



**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ: ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ**

**Διαχείριση της ζωής και κοινωνικός έλεγχος μέσα από τις  
δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Δουβλέκας Αθανάσιος**

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Η. Μαυρίδης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων

Κ. Λελεδάκης, Επίκουρος Καθηγητής

Σ. Σακελλαρόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Αθήνα, Ιανουάριος 2017

Copyright © Αθανάσιος Δουβλέκας, 2017.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θέλω αρχικά να ευχαριστήσω τον κύριο Ηρακλή Μαυρίδη, επίκουρο καθηγητή και επιβλέποντα της παρούσας εργασίας. Οι συμβουλές και οι υποδείξεις του, σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας, αποδείχθηκαν κάτι παραπάνω από πολύτιμες.

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω την Άννα Καπράλου, την οικογένεια μου και τους φίλους μου Αλέξη Νταλ Ρι και Δημήτρη Νάστο που με στήριξαν σε αυτή μου την προσπάθεια ο καθένας με τον τρόπο του.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση .....	9
1.1 Δομές στην κοινότητα.....	12
1.1.1 Από το άσυλο στην κοινότητα.....	15
1.1.2 Φαρμακολογία και κοινοτική ψυχιατρική .....	18
1.2 Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ως ιδεολογικός μηχανισμός του κράτους.....	19
1.3 Αλλαγή λόγου.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Διαχείριση της ζωής και κοινωνικός έλεγχος μέσα από τις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας.....	25
2.1 Πρόληψη.....	27
2.1.1 Πρόληψη και πανοπτισμός .....	32
2.2 Διάγνωση .....	35
2.2.1 Από το σύμπτωμα του Υποκειμένου σε ένα σύμπτωμα χωρίς νόημα.....	38
2.3 Θεραπεία στην κοινότητα .....	45
2.3.1 Συνείδηση και θεραπεία.....	45
2.3.2 Σώμα και θεραπεία .....	48
2.4 Επανένταξη και αυτονομία .....	52
2.5 Η προοπτική της επανένταξης και το τέλος της επιθυμίας.....	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΠΗΓΕΣ.....	61
ABSTRACT.....	66

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία αναλύεται το ζήτημα των κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας. Οι δομές στην κοινότητα αναπτυχθήκαν στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και οι δράσεις τους προσανατολίζονται στην πρόληψη των ψυχικών διαταραχών και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, στη διάγνωση, στη θεραπεία και στην επανένταξη των ψυχικά ασθενών. Κάθε ένας από τους παραπάνω τομείς δράσης αναλύεται μέσα από το έργο του Φουκώ αλλά και τη θεωρία της ψυχανάλυσης με σκοπό να αναδειχθεί η λειτουργία των δομών αυτών ως μηχανισμοί διαχείρισης της ζωής και κοινωνικού ελέγχου. Μέσα από αυτή την εργασία φαίνεται αρχικά πως το τέλος του ασύλου δεν έφερε μια πιο ελεύθερη ζωή για τους ψυχικά ασθενείς αλλά άνοιξε το δρόμο για την άσκηση της βιο-εξουσίας, ενώ παράλληλα με την επέκταση της ψυχιατρικής έξω από τα άσυλα όλος ο πληθυσμός της κοινότητας γίνεται στόχος κοινωνικής ρύθμισης. Σκοπός είναι η ανάπτυξη της λειτουργικότητας του ατόμου και όλα αξιολογούνται βάση αυτής. Οι δομές που δημιουργούνται λειτουργούν ως Ιδεολογικός Μηχανισμός του Κράτους και ενισχύουν την αναπαραγωγή των καπιταλιστικών σχέσεων παραγωγής. Παράλληλα ο κοινωνικός έλεγχος ενισχύεται μέσα από την υλοποίηση δράσεων πρόληψης, την ανάπτυξη των ψυχιατρικών διαγνωστικών εργαλείων και της φαρμακολογίας. Η θεραπεία ελέγχει το σώμα και τη συνείδηση στα πλαίσια της βιο-εξουσίας ενώ μέσω της επανένταξης η ελευθερία περιορίζεται, η επιθυμία ελέγχεται και ένας συγκεκριμένος τρόπος απόλαυσης επιβάλλεται.

*Λέξεις κλειδιά:* ψυχική υγεία, ψυχιατρική, κοινότητα, Φουκώ, ψυχανάλυση, εξουσία, κοινωνικός έλεγχος, διαχείριση της ζωής, λειτουργικότητα

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία εξετάζει το ζήτημα της ανάπτυξης δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα με την έλευση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα.

Η υπόθεση εργασίας είναι πως οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι μηχανισμοί διαχείρισης της ζωής, κοινωνικού ελέγχου, καθώς και πεδίο πρακτικών εξουσίας και διακυβέρνησης των ατόμων. Η προβληματική γύρω από το συγκεκριμένο θέμα άρχισε να δημιουργείται μέσα από την εμπλοκή μου με τέτοιες δομές ως εκπαιδευόμενος κοινωνικούς λειτουργός αλλά και ως εργαζόμενος. Το θέμα της παρούσας εργασίας θεωρώ πως είναι αρκετά ενδιαφέρον ενώ η ανάλυση που γίνεται καλύπτει ένα κενό γύρω από τα ζητήματα των δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα βιβλιογραφικής έρευνας. Η συγγραφή της εργασίας ξεκίνησε το 2016 και ολοκληρώθηκε το 2017, παράλληλα δηλαδή με την εφαρμογή της τρίτης φάσης του προγράμματος για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση «Ψυχαργός», άρα το θέμα είναι αρκετά επίκαιρο. Η κριτική ανάλυση των δομών ψυχικής υγείας που γίνεται στην παρούσα εργασία είναι σημαντική καθώς είναι απαραίτητο να προβληματιζόμαστε για τον χαρακτήρα των δομών και των υπηρεσιών που παρέχονται.

Αρχικά θεώρησα σημαντικό να γίνει μια σύντομη παρουσίαση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα καθώς μέσα από την εξέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης βλέπουμε πως οι αποφάσεις γύρω από την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι ένα πολιτικό ζήτημα. Αρχικά με τον κανονισμό 815 του 1984 και μετά το 2000 με το πρόγραμμα «Ψυχαργός». Στη ενότητα 1.1 γίνεται μια περιγραφή των κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας και των στόχων τους και αφού έχουν περιγραφεί οι βασικές δομές της κοινότητας προσπαθούμε να απαντήσουμε στο ερώτημα αν το τέλος του ασύλου έφερε μια πιο ελεύθερη ζωή για τους ψυχικά ασθενείς, αλλά και τι σημαίνει αυτή η έξοδος της ψυχιατρικής από το χώρο του ασύλου για τον ευρύ πληθυσμό. Επίσης αναλύονται οι βασικές συνέπειες της παράλληλης ανάπτυξης της φαρμακολογίας. Έτσι με βάση τη δομή και γενικά τον τρόπο λειτουργίας τους γίνεται η ανάλυση των δομών αυτών ως ιδεολογικός μηχανισμός του κράτους ώστε να γίνει σαφής η λειτουργία τους σε πολιτικό επίπεδο.

Στην συνέχεια, στη υποενότητα 1.3, θα δούμε πως με το πέρασμα στην κοινότητα προκύπτει η ανάγκη η ψυχιατρική να προσδιορίσει το αντικείμενο της μέσα από μια

αλλαγή του λόγου της, αυτόματα λοιπόν προκύπτει το ερώτημα αν αυτή η αλλαγή είναι αποτέλεσμα κάποιας επιστημονικής επιταγής ή έχει μια πολιτική λειτουργία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι βασικές δράσεις της πρόληψης, της διάγνωσης, της θεραπείας και της επανένταξης. Είναι σκόπιμο εδώ να εκθέσουμε τον ορισμό της ψυχικής υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας καθώς βάση αυτού οργανώνονται οι περισσότερες δράσεις αυτών των δομών. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ: *«ως ψυχική υγεία ορίζεται η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα»* (Μαδιανός, 2000, σ. 31; Στυλιανίδης, 2014, σ. 217; [www.who.int](http://www.who.int), 2016 ). Εντός του πλαισίου των δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα όλες οι παρεμβάσεις που γίνονται αποσκοπούν στην ανάπτυξη της λειτουργικότητας του ατόμου. Μέσα από την εργασία αυτή ασκείται μια κριτική σε αυτή τη συνθήκη.

Η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία και η επανένταξη εξετάζονται μέσα από το έργο του Φουκώ αλλά και τη θεωρία της ψυχανάλυσης με σκοπό να δούμε πως κάθε μια από αυτές επιβεβαιώνει την υπόθεση ότι οι δομές στην κοινότητα εφαρμόζουν πρακτικές εξουσίας και συντελούν στον κοινωνικό έλεγχο. Στην υποενότητα 2.1 αναλύεται ο σκοπός και οι πρακτικές της πρόληψης η οποία είναι σημαντικότερο πεδίο δράσης της κοινοτικής ψυχιατρικής και εμφανίζεται με το πέρασμα από τα άσυλα στην κοινότητα. Η πρόληψη μας απασχολεί γιατί είναι η κύρια πρακτική μέσα από την οποία οι δομές ψυχικής υγείας απευθύνονται στον ευρύ πληθυσμό ενώ παράλληλα θέτει τα άτομα σε ένα καθεστώς επιτήρησης σύμφωνα με αυτό που εισήγαγε το πανοπτικό σχήμα. Θα δούμε πως η πρόληψη βοηθάει στην ουσία να γενικευτούν οι λειτουργίες του πανοπτισμού σαν μέθοδος άσκησης της εξουσίας έτσι όπως έχει αναλυθεί από τον Φουκώ.

Στην ενότητα 2.2 αναλύεται το θέμα της διάγνωσης και η παράλληλη πορεία του κύριου διαγνωστικού ψυχιατρικού εργαλείου (DSM) και των δομών ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Τα συμπτώματα αναλύονται με βάση την λειτουργικότητα του ατόμου ενώ αναπτύσσονται συνεχώς νέες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών. Το σύμπτωμα δεν είναι πια μια έκφραση του υποκειμένου αλλά ένα εμπόδιο μπροστά στη λειτουργικότητα του ατόμου. Είναι σημαντικό να δούμε τι σημαίνει αυτό σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο. Επίσης τη λειτουργικότητα έρχεται να αναπτύξει, όπως

αναλύεται στην υποενότητα 2.3, και η θεραπεία επεμβαίνοντας στην συνείδηση και το σώμα του ατόμου. Τέλος στις υποενότητες 2.4 και 2.5 αναλύεται η επανένταξη. Μέσα από τις πρακτικές της επανένταξης δηλώνεται πως το άτομο μπορεί να κατακτήσει την αυτονομία του. Θα αναλύσουμε κριτικά τις βασικές πρακτικές της επανένταξης για να δούμε τι πραγματικά ισχύει, ενώ στη συνέχεια η επανένταξη αναλύεται σε σχέση με την επιθυμία και την επιβολή ενός συγκεκριμένου τρόπου απόλαυσης.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση

Την έναρξη της προσπάθειας για τη μεταρρύθμιση στη ψυχική υγεία στην Ελλάδα έχουμε με τον ευρωπαϊκό κανονισμό (της τότε ΕΟΚ<sup>1</sup>) 815 του 1984, με τη χώρα μας όπως αναφέρουν οι Χονδρός και Στυλιανίδης (2014) να αποτελεί τη μόνη χώρα μέλος της κοινότητας που χρηματοδοτήθηκε απευθείας προκειμένου να ξεκινήσει τις μεταρρυθμίσεις στο χώρο της ψυχικής υγείας. Στην Ελλάδα η μεταρρύθμιση εστιάζεται στην ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο γενικό σύστημα υγείας, με παράλληλη ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών. Στόχος της διαμόρφωσης τέτοιων υπηρεσιών είναι τα άτομα να γίνουν ενεργά μέλη των οικογενειών τους και των κοινοτήτων στις οποίες ανήκουν (Ζαχαρίας-Π.Ο.Υ, 2003). Συγκεκριμένα όπως αναφέρει ο Τζανάκης (2008) το βάρος έπεσε στη δημιουργία υπηρεσιών στη κοινότητα. Από εκεί και έπειτα έχουμε συνεχώς δομές να αναπτύσσονται στην κοινότητα και τα νοσοκομεία παράλληλα με τα, ακόμα σε λειτουργία, ψυχιατρικά νοσοκομεία. Οι Χονδρός και Στυλιανίδης (2014) αναφέρουν κάποιες βασικές προϋποθέσεις που γεννήθηκαν τότε ώστε να πετύχει η ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Αρχικά κρίνεται απαραίτητη η ανάπτυξη των δομών και υποδομών παροχής υπηρεσιών στην ψυχική υγεία με βάση τις αρχές της τομεοποίησης<sup>2</sup> και της κοινοτικής ψυχιατρικής καθώς μέσα από τέτοιου τύπου δομές μπορεί να εξασφαλίζεται το συνεχές της ψυχιατρικής φροντίδας. Η φροντίδα των χρόνιων πασχόντων θα πρέπει να γίνεται έξω από ιδρυματικού τύπου δομές, με την προοπτική ότι ζώντας στην κοινότητα θα μπορέσει να επιτευχθεί, η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και η κοινωνική επανένταξη των ασθενών που ήταν έγκλειστοι στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Χονδρός & Στυλιανίδης, 2014). Οι νέες δομές που θα λειτουργούν στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης θα πρέπει να έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα αλλά και την ανάπτυξη

---

<sup>1</sup> Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα

<sup>2</sup> Ως τομεοποίηση εννοείται η παροχή φροντίδας μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας σε ένα συγκεκριμένο γεωγραφικό πλαίσιο. Έχουμε δηλαδή συγκεκριμένους γεωγραφικούς τομείς ευθύνης κάθε υπηρεσίας. Αυτού του τύπου η διάρθρωση των υπηρεσιών πρώτα εμφανίστηκε στην Γαλλία όπου θεσμοθετήθηκε από το 1960 και εφαρμόστηκε μετά τα γεγονότα του Μάη του 1968 όπου γιγαντώθηκε και η κριτική απέναντι στα άσυλα (Λέκκα, 2012).

δράσεων πρόληψης και άμεσης παρέμβασης σε άτομα που κάνουν χρήση εξαρτισιογόνων ουσιών (Χονδρός & Στυλιανίδης, 2014).

Το εθνικό σχέδιο για την ψυχική υγεία υλοποιείται μέσα από το πρόγραμμα «Ψυχαργός». Ο κανονισμός 815/84 προέβλεπε μια περίοδο πέντε ετών μέσα στην οποία θα έπρεπε να έχουν γίνει σημαντικά βήματα όμως υπήρξε μια παράταση μέχρι το 1995 ώσπου τότε αρχίζει να γίνεται διακριτή η ανάγκη για ένα πιο συγκεκριμένο επιχειρησιακό μοντέλο εφαρμογής. Έτσι στα τέλη του 1995 έχουμε τη δέσμευση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για επέκταση των αλλαγών στο χώρο της ψυχικής υγείας και το σχεδιασμό του προγράμματος «Ψυχαργός» το οποίο τίθεται σε εφαρμογή κάποια χρόνια αργότερα. Με την εφαρμογή του προγράμματος αυτού σε εθνικό επίπεδο επιχειρείται η αλλαγή του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας επιδιώκοντας το πέρασμα, από τη φροντίδα μέσα σε ασυλικού τύπου δομές, στην παροχή φροντίδας στην κοινότητα. Σαν κύριος στόχος τίθεται η κοινωνική επανένταξη και η είσοδος στην εργασία των ψυχικά ασθενών. Οι ψυχικά ασθενείς δεν απομακρύνονται πλέον από το φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον ενώ οι κοινοτικού τύπου υπηρεσίες, αλλά και οι ενσωματωμένες στο γενικό σύστημα υγείας υπηρεσίες ψυχικής υγείας, παίζουν κυρίαρχο ρόλο στην φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Αρχικά το πρόγραμμα χωρίστηκε σε δύο φάσεις, την πρώτη για την περίοδο 2000-2001 και τη δεύτερη ως το 2009. Σήμερα βρισκόμαστε στη τρίτη φάση καθώς με τη λήξη της δεύτερης φάσης συμφωνήθηκε η επέκταση του προγράμματος για δέκα ακόμα χρόνια, δηλαδή για την περίοδο 2010 έως 2020. Μέσα από τις υπηρεσίες στο πλαίσιο του «Ψυχαργός» δημιουργούνται δομές που έχουν σαν αντικείμενο την πρόληψη, τη θεραπεία, τη διάγνωση, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ψυχικά ασθενών. Δίνεται έμφαση στη δημιουργία κοινοτικών κέντρων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας όπως κέντρα ψυχικής υγείας, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, κέντρα ημέρας και κινητές μονάδες παροχής υπηρεσιών. Παράλληλα δημιουργούνται ψυχιατρικά τμήματα στα γενικά νοσοκομεία αλλά και δομές στεγαστικού τύπου ξενώνες και οικοτροφεία. Επίσης επιδιώκεται η ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας. Αυτές οι δομές και υποδομές αναπτύχθηκαν βάση την τομεοποίηση και τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής (Τζανάκης, 2008; Χονδρός & Στυλιανίδης, 2014; [www.psychargos.gov.gr](http://www.psychargos.gov.gr), 2016).

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη αυτών των δομών διαδραμάτισε και ένα πακέτο οδηγιών που εξέδωσε ο Π.Ο.Υ<sup>3</sup> (Π.Ο.Υ, 2003) για την πολιτική και τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Μέσα από αυτό το πακέτο και συγκεκριμένα από το τεύχος για την οργάνωση των υπηρεσιών χαρτογραφούνται οι νέες δομές και γίνεται ο διαχωρισμός ανάμεσα στις κοινοτικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες που ενσωματώνονται στο γενικό σύστημα υγείας. Οι ενσωματωμένες στο γενικό σύστημα υγείας υπηρεσίες ψυχικής υγείας εντοπίζονται στο σύνολο τους στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στα γενικά νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχουν θεραπευτικές υπηρεσίες, εκεί αντιμετωπίζονται κοινές ή οξείες ψυχικές διαταραχές. Επίσης ασχολούνται και με δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας. Ως υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία θεωρούνται όλες οι υπηρεσίες που παρέχονται από περιφερειακά, πανεπιστημιακά ή γενικά νοσοκομεία τα οποία αποτελούν μέρος του γενικού συστήματος υγείας (Π.Ο.Υ, 2003). Περιλαμβάνουν τμήματα νοσηλείας εντός του νοσοκομείου, ψυχιατρικές κλινικές σε παθολογικές κλινικές, τμήματα επειγόντων περιστατικών και εξωτερικά ιατρεία. Επίσης παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες για παιδιά, εφήβους και ηλικιωμένους, για ηλικιακές ομάδες δηλαδή που θεωρούνται ως ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχιατρικούς νοσηλευτές. (Π.Ο.Υ, 2003). Το σημαντικότερο είναι βέβαια όπως αναφέρθηκε, η δημιουργία και η ανάπτυξη κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας. Οι κοινοτικές δομές περιλαμβάνουν κοινοτικές υπηρεσίες αποκατάστασης, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός νοσοκομείου, κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, θεραπευτικές υπηρεσίες, κλειστού τύπου φροντίδα, υπηρεσίες βοήθειας και υποστήριξης στο σπίτι, καθώς και κοινοτικές υπηρεσίες για ειδικές πληθυσμιακές ομάδες όπως τα θύματα τραυματικών εμπειριών αλλά και παιδιά, έφηβους και ηλικιωμένους (Π.Ο.Υ, 2003). Όπως αναφέρουν οι Κυλούδης, Τανανάκη και Ρεκλείτη (2012, σ. 5):

Η ανάπτυξη δομών στην κοινότητα προβλέπει τη λειτουργία κοινοτικών κέντρων ψυχικής υγείας, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, κινητές μονάδες, κέντρα ημέρας και μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που καλύπτουν ανάγκες σε τοπικό επίπεδο, ώστε μέσα από τις υπηρεσίες που προσφέρουν, τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί ως ψυχικά ασθενείς να μπορούν να γίνουν ενεργά μέλη των οικογενειών και των κοινοτήτων τους.

---

<sup>3</sup> Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Οι κοινοτικές υπηρεσίες δεν έχουν έδρα κάποιο νοσοκομείο αλλά είναι απαραίτητο να έχουν στενή σχέση με τα γενικά και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία (Π.Ο.Υ, 2003). Επίσης με στόχο να έχουν βέλτιστα αποτελέσματα κρίνεται απαραίτητο να έχουν σχέση με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και με τα άτυπα συστήματα παροχής φροντίδας στην κοινότητα. Εκτός από τις θεσμοθετημένες υπηρεσίες, στην κοινότητα παρατηρείται να υπάρχει ένα σύνολο από άτυπες δομές φροντίδας, παραδοσιακοί και θρησκευτικοί θεραπευτές, εθελοντές, αλλά και μέλη του ευρύτερου κοινωνικού ή οικογενειακού κύκλου απαρτίζουν ένα δίκτυο φροντίδας και υποστήριξης για τον ψυχικά ασθενή ο οποίος πλέον ζει στην κοινότητα (Π.Ο.Υ, 2003).

### **1.1 Δομές στην κοινότητα**

Με σκοπό την ανάλυση του φαινομένου της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα μέσα από δομές που λειτουργούν ως μηχανισμοί κοινωνικού ελέγχου, διαχείρισης της ζωής και εξουσίας, είναι σημαντικό να δούμε το περιεχόμενο των δράσεων και τους στόχους των δομών αυτών. Αρχικά πρέπει να ξεκαθαρίσουμε πως οι δομές ψυχικής υγείας είναι το πεδίο εφαρμογής της κοινωνικής ψυχιατρικής. Ο όρος κοινωνική ψυχιατρική εξάλλου όπως αναφέρει ο Παπαγεωργίου (2009) χρησιμοποιήθηκε ευρέως από τα μισά του προηγούμενου αιώνα για να περιγράψει ακριβώς την αλλαγή στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με το πέρασμα στην κοινότητα. Από εκεί προκύπτει με τα χρόνια και η αλλαγή του όρου σε κοινοτική ψυχιατρική<sup>4</sup>, αναδεικνύοντας την παρέμβαση στο άτομο εντός της κοινότητας στην οποία ζει, τη φροντίδα δηλαδή από τις υπηρεσίες της κοινότητας, και όχι σε κάποιο ίδρυμα. Η έννοια της κοινότητας μπορεί να αναλυθεί ή να περιγραφεί με διάφορους τρόπους,<sup>5</sup> αλλά όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας ο γεωγραφικός καθορισμός της κοινότητας είναι ο πιο σημαντικός γιατί όπως αναφέρουν και οι Thornicroft & Tansella (2010, σ. 37) όταν ως κοινότητα θεωρείται: *«όλοι οι άνθρωποι που ζουν σε μια περιοχή»* ή *«μια συγκεκριμένη περιοχή συμπεριλαμβανομένων των κατοίκων της»*, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας μπορούν να οργανωθούν σε τοπικές ζώνες και να

---

<sup>4</sup> Έτσι στην παρούσα εργασία θα χρησιμοποιείται αυτός ο όρος.

<sup>5</sup> Ως κοινότητα μπορεί επίσης να θεωρηθεί ένα σύνολο ατόμων που έχουν κάτι κοινό ως ιδιότητα (π.χ μια θρησκευτική κοινότητα, μια επαγγελματική κοινότητα) ή ακόμα και ως εμπειρία.

απευθύνονται προς όλους τους κάτοικους μια περιοχής και όχι δηλαδή σε κάποιο κομμάτι του πληθυσμού με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Σύμφωνα με τους Thornicroft & Tansella (2010) οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν σα σκοπό:

- α) τη φροντίδα εκτός των μεγάλων ιδρυμάτων
- β) επαγγελματικές υπηρεσίες που προσφέρονται εκτός νοσοκομείων
- γ) τη φροντίδα από την κοινότητα
- δ) την επανένταξη στην καθημερινότητα

Όπως αναφέρουν οι ίδιοι, οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας εντάσσονται στην προσπάθεια για βελτίωση της δημόσιας υγείας η οποία μεριμνά για την υγεία όλου του πληθυσμού. Ο Παπαγεωργίου (2009) αντίστοιχα αναφέρει πως η ψυχιατρική εντός της κοινότητας δεν ασχολείται αποκλειστικά με τον ψυχικά ασθενή, μόνο δηλαδή με το άτομο το οποίο έχει μια ψυχική διαταραχή, αλλά ενδιαφέρεται για όλα τα άτομα της κοινότητας εστιάζοντας στις προσαρμοστικές τους ικανότητες, με το πόσο καλά δηλαδή ανταπεξέρχονται τα άτομα στις απαιτήσεις της κοινωνίας που ζούνε, κατά πόσο είναι λειτουργικοί με άλλα λόγια. Παράλληλα αναπτύσσονται κατάλληλα όργανα έρευνας και μελέτης για την αιτία των ψυχολογικών διαταραχών του ατόμου στο περιβάλλον του. Ο Μαδιανός (2000) αναφέρει πως η κοινοτική ψυχιατρική στοχεύει στην ανίχνευση, πρόληψη, και έγκαιρη θεραπεία των ψυχικών διαταραχών όπως αυτές αναπτύσσονται στην κοινότητα, διαχωρίζεται δηλαδή από την ψυχιατρική εντός των ιδρυμάτων ενώ συμπληρώνει πως με τον όρο κοινοτική ψυχική υγιεινή εννοούνται όλες οι δραστηριότητες που πραγματοποιούνται έξω από τις υπηρεσίες (π.χ επιμορφωτικά σεμινάρια σε σχολεία κ.λ.π) αλλά στοχεύουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη ή την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών.

Η δημιουργία δομών που σχετίζονται με την ψυχική υγεία στην κοινότητα είναι όπως αναφέρθηκε ο σημαντικότερος πυλώνας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ακριβώς η δράση των δομών αυτών ξεφεύγει από τα όρια μιας αυστηρά θεραπευτικής σχέσης αλλά κάνει ένα άνοιγμα μέσα από διάφορες δράσεις στο σύνολο του πληθυσμού. Αξίζει να δοθεί μια εικόνα για τις υπηρεσίες που παρέχονται σήμερα στις βασικές δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Κύρια δομή της κοινοτικής ψυχικής υγείας αποτελούν τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.<sup>6</sup> Σκοπός των Κ.Ψ.Υ είναι η θεραπεία των ψυχικά ασθενών αλλά και η επανένταξη τους, ενώ παράλληλα πραγματοποιούνται δράσεις ενημέρωσης με σκοπό την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας στην κοινότητα.

Συνοπτικά, οι βασικές λειτουργίες τους είναι οι εξής:

- Πρόληψη, πρόωπη διάγνωση και θεραπεία όλων των ψυχικών διαταραχών.
  - Παρέμβαση στην κρίση.
  - Ψυχιατρικές υπηρεσίες για ενήλικες- βιο-ψυχο-κοινωνική προσέγγιση.
  - Εφαρμογή ψυχοθεραπειών.
  - Συνεχιζόμενη φροντίδα των ασθενών και εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας σε στενή συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας.
  - Εκπαιδευτικά προγράμματα για επαγγελματίες ψυχικής υγείας.
  - Έρευνα αναγκών και επιδημιολογική έρευνα στον τομέα της ψυχικής υγείας.
- (Υπουργείο Υγείας, [www.psychargos.gov.gr](http://www.psychargos.gov.gr), 2016)

Επίσης βασική δομή είναι το Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο<sup>7</sup>, το οποίο παρέχει υπηρεσίες σε παιδιά, εφήβους, αλλά και τις οικογένειές τους. Παράλληλα υλοποιούνται δράσεις, που στοχεύουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, σε χώρους όπως παιδικοί σταθμοί και σχολεία.

Οι δράσεις του Π.Κ συνοψίζονται ως εξής:

- Διαγνωστική εκτίμηση παιδιών, εφήβων και των οικογενειών τους.
- Συμβουλευτική και υποστηρικτική αντιμετώπιση.
- Εξειδικευμένες παιδοψυχιατρικές και ψυχολογικές υπηρεσίες.
- Υπηρεσίες λογοθεραπείας, εργοθεραπείας και ειδικής διαπαιδαγώγησης.
- Σχεδιασμός παρεμβάσεων στην κοινότητα.
- Εκπαίδευση και ευαισθητοποίηση εκπαιδευτικών σε θέματα υγείας.
- Δραστηριότητες Κέντρου Ημέρας.
- Δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

(Υπουργείο Υγείας, [www.psychargos.gov.gr](http://www.psychargos.gov.gr), 2016)

Παράλληλα δημιουργούνται στην κοινότητα Κέντρα Ημέρας, τα οποία στοχεύουν στην ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων των ψυχικά ασθενών αλλά και

---

<sup>6</sup> Κ.Ψ.Υ

<sup>7</sup> Π.Κ

την προετοιμασία τους για την είσοδο στην εργασία (Υπουργείο Υγείας, [www.psychargos.gov.gr](http://www.psychargos.gov.gr), 2016).

Παρατηρούμε πως το είδος των υπηρεσιών που προσφέρεται από τις κοινοτικές δομές έχει τρεις βασικούς άξονες.

- α) Την πρόληψη και γενικά την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού.
- β) Τη διάγνωση και τη θεραπεία έξω από το άσυλο με τελικό στόχο,
- γ) Την επανένταξη των ψυχικά ασθενών.

Μέσα από τις δράσεις των δομών που αναφέρθηκαν βλέπουμε να επιδιώκεται η παρέμβαση χωρίς το άτομο να απομακρύνεται από το περιβάλλον, ενώ τελικός στόχος είναι η επανένταξη του στην κοινότητα. Παράλληλα όλο και μεγαλύτερο βάρος δίνεται στη ανάπτυξη της σχέσης του με την οικογένεια και τον ευρύτερο κοινωνικό του περίγυρο, αλλά και στην ικανότητα να εισαχθεί στην εργασία. Εκτός από τα άτομα που έχουν διαγνωσθεί ως ψυχικά ασθενείς βλέπουμε ένα μεγάλο μέρος της δράσης των δομών αυτών να απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας, κυρίως μέσα από επιμορφωτικά προγράμματα και άλλες δράσεις, στα πλαίσια της πρόληψης.

### **1.1.1 Από το άσυλο στην κοινότητα**

Όπως είδαμε στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης με την ανάπτυξη δομών στην κοινότητα η παρέμβαση γίνεται εκεί που ζει το άτομο και όχι σε κάποιο άσυλο, χωρίς αυτό όμως να σημαίνει απαραίτητα την πιο ελεύθερη ζωή για τους ψυχικά ασθενείς. Παράλληλα βλέπουμε να πραγματοποιούνται δράσεις που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, μιλάμε δηλαδή για μια επέκταση της ψυχιατρικής μέσα από τις δράσεις της σε επίπεδο κοινότητας. Εδώ τίθεται το ερώτημα, μήπως το άνοιγμα αυτό της ψυχιατρικής στον ευρύ πληθυσμό την καθιστά μηχανισμό κοινωνικής ρύθμισης και ελέγχου; Την πρώτη νύξη την έχουμε από τον Ντελέζ (2001, σ. 10) ο οποίος αναφέρει:

Μέσα στη κρίση του νοσοκομείου ως χώρος εγκλεισμού, οι κλινικές της γειτονίας, το day- hospital, η κατ' οίκον νοσηλεία, μπορεί να σηματοδοτούν μια νέα ελευθερία, αλλά μπορεί επίσης να αποτελέσουν μέρος των μηχανισμών ελέγχου που θα ανταγωνιστούν τις πιο σκληρές μορφές εγκλεισμού.

Ο Ντελέζ (2001) βλέπει αυτές τις αλλαγές συνδεδεμένες με το πέρασμα από τις πειθαρχικές κοινωνίες στις κοινωνίες ελέγχου. Πράγματι όπως είδαμε οι δράσεις που πραγματοποιούνται σε επίπεδο κοινότητας απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, κυρίως μέσα από δράσεις πρόληψης με σκοπό την προαγωγή της δημόσιας ψυχικής

υγείας. Όπως αναφέρει ο Τζανάκης (2008, σ. 103): «ο ίδιος ο κοινωνικός ιστός εντάσσεται στο αντικείμενο της ψυχιατρικής μέσω της λεγόμενης πρωτογενούς πρόληψης», άρα κάθε άτομο μέσα στην κοινότητα, ανεξάρτητα από το αν έχει διαγνωστεί ως ψυχικά ασθενής ή όχι, γίνεται στόχος δράσεων της κοινοτικής ψυχιατρικής. Η Λέκκα (2012) αναφέρει πως αυτή η συνθήκη κατά την οποία όλος ο πληθυσμός γίνεται αντικείμενο της κοινοτικής ψυχιατρικής, δείχνει αυτή τη τάση της ψυχιατρικής να διευρύνει τα όρια της, και υποστηρίζει πως μέσα από αυτό έρχεται ο κοινωνικός έλεγχος. Στον ίδιο τόνο ο Φρεμάν (2004) υποστηρίζει ότι οι δομές στην κοινότητα δεν είναι τίποτα άλλο από μια εξέλιξη, μια ανάπτυξη του ασύλου ενώ παράλληλα αυτή η μετάβαση από το χώρο του ασύλου στην κοινότητα δηλώνει ένα συγκεκριμένο μήνυμα: «αν δεν πας εσύ στο άσυλο θα έρθει το άσυλο σε εσένα» (Φρεμάν, 2004, σ. 77). Δεν είναι οι ψυχικά ασθενείς που απλά μέσα από συγκεκριμένες θεραπείες, με έμφαση στη φαρμακευτική θεραπεία όπως θα δούμε παρακάτω, διαχειρίζονται εκεί που ζουν, αλλά όλος ο πληθυσμός πλέον γίνεται αντικείμενο της ψυχιατρικής ώστε να μπορεί να εφαρμοστεί ο κοινωνικός έλεγχος. Με τη μετάβαση από το άσυλο στην κοινότητα φεύγουμε από τις άκρες των πόλεων ή τα νησιά τύπου Λέρος, ξεφεύγουμε από τη λογική του εγκλεισμού και της πειθαρχίας σε κάποιο συγκεκριμένο χώρο, και μπαίνουμε στην εποχή που η ψυχιατρική υπάρχει εκεί που ζει το μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού, έχοντας έτσι τη δυνατότητα να έχει λόγο για τη συμπεριφορά και τις δραστηριότητες όλου του πληθυσμού της κοινότητας.

Άρα, μέσα από τις δομές της κοινότητας έχουμε ένα άνοιγμα της ψυχιατρικής στον ευρύ πληθυσμό, συνθήκη που την καθιστά μηχανισμό κοινωνικού ελέγχου, ενώ παράλληλα η ζωή των ψυχικά ασθενών ελέγχεται απλά με διαφορετικό τρόπο. Εδώ αναπτύσσεσαι και η ιδέα ότι οι δομές στην κοινότητα δεν είναι παρά ένας πιο ορθολογικός τρόπος διαχείρισης των ψυχικά ασθενών από μέρους της εξουσίας. Σύμφωνα με τον Φουκώ (1987, σ. 11) άλλωστε η ψυχιατρική πρακτική είναι συνδεδεμένη με: «ένα ολόκληρο φάσμα θεσμών, οικονομικών απαιτήσεων και πολιτικών θεμάτων κοινωνικής ρύθμισης». Σε σχέση με τους ψυχικά ασθενείς βλέπουμε πως ο τελικός στόχος είναι η επανένταξη. Η είσοδος των ψυχικά ασθενών στην παραγωγή μέσω της εργασίας είναι σίγουρα ένας πιο ορθολογικός τρόπος διαχείρισης τους σε



σχέση με τον εγκλεισμό ενώ αυτόματα μειώνεται το κόστος της φροντίδας<sup>8</sup>. Με το πέρασμα στην κοινότητα δημιουργείται ένα πρότυπο ζωής το οποίο ο ψυχικά ασθενής καλείται να κατακτήσει και εφόσον αυτό επιτευχθεί, αφού έχει ρυθμιστεί μέσα από τα φάρμακα και τις ψυχολογικές θεραπείες, θα μπορεί να συμμετέχει στις σχέσεις παραγωγής. Υπάρχει λοιπόν ένας κανόνας που αφορά στην *λειτουργικότητα*, και *παραγωγικότητα*, του ατόμου, ενώ σύμφωνα με αυτόν τον κανόνα γίνεται η διάγνωση και κρίνεται η ψυχική κατάσταση του ατόμου. Ο Watson (2007) αναφέρει πως: «*Η ταξινόμηση και η κατηγοριοποίηση μετατράπηκαν σε κατά κανόνα τεχνικές ομαλοποίησης και ο κανόνας έφτασε να είναι τόσο σημαντικός όσο και ο νόμος στη διαμόρφωση κοινωνικών πολιτικών*» (σ. 100)<sup>9</sup>. Για τις δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα θα μπορούσαμε να πούμε ότι έρχονται να εφαρμόσουν πρακτικές που αποβλέπουν σε ένα κανονιστικό πρότυπο γύρω από τη συμπεριφορά, και γενικά τη παρουσία του ατόμου στην κοινότητα, μέσα από την διαχείριση της ζωής του. Με άλλα λόγια η ψυχιατρική κατέχει τη γνώση γύρω από την υγεία και τα εργαλεία να ταξινομεί και να διαχωρίζει το φυσιολογικό και το παρεκκλίνον –το οποίο μετράται σε σχέση με το βαθμό λειτουργικότητας του ατόμου-. Μέσα από τις κοινοτικές δομές οι παρεκκλίσεις εντοπίζονται και τα άτομα μπαίνουν σε ένα κύκλο θεραπειών. Οι θεραπείες δηλαδή είναι διορθωτικές πρακτικές που έχουν σκοπό να αναπτύξουν τη λειτουργικότητα ώστε το άτομο να περάσει από την παρέκκλιση στη φυσιολογικότητα. Εδώ μιλάμε λοιπόν για ένα ζήτημα *κοινωνικής ρύθμισης* και *κοινωνικού ελέγχου* στο ευρύτερο πλαίσιο της *δημόσιας υγείας*, την οποία μάλιστα ο Φουκώ (1978) την εντάσσει στις τεχνικές που, στο πεδίο της πολιτικής πρακτικής, ενισχύουν τον έλεγχο

---

<sup>8</sup> Εδώ ας σκεφτούμε και την κατανάλωση. Οι ψυχικά ασθενείς με το να ζουν στην κοινότητα μπαίνουν σε ένα κύκλο θεραπειών ώστε να αναπτύξουν τη λειτουργικότητα τους. Η ανάπτυξη της φαρμακολογίας όπως θα δούμε στη συνέχεια είναι παράλληλη με την έξοδο από τα άσυλα. Μέσα από τις φαρμακευτικές θεραπείες τα άτομα καταναλώνουν προϊόντα της βιομηχανίας φαρμάκων. Επίσης όταν τα άτομα ζουν στην κοινότητα αυτόματα θα καταναλώνουν προϊόντα που μέσα στο άσυλο δεν θα μπορούσαν. Είναι δύσκολο να αναλυθεί κάτι τέτοιο στην παρούσα εργασία αλλά η πρώτη παρατήρηση που μπορούμε να κάνουμε είναι πως οι ψυχικά ασθενείς ζώντας έξω από τα άσυλα έχουν αυτόματα μια θέση στον κοινωνικό σχηματισμό, αυτή του καταναλωτικού υποκειμένου, άρα αφού είναι χρήσιμοι δεν χρειάζεται πια να περιορίζονται.

<sup>9</sup> Ο Φουκώ (1978) παρατηρεί μια ενσωμάτωση του θεσμού του δικαίου σε ένα σύνολο μηχανισμών με ρυθμιστικό χαρακτήρα, ενώ υποστήριζε πως: «*ο νόμος λειτουργεί όλο και περισσότερο σαν κανόνας*» (σ. 176), στα πλαίσια της ομαλοποιητικής κοινωνίας που επιφέρει η ανάπτυξη της βιο-εξουσίας.

των πληθυσμών στο πλαίσιο άσκησης της *βιο-εξουσίας*, μιας εξουσίας δηλαδή που στοχεύει στη *διαχείριση της ζωής*<sup>10</sup>. Σχετικά με τον έλεγχο του συνόλου του πληθυσμού θα επεκταθούμε στην ενότητα που αναλύεται η πρόληψη.

### **1.1.2 Φαρμακολογία και κοινοτική ψυχιατρική**

Η φαρμακολογία αναπτύσσεται παράλληλα με την εποχή που ο λόγος για το κλείσιμό των ασύλων γίνεται όλο και πιο έντονος, ενώ η χορήγηση φαρμάκων είναι κυρίαρχη στην αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής στις κοινοτικές δομές. Αυτό που συμβαίνει πραγματικά είναι πως με τη μετάβαση στην κοινότητα έχουμε αύξηση της χρήσης φαρμάκων στα πλαίσια του *ελέγχου* των ασθενών. Η χρήση φαρμάκων δηλαδή είναι μια πρακτική ελέγχου των ατόμων η οποία εντοπίζεται σε όλη την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Η φαρμακολογία και η κοινοτική ψυχιατρική ελέγχουν τον ψυχικά ασθενή όχι μέσα από τον εγκλεισμό, αλλά μέσα από την φαρμακευτική θεραπεία και τη σχέση του με τις δομές ψυχικής υγείας. Ο Τζανάκης (2012) αναφέρει πως μέσα από τη φαρμακολογική αντιμετώπιση στην ουσία προσδίδεται μια συγκεκριμένη άποψη για την ασθένεια εστιάζοντας στην βιολογική προέλευση ενώ η τόσο διαδεδομένη χρήση των φαρμάκων δεν είναι αποτέλεσμα της αξιολόγησης ως η καλύτερη θεραπεία, αλλά όπως κρίνει ο ίδιος φανερώνει ένα έλλειμμα εναλλακτικών θεραπευτικών προτάσεων και προσεγγίσεων σε επίπεδο κοινότητας. Σύμφωνα με τον Τζανάκη (2014) τα ψυχοφάρμακα θα μπορούσαν να ελέγξουν την συμπεριφορά των ψυχικά ασθενών, έτσι θα ήταν πιο εύκολη η μετάβαση από το ίδρυμα στην κοινότητα. Σαφέστατα ο λόγος ενάντια στα άσυλα και τον χωρικό περιορισμό των ψυχικά ασθενών συγκεντρώνει ένα αίτημα για το πέρασμα από την πειθαρχική εξουσία σε μια πιο ελεύθερη ζωή<sup>11</sup>. Το ζήτημα είναι όμως πως όταν η ζωή στην κοινότητα συνεπάγεται πρακτικές ελέγχου και

---

<sup>10</sup> Σύμφωνα με το Φουκώ (1978) η εξουσία πλέον οργανώνεται γύρω από τη ζωή και τη διαχείριση της μέσα από τις επιστήμες του σώματος και τις ρυθμίσεις του πληθυσμού, προωθώντας έτσι τη *βιο-πολιτική του πληθυσμού*.

<sup>11</sup> Αξίζει να έχουμε κατά νου πως το τέλος του ασύλου ήταν αίτημα των ριζοσπαστικών κοινωνικών κινημάτων, με αναφορά στην πιο ελεύθερη ζωή των ασθενών, αλλά και των νεοφιλελεύθερων κυβερνήσεων του Ρόναλτ Ρήγκαν στην Αμερική και της Μάργκαρετ Θάτσερ στην Αγγλία με σκοπό να αποτινάξουν το οικονομικό βάρος της περίθαλψης των ψυχικά ασθενών από πάνω τους.

εξουσίας μέσω των φαρμάκων και της εμπλοκής του ασθενούς με τις δομές ψυχικής υγείας μιλάμε σίγουρα για βίο-εξουσία και όχι για μια ελεύθερη ζωή.

Η χορήγηση φαρμάκων είναι στην ουσία μια πρακτική που οδηγεί στη διαχείριση της ζωής, καθώς τα άτομα λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή ώστε να περιοριστούν τα συμπτώματα και να μπορούν να ζήσουν στην κοινότητα, με τελικό σκοπό να επανενταχθούν και να εισαχθούν στην εργασία συμμετέχοντας στην παραγωγή. Βλέπουμε λοιπόν πως η ανάπτυξη δομών στην κοινότητα σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της φαρμακολογίας, είναι χρήσιμη για την βιο-εξουσία, η οποία σύμφωνα με τον Φουκώ (1978) στοχεύει στη διαχείριση της ζωής, άρα με το πέρασμα από τα άσυλα στην κοινότητα το άτομο γίνεται αντικείμενο πρακτικών βιο-εξουσίας. Σε επόμενο κεφάλαιο θα δούμε πιο αναλυτικά τον έλεγχο του σώματος μέσα από τις θεραπείες.

## **1.2 Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας ως ιδεολογικός μηχανισμός του κράτους**

Αρχικά πρέπει να ξεκαθαρίσουμε τι ορίζει ο Αλτουσέρ (1999) ως *Ιδεολογικούς Μηχανισμούς του Κράτους*<sup>12</sup>. Ο Αλτουσέρ (1999) αναφέρει πως: «*Εννοούμε με τον όρο ιδεολογικοί μηχανισμοί του κράτους ορισμένες πραγματικότητες που εμφανίζονται στον άμεσο παρατηρητή με τη μορφή διακριτών και εξειδικευμένων θεσμών*» (σ. 87). Η διαφορά του καταπιεστικού μηχανισμού του κράτους με τους διάφορους ιδεολογικούς μηχανισμούς του κράτους είναι ότι ο πρώτος λειτουργεί πιο πολύ με την βία ενώ οι δεύτεροι επικεντρώνονται στην *ιδεολογία*, ενώ επίσης ως καταπιεστικός μηχανισμός του κράτους αναφέρεται κάτι πιο συγκεντρωτικό. Παράλληλα η σύνδεση των ΙΜΚ μεταξύ τους είναι δύσκολη καθώς ως ΙΜΚ εννοούνται πολλοί θεσμοί με διαφορετικό περιεχόμενο που όλοι όμως μπορούν να περιγραφούν σαν φορείς μια συγκεκριμένης ιδεολογίας. Η σχέση μεταξύ ΙΜΚ και καταπιεστικού μηχανισμού εντοπίζεται στο ότι ο καταπιεστικός μηχανισμός του κράτους είναι αυτός που δημιουργεί χώρο για τη δράση των ΙΜΚ, δράση που στοχεύει στην *αναπαραγωγή των σχέσεων παραγωγής*. Ο Αλτουσέρ (1999) παραθέτει μια λίστα με ΙΜΚ η οποία περιλαμβάνει<sup>13</sup> το θρησκευτικό

---

<sup>12</sup> Στο εξής ΙΜΚ.

<sup>13</sup> Ο Αλτουσέρ (1999) θεωρούσε πως ο σχολικός ΙΜΚ είναι ο κυρίαρχος αντικαθιστώντας την εκκλησία ως κυρίαρχο ΙΜΚ.

IMK, το σχολικό IMK, τον οικογενειακό IMK, το νομικό IMK, το συνδικαλιστικό IMK, τον IMK των μέσων μαζικής ενημέρωσης, τον πολιτιστικό IMK. Θα επιχειρήσουμε να προσθέσουμε στη λίστα και τις κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας με σκοπό να δείξουμε πως οι δομές αυτές προάγουν τον κοινωνικό έλεγχο μέσα από την διάχυση μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας γύρω από τα ζητήματα ψυχικής υγείας. Θα εστιάσουμε στο κομμάτι αυτό της κοινοτικής ψυχιατρικής που καταπιάνεται με την πρόληψη και την επανένταξη καθώς εκεί είναι πιο ξεκάθαρη η ιδεολογική λειτουργία της.

Η Τσαλίκου (1987) αναφέρει πως η ψυχιατρική ιστορικά εξελίσσεται διαφορετικά από ότι η υπόλοιπη ιατρική καθώς το πεδίο της, η ψυχική ασθένεια δηλαδή, επαναπροσδιορίζεται ανάλογα με το ιστορικό πλαίσιο και οι διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις γύρω από αυτή εντάσσονται στα πλαίσια της *κυρίαρχης ιδεολογίας* κάθε κοινωνίας, της ιδεολογίας δηλαδή των *«κυρίαρχων τάξεων»* σύμφωνα με τον Αλτουσέρ (1999, σ. 86)<sup>14</sup>.

Αν σκεφτούμε όλο αυτό τον κανονιστικό λόγο γύρω από τη ζωή, ο οποίος πηγάζει από την ιδεολογία της άρχουσας τάξης, και διαχέεται στον ευρύ πληθυσμό μέσω της κοινοτικής ψυχιατρικής, μπορούμε να πούμε ότι οι δομές ψυχικής υγείας με το πέρασμα τους στην κοινότητα αποτελούν IMK. Σήμερα με την ανάπτυξη των δομών ψυχικής υγείας έχουμε θεσμούς πιο κοντά στον ευρύ πληθυσμό καθώς δημιουργούνται κέντρα ψυχικής υγείας με συγκεκριμένες περιοχές δράσης και εφαρμόζονται προγράμματα που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού της κάθε κοινότητας κυρίως μέσα από την πρόληψη. Στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας συναντώνται οι πρακτικές της κοινοτικής ψυχιατρικής και οι *πολιτικές αποφάσεις για τη δημόσια υγεία*. Ας σκεφτούμε πως οι δομές ψυχικής υγείας στην ουσία εφαρμόζουν πολιτικές αποφάσεις σχετικά με τη ζωή των ψυχικά ασθενών αλλά και επιτηρούν τη συμπεριφορά όλου του πληθυσμού. Η πρόληψη και ο στόχος της επανένταξης στην κοινωνία ειδικότερα μέσω της εργασίας είναι βασικοί πυλώνες για την κοινοτική ψυχιατρική. Με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, η απόφαση για μετάβαση των υπηρεσιών από τα άσυλα στην κοινότητα πάρθηκε πρώτα σε πολιτικό επίπεδο. Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν οι δομές αυτές καθορίζεται από το κράτος αλλά και με την καθοδήγηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης (π.χ

---

<sup>14</sup> Σαφώς το ποια είναι σήμερα η κυρίαρχη ιδεολογία χρειάζεται περισσότερη ανάλυση αλλά δεν μπορεί να γίνει στην παρούσα εργασία.

Κανονισμός 815/84, Πράσινο Βιβλίο για την Ψυχική Υγεία του 2005) και τη συμβολή άλλων διεθνών οργανισμών όπως ο Π.Ο.Υ (Πακέτο Οδηγιών για την Ψυχική Υγεία, 2003), κάτω πάντα από την ομπρέλα της προαγωγής της δημόσιας υγείας, η οποία σύμφωνα με την Brousse (2006, σ. 89) αποτελεί: «*συστατικό στοιχείο της δημόσιας τάξης*». Υπάρχει λοιπόν μια επιδίωξη, σε πολιτικό επίπεδο, για υψηλά επίπεδα ψυχικής υγείας του πληθυσμού, έτσι αποβλέποντας σε αυτό δημιουργούνται προγράμματα προαγωγής της ψυχικής υγείας σε επίπεδο κοινότητας.

Θα αναρωτηθεί κανείς πως όμως μπορούμε να τοποθετούμε τις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας στους ΙΜΚ. Δεν αρκεί για κάτι τέτοιο, να τις εντάξουμε δηλαδή στον έλεγχο μιας υπερδομής ή την υπεράσπιση της δημόσιας τάξης. Η ψυχιατρική έξω από το άσυλο απευθύνεται στο σύνολο της κοινωνίας μέσα από τις κατά περιοχές κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ο πληθυσμός που δεν έχει εκδηλώσει κάποια ψυχική ασθένεια μέσω της ιδεολογίας της πρόληψης γίνεται μάρτυρας μιας φαντασιακής προβολής του ίδιου του εαυτού σε σχέση με την υγεία. Όλες αυτές οι δράσεις που πληροφορούν τον πληθυσμό για την ψυχική υγεία, και μεταδίδουν μια επιστημονική αλήθεια μέσα από τις διάφορες επιμορφώσεις, αλλά και ο ορισμός της ψυχικής υγείας - μέσα από τον οποίο αναδεικνύεται η έμφαση στη λειτουργικότητα του ατόμου- είναι στην ουσία η *διάχυση της ιδεολογίας* στον ευρύ πληθυσμό. Η δυνατότητα του ατόμου να εργάζεται και να συμμετέχει στην παράγωγη θεωρείται υγεία σύμφωνα με τις αρχές της κοινοτικής ψυχιατρικής, αλλά και τις αρχές της καπιταλιστικής κοινωνίας. Αν δεχθούμε λοιπόν την άποψη του Αλτουσέρ (1999) ότι στην ιδεολογία αναπαριστάται η φαντασιακή σχέση των ατόμων με τις πραγματικές συνθήκες ύπαρξής τους, στην προκειμένη περίπτωση έχουμε μια φαντασιακή προβολή της σχέσης των ατόμων με την υγεία. Αυτή η φαντασιακή σχέση με την πραγματική του κατάσταση κρατάει το άτομο δεσμευμένο στον αγώνα για διατήρηση της υγείας άρα το οδηγεί στο να υιοθετήσει συγκεκριμένες πρακτικές άρα και μια συγκεκριμένη *θέση* μέσα στην παραγωγή αφού αυτή η δυνατότητα, να κατέχει μια θέση μέσα στην παραγωγή, είναι ταυτόσημη με την υγεία. Επίσης ξεκάθαρα τον τρόπο με τον οποίο η ιδεολογία εδραιώνεται άρα και αναπαράγονται οι καπιταλιστικές παραγωγικές σχέσεις μπορούμε να το δούμε σε περιπτώσεις που εφαρμόζεται η επανένταξη. Ένας συγκεκριμένος τρόπος διαβίωσης στην κοινότητα επιβάλλεται στον ψυχικά ασθενή, αναφερόμαστε δηλαδή στην υλική υπόσταση της ιδεολογίας μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές και πρακτικές. Το

άτομο δηλαδή μετέχει σε πρακτικές που πηγάζουν από την κυρίαρχη ιδεολογία μέσω των κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η επανένταξη μέσα από τις κοινοτικές δομές δίνει μεγάλη έμφαση στην είσοδο του ατόμου στην εργασία. Όπως αναφέρει ο Μαδιανός (2000): «*Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση είναι μια συνεχής δυναμική διαδικασία που αρχίζει με τη διάγνωση της νόσου και συνεχίζει μέχρι την τελική τοποθέτηση του ατόμου στην πιο κατάλληλη εργασία ή συνθήκες διαμονής*» (σ. 38). Με άλλα λόγια η συμμετοχή του ατόμου στις σχέσεις παραγωγής είναι υγεία. Για να είναι κάποιος υγιής πρέπει να συμμετέχει στις σχέσεις παραγωγής και μάλιστα από μια συγκεκριμένη θέση, αυτή του εκμεταλλευόμενου. Τα άτομα που ανήκουν στα υψηλά οικονομικά στρώματα συνήθως θα απευθυνθούν κατευθείαν σε κάποιον ιδιώτη θεραπευτή, άρα οι κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας δρουν εκεί που ζει η εργατική τάξη, εξυπηρετούν και απευθύνονται, στοχεύουν, σε άτομα που εντάσσονται στην εργατική τάξη (ή είναι γενικά εργαζόμενοι)<sup>15</sup>.

Θα λέγαμε πως αντί για το σύστημα να περιορίζει τα μη παραγωγικά άτομα σε άσυλα, μέσα από τις δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα μπορεί να αναπτύσσει τη λειτουργικότητα τους έτσι ώστε να συμμετέχουν στις σχέσεις παραγωγής, δηλαδή να είναι *χρήσιμοι* σύμφωνα με τα κυρίαρχα καπιταλιστικά πρότυπα, ενώ με την πρόληψη και το δικαίωμα παρέμβασης σε όλο το κομμάτι του πληθυσμού και τη διάδοση ακριβώς μια συγκεκριμένης ιδεολογίας, ελέγχου και ομαλοποίησης, στην κοινότητα οι σχέσεις αυτές θεμελιώνονται ακόμα καλύτερα.

### 1.3 Αλλαγή λόγου

Το πέραςμα από το άσυλο στην κοινότητα έφερε και την ανάγκη για αλλαγή του χαρακτηρισμού των ψυχολογικών φαινομένων και μια νέα σχηματοποίηση του αντικειμένου της ψυχιατρικής μέσα από το λόγο. Παράλληλα με τον όρο ψυχικά ασθενής, που έχουμε ήδη από την εποχή της γέννησης του ασύλου με την ιατρικοποίηση της τρέλας, βλέπουμε να εισάγεται όλο και πιο πολύ ο όρος *ψυχική διαταραχή* αλλά και άλλες έννοιες που κυρίως δείχνουν τη θέση του ασθενούς στο θεραπευτικό πλαίσιο.

---

<sup>15</sup> Το πρώτο κέντρο κοινοτικής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα δημιουργήθηκε στην Αθήνα και κάλυπτε τις ανάγκες του πληθυσμού των περιοχών Βύρωνα και Καισαριανής.

Ο Παπαγεωργίου (2009) αναφέρεται στη σύγχυση που υπάρχει στον καθημερινό λόγο γύρω από την ψυχική ασθένεια. Έτσι δίνει έναν ορισμό της ως εξής: *«ψυχική ασθένεια θεωρείται εξαρχής μια λειτουργική ατέλεια, η οποία αντανακλάται κυρίως στους ψυχικούς μηχανισμούς και αποκλίνει σαφώς από τις απαιτήσεις και αντιλήψεις της ευρύτερης κοινωνικής πολιτιστικής ομάδας»* (σ.13). Αυτή ακριβώς την αδυναμία του ατόμου να είναι λειτουργικό στα πλαίσια της κοινωνίας έρχεται να αντιμετωπίσει η ψυχιατρική μέσα από τις διάφορες θεραπείες. Παράλληλα με το πέρασμα στην κοινότητα διατηρείται ο όρος ψυχικά ασθενής αλλά εισάγεται και ο όρος της ψυχικής διαταραχής ο οποίος δίνει τη δυνατότητα στην ψυχιατρική να ενσωματώνει στο λόγο της ένα μεγάλο σύνολο ψυχολογικών φαινομένων. Σύμφωνα με τον Ehrenberg (2013) η ψυχιατρική περιχαράκωσε, μέσα από το λόγο της, ερωτήματα που απασχολούσαν την ανθρωπότητα εισάγοντας τον όρο της ψυχικής διαταραχής. Μέσα από τα διαγνωστικά εργαλεία βρισκόμαστε σήμερα, όπως θα δούμε και παρακάτω, μπροστά σε μια υπερπληθώρα ψυχικών διαταραχών όπου κάθε μια μπορεί να εξειδικεύεται και να αναφέρεται σε μια συγκεκριμένη λειτουργία του ατόμου. Μέσα από αυτό οδηγούμαστε σε όλο και περισσότερα άτομα να εντοπίζονται ως ψυχικά διαταραγμένοι και έτσι η ψυχιατρική να καταφέρνει να επεκτείνεται. Μιλάμε δηλαδή για μια *επέκταση* της ψυχιατρικής μέσω της *εξειδίκευσης* καθώς η ψυχιατρική μπορεί να *ταξινομεί* ως διαταραγμένα, άρα και να τα *διαχωρίζει* από τα υγιή και λειτουργικά, όλο και περισσότερα άτομα εστιάζοντας σε μια συγκεκριμένη λειτουργία τους. Έτσι έρχεται η αντικειμενοποίηση των υποκειμένων καθώς μέσα από τους χαρακτηρισμούς αυτούς, που επιτρέπουν την ταξινόμηση, οδηγούμαστε σε διαιρετικές πρακτικές, σε πρακτικές διαχωρισμού, μέσω του λόγου -στην προκειμένη περίπτωση του λόγου της κοινοτικής ψυχιατρικής- (Φουκώ, 1991).

Ο Τζανάκης (2008) αναφέρεται επίσης σε έναν επαναπροσδιορισμό εννοιών, σαν επακόλουθο της μεταρρύθμισης στην ψυχική υγεία, σχετικά με τη θέση του ατόμου που έρχεται σε επαφή με τις δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Αναφέρει πως στη χώρα μας συνεχώς παρατηρούνται διαφορετικοί τρόποι με τους οποίους γίνεται αυτή η αναφορά με τους πιο συνηθισμένους να είναι ο *«ψυχικά πάσχων άνθρωπος»*, το *«ψυχικά πάσχον υποκείμενο»*, ο *«ένοικος»*, ο *«πελάτης»*, ο *«χρήστης ή λήπτης υπηρεσιών ψυχικής υγείας»*, ο *«εξυπηρετούμενος»*, ενώ σε κύρια θέση βρίσκεται ο παραδοσιακός βιοϊατρικός όρος *«ψυχικά άρρωστος»* ή *«ψυχικά ασθενής»* (σ. 74). Οι όροι αυτοί όπως

παρατηρεί ο Τζανάκης (2008) παραπέμπουν σε διαφορετικού τύπου κλινικές πρακτικές, νέου τύπου δηλαδή θεραπευτικές σχέσεις, στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, που συνδέονται με νέου τύπου θεραπευτικές πρακτικές. Ο Τζανάκης (2008) θεωρεί πως η αλλαγή χαρακτηρισμού δείχνει την προσπάθεια της ψυχιατρικής να επαναπροσδιορίσει το αντικείμενο της και θεωρεί πως οι ψυχιατρικοί λόγοι που προκύπτουν με την ψυχιατρική μεταρρύθμιση επιδιώκουν την εδραίωση μιας νέας αντίληψης γύρω από τα ψυχολογικά φαινόμενα προς την κατεύθυνση μετασχηματισμού του εαυτού. Με τις δομές στην κοινότητα, όπως θα δούμε και πιο κάτω, απευθύνεται ένας όλο και πιο *υπευθυνοποιητικός λόγος*<sup>16</sup> προς τον ψυχικά ασθενή ώστε το άτομο που εισέρχεται σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο να αναπτύξει τη λειτουργικότητα του και να μπορεί να επανενταχθεί στην κοινωνία έχοντας αναπτύξει μια νέα αντίληψη για το πως πρέπει να λειτουργεί, αλλά και τη σημασία του να εργάζεται και να παράγει.

Αρα ο λόγος της ψυχιατρικής για τα ψυχολογικά φαινόμενα είναι θα λέγαμε βαθειά πολιτικός καθώς η ψυχιατρική αναγκάζεται να επαναπροσδιορίσει το αντικείμενο της προκειμένου να μπορεί να εφαρμόσει συγκεκριμένες πρακτικές που αποβλέπουν στην *βιοπολιτική* διαχείριση της ζωής. Όπως αναφέρει και ο Φρεμάν (1998): *«Αντίστοιχα, η τρέλα και η ψυχική νόσος είναι αντανακλάσεις της θεσμικής αλλαγής που πραγματοποιείται σε μία χώρα»* (σ. 76). Με την αλλαγή χαρακτηρισμού λοιπόν σε συνδυασμό με την ανάπτυξη των κοινοτικών δομών μπορεί ο ψυχικά ασθενής να γίνει αντικείμενο εφαρμογής συγκεκριμένων πρακτικών με τελικό στόχο την επανένταξη, δηλαδή τη λειτουργία του στην κοινότητα, την οικογένεια και την είσοδο του στην παραγωγή.

---

<sup>16</sup> *«Το άτομο μετατρέπεται σε φορέας δικαιωμάτων και υποχρεώσεων»* (Τζανάκης, 2008, σ. 75). Σύμφωνα με τον Τζανάκη (2008) αυτός ο λόγος επιχειρεί να καταστήσει το άτομο υπεύθυνο απέναντι στον εαυτό του αλλά και τους άλλους. Αυτόν τον υπευθυνοποιητικό λόγο ιστορικά τον έχουμε ξανασυναντήσει με τη γέννηση του ασύλου. *«ο τρελός θα πρέπει να ξαναποκτήσει συνείδηση ελεύθερου και υπεύθυνου υποκειμένου και, συνακόλουθα τη λογική του»* (Φουκώ, 1968, σ. 240)



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Διαχείριση της ζωής και κοινωνικός έλεγχος μέσα από τις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας**

Αφού είδαμε πως αναπτύχθηκαν οι κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας, και πως τελικά αυτό το πέρασμα από το άσυλο στην κοινότητα δεν σημαίνει μια ελεύθερη ζωή, σε αυτό το κεφάλαιο εξετάζοντας τις βασικές κατευθύνσεις της πρόληψης, της διάγνωσης, της θεραπείας αλλά και της επανένταξης επιχειρείται να αιτιολογηθεί η θέση πως οι δομές αυτές είναι μηχανισμοί διαχείρισης της ζωής και κοινωνικού ελέγχου. Με το πέρασμα από το άσυλο στην κοινότητα εντοπίζουμε και διαφορετικές σχέσεις εξουσίας. Καταρχάς όπως έχει αναφερθεί οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στη κοινότητα δημιουργούν ένα συγκεκριμένο πεδίο δράσης όχι μόνο για τους χαρακτηριζόμενους ως ψυχικά ασθενείς αλλά έχοντας και τη γνώση γύρω από τα όρια μεταξύ του φυσιολογικού και της παρέκκλισης μπορούν να ελέγχουν τη δράση όλου του πληθυσμού της κοινότητας.

Η ανάλυση που γίνεται στην παρούσα εργασία ανταποκρίνεται εν μέρη στην ανάλυση των σχέσεων εξουσίας όπως την προτείνει ο Φουκώ (1991).<sup>17</sup> Μπορούμε να προσδιορίζουμε το σύστημα της διαφοροποίησης μέσα από τη σχέση *«ειδικός της υπηρεσίας-ασθενής»*. Όπως αναφέρει ο Φουκώ (1991, σσ. 95-96): *«κάθε σχέση εξουσίας χρησιμοποιεί διαφοροποιήσεις που είναι συγχρόνως συνθήκες και αποτελέσματα για αυτήν»*. Υπάρχει μια αρχική διαφοροποίηση ανάμεσα στον ειδικό-θεραπευτή-κάτοχο της γνώσης και το άτομο που απευθύνεται στην υπηρεσία. Μέσα από τη συνθήκη αυτή ο ασθενής εντάσσεται στο θεραπευτικό πλαίσιο όπου μέσα από μια διαδικασία διαγωγής-η οποία οδηγεί στην διακυβέρνηση των ατόμων<sup>18</sup>- αλλά και την

---

<sup>17</sup> Ο Φουκώ (1991) υποστηρίζει πως κατά την ανάλυση των σχέσεων εξουσίας πρέπει να προσδιορίζονται πέντε σημεία που αφορούν: 1) Το σύστημα διαφοροποιήσεων, 2) Τον τύπο των αντικειμενικών σκοπών, 3) Τις εργαλειακές τροπικότητες, 4) Τις μορφές θεσμοποίησης και 5) Τους βαθμούς εξορθολογισμού.

<sup>18</sup> *«Η άσκηση της εξουσίας συνίσταται στην καθοδήγηση των διαγωγών και στη διευθέτηση της πιθανότητας [...] Το να κυβερνάς με αυτή την έννοια σημαίνει να δομείς το ενδεχόμενο πεδίο δράση των άλλων»* (Φουκώ, 1991, σσ. 92- 93). Ο Σολομών (1994) επισημαίνει πως οι σύγχρονες μορφές εξουσίας έχουν χαρακτηριστεί από την πειθαρχία με την έννοια της *«διακυβέρνησης και διαμόρφωσης ρυθμισμένων ατόμων»* (σ. 8). Σύμφωνα με τον ίδιο αυτές οι μορφές εξουσίας: *«έχουν ηπιότερο χαρακτήρα και εμπλέκουν τα ίδια τα σώματα των ατόμων στα οποία στοχεύουν καθώς και τα πνεύματά τους»* (Σολομών, 1994, σ. 8).

φαρμακευτική θεραπεία που ελέγχει το σώμα, ο πρώτος ακριβώς επιδρά πάνω στην δράσης του δεύτερου με αποτέλεσμα να συνεχίζει να υπάρχει αυτή η διαφοροποίηση. Εκτός από το θεραπευτικό πλαίσιο αυτή η διαφοροποίηση εντοπίζεται και στα πλαίσια της πρόληψης, σε επίπεδο κοινότητας. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθούν ζητήματα που αφορούν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία αλλά και την επανένταξη κάτω από την άποψη ότι όλες αυτές οι δράσεις έχουν ένα αντικειμενικό σκοπό, τον κοινωνικό έλεγχο. Επίσης αναλύονται τα εργαλεία που χρησιμοποιεί η ψυχιατρική που δεν είναι άλλα από την εξέταση, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τα φάρμακα, ένα σύνολο δηλαδή από υλικά, αλλά και προϊόντα επιστημονικής γνώσης ή λόγου. Παράλληλα θα δούμε πως η κοινοτική ψυχιατρική αναπτύσσει εργαλεία εξορθολογισμού που αφορούν τις πρακτικές της (π.χ βραχεία θεραπεία, αυξημένη χορήγηση φάρμακων κ.λ.π). Βεβαία όπως είδαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, μέσα από τον τρόπο που θεσμοθετήθηκε η κοινοτική ψυχική υγεία, όλη η ανάπτυξη των κοινοτικών δομών αποτελεί ένα εξορθολογισμό, σε κρατικό επίπεδο, της διαχείρισης των ψυχικά ασθενών αλλά και της προαγωγής της ψυχικής υγείας στον ευρύ πληθυσμό, στο πλαίσιο βέβαια εξασφάλισης της δημόσιας τάξης.

Το άτομο ερχόμενο σε επαφή με μια κοινοτική υπηρεσία ψυχικής υγείας αφού εξεταστεί *κατατάσσεται* σε μια συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία. Η εξέταση για τον Φουκώ (1994) αποτελεί θεμελιακό εργαλείο της εξουσίας μέσω της εξατομίκευσης Όπως αναφέρει:

Η εξέταση είναι η μόνιμη, ταξινομητική επιτήρηση, που επιτρέπει τον καταμερισμό των ατόμων, την εκφορά κρίσεων για αυτά, την αποτίμηση τους, την οροθέτηση τους, και άρα τη χρησιμοποίησή τους στο μέγιστο βαθμό. Χάρη στην εξέταση, η ατομικότητα γίνεται στοιχείο για την άσκηση της εξουσίας. (Φουκώ, 1994, σ. 81)

Αν μη τι άλλο η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών και η γνώση του ειδικού για το ποια θεραπεία πρέπει να ακολουθηθεί μετά από κάθε διάγνωση δημιουργεί μια εξουσιαστική σχέση. Η Twigg (2007) μας υπενθυμίζει τη ανάλυση του Φουκώ όπου η εφαρμογή συγκεκριμένων συστημάτων γνώσης ορίζει και δημιουργεί συγκεκριμένους πληθυσμούς, οι οποίοι αφού «*κριθούν και ταξινομηθούν*» υπόκεινται σε διαδικασίες *ομαλοποίησης* μέσα από διάφορες *διορθωτικές θεραπευτικές τεχνικές*. Μέσα από συστήματα σκέψης, γνώσης και τις πρακτικές εφαρμογές, στη συγκεκριμένη περίπτωση εντός της κοινότητας, τα άτομα *επιτηρούνται* και *ελέγχονται*. Μέσα από την επιστημονική γνώση το υποκείμενο πειθαρχεί εσωτερικεύοντας τον ψυχιατρικό λόγο

και καταφεύγοντας σε πρακτικές του εαυτού, όπως αρμόζει στο ιδεώδες της ψυχιατρικής, μέσω τις θεραπείας, ενώ παράλληλα και το σώμα ελέγχεται μέσα από συγκεκριμένες παρεμβάσεις, κυρίως φαρμακευτικές, όπως θα δούμε παρακάτω. Η Twigg (2007, σ. 169) αναφέρει ότι: *«οι διαδικασίες ανάπτυξης του εαυτού διαμεσολαβούν από κάποιον άλλον, έναν ιερέα έναν θεραπευτή, έναν προσωπικό γυμναστή κ.λ.π.»*, στην προκειμένη περίπτωση μεσολαβούν μέσα από τους ειδικούς κοινοτικής ψυχικής υγείας και αναπτύσσονται μέσα από τη διαδικασία της συμβουλευτικής και της ψυχοθεραπείας. Η Brousse (2006) τονίζει πως η διαχείριση σαν πράξη έχει καταφέρει μέσα από τη γνώση να έχει λόγο για όλες τις πτυχές της ανθρώπινης ζωής. Όπως αναφέρει: *«Οι θεραπευτές είναι πάνω όλα διαχειριστές της δημόσιας υγείας, η οποία και αυτή έχει γίνει συστατικό στοιχείο της δημόσιας τάξης»* (Brousse, 2006, σ. 88). Αν θεωρήσουμε πως όντως η δημόσια υγεία, ή αντίστοιχα η ψυχική υγεία, είναι στοιχείο της δημόσιας τάξης, μιλάμε για πρακτικές στα πλαίσια της προαγωγής της ψυχικής υγείας του πληθυσμού που συντελούν στην εδραίωση του κοινωνικού ελέγχου.

Στις ενότητες που ακολουθούν αντιπαραβάλλονται οι ιδέες και οι πρακτικές της κοινοτικής ψυχιατρικής με τη θεωρία του Φουκώ αλλά και της ψυχανάλυσης.

## 2.1 Πρόληψη

Μέσω της πρόληψης εισάγεται μια συγκεκριμένη αντίληψη για το σύμπτωμα και την δυσφορία που βιώνει το άτομο. Οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι ο κύριος φορέας υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας. Ο Φουκώ (2012) αναφέρει ότι το περιεχόμενο της ιατρικής ξεφεύγει από το πεδίο των θεραπειών και της ίασης του παθολογικού αλλά κατέχει και τη γνώση γύρω από το πρότυπο του ανθρώπου, του μη νοσούντος, του υγιούς<sup>19</sup>. Με αυτό τον τρόπο η ιατρική,

---

<sup>19</sup>Εδώ μιλάμε δηλαδή για ένα σώμα χωρίς τις ιδιότητες του σώματος. Αυτό μας παραπέμπει σε συνθήκες αντίστοιχες της εικονικής πραγματικότητας. Ο Ζίζεκ (2003) περιγράφει την εικονική πραγματικότητα ως εξής:

η εικονική πραγματικότητα απλούστατα γενικεύει αυτή τη διαδικασία που συνίσταται στην προσφορά ενός προϊόντος στερημένου της ουσίας του. Παρέχει την ίδια την πραγματικότητα στερημένης της ουσίας της, του σκληρού ανθεκτικού πυρήνα του Πραγματικού –ακριβώς όπως ο καφές χωρίς καφεΐνη έχει τη μυρωδιά και τη γεύση του

ή εν προκειμένω η κοινοτική ψυχιατρική, ξεφεύγοντας από το θεραπευτικό πλαίσιο μπορεί να επεμβαίνει στο σύνολο των δραστηριοτήτων των ανθρώπων και να επιτηρεί ή να κρίνει τα άτομα βασιζόμενη σε αυτό το πρότυπο υγιούς ανθρώπου. Όπως θα δούμε ακριβώς μέσα από την πρόληψη ολόκληρος ο πληθυσμός γίνεται αντικείμενο της κοινοτικής ψυχιατρικής, και των μηχανισμών ομαλοποίησης, στα πλαίσια της προαγωγής της δημόσιας ψυχικής υγείας.

Οι Thornicroft & Tansella (2010) αναφέρουν πως η πρόληψη εφαρμόζεται σε τρία επίπεδα. Η πρωτοβάθμια πρόληψη ή καθολική, εφαρμόζει μέτρα που αποτρέπουν την εμφάνιση της διαταραχής και απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού. Η δευτεροβάθμια πρόληψη, ή επιλεκτική όπως ονομάζεται, απευθύνεται σε ανθρώπους που κατατάσσονται σε κάποια θεωρούμενη ως ευάλωτη ομάδα ή έχουν αρχίσει να εμφανίζουν συμπτώματα που παραπέμπουν σε κάποια διαταραχή. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς: «*Η δευτεροβάθμια πρόληψη αναφέρεται στον έγκαιρο εντοπισμό των ανθρώπων που πάσχουν, προσπάθεια που επιτυγχάνεται συνήθως ύστερα από διενέργειες ελέγχων*» (Thornicroft & Tansella, 2010, σ. 49). Η τριτοβάθμια πρόληψη ή αλλιώς ενδεδειγμένη, στοχεύει σε περιπτώσεις που έχει εδραιωθεί η διαταραχή με σκοπό να μειωθούν οι *κοινωνικές της συνέπειες*. Τα τρία αυτά στάδια μπορούν να θεωρηθούν ως μια συνέχεια, όχι αποκομμένα το ένα από το άλλο. Ο Μαδιανός (2000) με τη σειρά του περιγράφει τις λειτουργίες των τριών βαθμίδων της πρόληψης με παρόμοιο τρόπο. Αναφέρει πως η πρωτογενής πρόληψη περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα στόχων και δραστηριοτήτων και εμπλέκονται όλοι οι επαγγελματίες και φορείς ψυχικής υγείας με στόχο την προαγωγή της ψυχικής υγείας του γενικού πληθυσμού. Τα προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης αφορούν όλες τις φάσεις της ζωής του ατόμου, από την προγεννητική περίοδο μέχρι την προχωρημένη ενήλικη ζωή, ενώ πραγματοποιούνται δράσεις που απευθύνονται σε άτομα και οικογένειες που χαρακτηρίζονται ως υψηλού κινδύνου (π.χ έγκυες με ιστορικό προηγούμενης ψυχικής νόσου, ανήλικες έγκυες κ.λ.π). Στόχος είναι οι επαγγελματίες να ανιχνεύουν άτομα ή οικογένειες σε κρίση και να επιλύουν τα προβλήματα πριν προκαλέσουν την εκδήλωση μιας ψυχικής διαταραχής.

---

πραγματικού καφέ χωρίς ωστόσο να είναι πραγματικός καφές, έτσι και η Εικονική Πραγματικότητα βιώνεται ως πραγματικότητα χωρίς να είναι (Ζίζεκ, 2003, σ. 21).

Εδώ έχουμε ακριβώς ένα σώμα που δεν φθείρεται, ένα σώμα δηλαδή χωρίς τα βασικά χαρακτηριστικά του σώματος.

Παράλληλα ως άλλη μια σημαντική δράση θεωρείται η *εκπαίδευση της κοινότητας* μέσα από επιμορφωτικά προγράμματα διάφορων ειδών που απευθύνονται είτε στο σύνολο του πληθυσμού είτε σε κάποιο μέρος του με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (π.χ οι σχολές γονέων). Κατά τη δευτερογενή πρόληψη σύμφωνα με τον Μαδιανό (2000) επιδιώκεται να βοηθηθούν έγκαιρα άτομα που ήδη έχουν εκδηλώσει μια ψυχική διαταραχή. Σκοπός είναι να βοηθηθούν τα άτομα αυτά γρήγορα πριν προλάβει να πάρει μεγάλες διαστάσεις το πρόβλημα. Επίσης στόχος είναι και ο γενικός πληθυσμός ο οποίος μέσα πάλι από επιμορφωτικά προγράμματα μαθαίνει να αντιλαμβάνεται τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα ώστε να καταφεύγει έγκαιρα στις δομές ψυχικής υγείας. Τέλος η τριτογενής πρόληψη αναφέρεται στη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση της οποίας ο ρόλος είναι να μειώσει μέσα από συγκεκριμένες μεθόδους και τεχνικές τις επιπτώσεις της ψυχικής ασθένειας επιδιώκοντας την κοινωνική ενσωμάτωση. Αντίστοιχα ο Παπαγεωργίου (2009) επισημαίνει τη μεγάλη σημασία την πρόληψη σαν όπλο εναντίων των ψυχικών διαταραχών και διακρίνει το κομμάτι της πρόληψης επίσης σε τρία επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο η πρόληψη αφορά στην προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού μέσα από εξάλειψη παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση ψυχικής διαταραχής, στην δεύτερη τοποθετείται η έγκαιρη επισήμανση και παρέμβαση ώστε να μειωθεί η διάρκεια μιας διαταραχής ενώ η τελευταία βαθμίδα της πρόληψης στοχεύει στην εξάλειψη των επιπλοκών των υπολειμμάτων μιας διαταραχής και την αποκατάστασή. Η πρόληψη είναι ένας ορθολογικός τρόπος αντιμετώπισης της διαταραχής γιατί περικλείει το σύνολο των αποκλίσεων πριν καν εκδηλωθούν, εκμηδενίζοντας τις πιθανότητες *διαφοροποίησης* των ατόμων από το πρότυπο και τις απαιτήσεις της κοινωνίας. Δεν είναι τυχαίο ότι ακόμα και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή το 2005 εξέδωσε μια Πράσινη Βίβλο<sup>20</sup> για την ψυχική υγεία που ακριβώς θέτει την πρόληψη σε πρώτο πλάνο αναφέροντας την ανάγκη για προαγωγή της ψυχικής υγείας και αντιμετώπιση της κακής ψυχικής υγείας, μέσω προληπτικών προγραμμάτων (Ε.Ε, 2005). Επίσης η επιδημιολογία βοηθάει αρκετά τις δράσεις της πρόληψης. Όπως αναφέρουν οι Πέππου και Στυλιανίδης (2014) η επιδημιολογία ερευνά φαινόμενα υγείας, ασθένειας και συμπεριφοράς των ανθρώπων στο περιβάλλον τους. Η

---

<sup>20</sup> Οι πράσινες βίβλοι είναι έγγραφα που δημοσιεύονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τα οποία αποσκοπούν στην προώθηση του προβληματισμού σε ευρωπαϊκό επίπεδο επί συγκεκριμένου θέματος. (<http://eur-lex.europa.eu/>)

επιδημιολογία σύμφωνα με τους Πέππου και Στυλιανίδη (2014, σ. 86) είναι: «*κύρια επιστήμη της ιατρικής δημόσιας υγείας*». Η ψυχιατρική επιδημιολογία εστιάζει στην περιγραφή της έκτασης του φαινομένου των ψυχιατρικών διαταραχών και τον υπολογισμό της εξέλιξης των διαταραχών σε σχέση με τον πληθυσμό. Μελετά κοινωνικούς παράγοντες που πιθανόν ευθύνονται σε ένα βαθμό για την εκδήλωση μιας διαταραχής στο συγκεκριμένο περιβάλλον όπως το φύλο, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση, με σκοπό βέβαια να αντλήσει μια γνώση γύρω από τον πληθυσμό και τη σχέση του με αυτούς τους παράγοντες, ώστε μετά η κοινοτική ψυχιατρική να επέμβει διορθωτικά και να αποκαταστήσει την δημόσια τάξη.

Από όλα τα παραπάνω βλέπουμε πως μέσα από την πρόληψη παράγεται μια γνώση γύρω από τον πληθυσμό, μέσα από την παρατήρηση της ζωής. Το άτομο επιμορφώνεται και επιδιώκει την διατήρηση της υγείας, στο ευρύτερο πλαίσιο της προαγωγής της ψυχικής υγείας του πληθυσμού, ενώ παράλληλα η κοινοτική ψυχιατρική μπορεί να επεμβαίνει άμεσα στη ζωή των ανθρώπων, όποτε το κρίνει απαραίτητο και θεωρεί πως υπάρχει κάποιος κίνδυνος, ώστε να διασφαλίσει τα επίπεδα ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Βλέπουμε πως προβλέπονται παρεμβάσεις που απευθύνονται είτε σε ολόκληρο το κοινωνικό σώμα είτε σε διάφορες ομάδες μέσα σε αυτό, που χαρακτηρίζονται ως ομάδες υψηλού κινδύνου. Οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η πρόληψη είναι ένας μηχανισμός που επιτρέπει την διαχείριση της ζωής και την κοινωνική ρύθμιση του πληθυσμού, μέσα από μια σειρά παρεμβάσεων και ρυθμιστικών ελέγχων, αποβλέποντας στην *ομαλοποίηση*, άρα θα λέγαμε ότι η πρόληψη είναι μορφή βιο-εξουσίας μέσω του ελέγχου και της ρύθμισης του πληθυσμού. Όπως αναφέρει ο Φουκώ (1978, σ. 177): «*μια ομαλοποιητική κοινωνία είναι το αποτέλεσμα μιας τεχνολογίας της εξουσίας που έχει σαν επίκεντρο τη ζωή*». Αυτό ακριβώς επιδιώκεται μέσα από τα προγράμματα πρόληψης, οι εκδηλώσεις του ατόμου μέσα από την εμφάνιση κάποιου συμπτώματος να προλαμβάνονται ώστε η γενική εικόνα του ατόμου, του μη νοσούντος όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της κοινωνίας.

Το ζήτημα της πρόληψης δεν είναι καθόλου απλό. Η πρόληψη είναι το πρώτο μέσο επιβολής του κοινωνικού ελέγχου ενώ μέσα από την πρόληψη άρχισαν να αναδύονται σύμφωνα με τη Μητροσύλη (2014) και πρακτικές υποχρεωτικής θεραπείας στην κοινότητα. Η Μητροσύλη (2014) θίγει το ζήτημα της υποχρεωτικής θεραπείας στην

κοινότητα που τείνει να αποτελέσει ευρεία πρακτική διεθνώς. Κυρίως συναντάται μέσω της ακούσιας φαρμακευτικής αγωγής, κατά κύριο λόγο με νευροληπτικά σκευάσματα και ενέσιμα σκευάσματα μακράς επίδρασης, χάριν της πρόληψης της υποτροπής. Όπως αναφέρει η ίδια: *«Αυτή η θεραπεία φαίνεται να ακουμπά σε διαχειριστικές πολιτικές στραμμένες προς τον έλεγχο του υποκειμένου και την ασφάλεια της κοινότητας»* (σ. 288) Σύμφωνα με τη Μητροσύλη (2014) τα άτομα που υποχρεώνονται σε θεραπεία υφίστανται τον κοινωνικό έλεγχο αλλά και στιγματίζονται, καθώς αποκλίνουν από τα κυρίαρχα κοινωνικά πρότυπα. Ως συνέπεια βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό αφού θεωρούνται ως εν δυνάμει επικίνδυνοι για την ασφάλεια των άλλων μελών της κοινότητας. Η μη υποταγή στις προσαγές της πρόληψης ενέχει επίσης ένα μεγάλο βαθμό *ατομικής ενοχής*, είναι κάτι αντίστοιχο με αυτό που περιγράφει ο Φουκώ (1964) πως συνέβη την εποχή της γέννησης του ασύλου. Έχουμε το πέρασμα από τη φυλακή στο άσυλο, σε μια δηλαδή φαινομενικά λιγότερο περιοριστική δομή αλλά παράλληλα έχουμε και την εισαγωγή της ενοχής μέσα από ένα σύστημα *«συνειδητοποίησης του εαυτού»*, με την κατάσταση να περιγράφεται ως εξής:

Ο τρελός, σαν ανθρώπινο ον, πρωταρχικά προικισμένο με λογική, δεν είναι πια ένοχος για την τρέλα του, αλλά ο τρελός σαν τρελός πια και μέσα από αυτή την αρρώστια, μπορεί μεν να μην είναι ένοχος για αυτήν, πρέπει όμως να νιώθει υπεύθυνος για ό,τι τυχόν απάνω του θα μπορούσε να ενοχλήσει την ηθική και την κοινωνία και, για τις ποινές που του επιβάλλουν, να μην θεωρεί υπεύθυνο παρά μόνο τον εαυτό του (Φουκώ, 1964 .σ. 239).

Αντίστοιχα και σήμερα, σε μια εποχή που η υγεία γίνεται ευθύνη του ατόμου απέναντι στο σύνολο, η πρόληψη είναι διαδεδομένη πρακτική και βρίσκει εύκολα τρόπο να έχει πρόσβαση στο σύνολο του πληθυσμού. Αυτό το σύμπλεγμα της γνώσης γύρω από τον κίνδυνο που παραμονεύει και η καλλιέργεια του *φόβου* (βασικό εργαλείο διακυβέρνησης των πληθυσμών) για την επικείμενη ψυχική νόσο αφήνει τα άτομα εκτεθειμένα όσο ποτέ σε πρακτικές κοινωνικού ελέγχου και επιβολής του ιδεώδους της επιστήμης. Βλέπουμε πως ένα σημαντικό κομμάτι της πρόληψης αναφέρεται στην ανάγκη επιμορφωτικών προγραμμάτων, υπάρχει μια γνώση που μεταδίδεται στο σύνολο του πληθυσμού με σκοπό τα άτομα να παραμείνουν εντός του πλαισίου της υγείας. Μέσα λοιπόν από την πρόληψη έρχεται σε ατομικό επίπεδο η *αυτοεπιτήρηση* που παραπέμπει σε μια ορθολογική διαχείριση της ζωής καθώς οι άνθρωποι *αυτοελέγχονται*.

Σε ατομικό επίπεδο προλαμβάνοντας το σύμπτωμα προλαμβάνεται η ανάδυση του υποκειμένου μέσα από το λόγο καθώς σε αντίθετη περίπτωση, στην περίπτωση δηλαδή

που το υποκείμενο εκδηλώσει κάποιο σύμπτωμα, έχει όλη την ευθύνη για τις παρεμβάσεις που θα μπορεί να κάνει η ψυχιατρική στο ίδιο. Επίσης εδώ να υπογραμμίσω πως δεν κάνουμε σε καμία περίπτωση την αιογραφία του συμπτώματος απλά αυτή η ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη των συμπτωμάτων παραβλέπει τη λειτουργία του συμπτώματος και τη συνεισφορά του στο υποκείμενο όπως έχει αναλύσει η ψυχανάλυση, εκτενέστερα θα δούμε το θέμα αυτό σε επόμενη υποενότητα. Επίσης αναδεικνύοντας τον ρόλο της πρόληψης ως μηχανισμό κοινωνικού ελέγχου δεν σημαίνει ότι προτιμάμε κοινωνίες που δεν μεριμνούν για την δημόσια υγεία, απλά προσπαθούμε να δούμε κριτικά την σημερινή κατάσταση σε επίπεδο πολιτικής αλλά και σε ατομικό επίπεδο.

### 2.1.1 Πρόληψη και πανοπτισμός

Το βασικό ερώτημα εδώ είναι, μήπως με την πρόληψη και την επιτήρηση του ατόμου από το ίδιο έχουμε μια γενίκευση του πανοπτικού σχήματος; Σύμφωνα με τον Φουκώ (1994) ο πανοπτισμός μπορεί να διεισδύσει σε όλα τα μεγάλα ζητήματα της κοινωνίας, από το να διασφαλίσει την υγεία μέχρι να σταθεροποιήσει την οικονομία. Το πανοπτικό σχήμα του Jeremy Bentham έφερε μια αλλαγή ως προς τις συνθήκες εγκλεισμού και επιτήρησης των κρατουμένων των φυλακών. Αυτό το μάτι της εξουσίας που παρατηρεί τα πάντα αποδείχθηκε πιο ισχυρό από τον εγκλεισμό στα μπουντρούμια, στα υπόγεια, στο σκοτάδι. Το πανοπτικό σχήμα αναλύεται από το Φουκώ στο έργο του «*Επιτήρηση και Τιμωρία*» και ως οικοδόμημα περιγράφεται ως εξής:

Στην περιφέρεια ένα οικοδόμημα με μορφή δακτυλίου, στο κέντρο ένας πύργος, ο πύργος διαπερνιέται από τα μεγάλα παράθυρα που βλέπουν στην εσωτερική πλευρά του δακτυλίου. Το περιφερειακό οικοδόμημα διαιρείται σε κελιά, καθένα εκ των οποίων διασχίζει όλο το βάθος του οικοδομήματος. Τα κελιά έχουν δύο παράθυρα, το ένα προς το εσωτερικό που αντιστοιχεί στα παράθυρα του πύργου. Το άλλο, το οποίο βλέπει προς τα έξω επιτρέπει στο φως να διαπερνά το κελί από τη μία άκρη μέχρι την άλλη. Αρκεί επομένως να τοποθετηθεί ένας παρατηρητής στον κεντρικό πύργο. [...] Λόγω του φωτισμού που έρχεται από πίσω μπορεί κανείς να διακρίνει από τον πύργο να διαγράφονται καθαρά στο φως οι μικρές αιχμάλωτες σιλουέτες της περιφέρειας (Φουκώ, 2011. σ228).

Η λειτουργία αυτού του σχήματος μέσα από αυτό το συνεχές βλέμμα που μεταδίδεται από τον πύργο σε όσους είναι στα κελιά αποτελεί ένα ιδιοφυή μηχανισμό ορθολογικής άσκησης της εξουσίας καθώς δεν λειτουργεί ενεργητικά αλλά υποβάλλει τα άτομα σε μια *αυτοεπιτήρηση* καθώς το άτομο βρισκόμενο σε αυτή τη διαφανή θέση δεν



χρειάζεται καν να επιτηρείται πραγματικά, αλλά αυτόματα τα άτομα λειτουργούν σαν να παρακολουθούνται όλη την ώρα καθώς η επιτυχία του μοντέλου αυτού συνίσταται ακριβώς στην άγνοια του κρατούμενου για το πότε ακριβώς παρακολουθείται. Πως εμείς λοιπόν μπορούμε να ανάγουμε τη λειτουργία του πανοπτικού σχήματος στη πραγματικότητα της πρόληψης στην κοινότητα;

Ο Φουκώ (2011) αναφέρει πως: «*το πανοπτικό σχήμα θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί κάθε φορά που πρόκειται να αντιμετωπιστεί μια πολλαπλότητα ανθρώπων, στα οποία θα πρέπει να επιβληθεί ένα καθήκον ή μια διαγωγή*» (σ. 234), ενώ μια βασική ιδιότητα του σχήματος αυτού είναι να μειώνεται ο αριθμός αυτών που ασκούν εξουσία με μια παράλληλη αύξηση του αριθμού αυτών επάνω στους οποίους η εξουσία ασκείται.<sup>21</sup>

Ας δούμε λίγο αυτό σε σχέση με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στον ευρύ πληθυσμό μέσα από την κοινότητα. Μέσα από τα προγράμματα πρόληψης και τις διάφορες επιμορφώσεις γύρω από την ψυχική υγεία, στα πλαίσια που η ψυχική υγεία αποτελεί πλέον καθήκον του ατόμου προς την κοινωνία, το άτομο αυτοεπιτηρείται. Βλέπουμε ξεκάθαρα την εφαρμογή του *πανοπτισμού* στην κοινότητα με τον ίδιο τρόπο που το πανοπτικό όπως υποστηρίζει η Epstein (2016) επεκτείνεται και παγκοσμιοποιείται μέσα από τη βιομετρία. Η ίδια υποστηρίζει πως μέσα από τη διάχυση της βιομετρίας στην καθημερινότητα, το πανοπτικό γενικεύεται σε σχέση με το σώμα. Αξιολογώντας και συγκρίνοντας τα μέρη του σώματος και τις λειτουργίες του σε σχέση με το φυσιολογικό, το οποίο έχει ορίσει η επιστήμη, το άτομο επιτηρεί τον εαυτό του, μαθαίνει να εξετάζει και να βλέπει το σώμα του δηλαδή μέσω και μέσα από το βλέμμα της επιστήμης, ακριβώς λόγω της διάχυσης της βιομετρίας στην καθημερινότητα. Σύμφωνα με την ίδια μιλάμε για ένα τέλος της *ιδιωτικότητας* καθώς τα πάντα επιτηρούνται βάση των πορισμάτων της επιστήμης. Με αντίστοιχο τρόπο λειτουργούν και οι δράσεις επιμόρφωσης στα πλαίσια της ψυχικής υγείας οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στα άτομα να *αυτοαξιολογούνται* καθώς μαθαίνουν να αναγνωρίζουν σημάδια που υποδεικνύουν τον κίνδυνο εκδήλωσης κάποιας διαταραχής ώστε να καταφύγουν στην κοινοτική υπηρεσία ψυχικής υγείας. Παράλληλα τα άτομα μαθαίνοντας παράγοντες σε σχέση με τη συμπεριφορά, που υποδηλώνουν ή οδηγούν σε

---

<sup>21</sup> Ένα ακόμα παράδειγμα που αναφέρει ο Watson (2007) και μπορούμε να το δούμε στην καθημερινότητα μας είναι οι κάμερες, που πλέον υπάρχουν παντού. Η κάμερα είναι διαρκώς εκεί αλλά τα άτομα δεν μπορούν να είναι σίγουρα πότε όντως κάποιος τα παρακολουθεί μέσα από αυτή.

κάποια διαταραχή αυτοελέγχονται. Ο Τζανάκης (2014) στέκεται αρκετά στο ζήτημα ότι οι ψυχικά ασθενείς μέσα στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας μαθαίνουν πως να ζούνε μέσα από *οδηγίες* που τους δίνονται. Εδώ δεν πρέπει να ξεχνάμε αυτή τη δυάδα γνώσης – εξουσίας καθώς οι οδηγίες δίνονται από ειδικούς, είναι προϊόντα γνώσης, ώστε ο άνθρωπος να υιοθετήσει συγκεκριμένες αποδεκτές συμπεριφορές. Αναπτύσσονται λοιπόν μέσα από τη σχέση ειδικών– ασθενών, αλλά και γενικού πληθυσμού, πρακτικές που έχουν σαν αποτέλεσμα την *αυτοεπιτήρηση*. Το άτομο μαθαίνει να αυτοεπιτηρείται στα πλαίσια της διαχείρισης της ζωής του. Μέσω της αυτοεπιτήρησης το άτομο συμμορφώνει όλη του την καθημερινότητα, όλες τις συνήθειες του, κάτω από τον φόβο για εκδήλωση κάποιας διαταραχής, ή υποτροπής αν πρόκειται για άτομο που έχει εκδηλώσει στο παρελθόν κάποια ψυχική διαταραχή, στο πλαίσιο πάντα της διασφάλισης υγείας. Όπως αναφέρει ο Τζανάκης (2014) κάτω από το πρόσταγμα για κατάκτηση της υγείας επιδιώκεται μια ελεγχόμενη καθημερινότητα χωρίς εξάρσεις και έκτακτα συμβάντα, δηλαδή θα λέγαμε, μια κοινωνία χωρίς γεγονότα που ξεφεύγουν από την ομαλότητα και διαταράσσουν την δημόσια τάξη.

Η πρόληψη είναι ένας τρόπος τελειοποίησης της εξουσίας. Η τελειοποίηση σύμφωνα με το Φουκώ (2011) συνίσταται και στο ότι μπορούν να γίνονται παρεμβάσεις πριν διαπραχθούν τα σφάλματα. Η πρόληψη όπως αναφέρθηκε αναπτύσσει μηχανισμούς εντοπισμού της κρίσης με σκοπό την επίλυση της πριν εκδηλωθεί κάποια ψυχική διαταραχή. Η λειτουργία της επιδημιολογίας, η οποία όπως αναφέρθηκε χαρακτηρίζεται σαν κύρια επιστήμη της δημόσιας υγείας, εστιάζει σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Η πρόληψη εκεί λειτουργεί όπως το πανοπτικό, προλαμβάνει πριν χρειαστεί να επέμβει διορθωτικά. Οι μηχανισμοί εντοπισμού της κρίσης, που πιθανώς όπως λένε οι ειδικοί, μπορεί να οδηγήσει σε κάποια ψυχική διαταραχή δεν αφήνουν κανένα περιθώριο ιδιωτικότητας. Οι άνθρωποι ένα μένει να κάνουν, να προσαρμόσουν τις ζωές τους εντός του πλαισίου της ψυχικής υγείας (όπως διατυπώνεται από τον κυρίαρχο ορισμό της)<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Όπως αναφέρει και ο Agamben(2016): «ένα από τα ουσιώδη χαρακτηριστικά της νεώτερης βιοπολιτικής είναι η διαρκής ανάγκη της να επαναπροσδιορίζει στην ζωή το κατώφλι που αρθρώνει 'ο,τι είναι εντός και ό,τι είναι εκτός» (σ. 207). Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η ψυχική υγεία είναι ένα καθήκον των πολιτών προς την κοινωνία. Είναι ένα καθήκον που καθορίζεται από την εξουσία ως τέτοιο και μέσα από εκεί περνάμε στην διακυβέρνηση, τον έλεγχο, των ατόμων. Δεν έχουμε την δυνατότητα στην παρούσα εργασία να σταθούμε πιο πολύ στις ιδέες του Agamben και να προσπαθήσουμε να τις συνδέσουμε με τις δράσεις που αναλύονται αλλά έχει ενδιαφέρον να κρατήσουμε τη λειτουργία αυτού

## 2.2 Διάγνωση

Το DSM<sup>23</sup>-I δημοσιεύτηκε το 1952 και αποτέλεσε την πρώτη συστηματική απόπειρα επίσημης ταξινόμησης και καταγραφής των ψυχικών διαταραχών (Ehrenberg, 2013; Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος, 2015). Σήμερα έχουμε την 5η έκδοση του DSM που εκδόθηκε το Μάιο του 2013 με ευθύνη της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας. Στο ενδιάμεσο έχουμε το DSM-II το 1968, DSM-III το 1980 και DSM-IV 1994. Η αλήθεια είναι ότι η έκδοση του DSM-III χαρακτηρίζεται ως κομβικό σημείο για την ψυχιατρική για λόγους που θα δούμε παρακάτω. Σήμερα χρησιμοποιείται το DSM-5<sup>24</sup> αλλά είναι απαραίτητο να σταθούμε λίγο στο DSM-III καθώς συνδέεται άμεσα με το πέρασμα στην κοινότητα. Το DSM-III έφερε μια επανάσταση στην Ψυχιατρική καθώς εμπεριείχε ένα πιο ευρύ φάσμα περιγραφών και κατηγοριοποιήσεων των ψυχικών διαταραχών (Horwitz, 2011). Οι δύο πρώτες μορφές του DSM όπως αναφέρουν οι Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος (2015) αναγνώριζαν μόνο τρεις διαταραχές, τις ψυχώσεις, τις νευρώσεις και τις διαταραχές του χαρακτήρα. Εδώ θυμίζει όπως διαπιστώνουν και οι συγγραφείς μια παραλλαγή της ψυχαναλυτικής θεωρίας, πιο συγκεκριμένα θα λέγαμε ότι παραλλάσσονται οι τρεις βασικές δομές του ψυχισμού που για την ψυχανάλυση είναι η νεύρωση, η ψύχωση και η διαστροφή.

---

του διαχωρισμού η οποία οδηγεί στο να εντοπιστούν ακριβώς οι άνθρωποι εκείνοι που ζουν ανάμεσα στη ζωή και το θάνατο –όπως οι ψυχικά ασθενείς. Είναι οι άνθρωποι που καταλαμβάνουν ένα αχαρτογράφητο σημείο εντός της κοινωνικής πραγματικότητας. Είναι ο homo sacer (ιερός άνθρωπος), μια ενδιαφέρουσα φιγούρα των ρωμαϊκών χρόνων που ζούσε ανάμεσα στη απαγόρευση της θυσίας του και την ατιμωρησία σε περίπτωση δολοφονίας του. Παραπέμποντας στην διάκριση του Agamben ανάμεσα στον πολίτη με πλήρη δικαιώματα και τον homo sacer ο Ζίζεκ (2003) αναφέρει πως ο σύγχρονος homo sacer είναι το προνομιούχο αντικείμενο της ανθρωπιστικής βιοπολιτικής. Εκείνος από τον οποίο έχουν στερήσει την ανθρωπιά του και τον φροντίζουν με τρόπο ιδιαίτερα συγκαταβατικό. Ο homo sacer, σύμφωνα με τον Ζίζεκ (2003) είναι αντικείμενο πειθαρχικών μέτρων ή και ανθρωπιστικής βοήθειας. Οι άνθρωποι που βιώνουν τη δυσφορία επίσης καταλαμβάνουν μια αχαρτογράφητη, ακατοίκητη θέση στο δημόσιο πολιτικό, κοινωνικό σχηματισμό. Αυτή η θέση ενισχύει τις πρακτικές της κοινοτικής ψυχιατρικής, και την δυνατότητα να τον μεταχειριστούν (τον ψυχικά ασθενή) με τον τρόπο που αναλύεται στην παρούσα εργασία.

<sup>23</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Το DSM είναι το κύριο διαγνωστικό εργαλείο της ψυχιατρικής συνολικά, όχι μόνο στις υπηρεσίες της κοινότητας.

<sup>24</sup> Με την έκδοση του DSM-5 σταματάει η αρίθμηση με λατινικούς χαρακτήρες.

Το DSM-III έρχεται την ίδια περίοδο που επιχειρείται ευρέως το πέρασμα από το άσυλο στην κοινότητα. Η ψυχιατρική απλώνοντας το βλέμμα της εκτός του στενά γεωγραφικού χώρου θέλησε να λέγαμε να ερμηνεύσει και να ταξινομήσει τις συμπεριφορές όλου του πληθυσμού, σε αντιστοιχία με την γενική μετάβαση της ψυχιατρικής στην κοινότητα, όπου όπως έχει αναφερθεί πολλές φορές στοχεύει στο σύνολο του πληθυσμού. Οι Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος (2015) αναφέρουν πως το DSM-III:

Έφερε τις σημαντικότερες αλλαγές στην ψυχιατρική ταξινόμηση μέχρι σήμερα. Όρισε ειδικά περιγραφικά κριτήρια για τη διάγνωση των ψυχικών διαταραχών απαλείφοντας κάθε αναφορά σε συγκεκριμένες θεωρίες ως προς την αιτιολογία τους, στηρίχθηκε σε μεγάλο βαθμό σε δεδομένα κλινικών και επιδημιολογικών μελετών για τον προσδιορισμό των διαταραχών και εισήγαγε την πολυαξονική διάγνωση (Εκτός από τις κλινικές διαγνωστικές κατηγορίες εισάγονται επιπλέον παράλληλοι άξονες για την προσωπικότητα και τη νοημοσύνη, τις σωματικές νόσους, τις ψυχοκοινωνικές αντιξοότητες και τη γενική λειτουργικότητα) (Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος, 2015, σ. 14).

Όπως επισημαίνει και ο Ehrenberg (2013) εκείνη την περίοδο υπερισχύει η ανάγκη για όσο το δυνατόν ακριβέστερη κλινική περιγραφή και αυτό οδηγεί σε μια απόρριψη της προσπάθειας για θεωρητική αιτιολόγηση και δίνεται έμφαση στα προτυποποιημένα κριτήρια εστιασμένα στη συμπεριφορά, η συμπεριφορά είναι άλλωστε και ο στόχος όλων των διορθωτικών πρακτικών. Μέσα από αυτό προκύπτει και η νέα έννοια της ψυχικής διαταραχής, που όπως αναφέρει και ο Κοτζαμάνης (2015) είναι μια κατάσταση που εκφράζει την ανικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει σε κοινωνικές και επαγγελματικές υποχρεώσεις. Μιλάμε δηλαδή για μια διαταραχή της σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον εστιασμένη στην λειτουργικότητα και την παραγωγικότητα, την ικανότητα του να ανταπεξέρχεται στους διάφορους κοινωνικούς του ρόλους, συνεκτιμώντας βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Η εκτίμηση αυτή, η εστιασμένη σε τρεις βασικούς παράγοντες, καθίσταται δυνατή μέσα από την πολυαξονική προσέγγιση, την οποία εισήγαγε το DSM-III και σύμφωνα με τον Ehrenberg (2013) αποτυπώνει την τριάδα που κυριάρχησε στη ψυχιατρική από τη δεκαετία του 1970 και ύστερα. Αυτή η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας στην ουσία εξετάζει το άτομο σε σχέση με διάφορα σημεία της πραγματικότητας χωρίς όμως να αναλύει αυτή τη σχέση, αλλά αποβλέποντας σε μελλοντικές βελτιωτικές και διορθωτικές πρακτικές.

Αξίζει να δούμε πως περιγράφει ο Ehrenberg (2013) τους άξονες που απαρτίζουν το πολυαξονικό σύστημα.

1ος Άξονας: Αρχικά περιγράφονται οι ψυχικές διαταραχές μέσα από συγκεκριμένες ταξινομήσεις και σύνδρομα που το άτομο μπορεί να έχει.

2ος Άξονας: Σε δεύτερο επίπεδο τα σύνδρομα συναρτώνται με την προσωπικότητα και την λειτουργικότητα του ατόμου. Σε άτομα που γενικά είναι λειτουργικά και ανταπεξέρχονται στις απαιτήσεις της ζωής τους ικανοποιητικά αλλά εμφανίζουν κατά διαστήματα διαφορά συμπτώματα στόχος είναι αυτά ακριβώς και μόνο τα περιστατικά. Δηλαδή υπάρχει η πεποίθηση πως αυτά τα περιστατικά πρέπει απλώς να εξαλειφτούν χωρίς να είναι αναγκαίο να προχωρήσουμε σε περαιτέρω ανάλυση τους. Υπό αυτή την οπτική δηλαδή τα περιστατικά αυτά δεν συνδέονται με μια συνολικότερη αφήγηση του υποκειμένου (μέσα στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον), αυτό που αρκεί είναι ο άνθρωπος να είναι λειτουργικός.

3ος Άξονας: Εδώ λαμβάνονται υπ όψιν σωματικές διαταραχές που εμποδίζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.

4ος Άξονας: Επίσης εξετάζονται κοινωνικοί παράγοντες που ενισχύουν την εκδήλωση της διαταραχής, κοινωνικοί παράγοντες που εμποδίζουν δηλαδή την λειτουργικότητα<sup>25</sup>. Με αυτό τον τρόπο οι ειδικοί μπορούν να επέμβουν σε όλες τις πτυχές της ζωής του ανθρώπου.

5ος Άξονας: Τελευταίος και σημαντικότερος άξονας βάση του οποίου εξάγεται το τελικό πόρισμα είναι η προσαρμοστική λειτουργία του ατόμου. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε πως η επανένταξη και η εισαγωγή του ατόμου στην εργασία είναι βασικό μέλημα της κοινοτικής ψυχιατρικής.

Μέσα τον τρόπο αυτό της διάγνωση εξάγουμε το συμπέρασμα πως κατά την εκδήλωση της ψυχικής ασθένειας σημασία δεν έχει η αιτία, δηλαδή η ψυχιατρική δεν αντιλαμβάνεται το σύνολο των συμπτωμάτων σαν μια προσωπική αφήγηση αλλά σαν ένα σύνολο εμποδίων της ανάπτυξης της λειτουργικότητας που πρέπει να εξαλειφθούν,

---

<sup>25</sup> Όταν λέμε πως εκτιμώνται οι κοινωνικοί παράγοντες μην θεωρούμε πως αυτό γίνεται σε μια κατεύθυνση κριτικής της κοινωνίας ως καταπιεστικής και παραγωγικής δυσφορίας. Αντίθετα μελετούνται οι κοινωνικοί παράγοντες που συμπληρώνουν την κλινική εικόνα του ασθενούς με σκοπό να εφαρμοστεί μια ολιστική προσέγγιση χάριν της επανόδου του ατόμου στην κοινωνία και την εργασια-παραγωγή. Δεν αναδεικνύεται δηλαδή ο πυρήνας της σχέσης του ατόμου με τις δεδομένες κοινωνικές συνθήκες αλλά μέσα από την κοινοτική ψυχιατρική το άτομο καλείται απλά να προσαρμοστεί όσο καλύτερα γίνεται στην κοινότητα, την οικογένεια και το εργασιακό περιβάλλον και τις σχέσεις παραγωγής.

ενώ αντιλαμβάνεται το άτομο σαφώς συνδεδεμένο με τους διάφορους κοινωνικούς του ρόλους και έχει μέλημα να αποκαταστήσει την ικανότητα του να ανταπεξέρχεται σε αυτούς χωρίς να υπάρχει η διάθεση να αναλυθούν τα συμπτώματα σε σχέση με το νόημα που έχουν για το υποκείμενο. Μιλάμε δηλαδή καθαρά για αποκλίσεις και τεχνικές διορθώσεις της συμπεριφοράς.

Το DSM-III επηρέασε τα DSM-IV και DSM-5. Η προσέγγιση του DSM-III για ταξινόμηση με αυστηρά περιγραφικά διαγνωστικά κριτήρια και η μη θεωρητική, αλλά βασισμένη σε εμπειρικά δεδομένα, αιτιολόγηση διατηρήθηκε. Αυτό που αλλάζει όπως αναφέρουν οι Κονταξάκης και Κωνσταντακόπουλος (2015) είναι η προσπάθεια οι ψυχικές διαταραχές πλέον να προσεγγίζονται βάση και της έντασης τους. Επίσης η συνέντευξη προτείνεται ως χρήσιμο κλινικό εργαλείο ως προς τη διερεύνηση πολιτισμικών παραγόντων ενώ εκφράζεται η άποψη πως η διαδικασία αυτή βοηθάει στη συνεργασία του ασθενούς με τους ειδικούς και τη διαμόρφωση μιας θετικής του στάσης απέναντι στην προτεινόμενη θεραπεία.

Έχουμε λοιπόν μια εκτίμηση των συμπτωμάτων που μας οδηγεί στη διάγνωση μιας διαταραχής με συγκεκριμένη ένταση, *ποσοτικά διαβαθμισμένη*. Η διαβαθμισμένη αποτίμηση, η εξειδίκευση των υπάρχοντων διαταραχών, αλλά και την εισαγωγή νέων (όπως η «*διαταραχή απορρύθμισης της διάθεσης με ευερεθιστότητα*», η «*προεμμηνορυσιακή διαφορική διαταραχή*», η «*διαταραχή κρίσεων υπερφαγίας*» και άλλες) συνέβαλαν σε έναν *υπερπληθωρισμό διαγνώσεων*. Στην τελευταία έκδοση του DSM παρατηρούμε μια αύξηση των τύπων των διαταραχών σε 541 σε σχέση με την προηγούμενη έκδοση που ήταν 383 (Κονταξάκης & Κωνσταντακόπουλος, 2015). Βέβαια αυτό γίνεται σε μια προσπάθεια ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι να γίνονται φορείς διαφορετικών διαταραχών ώστε να εισέρχονται στο θεραπευτικό πλαίσιο και να ελέγχονται καλύτερα.

### **2.2.1 Από το σύμπτωμα του Υποκειμένου σε ένα σύμπτωμα χωρίς νόημα**

Είναι σύνηθες γενικά, αλλά και στις δομές της κοινότητας ειδικότερα, οι ανάγκες να εκφράζονται ποσοτικά με σκοπό να σχεδιαστεί από πλευράς της κοινωνικής πολιτικής το κατάλληλο πρόγραμμα με σκοπό την ικανοποίησή τους (Watson, 2007). Θα μπορούσαμε να συνδέσουμε αυτή την διαπίστωση του Watson (2007) με την αλλαγή

που εισάγει το DSM-5, τη διάγνωση δηλαδή διαβαθμισμένης έντασης. Ο Horwitz (2011) υποστηρίζει πως οι ψυχιατρικές διαγνώσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές για την ψυχιατρική γιατί προσδίδουν αξιοπιστία στις πρακτικές των ειδικών. Είναι πιο εύκολο δηλαδή να γίνουν αποδεκτές πρακτικές που δικαιολογούνται λόγω μιας συγκεκριμένης διάγνωσης, ενώ έχοντας οργανώσει κάποιες εμπειρίες ασθένειας δημιουργούν διακριτά και ισχυρά σύνορα ανάμεσα στο κανονικό και το παθολογικό. Επίσης ο ίδιος θίγει τον τρόπο με τον οποίο η ανάπτυξη των διαγνώσεων έχει επηρεαστεί από την ανάπτυξη της φαρμακοβιομηχανίας ενώ επισημαίνει πως οι διαγνώσεις είναι εύπλαστες ανάλογα με τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Οι McKeown, Stowell-Smith, Derricott & Mercer (2009) αναφέρουν πως στην ουσία μέσα από την διάγνωση περνάμε σε μια κλινικοποίηση του συνόλου της ανθρώπινης δραστηριότητας. Φέρνουν το παράδειγμα της διάγνωσης που συνοδεύει συχνά τους χρήστες ουσιών που εκτός από τη διάγνωση κάποιας διαταραχής υπάρχει και μια τάση να εξετάζετε η εξάρτηση ως επιπρόσθετη διαταραχή<sup>26</sup>. Αυτό που συμβαίνει τότε σύμφωνα με τους McKeown και συνεργάτες (2009) είναι το άτομο να μπαίνει όλο και πιο βαθιά στο θεραπευτικό πλαίσιο καθώς όσο πιο πολλές είναι οι διαγνώσεις τόσο πιο πολλές θεραπείες και θεραπευτές θα πρέπει να κινητοποιηθούν. Ενισχύεται όπως αναφέρουν με αυτό τον τρόπο η κυριαρχία της ψυχιατρικής πάνω στην ανθρώπινη δράση καθώς οι διαγνώσεις σημαίνουν την ανάγκη για επέμβαση, για θεραπεία. Άρα όσο πιο πολλά σημεία της ανθρώπινης δραστηριότητας, ή ύπαρξης, διαγνωστούν ως διαταραγμένα τόσο πιο εντατική θα είναι η παρέμβαση. Από όσα έχουν αναφερθεί παρατηρούμε γενικά την τάση όλο και πιο πολλοί άνθρωποι ή ανθρώπινες δραστηριότητες να ενταχθούν σε κάποια κατηγορία του DSM. Σύμφωνα με τον Horwitz (2011) η κατάθλιψη πριν το DSM-III αποτελούσε μια όχι τόσο κοινή διαταραχή μετά όμως τη δεκαετία του 1980 αυτό άλλαξε, σαν αποτέλεσμα της κοινής πορείας του DSM και της τάσης της ψυχιατρικής να δρα επεκτείνοντας το αντικείμενο της. Αυτή η επέκταση της ψυχιατρικής βέβαια ήρθε και με πολιτικές αποφάσεις σχετικές με την ανάγκη για ψυχιατρική μεταρρύθμιση. Η Λέκκα (2012) αναφέρει χαρακτηριστικά πως στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού που εντάσσεται σε κάποια διαγνωστική κατηγορία ξεπερνά το σαράντα τοις εκατό. Ποιον ρόλο παίζει για την εξουσία και την άσκηση πρακτικών ομαλοποίησης ολοένα και μεγαλύτερο κομμάτι του συνολικού πληθυσμού

---

<sup>26</sup> Συχνά αυτό συναντάται με τον όρο «διπλή διάγνωση».

να εντάσσεται σε κάποια διαγνωστική κατηγορία; Ας σκεφτούμε λίγο τις αλλαγές που ήρθαν με το DSM-5. Η επιδίωξη για διαβαθμισμένη ένταση των διαταραχών δίνει τη δυνατότητα να περικλείεται σε κάποια κατηγορία διάγνωσης ολοένα και μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Το να αναφέρεται πως σχεδόν ο μισός πληθυσμός εμπίπτει σε κάποια κατηγορία διαταραχής ανεξάρτητα με την ένταση της έχει ως αποτέλεσμα όλο και μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού να εντάσσεται στο θεραπευτικό πλαίσιο ή να θεωρείται πως έχει ανάγκη για θεραπεία. Αυτή η τάση βοηθάει την άσκηση της βιοεξουσίας, με αρκετά επίσης μη ρητά οφέλη για την ψυχιατρική ως πρακτική και την βιομηχανία φαρμάκων. Με περίπου το μισό πληθυσμό να μπορεί να ταξινομηθεί ως διαταραγμένος η ψυχιατρική απευθύνεται σε όλο και περισσότερα άτομα. Οι πρακτικές της ψυχιατρικής δεν περιορίζονται στο πως θα διαχειριστεί τους ασθενείς εντός των ασύλων αλλά εφευρίσκει τρόπους επέκτασης της εντάσσοντας στο λόγο της κάθε ανθρώπινη συμπεριφορά, ώστε να έρθει στη συνέχεια η ανάγκη να αποκαταστήσει την τάξη μέσα από την προαγωγή της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Όπως αναφέρει ο Assoun (2006), το υψηλό επίπεδο υγείας για όλους, ο σκοπός βάσει του οποίου αναδύθηκαν μηχανισμοί όπως ο Π.Ο.Υ, αυτόματα εισάγει την επιταγή όλοι να έρθουν σε επαφή με τις ιατρικές επιστημονικές γνώσεις. Αυτό ακριβώς το καθήκον να ενταχθούν οι άνθρωποι στην «υγειονομική νόρμα» περνάει μέσα από την ομαλοποίηση σε συνδυασμό με τη συγκεκριμένη γνώση βάσει της οποίας διαχωρίζεται η υγεία από την ασθένεια. Με το πρόσταγμα «Υγεία για όλους» έρχεται σύμφωνα με τον Assoun (2006, σ. 56) η μετατροπή της υγείας σε «θετικοποιημένο ρυθμιστικό ιδεώδες» που ενισχύει έτσι τη ρύθμιση του πληθυσμού. Εδώ ο Assoun (2006) μας βοηθάει να καταλάβουμε από μια άλλη προσέγγιση τη λειτουργία αυτής της εμμονής με την ένταξη στη νόρμα αλλά και τη θέσπιση ταξινομητικών και διαγνωστικών εργαλείων. Σύμφωνα με τον Assoun (2006) το DSM σε συνδυασμό με τις ψυχοθεραπείες έχουν εισαγάγει στη κοινωνική καθημερινότητα μια σειρά από έννοιες οι οποίες σύμφωνα με τον ίδιο είναι υποτίθεται ικανές να διαχειριστούν τη δυσφορία μέσα από την προώθηση μιας *διαχείριση του συμπτώματος*. Θα λέγαμε πως αυτή η διαδικασία ταυτοποίησης, μέσω της διάγνωσης, ενός ψυχολογικού φαινομένου παραπέμπει αυτόματα και σε μια γνώση γύρω από τη φύση του, άρα και στη δυνατότητα να χαρακτηριστεί σαν παθολογικό με αποτέλεσμα το άτομο που φέρει το σύμπτωμα να υπόκειται σε *πρακτικές ομαλοποίησης*. Αυτή η συνθήκη σύμφωνα με τον Assoun (2006) οδηγεί: «στον



κοινωνικό έλεγχο της ασθένειας» από μέρους της ψυχιατρικής. Αντίθετα η ψυχανάλυση όπως αναφέρει ο ίδιος: «πρώτον επαναφέρει το σύμπτωμα στην καρδιά του υποκειμένου, στην ασυνείδητη αιτιότητα του και δεύτερον, εγκαθιστά εκ νέου το πρόβλημα στη καρδιά της δυσφορίας στον πολιτισμό και των κοινωνικών του εκφάνσεων» (Assoun, 2006, σ. 61).

Ήδη από το Φρόντ (2000) το σύμπτωμα έρχεται επενδεδυμένο με ένα νόημα για το υποκείμενο. Όπως επισημαίνει ο ίδιος: «Το σύμπτωμα για την ψυχανάλυση έχει νόημα και σχετίζεται με το βίωμα του ασθενούς» (Φρόντ, 2000, σ. 249). Βέβαια σήμερα όπως αναφέρει ο Βεργέτης (2006) απέχουμε πολύ από μια τέτοια λογική καθώς: «Η αρχαιολογία του συμπτώματος, οι ασυνείδητες σημασίες που ενδημούν σε αυτό, η διαφορούμενη λειτουργική συνδρομή του στο υποκείμενο, όλα αυτά δεν απασχολούν πλέον την ψυχιατρική, ούτε τη συμπεριφορική και γνωσιακή ψυχολογία. Θεωρούνται φροϋδικές εκκεντρικότητες και πολυτέλειες» (Βεργέτης, 2006, σ. 217). Από όλα τα παραπάνω καταλαβαίνουμε πως το νόημα με το οποίο έχει επενδυθεί το σύμπτωμα από το υποκείμενο δεν ενδιαφέρει την κοινοτική ψυχιατρική, εξάλλου όπως αναφέρει και ο Φουκώ (2012) είναι πάγια πρακτική το υποκείμενο να εξαιρείται από το βλέμμα του γιατρού προκειμένου να γίνει μια εστίαση στην ασθένεια. Μια τέτοια πρακτική όμως ειδικά στον τομέα της ψυχικής υγείας μόνο σφάλματα –για το υποκείμενο- μπορεί να παράγει.

Ο Λίποβατς (2007, σ. 182) αναφέρει πως: «για την ψυχανάλυση, το υποκείμενο είναι ένα υποκείμενο του ασυνειδήτου το οποίο υπόκειται στη γλώσσα και στη μεταφορική λειτουργία της», μέσα από αυτή τη λειτουργία εν μέρει συγκαλύπτεται το νόημα με το οποίο έχει επενδυθεί το σύμπτωμα<sup>27</sup>. Στα πλαίσια όμως της κοινοτικής ψυχιατρικής τα συμπτώματα όπως έχουμε αναφέρει δεν είναι παρά εμπόδια μπροστά στην

---

<sup>27</sup> Εδώ θα μπορούσαμε να πούμε πάρα πολλά σχετικά με το γιατί το σύμπτωμα έρχεται μέσα στο πραγματικό συγκαλυμμένο δεν θα εξυπηρετούσε όμως τους σκοπούς της παρούσας εργασίας. Ας κρατήσουμε αυτό που λέει ο Ζίζεκ (2006, σ. 163) με δύο λόγια:

Το σύμπτωμα είναι ένα κωδικοποιημένο μήνυμα, αποδέκτης του οποίου δεν είναι ένα άλλο ανθρώπινο ον (όταν εγγράφω στο σώμα μου ένα σύμπτωμα που αποκαλύπτει το βαθύτερο μυστικό της επιθυμία μου, δεν υπάρχει πρόθεση να το διαβάσει άμεσα ένα ανθρώπινο ον), και το οποίο έχει αν μη τι άλλο πετύχει τον στόχο του από τη στιγμή που παράγεται, εφόσον έχει φτάσει στο μεγάλο Άλλο, στον αληθινό του αποδέκτη.

λειτουργικότητα του ατόμου, τα οποία μέσω της θεραπείας πρέπει να εξαλειφθούν. Άρα οδηγούμαστε σε μια συνθήκη που το νόημα με το οποίο έχει επενδυθεί το σύμπτωμα συνεχίζει να παραμένει συγκαλυμμένο καθώς δεν δίνεται βαρύτητα στο λόγο του υποκειμένου αλλά στην ανάπτυξη της λειτουργικότητας του, και το σύμπτωμα αναλύεται βάση ενός εμπειρισμού που διακατέχει την ψυχιατρική και όχι βάση της κάθε υποκειμενικότητας ξεχωριστά, με αποτέλεσμα να μην δίνεται έτσι στο υποκείμενο η δυνατότητα να συμβολοποιήσει αυτό το σύμπτωμα. Ο Δοξιάδης (1992) μας θυμίζει την τομή που έκανε ο Λακάν εισάγοντας το συμβολικό, ως χώρο της υποκειμενικότητας, στον αντίποδα της υπαγωγής των επιστημών του ανθρώπου στις πειραματικές επιστήμες. Στην ψυχιατρική όμως των νοσολογικών πινάκων και της ταξινόμησης των διαταραχών τίποτα δεν υπονοείται. Αυτή η μεταφορική λειτουργία δεν υπολογίζεται όταν η απάντηση γύρω από το σύμπτωμα και τη φύση του ανταποκρίνεται στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που συνοδεύουν τη διάγνωση. Το σύμπτωμα με τον τρόπο που απασχολεί την ψυχιατρική παραπέμπει πιο πολύ στο βιολογιστικό μοντέλο των επιστημών του ανθρώπου όπως το περιγράφει ο Φουκώ (1986). Όσο λοιπόν επεκτείνεται η κοινοτική ψυχιατρική, περνάμε από το σύμπτωμα του υποκειμένου-ως επενδεδυμένο με νόημα-, σε ένα σύμπτωμα χωρίς νόημα -ως εμπόδιο ανάπτυξης της λειτουργικότητας. Ο Φουκώ (1986) αναφέρει πως οι επιστήμες του ανθρώπου καλύπτονται από τρεις «επιστημολογικές περιοχές» (σ. 486). Τη βιολογία, την οικονομία και τη φιλολογία. Αναφορικά με το βιολογικό μοντέλο ο Φουκώ (1986) αναφέρει ότι ο άνθρωπος υπό το βλέμμα της βιολογίας είναι ένα όν που έχει λειτουργίες και δέχεται ποικίλα ερεθίσματα, ο άνθρωπος υπό αυτό το πρίσμα προσπαθεί να βρει μέσες κανονιστικές αρχές προσαρμογής που του επιτρέπουν να ασκήσει τις λειτουργίες του. Όπως είδαμε το DSM και η παράλληλη διαδρομή του με την κοινοτική ψυχιατρική στοχεύουν ακριβώς στο να μπορούν τα άτομα να αναπτύξουν μηχανισμούς προσαρμογής με το περιβάλλον (την κοινότητα, την οικογένεια, την εργασία). Βλέπουμε λοιπόν οι αρχές βάση της οποίας το βιολογικό μοντέλο αναλύει τον άνθρωπο να περνάνε στο κοινωνικό πεδίο μέσα από την κοινοτική ψυχιατρική. Υπάρχει ένα πρότυπο ζωής και υπάρχει και το DSM ακριβώς για να ταξινομεί τις αποκλίσεις. Βλέπουμε έναν εμπειρισμό ο οποίος ως τέτοιος στέκεται σε μια ταξινόμηση και τίποτα άλλο. Ποια συνθήκη επικρατεί σήμερα λοιπόν; Ο άνθρωπος υπό το βλέμμα της κοινοτικής ψυχιατρικής είναι ένα όν με συγκεκριμένες κοινωνικές

λειτουργίες και αποκλίσεις όπου η ψυχιατρική έρχεται να του επιβάλει κάποιες κανονιστικές αρχές μέσα από τις οποίες θα μπορέσει να ασκήσει αυτές τις λειτουργίες εξαλείφοντας τις αποκλίσεις. Όπως έχουμε αναφέρει η πολυαξονική εκτίμηση που ήρθε με τη διάδοση της κοινοτικής ψυχιατρικής απλά επέκτεινε τα όρια της επιστήμης ενώ η διαβαθμισμένη ένταση μπόρεσε ακριβώς να εντάξει όλο και περισσότερους ανθρώπους στο DSM. Τι ακριβώς όμως εξυπηρετεί αυτή συνθήκη στο πλαίσιο του καπιταλιστικού συστήματος;

Αν το άτομο εκδήλωνε τα συμπτώματα του ως *υποκείμενο του ασυνειδήτου* του θα έβγαινε μοιραία εκτός των *ορίων της παραγωγής*. Θα λέγαμε πως οι διαγνώσεις διαβαθμισμένης έντασης δεν αποτελούν μόνο μέτρο έντασης του πόνου και εργαλείο ταξινόμησης, αλλά αποτελούν και *οδηγό των ανεξερεύνητων περιοχών του κέρδους*. Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε πως η διαβαθμισμένη αυτή εκτίμηση έχει την ιδιότητα να επεκτείνει τα όρια της κοινοτικής ψυχιατρικής μέσα από την παραγωγή περισσότερων *εμπορευμάτων-συμπτωμάτων*. Όπως αναφέρει ο Ζίζεκ (2006) ο φетиχισμός στον καπιταλισμό μετακινήθηκε από τις ανθρώπινες σχέσεις στις σχέσεις πραγμάτων (εμπορευμάτων). Ακριβώς όπως γενικευμένα μιλάμε για προϊόντα-φετίχ στα πλαίσια της παραγωγής αγαθών είναι εύλογο να μιλάμε για συμπτώματα-φετίχ στα πλαίσια της ψυχιατρικής πρακτικής και κλινικής στην μετασυλική εποχή. Αυτό φαίνεται ακριβώς πάνω στην «εμμονή» με το προϊόν σύμπτωμα και το προϊόν που το εξαλείφει (φάρμακα, θεραπείες). Εντοπίζεται δηλαδή μια εστίαση του ψυχιάτρου στο προϊόν-σύμπτωμα που έχει παραχθεί από το άτομο ακριβώς γιατί πάνω σε αυτό το προϊόν-σύμπτωμα θα μπορέσει να έχει αντίκρισμα το προϊόν που ο ίδιος έχει να διαθέσει.

Ένα εμπόρευμα Α μπορεί να εκφράσει την αξία του αναφερόμενο σε ένα άλλο εμπόρευμα Β, που γίνεται έτσι το ισοδύναμο του: στην αξιακή σχέση, η φυσική μορφή του εμπορεύματος Β λειτουργεί ως μορφή της αξίας του εμπορεύματος Α, με άλλα λόγια, το σώμα του Β γίνεται για το Α ο καθρέφτης της αξίας του (Ζίζεκ, 2006, σ. 58.)

Αντικαθιστώντας με όπου Α τα προϊόντα της ψυχιατρικής και Β το σύμπτωμα μπορούμε να καταλάβουμε που εξυπηρετεί αυτή η μεταχείριση του συμπτώματος σαν εμπόρευμα. Αντίθετα αν το σύμπτωμα συνδεόταν με το νόημα που έχει επενδυθεί από το υποκείμενο δεν θα μπορούσε να υπάρχει προς αυτό ένα ισοδύναμο προϊόν, καθώς θα ψάχναμε την προέλευση και την ερμηνεία του σε τελείως διαφορετική βάση (στο ασυνείδητο) αυτό εξασφαλίζει η ψυχιατρική μέσα από την αποσύνδεση υποκειμένου

(νοήματος)- συμπτώματος. Σε περιβάλλον καπιταλιστικής ανάπτυξης είναι αναγκαίο τα αγαθά να παράγονται για την αγορά, ομοίως ως τέτοια *αγαθά-εμπορεύματα*, αντιλαμβάνεται η ψυχιατρική τα συμπτώματα. Παρατηρούμε μια σχέση ανάμεσα στα *προϊόντα-συμπτώματα* και τα *προϊόντα της ψυχιατρικής* όμοια με την γενική αντιστοιχία και ισοδυναμία *αξίας* που υπάρχει παντού, σε όλες τις ανταλλακτικές σχέσεις μεταξύ εμπορευμάτων. Σχηματικά θα μπορούσαμε να πούμε πως για X ένταση μιας διαταραχής αντιστοιχεί μια X θεραπεία και ποσότητα φαρμάκων, ενώ αντίστοιχα για X+1 ένταση μιας διαταραχής μια X+1 θεραπεία και ποσότητα φαρμάκων. Ακριβώς με τις συνεχείς τροποποιήσεις του DSM επιβεβαιώνεται η πλήρης ταύτιση του δρόμου μέσω του οποίου εξελίσσεται η ψυχιατρική και της προσαρμογής που πρέπει να κάνει ο καπιταλιστής με σκοπό την αύξηση του κέρδους. Το ότι το DSM εξειδικεύει και επικεντρώνεται όλο και πιο συγκεκριμένα σε διάφορα ψυχικά φαινόμενα αντικατοπτρίζει ακριβώς την εξειδίκευση που χρειάζεται για να αναπαραχθεί ο καπιταλισμός<sup>28</sup>. Ο Assoun (2006) αναφέρεται στην προσπάθεια ομαλοποίησης από μεριάς των δομών ψυχικής υγείας ως πρακτική αποκατάστασης της τάξης και της *συλλογικής ευημερίας* απαλλαγμένης από το παθολογικό. Αυτή η ομαλοποίηση συνδέεται με ένα ολόκληρο δίκτυο θεραπειών και ψυχοφαρμάκων που διοχετεύονται στους ανθρώπους μέσω αυτών των δομών, άρα χαρτογραφώντας το σύμπτωμα υπάρχει ένα εν δυνάμει κέρδος. Η αξία του συμπτώματος λοιπόν σαν εμπόρευμα είναι ανάλογη με το μέγεθος (ποσοτικά μετρήσιμα) της δυσφορίας που βιώνει το άτομο.

---

<sup>28</sup> Υπάρχει δηλαδή μια ιδεολογική σχέση ανάμεσα στον καπιταλισμό και την ψυχιατρική. Ακριβώς λόγω αυτής της κοινής ιδεολογικής βάσης τα συμπτώματα δεν θεωρούνται εκφράσεις του ασυνειδήτου αλλά προϊόντα που ανταποκρίνονται σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και σε μια συγκεκριμένη αξία.

## 2.3 Θεραπεία στην κοινότητα

### 2.3.1 Συνείδηση και θεραπεία

Στην παρούσα ενότητα αναλύεται η θεραπεία στην κοινότητα και ο τρόπος που δρα στη συνείδηση και το σώμα. Μέσα από τη θεραπεία έχουμε τη διαχείριση της ζωής από πρακτικές που εφαρμόζονται στο σώμα (φάρμακα), αλλά και μέσα από τη *διαγωγή* σε επίπεδο συνείδησης (ψυχολογικού και συμβουλευτικού τύπου θεραπείες). Σύμφωνα με τον Τζανάκη (2012) η φαρμακολογία στο σώμα και η ψυχοθεραπεία στην διαμόρφωση συγκεκριμένης αντίληψης για τον εαυτό του, καθιστούν τον ψυχικά ασθενή αντικείμενο ομαλοποίησης και πεδίο εφαρμογής πειθαρχικής γνώσης και βιο-εξουσίας. Ο Τζαβάρας (1994) αντίστοιχα υποστηρίζει πως η έννοια της πειθαρχίας είναι κομβική κατά την άσκηση της ψυχιατρικής. Αυτό γιατί η ψυχιατρική όπως αναφέρει: *«καλείται να τιθασεύσει την άκρατη ελευθερία της τρέλας, την ελευθεριότητα του παραληρήματος, και το παράδοξο των ψυχικών συμπτωμάτων»* (Τζαβάρας, 1994, σ. 40). Όπως αναφέρει ο Μαδιανός (2000) η συνεχής παροχή υπηρεσιών σε ένα άτομο εντός της κοινότητας καταλήγει σε ένα θεραπευτικό αποτέλεσμα που υπόκειται σε αντικειμενική αξιολόγηση. Η αξιολόγηση γίνεται βάση του κατά πόσο ο ασθενής κατάφερε τελικά να προσεγγίσει τους στόχους που έθεσαν οι ειδικοί, όπου βέβαια οι θεραπευτικοί αυτοί στόχοι αποβλέπουν στην ανάπτυξη της λειτουργικότητας υπό τον τελικό σκοπό της επανένταξης. Αρα μπορούμε να συμπεράνουμε πως μέσω της θεραπείας επιδιώκεται η *διακυβέρνηση* του ατόμου, (μέσα από τις ψυχολογικές θεραπείες), και ο έλεγχος των συμπτωμάτων (μέσα από τα φάρμακα) ώστε να μπορεί το άτομο να ενταχθεί στην παραγωγή αλλά και την κοινότητα.

Παράλληλα ζούμε σε μια εποχή που η θεραπευτική σύμφωνα με την Brousse (2006) αποτελεί μια *«σύγχρονη οικουμενικότητα»* (σ. 77), επεξηγεί αυτή της τη θέση μέσα από το ότι κάθε ανθρώπινο φαινόμενο, από το πιο συνηθισμένο και καθημερινό μέχρι το πιο τραυματικό, επιδέχεται κάποιας θεραπευτικής φροντίδας με αποτέλεσμα η θεραπευτική να έχει ρόλο ρυθμιστή του κοινωνικού πεδίου. Σύμφωνα με τον Τζανάκη (2012) η αποδοχή της ψυχιατρικής παρέμβασης από το άτομο και η ένταξη του στο θεραπευτικό πλαίσιο οδηγούν σε μια συνθήκη που η κοινωνική ζωή του ρυθμίζεται πλήρως μέσω των θεραπειών, καθώς όπως ο ίδιος υποστηρίζει οι θεραπείες δεν έχουν μόνο τη δυνατότητα να θεραπεύουν κάτι συγκεκριμένο που αφορά το άτομο, αλλά επίσης μέσα

από τις θεραπείες προκύπτουν συγκεκριμένες διαδρομές ζωής που το άτομο πρέπει να ακολουθήσει αν θέλει να κατακτήσει την υγεία του. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και το πέρασμα στην κοινότητα αλλάζουν τον τρόπο αντιμετώπισης και διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας (Τζανάκης, 2012). Οι θεραπείες επικεντρώνονται σε μια εκπαίδευση διαχείρισης του εαυτού με την προοπτική να περάσει το άτομο στην εργασία και γενικά να ενταχθεί στην κοινωνική νόρμα. Η θεραπεία δηλαδή σε επίπεδο συνείδησης απευθύνει ένα υπευθυνοποιητικό λόγο προς το άτομο. Η Ζήση (2013, σ. 89) υποστηρίζει πως: *«στα θεραπευτικά τοπία διασταυρώνονται κατεξοχήν πολιτισμικές εικόνες και νοήματα, ευρύτερες αναπαραστάσεις για την παρουσία του εαυτού και την ταυτότητα, θεραπευτικές προσδοκίες, υποκειμενικές και συλλογικές στρατηγικές, σχέσεις ισχύος και κοινωνικού ελέγχου»*. Ιδιαίτερα στις θεραπείες εντός των κοινοτικών δομών ο χώρος της θεραπείας δεν είναι χώρος της υποκειμενικότητας, το μόνο που έχει σημασία είναι το άτομο να μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της κοινωνίας ανεξάρτητα από το τι σημαίνει τελικά το σύμπτωμα του για το ίδιο.

Οι Σκουρτέλη και Στυλιανίδης (2014) αναφέρουν πως σήμερα στην κοινότητα το καταλληλότερο εργαλείο θεραπείας είναι η βραχεία ψυχοθεραπεία. Είναι απαραίτητο να υπάρχει ένας σαφής θεραπευτικός στόχος, που πρέπει να επιτευχθεί μέσα από τη θεραπεία, ενώ παράλληλα το άτομο υποβάλλεται και σε αγωγή με φάρμακα. Τι ζητήματα προκύπτουν εδώ; Αρχικά το ότι είναι βραχεία η ψυχοθεραπεία δεν σημαίνει ότι η φαρμακευτική αγωγή είναι επίσης βραχεία καθώς το άτομο θα συνεχίσει να ελέγχεται μέσα από τα φάρμακα. Προϋπόθεση της βραχείας ψυχοθεραπείας είναι ο καθορισμένος στόχος ο οποίος προσδιορίζεται βάση μίας συγκεκριμένης δυσκολίας που παρεμποδίζει την λειτουργικότητα του ατόμου. Θα λέγαμε πως αυτό σε τέτοιες συνθήκες γίνεται όχι μέσω του υποκειμένου αλλά μέσω του θεραπευτή, καθώς αφού η θεραπεία γίνεται, και πρέπει να αποδώσει, σε σύντομο χρονικό διάστημα δεν υπάρχουν οι προϋποθέσεις το σύμπτωμα να αναλυθεί, αλλά προτεραιότητα έχει να περιοριστούν οι εκδηλώσεις που γίνονται αντιληπτές από τους υπόλοιπους.

Ο Λακάν (2005) θίγει αυτή ακριβώς την πεποίθηση της ψυχολογίας πως η προσαρμογή στην πραγματικότητα είναι αυτή που χαρακτηρίζει τους ανθρώπους χωρίς αυτή να αναγνωρίζει πως στο πραγματικό μπορεί να επιστρέψει κάτι που δεν έχει περάσει στο συμβολικό. Η ψυχανάλυση όπως αναφέρουν οι Τζαβάρας και Τζαβάρα (2004) είναι ικανή να συνδέει γεγονότα του παρελθόντος που βιώθηκαν από το

υποκείμενο με συμπτώματα που εμφανίζονται σε μια άλλη στιγμή της ζωής. Αυτή η σύνδεση βέβαια δεν λαμβάνεται υπ' όψιν εντός των θεραπειών σε υπηρεσίες κοινοτικής ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τον Τζανάκης (2008) ο λόγος του θεραπευτή, στις ψυχοθεραπείες που αποβλέπουν στην επανένταξη, επιδιώκει να κινητοποιήσει τον ασθενή προς την κατεύθυνση να αναλάβει και να αναγνωρίσει τις ευθύνες του, όπως αναφέρει: *«Η υπευθυνοποίηση κατανοείται ως κεντρικός στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων»* και έχουμε έτσι την *«εγκαθίδρυση μιας ηθικής της ευθύνης»* (Τζανάκης, 2008, σ. 180) όπως την ονομάζει. Αυτό το ρόλο έχουν η συμβουλευτική και οι υπόλοιπες ψυχολογικού τύπου παρεμβάσεις στα Κ.Ψ.Υ και στα Π.Κ. Μιλάμε δηλαδή για μια συνθήκη διαγωγής του ατόμου σχετικά με τον τρόπο που πρέπει να υπάρχει εντός της κοινωνίας, για μια διακυβέρνηση των ατόμων δηλαδή. Ο Σολομών (1994) αναφέρει την πειθαρχία ως αυτή που μέσω της *«αγωγής και της μετάδοσης γνώσης»* καταφέρνει να κυβερνήσει τα άτομα. Στο θεραπευτικό πλαίσιο έχουμε αρχικά μια άντληση γνώσης από άτομο σχετικά με το ίδιο (εξέταση, διάγνωση, test νοημοσύνης στα Π.Κ κ.λ.π). Έπειτα τίθεται ένας θεραπευτικός στόχος και ακολουθεί η *μετάδοση της γνώσης* από την μεριά του θεραπευτή γύρω από την *καλή ζωή* και τους τρόπους μέσα από τους οποίους το άτομο θα την κατακτήσει. Ο Σολομών (1992) αναφέρει πως οι τεχνικές μέσα από τις οποίες *αντλούνται πληροφορίες και γνώση* γύρω από το άτομο, αλλά και οι *τεχνικές μετάδοσης γνώσης* που σχηματοποιούν το άτομο, είναι *πειθαρχικές πρακτικές άσκησης εξουσίας*. Βρισκόμαστε λοιπόν μπροστά σε μια *διαδικασία διαγωγής*, σε μια καθοδήγηση του ατόμου από τον σύμβουλο-θεραπευτή. Με αυτό τον τρόπο σύμφωνα και με το Φουκώ (1991) προκύπτει η διακυβέρνηση των ατόμων, αλλά και ευρύτερων συνόλων. Στόχος όλη της προσπάθειας της φροντίδας στην κοινότητα είναι το άτομο να κατακτήσει μια «ελευθερία» να έχει μια περιορισμένη δράση. Γιατί πραγματικά, οι δομές που στοχεύουν στην επανένταξη μέσα από την είσοδο στην εργασία, και την λειτουργικότητα εντός της οικογένειας και της κοινότητας στην ουσία εστιάζουν τη δράση του ατόμου -περιορίζουν το πεδίο δράσης του- σε κάτι πολύ συγκεκριμένο. Στην ουσία το άτομο μέσα από τις θεραπείες τέτοιου καθοδηγητικού χαρακτήρα προετοιμάζεται για να προσαρμοστεί σε ένα συγκεκριμένο πεδίο δράσης.

### 2.3.2 Σώμα και θεραπεία

Το σώμα ή πιο συγκεκριμένα οι εκφράσεις του Υποκειμένου μέσα από τη σωματοποίηση έχουν απασχολήσει ιδιαίτερα την ψυχανάλυση. Ο Φρεμάν (1998) επηρεασμένος από τον Λακάν υποστηρίζει ακριβώς πως το σύμπτωμα θέλει κάτι να πει, και μπορεί να εκφραστεί δια σώματος, το σύμπτωμα είναι μια εγγραφή στο σώμα που «ζητά να διαβαστεί». Ο ασθενής λαμβάνει μηνύματα του ασυνειδήτου μέσα από το σύμπτωμα σχετικά με την «αλήθεια του ως υποκείμενο» (σ. 15). Το σύμπτωμα για τον Φρεμάν (1998) είναι η αρχή της λύσης. Το σωματοποιημένο σύμπτωμα σηματοδοτεί ένα πέρασμα της εσωτερικής, ασυνείδητης σύγκρουσης, στη περιοχή του σώματος ώστε να μπορέσει να δοθεί ένα μήνυμα, ένας κώδικας δηλαδή ο οποίος αν (ψυχ)αναλυθεί μπορεί να πει κάτι για το ίδιο το υποκείμενο. Από την άλλη, όπως θα δούμε οι θεραπείες γενικά σε ψυχιατρικό πλαίσιο αλλά και ειδικά σε περιβάλλον κοινοτικής ψυχιατρικής στοχεύουν σε μεγάλο βαθμό στο σώμα ως τόπο εξαφάνισης του συμπτώματος.

Όπως αναφέρει η Λέκκα (2012) η ψυχιατρική φαίνεται να αλλάζει στρατηγική αναφορικά με τις πρακτικές που εφαρμόζει απέναντι στο σύμπτωμα μετά τη δεκαετία του 1960, με την ανάπτυξη της φαρμακολογίας. Μέχρι τότε η ψυχοχειρουργική, όρος που εισήγαγε στο λεξικό της ψυχιατρικής ο πορτογάλος ψυχίατρος Egas Moniz (Antonio Caetano de Abreu Freire Egas Moniz) το 1936, φαίνεται να τυγχάνει αποδοχής στους ψυχιατρικούς κύκλους. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε πως ο Moniz είχε προταθεί τρεις φορές για το βραβείο Νόμπελ το οποίο στο τέλος του αποδόθηκε το 1949 για τη συνεισφορά του στην ιατρική. Ο Moniz πίστευε πως οι ψυχικές διαταραχές εντοπίζονται σε συγκεκριμένα σημεία του εγκεφάλου. Εφάρμοξε εγχειρήσεις κυρίως μέσω τρυπανισμού σε συγκεκριμένα σημεία του εγκεφάλου με σκοπό να καταστείλει τα συμπτώματα της εγκεφαλικής νόσου, καθώς για τον ίδιο τα συμπτώματα ή γενικά τα ψυχολογικά φαινόμενα, δεν ήταν τίποτα παραπάνω από βλάβες του εγκεφάλου, αυτό άλλωστε φανερώνουν και οι τρόποι που εφεύρε για να περιορίσει τα ανεπιθύμητα αυτά φαινόμενα<sup>29</sup>. Η λοβοτομή ή λευκοτομή όπως ονομαζόταν, ήταν μια απάνθρωπη μέθοδος η οποία εγκαταλείφθηκε σε γενικές γραμμές στα μέσα του προηγούμενου αιώνα. Η λοβοτομή ήταν προϊόν της ιδέας πως το σύμπτωμα, το παράλογο του συμπτώματος, μπορεί να αντιμετωπιστεί με ριζικές παρεμβάσεις στο σώμα, μια

<sup>29</sup> Ο Moniz πέθανε παραπληγικός από σφαίρα που δέχθηκε από έναν ασθενή ο οποίος είχε υποβληθεί σε λοβοτομή από τον ίδιο.



πεποίθηση που δεν σταμάτησε με το τέλος της εφαρμογής της καθώς τη λοβοτομή δεν ήρθε να αντικαταστήσει μια πρακτική βασισμένη σε μια άλλη αντίληψη, όπως θα ήταν η θεραπεία μέσω του λόγου ή κάτι αντίστοιχο, αλλά η θεραπεία μέσα από τη χρήση φαρμάκων. Με άλλα λόγια η λοβοτομή δεν απορρίφτηκε για τον απάνθρωπο χαρακτήρα της απλά θεωρήθηκε μια πεπαλαιωμένη πρακτική σε σχέση με τα φάρμακα (Λέκκα, 2012). Από τη δεκαετία του 1950 εμφανίστηκαν οι τρεις κύριες κατηγορίες ψυχοφαρμάκων: τα αντικαταθλιπτικά, τα νευροληπτικά και τα ηρεμιστικά. Τα φάρμακα κατόρθωσαν την εδραίωση της ψυχιατρικής ως απάντηση στη δυσφορία που βιώνουν τα άτομα ενώ δεν πρέπει να ξεχνάμε πως συνέβαλλε σε αυτό και η φαρμακοβιομηχανία.

Ο Watson (2007) υποστηρίζει τη φουκωική θεώρηση γύρω από την εξουσία η οποία δεν εξαντλείται θα λέγαμε στις μεγάλες αντιθέσεις των καιρών μας (εργάτες-καπιταλιστής, πολίτης-κράτος), αλλά εντοπίζεται στο σύνολο των κοινωνικών σχέσεων. Μιλάμε δηλαδή για ένα σύνολο από σχέσεις εξουσίας που απαρτίζουν την κοινωνία. Αντίστοιχα τέτοια είναι και η σχέση ασθενούς- ψυχιάτρου. Στη θεωρία του Φουκώ η γνώση παράγεται μεταδίδεται και νομιμοποιείται μέσα από την εξουσία που επιβάλλεται στο σώμα. Η βιο-εξουσία είναι ένας κατεξοχήν τρόπος να ελέγχεται το σώμα. Η γνώση που συνδέεται ή που προωθεί αυτό το μοντέλο εξουσίας *κατέχει την αλήθεια* γύρω από το κανονικό και το παθολογικό.

Το σώμα αποτελεί κύριο τόπο θεραπευτικής παρέμβασης εντός των δομών της κοινότητας. Στο πακέτο οδηγιών που εξέδωσε ο Π.Ο.Υ (Π.Ο.Υ, 2003) αναφέρονται δυο παραδείγματα υποδειγματικής θεραπείας. Για την κατάθλιψη αναφέρεται πως μπορεί να αντιμετωπιστεί με ένα συνδυασμό φαρμάκων και συμβουλευτικής, ενώ για τη σχιζοφρένεια ενδείκνυνται τα φάρμακα με στόχο α) τον περιορισμό των συμπτωμάτων και β) την πρόληψη υποτροπών. Για την πρόληψη των υποτροπών επισημαίνεται η αξία μιας στρατηγικής που συνδυάζει τη φαρμακευτική αγωγή, τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την οικογενειακή θεραπεία. Το σώμα βλέπουμε πως δεν συνδέεται με το υποκείμενο (με τον τρόπο που το συνέδεσε ο Φρεμάν πιο πάνω) αλλά αποτελεί *πεδίο εφαρμογής πρακτικών*, που αποσκοπούν στην *βελτίωση* του, συντελώντας έτσι στην ανάπτυξη της λειτουργικότητας του ατόμου.

Είδαμε πως με το DSM-III περάσαμε σε μια εποχή που λόγω και της ανάπτυξης της κοινοτικής ψυχιατρικής άρχισαν να λαμβάνονται υπ όψιν κατά τη διάγνωση

βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Είναι σημαντικό να αναλύσουμε το ρόλο που παίζει το σώμα σε ένα τέτοιο συγκεκριμένο σύστημα σκέψης.

Ας θυμηθούμε πάλι το Φουκώ (1994) και τη θέση του για την εξέταση. Μέσω μιας τέτοιας αποδόμησης των νοημάτων του, το άτομο πειθαρχεί στα νοήματα των άλλων. Από την ολιστική (βιοψυχοκοινωνική) παρέμβαση στην ολοκληρωτική πειθαρχία του επί μέρους μέσα από νοήματα που διαχέονται σε κάθε πεδίο ύπαρξης του ατόμου. Τι σημαίνει με άλλα λόγια «βιολογικό», «ψυχολογικό» και «κοινωνικό» υπό την ματιά της κοινοτικής ψυχιατρικής; Ο Βεργέτης (2006) παρατηρεί μια μετάλλαξη στα συστήματα υγείας. Αναφέρει πως: *«η λειτουργία τους αναβαπτίζεται στα διαχειριστικά ιδεώδη του συμπεσμένου κόστους»* (σ. 204). Το σύμπτωμα δε υπάρχει στο άτομο ή καλύτερα σε κάθε άτομο. Το σύμπτωμα έχει ξαναβιώθει εμπειρικά και η ψυχιατρική έχει αποφασίσει για αυτό. Δεν υπάρχει μια υποκειμενική ιστορία γύρω από το σύμπτωμα, αντίθετα μέσα από τη λογική της ασθένειας, της διαχείρισης της κρίσης και της επιδίωξης της υγείας, ως λειτουργικότητα εντός της κοινότητας το σύμπτωμα αντιμετωπίζεται μέσα από διαγνωστικούς μηχανισμούς αποκομμένο από το υποκείμενο που βιώνει τη δυσφορία. Ο Βεργέτης (2006) αναφέρει πως: *«Κάθε ένδειξη ή σύμπτωμα δυσφορίας αποτελεί στόχο μιας φαρμακευτικής ουσίας προκειμένου να γίνει αντικείμενο βιο-ρυθμιστικής ομαλοποίησης»* (Βεργέτης, 2006, σ. 211). Όπως υποστηρίζει στόχος των φαρμάκων που απλόχερα χορηγούνται δεν είναι μόνο θεραπεία και η εξαφάνιση του συμπτώματος, αλλά αναφέρει πως στόχος είναι η βίο-εξουσία, η χειραγώγηση των υποκειμένων. Ο Βεργέτης (2006) φέρνει το παράδειγμα των φαρμακευτικών βιομηχανιών οι οποίες υπό τον όρο «κατάθλιψη» αναφέρονταν σε μια σειρά από συμπτώματα και καταστάσεις. Εμπεριέχοντας στον όρο κατάθλιψη διάφορες προσωπικές και διαφορετικές ιστορίες, δίνεται η δυνατότητα να προτείνεται μια λύση μέσω αντικαταθλιπτικών. Άρα υπάρχει κατ' ευφημισμόν η γνώση γύρω από ένα φαινόμενο και μέσα από τα προϊόντα της ψυχιατρικής, δηλαδή τα αντικαταθλιπτικά, αντιμετωπίζονται μια σειρά από διαφορετικές περιπτώσεις εξαιρώντας το υποκείμενο και την αφήγηση του μέσα από το σύμπτωμα. Επίσης όλες πλέον οι αντιδράσεις του ανθρώπου απέναντι σε αυτό που ζει μπορούν να μετατραπούν σε πεδίο εφαρμογής της ιατρικής φαρμακευτικής προσέγγισης στον ορίζοντα του «υγιούς» σώματος. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Βεργέτης (2006, σ. 205):

Μια αϋπνία, μια ανησυχία, μια σκιά άγχους, μια αίσθηση πίεσης, μια επαναλαμβανόμενη νότα εκνευρισμού, μια ακεφιά, ή μια στενοχώρια, μια

αποτυχία ή μια απογοήτευση μπορούν πλέον να ιατρικοποιηθούν και να υπαχθούν σε ευπώλητα πρωτόκολλα φαρμακευτικής αγωγής στη κλίμακα ολόκληρων πληθυσμών.

Η Λέκκα (2012) αντίστοιχα υποστηρίζει πως ο στόχος της ιατρικής του αιώνα μας είναι η βελτιστοποίηση. Ο Βεργέτης (2006) αναφέρεται στο αντικείμενο ολόκληρων κλάδων της ιατρικής που δεν είναι άλλο από ένα σώμα που θα μπορεί να παράγει στα άκρα, να αποδίδει τα μέγιστα. Η ιατρική δηλαδή δεν ασχολείται με το σώμα σε επίπεδο αφαίρεσης του αρνητικού στοιχείου της ασθένειας αλλά έχει περάσει σε μια εποχή που το σώμα πρέπει να ανταποκρίνεται σε ένα τέλειο σώμα. Με άλλα λόγια θα λέγαμε πως τα άτομα δεν είναι αντικείμενο για την ιατρική μόνο το διάστημα που νοσούν, μόνο για το διάστημα που χρειάζεται για να επανέλθουν στην κατάσταση που ήταν πριν, αλλά είναι αντικείμενο της ιατρικής στο βαθμό που αποκλίνουν από το ιδεώδες που έχει κατασκευάσει, το οποίο όμως αντιστοιχεί και σε ευρύτερες κοινωνικές αναπαραστάσεις. Ας θυμηθούμε μια αναφορά που κάνει η Twigg (2007, σ. 171) πάνω σε αυτό. Όπως αναφέρει: *«Η κουλτούρα της κατανάλωσης ασχολείται με τα τέλεια σώματα όπως προβάλλονται μέσα από τις γεμάτες αίγλη απεικονίσεις της διαφήμισης και την αυξανόμενη κυριαρχία της οπτικής εικόνας στον πολιτισμό»*. Αυτό είναι ένα σημείο θα λέγαμε που η πρακτική της ιατρικής ακολουθεί το λόγο του σύγχρονου Κυρίου<sup>30</sup>. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Marie Helene Brouse (2006, σ. 78): *«Η κλινική μιας εποχής, αντιστοιχεί στο λόγο του κυρίου μιας εποχής»*, ο οποίος στην προκειμένη περίπτωση βλέπουμε να απαιτεί άτομα πλήρως (επαν)ενταγμένα στην κοινότητα και τις αρχές της κοινωνίας ενώ έχει και μια συγκεκριμένη εικόνα σχετικά με το σώμα. Το σώμα δεν συνδέεται με το υποκείμενο ως τόπος έκφρασης του ασυνειδήτου, αλλά χρησιμοποιείται ως τόπος παρέμβασης με σκοπό τον περιορισμό των συμπτωμάτων ενώ επιδιώκεται η βελτιστοποίηση του στο πλαίσιο της γενικής προσπάθειας ανάπτυξης της λειτουργικότητας.

---

<sup>30</sup> Ο λόγος του Κυρίου, ή λόγος του καπιταλιστή, είναι για τον Λακάν ένας από τους τέσσερις λόγους, που μαζί με αυτόν του πανεπιστημίου, της υστερίας και της ψυχανάλυσης, αναλύουν το κοινωνικό πεδίο.

## 2.4 Επανένταξη και αυτονομία

Αν θυμηθούμε τον ορισμό της ψυχικής υγείας, εκτός από το προφανές ότι η υγεία δηλαδή ταυτίζεται με τη λειτουργικότητα, σημαντική θέση έχει και η έννοια της ικανοποίησης η οποία θα μας απασχολήσει.

Στη διαδικασία επανένταξης εμπλέκονται διάφοροι επαγγελματίες των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας με κύριο το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού. Όπως αναφέρει ο Σταθόπουλος (2005) ο κοινωνικός λειτουργός είναι ουσιαστικά ο συνδετικός κρίκος μεταξύ της κοινότητας και του ασθενούς, καθώς συμβάλει στην άμεση επανένταξη του τόσο στο χώρο εργασίας όσο και στην καθημερινότητα

Με σκοπό την κατάκτηση της υγείας αναπτύσσονται εντός των κοινοτικών δομών διάφορα μοντέλα παρέμβασης, χαρακτηριστικό είναι το μοντέλο «recovery». Η ανάρρωση (recovery), είναι παραδοσιακά το στάδιο ανάμεσα στην υγεία και την ασθένεια. Η λέξη από μόνη της δηλώνει μια κίνηση προς την υγεία. Οι Στυλιανίδης, Λάβδας, Μάρκου και Μπελέκου (2014) αναφέρουν πως το μοντέλο «recovery» βοηθάει τα άτομα να γίνουν ενεργά μέλη των κοινοτήτων τους μέσα από τη νοσηματοδότηση της ζωής. Οι Smith-Merry & Sturdy (2013) το περιγράφουν ως την προσπάθεια να καταφέρει ο ψυχικά ασθενής να ζήσει μια ζωή με νόημα και ικανοποίηση. Στόχος αυτού του μοντέλου είναι η βιοψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ατόμων με ψυχική διαταραχή. Μέσα από την ανάρρωση δηλαδή επιτυγχάνεται η κατάσταση της υγείας, συνυφασμένη και με τον ορισμό που δίνει ο Π.Ο.Υ, μια κατάσταση δηλαδή που το άτομο θα μπορεί να είναι λειτουργικό μέσα στην κοινωνία μέσα από την επάνοδο στους κοινωνικούς του ρόλους. Το μοντέλο «recovery» το συναντάμε στις κοινοτικές δομές που αναπτύχθηκαν στην Ελλάδα με την έλευση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ενώ όπως αναφέρουν οι Smith-Merry & Sturdy (2013) το μοντέλο «recovery» είναι αρκετά διαδεδομένο στις αγγλόφωνες χώρες και αποτελεί κοινή πρακτική στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας κατά το στάδιο της επανένταξης.

Σημαντικός στόχος μέσω της επανένταξης, όπως έχει αναφερθεί, είναι η είσοδος του ατόμου στην εργασία. Η Νικολάου (2008) αναφέρει πως σκοπός της εισόδου των ψυχικά ασθενών στην εργασία είναι: *«οι ψυχικά ασθενείς να ζήσουν μια αυτόνομη ή ημι-αυτόνομη ζωή στην κοινότητα»* (σ. 49). Πάνω σε αυτή τη θέση, ότι δηλαδή η είσοδος στην εργασία είναι μια θετική έκβαση για τους ψυχικά ασθενείς, φαίνεται να δημιουργούνται προγράμματα υποστηριζόμενης απασχόλησης, τα οποία

πρωτοεμφανίστηκαν στην Αμερική περίπου στα τέλη της δεκαετίας του 1980. Μέσα από αυτά τα προγράμματα οι ψυχικά ασθενείς βοηθούνται τόσο κατά το στάδιο αναζήτησης εργασίας, αλλά και μετά -όταν δηλαδή έχουν ενταχθεί στην αγορά εργασίας- μέσα από την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, καθώς ορίζεται και ένας ειδικός (σύμβουλος) ο οποίος έχει ρόλο καθοδηγητή και το άτομο μπορεί να του απευθύνεται για όποια δυσκολία αντιμετωπίζει. Επίσης παρέχεται και οικονομικό κίνητρο στους εργοδότες για να προβούν σε προσλήψεις. Παράλληλα έχουμε και την ίδρυση των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης<sup>31</sup> όπου τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μπορούν να εργάζονται με την παράλληλη στήριξη εξειδικευμένου προσωπικού. Η επιχείρηση που ιδρύεται υπό μορφή ΚοιΣΠΕ δεν περιορίζεται ως προς την ανάπτυξη οικονομικής δραστηριότητας, αλλά ως προς την εσωτερική της δομή ελέγχεται από τη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας (Νικολάου, 2008).

Διατυπώνεται λοιπόν η άποψη πως μέσα από την εφαρμογή μοντέλων όπως το «recovery» ή άλλων προγραμμάτων που στοχεύουν στην απασχόληση των ψυχικά ασθενών τα άτομα θα μπορέσουν να ζήσουν μια αυτόνομη ζωή με νόημα και ικανοποίηση. Στην ουσία όμως η αυτονομία καταργείται καθώς αυτές οι πρακτικές οδηγούν στην χειραγώγηση του υποκειμένου και στην υπαγωγή του στην υγεία όπως την ορίζει ο Π.Ο.Υ. Το προστατευόμενο περιβάλλον εργασίας ή η εργασία των ψυχικά ασθενών στις ΚοιΣΠΕ, οργανώνονται για τον Τζανάκη (2008) κάτω από μια «*μαθητεία της αυτονομίας*» (σ. 180). Το άτομο όπως αναφέρει ο ίδιος υποχρεώνεται να μάθει πως να είναι αυτόνομο. Ήδη από αυτό μπορούμε να αντιληφθούμε ένα μεγάλο παράδοξο. Αν συμφωνήσουμε πως η αγωγή είναι η κύρια πρακτική διακυβέρνησης των ατόμων πως μπορεί μια τέτοια πρακτική να φέρει την αυτονομία; Ο Τζαβάρας (1994) διαχωρίζει την πειθαρχία που κάποιος επιβάλλει στα «*νοήματα του*» και τον πειθαναγκασμό να προσαρμοστεί στα νοήματα των άλλων, ενώ αναφέρει πως ιστορικά η ψυχιατρική επιδίωκε την υπακοή των ψυχικά ασθενών στις ιδέες της. Αντίστοιχα εδώ το άτομο καλείται να βρει ένα νόημα που θα συμφωνεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας και θα μπορεί να τον προάγει σε λειτουργικό μέλος της κοινωνίας. Μπορούμε να αντιπαραβάλουμε λοιπόν το στάδιο της επανένταξης με τη θέση του Καστοριάδη (1993) σχετικά με το σκοπό της ψυχανάλυσης ο οποίος είναι: «*η αυτονομία των αναλυόμενων*». Ο Καστοριάδης (1993) ξεκαθαρίζει πως η ψυχανάλυση δεν σκοπεύει

---

<sup>31</sup> ΚοιΣΠΕ

στην κυριαρχία της συνείδησης πάνω στο ασυνείδητο, ούτε και στην καταπίεση του ασυνείδητου. Σκοπός είναι: « *Η εγκαθίδρυση μιας διαφορετικής σχέσης ανάμεσα στο συνειδητό και στο ασυνείδητο.*» (σ. 57). Μέσα από αυτή τη σχέση μπορεί το υποκείμενο να σκέφτεται κριτικά γύρω από τα καλέσματα του ασυνειδήτου και να πράττει μετά από «*βούληση και διαβούλευση*» για το πώς θα λειτουργήσει. Ο Καστοριάδης (1993) αναφέρεται λοιπόν σε μια εσωτερική διαλεκτική που αναπτύσσει το άτομο. Το άτομο αυτονομείται ακριβώς τη στιγμή που μπορεί να αντιστέκεται ή να ενδίδει στα καλέσματα του ασυνειδήτου. Μέσα από αυτή τη συνθήκη το υποκείμενο μπορεί να θέσει το ίδιο τους νόμους της συμπεριφοράς του. Βέβαια, πρέπει να έχουμε κατά νου τους περιορισμούς που προκύπτουν στο να αναδυθεί και να εφαρμοστεί ακριβώς αυτή η προσωπική στάση και το σύνολο των επιλογών. Οι περιορισμοί αυτοί σύμφωνα με τον Καστοριάδη (1993), εφόσον εσωτερικά έχουν αρθεί μέσα από την ψυχανάλυση, πηγάζουν εξωτερικά από την κοινωνία καθώς το υποκείμενο είναι και κοινωνικό, προσαρμόζεται δηλαδή ή περιορίζεται από τους νόμους της κοινωνίας μέσα στην οποία υπάρχει. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο ίδιος: «*Εφόσον το υποκείμενο μετέχει σε μια κοινωνία κατ' ανάγκη υπόκειται στους κοινωνικούς νόμους και στους ρυθμούς και στις επιδράσεις της κοινωνίας*» (Καστοριάδης, 1993, σ. 58). Ας δούμε όμως από ποια θέση το υποκείμενο έρχεται σε σχέση με την κοινωνική του υπόσταση. Αυτό που γίνεται μέσα από την επανένταξη είναι το πεδίο δράσης του ατόμου, άρα και οι επιλογές του, να περιορίζεται και να εστιάζονται σε πολύ συγκεκριμένες δραστηριότητες, χωρίς ακριβώς την ανάπτυξη αυτής της εσωτερικής διαλεκτικής του ίδιου. Η αυτονομία δηλαδή όπως τη συναντούμε στο πλαίσιο της επανένταξης θεωρείται ως η δυνατότητα το άτομο να μπορεί να λειτουργεί σε ένα περιβάλλον εργασίας άρα αυτόματα και παραγωγής. Μέσα από τη «*διαγωγή της αυτονομίας*» το άτομο δεν αναπτύσσει τη δυνατότητα να σκέφτεται και να πράττει αφού έχει ακούσει αυτά τα καλέσματα του ασυνειδήτου και αφού έχει λάβει υπ όψιν του τους κοινωνικούς νόμους αλλά αντίθετα, μαθαίνει πως να ακολουθεί πλήρως αυτούς τους κοινωνικούς νόμους, άρα είναι παράδοξο να μιλάμε για αυτονομία μέσω της επανένταξης. Αντίθετα αυτό που παράγεται μέσω της επανένταξης είναι η διακυβέρνηση των ατόμων μέσω της διαγωγής ενός συγκεκριμένου τρόπου ύπαρξης και τον περιορισμό του πεδίου δράσης τους.

## 2.5 Η προοπτική της επανένταξης και το τέλος της επιθυμίας

Όπως αναφέρει ο Λίποβατς (1994, σ. 235): *«Ονομάζουμε εσωτερική εξωτερικότητα της κοινωνίας την υποκειμενικότητα των ατόμων που τις συγκροτούν»*. Ο Λίποβατς (1994) αναφέρεται στη σημασία που έχει για τη σύσταση του υποκειμένου η έννοια της ταύτισης και πως μέσα από αυτή τη διαδικασία παρελθοντικά βιώματα επιθυμίας εγγράφονται και σχηματίζουν μια στρωματοποίηση του ψυχισμού εγκλωβίζοντας θα λέγαμε και τραύματα του παρελθόντος. Η επαναφορά του τραύματος στο παρόν εκδηλώνεται στο πραγματικό ως σύμπτωμα. Η ψυχανάλυση θέλει όχι να ξαναθάψει αυτό που λείπει το υποκείμενο για το παρελθόν του αλλά να δώσει στο υποκείμενο την δυνατότητα συμβολοποίησης του. Όπως έχει αναφερθεί βέβαια σε ένα πλαίσιο που μόνη σημασία έχει η ανάπτυξη της λειτουργικότητας, τα συμπτώματα πρέπει να εξαλείφονται αμέσως, ή πριν καν εμφανιστούν (πρόληψη). Εδώ ο Φρεμάν (2004) κάνει ένα διαχωρισμό ανάμεσα σε τέτοιες πρακτικές και μέσα από την ψυχαναλυτική σκοπιά δηλώνει πως: *«Η εξαφάνιση του συμπτώματος μπορεί να σημαίνει τη θεραπεία του ασθενούς, αλλά δεν επισημαίνει τίποτα από την επιθυμία του υποκειμένου»* (σ. 14). Ο Λίποβατς (1994) συμπληρώνει πως *«η κοινωνία δεν μπορεί να κυριαρχήσει ποτέ το ασυνείδητο επιθυμείν, αυτό που όμως πάντα κάνει είναι να κατασκευάζει ταυτότητες (ρόλους, χαρακτήρες) μέσω της γνώσης»* (σ. 237).

Ο συμβολικός νόμος δεν πειθαρχεί στα υποκείμενα με την έννοια της κυριαρχίας και του εξαναγκασμού αλλά τα τοποθετεί απέναντι από την επιθυμία τους σε τέτοια απόσταση ώστε να συνεχίσουν να επιθυμούν. Το *διαιρεμένο υποκείμενο* της ψυχανάλυσης έχει τη δυνατότητα να επιθυμεί και να αναδύεται μέσα από το λόγο ακριβώς λόγω της *έλλειψης* (στον Άλλο). Εδώ θα μπορούσε να γίνει μια αντιπαραβολή με τα μέτρα προσαρμογής, και ανάπτυξης της λειτουργικότητας, στα οποία αναλώνεται η κοινοτική ψυχιατρική. Το άτομο καλείται μέσω των θεραπειών και των προγραμμάτων επανένταξης να υιοθετήσει ένα μοντέλο συμπεριφοράς ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει όσον το δυνατόν πληρέστερα στους κοινωνικούς του ρόλους. Μέσα από την γνώση των ειδικών σχετικά με την υγεία, η οποία ακριβώς είναι συνδεδεμένη με την ανάπτυξη της λειτουργικότητας του ατόμου, δημιουργούνται ταυτίσεις με συγκεκριμένα πρότυπα ζωής ενώ δεν προβλέπεται τίποτα το χασματικό, ελλειμματικό. Ο εαυτός μπαίνει σε ένα πλαίσιο κανονιστικών *«μη και δεν»* αναζητώντας τον μετασχηματισμό που θα του επιτρέψει να κατακτήσει τον *αγαθό βίο* ενώ η

ψυχανάλυση προτείνει μια ζωή που ο άνθρωπος θα επιθυμεί ακριβώς επειδή είναι σε απόσταση από το αντικείμενο της επιθυμίας του.

Για τον Λακάν (1982) *«Η σχέση του υποκειμένου προς τον Άλλο γεννιέται ολόκληρη μέσα σε μια διαδικασία χασματική»*, χωρίς αυτή τη συνθήκη: *«Οι σχέσεις ανάμεσα στα όντα και το πραγματικό, θα μπορούσαν να γεννιούνται σαν σχέσεις αντιστρόφως αμοιβαίες»* (Λακάν, 1982, σ. 263). Αυτή είναι και μια αντίθεση της ψυχανάλυσης με την ψυχολογία η οποία όπως αναφέρει ο Λακάν (1982) επιλέγει να τοποθετεί τα πάντα σε σχέση με την εξωτερικευμένη τους αντίδραση. Ας μην ξεχνάμε πως η ψυχολογία άλλωστε είναι η επιστήμη που μελετά τη συμπεριφορά ενώ η ψυχανάλυση ασχολείται με το (δομημένο όπως μια γλώσσα κατά τον Λακάν) ασυνείδητο. Εν προκειμένω στις κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας όλα αξιολογούνται σε σχέση με το αν τα άτομα προσαρμόστηκαν και έγιναν λειτουργικά εντός της κοινότητας και της οικογένειας ή σε κάποιο χώρο εργασίας. Για να το πούμε αλλιώς, τα άτομα αξιολογούνται σε σχέση με το αν είναι σε θέση να παράγουν, αν είναι χρήσιμοι δηλαδή για την κοινωνία. Το άτομο στην προοπτική της επανένταξης δεν υπάρχει ως υποκείμενο ακριβώς γιατί καλύπτει συγκεκριμένες θέσεις εντός του κοινωνικού πεδίου που ίσως δεν έχουν τίποτα να πουν για το ίδιο. Ο Ιζκοβιτς (2008, σ. 11) επισημαίνει πως η ψυχανάλυση *«παράγει μια νέα και ανέκδοτη επιθυμία»* η οποία ξεφεύγει από τον τρόπο που το υποκείμενο μπορεί να υπάρχει μέσα στον παραγωγικό σχηματισμό ή την δομή της οικογένειας καθώς αυτή η επιθυμία εδράζεται στο ίδιο το υποκείμενο. Όπως θα συμπληρώσει ο Φρεμάν (2004, σ. 211): *«Η επιθυμία δεν λέγεται, δεν αποδεικνύεται αλλά σημαίνεται από τους σχηματισμούς του ασυνείδητου, γεγονός που ξεχωρίζει την ψυχανάλυση από κάθε άλλη ψυχολογία»*. Στις δομές κοινοτικής ψυχικής υγείας βέβαια όλες οι δράσεις που έχουν σαν στόχο την επανένταξη έρχονται να απαντήσουν σε αυτή την επιθυμία εντάσσοντας το άτομο στην κοινότητα και την εργασία. Μέσα από την κοινοτική ψυχιατρική το άτομο μετασχηματίζεται ώστε να μπορεί να *απολαμβάνει έχοντας μια θέση* στην εργασία, την κοινότητα και την οικογένεια. Μιλάμε για πολύ συγκεκριμένες απαντήσεις που προλαμβάνουν την ανάδυση της ιδιαίτερης επιθυμίας του υποκειμένου για κάτι άλλο πέρα από την λειτουργικότητα του. Με άλλα λόγια τα άτομα (οφείλουν να) επιθυμούν μόνο με ένα τρόπο που θα επιτρέψει την είσοδο τους στην εργασία και την κοινότητα. Αυτό είναι το τέλος της επιθυμίας.



Τι συμβαίνει όμως και τα άτομα υιοθετούν ή προσπαθούν να υιοθετήσουν τέτοια μοντέλα συμπεριφοράς που συμβαδίζουν με τις αρχές της επανένταξης; Στο ερώτημα πως μια εντολή μπορεί να παράγει άτομα που υπακούουν ο Σταυρακάκης (2012) δίνει την εξής απάντηση: *«Η επιτελεστική τυπική διαδικασία της εντολής πρέπει να υποστηρίζεται από ένα φανταστικό σενάριο που την επενδύει με μια ανώτερη αξία στο επίπεδο της απόλαυσης»* (σ. 211). Η υπόσχεση για μια ζωή απαλλαγμένη από τον πόνο ο οποίος συχνά συνοδεύει το σύμπτωμα και η ικανοποίηση που έρχεται, σύμφωνα με τον ορισμό της ψυχικής υγείας, από την ένταξη στην εργασία και την λειτουργικότητα, είναι αξίες που μπορούν να προωθηθούν και να υποστηρίξουν αυτό το φανταστικό σενάριο. Ειδικά όταν εγγυάται για την απόλαυση αυτή κάποιος με κύρος όπως οι ειδικοί ψυχικής υγείας. Αυτή ειδικά η υπόσχεση για μια ζωή με ικανοποίηση, (είσοδος στην εργασία, ισότιμο μέλος της οικογένειας και της κοινότητας) αντικατοπτρίζει μια γενική στρατηγική που όπως αναφέρει ο Σταυρακάκης (2012, σ. 220) επιδιώκει *«η απόλαυση να επιβάλλεται πλέον ως κοινωνικό καθήκον»*. Το άτομο πρέπει να απολαμβάνει και για να απολαμβάνει πρέπει να είναι λειτουργικό. Μέσα από την ικανότητα να εργάζεται θα έρθει η ικανοποίηση, η ζωή γεμάτη νόημα. Η επάνοδος στους κοινωνικούς ρόλους είναι η ίδια μια συνθήκη απόλαυσης καθώς μέσα από αυτή τη λειτουργία το άτομο θα μπορεί να ικανοποιείται και παράλληλα να είναι εντός του πλαισίου της ψυχικής υγείας. Ο Σταυρακάκης μας παραπέμπει στον Φουκώ ο οποίος εντόπισε την εξουσία ακριβώς όχι αποκλειστικά αρνητική- καταπιεστική αλλά και παραγωγική ως προς το βαθμό που παράγει λόγους, μορφές γνώσης και πράγματα προκαλώντας έτσι μια «ηδονή». Αυτή η απόλαυση που παράγει η εξουσία μπορεί να είναι πολύ πιο ωφέλιμη για την ίδια από άλλες μεθόδους πειθαρχίας γιατί ακριβώς πάνω σε αυτή τα άτομα επενδύουν με έναν φετιχιστικό τρόπο. Ας δούμε τι αναφέρει ο Φουκώ (1987, σ. 21):

Αυτό που κάνει την εξουσία να κρατάει γερά, αυτό που την κάνει παραδεκτή είναι το ότι δεν βαραίνει απλώς πάνω μας σαν μια δύναμη που λέει όχι αλλά ότι διασχίζει τα πράγματα, παράγει πράγματα, επιφέρει ηδονές, μορφές γνώσης, παράγει λόγο, Πρέπει να θεωρηθεί παραγωγικό πλέγμα που καλύπτει ολόκληρο το κοινωνικό σώμα και όχι αρνητική βαθμίδα που ρόλος της είναι η καταπίεση.

Μιλάμε λοιπόν για μια συνθήκη όπου η εξουσία δεν απαγορεύει στα άτομα την απόλαυση αλλά διαχειρίζεται την απόλαυση αυτή μέσα από τις πρακτικές και τον λόγο της επανένταξης επιτυγχάνοντας έτσι να καθοδηγεί, να χειραγωγεί, την επιθυμία.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Θεωρώ πως μέσα από την κριτική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα εργασία επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση πως οι κοινοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας είναι μηχανισμοί διαχείρισης της ζωής, κοινωνικού ελέγχου καθώς και πεδίο πρακτικών εξουσίας.

Στα πλαίσια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης δημιουργούνται δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Η ψυχιατρική μέσα από αυτό το πέρασμα επιδιώκει να επεκταθεί και αντικείμενο της γίνεται όλος ο πληθυσμός της κοινότητας. Όπως αποδείχθηκε μέσα από την ανάλυση στο πρώτο κεφάλαιο η κοινοτική ψυχιατρική αναπτύσσει πρακτικές που απευθύνονται στον ευρύ πληθυσμό και στοχεύουν στην κοινωνική ρύθμιση. Έτσι εδραιώνεται ο κοινωνικός έλεγχος, ενώ παράλληλα η ζωή των ψυχικά ασθενών ελέγχεται μέσα από τη σχέση τους με τις δομές αυτές και την χορήγηση φαρμάκων. Η παράλληλη ανάπτυξη της φαρμακολογίας και των δομών στην κοινότητα καταφέρνει μια ορθολογική διαχείριση των ψυχικά ασθενών (management), από τη μεριά της εξουσίας, καθώς μέσα από τη φαρμακευτική αγωγή το σώμα ελέγχεται και οι ψυχικά ασθενείς καλούνται πλέον να αναπτύξουν τη λειτουργικότητα τους μηχανικά και να υιοθετήσουν έναν συγκεκριμένο τρόπο ζωής που θα τους κάνει ικανούς να συμμετέχουν στην παραγωγή. Είδαμε πως η ανάπτυξη της λειτουργικότητας και η δυνατότητα συμμετοχής στην εργασία και την παραγωγή αποτελεί δείγμα υγείας, σύμφωνα με τον κυρίαρχο ορισμό της ψυχικής υγείας που ανταποκρίνεται στις κυρίαρχες απαιτήσεις της κοινωνίας. Αυτή η ιδέα βέβαια δεν μεταδίδεται μόνο στους ψυχικά ασθενείς, αλλά η κυρίαρχη ιδεολογία διαχέεται από αυτές τις δομές όπως είδαμε σε όλη την κοινωνία κυρίως μέσα από προγράμματα πρόληψης και αυτή η συνθήκη βοηθάει την αναπαραγωγή των καπιταλιστικών σχέσεων παραγωγής με αποτέλεσμα την ομαλοποιητική κοινωνία. Μέσω των προγραμμάτων επιμόρφωσης τα άτομα αντιλαμβάνονται τη σημασία του να είναι λειτουργικά και να συμμετέχουν στις σχέσεις παραγωγής αλλά και τους κινδύνους που παραμονεύουν αν τολμήσει κάποιος να ξεφύγει από την ομαλότητα. Οι άνθρωποι σταματάνε να ξεφεύγουν από την ομαλότητα φοβούμενοι να μην εκπέσουν από την υγεία στην ασθένεια. Το ζήτημα είναι όμως πως δεν χρειάζεται να είναι ασθενής κάποιος για να έχει την τύχη του ψυχικά ασθενούς, αφού σε πολιτικό επίπεδο τουλάχιστον, και οι δύο είναι αντικείμενα κοινωνικής ρύθμισης.

Επίσης με αυτή την έξοδο της ψυχιατρικής από το άσυλο είδαμε πως ο λόγος της σχηματίζεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να συμπεριλάβει, και να φέρει πιο κοντά στο θεραπευτικό πλαίσιο, όλο και μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, αλλά και πως μέσα από έναν υπευθυνοποιητικό λόγο επιδιώκει αυτή την ανάπτυξη της λειτουργικότητας ώστε να μπορεί το άτομο να ενταχθεί στην εργασία και την παραγωγή. Στην συνέχεια αναλύθηκαν η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία και η επανένταξη.

Η πρόληψη μεριμνά για την δημόσια υγεία με σκοπό να διασφαλίσει την δημόσια τάξη, την ομαλότητα. Οι δράσεις πρόληψης μέσα από την προαγωγή της δημόσιας ψυχικής υγείας εισάγουν τα άτομα σε ένα καθεστώς αυτοεπιτήρησης και πειθαρχίας, ενώ η διαχείριση της ζωής των ψυχικά ασθενών επιβάλλεται με αφορμή την αποφυγή υποτροπών. Η πρόληψη δίνει στην εξουσία τη δυνατότητα να τελειοποιηθεί με τη γενίκευση του πανοπτισμού, όπου όλα επιτηρούνται και όλα ελέγχονται από τα ίδια τα άτομα. Κάτι που προκύπτει εδώ και θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο μελλοντικής μελέτης είναι το πως τα άτομα λειτουργώντας με τον τρόπο που επιβάλλει η πρόληψη αυτόματα παράγουν την παραγωγή της ίδια της πρόληψης (Όσο πιο πολύ τα άτομα ακολουθούν τις οδηγίες προς διαφύλαξη της υγείας όσο και πιο πολλές οδηγίες θα δίνονται, όσο πιο πολύ αποδοχή έχουν τα επιμορφωτικά σεμινάρια στα πλαίσια της πρόληψης όσο και πιο πολλές επιμορφώσεις θα πραγματοποιούνται κ.λ.π).

Το πέρασμα στην κοινότητα γίνεται παράλληλα με την ανάπτυξη των διαγνωστικών εργαλείων της ψυχιατρικής. Αυτό που είναι άκρως σημαντικό είναι αυτή η αποσύνδεση του υποκειμένου από το σύμπτωμα του. Το σύμπτωμα καταφέρνει, έστω και με επώδυνο τρόπο να σπάει αυτή την ομαλότητα και να εκφράζει κάτι που έχει νόημα, αλλά και μια αλήθεια για το ίδιο το υποκείμενο η οποία όμως δεν είναι χρήσιμη ( ή μπορεί να είναι και επικίνδυνη) για την ομαλοποιητική κοινωνία. Έτσι έχουμε σε πρώτο πλάνο την αποσύνδεση του συμπτώματος από το νόημα του και έπειτα την ισοδυναμία του με ένα προϊόν της ψυχιατρικής. Η ζημιά που γίνεται βέβαια για το υποκείμενο μέσα από αυτή τη συνθήκη είναι τεράστια, θα ήταν όμως ολέθριο για το σύστημα να επιτρέπει στο άτομο να βρίσκει λύσεις εκτός των προσφερόμενων προϊόντων. Αυτό δείχνει το πόσο μεγάλη ανάγκη υπάρχει στον καπιταλισμό όλα να είναι ποσοτικά μετρήσιμα και τοποθετημένα σε αναλογία και αντιστοιχία σε σχέση με την αξία τους. Παράλληλα αυτή η μεταχείριση του συμπτώματος δεν αφήνει κανένα περιθώριο στο

υποκείμενο να μάθει κάτι από αυτό, να οδηγηθεί σε μια δική του αλήθεια. Το μόνο που μένει είναι ένα υπόλοιπο ψυχικού πόνου που το άτομο είναι έτοιμο να καταθέσει σε ψυχοθεραπευτές και ψυχοφάρμακα, από όπου προκύπτει ακριβώς μια νέα ορθοπεδική της ζωής σύμφωνη με τις κυρίαρχες απαιτήσεις της κοινωνίας.

Η θεραπεία προσανατολίζεται σε δύο επίπεδα, τη συνείδηση και το σώμα. Είδαμε πως η θεραπεία πλέον μπορεί να επεμβαίνει με έναν ρυθμιστικό τρόπο σε όλο και πιο πολλές πτυχές της ζωής επιδιώκοντας την ανάπτυξη της λειτουργικότητας, βάση της οποίας αξιολογείται κιόλας. Μάλιστα εντός των δομών της κοινότητας δημιουργούνται μορφές θεραπείας που ακριβώς στοχεύουν στη γρήγορη ανάπτυξη αυτής της λειτουργικότητας με το βάρος να δίνεται στον έλεγχο της συνείδησης, μέσα από τις διάφορες συμβουλευτικού και ψυχολογικού τύπου θεραπείες, και του σώματος μέσα από τα φάρμακα. Όμως όλα αυτά κάποια στιγμή θα κάνουν το άτομο πιο ελεύθερο, αυτόνομο. (;)

Είδαμε πως η επανένταξη με προκλητικό τρόπο ευαγγελίζεται την αυτονομία. Δεν μπορεί να υπάρξει αυτονομία χωρίς μια εσωτερική διαλεκτική η οποία όμως καταργείται μέσα από την διαγωγή και τον περιορισμό σε συγκεκριμένες πιθανότητες δράσης, ύπαρξης, σηματοδοτώντας έτσι τη διακυβέρνηση των ατόμων. Η επανένταξη δηλαδή δεν οδηγεί στην αυτονομία αλλά προωθεί την εξουσία σε επίπεδο διακυβέρνησης των ατόμων. Με παρόμοιο καθοδηγητικό τρόπο λειτουργεί η επανένταξη και σε σχέση με την επιθυμία. Έχουμε μια παραγωγή, και επιβολή, απόλαυσης ακριβώς με σκοπό να μπει ένας φραγμός στην επιθυμία. Καθώς αυτή η επιθυμία δεν μπορεί να περιοριστεί σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο επιλογών, αν το υποκείμενο αφεθεί να επιθυμεί, πόσο μάλλον να απολαμβάνει, κάτι πέρα από τα κοινωνικά προσφερόμενα θα ξεγλιστρούσε από τον κοινωνικό σχηματισμό και έτσι δεν θα προσέφερε όσα μπορούσε, δεν θα ήταν τόσο εκμεταλλεύσιμο.

Κλείνοντας σε σχέση με τα παραπάνω ας θυμηθούμε τον Ντελέζ (2001, σ. 10): *«Δεν είναι η ώρα ούτε να κλάψουμε, ούτε να ελπίσουμε, χρειάζεται μάλλον να αναζητήσουμε νέα όπλα.»*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- ΠΗΓΕΣ

### ΒΙΒΛΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλτουσέρ, Λ. (1999). *Θέσεις*. (μτφρ. Ξενοφών Γιαταγάνας). Αθήνα: Θεμέλιο
- Βεργέτης, Δ. (2006). Λακάν και Φουκώ: τα νέα συμπτώματα. Από το υποκείμενο του ασυνειδήτου στο βιο- ρυθμιζόμενο υποκείμενο. Στο Ν. Παπαχριστόπουλος (επίμ.) *Ψυχανάλυση και κοινωνικά συμπτώματα* (σς 185-228) Αθήνα: Βιβλιόραμα
- Δοξιάδης, Κ. (1992). *Υποκειμενικότητα και εξουσία*. Αθήνα: ΠΛΕΘΡΟΝ.
- Ζήση, Α. (2013). *Κοινωνία, κοινότητα και ψυχική υγεία*. Αθήνα: Gutenberg
- Ζίζεκ, Σ. (2003). Καλωσορίσατε στην έρημο του πραγματικού (μτφρ. Βίκυ Ιακώβου). Αθήνα: Scripta
- Ζίζεκ, Σ. (2006). *Ιράκ: Η δανεική χύτρα* (μτφρ. Κωστής Σταφυλάκης, επίμ. Γιάννης Σταυρακάκης). Αθήνα: SCRIPTA
- Ζίζεκ, Σ. (2006). *Το υψηλό αντικείμενο της ιδεολογίας* (μτφρ. Βίκυ Ιακώβου, επίμ. Γιάννης Σταυρακάκης). Αθήνα: SCRIPTA
- Ίτσκοβιτς, Λ., (2008). Ο ελεύθερος άνθρωπος και η ψυχανάλυση. *Τετράδια*, 2, 7-15
- Καστοριάδης, Κ. (1993). *ανθρωπολογία, πολιτική, φιλοσοφία: πέντε διαλέξεις στη βόρεια Ελλάδα*. Αθήνα: ύψιλον
- Κονταξάκης, Β., & Κωνσταντακόπουλος, Γ., (2015). Από το DSM-I στο DSM-5. *Ψυχιατρική*, 26(1), 13-16
- Κυλούδης, Π., Τανανάκη, Μ., & Ρεκλείτη, Μ., (2012). Η διαχείριση των ψυχικά ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας*. 4(1), 1-8.
- Λακάν, Ζ. (1982). *Οι τέσσερις θεμελιακές έννοιες της ψυχανάλυσης* (μτφρ. Ανδρομάχη Σκαρπαλέζου, επίμ. Γιώργος Χειμωνάς). Αθήνα: ΚΕΔΡΟΣ
- Λακάν, Ζ. (2005). *Οι ψυχώσεις* (μτφρ. Ρούλη Χριστοπούλου, επίμ. Βασίλης Σκορδίλης). Αθήνα: Ψυχογιός
- Λέκκα, Β. (2012). *Ιστορία και θεωρία της ψυχιατρικής*. Αθήνα: future
- Λίποβατς, Θ. (1994). Πειθαρχία και Γνώση ή νόμος και επιθυμείν; Στο Ι. Σολομών & Γ, Κουζέλης (επίμ.), *Πειθαρχία και Γνώση* (σς 235-240). Αθήνα: Εταιρία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου
- Λίποβατς, Θ. (2007). *Το όνομα του πατέρα και η δυσφορία μέσα στον πολιτισμό*. Αθήνα: ΠΟΛΙΣ

- Μαδιανός, Μ. (2000). *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτης
- Μητροσύλη, Μ., (2014). Η υποχρεωτική θεραπεία των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα: Ηθικά και νομικά προβλήματα, *Ψυχιατρική*, 25(4), 285-292
- Νικολάου, Ε. (2008). Ειδικές μονάδες αποκατάστασης και επαγγελματικής επανένταξης: Ο ρόλος του κοινοτικού φορέα ψυχικής υγείας. Στο Ε. Βλαχάκη & Γ. Μανιαδάκης (επίμ.) *Ψυχική Υγιεινή και Ψυχική Διαταραχή στην Κοινότητα* (σσ47-56) Αθήνα: ΒΗΓΑ
- Παπαγεωργίου, Ε. (2009). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: Παρισιανου
- Πέππου, Λ-Ε., & Στυλιανίδης, Σ. (2014). Ψυχιατρική Επιδημιολογία και εφαρμογές στην κοινοτική ψυχιατρική. Στο Σ. Στυλιανίδης & συνεργάτες (επίμ.), *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής* (σσ. 85-108). Αθήνα: ΤΟΠΟΣ.
- Σκουρλέτη, Μ., & Στυλιανίδης, Σ. (2014). Βραχεία ψυχοθεραπεία σε κοινοτικό πλαίσιο. Στο Σ. Στυλιανίδης & συνεργάτες (επίμ.), *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής* (σσ. 419-460). Αθήνα: ΤΟΠΟΣ.
- Σολομών, Ι. (1994). Πειθαρχία και Γνώση: εισαγωγικές σημειώσεις. Στο Ι. Σολομών & Γ, Κουζέλης (επίμ.), *Πειθαρχία και Γνώση* (σσ 7-10) Αθήνα: Εταιρία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου
- Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
- Σταυρακάκης, Γ. (2012). *Η λακανική αριστερά*. Αθήνα: Σαββάλας
- Στυλιανίδης, Σ., Λάβδας, Μ., Μάρκου, Κ., & Μπελέκου, Π. (2014). Μοντέλο recovery και σύγχρονη ψυχιατρική φροντίδα: εννοιολογική θεώρηση, κριτική προσέγγιση και πρακτική εφαρμογή. Στο Σ. Στυλιανίδης & συνεργάτες (επίμ.), *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής* (σσ. 249-276). Αθήνα: ΤΟΠΟΣ.
- Τζαβάρας, Θ. (1994). Επιστολή σε έναν νέο ψυχίατρο. Στο Ι. Σολομών & Γ, Κουζέλης (επίμ.), *Πειθαρχία και Γνώση* (σσ. 39-42) Αθήνα: Εταιρία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου
- Τζαβάρας, Θ & Τζαβάρα, Ε. (2004). *Μαθήματα της ιατρικής, Παθήματα της ψυχής*. Αθήνα: Εξάνατς
- Τζανάκης, Μ. (2008). *Πέραν του Ασύλου*. Αθήνα: συνάψεις
- Τζανάκης, Μ. (2012). *Ψυχική ασθένεια και σύγχρονες πρακτικές του εαυτού: μια μαρτυρία ζωής*. Αθήνα: Πεδίο

- Τζανάκης, Μ. (2014). Αυτοεπιτήρηση και διακυβέρνηση του εαυτού στη μετα-ασυλική εποχή της ελληνική ψυχιατρικής. Στο Γ. Αλεξιάς, Μ. Τζανάκης & Α. Χατζούλη (επίμ), *Σώμα υπό επιτήρηση : ηθικές και πολιτικές συνδηλώσεις της ιατρικής τεχνολογίας και της κοινωνικής φροντίδας* (σσ. 335-351). Αθήνα: Πεδίο
- Τσαλίκογλου, Φ. (1987). *Ο μύθος του επικίνδунου ψυχοσθενή*. Αθήνα: Παπαζήση
- Φρεμάν, Z-P. (2004). *Τι είναι κλινική* (μτφρ. Κατερίνα Χατζή, επίμ. Ελμίνα Βαλσαμοπούλου). Αθήνα: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗΣ.
- Φουκώ, Μ. (1964). *Η Ιστορία της Τρέλας* (μτφρ. Φραγκίσκη Αμπατζοπούλου). Αθήνα: Ηριδανός
- Φουκώ, Μ. (1978). *Η Ιστορία της Σεξουαλικότητας, 1 Η δίψα της γνώσης* (μτφρ. Γκλору Ροζάκη, επίμ. Γιάννης Κρητικός). Αθήνα: Ράππα
- Φουκώ, Μ. (1986). *Οι λέξεις και τα πράγματα* (μτφρ. Κωστής Παπαγιώργης). Αθήνα: Γνώση
- Φουκώ, Μ. (1987). *εξουσία, γνώση, ηθική* (μτφρ. Ζήσης Σαρίκας). Αθήνα: ύψιλον
- Φουκώ, Μ. (1991). *Η μικροφυσική της εξουσίας* (μτφρ. Λίλα Τρουλινού). Αθήνα: ύψιλον
- Φουκώ, Μ., Μ (1994) Η ενσωμάτωση του νοσοκομείου στην σύγχρονη τεχνολογία. Στο Ι. Σολομών & Γ, Κουζέλης (επίμ.) *Πειθαρχία και Γνώση* (σσ 75-84) Αθήνα: Εταιρία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου
- Φουκώ, Μ. (1994). Το μάτι της εξουσίας. Στο Ι. Σολομών & Γ, Κουζέλης (επίμ.) *Πειθαρχία και Γνώση* (σσ 11-24) Αθήνα: Εταιρία Μελέτης των Επιστημών του Ανθρώπου
- Φουκώ, Μ. (2011). *Επιτήρηση και Τιμωρία* (μτφρ. Τάσος Μπέτζελος). Αθήνα: ΠΛΕΘΡΟΝ
- Φουκώ, Μ. (2012). *Η γέννηση της κλινικής* (μτφρ. Κική Καψαμπέλη, επίμ. Μαρία Μητροσύλη). Αθήνα: νήσος
- Φρόυντ, Σ. (2000). *Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση* (μτφρ. Δημήτρης Κωστελένος). Αθήνα: Δαμινός
- Χονδρός, Π., & Στυλιανίδης, Σ. (2014). Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Στο Σ. Στυλιανίδης & συνεργάτες (επίμ.), *Σύγχρονα Θέματα Κοινωνικής και Κοινοτικής Ψυχιατρικής* (σσ. 163-184). Αθήνα: ΤΟΠΟΣ.
- Agamben, G. (2016). *Homo Sacer, κορίαρχη εξουσία και γυμνή ζωή* (μτφρ. Παναγιώτης Τσιαμούρας, επιμ. Φιλίμων Πατσάκης). Αθήνα: Εξάρχεια

- American Psychiatric Association. (2015). Διαγνωστικά Κριτήρια από DSM-5 (μτφρ & επίμ, Κώστας Γκοτζαμάνης). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Assoun, P-L. (2006). Η ασυνείδητη ζημιά και οι κοινωνικές της υπεραξίες, Στο Ν. Παπαχριστόπουλος (επίμ.) *Ψυχανάλυση και κοινωνικά συμπτώματα* (σσ 53-72) Αθήνα: Βιβλιόραμα
- Brousse, M-H. (2006) Κοινή αγορά και διακρίσεις. Προς μια καινούργια ψυχαναλυτική κλινική. Στο Ν. Παπαχριστόπουλος (επίμ.) *Ψυχανάλυση και κοινωνικά συμπτώματα* (σσ 73-100) Αθήνα: Βιβλιόραμα
- Deleuze, G. (2001). *Η κοινωνία του ελέγχου* (μτφρ. και επίμ. Παναγιώτης Καλαμαράς). Αθήνα: Ελευθεριακή Κουλτούρα
- Ehrenberg, A. (1998). *Η κούραση να είσαι ο εαυτός σου* (μτφρ. Βασιλική Δημουλά). Αθήνα: Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου
- Epstein, C., (2016). Surveillance, Privacy and the Making of the Modern Subject: Habeas what kind of Corpus?. *Body and Society*, 22(2), 28–57
- Horwitz, A., (2011). Creating an Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis. *Society and Mental Health*, 1(1), 41-54
- McKeown, M., Stowell-Smith, M., Derricott, J., & Mercer D., (1998). Dual Diagnosis as Social Control. *Addiction Research*, 6( 1 ), 63-70
- Smith-Merry, J., & Sturdy, S., (2013). Recovery in Scotland: The Rise and Uncertain Future of a Mental Health Social Movement. *Society and Mental Health*, 3(2), 114–132
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2010). *Για μια καλύτερη φροντίδα της ψυχικής υγείας* (μτφρ. Μαρία Δερμετζή, επίμ. Στέλιος Στυλιανίδης). Αθήνα: ΤΟΠΟΣ.
- Twigg, J. (2007). Η κοινωνική πολιτική και το σώμα Στο G. Lewis., S. Gewirtz., & J. Clarke (επίμ.) *Κοινωνική Πολιτική, μια άλλη προσέγγιση* (μτφρ. Άννα Χολογουση, επίμ. Όλγα Στασινοπούλου), (σσ.165-181) Αθήνα: Gutenberg
- Watson. S. (2007). Ο Φουκώ, Μ. και η μελέτη της κοινωνικής πολιτικής. Στο G. Lewis., S. Gewirtz., & J. Clarke (επίμ.) *Κοινωνική Πολιτική, μια άλλη προσέγγιση* (μτφρ. Άννα Χολογουση, επίμ. Όλγα Στασινοπούλου) (σσ.96-109) Αθήνα: Gutenberg



### **Ηλεκτρονικές Διευθύνσεις**

Πληροφορίες σχετικά με το πρόγραμμα «Ψυχαργός» και τις κύριες δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα:

[www.psychargos.gov.gr](http://www.psychargos.gov.gr) (τελευταία πρόσβαση 28/12/2016)

Για τον ορισμό της Ψυχικής Υγείας:

[www.who.int](http://www.who.int) (τελευταία πρόσβασης στις 2/1/2017)

Πληροφορίες σχετικά με την πράσινη βίβλο:

<http://eur-lex.europa.eu> (τελευταία πρόσβασης στις 3/1/2017)

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων. (2005). ΠΡΑΣΙΝΗ ΒΙΒΛΟΣ: *Βελτίωση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού. Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση*. Ανάκτηση από:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_el.pdf) (τελευταία πρόσβαση 5/1/2017)

### **Πηγές**

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2003). Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας (μτφρ. Γιώργος Πασαντώπουλος, επίμ. Βαγγέλης Ζαχαριάς). Αθήνα: Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

## **Life management and social control through mental health structures in community**

Thanasis Douvlekas

### **ABSTRACT**

This study examines the matter of community structures of mental health critically. These structures developed in the framework of psychiatric reform, and their activities are oriented towards the prevention of mental disorders and the promotion of mental health, in the diagnosis, treatment and reintegration of the mentally ill. Each of the aforementioned practices are examined critically through Foucault's work as well as within the theory of psychoanalysis in order to demonstrate the function of these structures as life management and social control mechanisms. Through our study, it quickly becomes apparent that the end of asylum treatment did not result in a freer life for the mentally ill but paved the way for the exercise of bio-power. Furthermore, with the expansion of psychiatry out of asylums, the whole of the community's population becomes a target of social regulation. The purpose is the development of individual functionality, as well as for all social practices to be evaluated according to it. The mental health structures which are created function as ideological apparatus of the state and enhance the reproduction of capitalist relations of production. Moreover, social control is reinforced by the implementation of prevention measures, the development of psychiatric diagnostic measurement and the wide spread use of psychiatric medicines. The treatment exerts control over the body and consciousness, in the frame of bio-power, and the practice of reintegration in the community, individual is restricted, desire is controlled and specific ways of enjoyment are imposed.

*Keywords:* mental health, psychiatry, community, Foucault, psychoanalysis, power, social control, life management, functionality