καθήλωση*, υπό το πρίσμα της σημαίνουσας κορωνίδας, της ενδεικτικής των κατασταλτικών πρακτικών, τι είναι; Η δημιουργία οριοθεσίας. Αν με

δέσουν, το σώμα μου, και κατ' επέκταση ο εαυτός μου, το Εγώ μου, λειτουργεί και υφίσταται μέσα σε ένα προ- και έτερο- καθορισμένο όριο. Η *καθήλωση* είναι μία λίγο παράδοξη βέβαια (πέραν του γεγονότος ότι πονάει κιόλας…), αλλά επί της ουσίας τραγικά λειτουργική οριοθέτηση. Και μια οριοθέτηση εκ των πραγμάτων αποτρέπει και «απαγορεύει» τη μίξη, τη διάχυση, τη διύλιση, την ένωση και την συγχώνευση εν τέλει. Ο καθείς στην πραγματικότητά του. Στο χώρο του, στον «κόσμο» του. Κάτι σαν τη λειτουργία του Πατέρα, του συμβολίζοντα το Νόμο, ο οποίος μέσω της τιμωρίας όχι μόνο εκ-παιδεύει, αλλά και οριοθετεί: κατηγοριοποιεί.

Συνοψίζοντας, θεωρούμε ότι ο ψυχιατρικός συμβολικός – λεκτικός Νόμος και ο νοσηλευτικός εργαλειακός – σωματικός Νόμος (με τις εκφορές τους) συμπυκνώνουν και εκπληρώνουν αλληλοσυμπληρούμενοι τη συνολική εφαρμογή του νόμου: του Ονόματος του Πατέρα. Ο οποίος μπορεί, έχει το δικαίωμα να τιμωρεί, να νουθετεί (αν ακούγεται καλύτερα) ασκώντας την parens patriae. Μια λειτουργία η οποία είναι εντός, αλλά και εκτός νόμου ,η οποία λειτουργεί εν πολλοίς αυθαίρετα και καταχρηστικά υπακούοντας σε μια συνθήκη και μια σύμβαση η οποία είναι στο <u>όριο του Νόμου</u>. Ένας πατέρας μπορεί να τιμωρήσει το παιδί του. Μέχρι ένα όριο βέβαια. Όπως μέσα στο οικογενειακό οικο-σύστημα οι «άγραφοι» κανόνες (και η επιβολή τους, ας μη ξεχνιόμαστε) παίζουν «κρυφτό» με την άνωθεν και έξωθεν νομοθετική επιταγή, με ένα παραπλήσιο τρόπο και στο ψυχιατρικό «θεραπευτήριο» - «στρατόπεδο» οι πολίτες (οιονεί μη ενήλικες – πάσχοντες – νοσηλευόμενοι) υπό-δέχονται, τόσο σε επίπεδο Λόγου από τον Ψυχίατρο, όσο και σε επίπεδο Σώματος από το Νοσηλευτή, την εκμάθηση σχέσεων εξουσίας. Ή έστω την εκμάθηση σχέσεων συνδιαλλαγής. Επίσης, θα μπορούσαμε να συμπληρώσουμε, μαθαίνουν να τους αρέσει κιόλας.

3.4. «Στρατόπεδο» ή «Άσυλο»; Εκλεκτικές συγγένειες

«*Αν* […] *κατανοήσουμε την εξουσία ως κάτι που επίσης διαμορφώνει το υποκείμενο, ως αυτό που προσφέρει στο υποκείμενο την συνθήκη της ύπαρξής του και την τροχιά της επιθυμίας του, τότε η εξουσία δεν είναι απλώς αυτό στο οποίο εναντιωνόμαστε, αλλά επίσης, με την αυστηρή έννοια του όρου, αυτό από το οποίο εξαρτάται η ύπαρξή μας, αυτό που στεγάζουμε και φυλάσσουμε μέσα μας ως όντα*»[214] αναφέρει η Butler, υποδηλώνοντας την παρείσφρηση της εξουσίας στο πυρήνα της ατομικότητας: «…*η εξουσία, που αρχικά εμφανίζεται ως μια εξωτερική πραγματικότητα η οποία επιβάλλεται στο υποκείμενο και το υποκείμενο υποχρεώνεται να υποταχτεί, προσλαμβάνει μια ψυχική μορφή η οποία συγκροτεί την ταυτότητα του υποκειμένου με τον εαυτό του*».[215] Με άλλα λόγια, η εξουσία όχι μόνο λειτουργεί σε συνάρτηση με, αλλά αποτελεί το απαραίτητο εκείνο συστατικό πάνω στο οποίο εδράζεται η ύπαρξη του Υποκειμένου. Υπό αυτό το πρίσμα θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι συνθήκη μη εξουσίας δεν υπάρχει. Και κάτι παραπάνω: Η εξουσία παράγει όχι μόνο το Υποκείμενο, αλλά και τις συνθήκες εκείνες οι οποίες θα τις επιτρέψουν να διαιωνίσει την ίδια την ύπαρξή της, πόσο μάλλον την αποτελεσματικότητά της.

Στην αρχή του κεφαλαίου αυτού κάναμε μια προσομοίωση του ψυχιατρικού ιδρύματος με το «στρατόπεδο». Βέβαια, γνωρίζουμε καλά, ότι δεν λέμε κάτι το καινούριο, ούτε το πρωτότυπο. Κάποιος βέβαια, θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι το «σύγχρονο» ψυχιατρικό νοσοκομείο απέχει παρασάγγας από το «ψυχιατρείο» του περασμένου αιώνα (ή αιώνων) του οποίου η δομή και η λειτουργία ενείχε ένα σαφώς πιο «ολοκληρωτικό» χαρακτήρα. Δεν είναι ο στόχος μας, το αποκλειστικό *ζητούμενό* μας, ν' αποδείξουμε ότι το «ψυχιατρική δομή νοσηλείας» είναι μια «μικρογραφία», ένας συγγενής του στρατοπέδου, έστω και μακρινός. Επίσης, σε καμιά περίπτωση δεν είναι στόχος μας να αποδείξουμε το «δημοκρατικό» ή «ανθρωπιστικό» πρόσωπο ή προσωπείο του σύγχρονου μοντέλου παροχής ψυχιατρικής νοσηλείας. Ή το αντίθετο, φυσικά. Από την άλλη, κάποιες έκδηλες εκφάνσεις, κάποια από τα εμπειρικά μας δεδομένα, όπως αυτά που περιγράφηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, και κάποια τα οποία θα ακολουθήσουν, είναι τόσο προφανώς παραπλήσια, ώστε είναι αδύνατον να μην μας προκαλέσουν ν' αναρωτηθούμε. Γράφει οAgamben, αναφερόμενος στα στρατόπεδα συγκέντρωσης: «…*τα στρατόπεδα γεννιούνται*

[214] Butler, J., *Η Ψυχική Ζωή της Εξουσίας*, οπ.π., σ. 10.
[215] Butler, J., *Η Ψυχική Ζωή της Εξουσίας*, οπ.π., σ 12 -13.

όχι από το τακτικό δίκαιο (και ασφαλώς σε καμιά περίπτωση, όπως ίσως κάποιος θα μπορούσε να πιστέψει, δεν γεννιούνται από έναν ανασχηματισμό και μια εξέλιξη του σωφρονιστικού δικαίου), αλλά από την κατάσταση εξαίρεσης και από τον στρατιωτικό νόμο […]. *Είναι γνωστό πως η δικαιική βάση του εγκλεισμού στα στρατόπεδα συγκέντρωσης δεν ήταν το κοινό δίκαιο, αλλά η Schutzhaft* (κυριολεκτικά: προστατευτική φύλαξη), *ένας δικαιικός θεσμός πρωσικής προέλευσης, τον οποίο οι Γερμανοί νομικοί ταξινομούν μερικές φορές ως ένα προληπτικό αστυνομικό μέτρο, καθότι επέτρεπε να "τίθενται υπό φύλαξη" άτομα, ανεξαρτήτως οποιασδήποτε επιλήψιμης διαγωγής, αποκλειστικά και μόνο με σκοπό να αποτραπεί ένας κίνδυνος για την ασφάλεια του κράτους*».[216] Με ένα παραπλήσιο τρόπο, στα ψυχιατρικά καταστήματα, και στην περίπτωση του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου, όπως πολλάκις έχουμε αναφέρει, ή έννοια της προστατευτικής φύλαξης ενέχει ίσως τον καθοριστικότερο ρόλο, τόσο σε επίπεδο Λόγων, όσο και σε επίπεδο Σώματος: φυλακτικών, θεραπευτικών και κατασταλτικών πρακτικών. «*Όποιος εισερχόταν στο στρατόπεδο κινούνταν σε μια ζώνη αδιακρισίας μεταξύ εξωτερικού και εσωτερικού, εξαίρεσης και κανόνα, έννομου και έκνομου, όπου οι ίδιες οι έννοιες του προσωπικού δικαίου και της δικαιικής προστασίας δεν είχαν πλέον νόημα* […] το *στρατόπεδο συνιστά επίσης και τον πλέον απόλυτο βιο- πολιτικό χώρο που έλαβε ποτέ σάρκα και οστά, και όπου η εξουσία δεν έχει απέναντί της παρά μόνο την καθαρή ζωή δίχως κάποια διαμεσολάβηση. Για τον λόγο αυτό το στρατόπεδο είναι το καθαυτό παράδειγμα του πολιτικού χώρου στο σημείο όπου η πολιτική καθίσταται βιοπολιτική και ο* **homo sacer** *συγχέεται δυνητικώς με τον πολίτη*»[217] συνεχίζει ο Agamben, αναλύοντας τον τρόπο με τον οποίο το «στρατόπεδο» λειτουργεί παράγοντας τόπους αποκλεισμού, «γυμνά υποκείμενα», αλλά κυρίως παράγοντας ένα μοντέλο παραγωγής, και άσκησης εξουσίας το οποίο αργότερα θα επανεμφανιστεί με πιο εξελιγμένη μορφή, ενώ η μορφή εξουσίας που πολλοί θεωρητικοί ονομάζουν «κατάσταση εξαίρεσης» και η οποία έχει άμεση σχέση –κατά τη άποψη του γράφοντος- με το σύστημα οργάνωσης του στρατοπέδου ή του ψυχιατρείου. Αποφαίνεται ο Agamben: «*Αν αυτό αληθεύει, αν η ουσία του στρατοπέδου συνίσταται στην υλοποίηση της κατάστασης εξαίρεσης και στην επακόλουθη δημιουργία ενός χώρου όπου η γυμνή ζωή και ο κανόνας εισέρχονται σε ένα κατώφλι αδιακρισίας, τότε οφείλουμε να παραδεχτούμε ότι βρισκόμαστε δυνητικώς μπροστά στη παρουσία ενός στρατοπέδου κάθε φορά που δημιουργείται μια ανάλογη δομή, ανεξαρτήτως της σπουδαιότητας των εγκλημάτων που διαπράττονται, και οποιαδήποτε και*

[216]Agamben, G., *Homo Sacer: Κυρίαρχη Εξουσία και Γυμνή Ζωή*, μτφ. Π. Τσιαμούρας, Scripta, Αθήνα, 2005, σ. 257.
[217]Agamben, G., *Homo Sacer: Κυρίαρχη Εξουσία και Γυμνή Ζωή*, οπ.π., σ. 262.

αν είναι η ονομασία και η ειδική τοπογραφία της […] *θα πρέπει να αναμένουμε όχι μόνο την εμφάνιση νέων στρατοπέδων, αλλά και ολοένα πιο καινοφανείς και παραληρηματικούς κανονιστικούς ορισμούς της εγγραφής της ζωής στην Πόλη. Το στρατόπεδο που τώρα πια έχει εγκατασταθεί σταθερά στο εσωτερικό της, είναι ο νέος βιοπολιτικός νομός του πλανήτη*».[218]

Από τα στρατόπεδα συγκέντρωσης, και το Γκουαντάναμο μέχρι το «ζεστό» και γεμάτο θαλπωρή ψυχιατρικό θάλαμο του εκσυγχρονισμένου συστήματος περίθαλψης. Μα πως έγινε αυτό; Και πόσο αυθαίρετο είναι; Να το αναφέρουμε ακόμα μια φορά, κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο. Η αυθαιρεσία μας δεν αποσκοπεί στην *σύγκριση* και εν τέλει στην *παρομοίωση*. Αντίθετα, αποσκοπεί στην ιχνηλασία, στην ανεύρεση κάποιων κοινών χαρακτηριστικών, κάποιων πρακτικών οι οποίες φαινομενολογικά μπορεί να μην είναι *συγκρίσιμες*, αλλά αντίθετα να είναι *ενδεικτικές*. Σίγουρα οι καθηλώσεις, γενικά οι κατασταλτικές πρακτικές στις οποίες υποβάλλονται πλείστοι εκ των νοσηλευομένων στα ψυχιατρικά καταστήματα της χώρας δεν έχουν καμιά σχέση με εκείνες που ίσχυαν παλαιότερα. Ακόμα περισσότερο, μια ψυχιατρική νοσηλεία στην Ελλάδα του 2015 δεν έχει καμιά –ποιοτικά και ποσοτικά- συγκρίσιμη ομοιότητα με μια διαβίωση σε ένα στρατόπεδο συγκέντρωσης του Β Παγκοσμίου, ή μια κράτηση σε μια στρατιωτική βάση τύπου Γκουαντάναμο. Και όμως. Δεν θα ήταν ενδεικτικό το να μπορέσουμε να προσδιορίσουμε κάποιες από τις συνθήκες εκείνες που –με άλλη μάσκα, σύμφωνοι- λειτουργούν και παράγουν Υποκείμενα και Σχέσεις Εξουσίας τόσο στο «τότε και εκεί», όσο και στο «εδώ και τώρα»; Μήπως το «στρατόπεδο» ήταν το «πειραματικό στάδιο» της παραγωγής μοντέλων άσκησης ενός τύπου εξουσίας της οποίας τα παράγωγα αναδύονται σήμερα; Θέλουμε να υποστηρίξουμε αυτή τη θέση. Ας ακούσουμε λίγο την H. Arendt: «*0 απώτατος στόχος των ολοκληρωτικών κυβερνήσεων*», γράφει σε ένα ερευνητικό σχέδιο για τα στρατόπεδα συγκέντρωσης, «*είναι* […] *.η απόπειρα ολικής κυριαρχίας στον άνθρωπο. Τα στρατόπεδα συγκέντρωσης αποτελούν εργαστήρια πειραματισμού για την ολοκληρωτική κυριαρχία, διότι, καθώς η ανθρώπινη φύση είναι αυτό που είναι, ο εν λόγω στόχος μόνο κάτω από τις ακραίες συνθήκες μιας κόλασης φτιαγμένης από ανθρώπους μπορεί να πραγματοποιηθεί*».[219]

---

[218] Agamben, G., *Homo Sacer: Κυρίαρχη Εξουσία και Γυμνή Ζωή*, οπ.π., σ. 267, 270.

[219] Arendt, H., «Οι τεχνικές των κοινωνικών επιστημών και η μελέτη των στρατοπέδων συγκέντρωσης», μτφ. Β. Ιακώβου, Σύγχρονα Θέματα, τεύχος 83, 2003, σ. 48.

Κεφάλαιο 4 Ο κόσμος των «τροφίμων»

4.1. Πρόλογος

Αργά το απόγευμα, στο προαύλιο μιας κλινικής οξέων ενός ψυχιατρικού νοσοκομείου. Καπνίζω ένα τσιγάρο, περιμένοντας να έρθει η ώρα του ραντεβού μου με έναν επαγγελματία για μια συνέντευξη. Τριγύρω, στα παγκάκια, κάθονται μερικοί από τους νοσηλευόμενους. Τους κοιτάω διακριτικά, κάποιοι ανταποδίδουν το βλέμμα, κάποιοι αδιαφορούν. Σε λίγο, έρχεται ένας από τους νοσηλευόμενους, και μου μιλά. «*Φίλε, φίλε, τσιγάρο έχεις; Έχεις τσιγάρο*;». «*Δεν έχω έτοιμα, αν θέλεις να σου φτιάξω ένα*» απαντάω. «*Αααα*» αναφωνεί, μάλλον απογοητευμένος, και αλλάζει θέμα: «*Φίλε, φίλε, θα πας να μου πάρεις ένα καφέ*;». Εκείνη τη στιγμή βγαίνει στο προαύλιο ένας επαγγελματίας από το προσωπικό. «*Ρε συ, πάλι ενοχλείς τον κόσμο*;» του λέει «μισοχαμογελώντας». «*Σ' ενοχλεί*;» με ρωτάει. «*Μπα, τσιγάρο θέλει, αλλά δεν έχω*» του απαντάω. «*Έλα ρε κατεργάρη, έλα μέσα, να σου δώσω. Έλα να βάλεις και το μπουφάν σου, νύχτωσε, θα πουντιάσεις*». Ο νοσηλευτής και ο –περιχαρής- νοσηλευόμενος φεύγουν «μέσα» για τσιγάρο, αφήνοντάς με να σκέφτομαι πόσες και πόσες φορές, και εγώ ο ίδιος, έχω «κάνει τράκα» τσιγάρα. «*Περίεργο. Ποτέ δεν μου είπανε μήπως ενοχλώ…*» σκέφτηκα.

4.2. Ο κόσμος των «τροφίμων»: εισαγωγή

Όταν οι έννοιες της *ερμηνείας* και του *πλαισίου* δίδουν το στίγμα της αντικειμενικότητας: Στον «έξω κόσμο» μια «τράκα» για τσιγάρο είναι μια «τράκα». Στον «μέσα κόσμο» μια «τράκα» είναι μια «ενόχληση». Εκκινώ με αυτό τον τρόπο το συγκεκριμένο «κεφάλαιο», ακριβώς λόγω της πεποίθησής μου για την «κεφαλαιώδη» σημασία που έχει το εκάστοτε «πλαίσιο» - δομή νοσηλείας αναφορικά με την παρείσφρησή του στον τρόπο ανάγνωσης της καθημερινότητας του πάσχοντα. «*Κάθε ηθική σταδιοδρομία και, πίσω από αυτήν, κάθε εαυτός κινείται μέσα στα όρια ενός θεσμικού συστήματος, είτε ενός κοινωνικού καταστήματος, όπως ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο, είτε ενός πλέγματος προσωπικών και επαγγελματικών σχέσεων. Ο εαυτός λοιπόν μπορεί να ιδωθεί ως κάτι που εδρεύει μέσα στις ρυθμίσεις που επικρατούν σε ένα κοινωνικό σύστημα για τα μέλη του. Μ' αυτήν την έννοια, ο εαυτός δεν αποτελεί μια ιδιότητα του προσώπου στο οποίο αποδίδεται αλλά ενυπάρχει μάλλον στον τύπο κοινωνικού ελέγχου που ασκείται σε σχέση με το πρόσωπο ως μονάδα και μ' αυτούς που είναι γύρω του. Το ιδιαίτερο αυτό είδος θεσμικής ρύθμισης συγκροτεί μάλλον*

παρά στηρίζει τον εαυτό»[220] ισχυρίζεται ο Goffman, προσδιορίζοντας την σχέση εκείνη μέσω της οποίας υφίσταται ένας συνεχόμενος επαναπροσδιορισμός των αποδόσεων της ταυτότητας του υποκειμένου, και δη του «πάσχοντος» υποκειμένου. Με άλλα λόγια, το υποκείμενο – φορέας της ετικέτας «πάσχων» -και να επαναλάβουμε για μια φορά ακόμα ότι δεν είναι το πρώτιστο τουλάχιστον ενδιαφέρον μας η επαλήθευση ή η διάψευση του συγκεκριμένου ισχυρισμού- διαμέσου της διαδικασίας «*νοσηλεία*» προσδιορίζει και προσδιορίζεται, αποδέχεται, διαβεβαιώνει ή απορρίπτει (προσπαθεί τουλάχιστον) την εικόνα, την *ταυτότητα* που του προτείνεται να αναλάβει. «*Όταν όμως παρατηρήσουμε από κοντά τι τρέχει σε έναν κοινωνικό ρόλο, σε μια πλημμύρα κοινωνικής αλληλενέργειας, σε ένα κοινωνικό κατάστημα -ή σε οποιαδήποτε άλλη μονάδα κοινωνικής οργάνωσης- αυτό που βλέπουμε δεν είναι μόνο η εγκόλπωση της μονάδας. Βρίσκουμε πάντα το άτομο να χρησιμοποιεί μεθόδους για να κρατήσει κάποια απόσταση, να αφήσει χώρο, ανάμεσα στο ίδιο και σε αυτό με το οποίο οι άλλοι υποθέτουν ότι οφείλει να ταυτισθεί*»[221] συνεχίζει ο Goffman, προσδιορίζοντας σαφέστατα τη διαδικασία «αντιμετώπισης» του ψυχικά πάσχοντα από το ψυχιατρικό κατάστημα, αλλά και τους τρόπους με τους οποίους οι πάσχοντες επανα-προσδιορίζουν αυτή τη ταυτότητα. Ακολουθούμε με εμπιστοσύνη τον Goffman, λόγω ακριβώς της θέσης μας ότι από «τότε», από το δημόσιο ψυχιατρείο των ΗΠΑ στη δεκαετία του ’50 μέχρι «τώρα», μέχρι το ελληνικό μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας, όσες αλλαγές και αν επί-φαίνονται, τα «δραστικά συστατικά» που ελλοχεύουν είναι, αν όχι ταυτόσημα, τουλάχιστον παραπλήσια. Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφερθήκαμε στον «κόσμο του προσωπικού». Αναμενόμενα, οφείλουμε να συνεχίσουμε με τον «κόσμο των τροφίμων». Βέβαια το κατά πόσο αυτά τα δύο πεδία μπορούν να ελεγχθούν μέσω μιας αυτοτελούς οπτικής είναι αμφίβολο. Από την άλλη, η περιγραφή τόσο της **τυπολογίας** των νοσηλευομένων, όσο και των **πρακτικών** που αναπτύσσει (ή υποβάλλεται) ο πληθυσμός αυτός είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστικά δεδομένα. Η περιγραφή, ο προσδιορισμός, η κατηγοριοποίηση και ανάλυση αυτών των δεδομένων είναι το κύριο μέλημά μας στο συγκεκριμένο κεφάλαιο. Και ποιος ξέρει; Ίσως αλιεύσουμε κάτι απρόσμενο.

[220] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 168.
[221] Goffman, E., *Άσυλα*, οπ.π., σ. 287-288.

4.3. Η τυπολογία των νοσηλευόμενων

Τα εμπειρικά μας δεδομένα, κατ' αρχή φαίνεται να συμφωνούν με την ελληνική –αλλά και διεθνή- βιβλιογραφία.[222] Ο κύριος «όγκος» των ακούσια νοσηλευόμενων είναι άνθρωποι οι οποίοι είναι διαγνωσμένοι ως *ψυχωτικοί*.[223] Φαίνεται ότι πάνω από τα οκτώ δέκατα του συνόλου των νοσηλευόμενων μέσω της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας είναι άτομα που παλιά ονομάζονταν σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα *σχιζοφρενείς*.[224]

«*Τώρα, τι πληθυσμό νοσηλεύουμε. Η πλειοψηφία είναι ψυχώσεις. Γενικά, νοσηλεύουμε τέσσερις κατηγορίες. Ψυχώσεις με τη γενική έννοια της ψύχωσης, καταθλίψεις και διπολικούς σε μικρότερο βαθμό, τοξικομανείς, ναι, αλλά κακώς, γιατί δεν έχουμε την υποδομή όπως έχει το Δαφνί ειδικό τμήμα και όχι με τη μάζα, και φύλαξη με το άρθρο 69. Και αυτή τη στιγμή έχουμε τρία περιστατικά με φύλαξη*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Ψυχώσεις. Σε πάρα, πάρα πολύ μεγάλο ποσοστό. Είναι ο αριθμός δηλαδή θεαματικά μεγάλος υπέρ των ψυχώσεων. Δηλαδή σχιζοφρενικές ψυχώσεις κυρίως έτσι; Θα είναι μπορώ πω και το 90% των περιπτώσεων. Ίσως κατά περιόδους, μειώνεται και έχουμε και μανίες, αλλά σε γενικές γραμμές είναι πολύ - πολύ ψηλό το ποσοστό της σχιζοφρένειας*» (Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

---

[222] Για παράδειγμα, μια έρευνα στη Θεσσαλονίκη, σε ένα δείγμα 204 πασχόντων έδειξε ότι η πλειονότητα ήταν άγαμοι, με διάγνωση σχιζοφρένεια ή κάποια άλλη ψυχωσικού τύπου διαταραχή, με δεύτερη διάγνωση τη διπολική διαταραχή. Η διάρκεια νοσηλείας ήταν σαφώς μεγαλύτερη από ένα δείγμα εκούσια νοσηλευόμενων. Οι κύριες μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται με την ακούσια νοσηλεία ήταν ο αριθμός των προηγούμενων εισαγωγών καθώς και η διάγνωση. Βλ. Vosicas, V., and al., «Study of factors influencing involuntary admissions in a psychiatric department», *Psychiatriki*, τόμος 14, τεύχος 2, 2003, σ. 110 – 120.

[223] Οι περισσότερες έρευνες επιμένουν σε αυτό το εύρημα: ο κυριότερος πληθυσμός που νοσηλεύεται μέσω της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας είναι οι «ψυχωτικοί». Ενδεικτικά, βλ Way, B., Banks, S., «Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services», *Psychiatric Services*, τόμος 52, τεύχος 2, 2001, σ. 214 - 218. Wingerson, D., and al., «Use of psychiatric emergency services and enrollment status in a public managed mental health care plan», *Psychiatric Services*, τόμος 52, τεύχος 11, 2001, σ. 494 -501. Schnyder, U., and al., «Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, τόμος 99, τεύχος 3, 1999, σ. 179 -187.

[224] Φαίνεται ότι οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν ότι το «προφίλ» του ακούσια νοσηλευόμενου αναφέρεται σε ανθρώπους που είναι ανύπαντροι, άνεργοι, με επιθετική συμπεριφορά και συμπτωματολογία παραληρητικού τύπου, ενώ υπάρχει και ιστορικό προηγούμενων νοσηλειών. Βλ. και: Murgulescu, A., and al., «Characteristics of involuntary admission in a psychiatric clinic sample», *European Psychiatry* τόμος 23, τεύχος 2, 2008, σ. 341 – 342.

Συνεχίζοντας, φαίνεται ότι η δεύτερη κατηγορία η οποία νοσηλεύεται μέσω του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας είναι αυτή των «μανιοκαταθλιπτικών», οι οποίοι σύμφωνα με τα ψυχιατρικά εγχειρίδια (και στη ψυχιατρική ορολογία) αναφέρονται ως «διπολικοί»:[225] η επίσημη διάγνωση αναφέρεται ως «διπολική διαταραχή».[226] Οι κλινικοί οι οποίοι εργάζονται στις δομές νοσηλείας θεωρούν ότι αυτές οι δύο κατηγορίες είναι –και πρέπει να είναι- οι «πελάτες» της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας. Βέβαια, υπάρχουν και κάποιες άλλες κατηγορίες οι οποίες νοσηλεύονται με «εισαγγελική»: Οι «διαταραχές προσωπικότητας», οι «χρήστες ουσιών», τα «οργανικά ψυχοσύνδρομα».

> «*Ψυχώσεις, τα περισσότερα περιστατικά που βάζουμε. Ψυχώσεις, ναι, εντάξει.. Και σχιζοσυναισθηματικές και σχιζοφρένειες, υπάρχουνε. Και διπολικούς, σε φάση μανίας, σχεδόν πάντα σε φάση μανίας. Αλλά και οργανικά ψυχοσύνδρομα, και χρήστες. Χρήστες βάζουμε. Ενώ δεν θα έπρεπε να βάζουμε, βάζουμε ναι. Ενώ δεν θα έπρεπε, γιατί ένας χρήστης έρχεται με εισαγγελική εντολή, στον ψυχιατρικό τομέα του γενικού νοσοκομείου, όταν είναι σε άθλια βιολογική κατάσταση, ή όταν το περιβάλλον του έχει απαυδήσει. Και στην πρώτη περίπτωση όταν έρχεται σε άθλια κατάσταση, δηλαδή όταν μπαίνει με συμπτώματα στερητικού, δεν έχει πολλούς λόγους να νοσηλευτεί στην ψυχιατρική κλινική, έχει περισσότερους λόγους να νοσηλευθεί σε μια παθολογική κλινική έστω για τέσσερις πέντε μέρες τέλος πάντων όσο χρειαστεί να περάσουνε οι πρώτες κρίσιμες ώρες και μετά ας έρθει και στην ψυχιατρική να πάρει ιδιαίτερη φροντίδα*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Σε αυτό το σημείο να σημειώσουμε κάτι σημαντικό. Δεν είναι πρόθεσή μας ν' αναφερθούμε στο κατά πόσο το κάθε υποκείμενο δικαιούται (ή υποχρεώνεται) να

[225] Σε μια μετα-ανάλυση, ο Spengler βρήκε ότι οι περισσότερες έρευνες οι οποίες εξετάζουν τους παράγοντες που «οδηγούν» στην ακούσια νοσηλεία θεωρούν τον πρώτιστο να είναι η διάγνωση και δη η διάγνωση «σχιζοφρενικές διαταραχές», με δεύτερη τη διάγνωση «διπολική διαταραχή». Βλ. Spengler, A., «Factors influencing assignment of patients to compulsory admission», *Social Psychiatry*, τεύχος 21, 1986, σ. 113 – 122.

[226] Η διπολική διαταραχή ή μανιοκατάθλιψη όπως ονομαζόταν παλαιότερα, είναι μια διαταραχή της διάθεσης που προσβάλλει το 1-2% του πληθυσμού. Ονομάζεται «διπολική» διαταραχή γιατί η διάθεση του ατόμου παρουσιάζει ακραίες διακυμάνσεις ανάμεσα σε δύο συναισθηματικούς πόλους, τη μανία («πάνω») και την κατάθλιψη («κάτω»). Στις περιόδους των επεισοδίων μανίας, οι πάσχοντες εμφανίζονται συνήθως υπερβολικά χαρούμενοι ή ευερέθιστοι, με έντονη δραστηριότητα ή ανησυχία, ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο. Αντίθετα, κατά την διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων, παρουσιάζουν έντονη θλίψη, απελπισία, έλλειψη ενδιαφερόντων, διαταραχές του ύπνου και της πρόσληψης τροφής. Στα μεσοδιαστήματα των επεισοδίων οι ασθενείς μπορεί να έχουν φυσιολογική διάθεση. Οι εναλλαγές ή διακυμάνσεις της διάθεσης μπορεί να διαρκέσουν ώρες, μέρες, εβδομάδες ή μήνες. Λόγω της μεγάλης ποικιλομορφίας της διπολικής διαταραχής (διαφορετική βαρύτητα, είδος, συχνότητα και διάρκεια των επεισοδίων) συχνά είναι δύσκολο να αναγνωριστεί η ασθένεια, ακόμα και από γιατρούς. Μπορεί έτσι να περάσουν χρόνια προτού γίνει σωστή διάγνωση της διπολικής διαταραχής σε ένα άτομο, ώστε να λάβει την ανάλογη θεραπεία. Ενδεικτικά, βλ. Kaplan, B., Sadock, V., *Synopsis of Psychiatry*, Lippincott Williams and Wilkins, 2003, σ. 534 – 572. Επίσης, Μαδιανός, Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 259 – 269.

επωμισθεί και την ταυτότητα του ψυχικά πάσχοντα με συγκεκριμένη διάγνωση, πόσο μάλλον στο αν κάποιος «διαγνωσμένος» δικαιούται να νοσηλευτεί ακούσια η εκούσια. Παρ' όλο που θα υπεισέλθουμε στο θέμα, άλλωστε τα δεδομένα μας, μας πηγαίνουν κατά 'κει, ο κύριος στόχος μας δεν είναι αυτός. Αντίθετα, αυτό που θεωρούμε και ζωτικό, αλλά και διαφορετικό είναι το να προσπαθήσουμε να δείξουμε α) τη διαδρομή της δημιουργίας ταυτοτήτων, υποκειμενικοτήτων (πέραν του κατά πόσο είναι αληθείς) και β) τη διαλεκτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στα υποκείμενα – «πάσχοντες» και στους φορείς επέμβασης (είτε λέγεται «επαγγελματίας», είτε «νοσοκομείο», είτε «θεσμός»). Μια σχέση η οποία εν τέλει μορφοποιεί, παγιώνει τις αποδιδόμενες ταυτότητες εν είδει πραγματικότητας. Και τελικά, θα προσπαθήσουμε να ανιχνεύσουμε τη χρηστικότητα που οι «πάσχουσες» ταυτότητες, τόσο φαινομενολογικά, όσο και σε επίπεδο συμβολικής αναπαράστασης και Λόγου λειτουργούν, όπως επίσης να προσπαθήσουμε να εξακριβώσουμε το τι προϊόν **παράγουν**.

4.4. Οι «φερόμενοι ως πάσχοντες»: οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας

Ένα από τα ενδιαφέροντα σημεία – εμπειρικά ευρήματα της μελέτης άπτεται με τη διάσταση ανάμεσα στην τυπολογία των ατόμων οι οποίοι προσάγονται για νοσηλεία, και σε αυτούς που σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας «δικαιούνται» ακούσια νοσηλεία. Με άλλα λόγια, φαίνεται να υπάρχει διάσταση ανάμεσα στο πληθυσμό ο οποίος φέρεται προς εξέταση (και πολλές φορές νοσηλεύεται ακούσια) και στο πληθυσμό τον οποίο **αφορά** η έννοια της ακούσιας νοσηλείας. Το ενδιαφέρον (και κατ' εμάς αισιόδοξο) εύρημα είναι το ότι οι περισσότεροι επαγγελματίες θεωρούν ότι δεν πρέπει να εισάγεται κανένας ο οποίος να «μην πληροί» τα κριτήρια μιας ψυχικής νόσου, και μάλιστα μιας μείζονος ψυχικής νόσου. Και κάτι ακόμα πιο αισιόδοξο: Παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις, είναι πολλές εκείνες οι περιπτώσεις στις οποίες ψυχίατροι «αρνήθηκαν» την εκτέλεση μιας εισαγγελικής παραγγελίας παρ' όλη την ύπαρξη μιας σοβαρής ψυχικής διαταραχής λόγω του ότι έκριναν πως ο πάσχων είτε δεν ήταν «…σε υποτροπή…» είτε μπορούσε να ακολουθήσει τις θεραπευτικές παρεμβάσεις όντας εκτός του νοσοκομείου. Από την άλλη όμως οι ίδιοι οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν ότι ο κύριος λόγος που γίνεται αυτή η «προσπάθεια ακούσιου εγκλεισμού», από τους συγγενείς συνηθέστερα, είναι η έλλειψη εναλλακτικής:

> «*…νομίζω ότι ο νόμος δεν είναι τόσο πολύ σαφής. Γιατί βάζει πολύ μεγάλο θέμα στην επικινδυνότητα, για τον εαυτό του και τους άλλους, και δεν το συζητάμε για τον εαυτό του, γιατί αν κάποιος είναι επικίνδυνος προς τον εαυτό του συνήθως πάσχει σοβαρά. Αλλά επικίνδυνος προς τους άλλους μπορεί να είναι ξεκάθαρα και μια προσωπικότητα ή χρήση. Δηλαδή ένας τοξικομανής ή ένας αλκοολικός κάλλιστα μπορεί να είναι επικίνδυνος για τους άλλους. Αλλά γι' αυτόν, δεν έχει νόημα η ακούσια νοσηλεία, γιατί δεν περιμένεις κάτι θεραπευτικό… βέβαια υπάρχει και το άλλο που λέει αναμένεται βελτίωση από την νοσηλεία του κ.λ.π. και μπορεί να χρησιμοποιήσεις αλλά πάλι είναι δύσκολο επειδή όντως είναι επικίνδυνος. Αν κάποιος είναι αλκοολικός είναι πολύ επιθετικός πώς θα το απαντήσεις αυτό στον εισαγγελέα, γιατί όντως είναι επικίνδυνος, αλλά δεν υπάγεται στη νομοθεσία περί ακούσιας, είναι θέμα της χρήσης που κάνει, αλλά δεν περιμένεις μια βελτίωση από μια νοσηλεία*» (Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β., Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Κάποια νοσοκομεία παίρνουν, κάποια δεν παίρνουν χρήστες. Ναι. Εμείς εδώ γενικά δεν παίρνουμε, εκτός από κάποιους στους οποίους, προφανώς όμως, επειδή συνυπάρχει ψυχική διαταραχή. Αν και κανονικά λέει, απαγορεύεται στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων να δεχόμαστε τοξικοεξαρτήσεις, και οργανικά ψυχοσύνδρομα. Παρ' όλο που στην*

εφημερία τα μισά που στέλνουν οι εισαγγελίες είναι χρήστες. Αλλά τι να κάνει και αυτή η έρημη η μάνα; Μπας και έχει που να τον στείλει; Το 18 Άνω έχει πήξει. Τρελή αναμονή. Το θέμα είναι όμως πως εδώ δεν παίρνουμε, και καλώς οι γιατροί μας δεν τους βάζουν. Δεν υπάρχει θεραπευτικός στόχος. Και υποτίθεται ότι κάθε νοσοκομείο, σε κάθε γενικό νοσοκομείο, ένα από τα τμήματα που έπρεπε να δημιουργηθούν σ' ένα ψυχιατρικό τομέα, είναι και το τμήμα αντιμετώπισης εξαρτήσεων, απεξάρτησης. Μπορείς να το πεις απεξάρτησης, αντιμετώπισης τοξικομανών και χρηστών άλλων ουσιών και αλκοολικών. Το οποίο δεν έχει δημιουργηθεί ποτέ» (Προϊστάμενος Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Με χρήστες να σου πω την αλήθεια, δεν αντιμετωπίζουμε ιδιαίτερα προβλήματα. Δεν ξέρω αν είναι θέμα νοσοκομείου ή αν είναι θέμα πιο γενικό. Νομίζω ότι είναι θέμα νοσοκομείου. Εγώ ξέρω ότι στο Δρομοκαΐτειο στέλνουνε εκεί πέρα, ή στο "Γεννηματάς". Δεν ξέρω, εμάς τώρα τελευταία δεν μας στέλνουνε ιδιαίτερα εισαγγελικά που αφορούν χρήστες,. Οργανικά ψυχοσύνδρομα, όμως έχει συμβεί. Έχει συμβεί πολλές φορές, οι οποίοι έχουν ανάγκη. Τώρα που είπα για τα οργανικά ψυχοσύνδρομα. Πρόβλημα μεγάλο είναι ότι δεν υπάρχουνε δομές που να εξυπηρετούνε αυτά τα περιστατικά. Δηλαδή, δεν υπάρχει για ηλικιωμένα άτομα, τα οποία δεν είναι για να νοσηλευτούνε σε μια κλινική γενικού νοσοκομείου με εισαγγελική εντολή, έχουν ανάγκη μιας χρόνιας φροντίδας, σε μια ψυχογηριατρική μονάδα, πρόβλημα επίσης υπάρχει, και αυτό το βλέπουμε αρκετά συχνά, με άτομα μ' αυτές τις διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές. Είτε αυτισμό, είτε νοητική καθυστέρηση, που σου λέει ο γονιός "μα είναι χάλια". Και όντως είναι χάλια. Δεν μπορείς όμως να του προσφέρεις κάτι στο γενικό νοσοκομείο. Μια νοσηλεία στο γενικό νοσοκομείο αλλάζοντάς του το περιβάλλον, το μόνο που μένει είναι να τον κάνει ακόμα πιο χάλια. Και τον ίδιο και την μονάδα στην οποία μπαίνει, δηλαδή αυτή η ετερογένεια των πληθυσμών πολλές φορές δημιουργεί προβλήματα. Δεν μπορεί στον ίδιο χώρο να' χεις το παιδάκι που' ναι καθυστερημένο ή αυτιστικό με τον παππού που έχει οργανικό ψυχοσύνδρομο που έχει περάσει στην ουρολοίμωξη και φωνάζει, κι ένα ψυχωσικό. Όμως, υπάρχει, σ' αυτό ιδίως το θέμα των καθυστερημένων παιδιών, πλήρης κενό σε θέμα νοσηλείας. Περνώντας τα 18 χρόνια, που μέχρι εκεί, υπάρχουν κάποια νοσοκομεία που δέχονται αυτά τα Παιδοψυχιατρικά, μετά υπάρχει μεγάλο πρόβλημα. Κι έχει τύχει αρκετές φορές με άτομα τα οποία έχουνε τέτοια, τέτοια* […] *και τα βλέπεις να έρχονται έτσι, να φωνάζουνε, να τα σπάνε, όπως βλέπεις αυτές τις συμπεριφορές οι οποίες είναι χρόνιες όμως, και θέλουνε μια άλλου είδους αντιμετώπιση, όχι μια νοσηλεία. Δηλαδή απαραίτητη προϋπόθεση για να νοσηλευτεί κάποιος με εισαγγελικό είναι η βελτίωσή του. Αναμένουμε κάποια βελτίωση. Αν δεν αναμένεται δεν πληρείται ο δεύτερος όρος, της επικινδυνότητας. Ο δεύτερος όρος αυτός που λέει, ότι αρνείται να πάρει τα φάρμακα, που' ναι απαραίτητα για τη βελτίωσή του. Ενώ, ένας ανοϊκός για παράδειγμα, μπορεί να τα κάνει χάλια, όλα. Να χτυπάει, να βρίζει, εντάξει; Να μην τρώει, να κατουριέται πάνω του, δεν περιμένεις όμως ότι θ' αλλάξει κάτι, μια νοσηλεία. Άρα δεν*

πληρεί και τους όρους της ακούσιας νοσηλείας» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Επί της ουσίας οι παραπάνω καταγραφές συμπυκνώνουν μια από τις βασικότερες θέσεις και προβληματισμούς. Το ποιος είναι ο «πληθυσμός – στόχος» της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας. Οι περισσότεροι κλινικοί συμφωνούν ότι ο πληθυσμός – στόχος αν μη τι άλλο πρέπει να πάσχει. Και μάλιστα η πάθησή του να είναι αντιμετωπίσιμη. Γι' αυτό ίσως τον λόγο θεωρούν ότι οι δύο κύριες νοσολογικές κατηγορίες – διαγνώσεις στις οποίες έχει νόημα το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας είναι αυτές της ψύχωσης και της διπολικής διαταραχής. Από την άλλη, υπάρχουν πολλές περιπτώσεις στις οποίες τα πράγματα δεν είναι τόσο ξεκάθαρα. Τόσο σε επίπεδο διάγνωσης, όσο και σε επίπεδο φαινομενολογίας: Αν –όντως- κάποιος είναι άρρωστος ή επικίνδυνος. Σε αυτές τις περιπτώσεις σπάνια αποφεύγεται η εισαγωγή.

«*Κοίτα. Ας μην κοροϊδευόμαστε. Πολλοί λίγοι είναι εκείνοι που θα αφήσουν να φύγει ένα περιστατικό το οποίο είναι είτε αδιάγνωστο, είτε τέλος πάντων έχεις τις αμφιβολίες σου για το τι παίζει. Θα τον βάλεις. Τώρα, υπάρχουν μερικοί επιμελητές που, τι να σου πω, τους διώχνουν. Αλλά, πέραν του ότι μπορεί να βρεθείς και μπλεγμένος, ξέρω 'γω; Εμένα δεν μου πάει. Μου κάνει κάτι σαν αδιαφορία*» (Επιμελήτρια Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Αντίθετα, φαίνεται πως διαγνώσεις όπως οι «χρήστες» ή τα «οργανικά ψυχοσύνδρομα» δεν είναι επιθυμητές. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει προσπάθεια αποφυγής της εισαγωγής, κάτι όμως που δεν γίνεται με συνέπεια ή συνέχεια. Δεν υπάρχει «κεντρική γραμμή» θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε. Όπως ανέφερε ένας από τους επαγγελματίες στα παραπάνω αποσπάσματα «*…είναι θέμα νοσοκομείου…*». Πολλές είναι οι μεταβλητές οι οποίες καθορίζουν την εισαγωγή, όπως έχουμε αναφέρει και σε άλλο κεφάλαιο. Η «γραμμή» του νοσοκομείου, ο ψυχίατρος που εφημερεύει –και αποφασίζει-, παράγοντες όπως η επάρκεια κλινών, η πίεση των συγγενών, η ύπαρξη «βύσματος», αλλά και η παρουσία η όχι αυτοκτονικότητας. Μιας κατάστασης που πέραν της ύπαρξης ή όχι υποκείμενης νόσου, συνηγορεί τα μάλα στην εκτέλεση της ακούσιας παραγγελίας.

«*Θυμάμαι ένα πολύ δύσκολο περιστατικό, ήταν ένας που δεν τον έπαιρνε κανένα τμήμα γιατί ήταν αυτοκτονικός, που είχε κάψει τα οικονομικά του, τα οικογενειακά του, τα πάντα τα δίκτυά του, είχε φάει όλα τα λεφτά της αποζημίωσης είχε κάνει πολλαπλές απόπειρες τον είχανε πάει σ' άλλα τμήματα και ήταν αποφασισμένος ν' αυτοκτονήσει*. (Ερευνητής*:* «*Τον νοσηλεύσατε*

τελικά;») *Ναι. Αυτοκτόνησε. Ήταν και το μοναδικό περιστατικό που αυτοκτόνησε. Μεγάλη κρίση… Γι' αυτό λέω εγώ ότι ο μεγαλύτερος αντίπαλος είναι η συνείδησή μας. Δεν είναι ότι μας πιέζουν οι άλλοι, μας πιέζει η συνείδησή μας. Αν την πάμε τυπικά, θα' ταν καλές οι συνθήκες. Θ' αφήναμε τους αυτοκτονικούς έξω*» (Διευθυντής Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

4.5. Η τυπολογία των νοσηλευόμενων

Η Arendt, αναλύοντας τη διαχείριση της «γυμνής ζωής», απλουστευτικά του υποκειμένου χωρίς δικαιώματα, από τους μηχανισμούς της εξουσίας, αναφέρει: *«…θα λέγαμε ότι βασικό* […] *θέμα αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο εμφανίζεται και εδραιώνεται η βιοπολιτική, δηλαδή η πολιτικοποίηση της ζωής στο απλούστερο βιολογικό της επίπεδο, η αυξανομένη συμπερίληψη της φυσικής* ***γυμνής ζωής*** *του ανθρώπου στους μηχανισμούς και τους υπολογισμούς της εξουσίας»*.[227] Σύμφωνα με την Arendt (αλλά και με άλλους θεωρητικούς όπως ο Agamben, ο Bauman και η Butler) η έννοια της *γυμνής ζωής* αναφέρεται στα υποκείμενα, αλλά και στους «πληθυσμούς» εκείνους οι οποίοι ενώ τελούν υπό το κράτος δικαίου, παρ' όλα αυτά υπόκεινται σε τρόπους και μορφές διαχείρισης οι οποίοι ενέχουν τον χαρακτήρα του αυθαίρετου και του ακαθόριστου. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Agamben: «*Συνεπώς εκείνο που προσδιορίζει την κατάσταση του* ***homo sacer*** *δεν είναι τόσο η αρχέγονη αμφισημία της ιερότητας που του είναι σύμφυτη, όσο, αντιθέτως, ο ιδιαίτερος χαρακτήρας του διπλού αποκλεισμού στον οποίο βρίσκεται εγκλωβισμένος και της βίας στην οποία εκτίθεται. Αυτή η βία -η μη εγκεκριμένη θανατωση την οποία μπορεί να διαπράξει οποιοσδήποτε- δεν μπορεί να ταξινομηθεί ούτε ως θυσία ούτε ως δολοφονία, ούτε ως εκτέλεση μιας καταδίκης ούτε ως ιεροσυλία. Μακριά από τις θεσπισμένες μορφές του ανθρώπινου και του θεϊκού δικαίου διανοίγει μια σφαίρα του ανθρώπινου πραττειν που δεν είναι ούτε εκείνη του* sacrum facere (ιερώς πράττειν) *ούτε εκείνη της κοσμικής πράξης»*.[228] Το πιο ενδιαφέρον –κατ' εμάς- στοιχείο είναι η ιδιότητα που αποκτά η έννοια του Homo Sacer σε σχέση με το πλαίσιο. Με το πλαίσιο που περιγράφεται πολύ χαρακτηριστικά ως *ζώνη αδιαφορίας*: «*Ως εκ τούτου η κατάσταση που δημιουργείται στη εξαίρεση έχει αυτό ακριβώς το ξεχωριστό στοιχείο, ότι δεν μπορεί να οριστεί ούτε ως μια κατάσταση εκ των πραγμάτων (situazione di fatto) ούτε ως μια κατάσταση εκ του νόμου (situazione di diritto),*

---

[227] Arent, H., *The Origins of Totalitarianism*, Harcourt Brace Jovanovich, Νέα Υόρκη, 1979, σ. 288.

[228] Agamben, G., *Homo Sacer: Κυρίαρχη Εξουσία και Γυμνή Ζωή*, οπ.π., σ. 134. Η ανάλυση του Agamben για την έννοια και τη λειτουργικότητα του Homo Sacer ανιχνεύεται στο ρωμαϊκό δίκαιο (και χρόνους). Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Είναι ξεκάθαρος ο ρόλος του homo sacer όπως και η σημασία του για τη δόμηση της κυριαρχίας και της βιοπολιτικής. Πρόκειται για μια φιγούρα, έναν χαρακτήρα του ρωμαϊκού δικαίου, στην οποία αποτυπώνεται για πρώτη φορά η παράδοξη σχέση εξουσίας/κυριαρχίας και απλής βιολογικής ζωής. Γιατί αυτός ο χαρακτήρας παρουσιάζει τόσο ενδιαφέρον; Μα γιατί πρόκειται για κάποιον που ενώ η κοινότητα τον έχει κρίνει για κάποιο έγκλημα, εντούτοις δεν τον καταδικάζει με τους συνηθισμένους τρόπους, αλλά του αποδείδει μια ιερότητα που απαγορεύει μεν τη θυσία του, επιτρέπει όμως σε οποιοδήποτε άλλο μέλος της κοινότητας να τον σκοτώσει χωρίς τον κίνδυνο τιμωρίας. Πρόκειται επομένως για μια ζωή στο όριο, ή καλύτερα για μια παράδοξη ύπαρξη που ανοίγεται στην ανυπαρξία, για το ίδιο το μεταίχμιο μεταξύ ζωής και θανάτου*». Agamben, G., *Homo Sacer: Κυρίαρχη Εξουσία και Γυμνή Ζωή*, οπ.π., σ. 290.

αλλά θεσπίζει μεταξύ αυτών ένα παράδοξο κατώφλι αδιαφορίας…».[229] Συμφωνώντας, προτιθέμεθα να ακολουθήσουμε τόσο στην περιγραφή, όσο και στην ανάλυσή μας, κατά κύριο λόγο το συγκεκριμένο θεωρητικό σχήμα. Και αυτό γιατί θεωρούμε πως ο ακούσια νοσηλευόμενος ψυχικά πάσχων, και κυρίως η υπο-κατηγορία του «ψυχωσικού» συμπυκνώνει και ανταποκρίνεται σε αυτό που περιγράφεται ως «γυμνή ζωή», αλλά και αναδεικνύει με πολύ χαρακτηριστικό τρόπο αυτή την κατάσταση αμφισημίας, αυτή τη «ζώνη αδιαφορίας» μέσα στην οποία κινείται και αντιμετωπίζεται. Θεωρούμε, δηλαδή, ότι το υποκείμενο που περιγράφεται ως «ο ψυχωτικός» (και σαφώς όχι μόνο ο «εισαγγελικός ψυχωτικός») και ο τρόπος που τόσο το *ποιόν* του, όσο και οι *πρακτικές διαχείρισής* του (είτε οι θεραπευτικές, είτε οι κατασταλτικές) περιγράφονται και εμφανίζονται στην καθημερινή κλινική πρακτική αποτελούν ένα αξιόπιστο εργαλείο. Ένα εργαλείο μέσω του οποίου μπορούμε να προσδιορίσουμε τις εκφάνσεις, ή καλύτερα την εμφάνιση κάποιων καινοφανών πρακτικών διακυβέρνησης οι οποίες λίγη σχέση πιστεύουμε ότι έχουν με τον θεσμικό προσδιορισμό και χαρακτηρισμό τους.

4.5.α. Ο «ψυχωσικός»

Αλλά ας πάρουμε τα πράγματα από την αρχή. Η διαγνωστική κατηγορία του «ψυχωσικού» περιλαμβάνει αρκετές υπό-κατηγορίες. Τόσο σε επίπεδο διαγνωστικό και φαινομενολογικό, αλλά και σε επίπεδο αναπαραστάσεων. Για παράδειγμα, υπάρχει ο «νέος ψυχωσικός», ο «υπολειμματικός ψυχωσικός» ή ο «παρανοϊκός». Στόχος του κεφαλαίου δεν είναι μια κλινική καταγραφή της τυπολογίας της ψύχωσης. Αντίθετα, θα θέλαμε να σταθούμε σε κάποιες βασικές κατηγορίες οι οποίες είναι «σύμπλοκα» τόσο επίσημων διαγνωστικών οδηγιών, αλλά και προϊόντα τα οποία παράγονται μέσα από την «καθημερινή ζωή» στο ψυχιατρικό σύστημα γενικότερα. Να τονίσουμε για άλλη μια φορά τη βασική θέση μας:

Ο πληθυσμός των «εισαγγελικών ψυχωτικών» όχι μόνο αποτελεί την πλειοψηφία του συνόλου των ακούσια νοσηλευόμενων, αλλά πολλές φορές υφίσταται διαφορετικούς κλινικούς και νοσηλευτικούς χειρισμούς. Και το πιο σημαντικό: ο «ψυχωτικός» δεν θεωρείται από την πλειονότητα των επαγγελματιών ο «επικίνδυνος άρρωστος».[230] Αναφέρει χαρακτηριστικά μια επαγγελματίας:

[229] Agamben, G., *Homo Sacer: Κυρίαρχη Εξουσία και Γυμνή Ζωή*, οπ.π., σ. 42.
[230] Φαίνεται ότι, αν και ο πάσχων από κάποια σχιζοφρενική διαταραχή θεωρείται επικίνδυνος, πρώτον, για να θεωρηθεί φορέας επικινδυνότητας πρέπει να έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, και δεύτερον,

«*Ενώ με τους ψυχωσικούς ακόμα και στην οξύτατή τους φάση, δεν το αισθάνομαι αυτό, δεν αισθάνομαι απειλή. Ούτε από την αρρώστια που τους κάνει να κάνουν κάτι πάρα πολύ παρορμητικό*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Παρ' όλο όμως που δεν θεωρείται ο κατεξοχήν επικίνδυνος άρρωστος, ίσως είναι η κατηγορία εκείνη στην οποία εφαρμόζονται τα περισσότερα κατασταλτικά μέτρα. Και σε αυτό το σημείο θα εστιάσουμε την προσοχή μας.

«*Ενοχλητικοί. Πρώτα είναι ενοχλητικοί, και πολύ λίγες φορές είναι επικίνδυνοι. Και πολύ περισσότερο, αν είναι επικίνδυνοι, είναι επικίνδυνοι μόνο για τον εαυτό τους. Άρα, πώς λειτουργεί εδώ πέρα ο άλλος; Είσαι επικίνδυνος για τον εαυτό σου, μόνο και μόνο αν καπνίζεις τσιγάρο, γιατί δεν σε μπουζουριάζουνε ας πούμε; Επειδή είναι κοινωνικώς αποδεκτό. Αν είσαι επικίνδυνος μ' έναν ψυχωσικό χαρακτήρα, τσακ, σε παίρνουν, γιατί ταυτόχρονα είσαι και ενοχλητικός*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Όπως αναφέραμε, οι περισσότεροι επαγγελματίες, αλλά και οι ίδιοι οι νοσηλευόμενοι – όταν αναφέρονται στους συνασθενείς τους- θεωρούν ότι ο «ψυχωτικός» δεν είναι επικίνδυνος. Επιπλέον, για πολλούς, η πλειονότητα των «εισαγγελικών ψυχωσικών» ανήκει στην κατηγορία του «χρόνιου περιστατικού».

4.5.α.1. Ο «χρόνιος ψυχωσικός»

«*Αυτό καταρχάς, εγώ θεωρώ ότι ένας ψυχωσικός που έχει μπει με εισαγγελικό, κι ένας με μη εισαγγελικό, αλλά ας μείνουμε στα εισαγγελικά τις περισσότερες φορές αυτό που' χω δει εγώ τουλάχιστον, είναι κυρίως παραμελημένα άτομα. Τις περισσότερες φορές. Όχι πάντα. Αλλά δεν έχω κάνει μια στατιστική ανάλυση, δεν ξέρω, ίσως μου έκανε εντύπωση*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

αναφορικά με το ποσοστό επικινδυνότητας, φαίνεται ότι άλλες διαγνωστικές κατηγορίες αναπαρίστανται ως πιο «επικίνδυνες»: Οι *χρήστες ουσιών*, ή η *αντικοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας* αναπαριστούν ένα σαφώς υψηλότερο ρίσκο για εμφάνιση επικίνδυνης συμπεριφοράς. Βλ. Eronen, M., and al., «The psychiatric epidemiology of violent behaviour», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, τόμος 33, τεύχος 1, 1998, σ. 13 -23.

«*Χρόνια. Κυρίως χρόνια. Τα άλλα, αυτά με οξεία εισβολή, είναι πιο σπάνια. Και αυτά πάλι είναι σε τέτοια κατάσταση, που συνήθως δεν μπορεί να παρουσιαστεί σε δικαστήρια, και με δικηγόρους και με όλο αυτό. Από κει και πέρα η ενημέρωση που κάνουμε, είναι, "έχεις έρθει, είσαι με εισαγγελική εντολή" του εξηγούμε την διαδικασία με ποιο τρόπο έγινε η εισαγγελική εντολή, υπάρχει σαν γραμμή που απενεχοποιείται αυτός που έχει κάνει την αίτηση*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Ο «ψυχωσικός» νοσηλευόμενος μπορεί κάλλιστα να γίνει (και γίνεται πολλές φορές) βίαιος, επιθετικός, ενοχλητικός, αλλά σπάνια σημασιοδοτείται ως επικίνδυνος. Αυτό κυρίως ισχύει για τις περιπτώσεις εκείνες οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή κλινική γλωσσική πρακτική ως «χρόνιοι» ή «υπολειμματικοί». Συνήθως πρόκειται για άτομα με ελλιπές ή καθόλου οικογενειακό υπόβαθρο, με πολλά ελλείμματα στη λειτουργικότητα πολλές φορές σε άθλια σωματική κατάσταση: ρακένδυτοι, βρώμικοι, «παρατημένοι» ή άστεγοι. Αν υπάρχει συμπτωματολογία, είτε θα είναι «υπολειμματικού»[231] τύπου, είτε θα υπάρχει ένα «ξεθωριασμένο παραλήρημα».[232] Αυτός ο άρρωστος σπάνια αντιστέκεται στην καθήλωση, η οποία πολλές φορές γίνεται προληπτικά για να μην «το σκάσει», από το ένα άκρο (το πόδι) για λίγες ώρες ή μια μέρα. Το κύριο «μέλημα» είναι η φροντίδα: το φαγητό, το λουτρό καθαριότητας (κάποιοι έχουν μήνες να πλυθούν), η εύρεση κάποιων ρούχων, και κυρίως η παροχή τσιγάρων: αστειευόμενοι, κάποιες φορές δεν μπορούμε να μην διαπιστώσουμε ότι το τσιγάρο είναι το απόλυτο θεραπευτικό και κατασταλτικό εργαλείο και μέσο συνδιαλλαγής: «*…αν κάτσεις φρόνιμα, σε μισή ώρα θα σου δώσω τσιγάρο…*» ακούς πολλές φορές από τους νοσηλευτές προς –θεριακλήδες πλην άπορους- νοσηλευόμενους. Από ευγενικοί μέχρι αδιάφοροι, σχεδόν ποτέ εριστικοί, κάποιοι πολύ εκκεντρικοί, «βολεύονται» εύκολα ακόμα και σε συνθήκες στις οποίες άλλοι θα δυσανασχετούσαν (μπορεί να παραμείνουν αρκετές μέρες σε ράντζο στους διαδρόμους του χώρου), ενώ γρήγορα προσαρμόζονται στο χώρο και στους κώδικές του, αναπτύσσοντας τόσο πρωτογενείς, όσο και πολλές δευτερογενείς εναρμονίσεις:

[231] Όταν οι επαγγελματίες αναφέρονται με τον όρο «υπολειμματικός» συνοπτικά εννοούν τους ανθρώπους εκείνους που εμφανίζουν πολλά και σοβαρά *ελλείμματα* στην «κλινική εικόνα» τους. Τόσο στο νοητικό πεδίο, όσο και στο πεδίο της αυτοφροντίδας, των κοινωνικών δεξιοτήτων, της ομιλίας και ούτω καθ' εξής. Αν θέλαμε να εικονοποιήσουμε τον «υπολειμματικό πάσχοντα» θα μπορούσαμε να αναφερθούμε στους τροφίμους των μεγάλων ψυχιατρείων οι οποίοι έχοντας παραμείνει για πολλά συνήθως έτη, έχουν αποκτήσει έντονα τα στοιχεία του ιδρυματισμού.

[232] Χρησιμοποιούμε τον όρο «ξεθωριασμένο», ο οποίος αποτελεί ένα γλωσσικό ιδίωμα ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, προσπαθώντας να περιγράψουμε παραληρήματα τα οποία υφίστανται για χρόνια, έχουν ένα παράδοξο χαρακτήρα, δεν είναι τόσο σχηματοποιημένα (άρα και αληθοφανή) όσο παλιότερα, ενώ δεν είναι και τόσο «συμπαγή»: σαν, ακόμα και ο πάσχων, να τα πιστεύει από συνήθεια…

«*Να σου πω μια ιστορία. Για να καταλάβεις περί τίνος πρόκειται, τι κωλοχανείο είμαστε στην Ελλάδα, να σου πω ένα περιστατικό. Είχαμε έναν, ο οποίος τι έκανε; ξυριζόταν ντυνόταν κάθε πρωί, και πήγαινε απέναντι στο κυλικείο κάθε πρωί. Έπαιρνε καφέ, το "κλικ" ήταν το αγαπημένο του περιοδικό, το οποίο πολλές φορές δεν το διάβαζε, ξέρεις, το ξεφύλλιζε, κοίταζε τις εικόνες και μετά μας το έδινε. Είχαμε διαβάσει όλα τα "κλικ" εκείνης της εποχής, και κάποια άλλα περιοδικά, και κάποια στιγμή τότε μας είχε έρθει ένας λογαριασμός 30.000. Τα έγραφε. Τους έλεγε είμαι γιατρός, ψυχίατρος, γράφτε τα στο χαρτί. Και παίρνουν τηλέφωνο από το κυλικείο και λέει ένας Π., λέει, ψυχίατρος, είναι λέει εκεί, ή έχει φύγει; Και λέω μα δεν υπάρχει ψυχίατρος, ασθενής ήτανε, ένας όμως έχει φύγει. "Πω, πω" λέει η κοπέλα "30.000 μας χρωστάει" λέει, τότε. Τότε, ήτανε, εγώ όταν διορίστηκα τόσα λεφτά πρέπει να έπαιρνα, δεν νομίζω να έπαιρνα παραπάνω τότε*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Το πώς θα εξελιχθεί η νοσηλεία τους θεωρείται λίγο – πολύ δεδομένο, υπό την έννοια ότι η αναπαράσταση του προσωπικού αναφορικά με την κατάστασή τους, την πορεία τους και τις δυνατότητές τους είναι γνωστή: ιδρυματισμός. Συνήθως περιχαρακώνουν ένα προσωπικό χώρο, ο οποίος είναι μάλλον ακατάστατος, βρώμικος, χρήζοντας συνεχείς υπενθυμίσεις για τακτοποίηση, και είτε δεν κάνουν καθόλου επαφές, είτε οικειοποιούνται το χώρο (γινόμενοι ενίοτε τα «παιδιά για τα θελήματα»). Στη περίπτωση που γίνονται επιθετικοί, η όλη εικόνα *δεν είναι στοχοκατευθυνόμενη*. Μπορεί να φωνάζουν ή να απειλούν, αλλά τέτοιες συμπεριφορές εκλαμβάνονται περισσότερο σαν ενόχληση παρά σαν απειλή. Αυτοί οι «χρόνιοι» άρρωστοι όχι μόνο εξοικειώνονται εύκολα με το χώρο, αλλά επί της ουσίας, οι συνθήκες της νοσηλείας τους δεν διαφέρουν από εκείνες των εκούσιων αρρώστων. Εδώ η εισαγγελική παραγγελία λειτουργεί εν είδει «Δαμόκλειας Σπάθης» για τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες υπάρχουν μικρές «εκτροπές» αναφορικά με την λήψη της αγωγής ή την τήρηση του ωραρίου: «*είσαι με εισαγγελική, δεν θα βγαίνεις χωρίς να ενημερώνεις*…». Η χρονική διάρκεια τέτοιων νοσηλειών είναι συνήθως πιο μεγάλη (αν και αυτό δεν είναι κανόνας) είτε λόγω της δικής τους επιθυμίας να παραμείνουν στο χώρο είτε της αδυναμίας εναλλακτικής, παρόλο που είναι *ρυθμισμένοι* στη «Ψ» διάλεκτο.

Αν ακολουθήσουμε αυτή τη φαινομενολογική προσέγγιση, μπορούμε να προσδιορίσουμε μια ακόμη κατηγορία του «χρόνιου» ψυχωσικού. Αλλά όχι μόνο του ατόμου που περιγράφεται ως «χρόνιο περιστατικό», αλλά και νοσηλευομένων των οποίων η εμφάνιση και πορεία της νόσου (αλλά και η ψυχιατρική «σταδιοδρομία») είναι σχετικά μικρή.

Πρόκειται για εκείνες τις περιπτώσεις των οποίων η «κλινική εικόνα» είναι πολύ «θορυβώδης»: παρουσιάζουν τη λεγόμενη «βαριά ψυχοπαθολογία». Οι θεωρούμενες ως «βαριές» περιπτώσεις σύμφωνα με τα ψυχιατρικά κριτήρια. Πρόκειται για ανθρώπους με ιδιαίτερα δύσκολες και έντονες «συμπτωματολογίες» οι οποίοι – ασχέτως της επιθετικότητας που πιθανόν να εκδηλώνουν- παρουσιάζουν, τόσο ελλειμματική, όσο και «θορυβώδη» εικόνα. Ο χαρακτήρας, το περιεχόμενο του παραληρήματος μπορεί να έχει παράδοξο, ακατανόητο, τρομακτικό, αλλά και ιλαρό θέμα, το ρεπερτόριο σε κάποιες περιπτώσεις είναι κυριολεκτικά μοναδικό, παρεισφρέοντας στις απλούστερες των καθημερινών πρακτικών:

> Μεσημέρι, στο διάδρομο μιας ψυχιατρικής κλινικής ενός Γενικού Νοσοκομείου. Ο κ. Γ. πλησιάζει για να μου προσφέρει ένα ποτήρι νερό. «*Σας ευχαριστώ κύριε Γ. για το νεράκι…*». Ο κ. Γ. απαντάει: «*Δεν είναι νεράκι. Είναι aqua sante από τον καθεδρικό ναό της Ρώμης και κοστίζει πεντακόσια τρισεκατομμύρια ευρώ. Σε κάνει αθάνατο…*». Ο Κος Γ. σε μια άλλη περίσταση προσπαθώντας να «ανοίξει κουβέντα» με ένα συνασθενή του ο οποίος είναι δεμένος με ιμάντες σε ένα ράντζο στο διάδρομο πλησιάζει και τον ρωτάει με ιδιαίτερα ευγενικό τρόπο: «*Και εσάς για την ηλεκτρική καρέκλα σας ετοιμάζουνε*;» (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Σε τέτοιου τύπου νοσηλευόμενους, η φαρμακευτική αγωγή, είτε σε ενέσιμη μορφή, είτε per os (η ιατρική – λατινική έκφραση για την αγωγή που λαμβάνεται από το στόμα) πολλές φορές τους «πιάνει» δύσκολα, ενώ παράλληλα υπάρχουν πολλά προβλήματα στη λειτουργικότητα. Τρώνε ακατάστατα ή καθόλου, κοιμούνται «ανάποδα» (μένουν ξύπνιοι το βράδυ και κοιμούνται τις πρωινές κυρίως ώρες: το φαινόμενο αυτό στη ψυχιατρική ονομάζεται «αναστροφή ύπνου». Στη ψυχιατρική «αργκό» ο άρρωστος που «*…έχει κάνει αναστροφή…*» δεν κοιμάται το βράδυ και κοιμάται το πρωί). Πολλές φορές υπάρχει διαταραγμένη –αλλά και στενή την ίδια στιγμή- σχέση με την οικογένεια, τους γονείς, συνηθέστερα τη μητέρα. Αν *περιοριστούν* αυτό μπορεί να γίνει εύκολα, ή αντίθετα με μεγάλη δυσκολία. Γενικευτικός κανόνας δεν φαίνεται να υπάρχει. Η σχέση με το σώμα τους και τις λειτουργίες του πολλές φορές είναι ακραία έως και αυτοκαταστροφική. Άλλωστε, ένας λόγος της εισαγγελικής είναι και ο φόβος αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας: ο Α. θεωρούσε ότι είναι γεμάτος ραδιενέργεια. Μια «κλασσική» παραληρητική ιδέα, σύμφωνα με τη ψυχιατρική ορολογία. Έτσι ένα χειμωνιάτικο βράδυ με έντονα καιρικά φαινόμενα το «έσκασε» και παρέμεινε όλο το βράδυ γυμνός κάτω από

τη βροχή για να καθαρίσει από την ραδιενέργεια.. Ο Τ. μετά από μια χειρουργική επέμβαση για ένα πρόβλημα στο ουροποιητικό σύστημα, με ένα πλαστικό μαχαιράκι «ξήλωσε» όλα τα ράμματα, πιστεύοντας ότι είναι σκουλήκια. Η επιθετικότητα η οποία πολλές φορές συνοδεύει τη συμπεριφορά τους –αν και μπορεί να γίνει έντονη και ακραία, σπάνια είναι στοχοκατευθυνόμενη και επίσης σπάνια «απευθύνεται» προς το προσωπικό και γενικότερα τα «πρόσωπα κύρους». Συνηθέστερα «πηγαίνει» είτε προς την οικογένεια (να μην ξεχνάμε ότι οι περισσότερες εγκληματικές πράξεις ψυχωτικών γίνονται μέσα στην οικογένεια) είτε «γυρνάει» στον εαυτό τους. Αυτού του είδους η επικινδυνότητα δεν βιώνεται τόσο ως *απειλητική* (τουλάχιστον από τους έχοντες εμπειρία υπαλλήλους, τους «παλιούς») αλλά βιώνεται ως *απρόβλεπτη*. Τέτοιου τύπου διαγνώσεις παρουσιάζουν σχετικά μεγάλες –χρονικά- νοσηλείες και εναλλαγές καθήλωσης και «ελευθερίας», γιατί πολλές φορές είναι ιδιαίτερα διασπαστικοί. Οι υπόλοιποι άρρωστοι, αν δεν τους αποφεύγουν, τους βρίσκουν απωθητικούς και έχουν τυπικές επαφές μαζί τους, εκτός λίγων περιπτώσεων που η παρουσία τους και συμπεριφορά τους βιώνεται ως διασκεδαστική. Σπάνια φεύγουν «ελεύθεροι συμπτωμάτων», απλά παρουσιάζουν κάποια ύφεση. Το βέλτιστο σενάριο είναι να υπάρχει μια δομή να τους δεχθεί (αν όχι η οικογένεια) και να έχουν ανακτήσει ένα στοιχειώδες επίπεδο λειτουργικότητας και αυτοεξυπηρέτησης.

> «*Το βασικό πράγμα είναι το κοινωνικό. Έχουμε πολλά περιστατικά στα αζήτητα. Κι αυτό είναι αλήθεια Το μαζεύουν, έρχεται, και μετά; Πού; Πολλοί δεν θέλουν να τους πάρουνε. Ήτανε μια που περιμένει να' ρθεί η κόρη της, μιλάει δύο λεπτά στο τηλέφωνο, η κόρη της δεν θέλει να την πάρει, υπάρχει σπίτι, σχιζοφρενής πολλά χρόνια, κάθε μέρα κλαίει κι οδύρεται, πού να πάω, θέλω να πάω στο Μπραχάμι… Πώς να πάει στο Μπραχάμι στο σπίτι της; Δεν έρχεται η κόρη της να την πάρει. Να πάμε να την βάλουμε σε Ξενώνα. Ποιος Ξενώνας; Οι δικοί μας; Αν υπάρχει θέση. Και θα μπορούσε αυτό το περιστατικό να πάει. Να πάει σ' έναν ξενώνα; Όχι, θα μπορούσε να πάει σπίτι της. Και τώρα κύριε, έτσι όπως έχουν γίνει κι οι ξενώνες, τουλάχιστον νομίζω ότι και ιδιωτικοί και έξω, πρέπει να' ναι απ' το Υπουργείο, έγκριση, να μπει στη σειρά. Λοιπόν είναι ένα θέμα. Ποιος θα το πάρει; Το καθυστερημένο. Ποιος θα το πάρει; Είναι για καθυστερημένα παιδιά η "Οξέων κλινική"; Ποιος θα το πάρει; Αφού πολλές φορές νοσεί και το ίδιο το περιβάλλον. Κι εκεί έχουμε ένα θέμα. Εντάξει, αυτοί που έχουν συγγενείς, θα' ρθούν. Θα τους φέρουν τσιγάρα, αυτοί που δεν έχουν όμως; Η ζωή τους είναι τα τσιγάρα κι οι καφέδες*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Σε αυτό το σημείο να παραθέσουμε παρενθετικά μια πολύ ενδιαφέρουσα παρατήρηση: σπάνια χρησιμοποιείται η λέξη «ψύχωση» από τους ίδιους τους πάσχοντες. Πόσο μάλλον η λέξη «σχιζοφρένεια».

> «*Καθόταν ο γιατρός εκεί, έρχεται η ασθενής και λέει "γιατρέ, μου είπατε εχτές το βράδυ ότι θα φύγω" λέει "δεν μπορείτε να φύγετε", "γιατί δεν μπορώ να φύγω; Εσείς; Δεν μου το είπατε εχτές το βράδυ;". "γιατί έχεις ψυχωσική συνδρομή" της λέει."Τι είν' αυτό; έχεις ψύχωση. "Τι' ναι αυτό γιατρέ; Σε ρωτάω δεν μπορείς να μου πεις;"*» (Αφήγηση νοσηλευτή, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Παρ' όλο που οι περισσότεροι των επαγγελματιών θεωρούν ότι η αντιμετώπιση του πάσχοντα, ειδικά στο θέμα της διάγνωσης, πρέπει να εμπεριέχει μια μεγάλη «δόση αλήθειας», τις περισσότερες φορές οι συγγενείς και το «κατώτερο προσωπικό» αποφεύγει να αναφέρεται ονοματοθεσικά στην ταμπέλα «ψύχωση». Ακόμα και άνθρωποι που πάσχουν για χρόνια, με πολλαπλές νοσηλείες (πόσο μάλλον οι «νεότεροι») είτε δεν γνωρίζουν, είτε αποφεύγουν τέτοιου τύπου χαρακτηρισμούς. Είτε δεν δέχονται καθόλου την πιθανότητα να πάσχουν από κάτι (όπως αναφέραμε και στο κεφάλαιο περί «εναισθησίας») είτε, απλά, προτιμούν μια διαφορετική εκδοχή της ιστορίας ζωής τους από την (τελεσίδικη;) διάγνωση *ψύχωση*:

> «*Πρώτη φορά είχα νοσηλευτεί στην εφηβεία, στα δεκατέσσερά μου…*» (Συνεντευκτής: «*Τι είχε συμβεί τότε*;») «*Κοίτα, τότε ήμουν πολύ γρήγορη, τσαχπίνα και σε κάποια φάση νύχτωσε, και η μάνα μου μού λέει "πήγαινε να φέρεις κάτι από το χωράφι" και πάω και εγώ τρέχοντας και πατάω σε κάτι, μαλακό, σαν φίδι. Αυτό το φίδι μου 'μεινε, ότι πάτησα ένα φίδι και έκανα μια κραυγή…*» (Συνεντευκτής: «*Και πως σας πήγανε στο νοσοκομείο; Επειδή πατήσατε ένα φίδι*;») «*Ναι, με πήγανε επειδή μετά φοβόμουνα τα πάντα. Είχα τάσεις αυτοκτονίας, είχα χίλια – δύο…το καταλάβαινα ότι ήμουν άσχημα και παρακαλούσα να με βοηθήσουν…Είμαι 47 χρονών…έχω κάνει δέκα;* (νοσηλείες) *κάπου εκεί. Το πρώτο νοσοκομείο ήταν στην εφηβεία μου, στην Τασκένδη…ήτανε…από τον φόβο το 'παθα…φοβόμουνα που γαυγίζανε τα σκυλιά, φοβόμουνα τα πάντα, με παρακολουθούσανε* (οι συγγενείς) *να μην κάνω τίποτα στον εαυτό μου, και αυτά, να μην κάνω κακό στον εαυτό μου. Τα πράγματα ήταν εκεί πέρα πολύ αυστηρά και πολύ καλά. Δεν υπήρχε αυτό το χάος όπως εδώ πέρα, αντρών γυναικών και όλοι μαζί. Άλλο αντρών, άλλο γυναικών, όχι όλοι μαζί* […]. *Είχα καθίσει τρεις μήνες. Έκανα ινσουλίνη, έπαιρνα ινσουλίνη πρωί μεσημέρι βράδυ, καθότανε μαζί μου μια γυναίκα για να μην κλείσω τα μάτια και μου μίλαγε*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Συνεργασία με τους γιατρούς έχουμε, απλά το ζητούμενο είναι ότι εγώ δεν αντιμετωπίζω πρόβλημα. Κι εκεί νομίζω ότι συμφωνούμε. Τώρα, από κει και πέρα, τώρα εγώ σαν άνθρωπος λειτουργώ με λίγο πιο γρήγορο ρυθμό στη σκέψη αυτό δεν είναι όλες τις φορές. Κατανοητό; Είναι μόνο όταν χρειάζεται. Δεν χρειάζεται πάντα. Ποτέ δεν χρειάζεται πάντα. Κατανοητό. Απλά εγώ επιμένω σ' αυτό, ότι έχει αλτσχάϊμερ η μητέρα μου. Ξεχνάει. Κατανοητό; Από κει και πέρα, έγινε ότι έγινε, και πρέπει να προστατευθεί η εικόνα του δημόσιου νοσοκομείου, και η απόφαση του εισαγγελέα. Άρα, κι εγώ αυτό που ζητάω είναι Δευτέρα να φύγω. Θα γίνει κατανοητό; Αυτή τη στιγμή το ζητούμενο είναι, ότι μου ζητήθηκε μια εισαγγελική παραγγελία κατά λάθος, και μ' αυτά τα πράγματα δεν παίζουνε έτσι; Εισαγγελική παραγγελία. Εγώ τη ζήτησα κάποια στιγμή. Και ζητάω να εξεταστώ από εισαγγελέα, είναι αρνητικό το ζήτημα, καταλαβαίνεις τι ωραία που το έχω θέσει; Είναι αρνητικό, μου το αρνούνται. Μα πως ο εισαγγελέας διέταξε να με φέρουν εδώ; Δεν έχει λογική αυτό. Δεν έχει λογική αυτό. Δεν έχει λογική*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Ο συγκεκριμένος πληθυσμός θεωρούμε ότι αναπαριστά χαρακτηριστικά τους ανθρώπους εκείνους τους οποίους ο Z. Bauman έχει περιγράψει κάτω από τον τίτλο «ανθρώπινα απορρίμματα». Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Η παραγωγή "ανθρώπινων απορριμμάτων" ή ακριβέστερα αποβλήτων ανθρώπων* […]. *Πρόκειται για μια αναπόδραστη παρενέργεια αφενός της ίδιας της κατασκευής της τάξης (κάθε τάξη αναθέτει σε κάποια τμήματα του υπάρχοντος πληθυσμού τον ρόλο των "αταίριαστων", "ακατάλληλων" ή "ανεπιθύμητων") και αφετέρου της οικονομικής ανάπτυξης*».[233] Ο Goldman έχει διατυπώσει ένα αρκετά συνεκτικό ορισμό για τους χρόνιους ψυχικά αρρώστους, οι οποίοι ορίζονται σαν «…*τα άτομα εκείνα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας σε τρία ή περισσότερα πεδία της καθημερινής τους ζωής, όπως προσωπική υγιεινή και αυτοφροντίδα, δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής τους αυτονομίας*».[234] Βέβαια, ο ορισμός του Goldman δεν αναφέρεται αποκλειστικά στους «χρόνιους» πάσχοντες οι οποίοι είναι διαγνωσμένοι ως ψυχωσικοί,

[233] Bauman, Z., *Σπαταλημένες Ζωές: οι Απόβλητοι της Νεοτερικότητας*, οπ.π., σ. 17.

[234] Πέραν του κριτηρίου της οικονομικής αυτονομίας, χαρακτηριστικά των χρόνιων ψυχικά αρρώστων προσδιορίζονται σε έλλειψη βασικών δεξιοτήτων ανταπόκρισης σε απαιτήσεις και ρόλου της καθημερινής ζωής, δυσκολία ικανοποίησης βασικών αναγκών, όπως τροφής, ρουχισμού ή στέγασης, έλλειψη κινήτρων ή ικανότητας για αναζήτηση βοήθειας και υψηλή ευαλωτότητα στο stress. Βλ. Goldman, H. H., Gatozzi, A. A., Taube, C. A., «Defining and counting the chronically mentally ill», *Hospital and Community Psychiatry*, τεύχος 32, 1981, σ. 21 – 27, σ. 23.

αλλά σε μια πιο ευρεία γκάμα νοσολογικών οντοτήτων. Μέσω μιας παραπλήσιας μεθοδολογίας, ο Liberman διακρίνει τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο, σε ψυχοκοινωνικά ανάπηρο, αλλά και σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο και ψυχοκοινωνικά ανάπηρο συγχρόνως. Τα βασικά κριτήρια που συνήθως χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της χρόνιας ψυχικής διαταραχής αφορούν τη *διάγνωση*, την *ανικανότητα* και τη *διάρκεια* [235]. Να επισημάνουμε για ακόμη μια φορά ότι η συγκεκριμένη υπο-ομάδα της διαγνωστικής κατηγορίας «ψυχώσεις», αλλά και γενικά οι *ψυχωσικοί* πάσχοντες δεν θεωρούνται επικίνδυνοι. Μπορεί κάποιες φορές να αναγνωρίζονται ως βίαιοι, ως επιθετικοί, ως απρόβλεπτοι, αλλά η πλειονότητα των επαγγελματιών δεν τους θεωρεί επικίνδυνους. Και το κριτήριο που χρησιμοποιεί είναι η διάσταση του *φόβου*. Δεν τους φοβούνται.

Πλην μιας κατηγορίας.

4.5.α.2. Ο «επικίνδυνος σχιζοφρενής»

«*Να προσέχετε όσο δεν πάει άλλο. Προσέχετε γιατί είναι παρανοϊκός φουλ. Να του μιλάτε στον πληθυντικό, να μην πλησιάζετε απότομα, εντάξει; Να μην πηγαίνει μια γυναίκα μόνη της, ειδικά από τις καινούριες τις κοπέλες. Προϊσταμένη, εντάξει; Να προσέχουν οι καινούριοι, ας τον προσεγγίζουν οι παλιοί, κοίτα να έχει στις βάρδιες παλιούς μέχρι να δούμε τι θα τον κάνουμε*» αναφέρει ένας επιμελητής στη προϊσταμένη μιας ψυχιατρικής κλινικής αναφορικά με ένα νεοεισερχόμενο ασθενή με διάγνωση «παρανοϊκή ψύχωση» (Ημερολόγιο σημειώσεων, Γενικό Νοσοκομείο).

[235] Αναφορικά με τη *διάγνωση*, οι συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές που εμπλέκονται είναι η σχιζοφρενική ψύχωση, η παραληρηματική διαταραχή, άλλου τύπου ψυχωτικές διαταραχές, οι καταθλιπτικές και οι διπολικές διαταραχές (οι διαταραχές της διάθεσης), ενώ προβλήματα χρονιότητας μπορούν να προκαλέσουν οι διαταραχές προσωπικότητας, αλλά και οι σχετιζόμενες με ουσίες διαταραχές. Το κριτήριο της *ανικανότητας* επικεντρώνεται στις δυσλειτουργίες αναφορικά με τη λειτουργικότητα του ατόμου και με την έκπτωση της απόδοσής του σε εργαλειακά κυρίως πεδία της καθημερινής δραστηριότητας όπως στην αυτοφροντίδα, στην ικανότητα για ανεξάρτητη διαβίωση και οικονομική αυτοφροντίδα, στην κινητικότητα, στην ικανότητα για μάθηση και στον αυτό-προσδιορισμό. Τέλος, και αναφορικά με το κριτήριο της *χρονιότητας*, φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια –κυρίως με την ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας- έχουν επέλθει αρκετές αλλαγές. Ενώ τις προηγούμενες δεκαετίες το αναγκαίο διάστημα νοσηλείας ήταν τα δύο συνεχή χρόνια, τώρα ένα μοναδικό επεισόδιο νοσηλείας διάρκειας έξι μηνών τα τελευταία πέντε χρόνια ή δύο (ή και περισσότερες) νοσηλείες τους τελευταίους δώδεκα μήνες αποτελούν κριτήριο χρονιότητας. Βλ. Liberman, R., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, Academic Psychiatric Press, New York, 1988.

«*Από τους ψυχωσικούς, οι χειρότεροι είναι οι παρανοϊκοί. Οι οποίοι παρεμπιπτόντως σπάνια δείχνουν, σπάνια φαίνεται ότι είναι άρρωστοι. Ε, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια. Προσωπικά ήξερα παρανοϊκό που νοσούσε πάνω από δέκα χρόνια, και αν τον έβλεπες δεν θα καταλάβαινες τίποτα. Αφού και σε μένα, μετά από τόσο χρόνια δεν μου ανέφερε όλο το παραλήρημα. Αλλά και πάλι. Και αυτούς τους αρρώστους, αν τους δημιουργήσεις το αίσθημα της ασφάλειας μπορείς να κάνεις θεραπευτική σχέση. Απλά εγώ πάντα έχω το νου μου. Προσέχεις να μην σε βάλει στο παραλήρημα και τέτοια. Όσο είναι δυνατόν βέβαια. Ποτέ δεν ξέρεις. Ναι μάλλον θεωρώ αυτή την κατάσταση* (εννοεί την «παρανοϊκή ψύχωση») *την πιο επικίνδυνη. Από τις ψυχώσεις πάντα. Αλλά και πάλι. Το χειρότερο είναι να υπάρχει συννόσηση, μια* διαταραχή (εννοεί να υπάρχει μια παράλληλη διάγνωση «διαταραχή προσωπικότητας») *από πίσω…*» (Ειδικευόμενη ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Μέσα σε όλη την «γκάμα» των κατηγοριών, υπάρχει μία η παρουσία της οποίας υποδεικνύει τις αποφάσεις για το ποιες πρακτικές θα ακολουθηθούν: αν ο εισαχθείς είναι άντρας, νεαρής ή μέσης ηλικίας, με διάγνωση «παρανοϊκή διαταραχή», χωρίς εναισθησία, χωρίς πολλές νοσηλείες και ασχέτως από το «επίπεδο λειτουργικότητας και συνεργασίας» (το οποίο τις περισσότερες φορές είναι καλό: ο πάσχων φαίνεται, αλλά και λειτουργεί «φυσιολογικά»), η δομή νοσηλείας στις περισσότερες των περιπτώσεων μπαίνει σε κατάσταση «κόκκινου συναγερμού». Η κατηγορία αυτή των «ψυχωσικών» εντάσσεται σε αυτούς τους πάσχοντες οι οποίοι έχουν χαρακτηριστεί ως «νέοι» ψυχικά πάσχοντες. Το «νέοι» σαφώς και δεν αναφέρεται στην ηλικία, όσο στην έναρξη της νόσου καθώς και στην έναρξη της «σταδιοδρομίας» του ατόμου ως «επίσημα πάσχων». Απ' ότι φαίνεται η συγκεκριμένη «ομάδα» αποτελεί ένα σχετικά ανομοιογενές σύνολο. Η διάρκεια νοσηλείας τους προσδιορίζεται από ένα έως τρία χρόνια, ενώ η πορεία τους χαρακτηρίζεται από συχνές εισαγωγές σύντομης διάρκειας, όχι μόνο σε μεγάλα ψυχιατρικά καταστήματα, αλλά και σε τμήματα οξέων που λειτουργούν στην κοινότητα (κυρίως σε ψυχιατρικές κλινικές Γενικών Νοσοκομείων, κάτι που σχετίζεται άμεσα με το παρόν κείμενο). Οι διαγνώσεις είναι σύνθετες, παρουσιάζουν συγκεχυμένη εικόνα συμπτωματολογίας, ενώ σχετίζονται και με χρήση ουσιών. Τέλος, η ηλικία τους ποικίλλει από την εφηβεία, μέχρι την γεροντική ηλικία.[236] Προσωπική εντύπωση είναι ότι πρόκειται για την προσπάθεια προσδιορισμού μιας ομάδας ασθενών η οποία αποτελείται κυρίως από τους ασθενείς της «περιστρεφόμενης πόρτας», κυρίως με «διπλές» διαγνώσεις στις οποίες συνήθως περιλαμβάνεται κάποια διαταραχή προσωπικότητας: οι «δύσκολοι» άρρωστοι. Αν και θα

[236]Ζήση, Α., *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πάσχοντων*, οπ.π., σ. 30-32.

υπεισέλθουμε στο τέλος του παρόντος κεφαλαίου, να αναφέρουμε ότι στην ανάλυσή μας, η αναπαράσταση του συγκεκριμένου «δύσκολου» αρρώστου, συμβολοποιεί την κατηγόρια των πασχόντων την οποία προτιθέμεθα να την ονομάσουμε –δανειζόμενοι από τον G. Battaille- το «καταραμένο απόθεμα» της ψυχιατρικής. Θεωρούμε ότι πρόκειται για την κατηγορία εκείνη των πασχόντων μέσω της οποίας εκλογικεύονται και δικαιολογούνται, τόσο εργαλειακά, όσο και αναπαραστατικά, οι κατασταλτικές πρακτικές οι οποίες συνδέονται άμεσα με το πεδίο της επικινδυνότητας. Ας το επισημάνουμε ακόμα μια φορά αυτό. Η επικινδυνότητα του ψυχικά πάσχοντα (και οι γνώμες, στάσεις, πρακτικές που συμπαρασύρει) εδράζονται –πια- σε αυτή την κατηγορία. Η οποία τείνει να μην είναι αμιγής. Να μην είναι αποκλειστική. Ο επικίνδυνος πάσχων δεν είναι απλά ένας ακόμα «σχιζοφρενής». Μπορεί να είναι, αλλά συνήθως δεν είναι αποκλειστικά. Έχει και «*άλλα πράγματα*». Ας ακούσουμε ενδεικτικά μια περιγραφή:

> *«Εντάξει, ένας ασθενής που είναι πάρα πολύ γνωστός, όλο άκουγα γι' αυτόν και ήταν ένας που ήταν πολύ επικίνδυνος, σχιζοφρενής* […]. *Εγώ τον είχα ακούσει, ότι είχαν αναγκαστεί γιατροί ν' αλλάξουν τα τηλέφωνά τους γιατί τους απειλούσε, βρήκε τα τηλέφωνα του σπιτιού τους τα 'χανε βάλει στο απόρρητο και παρ' όλ' αυτά πάλι τους βρήκε, τους παρακολουθούσε, είχε σπάσει αυτοκίνητα, είχε πάει στο νεκροταφείο στον τάφο της μάνας του ξέρω γω του πατέρα του κάτι είχε σπάσει τον τάφο και εδώ πέρα πάλι επίσης κυκλοφορεί συνέχεια αυτός ο ασθενής. Και εδώ, μπαίνει ανά τακτά διαστήματα, κι εδώ είχε δημιουργήσει πολλά προβλήματα τώρα νομίζω τον είχανε στείλει στην τελευταία εισαγγελική πάλι που 'χαμε κι εμείς τις επισχέσεις*[237] *είχε έρθει τώρα τον τελευταίο μήνα δύο φορές σε δικές μου εφημερίες.* (Συνεντευκτής: «*Με εισαγγελική;*»). *Πάντα με εισαγγελική, είναι πολύ επικίνδυνος, και ξέρεις αυτός είναι κι ένας ασθενής που έχει αυτό το ύφος ότι είναι πολύ ευφυής ρε παιδί μου, θα σε ρωτήσει, ή πρέπει να του μιλήσεις πάντα στον πληθυντικό, με πολύ ευγένεια, κρατάει τα ονόματα κρατάει τις φάτσες, μπορεί να σε παρακολουθήσει παρανοϊκός και πολύ επικίνδυνος. Αν και εγώ πολύ καλά σαν ασθενή δεν τον ξέρω γιατί δεν είχε τύχει ποτέ να τον έχω δικό μου ασθενή, αλλά σου λέω η φήμη του προηγείται της παρουσίας του. Δηλαδή, άκουγα τ' όνομά του συνέχεια και κάποια στιγμή είχαμε εφημερία και ήταν αλλαγή κι ήμασταν τρεις γιατροί μέσα σ' ένα ιατρείο ξέρεις, και δεν ξέραμε, περιμέναμε να' ρθεί ο επιμελητής να' ρθεί ο διευθυντής να μιλήσουμε να δούμε τι θα κάνουμε, δηλαδή είναι, βεβαίως σε ρωτάει και ποιος είσ' εσύ, και πώς σε λένε, κι από πού είσαι και τα λοιπά*» (Ειδικευόμενη Ψυχίατρος, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

[237] Επίσχεση εργασίας. Για ένα μεγάλο διάστημα, την περίοδο που γίνονταν η έρευνα πεδίου, οι γιατροί κάνανε επισχέσεις εργασίας, λόγω μη καταβολής από τις υπηρεσίες τους των δεδουλευμένων (δεν πληρώνονταν για τις εφημερίες που είχαν ήδη κάνει).

Θεωρούμε ότι μέσα στη παραπάνω αφήγηση ανιχνεύονται τα χαρακτηριστικά που ουσιαστικά προσδιορίζουν την ομάδα των «δύσκολων» ψυχιατρικών αρρώστων. Το ενδιαφέρον σημείο εδώ είναι το κριτήριο της επιθετικότητας. Φαίνεται δηλαδή πως αυτή η «υποομάδα» ανάμεσα στους ψυχικά πάσχοντες, είναι έντονα αξιολογημένη υπό όρους επιθετικότητας, η οποία κρίνεται ως και η πιο δύσκολη, τόσο αναφορικά με τη νοσηλεία της, όσο και αναφορικά με την μετάβαση –αλλά και την ενσωμάτωση- σε κάποια εξωνοσοκομειακή, κοινοτική δομή.[238] Η συγκεκριμένη ομάδα φαίνεται να παρουσιάζει κάποια συγκεκριμένα, κοινά, χαρακτηριστικά: 1)σχετικά νέοι σε ηλικία, άνδρες, οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία των «νέων» ψυχικά πασχόντων, 2) επιδεικνύουν επαναλαμβανόμενη επιθετική συμπεριφορά, 3)χαρακτηρίζονται από παραπλήσιες «προβληματικές» συμπεριφορές, όπως τάσεις φυγής, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, 4)παρουσιάζουν φτωχή συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή, ή και αντίσταση σε αυτή (poor compliance/drug resistant), 5) η κύρια κλινική διάγνωση είναι η σχιζοφρενική ψύχωση με υψηλά επίπεδα άγχους, 6) έχουν αξιολογηθεί αρνητικά από το προσωπικό (των ιδρυμάτων νοσηλείας ή των κοινοτικών στεγαστικών δομών) ως ασθενείς που προκαλούν προβλήματα (επιθετικότητα, ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά), 6) στον πληθυσμό αυτό ανευρίσκονται άτομα με μαθησιακές δυσκολίες ή εγκεφαλικές βλάβες, ενώ παρουσιάζουν και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (τάσεις αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμού).[239] Στις περιπτώσεις νοσηλείας τέτοιου τύπου πασχόντων, συνήθως τηρούνται «αποστάσεις» από αυτόν: οι συζητήσεις είναι (ή τουλάχιστον πρέπει να είναι) ολιγόλεπτες, τυπικές και «καθαρές» χωρίς υπονοούμενα, περιορισμένες συνήθως σε ένα επιφανειακό, καθημερινό επίπεδο. Πολλές φορές οι πληροφορίες για το τι πραγματικά συμβαίνει δεν αναφέρονται από τον άρρωστο (ούτε καν στον προσωπικό του γιατρό), αλλά προέρχονται από την οικογένεια. Οι περισσότεροι επαγγελματίες θεωρούν ότι αναφορικά με αυτούς τους αρρώστους χρειάζεται να επιδεικνύουν μεγάλη προσοχή ώστε να λαμβάνουν κανονικά την φαρμακευτική αγωγή. Εννοείται ότι οι ίδιοι δεν πιστεύουν ότι χρειάζονται φάρμακα, τα οποία συνήθως δέχονται είτε μέσω έμμεσων και «καλυμμένων»

[238] Μελέτες σε ψυχιατρεία των ΗΠΑ και του Ηνωμένου Βασιλείου προσδιόρισαν ένα ποσοστό (περίπου 10%) το οποίο χαρακτηρίζεται «δύσκολο προς μετάβαση». Νεαρά κυρίως άτομα, με φτωχή συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή, οι οποίοι επιδείκνυαν απρόβλεπτη και επιθετική συμπεριφορά, με λεκτική βία, τάσεις καταστροφής, σωματική βία, τάσεις φυγής και πολλές φορές χρήση εξαρτιογόνων ουσιών. Βλ. Bigelow, D., A., and al., «Characteristics of the state hospital patients who are hard to place», *Hospital and Community Psychiatry*, τεύχος 39, 1988, σ. 181-185. Επίσης, Trieman, N. and Leff, J., «Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPS project 24», *Psychological Medicine*, τεύχος 26, 1996, σ. 765-774.

[239]Trieman, N., «"Difficult to place" patients», επίμ. J. Leff, *Care in the Community: Illusion or Reality*?, Willey, Λονδίνο, 1997.

παρεμβάσεων, είτε άμεσων απειλών. Αλλά και η ισχύουσα αναπαράσταση για τη δράση των φαρμάκων ανάμεσα στο προσωπικό είναι ότι η ψυχιατρική αγωγή δεν «πιάνει» εύκολα τέτοιου τύπου δομημένα και «στιβαρά» παραληρήματα: με απλά λόγια, αν κάποιος πιστεύει ότι ο ίδιος είναι πράκτορας της CIA και ένας (συνήθως συγκεκριμένος) γείτονας έχει σταλθεί από την KGB για να τον σκοτώσει, αυτή η *ιδέα* δύσκολα «φεύγει» με την αγωγή.[240]

Αναφερθήκαμε ιδιαίτερα σχηματικά, και σαφώς μη κλινικά σε αυτή τη τυπολογία της «ψύχωσης» προσπαθώντας να προσδιορίσουμε τις αναπαραστάσεις εκείνες που αναδύονται στους χώρους νοσηλείας κυρίως σε σχέση με την επικινδυνότητα και την επιθετικότητα. Σαφώς και γνωρίζουμε ότι η κατηγοριοποίηση είναι σχηματική. Για παράδειγμα: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ψυχώσεων εκκινούν με την διαγνωστική μορφή της «παρανοϊκής σχιζοφρένειας» (όπως ο τελευταίος τύπος που περιγράψαμε) αλλά με την πορεία του χρόνου η «κλινική τους εικόνα» καταλήγει σε μια κατάσταση «χρόνιου υπολειμματικού ψυχωτικού». Με άλλα λόγια, η θεματική «ψυχωτικός πάσχων» είναι ένα ιδιαίτερα δυσπρόσιτο και περιπεπλεγμένο πεδίο, την ίδια στιγμή που αποτελεί μια σχετικά ομοιογενή κατηγορία, τουλάχιστον σε επίπεδο διάγνωσης. Αποτελεί μια συγκεκριμένη **ταμπέλα** παρ' όλες τις επιμέρους διαφοροποιήσεις της. Για να χρησιμοποιήσουμε τα – ιδιαίτερα ενδεικτικά- λόγια ενός ψυχιάτρου:

> «*Όταν λέμε "τρέλα", δεν αναφερόμαστε, κακά τα ψέματα, ούτε σε αυτούς που πάσχουν από κατάθλιψη, ούτε σε αυτούς που πάσχουν από νεύρωση, από αγχώδη διαταραχή ή δεν ξέρω εγώ τι άλλο. Όταν λέμε "τρέλα" εννοούμε αυτούς που έχουν ψύχωση*». (Επιμελητής Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Και αυτό ίσως είναι το βασικότερο σημείο με το οποίο θα θέλαμε να κλείσουμε αυτό το κεφάλαιο, περνώντας στην εξέταση των υπόλοιπων «νοσολογικών κατηγοριών» οι οποίες «δέχονται» (ή τους αρνείται) το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας. Το κύριο σημείο αφορά

[240] Να αναφέρουμε μια πολύ πρόσφατη έρευνα, η οποία ανιχνεύει και κατηγοριοποιεί τους νοσηλευόμενους με διάγνωση «ψύχωση» σε δύο ομάδες, χρησιμοποιώντας το κριτήριο της επικινδυνότητας. Η πρώτη ομάδα εμφανίζει επιθετική συμπεριφορά κυρίως λόγω των παραληρητικών ιδεών, ενώ αυτή η επιθετικότητα δεν εμφανίζει συσχέτιση με άλλους παράγοντες όπως προγενέστερη εκδήλωση βίας. Η δεύτερη ομάδα, η οποία εμφανίζει και τα μεγαλύτερα ποσοστά επικινδυνότητας, αποτελείται από άτομα των οποίων η ψυχοπαθολογία δεν φαίνεται να έχει άμεση σχέση με την επικινδυνότητα – βίαιη συμπεριφορά. Αντίθετα, παράμετροι όπως η συννόσηση (αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, ψυχοπάθεια) είναι οι προβλεπτικοί παράγοντες αναφορικά με την πιθανότητα εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Στο: Bo, S., and al., «Risk factors for violence among patients with schizophrenia», *Clinical Psychology Review*, τόμος 31, τεύχος 5, 2011, σ. 711 – 726.

την κυρίαρχη αναπαράσταση **του όχι ποιος είναι ψυχικά πάσχων, αλλά ποιος είναι τρελός**. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Βαρτζόπουλος: «*Η χρήση του όρου "σχιζοφρένεια" έχει προσλάβει πλέον έναν αυτονόητο χαρακτήρα. Εκπροσωπεί ένα ομοιογενές τμήμα της ψυχιατρικής νοσολογίας και είναι ουσιαστικά ο καθ' ύλην εκπρόσωπος αυτού που οι άνθρωποι από αιώνες ονομάζουν "τρέλα"*».[241] Και όντως, συμφωνούμε, ότι μέχρι τώρα τουλάχιστον, έτσι είναι. Μένει να ρίξουμε μια ματιά και στην χρηστικότητα αυτού του «διαχρονικού σχιζοφρενή – τρελού».

4.5.α.3. Το «σιωπηλό» υποκείμενο

Παραμένοντας στη θεματική της ψύχωσης, και αναδιφώντας την εξελικτική διαδρομή της σχέσης ψυχικής ασθένειας/τρέλας και κοινωνικού πλαισίου, δεν μπορούμε να μην δώσουμε βαρύτητα στην έννοια της *συνέπειας*. Ακολουθούμε, και συμφωνούμε, με τη θέση που αναγνωρίζει στη σχιζοφρένεια, τη ψύχωση, δύο βασικά γνωρίσματα: Το πρώτο έχει να κάνει με τη φαινομενολογικά συνεπή εμφάνισή της διαχρονικά και πιθανόν διαπολιτισμικά.[242] Αυτό δεν σημαίνει ότι θεωρούμε ελάσσονες τους κοινωνικούς παράγοντες τόσο στην δόμηση, όσο και στην διαιώνιση του μορφώματος «τρέλας – σχιζοφρένειας». Απλά θέλουμε να επισημάνουμε το συγκεκριμένο σημείο, δηλαδή την αναπαράσταση της σχιζοφρένειας ως μιας αυτόνομης νοσολογικής οντότητας. Αναφέρει ο Βαρτζόπουλος: «*Ως νόσος οφείλει να υπάρχει ανεξαρτήτως της βούλησης των ανθρώπων, ανεξαρτήτως των κοινωνικών σχηματισμών, να έχει μια αντικειμενική υπόσταση την οποία εμείς καταγράφουμε κάνοντας χρήση των επιστημονικών μεθόδων. Το επιχείρημα είναι απλό και πειστικό. Όπως και οι άλλες νόσοι, έτσι και η σχιζοφρένεια ήταν πάντα παρούσα, απλώς δεν γνωρίζαμε το νοσηρό της υπόβαθρο*».[243] Υπό αυτό το πρίσμα, η σχιζοφρένεια (άρα και οι σχιζοφρενείς) αναπαραστατικά αποτελούν ένα συμπαγές, ομοιογενές, παρά την ποικιλία των υποτύπων, σύνολο, το οποίο διαιωνίζεται αμετάλλακτο δια μέσω των χρόνων.

[241] *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας*, επιμ. Ι. Βαρτζόπουλος, Στ. Στυλιανίδης, Καστανιώτη, Αθήνα, 2008, σ. 21.

[242] Βέβαια, μελετητές υποστηρίζουν τη άποψη πως η σχιζοφρένεια είναι μια «δυτικού τύπου» πάθηση, ότι, για παράδειγμα, δεν εμφανίζεται σε «πρωτόγονες» κοινωνίες. Ενδεικτικά να αναφέρουμε τις εργασίες των –ανθρωπολόγων- Malinowski, Mead και Benedict, οι οποίοι μελέτησαν τη σχέση ψυχικής πάθησης και πολιτισμού. Ειδικά ο Malinowski προσπάθησε να «προσβάλλει» την Φροϋδική θέση περί οικουμενικότητας του Οιδιποδείου συμπλέγματος, και γενικά έγινε μια προσπάθεια να συνδεθεί η σχιζοφρένεια με τις Δυτικού τύπου κοινωνικές οργανώσεις. Από τότε βέβαια η πολεμική έχει γίνει πολύ πιο σύνθετη. Για περισσότερα, βλ. Malinowski, B., *La Sexualite et sa Repression dans les Societes Primitives*, Payot, Παρίσι, 1932., Mead, M., *Moeurs et Sexualite en Oceanie*, Plon, Παρίσι, 1962., Benedict, R., *Patterns of Culture,* Gallimard, Παρίσι, 1950.

[243] *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας*, οπ.π., σ. 22.

Αναπαραστατικά πάντα. Γιατί, είτε η *αλήθεια* ισχύει στην θετικιστική της βάση (είτε, δηλαδή, υπάρχει γονίδιο υπεύθυνο για τη σχιζοφρένεια) είτε αποτελεί ένα κοινωνικό σχηματισμό, η διαπίστωση παραμένει: Η ψύχωση –σήμερα- αναγνωρίζεται, είναι μια δεδομένη, σταθερή «αξία». Κάτι σαν την έννοια της *tribe* του Levi Strauss, αν μας επιτρέπεται ο παραλληλισμός. Αυτή η «φυλή» έχει την δική της διακριτή –πια- φαινομενολογία, η οποία –και αυτό το σημείο είναι σημαντικό στην ανάλυσή μας- είναι αναγνωρισμένη «απ' έξω». Από εμάς. Την ίδια δεν φαίνεται να την πολυενδιαφέρει, παραμένει –ακόμα- σιωπηλή. Το διαχρονικό, σταθερό χαρακτηριστικό της συνίσταται στη *σιωπή*: κατά τον Foucault, η τρέλα υπό το πρίσμα μιας *αρχαιολογίας της σιωπής*: «*Καταμεσίς του γαλήνιου κόσμου της διανοητικής ασθένειας, ο νεοτερικός άνθρωπος δεν επικοινωνεί πια με τον τρελό* […]. *Η γλώσσα της ψυχιατρικής, η οποία είναι ένας μονόλογος του λόγου επί της τρέλας, δεν κατόρθωσε να επικρατήσει παρά μόνο μετά από μια τέτοια σιωπή. Δεν θέλησα να γράψω την ιστορία αυτής της γλώσσας. Μάλλον την αρχαιολογία αυτής της σιωπής*».[244] Και «συμπληρώνει» χαρακτηριστικά ο Μαρκίδης: «*…το μόνο πράγμα που αρνείται πεισματικά εδώ και αιώνες ν' ανανεώσει τις προτάσεις του είναι η τρέλα. Η τρέλα στην πραγματικότητα από γενιά σε γενιά ανακυκλώνεται και είναι καταπληκτικό πόσο λίγα πράγματα την ενδιαφέρουν. Είναι μονομερής*».[245] Με άλλα λόγια, ίσως δεν είναι και τόσο σημαντικό το κατά πόσο η ψύχωση είναι μια διαχρονική σταθερά. Το κατά πόσο η σχιζοφρένεια είναι μια πάθηση υπό όρους περιχαρακωμένης οντότητας σαν τη λέπρα ή την πολιομυελίτιδα. Ίσως το πιο σημαντικό είναι το ότι η αναπαράσταση της σχιζοφρένειας από το σημερινό σύστημα επιστημονικών –και όχι μόνο- λόγων ενέχει αυτόν ακριβώς τον χαρακτήρα της συνεπούς και διαχρονικής παρουσίας. Συνεπώς, δεν μας ενδιαφέρει επί του παρόντος αν η σχιζοφρένεια είναι όντως μια διαχρονικά και διαπολιτισμικά σταθερή και ανεξάρτητη νόσος. Τουναντίον, μας ενδιαφέρει τα μάλα το ότι σήμερα εκλαμβάνεται ως τέτοια.

> «*Από τον ψυχωσικό, ξέρεις τι να περιμένεις. Αν το καλοσκεφτείς, όσο διαφορετικά και αν είναι τα παραληρήματα τους…τόσα χρόνια τώρα ακόμα ακούω παραληρήματα που είναι απίστευτα. Τόσα χρόνια εδώ μέσα και λέω καμιά φορά στον εαυτό μου: "πάντα θα υπάρχει κάτι καινούριο". Το θέμα είναι όμως ότι επί της ουσίας, ο ψυχωσικός είναι ψυχωσικός. Ξέρεις. Αυτό είναι. Ούτε παραπάνω, ούτε παρακάτω. Δεν είναι ότι δεν τον φοβάσαι. Κάποιες φορές τον φοβάσαι. Εξατομικευμένα όμως. Πώς να στο πω; Μπορεί να φοβάμαι τον ψυχωσικό. Την*

[244]Foucault, M., *Στοχασμοί, επιλογή από τα Dits et Ecrits*, οπ.π., σ. 12.
[245]Μαρκίδης, Μ., Το *Μέσα και το Έξω: Επιστροφή στην Φωλιά του Κούκου*, Έρασμος, Αθήνα, 1990, σ. 23.

ψύχωση όμως δεν την φοβάμαι» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Θεωρούμε τη παραπάνω «θέση» ιδιαίτερα σημαντική και βαρύνουσα. Είναι σαν να μας λέει ο συγκεκριμένος επαγγελματίας ότι όσο και επικίνδυνο και απρόβλεπτο να θεωρεί ένα πάσχοντα από σχιζοφρένεια, τόσο μη επικίνδυνη και προβλέψιμη θεωρεί την πάθηση αυτή καθαυτή. Μια θέση που τη συναντήσαμε πολλές φορές κατά τη διάρκεια της έρευνας. Η αναπαράσταση της ψύχωσης αναφέρεται σε μια νόσο η οποία είναι προβλέψιμη. Είναι γνωστή. Παρ' όλο που μπορεί να μην ξέρουμε την αιτιολογία, η νόσος είναι γνωστή. *Διαπερατή*, θα λέγαμε. Ας αναφέρουμε μια φράση η οποία αποτέλεσε «κοινό τόπο» στην έρευνά μας, με διάφορες παραλλαγές: «*Αν την πάθεις την ψύχωση, την πάτησες. Δεν γλυτώνεις με τίποτα. Θα παίρνεις όλη τη ζωή σου φάρμακα*» (Νοσηλευόμενος, ημερολόγιο σημειώσεων). Ή: «*…οι ψυχωσικοί δεν είναι επικίνδυνοι. Μπορεί να γίνουν βίαιοι, αλλά επί της ουσίας επικίνδυνοι δεν είναι. Εκτός από κάποιους βαριά παρανοϊκούς, οι άλλοι δεν είναι. Οι περισσότεροι, πρόβατα είναι. Αρρωστάκια…*» αναφέρει χαρακτηριστικά μια νοσηλεύτρια.

Σε αυτό το σημείο να τοποθετηθούμε στη δεύτερη βασική μας διαπίστωση, ακούγοντας για ακόμα μια φορά τον Γ. Βαρτζόπουλο να ακολουθεί τον Foucault: «*Όπως σημειώνει ο Μ. Foucault, πάντα οι άλλοι μιλούσαν για την τρέλα, ποτέ η ίδια δε μίλησε για τον εαυτό της. Αυτή η απλή παρατήρηση, την οποία χαρακτήρισε ως μια συνωμοσία σιωπής και στη συνέχεια ανήγαγε σε μια αρχαιολογία σιωπής αποτελεί μια σχεδόν προφανή και γι' αυτό πάντα λανθάνουσα παρατήρηση. Αναφέρεται στον ετερόφωτο χαρακτήρα της τρέλας, στο γεγονός ότι προσλαμβάνει μια θέση που της αποδίδουν οι άλλοι, ότι δεν είναι σε θέση να διεκδικήσει και να αποδώσει μία θέση στον εαυτό της. Αυτή πάντα έτσι ήταν, και ειναι και σήμερα έτσι. Είναι μια παράμετρος που συχνά λησμονουμε, παρά τη διαπεραστική της προφάνεια. Ίσως τη λησμονουμε τόσο επίμονα όσο πιο προφανής είναι*».[246] Τι μεγάλη αλήθεια, μια αλήθεια που –κυρίως μεθοδολογικά- έγινε σύντροφός μας σε όλο αυτό το ερευνητικό μας ταξίδι.[247] Ο ψυχωσικός δεν μιλάει, ή μιλάει σπάνια για τον εαυτό του. Δεν

[246] *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας*, οπ.π., σ. 22.

[247] Χαρακτηριστική η δυσκολία ανεύρεσης ανθρώπων οι οποίοι να νοσηλεύονταν με εισαγγελική παραγγελία και με διάγνωση ψύχωση, να μας δώσουν μια συνέντευξη. Είτε α) δεν ήταν σε θέση, λόγω ακριβώς της διάσπασης των γνωστικών τους λειτουργιών, του άλογου λόγου, είτε β) λόγω της απροθυμίας τους, είτε λόγω της απροθυμίας των θεραπόντων ιατρών και γενικά του προσωπικού αναφορικά με το να τους προσεγγίσουμε. Όπως μου ανέφερε χαρακτηριστικά ένας ψυχίατρος: «*Όχι,*

μπορεί; δεν θέλει; Γεγονός είναι πάντως ότι δεν ομιλεί εκ μέρους της, για λόγου της. Αναφέρει ο Foucault: «*Δεν χωράει αμφιβολία ότι θα κάναμε λάθος αν ρωτούσαμε το ίδιο το είναι της τρέλας, το κρυφό της περιεχόμενο, τη βουβή και ξανακλεισμένη στον εαυτό της αλήθεια της, αναφορικά με ότι ειπώθηκε γι' αυτή σε μια δεδομένη στιγμή. Η νοητική ασθένεια έχει συγκροτηθεί από το σύνολο των όσων έχουν ειπωθεί μέσα στην ομάδα όλων των αποφάνσεων που την ονόμαζαν, την τεμάχιζαν, την περιέγραφαν, την εξηγούσαν…και ενδεχομένως την άφηναν να μιλήσει διατυπώνοντας επ' ονόματί της τους λόγους που έπρεπε να θεωρηθούν δικοί της*[248]…».[249] Ας το κρατήσουμε αυτό. Ακόμα και σήμερα, μέσα από ένα κυκεώνα λόγων για την τρέλα, λόγων επιστημονικών, λόγων αναπαραστατικών, λόγων θεσμικών ή όχι, η σχιζοφρένεια παραμένει σιωπηλή. Είτε αυτή η σιωπή προέρχεται από τον «χρόνιο ψυχωσικό», είτε από το «νέο ψυχασθενή» με το ασυνάρτητο παραλήρημά του, δεν παύει να είναι σιωπή.

4.5.α.4. Ο Homo Sacer

Αναφέρει ο Foucault στην «Αρχαιολογία της Γνώσης: «*Οπότε, ίσως έχουμε* […] *καθήκον που συνίσταται στο να μην αντιμετωπίζουμε πλέον τους λόγους ως σύνολα σημείων (ως σημαίνοντα στοιχεία που παραπέμπουν σε περιεχόμενα η σε παραστάσεις) αλλά ως πρακτικές που σχηματίζουν συστηματικά τα αντικείμενα για τα οποία μιλούν*».[250] Μέσω αυτής της θέσης, φτάνουμε σιγά – σιγά σε ένα πρώτο συμπέρασμα: Ο *ψυχωσικός*, ο *σχιζοφρενής* με άλλα λόγια, έχει επενδυθεί με την αναπαράσταση του *σιωπηλού*. Η σιωπή του είναι ο λόγος της σχιζοφρένειας. Η ψύχωση: είτε αποκλεισμένη στη σιωπή της μέσα στο Γενικό Νοσοκομείο του 18ου αιώνα, είτε φιμωμένη στο ψυχιατρικό άσυλο της προηγούμενης 20ετίας, είτε πάλι, σιωπηλή μέσα από ένα «ά-λογο παραλήρημα», είτε σιωπηλή από την επενέργεια των «υπολειμματικών» συμπτωμάτων της. «*Οι σχιζοφρενείς διατήρησαν τη σιωπή τους, η ενεργοποίηση των κοινωνικών παραγόντων οδήγησε καταρχάς στην απομόνωσή τους σε ένα καθορισμένο χώρο και στη συνέχεια στον εντοπισμό των στοιχείων εκείνων που τα απέδωσε ως χαρακτηριστικά των ασθενών. Η δημιουργία των ασύλων προηγήθηκε της αναγνώρισης της σχιζοφρένειας ως νόσου* […]. *Το σημαντικό είναι ότι οι σχιζοφρενείς δεν ζήτησαν την αναγνώρισή τους ως ασθενών. Παρακολούθησαν παθητικά την*

όχι αυτόν (εννοούσε να μην προσπαθήσω να προσεγγίσω έναν «ψυχωσικό» για συνέντευξη). *Είδαμε και πάθαμε να τον συνεφέρουμε….*». Η συνέντευξη, ως πιθανό εργαλείο υποτροπής….

[248]Οι υπογραμμίσεις, δικές μας.

[249]Foucault, M., *Η Αρχαιολογία της Γνώσης*, οπ.π., σ. 51.

[250]Foucault, M., *Η Αρχαιολογία της Γνώσης*, οπ.π., σ. 77.

κατάργηση της υποκειμενικότητάς τους στο κοινωνικό πεδίο […] *αυτό που απώλεσαν οι σχιζοφρενείς, όταν αναβαθμίστηκαν από περιπλανώμενοι και πένητες σε ασθενείς, είναι η διαχείριση της υποκειμενικότητάς τους. Τους αποδόθηκε η κοινωνικά αποδεκτή θέση του ασθενούς, τους αφαιρέθηκε ωστόσο η διαχείριση της υποκειμενικότητας, έστω και αν αυτή οδηγούσε σε απαξιωμένες συμπεριφορές. Η σύλληψη της σχιζοφρένειας ως νόσου είναι ταυτόσημη με την απώλεια της ταυτότητας των υποκειμένων* [...]. *Εκκινούμε από το δραστικό περιορισμό του υποκειμένου και εκπονούμε ένα θεραπευτικό σχεδιασμό που στηρίζεται σε αυτό τον περιορισμό*».[251]

Αν όμως το υποκείμενο από-υποκειμενικοποιείται, αν η αναπαράσταση του ανθρώπου εμπεριέχει την έννοια του μη υποκειμένου, τότε τι μένει; Τι «είναι» ο σχιζοφρενής; Και ακόμα περισσότερο, ποιος είναι ο εν δυνάμει τύπος σχετίζεσθαι μαζί του; Αν ισχύει το απόφθεγμα του Sartre «*Υπάρχω μόνο μέσα από αυτούς που δεν είναι τίποτα έξω από την υπόσταση που έχουν μέσα από μένα*»,[252] αν, δηλαδή, η αναπαράσταση του υποκειμένου που έχουμε οι ίδιοι ενδοβάλει δίνει το μέτρο της δίκης μας ύπαρξης, της δικής μας *φύσης*, τότε σε τι μπορεί να μεταμορφωθούμε όταν έχουμε δικαιοδοσία να διαχειριστούμε ένα οιονεί μη-υποκείμενο όπως στην περίπτωση του «εισαγγελικού» και όχι μόνο ψυχωσικού; Κατά πόσο αντιλαμβανόμαστε ότι είμαστε δυνητικά «Μιλγκραμικά υποκείμενα»; «*Το καταστροφικότερο από ηθικής άποψης μάθημα* […] *των Γκούλαγκ δεν είναι ότι μπορούμε να κλειστούμε πίσω από συρματοπλέγματα* […] *αλλά ότι (υπό τις κατάλληλες συνθήκες) μπορούμε να γίνουμε* δεσμοφύλακες […]. Δεν *είναι ότι μια ατομική βόμβα μπορεί να πέσει στα κεφάλια μας, αλλά ότι (υπό τις κατάλληλες συνθήκες)* ***εμείς*** *μπορούμε να τη ρίξουμε στα κεφάλια άλλων ανθρώπων*».[253]

Και αυτό μας οδηγεί στην έννοια του Homo Sacer. Του ανθρώπου ο οποίος βιώνει μια ζωή η οποία επαφίεται στην διαχείριση του Άλλου.

«*Κάθε φορά που οι άνθρωποι θέλουν να υποβαθμίσουν, να εκμεταλλευθούν, να καταπιέσουν ή να σκοτώσουν τον Άλλο, πάντοτε τον προσδιορίζουν ως* <u>*μη πραγματικό*</u> *άνθρωπο* […]. *Ο καταπιεστής αντιμετωπίζεται πάντα με το ερώτημα εάν το θύμα του είναι (πλήρως) ανθρώπινο πλάσμα ή όχι* […]. *Γιατί αν το θύμα δεν είναι πλήρης ανθρώπινη ύπαρξη, αν δεν*

[251]Βαρτζόπουλος, Γ., *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας*, οπ., σ. 27.
[252]Sartre J. P., *Saint Genet Comedien et Martyr*, Gallimard, Παρίσι, 1952.
[253]Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, οπ.π., σ. 92.

είναι ένα πρόσωπο, σημαίνει ότι δεν μπορεί πλέον να επικαλείται τα δικαιώματα που εγγυώνται η Διακήρυξη της Ανεξαρτησίας, η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου ή το Σύνταγμα, περισσότερο από όσο μπορεί να τα επικαλείται ένας σκύλος ή κάθε άλλη μη-ανθρώπινη ύπαρξη. Αυτά τα δικαιώματα πρέπει να τα εφαρμόζουμε στους αποκαλούμενους "ψυχασθενείς": Γιατί, εάν είναι άνθρωποι, συμπεριλαμβάνονται σε αυτά. Και αν δεν είναι άνθρωποι, τότε τι είναι;».[254]

«*Η βιβλική περιγραφή του εγκλήματος και της τιμωρίας του Κάιν, αποτείνει κλασικό παράδειγμα του γεγονότος πώς αυτό πού φοβάται περισσότερο ό άνθρωπος, δεν είναι ή τιμωρία, αλλά η απόρριψη* […]. *Ποια ήταν η τιμωρία του Κάιν; Ούτε σκοτώθηκε, ούτε* χτυπήθηκε […]. Η *τιμωρία του ήταν να γίνει* ***απόβλητος***».[255]

Ο Homo Sacer: μια «σκοτεινή» φιγούρα του αρχαϊκού ρωμαϊκού δικαίου, η οποία εκφράζει την ακρώρεια της διαφορετικότητας, τον σημαίνοντα εξοβελισμό: τον *αδιανόητο απόβλητο*, θα τολμήσουμε να ισχυριστούμε. Εκεί όπου η ανθρώπινη ζωή περιλαμβάνεται στην τάξη μονάχα στη μορφή του αποκλεισμού της (δηλαδή της απόλυτης φονευσιμότητάς της), προσέφερε το κλειδί μέσω του οποίου οι κώδικες της πολιτικής εξουσίας αναδύονται στην ιστορική εξέλιξή τους. Ταυτοχρόνως, όμως, αυτή η πιθανώς παλαιότερη σημασία του όρου sacer μας παρουσιάζει το αίνιγμα μιας φιγούρας του ιερού ένθεν και ένθεν του θρησκευτικού, που συνιστά ένα από τα πρώτα παραδείγματα του πολιτικού χώρου της Δύσης. Στο αρχαϊκό ρωμαϊκό δίκαιο είναι ξεκάθαρος ο ρόλος του Homo sacer όπως και η σημασία του για τη δόμηση της κυριαρχίας και της βιοπολιτικής. Πρόκειται για μια φιγούρα στην οποία αποτυπώνεται για πρώτη φορά η παράδοξη σχέση εξουσίας/κυριαρχίας και απλής βιολογικής ζωής. Πρόκειται για κάποιον που ενώ η κοινότητα τον έχει κρίνει για κάποιο έγκλημα, εντούτοις δεν τον καταδικάζει με τους συνηθισμένους τρόπους, αλλά του αποδίδει μια ιερότητα που απαγορεύει μεν τη θυσία του, επιτρέπει όμως σε οποιοδήποτε άλλο μέλος της κοινότητας να τον σκοτώσει χωρίς τον κίνδυνο τιμωρίας. Πρόκειται επομένως για μια ζωή στο όριο, ή καλύτερα για μια παράδοξη ύπαρξη που ανοίγεται στην ανυπαρξία, στο ίδιο το μεταίχμιο μεταξύ ζωής και θανάτου. Ο Agamben, με σταθερό βατήρα την συγκεκριμένη ανάλυση παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του Homo Sacer, προσδιορίζοντας παράλληλα τις μορφές εξουσίας και πολιτικής οι οποίες επικεντρώνονται σε αυτό που αναφέρεται ως *γυμνή ζωή*: «*…θα μπορούσαμε να πούμε ότι η*

[254] Szasz, T., *Η Βιομηχανία της Τρέλας*, Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2006, σ. 502.
[255] Fromm, E., *Ο Άνθρωπος για τον Εαυτό του: Έρευνα στην Ψυχολογία της Ηθικής*, οπ.π., σ. 197 – 198.

παραγωγή ενός βιοπολιτικού σώματος είναι η πρωταρχική δραστηριότητα της κυρίαρχης εξουσίας […]. *Το νεωτερικό κράτος, θέτοντας στο επίκεντρο των υπολογισμών και των εκτιμήσεών του τη βιολογική ζωή, το μόνο που κάνει είναι να επαναφέρει στο φως τον μυστικό δεσμό που ενώνει την εξουσία με τη γυμνή ζωή, επαναβεβαιώνοντας έτσι τον άρρηκτο δεσμό (σύμφωνα με μια στέρεη αντιστοιχία μεταξύ νεωτερικού και αρχαϊκού που μπορούμε να συναντήσουμε στις πλέον διαφορετικές σφαίρες) μεταξύ της μοντέρνας εξουσίας και του πλέον μακρινού και αμνημόνευτου των arcana imperii* (των μυστηρίων εξουσίας)».[256]

Και η βασική, παραδειγματική ανάλυσή μας βασίζεται ακριβώς στη διαπίστωση του ότι ειδικά ο «ψυχωσικός εισαγγελικός» αντικατοπτρίζει με χαρακτηριστικό τρόπο, ομοιάζει, παραδειγματοποιεί και υποστασιοποιεί μια έκφανση της έννοιας του Homo Sacer, έτσι όπως ανιχνεύεται σήμερα. Μια οντότητα η οποία είτε λόγω της σιωπής της, είτε λόγω της ά-λογης γλώσσας της, αλλά και λόγω της παντελούς πολλές φορές έλλειψης εκείνων των υποστηρικτικών περιβαλλοντικών στοιχείων (όπως ο θεσμός της οικογένειας), λόγω εν ολίγοις της διαδικασίας από-υποκειμενοποίησης στην οποία έχει υποβληθεί, αποτελεί τον πληθυσμό εκείνο μέσω του οποίου εμφανίζονται χαρακτηριστικά συγκεκριμένες πρακτικές διαχείρισης ή ακόμα – ακόμα και διακυβέρνησης. Όποιος είναι αποκλεισμένος στην **σιωπή** του. Και στην περίπτωση του «εισαγγελικού» η έννοια αυτή της σιωπής είναι όχι μόνο συμβολική, αλλά ουσιαστική. **Κυριολεκτική**. Η σιωπή, η αδυναμία άρθρωσης λόγου ο οποίος να εκφέρει νόημα, αλλά και αίτημα, είναι κατ' εμάς ένα από τα στοιχεία εκείνα που ισχυροποιούν τις διαδικασίες αποκλεισμού. Γράφει ο *Brunkhorst*, αναφερόμενος στους -οποιουδήποτε τύπου- «παριές» της νεοτερικότητας: «*Για όσους μένουν εκτός λειτουργικού συστήματος* […] *οι άλλοι γίνονται γρήγορα απροσπέλαστοι. Η φωνή τους δεν εισακούγεται πλέον, συχνά μάλιστα κυριολεκτικά μένουν άλαλοι*».[257]

> «*Με ένα χρόνιο* (εννοεί «χρόνιο ψυχωσικό») *ο καθένας μπορεί να κάνει ότι του κατέβει. Αφού δεν καταλαβαίνει. Αλλά και να καταλάβαινε, ποιος νοιάζεται; Νοιάζεται κανένας; Αυτό που θέλω να σου πω είναι ότι ο άνθρωπος αυτός δεν μπορεί να διεκδικήσει τίποτα. Ποια δικαιώματα, ποια δικαστήρια να πάει; Και επί της ουσίας είναι ξεκρέμαστος. Είναι έρμαιο, έτσι*

[256] Agamben, G., *Homo Sacer: Εξουσία και Γυμνή Ζωή*, οπ.π., σ. 25.
[257] Brunkhorst, H., «Global society as the crisis of democracy», στο *The Transformation of Modernity: Aspects of the Past, Present and Future of an Era*, επιμ. M. Carleheden., M. Hviid, Ashgate, 2001, σ. 233.

όπως στο λέω. Είχαμε ένα νοσοκόμο παλιά εδώ, μεγάλος καραγκιόζης. Ξύπναγε ο ψυχωσικούλης το βράδυ για τσιγάρο; Τον βούταγε και μέσα. "Κάτσε ρε Γ., τι σου φταίει; Θα βρεις Κανά μπελά" του λέω μια μέρα. Και τι μου απαντάει; "Σιγά…ποιος θα τον πιστέψει;" Ακούς; Αλλά έτσι είναι. Σαν την παροιμία "τρελός είναι, ότι θέλει λέει"» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Τον ψυχωτικό, έτσι και σου κάνει φασαρία, μη φανταστείς τίποτα τρομερό, μπορεί ο άλλος που είναι βάρδια "νύχτα" να σηκωθεί και να τον δέσει. Επειδή ενοχλεί τους υπόλοιπους. Ξέρεις τώρα, σηκώνεται φωνάζει, μιλάει μόνος του, μπαίνει στους άλλους θαλάμους, μπορεί να κάνει τα χίλια μύρια. Το θέμα όμως δεν είναι αυτό. Το θέμα είναι ότι αν εγώ είμαι βάρδια και είμαι "νύχτα" έναν τέτοιο μπορώ να πάω να τον δέσω με το έτσι θέλω. Ή πολλές φορές, πολλοί συνάδελφοι για να 'ναι 'ντάξει με τον εαυτό τους παίρνουν τηλέφωνο τον εφημερεύοντα και τον ρωτάνε. Ο τάδε είναι ανήσυχος. Τι να κάνω; Να τον δέσω; "Δέστον" τους απαντάει και τελείωσε το πανηγύρι. Αλλά άμα είναι κανένας που έχει συγγενή μυστήριο, εκεί δεν έχει τέτοια. Τον πάνε λάου – λάου. Όπου μας παίρνει*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Αναλόγως τον άνθρωπο. Εγώ προσωπικά δεν κάνω τίποτα αν δεν μου πει ο γιατρός που εφημερεύει. Είναι μια συνάδελφος, χαράς στην υπομονή της. Πρώτα θα πάει, θα του μιλήσει, θα του δώσει τσιγάρο, μπορεί όλο το βράδυ να ασχολείται. Και οι γιατροί μας όμως, είναι προσεκτικοί. Λίγες περιπτώσεις είναι εκείνες που θα πει ο άλλος κατευθείαν για καθήλωση*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Σαν το εύρος της παρέμβασης, είτε αυτή ονοματίζεται θεραπευτική, είτε κατασταλτική, να προσδιορίζεται μέσω από έναν άτυπο ουσιαστικά «κώδικα δεοντολογίας», κώδικας ο οποίος εμπεριέχει σε μεγάλο βαθμό την έννοια της δυνητικής αυθαιρεσίας. Τέτοιοι κώδικες ανιχνεύονται κυρίως στα υποκείμενα τα οποία έχουν απολέσει τη δυνατότητα μιας έλλογης συναίνεσης ή ακόμα και έλλογης επικοινωνίας. «Τρελός είναι, ποιος τον πιστεύει…». Ο κύριος «πληθυσμός» ο οποίος δυνητικά επιτελεί αυτό τον ρόλο ανιχνεύεται μέσα σε αυτούς που αποκαλούμε ψυχωσικούς. Βέβαια, θεωρούμε ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός είναι ο κύριος, αλλά όχι και ο μοναδικός. Οποιοδήποτε υποκείμενο έχει αυτά τα δύο βασικά χαρακτηριστικά, α) την αδυναμία άρθρωσης έλλογου «λόγου» και β» την απουσία εκείνων των υποστηρικτικών στοιχείων είναι εν δυνάμει ένας παραδειγματικός Homo Sacer. Είναι, δηλαδή, το υποκείμενο (ή το μη - υποκείμενο) πάνω στο οποίο μπορεί να εφαρμοσθεί αυθαίρετα οποιαδήποτε παρέμβαση. Καταλαβαίνουμε ότι το «οποιαδήποτε

παρέμβαση» δεν μπορεί να εξαντλήσει το εύρος. Άλλωστε, το ενδιαφέρον είναι ότι ουδέποτε κατά τη διάρκεια της έρευνάς μας δεν γίναμε μάρτυρες κάποιας ακραία βίαιης συμπεριφοράς. Με άλλα λόγια, τα εμπειρικά μας δεδομένα μας προσιδιάζουν στη θέση ότι υπάρχουν ρυθμιστικοί μηχανισμοί. Μηχανισμοί οι οποίοι προφυλάσσουν τους εν δυνάμει Homo Sacer από «ακραία φαινόμενα». Αλλά το σημαντικό κατ' εμάς είναι η δυνατότητα του διαχειριστικού συστήματος. Η δυνατότητα που έχει αναφορικά με το να «αποφύγει» τις συνέπειες των πράξεών του.

Αυτό, δηλαδή, που θεωρούμε σημαντικότατο δεν είναι αποκλειστικά το γεγονός ότι το τάδε ή το δείνα υποκείμενο, στην περίπτωση που «πληρεί» συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως στην περίπτωση του ψυχωσικού «εισαγγελικού» μπορεί να χαρακτηριστεί (και κατ' επέκταση να αντιμετωπιστεί) ως ένας Homo Sacer. Το πλέον ενδιαφέρον σημείο είναι το ότι το σύστημα γενικότερα, υπό συγκεκριμένες συνθήκες, έχει τη δυνατότητα να λειτουργήσει ως «θύτης». Αναφέρει χαρακτηριστικά ο S. Zizek: «*…η διάκριση μεταξύ εκείνων που περικλείονται στην έννομη τάξη και του Homo Sacer, δεν είναι απλώς οριζόντια, μια διάκριση ανάμεσα σε ομάδες ανθρώπων, αλλά όλο και περισσότερο είναι επίσης η "κάθετη" διάκριση μεταξύ των δύο (υπερτιθέμενων) τρόπων μεταχείρισης των ίδιων ανθρώπων*».[258] Κατά συνέπεια «*…μήπως το αληθινό πρόβλημα δεν είναι το εύθραυστο status των αποκλεισμένων αλλά μάλλον το γεγονός ότι* […] *τα πιθανά δικαιώματα, τα πολιτικά και όσα αφορούν την ιδιότητα του πολίτη μας παραχωρούνται εν είδει μιας δευτερεύουσας χειρονομίας, σύμφωνα με βιοπολιτικές στρατηγικές, ανησυχίες και υπολογισμούς. Μήπως είναι αυτή η απώτατη συνέπεια της ίδιας της ιδέας περί μετα-πολιτικής;*».[259]

[258]Zizek, Σ., *Καλωσορίσατε στην Έρημο του Πραγματικού*, μτφ. Β. Ιακώβου, Scripta, Αθήνα, 2003, σ. 48 – 49.
[259] Zizek, Σ., *Καλωσορίσατε στην Έρημο του Πραγματικού*, οπ.π., σ. 130.

4.6. Οι «*άλλοι*»: η τυπολογία των υπολοίπων «διαγνωστικών κατηγοριών» οι οποίες εμπλέκονται στο σύστημα της ακούσιας νοσηλείας

Όπως αναφέραμε, η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευόμενων με «εισαγγελική» αφορά ανθρώπους οι οποίοι ονομάζονται «ψυχωτικοί», σε ποσοστό που αγγίζει το 80% (ή και παραπάνω) επί του συνόλου των νοσηλευόμενων. Από την άλλη, ήδη αναφέραμε ότι τόσο σε επίπεδο νοσηλείας, αλλά κυρίως σε επίπεδο παραπομπής υπάρχει μια πλειάδα διαφορετικών «διαγνώσεων» οι οποίες προτείνονται για «εισαγγελική» νοσηλεία. Άνθρωποι διαγνωσμένοι - χαρακτηρισμένοι ως «διπολικοί», «χρήστες ουσιών», «διαταραχές προσωπικότητας», «οργανικά ψυχοσύνδρομα» παραπέμπονται ή/και νοσηλεύονται μέσω του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε σε αυτές τις «ομάδες», καθεμιά εκ των οποίων έχει τα δικά της χαρακτηριστικά και αναπαραστάσεις. Στόχος μας είναι πρώτον, μια κατά το δυνατόν συνοπτική παρουσίαση αυτών των κατηγοριών, δεύτερον, μια παρουσίαση και εξέταση των αναπαραστάσεων που τις συνοδεύουν, και τρίτον (και σημαντικότερο) μια ανάλυση του σημασίας και λειτουργικότητας που οι συγκεκριμένοι «πληθυσμοί» αποκτούν σύμφωνα με το δικό μας ερμηνευτικό μοντέλο.

4.6.α. Η «διπολική διαταραχή» (ο «μανιακός»)

Μια δεύτερη μεγάλη κατηγορία – «πελάτες» του μέτρου της εισαγγελικής παραγγελίας είναι οι άρρωστοι οι οποίοι είναι διαγνωσμένοι ως διπολικοί. Δηλαδή, οι πάσχοντες από κάποιον τύπο διπολικής διαταραχής, μιας νόσου γνωστής ως *μανιοκατάθλιψης*.[260] Όπως

[260] Ιδιαιτέρως περιληπτικά να πούμε ότι η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από εναλλαγές (οι οποίες συνήθως ποικίλουν αναφορικά με την ένταση των επεισοδίων καθώς και με την αλληλουχία των επεισοδίων) μεταξύ φάσεων κατά τις οποίες ο άρρωστος είναι μελαγχολικός, καταθλιπτικός, και φάσεων κατά τις οποίες ο άρρωστος παρουσιάζει «ανεβασμένη» διάθεση και συμπεριφορά, βρίσκεται σε *φάση μανίας*, σύμφωνα με τη «Ψ» ορολογία. Η καταθλιπτική φάση είναι σχεδόν πάντα μεγαλύτερη (από εβδομάδες έως μήνες) ενώ υπάρχουν και μεγάλα διαστήματα *νορμοθυμίας*, φάσεων, δηλαδή, που ο άρρωστος δεν έχει ούτε «πεσμένη» διάθεση, ούτε «ανεβασμένη». Αυτή την πορεία ζωής συνήθως διακόπτουν κάποια επεισόδια *μανίας*, τα οποία συνήθως διαρκούν από μέρες έως κάποιες βδομάδες. Η φάση μανίας μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονη και με καταστρεπτικά αποτελέσματα, τόσο για τον άρρωστο όσο και για τους οικείους του. Ενδεικτικά, ένας άρρωστος στη φάση μανίας μπορεί να ξοδέψει κυριολεκτικά «μυθικά» ποσά πολλές φορές μόνο για δώρα, παρουσιάζει ακραίες διαταραχές του ύπνου (μένοντας ξύπνιος για μέρες), της όρεξης (μπορεί να μην τρέφεται καθόλου, ή –ακόμα χειρότερα- να «τρέφεται» μόνο με αλκοόλ), αύξηση της libido κάτι που συχνά οδηγεί σε επικίνδυνες σεξουαλικές πρακτικές, αδυναμία αξιολόγησης των προσωπικών δυνατοτήτων οι οποίες συνήθως υπερεκτιμούνται με ολέθρια πολλές φορές αποτελέσματα (για παράδειγμα, στην οδήγηση). Σε ακραίες περιπτώσεις υπάρχει σοβαρή διαταραχή της σκέψης: ο «μανιακός» συνέχεια εξυφαίνει μεγαλεπήβολα σχέδια, τα οποία μπορεί να έχουν από καλή έως καθόλου επαφή με τη πραγματικότητα. Σε ακραίες συνθήκες παρατηρούμε σοβαρές γνωστικές εκτροπές: ένας «μανιακός» μπορεί, όχι μόνο να πιστεύει

ήδη έχουμε αναφέρει, το βασικότερο ίσως συμπέρασμά μας έχει να κάνει με το γεγονός ότι οι κλινικοί θεωρούν ότι ο «διπολικός» ασθενής μπορεί –και πολλές φορές πρέπει- να νοσηλεύεται μέσω της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας.[261]

Οι περισσότεροι «διπολικοί» (στη «Ψ» ορολογία) εγκλείονται με ακούσια νοσηλεία[262] στη φάση της μανίας.

> «*Τώρα μην κοροϊδευόμαστε. Όταν λέμε διπολική, εννοούμε την μανία. Εγώ, όταν είμαι up* (εννοεί, σε «φάση μανίας») *τότε βλέπω το ψυχιατρείο να 'ρχεται. Όταν είμαι σε φάση κατάθλιψης, είμαι κλεισμένος στο δωμάτιό μου, δεν νομίζω ότι η μάνα μου ή οι γιατροί καίγονται και ιδιαίτερα*» μου αναφέρει ένας νεαρός νοσηλευόμενος ο οποίος πάσχει από διπολική διαταραχή (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Αν και δεν είναι κανόνας το να έχει «ανεβασμένη» και υπερβολικά χαρούμενη διάθεση,[263] η προσέγγιση του «διπολικού» αρρώστου είναι κάπως διαφορετική. Τις περισσότερες φορές, στη φάση της υποτροπής – μανίας δεν νοιώθει άρρωστος (τουναντίον, νοιώθει εξαιρετικά καλά και όμορφα) με αποτέλεσμα να εναντιώνεται στη αγωγή και στα όρια (όπως στο να παραμένει εντός της κλινικής). Ο «διπολικός», σύμφωνα με τους περισσότερους επαγγελματίες πολλές φορές μπορεί να γίνει ιδιαίτερα βίαιος (σε κάποιες περιπτώσεις πολύ βίαιος),[264] αλλά και πολύ διασπαστικός.

ότι είναι ο «Ωνάσης», ή ο Θεός, αλλά και να πράττει ως τέτοιος. Αυτή είναι και μια χαρακτηριστική διαφορά σε τυχόν ομοιότητα με κάποιον ψυχωτικό άρρωστο. Και ο ένας και ο άλλος μπορεί να πιστεύει ότι είναι ο Θεός, αλλά θα μπορούσαμε να πούμε, κάπως αστειευόμενοι, ότι ο μανιοκαταθλιπτικός άρρωστος (πάντα στη φάση μανίας) κάνει ότι μπορεί για να το αποδείξει.

[261] Να επαναλάβουμε ότι οι δύο κατηγορίες που φαίνεται ότι νοσηλεύονται μέσω εισαγγελικής παραγγελίας σε μεγαλύτερα ποσοστά, αλλά και υποβάλλονται σε περιοριστικά μέτρα (restraints) είναι αυτές των σχιζοφρενικών διαταραχών και οι διπολικές διαταραχές. Βλ. Knutzem, M., «Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: A case-control study», *Psychiatric Services*, τόμος 62, τεύχος 5, 2011, σ. 492-497.

[262] Πέραν του κριτηρίου της «μανίας» άλλοι παράγοντες που συντελούν στην ακούσια νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από διπολική διαταραχή είναι (όπως και στις ψυχώσεις) η αποδοχή της φαρμακευτικής αγωγής, η εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς αλλά και ο αριθμός των προηγούμενων νοσηλειών. Βλ. Xiong, G., L., and al., «Predictors of decertification from involuntary hospitalization for patients with bipolar disorder», *Psychiatric Services*, τόμος 61, τεύχος 2, 2010, σ. 200 – 203.

[263] Κάποιοι άρρωστοι (συνήθως άτομα μεγάλης ηλικίας και με αρκετές υποτροπές) στη φάση μανίας δεν είναι ευχάριστοι, χαρούμενοι και διαχυτικοί, αλλά είναι δύστροποι, εριστικοί, απειλητικοί και «γκρινιάρηδες». Σε αυτή την περίπτωση ο ψυχιατρικός όρος είναι *δυσφορική μανία*.

[264] Φαίνεται ότι υπάρχει έντονη συσχέτιση μεταξύ βίας και διπολικής διαταραχής, ειδικά στη φάση της μανίας. Βλ. Feldmann, T., B., «Bipolar disorder and violence», *Psychiatric Quarterly*, τόμος 72, τεύχος 2, 2001, σ. 119 - 129. Οι παράγοντες που αυξάνουν τα επίπεδα της «επικινδυνότητας» είναι η φάση (μανία), ιστορικό παιδικής κακοποίησης, η ένταση των (ψυχωσικών) συμπτωμάτων, και η (περίφημη πια…) παρουσία προηγούμενης επιθετικής συμπεριφοράς. Βλ. Jesavage, J., A., «Bipolar illness: Correlates of dangerous inpatient behaviour», *British Journal of Psychiatry*, τόμος 143, τεύχος 6, 1983, σ. 554 - 557.

«*Θυμάμαι ένα περιστατικό, δυνατό, δυνατό, ναι, το Χαρίλαο, που ενώ δεν είχε καλή εικόνα απ' ότι μου είπαν οι προηγούμενοι, εντούτοις, αυτός είχε διάγνωση διπολικής είχε δυσφορική, δυσθυμική μανία στην εφημερία, πολύ επιθετικός, κι εγώ άπειρος τότε στις πρώτες εφημερίες, κι είχε δημιουργηθεί έτσι ένα επεισόδιο εκεί πέρα, ήταν πολύ επιθετικός απέναντί μας, σηκώθηκε σε μια φάση πήγε στην Επιμελήτρια να την χτυπήσει και διάφορα τέτοια, ήρθαν εκεί οι αστυνομικοί, ένα μεγάλο μπάχαλο και κάπου έτσι, ήταν η πρώτη επαφή με επιθετικότητα εισαγγελικού και βίαιη συμπεριφορά, που ομολογουμένως σε παγώνει σαν πρώτη επαφή. Όχι σε παγώνει ακριβώς, βασικά δεν ξέρεις πώς να το χειριστείς. Πιο πολύ αμήχανα νοιώθεις, ειδικά ο συγκεκριμένος από σωματοδομή δεν είναι άνθρωπος που θα σε φοβίσει, αλλά δεν ξέρεις πώς να το χειριστείς. Νοιώθεις κάπως αμήχανα*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Έχω νοσηλευθεί εδώ και στην Γαλήνη. Αυτό είχε γίνει πέρσι, λίγες μέρες πριν τα Χριστούγεννα. Εδώ μου άρεσε περισσότερο. Ήταν πιο χαλαρά τα πράγματα μεταξύ των ασθενών και των νοσηλευτών, λιγότερη αστυνόμευση όσο αναφορά το που βγαίνεις και τι κάνεις, και γενικά εκεί ήταν πιο πολύ σαν έγκλειστος γενικά, να, τα παράθυρα δεν ανοίγανε, δεν μπορούσες να βγεις έξω, να κάνεις ένα περίπατο, είχανε και τον κήπο στο πίσω μέρος αλλά δεν αφήνανε τον κόσμο να βγει έξω να κάνει καμιά βολτούλα. Και εγώ, όταν μπαίνω, και είμαι από την φάση μανίας, ξέρετε, και θέλω να ασχολούμαι με τον αθλητισμό, με τα γυμναστήρια, αυτό θα μου άρεσε ας πούμε Ενώ τώρα που είμαι στη φάση της κατάθλιψης, τη χαμηλή, είμαι στην anti – fit περίοδο. Όταν είχα πάει στη Γαλήνη ήμουν σε φάση μανίας, δεν ξέρω αν έκανα κάποιο ψυχωσικό επεισόδιο, έτσι όπως το ορίζει η γιατρός μου, δεν ξέρω άλλωστε πως ορίζεται αυτό, αλλά ήμουνα γρήγορος στην ομιλία, ασύνδετος λόγος, ευερέθιστος. Όταν είμαι στην up φάση, νοιώθω πιο ωραία! Μπορείς να κοιμηθείς έως και δύο ώρες την ημέρα, μπορεί και λιγότερες, και δεν σε νοιάζει, είσαι εντάξει…*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Οι καθηλώσεις και οι φαρμακευτικές αγωγές έχουν σαφώς πιο «θορυβώδη» και έντονη εικόνα, ασχέτως με το εάν αντιστέκεται (και οι περισσότεροι αντιστέκονται).[265] Αλλά ακόμα και *περιορισμένος*, ο «διπολικός» συνεχίζει την «παράσταση»: φωνάζει (άρρωστοι μπορούν επί ώρες να φωνάζουν ασταμάτητα «*λύστε με…*»), μιλάει μόνος του, προσπαθεί – και πολλές φορές το καταφέρνει- να λυθεί (συνήθως τα χέρια του) μετακινεί οτιδήποτε μπορεί να φτάσει, ζητάει πράγματα. Η σχέση με το σώμα του είναι και εδώ ακραία. Υπάρχει πολλές φορές *άρση αναστολών,* ο άρρωστος (ο οποίος τις περισσότερες φορές

[265] Βιβλιογραφικά, φαίνεται ότι η συμπτωματολογία που εμφανίζεται στην φάση της μανίας, ειδικά αν περιέχει στοιχεία επιθετικότητας και έλλειψη εναισθησίας, είναι οι κυριότερες αιτίες της ακούσιας νοσηλείας. Βλ. Gonzalez – Ortega, I., and al., «Iinsight, psychosis and aggressive behaviour in mania», *European Journal of Psychiatry*, τόμος 24, τεύχος 2, 2010, σ. 70-77.

είναι ντυμένος εκκεντρικά, προκλητικά έως παράδοξα: ενδεικτικό ότι μια από τις πλέον αγαπημένες χρωματικές επιλογές του μανιακού είναι το κόκκινο. Γδύνεται, κάνει προκλητικές χειρονομίες και πρακτικές[266] και μιλάει από προκλητικά έως πρόστυχα. Δηλαδή, σε καμιά περίπτωση *δεν περνάει απαρατήρητος,* χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι η υπερβολική συμπεριφορά του εκλαμβάνεται από τους υπόλοιπους αρρώστους ως παθολογική. Ειδικά αν δεν είναι «περιορισμένος», καθηλωμένος, είναι ιδιαίτερα εξωστρεφής και συνήθως γίνεται το «επίκεντρο της προσοχής»: επιζητεί την προσοχή και το ενδιαφέρον, έρχεται και επανέρχεται με διάφορα αιτήματα τα οποία κα' αυτόν πρέπει να ικανοποιηθούν άμεσα. Από απλά καθημερινά πράγματα, όπως να πάει να αγοράσει κάτι, έως να μιλήσει με τον γιατρό του. Ο οποίος μπορεί να λείπει στο εξωτερικό… Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι το *ευμετάβλητο συναίσθημα* που παρουσιάζει. Την μια στιγμή να παρακαλεί για κάτι λέγοντας πόσο αγαπάει όλο τον κόσμο (και ειδικά εσένα, τον συνομιλητή του), ενώ την επόμενη στιγμή να φωνάζει και να βρίζει. Στους ψυχιατρικούς κύκλους ένα ευρέως γνωστό κριτήριο (αλλά «άτυπο», υπό την έννοια του μη επιστημονικά τεκμηριωμένου) αναφορικά με την αναγνώριση της «μανίας» είναι το ότι *η μανία είναι κολλητική*. Τις περισσότερες φορές όταν επικοινωνείς μαζί του νοιώθεις και ο ίδιος ευδιάθετος, μπορεί να σε κάνει να γελάσεις: αν σου πει ένα ανέκδοτο ένας «μανιακός» πιθανότατα να γελάσεις πηγαία. Αν σου πει το ίδιο ανέκδοτο με τον ίδιο ακριβώς τρόπο ένας «ψυχωτικός» απλά θα νοιώσεις το γνωστό «πάγωμα». Να αναφέρουμε για άλλη μια φορά ότι για τους κλινικούς των δομών νοσηλείας, το βασικό πρόβλημα με το διπολικό άρρωστο στη φάση της μανίας είναι το πώς θα γίνει εφικτό το να οριοθετηθεί η υπερβολική συμπεριφορά του και να περιοριστούν τόσο τα ελλείμματα στη λειτουργικότητά του, όσο και η διασπαστική και «ενοχλητική» συμπεριφορά που εκδηλώνεται. Όπως ήδη λέχθηκε, ένας άρρωστος στη φάση μανίας μπορεί να μην τρώει τίποτα και να μην κοιμάται καθόλου (σημαντικό: το κριτήριο «ύπνος» είναι βασικότατο για τους «διπολικούς». Και ο ίδιος και η οικογένεια συνήθως ενημερώνεται ότι η έναρξη αϋπνίας, όταν ο άρρωστος αρχίζει να μην κοιμάται καλά είναι ένδειξη έναρξης υποτροπής και καλό θα είναι να έρχεται σε επαφή με τον γιατρό του για να αποφευχθούν τα χειρότερα. Με την ίδια προοπτική, όταν ο άρρωστος αρχίζει να κοιμάται κάπως καλά, και αυτό είναι ένα κριτήριο βελτίωσης), το ντύσιμο να είναι ιδιαίτερα εκκεντρικό, αλλά και

[266] Μια χαρακτηριστική περίπτωση ή οποία είναι εμφαντική της «διάστασης πραγματικότητας» που υφίσταται: Η Ζ., μια περιορισμένη «μανιακή» σε ένα κρεβάτι στο διάδρομο μιας ψυχιατρικής κλινικής, ζητάει ένα πλαστικό μπουκαλάκι νερό γιατί δίψασε. Λόγω της «αθωότητας» του αιτήματος, αυτό γίνεται δεκτό... Αφού το πίνει, προσπαθεί να χρησιμοποιήσει το μπουκάλι ως ερωτικό βοήθημα / εργαλείο…

«άκαιρο» (πιθανόν να επιμένει να κυκλοφορεί με ένα μικρό μίνι φουστάνι ενώ η θερμοκρασία να είναι ιδιαίτερα χαμηλή), ενώ η κριτική δυνατότητα διαχείρισης μειωμένη. Το τελευταίο συμμετέχει πολύ στην απόφαση των συγγενών για τον εγκλεισμό του πάσχοντα: συνήθως την εισαγγελική παραγγελία ακολουθούν πολύχρονες δικαστικές διαμάχες για την ανάληψη της διαχείρισης της περιουσίας του πάσχοντα –ειδικά στην περίπτωση που υπάρχει οικονομική ευμάρεια.[267] Στις περιπτώσεις κατά τις οποίες η υποτροπή είναι «βαριά» και την όλη υπερβολική συμπεριφορά ακολουθεί και γνωστική «κατάρρευση», ένα άλλο συχνά απαντώμενο κριτήριο είναι το ότι το παραλήρημα που τυχόν εμφανίζεται είναι *σύντονο* με τη συναισθηματική κατάσταση του πάσχοντα: ένας «μανιακός» «διαλέγει» ένα ευχάριστο παραλήρημα. Σχεδόν πάντα θα είναι ο Θεός και ποτέ ο Διάβολος.

Πάντως, και σε σχέση με το γεγονός ότι ο κάθε άρρωστος «θέλει το χρόνο του» οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν ότι σιγά – σιγά τις περισσότερες φορές αυτή η εικόνα της έξαρσης υποχωρεί, ειδικά όταν ο πάσχων παίρνει την αγωγή του κανονικά.[268] Ο πάσχων γίνεται πιο ήρεμος, πιο λειτουργικός στην καθημερινότητά του. Το ιδανικό σενάριο είναι το να μπορέσει να διατηρηθεί αυτή η εικόνα για ένα διάστημα (η λεγόμενη φάση της σταθεροποίησης) και στη συνέχεια να πάρει εξιτήριο. Οι άνθρωποι αυτοί, όταν περάσει η φάση της μανίας, αφενός είναι «συνεργάσιμοι», αφετέρου γίνονται λίγο «καταθλιπτικοί». Ας μην τους αδικούμε. Αν και η ευχάριστη διάθεση που καταφέραμε να τους εξαλείψουμε ήταν «παθολογική», δεν έπαυε να είναι ευχάριστη. Άλλωστε ποιος θα ένοιωθε ευχάριστα όταν θα σταμάταγε να είναι ο Θεός;

Η διπολική διαταραχή είναι και αυτή μια νόσος η οποία δημιουργεί «πελάτες» στα ψυχιατρικά πλαίσια και δομές, υπό την έννοια ότι αν γίνει εφικτό κατά τη διάρκεια της νοσηλείας να δημιουργηθεί μια ικανοποιητική θεραπευτική σχέση με τον άρρωστο, τότε η

[267] Πολλές φορές συναντάμε εύπορους διπολικούς αρρώστους, κάτι που πιθανόν να συνδέεται με τη φύση της νόσου. Οι άνθρωποι αυτοί, όταν «μπαίνουν» στη φάση της μανίας, και αν το επεισόδιο δεν είναι ιδιαίτερα έντονο (και κατά συνέπεια διασπαστικό) πιθανόν να λειτουργούν για μεγάλο διάστημα χωρίς παρέμβαση. Συνέπεια αυτού είναι το ότι γίνονται πολύ δημιουργικοί, εργάζονται ακατάπαυτα, έχουν πολλές φορές έξυπνες και πρωτότυπες επιχειρηματικές ιδέες, είναι ιδιαίτερα κοινωνικοί, με αποτέλεσμα να δημιουργούν περιουσίες. Κάτι που είναι και το επιχείρημά τους αργότερα, όταν ξεκινάν οι δικαστικές διαμάχες: διπολικός άρρωστος έχει αναφέρει χαρακτηριστικά: «…*εγώ τα έφτιαξα, δικαίωμά μου να τα "φάω" όπως θέλω*…»

[268] Η αγωγή για την διπολική διαταραχή μπορεί να είναι και ενέσιμη (κυρίως για την υποχώρηση των θορυβωδών συμπτωμάτων), αλλά κυρίως γίνεται με φάρμακα, τα οποία είναι ζωτικά για την ομαλοποίηση της κατάστασης του αρρώστου (μια κατηγορία φαρμάκων γνωστή ως *σταθεροποιητές συναισθήματος* ή μονολεκτικά *σταθεροποιητές*) που όμως οι εμπορικές τους συσκευασίες είναι σε «χάπια» για αγωγή από το στόμα. Ως εκ τούτου, η συνεργασία του ασθενή είναι βασική.

κλινική λειτουργεί σαν σημείο αναφοράς και στήριξης. Ακόμα και αν υπήρξαν ακραίες εκδηλώσεις, είτε παθολογίας, είτε καταστολής, το παράδοξο είναι ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν βιώνονται τραυματικά από τον πάσχοντα, ο οποίος στην φάση που επιτέλους *έπεσε* (η «Ψ» λέξη για την υποχώρηση της φάσης μανίας, αλλά και γενικότερα της ψυχιατρικής υποτροπής) ζητάει συγνώμη από το προσωπικό για τα προβλήματα που δημιούργησε! Αν και πολλές φορές δεν θυμάται, ή θυμάται αμυδρά τις μέρες της έντονης υποτροπής, συνήθως δικαιολογείται: «*δεν ήμουν ο εαυτός μου*…».

Οι κλινικοί θεωρούν ότι δύο από τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε σχέση με την διαχείριση του «διπολικού» είναι: πρώτον η αγωγή τους, η οποία χρήζει μιας διαρκούς επιτήρησης, τόσο για τη σωστή λήψη, όσο και την εμφάνιση κάποιας παρενέργειας: για παράδειγμα, ένα ευρέως διαδεδομένο (τουλάχιστον μέχρι την προηγούμενη δεκαετία) φάρμακο για τη διπολική διαταραχή, το *λίθιο*, μια ουσία την οποία λάμβαναν σχεδόν όλοι οι διαγνωσμένοι ως «διπολικοί» χρειάζεται συνεχή «επιτήρηση» μέσω εξετάσεων αίματος γιατί η υπερδοσολογία του μπορεί να αποβεί μοιραία σε ελάχιστο χρόνο: η *θεραπευτική δόση* είναι πολύ κοντά με την *τοξική δόση*. Αναφέρει χαρακτηριστικά μια νοσηλευόμενη:

> «*Εκείνο που βλέπω εκ των υστέρων, είναι ότι δηλητηριάστηκα με άφθονες ποσότητες λιθίου, που εκ των υστέρων αποδείχθηκαν άκαρπες, δηλαδή, είμαι τώρα τόσα χρόνια χωρίς λίθιο, και δεν έχω παρουσιάσει καμία επιπλοκή. Άρα, το λίθιο δεν μου χρειαζότανε, άδικα δηλητηριάστηκα με λίθιο. Διότι αν ήταν να πάθω κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο, θα το είχα πάθει, και δεν έχω πάθει. Άρα, δεν είναι το λίθιο αυτό που με προστάτευε. Με προστάτευαν οι προσπάθειές μου. Το λίθιο το "ηλίθιο"* (!!!!) *που το λέω εγώ, γιατί αποβλακώνει τον άνθρωπο. Τον αποβλακώνει. Χώρια που κάνει βλάβες σε ζωτικά όργανα, νεφρούς, καρδιές, θυρεοειδή*»

(Σε αυτό το σημείο να αναφέρουμε ενδεικτικά άλλο ένα διαγνωστικό «κολπάκι» το οποίο χρησιμοποιούν κάποιοι εκ των ψυχιάτρων. Κατά την εισαγωγή ενός αρρώστου, αν η εικόνα δεν είναι «καθαρή» και αν δεν υπάρχει τρόπος να ληφθεί από αλλού πληροφόρηση, μια ματιά στο βιβλιάριο υγείας του πάσχοντα (αν βέβαια έχει) είναι πολύ βοηθητική: για παράδειγμα, αν υπάρχουν γραμμένες παλιότερες συνταγές για millithin ή lithiofor (οι συνηθέστερες εμπορικές ονομασίες του λιθίου), ο πάσχων μάλλον είναι διαγνωσμένος ως «διπολικός»).

«Στο στρατό, από εκεί ξεκίνησε, ένα βράδυ δεν είχα κοιμηθεί καθόλου. Έχω και μια νοσηλεία στο 414, είναι η "τριπλέτα" μου (εννοεί τρεις νοσηλείες). *Εκεί έχω κάνει δύο εβδομάδες. Δύο εβδομάδες στη Γαλήνη, και εδώ δεν θυμάμαι πόσο ακριβώς. Στο στρατό, είχε πολύ λίγο ύπνο ούτως ή άλλως, γιατί είχες τις υπηρεσίες, ήμουν στα τεθωρακισμένα, μαύρο στρατόπεδο, εκεί στον Αυλώνα* […] *βέβαια αυτά είναι δικαιολογίες, επί του πρακτέου, όλοι οι υπόλοιποι που πήγαν εκεί πέρα δεν σπάσανε ή χαλάσανε όπως χάλασα εγώ ας πούμε παθαίνοντας ψυχιατρικό νόσημα. Εγώ, μια βδομάδα πριν ορκιστούμε δεν κοιμήθηκα καθόλου, εκεί σε ένα φυλάκιο καυσίμων που φυλάγαμε, και βρεθήκανε διάφοροι καλοθελητές και το καρφώσανε την επόμενη ημέρα στους ανωτέρους "πω, πω αυτός τα έχει πάρει τελείως, δεν κοιμήθηκε όλο το βράδυ καθόλου", και με μαζέψανε, με τσιμπήσανε από εκεί και με στείλανε πρώτα στα ιατρεία της μονάδος και μετά στο 414. Εκεί ήμουν και εγώ πολύ ταραγμένος, από την όλη φάση του ασθενοφόρου που με μεταφέρουνε ως "ψυχάκια" ας πούμε, και εκεί μου δώσανε* Millithin *νομίζω; Όχι,* millithin *παίρνω τώρα, μου το βάλανε μετά, zyprexa μου 'χανε δώσει, αυτό θυμάμαι μου δώσανε το κίτρινο χαπάκι των 20 mg, αυτό κοιμίζει και ελέφαντα απ' όσο ξέρω εγώ, και από εκεί ξεκίνησε η νοσηλεία μου στο 414. Στους γονείς μου, τους έπεσε εξ απήνης αυτό, δεν το περιμένανε, τον πατέρα μου, τον πήρανε τηλέφωνο, ο συνταγματάρχης εκεί, και του είπε "ο γιος σου είναι στο 414", έπαθε λίγο σοκ*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Ένα δεύτερο κρίσιμο σημείο είναι η οικογένεια. Φαίνεται ότι η σχέση του πάσχοντα με την οικογένεια περνά μεγάλες περιόδους έντασης και αναστάτωσης. Οι περισσότερες είναι «ταλαιπωρημένες» οικογένειες, οι οποίες πέραν της φύλαξης και της φροντίδας, έχουν επιβαρυνθεί πολύ οικονομικά (μια «μανία» αποτελεί την επιτομή του καταναλωτισμού). Επιπλέον, υπάρχει εμπλοκή με τη δικαιοσύνη, είτε ενδο-οικογενειακά, όπως προαναφέραμε, για θέματα επιμέλειας και διαχείρισης, είτε εκτός οικογένειας, με εμπλοκή σε αξιόποινες πράξεις (συνήθως ελάσσονος χαρακτήρα: για παράδειγμα, μια ευκατάστατη ασθενής στη φάση μανίας συλλαμβάνονταν συχνά για shoplifting). Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι το ότι ο άρρωστος αντιμετωπίζεται –και στη φάση που νοσηλεύεται, αλλά και μετέπειτα- υπό το πρίσμα του «μικρού παιδιού»: ενδεικτικά, οι συγγενείς που τους επισκέπτονται, τα χρήματα για τα καθημερινά μικροέξοδα, τα τσιγάρα, ακόμα και τα ρούχα δεν τα δίνουν στους αρρώστους, αλλά τα αφήνουν στο νοσηλευτικό προσωπικό: «…*για να τα δίνετε με ρέγουλα.*» όπως συνήθως λένε.

Το πιο ενδιαφέρον σημείο αναφορικά με τη «διπολική διαταραχή» υφίσταται στον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύεται τόσο η συμπεριφορά του, η «συμπτωματολογία» του, όσο και η

ιστορία ζωής του, το «ιστορικό» του, από τα πλαίσια νοσηλείας. Για παράδειγμα, σε περιπτώσεις που υπάρχει μια ικανοποιητική «λειτουργικότητα» ή/και ένα υποστηρικτικό συγγενικό και οικογενειακό περιβάλλον, ο νοσηλευόμενος σπάνια «καταστέλλεται», τουλάχιστον όχι με τον άμεσο και πολλές φορές αυθαίρετο τρόπο με τον οποίο «καταστέλλονται» κάποιοι «ψυχωσικοί». Δηλαδή, παρ' όλες τις έντονες πολλές φορές κατασταλτικές παρεμβάσεις, η αναπαράσταση που επικρατεί για τον «διπολικό» πάσχοντα είναι ότι υπάρχει σαφέστατα μεγαλύτερο περιθώριο βελτίωσης απ' αυτό του ψυχωσικού. Αρκεί και σε αυτή την περίπτωση να υπάρχει ένα περιθώριο βελτίωσης της εναισθησίας: μετά την αποδρομή του «μανιακού» επεισοδίου να καταλάβει ότι πάσχει.[269]

> «*Ένας διπολικός, όσο χάλια και να είναι, ειδικά στις πρώτες φάσεις της αρρώστιας έχει καλύτερη πρόγνωση. Αν υπάρξει έγκαιρη παρέμβαση και αν δεν υπάρχει ταχεία εναλλαγή φάσεων, έχει καλή πρόγνωση. Ειδικά όταν βγει απ' τη μανία, όπου συνήθως δεν υπάρχει εναισθησία, είναι πιο οργανωμένος, είναι πιο λειτουργικός, και μπορείς να δουλέψεις και το κομμάτι της εναισθησίας. Καταλαβαίνει ότι κάτι έχει. Και αν τον καταφέρεις να έχει τακτικά follow up, να προλάβει την υποτροπή, πάει καλά…*» (συνομιλία ψυχιάτρου με νοσηλευτές, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

> «*Τα στάδια είναι ότι δεν είχα παραδεχθεί ότι διάφορες σκέψεις που έκανα κατά τη διάρκεια των φάσεων της μανίας ήταν τουλάχιστον παράλογες ή ασύνδετες ή αναπόδεικτες. Τώρα έχω αρχίσει να παραδέχομαι ότι έχω κάποιο πρόβλημα, ενώ μέχρι πρότινος, μέχρι να νοσηλευθώ εδώ πέρα ας πούμε πίστευα ότι δεν έχω πρόβλημα, δεν υπάρχει κάποιο θέμα. Τώρα παραδέχομαι ότι χωρίς τα φάρμακα αυτά, αν με ξαναπιάσει η φάση της μανίας πάλι θα είμαι έτσι, αρνητικός* (στο ότι έχει κάτι)» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

Με άλλα λόγια, η αναπαράσταση του «διπολικού» προσιδιάζει ένα πάσχοντα με σαφώς καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας, καλύτερη πρόγνωση από ένα «ψυχωσικό» και γενικά ένα πάσχοντα ο οποίος –πέραν των επεισοδίων «μανίας»- απολαμβάνει ένα καλύτερο status από εκείνο του «ψυχωτικού». Και το δεύτερο, πιο ενδιαφέρον σημείο έγκειται στο εξής: πολλές φορές οι «διπολικοί» πάσχοντες, πέραν κάποιων «βαριών» περιπτώσεων και κάποιων περιπτώσεων στις οποίες η διπολική διαταραχή έχει «χρονίσει» σύμφωνα με τη

[269] Αναφορικά και με τη διπολική διαταραχή, η εναισθησία φαίνεται ότι είναι ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες αναφορικά τόσο με την πρόγνωση και την εξέλιξη της πάθησης, όσο και αναφορικά με τα περιοριστικά μέτρα που πιθανόν να ληφθούν. Βλ. Ghaemi, N., and al., «Lack of insight in bipolar disorder. The acute manic episode», *Journal of Nervous and Mental Disease*, τόμος 183, τεύχος 7, 1995, σ. 464-467.

ψυχιατρική ορολογία, όπως αναφέραμε είναι άνθρωποι έξυπνοι, δραστήριοι, οργανωμένοι. Κατά συνέπεια είναι άνθρωποι οι οποίοι και έχουν -και διατίθενται να έχουν- μεγαλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες οι οποίες να άπτονται του θεσμικού / νομικού πεδίου, όπως μια υποστήριξη από δικηγόρο. Να αναφέρουμε ότι αυτό δεν είναι κανόνας. Τα δεδομένα που συλλέξαμε δεν μας επιτρέπουν να γενικεύσουμε. Αλλά –και πάλι υπό το πρίσμα της αναπαράστασης- πολλές φορές οι δομές νοσηλείας είναι διστακτικές στο να προβούν σε αυθαίρετες (ή έστω μη αιτιολογημένες) περιοριστικές πράξεις. Αναφέρει ένας επιμελητής ψυχίατρος:

> «*Με ένα διπολικό οφείλεις να είσαι προσεκτικός. Πρώτον, πολλές φορές κρύβονται διάφορα περιουσιακά θέματα από πίσω. Είτε ο άρρωστος ξοδεύει αλόγιστα και η οικογένεια του προσπαθεί να πάρει την επιμέλεια για να μην καταστραφεί, είτε γιατί πολλές φορές τέτοιοι άρρωστοι έχουν οι ίδιοι περιουσία, γενικά οφείλεις να είσαι προσεκτικός. Είναι άρρωστοι που και ξέρουν και ψάχνουν περισσότερο τα δικαιώματά τους. Είχα έναν, μεγάλος,, έκανε μανιακό επεισόδιο στα 60 του. Ήταν χάλια, αλλά ο λόγος του, ο ειρμός του ήταν εντάξει. Μου έλεγε: "θέλω το δικηγόρο μου" και επέμενε. Εκεί εννοείται ότι δέχεσαι*» (συνομιλία με επιμελητή ψυχίατρο, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Άρα, το διαφοροποιητικό σημείο που –κατ' εμάς- έχει τεράστια σημασία αφορά το ότι πέραν της περιόδου της κρίσης / υποτροπής, οι «διπολικοί» συνήθως αρθρώνουν λόγο. Και επιπλέον, λόγο με νόημα. Με *σημασία*.

> «*…εγώ αυτό που έχω το θεωρώ πάθηση, το λέω, έτσι, λίγο πιο "λεπτά". Όποιος έχει τελικά τη ψυχιατρική νόσο προσπαθεί να βρει τα δίκαιά του. Ο άλλος, που δεν την έχει, του είναι πολύ εύκολο να πει "να, ο τρελάκιας", είναι πολύ εύκολο να σε χαρακτηρίσει. Ντάξει, λογικό είναι, νομίζω ότι θα το έκανα και εγώ, ας πούμε, δεν βγάζω τον εαυτό μου απ' έξω* […]. *Ένα καλό σχέδιο είναι να μην ξαναμπώ σε κλινική. Τώρα πια νομίζω ότι τα χάπια τα έχω αποδεχθεί, οπότε νομίζω ότι ένα βασικό βήμα έχει γίνει. Και απ' ότι κατάλαβα δεν εμπίπτω στις περιπτώσεις που θα πάρει χάπια και πάλι θα υπάρχει κίνδυνος να μπει. Απ' ότι καταλαβαίνω, είμαι ψιλο –λάϊτ περίπτωση, οπότε με τα χάπια πιάνω ένα μεγάλο ποσοστό της αποφυγής του να ξαναμπώ*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).[270]

[270] Η συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή –αναμενόμενα- είναι ένας ισχυρός θετικός παράγοντας αναφορικά με τη πορεία της νόσου, αλλά και με το ποσοστό επανεισαγωγών. Βλ. Scuepbach, D., and al., «Determinants of voluntary vs. involuntary admission in bipolar disorder and the impact of adherence. Results from the EMBLEM study on acute mania of bipolar disorder», *Pharmacopsychiatry*, τόμος 41, τεύχος 1, 2008, σ. 29-36

Παρ' όλο που η διπολική διαταραχή, η «μανιοκατάθλιψη», είναι ίσως αναπαραστατικά η δεύτερη κατά σειρά «βαριά» ψυχική διαταραχή, τέτοιοι πάσχοντες διαφοροποιούνται. Σαν να «μπαινοβγαίνουν» στον κύκλο του αποκλεισμού και της σιωπής έτσι όπως τον περιγράψαμε. Και για να αναφέρουμε ένα ιδιαίτερα σημαντικό *μεθοδολογικό* εύρημα: η πλειονότητα των ασθενών που δέχθηκαν, αλλά και μπορούσαν να μας παραχωρήσουν κάποια συνέντευξη στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας ήταν από την κατηγορία «διπολικοί»: άνθρωποι που έχουν διαγνωστεί ως «μανιοκαταθλιπτικοί», οι οποίοι ήταν στην φάση «σταθεροποίησης» οι περισσότεροι, και οι οποίοι μπορούσαν όχι μόνο να αρθρώσουν λόγο, αλλά και να νοηματοδοτήσουν την όλη πορεία τους.

Να επαναλάβουμε την πλέον ενδιαφέρουσα διαπίστωσή μας. Οι άνθρωποι που αναπαρίστανται, και επί της ουσίας αναγιγνώσκονται ως «διπολικοί» πολλές φορές δεν αντιμετωπίζονται μέσα σε ένα continuum, μέσα σε ένα *συνεχές*. Σε περίπτωση που η «κλινική τους εικόνα», συνήθως κατά την έναρξη της νοσηλείας, είναι πολύ διαταραγμένη, και «θυμίζει» ψυχωτική συμπτωματολογία, τότε σαν να διολισθαίνουν σε μια λυκωφωτική κατάσταση, ένα status από-υποκειμένου, το οποίο είναι ευάλωτο στην δυνητικά αυθαίρετη διαχείριση. Είτε αυτή λέγεται καθήλωση, «δέσιμο», είτε αδιαφορία, είτε –αντίθετα- θεραπευτική παρέμβαση (ή ανακουφιστική φροντίδα ή ανθρώπινο ενδιαφέρον). Δεν θα κουραζόμαστε να το επισημαίνουμε: το σημαντικό για εμάς δεν είναι το ποιος εν τέλει είναι ο τύπος της παρέμβασης. Αν είναι απαξιωτικός ή «ανήθικος» ή αντίθετα είναι υποστηρικτικός και «ηθικός». Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι το αν μια διαχείριση είναι τελικά ανθρώπινη ή αντίθετα απάνθρωπη δεν μας ενδιαφέρει. Μάλλον το αντίθετο. Τελικά αν η *πράξις* ενέχει την ουσία, θα το εξετάσουμε αργότερα. Αυτό που στο παρόν σημείο μας ενδιαφέρει αφορά τη **δυνατότητα**. Την δυνατότητα των πλαισίων, τη δυνατότητα του συστήματος εν γένει να λειτουργεί περιφερικά προς το *Θεσμό*.

4.6.α.1. Η λειτουργικότητα του «διπολικού»: εν δυνάμει Homo Sacer

Θεωρούμε, λοιπόν, πολύ ενδεικτική την περίπτωση της «διπολικής διαταραχής» λόγω της εκλεκτικής συγγένειάς της με την διαγνωστική κατηγορία «ψύχωση». Άλλωστε, πολλές έρευνες έχουν εστιαστεί στην συμπτωματολογία, στην φαινομενολογία των μανιακών επεισοδίων που «κάνει» ένας διπολικός άρρωστος και στις ομοιότητες που έχουν αυτές οι

«περίοδοι υποτροπής» με την φαινομενολογία της ψύχωσης.[271] Δηλαδή, θεωρούμε ότι και οι δύο περιπτώσεις είναι ενδεικτικές της διαδικασίας από-υποκειμενοποίησης, έτσι όπως την περιγράψαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο. Μιας κατάστασης η οποία αποτελεί την αναγκαία συνθήκη για να εμφανιστούν –πιθανόν- όλες εκείνες οι εξω-θεσμικές πρακτικές διαχείρισης οι οποίες εμπεριέχουν δυνητικά την έννοια της *αυθαιρεσίας*. Η περίπτωση του «διπολικού» καταδεικνύει, αλλά και αποδεικνύει, με σαφήνεια τη βασική –κατ' εμάς- θέση αναφορικά με την μεταλλαγή της υποκειμενικότητας και την εν δυνάμει χρηστικότητα του υποκειμένου εν είδει Homo Sacer. Πιστοποιεί και εμφανίζει με χαρακτηριστική ενάργεια τον τρόπο μέσω του οποίου το οποιοδήποτε υποκείμενο – πολίτης πέραν της «ετικέτας», της σημαίνουσας αναπαράστασης με την οποία εμφορείται (είτε, δηλαδή είναι «προύχοντας», είτε είναι «πένητας» - «αποκλεισμένος») εν δυνάμει, μπορεί να από-υποκειμενοποιηθεί και να υπαχθεί σε πρακτικές διαχείρισης οι οποίες απέχουν από τις θεσμικά προσδιορισμένες.

Ο Agamben σε αυτό είναι κατηγορηματικός. Στο θεωρητικό σχήμα του δεν υπάρχει «χώρος» για κάποιο «δημοκρατικό» σχέδιο αναδιαπραγμάτευσης του ορίου που χωρίζει τους πολίτες με πλήρη δικαιώματα από τον Homo Sacer. Το επιχείρημά του περισσότερο δίνει έμφασή και βαρύτητα στο ότι ο «δημοκρατικός» δημόσιος χώρος, έτσι όπως αυτός παρουσιάζεται είναι ένα προσωπείο που απλά αποκρύπτει το γεγονός ότι, εν τέλει, είμαστε όλοι Homo Sacer. Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Στα δύο ακραία όρια της έννομης τάξης,* ***κυρίαρχος*** *και* ***homo sacer*** *παρουσιάζουν δύο συμμετρικές φιγούρες, που έχουν την αυτή δομή και συσχετίζονται, με την έννοια ότι κυρίαρχος είναι αυτός εν σχέσει προς τον οποίο όλοι οι άνθρωποι είναι δυνάμει* ***homines sacri****, και* ***homo sacer*** *είναι εκείνος εν σχέσει προς τον οποίο όλοι οι άνθρωποι ενεργούν ως κυρίαρχοι*».[272] Τι ενδιαφέρον αλήθεια! Σαν το «σύστημα παραγωγής» υποκειμενικοτήτων, όχι μόνο να μην δίνει βαρύτητα στην αναπαράσταση, στην *ετικέτα* αποκλειστικά, αλλά σαν να έχει *εξελιχθεί*, σαν να έχει *μεταλλαχτεί* σε ένα σύστημα παραγωγής *σχέσεων*. Ας ακούσουμε λίγο ακόμα τον Agamben: «*Ο κυρίαρχος δεν αποφασίζει το έννομο και το έκνομο, αλλά την πρωταρχική*

[271] Οι περισσότεροι (περίπου οι μισοί, σύμφωνα με έρευνες) ασθενείς με διπολική διαταραχή, στην περίοδο της μανίας αναπτύσσουν συμπτωματολογία ψυχωτικού χαρακτήρα. Δηλαδή, παρουσιάζουν συμπτώματα (όπως ιδέες συσχέτισης, ή αναφοράς) με σαφή ψυχωτικό προσανατολισμό, ακριβώς όπως στη περίπτωση ενός ψυχωτικού επεισοδίου. Βλ. Canuso, S., and al., «Psychotic symptoms in patients with bipolar mania», *Journal of Affective Disorders*, τόμος 111, τεύχη 2-3, 2008, σ. 164 – 169. Επίσης, Keck, P., and al., «Psychosis in bipolar disorder: phenomenology and impact on morbidity and course of illness», *Comprehensive. Psychiatry* τόμος 44, τεύχος 4, 2003, σ. 263 – 269.
[272] Agamben, G., Homo Sacer: *Εξουσία και Γυμνή ζωή*, οπ.π., σ. 136.

συνεπαγωγή του ζωντανού όντος στη σφαίρα του δικαίου, ή […] *την κανονική δόμηση των σχέσεων ζωής, την οποία χρειάζεται ο νόμος. Η απόφαση δεν αφορά ούτε ένα* quaestio juris (ζήτημα που αφορά το δίκαιο) *ούτε ένα* quaestio facti (*ζήτημα* που αφορά το γεγονός) *αλλά την ίδια τη σχέση μεταξύ δικαίου και γεγονότος»*[273].

Όπως υποστηρίζουν και οι επικοινωνιολόγοι, το «μήνυμα» υπό το πρίσμα του *συμπαγούς* αντικειμένου πέθανε. Τώρα πια, «*το μέσο είναι το μήνυμα*…»

[273] Agamben, G., Homo Sacer: *Εξουσία και Γυμνή ζωή*, οπ.π., σ. 53.

4.7. Οι «μειονότητες»: Οι «χρήστες ουσιών», τα «οργανικά ψυχοσύνδρομα»

Μέχρι αυτό το σημείο περιγράψαμε τις δύο βασικές «κατηγορίες» - πελάτες της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας. Κατ' αρχή τον πληθυσμό εκείνο που νοσηλεύεται κάτω από την διαγνωστική «ομπρέλα» «ψύχωση» και τον πληθυσμό εκείνο που νοσηλεύεται κάτω από την διαγνωστική κατηγορία «διπολική διαταραχή». Το θεωρητικό σχήμα μας προσπαθεί να προσδιορίσει εκείνα τα χαρακτηριστικά που ανιχνεύονται και στους δύο αυτούς «πληθυσμούς» και να τα προσομοιάσει (τόσο σε επίπεδο φαινομενολογίας, όσο και σε επίπεδο αναπαράστασης, αλλά και λειτουργικότητας) με την έννοια του Homo Sacer, του «παρειά» της νεοτερικότητας, του υποκειμένου που βιώνει τη «γυμνή ζωή», τη ζωή «ανάξια να βιωθεί». Στο τελευταίο μέρος αυτού του κεφαλαίου, πρόθεσή μας είναι να εισάγουμε στην ανάλυσή μας και τις υπόλοιπες κατηγορίες – «πελάτες» της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας, και αφού κάνουμε μια περιγραφή τόσο της φαινομενολογίας τους, αλλά και των πρακτικών και των αναπαραστάσεων που τις συνοδεύουν, εν τέλει να προσδιορίσουμε τον ρόλο τους στο θεωρητικό μας σχήμα, εισάγοντας και την έννοια της επικινδυνότητας.

Ένα μέρος του πληθυσμού ο οποίος είτε προσάγεται είτε νοσηλεύεται μέσω της ακούσιας νοσηλείας αποτελείται από τις διαγνώσεις «διαταραχή προσωπικότητας», «χρήστης ουσιών», ή «οργανικό ψυχοσύνδρομο». Ο κοινός τόπος αυτών των ανθρώπων είναι σύμφωνα με τους ψυχιάτρους, η μη συμβατότητα της κατάστασής τους (της «συμπτωματολογίας», της «πάθησής» τους) με το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας, έτσι όπως υφίσταται σήμερα. Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, οι περισσότεροι κλινικοί θεωρούν ότι αυτός ο πληθυσμός δεν πρέπει να νοσηλεύεται με το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας στα ψυχιατρικά καταστήματα. Προσοχή όμως. Το συνεχώς επαναλαμβανόμενο εμπειρικό δεδομένο είναι το ότι ο συγκεκριμένος πληθυσμός δεν πρέπει να νοσηλεύεται με «εισαγγελική» στις ψυχιατρικές δομές. Όχι ότι δεν πρέπει να νοσηλεύεται με ακούσια νοσηλεία. Δηλαδή, οι κλινικοί αναγνωρίζουν πολλές φορές την ανάγκη για ακούσια νοσηλεία αυτών των ατόμων, αλλά θεωρούν ότι δεν πρέπει να νοσηλεύονται σε δομές οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη νοσηλεία αμιγώς ψυχιατρικών αρρώστων. Μια πρώτη σαφής διαφοροποίηση. Ο «ψυχιατρικός άρρωστος», τόσο αναπαραστατικά, όσο και λειτουργικά διαφοροποιείται από τον «οργανικό άρρωστο». Ακόμα και περιπτώσεις των οποίων η συμπτωματολογία πολλές φορές είναι ταυτόσημη με αυτή των ψυχιατρικών αρρώστων, εξοβελίζονται από το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης. Η βασική θέση είναι το γεγονός

ότι υπάρχει «…γνωστή οργανική βάση…». Αν προσπαθήσουμε να μεταφράσουμε, έστω και σε ένα πρώτο, «απλοϊκό» επίπεδο, είναι σαν να μας λέει η ψυχιατρική επιστήμη (συμπαρομαρτούντος και της νομικής): «*Μόνο οι περιπτώσεις εκείνες στις οποίες δεν υπάρχει σαφής οργανική αιτιολογία δικαιούνται το "στέμμα" του ψυχικά πάσχοντα…*». Βέβαια, κάποιος θα μπορούσε κάλλιστα να αντιπαρέλθει, στηριζόμενος στην θέση που υποστηρίζει πως η σχιζοφρένεια για παράδειγμα έχει μια σαφή γενετική βάση, και θα είχε δίκιο. Τι περίεργο αλήθεια. Θεωρούμε –και εδώ βρίσκεται μια ισχυρή θεωρητική μας υπόθεση- ότι η μέγιστη σημασία δεν αφορά τόσο το διακύβευμα της ύπαρξης ή μη μιας οργανικότητας στην αιτιολογία. Αφορά την ύπαρξη μιας πιστοποιημένης οργανικότητας. Ένας χρήστης ουσιών, ένας «ανοϊκός παππούς», ένα «αυτιστικό» παιδί, όλοι αυτοί, πέραν των συμπτωμάτων, της συμπεριφοράς που εκφράζουν (αλλά και της σημασίας που αποδίδεται από το πλαίσιο σε αυτή τη συμπεριφορά), έχουν κάτι. Ή καλύτερα, φταίει κάτι συγκεκριμένο για την κατάστασή τους. Για τον χρήστη, η ηρωίνη, για τον παππού ο εκφυλισμός του εγκεφάλου, για το «καθυστερημένο» παιδί (ή όχι και τόσο παιδί) οι νευρολογικές ανωμαλίες που έχει από γεννησιμιού του. Για τον σχιζοφρενή όμως; Μπορεί να φταίει το γονίδιο; Μάλλον ναι. Αλλά και πάλι, δεν το έχουμε **αποδείξει**. Διαβάζοντας την παραπάνω ανάλυση, πολλοί (πόσο μάλλον πολλοί «Ψ») μπορεί να την θεωρήσουν μονοδιάστατη και απλουστευτική. Και ίσως είναι έτσι. Η πρόθεσή μας όμως μέσα από αυτή την ανάλυση –επιμένουμε- δεν είναι η κλινική περιγραφή. Αντίθετα, είναι η καταγραφή και ο προσδιορισμός των βασικότερων συνιστωσών οι οποίες δομούν τις διαλεκτικές σχέσεις, η περιγραφή εκείνων των «δίπολων» μέσω των οποίων ο άξονας, η «ζυγαριά», κρατείται σε ισορροπία. Μέσω αυτής της προοπτικής, θεωρούμε ότι ο άξονας «οργανικότητα Vs ψυχική νόσος» είναι όχι μόνο ένας από τους ισχυρότερους, αλλά και ένας από τους ενδεικτικότερους.

4.7.α. Ο «χρήστης ουσιών»

«*Χρήστες, όταν είναι σε φάση ψυχωτικού επεισοδίου τους βάζουμε. Ναι, Δεν μπορούμε. Όταν είναι χρήστες για αποτοξινώσεις και τέτοια, όχι. Ούτε αλκοολικούς. Μόνο όταν είναι σε φάση ψυχωτικού επεισοδίου οι οποίοι μένουν δυό τρεις μέρες και μετά φεύγουνε*» (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

«*Όχι, χρήσεις δεν νοσηλεύουμε δεν κάνουμε αποτοξίνωση. Αν υπάρχει συν-νοσηρότητα, ναι, αλλά δεν είμαστε και εξειδικευμένοι γι' αυτά. Οργανικά ψυχοσύνδρομα, από σπάνια έως ποτέ.*

Δηλαδή όταν διαγνωστεί ότι είναι οργανικό ψυχοσύνδρομο όχι. Θα αντιμετωπιστεί το οργανικό. Τι να προσφέρουμε εμείς; Και πάντα φροντίζουμε τέλος πάντων, ότι προεξάρχει εκείνη τη στιγμή, δηλαδή να θυμάμαι κάποιον διπολικό ασθενή, ο οποίος κάνει και αιμοκάθαρση. Όταν ήταν σε μανία, φυσικά νοσηλευόταν σε μας, και κάθε 2-3 μέρες πήγαινε στον "νεφρό" έκανε την αιμοκάθαρση κι ερχότανε» (ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Εξαρτήσεις, σύμφωνα με τους κανόνες, εδώ δεν πρέπει να γίνεται εισαγωγή. Έχει βγει όμως τώρα και κάποιοι συγγενείς ή και η αστυνομία κάνουνε εισαγγελικό. Ε, και καλά ότι υπάρχει συν-νοσηρότητα ψυχιατρική. Βέβαια, κάποιες φορές αυτό δεν στέκει. Κάποιες φορές όντως υπάρχει, δικαίως μένει, αφού υπάρχει, είναι και ψυχωσικός ταυτόχρονα. Υπάρχουν όμως άλλες περιπτώσεις που δεν είναι. Δηλαδή, συμβαίνουν καταστάσεις του τύπου "τον έχουμε κλειδώσει στο σπίτι για να μην πάρει ουσίες πέντε μέρες να περάσει αυτή τη φάση των στερητικών" κι αυτός παίρνει ένα μαχαίρι και απειλεί "ανοίξτε μου για να βγω". Οι συγγενείς κάνουν "εισαγγελικό" ότι είναι "επιθετικός" και διάφορα τέτοια, συνήθως μένει. Μένει. Ή κάνει χαζά, τύπου κάνει αμυχές, προσπαθεί να κόψει τις φλέβες του, ν' αυτοκτονήσει, ξέρεις, "χειριστική απόπειρα", και καλά ότι "θ' αυτοκτονήσω ανοίξτε μου" και έρχεται εδώ και μένει. Φοβούνται να τα διώξουνε αυτά. Όταν έρθει με εισαγγελικό. Αν έρθει με εκούσια δεν νομίζω να το κρατήσουμε*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Στις περισσότερες των περιπτώσεων οι δομές νοσηλείας είναι αρνητικές στο να κάνουν εισαγωγές ατόμων οι οποίοι είναι χαρακτηρισμένοι ως «χρήστες ουσιών», παρά μόνο στην περίπτωση που υφίσταται η κατάσταση η οποία ονομάζεται *συννόσηση*: «Διπλή διάγνωση», για παράδειγμα: «χρήση ουσιών» και «ψύχωση» συνηθέστερα. Για τις αμιγείς περιπτώσεις χρήσης ουσιών, οι περισσότεροι επαγγελματίες θεωρούν ότι πρέπει να παραπέμπονται σε εξειδικευμένες δομές.

«*Ναι. Εμείς εδώ υποτίθεται έχουμε χρήστες.. Προφανώς όμως, επειδή συνυπάρχει ψυχική διαταραχή. Αν και κανονικά λέει, απαγορεύεται στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων να δεχόμαστε τοξικοεξαρτήσεις, και οργανικά ψυχοσύνδρομα, αυτά τα περιστατικά πρέπει να πηγαίνουν στις αντίστοιχες δομές*» (Προϊστάμενος Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Βάζουμε εξαρτημένους μόνο στα πλαίσια, μόνο αν συντρέχουν κι άλλοι λόγοι. Αν υπάρχει συννοσηρότητα. Ακόμα κι αν κάνει τοξική ψύχωση, και είναι σε μια κατάσταση εκείνη την ώρα που έρχεται, βέβαια θα νοσηλευτεί. Αλλά αν είναι μόνο χρήστης και κάνει ξέρω γω, διαταραχή*

συμπεριφοράς, ή ζητάει ξέρω γω απεξάρτηση, όχι. Δεν έχει νόημα. Δεν έχουμε τμήμα απεξάρτησης» (Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Βέβαια, ένα εξίσου σημαντικό εύρημα αφορά τις διαφοροποιήσεις από νοσοκομείο σε νοσοκομείο. Κάποια ακολουθούν μια πιο αυστηρή πολιτική στην εισαγωγή «εισαγγελικών» «χρηστών», δηλαδή οι ψυχίατροι αρνούνται να τους εισάγουν, κάποια άλλα είναι πιο «δεκτικά», ενώ σε κάποια δεν υπάρχουν καθόλου τέτοια «φίλτρα». Τουναντίον, οι «χρήστες» αποτελούν την πλέον «επιμένουσα» πελατεία.

«*Με χρήστες να σου πω την αλήθεια, δεν αντιμετωπίζουμε ιδιαίτερα προβλήματα. Δεν ξέρω αν είναι θέμα νοσοκομείου ή αν είναι θέμα πιο γενικό. Νομίζω ότι είναι θέμα νοσοκομείου. Εγώ ξέρω ότι στο Δρομοκαΐτειο στέλνουνε εκεί πέρα, στο Γεννηματάς, δεν ξέρω, εμάς δεν μας στέλνουνε ιδιαίτερα εισαγγελικά που αφορούν χρήστες*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Έχουμε ψυχώσεις και εξαρτήσεις. Ξέρεις είναι πολλά από τα περιστατικά που έχουν εξαρτήσεις, έχουν και διπλή διάγνωση. Είναι βέβαια πάρα πολύ δύσκολα περιστατικά, είναι πάρα πολύ ψυχοφθόρα περιστατικά, δηλαδή νομίζω ότι είναι πολύ πιο δύσκολα αυτά τα περιστατικά από τις ψυχώσεις*». (Νοσηλεύτρια, επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Εμείς δηλαδή, αν έχουμε εδώ πέρα δύο τοξικομανείς να μας κάνουν στερητικά και κανέναν επιθετικό, πάει, τελειώσαμε. Τον τελευταίο καιρό, οι περισσότερες εισαγωγές είναι τοξικομανείς. Ίσως και τα πιο δύσκολα περιστατικά με τα στερητικά που βγάζουνε. Να χτυπάει το κεφάλι του στον τοίχο. Σ' εμάς οτιδήποτε και να πάθει παίρνουμε ασθενοφόρο να έρθει και θα τον κατεβάσουμε στο νοσοκομείο. Σ' ένα μεγάλο στερητικό επικίνδυνο ή ανακοπή, δεν ξέρω αν προλαβαίνουνε. Είμαστε πάρα πολύ δύσκολα*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Οι περισσότεροι επαγγελματίες που ρωτήθηκαν θεωρούν ότι οι «χρήστες» αποτελούν τα δύσκολα περιστατικά. Και αυτό είτε λόγω της «κουλτούρας» του «πρεζάκια», όπως συχνά μου αναφέρθηκε είτε λόγω της συνύπαρξης κάποιας «διαταραχής». Όπου «διαταραχής» σημαίνει «διαταραχής προσωπικότητας», ενός μορφώματος στο οποίο θα εντρυφήσουμε σε λίγο. Προς το παρόν, θεωρούμε σημαντικό την επαναλαμβανόμενη θέση ότι ο «χρήστης ουσιών» είναι α) ακατάλληλος για τις δομές ψυχιατρικής νοσηλείας: η ακαταλληλότητα στοιχειοθετείται στο «οργανικό υπόβαθρο» (ο «χρήστης» δεν είναι «άρρωστος». Είναι

«εξαρτημένος»), αλλά παράλληλα θεωρείται ότι «χρήζει» εξειδικευμένης νοσηλείας σε αντίστοιχη δομή. Επιπλέον, ο «χρήστης» -είτε υπάρχει συννόσηση, είτε όχι- από πολλούς θεωρείται το «δύσκολο» περιστατικό. Όχι μόνο το δυνητικά «προβληματικό», αλλά και το **επικίνδυνο**. Ο «χρήστης» πολλές φορές μορφοποιεί τον «επικίνδυνο εισαγγελικό». Ειδικά στην περίπτωση που (συν)υπάρχει κάποια διαταραχή προσωπικότητας (και να σημειώσουμε ότι κατά πολλούς εκ των κλινικών, οι περισσότεροι «χρήστες» έχουν ένα χαρακτηριολογικό υπόστρωμα, μια προσωπικότητα που έχει στοιχεία «διαταραχής προσωπικότητας»).

«*Ποιο περιστατικό μας έχει δυσκολέψει; Ο Σ., για παράδειγμα, μας έχει δυσκολέψει πολύ. Αυτός είναι χρήστης. Έχει φύγει, την έχει κοπανήσει δύο φορές. Από χρήστες, τώρα, πόσους έχουμε; Έναν, δύο, τρεις, και η Δ., και ο Α. ήτανε χρήστης, που έβαλε φωτιά. Τα χειρότερα περιστατικά. Μπορούν να στη φέρουν από 'κει που δεν το περιμένεις…*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Πολύ δύσκολα περιστατικά. Πάρα πολύ. Πολύ χειριστικά. Πολύ διαφορετικά. Είναι πιο δύσκολα περιστατικά, αυτό, είναι πιο ψυχοφθόρα. Σε κουράζουν περισσότερο απ' ότι σε κουράζει ένα ψυχιατρικό περιστατικό. Σ' ένα ψυχιατρικό περιστατικό, θα είναι ζόρικο τις πρώτες μέρες, σιγά σιγά παίρνοντας τη νοσηλεία αρχίζει να είναι πιο συνεργάσιμο. Ενώ τώρα οι εξαρτήσεις, κι ειδικά άμα το έχουν και μέσα τους αυτό το στυλ του "πρεζάκια" εντός εισαγωγικών, αν το έχουν μέσα τους, είναι δύσκολα περιστατικά. Είναι δύσκολα σε γενικές γραμμές*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Οι δύσκολες περιπτώσεις είναι πάντα οι ναρκομανείς. Το χειρότερο. Που' χω δει εγώ. Σχιζοφρένειες, έχουν περάσει πολλοί. Τον σχιζοφρενή, θα τον πιάσεις με το μαλακό, θα τον ρίξεις. Ο άλλος, ο ναρκομανής, ειδικά αυτοί που έχουν και διαταραχή από πίσω, άστα…*» (Νοσηλεύτρια, επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Περιγραμματικά, ο νοσηλευόμενος που ταμπελοποιείται ως «χρήστης ουσιών» είναι ιδιαίτερα απευκταίος. Οι περισσότεροι επαγγελματίες πέραν του ότι θεωρούν ότι δεν πρέπει να εισάγεται σε ψυχιατρικές κλινικές, αντιμεταβιβαστικά, είναι αρνητικοί, τόσο στην προσέγγισή του, όσο και στην παρακολούθησή του. Γενικά, ο «χρήστης» εκλύει έντονα αρνητικά δυναμικά πολλές φορές, τόσο ανάμεσα στους επαγγελματίες, όσο και στους υπόλοιπους νοσηλευόμενους.

«*Με τους εξαρτημένους είχαμε πρόβλημα με τα κινητά τους. Παίρνανε τηλέφωνο γνωρίζανε τις μαστουριές απ' έξω και τους ζητάγαν να τους φέρουν πράγμα, και έτσι τα σταματήσαμε. Και είδαμε μετά διαφορά. Είδαμε διαφορά. Με το που έρχονται δηλαδή γίνεται σωματικός έλεγχος, τα πάντα. Τα εσώρουχα, τα πάντα όλα. Και οτιδήποτε και ένα δέμα. Η μητέρα ενός πήρε ένα δέμα και το ανοίγουμε και το ελέγχουμε μπροστά του. Μια φορά είχανε φέρει coca-cola και εν τω μεταξύ η coca-cola είχε ουίσκυ. Ή αν τους δίνει ο γιατρός άδεια να πάνε στο περίπτερο εδώ έξω και όταν έρχεται τον ελέγχουμε πάντα. Παίρνει ας πούμε καπνό, μια λεμονάδα, βέβαια τον ελέγχουμε. Εδώ μια φορά μάνα έστειλε στο παιδί της μέλι και μέσα είχε χαπάκια. Έρχονται δήθεν να κάνουν αποτοξίνωση κι αντί να γλυτώσουνε… Και έρχονται και για να γλυτώσουν το δικαστήριο και είναι και τα πιο σπαστικά άτομα. Μας σπάνε τα νεύρα περισσότερο. Και τους άλλους γύρω γύρω τους κάνουνε χειρότερα*» (Νοσηλεύτρια, επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Με φέρανε προχτές, με την αστυνομία* (Συνεντευκτής: «*Ήταν δύσκολη η διαδικασία;*») *Όχι, δεν με δυσκολεύει. Καθόλου. Άμα θέλω κάτι το κάνω. Και ουσίες άμα θέλω μπορώ να παίρνω εδώ, και να μην πάρει χαμπάρι κανένας, και να κάνω κι ότι θέλω. Τώρα με βλέπεις έτσι θυμωμένο, γιατί έκανα παρέα με μια κοπέλα, συνάδελφος, εδώ, έγινε χαμός, ζήτημα, λες και θα την παντρευτώ. Να περάσω καλά, να περάσω εγώ καλά, τις ημέρες που θα' μαι στο νοσοκομείο. Να κάθομαι με τους άλλους που είναι σαν φυτά έτσι; Τι να τους πω αυτουνούς; Δεν της είπα, άνοιξέ μου τα πόδια έτσι, για να σε πάρω. Μας έχουν ξεφτιλίσει. Οι ηλίθιοι του κερατά. Σύστημα είν' αυτό; Είπα στον φύλακα να βγω να πάω να πάρω κανένα τοστ, δεν αφήνει να βγει κανέναν άνθρωπο, ή το άλλο το μαλακισμένο που 'ναι μαζί μου στο θάλαμο, το σιχάθηκα, γιατί πίνει τις μύξες του, κι έκανε σαν τρελός ο άλλος* (εννοεί το νοσηλευτή βάρδιας) *να πούμε. Σιγά ρε μεγάλε, σιγά. Τι θέμα συζήτησης θέλεις;* (Συνεντευκτής: «*Θέλετε κατ' αρχή να μου πείτε για τυχόν δυσκολίες που υπάρχουνε;*») *Δεν υπάρχουν δυσκολίες. Όλα είναι ωραία. Δεν μπορείς να τα βρεις όλα. Έχω περάσει πολλά στη ζωή μου. Δέκα χρόνια στην ηρωίνη, αλκοολισμός, είμαι 34, και από τα δέκα τέσσερα πίνω. Έχω νοσηλευτεί καμιά 10αριά φορές, τις περισσότερες στην Αγία Μαρκέλλα. Αλλά το χειρότερο ψυχιατρείο της Ελλάδος που έχω πάει, και τα' χα παίξει, φοβήθηκα για τη ζωή μου, ήταν της Τρίπολης. Στην Τρίπολη έκατσα τρεις μήνες. Μου' φυγε η μαγκιά. Ήταν εκεί μια σκύλα. Μια σκύλα, τι να σου λέω. Δεν ήταν γιατρός αυτή, να μην πέσεις στα χέρια της. Τα πολλά δεσίματα τα είχε στο Δρομοκαϊτειο. Δώδεκα μέρες γιατρέ*[274]*, τα χέρια έτσι δεμένα, κανονικά, και τα πόδια, δώδεκα μέρες. Φωνάζω "την πάπια, την πάπια να κάνω την ανάγκη μου" τίποτα. Και δυο φορές πήγα στον διευθυντή και του 'κανα παράπονα. Και του λέω "τι γίνεται εδώ;" Ζήτησα από το επόμενο βράδυ, σε κλειδώνουνε κιόλας, σε κλειδώνουνε. Και δεν μου φέρανε. Καλά, λέω, ανθρώπινο είναι. Λέω, γιατρέ, έτσι κι*

[274] Σημ. Πολλές φορές στις συνεντεύξεις, παρ' όλες τις επεξηγήσεις αναφορικά με την ιδιότητα του ερευνητή, οι συνεντευξιαζόμενοι επιμένανε να με αποκαλούν «γιατρέ»....

έτσι, θέλω κάποιο νεράκι κρύο, και δεν μου φέρανε. Και μετά την επόμενη μέρα, δύο ντουλάπες νοσοκόμοι με χώνουν, και μου λένε "μην ξανατολμήσεις και ξαναπείς κάτι στο γιατρό κι αυτά, θα σε κάνουμε να περάσεις άσχημα". Δεν φοβήθηκα. Δεν φοβήθηκα» (Νοσηλευόμενος, διαγνωσμένος ως «χρήστης ουσιών», Γενικό Νοσοκομείο).

Δεν θα προσπαθήσουμε να υπεισέλθουμε περαιτέρω στο κεφάλαιο «χρήστης ουσιών». Γνωρίζουμε ότι αποτελεί ένα ιδιαίτερα εξειδικευμένο πεδίο, την γνώση του οποίου δεν κατέχουμε. Όμως δεν θα μπορούσαμε να το παρακάμψουμε λόγω μόνο και μόνο της έντονης *ανάγκης* του να λάβει μέρος στην πραγματικότητά μας. Θεωρούμε ότι ο «χρήστης ουσιών» αποτελεί ένα ιδιαίτερο μόρφωμα για την «ψυχιατρική κοινότητα», ή καλύτερα ένα μόρφωμα με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Άλλωστε, η ιδιαιτερότητα αυτή (και κατά συνέπεια, η ανάγκη ιδιαίτερης διαχείρισης) εκφράστηκε και από την πλειονότητα των επαγγελματιών που ρωτήθηκαν. Κανείς δεν εξέφρασε κάποια θέση – άποψη η οποία να συνηγορεί σε μια αντιμετώπιση (πόσο μάλλον κατηγοριοποίηση) του *χρήστη* με το *ψυχιατρικό πάσχοντα*. Επιπλέον, οι περισσότεροι εκ των επαγγελματιών θεωρούν ότι στο πρόσωπο του «χρήστη» ανευρίσκονται κάποιες φορές[275] τα χαρακτηριστικά εκείνα που συνάδουν με το στερεότυπο του επικίνδυνου νοσηλευόμενου, ειδικά αν υπάρχει περίπτωση ο συγκεκριμένος να χαρακτηρίζεται υπό όρους «διαταραχής συμπεριφοράς». Και αυτό είναι κάτι που το θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντικό. Και ελπίζουμε ότι εξετάζοντας τις άλλες δύο κατηγορίες, αυτές του οργανικού ψυχοσυνδρόμου, και της διαταραχής προσωπικότητας, θα μπορέσουμε να απαρτιώσουμε και να νοηματοδοτήσουμε πληρέστερα αυτές τις διαπιστώσεις. Απλά, να επισημάνουμε (για ακόμα μια φορά) μια διαπίστωση, η οποία «καθρεφτίζεται» χαρακτηριστικά στα λόγια ενός επαγγελματία:

«*Ο "σκέτος" χρήστης, θα σου κάνει διάφορα, είναι πολλές φορές μυστήριος και πρέπει να έχεις τον νου σου, οι κοπέλες* (εννοεί, τις νοσηλεύτριες) *τον φοβούνται, αλλά άμα έχεις δουλέψει λίγο μαζί τους, τον μαθαίνεις. Μην ξεχνάς ότι οι περισσότεροι εδώ μέσα δεν ξέρουν τίποτα από χρήστες. Ο χρήστης όμως που δεν είναι το κλασσικό "πρεζάκι", αυτός που η εξάρτηση δεν*

[275] Αναφέρουμε το «κάποιες», γιατί σε πολλές εκ των περιπτώσεων, ο νοσηλευόμενος εκλαμβάνεται, όχι ως επικίνδυνος, αλλά ως «πρεζάκιας», όπως αναφέρθηκε. Μπορεί να «κυκλοφορεί» συνέχεια στο χώρο, υπάρχει αυξημένη επιτήρηση για να μη «…*μπει κάτι* (ουσία) *στην κλινική*…», αλλά αυτοί οι νοσηλευόμενοι κινούνται με πιο λειτουργικό τρόπο, κάνουν εύκολα κοινωνικές συναναστροφές, ειδικά με άλλους χρήστες (στην περίπτωση που νοσηλεύονται μαζί), και παρόλη την ένταση στη συμπεριφορά τους (ζητάνε διάφορα αιτήματα για εξόδους, καφέδες, τσιγάρα) και τυχόν τσακωμούς με κάποια εκ των μελών του προσωπικού (συνήθως το προσωπικό χωρίζεται σε «καλό» και «κακό») δεν δημιουργούν περαιτέρω προβλήματα. Άλλωστε, όπως έχει αναφέρει ένας επαγγελματίας «…*ξέρουν πως παίζεται η μπάλα...*».

είναι το πρωτεύον, αλλά υπερισχύει η διαταραχή, εκεί υπάρχει θέμα, εκεί πρέπει να έχεις τα μάτια σου δεκατέσσερα…» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Για ακόμη μια φορά επανέρχεται η έννοια της συνθετότητας. Αστειευόμενοι, θα μπορούσαμε να πούμε ότι τελικά δεν είναι **απλό** πράγμα το να καταφέρει κανείς να γίνει επικίνδυνος.

4.7.β. Το «οργανικό ψυχοσύνδρομο»

Στο διάδρομο μιας ψυχιατρικής κλινικής ενός Γενικού νοσοκομείου, το επόμενο πρωινό από μια γενική εφημερία, είναι τοποθετημένο ένα νοσοκομειακό κρεβάτι, (το γνωστό «ράντζο»). Πάνω του είναι ξαπλωμένη μια υπέργηρη γυναίκα, η οποία φαίνεται να μην έχει καμιά επαφή με το περιβάλλον. Το προσωπικό πηγαινοέρχεται κοντά της, κάποιος της αλλάζει τον ορό, κάποιος μετά από λίγο της αλλάζει τον ουροσυλέκτη. Η γυναίκα δεν αντιδρά, που και πού φωνάζει, βγάζει κάποιες κραυγές, ενώ λέει λίγες ακατάληπτες λέξεις. Ο γιατρός που την έχει «χρεωθεί» και ο προϊστάμενος της κλινικής μου αναφέρουν. «*Την έφερε η κόρη της στα επείγοντα χθες το βράδυ. Και μέχρι να πεις κύμινο, την παράτησε και έφυγε* […] *την πήραμε τηλέφωνο, μας είπε ότι κάτι της έτυχε. Δικαιολογίες. Και ότι θα έρθει σήμερα* […] *καταλαβαίνεις; Ούτε που ξέρουμε τι έχει η γιαγιά. Μέχρι να κάνουμε εξετάσεις, αξονική, και τα λοιπά, να δούμε τι γίνεται. Χθες, πόλεμος έγινε με τους παθολόγους. Να μην την παίρνουν με τίποτα. "Να την βάλετε εσείς, και θα ερχόμαστε εμείς διασυνδετική να τη βλέπουμε" μας είπαν. Ξέμεινε η γριούλα* […]. *Τι έχει; Γεράματα έχει…*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Η συγκεκριμένη νοσηλευόμενη έμεινε στην κλινική περίπου ένα μήνα. Δεν είχε τίποτα «ψυχιατρικό», όντως «γεράματα» είχε, μια αρχόμενη άνοια, ενώ παλιά είχε παρουσιάσει κατάθλιψη. Η κόρη της, η οποία –ευτυχώς- ήρθε, αναφέρει. «*Τι να την έκανα; Δεν ήθελα να την παρατήσω. Αλλά δεν φαντάζεστε τι Γολγοθά έχω τραβήξει. Δεν την βάζουν πουθενά*». Η παραπάνω αφήγηση, ιδιαίτερα συμπυκνωμένη, μπορεί να δώσει απλά «μια ιδέα» της δυσλειτουργίας που παρουσιάζεται στις ψυχιατρικές κλινικές όταν αυτές καλούνται να νοσηλεύσουν –είτε εκούσια, αλλά κυρίως με «εισαγγελική»- τέτοιου τύπου «περιστατικά».[276] Στην ψυχιατρική «καθομιλουμένη», όπως ήδη αναφέραμε αυτοί οι άνθρωποι είναι σημασιοδοτημένοι κάτω από την ετικέτα «οργανικό ψυχοσύνδρομο».

[276]Υπάρχουν αντικρουόμενες θέσεις αναφορικά με τη ακούσια νοσηλεία του συγκεκριμένου πληθυσμού. Αφενός υπάρχει η θέση ότι στην περίπτωση παρουσίας επιθετικότητας, η έννοια της

Η ετικέτα «οργανικό ψυχοσύνδρομο» αφορά κυρίως δύο τύπου πάσχοντες. Είτε υπερήλικες με κάποια εκφυλιστική εγκεφαλική νόσο (όπως, για παράδειγμα, άνοια), είτε νεαρούς ενήλικες οι οποίοι πάσχουν από κάποιου βαθμού καθυστέρηση. Βέβαια, ο όρος «οργανικό ψυχοσύνδρομο», ο οποίος έχει επικρατήσει στην κλινική ψυχιατρική διάλεκτο είναι μάλλον γενικευτικός. Πρώτον, μάλλον αφορά όχι τόσο μια συγκεκριμένη πάθηση, όσο μια ευρεία γκάμα **συμπτωμάτων.**[277] Ο όρος έχει επικρατήσει λόγω του ότι πολλά από τα συμπτώματα του όρου (όπως η διάσπαση των νοητικών λειτουργιών) προσιδιάζουν σε ψυχιατρικές νοσολογικές οντότητες, μόνο που στην περίπτωση του «οργανικού ψυχοσυνδρόμου» υπάρχει κάποια οργανική βάση – αιτιολογία. Αυτό αποκλείει τα άτομα που χαρακτηρίζονται υπ' αυτόν τον όρο από το πεδίο διαχείρισης της ψυχιατρικής ειδικότητας, κάτι το οποίο θεωρούμε ιδιαίτερα χαρακτηριστικό: Όπως ήδη αναφέραμε, σαν η ύπαρξη μιας αιτιολογημένης αιτιακής βάσης να αποκλείει την ψυχιατρική ειδικότητα από δικαιούχο αντιμετώπισης. Ο Μαδιανός αναφέρει χαρακτηριστικά ότι κατά την ψυχιατρική εκτίμηση στα επείγοντα ψυχιατρικά ιατρεία, «*…η υποψία οργανικότητας στην επείγουσα ψυχιατρική είναι κάτι που πρέπει να αποκλειστεί από την εξέταση του αρρώστου*».[278]

4.7.β.1. Το «οργανικό ψυχοσύνδρομο»: γιατί εισαγγελική;

Φαίνεται ότι οι δύο βασικότεροι λόγοι που οδηγούν τους συγγενείς τέτοιου τύπου πασχόντων στην λύση της εισαγγελικής είναι α) η ιδιαίτερα έντονη πολλές φορές

αναγκαστικής νοσηλείας έχει νόημα και βάση, αλλά αφετέρου αυτός ο πληθυσμός είναι πιο ευάλωτος, και κατά συνέπεια μια αναγκαστική νοσηλεία μπορεί να χειροτερέψει την κατάστασή του. Πάντως, οι κυριότεροι λόγοι ακούσιας νοσηλείας των «οργανικών πασχόντων» είναι η εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς, τα ελλείμματα στο επίπεδο της αυτοφροντίδας και τα ελλείμματα στις νοητικές λειτουργίες. Ενδεικτικά, βλ. Blank, K., et al., «Psychiatric commitment of the elderly**»,** *Journal of geriatric psychiatry and neurology* τόμος 2, τεύχος 3, 1989, σ 140 – 144.

[277] Επί της ουσίας, ο όρος αναφέρεται στο παραλήρημα των ηλικιωμένων ατόμων και ορίζεται ως μία οξεία συγχυτική κατάσταση, με διακύμανση κατά τη διάρκεια της ημέρας, χαρακτηριζόμενη από διαταραχή της συνείδησης, του προσανατολισμού, της μνήμης, της σκέψης, της προσοχής και της συμπεριφοράς. Είναι ένα κλινικό σύνδρομο με κακή πρόγνωση σε νοσηλευόμενους ασθενείς άνω των 65 ετών και η επίπτωσή του στη διεγερτική, στη ληθαργική και στη μικτή μορφή του μπορεί να αφορά πλέον του 50% των νοσηλευόμενων υπερηλίκων ασθενών. Το παραλήρημα των ηλικιωμένων αποτελεί συχνά γενεσιουργό αιτία απώλειας της αυτονομίας, αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας. Αναρίθμητοι είναι οι παράγοντες που μπορεί να συντελέσουν στην εκδήλωση της κατάστασης αυτής **μόνοι ή συνηθέστερα σε συνδυασμό**. Ενδεικτικά αναφέρουμε την προηγηθείσα χειρουργική επέμβαση, μια λοίμωξη (π.χ. ουρολοίμωξη ή πνευμονία) ή ένα απλό εμπύρετο επεισόδιο, τη λήψη ενός νέου φαρμάκου, τη λήψη αλκοόλ ή τοξικών ουσιών, αφυδάτωση, ηλεκτρολυτικές διαταραχές, αρχόμενη νόσος Alzheimer, κάποιο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ή ακόμα και νευρολογικές παθήσεις οι οποίες αφορούν τα παιδιά: Αυτισμός, νοητική υστέρηση.

[278] Μαδιανός, Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 494.

συμπτωματολογία, αλλά και επιθετικότητα που οι άνθρωποι αυτοί εκδηλώνουν,[279] όσο και β) η εντατική και μακροχρόνια φροντίδα που αυτός ο «πληθυσμός» χρειάζεται, με αποτέλεσμα την εμφάνιση φαινομένων burnout (συναισθηματικών, ψυχικών, αλλά και οικονομικών) στους φροντιστές. Οι περισσότεροι, αν όχι όλοι, εκ των επαγγελματιών που ρωτήθηκαν, θεωρούν ότι μια νοσηλεία –ειδικά μια αναγκαστική νοσηλεία- σε μια ψυχιατρική κλινική τέτοιων ανθρώπων, όχι μόνο δεν προσφέρει τίποτα στους ίδιους τους πάσχοντες, αλλά επιπλέον μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα διασπαστική για τη δομή νοσηλείας. Αναγνωρίζουν την ανάγκη συνεχούς φροντίδας και πολλές φορές της νοσηλείας, αλλά η βασική θέση υποστηρίζει ότι η οργανική δυσλειτουργία είναι α) μη αντιμετωπίσιμη, παρά μόνο συμπτωματικά, και β) χρήζει μακροχρόνιας φροντίδας

> «*Λοιπόν είναι ένα θέμα. Ποιος θα το πάρει; Το καθυστερημένο. Ποιος θα το πάρει; Είναι για καθυστερημένα παιδιά η "Οξέων κλινική"; Ποιος θα το πάρει; Αφού πολλές φορές νοσεί και το ίδιο το περιβάλλον. Κι εκεί έχουμε ένα θέμα. Εντάξει, αυτοί που έχουν συγγενείς, θα' ρθούν. Θα τους φέρουν τσιγάρα, αυτοί που δεν έχουν όμως; Η ζωή τους είναι τα τσιγάρα κι οι καφέδες*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Από την άλλη, οι συγγενείς αυτών των ανθρώπων, είναι ιδιαίτερα καταπονημένοι από την ανάγκη συνεχούς φροντίδας που τέτοιες καταστάσεις ενέχουν, και κάνουν ότι είναι δυνατόν για μια βραχυπρόθεσμη ή μεσοπρόθεσμη ανακούφιση, μέσω μιας νοσηλείας. Δεδομένης όμως της σχεδόν παντελούς έλλειψης αντίστοιχων δομών, και λόγω της απροθυμίας και άρνησης των νοσοκομείων στο να νοσηλεύουν τέτοια «περιστατικά», η «εισαγγελική παραγγελία» είναι μια λύση.[280] Κάποια νοσοκομεία τους «βάζουν», έστω και για λίγο. Κάποια προσπαθούν να τους αποφύγουν. Ειδικά στην περίπτωση των μεγάλων ψυχιατρείων, τα οποία δεν έχουν την αντίστοιχη «οργανική» κάλυψη, δεν έχουν την επικουρία άλλων ιατρικών ειδικοτήτων μέσα στη δομή τους, το πρόβλημα πολλές φορές διογκώνεται επικίνδυνα. Ίσως δεν είναι τυχαίο το ότι σχεδόν όλοι οι επαγγελματίες του

[279] Οι «διαταραχές συμπεριφοράς», και κυρίως η επιθετικότητα και η «άρση αναστολών» που πολλές φορές αυτοί οι άνθρωποι παρουσιάζουν παρουσιάζονται σαν οι κύριοι λόγοι εισαγωγής σε κάποια δομή νοσηλείας. Βλ. Gilley, D., et al., «Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease», *Psychological Medicine*, τεύχος 34, 2004, σ. 1129 -1135. Επιπλέον, φαίνεται ότι όσο πιο μεγάλα ελλείμματα παρουσιάζονται στις νοητικές λειτουργίες και στο επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης, τόσο μεγαλύτερα επίπεδα ιδρυματοποίησης εμφανίζονται. Βλ. Heyman, D., et Al., «Predictors of time to institutionalization of patients with Alzheimer's disease», *Neurology*, τεύχος 48, 1997, σ. 1304 – 1309.

[280] Πολλές φορές φαίνεται ότι μια βασική παράμετρος η οποία επηρεάζει τα ποσοστά νοσηλειών των ατόμων με «οργανικό ψυχοσύνδρομο» είναι όχι τόσο η βαρύτητα της «κλινικής τους εικόνας», αλλά η «κούραση» και η καταπόνηση των φροντιστών. Βλ. Aneshensel, C., et al., «Stress, role captivity, and the cessation of caregiving», *Journal of Health and Social Behaviors*, τεύχος 34, 1993, σ. 54 – 70.

ψυχιατρικού νοσοκομείου του λεκανοπεδίου, οι οποίοι δέχθηκαν να παραχωρήσουν συνέντευξη, τοποθετούν την δυσκολία αντιμετώπισης αυτών των περιστατικών στην «κορυφή» της πυραμίδας. Επιπλέον, οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες θεωρούν ότι η αδυναμία αντιμετώπισης τέτοιου τύπου περιστατικών (αλλά και άλλων «περιστατικών» τα οποία παράλληλα με την αντιμετώπιση της ψυχικής πάθησης χρήζουν κάποια παθολογική «κάλυψη» λόγω της παρουσίας και άλλων προβλημάτων) δρα αθροιστικά και έχει συνέπειες τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες, αλλά και στους επαγγελματίες, όσο και στο σύστημα γενικότερα. Ας ακούσουμε μια ογκώδη, αλλά και χαρακτηριστική αφήγηση ενός ειδικευόμενου ψυχιάτρου σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο:

«*Πέρα απ' το ψυχιατρικό πρόβλημα, πολλές φορές έχουμε και το παθολογικό, το καρδιολογικό, το νευρολογικό, ευθύνες. Τώρα σου λέει ο άλλος, έχω ένα πόνο στο στήθος, πρέπει να φύγω εγώ, ως ειδικευόμενος, να πάω να το δω, να το εκτιμήσω, που δεν θα είναι εδώ δίπλα, θ' ανέβω πάνω στο βουνό, να πάρω τα' αμαξάκι μου και να σηκωθώ να πάω. Να το εκτιμήσω, αν είναι κάτι και βλέπω, να του κάνω καρδιογράφημα, εκεί πέρα να το δω εγώ το καρδιογράφημα, να μιλήσω με τον επιμελητή, ο επιμελητής σου λέει "εγώ παιδί μου δεν είμαι, εσύ είσαι πιο κοντά, τα γνωρίζεις πιο κοντά, πριν από τέσσερα χρόνια ήσουν πανεπιστήμιο, άρα σου' ναι πιο φρέσκα».. Κατευθείαν ρίχνει το μπαλάκι σ' εμένα, εγώ ως άπειρος και ως μη ειδικός, φτάνω σ' ένα σημείο και λέω ρε παιδιά μου φαίνεται ότι πρέπει να βγει, δηλαδή αυτό πονάει, βλέπω, δεν έχω τροπονίνες, δεν έχω* […]. *Δεν έχω τίποτα παραπάνω. Τίποτα. Δεν έχω τίποτα. Κι απ' την άλλη λες να σηκωθεί να φύγει. Εκεί γίνεται το πανηγύρι το απόγευμα. Ποιος θα συνοδεύσει; Κι όχι από πλευρά ιατρική, ποιος από τους νοσηλευτές, που είναι οριακά δύο. Πρέπει δηλαδή να φύγει ο ένας νοσηλευτής απ' το τμήμα, να πάρουμε κι ένα δανεικό που είπα, να τον συνοδεύσει να τον πάει απέναντι. Και πάμε στο γενικό νοσοκομείο. Αν δεν τον συνοδεύει γιατρός, έχουνε φτάσει να περιμένουνε και πέντε και έξι ώρες, στο απέναντι στο δίπλα, στο Νίκαια, Θριάσειο, Τζάννειο, να περιμένει τέσσερις και πέντε ώρες. Αν τον συνοδεύει γιατρός, να μπει μέσα και στο φιλότιμο ρε φίλε,* […] *ξέρω γω να σου κάνω καρδιογράφημα, να πάρει προτεραιότητα. Μόνο εκεί πάει. Και φτάνουμε στο σημείο "ελάτε ρε παιδιά και κάποιος μαζί μας, πνιγόμαστε". Έχει τύχει περιστατικό, το οποίο έπεσε από το κρεβάτι. Μορφωμένη κοπέλα, 28 ετών, γονείς πανεπιστημίου, και οι δύο καθηγητές πανεπιστημίου, μορφωμένη με ένα άλφα επίπεδο. Έκανε μια ψύχωση, μπήκε μέσα, δεν είχαμε κρεβάτι, μπήκε στη φιλοξενία. Περιορίστηκε. Κάποια στιγμή στο τμήμα που φιλοξενούνταν, έπεσε. Ήταν σε μεγάλη διέγερση, ξέρω γω, πέφτει κάτω, δεν την πήρανε χαμπάρι, έχει χτυπήσει πρόσωπο όλ' αυτά. Πήγαμε την άλλη μέρα, μας λένε αυτό κι αυτό. Την πήραμε τώρα χαμπάρι. Η κοπέλα πεσμένη κάτω και γενικότερα σε μια άθλια κατάσταση. Τρεχάτε ποδαράκια μου. Φτάσαμε, φεύγουμε από δω, φτιάξαμε χαρτιά, οτιδήποτε σε χρόνο ντε τε, ασθενοφόρο, τέσσερις νοσηλευτές μέσα, ο γιατρός*

εγώ μαζί, φεύγουμε. Πού θα πάμε; Νευροχειρουργική εκτίμηση. Μ' ένα μάτι πρησμένο και τα σχετικά. Αυτή να έχει πέσει σε μια ληθαργική να μην ξέρουμε διάφορα διαγνωστικά, είναι από τα φάρμακα ή οτιδήποτε άλλο, πάμε Τζάνειο. Με το που φτάνουμε Τζάννειο, περιμένουμε. Ρε μπαίνω μέσα, "ε, τι να την κάνουμε; Δεν λειτουργεί ο αξονικός". Ενώ είχα κάνει συνεννόηση με το ΕΚΕΠΥ ότι χρειάζομαι νευροχειρουργική εκτίμηση, τη βλέπει, λέει όχι, πηγαίντε στο ΚΑΤ. Φεύγουμε από το Τζάννειο πάμε ΚΑΤ. Μέχρι να γίνει όλη η διαδικασία στο ΚΑΤ φάγαμε τέσσερις ώρες. Να γίνει η αξονική, να βγει, να κάνει, να δείξει, μπαίνω στον αξονικό μέσα, για ποιο λόγο να μπω εγώ μέσα να πάρω την ακτινοβολία; Δεν υπήρχε κανένας μαζί της. Μπαίνω μέσα, φοράω τη στολή, γίνεται η αξονική, περιμένω τον νευροχειρουργό, ο νευροχειρουργός κοιτούσε τα τροχαία κι όλ' αυτά, έρχεται και γίνεται μια διαδικασία μετά από τέσσερις ώρες και μας λέει πρέπει να πάει για οφθαλμολογική εκτίμηση. Και φεύγουμε από το ΚΑΤ και πάμε στον Ευαγγελισμό. Ε, εκεί το πανηγύρι. Και τελείωσε, κι έφυγα εγώ για το σπίτι μου, ήρθα εδώ δέκα και μισή το βράδυ. Τρεις η ώρα, ζήτησαν να αλλάξουν οι βάρδιες των νοσηλευτών. Δεν είναι υποχρεωμένο το παιδί να καθήσει μέχρι τις εννιά, δέκα έντεκα η ώρα. Έχει κι αυτός την οικογένειά του, ήτανε τέσσερα άτομα. Και μίλησα με την προϊσταμένη, να φύγουνε αυτοί τρεις η ώρα, να έρθει άλλη ομάδα. Δεν μπορούσα να το ζητήσω εγώ, τι να τους πω φεύγω; Και φτάνουμε σ' ένα σημείο το βράδυ, γι' αυτήν την ασθενή, σου λέω, με όλο αυτό το επίπεδο, να τσακώνονται νευροχειρούργοι στον Ευαγγελισμό, νευρολόγοι στον Ευαγγελισμό, Ωρηλάδες κι Οφθαλμίατροι πού θα μπει. Φυσικά, το ψυχιατρικό του Ευαγγελισμού λέει, εγώ δεν εφημερεύω δεν μπορώ, η ειδικευόμενη κοπέλα σου λέει "τι να πάρω;" και τέσσερις ειδικότητες τσακωνόντουσαν πού θα πάει να νοσηλευτεί αυτή η κοπέλα» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Στις άλλες ειδικότητες, εργαστήρια κ.λπ. οτιδήποτε παρουσιαστεί παθολογικό κ.λπ. αναγκαζόμαστε και τρέχουμε σε γενικά νοσοκομεία. Τους συνοδεύουμε δηλαδή, μ' ένα προσωπικό που είναι ήδη μειωμένο. Κι αυτό πρακτικά όλο το νοσοκομείο το επηρεάζει έτσι; όχι μόνο το τμήμα που νοσηλεύεται, αλλά κι όλο το νοσοκομείο*» (Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β., Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Ύστερα έχουμε ένα θέμα εμείς με το παθολογικό, το οποίο είναι πάρα πολύ δύσκολο κομμάτι. Έχουν τις δικές τους ανασφάλειες αυτοί, εντάξει, και λογικό είναι, το παθολογικό λειτουργεί μόνο πρωινά, θα πρέπει να πάει ο φάκελος που είναι στη κλινική, πολλές φορές δεν πάει ο ασθενής, ενώ κάποιες φορές πάει ο ασθενής αν χρειαστεί, αν χρειαστεί να' ρθει να τον δει, τ' απογεύματα το χάος. Για ανεβασμένα λευκά*[281] *για παράδειγμα, μπορεί να βγει ο άλλος έξω.*

[281] «Ανεβασμένα λευκά»: Αιματολογική εξέταση η οποία δείχνει αυξημένες τιμές στα λευκά αιμοσφαίρια, και υποδηλώνει κάποια λοίμωξη.

Είναι πρόβλημα. Έχουμε φτάσει, δηλαδή μπορεί να χάσουμε και κάποιον έτσι, να πεθάνει ο άνθρωπος. Έρχεται ο άλλος, ημέρα εφημερίας εισαγγελικό, ή εκούσιο, ότι θες. Τώρα άρχισε να λειτουργεί το μικροβιολογικό, και λειτουργεί το μικροβιολογικό μέχρι κάποια ώρα έτσι; Αν κρίνουν ότι είναι έκτακτο. Για μένα κάθε εισαγωγή που έπρεπε να μπαίνει, θα' πρεπε να γίνει αιματολογικός έλεγχος άμεσα. Γιατί ο άλλος μπορεί να έχει ένζυμα[282] *στο Θεό, και να πεθάνει από ανακοπή. Κι αν είναι έτσι, ποιος θα το δει; Κάποιες εφημερίες εφημερεύω εγώ μέχρι κάποια ώρα. Μετά όχι. Ή καρδιολόγος. Υπάρχει. Και; τώρα θα φύγει με σύνταξη. Μετά; Είναι ένα κομμάτι πολύ βασικό. Δεν έχουν κατάρτιση το προσωπικό σε παθολογικά πράγματα. Εγώ νοιώθω ασφάλεια. Όσο μπορώ να νοιώθω, γιατί έχω δουλέψει σε παθολογική, αλλά εδώ δεν ξέρουν τι σημαίνει "Αμπού"*[283]*, πώς να τη χειριστούν, είναι βασικά πράγματα. Οπότε κάνεις τον σταυρό σου για όταν κάνεις εφημερίες, γιατί εγώ κάνω και, κάνουμε και εφημερίες στις οποίες λες "Παναγία μου, τι θα μου τύχει"*» (Νοσηλεύτρια, υπεύθυνη τμήματος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Σε ακραίες περιπτώσεις, τέτοιες περιπτώσεις μπορούν να «μπλοκάρουν», να προκαλέσουν σοβαρό πρόβλημα στην λειτουργία μιας κλινικής. Να παραθέσουμε δύο ιδιαίτερα χαρακτηριστικές περιπτώσεις:

«*Την έχουμε την γιαγιά αυτή τόσα χρόνια. Και γιατί; Υποτίθεται ότι είναι κρατούμενη, έχει καταδικαστεί και εγώ δεν ξέρω για πόσα χρόνια, και ο άντρας της μάλλον έχει άκρες. Έτσι, επικαλέστηκε προβλήματα ψυχικής υγείας και την έφερε στην κλινική. Και τι δεν έχουν κάνει και ο διευθυντής, και οι γιατροί για να την πάνε κάπου άλλου. Αλλά τίποτα. Βρίσκουν πόρτα. Καταλαβαίνεις; Ελλαδάρα. Και αυτή η γυναίκα, είναι εδώ μέσα και εκτίει την ποινή της, και πιάνει ένα κρεβάτι, χρόνια σου λέω. Και άλλοι είναι έξω και παρακαλάνε για ένα κρεβάτι. Άστα σου λέω…*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Τι παρέχεις στους άλλους; Το έχω δει εγώ εδώ μέσα. Εγώ έχω μια απομόνωση μ' ένα καθυστερημένο, το ότι είναι μόνιμα χρόνιο, και για τον Α – Β λόγο είναι δω, αυτά είναι άλλα κόλπα. Την αλήθεια σου λέω. Αν είναι να πούμε αερολογίες, να τις πούμε. Τι να σου πω; Ότι περνάμε καλά; Ότι δεν φοβόμαστε;. Τι να σου πω; Ότι έχουμε ένα καθυστερημένο και μια απομόνωση και φοβόμαστε; Δεν τον παίρνουνε, είναι χρόνιος ασθενής. Πρέπει να αλλάξει τμήμα. Αν δεν μπορούν να τα ψάξουνε οι γιατροί να συνεννοηθούνε, γιατί εμείς υποτίθεται τον πήραμε πριν κάποια χρόνια και τον φέραμε εδώ*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο)

---

[282] «Ένζυμα»: Εξέταση που ελέγχει τη καρδιακή λειτουργία.
[283] «Αμπού»: μηχάνημα το οποίο υποστηρίζει την αναπνευστική λειτουργία σε περίπτωση καρδιακής ανακοπής.

Και συμπληρώνει ένας έτερος επαγγελματίας, αναφερόμενος στο ίδιο «περιστατικό»: «*Είναι αυτό το "αυτιστικό"* (αναφέρεται στο νοσηλευόμενο που είναι για χρόνια στην απομόνωση) *άμα του πάμε το φαγητό, κάθεται κάτω. Με τα χέρια κάθεται, τρώει, ο ένας αγκώνας ακουμπάει κάτω κι ο άλλος τρώει. Και άμα δεν είναι στα καλά του, ταΐζει και την λεκάνη. Βουλώνει μετά η λεκάνη και τρέχουμε. Και έρχονται μια φορά την εβδομάδα η μάνα, και οι αδελφές του. Και μπάνιο του κάνουμε εμείς, κάθε Τετάρτη, τίποτα, αυτοί του φέρνουν μόνο πορτοκαλάδες μια την ημέρα. Μπάνιο του κάνουμε εμείς, είναι γύρω στα 40 κάτι… 41 χρονών, μπορεί να είναι και λίγο παραπάνω. Και γίνεται ολόκληρη διεργασία για το μπάνιο γιατί αυτός χτυπάει, ρίχνει μπουνιά σ' αυτό το σημείο εδώ, αλλά όχι πάντα, δηλαδή μπορεί να περάσουν 6 μήνες και να πας εσύ το πρωί άνετος κι ωραίος, δεν το παίρνεις χαμπάρι. Και μετά λέει, "όχι, δεν έκανα, δεν σε χτύπησα εγώ" λέει. Οπότε είναι να κάνει μπάνιο κάθε Τετάρτη του δένουμε τα χεράκια πίσω με τον ελαστικό επίδεσμο, τον βάζουμε στην καρέκλα, τον πλένουμε, του έχουμε ετοιμάσει τα ρούχα ντύνεται μόνος του. Και θέλει και κάλτσες χειμώνα καλοκαίρι. Πάντα ρωτάει: "Κάλτσες;". Αυτός είναι εδώ στο νοσοκομείο απ' όταν έφυγε από το ΝΤΑΟΥ που τα διώχνουνε, 17 χρονών, εγώ τον θυμάμαι από το 1997 περίπου*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να προσδιορίσουμε τον τύπο της επικινδυνότητας που θεωρείται ότι ενέχει η κατηγορία «οργανικό ψυχοσύνδρομο». Φαίνεται ότι πρόκειται για μια επικινδυνότητα, ή καλύτερα μια επιθετικότητα η οποία ενέχει έντονο το στοιχείο του «πρωτόλειου».[284] Παρουσιάζεται σαν ένα αμάλγαμα *παρορμητικής* επιθετικότητας, η οποία όμως δεν ενέχει τον χαρακτήρα του *εμπρόθετου*. Ένα «αυτιστικό» μπορεί να επιτεθεί, αλλά σπάνια αυτή η επίθεση θα ερμηνευθεί ως εμπρόθετη και οργανωμένη. Παρ' όλη την ένταση της βίας που μπορεί να περικλείει, λίγες είναι εκείνες οι φορές που θα χαρακτηριστεί ως συστηματικά προσχεδιασμένη και στοχοκατευθυνόμενη. Αντίθετα, τις περισσότερες φορές –και παρόλη τη παρουσία του στοιχείου της *απροβλεψιμότητας*- η επιθετικότητα του «οργανικού αρρώστου» δεν εμπεριέχει τη σημασιοδότηση της εμπρόθετης, στοχοκατευθυνόμενης βίας. Πόσο μάλλον στις περιπτώσεις των γηραιών νοσηλευόμενων. Εκεί, όσο και επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά και να εκδηλώνεται, τις

[284] Επιθετικότητα, η οποία και στις περιπτώσεις των «οργανικών ψυχοσυνδρόμων» στρέφεται κυρίως εναντίον της οικογένειας: των φροντιστών. Βλ. Hull, R., et al., «Violence in older persons: Occurrence in hospitals and pharmacological/ behavioral treatment of agitation, aggression, and violence», *Clinical Geriatrics*, τόμος 16, τεύχος 6, 2008, σ. 28 – 32.

περισσότερες φορές αυτή ερμηνεύεται σημασιοδοτείται μάλλον σαν *ενόχληση*, παρά σαν *επικινδυνότητα*:

> «*Είχαμε έναν παππού με άνοια, του είχε βγάλει η γυναίκα του εισαγγελική, ο γιατρός πιέστηκε και τον έβαλε. Ε, ρε, εκεί να δεις. Είχε κάνει μια κλινική, χάλια μαύρα. 24ωρα ξύπνιος. Να πηγαίνει, να έρχεται να κάνει, να ράνει, να φωνάζει, να βρίζει, να προσπαθεί να χτυπήσει αν πήγαινες να του δώσεις τα φάρμακα, δράμα. Τον έβαζες στο κρεβάτι το βράδυ, σε δυό λεπτά, όρθιος. Πήγαινες να τον ξαπλώσεις, "ρε παππού, κλείσε λίγο τα μάτια σου", τίποτα αυτός. Σηκωνότανε και γύρναγε ξεβράκωτος. Τι να κάνεις; Να τον δέσεις; Και αν πάει να σηκωθεί και πέσει και σπάσει κανα πόδι; Ξέρεις τι έκανε; Με το που πήγαινες να τον ακουμπήσεις, σε τσίμπαγε. Τώρα αυτός τι ήτανε; Επικίνδυνος για τον εαυτό του και για τους άλλους που γράφουν στις εισαγγελικές; Ένας παππούς με διαταραχές συμπεριφοράς και άρση αναστολών, σαν τόσους και τόσους….*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Θεωρούμε ότι η περίπτωση του «οργανικού ψυχοσυνδρόμου» πέραν της ενδεικτικότητας που επιφορτίζεται αναφορικά με την κατάδειξη των δυσκολιών και των στρεβλώσεων του συστήματος περίθαλψης, είναι ιδιαίτερα ενδεικτική αναφορικά με τον τρόπο που οργανώνεται, στοιχειοθετείται και χρησιμοποιείται εν είδει *performance, θεατρικής παράστασης*, η έννοια της επικινδυνότητας. Ουσιαστικά, πρόκειται για τους ανθρώπους που θα μπορούσαμε να τους αποκαλέσουμε «παριές του συστήματος περίθαλψης». Τα «περιστατικά» που δεν τα θέλει κανείς.

4.7.β.2. Το «οργανικό ψυχοσύνδρομο»: Ψυχικά Πάσχων ή Ανάπηρος;

Θεωρούμε ότι αυτοί όλοι οι άνθρωποι κινούνται *εντός*, αλλά κυρίως *πλησίον* του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης, κινούνται περιμετρικά των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προσπαθώντας να αποκτήσουν μια θέση στο σύστημα νοσηλείας, σημασιοδοτημένοι όχι τόσο ως πάσχοντες –προσοχή, εννοούμε ψυχικά πάσχοντες- αλλά προσδιορισμένοι υπό όρους **αναπηρίας**. Εντάσσονται στο μοντέλο μη κανονικότητας, είναι παρεκκλίνοντες, αλλά η σημασιοδότηση του **ανάπηρου** απέχει παρασάγγας από την σημασιοδότηση του **τρελού**. Και αυτό το σημείο θεωρούμε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό. Αναφέρει ο Foucault, προσδιορίζοντας την διαφορετική φύση της αναπηρίας από την

τερατωδία:[285] «*Η διαφορά μεταξύ αναπηρίας και τερατωδίας οριοθετείται στο σημείο συνάντησης, στο σημείο τριβής μεταξύ του φυσικού νόμου και του νόμου που θεσπίζεται από τον Θεό ή από τις κοινωνίες…Η αναπηρία ανατρέπει βεβαίως τη φυσική τάξη, αλλά η αναπηρία δεν είναι τερατωδία…*».[286] Σημαντική, κατ' εμάς, διαφοροποίηση. Η σημασιοδότηση του *τέρατος* –και ας μην λησμονούμε ότι ο πυρηνικός χαρακτήρας, το βασικό *ποιόν* του ψυχικά πάσχοντα μέχρι πρότινος (αν όχι μέχρι σήμερα) εμπεριέχει πολλά από τα στοιχεία του τερατώδους- απέχει από τη σημασιοδότηση του *ανάπηρου*. Άλλη αναλυτική κατηγορία. Διαχωρισμένες, υπακούουν σε διαφορετικές αναπαραστάσεις. Πέραν όμως των διαφοροποιήσεων, θεωρούμε ότι το βασικό σημείο επαφής, σύγκλισης και ομοιότητας ανάμεσα σε αυτές τις δύο κατηγορίες, ειδικά αν τις ερμηνεύσουμε υπό το πρίσμα μιας κατάστασης, είναι η έννοια της *σιωπής*. Όπως αναφέραμε στο κεφάλαιο περί ψύχωσης, η αναγκαία συνθήκη για να μπορέσει ο θεσμικός Λόγος, αλλά και η επίσημη (ψυχιατρική, ποινική…) πρακτική να λειτουργήσει σε αυτό που ονομάσαμε κατώφλι αδιαφορίας, είναι η *σιωπή* του υποκειμένου. Είτε αυτή αναδύεται –κυριολεκτικά- σαν *αλαλία*, είτε σαν ά-λογος, στερούμενος νοήματος, λόγος, είτε σαν διαταραγμένος λόγος. Η «σιωπή», όταν αυτή συνδυάζεται με την αδυναμία πρόσβασης στον «Νόμο», παράγει υποκειμενικότητες οι οποίες αποτελούν τους «εκ των έσω πρόσφυγες». Ανθρώπους των οποίων η διαβίωση, η καθημερινότητα, η ίδια τους η ύπαρξη προσδιορίζεται, οριοθετείται, κατευθύνεται και διαχειρίζεται από την ευσπλαχνία (ή σκληρότητα) του «αυθαίρετου Άλλου». Όπως αναφέρει και ο Agier, «…*είναι hors du nomos: έξω από το νόμο, όχι από τον ένα ή τον άλλο νόμο αυτής ή της άλλης χώρας, αλλά από τον ίδιο το Νόμο. Είναι έξω από το νόμο και τις παρίες ενός νέου είδους, τα παράγωγα της παγκοσμιοποίησης και η απόλυτη επιτομή και ενσάρκωση του πνεύματος της Άγριας Δύσης που διακατέχει την παγκοσμιοποίηση…είναι παραπεταμένοι σε μια κατάσταση "αμφίσημης ολίσθησης" και δεν γνωρίζουν, ούτε μπορούν να γνωρίζουν, εάν αυτό είναι περαστικό ή μόνιμο*».[287]

---

[285] Σύμφωνα με τον Foucault, οι τρεις «μορφές» οι οποίες αποτελούν τις πρόδρομες μορφοποιήσεις του σημερινού «μη κανονικού» είναι αυτές που περιγράφονται ως α) το *τέρας* (το οποίο διαφοροποιείται από τον ανάπηρο), το *άτομο προς συμμόρφωση* και ο *αυνανιζόμενος*. Βλ. Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, μτφ. Σ. Σιαμανδούρας, εκδ. Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα, 2010.
[286] Βλ. Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 134 – 135.
[287] Agier, M., *Aux Bords du Monde, Le refugies*, εκδ. Flammarion, Παρίσι, 2002, σ. 55 – 56.

4.8. Συμπερασματικά: Περί «πάθησης»

Ακολουθώντας αλλά και αναγιγνώσκοντας τα δεδομένα μας, θεωρούμε, ισχυριζόμαστε και υποστηρίζουμε το εξής: Φαίνεται να εμφανίζονται συγκεκριμένες δέσμες αναπαραστάσεων, μια συγκεκριμένη τυπολογία υποκειμενικοτήτων, η οποία αφορά κυρίως τρεις τύπους.

Ο πρώτος τύπος, έτσι όπως εμφανίζεται μέσω του «ψυχωτικού», ή του «διπολικού» (ή καλύτερα, μέσω αυτών των δύο τυπολογιών) συμπυκνώνει τον χαρακτήρα του αμιγούς ψυχικά πάσχοντα, του ***τρελού***. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι συμβολοποιεί την διαχρονικά σταθερή παρουσία της ψυχικής πάθησης μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο. Εικονοποιεί το χαρακτήρα του *τρελού*, του υποκειμένου το οποίο άλλοτε σε άλλο βαθμό (βλέπε τις διαφοροποιήσεις που εντοπίσαμε μεταξύ των κατηγοριών «ψύχωση» και «διπολική διαταραχή») ακόμη παραμένει το βασικό πεδίο/πληθυσμός της ψυχιατρικής επιστήμης. Προσοχή όμως. Θεωρούμε ότι δεν είναι το βασικό πεδίο διαχείρισης, αλλά μάλλον το πεδίο εκείνο μέσω του οποίου η ψυχιατρική μπόρεσε, και μπορεί ακόμα, να ισχυροποιήσει, να παγιώσει και να επεκτείνει την εγκαθίδρυση της «μεθοδολογίας» της. Μέσω ενός απλουστευτικού παραλληλισμού, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτή η «κατηγορία» είναι ότι για τους μαθηματικούς η αριθμητική. Βασική γνώση. Κατά ένα παραπλήσιο τρόπο, ο «ψυχωτικός» είναι το πεδίο εκείνο μέσω του οποίου μπορούν να ανελιχθούν και να εφαρμοσθούν τα ανώτερα μαθηματικά, ή αντίστοιχα να αποκτήσει ουσία και κυρίως εφαρμογή η ψυχιατρική.

Ο δεύτερος τύπος (βλέπε «οργανικό ψυχοσύνδρομο») μορφοποιεί την έννοια της ***αναπηρίας***. Και το σημαντικό, σύμφωνα με την ανάλυσή μας, είναι το ότι η αναπηρία, όσο και παραπλήσια και αν εκφράζεται, και να παρουσιάζεται εν είδει συμπτωματολογίας (άλλωστε, φαινομενολογικά ένα «οργανικό ψυχοσύνδρομο» πολλές φορές δεν διαφέρει από μια «ψύχωση») απέχει πόρρω από το να παραλληλισθεί, πόσο μάλλον να ταυτοποιηθεί με την τρέλα αυτή καθ' αυτή. Και αφ' ης στιγμής που η αναπηρία ερμηνεύεται ως τέτοια, ως *μη τρέλα*, απεμπολίζεται από το εργαλειακό continuum, εξοβελίζεται από το δηλωθέν, το ρητό περιεχόμενο δικαιοδοσίας της ψυχιατρικής. Σαν να λέμε: «*…σύμφωνοι, είναι πάσχων, αλλά δεν είναι δουλειά μας. Δεν είμαστε εμείς οι υπεύθυνοι γι' αυτόν…*».

Και σύμφωνα με την προσέγγισή μας, υπάρχει και μια τρίτη κατηγορία, αυτή που θα εντάξουμε κάτω από την «ταμπέλα» «*διαταραχή προσωπικότητας*». Μια κατηγορία, αναφορικά με την οποία το πρώτο και κύριο εμπειρικό εύρημα αφορά ένα παράδοξο: Ίσως είναι η λιγότερο «εκπροσωπούμενη» στον πληθυσμό των εισαγγελικών νοσηλευόμενων, αλλά από την άλλη είναι μια «ομάδα» για την οποία –αν μη τι άλλο- γίνεται πολύς λόγος.

4.8.α. Η «διαταραχή προσωπικότητας»

Μια από τις κύριες θέσεις μας είναι ότι η κατηγορία της «διαταραχής προσωπικότητας», σχετίζεται απευθείας με την μετα-νεοτερικότητα. Μέσω μιας διαλεκτικής σχέσης παράγεται, αλλά και παράγει, εκκολάπτεται αλλά και τεκνοποιεί, μέσα σε κοινωνικά συστήματα τα οποία περιγράφονται ως «μεταμοντέρνα». Στο εδώ και τώρα… Αναφερόμαστε σε ένα τύπο ψυχικής δομής η οποία κατά πολλούς επικαθορίζεται από το κοινωνικό συγκείμενο μέσα στο οποίο αναδύθηκε και ανατράφηκε: «… *μπορούμε να μιλάμε για μια πλαστικότητα της δομής, υπό την έννοια του κοινωνικο-ιστορικού επικαθορισμού της; Και, κατ' επέκταση, πώς μπορούμε να προσεγγίσουμε την ενδεχόμενη σύνδεση ανάμεσα στην ψυχική μορφή της σύγχρονης βιο-πολιτικής οργάνωσης της κοινωνίας και την ιδιαίτερη κλινική πραγματικότητα που αντανακλάται ή που κατασκευάζεται μέσω της εμφάνισης ενός νέου είδους περιγραφικού λεξιλογίου, το οποίο κατακλύζει τον ψυχιατρικό και ψυχολογικό λόγο των τελευταίων ετών και το οποίο αρθρώνεται γύρω από τα κύρια σημαίνοντα της οριακής προσωπικότητας*…».[288]

4.8.α.1. Η «διαταραχή προσωπικότητας»: ανάμεσα στο «φυσιολογικό» και το «παθολογικό»: κοινωνικό-πολιτιστικοί τροπισμοί

Πριν όμως προβούμε στην ανάλυση της «διαταραχής προσωπικότητας» να επαναλάβουμε τη θεωρητική μας υπόθεση, η οποία θα μπορούσε να εστιαστεί στα εξής: Ο «ψυχωτικός», το **κύριο** πεδίο διαχείρισης και κυρίως παραγωγής γνώσης προς όφελος της ψυχιατρικής συμβολοποιεί και αντικατοπτρίζει τόσο το χαρακτήρα, τον τύπο του υποκειμένου που αναδύεται ή καλύτερα δημιουργείται μέσα από την διαλεκτική ψυχικής ασθένειας και ψυχιατρικής. Αυτόν τον τύπο υποκειμένου (και συνακόλουθα υποκειμενοποίησης)

[288]Κατσογιάννη Ν., «Από τον Homo Sacer στο βιο-πολιτικό υποκείμενο και στο υποκείμενο της ψυχανάλυσης: ορισμένα κοινωνικο-κλινικά ζητήματα στη σκέψη των Αγκάμπεν, Φουκώ και Λακάν, στο: *Ψυχανάλυση και Κοινωνικά Συμπτώματα*, επιμ. Ν. Παπαχριστόπουλος, Βιβλιόραμα, Αθήνα, 2006, σ. 335.

περιγράψαμε και προσομοιάσαμε με την έννοια του Homo Sacer, του υποκειμένου με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, αλλά κυρίως συγκεκριμένη λειτουργικότητα μέσα στο περιβάλλον που εμφανίζεται. Με παρόμοιο τρόπο, ο «ψυχωσικός», και κάποιες φορές ο «διπολικός» Homo Sacer, αντικατοπτρίζει τόσο ένα τύπο υποκειμένου, όσο και ένα τύπο σχετίζεσθαι με την εξουσία που το διαχειρίζεται. Με άλλα λόγια, ο «πυρηνικός τρελός» σημασιοδοτεί τόσο ένα υποκείμενο, όσο και μια ενδεικτική μορφή της σχέσης εξουσίας που αναπτύσσεται. Και το επόμενο βήμα είναι να δούμε τον στόχο. Να δούμε το κατά πόσο, και με ποιον τρόπο αυτό το μοντέλο παραγωγής υποκειμένων και κυρίως διαχείρισης αυτών μπορεί να γενικευτεί. Και επιπλέον, πάνω σε ποια κατηγορία υποκειμένων, σε ποιο «πληθυσμό» μπορεί να εφαρμοσθεί. Η εξέταση της δεύτερης κατηγορίας την οποία σημασιοδοτήσαμε με όρους *αναπηρίας*, ή με άλλα λόγια στον ήδη **πάσχοντα πληθυσμό**, στα υποκείμενα που εκ των προτέρων και με αιτιολογημένο τρόπο/διαδικασία έχουν πιστοποιηθεί ως όχι απλά άρρωστα, αλλά ως άρρωστα και ανίκανα, μας λέει κάτι, ίσως σημαντικό. Μας δίνει ένα στίγμα της διαδικασίας αποκλεισμού, της διαδικασίας επιλογής του πληθυσμού εκείνου ο οποίος αποτελεί τον πληθυσμό – στόχο της ψυχιατρικής επιστήμης. Θεωρούμε ότι η ψυχιατρική δεν αποτελεί ένα πεδίο παραγωγής και εφαρμογής γνώσης το οποίο απευθύνεται σε ένα, «κάποιο», πάσχοντα πληθυσμό. Ένα σύνολο υποκειμένων το οποίο έχει σταθερά, αναγνωρίσιμα και αιτιολογημένα «παθολογικά» σημεία και συμπτώματα. Αντίθετα, η εφαρμογή της στοχεύει σε ένα δυνητικά πάσχοντα πληθυσμό. Συμφωνούμε ότι επαναλαμβάνουμε μια αρκετά διαδεδομένη θέση. Τη θέση που υποστηρίζει ότι η ψυχιατρική αποτελεί ένα *θεσμό*, μια *οργάνωση* (με εργαλειακές, ιδεολογικές, θεσμικές, και γνωστικές – επιστημονικές παραμέτρους) η οποία λειτουργεί διαμέσου αλλά και πέραν του «αντικειμένου» της.[289] Αλλά όμως θεωρούμε ότι το πεδίο της νοσηλείας, και δη της αναγκαστικής νοσηλείας, αποτελεί έναν ιδιαίτερα αξιόπιστο οδηγό για την εμπειρική τεκμηρίωση αυτής της –σαφώς θεωρητικής- θέσης. Μια θέση η οποία μπορεί να συνοψισθεί στα εξής: Η ψυχιατρική επιστήμη –πια- δεν έχει ως στόχο (και κατά συνέπεια, ως αποκλειστικό πεδίο παρέμβασης) ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αντίθετα, η

[289] Όπως έχουμε πολλές φορές αναφέρει, θεωρούμε ότι η *Κοινοτική Ψυχιατρική* επί της ουσίας είναι το «ψυχιατρικό παράδειγμα» το οποίο αντικατοπτρίζει αυτή τη μεταστροφή. Μια μεταστροφή η οποία ξεκίνησε τη δεκαετία του ’60, και συνεχίζεται έως και σήμερα. Ο Turner προσδιορίζει χαρακτηριστικά τους τρεις κύριους κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι ευώδωσαν αυτή τη μεταστροφή. «*Οι κοινωνικοί λόγοι γι’ αυτό είναι σύνθετοι. Περιλαμβάνουν ένα ευρύ ενδιαφέρον για την φρουδική ψυχοθεραπεία, ειδικά σε άτομα της μεσαίας (αστικής) τάξης. Δεύτερον, υπήρξε μια ισχυρή αντιψυχιατρική κίνηση (Szasz, Goffman)* […] *η οποία κατέκρινε το “άσυλο”* […]. *Τρίτον, υπήρξε μεγάλη βελτίωση στην ψυχοφαρμακολογία* […]. *Επίσης, υπήρξαν εμβληματικές μορφές (Lang, Cooper στην Αγγλία, Basaglia στην Ιταλία) οι οποίοι κατέκριναν το μέχρι τότε ισχύον παράδειγμα*». Turner, B., S., *Medical Power and Social Knowledge*, οπ.π., σ. 70.

ίδια είναι εκείνη που αποφαίνεται, αποφασίζει ποιοι από το «σύνολο» του πληθυσμού εντάσσονται στην δικαιοδοσία της. Με άλλα λόγια, υποστηρίζουμε μια υπόθεση η οποία εστιάζεται όχι τόσο στο επίπεδο της *αντιμετώπισης*, όσο στο επίπεδο της *σημασιοδότησης*.

Και όμως. Κάποιος, σε μια πρώτη ανάγνωση των εμπειρικών αποτελεσμάτων, θα μπορούσε να ισχυρισθεί ακριβώς το αντίθετο: Η εμφάνιση της συγκεκριμένης κατηγορίας, αυτής της *Διαταραχής Προσωπικότητας*, στις «λίστες των εισαγγελικών» είναι από ελάχιστη έως μηδαμινή, σε σχέση τουλάχιστον με την εμφάνιση της κατηγορίας των σχιζοφρενών. Άρα, που είναι το πρόβλημα; Αφού δεν τους «βάζουμε», αφού δεν τους εγκλείουμε, μάλλον δεν τους θεωρούμε και αρρώστους. Ή τουλάχιστον δεν τους θεωρούμε *δικαιοδοσία* μας.[290] Πριν όμως αποφασίσουμε, πρώτον, ας αναφερθούμε θεωρητικά και εμπειρικά στο πεδίο «διαταραχή προσωπικότητας» και δεύτερον, ας ακούσουμε κάποιες χαρακτηριστικές αφηγήσεις.

Ήδη από την δεκαετία του ’70 πολλές ερμηνευτικές προσεγγίσεις αναφορικά με την έννοια της υποκειμενικότητας υποστηρίζουν την θέση μιας δομικής μεταλλαγής στην *ουσία* του υποκειμένου. Ενώ μέχρι τις αρχές του προηγούμενου αιώνα (ή έως την περίοδο του Β. παγκοσμίου πολέμου) ανευρίσκουμε αυτό που οι ψυχοδυναμικού προσανατολισμού θεωρητικοί και κλινικοί ονομάζουν **νευρωτικό υποκείμενο**, φαίνεται ότι τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει μια μεταλλαγή σε αυτό που βιβλιογραφικά ονομάζεται **ναρκισσιστικό - οριακό υποκείμενο**. Επί της ουσίας οι δύο αυτοί τύποι υποκειμένων σημασιοδοτούν και το χαρακτηριολογικό background πάνω στο οποίο δομείται η «κυρίαρχη παθολογία» σε κάθε εποχή. Αυτή η μεταλλαγή στο χαρακτήρα της προσωπικότητας, αυτή η διαφοροποίηση του «αστικού υποκειμένου» υπακούει, ή τουλάχιστον φαίνεται ότι υπακούει και ακολουθεί τις κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις στην οργάνωση των μεταπολεμικών δυτικών κοινωνικών συστημάτων, ή καλύτερα σε αυτό που θα μπορούσαμε να αποκαλέσουμε δυτικού τύπου κοινωνική και οικονομική οργάνωση. Αναφέρει ο C. Lash στο εξαιρετικό βιβλίο του «Η Κουλτούρα του Ναρκισσισμού»: «*Κάθε κοινωνία αναπαράγει την κουλτούρα της –τις νόρμες, τις υποβαστάζουσες υποθέσεις, τους τρόπους της*

[290] Υπάρχει έντονος προβληματισμός και ενίοτε αντιπαράθεση σε σχέση με το αν τελικά η τυπολογία των υποκειμένων που περιγράφονται ως «διαταραχές προσωπικότητας», πόσο μάλλον η «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας» εντάσσεται στη δικαιοδοσία της «κλασσικής ψυχιατρικής» ή αντίθετα εντάσσεται κυρίως στο πεδίο της ψυχοιατροδικαστικής. «*Η κυρίαρχη, συμβατική ψυχιατρική παρουσιάζει δείγματα ότι επιθυμεί να να απορρίψει τους ψυχοπαθείς ως ασθενείς που αξίζουν τη προσοχή της*». Στο: Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 303.

να οργανώνει την εμπειρία- στο άτομο, στη μορφή προσωπικότητας. Όπως είπε ο Ντυρκέμ, η προσωπικότητα είναι το άτομο εκκοινωνισμένο […]. *Κάθε κοινωνία προσπαθεί να λύσει τις οικουμενικές κρίσεις των παιδικών της χρόνων* […] *με τον τρόπο της, και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει αυτά τα ψυχικά συμβάντα παράγει μια χαρακτηριστική μορφή προσωπικότητας* […]. *Η επιμονή του Φρόιντ στη συνέχεια της ψυχικής υγείας και ψυχικής αρρώστιας καθιστά δυνατό να δούμε τις νευρώσεις και τις ψυχώσεις σαν, από μια άποψη, χαρακτηριστική έκφραση μιας δεδομένης κουλτούρας*».[291] Ουσιαστικά, ο Lash προσδιορίζει τα βασικά χαρακτηριστικά του μετα-νεοτερικού υποκειμένου έτσι όπως αυτά παράγονται, αλλά και εκδηλώνονται μέσα από τις εκφάνσεις του σύγχρονου κοινωνικού: παλινδρόμηση στον εαυτό, ρηχές, ευμετάβλητες συναισθηματικές και προσωπικές σχέσεις, δυσκολία σταθερών επενδύσεων σε προσωπικό, συναισθηματικό (πόσο μάλλον σε ιδεολογικό) επίπεδο, ζωή –στο-, και –για το- «εδώ και τώρα», εγωκεντρική στάση, απαλοιφή των συλλογικοτήτων και της συλλογικής πράξης και δράσης: «*Οι άνθρωποι σήμερα παραπονιούνται για την ανικανότητα να νοιώσουν* […]. *Όντες εξωτερικά πράοι, υποτακτικοί και κοινωνικοί, κοχλάζουν από εσωτερικό θυμό για τον οποίο μια πυκνή, πυκνοκατοικημένη, γραφειοκρατική κοινωνία μπορεί να επινοήσει λιγοστές νόμιμες διεξόδους* […]. *Αρχαϊκά στοιχεία ολοένα περισσότερο κυριαρχούν τη δομή της προσωπικότητας και* […] *ο εαυτός ζαρώνει και υποχωρεί σε μια παθητική και πρωταρχική κατάσταση* […]. *Ο εγωμανής, καταβροχθιστής εμπειριών κυρίαρχος εαυτός οπισθοδρομεί σε έναν μεγαλειώδη, ναρκισσιστικό νηπιακό, άδειο εαυτό* […] *μαστιζόμενος από άγχος, κατάθλιψη, ασαφείς δυσφορίες, μια αίσθηση εσωτερικού κενού*…».[292]

Στη σύγχρονη ψυχιατρική ταξινόμηση υπάρχει ένας διακριτός διαγνωστικός χώρος για τις διαταραχές προσωπικότητας. Κατ' ουσίαν θεωρούνται ως προδιαθετικοί παράγοντες για τις ψυχιατρικές νόσους ή, σε ορισμένες περιπτώσεις, πρόδρομα στάδια νόσων. Τα τελευταία χρόνια όμως αυξάνονται ολοένα οι ενδείξεις ότι οι διαταραχές προσωπικότητας διεκδικούν μια θέση ως αυτόνομες νόσοι. Συσσωρεύονται ενδείξεις κληρονομικής επιβάρυνσης οσον αφορά συγκεκριμένες διαταραχές προσωπικότητας, δηλαδή υπάρχει το στοιχείο της γενετικής επιβάρυνσης που τις προσομοιάζει με τις σχιζοφρένειες. Νευροψυχολογικές μελέτες αποδεικνύουν γνωσιακά και συναισθηματικά ελλείμματα που επίσης ενισχύουν την αντιμετώπισή τους ως νόσους. Σε διαταραχές προσωπικότητας με προεξάρχον το παρορμητικό στοιχείο ήδη έχουν αρχίσει να διαπιστώνονται και βιολογικοί

[291] Lash, C., *Η Κουλτούρα του Ναρκισσισμού*, οπ.π., σ. 44 – 45.
[292] Lash, C., *Η Κουλτούρα του Ναρκισσισμού*, οπ.π., σ. 24 – 25.

δείκτες. Αλλά το πιο σημαντικό απ' όλα είναι η ύπαρξη φαρμακευτικών μεθόδων οι οποίες έχουν τη δυνατότητα να λειτουργήσουν θεραπευτικά. Και αυτό δεν αφορά μόνο σε «επεισόδια – υποτροπές» στη ζωή των ατόμων διαγνωσμένων ως διαταραχές προσωπικότητας που έχουν σαφώς το περιεχόμενο ενός σχιζοφρενικού επεισοδίου ή ενός επεισοδίου μανιοκαταθλιπτικής νόσου. Αφορά την ίδια τη φύση της «διαταραχής προσωπικότητας» υπό το πρίσμα αυτόνομης νόσου. Συμφωνα με πολλούς κλινικούς, αγωγές με αντιψυχωτικά ή σταθεροποιητές του συναισθήματος φαίνεται να επηρεάζουν ευνοϊκά τα παρορμητικά στοιχεία των διαταραχών προσωπικότητας και τουλάχιστον υπόσχονται να τροποποιήσουν την κλινική εικόνα, σε διαφορετικό βαθμό. Υπάρχουν όλα τα στοιχεία που είναι σε θέση να δώσουν στις διαταραχές προσωπικότητας το status quo μιας νόσου ανάλογης της σχιζοφρένειας. Ιδιαίτερης σημασίας φαίνεται πως είναι ο κοινωνικός παράγοντας. Η μετατροπή των διαταραχών προσωπικότητας σε νόσους θα είχε σημαντικότατες κοινωνικές επιπτώσεις. Ένας πολύ μεγάλος αριθμός τροφίμων των φυλακών θα μετονομάζονταν «ασθενείς» και θα γίνονταν αντικείμενο ψυχιατρικής θεραπείας. Θα εγκατέλειπαν το περίγραμμα της φυλακής για εκείνο του ασύλου, εφόσον θα εκπληρωνόταν το νομικό κριτήριο ότι από τη θεραπεία τους θα αναμενόταν βελτίωση. Το κοινωνικό ενδιαφέρον όχι μόνο των σωφρονιστικών θεσμών αλλά και των οικογενειών είναι προφανές και η πίεση συνεχώς ογκούμενη. «*Ίσως στις μέρες μας να γίνουμε μάρτυρες της τρομακτικής κοινωνικής δύναμης της "μετωνυμίας", εαν οι διαταραχές προσωπικότητας μετονομαστούν από εκδοχες της προσωπικότητας σε νόσους και ορισμένες από* αυτές *μεταναστεύσουν απο τις φυλακές στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Ευθέως ανάλογοι προβληματισμοί υπάρχουν και για τον αλκοολισμό και τις τοξικομανιες*».[293]

Αν προσπαθούσαμε να δομήσουμε ένα κατά το δυνατόν επαρκές αλλά και περιεκτικό μοντέλο, θα μπορούσαμε να ακολουθήσουμε την εξής αλληλουχία: Φαίνεται ότι ο «τύπος προσωπικότητας» που ανιχνεύεται μέχρι την ύστερη νεοτερικότητα αρχίζει να αλλάζει. Το νευρωτικό υποκείμενο, υποχωρεί και την θέση του λαμβάνει το ναρκισσιστικό / οριακό υποκείμενο όπως περιγράφεται πιο πάνω. Να τοποθετηθούμε στο εξής σημαντικό σημείο: σαφώς και δεν πρόκειται για κάποιο γενικευμένο (ή ακόμα καλύτερα, γενικευτικό) πρότυπο υποκειμενοποίησης. Όταν αναφερόμαστε στο νευρωτικό ή στο οριακό υποκείμενο δεν εννοούμε κατά κύριο λόγο ότι υπάρχει ένα γενικευμένο pattern υποκειμενοποίησης, μέσω μιας «στατιστικής» προοπτικής. Πιο πολύ αναφερόμαστε στους τύπους των ψυχικών

[293] Βαρτζόπουλος, Ι., *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2008, σ. 25.

λειτουργιών (για παράδειγμα, τους μηχανισμούς άμυνας, σύμφωνα με τη ψυχοδυναμική θεωρία), ή τα πρότυπα συμπεριφοράς και τους τρόπους επικοινωνίας.

4.8.α.2. Η «διαταραχή προσωπικότητας»: η κλινική / ψυχιατρική προοπτική

Σύμφωνα με την επίσημη ψυχιατρική ταξινόμηση, έτσι όπως αυτή εκφράζεται κυρίως από την κατά DSM κατηγοριοποίηση, ο δεύτερος άξονας του εγχειριδίου (από τους πέντε συνολικούς) αποτελείται από την κατηγοριοποίηση των «διαταραχών προσωπικότητας».[294] Μια συχνή, ιδιαίτερα χαρακτηριστική λεκτική προσφώνηση – επεξηγηματικός προσδιορισμός στις συνομιλίες μεταξύ των επαγγελματιών έχει να κάνει με αυτή τη κατηγοριοποίηση: «*Τι είναι αυτός*;» ρωτάει ένας ειδικευόμενος ψυχίατρος τον επιμελητή του, αναφερόμενος σε ένα νεοεισαχθέντα. «*Μάλλον άξονας δύο…*» του απαντάει «*…αλλά θα δούμε*». Ο χαρακτηρισμός «άξονας δύο» ως μετωνυμία του χαρακτηρισμού «διαταραχή προσωπικότητας». Η ταξινόμηση του συγκεκριμένου άξονα είναι αρκετά ευρεία, ενώ το ίδιο το DSM αναφέρεται στις διαγνωστικές δυσκολίες που παρουσιάζει αυτή η «ομάδα». Τα ενδιαφέροντα σημεία είναι τα εξής:

Ο συγκεκριμένος άξονας αποτελείται από τρεις μεγάλες κατηγορίες στις οποίες αντικατοπτρίζονται διαφορετικά σημειολογικά χαρακτηριστικά, τα περίφημα Clusters: Το Cluster A, το Cluster B, και το Cluster C.[295] Επιπλέον, πολλές από τις υποκατηγορίες

---

[294] Το DSM αποτελείται από πέντε άξονες (ενότητες). Από τους πέντε ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι δύο πρώτοι, οι οποίοι και χρησιμοποιούνται περισσότερο. Ο πρώτος άξονας αναφέρεται και περιλαμβάνει τις αμιγώς κλινικές, ψυχιατρικές κατηγορίες, ενώ ο δεύτερος τις διαταραχές προσωπικότητας. Τα υποκείμενα ου εντάσσονται διαγνωστικά στον πρώτο άξονα χαρακτηρίζονται ως αμιγώς ψυχιατρικά περιστατικά, ενώ ο δεύτερος άξονας βρίσκεται στο μεταίχμιο. Και ναι, και όχι.

[295] Παραθέτουμε τους πίνακες κατηγοριοποίησης των διαταραχών προσωπικότητας (Από το: Μάνος, Ν., *Κλινική Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 403.)

Γενικά διαγνωστικά κριτήρια για Διαταραχή της Προσωπικότητας κατά *DSM-IV*.

Α. Ένας διαρκής τύπος εσωτερικού βιώματος και συμπεριφοράς που παρεκκλίνει έντονα από τις προσδοκίες της κουλτούρας του ατόμου. Αυτός ο τύπος εκδηλώνεται σε δύο ή περισσότερους από τους παρακάτω τομείς:

(1) γνωστική λειτουργία (δηλ. τρόποι αντίληψης και ερμηνείας του εαυτού, των άλλων ανθρώπων και των γεγονότων)
(2) συναισθηματικότητα (δηλ. το εύρος, η ένταση, η μεταβλητότητα και η καταλληλότητα /προσφορότητα της συναισθηματικής απάντησης)
(3) διαπροσωπική λειτουργικότητα
(4) έλεγχος των παρορμήσεων

Β. Ο διαρκής τύπος είναι άκαμπτος και επεκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων.

Γ. Ο διαρκής τύπος οδηγεί σε κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

θεωρούνται πρόδρομοι μιας αμιγούς ψυχιατρικής πάθησης. Έτσι, για παράδειγμα, οι υποκατηγορίες «σχιζοειδής διαταραχή προσωπικότητας» και «σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας», οι οποίες ανήκουν στο Cluster A, στην πρώτη κατηγορία του άξονα II, σχετίζονται έντονα με τις διάφορες σχιζοφρενικές ψυχώσεις, όπως περιγράφονται στον πρώτο άξονα (άξονας I) του DSM. Με άλλα λόγια, ο διαγνωσμένος ως «σχιζότυπη διαταραχή προσωπικότητας» είναι υποψήφιος ψυχωτικός…

Ένα δεύτερο ενδεικτικό σημείο είναι η ρευστότητα στα όρια των κατηγοριών. Αν και οι διαγνώσεις μεταξύ των Clusters είναι σχετικά διακριτές, οι υποκατηγορίες των ομάδων αυτών είναι ιδιαίτερα δύσκολο να περιχαρακωθούν. Τα όρια είναι ιδιαίτερα ασαφή.

Το πλέον ενδιαφέρον όμως σημείο είναι το εξής: από όλες τις υπο-κατηγορίες του άξονα δύο, των «διαταραχών προσωπικότητας», μία, αυτή της «αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας» είναι η κατηγορία η οποία συμπαρασύρει τους πλέον αρνητικούς χαρακτηρισμούς και σημασιοδοτήσεις. Η κατηγορία «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας», μαζί με τις υπόλοιπες τρεις επί της ουσίας στοιχειοθετούν το φάσμα μέσα στο οποίο ανευρίσκεται ο ορισμός *οριακή διαταραχή προσωπικότητας*. Βέβαια, να επαναλάβουμε ότι τις περισσότερες φορές, διαγνωστικά, είναι δύσκολο να αυτονομηθεί, και κατά συνέπεια να αποδοθεί μια «ετικέτα» η οποία να εμπεριέχει αμιγώς κάποια από τις υποκατηγορίες. Τις περισσότερες φορές οι διαγνώσεις προσανατολίζονται σε αυτό που στην ψυχιατρική ορολογία αναφέρεται ως «μεικτή διαταραχή προσωπικότητας». Παρ' όλα αυτά, οι περισσότερες κατηγοριοποιήσεις αφορούν τα επιμέρους clusters – κατηγορίες.

Δ. Ο τύπος αυτός είναι σταθερός και μακράς διάρκειας και η έναρξη του μπορεί να ανιχνευθεί πίσω τουλάχιστον στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή.

Ε. Ο διαρκής αυτός τύπος δεν εξηγείται καλύτερα σαν εκδήλωση ή συνέπεια μιας άλλης ψυχικής διαταραχής.

ΣΤ. Ο διαρκής αυτός τύπος δεν οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιάς ουσίας (π.χ. κάποια ουσία κατάχρησης, κάποιο φάρμακο) ή μιάς γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. τραύμα κεφαλής).

Κατηγορίες ασθενών με Διαταραχές της προσωπικότητας

Α. Ασθενείς που παρουσιάζονται συχνά παράξενοι ή εκκεντρικοί: Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας, Σχιζοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας, Σχιζότυπη Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Β. Ασθενείς που παρουσιάζονται συχνά δραματικοί, με έντονα συναισθήματα ή ασταθείς στις διαπροσωπικές τους σχέσεις: Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας, Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας, Δραματική Διαταραχή της Προσωπικότητας, Ναρκισσιστική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Γ. Ασθενείς που παρουσιάζονται συχνά αγχώδεις ή φοβισμένοι: Αποφκυκτική Διαταραχή της Προσωπικότητας, Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας, Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή της Προσωπικότητας.

Να επισημάνουμε μία, ίσως από τις πλέον βασικές, διαπίστωση. Όπως ήδη αναφέραμε, οι «διαταραχές προσωπικότητας» δεν εντάσσονται αμιγώς στην ψυχιατρική παθολογία. Για τους περισσότερους κλινικούς αποτελούν λυκοφωτικές καταστάσεις, εύκολα αναγνωρίσιμες μεν, δύσκολα αντιμετωπίσιμες δε.[296] Άλλωστε μέχρι την στιγμή της έκδοσης του νεότερου DSM, οι κατηγορίες αυτές δεν έχουν «πιστοποιηθεί» αναφορικά με την αποτελεσματικότητα της –όποιας- φαρμακευτικής αγωγής. Παρ' όλο που, ειδικά στην περίπτωση που νοσηλεύονται, τις περισσότερες φορές λαμβάνουν κάποια αγωγή.

4.8.α.3. Η «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας»

«*Οι περισσότεροι ασθενείς μας είναι και υποβόλιμοι, όταν τους πεις ότι "αυτό.." κάπως το δέχονται. Αλλά ο ένας θα σου κάνει το πρόβλημα. Ή ο παρανοϊκός, ή η "διαταραχή" η βαρβάτη…*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Η κατηγορία «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας», χαρακτηριστικά, παλαιότερα αναφέρονταν υπό τους όρους «**ψυχοπαθητική**» ή «**κοινωνιοπαθητική**» διαταραχή προσωπικότητας. Βιβλιογραφικά, φαίνεται ότι υπάρχουν σαφείς, επαναλαμβανόμενες και ισχυρές ενδείξεις ότι τα άτομα που εντάσσονται κάτω από την κατηγορία «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας» παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά βίας, επικινδυνότητας και παραβατικότητας.[297] Αποτελούν ένα πληθυσμό ο οποίος «ανευρίσκεται» όχι μόνο στις

[296] Η κύρια θεωρητική προσέγγιση των διαταραχών προσωπικότητας, και ειδικά της «μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας», των *borderline* στην ψυχιατρική καθομιλουμένη, θεωρεί ότι τα άτομα με τέτοιου τύπου διαταραχή παρουσιάζουν μια δομή προσωπικότητας με σταθερά (άρα και αναγνωρίσιμα) χαρακτηριστικά. Πρόκειται για ένα «τύπο προσωπικότητας», αν μπορούμε να απλουστεύσουμε, ο οποίος δεν ανήκει σε κάποια από τις υπόλοιπες δύο μεγάλες κατηγορίες τις νευρώσεις και τις ψυχώσεις. Παρ' όλο που τις περισσότερες φορές φαίνεται ότι κινείται στο «όριο» μεταξύ νεύρωσης και ψύχωσης, εν τέλει φαίνεται ότι απαρτίζει μια καθ' ολοκλήρου ξεχωριστή δομή προσωπικότητας. Ο O. Kernberg, κατά πολλούς ο κορυφαίος ψυχίατρος αναφορικά με τις διαταραχές προσωπικότητας αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Υπάρχει μια σημαντική ομάδα ψυχοπαθολογικών αστερισμών που έχουν κοινή μια μάλλον συγκεκριμένη και ιδιαίτερα σταθερή μορφή παθολογικής δομής του Εγώ. Η παθολογία του Εγώ διαφέρει από αυτήν που απαντά αφενός στις νευρώσεις* […] *και αφετέρου στις ψυχώσεις* […] *.η οργάνωση της προσωπικότητάς τους δεν είναι μια παροδική κατάσταση που ταλαντεύεται μεταξύ νεύρωσης και ψύχωσης*». Kernberg, O., *Οριακές Καταστάσεις και Παθολογικός Ναρκισσισμός*, μτφ. Κ. Ζερβός, Δ. Τσαρμακλή, Καστανιώτης, Αθήνα, 2007, σ. 17 – 18.

[297] Η βιβλιογραφία είναι ιδιαίτερα ογκώδης. Να αναφερθούμε σε κάποιες πρόσφατες έρευνες: Οι Ullich και συν. εξετάζουν την δημιουργία μιας συγκεκριμένης υπο-ομάδας, η οποία εμπίπτει σαφώς στην κατηγορίας «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, την οποία ονομάζουν «επικίνδυνη και βαριά διαταραχή προσωπικότητας» (DSPD: Dangerous and Severe Personality Disorder). Οι συγγραφείς θεωρούν ότι ο όρος, ο οποίος αποτελεί μια νομικο-ψυχιατρική «εγγραφή», αντανακλά την προσπάθεια προσδιορισμού και χαρακτηρισμού εκείνης της ομάδας από την δεξαμενή της οποίας προέρχεται ο επικίνδυνος» εγκληματίας. Βλ. Ullrich, S., Yang, M., Coid, J., «Dangerous and severe personality disorder: An investigation of the construct», *International Journal of Law and Psychiatry*, τόμος 33,

ψυχιατρικές δομές νοσηλείας και στην «πελατεία» των εισαγγελικών (στις οποίες μάλλον υπο-εκπροσωπείται), αλλά κυρίως στα σωφρονιστικά καταστήματα.[298] Ακόμα και ανάμεσα στο συγκεκριμένο πληθυσμό, υπάρχει μια υπό-κατηγορία η οποία έχει χαρακτηριστεί εδώ και μια δεκαετία περίπου με τον όρο «Dangerous and Severe Personality Disorder»,[299] η οποία σχετίζεται ακόμα πιο έντονα με την βία και την παραβατικότητα.[300] Διαγνωστικά, η «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας» πολλές φορές συνδέεται, τόσο με άλλες διαταραχές του «άξονα ΙΙ» (με κύρια την διαγνωστική κατηγορία «μεταιχμιακή διαταραχή

2010, σ. 84 – 88. Αναφορικά με την ελληνική βιβλιογραφία, ο Αλεβιζόπουλος υποστηρίζει και αυτός τη θέση ότι ο προσδιορισμός της συγκεκριμένης κατηγορίας παρουσίαζε μεγάλη ετερογένεια, ελέγχει τη θέση που υποστηρίζει ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση της συγκεκριμένης κατηγορίας με τη εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Για περισσότερα, βλ. Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική Ψυχιατρική*, Παρισιάνος, Αθήνα, 1998, ειδικά τις σελ. 32 έως 38.

[298] Το συγκεκριμένο δεδομένο είναι τόσο συχνό, ώστε έχει περιληφθεί και στα πλέον έγκριτα ελληνικά ψυχιατρικά εγχειρίδια που ακολουθούν την DSM κατηγοριοποίηση. Αναφέρει ο Μάνος χαρακτηριστικά (του οποίο το εγχειρίδιο της κλινικής ψυχιατρικής αποτέλεσε για πολλά χρόνια τη «Βίβλο» για τους Έλληνες ψυχίατρους): «*Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας: Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας είναι ένας πρόσφατος σχετικά όρος για τη διαταραχή της προσωπικότητας που παλιότερα λέγονταν "ψυχοπαθητική", "κοινωνιοπαθητική" ή "δυσκοινωνική"* […]. *Το βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι ένα μακρό ιστορικό περιφρόνησης και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων, που εκδηλώνεται με ανεύθυνη και χωρίς ενοχές συμπεριφορά, αδιαφορία για τον νόμο και παράνομη συμπεριφορά, αδυναμία για σταθερή εργασία, εκμετάλλευση και χειραγώγηση των άλλων για προσωπικό όφελος, εξαπάτηση των άλλων και αδυναμία για σταθερές σχέσεις* […]. *Άτομα με αυτήν τη διαταραχή δεν έρχονται συνήθως μόνα τους στη θεραπεία και είναι πιο πιθανό να ανεβρεθούν σε φυλακές, δικαστήρια κτλ. Όταν εμφανίζονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες, συχνά προσέρχονται παρά τη θέληση τους ή για να αποφύγουν νομικές συνέπειες* […]. *Άτομα με τη διαταραχή αυτή αρχίζουν την αντικοινωνική τους συμπεριφορά πριν τα 15, οπότε και παρουσιάζουν κάποια από τα συμπτώματα της Διαταραχής της Διαγωγής - δηλ. επιθετικότητα προς ανθρώπους και ζώα, καταστροφή ιδιοκτησίας, εξαπάτηση ή κλοπές, σοβαρή παραβίαση κανόνων. Στην εφηβεία, η σεξουαλική δραστηριότητα των ατόμων αυτών αρχίζει νωρίς και μπορεί να είναι ασυνήθιστα επιθετική ή βίαιη, εμφανίζεται συχνά κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών, αρχίζουν οί δυσκολίες με τον νόμο. Φτάνοντας στην ενήλικη ζωή, όλα τα προηγούμενα συνεχίζουν και επιπρόσθετα τα άτομα αυτά δεν μπορούν συνήθως να κρατήσουν υπεύθυνα μια δουλειά, μια σχέση ή να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους ως γονείς, αδιαφορούν για τη δική τους ασφάλεια ή των άλλων (π.χ. οδηγούν συχνά μεθυσμένα και έχουν πολλαπλά ατυχήματα) και προοδευτικά αλκοολισμός, αλητεία, κοινωνική απομόνωση και παράνομες πράξεις κυριαρχούν στην εικόνα…Πολύ σημαντικό χαρακτηριστικό είναι η απουσία ενοχής. Χαρακτηριστική επίσης είναι η γοητεία και η ικανότητα χειραγώγησης των ασθενών αυτών, που ξεγελούν πολύ εύκολα, ώστε συχνά στην ψυχιατρική συνέντευξη φαίνονται απόλυτα φυσιολογικοί. Γι' αυτό, πολλές φορές, η διάγνωση θα πρέπει να βασισθεί και στη συλλογή πληροφοριών από την οικογένεια, το ευρύτερο περιβάλλον, τις αστυνομικές και δικαστικές αρχές. Ακόμα, η έλλειψη συνέπειας και αισθήματος ευθύνης και η αδυναμία του ατόμου να μάθει από τις εμπειρίες και τα λάθη του χαρακτηρίζουν επίσης τη διαταραχή αυτή*». Μάνος, Ν., *Κλινική Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 416 – 417.

[299] Ο Beck προσδιορίζει την εμφάνιση της συγκεκριμένης κατηγορίας στις αρχές της δεκαετίας του '90. Μετά από ένα ιδιαίτερα αποτρόπαιο φόνο, το 1986, η Βρετανική νομοθεσία αποφάσισε να εγκλείει ανοικειοθελώς σχεδόν όλο τον ανδρικό πληθυσμό ο οποίος παρουσίαζε επιθετική συμπεριφορά και είχε χαρακτηριστεί υπό την ταμπέλα της διαταραχής προσωπικότητας, δημιουργώντας μια νέα νομική «κατηγορία» αυτή της «Dangerous and Severe Personality Disorder». Βλ. Beck, J., C., «Dangerous severe personality disorder: the controversy continues», *Behavioral and Science Law*, τόμος 28, τεύχος 2, 2010, σ. 277-288. Επίσης, βλ. Duggan, C., «Dangerous and severe personality disorder», *British Journal of Psychiatry*, τόμος 198, τεύχος 6, 2011, σ. 431 - 433.

[300] Η συγκεκριμένη κατηγορία έχει μελετηθεί και αναλυθεί ιδιαίτερα σε σχέση με την δημιουργία μεταβλητών επικινδυνότητας (risk factors). Ακόμα όμως και σε αυτή την περίπτωση προτείνεται μια κατά το δυνατόν εξατομικευμένη προσέγγιση αναφορικά με την πρόβλεψη της επικινδυνότητας. Βλ. Logan, C., Johnstone, L., «Personality disorder and violence: making the link through risk formulation», *Journal of Personality Disorders*, τόμος 24, τεύχος 5, 2010, σ. 610 - 633.

προσωπικότητας»)[301], όσο και επίσης με καταστάσεις οι οποίες παραπέμπουν τόσο σε ψυχιατρικές διαγνώσεις, όσο και σε άλλες σημασιοδοτήσεις. Παραδείγματος χάριν, μια από τις συχνότερες συν-διαγνώσεις είναι αυτή της «χρήσης ουσιών». Με άλλα λόγια, στις πλείστες των περιπτώσεων ένα άτομο το οποίο είναι διαγνωσμένο ως «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας» είναι παράλληλα και σημασιοδοτημένος ως χρήστης ουσιών.

Η συγκεκριμένη κατηγορία, όπως αρχικά αναφέρθηκε έχει σχετιστεί έντονα με τις έννοιες της επικινδυνότητας και της βίαιης και απρόβλεπτης συμπεριφοράς. Επί της ουσίας αποτελεί τον «πληθυσμό» εκείνο ο οποίος κινείται στο όριο «φυσιολογικού» και «παθολογικού», σε μια λυκοφωτική, ομιχλώδη περιοχή, της οποίας τα όρια και χαρακτηριστικά είναι εν πολλοίς ρευστά. Δεν είναι ούτε υγιής, ούτε άρρωστος, πάσχων. Αλλά σύμφωνα με τους περισσότερους επαγγελματίες είναι σίγουρα επικίνδυνος. Και μάλλον πολύ επικίνδυνος.

> «*Αν υποθέσουμε ότι η κορύφωση των εισαγγελικών είναι μόνο ο φόβος, εγώ φόβο έχω αισθανθεί όχι από ψυχωσικούς ασθενείς, αλλά από ασθενείς που έχουνε εισαχθεί με εισαγγελική παραγγελία όπου κυριαρχούσε η διαταραχή προσωπικότητας*» (Υπεύθυνη νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

---

[301] Παραθέτουμε την περιγραφή της μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας, καθώς και τα διαγνωστικά κριτήρια ταξινόμησης: «*Για πολλά χρόνια είχαν περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία ασθενείς με συμπτώματα ανάμεσα στη νεύρωση και στην ψύχωση, που δημιουργούσαν αρκετή διαγνωστική σύγχυση και που τους είχαν δοθεί ονομασίες και διαγνώσεις που τόνιζαν ακριβώς τη μεταιχμιακή ή οριακή κατάστασή τους. Η Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας (Borderline Personality Disorder) χαρακτηρίζεται από αστάθεια σε διάφορες περιοχές όπως διαπροσωπικές σχέσεις, συμπεριφορά, συναίσθημα και εικόνα του εαυτού. Οι σχέσεις είναι έντονες και ασταθείς. Υπάρχει παρορμητική και απρόβλεπτη συμπεριφορά με συχνές αυτοκαταστροφικές τάσεις, έντονες διακυμάνσεις της διάθεσης από το φυσιολογικό στο καταθλιπτικό ή σε έντονα ξεσπάσματα θυμού, βαθιά διαταραχή της ταυτότητας και των αξιών και σκοπών του ατόμου, χρόνια αισθήματα κενού ή ανίας ή βραχέα επεισόδια ψύχωσης. Διαγνωστικά Κριτήρια Διαγνωστικά Κριτήρια κατά DSM-IV για τη Μεταιχμιακή Διαταραχή Προσωπικότητας: Ένας εκτεταμένος τύπος αστάθειας των διαπροσωπικών σχέσεων, της εικόνας του εαυτού και των συναισθημάτων και έντονης παρορμητικότητας που αρχίζει νωρίς στην ενήλικη ζωή και είναι παρών σε μια ποικιλία καταστάσεων, όπως φαίνεται από πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω: (1) ξέφρενες προσπάθειες του ατόμου να αποφύγει πραγματική ή φανταστική εγκατάλειψη. (2) ένας τύπος ασταθών και έντονων διαπροσωπικών σχέσεων που χαρακτηρίζονται από εναλλαγές μεταξύ ακραίων περιπτώσεων της εξιδανίκευσης και της υποτίμησης. (3) διατάραξη της ταυτότητας: έντονα και επίμονα ασταθής εικόνα ή αίσθηση του εαυτού. (4) παρορμητικότητα σε τουλάχιστον δύο τομείς που είναι δυνητικά αυτοκαταστροφικοί (π.χ. ξόδεμα χρημάτων, σεξ, κατάχρηση ουσιών, απρόσεκτη οδήγηση, επεισόδια υπερφαγίας). (5) επανειλημμένη αυτοκτονική συμπεριφορά, χειρονομίες ή απειλές ή αυτοακρωτηριαστική συμπεριφορά. (6) συναισθηματική αστάθεια οφειλόμενη σε έντονη αντιδραστικότητα της διάθεσης (π.χ. έντονη επεισοδιακή δυσφορία, ευερεθιστικότητα ή άγχος που συνήθως διαρκεί για λίγες ώρες και μόνο σπάνια περισσότερο από λίγες μέρες). (7) χρόνια αισθήματα κενού. (8) απρόσφορος έντονος θυμός ή δυσκολία ελέγχου του θυμού (π.χ. συχνά ξεσπάσματα θυμού, συνεχής θυμός, επανειλημμένα το άτομο έρχεται στα χέρια) (9) παροδικός, σχετιζόμενος με στρες παρανοϊκός ιδεασμός ή σοβαρά διασχιστικά συμπτώματα*». Μάνος, Ν., *Κλινική Ψυχιατρική*, οπ.π., σ. 442.

Στην ανάλυσή μας, η συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία (τόσο τα υποκείμενα που δέχονται τη συγκεκριμένη «ταμπέλα», όσο και η συμβολική αναπαράσταση της συγκεκριμένης διαταραχής σε επίπεδο Λόγου) καταλαμβάνει τη θέση του «καταραμένου αποθέματος». Δανειζόμαστε τον όρο από τον Baudrillard, ο οποίος διαβάζοντας τον Bataille,[302] περικλείει στο «καταραμένο απόθεμα» τα υποκείμενα εκείνα τα οποία ερμηνεύονται ως *φύσιν κακά*. «*Η ενέργεια του καταραμένου αποθέματος, η βία του καταραμένου αποθέματος είναι εκείνη της αρχής του κακού*».[303] Οι κατηγορίες της «αντικοινωνικής» αλλά και της «Μεταιχμιακής διαταραχής προσωπικότητας» σε μικρότερο βαθμό, συμβολοποιούν τον επικίνδυνο ψυχασθενή του σήμερα. Παρ' όλο που στις πλείστες των περιπτώσεων άτομα χαρακτηρισμένα ως τέτοια ανευρίσκονται όχι τόσο στα ψυχιατρικά καταστήματα, αλλά μάλλον στις φυλακές,[304] για εμάς το καίριο σημείο προβληματισμού έχει να κάνει με την όλο και αυξανόμενη ψυχιατρικοποίηση ενός πληθυσμού ο οποίος παλαιότερα πιθανόν να προσδιορίζονταν ως επικίνδυνος (ή ακόμα και ως πολύ επικίνδυνος), αλλά όχι ψυχασθενής. Άπαξ όμως και «τοποθετήθηκε» στον ψυχιατρικό αστερισμό διαγνώσεων, άπαξ και βρήκε τη «θέση» του στο ψυχιατρικό στερέωμα, θεωρούμε ότι η μετατόπιση της συσχέτισης βίας – επικινδυνότητας – διάγνωσης έχει γίνει. Πια, τόσο στις προσωπικές γνώμες και αναπαραστάσεις των επαγγελματιών της ψυχιατρικής, όσο και στα επίσημα βιβλιογραφικά δεδομένα, στα εγχειρίδια παραγωγής

[302] Ο όρος «το καταραμένο απόθεμα» (ο οποίος χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό από τον Baudrillard) ουσιαστικά αναφέρεται σε μια υλική/οικονομική αποθεματική και προέρχεται από τον Bataille, ο οποίος εξετάζει την έννοια της απώλειας σαν μια δομική συνιστώσα στις διαδικασίες παραγωγής (και διαχείρισης) του οικονομικού πλεονάσματος. Η απώλεια (με παράδειγμα το έθιμο των «ποπλάς», των εθιμικών τελετουργιών ανταλλαγής ή καταστροφής δώρων) είναι καίρια για την δημιουργία της ιδιότητας της υπεροχής (ουσιαστικά, της αναγνώρισης της υπεροχής), ενώ ενέχει, αλλά και εμπεριέχεται στον κοινωνικό χαρακτήρα των παροχών. Ο συμβολικός της χαρακτήρας εντοπίζεται και στην ψυχοδυναμική/Φροϋδική θεωρία, ενώ το μοντέλο αυτό διασπάται, αρχικά με την εμφάνιση του Χριστιανισμού (το έθιμο του «ποπλάς» μετουσιώνεται σε αγαθοεργίες), αλλά κυρίως με την εμφάνιση (και την επικράτηση) της αστικής τάξης. Η αστική (και κυρίως η μέσο-αστική) τάξη λειτουργεί με βασικό κριτήριο την αρχή της οικειοποίησης (και της συνακόλουθης κτήσης), ενώ η αρχή της απώλειας «ευτελίζεται» σε μια άνευ συμβολικής σημασίας κατανάλωση/αυτοπροσδιορισμό. Βλ: Bataille G., *Το Καταραμένο Απόθεμα*, μτφ. Λ. Λυμπεροπούλου, Praxis, Αθήνα, 1985, σ. 9-50.

[303]Baudrillard, J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, μτφ. Ζ. Σαρίκας, Εξάντας, 1996, σ. 119. Εδώ χρειάζεται να επισημάνουμε ότι χρησιμοποιούμε την συγκεκριμένη έννοια με ιδιαίτερα απλουστευτικό τρόπο. Ο Baudrillard, δανειζόμενος από τον Bataille, επιχειρεί μια ιδιαίτερα σύνθετη ανάλυση αναφορικά με τη σχέση αυτού που ονομάζει καταραμένο απόθεμα και του Κοινωνικού που «προσπαθεί» να το περιορίσει, ένα περιορισμό τον οποίο ο συγκεκριμένος στοχαστής θεωρεί ανέφικτο. Για περισσότερα, βλ. Baudrillard, J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, οπ.π., σ. 119 – 123.

[304] Να αναφέρουμε την χαρακτηριστική έρευνα του Gunn, ο οποίος από την δεκαετία του 1970, ήδη, βρήκε ένα ποσοστό της τάξης του 20% των τροφίμων των φυλακών να έχουν χαρακτηριστεί σαν «διαταραχές προσωπικότητας». Βλ. Gunn, J., «Criminal Behaviour and Mental Disorder», *British Journal of Psychiatry*, τεύχος 130, 1977, σ. 317 – 329.

γνώσης, όχι ο *ψυχωτικός*, όχι ο *σχιζοφρενής*, αλλά ο *ψυχοπαθητικός* είναι ο φορέας της (δυνητικής ή απτής) βίας.[305]

Ο «ψυχοπαθητικός», ή αλλιώς η «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας» θεωρούμε ότι αποτελεί το ορόσημο, την κορωνίδα, το σημείο γύρω από το οποίο συσπειρώνονται οι «Π» και οι «Ψ» πρακτικές. Επιπλέον, η έννοια του ψυχοπαθητικού ατόμου, με όλο το περιεχόμενό της και τις σημασιοδοτήσεις που εμπεριέχει φαίνεται ότι αποτελεί τον φορέα εκείνο διαμέσου του οποίου παράγονται τόσο συστήματα γνώσης, όσο και συστήματα πρακτικών. Κατ' εμάς, αποτελεί τόσο ένα πεδίο διαχείρισης, αλλά κυρίως ένα πεδίο του οποίου η καίρια χρηστικότητα είναι το ότι μέσω της ανίχνευσής του, της ανάλυσής του, της αντιμετώπισής του και εν τέλει της διαχείρισής του, εμφανίζεται η παραγωγή επίσημων επιστημονικών «αληθειών». Αλήθειες οι οποίες αφορούν τόσο τις έννοιες που εμπλέκονται με το δυϊσμό «παθολογικό – φυσιολογικό» (άρα με την έννοιες οι οποίες αφορούν την ψυχική ασθένεια), αλλά κυρίως με την έννοια της επικινδυνότητας και τις συνιστώσες της. Με άλλα λόγια, η «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας» είναι ο απόλυτος φορέας, είναι η ενδεικτική φαινομενολογικά «κατάσταση» η οποία λειτουργεί ως το *παράδειγμα* της βίας και της επικινδυνότητας της οποίας οι κατηγορίες των Διαταραχών Προσωπικότητας μπορεί να ενέχουν. Και φαίνεται ότι η συγκεκριμένη άποψη έχει αποκτήσει χαρακτήρα «πραγματικότητας» ανάμεσα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

> «*Να σου πω. Πέρα από το πόσο επικίνδυνος είναι ο άλλος, η διαταραχή* (εννοεί «η διαταραχή προσωπικότητας») *θα σου δημιουργήσει* standard *πρόβλημα. Στην καλύτερη είναι , πώς να το πω, ανακατώστρες. Ζητάν το ένα, ζητάν το άλλο, συνέχεια είναι από πίσω σου. Άλλοτε γκρινιάζουν, άλλοτε απειλούν, ξέρεις "θα σου κάνω, θα σου δείξω, θα σου κάνω μήνυση", αλλά συνήθως κάπως συνεννοείσαι. Τουλάχιστον εγώ κάπως συνεννοούμαι, προσπαθώ να του κάνω ένα "συμβόλαιο" του τύπου "κάτσε καλά, πάρε τα φάρμακα, μην κάνεις φασαρίες και θα σε βγάλω". Εγώ προσωπικά, αλλά και πολλοί από τους συναδέλφους, απ' όσο γνωρίζω, προσπαθώ να "σπάω" τις εισαγγελικές το συντομότερο, να τους βγάζω με εξιτήριο. Γιατί, επί της ουσίας, δεν έχει νόημα. Πλην κάποιων περιστατικών, τα οποία παρουσιάζουν ψυχωσικά συμπτώματα, ή αυτοκτονικό* (εννοεί «αυτοκτονικό ιδεασμό», τάσεις αυτοκτονίας), *δεν έχει*

[305] Βλ. χαρακτηριστικά τον προβληματισμό και τις παραπομπές του Δ. Σκαράγκα αναφορικά με την έρευνα του για τους «εγκληματίες ψυχασθενείς». Ο Σκαράγκας κάνει μια ολιστική εκτίμηση των ερευνών οι οποίες συσχετίζουν την διάγνωση με τις αξιόποινες πράξεις. Φαίνεται ότι πολλές έρευνες παρουσιάζουν τους «ψυχοπαθητικούς» όχι μόνο να προβαίνουν σε περισσότερες βίαιες πράξεις, αλλά και σε σοβαρότερες εγκληματικές πράξεις από τους «ψυχωτικούς». Πιο αναλυτικά, βλ. Σκαράγκας Δ., *Εγκληματίας Ψυχασθενής: Ένας Επικίνδυνος Μύθος*, οπ.π., ειδικά το κεφάλαιο, «ψυχική διαταραχή και εγκληματική συμπεριφορά».

νόημα. Αυτές οι περιπτώσεις θέλουν χρόνια ψυχοθεραπεία, και σε σκληρό πλαίσιο, που εδώ στην Ελλάδα, δεν έχουμε. Μόνο στο Αιγινήτειο, αλλά και εκεί, πόσα να μπουν; Δύσκολα, δύσκολα περιστατικά. Σε φορτίζουν πάρα πολύ. Ειδικά αν έχει και στοιχεία αντικοινωνικής (εννοεί «αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας») *έμπλεξες. Αν και εγώ τέτοια περιστατικά σπάνια τα βλέπω να έρχονται με εισαγγελική. Συνήθως αν υπάρχει παράλληλα και χρήση ουσιών, κάπως έτσι. Τώρα τελευταία δεν θυμάμαι να έχει μπει κάποια καθαρή "αντικοινωνική διαταραχή"*» (Ψυχίατρος, επιμελήτρια Β., Γενικό Νοσοκομείο).

«*Πιο δύσκολα τα περιστατικά που έχουνε στοιχεία διαταραχής προσωπικότητας, και που δεν έχουν περιβάλλον. Μπορώ να σου πω ότι δεν έχω αισθανθεί ποτέ φόβο. Δηλαδή, φόβο με ψυχωτικό έχω αισθανθεί μια φορά κι αυτός είχε στοιχεία διαταραχής προσωπικότητας κι ήτανε τότε που ήμουνα έγκυος. Ήμουνα στο Δαφνί κι ήμουνα έγκυος. Ήταν αρκετά μυώδης, πρώην παλαιστής, κι είχε στο αυτό, είχε μια εξαιρετική θεραπευτική σχέση, κάποια στιγμή είχε μπει με υποτροπή στο νοσοκομείο κι όπως μιλάγαμε κι ήμασταν μόνοι στο γραφείο, κοπάνησε το γραφείο. Κι εκεί αισθάνθηκα φόβο. Και νομίζω ότι διάβασε το δικό μου φόβο βασικά και ανταποκρίθηκε αντίστοιχα κι είχε να κάνει με το παιδί μου. Ήμουνα έγκυος. Κι είχα αυτό το θέμα. Δηλαδή δεν έχω αισθανθεί φόβο. Με "προσωπικότητες" όμως έχω αισθανθεί φόβο. Σε σχέση με αυτά τα περιστατικά, ο ψυχωσικός δεν είναι τόσο, δεν είναι ο πιο δύσκολος ασθενής*» (Ψυχίατρος, επιμελήτρια Β., Γενικό Νοσοκομείο).

«*Κάποια κατάσταση με είχε φοβίσει, ένα περιστατικό εισαγγελικό, το οποίο τον είδα εδώ στην κλινική όχι στα επείγοντα, εδώ. Ήταν ένας άρρωστος με ιστορικό ψυχωτικής συνδρομής, ιστορικό χρήσης ουσιών, βαριάς κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, με πολλά στοιχεία διαταραχής προσωπικότητας, με επιθετικότητα, λεκτική και σωματική, ξέραμε σχεδόν είχε σκοτώσει την αδελφή του, με παραλήρημα και ήταν έτσι σωματικά μεγάλος και τις πρώτες μέρες ειδικά που ήτανε, ήτανε πολύ απειλητικός, μιλούσε, παρανοϊκός, και αυτό ήτανε το μόνο περιστατικό μπορώ να πω που είχα φοβηθεί*» (Ειδικευόμενη Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Οι δύσκολες περιπτώσεις είναι πάντα οι ναρκομανείς, ειδικά αυτοί με διαταραχές. Το χειρότερο. Που' χω δει εγώ. …*» (Νοσηλεύτρια, επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

4.8.α.4. Η «Διαταραχή προσωπικότητας»: ο νέος «επικίνδυνος ψυχασθενής»

«*Θυμάμαι αυτό δεν πρόκειται ποτέ να το ξεχάσω, γιατί είναι ίσως από τις λίγες φορές, λίγες φορές, που μαζί του είχα ταχυσφυγμία. Ήτανε μια διαταραχή προσωπικότητας, αυτός που είχε το σουγιά στα παπούτσια του. Ήτανε διαταραχή προσωπικότητας ακινητοποιημένος στα*

τέσσερα άκρα, έτσι και λίγο μ' ένα τρόπο τιμωρητικό θα έλεγα τον είχαμε καθηλώσει, όμως ο ίδιος ήτανε πολύ διαταραγμένος στην συμπεριφορά του, πολύ. Κι ενώ υποτίθεται είχε γίνει εξονυχιστικός έλεγχος, ανάμεσα στους πάτους των παπουτσιών του ήταν ο σουγιάς. Κι όταν μπήκα μέσα στο δωμάτιό του, τον είχε βγάλει και έκοβε τους ιμάντες. Και σ' όλα αυτά τα χρόνια, τα 23 χρόνια που είμαι στην ψυχιατρική, από τις φορές που είπα "ε, ναι, τώρα φοβάμαι". Είχα πάει μόνη μου και είχα θεωρήσει ότι δεν διέτρεχα κίνδυνο γιατί ήταν ακινητοποιημένος. Τελικά, ήτανε πολύ υβριστικός, εγώ δεν απάντησα στις προκλήσεις του και βγήκα έξω. Και μετά, δηλαδή, ούτε φώναξα κάποιον, γιατί φαντάστηκα αυτό θα ήταν πολύ χειρότερο, και μετά εκείνος σηκώθηκε και με ακολούθησε με το σουγιά στα χέρια, ήρθε στο "σταντ". (Γελάει). *Δεν πρέπει να ήμασταν πάρα πολλοί, πρέπει να ήταν νυχτερινή ώρα. Κι επειδή εμείς κρατήσαμε χαμηλούς τόνους και αυτός είδε ότι πέτυχε το σκοπό του, στην πραγματικότητα είχαμε φοβηθεί, μας τον έδωσε το σουγιά χωρίς πολλά - πολλά. Αλλά βέβαια δεν κάθισε εκείνη την ώρα να ακινητοποιηθεί. Αυτή ήταν η ανταλλαγή. Θα μείνω όρθιος και θα σας δώσω το σουγιά. Απ' αυτές τις χαρακτηριστικές ανταλλαγές στις διαταραχές προσωπικότητας*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Με τους υπόλοιπους, οι συνασθενείς μου ήσαν πρόβατα. Οι περισσότεροι. Ήσαν αμνοί. Γιατί υπήρχαν και διαταραγμένες προσωπικότητες, γι' αυτό σας συνιστώ να διαβάσετε του Σκοτ Πεκ, να διακρίνετε τη διαφορά ανάμεσα στους ασθενείς και στις διαταραγμένες προσωπικότητες. Δεν ξέρω αν γίνομαι σαφής. Όλες τις φορές που νοσηλεύτηκα, όταν είχαμε διαταραγμένες προσωπικότητες, είχαμε προβλήματα. Όταν είχαμε ασθενείς, ήμασταν μια χαρά μεταξύ μας*» (Κ. Έ. Δρακοπούλου).

«*Ο χαρακτηρισμός "ψυχοπαθητική προσωπικότητα" είναι μια ετικέτα με την οποία ο ψυχίατρος μπορεί να σπιλώσει την υπόληψη ενός ατόμου. Η έννοια "ψυχοπαθητική προσωπικότητα" είναι τόσο ευρεία και αόριστη, ώστε δύσκολα μπορεί να θεωρηθεί ως κάτι περισσότερο από ένα επίθετο. Σίγουρα ο όρος "ψυχοπαθητική προσωπικότητα" είναι δόλιος και ασαφής. Αλλά είναι πιο δόλιος και ασαφής από τον όρο "ψυχική αρρώστια" ή "τοξικομανία";*»[306] αναφέρει ο Szasz. Βέβαια, ο συγκεκριμένος ψυχίατρος, όντας ένας στιβαρός εκπρόσωπος του κινήματος της Αντιψυχιατρικής, πρεσβεύει και υποστηρίζει μια εκ διαμέτρου αντίθετη άποψη από αυτές της «κλασσικής» ψυχιατρικής. Στόχος μας, εδώ, δεν είναι να προβούμε σε μια κριτική αποτίμηση των μεν ή των δε θέσεων. Χρησιμοποιούμε όμως τη συγκεκριμένη θέση λόγω της σαφήνειάς της αναφορικά με την προβληματική που ερευνά την δημιουργία «παθολογικών» («άρρωστων», «επικίνδυνων»,

[306] Szasz, T., *Η Βιομηχανία της Τρέλας*, οπ.π., σ. 448.

και ούτω καθ' εξής) πληθυσμών οι οποίοι αντιδιαστέλλονται, αλλά και επικαθορίζουν το «φυσιολογικό».

Από τη στιγμή που το επικίνδυνο πάσχον υποκείμενο μετέβη από τον «ψυχωτικό» στη «διαταραχή προσωπικότητας», εύλογα θα μπορούσαμε να αναρωτηθούμε το «κοινωνιολογικό γιατί». Η βασική μας ερμηνευτική θέση υποστηρίζει ότι αυτή η μεταλλαγή έχει άμεση συνάφεια τόσο με τα χαρακτηριστικά της εκάστοτε νόσου (τυπολογία), όσο και με τους πληθυσμούς οι οποίοι σημασιοδοτούνται. Οι σχιζοφρενείς είναι 1,2%. Δηλαδή, περί τους 100.000 στην Ελλάδα. Άρα η πλήρης καταγραφή, απομόνωση και διαχείριση, η εφαρμογή των κανόνων πληθυσμιακής υγιεινής, η εφαρμογή της ψυχιατρικής υπό το πρίσμα μιας μεθοδολογίας παρέμβασης θα ήταν περιορισμένη εκεί. Τώρα όμως; Με την μεταφορά του επικίνδυνου υποκειμένου από μια συγκροτημένη νοσολογία, πια, εύκολα προσδιορίσιμη και αναγνωρίσιμη, σε μια άλλη, πιο ομιχλώδη, και το σημαντικότερο, η οποία αφορά ένα πιο ευρύ πληθυσμό, ο ρόλος της νέο-ψυχιατρικής μπορεί να γενικευτεί.

Θεωρούμε ότι για το υποκείμενο «ψυχωτικός», για τον σχιζοφρενή, τείνει να κλείσει ο κύκλος ο οποίος τον εμπλέκει με την έννοια της επικινδυνότητας. Ο σχιζοφρενής «έκανε το χρέος του». Τόσο αναφορικά με την σύνδεση του δίπτυχου «ψυχική ασθένεια» - «επικινδυνότητα», όσο και με το πεδίο των πρακτικών διαχείρισης αυτής της επικινδυνότητας. Πια, ο σχιζοφρενής Homo Sacer δεν λειτουργεί κεντρικά, δομικά στην εξίσωση η οποία παράγει τον επικίνδυνο ψυχικά πάσχοντα. Αντίθετα, το *δυνητικά* επικίνδυνο, όπως και το *δυνητικά* ψυχικά πάσχον υποκείμενο είναι αυτό που θα ταυτοποιηθεί κάτω από την ετικέτα «διαταραχή προσωπικότητας».

Και το σημαντικό είναι ότι κάτω από αυτή την ετικέτα *δυνητικά* μπορούμε να ενταχθούμε – άλλοτε σε άλλο βαθμό- όλοι μας. Το πεδίο δράσης, ο πληθυσμός διαχείρισης της ψυχιατρικής, **πάντα σε σχέση με την ικανότητά της να προβλέπει και να αποφασίζει όχι μόνο ποιος είναι ψυχικά πάσχων αλλά ποιος είναι επικίνδυνος**, δείχνει να έχει τροποποιηθεί δομικά.

Ο Luhmann αναφέρει: «*Από την εποχή του Merton έχει καταγραφεί η θέση ότι η αποκλίνουσσα συμπεριφορά αποτελεί κοινωνική συμπεριφορά, δεν αποτελεί μια μη κοινωνική συμπεριφορά όπως επίσης ότι δεν μπορεί να αποδοθεί σε "κακές ενορμήσεις"*.

Μια συνεπής κοινωνιολογική, συστημική θεώρηση της αποκλίνουσσας συμπεριφοράς απολήγει να την εκλαμβάνει ως "φυσικό συμπλήρωμα" των δομών του συστήματος, ως συνέπεια των δομικών επιλογών του κοινωνικού συστήματος η οποία μεταβάλλεται μ' αυτές και δια μέσω αυτών».[307] Υπό αυτή τη προοπτική, θεωρούμε ότι χρειάζεται να εξετάσουμε την έννοια της απόκλισης (όπως αυτή εκφράζεται μέσω της δημιουργίας του εκάστοτε «επικίνδυνου ψυχασθενή») όχι απλά σαν ένα εξωτερικό ως προς το σύστημα μόρφωμα, αλλά ως ένα δομικό στοιχείο του συστήματος, ένα στοιχείο του οποίου η απουσία θα κατέλυε την δομή του συστήματος ως έχει. Βέβαια, η συγκεκριμένη θέση δεν εμπεριέχει κάτι το καινούριο. Το σημαντικό όμως είναι το να μπορέσουμε να ερμηνεύσουμε το εξής:

Αν θεωρήσουμε ότι ο «επικίνδυνος ψυχασθενής», ο αποκλίνων, είναι ένα εγγενές, αναπόσπαστο στοιχείο του συστήματος, τότε με ποιον τρόπο, και κυρίως για ποιο λόγο υπάρχει αυτή η διαφοροποίηση στα χαρακτηριστικά του; Γιατί ο «επικίνδυνος σχιζοφρενής» έπαψε να είναι χρήσιμος (ή τουλάχιστον, έπαψε να είναι τόσο χρήσιμος) και αντικαταστάθηκε από την «επικίνδυνη διαταραχή προσωπικότητας»; Ο Luhmann και σε αυτό το σημείο είναι κάθετος: «*Αυτές οι σκέψεις για το δομικό και διαδικαστικό περιορισμό των παρεκκλίσεων στα κοινωνικά συστήματα συμπληρώνονται από την θέση ότι η αποκλίνουσα συμπεριφορά επιτελεί από αρκετές απόψεις και θετικές λειτουργίες, δηλαδή δεν είναι μόνο αναμενόμενη, αλλά και χρήσιμη*».[308] Αν η έννοια της απόκλισης –όπως αυτή παρουσιάζεται, ερμηνεύεται και νοηματοδοτείται από το σύστημα, τόσο από τα μη παρεκκλίνοντα μέλη, όσο και από τα ίδια τα παρεκκλίνοντα- λειτουργεί ως μια «σταθερά», θεωρούμε ότι η μεταλλαγή της έννοιας της παρέκκλισης, της παρέκκλισης η οποία εμπίπτει στην ψυχιατρική δικαιοδοσία, έγινε ακριβώς για να υπάρχει η δυνατότητα της διεύρυνσης του πεδίου παρέμβασης της ψυχιατρικής επιστήμης. «*Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό το οποίο είναι κοινό σ' όλες τις κοινωνιολογικές ερμηνείες της αποκλίνουσας συμπεριφοράς αποτελεί το ότι, όχι μόνο η συμβατική, αλλά και η αποκλίνουσα συμπεριφορά θεωρείται ως συστατικό στοιχείο του δομημένου κοινωνικού συστήματος* […]. *Η διάκριση ανάμεσα στην συμβατική και αποκλίνουσα συμπεριφορά δεν διαγράφει τα όρια του συστήματος έναντι του περιβάλλοντος, αλλά αποτελεί μια εσωσυστημική διαφοροποίηση*».[309] Υπό αυτή τη προοπτική, α) όσο πιο *διαπερατή* είναι η μεμβράνη διήθησης που διαχωρίζει την «παρέκκλιση» από τη «φυσιολογικότητα» και β) όσο πιο *ευρεία* είναι η γκάμα των

[307] Luhmann, N., «Δομή και αποκλίνουσα συμπεριφορά», στο: *Θεωρία των Κοινωνικών Συστημάτων*, μτφ. Ε. Λαμπροπούλου, Σάκκουλας, Αθήνα, 1995, σ. 119.
[308] Luhmann, N., «Δομή και αποκλίνουσα συμπεριφορά», οπ.π., σ. 119.
[309] Luhmann, N., «Δομή και αποκλίνουσα συμπεριφορά», οπ.π., σ. 122.

υποκειμενικοτήτων οι οποίες εντάσσονται στο φάσμα της παρέκκλισης, τόσο πιο προσήκουσα είναι και η χρηστικότητα της ιατρικής επιστήμης, έτσι όπως συμπλέει και συμπράττει με τη νομικο-δικαστική επιστήμη στη διαχείριση των οιονεί παρεκκλίνοντων. Και η έννοια της *επικινδυνότητας*, μέσω της σχέσης της με την έννοια της *βίας*, ίσως αποτελεί τον άξονα, το συνεχές, πάνω στο οποίο τοποθετούνται, αλλά και συνδέονται μεταξύ τους, μορφώματα όπως αυτό του ψυχωσικού, του πυρηνικού «τρελού», ο οποίος ενοικεί ακριβώς στον πυρήνα της σχέσης πάθησης – ψυχιατρικής, με πιο περιφερικά μορφώματα τα οποία σημασιοδοτούνται ως αποκλίνοντα, όπως αυτό της διαταραχής προσωπικότητας, για να φτάσουμε εν τέλει στον «γενικό πληθυσμό».

Κεφάλαιο 5. Η βία στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας

«*Η βία δεν αφορά την κυριαρχία ενός ατόμου πάνω σε ένα άλλο άτομο. Αφορά την κυριαρχία ενός κοινωνικού ρόλου πάνω σε ένα άλλο κοινωνικό ρόλο*» (S. Zizek)

5.1. Επικινδυνότητα και βία: εισαγωγή

«*Ο άλλος μου επιβάλλει μια διπλή βία: βία της ετερότητας ως τέτοιας και βία της ετερότητας στο βαθμό που γυρεύει να με "ταξινομήσει" και ροκανίζει ή μαστορεύει την ταυτότητά μου* […]. *Με ένα βλέμμα η βία διατρέχει τις πιο λεπτές και πολυποίκιλες κλίμακές της ως εάν υπήρχε μια ιδιαίτερη, σχεδόν μεταφυσική, συνάφεια μεταξύ βλέμματος και βίας. Όλα όμως προσφέρονται σε μια φαινομενολογία της καθημερινής βίας: μιμήσεις, χειρονομίες, λόγια, τόνοι της φωνής, στάσεις του σώματος. Αυτοί οι αγγελιοφόροι της βίας γίνονται ευθέως αντιληπτοί ως τέτοιοι, "άμεσα δεδομένα της συνείδησης", με τα οποία ξαναβρισκόμαστε στην ίδια συχνότητα, όλοι, στο βαθμό που είμαστε δονήσεις του* homo violens […]. *Η βία είναι πάντοτε βία του άλλου* […] *έτσι αντιλαμβανόμαστε συνήθως τα πράγματα. Η καθημερινή ζωή εκτυλίσσεται κάτω από το σφυροκόπημα ενός πλήθους από μικρές βίαιες ετερότητες, διασκορπισμένες σε ένα ζοφερό σύννεφο το οποίο περιβάλλει ένα Εγώ που νιώθει από παντού κυνηγημένο, θύμα*».[310] Ίσως αξίζει να ξεκινήσουμε από αυτό το σημείο. Η βία προϋποθέτει, έναν Άλλο. Άτομο, θεσμό, κατάσταση, «πράγμα», σύμβολο. Και ο «ψυχιατρικός ασθενής», ο τρελός, δεν έχει πάψει ποτέ να είναι ένας βολικότατος Άλλος.

Αναφορικά με τα ποσοστά επικινδυνότητας και κατ' επέκταση εμφάνισης μιας βίαιης συμπεριφοράς από το πληθυσμό των ψυχικά πασχόντων σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, φαίνεται ότι υπάρχει μια τάση αλλαγής στις θέσεις οι οποίες, μέχρι τη δεκαετία του 1980, ήθελαν τον ψυχικά πάσχοντα να μην είναι πιο βίαιος από τον «υγιή» πληθυσμό. Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1980 υπήρξε ένας έντονος προβληματισμός αναφορικά με τη σχέση ψυχικής νόσου και βίας – επικινδυνότητας, με πολλούς θεωρητικούς να προβληματοποιούν τις παραδοχές μιας τέτοιας σχέσης.[311] Τις τελευταίες δεκαετίες ένα πλήθος ερευνών

---

[310] Dadoun, R., *Η Βία: Δοκίμιο για τον "Homo Violens"*, μτφ. Α. Σεβαστάκης, Scripta, Αθήνα, 1998, σ. 60 - 61, 57.

[15] Για μια εκτεταμένη ανασκόπηση, βλ. Monahan, J., Steadman, H. J., «Crime and mental disorder: An epidemiological approach», στο: *Crime and Justice: An Annual Review ofResearch*, επιμ. M. Tonry, M. Morris, τόμος 4, University of Chicago Press, Chicago, 1983, σ. 145 – 189. Αναφορικά με την ελληνική βιβλιογραφία, να αναφέρουμε ξανά την έρευνα της Φ. Τσαλίκογλου. Βλ. Τσαλίκογλου, Φ., *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή: οι λειτουργίες μιας κοινωνικής κατασκευής,* οπ.π.

προτείνει μια διαφορετική θέση. Φαίνεται σαν να αναδύεται, και ίσως να παγιώνεται μια «παλινδρόμηση» σε παλαιότερα ερευνητικά δεδομένα τα οποία επαναφέρουν στο προσκήνιο την επανεξέταση και κυρίως εγκαθίδρυση μιας αιτιακής σχέσης μεταξύ ψυχικής νόσου και βίας,[312] ειδικά για συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες, όπως αυτές της σχιζοφρένειας, της διπολικής διαταραχής, και των διαγνώσεων οι οποίες περιλαμβάνουν κάποια χρήση ουσιών, όπως επισημάναμε πρότερα στο κεφάλαιο περί «Διαταραχών Προσωπικότητας». Επιπλέον, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι αυτή η παλινδρόμηση σε τέτοια μοντέλα ανάγνωσης της ψυχικής νόσου, ακολουθεί μια παράλληλη πορεία με τη διαδικασία μετατόπισης των κοινωνικών λόγων και κυρίως των πολιτικών και θεσμικών πρακτικών από το προνοιακό μοντέλο σε μοντέλα που ενέχουν σε υπερθετικό βαθμό κατασταλτικό χαρακτήρα. Σε αυτό το σημείο θεωρούμε ότι δεν μπορούμε να διακρίνουμε με σαφήνεια τι προηγείται και τι έπεται. Αν, δηλαδή, ο επιστημονικός λόγος, ο οποίος μετατοπίζεται σε θέσεις οι οποίες αναζωπυρώνουν υποθέσεις συσχέτισης της ψυχικής νόσου και της βίας, προηγείται της διολίσθησης των πολιτικών μοντέλων και πρακτικών από την πρόνοια στην καταστολή ή το αντίθετο. Πιθανότατα δεν έχει και ιδιαίτερη βαρύτητα. Μέσα από μια αμφίδρομη προοπτική θα μπορούσαμε να δούμε και τις δύο εκφάνσεις υπό το πρίσμα ενός φαινόμενου το οποίο εντάσσεται κάλλιστα στη «δυαδικότητα» της δομής, έτσι όπως την έχει περιγράψει ο Giddens.[313] Θεωρούμε βασική τη θέση του Giddens περί δυαδικότητας της δομής, καθώς και τη θέση του περί διάκρισης της δομής τόσο υπό το πρίσμα του *μέσου* όσο και της *έκβασης*, ακριβώς γιατί υποδεικνύει χαρακτηριστικά τον τρόπο με τον οποίο παράγεται, ανακυκλώνεται και επανεμφανίζεται ο κύκλος της βίας στο ψυχιατρικό σύστημα. Έτσι, οι κατασταλτικές πρακτικές για

[312] Ο Mohanan είναι αυτός που σε μια μετα-ανάλυση ενός μεγάλου όγκου ερευνών επισημαίνει τη συγκεκριμένη μεταστροφή. Βλ. Monahan, J., «Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence», *American Psychologist*, τόμος 47, 1992, σ. 511 - 521.

[313] Αναφερόμαστε στην έννοια της δυαδικότητας της δομής κατά Giddens. Ο Giddens θεωρεί ότι η έννοια της δυαδικότητας της δομής είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στον υποκειμενισμό και στην ουσιοκρατία. Οι δομές, με τις συνιστώσες τους (όπως στην περίπτωσή μας, το στοιχείο της βίας – καταστολής) αποτελούν και εκβάσεις της ανθρώπινης βάσης (μια υποκειμενιστική θέση), αλλά και ταυτόχρονα μέσο με το οποίο συγκροτείται η κοινωνική δράση και πραγματικότητα: η πραγματικότητα «*…και παράγεται από ανθρώπινους φορείς, αλλά ταυτόχρονα και υπάρχει σαν ένα σύνολο από αθέλητες εξωτερικές συνθήκες*…». Στο: Johnson, T., Dandeker, C., Ashworth, C., *The Structure of Social Theory: Dilemmas and Strategies*, Macmillan, Λονδίνο, 1984, σ. 207. Για τον Giddens, η *δομή*, αποτελείται από κανόνες, αλλά και πόρους. Τα δύο αυτά συστατικά μέρη (και εδώ διαφαίνεται μια θέση η οποία πλησιάζει περισσότερο στη γλωσσολογία) υπάρχουν ανεξάρτητα από το χώρο και το χρόνο. «*Εννοιολογείται ως ένα δυνητικό σύστημα το οποίο γίνεται συγκεκριμένο και υλοποιείται κατ' επανάληψη καθώς τα κοινωνικά άτομα αντλούν απ' αυτό για να επικοινωνήσουν στην καθημερινή τους πραγματικότητα. Κατά συνέπεια, η δομή αναφέρεται στο παραδειγματικό επίπεδο (δηλαδή στο επίπεδο της langue) ενώ το κοινωνικό σύστημα αναφέρεται στις συγκεκριμένες πρακτικές των ανθρώπινων υποκειμένων όπως αυτές εξελίσσονται συνταγματικά στο χώρο και στο χρόνο (δηλαδή στο επίπεδο της parole*)». Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1997. Επίσης, βλ. Giddens, A., *Central Problems in Social Theory*, Macmillan, Λονδίνο, 1979.

παράδειγμα παρουσιάζονται τόσο σαν το *μέσο* με το οποίο τα υποκείμενα – συμμετέχοντες επενεργούν στο μικροπεριβάλλον τους (είναι το *μέσο* δηλαδή, με το οποίο η κοινωνική συμπεριφορά παράγεται διαμέσου της χρήσης της δομής) αλλά κυρίως αποτελούν την *έκβαση*. Αποτελούν το στοιχείο εκείνο που επικαθορίζει και νοηματοδοτεί τη λειτουργία των υποκειμένων, τη υπόσταση του ιδρύματος – οργάνωσης, την τελεολογία της δομής, την ερμηνεία όλου του συστήματος εν τέλει. Επιμένουμε να θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντική αυτή τη διαλεκτική θέση.[314] Η διαπίστωση, ούτως ή άλλως, δεν αλλάζει. Φαίνεται ότι υπάρχει μια επανεγγραφή των εννοιών της επικινδυνότητας και της βίας στο «σώμα» της ψυχικής νόσου. Και ένα επιπλέον ενδιαφέρον συμπέρασμα έγκειται σε κάποιες σημαντικές ερευνητικές παρατηρήσεις οι οποίες αναδύονται, εξετάζονται και κυρίως πιστοποιούνται ως αποδεδειγμένες. Ως *αληθείς*. Η πλέον ενδιαφέρουσα έχει να κάνει με την τυπολογία του πληθυσμού στον οποίο αποδίδονται χαρακτηριστικά τα οποία σχετίζονται με τις έννοιες της βίας και της επικινδυνότητας. Ενώ ο «γενικός πληθυσμός» των ψυχικά πασχόντων φαίνεται να αποδεικνύεται ως μη βίαιος, ακίνδυνος (τουλάχιστον σε σχέση με τον υπόλοιπο «γενικό πληθυσμό»), αναδύονται κάποιες κατηγορίες οι οποίες συσχετίζονται έντονα με τις έννοιες της βίας. Τολμούμε να πούμε ότι και τα εμπειρικά μας δεδομένα μας κατεύθυναν στο ίδιο ακριβώς «μονοπάτι». Σε αυτό το σημείο να θέσουμε μια βασική παρατήρηση: Το ερευνητικό ενδιαφέρον ίσως έγκειται, όχι τόσο (ή τουλάχιστον, όχι αποκλειστικά) στον έλεγχο και εξακρίβωση του ποιος είναι επικίνδυνος και ποιος όχι. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες οι περισσότερες έρευνες οι οποίες σχετίζονται με τη ψυχική νόσο και τη σχέση της με τη βία εστιάζονται α) στη δημιουργία κατά το δυνατόν ακριβέστερων προβλεπτικών μοντέλων για την εκδήλωση της –όποιας- βίαιης συμπεριφοράς, με άλλα λόγια στην *ακρίβεια των κλινικών στο να επισημαίνουν την επικινδυνότητα*, και β) στην ανάπτυξη εκείνων των εργαλείων μέτρησης τα οποία θα μπορούν να εντοπίσουν με τη μεγαλύτερη δυνατή συνέπεια τέτοιου τύπου συμπεριφορές, στοιχεία προσωπικότητας, αλλά και άλλες παραμέτρους (κοινωνικό-πολιτιστικό προφίλ, και ούτω καθ' εξής) των υποψήφιων υποκειμένων.[315]

---

[314] Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Giddens: «*Η δομή δεν είναι "εξωτερική" ως προς τα άτομα: όπως η μνήμη, ιχνηλατεί και υλοποιείται στις κοινωνικές πρακτικές, η δομή είναι κατά μία έννοια πιο "εσωτερική" παρά εξωτερική ως προς τις δραστηριότητες των φορέων*». Giddens, A., *Central Problems in Social Theory*, οπ.π., σ. 25.

[315] Μετα-αναλύσεις τέτοιων ερευνών έδειξαν ότι η κλινική πρακτική είναι ένα «ευπαθές» κρητήριο, το οποίο βασίζεται εν πολλοίς (και) στην τύχη, καθώς και ότι η ανάπτυξη εργαλείων, ουσιαστικά ψυχομετρικών δοκιμασιών και αλγοριθμικών κλιμάκων, βελτιώνει κατά πολύ την πρόβλεψη της βίας και της επικινδυνότητας. Βλ. Monahan, J., «Actuarial support for the clinical assessment of violence risk», *International Review of Psychiatry*,τεύχος 9, 1997, σ. 167 - 169. Επίσης, Lidz, C., Mulvey, E., Gardner, W., «The accuracy of predictions of violence to others», *Journal of the American Medical Association*, τόμος 269, 1993, σ. 1007 - 1011.

5.2. Η φαινομενολογία της επικινδυνότητας και της βίας: διαπιστώσεις από τα εμπειρικά δεδομένα

5.2.α. Η οικογένεια σαν το κύριο πεδίο εμφάνισης βίας

Ένα από τα βασικά ερευνητικά μας ευρήματα αφορά το γεγονός ότι οι περισσότερες εκδηλώσεις βίαιων συμπεριφορών αφορούν τα άμεσα εμπλεκόμενα πρόσωπα. Δηλαδή, τα υπόλοιπα μέλη των οικογενειών τους, αν υπάρχουν, ή κάποια μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος. Ο φαύλος κύκλος φαίνεται ότι επιτείνεται ακριβώς λόγω του γεγονότος ότι στις περισσότερες των περιπτώσεων οι συγγενείς (συνηθέστερα οι γονείς) είναι τα άτομα που εκκινούν τη διαδικασία της εισαγγελικής παραγγελίας. Όπως έχουμε προαναφέρει, μια από τις έντονες στρεβλώσεις δημιουργείται, και διογκώνεται, λόγω της απροθυμίας των συγγενών να ενημερώνεται ο νοσηλευόμενος για το ποιος «έκανε την εισαγγελική». Το κυριότερο πεδίο, λοιπόν, μέσα στο οποίο εμφανίζονται οι συμπεριφορές που σηματοδοτούνται υπό όρους βίας και επικινδυνότητας είναι το οικογενειακό σύστημα. Οι επαγγελματίες θεωρούν ότι ο ψυχικά πάσχων κατά κύριο λόγο είναι βίαιος ως προς τους «οικείους» του.

> «*Με κάψατε, με κάψατε. Θα μου κάνει τη ζωή μαύρη* […]. *Θα μας πλακώσει, και εμένα και τον πατέρα του. Μα γιατί του το είπατε; Σ' όλα τα' άλλα νοσοκομεία δεν του είχαν πει…*» (Μητέρα νοσηλευόμενου, η οποία αναφέρεται στην ανακοίνωση προς το νοσηλευόμενο αναφορικά με το ποιος εκκίνησε τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

> «*Ο Β., ξανθούλης, κοντούλης, ο οποίος οι συγγενείς δεν τολμάγανε να μπούνε μέσα στο θάλαμο, γιατί τους είχε δείρει όλους. Πήγαινε δήθεν τους αγκάλιαζε και τους τράβαγε γονατιά με τη μία. Και δεν ζύγωνε κανείς. Και στο σπίτι, τα ίδια χουνέρια τους έκανε*» (Προϊστάμενος Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Από την άλλη, θυμώνει πάρα πολύ με τους συγγενείς του ή με όποιον του κάνει το εισαγγελικό. Αυτό δημιουργεί ένα πρόβλημα στη σχέση των ανθρώπων αυτών. Βγάζει ο άρρωστος την επιθετικότητα στον συγγενή που έχει κάνει το εισαγγελικό, "εσύ φταις, μ' έφερες στο νοσοκομείο, δεν μ' αγαπάς" ο συγγενής το πρώτο διάστημα τουλάχιστον κάνει την ενοχή του, γιατί το εισπράττει αυτό, από την άλλη νοιώθει ότι "ναι, έπρεπε να το κάνω για να βοηθήσω, αλλά μήπως τελικά δεν ήτανε και σωστό;", πολλές φορές μπορεί να μην κάνει, να καθυστερήσει*

την εισαγγελική, γιατί θα τα βάλει μαζί του, ή από φόβο, είτε από όλα αυτά τα αισθήματα ενοχής, πολλές φορές και από φόβο, γιατί μπορεί να αντιδράσει βίαια ο άρρωστος. Τους δέρνουν ας πούμε, δεν είναι θέμα. Μπορεί να το καθυστερήσει να μην το κάνει, όταν έχει όλη αυτή την ενοχή, τώρα περνάω λίγο παραπάνω σε, όλη αυτή η ενοχή του συγγενή, τελικά μπορεί να βγει και σε απόρριψη στον άρρωστο» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Ουσιαστικά, η έρευνά μας επιβεβαιώνει μια αρκετά τεκμηριωμένη θέση, αναφορικά με το πεδίο εμφάνισης της βίας του ψυχικά πάσχοντα Και αυτό αφορά είτε το συγγενικό περιβάλλον σαν τον δέκτη της βίας, είτε υπό το πρίσμα του γενεσιουργού παράγοντα της βίας.[316] Επιπλέον, ένα ιδιαίτερα κρίσιμο σημείο αφορά τις αποδόσεις των συγγενών σε σχέση με τα «επίπεδα επικινδυνότητας» του πάσχοντα. Σε συμφωνία με ερευνητικά δεδομένα,[317] και τα δικά μας εμπειρικά ευρήματα δείχνουν ότι στις πλείστες των περιπτώσεων οι συγγενείς, ειδικά κατά τη διαδικασία της εισαγωγής, υπερεκτιμούν το πόσο βίαιος και επικίνδυνος μπορεί να γίνει ο πάσχων.

5.2.β. Επικινδυνότητα και βία του πάσχοντος υποκειμένου, βία του συστήματος: μια τυπολογία των βίαιων συμπεριφορών

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υποστηρίζουν ότι ο βασικότερος λόγος, ή καλύτερα δικαιολόγηση, για την έκδοση μιας εισαγγελικής παραγγελίας από το συγγενικό περιβάλλον ενός υποψήφιου νοσηλευόμενου αφορά κατά κύριο λόγο την έννοια της επικινδυνότητας: την πιθανότητα εκ μέρους του πάσχοντα να προβεί σε κάποια βίαιη πράξη. Παράλληλα, ένα συνεπές εύρημα αφορά τη –σχεδόν καθολική- πεποίθηση των επαγγελματιών ότι ο κύριος, ουσιαστικός λόγος για τον οποίο η ακούσια νοσηλεία εφαρμόζεται σε τόσο ευρεία κλίμακα είναι η αδυναμία εθελούσιας εισόδου του νοσηλευόμενου σε κάποια δομή νοσηλείας και η καταναγκαστική χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής για όσο καιρό τουλάχιστον το άτομο νοσηλεύεται. Ουσιαστικά αναφερόμαστε στις εκδηλώσεις βίας και καταστολής εκ μέρους του ψυχιατρικού συστήματος.

---

[316] Βλ. Estroff, S., Zimmer, C., «Social Networks, Social Support and Violence Among Persons with Severe and Persistent Mental Illness», στο: *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessments*, επιμ. J. Monahan, H. Steadman, Chicago University Press, Chicago, 1994.

[317] Για παράδειγμα, βλ. Klassen, D., O' Konnor, W., «Predicting Violence in Mental Patients: Crosvallidation of an Actuarial Scale, paper presented at the annual meeting of the American Public Health Association», στο: Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π.

«*Κατά τη γνώμη μου, θα έπρεπε να γίνει προσπάθεια ώστε να μην χρειαστεί να γίνει ακούσια νοσηλεία. Όταν είναι τα πράγματα έτσι, που πρέπει ο άλλος να μπει, και δεν μπαίνει, και είναι διεγερτικός, ενδεχομένως είναι επικίνδυνος για τους άλλους, ή αυτοκτονικός, ή τέλος πάντων, δεν φροντίζει τον εαυτό του, και είναι επικίνδυνος δυνητικά για τον εαυτό του, γιατί, δεν ξέρω, δεν τρώει, βγαίνει και οδηγεί με μεγάλη ταχύτητα, είναι σε μανία, ή είναι ψυχωτικός ή οτιδήποτε. Εκεί, τότε μόνο χρειάζεται η ακούσια, δεν μπορώ να φανταστώ εγώ αυτή τη στιγμή κάτι άλλο. Δηλαδή, έχουμε έναν άνθρωπο, ο οποίος δεν θέλει να νοσηλευτεί, κι είναι σε μια κατάσταση που πρέπει να νοσηλευτεί, δεν μπορώ να φανταστώ κάτι άλλο*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Η καθήλωση γίνεται για να μην την κοπανήσει, ή για να μην σκοτώσει κάποιον και σκοτωθεί κι ο ίδιος, ή κάνει κάτι κακό στον εαυτό του. Εντάξει; Χημική καθήλωση σπάνια έχουμε, εγώ τουλάχιστον εδώ δεν την έχω δει, έτσι; Η άλλη καθήλωση γίνεται, στα τέσσερα, μέχρι στην καλύτερη κατάσταση να είναι στο ένα ποδαράκι. Τελευταία κάνουμε και αντιπηκτική αγωγή, γιατί από το πολύ δέσιμο μπορεί να πάθει κανα θρόμβο, και ήδη έχουνε γίνει και κάποια ευτράπελα, καλό είναι να κοπεί αυτό*» (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Σε αυτό το σημείο συναντάμε ίσως τον πλέον διαδεδομένο, συνεκτικό, αληθοφανή, και ιδιαίτερα εύπεπτο Λόγο περί της ψυχιατρικής βίας. Αναφερόμαστε στο σύμφυρμα των εκλογικευτικών απόψεων οι οποίες υποστηρίζουν, δικαιολογούν και συντηρούν την εμφάνιση μιας τυπολογίας κατασταλτικών πρακτικών των οποίων η καταστατική θέση στις ψυχιατρικές δομές θα μπορούσε να ορισθεί ως ρουτίνα: αποτελούν μια καθημερινή πρακτική. Πέραν των θέσεων που την υποστηρίζουν ή των θέσεων που την προβληματοποιούν, οι κατασταλτικές πρακτικές είναι μια ισχύουσα πραγματικότητα. Και η πιο ενδιαφέρουσα διάσταση είναι αυτή του *αναγκαίου*. Κακού μεν, αναγκαίου δε. Δεν είναι τυχαίο το γεγονός, όπως και σε άλλο μέρος έχουμε επισημάνει, ότι μια από τις πιο διαδεδομένες εναλλακτικές εμπεριέχει και αυτή έντονο το στοιχείο της καταστολής: αυτή των «ήσυχων δωματίων», των «λευκών κελιών», των απομονώσεων δηλαδή.

«*Ράντζα, ράντζα. Έχουμε πολλά ράντζα. Σου μιλάω είναι πραγματικός εφιάλτης. Θα ήταν πολύ καλύτερα να υπήρχε ένα δωμάτιο που δεν μπορεί να χτυπήσει το κεφάλι του στον τοίχο ας πούμε, υπάρχουν τέτοια ας πούμε, και δεν έχουμε. Δεν φαντάζομαι ότι είναι και πανάκριβο αυτό. Να μπαίνει ο άλλος δυο μέρες να μην χρειαστεί να δεθεί καθόλου ο άνθρωπος. Να' ναι εκεί. Να' ναι εκεί με 2-3 ειδικευμένους γι' αυτή τη δουλειά*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Για μένα καθήλωση γίνεται, γιατί δεν υπάρχουν απομονώσεις. Ε, πια, πρέπει να το μάθουμε αυτό. Και σωστές καθηλώσεις. Όχι ένα κρεβάτι και να κινδυνεύει. Έτσι;*» (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Αν θέλουμε όλοι να είμαστε ίσοι, και όλοι δίκαιοι, θα πρέπει όλα τα τμήματα να εφημερεύουν εξίσου, που δεν εφημερεύουν, και να 'χουν όλα τα τμήματα ένα κλειστό τμήμα. Δηλαδή, ένα μικρό οξέων περιστατικών που θα είναι κλειστό. Σ' αυτό το κλειστό τμήμα, εκεί, θα μπορεί κανείς να μην δένει τον ασθενή, να τον έχει σχετικά ελεύθερο, να έχει και ένα "ήσυχο δωμάτιο" που να έχει και κάμερα, να μην πάθει κανείς κάτι, ένα θάνατο, ή πως έγινε, μια αυτοπυρπόληση, να είναι σωστές οι συνθήκες, για να πούμε ότι εξασφαλίζουμε το μη δέσιμο και τον περιορισμό σε μια κατάσταση που είναι αρκετά ανεκτή*» (Διευθυντής Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Κοίτα, υπάρχουν δύο φιλοσοφίες. Η μία είναι να υπάρχουν κλειστά τμήματα, που εκεί έχει νόημα να πηγαίνουν τα εισαγγελικά, και η άλλη είναι ότι όλοι είμαστε ανοιχτά τμήματα και δεχόμαστε όλοι εισαγγελικά. Ουσιαστικά όμως κοροϊδευόμαστε. Γιατί: Γιατί ενώ λέμε όλοι ότι είμαστε ανοιχτά τμήματα, εμείς ουσιαστικά, τα εισαγγελικά τα περιστατικά, τα δένουμε. Και όχι μόνο ώρες, αλλά και μέρες. Που σημαίνει ότι τα κάνουμε κλειστά. Κλειστά, σε ένα κρεβάτι. Ωραία. Άρα, αποασυλοποιήσαμε τα άσυλα, αλλά ουσιαστικά δεν ξεφύγαμε από αυτή την υπόθεση που λέμε "κλειστή νοσηλεία"*» (Διευθυντής Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Σε συνάρτηση με τις παραπάνω θέσεις, ένας ακόμα βασικός προβληματισμός ο οποίος αναδύεται από τους επαγγελματίες αναφέρεται στο διακύβευμα του «κλειστού». Της επανα-δημιουργίας κλινικών οι οποίες δεν θα ενέχουν ένα «ανοικτό» χαρακτήρα, αλλά – προσομοιάζοντας με παλαιότερες, προ ψυχιατρικής μεταρρύθμισης καταστάσεις- θα εμπεριέχουν θεσμικά και με νομική κατοχύρωση τη δυνατότητα να εγκλείουν. Και αυτό γιατί, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις πολλών εκ των επαγγελματιών, η κατασταλτική βία που εμπεριέχεται στις διαδικασίες καθήλωσης, με όλες τις αρνητικές σημασιοδοτήσεις που η συγκεκριμένη πρακτική περιέχει, θα μπορούσε να αποφευχθεί αν υπήρχαν «κλειστά» τμήματα, στα οποία δεν θα ήταν αναγκαία η εφαρμογή αυτού του μέτρου.

«Θα μπορούσε να υπήρχε μια κλειστή κλινική και σ' ένα γενικό νοσοκομείο που δεν θα είναι το θέμα, είναι το όνομα που έχει το στίγμα, δηλαδή το ίδιο στίγμα έχει το "ένατο"[318] *στο Δαφνί που είναι ανοιχτό, παρά το, είναι τα ψυχιατρεία που τραβάνε το στίγμα. Αλλά δεν έχει στίγμα ας πούμε μια ιδιωτική κλινική που έχει κλειστά τμήματα»* (Ψυχίατρος, Επιμελήτρια Β., Γενικό Νοσοκομείο).

Φαίνεται ότι στη θέση αυτή καταλήγουν πολλοί εκ των εμπλεκομένων επαγγελματιών λόγω μιας –επίσης κοινής- διαπίστωσης η οποία αφορά τις δυσκολίες και τον «ομιχλώδη» χαρακτήρα του σημερινού καθεστώτος λειτουργίας. Μια φράση ενός ψυχιάτρου αντικατοπτρίζει χαρακτηριστικά το δίλλημα: «*…ας μας πουν επιτέλους τι είμαστε. Νοσοκομείο ή φυλακή;*» Η πεποιθήσεις των επαγγελματιών, τόσο αυτών που εργάζονται στα «νεοτερικά» Γενικά Νοσοκομεία, αλλά όσο και αυτών που εργάζονται στα –αναπαραστατικά- «παλιά» δημόσια Ψυχιατρεία, είναι παραπλήσια και αφορά τον ιδιαίτερα ομιχλώδη χαρακτήρα τον οποίο τόσο τα μεν, όσο και τα δε ιδρύματα – συστήματα έχουν προσλάβει. Με αποτέλεσμα, αυτή η «λυκοφωτική» κατάσταση να αφήνει περιθώρια για εμφάνιση πρακτικών οι οποίες και ποικίλλουν από δομή σε δομή, αλλά και εμπεριέχουν σε μεγάλο βαθμό την έννοια του «ημίμετρου». Της αμφίσημης κατάστασης:

«*Τώρα υπάρχει ένα άλλο σύστημα εδώ. Είναι ανοιχτό. Απλά προορισμός του νησιού είναι ξέρουμε ρε παιδί μου, ότι άμα κάποιος φύγει, θα πάει πάνω στο λιμάνι, πάνω στο Καταμαράν τον προλαβαίνουμε. Είναι περιορισμός. Αλλά αν θέλει να φύγει, να κάνει οτιδήποτε, είναι ανοιχτό. Εμείς έχουμε εδώ πέρα τους πάντες και τα πάντα, όλα. Χρήστες, αλκοολικούς, μαζί με τον ψυχασθενή, με τον μανιοκαταθλιπτικό με, με. Από κει που θα είναι όλα μέλι γάλα, μπορεί να γίνει "Βιετνάμ" εδώ μέσα. Απ' το ένα λεπτό στο άλλο. Είναι πολύ απρόβλεπτο τμήμα. Κατά τη γνώμη μου. Δηλαδή εκεί που θα καθόμαστε ήσυχα, ήσυχα, τότε μπορεί να γίνει η στραβή*» (Νοσηλευτής, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Όχι δεν κλειδώνουμε. Μόνο σε περίπτωση που απλώς, κάποιος έχει τάσεις φυγής, κλειδώνουμε πίσω κι αφήνουμε ανοιχτά είμαστε εμείς μπροστά και το ελέγχουμε εμείς. Τη νύχτα κλειδώνουμε βέβαια. Τα βράδια είναι κλειστά, αλλά τη διάρκεια της μέρας όχι, είναι όλα ανοιχτά. Καλά, όταν είναι άντρες δεν κλειδώνουν καν την πόρτα. Εγώ, όταν έρχομαι βέβαια δεν είμαι μόνη μου ποτέ, είμαι πάντα με κάποιον άντρα φύλακα, αλλά πάντα κλειδώνω*» (Νοσηλεύτρια Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

[318] Στο «Δαφνί», τα τμήματα νοσηλείας έχουν αντί ονομασίες, νούμερα. Έτσι υπάρχει το «ένατο», το «δέκατο» και ούτω καθ' εξής.

Και μέσα από αυτή τη διαπίστωση, τη διαπίστωση του ομιχλώδους χαρακτήρα των δομών, αναδύονται και δευτερογενείς, περιφερικές πεποιθήσεις, οι οποίες πολλές φορές είναι εγκλωβισμένες σε μια αλγοριθμική προοπτική, του τύπου των δύο επιλογών: Ή αυτή η επιλογή, ή η άλλη. Το μη χείρον, βέλτιστον.

«*Να σου πω κάτι; Το άσυλο. Για μένα αυτό το πράγμα δεν είναι το χειρότερο. Το χειρότερο είναι να είναι οι ασθενείς στο δρόμο. Αυτό*» (Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Τώρα αυτό το θέμα της ακούσιας νοσηλείας, αν τα πράγματα ήταν ορθώς δομημένα, δηλαδή υπήρχε τομεοποίηση, τομείς ευθύνης, μονάδες εξωνοσοκομειακές, προσέγγιση ψυχιατρική στην κοινότητα, πιστεύω ότι οι ακούσιες νοσηλείες θα ήταν ελάχιστες. Επί του πρακτέου όμως, επειδή όλ' αυτά δεν υπάρχουν, πολλές φορές η ακούσια νοσηλεία είναι η μόνη λύση. Από το να μην μπορεί ο άρρωστος, να μην μπορεί να ενταχθεί σ' ένα πλαίσιο, ένας συγγενής που βρίσκεται στο καθεστώς φόβου, απειλής, μπορεί να απειλείται η σωματική του ακεραιότητα, ή να έχει ψυχολογικά προβλήματα, μπορεί να υποφέρει, και ο άρρωστος να υποφέρει πάρα πολύ έτσι; είναι η μόνη λύση, με την υπάρχουσα κατάσταση επαναλαμβάνω έτσι;*» (Επιμελήτρια Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

5.2.γ. Οι εκδηλώσεις βίας από τον νοσηλευόμενο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του: Μύθος ή πραγματικότητα;

Θεωρούμε ότι όταν αναφερόμαστε στη βία του ψυχικά πάσχοντα επί της ουσίας αναφερόμαστε σε μια τυπολογία της «υποκειμενικής βίας». Ένα σύμπλεγμα συμπεριφορών οι οποίες πρώτον *ερμηνεύονται* υπό όρους βίας και δεύτερον, *χρεώνονται* στο υποκείμενο. Η τυπολογία αυτή εμπεριέχει ορισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία με τη σειρά τους επιφέρουν ορισμένες παραδοχές. Το πρώτο που παρατηρεί κανείς είναι η εκφορά της. Όπως έχουμε αναφέρει ήδη πρόκειται για μια βία α-νόητη. Και όμως. Οι *λόγοι* που συνοδεύουν αυτή τη α-νόητη βία έχουν να κάνουν ακριβώς με την κατά-νοησιμότητά της. Υπάρχει ένα ασύνειδο κέντρο και κάποιες διαδικασίες, άγνωστες επιπολής, μέσα από τις οποίες όμως λαμβάνει χώρα το νόημα για τον πάσχοντα: για ποιον λόγο ο πάσχων πιθανόν

να εκδηλώσει κάποια βίαιη συμπεριφορά, ποιες εμπειρίες του –πλην των παθολογικών εκδηλώσεων της νόσου-[319] μπορεί να συμμετέχουν.

Σε πολλές περιπτώσεις, ερχόμενοι αντιμέτωποι με τη βία του πάσχοντα, πολλοί επαγγελματίες, ανεξαρτήτως βαθμίδας, αναφέρουν αισθήματα φόβου. Η πλειονότητα από αυτούς τους επαγγελματίες ανήκει στο γυναικείο φύλο. Φαίνεται ότι οι διαστάσεις οι οποίες υπεισέρχονται στην έννοια του *φύλου*, όπως η ελαττωμένη σωματική ρώμη, αλλά και η μητρότητα πυροδοτούν αισθήματα φόβου εκ μέρους των επαγγελματιών.

«*Και έχεις και όλα αυτά τα δύσκολα περιστατικά. Να φανταστείς να το έχεις αυτό ένα οκτάωρο την νύχτα, τα παιδιά, το πρωί. Φοβάσαι. Το συγκεκριμένο το φοβάσαι. Όλους τους φοβάσαι. Τι θες να σου πω; παίζουμε και μπουνιές; Παίζουμε και μπουνιές. Μπουνιές με την έννοια ότι θα κάνουμε μια λαβή, θα σπρώξουνε έτσι, θα σπρώξεις και εσύ, θα παλέψεις*» (Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Πιο δύσκολα τα περιστατικά που έχουνε στοιχεία προσωπικότητας, και που δεν έχουν περιβάλλον. Μπορώ να σου πω ότι δεν έχω αισθανθεί ποτέ φόβο. Δηλαδή, φόβο με ψυχωτικό έχω αισθανθεί μια φορά κι αυτός είχε στοιχεία προσωπικότητας κι ήτανε τότε που ήμουνα έγκυος. Ήμουνα στο Δαφνί κι ήμουνα έγκυος. Ήταν αρκετά μυώδης, πρώην παλαιστής, είχε μια εξαιρετική θεραπευτική σχέση, κάποια στιγμή είχε μπει με υποτροπή στο νοσοκομείο κι όπως μιλάγαμε κι ήμασταν μόνοι στο γραφείο, κοπάνησε το γραφείο. Κι εκεί αισθάνθηκα φόβο. Και νομίζω ότι διάβασε το δικό μου φόβο βασικά και ανταποκρίθηκε αντίστοιχα κι είχε να κάνει με το παιδί μου. Ήμουνα έγκυος. Κι είχα αυτό το θέμα*» (Επιμελήτρια Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Ως ειδικευόμενη είχαμε ασθενή που είχαμε φάει ξύλο. Που έχουμε κινδυνεύσει, που έχει κληθεί η αστυνομία για να μας προστατεύσει, κατά την εισαγωγή του στο εφημερείο. Και στο τμήμα πολλές φορές μπορεί να γίνει διεγερτικός. Η αστυνομία τους φέρνει συνήθως όταν είναι*

[319] Σύμφωνα με τον Silver,τα έντονα ψυχωτικά συμπτώματα – παραληρητικές εμπειρίες είναι αυτά που πυροδοτούν, τόσο τις βίαιες αντιδράσεις και συμπεριφορές εκ μέρους του πάσχοντα. Βλ. Silver, E., «Mental disorder and violent victimization: The mediating role of involvement in conflicted social relationships», *Criminology*, τόμος 40, 2002, σ. 191 - 212. Αλλά και μετέπειτα, η παρουσία των παθολογικών συμπτωμάτων, στην περίπτωση της αντίδρασης του περιβάλλοντος του πάσχοντα (προσπάθεια για λήψη της αγωγής, εισαγωγή στο νοσοκομείο) χειροτερεύει τόσο την «κλινική του εικόνα», αυξάνει την επιθετικότητά του. Αυξάνει επίσης και τις συγκρουσιακές σχέσεις με το μικρο-περιβάλλον του. Βλ. Hiday, V., «Understanding the connection between mental illness and violence», *International Journal ofLaw and Psychiatry*,τόμος 20, 1997, σ. 399 - 417.

εισαγγελικοί. Όχι συνήθως, 99%. Πολύ σπάνια να έρθει χωρίς αστυνομία. Το πρωτόκολλο είναι η αστυνομία και το ΕΚΑΒ μαζί. Πολλές φορές όμως, είναι ένας άρρωστος, δύο μέτρα, διεγερτικός, και δύο αστυνομικοί που τον συνοδεύουν μικρόσωμοι, κι αυτός μπορεί να τα σπάει, να επιτεθεί σε οποιονδήποτε, και κανένας δεν μπορεί να πλησιάσει» (Επιμελήτρια Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Όμως ο φόβος που πολλοί εκ των επαγγελματιών εκφράζουν δεν απευθύνεται συνολικά προς το «πρόσωπο του ψυχικά πάσχοντα», αλλά μάλλον προς ορισμένες φαινομενολογίες. Φαινομενολογίες οι οποίες αφορούν τόσο τύπους Υποκειμένων, όσο και τύπους περιστάσεων. Παρ' όλα αυτά, η γενική αναπαράσταση της έννοιας «ψυχικά πάσχων» για τους επαγγελματίες είναι θετική:

«*Κοίταξε να δεις. Το πιο χαρακτηριστικό ήτανε το πρώτο* (εννοεί το πρώτο «εισαγγελικό» περιστατικό που συνάντησε στο χώρο εργασίας της). *Η οποία ήτανε γυναίκα και η οποία ήτανε και φορέας του Aids. Σαν πρώτο περιστατικό, εμείς είχαμε το φόβο του αγνώστου, και είχαμε και το φόβο του λοιμώδους νοσήματος. Ο φόβος, αυτό που κυριαρχούσε στην πρώτη επαφή με τα εισαγγελικά, ήταν ο φόβος. Και κατά πόσο ήμουν απειλούμενη εγώ και κατ' επέκταση όλοι οι συνάδελφοι από αυτές τις εισαγωγές από πλευράς επιθετικότητας. Η πρώτη όμως επαφή μ' αυτή τη γυναίκα, αν θεωρήσουμε ότι ήτανε κομβικό σημείο στο να μπορείς να ξεχωρίσεις ποιος άρρωστος είναι εισαγγελικός και ποιος όχι, απομυθοποίησε λίγο αυτόν τον φόβο, γιατί τέτοιους αρρώστους, δηλαδή σε τέτοια κατάσταση, είχαμε συναντήσει ξανά. Απλώς εκείνη την ώρα ήταν σαφές ότι η εισαγγελική παραγγελία είχε γίνει για να λυθούν και κάποια διαδικαστικά ζητήματα. Το πού θα πάει, το πώς θα πάει, το ποιος θα την πάρει, γιατί υπήρχε στη μέση το λοιμώδες. Αν υποθέσουμε ότι η κορύφωση των εισαγγελικών είναι μόνο ο φόβος, εγώ φόβο έχω αισθανθεί όχι από ψυχωσικούς ασθενείς, αλλά από ασθενείς που έχουνε εισαχθεί με εισαγγελική παραγγελία όπου κυριαρχούσε η διαταραχή προσωπικότητας*» (Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

5.2.δ. Ποιος νοσηλευόμενος θεωρείται ο επικίνδυνος για εμφάνιση βίας;

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η παραπάνω επαγγελματίας, είναι σχετικά λίγες οι φορές κατά τις οποίες το προσωπικό αισθάνεται φόβο ότι θα χρειαστεί να βρεθεί αντιμέτωπο και να αντιμετωπίσει μια σοβαρού χαρακτήρα βίαιη συμπεριφορά. Ακόμα και στην περίπτωση αυτή όμως οι πεποιθήσεις που συνοδεύουν αυτή τη θέση είναι αρκετά συγκεκριμένες. Αφορούν κυρίως τον τύπο του πάσχοντα που πιθανόν να εκδηλώσει (και πολλές φορές

εκδηλώνει) κάποια βίαιη συμπεριφορά, το ποιόν της προσωπικότητάς του. Ή καλύτερα τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της νόσου του σε σχέση με τον τύπο της προσωπικότητάς του, έτσι όπως ερμηνεύεται από το προσωπικό. Ενδιαφέρουσα είναι και η διαπίστωση μιας ακόμα πεποίθησης: αυτής που θέλει τον πάσχοντα, στην περίπτωση που εκδηλώσει βία, που «εκραγεί ο πυρήνας της τρέλας» να μεταμορφώνεται σε υπερ-άνθρωπο. Ή δυνατό ζώο… Η θέση που υποστηρίζει ότι, με λίγα λόγια, η «τρέλα φέρνει δύναμη» παρουσιάζεται ακόμα στιβαρή:

«*… κάνουν τα πάντα για να λυθούνε έτσι; Μπορεί με μπουκάλια να κόβουνε τους ιμάντες, να τους δαγκώνουνε, τα στερητικά του, γιατί τα έχει κόψει τα φάρμακα. Εκείνο που δεν μπορείς να το κάνεις καλά, να βλέπεις τώρα ένα παιδάκι, μια σταλίτσα, αδύνατο ας πούμε και να έχει τέτοια δύναμη, που να μην μπορείς να το κάνεις καλά. Να φέρνει το κρεβάτι, να είναι στα τρία και να κουβαλάει το κρεβάτι στο διάδρομο. Είναι απίστευτο αυτό το πράγμα. Και να κάνει πολύ καιρό να στρώσει. Πολύ καιρό*» (Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Θυμάμαι ένα περιστατικό όπου ήταν ένας ασθενής ψυχωτικός που έπαιρνε 6-7 χρόνια τα φάρμακά του στη minimum δόση ήταν πολύ λειτουργικότατος μια χαρά, και σταμάτησε την αγωγή νομίζω σε συνεννόηση με το γιατρό του, γιατί τα βιβλία λένε αν για 5-6 χρόνια είσαι σε μια σταθερή δόση, μετά με μια πιθανότητα φίφτυ –φίφτυ μπορεί να υποτροπιάσεις. Ήτανε μεταξύ 25 και 30. Είχε αρχίσει στα 18 όμως και στα 27 κάπως έτσι θυμάμαι ότι ήταν πολύ βαριά η υποτροπή του, τον είχαν φέρει 2-3 αστυνομικοί και τελικά χρειάστηκαν ζητήθηκαν ενισχύσεις 10 ή 11 άνθρωποι για τα περιοριστικά μέτρα. Και ο οποίος πάρα πολύ σύντομα ηρέμησε, σε 2-3 μέρες, σε κάποιον που θέλει 11 ανθρώπους να τον κάνουν καλά, και μετά από δύο ημέρες ήταν ήρεμος*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Πολλές φορές ο χαρακτήρας της εκδήλωσης της όποιας επιθετικής και βίαιης συμπεριφοράς ερμηνεύεται ως αναίτιος, μη προβλέψιμος και μη ορθολογικός. Από την άλλη, μια άλλη ισχύουσα θέση που εμφανίζεται να υιοθετείται από πολλούς επαγγελματίες είναι αυτή που υποστηρίζει ότι –παρ' όλες τις μη έκδηλες αιτίες- η βία εκ μέρους του πάσχοντα υπακούει στην δική της, προσωπική (αδιάφορο αν είναι στρεβλή) «λογική».

«*Ο Γ. έχει επιτεθεί και στο προσωπικό. Στον Δημήτρη. Καθόμασταν 7 η ώρα το πρωί εδώ πέρα, άλλος διάβαζε λογοδοσία, άλλος τα φάρμακα, άλλος το καφεδάκι, να πούμε τι έγινε, και κάνει μια "φουπ" τον πιάνει τον νοσηλευτή που ήταν εδώ, αλλά ευτυχώς αντέδρασε τον γύρισε*

τούμπα, αλλιώς… ξαφνικά […]. *Την Μαίρη με το που κατεβαίνει τα σκαλιά, την πιάνει, ”μπαπ”, την πιάνει εδώ. Ναι. Τέτοια πράγματα όμορφα*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Περιστατικό που να μ’ έχει χτυπήσει; Έχει γίνει. Δηλαδή καθόμουνα στην πόρτα απέξω και χωρίς λόγο, χωρίς αιτία, χωρίς να μου μιλήσει, χωρίς να του μιλήσω, ήρθε απ’ έξω και μου “άστραψε δύο σκαμπίλες” τελείως αναίτια, χωρίς λόγο. Σε γιατρό που το είπα, μάλλον άκουσε φωνές, αυτό μου είπε*» (Υπάλληλος Security, Γενικό Νοσοκομείο).

Θεωρούμε ότι και οι δύο αυτές θέσεις περιέχουν ένα σαφώς ατομοκεντρικό χαρακτήρα: Η πεποίθηση που ενστερνίζονται δίνει βαρύτητα στα ατομικά χαρακτηριστικά αναφορικά με την εκδήλωση της συμπεριφοράς. Οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών, ή καλύτερα, οι γνώμες που εξάγουν μέσω της εμπειρίας τους από την καθημερινή κλινική πρακτική, φαίνεται ότι σχετίζονται και ακολουθούν αρκετά πιστά τις επίσημες ερευνητικές διαπιστώσεις. Θεωρούν ότι υπάρχουν συγκεκριμένες κατηγορίες πασχόντων οι οποίες δύνανται να εκδηλώσουν συχνότερα κάποια επιθετική συμπεριφορά, και μάλιστα με απρόβλεπτο χαρακτήρα. Σε αυτές περιλαμβάνουν τα «οργανικά ψυχοσύνδρομα», τους «χρήστες», τις «διαταραχές προσωπικότητας», και γενικότερα ανθρώπους οι οποίοι διαγνωστικά περιγράφονται ως «πολυπροβληματικοί».

«*Έχουμε και το Γιώργο, τη νοητική υστέρηση. Άστα, τον έχουμε “παντρευτεί”. Τελείως απρόβλεπτος. Που λες, κάποια μέρα, ήταν ώρα φαγητού. Και πάω, “Γιωργάκο” λέω “τι έγινε, εντάξει, θα φάμε;” “Ναι”. Πάω λοιπόν, του βάζω φαγητό, εκείνη την ώρα, γιατί ο θάλαμος είν’ εδώ έξω στην τραπεζαρία, μπαίνει μια άλλη ασθενής, μια αθίγγανη. Και με το που μπαίνει, της χώνει δύο χαστούκια από κει που δεν το περιμέναμε. Αυτή εν τω μεταξύ, επειδή είναι υστερική, αυτή πέφτει στο πάτωμα, κι αρχίζει και χτυπιέται και δεν καταλαβαίνει. Οπότε έπεσε κάτω, δεν είναι δυνατόν, αυτός έτοιμος να πατήσει και με τα δύο πόδια, αφού το’ λεγε “θα την ξεσκίσω, θα την σκοτώσω, θα την κάνω” και να’ μια εγώ έτσι, ο Στράτος να’ ναι στο φαρμακείο, γιατί αυτό γίνεται, αν θέλουμε κάτι εμείς, αν είμαστε δύο, ένας πρέπει να φύγει εκτός τμήματος, να κάνει όλες τις δουλειές. Και μόνο που δεν τον παρακάλαγα, δεν ξέρω τι του’ κανα του Γιώργου ας πούμε, για να, “Γιώργο μου, σε παρακαλώ, έλα, Γιωργάκο μου, μην με εκθέσεις μην με…” τουλάχιστον ευτυχώς εμένα, ακόμη με συμπαθεί, ακόμη και όταν είναι μέσα στο παραλήρημα τέλος πάντων. Όμως, εγώ έτρεμα. Γιατί ένα χαστούκι να μου’ δινε, θα βρισκόμουνα κάτω. Ποιος πλησιάζει; Κανένας δεν πλησίαζε στον Γιώργο. Ήρθανε λίγο εκεί τα παιδιά, αλλά ποιος; Χωρίς προσωπικό;*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Τα δεδομένα μας τείνουν να συμφωνούν με τις βιβλιογραφικές και ερευνητικές αναφορές. Οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας συγκλίνουν έντονα προς τη θέση που ισχυρίζεται ότι υπάρχει μια υπο-κατηγορία νοσηλευόμενων στην οποία αποδίδονται έντονοι χαρακτηρισμοί οι οποίοι σχετίζονται με τη βία και την επιθετικότητα. Για ακόμη μια φορά αναδύεται στο προσκήνιο το «καταραμένο απόθεμα». Ας ξαναθυμηθούμε μια χαρακτηριστική αφήγηση:

> «*Θυμάμαι αυτό δεν πρόκειται ποτέ να το ξεχάσω, γιατί είναι ίσως από τις λίγες φορές, λίγες φορές, που μαζί του είχα ταχυσφυγμία. Ήτανε μια διαταραχή προσωπικότητας, αυτός που είχε το σουγιά στα παπούτσια του. Ήτανε διαταραχή προσωπικότητας ακινητοποιημένος στα τέσσερα άκρα, έτσι και λίγο μ' ένα τρόπο τιμωρητικό θα έλεγα, όμως ο ίδιος ήτανε πολύ διαταραγμένος στην συμπεριφορά του, πολύ. Κι ενώ υποτίθεται είχε γίνει εξονυχιστικός έλεγχος, ανάμεσα στους πάτους των παπουτσιών του ήταν ο σουγιάς. Κι όταν μπήκα μέσα στο δωμάτιό του, τον είχε βγάλει και έκοβε τους ιμάντες. Και σ' όλα αυτά τα χρόνια, τα 23 χρόνια που είμαι στην ψυχιατρική, από τις φορές που είπα "ε, ναι, τώρα φοβάμαι". Είχα πάει μόνη μου και είχα θεωρήσει ότι δεν διέτρεχα κίνδυνο γιατί ήταν ακινητοποιημένος. Τελικά, ήτανε πολύ υβριστικός, εγώ δεν απάντησα στις προκλήσεις του και βγήκα έξω. Και μετά, δηλαδή, ούτε φώναξα κάποιον, γιατί φαντάστηκα αυτό θα ήταν πολύ χειρότερο, και μετά εκείνος σηκώθηκε και με ακολούθησε με το σουγιά στα χέρια, ήρθε στο "σταντ".* (Γελάει). *Δεν πρέπει να ήμασταν πάρα πολλοί, πρέπει να ήταν νυχτερινή ώρα. Κι επειδή εμείς κρατήσαμε χαμηλούς τόνους και αυτός είδε ότι πέτυχε το σκοπό του, στην πραγματικότητα είχαμε φοβηθεί, μας τον έδωσε το σουγιά χωρίς πολλά – πολλά*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

5.2.ε. Η βία υπό το πρίσμα ενός *αμυντικού μηχανισμού*

Αν προσπαθούσαμε να προσδιορίσουμε σε αδρές γραμμές μια φαινομενολογία της βίας, μια βασική κατηγοριοποίηση θα μπορούσε να είναι αυτή της *αμυντικής* και *επιθετικής* βίας. Η κατηγοριοποίηση αυτή έχει άμεση συνάρτηση με την ερμηνεία. Με την ερμηνεία της κατάστασης μέσα στην οποία εκδηλώνεται, με τους ρόλους οι οποίοι συμμετέχουν, με την έννοια της πρόθεσης, με την έννοια της ανάγκης, με την έννοια του στόχου και του σκοπού, με την έννοια του *νοήματος* εν τέλει.

Στις πλείστες των περιπτώσεων, η επιθετικότητα καθώς και οι εκδηλώσεις της, οι βίαιες συμπεριφορές (τόσο οι πράξεις, όσο και οι λεκτικές εκφορές της) έχουν χαρακτηριστικά τα οποία θα μπορούσαν να περιγραφούν ως *άτυπα*. Η επιθετικότητα, είτε εκδηλώνεται προς

πρόσωπα τα οποία εμπλέκονται στις δομές (οι πάσης φύσεως εργαζόμενοι), είτε προς αντικείμενα της εκάστοτε κλινικής στην οποία εισάγονται, σπάνια έως ποτέ δεν εκκινείται αυτούσια από τον πάσχοντα. Ακόμα και στις περιπτώσεις που ο νοσηλευόμενος είναι *λεκτικά επιθετικός*, σύμφωνα με τη «Ψ» διάλεκτο, ακόμα και σε εκείνες τις περιπτώσεις που υπάρχει έντονη *ψυχοκινητική ανησυχία*, δεν εμφανίζεται κάποια εμπρόθετη, στοχοκατευθυνόμενη συμπεριφορά, ειδικά προς τα μέλη του προσωπικού. Το κύριο χαρακτηριστικό της βίας, εκ μέρους του νοσηλευόμενου είναι ότι παρουσιάζεται σαν αντίδραση στην απειλή. Προσοχή όμως: μιλάμε για την έννοια της απειλής με τον τρόπο που την βιώνει ο ίδιος ο πάσχων.

> «*Την τρίτη ημέρα με παίρνουνε και με πάνε στο ψυχιατρείο. Μετά από τη συνέντευξη με τους γιατρούς μου λένε να ακολουθήσω δύο νοσοκόμους, να πάω στο κρεβάτι, δεν ήθελα, αλλά τους ακολουθούσα, που να ήξερα τι θα γίνει. Αυτοί με σπρώχνανε, μου πιάνουνε το ένα πόδι με λωρίδες, και πάνε να με δέσουν στο κρεβάτι. Τότε άρχισα να αντιστέκομαι εγώ, έρχονται δύο νοσοκόμοι και μου βάζουνε και στα τέσσερα άκρα, χέρια πόδια με λουρίδες. Με κρατήσανε έτσι ένα μήνα, βδομάδα με βδομάδα μου λύνανε πρώτα το ένα χέρι, μετά το άλλο χέρι, μετά το ένα πόδι, μετά έτσι έγινε, μετά ήτανε στο κρεβάτι, εν τω μεταξύ μου κάνανε και ενέσεις. Το πόσες έχασα το λογαριασμό, δεν είχα συναίσθηση του τι γινότανε. Με φέρανε σε πολύ - πολύ άσχημη κατάσταση, εγώ δεν ήξερα τι συμβαίνει*» (Νοσηλευόμενος, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Πάντα εκφραζόμουνα αυτό που ένοιωθα. Είναι δύσκολη η αρρώστια μας και είναι λίγοι οι άνθρωποι που μπορούν να καταλάβουν και να κατανοήσουν και να μιλάνε σαν άνθρωποι. Πάντως είναι πολύ άσχημο να σου λένε, ξέρεις κάτι, άμα κάνεις κάτι, οτιδήποτε απλό ή κάπου κοντραριστείς, κοίταξε άμα δεν πάρεις τα φάρμακά σου, εκεί θα είναι το τελείωμά σου*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

Αναφερόμαστε στις θέσεις εκείνες οι οποίες υποστηρίζουν ότι η εκδήλωση της όποιας βίαιης συμπεριφοράς από τον πάσχοντα είναι κατά κύριο λόγο προϊόν της αντίδρασής του στην βία του πλαισίου: δηλαδή, η παρεκκλίνουσα συμπεριφορά έχει ένα *δευτερογενή* χαρακτήρα. Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντική αυτή τη θέση. Τη θέση που εν ολίγοις υποστηρίζει ότι η έκφραση επιθετικότητας από το πάσχον υποκείμενο είναι κατά κύριο λόγο ένας **αμυντικός μηχανισμός**. Πρωτόγονος μεν, αμυντικός δε. Απορρέει, είναι αποτέλεσμα ενός βιώματος απειλής από το περιβάλλον, δεν πηγάζει αποκλειστικά από ένα παθολογικό Εγώ, και έτσι υπόκειται σε ένα σύστημα ερμηνείας.

«*Σε γενικές γραμμές υπάρχει φόβος μόνο στα πολύ επικίνδυνα περιστατικά. Αυτά δηλαδή που είναι δυνητικά. Εν δυνάμει μάλλον επικίνδυνα, να κάνουν κάποια παραβατική πράξη. Μ' άλλα λόγια είναι επιθετικοί. Αν κι αυτοί τις πιο πολλές φορές επιτίθενται επειδή φοβούνται νοιώθοντας απειλή*» (Προϊστάμενος Νοσηλευτής, γενικό Νοσοκομείο).

«*Όταν θα φτάσει εδώ πέρα, μπαίνει σ' ένα καινούργιο περιβάλλον γι' αυτόν. Το οποίο φυσικά αυτό δεν το επεδίωξε. Με κάποιο κόλπο τον πήραν από κεί πέρα οι αστυνομικοί, του είπανε "έλα να σε πάμε για μια εξέταση" κι όταν λοιπόν θα' ρθει εδώ πέρα και θα δει πέντε τύπους με άσπρα σύν δύο οι αστυνομικοί, υπάρχει μια ένταση. Τώρα εισαγγελικό με εισαγγελικό απέχει, διαφέρει. Υπάρχουν ασθενείς που όταν δουν κόσμο σου λέει δεν με παίρνει, εντάξει πηγαίντε με, θα γκρινιάξει λίγο, υπάρχουν και ασθενείς που θα επικρατήσει μια μάχη μέχρι να τον πάμε στο κρεβάτι, να περιοριστεί, εκεί επικρατεί λίγο χαμός. Αλλά υπάρχει προεργασία, μας έχουν ήδη ειδοποιήσει, να έχουμε βάλει τους ιμάντες, να έχουμε ετοιμάσει το ενέσιμο να μην περιμένουμε εκείνη την ώρα*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Ή το άλλο τώρα, το περιστατικό που ο άλλος πήρε το μαχαίρι, και ποιος μου το 'λεγε, καθόταν στον ιματισμό εκεί μπροστά, κι έλεγε "όποιος με πλησιάσει, θα το σφάξω". Πού να πλησιάσεις, με το μαχαίρι, απειλούσε, θα τον σκίσω, θα τον "τέτοιο", θα τον απαυτώσω. Φοβόταν ο άνθρωπος. Και λέμε τι να κάνουμε, να φωνάξουμε την αστυνομία. Και φωνάζουμε, έρχονται τα ΕΚΑΜ και σκάει μύτη ο διευθυντής των ΕΚΑΜ και ήταν τόσος δεν τον έπαιρνε το μάτι σου, και λέει, "παιδιά κάντε στην άκρη" όλοι είχανε μαζευτεί από αυτή την πλευρά, το προσωπικό, αυτός ήταν μόνος του, λέει "παιδιά, ασχοληθείτε με τίποτ' άλλο μην δώσετε σημασία" κάνει αυτός μια κίνηση, αυτός φόραγε μπουφάν, τον πλησίασε και του λέει "μεγάλε μην αγχώνεσαι" και πώς έκανε την κίνηση κι έβγαλε το μπουφάν και του το πέρασε γύρω από το χέρι, ούτε που καταλάβαμε πώς τον αφόπλισε. Για πότε, αφού τον είδαν τα παιδιά, τι τον στείλαν αυτόν λέει, κάνει μια έτσι… Αλλά δεν τον έπιανε το μάτι σου. Με δύο κινήσεις τον έκανε έτσι*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Και όμως. Παρ' όλη την εκρηκτική απόχρωση που πολλές φορές εμφανίζουν αυτές οι εκδηλώσεις βίας, οι περισσότεροι επαγγελματίες συμφωνούν ότι επί της ουσίας τα πραγματικά βίαια περιστατικά, τόσο σε επίπεδο *υποκειμένων*, όσο και σε επίπεδο *περιστάσεων* είναι αναλογικά **λίγα**.

«*Γίνονται διάφορα, αλλά μάλλον σπάνια. Δηλαδή, όχι ότι δεν έχουν συμβεί πραγματικά επικίνδυνες καταστάσεις, αλλά είναι μάλλον λίγες, για να μην σου πω μετρημένες στα δάχτυλα. Τουλάχιστον σε σχέση με το πόσοι "εισαγγελικοί" έχουν περάσει τόσα χρόνια από 'δω μέσα,*

είναι λίγα. Τα πραγματικά επικίνδυνα. Εντάξει, φασαρίες γίνονται συνέχεια, αλλά το "βαρύ" θα γίνει μια στις τόσες» (Προϊστάμενος Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Θα σου πω κάτι τώρα. Βαρβάτο περιστατικό, έχω πολύ καιρό να δω. Δεν έχει πολλά. Γίνονται διάφορα, αλλά πραγματικά βαρβάτο περιστατικό δεν μπορώ να θυμηθώ τώρα. Δεν ξέρω, ίσως έχουμε αναισθητοποιηθεί; Έχουμε συνηθίσει και αυτά που παλιότερα μας τρομάζανε τώρα τα περνάμε στο ντούκου; Δεν ξέρω…*» (Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Κατά συνέπεια, ο πρώτος προβληματισμός που αναδύεται, αναπόφευκτα σχετίζεται με τη σύνδεση της επικινδυνότητας και της βίας με την ακούσια νοσηλεία γενικότερα. Και αυτό γιατί το εμπειρικό δεδομένο που επιμένει να επανεμφανίζεται αφορά τη απόσταση των συχνοτήτων: σαν να λέμε: «*πάρα πολλές εισαγγελικές παραγγελίες, για τόσο μικρό όγκο βίαιων συμπεριφορών*».

Μια ακόμα δέσμη διαπιστώσεων αφορά το πλαίσιο μέσα στο οποίο εκλύεται η βία. Οι επαγγελματίες θεωρούν ότι όσο μεγαλύτερη η συνάθροιση, η «αγελαία διαβίωση» αν τολμήσουμε να πούμε, τόσο μεγαλύτερες και οι πιθανότητες να παρουσιαστούν συμπεριφορές στις οποίες ανιχνεύεται βία. Με άλλα λόγια, όσο περισσότερο οι δομές νοσηλείας, χωροτακτικά, προσομοιάζουν με άσυλα (ή με φυλακές, όπως πολλάκις ακούσαμε) τόσο πιθανότερο είναι οι συμμετέχοντες σε αυτό τον τύπο κοινωνικής διαβίωσης να παλινδρομήσουν σε πιο «πρωτόγονες» μορφές κοινωνικής συνδιαλλαγής.

«*Όταν μαζεύονται εδώ μέσα αντί 20 άτομα, τριάντα και παραπάνω, και δεν ξέρεις που να πατήσεις, καταλαβαίνεις τι μπάχαλο γίνεται. Όχι μόνο θεραπευτική δουλειά δεν μπορείς να κάνεις, αλλά η όλη κατάσταση εκτραχύνεται. Γίνεται σαν στάβλος. Καθαριότητα; Μιλάμε για δυσκολίες στα στοιχειώδη. Άσε τους καυγάδες. Μικρό άσυλο, τι να λέμε τώρα…*» (Επιμελητής Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

5.2.στ. Εννοιολογικές διαφοροποιήσεις: *Επικινδυνότητα, Βία* ή *Ενόχληση*;

Ας προσπαθήσουμε να τοποθετηθούμε λίγο διαφορετικά και να μετατοπίσουμε το πλαίσιο ανάλυσης. Πολλές φορές οι επαγγελματίες ερμηνεύουν ως επιθετική, ως βίαιη μια συμπεριφορά η οποία κατά πρώτο λόγο έχει μια συγκεκριμένη σκοπιμότητα, και όχι επιθετική σκοπιμότητα, και κατά δεύτερον, ο χαρακτήρας της είναι μάλλον ενοχλητικός

παρά επιθετικός. Με άλλα λόγια, υποστηρίζουμε ότι οι έννοιες της επικινδυνότητας και της επιθετικότητας στις πλείστες των περιπτώσεων υπερ-χρησιμοποιούνται και μάλιστα χρησιμοποιούνται για να ετικετοποιήσουν συμπεριφορές οι οποίες δεν εμπεριέχουν καν το χαρακτήρα της βίας, αλλά θα μπορούσαν να σημασιοδοτηθούν ως απλά ενοχλητικές.

«*Με είχαν δέσει εμένα. Είχα χτυπήσει το πόδι μου και πήγα μέσα στη νοσοκόμα και λέω "σε παρακαλώ, μου βάζεις κάτι, γιατί έχει πύον" και μου λέει "σ' ένα τέταρτο θα' ρθω να σε δω". Γυρίζω πίσω της λέω" θα μου βάλεις", "βουτάτε την" λέει, το λέω κι ανατριχιάζω. Με βουτήξαν με βάλαν στην καρέκλα, μου περάσαν κι ένα χαλκά στο πόδι, κι αυτό ήταν . Ούτε το πόδι μου περιποιήθηκαν, ούτε τίποτα. Βίαιη συμπεριφορά*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

«*…μετά ήρθαν οι δικοί μου, η μάνα μου κυρίως, δηλαδή ο λόγος μας δεν περνάει. Κι από τη στιγμή που δεν περνάει ο λόγος μας μ' αυτή την πάθηση που έχουμε, ότι και να πούμε δεν πιάνει. Είναι σαν να μην έχουμε δίκιο. Δηλαδή, υπάρχει λόγος να διαμαρτύρομαι εγώ, άμα κάποια πράγματα είναι φυσιολογικά, για ποιο λόγο να διαμαρτυρηθώ εγώ; Έχω κανένα λόγο; Η μάνα μου όλα τα κόλλαγε στην αρρώστια. Ότι και να 'τανε όλα εγώ τα φταίω. Αυτό σε φθείρει πάρα πολύ ψυχολογικά. Λες εγώ ξοφλημένος είμαι; Τι είμαι έτσι; Ε, βέβαια, αν ο λόγος σου δεν πιάνεται, τι να κάνεις; και αυτά δεν είναι ωραία πράγματα. Δεν είναι να σε αντιμετωπίσουνε σαν άνθρωπο, αλλά σαν ζώο. Και να σε απειλούν κι όλας, "θα σε κάνουμε, θα σε ράνουμε, θα σε δείξουμε"*» (Νοσηλευόμενη, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Θυμάμαι ειρωνεία και ταπείνωση. Ταπείνωση, ταπείνωση, πολύ ταπείνωση, από μέρους του προσωπικού. Πολύ ταπείνωση, που θεωρώ ότι δεν την άξιζα. Εγώ προσωπικά εισέπραττα μεγάλη ταπείνωση. Τώρα δεν την δείχνουνε. Τώρα πάρα πολύ καλύτερα, δηλαδή, κατά δέκα οκτάβες από τότε*» (Πρώην Νοσηλευόμενη).

«*Ένας άλλος που λες ο Ηλίας, δεν θυμάμαι το επίθετο, μου το' χει πει πολλές φορές, ένα τέρας ένας τέτοιος, και κάθε φορά τις πρώτες μέρες τον δέναμε υποτίθεται, είχε έρθει μια φορά, συνήλθε, τον διώξαμε μετά. Μετά από ένα διάστημα, υποτροπιάζει, τον ξαναφέρνουνε, τον δένουνε υποτίθεται στο κρεβάτι, κάθε φορά τον δέναμε τις πρώτες μέρες, κι έρχομαι εγώ για βάρδια απογευματινός. Καθόμουνα τον βλέπω, "πάλι ήρθε;" Λέω, πάω εκεί, στο 5 ήτανε με δεμένους, πάω μέσα τον βλέπω, "Γειά σου ρε Ηλία" και μου απλώνει το χέρι να με χαιρετήσει, "τι έγινε, είσαι δεμένος;" "τα' κοψα". Ωραίο δέσιμο. Άντε τώρα να δέσεις. Άμα τώρα έχεις τέτοιο καρπό* (εννοεί ότι αν ο καρπός είναι "χοντρός", ο ιμάντας βγαίνει πιο εύκολα γιατί δεν μπορείς να τον σφίξεις) *και έχεις τον ιμάντα δεν ξέρω οι άλλες κλινικές τι ιμάντες έχουνε, εμείς*

έχουμε αυτούς που γυρνάνε διπλοί και τους άλλους με το γουνάκι, αλλά αυτός έκοβε αυτούς που είναι το δέρμα όχι με τη γούνα. Ε, γιατί ο άλλος με το πιάτο μελαμίνης δεν τους έκοψε; Εγώ υποτίθεται πήγα να τον δω κι αυτός μου απλώνει το χέρι του. "Πού' ναι τα λουριά;" του λέω "τα' κοψα" λέει. Ε, μην τον ξαναδένετε λέω, γιατί δεν χρειάζεται. Έχουμε "άγιο" καμιά φορά» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Και κατά τις 5 η ώρα λέω στη Χριστίνα, πάω να πάρω τις πιέσεις, να κάνω και μια βόλτα, η Χριστίνα έβγαζε τα φάρμακα, πλησιάζω στο 4, όσο πλησιάζω μια μυρωδιά, δεν μου' χει τύχει ξανά, λέω "πέταξε κανείς κανένα αναμμένο;" γιατί καμιά φορά πετάνε και στα σκουπίδια, πλησιάζω εκεί στο 4, και τι βλέπω; Είχε, αυτός ήταν περιορισμένος στο ένα άκρο, για λόγους διαφυγής, κακώς, και είχε σηκωθεί, ήταν λίγο λάσκα το πόδι, δεν ήταν να πεις, είχε κατέβει κάτω, είχε βάλει φωτιά το σεντόνι και το κούναγε έτσι,, με το που με βλέπει, "αν δεν με λύσεις, θα το πετάξω πάνω στα σκεπάσματα να καώ κι εγώ". "Βρε ηρέμησε, βρε χρυσέ μου, βρε αργυρέ μου μαλαματένιε μου" λέω "κάτσε πάω να πάρω τώρα τα κλειδιά"*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Πολλές φορές, δηλαδή, η βία έτσι όπως μεταγράφεται εννοιολογικά, λίγη σχέση έχει με την «πρωταρχική συμπεριφορά». Και πολλές φορές συναντήσαμε αποδώσεις οι οποίες αν και «περιφέρονται» γύρω από την έννοια της επιθετικότητας, επί της ουσίας αναφέρονται στις κατασταλτικές πρακτικές με τη χροιά της «ουδετεροποίησης». Της εφαρμογής, δηλαδή, τέτοιου τύπου πρακτικών με στόχο να επανέλθει η νηνεμία… Γιατί, όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η παρακάτω αφήγηση, άλλο το «ανήσυχος», άλλο το «διεγερτικός».

«*Υπάρχουν άτομα που για να μην μπούνε σε μπελάδες, δένουνε, είναι αυτό που έλεγε ο Μπαζάλια, "όταν ο ασθενής είναι δεμένος, ο γιατρός είναι ήσυχος, όταν ο ασθενής είναι ελεύθερος ο γιατρός πρέπει να κάνει τη δουλειά του". Έτσι είναι. Εξαρτάται τι θέλεις. Ε, πολλές φορές γίνεται και αυτό. Υπάρχει κατάχρηση στην καθήλωση. Ξέρεις, μπορείς να δεις κάτι πολύ απλό για τη γνώμη που έχει γενικά ο ψυχιατρικός κόσμος σε σχέση με την κλινική εικόνα ενός ασθενή. Ρώτα "τι 'ναι αυτός; Ανήσυχος ή διεγερτικός;". Οι περισσότεροι σου λένε "διεγερτικός". Η διέγερση, εξ ορισμού, σαν ορισμός έχει μέσα καταστροφικότητα. Αυτοκαταστροφικότητα ή ετεροκαταστροφικότητα. Είναι άλλη η ανησυχία άλλη η διέγερση. Κι όμως πολλές φορές δεν λέμε ότι είναι "ανήσυχος", λέμε ότι είναι "διεγερτικός". Αυτό το ακούς κατά κόρον, εντάξει;*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Ενοχλητικοί. Πρώτα είναι ενοχλητικοί, και πολύ λίγες φορές είναι επικίνδυνοι. Και πολύ περισσότερο, αν είναι επικίνδυνοι, είναι επικίνδυνοι μόνο για τον εαυτό τους. Άρα, πώς*

λειτουργεί εδώ πέρα ο άλλος; Είσαι επικίνδυνος για τον εαυτό σου, μόνο και μόνο αν καπνίζεις τσιγάρο, γιατί δεν σε μπουζουριάζουνε ας πούμε; Επειδή είναι κοινωνικώς αποδεκτό. Αν είσαι επικίνδυνος μ' έναν ψυχωσικό χαρακτήρα, τσακ, σε παίρνουν, γιατί ταυτόχρονα είσαι και ενοχλητικός. Εγώ πιστεύω ότι είναι καταδικασμένα a priori στο να μην βοηθήσει τελικά, απλά είναι ένα μέτρο κοινωνικής συμμόρφωσης ας πούμε. Κοινωνικής συμμόρφωσης, απλά παίρνουμε μερικούς ανθρώπους οι οποίοι δενανήκουν στην ίδια κοινωνική μάζα, στην αποδεκτή μάζα, και γι' αυτό τους βάζουμε σε μια κλινική για να μην τους βλέπουμε βασικά. Για να μην τους βλέπουμε» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Η ορατότητα: «…*για να μην τους βλέπουμε...*» ανέφερε χαρακτηριστικά ο συγκεκριμένος εκ των επαγγελματιών που ρωτήθηκαν. Τελικά, η βία προϋποθέτει πάντα έναν Άλλο. Άτομο, θεσμό, κατάσταση, «πράγμα», σύμβολο, ακόμα – ακόμα και την ετερότητα που εδρεύει μέσα μας. Και το βλέμμα του Άλλου, είτε απευθύνεται προς το υποκείμενο, είτε εκπορεύεται από το υποκείμενο εμπεριέχει την έννοια της βίας. Ή έστω της βίας του αποκλεισμού.

5.3. Βία του συστήματος. Οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών

Ας ξεκινήσουμε αντίστροφα: τις περισσότερες φορές, η βία που ασκείται από το πλαίσιο, από το σύστημα,, δεν αναγνωρίζεται υπό συστημικούς όρους. Αναγνωρίζεται ατομοκεντρικά, είτε αυτό αφορά το πάσχον υποκείμενο, είτε αφορά τον επαγγελματία. Συνήθως αποτελεί την «τελική λύση» που το σύστημα είναι αναγκασμένο να υιοθετήσει απέναντι στην έκρηξη της βίας από την πλευρά του πάσχοντα (ασχέτως από πού εκπηγάζει αυτή η βία) Ακόμα όμως και μια αξιολογικά «άσχημη» συμπεριφορά εκ μέρους του προσωπικού, συνήθως ερμηνεύεται είτε ως προσωπική παθολογία είτε ως υποκειμενική αντίδραση σε ένα περιβαλλοντικό ερέθισμα (συνηθέστερα στις άσχημες εργασιακές συνθήκες),

Αν προσανατολιστούμε στις εκφάνσεις της άσκησης σωματικής βίας, αναγνωρίζουμε σαφώς διακριτές συμπεριφορές: οι κοινωνικοί ρόλοι των επαγγελματιών που συμμετέχουν στο σύστημα είναι προσδιορισμένοι και αρκετά περιχαρακωμένοι σε σχέση με το ποιος είναι υπεύθυνος να ασκεί βία. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι ο «φορέας» της θεσμικής βίας, της βίας που εκφέρεται από τη οργάνωση (τις δομές νοσηλείας εν προκειμένω) είναι ενδεικτικός αναφορικά με τη φαινομενολογία της *ιεραρχίας*. Υπό αυτό το πρίσμα, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές, ειδικά οι άντρες νοσηλευτές (τόσο οι εξειδικευμένοι, πτυχιούχοι νοσηλευτές, όσο και οι επαγγελματίες που βρίσκονται σε κατώτερα ιεραρχικά «στρώματα») θεωρούνται και αντιμετωπίζονται ως οι κύριοι υπεύθυνοι στο να ασκούν κατασταλτικές πρακτικές.

> «*Γιατί οι αστυνομικοί και οι security δεν αγγίζουν. Δεν είναι αυτή η δουλειά τους. Εντάξει, κάπως αλλά δεν είναι αυτό που θα κάνουν οι νοσηλευτές. Θα παίξουν και πολεμικές τέχνες και λαβές και έτσι κι αλλιώς, κι εκείνο, εγώ είχα πάθει σοκ, ας πούμε πρώτη φορά που το είδα. Ε, δεν μπορείς να τον ακινητοποιήσεις, αλλά εντάξει.. Ναι, έχουμε μπει ανάμεσα στα… Δεν ξέρω τι, άλλη φορά όχι, πες ότι συμβεί κάτι, ένας άντρας; Τον ψήνεις όλη τη μέρα. Τι να κάνει ένας άντρας όλη τη μέρα; Είναι ειδικό νοσοκομείο. Είναι δυνατόν; Είναι απίστευτο. Δεν γίνεται. Και φυσικά οι άντρες είναι μπράβοι. Ε, ούτε αυτό είναι σωστό. Γιατί είναι τα δεσίματα. Γιατί είναι τα τμήματα κλειστά. Γιατί εγώ να δέσω, γιατί δεν έχω απομονώσεις, να δέσω έναν άνθρωπο ο οποίος μπορεί να κάνει κακό στον εαυτό του, και να δέσω έναν άνθρωπο που να μπορεί να δείρει κάποιον, να δέσω κάποιον που έχει τάσεις φυγής ας πούμε, ενώ το τμήμα είναι κλειστό, δεν έχει νόημα. Και καλά θα κάνει ν' αρνηθεί, κι εγώ αν πήγαιναν στα καλά καθούμενα να με δέσουν, θ' αρνιόμουνα. Και για τους νοσοκόμους δεν είναι σωστό αυτό. Τι είναι; Οι μπράβοι;*

Άντε, κάτι γίνεται, τρέξτε. Τι είναι; Ούτε security είναι, ούτε μπράβοι να παλεύουνε» (Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Αντίθετα, το ιατρικό προσωπικό, αλλά και οι υπόλοιποι επαγγελματίες (όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές) πολύ σπάνια συμμετέχει σε κατασταλτικές πρακτικές. Πολλοί είναι οι Λόγοι που συνοδεύουν τη συγκεκριμένη φαινομενολογία. Η ισχύουσα θέση είναι ότι η εμπλοκή με τη σωματική καταστολή – βία μπορεί να αλλοιώσει τη θεραπευτική σχέση μεταξύ του γιατρού και του πάσχοντα, γι' αυτό και οι γιατροί δεν εμπλέκονται στις καθηλώσεις. Από την άλλη, υπάρχει διάχυτη η αίσθηση –και η ανάγκη- εκ μέρους του «κατώτερου» προσωπικού για στήριξή τους εκ μέρους του ανώτερου προσωπικού, των γιατρών δηλαδή, στις περιπτώσεις που έρχονται αντιμέτωποι με τη βία.

«*Αυτό που με έχει θυμώσει, που με θυμώνει, με θυμώνει, δηλαδή μπορεί εκείνη την ώρα να κάνω την ίδια συμπεριφορά, ότι θα κάνει ο άρρωστος θα το κάνω κι εγώ είναι ότι δεν συμμετέχουν καθόλου οι γιατροί. Δηλαδή, δέχεσαι την επιθετικότητα νοιώθεις την απειλή, και είναι σαν να είσαι υποχρεωμένος να είσαι ο πρώτος άνθρωπος ασπίδα όλης αυτής της ιστορίας. Ενώ εκείνοι είναι που κάνουνε την διαδικασία του να γίνεται μια νοσηλεία εισαγγελική και δίνουνε τη βεβαίωση, ότι χαρτιά απαιτείται για να δημιουργηθεί ένα εισαγγελικό, αυτό που με θυμώνει μετά, είναι ότι μετά είναι σαν να το ξεχνάνε. Και δεν συμμετέχουν στο υπόλοιπο κομμάτι. Αυτόματα υπάρχει ο καλός γιατρός που θα τους ακούσει, και ο κακός νοσηλευτής που θα τους ακινητοποιήσει. Εμένα αυτό με θυμώνει. Με θυμώνει πάρα πολύ*» (Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Αν βοηθάνε συνάδελφοι; Άλλοι βοηθάνε κι άλλοι όχι. Κάποιοι συνάδελφοι λένε ας πούμε, δεν επιτρέπεται να το κάνουμε, δεν το κάνουμε. Κάποια άλλα παιδιά όμως, βλέπουν τους νοσηλευτές, με όλο αυτό που κάνουν, θα βοηθήσει στο να τον κρατήσει ο συνάδελφος τον ασθενή. Όχι τόσο όσο να δέσει με τον ιμάντα, αυτό το κάνει μάλλον νοσηλευτής. Εγώ δεν έχω πάει ποτέ, εμένα μου έχουνε πει, τα πρώτα χρόνια, να μην πηγαίνω ποτέ, για τον εξής λόγο: επειδή εγώ είμαι κάθε μέρα εδώ, όταν θα λυθεί αυτός ο ασθενής μετά από δύο μέρες, και θα δει εμένα εδώ, να το πω απλά, να μην έχει έχθρα απέναντί μου. Εγώ παραμένω εδώ και πάει κάποιος άλλος συνάδελφος και το κάνει αυτό*» (Υπάλληλος Security, Γενικό Νοσοκομείο).

Και σε αυτό το σημείο, φαίνεται ότι ισχύει για τους περισσότερους η αναπαράσταση του <u>ομιχλώδους</u>. Σαν να μην υπάρχει ένα σαφώς οριοθετημένο και οργανωμένο πεδίο «καταμερισμού» των αρμοδιοτήτων, γεγονός που αφήνει ιδιαίτερα πολλά περιθώρια στην

υποκειμενική στάση. Υπό αυτό το πρίσμα, υπάρχει μεγάλο περιθώριο στην ατομικότητα, να εκδηλωθεί. Έτσι, για παράδειγμα, κάποιοι εκ του ιατρικού προσωπικού είναι πιο υποστηρικτικοί και βοηθάνε το «κατώτερο προσωπικό»,συνήθως ειδικευόμενοι γιατροί, ενώ κάποιοι άλλοι επαγγελματίες όχι μόνο δεν βοηθάνε, αλλά λόγω της «παλαιότητάς» τους, και των φαινόμενων επαγγελματικής κόπωσης που έχουν εμφανίσει, παρουσιάζουν αυθαίρετες βίαιες συμπεριφορές, οι οποίες σημασιοδοτούνται αρνητικά.

«*Οι νοσηλευτές δένουν. Οι νοσηλευτές, αλλά προσπαθούμε να παίρνουμε την οδηγία, σαφή οδηγία από τους γιατρούς, δηλαδή να κινούμαστε μέσα στο νόμιμο πρωτόκολλο. Δεν είμαστε πολύ βάρβαροι, κάποιες φορές βέβαια, από πολύ έτσι, συσσωρευμένη έτσι ένταση, ταλαιπωρία, κούραση, κακή συνεργασία με τους γιατρούς, δεν αντέχουμε και μερικές φορές την παίρνουμε μόνοι μας την πρωτοβουλία. Και αν είναι κάποιος πολύ ανήσυχος, τον δένουμε. Και καλυπτόμαστε δευτερογενώς έτσι; Δεν ξέρω, πραγματικά δεν ξέρω, αν κάτι δεν πάει καλά, κάποια στιγμή, ποια θα είναι η έκβαση μιας τέτοιας απόφασης. Αν κάτι στραβώσει δηλαδή με τον άνθρωπο και πάθει κάτι, αν θα καλυφθούμε ή όχι, δεν το ξέρω καθόλου*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

5.3.α. Η *αντρική παρουσία*: αλληλοδιαπλεκόμενοι ρόλοι

«*Δηλαδή μου' χουν τύχει απίστευτα περιστατικά τέτοιου τύπου.* ***Να πηδήξω από το παράθυρο****. Ναι. Μου' χει τύχει αυτό, να πηδήξω από το παράθυρο και να πάω στο διπλανό τμήμα για να βρω άντρες νοσοκόμους και να ξαναμπώ στην κλινική. Δεν είναι απίστευτο; Να με κυνηγήσει δηλαδή ο άρρωστος μέσα στην κλινική για να με χτυπήσει. Πρόλαβα και μπήκα μέσα στο δωμάτιο νοσηλείας, ευτυχώς ήταν συνάδελφος εκεί, πέσαμε κι οι δύο πίσω από την πόρτα, κλειδώσαμε την πόρτα του γραφείου, προσπαθούσε να σπάσει την πόρτα απ' έξω, κι εμείς πηδήξαμε από το παράθυρο να πάμε στο διπλανό τμήμα να φωνάξουμε το νοσοκόμο, επειδή ήτανε βράδυ κι είχαμε κλειδώσει το τμήμα, να φωνάξουμε το νοσοκόμο κι άλλους νοσοκόμους και να απ' έξω ν' ανοίξουμε το τμήμα στην κλινική και να μπούμε μέσα και να πιάσουμε τον ασθενή. Συνήθως όταν υπάρχει άντρας στην βάρδια δεν γίνονται αυτά*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Στις εφημερίες ναι. Δηλαδή στην κάθε βάρδια της εφημερίας θα υπάρχει τουλάχιστον ένα αγόρι. Νοσηλευτής, ανάλογα με τις δυνατότητες που έχουμε, βέβαια τώρα τις γιορτές, ήτανε μια φορά που δεν μας έβγαινε, μάλλον η επομένη της εφημερίας, δεν έβγαινε να μπει αγόρι, και ήτανε τρεις κοπέλες, αλλά προσπάθησα έτσι όπως ήτανε το πρόγραμμα να υπάρχουνε έμπειροι συνάδελφοι. Όσο γινότανε αυτό*» (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Και από προσωπικό; Μετρημένοι άντρες, πάει ένας σε κάθε βάρδια, για να φτάσουν οι άντρες. Και δύο γυναίκες. Άντε τώρα εσύ με μια γυναίκα να πας ξέρω γω να πας να αντιμετωπίσεις κανένα άμα είναι "βαρέων βαρών"*» (Νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Παρ' όλη τη φυσικοποιημένη διάσταση, πολλές φορές εμφανίζεται η διαπίστωση, από τους ίδιους τους επαγγελματίες, ότι ο ρόλος «άντρας» λειτουργεί μέσα από τη συμβολική του διάσταση.

«*Το "άντρας στην ψυχιατρική". Είναι από μόνο του ένα θέμα. Ψυχαναλυτικό. Αυτό από την εμπειρία μου το 'λεγαν οι νοσοκόμοι. Θυμάμαι δηλαδή παλιό νοσοκόμο που τώρα έχει πάρει σύνταξη, παλιό παλιό νοσοκόμο, που έκανα τις πρώτες βάρδιες μαζί του απόγευμα και τον είχανε καλέσει να πάει σε τμήμα άλλο για βοήθεια. Και μου' χε πει: "αν συμβεί κάτι εδώ κι είσαι μόνη σου, θα βγεις στο διάδρομο και θα φωνάξεις. Νοσοκόμε έλα". Έτσι έγινε. Έγινε, όντως μου' τυχε αυτό, να γίνει φασαρία και να βγω και να φωνάξω, "νοσοκόμε". Εξαφανίστηκαν οι ασθενείς. Εξαφανίστηκαν. Οι παλιοί ασθενείς βέβαια το ξέρανε αυτό, τι σημαίνει "νοσοκόμε έλα", ενώ οι καινούργιοι, εντάξει, δεν το γνώριζαν. Ναι, ναι. Μου το' χε πει σαν συμβουλή ότι θα βγεις και θα με φωνάζεις, "νοσοκόμε". Όταν είχα πρωτοέρθει, ήταν όταν είχε νοσοκόμο, οι ασθενείς ήξεραν, σε ποια βάρδια υπάρχει νοσοκόμος, σε ποια βάρδια δεν υπάρχει νοσοκόμος. Που ήταν αυτοί οι 45άρηδες που σου λέω, οι καλοί νοσοκόμοι τότε. Έβλεπες που ήμασταν βάρδια δύο γυναίκες και το τμήμα "χοροπήδαγε". Δεν χρειαζόταν. Ας ήταν ο άλλος, κι ας κοιμότανε στον καναπέ. Δεν είχε σημασία. Το τμήμα ήταν ήσυχο. Ήτανε καλοί νοσοκόμοι, ήτανε μια ομάδα πολύ καλοί νοσοκόμοι. Που όμως παρενέβαιναν. Μπορεί να μην παρενέβαινε καθόλου, να ήτανε πραγματικά στον καναπέ και να κοιμότανε, και να έδινα εγώ τα φάρμακα κι ένας ασθενής να μου μίλαγε λίγο πιο, ν' ανέβαζε λίγο τον τόνο ακουγόταν η φωνή του άλλου από μέσα "δεν θα μιλάς ποτέ έτσι στη νοσοκόμα". Αυτά είναι τελείως ψυχαναλυτικά ξέρεις, ο ρόλος του πατέρα μέσα στην οικογένεια*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Οι άρρενες επαγγελματίες, ειδικά οι «κατώτερες» βαθμίδες (Νοσηλευτές, Βοηθοί Νοσηλευτών, Νοσοκόμοι) βιώνουν ιδιαίτερα αρνητικά αυτή τη απόδοση ρόλων «δεσμοφύλακα». Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι εμφανίζεται μια παράδοξη *δευτερογενής παρέκκλιση*. Με ένα παραπλήσιο τρόπο αναφορικά με τη δημιουργία του δευτερογενώς παρρεκλίνοντος ψυχικά πάσχοντα, με όλες τις σημασιοδοτήσεις που έχουμε περιγράψει, και στην περίπτωση του προσωπικού υπάρχει μια μεταλλαγή της αυτοεικόνας,

αλλά και των αποδόσεων των υπολοίπων (και των υπολοίπων επαγγελματιών, όπως των γιατρών, αλλά και των νοσηλευόμενων) προς τον κοινωνικό ρόλο εντός του συστήματος από θεραπευτικό (ή έστω από ρόλο φροντιστή) σε ρόλους που λίγη σχέση έχουν με την αρχική εργασιακή ταυτότητα.

> «*Αυτοί πλέον οι νοσοκόμοι, τελευταία φουρνιά που είχε μπει, είναι 45άρηδες που οδεύουν προς τα 50. Έχουνε μείνει πολύ λίγοι, Πολλοί απ' αυτούς έφυγαν, προς διοικητικές θέσεις, προς διάφορα τέλος πάντων. Έχουνε μείνει πολλοί λίγοι λοιπόν από αυτούς, οι οποίοι έχουνε κουραστεί πάρα πολύ. Γιατί, επειδή γίνονται πολύ συχνά τέτοια επεισόδια, πολύ συχνά, αρκετά συχνά,* ***καλούνται να παίζουνε το ρόλο μπράβου.*** *Να χτυπάει το τηλέφωνο, φύγε από την Αγ. Μαρκέλλα γιατί στο Ελλήνων γίνεται το τάδε επεισόδιο, να πας. Κι αυτό μπορεί να τους το κάνουνε μια δυο φορές σε κάθε βάρδια. Πήγαινε από δω, πήγαινε από κει, και να καταλήγουνε ναι, έτσι σ' ένα καθεστώς μπράβου. Που να γυρνάνε γύρω γύρω για να καταστέλλουνε τις διεγέρσεις. Έχουνε κουραστεί απ' αυτό*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Τελικά επανέρχεται συνεχόμενα στο προσκήνιο η προβληματική του *ρόλου*. Το κατά πόσο το υποκείμενο – επαγγελματίας ενστερνίζεται, εντάσσεται και εν τέλει αλλοτριώνεται από τον κοινωνικό ρόλο που του έχει αποδοθεί. Μέσω μιας διαδικασίας (αναλύθηκε στο κεφάλαιο περί των επαγγελματιών) μεταλλαγής, το υποκείμενο φτάνει να αποδέχεται να μεταλλάξει τα όρια της ταυτότητάς του και να ασκήσει συμπεριφορές οι οποίες σε καμιά περίπτωση δεν περιλαμβάνονται στο «ρεπερτόριό» του ως πολίτης:

> «*Πολλά περιστατικά με εισαγγελικές εντολές μ' έχουν στενοχωρήσει, μ' έχουν θλίψει, γιατί όταν καθηλώνεις, που δεν θέλει, όντως σε φέρνει σε μια δυσφορία. Εκείνη τη στιγμή πρέπει να κρατήσεις τον επαγγελματισμό σου, να κάνεις ότι είναι να κάνεις, και ν' αφήσεις το συναίσθημα, στην άκρη. Μετά το συζητάς*» (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

5.3.β. Η βία του συστήματος, *νομιμοποιητικοί λόγοι*. Η βία ως προστατευτικός μηχανισμός

Σε αυτό το σημείο ίσως έγκειται μια από τις πλέον βαρύνουσες διαπιστώσεις. Ο βασικός εκλογικευτικός μηχανισμός που διαλανθάνει πίσω από τις κατασταλτικές πρακτικές που απευθύνονται στο πάσχοντα αφορά την έννοια της **αυτοκαταστροφικότητας**. Η βία λαμβάνει χώρα για να προστατεύσει το πάσχον υποκείμενο. Είτε από συνειδητές τάσεις

αυτοκαταστροφής, όπως στους «αυτοκτονικούς» (σύμφωνα με τη «Ψ» ορολογία) νοσηλευόμενους, είτε από καταστάσεις παραμέλησης οι οποίες μπορούν δυνητικά να αποβούν επικίνδυνες για την υγεία ή και τη ζωή του πάσχοντα, από αδυναμία του να κατανοήσει τις ίδιες του τις επιλογές:

«*Όλες ψυχούλες είναι, απλά είπαμε, μια μερίδα ανθρώπων οι οποίοι είναι ότι είναι άρρωστοι χωρίς να το' χουν επιλέξει. Και μαθαίνεις κιόλας. Μαθαίνεις στα χρόνια που είσαι εδώ. Μετά αρρώστησε ο αδελφός της και τον πήγανε προς Σωτηρία και ήρθε κάποια στιγμή η κοπέλα και μου λέει "άστα ρε… Μου λέει, μόνο νερό δίνουνε, ο αδελφός μου, καπνίζει και νερό. Ούτε τρώει μου λέει, τίποτα. Νερό, μου λέει, πάρα πολύ νερό". Εγώ θυμάμαι μια ασθενή που είχαμε πριν χρόνια, που έπινε νερό, νερό, νερό, με αποτέλεσμα της είχε πέσει το κάλιο πάρα πολύ. Της λέγανε ότι "μπορεί να δηλητηριαστείς είναι πολύ επικίνδυνο" και την είχανε δέσει στο κρεβάτι, κι έσερνε το κρεβάτι στο διάδρομο να πάει στον ψύκτη να πιει νερό. Και μετά την καθηλώσαμε στα τέσσερα για να μην πίνει νερό*» (Υπάλληλος Security, Γενικό Νοσοκομείο).

«*Μια άλλη φορά ένας ασθενής σε κρίση, περιορισμένος, είχε ξεχαρβαλώσει το καλοριφέρ. Χειμώνας τώρα. Κι έρχομαι εφτά το πρωί κι έχει γίνει ατμός. Δεν μπορούσε ν' αναπνεύσει. Είχε τραβήξει το κρεβάτι στην άκρη, και κοιτάζανε ας πούμε, τι να κάνεις; Οπότε, εκεί τι να κάνεις; Ώσπου να' ρθει ο υδραυλικός, και ο τάδε, δεν ξέρω ποιος, αυτοί που θα τρέξουν πρώτοι είναι οι νοσηλευτές. Να τον λύσουμε, και καλύτερα να φύγει και να' ναι ζωντανός, παρά να πεθάνει εκεί πέρα μέσα. Τον λύσαμε, τον πήγαμε σ' άλλο δωμάτιο, και μετά ήρθαν αυτοί μετά από μια ώρα, μετά ξέρω' γω από πόσο*» (Ψυχίατρος, Επιμελήτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Και μια επίσης ενδιαφέρουσα διαπίστωση αφορά έναν από τους τρόπους αντίδρασης των πασχόντων σε αυτή τη μορφή βίας. Πολλές φορές κάποιοι νοσηλευόμενοι χρησιμοποιούν σαν «ύστατο» μέτρο αντίστασης την ίδια την σωματική τους ακεραιότητα. «*Αν διανοηθείτε να με δέσετε θα κοπανήσω το κεφάλι μου στον τοίχο*» ουρλιάζει ένας νεαρός νοσηλευόμενος σε μια ομάδα επαγγελματιών οι οποίοι προσπαθούν να τον πείσουν με τα λόγια να κάνει την –πρώτη του- ενέσιμη αγωγή (ημερολόγιο σημειώσεων, Γενικό Νοσοκομείο). Τελικά, ο συγκεκριμένος νοσηλευόμενος περιορίστηκε, «καθηλώθηκε». Επίσης, κατάφερε να κοπανήσει το κεφάλι του στον τοίχο. Όπως το είχε υποσχεθεί…

«*Και δημιουργεί και έκπληξη το γεγονός ότι μπορεί να μην αισθάνομαι τόσο απειλούμενη για την σωματική μου ακεραιότητα* (από το νοσηλευόμενο), *μερικές φορές νομίζω το αψηφώ*

κιόλας, σκεπτόμενη όμως τις νομικές επιπλοκές που μπορεί να έχει μια τέτοια κατάσταση. Γι' αυτό το αψηφώ. Αυτό λίγο με φοβίζει» (Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια, Γενικό Νοσοκομείο).

Θεωρούμε ότι είναι έκδηλη η φαινομενολογική εμφάνιση, και τεκμηρίωση της έννοιας της **ευθύνης**, όπως πολλές φορές έχουμε επιμείνει. Η βία του συστήματος, αναδύεται στις περιοχές εκείνες, στα διάκενα όπου υπάρχει το περιθώριο της *απόδοσης ευθύνης*. Τόσο αναφορικά με το τι μπορεί να συμβεί στο πάσχον υποκείμενο, στην περίπτωση «λάθος χειρισμών», όσο και στην περίπτωση που η βία εκ μέρους του συστήματος είναι **αυθαίρετη**.

«*Όπως έχει τύχει να φάω και ξύλο από άτομο το οποίο είχε λύσει το ένα χέρι και μέχρι να φέρει ο νοσηλευτής βάρδιας ένα καινούργιο ιμάντα, σφαλιάρα. Και να' χεις τους άλλους να κοιτάνε, ο γιατρός τρώει ξύλο. Το θέμα είναι πώς ν' αμυνθείς; Αν τον χτυπήσεις και σου κάνει μήνυση, σου λέει "εγώ ήμουνα περιορισμένος, εσύ με χτύπησες". Απομακρύνεσαι. Έτυχε ξέρω γω να κάνει δύο τρεις γρατζουνιές και έσκισε πουκάμισο. Πιάστηκε μετά. Πού να φύγει; Μέχρι να' ρθει ο άλλος εντάξει, φώναξε "ρε παιδιά, βοήθεια". Να τον δείρεις δεν μπορείς. Σε βάλανε μέσα. Δεν θα κοιτάξει ο νόμος, "γιατί ήσουνα μόνος, γιατί τον έδειρες;". Θα σου' λέγε "κύριε, φώναξε δεκαπέντε άτομα, να κάνεις ότι θες να κάνεις. Τι πήγες μόνος σου;". Έχει δίκιο ο ασθενής. Έτσι είναι*» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

5.3.γ. Το «ποιόν» της βίας: η «αξιοπρεπής βία»

Ένας δεύτερος κορμός Λόγων αφορά αυτό που προσδιορίζουμε το «ποιόν» της βίας του συστήματος. Ποια, δηλαδή, πρέπει να είναι τα χαρακτηριστικά της, πως αυτή οφείλει να εκφράζεται ώστε να ο χαρακτήρας της να απολαμβάνει ένα status, αν όχι νομιμοποίησης, τουλάχιστον *θετικότητας*. Μέσα από αυτή τη προοπτική, εγγράφονται διάφοροι λόγοι οι οποίοι αφορούν τη βία του συστήματος. Ο ισχυρότερος ίσως είναι αυτός που ήδη περιγράφηκε και αφορά την αναγκαιότητά της: είναι μια βία **απαραίτητη**. Ένας εξίσου ισχυρός Λόγος – παραδοχή αναφέρεται στο *χαρακτήρα* της βίας. Η οποία πρέπει να είναι κατά το δυνατόν **αξιοπρεπής**. Και **ελάχιστη** επίσης. Να είναι **αναγκαία**, αφού έχουν δοκιμαστεί οι άλλες εναλλακτικές. Η θεσμική καταστολή, ή καλύτερα μια μεταλλαγή της, συνδέεται στενά με τη έννοια της *αξιοπρέπειας*. Οι λόγοι που υφίστανται υποστηρίζουν ότι, στην περίπτωση που η βία κριθεί ως αναγκαία, οι επαγγελματίες οφείλουν να αντιμετωπίσουν το «πρόβλημα» με την κατά το δυνατόν αξιοπρεπέστερη στάση. Τουτέστιν, να εφαρμόζεται με τον λιγότερο ανταποδοτικό χαρακτήρα (μια από τις

συνηθέστερες γλωσσικές εκφορές που ακούγονται σε τέτοιες περιστάσεις είναι η: «…*δεν το κάνουμε για να σε τιμωρήσουμε, για να σε βοηθήσουμε το κάνουμε*…») και με την μεγαλύτερη δυνατή ηρεμία και νηφαλιότητα. Να υπάρχει μια ήρεμη βία… Και το απόγειό της ίσως εκφράζεται στην ενδοβολή της από το ίδιο το πάσχον υποκείμενο.

> «*Υπάρχουν άρρωστοι που όλ' αυτά τα χρόνια έρχονται μόνοι τους, εάν τους βγάλεις τον περιορισμό, είναι στη διαδικασία βάλε βγάλε περιορισμού, που έρχονται μόνοι τους και σου λένε "περιόρισέ με δεν αντέχω άλλο, θέλω να ηρεμήσω", και το βασικό της ιστορίας είναι ότι μετά που θα ηρεμήσουνε, νοιώθουν τη φροντίδα που 'χουν πάρει, και ευχαριστούν πάρα πολύ γι' αυτό*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

> «*Μου έχει τύχει αρκετές φορές. Δεν είναι το πιο συνηθισμένο, αλλά το βλέπεις. Βλέπεις άρρωστο να έρχεται και να σου λέει "δεν μπορώ άλλο, δέσε με". Σαν να το καταλαβαίνουν πόσο τους ταλαιπωρεί αυτή η ψυχοκινητική ανησυχία, και το να δεθούν τους περιορίζει τα ερεθίσματα, τα περιβαλλοντικά. Και ηρεμούν με αυτόν τον τρόπο. Απίστευτο*;» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Ακόμα και σε επίπεδο ενδεικτικής και όχι γενικευτικής κοινωνικής πρακτικής, θεωρούμε σημαντική τη παραπάνω παρατήρηση. Και αυτό για το λόγο του παραδειγματικού της χαρακτήρα, αναφορικά με τη διαδικασία καθυπόταξης και τη σχέση που αποκτά το Υποκείμενο, σαν ψυχική δομή στη σχέση του με την εκφορά της έννοιας της εξουσίας.

Πέραν αυτού όμως, το κύριο χαρακτηριστικό της εκφερόμενης καταστολής από το σύστημα είναι το ότι πρέπει να υπακούει σε κάποιους κανόνες. Κανόνες οι οποίοι αναφέρονται τόσο σε μια θεσμικά κατοχυρωμένη τυπολογία παρέμβασης (βλ. «πρωτόκολλα καθήλωσης»), όσο και σε ένα πλέγμα Λόγων οι οποίοι να εμπεριέχουν και να ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά που περιγράψαμε αμέσως πριν. Η έννοια της αξιοπρέπειας αναδύεται σαν μια ισχυρή ιδεολογική έγκληση: η όποια καταστολή οφείλει να προστατεύει την αξιοπρέπεια του Υποκειμένου. Οφείλει επίσης να εννοιολογείται. Ακόμα και τη στιγμή που η παρέμβαση λαμβάνει χώρα, οφείλουμε να δίνουμε τις αναγκαίες εξηγήσεις.

Επιπλέον, η βία οφείλει να είναι κατά το δυνατόν νομικά κατοχυρωμένη, κάτι που έχει άμεση συνάρτηση με την έννοια της αυθαιρεσίας, όπως περιγράφηκε αμέσως πριν. Γι'

αυτό το λόγο και πολλοί επαγγελματίες επιμένουν να επαναφέρουν το θέμα των περίφημων **«πρωτοκόλλων καθήλωσης»**. Πρωτοκόλλων, δηλαδή, τα οποία υποτίθεται ότι εξασφαλίζουν την «σωστή» λειτουργία και άσκηση κατασταλτικών πρακτικών.

«*Σαφώς δεν εφαρμόζεται 100% το πρωτόκολλο, ποιο πρωτόκολλο τώρα; Να πηγαίνεις ανά μισή ώρα να κοιτάς τον άρρωστο; Να' ρχεται και ο γιατρός, να' ρχεται και ο ψυχολόγος; Ε, δεν γίνονται αυτά, μην τρελαθούμε τώρα.* ***Κρατάμε ένα βιβλίο για τους τύπους.*** *Πόσο ψέματα να πω; δεν μπορώ να πω ψέματα, αυτή είναι η αλήθεια. Κι έρχονται και αρχίζουμε τους περιορισμούς, θα πάρουμε την πίεση, θα πάμε να τον δούμε, δεν είναι δυνατόν να τον αφήσουμε μόνο του, δεν το συζητάω. Ή κάποιοι που είναι πιο δύσκολα περιστατικά, ναι, αλλά… Τι φταίει ο άλλος ας πούμε, να ξεσηκώνεται και να τρέχει στο Δρομοκαϊτειο ας πούμε; Ή τη νύχτα, αν κάποιος δεν έχει αυτοκίνητο; Μαζί με τα σκυλιά δεν υπάρχει ένα φως. Έχει πολλά σκυλιά. Ε, λοιπόν; Κάτσε τώρα*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*…το μεγάλο πρόβλημα που 'χουμε, με τις υπόλοιπες υπηρεσίες και ιδιαίτερα με την ιατρική, είναι ότι δεν κατανοούν την αναγκαιότητα του πρωτοκόλλου. Κάθε άρρωστος που μπαίνει, εισαγγελικός, δίνεται μια εντολή από τους γιατρούς που λέει, "να καθηλωθεί στα δύο, στα τρία, ή στα τέσσερα άκρα". Τι σημαίνει αυτό; Ότι ο άρρωστος πρέπει να δεθεί στο κρεβάτι και μάλιστα να' ναι μεταλλικό το κρεβάτι, με δερμάτινους ιμάντες και να δεθούν αυτοί οι ιμάντες με λουκέτα πάνω στο κρεβάτι. Αυτό όμως, δεν τηρείται στο πρωτόκολλο. Τι είναι το πρωτόκολλο; Είναι ένα τετράδιο, στο οποίο πρέπει να γράφει, για ποιο λόγο δόθηκε η εντολή, από ποιόν δόθηκε η εντολή και πόση ώρα θα διαρκέσει. Αυτό το βιβλίο ή τετράδιο καθηλώσεων, το πρωτόκολλο που λέμε εμείς, δεν έχει τηρηθεί σε κανέναν ασθενή από τότε που ξεκίνησαν τα εισαγγελικά. Από το 2000 και μετά. Δηλαδή εμείς εδώ, δεν τηρούμε πρωτόκολλο καθηλώσεων. Με αποτέλεσμα αυτό να είναι και παράνομο και παράτυπο. Οι γιατροί δεν καταλαβαίνουν την αναγκαιότητα προφανώς γιατί δεν μπορούν να το αιτιολογήσουν. Στις περισσότερες εισαγγελικές θα μπορούσε να' χει αποφευχθεί το δέσιμο. Δεν έχει γίνει. Κι έτσι λοιπόν, υπάρχουν άρρωστοι που' χουν δεθεί με μια πολύ απλή εντολή που αυτή μπαίνει μέσα στην ατομική λογοδοσία των νοσηλευτών, το οποίο είναι έντυπο στο οποίο καταγράφουμε επί 24 ώρες την κατάσταση της κλινικής εικόνας του ασθενή. Εκεί, υπάρχει μια απλή εντολή, που λέει "να καθηλωθεί στα δύο, στα τρία, στα τέσσερα άκρα". Κι η δεύτερη τυποποιημένη εντολή, είναι "άρση της καθήλωσης". Τώρα υπήρχαν άρρωστοι που είχαν δεθεί από δύο ώρες μέχρι και 29 μέρες. Ήτανε μια κοπέλα από τα Σπάτα, την οποία είχαμε δέσει 29 μέρες. Γιατί είχε πει η μάνα της "το σκάει και φεύγει" κι αυτός φοβούμενος* (ο γιατρός) *την έδεσε. Ε, κι εμείς την είχαμε από το ένα πόδι χαλαρωμένο, το οποίο το έβγαζε και το έβαζε όποτε ήθελε αυτή, κατά βούληση. Αλλά παρέμεινε καθηλωμένη 29 μέρες. Κι η εντολή δεν είχε αρθεί. Αυτό είναι παράνομο. Γιατί*

η καθήλωση υποτίθεται ότι διαρκεί ελάχιστες ώρες, ανά μισή ώρα να πηγαίνει ο νοσηλευτής να ελέγχει την κατάσταση του ασθενή που είναι δεμένος, να παίρνει τα ζωτικά, και ανά μια ώρα να αιτιολογεί ο γιατρός. Αυτό δεν έχει γίνει ποτέ. Παρά τις φωνές και τις διαμαρτυρίες συνεχίζει» (Προϊστάμενος Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Το λεγόμενο «πρωτόκολλο καθήλωσης», το οποίο θεωρείται αναγκαίο από σχεδόν όλους τους επαγγελματίες (με τη διαφορά ότι ουσιαστικά δεν τηρείται σχεδόν ποτέ, πλην κάποιων εξαιρέσεων) είναι ενδεικτικό του τρόπου με τον οποίο εμφανίζονται οι λόγοι περί ευθύνης και περί προστασίας. Τα δεδομένα μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι σημαίνουσα βαρύτητα έχει ο φόβος του προσωπικού αναφορικά με το κατά πόσο –στη περίπτωση κατά την οποία συμβεί κάτι- θα «είναι ακάλυπτο».

«*Στους περιορισμούς ξέχασα να σου πω, κρατάμε πρωτόκολλο κανονικά και με τον νόμο, περνάει γιατρός κάθε οκτώ ώρες αν και αν τύχει κάτι έκτακτο, τον δούμε εμείς λίγο να είναι… εντάξει, έρχεται και τον βλέπει. Στο τέλος κάθε βάρδιας, γράφουμε κι εμείς τη νοσηλευτική μας εκτίμηση. Και προσπαθούμε κι εμείς όσο μπορούμε ζωτικά σημεία, νερό, να πίνει νερό, να μην μας πάθει και τίποτα γιατί είναι και λίγο ευθυνόφοβοι εδώ πέρα*» (Υπεύθυνος Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Τέλος, υπάρχει ένα σύμφυρμα «αρχουσών» Λόγων και παραδοχών οι οποίες αφορούν την θεραπευτική αντίδραση απέναντι στη βία του πάσχοντα. Επιγραμματικά, και εν είδει επικεφαλίδας, οι λόγοι αυτοί υποστηρίζουν τη θέση ότι οι επαγγελματίες, στην περίπτωση που έρχονται αντιμέτωποι με εκφορές επιθετικότητας ή και βίας πρέπει «…να δρούνε και να μην αντιδρούνε». Δηλαδή, να είναι σε θέση να προβάλλουν το επαγγελματικό προφίλ, να υπερισχύσει ο ρόλος του επαγγελματία και να μην αντιδράσουν με ένα τρόπο που πιθανόν να αντιδρούσαν σε ένα εξωτερικό, «φυσικό» περιβάλλον.

«*Και τις πρώτες μέρες κιόλας έπεσα σ' ένα επεισόδιο, σε μια ασθενή που είχαμε έβρισε πάρα πολύ μια γιατρό που έχουμε, με πάρα πολύ άσχημα λόγια, δηλαδή την εικόνα την έχω, έχουν περάσει εξίμισι χρόνια. Ήμουνα στην πόρτα, η γιατρός εκεί κι η ασθενής εκεί. Την έβρισε με πάρα πολύ άσχημα λόγια κι η γιατρός ήτανε πάρα πολύ ήρεμη όπως επίσης και οι νοσηλευτές, γιατί κι αυτοί είχαν συγκεντρωθεί. Και θυμάμαι την σκέψη μου και λέω "κάπως έτσι πρέπει να φέρεσαι κι εσύ"*» (Υπάλληλος Security, Γενικό Νοσοκομείο).

Για μια ακόμη φορά αναδύεται στο προσκήνιο ο ρόλος του μιλγραμικού υποκειμένου. Του υποκειμένου εκείνου στο οποίο εμφανίζεται μια χαρακτηριστική διάσταση των ρόλων του εντός και εκτός εργασιακής οργανωτικής δομής. Αναφερόμαστε στην έννοια, στην ιδεολογική έγκληση του *καθήκοντος*. Στην άποψη που ισχυρίζεται ότι η βία του επαγγελματία, η βίαιη συμπεριφορά του Υποκειμένου δεν εντάσσεται στην προσωπικότητα του επαγγελματία, και δεν τον χαρακτηρίζει σαν ένα στοιχείο της προσωπικότητάς του. Αντίθετα, εμφορείται –και έτσι πρέπει- στο συγκεκριμένο κοινωνικό ρόλο. Σαν το χαρακτηριστικό στίχο της Tina Turner: «It's a dirty job, but somebody has to do it»…

5.3.γ.1. «*It's a dirty job, but somebody has to do it*»: Η «βρώμικη δουλειά» και η «μεθοδολογία» της

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι περισσότεροι επαγγελματίες, ειδικά το νοσηλευτικό και βοηθητικό προσωπικό θεωρούν ότι οι διαδικασίες οι οποίες εμπεριέχουν τη έννοια της καταστολής ή/και της βίας είναι απορριπτέες μεν, αλλά στο πλαίσιο της *αναγκαιότητας* είναι αναπόδραστες. Οι κύριες εκλογικεύσεις αφορούν την **αναγκαιότητα** της άσκησης βίας, την **προστασία** του ίδιου του πάσχοντα, την ρύθμιση και **ομαλοποίηση** του χώρου καθώς και την **θεραπευτική προοπτική** που πολλές φορές η διαδικασία της καταστολής ενέχει. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η χρήση των όποιων κατασταλτικών πρακτικών φαίνεται να αποσυνδέεται από τον χαρακτήρα και την προσωπικότητα του επαγγελματία, κάτι που εμφανίζεται μέσω των θέσεων περί «σωστής» χρήσης της βίας. Υπάρχουν χαρακτηριστικές ομοιότητες της έρευνάς μας με μια –παρόμοια μεθοδολογικά- έρευνα των Emmerson και Pollner, οι οποίοι βρήκαν ότι στις περιπτώσεις που οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας καλούνται να διεκπεραιώσουν την καλούμενη «βρώμικη δουλειά»,[320] οι συχνότερες εκλογικεύσεις που παρουσιάστηκαν εκ μέρους των επαγγελματιών είναι ότι αποδέχονται τέτοιου τύπου πρακτικές, χωρίς όμως να είναι «μέρος» του επίσημου «καθηκοντολογίου» τους, και κυρίως για να βοηθήσουν τον πάσχοντα με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.[321]

[320] Η έννοια της «βρώμικης δουλειάς» προέρχεται από μια παλαιότερη εργασία του Hughes. Ο Hughes θεωρεί ότι η έννοια της «βρώμικης δουλειάς» είναι το «τμήμα» των εργασιακών δραστηριοτήτων των επαγγελματιών οι οποίοι καλούνται να αναλάβουν την υποχρέωση να υπεισέλθουν σε ένα «ρόλο» για τον οποίο θα πρέπει να «ντρέπονται λίγο», για ηθικούς λόγους. Βλ. Hughes, E., *The Sociological Eye: Selected Papers*, Aldine Atherton, Chicago, 1971.

[321] Emerson, R., M., Pollner, M., «Dirty work designations: their features and consequences in a psychiatric setting», *Social Problems*, τόμος 3, 1975, σ. 143 – 254.

Στα πλαίσια της αποφυγής του χαρακτηρισμού των πρακτικών καταστολής ως αυθαίρετων, δηλαδή, για να γίνει εφικτό να μη χαρακτηριστεί με αρνητικό προσδιορισμό η βία που εφαρμόζεται από τον θεσμό – σύστημα, είναι αναγκαίο να τηρούνται δύο συνθήκες. Η πρώτη αφορά τους νομιμοποιητικούς λόγους, έτσι όπως περιγράψαμε μόλις και η δεύτερη αφορά τις πρακτικές: την μεθοδολογία με την οποία εφαρμόζεται η καταστολή. Σημαντικό στοιχείο στην παραπάνω «εξίσωση» έχει και το σύνολο των πρακτικών που θα μπορούσαν να προσδιοριστούν κάτω από τον όρο «διαδικασία επεξήγησης».

«*Πριν τον καθηλώσουμε του εξηγούμε ας πούμε, να συνεργαστεί, αλλιώς θα σε πιέσουμε, θα αναγκαστούμε να σε περιορίσουμε, ή να σε βοηθήσουμε αναγκαστικά. Την ενημέρωση την κάνει συνήθως ο γιατρός. Αυτός, ή ο νοσηλευτής που τον έχει "χρεωθεί".*[322] *Κάθε ασθενή κάνουμε χρέωση τώρα. Θα τους μοιράσουμε στη μέση. Τώρα αν πέσει σ' εμένα μια περίπτωση που' ναι κάποιος διεγερτικός,. θα μπούμε μέσα θα πούμε κάποια πραγματάκια. Θα φωνάξουμε γιατρό θα τον δει ο γιατρός, κι αν μας πει ο γιατρός να του κάνουμε ενέσιμη κ.λπ. θα φωνάξουμε security. Γράφει ο γιατρός την οδηγία, τον ενημερώνει ο γιατρός, τον ενημερώνουμε κι εμείς, πρέπει να του δώσουμε το φάρμακο, πρέπει να του κάνουμε ενέσιμο, αρνείται, δεν συνεργάζεται, πρέπει να το κάνουμε αναγκαστικά, είμαστε τόσοι εδώ πέρα, υπάρχει η μαρτυρία των γονιών σου, της μάνας σου του πατέρα σου δεν το κάνουμε από μόνοι μας, εδώ είναι χώρος ενός νοσοκομείου, προσπαθείς να τον αγγίξεις απ' όλες τις πλευρές. Όπου τσιμπήσει κι αυτός δηλαδή, να στο πω έτσι απλά. Κατάλαβες; Είναι χώρος νοσοκομείου, είμαστε για το καλό, θέλουμε να σε βοηθήσουμε. Το μεγαλύτερο ποσοστό ακούει, το δέχεται. Υπάρχουν άλλες περιπτώσεις, που δεν…Και του λέμε "Κοίταξε να δεις τώρα, αν δεν ακούς τώρα θ' αναγκαστούμε να σε καθηλώσουμε. Δεν θέλουμε τώρα να παλέψουμε, ούτε σε ξέρω, ούτε μας ξέρεις, ούτε συγγενείς, δεν έχουμε διαφορές να λύσουμε. Θα το κάνουμε για το καλό σου. Το γνωρίζει η μητέρα σου αυτό, ο πατέρας σου επίσης, ο γιατρός σου, οι οδηγίες οι οποίες είναι περασμένες υπάρχουν, πάντως, εμείς σου είπαμε θα αναγκαστούμε να σε πιέσουμε. Εντάξει;". Φεύγουμε, φωνάζουμε, έρχεται ο security, πρέπει όλοι μαζί να ήμαστε πέντε άτομα, βγαίνουμε έξω έξω, ετοιμάζει η νοσηλεύτρια το ενέσιμο, και μετά μπαίνουμε όλοι μαζί, πέντε έξι άτομα, και του λέω "κοίταξε να δεις, τώρα πρέπει να γίνει η ένεση" και πάλι βλέπεις, ότι ένα 80% απ' αυτούς τους αντιδραστικούς που δεν συνεργάζονται μετά την όλη ενημέρωση κι όλ' αυτά, θα κάτσει, δεν θα φέρει πολλές αντιρρήσεις. Θα "γυρίσουνε" έτσι από μόνα τους. Από μόνα τους θα "γυρίσουν". Ότι όσο πιο πολλοί μαζευτούμε, και μπούμε όλοι μέσα, τόσο πιο εύκολα κάθονται. Ούτε μαγκιές, ούτε τίποτα. Και του λέμε λοιπόν "σ' ευχαριστούμε για την συνεργασία, και θα σε βοηθήσει, και πιο γρήγορα θα βγεις. Δεν θα σου κάνει κακό η ένεση, αντιθέτως θα σου κάνει*

[322] «Χρεώνομαι ασθενή»: Είμαι ο υπεύθυνος για το συγκεκριμένο ασθενή, είμαι το πρόσωπο αναφοράς του.

καλό, όσο κι αν δεν το πιστεύεις, είναι κάτι που δεν μπορείς να το ελέγξεις τώρα, κι εμείς προσπαθούμε να βοηθήσουμε την κατάσταση, σε νοσοκομείο είμαστε"» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Επίσης σημαντικό, αυτή η διαδικασία επεξήγησης περιέχει το χαρακτήρα της **κλιμάκωσης**. Υπάρχει μια «βολιδοσκοπική» προσέγγιση αρχικά, μια προσπάθεια πειθούς, η οποία σταδιακά κλιμακώνεται, αναλόγως τις αντιστάσεις που συναντάει. Παράλληλα υπάρχει αναφορά σε ένα σύνολο εκλογικευτικών προτάσεων του τύπου «…είμαστε εδώ για να σε βοηθήσουμε…». Συνεχίζοντας την αφήγηση ο προηγούμενος νοσηλευτής, αναφέρει:

«*Τώρα, αυτοί οι δύο τρεις στους είκοσι που δεν θα συνεργαστούνε, γενικά, πέφτουμε όλοι μαζί. Ένας το πόδι, τέσσερα άτομα και από ένα άκρο. Ένας στο πλάι, άλλος πέφτει απάνω και δεν μπορεί να κάνει καμία κίνηση. Και μετά όπως είμαστε εκεί, αρχίζουμε βάζουμε ιμάντες. Μπορεί να μας φύγει, να μας κάνει, να μας ράνει χίλια δυο πράγματα, και να του πούμε μετά "κοίταξε να δεις, αυτό θα είναι για λίγο, στο είχαμε πει ότι έτσι θα κάνουμε" η συνεργασία, θα τα λύσουμε μετά αυτά, ξαναεξηγούμε πάλι, συνεχίζει εκεί, να μην δίνει σημασία. Του εξηγούμε εμείς, κι ο γιατρός πάει κι έρχεται, είχαμε περιορίσει μια το βράδυ γιατί της έκανε ο γιος της εισαγγελική, ήταν πάρα πολύ ανήσυχη και όταν την περιορίσαμε ήταν ακόμα πιο ανήσυχη. Έκανε το βράδυ, αμέσως κοιμήθηκε, γιατί δεν είχε ξαναπάρει φάρμακα, και την άλλη μέρα το πρωί λοιπόν, να την λύσουμε. Και δεν άνοιγε!!! Το λουκέτο δεν άνοιγε, είχε χαλάσει!! Ή αυτό που δεν έχουμε λουκέτο, αυτό πού το πας; να πας να περιορίσεις και να μην έχεις λουκέτο ή να μην ανοίγουν τα λουκέτα*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Σαν να υπάρχει, δηλαδή, μια μεθοδολογία εφαρμογής των πρακτικών καταστολής, η οποία αποτελείται από συγκεκριμένα στάδια και τεχνικές. Με αυτό τον τρόπο δομείται ένα σύστημα νομιμοποιητικών Λόγων οι οποίοι δικαιολογούν τις βίαιες πρακτικές. Μέσω αυτής της διαδικασίας εκλογίκευσης, η θεσμική βία δεν είναι πια αυθαίρετη, και κυρίως αποκτά νόημα. Έχει συγκεκριμένο στόχο, συμβάλλει στη διατήρηση και –γιατί όχι;- στην προαγωγή της θεραπείας του πάσχοντα. Μια μικρο-φυσική της οποίας ο χαρακτήρας, όσο ακραίος και αν εξελίσσεται μερικές φορές, έχει συγκεκριμένη λειτουργικότητα. Αν και ίσως το ερευνητικό δεδομένο που αξίζει να σταθούμε, με αφορμή τις παραπάνω διαπιστώσεις, δεν είναι τόσο η μεθοδολογία της βίας όπως μόλις τη περιγράψαμε (η οποία, εμπεριέχει τόσο την σωματική βία ως τελευταίο αλλά αναγκαίο «κακό») αλλά κυρίως την παρουσία μιας πιο λανθάνουσας, λεκτικής βίας, η οποία εκδηλώνεται μέσω αυτού που περιγράφεται ως **πειθώς**.

«*Βέβαια εντάξει, δεν πάνε και απρόσωπα οι συνάδελφοι, την ώρα που θα καθηλώσουν, θα του μιλήσουν, θα του εξηγήσουν, γίνεται και ολόκληρη συζήτηση, κι όποτε μπορούν μετά οι νοσηλευτές θα του εξηγήσουνε, "αυτό γίνεται για το δικό σου καλό, να μην κάνεις κακό στον εαυτό σου να μην κάνεις κακό σε άλλους, πράγμα που δεν μπορείς να το ελέγξεις δεν θα το κάνεις σκόπιμα" τέλος πάντων, δεν μπορεί να το ακούσει εκείνη την ώρα, δεν έχει σημασία, σιγά σιγά όμως το παίρνει το μήνυμα. Κι εκεί είναι που βλέπουμε ότι συνεργάζονται. Ενώ, αν πάει κανείς απρόσωπα, και τους καθηλώσει, και δεν τους μιλήσει, και δεν τους δείξει κάτι, έτσι που γίνεται με την αστυνομία ας πούμε, που πάει τους πιάνει και φεύγει. Και το παράπονο είν' αυτό. Πολλές φορές έχω δει αστυνομικούς οι οποίοι είναι ευαισθητοποιημένοι, απέναντι στους ψυχικά αρρώστους. Αλλά δεν παύει να είναι εξουσία. Εγώ θυμάμαι που έκανα άσκηση και στο Αιγινήτειο, που φέρνανε εισαγγελικά, που υπήρχε ένας αστυνομικός, ο οποίος μόλις έφτανε, έβγαζε τις χειροπέδες κι έλεγε ότι αφού είμαστ' εμείς εδώ, δεν θα μας φύγει ο άρρωστος. Και μιλούσε στους αρρώστους και όμορφα, και ήρεμα. Να δεις πως τον ακούγανε! Αλλά δεν έφτανε εκείνο. Ήταν ένας στους τόσους ας πούμε. Κι είχαμε κι άλλους που, άστα…*» (Νοσηλεύτρια, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Τελικά, ίσως δεν πρόκειται για τίποτ' άλλο πέραν από τη διαδικασία συμβολοποίησης της –σωματικής- καταστολής και βίας. Μια παράδοξη διαδικασία μάθησης. Μέσω όλης αυτής της διαδικασίας «συμμετοχικής καθήλωσης», αν μας επιτραπεί να ακουστούμε λίγο γλαφυροί, μέσω της προαγωγής της τυπολογίας μιας τέτοιου τύπου βίας, ίσως επιτυγχάνεται η ενδοβολή της διαδικασίας από το υποκείμενο. Μέσω αυτής της αξιοπρεπούς κατάστασης βίας, ίσως η έννοια της καταστολής αποκτά το συμβολικό, το διαχρονικό, το στιβαρό χαρακτήρα της. Γιατί άμα κάποιος γνωρίζει, ή καλύτερα είναι βέβαιος τι τον περιμένει, και πως αυτό θα συμβεί, την επόμενη φορά ίσως δεν φέρει τόσες αντιρρήσεις (πόσο μάλλον αντιστάσεις).

5.4. Η βία κατά του εαυτού: ο αυτοτραυματισμός, η αυτοκτονία

«*Ελάτε ρε καριόληδες, ελάτε να με δέσετε. Δέστε με, και θ' αυτοκτονήσω. Εγώ μπορώ ν' αυτοκτονήσω. Εσείς μπορείτε*; *Κότες*;» (Νοσηλευόμενος, διαγνωσμένος ως «Αντικοινωνική Διαταραχή Προσσωπικότητας», Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Οι λόγοι περί αυτοκτονικότητας, τόσο αναφορικά με την εμφάνιση και παρουσία της, όσο και αναφορικά με τη δυνατότητα πρόβλεψής της, πόσο μάλλον με την αντιμετώπισή της, είναι καίριοι στη διαδρομή του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου. Όχι μόνο του «ψυχωσικού»[323] εισαγγελικού, αλλά του ψυχικά πάσχοντα γενικότερα. Και ίσως και κάτι παραπάνω. Αν και δεν άπτεται άμεσα του συγκεκριμένου πονήματος, θεωρούμε ότι η ανίχνευση, η πιστοποίηση, η πρόβλεψη και η αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας αποτελεί ένα από τα πλέον ισχυρά πεδία άσκησης της ψυχιατρικής κλινικής πρακτικής.

Η διατήρηση της ζωής ίσως έχει αναχθεί σαν το υπέρτατο ιδεολόγημα. Μέσα στο πλαίσιο μιας «άκρατης θετικότητας» απέναντι στη έννοια του «ζειν», ο επιστημονικός λόγος προκρίνει μια θέση για τη δυνατότητα του *ζειν*, ή ακόμα καλύτερα του *ευ ζειν* στην οποία η έννοια της αυτοκτονίας τίθεται υπό συνεχή αμφισβήτηση. Οντολογικά, δεν γίνεται να μην αναφερθούμε στην έννοια της **ελεύθερης βούλησης**. Θεωρούμε ότι οι λόγοι περί αυτοκτονίας ουσιαστικά είναι ενδεικτικοί της άρχουσας ιδεολογίας, των ισχυόντων πολιτισμικών, κοινωνικών, πολιτικών, επιστημονικών λόγων οι οποίοι τη δεδομένη στιγμή εκφράζουν την καθεστυκία, τη βαρύνουσα θέση περί ελεύθερης βούλησης: περί της δυνατότητας του υποκειμένου για αυτονομία.

Όπως έχουμε αναφέρει περιληπτικά, ένα από τα πλέον ισχυρά κριτήρια αναφορικά με την διαδρομή του «εισαγγελικού» και όχι μόνο πάσχοντα[324] είναι η ανάγνωση της όποιας *αυτοκτονικότητας*.[325] Τόσο σε επίπεδο πράξης, όσο και σε επίπεδο λόγου. Είτε υπάρχει

[323] Ο κίνδυνος αυτοκτονίας στη σχιζοφρένεια είναι μεγαλύτερος στις νεαρές ηλικίες, αλλά παραμένει υψηλός μεχρι τη γεροντική ηλικία. Παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται θετικά με την αυτοκτονία είναι η λήψη αντικαταθλιπτικής αγωγής, και η διαβίωση σε υποβαθμισμένες κοινωνικά περιοχές. Osborn, D., and al., «Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database», *Schizophrenia Research*, τόμος 99, τεύχη 1-3, 2008, σ. 134 – 138.

[324] Αναφορικά με το πεδίο της αυτοκτονικότητας, αν και αναφερόμαστε κυρίως στους ακούσια νοσηλευόμενους, τόσο τα δεδομένα μας όσο και οι παρατηρήσεις μας αφορούν γενικότερα το σύνολο του πληθυσμού των ψυχικά πασχόντων, «εισαγγελικών» και μη.

[325] Φαίνεται ότι αναφορικά με τη ψυχιατρική νοσογραφία, οι κύριες διαταραχές που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα αυτοκτονικότητας είναι η σχιζοφρένεια, οι διπολικές διαταραχές, τα οργανικά

εκδηλωμένη αυτοκτονική συμπεριφορά, μέσω μιας απόπειρας αυτοκτονίας που έχει τελεστεί, είτε υπάρχει ο λεγόμενος *αυτοκτονικός ιδεασμός*, το σύστημα συσπειρώνεται. Εμφανίζεται μια έξαρση των μηχανισμών επιτήρησης, ειδικά στις περιπτώσεις εκείνες που ο εν λόγω πάσχων θα νοσηλευθεί. Και είναι μάλλον λίγες οι περιπτώσεις που οι δομές νοσηλείας αρνούνται την εισαγωγή, ακόμα και στην περίπτωση που ο πάσχων δεν φέρεται ως ακούσιος. Με κάποιο τρόπο, ανευρίσκεται κρεβάτι: τις περισσότερες φορές κάποιο – υπεράριθμο- «ράντζο». Παράλληλα, η συνηθέστερη στάση των ψυχιάτρων είναι η οδηγία για μια συνεχή, 24ωρη, παρακολούθηση και εποπτεία του «περιστατικού» προς αποφυγή της εκδήλωσης κάποιας απόπειρας αυτοκτονίας μέσα στους χώρους νοσηλείας. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει καθόλου υποστηρικτικό οικογενειακό πλαίσιο, συνήθως συνίσταται συνεχής παρακολούθηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και πρακτικές «μηχανικού περιορισμού», καθήλωσης, με προληπτικό χαρακτήρα. Βέβαια, οι περισσότεροι επαγγελματίες θεωρούν το συγκεκριμένο απευκταίο. Άλλωστε ένας από τους πλέον ισχυρούς νομιμοποιητικούς λόγους που συναντήσαμε αναφορικά με την χρήση μέτρων καθήλωσης, με τη **χρήση βίας** εν γένει, έχει να κάνει ακριβώς με τη δυνατότητα του πάσχοντος υποκειμένου είτε να αποφασίζει εθελούσια για τη ζωή του, για τον τρόπο του ζειν, και –στην περίπτωση του «αυτοκτονικού αρρώστου»- για τον τρόπο του θνήσκειν.

Επανερχόμενοι, η αυτοκτονία, υπό το πρίσμα μιας πράξης η οποία παρεμβαίνει και προσπαθεί να επανακαθορίσει τα όρια λειτουργίας και ελέγχου των ρόλων, ίσως αποτελεί το μείζον διακύβευμα στο χώρο της υγείας και της ιατρικής. Είναι ίσως το πλέον ενδεικτικό πεδίο προσέγγισης και ανάλυσης των Λόγων που σπονδυλώνουν το κοινωνικό σχετίζεσθαι: η έννοια του θανάτου αποκτά ίσως την πλέον σημαντική βαρύτητα στις σύγχρονα μοντέλα ερμηνείας της υποκειμενικότητας, αλλά και διαχείρισης του υποκειμένου – πολίτη από τα συστήματα παραγωγής εξουσίας και γνώσης.

«*Φυσικά είχαμε και δύο απόπειρες, η μια ανέβηκε στον τέταρτο, ήτανε μια γυναίκα, είχε γίνει εισαγωγή την προηγούμενη μέρα, πολύ επικίνδυνη, με αυτοκτονικό ιδεασμό, και είχαμε πει στο*

ψυχοσύνδρομα, αλλά και οι διαταραχές προσωπικότητας. Παράγοντες επιβάρυνσης θεωρούνται η βαρύτητα της νόσου, η ύπαρξη προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας, αλλά και η παρουσία έτερου περιστατικού αυτοκτονίας στο εγγύς, συγγενικό περιβάλλον, η μοναχική διαβίωση και η χρήση ουσιών. Βλ. Ivanov, O., Egorov, A., «Clinical and statistical analysis of suicides in mental patient population (according to the outpatient service data)», E*uropean Psychiatry*, τόμος 25, τεύχος 1, 2010, σ. 13 – 57.

σύζυγο τότε, αυτό ήταν μωρέ, δεν είχαμε οργανωθεί τότε, ήμασταν και στις αρχές τότε που είχαμε μπει στην κλινική, κανά δύο χρόνια, και είχαμε πει στο σύζυγο από κοντά. Κάποια στιγμή ο φουκαράς στο κυλικείο πήγε, κάπου πήγε. Κι ανεβαίνει λοιπόν αυτή στην ταράτσα που' ναι το πλυσταριό πάνω, από την πίσω πλευρά. Στην πίσω πλευρά λοιπόν, βγάζει τα παπούτσια της, τα βάζει στοιχισμένα, σαν να πήγαινε να ξαπλώσει στο κρεβάτι, βγάζει τη ζακέτα, μια ζακέτα που φορούσε, τη βάζει κι αυτή δίπλα στα παπούτσια, στοιχισμένη κι αυτή, και κάνει μια έτσι, "μπαπ". Και παραμορφώθηκε τόσο πολύ, έπεσε με το κεφάλι, λεκάνη και κεφάλι, δεν μπορούσαμε να καταλάβουμε αν ήταν δικό μας, αν ήταν "φρέσκο" περιστατικό. Την είχαν δει τρεις, τέσσερις, από την ψυχιατρική, οι νοσηλευτές, ο γιατρός που την είχε βάλει, αλλά τότε ήταν πρωί, οπότε... Δεν ήταν αυτοί εκεί να την αναγνωρίσουνε» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

«*…την είχαμε παραλάβει μετά από μια απόπειρα, την είχαμε παραλάβει 2 η ώρα 2.30 το μεσημέρι, εμείς η πρωινή βάρδια φύγαμε, την βάλαμε στο κρεβάτι της, στο δωμάτιο 7 κιόλας θυμάμαι συγκεκριμένα, δίπλα από την κουζίνα, σε μονόκλινο, το είχανε επισημάνει τότε ότι θα παραμένει τότε ο σύζυγος μαζί, αυτή τον έπεισε τον σύζυγο να φύγει και να πάει στο σπίτι και να της φέρει ρούχα. Κι αυτός χωρίς να ενημερώσει καθόλου, εμάς, σηκώθηκε κι έφυγε, αυτή βγήκε κανονικότατα έξω, εντάξει, γιατί δεν ήτανε τότε φύλακας στην πόρτα, λοιπόν, έφυγε, κι όταν γύρισε, επέστρεψε αυτός, αυτή δεν την βρήκε εκεί πέρα. Και λέει ήμουνα στο σπίτι, και μετά νομίζω το βράδυ, την βρήκανε κάποιος στην Ακρόπολη, και η αστυνομία, η οποία είχαμε ειδοποιήσει και είχανε πάρει το σήμα και μάθανε. Αυτό το θυμάμαι, και μάλιστα και τότε είχανε περάσει από ΕΔΕ αυτοί. Γιατί παρόλο που δεν ευθυνόμαστε καθόλου, αλλά ωστόσο είχαμε περάσει από ΕΔΕ. Και μάλιστα μια ΕΔΕ... Μόλις είχε μπει αυτή. Μόλις είχε εισαχθεί. Την παραλάβαμε στην αλλαγή της βάρδιας ήτανε δύο και τέταρτο, δυόμισι, την παραλάβαμε εμείς. Και με το σύζυγο που ήτανε στο δωμάτιο. Αλλά αυτή μετά στην πορεία έπεισε τον σύζυγο κάποια στιγμή να φύγει, να πάει σπίτι για να της φέρει ρούχα. Ενώ του είχε επισημανθεί του συζύγου ότι δεν θα φύγεις από δω, δεν θα την αφήσεις μόνη της. Κι ούτε σ' εμάς είχε αναφέρει τίποτα, στο νοσηλευτικό. Αυτά είναι τα λάθη των συγγενών, γιατί θα μου πεις πολλές φορές που θα μας το πούνε, και μέσα που γίνεται μια αναμπουμπούλα, θα τον χάσουμε τον άρρωστο*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Όπως ήδη αναφέρθηκε, ένα από τα –ισχυρά- διακυβεύματα πέριξ του οποίου συσπειρώνονται οι λόγοι περί εφαρμογής και νομιμοποίησης των κατασταλτικών πρακτικών από τις δομές αφορά την περίπτωση της **αυτοκτονίας**. Ίσως κανένα άλλο πεδίο δεν εκλύει πιο έντονες σημασιοδοτήσεις, αλλά και χαρακτηριστικές κοινωνικές πρακτικές (τουλάχιστον στο πεδίο που εξετάζουμε) περισσότερο από το πεδίο της αυτοκτονίας. Η

διασφάλιση της ζωής, της ακεραιότητας, σε ένα πρώτο επίπεδο ανάγνωσης, φαίνεται ότι αποτελεί τον άξονα εκείνο πάνω στον οποίο κινούνται τόσο επίσημοι Λόγοι, όσο και υπόρρητες πεποιθήσεις. Η υπόνοια, η υποψία για «παρουσία αυτοκτονικότητας», σύμφωνα με το «Ψ» λεξιλόγιο τις περισσότερες φορές αποβαίνει καταλυτική, και στα τρία επίπεδα της διαδρομής του ακούσια νοσηλευόμενου. Τόσο αναφορικά με την **εισαγωγή** του, όσο και αναφορικά με τις **παραμέτρους της νοσηλείας** του (επιτήρηση, χρόνος νοσηλείας), αλλά και με τη διαδικασία του **εξιτηρίου**: εξιτήριο συνηθέστερα δίδεται όταν υπάρχει υποχώρηση του «αυτοκτονικού ιδεασμού». Αναφορικά με το πεδίο του εισιτηρίου, πολύ σπάνια οι δομές ψυχιατρικής νοσηλείας αρνούνται να νοσηλεύσουν ένα πάσχοντα ο οποίος εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό, πόσο μάλλον όταν έχει κάνει κάποια απόπειρα αυτοκτονίας. Αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, οι επαγγελματίες είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί. Είτε αναλαμβάνουν οι ίδιοι την παρακολούθησή του, είτε ζητάνε από κάποιο συγγενή να παρευρίσκεται συνέχεια κοντά στον πάσχοντα για αποφυγή της τέλεσης κάποιας απόπειρας αυτοκτονίας.

Θεωρούμε ότι στο πεδίο της διαχείρισης του αυτοκτονικού νοσηλευόμενου συναντώνται δύο βασικές διαστάσεις του ψυχιατρικού ρόλου. Η πρώτη αφορά την έννοια της *ευθύνης*. Μια έννοια η οποία συχνά προσλαμβάνει ένα «θεσμικό» χαρακτήρα: Οι επαγγελματίες φοβούνται: φοβούνται τις νομικές συνέπειες και κυρώσεις, φοβούνται τυχόν νομικές και δικαστικές εμπλοκές, γενικότερα φοβούνται τις συνέπειες μιας αυτοκτονίας υπό όρους mal practice. Με συνέπεια, πολλές φορές η έννοια της διαφύλαξης της ζωής να λαμβάνει πρωτεύονται χαρακτήρα και ρόλο, ενώ οι έννοιες του προσωπικού βιώματος, της διαδρομής, της ιστορίας ζωής του πάσχοντα να περιορίζονται και να αμελούνται. Με άλλα λόγια, το υποκειμενικό βίωμα του νοσηλευόμενου υποχωρεί, περνάει σε «δεύτερη μοίρα», εμπρός στην ανάγκη του πλαισίου να διαφυλάξει τους όρους λειτουργίας του αποτρέποντας την πιθανότητα του να υπάρξει κάποιο συμβάν το οποίο αφορά μια προσπάθεια αυτοκαταστροφής. Η απόπειρα αυτοκτονίας συνήθως ερμηνεύεται ως μια συμπτωματική εκδραμάτιση και πράξη, η οποία προέρχεται ή και οφείλεται σε ένα πάσχοντα ψυχισμό. Αλλά και στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες εν-υπάρχουν ή συν-υπάρχουν πιο «ρεαλιστικοί» εγκλωβισμοί και αδιέξοδα στην ιστορία ζωής των υποκειμένων, το ερμηνευτικό νοητικό σχήμα που πιθανόν να προτείνει ο νοσηλευόμενος του οποίου η «τελική λύση» είναι η αυτοκτονία συνήθως απορρίπτεται ως «απαράδεκτο». Μήπως έτσι όμως αποσιωπάται και εν τέλει καταστρατηγείται τόσο ο κοινωνικός χαρακτήρας της

έννοιας της αυτοκτονίας, η έννοια της αλτρουϊστικής αυτοκτονίας κατά Durkheim,[326] όσο και η έννοια της ελεύθερης βούλησης γενικότερα; Επανερχόμενοι, να αναφέρουμε ότι τις περισσότερες φορές, οι επαγγελματίες του χώρου, τόσο οι «θεράποντες ιατροί», όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό προσπαθεί να εκμαιεύσει ένα «τύποις συμβόλαιο», μια συμφωνία με τον «υποψήφιο αυτόχειρα», η οποία θα τον δεσμεύει στο να μην προβεί σε κάποια προσπάθεια αυτοκαταστροφής, όσο διαρκεί η νοσηλεία. Οι επαγγελματίες αναφέρουν -σε συμφωνία με τα εμπειρικά μας δεδομένα από το πεδίο- ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων το «συμβόλαιο» ισχύει: οι περισσότεροι εν δυνάμει αυτοκαταστροφικοί νοσηλευόμενοι δεν προβαίνουν σε κάποια τελεσφόρα πράξη. Θα θέλαμε όμως να επισημάνουμε σε αυτό το σημείο την βασική μας προοπτική. Στόχος μας, και προοπτική μας, είναι όχι το να παρουσιάσουμε μια τυπολογία του «αυτοκτονικού αρρώστου». Βασικός μας στόχος είναι το να ελέγξουμε τον τρόπο με τον οποίο η θεματική «αυτοκτονία» επεμβαίνει και παράγει σε επίπεδο σχέσεων μεταξύ πάσχοντος υποκειμένου και δομών: με ποιο τρόπο η έννοια της αυτοκτονίας και οι «ξενιστές» της, οι άνθρωποι που προσέρχονται (βίαια ή μη) εμφορούμενοι αυτή τη «ταμπέλα» (η οποία τις περισσότερες φορές δεν είναι αυτόνομη, χωρίς βέβαια αυτό να είναι ο κανόνας), δημιουργεί α) σχέσεις εξάρτησης και δέσμευσης, καθώς και τον τρόπο μέσω του οποίου η «αυτοκτονία» επικαθορίζει την έννοια *ρόλου*. Και σε αυτό το σημείο το σταθερά επαναλαμβανόμενο εύρημα του *φόβου* των κλινικών για την περίπτωση του συμβάντος μιας αυτοκτονίας, *του φόβου των θεσμικών συνεπειών*, ειδικά αν αυτή συμβεί μέσα στη δομή νοσηλείας, θεωρούμε ότι μας δίνει και το μέτρο της *εξάρτησης*. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Foucault: «*Η κυριαρχία συγκροτείται επομένως βάσει μιας θεμελιακής μορφής βούλησης και η μορφή αυτή δεν έχει καμία σημασία. Η βούληση αυτή συνδέεται με το φόβο και η κυριαρχία δεν δημιουργείται ποτέ άνωθεν, με απόφαση δηλαδή του ισχυρότερου* […]. *Η κυριαρχία δημιουργείται πάντα στη βάση, από την βούληση εκείνων που φοβούνται…*».[327] Τελικά, πως λειτουργεί η έννοια της σχέσης; Πως διαπλέκονται οι υποκειμενικότητες και οι ρόλοι; Με ποιο τρόπο δομούνται, και κυρίως κινούνται, οι σχέσεις εξουσίας; Μήπως εν τέλει ο *θεσμός*, έτσι όπως εκφράζεται και εμφανίζεται μέσω των φορέων του, και των υποκειμένων τα οποία συγκροτούν το «σώμα» του, είναι εγκλωβισμένος σε μια σχέση εξάρτησης την οποία *υποθέτει* ότι διαχειρίζεται; Τελικά ποιος κρατάει τα ηνία της *εξάρτησης*; «*Ο δράστης*

[326] Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Οι πράξεις του θύματος που στην αρχή φαίνονται μόνο να εκφράζουν την προσωπική του ιδιοσυγκρασία είναι πράγματι το συμπλήρωμα και η επιμήκυνση μιας κοινωνικής κατάστασης που εκφράζουν εξωτερικά*». Durkheim, E., Κοινωνικές αιτίες της αυτοκτονίας, οπ.π, σ. 346.

[327] Foucault, M., *Για την υπεράσπιση της κοινωνίας*, μτφ. Τ. Δημητρούλια, πρόλογος Σ. Ροζάνης, Ψυχογιός, Αθήνα, 2002, σ. 123.

μιας αυτοκτονίας, αποποιούμενος ελευθέρα βουλήσει τη ζωή του, φιλοδοξεί να επιστήσει την προσοχή στην αντίθεση ανάμεσα στην ακραία αυτή μορφή αποφασιστικότητας και την απουσία μιας ανάλογης αυτονομίας στην καθημερινή του ζωή […]. *Η αυτοκαταστροφή δίνει το μέτρο της δραστικότητας των αλλαγών που χρειάζονται για να γίνει η καθημερινή ζωή ανεκτή. Αποτελεί επίσης μιαν ανέλπιδα εναλλακτική της* […]. *Μετατρέποντας ο ίδιος τον εαυτό του σε αντικείμενο αντί να υφίσταται την ταπείνωση αυτή στα χέρια των άλλων, γίνεται για μια φευγαλέα στιγμή ελεύθερο υποκείμενο*».[328]

Η αυτοκτονία λοιπόν, υπό το πρίσμα μιας πολιτικής πράξης. Μιας πράξης η οποία παρουσιάζει μια ενδεχομενικότητα της έννοιας της ελεύθερης βούλησης, όσο και αν η τελευταία ερμηνεύεται υπό όρους παθολογίας. Αν ακολουθήσουμε την συλλογιστική του Eagleton, δεν μπορούμε να μην σκεφτούμε ότι μια *Πράξη* της οποίας η λειτουργικότητα σχετίζεται και αναφέρεται στην έννοια της αντίδρασης, της αντίστασης εν ολίγοις, ίσως είναι καταδικασμένη να ενδύεται μια πολιτική ενδυμασία. Όσο «παθολογική», «ψυχωσική», και άνευ νοήματος και αν ερμηνεύεται, αυτή η *αυτοκτονική Πράξη*: «*…μια Πράξη πάντοτε εντοπίζεται σε ένα συγκεκριμένο συμφραζόμενο –αυτό ωστόσο δεν σημαίνει ότι προσδιορίζεται πλήρως από το συμφραζόμενο. Μια Πράξη πάντα ενέχει μια* ***ριζική διακινδύνευση*** […] *(μια)* ***τρέλα μιας απόφασης:*** *είναι ένα βήμα στο κενό χωρίς εγγύηση για την τελική έκβαση. Γιατί; Διότι μια Πράξη αλλάζει αναδρομικά τις ίδιες τις συντεταγμένες στις οποίες παρεμβαίνει…*».[329] Η αυτοκτονία υπό το πρίσμα μιας πράξης αντίστασης λοιπόν. Χωρίς να είναι η αποκλειστική.

[328] Eagleton, T., *Ιερός Τρόμος*, μτφ. Δ. Λαμπαδά, Δ. Φιλιππουπολίτης, Πατάκης, Αθήνα, 2007, σ. 136 – 137.
[329] Zizek, S., *Καλωσήλθατε στην Έρημο του Πραγματικού*, οπ.π., σ. 202.

5.5. Πρακτικές αντίστασης: η απόδραση

«*Αφού το ξέρω, θα με δέσετε. Θα με δέσετε. Κάθε φορά το ίδιο δεν γίνεται; Τουλάχιστον ας κουραστείτε λίγο. Πως θα βγάλετε το ψωμί σας;*» αναφέρει ειρωνικά ένας «υποψήφιος προς καθήλωση» νοσηλευόμενος σε μια ομάδα επαγγελματιών στη διάρκεια της εισαγωγής του σε μια ψυχιατρική κλινική (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

«*Τώρα κλειδώνουμε την πόρτα εδώ πέρα που είδες έτσι, γιατί έχουμε φάει επιθέσεις, έτσι κανά δυο τρεις φορές κι αυτά, κάτι κλωτσιές, κάτι αυτά, κάτι τέτοια, φτύσιμο, μπουνιά, άστα, άγρια πράγματα. Να σκύβεις πάνω από τον άρρωστο και αυτός να σε φτύνει, και να τρως τη ροχάλα και να σκέφτεσαι "τώρα αυτός τι έχει; Έχει καμιά ηπατίτιδα, κανα aids; Πως θα πάω το βράδυ σπίτι μου, στη γυναίκα μου, στα παιδιά μου;". Εγώ όταν μου έτυχε εμένα, όταν προσπαθούμε να τους περιορίσουμε και είναι πολύ ανήσυχοι και πάει να φτύσει, όποιος από τους security πάει, του δίνω κι ένα μαξιλάρι και του λέω "σκέπαστον την μούρη εκεί πάνω" γιατί μπορεί να φτύσει, ξέρεις πώς γυρνάνε τη μούρη πέρα δώθε και φτύνουν. Ένα μαξιλάρι εκείνη την ώρα, του σκεπάζει το κεφάλι να μην σκάσει, και να μπορεί να γυρνάει το κεφάλι, τουλάχιστον να μην φτύνει. Μα να πάω να τον δέσω και να με φτύσει στα μούτρα. Μ' έφτυσε ένας μια φορά, να τρώω τη ροχάλα, ε, όχι, δεν μπορώ να το κάνω αυτό το πράγμα. Έχουνε ένα σωρό ηπατίτιδες και τέτοια, γιατί να τα φάω, δεν το καταλαβαίνει. Εντάξει*» (Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

Οι διαδικασίες καταστολής εκ προοιμίου προϋποθέτουν και κινήσεις αντίστασης. Άλλωστε η βασική μας ερμηνευτική θέση έγκειται ακριβώς εδώ. Ότι, δηλαδή, η πλειονότητα των επιθετικών και βίαιων συμπεριφορών τις οποίες εκφράζει ο «επικίνδυνος ψυχικά πάσχων», όπως και όποτε και αν εκδηλώνονται αυτές, είτε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, είτε κατά τη διάρκεια της διαβίωσής του στην κοινότητα, ουσιαστικά είναι μια απάντηση, μια αντίδραση, μια αντίσταση -σύμφωνοι, μέσω των δικών του, ιδιαίτερων, παθολογικών ή μη, σχημάτων νοητικής επεξεργασίας- σε αυτό που βιώνει ως βία του περιβάλλοντος. Η βασική μας θέση, την οποία θεωρούμε ότι υποστηρίζουν τα δεδομένα μας αναφέρεται και εννοιολογεί τη βία – επιθετικότητα του πάσχοντα σαν παράγωγο του κοινωνικού δεσμού που αναπτύσσεται με το μίκρο-περιβάλλον του. Αυτή η βία τις περισσότερες φορές εκδηλώνεται με πρωτόλειο και σωματοποιημένο τρόπο: ακόμα και η συμβολική έκφρασή της, όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στο «φτύσιμο», τις περισσότερες φορές ενέχει αυτό το σωματόμορφο χαρακτήρα. Θεωρούμε, δηλαδή, ότι σε λίγες περιπτώσεις συναντήσαμε εκφάνσεις βίας per se, βία η οποία να μην αποτελεί ένα αμυντικό μηχανισμό, μια μορφή

αντίστασης, μια μορφή διαμαρτυρίας σε αυτό που ο πάσχων βιώνει ως απειλή. Υπ' αυτό το πρίσμα, η πλέον αναμενόμενη μορφή αντίστασης ίσως είναι η *φυγή*. Η απόδραση. Ακόμα ένα ενδιαφέρον εύρημα αφορά τις αποδράσεις των ακούσια νοσηλευόμενων από τις μονάδες στις οποίες νοσηλεύονται.

> «*Οι περισσότεροι απ' αυτούς, όταν δούμε ότι δεν είναι δυνητικά επικίνδυνο στο να δραπετεύσουν, πολλές φορές τους αφήνουμε να κινηθούνε στο χώρο της κλινικής και στον προαύλιο χώρο. Όταν θέλουν να βγούνε προς το καφενείο ή θέλουν να πάνε να κάνουν κάποια ψώνια στο περίπτερο, υπάρχει πάντα κάποιος συνοδός νοσηλευτής ο οποίος είναι υπεύθυνος νοσηλευτής του θαλάμου που τον συνοδεύει. Οι αποδράσεις είναι ελάχιστες στο χώρο. Πολλές φορές και το πλαίσιο λειτουργεί θεραπευτικά, και βλέπουμε πραγματικά ότι δεν θέλουν να φύγουν βλέποντας μετά από λίγες μέρες ότι ούτε απειλούνται, ούτε οι διαθέσεις του προσωπικού είναι εχθρικές απέναντί τους, νοιώθουν ασφάλεια και σιγουριά οι περισσότεροι απ' αυτούς. Βέβαια αυτοί που είναι αποφασισμένοι να φύγουν, φεύγουν μέσα στη δεύτερη τρίτη μέρα*» (Προϊστάμενος Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο).

> «*Και που φεύγουν; Εννιά στις δέκα πάνε στο σπίτι τους. Και αρχίζει η κακόμοιρη η μάνα τα τηλέφωνα, "σας έφυγε, πως σας έφυγε;" και τέτοια, ειδοποιούμε εμείς το αστυνομικό τμήμα, τους πιέζει* (εννοεί την αστυνομία) *και η οικογένεια, και πάνε και τον ξαναμαζεύουν…*» (Επιμελητής Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

> «*Παλιά, είχαμε πολλές αποδράσεις. Αποδράσεις δηλαδή από δω. Από την πόρτα. Τώρα μας έχουν μειωθεί οι αποδράσεις. Είναι ότι τα παράθυρα ασφαλίζουνε. Από την πόρτα μόνο. Τα παράθυρα τα' χουμε ασφαλίσει. Ν' ανοίγουνε μόνο 5 εκατοστά*» (Προϊσταμένη Νοσηλεύτρια, Επαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο).

Η συχνότητα των αποδράσεων είναι από μικρή έως ελάχιστη. Οι λόγοι για αυτά τα χαμηλά ποσοστά είναι αρκετοί. Κατ' αρχή, πολλά είναι εκείνα τα πλαίσια που δίνουν μεγάλη σημασία στις φυλακτικές πρακτικές: Security οι οποίοι ελέγχουν τις εισόδους και εξόδους, χωροτακτικές ρυθμίσεις (διαμόρφωση του χώρου, με κάγκελα, κλειστές πόρτες), καθηλώσεις και περιορισμοί «επί κλίνης», παρουσία των συγγενών με στόχο την παραμονή των νοσηλευόμενων στους χώρους νοσηλείας, αλλά και λεκτικές, επικοινωνιακές πρακτικές οι οποίες σαν στόχο έχουν την πειθώ: «*…αν δεν προσπαθήσεις να φύγεις, θα πάρεις νωρίτερα εξιτήριο…*». Και πάλι βρισκόμαστε μπροστά στη διαπίστωση της διαδικασίας ενός ιδιόμορφου ιδρυματισμού. Συνεχίζει ο προηγούμενος επαγγελματίας:

«*…ακόμα και αυτοί που την κοπανάνε στην αρχή, ειδικά οι ψυχωτικοί, αν τους ξαναφέρουν, συνηθίζουν. Και όχι μόνο συνηθίζουν, αλλά οι περισσότεροι δεν θέλουν και να φύγουν. Νοιώθουν ασφάλεια στο χώρο. Νοιώθουν ότι τους καταλαβαίνουν…*» (Προϊστάμενος Νοσηλευτής, Γενικό Νοσοκομείο). Από την άλλη, οι επαγγελματίες θεωρούν ότι υπάρχει μια συγκεκριμένη ομάδα νοσηλευόμενων οι οποία επιμένει στην προσπάθεια φυγής, είτε οι δομές νοσηλείας έχουν πιο «ελευθεριάζον» καθεστώς επιτήρησης, είτε πιο «σκληροπυρηνικό».

«*Ναι, έχουμε κάποιες, αλλά σε ποσοστό, τώρα τι να σου πω, είμαι εγώ 6 χρόνια εδώ, να' χουν φύγει 10 ασθενείς το χρόνο. Λίγοι σχετικά με το ότι είναι ανοιχτό κι έρχονται και περιστατικά που είναι χάλια. Η διαδικασία άμα φύγει ενημερώνεται η Τομεάρχισα και στέλνουμε ένα ειδικό χαρτί και μέσω FAX το στέλνουνε στη ΓΑΔΑ άμα είναι απόγευμα και νύχτα η εφημερεύουσα αφού γίνει πρώτα και έλεγχος από μας, γιατί καμιά φορά υπάρχουν ασθενείς που πάνε κάθονται στο κυλικείο, ξεχνιούνται, ή κάνουν βόλτες αν είναι χρόνιοι έχουν πολλαπλές νοσηλείες, πάνε επισκέπτονται τα παλιά τους τα τμήματα, δεν ενημερώνουν εμάς, πάνε κάθονται εκεί αν βρίσκουν και κανέναν παλιό από κει κάθονται τρεις ώρες*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Γιατί έχει τύχει περιστατικό που έριξε επίτηδες το πιάτο κάτω, το έσπασε και πήρε ένα κομμάτι και προσπαθούσε να κόψει τον ιμάντα. Ναι, έχει τύχει αυτό το περιστατικό που δώσαμε μελαμίνη αυτό, το έριξε επίτηδες το 'σπασε και κράτησε κομματάκι. Πήγαμε εμείς μετά μαζέψαμε, δεν συναρμολογούμε και όταν μαζεύουμε να δούμε αν λείπει κανένα κομμάτι, ρίξαμε κοιτάξαμε από κάτω, αυτός το' χε κρύψει, και προσπάθησε μετά να κόψει τον ιμάντα. Τσούκου – τσούκου και τον ένα του πήρε γύρω στις επτά ώρες, τα κατάφερε, τον έκοψε γύρω στις επτά ώρες*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

«*Πολλές. Πολλές γιατί έχουμε ανοιχτό τμήμα. Ουσιαστικά είναι ένα τμήμα το οποίο δεν έχει τη δομή αυτή που θα 'πρεπε για εισαγγελικά περιστατικά. Δεν είναι κλειστό με την έννοια του κλειδωμένου τμήματος, τουλάχιστον η πόρτα είναι ανοιχτή, υπάρχει ένας security ο οποίος δεν μπορεί να κάνει και πολλά πράγματα, η πόρτα είναι ανοιχτή, νομίζω ότι ο άλλος μπορεί να φύγει αρκετά εύκολα. Σε κάποιες περιπτώσεις τους ξαναφέρνουν. Το μεγαλύτερο ποσοστό ναι. Αλλά είναι κι αυτό πιστεύω μεγάλη βία στην όλη κατάσταση, με την έννοια ότι κι ο ασθενής μπαίνει σε μια διαδικασία κακή. Αν μπορούσε να αποτραπεί αυτό το πράγμα, δηλαδή εξαρχής να μην έχει τη δυνατότητα να φύγει, έτυχε και περιστατικό, που δεν ξέρω αν έχεις προσέξει, στο βάθος του διαδρόμου είναι ένα παράθυρο, το οποίο έχει αρκετό ύψος από πίσω, έχει*

αποπειραθεί ασθενής κι έχει φύγει, και έσπασε το πόδι του» (Ειδικευόμενος Ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Χαρακτηριστικότατη η τελευταία αφήγηση. Η διαδικασία της φυγής, της απόδρασης, ακόμα και στην περίπτωση που είναι τελεσφόρα, σαν τελική κατάληξη έχει την ακόμα περισσότερη υποτροπή του νοσηλευόμενου. Με άλλα λόγια, σαν να πιστοποιείται ότι η όποια προσπάθεια αντίδρασης στη βία του πλαισίου σαν τελική κατάληξη έχει πάλι το ίδιο το υποκείμενο, δεν είναι τίποτα περισσότερο από μια απόδειξη μιας υποτροπής της κλινικής του εικόνας - ψυχοπαθολογίας.

5.6. Βία και επικινδυνότητα: συμπερασματικά

Ίσως, το μείζον ερώτημα που ανακύπτει από τα δεδομένα που μόλις παρατέθηκαν αφορά την έννοια του ατομοκεντρισμού. Κατά πόσο τελικά η φαινομενολογία της βίας, στη περίπτωση του ψυχικά πάσχοντα, υπακούει σε μια δική της, αυτόβουλη, ανεξάρτητη και πιθανά απροσπέλαστη λογική, ή αντίθετα είναι (άλλοτε σε άλλο βαθμό) παράγωγο του κοινωνικού δεσμού; Αλλά ακόμα και αν δυνάμεθα να απαντήσουμε στο συγκεκριμένο ερώτημα, μήπως επί της ουσίας δεν χρειαζόμαστε τη συγκεκριμένη απάντηση; Μήπως η – όποια- απάντηση δεν ευοδώνει κάποιον ουσιαστικό προβληματισμό, αλλά αντίθετα συσκοτίζει το κύριο σημαίνον αυτού του πονήματος; Και αυτό, για τον λόγο ότι τα μέχρι τώρα θεωρητικά σχήματα, είτε αυτά άπτονται στο χώρο της ψυχολογίας και της ιατρικής, είτε στους χώρους της κοινωνιολογίας, της εγκληματολογίας, των κοινωνικών επιστημών εν γένει, έχουν καλύψει επαρκέστατα και πολύπλευρα το πεδίο. Αντίθετα, και προσπερνώντας το ερώτημα αυτό καθαυτό, θεωρούμε σημαντικό το να προσδιορίσουμε τη *λειτουργία* της έννοιας της βίας. Τον τρόπο, δηλαδή, που η βία εντάσσεται στο πλαίσιο λειτουργίας του συνολικού μηχανισμού παραγωγής του κοινωνικού σημαίνοντος. Αυτό δεν σημαίνει πως δεν θα προβούμε σε μια κριτική προσέγγιση της φαινομενολογίας της βίας. Αλλά κυρίως μας ενδιαφέρει να σταθούμε κριτικά απέναντι στο πλέγμα των Λόγων εκείνων που την συνοδεύουν, την ευοδώνουν, την ερμηνεύουν, τη νοηματοδοτούν: αναφερόμαστε στο σύνολο των πεποιθήσεων, των απόψεων, και των συμπαρομαρτούντων πρακτικών οι οποίες εν τέλει χρησιμοποιούν την έννοια της βίας. Προσοχή: Δεν αναφερόμαστε αποκλειστικά στην έννοια της βίας εκ μέρους του ψυχικά πάσχοντα. Αντιθέτως. Το κύριο μέλημά μας συνίσταται στην εξέταση της βίας του «συστήματος». Ενδιαφερόμαστε πολύ περισσότερο, πέραν του χαρακτηρισμού και της ερμηνείας της βίας του πάσχοντα ως υποκειμενικής – παθολογικής, ή αντίθετα κοινωνικής στο πως χρησιμοποιείται το συνολικό παράγωγο «σύγχρονος βίαιος ψυχικά πάσχων» για να δομήσει τις πρακτικές αντίδρασης του συστήματος.

Η έρευνά μας επιβεβαιώνει το δεδομένο της ιδιαίτερα ασταθούς σύνδεσης ανάμεσα στις έννοιες της βίας και της ψυχικής ασθένειας.[330] Αντίθετα, φαίνεται ότι επανα-τεκμηριώνεται

[330] Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Mohanan: «*Κανένα δεδομένο δεν υποστηρίζει την αισθησιακή καρικατούρα του ψυχικά διαταραγμένου που σερβίρεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης* […]. *Συγκρινόμενη* […] *με την έκταση της επικινδυνότητας που σχετίζεται με το συνδυασμό ανδρικού φύλου, νεανικής ηλικία , χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης* […] *αλκοολισμό και την κατάχρηση άλλων ουσιών, η επικινδυνότητα που σχετίζεται με τις μείζονες ψυχικές διαταραχές είναι πράγματι λιγοστή*».

η πεποίθηση και παραδοχή της ύπαρξης μιας υπό-ομάδας πασχόντων οι οποίοι συμπαρασύρουν έντονα αρνητικές αποδώσεις αναφορικά με την συσχέτιση βίας, επικινδυνότητας και ψυχικής νόσου. Η βία του ψυχικά πάσχοντα, στη περίπτωση που αυτός δεν ανήκει στις «επικίνδυνες» κατηγορίες, φαίνεται πως πηγάζει, αλλά και απευθύνεται στα μέλη του οικογενειακού ή έστω του ευρύτερου κοινωνικού του πλαισίου.[331] Υπό αυτό το πρίσμα θεωρούμε ότι οι εκφάνσεις τις βίας του ψυχικά πάσχοντα υπόκεινται και καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από τις συντεταγμένες εκείνες που προσδιορίζουν το πλαίσιο λειτουργίας του μικρο-κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Κατά συνέπεια, η βία η οποία αναδύεται σε συνάρτηση με τις αποδώσεις περί επικινδυνότητας ενέχει δύο βασικές στρεβλώσεις.

Η πρώτη αφορά το *ποιόν* της. Θεωρούμε ότι η εκφραζόμενη βία της μεγαλύτερης πλειοψηφίας των πασχόντων στους οποίους εφαρμόζεται το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας ερμηνεύεται ως *επικινδυνότητα*, ενώ επί της ουσίας ενέχει το χαρακτήρα της *ενόχλησης*. Στην πραγματικότητα αφορά ένα σύμφυρμα έντονων, θορυβωδών συμπεριφορών οι οποίες απευθύνονται στο στενό πλαίσιο μέσα στο οποίο διαβιεί ο πάσχων και οι οποίες –όπως αναφέραμε- τις περισσότερες φορές λαμβάνουν το χαρακτήρα της ενόχλησης (nuicance) παρά της στοχοκατευθυνόμενης βίας και επιθετικότητας. Επιπλέον, υποστηρίζουμε ότι αυτές οι εκφάνσεις της επιθετικότητας είναι άμεσα συναρτημένες με τις έξωθεν πιέσεις του εγγύς πλαισίου αναφορικά με τις διαδικασίες πίεσης και συμμόρφωσης του πάσχοντα σε σχέση με τη «υπακοή» του στις προτεινόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις (με κύρια την αποδοχή της φαρμακοθεραπείας). Υπό αυτό το πρίσμα οι εκδηλώσεις βίας λαμβάνουν μια σαφή «κοινωνιοκεντρική» προοπτική, αφού επί της ουσίας αφορούν την «εναρμόνιση» του πάσχοντα με τις νόρμες του κοινωνικού σχετίζεσθαι. Η απώλεια εκ μέρους του πάσχοντα για πιθανές εναλλακτικές αντίστασης, οι οποίες να έχουν ένα πιο συμβολικό και εξατομικευμένο χαρακτήρα και η έντονη εξάρτησή τους στη πλειονότητα των

Monahan, J., «Mental disorder and violent behaviour perceptions and evidence», *American Psychologist*, τόμος 47, τεύχος 4, 1992, σ. 510. Σε παραπλήσια συμπεράσματα κατέληξαν και οι Link και Stueve. Βλ. Link, B., Stueve, A., «Editorial», *Archives of General Psychiatry*, τόμος 55, 1998, σ. 1 – 3.

[331] Να αναφέρουμε χαρακτηριστικά την έρευνα του Steadman και των συνεργατών του: «*…η μεγάλη πλειοψηφία των βίαιων πράξεων που διεπράχθησαν από πρώην ασθενείς έλαβαν χώρα στο οικογενειακό πλαίσιο ή στον κύκλο των φιλικών προσώπων…*». Steadman, H. J., et al., «Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods», *Archives of General Psychiatry*, τόμος 55, 1998, Σ. 397.

περιπτώσεων από το εγγύς πλαίσιο αναφοράς πυροδοτούν συμπεριφορές οι οποίες ενέχουν ένα επιθετικό χαρακτήρα.

Το τελευταίο γίνεται πιο εμφανές όταν ο πάσχων οδηγείται, μέσω της διαδικασίας της εισαγγελικής παραγγελίας, για εξέταση και πιθανότατα νοσηλεία. Οι ήδη συγκρουσιακές σχέσεις και αντιδράσεις οι οποίες είτε πυροδότησαν, είτε διαιωνίσαν την επιθετική ή βίαιη συμπεριφορά λειτουργούν ως μια σημειολογία. Το παράγωγο της διαλεκτικής σχέσης του πάσχοντα με το «οικοσύστημα» απομονώνεται και ερμηνεύεται ως ατομικό προϊόν. Το οποίο οφείλει να γίνει διαχειρίσιμο. Και σε αυτό το σημείο θεωρούμε ότι υφίσταται η ουσιαστική καμπή. Άπαξ και εμφανίστηκε μια βίαιη, επικίνδυνη, επιθετική, ή ακόμα – ακόμα ενοχλητική συμπεριφορά, αφενός πρέπει να εξαλειφθεί. Και αφετέρου, πρέπει να εξαλειφθεί διαμέσω του υποκειμένου. Είναι σαν να λέμε ότι ακόμα και αν θεωρούμε ότι το βίαιο και επικίνδυνο υποκείμενο είναι φορέας μιας κοινωνικής εφαρμογής, με άλλα λόγια ακόμα και αν θεωρούμε ότι η εκφραζόμενη βία είναι «κοινωνικής προέλευσης», αν μας επιτρέπεται να γενικεύσουμε, και όχι ένα ατομικό, χαρακτηριολογικό, ιδιοσυστατικό χαρακτηριστικό (αδιάφορα δηλαδή με την αιτία της εμφάνισης της βίαιης συμπεριφοράς), η διαχείρισή της απευθύνεται στο υποκείμενο. Δεν απευθύνεται στο περιβάλλον. Οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί που μπαίνουν σε λειτουργία σαν πεδίο παρέμβασης έχουν σαν στόχο το υποκείμενο, στην περίπτωσή μας το «εισαγγελικό» υποκείμενο και όχι τους παράγοντες εκείνους οι οποίοι πιθανόν είτε να πυροδότησαν είτε να συνέτειναν στην εμφάνιση της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς. Οι Λόγοι οι οποίοι συνοδεύουν και υποστηρίζουν την παρέμβαση στο σύμπτωμα, είτε αυτό αναγιγνώσκεται ως ατομική παθολογία – δυσλειτουργία, είτε ως πρωτογενής, δευτερογενής (ή τέλος πάντων, ετερογενής) παρέκκλιση, διατείνονται ότι η βέλτιστη οδός διαχείρισης αυτής της «συστημικής δυσλειτουργίας», της ταλάντωσης, ευρίσκεται στο Υποκείμενο. Η σημαντικότερη ίσως διαπίστωση δηλαδή έχει να κάνει όχι με την προσέγγιση των παραγόντων (ενδοατομικοί οι κοινωνικοί, αδιάφορο) οι οποίοι αποτελούν είτε τις γενεσιουργές αιτίες είτε τους, έστω κοινωνικ-ίζοντες, παράγοντες πυροδότησης και διατήρησης του «συμπτώματος», της –δια μέσω του υποκειμένου- παραγόμενης εκφοράς.

<u>Η σημαντικότερη διαπίστωση, η οποία θεωρούμε ότι αποτελεί και τη δεύτερη στρέβλωση, έχει να κάνει με την τυπολογία της παρέμβασης.</u> Είτε αναφερόμαστε στο μίκρο- κοινωνικό επίπεδο, στην οικογένεια, στο άμεσο περιβάλλον, είτε αναφερόμαστε στο μέσο επίπεδο, στις οργανώσεις, και στις δομές οι οποίες εμπλέκονται, είτε τέλος αναφερόμαστε στο

επίπεδο των *θεσμών*, όπως το νομικό και δικαστικό σύστημα, είτε όπως η επίσημη επιστημονική γνώση, τελική κατάληξη παρέμβασης είναι το πάσχον Υποκείμενο.

Θα μπορούσαμε, δηλαδή, να αναγνώσουμε τη βία, την επιθετικότητα, και την επικινδυνότητα που συνοδεύει το πάσχον υποκείμενο σαν μια δευτερογενή εκφορά της έννοιας της πάθησης, της έννοιας της ψυχικής ασθένειας με την οποία ταυτοποιείται. Με αυτόν τον τρόπο η δευτερογενής ετικετοποίηση λαμβάνει υπόσταση εν είδει συμπτώματος. Υπάρχει, δηλαδή, μια επικέντρωση και μια στοιχειοθέτηση της βίαιης συμπεριφοράς, όχι σαν ένα ετεροεξαρτώμενο μέγεθος, ένα αλληλοκαθοριζόμενο στοιχείο μεταξύ της διαλεκτικής υποκειμένου – περιβάλλοντος, αλλά η επιθετικότητα μεταμορφώνεται και χαρακτηρίζεται ως *σύμπτωμα*. Και η έννοια του συμπτώματος, αποκλείει πάραυτα τον κοινωνικό προσδιορισμό, ή έστω την επικέντρωση στην συνδιαλλαγή, στον κοινωνικό δεσμό. Με άλλα λόγια, όσο η προβληματική παραμένει γύρω από τη θεματική «επικίνδυνο και επιθετικό υποκείμενο» οι αποδώσεις, τα ερμηνευτικά σχήματα, οι εννοιολογικές προσεγγίσεις, και κυρίως οι αιτιακές αποδώσεις θα παραμένουν προσκολλημένες στο υποκείμενο. Η βία, ανεξαρτήτως από την πηγή της –από το αν είναι ατομοκεντρική ή κοινωνικά παραγόμενη- θα ανήκει στο υποκείμενο. Είτε ακολουθήσουμε τις ατομοκεντρικές προσεγγίσεις, είτε τις κοινωνιολογικές, το θεμελιώδες σφάλμα ίσως έγκειται ότι η βασική μας μονάδα ανάλυσης είναι το υποκείμενο. Αντίθετα, η προσέγγισή μας προτίθεται να εξετάσει πέραν των παραπάνω διαπιστώσεων και ερμηνειών τη λειτουργικότητα της συστημικής βίας. Μέσω της εργαλειακής και συμβολικής διαντίδρασης του συστήματος και του (πάσχοντος) υποκειμένου, αλλά και μέσω των παραδοχών, των Λόγων που αναπτύσσονται από το ίδιο σύστημα για την φαινομενολογία του, για το πώς ερμηνεύει την ίδια του τη *βία*, να εξετασθεί η καταστατική της βίας στα αποτελέσματα που παράγει.

5.6.α. Η *ρητορική της βίας*

Θεωρούμε ότι οι κύριες συνιστώσες οι οποίες συνοδεύουν, σχηματοποιούν τη σύγχρονη ρητορική περί θεσμικής βίας, ή καλύτερα περί θεσμικής καταστολής, μπορούν να σχηματοποιηθούν ως εξής:

Κατ' αρχή, **α)** η βία, η καταστολή είναι **αναγκαία**. Υπάρχει μια σταθερή προσήλωση στη θέση ότι η βία που ασκείται στο πάσχον υποκείμενο υφίσταται λόγω ακριβώς της απουσίας

εναλλακτικής. Η μόνη επαναλαμβανόμενη εναλλακτική που αναδύεται, αυτή της απομόνωσης (δηλαδή κατ' ουσίαν του *αποκλεισμού*) πέραν του ότι εμπεριέχει τη έννοια της βίας αυτής καθαυτής, παραπέμπει σε ένα κυκλικό (ή καλύτερα κατωφερώς σπειροειδές) μοντέλο ανάγνωσης που επανεγγράφει με ελάχιστα διαφορετικό τρόπο την έννοια του «ασύλου» στο σημερινό γίγνεσθαι. Επιπλέον, **β)** το πλαίσιο εφαρμογής αυτού του τύπου των παρεμβάσεων είναι –αν μη τι άλλο- **ασαφές**. Η ασάφεια αυτή, όσο και δυσλειτουργική και αν ερμηνεύεται από του συμμετέχοντες, φαίνεται ότι λειτουργεί με ένα συνεκτικό τρόπο. Ίσως είναι ο φαινότυπος της λειτουργίας του συστήματος υπό την προοπτική της *ζώνης αδιαφορίας*. Τέλος, **γ)** η βία είναι κατά βάση, αν όχι καθ' ολοκληρία, **κατασταλτική**. Κατασταλτική υπό το πρίσμα ότι η καίρια δεδομένη λειτουργικότητά της είναι η προφύλαξη. Θεωρείται ότι εμπεριέχει –και έτσι οφείλει άλλωστε- ένα σαφώς προφυλακτικό χαρακτήρα. Η ρητή παραδοχή αφορά την προφύλαξη, και κατά συνέπεια τη βελτίωση, του ίδιου του πάσχοντος υποκειμένου από την άλογη φύση της νόσου. Και η «απροθυμία» του ψυχιατρικού συστήματος να καταστέλλει το πάσχον μεν, έλλογο δε υποκείμενο, όπως στην περίπτωση της «διαταραχής προσωπικότητας», έχει άμεση συνάρτηση με την έννοια του ά-λογου.

Θεωρούμε όμως ότι το πυρηνικό διακύβευμα αφορά την έννοια της **ευθύνης**. Η καταστολή, με τον άτυπο, ασαφή και λυκοφωτικό χαρακτήρα μέσω του οποίου εκφράζεται, συνδέεται άμεσα με την έννοια της ευθύνης. Μια έννοια η οποία αποκτά καίρια στη δόμηση του κοινωνικού ρόλου του επαγγελματία ψυχικής υγείας, αλλά και του ίδιου του πάσχοντος υποκειμένου: η ευθύνη του προστατεύειν.

Έτσι, οι εκφάνσεις της θεσμικής βίας –έτσι όπως αποτυπώνονται στη παρούσα μελέτη- σαν κύριο στόχο έχουν την **προστασία**. Την προστασία του ίδιου του συστήματος από τους όρους, τις προϋποθέσεις, ή καλύτερα τις πιθανότητες εξάλειψής του. Το σύστημα προστατεύει. Αλλά πρώτ' απ' όλα προστατεύει το ίδιο το μοντέλο της λειτουργίας του. Και όμως. Δεν αναφερόμαστε σε ένα τύπο αμυντικού μηχανισμού ο οποίος λειτουργεί προστατευτικά και ομοιοστατικά. Αναφερόμαστε σε μια λειτουργία η οποία είναι δομική συνιστώσα της έννοιας του Κράτους. Ή αν θέλετε της έννοιας του Νόμου, όπως αυτός εφάπτεται με την έννοια του Κράτους.

Θεωρούμε ότι προσδιορίσαμε αρκετά χαρακτηριστικά το οιονεί επικίνδυνο υποκείμενο. Τους τρόπους με τους οποίους η βία εκφράζεται, προσδιορίζεται, νοηματοδοτείται, αλλά

και μεταλλάσσεται. Δείξαμε τη λειτουργικότητα του επικίνδυνου να εκφέρει βία υποκειμένου, αλλά κυρίως της έννοιας της βίας στο σχηματισμό της κοινωνικής πραγματικότητας.

Σύμφωνα με το μοντέλο μας, η βία πολλές φορές εμφανίζεται ως αναγκαία προϋπόθεση. Παράλληλα, η τυπολογία της εκφερόμενης βίας υπακούει στο ίδιο μοντέλο της προστασίας από τη διακινδύνευση. Προστασία του πολίτη μέσω της προστασίας του υποκειμένου. Και ο τρόπος της αναγκαστικής προστασίας του πάσχοντος υποκειμένου οφείλει να φαίνεται παραπλήσιος –αν όχι ταυτόσημος- με αυτόν που εφαρμόζεται εν γένει. Αυτός είναι και ο κύριος λόγος –κατ' εμάς- που υπάρχει τόσο μεγάλη διάσταση στις θεσμικές πρακτικές και τις καθημερινές τυπολογίες παρέμβασης. Γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο θεωρούμε ότι εμφανίζεται η διάσταση ανάμεσα σε αυτό που υφίσταται και σε αυτό που υποστηρίζεται από τους εμπλεκόμενους ότι πρέπει να ισχύει.

Ας προσπαθήσουμε να συνοψίσουμε. Η βία που ασκείται από το σύστημα εκλογικεύεται από το ίδιο το σύστημα. Θεωρείται ότι γίνεται ελλείψει άλλης επιλογής και επιπλέον ότι γίνεται κατά τον δυνατότερο αξιοπρεπή τρόπο. Γίνεται σωστά. Νομιμοποιείται, δηλαδή, εργαλειακά και θεσμικά μέσω της συμβολής του «Π» συστήματος, αλλά και σε επίπεδο επιστημονικού λόγου, μέσω της ανάπτυξης ενός ολόκληρου συστήματος πεποιθήσεων και Λόγων οι οποίοι «αποδεικνύουν» τη οιονεί θεραπευτική διάσταση της μορφής της βίας: αξιοπρεπής, όχι αυθαίρετη, και ούτω καθ' εξής. Σαν αποτέλεσμα εμφανίζεται η ανάδυση ενός ρυθμιστικού μηχανισμού ο οποίος λειτουργεί κατά κύριο λόγο με στόχο την ελαχιστοποίηση της διακινδύνευσης, τόσο για το κοινωνικό σώμα, όσο και για τους ίδιους τους επαγγελματίες,

Μέσω ακριβώς της ίδιας, ταυτόσημης κατ' εμάς προοπτικής, το ψυχωτικό (ή έτερο ψυχικά πάσχον) υποκείμενο βιώνει μια ζωή, μια καθημερινότητα της οποίας το κύριο συστατικό είναι το «έσω έτοιμος». Έχοντας ίσως διαφορετικούς φόβους από αυτούς που βιώνει ο «υγιής πληθυσμός», χρειάζεται κάτι να φοβάται. Και ο μηχανισμός παραγωγής φόβου, και μάλιστα του «χρονίζοντος φόβου», ίσως ονοματοθετείται «κίνδυνος εισαγγελικής». Με άλλα λόγια, το σύστημα διακυβέρνησης δεν έχει την πολυτέλεια να επιτρέψει σε κανένα υποκείμενο το οποίο έγκειται στην επικράτεια της δικαιοδοσίας του να μην φοβάται. Να φοβάται *κάτι*, το τι, αδιάφορο. Το «τραύμα της εισαγγελικής», η κοινωνική παρέμβαση με άλλα λόγια στην (ψευδή κατά τους λοιπούς) πραγματικότητα του πάσχοντα λειτουργεί ως

εκείνη η πράξη, η κατάσταση η οποία μπορεί να συμβεί δυνητικά οποτεδήποτε. Αναίτια, απρόβλεπτα, χωρίς νόημα: Μια αντιστραμμένη εισβολή του αδιανόητου στην πραγματικότητα της ψύχωσης.

5.6.β. Το «Κυρίαρχο Νόημα» και το luben της ιεραρχίας: η *σιωπή*

Η *ηγεσία*, υπό το πρίσμα τόσο της διάταξης των ρόλων και των υποκειμένων στις επιμέρους ψυχιατρικές δομές, δηλαδή στις οργανώσεις, όσο και υπό το πρίσμα περισσότερο «κεντρικών» θεσμών (όπως οι κεντρικές υπηρεσίες, οι πανεπιστημιακοί, και ούτω καθ' εξής), αλλά κυρίως η *ηγεσία* υπό το πρίσμα της παραγωγής ηγεμονικής επιστημονικής γνώσης, λειτουργούν υπό τον όρο «παραγωγοί και διαχειριστές του νοήματος», όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Barnard και Selznick, προσεγγίζοντας την έννοια της ηγεσίας μέσα σε μια οργανωτική δομή.[332] Ουσιαστικά πρόκειται για μια πρόδρομη προσέγγιση των θεωριών εκείνων οι οποίες συνιστούν το κοινωνιολογικό ρεύμα γνωστό ως «κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας»,[333] τις αρχές και τα εργαλεία του οποίου χρησιμοποιούμε συχνότατα στη μελέτη μας. Και αυτό γιατί θεωρούμε σημαντική τη διαδικασία παραγωγής και κυρίως επικύρωσης του αυθεντικού νοήματος, είτε αυτό αφορά τη δόμηση του πάσχοντος υποκειμένου, είτε τις διαδικασίες διαχείρισης των πληθυσμών αυτών. Τι νόημα, δηλαδή, προσλαμβάνουν και παράγουν και εν τέλει πως αυτό-αναφέρονται οι κατασταλτικές πρακτικές έτσι όπως περιγράφηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Σε αυτό το σημείο θεωρούμε σημαντική μια παρατήρηση: όπως αναφέραμε και στο κεφάλαιο περί «κόσμου των επαγγελματιών», ένα άλλο σημαντικό στοιχείο στους τύπους

---

[332] Βέβαια, οι Barnard και Selzick αναφέρονται κυρίως σε επίπεδο ατόμου. Οι συγκεκριμένοι συγγραφείς, στις δεκαετίες του '40 και του '50, προσπαθούν να αναθεωρήσουν τον ορισμό της οργάνωσης, η οποία παρουσιάζεται ως το πρωταρχικό αντικείμενο αξίας και νοήματος. Μέσα από αυτή τη προοπτική, η ηγεσία είναι παρούσα για να παράγει και να διαχειρίζεται το νόημα: την κουλτούρα, τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις επιδιώξεις των κατωτέρων τους. Βλ. Barnard, C., *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, Cambridge, 1938. Selzick, P., *Leadership in Administration*, Harper and Raw, Νέα Υόρκη, 1957, όπως αναφέρονται στο: Γαβριήλ, Γ., «Πολιτισμική Θεώρηση των Οργανώσεων», στο: *Δράση και Σύστημα: Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία των Οργανώσεων*, επιμ. Ι. Τσιβάκου, Θεμέλιο, Αθήνα, 1995, σ. 206 – 229.

[333] Όπως αναφέρθηκε στο αντίστοιχο κεφάλαιο, η θεωρία της κοινωνικής κατασκευής που διατυπώθηκε αρχικά από Αμερικανούς μελετητές όπως οι Blumer, Goffman, Berger και Luckmann, αντιμετωπίζει την πραγματικότητα ως αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης που προσδείδει νόημα στα αντικείμενα. Οι ερευνητές αυτού του «κατασκευαστικού» ρεύματος μελετούν ακόμη και στέρεα, υλικά αντικείμενα όπως τα αυτοκίνητα, σαν να είχαν μια κοινωνική πραγματικότητα, ως αποτέλεσμα κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Γαβριήλ, Γ., «Πολιτισμική Θεώρηση των Οργανώσεων», στο: *Δράση και Σύστημα: Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία των Οργανώσεων*, οπ.π., σ. 207.

των οργανώσεων που περιγράψαμε είναι και η ισχυρή παρουσία ενός στιβαρού ιεραρχικού σχήματος. Η έννοια της *ιεραρχίας* είναι σημαντική, όχι μόνο γιατί καθορίζει τις πρακτικές και τους κοινωνικούς ρόλους οι οποίοι αναδύονται μέσα στο μικροπεριβάλλον των δομών, αλλά κυρίως γιατί επικαθορίζει τις αντιλήψεις των υποκειμένων για τους ρόλους που λαμβάνουν (ή έστω, τους αποδίδονται), αλλά και τις δευτερογενείς νοηματοδοτήσεις: τα αιτιακά σχήματα που συναθροίζονται αναφορικά με την «αρχαιολογία της βίας», αν μπορούμε να παραφράσουμε τον Foucault, «…*τους προσανατολισμούς του φορέα προς μια δυνητική, άχρονη και άτοπη διάταξη κανόνων και τους προσανατολισμούς του προς πραγματικά διαντιδρώντα υποκείμενα σε συγκεκριμένες καταστάσεις στο χώρο και στο χρόνο*».[334] Οι νοηματοδοτήσεις της θεσμικής βίας, οι διαφορετικές αποδώσεις νοήματος είναι χαρακτηριστικότατες αν τις ελέγξουμε υπό το πρίσμα των διαφορετικών ρόλων: υπό το πρίσμα της ιεραρχίας. Για παράδειγμα, άλλους νομιμοποιητικούς (ή μη) λόγους εκφράζουν οι επαγγελματίες που επανδρώνουν κοινωνικούς ρόλους στην κορυφή της οργανωτικής πυραμίδας (όπως οι ψυχίατροι) και άλλους Λόγους εκφέρουν οι «κατώτεροι» κοινωνικοί ρόλοι: οι εργαζόμενοι στην βάση της πυραμίδας εκφέρονται σαφώς πιο συναισθηματικά: τα συναισθήματα φόβου, ανασφάλειας είναι αυτά που υπεισέρχονται στα ερμηνευτικά τους σχήματα και κατ' επέκταση στις νοηματικές αποδώσεις τους, ενώ αντίθετα οι πιο «υψηλόβαθμοι» χρησιμοποιούν περισσότερο θεωρητικό λόγο και σχήματα. Αναφερόμαστε στο πεδίο της κατανομής της «κοινωνικής γνώσης»: στη θέση που ισχυρίζεται ότι δεν έχουν όλα τα υποκείμενα τον ίδιο βαθμό πρόσβασης στη γνώση, στη θέση περί «**άνισης συμβολής**». Κατά συνέπεια, οι τύποι γνώσης τείνουν να μεταδίδονται μέσω διαδικασιών «δευτερογενούς εκκοινωνισμού».[335] Με άλλα λόγια, στο πέρασμα από το μικρο- (την καθημερινή πρακτική) στο μακρο- (στον επίσημο θεσμικό ή επιστημονικό λόγο) πιθανόν να συνεισφέρει τα μάλα το υποκειμενικό νόημα.

---

[334] Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, οπ.π., σ. 143.

[335] Τέτοιου τύπου διαδικασίες ίσως αποτελούν και τη δίοδο από το «μίκρο» στο μάκρο» επίπεδο. «…*το πέρασμα από το μικρο- στο μακρο- επίπεδο συντελείται με αναφορά σε άτομα, τα οποία, τοποθετημένα μέσα στο καταμερισμό εργασίας που συνεπάγεται λεξιλόγια προσιδιάζοντα σε συγκεκριμένο ρόλο, αναπαράγουν τη συνολική κοινωνική δομή εκμαθαίνοντας και χρησιμοποιώντας αυτές τις ειδικές γλώσσες στην καθημερινή τους ζωή*». Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, οπ.π., σ. 109. Κατά ένα παραπλήσιο τρόπο, ο «ψυχίατρος» διαμορφώνει τον επικίνδυνο ψυχασθενή και ο «νοσοκόμος»¨αναλαμβάνει να τον διαχειριστεί καταλλήλως… «…*εκείνα τα μέλη που βρίσκονται στην κορυφή της διοικητικής δομής βλέπουν τον εαυτό τους περισσότερο ως παραγωγούς και λιγότερο ως παράγωγα, ενώ εκείνοι που βρίσκονται στη βάση της οργανωτικής ιεραρχίας βλέπουν τον εαυτό τους, ορθότατα μάλιστα, περισσότερο ως εξαρτήματα μιας μηχανής…*». Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, οπ.π., σ. 117.

Το θεωρητικό σχήμα της «**άνισης συμβολής**» θεωρούμε ότι εμφανίζεται με τον πλέον δραματικό τρόπο όταν συμπεριλάβουμε στο σχήμα και τον πληθυσμό των νοσηλευόμενων, πόσο μάλλον των ψυχικά πασχόντων από κάποια μείζονα ψυχοπαθολογία όπως αυτή της ψύχωσης. Μέσω αυτής της προοπτικής (βλ. για παράδειγμα το κεφάλαιο περί «σιωπής») οι δυνατότητες του πληθυσμού των ψυχικά πασχόντων στο σύστημα και η ανάλογη συμμετοχή τους στη **δημιουργία νοημάτων** (και κατ' επέκταση στη διαδικασία παραγωγής του κοινωνικού νοήματος, του *όποιου* κοινωνικού νοήματος) είναι απόλυτα περιορισμένες, έως ανύπαρκτες. Η απόλυτη πολλές φορές απουσία άρθρωσης λόγου, ή η ανάγνωση του λόγου τους ως στερούμενου νοήματος, η **σιωπή** τους, όπως έχει χαρακτηριστικά αναφέρει ο Foucault, είναι ίσως το στοιχείο εκείνο που δίνει με την μεγαλύτερη καθαρότητα και ευκρίνεια την ανισομέρεια στη σχέση πάσχοντα και κοινωνικού. Η *σιωπή του πάσχοντα*, η οποία στην περίπτωση της διατριβής μας ίσως αποτέλεσε το πιο δραματικό εμπειρικό μας εύρημα. Ακόμα και στην περίπτωση της βίας: η οποία ερμηνεύεται από την πλευρά του πάσχοντα ως μια κρυστάλλινα και ξεκάθαρα τιμωρητική και ανταποδοτική πρακτική. Και όμως. Αυτός ο χαρακτήρας, αυτό το νόημα των κατασταλτικών πρακτικών δεν εμφανίζεται σχεδόν ποτέ στο κοινωνικό στερέωμα.

Ο R. Collins, με τη θεωρία του περί «μεθοδολογικού καταστασιασμού»[336] επιχείρησε να «γεφυρώσει» το χάσμα μεταξύ μικρο- και μακρο- διάστασης.[337] Σύμφωνα με τον παραπάνω θεωρητικό, το διακύβευμα «μικρο» Vs «μακρο» διάσταση εντάθηκε με την εμφάνιση θεωρητικών ρευμάτων όπως η εθνομεθοδολογία, και γενικά θεωρητικών σχημάτων τα οποία δίνουν μεγάλη σημασία στη γλώσσα σαν εργαλείο κατασκευής του κοινωνικού. Και σε αυτή τη κατασκευή του κοινωνικού το κυριότερο, αν όχι μοναδικό εργαλείο είναι η γλώσσα, η συν-ομιλία. «*Αυτό που έχει κρίσιμη σημασία σχετικά με τους*

336 Σε αντίθεση με τον «μεθοδολογικό ατομικισμό», ο «μεθοδολογικός καταστασιασμός» δίνει βαρύτητα στην συνάντηση: στη διαδικασία της διαντίδρασης των υποκειμένων. Μέσα από αυτή τη προοπτική, η βασική μονάδα ανάλυσης δεν είναι το υποκείμενο, αλλά αντίθετα η συνάντηση: η κατάσταση μικρο-αντίδρασης. Αναφέρει χαρακτηριστικά η Knorr - Cetina: «*Θα αποκαλώ "μεθοδολογικό καταστασιασμό" την αρχή η οποία διατείνεται ότι large scale μακρο-φαινόμενα* […] *μπορούν να τεκμηριωθούν σε παρατηρήσεις οι οποίες εξάγονται από κοινωνικές συμπεριφορές οι οποίες εμφανίζονται σε "συμπαγείς", καθημερινές καταστάσεις*». Βλ. Knorr – Cetina, C., «The Micro-social Order», στο: *Actions and Structure. Recearch Methods and Social Theory*, επιμ. N. Fielding, Sage Publications, Λονδίνο, 1988, σ. 22. Επίσης, βλ. Knorr - Cetina, K., «The micro-sociological challenge of macro-sociology: towards a reconstruction of social theory and methodology», στο K. Knorr-Cetina, A.V. Cicourel (επιμ.), *Advances in Social Theory and methodology*: *Towards an Integration of Micro and Macro Sociologies*, Routledge and Kegan Paul, Λονδίνο, 1981.

337 Βλ. Collins, R., «Micro-translation as a theory-building strategy», στο: K. Knorr - Cetina, A. V. Carousel (επιμ.), *Advances in Social Theory and methodology*: *Towards an Integration of Micro and Macro Sociologies*, οπ.π.

φορείς δράσης δεν είναι μόνο ή κυρίως το περιεχόμενο της ομιλίας, αλλά το γεγονός ότι η ικανότητά τους να διατηρήσουν ένα κοινό θέμα συνομιλίας εγκαθιστά ή ενδυναμώνει τους δεσμούς τους με μια ομάδα ή με ένα συνασπισμό ομάδων και την ιδιότητά τους ως μέλη αυτών των ομάδων, καθώς επίσης και τις πεποιθήσεις τους σχετικά με τις γνώσεις που έχουν για την κοινωνική δομή»[338] αναφέρει ο Μουζέλης, στην προσέγγισή του αναφορικά με τον μεθοδολογικό καταστασιασμό.[339] Ή όπως το θέτει ο Collins, «*Το σημαντικό για κάθε συνομιλία από την άποψη του μέλους μιας κοινωνίας δεν είναι το περιεχόμενο, αλλά η έκταση στην οποία οι συμμετέχοντες μπορούν πραγματικά να διατηρήσουν μια κοινή δραστηριότητα εστίασης στο περιεχόμενο αυτό. Το περιεχόμενο δεν είναι παρά το όχημα για να εδραιωθεί η ιδιότητα του μέλους. Από αυτή την άποψη, μπορούμε να θεωρήσουμε κάθε συνομιλία ως μια ιεροτελεστία. Επικαλείται μια κοινή πραγματικότητα, η οποία από τελετουργική άποψη μπορεί να αποκαλεστεί "μύθος": σε αυτή την περίπτωση δεν έχει καμιά σημασία εάν ο μύθος της συνομιλίας είναι αληθινός ή όχι. Ο μύθος είναι ένα ιερό αντικείμενο, κατά τον Durkheim. Υποδηλώνει ότι κάποιος είναι μέλος μιας κοινής ομάδας για όσους τουλάχιστον τη σέβονται αληθινά*».[340] Παρ' όλα τα προβλήματα και τις απλουστεύσεις που το συγκεκριμένο θεωρητικό σχήμα πιθανόν να εμπεριέχει, θεωρούμε ότι η χρήση του είναι ενδεικτική στην περίπτωση της συνάντησης «ψυχικά πάσχοντα» και «περιβάλλοντος».

Και αυτό γιατί μέσω αυτής της προοπτικής μπορούμε να προσεγγίσουμε με αρκετή σαφήνεια τη θέση του –σιωπούντος- πάσχοντος υποκειμένου στην παραγωγή της κοινωνικής πραγματικότητας. Όπως αναφέραμε ήδη, η δυνατότητα του ψυχικά πάσχοντα στο να «αρθρώσει λόγο με σημασία» παρουσιάζεται σχεδόν παντελώς απούσα. Και αυτό, είτε αναφερόμαστε στο υποκείμενο καθ' εαυτό, είτε σε επίπεδο συλλογικότητας.[341] Οπότε, μέσω αυτής της αδυναμίας άρθρωσης λόγου με νόημα (πόσο μάλλον λόγου με κοινωνική και πολιτική βαρύτητα) το πάσχον υποκείμενο παραμένει έωλο σε σημασιοδοτήσεις

[338] Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, οπ.π., σ. 119.

[339] Βέβαια, κατά τον Μουζέλη, και το συγκερίμενο θεωρητικό σχήμα έχει πολλές ανεπάρκειες. Αναφέρει ότι όπως ο μεθοδολογικός ατομικισμός ανάγει τα μακρο-φαινόμενα σε ένα άθροισμα απομονωμένων ατόμων, κάπως έτσι και ο μεθοδολογικός καταστασιασμός τα ανάγει σε ένα σύνολο από μικρο-συναντήσεις. Βλ. Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, οπ.π., σ. 121.

[340] Collins, R., «On the microfoundations of macro-sociology», *American Journal of Sociology*, τεύχος 86, 1981, σ. 998.

[341] Αναφερόμαστε στην πλήρη απουσία ενός συλλογικού οργάνου (είτε με μείζονα είτε με ελάσσονα βαρύτητα) το οποίο θα μπορούσε να αρθρώσει «κοινωνικό λόγο». Η μοναδική προσπάθεια τέτοιου τύπου μπορεί να αναγνωριστεί στη δημιουργία των συλλόγων οικογενειών για τη ψυχική υγεία, αλλά και σε αυτή τη περίπτωση η «κοινωνική εμβέλεια» είναι μάλλον περιορισμένη: Οι περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν ότι οι προσπάθειες τέτοιου τύπου συλογικοτήτων μάλλον αναλώνονται σε μια ενδο-κατανάλωση.

κοινωνικών πρακτικών οι οποίες το αφορούν άμεσα, υφίστανται για το ίδιο, «επιτρέποντας» να δημιουργηθεί μια νέα «αντικειμενικοποιημένη» πραγματικότητα χωρίς να διαθέτει κανένα επί της ουσίας εφόδιο παρέμβασης. Άπαξ και εκλείπει η «βασική γραμματική», η *συνάντηση* σε επίπεδο langue, οι νοηματοδοτήσεις είναι καταδικασμένες να είναι μονομερείς. Κάπως έτσι και αναφορικά με την **ερμηνεία της βίας**: για να μιλήσουμε απλά, αν δεν υπάρχει αντίλογος, ο μονόλογος είναι μονόδρομος.

Τελικά το ενδιαφέρον σημείο αναφορικά με τη λειτουργία των περι-ποινικών θεσμών, όπως αυτός του ψυχιατρείου που εξετάζουμε, έγκειται στον ρόλο και στην λειτουργικότητά του μέσα στο σύστημα απόδοσης δικαιοσύνης, αλλά κυρίως στην οροθεσία (και μεταγραφή) των Λόγων εκείνων οι οποίοι απαρτίζουν τις έννοιες της τιμωρίας. Τα **τιμωρητικά μέσα** (βλ. καθήλωση) είναι δεδομένο ότι χρησιμοποιούνται ευρέως, αυτό είναι ένα από τα ισχυρά εμπειρικά δεδομένα μας. Επίσης σημαντικοί είναι οι Λόγοι περί επικινδυνότητας (**επικινδύνου υποκειμένου**), αλλά και των γενεσιουργών **αιτίων** αυτής της επικινδυνότητας. Τέλος, εξίσου σημαντικές είναι τόσο οι **πρακτικές παρέμβασης**, όσο και οι **στόχοι** αυτών των παρεμβάσεων (π.χ. τιμωρητικοί ή επανορθωτικοί). Υπό μια τελεολογική προοπτική, δηλαδή, το πού το όλο σύμφυρμα πρακτικών αποσκοπεί. Και επιπλέον, η προσπάθειά μας εστιάζεται στην ανίχνευση της διάστασης που πιθανόν προκύπτει ανάμεσα στις επίσημες θέσεις και Λόγους περί σκοπών (βλ. ίαση ή ενσωμάτωση ή ανακούφιση) και ανάμεσα στις «ανεπίσημες», στις λανθάνουσες επιτώσεις – στόχους, και τέλος, στη σημασία που αυτές οι δύο διαστάσεις (και το μεταξύ τους χάσμα) λαμβάνουν για το σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης. Για να γίνει όμως αυτό θεωρούμε ότι είναι αναγκαίο να εκλεχθεί ο τρόπος μέσω του οποίου διαφοροποιήθηκε η διάσταση της θεσμικής βίας. Πως, δηλαδή, αντί να έχει ένα ανταποδοτικό, και τιμωρητικό χαρακτήρα, αντί να πρόκειται με άλλα λόγια για μια **ποινή**, μεταλλάχθηκε σε μια πρακτική η οποία - παρά τη βία και την καταστολή που εμπεριέχει- έχει ένα θεραπευτικό (ή έστω προστατευτικό) χαρακτήρα παρά ένα τιμωρητικό.

5.6.γ. Βία του Θεσμού: Η διαδικασία νομιμοποίησης

Η καταναγκαστική νοσηλεία λοιπόν, συμπαρομαρτούντων των κατασταλτικών πρακτικών που εμφορείται, ουσιαστικά αποτελεί την συμβιβαστική λύση, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε, αναφορικά με την ευθύνη του κράτους να προστατεύει, τόσο το πάσχον υποκείμενο, όσο και το κοινωνικό σώμα. Αυτό εμπεριέχει την έννοια του parens patriae,

δηλαδή του κράτους ως πατέρα και προστάτη των ατόμων και της προστασίας των άλλων. Σύμφωνα με τον Bean, παρ' ότι θεωρητικά γίνεται διάκριση ανάμεσα στη ψυχική κατάσταση του πάσχοντα και στην ανάγκη του για προστασία, στην πράξη οι προϋποθέσεις για παρέμβαση του Θεσμού, του κράτους ανάγονται η μία στην άλλη. «*Υπάρχει η τάση μια ψυχιατρική νόσος να ορίζεται ως μια επείγουσα ανάγκη για προστασία και το αντίστροφο*».[342]

Οπότε, η ανακούφιση του συνόλου, η ρύθμιση της «ευνομίας», επιτυγχάνεται μέσω αυτής ακριβώς της διαδικασίας. Η ακούσια νοσηλεία είναι το τελευταίο, αν όχι το μοναδικό, όπως συχνά ακούστηκε, μέτρο αναφορικά με τη δυνατότητα διαχείρισης των παρενεργειών της ψυχικής διαταραχής. Εκείνων των παρενεργειών, των βίαιων, ή ενοχλητικών αδιάφορο, οι οποίες διαφοροποιούν και αναταράσσουν το καθημερινό μοντέλο επικοινωνίας, το πλήθος εκείνο των κοινωνικών πρακτικών του οποίου ο κοινός παρανομαστής είναι η ευταξία. Η έννοια του *ultimatum*, του τελικού και αναγκαίου μέσου –όπως συχνότατα αναφέρθηκε- η έννοια της βίας όταν όλες οι άλλες επιλογές έχουν αποτύχει, καταδεικνύει χαρακτηριστικά την καταστατική της θέση στον σχηματισμό της έννοιας του Κράτους: της υπερδομής εκείνης η οποία χειρίζεται την νομιμοποιημένη βία: «*Σύμφωνα με τον Weber, όταν όλα τα κρατικά μέσα θα έχουν αποτύχει να φέρουν σε πέρας έναν σκοπό, η μονοπωλιακή χρήση της βίας θα αποτελέσει το ύστατο μέσο, την ultima ratio, που θα διασώσει την ύπαρξη του κράτους και θα υπενθυμίσει το συνεχές του ως θεσμού. Με άλλα λόγια, το Κράτος δεν διεκδικεί το μονοπώλιο της βίας. Διεκδικεί το μονοπώλιο της νομιμοποιημένης βίας*».[343] Υπό αυτό το πρίσμα, η βία (της καθήλωσης, του ψυχιατρικού εγκλεισμού συνολικότερα) δεν αφορά τόσο την άτομο προς άτομο αντιπαράθεση. Δεν αφορά μια τιμωρητική πρακτική εν είδει ποινής, όπως προαναφέραμε. Η βία αφορά την προστασία και την ανακούφιση του πάσχοντος υποκειμένου. Μια βία όμως η οποία δεν θα μπορούσε να είναι εφαρμόσιμη (όπως και δεν εφαρμόζεται ή εφαρμόζεται επιλεκτικά, όπως μας έδειξαν τα εμπειρικά μας δεδομένα) αν τελικά δεν υπήρχαν πλειάδες στερεοτυπικών μορφωμάτων

---

[342]Bean, P., «Social Control and Social Theory in Secure Accommodation», στο: *Secure Provision*, επιμ. L. Gostin, Tavistock, London, 1985, όπως παρατίθεται στο: Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 308.

[343] Συνεχίζει χαρακτηριστικά ο Τσίρος: «*Η έννοια της φυσικής βίας αποτελεί το πιο σημαντικό κατηγόρημα του βεμπεριανού ορισμού περί κράτους. Το κράτος διεκδικεί, σύμφωνα με τον Weber, το μονοπώλιο στη νόμιμη χρήση του φυσικού εξαναγκασμού. Παρά το γεγονός ότι η απειλή της βίας ή και η πιθανή χρησιμοποίησή της δεν συνιστά το μοναδικό αλλά ούτε και το συνηθέστερο μέσο άσκησης της κρατικής βίας, εντούτοις είναι αυτό που ως ειδικό μέσο αποδείδει την πλέον πρόσφορη κοινωνιολογική χροιά του κράτους. Το κράτος δεν αξιώνει το μονοπώλιο μιας οποιασδήποτε μορφής βίας, αλλά το μονοπώλιο της νόμιμης βίας. Η χρήση της βίας, εκτός από μέσο κάθε κρατικής οργάνωσης, είναι τελικά συμφυής με την ίδια τη λειτουργία και την επιβίωσή της, έτσι ώστε ενίοτε να λειτουργεί ακόμη και ως αυτοσκοπός της*». Τσίρος, Ν., *Κοινωνιολογικοί Αναστοχασμοί για το Πολιτικό και το Δίκαιο: Η Συστημική Θεωρία του Niklas Luhmann*, Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, 2005, σ. 127.

(ασχέτως αν η παραγωγή τους έχει πιστοποιηθεί ως «αλήθεια») πάνω και διαμέσου των οποίων γίνεται εφαρμόσιμο και εφικτό ένα μοντέλο εφαρμογής της βίας. Με την έννοια «μοντέλο εφαρμογής της βίας» αναφερόμαστε κυρίως στη βία υπό το πρίσμα μιας αναγκαίας απάντησης, αναγκαίας για τη λύση μιας δυσλειτουργίας / προβλήματος για το οποίο δεν υπάρχει άλλη απάντηση. Ή όταν οι υπόλοιπες εκφορές της «βίας του Κράτους» έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικές. Σε αυτό ακριβώς το σημείο θεωρούμε ότι εμφανίζονται και δομούνται όλοι εκείνοι οι Λόγοι οι οποίοι δίνουν στις κατασταλτικές πρακτικές την νομιμοποιητική τους διάσταση.

Για αν γίνει όμως εφικτό, και κυρίως συνεπές με την ισχύουσα ιδεολογία περί άκρατης θετικότητας, όφειλε η διαδικασία να μεταλλαχθεί σε ένα μοντέλο όχι καταστολής, αλλά θεραπείας. Σε αντίθεση με τις παλαιότερες ασυλικές πρακτικές αποκλεισμού, οι οποίες σε επίπεδο επιστημονικής, θεσμικής αλλά και ιδεολογικής έγκλησης είναι πια απορριπτέες, η καταστολή, η συστημική βία όφειλε να νοηματοδοτηθεί ως κάτι διαφορετικό. Όφειλε να σημασιοδοτηθεί ως κάτι άσχημο μεν, αναγκαίο δε. Όφειλε να *φυσικοποιηθεί*. Και η πεποίθησή μας είναι ότι αυτή τη *φυσικοποίηση* αναλαμβάνει να φέρει εις πέραν η ιδεολογία περί *ψυχιατρικής γνώσης*.

Κεφάλαιο 6. Η ψυχιατρική «Αλήθεια»

6.1. Η *ψυχιατρική γνώση*: προοπτικές θεραπείας ή δυνατότητες καταστολής; Οι «λόγοι αλήθειας»

Γιατί άραγε η γνώση, αυτή καθαυτή δεν είναι αρκετή; Γιατί στο πεδίο της ψυχικής ασθένειας εμφανίζεται το συνονθύλευμα κατασταλτικών πρακτικών με παράλληλη την εμφάνιση και παγίωση μιας ολόκληρης «τεχνολογίας της Γνώσης»; Γιατί στην *ψυχιατρική* και όχι στην λοιπή *ιατρική* ανευρίσκεται παρούσα όλη αυτή η υβριδική κατάσταση που μεταπίπτει από την βία και την καταστολή στην θεραπεία και την ανακούφιση;

Στο παρόν κεφάλαιο θα προσπαθήσουμε να εντοπίσουμε κάποιους από τους τρόπους, τις *οδούς* εκείνες, μέσω των οποίων παράγεται η ψυχιατρική γνώση. Η ψυχιατρική *αλήθεια*. Επιπλέον, θα προσπαθήσουμε να ανιχνεύσουμε την *διαδρομή*, την *παρουσία*, τις *μεταλλάξεις* και εν τέλει τη *χρηστικότητα* της έννοιας της επικινδυνότητας στο μοντέλο παραγωγής του σύγχρονου ψυχιατρικού Λόγου. Και αυτό γιατί – συνεχίζοντας από την προβληματική του προηγούμενου κεφαλαίου- θεωρούμε ότι μια από τις λειτουργίες της ψυχιατρικής γνώσης, της ψυχιατρικής «Αλήθειας» είναι η νομιμοποίηση πρακτικών οι οποίες εμπεριέχουν τόσο το χαρακτήρα της βίας και της καταστολής, όσο και το χαρακτήρα της αυθαιρεσίας.

Μια από τις μείζονες προβληματικές, με την οποία ενασχολείται συστηματικά ο Μ. Foucault, αφορά τον τρόπο (ή καλύτερα τους τρόπους και τις διαδικασίες) μέσω των οποίων το νεοτερικό υποκείμενο έχει καταστεί υποκείμενο εξουσίας, αλλά και αντικείμενο γνώσης.[344] Ο Φουκώ θεωρεί ότι η σχέση αυτή εξουσίας και γνώσης είναι αδιάρρηκτη, χωρίς όμως οι δύο έννοιες να ταυτίζονται. Ο Κουράκης, προσεγγίζοντας το έργο του Foucault, επισημαίνει ότι η σχέση αυτή «…*εμφανίζεται συχνά σαν τέτοια σε πρακτικές όπως η απόσπαση της ομολογίας κατά την κλασσική εποχή (όπου η αναζήτηση της "αλήθειας" συμπορεύεται με την άσκηση της εξουσίας) και η υποβολή σε εξέταση (examen)*

[344] Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι κύριες θεματικές του έργου του Foucault αφορούν συγκεκριμένους τομείς, όπως: α) τον τρόπο που παράγονται, αλλά και εγκαθιδρύονται «καθεστώτα Αλήθειας», κυρίως στις νεοτερικές και μετα-νεοτερικές κοινωνίες, β) τις διαδικασίες μέσω των οποίων παράγεται η διαφορετικότητα, η παρέκκλιση, καθώς και η ανίχνευση των μηχανισμών εκείνων οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την πειθαρχία και την ομαλοποίηση, γ) η περιγραφή των νέων δομών εξουσίας οι οποίες αναλαμβάνουν ουσιαστικά τον εκτελεστικό ρόλο αναφορικά με τις διαδικασίες πειθαρχίας ή/και ομαλοποίησης και δ) η ανάλυση των νέων μορφών γνώσης οι οποίες ασκούν καθοριστική επίδραση στην παραγωγή του σύγχρονου υποκειμένου. Χαρακτηριστικά, βλ. Smart, B., «Michel Foucault», *Key Sociologists*, Tavistock -Ellis Horwood, Λονδίνο, 1985.

(που χρησιμοποιείται ως τρόπος επιλογής π.χ. στο εργοστάσιο αλλά και ως θεωρητικό μοντέλο π.χ. στην ψυχανάλυση) κατά τη σύγχρονη εποχή. Είναι όμως η σχέση αυτή εξουσίας και γνώσης και αμφίδρομη: Η γνώση παράγει και στηρίζει την εξουσία, τροφοδοτώντας την με μεθόδους παρατήρησης, τεχνικές καταχώρισης, διαδικασίες εξέτασης και ελέγχου. Αλλά και η εξουσία, από την πλευρά της, παράγει και στηρίζει τη γνώση, αφού με την άσκηση της εξουσίας δημιουργούνται νέα αντικείμενα γνώσης, χρήσιμα για την άσκηση αυτή (π.χ. ψυχιατρική) και νέοι χώροι για την καλλιέργεια της γνώσης (π.χ. ψυχιατρεία) μέσα από την παρατήρηση και εξέταση των εγκλείστων σ' αυτούς».[345] Επί της ουσίας, ο Ν. Κουράκης περιγράφει μια βασική θεωρητική αφετηρία μας: Η ψυχιατρική δομή νοσηλείας, η σχέση της με τον εισαγγελικό (και όχι μόνο) νοσηλευόμενο, οι πρακτικές εισαγωγής, διάγνωσης, νοσηλείας, εν τέλει όλο το αμάλγαμα των κοινωνικών πρακτικών και μικρο-αντιδράσεων οι οποίες εμφανίζονται στις καθημερινές κλινικές πρακτικές αποτελούν ένα **αποταμιευτήρα**. Τον κύριο θεματικό αποταμιευτήρα, μέσα από τον οποίο μπορούν να αλιευθούν οι ήδη υπάρχουσες τυπολογίες της ψυχιατρικής νοσογραφίας έτσι όπως εμφανίζονται στο συγκεκριμένο ιστορικό συγκείμενο. Επιπλέον, όλες αυτές οι πρακτικές παράγουν διαφορετική, παραπλήσια ή καινούρια ψυχιατρική γνώση. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Foucault: «*Οι επιστήμες του σώματος και οι ρυθμίσεις του πληθυσμού συνιστούν τους δύο πόλους γύρω από τους οποίους αναπτύχθηκε η οργάνωση της εξουσίας πάνω στη ζωή*».[346]

Η έννοια της «αλήθειας» στην ιατρική, γιατί –γνωρίζοντας ότι επαναλαμβανόμαστε- η ψυχιατρική επιστήμη θεωρείται ότι είναι μια ιατρική επιστήμη, εξαρτάται άμεσα από την έννοια της «ασθένειας». Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο σημείο, στην περίπτωση που μια συγκεκριμένη κατάσταση του Υποκειμένου εκληφθεί ως «ασθενής», η ιατρική όχι μόνο έχει δικαίωμα παρέμβασης, αλλά θα μπορούσαμε να ισχυρισθούμε ότι δικαιούται την «πρωτοκαθεδρία της παρέμβασης». Ο Parsons περιέγραψε τον κοινωνικό χαρακτήρα του «ρόλου του αρρώστου», με τον επαγγελματία ιατρό να διαδραματίζει ένα κρίσιμο, αν όχι καθοριστικό ρόλο στην διατήρηση και ενίσχυση του ρόλου του «πάσχοντα». Ενώ όμως στην περίπτωση της «κλασσικής», οργανικής ιατρικής ο «πάσχων ρόλος» μπορεί να πιστοποιηθεί με ευκολία (όπως για παράδειγμα με μια σειρά εξετάσεων), στην περίπτωση της ψυχιατρικής η έννοια του «πάσχοντα» δεν είναι τόσο εύκολα τεκμηριώσιμη. Η Estroff

[345] Βλ. Κουράκης, Ν., «Το Πρόβλημα της Ποινικής Καταστολής στο Έργο του Michel Foucault», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, ειδικό τεύχος 68 Α, 1988, σσ. 130 - 149.
[346] Foucault, M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας*, τ. 1, *Η Δίψα της Γνώσης*, οπ.π., σ. 171.

αναφέρει χαρακτηριστικά ότι «…*εφόσον το status της* (ψυχικής) *ασθένειας είναι αμφίβολο, τόσο ο πάσχων, όσο και οι "σημαντικοί Άλλοι" διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση των μεταξύ τους απόψεων και αναπαραστάσεων αναφορικά με την αιτία, τη φύση, την πορεία, τη θεραπεία της πάθησης*…».[347] Υπό αυτό το πρίσμα, είναι κατανοητή η ανάγκη για την κατά το δυνατόν ισχυρότερη τεκμηρίωση του «ψυχιατρικού Λόγου», της ψυχιατρικής γνώσης, ως αληθούς.

Η έννοια της Γνώσης, η οποία σύμφωνα με τον Foucault είναι η κρίσιμη παράμετρος η οποία πλέον υποστηρίζει τους μηχανισμούς και θεσμούς παραγωγής εξουσίας, αυτούσια, από μόνη της, αποτελεί μια αφαίρεση. Σύμφωνα με τον Freidson αποκτά υπόσταση μόνο μέσω της σύνδεσής της με συγκεκριμένους *θεσμούς* αλλά και *συστήματα* τα οποία λειτουργούν ως *φορείς* της, συστήματα όπως το «νοσοκομείο».[348] Θεωρούμε ότι το ψυχιατρικό νοσοκομείο εκφράζει με εναργή τρόπο την σχέση *Γνώσης*, *Εξουσίας* και τον *τρόπο* που αυτή η σχέση εκταμιεύεται στις καθημερινές πρακτικές. Όπως προαναφέρθηκε, στην ανάλυση του Freidson δίνεται βαρύτητα στην έννοια της *τυποποιημένης γνώσης*.[349] Ο Freidson θεωρεί ότι η δημιουργία και η ισχυροποίηση μοντέλων *τυποποιημένης γνώσης* είναι η συνθήκη εκείνη η οποία μεγιστοποιεί τη δυνατότητα της ιατρικής στο να καθίσταται η μοναδική, η πιστοποιημένη, η αδιαπραγμάτευτη αυθεντία. Στο να καθίσταται η **Αλήθεια**. Υπό αυτή την προοπτική, είναι κατανοητή η «αγωνία» της ψυχιατρικής επιστήμης στο να μπορέσει να βρει τις διαδρομές εκείνες μέσω των οποίων θα γίνει

---

[347] Estroff, S., E., *Making it crazy. An etnography of psychiatric clients in an American community*, University of California Press, Berkeley California, 1981, σ. 243.

[348] Σύμφωνα με τον Αλεξιά, «*Η τυποποιημένη ιατρική γνώση εκφράζεται σε δύο επίπεδα. Πρώτον, ως επιστημονική γνώση απέναντι στην κοινωνία και δεύτερον, ως διοικητικός οργανωτικός μηχανισμός (νοσοκομείο). Το νοσοκομείο λειτουργεί τόσο ως εκφραστής της ιατρικής γνώσης απέναντι στην κοινωνία όσο και ως προσωρινός φορμαλισμός του επιστημονικού τρόπου σκέψης απέναντι στους ίδιους τους εκφραστές του. Η τυποποιημένη γνώση λοιπόν συνδέεται με την αύξηση της ορθολογικής - νόμιμης γραφειοκρατίας, αποτελώντας μέσο για την επέκταση της επιστήμης και την εφαρμογή των επιστημονικών μεθόδων στα τεχνικά (οργάνωση) και κοινωνικά (υγεία) προβλήματα. Η επιστημονική γνώση υπάρχει όμως όχι μόνο ως τυποποιημένη, αλλά και ως «εν δυνάμει» τυποποιήσιμη. Τυποποιήσιμη χαρακτηρίζει ο* Freidson *την ικανότητα της επιστημονικής ιατρικής γνώσης να αναπτύσσεται και να εξελίσσεται*». Αλεξιάς, Γ., *Λόγοι Περί Ζωής και Θανάτου: Η Ιατρική Πράξη ως Μορφή Κοινωνικής Αλληλόδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000, σ. 127 - 128.

[349]«*Ως "τυποποιημένη γνώση"* (formal knowledge) *θεωρείται η εξειδικευμένη γνώση η οποία αποτελεί την αναγνωρισμένη ως "αντικειμενική", γνώση στη σύγχρονη κουλτούρα. Η τυποποιημένη γνώση διαφέρει από τη γνώση η οποία στηρίζεται στην καθημερινή γλώσσα, εφόσον χρησιμοποιεί ένα εξειδικευμένο λεξιλόγιο (επιστημονική ορολογία) μη προσιτό στις μάζες. Διαφέρει επίσης και από τη μη τυποποιημένη, ειδική γνώση (λαϊκή ιατρική). Η τυποποιημένη γνώση είναι αυτή η οποία βρίσκεται καταχωρημένη σε ειδικά βιβλία, προσιτά μόνο σε λίγους, σε γλώσσα απροσπέλαστη για τους πολλούς και εκφρασμένη από ένα λόγο και μια τεχνική (εγχειρίδια για ιατρικά μηχανήματα υψηλής τεχνολογίας) που δεν είναι γνωστά στους μη ειδικούς*». Freidson, E., *Professional Powers*, Chicago, 1986, σ. 13, όπως παρατίθεται στο: Αλεξιάς, Γ., *Λόγοι Περί Ζωής και Θανάτου: Η Ιατρική Πράξη ως Μορφή Κοινωνικής Αλληλόδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, οπ.π., σσ. 127.

εφικτός ο κατά το δυνατόν επαρκέστερος τρόπος **παγίωσης** και κυρίως **διαιώνισης** της δικής της «Αλήθειας».

6.1.α. Η ψυχιατρική συνέντευξη: αναζητώντας την «Αλήθεια»

«*Από το Μεσαίωνα οι δυτικές κοινωνίες τοποθέτησαν την ομολογία ανάμεσα στις μείζονες ιεροτελεστίες από τις οποίες περιμένουν τη παραγωγή της αλήθειας* […] *ομολογία – αναγνώριση από κάποιον των ίδιων του των σκέψεων και πράξεων* […]. *Η αυθεντικότητά του πιστοποιείται με το λόγο της Αλήθειας που μπορούσε ή υποχρεώνονταν να κάνει για τον εαυτό του* […]. *Ο άνθρωπος στη Δύση κατάντησε ένα ζώον ομολογητικόν* […]. *Η υποχρέωση της ομολογίας* […] *ενσωματώνεται τόσο βαθιά μέσα μας που δεν την αντιλαμβανόμαστε πια σαν το αποτέλεσμα μιας εξουσίας που μας καταναγκάζει. Νομίζουμε, αντίθετα, πως η "αλήθεια", στα μύχια της ψυχής μας δεν "ζητάει" παρά να βγει στο φως*».[350]

Θα ήταν άραγε αυθαίρετο το να προσπαθήσουμε να συγκρίνουμε τις διαδικασίες, τα φαινόμενα, τις τελετουργίες, τις πρακτικές εκείνες οι οποίες εν ολίγοις σημασιοδοτούσαν κάποια από τα βασικά χαρακτηριστικά του θεσμού της *εκκλησίας* με αυτά της *ψυχιατρικής*; Αν ακολουθήσουμε τη θέση, η οποία εκφράστηκε και υποστηρίχθηκε κατά κόρον από τον Foucault, ότι ο «διάδοχος», ή έστω ένας από τους «διαδόχους» της εκκλησίας, υπό το πρίσμα ενός κανονιστικού θεσμού, είναι η ψυχιατρική επιστήμη, θα μπορούσαμε ίσως να προσεγγίσουμε, να νοηματοδοτήσουμε και να ερμηνεύσουμε μια σειρά φαινομένων τα οποία ακόμα και σήμερα, στην ελληνική κλινική ψυχιατρική πρακτική, έτσι όπως την καταγράψαμε, παρουσιάζουν οφθαλμοφανείς ομοιότητες.[351]

6.1.β. Το «ομολογούν» υποκείμενο

«*Αυτό που δεν μ' αρέσει, είναι η απειλή, αν δεν πάρεις τα φάρμακά σου, θα σε κάνουμε, θα σε δείξουμε, θα σε φτιάξουμε* […] *μετά ήρθαν οι δικοί μου, η μάνα μου κυρίως, <u>δηλαδή ο λόγος μας δεν περνάει. Κι από τη στιγμή που δεν περνάει ο λόγος μας μ' αυτή την πάθηση που έχουμε,</u>*

[350] Foucault, M., *Η Ιστορία της Σεξουαλικότητας, τόμος Ι, η Δίψα της Γνώσης*, οπ.π., σ. 75 – 78.

[351] Σύμφωνα με τον Jewson, ο επιστημονικός χαρακτήρας της ιατρικής επιστήμης, υπό όρους κοινωνικής κατασκευής, αποτελεί την εκδοχή του αστικού τύπου κοινωνικής οργάνωσης και της συσπείρωσης της αστικής τάξης απέναντι στην κυριαρχία της εκκλησίας. Ουσιαστικά πρόκειται για μια εκδοχή του συγκρουσιακού μοντέλου κοινωνικής οργάνωσης με την αστική τάξη να προσπαθεί να περιορίσει τη εξουσία της εκκλησίας πάνω στη έννοια της ανθρώπινης ύπαρξης. Βλ. Jewson, N., «Medical Knowledge and the Patronage System in 18th Century England», *Sociology*, τεύχος 83, 1975, σ. 309 - 385.

<u>ότι και να πούμε δεν πιάνει.</u> Είναι σαν να μην έχουμε δίκιο. Δηλαδή, υπάρχει λόγος να διαμαρτύρομαι εγώ, άμα κάποια πράγματα είναι φυσιολογικά, για ποιο λόγο να διαμαρτυρηθώ εγώ; Έχω κανένα λόγο; Η μάνα μου όλα τα κόλλαγε στην αρρώστια. Ότι και να 'τανε όλα εγώ τα φταίω. Αυτό σε φθείρει πάρα πολύ ψυχολογικά. Λες εγώ ξοφλημένος είμαι; Τι είμαι έτσι;» (Νοσηλευόμενη)

«*Παίρνω λοιπόν το φάκελό μου από το νοσοκομείο* ***με τα χίλια ζόρια,*** *τρεις φορές μου στείλανε, αποσπάσματα, χαρτιά κι αυτά, πάω στην εισαγγελία, στο Πρωτοδικείο, παίρνω το φάκελό μου από κει, πήγα στην αστυνομία ζήτησα από το βιβλίο συμβάντων, εκεί έμαθα ότι ήτανε οι δύο αδελφές μου και η πρώην γυναίκα μου, είχανε δώσει κατάθεση εναντίον μου. Βάση καταθέσεων έγινε ας πούμε και η εισαγγελική εντολή. Βλέπω, λοιπόν ότι με κατηγορούνε, ότι εγώ ήθελα να σκοτώσω τα παιδιά μου, τη γυναίκα μου, τη μητέρα μου, τ' αδέλφια μου, και τους συγγενείς μου. Και οι τρεις. Και μου πέφτει ο ουρανός στο κεφάλι. Αν είναι δυνατόν! Και ξανασκέφτομαι και να πηγαίνω στην αστυνομία και να τους λέω "μα καλά, αν κινδύνευε η ζωή τους, γιατί δεν ερχόντουσαν να το δηλώσουνε;" και περιμένουν την ημέρα που θα 'ρθω να πάνε να το καταθέσουνε αυτό το πράγμα; Έτσι δεν είναι; Άρχισα να πηγαίνω σε δικηγόρους, από δω από κει, γιατί δεν υπήρχε τέτοιο θέμα. Ούτε τα παιδιά μου, ούτε κανέναν απείλησα ότι θα σκοτώσω. Που λες, κουράστηκα. Ήρθε το καλοκαίρι. Το καλοκαίρι λοιπόν η μητέρα μου ενδιαφερόταν, γιατί μαζεύω όλα τα έγγραφα; Εγώ δεν της έλεγα τίποτα, την άφηνα απ' έξω κι αυτά, να μην την στεναχωρήσω κι όλ' αυτά, μια μέρα, λοιπόν ήρθε ένα χαρτί, μαζεύω όλα τα έγγραφα, της λέω έλα εδώ μητέρα. "Τι λέει εδώ πέρα;" Είχανε πει, άλλα στην αστυνομία, άλλα στο ψυχιατρείο. Στην αστυνομία λέγανε αυτό που σας είπα, είπανε ότι απειλούσα ότι θα σκοτώσω όλο τον κόσμο. Και την πιάνω και της λέω "ρε μητέρα", και της δείχνω την πρώτη κατάθεση στην αστυνομία ότι την "πιάνω εγώ από τα μαλλιά και την έσερνα στο πάτωμα". Με λίγα λόγια με παρουσιάζανε σαν κτήνος. Που εγώ πήγα κι έπιασα μια γυναίκα που είναι 100 χρονών, με παθολογικά προβλήματα και την έσερνα στο πάτωμα;;; Πότε;;;»* (Νοσηλευόμενος)

«*Αυτή η θεωρητική οργάνωση της ψυχικής αρρώστιας συνδέεται με ένα ολόκληρο σύστημα πρακτικών: την οργάνωση του ιατρικού δικτύου, το σύστημα διάγνωσης* […] *την κατανομή και παροχή νοσηλείας, τα κριτήρια θεραπείας…* […] *τον καθορισμό της ανευθυνότητας απέναντι στο νόμο* […] *με λίγα λόγια, μια ολόκληρη σειρά πρακτικών που προσδιορίζουν τη συγκεκριμένη ζωή του τρελού μέσα σε μια δεδομένη κοινωνία. Αλλά αυτές οι πρακτικές είναι απλά μια ένδειξη όλων των αποστάσεων που διατήρησε μια κοινωνία σε σχέση με αυτή την μεγάλη εμπειρία του Παράφρονος που βαθμιαία, μέσα από αλλεπάλληλες κλιμακώσεις, γίνεται τρέλα, αρρώστια και ψυχική αρρώστια. Θα μπορούσε επίσης να αποκαλυφθεί η αντίθετη κίνηση, δηλαδή, η κίνηση εκείνη με την οποία μια κουλτούρα έρχεται να εκφράσει*

τον εαυτό της, θετικά, μέσα στα φαινόμενα που απορρίπτει. Η τρέλα, ακόμα και όταν υποχρεώθηκε να σωπάσει και να αποκλειστεί, άξιζε σαν γλώσσα και το περιεχόμενό της προσλαμβάνει νόημα, στη βάση αυτού που την καταγγέλλει και την απορρίπτει σαν τρέλα».[352]

Ένα από τα πεδία ανάλυσης του M. Foucault, αφορά την διαδικασία παραγωγής γνώσης:[353] εκκινώντας από το Μεσαίωνα καταγράφει και αναλύει τις πρακτικές εκείνες που –κατά τη γνώμη του- έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στις διαδικασίες «πληθυσμιακής υγιεινής». Ο συγκεκριμένος στοχαστής θεωρεί δομική στην ανάλυσή του τη διαδικασία της *εξομολόγησης*. Το βασικό στοιχείο στο οποίο θα θέλαμε να εστιάσουμε είναι το ότι η τελετουργία της εξομολόγησης, με όλες τις διαφοροποιήσεις που υπέστη,[354] παραπέμπει ακριβώς στους μηχανισμούς αναγνώρισης, παραγωγής, και πιστοποίησης της «αλήθειας». Με άλλα λόγια, τόσο αναφορικά με την *εξομολόγηση*, όσο και αναφορικά με τις *μεταλλάξεις* τις (η κυριότερη εκ των οποίων φρονούμε ότι είναι η δέσμη που αναφέρεται

---

[352] Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, οπ.π., σ. 100.

[353] Η διεξοδικότερη περιγραφή των σχέσεων αυτών εξουσίας και γνώσης γίνεται στο βιβλίο του «*Επιτήρηση και τιμωρία*». Στην *Επιτήρηση και Τιμωρία* διερευνάται η διαδικασία μετάβασης, οι συνθήκες υπό τις οποίες πραγματοποιήθηκε η μετάβαση από τους παλαιότερους τρόπους τιμωρίας με θανάτωση ή σωματικές ποινές, στον σύγχρονο τρόπο τιμωρίας, αυτόν της φυλάκισης. Εξηγείται δηλαδή ότι κατά την κλασική εποχή η τιμωρία η οποία ισοδυναμούσε πολλές φορές με θανάτωση (και μάλιστα ιδιαίτερα επώδυνη και μαρτυρική) του εγκληματία γινόταν με δημόσιο, πανηγυρικό τρόπο και αποσκοπούσε στην εξάλειψη ενός αμφισβητία της κρατικής εξουσίας, ενώ εντοπιζόταν κυρίως στο σώμα του. Από την Γαλλική επανάσταση όμως και μετά «*…η τιμωρία (φυλάκιση) του εγκληματία γίνεται με τρόπο περισσότερο μυστικό, απομονωτικό, ψευδοεπιεική, κατ' επίφαση μόνον ανθρωπιστικό, παράλληλα όμως περισσότερο εξορθολογισμένο και επιστημονικά αποτελεσματικό: Το σώμα του εγκληματία και η πράξη του τίθενται σε δευτερεύουσα μοίρα, ενώ πρωταρχική σημασία αποκτά (και εξακολουθεί έως σήμερα να έχει η ψυχή και η προσωπικότητα του εγκληματία, ώστε η εξατομικευμένη ποινική μεταχείριση που θα του επιβληθεί -με τη συνδρομή σειράς ολόκληρης από "επαΐοντες", γιατρούς, ψυχολόγους κ.λπ.- να επιτύχει την υποτιθέμενη "αναμόρφωση" του εγκληματία και την ένταξή του στην "κανονικότητα" της κοινωνικής ζωής, μέσα από τη συνεχή άσκησή του και εποπτεία*». Στο: Κουράκης, Ν., «Το Πρόβλημα της Ποινικής Καταστολής στο Έργο του Michel Foucault», οπ.π., σ. 11 12.

[354] Σύμφωνα με τον Foucault, η διαδικασία της εξομολόγησης παρουσιάζει σημαντικά διαφοροποιημένα στάδια. Ενώ αρχικά ήταν προσανατολισμένη στην έννοια της **πράξης**, στην αμαρτωλή πράξη, η οποία ελέγχονταν από μια σειρά κωδικοποιημένες εντολές, αργότερα υπέστη μια σημαντική διαφοροποίηση. Η εξομολόγηση από την (αμαρτωλή) πράξη, και την «τιμωρία» της προσανατολίστηκε στην επιθυμία: στη (αμαρτωλή) σκέψη. Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*…το τελετουργικό της μετανοίας δεν περιελάμβανε (αρχικά) υποχρεωτική ομολογία* […]. *Όσο αφορά τη μετάνοια, αυτή ήταν διατιμημένη με την έννοια ότι για κάθε τύπο αμαρτίας υπήρχε ένας κατάλογος αναγκαίας μετάνοιας, όπως ακριβώς υπήρχε στο κοσμικό ποινικό σύστημα μια θεσμοθετημένη αποζημίωση στο θύμα για κάθε έγκλημα και παράπτωμα…*». Και λίγο παρακάτω: «*Ολόκληρη η μυστηριακή οικονομία της μετανοίας, με τα χαρακτηριστικά πού θα τη γνωρίσουμε όχι μόνο προς τα τέλη του Μεσαίωνα αλλά μέχρι και τις μέρες μας, έχει περίπου καθοριστεί. Χαρακτηρίζεται από δύο ή τρία μεγάλα γνωρίσματα. Πρώτον, την κεντρική θέση της ομολογίας στο μηχανισμό της άφεσης αμαρτιών. Πρέπει οπωσδήποτε να υπάρξει ομολογία, να ομολογηθούν τα πάντα. Δεν πρέπει να παραλειφθεί τίποτα. Δεύτερον, τη σημαντική αυτή επέκταση του τομέα της ομολογίας, στο βαθμό πού δεν πρόκειται πια απλώς για ομολογία των σοβαρών αμαρτιών αλλά για ομολογία των πάντων. Τέλος, την αναλογική επέκταση της εξουσίας του ιερέα ο οποίος δίνει πλέον την άφεση, και της ειδημοσύνης του, αφού οφείλει τώρα, στο εσωτερικό του μυστηρίου της μετανοίας, να ελέγχει αυτό πού λέγεται, να εξετάζει, να επιβάλλει το πλαίσιο της ειδημοσύνης του, της εμπειρίας και των γνώσεών του, τόσο ηθικών όσο και θεολογικών*». Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 328,331, 338.

στην ψυχιατρική, με απαρχές της την εμφάνιση της ψυχανάλυσης), η διαδικασία της ομολογίας «*…είναι απλώς μια τροποποίηση, η τροποποίηση μιας διαδικασίας, η οποία δεν είναι καθόλου διαδικασία λογοκρισίας, απώθησης ή υποκρισίας, αλλά η τροποποίηση μιας πολύ θετικής διαδικασίας, που είναι η διαδικασία της αναγκαστικής και υποχρεωτικής ομολογίας*».[355] Η διαδικασία της ομολογίας – μετάνοιας αναδύεται, η καλύτερα επικυρώνεται περιβαλλόμενη από το κύρος του θεσμού της εκκλησίας, σαν ένας αποτελεσματικότατος *μηχανισμός λόγου*, ο οποίος μεταλαμπαδεύτηκε στις διαδικασίες της ψυχιατρικής επιστήμης. «*Πιστεύω ότι το φόντο, κατά κάποιο τρόπο, όλων των τεχνικών εξέτασης και ιατρικοποίησης* […] *είναι η εγκατάσταση αυτής της απέραντης ολικής αφήγησης της ύπαρξης στο εσωτερικό των θρησκευτικών μηχανισμών*».[356]

> «*Πες τα όλα στον γιατρό. Αυτά που μου έλεγες και σε εμένα στο σπίτι. Αυτά που μου έλεγες ότι δεν νοιώθεις καλά, ότι σκέφτεσαι να κάνεις κακό στον εαυτό σου. Πες του τα, γιατρός είναι. Πρέπει να τα ξέρει όλα…*» (Συνομιλία μητέρας με το γιό της, Επείγοντα Εξωτερικά Ιατρεία, Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Με άλλα λόγια, η πλέον πιστοποιημένη διαδικασία ανίχνευσης, όχι μόνο της παρέκκλισης, αλλά της παθολογικής εκφοράς αποτελεί η «ομολογητική σχέση». Επιπλέον, και εξίσου σημαντικό, πια, η έμφαση, η αναγκαιότητα δεν δίνεται στην πράξη, αλλά στην επιθυμία:[357] «*Δεν θα χρησιμοποιείται πια ως κατευθυντήριο νήμα ο νόμος και η παραβίαση του νόμου, το παλαιό νομικό μοντέλο που πρότεινε η διατιμημένη μετάνοια, αλλά όλη αυτή η διαλεκτική της απόλαυσης, της αθυμίας, της ηδονής, της επιθυμίας…*».[358] Θεωρούμε ότι αυτή η καμπή, ή καλύτερα η μεταστροφή, συνάδει τα μάλα με τη διαδικασία μετάβασης από την έννοια της *ποινής* στην έννοια της *προστασίας*, έτσι όπως περιγράφηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Μια μετάβαση, κατά την οποία οι μηχανισμοί εξουσίας, για να είναι αποτελεσματικοί και επαρκείς, παύοντας να έχουν στόχο το σώμα per se, στοχεύουν στο *θυμικό*. Η ψυχή, ο ψυχισμός είναι το «πεδίο μάχης» πλέον. Και η έννοια του *λόγου* αποτελεί ένα ιδιαίτερα

---

[355] Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 324.
[356] Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 353 – 354.
[357] Σύμφωνα με την ανάλυση του Foucault, αυτή η μεταστροφή στο επίπεδο της επιθυμίας, έχει κυρίως να κάνει με την έννοια της σεξουαλικότητας, και ιδιαίτερα της παιδικής και εφηβικής σεξουαλικότητας. «*Η εξουσία αυτή επιχειρεί να εξοστρακίσει, να εξοβελίσει τις μορφές εκείνες της σεξουαλικότητας που δεν συμμορφώνονται με την αναπαραγωγή. Ο στόχος αυτός δεν εξυπηρετείται με την απαγόρευση, με την καταστολή, αλλά με την παραγωγή Λόγων για το σώμα, με την παραγωγή των ίδιων των σωμάτων, με την εμφύτευση "διαστροφών"*». Γιαννακόπουλος Κ., «Ιστορίες Σεξουαλικότητας», στο: *Σεξουαλικότητα: Θεωρίες και Πολιτικές της Ανθρωπολογίας*, επιμ. Κ. Γιαννακόπουλος, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2006, σσ. 29 – 30.
[358] Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 364.

αποτελεσματικό «όπλο». «*Για να το θέσουμε διαφορετικά…*» αναφέρει ο Foucault «*…δεν μπαίνουμε σε μια εποχή όπου η σάρκα πρέπει να περιοριστεί επιτέλους στη σιωπή, αλλά σε μια εποχή όπου η σάρκα εμφανίζεται στη σχέση της με ένα σύστημα, με ένα μηχανισμό εξουσίας, ο οποίος περιλαμβάνει μια εξαντλητική χρήση του λόγου (discursivite)…*».[359] Με ένα παραπλήσιο τρόπο, είτε στα ερμητικά κλειστά γραφεία των ψυχοθεραπευτών, είτε στα ιατρεία των ψυχιατρικών δομών, είτε στα εξωτερικά ιατρεία των κλινικών νοσηλείας, ο φερόμενος ως πάσχων, ο «εισαγγελικός» (και μη) νοσηλευόμενος, εντάσσεται ηθελημένα, είτε αθέλητα σε μια διαδικασία πίεσης για εξομολόγηση: ανιχνεύεται, παρατηρείται, εξετάζεται, ερμηνεύεται, κωδικοποιείται, είτε καθ' ιδίαν, είτε αγεληδόν:

> «*…στην πρώτη συνέντευξη είμαστε όλοι μέσα. Σ' εμάς είναι η κλινική ολόκληρη μέσα. Η κλινική απαρτίζεται, από τον αναπληρωτή διευθυντή, τον επιμελητή, τον ειδικευόμενο, και τον ψυχολόγο της κλινικής γιατί είμαστε δύο. Όλη η κλινική μαζί. Όλοι μέσα. Ο διευθυντής, ο αναπληρωτής, ο επιμελητής, τρεις τέσσερις ειδικευόμενοι, η κοινωνική λειτουργός, οι δύο ψυχολόγοι…* ***Τραγικό το βρίσκω.*** *Και τους βλέπουν όλοι μαζί. Στην πρώτη τουλάχιστον συνέντευξη είναι γεμάτο κόσμο. Στο "Ελλήνων" μάλιστα ήταν ένα πολύ κωμικό περιστατικό, ήταν ένας ασθενής, με πάρα πολύ έντονο παραλήρημα που αφορούσε γυναίκες. Δηλαδή, έλεγε: "άμα πλησιάσω μια γυναίκα θα μείνει έγκυος και το παιδί θα είναι τέρας, και οι γυναίκες μου προκαλούν επίδραση" ξέρω γω τι και τα λοιπά, κι είναι ένα τμήμα που δουλεύουνε μόνο γυναίκες. Όλο γυναίκες. Και διαπιστώνουμε ότι σ' ένα πολύ μικρό χώρο φαντάσου από δω και πέρα, τόσο είναι το γραφείο, είμαστε γύρω στις δέκα γυναίκες, είμαστε όλες μαζί που βλέπουμε τον ασθενή, και φαντάσου σε τι στρίμωγμα τον έχουμε. Δηλαδή κάθεται εδώ, και υπάρχει μια εδώ, μια εκεί, μια εδώ, μια εκεί, γυναίκες γύρω, γύρω. Όλο γυναίκες. Αυτός ο κακομοίρης σε μια ακρούλα στη μέση. Πάλι καλά που δεν έφυγε τρέχοντας. Πώς δεν πετάχτηκε από το παράθυρο…*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

6.2. Η *διάγνωση*: Η «επίσημη» ψυχιατρική «γλώσσα»

Όπως αναφέραμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, υπάρχει μια έντονη προσήλωση, ασχέτως του αν ο νοσηλευόμενος είναι ακούσια νοσηλευόμενος ή εκούσια, στο να γίνει εφικτή μια κατά το δυνατόν πιο «καθαρή» διάγνωση. Επιπλέον, οι όροι και οι συνθήκες συνδιαλλαγής σε επίπεδο λόγου (parole) στις δομές νοσηλείας υπακούν σε ένα μοντέλο λεκτικής επικοινωνίας το οποίο δίνει –αν όχι καθολική, τουλάχιστον μέγιστη- προτεραιότητα στην ψυχιατρική κωδικοποίηση. Αναγιγνώσκοντας τα δεδομένα μας, θεωρούμε ότι η

[359] Foucault, M., *Οι Μη Κανονικοί*, οπ.π., σ. 386.

ψυχιατρική Γνώση, έτσι όπως παράγεται στη σύγχρονη ψυχιατρική πρακτική, όλο και περισσότερο τείνει να αποκτά ένα ιδιαίτερα περιχαρακωμένο, ψυχαναγκαστικό –για να χρησιμοποιήσουμε τη «Ψ» ορολογία- εργαλειακό, με συγκεκριμένες διαστάσεις χαρακτήρα. Οι διαδικασίες εξέτασης, και απόφανσης, επί της ουσίας οι διαδικασίες λεκτικής πιστοποίησης της Αληθούς Ετικέτας, οι διαδικασίες απόδοσης και χαρακτηρισμού ποιος είναι τι (και ποιος δεν είναι, ακόμα ποιο σημαντικό) ακολουθούν με όλο και μεγαλύτερη προσήλωση και ευπείθεια ένα μοντέλο παραγωγής και εφαρμογής Γνώσης το οποίο υπακούει σε μια αλγοριθμική πρακτική. Πια, το DSM έχει καταστεί αν όχι ο μοναδικός, τουλάχιστον ο καίριος άξονας διά του οποίου ερμηνεύονται, στοιχειοθετούνται, αναγνωρίζονται και κατατάσσονται οι εκφάνσεις των υποκειμένων.

«*Όπως η οργανική ιατρική, η ψυχική ιατρική προσπάθησε πρώτα να αποκρυπτογραφήσει την ουσία της αρρώστιας, μέσα από τη διαδοχική σειρά των σημείων που την δηλώνουν. Έτσι, δημιουργήθηκε μια συμπτωματολογία στην οποία επιλέχθηκαν οι σταθερές, ή απλά οι συχνές, συσχετίσεις ανάμεσα σε έναν συγκεκριμένο τύπο αρρώστιας και σε μια συγκεκριμένη νοσηρή εκδήλωση* […]. *Έτσι, συγκροτήθηκε επιπλέον και μια νοσογραφία…*»[360] αναφέρει ο Foucault, προσδιορίζοντας τη μέθοδο μέσω της οποίας αναδύεται η ψυχιατρική «αλήθεια». Πιστεύουμε, δηλαδή, ότι το κύριο ποιόν της ψυχιατρικής γνώσης (και κατά συνέπεια, πρακτικής) σήμερα μπορεί να προσδιορισθεί στην όλο και πιο ολοκληρωτική εμφάνιση, χρήση, εγκαθίδρυση και παγίωση μιας Γνώσης η οποία είναι άρρηκτα εξαρτώμενη και συνδεδεμένη με την έννοια της **κατηγοριοποίησης**. Βέβαια, θα μπορούσαμε να αυτό-αντιπαραθέσουμε το ερώτημα: «*Και πότε δεν ήταν έτσι;*». Ίσως όμως το κρίσιμο σημείο που αναδύεται σήμερα η σχεδόν παντελής απουσία κάποιας εναλλακτικής. Πια, ο «αλγόριθμος», το DSM, τα «σκληρά» μοντέλα ανίχνευσης της ψυχικής διαταραχής, τα μοντέλα που στηρίζονται σχεδόν αποκλειστικά και μονοδιάστατα στα ψυχιατρικά εγχειρίδια, θεωρούμε ότι αποτελούν την σύγχρονη μορφή του Ψυχιατρικού Λόγου: Η «ψυχιατρική Αλήθεια» οφείλει να υπακούει σε συγκεκριμένα κριτήρια. «*Λέγεται και επαναλαμβάνεται, ότι η επιστήμη είναι μια καλοφτιαγμένη γλώσσα. Πράγμα που σημαίνει ακόμη ότι η γλώσσα είναι απαρχή της επιστήμης και ότι ο αλγόριθμος είναι η ενήλικη μορφή της γλώσσας. Αυτός, λοιπόν, συνδέει διαλεγμένα σημεία με σημασίες καθορισμένες εκ προθέσεως και δίχως σφάλματα. Καθηλώνει έναν ορισμένο αριθμό* ***διαφανών*** *σχέσεων. Θεσμοποιεί* […] *σύμβολα που από μόνα τους δεν λένε τίποτε, που συνεπώς, δεν θα πούνε*

[360]Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, οπ.π., σ. 9.

τίποτε παραπάνω απ' ότι συμφωνήσαμε να τα κάνουμε να λένε»[361] μας προτρέπει να σκεφτούμε ο Merleau-Ponty, προσδιορίζοντας τη δυνατότητα της εξουσίας να δικαιολογεί την παρέμβασή της καταφεύγοντας, όχι μόνο στους ορισμούς της, αλλά και στη δυνατότητά της να πιστοποιήσει ως αυθεντική/αληθινή την δική της «γλωσσική εκδοχή», αυτή της ανάλυσης, της αρίθμησης, της κατηγοριοποίησης. «*Η πιο σοβαρή αντίρρηση στο τεχνικό λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται σήμερα για την περιγραφή των ψυχιατρικών αρρώστων, είναι ότι αποτελείται από λέξεις που κατακερματίζουν, αποσχίζουν τον άνθρωπο λεκτικά* […]. *Οι λέξεις του σημερινού τεχνικού λεξιλογίου, ή αναφέρονται σ' έναν άνθρωπο απομονωμένο από τους άλλους και τον κόσμο, δηλαδή σε μια οντότητα που ουσιαστικά δεν "σχετίζεται" με τους άλλους και τον κόσμο, ή αναφέρονται σε λαθεμένα υποστασιοποιημένες πλευρές αυτής της απομονωμένης οντότητας* […]. *Όλοι αυτοί οι όροι είναι αφαιρέσεις. Αντί για τον πρωταρχικό δεσμό του Εγώ και του Εσύ, έχουμε έναν άνθρωπο απομονωμένο…*»[362] αναφέρει περίπου σαράντα χρόνια πριν ο Laing, προσδιορίζοντας από τότε το πρόβλημα που, σύμφωνα με τον ίδιο, μόνο μια προσωπική σχέση με το ίδιο το υποκείμενο σαν ολότητα και την βιωμένη εμπειρία του μπορεί να λύσει. Το «παράδειγμα» της «Αντιψυχιατρικής», κινήματος του οποίου ο Laing αποτέλεσε έναν εξέχοντα εκπρόσωπο, μας φέρνει αντιμέτωπους με μια ιδιαίτερα δυσάρεστη διαπίστωση – εμπειρικό εύρημα: όλο και περισσότερο, η ψυχιατρική Γνώση, η ψυχιατρική Αλήθεια, τείνει να γίνεται, να περιορίζεται ίσως, σε μια *μονή διάσταση*.

> «*Αλλά δεν έχει το νοσοκομείο μόνο ψυχώσεις τελικά, όσο κι αν πολλές φορές στο νοσοκομείο έχουμε μια τάση, να βλέπουμε τα πάντα ως ψυχώσεις, ή ως κάτι, το κάθε νοσοκομείο έχει μια προτίμηση. Αν το δείτε, ναι, οι διαγνώσεις του είναι μια αυτή, βλέπουμε αυτό που θέλουμε να δούμε τις περισσότερες φορές. Είναι δύσκολο να' ναι κανείς ανοικτός. Κι είναι και ο χώρος που σε σπρώχνει, άντε διάγνωσέ το, μπαπ κι' έξω ας πούμε, είναι ένα πράγμα έτσι…*» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Τις τελευταίες δεκαετίες, όπως έχει προαναφερθεί, παρατηρείται μια ραγδαία υπαναχώρηση σε αμιγή βιολογικά μοντέλα, τόσο αιτιολογικά όσο και θεραπευτικά: για την «υποτροπή» ενός ψυχωτικού φταίνε κυρίως οι χαλασμένες νευρωνικές συνάψεις και η απαραίτητη αγωγή που αμέλησε να πάρει. Πέραν όμως του συγκεκριμένου προβληματισμού, το γεγονός παραμένει. Η χαρακτηριζόμενη ως παθολογική,

[361]Merleau-Ponty M., *Η Πρόζα του Κόσμου*, μτφ Φ. Καλλίας, Μ. Καλλία, Βιβλιοπωλείον της «Εστίας», Αθήνα, 1992, σ. 22.
[362]Laing R., *Ο Διχασμένος Εαυτός*, μτφ. Θ. Παραδέλλης, Καστανιώτης, Αθήνα, 1975, σ. 23.

δυσλειτουργική, επικίνδυνη ταυτότητα των συγκεκριμένων αρρώστων, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από το σύνολο των γλωσσικών και λειτουργικών συμπεριφορών, όχι μόνο δεν εντάσσεται στην ιστορία ζωής του ατόμου, αλλά ουσιαστικά δεν λαμβάνεται καν υπόψη. Δεν «ακούγεται». Με άλλα λόγια, η ταυτότητα - προϊόν παθολογίας, ερμηνευμένη ακριβώς ως προϊόν παθολογίας, φαίνεται να χάνει το πιο δομικό ιδιοσυστατικό χαρακτηριστικό της: την ίδια την έννοια του υποκειμένου που βρίσκεται από πίσω. «*Δεν ήμουν ο εαυτός μου*» ή «*δεν ήσουν εσύ που τα έκανες αυτά*» είναι πολύ συχνές κουβέντες στην «μετά-υποτροπής» φάση. Το παραλήρημα και η υποτροπή θεωρούνται σαν «ξένα σώματα» στον ψυχισμό του αρρώστου, με συνέπεια να απορρίπτονται και να εξοβελίζονται, χάνοντας με αυτό τον τρόπο την ευκαιρία να ελεγχθεί κάποια –δομική ίσως- λειτουργία τους. «*Η «ταυτότητα» είναι το μέσο με το οποίο αισθάνεται κανείς ότι είναι ο ίδιος σε αυτό τον τόπο, σε αυτή την εποχή, ή σε εκείνο τον τόπο, εκείνη την εποχή, στο παρελθόν ή το μέλλον*» λέει ο Laing. Και συνεχίζει: «*Κάθε σχέση συνεπάγεται κάποιον ορισμό του εαυτού από τον άλλο και του άλλου από τον εαυτό. Αυτή η συμπληρωματικότητα μπορεί να είναι κεντρική ή περιφερειακή, να έχει μεγαλύτερη ή μικρότερη δυναμική σημασία σε διαφορετικές περιόδους της ζωής του* ατόμου […] είναι *δύσκολο να διαμορφώσει κανείς μια συνεπή ταυτότητα για τον εαυτό του –δηλαδή να δει τον εαυτό του με συνέπεια και με τον ίδιο τρόπο- αν οι ορισμοί των άλλων για το άτομό του είναι ασυνεπείς ή αποκλείουν ο ένας τον άλλο*».[363] Αυτή ακριβώς η έννοια της «συμπληρωματικής ταυτότητας», κατά τον Laing, φαίνεται ότι διαταράσσεται: δεν υπάρχει συνάφεια στους ορισμούς, το παραληρητικό περιεχόμενο (στο κάτω-κάτω, το τόσο καίριο στην οργάνωση της ταυτότητας του αρρώστου την συγκεκριμένη στιγμή) είτε δεν ακούγεται, είτε απορρίπτεται. Με πιθανό αποτέλεσμα μια μεγαλύτερη αδυναμία του αρρώστου να εντάξει και να εσωτερικεύσει αυτή την απόρριψη, αλλά και μια μεγαλύτερη απόγνωση λόγω της συνειδητοποίησης αυτής της αδυναμίας του να κάνει τον «άλλο» να τον ακούσει. Γιατί, δυστυχώς, πολλές φορές «…*η απογοήτευση γίνεται απόγνωση όταν το άτομο αρχίζει να αμφισβητεί την ικανότητά του να "σημαίνει" κάτι σε κάποιον*».[364]

> «*Οι περισσότεροι ψυχίατροι πια έχουνε προσανατολισμό στην αρρώστια και το μόνο που βλέπουνε είναι το σύμπτωμα. Αυτό εμένα με κάνει να θεωρώ την προσέγγιση μισή. Ή λιγότερο από μισή, γιατί τελικά, εγώ ξεκινάω από άλλη σκοπιά. Εγώ βλέπω άνθρωπο. Ένα σύνολο*

[363]Laing, R., D., *Ο εαυτός και οι Άλλοι*. μτφ. Ν. Μπαλής, Καστανιώτης, Αθήνα, 1988, σ. 99-100.
[364]Laing, R., D., *Ο εαυτός και οι Άλλοι*, οπ.π., σ. 97.

προβλημάτων, μ' ένα σύνολο αιτημάτων και δεν είναι μόνο το σύμπτωμα κι αν του περάσει το σύμπτωμα, ο άνθρωπος δεν έγινε ευτυχής» (Ψυχολόγος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

Ο Foucault προσδιορίζει χαρακτηριστικά την αδυναμία ανάγνωσης του εαυτού μέσα στη σύγχρονη κουλτούρα και την προσπάθεια διαφυγής από τις κοινωνικές αποδόσεις: «*Στην πραγματικότητα, όταν ο άνθρωπος παραμένει αποξενωμένος από ότι γίνεται στη γλώσσα του, όταν δεν μπορεί να αναγνωρίσει κανένα ανθρώπινο, ζωντανό νόημα στα προϊόντα των ενεργειών του, όταν οι κοινωνικές και οικονομικές οριοθετήσεις θέτουν εξαναγκασμούς πάνω του και δεν μπορεί να νοιώσει οικεία σε αυτόν τον κόσμο, ζει σε μια κουλτούρα που κάνει πιθανή μια παθολογική οντότητα όπως η σχιζοφρένεια* […]. *Υποβαλλόμενος στους εξαναγκασμούς αυτού του πραγματικού κόσμου, βιώνει αυτόν τον κόσμο στον οποίο διαφεύγει σαν πεπρωμένο του*».[365]

Μέσα από μια παραπλήσια προοπτική, ο Lyotard, μέσα από την ανάλυσή του, ανάλυση των «γλωσσικών παιγνιδιών» και των «αφηγηματικών συμπεριφορών», προσδιορίζει χαρακτηριστικότατα τη νέα φύση του κοινωνικού δεσμού και συνδιαλλαγής. «*Η κατοχή πληροφοριών είναι και θα είναι αρμοδιότητα των κάθε λογής ειδικών. Η ιθύνουσα τάξη θα είναι εκείνοι που λαμβάνουν τις αποφάσεις…Ο εαυτός είναι κάτι ελάχιστο, αλλά δεν είναι απομονωμένος, έχει εμπλακεί σε ένα υφάδι σχέσεων πιο περίπλοκο και πιο ευκίνητο από ποτέ. Είναι πάντα, νέος ή γέρος, άντρας ή γυναίκα, πλούσιος ή φτωχός, τοποθετημένος σε* "*σταυροδρόμια*" *κυκλωμάτων επικοινωνίας*…».[366]

Οι διαδικασίες «διαγνωστικής κατηγοριοποίησης» δομούν δευτερογενή παρεκκλίνοντα – πάσχοντα υποκείμενα, των οποίων το βασικό χαρακτηριστικό είναι η έννοια της **χρονιότητας**. Στο σύνολο σχεδόν των πασχόντων οι οποίοι διαχειρίζονται από το σύστημα ψυχιατρικής νοσηλείας, σπανιότατα υπάρχει η έννοια της «παρενθετικής» πάσχουσας ταυτότητας. «*Η άτιμη η ψύχωση, ήρθε για να μείνει*» αναφέρει ένας ψυχίατρος για ένα νεαρό νοσηλευόμενο που παρακολουθεί. Όπως έχει αναφέρει ο Lemert, προσεγγίζοντας την έννοια της δευτερογενούς παρέκκλισης, αναφορικά με το άτομο που όχι μόνο πάσχει, αλλά **διαγιγνώσκεται** από τι πάσχει, «…*η ζωή και η διαβίωση, καθώς και η προσωπική ταυτότητα είναι οργανωμένα γύρω από το γεγονός της (πρωτογενούς) παρέκκλισης*».[367]

---

[365] Foucault, M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, οπ.π., σ. 105.
[366] Lyotard J., *Η Μεταμοντέρνα Κατάσταση,* οπ.π., σ. 54, 56.
[367]Lemert, E., *Human Deviance, Social Problems and Social Control*, οπ.π., σ. 63.

«Όλα, τα πάντα θυμάμαι. Τα πάντα θυμάμαι. Κι έρχονται χλωμά φαντάσματα στον ύπνο μου, τα πάντα θυμάμαι. Θυμάμαι ανθρώπους φυτά, θυμάμαι ανθρώπους να τρέχουν τα σάλια τους, εγώ μπήκα ένα μπουμπουκάκι 22 ετών, κι ήμουν και ωραίο κοριτσάκι, που δεν είχα καμία σχέση μ' αυτά τα πράγματα και δεν είχα νόσο τότε. Είχα μια έκρυθμη κατάσταση, μια έκρυθμη, νεύρα είχα. Δηλαδή, όπως γράφω και στο βιβλίο μου, θα έχετε την ευκαιρία να το διαβάσετε, στο δεύτερο βιβλίο μου, η τωρινή διευθύντριά μου, είναι ένας καθρέφτης μου. Δηλαδή, είναι κι αυτή φωνακλού, νευριάζει, δηλαδή όταν κάτι δεν πάει καλά με τη δουλειά, φωνάζει, ωρύεται, ουρλιάζει, και την άλλη στιγμή της περνάει και χαμογελάει σαν μωρό. Είναι ένας καθρέφτης μου, με τη διαφορά ότι εκείνη μπορεί να φωνάξει, γιατί δεν έχει καμία ταμπέλα που να της το απαγορεύσει να φωνάξει. Να πούνε "κοίταξε η τρελή, την έπιασε υστερική κρίση". Εγώ όμως δεν μπορώ να φωνάξω. Μουγγάθηκα. ***Μου' πνίξανε τη φωνή****»* (Κ. Έφη Δρακοπούλου, συγγραφέας)

Ελλείψει διαφορετικών μεθόδων ανίχνευσης και πιστοποίησης της ψυχικής διαταραχής, ο λόγος αναδεικνύεται στον πρωτεύοντα τρόπο προσέγγισης της εγκυρότητας της πάθησης. Ουσιαστικά, τα τρία στοιχεία τα οποία συμμετέχουν στον μεγαλύτερο βαθμό στις διαδικασίες διάγνωσης είναι α) ο λόγος που εκφέρει το ίδιο το πάσχον υποκείμενο, β) ο λόγος που εκφέρει το περιβάλλον του και γ) ο λόγος που εκφέρει το πάσχον υποκείμενο με την ολότητα της συμπεριφοράς του. Το πρώτο στοιχείο αφορά τον λόγο του πάσχοντα αυτό καθαυτό, το δεύτερο αφορά τις πληροφορίες από το στενό ή ευρύτερο περιβάλλον του και το τρίτο αφορά την παρατήρηση της συμπεριφοράς του γενικότερα: τον λόγο του, τον τρόπο που επικοινωνεί, τον τρόπο που συμπεριφέρεται, κινείται, αντιδρά, δέχεται ή αντιστέκεται, τον τρόπο που εκφράζεται. Με άλλα λόγια, το σχήμα «παραγωγής ταυτοτήτων» φαίνεται να εμφανίζει την εξής ακολουθία: Η αρχική συλλογή πληροφοριών από το «ιστορικό» του υποκειμένου είναι καθοριστική για τις πρώτες αποδώσεις οι οποίες εν πολλοίς θα κρίνουν και το ποιόν της παρέμβασης. Πληροφορίες οι οποίες παραπέμπουν στο προφίλ του «υποψηφίου πάσχοντα» (πόσο μάλλον στην περίπτωση του «επικίνδυνου υποψήφιου πάσχοντα») συσσωρεύονται, ελέγχονται και χρησιμοποιούνται με στόχο την αποσαφήνιση, τόσο της παρούσης *κλινικής εικόνας* του νοσηλευόμενου, όσο και της *προσωπικότητάς* του εν γένει. Το βασικό σημείο σε αυτή την φάση της διαδικασίας είναι η ολοκληρωτική πολλές φορές εστίαση στις *δευτερογενείς πληροφορίες* (από την οικογένεια, τους αστυνομικούς, τις προηγούμενες γνωματεύσεις) και η επιλεκτική χρήση της πληροφόρησης που προέρχεται από τον ίδιο τον πάσχοντα, είτε την *λεκτική* (τις

πληροφορίες που ο ίδιος δίνει για τον εαυτό του, τον τρόπο που επικοινωνεί, τον τρόπο που διαπραγματεύεται ή διεκδικεί, τον τρόπο που αντιστέκεται ή υπακούει), είτε την *μη λεκτική – συμπεριφορική* (το πώς κινείται και λειτουργεί μέσα στη δομή νοσηλείας). Ακόμα και στην περίπτωση που οι επαγγελματίες δεν έχουν σαφείς και άμεσες ενδείξεις μιας οιονεί επικίνδυνης συμπεριφοράς, το «ιστορικό» του νοσηλευόμενου είναι αυτό που επί της ουσίας «ρυθμίζει» τις πρακτικές επέμβασης πάνω στο σώμα του νοσηλευόμενου.

Κατ' αυτό τον τρόπο όμως –και να επαναλάβουμε για ακόμη μια φορά ότι δεν εστιαζόμαστε σε μια προσπάθεια ανίχνευσης της ορθότητας, του «ποιος έχει δίκιο»- από το πάσχον υποκείμενο αναιρείται η δυνατότητα παραγωγής του δικού του λόγου, της προσωπικής του θέσης, άποψης, «αλήθειας». Και αυτό γιατί ακόμα και η πλέον νορμαλοποιημένη, ήρεμη, ώριμη, διαλλακτική, ήσυχη, συγκαταβατική και συναινετική συμπεριφορά μπορεί να κρύβει μια δυνητικά ανεξέλεγκτη, σε επίπεδο επιθετικής καταστροφικότητας, παθολογία.

> «*Μην τον βλέπετε έτσι, να τον προσέχετε. Είναι το πιο δύσκολο περιστατικό που έχουμε αυτή τη στιγμή. Να δούμε με ποιον τρόπο θα αρχίσουμε να τον λύνουμε. Μόνο όταν είναι άντρας στη βάρδια, και όχι μόνος του. Προϊστάμενε, δεν έχει δημιουργήσει κάποιο πρόβλημα μέχρι τώρα*;» Ρωτάει ένας επιμελητής ψυχίατρος τον προϊστάμενο νοσηλευτή αναφορικά με ένα νοσηλευόμενο με διάγνωση «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας» ο οποίος παραμένει περιορισμένος στο κρεβάτι του. Στην αρνητική απάντηση του προϊστάμενου («…*όχι, μέχρι τώρα δεν είχαμε κάποιο πρόβλημα, είναι ήσυχος*…», ο ψυχίατρος συνεχίζει να κρούει τον κώδωνα του κινδύνου: «…*δεν έχει σημασία, εσείς να προσέχετε, να μην λύνεται όταν είναι μόνες τους κοπέλες*…». «*Θα προσέχουμε, έρχονται και αργίες, το πρόγραμμα θα είναι δύσκολο. Και εμένα με νοιάζει πρώτ' απ' όλα να μην πάθει τίποτα κάποια από τις κοπέλες μου, να μην πάθει κάτι το προσωπικό μου, να γυρίσουν σπίτι τους εντάξει, και να μην πάθει και τίποτα ο άρρωστος*…» απαντάει ο προϊστάμενος. (Γενικό Νοσοκομείο, ημερολόγιο σημειώσεων).

Θεωρούμε ότι βρισκόμαστε εμπρός σε ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο η ψυχιατρική επιστήμη, προσεγγίζει, ερμηνεύει, μεταφράζει, αποκωδικοποιεί και επανα-κωδικοποιεί την ολότητα της βιωμένης εμπειρίας του υποκειμένου και το σύνολο της «κοινωνικής του σχέσης». Αναφέρει ο Αλεξιάς: «*Η ιατρική επεμβαίνει στα κοινωνικά, ψυχολογικά και συναισθηματικά στοιχεία της προσωπικότητας του ασθενούς και όχι απλώς στη σωματική, ανατομική έκφραση της*

ασθένειας. Γίνεται ολική επιτήρηση και αποκτάται ολική εξουσία επάνω στο υποκείμενο. Η επιτήρηση ανακάλυψε την ασθένεια στην κοινότητα και αυτή η ανακάλυψη οδήγησε σε περαιτέρω επιτήρηση. Ως συνέπεια καταστράφηκε η παλαιά διάκριση μεταξύ αυτών που ήταν υγιείς και αυτών που ήταν ασθενείς […] Εάν *ο καθένας ήταν παθολογικός ("εν δυνάμει"), τότε όλοι είχαν ανάγκη από επιτήρηση. Η ιδέα ότι όλοι είναι ασθενείς αποτελεί ένα βασικό στοιχείο στη διαμόρφωση της γενικευμένης επιτήρησης. Οι καινούργιες κοινωνικές ασθένειες του 20ού αιώνα: φυματίωση, καρδιοπάθειες, εφηβικά προβλήματα "κατασκευάστηκαν" προκειμένου να στραφεί η ιατρική προσοχή σε υγιείς ανθρώπους οι οποίοι ήταν σε κίνδυνο. Η ίδια λογική ισχύει και στην ανακάλυψη των νευρώσεων που τουλάχιστον σε ήπια μορφή φαίνεται να εμφανίζεται στον καθένα*».[368]

Σύμφωνα με τον Αλεξιά, η ιατρική επιστήμη, «στο όνομα» της συμμετοχής του πάσχοντα στη διαδικασία της θεραπείας, έχει τροποποιήσει την καταστατική η οποία έβλεπε το πάσχον υποκείμενο απλά σαν ένα παθητικό φορέα και εντολοδόχο της ιατρικής γνώσης και παρέμβασης. Πλέον, η ιατρική επιστήμη, διατείνεται ότι το πάσχον υποκείμενο είναι συν-μέτοχος της θεραπευτικής διαδικασίας. Επιπλέον, όπως και σε αυτή τη μελέτη πολλάκις αναφέρθηκε, υπάρχει μια στροφή στην εξατομικευμένη αντιμετώπιση του πάσχοντα: στο υποκείμενο με όνομα, στην θέαση του πάσχοντος υποκειμένου σαν ιδιαίτερη και μοναδική ολότητα. Όμως, αυτή η μετατόπιση του εστιασμού, ή καλύτερα της ευθύνης από την ιατρική στο ίδιο το υποκείμενο πολλές φορές δεν έχει τον απελευθερωτικό χαρακτήρα τον οποίο διατείνεται πως έχει, αλλά μάλλον το αντίθετο. «*Η αντιμετώπιση του ασθενούς ως υποκειμένου και όχι ως αντικειμένου δεν τον απελευθερώνει, αλλά τον εξουσιάζει αποτελεσματικότερα. Τα περιοδικά ιατρικά tests (αυτοδιαχείριση σώματος) αποτελούν τεχνικές πολιτικής επιτήρησης οι οποίες επιτρέπουν ένα βαθμό δραστηριότητας από τον ασθενή* […]. *Η εξουσία της ιατρικής επάνω στο άτομο μετατρέπεται τώρα σε αυτοέλεγχο*».[369] Πια, το κάθε υποκείμενο ξεχωριστά είναι υπεύθυνο για την διασφάλιση της προσωπικής του έννοιας του «ευ ζειν»: Πια, είμαστε όλοι μας υποχρεωμένοι να διαβιούμε με τέτοιο τρόπο, να διαχειριζόμαστε το σώμα μας, τον *εαυτό* μας (όπως αυτός περιλαμβάνει το *σώμα* μας και το *πνεύμα* μας) με τον βέλτιστο δυνατό τρόπο, ουσιαστικά να επιτηρούμε μόνοι

[368] Armstrong, D., «The Problem of the Whole – Person in Holistic Medicine», στο: *Health and Disease: A Reader*, επιμ. A. Gray., C. Scale, Open University Press, 1995, σ. 37, όπως παρατίθεται στο: Αλεξιάς, Γ., *Λόγοι Περί Ζωής και Θανάτου: Η Ιατρική Πράξη ως Μορφή Κοινωνικής Αλληλόδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000, σ. 185.
[369] Αλεξιάς, Γ., *Λόγοι Περί Ζωής και Θανάτου: Η Ιατρική Πράξη ως Μορφή Κοινωνικής Αλληλόδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, οπ.π., σ. 189.

μας το είναι μας, συναινώντας και ενδοβάλλοντας τη λειτουργία της ιατρικής επιστήμης υπό τη μορφή του θεσμού ο οποίος είναι ο πλέον υπεύθυνος για τη λειτουργία που ο Foucault ονόμασε *πληθυσμιακή υγιεινή*.

Και η έννοια της επικινδυνότητας, έτσι όπως την προσεγγίσαμε και αναλύσαμε στην παρούσα μελέτη, θεωρούμε ότι παράγει ακριβώς σε αυτό το σημείο. Αποτελεί το ιδεολογικό, θεσμικό και εργαλειακό άλλοθι στις περιπτώσεις εκείνες οι οποίες είτε ονομάζονται «χρόνιοι ψυχωσικοί», είτε «διπολικοί» είτε «διαταραχές προσωπικότητας» δεν έχουν τη δυνατότητα της εφαρμογής της έννοιας του αυτοελέγχου. Είτε αυτό συμβαίνει εμπρόθετα, είτε όχι.

«*Αναφέρουν συχνά τίς άμέτρητες μεθόδους μέ τίς όποιες ό αρχέγονος χριστιανισμός μας έκανε νά μισήσουμε τό σώμα· άλλά άς άναλογιστούμε λίγο όλα τά τεχνάσματα πού χρησιμοποίησαν έδώ καί πολλούς αιώνες γιά νά μας κάνουν ν' αγαπήσουμε τό σέξ, γιά νά μας κάνουν έπιθυμητό νά τό γνωρίσουμε, καί πολύτιμο ό,τι λέγεται γι' αυτό· γιά νά μας παροτρύνουν άκόμα ν' αναπτύξουμε όλες μας τίς ικανότητες ώστε νά τό αιφνιδιάσουμε, καί γιά νά μας καθηλώσουν στό χρέος νά τού αποσπάσουμε τήν άλήθεια· γιά νά μας ενοχοποιήσουν πού τό παραγνωρίσαμε γιά τόσον καιρό. Αυτά άκριβώς τά τεχνάσματα θ' άξιζε σήμερα νά έκπλήσσουν. Καί πρέπει ν' αναλογιστούμε πώς ίσως μια μέρα, μέσα σε μιαν αλλη διάταξη των σωμάτων και των ηδονών, δεν θα καταλαβαίνουμε πια πως κατόρθωσαν τα τεχνάσματα της σεξουαλικότητας - και της εξουσίας που στηρίζει το σύστημά της - να μας υποτάξουν σ' αυτήν την στυφή μοναρχία του σέξ, τόσο που ν' αφιερωθούμε στο ατέλειωτο έργο να παραβιάζουμε το μυστικό του και ν' αποσπούμε από τούτη τη σκιά τις πιο αληθινές ομολογίες. Η ειρωνεία αυτού του συστήματος: μας κάνει να πιστεύουμε πως απ' αυτό κρέμεται η " απελευθέρωσή" μας*».[370]

[370] Foucault, M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας: τόμος 1, Η Δίψα της Γνώσης*, οπ.π., σ. 195.

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ: ΕΠΙΛΕΓΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1. Συμπεράσματα

Αν ληφθεί υπόψη μια εκ των βασικών διαστάσεων της ποιοτικής έρευνας, αυτή της μη εξ αρχής προκαθορισμένης και δομημένης υπόθεσης εργασίας, γίνεται πιο εύκολα κατανοητό το γεγονός της διαδικασίας παραγωγής της έννοιας του *συμπεράσματος*. Το *συμπέρασμα* αφορά την τελική έκβαση μιας διαδικασίας συλλογισμού. Αφορά το προϊόν μιας διαδρομής, την τελική απόφανση, εν ολίγοις την διαδικασία ερμηνείας και νοηματοδότησης, τον αναστοχασμό απέναντι στην εμπειρία.

Μέσω αυτής της προοπτικής, τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης, αυτής της ερευνητικής διαδρομής, δεν αφορούν αποκλειστικά μια a priori δομημένη και οριοθετημένη υπόθεση εργασίας. Δεν αφορούν, δεν σχετίζονται –αποκλειστικά τουλάχιστον- με την έννοια της *απάντησης*. Αντίθετα, αφορούν περισσότερο τις έννοιες της *ανάγνωσης*, της *διαπίστωσης*, της *ερμηνείας* και εν τέλει της *πρότασης*. Και αυτό συμβαίνει λόγω ακριβώς της συνθετότητας του πεδίου, λόγω της πληθώρας των παραμέτρων, των μεταβλητών, των συνθηκών οι οποίες υπεισέρχονται, αλληλοδιαπλέκονται, επενεργούν, εμφανίζονται ή και αποκρύπτονται, λειτουργούν με έκδηλο ή λανθάνοντα τρόπο, εν ολίγοις λόγω όλων εκείνων των δυνάμεων οι οποίες συμμετέχουν και μέσω των οποίων παράγεται το «τελικό προϊόν». Επιπλέον και υπό μια συστημική προοπτική, οι συνιστώσες οι οποίες συμμετέχουν, όλες αυτές οι συνιστώσες τις οποίες προσπαθήσαμε να ανιχνεύσουμε, ν' απομονώσουμε, να διακρίνουμε, να καταγράψουμε και να κατηγοριοποιήσουμε, να ερμηνεύσουμε και να εντάξουμε, πολλές φορές ανθίστανται. Άλλωστε, πολλές φορές το «όλον» είναι κάτι παραπάνω από ένα απλό άθροισμα των επιμέρους στοιχείων. Η πραγματικότητα δεν αποτελεί απλά μια πρόσθεση, ένα άθροισμα. Αντίθετα, περιλαμβάνει τόσο τα στοιχεία όσο και τη μεταξύ τους σχέση. Αυτή η βασική θεωρητική συστημική αρχή πιστεύουμε, ελπίζουμε, να έγινε σύντροφός μας σε όλο αυτό το ερευνητικό ταξίδι: Η πραγματικότητα, το προς εξέταση φαινόμενο, δεν αποτελεί απλά μια συνάρθρωση στοιχείων: πράγματα, λέξεις, ιδέες, αναπαραστάσεις, γνώμες, πεποιθήσεις, ιδεολογίες, πρακτικές. Περιλαμβάνει όλα αυτά και την μεταξύ τους σχέση. Υπ' αυτό το πρίσμα, η διαδικασία εξαγωγής των όποιων συμπερασματικών δηλώσεων, για να είναι *επαρκής*, πόσο μάλλον για να είναι *κατανοητή* οφείλει να δώσει τη δέουσα βαρύτητα τόσο στο *στοιχείο* όσο και στο *δεσμό*. Τόσο στο *τι* συμβαίνει σε *ποιον*, όσο και στο *πως* συμβαίνει. Κατ' αυτό

τον τρόπο πιθανόν η έννοια του *συμπεράσματος* να μην είναι γενικευτική, να έχει δηλαδή μια περιορισμένη δυνατότητα εξαγωγής γενικευτικών συμπερασμάτων και κατ' επέκταση προτάσεων, αλλά αντίθετα μπορεί να αποβεί πολύ πιο ολιστική. Μπορεί να έχει τη δυνατότητα να καταδείξει ένα φαινόμενο, στην περιορισμένη και οριοθετημένη του μικρο-διάσταση μεν, με ένα αρκετά συνολικό τρόπο δε.

Έχοντας υπόψη, και κινούμενοι υπ' αυτή την προοπτική, θεωρούμε ότι τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης αφορούν τόσο την *έννοια*, όσο και τον *τρόπο*. Αφορούν την έννοια του (μετρήσιμου) *δεδομένου*, όσο και την έννοια της *λειτουργίας*. Αφορούν τα *στοιχεία*, αλλά αφορούν και τα *νήματα* που συνδέουν τα στοιχεία μεταξύ τους.

Τα συμπεράσματα μπορούν να διαχωριστούν σε κάποιες σχετικά διακριτές μεταξύ τους κατηγορίες. Μια **πρώτη κατηγορία** αφορά το ***χαρακτήρα της ακούσιας νοσηλείας*** υπό όρους *διαδικασίας*: τόσο αναφορικά με πιο «μετρήσιμα» μεγέθη, όπως οι χρόνοι νοσηλείας, ή η τήρηση των θεσμικών μέτρων και διατάξεων (όπως για παράδειγμα, η εφαρμογή όλων εκείνων των νομοθετικών ρυθμίσεων οι οποίες θεωρείται ότι λειτουργούν προστατευτικά για τον νοσηλευόμενο), αλλά κυρίως αναφορικά με πιο λανθάνοντα δεδομένα (ο εντοπισμός των οποίων ήταν και ένας από τους βασικούς στόχους αυτής της έρευνας). Δεδομένα όπως η τυπολογία των *σχέσεων* που αναπτύσσονται μέσα στις δομές νοσηλείας, οι *ρόλοι* οι οποίοι εμφανίζονται, επενεργούν, παγιώνονται ή μεταλλάσσονται, και γενικά όλο εκείνο το, υπόρρητο και λανθάνον πολλές φορές μοντέλο διαντίδρασης το οποίο εν τέλει παράγει, αναπαράγει και εν τέλει διαιωνίζει το θεσμό της ακούσιας νοσηλείας όπως αυτός παρουσιάζεται σήμερα. Επιπλέον στόχος, και αυτό είναι ένα από τα κύρια μελήματα αυτής της έρευνας, ήταν το να γίνει εφικτή μια προσέγγιση και ανάλυση του τρόπου μέσω του οποίου τα δύο μεγάλα συστήματα, το «Ψ» και το «Π» σχετίζονται, συνδέονται, προσδιορίζονται και εν τέλει παράγουν προϊόν, έτσι όπως αυτό το προϊόν μπορεί να φανεί μέσα από την εξέταση μιας κατάστασης κοινωνικού πράττειν όπως αυτή της ακούσιας νοσηλείας.

Μια **δεύτερη κατηγορία** συμπερασμάτων αφορά το ***προφίλ*** των εμπλεκόμενων **υποκειμένων.** Τόσο του «επαγγελματία», όσο και του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου. Η βασική προοπτική είναι ο προσδιορισμός μιας *τυπολογίας υποκειμενικοτήτων*. Η τυπολογία αυτή αφορά αφενός κάποια βασικά χαρακτηριστικά τα οποία σκιαγραφούν του προφίλ του συμμετέχοντος υποκειμένου, και αφετέρου αφορά τους τρόπους με τους οποίους

παράγονται νέου τύπου υποκειμενικότητες, ή αντίθετα διατηρούνται ή και μεταλλάσσονται παλαιότερες, με τελικό σκοπό την διευκρίνιση της λειτουργικότητας της έννοιας του *υποκειμένου* μέσα στο συγκεκριμένο σύστημα.

Και τέλος, μια **τρίτη κατηγορία** αφορά τις διαστάσεις της έννοιας της ***επικινδυνότητας*** και της σημειολογίας της. Τόσο σε επίπεδο συμπεριφορών, όσο και σε επίπεδο αναπαραστάσεων. Πως, δηλαδή, η έννοια της επικινδυνότητας εμφανίζεται, με ποιον τρόπο παράγει, τι εξυπηρετεί, πως εννοιολογείται εκατέρωθεν. Άλλωστε, θεωρούμε ότι ο βασικός και κύριος στόχος αυτής της μελέτης έγκειται ακριβώς εδώ: στο να γίνει εφικτή μια καταγραφή και ανάλυση του τρόπου μέσω του οποίου α) εμφανίζεται, β) νοηματοδοτείται και ερμηνεύεται, γ) διαχειρίζεται και δ) αναπαράγεται με παλιούς ή καινοφανείς τρόπους ο «κύκλος της επικινδυνότητας» μέσα σε *θεσμούς* –όπως αυτός της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης- και στα αντίστοιχα *οργανωτικά συστήματα – φορείς* όπως η σύγχρονη ψυχιατρική δομή νοσηλείας.

Α. Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας

Α.1. Ο χαρακτήρας της

Η βασική εννοιολογική παραδοχή αλλά και εκλογίκευση αφορά τον **χαρακτήρα** της διαδικασίας, ο οποίος, πέραν της «σκληρότητας» ή «βίας» που πολλές φορές εμπεριέχει, θεωρείται ότι εξυπηρετεί θεραπευτικούς σκοπούς. «Το αναγκαίο κακό», όπως προαναφέρθηκε, το οποίο στοιχειοθετείται ποικιλότροπα: Ένα πλήθος λόγων συγκλίνουν προς στέρξη του: «*Δεν είσαι ο εαυτός σου*», «*όταν ο άρρωστος "βγει" από την υποτροπή το αναγνωρίζει*». Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, οι πρακτικές της θεωρούνται μια άσχημη, αλλά αναγκαία μέθοδος, μια προσπάθεια διασφάλισης του «φυσιολογικού», «ώριμου» ΕΓΩ, από την επέλαση της ψύχωσης επί παραδείγματι. Η βασικότερη ίσως αναπαράσταση η οποία αναδύεται στη σύγχρονη ψυχιατρική κλινική, είναι αυτή της ψυχικής ασθένειας υπό το πρίσμα ενός αυτόνομου, και ξεχωριστού από το υποκείμενο μορφώματος. Μπορεί να ανήκει στο (πάσχον) υποκείμενο, αλλά δεν είναι μέρος του: η ψυχική ασθένεια υπό όρους εξωτερικού –πάντα καταστατικά με το υγιές ΕΓΩ- **εχθρού** ο οποίος οφείλει να εξουδετερωθεί. Θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντικό το συγκεκριμένο σημείο γιατί θεωρούμε ότι και στην ψυχιατρική μεταφέρεται το μοντέλο ανάγνωσης της ασθένειας

υπό το πρίσμα του *εχθρού*, όπως χαρακτηριστικά το έχει περιγράψει η S. Sontag.[371] Η έννοια της νόσου δαιμονοποιείται, της αποδίδονται ιδεολογικά, ηθικά, ακόμα και ψυχικά χαρακτηριστικά, προσεγγίζεται και ερμηνεύεται με συμβολικούς και συναισθηματικά φορτισμένους όρους: η ψυχική νόσος ως μεταφορά, νοηματοδοτείται με τέτοιο τρόπο ώστε το υπεύθυνο για τη διαχείρισή της σύστημα να λαμβάνει τον ρόλο του μορφώματος το οποίο είναι υπεύθυνο να κάνει το οτιδήποτε δυνατόν ώστε να «νικηθεί». Άπαξ και η νόσος αποσυνδέθηκε από τον συνολικό ψυχισμό του υποκειμένου, αφού πλέον αποτελεί μια ακόμη έξωθεν *απειλή*, χωρίς να αποτελεί μέρος, τμήμα του υποκειμένου, η λογική συνέπεια είναι η –με όποιο τρόπο ή και κόστος- προσπάθεια αποκοπής και καταστροφής της. Θεωρούμε ότι το –υπ' αυτή την προοπτική αναγνωσμένο- σχήμα προσομοιάζει σε μεγάλο βαθμό σε μοντέλα πολιτικής διαχείρισης στα οποία ανευρίσκεται ακριβώς ταυτόσημο το συγκεκριμένο ιδεολογικό σχήμα: από το πεδίο της ψυχικής ασθένειας και της ψύχωσης η οποία «εισβάλει ύπουλα και αργά ή γρήγορα και ξαφνικά», μέχρι τους «Δίδυμους Πύργους» και τις διαπολιτισμικές συγκρούσεις, από το μόρφωμα του «καρκίνου» που επιτίθεται και «τρώει» το πάσχον σώμα εκ των έσω, μέχρι τις ενδοκρατικές και ενδοκοινοτικές πολιτισμικές φοβίες του αλλόθρησκου μετανάστη ο οποίος βρίσκεται ήδη «μέσα», θεωρούμε ότι δεν υπάρχει και μεγάλη απόσταση. Η έννοια του *εχθρού*, άρρηκτα συνδεδεμένη με την έννοια της *αντίδρασης* σε αυτόν. Έτσι, και αναφορικά με τον χαρακτήρα της αντίδρασης, της παρέμβασης της ψυχιατρικής επιστήμης απέναντι στον φορέα της ασθένειας, απέναντι στο πάσχον υποκείμενο, διακρίνουμε μια σαφή μεταλλαγή: Ο χαρακτήρας της ιδεολογικής θεματικής της παρέμβασης μεταφέρεται από την τιμωρητική προοπτική (ή όποια δεν μπορεί παρά να αναφέρεται στο –συνολικό- υποκείμενο: τιμωρώ «ΚΑΠΟΙΟΝ» δεν μπορώ να τιμωρήσω «κάτι από κάποιον») στην επίπονη μεν, θεραπευτική δε προοπτική και διαδικασία επανα-φυσιολογικοποίησης. Κάτι

[371] Η Sontag προσεγγίζει το πεδίο της νόσου, εξετάζοντας κυρίως τον τρόπο μέσω του οποίου ασθένειες όπως το AIDS χαρακτηρίζονται, νοηματοδοτούνται και εν τέλει κατασκευάζονται μέσω της γλώσσας. Ο χαρακτήρας της όλης αυτής κατασκευής είναι έντονα πολεμικός: υπάρχουν οι μικροοργανισμοί οι οποίοι είναι οι *εισβολείς*, ενώ το ανοσοποιητικό σύστημα είναι υπεύθυνο για την *άμυνα* του οργανισμού. Η ιατρική παρέμβαση μπορεί να είναι συντηρητική, αλλά όσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος, τόσο γίνεται πιο *επιθετική*. Πολλές φορές χρησιμοποιούνται λέξεις όπως «μάχη», «αγώνας», «πόλεμος» ενάντια στην αρρώστια. Σύμφωνα με την Sontag, αυτό το μοντέλο ανάγνωσης και αντιμετώπισης της ασθένειας, υπακούει σε συγκεκριμένες ανάγκες του εκάστοτε κοινωνικού συστήματος. Κάθε εποχή, στη κοινωνία υπάρχει η ανάγκη ανάδυσης μιας νόσου με αρνητικό χαρακτήρα: πιο παλιά η λέπρα, η τα αφροδίσια νοσήματα, αργότερα ο καρκίνος και τελευταία το AIDS. Η κοινή συνιστώσα αφορά τόσο τη σημασιοδότηση της νόσου, στην οποία συμμετέχουν ηθικές και συναισθηματικές διαστάσεις, όσο και την ιδεολογική εκφορά της αντιμετώπισης – θεραπευτικής προσέγγισης, η οποία εν ολίγοις οφείλει να «κάνει τα πάντα»: η θεραπεία –πια- απαιτεί οποιαδήποτε θυσία και μέσο. Βλ. Sontag, S., *Η Νόσος ως Μεταφορά: το AIDS και οι μεταφορές του*, μτφ. Γ. Λυκιαρδόπουλος, Σ. Ροζάνης, Ύψιλον, Αθήνα, 2006.

σαν τις τελετές ενηλικίωσης… Είτε το Εγώ του ψυχικά πάσχοντα θεωρείται άρρωστο, είτε θεωρείται ανώριμο, και στις δύο περιπτώσεις αυτό το Εγώ πρέπει να επανα-ενηλικιωθεί.

Α.2. Η (αυτό;)ρύθμιση του συστήματος διαχείρισης του «εισαγγελικού»

Θεωρούμε ότι μπορούμε να κατηγοριοποιήσουμε τους παράγοντες που επεμβαίνουν στην διαμόρφωση της «κίνησης» του πληθυσμού των «εισαγγελικών» σε κάποιες μεγάλες και διαφορετικές μεταξύ τους κατηγορίες.

Η πρώτη δέσμη παραγόντων αφορά αυτό που θα θέλαμε να προσδιορίσουμε ως μικρο-επίπεδο: Σε αυτό συμπεριλαμβάνουμε: α) παράγοντες οι οποίοι αφορούν τον νοσηλευόμενο: αναφερόμαστε στις μεταβλητές όπως η διάγνωση, ή τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τα οποία συνθέτουν το προφίλ του πάσχοντα, καθώς και το ποσοστό επικινδυνότητας του οποίου θεωρείται ότι είναι φορέας. β) παράγοντες που αφορούν το «προφίλ» των κλινικών και των δομών νοσηλείας («ανοικτός» ή «κλειστός» χαρακτήρας», Γενικό Νοσοκομείο, ή Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, σύνολο επαγγελματιών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά (ειδικότητα, επίπεδο εκπαίδευσης) και γ) παράγοντες οι οποίοι αφορούν το «προφίλ» του ατόμου (ή των ατόμων) που εκκινούν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας (συνηθέστερα μέσα από την οικογένεια). Ας ονομάσουμε αυτή τη δέσμη παραγόντων **επίπεδο Α.**

Μια δεύτερη δέσμη παραγόντων αφορούν τις μικροσυνθήκες που ισχύουν στα εκάστοτε νοσηλευτικά ιδρύματα. Ο αριθμός του προσωπικού, η ύπαρξη κενών κλινών, κατανομή, η περιοχή απ' όπου έρχεται η παραπομπή, το αστυνομικό τμήμα που αναλαμβάνει την διεκπεραίωση. Ας ονομάσουμε αυτή τη δέσμη παραγόντων **επίπεδο Β.**

Και μια τρίτη δέσμη αφορά την έννοια της μακρο-συνθήκης: αναφερόμαστε στην έννοια του *θεσμού*, είτε υπό μια εργαλειακή προοπτική, όπου αφορά το επίπεδο των υπουργείων (αναφερόμαστε κυρίως στην έκδοση των ψυχιατρικών εφημεριών από το αρμόδιο όργανο του υπουργείου, τη λειτουργία των εισαγγελιών, και γενικότερα του υπουργείου Δημοσίας Τάξης), είτε υπό μια ιδεολογική προοπτική η οποία αφορά τη λειτουργία εννοιών όπως οι έννοιες *στίγμα, επικινδυνότητα, τομεοποίηση*. Ας ονομάσουμε αυτή τη δέσμη παραγόντων **επίπεδο Γ.**

Τέλος, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε και μια δέσμη παραγόντων, πολύ πιο ομιχλώδη και σίγουρα δύσκολα προσεγγίσιμη μεθοδολογικά, η οποία αφορά το επίπεδο της *σχέσης*: όλο εκείνο, δηλαδή το πλέγμα των συνθηκών, των διαντιδράσεων οι οποίες αφορούν και τα τρία παραπάνω επίπεδα, σε μια κάθετη προσέγγιση Για παράδειγμα: Μια μητέρα (επίπεδο Α) αποφασίζει να εκδώσει εισαγγελική παραγγελία. Στην έρευνά της μαθαίνει ότι στο νοσοκομείο Χ (επίπεδο Β) επικρατούν «καλές» συνθήκες. Έτσι, ενημερώνεται από το Υπουργείο Υγείας (επίπεδο Γ) για το πότε εφημερεύει και αποτείνεται στην αρμόδια εισαγγελία και εκδίδει την παραγγελία σε ημερομηνία που μαθαίνει ότι εφημερεύει το συγκεκριμένο νοσοκομείο (επίπεδο Γ). Βέβαια, στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, την συγκεκριμένη ημέρα ενδέχεται να μην υπάρχουν κρεβάτια (επίπεδο Β), έτσι ο *κλινικός* αξιολογώντας την κατάσταση του *φερόμενου* (επίπεδο Α, επίπεδο Α), είτε τον εισάγει ως υπεράριθμο, είτε αρνείται να εκτελέσει την εισαγγελική, είτε τον παραπέμπει σε έτερο εφημερεύων νοσοκομείο (επίπεδο Γ). Παραθέτουμε αυτό το -σχηματικά απλοϊκό- σενάριο επιδιώκοντας ακριβώς να δείξουμε την πολυπλοκότητα των οριζόντιων και κάθετων διαντιδράσεων οι οποίες αναπτύσσονται και παρεμβαίνουν στην διαμόρφωση της τελικής «εικόνας».

Το παραπάνω μοντέλο θεωρούμε ότι είναι χαρακτηριστικό αναφορικά με τον τρόπο που επεμβαίνει η έννοια της επικινδυνότητας και της βίας στην διαμόρφωσή του. Όπως αναφέρθηκε, ο μακροπρόθεσμος στόχος της επιβολής βίας, και γενικά των κατασταλτικών πρακτικών εκ μέρους των δομών νοσηλείας αφορά την –κατά το δυνατόν- συναίνεση του πάσχοντα στην νοσηλεία του και στην λήψη της όποιας αγωγής (επίπεδο Α), την αποσυμφόρηση, ή έστω την μη υπερπλήρωση του χώρου νοσηλείας (επίπεδο Β), με παράλληλη τη διατήρηση μιας ομαλοποιημένης, χωρίς εντάσεις δηλαδή, λειτουργίας του χώρου (επίπεδο Β). Υπ' αυτό το πρίσμα και προοπτική, το συμπέρασμα που βγάζουμε είναι ότι το πρώτιστο μέλημα των κλινικών/επαγγελματιών είναι η «ηρεμία». Η μη διατάραξη της τάξης. Με άλλα λόγια, προέχει η καταστολή της βίαιης, επικίνδυνης ή έστω ενοχλητικής συμπεριφοράς, παρά μια αμιγώς θεραπευτική προοπτική. Βέβαια, πολλές φορές για τους κλινικούς αυτοί οι δύο στόχοι σχεδόν ταυτίζονται. Υπό την έννοια ότι η ελάττωση της βίαιης, αντιδραστικής συμπεριφοράς είναι το ίδιο το αυτό με την έναρξη και παγίωση μιας «θεραπευτικής» εικόνας / κατάστασης. Παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο τα διαφορετικά επίπεδα αλληλοεπηρεάζονται και διαπλέκονται είναι η περίπτωση (όχι βέβαια συχνή) της μεταφοράς του νοσηλευόμενου από μια κλινική σε μια έτερη. Κατ' αυτόν τον τρόπο ένα σημασιοδοτημένο ως επιθετικό, επικίνδυνο υποκείμενο (επίπεδο Α)

διαταράσσει τις μικρο-συνθήκες μιας δομής (επίπεδο Β), με συνέπεια να γίνονται έντονες προσπάθειες διακομιδής του: Στην περίπτωση που δεν διακομισθεί, ο χρόνος νοσηλείας αυξάνεται, έτσι τα επίσημα «νούμερα κλινών» που αποστέλλονται στο υπουργείο για τον σχεδιασμό της κατανομής των επόμενων «εισαγγελικών» (επίπεδο Γ) είναι αυξημένα (φαινόμενα υπερπλήρωσης). Αλλά και παράμετροι όπως η έννοια του στίγματος (επίπεδο Γ), είναι παρόντες στην διαμόρφωση του προϊόντος. Έτσι πολλοί φροντιστές επιλέγουν και επιθυμούν την νοσηλεία του ανθρώπου που πάσχει σε ένα γενικό νοσοκομείο, στο οποίο θεωρούν ότι δεν υπάρχει τόσο έντονο το στοιχείο του στιγματισμού. Τέτοιες πρακτικές όμως «γεμίζουν» πολλές φορές τα γενικά νοσοκομεία, χειροτερεύουν τις συνθήκες νοσηλείας (χρόνοι νοσηλείας, επίπεδο Β), με αποτέλεσμα όπως αύξηση των καθηλώσεων (επίπεδο Α), φαινόμενα ανεπαρκούς νοσηλείας (επίπεδο Β) και ούτω καθ' εξής.

Α.3. Η αυτοματοποιημένη διαδικασία «παραγωγής» δικαστηριακής απόφασης

Πλην ελάχιστων περιπτώσεων, τα δικαστήρια αποφασίζουν μέσω μιας τελείως αυτοματοποιημένης διαδικασίας. Και το συμπέρασμα αυτό δεν γνωρίζουμε αν θα μεταβαλλόταν ακόμα και αν υπήρχε η ευχέρεια χρόνου και δικαστικών λειτουργών. Με άλλα λόγια, ακόμα και αν υπήρχε η αναγκαία υποδομή (μεταφορά, φύλαξη, διασφάλιση του ενάγοντα στο δικαστήριο) δεν γνωρίζουμε το κατά πόσο θα υπήρχε αλλαγή στον στερεοτυπικό, αυτοματοποιημένο και γραφειοκρατικό τρόπο διαχείρισης της νομικής διαδικασίας του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου. Η βασική διαπίστωση σχετίζεται με την σχεδόν πλήρη αδυναμία αναφορικά με την απαρτίωση του συστήματος διαχείρισης των «εισαγγελικών». Οι επιμέρους φορείς συνεχίζουν να λειτουργούν αποσπασματικά με ουσιαστικό αποτέλεσμα το να μην είναι εφικτή η κατοχύρωση των –συνταγματικών- δικαιωμάτων του πάσχοντα. Επιπλέον, θεωρούμε ότι σε επίπεδο επαναλαμβανόμενης καθημερινής πρακτικής –οι νομικές παρεμβάσεις και εχέγγυα λειτουργούν εν ήδη ενός αυτοματοποιημένου και σαφώς περιφερικού «μηχανισμού», έχοντας ένα ξεκάθαρο διεκπεραιωτικό ρόλο ο οποίος σε καμία περίπτωση δεν λειτουργεί προστατευτικά για τον ακούσια νοσηλευόμενο. Πολύ απλά, ο ρόλος των δικαστικών και εισαγγελικών αρχών τείνει να αποβεί καθαρά **επικυρωτικός.** Χαρακτηριστικό παράδειγμα το ότι εξ αρχής υπάρχει μια αυτοματοποιημένη και τυποποιημένη, μια γραφειοκρατική προσέγγιση στην όλη διαδικασία. Χαρακτηριστική η περίπτωση των ενόρκων καταθέσεων των συγγενών, των οποίων τα κύρια χαρακτηριστικά είναι α) ο τυποποιημένος χαρακτήρας τους β) (κυρίως) η έμφαση που δίνεται στην έννοια της επικινδυνότητας σαν το κριτήριο εκείνο το

οποίο αποτελεί την θρυαλλίδα της διαδικασίας. Επίσης σημαντική είναι η διαπίστωση του αυτόματου χαρακτήρα που αποκτά η διαδικασία (αναφορικά αν όχι με την **καταπάτηση** τουλάχιστον με την **μη εστίαση** στα δικαιώματα του πάσχοντα) στην περίπτωση που ο φερόμενος ως πάσχων υπακούει στο προφίλ του «χρόνιου ψυχωσικού». Όσο πιο μεγάλη είναι η «σταδιοδρομία» του πάσχοντα, και ειδικά η σχέση του με το σύστημα ακούσιας νοσηλείας, τόσο περισσότερο διαφαίνεται μια **αδιαφορία** του συστήματος και των συμμετεχόντων σε αυτό αναφορικά με τα δικαιώματά του. Προσπαθώντας να τοποθετηθούμε μέσω μιας συνολικής προοπτικής, ένα από τα μέτα-συμπεράσματα θα μπορούσε να είναι το εξής: Η όλη διαδικασία της «νομικής προστασίας» του νοσηλευόμενου φαίνεται ότι «κυλάει» εν αγνοία του. Και όταν αναφερόμαστε στην έννοια «νομική προστασία» εννοούμε κυρίως την πιθανότητα χρησιμοποίησης εκ μέρους του πάσχοντα όλων εκείνων των δικαιωμάτων τα οποία εκφέρονται και εκφράζονται μέσα από την θεσμική νομολογία. Και το πλέον ίσως χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό της ενημέρωσης. Σχεδόν πουθενά δεν βρήκαμε τον νοσηλευόμενο να είναι ενημερωμένος για τα δικαιώματά του τουλάχιστον με τον τρόπο που ορίζει ο νόμος. Και πάλι μέσω μιας **ιατρικής πρωτοκαθεδρίας** το δικαίωμα του πάσχοντα αναφορικά με το να αντιμετωπίζεται ως πολίτης με δικαιώματα, με συγκεκριμένα δικαιώματα υποχωρεί μπροστά στο ιδεολόγημα της **θεραπευτικής προοπτικής** που προτάσσει η ψυχιατρική.

Α.4. Η εφαρμογή των μέτρων νομικής προστασίας

Η υποχρέωση των ψυχιατρικών δομών για «δύο υπογραφές» δεν τηρείται, υπό την έννοια ότι πάντα υπάρχουν, αλλά σπάνια ο φερόμενος ως πάσχων εξετάζεται από δύο ειδικούς ψυχίατρους. Η αιτιολόγηση της εκτέλεσης της ακούσιας νοσηλείας πολλές φορές είναι τυποποιημένη, ειδικά στην περίπτωση κατά την οποία ο πάσχων ανήκει στην κατηγορία των «χρονίων», κάτι που συμβαίνει και με τα υπόλοιπα νομικά έγγραφα. Επιπλέον, εξακολουθεί να παρατηρείται το φαινόμενο στα έγγραφα της εισαγγελίας και της αστυνομίας, η κύρια παράμετρος να αναφέρεται στην έννοια της επικινδυνότητας. Υπό αυτή την προοπτική, στις περισσότερες περιπτώσεις τη διακομιδή στη μονάδα εξέτασης ή και νοσηλείας αναλαμβάνει η αστυνομία, με την –χαρακτηριστική- χρήση χειροπέδων να είναι ένα συχνό μέτρο. Από την άλλη, οι αστυνομικοί καλούνται –και πολλές φορές δέχονται- να διαχειριστούν την πρώτη επαφή με τον πάσχοντα με ποικίλους άλλους τρόπους: πειθώ, διακριτικότητα, συνεργασία. Και σε αυτό το σημείο, φαίνεται ότι όσο πιο παρόν και υποστηρικτικό είναι το περιβάλλον – οικογένεια του πάσχοντα, τόσο σπανιότερη

είναι η χρήση βίαιων και κατασταλτικών μέτρων. Επιπλέον, παράμετροι όπως το φύλο (στις περιπτώσεις που πρόκειται για άντρα), η σωματική διάπλαση, και η βαρύτητα της «κλινικής εικόνας» συμβάλλουν στην απόφαση των αστυνομικών για χρήση χειροπέδων. Η προθεσμία του 48ωρου πολλές φορές θεωρείται από τους κλινικούς άνευ νοήματος, ακριβώς γιατί συνηθέστερα η εισαγωγή για παρακολούθηση συνεπάγεται και νοσηλεία, ενώ μόνο σε λίγες περιπτώσεις τηρήθηκε το μέτρο του 48ωρου για διαγνωστικούς λόγους. Η ενημέρωση του πάσχοντα για τα δικαιώματά του πέραν του ότι είναι ελλιπής, πολλές φορές αντιμετωπίζεται από τους επαγγελματίες σαν ένα επιβαρυντικό για την εξέλιξη της κλινικής του εικόνας μέτρο: μπορεί να αποβεί εις βάρος του, αν πυροδοτήσει τη συμπτωματολογία του, και να επιδεινώσει την «κλινική του εικόνα». Παραπλήσια συμπεράσματα αναδύονται και αναφορικά του πεδίου της παράστασης του νοσηλευόμενου στη δίκη. Τα ερευνητικά μας δεδομένα στο συγκεκριμένο πεδίο είναι εξαντλητικά: δεν συναντήσαμε καμιά περίπτωση κατά την οποία κάποιος «εισαγγελικός» να παραβρέθηκε στη δίκη του. Κάτι παραπλήσιο αναδύεται και από τις συνεντεύξεις: Μόνο σε ελάχιστες (τέσσερεις ή πέντε) περιπτώσεις κάποιοι επαγγελματίες ανέφεραν ότι νοσηλευόμενος παραστάθηκε στη δίκη του.

Α.5. Η έννοια της *εξαπάτησης*

Με δεδομένη την –μέχρι σήμερα τουλάχιστον- σημαντική εμπλοκή των αστυνομικών αρχών στη διαδικασία, θεωρούμε ότι κάποια βασικά μας συμπεράσματα αφορούν ακριβώς το συγκεκριμένο πεδίο. Το πλέον σημαντικό σημείο εδώ αφορά την εμπλοκή της αστυνομίας σε επίπεδο **φάσης.** Η αστυνομία είναι η πρώτη που έρχεται σε επαφή με τον πάσχοντα. Το γεγονός αυτό καθαυτό συνιστά τόσο ένα παράδοξο, όσο και μια σημαντικότατη πρόβλεψη. Αν η «αρχική συνδιαλλαγή» είναι κρίσιμη, ή ακόμα και η καθοριστική, τότε, η διαντίδραση αστυνομίας – πάσχοντα, δείχνει το μέτρο της αντικειμενικής αποτυχίας. Όπως αναφέρθηκε μια πλειάδα παραμέτρων (όπως η σχεδόν ολοκληρωτική εμπλοκή της αστυνομίας στην προαγωγή, η ελλιπής εκπαίδευση, η πίεση του φόρτου εργασίας) δίνουν στη προσαγωγή τον χαρακτήρα της «εξαπάτησης». Πέραν των υπολοίπων παραμέτρων (οι οποίες αφορούν τις έννοιες της αξιοπρέπειας, της ασφάλειας, των θεραπευτικών χειρισμών), η βασική συνιστώσα υπό την παραγωγή της οποίας εκκινεί η σχέση συστήματος-υποκειμένου είναι η «εξαπάτηση». Η συμμετοχή της αστυνομίας στην εκκίνηση της διαδικασίας –πέραν των περιφερικών στρεβλώσεων και δυσκολιών- σηματοδοτεί, παραδειγματοποιεί, την «πρωτεύουσα εξαπάτηση». Το καθεστώς

προσποίησης μέσω του οποίου αφαιρείται από τον πάσχοντα το «δικαίωμα στην αλήθεια». Ακριβώς λόγω της αδυναμίας του πάσχοντα να κατανοήσει τη δυσλειτουργική φύση των συμπτωμάτων του (η καλούμενη **έλλειψη** εναισθησίας η οποία αναφέρεται στο επίπεδο του υποκειμένου) αλλά και λόγω των επιμέρους μικρο-κοινωνικών μεταβλητών (στιγματισμός από μια θορυβώδη σύλληψη, απροθυμία, ή άγνοια των αστυνομικών στους «σωστούς» χειρισμούς) εμφανίζεται η διαδρομή της «εξαπάτησης». Η οποία πολλές φορές συνεχίζεται και στις δομές νοσηλείας. Το πιο ισχυρό παραδειγματικό ερευνητικό εύρημα είναι η πίεση των οικογενειών προς τους ψυχιάτρους αναφορικά με την μη ανακοίνωση του αιτούντα την εισαγγελική παραγγελία (ο οποίος είναι συνηθέστερα η οικογένεια) οι οποίες φοβούνται τ' «αντίποινα» του νοσηλευόμενου κατά την περίοδο της «επανόδου» του στο σπίτι. Κατ' αυτό τον τρόπο όμως συνεχίζεται ένας φαύλος κύκλος παρανόησης, κρυψίνοιας και απόκρυψης. Αλλά αν, ακόμα, το σύστημα περίθαλψης των «εισαγγελικών» υπακούει και κυρίως **κινείται** μέσω τέτοιων διαδικασιών, πόσο εφικτή μπορεί να είναι η προσδοκία για μια σωστή εφαρμογή των –προστατευτικών- μέτρων που ο νομοθέτης ισχυρίζεται ότι πρέπει να εφαρμοστούν; Προτείνοντας λοιπόν, θεωρούμε ότι ένα βασικό ενδιάμεσο στάδιο, ένα σκαλοπάτι της κλίμακας που οδηγεί στην ικανοποιητικότερη εφαρμογή των μέτρων προστασίας είναι η δημιουργία ενός **συνεκτικού** και γενικευμένου μοντέλου **ενημέρωσης.** Ένα μοντέλο όμως το οποίο να δύναται να καταστεί εφαρμόσιμο σε όλες τις δομές νοσηλείας και το οποίο να περιλαμβάνει συγκεκριμένους και κυρίως ρεαλιστικούς τρόπους για το τι μέλλει γενέσθαι. Για την διαδικασία η οποία έπεται και η οποία πολλές φορές λειτουργεί και ερήμην του νοσηλευόμενου, και εις αγνοία του. Η ανάγκη αυτή επιτείνεται από ένα επαναλαμβανόμενο συμπέρασμα/διαπίστωση: Όσο πιο «απάτρης», δηλαδή όσο πιο «περιθωριακός» είναι ο νοσηλευόμενος, τόσο περισσότερο εμφανίζονται φαινόμενα αυθαίρετης καταπάτησης των δικαιωμάτων του. Ο νοσηλευόμενος που υπακούει στο προφίλ του «χρόνιου ψυχωσικού» (και ας μην ξεχνάμε πως ο χρόνιος ψυχωσικός αποτελεί το βασικό πληθυσμό –ο στόχος της ακούσιας νοσηλείας) είναι αυτός που αποκλείεται, που εξοβελίζεται από τις θεσμοθετημένες πρακτικές του κράτους δικαίου. Η παραπάνω «διαπίστωση» δεν αναιρεί ή καλύτερα δεν σχετίζεται άμεσα με το κατά πόσο καταπατώνται τα δικαιώματά του, τουλάχιστον σε **επίπεδο εφαρμογής αυθαιρέτων κατασταλτικών ή άλλων βίαιων πρακτικών εκ μέρους του συστήματος.** Μάλλον το αντίθετο. Άλλα ερευνητικά μας δεδομένα δείχνουν μια ιδιαίτερα συναισθηματική, βοηθητική, ανακουφιστική και εν τέλει θεραπευτική προσέγγιση εκ μέρους των επαγγελματιών σ' αυτούς τους ανθρώπους.

Α.6. Η αυθαιρεσία του συστήματος

Μια από τις βασικές διαπιστώσεις αφορά την δυνατότητα του ψυχιατρικού συστήματος νοσηλείας και λειτουργεί **εκτός** του εκάστοτε θεσμικού πλαισίου. Παρ' όλο που υπάρχει σαφέστατος –νομικά- προσδιορισμός των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων του πάσχοντα και του συστήματος, πολλές φορές αυτές δεν εφαρμόζονται. Παράλληλα, φαίνεται ότι ισχύει κάτι παραπλήσιο και από το «Π» πεδίο. Πολλές φορές εμφανίστηκε η θέση ότι το δικαστικό σύστημα είτε κωλυσιεργεί (με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα την καταστρατήγηση των χρονικών προθεσμιών), είτε διεκπεραιώνει τις δικαστικές και νομικές διαδικασίες με ένα εν πολλοίς αυτοματοποιημένο τρόπο. Αναγνωρίζοντας αυτή την **πιθανότητα,** την εφαρμογή μιας αυθαίρετης χρήσης της ψυχιατρικής με την παράλληλη ανώδυνη και παγίωση του ονομαζόμενου κράτους δικαίου, τα περισσότερα Ευρωπαϊκά, ή καλύτερα «Δυτικού τύπου» κράτη προσπάθησαν να δημιουργήσουν νομικά πλαίσια και νομοθετικές ρυθμίσεις οι οποίες θα προσπαθούσαν να προφυλάξουν τον –πάσχοντα- πολίτη από μια «κατάχρηση εξουσίας». Ουσιαστικά πρόκειται για «μοντέλα» τα οποία προσπαθούν να ρυθμίσουν την σχέση ποινικής και ψυχιατρικής επιστήμης. Ειδικότερα για την Ελλάδα και σε αυτό το πεδίο, διαφαίνεται η επανεμφάνιση ενός γενικότερου φαινομένου τόσο αναφορικά με τις νομοθετικές ρυθμίσεις όσο και αναφορικά με τα πρωτόκολλα εφαρμογής των μοντέλων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, (αλλά και προγενέστερων τρόπων διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας (το παράδειγμα της Λέρου). Υπάρχει μια διαδικασία αυτούσιας εφαρμογής, εν είδει copy-paste, μοντέλων που αναπτύχθηκαν, σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν σε χώρες, γενικότερα σε κοινωνικές δομές κατά βάση διαφορετικές από την Ελλάδα, χωρίς ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη και κυρίως η εφαρμογή να λάβει υπόψη την ιδιαιτερότητα του ελληνικού γίγνεσθαι. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η εμφάνιση φαινομένων καταστρατήγησης τόσο των -κατά πολλούς- ανεδαφικών νόμων και γενικότερα της νομοθεσίας, όσο και η αδυναμία ανάπτυξης ενός ολοκληρωμένου ψυχιατρικού μοντέλου στα πλαίσια των αρχών της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής.

Α. 7. Η προστασία των δικαιωμάτων του πάσχοντα

Αυτό οδηγεί εν ολίγοις σε μια εκ των βασικών συμπερασμάτων της έρευνας. Η –οποία- νομοθετική ρύθμιση, και πέραν του κατά πόσο αξιολογείται ως σωστή ή λανθασμένη, λειτουργική ή μη λειτουργική, θεωρείται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας

ουσιαστικά ανεφάρμοστη. Και ένα συμπέρασμα αφορά ακριβώς αυτή την παραδοχή και πεποίθηση: δεν τηρούνται όχι γιατί ο πάσχων δεν τα δικαιούται. Ακριβώς γιατί υπάρχει η πεποίθηση του μη νοήματος. Με άλλα λόγια, δεν υπάρχει νόημα, δεν υπάρχει ουσιαστικό όφελος για τον πάσχοντα στο να παραστεί στη δίκη του, για παράδειγμα. Θα μπορούσαμε να πούμε, μέσα από μια φαινομενικά παράδοξη προοπτική κατά τη γνώμη μας, ότι οι «Ψ» επαγγελματίες πολλές φορές προσπαθούν να προστατεύσουν το πάσχοντα από τα δικαιώματά του. Άλλωστε, μια από τις δομικές αντιλήψεις η οποία αναδύθηκε από την παρούσα έρευνα αφορά ακριβώς αυτό το σημείο. Το ότι η προστασία των δικαιωμάτων του πάσχοντα, έτσι όπως εκφράζεται μέσα από το συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο και «θεσμικό περιβάλλον», καταρχήν θεωρείται ανεφάρμοστη λόγω των συστημικών στρεβλώσεων του ελληνικού συστήματος περίθαλψης: οργανωτικές ελλείψεις, δυσλειτουργίες στην οργάνωση και διεκπεραίωση, έλλειψη προσωπικού, σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων. Κατά δεύτερον, και αυτό το σημείο προσωπικά θεωρούμε σημαντικότερο, πολλές φορές αναδύθηκε η θέση ότι η προσήκουσα άσκηση των δικαιωμάτων του πάσχοντα, όχι μόνο δεν έχει νόημα, αλλά μπορεί να αποβεί και επιβλαβής για την ψυχική του κατάσταση. Όπως ανέφερε χαρακτηριστικά ένας ψυχίατρος, «*…ωραία όλα αυτά, αλλά αν του πεις για δικαστήρια και τέτοια μπορεί να πυροδοτηθεί. Να γίνει χειρότερα*».[372]

Α.8. Χαρακτηριστικές στρεβλώσεις: οι *προθεσμίες*

Φαίνεται ότι οι προθεσμίες δεν τηρούνται. Και αυτό όχι γιατί υπάρχει άρνηση ή έστω ένσταση στο «γράμμα του νόμου». Αντίθετα, φαίνεται πως η κλινική πρακτική –έτσι όπως διεκπεραιώνεται στην περίπτωση του εισαγγελικού δίνει προτεραιότητα α) στην ιατρική διαχείριση του πάσχοντα και β) στην κατά το δυνατόν πιο ομαλή ένταξή του στην δομή νοσηλείας. Ενδεικτικές είναι οι περιπτώσεις όπου ο νοσηλευόμενος επιδεικνύει διασπαστική ή και επιθετική συμπεριφορά. Στις περιπτώσεις αυτές η συνολική

[372] Αναφέρει ένας έτερος ψυχίατρος: «*Απλά δεν γίνεται. Άντε και τους ενημερώνεις ότι μπορούν να παρίστανται στην δίκη. Ποιος θα καταλάβει; Αφού οι περισσότεροι είναι σε τελείως χάλια κατάσταση. Και άντε και κατάλαβε. Ποιος θα τους πάει; Χρειάζεται ολόκληρος σχεδιασμός, ο οποίος ανήκει στην σφαίρα της φαντασίας. Άσε που τις περισσότερες φορές μέχρι να γίνει η δίκη, έχουν πάρει εξιτήριο. Αλλά να σου πω και το άλλο. Έχεις έναν εισαγγελικό, σε καλή κατάσταση, αλλά φουλ παρανοϊκό. Ή έχεις έναν διπολικό σε φάση μανίας. Στην περίπτωση που αρχίσεις τις ενημερώσεις, ο άνθρωπος αυτός θα πυροδοτηθεί. Και εκεί που πάει να «πέσει», θα γίνει πάλι χάλια. Οπότε, πολλοί συνάδελφοι αποφεύγουν τέτοιες καταστάσεις ακριβώς γιατί φοβούνται ότι ο άρρωστος αντί να βελτιωθεί, να ηρεμήσει, θα γίνει χειρότερα. Και ο στόχος των γιατρών είναι να φύγει το γρηγορότερο η άσχημη κλινική εικόνα, Και να μην διαταραχθεί ο χώρος. Σου λέω, έτσι όπως είναι οργανωμένο το σύστημα, απλά δεν έχει νόημα.*» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

σπονδύλωση και σχεδιασμός των ενεργειών –χρονικά- στοχεύει στην κατά το δυνατό ταχύτερη ύφεση των συμπτωμάτων και ομαλοποίηση της λειτουργίας των κλινικών. Υπ' αυτή την προοπτική, για τους κλινικούς λίγη σημασία έχει η τήρηση των προθεσμιών. Αναφέρει χαρακτηριστικά ένας ψυχίατρος «*Αυτά τα πράγματα δεν γίνονται. Να σου πω ένα παράδειγμα. Υποτίθεται ότι η έννοια του 48ωρου είναι το να παρατηρήσεις την κατάσταση του άρρωστου ώστε να καταλάβεις αν έχει κάτι και τι έχει. Όμως –θεωρητικά- δεν μπορείς ούτε πρέπει να δώσεις αγωγή. Πρώτον, γιατί δεν ξέρεις τι έχει και δεύτερον γιατί θα δώσεις αγωγή, μπορεί να κουκουλώσεις την συμπτωματολογία. Είναι δυνατόν να είναι κάποιος εδώ μέσα, δύο μέρες χωρίς αγωγή; Ειδικά αν είναι διεγερτικός;*». Με άλλα λόγια, πέραν της άγνοιας που πολλές φορές υπάρχει σχετικά με το νομικό πλαίσιο από τους επαγγελματίες υγείας, το βασικό συμπέρασμα είναι ότι η διεκπεραίωση της διαδικασίας επικεντρώνεται στην θεραπευτική/κατασταλτική διαχείριση του νοσηλευόμενου, αδιαφορώντας για τις νομικές παραμέτρους, τόσο των χρονικών προθεσμιών, όσο και των υπολοίπων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν τα ευρήματα αναφορικά με το δικαίωμα ενημέρωση του ασθενούς για νομική υποστήριξη και την υποχρέωση/δικαίωμα παράστασης του νοσηλευόμενου στην δικάσιμο. Τα ποσοτικά ευρήματα άλλων ερευνών αλλά και της δικής μας συμφωνούν: Η παρουσία του νοσηλευόμενου στην δίκη είναι ανύπαρκτη, η ενημέρωση για τα δικαιώματα ελλιπέστατη. Και όμως οι απόψεις των κλινικών δεν αναφέρουν ότι ο πάσχων δεν δικαιούται ούτε πρέπει να δικαιούται όλ' αυτά. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι οι νομοθετικές ρυθμίσεις αναφορικά με τα δικαιώματα του ψυχικά πάσχοντα είναι σε θεωρητικό επίπεδο σωστά δομημένες. Απλά, είναι μόνο για το θεωρητικό επίπεδο. Δεν είναι **εφικτές** στην καθημερινή πρακτική. Με άλλα λόγια, δεδομένης της φύσης των συμπτωμάτων, της νοσογραφίας του πληθυσμού, αλλά και των οργανωτικών δυσλειτουργιών του συστήματος, είναι **άνευ νοήματος.**

Β. Περί υποκειμενικοτήτων

Β.1. Ρόλοι και υποκειμενικότητες: ο ψυχίατρος

Ίσως το πρώτο και μεγαλύτερο ιδεολόγημα αφορά την σύνδεση της έννοιας της *γνώσης* με το λήμμα *ψυχίατρος*. Η έννοια της *γνώσης* αναπαρίσταται στην έννοια του «ψυχιάτρου», και συναρτάται κυρίως από την έννοια της *οργανικότητας*. Της έμφασης, δηλαδή, στη δυνατότητά της να μπορεί να προσεγγίζει, ή να προσπαθεί τουλάχιστον, την φύση της ψυχικής νόσου μέσω μιας βιολογικής και οργανικής προοπτικής και όχι αποκλειστικά μέσω μιας θεωρητικής – «ψυχολογίζουσας» θεώρησης και παράλληλης αντιμετώπισης. Επιπλέον, το δεύτερο μεγάλο ιδεολόγημα αφορά το μόρφωμα που θα μπορούσε να προσδιοριστεί υπό το πρίσμα της έννοιας της *δημοκρατικής ψυχιατρικής*, δηλαδή, μιας ψυχιατρικής επιστήμης η οποία είναι κατά κύριο -αν όχι αποκλειστικό- λόγο προσανατολισμένη σε μια ανθρωπιστική προοπτική, σε μια προοπτική η οποία ενέχει ένα ηθικό χαρακτήρα, όσο και μια δεδομένη πεποίθηση και συγκατάνευση αναφορικά με τα θεσμικά, τα νομικά προσδιορισμένα, δικαιώματα των «πελατών» της. Με λίγα λόγια, μια ψυχιατρική επιστήμη η οποία στη δομή της λειτουργίας της έχει απεμπολήσει και εξοβελίσει την έννοια της *αυθαιρεσίας*.

Μέσα σε αυτά τα πλαίσια και διαμέσου αυτών των χαρακτηριστικών, της συγκεκριμένης ιδεολογίας, αλλά και θεσμικής μορφοποίησης της ψυχιατρικής επιστήμης, σχηματοποιείται και λαμβάνει υπόσταση το ψυχιατρικό γίγνεσθαι, υπό το πρίσμα του συνόλου των τεχνικών και πρακτικών που εξελίσσονται στις διαντιδράσεις με τον «πληθυσμό» προς διαχείριση. Η περίπτωση του «εισαγγελικού» αρρώστου αντικατοπτρίζει χαρακτηριστικά αυτή την μεταστροφή. Η έννοια της ιδρυματικής κακοποίησης έχει μεταλλαχθεί, και η ψυχιατρική επιστήμη αντιμετωπίζει τον ακούσια νοσηλευόμενο μέσω μιας σωρείας διαφορετικών αντιλήψεων και θέσεων, οι οποίες κατά βάση υπακούουν στις δύο αρχές που αναφέρθηκαν λίγο πριν: αυτές της *οργανογένεσης* (με τις αντίστοιχες παρεμβάσεις, έτσι όπως εμφανίζονται μέσω της «πρωτοκαθεδρίας» της φαρμακοθεραπείας) και της *ανθρωπιστικής αντιμετώπισης* του πάσχοντα.

Από την άλλη όμως, φαίνεται ότι παράλληλα διατηρούνται, διαιωνίζονται και ίσως παγιώνονται κάποιες παλαιότερες, και σίγουρα δομικές συνιστώσες του μορφώματος «ψυχιατρική», έτσι όπως παρουσιάζονται μέσω της φιγούρας του «ψυχίατρου». Κατ' αρχή,

η διατήρηση της πυραμιδοειδούς οργανωτικής ανάπτυξης του θεσμού του νοσοκομείου, παρ' όλες τις επιμέρους διαφοροποιήσεις, φαίνεται να υφίσταται. Η βασικότερη διάσταση της αναπαράστασης του «ψυχιάτρου» είναι, διατηρείται και παραμένει αυτή της *εξουσίας*. Μια εξουσία η οποία σύμφωνα με το σχήμα μας εμφανίζεται χαρακτηριστικά μέσω της έννοιας της *ευθύνης*. Ο ψυχίατρος, ακόμα, και ειδικά στην περίπτωση του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου είναι ο απόλυτος φορέας της έννοιας της *ευθύνης*. Αν και οι πιο περιφερικές διαστάσεις της αναπαράστασης του ρόλου του ψυχιάτρου έχουν διαφοροποιηθεί, θεωρούμε ότι ο πυρήνας παραμένει αναλλοίωτος: η έννοια της ευθύνης είναι ενταγμένη όχι μόνο στην αναπαράσταση του ρόλου του, αλλά στο ίδιο τον πυρήνα των επαγγελματιών – ψυχιάτρων. Με άλλα λόγια, ακολουθώντας την Butler, «…*η εξουσία, που αρχικά εμφανίζεται ως μια εξωτερική πραγματικότητα η οποία επιβάλλεται στο υποκείμενο και το υποχρεώνει να υποταχθεί, προσλαμβάνει μια ψυχική μορφή η οποία συγκροτεί την ταυτότητα του υποκειμένου με τον εαυτό του*».[373] Αυτή ακριβώς η εξουσία συνιστά τον πυρήνα της υποκειμενικότητας του ψυχιάτρου.

Θεωρούμε ότι αυτή η –απόλυτη πολλές φορές- εξουσία, έτσι όπως εμφανίζεται στον ρόλο του ψυχιάτρου, συνδέεται άρρηκτα με την έννοια της *γνώσης*. Ο ψυχίατρος εξακολουθεί να είναι ο –αποκλειστικός, θα τολμήσουμε να ισχυριστούμε- φορέας της *αληθούς γνώσης*. Μιας γνώσης -της οποίας η βαρύνουσα διάσταση τείνει να ταυτίζεται ολοένα και περισσότερο με την βιολογική, την οργανική γνώση- η οποία διαχέεται, διασπείρεται, και μεταλαμπαδεύεται και σε άλλες ομάδες επαγγελματιών, αλλά όμως έχοντας σαν παραγωγό, ιδιοκτήτη και διαχειριστή τον ψυχίατρο. Με αυτό τον τρόπο, η σύγχρονη ψυχιατρική επιστήμη παρουσιάζει τρία αξιοσημείωτα χαρακτηριστικά: ο σύγχρονος ψυχίατρος λειτουργεί α) υπό το πρίσμα του υποκειμένου – φορέα της ευθύνης, β) του δημοκρατικού και ανθρωπιστικού ηγέτη, και γ) του υποκειμένου – κατόχου της έννοιας της γνώσης. Θεωρούμε ότι αυτός ακριβώς ο συνδυασμός, ο οποίος δεν παρουσιάζει και πολλές διαφορές από προηγούμενες σημασιοδοτήσεις εξακολουθεί να παράγει μέσα στο «ψυχιατρικό γίγνεσθαι».

[373] Butler, J., *Η Ψυχική Ζωή της Εξουσίας*, οπ.π., σ. 10 – 11,12.

Β.2. Ρόλοι και υποκειμενικότητες: ο νοσηλευτής

Οι δύο κυριότεροι επαγγελματικοί ρόλοι οι οποίοι σχετίζονται με το πεδίο του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου είναι αυτοί του *ψυχιάτρου* και του *νοσηλευτή*. Φαίνεται ότι ο ρόλος του νοσηλευτή, τα χαρακτηριστικά, οι πρακτικές, οι πεποιθήσεις, οι σχέσεις, οι διαντιδράσεις, οι οποίες αναπτύσσονται ανάμεσα στα μέλη της συγκεκριμένης ομάδας επαγγελματιών, όσο και μεταξύ του μορφώματος «νοσηλευτής» και διαφορετικών ομάδων (με κύρια αυτή των γιατρών), είναι χαρακτηριστικές και κυρίως ενδεικτικές του τρόπου με τον οποίο οργανώνεται και παράγει το ψυχιατρικό σύστημα περίθαλψης. Με άλλα λόγια, τα συμπεράσματα από την εξέταση του πεδίου «νοσηλευτής» είναι χαρακτηριστικά α) του τρόπου μέσω του οποίου προσδιορίζεται (αλλά και συγκρίνεται με άλλες) η συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα, β) των λειτουργιών που καλείται να επιτελέσει μέσα στο πεδίο των πρακτικών και διαντιδράσεων έτσι όπως αυτό υφίσταται στον θεσμό της ψυχιατρικής νοσηλείας και γ) της φύσης της έννοιας της υποκειμενικότητας των ανθρώπων οι οποίοι ενδύονται το συγκεκριμένο ρόλο: πως, δηλαδή, βιώνουν οι νοσηλευτές την υποκειμενικότητά τους μέσα από την βιωμένη τους εμπειρία σαν ψυχιατρικοί νοσηλευτές.

Αναφορικά με το «προφίλ» της νοσηλευτικής υπηρεσίας, και των συνακόλουθων ρόλων, το βασικό δομικό χαρακτηριστικό θεωρούμε ότι είναι η *στιβαρότητα* σε οργανωτικό επίπεδο: ιεραρχία, συγκεκριμένες βαθμίδες, διαχωρισμός ρόλων, ελεγκτικοί μηχανισμοί, τελετουργική γραφειοκρατική οργάνωση και λειτουργία αναφορικά με τη διεκπεραίωση των καθημερινών πρακτικών. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά πολλές φορές αποκτούν έναν άκαμπτο, γραφειοκρατικό χαρακτήρα, ο οποίος ήταν –και είναι- εμφανέστατος σε ολοπαγή ιδρύματα και οργανώσεις. Όλα αυτά βέβαια σε επίπεδο «τυπικής οργάνωσης». Σε ένα δεύτερο, άτυπο επίπεδο σε αυτό της καθημερινής πρακτικής, συναντώνται πολλές διυλίσεις ανάμεσα στους ρόλους και τα καθήκοντα. Το χαρακτηριστικό του πολλαπλού ρόλου, ο οποίος πολλές φορές ενέχει και έναν αλλότριο ως προς το εργασιακό αντικείμενο χαρακτήρα είναι μια εκ των βασικών διαπιστώσεων. Αυτό σχετίζεται με τη σχεδόν καθολική άποψη η οποία υποστηρίζει ότι η νοσηλευτική στελέχωση των δομών νοσηλείας είναι ελλιπέστατη. Αυτή η θέση περί αριθμητικής κυρίως ανεπάρκειας του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού είναι αυτή που διαμέσου της υποστηρίζεται και εκλογικεύεται μια πλειάδα φαινομένων: η σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση του προσωπικού, οι κακές συνθήκες νοσηλείας και φροντίδας των νοσηλευόμενων, οι πολλαπλοί ρόλοι τους οποίους καλούνται να αναλάβουν και να διεκπεραιώσουν, και κυρίως η χρήση κατασταλτικών

μέτρων εκ μέρους των δομών νοσηλείας είναι σε μεγάλο βαθμό απότοκες καταστάσεις της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού. Σύμφωνα με τους επαγγελματίες, αυτός είναι και ένας από τους λόγους που εξηγούν το γιατί η «ρουτίνα» των μικρο-πρακτικών που εξελίσσονται στις δομές νοσηλείας ενέχει ένα χαρακτήρα τελετουργίας, και εκτελείται με στερεότυπο τρόπο.

Πέραν της όποιας εκλογίκευσης, στις δομές νοσηλείας υπάρχει μια χωρο-χρονική κατανομή των δραστηριοτήτων (φαρμακοδοσία συγκεκριμένες ώρες, φαγητό, στρώσιμο κρεβατιών, καταγραφή των λογοδοσιών, παρατήρηση και έλεγχος των νοσηλευομένων, διαχείριση σε επίπεδο καταστολής ή/και φροντίδας των λεγόμενων «βαριών περιστατικών») και η οποία στοχεύει αλλά και επιτελεί συγκεκριμένες λειτουργίες: α) αυτή της *παρατήρησης* β) αυτή της *φροντίδας* και γ) αυτή του *περιορισμού* και της *καταστολής*. Η λειτουργία της παρατήρησης παραπέμπει σε ένα μηχανισμό *συλλογής, καταγραφής, επανεγγραφής* σε ένα επιστημονικό λεξιλόγιο και τελικά *μετάδοσης* μιας σωρείας δεδομένων τα οποία αφορούν την καθημερινότητα, τις μικρο-πρακτικές, τις συμπεριφορικές, συναισθηματικές εκφάνσεις του νοσηλευόμενου υποκειμένου, και γενικά ολόκληρης της υπόστασης του πάσχοντος υποκειμένου. Η λειτουργία της *φροντίδας* παραπέμπει στον συμβολικό γονικό ρόλο. Συμβολικά, ο ρόλος του νοσηλευτή φαίνεται να αντικατοπτρίζει την «μητρική φιγούρα». Σε εργαλειακό επίπεδο, η έννοια της φροντίδας, της θωπείας, ήταν ανέκαθεν ένα από τις ισχυρότερες εκταμιεύσεις του ιδεολογήματος που συνδέει την νοσηλευτική επιστήμη με την έννοια της φροντίδας. Όμως το συγκεκριμένο ιδεολόγημα πλέον αμφισβητείται έντονα από τον πληθυσμό ειδικά των νέων επαγγελματιών νοσηλευτών. Στα πλαίσια του μοντέλου της κοινωνικής περιχαράκωσης, οι επαγγελματίες νοσηλευτές τείνουν να θέλουν να αποδώσουν ένα σαφώς πιο επιστημονικό status και κύρος στο επάγγελμά τους, μέσω της επιστημονικής κυρίως κατάρτισης εκπαίδευσης και εξειδίκευσης. Παρ' όλη αυτή την προσπάθεια όμως, στην περίπτωση της διαντίδρασης του επαγγελματία νοσηλευτή με τον «εισαγγελικό» νοσηλευόμενο εμφανίζονται χαρακτηριστικά πρακτικές οι οποίες καταδεικνύουν ότι ο ρόλος του νοσηλευτικού επαγγέλματος σε πολλά σημεία υπακούει και αναφέρεται σε παλιότερες αναπαραστάσεις. Σε ακολουθία με αυτή τη προοπτική, οι περισσότεροι νοσηλευτές θεωρούν ότι –παρ' όλες τις αναβαθμίσεις που το επάγγελμα έχει δεχθεί κυρίως σε επίπεδο εκπαίδευσης- η γνώμη, οι αναπαραστάσεις του «κοινού» είναι λίγο πολύ ίδιες ή έστω παραπλήσιες με αυτές παλαιότερων περιόδων. Με άλλα λόγια, οι νοσηλευτές θεωρούν ότι η αναπαράσταση του επαγγελματικού τους ρόλου εμπεριέχει σε μεγάλο βαθμό έναν

απαξιωτικό χαρακτήρα. Να αναφερθούμε σε μια χαρακτηριστική διαπίστωση: η ζητούμενη από τους νοσηλευτές προσφώνηση (αλλά και οι διαμαρτυρίες στην περίπτωση που αυτό δεν γίνεται) αφορά την επίκλησή τους με το λήμμα «νοσηλευτή» και όχι με τις λέξεις «νοσοκόμε» ή «αδελφή».

Ειδικά στη σχέση της συγκεκριμένης ομάδας με τον «εισαγγελικό» νοσηλευόμενο, φαίνεται ότι τόσο τα βιώματα και οι συναισθηματικές αντιδράσεις, όσο και η αυτό-εικόνα και η αναπαράσταση για τον επαγγελματικό τους ρόλο είναι αρνητική. Υπάρχει δυσφορία, ειδικά για ρόλους οι οποίοι ενέχουν το στοιχείο της καταστολής, της βίας, του περιορισμού και γενικότερα της έννοιας της φύλαξης. Οι στρατηγικές και οι τρόποι μέσω των οποίων εκλογικεύεται η αποδοχή τους αναφορικά με πρακτικές που περιέχουν το στοιχείο της βίας αφορούν α) το ότι η βία είναι αναγκαίο κακό, β) το ότι αν και δεν είναι αρμόδιοι, δέχονται λόγω της άποψης ότι λειτουργούν προστατευτικά, συνεπώς θεραπευτικά για τον πάσχοντα και γ) το ότι η τυχόν άρνησή τους θα τους έφερνε αντιμέτωπους με νομικές – θεσμικές συνέπειες. Μέσω αυτών των μηχανισμών εκλογίκευσης ή και δικαιολόγησης ο συγκεκριμένος επαγγελματικός κλάδος ουσιαστικά είναι αυτός που πλέον έχει αναλάβει σχεδόν καθ' ολοκληρία την εφαρμογή τόσο των θεραπευτικών πρακτικών, όσο και το σύνολο των πρακτικών οι οποίες περιέχουν το στοιχείο της βίας και της καταστολής.

Β.3. Οι «πελάτες» του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας

Ένα βασικό εμπειρικό εύρημά μας, σε συμφωνία με τα ήδη υπάρχοντα δεδομένα, θέλει την πλειονότητα του πληθυσμού ο οποίος νοσηλεύεται υπό το καθεστώς εισαγγελικής παραγγελίας να ανήκει στην κατηγορία των «ψυχωτικών». Κατά συνέπεια, οι σχέσεις εξουσίας ή φροντίδας οι οποίες αναπτύσσονται –αλλά και παράγουν- στις δομές νοσηλείας απευθύνονται σε ένα συγκεκριμένο –πάντα διαγνωστικά- πληθυσμό ο οποίος εμπεριέχει κάποιες υπο-κατηγορίες. Οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών, αναφορικά με τη σχέση «διάγνωσης» και του μέτρου της ακούσιας νοσηλείας σπονδυλώνονται γύρω από την θέση ότι η διαγνωστική κατηγορία «ψύχωση» κυρίως μαζί με την κατηγορία «διπολική διαταραχή» είναι αυτή στην οποία έχει νόημα να εφαρμόζεται το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας. Αυτό συνάδει με τη γνώμη των επαγγελματιών ότι το βασικό, και ίσως αποκλειστικό κριτήριο για μια «εισαγγελική νοσηλεία» είναι η ύπαρξη μιας ψυχικής νόσου, με την επικινδυνότητα να λαμβάνει έναν σαφώς περιφερικό ρόλο. Δηλαδή, για τους περισσότερους επαγγελματίες η ακούσια νοσηλεία υφίσταται σαν ένα δύσκολο μεν αλλά

αναγκαίο και υποβοηθητικό μέτρο το οποίο εάν εκτελεστεί σωστά και υπάρχουν ικανές και βέλτιστες συνθήκες μπορεί να βοηθήσει τον πάσχοντα να ανακάμψει από την υποτροπή. Παράλληλα όμως, υφίσταται η αντίληψη ότι πολλές «εισαγγελικές» γίνονται (ασχέτως αν τελικά θα εκτελεσθούν και θα ακολουθήσει νοσηλεία) λόγω της έλλειψης κάποιας εναλλακτικής λύσης: Έλλειψη εναλλακτικής είτε αυτή αφορά την αντιμετώπιση του πάσχοντα (βελτίωση της «κλινικής του εικόνας») είτε λόγω πρόσβασης στο σύστημα περίθαλψης: (έλλειψη κλινών ή εξειδικευμένων κέντρων για τις υπόλοιπες «κατηγορίες» όπως οι χρήστες ουσιών, τα «οργανικά ψυχοσύνδρομα». Γι' αυτό το λόγο, θεωρούν ότι η νοσηλεία μέσω εισαγγελίας ατόμων όπως οι χρήστες ουσιών, δεν έχει κανένα νόημα: Δεν υπάρχει θεραπευτική προοπτική.

Β.4. Ο «εισαγγελικός ψυχωσικός»

Αναφορικά με τη διάγνωση «ψυχωσικός» σε αδρές γραμμές διακρίναμε δύο κατηγορίες: Η πρώτη αφορά τον τύπο ο οποίος αναφέρεται ως «χρόνιος ψυχωτικός», στον οποίο εν ολίγοις εντάσσονται τα υποκείμενα τα οποία κατά βάση ΔΕΝ σημασιοδοτούνται υπό όρους επικινδυνότητας, ενώ η δεύτερη μπορεί να συνοψισθεί κάτω από τον τίτλο «ο νέος ψυχωσικός», κατηγορία μέσα στην οποία ανευρίσκονται κυρίως τα υποκείμενα τα οποία δέχονται κυρίως ετικετοποιήσεις «επικινδυνότητας». Ειδικά η κατηγορία του χρόνιου ψυχωσικού φαίνεται ότι υπερ-εκπροσωπείται σε επίπεδο ποσοτικών μετρήσεων ανάμεσα στον πληθυσμό πάνω στον οποίο εφαρμόζεται το μέτρο της ακούσιας εξέτασης ή και νοσηλείας. Ο συγκεκριμένος τύπος δεν αποτελεί «απειλή» δεν ενδύεται την ετικέτα του επικίνδυνου. Παρ' όλα όμως την έλλειψη απόδοσης επικινδυνότητας στην –συχνά βίαιη-συμπεριφορά του φαίνεται ότι επάνω του εφαρμόζονται τα περισσότερα κατασταλτικά/περιοριστικά μέτρα. Θεωρούμε ότι αυτό συμβαίνει γιατί ο εν λόγω ασθενής αντικατοπτρίζει τον Homo sacer, το χωρίς δικαιώματα υποκείμενο, το οποίο είναι ευάλωτο στην έννοια της αυθαιρεσίας. Είτε αυτή λαμβάνει τον χαρακτήρα της καταστολής, είτε της φροντίδας. Το «χωρίς δικαιώματα» υποκείμενο (ή καλύτερα το «χωρίς πρόσβαση στα δικαιώματά του» υποκείμενο) αποτελεί το χαρακτηριστικό παράδειγμα της αυθαιρεσίας στις «ζώνες αδιαφορίας», εκεί που δεν εφαρμόζεται ο θεσμός. Να επαναλάβουμε πάλι μια βασική διαπίστωση: Ο χρόνιος ψυχωσικός δεν φαίνεται να ενδύεται χαρακτηριστικά τα οποία να τον προσιδιάζουν σαν το «επικίνδυνο υποκείμενο». Η –όποια επιθετική ή βίαιη-συμπεριφορά δεν ταυτίζεται με την έννοια της επικινδυνότητας, ακριβώς λόγω της έλλειψης της έννοιας της πρόθεσης. Σε αυτούς τους πληθυσμούς η εφαρμογή των όποιων

περιοριστικών μέτρων έχει περισσότερο τον χαρακτήρα του περιορισμού (από την φυγή από τον χώρο ή λόγω της απορρύθμισης της δομής) παρά ως απάντηση στην επικινδυνότητα. Έχει περισσότερο τον χαρακτήρα της προστασίας ή του άσχημου μεν αναγκαίου δε σταδίου για την βελτίωση της κλινικής εικόνας. Με άλλα λόγια, η καταστολή απευθύνεται σε μια συμπεριφορά η οποία εκλαμβάνεται όχι ως επικίνδυνη αλλά ως ενοχλητική.

Β.5. Ο «επικίνδυνος ψυχασθενής» και η παράμετρος της απροβλεψιμότητας

Αντίθετα, μια υπο-κατηγορία των «ψυχώσεων» αυτοί που περιγράφονται στην ψυχιατρική «γλώσσα» ως «παρανοϊκοί» θεωρούνται δυνητικά οι φορείς της έννοιας της επικινδυνότητας. Και ίσως το χαρακτηριστικό που τους διαφοροποιεί δεν είναι τόσο η βίαιη ή μη συμπεριφορά που επιδεικνύουν. (Άλλωστε, πολλές φορές σε επίπεδο συμπεριφοράς δεν είναι καθόλου βίαιοι). Το χαρακτηριστικό που τους διαφοροποιεί είναι η δυνατότητα του να «κρύβουν το παραλήρημα», άρα και το «σχέδιο». Φρονούμε ότι σε αυτό το σημείο μπορεί να ανιχνευθεί το ίχνος μιας εμμένουσας διαδρομής: Όπως εμφανίστηκε ο επικίνδυνος ψυχασθενής στις απαρχές της ιστορίας της ψυχιατρικής, ή καλύτερα, όπως προσδιορίστηκε μέσω του βασικότατου αυτού γνωρίσματος, της δυνατότητας της τρέλας να είναι αόρατη μέχρι να εκραγεί, με ένα παραπλήσιο τρόπο η συγκεκριμένη αναπαράσταση υπεισέρχεται στη σχέση ψυχικής ασθένειας και επικινδυνότητας. Ο επικίνδυνος ψυχικά πάσχων είναι αυτός που πολλές φορές δεν φαίνεται ότι είναι ψυχικά πάσχων. Είναι ψυχικά πάσχων με ένα **λανθάνοντα** αλλά και **απρόβλεπτο** τρόπο. Συνεπέστατα με την παραπάνω θέση, το προφίλ του ψυχικά πάσχοντα το οποίο οι επαγγελματίες το συνδέουν με υψηλά επίπεδα επικινδυνότητας είναι: νεαρός, άνδρας, χωρίς πολλές νοσηλείες, χωρίς εμφανή συμπτώματα, με καλή λειτουργικότητα καλό δείκτη νοημοσύνης: Ένας οιονεί φυσιολογικός άνθρωπος.

Β.6. Υποκειμενικότητες: ο «διπολικός» και οι «άλλοι»

Ο σχηματισμός «διπολική διαταραχή» αποτελεί τη δεύτερη μεγαλύτερη ομαδοποίηση – νοσολογική οντότητα και κατηγορία, της οποίας τα χαρακτηριστικά συνάδουν με το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας. Και αναφέρουμε το «συνάδουν», ακριβώς λόγω του ότι ένα από τα βασικά συμπεράσματα αυτής της μελέτης αφορά το πεδίο επέμβασης της ψυχιατρικής επιστήμης, έτσι όπως αυτό εκφράζεται και εκφέρεται μέσα από την ανάλυση της

διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας: η κατηγορία «διπολική διαταραχή», μαζί με αυτή της «ψύχωσης», όχι μόνο είναι οι κύριοι «πελάτες» του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης, και ειδικά του συστήματος ψυχιατρικής νοσηλείας μέσω της εισαγγελικής παραγγελίας, αλλά είναι αυτοί που δικαιούνται να είναι. Οι υπόλοιπες νοσολογικές οντότητες, που παραπέμπονται συνηθέστερα μέσω των νομικών διαδικασιών για εξέταση και πιθανή ακούσια νοσηλεία (όπως οι κατηγορίες «χρήστης ουσιών», «οργανικό ψυχοσύνδρομο», «διαταραχή προσωπικότητας») σύμφωνα με τους επαγγελματίες συνήθως δεν πληρούν τα κριτήρια για μια ακούσια νοσηλεία στο –δεδομένο αυτή τη στιγμή- ελληνικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης, το οποίο να υπενθυμίσουμε αποτελούν οι κλινικές οξέων των μεγάλων ψυχιατρικών νοσοκομείων και οι ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων. Πέραν του τελικά αν εισάγονται ή όχι, πέραν του τρόπου με τον οποίο δρομολογείται η παραμονή τους, η βασική θέση είναι η παραπάνω. Οι υπόλοιπες κατηγορίες, ναι μεν έχουν ανάγκη παροχής φροντίδας, ακόμα και με τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, αλλά όχι στις συγκεκριμένες δομές. Οι συγκεκριμένες δομές, σε μια ιδανική, ιδεατή κατάσταση, οφείλουν να νοσηλεύουν άτομα τα οποία πέραν του ποσοστού επικινδυνότητας που θεωρείται ότι μπορεί να «περιέχουν», οφείλουν α) να πάσχουν από κάποια αμιγώς ψυχιατρική νόσο και β) η κατάσταση της υγείας τους να μπορεί να βελτιωθεί μέσω της νοσηλείας τους. Φαίνεται ότι οι δύο μεγαλύτερες κατηγορίες που εμπίπτουν σε αυτά τα κριτήρια είναι αυτές της «διπολικής διαταραχής» και της «ψύχωσης». Επιπλέον ,αυτές οι δύο κατηγορίες εμφανίζουν κάποια διακριτά γνωρίσματα: α) θεωρούνται αμιγώς ψυχιατρικές νόσοι, παρόλο που η αιτιολογία τους δεν είναι επαρκώς εξακριβωμένη. Αντίθετα, κάποιες από τις άλλες κατηγορίες στις οποίες εφαρμόζεται το μέτρο της ακούσιας νοσηλείας δεν θεωρούνται αμιγώς ψυχιατρικές νόσοι, ειδικά στη περίπτωση εκείνη που αναδύεται η έννοια της οργανικότητας. Όχι όμως απλά μιας οργανικότητας, μιας *πιθανότητας* οργανογένεσης της τυπολογίας της πάθησης, αλλά μιας **πιστοποιημένης** και αιτιολογημένης οργανογένεσης, όπως στις περιπτώσεις των «οργανικών ψυχοσυνδρόμων».

Β.7. Η έννοια της «διαταραχής»

Αν ακολουθήσουμε το συγκεκριμένο σχεδίασμα, θεωρούμε ότι μπορούμε να ανιχνεύσουμε σε αυτό το σημείο κάτι κρίσιμο και σημαντικό: αυτές οι διαδικασίες διαχωρισμού και επιλογής θεωρούμε ότι μας δίνουν το μέτρο της αναπαράστασης της ψυχικής νόσου. *Ψυχική Νόσος* θεωρείται η κατάσταση εκείνη, η οποία μπορεί να διαχωριστεί σαφώς από

κάποιες άλλες, παραπλήσιες φαινομενολογικά, αλλά διαφορετικές δομικά, καταστάσεις, οι οποίες θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν υπό όρους *Αναπηρίας*. Σαν να λέει η ψυχιατρική «άλλο ψυχικά πάσχων, άλλο ανάπηρος». Και επιπλέον, άλλο «δυνητικά ψυχικά πάσχων». Ο *οιονεί πάσχων*, η κατηγορία που ανταποκρίνεται και μέσω της οποίας εμφανίζεται η έννοια της *ασάφειας*, είναι αυτή της *διαταραχής προσωπικότητας*. Θεωρούμε ότι αυτή η κατηγορία συμπαρασύρει συγκεκριμένες αναπαραστάσεις. Η πρώτη, όπως μόλις αναφέρθηκε, αφορά την έννοια της *ασάφειας*. Η κατηγορία αυτή εμπεριέχει πολλές, και διαφορετικές μεταξύ τους υποκατηγορίες, με τα όρια πολλές φορές να είναι ασαφή. Η δεύτερη αφορά την έννοια της *διεύρυνσης*. Η κατηγορία «διαταραχή προσωπικότητας» αποτελεί μια ανομοιογενή, ασαφή, αλλά και μεγάλη κατηγορία. Αναφέρεται τόσο σε μια νοσολογική κατηγοριοποίηση, όσο και σε στοιχεία προσωπικότητας τα οποία εν-υπάρχουν άλλοτε σε άλλο βαθμό σε όλους μας. Με άλλα λόγια, υπό το όρο «διεύρυνση» εννοούμε ότι ουσιαστικά αυτή η κατηγορία λειτουργεί εν είδει «συνδετικού κρίκου» μεταξύ *παθολογικού* και *φυσιολογικού*. Αποτελεί τον χώρο εκείνο, το πεδίο, το σύνολο των ψυχικών, συναισθηματικών, κοινωνικών, πολιτισμικών και συμπεριφορικών ενδείξεων και καταστάσεων τα οποία μπορεί να ανευρεθούν τόσο σε ένα «πάσχοντα» πληθυσμό, όσο και σε ένα «υγιή» πληθυσμό. Αποτελεί το «όχημα μετάβασης» της ψυχιατρικής επιστήμης (μιας ψυχιατρικής, υπό όρους του *θεσμού* εκείνου ο οποίος είναι ο υπεύθυνος για την «ψυχική ευγονική») αναφορικά με το πεδίο στο οποίο πλέον μπορεί να παρέμβει. Και σε αυτό το σημείο λειτουργεί –ακόμα, και με ένα ταυτόσημο με παλαιότερα τρόπο, κατά την ανάγνωσή μας- η έννοια της επικινδυνότητας. Άπαξ και η έννοια αυτή, ή καλύτερα οι φορείς της, μετατέθηκε από τον «ξενιστή – *ψυχωσικό*» στον «ξενιστή - *διαταραχή προσωπικότητας*», η ψυχιατρική επιστήμη –εξ ονόματι της δυνατότητάς της να προβλέπει και να ανιχνεύει, μπορεί πλέον να μεταθέσει το ενδιαφέρον, αλλά και τα συμπεράσματά της. Πλέον, ο καθένας μας μπορεί να είναι ένας δυνητικά επικίνδυνος, αν όχι *ψυχασθενής*, σίγουρα *ψυχικά διαταραγμένος*.

Β.8. Περί πάθησης: το σχεδίασμα των τριών τάξεων

Σε μια τελική, λοιπόν, συμπερασματική προσέγγιση, μπορούμε να παραθέσουμε ένα σχεδίασμα *τριών τάξεων*. Ουσιαστικά αναφερόμαστε στις διαφοροποιήσεις, στις επιμέρους κατηγοριοποιήσεις της έννοιας της *παρέκκλισης*. Αυτές οι τάξεις αφορούν τις εκφορές, τις μεταλλάξεις, τις διαφοροποιήσεις, τις κατηγορίες εν ολίγοις της ψυχιατρικής ταξινόμησης, έτσι όπως την ερμηνεύουμε μέσα από όλη αυτή την ερευνητική διαδικασία. Η πρώτη *τάξη*

αφορά εκείνες τις κατηγορίες, οι οποίες εντάσσονται και ερμηνεύονται σαν αποκλειστικό πεδίο της ψυχιατρικής επιστήμης: η *αμιγής ψυχική νόσος*. Όπως είδαμε, οι δύο κυριότερες εξ αυτών είναι αυτές που εντάσσονται κάτω από τις νοσολογικές κατηγορίες της «ψύχωσης» και της «διπολικής διαταραχής». Η δεύτερη τάξη αφορά εκείνες τις κατηγορίες οι οποίες εντάσσονται κάτω από την έννοια της *αναπηρίας*. Κατηγοριοποιήσεις, οι οποίες, αν και πολλές φορές εκφέρονται μέσω μιας «ψυχιατρικίζουσας» συμπτωματολογίας, παρ' όλα αυτά δεν εντάσσονται στο πεδίο διαχείρισής της, τουλάχιστον αποκλειστικά. Η κατηγορία του «οργανικού ψυχοσυνδρόμου» αποτελεί το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα. Τέλος, η τρίτη τάξη είναι αυτή της *διαταραχής*. Θεωρούμε ότι η έννοια της *ψυχικής διαταραχής*, διαφέρει από αυτή της *ψυχικής νόσου*. Σαν να αφορά μια λιγότερο περιχαρακωμένη, πιο ασαφή όπως προείπαμε, πιο δυσπροσεγγίσιμη, πιο διευρυμένη και αχανή περιοχή. Πιο ομιχλώδη. Και το πλέον βασικό συμπέρασμα της παρούσας μελέτης έγκειται στο εξής : φαίνεται ότι αυτή η κατηγορία έχει επωμισθεί, έχει γίνει ο φορέας της έννοιας της επικινδυνότητας έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τη σχέση της με τη ψυχική νόσο. Οι παλαιότερες αναπαραστάσεις της επικινδυνότητας και των συμπαρομαρτούντων εννοιών όπως αυτή της απροβλεψιμότητας, έχουν –για τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας- μετατεθεί στο πρόσωπο της «διαταραχής προσωπικότητας». Αυτό δεν σημαίνει ότι η έννοια της επικινδυνότητας έχει αποσυνδεθεί πλήρως από τις κατηγοριοποιήσεις της πρώτης τάξης, της ψυχικής νόσου. Απλά, φαίνεται ότι εκείνη η επικινδυνότητα, εκείνη η βία, η βία του «τελείως τρελού», είναι πια γνωστή: είναι κατανοητή, είναι προβλέψιμη, είναι διαχειρίσιμη. Είναι *τιθασευμένη*.

Αυτό φαίνεται και από τις πρακτικές εκείνες οι οποίες ανελίσσονται μέσα στις δομές νοσηλείας και αφορούν την έννοια της βίας. Τόσο οι πρακτικές, όσο και οι πεποιθήσεις των υποκειμένων οδηγούν σε αυτό το συμπέρασμα. Ας δούμε κάποιες συμπερασματικές παρατηρήσεις οι οποίες θεωρούμε ότι αποδεικνύουν αυτή τη μεταλλαγή.

Β.9. Η έννοια της «προηγούμενης συμπεριφοράς»

Αναφορικά με τις αναπαραστάσεις που πυροδοτούνται, φαίνεται ότι το «προφίλ» του νοσηλευόμενου, ειδικά στην περίπτωση που το «ιστορικό» του περιέχει κρούσματα βίας, είναι ο κυριότερος «οδηγός» ο οποίος δρομολογεί και τον «τύπο του σχετίζεσθαι» ανάμεσα σε αυτόν και τις δομές νοσηλείας. Το κατά πόσο όμως αυτό δεν λειτουργεί –αποκλειστικά- υπό όρους «αυτοεκπληρούμενης προφητείας» σύμφωνα με τις ψυχολογικές θεωρήσεις ή

υπό όρους «scapegoat labeling» σύμφωνα με μια πιο κοινωνιολογικά προσανατολισμένη προοπτική θεωρούμε ότι είναι ομιχλώδες. Παρ' όλα αυτά, ένα από τα βασικά συμπεράσματα αφορά την επιμένουσα προσκόλληση και εστιασμό στην τυχόν ύπαρξη παλαιότερων βίαιων συμπεριφορών από τον πάσχοντα, οι οποίες αποτελούν ένα κριτήριο με βαρύνουσα σημασία αναφορικά με την αναπαράστασή του. Αυτές όμως οι βίαιες συμπεριφορές, όταν ανιχνεύονται σε επίπεδο ιστορικού, συνηθέστερα ερμηνεύονται μέσω μιας ατομοκεντρικής προοπτικής: σπάνια ερμηνεύονται σαν προϊόν αντίδρασης, αντίστασης ή γενικά σαν συμπεριφορές πυροδοτούμενες και προερχόμενες *έξω* από το υποκείμενο. Αντίθετα, συνήθως ερμηνεύονται είτε σαν προϊόν ενός πάσχοντος υποκειμένου, ερμηνεύονται σαν σύμπτωμα ενός διαταραγμένου ψυχισμού, είτε ερμηνεύονται υπό όρους προβληματικής προσωπικότητας. Με αυτό τον τρόπο όμως συνήθως είτε αποκρύπτεται, είτε ελαχιστοποιείται, είτε δεν λαμβάνεται καθόλου υπόψη η κοινωνική διάσταση της βίαιης και επιθετικής συμπεριφοράς.

Β.10. Οι κατηγοριοποιήσεις

«*Σε κάθε εξουσιαστικό κοινωνικό σχηματισμό ο καθένας πρέπει να είναι κάτι. Μόνο ένα πράγμα δεν επιτρέπεται να είναι:* ***Αταξινόμητος***»,[374] αναφέρει ο Szasz, προσδιορίζοντας την κατακρήμνιση του *υποκειμενισμού* μέσα στα δαιδαλώδη εκμαγεία της *ταξινόμησης*. Από την άλλη, η έννοια της κατηγοριοποίησης –πέραν της αρνητικής ή θετικής σημασιοδότησής της- δεν μπορεί παρά να υφίσταται σαν μια εκ των ουκ άνευ συνιστώσα: «…*καμιά κοινωνία δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά χωρίς ταξινόμηση, χωρίς διευθέτηση των πραγμάτων και των ανθρώπων σε τάξεις και προδιαγεγραμμένα πρότυπα. Αυτή η αναγκαία ταξινόμηση είναι η βάση για όλες τις κοινωνικές διακρίσεις, και οι διακρίσεις, παρά την κρατούσα σήμερα αντίθετη αντίληψη, είναι συστατικό στοιχείο της κοινωνικής επικράτειας* […]. *Η ουσία είναι ότι μέσα στην κοινωνία ο καθένας πρέπει να απαντά στο ερώτημα* ***τι*** *είναι –σε αντιδιαστολή με το ερώτημα* ***ποιος*** *είναι- ποιος είναι ο ρόλος και η λειτουργία του*…»[375] αναφέρει χαρακτηριστικά η H. Arendt.

Η διαδικασία κατηγοριοποίησης, με την παράλληλη εμφάνιση και ανάδυση των νοσολογικών κατηγοριοποιήσεων, έτσι όπως αυτές διαμορφώνονται, παγιώνονται,

[374] Szasz, T., Kraus, K., *Αφορισμοί για την ψυχιατρική και την ψυχανάλυση*, επιμ. Κ. Γρίβας, Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2007, σ. 85.
[375] Arendt, H., *Άνθρωποι σε ζοφερούς καιρούς*, μτφ. Β. Τομανάς, Νησίδες, Σκόπελος, 1998, σ. 45.

καθορίζονται, αλλά και διαχέονται η μία μέσα στην άλλη, επικαλύπτονται, διυλίζονται και μεταβάλλονται, εξακολουθεί να αποτελεί μια «εις το διηνεκές» λειτουργία της ψυχιατρικής επιστήμης. Η «νοσολογική χαρτογράφηση» παραμένει ένα από τα μείζονα πεδία μέσα από τα οποία η ψυχιατρική προσδιορίζεται, εκφράζεται, αλλά και παράγει. Τα συμπεράσματα που αναδυθήκαν μέσα από τον έλεγχο αυτών των διαδικασιών κατηγοριοποίησης μπορούν να χωριστούν σε δύο μέρη. Το πρώτο αφορά τις νέες νοσολογικές καταγραφές, και το δεύτερο αφορά το πώς αυτός ο νέος «νοσολογικός χάρτης» *διαπερνά* την έννοια της επικινδυνότητας και σχετίζεται εν τέλει με το πεδίο της ακούσιας νοσηλείας. Επιπλέον, ένα ακόμα συμπέρασμα, το οποίο μάλλον «προηγείται» των δύο τα οποία μόλις αναφέρθηκαν, σχετίζεται με την «ανάγκη» της ψυχιατρικής επιστήμης να εντάσσει την οποιαδήποτε συμπεριφορά σε ένα –αν όχι *νοσολογικό*- τουλάχιστον *χαρακτηριολογικό* εκμαγείο: η όποια συμπεριφορά, είτε πρόκειται για κάποιο ιδιαίτερα έκδηλο ψυχιατρικό σύμπτωμα, όπως επί παραδείγματι οι ψευδαισθήσεις, είτε πρόκειται για κάποια «απλή» συμπεριφορά (όπως, για παράδειγμα, η έκφραση ενός συναισθήματος) όλα αυτά, για την ψυχιατρική κλινική, ακόμα και αν δεν σημαίνουν κάτι, τουλάχιστον δυνητικά πιθανόν να σημαίνουν. Και η ψυχιατρική οφείλει να εξετάσει αυτή τη πιθανότητα και ενδεχόμενο.

Γ. Η επικινδυνότητα

Γ.1. Η επικινδυνότητα και το οικογενειακό σύστημα

Φαίνεται ότι και η έρευνά μας επιβεβαιώνει ένα βασικό συμπέρασμα. Το κύριο πεδίο εμφάνισης της όποιας βίαιης συμπεριφοράς του πάσχοντα, όταν αυτή υφίσταται, αφορά τα πρόσωπα της οικογένειας. Η βία προς την οικογένεια είναι αυτή που *πρωτογενώς* σημασιοδοτείται ως επικίνδυνη. Επιπλέον, η αντίδραση σε αυτή τη βία του πάσχοντα, η οποία να θυμίσουμε ότι πολλές φορές ερμηνεύεται ως τέτοια, ως βία της πάθησης, «βία σύμπτωμα» δηλαδή, είναι η εκκίνηση της ακούσιας νοσηλείας, με όλα τα φαινόμενα δευτερογενούς στιγματισμού και δημιουργία της έννοιας της δευτερογενούς παρέκκλισης. Με άλλα λόγια, η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, πολλές φορές έχει, εν είδει παρενέργειας, τη παραγωγή ενός δυνητικά βίαιου ή επικίνδυνου υποκειμένου. Το υποκείμενο που χαρακτηρίζεται αυθαίρετα από την οικογένεια σαν βίαιο και επικίνδυνο (και να τονίσουμε για άλλη μια φορά, ότι το βασικό σημείο εδώ δεν είναι το αν η αξιολόγηση είναι σωστή ή λανθασμένη. Μας ενδιαφέρει το ότι και από τα δύο αν ισχύει, είναι **αυθαίρετη**: μονομερής), εισέρχεται στη διαντίδραση με τους «Π» και «Ψ» θεσμούς, και στην περίπτωση που εμφανίσει βίαιες αντιδράσεις, οι οποίες σύμφωνα με την ανάλυσή μας, είναι αμυντικού τύπου, και μπορούν να ερμηνευθούν σαν αντίδραση στην απειλή του εγκλεισμού, αυτές ακριβώς οι αντιδράσεις επικυρώνουν την προηγούμενη, και εν πολλοίς αυθαίρετη «δήλωση επικινδυνότητας». Αυτό το σημείο γίνεται εμφανές από το σταθερό και επίμονο εύρημα το οποίο αφορά την αντίσταση και άρνηση της οικογένειας στο να ενημερωθεί ο πάσχων αναφορικά με το ποιος «έκανε την εισαγγελική». Η γνώση αυτή εκ μέρους του πάσχοντα μπορεί να προκαλέσει υπερχείλιση βίας. Μια βία όμως που κατά τη γνώμη μας απέχει πολύ από το να μπορεί να αποδοθεί στο υποκείμενο: δεν αποτελεί κάποιο εγγενές ψυχικό ή παθολογικό στοιχείο – δυσλειτουργία, αλλά είναι μια αντίδραση σε μια κοινωνική συμπεριφορά. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι *κοινωνικά επαγώμενη* βία.

Γ.2. Η έννοια της επικινδυνότητας ως άλλοθι

Παρ' όλη την δυνατότητα διαζευκτικής χρήσης, η έννοια της επικινδυνότητας χρησιμοποιείται κατά κόρον, τουλάχιστον σε επίπεδο γραφειοκρατικού χειρισμού. Η έννοια της επικινδυνότητας συνεχίζει να χρησιμοποιείται με έναν **συστηματικό** τρόπο

αναφορικά με την τεκμηρίωση της αίτησης για εγκλεισμό. Και επιπλέον, χρησιμοποιείται με ένα ιδιαίτερα παγιωμένο, τεχνοκρατικό, γραφειοκρατικό τρόπο και μορφή. Αυτές οι διαπιστώσεις, σε συνάρτηση με τα δεδομένα που μας δείχνουν ότι στις περισσότερες φορές τα υποκείμενα κάθε άλλο παρά επικίνδυνα σημασιοδοτούνται ή εκλαμβάνονται, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η χρήση της έννοιας της επικινδυνότητας αποτελεί κατά κύριο λόγο ένα **άλλοθι, ένα μέσο διεκπεραίωσης.** Ούτε υφίσταται, τουλάχιστον στην πλειονότητα των περιπτώσεων κατά τα λεγόμενα των επαγγελματιών, ούτε και ελέγχεται ή προσδιορίζεται. Απλά αποτελεί μια εκταμιευμένη μορφή ενός ιδεολογική σχηματισμού ο οποίος τις περισσότερες φορές δεν έχει σχέση με την κλινική πρακτική ή τις «καθημερινές» πρακτικές γενικότερα. Το βασικό μας εύρημα, η σχεδόν παντελής απουσία εκδηλώσεων βίας από τον πληθυσμό των «ακούσιων», θεωρούμε ότι ισχυροποιεί την θέση μας. Να σημειώσουμε ότι στο συγκεκριμένο σημείο δεν αναφερόμαστε στις πεποιθήσεις των επαγγελματιών αναφορικά με το ποιος νοσηλευόμενος, ή καλύτερα ποια νοσολογική κατηγορία περιέχει αυξημένα ποσοστά επικινδυνότητας, αλλά αναφερόμαστε στο καθαυτό εμπειρικό εύρημα και διαπίστωση η οποία αφορά την ελάχιστη παρουσία φαινομένων βίας. Η επικινδυνότητα αποτελεί το δίαυλο εκείνο μέσω του οποίου, ειδικά το δικαστικό σύστημα χειρίζεται τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Αντίθετα, φαίνεται ότι το ψυχιατρικό σύστημα, ειδικά στις διαδικασίες απόφασης για την εκτέλεση μιας ακούσιας νοσηλείας, δεν λαμβάνει πια την παράμετρο της επικινδυνότητας υπόψη σαν ένα κρίσιμο κριτήριο.

Γ.3. Η τυπολογία της συστημικής βίας

Η βασική διαπίστωση είναι ότι «δεν γίνεται αλλιώς». Η εκλογίκευση της βίας διαχέεται από την έννοια του «αναγκαίου κακού». Ειδικά στις περιπτώσεις όπου σύμφωνα με του επαγγελματίες υπάρχει αυτό που ονομάσαμε «λυκοφωτική κατάσταση»: ασάφεια ρόλων, ασάφεια χαρακτήρα δομών, ασάφεια υποχρεώσεων και δικαιωμάτων, αδυναμία γνώσης του «Π» από τους «Ψ» και τούμπαλιν.

Γ.4. Η βασική εννοιολογική παραδοχή: η ψυχιατρική γνώση οφείλει να δύναται να ανιχνεύσει και να προστατεύσει

Όπως προαναφέρθηκε, το σύστημα ανίχνευσης της όποιας δυσλειτουργίας, της *παρέκκλισης* από τη νόρμα, οφείλει καταρχήν να είναι *εξαντλητικό*. Αυτός ο μηχανισμός

ανίχνευσης βασίζεται σε μεγάλο βαθμό σε δύο διαστάσεις. Η πρώτη αφορά την έννοια της *γνώσης* per se, ενώ η δεύτερη αφορά τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται ένα «σύστημα εκμαίευσης δεδομένων» τα οποία συναθροιζόμενα θα καταδείξουν και θα ισχυροποιήσουν κατά το δυνατόν την απόδοση της *διάγνωσης*. Τείνουμε να επανερχόμαστε στο θέμα της *διάγνωσης* ακριβώς λόγω της κομβικής σημασίας της έννοιας αυτής στο μοντέλο λειτουργίας της ψυχιατρικής επιστήμης. Πολύ απλά, χωρίς «επίσημη» διάγνωση, η ψυχιατρική λειτουργία χάνει τον ρόλο της: δεν υφίσταται. «*Τι διάγνωση τελικά θα βάλουμε στο εξιτήριο*;» ρωτά ο ειδικευόμενος γιατρός τον επιμελητή του. «*Είπαμε, ψυχωσική συνδρομή. Μπες στο ICD, βρες τον κωδικό του και βάλτον…*» απαντά ο επιμελητής (ψυχιατρική κλινική Γενικού Νοσοκομείου, ημερολόγιο σημειώσεων). Η έννοια της κωδικοποίησης στη γενικευμένη της κατάσταση.[376]

Το πλέον ενδιαφέρον συμπέρασμα, σε αυτό το σημείο, αφορά τον χαρακτήρα της διαδικασίας παραγωγής διά-*γνωσης*. Το «πάσχον» υποκείμενο αναλύεται, διυλίζεται, ανιχνεύεται, επισκοπείται, παρατηρείται, άλλοτε με εξονυχιστικό τρόπο, άλλοτε όχι με τόσο έντονη προσήλωση. Είπαμε σε προηγούμενο σημείο, ότι όσο πιο έντονη και εύκολα κατηγοριοποιήσιμη είναι μια «κλινική εικόνα», τόσο λιγότερη συσπείρωση του Πανοπτικού μοντέλου υπάρχει στο υποκείμενο. Αντίθετα, όσο μεγαλύτερα περιθώρια απροσδιοριστίας υπάρχουν, τόσο περισσότερο το μοντέλο παραγωγής διάγνωσης συσπειρώνεται προσπαθώντας να προσδιορίσει και να μεταφράσει την σημειολογία εκείνη η οποία θα μπορούσε να είναι ενδεικτική *μιας* ενδεικτικής κατάστασης.

---

[376] Πολύ πρόσφατα, στα δημόσια νοσοκομεία καθιερώθηκε το ηλεκτρονικό σύστημα συνταγογράφησης και καταχώρησης των στοιχείων των νοσηλευόμενων. Ένα από τα απαιτούμενα από το ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής στοιχείων είναι και το πεδίο «διάγνωση». Πλέον, στο συγκεκριμένο πεδίο δεν αναφέρεται μια, χειρόγραφη, διάγνωση του τύπου «διπολική διαταραχή», για παράδειγμα. Αντ' αυτού, υπάρχει ένα κωδικοποιημένος κατάλογος διαγνώσεων, το εγχειρίδιο κατηγοριοποίησης ICD, το οποίο είναι και το επίσημο εγχειρίδιο κατάταξης του Π.Ο.Υ., του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Κατ' αυτόν τον τρόπο, η διάγνωση «διπολική διαταραχή» αντιστοιχεί στον κωδικό F31, ενώ η διάγνωση «σχιζοφρένεια» στον κωδικό F20. Παράλληλα, υπάρχουν νοσολογικές κατηγοριοποιήσεις με πολύ πιο αδρό χαρακτήρα, οι οποίες περιλαμβάνουν μια πολύ ευρεία γκάμα συμπτωμάτων και συμπεριφορών, όπως αναφέραμε και στο κεφάλαιο περί «διαταραχών προσωπικότητας». Έτσι, για παράδειγμα, υπάρχει διάγνωση «Ειδικές διαταραχές της προσωπικότητας» με κωδικό F60, όπως και η κατηγορία «Μη καθορισμένη διαταραχή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ενήλικου», με κωδικό F69. Το συγκεκριμένο εγχειρίδιο το οποίο ονομάζεται ICD10 (το νούμερο 10 αποτελεί την ένδειξη της αναθεώρησης: έχουν γίνει άλλα εννιά πριν…) ουσιαστικά αποτελεί την «απάντηση» της Ευρώπης στην νοσολογική κατηγοριοποίηση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής εταιρίας, όπως αυτή εκφράζεται μέσω του –πολλάκις αναφερόμενου- εγχειριδίου της, του DSM. Χαρακτηριστικά, βλ. Π.Ο.Υ., *Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση*, μτφ. Β. Μαυρέας, Κ. Σολδάτος, Κ. Στεφανής, εκδ. Βήτα, Αθήνα, 1997.

«Απ' την εμπειρία που' χω εγώ, ελάχιστες φορές έχει τύχει να διώξουμε εισαγγελικό, είτε το' χουμε διώξει με την κάλυψη ότι θα πάει σ' άλλο νοσοκομείο, αλλά συχνά είναι πολύ δύσκολο την ώρα της εφημερίας να κρίνεις πραγματικά και να πάρεις το ρίσκο αν ένα περιστατικό όντως πρέπει να νοσηλευτεί Σίγουρα υπάρχουνε και περιστατικά τα οποία, υπάρχουν και άλλα διάφορα από πίσω, διεκδικήσεις οικονομικές, δικαστήρια, το' να τ' άλλο. Και όντως μπορεί να μην έχει ψυχοπαθολογία ο υποτιθέμενος ασθενής, αλλά εκείνη την ώρα είναι κάπως δύσκολο να πάρεις αυτή την απόφαση. Τουλάχιστον όπως βλέπω και από τους Επιμελητές, προτιμούν να τον βάλουν μέσα έστω και 48 ώρες, και να δούμε, για να είναι κάπως πιο σίγουροι για την απόφασή τους» (Ειδικευόμενος ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Παράλληλα με τις διαδικασίες ανίχνευσης της όποιας παθολογίας, υπάρχει και ένα παράλληλο μοντέλο ανίχνευσης, το οποίο αφορά τη σχέση του πάσχοντα με το κοινωνικό του περιβάλλον. Η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας έγινε όντως λόγω της κατάστασής του; Μήπως υπάρχουν δευτερογενή κίνητρα; Μήπως υπάρχουν οικονομικές διαφορές; Μήπως υπάρχουν κληρονομικές ή άλλες κρυμμένες διαφορές; Μήπως ο φερόμενος έχει κάποια «συνταξούλα» η οποία έχει γίνει το διακύβευμα των λοιπών συγγενών; Με άλλα λόγια, η ψυχιατρική γνώση για να μπορέσει να λειτουργήσει αποτελεσματικά, οφείλει να υπερκεράσει ακριβώς το ίδιο της το πεδίο. Οφείλει να λειτουργήσει «προς όφελος του πάσχοντα», ακριβώς προσπαθώντας να ελέγξει την πιθανότητα της αληθούς διάγνωσης.

Σαν να λέγεται δηλαδή ότι στην περίπτωση εκείνη στην οποία ο φερόμενος ως πάσχων δεν είναι, δεν αποδεικνύεται ότι είναι πάσχων, η ίδια η ψυχιατρική επιστήμη, παρόλο που – θεωρητικά- εκείνη ακριβώς τη στιγμή χάνει τη δικαιοδοσία παρέμβασής της (γιατί, πως η ιατρική επιστήμη είναι «δικαιούχος» πάνω σε ένα «υγιές» υποκείμενο;), εκείνη ακριβώς τη στιγμή η ψυχιατρική επιστήμη ανακτά έναν αλλότριο μεν, καθοριστικό ρόλο. Τον ρόλο του «προστάτη»: του θεσμού εκείνου ο οποίος, αν και θεωρητικά μη δόκιμος, το επαναλαμβάνουμε, είναι ο υπεύθυνος για την επαναφορά μιας ισότιμης μεταχείρισης. Θεωρούμε ότι το συγκεκριμένο σημείο είναι ίσως το πλέον ενδεικτικό της κατάστασης που ο Foucault έχει περιγράψει ως *θετική έκφανση της εξουσίας*. Σε αυτό το σημείο η έννοια του μικρο-περιβάλλοντος, και των παραμέτρων οι οποίες κατά περίσταση ισχύουν, φαίνεται ότι είναι εκείνες που επικαθορίζουν το τι μέλει γενέσθαι: το αν τελικά σε μια τέτοια περίπτωση η ψυχιατρική, έτσι όπως εκφράζεται από την εκάστοτε δομή, θα μπορέσει να λειτουργήσει προστατευτικά. Η εμπλοκή των υποκειμένων – επαγγελματιών, το «κοινωνικό» και

«προσωπικό» του «προφίλ», οι δυνατότητες της δομής, η ύπαρξη κοινωνικής και νομικής υποστήριξης, πολλές παράμετροι, οι οποίες ενέχουν τον βαθμό του συγκυριακού, παρεμβαίνουν. Όμως η βασική εννοιολογική παραδοχή που συναντήσαμε καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνάς μας είναι τούτη: η ψυχιατρική επιστήμη, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από το πεδίο της διαχείρισής της κυρίως με τον εισαγγελικό νοσηλευόμενο, πέραν του κατά πόσο η συμπτωματολογία η οποία θα διαγνώσει, θα την χρήσει «δικαιούχο διαχείρισης», θεωρεί ότι ο ρόλος της επεκτείνεται. Ακόμα και στην περίπτωση στην οποία καλείται να αποφασίσει την παρουσία, ή εν προκειμένω, την απουσία μιας νόσου, ακόμα και σε αυτή την περίπτωση, αν ανιχνεύσει την παρουσία κάποιας άλλης, διαφορετικής δυσλειτουργίας η οποία αναφέρεται σε ένα εξω-ιατρικό επίπεδο, σε ένα επίπεδο κοινωνικής διάστασης, θεωρεί το εαυτό της υπεύθυνο να παρέμβει.

Γ.5. Η «θετική εξουσία»

Η ακούσια νοσηλεία, σήμερα, με τον τρόπο που εφαρμόζεται παράγει καταστολή, διαιωνίζει πρακτικές βίας και αποκλεισμού, αλλά παράλληλα παράγει και «ζώνες αντίστασης». Η διαφορετική ανάγνωση της ψυχιατρικής γνώσης και πρακτικής θα μπορούσε να συνοψισθεί στα λόγια ενός ψυχιάτρου:

> «*Οι συνθήκες δεν βελτιώνονται, στην εφημερία θα βρεθεί ο άλλος θα' ρθεί ο αυτοκτονικός και πάλι θ' αναγκαστείς να τον βάλεις. Ένα πράγμα για το οποίο διαμαρτυρόμαστε. Φτιάχνουμε την κατάσταση των ράντζων, βάζουμε τους ανθρώπους που θα μπορούσαν να τους αρνηθούν να τους βάλουμε, αλλά μας το επιτρέπει η συνείδησή μας. Γι' αυτό λέω εγώ ότι ο μεγαλύτερος αντίπαλος είναι η συνείδησή μας. Δεν είναι ότι μας πιέζουν οι άλλοι, μας πιέζει η συνείδησή μας. Αν την πάμε τυπικά, θα' ταν καλές οι συνθήκες. Θ' αφήναμε τους αυτοκτονικούς έξω.* (Ερευνητής*: «Κατά συνέπεια, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ευτυχώς που πολλοί επαγγελματίες την δουλειά τους δεν την κάνουνε τυπικά;»*) *Ευτυχώς, γιατί κοίτα να δεις, αν εφαρμόζεις τους νόμους, παραλύει το κράτος. Η μεγαλύτερη απεργία είναι να εφαρμόσεις τους νόμους. Κι αυτό είναι ένα θέμα. Μέχρι πού σε παίρνει. Να έχεις τέτοια ευελιξία που στην ουσία να εξυπηρετείς τους τρίτους. Αυτό είναι ένα δίλημμα*» (Διευθυντής ψυχίατρος, Γενικό Νοσοκομείο).

Με άλλα λόγια, εκεί όπου η «ζώνη αδιαφορίας», η αυθαίρετη –κατά πολλούς- ψυχιατρική γνώση, και η εφαρμογή της, μπορεί να παράγει φαινόμενα αποκλεισμού, βίας, καταστολής, εκεί όπου μπορούν να εμφανισθούν φαινόμενα τα οποία παραπέμπουν ευθέως σε μοντέλα που περιέχουν το χαρακτήρα της κατάστασης εξαίρεσης, έτσι όπως την περιγράψαμε, στο

ίδιο εκείνο σημείο μπορούν να αναδυθούν και πρακτικές οι οποίες να παραπέμπουν σε μοντέλα κοινωνικής υποστήριξης.

Γ.6. Η παραγωγή του νοήματος

Η έννοια της *ηγεσίας*, τόσο υπό όρους *φυσικοποιημένης υπόστασης*, όπως εκφράζεται για παράδειγμα από τα «ανώτερα στελέχη» μιας δομής, όσο και υπό το πρίσμα ενός *θεσμού*, ή πιο συνολικά, η έννοια της *ηγεσίας* υπό το πρίσμα του μηχανισμού παραγωγής ηγεμονικής επιστημονικής γνώσης, λειτουργεί σαν «παραγωγός και διαχειριστής του νοήματος», όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Barnard και Selznick, προσεγγίζοντας την έννοια της ηγεσίας μέσα σε μια οργανωτική δομή.[377] Ουσιαστικά πρόκειται για μια πρόδρομη προσέγγιση των θεωριών εκείνων οι οποίες συνιστούν το κοινωνιολογικό ρεύμα γνωστό ως «κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας».[378] Και αυτό γιατί θεωρούμε ότι η διαδικασία απόδοσης νοήματος, τόσο αναφορικά με τις διαδικασίες προσέγγισης του πεδίου της **διάγνωσης**, όσο και αναφορικά με τις διαδικασίες νοηματοδότησης των **πρακτικών** οι οποίες εξελίσσονται στο μικροπεριβάλλον, στις δομές, είναι ιδιαίτερα δόκιμες σε αναλύσεις οι οποίες εμπεριέχουν μέσα τους μια τέτοιου τύπου προσέγγιση. Με άλλα λόγια, θεωρούμε σημαντική τη διαδικασία παραγωγής και κυρίως επικύρωσης του αυθεντικού νοήματος, είτε αυτό αφορά τη δόμηση του πάσχοντος υποκειμένου, είτε τις διαδικασίες διαχείρισης των πληθυσμών αυτών. Τι νόημα, δηλαδή, προσλαμβάνουν και παράγουν και εν τέλει πως αυτό-αναφέρονται οι κατασταλτικές πρακτικές έτσι όπως περιγράφηκαν στα αντίστοιχα κεφάλαια.

Θεωρούμε ότι το παραγόμενο νόημα ακολουθεί την ακόλουθη διαδρομή: κατ' αρχή υπάρχει η διαδικασία ανίχνευσης: η κατά Foucault *ομολογία*. Το σώμα από το οποίο

[377] Βέβαια, οι Barnard και Selzick αναφέρονται κυρίως σε επίπεδο ατόμου. Οι συγκεκριμένοι συγγραφείς, στις δεκαετίες του '40 και του '50, προσπαθούν να αναθεωρήσουν τον ορισμό της οργάνωσης, η οποία παρουσιάζεται ως το πρωταρχικό αντικείμενο αξίας και νοήματος. Μέσα από αυτή τη προοπτική, η ηγεσία είναι παρούσα για να παράγει και να διαχειρίζεται το νόημα: την κουλτούρα, τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τις επιδιώξεις των κατωτέρων τους. Βλ. Barnard, C., *The Functions of thw Executive*, εκδ. Harvard University Press, Cambridge, 1938.. Selzick, P., *Leadership in Administration*, εκδ. Harper and Raw, Νέα Υόρκη, 1957, όπως αναφέρονται στο: Γαβριήλ, Γ., «Πολιτισμική Θεώρηση των Οργανώσεων», στο: *Δράση και Σύστημα: Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία των Οργανώσεων*, επιμ. Ι. Τσιβάκου, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 1995, σ. 206 – 29.

[378] Όπως έχει αναφερθεί στο αντίστοιχο κεφάλαιο, η θεωρία της κοινωνικής κατασκευής που διατυπώθηκε αρχικά από Αμερικανούς μελετητές όπως οι Blumer, Goffman, Berger και Luckmann, αντιμετωπίζει την πραγματικότητα ως αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης που προσδείδει νόημα στα αντικείμενα. Στο: Γαβριήλ, Γ., «Πολιτισμική Θεώρηση των Οργανώσεων», στο: *Δράση και Σύστημα: Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία των Οργανώσεων*, οπ.π., σ. 207.

εκμαιεύονται τα εμπειρικά δεδομένα, στην περίπτωσή μας είναι αυτό του φορέα της ετικέτας της ψυχικής νόσου, με όλες τις δυσκολίες που εμπεριέχει αναφορικά με τη δόμηση ενός εναλλακτικού λόγου. Αναφερόμαστε στη *σιωπή*. Στη συνέχεια υπάρχει η διαδικασία παραγωγής του σώματος εκείνου της Γνώσης, η οποία έρχεται και πιστοποιεί την αυθεντικότητα του μοντέλου το οποίο την παράγει και τη χρησιμοποιεί. Αναφερόμαστε στη καθιέρωση του επιστημονικού λόγου υπό το πρίσμα της *αλήθειας*. Ακολούθως, υπάρχει η δόμηση της τάξης, ή καλύτερα εκείνων των κοινωνικών ρόλων οι οποίοι δομούν τα επιμέρους συστήματα και ιεραρχίες. Και αναφορικά με αυτά τα συστήματα υπάρχει ένα σύνολο αναπαραστάσεων και λειτουργιών οι οποίες αν και εμφανίζονται σε ένα μικρο-επίπεδο, τελικά καθιερώνονται σε ένα μοντέλο το οποίο αποκτά σταθερότητα και συνοχή σε επίπεδο συστημικής ενσωμάτωσης. Στη συνέχεια υπάρχει η παραγωγή: ο φαινότυπος, τα αποτελέσματα της δράσης του συστήματος. Και σε αυτό το σημείο, υπάρχουν πολλοί περιφερειακοί λόγοι που τα συνοδεύουν, οι οποίοι έχουν να κάνουν τόσο με το αντικείμενο per se, δηλαδή, με το επίπεδο της θεραπευτικής αντιμετώπισης του πάσχοντα, αλλά και με μια κριτική επισκόπηση της λειτουργίας του θεσμού γενικότερα: της αναπαράστασης της ψυχιατρικής, καθώς και της σχέσης της με τα επιμέρους υποσυστήματα, όπως αυτό του «Π» (με βασική αναπαράσταση τις σχέσεις εξάρτησης και εξουσίας που αναπτύσσονται μεταξύ τους: για παράδειγμα, το «Ψ» σύστημα ουσιαστικά διατείνεται ότι είναι «υποκείμενο» στο «Π»). Και σαν τελικός στόχος είναι η παραγωγή μοντέλων τα οποία αφορούν τη χρηστικότητα της επεξεργασίας: στη περίπτωσή μας μοντέλων που δίνουν βαρύτητα στις διαδικασίες **πρόληψης**: κάπως έτσι συνδέεται το μικρο- με το μακρο-επίπεδο. Η διαδικασία αλλαγής νοήματος, από μια τιμωρητική – σωφρονιστική προοπτική σε μια προοπτική η οποία δίνει βαρύτητα σε επανορθωτικές διαδικασίες δεν θα μπορούσε να υφίσταται χωρίς όλο αυτό το πλέγμα των λόγων με τα χαρακτηριστικά τα οποία περιγράψαμε. Πώς να διαφωνήσει κανείς, η καταστολή, σε επίπεδο σωματικής σημειολογίας- είναι καταστολή. Η ερμηνεία της, και μάλιστα η αντιδιαμετρική ερμηνεία της, είναι ίσως το σημείο που επικυρώνει την διάστασή της και την παγίωσή της εν είδει λειτουργικής και *αυτονόητης* πρακτικής.

Δ. Περί βίας

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει, η έννοια της βίας του ψυχικά πάσχοντα προσεγγίζεται κατά κύριο λόγο μέσα από μια *σωματική* προοπτική. Η βία – συμπεριφορά του ψυχικά πάσχοντα, ή έστω του νοσηλευόμενου σε μια ψυχιατρική κλινική (δύο κατηγορίες οι οποίες αν και αλληλοκαλύπτονται σε μεγάλο βαθμό, όπως είδαμε δεν ταυτίζονται πλήρως), είναι κατά κύριο λόγο βία *σωματική*. Το πλέον σημαντικό κατ' εμάς εύρημα αναφορικά με τη δομική συνιστώσα αυτής της μελέτης, την έννοια της επικινδυνότητας και της βίας που η έννοια αυτή ελκύει, είναι η παράμετρος της υποκειμενικότητας: η βία και η επικινδυνότητα του ψυχικά πάσχοντα είναι υποκειμενική, «ανήκει» στον ίδιο. Η βασική δέσμη των πεποιθήσεων, ρητών και άρρητων, των συμπεριφορών, των γνωμών, των αναπαραστάσεων, των συμπεριφορικών αντιδράσεων, των γλωσσικών παιγνίων και μηνυμάτων, δηλώνει ότι η βία και η επικινδυνότητα του ψυχικά πάσχοντα ερμηνεύεται με όρους υποκειμενικότητας. Ασχέτως των πεποιθήσεων αναφορικά με την αιτιολογία της, η βία ανήκει στο υποκείμενο, νοηματοδοτείται με όρους υποκειμενικότητας.

Δ.1. Η εκκίνηση του κύκλου της βίας

Οι συμπεριφορές οι οποίες χρησιμοποιούνται εν είδει «αποδεικτικών στοιχείων» για την τεκμηρίωση της επικινδυνότητας του ψυχικά πάσχοντα ανιχνεύονται καταρχήν και κατά κύριο λόγο μέσα στο πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον που διαβιεί, δηλαδή κυρίως στην οικογένεια και στο κοινοτικό μικροπεριβάλλον του. Η διαφοροποιημένη από την «νόρμα» συμπεριφορά δέχεται μια άτυπη, πρωτογενή ερμηνεία και χαρακτηρισμό κυρίως υπό όρους επιθετικότητας, γεγονός που αποτελεί και την έναρξη των διαδικασιών απόδοσης. Ακόμα και στις περιπτώσεις στις οποίες η εμφάνιση της επιθετικότητας ή της βίας είναι ελαττωμένη ή και απούσα, συμπεριφορές «παραμέλησης εαυτού» ερμηνεύονται ως ικανές και επαρκείς ενδείξεις για την εκκίνηση της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας. Αυτή η διαδικασία αποκτά ένα πραγματικά δραματικό χαρακτήρα, όταν *συμπεριφορές παραμέλησης*, όπως η διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής από έναν ήδη χαρακτηρισμένο, «διαγνωσμένο», πάσχοντα είναι και το μοναδικό κριτήριο εκκίνησης της διαδικασίας. Θεωρούμε ότι παρουσιάζεται με ενάργεια το πώς ο κοινωνικός ρόλος επεμβαίνει και ενδύει συμπεριφορές με συγκεκριμένες αποδόσεις, οδηγώντας στη θεσμική παρέμβαση.

Να παραθέσουμε δύο ακόμα βασικές διαπιστώσεις αναφορικά με τη σχέση πάσχοντα – οικογένειας και τις έννοιες της επικινδυνότητας και της βίας. Η πρώτη αφορά μια πιθανή υπερεκτίμηση του πόσο βίαιος είναι –ή μπορεί να γίνει- ο πάσχων στις συνθήκες διαντίδρασης με το περιβάλλον του. Φαίνεται ότι η οικογένεια ισχυρίζεται ότι ο πάσχων είναι κατ' ουσία πολύ πιο βίαιος από ότι *δείχνει* ότι είναι.

Η δεύτερη διαπίστωση, η οποία σχετίζεται άμεσα με την πρώτη, αφορά τη χρήση αυτής της διαδικασίας υπερεκτίμησης. Αυτοί οι Λόγοι περί υπερ-επιθετικότητας,[379] χρησιμοποιούνται ως μέσο δικαιολόγησης, εκλογίκευσης, απόδειξης και εν τέλει πίεσης και εξαναγκασμού, τόσο του ψυχικά πάσχοντα του ίδιου, αλλά και ως μέσω πίεσης προς τους κλινικούς αναφορικά με την αναγκαιότητα της εισαγωγής του πάσχοντα στο ψυχιατρικό κατάστημα. Με άλλα λόγια, η έννοια της επικινδυνότητας –ασχέτως του βαθμού με τον οποίο φαίνεται να εκδηλώνεται- χρησιμοποιείται τα μάλα ως το «άλλοθι» εκείνο, το πειστήριο, η παρουσία του οποίου κάνει την εισαγωγή στο νοσοκομείο αναγκαία και ζωτική. Σε αυτό το σημείο οφείλουμε να επανέλθουμε και να υπενθυμίσουμε για ακόμη μια φορά άλλη μια σημαντική διαπίστωση. Αυτή η χρήση της έννοιας της επικινδυνότητας και της συνεπαγόμενης επιθετικότητας – βίας εμφανίζεται χαρακτηριστικότατα στη γραφειοκρατική οργάνωση της παραπομπής. Τα έγγραφα των εισαγγελικών και αστυνομικών αρχών χρησιμοποιούν την έννοια της επικινδυνότητας με ένα ιδιαίτερα στερεοτυπικό και τυποποιημένο τρόπο. Αντίθετα, τα εμπειρικά δεδομένα και ευρήματα αυτής της έρευνας μας υποδεικνύουν ότι οι κλινικοί ψυχικής υγείας δίνουν –πλέον- όλο και μεγαλύτερη βαρύτητα σε άλλες παραμέτρους αναφορικά με την εκτέλεση μιας εισαγγελικής νοσηλείας, με τις σημαντικότερες από αυτές να είναι η ύπαρξη μιας ψυχικής διαταραχής, όπως επίσης και το γεγονός ότι το άτομο που πάσχει να έχει «περιθώριο βελτίωσης». Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι το βασικό κριτήριο των κλινικών αφορά περισσότερο τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού (διάγνωση, περιθώριο βελτίωσης της κλινικής εικόνας, εναισθησία) παρά την έννοια της επικινδυνότητας αυτή καθ' αυτή.

[379] Η οποία υπέρ- επιθετικότητα, επί του παρόντος –το τονίζουμε- μας είναι αδιάφορο του αν ισχύει, αν και τα δεδομένα μας υποστηρίζουν ότι σε καμιά περίπτωση δεν ισχύει. Ωστόσο, να επαναλάβουμε ότι το βασικό μας μέλημα, κατά την διάρκεια όλης αυτής της ερευνητικής προσπάθειας δεν ήταν το να καταφέρουμε να αποδείξουμε την ισχύ ή μη τέτοιων θέσεων. Αντίθετα, το κύριο μέλημά μας είναι το να καταδείξουμε την χρηστικότητα τέτοιων θέσεων στην δόμηση, στην παγίωση ή στην μεταλλαγή διαδικασιών και πρακτικών. Με άλλα λόγια, αν προσπεράσουμε την προβληματική του αν ισχύει ή όχι μια θεωρητική υπόθεση του τύπου «ο ψυχικά πάσχων είναι πιο βίαιος από το γενικό πληθυσμό», αυτό που προσπαθούμε είναι το να καταδείξουμε με ποιον τρόπο τέτοιες υποθέσεις αναδύονται και χρησιμοποιούνται στην δόμηση των σχέσεων μεταξύ των υποκειμένων και εν τέλει στη δόμηση του εκάστοτε κοινωνικού.

Δ.2. Οι πεποιθήσεις των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τις έννοιες της *επικινδυνότητας* και της *επιθετικότητας* και της *βίας*

Αναφορικά με τις πεποιθήσεις των εμπλεκομένων επαγγελματιών, οι δύο βασικοί άξονες αφορούν α) τα «ποσοστά» και τις πιθανότητες εμφάνισης μιας βίαιης συμπεριφοράς εκ μέρους του ψυχικά πάσχοντα, και β) το «προφίλ» του βίαιου ψυχικά πάσχοντα.

Σχετικά με το πρώτο πεδίο, φαίνεται ότι η πλειονότητα των επαγγελματιών, ανεξαρτήτως βαθμίδας, θεωρεί ότι τα περιστατικά βίας και επιθετικότητας εκ μέρους του ψυχικά πάσχοντα σε σχέση με τον πολύ υψηλό αριθμό των εισαγγελικών παραγγελιών και νοσηλειών, είναι σχετικά λίγα. Αυτή η –σχετικά ομοιογενής και επαναλαμβανόμενη καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας- διαπίστωση μας παραπέμπει στην έννοια του «καταραμένου αποθέματος». Στη θέση, δηλαδή, ότι υπάρχει μια μειοψηφία ατόμων σημασιοδοτημένων υπό όρους ψυχικής νόσου η οποία ουσιαστικά αποτελεί τον «εργαλειακό αποταμιευτήρα» της σχέσης ψυχικής διαταραχής – επικινδυνότητας. Και σε αυτό το σημείο υπεισέρχεται το δεύτερο στοιχείο, αυτό της παραμέτρου του «προφίλ». Των πεποιθήσεων δηλαδή αναφορικά με το ποιος ψυχικά πάσχων θεωρείται ως ο «επικίνδυνος ψυχασθενής».

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο σημείο, φαίνεται ότι οι δύο κατηγορίες οι οποίες οι οποίες σημασιοδοτούνται υπό όρους –έντονης πολλές φορές- επικινδυνότητας είναι τα μορφώματα «παρανοϊκός» και «διαταραχή προσωπικότητας». Και σε αυτό το σημείο το πλέον ενδιαφέρον, και ίσως το πλέον σημαντικό κατ' εμάς, είναι η ατομοκεντρική – υποκειμενική αιτιακή προσέγγιση της έννοιας της επικινδυνότητας και της βίας έτσι όπως παρουσιάζεται μέσα από τους –ρητούς και άρρητους- λόγους και αναπαραστάσεις πέριξ των δύο αυτών κατηγοριών. Ο εστιασμός, η επικέντρωση, η ερμηνεία και συνακόλουθα η αντιμετώπιση διαποτίζονται από μια υποκειμενική προοπτική. Αυτή η ατομοκεντρική προοπτική αφορά είτε την έννοια του **συμπτώματος**, όπως στην περίπτωση του «ψυχωτικού – παρανοϊκού», είτε την έννοια της **προσωπικότητας**, όπως στην περίπτωση της «διαταραχής προσωπικότητας». Πέραν των διαφορών, το κοινό σημείο είναι ότι και στις δύο περιπτώσεις η βία και η επικινδυνότητα εδράζονται και παράγουν είτε από ένα πάσχον τμήμα του ψυχισμού, ένα ά-λογο μέρος του εαυτού, είτε από μια δυσλειτουργική, προβληματική προσωπικότητα. Βέβαια, μέσα στις «μεταβλητές» που συνθέτουν το «προφίλ» των συγκεκριμένων κατηγοριών υπεισέρχονται και δείκτες που παραπέμπουν σε

«κοινωνικές παραμέτρους» (όπως το οικονομικό, πολιτιστικό, μορφωτικό επίπεδο ή η ανεργία), αλλά οι τελευταίες μάλλον υποστηρίζουν την υποκειμενική και ατομοκεντρική προοπτική παρά την προβληματοποιούν. Και αυτό γιατί φαίνεται ότι όλες αυτές οι «κοινωνικές παράμετροι», *στην καθημερινή κλινική πρακτική*, χρησιμοποιούνται μάλλον ως αποδεικτικά ενός παθολογικού Εγώ παρά ως γενεσιουργές συνιστώσες. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι παρ' όλο που στην σύγχρονη –μεταρρυθμισμένη- Ψυχιατρική, βιβλιογραφικά και θεωρητικά λέγεται ότι οφείλεται να δίνεται βαρύτητα στο περίφημο Βιο-Ψυχο-Κοινωνικό μοντέλο αναφορικά με την αιτιολογία της ψυχικής νόσου, στην καθημερινή κλινική, στη «συνείδηση» των εμπλεκομένων επαγγελματιών η –όποια- βία του ψυχικά πάσχοντα, λίγη ή πολλή, θορυβώδης ή μη, γραφική ή επικίνδυνη, προς άλλους ή προς τον εαυτό, λεκτική ή σωματική, τελεσφόρα ή όχι, πηγάζει από το πάσχον ή περίπου πάσχον υποκείμενο.

Δ.3. Η *αμυντική βία.*

Πολλές φορές η έννοια της επιθετικότητας, υπό το πρίσμα ενός φυσιολογικού χαρακτηριστικού του ανθρώπινου είδους, προσεγγίζεται και ερμηνεύεται σαν μια μορφή συμπεριφοράς, σαν μια μορφή *δράσης*, η οποία, ακόμα και στην περίπτωση του ψυχικά πάσχοντα στην οποία υπακούει σε μια ιδιότυπη, στρεβλή «λογική», εμφανίζεται σαν ένας μηχανισμός άμυνας απέναντι σε αυτό που το Εγώ ερμηνεύει ως **απειλή**. Οι θέσεις που μόλις αναφέρθηκαν, αυτές που ερμηνεύουν την βία του πάσχοντα να εμφανίζεται ως απόρροια ενός στρεβλού ενδοψυχικού ερμηνευτικού μηχανισμού εξακολουθούν να εμπεριέχουν μια σαφή ατομοκεντρική προοπτική και χαρακτήρα. Πέραν δηλαδή των όποιων μετατοπίσεών τους αναφορικά με τις ερμηνείες οι οποίες συμμετέχουν στα αιτιακά σχήματα παραγωγής της βίας και της επικινδυνότητας, οι αποδόσεις είναι κατά κύριο λόγο *υποκειμενικοκεντρικές*. Προσπαθώντας να μεταθέσουμε το επίπεδο ανάλυσης, θεωρούμε ότι ο ψυχικός μηχανισμός που περιγράφεται ως αμυντική βία απέναντι στην απειλή μπορεί α) να εμφανισθεί , β) να αποδοθεί και γ) να ερμηνευθεί σχεδόν συνολικά στο πλαίσιο της διαντίδρασης του πάσχοντα με το σύστημα. Θέλουμε να υιοθετήσουμε την θέση ότι ο (κοινωνικός) ρόλος που το «πάσχον» υποκείμενο καλείται να υιοθετήσει καθώς και να παρουσιάσει, να «θεατρικοποιήσει», έχει ως τελική, αλγοριθμική κατάληξη είτε μια συμπεριφορά υποταγής, είτε μια συμπεριφορά βίας. Η κοινωνική πίεση του συστήματος προς το υποκείμενο με στόχο την αποδοχή του ρόλου του πάσχοντα, οι συμπεριφορές πειθούς, οι κατασταλτικές πρακτικές που εμφανίζονται και διαιωνίζονται, οι θεραπευτικές

– εξουσιαστικές παρεμβάσεις, οι αναμορφωτικές διαδικασίες, οι εισαγγελικές ή αστυνομικές παρεμβάσεις, είτε σε επίπεδο *πράξεως*, είτε σε επίπεδο *λόγου*, όλα αυτά οδηγούν τελεολογικά το νοσηλευόμενο είτε σε μια θέση αποδοχής – ενσωμάτωσης του ρόλου, είτε σε μια θέση εναντίωσης, απόρριψης και σύγκρουσης. Μια σύγκρουση όμως, η οποία εν τέλει σημασιοδοτείται κατά το δοκούν από το σύστημα, ερμηνεύεται κυρίως ως προϊόν της ατομικής – υποκειμενικότητας (προσωπικότητας ή παθολογίας) μεταφράζεται υπό όρους επικινδυνότητας ασχέτως αν, όπως πολλές φορές λέχθηκε, πρόκειται για μια απλά *ενοχλητική* συμπεριφορά. Η συγκρουσιακή κατάσταση αυτή εν τέλει χρησιμεύει ως εκλογικευτικό έρεισμα για την παγίωση –αν όχι τη διεύρυνση- των ίδιων εκείνων κατασταλτικών πρακτικών που αρχικά την πυροδότησαν και προκάλεσαν. Αν μας επιτρέπεται να γίνουμε λίγο μακάβρια γλαφυροί, θα μπορούσαμε απλά να ισχυριστούμε ότι η οποιαδήποτε «εκτός νόρμας» συμπεριφορά, ακόμα και στην περίπτωση που το «σύστημα» θέλει το αντίθετο, είναι καταδικασμένη κάποια στιγμή να χαρακτηριστεί ως επικίνδυνη.

Κάπως έτσι, η όποια βίαιη συμπεριφορά, μια φυσιολογική συμπεριφορά - αντίδραση σε ένα αίσθημα απειλής, αίσθημα είτε ενδοψυχικό (όπως για παράδειγμα οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, η το διωκτικό παραλήρημα), είτε εξωτερικό (οι πιέσεις για ανάληψη του ρόλου του πάσχοντα), μια συμπεριφορά – άμυνα εν ολίγοις, η οποία έχει άμεση συνάρτηση από την έννοια του πλαισίου, του περιβάλλοντος, νοηματοδοτείται ως ένα υποκειμενικό φαινόμενο. Νοηματοδοτείται ως ένα σύμπτωμα, ως μια κλινική ένδειξη προς καταγραφή, ανάλυση, χρήση.

Δ.4. Η βία και η καταστολή του συστήματος: νομιμοποιητικοί λόγοι

Το πρώτο, βασικό και συνεπές σχεδόν σε όλη τη διάρκεια αυτής της ερευνητικής διαδρομής συμπέρασμα αφορά την έννοια της καταστολής. Μετά από σχεδόν τρεις δεκαετίες διαδρομής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ένα από τα δομικά στοιχεία του νέο-φιλελεύθερου ψυχιατρικού συστήματος εξακολουθεί να είναι η καταστολή. Σε αυτό το σημείο δεν θεωρούμε ότι προβαίνουμε σε κάποια νέα –ή έστω καινοφανή- διαπίστωση. Η παρουσία, άλλοτε σε άλλο βαθμό, κατασταλτικών πρακτικών, και γενικότερα καταστάσεων οι οποίες παραβιάζουν τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων νοσηλευομένων, αποτελεί μια συνεχώς επανερχόμενη και επανεμφανιζόμενη διαπίστωση. Το σημείο στο οποίο θεωρούμε ότι μπορούμε να συνεισφέρουμε αφορά την παρουσίαση

της δέσμης των *Λόγων* (discourses) εκείνων μέσω των οποίων νομιμοποιείται ή έστω δηλώνεται ως αναγκαία, επιβεβλημένη, ακόμα και ζητούμενη πολλές φορές, η «βία του συστήματος». Οι δύο βασικοί άξονες μέσα σε αυτό το συνονθύλευμα των Λόγων αφορούν α) την έννοια του *υποκειμένου* και β) αυτό που θα θέλαμε να αποκαλέσουμε έννοια της *ευταξίας*.

Υπ' αυτό το πρίσμα, οι νομιμοποιητικοί λόγοι περί της εμφάνισης και διατήρησης της έννοιας της καταστολής στη σύγχρονη ψυχιατρική αφορούν: Α) την προσπάθεια και αποτροπή της πρόκλησης κάποιας *βλάβης* στο ίδιο το πάσχον σώμα – υποκείμενο (όπως στις περιπτώσεις αυτοτραυματισμών ή τυχαίων ατυχημάτων). Β) Την αναγκαιότητα αντιμετώπισης τόσο μιας υφιστάμενης, όσο και μιας επαπειλούμενης, δυνητικής επιθετικότητας εκ μέρους του πάσχοντος υποκειμένου (προς τους συνασθενείς του, προς το προσωπικό, προς τους συγγενείς του). Αναφερόμαστε στην περίπτωση που το πάσχον υποκείμενο είτε παρουσιάζει μια επιθετική συμπεριφορά, είτε ερμηνεύεται ότι πιθανόν να παρουσιάσει κάποια τέτοια συμπεριφορά: η έννοια της επικινδυνότητας στην πλέον «καθαρή» μορφή της. Γ) Την προστασία του πάσχοντα: εδώ υπεισέρχονται οι νομιμοποιητικοί λόγοι περί της φυλακτικής διάστασης των κατασταλτικών πρακτικών. Οι διαδικασίες καταστολής υπάρχουν ακριβώς για να μπορέσει το πάσχον υποκείμενο να προστατευθεί από τον ίδιο του τον –πάσχοντα- εαυτό. Δ) Υπό την ίδια προοπτική, η συστημική βία και καταστολή εφαρμόζεται ως ένα αναγκαίο μέτρο το οποίο συμβάλλει στην βελτίωση – ανακουφιστική φροντίδα ή και θεραπεία του πάσχοντα όταν ο ίδιος αρνείται ή/και δεν αναγνωρίζει την αναγκαιότητά της: αναφερόμαστε στις καθηλώσεις, στα περιοριστικά μέτρα (restraints) τα οποία εφαρμόζονται κυρίως στις περιπτώσεις της αναγκαστικής χορήγησης της αγωγής. Ε) Τέλος, η χρήση κατασταλτικών πρακτικών πολλές φορές εκλογικεύεται και δικαιολογείται λόγω της ανάγκης για μια εύρυθμη, νορμαλοποιημένη λειτουργία στις δομές νοσηλείας. Το ιδεολόγημα των ίσων δικαιωμάτων, με άλλα λόγια οι θέσεις που υποστηρίζουν ότι όλοι δικαιούνται μιας αξιοπρεπούς φροντίδας, είναι αυτό που χρησιμεύει ως ιδεολογικό έρεισμα για την χρήση περιοριστικών ή κατασταλτικών πρακτικών. Στο όνομα, δηλαδή, του «δικαιώματος» όλων των υπολοίπων νοσηλευόμενων για μια αξιοπρεπή και «θεραπευτική» νοσηλεία, στο όνομα της διατήρησης αυτού που ψυχιατρικά αποκαλείται «θεραπευτικό περιβάλλον», η καταστολή της βίαιης (ή ενοχλητικής) μειονότητας αποκτά μια ρεαλιστική και κυρίως δικαιολογημένη διάσταση.

Άλλοι δύο βασικοί μηχανισμοί εκλογίκευσης της εκφερόμενης συστημικής βίας και καταστολής αφορούν τις διαστάσεις που θέλουμε να αποκαλέσουμε α) διάσταση του **αναγκαίου** και β) διάσταση της **θετικότητας.**

Αναφορικά με την πρώτη έννοια, αυτή του *αναγκαίου*, φαίνεται ότι μια κοινή θέση που με συνέπεια εμφανίζεται αφορά την έννοια της *μοναδικής*, της *αναγκαίας* λύσης. Ισχυριζόμαστε ότι έχει εδραιωθεί και παγιωθεί μια κατασκευή, η οποία αναπαράγεται και εν τέλει καθιερώνεται, φυσικοποιείται, αυτή του «δεν γίνεται αλλιώς». Κατά τη γνώμη μας πρόκειται για ένα φαινόμενο το οποίο σε καμιά περίπτωση δεν απαντάται μόνο στο –πολύ ειδικό- πεδίο που εξετάστηκε σε αυτή την έρευνα. Αν θέλαμε να προσομοιάσουμε, το φαινόμενο «**δεν γίνεται αλλιώς**», το φαινόμενο της *μόνης λύσης*, της λύσης που αν και αρνητικά σημασιοδοτημένη, αποτελεί τον μοναδικό αντίποδα στην άλλη λύση του *χάους*, της *αταξίας*, αποκτά την πλέον δραματική του μορφή στις «εδώ και τώρα» πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες της Ελλάδας του 2015. Σε κοινωνικο-πολιτικές συνθήκες όπου η –ταυτόσημη στη δομή της- λύση του «*είναι άσχημο, αλλά δεν γίνεται αλλιώς*», αυτή η αλγοριθμική εναλλακτική του τύπου «είτε μνημόνιο είτε χάος» επιτρέπει να νομιμοποιούνται απάνθρωπες, ανελέητες, ανήθικες πρακτικές. Όπως συμβαίνει και στην μνημονιακή Ελλάδα των ημερών μας, έτσι και στις δομές νοσηλείας το υποκείμενο – πολίτης, εργαζόμενος ή νοσηλευόμενος δεν έχει τόση σημασία ή διαφορά, έρχεται αντιμέτωπος με αυτή τη ιδεολογική έγκληση περί μοναδικότητας της απάνθρωπης μεν, αναγκαίας δε λύσης. Με αυτό τον τρόπο, μέσω τέτοιων εκβιαστικών διλλημάτων τα οποία δομικά είναι ίδια, είτε ονομάζονται «καθήλωση» είτε «μνημόνιο», ο πολίτης καλείται να επιλέξει, καλείται να αποφασίσει. Πρόκειται όμως για μια επίπλαστη επιλογή, μια «καρικατούρα» απόφασης. Γιατί στην περίπτωση που το ανθρώπινο ον καλείται να επιλέξει ανάμεσα στην βία και στην εξαφάνιση, το να επιλέξει τη δεύτερη επιλογή είναι μάλλον μια ελάχιστη πιθανότητα. Η θέση του Foucault δεν θα μπορούσε να είναι πιο προφητική: «…*η σχέση εξουσίας (ή δυνάμεων) είναι "δράση πάνω στη δράση"…είναι δόμηση του ενδεχόμενου πεδίου δράσης των άλλων* [..] *δόμηση του ενδεχόμενου πεδίου δράσης του άλλου σημαίνει δόμηση όλων των δυνατών κινήσεών του, άρα απόλυτη δόμηση, εφόσον λαμβάνει υπόψη της όλες τις* πιθανότητες […] και *ο μόνος τρόπος για να δομήσει κάποιος όλες τις πιθανές κινήσεις κάποιου είναι να τις καθορίσει αυτός*».[380]

[380]Foucault M., *Η Μικροφυσική της Εξουσίας*, μτφ. Λ. Τρουλινού, Ύψιλον, Αθήνα, 1991, σ. 170,172.

Ο δεύτερος άξονας, αυτός της **θετικότητας**, αναφέρεται σε αυτό που στο αντίστοιχο κεφάλαιο προσδιορίστηκε ως η *αξιοπρεπής βία*. Είναι σαφές ότι ο χαρακτήρας αυτός, ή καλύτερα το συγκεκριμένο συστατικό της έννοιας της συστημικής βίας και καταστολής, δεν μπορεί να λειτουργήσει αυτόνομα και ανεξάρτητα από την έννοια του *αναγκαίου*. Η συστημική βία, άπαξ και είναι αναγκαία, *αν δεν γίνεται αλλιώς*, οφείλει τουλάχιστον να είναι αξιοπρεπής. Ο χαρακτήρας της οφείλει α) να μην ενέχει μια ανταποδοτική, μια τιμωρητική χροιά, αλλά β) να είναι «επιστημονικά προσδιορισμένος» (βλ. το κεφάλαιο περί «πρωτοκόλλων καθήλωσης»). Αυτή η ιδεολογική κατασκευή προτείνει ότι ο *Άλλος*, ο ψυχικά πάσχων εν προκειμένω, δεν βιά-ζεται για να τιμωρηθεί, αλλά τουναντίον για να θεραπευθεί, για να αναμορφωθεί… «*Τελείωσε η ακατέργαστη ετερότητα, η σκληρή ετερότητα, η ετερότητα της φυλής, της τρέλας, της αθλιότητας, του θανάτου. Για το κάθε τι σήμερα μιλούν με όρους διαφοράς. Η ετερότητα όμως δεν είναι διαφορά. Μπορούμε μάλιστα να σκεφτούμε ότι η διαφορά σκοτώνει την ετερότητα.*»[381] προτείνει ο Baudrillard, προσδιορίζοντας διαφορετικά τη θεματική της αντιμετώπισης του «διαφορετικού Άλλου»: όχι καταστροφή, αλλά αφομοίωση. Και όμως, «*…παραδόξως, αυτό που προκύπτει από μια διαρκώς εντεινόμενη και συνειδητή προσπάθεια των επαγγελματιών υγείας να είναι περισσότερο ανθρώπινοι και να επιτρέπουν συνειδητά στην άποψη των ασθενών για το πρόβλημα να καταλαμβάνει μια προνομιούχα θέση στον ιατρικό διάλογο, μόνο για να εντάξουν αυτή την άποψη σε μια πρακτική που γίνεται τόσο πιο εξορθολογισμένη όσο πιο απάνθρωπη γίνεται. Αυτός ο εξορθολογισμός ισοδυναμεί με την προσπάθεια να αποσπαστεί ο έλεγχος από τους ασθενείς και να καθοριστεί η κατάσταση τους από κάποιον άλλο, υποδιαιρώντας το άτομο αρχικά στο στάτους του ασθενούς, και στη συνέχεια στο στάτους του πράγματος…*».[382]

Ακολουθώντας την μόλις αναφερθείσα θέση, αυτή που ουσιαστικά λέει ότι η έννοια του **ανθρωπισμού** μπορεί να είναι κάλλιστα απλά και μόνο ένα ισχυρό *ιδεολογικό άλλοθι*, θα θέλαμε να δώσουμε μια επιπλέον βαρύτητα στην εξής διαπίστωση: το υποκείμενο – πολίτης – επαγγελματίας ψυχικής υγείας, για να προσχωρήσει στην αποδοχή της λύσης του *αναγκαίου* ως μια «διλημματική έξοδο», οφείλει –και χρειάζεται- να αποδεχθεί μια νοηματοδότηση των ενεργειών του η οποία να μην έρχεται σε ευθεία τουλάχιστον σύγκρουση με την ενδοβληθείσα αναπαράσταση της υποκειμενικότητάς του. Να μην

[381] Baudrillard, J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, οπ.π., σ 138-139, 140-141

[382]Taussig, M., «Η πραγμοποίηση και η συνείδηση των ασθενών», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας*, επιμ., εισ., Α. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2011, σ. 385.

έρχεται σε έντονη σύγκρουση με μια θετική αναπαράσταση του Εγώ του. Με άλλα λόγια, ακολουθώντας τη Φουκωϊκή σκέψη, για να καταστεί ένα υποκείμενο *πειθήνιο*, είναι αναγκαία η απαλοιφή μιας εσωτερικής διάστασης και σύγκρουσης η οποία πιθανόν να διάβρωνε και να διερρήγνυε το αξιακό σύστημα του υποκειμένου. Δηλαδή, οι «θετικοί» προσδιορισμοί, (βλ. «αναγκαία», «αξιοπρεπής») μιας κατάστασης προσδιορισμένης στερεοτυπικά με αρνητικό πρόσημο (βλ. «βία», «καθήλωση», «καταστολή», «αποκλεισμός») είναι αυτοί που τελικά επιτρέπουν στο υποκείμενο – επαγγελματία να αναλάβει ,να «αντέξει» και εν τέλει να διαιωνίσει τις μικρο-αντιδράσεις εκείνες οι οποίες ουσιαστικά υποστηρίζουν και αποτελούν το εργαλειακό υπόβαθρο των σχέσεων εξουσίας έτσι όπως αυτές εμφανίζονται στο μόρφωμα «ψυχιατρική νοσηλεία».

Δ.5. Ο *εισαγγελέας*

Η «καταστολή», οι κατασταλτικές πρακτικές που εφαρμόζονται, θεωρούμε ότι υπεισέρχονται σε ένα πολυεπίπεδο και σύνθετο σχήμα, παρεμβαίνοντας σε πολλά επίπεδα. Όπως αναφέρθηκε, οι βασικές παραδοχές (ή εκλογικεύσεις) οι οποίες είναι και οι άρχουσες αναφορικά με την «καθήλωση» αφορούν είτε το υποκείμενο (νοσηλευόμενο ή επαγγελματία), είτε το μικροπεριβάλλον (χώρους νοσηλείας εν προκειμένω) είτε το θεσμικό ιδεολογικό επίπεδο. Μέσα από αυτό το σχήμα, η καταστολή εφαρμόζεται είτε για την ανακούφιση του νοσηλευόμενου, είτε για την ασφάλειά του: για την αποφυγή της πιθανότητας κάποιας σωματικής βλάβης. Αναφορικά με το επίπεδο «πλαίσιο», η καταστολή δικαιολογείται κυρίως λόγω α) της έλλειψης προσωπικού και της ανεπάρκειας κάποιας εναλλακτικής (λευκό κελί). Είναι «απάντηση» είτε στην έννοια της «επικινδυνότητας» είτε στην έννοια της ανεπάρκειας της «φροντίδας εαυτού»: της επιμέλειας εαυτού, μια θέση η οποία αποτελεί μια ισχυρότατη ιδεολογική έγκληση. Τέλος, η καταστολή λειτουργεί και ως απάντηση των επαγγελματιών απέναντι στον **φόβο που βιώνουν αναφορικά με τις συνέπειες αυτού που –πολύ αυθαίρετα- θα μπορούσε να περιγραφεί και ως «mal practice».** Δηλαδή, θεωρούμε ότι η ένταση της εφαρμογής των «περιοριστικών μέτρων» στις πλείστες των περιπτώσεων καταδεικνύει την ανασφάλεια των επαγγελματιών απέναντι σε ένα θεσμικό σύστημα το οποίο παράγει φόβο. Και εδώ ίσως έγκειται άλλη μια εκ των βασικών θέσεών μας. Σε θεωρητικό επίπεδο, η συμμετοχή του «εισαγγελέα» ή γενικότερα η εμπλοκή του Νόμου στις ιατρικές πρακτικές δεν έχει σαν στόχο τον ψυχικά πάσχοντα, ή τουλάχιστον δεν έχει σαν αποκλειστικό στόχο αυτόν.

Αντιθέτως, θεωρούμε ότι σε ένα δεύτερο, λανθάνον επίπεδο ανάλυσης, ο στόχος, ο **έμμεσος στόχος** της συμμετοχής της ποινικής επιστήμης είναι ο εξής: Εξασφαλίζοντας την «αξιοπρέπεια» του πάσχοντα, λειτουργεί κατασταλτικά απέναντι στο υποκείμενο «επαγγελματία». Η καταστολή, η καταπίεση, η επιταγή του Νόμου, δεν αφορά το πάσχον υποκείμενο, αλλά τον επαγγελματία. Ο φόβος που πολλές φορές είδαμε να αναδύεται εκ μέρους των επαγγελματιών για τυχόν συνέπειες ου θα είχαν οι ίδιοι αν δεν εκτελούσαν μια ακούσια νοσηλεία, αν υπήρχε απόδραση, αν υπήρχε ένα συμβάν τραυματισμού (ή ακόμα χειρότερα, θανάτου), μας δίνει ακριβώς το μέτρο αυτής της επιβολής του Νόμου. Ο «εισαγγελέας», ο Νόμος εξακολουθεί να συμμετέχει με τέτοια σφοδρότητα στο σύστημα της ψυχιατρικής νοσηλείας, ακριβώς για να διασφαλίζεται εις αεί ότι ο ψυχίατρος, ο νοσηλευτής, ο φύλακας θα κάνουν τη δουλειά τους. Θα κάνουν αυτό που πρέπει να γνωρίζουν καλύτερα. Θα «κρατάνε» τον πάσχοντα μακριά από το κοινωνικό σώμα. Ή τουλάχιστον θα τον κρατά **ήρεμο.** Με άλλα λόγια, ο Νόμος είναι ζωτικός, είναι καίριος, είναι αναντικατάστατος γιατί παραπέμπει άμεσα στην έννοια της ΠΑΡΑΒΑΣΗΣ. Στο πεδίο μας, θεωρούμε ότι προσδιορίζει, επικυρώνει και «τιμωρεί» την **παράβαση,** όχι τόσο του πάσχοντα, όσο την **παράβαση** την δυνητική **παράβαση** του συστήματος υγείας και των επαγγελματιών της. Και αυτή η **παράβαση** η οποία δυνητικά τιμωρείται, αφορά κυρίως την μη εποπτεία και παρέμβαση στις περιπτώσεις εκείνες όπου το πάσχων υποκείμενο αρνείται τον «άρρωστο ρόλο» του. Την παράβαση της υποχρέωσης του πάσχοντος υποκειμένου «*να γίνει καλά*». Θέλει δεν θέλει… Με άλλα λόγια, ο «εισαγγελέας» είναι εδώ κυρίως για να επιβλέψει και να διατηρήσει την θέση του «ψυχιάτρου» ως προστάτη του κοινωνικού σώματος.

Κεφάλαιο 2. Προβληματισμοί, λύσεις, προτάσεις

2.1 Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα ενός παραδείγματος Γνώσης: ήρθε το «τέλος της Ιστορίας»;

Στο σημείο αυτό, κάπου προς το τέλος, θα επιχειρήσουμε μια συνολικότερη συμπερασματική αποτίμηση του τρόπου με τον οποίον εμφανίζεται, επεμβαίνει, παράγει και εν τέλει δομείται η σύγχρονη ψυχιατρική, μέσα από το παράδειγμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Καθ' όλη τη διάρκεια του κειμένου, ο βασικός μας άξονας και οδηγός σε αυτή την προσέγγιση υπήρξε η σχέση της σύγχρονης ψυχιατρικής κλινικής με το σύστημα διαχείρισης του μορφώματος των «εισαγγελικών», τόσο από την οπτική των εμπλεκομένων υποκειμένων, όσο και μέσω της σχέσης του μορφώματος «Ψ» με τους νομικούς θεσμούς και μορφώματα. Εξετάζοντας αυτή τη διαντίδραση, αυτή τη σχέση, θεωρούμε ότι μπορούμε πλέον να προβούμε σε κάποιες συμπερασματικές διαπιστώσεις οι οποίες αφορούν τόσο τον χαρακτήρα του «ψυχιατρικού παραδείγματος», όσο και τις προοπτικές που διαφαίνονται.

«*Οι διαφωνίες σχετικά με την ταξινόμηση των ασθενειών και το τι θα πρέπει να μετράει ως αυθεντική ασθένεια ανακύπτουν εν μέρει ως συνέπεια μιας ιατρικής επιστημολογίας που περιορίζει τον εαυτό της σε δεδομένα που θεωρούνται οικουμενικά και μετρήσιμα. Υποκειμενικές περιγραφές από ασθενείς, οι οποίες δεν "ταιριάζουν" με τη βιοϊατρική σύμβαση, εκλαμβάνονται συχνά ως φανταστικές* […]. *Η βιοϊατρική είναι σε μεγάλο βαθμό προϊόν της ανάδυσης, κατά τον 19ο αιώνα, μιας συστηματικής βιολογίας του ανθρώπου σύμφωνα με την οποία η φύση γίνεται για πρώτη φορά αντιληπτή ως κάτι που συγκροτείται από ένα σύνολο νόμων εντελώς ανεξάρτητων από την κοινωνία και τον πολιτισμό* […]. *Στην ιατρική υπάρχουν "μόδες": τεχνολογίες, φάρμακα και πρακτικές εναλλάσσονται διαρκώς. Ακόμη και η ταξινόμηση των ασθενειών αναθεωρείται και τροποποιείται τακτικά, σύμφωνα με τις νέες γνώσεις. Αυτή η επέκταση και η βελτίωση της ιατρικής αντιμετωπίζεται ως ένα εξ ολοκλήρου ορθολογικό εγχείρημα, αλλά στις διαδικασίες αυτές αναπόφευκτα υπεισέρχονται αξιακές κρίσεις και ανεπιβεβαίωτες υποθέσεις*»[383] αναφέρει η Lock. Στο ίδιο πλαίσιο θεωρούμε ότι κινείται και ο δικός μας άξονας συμπερασμάτων. Το βασικό συμπέρασμα που θέλουμε να σταθούμε αφορά μια ολοένα και πιο συγκεντρωτική προσήλωση σε ένα

[383] Lock, M., «Ιατρική Γνώση και Πολιτική του Σώματος», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας*, οπ.π., σ. 90 – 91.

επιστημολογικό μοντέλο το οποίο έχει αποκτήσει μια σχεδόν καθ' ολοκληρία τεχνοκρατική χροιά. Αυτό εμφανίζεται χαρακτηριστικά σε δύο επιμέρους πεδία: αυτό της *διάγνωσης* και αυτό της *αντιμετώπισης*. Το πεδίο της *διάγνωσης* αφορά κυρίως την μεθοδολογία των κατηγοριοποιήσεων, ενώ το πεδίο της *αντιμετώπισης* αφορά κυρίως τους χειρισμούς (θεραπευτικούς ή κατασταλτικούς, αδιάφορο) του πλαισίου αναφορικά με την τυπολογία των διαντιδράσεων που εμφανίζονται. «*Μια από τις πλέον διαδεδομένες ασθένειες είναι η διάγνωση*»[384] χλευάζει ο Kraus. Ή λίγο διαφορετικά: «*Νευροπαθολογία: όταν κάποιος δεν έχει τίποτα, ο καλύτερος τρόπος για να τον θεραπεύσουμε απ' την κατάσταση αυτή είναι να του πούμε ποια ασθένεια έχει*»![385] Και όμως. Οι διαδικασίες απόδοσης, οι διαγνώσεις, αποτελούν το χαρακτηριστικό παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο η σύγχρονη ψυχιατρική αναπαριστά τον ίδιο της το χαρακτήρα: ένα χαρακτήρα το οποίου το βασικό ιδιοσυστατικό είναι η έννοια της **αντικειμενικότητας**.. Η ψυχιατρική έχει *πραγμοποιηθεί*, αν ακολουθήσουμε το θεωρητικό σχήμα του Loukats.[386] Αυτή η πραγμοποιημένη ψυχιατρική έχει τα εξής χαρακτηριστικά: είναι *αντικειμενική*, είναι *ουδέτερη ιδεολογικά*, αναφέρεται σε ένα σύστημα κωδικοποίησης το οποίο είναι **εκτός** του κοινωνικού, του πολιτιστικού, του πολιτικού: αναφέρεται σε κάτι αυθύπαρκτο. Αν μας επιτραπεί να παραφράσουμε η ψυχιατρική έχει καταστεί **βιο-ψυχιατρική**. Και ίσως κάτι παραπάνω. Έχει καταστεί ηγεμονική: «*Η γλώσσα της βιοϊατρικής επιστήμης είναι ισχυρή. Το ουδετεροποιητικό της λεξιλόγιο, η επεξηγηματική σύνταξη και τα αποστασιοποιημένα πραγματολογικά στοιχεία παρέχουν οικουμενικές περιγραφές για τα ανθρώπινα σώματα και τις ζωτικές τους διαδικασίες, που παρουσιάζονται σαν προ-πολιτισμικές ή α-πολιτισμικές*».[387] Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι η σύγχρονη, μεταρρυθμιστική ψυχιατρική θεραπευτική ακυρώνει ακριβώς τις –νέες- αρχές που διατείνεται ότι επι-κυρώνει: με λίγες λέξεις, το περίφημο Βιο/Ψυχο/Κοινωνικό μοντέλο της ψυχικής ασθένειας, την «τρέλα», δηλαδή, ως προϊόν μιας αλληλόδρασης πολλών και διαφορετικών μεταξύ τους παραγόντων. Αν και θεωρητικά η «ψυχιατρική» θεωρεί (και ισχυρίζεται ότι αντιμετωπίζει) τη ψυχική ασθένεια σαν μια βιο-ψυχο-κοινωνική νόσο, ωστόσο οι πρακτικές της φαίνεται ότι δίνουν μια, όλο

[384] Kraus, K., *Αφορισμοί*, μτφ. Σ. Δοντάς, Στιγμή, Αθήνα, 2008, σ. 80.
[385] Kraus, K., *Αφορισμοί*, οπ.π., σ. 45.
[386] Με τη *θεωρία της πραγμοποίησης*, ο Λούκατς διατύπωνε την κατηγορία ότι η έννοια της αντικειμενικότητας, την οποία υιοθετούσε ο καπιταλιστικός πολιτισμός, ήταν μια ψευδαίσθηση που είχε καλλιεργηθεί από τις καπιταλιστικές σχέσεις παραγωγής και ότι αυτή η έννοια της αντικειμενικότητας είχε ενσωματωθεί και αφομοιωθεί και από τους μαρξιστές θεωρητικούς, οι οποίοι με αυτόν τον τρόπο στήριζαν επί της ουσίας τις βασικές κατηγορίες της κοινωνικής μορφής την οποία θεωρούσαν ότι κατέκριναν. Για περισσότερα, βλ. Loukats, G., *Η πραγμοποίηση και η συνείδηση του προλεταριάτου*, μτφ. Κ. Καβουλάκος, Εκκρεμές, 2006.
[387] Rapp, R., «Κατασκευάζοντας την αμνιοπαρακέντηση. Λόγοι μητρότητας και ιατρικής», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας*, οπ.π., σ. 461.

και σε μεγαλύτερο βαθμό, ελάχιστη «συμμετοχή» τουλάχιστον στην κοινωνική παράμετρο αναφορικά με την έννοια της πάθησης. Επιπλέον, φαίνεται ότι το ισχύον «παράδειγμα», αυτό της βιολογικής, της ιδεολογικά «ουδέτερης», ψυχιατρικής φαίνεται ότι τείνει να περιθωριοποιήσει, αν όχι να εξοβελίσει διαφορετικά «παραδείγματα», είτε εξω-ιατρικά, αλλά και ενδο-ιατρικά.

Οπότε; Αυτό είναι το βασικό συμπέρασμα και διαπίστωση αυτής της ερευνητικής διαδρομής; Ήρθε το Τέλος της Ιστορίας; Ή, σύμφωνα με τον Kraus, «…*η κατάσταση στην οποία ζούμε είναι η πραγματική συντέλεια του κόσμου: η αμετάβλητη*…»;[388] Το ψυχιατρικό παράδειγμα, με τον τρόπο που είναι αυτή τη στιγμή διαμορφωμένο, τόσο σε επίπεδο ιδεολογίας, όσο και σε επίπεδο συστημικού μορφώματος είναι και το τελευταίο; Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση τελειώνει κάπου εδώ;

Έχει δίκιο ο Foukouyama;

[388] Kraus, K., *Αφορισμοί*, οπ.π., σ. 103

2.2. Αντί επιλόγου Ι: Τι μέλει γενέσθαι;

Αυτές οι γραμμές, αυτές οι καταληκτικές διαπιστώσεις, γράφονται σε χαλεπούς καιρούς. Μέσα σε μια σχεδόν ολοκληρωτική κατακρήμνιση του κράτους πρόνοιας, αν όχι και του κράτους δικαίου, διανύουμε μια εποχή η οποία συμπυκνώνει χαρακτηριστικότατα την θέση αναφορικά με μια «αδιανόητη εισβολή της πραγματικότητας στο Φανταστικό» (αν μας επιτρέπεται να χρησιμοποιήσουμε τους όρους του S. Zizek). Η Ελλάδα του 2016, έστω και φαινομενολογικά, φαίνεται να έχει ελάχιστη σχέση με την Ελλάδα του 2007, όταν ξεκίνησε αυτό το πόνημα. Αυτή και μόνο η διαπίστωση ίσως είναι ακόμα μια παράμετρος, ακόμα μία «μεταβλητή», η οποία ήρθε αμείλικτα, ανεμπόδιστα, πιεστικά, αναπόδραστα να υπεισέλθει σε αυτές τις τελευταίες γραμμές, σε αυτές τις τελικές αράδες. Πως θα γίνει εφικτό να την εντάξουμε; Πως μπορούμε να παραμείνουμε πιστοί στις θέσεις μας και στις προτάσεις μας, έτσι όπως αυτές αναδύονταν, σχηματοποιούνταν σιγά – σιγά όλο αυτό το διάστημα; Πως θα μπορέσουμε να προσπαθήσουμε να δώσουμε νόημα, στόχο, διδαχή, προτροπή, **προτάσεις**, επιστημονικές, μεθοδολογικές, πολιτικές, ηθικές, ίσως δεν έχει και τόση σημασία, μέσω αυτής της μελέτης συνειδητοποιώντας ότι είμαστε σε μια άλλη, σε μια «μη πραγματικότητα»; Ή έστω μέσα σε μια πραγματικότητα η οποία δεν είναι αυτή που πιστεύαμε, αυτή που νομίζαμε, αυτή που ελπίζαμε;

Ίσως πια έχει έλθει «*...όχι μόνο ο "θρίαμβος της Δύσης" αλλά και το "τέλος της ιστορίας", δηλαδή το τελευταίο σημείο της ιδεολογικής εξέλιξης του ανθρώπου και της παγκόσμιας εφαρμογής της Δυτικής φιλελεύθερης δημοκρατίας ως η τελική μορφή της ανθρώπινης διακυβέρνησης…*» υποστηρίζει ο Foukouyama.[389] Η θεωρία του Foukouyama για το «τέλος της Ιστορίας» διατείνεται ότι στη μετακομμουνιστική ιστορική περίοδο, έτσι όπως αυτή σημασιοδοτείται από το γεγονός της επανένωσης των δύο «Γερμανιών» και την πτώση του τείχους του Βερολίνου, η κυριαρχία του νεοφιλελεύθερου καπιταλισμού, έτσι όπως εκφράζεται κυρίως μέσω του «παραδείγματος» της οικονομικής, πολιτικής και γενικότερα «κοινωνικής» κατάστασης των ΗΠΑ είναι αναπόδραστη, αλλά κυρίως έχει έρθει ανεπιστρεπτί. Πλέον, δεν φαίνεται είτε να υπάρχουν, είτε να αναδύονται, ικανά πολιτικά ή οικονομικά «παραδείγματα» τα οποία θα μπορούσαν να αμφισβητήσουν, ή να αντικαταστήσουν το παράδειγμα του σκληροπυρηνικού νεοφιλελεύθερου καπιταλισμού, έτσι όπως εκφράζεται μέσω της ηγεμονικής τάσης των ΗΠΑ στην σύγχρονη

[389] Foukouyama, F., «The End of History?», *The National Interest*, τόμος 16, σ. 3.

νεοτερικότητα. Βέβαια, κατά τον Foukouyama θα εξακολουθούν να υπάρχουν αμφισβητήσεις του κυρίαρχου μοντέλου αλλά αυτές οι αμφισβητήσεις αφενός δεν θα είναι επικίνδυνες αναφορικά με την ανατροπή του υπάρχοντος συστήματος, αλλά επιπλέον θα έχουν ήσσονα σημασία.[390]

Μέσα από αυτή την προβληματική, το ερώτημα που μένει ανοικτό στο τέλος της μελέτης μας θα μπορούσε να είναι ακριβώς αυτό: Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση τείνει να παγιωθεί σε ένα τέτοιου τύπου μοντέλο, να είναι ο εργαλειακός σηματωρός ενός *παραδείγματος* το οποίο διαπερνάται από τα χαρακτηριστικά του νεοφιλελεύθερου καπιταλιστικού μοντέλου έτσι όπως αυτό έχει εγκαθιδρυθεί στην ύστερη νεοτερικότητα;

Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στο σωτήριον έτος 2015, κατά τη γνώμη μας απέχει πολύ από ένα μεταρρυθμιστικό μοντέλο το οποίο στην ιδανική του μορφή θα έπρεπε να είναι δομημένο με βάση ένα ανθρωποκεντρικό άξονα. Θεωρούμε ότι η μεταρρύθμιση θα έπρεπε να είναι κατά κύριο λόγο ένα **ανθρωπιστικό εγχείρημα**. Ένα εγχείρημα με κύριο στόχο την επαναδιαπραγμάτευση της έννοιας του *Δεσμού*. Του τρόπου, δηλαδή, με τον οποίο ο «υγιής» θα σχετίζεται με το «ψυχικά πάσχοντα», του τρόπου με τον οποίο μια κοινωνία θα προσπαθήσει να επανακαθορίσει τον χαρακτήρα της, την ηθική, κοινωνική, πολιτική και επιστημονική της υπόσταση μέσω μας διαφορετικής ματιάς, ενός άλλου «βλέμματος», αλλά κυρίως μιας διαφορετικής σχέσης με το υποκείμενο – φορέα της ψυχικής νόσου. Μια σχέση στην οποία το υποκείμενο – φορέας της ψυχικής νόσου θα είναι επιτέλους ένα υποκείμενο με Όνομα. Άλλωστε, ένα όνομα δεν θέλουμε όλοι μας; « …*ο «αγνώστου»* (ο ψυχικά πάσχων) *δεν ζητάει την ανάσταση, ούτε την ελευθερία του. Έχεις την αίσθηση ότι ζητάει τ' όνομά του*…».[391]

---

[390] Βλ. Foukouyama, F., *Το τέλος της Ιστορίας και ο Τελευταίος άνθρωπος*, μτφ. Α. Φακατσέλης, Λιβάνης, Αθήνα, 1993. Ο Foukouyama δίνει έμφαση στη σύγκρουση των ιδεολογιών ως κινητήριου μοχλού της ιστορίας. Κατά τον Foukouyama το τέλος της ιστορίας έχει φτάσει επειδή η σύγκρουση των ιδεολογιών έχει ουσιαστικά τελειώσει. Ο φιλελευθερισμός είναι η νικητήρια ιδεολογία… Βέβαια, η συγκεκριμένη θεωρία έχει υποστεί πολλές κριτικές. Ο Huntington, εξετάζοντας τη συγκεκριμένη θεωρία, αντιπροτείνει τη θέση που υποστηρίζει ότι παρ' όλο που το «παράδειγμα» του νεοφιλελεύθερου καπιταλισμού φαίνεται να είναι το ηγεμονικό παράδειγμα αυτή την ιστορική περίοδο, οι συγκρούσεις των πολιτισμών θα τροποποιηθούν λαμβάνοντας ένα περισσότερο πολιτιστικό ή/και θρησκευτικό χαρακτήρα. Μέσω μιας παραπλήσιας προοπτικής, «αριστεροί» κυρίως στοχαστές αντιπροτείνουν ότι ο καπιταλισμός δεν είναι ένας και ενιαίος, με αποτέλεσμα τον «αμερικανικού τύπου» καπιταλισμό να αμφισβητήσει ή/και αντικαταστήσει ο πιο σκληροπυρηνικός «κινεζικός καπιταλισμός», αλλά και ο πιο «ραφιναρισμένος» και κοινωνικά πιο ευαίσθητος «ευρωπαϊκός καπιταλισμός». Για περισσότερα, βλ. Huntington, S., Ph., *Η σύγκρουση των πολιτισμών και ο Ανασχηματισμός της Παγκόσμιας Τάξης*, μτφ. Σ. Ριζοθανάση, Terzo Books, Αθήνα, 1999. Επίσης, βλ. το συλλογικό έργο *Μετά το Τέλος της Ιστορίας*, επιμ. Κ. Κεντρωτής, Σιδέρης, Αθήνα, 2012.

[391] Μαρκίδης, Μ., *Το Μέσα και το Έξω: Επιστροφή στη Φωλιά του Κούκου*, οπ.π., σ. 53.

Γιατί τι είναι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, πέραν μιας δέσμευσης; Μια δέσμευση, ένα συμβόλαιο, όχι τόσο με το πάσχον υποκείμενο, με τον αδύναμο, τον αποκλεισμένο, τον επικίνδυνο, τον παρεκκλίνοντα, αλλά ένα συμβόλαιο με τον εαυτό μας. Ένα συμβόλαιο ενός κοινωνικού συστήματος με το ίδιο το corpus του. Ένα συμβόλαιο το οποίο προτείνει, αλλά και δεσμεύει σε ένα διαφορετικό κοινωνικό πράττειν, σε μια διαφοροποιημένη σχέση και δεσμό, αλλά κυρίως σε μια διαφοροποιημένη καταστατική θέση του ευάλωτου υποκειμένου μέσα σε ένα κοινωνικό γίγνεσθαι.

Υπ' αυτό το πρίσμα, η μεταρρύθμιση απέτυχε. Παταγωδώς. Και συνεχίζει ν' αποτυγχάνει. Και μια πρώτη σκέψη – πρόταση λύσης θα ήταν μια κατά κύριο λόγο πολιτική και θεσμική αναδιάρθρωση του όλου συστήματος παροχής υγείας – φροντίδας, τόσο αναφορικά με το επίπεδο της διαχείρισης του «εισαγγελικού» νοσηλευόμενου, όσο και όλου του συστήματος γενικότερα. Η πλήρης κατάργηση της έννοιας της ακούσιας νοσηλείας ήταν το *μέτρο* εκείνο, ο *στόχος*, το *ιδανικό*, που καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της ερευνητικής διαδρομής είχαμε στο μυαλό μας. Και αυτό, γιατί πιστεύουμε ότι –σε θεωρητικό επίπεδο- η απαλοιφή μιας διαδικασίας, όπως αυτή της *ακούσιας νοσηλείας*, δηλαδή ενός τρόπου διαχείρισης της έννοιας της παρέκκλισης, αν ήταν εφικτό να συμβεί θα είχε ένα σημαντικότατο αποτέλεσμα. Και αυτό δεν είναι άλλο από την ανάδυση όλων εκείνων των στρεβλώσεων και δυσλειτουργιών οι οποίες καλύπτονται, κρύβονται, *κουκουλώνονται*, αυτή τη στιγμή κάτω από τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Με άλλα λόγια, αν αύριο ο θεσμός και η πρακτική της ακούσιας νοσηλείας, έτσι όπως υφίσταται και λειτουργεί σήμερα, με τον τρόπο που περιγράφηκε σε αυτή τη μελέτη, εξαφανιζόταν, πολύ απλά το Κράτος, ο *Θεσμός* θα έπρεπε να αναλάβει τις ευθύνες του. Να δείξει, δηλαδή, αν η επικέντρωσή του, ο στόχος του είναι η καταστολή, ο αποκλεισμός, ή η ανακούφιση. Αν, δηλαδή, την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας θα αντικαθιστούσε η Φυλακή, ή το Κράτος Πρόνοιας.

Και εδώ έγκειται η πλέον απαισιόδοξη διαπίστωση: στη σημερινή ελληνική πραγματικότητα θα ήταν το λιγότερο αφελές να οργανώνουμε, να σχεδιάζουμε, με την προοπτική μιας επανίδρυσης, ή έστω μιας διατήρησης του Κράτους Πρόνοιας. Η βασική προϋπόθεση για την άρση της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας ήταν, είναι και θα είναι –και μιλάμε πάντα για την ιδανική της μορφή και πορεία- μια συνολική αναδιάρθρωση, αν όχι εκ νέου δημιουργία, ενός προνοιακού μοντέλου παροχής υπηρεσιών ικανού να

αντισταθμίσει τις «παρενέργειες» μιας τέτοιας πολιτικής κίνησης. Οπότε; Οφείλουμε να υποταχθούμε σε μια θέση, σε ένα εγκλωβισμό, σε μια αλγοριθμική διλημματική κατάσταση του τύπου «καλύτερα μονόφθαλμος παρά τελείως τυφλός»; Καλύτερα ένα τέτοιο, έστω και στρεβλό, σύστημα παροχής υπηρεσιών, παρά μια ολοκληρωτική κατάρρευση; Καλούμαστε να δεχθούμε διλήμματα του τύπου «ακούσια νοσηλεία κατ' αυτό τον τρόπο» ή «Άσυλο – Φυλακή»; Διλήμματα που είναι τόσο, μα τόσο ίδια με τα διλήμματα που αντιμετωπίζει τον τελευταίο καιρό ολόκληρος ο ελληνικός λαός όταν έρχεται αντιμέτωπος με προτάσεις του τύπου «μνημόνιο» Vs «χάος».

Τι μέλλει γενέσθαι; Κατά την εκτίμησή μας, δύο προοπτικές, ή καλύτερα δύο *διαδρομές*, διαφαίνονται.

1. Η πρώτη αφορά είτε μια επιστροφή σε ασυλικού τύπου πρακτικές και μορφώματα, ή έστω μια διατήρηση του υπάρχοντος συστήματος. Θεωρούμε ότι μια θεσμική, ιδεολογική και επιστημολογική επιστροφή σε θέσεις οι οποίες να προκρίνουν και να προτείνουν την επανεμφάνιση του Ασύλου ως θεσμού, δεν είναι άμεσα τουλάχιστον ορατή. Το κοινωνικο-πολιτικό status, η κυρίαρχη αυτή τη στιγμή ιδεολογία, δεν μπορεί να δεχθεί ένα «θεσμικό πισωγύρισμα». Με άλλα λόγια η ρητορική του νέο-φιλελευθερισμού δεν μπορεί να ενσωματώσει τέτοιου τύπου προτάγματα, δεν μπορεί –και ούτε θέλει άλλωστε- να «παλινδρομήσει» σε πρακτικές διαχείρισης της παρέκκλισης οι οποίες εμφανίζονταν μέχρι το τέλος της ψυχροπολεμικής περιόδου. Μια δεύτερη –κάπως παραπλήσια- κατάσταση είναι η διατήρηση ενός συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών περίπου «ως έχει». Ενός συστήματος το οποίο -πέραν των δυσλειτουργιών του, ή μάλλον (και) εξαιτίας αυτών- έχει περιπέσει σε μια «λυκοφωτική κατάσταση». Πολλές φορές ήρθαμε αντιμέτωποι με μια «ταμπέλα» του ελληνικού συστήματος παροχής ψυχιατρικής φροντίδας, και ειδικά νοσηλείας, η οποία περιγράφεται χαρακτηριστικά ως «μικρό Άσυλο»: «*Ναι μεν, αλλά*…». Η κύρια διάσταση, δηλαδή, του συστήματος ψυχιατρικής νοσηλείας σήμερα ίσως είναι ακριβώς αυτή: Ούτε ασυλική περίθαλψη, αλλά ούτε ένα ουσιαστικά μεταρρυθμισμένο σύστημα. Όπως πολλές φορές αναφέρθηκε στην μελέτη μας, το ελληνικό σύστημα ψυχιατρικής νοσηλείας, το εγχείρημα της μεταρρύθμισης πάσχει. Έχει μείνει ανολοκλήρωτο, έχει αναπτυχθεί –και λειτουργεί- αποσπασματικά, ανομοιόμορφα. Μέσω μιας πρώτης ανάγνωσης, η παραπάνω διαπίστωση και συμπέρασμα είναι μάλλον αρνητική. Για ακόμη μια φορά δεν έγινε εφικτό να οργανωθεί, να αναπτυχθεί και τελικά να λειτουργήσει ένα «μεγαλόπνοο» σχέδιο στην ελληνική μετανεοτερική

πραγματικότητα. Είναι όμως έτσι; Αυτή η «μεσοβέζικη λύση», αυτή η «περίπου μεταρρύθμιση» είναι μια κατάληξη η οποία είναι απευκταία; Θα μας επιτραπεί να αμφιβάλλουμε. Γνωρίζοντας τους κινδύνους, αλλά και τις αντιρρήσεις που μια τέτοια θέση πιθανόν να εγείρει, θεωρούμε ότι η δεύτερη προοπτική, ίσως είναι λίγο πιο τρομακτική. Βέβαια εξαρτάται από την οπτική την οποία επιλέγει κανείς. Όπως πολλές φορές είδαμε, με δραματικό τρόπο, δεν υπάρχει μια πραγματικότητα.

2. Οπότε φτάνουμε στη δεύτερη προοπτική. Αυτή που θα ήθελε, ιδανικά, να πραγματωθεί το «όνειρο» της μεταρρύθμισης. Και κάποιος, πολύ εύλογα, θα αναρωτιόταν, τι άσχημο μπορεί να εμπεριέχει μια τέτοια προοπτική. Με πιθανή όμως την σχεδόν ολοκληρωτική κατακρήμνιση του κράτους πρόνοιας, η εργαλειακή εκφορά ή/και πραγμάτωση του μεταρρυθμιστικού προτάγματος φαντάζει ολοένα και πιο ομιχλώδης και μακρινή. Πέραν τούτου όμως, προσωπικά θεωρούμε ότι ο βαθύτερος, ο πλέον δομικός εγκλωβισμός έγκειται αλλού. Έγκειται στο επίπεδο της *ιδεολογίας*, και του τρόπου που αυτή ενδοβάλλεται –για να χρησιμοποιήσουμε ένα «Ψ» όρο- από το ίδιο το υποκείμενο/επαγγελματία/πολίτη. Και αυτή τη χρονική στιγμή, στο συγκεκριμένο πολιτισμικό παράδειγμα, η κυρίαρχη ιδεολογία θεωρούμε ότι απέχει παρασάγγας από μια ανθρωπιστική προοπτική. «*Η ίδια η έννοια του "παρόχου φροντίδας υγείας", τόσο αφοπλιστικά ειλικρινής, λειτουργική και πεζή, είναι ακριβώς το είδος του ιδεολογικού χαρακτηρισμού που οδηγεί τους ασθενείς στη λεγόμενη μη συμμόρφωση. Ο "πάροχος φροντίδας υγείας"*, γνωστός […] ως *γιατρός, νοσηλευτής κ.λπ., δεν παρέχει υγεία! Η υγεία είναι μέρος της ανθρώπινης κατάστασης, όπως και η ασθένεια, και η παρουσία και οι εκδηλώσεις και των δύο καθορίζονται σημαντικά από τις ιδιαιτερότητες της κοινωνικής οργάνωσης. Το αποτέλεσμα που θα έχει η φροντίδα υγείας εξαρτάται από την αμφίδρομη σχέση ανάμεσα σε ασθενείς και θεραπευτές. Στο βαθμό που η φροντίδα υγείας παρέχεται, την παρέχουν* τόσο *οι ασθενείς* όσο *και οι θεραπευτές και, ακόμη, η ανησυχία για τη λεγόμενη μη συμμόρφωση μαρτυρά ακριβώς αυτό, με αντίστροφο τρόπο. Προσδιορίζοντας εκ των προτέρων τον επαγγελματία υγείας ως "πάροχο φροντίδας υγείας", η κοινωνικά κληροδοτημένη παράδοση στην οποία αποτελεί η ιατρική σοφία και εξουσία έχει ανακηρυχτεί εκ των προτέρων ως νόμιμο μονοπώλιο εκείνων που μπορούν να πείσουν εμάς τους υπόλοιπους ότι αυτή η σοφία προέρχεται από την κοινωνία και τη φύση σε προκατασκευασμένη εμπορευματική μορφή, η διάθεση της οποίας ανήκει αποκλειστικά στους ίδιους. Και επιλέγοντας η ανταμοιβή για τους συμμορφούμενους ασθενείς να είναι η βοήθεια στο ξέμπλεγμα του κουβαριού που έχουν δημιουργήσει οι ίδιοι οι "πάροχοι φροντίδας*

υγείας", στον παραλογισμό προστίθεται η εξαπάτηση. Όμως αυτό που είναι πραγματικά οδυνηρό δεν είναι ούτε ο παραλογισμός ούτε η εξαπάτηση. Είναι ότι όλο αυτό, στις μέρες μας, φαίνεται σαν κάτι εντελώς τίμιο και λογικό. Αυτό είναι το σήμα κατατεθέν της ιδεολογίας· η φυσικότητά της (η υπογράμμιση, δική μας). *Και αν η φύση της εντοπίζεται στο πεδίο και τη γλώσσα του μάρκετινγκ, έτσι που ο πολιτισμός της ιατρικής και η θεραπεία να υποτάσσονται κι αυτά στο ιδίωμα των επιχειρήσεων, αυτό δεν πρέπει να μας κάνει καμία εντύπωση. Γιατί ο πολιτισμός μας είναι ο πολιτισμός των επιχειρήσεων και θέτει τις επιχειρήσεις ως σκοπό του πολιτισμού*»[392] αναφέρει ο M. Taussig, προσδιορίζοντας ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κατά τη γνώμη μας το «προφίλ» του υποκειμένου – εργαζόμενου, τον κυρίαρχο ρόλο του επαγγελματία, έτσι όπως αυτός παγιώνεται μέσω μιας διαλεκτικής με το –εδώ και τώρα- «κοινωνικό πιεστήριο». Αν όμως το κοινωνικό (αν μας επιτραπεί να το παρομοιάσουμε με μια μηχανή παραγωγής – εκτύπωσης υποκειμενικών ρόλων και ταυτοτήτων, κάτι σαν το «πιεστήριο παραγωγής χαρτονομίσματος») παράγει υποκειμενικότητες και ρόλους τόσο εργαλειακά –και μόνο- προσανατολισμένους, τότε που μπορεί να οδηγήσει μια τέτοιου τύπου επιτάχυνση; Μέσω μιας σαφώς θεωρητικής προβληματικής, ποιος θα μπορούσε να είναι ο απώτερος στόχος της Φουκωϊκής Εξουσίας;

Θεωρούμε ότι η «ζητούμενη λύση», το μοντέλο παρέμβασης το οποίο (θα) ανταποκρίνεται και (θα) ακολουθεί το μετανεοτερικό status διακυβέρνησης εμπεριέχει το στοιχείο της εισβολής, της *παρείσφρησης*. Τη δημιουργία, δηλαδή, όχι δομών, αλλά συστημάτων επιτήρησης, ανίχνευσης και παρέμβασης (επαναλαμβάνουμε θεραπευτικής ή κατασταλτικής παρέμβασης σε αυτό το σημείο αδιάφορο. Θεωρούμε ότι πρόκειται για διαφορετικές ερμηνευτικές της ίδιας διαδικασίας) τα οποία θα διαθέτουν τα ιδεολογικά, επιστημονικά και θεσμικά – νομικά εχέγγυα, θα έχουν με άλλα λόγια την επιστημονική και θεσμική κατοχύρωση στο να μπορούν να παρεμβαίνουν, να εισβάλουν στην έννοια του *οίκου*. Αυτό ακριβώς το μελλοντολογικό σενάριο –το οποίο, σημειωτέον, στην «ανεπτυγμένη Ευρώπη» διεκδικεί την παρουσία του στην πραγματικότητα- θεωρούμε ότι υποστασιοποιείται από το παράδειγμα της «**εξωνοσοκομειακής ακούσιας νοσηλείας**».

«*Η εξωνοσοκομειακή ακούσια νοσηλεία ουσιαστικά αποτελεί την πρόταση – λύση στους εγκλωβισμούς και στρεβλώσεις οι οποίες παρατηρούνται στο σύστημα της ψυχιατρικής νοσηλείας ως έχει σήμερα. Συνδυάζοντας τις αρχές της κοινωνικής και κοινοτικής*

[392] Taussig, M., «Η Πραγμοποίηση και η Συνείδηση των Ασθενών», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην Ανθρωπολογία της Υγείας*, οπ.π., σ. 389.

ψυχιατρικής με αυτές περί προστασίας του πολίτη (όπως είναι κατανοητό αναφερόμαστε στις θεωρήσεις περί διαχείρισης της διακινδύνευσης) το ιδεολογικό πρόταγμα του μοντέλου αυτού αναφέρεται στην αναγκαιότητα –αλλά και όφελος- για ακούσια νοσηλεία του πάσχοντα μέσα στο ίδιο του το σπίτι […]. *Στις Ηνωμένες πολιτείες η "ακούσια αστική προσαγωγή εξωτερικού ασθενούς" (involuntary outpatient civil commitment) είναι σήμερα ευρέως αποδεκτή ως αρχή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Παρότι η χρήση τέτοιων εξουσιών είναι ακόμη σχετικά σπάνια, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών οι περισσότερες Πολιτείες υιοθέτησαν νομοθεσίες που επιτρέπουν την ακούσια παρέμβαση σε εξωτερικούς ασθενείς, στην βάση της αναγκαιότητας υποβολής σε θεραπεία. Στην Βρετανία (από το 1987) το Βασιλικό Κολέγιο Ψυχιάτρων υποστήριξε την ανάγκη ενός "Καθεστώτος Κοινοτικής Θεραπείας" (Community Treatment Order). Αυτό θα συνεπάγονταν την καταναγκαστική εναίσιμη χορήγηση ψυχοτρόπων φαρμάκων στο ίδιο τους το σπίτι* […] *οι επίσημοι φορείς* […] *βλέπουν την επέκταση της χρήσης αυτών των εξουσιών ως βασικό συστατικό στοιχείο της μελλοντικής παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας* (η υπογράμμιση, δική μας).[393] Επιστημονικές θέσεις και προτάσεις, επικουρούμενες από ιδεολογικά προτάγματα περί cost effectiveness, απαλοιφή του ιδρυματισμού, μείωση του στίγματος, επανένταξη του πάσχοντα στην κοινότητα, μείωση του κοινωνικού αποκλεισμού, αδυναμία του ψυχικά πάσχοντα για αυτόνομη διαχείριση της πάθησής του λόγω έλλειψης εναισθησίας,[394] με κορωνίδα βέβαια τα προτάγματα περί επικινδυνότητας, διακινδύνευσης και risk management, έρχονται και θέτουν –μέσω των όποιων προβληματισμών- την αναγκαιότητα για μια εξωνοσοκομειακού τύπου υποχρεωτική νοσηλεία. Και πάλι όμως το βασικό ιδεολογικό – επιστημονικό έρεισμα ανευρίσκεται στο επίπεδο του *υποκειμένου*. Η αδυναμία του, λόγω της ψυχικής νόσου, να αποκτήσει, και να διατηρήσει, την περιβόητη πλέον, εναισθησία είναι τις περισσότερες φορές η κρίσιμη μεταβλητή που επεμβαίνει σε τέτοιου τύπου επιλογές.[395] Πέραν των προβληματισμών που υπάρχουν αναφορικά με το

[393] Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, οπ.π., σ. 320 – 322.

[394] Αναφερόμαστε στις θέσεις και έρευνες οι οποίες ανευρίσκουν ότι ο ψυχικά πάσχων δεν μπορεί να λειτουργήσει αυτόνομα στην κοινότητα, με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να υποτροπιάσει έτσι ώστε να παρουσίασει είτε συμπεριφορές παραμέλησης, είτε συμπεριφορές βίας. Βλ. Draine, J., Salzer, M. S., Culhane, D. P., Hadley, T. R., «Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness», *Psychiatric Services*, τόμος 53, 2002, σ. 565 − 573. Βλ. επίσης, Hiday, V. A., Wales, H. W.., «Civil commitment and arrests. *Current Opinion in Psychiatry*, τόμος 16, 2003, σ. 575 − 580.

[395] Αναφέρουν χαρακτηριστικά οι Hiday και Wales: «*Συμπέρασμα 1. Η μη συμμόρφωση στην αγωγή είναι ο κύριος λόγος υποτροπών και κατά συνέπεια της καταναγκαστικής νοσηλείας τους. Συμπέρασμα 2. Η φαρμακευτική θεραπεία "δουλεύει", με συνέπεια την ελαχιστοποίηση των επανεισαγωγών. Συμπέρασμα 3. Οι πάσχοντες που δεν δέχονται την αγωγή πολλές φορές κάνουν λάθος επιλογές και κατά συνέπεια πρέπει να θεωρούνται ακαταλόγιστοι. Συμπέρασμα 4. Δεν υπάρχουν εναλλακτικές πέραν της κατ' οίκον ακούσιας νοσηλείας* […]. *Ο μόνος τρόπος να συνεργαστούν είναι μέσω της χορήγησης*

συγκεκριμένο πεδίο,[396] και αν προσπαθήσουμε να ξεπεράσουμε την προβληματική μιας διλημματικής και αξιολογικής προσέγγισης, γενικεύοντας θα μπορούσαμε να σταθούμε στο εξής συμπέρασμα: Οι τεχνικές της πληθυσμιακής διαχείρισης, οι τρόποι της βιοεξουσίας και της βιοπολιτικής, οι διαδικασίες παραγωγής και διαχείρισης τόσο της έννοιας της παρέκκλισης (όπως αυτή εκφέρεται μέσω της ψυχικής νόσου), αλλά κυρίως του «υγιούς» πληθυσμού, του *πολίτη* γενικότερα, δεν στοχεύουν αποκλειστικά στον αποκλεισμό. Στοχεύουν στην παρείσφρηση, στην εισβολή. Στην συρρίκνωση του ζωτικού χώρου, στην πανταχούσα πανοπτική επαγρύπνηση, στην δυνατότητα επέμβασης στα μύχια της ιδιοτηκότητας. Το υποκείμενο πολίτης, το σώμα του, οι επιθυμίες του, οι ανάγκες του, οι επιλογές του, ο χώρος του, οφείλουν να καθίστανται *διαπερατά*. Οφείλουν να καθίστανται *διάφανα*. Οφείλουν να καθίστανται *προσβάσιμα*.

Στο κείμενό μας αναφερθήκαμε στην έννοια της *κατάστασης εξαίρεσης*, καθώς και στις πρόδηλες ομοιότητες που παρουσιάζει με καταστάσεις και συνθήκες του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά συνολικότερα. Ένα μέτρο το οποίο σύμφωνα με πολλούς θεωρητικούς τείνει να αποβεί Ο «κανόνας». Μια κατάσταση ολοένα και πιο συστηματικά εφαρμόσιμη στα κοινωνικά περιβάλλοντα της δυτικής μετανεοτερικότητας. Ήδη από το 1948, ο Rossiter επισήμανε τη διαφορική καταστατική που τείνει –αν όχι, έχει- αποκτήσει η έννοια της διακυβέρνησης στα σύγχρονα δημοκρατικά πολιτικά συστήματα. Αναφέρεται στις περιπτώσεις στις οποίες η διακυβέρνηση, νοούμενη σαν το σύνολο (ή τα υπο-σύνολα) των διοικητικών μηχανισμών εκτείνονται πέραν και άνωθεν του δικαίου (συνταγματικού, θεσμικού και ούτω καθ' εξής) με στόχο την λειτουργία τους ως εξισορροπητικοί μηχανισμοί: «*Στην ατομική εποχή στην οποία εισέρχεται τώρα ο κόσμος, είναι πιθανό η χρήση των έκτακτων συνταγματικών εξουσιών να γίνει ο κανόνας και όχι η εξαίρεση* […]. (Το βιβλίο) *περιγράφοντας τα έκτακτα καθεστώτα στις δυτικές δημοκρατίες, μπορεί να έδωσε την εντύπωση ότι τεχνικές διακυβέρνησης όπως* […] *η μεταβίβαση της νομοθετικής εξουσίας και η νομοθέτηση μέσω διοικητικών διαταγμάτων έχουν ένα αμιγώς μεταβατικό και προσωρινό χαρακτήρα. Μια τέτοια εντύπωση όμως θα ήταν ασφαλώς παραπλανητική* […]. *Τα όργανα διακυβέρνησης που περιγράφονται εδώ ως προσωρινοί μηχανισμοί σε περιόδους κρίσης έχουν γίνει σε*

αγωγής». Βλ. Wales, H., Hiday, V., «PLC or TLC: Is Outpatient Commitment the/an Answer?», *International Journal of Law and Psychiatry*, τόμος 29, 2006, σ. 456 – 457.

[396] Βλ. χαρακτηριστικά: Geller, J., Fisher, W., Grudzinskas, A., Clayfield, J., Lawlor, T., «Involuntary outpatient treatment as "desintitutionalized coercion":The net-widening concerns», International Journal of Law and Psychiatry, τόμος 29, 2006, σ. 551 – 562.

μερικές χώρες, και ενδέχεται να γίνουν σε όλες, μόνιμοι θεσμοί ακόμα και σε καιρό ειρήνης».[397] «*Το στρατόπεδο* […] *δεν συνιστά μια εξαίρεση, αλλά την κυρίαρχη συνθήκη μετατροπής μιας εξαιρετικής περίστασης σε φυσικοποιημένη νόρμα…*»[398] συναινεί η Butler. Η «κατάσταση εξαίρεσης», έτσι όπως εμφανίστηκε –και συνεχίζει να εμφανίζεται- στην έννοια του *στρατοπέδου*, της *φυλακής* (και του *ψυχιατρείου*, θα μας επιτραπεί να προσθέσουμε) μέσα από «Καθεστώτα Κοινοτικής Θεραπείας», δηλαδή μέσα από προγράμματα διαχείρισης της ψυχικής – ή κάποιας άλλης, ας μην είμαστε αφελείς- παρέκκλισης στην κοινότητα, στον οίκο, δίνουν το έναυσμα. Δίνουν το έναυσμα, τη δυνατότητα, ή καλύτερα, τη *φυσικοποιημένη* δυνατότητα, για την μεταφορά των «συνθηκών στρατοπέδου», για την μεταφορά όλων εκείνων των εργαλείων της *κυβερνητικότητας* σε ολόκληρο τον κοινωνικό χώρο. Δημόσιο και ιδιωτικό. Αναφέρει ο Ροζάνης: «*…το στρατόπεδο συγκεντρώσεως δεν αντιπροσωπεύει απλώς μιαν ιστορική στιγμή (οσοδήποτε δραματική ή επονείδιστη για τον πολιτισμό), αλλά μια μόνιμη απειλή που εισβάλλει βίαια στη ζωή του σημερινού ανθρώπου, στην καθημερινότητά του, στους όρους της επιβίωσής του, ανατρέποντας εκ βάθρων τη σχέση του με το ιστορικό, κοινωνικό και ψυχικό του περιβάλλον* […]. *Ο εκφυλισμός της ζωής, η έκπτωση της ατομικότητας, η ριζική αλλοτρίωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, κάνει ώστε το άτομο να μην είναι σε θέση να βλέπει τον μηχανισμό που τον καθυποτάσσει και να θεωρεί φυσική και αυτονόητη τη συμπεριφορά του, τη ψυχική του διάθεση, τους όρους της επιβίωσής του, τη γλώσσα που χρησιμοποιεί. Όλα αυτά είναι χαρακτηριστικά της σύγχρονης ολοκληρωτικής οργάνωσης της κοινωνίας*».[399] Και λίγο παρακάτω: «*…μέσα στα στρατόπεδα συγκεντρώσεως δεν πέθανε το άτομο, αλλά το αρχέτυπο του ατόμου, δεν πέθανε ο μεμονωμένος άνθρωπος, αλλά η ουσία η ανθρώπινη, η οντότητα του ανθρώπου ως θετικής αξίας μέσα στον κόσμο. Και είναι γι' αυτό ακριβώς που τα στρατόπεδα του θανάτου δεν αποτελούν απλώς ένα ιστορικό γεγονός, ένα παρελθόν τραγικό και επονείδιστο του ανθρώπου, μα είναι ένας διαρκώς ανανεούμενος εφιάλτης που απειλεί το παρόν μας και το παρόν όσων έρχονται μετά από μας. Διότι στα στρατόπεδα συγκεντρώσεως δοκιμάστηκε το πείραμα της "ολικής κυριαρχίας" πάνω στον άνθρωπο, το πείραμα της μεταμόρφωσης της ανθρώπινης προσωπικότητας σε απλό πράγμα, σε κάτι που "ακόμα και τα ζώα δεν είναι"* […]. *Και δεν είναι, βέβαια, ο φόβος να ξαναγυρίσουμε στο βαρβαρισμό των στρατοπέδων συγκεντρώσεως ως ιστορικής πραγματικότητας που εννοώ, αλλά κυριότατα ο τρόμος του νεοβαρβαρισμού που*

[397]Rossiter, C., L., Constitutional Dictatorship. Crisis Government in the Modern Democracies, Harcourt Brace, Νέα Υόρκη, 1948, σ. 297 – 313.
[398] Butler, J., *Ευάλωτη Ζωή*, οπ.π., σ. 25.
[399] Ροζάνης, Σ., Ο *Αδιανόητος Θάνατος*, Ερατώ, Αθήνα, 2002, σ. 11-12, 18.

μεταμορφώνει την ανθρώπινη καθημερινότητα σε στρατόπεδο μαζικής εξόντωσης και την ανθρώπινη προσωπικότητα σε απλό πράγμα».[400]

Δυστυχώς συμφωνώντας, και εμείς θεωρούμε ότι αυτό είναι το μοντέλο που έπεται. Όχι πλέον *ικρίωμα*, ούτε *Άσυλο*. Βεβαίως, τα Άσυλα, μικρά ή μεγάλα, θα εξακολουθούν να υφίστανται. Και οι φυλακές το ίδιο. Ο στόχος όμως θεωρούμε ότι είναι η *γενίκευση*. Η δυνατότητα της εξουσίας να υπεισέρχεται και να παρεμβαίνει σε τόπους οικείους, σε χώρους δικούς μας. Στο ιδιωτικό. Στο υποκείμενο. Στα ίδια τα μύχια της ατομικότητάς του, της ύπαρξής του. «*Το σύγχρονο κράτος…*», αποφαίνονται οι Kren και Rappoport, «*…μπορεί να επιβάλλει οτιδήποτε θελήσει επάνω σ' αυτούς που βρίσκονται υπό τον έλεγχο του. Δεν υπάρχει ηθικό όριο το οποίο το κράτος να μην μπορεί να υπερβεί αν το επιθυμεί, διότι δεν υπάρχει ηθική δύναμη υπέρτερη εκείνης του κράτους* […]. *Κατά συνέπεια, στο επίπεδο της ηθικής, η κατάσταση του ατόμου μέσα στο σύγχρονο κράτος είναι ex principio κατά προσέγγιση ισοδύναμη με την κατάσταση του έγκλειστου* […] *είτε ενεργεί σύμφωνα με τους κρατούντες κώδικες συμπεριφοράς που επιβάλλουν εκείνοι οι οποίοι βρίσκονται στην εξουσία, είτε διακινδυνεύει να υποστεί οποιεσδήποτε συνέπειες που οι κρατούντες επιθυμούν να επιβάλλουν. Όπως ακριβώς δεν υπήρχε υπέρτερη ηθική εξουσία έξω από το στρατόπεδο συγκέντρωσης, στην οποία ο έγκλειστος θα μπορούσε να καταφύγει, δεν υπάρχει καμιά τέτοια εξουσία διαθέσιμη στους πολίτες του σύγχρονου κράτους. Αν οι πολίτες μπορούν να κρίνουν το κρατούν ήθος, μπορούν να εκφράσουν την κριτική τους μόνο μέσα στα επιτρεπόμενα από το κράτος όρια*».[401]

---

[400] Ροζάνης, Σ., Ο *Αδιανόητος Θάνατος*, οπ.π., σ. 120 – 121.
[401] Kren, G., M., Rappoport, L., *The Holocaust and the Crisis of Human Behavior*, Holmes and Meier, Νέα Υόρκη, 1994, σ. 148 – 149.

2.3. Αντί επιλόγου ΙΙ: Προτάσεις, λύσεις. Ενεργήματα προσανατολισμένα στο πεδίο της κοινότητας: επανεφευρίσκοντας την έννοια του *σχετίζεσθαι*

Στην περίπτωση που προσπαθήσουμε να θέσουμε την προβληματική της *εναλλακτικής προοπτικής*, της *διεξόδου*, της *λύσης*, εν τέλει της *πρότασης*, δεν μπορούμε παρά να σταθούμε εμπρός σε μια βασική, αρχική, διλληματική, η οποία θα μπορούσε να συνοψισθεί ως εξής: η υπέρβαση, η λύση, ο απεγκλωβισμός, εν ολίγοις η πραγμάτωση της μεταρρύθμισης υπό το πρίσμα μιας ιδανικής κοινωνικής συνθήκης, μπορεί να συμβεί μέσα από ένα βίαιο κλυδωνισμό και μια ριζική ανατροπή του υπάρχοντος συστήματος ή διαμέσου «λεπτότερων» και πιο περιφερικών διαφοροποιήσεων και μεταλλαγών του ήδη υπάρχοντος συστήματος; Αν επιθυμούσαμε να θέσουμε το πρόβλημα υπό όρους μαρξιστικής προοπτικής, η λύση βρίσκεται στη βίαιη κατακρήμνιση, καταστροφή του υπάρχοντος *παραδείγματος* (και κατά συνέπεια των δομών που το υποστηρίζουν και το υποστασιοποιούν) και στην επανεφεύρεση ενός νέου κοινωνικού υποκειμένου και ενός καθ' ολοκληρίαν νέου προσδιορισμού της ανθρώπινης κατάστασης όπως προκρίνει ο Markouze, ή αντίθετα στην εύρεση εκείνων των συνθηκών οι οποίες θα προσφέρουν στο δεδομένο γίγνεσθαι τις όποιες δυνατότητες αλλαγής και εν τέλει βελτίωσης, όπως προτείνει χαρακτηριστικά ο Habermas;[402]

Θεωρούμε ότι η πιθανότητα της εναλλακτικής ελλοχεύει σαφώς στη δεύτερη προοπτική. Άλλωστε, η προσήλωση σε μια προοπτική η οποία στοχεύει σε κάποιον ριζικό αφανισμό του ήδη υπάρχοντος συστήματος ουσιαστικά ακυρώνει τα –πλείστα και σημαντικά- επιτεύγματα, τα οποία η ιστορική διαδρομή της ψυχιατρικής επιστήμης έχει να παρουσιάσει. Είναι πολλές φορές το πλέον εύκολο ο εργαλειακός λόγος της ψυχιατρικής και της νομικής επιστήμης (γενικότερα της θεσμικής εκφοράς του σημερινού παραδείγματος), τα επιτεύγματα της επιστήμης υπό το πρίσμα ενός παραγώγου της ιστορικής διαδρομής της νεοτερικότητας, να δαιμονοποιούνται, να καταγγέλλονται, και να εξοβελίζονται εις το πυρ το εξώτερον. Δεν θα αρνηθούμε ότι και εμείς σε ετούτη εδώ την μελέτη στις περισσότερες των περιπτώσεων λειτουργήσαμε ως οιονεί «εισαγγελείς» του ψυχιατρικο-νομικού συμπλόκου και συστήματος παροχής υπηρεσιών. Θεωρούμε όμως ότι

[402] Αναφέρει ο Φωτόπουλος: «*Αποτελεί κοινό τόπο ότι ο Χάμπερμας δεν αναζητεί με πάθος μια άλλη διάσταση της πραγματικότητας όπως ο Μαρκούζε. Αντίθετα, επιχειρεί να ανιχνεύσει τις όποιες δυνατότητες βελτίωσης του υπαρκτού πεδίου της πραγματικότητας πεπεισμένος ότι δεν διαφαίνονται εναλλακτικές δυνατότητες ανατροπής του υφιστάμενου* status quo». Φωτόπουλος, Ν., «Από τον μονοδιάστατο άνθρωπο στην αποικιοποίηση», στο: *Κοινωνική Σκέψη και Νεοτερικότητα*, επιμ. Σ. Κονιόρδος, Gutenberg, Αθήνα, 2010, σ. 340.

είναι διαφορετικό το να προσδιορίζεις δυσλειτουργίες, στρεβλώσεις, κακώς κείμενα, και διαφορετικό το να υποστηρίζεις μια θέση η οποία προτείνει μια παντοδύναμη και ολοκληρωτική επενέργεια των συγκεκριμένων στρεβλώσεων. Όπως προτείνει ο Habermas, ο χώρος της τεχνικής, ο ορθολογικός λόγος, το τεχνοκρατικό παράδειγμα μπορεί να λειτουργήσει προς όφελος της κοινωνικής εξέλιξης αρκεί να αλλάξουν οι συνθήκες του επικοινωνιακού πράττειν, καθιστώντας το ορθολογικό και τεχνοκρατικό modus vivendi πιο ευέλικτο ακριβώς μέσω της αξιοποίησης της *θετικής εκδοχής* του.[403]

Υπό αυτή την προοπτική, η σταχυολόγηση του συστήματος, η επί της ουσίας, ενδελεχής και ουσιαστική αξιολόγησή του, κατ' αρχή θα μπορούσε να παρουσιάσει και να καταγράψει τα χαρακτηριστικά εκείνα τα οποία λειτουργούν εν είδει εφαλτηρίου δυνητικής αρωγής και βελτίωσης του συστήματος, όπως και των στοιχείων εκείνων τα οποία λειτουργούν ως τροχοπέδη στο μεταρρυθμιστικό εγχείρημα.[404] Στην μελέτη αυτή εστιαστήκαμε κυρίως –αν όχι αποκλειστικά- στην δεύτερη δέσμη μεταβλητών. Προσπαθήσαμε να προσδιορίσουμε, να καταγράψουμε και να αναλύσουμε τις δυσκολίες και τις στρεβλώσεις που είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνες για την παλινδρόμηση του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς ένα μοντέλο το οποίο απέχει παρασάγγας από την έννοια του *ιδανικού*. Και όμως, αυτές ακριβώς οι στρεβλώσεις μας υποδεικνύουν τις –εναπομένουσες- εναλλακτικές. Οι οποίες δεν είναι άλλες –και ίσως δεν πρέπει να είναι άλλες- από αυτές που αναφέρονται στην στροφή προς πιο ριζοσπαστικές προοπτικές, οι οποίες αφορούν την επανεφεύρεση –και κυρίως πραγμάτωση- των δομικών αρχών της κοινωνικής και κοινοτικής ψυχιατρικής. Μοντέλα όπως οι περιφερικές δομές, κέντρα ημέρας, εναλλακτικές στεγαστικές δομές, αποκεντρωμένες ευέλικτες μονάδες, όπως η Κινητή Μονάδα,[405] αποτελούν, όχι πλέον το απαραίτητο «συμπλήρωμα» των κεντρικών

---

[403] Βλ. Φωτόπουλος, Ν., «Από τον μονοδιάστατο άνθρωπο στην αποικιοποίηση», στο: *Κοινωνική Σκέψη και Νεοτερικότητα*, οπ.π., ειδικά το κεφάλαιο 2.

[404] Τα προβλήματα μπορούν να συνοψισθούν στους τομείς της ασυνέχειας της ανάπτυξης των προγραμμάτων, της ανολοκλήρωτης πορείας τους, της απουσίας επαρκούς τομεοποίησης, και λειτουργίας των δομών εν είδει δικτύου, στη μεγάλη άνοδο των ποσοστών αναγκαστικής νοσηλείας, καθώς και στις δυσλειτουργίες αναφορικά με την εφαρμογή των νομικών εγγυήσεων, και εν γένει στης βαριά δυσλειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας. (πηγή: Έκθεση της επιτροπής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της ελληνικής ψυχιατρικής εταιρείας 2006 - 2008, μέλη: Χ. Βαρουχάκης, Στ. Θεοδωροπούλου, Θ. Καραβάτος, Δ. Πλουμπίδης Βλ. Τομαράς, Β. Τσίπας, 2011, σ. 3 – 5. Published on line, http://www.psych.gr/article_files/2011/jan/EkthesiEpitropisPsychMetarythm.pdf)

[405] Η Κινητή Μονάδα ουσιαστικά υποστασιοποιεί ένα εναλλακτικό τρόπο προσέγγισης, αλλά και παρέμβασης, λειτουργεί με την άμεση υποστήριξη της τοπικής κοινωνίας στην ανάπτυξη και υλοποίηση των δράσεων της, επί της ουσίας προσφέροντας όχι μόνο ιατρικές παροχές και υπηρεσίες, αλλά οριοθετώντας εκ νέου μια δυναμική και διαλεκτική σχέση των επαγγελματιών με το συγκεκριμένο κοινωνικο-πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο απευθύνεται. Οι υπηρεσίες της συνηθέστερα αφορούν α) διαγνωστικές εκτιμήσεις, β) Συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία ατόμων και

δομών θεραπευτικής και διοικητικής διαχείρισης του πεδίου της ψυχικής υγείας, αλλά κάτι παραπάνω. Αποτελούν ίσως την μοναδική εφαρμόσιμη και βιώσιμη εναλλακτική απέναντι στο καθεστώς «ασυλοποίησης» και «ιδρυματοποίησης» δομών νοσηλείας όπως τα Γενικά Νοσοκομεία, έτσι όπως αυτά διαπιστώσαμε -μέσα από την έρευνά μας- να μεταμορφώνονται σταδιακά.

Για να γίνει όμως κάτι τέτοιο οφείλουμε να προσπεράσουμε το ιδιαίτερα πιεστικό -και εύπεπτο από πολλούς- επιχείρημα περί αδυναμίας βιωσιμότητας όλων αυτών των δομών, μια μη-βιωσιμότητα η οποία σχετίζεται και συνδέεται άμεσα με την οικονομική υφιστάμενη δυσπραγία και εγκλωβισμό τον οποίο αντιμετωπίζει το σύστημα περίθαλψης. Πέραν της δυσκολίας που μια τέτοια υπέρβαση συνεπάγεται, η επικέντρωση σε μια διαφορετική προοπτική μπορεί να μας δώσει και το μέτρο της εναλλακτικής δυνατότητας. Προσπαθώντας να διαφοροποιήσουμε το επίπεδο ανάλυσης, θα θέλαμε να σταθούμε σε μια –ίσως αρχικά φαινομενικά απλοϊκή- θέση. Σε δομές όπως το Γενικό Νοσοκομείο, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, ακόμα και δομές όπως το Κέντρο Ημέρας ή το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, απαραίτητη προϋπόθεση είναι, με απλά λόγια, το να διαβεί ο ίδιος ο πάσχων (ή η οικογένεια και οι φροντιστές του) το κατώφλι… Με δεδομένη όμως την ισχυρή πολλές φορές *αντίσταση* του πάσχοντα σε αυτή την εθελούσια προσέγγιση (μια *αντίσταση* της οποίας η εμπειρική εκταμίευση με απλά λόγια συμπυκνώνεται με δραματικό τρόπο στα όλο και περισσότερο διαστέλλοντα ποσοστά ακούσιων νοσηλειών), εναλλακτικές και καινοτόμες δομές και σχήματα παρέμβασης όπως αυτό της Κινητής Μονάδας, είναι δυνατό να αποτελέσουν την δομικά διαφορετική προσέγγιση της έννοιας της ψυχικής πάθησης και των φορέων της. Με άλλα λόγια, θα μπορούσαμε να θέσουμε το δίλλημα –αλλά και την απάντηση- με φουκαλδιανούς όρους. Για τον Foucault, οι δύο κύριες πρακτικές κοινωνικής αλλαγής συνίστανται είτε στον λεγόμενο *εξανθρωπισμό*, ο οποίος αναφέρεται στην αλλαγή της *ιδεολογίας* και στην διατήρηση του *θεσμού* (μια ακραία εκδοχή αυτού στην περίπτωση που μας ενδιαφέρει θα ήταν η διατήρηση του Ψυχιατρείου, με μια προσπάθεια παρέμβασης στις ιδεολογικές εκφάνσεις και τις εμπειρικές τους εκταμιεύσεις), είτε στον λεγόμενο

οικογενειών, γ) χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, δ) κατ' οίκον επισκέψεις. Επιπρόσθετα, η Κινητή Μονάδα μπορεί να αναπτύξει δράσεις όπως α) Υποστήριξη των ευπαθών κοινωνικών ομάδων και δικτύωση με επαγγελματικούς και κοινωνικούς φορείς, β) Προγράμματα αγωγής και προαγωγής ψυχικής υγείας στο γενικό πληθυσμό, γ) Ειδικές δράσεις προαγωγής ψυχικής υγείας στην εκπαίδευση και σε τοπικούς κοινωνικούς φορείς, δ) Ανάπτυξη της διασύνδεσης με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας για την αποτελεσματικότερη απάντηση στις θεραπευτικές ανάγκες σε επίπεδο ψυχικής υγείας, ε) Ερευνητικές δράσεις καταγραφής αναγκών και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών με στόχο τη βελτίωση των παρεμβάσεων Επιστημονικό Προσωπικό. Πηγή: http://www.epapsy.gr

ρεφορμισμό ο οποίος συνίσταται στην αλλαγή του *θεσμού* χωρίς όμως μια συνακόλουθη αλλαγή στο πεδίο της *ιδεολογίας* (μια κατάσταση η οποία θεωρούμε ότι ισχύει σήμερα στο ελληνικό σύστημα περίθαλψης, πέραν των όποιων διακηρύξεων).[406] Ο Μεγαλοοικονόμου, ακολουθώντας το συγκεκριμένο σχήμα, αναφέρει: «*Η "επαναστατική πράξη", κατά τον Φουκώ, θα ήταν* […] *"ο ταυτόχρονος κλονισμός της συνείδησης και του θεσμού, που σημαίνει επίθεση στις σχέσεις εξουσίας, της οποίας αποτελούν όργανα". Η ταυτόχρονη, δηλαδή, θεωρητική και πρακτική υπέρβαση του ψυχιατρείου και της ψυχιατρικής*».[407] Αν ακολουθήσουμε το συγκεκριμένο σχήμα, δομές οι οποίες α) θα λειτουργούν «εκτός των τοιχών» του *ψυχιατρείου* (και, δυστυχώς, η έννοια του *ψυχιατρείου* όπως είδαμε δεν αφορά μόνο τα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αλλά και οιονεί καινοτόμες δομές όπως τις ψυχιατρικές κλινικές στα γενικά νοσοκομεία) και β) θα υποστηρίζονται, θα διαπερνώνται, θα καλλιεργούν και θα εμπεριέχουν μια διαφορετική, μη πατερναλιστική, και σαφώς μη κίβδηλη, μη προσποιητά φιλελεύθερη ιδεολογία και ταυτότητα (έναν «*μη – "as if"*» χαρακτήρα, αν μας επιτρέπεται η νεολεξία, ακολουθώντας το σχεδίασμα του Στυλιανίδη[408]) τότε, υποστηρίζουμε ότι διαφαίνεται μια σοβαρή δυνατότητα και πιθανότητα μετακίνησης και αλλαγής. Ας προσέξουμε όμως… «*Ο σεβασμός δεν είναι, άλλωστε, παρά η μια κόψη του δίκοπου μαχαιριού της φροντίδας, του οποίου η άλλη όψη είναι η καταπίεση*»[409] αναφέρει γλαφυρά ο Bauman, προσδιορίζοντας χαρακτηριστικότατα την ταλάντωση, αυτό το διηνεκή παιχνίδισμα ανάμεσα στις ερμηνείες της ίδιας κατάστασης, της ίδιας πραγματικότητας, στις *μορφές* και στις *εκδοχές* που το ίδιο *συμβάν* μπορεί να λάβει. «*Το συμβάν είναι κάτι που πηγαίνει πέρα από την αλήθεια γιατί δεν θα*

---

[406] Παρατηρεί ο Στυλιανίδης: «*Το άλλοθι των προοδευτικών διακηρύξεων αδυνατεί να εκλογικεύσει τις δυσλειτουργίες, τις παραβιάσεις κάθε ηθικής και δεοντολογικής αρχής στη διαχείριση των εισαγγελικών εντολών*…». Στυλιανίδης, Στ., Η στιγματίζουσα ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις*, οπ.π., σ. 49. Επίσης, αναφορικά με αυτή την ακραία πολλές φορές διάσταση και χάσμα μεταξύ των «επίσημων» διακηρύξεων και της «πραγματικότητας», βλ. και: Στυλιανίδης, Στ., «Οι μεταμορφώσεις της ψυχιατρικής: αναζητώντας νέα παραδείγματα για μια νέα πολιτική ψυχικής υγείας», στο: *Κοινότητα και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Η εμπειρία της Εύβοιας*, επιμ. Σ. Στυλιανίδης, Μ. Γ. Στυλιανούδη, Τόπος, Αθήνα, 2008, σ. 443 – 476.

[407] Foucault, M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, εκδ. Καλέντης, Αθήνα, 2007, όπως αναφέρεται στο: Μεγαλοοικονόμου, Θ., «Από το "ανίατο" της Λέρου στο "δυσίατο" του Ψυχαργώς», στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις*, οπ.π., σ. 39.

[408] Για την έννοια της «as if» ελληνικής κοινωνικής πραγματικότητας, βλ. Στυλιανίδης, Στ., «Η στιγματίζουσα ψυχιατρική μεταρρύθμιση», στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις*, σ. 47 – 48. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο συγγραφέας, «*Το χάσμα της ψυχικής υγείας μεταξύ αρχών, πολιτικών και πρακτικής συνιστά ένα μερικό δείκτη μιας ευρύτερης λειτουργίας της ελληνικής κοινωνίας ως "as if" personality*». Στο: Στυλιανίδης, Στ., Γκιωνάκης, Ν., Χονδρός, Π., «Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα της μεταρρυθμιστικής εμπειρίας», οπ.π., σ. 40. Θεωρούμε ότι η πρωτογενής, αδιαμεσολάβητη σχέση η οποία μπορεί να αναπτυχθεί μέσα στην ίδια την κοινότητα, στο βιόκοσμο του πάσχοντα δύναται να αποβεί η συνθήκη εκείνη η οποία μπορεί, αν όχι να εξαλείψει, τουλάχιστον να περιορίσει τα «as if» φαινόμενα.

[409] Bauman, Z., *Ρευστή Αγάπη*, μτφ. Γ. Καράμπελας, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα, 2006, σ. 96

μπορούσε να εκφραστεί με όρους λογικούς στους οποίους δεν μπορεί να συρρικνωθεί. Το συμβάν είναι κάτι που, από μια συγκεκριμένη οπτική γωνία, δεν είναι απολύτως μετρήσιμο. Κάτι που δεν ταυτίζεται με την ιδέα της ***αλήθειας****, τουλάχιστον με τον λογοκρατικό τρόπο με τον οποίο τείνουμε να συλλαμβάνουμε την αλήθεια* […]. *Και όπως λέει η H. Arendt: «Η ανάγκη της λογικής δεν εμπνέεται από την αναζήτηση της αλήθειας, αλλά από την αναζήτηση του νοήματος. Και το νόημα και η αλήθεια δεν είναι το ίδιο πράγμα»*.[410]

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφερθήκαμε στην περίπτωση της *κατ' οίκον ακούσιας νοσηλείας*: σε μια οργουελική, άραχλη εκδοχή της. Μια εκδοχή στην οποία ένα μοντέλο παρέμβασης όπως αυτό της *κατ' οίκον ακούσιας νοσηλείας* δύναται να μεταθέσει –και να μεταφέρει- στην έννοια του *οίκου*, πρακτικές, αναπαραστάσεις, ιδεολογίες, οι οποίες να προσομοιάζουν σε μια ολοκληρωτική, αυταρχική και ηγεμονική χρήση του ψυχιατρικού θεσμού. Μια εκδοχή στην οποία οι ιδρυματικές πρακτικές, δεν θα περιορίζονται στο *ψυχιατρείο*, ούτε καν στο *γενικό νοσοκομείο*, αλλά θα εισβάλουν και θα επεμβαίνουν στα ίδια τα μύχια της ιδιωτικότητας του πάσχοντα, στο σπίτι του, στην ύπαρξή του. Η *καταπιεστική όψη του μαχαιριού*, κατά Bauman. Μέσω μιας παραπλήσιας προοπτικής, η έξοδος από το εκάστοτε, και οιασδήποτε μορφής, «ψυχιατρικό ορμητήριο», η προσέγγιση του πάσχοντα στο ίδιο του το περιβάλλον με σχήματα όπως αυτό της κινητής μονάδας, το οποίο χρησιμοποιούμε παραδειγματικά, θα μπορούσε να αποτελέσει μια ενδεικτική εναλλακτική προοπτική. Αυτή της παρέμβασης στο ίδιο το πλαίσιο του πάσχοντα, της επαφής, της γειτνίασης, της συνάντησης εν ολίγοις. Μια συνάντηση στην οποία ο επαγγελματίας οφείλει να απεκδυθεί τον «πατερναλιστικό μανδύα», ο οποίος είναι τόσο θελκτικά πλησίον του όταν λειτουργεί *intra muros* των ψυχιατρικών δομών. Θεωρούμε ότι εδώ έγκειται -σύμφωνα με το δικό μας σχήμα ανάγνωσης- και η μεγαλύτερη δυσκολία, αλλά και πρόκληση, της σύγχρονης ψυχιατρικής. Η οποία αφορά ακριβώς τον τρόπο με τον οποίο θα μπορέσει να αποκατασταθεί μια διαφορετική τυπολογία στάσεων, πεποιθήσεων, απόψεων, γνωμών, μια διαφορετική ιδεολογία για το τι *σημαίνει* ψυχική ασθένεια. Όχι μέσω μιας αποκλειστικά οργανιστικής, επιστημονικής προοπτικής, αλλά διαμέσου μιας κατανόησης α) τόσο της βιωμένης εμπειρίας του πάσχοντα, αλλά κυρίως β) μιας κατανόησης των λειτουργιών –και λειτουργικοτήτων- της ίδιας της ψυχιατρικής επιστήμης ως υφίσταται σήμερα. Μιας κατανόησης του πολυσύνθετου, δαιδαλώδους και πολυδιάστατου *ρόλου* της. Για να γίνει εφικτό όμως κάτι τέτοιο, ενεργήματα και δράσεις οι

[410] Arendt, H., The Life of the Mind, εκδ. HarBrace, 1981, όπως αναφέρεται στο: Levi, P., *Το Καθήκον της Μνήμης*, μτφ. Χ. Σαρλικιώτη, Άγρα, Αθήνα, 1998, σ. 67.

οποίες θα είναι όλο και περισσότερο στιβαρά προσανατολισμένες στην έννοια της κοινότητας αποτελούν ex pricipio αναγκαιότητα.

Πέραν των –τεκμηριωμένων και εμφανέστατων- ποσοτικού χαρακτήρα αποτιμήσεων, όπως η πρόληψη των εκούσιων, αλλά κυρίως των ακούσιων εισαγωγών, η ελάττωση των ποσοστών νοσηλείας με όλα τα συμπαρομαρτούντα οικονομικά και άλλα οφέλη, μια τέτοιου τύπου μεταστροφή θα λειτουργήσει και σε ένα έτερο επίπεδο. Θα μπορέσει ίσως να είναι το έρεισμα ώστε να ανασκευαστεί και επαναπροσδιοριστεί η *τυπολογία του σχετίζεσθαι* ανάμεσα στον φορέα της Γνώσης, τον «Ψ» επαγγελματία και το υποκείμενο της ψυχικής οδύνης. Ο Habermas, αναλύοντας το συγκεκριμένο πεδίο, αποφαίνεται κατηγορηματικά. Παρ' όλο που υποστηρίζει τη θέση περί αναγκαιότητας του εργαλειακού λόγου, τη χρηστικότητα του οποίου προσπαθεί να ερμηνεύσει και εν πολλοίς να δικαιολογήσει θεωρώντας τον προαπαιτούμενο της γνώσης και κατά συνέπεια του κοινού οφέλους, το προβληματικό στοιχείο για τον συγκεκριμένο θεωρητικό είναι ακριβώς η υπεροχή και ο ηγεμονικός ρόλος αυτού του εργαλειακού λόγου έναντι έτερων μορφών γνώσης. Η λύση την οποία προτείνει αφορά μια μεταλλαγή στο πεδίο της επικοινωνίας: του τρόπου με τον οποίο δομούνται οι νόρμες επικοινωνίας και η θέση που λαμβάνει η *επιστημονική γλώσσα* – φορέας και σηματωρός της έννοιας της *επιστημονικής γνώσης* στη «σκακιέρα εξουσίας». Με άλλα λόγια, ο Habermas προτείνει ως αδιαπραγμάτευτο προαπαιτούμενο της αλλαγής μια διαφορετική *ηθική της επικοινωνίας*.[411] Μια επικοινωνιακή συνθήκη η οποία θα εμφορείται όχι από ανισοβαρή και ανισομερή εξουσιαστικά ποσοστά, αλλά μια επικοινωνιακή συνθήκη η οποία θα μπορούσε να εμπεριέχει έννοιες όπως αυτές της ισοτιμίας, της κατανόησης, του σεβασμού, μιας διαφορετικής «ηθικής οντολογίας» απέναντι στην -έστω, παθολογική, κατ' εμάς- ετερότητα. «*Το χάσμα επί της ουσίας δεν είναι δυνατόν να καλυφθεί παρά μέσα από την ανάπτυξη ποιοτικού τύπου ενεργημάτων όπως αυτό της ηθικής δεοντολογικής προοπτικής*…» διαβάζουμε και συμφωνούμε.[412] Κατανοώντας της ουτοπική, για πολλούς, διάσταση που μια τέτοια θέση μπορεί να ενέχει, θα μας επιτραπεί να επιμείνουμε. Μόνο

[411] (Για τον Habermas), «…*μέσω της γλώσσας και της ανάλυσης της συμβολικής και δι-αντιδραστικής λειτουργίας της, αναδύεται μια νέα ηθική της επικοινωνίας*» (η υπογράμμιση, δική μας). Ακολουθώντας το συγκεκριμένο σχεδίασμα και θεωρητική προοπτική, θεωρούμε ότι και στην περίπτωση του επαναπροσδιορισμού της έννοιας του **δεσμού** ανάμεσα στον ψυχικά πάσχοντα και στους φορείς της επιστημονικής και θεσμικής εξουσίας και αυθεντίας ένα από τα σημαίνοντα σημεία διαφοροποίησης οφείλει να είναι ακριβώς αυτή η ηθική της επικοινωνίας. Φωτόπουλος, Ν., «Από τον μονοδιάστατο άνθρωπο στην αποικιοποίηση», στο: *Κοινωνική Σκέψη και Νεοτερικότητα*, οπ.π., σ. 334.

[412] Στυλιανίδης, Στ., «Η στιγματίζουσα ψυχιατρική μεταρρύθμιση», στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις*, οπ.π., σ. 46.

μια δομική αλλαγή στο ιδιοσυστατικό πυρήνα της ιδεολογίας του υποκειμένου – επαγγελματία μπορεί να παράγει μια διαφορετική προοπτική και καταστατική. Και μια τέτοια μεταλλαγή, στην περίπτωση κατά την οποία ο επαγγελματίας κινείται και παραμένει περιχαρακωμένος στο δικό του «οικοσύστημα», στη ψυχιατρική δομή αυτή καθαυτή, είναι μάλλον καταδικασμένη να αποτύχει.

Αντίθετα, η *προσέγγιση*, η *θεραπεία*, στο πλαίσιο της κοινότητας, και ακόμα περισσότερο, η ενεργητική προσέγγιση του πάσχοντα στο ίδιο το «οικοσύστημά» του, έτσι όπως αυτή παραδειγματοποιείται από μοντέλα παρέμβασης σαν την *Κινητή Μονάδα*, μπορεί να αποτελέσει το έρεισμα, το κίνητρο, τη συνθήκη εκείνη ώστε να εκριζωθεί η «μεταποικιακή κατάσταση επιβεβλημένης εξάρτησης»,ακολουθώντας τον όρο της M. Lock,[413] έτσι όπως η τελευταία λειτουργεί σήμερα με την *ψυχιατρική* να μην είναι τις περισσότερες φορές τίποτ' άλλο πέραν μιας «μηχανής» παραγωγής ηγεμονικής αποικιοποίησης του «είναι» του ψυχικά πάσχοντα. Γιατί αν για το βιο-ιατρικό «παράδειγμα», για τη σύγχρονη βιο-ψυχιατρική, αν μας επιτρέπεται ο όρος, η βασική θέση συνίσταται στο ότι «*…οι ασθένειες είναι οντότητες που μπορούν να απομονωθούν, μπορούν να εμφανισθούν οπουδήποτε και δεν είναι φορείς καμιάς ηθικής ή κοινωνικής σημασίας…*» (πέραν ότι και ετούτη η θέση συνιστά και η ίδια μια ηθική τοποθέτηση), το να κινείται με σχεδόν αποκλειστικό γνώμονα αυτή τη θέση, θεωρούμε ότι αποτελεί αδιέξοδο. Γιατί, όσο και αν μέσω μιας τέτοιας θέσης θεωρείται ότι αντιμετωπίζονται φαινόμενα στιγματισμού και ετικετοποίησης, θεωρούμε, αναγιγνώσκοντας την Lock, ότι «*…οι περισσότερες περιπτώσεις οδύνης δεν είναι αποτέλεσμα επαφής με παθογόνους οργανισμούς, αλλά έχουν κοινωνικές και πολιτικές αιτίες που σχετίζονται με* […] *την εκμετάλλευση, τις ανισότητες, τη βία, τον ρατσισμό. Οι παράγοντες αυτοί που συνδέονται με αυτό που αποκαλούμε «δομική βία», δηλαδή τον αποκλεισμό των ανθρώπων από την ικανοποίηση των βασικών βιοτικών αναγκών και από τα μέσα που θα παρείχε μια δίκαιη κοινωνία, δεν αναγνωρίζονται ούτε και ανακουφίζονται με την χορήγηση φαρμάκων*».[414] Ακολουθώντας αυτό το νήμα, η αποσάθρωση της έννοιας της *δομικής βίας* (την οποία τόσο εναργώς συναντήσαμε, και περιγράψαμε, σε αυτή τη μελέτη) ίσως διαπερνάται από την διαφοροποίηση της έννοιας της *προσέγγισης*. Τη

[413] Lock, M., «Ιατρική Γνώση και Πολιτική του Σώματος», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας*, οπ.π., σ. 93. Για την M. Lock η *μεταποικιακή κατάσταση επιβεβλημένης εξάρτησης* αναφέρεται –και ορίζει- μια από τις βασικές διαστάσεις του βιοιατρικού «παραδείγματος» το οποίο τείνει να εγκλωβίζει σε εξουσιαστικές σχέσεις, να *απορροφά* θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε, την συνολική ύπαρξη του ασθενή. Για την Lock, η αντιστροφή αυτής της «κατάστασης εξάρτησης» περνάει μέσα από την ισχυροποίηση της έννοιας της *κοινότητας*.
[414] Lock, M., «Ιατρική Γνώση και Πολιτική του Σώματος», οπ.π., σ. 99.

διαφοροποίηση της *συνάντησης*. Ο τόπος που η «Ψ» τεχνογνωσία και η ψυχική νόσος συναντώνται τώρα ίσως είναι καταδικασμένος να παράγει την λεγόμενη *δομική βία*, ασχέτως αν ο χώρος αυτός ονοματίζεται «ψυχιατρείο» ή «ψυχιατρική κλινική γενικού νοσοκομείου». Ο –ως υφίσταται- «Ψ» *χώρος*, η ιδεολογία, οι πρακτικές οι αναπαραστάσεις, η συνολική έννοια της *σχέσης* ίσως είναι καταδικασμένη να διαπερνάται από αυτή ακριβώς την κυριαρχική και ηγεμονική ιδεολογία, πέραν των όποιων διαφοροποιήσεων και βελτιώσεων οι οποίες είναι αλήθεια ότι υφίστανται. Αντίθετα, μια προσέγγιση, όπως αυτή που υποστασιοποιούν θεσμοί όπως η Κινητή Μονάδα, μέσω μιας παράδοξης ίσως δήλωσης, ίσως είναι καταδικασμένη να μην μπορεί να λειτουργήσει καθ' αυτόν τον τρόπο. Όπως πολύ χαρακτηριστικά αναφέρεται «…*το κοινοτικό είναι "αφ' εαυτού" εναλλακτική θεραπευτική πρόταση*».[415]

Ακόμη και στην περίπτωση που τα πράγματα συμβούν κατ' αυτόν τον τρόπο, θα θέλαμε για ακόμη μια φορά, να εστιάσουμε την προσοχή στο εξής. Χρησιμοποιήσαμε παραδειγματικά δομές όπως αυτή της κινητής μονάδας, προσπαθώντας ακριβώς να προτείνουμε μια κατ' αρχήν βιώσιμη και κατά δεύτερον επαρκέστερη υποδειγματική πρόταση και λύση. Στην περίπτωση όμως που η ψυχιατρική απλώς αφεθεί να μεταλαμπαδεύσει τα ήδη υφιστάμενα και ενεργά στοιχεία αυθεντίας τα οποία παράγουν και τα αντίστοιχα φαινόμενα εξάρτησης, επιβολής, *αποικιοποίησης*, τότε το εγχείρημα είναι καταδικασμένο εξαρχής. Με άλλα λόγια, στην υποθετική ή/και ρεαλιστική εκείνη περίπτωση στην οποία καθίστατο εφικτή μια λειτουργική ανάπτυξη, δικτύωση, και εν τέλει λειτουργία εναλλακτικών δομών, όπως η κινητή μονάδα, αν απλά μετεγγράφονταν σε αυτές, στο εργαλειακό, θεωρητικό, επιστημονικό και ιδεολογικό τους corpus τα στοιχεία εκείνα τα οποία είναι υπεύθυνα για την διατήρηση της «ιδρυματικής λογικής» στο ελληνικό σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης, τότε τα αποτελέσματα θα απείχαν παρασάγγας από μια θετική προοπτική, μάλλον θα ίσχυε το αντίθετο. Αν υπάρξει *εισβολή* και *κυριαρχία* αντί *μέθεξης*, αν δεν υπάρξει ενεργής, ισότιμη συμμετοχή τόσο των πασχόντων, όσο και των φροντιστών, του «οικοσυστήματός» τους γενικότερα, μια ισότιμη συμμετοχή η οποία –ας μην είμαστε αφελείς- δύσκολα μπορεί να γίνει εφικτή στη δομή νοσηλείας, στο «ψυχιατρικό άντρο» τότε το σύστημα είναι καταδικασμένο να παράγει τις ίδιες σχέσεις εξουσίας και εξάρτησης. Αναφέρει, κατηγορηματικός, ο Στυλιανίδης ότι η επιτυχία του μεταρρυθμιστικού εγχειρήματος εξαρτάται από τέσσερεις βασικούς

[415] Στυλιανίδης, Στ., «Η στιγματίζουσα ψυχιατρική μεταρρύθμιση», στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις*, οπ.π., σ. 55.

παράγοντες: την *ηθική* των στόχων, τις *στάσεις* των επαγγελματιών υγείας, την *πολιτική βούληση* και τους *πόρους*.[416] Δεν θεωρούμε τυχαίο το ότι ο συγγραφέας έβαλε σε σειρά προτεραιότητας την έννοια της *ηθικής* και την έννοια των *στάσεων*. Αποτελούν τις πλέον σημαντικές, αλλά και δύσκολα μετρίσιμες –πόσο μάλλον μετατρέψιμες- διαστάσεις; Είναι τα πεδία εκείνα στα οποία υπολειπόμαστε τα μάλα ακόμη και σήμερα; Θεωρούμε ότι η απάντηση είναι καταφατική και στις δύο ερωτήσεις. Θεωρούμε επίσης, ότι ουσιαστική μεταβολή και διαφοροποίηση αυτών των (τόσο ποιοτικών) εννοιών μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου (ή του γενικού νοσοκομείου, εν προκειμένω ίσως η διαφοροποίηση έχει ελάσσονα σημασία), ή τουλάχιστον αποκλειστικά μέσα στο «Ψ» πλαίσιο είναι αν όχι αδύνατη, εξαιρετικά δύσκολη.

Υπ' αυτό το πρίσμα η επανεφεύρεση του δεσμού με την κοινότητα, αν μας επιτρέπεται η έκφραση, μέσω ανάπτυξης δράσεων και δομών στοχευμένων στην κοινότητα μπορεί να δώσει το μέτρο της αλλαγής. Άλλωστε καλό είναι να ενθυμούμαστε ότι η βασική αρχή και «*…άξονας της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης είναι η "ανάπτυξη των υπηρεσιών στην κοινότητα, ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας με όλα τα μέσα την κοινωνική του δραστηριότητα*". […] *Οι νέες μονάδες απαιτούν και ένα σύνθετο πλήθος ειδικοτήτων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και μια ανθρωποκεντρική αντίληψη των επαγγελματικών αυτών για τον ψυχικά ασθενή*».[417] Αν όμως δεν γίνει εφικτή αυτή ακριβώς η *ανθρωποκεντρική προοπτική*, τότε το όποιο εγχείρημα είναι προσανατολισμένο σε μια στείρα τεχνοκρατική προοπτική η οποία μοιραία θα καταλήξει –και καταλήγει, ακόμη[418]- στην αναπαραγωγή των φαινομένων

---

416. Συγκεκριμένα αναφέρει: «*Η ηθική που διέπει τους μεταρρυθμιστικούς στόχους. Οι αρχές και η ιδεολογία, δηλαδή, που διέπουν τον σχεδιασμό, τις στάσεις απέναντι στο άτομο με ψυχική διαταραχή και την ψυχική ασθένεια, τις θέσεις σχετικά με τις έννοιες του κοινωνικού κράτους και του συστήματος πρόνοιας. Οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας και ειδικά των ψυχιάτρων απέναντι στους σκοπούς και την αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης. Ο βαθμός στον οποίο είναι διατεθειμένοι να εγκαταλείψουν επαγγελματικά κεκτημένα που σχετίζονται με την άσκηση εξουσίας και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και τη διαμόρφωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η πολιτική βούληση. Ο βαθμός προτεραιότητας που δίνεται στην πολιτική ψυχικής υγείας. […]Οι πόροι. Γνώση σχετικά με το ύψος των κονδυλίων που απαιτούνται, τους τρόπους αξιοποίησής τους, τον έλεγχο των χρηματοδοτήσεων*». Στυλιανίδης, Στ., Γκιωνάκης, Ν., Χονδρός, Π., «Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα της ιταλικής μεταρρυθμιστικής εμπειρίας, Σύναψις, τόμος 5, τεύχος 15, 2009, σ. 28 – 29.

417 Στυλιανίδης, Στ., Γκιωνάκης, Ν., Χονδρός, Π., «Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα της ιταλικής μεταρρυθμιστικής εμπειρίας», οπ.π., σ. 31.

418 Ακριβώς αυτή η αδυναμία επίτευξης της επιδιωκόμενης αλλαγής στο θεσμικό, αλλά κυρίως στο ιδεολογικό επίπεδο είναι ίσως το καίριο σημείο εστίασης και προβληματισμού. Παραδειγματικά, βλ.

αυθεντίας. Γιατί αν έχουμε εισέλθει σε μια περίοδο η οποία προκρίνει και ενισχύει την έννοια της *κοινωνικής απομόνωσης*, μπορεί κάποιος να αντιληφθεί εναργέστατα τις επιπτώσεις που ένα τέτοιου τύπου modus vivendi θα επιφέρει στην ήδη απομονωμένη, ευάλωτη και ασταθή ψυχική οικονομία του ψυχικά πάσχοντα. Γι' αυτό «…*η ψυχιατρικοποίηση του τραύματος και της κοινωνικής οδύνης οφείλει να έχει διακριτά όρια και το βιο-ιατρικό μοντέλο της ψυχιατρικής να μην αντιστέκεται καθολικά στη γονιμοποίησή του από μια ευρύτερη διεπιστημονική προσέγγιση. Μια προσέγγιση που ενσωματώνει την προοπτική της εξέλιξης,* […] *προχωρά στην καταγραφή μιας "δι-υποκειμενικής" πραγματικότητας μέσα από την οποία το άτομο σε συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα μπορεί να αντλήσει από τους πόρους που διαθέτει και να αναπτυχθεί μέσα από καταστάσεις που ευνοούν μάλλον για το αντίθετο.* […] *Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι δεν μπορεί να δοθεί στο "τραύμα» και την "κοινωνική απομόνωση" μια "εφήμερη" απάντηση. Αλλά αντίθετα, ενδείκνυται η συστηματική ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών και η εκπαίδευση και καλλιέργεια όχι μόνο των αποκλεισμένων, αλλά και αυτών που αποκλείουν*».[419]

Υπό αυτή την προοπτική, η *θετική εκδοχή* του παραδείγματος της ακούσιας νοσηλείας – έτσι όπως παρουσιάστηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο- θα μπορούσε να είναι εκείνη η κατάσταση κατά την οποία η συνάντηση του θεσμού, της επιστήμης, με τον ψυχικά πάσχοντα δεν θα γίνονταν υπό όρους εισβολής, δεν θα γίνονταν υπό όρους αποικιοποίησης, αλλά θα γίνονταν υπό όρους friend request… Στην περίπτωση εκείνη κατά την οποία ο βιόκοσμος του ψυχικά πάσχοντα, ακολουθώντας την κατά Habermas προβληματική, δεν αποικιοποιηθεί με τον τρόπο μέσω του οποίου αποικιοποιείται σε μεγάλο βαθμό μέχρι και σήμερα, όχι μόνο στις δομές νοσηλείας, αλλά στο ευρύτερο θεωρητικό, ιδεολογικό, πολιτισμικό, εργαλειακό, θεσμικό και επιστημονικό continuum, ίσως, λέμε ίσως, στην περίπτωση εκείνη να καταστεί εφικτή μια διαφορετική ερμηνευτική του τρόπου μέσω του οποίου προσλαμβάνουμε και νοηματοδοτούμε, εμείς, ο «υγιής πληθυσμός» τη φιγούρα του ψυχικά πάσχοντα. Ακολουθώντας το συγκεκριμένο νήμα, δράσεις οι οποίες είναι στιβαρά προσανατολισμένες στην έννοια της κοινότητας, όπως αναφέρει και ο Σακέλλης «…*μπορούν να αποτελέσουν χώρο ανάπτυξης και εφαρμογής*

Σάκελλης, Γ., «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις*, οπ.π., σ. 121.

[419]Στυλιανίδης, Στ., Λάβδας, Μ., «Παρατηρήσεις σχετικά με το τραύμα και τον κοινωνικό αποκλεισμό: Η ψυχιατρικοποίηση αποτελεί απάντηση στην πολυπλοκότητα της κοινωνικής οδύνης;», *Σύναψις*, τόμος 8, τεύχος 26, 2012, σ. 19. Βλ. επίσης και Στυλιανίδης, Στ., «Η κλινική του εφήμερου. Όψεις της ατομικής και κοινωνικής οδύνης. Κλινικά και κοινωνικά ερωτήματα μέσα από μια ψυχαναλυτική οπτική», *Οιδίπους*, τεύχος 5, 2011.

νέων μορφών κοινωνικής βοήθειας με την κινητοποίηση της τοπικής εξουσίας και της κοινωνίας των πολιτών και να […] *προλαμβάνουν φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού*».[420]

Τελικά, για ακόμη μια φορά, είμαστε εμπρός στην έννοια του *ατόμου*. Την έννοια του *υποκειμένου*. Στον τρόπο που όλοι εμείς, οι μετανεοτερικοί *Homo Sapiens Sapiens*, κυριολεκτικά μεταφράζοντας, οι *Άνθρωποι οι Εχέφρονες*, θα μπορέσουμε να τροποποιήσουμε μια ιδιωτική κατ' αρχήν καταστατική, θα μπορέσουμε να τροποποιήσουμε τις εξωτερικές, αλλά και διαλεκτικά ενδοβλημένες στον ψυχισμό μας σχέσεις και σχήματα εξουσίας ώστε να παράγουμε μια διαφορετική ηθική σχέση. Ένα διαφορετικό ηθικό υποκείμενο. Αναφέρει χαρακτηριστικά ο Μαδιανός: «*Η επίτευξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης αφορά πρώτα το άτομο στο κοινοτικό επίπεδο και μετά την εξουσία, νομοθετική και εκτελεστική*».[421] Αν όμως η εξουσία είναι –τότε και τώρα- μέσα μας, ένθεν μας, τμήμα του ψυχισμού μας, της ύπαρξής μας, της βιωμένης εμπειρίας μας, αυτό μας οδηγεί σε μια διττή διαπίστωση. Αν μέσα μας κρύβεται η εξάρτησή μας, ίσως εκεί να καραδοκεί και η ελπίδα της αντίστασής μας.

Όπως παρατηρεί ο Zygmunt Bauman, αναγιγνώσκοντας τον Emmanuel Levinas, η ευθύνη αποτελεί την ουσιώδη, πρωταρχική και θεμελιώδη δομή της υποκειμενικότητας. Μια ευθύνη, η οποία σημαίνει «ευθύνη προς τον Άλλον Άνθρωπο», και κατά συνέπεια ευθύνη «γι' αυτό που δεν είναι η πράξη μου ή γι' αυτό που ούτε καν με αφορά»· Κατά τον Levinas ακόμη και η λειτουργία του ανθρώπινου λογού είναι μια δέσμευση την οποία η ευθύνη έναντι του Άλλου Ανθρώπου επιβάλλει: «*Η πρωταρχική λειτουργία του λόγου*», αποφαίνεται ο Levinas, «…*δεν έγκειται στο να ονομάσουμε ένα αντικείμενο για να επι-κοινωνούμε με τους άλλους ανθρώπους σε ένα παιχνίδι χωρίς συνέπειες, αλλά στο να αναλάβουμε μια ευθύνη για κάποιον έναντι κάποιου άλλου... Η ευθύνη είναι η ουσία της γλώσσας*». Ο Levinas, θέτοντας την ουσία της ατομικότητας εντός των ορίων του *Mitsein*, δηλαδή εντός των ορίων «του ζειν» ως «ζειν μαζί με τους άλλους», συμπλέκει άρρηκτα την υποκειμενικότητα με την ευθύνη, σε βαθμό, ώστε η υποκειμενικότητα να αναδύεται από την ευθύνη. «*Ο Άλλος*…», διατείνεται ο Levinas, «…*δεν είναι απλώς κοντά μου μέσα*

[420] Σάκελλης, Γ., «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις*, οπ.π., σ. 125.

[421] Αναφέρει χαρακτηριστικά: «*Η πραγματική ψυχιατρική μεταρρύθμιση μπορεί να πραγματωθεί σε μια κοινότητα και κατ' επέκτασιν σε μια ευρύτερα διαλεκτική κοινωνία, η οποία βρίσκεται σε μια διαρκή πάλη των αντιθέσεων που οδηγεί στην ενότητα*…». Μαδιανός, Μ., «Οι περιπέτειες της ημιτελούς ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: Από την περίπτωση της "Λέρου" στο "Ψυχαργώς"», στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις*, οπ.π., σ. 13, 14.

στο χώρο […] *αλλά με προσεγγίζει ουσιαστικά στο βαθμό που εγώ αισθάνομαι τον εαυτό μου - στο βαθμό που εγώ είμαι υπεύθυνος γι' αυτόν. Κατά συνέπεια, θα μπορούσε κάνεις να πει πως η ευθύνη με αυτοπροσδιορίζει και με συγκροτεί ως αυτόνομη ύπαρξη, και αυτή η αυτονομία δεν είναι παρά σχέση: σχέση προς τον Άλλον Άνθρωπο, σχέση ευθύνης*».[422]

Αναφέρει ο Στυλιανίδης, προσεγγίζοντας την έννοια της «θεραπευτικής συνάντησης» μέσα από την θεωρητική κατασκευή της *κλινικής του εφήμερου*: «*Πρόκειται για τη στήριξη στην Ετερότητα του Άλλου, ώστε να αποσταθεροποιήσουμε αυτό που πιστεύουμε ως δεδομένο και βέβαιο, να ανοιχτούμε στην δική μας θέση του ξένου, τόσο μέσα στην θεραπεία, όσο και στο δικό μας ανοίκειο ξένο.* […] *Αυτή η θέση του διπλού ξένου, μπορεί να μας οδηγήσει να αναδείξουμε το πρόβλημα στην ολότητα και πολυπλοκότητά του, να ενεργοποιήσουμε μαζί με άλλους δίκτυα αλληλεγγύης και ακρόασης της οδύνης εκεί όπου αυτή παράγεται*».[423] Υπογραμμίσαμε τις τελευταίες λέξεις, ακριβώς επιχειρώντας να δώσουμε έμφαση στη σημασία που μπορεί η μετατόπιση του εγχειρήματος, από τη δομή νοσηλείας, στην κοινότητα αυτή καθαυτή να επιφέρει. Σαφώς και γνωρίζουμε ότι η παραγωγή της οδύνης δεν συμβαίνει μόνο μέσα στην κοινότητα, στον βιόκοσμο. Και στα ψυχιατρεία, οδύνη παράγεται. Πέραν τούτου όμως το να προσπαθούμε να προσπαθούμε να προσφέρουμε ίαση, ή έστω ανακούφιση στην οδύνη αποκλειστικά, μόνο, με εκείνα τα *εργαλεία* –όπως ο ψυχιατρική δομή / μόρφωμα- τα οποία ευθύνονται –και- για την παραγωγή της, θεωρούμε ότι είναι τουλάχιστον αφελές. Και ποιος μπορεί να γνωρίζει; Ίσως η «επιστροφή στην κοινότητα» ακόμη και αν στοχεύει στον πάσχοντα, ίσως τελικά αποδειχθεί ένα καθαρτήριο προσκύνημα, ένα ταξίδι προς την Ιθάκη, για τους ίδιους τους «θεραπευτές». Άλλωστε, «*Η Ιθάκη σ' έδωσε τ' ωραίο ταξείδι. Χωρίς αυτήν δεν θα 'βγαινες στον δρόμο. Άλλα δεν έχει να σε δώσει πια*»…

Ίσως, πέραν των τεχνικών, το πιο σημαντικό είναι η πορεία προς την ανάρρωση του ασθενούς, μια ανάρρωση όμως της οποίας βασικό συστατικό οφείλει να είναι «…*η επαναδόμηση της ταυτότητάς του και ο επαναπροσδιορισμός του προσωπικού του*

[422] Όπως αναφέρεται από τον Z. Bauman, στο Bauman, Z., *Modernity and the Holocaaust*, Polity Press, 1994, σ. 182 – 183.
[423] Στυλιανίδης, Στ., Βακαλοπούλου, Α., Λάβδας, Μ., «Κοινωνικός αποκλεισμός και συννοσηρότητα εξάρτησης και ψυχικής διαταραχής: Μια κοινωνιοψυχολογική προσέγγιση», *Σύναψις*, τόμος 7, τεύχος 20, 2011, σ. 57.

βιογραφικού».[424] Οφείλει να είναι «*…η συνειδητοποίηση μιας ζωής με νόημα και σημαντικότητα*».[425] Και για τον θεραπευτή ίσως το ίδιο οφείλει να ισχύει.

[424] Παπαδάκη, Κ., Παπακωσταντίνου, Κ., Στυλιανίδης, Στ.,» Παρουσίαση μιας καινοτόμου δράσης Ενδυνάμωσης και Ανάρρωσης χρόνιων ψυχικά ασθενών στο Κέντρο Ημέρας της Ε.Π.Α.Ψ.Υ.», *Σύναψις*, τόμος 8, τεύχος 25, 2012, σ. 58.

[425] Farkas, M., «The vision of recovery today: what it is and what it means for services», *World Psychiatry*, τόμος 6, 2007, σ. 72, όπως αναφέρεται στο: Παπαδάκη, Κ., Παπακωσταντίνου, Κ., Στυλιανίδης, Στ.,» Παρουσίαση μιας καινοτόμου δράσης Ενδυνάμωσης και Ανάρρωσης χρόνιων ψυχικά ασθενών στο Κέντρο Ημέρας της Ε.Π.Α.Ψ.Υ.», οπ.π., σ. 58.

2.4. Αντί επιλόγου ΙΙΙ: περί του «ηθικού υποκειμένου»

«*Το κοινωνικό κράτος υπήρξε η απόλυτη μοντέρνα ενσάρκωση της ιδέας της κοινότητας*: *μιας θεσμικής, δηλαδή, μετενσάρκωσης αυτής της ιδέας* στη *σύγχρονή της μορφή, ως* "*φαντασιακής* ολότητας" - *συνυφασμένη με αμοιβαία εξάρτηση, δέσμευση, αφοσίωση, αλληλεγγύη κι εμπιστοσύνη. Τα κοινωνικά δικαιώματα είναι, ούτως ειπείν, η απτή,* "*εμπειρικά δεδομένη*" *έκφανση αυτής της φαντασιακής κοινοτικής ολότητας (δηλαδή, η σύγχρονη εκδοχή της εκκλησίας, το πλαίσιο μέσα στο οποίο είναι εγγεγραμμένοι οι δημοκρατικοί θεσμοί), η οποία συνδέει την αφηρημένη έννοια με τις καθημερινές πραγματικότητες, ριζώνοντας τη φαντασία στο γόνιμο έδαφος της εμπειρίας της καθημερινής ζωής. Αυτά τα δικαιώματα επιβεβαιώνουν την αλήθεια και το ρεαλισμό της διαπροσωπικής αμοιβαίας εμπιστοσύνης και της απορρέουσας από ένα κοινό θεσμικό δίκτυο εμπιστοσύνης, που στηρίζει κι επικυρώνει τη συλλογική αλληλεγγύη*»[426] αναφέρει ο Bauman, αναγιγνώσκοντας την Αριστοτελική προοπτική της έννοιας της *Πόλεως*. Τι θλιβερή σύγκριση αλήθεια. Ας επανέλθουμε ακόμη μία φορά. Το *Κοινωνικό Κράτος*, το κράτος πρόνοιας όχι μόνο συστέλλεται τείνοντας να εξαφανιστεί, αλλά και κάτι παραπάνω. Τα τελευταία ένα – δύο χρόνια, η λειτουργία, ο ρόλος, η αναπαράσταση, πόσο μάλλον οι πρακτικές του *Κράτους* στην ελληνική πραγματικότητα παραπέμπουν σε θλιβερές αναγνώσεις. Το Κράτος έχει ενδυθεί τον μανδύα ενός τιμωρητικού, εκδικητικού Γονέα – Μεγάλου Αδελφού, του οποίου τα ιδεολογικά και εργαλειακά προτάγματα απέχουν πια παρασάγγας από μια «κοινωνική προοπτική». Οι λεγόμενες «κοινωνικές παροχές» είτε συρρικνώνονται, είτε συνθλίβονται, είτε εξαφανίζονται. Η προσπάθεια οικονομικής αφαίμαξης της –οιονεί- μεσαίας αλλά και της κατώτερης τάξης όχι μόνο με ένα συστηματικό, αλλά κυρίως με ένα προκλητικά αυθαίρετο χαρακτήρα, οδηγεί τον πολίτη κυριολεκτικά να μην μπορεί να υποθέσει, να *φανταστεί*, τι έπεται. Όπως αναφέρει και ο Bauman, «*Αυτή η συνταγή πολιτικής εξουσίας, η αποστολή, το έργο και η λειτουργία της, αποτελεί σήμερα ολοένα και περισσότερο παρελθόν. Οι θεσμοί του* "*προνοιακού κράτους*" *προοδευτικά συρρικνώνονται, διαλύονται ή καταργούνται, ενώ οι περιορισμοί που προηγουμένως επιβάλλονταν στις επαγγελματικές δραστηριότητες και στο ελεύθερο παιχνίδι του ανταγωνισμού της αγοράς και των συνεπειών του εξαλείφονται. Οι προστατευτικές λειτουργίες του κράτους φθίνουν και* "*στοχεύουν*" *πλέον μια μικρή μειονότητα που περιλαμβάνει τους ακατάλληλους για εργασία και τους ανάπηρους, μολονότι κι αυτή ακόμα η*

[426] Bauman, Z., *Παράπλευρες Απώλειες: Κοινωνικές Ανισότητες στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης*, μτφ. Ε. Παραδέλλη, Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου, Αθήνα, 2013, σ. 28.

μειονότητα τείνει βαθμιαία να αναταξινομηθεί από αντικείμενο κοινωνικής μέριμνας σε ζήτημα νόμου και τάξης».[427] Προσωπικά φρονούμε ότι μέσα σε τέτοιου τύπου συνθήκες κοινωνικής εξαθλίωσης, το ψυχιατρικό σύστημα επωμίζεται –πολλές φορές εν αγνοία του και απρόθετα, είναι αλήθεια- άλλους ρόλους και λειτουργικότητες. Το ψυχιατρείο, η ψυχιατρική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου, το Άσυλο, ο Ξενώνας, γίνονται **καταφύγια**. Οι μεταρρυθμιστικές δομές, οι Ξενώνες, οι ΜΚΟ, τα οικοτροφεία, όλα εκείνα τα εργαλειακά αποθέματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, βάλλονται. Οι επαγγελματίες καλούνται να αντέξουν. Και ο πάσχων, φοβισμένος, τρέχει να κρυφτεί. Στο παραλήρημά του, στο ψυχιατρείο του, στο σπίτι του.

Η διπλή υπόσταση του ψυχιατρείου. Φυλακή ή καταφύγιο; Θεραπευτικό ίδρυμα ή ολοκληρωτικός θεσμός; Μηχανή παραγωγής βίας και καταστολής, αποκλεισμού, ιδρυματισμού, στίγματος ή μηχανή παραγωγής αντίστασης, ανακούφισης, θωπείας, φροντίδας; Ιερά Εξέταση ή πυρήνας αντίστασης; Ικρίωμα ή Κάστρο;

Στην κινηματογραφική μεταφορά της παράδοσης της Ιερουσαλήμ από τους χριστιανούς Σταυροφόρους στους μωαμεθανούς και στον Σαλαδίνο, την *τελική στιγμή*, την ώρα που οι σταυροφόροι ηττώνται, και ο Γοδεφρίγος παραδίδει την πόλη, διαδραματίζεται ο εξής διάλογος μεταξύ του Σαλαδίνου και του Γοδεφρίγου: «*Τελικά τι σημαίνει, τι είναι η Ιερουσαλήμ για εσένα; Γιατί τόσες θυσίες*;» ρωτάει ο Γοδεφρίγος. «*Τι είναι για εμένα η Ιερουσαλήμ;* ***Τίποτα***» του απαντάει σκυθρωπός ο Σαλαδίνος, γυρίζει και φεύγει. Κοντοστέκεται όμως, γυρνάει και συμπληρώνει με ένα διθυραμβικό χαμόγελο: «*Τι είναι η Ιερουσαλήμ για εμένα;* ***Τα πάντα***». Κάτι παρόμοιο φρονούμε ότι είναι και η Ιερουσαλήμ της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Υπό μια έννοια δεν είναι παρα ένα «τίποτα». Σαν να είναι μόνο μια σκιά, ένα φάντασμα, μια πρόκληση η οποία συμβαίνει –**πια**- χωρίς λόγο, χωρίς έρεισμα, χωρίς προοπτική, χωρίς ουσία: *συμβαίνει έτσι*… Ο Baudrillard από κάπου θα χαμογελά αυτάρεσκα: «*Διανύσαμε όλους τους δρόμους της παραγωγής και της δυνητικής υπερπαραγωγής αντικειμένων, σημείων, μηνυμάτων, ιδεολογιών, ηδονών* […] *ο κύβος ερρίφθη και ξαναβρισκόμαστε συλλογικά μπροστά στο καίριο ερώτημα: ΤΙ ΚΑΝΟΥΜΕ ΜΕΤΑ ΤΟ ΟΡΓΙΟ; Δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτε άλλο από το να παρουσιάζουμε σαν πραγματικά το όργιο και την απελευθέρωση, να προσποιούμαστε ότι τραβάμε προς την ίδια κατεύθυνση επιταχύνοντας, στην πραγματικότητα όμως επιταχύνουμε στο κενό* […]. *Αυτό θα*

[427] Bauman, Z., *Παράπλευρες Απώλειες: Κοινωνικές Ανισότητες στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης*, οπ.π., σ. 87.

πει κατάσταση προσομοίωσης: είμαστε αναγκασμένοι να ξαναπαίξουμε όλα τα σενάρια επειδή όλα έχουν ήδη υλοποιηθεί…».[428] Σε αυτή το την προοπτική φρονούμε ότι εντάσσεται –και- η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Μια προσομοίωση, μια σκιά, ένα φάντασμα, το οποίο είναι καταδικασμένο να επαναλαμβάνεται, με μια ατέρμονα προοπτική, ε, κάπως έτσι… Από την άλλη είναι και τα πάντα. Ένα διακύβευμα, μια στρατηγική, ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο αντιμάχονται, εμφανίζονται, εκδηλώνονται όλες εκείνες οι ιδεολογικές, εργαλειακές, πολιτισμικές και πολιτικές κατασκευές της ύστερης νεοτερικότητας. Μια σύνθεση, ένα «κοινωνικό μπουκέτο» το οποίο εδώ, στην Ελλάδα, στις ακρώρειες της σκληροπυρηνικής καπιταλιστικής Δύσης, αυτή τη στιγμή που γράφονται αυτές οι γραμμές προσπαθεί να παράγει στατιστική αναβάθμιση, αλλά δυστυχώς παράγει τόση, μα τόση, υποκειμενική δυστυχία και οδύνη. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, ποια είναι πλέον η θέση του υποκειμένου; Ή καλύτερα, ποια οφείλει να είναι; Που βρίσκεται έστω η άκρη του νήματος την οποία το υποκείμενο, ο πολίτης θα μπορούμε να αδράξει για μια πρόσβαση στη διαφορετικότητα; Για μια πρόσβαση στην *επιλογή*;

Αναφέρει η J. Butler: «*Το να είναι κανείς ανθρώπινο ον υπαινίσσεται πολλά πράγματα, ένα εκ των οποίων είναι ότι είμαστε όντα που ζουν σε περιβάλλον όπου προκύπτουν, και θα προκύπτουν, αξιακές συγκρούσεις, καθώς και ότι αυτές οι συγκρούσεις αποτελούν σημείο τού τι είναι μια ανθρώπινη κοινότητα. Ο τρόπος με τον οποίο χειριζόμαστε αυτές τις συγκρούσεις θα αποτελέσει επίσης σημείο της ανθρώπινης φύσης μας, το οποίο, πράγμα σημαντικό, είναι υπό διαμόρφωση. Το αν θα συνεχίσουμε να επιβάλουμε μια οικουμενική αντίληψη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε στιγμές οργής και ασυνεννοησίας, ακριβώς τις στιγμές εκείνες που πιστεύουμε ότι κάποιοι άλλοι έχουν θέσει τον εαυτό τους εκτός ανθρώπινης κοινότητας όπως την αντιλαμβανόμαστε, είναι δοκιμασία της δικής μας ανθρωπινότητας* […]. *Η αντιμετώπιση αυτού που λειτουργεί, για κάποιους, ως οριακή περίπτωση της ανθρώπινης φύσης αποτελεί πρόκληση να ξανασκεφτούμε την ανθρώπινη φύση. Και το να ξανασκεφτούμε την ανθρώπινη φύση αποτελεί μέρος της δημοκρατικής πορείας ενός εξελισσόμενου δικαίου των ανθρωπίνων δικαιωμάτων*».[429]

Τι περίεργο αλήθεια. Σε όλη αυτή τη διαδρομή ήρθαμε αντιμέτωποι, δεν θα κουραστούμε να το επαναλαμβάνουμε, με ιστορίες βίας και καταστολής. Ήρθαμε επίσης αντιμέτωποι με ιστορίες αυτοθυσίας, με ιστορίες αγιοσύνης. Ποια είναι η ειδοποιός διαφορά; Τι είναι αυτό

[428] Baudrillard, J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, οπ.π., σ. 9 – 10.
[429] Butler, J., *Ευάλωτη Ζωή*, οπ.π., σ. 153 – 154.

που κάνει ένα υποκείμενο να επιλέγει να «κάνει το σωστό»; Ποιο είναι τελικά το κριτήριο του *σωστού*; Είναι δεδομένο, υπάρχει κάπου εκεί έξω; Ή είμαστε –ή θα πρέπει να είμαστε- ελεύθεροι να προσπαθήσουμε να το επιλέξουμε; *Που βρίσκεται καταχωνιασμένη η ελεύθερή μας βούληση;*

Μπορεί τελικά η λύση να είναι τόσο, μα τόσο, *ατομική*; Μέσα σε ένα πλαίσιο κοινωνιολογικού προσανατολισμού, να ερχόμαστε, να πρεσβεύουμε, να διατεινόμαστε εν ολίγοις, ότι η λύση περνάει από το υποκείμενο; Μη δίνοντας την πρέπουσα σημασία στην *κοινωνική κατασκευή*, να ισχυριζόμαστε, ίσως αφελώς ή ανοήτως, ότι ναι, υπερμαχόμαστε και προκρίνουμε τη θέση περί *ελεύθερης βούλησης* και ότι θα θέλαμε να επωμισθεί το υποκείμενο την –ευχή ή κατάρα- της επιλογής της σωτηρίας του ή της καταστροφής του; Ναι. Θεωρούμε ότι σε αυτή την διαλεκτική ιστορική συγκυρία οι συστημικές λύσεις είναι απούσες. Αυτό δεν σημαίνει –σε καμιά περίπτωση- ότι αναιρούμε την πρωτοκαθεδρία του *κοινωνικού*. Το αντίθετο μάλλον. Θεωρούμε ότι, πια, το κοινωνικό είναι παντοδύναμο. Από το υποκείμενο έχει αφαιρεθεί σχεδόν κάθε ικμάδα υποκειμενικότητας. Εκεί ίσως όμως να κρύβεται και η δυνατότητα της αντίστασής του. Αναφέρει, τόσο όμορφα, η Butler: «*Όσοι θέλουν να δυσφημήσουν τις διεκδικήσεις των υποταγμένων έχουν καταφύγει πολλές φορές με κυνικό τρόπο στο επιχείρημα ότι το υποκείμενο είναι με πάθος προσκολλημένο στην υποταγή του. Αν όμως μπορεί να αποδειχθεί ότι ένα υποκείμενο επιζητεί ή στηρίζει το καθεστώς υποταγής το οποίο υφίσταται* […] *τότε η τελική ευθύνη της υποταγής ανήκει ίσως στο ίδιο το υποκείμενο* […] *ένα υποκείμενο όχι μόνο διαμορφώνεται σε συνθήκες υποταγής, αλλά αυτή η υποταγή του προσφέρει την παρατεινόμενη συνθήκη δυνατότητάς του*».[430] Το κοινωνικό υπάρχει παντού, παράγει μακροφαινόμενα, παράγει ψυχισμούς, παράγει συνειδητές και ασυνείδητες υποκειμενικότητες. Αναφέρει ο Ροζάνης: «*Το καινούργιο "συλλογικό ασυνείδητο"* […] *δημιούργησε έναν άνθρωπο πρόθυμο να χειραγωγηθεί, πρόθυμο να ενταχθεί στην εκτονωτική συλλογική ανευθυνότητα των μαζικών πίστεων, της ομαδοποίησης* […] *των φανατικών της επιβίωσης για τους οποίους και αν ακόμη δεν υπάρχουν αντίπαλοι, θα πρέπει να ανακαλυφθούν, διότι μόνον έτσι το ακρωτηριασμένο άτομο είναι σε θέση να διεκδικήσει μια διεστραμμένη ταυτότητα μέσα στον άμορφο μαζόκοσμο που ζει. Αυτό το άτομο είναι μια ύπαρξη αποσπασματική, κατατετμημένη, χαμένη μέσα στον καταιγισμό των ερεθισμάτων της μαζοκοινωνίας, χωρίς ούτε προσωπική ούτε*

[430] Butler, J., *Η Ψυχική Ζωή της Εξουσίας*, οπ.π., σ. 16, 18.

κοινωνική ταυτότητα, μακριά από την κίνηση της σκέψης».[431] Και συνεχίζει λίγο παρακάτω: «*Όταν η σκέψη και η γλώσσα υποβιβάζονται σε ετοιμοπαράδοτα σλόγκαν, όταν το άτομο χάνει την αυτονομία και την αυτεξουσιότητά του μέσα σε μαζικές πίστεις, σε ομαδοποιήσεις, σε άκριτες προσχωρήσεις, σε συνθήματα που προπαγανδίζουν την καθαρότητα των πάσης φύσεως ιδεολογιών, όταν τρομαγμένο το άτομο τρέχει να καταφύγει μέσα σε μια πλαστή κοινότητα, και όποιος βρίσκεται έξω από την κοινότητα αυτή θεωρείται εχθρός που απειλεί τη συνοχή της*…».[432] Αλλά αν η Εξουσία έχει πρόσβαση στον ψυχισμό, στην γλώσσα, πως το υποκείμενο θα μπορούσε να προσπεράσει, να υπερπηδήσει, να επαναπροσδιορίσει, να μεταλλάξει μια Εξουσία η οποία είναι παντού; Μια εξουσία που ελέγχει το τι είναι σωστό και λάθος, το τι είναι ηθικό και ανήθικο το τι είναι φυσιολογικό ή παρεκκλίνον; Μια εξουσία που ελέγχει το **νόημα**; «*Πάνω στη βάση του νοήματος γίνεσαι κύριος της γλώσσας, κύριος της επικοινωνίας* […] *πάνω στη βάση της εμπορικής αξίας θα έχεις τον έλεγχο της αγοράς. Και πάνω στη διάκριση της αξίας του καλού και του κακού θα εγκαθιδρυθεί η ηθική επιρροή…Κατόπιν, ανεγείρονται όλες οι εξουσίες*»[433] συνεχίζει να μονολογεί με Λεοπαρδιτική, μελαγχολική διάθεση ο Baudrillard.

Κάπου εδώ εμφανίζεται η ευχή μας. Αναφερόμαστε στη δυνατότητα, αλλά και πιθανότητα, του υποκειμένου αναφορικά με το επανακαθορίσει το δικό του, ιδιωτικό, προσωπικό «εύρος αντίδρασης». Μιας διαφοροποιημένης κατάστασης, εμπειρίας, σειράς επιλογών, μιας διαφορετικής υποκειμενοποίησης -εν τέλει και επί της ουσίας- η οποία θα παράγει διαφοροποιημένες συμπεριφορές και αντιδράσεις. Γνωρίζουμε ότι όλα αυτά ακούγονται το λιγότερο ουτοπικά και αυθαίρετα: χίμαιρες, *μαγική σκέψη*, κατά την γνώμη κάποιου ψυχαναλυτή… Υπό ποιες προϋποθέσεις, υπό το καθεστώς ποιων κινήτρων και προσδοκιών το υποκείμενο θα μπορούσε να παράγει μια διαφορετική δράση; Να λειτουργήσει υπό μια διαφορετική καταστατική; Ποια θα μπορούσε να είναι η συστοιχία των παραγόντων εκείνων οι οποίοι θα *ωθούσαν* το υποκείμενο σε ένα διαφορετικό τρόπο του *ζειν μέσα στον κόσμο*; Με ποιο τρόπο θα μπορούσε –πόσο μάλλον θα ήθελε- ένα υποκείμενο να προσπαθήσει να *επιμεληθεί εαυτόν* με ένα διαφορετικό τρόπο; Θέτοντας όρια στις επιθυμίες και τις ανάγκες του, εντάσσοντας στην εμπειρία του την έννοια της *σχέσης με τον Άλλο*, εντάσσοντας την έννοια της *ηθικής επιλογής*, την έννοια της *συνείδησης*, την έννοια της *αντίστασης*; Γιατί να το κάνει; Τι να τον ωθήσει;

---

[431]Ροζάνης, Σ., *Ο Αδιανόητος Θάνατος*, οπ.π., σ. 124 – 125.
[432] Ροζάνης, Σ., *Ο Αδιανόητος Θάνατος*, οπ.π., σ. 131.
[433] Baudrillard J., *Συνθήματα*, μτφ. Β. Τομανάς, Νησίδες, Σκόπελος, 2002, σ. 16.

Επίσης κάπου εδώ θεωρούμε ότι κρύβεται, διαλανθάνει μια μικρή, ίσως ελάχιστη, αλλά υπαρκτή, ευκαιρία. Η περίφημη πια «κρίση», το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό «κραχ» της Ελλάδας των τελευταίων ετών, τώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές, ίσως θα μπορούσε να αποτελέσει μια ευκαιρία. «*Η έλλειψη είναι το κίνητρο*»: αγαπημένο απόφθεγμα των ψυχολόγων. Και ίσως είναι έτσι. Η πραγματικότητα, το *κοινωνικό* που τόσο αδυσώπητα επενεργεί πάνω στο υποκείμενο, στο βίωμα, στο ψυχικό, στο θυμικό, στις χαρές, τις λαχτάρες, τις αγωνίες, τις λύπες, την οδύνη, ίσως είναι η διέξοδος. «Πως θα βγούμε από την κρίση»: επίσης αγαπημένο moto των απανταχού επαϊόντων. Αλλά η «έξοδος από την κρίση» ίσως προϋποθέτει τούτο 'δω ακριβώς: Την οριοθέτηση της επιθυμίας. Ίσως, λέμε ίσως, αυτή η κοινωνική πραγματικότητα, η γεμάτη τόση ένδεια, απόγνωση, αγωνία, φόβο, θυμό, αποτελέσει το υπόστρωμα μιας αλλαγής στον τρόπο με τον οποίο ο πολίτης προσδιορίζει τις ανάγκες του, τις προσδοκίες του, τις επιλογές του, τις πράξεις του. Τον τρόπο με τον οποίο προσδιορίζει την σχέση του με τον *Άλλο*.

Έναν *Άλλο*, ψυχικά πάσχοντα ή μη, αδιάφορο…

> «*Κινδύνεψε ασθενής να καεί ολόκληρος, επειδή κατάφερε κι έβαλε φωτιά στο στρώμα του δεν το' βαλε για λόγους αυτοκαταστροφής, απλά έπαιζε κάπνιζε, έπαιζε και πήρε φωτιά το στρώμα του και φούντωσε όλη η κλινική καπνούς, και με μεγάλη αυτοθυσία του εφημερεύοντα γιατρού και του ανθρώπου της ασφάλειας, καταφέρανε και τον σώσανε και δεν κάηκε* […] *χύθηκαν μέσα στην φωτιά κυριολεκτικά και τον σώσανε. Θα καιγότανε ο μαύρος. Και τον σώσανε*» (Νοσηλευτής, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο).

> «…*και τελικά εκείνος ο νοσηλευτής, το παιδί, δεν ήξερε τι άλλο να μου προσφέρει, και αποκαμωμένος μου λέει "να σε κεράσω ένα σουβλάκι;". Δηλαδή ήταν τόσο αποκαμωμένος, είχε δώσει τον εαυτό του για να με βοηθήσει, που μου λέει "να σε κεράσω ένα σουβλάκι" και το είπε με τέτοιο τρόπο, σαν να μου' λεγε σου δίνω την καρδιά μου. Δηλαδή αυτό το σουβλάκι του Π., που δεν μπόρεσα να το φάω και στην κατάσταση που ήμουνα δηλαδή, η πρότασή του να με κεράσει το σουβλάκι, δεν μου την έχει κάνει όχι η μάνα μου, όχι η αδελφή μου, ούτε ο πατέρας μου όταν ζούσε. Δηλαδή ο πατέρας μου θα του δίνει ευλογία από τα ουράνια που βρίσκεται. Αυτό μου' χει μείνει και όχι μόνο αυτό, από ανθρωπιά*» (Πρώην νοσηλευόμενη).

Εδώ θεωρούμε ότι έγκειται η ρωγμή. Η δυνατότητα ίσως. Η ελπίδα; Καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνάς μας ήρθαμε αντιμέτωποι με τέτοια περιστατικά. Με τέτοιες εμπειρίες και παραστάσεις είτε από αφηγήσεις, είτε ιδίοις όμμασι. Περιστατικά στα οποία το υποκείμενο,

ο επαγγελματίας, ο άνθρωπος έδρασε, *έπραξε* με τρόπους άλλους. Με τρόπους ασύμβατους, αντιεπαγγελματικούς πολλές φορές, με τρόπους υποκειμενικούς, με τρόπους αυθαίρετα ηθικούς. Ο Bauman μας παρουσιάζει σαν λύση την φαινομενικά παράδοξη και α-λογη θέση του «αγάπα τον πλησίον σου ωσάν τον εαυτό σου». Ουσιαστικά δεν διαφαίνεται κάποιος έλλογος λόγος για κάτι τέτοιο. Και όμως, σύμφωνα με τον Bauman, τον οποίο ακολουθούμε συμφωνώντας τα μάλα, «*…να αγαπάς τον πλησίον σου απαιτεί ίσως ένα άλμα πίστεως. Το αποτέλεσμα όμως συνιστά την γενέθλια πράξη της ανθρωπότητας. Συνιστά επίσης το μοιραίο πέρασμα από το ένστικτο της επιβίωσης στην ηθικότητα*».[434]

Ίσως μόνο μέσω μιας διαφορετικής μόρφωσης, επιλογής, και υποκειμενικής αυτοανάγνωσης μπορεί να διαφοροποιηθεί το σύστημα. Εκεί που τώρα υπάρχουν «μικρά άσυλα», έτσι όπως πολλές φορές ακούσαμε να ονομάζονται οι ψυχιατρικές κλινικές των – μεταρρυθμισμένων- Γενικών Νοσοκομείων να δημιουργηθούν μικροί «πυρήνες αντίστασης». Για να γίνει όμως εφικτό κάτι τέτοιο, το κάθε υποκείμενο – επαγγελματίας οφείλει να αναλάβει την ευθύνη των επιλογών του, την ευθύνη των *πράξεών* του. Θεωρούμε ότι το σύστημα παράγει καταστολή, αποκλεισμό στιγματοποίηση ακριβώς λόγω της αδυναμίας του υποκειμένου – επαγγελματία να αρθρώσει λόγο, αντίρρηση, άποψη, θέση, αντίδραση στην –ομιχλώδη, το τονίζουμε πολλάκις- θεσμική κοινωνική, πολιτισμική κατηγοριοποίηση και ετικετοποίηση που του έχει επιβληθεί. Μέσα στο πειθήνιο υποκείμενο δεν φαίνεται να υπάρχει η δυνατότητα μιας διαφορετικής πράξης, δεν τολμά, φοβάται. Η φοβικότητα, ο φόβος των συνεπειών, θεωρούμε ότι είναι το μέγεθος εκείνο, η μεταβλητή αν θέλετε, που υποστασιοποιεί τα περισσότερα κατασταλτικά μέτρα και πρακτικές.

Που πρέπει να γίνει η τομή; Πως μπορεί να γίνει; Μπορεί να γίνει; Πως το υποκείμενο μπορεί να επανακτήσει αυτό που ο Foucault περιγράφει ως *επιμέλεια εαυτού*, συσχετίζοντάς την με την έννοια της *ηθικότητας*: «*Κοντολογίς, μια συμπεριφορά για να ονομαστεί "ηθική" δεν πρέπει απλώς να προσδιορίζεται σε μία πράξη ή σε μια σειρά από πράξεις σύμφωνες προς έναν κανόνα, ένα νόμο ή μια αξία. Η αλήθεια είναι πως κάθε ηθική πράξη συνεπάγεται και μια σχέσης της με το πραγματικό, Υπονοεί όμως και μια ορισμένη σχέση με τον εαυτό μας όπου υλοποιείται, καθώς και μια σχέση με τον κώδικα στον οποίο ανάγεται* (η υπογράμμιση, δική μας). *Η σχέση αυτή δεν είναι απλώς η "συνειδητοποίηση του*

[434] Bauman, Z., *Ρευστή Αγάπη*, οπ.π., σ. 143.

εαυτού μας", *αλλά και η συγκρότησή του ως* "*ηθικού υποκειμένου*", *όπου το άτομο* […] *προσδιορίζει τη θέση του αναφορικά με τις εντολές που ακολουθεί, και διαλέγει για τον ίδιο του τον εαυτό έναν καθορισμένο* "*τρόπο ζωής*", *που αντιστοιχεί στην ηθική του εκπλήρωση. Και για να το κατορθώσει, δραστηριοποιείται, προσπαθεί να γνωρίσει τον εαυτό του, αυτοελέγχεται, αυτουποβάλλεται σε δοκιμασίες, αυτοτελειοποιείται και αυτομεταμορφώνεται*».[435]

Πολλές φορές στο πόνημά μας αναφερθήκαμε για το μιλγκραμικό υποκείμενο. Για τον επαγγελματία – φερέφωνο της βίας και της καταστολής. Για το υποκείμενο το οποίο απεμπολώντας την κρίση του περί δικαίου, λειτουργεί σε καταστάσεις παραπλήσιες με εκείνες οι οποίες πρωτοεμφανίστηκαν σε *αλγεινούς τόπους*, στα γερμανικά στρατόπεδα, που μόνο θλιβερές και οδυνηρές μνήμες εγείρουν. ΟΙ δομές νοσηλείας, το ψυχιατρικό-νομικό σύστημα και σύμπλοκο –εν είδει μιας *γραφειοκρατικής επιχείρησης*, παρήγαγε, και εξακολουθεί να παράγει, συγκεκριμένα μοντέλα συνδιαλλαγής. Μοντέλα Υπακοής, θα τολμήσουμε να προσθέσουμε. Το ψυχιατρικό-νομικό σύστημα και ενέργημα το οποίο είτε το ονομάσουμε Άσυλο, είτε Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, υπάκουε –και εξακολουθεί να υπακούει- στην επιχειρηματική ιδεολογία και ηθική. «*Οι άνθρωποι που μπαίνουν στην τροχιά της γραφειοκρατικής πράξης παύουν να είναι ηθικά υποκείμενα, χάνουν την ηθική τους αυτονομία και εκπαιδεύονται να μην εξασκούν (ούτε να εμπιστεύονται) την ηθική τους κρίση. Βρίσκονται σε αυτό που ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Stanley Milgram αποκαλεί* "*κατάσταση του μεσάζοντος*" *–και όσο αυτή διαρκεί, παύουν να είναι υπέυθυνοι για τις πράξεις τους και τις συνέπειες της πράξης τους- και βουλώνουν τα' αυτιά τους για να ακούν τη φωνή της συνείδησης…*»[436] νουθετεί ο Bauman και συνεχίζει: «*…όπως κάθε ηθικός κώδικας, έτσι και η επιχειρηματική ηθική ανακηρύσσει ορισμένα είδη συμπεριφοράς επιτακτικά από ηθική άποψη, ενώ καθιστά άλλες μορφές δράσης ηθικά ουδέτερες, είτε παραλείποντάς τες, είτε στερώντας τους την ηθική τους διάσταση*».[437] Και για ακόμη μια φορά αναμένουμε από το υποκείμενο – πολίτη να κάνει την υπέρβαση. Να κάνει την απρόσμενη διαφορά. Είτε προσπαθώντας να επιβιώσει μέσω μιας Δαρβίνειας προοπτικής του τύπου «το μεγάλο ψάρι τρώει το μικρό», είτε –και εδώ εντάσσεται η προσδοκία μας- αναλαμβάνοντας την διεκπεραίωση μιας διαφορετικής ηθικότητας. Γιατί όπως το έθεσε και

[435]Foucault, M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας, τόμος 2: Η Χρήση των Απολαύσεων*, μτφ. Γ. Κωνσταντινίδης, Ράππας, Αθήνα, 2003, σ. 37 – 38.
[436]Bauman, Z., *Και Πάλι Μόνοι: Η Ηθική Μετά τη Βεβαιότητα*, μτφ. Ρ. Μπενβενίστε, Κ. Χατζηκυριάκου, Έρασμος, Αθήνα, χ.χ. σ. 24 – 25.
[437] Bauman, Z., *Και Πάλι Μόνοι: Η Ηθική Μετά τη Βεβαιότητα*, οπ.π., σ. 26.

ο U. Beck, δυστυχώς, ολοένα και περισσότερο σήμερα «…*από τα άτομα αναμένεται πλέον ν' αναζητούν ατομικές λύσεις σε συστημικές αντιφάσεις*».[438]

Η H. Arent απαίτησε από τα ανθρώπινα όντα «…*να είναι ικανά να ξεχωρίζουν το δίκαιο από το άδικο, ακόμη και αν είναι το μόνο πράγμα που διαθέτουν για να τους καθοδηγήσει είναι η προσωπική τους κρίση, η οποία μάλιστα, μπορεί να αντιφάσκει πλήρως με αυτό στο οποίο συμφωνούν όλοι όσοι βρίσκονται γύρω τους*».[439] Ακολουθώντας την, ο Bauman συμπληρώνει: «*Όσο ασαφής και αν φαίνεται μια τέτοια απαίτηση σε έναν κόσμο που κυριαρχείται από την γραφειοκρατία και τις επιχειρήσεις,* (η Arent) *εναπόθεσε σε αυτή την απαίτηση την ύστατη ελπίδα της ηθικής, και μάλιστα την μόνη ρεαλιστική, αν και κοπιαστική, στρατηγική για να επανακτήσει η ηθική τον χώρο απ' όπου είχε εξοριστεί. Στην προσπάθεια να ανταποκριθούμε σε αυτή την απαίτηση, δεν υπάρχουν κανόνες που πρέπει να ακολουθήσουμε* […]. *Με άλλα λόγια, κανείς άλλος εκτός από το ηθικό υποκείμενο δεν μπορεί να είναι υπεύθυνος για τη δική του ηθική ευθύνη*».[440] Το μήνυμά του εμπεριέχει και την δική μας, προσωπική προσδοκία και λύση: «*Περισσότερο από δύο αιώνες μετά την υπόσχεση του Διαφωτισμού ότι θα θεσμοθετήσει μια ηθική και ανθρώπινη κοινωνία, η ατομική συνείδηση και το αίσθημα ευθύνης του καθενός μας αποτελούν τα μοναδικά εφόδια που μας απέμειναν για να παλέψουμε να κάνουμε την ζωή πιο ηθική απ' ότι είναι.* […]. *Η ηθική ζωή είναι ζωή διαρκούς αβεβαιότητας και απαιτείται πολύ μεγάλη δύναμη, ανθεκτικότητα και ικανότητα να αντιστέκεται κανείς στις πιέσεις για να είναι ηθικός. Η ηθική ευθύνη είναι άνευ όρων και καταρχήν άνευ ορίων* […]. *Να είμαστε υπεύθυνοι δεν σημαίνει να ακολουθούμε τους κανόνες. Συχνά, είναι πιθανό να απαιτείται από εμάς να παραβλέψουμε τους κανόνες ή να ενεργήσουμε κατά τρόπο για τον οποίο κανείς κανόνας δεν εγγυάται. Μονάχα μια τέτοια ευθύνη καθιστά τον πολίτη θεμέλιο, πάνω στο οποίο μπορεί να κτιστεί μια ανθρώπινη κοινωνία αρκούντως επινοητική και στοχαστική, ικανή να αντιμετωπίσει τις παρούσες προκλήσεις*».[441]

Όταν γίνει εφικτό στις δομές νοσηλείας –πέραν της νομικής, επαγγελματικής ή άλλης θεσμικής υποχρέωσης- ο επαγγελματίας να αναλάβει την ευθύνη των πράξεών του, να κρίνει τις πρέξεις και τις επιλογές του, να τις αξιολογεί, να τις υποστηρίζει, να τις προβληματοποιεί, όχι με έτοιμα σχήματα και ψευδοεπιστημονικά προτάγματα και

[438] Beck, U., *Risk Society*, μτφ. M. Ritter, Sage, Λονδίνο, 1992, σ. 137.
[439] Arent, H., *Η Ανθρώπινη Κατάσταση*, μτφ. Σ. Ροζάνης, Γ. Λυκιαρδόπουλος, Γνώση, Αθήνα, 1986.
[440] Bauman, Z., *Και Πάλι Μόνοι: Η Ηθική Μετά τη Βεβαιότητα*, οπ.π., σ. 28 – 29.
[441] Bauman, Z., *Και Πάλι Μόνοι: Η Ηθική Μετά τη Βεβαιότητα*, οπ.π., σ. 49, 60.

παραδοχές, τότε και μόνο τότε ο ψυχικά πάσχων μπορεί να βρει ένα σύμμαχο. Να δημιουργηθεί μια αυθεντική, μια –αν μη τι άλλο- **ειλικρινής** σχέση. Όλα αυτά όμως μπορούν να γίνουν μόνο στο *πεδίο*. Μόνο μέσα από την επαφή με το βίωμα του πάσχοντα, μόνο μέσα από μια σχέση με τις καθημερινές αγωνίες και λαχτάρες, με τις επιθυμίες και την οδύνη εκείνων των ανθρώπων που είναι διαφορετικοί. Που είναι οι Άλλοι. Γιατί διαφορετικά…

«…*δεν επιτρέπεται να παραπονιόμαστε, ό,τι κι αν συμβεί, αφού καθόμαστε ήσυχα και άνετα στις πολυθρόνες μας, δειπνούμε και συζητούμε, παρ' όλο που ξέρουμε πως η ζωή είναι κόλαση. Ακόμα και εμείς ανήκουμε στους διαβόλους. Ακόμα και εμείς*».[442]

[442] Horkheimer, M., *Φιλοσοφικό Σημειωματάριο*, μτφ. Ε. Τσούκα, Ζ. Σαρίκας, Ύψιλον, Αθήνα, 1986, σ. 76.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασίου, Α., «Επιτελέσεις της Τρωτότητας και του Κοινωνικού Τραύματος», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην Ανθρωπολογία της Υγείας*, επιμ., εισ., Α. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2011.

Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική Ψυχιατρική*, Παρισιάνος, Αθήνα, 1998.

Αλεξανδρή, Ε., Δαμιανίδου, Κ., Καρατζογλίδου, Α., Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Επαγγελματικοί Ρόλοι και Αποκατάσταση*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 62, Απρίλιος-Ιούνιος 1998.

Αλεξιάς, Γ., *Λόγοι Περί Ζωής και Θανάτου: Η Ιατρική Πράξη ως Μορφή Κοινωνικής Αλληλόδρασης στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000.

Αμπατζόγλου, Γ., «Το Νομικό Πλαίσιο της Ψυχιατρικής Πράξης στην Ελλάδα. Ιστορική Αναδρομή, Προβλήματα, Αντιφάσεις», *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, Παπαζήσης, Αθήνα, χ.χ.

Ανδριώτη, Δ., *Τα Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*, Εξάντας, Αθήνα, 1998.

Αντωνοπούλου, Μ., *Κοινωνική Τάξη και Υλισμός. Σπουδή στην Κοινωνιολογία της Γνώσης*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2000.

Αρμενόπουλος, Κ., *Πρόχειρον Νόμων ή Εξάβιβλος*, Δωδώνη, Αθήνα, 1971.

Αρχιμανδρίτου, Μ., *Η διαχρονική Εξέλιξη της Προσέγγισης της Ετικέτας*, Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη 1996.

Ασημόπουλος, Χ., *Η Καθημερινή Ζωή στο Ψυχιατρείο: Μορφές Ιδρυματισμού και Ιδρυματικής Κακοποίησης*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2009.

Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών, Ν. 3094/2003 “Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις”, Άρθρο 3 § 5, 2007.

Ackerknecht, E., *Ιστορία της ιατρικής*, μτφ. Β. Πασχάλης, Μαραθιάς, Αθήνα, 1998.

Adam, P., Herzich, C., *Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής*, μτφ. Κ. Βασιλικού, ΕΑΠ, Πάτρα, 1999.

Adler, P. A., Adler, P., «Stability and Flexibility: Maintaining Relations Within Organized and Unorganized Groups», *Experiencing Fieldwork*, επιμ. W. Shaffir, R. Stebbins, New-bury Park, Sage, 1991.

Adorno T., *Minima Moralia*, μτφ. Λ. Αναγνώστου, Αλεξάνδρεια, 2000.

Agaben, G., *Βεβηλώσεις*, μτφ. Π. Τσιαμούρας, Άγρα, Αθήνα, 2006.

Agamben, G., *Homo Sacer: Κυρίαρχη Εξουσία και Γυμνή Ζωή*, μτφ. Π. Τσιαμούρας, Scripta, Αθήνα, 2005.

Agier, M., *Aux Bords du Monde, Le refugies*, εκδ. Flammarion, Παρίσι, 2002.

Agnew, R., «A general strain theory approach to violence», στο: M. Zahn, H. Brownstein, και S. Jackson (επιμ.), *Violence: From theory to research*, Anderson Publishing, Dayton, Ohio, 2004.

Agnew, R., «Foundation for a general strain theory of crime and delinquency», *Criminology*, τεύχος 30, 1992.

Akers, R., *Social learning theory*, στο: R. Paternoster και R. Bachman (επίμ), *Explaining Crime and Criminals*, Roxbury Publishing Company, Los Angeles, 2001.

Alhtusser, L., *Θέσεις*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1999.

Aneshensel, C., et al., «Stress, role captivity, and the cessation of caregiving», *Journal of Health and Social Behaviors*, τεύχος 34, 1993.

Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., «The Future of Psychiatric Rehabilitation», *International Journal of Mental Health*, τεύχος 28, 1999.

Arendt, H., «Οι τεχνικές των κοινωνικών επιστημών και η μελέτη των στρατοπέδων συγκέντρωσης», μτφ. Β. Ιακώβου, *Σύγχρονα Θέματα*, τεύχος 83, 2003.

Arendt, H., *Άνθρωποι σε ζοφερούς καιρούς*, μτφ. Β. Τομανάς, Νησίδες, Σκόπελος, 1998.

Arent, H., *Η Ανθρώπινη Κατάσταση*, μτφ. Σ. Ροζάνης, Γ. Λυκιαρδόπουλος, Γνώση, Αθήνα, 1986.

Arendt, H., *The Life of the Mind*, HarBrace, 1981.

Arent, H., *The Origins of Totalitarianism*, Harcourt Brace Jovanovich, Νέα Υόρκη, 1979.

Aries, P., *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου*, τομ. Ι, ΙΙ, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα, 1997.

Armstrong, D., «The Problem of the Whole – Person in Holistic Medicine», στο: *Health and Disease: A Reader*, επιμ. A. Gray., C. Scale, Open University Press, 1995.

Atkinson, J. M., Coia, D. A., *Families Coping With Schizophrenia: A Practitioners Guide to Family Groups*, John Wiley and Sons, New York, 1995.

Βαρουχάκης, Χ., «Το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο και η πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», *Ψυχιατρική*, τεύχος 18, 2007.

Βαρτζόπουλος, Ι., *Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας*, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2008.

Barnard, C., *The Functions of the Executive*, Harvard University Press, Cambridge, 1938.

Barry, C., and al., «Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor – patient communication in general practice», *Social Science and Medicine*, τόμος 53, τεύχος 4, 2001.

Barton, R., *Institutional Neurosis*, Wright, Bristol, 1959.

Basaglia, F., *Εναλλακτική ψυχιατρική: ενάντια στην απαισιοδοξία της λογικής για την αισιοδοξία της πράξης*, μτφ., επιμ. Γ. Αστρινάκης, Καστανιώτης, Αθήνα, 2008.

Basaglia, F., *Οι Θεσμοί της Βίας και άλλα Κείμενα*, Βιβλιοτεχνία, Αθήνα, 2008.

Basaglia, F., «Η ουτοπία της πραγματικότητας», μτφ. Θ. Μεγαλοοικονόμου, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 84, 2003.

Bataille G., *Το Καταραμένο Απόθεμα*, μτφ. Λ. Λυμπεροπούλου, Praxis, Αθήνα, 1985.

Baudrillard J., *Συνθήματα*, μτφ. Β. Τομανάς, Νησίδες, Σκόπελος, 2002.

Baudrillard, J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, μτφ. Ζ. Σαρίκας, Εξάντας, 1996.

Baudrillard, J., *Η Έκσταση της Επικοινωνίας*, μτφ. Β. Αθανασόπουλος, Καρδάμιτσας, Αθήνα, 1991.

Bauman, Z., *Παράπλευρες Απώλειες: Κοινωνικές Ανισότητες στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης*, μτφ. Ε. Παραδέλλη, Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου, Αθήνα, 2013.

Bauman, Z., *Ρευστός Φόβος*, μτφ. Γ. Καράμπελας, Πολύτροπον, Αθήνα, 2007.

Bauman, Z., *Ρευστή Αγάπη*, μτφ. Γ. Καράμπελας, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα, 2006.

Bauman, Z., *Σπαταλημένες Ζωές: Οι απόβλητοι της Νεοτερικότητας*, μτφ. Μ. Καρασαρίνης, Κατάρτι, Αθήνα, 2005.

Bauman, Z., *Modernity and the Holocaust*, εκδ. Polity Press, 1994.

Bauman, Z., *Και Πάλι Μόνοι: Η Ηθική Μετά τη Βεβαιότητα*, μτφ. Ρ. Μπενβενίστε, Κ. Χατζηκυριάκου, Έρασμος, Αθήνα, χ.χ.

Bean, P., «Social Control and Social Theory in Secure Accommodation», στο: *Secure Provision*, επιμ. L. Gostin, Tavistock, London, 1985.

Beck, J., C., «Dangerous severe personality disorder: the controversy continues», *Behavioral and Science Law*, τόμος 28, τεύχος 2, 2010.

Beck – Sander, A., «Is insight in psychosis meaningful?», *Journal of Mental Health*, τόμος 7, τεύχος 1, 1998.

Beck, U., *Risk Society*, μτφ. M. Ritter, Sage, Λονδίνο, 1992.

Becker, H., *Sociological Work*, Allen Lane, London, 1971.

Benedict, *R.*, *Patterns of Culture*, Gallimard, Παρίσι, 1950.

Berger, P. L., Luckmann, T., *The Social Construction of Reality: a Treatise in the Sociology of Knowlwdge*, Penguin Books, Λονδίνο, 1967.

Bhaskar, R., *A Realist Theory of Science*, Hassocks, New Jersey, 1989.

Bigelow, D., A., and al., «Characteristics of the state hospital patients who are hard to place», *Hospital and Community Psychiatry*, τεύχος 39, 1988.

Blanchot, M., *The Gaze of Orpheu*, Station Hill, 1981.

Blank, K., et al., «Psychiatric commitment of the elderly**»,** *Journal of geriatric psychiatry and neurology* τόμος 2, τεύχος 3, 1989.

Blue, V., «Greek psychiatry's transition from the hospital to the community», *Medical Anthropology Quarterly*, τεύχος 7, 1993.

Bo, S., and al., «Risk factors for violence among patients with schizophrenia», *Clinical Psychology Review*, τόμος 31, τεύχος 5, 2011.

Borum, R., and. Al., «Police Perspectives on Responding to Mentally 1ll People in Crisis: Perceptions of Program Effectiveness», *Behavioral Sciences and the Law Behavıour*, τεύχος, 16**,** 1998.

Brown, P., «Naming and Framing: the social construction of diagnosis and illness», *Journal of Health and Behaviour*, επιπλέον τεύχος, 1995.

Brunkhorst, H., «Global society as the crisis of democracy», στο *The Transformation of Modernity: Aspects of the Past, Present and Future of an Era*, επιμ. M. Carleheden., M. Hviid, Ashgate, 2001.

Bulmer, M., *The Chicago School of Sociology*, The University of Chicago Press, Chicago, 1986.

Butler, J., *Ευάλωτη ζωή: οι δυνάμεις του πένθους και της βίας*, μτφ. Μ. Λαλιώτης, Κ. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2009.

Butler, J., *Η Ψυχική Ζωή της Εξουσίας*, μτφ. Τ. Μπέζελος, Πλέθρον, Αθήνα, 2009.

Γαβριήλ, Γ., «Πολιτισμική Θεώρηση των Οργανώσεων», στο: *Δράση και Σύστημα: Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία των Οργανώσεων*, επιμ. Ι. Τσιβάκου, Θεμέλιο, Αθήνα, 1995.

Γιαννακόπουλος Κ., «Ιστορίες Σεξουαλικότητας», στο: *Σεξουαλικότητα: Θεωρίες και Πολιτικές της Ανθρωπολογίας*, επιμ. Κ. Γιαννακόπουλος, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2006.

Γιαννόπουλος, Ε., Εκούσια Δικαιοδοσία, (1ος τόμος) επιμ. Ι. Χαμηλοθώρη, Θ. Κλουκίνα, Νομική Βιβλιοθήκη, 2001.

Γκίκας, Σ., *Νέο Φιλοσοφικό Λεξικό*, Σαββάλας, Αθήνα, 2002.

ΓνωμΕισΑΠ 12/2006, *Ποινική Δικαιοσύνη*, 2006.

ΓνωμΕισΑΠ 1421/2004, *Ποινικά Χρονικά*, 2005.

Canguilhem, G., *Το Κανονικό και το Παθολογικό*, εισ. M. Foucault, μτφ. Γ. Φουρτούνης, Νήσος, Αθήνα, 2007.

Canuso, S., and al., «Psychotic symptoms in patients with bipolar mania», *Journal of Affective Disorders*, τόμος 111, τεύχη 2-3, 2008.

Cartwright, F., *A Social History of Medicine*, Longman, 1977.

Castel, R., «Η Ψυχιατρική Τάξη», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 23, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1988.

Collins, R., «On the microfoundations of macro-sociology», *American Journal of Sociology*, τεύχος 86, 1981

Colp, R.,JR., «History of Psychiatry», στο: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, επιμ. H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Williams and Wilkins, Baltimore, 1989.

Comprehensive Textbook of Psychiatry, επιμ. H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Williams and Wilkins, Baltimore, 1989.

Cooper, D., *Ο Θάνατος της Οικογένειας*, μτφ. Χ. Τσαμαδού, Καστανιώτης, Αθήνα, 1976.

Cougnard, A., Kalmi, E., Desage, A., Misdrahi, D., Abalan, F., Brun-Rousseau, H., Salmi, L.R., Verdoux, H. «Factors Influencing Ccompulsory Aadmission in First-Admitted Subjects With Psychosis», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, τόμος 39, τεύχος 10, 2004.

Courtenay L., and al., «Responding to Persons with Mental Illnesses: Police Perspectives on Specialized and Traditional Practices», *Behavioral Sciences and the Law Behavıour*, τεύχος 23, 2005.

Cox, Joseph, Mason., *Practical observations on Insanity*, Λονδίνο, 1804.

Craib, I., *Σύγχρονη Κοινωνική Θεωρία: Από τον Πάρσονς στον Χάμπερμας*, μτφ. Μ. Τζιαντζή, Π. Λέκκας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Δημακοπούλου, Α., Παπαμιχαήλ, Ε., Μαντανάκης, Γ., Κουντουράς, Δ., Ρόντος, Ι., «Νοσηλεία ασθενών κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας στο Γενικό Νοσοκομείο: Παρατηρήσεις, προβλήματα και συμπεράσματα από τους έξι πρώτους μήνες», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 70, 2000.

Διαλλινά, Μ., «Αποασυλοποίηση ή «Ενσωματωμένη Ψυχιατρική – Ψυχοθεραπευτική περίθαλψη;» Συμπεράσματα από την 20ετή λειτουργία των Ψυχιατρικών Τομέων των Γενικών Νοσοκομείων», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 94, 2006.

Δρακοπούλου, Ε., *Γράμματα στον Ορέστη*, Νόηση, Αθήνα, 2010.

Δρακοπούλου, Ε., *Σπάζοντας τη σιωπή ενός ταμπού*, Νόηση, Αθήνα, 2009.

Δράση και Σύστημα: Σύγχρονες Προσεγγίσεις στη Θεωρία των Οργανώσεων, επιμ. Ι. Τσιβάκου, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 1995.

Dadoun, R., *Η Βία: Δοκίμια για τον «Homo Violens»*, μτφ. Ν. Σεβαστάκης, Scripta, Αθήνα, 1998.

De Leonardis, Ο., «Η σχέση μεταξύ ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και ποινικής δικαιοσύνης», μτφ. Ε. Σιούτη, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 23, 1988.

Denzin, N., K., *Handbook of Qualitative Research*, επιμ. Y. S. Lincoln, Sage, London, 1994.

Denzin, N., K., Lincoln Y. S. *Introduction. Entering the Field of Qualitative Research*, επιμ. Denzin. N. K., Lincoln., Y. S., Sage, Thousand Oaks, 1994.

Denzin, N., K., *Symbolic Interactionism and Cultural Studies*, Basil Blackwell, Cambridge, UK, 1992.

Denzin, N., K., *The Research Act. A Theoretical to Sociological Methods*, Prentice Hall, ΗΠΑ, 1989.

Dey, I., *Qualitative Data Analysis, A Friendly Guide for Social Scientists*, Routledge, London, 1993.

Dohrenwend B., P., Dohernwend -Snell B., *Social Status and Psychological Disorder*, J. Wiley, New York, 1969.

Dollard, J., Miller, N..E., Dobb, L.W., Mowrer, O..H., Sears, R.H., *Frustration and Aggression*, Yale University Press, New Heaven, 1939.

Dor, J., *Εισαγωγή στην Ανάγνωση του Lacan. Το Ασυνείδητο Δομημένο σαν Γλώσσα*, Πλέθρον, Θεωρία και Κοινωνία, Αθήνα, 1993.

Doyle, M., Dolan, M., «Psychopathy and Standarized Risk Assessment», *Psychiatry*, τόμος 3, τεύχος 11, 2004.

Douzenis, A., and al., «Involuntary admission in Greece: A prospective national study of police involvement and client characteristics affecting emergency assessment», *International Journal of Social Psychiatry*, (published online), 2010.

Draine, J., Salzer, M. S., Culhane, D. P., Hadley, T. R., «Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness», *Psychiatric Services*, τόμος 53, 2002.

Duggan, C., «Dangerous and severe personality disorder», *British Journal of Psychiatry*, τόμος 198, τεύχος 6, 2011.

Durkheim, E., *Κοινωνικές Αιτίες της Αυτοκτονίας*, μτφ. Μ. Μαρκάκης, Αναγνωστίδης, Αθήνα, 1985.

ΕγκΕισΠρωτΘεσ 633/2000, *Υπεράσπιση*, 2000.

ΕΙΝΑΠ-ΠΕΝΟΨΥ-Επιστημονική Ένωση-Επιστημονική Επιτροπή, «Τα Ψυχιατρεία Εκπέμπουν Σήμα Κινδύνου. Οι Νόμοι της Αγοράς Καταβροχθίζουν την Ηθική και την Επιστήμη», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, Νο 64, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998.

Έκθεση της επιτροπής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης της ελληνικής ψυχιατρικής εταιρείας 2006 - 2008, μέλη: Χ. Βαρουχάκης, Στ. Θεοδωροπούλου, Θ. Καραβάτος, Δ. Πλουμπίδης Βλ. Τομαράς, Β. Τσίπας, 2011, σ. 3 – 5. Published on line, http://www.psych.gr/article_files/2011/jan/EkthesiEpitropisPsychMetarythm.pdf.

Ενδυνάμωση και Συνηγορία: Για μια δημοκρατία της ψυχικής υγείας, επιμ. Στ. Στυλιανίδης, Τόπος, 2016.

Eagleton, T., *Ιερός Τρόμος*, μτφ. Δ. Λαμπαδά, Δ. Φιλιππουπολίτης, Πατάκης, Αθήνα, 2007.

Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., Stefanis, C., «Knowledge about Schizophrenia and Attitudes towards People with Schizophrenia in Greece», *International Journal of Social Psychiatry*, τεύχος 55, 2009.

Economou, M., Palli, A., Falloon, H., «Violence, misconduct and schizophrenia: Outcome after four years of optimal treatment», *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, τεύχος 1, 2005.

Emerson, R., M., Pollner, M., «Dirty work designations: their features and consequences in a psychiatric setting», *Social Problems*, τόμος 3, 1975.

Ericson, K., «Notes on the sociology of deviance», *Social Problems*, 1962, τεύχος 9.

Eronen, M., and al., «The psychiatric epidemiology of violent behaviour», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, τόμος 33, τεύχος 1, 1998.

Esquirol, E., *Des maladies mentales considerees sous les rapports medical, hygienique et medicolegal*, (1838), Frenesie, Παρίσι, 1989.

Estroff, S., Zimmer, C., «Social Networks, Social Support and Violence Among Persons with Severe and Persistent Mental Illness», στο: *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessments*, επιμ. J. Monahan, H. Steadman, Chicago University Press, Chicago, 1994.

Estroff, S., E., *Making it crazy. An etnography of psychiatric clients in an American community*, University of California Press, Berkeley California, 1981.

Fals-Borda, O., Rahman, M., A., *Acton and Knowledge: Breaking the Monopoly With Participatory Action Research*, Intermediate Technology/Apex, New York, 1991.

Farnham, F.R., James, D.V., «Patients' Attitudes to Psychiatric Hospital Admission», *The Lancet*, τόμος 355 (9204) 2000.

Faris, R., E., «Ecological Factors in Human Behavior», στο: *Mental Disorders In Urban Areas: An Ecological Study Of Schizophrenia*, Chicago University Press, Chicago, 1944.

Farkas, M., «The vision of recovery today: what it is and what it means for services», *World Psychiatry*, τόμος 6, 2007.

Feldmann, T., B., «Bipolar disorder and violence», *Psychiatric Quarterly*, τόμος 72, τεύχος 2, 2001.

Felson, R., «A rational choice approach to violence», στο: M. Zahn, H. Brownstein, και S. Jackson (επιμ.), *Violence: From theory to research*, Anderson Publishing, 2004.

Felson, R., Steadman, H., «Situational factors in disputes leading to criminal violence», *Criminol*ogy, τεύχος 21, 1983.

Feyerabend, P., *Αποχαιρετισμός στον Λόγο*, μτφ. Π. Μπουρλάκις, επιμ. Σ. Βιρβιδάκης, Εκκρεμές, Αθήνα, 2002.

Feyerabend, P., *Γνώση για Ελεύθερους Ανθρώπους*, μτφ. Γ. Τζαβάρας., Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1986.

Feyerabend, P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, εισ. Γ. Γκουνταρούλης., μτφ. Γ. Καυκαλάς., Γ. Γκουνταρούλης., Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1983.

Finn, P., Sullivan, M., «Police handling of the mentally ill: Sharing responsibility with the mental health system», *Journal of Criminal Justice*, τεύχος 17, 1989.

Finn, P., Sullivan, M., *Police response to special populations.* U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, Washington, DC, 1987.

Fontana, A., Frey, J., H., *Interviewing: The Art of Science*, Denzin-Lincoln, 1994.

Foucault, M., *Η Γέννηση της Κλινικής*, μτφ. Κ. Καψαμπέλη, Νήσος, Αθήνα, 2012.

Foucault, M., *Στοχασμοί: επιλογή από τα Dits et ecrits*, εισαγωγή, μτφ., Θ. Λάγιος, Στιγμή, Αθήνα, 2011.

Foucault, M., *Οι μη Κανονικοί*, μτφ. Σ. Σιαμανδούρας, Βιβλιοπωλείον της Εστίας, Αθήνα, 2010.

Foucault, M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας: Η Δίψα της Γνώσης*, Τόμος 1., Ράππας, Αθήνα, 1982.

Foucault, M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας, τόμος 2: Η Χρήση των Απολαύσεων*, μτφ. Γ. Κωνσταντινίδης, Ράππας, Αθήνα, 2003.

Foucault, M., *Για την υπεράσπιση της κοινωνίας*, μτφ. Τ. Δημητρούλια, πρόλογος Σ. Ροζάνης, Ψυχογιός, Αθήνα, 2002.

Foucault M., *Η Μικροφυσική της Εξουσίας*, μτφ. Λ. Τρουλινού, Ύψιλον, Αθήνα, 1991.

Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, μτφ. Τ. Γιατζόγλου, Ελεύθερος Τύπος, Αθήνα, 1988.

Foucault, M., *Η Αρχαιολογία της Γνώσης*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, Εξάντας, Αθήνα, 1987.

Foucault, M., *About the Concept of the "Dangerous Individual" in 19th – Century Legal Psychiatry*, «International Journal of Law and Psychiatry», τεύχος 1, 1978.

Foucault, M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, μτφ. Κ. Χατζηδήμου, Ι. Ράπτη, Ράππα, Αθήνα, 1976.

Foucault, M., *Η Ιστορία της Τρέλας στην Κλασσική Εποχή*, μτφ. Φ Αμπατζοπούλου, Ηριδανός, Αθήνα, χ.χ.

Foukouyama, F., *Το τέλος της Ιστορίας και ο Τελευταίος άνθρωπος*, μτφ. Α. Φακατσέλης, Λιβάνης, Αθήνα, 1993.

Foukouyama, F., «The End of History?», *The National Interest*, τόμος 16, 1992.

Freidson, E., *Professional Powers*, Chicago, 1986.

Freidson, E., *Profession of Medicine, a Study of the Sociology of Applied Knowledge*, Harper and Row, New York, 1970.

Freud, S., *Ο πολιτισμός πηγή δυστυχίας*, μτφ. Γ. Βαμβαλής, Επίκουρος, Αθήνα, 1974.

Freud, S., *Neue Folge, der Vorlesungen zur einfuhrung in die psychoanalyse*, 1933.

Freud, S., *Περί πολέμου και θανάτου*, (1920), μτφ. Σ. Φερεντίνου, Γκοβόστης, Αθήνα, χ.χ.

Freud, S., *Το Εγώ και το Εκείνο*, μτφ. Κ. Λ. Μεραναίου, Γκοβόστης, Αθήνα, χ.χ.

Fromm, E., *Η ανατομία της ανθρώπινης καταστροφικότητας,* Μπουκουμάνης, Αθήνα, 1977.

Fromm, E., *Ο Άνθρωπος για τον Εαυτό του: Έρευνα στην Ψυχολογία της Ηθικής*, εισ., μτφ. Δ. Θεοδωρακάτου, Μπουκουμάνης, Αθήνα, 1974.

Ζαραφωνίτου, Χ., *Εμπειρική Εγκληματολογία*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1995.

Ζήση Α., *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Αρρώστων*, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002.

Zissi A., *From Leros Asylum to Community-Based Hostels: Quality of Life, Levels of Functioning and the Care Process among Psychiatric Residents in Greece*, Ph. D., Thesis to the faculty of Science, University of Birmingham, UK, 1997.

Zizek, S., *Βία: Έξι Λοξοί Στοχασμοί*, μτφ. Ν. Καλαϊτζής, Scripta, Αθήνα, 2010.

Zizek, S., *Λακάν*, μτφ. Δ. Καγιαλάρης, Κ. Παπαδάκης, επιμ. Δ. Βεργέτης, Α. Παρασκευουλάκου, Πατάκης, Αθήνα, 2009.

Zizek, Σ., *Καλωσορίσατε στην Έρημο του Πραγματικού*, μτφ. Β. Ιακώβου, Scripta, Αθήνα, 2003.

Gabe, J., Calnan, M., Bury, M., *The Sociology of the Health Service*, Routledge, London, 1991.

Galton, F., *Inquires into Human Faculty and its Development*, Macmillan, London, 1883.

Garland, D., «On the concept of moral panic», *Crime Media Culture*, τεύχος 4, 2008.

Garland, D.. «The Rise of Risk», στο *Risk and morality*, επιμ. R. Ericson, A, Doyle, University of Toronto Incorporated, Torondo, 2003.

Garland, D., *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*, Oxford University Press, Οξφόρδη, 2001.

Garland, D., «Frameworks of inquiry in the sociology of punishment», *British Journal of Sociology*, τόμος 41, τεύχος 1, 1990.

Garland, D., «Foucault's “Discipline and Punish”: An Exposition and Critique», *American Bar Foundation Research Journal*, τόμος 11, τεύχος 4, 1986.

Geertz, C., *Η Ερμηνεία των Πολιτισμών*, μτφ. Θ. Παραδέλλης, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2003.

Geller, J., Fisher, W., Grudzinskas, A., Clayfield, J., Lawlor, T., «Involuntary outpatient treatment as “desintitutionalized coercion”:The net-widening concerns», International Journal of Law and Psychiatry, τόμος 29, 2006.

Gerhardt, U., «The Parsonian Paradigm and the Identity of Medical sociology», *Sociological Review*, τόμος. 27, τεύχος 2, 1979.

Ghaemi, N., and al., «Lack of insight in bipolar disorder. The acute manic episode», *Journal of Nervous and Mental Disease*, τόμος 183, τεύχος 7, 1995.

Gilley, D., et al., «Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer’s disease», *Psychological Medicine*, τεύχος 34, 2004.

Giddens, A., «Jurgen Habermas», στο: *Μετά τον Εμπειρισμό*, επιμ. Q. Skinner, μτφ. Χ. Μαρσέλλος, Κ. Χατζής, Κάτοπτρο, Αθήνα, 2006.

Giddens, A., *Central Problems in Social Theory*, Macmillan, Λονδίνο, 1979.

Glaser, B., G., Strauss A., *The Discovery of Grounded Theory for Qualitative Research*, Aldine, Chicago, 1967.

Goffman, E., *Η παραφροσύνη Κατ’ Οίκον*, μτφ. Δ. Μακρυνιώτη, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2012.

Goffman, E., *Στίγμα: Σημειώσεις για τη Διαχείριση της Φθαρμένης Ταυτότητας*, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2001.

Goffman, E., *Άσυλα*, μτφ. Ξ. Κομνηνός, Ευρύαλος, Αθήνα, 1994.

Gold, R., «Roles in Sociological Field Observations», *Social Forces*, τεύχος 36, 1958.

Goldman, H., H., «The chronically mentally ill: Who are they? Where are they?» στο: M. MIrabi (επίμ), *The Conically Mentally Ill Research and Services*, Spectrum Publications, New York, 1984.

Goldman, H. H., Gatozzi, A., A., Taube, C., A., «Defining and counting the chronically mentally ill», *Hospital and Community Psychiatry*, τεύχος 32, 1981.

Gonzalez – Ortega, I., and al., «Iinsight, psychosis and aggressive behaviour in mania», *European Journal of Psychiatry*, τόμος 24, τεύχος 2, 2010.

Grady, M., P., *Qualitative and Action Research, A Practitioner Handbook*, Phi Delta Kappa Educational Foundation, Bloomington, 1998.

Griesinger, W., *Mental Pathology and Therapeutics*, New Syndeham Society, Λονδίνο, 1867.

Gunn, J., «Criminal Behaviour and Mental Disorder», *British Journal of Psychiatry*, τεύχος 130, 1977.

Η Παραγωγή του Κοινωνικού Σώματος, επιμ. Α. Χαλκιά, Κατάρτι και Δίνη, Αθήνα, 2005.

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες - Προτάσεις – Λύσεις, επιμ. Γ. Σακέλλης, Σάκκουλας., Αθήνα, 2009.

Habermas, J., *Το Μέλλον της Ανθρώπινης Φύσης. Πίστη και Γνώση: Προς μια Φιλελεύθερη Ευγονική*, μτφ. Μ. Τοπάλη, Scripta, Αθήνα, 2004.

Habermas, J., «The tasks of a critical theory of society», στο: *Critical Theory and Society: A Reader*, επιμ. S. E. Bronner, D. M. Kellner, Routledge, London, 1989.

Habermas, J., *Communication and the Evolution of Society*, Βοστόνη, 1979.

Hales, R., *Concise Guide to Psychopharmacology*, American Psychiatric Publishing, Washington, 2002.

Hardt, R., H., Feinhandler, S., J., «Social Class and Mental Hospital Prognosis», *American Sociological Review*, τεύχος 24, 1959.

Hayano, D., *Poker Faces*, University of California Press, Berkeley, 1982.

Hegel, G., *Encyclopedic des sciences methodiques*, τόμ. Γ, «Philosophic de l'esprit», Vera, Παρίσι, 1867.

Heron, J., *Validity in Co-Operative inquiry, Human Inquiry in Action*, επιμ. P. Reason, Sage, London, 1988.

Heyman, D., et Al., «Predictors of time to institutionalization of patients with Alzheimer's disease», *Neurology*, τεύχος 48, 1997.

Hiday, V. A., Wales, H. W.., «Civil commitment and arrests. *Current Opinion in Psychiatry*, τόμος 16, 2003.

Hiday, V., A., «Understanding the Connection between Mental Illness and Violence», *International Journal of Law and Psychiatry*, τόμος 20, τεύχος 4, 1997.

Hiday, V., A., «The Social Context of Mental Illness and Violence», *Journal of Health and Social Behavior*, τεύχος 36, 1995.

Hirschi, T., *Causes of delinquency*, University of California Press, Berkeley, 1969.

Horkheimer, M., *Φιλοσοφικό Σημειωματάριο*, μτφ. Ε. Τσούκα, Ζ. Σαρίκας, Ύψιλον, Αθήνα, 1986.

Hughes, E., *The Sociological Eye: Selected Papers*, Aldine Atherton, Chicago, 1971.

Hull, R., et al., «Violence in older persons: Occurrence in hospitals and pharmacological/ behavioral treatment of agitation, aggression, and violence», *Clinical Geriatrics*, τόμος 16, τεύχος 6, 2008.

Humphreys, L., *Teamroom Trade*, Aldine, Chicago, 1970.

Huntington, S., Ph., *Η σύγκρουση των πολιτισμών και ο Ανασχηματισμός της Παγκόσμιας Τάξης*, μτφ. Σ. Ριζοθανάση, Terzo Books, Αθήνα, 1999.

Ιπποκρατική Ιατρική, εισ., μτφ. Δ. Λυπουρλή, Θεσσαλονίκη, 1972.

Ιωσηφίδης, Θ., *Ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*, Κριτική, Αθήνα, 2008.

Ivanov, O., Egorov, A., «Clinical and statistical analysis of suicides in mental patient population (according to the outpatient service data)», E*uropean Psychiatry*, τόμος 25, τεύχος 1, 2010.

Jablensky, A., «Living in a Kraepelinian world. Kraepelin's impact on modern psychiatry», *History of Psychiatry* τόμος 18, τεύχος 3, 2007.

Jaspers, K., *Το πρόβλημα της Γερμανικής Ευθύνης*, μτφ. Δ. Κυριαζή, Αθήνα, 1959.

Jesavage, J., A., «Bipolar illness: Correlates of dangerous inpatient behaviour», *British Journal of Psychiatry*, τόμος 143, τεύχος 6, 1983.

Jewson, N., «Medical Knowledge and the Patronage System in 18th Century England», *Sociology*, τεύχος 83, 1975.

Johnson, T., Dandeker, C., Ashworth, C., *The Structure of Social Theory: Dilemmas and Strategies*, Macmillan, Λονδίνο, 1984.

Jorgensen, D., L., *Participant Observation, A Methodology for Human Studies*, Sage, Newbury Park, 1989.

Καβουλάκος, Κ., *Γιούργκεν Χάμπερμας: Τα Θεμέλια του Λόγου και της Κριτικής Κοινωνικής Θεωρίας*, Πόλις, Αθήνα, 1996.

Καραμίτζιος, Α., *Η ακούσια νοσηλεία στο ψυχιατρικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου*, μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα, 2010.

Κατσογιάννη Ν., «Από τον Homo Sacer στο βιο-πολιτικό υποκείμενο και στο υποκείμενο της ψυχανάλυσης: ορισμένα κοινωνικο-κλινικά ζητήματα στη σκέψη των Αγκάμπεν, Φουκώ και Λακάν, στο: *Ψυχανάλυση και Κοινωνικά Συμπτώματα*, επιμ. Ν. Παπαχριστόπουλος, Βιβλιόραμα, Αθήνα, 2006.

Κλήμης Ε., «Ο ρόλος του Νοσηλευτή ψυχικής υγείας – παράγοντες που δυσχεραίνουν το έργο του. Προτάσεις επίλυσης», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 66, 1999.

Κοσμάτος, Κ., *Η Ακούσια Νοσηλεία σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Ερευνητικές Διαπιστώσεις και Προοπτικές από την Εφαρμογή του Νόμου 2071/1992*, Εγκληματολογικά, Α. Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή, 2002.

Κουράκης, Ν., *Ε., Εγκληματολογικοί Ορίζοντες*, τ. Β', 1991.

Κουράκης, Ν., «Το Πρόβλημα της Ποινικής Καταστολής στο Έργο του Michel Foucault», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, ειδικό τεύχος 68 Α, 1988.

Κυριαζή, Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*: *κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2009.

Κυριακάκης, Β., Πανούσης, Γ., *Νομική και Εγκληματολογική Προσέγγιση της Επικινδυνότητας (συμβολή στην ερμηνεία του άρθρου 5 του Ν.Δ. 104/73)*, Γραφικές Τέχνες Β. Τζανογλός, Αθήνα, 1988.

Kallert, T., W., and al., «The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data», *World Psychiatry*, Οκτώβριος 2005.

Kamin, L., J., *The Science and Politics of I.Q.*, J. Willey and Sons, Patomic, Maryland, 1974.

Kampman, O., and al., «Indicators of medication compliance in first-episode psychosis», *Psychiatry Research*, τόμος 110, τεύχος 1, 2002.

Kaplan, B., Sadock, V., *Synopsis of Psychiatry*, Lippincott Williams and Wilkins, 2003.

Kaplan, H., I., Sadock, B., J., Grebb, J., A., *Ψυχιατρική*, Λίτσας, Αθήνα, 1996.

Kaufert, P., A., «Γυναίκες, Αντίσταση και το Κίνημα για τον Καρκίνο του Μαστού», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην Ανθρωπολογία της Υγείας*, επιμ., εισ., Α. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2011.

Kernberg, O., *Οριακές Καταστάσεις και Παθολογικός Ναρκισσισμός*, μτφ. Κ. Ζερβός, Δ. Τσαρμακλή, Καστανιώτης, Αθήνα, 2007.

Knorr – Cetina, C., «The Micro-social Order», στο: *Actions and Structure. Recearch Methods and Social Theory*, επιμ. N. Fielding, Sage Publications, Λονδίνο, 1988.

Knorr - Cetina, K., «The micro-sociological challenge of macro-sociology: towards a reconstruction of social theory and methodology», στο K. Knorr-Cetina, A.V. Cicourel (επιμ.), *Advances in Social Theory and methodology*: *Towards an Integration of Micro and Macro Sociologies*, Routledge and Kegan Paul, Λονδίνο, 1981.

Knutzem, M., «Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: A case-control study», *Psychiatric Services*, τόμος 62, τεύχος 5, 2011.

Kouchner, B., *Η δικτατορία των Γιατρών*, Εξάντας, Αθήνα, 2000.

Koekkoek, B., and al., «How do patients come to be seen as 'difficult'?: A mixed-methods study in community mental health care», *Social Science & Medicine*, τεύχος 72, 2011.

Koekkoek, B., van Meijel, B., Hutschemaekers, G., «"Difficult patients" in mental health care: a review», *Psychiatric Services*, τεύχος 57, 2006.

Kraus, K., *Αφορισμοί*, μτφ. Σ. Δοντάς, Στιγμή, Αθήνα, 2008.

Kren, G., M., Rappoport, L., *The Holocaust and the Crisis of Human Behavior*, Holmes and Meier, Νέα Υόρκη, 1994.

Krieger, S., «Beyond subjectivity: The Use of the Self in Social Science», *Qualitative Sociology*, τεύχος 8, 1985.

Kuhn, T., *Η Δομή των Επιστημονικών Επαναστάσεων*, μτφ. Γ. Γεωργακόπουλος, Β. Κάλφας, Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα, χ.χ.

Λάζος, Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1998.

Λειβαδίτης, Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1994.

Λέκκα, Β., *Ιστορία και Θεωρία της Ψυχιατρικής*, Futura, Αθήνα, 2012.

Λιακός Α., «Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική», στο: *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, Παπαζήσης, Αθήνα, 2003.

Λυδάκη, Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2001.

Lagrange, H., *La Civilite a I' epreuve. Crime et sentiment d' insecurite*, PUF, 1996.

Laing, R., D., *The politics of experience and the bird of paradise*, Penguin, London, 1990.

Laing, R., D., *Ο εαυτός και οι Άλλοι*. μτφ. Ν. Μπαλής, Καστανιώτης, Αθήνα, 1988.

Laing R., D., *Ο Διχασμένος Εαυτός*, μτφ. Θ. Παραδέλλης, Καστανιώτης, Αθήνα, 1975.

Lamb, H. R.,, Weinberger, L. E., DeCuir, W. J., «The police and mental health», *Psychiatric Services*, τεύχος 53, 2002.

Laplanche, J., Pontalis, J., B., *Λεξιλόγιο της Ψυχιανάλυσης*, μτφ. Β. Καψαμπέλης, Α. Χαλκούση, Α. Σκουλίκα, Π. Αλούπης, Κέδρος, Αθήνα, 1986.

Lash, C., *Η Κουλτούρα του Ναρκισσισμού*, μτφ. Β. Τομανάς, Νησίδες, Σκόπελος, χ.χ.

Leader, D., *Η Κλοπή της Μόνα Λίζα*, μτφ. Μ. Σπηλιοπούλου, Κέδρος, Αθήνα, 2005.

Lemert, E., *Human Deviance, Social Problems and Social Control*, Prentice – Hall, New Jersey, 1972.

Lemert, E., *Social Pathology*, McGraw-Hill, New York, 1951.

Leucht, S., «Psychoeducation and shared decision making as a way to reduce non compliance in mental disorders», *European Neuropsychopharmacology*, τόμος 21, τεύχος 1, 2011.

Levi, P., *Το Καθήκον της Μνήμης*, μτφ. Χ. Σαρλικιώτη, Άγρα, Αθήνα, 1998.

Liberman, R., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, Academic Psychiatric Press, New York, 1988.

Lidz, C., Mulvey, E., Gardner, W., «The accuracy of predictions of violence to others», *Journal of the American Medical Association*, τεύχος 269,1993.

Link, B., Stueve, A., «Editorial», *Archives of General Psychiatry*, τόμος 55, 1998.

Link, B., Stueve, A., «Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls», στο: J. Monahan και H. Steadman (επιμ.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*, University of Chicago Press, Chicago, 1994.

Llewellin , P., and al., «Involuntary psychiatric attendances at an Australasian emergency department: A comparison of police and health-care worker initiated presentations» *Emergency Medicine Australasia*, τεύχος 23, 2011.

Lock, M., «Ιατρική Γνώση και Πολιτική του Σώματος», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας,* επιμ., εισ., Α. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα.

Logan, C., Johnstone, L., «Personality disorder and violence: making the link through risk formulation», *Journal of Personality Disorders*, τόμος 24, τεύχος 5, 2010.

Lofland, J., Lofland, L., H., *Analyzing Social Settings, A Guide to Qualitative Observation and Analysis*, Wadsworth, Belmont, 1995.

Lyotard J., *Η Μεταμοντέρνα Κατάσταση*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, Γνώση, Αθήνα, 1993.

Luhmann, N., «Δομή και αποκλίνουσα συμπεριφορά», στο: *Θεωρία των Κοινωνικών Συστημάτων*, μτφ. Ε. Λαμπροπούλου, Σάκκουλας, Αθήνα, 1995.

Loukats, G., *Η πραγμοποίηση και η συνείδηση του προλεταριάτου*, μτφ. Κ. Καβουλάκος, Εκκρεμές, 2006.

Μαδιανός, Μ., «Οι περιπέτειες της ημιτελούς ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: Από την περίπτωση της "Λέρου" στο "Ψυχαργώς"», στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις*, επιμ. Γ. Σακέλλης, Σάκκουλας, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2009.

Μαδιανός, Μ., *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2006.

Μαδιανός, Μ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2005.

Μαδιανός, Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2003.

Μαδιανός, Μ., *Η μηλιά κάτω από το μήλο*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.

Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η Ανάπτυξή της*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.

Μαδιανός, Μ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.

Μαλγαρινού, Μ., Α., Κωσταντινίδου, Σ., Φ., *Νοσηλευτική*, τόμος Α., Ταβιθά, Αθήνα, 1987.

Μανιτάκης, Α., «Τα δικαιώματα του ψυχασθενούς: Δικαιώματα ενός προσώπου στην ελευθερία ή δικαιώματα ενός ασθενούς στην υγεία;», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 60, 1997.

Μάνος, Ν., *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997.

Μανωλεδάκης, Ι., *Ποινικό Δίκαιο*, Επιτομή Γενικού μέρους, Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη, 1992.

Μανωλεδάκης, Ι., *Ιδεολογικοπολιτικοί προσανατολισμοί του Ελληνικού Ποινικού Δικαίου κατά την ιστορική του εξέλιξη*. Τιμητικός τόμος εις μνήμη Ν. Χωραφά, Η. Γάφου, Κ. Γαρδίκα, Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, 1986.

Μαρκίδης, Μ., Το *Μέσα και το Έξω: Επιστροφή στην Φωλιά του Κούκου*, Έρασμος, Αθήνα, 1990.

Μεγακλής, Μ., Γ., *Λαογραφικά Ζητήματα*, Χ. Μπούρας, Αθήνα, 1989.

Μεγαλοοικονόμου, Θ., «Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ανάμεσα στην Καταπολέμηση του Αποκλεισμού και τον Κοινωνικό Έλεγχο», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 72.

Μεγαλοοικονόμου, Θ., «Κραυγή αγωνίας από τους ψυχικά πάσχοντες», *Η Καθημερινή,* 29/1/2001.

Μετά τον Εμπειρισμό, επιμ. Q. Skinner, μτφ. Χ. Μαρσέλλος, Κ. Χατζής, Κάτοπτρο, Αθήνα, 2006.

Μετά το Τέλος της Ιστορίας, επιμ. Κ. Κεντρωτής, Σιδέρης, Αθήνα, 2012.

Μισουρίδου, Ε., «Το ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και η Ιστορία της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής στην Ελλάδα», *Νοσηλευτική*, τόμος 47, τεύχος 3, 2008.

Μορέλ, Π., Μπουρζερόν, Ζ. Π., Ρουντινεσκό, Ε., *Πέρα Από το Συνειδητό*, μτφ. Ν. Αλεξανδρή, Ε. Μόλαρη, Α. Πίγκου, Α. Σπυράκου, Εξάντας, Αθήνα, 2004.

Μουζέλης, Ν., *Επιστροφή στην Κοινωνιολογική Θεωρία*, Θεμέλιο, Αθήνα, 1997.

Μπαϊρακτάρης, Κ., *Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση*, Εναλλακτικές Εκδόσεις, Αθήνα, 1994.

Μπεράτη, Σ., «Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ», *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική*, επιμ. Γ. Τσιάντης Καστανιώτης, Αθήνα, 2001.

Μπιλανάκης, Ν., «Μελέτη Περιπτώσεων», στο: *Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών*, ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2012.

Μποζίκας, Β., Τσιπροπούλου, Χ., Δεσερή, Μ., Κοσμίδου, Μ., Μπογιατζή, Σ., Πιτσάβας, Θ., Καράβατος, Β., «Μελέτη παραγόντων που επηρεάζουν την ακούσια νοσηλεία ασθενών σε μια ψυχιατρική κλινική», *Ψυχιατρική*, τόμος 14, τεύχος 2, 2003.

Μποζίκας, Β., Βαρτζόπουλος, Δ.., Τούσινα, Α.., Καράβατος, Α.., Καπρίνης, Γ., «Ακούσια νοσηλεία Επικινδυνότητα ή/και ανάγκη νοσηλείας», *Εγκέφαλος*, τεύχος 36, 1999.

Magnan, V., «Camisole» στο *Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales*, Παρίσι, 1870.

Malinowski, B., *La Sexualite et sa Repression dans les Societes Primitives*, Payot, Παρίσι, 1932.

Markantonis J., S., Rigas, V., D., *Qualitative Analysis in Human Sciences: New Perspectives in Methodology*, εισ. Β. Φίλιας, 1998.

Masse, G., *Fallen Soldiers*, Oxford University Press, 1990.

Mason, J., *Η Διεξαγωγή της Ποιοτικής Έρευνας*, επιμ. Ν. Κυριαζή, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2003.

Mead, G., *Mind, Self and Society: From the Standpoint of a Social Behaviourist*, The University of Chicago Press, Chicago, 1967.

Mead, M., *Moeurs et Sexualite en Oceanie*, Plon, Παρίσι, 1962., Benedict, *R., Patterns of Culture*, Gallimard, Παρίσι, 1950.

Mellon, R., *Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.

Melossi, D., *The State of Social Control*, Cambridge University Press, Cambridge, 1990.

Merleau-Ponty M., *Η Πρόζα του Κόσμου*, μτφ Φ. Καλλίας, Μ. Καλλία, Βιβλιοπωλείον της «Εστίας», Αθήνα, 1992.

Miles, S., W., and al., «Determining what practicing clinicians believe about long – acting injectable antipsychotic meditation», *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, τόμος 15, τεύχος 2, 2011.

Miles, M., B., Huberman A. M., *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*, Sage, Beverly Hills, 1984.

Milgram, S. *Obedience to Authority*. Tavistock, London, 1974.

Miller, N., E., *The Frustration Aggression Hypothesis*, Institute of Human Relations, Yale University, 1941.

Monahan, J., «The scientific status of research on clinical and actuarial predictions of violence», στο: D. Faigman, D. Kaye, M. Saks, J. Sanders (επιμ.), *Modern scientific evidence: The law and science of expert testimony*, West Publishing, St. Paul, 2002.

Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P., Mulvey, P., Roth, L., Grisso, T., Banks, S., *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*, Oxford University Press, Oxford , 2001.

Monahan, J., «Actuarial support for the clinical assessment of violence risk», *International Review of Psychiatry*, τεύχος 9, 1997.

Monahan, J., «Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence», *American Psychologist*, τεύχος 47, 1992.

Monahan, J., Steadman, H. J., «Crime and mental disorder: An epidemiological approach», στο: *Crime and Justice: An Annual Review ofResearch*, επιμ. M. Tonry, M. Morris, τόμος 4, University of Chicago Press, Chicago, 1983.

Monahan J., & Steadman, H. J. «Crime and mental disorder: An epidemiological approach», στο: M. Tonry, M. Morris (επιμ.), *Crime and Justice: An Annual Review ofResearch*, τόμος 4, University of Chicago Press, Chicago, 1983.

Montemagni, C., Alessandra Bada, A., Castagna, F., Frieri, T., Rocca, G., Scalese, M., Villari, V., Rocca, P., «Predictors of compulsory admission in schizophrenia-spectrum patients: Excitement, insight, emotion perception», *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2010.

Moscovici, S., *Η Ψυχανάλυση, η Εικόνα της και το Κοινό της*, επιμ. Α. Μαντόγλου, μτφ. Μ. Κολώνιας, Οδυσσέας, Αθήνα, 1999.

Mumford, E., *Medical Sociology, Patients Providers and Policies*, London House, New York, 1983.

Murgulescu, A., and al., «Characteristics of involuntary admission in a psychiatric clinic sample», *European Psychiatry* τόμος 23, τεύχος 2, 2008.

Muriel Laharie, *La Folie au Moyen Age, Xle-XIIe siecles,* Le Leopard d' Or, Παρίσι, 1991.

Νόμος ΨΝΒ, *Περί Συστάσεως Φρενοκομείων*, Εφημερίς της Κυβερνήσεως του Βασιλείου της Ελλάδος, αριθ. 28, Αθήνα, 19 Μαΐου 1862.

Nachmani, G., *Trauma and Ignorance*, W.A.W. Institute, 1995.

Navarro, V., «Work, Ideology and Science: The Case of Medicine», *International Journal of Health Services*, τόμος 10, τεύχος 4, 1980.

Navarro. V., *Class, Struggle, the State and Medicine*, Martin Robertson, 1978.

Navarro, V., «Social Class, Political Power and the State and their Implications in Medicine», *Social Science Medicine*, τεύχος 10, 1976.

Nettleton, S., *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, μτφ. Α. Βακάκη, Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002.

Νικολόπουλος, Γ., «Επικρίσεις και αντιστάσεις γύρω από την έννοια της επικινδυνότητας: από το θετικιστικό παράδειγμα στις θεωρίες της διακινδύνευσης», στο: Τιμητικός Τόμος για την Αλίκη Γιωτοπούλου – Μαραγκοπούλου, τόμος Β., επιμ. Α. Μαγγανάς, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2005.

Νικολόπουλος Γ., *Κράτος, Ποινική Εξουσία και Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση*, Κριτική, Αθήνα, 2002.

Νόμος υπ' αριθ. 2716/1999, ΦΕΚ Α (96/17 – 5 – 99), *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.*

Ξενάκη, Α., Λ., *Αφετηρίες της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής μεταρρύθμισης: Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia*, Διδακτορική Διατριβή, Αλεξανδρούπολη, 2009.

Οικονόμου, Χ., *Κοινωνιολογία της Υγείας*, τόμος Α., Διόνικος, Αθήνα, 2005.

Oakley, A., *Interviewing Women: A Contradiction in Terms*, Doing Feminist Research, επιμ. H. Roberts, Routledge and Kegan Paul, London, 1981.

Osborn, D., and al., «Suicide and severe mental illnesses. Cohort study within the UK general practice research database», *Schizophrenia Research*, τόμος 99, τεύχη 1-3, 2008.

Πανάγου, Α., «Παρουσίαση της Αυτεπάγγελτης Έρευνας του Συνηγόρου του Πολίτη», στο: *Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών,* ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2012.

Παπαδάκη, Κ., Παπακωσταντίνου, Κ., Στυλιανίδης, Στ.,» Παρουσίαση μιας καινοτόμου δράσης Ενδυνάμωσης και Ανάρρωσης χρόνιων ψυχικά ασθενών στο Κέντρο Ημέρας της Ε.Π.Α.Ψ.Υ.», *Σύναψις*, τόμος 8, τεύχος 25, 2012.

Παπαδοπούλου, Π., «Η κοινωνική Απεικόνιση της Επικινδυνότητας», στο: *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, επιμ. Μ. Λειβαδίτης, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, χ.χ.

Παρασκευόπουλος, Ν., Κοσμάτος, Κ., *Ο Αναγκαστικός Εγκλεισμός του Ψυχικά Ασθενή σε Ψυχιατρείο*, Βιβλιοθήκη «Υπεράσπισης», Α. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή, 1997.

Πίντερ, Χ., *Το Θερμοκήπιο*, μτφ. Τ. Μαστοράκη, Νέα Σκηνή, Αθήνα, 2011.

Πλουμπίδης, Δ., Ν., «Το Μέλλον της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα», *Ψυχιατρική*, τόμος 20, τεύχος 3, 2009.

Πλουμπίδης, Δ., «Η ιστορία των Ασύλων στην Ελλάδα», στο: *Νέες δομές για την υπέρβαση του Ασύλου, Αρχές Αποκατάστασης,* 1993.

Πολίτης, Α., Τρίκκας, Γ., Πεχλιβανίδης, Α., Μουρτζούχου, Π., Χριστοδούλου, Γ.,Ν., «Ακούσια νοσηλεία: Η αναγκαιότητα για εναλλακτική προσέγγιση», *Ψυχιατρική*, τεύχος 14, 2003.

Πόρισμα Ν. 3094/03 Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις, αρ. 4 και 6, Παπαρρηγοπούλου, Π., Φυτράκης , Ε., *Ακούσια Εξέταση και Νοσηλεία σε Ψυχιατρικό Νοσοκομείο*, 2004.

Ποταμιάνος, Γ., *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*, β. έκδοση, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.

Π.Ο.Υ., *Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς, Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση*, μτφ. Β. Μαυρέας, Κ. Σολδάτος, Κ. Στεφανής, εκδ. Βήτα, Αθήνα, 1997.

Πουλάκου – Ρεμπελάκου, Ε., Τσιάμης, Κ., Παντελεάκος, Γ., Πλουμπίδης, Δ., «Ο ψυχικά άρρωστος ως «θέαμα» στους αθηναϊκούς δρόμους: Ιστορικές και λογοτεχνικές μαρτυρίες από την πρωτεύουσα στα τέλη του 19^{ου} και τις αρχές του 20ού αιώνα», *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, τόμος 26, τεύχος 4, 2009.

Pagano, M., Gauvreau, K., *Αρχές Βιοστατιστικής*, επιμ., μτφ. Ο. Δαφνή, Έλλην, Αθήνα, 2002.

Parsons, T., *Action Theory and the Human Condition*, Free Press, Νέα Υόρκη, 1978.

Parsons, T., *The Social System*, The Free Press of Glencoe, Νέα Υόρκη, 1951.

Patton, Q., *How to use qualitative method in evaluation*, Sage, London, 1987.

Pfohl, S., *Images of Deviance and Social Control*, McGraw – Hill, New York, 1994.

Pfohl, S., «Ethnomethodology and Criminology: The Social Production of Crime and the Criminal», *The Mad, the Bad and the Different*, επιμ. Barac – Glantz, I., L., Lexington Books, Toronto, 1981.

Pilgrim, D., Rogers, A., *Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας*, μτφ. Ε. Κοππάση, Α. Βακάκη, Τυποθήτω, Αθήνα, 2004.

Pinel, Philippe., *Traite midico-philosophique sur I 'alienation mentale ou la manie*, εκδ. Richard, Caille et Ravier, Παρίσι, έτος IX (1801).

Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., Kontis, K., «Greek police officers' attitudes towards the mentally ill», *International Journal of Law and Psychiatry*, τεύχος 31, 2007.

Ραγιά, Α., *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, προσωπική έκδοση, Αθήνα, 1993.

Ραφαηλίδης, Β., *Η Μεγάλη Περιπέτεια του Μαρξισμού*, Εκδόσεις Εικοστού Πρώτου, Αθήνα, 1999.

Ροζάνης, Σ., Ο *Αδιανόητος Θάνατος*, Ερατώ, Αθήνα, 2002.

Rank, O., *The Trauma of Birth*, Dover Publications, 1924.

Rapp, R., «Κατασκευάζοντας την αμνιοπαρακέντηση. Λόγοι μητρότητας και ιατρικής», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας,* επιμ., εισ., Α. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2011.

Reiss, A., Roth, J. *Understanding and preventing violence.* National Academy Press, Washington, DC, 1993.

Relman, A., «The new medical – industrial complex», *New England Journal of Medicine*, τόμος 303, τεύχος 17, 1980.

Riecher, A., Rossler, W., Loffler, W., Fatkenheuer, B. «Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients», Ps*ychological Medicine*, τεύχος 21, 1991.

Rossiter, C., L., Constitutional Dictatorship. Crisis Government in the Modern Democracies, Harcourt Brace, Νέα Υόρκη, 1948.

Rubia, K., «The neurobiology of Meditation and its clinical effectiveness in psychiatric disorders», *Biological Psychology*, τόμος 82, τεύχος 1, Σεπτέμβριος 2009.

Russell, G.F.M., «Involuntary treatment in anorexia nervosa», *Psychiatric Clinics of North America*, τόμος 24, τεύχος 2, 2000.

Quetel, *C., De par le Roy. Essai sur les lettres de cachet*, Privat, Τουλούζη, 1981.

Quirk, A., and Al., «Non-clinical and extra-legal influences on decisions about compulsory admission to psychiatric hospital», *Journal of Mental Health*, τόμος 12, τεύχος 2, 2003.

Σάκελλης, Γ., «Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις,* επιμ. Γ. Σακέλλης, Σάκκουλας, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2009.

Σκαράγκας, Δ., *Εγκληματίας Ψυχασθενής: Ένας Επικίνδυνος Μύθος*, Ιανός, Θεσσαλονίκη, 2002.

Στενού, Κ., *Εικόνες του Άλλου. Η Ετερότητα Από τον Μύθο στην Προκατάληψη*, μτφ. Σ. Μπενβενίστε., Μ. Παπαδήμα, Εξάντας - Unesco, Αθήνα, 1998.

Στυλιανίδης, Στ., Πανταζή, Α.Μ., Ιατροπούλου, Γ.Ο., Πέππου, Λ.Ε., Δρακωνάκης, Ν., Πανάγου, Α., Αβάνη, Σ.Μ., «Αφηγήσεις ατόμων με εμπειρία αναγκαστικής νοσηλείας σε ψυχιατρικό νοσοκομείο: μια έρευνα – παρέμβαση ως εργαλείο ενδυνάμωσης», στο: *Ενδυνάμωση και Συνηγορία: Για μια δημοκρατία της ψυχικής υγείας*, επιμ. Στ. Στυλιανίδης, Τόπος, 2016.

Στυλιανίδης, Στ., «Οι φιλοσοφικές και κοινωνιολογικές βάσεις της ψυχιατρικής», Στυλιανίδης, Στ., και συνεργάτες, *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014.

Στυλιανίδης, Στ., «Σύντομη ιστορική αναδρομή της τρέλας και της κοινοτικής ψυχιατρικής», στο: Στυλιανίδης, Στ. και συνεργάτες, *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014.

Στυλιανίδης, Στ., Πέππου, Λ., Ε., Δρακωνάκης, Ν., Πανάγου, Α., «Ακούσια Νοσηλεία: Νομοθετικό πλαίσιο, Επιδημιολογία και Έκβαση», *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014.

Στυλιανίδης, Στ., Λάβδας, Μ., «Παρατηρήσεις σχετικά με το τραύμα και τον κοινωνικό αποκλεισμό: Η ψυχιατρικοποίηση αποτελεί απάντηση στην πολυπλοκότητα της κοινωνικής οδύνης;», *Σύναψις*, τόμος 8, τεύχος 26, 2012.

Στυλιανίδης, Στ., «Η κλινική του εφήμερου. Όψεις της ατομικής και κοινωνικής οδύνης. Κλινικά και κοινωνικά ερωτήματα μέσα από μια ψυχαναλυτική οπτική», *Οιδίπους*, τεύχος 5, 2011.

Στυλιανίδης, Στ., Βακαλοπούλου, Α., Λάβδας, Μ., «Κοινωνικός αποκλεισμός και συννοσηρότητα εξάρτησης και ψυχικής διαταραχής: Μια κοινωνιοψυχολογική προσέγγιση», *Σύναψις*, τόμος 7, τεύχος 20, 2011.

Στυλιανίδης, Στ., Η στιγματίζουσα ψυχιατρική μεταρρύθμιση, στο: *Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: Ανάγκες, Προτάσεις Λύσεις,* επιμ. Γ. Σακέλλης, Σάκκουλας, Αθήνα – Θεσσαλονίκη, 2009.

Στυλιανίδης, Στ., Γκιωνάκης, Ν., Χονδρός, Π., «Η ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση υπό το πρίσμα της ιταλικής μεταρρυθμιστικής εμπειρίας, Σύναψις, τόμος 5, τεύχος 15, 2009.

Στυλιανίδης, Στ., «Οι μεταμορφώσεις της ψυχιατρικής: αναζητώντας νέα παραδείγματα για μια νέα πολιτική ψυχικής υγείας», στο: *Κοινότητα και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση: Η εμπειρία της Εύβοιας*, επιμ. Σ. Στυλιανίδης, Μ. Γ. Στυλιανούδη, Τόπος, Αθήνα, 2008.

Στυλιανίδης, Σ., «Μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προβλήματα μεταφοράς τους στο χώρο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: θεωρητικές, κλινικές και πρακτικές παρατηρήσεις», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 75, 2001.

Στυλιανίδης, Σ., Chiarra, S., «Χρονοδιάγραμμα της ιστορίας του ιταλικού αντιασυλιακού κινήματος», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 7, 1986.

ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ, ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΑΡΧΗ, Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας, ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ (Ν. 3094/2003 "Συνήγορος του Πολίτη και άλλες διατάξεις", Άρθρο 3 § 5) Αυτεπάγγελτη έρευνα του Συνηγόρου του Πολίτη για την Ακούσια Νοσηλεία Ψυχικά Ασθενών Βοηθός Συνήγορος του Πολίτη: .Ν. Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου Ειδικοί Επιστήμονες: Α. Πανάγου, Ε. Σκυλλάκου, Ι. Τσελεκίδης, Μάιος 2007.

Sampson, R., Laub, J., *Crime in the making: Pathways and turning points through life.*, Harvard University Press, Cambridge, 1999.

Sartre J. P., *Saint Genet Comedien et Martyr*, Gallimard, Παρίσι, 1952.

Schnyder, U., and al., «Characteristics of psychiatric emergencies and the choice of intervention strategies», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, τόμος 99, τεύχος 3, 1999.

Scuepbach, D., and al., «Determinants of voluntary vs. involuntary admission in bipolar disorder and the impact of adherence. Results from the EMBLEM study on acute mania of bipolar disorder», *Pharmacopsychiatry*, τόμος 41, τεύχος 1, 2008.

Scull, A., *Museums of Madness*, Penguin, Harmondsworth, 1979.

Selzick, P., *Leadership in Administration*, Harper and Raw, Νέα Υόρκη, 1957.

Szasz, T., Kraus, K., *Αφορισμοί για την ψυχιατρική και την ψυχανάλυση*, επιμ. Κ. Γρίβας, Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2007.

Szasz, T., *Νόμος, Ελευθερία και Ψυχιατρική*, μτφ. Κ. Σπίγγος, Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2007.

Szasz, T., *Η Βιομηχανία της Τρέλας*, Εκδοτική Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2006.

Silver, E., «Understanding the Relationship Between Mental Disorder and Violence: The Need for a Criminological Perpective», *Law and Human Behaviour*, τόμος 30, τεύχος 6, 2006.

Silver, E., «Mental disorder and violent victimization: The mediating role of involvement in conflicted social relationships», *Criminology*, τόμος 40, 2002.

Silver, E., «Extending social disorganization theory: A multilevel approach to the study of violence among persons with mental illnesses», *Criminology*, τεύχος 38, 2000.

Silver, E., «Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: The importance of contextual measurement», *Law and Human Behaviour*, τεύχος 24, 2000.

Smart, B., «Michel Foucault», *Key Sociologists*, Tavistock -Ellis Horwood, Λονδίνο, 1985.

Smart B., «Michel Foucault: υποκείμενα εξουσίας, αντικείμενα γνώσης», *Σύγχρονη Κοινωνιολογική Θεωρία*, τόμος .2, 1998.

Sontag, S., *Η Νόσος ως Μεταφορά: το AIDS και οι μεταφορές του*, μτφ. Γ. Λυκιαρδόπουλος, Σ. Ροζάνης, Ύψιλον, Αθήνα, 2006.

Spengler, A., «Factors influencing assignment of patients to compulsory admission», *Social Psychiatry*, τεύχος 21, 1986.

Stahl, M., S., *Βασική Ψυχοφαρμακολογία*, εκδ. Βήτα, Αθήνα, 2009.

Steadman, H. J., et al., «Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods», *Archives of General Psychiatry*, τόμος 55, 1998.

Stone, A., *Mental health and law: a system in transition*, Rocville, Md, NIMH Center of studies for crime and delinquency, 1975.

Strauss, A., *La Trame de la Negociation*, L' Harmattan, Παρίσι, 1992.

Straus, A., Scatzam, L., Bucher, R., Ehrich, D., Sabshin, M., *Psychiatric Ideologies and Institutions*, Transaction Books, London, 1981.

Σολζενίτσιν, Α., Το *Αρχιπέλαγος Γκούλαγκ,* μτφ. Κ. Σίνος, Πάπυρος, Αθήνα, 2009.

Swain, G., *Le Sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Calmann-Levy, Παρίσι, 1997.

Swanson, J., Holzer, C., E., Ganju, V., K., Jono, R., T., «Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys», *Hospital and Community Psychiatry*, τεύχος 41,1990.

Τζανάκης, Μ., *Μετασχηματισμοί της υποκειμενικότητας και καθημερινότητα: μια κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα*, Διδακτορική Διατριβή, Ρέθυμνο, 2003.

Τσαλίκογλου Φ., *Ο Μύθος του Επικινδύνου Ψυχασθενή*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1987.

Τσίρος, Ν., *Κοινωνιολογικοί Αναστοχασμοί για το Πολιτικό και το Δίκαιο: Η Συστημική Θεωρία του Niklas Luhmann*, Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή, 2005.

Taussig, M., «Η πραγμοποίηση και η συνείδηση των ασθενών», στο: *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας*, επιμ., εισ., Α. Αθανασίου, Νήσος, Αθήνα, 2011.

Tenon, J., *Mimoire sur les hopiiaux de Paris*, (1788), Assistance publique des hopitaux de Paris, Παρίσι, 1998.

Thiels, C., «Forced treatment of patients with anorexia», *Current Opinion in Psychiatry*, τόμος 21, τεύχος 5, 2008.

Trieman, N., «"Difficult to place" patients», επίμ. J. Leff, *Care in the Community: Illusion or Reality*?, Willey, Λονδίνο, 1997.

Trieman, N. and Leff, J., «Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPS project 24», *Psychological Medicine*, τεύχος 26, 1996.

Trostle, A., J., «Medical Compliance as an Ideology», *Social Science and Medicine*, τόμος 27, τεύχος 12, 1988.

Turner B., *Medical Power and Social Knowledge*, Sage, London, 1987.

Turner, J., C., Ten Hoor, W., J., «The NIMH community support program: pilot approach to a needed social reform», *Schizophrenia Bulletin*, τεύχος 4, 1978.

Ullrich, S., Yang, M., Coid, J., «Dangerous and severe personality disorder: An investigation of the construct», *International Journal of Law and Psychiatry*, τόμος 33, 2010.

Vosicas, V., and al., «Study of factors influencing involuntary admissions in a psychiatric department», *Psychiatriki*, τόμος 14, τεύχος 2, 2003.

Φυτράκης, Ε., «Εισαγγελική Αρμοδιότητα και Δικαστική Εγγύηση στον Ψυχιατρικό Εγκλεισμό», *Ποινικά Χρονικά*, 2007.

Φυτράκης, Ε., «Η ακούσια νοσηλεία σήμερα: μια μαύρη τρύπα στο κράτος δικαίου», *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τεύχος 100, 2007.

Φωτόπουλος, Ν., «Από τον μονοδιάστατο άνθρωπο στην αποικιοποίηση», στο: *Κοινωνική Σκέψη και Νεοτερικότητα*, επιμ. Σ. Κονιόρδος, Gutenberg, Αθήνα, 2010.

Χιωτάκης, Σ., *Για Μια Κοινωνιολογία των Ελευθέριων Επαγγελμάτων, Επιστημονική Επαγγελματοποίηση των Ιατρικών Υπηρεσιών*, Οδυσσέας, Αθήνα, 1994.

Χονδρός, Π., Στυλιανίδης, Στ., «Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», στο: Στυλιανίδης, Στ., και συνεργάτες, *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής ψυχιατρικής*, Τόπος, Αθήνα, 2014.

Χριστοδούλου Γ. Ν., *Ψυχιατρική*, Βήτα, Αθήνα, 2000.

Χριστούλη, Β., «Νομικοί-Δικαστικοί περιορισμοί αλλά και δυνατότητες αντιμετώπισης στους ψυχικά πάσχοντες», Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου, τόμος 2, τεύχος 1, 2004.

Xiong, G., L., and al., «Predictors of decertification from involuntary hospitalization for patients with bipolar disorder», *Psychiatric Services*, τόμος 61, τεύχος 2, 2010.

Ψαλιδόπουλος Μ., «Η Θεματοποίηση της Ανεργίας στην Οικονομική Θεωρία», *Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα, 1998.

Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία της Σχιζοφρένειας, επιμ. Ι. Βαρτζόπουλος, Στ. Στυλιανίδης, Καστανιώτη, Αθήνα, 2008.

Wales, H., Hiday, V., «PLC or TLC: Is Outpatient Commitment the/an Answer?», *International Journal of Law and Psychiatry*, τόμος 29, 2006.

Way, B., Banks, S., «Clinical factors related to admission and release decisions in psychiatric emergency services», *Psychiatrıc Services*, τόμος 52, τεύχος 2, 2001.

Wells, W., Schafer, J., *Officer perceptions of police responses to persons with a mental illness*, Center for the Study of Crime, Southern Illinois University Carbondale, Carbondale, Illinois, USA, στο: emeraldinsight.com.

Wilkinson, T., «Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην ενδονοσοκομειακή νοσηλεία», στο *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής*, τόμος Γ., επιμ. Γ. Τσιάντης, Σ. Μανωλόπουλος, Καστανιώτης, Αθήνα, 1989.

Wingerson, D., and al., «Use of psychiatric emergency services and enrollment status in a public managed mental health care plan», *Psychiatric Services*, τόμος 52, τεύχος 11, 2001.

Witz, K., G., Goodwin, D., R., Hart, R,. S., Thomas, S., H., «An Essentialist Methodology in Education-Related Research Using In-Depth Interviews», *Journal of Curriculum Studies*, τόμος 33, τεύχος 2, 2001.