



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ & ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

Π.Μ.Σ. «ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ».

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΚΑΙ
Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ».**

ΑΘΗΝΑ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2016.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ: ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ.

ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΣΑΚΕΛΛΑΡΟΠΟΥΛΟΣ: ΜΕΛΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ.

ΜΑΡΙΑΝΘΗ ΚΟΤΕΑ: ΜΕΛΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

ΧΡΗΣΤΟΣ ΤΣΟΤΣΟΣ.

A.M. 0314M013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:	
Η ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΩΣ ΔΙΑΚΡΙΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ.	
1. ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΗΣ «ΤΡΕΛΑΣ».....	8
2. ΤΟ ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΔΥΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:	
ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.	
1. ΤΟ ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΚΑΙ Η ΠΑΡΑΚΑΤΑΘΗΚΗ ΤΟΥ.....	23
2. Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙ ΙΜΠΕΡΙΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ.....	34
3. ΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΕΣ ΤΟΥΣ.....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:	
Ο ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ.	
1. Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ.....	46
2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ.....	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:	
ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΥΛΙΑΚΗ «ΘΕΡΑΠΕΙΑ» ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.	
1. Η ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΕΙΟΥ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΘΕΣΜΟΥ.....	64
2. ΤΑ ΘΕΜΕΛΙΩΔΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	74
ΕΠΛΟΓΟΣ.....	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η «τρέλα» απασχολούσε πάντοτε την ανθρωπότητα, αυτό που διέφερε στις εκάστοτε ιστορικές περιόδους ήταν η σημασία που τις απέδιδαν οι άνθρωποι, οι τρόποι που την ερμήνευαν και την κατανοούσαν και οι μέθοδοι που υιοθετούσαν για την αντιμετώπισή της. Προκειμένου να αντιληφθούμε την μεταβαλλόμενη πρόσληψη της ψυχικής «ασθένειας» διαμέσου των αιώνων και την αντίστοιχη κάθε φορά διαχείρισή της οφείλουμε να εστιάσουμε στη διερεύνηση κάποιων βασικών παραμέτρων.

Πώς άραγε καθορίζονται τα δυσδιάκριτα όρια ανάμεσα στο «φυσιολογικό και το ψυχοπαθολογικό»; Μέσα σε ποια ιστορικά συμφραζόμενα οικοδομήθηκαν άσυλα στα οποία στοιβάχθηκαν όσοι θεωρήθηκαν ψυχικά «ασθενείς» και εντός των οποίων χαρακτηρίστηκαν και ταξινομήθηκαν συγκεκριμένες ανθρώπινες συμπεριφορές ως διαταραγμένες και συνεπώς χρήζουσες απαραίτητως θεραπευτικής παρέμβασης. Πώς φθάσαμε στον κοινωνικό στιγματισμό και την απομόνωση του «διαφορετικού» και στην επιβολή μιας κοινωνικά επιθυμητής, «ακίνδυνης» και ταυτόχρονα ισοπεδωτικής ομοιομορφίας; Πώς καταλήξαμε στο χαρακτηρισμό των ψυχικά «ασθενών» ως συλλήβδην επικίνδυνων και απροσάρμοστων στις δεδομένες κάθε φορά κοινωνικές συνθήκες μέσα από αρνητικές κοινωνικές αναπαραστάσεις, από βαθιά εδραιωμένα στερεότυπα και αδικαιολόγητες προκαταλήψεις; Πώς πραγματώνεται η συγκρότηση της επιστημονικής γνώσης και η παραγωγή του επιστημονικού «λόγου» στις εκάστοτε κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες; Είναι εφικτό να συλλογιστούμε την επιστημονική γνώση κάθε εποχής δίχως να αναλογιστούμε τα επιμέρους εξουσιαστικά δίκτυα που την περιστοιχίζουν, τη διαμορφώνουν και την επικαθορίζουν;

Η απάντηση όλων αυτών των επιτακτικών ερωτημάτων θα επιχειρηθεί μέσα από μία απόπειρα κριτικής ανασκόπησης της πρόσληψης της ψυχικής νόσου από την κλασική αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας, με πλαίσιο αναφοράς τον ευρωπαϊκό χώρο. Μέσα από μια κοινωνιολογική, πολιτική, επιστημολογική και ιστορική προσέγγιση της ψυχιατρικής γνώσης θα επισημανθεί τη συνεπάγεται για τους ψυχικά «ασθενείς» το γεγονός της διάγνωσης που τους αποδίδεται από τους ειδικούς. Θα εστιάσουμε δηλαδή στον τρόπο που τα ίδια τα χαρακτηριζόμενα υποκείμενα εκλαμβάνουν, νοσηματοδοτούν και βιώνουν αυτή τη «διαφορετικότητά» τους.

Επιπλέον, θα αναφερθούμε στην πολύπλευρη προσπάθεια ελέγχου αυτής της «διαφορετικότητας» μέσω του ακούσιου εγκλεισμού των φορέων της και μέσω της αναγκαστικής συμμόρφωσής τους στις απαιτήσεις της κυρίαρχης ιδεολογίας που επιτάσσει μια συγκεκριμένη σε κάθε εποχή θέαση του κόσμου και της πραγματικότητας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας, μέσα από μια εκτεταμένη αναζήτηση και σύνθεση βιβλιογραφικών πηγών, είναι η διερεύνηση των συνθηκών που επέτρεψαν την ανάδυση της ψυχιατρικής και τη συγκρότησή της ως αυτόνομου επιστημονικού πεδίου. Μέσα από μια κριτική παρουσίαση των διαγνωστικών μεθόδων και των θεραπευτικών τεχνικών που υιοθετεί και εφαρμόζει διαχρονικά η ψυχιατρική θα υποστηριχθεί ότι οδεύουμε σε μια άνευ προηγουμένου ψυχιατρικοποίηση της ανθρώπινης εμπειρίας και σε έναν πρωτόφαντο διαγνωστικό πληθωρισμό. Ακόμη θα προταθούν τρόποι για τον εκδημοκρατισμό και τον εκσυγχρονισμό της ψυχιατρικής πράξης ώστε τελικά να επιτευχθεί μια άμβλυνση του κοινωνικού στιγματισμού που σχεδόν πάντοτε τη συνοδεύει. Ας μη λησμονούμε όλους αυτούς τους ανθρώπους που η ψυχική τους οδύνη ήρθε αντιμέτωπη με τη σκαλιότητα του εγκλεισμού σε στιγμές αυθαιρεσίας και άσκησης παρωχημένων, αναξιόπιστων και αναποτελεσματικών θεραπευτικών πρακτικών.

Ασφαλώς μέσα από την παρούσα κριτική προσέγγιση της ψυχιατρικής δεν επιδιώκεται μια ισοπεδωτική και μηδενιστική ανάγνωση του αξιόλογου έργου και της σημαντικής προσφοράς αρκετών ψυχιάτρων που έχουν βελτιώσει ριζικά την ποιότητα της ζωής πολλών ανθρώπων. Δε μπορεί κανείς αβασάνιστα και αβίαστα να αποσιωπήσει ή να παραβλέψει την κατάσταση ψυχικής αποδιοργάνωσης στην οποία περιέχονται ορισμένοι άνθρωποι που υποφέρουν. Καταγγέλλοντας τον αυταρχισμό και τις εξουσιαστικές πρακτικές που ασκεί διαχρονικά η ψυχιατρική σε καμία περίπτωση δεν επιδιώκουμε να μειώσουμε την ουσιαστική συνεισφορά της. Σκοπός μας είναι μια καλοπροαίρετη και εποικοδομητική αποτίμηση του τρόπου άσκησης της ψυχιατρικής και η ανάδειξη ορισμένων ανεπαρκειών και δυσλειτουργιών της.

Κλείνοντας εδώ, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους καθηγητές μου για την αγαστή συνεργασία και τις πάντοτε εύστοχες υποδείξεις και επισημάνσεις τους. Τους αφιερώνω το παρόν πόνημα σε αναγνώριση της πνευματικής οφειλής μου. Τέλος, να εκφράσω ειλικρινά την ευγνωμοσύνη μου στους φίλους μου για τη πραγματικά πολύτιμη και αμέριστη ηθική συμπαράστασή τους.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σαφής προσδιορισμός της έννοιας της υγείας έχει κομβική σημασία για τη ζωή του ανθρώπου, την απρόσκοπτη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του και την αρμονική κοινωνική συμβίωση. Η υγεία καθίσταται πρωταρχικό αγαθό με ιδιαίτερο πολιτικό βάρος αφού η συνεχής βελτίωση, προστασία και διατήρησή της, αποτελεί βασικό στόχο κάθε μορφής συλλογικής οργάνωσης. Η διαφύλαξή της αποτελεί συστατικό όρο του σύγχρονου κράτους πρόνοιας ως αναφαίρετου, αναπαλλοτρίωτου και θεμελιώδους κοινωνικού δικαιώματος.¹

Οι εκάστοτε κυβερνήσεις συνέλαβαν το ζήτημα της υγείας ως ένα πρόσφορο μέσο για να προωθήσουν το αίσθημα της ατομικής ευθύνης σε μια περίοδο αυξανόμενης αποδιοργάνωσης και ανασφάλειας. Από τα τέλη της δεκαετίας του 1970 οι υπέρμαχοι της νέας δημόσιας υγείας προωθούν τον ορισμό που καθιέρωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) για να νομιμοποιήσουν την επέκταση της κρατικής ιατρικής παρέμβασης σε ευρύτερες περιοχές της κοινωνικής ζωής.²

Η διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς και η εκδήλωσή της οφείλει να εναρμονίζεται με έξωθεν συνθήκες επιβαλλόμενες από την κοινωνία και το κράτος. Αυτό το πρότυπο αποτελεί πλέον συστατικό όρο του σύγχρονου υποκειμένου και ακρογωνιαίος λίθος του εδραιωμένου κοινωνικού δεσμού. Σταδιακά διαμορφώθηκε μια πραγματικότητα προσαρμοσμένη στις απαιτήσεις ενός κοινωνικού περιβάλλοντος το οποίο έχει εξορθολογήσει πλήρως όλες τις πρακτικές του. Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις «παράγουν» μια πραγματικότητα η οποία με τη σειρά της χρησιμεύει ως βάση για την επαλήθευσή τους. Η ιατρική γλώσσα που είναι ενσωματωμένη στις ερευνητικές και κλινικές πρακτικές συγκροτεί αυτά τα «παθολογικά» φαινόμενα που επιδιώκει να εξηγήσει.

¹ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας (Π.Ο.Υ.1979) ο στόχος της διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι «...να εξασφαλίσει ότι ο κάθε ασθενής λαμβάνει εκείνο των συνδυασμό διαγνωστικών μέσων και θεραπευτικών τεχνικών, που έχει τις περισσότερες πιθανότητες να αποδώσει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα φροντίδας και υγείας για τον συγκεκριμένο ασθενή». Η παραπάνω διατύπωση του περιεχομένου της έννοιας της υγείας από τον Π.Ο.Υ. προδίδει μια μαξιμαλιστική αντίληψη που δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί σε πραγματιστικό επίπεδο. Ο εν λόγω ορισμός φαντάζει υπερβολικά ευρύς και φιλόδοξος, αφού η συνολική «ευεξία» που επαγγέλλεται είναι συνάρτηση ετερόκλητων παραγόντων, η διασφάλιση των οποίων δεν είναι καθόλου εύκολη υπόθεση.

² Στη θεωρία έχουν κατά καιρούς προταθεί διαφορετικοί ορισμοί με επικρατέστερο αυτόν που περιλαμβάνεται στο προοίμιο του καταστατικού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας του 1946 σύμφωνα με το οποίο ως υγεία νοείται «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απολύτρωση από κάθε ασθένεια ή αναπηρία».

Σαφέστατα η ψυχική «ασθένεια» αντιμετωπίζεται σύμφωνα με τις προδιαγραφές μιας αιτιοκρατικής προσέγγισης διότι το κυρίαρχο θετικιστικό «παράδειγμα» φαίνεται ότι έχει αφήσει ανεξίτηλα τα σημάδια του στη σημερινή επιστημονική σκέψη. Η στάση αυτή προκύπτει φιλοσοφικά από το γνωστό καρτεσιανό δυισμό δηλαδή από μια δυτική μεθοδολογική και επιστημολογική διάκριση μεταξύ σώματος και πνεύματος η οποία προσδιόρισε τα γνωστικά αντικείμενα και ενδιαφέροντα των κοινωνικών επιστημών από τη μια και των φυσικών από την άλλη. Το ανθρώπινο σώμα εκλαμβάνεται αρχικά ως ένα αναπόσπαστο μέρος της φύσης που δεν είναι δυνατό να αποτελέσει αντικείμενο μελέτης, πέραν της ιατρικής, των κοινωνικών επιστημών. Αρχικά τοποθετείται σε υποδεέστερη θέση σε σχέση με το πνεύμα και εκλαμβάνεται ως ένα υλικό περίβλημα που παγιδεύει το πνεύμα και το εγκλωβίζει στις χαμερπείς επιδιώξεις του. Η μονοδιάστατη αυτή αντίληψη διαμορφώθηκε από την παραδοσιακή μονοπωλιακή ενασχόληση με το ανθρώπινο σώμα από τις θετικές επιστήμες οι οποίες το κατέταξαν πρόωρα και αυθαίρετα ως ένα δικό τους αποκλειστικό πεδίο έρευνας και παρέμβασης θέτοντας έτσι στο περιθώριο τις κοινωνικές επιστήμες.³

Οι ασθένειες της ψυχής και του σώματος έχουν αποτελέσει αντικείμενο προσοχής και διαπραγμάτευσης από ετερόκλητα συστήματα ιδεών και αντιλήψεων στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας πολύ πριν η μοντέρνα ιατρική τις αναδείξει, τις επαναπροσδιορίσει και τις οικειοποιηθεί ως αποκλειστικά δικό της προνομιακό πεδίο επιστημονικής ενασχόλησης και παρέμβασης. Δεν υπάρχει μια καθολικά αποδεκτή άποψη ως προς το τι σημαίνει ο όρος «ψυχικό νόσημα» και ποια είναι η συμπεριφορά εκείνη που θα δικαιολογούσε την απόδοση αυτού του χαρακτηρισμού και την εφαρμογή του σε ατομικές περιπτώσεις. Κάθε απόπειρα εννοιολογικής αποσαφήνισης της «ψυχικής ασθένειας» προσκρούει σε επιστημολογικά, πολιτισμικά και μεθοδολογικά προβλήματα. Η ασάφεια και η πολυσημία που περικλείουν αυτό τον όρο ανάγουν σε δύσκολο στόχο την προσπάθεια αυτή εφόσον ο όρος αυτός δεν επιδέχεται έναν σαφώς οριοθετημένο ορισμό που να χρησιμοποιείται με εχέγγυα οικουμενικής και διαχρονικής ισχύος.⁴

³ Η διχοτόμηση του υποκειμένου σε σώμα και ψυχή εγκλώβισε την επιστημονική σκέψη σε έναν απλουστευτικό και διασπαστικό συλλογισμό. Βλ. την εύληπτη εισαγωγή στο: Αλεξιάς, Γ. (2011), Κοινωνιολογία του σώματος: Από τον "άνθρωπο του Νεότερνταλ" στον "εξολοθρευτή", Αθήνα: Πεδίο.

⁴ Ρηγάτος, Γ. (2014), Βαδίζοντας προς την τρέλα: Περιγραφές από τη λογοτεχνία με προθέσεις κοινωνικής παρέμβασης. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις. σελ. 3-4.

Η σύγχρονη ψυχιατρική συγκροτεί επίσημα ένα ανεξάρτητο πεδίο άσκησης εξουσίας επηρεάζοντας σε καθοριστικό βαθμό την καθημερινή ζωή των ανθρώπων και τη διαμόρφωση των εμπειριών τους. Σήμερα πια δε φαίνεται να ορρωδεί μπροστά στην επέκταση της επιρροής που ασκεί και στη δύναμη ονοματοθεσίας που τόσο αφειδώλευτα διαθέτει. Αντίθετα δείχνει να επιδιώκει και να επικροτεί τη συνεχή επέκταση της εξουσίας της γεγονός που μετατρέπει τον απλό άνθρωπο σε ένα ευτελές άθυρμα εγκλωβισμένο στις πανίσχυρες εξουσιαστικές δομές της. Οι διαγνωστικές κατηγορίες της ψυχιατρικής νοσογραφίας αναδύονται μέσα από την ασάφεια, την απροσδιοριστία και την έλλειψη κριτηρίων αντικειμενικού κύρους. Το μείζον θέμα της ψυχιατρικής αυθαιρεσίας είναι ανεξάντλητο. Ορισμένες μόνο από τις ποικίλες εκφάνσεις του είναι η διαδικασία του ακούσιου εγκλεισμού, οι απογοητευτικές συνθήκες που επικρατούν στα περισσότερα ψυχιατρικά ιδρύματα, η συστηματική και κατάφωρη παραβίαση των απaráγραπτων, θεμελιωδών δικαιωμάτων των μακροχρόνια έγκλειστων ασθενών.⁵

Όλες οι θέσεις που υποστηρίζονται στο παρόν πόνημα συγκλίνουν στη διαπίστωση μιας διαρκώς εντεινόμενης ψυχιατρικοποίησης των καθημερινών εμπειριών μας εξαιτίας του νευραλγικού «ρόλου» που διαδραματίζει η ψυχιατρική στη ζωή μας. Ανεξάρτητα από την πηγή προέλευσης του ψυχικού πόνου και από το αν αυτός είναι προϊόν ενδοψυχικών ή κοινωνικών συγκρούσεων κάποιοι άνθρωποι, δίχως τους προστατευτικούς μηχανισμούς του «φυσιολογικού» ατόμου, είναι εντελώς εκτεθειμένοι στη συνεχή απειλή μιας βαθιάς δυσφορίας. Όσο κι αν η οδύνη είναι αναμενομένη και χαρακτηριστικό του ανθρώπινου βίου, όσο κι αν ο κάθε άνθρωπος προσπαθεί απεγνωσμένα να υπερβεί την αέναη κατάσταση οδύνης που αδιάλειπτα βιώνει υπάρχουν ορισμένες περιπτώσεις όπου η κατάσταση αυτή αγγίζει τα όρια της αδυναμίας ύπαρξης. Ποιες είναι οι λύσεις που θα δώσει σε αυτά τα φλέγοντα ζητήματα η ψυχιατρική αποκαθαρμένη από αλλότρια συμφέροντα και επιμέρους επιδιώξεις; Πώς θα μπορέσει να επιτύχει τους φιλόδοξους στόχους της σεβόμενη ταυτόχρονα την υποκειμενικότητα του ατόμου; Πώς θα χειραγωγήσει την καταστροφική οδύνη χωρίς να εξουδετερώσει τους φυσικούς φορείς της; Είναι τελικά εφικτό η ψυχιατρική να μετατραπεί σε μια πραγματικά απελευθερωτική, χειραφετητική επιστήμη με έναν σαφή ουμανιστικό προσανατολισμό;

⁵ Τσαλίκoglou, Φ. (1987), Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή: Οι λειτουργίες μιας κοινωνικής κατασκευής, Αθήνα: Παπαζήσης. σελ. 115-118.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:

Η ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΩΣ ΔΙΑΚΡΙΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ.

1. ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΗΣ «ΤΡΕΛΛΑΣ».

Η σύντομη ιστορική αναδρομή που ακολουθεί εστιάζεται κυρίως στον ευρωπαϊκό χώρο αντανακλώντας τις απόπειρες που έχουν καταγραφεί κατά τη διάρκεια των περασμένων αιώνων για την ερμηνεία και την αντιμετώπιση της αλλόκοτης και ασυνήθιστης ανθρώπινης συμπεριφοράς. Το πανανθρώπινο αίτημα για ανακούφιση από την ψυχική οδύνη βρήκε διάφορες απαντήσεις σε κάθε εποχή της ιστορίας ανάλογα με την κοινωνική, πολιτική και πολιτισμική θέση του κόσμου και των ανεξήγητων φαινομένων του που ενστερνιζόταν ο κάθε επιμέρους πολιτισμός.⁶

Πριν από την περίοδο της κλασικής αρχαιότητας η κυρίαρχη αντίληψη για τα φαινόμενα που γίνονται αντιληπτά σαν εκδηλωτικά κάποιας ψυχικής διαταραχής βρίσκεται σε άμεση εξάρτηση από τη θρησκεία. Πίσω από την διαφοροποιημένη συμπεριφορά ανιχνεύεται κάποια υπερφυσική, θεϊκή ή δαιμονική, παρουσία. Ο ψυχικά ασθενής εμφανίζεται σαν ένας παθητικός δέκτης ξένων δυνάμεων που προσδιορίζουν αποφασιστικά τη συμπεριφορά του δίχως ο ίδιος να μπορεί να τις ελέγξει ή να τις μεταβάλλει. Εμφανίζεται δηλαδή σαν ένα έρμαιο «τυφλών» δυνάμεων που τείνουν εξ ολοκλήρου να τον εξουσιάζουν. Η αντίληψη πως οι ψυχικές ασθένειες οφείλονται στην αρνητική επίδραση ανώτερων δυνάμεων οδηγούσε στο χαρακτηρισμό των ασθενών αυτών ως «δαιμονισμένων» και έτσι τη θεραπεία τους αναλάμβαναν μάντεις ή ιερείς. Εκείνη την εποχή θεωρούσαν τις ψυχικές ασθένειες ως τιμωρία των θεών εξαιτίας κάποιας προσβολής τους και για αυτό οι θεραπείες εμπεριείχαν εξορκισμούς και μαγικοθρησκευτικές τελετές.

Ο ειδικός που ασχολούνταν με τους ψυχικά αρρώστους στις πρωτόγονες κοινωνίες ήταν ο «σαμάνος». Είναι άτομο προικισμένο να πέφτει σε έκσταση, με τη

⁶ Είναι αξιοσημείωτο ότι οι δύο γνωστότερες και επικρατέστερες ερμηνείες της ψυχικής διαταραχής, με στήριγμα τη θεολογία ή την ιατρική, μοιράζονται ένα κοινό χαρακτηριστικό. Αμφότερες διαθέτουν εννοιολογικά συστήματα εξήγησης του φαινομένου που επιτρέπουν στη κοινωνία να απομονώσει τα άτομα με την ασυνήθιστη συμπεριφορά. Είτε «άρρωστα» είτε «δαιμονισμένα», η υπαγωγή τους σε μια τέτοια κατηγορία εξαλείφει την ανάγκη για επικοινωνία και συναλλαγή μαζί τους.

χρήση διαφορών ουσιών, κατά την οποία υποτίθεται ότι επικοινωνούσε με τα παθογόνα πνεύματα (προγονικά, θεϊκά, δαιμονικά) που είχαν κυριεύσει την ψυχή και το σώμα του ανθρώπου και τα υποχρέωνε να το εγκαταλείψουν. Από αυτήν την ανορθολογική αντίληψη του διαφορετικού απορρέει με τρόπο φυσικό και αβίαστο η «θεραπευτική» πρακτική που της αντιστοιχεί. Μια υπερφυσική δύναμη δεν αντιμετωπίζεται με βίαια μέσα. Δεν πειθαναγκάζεται ούτε τρομοκρατείται παρά μόνο εξευμενίζεται με προσευχές, μακροχρόνιες νηστείες και τελετουργικές θυσίες αγαθών και ζώων.⁷

Στην αρχαία Ελλάδα ψυχιατρική φροντίδα παρείχαν οι ιερείς του θεού Ασκληπιού στους ναούς - θεραπευτήρια που ονομάζονταν Ασκληπιεία. Στα κέντρα αυτά κατέφευγαν όλων των ειδών οι αρρώστοι αλλά κυρίως αυτοί με παθήσεις που δεν μπορούσαν να θεραπευτούν με τα μέσα που διέθεταν οι κοινοί γιατροί. Μία από τις πιο αποτελεσματικές μεθόδους θεραπείας ψυχιατρικών διαταραχών στα Ασκληπιεία ήταν η ερμηνεία των ονείρων τόσο του αρρώστου όσο και του μύστη που αναλάμβανε τη θεραπεία του. Όνειρα που χρησίμευαν ως μέσα επικοινωνίας με κάποια θεότητα που είχε σχέση με την αρρώστια ή όνειρα που αντανάκλασαν την ψυχολογική κατάσταση του αρρώστου υποδεικνύοντας συγχρόνως την μεταφυσικής της αιτιολογία. Με βάση αυτή τη μέθοδο ο ασθενής έμπαινε σε ένα ναό όπου μέσα από μια διαδικασία αυτοκάθαρσης και αυτοσυγκέντρωσης και με τη συμβολή της επίδρασης διουρητικών, καθαρτικών και υπνωτικών βοτάνων έφτανε σε μια κατάσταση ύπνωσης που καθιστούσε δυνατή την επικοινωνία με το θεό.

Αυτή η κυρίαρχη αντίληψη αρχίζει να τροποποιείται γύρω στο 5ο αιώνα π.Χ. σε μια προσπάθεια να αποδώσουμε την ακατάληπτη συμπεριφορά σε παθολογικά αίτια. Πρωτεργάτης αυτής της προσπάθειας είναι ο πατέρας της ιατρικής, ο Ιπποκράτης. Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) υποστήριξε ότι οι αρρώστιες, τόσο οι σωματικές όσο και οι ψυχικές, δεν ήταν θεόσταλτες ούτε άμεσο αποτέλεσμα κακόβουλων ενεργειών απόκοσμων και υπερφυσικών οντοτήτων. Τις θεωρούσε απότοκο κάποιας οργανικής δυσλειτουργίας ή δυσμενούς επίδρασης του φυσικού περιβάλλοντος στον οργανισμό και το σώμα του ανθρώπου. Εκείνος πρώτος περιέγραψε τις κύριες ψυχικές διαταραχές, τις λεγόμενες φρενίτιδες, δίνοντας τους ονόματα που χρησιμοποιούνται μέχρι και σήμερα, όπως: Μανία, Υστερία, Μελαγχολία, Άνοια και Επιληψία (Ιερά Νόσος). Θεωρούσε ότι η

⁷ Porter, R. (2003). *Madness: A Brief History*. New York, NY: Oxford University Press. σελ. 11-22.

ψυχική ασθένεια προερχόταν από την ανισορροπία των τεσσάρων σωματικών χυμών (αίμα, κίτρινη χολή, μαύρη χολή και φλέμα). Κατά τον ίδιο οι περισσότερες ψυχικές διαταραχές οφείλονται σε κάποια ανώμαλη έκκριση, σύσταση ή θερμοκρασία των χυμών του σώματος δηλαδή του αίματος, του φλέγματος, της κίτρινης και της μαύρης χολής. Η αναλογία των σωματικών αυτών χυμών προσδιορίζει και τον ανθρώπινο χαρακτήρα που κατά το ιπποκράτειο σύστημα διακρίνεται σε αιματώδη (αισιόδοξο τύπο), φλεγματικό (πράο τύπο), χολερικό (ευέξαπτο τύπο) και μελαγχολικό (καταθλιπτικό τύπο).⁸ Ο Γαληνός, (2ος μ.Χ. αιώνας), η σκέψη του οποίου επηρέασε την άσκηση της ιατρικής μέχρι την αναγέννηση ακολούθησε τις πρακτικές του Ιπποκράτη δίνοντας όμως μεγαλύτερη έμφαση στη λειτουργία του εγκεφάλου στον οποίο και αναζήτησε τα αίτια των ψυχικών νόσων. Επί επτακόσια χρόνια από τον Ιπποκράτη μέχρι τον Γαληνό οι ψυχικά ασθενείς αντιμετωπίζονταν με κάποιο βαθμό ανθρωπισμού και συγκατάβασης.

Με την εμφάνιση του χριστιανισμού τη θέση των Ασκληπιείων πήραν τα φρενοκομεία. Αν όμως μετά από κάποια χρόνια εγκλεισμού τους στα φρενοκομεία δεν είχαν θεραπευτεί τότε οι ψυχικά ασθενείς απομακρύνονταν και περιπλανιόντουσαν ή έβρισκαν καταφύγιο σε κάποιο μοναστήρι.⁹ Η νοσηλεία στα φρενοκομεία περιλάμβανε δέσιμο με αλυσίδες, ζουρλομανδύες, ψυχρολουσίες και άθλιες συνθήκες υγιεινής. Στα μοναστήρια τη νοσηλεία αναλάμβαναν εμπειρικοί γιατροί, ιερείς ή μοναχοί και η δαιμονολογία σχετικά με την ψυχική ασθένεια ήταν και πάλι κυρίαρχη.

Πριν από τη διάδοση των φρενοκομείων στην ελληνική επικράτεια όσο και στις ελληνικές κοινότητες της Οθωμανικής αυτοκρατορίας η αντιμετώπιση της ψυχοπάθειας βασιζόταν κυρίως στην εκκλησιαστική, θρησκευτική παράδοση. Στα βυζαντινά χρόνια η ψυχική ασθένεια θεωρούνταν επίσης ως φορέας θεϊκού μηνύματος ή έκφραση δαιμονισμού. Στον ελλαδικό χώρο πολλοί τόποι θεωρήθηκαν ως σημεία εξαγνισμού με την έννοια της απαλλαγής της ψυχής από τα δαιμόνια που την είχαν κυριεύσει. Σε εκκλησίες και σε μοναστήρια αναπτύχθηκαν τελετουργικά και ειδικές πρακτικές εξαγνισμού όπως η νηστεία, η προσευχή και η ακινητοποίηση με ειδικούς κρίκους. Πολλά μοναστήρια λειτουργούσαν σαν μικρά άσυλα ακόμα και μετά την εμφάνιση των

⁸ Scull, A. (2015). *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*: Princeton University Press. σελ. 18-24.

⁹ Σε κάποιες περιοχές οι ψυχικά ασθενείς διατηρούσαν μια περιθωριακή θέση και εφόσον η συμπεριφορά τους δε σκανδάλιζε και δεν εκλαμβανόταν ως επικίνδυνη τους φρόντιζαν οι οικογένειές τους.

τυπικών ψυχιατρικών ασύλων. Η φροντίδα των μοναχών διαπνεόταν από ανθρωπιστικό πνεύμα. Η θεραπεία στα μοναστήρια ήταν κυρίως «πνευματική» και όχι σωματική. Παρεχόταν φαγητό, ανάπαυση και γαλήνη στους ασθενείς μέσα σε μια ατμόσφαιρα συγκατάβασης και ταπεινότητας. Ο μοναστικός βίος ήταν όμως μόνο μια εξαίρεση στην αυταρχική και αυθαίρετη εξουσία της εκκλησίας.

Μετάπειτα η έλευση του μεσαίωνα χαρακτηρίζεται από εμμονή στη δαιμονολογία και την ερμηνεία της ανεξήγητης συμπεριφοράς με την επέμβαση των κακών πνευμάτων. Στην αρχή αυτής της περιόδου ήταν γενικά αποδεκτό ότι τα άτομα με αλλόκοτη συμπεριφορά είχαν ψυχικά προβλήματα και έπρεπε να αντιμετωπίζονται με καλοσύνη και πραότητα. Αργότερα όμως κυριαρχεί μια βίαιη σύγκρουση ανάμεσα στη μαγεία από τη μια που ήταν η κυριαρχία του διαβόλου και την αγνή πίστη από την άλλη που ήταν η κυριαρχία του θεού. Επικρατεί τότε η πεποίθηση ότι τα άτομα με αλλοπρόσαλλη συμπεριφορά καθοδηγούνται από «κακά» πνεύματα με αποτέλεσμα σε αυτές τις ατυχείς περιπτώσεις να εφαρμόζονται βασανιστήρια απίστευτης σκαιότητας. Την περίοδο εκείνη πολλοί άνθρωποι καταδικαστήκαν σε ισόβια δεσμά, βασανίστηκαν φριχτά και τελικά θανατώθηκαν σε δημόσια θέα διότι η ιδιόρρυθμη συμπεριφορά τους αποδόθηκε στη μαγεία. Ο θάνατος στη πυρά έφτασε να αποτελεί τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων αυτών που μέσα τους είχε κατοικήσει το απόκοσμο και ειδεχθές μεταφυσικό κακό.¹⁰

Μέχρι το 15ο αιώνα η δαιμονολογία κυριάρχησε ολοκληρωτικά καθώς είχε συμπαραστάτη την επίσημη εκκλησία και εκτελεστή των βασανιστηρίων και των διά πυράς θανατώσεων το άτεγκτο δικαστήριο της, την Ιερά Εξέταση.¹¹ Στην διάρκεια αυτής της σκοτεινής ιστορικής περιόδου η αντίληψη της ψυχικής αρρώστιας παλινδρομεί στη φάση της προκλασικής περιόδου. Έτσι επιβάλλεται ξανά η αντίληψη που την ορίζει σαν αποτέλεσμα της δράσης υπερφυσικών δυνάμεων με μόνη διαφορά ότι στη θέση της θεότητας της προκλασικής περιόδου τοποθετείται τώρα ο δαίμονας. Η «τρέλα» ήταν ένα

¹⁰ Shorter, E. (2009), Ιστορία της Ψυχιατρικής, Αθήνα: Αρχιπέλαγος. σελ. 132-139 & σελ. 190-196.

¹¹ Κατά τη διάρκεια της αναγέννησης, δύο γερμανοί μοναχοί, ο Γιόχαν Σπρένγκερ (J. Sprenger) και ο Χάινριχ Κρέμερ (H. Kraemer) κωδικοποίησαν τη θεωρία και τους κανόνες της δαιμονολογίας γράφοντας «Το Σφυρί των Μαγισσών» (Malleus Maleficarum), Το βιβλίο αυτό ταύτιζε τις ψυχικές διαταραχές με τη μαγεία και τις θρησκευτικές αιρέσεις. Το σύγγραμμα αυτό υιοθετήθηκε από την Ιερά Εξέταση ως ο επίσημος οδηγός των αποφάσεών της για άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα οποία κατηγορούνταν ως όργανα του διαβόλου και φορείς δαιμονικών δυνάμεων.

θανάσιμο αμάρτημα. Αυτή η θρησκευτική αντίληψη θα κυριαρχήσει μέχρι και τα τέλη του μεσαίωνα οπότε με την έναρξη της διαδικασίας εκφυλισμού της θεοκρατικής εξουσίας θα γίνει δυνατή η παρέμβαση της ιατρικής.¹²

Κατά την αναγέννηση η τρέλα περιλαμβανόταν μέσα στη γενική εμπειρία της μη λογικής και αντιμετωπιζόταν με την απομόνωση όπως και άλλες μορφές «κοινωνικής ανικανότητας» δηλαδή κατηγορίες ατόμων που θεωρούνταν απειλή για την κοινωνική ευταξία και ηθική. Η τρέλα θεωρούνταν αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την μη λογική και οι αναφορές σε αυτήν δεν είχαν τη βάση τους στη σύγχρονη έννοια της λογικής. Ο «τρελός» επικοινωνούσε με το «λογικό» διαμέσου του παραληρήματός του.¹³ Η ψυχιατρική όμως διαμορφώνει μια οργανωμένη τάξη πραγμάτων, μια πραγματικότητα που επιβάλλει ένα φυσικό και ηθικό καταναγκασμό, μια απαίτηση συμμόρφωσης. Ξεχάστηκαν για πάντα οι λέξεις ενός διαλόγου που κάποτε υπήρξε ανάμεσα στον «λογικό» και τον «τρελό», λέξεις ακατάληπτες, ατελείς, ασύντακτες που συνοδεύονταν από τραυλίσματα και οιμωγές. Αυτός ο διάλογος διακόπηκε από την επιστήμη ενώ η γλώσσα της ψυχιατρικής που δημιουργήθηκε πάνω στη σιωπή που επιβλήθηκε στην «τρέλα» επέβαλε το μονόλογο της «λογικής» επί της «τρέλας». Ο σύγχρονος άνθρωπος δεν επικοινωνεί με τον «τρελό». Από τον 18ο αιώνα, όταν η «τρέλα» απέκτησε τη σημασία της ψυχικής νόσου, δεν υφίσταται κοινή γλώσσα ανάμεσα στον «λογικό» και τον «τρελό». Έκτοτε, ο «λογικός» άνθρωπος εξουσιοδοτεί το γιατρό να έρθει σε επαφή με την «τρέλα» μέσα από τις γενικές και αόριστες νοσογραφικές κατηγορίες των ψυχικών διαταραχών αδιαφορώντας για τη βιογραφία και τη γλώσσα του «τρελού».¹⁴

Αργότερα όμως η τρέλα θεωρήθηκε επιλήψιμη και νοσηματοδοτήθηκε κατά ένα τρόπο που διαφέρει παντελώς από την ελευθερία της έκφρασης η οποία τη χαρακτήριζε στη διάρκεια της αναγέννησης. Η διαφοροποίηση της τρέλας από τη λογική, κατά την εποχή του διαφωτισμού, συνιστά ένα σημαντικό ιστορικό συμβάν. Σηματοδοτεί το

¹² Scull, A. (2015). *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*: Princeton University Press. σελ. 50-56.

¹³ Ο στόχος του Foucault μπορεί να οριστεί ως η επιστροφή στον «βαθμό μηδέν της ιστορίας της τρέλας, τη στιγμή που ήταν μια εμπειρία αδιαφοροποίητη». Πριν το 17ο αιώνα η τρέλα και η λογική ήταν σχετικά ενοποιημένα φαινόμενα. Το ερευνητικό του βλέμμα εστίασε στην ιστορική συγκρότηση της λογικής και της τρέλας ως δύο σαφώς διακριτών αναλυτικών κατηγοριών και ξεχωριστών τρόπων ύπαρξης.

¹⁴ Εμείς οι «φυσιολογικοί» έχουμε ανάγκη να διαφοροποιηθούμε από τους «τρελούς» που θα εγκλείσουμε σε άσυλα, θα καταστειλούμε με φάρμακα, θα ακινητοποιήσουμε με ιμάντες ώστε να διαβεβαιώσουμε τους εαυτούς μας ότι ανάμεσά μας παρεμβάλλεται άβυσσος.

σημείο καμπής από το οποίο η σύγχρονη λογική και η ομολογή της νεωτερική επιστήμη αναδύθηκαν για να κυριαρχήσουν στην ανθρώπινη εμπειρία. Η ψυχική παθολογία και οι συνεκδοχές της εξοβελίζονταν από το οπτικό πεδίο και τη σκέψη της πλειονηφίας των υγιών πολιτών. Πρόκειται για την ιστορική συγκρότηση της λογικής και της τρέλας ως ξεχωριστών και διαφορετικών κατηγοριών ύπαρξης ή για την κατασίγαση της τρέλας από την ανάδυση του μονολόγου της λογικής.¹⁵

Με την εξασθένιση της δαιμονολογίας και την επικράτηση του ορθολογισμού, οι ψυχικές διαταραχές θεωρήθηκαν ως αρρώστιες των νεύρων. Το 17ο αιώνα η ψυχιατρική θεραπεία βασιζόταν στις αφαιμάξεις, στους καταιονισμούς και τους καυτηριασμούς. Το 18ο αιώνα μία νέα μέθοδος, ο υπνωτισμός, διδάσκεται από τον Charcot στο Παρίσι για τη θεραπεία της υστερίας. Ο Freud επηρεάστηκε καταλυτικά από τις μεθόδους του Charcot και στράφηκε στη ψυχοθεραπεία των νευρώσεων. Η εισαγωγή της ψυχαναλυτικής θεωρίας τότε παραγκώνισε την νευρολογική άποψη στην Ευρώπη.¹⁶

Από το 16ο αιώνα, με την ανατολή της αναγέννησης και την ανάπτυξη της επιστημονικής σκέψης σημειώνεται μια γενική πρόοδος και μια τάση απομάκρυνσης από τις βάρβαρες αντιλήψεις της δαιμονολογίας. Ο εγκέφαλος καθίσταται το όργανο της νόησης και σε αυτόν αποδίδονται οι βλάβες και οι ανωμαλίες που οδηγούν στις ψυχικές διαταραχές. Η θέση αυτή θα σηματοδοτήσει μια αντίληψη οργανισμικού χαρακτήρα για την ψυχική αρρώστια. Τότε εμφανίζεται η έννοια της ψυχικής νόσου και στα μέσα του 16ου αιώνα ιδρύονται τα πρώτα άσυλα στην Ευρώπη.¹⁷ Το Λονδίνο, το Παρίσι και η Βιέννη αποτελούν τους πρώτους τόπους εμφάνισης αυτών και σταδιακά τα ιδρύματα για την περίθαλψη ατόμων με ψυχικές ασθένειες εξαπλώνονται σε όλη την Ευρώπη. Η κατάσταση εντός των ασύλων, παρά το γεγονός ότι η ίδρυση τους αποτελεί πρόοδο, ήταν απάνθρωπη. Το προσωπικό των ιδρυμάτων αυτών φερόταν με ιδιαίτερη σκληρότητα στους τροφίμους και ήταν συνηθισμένη τακτική να καθηλώνονται με αλυσίδες οι

¹⁵ Στις απαρχές της περιόδου της αναγέννησης, η «τρέλα» συνδέθηκε με κάποιες μεταφυσικές μορφές γνώσης. Υπήρχε η αντίληψη ότι ο Θεός αγαπάει τον τρελό και τον έχει επιλέξει για να λέει την αλήθεια μέσα από τα ακατάληπτα λόγια του. Η «τρέλα» θεωρήθηκε ιερή αφού παρείχε ενόραση για το μέλλον αποτελώντας μια γέφυρα με το θείο.

¹⁶ Porter, R. (2003). *Madness: A Brief History*. New York, NY: Oxford University Press. σελ. 183-190.

¹⁷ Στις απαρχές της αναγέννησης τα ιδρύματα όπου κατέληγαν οι τρελοί ήταν νοσοκομεία για λεπρούς ενώ λίγο αργότερα εμφανίστηκαν τα πρώτα άσυλα τα οποία ουσιαστικά αποτελούσαν καταφύγια που φιλοξενούσαν άπορους, πλάνητες, ανάπηρους και ψυχασθενείς μέσα σε απάνθρωπες συνθήκες. Είναι μια ιστορική φάση κατά την οποία έχουμε μια σειρά ιδρυμάτων βοήθειας και τιμωρίας.

διεγερτικοί ασθενείς. Μέχρι το 18ο αιώνα η κύρια λειτουργία του νοσοκομείου ήταν η πνευματική σωτηρία παρά η περίθαλψη και ανάρρωση του αρρώστου. Από το 18ο αιώνα και ύστερα όμως η εξουσία στο νοσοκομείο δεν ασκείται πια από το θρησκευτικό προσωπικό αλλά περιέρχεται στους γιατρούς οι οποίοι ανέλαβαν την οργάνωσή του σύμφωνα με γραφειοκρατικά πρότυπα εξοβελίζοντας τη μορφή του μοναστηριού που μέχρι τότε χρησίμευε ως οργανωτικό υπόδειγμα. Οι σχέσεις του ιατρικού προσωπικού και των ασθενών ορίστηκαν πέρα από τη σφαίρα της οικειότητας, της χριστιανικής ευσπλαχνίας και έγιναν σχέσεις απρόσωπες και τυποποιημένες.

Το μνημειώδες έργο του Michel Foucault που εκδόθηκε το 1961, είχε τον τίτλο «Ιστορία της τρέλας». Σε αυτό επιχειρείται μία ιστορική αναδρομή της πρόσληψης της τρέλας στις δυτικές κοινωνίες που ξεκινά από το μεσαίωνα και φτάνει μέχρι το 19ο αιώνα. Με το πέρασμα των αιώνων η αντίληψη για την «τρέλα» μεταβάλλεται ανάλογα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές εξελίξεις, τα πολιτικά συμφέροντα και μαζί της μεταβάλλεται ο τρόπος διαχείρισης των τρελών.¹⁸ Το πνεύμα του καπιταλισμού προάγει την επιτήρηση, τον ορθολογισμό, την πειθαρχία. Το υποκείμενο επειδή ακριβώς εκλαμβάνεται ως μια μονάδα παραγωγής υποβάλλεται σε έναν ολοκληρωτικό έλεγχο της συμπεριφοράς του με σκοπό την αύξηση της αποδοτικότητάς του.¹⁹ Εφόσον το σώμα εκκενωνόταν από άσκοπες καταχρήσεις και αλόγιστες, ηδονικές απολαύσεις θα γινόταν υποταγμένο και αποδοτικό, ανταποκρινόμενο απόλυτα στις νέες εργασιακές ανάγκες που ακολούθησαν την εξάπλωση του εργοστασίου και της βιομηχανίας. Η «τρέλα» πλέον άρχισε να γίνεται αντιληπτή ως απώλεια του αυτοελέγχου και όχι ως αλλοίωση της ανθρώπινης υπόστασης όπως θεωρούνταν παλιότερα.²⁰ Κατά τον Foucault οι τρελοί τοποθετούνταν στο άσυλο ως μη παραγωγικά μέλη της κοινότητας. Εντούτοις, τα άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα εισάγονται στα άσυλα μόνο μετά από αδυναμία της οικογένειας να αντιμετωπίσουν την ασθένεια οικονομικά και πρακτικά.

Ο Michel Foucault εξέτασε επισταμένως τις συνθήκες που κατέστησαν δυνατή την εμφάνιση της ψυχιατρικής αναλύοντας την παρακμή του παλαιού καθεστώτος του εγκλεισμού σε ιδρύματα και τη γένεση του ασύλου στα τέλη του 18ου αιώνα. Κατά την

¹⁸ Foucault, M. (2004), Η ιστορία της τρέλας, Αθήνα: Ηριδανός, σελ. 23-27 & σελ. 46-50.

¹⁹ Αθανασίου, Α. (2007), Ζωή στο όριο: Δοκίμια για το σώμα, το φύλο και τη βιοπολιτική, Αθήνα: Εκκρεμές, σελ. 39-46.

²⁰ Foucault, M. (1988), Ψυχική αρρώστια και ψυχολογία, Αθήνα: Ελεύθερος Τύπος, σελ. 24-28.

οξυδερκή ανάλυση του εστίασε στη διαπλοκή των σχέσεων εξουσίας και γνώσης οι οποίες συνέστησαν τους πραγματολογικούς όρους μέσα από τους οποίους οι άνθρωποι συγκροτήθηκαν ως υποκείμενα μέσα από την ιστορική εγχάραξη των σχέσεων αυτών πάνω στο σώμα. Η θέση του είναι ότι η εμφάνιση και η διάχυση των πειθαρχικών τεχνολογιών και οι σχετιζόμενες με αυτές μέθοδοι εξέτασης, παρέμβασης και εξατομίκευσης παρείχαν τις κατάλληλες συνθήκες μέσα στις οποίες αναδύθηκαν οι ανθρωπιστικές επιστήμες. Ο Foucault αντιλαμβάνεται το νεωτερικό υποκείμενο ως μια «πρόσφατη επινόηση», παράγωγο των σχέσεων εξουσίας. Το εξουσιαστικό πλέγμα στο οποίο αναφέρεται δεν είναι ποτέ πλήρες και συνεκτικό. Αντίθετα η εξουσία μεταφέρεται, κυκλοφορεί μέσω των ατόμων τα οποία αποτελούν αποτελέσματα αλλά και διαύλους αυτής καθώς μονίμως υφίστανται και ταυτόχρονα ασκούν εξουσία. Πρόκειται για μια παραγωγική θεώρηση της εξουσίας της οποίας τα αποτελέσματα δεν είναι προβλέψιμα και απτά καθώς ασκείται και μεταβιβάζεται με τρόπο πολυσχιδή και αποσπασματικό.²¹

Ένα σημαντικό γεγονός που προήλθε από την πρόσληψη του ανθρώπου ως αντικειμένου γνώσης ήταν ένας πολλαπλασιασμός των πολιτικών τεχνολογιών που περιζώνουν το σώμα, την υγεία, τις βιοτικές συνθήκες, ολόκληρη την ύπαρξή μας επιβεβαιώνοντας την κυριαρχία των ρυθμιστικών και διορθωτικών μηχανισμών που επιδιώκουν μια απόλυτη ομαλοποίηση του ανθρώπινου βίου.²² Το σώμα του αρρώστου καθίσταται ένα σώμα αντικειμενοποιημένο, καθυποταγμένο μέσω ορισμών, διαγνώσεων και σημείων με το επίχρισμα της επιστήμης. Ένα σώμα τεμαχισμένο, ακατάπαυστα εξεταζόμενο και εποπτευόμενο. Το σώμα περιβάλλεται από ισχυρούς συσχετισμούς εξουσίας οι οποίοι το σημαδεύουν και κατόπιν το μετατρέπουν σε σώμα παραγωγικό και πειθήνιο με αποτέλεσμα να διαμορφώνεται η δυνατότητας μιας «ιστορίας των σωμάτων» και των συνθηκών που διαφοροποιούνται σύμφωνα με τις εκάστοτε ιστορικές και πολιτισμικές συνθήκες.²³

Ο νεοπαγής θεσμός του νοσοκομείου και οι πρωτόγνωρες ιατρικές ερευνητικές δυνατότητες παρείχαν τις πραγματολογικές συνθήκες μέσα στις οποίες κατέστη δυνατή η ανάδυση των επιστημών του ανθρώπου. Κεντρικό ζήτημα για τον Foucault ήταν εκείνο

²¹ Τζανάκης, Μ. (2008), Πέραν του ασύλου: Η κοινοτική ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου. σελ. 31-40.

²² Δοξιάδης, Κύρκος. (2015), Ο Foucault της φιλοσοφίας και της Αριστεράς. Αθήνα: Νήσος. σελ. 151-159.

²³ Αλεξιάς, Γ. (2011), Κοινωνιολογία του σώματος: Από τον "άνθρωπο του Νεότερνταλ" στον "εξολοθρευτή", Αθήνα: Πεδίο. σελ. 216-223.

της μετάλλαξης των μορφών της ιατρικής αντίληψης και γνώσης από μια «ταξινομητική ιατρική» σε μια «ιατρική των συμπτωμάτων» και τελικά σε μια «ανατομική, κλινική ιατρική». Η εμφάνιση της ανατομίας θεωρείται κομβικής σημασίας και κατέστη δυνατή όταν η ιατρική, αγνοώντας την ηθική και θρησκευτική αντίσταση, προχώρησε στην ανατομία πτωμάτων. Η ιατρική δόμησε την ιστορία της προβάλλοντας την εικόνα μιας σταθερής επιστημονικής προόδου προς μια μεγαλύτερη αντικειμενικότητα και ακρίβεια, μιας αναζήτησης της «αλήθειας» για τις σωματικές παθήσεις και τα ψυχικά νοσήματα. Η μετατροπή του σώματος σε αντικείμενο εξέτασης ήταν αποτέλεσμα μιας διαδικασίας που επιτεύχθηκε μέσω της ανατομίας των πτωμάτων και της νέας μορφής παρατήρησης που τη συνόδευσε και την οποία ο Foucault αποκάλεσε «ανατομικό βλέμμα». Από μια τέτοια οπτική γωνία ο ασθενής είναι αποκλειστικά ένα εξωτερικό γεγονός, ένας χώρος που καταλαμβάνεται από τη νόσο. Το «κλινικό βλέμμα» του γιατρού πρέπει να κατευθυνθεί προς την πάθηση και την αναγνώριση των απαραίτητων συμπτωμάτων της.²⁴

Ο ορθολογισμός, θεωρητικό αποκύημα της βιομηχανικής επανάστασης και η ουμανιστική ιδεολογία της ανερχόμενης αστικής κοινωνίας οδήγησαν σε ένα επόμενο στάδιο που συμβολίζεται από τη θρυλική χειρονομία του Pinel, ενός Γάλλου ψυχιάτρου. Ήταν αυτός που κατάργησε πρώτος τις αλυσίδες στα ψυχιατρικά άσυλα μέτρο που αποτέλεσε ορόσημο στην ιστορία της ψυχιατρικής. Επηρεασμένος από τις ιδέες της γαλλικής επανάστασης χάραξε το δρόμο για μια ανθρωπιστική πρακτική στην ψυχιατρική και αναδείχθηκε ως ο θεμελιωτής της λεγόμενης «ηθικής θεραπείας» των ψυχασθενειών που στηριζόταν στην επίδειξη συγκαταβατικότητας και σεβασμού προς τον «άρρωστο». Η «ηθική θεραπεία» διαπνέονταν από μια καινοφανή και αναπάντεχα ριζοσπαστική δεοντολογία αφού πρέσβευε ότι η μεταχείριση των ασθενών έπρεπε να γίνεται πάντα με σεβασμό στην αξιοπρέπεια αυτών. Η άποψη του Pinel ήταν πράγματι προοδευτική για την εποχή της. Θεωρούσε τους ασθενείς άτομα στην πραγματικότητα υγιά τα οποία κάτω από τις πιέσεις που τους ασκούσαν διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες είχαν χάσει την ικανότητα ορθής κρίσης. Υποστήριζε ότι ο περιορισμός των ατόμων αυτών σε ειδικά ιδρύματα τα απομάκρυνε από τους εξωγενείς παράγοντες που τα έκαναν να υποφέρουν.²⁵ Έτσι με την είσοδο στο άσυλο οι συνθήκες αυτές μεταβάλλονται

²⁴ Foucault, M. (2012), Η γέννηση της κλινικής, Αθήνα: Νήσος. σελ. 51-58 & σελ. 69-72.

²⁵ Shorter, E. (2009), Ιστορία της Ψυχιατρικής, Αθήνα: Αρχιπέλαγος. σελ. 124-130.

και μπορούν πλέον τα άτομα να συζητήσουν ατομικά αλλά και σε ομάδες τα προβλήματα τους. Θεωρούσε επίσης μεγάλης θεραπευτικής σημασίας το να λαμβάνουν οι ασθενείς μέρος σε ομαδικές δραστηριότητες μέσα στο άσυλο. Η θεραπευτική αυτή τακτική έδωσε θετικά αποτελέσματα καθώς ένα ποσοστό ασθενών αποκαταστάθηκε. Η τακτική αυτή είχε μέσα της σπέρματα πολλών νεότερων αντιλήψεων αφού η «ηθική θεραπεία» του 18ου αιώνα είχε στοιχεία που ξαναβρίσκονται στις σημερινές θεραπευτικές κοινότητες.²⁶

Το σύστημα εγκλεισμού που ιδρύθηκε στα μέσα του 17ου αιώνα επέβαλε την εργατικότητα, μια ηθική φιλοπονίας και ενάρετης διαγωγής, επέφερε μια αστυνόμευση της αλητείας και της αεργίας για να ενισχύσει έτσι τις αρετές της κοινωνικής ευταξίας και να εμψύσει συγκεκριμένες ηθικές και θρησκευτικές αξίες. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο εγκάθειρξης των απόρων, των εγκληματιών και των τρελών η έννοια της παραφροσύνης άρχισε να αποκτά αρνητικές συνεκδοχές λόγω της ανικανότητας των τρελών να εργαστούν και επειδή αυτοί προσέβαλλαν τη δημόσια ευπρέπεια υιοθετώντας επονείδιστες συμπεριφορές.²⁷ Τότε ήταν που οι «τρελοί» διαχωρίστηκαν από τις άλλες «μη λογικές» ομάδες και η τρέλα άρχισε να αποκτά μια ιδιαίτερη θέση μέσα στο πεδίο του αποκλεισμού. Δηλαδή οι «τρελοί» άρχισαν να διαφοροποιούνται από τους άλλους έγκλειστους πληθυσμούς οι οποίοι ήταν σε θέση να ανταποκριθούν στους ανελέητα απαιτητικούς κανόνες της εργασίας. Οι «τρελοί» ξεχώριζαν από το γεγονός ότι διατάρασσαν τους ρυθμούς της συλλογικής ζωής και ήταν ανίκανοι να εργαστούν. Αυτό το χαρακτηριστικό αναμφίβολα συντέλεσε ώστε κατά τη διάρκεια του 18ου αιώνα να διαμορφωθεί μέσα στους οίκους εγκλεισμού ένα ειδικό καθεστώς για τους παράφρονες. Ο λόγος που οι φτωχοί δεν έπεφταν πια θύματα εγκλεισμού ήταν διότι το γοργά αναπτυσσόμενο βιομηχανικό σύστημα χρειαζόταν απεγνωσμένα πληθώρα από άμεσα διαθέσιμα εργατικά χέρια και έναν ευμεγέθη εφεδρικό στρατό εργατών.²⁸

Στα τέλη του 18ου αιώνα και με την Γαλλική Επανάσταση γεννήθηκαν οι πρώτες φιλελεύθερες απόψεις για τον ψυχικά ασθενή. Ο Phillipe Pinel μελέτησε επιστημονικά

²⁶ Λέκκα, Β. (2012), Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής: Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault, Αθήνα: Futura. σελ. 27- 35.

²⁷ Αν και οι «τρελοί» προγενέστερα και μέχρι το μεσαίωνα θεωρείται ότι επικοινωνεί με το θείο, στα αναγεννησιακά χρόνια η τρέλα εναντιώνεται στην ηθική της παραγωγής που αρχίζει να αναπτύσσεται, ενώ συγχρόνως γενικεύεται η κατασκευή κτιρίων εγκλεισμού, όπου φυλακίζονται όλα τα περιθωριοποιημένα μέλη της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένων των φτωχών, των εγκληματιών και των «τρελών».

²⁸ Foucault, M. (2011), Επιτήρηση και τιμωρία: Η γέννηση της φυλακής, Αθήνα: Πλέθρον. σελ. 88-95.

τις ψυχικές διαταραχές και ήταν ο εισηγητής της ηθικής θεραπείας, μακρινού προγόνου των σύγχρονων ψυχοθεραπειών. Ο Tuke ίδρυσε το 1796 το Retreat, ένα αναπαυτήριο για ασθενείς που τους συμπεριφέρονταν με ιδιαίτερη καλοσύνη σαν φιλοξενούμενους, με ιδιαίτερη έμφαση στην εργασιοθεραπεία. Τόσο ο Pinel όσο και ο Tuke κατήργησαν τις μορφές σωματικού περιορισμού που χαρακτήριζαν τον εγκλεισμό των τρελών. Το νέο καθεστώς αναζήτησε διαφορετικά μέσα για να επιτύχει έναν διαφορετικό σκοπό. Ο στόχος δεν ήταν πλέον ο κτηνώδης σωματικός περιορισμός αλλά η εφαρμογή μιας σειράς μορφών ελέγχου, τυποποιημένων δραστηριοτήτων που αποσκοπούσαν στην επιβολή και την εσωτερίκευση επιθυμητών ηθικών αξιών και κωδίκων συμπεριφοράς. Ο στόχος ήταν να επιτευχθεί ο αυτοέλεγχος μέσα από την εργασία και την παρατήρηση να περιοριστεί η «τρέλα» με ένα σύστημα ανταμοιβής και τιμωρίας για τη λειτουργία του οποίου απαραίτητη προϋπόθεση ήταν η συνεργασία και η υποταγή των ασθενών.²⁹

Οι αλλαγές που συνδέονται με τη γέννηση του ασύλου έχουν θεωρηθεί ως σημάδια δημοκρατικής μεταρρύθμισης και επιστημονικής προόδου. Ένα τέτοιο συμπέρασμα όμως είναι αμφισβητήσιμο αφού οι τρελοί δεν απελευθερώθηκαν από την εξουσία αλλά μάλλον επανακαθορίστηκαν ως υποκείμενα εξουσίας και επαναορίστηκαν ως αντικείμενα γνώσης μέσα στο άσυλο.³⁰ Το νέο καθεστώς εγκλεισμού εισήγαγε έναν ειδικό αποκλεισμό των τρελών. Αν πράγματι σε ένα επίπεδο το άσυλο σηματοδοτεί ένα εμφανές σημάδι προόδου και βελτίωσης της μεταχείρισης των ασθενών σε ένα άλλο επίπεδο σηματοδοτεί την απαρχή μιας άγρυπνης και στυγνής παρακολούθησης όσων αποκλίνουν από τα επιθυμητά για την εξουσία πλαίσια. Μέσα από τις πομπώδεις διακηρύξεις ενός ρηξικέλευθου ουμανιστικού λόγου ελλοχεύει το αίτημα ενός σκληρού και ατελεύτητου κοινωνικού ελέγχου. Στον κόσμο του παλαιού φρενοκομείου οι «τρελοί» στην ουσία απολάμβαναν μεγαλύτερη ελευθερία από όση τους παρέχουν οι σύγχρονες θεραπείες γιατί απλούστατα η κλασική αντιμετώπιση μέσω του εγκλεισμού δεν αποσκοπούσε στο να μεταβάλει την άμωμη συνείδησή τους. Μπορεί τότε τα σώματά τους να ήταν αλυσοδεμένα αλλά η σκέψη τους είχε φτερά.

²⁹ Λέκκα, Β. (2012), Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής: Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault, Αθήνα: Futura. σελ 55-62.

³⁰ Τα ιδρύματα του ασύλου, του νοσοκομείου, της φυλακής, αποτέλεσαν όχι μόνο τα πλαίσια μέσα στα οποία σχηματίστηκαν και ασκήθηκαν οι σχέσεις εξουσίας, αλλά και «εργαστήρια» παρατήρησης και τεκμηρίωσης, μέσα από τα οποία συγκροτήθηκαν τα αντίστοιχα γνωστικά αντικείμενα της επιστήμης.

2.ΤΟ ΠΟΛΙΤΙΚΟ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΑΝΑΔΥΣΗΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.

Η μετάβαση από το απολυταρχικό κράτος στο αστικό κράτος δικαίου συνοδεύτηκε από την απώλεια ελέγχου των παραδοσιακών θεσμών της οικογένειας και της εκκλησίας πάνω στα υποκείμενα. Ο κόσμος απεκδύθηκε το μεταφυσικό μανδύα που τον σκέπαζε μετά το περιορισμό που επέβαλλε ο ευρωπαϊκός διαφωτισμός στην επιρροή των διαφόρων θρησκευτικών δογμάτων. Παράλληλα η νέα οικονομική τάξη δε θα μπορούσε να εμπεδωθεί αν δεν είχε λάβει χώρα η απομάγευση του κόσμου. Ο εξορθολογισμός της κοινωνικής σφαίρας δημιούργησε ένα αξιολογικά ουδέτερο πεδίο απαλλαγμένο από πρωτόγονες δοξασίες και ανορθολογικά κατάλοιπα του παρελθόντος, ανοιχτό πλέον σε επιστημονικές επιρροές μέσα από τη χειραφέτηση του ανθρώπου από δεισιδαιμονίες και θρησκευτικές προκαταλήψεις. Μέσα σε αυτό το εκκοσμιευμένο, πολιτισμικό περιβάλλον κοινωνικοποιούνται τα άτομα και αναπτύσσουν προδιαθέσεις συμβατές με το νέο οικονομικό πλαίσιο της μισθωτής εργασίας.³¹

Ο εξωτερικός έλεγχος που χαρακτήριζε κυρίως την περίοδο ένταξης πληθυσμών με προκαπιταλιστικές συνήθειες και παραδοσιακούς τρόπους ζωής στην καπιταλιστική κοινωνία μεταβλήθηκε σε αυτοέλεγχο μετά από την επισταμένη εφαρμογή σύνθετων κυβερνητικών στρατηγικών. Η εσωτερίκευση των κανόνων από τα άτομα μέσω των βασικών πρακτικών κοινωνικοποίησης παρήγαγε αυτοπειθάρχηση και συνακόλουθα εύρυθμη λειτουργία της οικονομίας. Είναι προφανές ότι χωρίς την απώθηση των δυσλειτουργικών και αναχρονιστικών προνεωτερικών λαϊκών πρακτικών και αντιλήψεων κατά την περίοδο μετάβασης στον καπιταλισμό η επικράτηση του καθεστώτος της μισθωτής εργασίας θα ήταν ακατόρθωτη.³² Σε αυτό ακριβώς το πλαίσιο ενεργοποιείται ο θεσμικός κοινωνικός έλεγχος ως μηχανισμός κοινωνικής πειθάρχησης δηλαδή ως σύστημα εξουσιαστικών σχέσεων που στοχεύουν στην εναρμόνιση του σώματος και της ψυχής του ατόμου με το βιομηχανικό καπιταλισμό. Η πολιτική των αρτισύστατων κρατικών μηχανισμών στοχεύει ακριβώς στην ενστάλαξη στάσεων ζωής και αντιλήψεων η αποδοχή των οποίων οδηγεί στην επικύρωση των υφιστάμενων κοινωνικών σχέσεων.

³¹ Sennett, R. (2008), Η κουλτούρα του νέου καπιταλισμού, Αθήνα: Σαββάλας, σελ. 34-39.

³² Αλεξίου, Θ. (1998), Περιοριοποίηση και ενσωμάτωση: Η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ. 100-112.

Κάθε μορφή απειθαρχίας και αντίστασης στο κρίσιμο ρόλο που επιτελεί η αυθεντία των ειδικών θα εκληφθεί σαν αμφισβήτηση τους και θα αντιμετωπιστεί ως ατομική παρέκκλιση. Αυτή η αντίληψη οδηγεί στη φυσικοποίηση των κοινωνικών ανισοτήτων ώστε οι κοινωνικές περιπτώσεις να καθίστανται ψυχολογικές και οι οικονομικές ανεπάρκειες διανοητικές. Ο πληθυσμός κατέστη εφικτό αντικείμενο διακυβέρνησης όταν ανακαλύφθηκε, μέσα από την εφαρμογή στατιστικών μεθόδων καταγραφής, ότι παρουσιάζει τις δικές του κανονικότητες. Τα νεότευκτα κράτη άρχισαν να ενδιαφέρονται για τα οικονομικά, υγειονομικά και ψυχολογικά προβλήματα των υπηκόων τους προκειμένου να μετατρέψουν το προνεωτερικό υποκείμενο σε πολίτη εξοπλισμένο με τις ανάλογες δεξιότητες οι οποίες θα το καταστήσουν λειτουργικό στις νέες απαιτήσεις.³³ Αυτό με τη σειρά του κατέστησε αναγκαία την ανάλυση διαφόρων παραμέτρων των πληθυσμών όπως για παράδειγμα τους γάμους, τις γεννήσεις, τους θανάτους μέσα από νεόκοπους μηχανισμούς τους κράτους (φυλακές, νοσοκομεία, ληξιαρχεία). Αυτοί οι μεσολαβητικοί θεσμοί αποτελούσαν πλέον τις βασικές μεθόδους μεταβίβασης αστικών αξιών και προτύπων ζωής στο προνεωτερικό άτομο. Ο επίσημος ιατρικός «λόγος» ενστερνιζόμενος τις προϋπάρχουσες κοινωνικές αναπαραστάσεις που ταύτιζαν τους φτωχούς με τους αρρώστους δημιουργούσε κοινωνικά στερεότυπα που εμφάνιζαν φτώχεια και αρρώστια ως λίγο πολύ ταυτόσημες έννοιες. Η εργατική τάξη υιοθέτησε τις αξιολογικές αποφάνσεις και κρίσεις της άρχουσας τάξης νομιμοποιώντας έτσι την περιθωριοποίηση των φτωχών και ανένταχτων ατόμων.³⁴

Από τη στιγμή που η εργατική δύναμη αποτέλεσε αντικείμενο εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και η αξία του σώματος αναβαθμίστηκε η υγεία, η ανατροφή και η κατάρτιση των φορέων της εργατικής δύναμης περιήλθαν στη δικαιοδοσία του κράτους. Η κοινωνική πολιτική ανέλαβε μέσα από προσεκτικά σχεδιασμένες εκστρατείες παραδειγματισμού και χειραγώγησης του πληθυσμού τη στοίχιση των προσωπικών βιογραφιών με την καπιταλιστική απαίτηση για απρόσκοπτη φυσική αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης.³⁵ Από τη μια ο ωφέλιμος, ο παραγωγικός πληθυσμός και από την

³³ Lukes, S. (2007), Εξουσία: Μια ριζοσπαστική θεώρηση, Αθήνα: Σαββάλας, σελ. 66-70.

³⁴ Οικονόμου, Χ. (2005), Κοινωνιολογία της υγείας: Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις, Αθήνα: Εκδόσεις: Διόνκος, σελ. 150-157.

³⁵ Κορασίδου, Μ. (2002), Όταν η αρρώστια απειλεί: Επιτήρηση και έλεγχος της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα του 19ου αιώνα, Αθήνα: Τυπωθήτω Δραδανός, σελ. 21-33.

άλλη το απόβλητο κομμάτι της το οποίο δεν προσφέρει τίποτα, δεν μπορεί να ενταχθεί και να ταξινομηθεί. Η τρέλα, η αεργία συνιστούν τα βασικά στοιχεία της συμπεριφοράς αυτού του ταξινομημένου στο περιθώριο πληθυσμού επικυρώνοντας το διαχωρισμό μεταξύ του πληθυσμού με σταθερότητα στη ζωή του και του ασταθούς, του ανένταχτου και μη ελεγχόμενου από το κράτος. Στη πρώτη περίπτωση τα άτομα βρίσκονται απόλυτα εναρμονισμένα με την κοινωνική επιταγή εξασφαλίζοντας στον κοινωνικό δεσμό την αρωγή για τη διατήρησή του σε αντίθεση με τους «απροσάρμοστους» οι οποίοι επιλέγουν τη ρήξη με οτιδήποτε συντηρεί την καθεστηκυία τάξη πραγμάτων.³⁶

Το ανθρώπινο σώμα συνιστά μια ανολοκλήρωτη βιολογική οντότητα που για να γίνει απόλυτα λειτουργική πρέπει να υπαχθεί σε μια μακρόσυρτη εκπαιδευτική διαδικασία. Η άσκηση εξουσίας πάνω στη ζωή δηλαδή η ανάδυση, επέκταση και παγιοποίηση του κρατικού ελέγχου ήταν ένα στοιχείο απαραίτητο για την ανάπτυξη και εδραίωση του καπιταλισμού ο οποίος δεν μπόρεσε να εμπεδωθεί παρά μόνο με τίμημα την ελεγχόμενη είσοδο των σωμάτων μέσα στον παραγωγικό μηχανισμό και με μια κατάλληλη προσαρμογή αυτών ώστε να καταστούν χρήσιμα, πειθήνια και υποταγμένα.³⁷ Η κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά και η προοπτική κοινωνικής ενσωμάτωσης εξαρτήθηκε από την ικανότητα για εργασία ενώ εκείνοι που δεν ήταν σε θέση να εργαστούν αποκλείονταν και απωθούνταν στο περιθώριο ή προωθούνταν στα ειδικά άσυλα εργασίας τα οποία έθεταν ως στόχο τους την εναρμόνιση της κοινωνικής συμπεριφοράς των εγκλείστων με τους άκαμπτους κανόνες της καπιταλιστικής παραγωγής μέσω της σταδιακής εγχάραξης στη συνείδησή τους του ανάλογου εργασιακού ήθους. Σε μια κοινωνία όπου η εργασία αποτελεί τη βασιλική οδό για την επίτευξη κοινωνικής ένταξης και αποδοχής η αεργία και η φτώχεια στιγματίζουν και καθιστούν το άτομο κοινωνικά μετέωρο προκαλώντας του ταυτόχρονα ένα συναίσθημα ατομικής ανεπάρκειας που τον κάνει να πιστεύει ότι ευθύνεται άμεσα για την επαίσχυντη κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει.³⁸

³⁶ Αλεξίου, Θ. (1998), Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση: Η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθαρχησης, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ. 141-152.

³⁷ Αλεξίου, Θ. (2009), Κοινωνική πολιτική, αποκλεισμένες ομάδες και ταξική δομή, Αθήνα: Παπαζήσης, σελ. 122-130.

³⁸ Στασινοπούλου, Ό. (1997), Κράτος πρόνοιας: Ιστορική εξέλιξη, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, Αθήνα: Gutenberg, σελ. 102-113.

Η καθοριστική συμβολή της ιατρικής στην ανάδυση των ανθρωπιστικών επιστημών προέρχεται κυρίως από το γεγονός ότι μέσα στο πλαίσιο του ιατρικού «λόγου» το άτομο εμφανίστηκε ταυτοχρόνως για πρώτη φορά ως αντικείμενο και υποκείμενο επιστημονικής γνώσης και ανάλυσης. Στοχεύει ακριβώς στην ενστάλαξη στάσεων ζωής και αντιλήψεων η αποδοχή των οποίων οδηγεί στην επικύρωση των υφιστάμενων κοινωνικών σχέσεων. Κάθε μορφή απειθαρχίας και αντίστασης στο κρίσιμο ρόλο που επιτελεί η αυθεντία των ειδικών θα εκληφθεί σαν αμφισβήτηση των γιατρών και θα αντιμετωπιστεί σαν ατομική παρέκκλιση. Αυτή η αντίληψη οδηγεί στη φυσικοποίηση των κοινωνικών ανισοτήτων κατά τέτοιο τρόπο που οι κοινωνικές περιπτώσεις γίνονται ψυχολογικές και οι οικονομικές ανεπάρκειες διανοητικές.³⁹

Μπορεί φαινομενικά η σύγχρονη ιατρική να έχει ενσωματώσει στη ρητορική της τον περιβαλλοντικό και πολιτισμικό παράγοντα όταν, για παράδειγμα, αναφέρεται στην επικινδυνότητα του καπνίσματος, του άγχους και των διατροφικών συνηθειών. Αυτή όμως η κίνηση οικειοποιείται το κοινωνικό ανάγοντάς το και πάλι σε σωματικές λειτουργίες, ιατροκοιτώντας το σε μια κατεύθυνση που στόχο έχει την αναπαραγωγή κανονιστικών «λόγων» για τον τρόπο ζωής των ανθρώπων και «εύρωστων» σωμάτων δηλαδή «χρήσιμων», «αξιοποιήσιμων» και «ανταλλάξιμων» εντός του καπιταλιστικού συστήματος παραγωγής.⁴⁰ Ένα από τα κεντρικά ζητούμενα μιας κριτικής προσέγγισης της ιατρικής είναι η ερμηνεία των λόγων για τους οποίους απέκτησε τέτοια εξουσία. Η ρύθμιση του τρόπου ζωής με πρόσχημα τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας του πληθυσμού γίνεται ένας μηχανισμός για την αποτροπή των παρεκκλίσεων και την πειθάρχηση της κοινωνίας γενικότερα. Οι νέες κυβερνητικές πολιτικές προτάσσουν πλέον έναν επαναπροσδιορισμό της έννοιας της υγείας με όρους κανονιστικούς δηλαδή άμεσης και απροκάλυπτης υπόδειξης του τρόπου με τον οποίο πρέπει να διάγουμε το βίο μας. Ο κύριος στόχος όλων των προσπαθειών αρωγής των φτωχών μέχρι τη θεσμοθέτηση του κράτους πρόνοιας ήταν η άμβλυνση των κοινωνικών αντιδράσεων που προέκυψαν από το βίαιο και ραγδαίο καπιταλιστικό μετασχηματισμό της οικονομίας.⁴¹

³⁹ Illich, I. (2010), *Ιατρική Νέμεση: Η απαλλοτρίωση της υγείας*, Θεσσαλονίκη: Νησίδες, σελ. 73-77.

⁴⁰ Fitzpatrick, M. (2004), *Η τυραννία της υγείας: Οι γιατροί και οι κανόνες για το σύγχρονο τρόπο ζωής*, Αθήνα: Πολύτροπον, σελ. 82-87.

⁴¹ Βλ. τον ευσύνοπτο πρόλογο στο: Spicker, P. (2004), *Το κράτος πρόνοιας: Μια γενική θεωρία, επιμέλεια – μετάφραση: Χαράλαμπος Οικονόμου*, Αθήνα: Διόνικος, σελ. 11-16.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:

ΜΙΑ ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ.

1. ΤΟ ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΚΙΝΗΜΑ ΚΑΙ Η ΠΑΡΑΚΑΤΑΘΗΚΗ ΤΟΥ.

Ο λόγος που αναφερόμαστε στο αντιψυχιατρικό κίνημα δεν είναι εξαιτίας μιας λανθάνουσας ρομαντικοποίησης της «τρέλας» ή ακόμα περισσότερο μιας ουτοπικής εξιδανίκευσης της. Σκοπός μας είναι η υπενθύμιση των ηθικών αρχών και αξιών ενός κινήματος που έθεσε τα φλέγοντα θέματα της ψυχικής υγείας στην επικαιρότητα και τα μετέφερε από το επίπεδο του ανεπαίσθητου ψιθύρου στο πεδίο του δημόσιου διαλόγου. Παρά τον ουτοπικό αρχικά προσανατολισμό του συνέβαλε ουσιαστικά στην αφύπνιση της ευρύτερης κοινωνίας και στην προσπάθεια να καταστούν οι ψυχικά πάσχοντες από παθητικά υποκείμενα διαφόρων παρεμβάσεων ενεργοί συνομιλητές στη διαμόρφωση της αντιμετώπισής τους. Τα κριτικά αυτά ρεύματα αναπτύχθηκαν στη βάση του αναστοχασμού και της έντονης αμφισβήτησης του ρόλου των ψυχιάτρων, του θεσμικού και κοινωνικοπολιτικού ρόλου της επιστήμης τους, των πεδίων άσκησης αυτής και των θεραπευτικών μεθόδων της. Ήταν κινήματα ανατροπής που εγγράφονταν στο χώρο της δημοσιότητας, αποτυπώνονταν σε εκδοτικά εγχειρήματα και επεδίωκαν την υλοποίησή τους σε πειραματικά προγράμματα που αντιπαλεύονταν την ιδρυματική μεταχείριση των ψυχικά «ασθενών», τον εγκλεισμό και τον αποκλεισμό τους.⁴²

Κατά τις δεκαετίες του 1960 και 1970, στις δυτικές χώρες, τίθενται κεντρικά ζητήματα τα οποία θα μπορούσαμε να ορίσουμε ως πολιτικοποίηση της «τρέλας». Η «τρέλα» και ο μετέπειτα προσδιορισμός της ως ψυχικής νόσου επανατοποθετούνται εντός των κοινωνικών, πολιτικών και ιστορικών συμφραζομένων από τα οποία περίτεχνα είχαν αποσπαστεί χάριν μιας απίστευτης ιατρικοποίησης του ανθρωπίνου όντος. Ιδιαίτερα μετά τον Μάιο του 1968, κοινωνικά κινήματα και διανοούμενοι άρχισαν να ζητούν την αποκατάσταση μιας επικοινωνίας ανάμεσα στη «λογική» και την «τρέλα».

⁴² Αναπτύσσεται και σήμερα ένα διογκούμενο κίνημα κριτικής των παραδοσιακών πρακτικών της ψυχιατρικής. (Critical Psychiatry, Post Psychiatry). Πολλοί ψυχίατροι παραθέτουν τεκμηριωμένα πλέον την κριτική τους για τη κλασική ψυχιατρική που επικρίνεται με οξύτητα για την επικέντρωση της στη φαρμακοθεραπεία η οποία παρουσιάζεται ως πανάκεια και για επώδυνες θεραπείες όπως τα ηλεκτροσόκ.

Οι David Cooper, Roland Laing και Aaron Esterson στη Μεγάλη Βρετανία, ο Thomas Szasz στις Η.Π.Α. και οι Franco Basaglia και Giovanni Jervis στην Ιταλία ήταν ψυχίατροι που αμφισβήτησαν την τότε κυρίαρχη επιστημονική θεωρία και παραδοσιακή επαγγελματική πρακτική.⁴³ Προσπάθησαν να αναπτύξουν υπηρεσίες για τους ασθενείς οι οποίες να βασίζονται σε εθελούσιες πρακτικές και έτσι ξιφούλκησαν κατά της καταναγκαστικής και ιδρυματικής ψυχιατρικής.⁴⁴

Ασκήθηκε κριτική στις ψυχιατρικές ταξινομήσεις επισημαίνοντας τόσο το στιγματιστικό ρόλο όσο και τη γενικευτική και απλουστευτική λειτουργία αυτών των προσδιορισμών τονίζοντας ότι η παραφροσύνη δεν βρίσκεται μέσα σε ένα συγκεκριμένο πρόσωπο αλλά μέσα σε ένα σύστημα σχέσεων όπου ο αποκαλούμενος «άρρωστος» εμπλέκεται καθημερινά. Αν το «άρρωστο» πρόσωπο αποσπαστεί από αυτό το σχεσιακό πλέγμα απονοηματοδοτείται η εμπειρία, παραμένει ασύλληπτη και ακατανόητη η πράξη. Πάνω στη διαστρέβλωση αυτής της αντίληψης εκπονούνται θεραπευτικά σχήματα και το άτομο αποπέμπεται από το κοινωνικό του περιβάλλον.

Κάποιοι πρωτοπόροι, ανθρωπιστές ψυχίατροι, προσπάθησαν να δώσουν ένα κοινωνικό χρώμα στις ατομικές δυσανεξίες ώστε να επιτρέψουν στον ψυχικά «ασθενή» να αντιληφθεί ότι δεν είναι αυτός που έχει προβλήματα αλλά η κοινωνία μέσα στην οποία ζει, εγχείρημα που αντιβαίνει στις υποθέσεις της επικρατούσας ψυχιατρικής η οποία εξατομικεύει τις κοινωνικές συγκρούσεις αποδίδοντας έτσι στο ψυχικό νόσημα μια απόλυτα ατομική διάσταση. Βασική παραδοχή της όλης συλλογιστικής ήταν ότι η ψυχική «ασθένεια» αποτελεί μια αναπόφευκτη αντίδραση απέναντι σε επιβαρυντικούς κοινωνικούς παράγοντες και αφόρητες ψυχοπιεστικές κοινωνικές συνθήκες. Εκείνοι οι οραματιστές και ριζοσπάστες ψυχίατροι ενέπνευσαν και εκπαίδευσαν πολλούς νέους επαγγελματίες σε μια διαφορετική από την κυρίαρχη ασυλιακή προσέγγιση. Κατέστησαν εφικτή τη συνεργασία συναφών ειδικοτήτων στην οποία δεν θα πρυτανεύει η ανεδαφική αυθαιρεσία του ιατρικού κατεστημένου. Ο μετέπειτα διάλογος επέτρεψε να

⁴³ Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το βιβλίο του Giovanni Jervis: Ο Εργάτης και η Νεύρωση: Ο Μύθος της Αντιψυχιατρικής, όπου πραγματοποιώντας έρευνα για τις εργατικές νευρώσεις ανέδειξε το θέμα της ιατροκοποίησης του άγχους, της ανασφάλειας αποδίδοντας τη δυσφορία ή τον πόνο που κάποιος νιώθει στην ίδια την κατάσταση του εργάτη. Το ανέδειξε ως πρόβλημα πολιτικό και όχι ατομικό ή εσωτερικό.

⁴⁴ Οι Ronald Laing και David Cooper στην Αγγλία, ο Franco Basaglia στην Ιταλία και ο Thomas Szasz στις ΗΠΑ τοποθετήθηκαν ενάντια στον «φυσικό χώρο» όπου η ψυχιατρική δρούσε, προβληματοποιώντας την έννοια της ψυχικής νόσου απορρίπτοντας τον ιδρυματικό θεσμό και την ψυχιατρική επιστήμη ως τους θεσμούς εκείνους που ενισχύουν και προάγουν τον κοινωνικό έλεγχο.

αναδειχθούν τόσο οι υπερβολές της αντιψυχιατρικής όσο και οι αγκυλώσεις της θεσμικής ψυχιατρικής που τρόμαξε από την αμφισβήτησή της.⁴⁵

Συνιστά όντως κραυγαλέα αντίφαση η αναγνώριση της πολιτισμικής, κοινωνικής και οικονομικής φύσης της ψυχικής αρρώστιας και η ταυτόχρονη αντιμετώπισή της μόνο με ιατρικά μέσα. Εάν λοιπόν υπάρχουν «άρρωστες» κοινωνίες, αυτός που εσωτερικεύει τους κανόνες τους στο επίπεδο του ψυχισμού του ενδοβάλλει νοσηρούς κανόνες «φυσιολογικότητας». Μέσα στο άτομο η αντιφατική αυτή εμπειρία αντανakλάται στο χωρισμό και την αντιπαράθεση λογικής και συναισθήματος. Μάλλον θα ήταν η βίαιη εξέγερση και όχι η αδιαμαρτύρητη προσαρμογή αυτό που θα αποτελούσε αυθεντική ένδειξη ψυχικής υγείας.⁴⁶ Η παραπάνω προβληματική που αποτελούσε μια νέα απαλλαγμένη από τα παραδοσιακά υψιπετή θεωρητικά σχήματα πρόσληψη της ψυχικής νόσου δεν αφομοιώθηκε ποτέ από την κατεστημένη ακαδημαϊκή ελίτ της ψυχιατρικής.

Η επικρατούσα ψυχιατρική υιοθετεί άκριτα τις κατηγοριοποιήσεις και τις πολύπλοκες ταξινομήσεις του κράτους και της κοινωνίας ενισχύοντας έτσι την περιθωριοποίηση των πιο ευάλωτων ομάδων. Ανέκαθεν αποτελούσε ένα όργανο για το μετασχηματισμό των ατόμων που είχε ως στόχο να αναμορφώσει. Οι ψυχίατροι έγιναν οι άτεγκτοι υπερασπιστές της ομαλότητας αντικειμενικοποιώντας την ψυχολογική κατανόηση της πραγματικότητας και καθιερώνοντας για πάντα τη δική τους αυστηρά υποκειμενική ανάγνωσή της. Τότε ο έλεγχος της «φυσιολογικότητας» μετουσιώνεται σε παράγοντα πολιτικού συντηρητισμού και αναπαραγωγής της καθεστηκυίας τάξης. Η παραδοσιακή ψυχιατρική, θεραπευαίνίδα του απολυταρχικού κράτους, αποτελούσε πάντοτε μέσο άσκησης ελέγχου πάνω σε αυτούς που συλλογίζονταν πράγματα που δεν θα επέτρεπε να σκέφτονταν ή εξέφραζαν ιδέες που δεν θα έπρεπε να είχαν. Σε αυταρχικά καθεστώτα η ψυχιατρική χρησιμοποιήθηκε, σε συνδυασμό με το σωφρονιστικό σύστημα, για να συντρίψει τον ψυχισμό των αντιφρονούντων. Η ριζοσπαστική αμφισβήτηση της ψυχιατρικής προσέλαβε τότε έναν σαφώς πολιτικό χαρακτήρα σε σημείο που να εξομοιώνει την ψυχιατρική πράξη με την κοινωνική καταστολή και το ασυλιακό με το σωφρονιστικό περιβάλλον.

⁴⁵ Τερζάκης, Φ. (2013), Η εποχή της αντιψυχιατρικής, Τρίκαλα: Επέκεινα. σελ. 13-22.

⁴⁶ Deleuze, G. & Guattari, F. (1981), Καπιταλισμός και σχιζοφρένεια: Ο αντι-Οιδίπους, Αθήνα: Ράππας. σελ. 75-82.

Ο Laing αρνήθηκε να χρησιμοποιήσει ιατρικές κατηγορίες και επέμενε να βλέπει τον ασθενή αποκλειστικά ως άνθρωπο. Η σχιζοφρένεια, για παράδειγμα, φαντάζει στα μάτια μας σχεδόν ανίατη όχι λόγω της υποτιθέμενης και ακόμα αναπόδεικτης γονιδιακής αιτιολογίας της αλλά διότι τα κυριότερα συμπτώματά της ενθαρρύνονται συστηματικά από τις σημαντικότερες όψεις του σύγχρονου πολιτισμού μας.⁴⁷ Στην εμφάνιση της σχιζοφρένειας συντελούν ορισμένα «σχιζοφρενιογόνα» χαρακτηριστικά γνωρίσματα που ενυπάρχουν στο μεταμοντέρνο δυτικό πολιτισμό όπως ο αδυσώπητος ανταγωνισμός, η επιφυλακτικότητα στην καθημερινή επικοινωνία, η συναισθηματική απόσυρση.⁴⁸ Η διαταραχή της ομιλίας είναι ένα από τα κύρια κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών διαταραχών. Πίσω όμως από την προφανή αποδιοργάνωση της «ψυχωτικής» ομιλίας υπάρχουν «φυσιολογικά» μηνύματα που ο ομιλητής επιχειρεί ανορθόδοξα και ταυτόχρονα απεγνωσμένα να μεταδώσει. Για τον Laing η «σχιζοφρένεια» ως νόσημα είναι ανύπαρκτη. Η διάγνωση και η απόδοσή της είναι μία πολιτική πράξη μέσω της οποίας ένας άνθρωπος κατηγοριοποιείται από τους γιατρούς οι οποίοι έχουν τη νομική έγκριση και την επιστημονική εξουσιοδότηση να πράξουν κάτι τέτοιο. Κατά τον ίδιο πάντα ο ψυχίατρος είναι εκείνος που συμφωνά με τις επιταγές της κοινωνίας απομονώνει τον «τρελό».⁴⁹

Ο Laing αναφέρει ότι η συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται σαν σχιζοφρενική αποτελεί μια ειδική στρατηγική που επινοεί ένα πρόσωπο για να ζήσει μέσα σε μια καταφανώς αβίωτη πραγματικότητα. Υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια δεν υφίσταται σαν «κατάσταση» αλλά ότι πρόκειται για ένα κοινωνικό γεγονός και ένα πολιτικό συμβάν. Είναι μια επιβεβλημένη κοινωνική νόρμα που εκλογικεύει ένα σύνολο ενεργειών βάσει των οποίων το χαρακτηρισμένο πρόσωπο κηδεμονεύεται από άλλους που έχουν τη νομική επικύρωση, την ιατρική εξουσιοδότηση και την ηθική υποχρέωση να γίνουν υπεύθυνοι για το πρόσωπο. Στο χαρακτηρισμένο πρόσωπο ανατίθεται μια μακροχρόνια «καριέρα» ασθενή.

Έχει ιδιαίτερη σημασία η μετάβαση στη θεώρηση της σχιζοφρένειας ως

⁴⁷ Laing, R. & Esterson, A. (1975), *Η ψυχική ισορροπία, η τρέλα και η οικογένεια*, Αθήνα: Ράππας, σελ. 24-28 & σελ. 46-52.

⁴⁸ Laing, R. (2004), *Ο διχασμένος εαυτός: Υπαρξιακή μελέτη της ψυχοδιανοητικής υγείας και αρρώστιας*, Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 28-34.

⁴⁹ Το 1964 ο Laing συμμετέχει στο πείραμα του Kingsley Hall, σε ένα κοινοτικό κέντρο στο Λονδίνο, όπου τίθεται σε εφαρμογή ένα μοντέλο «θεραπείας» το οποίο συναρθρώνεται γύρω από την κοινοβιακή ζωή.

βιωματικό εσωτερικό ταξίδι, απόπειρα επιβίωσης σε έναν κόσμο τραυματισμένο από την απώλεια και την οδύνη. Αναδεικνύεται ως κεντρικό το σημείο εκείνο όπου οι βιολογικές, εγκεφαλικές συνιστώσες μιας ανεπαρκώς προσδιορισμένης «αρρώστιας» αναιρούνται και προτείνεται η έμφαση στα σχεσιακά πλέγματα, τις κοινωνικές νόρμες, τα πολιτισμικά περιβάλλοντα, τις πολιτικές και ιστορικές προεκτάσεις αυτών των επικαθορισμών. Πρόκειται για το σημείο εκείνο όπου η αμφισβήτηση της ιατρικής αυθεντίας και των «αντικειμενικών», «φυσικών» καταστάσεων επιτρέπει την ανάπτυξη εναλλακτικών πρακτικών ως προς τη διαχείριση αυτού που μέχρι πρότινος νοούνταν ως ασθένεια.⁵⁰

Ο Laing αναπτύσσει μια υπαρξιστική προσέγγιση της «αρρώστιας» και αναφέρεται στην αλλοτρίωση που έχει επικαλύψει τις αισθήσεις και την ανθρώπινη εμπειρία και έχει αποξενώσει την ανθρωπότητα από τις «αυθεντικές» της δυνατότητες. Για τον Laing, το κοινωνικό σύστημα και όχι τα μεμονωμένα άτομα πρέπει να είναι το αντικείμενο παρέμβασης και αλλαγής.⁵¹ Ο Laing καταφέρεται εναντίον της ψυχιατρικής τόσο επειδή είναι ο μοναδικός κλάδος της ιατρικής εντεταλμένος να «θεραπεύει» παρά την απουσία οποιασδήποτε γνωστής φυσικής παθολογίας καθώς και λόγω της επιβολής θεραπείας ή ακόμη και ακούσιου εγκλεισμού των αρρώστων, εάν η ίδια το κρίνει απαραίτητο. Συνδέει το «ομαλά» αλλοτριωμένο πρόσωπο με αυτό που αποκαλείται ψυχοδιανοητική υγεία ενώ σε αυτούς που δεν συμβαδίζουν με τις στατιστικά «φυσιολογικές» μορφές αλλοτρίωσης αντιστοιχεί η «ετικέτα» του τρελού.⁵² Απορρίπτοντας το θετικισμό και τη στάση της «αντικειμενικής ουδετερότητας» εστιάζει στο γεγονός ότι αποκλείοντας την εμπειρία και παραγνωρίζοντας τις σχέσεις του προσώπου με το περιβάλλον του δεν επιτυγχάνεται τίποτε άλλο παρά μόνο η διαιώνιση των προβλημάτων που η ψυχιατρική διατείνεται ότι επιλύει.

Ο γνωστός ψυχίατρος Thomas Szasz υποστήριξε επίσης με σθένος ότι η ψυχική ασθένεια είναι μύθος. Ο Szasz πίστευε ότι μόνο το σώμα μπορεί να ασθενήσει με την ακριβή έννοια του όρου ενώ το πνεύμα μπορεί να αρρωστήσει μόνο μεταφορικά. Σύμφωνα με τον ίδιο, η εγκυρότητα της ψυχιατρικής διάγνωσης σχετικοποιείται ακόμα

⁵⁰ Laing, R. (1989), Η πολιτική της οικογένειας, Αθήνα: Καστανιώτης. σελ. 63-69 & σελ. 77-82.

⁵¹ Ο υπαρξισμός βασίζεται στην παραδοχή ότι ο κάθε άνθρωπος έχει συναίσθηση του κόσμου και ξέρει ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος ύπαρξης στον κόσμο. Αυτή η ύπαρξη στον κόσμο ενέχει άγχος και την απειλή οντολογικής ανασφάλειας. Ένας άνθρωπος που αποσύρεται στη σχιζοφρένεια το κάνει επειδή οι απειλές για την ύπαρξη του ως ανθρώπου καθιστούν αναγκαία μια τέτοια απόσυρση.

⁵² Laing, Ronald. (2004), Ο εαυτός και οι άλλοι, Αθήνα: Καστανιώτης. σελ. 42-49.

περισσότερο λόγω της εξάρτησής της από τα συμπτώματα και την έλλειψη εμφανών σωματικών σημείων. Η ψυχική διαταραχή πυροδοτείται και καθορίζεται στην πορεία της από εξωγενείς παράγοντες. Τα διαγνωστικά της κριτήρια δεν είναι ανατομικά και φυσικά, όπως στην περίπτωση της παθολογικής ασθένειας, αλλά κοινωνικά. Για παράδειγμα το λεγόμενο μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο συμβολίζει την απουσία διάθεσης όταν η ζωή είναι άχρωμη, την επιθυμία θανάτου σαν τη μόνη λογική διέξοδο σε ένα κόσμο όπου κυριαρχεί η ανία, η φυγή και η έλλειψη νοήματος.⁵³

Ο Thomas Szasz γράφοντας για το μύθο της ψυχικής ασθένειας θέτει το ζήτημα της επινόησης ασθενειών με τρόπο που να συμβαδίζουν με την εικόνα που έχει η εκάστοτε κοινωνία για τον εαυτό της. Δεν πρόκειται για ανακαλύψεις αλλά για ορισμένους τρόπους ερμηνείας και νοηματοδότησης των συγκρούσεων και της οδύνης που ένα πρόσωπο μπορεί να βιώνει. Ανάγοντας τη δυσφορία, τις συγκρούσεις, τον πόνο σε ζητήματα «εσωτερικά», μιας αποκομμένης, απόκοσμης σχεδόν διαμάχης που λαμβάνει χώρα στο νου και την ψυχή του εκάστοτε υποκειμένου αποϊστοριοποιείται και αποπολιτικοποιείται η ανθρώπινη εμπειρία. Ο Szasz καταδεικνύει τις επεκτατικές τάσεις της ψυχιατρικής οι οποίες φαίνεται να χαρακτηρίζουν όλο και περισσότερες ανθρώπινες συμπεριφορές διατυπώνοντας αυθαίρετες κρίσεις περί του τι συνιστά την ασθένεια ή την υγεία και ποιος δύναται να ενδυθεί αυτούς τους ορισμούς. Καταδεικνύει μάλιστα την ψυχιατρική διάγνωση ως την καταστρεπτική εκείνη δύναμη η οποία επέτρεψε την κακομεταχείριση των ψυχικά «ασθενών» καθώς μέσω αυτής ορίζεται η «θεραπεία» και η ίδια η ιδέα του τι συνιστά «θεραπεία» ή «αποκατάσταση».⁵⁴

Ο David Cooper εστιάζει στη σχέση βίας και ψυχιατρικής ενώ παράλληλα επιχειρεί να αναδείξει τόσο τη νοσογόνο δράση των καπιταλιστικών σχέσεων παραγωγής κατατάσσοντας επιπρόσθετα την ψυχιατρική στο κλάδο εκείνο που ευθυγραμμίζεται με τις αλλοτριωμένες ανάγκες της κοινωνίας μας και επιφυλάσσει σε αυτούς που υποδέχεται ως αρρώστους τη βία της κοινωνίας. Η αρρώστια προσεγγίζεται ως μια διαμαρτυρία ενάντια στην κοινωνία και η ιατρική επιστήμη που έρχεται να τη διαχειριστεί χρησιμοποιεί την πρόσφορη τεχνική της περιθωριοποίησης, μέσω της οποίας ορίζονται, ταξινομούνται, αποκλείονται άτομα των οποίων η προοδευτική

⁵³ Szasz, T. (2006), Η βιομηχανία της τρέλας, Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης. σελ. 87-95.

⁵⁴ Szasz, T. (2007), Νόμος, ελευθερία και ψυχιατρική: Μια έρευνα του ρόλου των ψυχιατρικών πρακτικών στην κοινωνία, Αθήνα: Αρχιπέλαγος. σελ. 52-60.

απαξίωση δημιουργεί έτοιμα θύματα για την τελική πράξη της «εξόντωσής» τους. Στα πλαίσια του ψυχιατρείου το άτομο αντικειμενοποιείται, πραγματοποιείται και εγκαταλείπεται στο γιατρό ως ένα αδρανές, μη ανθρώπινο πεδίο από συμπτώματα τα οποία πρέπει να εξάλειφθούν. Εάν όμως το ιδρυματοποιημένο αυτό άτομο αξιώσει την αναγνώριση του εαυτού του, της ταυτότητάς του πέραν του ιδρύματος κάτι που μπορεί να επιδιωχθεί με φαινομενικά ακατανόητους τρόπους που ερμηνεύονται ως πρόκληση, απρέπεια, εριστικότητα, αδιαφορία τότε αυτό επιφέρει τις ανάλογες αντιδράσεις του άκαμπτου ψυχιατρικού θεσμού.⁵⁵

Απορρίπτοντας ολοκληρωτικά το θεσμό του ψυχιατρείου και μεταθέτοντας τον πυρήνα της αναζήτησης των προβληματικών, ελλειμματικών, ασυμβίβαστων και ενοχλητικών σημείων από το άτομο στη κοινωνία, ο David Cooper επιχειρεί τη δημιουργία μιας «αντιψυχιατρικής κατάστασης». Εισηγείται έτσι ένα πείραμα αντιψυχιατρικής το οποίο είναι ευρύτερα γνωστό ως «Περίπτερο 21». Το 1962 ξεκινά η λειτουργία του «Περιπτέρου 21», τμήμα ενός ψυχιατρείου βορειοδυτικά του Λονδίνου στα πλαίσια του οποίου απορρίπτονται οι σωματικοί καταναγκασμοί, τα ηλεκτροσόκ, οι λοβοτομές, οι χημικές και μηχανικές καθηλώσεις.⁵⁶

Στόχος ήταν η δημιουργία μιας αληθινά θεραπευτικής κοινότητας, μιας ελεύθερης κοινότητας όπου οι άνθρωποι να συμπεριφέρονται μεταξύ τους με τρόπο ώστε ο ένας να σέβεται τη μοναξιά του άλλου αντιστεκόμενοι στην αφόρητη πίεση της εξάλειψης της εμπειρίας των «αρρώστων» από την πραγματικότητα ή τις απεγνωσμένες προσπάθειες βίαιης προσαρμογής τους σε πλαίσια ξένα από τα δικά τους.⁵⁷ Το συμπέρασμα και το αποτέλεσμα αυτού του εγχειρήματος συγκλίνουν στο γεγονός ότι μπορεί η δημιουργία του «Περιπτέρου 21» να σηματοδοτεί ένα βήμα για την ιδρυματική αλλαγή και τη διαχείριση της «ψυχικής αρρώστιας» στην πραγματικότητα όμως η αλλαγή δύναται να συντελεστεί μονάχα έξω από το ψυχιατρείο και μέσα στα πλαίσια της κοινότητας.⁵⁸ Αυτή η εξωιδρυματική διαχείριση της «εμπειρίας της τρέλας» στεκόταν

⁵⁵ Cooper, D. (1990), Ψυχιατρική και αντιψυχιατρική, Αθήνα: Ράππας. σελ. 32-40.

⁵⁶ Τερζάκης, Φ. (2013), Η εποχή της αντιψυχιατρικής, Τρίκαλα: Επέκεινα. σελ. 42-45.

⁵⁷ Cooper, D. (1978), Η γλώσσα της τρέλας, Αθήνα: Ελεύθερος Τύπος. σελ. 20-27.

⁵⁸ Οργανώθηκε ένα διαφορετικό πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων και συνεργασιών των μελών του προσωπικού. Για παράδειγμα, εγκαταλείφθηκε η πρακτική του υποχρεωτικού πρωινού ξυπνήματος, ο εξαναγκασμός σε εργασιοθεραπεία ή η ανάληψη των εργασιών καθαριότητας από τους ασθενείς και αφέθηκε στη δική τους επιθυμία και πρωτοβουλία η εκπόνηση των συγκεκριμένων και άλλων δραστηριοτήτων συμμετοχής στη λειτουργία του τμήματος.

ανταγωνιστικά απέναντι στην καταπίεση του ιδρυματικού μοντέλου που πρότασε η καθεστωτική ψυχιατρική διακηρύσσοντας την ελευθερία του να σκέπτεσαι, να βλέπεις, να αισθάνεσαι με οποιοδήποτε τρόπο οτιδήποτε.

Το 1961 ξεκινά ένα εγχείρημα ριζικής αμφισβήτησης του ιδρυματικού θεσμού που στόχο του έχει την κατάργησή του. Ο Franco Basaglia, ένα από τα κεντρικότερα πρόσωπα και πρωτεργάτης του ιταλικού αντιϊδρυματικού κινήματος, αναλαμβάνει τη θέση του διευθυντή στο ψυχιατρικό νοσοκομείο της Γκορίτσα και θέτει σε εφαρμογή ένα πρόγραμμα ριζοσπαστικού μετασχηματισμού του ιδρύματος.⁵⁹ Προτείνεται μια νέα οργανωτική δομή, νέοι κανόνες επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και προσωπικού, απορρίπτονται μηχανικές, χημικές καθηλώσεις και ηλεκτροσπασμοθεραπεία και ξεκινούν παρεμβάσεις για τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των τροφίμων. Το ψυχιατρείο ανοίγει τόσο συμβολικά όσο και υλικά καθώς μαζί με τις περιφράξεις και τις ερμητικά κλειστές πόρτες, ανοίγει και ένας δρόμος προς την κοινότητα.⁶⁰

Για τον Basaglia, η δράση στο εσωτερικό ενός θεσμού βίας σημαίνει την άρνηση του κοινωνικού του ρόλου, τη συνειδητοποίηση της εκφερόμενης βίας όλων των «συμβαλλομένων», την αναστολή της προσαρμογής στον αποκλεισμό και τέλος την απόταξη των τεχνικών της βίας. Δίνοντας έμφαση στις διαδικασίες που γέννησαν το ψυχιατρείο και στις δομές της κοινωνικής ζωής που προωθούν τον εγκλεισμό ως αναγκαιότητα τονίζει την απουσία του άρρωστου υποκειμένου από τις όποιες προσπάθειες περίθαλψης ή θεραπείας του και επαναφέρει ως απαραίτητη την άσκηση

⁵⁹ Στην ειδική έκδοση των Τετραδίων Ψυχιατρικής για τα 30 χρόνια από το κλείσιμο των ιταλικών ψυχιατρείων περιλαμβάνεται η διαδρομή και το έργο του Franco Basaglia και η επίτευξη της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ιταλία καθώς και μια συλλογή κειμένων του ίδιου που τιτλοφορείται «Θεσμοί της Βίας και Άλλα Κείμενα».

⁶⁰ Οι αντιστάσεις που συνάντησε από την τοπική αυτοδιοίκηση και την κοινότητα τον απομακρύνουν το 1967 από την πόλη της Γκορίτσα, για να επιστρέψει όμως, το 1971 στην Τεργέστη και να υλοποιήσει το όραμα της αποασυλοποίησης. Στην Τεργέστη, υπερβαίνοντας το μετασχηματισμό της λειτουργίας του ψυχιατρείου και το πείραμα της Θεραπευτικής Κοινότητας, επιχειρεί την κατάργηση του ασύλου. Μέσα από τη σταδιακή μείωση των νέων εισαγωγών για νοσηλεία, τη συστηματική φροντίδα αυτών που παίρνουν εξιτήριο, την κατάργηση της εκμετάλλευσης της εργασίας των εγκλειστών μέσω «εργοθεραπευτικών» προγραμμάτων και τη νομική κατοχύρωση του Συνεταιρισμού Εργαζομένων, τίθεται σε εφαρμογή η πλέον ολοκληρωμένη και συνολική πρόταση εγκατάλειψης του ιδρυματικού θεσμού. Το 1973 η Τεργέστη ορίζεται ως πιλοτική ζώνη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την ίδια χρονιά ιδρύεται το κίνημα της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής, στο οποίο συναντώνται το αντιϊδρυματικό κίνημα, συνδικάτα της αριστεράς και άλλες πολιτικές δυνάμεις. Δύο χρόνια μετά, εγκαινιάζονται τα πρώτα κέντρα ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα και μέχρι το 1977 το ψυχιατρικό νοσοκομείο της Τεργέστης κλείνει. Ένας σχετικός νόμος του 1978 έρχεται να επισφραγίσει την επιτυχία αυτής της προσπάθειας και έτσι ξεκινά η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση σε ολόκληρη την ιταλική επικράτεια.

κριτικής στην ιατρική ιδεολογία. Η εισαγωγή ενός ατόμου σε ψυχιατρείο σηματοδοτεί την άρση των δικαιωμάτων του και την πλήρη παράδοσή του στην απόλυτη εξουσία του γιατρού και των νοσοκόμων. Το άτομο έχει απωλέσει οποιαδήποτε διαπραγματευτική δύναμη και εκτίθεται στην απόλυτη και αδιαμφισβήτητη εξουσία του ιδρύματος και των λειτουργών του. Το ψυχιατρείο για τον Basaglia συνιστά μια συνθήκη κοινωνικού θανάτου.⁶¹

Μέσα από αυτό το πρίσμα, ο Basaglia βλέπει τη θεραπευτική πράξη να αποκαλύπτεται ως «μια επαναστατική πράξη», μια πράξη εξέγερσης, μια διαδικασία απελευθερωτική. Στην υπέρβαση όμως της βίαιης και καταπιεστικής πραγματικότητας του ιδρύματος, υπάρχουν μια σειρά άλλα ζητήματα κοινωνικοπολιτικής υφής τα οποία όφειλαν να διαχειριστούν οι αναμορφωτές του συστήματος. Έτσι το πραγματικό άνοιγμα του ασύλου μπορεί να πραγματωθεί μονάχα μέσα από την ένωσή του με ένα θεσμικό κίνημα βάσης το οποίο κινούμενο προς την αποκατάσταση του ιδρυματοποιημένου ατόμου θα φρόντιζε για τη δουλειά που δεν μπορεί να βρει, το σπίτι που δεν μπορεί να νοικιάσει, το κοινωνικό περιβάλλον που το εξοβελίζει και το καταδικάζει σε μια διαρκή αορατότητα. Όπως εύστοχα το θέτει ο Basaglia, «μια θεραπευτική κοινότητα, αν την εννοήσουμε έτσι, δεν μπορεί παρά να βρίσκεται σε αντίθεση με την κοινωνική πραγματικότητα μέσα στην οποία ζούμε».⁶²

Η σχιζοφρένεια είναι η υπέρτατη των «ψυχικών νόσων», η πιο ποικιλόμορφη και απρόβλεπτη, αυτή που επιφέρει το ισχυρότερο πλήγμα και στίγμα στον άνθρωπο που την ενδύεται και την οικογένειά του, αυτή που κληρονομικά δύναται να μεταδοθεί. Για τους εκφραστές του κινήματος της αντιψυχιατρικής η απόδοση αυτής της «ταμπέλας» σε ένα πρόσωπο συνιστά μια κατεξοχήν πολιτική πράξη. Το πρόσωπο που έχει σχιζοφρένεια εκπίπτει από το καθεστώς του πλήρως υπεύθυνου προσώπου, δεν θεωρείται πια ότι μπορεί να καθορίσει τον εαυτό του και του αφαιρείται η ελευθερία της βούλησης.

Η σχιζοφρένεια ως νοσολογική κατηγορία έχει δεχθεί ισχυρότατες κριτικές για το τι περιλαμβάνει ενώ έχει αμφισβητηθεί και η λειτουργικότητά της. Την έντονη

⁶¹ Basaglia, F. (2008), Εναλλακτική Ψυχιατρική: Ενάντια στην απαισιοδοξία της λογικής: Για την αισιοδοξία της πράξης, Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 139-154.

⁶² Ο Franco Basaglia αναφέρεται στην εικόνα που έχει το ίδρυμα για τον «άρρωστο» και το σώμα του. Ο άρρωστος, ο οποίος ήδη υποφέρει από μια στέρηση ελευθερίας που ως τέτοια μπορεί να ερμηνευθεί η αρρώστια, καταλήγει να προσκολληθεί σε ένα νέο σώμα που είναι αυτό του ιδρύματος αρνούμενος κάθε επιθυμία, κάθε πράξη που θα μπορούσαν να τον κάνουν να αισθάνεται ακόμη ζωντανός.

αμφισβήτηση την οποία δέχτηκε η σχιζοφρένεια ως διαγνωστική κατηγορία κατά τις δεκαετίες 1960 και 1970, φαίνεται να συνεχίζει σήμερα το δίκτυο των ανθρώπων που ακούνε φωνές (Hearing Voices Network), προτείνοντας εναλλακτικούς τρόπους διαχείρισης και πολιτικοποιώντας αυτήν αλλά και άλλες «ψυχοπαθολογικές» εμπειρίες. Ο τρόπος λειτουργίας των ομάδων αυτών κινείται στη βάση της κατανόησης και της αποδοχής της εμπειρίας του να ακούει κάποιος φωνές. Το Δίκτυο Hearing Voices δίνοντας σημασία στις φωνές, επιχειρεί την αποκωδικοποίηση των κρυφών μηνυμάτων που μεταφέρουν και τη μεταστροφή τους σε φωνές παραγωγικές, προστατευτικές, φωνές συμμάχους αναδεικνύοντας την δυνατότητα μιας ζωής που μοιάζει να συνομιλεί με φαντάσματα.⁶³ Αντίθετα κατά την άσκηση της παραδοσιακής ψυχιατρικής αποκλείονται οι εξωτερικές φωνές μέσα στα κεφάλια αυτών που χαρακτηρίζονται ως «σχιζοφρενείς» και η όλη διαχείριση της εμπειρίας των φωνών συνίσταται στη φαρμακευτική καταστολή, στη φίμωσή τους, μιας και δεν αποτελούν ένα «φυσιολογικό» και αποδεκτό τρόπο βίωσης μιας εμπειρίας.

Το κυρίαρχο ψυχιατρικό κατεστημένο δυστυχώς όμως, παρά τις αρκετές φωτεινές εξαιρέσεις, αρνείται πεισματικά να επαναπροσδιορίσει το πεδίο του στη βάση μιας νέας προβληματικής. Παρά τις διαφοροποιήσεις και τις νεωτεριστικές τάσεις που περιστασιακά εμφανίζονται στους κόλπους της η ψυχιατρική παραμένει παραδοσιακά αναχρονιστική και βαθιά προσηλωμένη με έναν θρησκευτικό σχεδόν ζήλο σε μια χορεία εδραιωμένων αντιλήψεων γύρω από το αίνιγμα της ανθρώπινης παραφροσύνης. Η βία και η καταστολή εξακολουθούν να αποτελούν τα κύρια όπλα στη φαρέτρα της (χημικές και μηχανικές καθηλώσεις, ηλεκτροσπασμοθεραπείες, συνδυασμοί ισχυρών φαρμακευτικών ουσιών στις μέγιστες ανεκτές δοσολογίες τους). Η μοντέρνα ψυχιατρική βέβαια δεν είναι πλέον τόσο μονολιθική όσο στο παρελθόν αφού οι πρακτικές της έχουν πολλαπλασιαστεί σε σχέση κυρίως με νέες βιολογικές θεραπείες.⁶⁴

Η «αντιψυχιατρική» ρητορική αποτέλεσε πραγματικά έναν προοδευτικό προβληματισμό μέσα στο πλαίσιο του ψυχιατρικού διαλόγου και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης συνολικότερα. Εκείνη η οξυδερκής και ανατρεπτική για την εποχή της

⁶³ Αυτή η διαχείριση των φωνών, έρχεται να απαντήσει σε ένα ποσοστό 70% των ανθρώπων που έχουν αυτή την εμπειρία και τα φάρμακα δεν καταφέρνουν να βοηθήσουν παρά μόνο μέσα από έναν περιορισμένο έλεγχο τους επιτρέποντας μάλιστα στις φωνές να επιστρέφουν περιοδικά με μεγαλύτερη ένταση και δριμύτητα, επιδεινώνοντας την ποιότητα ζωής του υποκειμένου.

⁶⁴ Τσαλίκολου, Φ. (1996), Μυθολογίες βίας και καταστολής, Αθήνα: Παπαζήσης. σελ. 237-243.

κριτική ωστόσο, ήταν σε κάποιο βαθμό ουτοπική και χρησιμοποιούσε τη γλώσσα των διανοούμενων ενώ η πιο πρόσφατη κριτική έχει προέλθει κατευθείαν από τους χρήστες αυτών των υπηρεσιών και είναι προσανατολισμένη σε πιο ρεαλιστικές δράσεις. Μια σύγχρονη κριτική αποτίμηση του αντιψυχιατρικού κινήματος δεν πρέπει να παραβλέπει την πολύτιμη συμβολή του στην ανάπτυξη ενός ριζοσπαστικού προβληματισμού που εμπλουτίζει το διάλογο γύρω από τις πιθανές αιτίες της ψυχικής νόσου, στοιχεία που βοηθούν στην αναθεώρηση της παραδεδομένης προσέγγισής της. Αυτό που είναι σημαντικό να κρατήσουμε από την εμπειρία της αντιψυχιατρικής είναι ότι εκδηλώθηκε και εκφράστηκε με όρους κοινωνικού κινήματος, προβληματοποίησε θεσμούς και σχέσεις, αρθρώθηκε στη βάση επαναστατικών κοινωνικοπολιτικών προταγμάτων και συνδέθηκε με πολιτικά και θεωρητικά ρεύματα αμφισβήτησης της κλασικής ψυχιατρικής και των ταξινομήσεων που πρότεινε, των σχέσεων εξουσίας και υποταγής που προωθούνταν εντός του ιδρύματος και του ρόλου των ψυχιάτρων ως διαχειριστών της ισχύος της εξουσίας.⁶⁵

Μιλάμε σήμερα για μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση, για την έξοδο από το άσυλο, την αυθαιρεσία, τη βία, τις μηχανικές και χημικές καθηλώσεις, τα ρακένδута σώματα και τις ερμητικά κλειστές πόρτες του ιδρύματος, την αναγκαστική «εργασιοθεραπεία». Όταν όμως οι εκφραστές του κινήματος της αντιψυχιατρικής μιλούσαν για θεραπεία αναφέρονταν σε μια επαναστατική διαδικασία που θα ανέτρεπε όλες τις υφιστάμενες και εδραιωμένες αντιλήψεις και παραδοχές για την ασθένεια και το ρόλο της ψυχιατρικής επιστήμης. Όταν μιλούσαν για πραγματικά θεραπευτική κοινότητα αναγνώριζαν ότι η πραγμάτωσή της είναι εφικτή μονάχα μέσα από την αντίσταση στο υφιστάμενο κοινωνικοπολιτικό σύστημα. Η έξοδος από το άσυλο δεν μπορεί παρά να είναι σύμφυτη με την καθολική έξοδο από το ίδρυμα την καθηλωτική, περικλειστη προσέγγιση της ασθένειας και τον αποκλεισμό από τον κοινωνικό και τον πολιτικό στίβο που επισειούν αυτές οι θεωρήσεις. Στην προοπτική της απελευθέρωσης και της θεραπείας οι κινηματικές διαδικασίες και τα πάσχοντα υποκείμενα διεκδικούν την ανατροπή της υφιστάμενης πολιτικής διαχείρισης της υγείας και της ασθένειας διεκδικώντας μια διαφορετική δυνατότητα ύπαρξης, ζωής και αυτοπραγμάτωσης.

⁶⁵ Λέκκα, Β. (2012), Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής: Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault, Αθήνα: Futura. σελ. 187-195.

2. Η ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙ ΙΜΠΕΡΙΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ.

Οι υπέρμαχοι της βιολογικής ψυχιατρικής υποστηρίζουν ότι όλες οι ψυχικές διαταραχές οφείλουν να εκλαμβάνονται ως νόσοι του εγκεφάλου. Υπάρχουν προφανώς περιστατικά στα οποία τα συμπτώματα ψυχιατρικού τύπου που εμφανίζονται οφείλονται σε εγκεφαλικές και ανατομικές βλάβες που μπορούν να ταυτοποιηθούν και να θεραπευτούν. Οι πρόοδοι στη βιολογία, στην απεικόνιση του εγκεφάλου και στη νευροχειρουργική επιτρέπουν τη θεραπεία αυτών των περιστατικών τα οποία έμοιαζε να εμπίπτουν στο πεδίο της ψυχιατρικής ενώ τώρα φαίνεται ότι ανήκουν σαφώς σε αυτό της νευρολογίας. Μπορούμε όμως αβίαστα να συμπεράνουμε ότι, στο εγγύς μέλλον, όλες οι ψυχιατρικές διαταραχές θα μπορούν να περιγράφονται με όρους νευρολογικούς και να θεραπεύονται στη βάση αυτών των νέων γνώσεων;⁶⁶

Η ψυχιατρική τείνει να επιβάλει στον υπόλοιπο κόσμο τη δική της αυστηρά βιολογική σύλληψη των ψυχικών νοσημάτων. Η ταξινόμηση των ψυχικών νοσημάτων η οποία προτάθηκε από την American Psychiatric Association (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία) το 1980 στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM-III) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ερχόταν σε ρήξη με τις προγενέστερες ταξινομήσεις καθώς είχε την αξίωση να είναι μη θεωρητική ούτως ώστε να βελτιώσει τη διαγνωστική αξιοπιστία και εγκυρότητά της. Επιπλέον ο προσδιορισμός ομοιογενών ομάδων ασθενών θα διευκόλυνε τις κλινικές δοκιμές. Στόχος ήταν η ανάπτυξη μιας νευροπαθολογίας η οποία να συνδέει αιτιολογικά τις νευρολογικές παθήσεις και τις εγκεφαλικές δυσλειτουργίες με τις ψυχικές διαταραχές. Η σύγχρονη ψυχιατρική σκέψη, εγκλωβισμένη στις αντιλήψεις περί χημικής ανισορροπίας και οργανικών βλαβών του εγκεφάλου, στην προσπάθειά της να ορίσει την αντικειμενική συνθήκη νοσηρότητας εξυψώνει το γονιδιακό επικαθορισμό έναντι των κοινωνικών συνθηκών ως ερμηνευτικό εργαλείο της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Η ανθρώπινη υποκειμενική οδύνη έρχεται έτσι αντιμέτωπη με τον απλουστευτικό βιολογικό αναγωγισμό της σύγχρονης ταξινομητικής ψυχιατρικής.⁶⁷

⁶⁶ Ουλής, Π. (2003), Η φύση της ψυχικής νόσου: Μια φιλοσοφική-επιστημονική διερεύνηση, Αθήνα: Εξάντας. σελ. 13-19.

⁶⁷ J. Z. Sadler, "Psychiatric Molecular Genetics and the Ethics of Social Promises", *Bioethical Inquiry*, 2011, vol. 8, σ. 27-34.

Η κατασκευή διακριτών νοσολογικών κατηγοριών που μπορούν να μετρηθούν να ποσοτικοποιηθούν και να «θεραπευθούν» μέσω της ενδεδειγμένης φαρμακευτικής αγωγής συνιστούν διαδικασίες πολιτισμικά έγκυρες και κοινωνικά νομιμοποιημένες για την κυρίαρχη δυτική επιστημολογική παράδοση. Το σύμπτωμα προσλαμβάνεται ως αντικειμενική σημειολογία που μετατρέπεται ευθέως σε διάγνωση οργανικής ασθένειας του εγκεφάλου και η ψυχική διαταραχή ως μια εσωτερική, ιδιωτική συνθήκη του πάσχοντος υποκειμένου. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών οι νευροεπιστήμες είχαν ήδη αποφέρει απτά αποτελέσματα στη νευρολογία και η ανακάλυψη δραστικών ψυχοτρόπων φαρμάκων έδειχνε ότι ήταν εφικτό να παρέμβουμε στη λειτουργία του εγκεφάλου με την αγωγή της βιοχημείας. Η σχιζοφρένεια και τα άλλα ψυχιατρικά νοσήματα έχουν σαφώς γενετική προέλευση.⁶⁸ Ο προσδιορισμός του ανθρώπινου γονιδιώματος θα ήταν ακόμα ένα ουσιώδες εργαλείο για την κατανόησή τους. Εντούτοις, παρότι ο προσδιορισμός αυτός ολοκληρώθηκε, η πλήρης ανάλυση του γονιδιώματος εκατοντάδων σχιζοφρενών ασθενών δεν ήταν αρκετή για να καταδειχθούν γενετικές ανωμαλίες. Αυτό καταδεικνύει ότι η υπόθεση που προκρίνει τη γονιδιακή αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών διαδίδεται ανεξάρτητα από τις προόδους και τα ευρήματα της αμιγούς εργαστηριακής έρευνας.⁶⁹

Οι θιασώτες του βιολογικού αναγωγισμού υποστηρίζουν την ανωτερότητα της δικής τους προσέγγισης ως επιστημονικότερης. Η γενετική όμως κατόρθωσε να ταυτοποιήσει μόνο κάποιες γενετικές ανωμαλίες των οποίων οι αλλοιώσεις εξηγούν ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων και αποκλειστικά σε σχέση με τις πλέον σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές όπως αυτισμό, σχιζοφρένεια και νοητική υστέρηση. Επομένως η εμβέλεια αυτών των αποτελεσμάτων, τόσο από διαγνωστική όσο και από θεραπευτική άποψη, είναι περιορισμένη. Έτσι μετά από πολλά χρόνια ερευνών γύρω από τα γενετικά αίτια των ψυχικών διαταραχών, με πενιχρά όμως αποτελέσματα, οι επιδημιολογικές μελέτες που ανεδείκνυαν τους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες επιρρωνύονται και ανακτούν την αξιοπιστία τους.⁷⁰

⁶⁸ Garrabé, J. (2011), Η σχιζοφρένεια: 100 χρόνια για να κατανοήσουμε, Αθήνα: Κοινός.

Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου. σελ. 179-182.

⁶⁹ R. Uher, "The Role of Genetic Variation in the Causation of Mental Illness: An Evolution-Informed Framework", *Molecular Psychiatry*, 2009, vol. 14, no 12, σ. 1072-1082.

⁷⁰ J. P. Evans, E. M. Meslin, T. M. Marteau, "Deflating the Genomic Bubble", *Science*, 2011, vol. 331, p. 861-862.

Οι έρευνες δείχνουν ότι τα ψυχικά νοσήματα που συνοδεύονται από σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας προσβάλλουν περίπου το 1% του πληθυσμού χωρίς σημαντικές διαφορές από το ένα πολιτισμικό πλαίσιο στο άλλο. Παράλληλα έχουν ισχυρό κληρονομικό χαρακτήρα και ο επιπολασμός τους αυξάνεται με την ηλικία του κάθε γονέα. Από την άλλη, ο επιπολασμός των πλέον συχνών διαταραχών ποικίλλει ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται ότι επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση αυτών των διαταραχών. Οι παρατηρήσεις αυτές οδήγησαν στη διάκριση ανάμεσα σε νοσήματα με σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας, σχετικά σπάνια και με πιθανώς ισχυρή γενετική συνιστώσα αφενός και σε διαταραχές που εμφανίζονται συχνά και διαθέτουν ισχυρή περιβαλλοντική συνιστώσα αφετέρου. Για παράδειγμα, οι διαταραχές της διάθεσης σε κάποιες χώρες είναι συχνότερες σε σχέση με άλλες ενώ η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα σε οικογένειες που βιώνουν ακραίες συνθήκες φτώχειας.⁷¹

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα που ανακαλύφθηκαν στις δεκαετίες του 1950 και του 1960, αποτέλεσαν μείζονα πρόοδο μόνο όσον αφορά τα μείζονα ψυχικά νοσήματα. Ενώ η φαρμακευτική αγωγή των συχνότερων διαταραχών δεν είναι, μακροπρόθεσμα, ιδιαίτερα αποτελεσματική. Για παράδειγμα, τα φάρμακα μπορούν, βραχυπρόθεσμα, να οδηγήσουν σε ύφεση των υπερκινητικών συμπτωμάτων δεν προφυλάσσουν ωστόσο από τον κίνδυνο παραβατικότητας, τοξικομανίας και σχολικής αποτυχίας που είναι έως τέσσερις φορές αυξημένος στα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠΥ. Ομοίως, στην αντικαταθλιπτική αγωγή το ποσοστό υποτροπής είναι της τάξεως του 70% και η διαφορά σε σχέση με μια θεραπεία placebo είναι στατιστικά σημαντική μόνο στην περίπτωση των σοβαρότερων καταθλίψεων. Η έμφαση που αποδίδεται στα υποτιθέμενα βιολογικά αίτια των ψυχικών νόσων τείνει να υποβαθμίζει τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και να παραβλέπει τα σχετικά προληπτικά μέτρα. Εάν για παράδειγμα η ΔΕΠΥ θεωρηθεί ως μία διαταραχή που οφείλεται σε μία αιτία γενετικής προέλευσης, τότε δεν είναι εφικτή καμία προληπτική δράση. Τότε όμως η βιολογική ψυχιατρική επιστρατεύεται ακριβώς για να καταδείξει ότι η κοινωνική αποτυχία είναι απότοκο της βιολογικής μειονεξίας κάποιων ατόμων.

⁷¹ P. M. Visscher, W. G. Hill και N. R. Wray, “Heritability in the Genomics Era-Concepts and Misconceptions”, Nature Reviews Genetics, 2008, vol. 9, no 4, σ. 255-266.

Οι έρευνες που καταλήγουν σε θετικά αποτελέσματα σχετικά με ένα φάρμακο δημοσιεύονται πολύ συχνότερα σε σχέση με αυτές που καταλήγουν σε αρνητικά. Δηλαδή όταν ανταγωνιστικές ερευνητικές ομάδες επικεντρώνονται στο ίδιο θέμα, όσες βρίσκουν μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε δύο μεταβλητές σπεύδουν να τη δημοσιεύσουν στις έγκυρες επιστημονικές επιθεωρήσεις ενώ όσες ομάδες δεν παρατηρούν σημαντική συσχέτιση σπάνια δημοσιεύουν τα αποτελέσματά τους. Ως αποτέλεσμα το κοινό ακούει συχνά να γίνεται λόγος για κάποιες θεαματικές ανακαλύψεις χωρίς ωστόσο να πληροφορείται ότι αυτές αμφισβητούνται από κάποιες έρευνες αντίστοιχης επιστημονικής εγκυρότητας.⁷²

Ο επίσημος ψυχιατρικός «λόγος» έχει μια ισχυρή και ανεξάντλητη δύναμη πειθούς εξαιτίας της θεσμικής κατοχύρωσής του. Η χρήση από τους γιατρούς εξειδικευμένης και δυσνόητης ορολογίας θα μπορούσε να αποδοθεί στην προσπάθεια διατήρησης της κυρίαρχης θέσης τους μέσω της ανάπτυξης ενός εξουσιαστικού «λόγου». Το σύστημα ψυχικής υγείας λειτουργεί κάτω από την ιατρική κυριαρχία, με διάφορα επαγγέλματα να διεκδικούν εξουσία, επιρροή και αυτονομία. Υπάρχει μια αμοιβαία υποστηρικτική σχέση μεταξύ της κλινικής έρευνας και της πρακτικής στην αναπαραγωγή των κλινικών κατηγοριών. Η έρευνα αντλεί στοιχεία από τις υπάρχουσες κλινικές κατηγορίες και τα αποτελέσματά της ανατροφοδοτούνται στα διαγνωστικά συστήματα. Εδώ η διάγνωση, σε αντίθεση με της σωματικές ασθένειες, διαφέρει αφού δεν είναι δυνατή η μεταφορά αντικειμενικών παρατηρήσεων από τον πραγματικό βίκοσμο της ανθρώπινης εμπειρίας στο αποστειρωμένο περιβάλλον του εργαστηρίου.⁷³

Η βιολογίζουσα πρόσληψη της ψυχικής νόσου αποτέλεσε την απαρχή της επιστημονικής προσέγγισης της «τρέλας» το 17ο αιώνα γεγονός που οδήγησε το σύνολο σχεδόν τον τότε ερευνών στην αναζήτηση των αιτίων των ψυχικών νόσων σε ανατομικές δυσλειτουργίες και εγκεφαλικές αλλοιώσεις. Κατά αυτή την οπτική, που είναι και η επικρατούσα μέχρι σήμερα, οι ψυχικές διαταραχές δεν αποτελούν παρά μόνο το

⁷² F. Gonon, E. Bezaud & T. Boraud, "Misrepresentation of Neuroscience Data Might Give Rise to Misleading Conclusions in the Media: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder", PLOS ONE, 2011, vol. 6, no 1, σ. e14618.

⁷³ Οι διάφορες απόπειρες προσδιορισμού των ορίων της ψυχοπαθολογίας στα αυστηρά πλαίσια διάφορων ορισμών παραμένουν ατελέσφορες και σπασμωδικές. Αναφέρω π.χ. το στατιστικό ορισμό (η λατρεία του μέσου όρου), παθολογικό είναι ότι αποκλίνει από το μέσο όρο, τον ηθικό, θρησκευτικό ορισμό, δηλαδή παθολογικό είναι ότι παραβιάζει τον κυρίαρχο ηθικό κανόνα και τον ιατρικό ορισμό (η πεποίθηση της γονιδιακής προέλευσης της ψυχικής διαταραχής), το παθολογικό είναι προϊόν οργανικής βλάβης.

επιφαινόμενο λανθανουσών βιολογικών βλαβών στο οργανικό υπόστρωμα των ανθρώπων τις οποίες η εργαστηριακή έρευνα σίγουρα θα ανακαλύψει και θα αναστρέψει κάποια στιγμή στο μέλλον. Η κλινική ψυχιατρική επικεντρώνεται σε μια βιολογία των χημικών υποδοχέων και νευρώνων και της λειτουργίας των συνάψεων του εγκεφάλου. Κάθε σύμπτωμα πρέπει να αποτελέσει στόχο μιας φαρμακευτικής ουσίας εφόσον έχει εδραιωθεί η πεποίθηση ότι κάποιες βιολογικές δυσλειτουργίες πυροδότησαν βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο οι οποίες είναι αναστρέψιμες με τη χορήγηση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής.⁷⁴ Σε ολόκληρες περιοχές του νοσολογικού φάσματος θα πρέπει να αγνοηθούν οι ατομικές ιδιαιτερότητες με σκοπό ετερογενείς παθολογίες να ομογενοποιηθούν ώστε να αποτελέσουν στόχο ενός διαθέσιμου φαρμάκου. Είναι αξιο παρατήρησης ότι στη σύγχρονη δυτική αντίληψη ο ψυχικός πόνος εκλαμβάνεται ως μια αρνητική εμπειρία που τείνει να μας στερήσει την απόλαυση της ζωής και ως εκ τούτου καταστέλλεται μέσω πλήθους αναλγητικών, ηρεμιστικών, αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που υπόσχονται την εξάλειψη της οδύνης από την καθημερινή εμπειρία, την ίδια τη βίωσή της ως εμπειρία που φέρει νοήματα και μιλά για τον εαυτό και τις συγκροτησιακές του σχέσεις. Ανταποκρινόμενη στο επίμονο αίτημα πολλών ανθρώπων η σύγχρονη ψυχιατρική έχει μερικές κατηγορίες φαρμάκων και με βάση αυτές θα πρέπει να επιλύσει όλα τα υπάρχοντα προβλήματα ψυχικής υγείας ή υποκειμενικής δυσφορίας.

Οι φαρμακοβιομηχανίες επέβαλαν για παράδειγμα, την κυριαρχία του όρου κατάθλιψη πάνω σε ένα ολόκληρο φάσμα συμπτωμάτων, υποκειμενικών διαθέσεων, θυμικών αποχρώσεων με διακηρυγμένο στόχο την απάλειψη αυτών με την ενδεδειγμένη αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Τα ψυχοτρόπα αυτά φάρμακα προσφέρουν μια θεραπεία βιομηχανοποιημένη, συχνά προσωρινή, αδιαφοροποίητη για όλους. Έτσι προωθείται σθεναρά η πίστη στη γιγάντωση των γνώσεων της φαρμακολογίας εφόσον όλα τα νοσήματα θα ρυθμιστούν από τις επικείμενες επιστημονικές κατακτήσεις της γενετικής και της βιολογίας.⁷⁵ Πριν από την εμπορική διάθεση ενός σκευάσματος οι φαρμακοβιομηχανίες θέτουν σε κυκλοφορία καινοφανείς νοσολογικές κατηγορίες, σφετεριζόμενες το κύρος υψηλά αμειβομένων διακεκριμένων καθηγητών πανεπιστημίων

⁷⁴ D. J. Luchins, "The Future of Mental Health Care and the Limits of the Behavioral Neurosciences", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2010, vol. 198, no 6, σ. 395-398.

⁷⁵ J. C. Fournier, R. J. DeRubeis, S. D. Hollon, "Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis", *JAMA*, 2010, vol. 303, no 1, σ. 47-53.

και θέτοντας σε κυκλοφορία νέα προϊόντα επενδεδυμένα με υπερφίαλες υποσχέσεις μέσω ελεγχόμενων εντύπων και δημοσιογράφων του χώρου. Οι φαρμακευτικές εταιρίες προωθούν τα προϊόντα τους πληρώνοντας διαφημιστικές εκστρατείες και χορηγώντας ποικίλες εκδηλώσεις ευρείας απήχησης. Μια αγορά διαμορφώνεται και επεκτείνεται με το πέρασμα του χρόνου ταυτόχρονα με την επινόηση των προϊόντων της.

Παρότι κάθε χρόνο ξοδεύονται υπέρογκα ποσά σε διεθνές επίπεδο για την αγορά ψυχοφαρμάκων η χρήση αυτών είναι σαφώς φθηνότερη από τις συνομιλιακές ψυχοθεραπείες η εφαρμογή των οποίων προϋποθέτει ανάλωση χρόνου και επίπονης δουλειάς. Η φαρμακοβιομηχανία προκαλεί μια υπερκατανάλωση ψυχοτρόπων ουσιών χωρίς να υφίστανται οι απαραίτητες ενδείξεις. Αυτά τα φάρμακα αναισθητοποιούν τα υγιή αντανakλαστικά της κοινωνίας, συγκαλύπτουν τις κοινωνικές αντιδράσεις και συμμετέχουν καθοριστικά στην κατάπνιξη της εξάπλωσης μιας ευρύτερης κοινωνικής διαμαρτυρίας. Η συνεχώς αυξητική τάση για κατανάλωση ψυχοφαρμάκων, όπως φαίνεται μέσα από έγκυρα στατιστικά στοιχεία, δείχνει το ασύλληπτο μέγεθος διάδοσης όλων αυτών των χημικών ουσιών και τη γενικευμένη φαρμακευτική εξάρτηση.⁷⁶

Δεν υπάρχει καμιά ανάγκη να πειστεί ο ασθενής πριν του χορηγηθεί κάποιο φάρμακο. Το περιεχόμενο της αφήγησης δεν απασχολεί ποτέ τον ψυχίατρο που τον αναλαμβάνει και επιλέγει το ενδεδειγμένο σκεύασμα για τη συνταγογράφηση που κρίνεται πάντοτε απαραίτητη. Ούτε το περιεχόμενο του παραληρήματος, ούτε οι ενδόμυχες σκέψεις του ασθενή μπορούν να αποπροσανατολίσουν τη συνέντευξη από τον κύριο στόχο της που είναι να εντοπίσει το κλινικό βλέμμα του ειδικού τα σημεία που έχει εκπαιδευτεί να αναγνωρίζει, αποστερημένα από κάθε άλλο περιεχόμενο. Η ελλειμματική εμπλοκή του γιατρού στο σύμπτωμα του υποκειμένου διαμορφώνεται από τη συρρίκνωση του ακούσματος του λόγου του ασθενούς προς όφελος μιας απόλυτης ευθυγράμμισης με μια τυποποιημένη νοσολογική κωδικοποίηση που υπηρετεί σκοπιμότητες ταχύρρυθμης συνταγογράφησης με σκοπό το κέρδος. Οι ενδεχόμενες αρνητικές επιδράσεις κάποιων φαρμάκων, αμφισβητούνται ή δικαιολογούνται από τους γιατρούς οι οποίοι ενδιαφέρονται μόνο για την αποτελεσματικότητα των δραστικών ουσιών που συνταγογραφούν αδιαφορώντας για τις διαμαρτυρίες των ληπτών τους.

⁷⁶ S. Crystal, M. Olfson, C. Huang, "Broadened use of Atypical Antipsychotics: Safety, Effectiveness, and Policy Challenges", Health Affairs, 2009, vol. 28, no 5, σ. 770-781.

3. ΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΕΣ ΤΟΥΣ.

Για τη περιγραφή και τη κατηγοριοποίηση όλων των μέχρι σήμερα γνωστών ψυχικών νοσημάτων έχουν διαμορφωθεί δύο ανταγωνιστικά μεταξύ τους ταξινομητικά συστήματα τα οποία οργανώνονται από δυο ανεξαρτήτους επιστημονικούς φορείς. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), (DSM), το οποίο βρίσκεται στη πέμπτη έκδοση του, συντάσσεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, (American Psychiatric Association) και η Διεθνής Ταξινόμηση των Ασθενειών, (International Classification of Diseases), (ICD-10, 1992), τώρα στη δέκατη έκδοση της, που είναι δημιούργημα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, (World Health Organization), (WHO).

Το αμερικανόπνευστο διαγνωστικό εγχειρίδιο έχει επικρατήσει τελικά στη διεθνή πρακτική αποτελώντας την ιερή βίβλο των ψυχιάτρων παγκοσμίως και για αυτό θα εστιάσουμε σε αυτό την κριτική μας. Η πέμπτη έκδοση του διαγνωστικού συστήματος (DSM-5) κυκλοφόρησε τον Μάιο του 2013.⁷⁷ Η πρώτη έκδοση του περιβόητου εγχειριδίου (DSM-I) έγινε το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία ως μια προσπάθεια υιοθέτησης μιας κοινής γλώσσας μεταξύ των κλινικών. Η δεύτερη έκδοση είδε το φως της δημοσιότητας το 1968 (DSM-II), και περιείχε 198 κατηγορίες διαταραχών. Ο αριθμός των διαγνωστικών διαταραχών αυξανόταν συνεχώς σε κάθε αναθεωρημένη έκδοση φτάνοντας τις 340 το 1980 (DSM-III). Τόσο το (DSM-I) όσο και ο διάδοχός του, το (DSM-II), αναγνώριζαν μόνο τρεις γενικές κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, τις ψυχώσεις, τις νευρώσεις και τις διαταραχές προσωπικότητας. Η ορολογία και οι περιγραφές των διαταραχών σε αυτές τις πρώτες εκδόσεις αντανakλούσαν σε μεγάλο βαθμό την ψυχαναλυτική προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας, και η ταυτοποίηση των διαταραχών στηριζόταν περισσότερο σε μια γενική συναίνεση των ειδικών παρά σε αδιάσειστα ερευνητικά δεδομένα.⁷⁸

⁷⁷ American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. American Psychiatric Publishing: Washington, DC. Η πιο πρόσφατη έκδοση του DSM.

⁷⁸ Αμπατζόγλου, Γ. (1991). Ψυχιατρική και Ιατρική: Τα όρια, οι ταυτότητες, οι σχέσεις. Αθήνα: Οδυσσέας. σελ. 27-32.

Το DSM-III έφερε σημαντικές αλλαγές στην ψυχιατρική ταξινόμηση. Όρισε ειδικά περιγραφικά κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών απαλείφοντας κάθε αναφορά σε συγκεκριμένες θεωρίες ως προς την αιτιολογία τους, στηρίχθηκε δηλαδή αποκλειστικά σε δεδομένα κλινικών και επιδημιολογικών μελετών. Τα γνωρίσματα αυτά της ψυχιατρικής ταξινόμησης διατηρηθήκαν και στην επόμενη έκδοση του εγχειριδίου, DSM-IV (1994). Η γενική προσέγγιση του DSM-III για την ταξινόμηση, με αυστηρά περιγραφικά, διαγνωστικά κριτήρια, αθεωρητική ως προς την αιτιολογία και βασιζόμενη σε εμπειρικά δεδομένα, διατηρήθηκε στο DSM-5, ενώ παράλληλα επιχειρούνται ορισμένες αλλαγές τόσο στη μεθοδολογία της ταξινόμησης όσο και σε διαγνωστικές κατηγορίες και κριτήρια. Ο αριθμός των διαγνώσεων που περιγράφονται στο DSM-5, είναι κατά πολύ μεγαλύτερος από αυτόν του DSM-IV (541 έναντι 383). Η αύξηση προκύπτει σε μεγάλο βαθμό από διαχωρισμούς και εξειδικεύσεις ήδη υπαρχόντων διαταραχών. Υπάρχει όμως και ένας σημαντικός αριθμός καινοφανών διαταραχών, όπως η διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης με ευερεθιστότητα, η προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή, η διαταραχή κρίσεων υπερφαγίας. Αρκετές είναι και οι προτεινόμενες καταστάσεις, σύνδρομα όπως ονομάζονται, για περαιτέρω μελέτη όπως καταθλιπτικά επεισόδια με σύντομης διάρκειας υπομανία, επιμένουσα συνθέτη διαταραχή πένθους, διαταραχή χρήσης καφεΐνης, διαταραχή παιχνιδιών μέσω διαδικτύου.⁷⁹

Οι ψυχικές διαταραχές θεωρούνται κλινικά μείζονες νοσολογικές οντότητες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές στη σκέψη, τη διάθεση ή την συμπεριφορά και συνδυάζονται με προσωπική δυσφορία και έκπτωση της λειτουργικότητας. Αυτές οι εκδηλώσεις για να διαγνωσθούν ως διαταραχές πρέπει να έχουν ορισμένη διάρκεια και να προκαλούν κάποιο βαθμό δυσκολίας σε έναν ή περισσότερους τομείς της ζωής. Η τελευταία, πέμπτη έκδοση του DSM περιλαμβάνει μερικές καινοτομίες στην ταξινόμηση,

⁷⁹ Σημαντικές μεταβολές από το DSM-IV γίνονται στα διαγνωστικά κριτήρια ορισμένων διαταραχών. Για παράδειγμα, στη σχιζοφρένεια καταργείται η ιδιαίτερη διαγνωστική βαρύτητα των αλλόκοτων παραληρητικών ιδεών και των ακουστικών ψευδαισθήσεων. Συμπληρωματικά προς τη διάγνωση προτείνεται η χρήση συγκεκριμένων κλινικών εργαλείων για την ανίχνευση και την αποτίμηση μη ειδικών συμπτωμάτων που «διατρέχουν» το σύνολο των ψυχικών διαταραχών (όπως κατάθλιψη, θυμός, μανία, άγχος.) καθώς και ορισμένων ειδικών κλιμάκων για την εκτίμηση της βαρύτητας συμπτωμάτων συγκεκριμένων διαταραχών.

την ορολογία και κυρίως στις ομάδες των κριτηρίων.⁸⁰ Άλλωστε η διάθεση των συντακτών του να καινοτομήσουν φαίνεται ήδη από τον τίτλο όπου εγκαταλείπεται η αρίθμηση με λατινικούς αριθμούς. Μια σημαντική αλλαγή είναι η δημιουργία τριών νέων ενότητων με τις διαταραχές που προηγουμένως περιλαμβάνονταν στην ενότητα αγχώδεις διαταραχές. Η ενότητα διαταραχές της διάθεσης του DSM-IV καταργείται και στη θέση της εμφανίζονται δύο νέες ενότητες, οι διπολικές και οι καταθλιπτικές διαταραχές. Επίσης, καταργείται η ενότητα σεξουαλικές διαταραχές και αυτονομούνται σε τρεις ξεχωριστές ενότητες οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες, η δυσφορία γένους (πρώην διαταραχή της ταυτότητας του γένους) και οι παραφιλικές διαταραχές (πρώην παραφυλίες). Η νέα ενότητα της δυσφορίας γένους και η επιλογή της νέας ονομασίας υποδηλώνουν και μια αλλαγή στη στάση της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας που θυμίζει ανάλογες αλλαγές σε σχέση με την ομοφυλοφιλία παλιότερα. Στην ορολογία υπάρχουν αρκετές και σημαντικές καινοτομίες. Μια από αυτές είναι η εισαγωγή του όρου «αδυναμία» στη θέση του όρου «καθυστέρηση». Στο εξής θα μιλάμε για νοητική αδυναμία και όχι για νοητική καθυστέρηση. Επίσης στη θέση του όρου «υποχονδρίαση» επιλέγεται η ονομασία «διαταραχή άγχους ασθένειας».⁸¹

Επανελημμένες κριτικές έχουν ασκηθεί σε αυτές τις ταξινομήσεις όπως ότι διέπονται από ταυτολογικά επιχειρήματα, δηλαδή από επιβολή κατηγοριών και εύρεση αποδείξεων για αυτές μετά την εισαγωγή τους, ότι αντανakλούν κυρίαρχες αντιλήψεις για τον δυτικό εαυτό ή ότι εξυπηρετούν μια πληθώρα συμφερόντων παρότι υποτίθεται ότι εκφράζουν μια ευρύτερη επιστημονική συναίνεση. Η αδυναμία ενός καθολικού και διαχρονικού ορισμού του παθολογικού και η δυστοκία στην ανεύρεση αυστηρών επιστημονικών κριτηρίων αντικειμενικού κύρους για τον επακριβή εντοπισμό του αποτελούν τα ευάλωτα και τρωτά σημεία της ψυχιατρικής. Το ίδιο το επίσημο εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης αναφέρει στην εισαγωγή της πιο πρόσφατης επανέκδοσής του ότι δεν υπάρχουν σαφώς προδιαγεγραμμένα όρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής διαταραχής. Δέχεται συνεπώς ότι υπάρχουν περιθώρια απροσδιοριστίας και

⁸⁰ Καράβατος, Α. (2014), Η υποδοχή του DSM-5: «Το πρόβλημα του DSM δε βρίσκεται στο 5 αλλά στο DSM». Σύναψις, 32 (10): 4-8.

⁸¹ American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. American Psychiatric Publishing: Washington, DC. Εκδόθηκε στα ελληνικά το 2015.

ασάφειας. Το γεγονός αυτό ευνοεί τη διείσδυση μέσα στη ψυχιατρική όλης της κυρίαρχης ηθικής και ιδεολογίας που στηρίζει το υπάρχον κοινωνικό σύστημα.

Μία επιπλέον επιστημολογική αδυναμία της ψυχιατρικής διάγνωσης είναι πως στηρίζεται μόνο στα συμπτώματα. Επομένως η εγκυρότητά της δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί με κανέναν άλλο τρόπο εκτός μιας κυκλοτερούς επιχειρηματολογίας. Ένα άτομο θεωρείται σχιζοφρενές εξαιτίας της ιδιορρυθμίας του ενώ θεωρείται ιδιόρρυθμο επειδή πάσχει από σχιζοφρένεια. Η διάγνωση στηρίζεται σε αξιολογικές κρίσεις για την ακατανόητη συμπεριφορά του ατόμου και δεν υπάρχει κάτι αντίστοιχο των αιματολογικών εξετάσεων. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι οι διαγνώσεις των σωματικών ασθενειών δεν μπορούν να αμφισβητηθούν ούτε ότι απουσιάζουν οι αξιολογικές κρίσεις από αυτές. Παρόλα αυτά, η κριτική αυτή φωτίζει κάποιες υπαρκτές ενστάσεις σχετικά με την εννοιολογική σύλληψη της διάγνωσης της σχιζοφρένειας και των άλλων μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών.⁸²

Πραγματικά όποιος ασχοληθεί διεξοδικά με το DSM θα εκπλαγεί από την απίστευτη ποικιλία των κατηγοριών που περιλαμβάνονται σε αυτό. Για παράδειγμα, σε όλες τις επανεκδόσεις του καλύπτει «διαταραχές» που απαντώνται σε όλα τα στάδια της ζωής σχετιζόμενες με την κατάχρηση ουσιών, τη διάθεση, το άγχος, το σεξουαλικό προσανατολισμό, την πρόσληψη τροφής και τον ύπνο. Ο κίνδυνος για έναν εντεινόμενο διαγνωστικό πληθωρισμό μέσω της «ψυχιατρικοποίησης» της ανθρώπινης συμπεριφοράς είναι μάλλον δικαιολογημένος. Η καθημερινή δυστυχία και τα συνηθισμένα ελαττώματα καταλήγουν να θεωρούνται παθολογικά και έτσι να αποτελούν ενδείξεις για άμεση ιατρική αποκατάσταση. Όταν οι άνθρωποι όμως φτάνουν στο σημείο να σκέφτονται τους εαυτούς τους με όρους ψυχοπαθολογίας αποδέχονται ταυτότητες που ερείδονται σε παραδοχές δυσλειτουργίας και παρέκκλισης.⁸³

Από το εγχειρίδιο απορρέει η πεποίθηση ότι οι ψυχολογικές διαταραχές είναι αρκετά συγγενείς με τις σωματικές παθήσεις και ότι υπάρχουν ανεξάρτητα από τις καταστάσεις ζωής και το πολιτισμικό υπόβαθρο των ανθρώπων που τις βιώνουν. Καθώς

⁸² Γρίβας, Κ. (1985), Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός: Ιστορική και κοινωνική θεώρηση της ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη: Ιανός. τ.1 σελ. 54-59.

⁸³ Μαδιανός, Μ. (2015), Πολιτισμός και ψυχική υγεία: Η κοινότητα ως "θεραπευτής". Αθήνα: Καστανιώτης. σελ. 42-48.

οι κατηγορίες των διαταραχών αυξάνονται όλο και περισσότερες μορφές συμπεριφοράς καταλήγουν να θεωρούνται αποκκλίνουσες ώστε να χρήζουν ειδικής παρέμβασης. Το αποτέλεσμα είναι ότι όλο και μεγαλύτερο μέρος της συμπεριφοράς μας υποβάλλεται σε εξονυχιστική εξέταση και σε επιμέρους ρυθμίσεις από εξειδικευμένες αυθεντίες, αδιαμφισβήτητους ιεροφάντες της γνώσης. Αυτό που εκλαμβάνεται ως ψυχική διαταραχή αντικατοπτρίζει τις πολιτιστικές και οικονομικές συνθήκες της κάθε εποχής. Οι διαγνώσεις πάντοτε αντανακλούσαν και εξυπηρετούσαν τα συμφέροντα εκείνων που κατείχαν την εξουσία.⁸⁴ Σε ποιο πρόσφατες περιόδους, η ένταξη της ομοφυλοφιλίας στο DSM ως κατηγορίας ψυχικής διαταραχής επικύρωσε επισήμως τις κοινωνικές και ηθικές κυρώσεις για τη μη ετεροφυλική συμπεριφορά. Η ομοφυλοφιλία παρέμεινε ως το 1973.

Μεγάλη προσπάθεια έχει καταβληθεί για τον όσο το δυνατόν εγκυρότερο και σαφέστερο προσδιορισμό των κριτηρίων για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών. Στο DSM τα κριτήρια συνήθως αναφέρονται σε καταλόγους συμπτωμάτων που συντάσσονται μετά από σχολιοτενείς παρατηρήσεις γιατρών και αναφορές ασθενών. Για να είναι αποτελεσματικό ένα διαγνωστικό μοντέλο οφείλει πρωτίστως να είναι αξιόπιστο, συχνά όμως οι γιατροί διαφωνούν στις διαγνώσεις μεταξύ τους. Η απόφαση να χαρακτηριστεί ένα σύνολο σκέψεων, ενεργειών ή εμπειριών ως απόδειξη ύπαρξης ενός σύνθετου ψυχοπαθολογικού υπόβαθρου του ατόμου ή ως ένδειξη ψυχιατρικού νοσήματος και όχι ως αντίδραση σε έναν απάνθρωπο και αφόρητο κοινωνικό περίγυρο δεν μπορεί να είναι αναμφίλεκτα επιστημονική.⁸⁵

Η ψυχιατρική προσπαθεί να αποσειεί από πάνω της τη σκιά της αναξιοπιστίας τελειοποιώντας διαρκώς τα διαγνωστικά της μέσα ώστε όποιος και αν είναι ο ψυχίατρος που αναλαμβάνει ένα περιστατικό να καταλήγει στα ίδια συμπεράσματα. Τα αξιόπιστα και αντικειμενικά διαγνωστικά εργαλεία, όπως διατείνεται ότι είναι το DSM, μας βοηθούν να αποφεύγουμε την υποκειμενικότητα του θεραπευτή συγχρονίζοντας την κρίση και τη σκέψη του με αυτές των συναδέλφων του. Έτσι παγκοσμιοποιεί τις διαγνωστικές της κατηγορίες και μετατρέπει ορισμένες μορφές

⁸⁴ Γρίβας, Κ. (1989), Αντιπολιτευτική ψυχιατρική: Μπροστά στο αυταρχικό θεραπευτικό κράτος, Θεσσαλονίκη: Ιανός. τ.2 σελ.70-75.

⁸⁵ Καράβατος, Αθανάσιος. (2012), Για μια μη α-θεωρητική ψυχιατρική, Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου. σελ. 125-132.

υπαρξιακής δυσφορίας σε κατάθλιψη μέσω μιας διαδικασίας διαρκούς πειθούς. Παλιότερα δεν γνωρίζαμε πώς να διαγνώσουμε την κατάθλιψη, παρέμενε αθέατη και κρυμμένη μέσα στην οικογένεια ή στο ευρύτερο περιβάλλον του ατόμου. Η ανάδυση της σύγχρονης ψυχιατρικής έδωσε επίσημη μορφή και απτή υπόσταση σε αυτό τον κλινικό όρο. Η τωρινή έννοια της κατάθλιψης γεννήθηκε και εμπεδώθηκε στη συνείδηση όλων. Η αύξηση του αριθμού των ατόμων που φέρουν αυτή τη διάγνωση δεν είναι παρά μια καθαρή απεικόνιση της βελτίωσης των αντίστοιχων διαγνωστικών εργαλείων. Τα διάφορα διαγνωστικά εργαλεία δεν προσέδωσαν στην επιστήμη μια απόλυτη βεβαιότητα για τη διάγνωση της κατάθλιψης απλώς δημιούργησαν μια πολυπληθή ομάδα ομοίως καταρτισμένων γιατρών που θέτουν τις ίδιες ερωτήσεις, εφαρμόζουν όμοιες τεχνικές και τηρούν μια ενιαία στάση έναντι των πελατών τους. Το DSM είναι πρωτίστως ένα εργαλείο που εγκαθιδρύει τη συναίνεση μέσα στη ψυχιατρική κοινότητα αφού ομογενοποιεί τον τρόπο θέασης των ασθενών από τα μέλη της.⁸⁶

Η ψυχιατρική διάγνωση αποσκοπεί απλώς στο να αποδυναμώσει την καθημερινή εμπειρία και να επιβάλει τη δική της επιστημονικοφανή ανάγνωση της πραγματικότητας. Οι διαγνώσεις μπορεί να δίνουν την εντύπωση ακρίβειας και επιστημονικής αυθεντίας αλλά στην πράξη πετυχαίνουν να αντικαθιστούν το καθημερινό λεξιλόγιο με μια δυσνόητη ειδική ψυχιατρική ορολογία. Η ευρύτατη εσφαλμένη εφαρμογή και υπερβολική χρήση των διαγνωστικών αναλυτικών κατηγοριών έχει επίσης σημαντικές διαπροσωπικές και κοινωνικές συνέπειες. Ας μην αγνοούμε το γεγονός ότι οι διαγνωστικές «ταμπέλες» εντοπίζουν τους παράγοντες του νοσήματος μέσα στο άτομο. Κάτι τέτοιο είναι από μόνο του αρκετό για να αποκρύψει την κρίση που διέρχονται οι ανθρώπινες σχέσεις αλλά και να συσκοτίσει τις μέγιστες αντινομίες του πολιτικού συστήματος. Η παραδοσιακή ψυχιατρική αντανakλά τις κυρίαρχες πρακτικές της κοινωνίας και καθρεφτίζει τις αποδεκτές πρακτικές της. Παράλληλα αντιμετωπίζει τα άτομα σαν να μπορούν να διαχωριστούν από την κοινωνία που βρίσκονται και διαχειρίζεται τις νοητικές διεργασίες τους σαν να είναι αποσυνδεδεμένες από το βιόκοσμο μέσα στον οποίο ζει κανείς.⁸⁷

⁸⁶ Frances, Allen. (2014), Η διάσωση του φυσιολογικού: DSM-5: Το δριμύ κατηγορώ ενός ψυχιάτρου, Αθήνα: Τραυλός. σελ. 43-54.

⁸⁷ Τερζάκης, Φ. (2013), Η εποχή της αντιψυχιατρικής, Τρίκαλα: Επέκεινα. σελ. 65-69.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:

Ο ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ.

1. Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΟΥ.

Η ψυχική υγεία δεν πρέπει να ορίζεται με αρνητικό τρόπο σε σχέση με τη νόσο. Είναι κατάσταση ποιοτικά ανώτερη από την απουσία της ψυχικής νόσου. Σύμφωνα και με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η ψυχική υγεία δεν αφορά μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά ο όρος ψυχική υγεία περιγράφει την κατάσταση πλήρους ευεξίας κατά την οποία κάποιος αντιλαμβάνεται και αξιοποιεί τις ικανότητές του, είναι ικανός να αντιμετωπίσει τις καθημερινές αντιξοότητες, εργάζεται παραγωγικά και αναπτύσσει επιτυχώς διαπροσωπικές σχέσεις. Σήμερα παρά τον εξορθολογισμό των αντιλήψεων και την πρόοδο της επιστημονικής σκέψης οι ψυχικές διαταραχές συνεχίζουν να αποτελούν για πολλούς ένα «ομιχλώδες πεδίο» διανθισμένο από αβάσιμες προκαταλήψεις και μυθολογικές δοξασίες. Στο σύγχρονο κόσμο η ύπαρξη των ψυχικών διαταραχών αποτελεί ένα από τα τελευταία προπύργια όπου επιβιώνει με τόση ένταση ο ανορθολογικός φόβος απέναντι στο «διαφορετικό» και το ανοίκειο. Οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζουν δύο εξαιρετικά επιβαρυντικές καταστάσεις ταυτόχρονα από τη μια την ίδια την ασθένειά τους, που εκδηλώνεται με ποικιλία συμπτωμάτων, δημιουργώντας τους σοβαρά προβλήματα στην προσωπική και την οικογενειακή τους ζωή και από την άλλη το στιγματισμό τους από το κοινωνικό περιβάλλον λόγω της ψυχικής νόσου από την οποία υποφέρουν.⁸⁸

Η λέξη στίγμα είναι ελληνική και σημαίνει κάνω σημάδι με μυτερό όργανο, σημαδεύω δια καυτηριάσεως. Στην αρχαία Ελλάδα σημάδευαν τους δούλους για να καταστήσουν σαφή την υποδεέστερη θέση τους στη κοινωνική διαστρωμάτωση. Στο μεσαίωνα στιγματίζαν με πυρακτωμένο σίδερο τους εγκληματίες και τους «παρεκκλίνοντες» γενικότερα ως σημάδι διαπόμπευσης ώστε να καταστεί ευδιάκριτη η «μιαρή» συμπεριφορά τους.⁸⁹ Ο όρος «στίγμα» παραπέμπει σε ένα σημάδι ανεξίτηλο σε

⁸⁸ Παρά τις τεράστιες αλλαγές που έγιναν τις τελευταίες δεκαετίες στην αντιμετώπιση του ψυχικά ασθενή κυρίως στο θέμα των συνθηκών νοσηλείας και της θεραπείας του, η αντίληψη της κοινής γνώμης, για την ψυχική ασθένεια δεν διαφέρει και πολύ από το παρελθόν. Η άγνοια, ο φόβος, η προκατάληψη διατηρούν και σήμερα το στίγμα των ψυχικών νόσων.

⁸⁹ Αργυριάδης, Αλέξανδρος. (2015), Η πολιτισμική κατασκευή της διαφορετικότητας: Το παράδειγμα του ψυχο-παθή, Αθήνα: Πεδίο. σελ. 122-130.

κάποιον που η κοινωνία επιθυμεί να ξεχωρίζει προσδίδοντας αρνητικές και απαξιώτικες ιδιότητες σε αυτόν. Έτσι στίγμα μπορεί να θεωρηθεί κάθε διακριτό χαρακτηριστικό κοινωνικής απαξίωσης που αποδίδεται στους άλλους ώστε να αναγνωρίζονται και να εξοβελίζονται. Τα τελευταία χρόνια όρος «στίγμα» χρησιμοποιείται για να καταδείξει ότι ορισμένες ασθένειες εγείρουν προκαταλήψεις σε βάρος των ατόμων που πάσχουν από αυτές. Με το πέρασμα των αιώνων η σημασία του στίγματος διαφοροποιήθηκε και κατέληξε να είναι συνώνυμη με δυσμενείς διακρίσεις σε ανθρώπους «διαφορετικούς». Ανάμεσα στις αιτίες αυτής της «διαφορετικότητας» εκτός από ειδικές συμπεριφορές και καταστάσεις που μπορεί να χαρακτηρίζουν το άτομο συγκαταλέγονται και συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες οι οποίες φέρουν ιδιαίτερα αρνητική φόρτιση στις συλλογικές αναπαραστάσεις.⁹⁰

Το στίγμα είναι μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της απροϋπόθετης κοινωνικής αποδοχής ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει την αιτία που προκαλεί αυτή την αντιμετώπιση. Βαρύνουσα σημασία δεν έχει η κάθε επιμέρους συμπεριφορά αλλά η σημασία που της αποδίδουν οι άλλοι και οι συνέπειες που έχει για το ίδιο το άτομο η παραβίαση των κοινωνικών κανόνων και των κανονιστικών προτύπων. Τα πρότυπα αυτά αναφέρονται στη θρησκεία, την ψυχική υγεία, την εμφάνιση, την κοινωνική συμπεριφορά. Η αδυναμία της επιβεβαίωσης αυτών των κανονιστικών προτύπων ερμηνεύεται από τους άλλους σαν καταπάτηση των κανόνων της κοινωνικής συμβίωσης. Συνεπώς στιγματισμένο είναι ένα άτομο του οποίου η κοινωνική ταυτότητα ή η κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει τίθεται υπό πλήρη αμφισβήτηση ή απόρριψη.⁹¹

Ως φαινόμενο το στίγμα μελετήθηκε θεωρητικά και εμπειρικά από τον Goffman ο οποίος μιλά για σπύλωση της ταυτότητας του ατόμου που φέρει ένα κοινωνικά ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό και απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης. Πιο συγκεκριμένα το στίγμα αναφέρεται στη σχέση του ατόμου με τον κοινωνικό του περιβάλλον το οποίο το διαφοροποιεί από την υπόλοιπη κοινωνία και το οδηγεί στο να

⁹⁰ Ο τυπικός ορισμός του στίγματος αναφέρεται στην απώλεια της κοινωνικής υπόστασης και στις συνεπαγόμενες διακρίσεις ως αποτέλεσμα της άκριτης υιοθέτησης μιας σειράς αρνητικών στερεοτύπων. Τα αρνητικά στερεότυπα δικαιολογούν το διαχωρισμό και την κατηγοριοποίηση των «χαρακτηρισμένων ατόμων» σε ξεχωριστές ομάδες.

⁹¹ Ζήση, Α. (2002), Επανένταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων: Εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός, σελ. 169-175.

χάνει σχεδόν την ανθρώπινή του ιδιότητα καθώς το ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό καταλήγει να αποτελεί τον κύριο όρο αναφοράς του. Η διάβρωση της κοινωνικής υπόστασης, του κοινωνικού δικτύου και της αυτοπεποίθησης των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας, την πλημμελή θεραπεία, την ελαττωμένη συνεργασιμότητα στη διαχείριση της νόσου αλλά και τις νοσηλείες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.⁹²

Το στίγμα αποτελεί σαφώς μια σύνθετη έννοια που εμπεριέχει την προκατάληψη, τον κοινωνικό έλεγχο και την περιθωριοποίηση αλλά επεκτείνεται και πέρα από αυτές τις έννοιες ορίζοντας συνολικά την ταυτότητα του ατόμου. Ακριβώς επειδή τα χαρακτηριστικά της ταυτότητας που θεωρούνται ως επιθυμητά ποικίλουν σε κάθε κοινωνία και πολιτισμό παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφοροποίηση ως προς τα χαρακτηριστικά που αποβαίνουν στιγματιστικά σε κάθε πολιτισμικό πλαίσιο. Πέρα από τις ψυχολογικές και πρακτικές επιπτώσεις το στίγμα επηρεάζει καθοριστικά στο βαθμό που η κοινή γνώμη επηρεάζει την επίσημη κοινωνική πολιτική και τη θεσμική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Επιπλέον έχει θεωρηθεί ότι η μείωση των λειτουργικών ικανοτήτων που θεωρείται η σημαντικότερη πλευρά της ψυχοπαθολογίας των χρόνιων ασθενών δεν οφείλεται μόνο στη ψυχιατρική συμπτωματολογία αλλά είναι αποτέλεσμα επίσης των δυσμενών κοινωνικών συνθηκών, της ανεπάρκειας υποστηρικτικού συστήματος και του στιγματισμού. Το στίγμα επιβαρύνει, αυτή καθαυτή, την ψυχική συμπτωματολογία. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται επίσης με αυξημένη θνησιμότητα των σχιζοφρενών, ανεξαρτήτων ηλικίας, φύλου και άλλων παραγόντων.⁹³

Το στίγμα είναι άλλο ένα σύμπτωμα που βασανίζει τον ασθενή αφού έχει φτάσει να είναι μια δεύτερη ασθένεια πάνω στην ήδη υπάρχουσα. Στιγματιστικές είναι όλες εκείνες οι συμπεριφορές της καθημερινότητας που κάνουν κάποιους ανθρώπους να νιώθουν απόρριψη, μειονεξία και ντροπή για αυτό που είναι. Το στίγμα θέτει τη σύνδεση του χαρακτηριζόμενου προσώπου με τα αρνητικά στερεότυπα που υπερισχύουν στην κοινωνία για αυτή την ομάδα ανθρώπων. Οι επιπτώσεις του είναι καταλυτικές για τους

⁹² Goffman, E. (2001), Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας, Αθήνα: Αλεξάνδρεια, σελ. 38-46 & σελ. 58-65.

⁹³ S. P. Hinshaw και A. Stier, "Stigma as Related to Mental Disorders", Annual Review of Clinical Psychology, 2008, vol. 4, σ. 367-393

ανθρώπους που νοσούν. Η ψυχολογική πίεση και οι δυσχερείς συνθήκες που διαμορφώνουν την καθημερινότητά τους επιδεινώνουν την ήδη επιβαρυνόμενη ψυχική τους υγεία με σημαντικό αντίκτυπο στην έκβαση της ίδιας της ασθένειας. Οι αρνητικές επιδράσεις των απόψεων του κοινού με τη σειρά τους μειώνουν την αυτοπεποίθηση του πάσχοντα και για αυτό το στίγμα έχει θεωρηθεί ως μια ύψιστη απειλή στην προσπάθεια της ψυχιατρικής αποκατάστασης με τη μορφή της μείωσης της ικανότητας του ατόμου να αντλήσει ικανοποίηση από τη ζωή του. Παράλληλα το βίωμα του στίγματος από το κοινωνικό τους περιβάλλον διαβρώνει την αυτοεικόνα τους, δημιουργώντας αμφιβολίες και ενοχές, οδηγώντας τελικά στον αυτοστιγματισμό τους.⁹⁴

Τα άτομα με ψυχικές διαταραχές έχουν τις ίδιες προκαταλήψεις με αυτές της κοινωνίας και κατηγορούν τους εαυτούς τους για την κατάστασή τους.⁹⁵ Εξαιτίας της διαφορετικότητας τους από τις σωματικές ασθένειες πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι είναι αποτέλεσμα λανθασμένων επιλογών του ατόμου. Οι επιπτώσεις από το στίγμα και η κοινωνική απόσυρση που συνεπάγεται μπορεί να έχει μεγαλύτερη επίδραση από αυτή την ίδια τη διαταραχή. Όλα αυτά συντελούν στη χαμηλή αυτοεκτίμηση γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη αντίσταση στο στιγματισμό από τους άλλους. Έτσι το στιγματισμένο άτομο βιώνει ντροπή και απόρριψη υιοθετώντας το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου και τελικά ντροπιασμένο τοποθετείται στο κοινωνικό περιθώριο των μη «κανονικών». Οι ψυχικές διαταραχές στιγματίζονται εύκολα λόγω του φόβου μας για τη δική μας «τρέλα» που συχνά προβάλλεται στους άλλους. Παρότι όλες οι ψυχικές ασθένειες συνοδεύονται από ένα βαθμό στιγματισμού το βαρύτερο στιγματιστικό φορτίο το φέρει η σχιζοφρένεια εξαιτίας της «φύσης» των συμπτωμάτων της. Στις κοινωνικές αναπαραστάσεις του κοινού νου ο όρος «σχιζοφρένεια» αντιπροσωπεύει το άφατο, το ακατάληπτο, το ανεξιχνίαστο. Η σχιζοφρένεια εμπνέει φόβο και αυτόματες αποφευκτικές συμπεριφορές που έρχονται να «δικαιολογηθούν» από αντιλήψεις για τον πάσχοντα σχετικές με το

⁹⁴ Ως αυτοστιγματισμός ορίζεται οι αρνητικές επιπτώσεις εξαιτίας του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται και διαχειρίζεται τα βιώματα που προκύπτουν αφενός μεν από την ίδια την νόσο συνολικά αφετέρου δε από τις αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις με τις οποίες έρχεται αντιμέτωπος. Ο αυτοστιγματισμός είναι μεταξύ των βασικών παραγόντων που συμβάλλουν στον κοινωνικό αποκλεισμό των ανθρώπων που έρχονται αντιμέτωποι με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας.

⁹⁵ Οι προκαταλήψεις αποτελούν υπεραπλουστευμένες, συχνά παραπλανητικές και παρερμηνευμένες πεποιθήσεις που γίνονται αποδεκτές συλλογικά και οδηγούν σε άκριτες γενικεύσεις για άτομα και ομάδες. Οι γνώμες και οι στάσεις αυτές έχουν σχηματιστεί εκ των προτέρων και βασίζονται κυρίως σε εικασίες και φήμες και δεν μεταβάλλονται εύκολα ακόμα και αν έρθουν αντιμέτωπες με άλλες πληροφορίες.

απρόβλεπτο της συμπεριφοράς του, την επικινδυνότητα και την ανικανότητα ανταπόκρισής του στις απαιτήσεις της εργασιακής και οικογενειακής ζωής.⁹⁶

Οι δυσμενείς κρίσεις της κοινωνίας και οι αρνητικές στάσεις που υιοθετεί έχουν θεωρηθεί ως σημαντικό εμπόδιο στην ενίσχυση της θέλησης του υπό θεραπεία υποκειμένου να επιστρέψει εκ νέου στις δραστηριότητες που απολάμβανε να ασκεί πριν νοσήσει, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο τις πιθανότητες χρόνιας κατάθλιψης με το πέρασμα του χρόνου.⁹⁷ Όσο πιο σοβαρή εικόνα ψυχικής διαταραχής εμφανίζει ο ασθενής τόσο αυξάνεται η ανάγκη για υψηλότερα επίπεδα καταναγκασμού και βιολογικών θεραπειών από τη μεριά των ειδικών της ψυχικής υγείας. Όσο πιο ορατά είναι τα συμπτώματα τόσο μεγαλύτερη και η πιθανότητα του χαρακτηρισμού. Αυτή όμως η πιθανότητα εξαρτάται και από τα διαφορετικά επίπεδα ανοχής απέναντι στην παρέκκλιση στο συγκεκριμένο πολιτισμικό περιβάλλον. Για παράδειγμα όσο πιο κομορμιστική είναι μια κοινωνία τόσο υψηλότερα είναι και τα ποσοστά ακούσιας εισαγωγής σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.⁹⁸

Εκτός από το πόσο εμφανή είναι τα συμπτώματα σημαντικό ρόλο στο ενδεχόμενο του χαρακτηρισμού παίζει και η θέση του προς χαρακτηρισμό ατόμου. Οι ασθενείς που προέρχονται από φτωχά κοινωνικά στρώματα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωστούν ως σχιζοφρενείς σε σχέση με εκείνους που προέρχονται από πιο εύπορα οι οποίοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να διαγνωστούν ως νευρωτικοί ή ως πάσχοντες από μια συναισθηματική διαταραχή διαγνώσεις που σαφώς στιγματίζουν λιγότερο. Επομένως η κοινωνική δομή έχει ήδη περιχαράκώσει την προσφορά των θέσεων που είναι διαθέσιμες στο υποκείμενο που νοσεί.⁹⁹ Στους ασθενείς από ασθενέστερα στρώματα προτείνονται συνήθως φαρμακευτικές και σπανιότερα συνομιλιακές θεραπείες. Οι πιο φτωχοί ασθενείς είναι επίσης λιγότερο πιθανό να παραπεμφθούν για ψυχοθεραπεία ενώ είναι πιθανότερο να εξαναγκαστούν σε θεραπεία παρά να προσέλθουν οικιοθελώς.¹⁰⁰

⁹⁶ Τσαλίκολου, Φ. (1989), Σχιζοφρένεια και φόνος: Μια ψυχολογική & εγκληματολογική έρευνα, Αθήνα: Παπαζήσης. σελ. 23-28.

⁹⁷ Ζήση, Α. (2002), Επανεξέταση χρόνιων ψυχικά πασχόντων: Εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός. σελ. 83-86.

⁹⁸ Τσαλίκολου, Φ. (1996), Μυθολογίες βίας και καταστολής, Αθήνα: Παπαζήσης. σελ. 37-40.

⁹⁹ B. P. Dohrenwend, I. Levav, P. E. Shrout, "Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: The Causation-Selection Issue", Science, 1992, vol. 255, σ. 946-952.

¹⁰⁰ Pilgrim, D. (2004), Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός. σελ. 132-138.

Το κοινωνικό στρώμα θεωρείται ως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες όταν άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας έρχονται σε επαφή με τις αντίστοιχες υπηρεσίες. Τα άτομα που προέρχονται από τα ασθενέστερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, σε αντίθεση με αυτά από τις ανώτερες, έχουν μικρότερο συναισθηματικό και γνωστικό απόθεμα για να επεξεργαστούν λογικά και να διαχειριστούν επιτυχώς τις αντιξοότητες της ζωής τους. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο παραμένει ένας καθοριστικός παράγοντας πρόγνωσης μιας μετέπειτα εμφάνισης ψυχικών νοσημάτων.¹⁰¹ Η διάγνωση συναισθηματικών διαταραχών παρατηρείται στα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα ενώ αντίθετα υπάρχει υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην απόδοση σχιζοφρενικών διαγνώσεων και τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική επιφάνεια των ατόμων. Οι διαρκείς υλικές στερήσεις και οι πολλαπλές συγκρούσεις που είναι συνυφασμένες με τα οικονομικά ασθενέστερα στρώματα αποτελούν ιδιαίτερα πρόσφορο έδαφος για την αυξητική τάση του σχιζοφρενικού πληθυσμού σε αυτά.¹⁰²

Οι σχιζοφρενείς δεν προέρχονται απαραίτητα από ασθενέστερα κοινωνικά στρώματα αλλά διολισθαίνουν εξαιτίας της ιδιαίτερα επιβαρυντικής κατάστασής τους κάτι που έχει ως συνέπεια να χάνουν σταδιακά αρκετές από τις πρότερες ικανότητές τους γεγονός που δεν τους επιτρέπει να διατηρήσουν την προγενέστερη κοινωνική τους θέση αφού αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στο απαιτητικό και ακραία ανταγωνιστικό κοινωνικό πλαίσιο που τους περιβάλλει.¹⁰³ Οι υποστηρικτές της θεωρίας του λεγόμενου «κοινωνικού ξεπεσμού» ισχυρίζονται ότι οι ψυχικά ασθενείς οδηγούνται βαθμιαία στη φτώχεια και ότι η φτώχεια με τη σειρά της επιβαρύνει την αρρώστια. Η υπεραντιπροσώπηση ασθενών που χαρακτηρίστηκαν σχιζοφρενείς γίνεται ιδιαίτερα υψηλή στη βάση της κοινωνικής κλίμακας.¹⁰⁴

¹⁰¹ Schneider, M. (1982), Νεύρωση και πάλη των τάξεων: Υλιστική κριτική και απόπειρα μιας απελευθερωτικής αναθεμελίωσης της ψυχανάλυσης, Αθήνα: Ράππας, 258-267.

¹⁰² Μαδιανός, Μ. (2005), Ψυχιατρική και αποκατάσταση Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 92-98.

¹⁰³ C. Muntaner, W.W. Eaton, R. Miech, "Socioeconomic Position and Major Mental Disorders", Epidemiologic Reviews, 2004, vol. 26, σ. 53-62.

¹⁰⁴ Η θεωρία του κοινωνικού ξεπεσμού υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια αχρηστεύει τις κοινωνικές δεξιότητες και έτσι οι ψυχωσικοί ως απόρροια μιας οικονομικής δυσπραγίας διολισθαίνουν τη κοινωνική κλίμακα. Οι ψυχικά ασθενείς που προέρχονται από όλες τις κοινωνικές τάξεις δε μπορούν να διατηρηθούν στη κοινωνική τους τάξη και βυθίζονται στο ταξικό «πάτο» της κοινωνίας.

Η οικογένεια αποτελεί την άμεση πηγή βοήθειας σε επείγουσες καταστάσεις και περιόδους κρίσεων αφού παρέχει καταφύγιο στα μέλη της. Ειδικά στη χρόνια ασθένεια αποτελεί το βασικό υποστηρικτικό σύστημα για τον ασθενή.¹⁰⁵ Η οικογένεια είναι αυτή που σηκώνει ένα δυσβάστακτο φορτίο, συναισθηματικό και πρακτικό εξαιτίας των λειτουργικών συνεπειών της νόσου, των επαναλαμβανόμενων υποτροπών και νοσηλειών αλλά και της οικονομικής αιμορραγίας που συνεπάγεται η χρονιότητα της νόσου. Αυτό το φορτίο η οικογένεια αναγκάζεται να το σηκώσει μόνη της προσπαθώντας ταυτόχρονα να κρύψει το πρόβλημα από τον κοινωνικό περίγυρο, γεμάτη ενοχές και οδύνη. Καθίσταται έτσι ένας «παράλληλος ασθενής» που υφίσταται εξίσου τις κοινωνικές επιπτώσεις του στίγματος.¹⁰⁶

Η αρνητική κοινωνική αντίδραση συμβάλλει στην κοινωνική παραμέληση και στην απόλυτη περιθωριοποίηση των πασχόντων. Το στίγμα ορθώνεται ως εμπόδιο στην όποια προσπάθεια του ψυχικά πάσχοντα για μια αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση στην κοινωνία υποβαθμίζοντας σημαντικά την ποιότητα της ζωής του. Ο στιγματισμός στις ψυχικές ασθένειες είναι σημαντικά μεγαλύτερος σε σχέση με άλλες μορφές στιγματισμού και οι απόψεις που κυριαρχούν για αυτά τα άτομα είναι πως είναι επικίνδυνα και ποτέ δεν πρόκειται να γίνουν καλά. Συνήθως τα ψυχικά πάσχοντα άτομα που βιώνουν τον στιγματισμό είτε απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο από φόβο για την αντιμετώπιση που δέχονται είτε υιοθετούν ως φυσιολογική αυτή την αντιμετώπιση επιδεινώνοντας ακόμα περισσότερο την κατάστασή τους.¹⁰⁷

Στη περίπτωση της ψυχικής νόσου ο στιγματισμός απορρέει από το γεγονός ότι η σημερινή κοινωνία εξακολουθεί να διακατέχεται από στερεοτυπικές αντιλήψεις και προκαταλήψεις που αφορούν κυρίως στην ανικανότητα των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Έτσι οι ψυχικά ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν εκτός από την ίδια τη νόσο και το φόβο της κοινωνίας. Η στερεοτυπική εικόνα που υπάρχει για τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι ο κίνδυνος γεγονός το οποίο δημιουργεί μια στάση απομόνωσής τους.

¹⁰⁵ Η ύπαρξη μιας υποστηρικτικής οικογένειας είναι ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας για την ομαλή μετάβαση στην ενήλικη ζωή και επομένως για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, ενώ δυσμενείς φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις των διαταραγμένων σχέσεων μέσα στην οικογένεια στην ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού.

¹⁰⁶ Goffman, E. (2012), *Η παραφροσύνη κατ' οίκον: Ψυχική ασθένεια, κοινωνική θέση και οικογένεια*, Αθήνα: Αλεξάνδρεια, σελ. 34-40.

¹⁰⁷ Καρύδη Μ., Τζεδάκη Μ., Παπακωνσταντίνου Κ., Στεφανής Ν., Στεφανής Κ., Μελέτη Αξιολόγησης Αυτοστιγματισμού σε ψυχωσικούς ασθενείς, *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2004, 87: 25-45.

Εξαιτίας της παραπληροφόρησης και της άγνοιας που επικρατεί οι άνθρωποι πιστεύουν ότι οι πάσχοντες από μία ψυχική διαταραχή έχουν έναν «αδύναμο» χαρακτήρα ή είναι εξορισμού βίαιοι δημιουργώντας στο μυαλό τους μια αναληθή και αρνητική εικόνα ενός επικίνδυνου για τη δημόσια ασφάλεια ατόμου. Ο ψυχικά ασθενής υποβάλλεται σε διάφορες μορφές κοινωνικού στιγματισμού και του αποδίδονται συνήθως χαρακτηριστικά τα οποία συνδέονται με τα παραδοσιακά στερεότυπα στα οποία ο άνθρωπος μυείται από πολύ νωρίς στη ζωή του. Με βάση αυτά τα στερεότυπα ο ψυχικά άρρωστος είναι ο «τρελός», ο κακός ή ο δαιμονισμένος.¹⁰⁸

Σύμφωνα με τη «θεωρία του χαρακτηρισμού» ή «θεωρία της απόδοσης ετικέτας» (labeling theory), η κοινωνική στάση απέναντι σε άτομα που είναι διαφορετικά ή παρεκκλίνουν από το μέσο όρο δεν εξαρτάται τόσο από τη συμπεριφορά τους όσο από την «ετικέτα» που τους έχει αποδοθεί από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Έτσι ένα άτομο θα αποστασιοποιηθεί από έναν ψυχικά ασθενή όχι απαραίτητα λόγω προσωπικής εμπειρίας αλλά εξαιτίας της προκαταβολικής αρνητικής εντύπωσης που έχει για αυτόν και η οποία προσδιορίζεται από την αρνητική «ετικέτα» του όρου «ψυχική ασθένεια». Η συμπεριφορά του ίδιου του πάσχοντα ακόμα και αν δεν ενισχύει την προκαταβολική αυτή εντύπωση φαίνεται ότι δεν μπορεί να αποτρέψει την κοινωνική του απόρριψη καθώς η ισχύς της «ετικέτας» φαίνεται να υπερβαίνει και να υπερκαλύπτει τη συμπεριφορά του.¹⁰⁹ Το γεγονός ότι η κοινωνία αντιδρά βάσει μιας προδιαμορφωμένης και άκριτα γενικεύσιμης αντίληψης απέναντι στο άτομο που φέρει την «ετικέτα» της ψυχικής νόσου μεγεθύνει την πιθανότητα το άτομο αυτό να ακολουθήσει τη «σταδιοδρομία» ενός χρόνιου ψυχικά ασθενή από την οποία πολύ δύσκολα μπορεί να απαγκιστρωθεί, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων του.¹¹⁰

Τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που συνδέονται με την ψυχική νόσο προδιαγράφουν την αρνητική αντιμετώπιση του ασθενή και εκφράζονται άμεσα ή

¹⁰⁸ Οικονόμου Μ. Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις.

Τετράδια Ψυχιατρικής 2008, 102: 19-34.

¹⁰⁹ Ζήση, Α. (2013), Κοινωνία, κοινότητα και ψυχική υγεία, Αθήνα: Gutenberg. σελ. 46-54.

¹¹⁰ Οι κοινωνικοί ψυχολόγοι υποστηρίζουν ότι ο κύριος λόγος για τον οποίο ενδίδουμε τόσο εύκολα στην άκριτη υιοθέτηση αρνητικών στερεοτύπων και προκαταλήψεων είναι ότι είμαστε απλά γνωστικά «οκνηροί». Είναι απολύτως κατανοητό και αναμενόμενο λοιπόν, για εξοικονόμηση πόρων, να προσφεύγουμε συνεχώς σε προκατασκευασμένες αναλυτικές κατηγορίες και ταξινομήσεις, από το να δημιουργούμε σε κάθε μια ξεχωριστή περίπτωση τις δικές μας. Κάτι τέτοιο θα ήταν άλλωστε τρομερά χρονοβόρο και θα απαιτούσε τεράστια διανοητική προσπάθεια από μέρους μας.

έμμεσα, ρητά ή άρρητα, επηρεάζοντας τόσο τις αντιλήψεις που διαμορφώνονται απέναντί του όσο και τις αντίστοιχες συμπεριφορές και πρακτικές που υιοθετούνται στο κοινωνικό πεδίο και που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό του.¹¹¹ Ο άνθρωπος που φέρει την «ταμπέλα» της ψυχικής ασθένειας αντιμετωπίζεται με φόβο και δυσπιστία στις διαπροσωπικές και κοινωνικές του σχέσεις. Οι διακρίσεις σε βάρος του, η άνιση και μεροληπτική μεταχείριση εξαιτίας της ψυχικής νόσου απαντώνται σε πολλούς τομείς που σχετίζονται με την κοινωνική υπόσταση του ατόμου.¹¹² Η μεροληπτική συμπεριφορά εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως με περιθωριοποίηση των στιγματισμένων από το υπόλοιπο σύνολο με αποφυγή, προσβλητικές και αποδοκιμαστικές εκδηλώσεις συμπεριφοράς ή ακόμη και με πράξεις βίας.

Η ψυχική υγεία δεν είναι ένα θέμα που απασχολεί καθημερινά την κοινή γνώμη. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια προβάλλεται ολοένα και περισσότερο από τα Μ.Μ.Ε. χωρίς ωστόσο ο τρόπος που παρουσιάζεται να είναι ο ενδεδειγμένος. Ο λόγος που αρθρώνουν είναι συνήθως καταγγελτικός, επικριτικός αλλά ουδέποτε εποικοδομητικός. Ο ψυχικά ασθενής υποβάλλεται σε διάφορες μορφές κοινωνικού στιγματισμού και του αποδίδονται συνήθως χαρακτηριστικά τα οποία συνδέονται με τα παραδοσιακά στερεότυπα στα οποία ο άνθρωπος μυείται από πολύ νωρίς. Με βάση αυτά τα στερεότυπα ο ψυχικά άρρωστος είναι ο «τρελός», ο κακός, ο επικίνδυνος. Τα Μ.Μ.Ε. παρουσιάζουν τα άτομα με ψυχικές παθήσεις ως βίαιους εγκληματίες, φονιάδες ή βιαστές ή στην καλύτερη περίπτωση ως αντικείμενα χλευασμού. Στην αντίληψη του κοινού η ψυχική ασθένεια και η βία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη.¹¹³

Οι απεικονίσεις της ψυχικής ασθένειας στα ΜΜΕ ρέπουν συστηματικά προς τις πιο αρνητικές πτυχές της με ιδιαίτερη έμφαση στην υποτιθέμενη «βιαιότητα» και

¹¹¹ Οι προκαταλήψεις είναι οι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις που αναπτύσσονται, όταν ένα άτομο ή μια ομάδα ενστερνίζεται κάποια αρνητικά στερεότυπα. Είναι καταστάσεις που αποκαλύπτουν τη τάση του ανθρώπου να ενεργήσει αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης, χωρίς να εξετάσει αν μια τέτοια συμπεριφορά είναι δικαιολογημένη. Οι προκαταλήψεις οδηγούν αξιωματικά σε αρνητικές συμπεριφορές που αναπόφευκτα θα επιφέρουν τις διακρίσεις.

¹¹² Ο όρος διάκριση αναφέρεται σε συμπεριφορές και πρακτικές, ευνοϊκές ή δυσμενείς, που απορρέουν από τις διαφορές μεταξύ των ατόμων σε σχέση με την εθνική τους καταγωγή, την ηλικία, το φύλο, τη θρησκεία, τις σωματικές και ψυχικές ιδιαιτερότητες, την οικονομική τους θέση, τον σεξουαλικό τους προσανατολισμό, τις πολιτισμικές αξίες. Οι διακρίσεις είναι προκατειλημμένες συμπεριφορές που επιτείνουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια στη προσπάθειά τους να επανακτήσουν τις κοινωνικές τους δεξιότητες και να ενταχθούν ξανά στη κοινωνία.

¹¹³ Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Δ., Γιώτης, Α. (2007). Η περίπτωση της σχιζοφρένειας στα ΜΜΕ: Ψυχιατρικός όρος ή μεταφορά; Τετράδια Ψυχιατρικής, 98.

«επικινδυνότητα» των ψυχικά ασθενών. Η στερεότυπη εικόνα του «σχιζοφρενούς» ή του «μανιακού» δολοφόνου που συχνά προβάλλεται είναι παραπλανητική, τρομολαγνική και διασπείρει τον πανικό εδραιώνοντας την κοινωνική απόρριψη και την περιθωριοποίηση των ατόμων που νοσούν. Είναι αποδεδειγμένο πλέον ότι το «διαφορετικό» ελκύει περισσότερο το ενδιαφέρον του κοινού και ότι από μόνη της η ψυχική ασθένεια συνιστά «είδηση». Συνήθως όμως συνιστά «κακή είδηση» μέσα από το τρόπο που παρουσιάζεται από τα ΜΜΕ τα οποία συχνά επιδιώκουν τον εντυπωσιασμό με αποτέλεσμα να αναπαράγουν την προκατάληψη και το φόβο. Οι ψυχικά ασθενείς προκαλούν μια αναστάτωση στο κοινό διότι ο φόβος συχνά συνδέεται και αφορμάται από το άγνωστο.¹¹⁴

Οι παρεμβάσεις με στόχο την αγωγή ψυχικής υγείας αποβλέπουν στην άμβλυνση των δυσμενών κοινωνικών αντιδράσεων και των αρνητικών στερεοτύπων που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές και στην αύξηση της ευαισθησίας και της ενημέρωσης του γενικού πληθυσμού αλλά και των ειδικών επαγγελματικών ομάδων με πολλαπλασιαστική ισχύ, όπως οι δημοσιογράφοι, σε θέματα ψυχικής υγείας. Στη σύγχρονη επικοινωνιακή πραγματικότητα δυστυχώς όμως η αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος περιορίζεται στα στενά, ασφυκτικά πλαίσια μιας ανέξοδης και ρηχής συνθηματολογικής ρητορικής.¹¹⁵

Αν και διαχρονικό φαινόμενο με ποικίλες εκφάνσεις στην ιστορική πορεία της ανθρωπότητας το κοινωνικό στίγμα συνεχίζει σήμερα να σημαδεύει τον άνθρωπο που πάσχει από ψυχική νόσο. Το κοινωνικό στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές διαταραχές παραμένει ακόμα κυρίαρχο και πλέον η καταπολέμησή του αναδεικνύεται σε κομβικής σημασίας παράμετρο για την ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου. Η καταπολέμηση του στίγματος και των προκαταλήψεων προϋποθέτει τη δημιουργία ισχυρών συμμαχιών και οφείλει να αποτελεί διαρκή μέριμνα της κρατικής πολιτικής για την ψυχική υγεία, καθημερινή υποχρέωση των επαγγελματιών της ψυχικής υγείας αλλά και αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών και των οικογενειών τους.¹¹⁶

¹¹⁴ Οικονόμου, Μ., Χαρίτση Μ., Δημητριάδου Ε. (2006). ΜΜΕ και ψυχική ασθένεια: Απεικονίσεις της σχιζοφρένειας στον ελληνικό Τύπο. *Ψυχολογία*, 13, 59-85.

¹¹⁵ Οικονόμου, Μ., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., (2007). Τα ΜΜΕ ως διαμορφωτές της κοινωνικής εικόνας της ψυχικής ασθένειας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 98.

¹¹⁶ Μητσάκη Ε., Σιώпка Ε, Τζιάλλας Β., Η Οικογένεια και η Συμβολή των Επαγγελματιών στη Συνηγορία για τη Ψυχική Υγεία, *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2006, 95: 57- 62.

Οι βέλτιστες πρακτικές για την άμβλυνση των αρνητικών στερεοτύπων και του κοινωνικού στίγματος είναι η εκπαίδευση και η εγγύτητα. Εκπαίδευση του πληθυσμού μέσω της παροχής έγκυρης και επιστημονικής πληροφόρησης ώστε να καταρριφθούν οι μύθοι και τα στερεότυπα για την ψυχική ασθένεια. Ακόμη, η αδιαμεσολάβητη επαφή προάγει την επικοινωνία ανάμεσα σε μέλη της κοινότητας και σε ανθρώπους με κάποιο ψυχικό νόσημα. Η διαμόρφωση των στάσεων του κοινού απέναντι στην ψυχική αρρώστια εξαρτάται από έναν αριθμό παραγόντων όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο και το πολιτισμικό πλαίσιο. Ο πιο σημαντικός παράγοντας όμως φαίνεται να είναι η έκταση και το είδος της προσωπικής επαφής. Έχει διαπιστωθεί ότι η περιορισμένη επαφή με ψυχικά ασθενείς ενισχύει τις αρνητικές απόψεις απέναντί τους. Η εικόνα αυτή αλλάζει όταν αρχίζει η συστηματική και άμεση επαφή με τα άτομα αυτά. Για αυτό είναι απαραίτητο να συμπεριληφθούν άτομα με εμπειρία προβλημάτων ψυχικής υγείας στο σχεδιασμό των ενεργειών και των δραστηριοτήτων για την αντιμετώπιση του κοινωνικού στίγματος και του αποκλεισμού τους.¹¹⁷

Η διαδικασία του στιγματισμού είναι ένα παγκόσμιο και διαχρονικό φαινόμενο. Αν και με διαφορετικές μορφές και αποχρώσεις παρατηρείται σε όλες τις κοινωνίες. Οι πολλαπλές εκφάνσεις του γίνονται ιδιαίτερα αισθητές τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Διακλαδίζονται σε ολόκληρο τον κοινωνικό ιστό και επηρεάζουν το σύνολο της κοινωνίας. Η φύση του στίγματος, τι είναι αυτό που θα στιγματιστεί και πως, καθώς και οι επιπτώσεις του καθορίζονται πολιτισμικά. Είναι πλέον προφανές ότι οι κοινωνικές αναπαραστάσεις είναι δύσκολο να αλλάξουν όπως εξίσου δύσκολο είναι να καταρριφθούν οι μύθοι και οι προκαταλήψεις που περιβάλλουν την ψυχική διαταραχή. Η επιβίωση άλλωστε, αυτών των αντιλήψεων στο χρόνο, σε πείσμα της επιστημονικής εξέλιξης μαρτυρεί την ανθεκτικότητά τους. Η άρση των προκαταλήψεων και των στερεοτύπων που συμβάλλουν στη διαμόρφωση των αρνητικών στάσεων απέναντι σε ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες είναι μια διαδικασία που απαιτεί μακροχρόνια προσπάθεια, συνεργασία και εμπλοκή πολλών διαφορετικών ανθρώπων και επιμέρους φορέων από διάφορους τομείς της κοινωνίας.¹¹⁸

¹¹⁷ Sartorius, N. & Schulze, H. (2005). Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association: Cambridge University Press.

¹¹⁸ Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία, (ΠΨΕ), (2005). Καταπολέμηση του Στίγματος και των Διακρίσεων που Συνοδεύουν τη Σχιζοφρένεια.

2. Η ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ.

Ζούμε σε μια εποχή όπου η επιστήμη προοδεύει με ταχύτατους ρυθμούς ώστε να ανατρέπει δεδομένα αιώνων, να αναιρεί βεβαιότητες και κατεστημένα. Η πορεία αυτή χαρακτηρίζεται από μια κίνηση από την άγνοια στη γνώση και από τη δοξασία στην επιστημονική αλήθεια. Η πραγματικότητα είναι μια ιστορική και κοινωνική κατασκευή η οποία παρουσιάζεται ως αιώνια, αναλλοίωτη και αδιαμφισβήτητη ενώ αναπαράγεται και παγιώνεται στις συνειδήσεις των ανθρώπων με τις τεχνικές των εκάστοτε εξουσιαστικών «λόγων». Θα παρατηρούσαμε ότι οι κλασικές ψυχολογικές θεωρίες ωθούν τους ανθρώπους να ορίζουν τα προβλήματα στη ζωή τους με όρους ατομικής μειονεξίας αφήνοντας ανέπαφο το ήδη υπάρχον status quo. Αυτή η οπτική απομακρύνει την επιστημονική έρευνα από την εύρεση συλλογικών λύσεων για φλέγοντα θέματα που συνήθως έχουν κοινωνική και πολιτική προέλευση αφού οι ατομικιστικές θεωρίες καθιστούν υπεύθυνα αποκλειστικά τα άτομα για τα διάφορα προβλήματά τους.

Η ψυχιατρική έρευνα δεν περιγράφει και δεν ταξινομεί τα χαρακτηριστικά ομάδων αλλά κατασκευάζει ενεργά μια εκδοχή τόσο της «φυσιολογικής» όσο και της «διαταραγμένης συμπεριφοράς» η οποία κατόπιν εφαρμόζεται περιπτωσιολογικά. Η σχιζοφρένεια και η μανιοκατάθλιψη έχουν αποκτήσει την ιδιότητα των μειζόνων ψυχικών συνδρόμων μέσω ενός εντατικού κλινικού και ακαδημαϊκού έργου κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών. Είναι ο αναμφίλεκτος χαρακτήρας τους ως πραγματικών «καταστάσεων» που επιτρέπει στους ερευνητές να αναλύουν, να διαγιγνώσκουν και να θεραπεύουν τα άτομα στα οποία αποδίδονται αυτές οι διαγνώσεις. Αυτές οι «καταστάσεις» που αναπαράγονται μέσα από μια σειρά σχετικών πρακτικών επιτρέπουν στην ψυχιατρική να διατηρεί την εξουσία της πάνω στη διαχείριση του ανθρώπινου πόνου. Τα σύνδρομα αυτά δεν αντανakλούν μια προϋπάρχουσα πραγματικότητα αλλά συγκροτούν αντιλήψεις και η πραγματικότητα που κατασκευάζεται είναι αυτή ενός παντοδύναμου ψυχιατρικού κατεστημένου που έχει το αποκλειστικό δικαίωμα και το καθήκον να θεραπεύει τα «άρρωστα» άτομα.¹¹⁹

¹¹⁹ Ειδικότερα οι ψυχίατροι ευνοούνται από την αυξανόμενη παθολογικοποίηση ολόένα και περισσότερων εκφάνσεων της ανθρώπινης συμπεριφοράς, αφού έτσι κατορθώνουν να διατηρούν και ταυτόχρονα να διευρύνουν το αποκλειστικό τους, προνομιακό πεδίο απασχόλησης..

Οι ψυχιατρικές διαγνώσεις δεν αντιστοιχούν σε μια αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα αλλά αντίθετα κατασκευάζονται από επαγγελματικές πρακτικές, ερευνητικές και κλινικές διαδικασίες μέσω των οποίων τα άτομα διαγιγνώσκονται ως «διαταραγμένα». Το κύριο ερώτημα είναι ποιοι δικαιούνται να «χαρακτηρίζουν». Άπαξ και δοθεί ο χαρακτηρισμός αλλάζουν καθοριστικά η ταυτότητα και η κοινωνική θέση του ατόμου. Από τη στιγμή που κάποιος χαρακτηριστεί ως άτομο μειωμένης λογικής ποτέ δεν θα είναι ίδιος στα μάτια των άλλων. Μια διαγνωστική «ετικέτα», όπως αυτή του ψυχωτικού, έχει σημαντικό αντίκτυπο στο τι πιστεύουμε για όσους φέρουν αυτό το χαρακτηρισμό και στο πως εκλαμβάνουν οι ίδιοι τον εαυτό τους. Είναι σαφές ότι ο χαρακτηρισμός μιας συμπεριφοράς ως αλλοπρόσαλλης ή παθολογικής δεν περιγράφει απλώς τη συμπεριφορά καθαυτή αλλά έχει τη δύναμη να επιβάλλει μια ελαττωματική ταυτότητα στο υποκείμενο τέτοια που να προσδιορίζει τη στάση του περίγυρου απέναντι του. Υπάρχει έτσι μια ενσωμάτωση του στίγματος από το ίδιο το χαρακτηρισμένο άτομο η οποία μέσα από διάφορους μηχανισμούς, όπως της αυτοεκπληρούμενης προφητείας, μπορεί να οδηγήσει στην εδραίωση της απόκλισης, στην υιοθέτηση και την αποδοχή του ρόλου του «τρελού». Η ύπαρξη κάποιας νοσηρότητας καθορίζεται και από την αντίληψη του ασθενούς δηλαδή από την ερμηνεία που ο ίδιος αποδίδει στα συμπτώματά του.¹²⁰

Η ψυχιατρική υπάρχει για να χαλιναγωγεί την οποιαδήποτε παρεκκλίνουσα συμπεριφορά, οι σωματικές θεραπείες εξυπηρετούν ειδικά αυτό το σκοπό γιατί μπορούν να εφαρμοστούν χωρίς τη συνεργασία του ασθενούς. Τα άτομα που επιδεικνύουν αντικοινομορφιστική συμπεριφορά μπορεί να υποβληθούν σε εγκλεισμό χωρίς τη συγκατάθεσή τους. Η φαρμακοθεραπεία επίσης θεωρείται ως ένα αξιόπιστο μέσο διαχείρισης και ελέγχου των ατόμων που θεωρούνται δυνητική απειλή για την ευταξία της κοινωνίας. Η συμμόρφωση με τη λήψη αυτών των φαρμάκων έχει φτάσει να θεωρείται δείκτης της επιτυχίας ή της αποτυχίας μιας πολιτικής ψυχικής υγείας. Μέσα από την ψυχιατρική πρακτική ο όρος ψυχική «ασθένεια» χρησιμοποιείται για να εξηγήσει επιστημονικά μια σειρά δεδομένων που βαφτίζονται συμπτώματα. Ο χαρακτηρισμός στηρίζεται σε αυτοαναφορικά επιχειρήματα. Η έννοια της ψυχικής ασθένειας εξηγεί το σύμπτωμα και το σύμπτωμα παραπέμπει στην έννοια της ψυχικής

¹²⁰ Τζανάκης, Μ. (2008), Πέραν του ασύλου: Η κοινοτική ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου, Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου, σελ. 168-175.

ασθένειας. Για παράδειγμα, η παράνοια εξηγεί το παραλήρημα ενώ το παραλήρημα μπορεί να θεωρηθεί σαν σύμπτωμα παράνοιας. Πρόκειται για μια ταυτολογία που αποκλείει κάθε δυνατότητα επαλήθευσης ή διάψευσης από την εμπειρική πραγματικότητα.¹²¹

Οι προπολεμικές βιολογικές θεραπείες (ηλεκτροσόκ, κατασταλτικές ουσίες, ψυχοχειρουργική) και τα νεότερα ψυχοφάρμακα μεταπολεμικά θα προσδώσουν μια πρόσκαιρη βιολογίζουσα αισιοδοξία. Οι προσδοκίες όμως αυτές μακροπρόθεσμα δεν επαληθεύτηκαν με αποτέλεσμα αργότερα να εμφανιστεί στο προσκήνιο η κοινωνική ψυχιατρική στην οποία ενσωματώνεται μια ευρύτερη κριτική του άλλοτε πανίσχυρου ιατροκεντρικού παραδείγματος. Τα αίτια των ψυχικών διαταραχών είναι δυνατόν να ιδωθούν υπό ποικίλες οπτικές (βιολογική, ψυχολογική, κοινωνιολογική) οι οποίες δεν είναι ασύμβατες μεταξύ τους και η καθεμιά τους διαθέτει το δικό της ποσοστό εγκυρότητας. Κάθε νόσημα, ακόμη και το πλέον οργανικό, προσβάλλει τον ασθενή με μοναδικό τρόπο. Η ψυχική οδύνη του καθενός θα βρει το νόημα και την υπέρβασή της στο πλαίσιο της ιδιαίτερης προσωπικής ιστορίας του. Για παράδειγμα, ένα από τα πλέον επίμαχα ζητήματα στις σύγχρονες διαμάχες για την ψυχική υγεία είναι η «φύση» της σχιζοφρένειας. Οι περιγραφές της ορθόδοξης ψυχιατρικής απεικονίζουν το σχιζοφρενή ως άτομο κοινωνικά αποσυρμένο που υποφέρει από διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών (χάλαση συνειρμών, καλπάζουσα σκέψη), της αντίληψης (ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις) και του συναισθήματος («ρηχό» ή «απρόσφορο» συναίσθημα). Οι ψυχίατροι είναι διχασμένοι και αβέβαιοι για τις αιτίες αυτών των συμπτωμάτων. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η σχιζοφρένεια είναι μια γενετικά προγραμματισμένη «ωρολογιακή βόμβα» η οποία εκρήγνυται στην εφηβεία διαταράσσοντας την ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου.¹²² Οι ψυχαναλυτές προσπαθούν να καταστήσουν τη σχιζοφρένεια κατανοητή στο συγκεκριμένο και αμφίσημο πλαίσιο επικοινωνίας της οικογένειας του ασθενούς. Οι κοινωνιολόγοι τονίζουν τη βαρύτητα των κοινωνικοπολιτικών παραγόντων. Όλες αυτές οι υποθέσεις, η καθεμιά με τη δική της ερμηνευτική εμβέλεια και συνεισφορά, καταδεικνύουν την πολυπαραγοντικότητα της ψυχικής νόσου.¹²³

¹²¹ Canguilhem, G. (2007), Το κανονικό και το παθολογικό, Αθήνα: Νήσος, σελ. 114-118.

¹²² Σικελιανού, Δέσποινα. (2010), Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων, Αθήνα: Διόνικος, σελ. 72-75.

¹²³ Garrabé, Jean. (2011), Η σχιζοφρένεια: 100 χρόνια για να κατανοήσουμε, Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου, σελ. 183-191.

Η κατίσχυση της βιοεξουσίας αποτέλεσε ένα ιστορικό ορόσημο και υποδηλώνει την απομάκρυνση από την ασταθή, αυθαίρετη και επιλεκτική άσκηση της ηγεμονικής εξουσίας και τον επαναπροσανατολισμό της προς την περιβολή των διαδικασιών της ζωής από μια οικονομική και αποδοτική μορφή εξουσίας. Η εξουσία παράγει πραγματικότητα και τελετουργίες αλήθειας. Το άτομο και η γνώση που δύναται να αποσπαστεί από αυτό ανήκουν σε αυτή την παραγωγή. Η εξουσία δεν οικοδομεί τον εαυτό της μέσω ατομικών ή συλλογικών βουλήσεων αλλά λαμβάνει ποικίλες μορφές είναι ανώνυμη, ανεντόπιστη, πανταχού παρούσα όχι μόνο επειδή περικλείει τα πάντα αλλά επειδή εκπηγάζει από παντού. Όλοι αποτελούμε αποτέλεσμα αυτής και γρανάζια του μηχανισμού της. Είναι μια μηχανή στην οποία είναι παγιδευμένοι εκείνοι που την ασκούν στον ίδιο βαθμό με εκείνους πάνω στους οποίους ασκείται. Η εξουσία διαχέεται σε ολόκληρη την κοινωνία και απλώνεται πάνω από όλες τις εκφάνσεις της ζωής μας. Με τη σταδιακή ιατροποίηση του ανθρώπινου βίου κάθε μη «κανονική» κοινωνική συμπεριφορά επιφέρει την άμεση ενεργοποίηση του κοινωνικού ελέγχου.¹²⁴ Η επιστήμη ως αδιαμφισβήτητος κριτής και ως ύψιστη μορφή κοινωνικής «ομαλοποίησης» της ανθρώπινης δραστηριότητας φροντίζει για τη συμμόρφωση του υποκειμένου εντός του πλαισίου των αναμενόμενων συμπεριφορών.¹²⁵ Ο ορισμός μιας συμπεριφοράς ως «παθολογικής» τη μετατρέπει σε ιατρικό ζήτημα, επιτρέπει την αντιμετώπισή της στο πλαίσιο των αντίστοιχων θεσμών και αναδεικνύει τους επαγγελματίες της ιατρικής σε κατεξοχήν αρμόδιους για τη διαχείρισή της. Η ιατρική παρέμβαση δεν εκλαμβάνεται ως απάντηση στη διατάραξη της κοινωνικής συνοχής ή την αμφισβήτηση των κυρίαρχων προτύπων συμπεριφοράς αλλά δικαιολογείται με το επιχείρημα ότι ανταποκρίνεται στην ανάγκη των ατόμων για περίθαλψη και θεραπεία.¹²⁶

Με τη νομιμοποίηση που παρέχει η επιστήμη οι άνθρωποι κατηγοριοποιούνται και μετατρέπονται σε ένα ομοιόμορφο, αδιαφοροποίητο σύνολο, το οποίο ελέγχεται σε κάθε έκφανση του καθημερινού του βίου από ένα πανίσχυρο εξουσιαστικό βλέμμα. Η

¹²⁴ Ο όρος ιατροποίηση αναφέρεται σε μια διαδικασία κατά την οποία ορισμένα φαινόμενα επαναπροσδιορίζονται ως ιατρικά προβλήματα και ερμηνεύονται με όρους υγείας και ασθένειας. Η διεύρυνση της ιατρικής εξουσίας στη καθημερινή ζωή ξεκινά με τον ορισμό μιας ανεπιθύμητης συμπεριφοράς ως ασθένειας και με τη νομιμοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος για την αντιμετώπισή της.

¹²⁵ Αλεξιάς, Γ. (2011), Κοινωνιολογία του σώματος: Από τον "άνθρωπο του Νεότερου" στον "εξολοθρευτή", Αθήνα: Πεδίο. σελ. 265-270.

¹²⁶ Οικονόμου, Χ. (2005), Κοινωνιολογία της υγείας: Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις, Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος. σελ. 38-45.

ψυχιατρική διατείνεται ότι μελετά και ταξινομεί διεργασίες που εντοπίζονται στη σκέψη και τη συμπεριφορά των ατόμων με τρόπο «αχρωμάτιστο» και αντικειμενικό. Η παραδοσιακή ψυχιατρική ωστόσο αποτυπώνει ανάγλυφα κατά την εφαρμογή της, τις ισχύουσες κοινωνικές νόρμες, επιρρωνύει και δικαιώνει την ιδεολογική ηγεμονία των κυρίαρχων κοινωνικών στρωμάτων και στιγματίζει αρνητικά όσα μέλη της κοινωνίας επιδεικνύουν αντικομφορμιστική στάση.¹²⁷

Πραγματικά η ιατρικοποίηση μιας κατακριτέας συμπεριφοράς εξαλείφει την απειλή που αντιπροσωπεύει ο παρεκκλίνων για την κοινωνία. Ο ορισμός της παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς ως «ασθένειας» συγκαλύπτει μια ενοχλητική συμπεριφορά, φιμώνει τα υποκείμενα και τους στερεί το δικαίωμα να εκφραστούν ελεύθερα. Η ιατρικοποίηση προωθεί την εξατομίκευση των κοινωνικών προβλημάτων.¹²⁸ Οι μετασχηματισμοί που συνδέονται με την ανάπτυξη της εξουσίας πάνω στη ζωή και τη σήμανση του ανθρώπου ως αντικειμένου γνώσης είχαν ως συνέπειες την οριστική κατίσχυση των πολιτικών τεχνολογιών που περιζώνουν το σώμα, την υγεία, τους τρόπους ύπαρξης και τη κυριαρχία των ρυθμιστικών και διορθωτικών μηχανισμών που επιδιώκουν μια ομοιομορφοποίηση της συμπεριφοράς των ανθρώπων.¹²⁹ Ο ιατρικός έλεγχος είναι πιο αποτελεσματικός από τον ποινικό διότι επιτρέπει τη διεύρυνση του κοινωνικού ελέγχου χωρίς κανένα πολιτικό κόστος. Τα συμφέροντα που μας περιβάλλουν, μας παγιδεύουν, μας καθηλώνουν αφού αποτελούν αναπόσπαστο μέρος των σύγχρονων κοινωνικών διαδικασιών που σχετίζονται με τη χειραγώγηση της κοινωνίας και την αποδοτική λειτουργία της οικονομίας της αγοράς. Η ανάπτυξη μιας καινοφανούς βιοπολιτικής εξουσίας και η συστηματική ένταξη του πληθυσμού στο πεδίο των ζωτικών συμφερόντων και υπολογισμών της πολιτικής εξουσίας, μιας μακρόσυρτης και μεθοδικά σχεδιασμένης διαδικασίας, ήταν απόλυτα ενταγμένη στην υπηρεσία της εδραίωσης της καπιταλιστικής οργάνωσης παραγωγής.¹³⁰

Οι επιστήμες της ψυχικής υγείας αποσκοπούν ευθέως στην εκπλήρωση μιας λειτουργίας επιτήρησης και ουσιαστικού ελέγχου του πληθυσμού χαρακτηρίζοντας ως ανεπαρκείς και ανέντακτους όσους δεν ανταποκρίνονται στα δυτικά πολιτισμικά

¹²⁷ Deleuze, G. (2001), *Η Κοινωνία του Ελέγχου*, Αθήνα: Ελευθεριακή Κουλτούρα. σελ. 17-22.

¹²⁸ Frances, Allen. (2014), *Η διάσωση του φυσιολογικού: DSM-5: Το δριμύ κατηγορώ ενός ψυχιάτρου*, Αθήνα: Τραυλός, σελ. 315-327.

¹²⁹ Agamben, G. (2005), *Homo Sacer: Κυρίαρχη εξουσία και γυμνή ζωή*, Αθήνα: Scripta. σελ. 189-198.

¹³⁰ Butler, J. (2009), *Η ψυχική ζωή της εξουσίας: Θεωρίες καθυπόταξης*, Αθήνα: Πλέθρον. σελ. 101-108.

πρότυπα. Μέσα από τον κυρίαρχο ορισμό της ψυχικής «ασθένειας» αναδύεται η ιδεολογία της ατομικής δυσλειτουργίας ανάγοντας την παραφροσύνη σε ένα αποκλειστικά ενδοατομικό φαινόμενο. Το ψυχοπαθολογικό σύμπτωμα παρουσιάζεται απομονωμένο από το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται και από όπου αντλεί το νόημα και τη σημασία του. Δηλαδή οι άρρηκτοι δεσμοί που συνενώνουν το ψυχοπαθολογικό σύμπτωμα με ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εμφανίζεται συγκαλύπτονται και η ψυχική ασθένεια προβάλλεται σαν ένα αποκλειστικά ατομικό φαινόμενο απόρροια της προβληματικής ιδιοσυστασίας του ψυχικά «ασθενή».¹³¹

Μέσα από τη σύστοιχη ανάπτυξη των ανθρωπιστικών επιστημών και των τεχνολογιών της εξουσίας που ασκούνται πάνω στη ζωή τα κοινωνικά και πολιτικά προβλήματα υποβάλλονται σε ταξινόμηση και αυστηρό έλεγχο. Με αυτό τον τρόπο μετασχηματίζονται σε τεχνικά προβλήματα τα οποία υπόσχονται να λύσουν η πιο λεπτομερής γνώση και οι νέες τεχνικές παρέμβασης. Αυτές αντλώντας από μια αντίληψη ομαλότητας στην οποία έχει προσδοθεί επιστημονικός χαρακτήρας εξαιτίας της απόρροιάς της από τη βιολογία και τη νευρολογία συντελούν σε μια ενίσχυση και εκλέπτυνση των τεχνολογιών της εξουσίας. Η διαπίστωση αυτή συνεπάγεται ότι έχει αναπτυχθεί μια συνεργατική σχέση ανάμεσα στις ανθρωπιστικές επιστήμες και τις τεχνολογίες της εξουσίας με αποτέλεσμα μια ομαλοποίηση των «ανωμαλιών» και των προβλημάτων στο κοινωνικό πεδίο. Όσο περισσότερες οι «ανωμαλίες», τόσο μεγαλύτερη η ανάγκη για μια επέκταση των τεχνικών ομαλοποίησης, οπότε προκύπτει μια αύξηση της ζήτησης για γνώση των «ανωμαλιών» και για βελτιώσεις των τεχνολογιών εξουσίας ώστε να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης.¹³²

Οι ανθρωπιστικές επιστήμες αποτελούν μορφώματα γνώσης τα οποία ασκούν σημαντικές επιδράσεις στις σύγχρονες κοινωνίες. Εδώ στον σχηματισμό μιας θετικής γνώσης για τον παράφρονα και την «τρέλα» εντοπίζονται οι καταγωγικές περιοχές του επίσημου «λόγου» της ψυχιατρικής. Η ανάπτυξη θεραπευτικών τεχνικών συνοδεύτηκε από την εισαγωγή καινοτόμων μεθόδων απόσπασης βιογραφικών λεπτομερειών της ζωής των ψυχασθενών. Βασικά χαρακτηριστικά της ανάπτυξης μιας νέας κοινωνικής

¹³¹ Ουλής, Π. (2003), Η φύση της ψυχικής νόσου: Μια φιλοσοφική-επιστημονική διερεύνηση, Αθήνα: Εξάντας, σελ. 98-105.

¹³² Οικονόμου, Χ. (2005), Κοινωνιολογία της υγείας: Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις, Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος, σελ. 45-54.

ορθοπεδικής ήταν κάποιες συγκεκριμένες τεχνικές όπως η εξέταση και η ψυχιατρική συνέντευξη οι οποίες επέφεραν μια αντικειμενοποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς.¹³³ Μέσα από την ταξινομητική λογική του ορθολογισμού που επικράτησε προσδιορίστηκαν τα αξιολογικά κριτήρια κωδικοποίησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς, ποιος είναι «άρρωστος» και ποιος «υγιής», ποιος συμπεριφέρεται «φυσιολογικά» και ποιος αποκλίνει. Η επιστημονική πρόσληψη των καθημερινών δραστηριοτήτων με τη βοήθεια των «ειδικών» οδηγεί στη ψυχιατρικοποίηση της εμπειρίας των υποκειμένων. Εξουσία και γνώση ως αδιάσπαστο σύμπλεγμα αποτελούν το γνωστικό υπόβαθρο κάθε επιστήμης ξεχωριστά και συγκροτούν ένα προνομιακό πεδίο άσκησης κοινωνικού ελέγχου και κρατικής παρέμβασης.¹³⁴ Προϋπόθεση ωστόσο για την ιστορική ανάδυση και τη νομιμοποίηση τέτοιων επιδιώξεων είναι η άμβλυνση των διαφορών και των ορίων ανάμεσα στο «φυσιολογικό» και το «παθολογικό».

Ο επαναπροσδιορισμός της ψυχικής υγείας σε αντικείμενο ιατρικής διαχείρισης και ειδικότερα η υπαγωγή της σε ιατροκοιμημένους μηχανισμούς ομαλοποιητικού ελέγχου δεν είναι εφικτή παρά μόνον υπό την αιγίδα μιας ιατρικής απόλυτα εναρμονισμένης με το διαχειριστικό πρόταγμα της πολιτικής εξουσίας. Τα εργαλεία της κλασσικής ψυχιατρικής χρησιμοποιούνται λυσιτελώς για να συγκροτηθούν μηχανισμοί εξατομικευμένου ελέγχου και ομοιομορφοποίησης της συμπεριφοράς που εξυπηρετούν στρατηγικές κοινωνικής χειραγώγησης. Η ψυχιατρικοποίηση της ανθρώπινης εμπειρίας και η ανασηματοδότησή της σε αντικείμενο κατασταλτικής ιατρικής διαχείρισης δεν είναι εφικτή παρά μόνον υπό την αιγίδα μιας ιατρικής εναρμονισμένης με το διαχειριστικό ολοκληρωτισμό της βιοεξουσίας.¹³⁵

¹³³ Η απόδοση μιας αρρώστιας, η διάγνωσή της, μπορεί να εμφανίζεται ως μια ανθρωπιστική και καλοπροαίρετη κίνηση, καθώς υπονοείται ο ανεξέλεγκτος χαρακτήρας της αρρώστιας και αίρεται η ευθύνη του ατόμου για την παρούσα κατάστασή του, όπως επίσης και η ευθύνη του περιβάλλοντός του.

¹³⁴ Για τους «ψυχικά ασθενείς» το βάρος του παρελθόντος και οι τραυματικές εμπειρίες που συνθέτουν την παράσταση του πόνου στα πρόσωπα, τα σώματα, τις κινήσεις τους, ακολουθούν τη «μοίρα» της διάγνωσης. Η εμπειρία ορίζεται, ταξινομείται και «θεραπεύεται» χημικά μέσω κυρίαρχων ψυχιατρικών «λόγων», έγκυρων και νομιμοποιημένων, μέσω «επιστημονικά καταξιωμένων» μηχανισμών που έχουν αναλάβει την «φροντίδα» και τη «προστασία» της ανθρώπινης ζωής.

¹³⁵ Με την εγκαθίδρυση της βιοεξουσίας στις νεότερες δυτικές κοινωνίες, δηλαδή με την εδραίωση μιας κρατικής εξουσίας που ασχολείται με τη κανονικοποίηση και διαχείριση των πληθυσμών, η μη επίτευξη των προγραμματισμένων στόχων επιβεβαιώνει την ανάγκη για καλύτερη διοίκηση, δηλαδή για μια επέκταση στην άσκηση της εξουσίας πάνω στη ζωή. Η βιοεξουσία είναι ο «τόπος» όπου όλες οι εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής αναδεικνύονται σε αντικείμενο ιατρικής διαχείρισης με αποτέλεσμα τη συγκρότηση ενός αλλοτριωμένου εαυτού στερημένου από οποιαδήποτε έννοια υποκειμενικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:

ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΥΛΙΑΚΗ «ΘΕΡΑΠΕΙΑ» ΣΤΗ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

1. Η ΑΜΦΙΣΒΗΤΗΣΗ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟΥ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΘΕΣΜΟΥ.

Το 1961 εκδίδεται το έργο του Erving Goffman «Άσυλα». Ένα μνημειώδες πόνημα για τη λεπτομερή και ενδελεχή ανάλυση των ολοπαγών ιδρυμάτων, των κατασταλτικών και ελεγκτικών διαδικασιών τους, των δράσεων αποκλεισμού των στοιχείων που η κοινωνία ορίζει ως επικίνδυνα, της δυνατότητας μεταλλαγής των ατόμων μέσω των απεριόριστων επεμβάσεων επί του εαυτού στη βάση ορθολογικών επιλογών που στοχεύουν στην αναμόρφωση και τη θεραπεία των υποκειμένων μέσα από την υπαγωγή τους στους κανόνες του ασύλου.

Ο Goffman σε αυτό το καθοριστικό και πολύκροτο έργο του, προϊόν επίπονης και συστηματικής επιτόπιας έρευνας και συμμετοχικής παρατήρησης αμφισβητεί την αποτελεσματικότητα της ιδρυματικής αντιμετώπισης των ψυχιατρικών περιστατικών ως μιας έγκυρης και επιτυχημένης θεραπευτικής παρέμβασης. Θεώρησε το ψυχιατρικό νοσοκομείο ως έναν «ολοκληρωτικό θεσμό» (total institution) και το περιέγραψε ως ένα χώρο διαμονής ατόμων απομονωμένων από την ευρύτερη κοινωνία, για μεγάλες χρονικές περιόδους ο οποίος λειτουργεί σύμφωνα με ένα τυποποιημένο, γραφειοκρατικό διοικητικό σύστημα. Τα πρότυπα ολοκληρωτικών θεσμών έχουν μια κοινή ομάδα γνωρισμάτων που τα χαρακτηρίζει και ταυτόχρονα τα ομαδοποιεί. Είτε πρόκειται για στρατόπεδα, φυλακές, ορφανοτροφεία, μοναστήρια, εκπαιδευτικά ή νοσηλευτικά ιδρύματα, όλες οι δραστηριότητες της ζωής διεξάγονται στον ίδιο χώρο, λαμβάνουν χώρα πάντα παρουσία άλλων και είναι αυστηρά χρονοθετημένες και άκαμπτα προσανατολισμένες στο να εκπληρώνουν τους επίσημους σκοπούς του ιδρύματος παρά τις πραγματικές ανάγκες των φιλοξενούμενων ατόμων.¹³⁶

Καθώς εισάγονται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο τα άτομα περνούν τη φάση που ο Goffman αποκαλεί «νέκρωση του εαυτού». Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο το άτομο απεκδύεται την προηγούμενη ταυτότητά του μέσω της αυστηρής πειθαρχίας. Η κίνηση περιορίζεται, τα ρούχα που φοριούνται κατά την εισαγωγή αντικαθίστανται με

¹³⁶ Goffman, E. (1996), Άσυλα: Δοκίμια για την Κοινωνική Κατάσταση των Ασθενών του Ψυχιατρείου και Άλλων Τροφίμων, Αθήνα: Ευρύαλος, σελ. 295-305.

ρούχα που ανήκουν στο νοσοκομείο και τα προσωπικά είδη αφαιρούνται. Ο Goffman αναφέρεται σε αυτόν τον τρόπο εισαγωγής στο ψυχιατρείο ως «τελετή καθαίρεσης». Από τη στιγμή που θα βρεθούν στην πτέρυγα οι τρόφιμοι υποχρεώνονται να αποκηρύξουν τον πρότερο βίο τους. Με αυτό τον τρόπο προδίδουν τους εαυτούς τους, απεμπολούν αναφαίρετα και ζωτικά δικαιώματά τους. Η καθημερινή ζωή στις πτέρυγες υπόκειται σε στενό και διαρκή έλεγχο καθιστώντας αδύνατη την ιδιωτική ζωή. Υπάρχει επίσης αυστηρός διαχωρισμός τροφίμων και προσωπικού. Ο Goffman αναδεικνύει τις ιδιαίτερες «τακτικές προσαρμογής» και ανάπτυξης μιας «κουλτούρας του τροφίμου». Αναφέρεται στις ειδικές συνθήκες που προάγουν τις εξατομικευμένες στρατηγικές αντιμετώπισης των καθημερινών αντιξοοτήτων έναντι οποιασδήποτε συλλογικής δράσης και την «καταστασιακή απόσυρση» από οτιδήποτε δεν αφορά αυστηρά τον εαυτό και τη θέση του στο ίδρυμα. Ονομάζει «εποίκιση» την οικοδόμηση ενός κόσμου εντός του ιδρύματος όπου μπορεί να αναπτυχθεί ένας σχετικά επαρκής τρόπος ζωής στη βάση της απόσπασης της μέγιστης δυνατής ικανοποίησης που μπορεί να προσφέρεται σε ένα τέτοιο χώρο. Αποδεχόμενος τη κυρίαρχη άποψη και εικόνα του ιδρύματος που προτείνεται από τους γιατρούς ενδέχεται ο τρόφιμος να εφαρμόσει μια πιο πειθαρχημένη συμπεριφορά υποδιδόμενος το ρόλο του τέλειου τροφίμου.¹³⁷

Ο Goffman επέστησε επίσης την προσοχή του στην κοινωνική απόσυρση και την παθητικότητα των νοσηλευομένων ασθενών οι οποίες μπορούν να συσχετισθούν με την παρατεταμένη διάρκεια της παραμονής τους. Η εικόνα αυτή του ιδρυματοποιημένου ατόμου δεν δημιουργείται αποκλειστικά και μόνο από το γεγονός του χωροταξικού αποκλεισμού. Το δικαίωμα της απόλυτης σιωπής είναι το μοναδικό προνόμιο του έγκλειστου και κάθε αντίδραση του ενάντια σε αυτό που συντελείται σε βάρος του εκλαμβάνεται ως ενισχυτικό του χαρακτηρισμού του ως επικίνδυνου ή απροσάρμοστου. Τόνισε λοιπόν την παθητικότητα και τις συμπτωματογόνες επιπτώσεις του ψυχιατρικού νοσοκομείου και του ακολουθούμενου θεραπευτικού μοντέλου οι οποίες θεώρησε ότι δημιουργούν ένα «θεραπευτικό φραγμό» μεταξύ του θεραπευτή και του ασθενή. Κατά τον Goffman το αποκαλούμενο σύνδρομο ιδρυματισμού συνίσταται στην ανάπτυξη και συσσώρευση δευτερογενών μειονεξιών στον έγκλειστο ασθενή με τελικό αποτέλεσμα

¹³⁷ Goffman, E. (1996), Άσυλα: Δοκίμια για την Κοινωνική Κατάσταση των Ασθενών του Ψυχιατρείου και Άλλων Τροφίμων, Αθήνα: Ευρύαλος, σελ. 32-40.

την εξάλειψη της αρχικής επιθυμίας του να εγκαταλείψει το ίδρυμα διαβίωσής του. Η μακροχρόνια νοσηλεία σε κλειστό ψυχιατρικό ίδρυμα έχει αποδειχθεί ιδιαίτερα αρνητικός παράγοντας για τη μελλοντική πορεία των ασθενών. Οδηγεί συχνά σε μόνιμη ατροφία δηλαδή σε λειτουργικό ακρωτηριασμό του ατόμου.¹³⁸

Η μακροχρόνια διαβίωση επομένως στο εσωτερικό ενός κλειστού ιδρύματος, όπως είναι το ψυχιατρικό άσυλο, οδηγεί στο φαινόμενο του ιδρυματισμού. Στην προσαρμογή δηλαδή του ατόμου στις κοινωνικές δομές του ιδρύματος οι οποίες διαφέρουν από τις κοινωνικές συνθήκες έξω από αυτό. Η αναγκαστική διαβίωση σε ένα τέτοιο περιβάλλον οδηγεί βαθμιαία σε μια αναπόφευκτη έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων του έγκλειστου ο οποίος με την πάροδο του χρόνου αναπτύσσει μια προσαρμοστική τακτική που βασίζεται στη φιλοσοφία της ελάχιστης προσδοκίας. Η αίσθηση του αδιάλειπτου ελέγχου αφομοιώνεται και εσωτερικεύεται πραγματώνοντας ταυτόχρονα την αυτοπαρατήρηση, την αυτοεπιτήρηση. Μέσα από τη σχέση του υποκειμένου με τον ιδρυματικό θεσμό προβάλλει ο κίνδυνος της παθητικοποίησης. Η απόλυτη υπαγωγή των ατόμων στις επιταγές της εξουσιαστικής δομής υποβιβάζουν και παραμερίζουν τη διαφορετική βίωση της εμπειρίας και του συναισθήματος.¹³⁹

Οι ψυχικά ασθενείς είναι πιθανό να εξαναγκαστούν να αποδεχτούν το ρόλο του αρρώστου μέσω της ακούσιας νοσοκομειακής εισαγωγής. Αυτό καθαυτό το γεγονός ότι ένα άτομο μπορεί να υποχρεωθεί να εισέλθει στο ψυχιατρείο ή να αποδεχτεί κάποια συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία ακυρώνει κάθε έννοια ελεύθερης βούλησης. Ο εγκλεισμός, βασικό εργαλείο της ψυχιατρικής πέρα από την οποιαδήποτε υποτιθέμενη θεραπευτική επίδραση που μπορεί να έχει αποκλείει ανθρώπους, πράξη που σηματοδοτεί τη περιστολή στοιχειωδών και απαράγραπτων δημοκρατικών δικαιωμάτων. Όντας συνήθως αποκλεισμένοι από κάθε επαγγελματική εμπειρία οι ψυχικά άρρωστοι αποτελούν μια υποομάδα με μειωμένη πολιτική επιρροή και αναμικτή καταναλωτική δύναμη.

¹³⁸ Ο ιδρυματισμός αφορά τη διαδικασία προσαρμογής ενός υποκειμένου ή μιας κοινωνικής ομάδας στις δομικές απαιτήσεις ενός κανονιστικού προτύπου οργάνωσης, όπως είναι το ψυχιατρείο, το λεπροκομείο και ένα ίδρυμα φιλοξενίας μεταναστών. Το αποκαλούμενο σύνδρομο ιδρυματισμού συνίσταται στην ανάπτυξη και συσσώρευση δευτερογενών μειονεξιών στον έγκλειστο ασθενή, με αποτέλεσμα την εξάλειψη της αρχικής επιθυμίας του να εγκαταλείψει το ίδρυμα διαβίωσής του.

¹³⁹ Goffman, E. (1996), Άσυλα: Δοκίμια για την Κοινωνική Κατάσταση των Ασθενών του Ψυχιατρείου και Άλλων Τροφίμων, Αθήνα: Ευρύαλος. σελ. 187-196.

Ο χαρακτηρισμός κάποιων χρόνιων ψυχικών νοσημάτων ως δημιουργημάτων του ψυχιατρείου αναγνωρίστηκε ως η αναπόφευκτη συνέπεια μιας παρεμβατικής θεραπείας που είχε διαρκέσει μεγάλο χρονικό διάστημα και αναφερόταν ακριβώς σε ένα συγκεκριμένο είδος συμπεριφοράς το οποίο συχνά συγγεόταν με τα συμπτώματα της ασθένειας που παρουσιάζουν οι έγκλειστοι των ιδρυμάτων. Τα ιδρύματα αυτά εξαιτίας της καταναγκαστικής και αυταρχικής συμπεριφοράς τους απέναντι στον τρόφιμο του προξενούν μια νέα ασθένεια που έρχεται να προστεθεί στην ήδη υπάρχουσα. Η διαπίστωση της διογκούμενης αναντιστοιχίας μεταξύ των σύγχρονων ψυχιατρικών θεωριών και της πραγματικότητας της «τρέλας» κατέστησε αναγκαία την ουσιαστική δομική μεταβολή που αποκαλούμε απόϊδρυματισμό.¹⁴⁰ Η μεταρρύθμιση του ψυχιατρικού συστήματος προϋπέθετε αλλαγές στη νομοθεσία, τις σχέσεις των εργαζομένων με τους ασθενείς, τις στάσεις προς τους ψυχικά ασθενείς και φυσικά δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινωνικού συνόλου με σκοπό την εξασφάλιση της κοινωνικής συμμετοχής. Τα προγράμματα αυτά μπορεί να μη κατάφεραν να κάνουν τους ψυχικά ασθενείς «ισότιμους πολίτες» έφεραν όμως αρκετά ικανοποιητικά αποτελέσματα.¹⁴¹

Πολλές νέες παρεμβάσεις, με τη μορφή της εισαγωγής δεκάδων καινοτόμων θεραπευτικών τεχνικών έρχονται να ταραξούν το λιμνάζον ιδρυματικό τοπίο και να βοηθήσουν το άτομο να επανακτήσει σταδιακά τα χαρακτηριστικά εκείνα που θα του επιτρέψουν να επιστρέψει στο φυσικό του χώρο, την κοινωνία. Η παραίτηση του επαγγελματία ψυχικής υγείας από τη θέση εξουσίας, ταυτόσημης συνήθως με την αυθεντία, σηματοδοτεί την απάλειψη της απόστασης από τον ασθενή πράξη που αναδεικνύεται σε λυτρωτική και απελευθερωτική διεργασία και για τους δύο. Το ζητούμενο πλέον είναι μια νέα ψυχιατρική οργάνωση που μπορεί να συμβάλει στην απρόσκοπτη καθιέρωση μιας προσωπικής σχέσης μεταξύ θεραπευτή και ασθενή δηλαδή την ανάπτυξη της λεγόμενης θεραπευτικής «συμμαχίας». Όλες αυτές οι προσπάθειες δρομολογούν την πορεία της εξόδου από το ίδρυμα και την παράλληλη υποστήριξη των επανενταγμένων στο νέο τους ξεκίνημα.¹⁴²

¹⁴⁰ Ασημόπουλος, Χάρης. (2009), Η καθημερινή ζωή στο ψυχιατρείο: Μορφές ιδρυματισμού και ιδρυματικής κακοποίησης, Αθήνα: Καστανιώτης. σελ. 244-252.

¹⁴¹ Πλουμπίδης, Δ. (2009), Αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Σύναψις, 15 (5): 22-28.

¹⁴² Καραδήμας, Ε. (2005), Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός. σελ. 42-49.

Με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση ανακαλύφθηκαν εκ νέου τα εγκαταλειμμένα άτομα που αποτελούσαν το μόνιμο πληθυσμό των ψυχιατρείων. Στο πλαίσιο των εγχειρημάτων αποκατάστασης των μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων ένα μεγάλο μέρος από τους ασυλοποιημένους χρόνιους ασθενείς μεταφέρθηκε σταδιακά στις νέες στεγαστικές δομές. Η μετάβαση αυτή δεν αποσκοπούσε σε μια απλή μετεγκατάσταση αλλά στην επανακοινωνικοποίηση δηλαδή στην κοινωνική επανένταξη. Βασική διάσταση του εγχειρήματος αποτελούσε η προσπάθεια να επαναποδοθεί στο υποκείμενο μια προσωπική ιστορία και να επαναδομηθεί μια εξατομικευμένη βιογραφική πορεία. Οι νεότευκτες ψυχιατρικές δομές στοχεύουν σε μια εξατομικευμένη θεραπευτική παρέμβαση. Τα ψυχιατρικά άσυλα όπου το άτομο συρρικνώνεται σε αντικείμενο προς διαχείριση αντικαθίσταται από ένα σύνολο διαφοροποιημένων δομών. Το άτομο δεν είναι πια μια νοσολογική οντότητα αλλά μια τραυματισμένη υποκειμενικότητα.¹⁴³

Η προώθηση μιας θετικής ταυτότητας των υποκειμένων προς θεραπεία αποτελεί μια ενεργητική προσπάθεια αλλαγής του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβανόμαστε τον άνθρωπο σε σχέση με τη ψυχοπαθολογία. Μια αποκλειστικά ιατροκεντρική θεώρηση της ψυχοπαθολογίας τείνει να αναπαράγει αυτές τις στιγματογόνες κοινωνικές πρακτικές. Αντίθετα, η μετατόπιση από τα συμπτώματα στις ανάγκες οδηγεί σε ριζικό μετασχηματισμό της ψυχιατρικής φροντίδας και σε εξανθρωπισμό της. Θεραπευτικό στόχο δεν αποτελεί πια η ψυχοπαθολογία καθεαυτή, ως νοσολογική κατηγορία αλλά ο κάθε άνθρωπος με τις ιδιαίτερες ανάγκες του. Έτσι επιχειρείται μια θεσμική αλλαγή που αποπειράται να υποκειμενικοποιήσει το άτομο στο οποίο προτείνεται μια ψυχιατρική διάγνωση. Το υποκείμενο δε νοείται πια ως φορέας μιας σύνθετης ψυχοπαθολογίας αλλά ως ένας ξεχωριστός και μοναδικός άνθρωπος. Ο ψυχιατρικός θεσμός τείνει να γίνει πιο ευέλικτος ώστε να μπορεί να συνυπολογίσει τις ατομικές ιδιομορφίες και να εστιάσει σε αυτές. Έτσι παρέχεται πλέον στο άτομο ένα πεδίο δυνατοτήτων και επιλογών πολύ ευρύτερο από το μονόδρομο του εγκλεισμού και του κοινωνικού εξοβελισμού.¹⁴⁴

¹⁴³ Σαββάκης Μ. & Τζανάκης Μ., (2002), «Ιδρυματικοί Θεσμοί, Συγκρότηση Κοινωνικών Μεθοριών και Διαδικασίες Προβληματικοποίησης: Το Ψυχιατρείο Λέρου και το Λεπροκομείο Σπιναλόγκας», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τ. 79, σσ. 62-77.

¹⁴⁴ Τζανάκης Μ., (2003), Μετασχηματισμοί της Υποκειμενικότητας και Καθημερινότητα. Μια Κοινωνιολογική Προσέγγιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο. σελ. 363-371.

Κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης η έννοια της κοινωνικής επανένταξης γίνεται κεντρική και υποστασιοποιείται στα προγράμματα αποκατάστασης των ατόμων εκείνων που παρέμειναν για ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους σε ψυχιατρικό άσυλο. Η παραμονή, καθεαυτή, έξω από τις πόρτες του ασύλου θεωρείται ως βέλτιστη θεραπευτική μέθοδος εφόσον συνεισφέρει καθοριστικά στη σταδιακή επανάκτηση απωλεσθέντων κοινωνικών δεξιοτήτων. Αυτή η μετατόπιση, από το ψυχιατρικό άσυλο στην κοινότητα, προϋποθέτει μια νέα υποκειμενικότητα ως πλαίσιο αναφοράς. Το νέο υποκείμενο θεωρείται πλέον ικανό να διαβιώσει σε συνθήκες που προσομοιάζουν στις κανονικές κοινωνικές συνθήκες. Το άτομο θεωρείται ότι διαθέτει εκείνες τις ικανότητες που θα του επιτρέψουν να επανοικειοποιηθεί τις κοινωνικές δεξιότητες που ο στυγνός μακροχρόνιος εγκλεισμός του στέρησε. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις κατά το στάδιο της αποκατάστασης ενέχουν το χαρακτήρα της επανακοινωνικοποίησης. Το εγχείρημα της αποκατάστασης αποβλέπει στην επαναφορά του ατόμου εντός των φυσικών τόπων της ανθρώπινης διαβίωσης.¹⁴⁵

Αυτός ο επαναπροσανατολισμός της ψυχιατρικής φροντίδας προϋποθέτει ένα υποκείμενο το οποίο διατηρεί την ανθρώπινη υπόστασή του. Δεν έχουμε να κάνουμε με μια νοσολογική οντότητα που κατακυριεύει το άτομο και υποσκάπτει την ανθρώπινή του διάσταση αλλά με ένα είδος διαταραχής που μπορεί να ελεγχθεί αποτελεσματικά επιτρέποντας στον άνθρωπο που πάσχει να διάγει μια σχετικά φυσιολογική ζωή. Το υποκείμενο μαθαίνει μέσα από μια πολυδιάστατη, συνεχή και ειδικά στοχευμένη ψυχοεκπαίδευση ότι μπορεί να ζήσει ως υπεύθυνο άτομο, ως ένα εν δυνάμει ισότιμο μέλος της κοινωνίας είτε εντός της κοινωνίας είτε σε συνθήκες που προσομοιάζουν με τους φυσικούς χώρους διαβίωσης. Το νέο υποκείμενο νοείται πλέον ικανό να ζήσει μέσα στη σύγχρονη κοινωνία.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Το σύστημα των ψυχιατρικών υπηρεσιών αναδιατάσσεται, αποβλέποντας στη διατήρηση της παραμονής στους φυσικούς κοινωνικούς χώρους ή σε ψυχιατρικούς χώρους που προσομοιάζουν με την φυσιολογική ζωή. Από την άλλη, η ευελιξία των νέων δομών καθιστά δυνατή την παρακολούθηση του ατόμου και έξω από τον περιορισμένο χώρο όπου παρέχονται οι ψυχιατρικές υπηρεσίες. Έτσι, δεν έχουμε μόνο μια προσομοίωση των πραγματικών συνθηκών εκ μέρους των ψυχιατρικών υπηρεσιών αλλά και μια μετακίνησή τους στο εσωτερικό των κανονικών συνθηκών διαβίωσης.

¹⁴⁶ Μαδιανός, Μ. (2015), Πολιτισμός και ψυχική υγεία: Η κοινότητα ως "θεραπευτής". Αθήνα: Καστανιώτης. σελ. 32-38.

Από τις αρχές τις δεκαετίας του 1980 επιχειρείται στην Ελλάδα μια μεταρρύθμιση του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών με την οποία επιδιώκεται η αντικατάσταση του ασυλιακού από το κοινοτικό μοντέλο θεραπείας. Το προς αντικατάσταση μοντέλο βασίζεται στο θεσμό του ασύλου και τη μετεξέλιξή του, το ψυχιατρικό νοσοκομείο και λειτουργεί με τη λογική της κοινωνικής απομόνωσης των ατόμων με μείζονα ψυχικά νοσήματα. Τα άτομα αυτά εγκλείονται, συνήθως ισόβια σε ιδρύματα, αφενός για να προστατευτούν τα ίδια από τις βλαβερές κοινωνικές επιδράσεις και αφετέρου για να απαλλαχθεί η κοινωνία από ανεπιθύμητες εκδηλώσεις και επικίνδυνες συμπεριφορές. Αντίθετα, το κοινοτικό μοντέλο ψυχιατρικής φροντίδας βασίζεται σε ένα σύνολο από νεοφυείς, διαφοροποιημένους θεσμούς (κέντρα ψυχικής υγείας, κοινοτικές στεγαστικές δομές, ευέλικτες κινητές μονάδες παροχής υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές) και ακολουθεί τη λογική της διατήρησης των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα επιδιώκοντας ταυτόχρονα την πλήρη επανένταξή τους.¹⁴⁷

Το αντιϊδρυματικό κίνημα και το συνακόλουθο εγχείρημα της αποασυλοποίησης αναπτύσσεται και αντλεί ισχύ από τα κινήματα οικογενειών, εργαζομένων, διανοουμένων που θέτουν ζητήματα πολιτικοποίησης της καθημερινής πρακτικής, αναδεικνύουν και αναζητούν το επαναστατικό υποκείμενο σε κάθε κυριαρχικό μόρφωμα, καταπιεστικό θεσμό ή εξουσιαστική σχέση. Μετά την απομάκρυνση της κλινικής πρακτικής από τις παρωχημένες και ατελέσφορες ασυλιακές δομές έχει ιδιαίτερη έμφαση στην αναζήτηση λύσεων σε ένα νέο περισσότερο υγιές κοινοτικό πλαίσιο. Έτσι το ψυχιατρείο παύει να υφίσταται ως το μοναδικό συμβολικό και λειτουργικό σημείο εστίασης της θεραπείας και η διαχείριση των προβλημάτων της ψυχικής σφαίρας επεκτείνεται πέρα από τις οργανωτικές δομές των παραδοσιακών υπηρεσιών υγείας.¹⁴⁸

Σε επίπεδο κοινότητας, οι παρεμβάσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας αφορούν την καλλιέργεια και την ανάπτυξη δικτύων κοινωνικής υποστήριξης και αλληλεγγύης αποβλέποντας στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής, στην ενεργοποίηση των πολιτών και την προώθηση της συλλογικής δράσης για την καλύτερη προάσπιση και διεκδίκηση

¹⁴⁷ Το πρόταγμα των δικαιωμάτων των ψυχασθενών, που στη δεκαετία του 1980 οδήγησε στη σύσταση μιας οργάνωσης για την υπεράσπισή τους, οδηγεί σε μια παραδοχή που θεμελιώνεται στην αδυναμία των ασθενών να οργανωθούν, να διεκδικήσουν, να προασπίσουν τα συμφέροντά τους και να αντιδράσουν στην ψυχιατρική καταπίεση.

¹⁴⁸ Μαδιανός, Μ. (2005), Εισαγωγή στη κοινωνική ψυχιατρική Αθήνα: Καστανιώτης. σελ. 81-86.

κοινωνικών αιτημάτων. Οι κοινότητες με υψηλή κοινωνική συνοχή και συμμετοχικότητα σε συλλογικές δράσεις αναφέρονται με καλύτερα επίπεδα υγείας.¹⁴⁹ Η κοινωνική συνοχή προωθεί τη ψυχική υγεία των μελών μιας κοινότητας. Από την άλλη, σε ατομικό επίπεδο οι παρεμβάσεις αποβλέπουν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας του ατόμου μέσα από την ενίσχυση και την ενδυνάμωση των δεξιοτήτων του προκειμένου να μπορεί να ανταποκριθεί στις αντιξοότητες της ζωής, στο άγχος της καθημερινότητας και σε κρίσιμα γεγονότα. Καλή ψυχική υγεία σημαίνει ότι μπορώ να ανταποκριθώ στις προκλήσεις της ζωής υιοθετώντας μια θετική προσέγγιση απέναντι σε αυτήν.¹⁵⁰

Το ζητούμενο είναι η καλλιέργεια των κοινωνικών δεξιοτήτων των ψυχικά πασχόντων και η αντικατάσταση της επικεντρωμένης στο νοσοκομείο ιατρικής πρακτικής από όσον το δυνατόν εκτενέστερες εξωνοσοκομειακές δραστηριότητες. Βέβαια μέσα από την αποδυνάμωση της πρακτικής του ψυχιατρικού εγκλεισμού επιχειρείται μείωση του αριθμού των υπό θεραπευτικό περιορισμό ασθενών μέσα από την απόδοση και επανένταξη στην κοινότητα μεγάλου αριθμού αυτών. Η αποϊδρυματοποίηση αφορά στη διαδικασία εξόδου χρόνιων ασθενών από τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα και την επανατοποθέτησή τους στην κοινότητα. Στην Ελλάδα η αποϊδρυματοποίηση ξεκίνησε το 1983 με σκοπό την εξάλειψη των ιδρυματικών χαρακτηριστικών του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας και την ανάπτυξη του κοινοτικού μοντέλου φροντίδας των ψυχικά ασθενών και αρχικά χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Ο σκοπός αυτός ενισχύθηκε και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας¹⁵¹ εφόσον τεκμηριωμένα πλέον αυτό το είδος φροντίδας έχει καλύτερα αποτελέσματα αναφορικά με την ποιότητα ζωής, το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την οικονομική απόδοσή του σε σχέση με τη φροντίδα που παρέχόταν στα άσυλα. Πολλοί άνθρωποι, πρώην έγκλειστοι σε ιδρύματα, ζουν σε ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα σε όλη την Ελλάδα. Ακόμα μεγαλύτερος είναι ο αριθμός αυτών που υποστηρίζονται στο περιβάλλον τους χωρίς να χρειάζεται να τοποθετηθούν σε ιδρύματα.

¹⁴⁹ Μαδιανός, Μ. (2015), Πολιτισμός και ψυχική υγεία: Η κοινότητα ως "θεραπευτής". Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 16-24.

¹⁵⁰ Ζήση, Α. (2002), Επανένταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων: Εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός, σελ. 57-63.

¹⁵¹ Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994), Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση: Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές, Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις, σελ. 92-99.

Η σημαντική στροφή στις μέρες μας στην κοινωνική ψυχιατρική και την κοινοτική φροντίδα αποτελεί μια μεγάλη αλλαγή στην κυρίαρχη πρακτική για την ψυχική νόσο και τον πάσχοντα από αυτήν. Η δυναμική για εκσυγχρονισμό της ψυχιατρικής εκφράστηκε με την αποασυλοποίηση, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τη τομεοποίηση και τη δημιουργία κοινοτικών δομών. Ένας θεσμός αιώνων, το ψυχιατρικό άσυλο βιώνει πλέον την παρακμή του μέσα από την απώλεια εκείνου του θεραπευτικού προσχήματος που μόνιμα εξυπηρετούσε την αυτοσυντήρησή του. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν καθοριστικά στην αναγνώριση της προσωπικότητας του εγκλείστου που από απλό αντικείμενο μιας επιστήμης απελευθερώνεται και επανακτά την ανθρώπινη διάσταση ενός δρώντος υποκειμένου. Μεθοδεύεται έτσι η αποσάθρωση του παραδοσιακού ασύλου με την παράλληλη επινόηση νέων δομών και κοινωνικών δικτύων μέσα στην κοινότητα. Από αυτή την αντίληψη εμπνέεται η συντελούμενη στη χώρα μας ψυχιατρική μεταρρύθμιση που στοχεύει στην εξάλειψη του ιδρυματισμού, του στίγματος και των προκαταλήψεων για την ψυχική νόσο και στην αντιμετώπιση των πασχόντων εντός της κοινότητας μέσω της συνεργασίας με την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους. Κάτω από την επίδραση νέων και περισσότερων προοδευτικών απόψεων για το ρόλο της ψυχιατρικής και τα δικαιώματα των ασθενών η μεταχείρισή τους αναδιαμορφώνεται και επικεντρώνεται στην κοινοτική φροντίδα.¹⁵²

Η επίμονη προσπάθεια αποϊδρυματισμού, σημαίνει την εστιασμένη προσπάθεια αναίρεσης της επιβαρυντικής κατάστασης του εγκλείστου με την αποκατάσταση όλων εκείνων των βασικών δεξιοτήτων του. Το κύριο ζητούμενο στη μακρόσυρτη διαδικασία του αποϊδρυματισμού δεν είναι η οριστική ίαση, σύμφωνα με το ιατρικό της περιεχόμενο, αλλά η επιστροφή της δυνατότητας της ζωής σε αντιδιαστολή με την κοινωνική ευθανασία που συντελείται κατά την παραμονή του εγκλείστου στο ψυχιατρικό ίδρυμα. Η κοινοτική ψυχιατρική στοχεύει στη θεραπεία και επανένταξη των ψυχικά πασχόντων μέσα στην κοινότητα. Πρόκειται για την αλλαγή στη φιλοσοφία και την πρακτική της αντιμετώπισης του ψυχιατρικού ασθενούς με τη μετάβαση από το παραδοσιακό ψυχιατρικό ίδρυμα σε εναλλακτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης και

¹⁵² Μαδιανός, Μ. (2006), Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή, Αθήνα: Καστανιώτης. σελ. 192-198.

αποκατάστασης στον κοινοτικό χώρο. Έτσι αμβλύνεται ο κοινωνικός στιγματισμός του υποκειμένου που δυσχεραίνει την πλήρη και ομαλή επανένταξή του.¹⁵³

Η πρώτη μέριμνα της αγωγής κοινότητας είναι η καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος. Το ζητούμενο ήταν η αύξηση της δεκτικότητας του πληθυσμού και η ενσωμάτωση της θεραπευτικής ομάδας στο πληθυσμό με το θετικότερο δυνατό τρόπο, διαδικασία η οποία από μόνη της καθίσταται ανακουφιστική και θεραπευτική ακόμα και για τους ανθρώπους της κοινότητας οι οποίοι δεν διατυπώνουν ένα άμεσο και συγκεκριμένο αίτημα ψυχολογικής βοήθειας. Για αυτό ακριβώς η θεραπευτική ομάδα δημιουργεί και διατηρεί μία συναισθηματική σχέση με τον τοπικό πληθυσμό μέσω προγραμμάτων αρωγής και αγωγής κοινότητας.¹⁵⁴

Το πέρασμα από την ασυλιακή ψυχιατρική σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην κοινοτική ψυχιατρική και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελεί σήμερα μια σημαντική εξέλιξη στο χώρο της ψυχικής υγείας. Σε αυτή την κατεύθυνση η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία (Π.Ψ.Ε.) εκπόνησε το 1996 ένα φιλόδοξο, διεθνές πρόγραμμα για την καταπολέμηση του στίγματος που συνοδεύει την υπέρτατη ψυχική διαταραχή, τη σχιζοφρένεια, με το κεντρικό μήνυμα “Open the doors”, ένα μήνυμα που αντιστρατεύεται τη λογική που θέλει τους ασθενείς τελείως απομονωμένους και σηματοδοτεί ένα άνοιγμα προς την κοινωνία αλλά και από την κοινωνία προς τους ανθρώπους με προβλήματα ψυχικής υγείας. Το επιστημονικό αυτό πρόγραμμα δραστηριοποιείται στους τομείς της έρευνας, της εκπαίδευσης, της επικοινωνίας και της συνηγορίας.¹⁵⁵ Στη χώρα μας, η Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία ανέθεσε στο Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) την εκπόνηση και υλοποίηση του αντίστοιχου ελληνικού προγράμματος. Έτσι το 2000, ξεκίνησε και στην Ελλάδα το πρόγραμμα κατά του στίγματος με στόχο την καταπολέμηση των λανθασμένων αντιλήψεων που συνοδεύουν τις ψυχικές ασθένειες και με βασική επιδίωξη την έγκυρη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης και την κινητοποίηση επαρκών πόρων για τη θετική μεταβολή των στάσεων του κοινού.

¹⁵³ Μαδιανός, Μ. (2005), Ψυχιατρική και αποκατάσταση Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 242-248.

¹⁵⁴ Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994), Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση: Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές, Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις, σελ. 178-186.

¹⁵⁵ Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Βελτίωση της Ποιότητας των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, 2004.

2. ΤΑ ΘΕΜΕΛΙΩΔΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Στο πλαίσιο της παραδοσιακής ασυλιακής φροντίδας ο φορέας της ψυχοπαθολογίας υποβιβάζοταν στο επίπεδο του αντικειμένου προς διαχείριση. Το πέρασμα της εισόδου του ασύλου συνοδευόταν από μια απογύμνωση του ατόμου από τα πολιτικά και τα κοινωνικά του δικαιώματα. Η υπενθύμιση των δικαιωμάτων απαιτεί μια αντιμετώπιση που να στηρίζεται στην αναγνώριση της κοινωνικής υπόστασης των υποκειμένων. Το πάσχον υποκείμενο χαρακτηρίζεται από μοναδικότητα, συνιστά ένα πρόσωπο το οποίο είναι το μέσον αλλά την ίδια στιγμή και ο τελικός σκοπός της θεραπείας. Με τον τρόπο αυτό εγκαθιδρύεται ένα θεραπευτικό μοντέλο το οποίο προϋποθέτει ότι απέναντι στους ειδικούς της ψυχικής υγείας δεν υπάρχει απλά ο φορέας μιας βαριάς ψυχοπαθολογίας αλλά ένα υποκείμενο που αποτελεί μια ανεπανάληπτη προσωπικότητα. Τα προτάγματα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης προβληματικοποιούν την παγιωμένη κατάσταση φαλκίδευσης των δικαιωμάτων των φορέων της ψυχοπαθολογίας. Αναδεικνύοντας λοιπόν τη διάσταση του υποκειμένου υπογραμμίζεται η ιδιότητα των πασχόντων ως φορέων αναφαίρετων ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από αυτά τα προτάγματα και από την πιστή εφαρμογή τους στο πεδίο της καθημερινής κλινικής πράξης.

Η προστασία και η βελτίωση της ψυχικής υγείας για να είναι αποτελεσματική απαιτεί τη θέσπιση και εφαρμογή αντίστοιχων μέτρων πολιτικής όπως η ανεμπόδιστη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η μείωση των παραγόντων κινδύνου που οδηγούν σε ψυχικές διαταραχές, η ενδυνάμωση της οικογενειακής ζωής, της κοινωνικής συνοχής και η συνεχής αξιολόγηση των συστημάτων ψυχικής υγείας.

Η χάραξη πολιτικής για την ψυχική υγεία προϋποθέτει την ύπαρξη ενός συστήματος συλλογής δεδομένων στα οποία συμπεριλαμβάνεται η καταγραφή των δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που καθορίζουν τη ψυχική υγεία. Η διαδικασία της αποασυλοποίησης και η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας αναβάθμισε την ποιότητα ζωής των μέχρι πρότινος ιδρυματοποιημένων ατόμων.¹⁵⁶

¹⁵⁶ Βλ. το σχετικό άρθρο στο Συλλογικό έργο. (2016). Ενδυνάμωση και συνηγορία: Για μια δημοκρατία της ψυχικής υγείας, Επιμέλεια: Στέλιος Στυλιανίδης. Αθήνα: Τόπος. σελ. 52-44.

Στη σύγχρονη εποχή είναι αυτονόητο και έχει καταστεί σαφές ότι η ψυχική υγεία αποτελεί αγαθό ύψιστης σημασίας για τη συνολικότερη υγεία των ατόμων, για τη συνοχή των κοινωνικών ομάδων και την ευημερία των χωρών. Εξυπακούεται ότι η πολιτική για την ψυχική υγεία θα πρέπει να προάγει τα θεμελιώδη δικαιώματα των ασθενών όπως αυτά της ισότητας και της ισοτιμίας, της εξάλειψης των διακρίσεων, το δικαίωμα της πλήρους και απρόσκοπτης κοινωνικής ενσωμάτωσης, το απαραβίαστο της προσωπικής ζωής και της λειτουργικής αυτονομίας μέσω της κατάλληλης ψυχοεκπαίδευσης.¹⁵⁷

Τα συγκεκριμένα δικαιώματα πολλές φορές φαλκιδεύονται και παραβιάζονται με την υιοθέτηση στερεοτυπικών στάσεων και συμπεριφορών οι οποίες δεν απαντώνται μόνο στο γενικό πληθυσμό αλλά σε ορισμένες περιπτώσεις διαπερνούν τις γραμμές των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και των σχεδιαστών αντίστοιχων μέτρων κοινωνικής πολιτικής. Οι παραπάνω θεμελιώδεις αρχές ορίζουν τις βασικές ελευθερίες και τα στοιχειώδη δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων, τα κριτήρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής ασθένειας, την προστασία του ιατρικού απόρρητου, τις απαράβατες προϋποθέσεις νοσηλείας, το δικαίωμα για κατάλληλη φροντίδα της υγείας, για ανάλογη θεραπεία και φαρμακευτική αγωγή, την απαιτούμενη κατά περίπτωση συναίνεση του ασθενούς στην προτεινομένη θεραπεία, τη γνωστοποίηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών στους χώρους περίθαλψης, τους πόρους για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, τη δημιουργία σωμάτων ελέγχου, τις διαδικαστικές εγγυήσεις και ασφαλιστικές δικλίδες που πρέπει να λαμβάνονται για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών, την πρόσβαση του ασθενούς σε πληροφορίες που αφορούν την υγεία του και την προστασία των δικαιωμάτων των ποινικών παραβατών ψυχικά ασθενών. Όλα τα παραπάνω συνδέονται με το γενικότερο προσανατολισμό της αναγνώρισης και προάσπισης των αναφαίρετων δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων και με τις απαρχές της συντελούμενης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που συνίσταται στη μετάβαση από την ασυλιακή στη κοινοτική ψυχιατρική.¹⁵⁸

¹⁵⁷ Μπιλανάκης, Νίκος. (2004), Ψυχιατρική περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα. Αθήνα: Οδυσσέας, σελ. 147-163.

¹⁵⁸ Ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η απόφαση της ενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ (1991) «Αρχές για την προστασία των ατόμων με ψυχικά νοσήματα και τη βελτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» και, τέλος, τη σύσταση 10/2004 της επιτροπής υπουργών προς τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης «Σχετικά με την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές».

Για την προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων έχει συσταθεί στο υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, στην αυτοτελή υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών ένα γραφείο για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και μια ειδική επιτροπή ελέγχου και προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές η οποία λειτουργεί στα πλαίσια της συστημένης με το Ν.2519/1997 εθνικής επιτροπής ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Αντικείμενο της ειδικής επιτροπής είναι η εποπτεία και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές όπως ενδεικτικά το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία και να έχει πρόσβαση στα αρχεία που τον αφορούν. Τα δικαιώματα των ψυχικά πασχόντων και η άσκησή τους κατά τρόπο ουσιαστικό και αποτελεσματικό είναι μία δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει αντίστοιχα δικαιώματα και υποχρεώσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.¹⁵⁹ Το θεσμικό πλαίσιο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα σήμερα αξιολογείται ως επαρκές αφού εγγυάται τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές τα οποία δεν βρίσκονται πλέον στο περιθώριο του κράτους δικαίου και της δικαιοσύνης. Η άσκηση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών προϋποθέτει την ενθάρρυνσή τους από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι επιβάλλεται να απέχουν από πρακτικές περιορισμού των δικαιωμάτων τους.¹⁶⁰

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η πιστή εφαρμογή του νομικού πλαισίου που διέπει τα θέματα ψυχικής υγείας είναι ένα αποτελεσματικό μέσο για την υποστήριξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την καταπολέμηση του στίγματος και του αποκλεισμού. Τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να χρησιμοποιούν με επωφελή τρόπο το νόμο μόνο εάν γνωρίζουν επαρκώς τα δικαιώματά τους. Άρα η συνεχής προσπάθεια για ορθή και εμπεριστατωμένη ενημέρωση είναι ένας βασικός τρόπος για την απάλειψη των διακρίσεων και την ομαλή επανένταξή τους στον κοινωνικό ιστό.

¹⁵⁹ Εάν η αποϊδρυματοποίηση δεν μπορεί να διεκδικηθεί από τους ίδιους τους ενδιαφερόμενους, εναπόκειται σε αυτούς που βρίσκονται επικεφαλής της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας να υπενθυμίζουν σε όλους ότι το όλο εγχείρημα συνδέεται με κοινωνικά δικαιώματα που ο ψυχιατρικός θεσμός τείνει να καταπατήσει.

¹⁶⁰ Σημαντική προσπάθεια προστασίας των δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων αποτελεί η Απόφαση 46/119 της Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για την Προστασία των Προσώπων με Ψυχική Νόσο και τη Βελτίωση της Ψυχικής Υγείας, που υιοθετήθηκε στις 17 Δεκεμβρίου 1991.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η σχέση των κοινωνικών επιστημών με την ψυχιατρική είναι αμφίθυμη. Από τη μια πλευρά αναζητώντας πιθανά κοινωνικά αίτια, έχουν συμβάλει στη διαύγαση και τον εμπλουτισμό των πεποιθήσεων για την προέλευση της ψυχικής οδύνης και από την άλλη έχουν επινοήσει διαφορετικές αναλυτικές κατηγορίες και ανταγωνιστικά μεταξύ τους θεωρητικά σχήματα για την αποτύπωση του φαινομένου του ψυχικού πόνου. Η κοσμοαντίληψη των επιστημόνων, επηρεάζεται από τις εκάστοτε κοινωνικές συνθήκες, τους κυρίαρχους κανόνες, τις επιμέρους ιστορικές παραδόσεις και τις διαφορετικές αξίες. Έτσι, στην επίμονη προσπάθεια τους να ερμηνεύσουν και να κατατάξουν την ανθρώπινη συμπεριφορά κατέληξαν σε ποικίλους ορισμούς, ανάλογα με την ιδεολογία που επικρατούσε στον κοινωνικό χώρο κάθε φορά.¹⁶¹

Η ψυχιατρική θεμελιώθηκε στις αρχές του 19ου αιώνα ως επιστήμη της παθολογίας του υποκειμένου χάριν ενός ιδιόμορφου θεσμού, του ασύλου. Το άσυλο της αποδίδει το κύρος της ιατρικής ειδικότητας και την ίδια στιγμή τη διαχωρίζει από την υπόλοιπη ιατρική. Στα μέσα του 19ου αιώνα κυριαρχεί ο οργανικισμός και η αναζήτηση των αιτιών της «τρέλας» στη βιολογία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος γενικότερα. Οι προπολεμικές ιατρικές θεραπείες και τα ψυχοφάρμακα μεταπολεμικά θα ξαναδώσουν μια βιολογίζουσα αισιοδοξία για να αναδυθεί στη συνέχεια η κοινωνική ψυχιατρική στην οποία ενσωματώνεται μια πολύπλευρη κριτική του βιολογικού παραδείγματος. Στο σύγχρονο γενετικό προσανατολισμό και τη δεσπόζουσα θέση των νευροεπιστημών θα προστεθεί αργότερα ένας ιδιάζων υποκειμενικοκεντρισμός και η διάδοση μιας πληθώρας ψυχοθεραπευτικών τεχνικών και συνομιλιακών θεραπειών που θα επεκταθούν σε ολόκληρο το επιστημονικό σώμα μετασχηματίζοντας ολοκληρωτικά το αντικείμενο της ψυχιατρικής επιστήμης.¹⁶²

¹⁶¹ Οι ιδεολογίες είναι συστήματα ιδεών που αντανakλούν και διαιωνίζουν τα ειδικά συμφέροντα των δημιουργών τους ενώ ταυτόχρονα συσκοτίζουν τη θεμελιακή ανισότητα στις σχέσεις εξουσίας. Έτσι η υπάρχουσα κοινωνικοπολιτική κατάσταση παρουσιάζεται με το φωτοστέφανο του απαραβίαστου, του ακατάλυτου νομιμοποιώντας έτσι αντιλήψεις και κοινωνικές ανισότητες και τείνει να γίνεται αντιληπτή ως «φυσική» και παντοτινή. Η ιδεολογία στο στάδιο αυτό ενσωματώνει τα συμφέροντα μιας ομάδας μέσα στην κοινωνία και αναδεικνύεται σε κυρίαρχη.

¹⁶² Η βιολογική θεώρηση αμφισβητήθηκε έντονα στις αρχές του 20^{ου} αιώνα από την ψυχανάλυση η οποία έφερε στο προσκήνιο τις ασυνείδητες ψυχικές διεργασίες του νεωτερικού ανθρώπου.

Από τη δεκαετία του 1960, αναδύονται κριτικές προσεγγίσεις της καθιερωμένης ψυχιατρικής όπως αυτή παγιώνεται στο θεσμό του ψυχιατρικού νοσοκομείου και της βιολογικής προσέγγισης της ψυχοπαθολογίας. Η γενίκευση της κριτικής οδηγεί σε αμφισβήτηση της ψυχιατρικής πρακτικής και σε συστηματική έρευνα για το παρελθόν της και τους θεσμούς που την αναπαράγουν. Η ψυχιατρική χάνει πλέον το προνόμιο της αποκλειστικής αρμοδιότητας απέναντι στην ψυχοπαθολογία και το φορέα της και μετατρέπεται η ίδια σε αντικείμενο προς διερεύνηση. Από το κίνημα αμφισβήτησης, το οποίο αναδύθηκε από το γενικότερο πνεύμα εκείνης της εποχής, αξίζει να διακρίνουμε την αντιψυχιατρική και τη δημοκρατική ψυχιατρική. Αυτά τα δύο κινήματα υποστασιοποιούν την κριτική του ψυχιατρικού οικοδομήματος συγκροτώντας καινοτόμες και ολοκληρωμένες εναλλακτικές προτάσεις έναντι στη ζοφερή πραγματικότητα του ασύλου. Τα εγχειρήματα υπέρβασης του ασύλου δεν οφείλονται αποκλειστικά στην αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μέσων, ιδιαίτερα των ψυχοφαρμάκων, αλλά σε μια βαθμιαία μεταβολή της πρόσληψης της ψυχοπαθολογίας και του φορέα της η οποία εντάσσεται σε ευρύτερες κοινωνικές και πολιτισμικές διεργασίες.¹⁶³

Την ίδια χρονική περίοδο ξεκινούσε ένας εσωτερικός μετασχηματισμός προς την κατεύθυνση μιας επιστήμης της ψυχοπαθολογίας, συγκροτούμενης από νοσολογικές κατηγορίες, ανεξάρτητης από τους φορείς της. Η διαλεκτική σχέση μεταξύ αυτών των δύο πόλων αποτελεί μία από τις κύριες πηγές των αντιφάσεων που χαρακτηρίζουν αυτή την ιδιαίτερη ιατρική ειδικότητα. Αυτή η εσωτερική ένταση η οποία βρίσκεται στον πυρήνα της ψυχιατρικής πρακτικής είχε ως αποτέλεσμα το διαχωρισμό της ασθένειας από το φορέα της. Ο θετικισμός από τη μία πλευρά, δηλαδή η αντικειμενική αντιμετώπιση, διαχείριση μιας αυτούσιας νοσολογικής οντότητας και η ιδέα ενός υποκειμένου που έρχεται αντιμέτωπο με έναν κόσμο τον οποίο βιώνει και νοηματοδοτεί από την άλλη, είναι τα αντιφατικά φιλοσοφικά θεμέλια που η νεωτερικότητα προσδίδει στη δυτική ιατρική. Η κριτική του θετικισμού με τη σειρά της αναδεικνύει την υποκειμενικότητα του ατόμου, την αυθυπαρξία του, την σχετική έστω ανεξαρτησία του από τον αντικειμενικό κόσμο υπονομεύοντας τα θεμέλια των βιολογικών θεραπειών.¹⁶⁴

¹⁶³ Μαδιανός, Μ. (2005), Εισαγωγή στη κοινωνική ψυχιατρική Αθήνα: Καστανιώτης. σελ. 42-46.

¹⁶⁴ Βλ. την εισαγωγή στο Συλλογικό έργο. (2013). Υγεία, κοινωνία και οικονομία: Ανισότητες σχέσεις, χάσματα ευζωίας, Επιμέλεια: Χαράλαμπος Οικονόμου. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.

Η ψυχιατρική εξουσία κατέχει μια δεσπόζουσα θέση στον καπιταλισμό εξαιτίας της ιδεολογικής λειτουργία της. Σύμφωνα με αυτή την οπτική η ψυχιατρική «παράγει» ασθένειες ψυχιατρικοποιώντας και εξατομικεύοντας τα κοινωνικά προβλήματα και δικαιολογώντας εμμέσως τις κοινωνικές διαιρέσεις. Ως αδιαμφισβήτητος κήνσορας, οριοθετεί εντελώς αυθαίρετα και σύμφωνα πάντα με τα επιμέρους κελεύσματα των εκάστοτε επικρατέστερων συμφερόντων τους χώρους του «φυσιολογικού» και του «παθολογικού». Οι ταξινομητικές κατηγοριοποιήσεις αυτού του τύπου ορίζουν διακριτούς κοινωνικούς κόσμους συνεισφέροντας στην περιθωριοποίηση των ατόμων στα οποία αναφέρονται. Αυτές οι συλλογικές αντιλήψεις έχουν το χαρακτήρα «αρνητικής καθιέρωσης» δηλαδή μιας αρνητικής πρόσληψης και κατά συνέπεια μιας κοινωνικής ταξινόμησης των συγκεκριμένων ατόμων χαμηλότερα στη κοινωνική ιεραρχία. Κατά συνέπεια, σε θεσμικό επίπεδο παρατηρείται εγχάραξη κοινωνικών ορίων και παραγωγή αρνητικών κοινωνικών στερεοτύπων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη συγκρότηση μίας κοινωνικής ομάδας απαξιωμένης και στιγματισμένης.¹⁶⁵ Η ψυχιατρική επομένως θεωρείται ότι κατασκευάζει το αντικείμενό της και στη συνέχεια το διαχειρίζεται χειραγωγώντας το. Το ιδεολογικό αποτέλεσμα αυτής της χειραγώγησης είναι η απόκρυψη των κοινωνικών δυσλειτουργιών αφού τα κοινωνικά προβλήματα ανάγονται σε ατομικές ανεπάρκειες και αντικειμενικές μειονεξίες.

Αυτή η εύλογη κριτική εντάσσεται σε μια ευρύτερη κίνηση πολιτικοποίησης της ψυχιατρικής πρακτικής η οποία θέτει την ιδεολογική διαμάχη για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στο ευρύτερο πλαίσιο της κριτικής του ιατρικού «λόγου». Το νέο υποκείμενο προς θεραπεία δεν εκλαμβάνεται πλέον ως ο ενσώματος φορέας της ψυχικής αρρώστιας, σαν φορέας μιας ψυχοπαθολογίας, αλλά ως ένα υποκείμενο που φέρει δικαιώματα. Αυτή η θεώρηση επιβάλλει μια συνολική ανακατεύθυνση της θεραπευτικής πρακτικής. Δεν θέλουμε μια ψυχιατρική των κατατάξεων και των διαγνώσεων αλλά μια ψυχιατρική που να εστιάζει στον άρρωστο άνθρωπο και τις αδήριτες ανάγκες του.¹⁶⁶

¹⁶⁵ Σαββάκης Μ., (2006), Εγκλεισμός, Στίγμα και Βιογραφικές Διαδρομές. Ο Θεσμός του Λεπροκομείου Σπιναλόγκας και η Ασθένεια ως Βιωμένη Εμπειρία, Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο. σελ. 183-189.

¹⁶⁶ Τζανάκης Μ., (2003), Μετασχηματισμοί της Υποκειμενικότητας και Καθημερινότητα. Μια Κοινωνιολογική Προσέγγιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο. σελ. 212-216.

Ας μη ξεχνούμε ότι το θεραπευτικό μοντέλο που επιλέγει μια κοινωνία αποτελεί πιστό της καθρέφτη και αντανάκλα τις αξίες αλλά και τις επιδιώξεις της. Τα πρότυπα υγείας και αρρώστιας προσδιορίζονται από τον υφιστάμενο τρόπο πολιτικής και οικονομικής οργάνωσης μιας κοινωνίας. Όλες αυτές οι έννοιες είναι πολιτισμικά διαμεσολαβημένες, θεμελιωμένες σε αξιολογικές κρίσεις, υποκινούμενες από πολιτικά προτάγματα. Δεν υπάρχουν ψυχικά νοσήματα στη φύση παρά μόνο ερμηνείες που εκούσια οι άνθρωποι αποδίδουν σε ορισμένες συνθήκες και τροπισμούς της ύπαρξής τους. Ειδικότερα η ψυχική διαταραχή δεν φέρει εναργείς αποδείξεις διαφοροποίησης από μια υποτιθέμενη «φυσιολογικότητα». Το ανθρώπινο συμπεριφερσιολογικό φάσμα είναι ιδιαίτερα ευρύ και μόνο με κοινωνικά κριτήρια μπορούμε να το διασπάσουμε σε παθολογικά και φυσιολογικά τμήματα.¹⁶⁷ Η ίδια η ιδέα της «φυσιολογικότητας» θεμελιώνεται πάνω στην έννοια της «διαταραχής», αυτού δηλαδή που βρίσκεται έξω από τον κανόνα. Μια αληθινά προοδευτική επιστήμη οφείλει να επαναπροσδιορίσει και να επεκτείνει την έννοια της φυσιολογικής συμπεριφοράς και να ανατρέψει αυτές ακριβώς τις συγκεχυμένες κατηγορίες. Μόνο αν καταλυθεί το δίπολο «φυσιολογικότητας» και «διαταραχής» θα μπορέσουν να αναπτυχθούν τρόποι πρόσληψης και κατανόησης του διαφορετικού που να μην παράγουν συνεχώς καινοφανείς νοσολογικές κατηγορίες.¹⁶⁸

Ο τυπικός κοινωνικός έλεγχος ενσωματώνει και την ψυχιατρική στους θεσμούς που ελέγχουν και κανονικοποιούν τον πληθυσμό. Ο έλεγχος του περιθωρίου, της απόκλισης, του αντιπαραγωγικού και ανένταχτου ατόμου αποτελεί μια μόνιμη επιδίωξη της κυρίαρχης αστικής τάξης. Ψυχοπαθή ή παράφρονα χαρακτηρίζει η επικρατούσα ψυχιατρική όποιο άτομο προσπαθεί, συνειδητά ή ασυνείδητα, να αποφύγει την επιβεβλημένη «λογική» του καπιταλισμού. Προς χάριν της ανάπτυξης των παραγωγικών δυνάμεων και της καπιταλιστικής συσσώρευσης χρειάζεται η ολοκληρωτική υποταγή των ανθρωπίνων αναγκών στους «φυσικούς νόμους» της καπιταλιστικής παραγωγής. Οι επιταγές του κεφαλαίου εκφράζονται με την εντατικοποίηση της εκμετάλλευσης του ατόμου και με τη βίαιη διατήρηση και κατίσχυση των υφιστάμενων σχέσεων παραγωγής.

¹⁶⁷ Ουλής, Π. (2003), Η φύση της ψυχικής νόσου: Μια φιλοσοφική-επιστημονική διερεύνηση, Αθήνα: Εξάντας, σελ. 92-95.

¹⁶⁸ Μια από τις άμεσες προτεραιότητες της κοινωνιολογίας θα όφειλε να είναι η παρουσίαση των τρόπων με τους οποίους η ψυχιατρική συμβάλλει στη διατήρηση ενός κοινωνικοπολιτικού καθεστώτος το οποίο είναι άδικο και ατελέσφορο για την γενική ευημερία και πρόοδο.

Η εισαγωγή του κοινωνικού παράγοντα στη διάσταση της ψυχοπαθολογίας αλλά και στη διαδικασία της θεραπείας μετασχηματίζει τη θεραπευτική σχέση ριζικά καθώς την αναπλαισιώνει, την ιστορικοποιεί και την κοινωνικοποιεί ποικιλοτρόπως. Η καθιέρωση της κοινωνικής ψυχιατρικής μεταπολεμικά αμφισβήτησε την κυριαρχία του βιολογικού παραδείγματος το οποίο ερείδεται στη λατρεία της ταξινόμησης, της καταγραφής της συμπτωματολογίας και στην αποθέωση των σωματικών μέσων θεραπείας. Πλέον όχι μόνο αμφισβητούνται οι θεραπευτικές δυνατότητες των ψυχιατρικών ιδρυμάτων αλλά επιπλέον καταδεικνύεται η λειτουργία τους ως επιβαρυντικών παραγόντων.¹⁶⁹ Το νέο σύστημα ψυχιατρικών υπηρεσιών αναπροσαρμόζεται προκειμένου να επιτύχει τον ύψιστο σκοπό του που είναι η σταδιακή λειτουργική αυτονόμηση του ατόμου. Ολόκληρη η διαδικασία της αποκατάστασης αρθρώνεται ως ένα εγχείρημα ομαλής και επιτυχούς κοινωνικής επανένταξης.

Ο όρος κοινωνική ψυχιατρική παραπέμπει στην ανάδειξη της έννοιας του ανθρώπου ως υποκειμένου δηλαδή στην επικέντρωση στο φορέα της ψυχοπαθολογίας παρά στην ψυχοπαθολογία την ίδια. Επικεντρώνεται στην ανάδειξη της κοινωνικής διάστασης της ψυχικής νόσου. Αυτή η μετατόπιση οδηγεί στην επανεξέταση του θεσμικού πλαισίου προτάσσοντας ένα άνοιγμα του συστήματος ψυχιατρικής φροντίδας στην κοινωνία. Το βέλτιστο επιχείρημα της κοινοτικής ψυχιατρικής αποτελεί η πρόταση ενός εναλλακτικού σχεδίου απέναντι στο παραδοσιακό ψυχιατρείο, που βασίζεται σε μια διαφορετική κλινική πρακτική, η οποία επιτρέπει την εφαρμογή μιας σειράς θεραπευτικών παρεμβάσεων χωρίς τη χρήση του εγκλεισμού ή έστω χωρίς την επικέντρωση σε αυτόν. Στο νέο μοντέλο η ψυχιατρική φροντίδα λαμβάνει χώρα στο εσωτερικό κοινοτικών δομών και η αναγκαστική νοσηλεία διατηρείται αποκλειστικά για την οξεία φάση της ψυχικής ασθένειας. Πρόκειται για μια φιλόδοξη προσπάθεια για τη διατήρηση του υποκειμένου προς θεραπεία στο εσωτερικό του κοινωνικού ιστού.¹⁷⁰

¹⁶⁹ Ο τρόφιμος του ψυχιατρείου έχανε ένα μέρος από την ανθρώπινη υπόστασή του. Το πέραςμα της πύλης του ασύλου υποδήλωνε τη σταδιακή απώλεια της υποκειμενικότητας, ως πεδίου αναφοράς του ατόμου. Αυτό το πέραςμα επέκεινα της υποκειμενικότητας αποτελούσε βασικό στοιχείο της ασυλιακής διαχείρισης της ψυχοπαθολογίας

¹⁷⁰ Χρησιμοποιείται ο όρος ασυλιακή ψυχιατρική προκειμένου να επικριθεί η θεσμική οργάνωση της ψυχιατρικής κατά το παρελθόν και εμμέσως να ενισχυθεί κάθε εγχείρημα αναδιοργάνωσης του συστήματος ψυχικής υγείας προς την κατεύθυνση της κοινοτικής ψυχιατρικής.

Ο ιδρυματισμός, δηλαδή η εγκατάσταση προτύπων συμπεριφοράς που δεν ανάγονται σε ενδοψυχικές αλλά κυρίως σε κοινωνικές διεργασίες ακυρώνουν την υποκειμενική αίσθηση του χρόνου. Η αναγκαστική διαβίωση στο εσωτερικό ενός ιδρύματος οδηγεί σε βαθμιαία έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων των τροφίμων. Η εικόνα του ιδρυματοποιημένου ατόμου δεν προκαλείται αποκλειστικά από το γεγονός του χωροταξικού αποκλεισμού. Αυτού του τύπου τα ιδρύματα συχνά λειτουργούν ως σύμβολα κοινωνικών ορίων. Αυτή η κοινωνική λειτουργικότητα συνίσταται στην παραγωγή διακρίσεων οι οποίες αφορούν το «ομαλό» και το «ανώμαλο», το «υγιές» και το «παθολογικό».¹⁷¹

Η σύγχρονη ψυχιατρική οφείλει να επιδιώκει και να επιτυγχάνει την πιο έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση με την εξατομικευμένη και ανθρωπιστική φροντίδα για τους πάσχοντες. Το σύστημα ψυχιατρικής φροντίδας ωθείται πλέον σήμερα σε αναδιάταξη βάσει αυτών των αρχών. Οι στιγματισμένοι και οι «απόκληροι» τείνουν να διατηρούν για τον εαυτό τους και την κοινωνική ομάδα στην οποία εντάσσονται ένα είδος ανυποληψίας ως απότοκο των καθημερινών πρακτικών εγκλεισμού οι οποίες εγγράφονται στο βιογραφικό τους απόθεμα.

Η προσωπική ιστορία κάθε ατόμου που εγκλείεται για ένα μακρύ χρονικό διάστημα σε ένα ψυχιατρικό άσυλο αφορά πρωτίστως τη διάσωση της ατομικής αυτονομίας του από τα δεσμά του ιδρύματος.¹⁷² Η έξοδος από το ίδρυμα και η ανάκτηση της σχετικής ανεξαρτησίας έναντι των ψυχιατρικών υπηρεσιών αποβλέπει στην πραγμάτωση των πρωταρχικών επιδιώξεων μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης δηλαδή της κοινωνικής αναγνώρισης του υποκειμένου και της αποκατάστασης των βασικών δεξιοτήτων του. Οι πρωταρχικές ενέργειες των εγχειρημάτων αποϊδρυματοποίησης αποσκοπούν στην ενδυνάμωση των πρώην χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, των «επιζησάντων» της ψυχιατρικής όπως χαρακτηρίζονται από πολλούς και στην επαναχάραξη μιας νέας αδιάσπαστης και απρόσκοπτης πορείας στους επιμέρους τομείς της ζωής τους.

¹⁷¹ Τζανάκης Μ. & Σαββάκης Μ., (2003), «Οι Τόποι ως Ιστοριοπολιτισμικά Αντιπαραδείγματα και ως Σύμβολα Κοινωνικών Ορίων: Σπιναλόγκα και Λέρος», Τ. 36, Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, σσ. 87-126.

¹⁷² Οι κοινωνικοί μηχανισμοί αρνητικής καθιέρωσης (π.χ. σωφρονιστικό σύστημα, υπηρεσίες προνοιακού τύπου,) αποδίδουν στα άτομα και την κοινωνική κατηγορία στην οποία ανήκουν, αρνητικό πρόσημο μέσα από συγκεκριμένες δημόσιες λειτουργίες και κοινωνικές διεργασίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: ΕΛΛΗΝΕΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Αγραφιώτης, Δ. (2003), Υγεία, αρρώστια, κοινωνία: Τόποι και τρόποι σύμπλεξης, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός.

Αθανασίου, Α. (2007), Ζωή στο όριο: Δοκίμια για το σώμα, το φύλο και τη βιοπολιτική, Αθήνα: Εκκρεμές.

Αλεξιάς, Γ. (2011), Κοινωνιολογία του σώματος: Από τον "άνθρωπο του Νεότερνταλ" στον "εξολοθρευτή", Αθήνα: Πεδίο.

Αλεξίου, Θ. (1998), Περιθωριοποίηση και ενσωμάτωση: Η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης, Αθήνα: Παπαζήσης.

Αλεξίου, Θ. (2009), Κοινωνικές τάξεις, κοινωνικές ανισότητες και συνθήκες ζωής, Αθήνα: Παπαζήσης.

Αλεξίου, Θ. (2009), Κοινωνική πολιτική, αποκλεισμένες ομάδες και ταξική δομή, Αθήνα: Παπαζήσης.

Αμπατζόγλου, Γ. (1991). Ψυχιατρική και Ιατρική: Τα όρια, οι ταυτότητες, οι σχέσεις, Αθήνα: Οδυσσέας.

Αργυριάδης, Α. (2015), Η πολιτισμική κατασκευή της διαφορετικότητας: Το παράδειγμα του ψυχο-παθή, Αθήνα: Πεδίο.

Ασημόπουλος, Χ. (2009), Η καθημερινή ζωή στο ψυχιατρείο: Μορφές ιδρυματισμού και ιδρυματικής κακοποίησης, Αθήνα: Καστανιώτης.

Γρίβας, Κ. (1985), Ψυχιατρικός ολοκληρωτισμός: Ιστορική και κοινωνική θεώρηση της ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη: Ιανός. τ.1

Γρίβας, Κ. (1989), Αντιπολιτευτική ψυχιατρική: Μπροστά στο αυταρχικό θεραπευτικό κράτος, Θεσσαλονίκη: Ιανός. τ.2

Γρίβας, Κ. (2006), Ο αποδιοπομπαίος τράγος: Ψυχική "αρρώστια" και εξάρτηση, Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.

Δοξιάδης, Κ. (2015), Ο Foucault της φιλοσοφίας και της Αριστεράς. Αθήνα: Νήσος.

Ζήση, Α. (2002), Επανένταξη χρόνιων ψυχικά πασχόντων: Εμπειρικά ευρήματα, νέες προσεγγίσεις και προοπτικές, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός.

Ζήση, Α. (2013), Κοινωνία, κοινότητα και ψυχική υγεία, Αθήνα: Gutenberg.

- Καράβατος, Α. (2014), Η υποδοχή του DSM-5: «Το πρόβλημα του DSM δε βρίσκεται στο 5 αλλά στο DSM». Σύνναμς, 32 (10): 4-8.
- Καράβατος, Α. (2012), Για μια μη α-θεωρητική ψυχιατρική, Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου.
- Καραδήμας, Ε. (2005), Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός.
- Καρύδη Β. Μ., Τζεδάκη Μ., Στεφανής Ν., Στεφανής Κ., (2004), Μελέτη Αξιολόγησης Αυτοστιγματισμού σε ψυχωσικούς ασθενείς, Τετράδια Ψυχιατρικής, 87: 25-45
- Καυταντζόγλου, Ι. (2006), Κοινωνικός αποκλεισμός: Εκτός, εντός και υπό: Θεωρητικές, Ιστορικές και πολιτικές καταβολές μιας διφορούμενης έννοιας, Αθήνα: Σαββάλας.
- Κορασίδου, Μ. (2002), Όταν η αρρώστια απειλεί: Επιτήρηση και έλεγχος της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα του 19ου αιώνα, Αθήνα: Τυπωθήτω Δραδανός.
- Λέκκα, Β. (2012), Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής: Από τον Ιπποκράτη μέχρι το κίνημα της αντιψυχιατρικής και τον Michel Foucault, Αθήνα: Futura.
- Μαδιανός, Μ. (2006), Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή, Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μαδιανός, Μ. (2005), Εισαγωγή στη κοινωνική ψυχιατρική Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μαδιανός, Μ. (2005), Ψυχιατρική και αποκατάσταση Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μαδιανός, Μ. (2015), Πολιτισμός και ψυχική υγεία: Η κοινότητα ως "θεραπευτής". Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μητσάκη Ε., Σιώпка Ε., Τζιάλλας Β., (2006), Η Οικογένεια και η Συμβολή των Επαγγελματιών στη Συνηγορία για τη Ψυχική Υγεία, Τετράδια Ψυχιατρικής, 95: 57- 62.
- Μαντόγλου, Α. (2013), Επιστημονικός λόγος περί κοινωνικών αναπαραστάσεων και ιδεολογιών, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Μπαϊρακτάρης, Κ. (1994), Ψυχική υγεία και κοινωνική παρέμβαση: Εμπειρίες, συστήματα, πολιτικές, Αθήνα: Εναλλακτικές Εκδόσεις.
- Μπιλανάκης, Ν. (2004), Ψυχιατρική περίθαλψη και ανθρώπινα δικαιώματα στην Ελλάδα. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Ναυρίδης, Κ. (2005), Ψυχολογία των ομάδων: Κλινική ψυχοδυναμική προσέγγιση, Αθήνα: Παπαζήσης.

Νικολαΐδης, Γ. (2008), Ιστορία των επιστημών της δημόσιας υγείας, Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου.

Οικονόμου Μ. (2008), Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις. Τετράδια Ψυχιατρικής, 102:19 – 34.

Οικονόμου, Μ., Λουκή, Ε., Χαρίτση, Μ., (2007). Τα ΜΜΕ ως διαμορφωτές της κοινωνικής εικόνας της ψυχικής ασθένειας. Τετράδια Ψυχιατρικής, 98.

Οικονόμου, Μ., Χαρίτση Μ., Δημητριάδου Ε. (2006). ΜΜΕ και ψυχική ασθένεια: Απεικονίσεις της σχιζοφρένειας στον ελληνικό Τύπο. Ψυχολογία, 13, 59-85.

Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Δ., Γιώτης, Α. (2007). Η περίπτωση της σχιζοφρένειας στα ΜΜΕ: Ψυχιατρικός όρος ή μεταφορά; Τετράδια Ψυχιατρικής, 98.

Οικονόμου, Χ. (2005), Κοινωνιολογία της υγείας: Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις, Αθήνα: Διόνικος.

Ουλής, Π. (2003), Η φύση της ψυχικής νόσου: Μια φιλοσοφική-επιστημονική διερεύνηση, Αθήνα: Εξάντας.

Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρία, (ΠΨΕ), (2005). Καταπολέμηση του Στίγματος και των Διακρίσεων που Συνοδεύουν τη Σχιζοφρένεια.

Πλουμπίδης, Δ. (1995), Ιστορία της ψυχιατρικής στην Ελλάδα: Θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο 1850-1920, Αθήνα: Εξάντας.

Πλουμπίδης, Δ. (2009), Αποτίμηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: Σύναψις, 15 (5): 22-28.

Ποταμιάνος, Γ. (2000), Κλινική ψυχολογία: Σύγχρονα θέματα κλινικής πρακτικής και έρευνας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ποταμιάνος, Γ. (2002), Θεωρίες προσωπικότητας και κλινική πρακτική, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ρηγάτος, Γ. (2014), Βαδίζοντας προς την τρέλα: Περιγραφές από τη λογοτεχνία με προθέσεις κοινωνικής παρέμβασης. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Σικελιανού, Δ. (2010), Κλινική ψυχοπαθολογία ενηλίκων, Αθήνα: Διόνικος.

Στασινοπούλου, Ο. (1997), Κράτος πρόνοιας: Ιστορική εξέλιξη, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, Αθήνα: Gutenberg.

Συλλογικό έργο. (2011). Υγεία, ασθένεια και κοινωνικός δεσμός, Επιμέλεια: Νίκος Παπαχριστόπουλος, Κυριακή Σαμαρτζή. Πάτρα: Opportuna.

Συλλογικό έργο. (2013). Υγεία, κοινωνία και οικονομία: Ανισότιμες σχέσεις, χάσματα ευζωίας, Επιμέλεια: Χαράλαμπος Οικονόμου. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.

Συλλογικό έργο. (2012). Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας. Επιμέλεια: Χαράλαμπος Οικονόμου, Μάνος Σπυριδάκης. Αθήνα: Ι. Σιδέρης.

Συλλογικό έργο. (2012). Αντί της ψυχιατρικής: Εναλλακτικά μοντέλα συνάντησης με τον ψυχικό πόνο, Επιμέλεια: Lehmann Peter, Εμμανουηλίδου Άννα. Θεσσαλονίκη: Νησίδες.

Συλλογικό έργο. (2013). Επανορίζοντας το ψυχοκοινωνικό: Κείμενα κριτικής κοινωνικής ψυχολογίας. Επιμέλεια: Μιχάλης Μεντίνης. Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.

Συλλογικό έργο. (2016). Ενδυνάμωση και συνηγορία: Για μια δημοκρατία της ψυχικής υγείας, Επιμέλεια: Στέλιος Στυλιανίδης. Αθήνα: Τόπος.

Σαββάκης Μ., (2006), Εγκλεισμός, Στίγμα και Βιογραφικές Διαδρομές. Ο Θεσμός του Λεπροκομείου Σπιναλόγκας και η Ασθένεια ως Βιωμένη Εμπειρία, Δημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο.

Σαββάκης Μ. & Τζανάκης Μ., (2002), «Ιδρυματικοί Θεσμοί, Συγκρότηση Κοινωνικών Μεθορίων και Διαδικασίες Προβληματικοποίησης: Το Ψυχιατρείο Λέρου και το Λεπροκομείο Σπιναλόγκας», Τετράδια Ψυχιατρικής, Τ. 79, σσ. 62-77.

Τερζάκης, Φ. (2013), Η εποχή της αντιψυχιατρικής, Τρίκαλα: Επέκεινα.

Τζανάκης, Μ. (2008), Πέραν του ασύλου: Η κοινοτική ψυχιατρική και το ζήτημα του υποκειμένου, Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής & Επιστημών του Ανθρώπου.

Τζανάκης Μ., (2003), Μετασχηματισμοί της Υποκειμενικότητας και Καθημερινότητα. Μια Κοινωνιολογική Προσέγγιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, Δημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο.

Τζανάκης Μ. & Σαββάκης Μ., (2003), «Οι Τόποι ως Ιστοριοπολιτισμικά Αντιπαραδείγματα και ως Σύμβολα Κοινωνικών Ορίων: Σπιναλόγκα και Λέρος», Τ. 36, Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, σσ. 87-126.

Τσαλίκोगλου, Φ. (1987), Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή: Οι λειτουργίες μιας κοινωνικής κατασκευής, Αθήνα: Παπαζήσης.

Τσαλίκोगλου, Φ. (1989), Σχιζοφρένεια και φόνος: Μια ψυχολογική & εγκληματολογική έρευνα, Αθήνα: Παπαζήσης.

Τσαλίκोगλου, Φ. (1996), Μυθολογίες βίας και καταστολής, Αθήνα: Παπαζήσης.

Χιωτάκης, Σ. (1994), Για μια κοινωνιολογία των ελεύθερων επαγγελματιών: Επιστημονική επαγγελματοποίηση των ιατρικών υπηρεσιών Αθήνα: Οδυσσέας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: ΞΕΝΟΙ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

- Agamben, G. (2005), *Homo Sacer: Κυρίαρχη εξουσία και γυμνή ζωή*, Αθήνα: Scripta
- Basaglia, F. (2008), *Εναλλακτική Ψυχιατρική: Ενάντια στην απαισιοδοξία της λογικής: Για την αισιοδοξία της πράξης*, Αθήνα: Καστανιώτης.
- Basaglia, F. (2008), *Οι θεσμοί της βίας και άλλα κείμενα: Ειδική έκδοση των "Τετραδίων Ψυχιατρικής" για το κλείσιμο των Ιταλικών ψυχιατρείων*. Αθήνα: Βιβλιοτεχνία
- Baudrillard, J. (1996), *Η διαφάνεια του κακού: Δοκίμιο πάνω στα ακραία φαινόμενα*, Αθήνα: Εξάντας.
- Bauman, Z. (2005), *Σπαταλημένες ζωές: Οι απόβλητοι της νεοτερικότητας*, Αθήνα: Κατάρτι.
- Berger P. & Luckmann T. (2003), *Η κοινωνική κατασκευή της πραγματικότητας*, Αθήνα: Νήσος.
- Blue, A. (1999), *Η δημιουργία της ελληνικής ψυχιατρικής: Πολιτισμός, εαυτός και ιατρική* Αθήνα: Εξάντας.
- Bradby, H. (2010), *Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Αθήνα: Πεδίο.
- Butler, J. (2009), *Η ψυχική ζωή της εξουσίας: Θεωρίες καθυπόταξης*, Αθήνα: Πλέθρον.
- Canguilhem, G. (2007), *Το κανονικό και το παθολογικό*, Αθήνα: Νήσος.
- Cooper, D. (1978), *Η γλώσσα της τρέλας*, Αθήνα: Ελεύθερος Τύπος.
- Cooper, D. (1988), *Ο θάνατος της οικογένειας*, Αθήνα: Καστανιώτης.
- Cooper, D. (1990), *Ψυχιατρική και αντιψυχιατρική*, Αθήνα: Ράππας.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1981), *Καπιταλισμός και σχιζοφρένεια: Ο αντι-Οιδίπους*, Αθήνα: Ράππας.
- Deleuze, G. (2001), *Η Κοινωνία του Ελέγχου*, Αθήνα: Ελευθεριακή Κουλτούρα.
- Devereux, G. (2015), *Δοκίμια εθνοψυχανάλυσης Τρίκαλα: Επέκεινα*.
- Hirst, Paul. (2009), *Κοινωνικές σχέσεις και ανθρώπινες ιδιότητες*, Αθήνα: Πλέθρον.
- Fitzpatrick, M. (2004), *Η τυραννία της υγείας: Οι γιατροί και οι κανόνες για το σύγχρονο τρόπο ζωής*, Αθήνα: Πολύτροπον.

- Foucault, M. (2011), Επιτήρηση και τιμωρία: Η γέννηση της φυλακής, Αθήνα: Πλέθρον.
- Foucault, M. (2013), Ιστορία της σεξουαλικότητας: Η χρήση των ηδονών, Αθήνα Πλέθρον.
- Foucault, M. (1988), Ψυχική αρρώστια και ψυχολογία, Αθήνα: Ελεύθερος Τύπος.
- Foucault, M. (2004), Η ιστορία της τρέλας, Αθήνα: Ηριδανός.
- Foucault, M. (2005), Η μικροφυσική της εξουσίας, Αθήνα: Ύψιλον.
- Foucault, M. (2007), Εξουσία, γνώση και ηθική, Αθήνα: Ύψιλον.
- Foucault, M. (2012), Η γέννηση της κλινικής, Αθήνα: Νήσος.
- Frances, A. (2014), Η διάσωση του φυσιολογικού: DSM-5: Το δριμύ κατηγορώ ενός ψυχιάτρου, Αθήνα: Τραυλός.
- Garrabé, J. (2011), Η σχιζοφρένεια: 100 χρόνια για να κατανοήσουμε, Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου.
- Gaulejac, V. (1993), Η ταξική νεύρωση: Κοινωνική διαδρομή και συγκρούσεις ταυτότητας, Αθήνα: Παπαζήσης.
- Goffman, E. (1996), Άσυλα: Δοκίμια για την Κοινωνική Κατάσταση των Ασθενών του Ψυχιατρείου και Άλλων Τροφίμων, Αθήνα: Ευρύαλος.
- Goffman, E. (2001), Στίγμα: Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Goffman, E. (2012), Η παραφροσύνη κατ' οίκον: Ψυχική ασθένεια, κοινωνική θέση και οικογένεια, Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Illich, I. (2010), Ιατρική Νέμεση: Η απαλλοτρίωση της υγείας, Θεσσαλονίκη: Νησίδες.
- Jaccard, R. (1981), Η εξορία μέσα μας: Σχιζοειδισμός και πολιτισμός, Αθήνα: Χατζηνικολή.
- Jervis, G. (1978), Εργάτης και νεύρωση: Ο μύθος της αντιψυχιατρικής, Αθήνα: Στοχαστής.
- Laing, R. & Esterson, A. (1975), Η ψυχική ισορροπία, η τρέλα και η οικογένεια, Αθήνα: Ράππας.
- Laing, R. (1989), Η πολιτική της οικογένειας, Αθήνα: Καστανιώτης.

Laing, R. (2004), Ο διχασμένος εαυτός: Υπαρξιακή μελέτη της ψυχοδιανοητικής υγείας και αρρώστιας, Αθήνα: Καστανιώτης.

Laing, R. (2004), Ο εαυτός και οι άλλοι, Αθήνα: Καστανιώτης.

Lasch, C. (2006), Ο ελάχιστος εαυτός: Ψυχική επιβίωση σε καιρούς αναστάτωσης, Θεσσαλονίκη: Νησίδες, 2006.

Lukes, S. (2007), Εξουσία: Μια ριζοσπαστική θεώρηση, Αθήνα: Σαββάλας.

Nettleton, S. (2002), Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός.

Pilgrim, D. (2004), Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας, Αθήνα: Τυπωθήτω Δαρδανός.

Schneider, M. (1982), Νεύρωση και πάλη των τάξεων: Υλιστική κριτική και απόπειρα μιας απελευθερωτικής αναθεμελίωσης της ψυχανάλυσης, Αθήνα: Ράππας.

Schweitzer, J. (2006), Ψυχιατρική με αρχή, μέση και τέλος: Δρόμοι εξόδου από τη χρονιότητα, Θεσσαλονίκη: Νησίδες.

Sennett, R. (2008), Η κουλτούρα του νέου καπιταλισμού, Αθήνα: Σαββάλας.

Sennett, R. (2010), Ο ελαστικοποιημένος άνθρωπος: Οι συνέπειες του μετασχηματισμού της εργασίας στον νέο καπιταλισμό, Αθήνα: Πεδίο.

Shorter, E. (2009), Ιστορία της Ψυχιατρικής, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

Spicker, P. (2004), Το κράτος πρόνοιας: Μια γενική θεωρία, επιμέλεια – μετάφραση: Χαράλαμπος Οικονόμου. Αθήνα: Διόνικος.

Szasz, T. (2006), Η βιομηχανία της τρέλας, Θεσσαλονίκη: Εκδοτική Θεσσαλονίκης.

Szasz, T. (2007), Νόμος, ελευθερία και ψυχιατρική: Μια έρευνα του ρόλου των ψυχιατρικών πρακτικών στην κοινωνία, Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

Thompson, E. (2008), Χρόνος, εργασιακή πειθαρχία και βιομηχανικός καπιταλισμός, Θεσσαλονίκη: Νησίδες.

Thornicroft, G. (2010), Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας: Ηθική και δεοντολογία, τεκμήρια και εμπειρία, Αθήνα: Τόπος.

Tolman, C. (2014), Ψυχολογία, κοινωνία και υποκειμενικότητα: Εισαγωγή στη κριτική ψυχολογία, Θεσσαλονίκη: Επίκεντρο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

American Psychiatric Association, (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. American Psychiatric Publishing: Washington, DC.

B. P. Dohrenwend, I. Levav, P. E. Shrout, “Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: The Causation-Selection Issue”, Science, 1992, vol. 255, σ. 946-952.

C. Muntaner, W.W. Eaton, R. Miech, “Socioeconomic Position and Major Mental Disorders”, Epidemiologic Reviews, 2004, vol. 26, σ. 53-62.

D. J. Luchins, “The Future of Mental Health Care and the Limits of the Behavioral Neurosciences”, Journal of Nervous and Mental Disease, 2010, vol. 198, σ. 395-398.

F. Gonon, E. Bezaud & T. Boraud, “Misrepresentation of Neuroscience Data Might Give Rise to Misleading Conclusions in the Media: The Case of Attention Deficit Hyperactivity Disorder”, PLOS ONE, 2011, vol. 6, σ. e14618.

J. C. Fournier, R. DeRubeis, S. D. Hollon, “Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-Analysis”, JAMA, 2010, vol. 303, σ. 47-53.

J. P. Evans, E. M. Meslin, T. M. Marteau, “Deflating the Genomic Bubble”, Science, 2011, vol. 331, σ. 861-862.

J. Z. Sadler, “Psychiatric Molecular Genetics and the Ethics of Social Promises”, Bioethical Inquiry, 2011, vol. 8, σ. 27-34.

P. M. Visscher, W. G. Hill & N. R. Wray, “Heritability in the Genomics Era-Concepts and Misconceptions”, Nature Reviews Genetics, 2008, vol. 9, σ. 255-266.

Porter, R. (2003). Madness: A Brief History. New York, NY: Oxford University Press.

R. Uher, “The Role of Genetic Variation in the Causation of Mental Illness: An Evolution-Informed Framework”, Molecular Psychiatry, 2009, vol. 14, σ. 1072 -1082.

S. Crystal, M. Olfson, C. Huang, “Broadened use of Atypical Antipsychotics: Safety, Effectiveness, and Policy Challenges”, Health Affairs, 2009, vol. 28, σ. 770-781.

S. P. Hinshaw & A. Stier, “Stigma as Related to Mental Disorders”, Annual Review of Clinical Psychology, 2008, vol. 4, σ. 367-393.

Sartorius, N. & Schulze, H. (2005). Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association: Cambridge University.

Scully, A. (2015). Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity, from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine: Princeton University Press.