

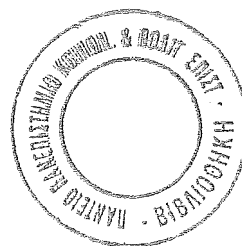
ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ, ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ»
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΕΓΚΛΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»

ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΣΤΑΜΠΟΥΛΗ
Α.Μ: 302Μ002

ΕΠΟΠΤΗΣ:
ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΓΙΩΡΓΟΣ
ΜΕΛΗ:
ΛΥΔΑΚΗ ΑΝΝΑ
ΤΣΙΓΚΑΝΟΥ ΙΩΑΝΝΑ



ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2004

«Σφυρίζει ο άνεμος εντός μου.
Είμαι γυμνός. Μην κατέχοντας τίποτα,
μην κατέχοντας κανέναν,
μην κατέχοντας καν τις βεβαιότητές μου,
είμαι το πρόσωπό μου στον άνεμο,
κόντρα στον άνεμο,
είμαι ο άνεμος που μαστιγώνει το πρόσωπό μου»

Εδουάρδο Γκαλεάνο, «Το βιβλίο των εναγκαλισμών»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ψυχική διαταραχή μελετάται μέσα από δύο παραμέτρους της: την επικινδυνότητα και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Τόσο η πρώτη όσο και η δεύτερη είναι δύο κοινωνικά κατασκευασμένες έννοιες, με την επικινδυνότητα να συνδέεται με την ψυχική διαταραχή με τέτοιο τρόπο, ώστε να θεωρείται ως ο κεντρικός πυρήνας της, να νοείται σε μεγάλο βαθμό μέσα από το πρίσμα της και να αποτελεί τη βάση για τη διαμόρφωση των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Από την άλλη, βρέθηκε να υπάρχει μια αμφίδρομη και αρκετά ισχυρή σύνδεση μεταξύ ψυχικής διαταραχής και χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status. Η σχέση κάθε μιας από τις δύο αυτές παραμέτρους με την ψυχική διαταραχή είναι πολύ διαφορετική, αλλά ο συνδυασμός τους οδηγεί στη διαδοχική μετάβαση των ψυχικά πασχόντων από το χώρο της κοινωνικής ενσωμάτωσης σε αυτόν του κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι ψυχικά πάσχοντες επενδυμένοι με την ετικέτα του «άρρωστου», του «επικίνδυνου» και του πολίτη με «χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο» καλούνται να επανενταχθούν σε έναν εξ ορισμού χώρο αποκλεισμού στον οποίο καθίστανται μια πρόσφορη ομάδα προς διαχείριση και κοινωνικό έλεγχο.

Λέξεις κλειδιά: ψυχική διαταραχή, ψυχικά πάσχοντες, επικινδυνότητα, socioeconomic status, κοινωνικός αποκλεισμός.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

σελ. 1-2

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ «ΤΡΕΛΑΣ» ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

σελ. 3-4

II. Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΚΗ-ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

σελ. 4-6

III. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

α) Παρέκκλιση

σελ. 6-8

β) Η ψυχική διαταραχή ως διαγνωστική κατηγορία

σελ. 8-9

γ) Η Αντιψυχιατρική

σελ. 9-12

δ) Ο Foucault και η ιστορική διαδικασία κατασκευής της έννοιας της «τρέλας»

σελ. 12-15

ε) Η πολιτική θεώρηση της έννοιας της «ψυχικής διαταραχής»

i) Η κριτική της κυρίαρχης αντίληψης

σελ. 15-17

ii) Η μαρξιστική προσέγγιση

σελ. 17-19

IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

σελ. 19-25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

σελ. 26

II. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ: ΠΩΣ Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ ΕΓΓΡΑΦΕΤΑΙ ΜΕΣΑ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

σελ. 26-32

III. ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΠΙΒΙΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

σελ. 32-36

IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

σελ. 36-38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ STATUS ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

σελ. 39-41

α) Ορισμός του «κοινωνικοοικονομικού status».

σελ. 41-42

β) Ορισμός της «ψυχικής διαταραχής»

σελ. 42

II. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

α) Έρευνες περιόδου 1930-1960

σελ. 43-44

β) Έρευνες περιόδου 1960-2003

σελ. 44-49

III. ΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

σελ. 49-51

IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

σελ. 51-56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

σελ. 57-59

II. ΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ»: ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

σελ. 59-62

III. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

σελ. 62-66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

σελ. 67-68

II. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

σελ. 68-70

III. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΣΗΜΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

σελ. 71-73

IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΜΙΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

σελ. 73

α) Συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης/ κατάρτισης

σελ. 83-84

β) Ο χώρος του ξενώνα

σελ. 84-85

V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

σελ. 86-91

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

I. ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

α) Η έννοια της επικινδυνότητας

σελ. 92-94

β) Η ύπαρξη χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status

σελ. 95-99

II. ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ «ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΕΝΩΝ» ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

α) Μακροχρόνια έγκλειστοι στο ψυχιατρείο

σελ. 99-104

β) «Ψυχικά πάσχοντες» που δεν έχουν υποστεί εγκλεισμό στο ψυχιατρείο

σελ. 104-106

III. Ο ΧΩΡΟΣ ΤΗΣ «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ» ΕΝΑΣ ΕΞ ΟΡΙΣΜΟΥ ΧΩΡΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

σελ. 106-109

IV. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΟΨΗ ΤΗΣ ΡΗΤΟΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

σελ. 110-114

V. ΚΑΠΟΙΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

σελ. 114-117

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

σελ. 118-123

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

σελ. 124-131

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία «Ο κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά πασχόντων» διεξήχθη στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνικός Αποκλεισμός, Μειονότητες και Φύλο» του Παντείου Πανεπιστημίου.

Κίνητρο της ενασχόλησης με το συγκεκριμένο θέμα αποτέλεσε η πεποίθησή μας ότι οι ψυχικά πάσχοντες αποτελούσαν, αλλά και συνεχίζουν να αποτελούν, μια από τις πλέον αποκλεισμένες ομάδες, επενδυμένες με «γνώσεις» από τους «ειδικούς» και το κοινό που απέχουν πολύ από την πραγματική τους κατάσταση. Αυτό ισχύει παρά τις μεταρρυθμίσεις που έχουν γίνει στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των σχέσεων ανάμεσα στις διαδικασίες κατασκευής και διαχείρισης των φαινομένων του κοινωνικού αποκλεισμού και της ψυχικής διαταραχής, μέσα από τη μελέτη παλαιότερης και σύγχρονης βιβλιογραφίας.

Η ψυχική διαταραχή θα μελετηθεί μέσα από δύο πολύ σημαντικές παραμέτρους της. Πρώτον, από την έννοια της επικινδυνότητας, η οποία, κατά τη γνώμη μας, αποτελεί το κεντρικό στοιχείο προσδιορισμού της ψυχικής διαταραχής. Δεύτερον, από την έννοια του κοινωνικοοικονομικού status των ψυχικά πασχόντων, το οποίο θεωρούμε ότι μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση και διαδρομή της ψυχικής διαταραχής. Αλλά και αντίστροφα, η τελευταία μπορεί να συμβάλλει στην καθήλωση των πασχόντων σε ένα χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Επιχειρούμε να διερευνήσουμε αφενός τη συμβολή της επικινδυνότητας και του ενδεχόμενου χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status στη διαμόρφωση της έννοιας

της ψυχικής διαταραχής και αφετέρου το ρόλο τους στη δημιουργία και αναπαραγωγή του κοινωνικού αποκλεισμού των πασχόντων.

Σχετικά με τη δομή της παρούσας εργασίας, αρχικά γίνεται αναφορά στις έννοιες της ψυχικής διαταραχής και της επικινδυνότητας, με στόχο να καταδειχθεί η κοινωνική κατασκευή τους και ο τρόπος που η δεύτερη εγγράφεται στην πρώτη. Ακολουθούν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ψυχικής διαταραχής και κοινωνικοοικονομικού status, καθώς και της έννοιας του κοινωνικού αποκλεισμού ως κοινωνικής κατασκευής που αναπαράγει υφισταμένες σχέσεις εξουσίας, περιορίζεται στη διαχείριση των προβλημάτων των «κοινωνικά αποκλεισμένων» και ουσιαστικά συμβάλλει στη διαίωνισή τους. Η εργασία ολοκληρώνεται με την περιγραφή του κοινωνικού αποκλεισμού των πασχόντων στην Ελλάδα σήμερα και με τα τελικά συμπεράσματα σχετικά με τη σύνδεση ανάμεσα στην ψυχική διαταραχή και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς επιτροπής μου κ. Άννα Λυδάκη και κ. Ιωάννα Τσίγκανου και κυρίως τον επιβλέποντά μου κ. Γιώργο Νικολόπουλο για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές τους. Επίσης, τους γονείς μου για τη συνεχή συμπαράσταση και ενθάρρυνσή τους και τους φίλους μου για την κατανόησή τους. Για την υλοποίηση αυτής της μελέτης οφείλω να πω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στη συμφοιτήτριά μου Μαρία Ελληνικού για τις ατέρμονες συζητήσεις που είχαμε πάνω στο θέμα της εργασίας όλον αυτόν τον καιρό, την ψυχική στήριξη και πάνω από όλα τη φιλία της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ «ΤΡΕΛΑΣ» ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΖΗΤΗΜΑΤΟΣ

Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Στη δεκαετία του 1960 κορυφώνεται η συζήτηση γύρω από τη φύση της ψυχικής διαταραχής ως κοινωνικού φαινομένου. Στο διάλογο παίρνουν μέρος επιστήμονες από το χώρο της ψυχιατρικής, της ιστορίας, της ανθρωπολογίας, της κοινωνιολογίας και της φιλοσοφίας. Αφετηρία θα αποτελέσουν ένα πλήθος αντιλήψεων και ερευνητικών δεδομένων που αφορούν την αντίθεση μεταξύ των υποστηρικτών της κοινωνικής και της βιολογικής αιτιολογίας της ψυχικής διαταραχής, την προσπάθεια καθορισμού της πραγματικής φύσης της, ιστορικά και ανθρωπολογικά δεδομένα που παρουσιάζουν πόσο ποικίλει ο τρόπος που γίνεται αντιληπτή η ψυχική διαταραχή σε διαφορετικά κοινωνικά και χρονικά πλαίσια και το εύρος των νοσηματοδοτήσεων που αναπτύσσονται γύρω από τις έννοιες του πνεύματος και του σώματος.

Η βιβλιογραφία γύρω από όλη αυτή τη συζήτηση έχει μια μακρά ιστορία και κορυφώνεται στα 1970 με την εμφάνιση της «Αντιψυχιατρικής». «Οι θέσεις της Αντιψυχιατρικής, αν και προερχόμενες από ανακατατάξεις στο χώρο των ψυχικών ασθενειών, ξεπερνούν κατά πολύ τα στενά όρια της ψυχιατρικής και απαιτούν μια επανεκτίμηση των κοινωνικών διαρθρώσεων και του πολιτικού τους περιεχομένου» (Κωστοπούλου, 1976, σ. 31). Οι ιδέες και οι προβληματισμοί αυτής της εποχής ανακυκλώνονται με διαφορετικές μορφές ως σήμερα.

Παρακάτω θα επιδιώξουμε να δώσουμε μια εικόνα των προσεγγίσεων που έγιναν όσον αφορά την έννοια της «ψυχικής διαταραχής». Θα ξεκινήσουμε πολύ συνοπτικά από τις βιολογικές –οργανικές θεωρήσεις και θα συνεχίσουμε κάπως πιο

αναλυτικά με αυτές που εγγράφονται σε περισσότερο κοινωνιολογικές προοπτικές. Σκοπός μας, μέσω αυτής της σύντομης ιστορικής αναδρομής, είναι να καταδειχθεί η διαδικασία βάσει της οποίας πραγματοποιήθηκε η κατασκευή της «τρέλας» ως κοινωνικού ζητήματος. Και επιπλέον, να οδηγηθούμε σε κάποια συμπεράσματα σχετικά με το ποιες είναι οι κυρίαρχες θεωρήσεις σήμερα και να εξετάσουμε αν και πώς αυτές συμβάλλουν στη δόμηση ενός χώρου κοινωνικού αποκλεισμού για τους ψυχικά πάσχοντες.

II. Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΩΣ ΟΡΓΑΝΙΚΗ-ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η πρώτη προσέγγιση σχετικά με την ερμηνεία της ψυχικής διαταραχής- ή αυτής που ονομάστηκε ως τέτοια- είναι οργανικής κατεύθυνσης και προσδιόρισε αντίστοιχες θεωρίες και πρακτικές. Η βιολογική προέλευσή της μπορεί ανάλογα με την εποχή και τους ερευνητές να διαφέρει, όμως αποτελεί *«τον θεμελιώδη πόλο και τη βασική ιδεολογία, αυτή στην οποία η ψυχιατρική επιστρέφει πάντα»* (Delacampagne, 1977, που αναφέρεται στον Jaccard, 1979, σ. 38).

Μεταξύ των ψυχιάτρων ένας σημαντικός αριθμός πιστεύει ότι, σε τελευταία ανάλυση, η ψυχική διαταραχή, όποια και αν είναι η μορφή της, είναι μια ασθένεια του εγκεφάλου. Η εισαγωγή του ηλεκτροεγκεφαλογράφου για τη μελέτη της βιοηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου, θα αναπτρώσει στην αρχή και, στη συνέχεια, θα διαψεύσει τις ελπίδες των υπέρμαχων της οργανικής αιτιολόγησης της ψυχικής διαταραχής.

Η παραδοσιακή ψυχιατρική εκδήλωσε έντονο ενδιαφέρον και για τις έρευνες πάνω στην κληρονομικότητα. Πρωτοπόρος σε αυτή την προσπάθεια είναι ο Franz Kallmann. Στηριζόμενος στο έργο των Morel και Lombroso, θα οικοδομήσει μια «κληρονομική θεωρία της ψυχικής διαταραχής», η οποία και θα αποτελέσει άξονα

αναφοράς για όλους τους σύγχρονους υποστηρικτές της κληρονομικής αιτιολογίας της ψυχικής διαταραχής και κυρίως της σχιζοφρένειας. Η εργασία του αυτή λόγω πολλών θεωρητικών και μεθοδολογικών αδυναμιών θα δεχθεί έντονη κριτική (Γρίβας, 1985, σσ. 134-135).

Ωστόσο, οι προσπάθειες γύρω από την με κάθε τρόπο πρόκριση της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας ως αιτίας της ψυχικής διαταραχής θα συνεχιστούν. Η απλοϊκή γενίκευση μιας σειράς παρατηρήσεων για ορισμένες αδρές σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε διάφορες εγκεφαλικές περιοχές από τη μια, και σε ορισμένες ψυχικές, συναισθηματικές, βουλητικές και κινητικές δραστηριότητες από την άλλη, θα θεωρηθεί ως επαρκής επιστημονική κάλυψη για την εφαρμογή μιας νέας χειρουργικής μεθόδου που πέρασε στην ιστορία της ψυχιατρικής με το όνομα της λοβοτομής (χάρισε το Νόμπελ Ιατρικής το 1949 στον Moniz, που την πραγματοποίησε για πρώτη φορά το 1935). Η επέμβαση αυτή συνίσταται στην καταστροφή με το νυστέρι των νευρικών οδών που συνδέουν το θάλαμο του εγκεφάλου με τους μετωπιαίους λοβούς (Γρίβας, 1985).

Η λοβοτομή θα γνωρίσει μεγάλη ανάπτυξη τη δεκαετία του 1950 (παρόλο που η μέθοδος αυτή είχε καταδικαστεί από το Βατικανό και απαγορευτεί στις χώρες υπό κομμουνιστικό καθεστώς) και λίγο αργότερα θα αρχίσει η αποδυνάμωσή της κάτω από τα συνδυασμένα πυρά των πιέσεων της κοινής γνώμης και των «εναλλακτικών λύσεων» που προσφέρονται με την είσοδο της «Εποχής των Ψυχοφαρμάκων».

Η «Εποχή των Ψυχοφαρμάκων» αρχίζει μετά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα, όταν με την επίτευξη της χημικής σύνθεσης ορισμένων ουσιών που είχαν φυτική προέλευση, μπαίνουν οι βάσεις για την ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας, η οποία θα γνωρίσει πρωτοφανή άνθιση στη μεταπολεμική περίοδο. Αυτή η πρώτη μαζική προσπάθεια για φαρμακολογικό έλεγχο των ψυχικών διαταραχών, και ιδιαίτερα των

ψυχώσεων, θα γενικευτεί στα χρόνια που θα ακολουθήσουν με την εισβολή ενός μεγάλου, πλέον, αριθμού ψυχοφαρμάκων.

«Η χρησιμοποίησή τους (ενν. των ψυχοφαρμάκων) επέτρεψε να μειωθεί κατά τρόπο σημαντικό η διάρκεια της νοσηλείας ορισμένων ασθενών που έπασχαν από σοβαρές διαταραχές. Απλοποίησε ακόμα τη νοσοκομειακή επιτήρηση αυτών των αρρώστων, καθιστώντας τους περισσότερο υπάκουους (...) Και πράγμα ακόμα πιο σημαντικό, περιόρισε στα πλαίσια της θεραπείας των φρενοβλαβών, την προσφυγή σε πιο ριζικές μεθόδους, όπως το ηλεκτροσόκ, η ινσουλινοθεραπεία και η ψυχοχειρουργική». (Alexander & Selesnick, 1972, όπως αναφέρεται στο Jaccard, 1979, σσ. 44-45.)

Σήμερα οι «ειδικοί» χορηγούν με ευκολία ψυχοτρόπα φάρμακα και για το παραμικρό πρόβλημα. Έτσι, μια μεγάλη πλειοψηφία ανθρώπων καταφεύγει στη χρήση νευροληπτικών και ηρεμιστικών χαπιών.

III. ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

α) ΠΑΡΕΚΚΛΙΣΗ

Στην κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής μια από τις δεσπόζουσες θεωρήσεις είναι αυτή της θεωρίας της «ετικέτας» («labelling theory»). Σύμφωνα με αυτή, η ψυχική διαταραχή θεωρείται ως παρέκκλιση από τους κοινωνικούς κανόνες και γίνεται κατανοητή μέσα από τις αντιδράσεις του κοινωνικού περιγύρου των ψυχικά πασχόντων.

Ο H. Becker (1963) υποστηρίζει ότι είναι η ίδια η κατασκευή των κοινωνικών κανόνων που προκαλεί την παρέκκλιση και δεδομένου ότι αυτοί ποικίλουν από εποχή σε εποχή, από τόπο σε τόπο και από πολιτισμό σε πολιτισμό, δεν έχουν κάποια καθολική και αντικειμενική ισχύ. Κατά συνέπεια, παρεκκλίνοντα άτομα είναι εκείνα πάνω στα οποία έχει εφαρμοστεί επιτυχώς η ταυτότητα του παρεκκλίνοντος και υφίστανται την ανάλογη με αυτή την ταυτότητα μεταχείριση.

Η εφαρμογή της θεωρίας της «ετικέτας» στην ψυχιατρική στηρίζεται πάνω στη θεώρηση της ψυχικής διαταραχής ως παρέκκλιση από την «ηθική τάξη» της κοινωνίας, στη σχετικότητα των κοινωνικών κανόνων και στην αντίληψη ότι η κοινωνική αντίδραση είναι εκείνη που παράγει την ψυχική διαταραχή.

Βάσει αυτής της προοπτικής ανέπτυξε τη θεωρία του ο Scheff (1966). Σύμφωνα με αυτή η κοινωνία έχει ένα πλήθος κανόνων των οποίων η παράβαση δεν ετικετοποιείται αρνητικά. Αυτοί οι κανόνες καταστρατηγούνται συνεχώς από ένα πλήθος ατόμων, για διαφορετικούς λόγους και αιτίες από το καθένα. Σε ένα μικρό αριθμό αυτών των περιπτώσεων το άτομο που παραβιάζει τον κανόνα αποκαλείται «ψυχικά ασθενής». Από αυτή τη στιγμή και μετά αναλαμβάνει την κατάσταση ο ψυχίατρος, εφαρμόζεται επίσημα η ετικέτα και υπό την πίεση των προσδοκιών του κοινωνικού περίγυρου το άτομο αρχίζει να «εκπληρώνει» το ρόλο του «ψυχικά ασθενή».

Σε αυτό το σημείο θέλουμε να αναφερθούμε στην επιρροή της Εγκληματολογίας της Κοινωνικής Αντίδρασης, η οποία αποδίδει σημασία στον τρόπο που διαμορφώνεται η επίσημη ή η άτυπη απάντηση της κοινωνίας προς το άτομο που παραβίασε έναν κοινωνικό κανόνα (πρωτογενής παρέκκλιση). Ο τρόπος που θα αντιδράσει η κοινωνία (με την απόδοση της ετικέτας του «παρεκκλίνοντος») μπορεί να συμβάλλει καθοριστικά στη συμπεριφορά του ατόμου προς το οποίο απευθύνεται και να τον οδηγήσει στη δευτερογενή παρέκκλιση (Αρχιμανδρίτου, 1996).

Οι πιο σύγχρονες εκδοχές της «θεωρίας της ετικέτας» σχετικά με την ψυχική διαταραχή αντί να προτάσσουν έναν αιτιολογικό ρόλο στην κοινωνική αντίδραση, εστιάζουν και επεξεργάζονται τις συνέπειες της επίσημης εφαρμογής της ετικέτας (Mor et al, 1984· Link et al, 1987, 1991). Δηλαδή, η πρόσφατη βιβλιογραφία γύρω από την ετικέτα θέτει στο επίκεντρο το στιγματισμό και την κοινωνική απόρριψη και

θίγει ζητήματα όπως το ότι οι ψυχικά πάσχοντες έχουν περισσότερες δυσκολίες στην εύρεση εργασίας και στην απόκτηση κατοικίας, διαθέτουν περιορισμένα υποστηρικτικά δίκτυα και αυτά, όχι λόγω των άμεσων αποτελεσμάτων της διαταραχής αυτής καθαυτής, αλλά εξαιτίας της αντίδρασης των τρίτων στο πρόσωπό τους. Επιπλέον, αντί να απεικονίζονται ως παθητικοί αποδέκτες της διαδικασίας εφαρμογής της ετικέτας, οι πάσχοντες παρουσιάζονται να προσπαθούν να ελέγξουν τον τρόπο που οι άλλοι τους βλέπουν και τους αντιμετωπίζουν (Bowers, 1998).

β) Η ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΩΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ

Είναι πολλοί εκείνοι που απορρίπτουν την ιδέα ότι η ψυχική διαταραχή είναι μια ασθένεια. Όλοι όσοι υποστηρίζουν αυτή την αντίληψη απορρίπτουν, επίσης, το σύστημα διάγνωσης της ψυχιατρικής που στηρίζεται πάνω στη θεώρηση της ψυχικής διαταραχής ως οργανικής ασθένειας και εγείρουν το ερώτημα σε ποιο βαθμό οι ψυχικές διαταραχές διαμορφώνονται βάσει των κοινωνικών προσδοκιών των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Η διάγνωση γίνεται αντιληπτή ως μια ετικέτα που εφαρμόζεται μέσα στο πλαίσιο του ψυχιατρικού συστήματος, η οποία καθοδηγεί τις προσδοκίες και τις αντιδράσεις του ψυχιατρικού προσωπικού προς τους ασθενείς. Οι προσδοκίες και οι αντιδράσεις αυτές μπορούν να συμβάλλουν στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του πάσχοντος (Bowers, 1998).

Βάσει αυτής της θεώρησης το σύστημα διάγνωσης παρουσιάζεται ως ένα κυκλικό σχήμα. Οι διαγνωστικές κατηγορίες (πολλές από τις οποίες είναι αρνητικές ή/ και μεροληπτικές) προέρχονται από τις παρατηρήσεις πάνω στον πληθυσμό των ασθενών. Εν συνεχεία, αυτές οι κατηγορίες χρησιμοποιούνται ως οδηγοί για τη θεραπεία και την αντιμετώπισή τους, διαμορφώνοντας αντίστοιχα τις προσδοκίες του

ψυχιατρικού προσωπικού που έχει αναλάβει τη φροντίδα τους. Μέσα από αυτές τις προσδοκίες προσλαμβάνεται και ερμηνεύεται η μελλοντική συμπεριφορά του ασθενή έτσι ώστε να επιβεβαιώνονται, τελικά, οι αρχικές διαγνωστικές κατηγορίες. Οι τελευταίες δηλαδή μπορούν να λειτουργήσουν ως «αυτοεκπληρούμενες προφητείες», γεγονός που έχει καταδειχθεί και από εμπειρικά δεδομένα (May & Kelly, 1982· Macilwaine, 1981).

Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την αντίληψη το όριο μεταξύ «ψυχιατρικής περίπτωσης» και «κανονικότητας» μετατοπίζεται ανάλογα με τους πολιτισμούς και τις εποχές και, συνεπώς, υπάρχει -ιστορικά και διαπολιτισμικά- αξιοσημείωτη ποικιλία στις διαγνωστικές ταξινομήσεις. Επομένως, η ψυχική διαταραχή και η αναγνώρισή της ως τέτοια είναι κοινωνικά κατασκευασμένη και η εσωτερίκευση της ετικέτας του «ασθενή» από το άτομο, το οδηγεί να εκπληρώνει τις προσδοκίες των άλλων σχετικά με την ψυχική διαταραχή, αλλά και να αποδέχεται μια κατώτερη θέση σε σχέση με τους γύρω του.

γ) Η ΑΝΤΙΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

«Αντιψυχιατρική είναι ο όρος μιας κίνησης που αμφισβητεί αφενός μεν μια συγκεκριμένη μορφή ψυχικής ασθένειας, τη σχιζοφρένεια, όπως αυτή αντιμετωπίζεται από την κλασική ψυχιατρική, και αφετέρου την ψυχιατρική επιστήμη σαν σύνολο γνώσεων και εφαρμογών» (Κωστοπούλου, 1976, σ. 31).

Η Αντιψυχιατρική καταγράφεται, κυρίως, ως ένα κοινωνικοπολιτικό κίνημα που εμφανίζεται στα μέσα της δεκαετίας του 1960 στη Μεγάλη Βρετανία. Θα ασκήσει έντονη κριτική στο κλασικό ιατρικό μοντέλο και τη θέση της κλασικής συμβατικής ψυχιατρικής που υποστηρίζει ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί ψυχιατρική νόσο και ότι μια σειρά συμπτωμάτων, όπως παραληρήματα, ψευδαισθήσεις,

αποπροσωποποίηση, αυτισμός και αδυναμία για δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων, πιστοποιούν την ύπαρξη της σοβαρής αυτής ψυχικής διαταραχής. Οι αντιψυχίατροι αντιστρατεύονται αυτή τη θέση, καθώς πεποίθησή τους είναι ότι τα αίτια της σχιζοφρένειας είναι πάντοτε κοινωνικά. Προχωρούν, μάλιστα, περισσότερο υποστηρίζοντας ότι, τελικά, η σχιζοφρένεια πρέπει να ιδωθεί σαν μια αντίδραση στις καταπιεστικές σχέσεις που ενυπάρχουν μέσα στο καπιταλιστικό κοινωνικό σύστημα και αναπαράγονται μέσω διαφόρων θεσμών (οικογένεια, σχολείο, ψυχιατρείο).

Σύμφωνα με τους εκπροσώπους του αντιψυχιατρικού κινήματος η παραδοσιακή ψυχιατρική αποτελεί τον αυθεντικό εκφραστή της κυρίαρχης ιδεολογίας και μέσω της μεθοδολογίας και των θεραπευτικών τεχνικών που χρησιμοποιεί επιδιώκει το στιγματισμό και την υποταγή του ατόμου στις υπάρχουσες κοινωνικές δομές. Εντούτοις, για την Αντιψυχιατρική, είναι οι κοινωνικές δομές εκείνες που παράγουν και συντηρούν έντονα αλλοτριωτικές σχέσεις, όπου τα πάντα αποτελούν αντικείμενα και όπου η έννοια της προόδου ταυτίζεται σχεδόν αποκλειστικά με την οικονομική ανάπτυξη, την αύξηση της παραγωγής, της κατανάλωσης και της αποτελεσματικότητάς. Μέσα σε αυτό το κλίμα της αλλοτρίωσης και της κρίσης «η κοινωνία υποχρεώνεται να υπερασπιστεί τον εαυτό της πάνω στα σύνορα του παθολογικού και του φυσιολογικού, που στην πραγματικότητα είναι αυθαίρετα και πλασματικά» (Κωστοπούλου, 1976, σ. 34).

Οι θεωρούμενοι ως «άρρωστοι» από την παραδοσιακή ψυχιατρική προβάλλονται ως ήρωες από το αντιψυχιατρικό κίνημα, καθώς αντιτάσσονται στην αναγκαιότητα να προσαρμοσθούν στην αλλοτριωμένη και ψευδοκοινωνική πραγματικότητα που τους περιβάλλει· η ψυχική διαταραχή είναι ένα ταξίδι, μια εξερεύνηση στον εσωτερικό χωροχρόνο, ένας μακρύς δρόμος προς τα πίσω που οδηγεί σε μια νέα επαφή με την πραγματικότητα που από καιρό έχει χαθεί. Είναι η

διαδικασία εκείνη που βοηθάει να ξεπεραστεί η βαθιά ρωγή που έχει προκαλέσει ο καπιταλισμός ανάμεσα στον εσωτερικό και τον εξωτερικό μας κόσμο (Κωστοπούλου, 1976).

Ένας από τους πιο επιφανείς εκπροσώπους της Αντιψυχιατρικής είναι ο D. Cooper, σύμφωνα με τον οποίο οι ψυχικές διαταραχές πρέπει να μελετώνται πάντα σε άμεση συσχέτιση με το μικροκοινωνικό περιβάλλον (οικογένεια) στο οποίο ζει το άτομο. Η οικογένεια για τον Cooper είναι η κυριότερη αιτία προδιάθεσης για την σχιζοφρένεια. Δεν αντιλαμβάνεται την «τρέλα» τόσο ως κλινικό φαινόμενο όσο ως κοινωνικοψυχολογικό και αποφεύγει οποιουδήποτε ορισμούς που μπορούν να θεωρηθούν στιγματιστικοί. Παρόλο που η «τρέλα» είναι ένας μη αυθεντικός τρόπος υπάρξης, μπορεί να μετατραπεί σε ένα άνοιγμα προς τον εαυτό μας, προς τους άλλους και προς τον περιβάλλοντα κόσμο. Δεν αρνείται τον όρο «ψυχική ασθένεια», όμως, πιστεύει ότι πίσω από αυτήν υπάρχει μια συγκαλυμμένη ψυχική υγεία (Μαργιτλής, 2001).

Οι θέσεις του Cooper για το ρόλο της οικογένειας υποστηρίζονται και από τον R. Laing, τον άλλο κύριο εκπρόσωπο του αντιψυχιατρικού κινήματος. Οι δυσλειτουργικές σχέσεις που μπορεί να αναπτυχθούν στους κόλπους της είναι πολύ πιθανό να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των μελών της (των παιδιών), κυρίως ως προς την εκδήλωση της σχιζοφρένειας.

Στο κλασικό βιβλίο του «Διχασμένος Εαυτός» (1975) ο Laing θα μιλήσει για την αλλοτρίωση που επικρατεί στην κοινωνία, με συνέπεια οι πράξεις του ανθρώπου να μετατρέπονται σε μια ξένη δύναμη για αυτόν που αντί να της εξουσιάζει ο ίδιος στρέφονται εναντίον του. Το άτομο βιώνει τον εαυτό του σαν έναν ξένο, του οποίου η ταυτότητα και η αυτονομία του συνεχώς αμφισβητούνται. Αισθάνεται ουσιαστικά

διχασμένος και ο διχασμός αυτός αποτελεί την αφετηρία για μια διαδικασία που καταλήγει στην ολοκληρωτική αποσύνθεση της προσωπικότητας του, στην ψύχωση.

Η «τρέλα», σύμφωνα με τον Laing, δεν είναι μόνο κατάρρευση αλλά και ένα άνοιγμα προς την εμπειρία. Δυνητικά μπορεί να σημαίνει απελευθέρωση και ανανέωση αλλά και σκλαβιά και υπαρξιακό θάνατο. Η «τρέλα» είναι ένα εκκρεμές που κινείται σε δύο πόλους και μπορεί να αποτελέσει έναν τρόπο μετάβασης από την κοσμική εμβρυϊκότητα στη βιωματική αναγέννηση. Για τον Laing, η αληθινή υγεία επιβάλλει τη διάλυση του φυσιολογικού εγώ, το οποίο προσαρμόζεται σε μια αλλοτριωμένη πραγματικότητα. Έτσι, η ψυχική διαταραχή δεν είναι μια ασθένεια αλλά ένα κοινωνικό και πολιτικό γεγονός που για να κατανοήσουμε την αιτιολογία της πρέπει να αναφερθούμε συνολικά στο κοινωνικό σύστημα (Μαργιπλής, 2001).

δ) Ο FOUCAULT ΚΑΙ Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ «ΤΡΕΛΑΣ»

Ο Foucault θεωρεί ότι υπήρξε μια αλλαγή στον τρόπο που οι άνθρωποι σκέφτονταν και δρούσαν απέναντι στην «τρέλα» και αυτή η αλλαγή ήταν τόσο λανθάνουσα όσο και φανερή. Υποστηρίζει ότι πριν τον 17^ο αιώνα η τρέλα φαινόταν ως η απελευθέρωση των ζωδών ενστίκτων του ανθρώπου. Σ' αυτή την περίοδο τα άτομα αντιλαμβάνονταν τους εαυτούς τους να περιβάλλονται από το μη-λογικό της «τρέλας», το οποίο αισθάνονταν από τη μια να τους συντρίβει και από την άλλη να τους απελευθερώνει. Η «τρέλα» απολάμβανε την ελευθερία της. Υπήρχε μέσα στην κοινωνία, αποτελούσε μέρος της καθημερινής ζωής, ήταν για τον καθένα μια καθημερινή εμπειρία που κανένας δεν ήθελε ούτε να την εξυψώσει σε κάτι ανώτερο ούτε να την ελέγξει. Μέχρι το 1650 η Δυτική Ευρώπη ήταν εξοικειωμένη και αρκετά φιλόξενη με την «τρέλα».

Ωστόσο, στα μέσα του 17^{ου} αιώνα συνέβη μια ξαφνική αλλαγή: ο κόσμος της τρέλας μεταβλήθηκε στον κόσμο του αποκλεισμού (Foucault, 1987). Από τότε, η πρόσληψή της αλλάζει ριζικά και παίρνει τη μορφή της απουσίας της υπευθυνότητας και της ελεύθερης βούλησης, δηλαδή μια κατάσταση όπου η συμπεριφορά δεν καθορίζεται από το άτομο.

Αιτία αυτής της αλλαγής ήταν ότι η επιταγή της εργασίας απέκτησε νόημα: γίνεται άσκηση ηθικής και συγχρόνως εγγύηση ήθους. *«Από την κλασική εποχή, και για πρώτη φορά, η τρέλα αντιμετωπίζεται μέσα από τον ηθικό καταδικασμό της αεργίας, και την κοινωνική συνοχή που εξασφαλίζει η κοινότητα της εργασίας. Και τούτη η κοινότητα αποκτά μian ηθική ισχύ διαχωρισμού: αυτή της επιτρέπει να απορρίπτει κάθε μορφή κοινωνικής αχρηστίας, να την εξορίζει σαν μίasma, σ' έναν άλλο κόσμο. Σ' αυτόν τον άλλο κόσμο, τον περιχαρακωμένο από τις ιερές δυνάμεις του μόχθου, η τρέλα θ' αποκτήσει τη γνώριμη θέση της»* (Foucault, 1964, σ.58).

Το γεγονός αυτό είχε δυο πολύ σημαντικές συνέπειες: α) Καταρχήν, η «τρέλα» που τόσο καιρό ήταν φανερή και χωρίς έλεγχο, τώρα εξαφανίστηκε. Εισήλθε σε μια περίοδο σιωπής, στερήθηκε τη γλώσσα της και, παρόλο που ο οποιοσδήποτε μπορούσε να μιλήσει για αυτή, η ίδια δεν μπορούσε να μιλήσει για τον εαυτό της. β) Κατά δεύτερο λόγο, αυτός ο χώρος του αποκλεισμού που συγκέντρωσε μαζί με τους ψυχικά ασθενείς εγκληματίες πολλών κατηγοριών και πάσχοντες από διάφορες ασθένειες, δημιούργησε ένα καθεστώς αδιόρατης αφομοίωσης: η «τρέλα» σφυρηλάτησε μια σχέση με την ηθική και κοινωνική ενοχή που ακόμα και σήμερα δε φαίνεται έτοιμη να σπάσει. Ο «τρελός» έγινε συνώνυμο του επικίνδυνου τόσο για την οικογένειά του όσο και για το κοινωνικό σύνολο. Με τη λήξη της Γαλλικής Επανάστασης το κλίμα φιλανθρωπίας που προέκυψε μπορεί να βοήθησε στην κατάργηση του εγκλεισμού για πολλές κατηγορίες ανθρώπων, όχι όμως για τους θεωρούμενους ως ψυχικά ασθενείς. *«Ο τρελός κατέληξε να γίνει ο προνομιστής*

αποδέκτης του εγκλεισμού, ο αποδέκτης των κλασικών μέτρων αποκλεισμού» (Foucault, 1987, σ. 70).

Από το σημείο αυτό και μετά (δηλαδή από τον 19^ο αιώνα) ο εγκλεισμός απέκτησε μια νέα σημασία: προσέλαβε έναν ιατρικό χαρακτήρα. Ο Pinel στην Γαλλία, ο Tuke στην Αγγλία και οι Wagnitz και Reil στη Γερμανία ήταν οι πρωτεργάτες αυτής της κίνησης στον ευρωπαϊκό χώρο. Το «ιδανικό» άσυλο που δημιούργησε ο Tuke κοντά στο York βασίστηκε στην ιδέα μιας οικογενειακής δομής στην οποία ο ασθενής θα αισθανόταν σαν στο σπίτι του. Στην πραγματικότητα, όμως, υφίστατο μια αδιάλειπτη κοινωνική και ηθική επιτήρηση που του καλλιεργούσε το αίσθημα της εξάρτησης, της ταπεινότητας και της ενοχής. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού χρησιμοποιούνταν ως μέσα οι απειλές, η τιμωρία, η στέρηση φαγητού, η ταπείνωση, κτλ. Με λίγα λόγια ό,τι θα έκανε τον ψυχικά πάσχοντα να αισθανθεί ένοχος. Το ίδιο συνέβαινε και στα άλλα άσυλα της Ευρώπης. Ο «τρέλος» παρακολουθούνταν σε κάθε του κίνηση και όλα λάμβαναν χώρα υπό την καθοδήγηση του γιατρού, που ο ρόλος του δεν ήταν τόσο η θεραπευτική παρέμβαση όσο η ηθική επιτήρηση.

Σύμφωνα με το Foucault (1987) το κοινό στοιχείο όλων όσων εγκλείονταν στα ιδρύματα που δημιουργήθηκαν εκείνη την εποχή ήταν η ανικανότητά τους να συμμετάσχουν στην παραγωγική διαδικασία, στην αναπαραγωγή και συσσώρευση του πλούτου. Έτσι, λοιπόν, ο αποκλεισμός τους συνδεόταν άμεσα με την ανικανότητά τους στην εργασία και ο εγκλεισμός τους με την ανακατασκευή του κοινωνικού χώρου.

Στην εποχή του ασύλου η «τρέλα» προσλαμβάνεται ως φαινόμενο που αφορά αποκλειστικά και μόνο την ανθρώπινη ψυχή, την ενοχή και την ελευθερία της. Είναι η πρώτη φορά που αποκτά ψυχολογική διάσταση, ψυχολογική δομή και

νοηματοδότηση. Εντούτοις, αυτή η ψυχολογιοποίηση της «τρέλας» ήταν συνέπεια μιας άλλης βαθύτερης αλλαγής: η «τρέλα» εισήχθη μέσα στο σύστημα των ηθικών αξιών και της ηθικής καταστολής. Εγκλωβίστηκε σε ένα τιμωρητικό σύστημα στο οποίο ο ψυχικά ασθενής έχασε το κοινωνικό status του και αντιμετωπίστηκε ως ένα «ένοχο παιδί».

Αυτή η φιλοσοφική προσέγγιση της «τρέλας» από τον Foucault θέλει να δείξει την ιστορική διαδικασία που έλαβε χώρα για την κατασκευή της έννοιας. Κατασκευή που εδράζεται σε συγκεκριμένους ιστορικούς, πολιτικούς και κοινωνικούς μηχανισμούς με απώτερο σκοπό τη δημιουργία ενός νέου χώρου αποκλεισμού για μια ομάδα ατόμων.

ε) Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ «ΨΥΧΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ»

ι) Η κριτική της κυρίαρχης αντίληψης

Ο Szasz είναι ο θεωρητικός εκείνος που θα ασχοληθεί κατεξοχήν με την πολιτική διάσταση της ψυχικής διαταραχής. Θα υποστηρίξει (Szasz, 1971) ότι η επίσημη ψυχιατρική χρησιμοποιεί τον όρο «ψυχική ασθένεια» στην προσπάθειά της να υποκρύψει δύσκολα ηθικά και κοινωνικά προβλήματα. Λειτουργεί, δηλαδή, η συγκεκριμένη έννοια ως ένα «κοινωνικό ηρεμιστικό», ούτως ώστε να απομακρύνει τις πηγές άγχους, έντασης και σύγκρουσης από το κοινωνικό πεδίο.

Ο Szasz θεωρεί αυτή την κοινωνική και πολιτική λειτουργία της ψυχιατρικής ως τμήμα μιας ευρύτερης στρατηγικής που κατατείνει στην απόρριψη των εκάστοτε απαξιωμένων υποομάδων. Οι τελευταίες υπευθυνοποιούνται για διάφορα κοινωνικά προβλήματα που υποστηρίζεται ότι μπορεί να λυθούν με την εξάλειψη ή την καθυπόταξη αυτών των ομάδων. Λογική συνέπεια αυτής της θεωρίας είναι ότι οι

ψυχικά πάσχοντες αναγορεύονται σε «αποδιοπομπαίους τράγους» για προβλήματα για τα οποία στην πραγματικότητα δε φέρουν καμιά ευθύνη.

Με αυτόν τον τρόπο η ψυχική ασθένεια εμφανίζεται να μην εμπεριέχει περισσότερη αλήθεια από αυτή που είχε η μαγεία κατά το Μεσαίωνα. Δηλαδή, η ψυχιατρική κατασκευάζει ρόλους για τους ψυχικά πάσχοντες και βρίσκει τρόπους να τους εκπληρώνει, πράγμα το οποίο καταδεικνύει ότι η ψυχική διαταραχή δημιουργείται και παράγεται από μια συγκεκριμένη κοινωνική διαδικασία αναγνώρισης και διαχείρισής της (Szasz, 1971).

Ο Szasz υποστηρίζει ότι η κυρίαρχη θεώρηση γύρω από την «ψυχική ασθένεια» είναι ένας βολικός μύθος που η κύρια λειτουργία του είναι να αποκρύψει από τους ανθρώπους ότι η καθημερινή ζωή είναι ένας συνεχής και σκληρός αγώνας για μια καλύτερη θέση στη ζωή. Αποπροσανατολίζει τη σκέψη τους από τις κοινωνικές δομές και τους οδηγεί να αποδεχθούν ότι η ψυχική υγεία –με την έννοια της απουσίας της ψυχικής ασθένειας- διασφαλίζει αυτομάτως ότι το άτομο θα πράξει σωστά και θα κάνει ασφαλείς επιλογές στη ζωή του. Εν συντομία δηλαδή, «ο μύθος της "ψυχικής ασθένειας" λειτουργεί με τέτοιο τρόπο, ούτως ώστε να συγκαλύπτει και να κάνει πιο εύγεστο το πικρό χάπι των ηθικών συγκρούσεων που προκύπτουν στα πλαίσια των ανθρώπινων σχέσεων» (Szasz, 1960, όπως αναφέρεται στον Weinberg, 1967, σελ. 177).

Σύμφωνα με την παραπάνω αντίληψη είναι και αυτή άλλων θεωρητικών. Ο Ingleby (1980) υποστηρίζει ότι η ψυχιατρική επιτελεί την πολιτική λειτουργία της μετατροπής του πόνου που προκαλείται από τις συνθήκες στην εργασία, την οικογένεια, την εκπαίδευση, την πολιτική, σε ένα ατομικό πρόβλημα. Στην ίδια λογική κινείται και η σκέψη του Lyon (1996) με αφορμή τη συζήτηση για τη χορήγηση των χαπιών Prozac.

Όλα όσα προαναφέρθηκαν συγκλίνουν στο ότι η ψυχιατρική κατασκευάζει και χρησιμοποιεί τις έννοιες της «ψυχικής ασθένειας» και του «ψυχικά ασθενή» με τέτοιο τρόπο, ώστε να επιτύχει τον απώτερο πολιτικό της στόχο που δεν είναι άλλος από την ιατροκοποίηση προβλημάτων των οποίων η αιτία εδράζεται στις κοινωνικές δομές, και τη μεταβίβαση της ευθύνης γι' αυτά, αποκλειστικά και μόνο, σε συγκεκριμένα άτομα.

ii) Η μαρξιστική προσέγγιση

Ένα δεύτερο μεγάλο θεωρητικό ρεύμα ερμηνείας της ψυχιατρικής μέσα από ένα πολιτικό πρίσμα είναι αυτό του μαρξισμού. Η επιχειρηματολογία του στηρίζεται στην αντίληψη ότι η ψυχιατρική που λειτουργεί με αναφορά στο άσυλο αποτελεί μια μορφή βίαιης καταπίεσης της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης. Για το λόγο αυτό το άσυλο πρέπει να καταργηθεί και να εξαλειφθεί τελείως και όχι απλά να ανασυγκροτηθεί (Bowers, 1998).

Από τους κύριους εκπροσώπους αυτού του ρεύματος είναι ο ιταλός Basaglia, από τους πρωτεργάτες της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που έλαβε χώρα στην Ιταλία την περίοδο 1960-1970. Η ψυχική ασθένεια εξηγείται ως η δυστυχία της φτωχής εργατικής τάξης και στόχος είναι η μετάβαση από το άσυλο σε κοινοτικές δομές ψυχιατρικής περίθαλψης. Ο Basaglia ήταν ο εμπνευστής του ιταλικού «πειράματος» έμπρακτης ενδο-ιδρυματικής αμφισβήτησης της ψυχιατρικής με στόχο τη διαμόρφωση ενός εναλλακτικού μοντέλου. Η προσπάθειά του στρεφόταν γύρω από την υπονόμηση των κυρίαρχων αξιών και κανόνων της εσωτερικής λειτουργίας του ιδρύματος και την ανίχνευση νέων μεθόδων προσέγγισης του «ψυχικά αρρώστου», το σταδιακό άνοιγμα όλων των «κλειστών» τμημάτων και την παράδοσή τους στη διαχειριστική ευθύνη των ίδιων των «ασθενών». Απώτερος στόχος του η μετατροπή

του ασύλου σε ελεύθερο χώρο κοινοτικής συμβίωσης που λειτουργεί σε μια αυτοδιαχειριζόμενη βάση και η μετέπειτα επανένταξη του «ασθενή» στην κοινωνία, στο σπίτι, στη γειτονιά, στους χώρους παραγωγής (Γρίβας, 1985).

Πολλοί θεωρητικοί της μαρξιστικής σχολής θα επιχειρήσουν στα γραπτά τους την ενσωμάτωση αντιλήψεων της ψυχανάλυσης από τον Freud. Ο Reich (1949, όπως αναφέρεται στον Bowers, 1998, σ.134), υποστηρίζει ότι οι πατριαρχικές δομές που υπάρχουν στην οικογένεια αναχαιτίζουν τη δημιουργική ικανότητα του ατόμου και μπορούν να έχουν ως συνέπεια την εκδήλωση ψυχικής ασθένειας.

Σε αρκετά διαφορετική κατεύθυνση αναπτύσσεται η επιχειρηματολογία του Marcuse (1966), ο οποίος αντιλαμβάνεται την ψυχική διαταραχή περισσότερο ως παράπλευρη συνέπεια της καταπιεστικής φύσης των πολιτικών δομών και όχι τόσο ως κεντρική λειτουργία τους. Ως ένα βαθμό, τουλάχιστον, η ψυχική ασθένεια παράγεται από την καταπιεστική δομή του πολιτικού συστήματος και, ως εκ τούτου, μπορεί να βελτιωθεί ή να αποφευχθεί μόνο μέσω πολιτικής αλλαγής. Αλλαγή που σίγουρα συνδέεται με το μαρξιστικό όραμα της επανάστασης της εργατικής τάξης.

Οι Banton et al (1985) είναι ανάμεσα σε εκείνους που δίνουν συνέχεια στη μαρξιστική προσέγγιση της ψυχικής διαταραχής. Προσπαθούν να συνδέσουν την μαρξιστική ταξική ανάλυση με μια αιτιολογική θεωρία της ψυχικής ασθένειας. Εμπλέκουν και αυτοί την ψυχανάλυση και θεωρούν ότι η πρόωπη κοινωνικοποίηση του ατόμου μπορεί να δημιουργήσει κοινωνικές αντιθέσεις και συγκρούσεις μέσα στην ψυχή του ανθρώπου.

Επιπλέον, η ψυχιατρική μπορεί να ιδωθεί και ως μια πολιτική κίνηση. Κάποιοι μελετητές (Rose, 1986· Castel et al, 1982· Prior, 1993) υποστηρίζουν ότι κατά τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα η ψυχιατρική διεύρυνε την έννοια και το περιεχόμενο της διαταραχής, ούτως ώστε να ενσωματώσει και τις πιο ελαφρές μορφές της ή τις

νευρώσεις, με απώτερο στόχο την εξάλειψη κάθε πιθανότητας πολιτικής δράσης και διαμαρτυρίας. Η θεωρία αυτή αμφισβητεί σε ποιο βαθμό οι τελευταίες μπορούν να θεωρηθούν ως ασθένειες και προτείνει ότι, ίσως, θα έπρεπε να εκληφθούν ως μια αντίδραση στις σύγχρονες αγχογόνες κοινωνικές συνθήκες.

IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Α' ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Τελικά, γεννάται το ερώτημα τι είναι η «ψυχική διαταραχή»; Είναι μια αρρώστια όπως όλες οι άλλες οι βιολογικά καθορισμένες ασθένειες; Είναι μια κοινωνική κατασκευή; Και πώς μπορεί να εξηγηθεί; Ή μήπως, τα ερωτήματα αυτά τίθενται εξ αρχής λανθασμένα και μας αποπροσανατολίζουν από κάθε προσπάθεια προσέγγισης της έννοιας της «ψυχικής διαταραχής»; Νομίζουμε πως κάτι τέτοιο ισχύει και θα προσπαθήσουμε να το δείξουμε.

Θεωρούμε, καταρχήν, ότι η προσέγγιση ενός φαινομένου ή μιας έννοιας δε μπορεί να γίνεται με την επιδίωξη ή την προσδοκία αποκάλυψης της «απόλυτης»- «αντικειμενικής» «αλήθειας» του. Το κάθε φαινόμενο και η κάθε έννοια πρέπει να μελετάται συνυπολογίζοντας τις παραμέτρους τους σε πολλά επίπεδα. Σε μια τέτοια προσπάθεια θα είναι πολύ χρήσιμη μια διεπιστημονική προσέγγιση, με απώτερο στόχο την όσο το δυνατόν πιο πολύπλευρη μελέτη του και όχι την κατάληξη σε απόλυτες και άκαμπτες απαντήσεις. Για το λόγο αυτό και η μελέτη της έννοιας της «ψυχικής διαταραχής» δεν πρέπει να περιχαρακωθεί γύρω από την κατασκευή μονολιθικών ερωτημάτων που αναμένουν ίδιου τύπου απαντήσεις.

Αξίωμα της παραδοσιακής ψυχιατρικής είναι η οργανική προέλευση της ψυχικής διαταραχής και η συνακόλουθη κατασκευή και ανάπτυξη θεωριών και πρακτικών για τη θεμελίωση και εδραίωσή της. Σε αυτή την προσπάθειά της

προσεταιρίστηκε μεθόδους, τεχνικές και πορίσματα διαφόρων κλάδων της ιατρικής επιστήμης (Βιολογία, Νευρολογία, Νευροχειρουργική, Φαρμακολογία, Γενετική).

Η χρησιμοποίηση κατά το παρελθόν περισσότερο βίαιων και απάνθρωπων μεθόδων αντιμετώπισης των ψυχικά ασθενών, όπως το ηλεκτροσόκ, η λοβοτομή, κ.α, συνέβαλαν μόνο στην απαξίωση των ψυχολογικών, υπαρξιακών, κοινωνικών και πολιτικών προβλημάτων της ζωής των ατόμων και στη μετατροπή τους σε άβουλα όντα, σε απαθή φαντάσματα, στην πλήρη απανθρωποποίησή τους (Γρίβας, 1985).

Ακόμα και σήμερα η ψυχική διαταραχή φαίνεται να προβάλλει μια σθεναρή αντίσταση έναντι όλων αυτών των οργανικών προσεγγίσεων εξήγησης και «θεραπείας» της. Οι κατά καιρούς ανακαλύψεις θεωρητικών μεθόδων και φαρμάκων δεν έχουν μειώσει τον αριθμό των ψυχικά πασχόντων ούτε έχουν αδειάσει τα ψυχιατρεία. Αντίθετα, μάλιστα, η μόνη αλλαγή είναι η ψυχιατρικοποίηση και της παραμικρής συμπεριφοράς που εκλαμβάνεται ότι ξεφεύγει από τα στενά καθορισμένα όρια που έχει θέσει η κοινωνία.

Δεδομένου ότι μέχρι τις μέρες μας δεν έχει δοθεί μια οριστική και επιστημονικά αξιόπιστη απάντηση για το τι συνιστά «ψυχική ασθένεια» και ποιοι είναι οι αποτελεσματικοί τρόποι αντιμετώπισης της από την πλευρά της παραδοσιακής ψυχιατρικής, δικαιολογημένα προβάλλει το ερώτημα γιατί η προσέγγιση αυτή, παρά την αμφισβήτηση που έχει δεχθεί, συνεχίζει να είναι κυρίαρχη τόσο στο επιστημονικό πεδίο (με τη διεξαγωγή μεγάλου αριθμού ερευνών γύρω από τη βιολογική-κληρονομική-γενετική αιτιολόγησή της) όσο και σε αυτό των κοινωνικών αναπαραστάσεων.

Για να απαντήσουμε στο παραπάνω ερώτημα θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψη όλα όσα προαναφέρθηκαν σχετικά με τις κοινωνιολογικές θεωρήσεις της έννοιας της «ψυχικής διαταραχής». Παρά τις μεταξύ τους αποκλίσεις όλες οι θεωρήσεις που

αναπτύχθηκαν έχουν ως κοινό στοιχείο την προσέγγιση της «ψυχικής διαταραχής» όχι ως ασθένειας (ή όχι μόνο ως τέτοιας) αλλά (ή και) ως μιας κοινωνικής κατασκευής. Μια κοινωνική κατασκευή για τη διερεύνηση της οποίας απαιτείται η μελέτη της ιστορικής διαδικασίας συγκρότησής, εδραίωσης και αναπαραγωγής της. Επιπλέον, απαιτείται η εξέταση της ίδιας της Ψυχιατρικής με τις όποιες ιστορικές, κοινωνικές, πολιτικές, νομικές, φιλοσοφικές και ιατρικές παραμέτρους της.

Όλα αυτά τα πολύ χρήσιμα στοιχεία δίνονται, σε διαφορετικό βαθμό και επίπεδο, φυσικά, από τις κοινωνιολογικές προσεγγίσεις που με συνοπτικό τρόπο αναφέρθηκαν σε αυτή την ενότητα. Όλες τους έχουν δεχθεί την κριτική τους και είναι σίγουρο ότι έχουν τα αδύναμα σημεία τους. Παραδείγματος χάριν, δεν μπορεί να αγνοηθεί η κριτική που έχει ασκηθεί απέναντι στο Foucault και στα έργα αρκετών από τους εκπρόσωπους της Αντιψυχιατρικής. Οι μελέτες του πρώτου σχετικά με την ιστορική διαδικασία συγκρότησης της έννοιας της «ψυχικής διαταραχής» αποτέλεσαν σημείο τομής, αφενός μεν γιατί προσέφεραν ένα πλήθος καινούριων στοιχείων που ανέτρεψαν αντιλήψεις γύρω από την «τρέλα» που ως εκείνη τη στιγμή θεωρούνταν δεδομένες και αφετέρου διότι προσέφεραν μια νέα οπτική στην κοινωνιολογική σκέψη. Όμως, το έργο του έχει δεχθεί κριτική με κύριο σημείο αιχμής ότι παρουσιάζει την «τρέλα» με μια ρομαντική διάθεση, σαν μια ξεχωριστή μορφή της ανθρώπινης εμπειρίας, σαν έναν εξιδανικευμένο τρόπο ζωής, ένα ταξίδι ανακάλυψης του εαυτού μας και επικοινωνίας με ό,τι βαθύτερο έχουμε μέσα μας. Λόγω αυτού θεωρείται ότι αποτυγχάνει να αναλύσει την πραγματική φύση ή ουσία της «τρέλας» και να τη δει στις ρεαλιστικές της διαστάσεις (Bowers, 1998).

Στο ίδιο περίπου πλαίσιο κινείται και η κριτική προς το αντιψυχιατρικό κίνημα. *«Η Αντιψυχιατρική στην προσπάθειά της να απομυθοποιήσει από τα παλιά σχήματα τη σχιζοφρένεια, τη μυθοποιεί μ' ένα καινούριο τρόπο φθάνοντας στο σημείο μερικές φορές να τη*

θεωρεί σαν μια ανώτερη μορφή ψυχικής υγείας. Άλλοτε πάλι ο ψυχασθενής μετουσιώνεται σε επαναστατικό ριζοσπαστικό στοιχείο που φέρει μέσα του το δυναμικό της αλλαγής (...) Όσον αφορά τα αίτια της παραφροσύνης, η Αντιψυχιατρική δεν καταφέρνει να ξεφύγει από την αρχή της μονο-αιτιολόγησης, μένοντας και αυτή εξαρτημένη από ένα δογματισμό. Μια κοινωνική εξήγηση της τρέλας, σαν αυτή που επιχειρείται, μπορεί να προσφέρεται σαν απάντηση στον επικρατούντα ψυχολογισμό· ένας αντιπαρατιθέμενος όμως σοσιολογισμός μπορεί να δημιουργήσει ένα καινούριο δόγμα εξίσου σφαλερό υποτιμώντας το ρόλο του εσωτερικού δυναμισμού του ατόμου» (Κωστοπούλου, 1976, σ. 34).

Παρόμοια κριτική έχει ασκηθεί σε όλες σχεδόν τις κοινωνιολογικές προσεγγίσεις. Το σημαντικό, όμως, είναι ότι όλες αυτές άνοιξαν καινούριους δρόμους στη σκέψη μας σε σχέση με την «ψυχική διαταραχή». Συνέβαλαν στην απομυθοποίηση της «τρέλας», στην απαγκίστρωσή της από την Ιατρική που είχε τον προνομιακό ρόλο ερμηνείας και «θεραπείας» της και στην προβολή των πολιτικών σκοπιμοτήτων, των εξουσιαστικών σχέσεων που ενέπλεκε και αναπαρήγαγε και των κοινωνικών συνεπειών της. Και πάνω από όλα βοήθησαν στο να αρχίσουν κάποιες προσπάθειες για τη βελτίωση των όρων διαβίωσης των ανθρώπων που κρατούνταν στα άσυλα και για την καλύτερευση της παρεχόμενης φροντίδας και περίθαλψής τους. Μάλιστα, πολλοί θεωρητικοί οραματίστηκαν τη δημιουργία ενός κοινωνικού κινήματος χειραφέτησης που θα είχε ως αφετηρία την αμφισβήτηση της ψυχιατρικής τάξης πραγμάτων και, εν συνεχεία, θα προχωρούσε συνολικά στην αμφισβήτηση του υπάρχοντος κοινωνικού συστήματος.

Φαίνεται ότι η αποκάλυψη της ιστορικής διαδικασίας συγκρότησης της έννοιας της «ψυχικής διαταραχής», των σχέσεων εξουσίας και κυριαρχίας που υποθάλλει και των αποτελεσμάτων που έχει στο κοινωνικό πεδίο με την ένταση της επιτήρησης και του ελέγχου κάθε θεωρούμενης ως «παρεκκλίνουσας» συμπεριφοράς, δεν είναι και τόσο συμφέρουσα και δεν ηγχεί ευχάριστα στα αυτιά τόσο της πολιτικής

εξουσίας (το επίσημο κράτος) όσο και του κοινωνικού συνόλου. Και αυτό γιατί η αποδοχή των παραπάνω αντιλήψεων αυτόματα θα πρέπει να σημάνει την ριζική αλλαγή χρόνιων πολιτικών στο χώρο της ψυχικής υγείας και του τρόπου πρόσληψης της «ψυχικής διαταραχής». Μια τέτοια εξέλιξη θα είναι εξαιρετικά επίπονη γιατί θα αναγκάσει όλους μας να κοιταχθούμε στον καθρέφτη της κοινωνίας, της οποίας αποτελούμε μέρος και αναπαράγουμε, και να αναλάβουμε τις ευθύνες που μας αναλογούν συλλογικά και ατομικά. Προτιμούμε, λοιπόν, να αποφύγουμε μια τέτοια διαδικασία και να αρκεστούμε στον τόσο βολικό μύθο του βιολογικού ντετερμινισμού κάθε κοινωνικού φαινομένου, με αυτόν γύρω από την «ψυχική ασθένεια» να κατέχει εξέχουσα θέση. Έτσι διασφαλίζεται η απρόσκοπτη λειτουργία του status quo, γεγονός που αποτελεί και τον απώτερο στόχο κάθε τέτοιου μύθου.

Πιστεύουμε, όμως, ότι σε αυτό το σημείο η σκέψη μας πρέπει να προχωρήσει λίγο παρακάτω. Η κοινωνική κατασκευή της έννοιας της «ψυχικής διαταραχής» καταδεικνύεται από το γεγονός ότι επηρεάζεται κοινωνικά. Δηλαδή, τροποποιείται από τις αντιλήψεις και τις πράξεις τόσο των πασχόντων όσο και του περιγύρου τους. Ο τρόπος που οι πάσχοντες ερμηνεύουν την εμπειρία τους, την αποκαλούν, ανταποκρίνονται σε αυτήν, πώς το κοινωνικό σύνολο αντιδρά σε αυτού του είδους τις καταστάσεις -επίσημα και άτυπα- όλα αυτά έχουν έναν αξιοσημείωτο αντίκτυπο στη διαμόρφωση, την εξέλιξη και την κατάληξη της «ψυχικής διαταραχής». «Ο 'τρελός' [η συγγραφέας χρησιμοποιεί τη λέξη 'εγκληματίας' στο παράδειγμά της, πιστεύουμε, όμως, πως μας επιτρέπεται και η χρήση του όρου 'τρελός', μιας και γίνεται γενικότερη αναφορά στην παρεκκλίνουσα συμπεριφορά] δεν αποτελεί ένα δοσμένο σημείο εκκίνησης, μια φυσική οντότητα, η οποία πρέπει να ερμηνευθεί, αλλά μια κοινωνική πραγματικότητα, η οποία, όπως και αλλού αναφέρουμε, δεν μπορεί να εκληφθεί ως προεγκαθιδρυμένη έναντι της γνωστικής και πρακτικής εμπειρίας, αλλά δομείται μέσα σε αυτή την εμπειρία διαμέσου των διαδικασιών αλληλεπίδρασης, οι οποίες την χαρακτηρίζουν»

(Αρχιμανδρίτου 1996, σ. 35). Όμως, δε σημαίνει ότι όλα είναι αποτέλεσμα κοινωνικών διαδικασιών.

Ίσως, το σημαντικότερο επιχείρημα βάσει του οποίου μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ψυχική διαταραχή αποτελεί μια κοινωνικά κατασκευασμένη έννοια είναι ότι προσδιορίζεται και καθορίζεται από κοινωνικά κριτήρια. Δηλαδή, γίνεται φανερό περισσότερο από πράξεις και συμπεριφορές και σε πολύ λίγες περιπτώσεις από οργανικές-βιολογικές ενδείξεις. Οι αποφάνσεις περί «μη-κανονικότητας» γίνονται πάντα βάσει της συμπεριφοράς. Ο προσδιορισμός της «ψυχικής ασθένειας» συντελείται μέσα σε ένα κοινωνικό πλαίσιο και άπτεται περισσότερο ηθικών ζητημάτων και λιγότερο βιολογικών λειτουργιών.

Όμως, παρόλο που η έννοια της «ψυχικής διαταραχής» μπορεί να διαμορφώνεται με ποικίλους τρόπους από κοινωνικο-ιστορικές διαδικασίες και να καθορίζεται από κοινωνικά κριτήρια, εντούτοις, φαίνεται πως υπάρχει ένας «σκληρός πυρήνας» που αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ανθρώπινης εμπειρίας που παραμένει αμετάβλητος στις κοινωνίες των ανθρώπων. Αυτός ο «σκληρός πυρήνας» φαίνεται να σχετίζεται με τον πόνο, την οδύνη που νιώθει το πάσχον άτομο. Ανεξάρτητα από το που τελειώνει ο βιολογικός προσδιορισμός και που αρχίζει η κοινωνική κατασκευή της «ψυχικής διαταραχής», η «τρέλα» αποτελεί μια οριακή κατάσταση ύπαρξης του ανθρώπου, μια κατάσταση που τον κάνει να υποφέρει και να πάσχει.

Αυτή η τελευταία πρόταση πιστεύουμε ότι απαντάει στο ερώτημα που τέθηκε στην αρχή, σχετικά με το τι είναι, τελικά, η «ψυχική διαταραχή». Θεωρούμε ότι πάνω σε αυτή την οριακή κατάσταση οδύνης που βιώνει το άτομο πρέπει να τοποθετήσουμε το κέντρο βάρους κάθε έρευνας και κάθε προσπάθειας κατανόησης της παραπάνω έννοιας και σε αυτή την προοπτική πρέπει να ακουστεί η φωνή των

ίδιων των πασχόντων. Και αυτή η φωνή θα ακουστεί μόνο αν πάψουμε να τους θεωρούμε ως άβουλα άτομα που με παθητικότητα περιέρχονται στην κατάσταση που με ευκολία μάθαμε να ονομάζουμε «τρέλα». Αντίθετα, οι άνθρωποι αυτοί φέρουν τη δική τους ιστορία και προσωπικότητα, τις δικές τους σκέψεις, αντιλήψεις και ικανότητες και για το λόγο αυτό πρέπει να τους δοθεί η δυνατότητα να υψώσουν τη φωνή τους και να μιλήσουν για την εμπειρία τους. Ο λόγος τους αποτελεί «...μια εναλλακτική μορφή λόγου, του οποίου πρέπει να δούμε τον λόγο ύπαρξης, την οπτική του, την οδύνη του και όχι να τον απορρίπτουμε ως το α-νόητο προϊόν ενός ελαττωματικού γονιδίου ή των ανατομικών ιδιοτήτων μιας έλικας του εγκεφάλου» (Μεγαλοοικονόμου, 2001, σ. 43).

Το πρώτο και πιο σημαντικό βήμα σε κάθε προσπάθεια προσέγγισης της «ψυχικής διαταραχής» είναι να ακουστεί η φωνή των ίδιων των πασχόντων. Μόνο έτσι η όποια προσέγγιση (είτε βιολογικής είτε κοινωνιολογικής κατεύθυνσης) θα ξεφύγει από τη λανθασμένη και μονοδιάστατη, κατά τη γνώμη μας, λογική των απόλυτων και οριστικών απαντήσεων, ερμηνειών, εξηγήσεων και τρόπων αντιμετώπισης της «ψυχικής διαταραχής» και θα κινηθεί προς την κατεύθυνση της κατανόησης και φροντίδας των ατόμων που πάσχουν, πράγμα που πρέπει να αποτελεί πρωταρχικό στόχο κάθε κοινωνίας σε σχέση με το ζήτημα αυτό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

I) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Η επικινδυνότητα συνιστά μια κεντρική έννοια στην επιστήμη της Εγκληματολογίας, αλλά και μια έννοια που φαίνεται ότι έχει εισχωρήσει στο συλλογικό ασυνείδητο, με συνέπεια να καθορίζει τον τρόπο του «σκέπτεσθαι» των ανθρώπων. Συνυφασμένη με το αίσθημα της απειλής και την ανάγκη προστασίας της κοινωνίας, η επικινδυνότητα γεννά σημαντικά επιστημολογικά και ιδεολογικά προβλήματα που καθιστούν τελικά εξαιρετικά επικίνδυνη τη χρήση της. Παρόλη την κριτική που έχει δεχθεί η έννοια αυτή καθαυτή, αλλά και η επίκλησή της, εντούτοις φαίνεται ότι διατηρεί την ισχύ της και στις μέρες μας παρατηρείται το φαινόμενο «η κοινωνική επικινδυνότητα ως έννοια να απολαμβάνει μια καινούρια και αυξανόμενη εύνοια» (Pitch, 1995, σ. 21).

Ο άξονας πάνω στον οποίο πρέπει να κινηθεί σήμερα ο προβληματισμός μας είναι γύρω από το αν η επικινδυνότητα αποτελεί εργαλείο γνώσης ή μήπως τελικά συνιστά εργαλείο άσκησης κοινωνικού ελέγχου, μέσο διατήρησης και αναπαραγωγής του status quo και του κοινωνικού αποκλεισμού κάποιων, ήδη, ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

II) ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ: πώς η έννοια της επικινδυνότητας εγγράφεται μέσα σε αυτή της ψυχικής διαταραχής

Η επικινδυνότητα εισήχθη στον επιστημονικό λόγο στα τέλη του 19^{ου} αιώνα από την Ιταλική Θετικιστική Σχολή. Κύριοι εκπρόσωποί της οι Lombroso, Ferri και Garofalo. Ο τελευταίος διατυπώνει και τον ορισμό του εγκλήματος:

«έγκλημα διαπράττει εκείνος που παραβαίνει τα στοιχειώδη αισθήματα φιλαλληλίας, μιας συγκεκριμένης κοινωνίας, μιας συγκεκριμένης εποχής, τα απαραίτητα για την κοινωνική συμβίωση» (Γιωτοπούλου- Μαραγκοπούλου, 1984, σ. 30).

Ο Garofalo είναι αυτός που θα μιλήσει και για την επικινδυνότητα, θεωρώντας την ως ένα «θετικότερο» κριτήριο για την επιμέτρηση της ποινής. Κατά τον Garofalo, ο βαθμός επικινδυνότητας ενός ατόμου προκύπτει από τη σύγκριση της «εγκληματικής ικανότητας» (*'tembilità'*), δηλαδή της «ποσότητας του κακού που μπορεί να προκαλέσει», για την αντιμετώπιση της οποίας προτείνονται μέτρα εξουδετέρωσης (π.χ. θανατική ποινή, στείρωση, λοβοτομή) και της «προσαρμοστικότητας» (*'adaptabilité'*), δηλαδή «του βαθμού κοινωνικοποίησης που απομένει» στο άτομο, για την ενίσχυση της οποίας προτείνονται μέτρα παιδαγωγικά και θεραπευτικά (Φαρσεδάκης, 1990).

Η έννοια της επικινδυνότητας, έτσι όπως εισάγεται από τον Garofalo, έρχεται σε σύγκρουση με τα δικαιοκρατικά προτάγματα του κλασικού ποινικού δικαίου στο οποίο οι έννοιες της ευθύνης και της ελεύθερης βούλησης αποτελούσαν τους θεμέλιους λίθους του. Το γεγονός αυτό συνεπάγεται τη μετατόπιση του ενδιαφέροντος από το έγκλημα στον εγκληματία, από την πράξη στο άτομο. Η εισαγωγή της επικινδυνότητας στο ποινικό σύστημα θα επιτευχθεί χάρη στη συνθετική θεωρία της «κοινωνικής άμυνας» που προέβαλε η «Μέση Σχολή» του ποινικού δικαίου και κατ' αυτόν τον τρόπο οι ευρωπαϊκοί ποινικοί κώδικες υιοθέτησαν ένα διττό σύστημα συνύπαρξης ποινών και μέτρων ασφαλείας.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι καθοριστικό ρόλο στην κατασκευή και εδραίωση της έννοιας της επικινδυνότητας είχε η Ψυχιατρική. Η απαρχή της συστηματικής παρέμβασης της τελευταίας στο ποινικό σύστημα θα γίνει

στις αρχές του 19^{ου} αιώνα με αφορμή μια σειρά φόνων που έλαβαν χώρα μεταξύ των 1800 και 1835 σε διάφορες χώρες της Ευρώπης.

«Τα περιστατικά αυτά (...) λειτούργησαν ως έναυσμα για την εδραίωση ορισμένων θεμελιακών αντιλήψεων που κυριαρχούν μέχρι σήμερα γύρω από το εγκληματικό και το ψυχοπαθολογικό εγκληματικό φαινόμενο. Η σημασία των αντιλήψεων αυτών έγκειται στο ότι σηματοδότησαν την απαρχή μιας επιστημονικής θεμελίωσης της ψυχιατρικοποίησης και παθολογικοποίησης του εγκληματικού φαινομένου και της εγγραφής της επικινδυνότητας μέσα στην ψυχική ασθένεια» (Τσαλίκολου, 1987, σσ. 46-47).

Οι φόνοι αυτοί έμειναν γνωστοί στην ιστορία ως οι υποθέσεις Selestat, Comier, Ziegler, Howison, Lecouffe, Hattfield, κ.α., οι οποίες είχαν κάποια κοινά χαρακτηριστικά που τις κατέστησαν ιδιαίτερα αξιοπρόσεκτες και σημαντικές τόσο μέσα στην κοινή γνώμη όσο και στους κόλπους των ιατρών και δικαστών της εποχής. Το στοιχείο που τις διαφοροποιούσε από όλες τις προηγούμενες ήταν ότι συνιστούσαν εγκλήματα στα οποία δεν προηγούνταν, δε συνοδεύονταν και ούτε ακολουθούνταν από συμπτώματα που παραδοσιακά αναγνωρίζονταν ως συμπτώματα της ψυχικής διαταραχής (Foucault, 1978). Τα κοινά τους στοιχεία ήταν ότι:

- ο Επρόκειτο για ανθρωποκτονίες που ήταν εξαιρετικά βίαιες και αποτρόπαιες στην εκτέλεσή τους,
- ο δεν υπήρχε κάποιο ορατό κίνητρο που να αιτιολογεί την εγκληματική πράξη («εγκλήματα χωρίς κίνητρο»),
- ο προσέβαλλαν «πανανθρώπινες» αξίες (π.χ. την αξία της οικογένειας), καθώς δράστες και θύματα συνδέονταν με συγγενικούς δεσμούς.

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι η διάπραξη των προαναφερθέντων εγκλημάτων επέφερε μια τομή στον τρόπο πρόσληψης τους από το ποινικό σύστημα αλλά αποτέλεσε και την αφορμή για την είσοδο της Ψυχιατρικής σε αυτό και την κατασκευή της έννοιας της επικινδυνότητας. Αυτή επιτεύχθηκε εξαιτίας του ότι η

Ψυχιατρική καταπαάστηκε με τα συγκεκριμένα εγκλήματα, τα οποία χαρακτηρίζονταν από ιδιαίτερη και σπάνια βιαιότητα. Επίσης έλαβαν χώρα μέσα σε ένα στενό πλαίσιο διαπροσωπικών σχέσεων (κυρίως οικογενειακό), με συνέπεια να εκληφθεί ότι «στρέφονταν εναντίον της φύσης, εναντίον των νόμων εκείνων που θεωρείται ότι είναι εγγεγραμμένοι κατευθείαν στην καρδιά των ανθρώπων και οι οποίοι συνδέουν οικογένειες και γενιές μεταξύ τους» (Foucault, 1978, σ. 5). Τέλος, όλα αυτά τα εγκλήματα διεπράχθησαν χωρίς κάποιο λόγο, δηλαδή χωρίς κέρδος, χωρίς πάθος, χωρίς κίνητρο (βασιζόμενο έστω και σε κάποια διαταραχή). Χωρίς κάποια αιτία που θα τα έκανε να φανούν κατανοητά.

Οι φόνοι αυτοί αν και συγκέντρωναν όλα εκείνα τα απαραίτητα γνωρίσματα για να χαρακτηριστούν παθολογικοί, ο δράστης τους όμως δε βρέθηκε να πάσχει από κάποια έκδηλη ψυχική διαταραχή. Επομένως, δε θα μπορούσε να κριθεί ακαταλόγιστος λόγω άνοιας (η άνοια αποτελούσε μέχρι εκείνη την εποχή τη μόνη ψυχοπαθολογική κατηγορία που εμπεριείχε το ακαταλόγιστο).

Τα εγκλήματα αυτά θα δώσουν το έναυσμα για την ανάπτυξη θεωρητικών αντιλήψεων που θα καταλήξουν στην «εφεύρεση» της κατηγορίας των «ανθρωποκτόνων μονομανών» με χαρακτηριστικά γνωρίσματα την προσωρινή, παροδική και απρόβλεπτη παραφροσύνη (σύμφωνα με τον ορισμό της εποχής), η οποία δεν εξασθενεί τις νοητικές ικανότητες του πάσχοντος ούτε θίγει την ψυχοσυναισθηματική του σφαίρα. Η παροδική αυτή παραφροσύνη θεωρείται υπεύθυνη για τη διάπραξη αποτρόπαιων εγκλημάτων (ενδεικτικές είναι οι θεωρίες των Esquirol, Georget).

«Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι οι ψυχιατρικές αντιλήψεις των Esquirol, Georget κ.α., για τον παθολογικό φόνο, συμβάλλανε στον κλονισμό του δόγματος της ελευθερίας της βούλησης και στην αναγκαιότητα του προσδιορισμού του βαθμού επικινδυνότητας του

εγκληματία. Η έννοια της επικινδυνότητας περιβεβλημένη με έναν επιστημονικό μανδύα έρχεται τώρα στο προσκήνιο, προσλαμβάνοντας μια ολοένα και μεγαλύτερη σημασία. Οι ψυχίατροι είναι εκείνοι που θα εμφανιστούν ως οι “спеσιαλίστες των κινήτρων της ανθρώπινης συμπεριφοράς”, οι κατεξοχήν αρμόδιοι να αποφανθούν για το βαθμό επικινδυνότητας του εγκληματία, να επεξεργαστούν μέτρα προστασίας της κοινωνίας για τα επικίνδυνα άτομα, καθώς και μέτρα επανακοινωνικοποίησης και θεραπείας τους» (Γσαλίκογλου, 1987, σ. 70).

Απόρροια των όσων προαναφέρθηκαν ήταν ότι η έννοια της επικινδυνότητας εγγράφηκε πλέον στο πεδίο της ψυχικής ασθένειας. Η ύπαρξή της πιστοποιείται από τη διάπραξη ενός εγκλήματος που συγκεντρώνει τα χαρακτηριστικά που αναφέραμε παραπάνω. Το «απόλυτο» έγκλημα που παραβιάζει θεμελιώδεις αξίες της φύσης και της κοινωνίας αποτελεί το μοναδικό σύμπτωμα της ψυχικής ασθένειας.

«Τελικά η Ψυχιατρική του 19^{ου} αιώνα επινόησε (...) ένα έγκλημα που είναι η ψυχική ασθένεια, ένα έγκλημα που δεν είναι τίποτα άλλο από την ψυχική ασθένεια, μια ψυχική ασθένεια που δεν είναι τίποτα άλλο παρά έγκλημα» (Foucault, 1978, σ. 5-6).

Αυτό που πρέπει επίσης να σημειωθεί είναι ότι το άτομο του οποίου η ψυχική διαταραχή και η εγκληματικότητα συνδέθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να ωθήσει τους «ειδικούς» να εγείρουν ερωτήματα για το συσχετισμό τους, δεν είναι ο άνθρωπος με τη μικρή καθημερινή διαταραχή, η «χλωμή» σιλουέτα που κινείται στα όρια του νόμου και της κανονικότητας, αλλά το «μεγάλο τέρας».

Η ερώτηση που εγείρεται σε αυτό το σημείο είναι γιατί οι ψυχίατροι θέλησαν να εμπλακούν στον κλάδο του ποινικού δικαίου και της Εγκληματολογίας, εφόσον ήδη είχαν εξασφαλίσει ένα επιστημονικό κύρος μέσα από μια σειρά νευρολογικών ανακαλύψεων. Σύμφωνα με το Foucault (1978), η Ψυχιατρική καταπιάστηκε με το έγκλημα όχι τόσο γιατί αυτό συνιστούσε ένα σημαντικό πεδίο γνώσης, αλλά διότι εξασφάλιζε και αιτιολογούσε έναν τρόπο εμπλοκής με την εξουσία. Η Ψυχιατρική του 19^{ου} αιώνα θεωρούνταν ότι θεράπευε έναν «κοινωνικό κίνδυνο» τόσο επειδή η

ψυχική διαταραχή φαινόταν να συνδέεται με τις συνθήκες διαβίωσης (υπερπληθυσμός, συνωστισμός, αστική ζωή, αλκοολισμός, διαφθορά) όσο και επειδή εκλαμβάνόταν ως πηγή κινδύνου για το ίδιο το άτομο, για τους απογόνους του (μέσω της κληρονομικότητας) και τους τρίτους. Με αυτό τον τρόπο, η Ψυχιατρική γίνεται η ιατρική επιστήμη του κοινωνικού σώματος και της ψυχής του ατόμου.

«Δεν πρέπει να παραβλέπουμε τη διάχυση των μηχανισμών εξουσίας και τους φορείς άσκησής της, δηλαδή αυτούς που κατέχουν τη γνώση, στην περίπτωση μας τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, σε μια σύνθετη μάλιστα κοινωνική-πολιτική πραγματικότητα όπου η αλληλοεμπλοκή και αλληλοσυσχέτιση, αν και πολλές φορές ασαφής και υπόγεια, δεν παύει να καταγράφει μια συνέχεια στη διάχυση της εξουσίας τόσο στον κρατικό-δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα» (Μπαϊρακτάρης, 1994, σ. 51).

Γίνεται φανερό ότι δεν εστιάζουμε πλέον στο έγκλημα αυτό καθαυτό, αλλά στο δράστη του. Αντίστοιχα και η τιμωρία δεν προσαρμόζεται ανάλογα με τη βαρύτητα του αδικήματος αλλά ανάλογα με τη «φύση» του εγκληματία, τον οποίο και στοχεύει να «μεταμορφώσει» σύμφωνα με τα κίνητρα, το χαρακτήρα, την προσωπική ιστορία του, τα οποία θα αξιολογούνται πλέον από τους ψυχιάτρους, όπως επίσης, θα αξιολογείται και ο ορθολογισμός της εγκληματικής πράξης.

«Με αυτόν τον τρόπο, το ζήτημα του επικίνδυνου ατόμου εγγράφεται βαθιά μέσα στους θεσμούς της Ψυχιατρικής, όπως επίσης και της Δικαιοσύνης. Κατά τον 19^ο και 20^ο αιώνα η ποινική πρακτική και η ποινική θεωρία τείνουν να καταστήσουν το επικίνδυνο άτομο ως τον πρωταρχικό στόχο της τιμωρητικής παρέμβασης. Όλο και περισσότερο η Ψυχιατρική του 19^{ου} αιώνα τείνει να αναζητά παθολογικά συμπτώματα που μπορεί να χαρακτηρίζουν τα επικίνδυνα άτομα» (Foucault, 1978, σ. 10).

Παρά το ότι πολλές από τις θεωρήσεις που αναπτύχθηκαν στους κόλπους της Εγκληματολογικής Ανθρωπολογίας (Ιταλική Σχολή) δέχθηκαν κριτική και εγκαταλείφθηκαν με το πέρασμα των χρόνων, εντούτοις, φαίνεται ότι ένα σημαντικό

μέρος κάποιων θεμελιωδών θέσεών της παραμένει ζωντανό ακόμα και σήμερα, διαμορφώνοντας τις αντιλήψεις που κυριαρχούν μέχρι και τις μέρες μας για την επικινδυνότητα του ψυχικά πάσχοντα.

Ύστερα από μια σειρά εξελίξεων και μετασχηματισμών στο αστικό δίκαιο (civil law), η έννοια της επικινδυνότητας εμφανίζεται σήμερα εξαιρετικά ισχυρή. Το άτομο είναι υπεύθυνο επειδή αποτελεί «εστία διακινδύνευσης» (“creator of risk”), ακόμα και αν δεν εναπόκειται στην ελευθερία της βούλησής του να αποφασίσει το κακό αντί για το καλό. Από εδώ και στο εξής σκοπός των κυρώσεων είναι να μειώσουν στο μέτρο του δυνατού –μέσω της εξουδετέρωσης ή του αποκλεισμού ή ποικίλων περιορισμών και μέσω θεραπευτικών μέτρων- τον κίνδυνο διάπραξης εγκλήματος που ενυπάρχει στην προσωπικότητα του ατόμου. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο τιμωρείται για αυτό που είναι.

«Η αρχική αντίσταση των ποινικολόγων σε αυτή την “παρείσακτη εισβολή” [ενν. της Ψυχιατρικής], που μειώνει το μονοπώλιό τους στη χειραγώγηση του εγκληματικού φαινομένου, θα υποχωρήσει σύντομα, παραχωρώντας τη θέση της σε μιαν αρμονική συμβιωτική σχέση που συνεχίζεται μέχρι τις μέρες μας. Έτσι, επιτυγχάνεται η αλληλοενίσχυση και η αλληλοενδυνάμωση των εξουσιών δυο επιστημών που έχουν ως κοινό τόπο συνάντησης το στόχο της χειραγώγησης της απόκλισης στα επιθυμητά για την εξουσία πλαίσια. Η αντίληψη της κυρίαρχης επικινδυνότητας του ψυχικά ασθενή αποτελεί ένα κατεξοχήν μέσο επίτευξης του σκοπού αυτού» (Γσαλίκουλου, 1987, σ. 70).

III) ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΕΠΙΒΙΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΟΤΗΤΑΣ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η έννοια της επικινδυνότητας παρά τις όποιες αμφισβητήσεις και επικρίσεις που έχει δεχθεί, καταφέρνει, εντούτοις, να διατηρεί την ισχύ της. Στις μέρες μας, μάλιστα, η επίκληση της είναι όλο και πιο συχνή και περικλείει όλο και περισσότερες ομάδες ανθρώπων.

Χαρακτηριστικά η T. Pitch αναφέρει ότι «το ανανεωμένο ενδιαφέρον για την έννοια της ‘κοινωνικής επικινδυνότητας’ ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα της κρίσης των στρατηγικών που ακολούθησαν οι ποινικές μεταρρυθμίσεις (...) Η κοινωνική επικινδυνότητα λειτουργεί τώρα ως νομιμοποίηση για την εξουδετέρωση του εγκληματία, ως κριτήριο ταξινόμησης μέσα στη φυλακή αλλά και ανάμεσα στις στρατηγικές εγκλεισμού και τις πολιτικές ‘ήπιου’ ελέγχου (...) Λειτουργεί ως υπολειμματική κατηγορία: όποιος δεν μπορεί να υποβληθεί σε μεταχείριση ή επανόρθωση είναι, κατά συνέπεια, επικίνδυνος» (Pitch, 1995, σσ. 20-21).

Αυτό, δηλαδή, που παρατηρείται είναι η υπευθυνοποίηση του ίδιου του ατόμου για την κατάστασή του. Αποτυγχάνουν οι υπηρεσίες πρόνοιας όχι λόγω δικών τους λαθών και ανεπαρειών, αλλά λόγω του ότι τα άτομα είναι ανεπίδεκτα παρέμβασης και διαχείρισης. Η εκάστοτε «κοινωνική περίπτωση» περιβάλλεται με τον μανδύα της επικινδυνότητας και έτσι συγκαλύπτεται η αποτυχία των κρατικών υπηρεσιών.

Στο εξής η έννοια της επικινδυνότητας δεν εστιάζεται μόνο σε βιολογικές και ψυχολογικές αναφορές, αλλά συναρτάται και με συλλογικές ιδιότητες ομάδων πληθυσμού, οι οποίες θεωρούνται ότι συνιστούν «διακινδύνευση» για την κοινωνική τάξη. Οι ομάδες αυτές προσδιορίζονται ανάλογα με χαρακτηριστικά εθνότητας, θρησκείας, φύλου, κοινωνικής τάξης, οικονομικού επιπέδου. Αυτομάτως καθίστανται «επικίνδυνες» για αυτό που είναι. Η διαφορά με το παρελθόν είναι ότι, εφεξής, «αντίθετα με ότι συνέβαινε με τις στρατηγικές του κράτους πρόνοιας, που αποτελούσαν τμήμα μιας ευρύτερης πολιτικής κοινωνικής αλλαγής και ενός οράματος κοινωνικής δικαιοσύνης - παρά τα λάθη στη σύλληψη και την εκτέλεσή τους- οι καινούριες ποινικές πολιτικές δεν εγγράφονται σε κάποιο ευρύτερο πρόγραμμα ούτε διαθέτουν στρατηγική για προοδευτική κοινωνική αλλαγή και πολύ περισσότερο για την υπέρβαση των κοινωνικών διακρίσεων. Αντίθετα μάλιστα, συνιστούν πολιτικές για τη διαχείριση των κινδύνων και τον έλεγχο των

διακρίσεων που δημιουργεί κάποιο είδος κοινωνικής οργάνωσης, καθώς και για τη μετατόπιση του βάρους του κοινωνικού ελέγχου πάνω σε άτομα και οργανισμούς που συχνά είναι ανεπαρκώς εξοπλισμένοι για να φέρουν σε πέρας αυτό το καθήκον» (Garland, 1996, σ. 457).

Στη σημερινή κοινωνία η συμμετοχή στην παραγωγική διαδικασία αποτελεί το ύψιστο κριτήριο κοινωνικής ενσωμάτωσης. Οι ομάδες που δεν είναι σε θέση ή με διάφορους τρόπους εμποδίζεται η συμμετοχή τους σε αυτή, τίθενται αυτομάτως στο κοινωνικό περιθώριο, στο χώρο της ανέχειας και της απόρριψης. Τα άτομα που δεν είναι σε θέση να ενταχθούν στη νέα τάξη ή αποκλίνουν από τις νέες αξίες και απαιτήσεις που θέτει η κοινωνία θεωρούνται ταραχοποιά, δηλαδή «κοινωνικά επικίνδυνα» άτομα.

Έτσι, για τους ψυχικά πάσχοντες- ομάδα επενδυμένη με αρνητικά στερεότυπα τόσο από την επιστημονική κοινότητα όσο και από το κοινωνικό σύνολο (χωρίς φυσικά την απουσία αντιρρήσεων και συγκρούσεων)- που εδώ και δυο αιώνες αρχίζουν να διαφοροποιούνται ως πληθυσμιακή κατηγορία- η αδυναμία ένταξής τους στη νεοδημιουργηθείσα κοινωνική ισορροπία προδιαγράφει τον αποκλεισμό τους.

Διαπιστώνουμε, συνεπώς, ότι η έννοια της επικινδυνότητας όχι μόνο επιβιώνει αλλά και αποτελεί κριτήριο το οποίο η σύγχρονη κοινωνία επικαλείται εξαιρετικά συχνά προκειμένου να αιτιολογήσει και να νομιμοποιήσει τον έλεγχο και τον αποκλεισμό διαφόρων ομάδων. Σύμφωνα με τον D. Garland «ο επισφαλής και αβέβαιος χαρακτήρας των σημερινών κοινωνικών και οικονομικών σχέσεων συγκροτεί εκείνο το κοινωνικό επίστρωμα που προκαλεί το πρόσφατο εμφατικό και εκτεταμένο ενδιαφέρον μας για τον έλεγχο καθώς και την επιμονή με την οποία διαχωρίζουμε, ενισχύουμε και αποκλείουμε. Συνιστά εκείνη τη βαθύτερη κατάσταση που υποκινεί τις έμμενες προσπάθειές μας να ελέγχουμε τα επικίνδυνα άτομα, να απομονώνουμε τους επικίνδυνους πληθυσμούς και να επιβάλλουμε προληπτικούς ελέγχους (...) ο έλεγχος επανεμφανίζεται σήμερα με έμφαση σε κάθε τομέα της

κοινωνικής ζωής- με τη μοναδική εξαίρεση της οικονομίας, από την απορρόθμιση της οποίας πηγάζουν συνήθως οι περισσότεροι σύγχρονοι κίνδυνοι» (Garland, 2001, σσ. 194- 195).

Τελικά φαίνεται ότι αυτό που συμφέρει την κοινωνία είναι να αποδώσει την ετικέτα του «επικίνδυνου» σε όποιο υποκείμενο θεωρεί ότι αποκλίνει και, ίσως, διαταράσσει την ισχύουσα τάξη πραγμάτων. Θεσπίζει έτσι νόμους που τιμωρούν την επικινδυνότητα. Όμως, όπως παρατηρεί σχετικά ο Ch. Debuyst, οι νόμοι αυτοί επιτελούν δύο λειτουργίες: α) η πρώτη ανάγεται στο συμβολικό επίπεδο, αφού οι νόμοι αυτοί συναντούν τους φόβους των υποκειμένων και δίνουν την εντύπωση ότι ενδιαφέρονται για αυτά, ότι ανταποκρίνονται στους φόβους τους β) η δεύτερη (και πιο σημαντική) λειτουργία είναι ιδεολογική, καθώς η εξουσία χρησιμοποιεί τις κατηγορίες των «επικίνδυνων ατόμων» ως εργαλείο απειλής που επιτρέπει ταυτόχρονα την ενίσχυση του ελέγχου που ασκεί και τη διάνοιξη μιας ζώνης ελεγχόμενης ανοχής (Debuyst, 1999).

Η επικινδυνότητα, ως κοινωνικά κατασκευασμένη έννοια, συναρτάται με σημαντικές ιδεολογικές λειτουργίες που εξασφαλίζουν την απρόσκοπτη διατήρηση της ισχύος της και την αναπαραγωγή του status quo. Η αναγωγή της επικινδυνότητας σε μια αντικειμενική πραγματικότητα που εδράζεται στην ίδια τη φύση του ατόμου ενισχύει την υπόθεση της ιδιοτυπίας του υποκειμένου. Το άτομο αντιμετωπίζεται ως ιδιαίτερη βιολογική, ψυχολογική ή κοινωνική περίπτωση. Τα χαρακτηριστικά που φέρει ευθύνονται αποκλειστικά για την εκδήλωση ή την ενδεχόμενη εκδήλωση κάποιας επικίνδυνης πράξης ή συμπεριφοράς και με αυτό τον τρόπο το ποινικό σύστημα εμφανίζεται ως η προστατευτική δομή που θα συμβάλλει στην εμπέδωση του αισθήματος ασφάλειας στο κοινωνικό σύνολο.

Μια άλλη σημαντική λειτουργία της έννοιας της επικινδυνότητας είναι ότι έρχεται να ενισχύσει τη λογική του συναινετικού προτύπου οργάνωσης της κοινωνίας

(δηλαδή της αντίληψης ότι οι αξίες και οι θεσμοί του κοινωνικού συστήματος στηρίζονται στην καθολική συναίνεση των διάφορων κοινωνικών ομάδων). «Μέσα από αυτή [ενν. τη χρήση της επικινδυνότητας] ενδυναμώνεται η παραγωγή και η αναπαραγωγή ενός στερεοτύπου του εγκληματία ως ενσάρκωσης του κακού και του παθολογικού, που πάνω του επιρρίπτονται όλες οι δυσλειτουργικές εκφάνσεις του κοινωνικού συστήματος. Με την επικέντρωση της κοινής αποστροφής στην επικινδυνότητα ορισμένων ατόμων απαλλάσσονται οι κοινωνικές δομές» (Τσαλίκoglου, 1996, σ. 36).

Αυτή η εστίαση στην επικινδυνότητα ως αποκλειστικά ατομικού φαινομένου, αποπροσανατολίζει την προσοχή και το ενδιαφέρον του κοινωνικού συνόλου από άλλες πηγές διακινδύνευσης (σύμφωνα με τον ορισμό του Luhmann), που πηγάζουν από τις ίδιες τις κοινωνικές δομές και είναι θεσμικά αποδεκτές (π.χ. οικολογική καταστροφή, οικονομικό έγκλημα, AIDS, «νόσος των τρελών αγελάδων», κτλ.), αφήνοντας τις μακριά από κάθε κριτική θεώρησή, αμφισβήτησή και προσπάθεια αλλαγής τους.

IV) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Β' ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Η κοινωνική κατασκευή της έννοιας της επικινδυνότητας έλαβε χώρα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό και ιστορικό συγκείμενο, καθοριστικό και προσδιοριστικό για την εδραίωση και τη χρήση της. Παρόλο που όλα αυτά τα χρόνια δέχθηκε έντονη κριτική και αμφισβητήθηκε (χαρακτηριστικά αναφέρουμε την αμφισβήτηση της έννοιας μέσα στους κόλπους της Εγκληματολογίας της Κοινωνικής Αντίδρασης, της Κριτικής Εγκληματολογίας, καθώς και από πορίσματα ερευνών, όπως αυτές των Holland, Holt, Beckett, Dojois, Pfohl, Hedlund, κ.α), εντούτοις, επανέρχεται στις μέρες μας ισχυρή όσο ποτέ άλλοτε.

Στη σημερινή εποχή είναι πολύ συχνή και συμφέρουσα η επίκληση της επικινδυνότητας που αφορά-ανάλογα με την περίπτωση- ένα άλλο έθνος, μια άλλη

θρησκεία, μια ομάδα μεταναστών, αυτούς που έχουν διαπράξει κάποια αξιόποινη πράξη, τους ουσιωεξαρτημένους, τους ψυχικά πάσχοντες και γενικότερα όποια ομάδα ανθρώπων θεωρείται ότι «παρεκκλίνει» από τα γενικώς αποδεκτά πρότυπα που έχει θέσει η κοινωνία.. Καθίστανται οι «αποδιοπομπαίοι τράγοι» που κάνουν την πλειοψηφία να αισθανθεί «φυσιολογική» και επωμίζονται προβλήματα και δομικές δυσλειτουργίες του υφιστάμενου κοινωνικού συστήματος. Με αυτό τον τρόπο νομιμοποιείται ο συνεχής επίσημος και ανεπίσημος κοινωνικός έλεγχός τους και ενισχύεται η λογική του «κοινωνικού πανοπτισμού» (Wacquant, 2001).

Όμως, και αυτή ακόμα η άσκηση του ελέγχου δεν αποβλέπει σε μια ολοκληρωμένη παρέμβαση για τη λύση των προβλημάτων αυτών των ανθρώπων που ύστερα από μια σειρά κοινωνικών διεργασιών βρέθηκαν στο περιθώριο, αλλά αντίθετα περιορίζεται μόνο στη «διαχείρισή» τους για τη συντήρηση και αναπαραγωγή του φαύλου κύκλου του κοινωνικού αποκλεισμού τους.

Αυτό που τίθεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος είναι το ίδιο το άτομο, η συμπεριφορά, τα κίνητρα, ο τρόπος ζωής, η ιστορία του. Εστιάζουμε μονοδιάστατα στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, πράγμα που οδηγεί στη συγκάλυψη άλλων σημαντικών μεταβλητών, που βοηθούν στην καλύτερη κατανόηση της ανθρώπινης προσωπικότητας, και στην υποβάθμιση περιβαλλοντικών, οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν τη διαμόρφωσή της. Η επικέντρωση του ενδιαφέροντος στο «επικίνδυνο άτομο» αποσπά την προσοχή μας από την «επικίνδυνη κατάσταση» της οποίας οι γενεσιουργές αιτίες βρίσκονται εγγεγραμμένες στις κοινωνικές δομές.

Τελικά τί είναι η «επικινδυνότητα»; Αποτελεί σίγουρα μια κοινωνικά κατασκευασμένη έννοια πολύ πρόσφορη για τη διατήρηση και την αναπαραγωγή του κοινωνικού αποκλεισμού διαφόρων ομάδων, αλλά και για την εδραίωση της

ισχύουσας τάξης πραγμάτων και τον περιορισμό κάθε προσπάθειας κριτικής αμφισβήτησής της. Δεν είναι μια εγγενής ιδιότητα της προσωπικότητας ενός ατόμου, ενώ η δυνατότητα πρόβλεψης της μελλοντικής εκδήλωσής της στερείται οποιουδήποτε επιστημολογικού υπόβαθρου.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτή καθαυτή η χρήση και η επίκλησή της είναι επικίνδυνη, καθώς δεν περιορίζεται μόνο στο να περιγράψει μια συμπεριφορά ή μια πράξη, αλλά επιβάλλει μια ελαττωματική ταυτότητα στον άλλο έτσι ώστε να τον καθιστά εξαιρετικά ευάλωτο στο στίγμα και να προσδιορίζει τόσο τη στάση των τρίτων απέναντί του, όσο και την ίδια την εικόνα που αυτός έχει για τον εαυτό του.

Η επिकέτα του «επικίνδυνου», εκτός από τα παραπάνω, συνεπιφέρει αρνητικές συνέπειες στην ελευθερία και την προστασία των στοιχειωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου. Μια ιδιαίτερα ευάλωτη στο χαρακτηρισμό της ως «επικίνδυνης» είναι η ομάδα των ψυχικά πασχόντων. Το στερεότυπο του «επικίνδυνου σχιζοφρενή» ή του «σχιζοφρενή εγκληματία» δε φαίνεται να έχει κλονιστεί ιδιαίτερα μέχρι και σήμερα και ενισχύεται καθημερινά μέσα από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τον καθημερινό λόγο. Ο μύθος του «επικίνδυνου τρελού» είναι τελικά μια πολύ γοητευτική, συμφέρουσα, μα πάνω όλα επικίνδυνη κοινωνική κατασκευή.

«Μέσα από την ιστορικοποίηση της "τρέλας" μπορεί κανείς, σχεδόν με τρόπο αβίαστο, να διαπιστώσει πως "επικίνδυνος" δεν υπήρξε ο ψυχικός πόνος, αλλά ο λόγος και οι πρακτικές της ιδρυματικής ψυχιατρικής που τον μετέτρεψε σε ένα σύνολο "ακατανόητων" συμπτωμάτων που έπρεπε να κατασταλούν, που χρησιμοποίησε τη γονιδιακή ή "εγκεφαλική" ανωμαλία ως αποκλειστική ερμηνεία του και οδήγησε αυτούς που υποφέρουν να εγγράψουν τα βιογραφικά τους σε σιδερένια κρεβάτια ψυχιατρείων, "εξόριστοι" και απομονωμένοι, υπό τη συνεχή εποπτεία της ψυχιατρικής εξουσίας» (Ζήση, 2002, σσ. 15-16).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ STATUS ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Στα 1855 ο Edward Jarvis δημοσίευσε τα αποτελέσματα της κλασικής, πλέον, έρευνάς του για την προέλευση των ψυχιατρικών διαταραχών. Το πιο αξιοσημείωτο εύρημά της ήταν ότι *«η φτωχή τάξη παρουσιάζει 64 φορές περισσότερες περιπτώσεις τρέλας από ότι η οικονομικά ανεξάρτητη τάξη»* (Jarvis, 1855, όπως στο Dohrenwend et al, 1992, σ. 946).

Παρά τις όποιες αλλαγές στο σχεδιασμό και τις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για τον προσδιορισμό των περιπτώσεων και τη μέτρηση του κοινωνικοοικονομικού status (''socioeconomic status''-'SSES''), ο συσχετισμός μεταξύ του τελευταίου και των ψυχικών διαταραχών αποδείχθηκε αρκετά σταθερός και σημαντικός στο πέρασμα των χρόνων. Συγκεκριμένα επιβεβαιώθηκε η ύπαρξή του σε όλους τους βαθμούς των λειτουργικών διαταραχών (Dohrenwend & Dohrenwend, 1969· Dohrenwend et al, 1980· Holzer et al, 1986), για συγκεκριμένα είδη σχιζοφρένειας (Dohrenwend & Dohrenwend, 1969·, Dohrenwend et al, 1980· Eaton, 1980), κατάθλιψης (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981· Brown & Harris, 1986· Holzer et al, 1986) και διαταραχών που σχετίζονται με την εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς και τη χρήση ουσιών (Dohrenwend & Dohrenwend, 1981).

Για την ερμηνεία του συσχετισμού μεταξύ του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status και των ψυχικών διαταραχών έχουν προταθεί δύο πολύ διαφορετικά είδη θεωρήσεων:

α) Η πρώτη, η θεωρία της «κοινωνικής επιλογής» (''social selection theory'') που προτείνεται από επιστήμονες που υποστηρίζουν το γενετικό-

κληρονομικό προσδιορισμό του ατόμου (κυρίως σε σχέση με τη σχιζοφρένεια), αναφέρει ότι ο βαθμός εκδήλωσης ψυχικής διαταραχής είναι υψηλότερος στις ομάδες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status, γιατί τα άτομα με διαταραχές ή άλλα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που δείχνουν προδιάθεση για κάποιο είδος διαταραχής (πιθανότατα με γενετική προέλευση), υποβιβάζονται σε ένα χαμηλό επίπεδο ή αποτυγχάνουν να το υπερβούν (Stromgren, 1950· Jarvis, 1971, όπως αναφέρεται στο Dohrenwend et al, 1992· Häfner, 1988).

β) Από την άλλη πλευρά, η θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης» ('social causation theory') υποστηρίζει ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status κάνει το άτομο να νιώθει δυστυχία για τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, μειονεξία σε σχέση με τους γύρω του που θεωρεί ότι βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από αυτό, με αποτέλεσμα να βιώνει έντονα συμπτώματα άγχους. Όλα αυτά συμβάλλουν στην εκδήλωση ψυχικών διαταραχών (Hollingshead & Redlich, 1958, όπως αναφέρεται στους Link, Dohrenwend & Skodol, 1986· Dohrenwend & Dohrenwend, 1969).

Όσον αφορά λοιπόν το συσχετισμό μεταξύ status και ψυχικής διαταραχής γίνεται φανερό ότι η θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης» αποδίδει κυρίαρχο ρόλο σε παράγοντες διακινδύνευσης που σχετίζονται με την τάξη και το περιβάλλον του ατόμου, ενώ αντίθετα η θεωρία της «κοινωνικής επιλογής» αρνείται τη σπουδαιότητα αυτών των παραγόντων και υπογραμμίζει τη βαρύτητα της γενετικής-κληρονομικής προδιάθεσης. Βάσει της τελευταίας θεώρησης το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο προκύπτει ως συνέπεια της ψυχικής διαταραχής και όχι ως αιτία, όπως υποστηρίζεται από τη θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης».

Τα πορίσματα των ερευνών που έχουν διεξαχθεί καταδεικνύουν ότι η προσφορότητα των θεωριών της «κοινωνικής επιλογής» και της «κοινωνικής αιτιολόγησης» ποικίλει ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες. Φαίνεται δηλαδή

ότι και οι δυο συμβάλλουν στη διερεύνηση του συσχετισμού μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού status και της ψυχικής διαταραχής, αφήνοντας μέχρι σήμερα ανοιχτή τη συζήτηση για το ποια από τις δυο είναι η πιο σωστή.

α) Ορισμός του “κοινωνικοοικονομικού status”

Σε αυτό το σημείο κρίνεται αναγκαίο να διευκρινιστεί ο τρόπος με τον οποίο ορίζεται το κοινωνικοοικονομικό status. Μια μεγάλη πλειοψηφία ερευνών που έχουν διεξαχθεί σε σχέση με το θέμα αυτό χρησιμοποιεί ως δείκτες του status το επίπεδο εκπαίδευσης, την απασχόληση και το εισόδημα. Άλλες φορές οι δείκτες αυτοί αφορούν το ίδιο το άτομο, ενώ κάποιες άλλες αναφέρονται στην οικογένειά του. Επίσης σε ορισμένες έρευνες συναντάται ο όρος «κοινωνική τάξη», ο οποίος αναφέρεται στη θέση που κατέχει ένα άτομο σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικοοικονομικό σύστημα, η οποία με τη σειρά της έχει αντίκτυπο στη φύση των προσδοκιών του. Αυτή μπορεί να περιορίσει τις πιθανότητές του να καταλάβει μια ανώτερη θέση και να δυσχεράνει την προσπάθειά του να πετύχει κάποιους επιθυμητούς στόχους. Ένας άλλος όρος που επίσης αναφέρεται είναι αυτός της «κοινωνικής κινητικότητας» και σχετίζεται με την κοινωνική απόσταση που έχει διανύσει ένα άτομο για να φτάσει στη θέση που κατέχει τη στιγμή που γίνεται η έρευνα. Υποτίθεται ότι το άτομο που έχει καταφέρει να κινηθεί κοινωνικά προς μια ανώτερη θέση θα αισθάνεται επιτυχημένο και άρα θα είναι ψυχικά υγιές. Στην αντίθετη περίπτωση (όταν δηλαδή η κοινωνική κινητικότητα κατευθύνεται προς τα κάτω) είναι περισσότερο πιθανό να εκδηλωθούν συμπτώματα διαταραχών. Άλλοι όροι που συναντώνται στη βιβλιογραφία είναι: «κοινωνική απομόνωση», «οικονομική ζωή», «οικονομική ανασφάλεια», κτλ. (Kohn & Clausen, 1955· Leavy & Freedman, 1956, όπως αναφέρονται στον Weinberg, 1967).

Βλέπουμε δηλαδή ότι υπάρχει ένα ευρύ φάσμα εννοιών που αναφέρεται στις επιδημιολογικές έρευνες. Οι διαφοροποιήσεις κάποιες φορές είναι έντονες, ενώ άλλες, παρά τη χρησιμοποίηση άλλου όρου, το νόημα είναι σχεδόν ταυτόσημο. Δεν πρέπει να παραβλεφθεί ότι ο προσδιορισμός εννοιών όπως «κοινωνική τάξη», «κοινωνική θέση», «κοινωνική κινητικότητα», «κοινωνικό επίπεδο», «οικονομικό επίπεδο», κτλ. εξαρτάται από τη θεωρητική σκοπιά που τοποθετείται ο κάθε ερευνητής. Είναι όροι για τους οποίους δεν μπορεί να υπάρξει ένας κοινός ορισμός. Επιπλέον, ούτε η μέτρηση τους μπορεί να είναι ενιαία εφόσον εξαρτάται από τη μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί.

Στην παρούσα εργασία η αναζήτηση υλικού έγινε, κυρίως, βάσει της έννοιας του «κοινωνικοοικονομικού» status, εφόσον αυτή χρησιμοποιείται σε μεγάλο αριθμό επιδημιολογικών ερευνών. Εντούτοις, δε μπορούσαν να αγνοηθούν πορίσματα ερευνών που επικεντρώνονταν γύρω από παρεμφερείς όρους.

β) Ορισμός της ‘‘ψυχικής διαταραχής’’

Σημαντικό επίσης είναι ότι και η έννοια της «ψυχικής διαταραχής» εγείρει ένα πλήθος θεωρητικών και μεθοδολογικών ζητημάτων γύρω από την κατηγοριοποίηση και τον ορισμό κάθε επιμέρους είδους ψυχικής διαταραχής, τον τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων τους και της αιτιολογίας τους. Κάποιες έρευνες μελετούν το συσχετισμό μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με ένα μόνο είδος διαταραχής (π.χ: σχιζοφρένεια) και άλλες με περισσότερες. Στην εργασία θα παρουσιαστούν αποτελέσματα τόσο αναφορικά με μια συγκεκριμένη διαταραχή όσο και με μια συνολική θεώρησή τους.

II. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΧΕΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

Θεωρούμε ότι σε αυτό το σημείο θα ήταν χρήσιμο να προχωρήσουμε σε μια ενδεικτική συνοπτική αναφορά πορισμάτων κάποιων σημαντικών ερευνών που έχουν

πραγματοποιηθεί πάνω στη μελέτη και ερμηνεία του συσχετισμού μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ψυχικών διαταραχών. Πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν πολλά στοιχεία από έρευνες που έγιναν μέχρι τη δεκαετία του 1970, ενώ από αυτή τη χρονική περίοδο και μετά παρατηρείται μια σημαντική μείωσή τους (το φαινόμενο αυτό θα συζητηθεί αναλυτικά παρακάτω). Για αυτό το λόγο έγινε προσπάθεια τα ερευνητικά δεδομένα που θα παρουσιαστούν να αφορούν αφενός μεν τις πιο σημαντικές θεωρίες και αφετέρου να είναι όσο το δυνατόν πιο σύγχρονα.

α) Έρευνες περιόδου 1930-1960

Από τις πρώτες και πιο ενδεικτικές έρευνες είναι αυτή του 1930 (Robert, Farris & Dunham, 1939, όπως αναφέρονται στον Weinberg, 1967), που έδειξε ότι στις περιοχές με πληθυσμό χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status η αναλογία ατόμων που αντιμετώπιζαν ψυχιατρικά προβλήματα ήταν μεγαλύτερη σε σχέση με περιοχές κατοικίας των μεσαίων και υψηλών τάξεων. Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα μιας σειράς άλλων ερευνών της ίδιας περιόδου (Titze, Lemkau & Kooper, 1941· Clark 1949· Kaplan, Reed & Richardson, 1956, όπως αναφέρονται στον Weinberg, 1967).

Μια άλλη μεγάλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Hollingshead & Redlich (Hollingshead & Redlich, 1958, όπως αναφέρονται στους Link, Dohrenwend & Skodol, 1986), ενώ έδειξε ότι ο αριθμός των ψυχώσεων και της σχιζοφρένειας ήταν μεγαλύτερος στη χαμηλότερη κοινωνική τάξη, οι διαφοροποιήσεις ήταν μικρές μεταξύ των άλλων τάξεων, ενώ σε άλλα είδη διαταραχών εξέλιπαν τελείως. Σε συναφή συμπεράσματα κατέληξε και μια σειρά άλλων ερευνών (Clausen & Kohn, 1960· Jaco, 1960, όπως αναφέρονται στον Weinberg, 1967).

Βλέπουμε ότι τα πορίσματα από τις έρευνες αυτής της περιόδου δείχνουν μια συσχέτιση μεταξύ χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ψυχικών διαταραχών, η οποία όμως δεν είναι πάντα σταθερή και παρουσιάζει

διαφοροποιήσεις. Έτσι λοιπόν, αν και δεν υπάρχει μια σταθερή αρνητική σχέση μεταξύ τους, εντούτοις φαίνεται ότι ένας σχετικά μεγαλύτερος αριθμός περιπτώσεων σχιζοφρένειας και κάποιων ειδών ψυχώσεων συγκεντρώνεται στις κατώτερες τάξεις.

β) Έρευνες περιόδου 1960-2003

Αρκετές από τις έρευνες που διεξάγονται από το 1960 και μετά σχεδιάζονται βάσει είτε των υποθέσεων της θεώρησης της «κοινωνικής επιλογής» είτε της «κοινωνικής αιτιολόγησης». Εδώ θα αναφερθούν ενδεικτικά πορίσματα από τις πιο πρόσφατες.

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη στη Νέα Υόρκη (Johnson et al, 1999) οι διαδικασίες της «κοινωνικής αιτιολόγησης» παίζουν πολύ σημαντικότερο ρόλο από αυτές της «κοινωνικής επιλογής» στο συσχετισμό μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της αγχώδους νεύρωσης, της κατάθλιψης και των διαταραχών της προσωπικότητας. Τα πορίσματα αυτά είναι παρόμοια με εκείνα που έχουν εξαχθεί από προηγούμενες έρευνες (Dohrenwend et al 1992· Nigg & Goldsmith 1994· Vernon et al, 1997· Miech et al, 1999).

Συνεπώς με την υπόθεση της «κοινωνικής επιλογής» είναι τα πορίσματα για τις σχετικές με τη χρήση ουσιών διαταραχές, καθώς η χρήση ουσιών συνεπαγόταν χαμηλή πρόοδο στην εκπαίδευση και συσχετιζόταν μόνο περιθωριακά με το ήδη υπάρχον χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status της οικογένειας. Είναι επίσης ενδιαφέρον πως προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι τόσο η υπόθεση της «κοινωνικής επιλογής» όσο και εκείνη της «κοινωνικής αιτιολόγησης» εξηγούν εξίσου πρόσφορα το συσχετισμό ανάμεσα στις διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών και το χαμηλό status των χρηστών (Robins & Regier, 1991· Dohrenwend et al, 1992· Bragio et al 1993).

Μια άλλη μακροχρόνια έρευνα (Ritsher et al, 2001) που ερευνήσε τη σχέση κοινωνικής τάξης και κατάθλιψης έδειξε ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status της οικογένειας συνδέεται ισχυρά με την κατάθλιψη, καθώς τα παιδιά των οικογενειών αυτών έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να την εκδηλώσουν. Αυτό υποδηλώνει ότι το περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, ανεξαρτήτως αν υπάρχει ή όχι γενετική ευπάθεια. Το πόρισμα αυτό προκύπτει επίσης και από άλλες έρευνες, που δείχνουν ότι η δυστυχία που προέρχεται από το κοινωνικό περιβάλλον αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης στα άτομα (Brown & Harris, 1978· Dohrenwend et al, 1998· Johnson et al., 1999· Miech et al., 1999).

Χαρακτηριστικό δε, είναι το πόρισμα των ερευνών των Bierut et al. (1999) που αναφέρουν ότι ακόμα και αν υπάρχουν ενδείξεις γενετικής προδιάθεσης, οι ανισότητες μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον είναι αυτές που διαδραματίζουν τον ισχυρότερο ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Θα πρέπει επίσης να αναφέρουμε ότι ακόμα και στις περιπτώσεις που κανένας από τους δυο γονείς δεν έχει ιστορικό κατάθλιψης, ο αντίκτυπος του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status είναι εντονότερος στους άνδρες (Ritsher et al., 2001). Αυτή η τελευταία έρευνα καταδεικνύει ότι ένα από τα πλεονεκτήματα της ύπαρξης υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης από το οικογενειακό περιβάλλον, είναι ότι τα παιδιά έχουν λιγότερες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη. *«Ίσως η επίτευξη υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης αντικατοπτρίζει μεγαλύτερη ανθεκτικότητα (κοινωνική, συναισθηματική, κτλ.) μέρος της οποίας μπορεί να μεταβιβαστεί στα παιδιά και να τα προστατεύσει από την κατάθλιψη»* (Ritsher et al, 2001, σ. 89). Επιπλέον, δεν προκύπτει καμιά ένδειξη ότι τα παιδιά που προέρχονται από οικογένειες που πάσχουν από κατάθλιψη

αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να υποβιβαστούν ή να αποτύχουν να ανέλθουν από το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status εξαιτίας της γονικής κατάθλιψης.

Προκύπτει λοιπόν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού status των γονέων και της εκδήλωσης κατάθλιψης από τα παιδιά, εύρημα που είναι συναφές με τη θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης». Εν αντιθέσει, η ύπαρξη κατάθλιψης είτε στους γονείς είτε στα παιδιά τους δεν αποδείχθηκε να οδηγεί στον υποβιβασμό ή στην αποτυχία αναρρίχησης όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, το status απασχόλησης και το μέγεθος του εισοδήματος, γεγονός που καταδεικνύει τη μη ισχύ της θεωρίας της «κοινωνικής επιλογής».

Μια άλλη έρευνα (Araya, Lewis, Rojas & Fritsch, 2003) προσδιόρισε ως μεταβλητές του κοινωνικοοικονομικού status το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, την πρόσφατη μείωση του εισοδήματος και τις δυσχερείς συνθήκες στέγασης. Προέκυψε ότι και οι τρεις αυτές μεταβλητές είχαν επίδραση στην αύξηση της εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών, με πιο ισχυρή αυτή που προέκυπτε από το επίπεδο εκπαίδευσης. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα των Ludermir & A de Melo Filho (2002) και σε παρόμοια αυτή των Ludermir & Lewis (2001), σύμφωνα με την οποία το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, το μικρό εισόδημα, καθώς επίσης και ο αποκλεισμός από την αγορά εργασίας προκαλούν άγχος στα άτομα, αυξάνοντας έτσι το κίνδυνο να αντιμετωπίσουν ψυχιατρικά προβλήματα. Και οι τρεις αυτές έρευνες είναι συνεπείς με τη θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης».

Η έρευνα των Link, Dohrenwend, Skodol (1986) εστιάστηκε στο κατά πόσον υπάρχουν περιβαλλοντικοί παράγοντες διακινδύνευσης που μπορούν να οδηγήσουν στη σχιζοφρένεια και να συνδέονται με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Πολλοί ερευνητές λαμβάνοντας υπόψη μόνο το πρώτο επεισόδιο εκδήλωσης της σχιζοφρένειας, οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι το χαμηλό status δεν προδικάζει

κανέναν κίνδυνο για την εκδήλωση σχιζοφρενικού επεισοδίου, μιας και το θεωρούν ως συνέπεια της ανικανότητας που απορρέει από τη συγκεκριμένη διαταραχή. Η έρευνα που αναφέρθηκε (Link, Dohrenwend, Skodol, 1986), όμως, εστίασε στη φύση της πρώτης απασχόλησης που είναι πιθανό να προηγείται του πρώτου επεισοδίου σχιζοφρένειας. Αποδείχθηκε ότι η εκδήλωση σχιζοφρενικών επεισοδίων δεν εξελίχθηκε μέσα στα πλαίσια της πρώτης απασχόλησης των ατόμων. Επιπλέον, η πρώτη εργασία των ατόμων που εκδήλωσαν αργότερα αυτή τη διαταραχή ήταν περισσότερο πιθανό να τους εκθέσει σε βλαβερές-δυσάρεστες συνθήκες εργασίας από ότι αυτή της ομάδας ελέγχου που δεν εκδήλωσε συμπτώματα σχιζοφρένειας.

Τα ευρήματα αυτά μπορούν να ερμηνευθούν ως εξής: ένας αριθμός ατόμων που προέρχεται από οικογένειες της εργατικής τάξης ("blue-collar families") θα ενταχθεί σε απασχόληση υπό δυσάρεστες συνθήκες εργασίας. Αν για αυτά τα άτομα ελλοχεύει ο κίνδυνος να εκδηλώσουν σχιζοφρένεια είτε λόγω γενετικής προδιάθεσης είτε λόγω πρώιμης έκθεσης σε δυσμενείς περιβαλλοντικούς-κοινωνικούς παράγοντες, η απασχόληση αυτή είναι πιθανό να συμβάλλει στην επιτάχυνση της εκδήλωσής της.

Πρέπει να σημειωθεί ότι αυτές οι συνθήκες εργασίας συνεπάγονται την έκθεση των ατόμων σε μια έντονη διέγερση, γεγονός που αν συνδυασθεί με το ότι άλλοι ερευνητές έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι που εκδηλώνουν συμπτώματα σχιζοφρένειας είναι επιρρεπείς στην υπερδιέγερση πολλών ειδών (Leff & Vaughn, 1985), μας κάνει να συμπεράνουμε ότι τα άτομα αυτά οδηγούνται στο να βιώνουν ως εξαιρετικά αγχώδη την απασχόληση αυτή που χαρακτηρίζεται από δυσάρεστες συνθήκες (όπως θόρυβος, ζέστη, κρύο, καπνό, υγρασία και φυσικούς κινδύνους). Η έρευνα αυτή δείχνει ότι είναι συγκεκριμένα είδη εργασίας ("blue-collar jobs") που συνδέονται με τον κίνδυνο εκδήλωσης σχιζοφρένειας, συγκεκριμένα αυτά με βλαβερές-δυσάρεστες συνθήκες.

Τα πορίσματα της παραπάνω έρευνας είναι συνεπή με τη θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης», καθώς δείχνουν ότι υπάρχει ένας σύνδεσμος μεταξύ του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της έκθεσης σε αγχογόνες καταστάσεις και συνθήκες εργασίας που προηγούνται της εκδήλωσης συμπτωμάτων σχιζοφρένειας. Έτσι λοιπόν, φαίνεται ότι το άγχος που απορρέει από την κοινωνική τάξη και το status που αντιστοιχεί σε αυτή, παίζει έναν πάρα πολύ σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας.

Στην έρευνα των Weich & Lewis (1998) ως δείκτες του κοινωνικοοικονομικού status εισάγονται η φτώχεια και η ανεργία. Τα αποτελέσματά της δείχνουν ότι αυτές οι δύο μεταβλητές έχουν άμεση συσχέτιση με τη διατήρηση επεισοδίων εκδήλωσης των πιο κοινών ψυχικών διαταραχών (ως τέτοιες αναφέρονται η αγχώδης νεύρωση και η κατάθλιψη), όχι όμως και με το ξεκίνημά τους. Θεωρούμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής είναι συνεπή με τη θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης», καθώς τόσο η φτώχεια όσο και η ανεργία (δείκτες του κοινωνικοοικονομικού status) συμβάλλουν στην αύξηση της διάρκειας της αγχώδους νεύρωσης και της κατάθλιψης.

Τέλος, μια άλλη σημαντική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ισραήλ (Dohrenwend et al., 1992) εισήγαγε ως μεταβλητή το εθνοτικό status ('ethnic status') και έδειξε ότι η θεώρηση της «κοινωνικής επιλογής» έχει σημαντικότερο ρόλο από αυτή της «κοινωνικής αιτιολόγησης» στη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και σχιζοφρένειας, ενώ συμβαίνει το αντίστροφο όταν πρόκειται για τις διαταραχές της μείζονος κατάθλιψης, της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και της χρήσης ουσιών. Σε συναφή συμπεράσματα καταλήγει και μια άλλη μελέτη (Johnson et al., 1999), η οποία ερευνά το status της οικογένειας σε συνδυασμό με το πώς αυτό μπορεί να επηρεάσει το status αλλά και την ψυχική υγεία

των παιδιών της. Καταλήγει στο ότι τόσο η θεωρία της «κοινωνικής επιλογής» όσο και αυτή της «κοινωνικής αιτιολόγησης» έχουν σημαντικό ρόλο στην αποσαφήνιση του ρόλου του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στην εκδήλωση ψυχικής διαταραχής και ότι αυτός εξαρτάται από το είδος της τελευταίας.

III) ΕΝΑ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ

Από την αρχή του 20^{ου} αιώνα ως περίπου το 1980 είχαμε δυο «γενιές» επιδημιολογικών ερευνών σχετικά με την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών στον πληθυσμό, αλλά και τη σύνδεση αυτών με το κοινωνικοοικονομικό status των ατόμων. Η πρώτη «γενιά» αποτελείται από 16 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν πριν τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο και η δεύτερη και μεγαλύτερη από περισσότερες των 60 που διεξήχθησαν μεταπολεμικά σε πολλές χώρες του κόσμου. Μεταξύ των δύο αυτών «γενεών» ερευνών σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές όσον αφορά το σχεδιασμό και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε. Όμως, παρά τις αλλαγές αυτές είναι αξιοσημείωτη η συνέπεια που υπήρχε στα πορίσματα των ερευνών, κυρίως όσον αφορά στην ύπαρξη σχέσεως μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Συγκεκριμένα βρέθηκαν αρνητικές σχέσεις του τελευταίου με συγκεκριμένα είδη σχιζοφρένειας, διαταραχών προσωπικότητας, αντικοινωνικής συμπεριφοράς, χρήσης ουσιών και κατάθλιψης (Dohrenwend et al., 1980· Dohrenwend, 1983).

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, δύο ήταν οι κυρίαρχες θεωρήσεις γύρω από τις οποίες μελετήθηκε η σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού status των ατόμων και της εκδήλωσης από μέρους τους συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών. Τόσο αυτή της «κοινωνικής επιλογής» όσο και της «κοινωνικής αιτιολόγησης» βρίσκουν

υποστήριξη από τα ερευνητικά δεδομένα και το ζήτημα του ποια τελικά υπερισχύει έναντι της άλλης παραμένει άλυτο ως και τις μέρες μας.

Αυτό που προκαλεί εντύπωση είναι ότι από το 1980 και μετά παρατηρείται μια αξιοσημείωτη μείωση του ενδιαφέροντος όσον αφορά τη διερεύνηση του παραπάνω συσχετισμού και κυρίως από τη σκοπιά της θεωρίας της «κοινωνικής αιτιολόγησης». Άραγε, αυτό το γεγονός σημαίνει ότι η σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού status και των ψυχικών διαταραχών έπαψε να υφίσταται ή συμβαίνει κάτι άλλο;

Ο B.P.Dohrenwend (1990) καταπιάνεται με αυτό το ζήτημα και δίνει την απάντηση ότι παρά τις όποιες αλλαγές έχουν πραγματοποιηθεί τόσο ως προς τον επανακαθορισμό της έννοιας της ψυχικής διαταραχής όσο και ως προς το σχεδιασμό και τη μεθοδολογία διεξαγωγής των ερευνών πάνω σε αυτή, εντούτοις αυτό που έχει παίξει καταλυτικό ρόλο στη μείωση του ενδιαφέροντος είναι η δυσαρέσκεια που έχει αναπτυχθεί μέσα στους επιστημονικούς κύκλους όσον αφορά τη διερεύνηση του κοινωνικοοικονομικού status και τη σχέση του με κάποια είδη διαταραχών. Και αυτό σε συνδυασμό με την ολοένα και μειωμένη προσοχή που δίνεται στα παντός είδους μακρο-κοινωνιολογικού επιπέδου ευρήματα.

Απόρροια αυτού είναι η κοινωνική έρευνα να εστιάζει, κατά κύριο λόγο, στο μικρο-επίπεδο, στο ίδιο το άτομο και στο πώς καθένα από αυτά βιώνει τη διαταραχή – που έχει συνήθως γενετική/ κληρονομική προέλευση- με συνέπεια μερικές φορές αυτή να επιφέρει την καθήλωση του ατόμου σε ένα χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Κάποιοι ερευνητές (Angermeyer & Klusmann, 1987) υποστηρίζουν ότι αυτή η μετατόπιση του ενδιαφέροντος οφείλεται στο ότι κάθε πιθανή πλευρά της έννοιας της κοινωνικής τάξης (και άρα του συνδεόμενου με αυτή κοινωνικοοικονομικού

επιπέδου) έχει μελετηθεί, δεν υπάρχει κάτι καινούριο να διερευνηθεί και άρα το θέμα αυτό θεωρητικά και πρακτικά έχει εξαντληθεί. Η θέση αυτή δε βρίσκει σύμφωνο τον B.P.Dohrenwend (1990), ο οποίος υποστηρίζει ότι η συνέχιση της έρευνας πάνω στον παραπάνω συσχετισμό έχει πολλά ακόμα να προσφέρει. Προτείνει μάλιστα ότι ο προσδιορισμός της έννοιας του κοινωνικοοικονομικού status και η μέτρηση του θα πρέπει να γίνει τόσο σε αναφορά με τις θεωρίες των Marx και Weber περί κοινωνικής διαστρωμάτωσης όσο και με τις σύγχρονες κοινωνιολογικές αναλύσεις των διαδικασιών επίτευξης ενός συγκεκριμένου status και τους μοντέρνους τρόπους μέτρησης των χαρακτηριστικών της απασχόλησης. Επίσης, θεωρεί χρήσιμη την προσέγγιση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοοικονομικού status και ενός κάθε φορά είδους ψυχικής διαταραχής, ούτως ώστε να υπάρξει μια σε βάθος μελέτη τους. Τέλος, αναφέρει ότι θα πρέπει να ερευνηθεί η σχέση του status και με μια σειρά «φυσιολογικών» χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (π.χ. οι αξίες και οι στάσεις), έτσι ώστε να υπάρξει μια ολιστική προσέγγιση του όλου θέματος.

IV) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Γ' ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ψυχικών διαταραχών αποτελεί ένα σημαντικό μέρος των επιδημιολογικών ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί, ιδιαίτερα κατά το χρονικό διάστημα που ακολούθησε τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου ως και τη δεκαετία του 1970.

Δύο είναι οι κυρίαρχες θεωρίες που έχουν αναδυθεί από τις μέχρι στιγμής έρευνες. Σύμφωνα με τη θεωρία της «κοινωνικής επιλογής» το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status είναι αποτέλεσμα της ύπαρξης κάποιας ψυχολογικής διαταραχής, η οποία έχει κυρίως γενετική-κληρονομική προέλευση. Το άτομο, λόγω των δυσκολιών και των περιορισμένων δυνατοτήτων που απορρέουν από τη

διαταραχή, δε μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του κοινωνικού-οικονομικού περιβάλλοντός του και έτσι υποβιβάζεται ή δε μπορεί να ανέλθει σε κάποια υψηλότερη κοινωνική θέση.

Από την άλλη πλευρά, η θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης» υποστηρίζει ότι η εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών προκύπτει ως απόρροια του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Το άτομο λόγω της χαμηλής θέσης που κατέχει είναι εκτεθειμένο σε δυσμενείς κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που το κάνουν να βιώνει έντονες καταστάσεις άγχους –αναφέρεται και ως κοινωνική δυστυχία- και συγχρόνως έχει περιορισμένες δυνατότητες να βρει τρόπους να το ξεπεράσει, με συνέπεια να είναι περισσότερο ευάλωτο και επιρρεπές στις ψυχικές διαταραχές.

Η κάθε μια από τις παραπάνω θεωρήσεις προσφέρει και μια διαφορετική ανάλυση και ερμηνεία της σχέσης μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ψυχικής διαταραχής. Όπως έγινε φανερό και από κάποια ενδεικτικά αποτελέσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, δεν είναι δυνατό να εξαχθεί ένα γενικό συμπέρασμα που να τάσσεται αποκλειστικά υπέρ της μιας ή της άλλης θεωρίας. Σε κάποιες διαταραχές φάνηκε να έχει ισχύ αυτή της «κοινωνικής επιλογής» και σε κάποιες άλλες της «κοινωνικής αιτιολόγησης». Επίσης από κάποιες έρευνες προκύπτει υποστήριξη και των δυο. Πολλές δε είναι και οι περιπτώσεις που τα αποτελέσματα των ερευνών παρουσιάζουν αντιφατικά πορίσματα.

Τα μεθοδολογικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν όλες τις σχετικές έρευνες και άπτονται τόσο της έννοιας του κοινωνικοοικονομικού status όσο και της ψυχικής διαταραχής δυσχεραίνουν την προσπάθεια σύγκρισης των αποτελεσμάτων τους και περιορίζουν τη δυνατότητα γενικεύσεών τους. Ένα από τα πιο σημαντικά μεθοδολογικά ζητήματα είναι αυτό της έννοιας της ψυχικής διαταραχής. Υπάρχουν

πολλές προσεγγίσεις για το τι είναι η «ψυχική ασθένεια», κατά πόσο έχει γενετική-κληρονομική προέλευση, αν είναι κοινωνικά κατασκευασμένη, σε ποιο βαθμό και γιατί. Όλα αυτά τα ζητήματα χρίζουν μεγαλύτερης διερεύνησης και ακόμα και αν δεν είναι δυνατό να δοθεί μια οριστική και κοινά αποδεκτή απάντηση, εντούτοις θα πρέπει να υπάρξει ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς βάσει του οποίου να σχεδιαστούν οι μελλοντικές μελέτες. Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφέρουμε ότι μας προκάλεσε εντύπωση το γεγονός ότι αρκετές έρευνες μελετούσαν ως ένα είδος ψυχικής διαταραχής τη χρήση ουσιών.

Παρόμοιο πρόβλημα ανακύπτει και όσον αφορά την έννοια του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Και εδώ υπάρχει μια πολλή μεγάλη συζήτηση γύρω από το πώς μπορεί αυτό να οριστεί, με ποια κριτήρια, βάσει ποιών επιμέρους δεικτών, αν είναι δυνατή η αντικειμενική μέτρησή του κτλ. Παραδείγματος χάριν, αρκεί ο προσδιορισμός του σύμφωνα με τις μεταβλητές της εκπαίδευσης, της απασχόλησης και του εισοδήματος που χρησιμοποιούνται από έναν μεγάλο αριθμό ερευνών; Όλα αυτά τα ερωτήματα σχετίζονται με το ποια θεωρητική κατεύθυνση θα ακολουθηθεί από τον κάθε ερευνητή, ποιος είναι ο στόχος της κάθε μελέτης και με την ύπαρξη ή μη σκοπιμοτήτων. Και εδώ πάντως πρέπει να υπάρξει μια σχετική ομοφωνία, ούτως ώστε να καταστεί δυνατή μια πιο αξιόπιστη σύγκριση των αποτελεσμάτων.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα που προέκυψε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι η μείωση των δημοσιεύσεων που παρατηρείται από τη δεκαετία του 1980 και μετά. Μείωση που αφορά τη σχέση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου με την ψυχική διαταραχή από τη σκοπιά της θεωρίας της «κοινωνικής αιτιολόγησης», σύμφωνα με την οποία η διαταραχή προκύπτει ως απόρροια κοινωνικών λόγων και παραγόντων. Αντίθετα, υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για έρευνες που προτάσσουν

μια γενετική-κληρονομική προδιάθεση του ατόμου προς τη διαταραχή, με το χαμηλό status να οφείλεται στην ανικανότητα των ατόμων να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος τους εξαιτίας αυτής ακριβώς της προδιάθεσης και της εκδήλωσης συμπτωμάτων κάποιας ψυχικής ασθένειας.

Το φαινόμενο αυτό θεωρούμε ότι εντάσσεται στο γενικότερο κλίμα της εποχής που προτάσσει την ατομοκεντρική ανάλυση και ερμηνεία των κοινωνικών προβλημάτων. Δεν πιστεύουμε ότι οι μελέτες για το ρόλο της κοινωνικής θέσης και του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του ατόμου έχουν φτάσει σε τέτοιο θεωρητικό και ερευνητικό κορεσμό, ούτως ώστε να παρατηρείται αυτή η μείωση του ενδιαφέροντος. Αντίθετα, νομίζουμε ότι σήμερα η ανάγκη και η πρόκληση είναι πολύ μεγαλύτερη, καθώς παρατηρούνται διεθνώς ραγδαίες αλλαγές και ανακατατάξεις στην οικονομική και κοινωνική ζωή.

Μια μακρο-κοινωνιολογική θεώρηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ψυχικής διαταραχής θα πρέπει να εστιάσει σε βαθιά εγγεγραμμένες δομές και εδραιωμένους θεσμούς της κοινωνίας. Πρέπει να αναδείξει εκείνους τους παράγοντες που οδηγούν τα άτομα σε μια δυσχερή θέση, τους λόγους που τους κάνουν να βιώνουν ως εξαιρετικά αγχογόνο αυτή την κατάσταση, που μειώνουν τις δυνατότητες τους να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες, που τα εμποδίζουν να έχουν πρόσβαση σε κοινωνικά (επίσημα και άτυπα) δίκτυα υποστήριξης και που σαν τελική κατάληξη μπορούν να έχουν την εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών και τον αναπόφευκτο κοινωνικό αποκλεισμό τους.

Ακόμα όμως και οι έρευνες που σχεδιάζονται βάσει της θεωρίας της «κοινωνικής επιλογής» δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στο να καταδείξουν τη γενετική-κληρονομική αιτιολογία της ψυχικής διαταραχής για να καταλήξουν στο ότι

το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο προκύπτει ως συνέπεια μιας προδιάθεσης του ατόμου. Πρέπει να προχωρήσουν ακόμα πιο πέρα, καθώς το κρίσιμο σημείο είναι να ανακαλύψουν και να ερμηνεύσουν εκείνους τους (κοινωνικούς) μηχανισμούς που λόγω της ύπαρξης κάποιων ψυχιατρικών προβλημάτων ωθούν τα άτομα στο στιγματισμό τους και στο περιθώριο του κοινωνικού συστήματος.

Η μελέτη του συσχετισμού μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ψυχικών διαταραχών αποτελεί μια πολύ ενδιαφέρουσα διάσταση των ζητημάτων που άπτονται της ψυχικής υγείας και του τρόπου που αυτή διαπλέκεται με κοινωνικούς παράγοντες. Όπως έγινε φανερό από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας αποδεικνύεται η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα σε αυτές τις δυο μεταβλητές. Συγχρόνως, προκύπτει ένα πλήθος μεθοδολογικών και θεωρητικών προβλημάτων που καθιστούν εξαιρετικά δύσκολη την προσπάθεια εξαγωγής κάποιων γενικών συμπερασμάτων και συγκρίσεων. Μέχρι να ξεπεραστούν αυτά δεν είναι δυνατή η υποστήριξη μιας εκ των δυο κυρίαρχων θεωριών και, ίσως, δεν είναι ούτε επιθυμητή ούτε και χρήσιμη. Και αυτό διότι και οι δύο φωτίζουν τη διερεύνηση της σχέσης, από διαφορετική σκοπιά η καθεμιά τους και προσφέρουν ένα πλήθος στοιχείων, ακόμα και αντικρουόμενων, σίγουρα πάντως διαφωτιστικών για την καλύτερη κατανόησή της και τη σε βάθος ανάλυσή της.

Κλείνοντας, αυτό που πρέπει να σημειωθεί είναι ότι κρίνεται απαραίτητο να μελετηθούν οι λόγοι για τους οποίους υπάρχει μια μείωση του ενδιαφέροντος για πιο μακρο-κοινωνιολογικές προσεγγίσεις. Πεποίθησή μας είναι ότι πρέπει να υπάρξει αναζωπύρωση του σχετικού ενδιαφέροντος από τους ερευνητές, ούτως ώστε να δοθεί μια ολοκληρωμένη και σύγχρονη εικόνα των μηχανισμών βάσει των οποίων οι άνθρωποι οδηγούνται σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση και ως συνέπεια υπάρχει η πιθανότητα να εκδηλώσουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών. Αν γίνει αυτό τότε

η επιστημονική κοινότητα θα μπορέσει να διερευνήσει και να προτείνει τρόπους αντιμετώπισης αυτής της κατάστασης, έτσι ώστε τα άτομα να μην υπευθυνοποιούνται τα ίδια για τη δυσχερή θέση που καταλαμβάνουν μέσα στο κοινωνικό σύστημα και να περιοριστεί ή καλύτερα να αποφευχθεί μια ακόμα μορφή κοινωνικού αποκλεισμού τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ευρεία χρήση του όρου «κοινωνικός αποκλεισμός» τόσο στο καθημερινό πεδίο λόγου όσο και στο πολιτικό και επιστημονικό επίπεδο. Αυτή η εκτεταμένη χρήση εγείρει αρκετούς προβληματισμούς, μιας και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού.

Σύμφωνα με τον Strobel (1996) η επιτυχία του όρου μπορεί να οφείλεται κατά ένα μέρος στο ότι έχει υποστεί μια αλλαγή στη σημασία του και έχει μετατραπεί σε ευφημισμό. Ενώ αρχικά αναφερόταν στην πράξη της απόρριψης ενός ατόμου από μια ομάδα, ένα θεσμό ή κάποιον κοινωνικό χώρο, τώρα αναφέρεται στο αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας, στην κατάσταση αυτών που αποκλείονται, χωρίς παράλληλα να εγείρεται το ερώτημα σχετικά με το «από πού αποκλείονται», «πώς αποκλείονται», «ποιος τους αποκλείει».

Πολιτικά ο όρος «κοινωνικός αποκλεισμός» χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά τη δεκαετία του 1960 από ένα τμήμα μιας εναλλακτικής προς την παραδοσιακή αριστερά πτέρυγας, για να ορίσει όλα εκείνα τα στρώματα που βρίσκονταν στο περιθώριο της κατεστημένης κοινωνικής οργάνωσης και που είχαν το καθένα τα δικά του διακριτά χαρακτηριστικά (μαύροι, θρησκευτικές μειονότητες, σεξουαλικές μειονότητες, άτομα με ψυχικές διαταραχές, κτλ.) (Μεγαλοοικονόμου, 1996).

Την εποχή αυτή ο «κοινωνικός αποκλεισμός» δε χρησιμοποιούνταν για να περιγράψει τόσο το πρόβλημα της ανεργίας και της κρίσης στην αγορά εργασίας, αλλά «αποτελούσε περισσότερο μια φανερή επιβίωση της "ντροπής" από ένα μέρος του

πληθυσμού που εξακολουθούσε να μένει στο περιθώριο της οικονομικής ανάπτυξης και των απολαβών που τη συνόδευαν» (Παπαδοπούλου και συν., 2002, σ. 25). Τις περισσότερες φορές οι προσεγγίσεις ήταν αποσπασματικές και επιφανειακές και δε συνέδεαν τα προβλήματα της κάθε περιθωριοποιημένης ομάδας με το γενικότερο κοινωνικό και ταξικό της υπόβαθρο.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να σημειώσουμε το γεγονός ότι πολλές φορές συναντάμε μια τάση ταύτισης των όρων «κοινωνικός αποκλεισμός» και «φτώχεια», όμως, στην ουσία πρόκειται για δυο όρους που ναι μεν έχουν ένα κοινό σημείο αναφοράς, αλλά σε καμιά περίπτωση δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν ο ένας στη θέση του άλλου: η φτώχεια παραπέμπει σε ένα καθαρά οικονομικό φαινόμενο με κοινωνικές προεκτάσεις· δηλώνει μια κατάσταση με συγκεκριμένα και μετρήσιμα χαρακτηριστικά. Από την άλλη, ο «αποκλεισμός» δεν παραπέμπει αποκλειστικά σε κάποιο οικονομικό φαινόμενο, αλλά σε πολλαπλής φύσης φαινόμενα που δε σχετίζονται μόνο με δυσχερείς οικονομικές συνθήκες για το άτομο ή το κοινωνικό σύνολο. Εξάλλου ο «αποκλεισμός» δεν πρέπει να γίνεται αντιληπτός ως μια πάγια κατάσταση, αλλά ως μια διαδικασία ή καλύτερα ένα σύνολο διαδικασιών των οποίων σημαντική συνέπεια μπορεί να είναι η φτώχεια (Παπαδοπούλου και συν., 2002, σ. 25-26).

Ο Τσιάκαλος (1998) παρατηρεί σχετικά με το παραπάνω ότι αυτή η τάση ταύτισης του «κοινωνικού αποκλεισμού» τόσο με τη «φτώχεια» όσο και με την έννοια του «κοινωνικού περιθωρίου» παρατηρείται εξίσου στο επίπεδο του καθημερινού λόγου και των επίσημων κειμένων κοινωνικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Όμως, αν στο πρώτο επίπεδο η χρήση μπορεί να γίνει κατανοητή λόγω των ιδεολογικών σκοπιμοτήτων που εξυπηρετεί, δε μπορεί να

ισχύσει το ίδιο στο επιστημονικό επίπεδο, μιας και εκεί απαιτείται η ερμηνευτική αξία και η προγνωστική ικανότητα του κάθε ορισμού.

II. ΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΟΥ «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ»: ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Θα προχωρήσουμε σε μια σύντομη αναφορά στους ορισμούς που έχουν δοθεί σχετικά με την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού από τα επίσημα κείμενα κοινωνικής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης εφόσον αυτά καθορίζουν αφενός τον τρόπο πρόσληψης και τις διαστάσεις του φαινομένου και αφετέρου τη δράση που αναπτύσσεται από τα επίσημα όργανα του κράτους για την αντιμετώπισή του.

Στο «Πράσινο Βιβλίο» (1994) της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων αν και δεν υπάρχει ένας ξεκάθαρος ορισμός, ο κοινωνικός αποκλεισμός περιγράφεται ως μια διαδικασία που υπερβαίνει τη συνισταμένη του ανεπαρκούς εισοδήματος και εκτείνεται σε τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση, η υγεία, η πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες, κτλ. Ως αιτίες αναφέρονται η μακροχρόνια ανεργία, η αλλαγή της παραδοσιακής δομής της οικογένειας και των κοινωνικών σχέσεων, καθώς επίσης και η μετανάστευση και οι μετακινήσεις του πληθυσμού.

Το σημαντικό στοιχείο όσον αφορά το «Πράσινο Βιβλίο» είναι η εμφάνιση της έννοιας της διαδικασίας. Δηλαδή, ο κοινωνικός αποκλεισμός προτείνεται να ιδωθεί όχι ως μια στατική κατάσταση, αλλά ως μια πολυδιάστατη και δυναμική διαδικασία. Εντούτοις, γύρω από αυτή την απόπειρα καθορισμού της έννοιας υπάρχει έντονη κριτική. *«Όμως, κρίνοντας την παρουσίαση τόσο του ίδιου του φαινομένου όσο και των αιτίων που φέρονται να το προκαλούν, διαπιστώνουμε ότι για την περιγραφή τους παρατίθενται, το ένα δίπλα στο άλλο, πολύ διαφορετικά μεταξύ τους φαινόμενα, για τα οποία δε δίνεται, ούτε ως υπόθεση εργασίας, ένα ενοποιητικό στοιχείο. Επιπλέον, αν και τονίζεται στην αρχή ότι η ιδιαιτερότητα του κοινωνικού αποκλεισμού συνίσταται στο γεγονός ότι αποτελεί*

διαδικασία που οδηγεί στη φτώχεια και στην περιθωριοποίηση, το κείμενο καταλήγει σε μια ταύτιση των αιτίων και όψεων του φαινομένου» (Τσιάκαλος, 1998, σσ. 51-52).

Σύμφωνα με τον Μεγαλοοικονόμου (1996) το ενοποιητικό στοιχείο και η θεμελιώδης πηγή που σκόπιμα, κατά τη γνώμη του, συσκοτίζεται από το «Πράσινο Βιβλίο», είναι η ίδια η αντιφατική φύση του καπιταλιστικού συστήματος, η παραγωγή και η αναπαραγωγή αυτής. Όλες οι άλλες διαστάσεις που περιγράφονται είναι δευτερευούσης σημασίας και αποδίδουν μερικές μόνο όψεις του συνολικού φαινομένου.

Η περιγραφή του κοινωνικού αποκλεισμού διαφοροποιείται στο πλαίσιο της «Στοχοθετημένης Κοινωνικο-Οικονομικής Έρευνας» της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς από τη μια πλευρά παρουσιάζεται ως έννοια που αφορά το σύνολο της κοινωνίας και ταυτίζεται με την απώλεια της κοινωνικής συνοχής και από την άλλη ως έννοια που αφορά σε άτομα και ειδικές ομάδες. Ως αντικείμενο έρευνας προτείνεται η διαπίστωση των διαστάσεων και των μηχανισμών που γεννούν τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Στο πλαίσιο αυτό ο κοινωνικός αποκλεισμός περιγράφεται ως μια προοδευτική διαδικασία περιθωριοποίησης που οδηγεί σε οικονομική εξαθλίωση και σε διάφορες μορφές κοινωνικής και πολιτισμικής μειονεκτικότητας. Και εδώ, όμως, δεν αναφέρεται μια πιθανή κοινή αιτία αυτής της διαδικασίας, γεγονός που καθιστά προβληματική την ανάλυση του φαινομένου, εφόσον η απουσία ενός κοινού ενοποιητικού στοιχείου καταργεί τη θεώρηση όλων αυτών των διαφορετικών μεταξύ τους διαδικασιών υπό το πρίσμα της έννοιας του «κοινωνικού αποκλεισμού» (Τσιάκαλος, 1998).

Το 1991, το Παρατηρητήριο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Τσιάκαλος, 1998, σ. 55) ορίζει τον κοινωνικό αποκλεισμό *«πρώτον και κυρίως σε σχέση με τα κοινωνικά*

δικαιώματα των πολιτών» και καταλήγει στο ότι «ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να αναλυθεί με τους όρους της άρνησης ή της μη-πραγματοποίησης κοινωνικών δικαιωμάτων». Λίγο αργότερα, το 1994, το Συμβούλιο της Ευρώπης θα ορίσει τους κοινωνικά αποκλεισμένους ως «ομάδες ανθρώπων που δεν απολαμβάνουν ουσιαστικά τα ανθρώπινα δικαιώματα». Η μετατόπιση του βάρους είναι πλέον προφανής: από τα οικονομικά δεδομένα μετατοπίζεται στα δικαιώματα.

Βάσει των δύο παραπάνω ορισμών (αυτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Συμβουλίου της Ευρώπης) γίνεται σαφές ότι δίνεται μια πολιτική διάσταση στην έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού, μιας και αυτός συνδέεται ευθέως με την κατοχή κοινωνικών δικαιωμάτων και συγχρόνως με την ιδιότητα του πολίτη. Η διαδικασία του αποκλεισμού περιγράφεται από το Παρατηρητήριο ως «περιορισμός στην πρόσβαση ηθελήμενος ή όχι. Οι πολίτες μπορεί να αποτυγχάνουν να κάνουν χρήση των δικαιωμάτων τους είτε από δική τους ανικανότητα είτε από λανθασμένη επιλογή. Όπου η ανικανότητα ή επιλογή είναι αποτέλεσμα προηγούμενων αποκλεισμών-από την εκπαίδευση, την πληροφόρηση, κλπ- μπορεί να θεωρηθεί ως παρεμπόδιση στην πρόσβαση» (Τσιάκαλος, 1998, σ.56). Σε αυτό το σημείο είναι σαφής η πολιτική χροιά που δίνεται στην έννοια του αποκλεισμού, ιδιαίτερα με τη φράση «παρεμπόδιση στην πρόσβαση». Ο κοινωνικός αποκλεισμός εκδηλώνεται εκεί όπου δεν υπάρχουν δικαιώματα ή, όταν υπάρχουν, δεν είναι δυνατή η πρόσβαση σε αυτά.

«Ουσιαστικά αυτό που καλούμαστε να κάνουμε για να ορίσουμε με τον πιο ενδεδειγμένο τρόπο την έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού είναι να βρούμε το κοινό στοιχείο που διαπερνά τα αγαθά τα οποία στερούνται οι αποκλεισμένοι, έτσι, ώστε να οδηγούνται στη φτώχεια και στην περιθωριοποίηση. Θεωρώ ότι κοινό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι όλες οι κοινωνικές ομάδες που απαρτίζουν το χάρτη των κοινωνικά αποκλεισμένων παρεμποδίζονται στην απορρόφηση δημόσιων και κοινωνικών αγαθών και ότι το φαινόμενο αυτό μπορεί να ονομαστεί κοινωνικός αποκλεισμός» (Τσιάκαλος, 1998, σσ. 57-58).

Αυτά τα δημόσια και κοινωνικά αγαθά είναι η εκπαίδευση, η υγεία, η στέγαση, οι υπηρεσίες κοινής ωφέλειας, κτλ. και ο κοινωνικός αποκλεισμός πλήττει τα άτομα τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα να γίνουν αποδέκτες και χρήστες αυτών των δικαιωμάτων.

Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι όταν μιλάμε για κοινωνικό αποκλεισμό δεν εννοούμε μια κατάσταση αλλά μια διαδικασία. Η κατάσταση είναι η φανερή όψη του κοινωνικού αποκλεισμού, οι άμεσες συνέπειές του (φτώχεια, περιθωριοποίηση). Κυρίως, όμως, πρόκειται για μια δυναμική διαδικασία, αφενός γιατί τα χαρακτηριστικά του δεν είναι στατικά και αντικειμενικά μετρήσιμα και αφετέρου διότι εμπλέκει ένα σύνολο μηχανισμών που γεννήθηκαν και εξελίχθηκαν μέσα σε πολύ ρευστές και υπό μεταβολή συγκυρίες, που μπορεί ενίοτε να οδηγήσουν στον κοινωνικό αποκλεισμό.

III) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Δ' ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Το φαινόμενο που παρατηρείται στις μέρες μας είναι η παραποίηση της έννοιας του «κοινωνικού αποκλεισμού» και ο περιορισμός του προβληματισμού για αυτόν αποκλειστικά και μόνο γύρω από την έννοια της κατάστασης. Ο περιορισμός αυτός είναι σαφώς ηθελημένος και υποκρύπτει πολιτικές σκοπιμότητες. Σύμφωνα με τον R. Castel (1995) η έννοια του «κοινωνικού αποκλεισμού» αποδίδει περισσότερο μια μονοδιάστατα εντοπισμένη κατάσταση στέρησης, χωρίς να μας αποκαλύπτει εκείνες τις κοινωνικές διαδικασίες που ωθούν τα άτομα σε μια σειρά διαδοχικών μεταβάσεων από την περιφέρεια της κοινωνικής ενσωμάτωσης σε απώτερες ζώνες κοινωνικής ευπάθειας και από εκεί στη “no man’s land” του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η παράβλεψη όλων αυτών των κοινωνικών διαδικασιών αποδεικνύεται εξαιρετικά συμφέρουσα για το Κράτος και την κοινωνική πολιτική που θα ασκήσει. Η «κατάσταση» του κοινωνικού αποκλεισμού στην οποία έχουν περιέλθει κάποια άτομα ή ομάδες φαίνεται να βαρύνει αποκλειστικά τους ίδιους. Λόγω δικών τους προβλημάτων προσαρμογής φέρουν αυτοί και μόνο την ευθύνη για την μη ομαλή ενσωμάτωσή τους στον κοινωνικό ιστό.

Με αυτό τον τρόπο ο «κοινωνικός αποκλεισμός» μεταβάλλεται σε μια εύκολα πολιτικά διαχειρίσιμη έννοια. *«Επειδή ακριβώς είναι προϊόντα (ενν. οι κοινωνικές πολιτικές καταπολέμησης του αποκλεισμού) του ίδιου πολιτικο-οικονομικού συστήματος, χρησιμοποιούν εργαλεία επίλυσης του προβλήματος που αναπαράγουν το πρόβλημα. Έχουν σαν κύριο στόχο την κοινωνική ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση, άρα όπου παρεμβαίνουν, στιγματίζουν τις ομάδες εκείνες στις οποίες απευθύνονται. Προσφέρουν βοήθεια και ταυτοχρόνως ονομάζουν και κατασκευάζουν εκ του μη όντως ομάδες με αρνητικές κοινωνικές ταυτότητες. Οι ατελείωτες λίστες των κοινωνικά αποκλεισμένων για την Κοινότητα και τα Υπουργεία αποτελούν το πρώτο βήμα για τον κοινωνικό αποκλεισμό τους. Από τη στιγμή που μιλούμε με όρους "ομάδων-στόχων", τις καθιστούμε αυτόματα ενάλωτες και εθθραυστες ως προς τη διαδικασία ένταξης και ενσωμάτωσής τους στο κοινωνικό σύνολο. Ο μέσος πολίτης εμφανίζεται "υποψιασμένος" ως προς αυτές τις ομάδες και ο επίσημος εκπρόσωπος των κρατικών φορέων τις αντιμετωπίζει ως "δεδομένα αποκλεισμένες"»* (Παπαδοπούλου και συν., 2002, σ. 37).

Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι επίσημοι θεσμοί κοινωνικού ελέγχου, κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας έχουν καθοριστικό ρόλο στην κατασκευή και αναπαραγωγή χώρων κοινωνικού περιθωρίου και αποκλεισμού. Οποιαδήποτε διαφορετικότητα ή μειονεκτικότητα ανάγεται αυτομάτως μέσω της παρέμβασης σε ένδειξη και αντικείμενο περιθωριακότητας που πρέπει να αρθεί (Αλεξίου, 1999).

Σε όλο αυτό το φάσμα πολιτικής διαχείρισης της έννοιας του «κοινωνικού αποκλεισμού» είναι πολύ κρίσιμος ο ρόλος των κοινωνικών επιστημόνων, αλλά και όλων εκείνων των ομάδων που θεωρούν ότι στέκονται κριτικά απέναντι στο Κράτος Πρόνοιας και τις πολιτικές του. Για μια μεγάλη πλειοψηφία επιστημόνων που ασχολούνται σήμερα με το φαινόμενο αυτό, η ενασχόληση τους προέκυψε ως συνέπεια του ότι για αυτό το θέμα υπάρχει χρηματοδότηση σχετικά πιο εύκολη από ότι σε άλλους τομείς κοινωνικής έρευνας. Όμως, έτσι, οι αποδέκτες του «πακέτου» της έρευνας δε μπορούν να αποσαφηνίσουν εκ των προτέρων το θεωρητικό και εννοιολογικό πλαίσιο της εργασίας τους και αναγκάζονται να αποδεχθούν ένα πλαίσιο που τους επιβάλλεται από την πηγή χρηματοδότησής τους. Δεν είναι δύσκολο να συμπεράνει κανείς ότι το πλαίσιο αυτό οριοθετείται με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε οι πολιτικές να κινηθούν προς μια κατεύθυνση συμφέρουσα και ελέγξιμη για το Κράτος και τους επίσημους φορείς του.

Από την άλλη πλευρά, διάφορες ομάδες που παρουσιάζονται ως έχουσες «κριτική» διάθεση απέναντι στις ασκούμενες πολιτικές για την αντιμετώπιση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού, λειτουργούν εν τέλει ως οι πιο αποτελεσματικοί μηχανισμοί ενσωμάτωσης, άρα και περιθωριοποίησης πληθυσμιακών ομάδων, αφού είναι αυτοί που προδιαγράφουν τόσο το πλαίσιο κοινωνικοποίησης στο οποίο θα ενταχθεί μια ομάδα όσο και το πλέγμα ρόλων και ταυτοτήτων που θα επιβληθεί σε αυτήν για να γίνει αποδεκτή στο υφιστάμενο πλαίσιο κοινωνικών σχέσεων. «Λειτουργούν άτυπα ως εκφραστές της κυρίαρχης πολιτισμικής ομάδας και αντλούν τα επιχειρήματά τους κυρίως από την *labeling-approach* (θεωρία της ετικέτας) για το στιγματισμό των παραληπτών προνοιακών παροχών, ασκούν κριτική στη στάση της κοινωνίας και στις υπηρεσίες κοινωνικού ελέγχου και κρατικής κοινωνικής πολιτικής, διεκδικώντας ωστόσο οι ίδιοι για τον εαυτό τους την αυθεντική

εκπροσώπηση των περιθωριοποιημένων ομάδων, που συμβαίνει να απαρτίζουν και την επαγγελματικής τους πελατεία» (Αλεξίου, 1999, σ. 217).

Βλέπουμε λοιπόν ότι τόσο οι κοινωνικοί επιστήμονες όσο και οι διάφορες ομάδες «κριτικής» παρέμβασης, ουσιαστικά αυτό που κάνουν είναι να νομιμοποιούν την έννοια και το υφιστάμενο πλαίσιο αντιμετώπισης του «κοινωνικού αποκλεισμού», έτσι όπως αυτά ορίζονται από τους επίσημους φορείς (Κοινότητα, Κράτος). Φυσικά μπορεί να υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις αλλά αυτές δεν επαρκούν για μια αλλαγή του παραδείγματος του «κοινωνικού αποκλεισμού», ο οποίος με τη συμβολή και των παραπάνω ομάδων καθιλώνεται σε ένα επίπεδο επιφανειακής και συμφέρουσας ερμηνείας και διαχείρισής του και ουσιαστικά λειτουργεί ως μια, επιπλέον, στιγματιστική ταυτότητα για τα «κοινωνικά αποκλεισμένα» άτομα.

«Θα έλεγα ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί παράδειγμα κατασκευής μιας έννοιας χωρίς διαλεκτική σχέση με τις πρακτικές και τις διαδικασίες που συγκροτούν το φαινόμενο που θέλει να αποδώσει. Κατά συνέπεια, μόνο ως ιδεολόγημα μπορεί να εκληφθεί, εφόσον παραπέμπει αδιαφοροποίητα σε στατιστικές κατηγοριοποιήσεις ομάδων πληθυσμού, οι οποίες έχουν αποδυναμωθεί από τα ποιοτικά κοινωνιολογικά χαρακτηριστικά τους, ώστε να μπορούν να καθίστανται εύκολα αντικείμενο χειραγώγησης» (Νικολόπουλος, 2000, σ. 530).

Τελικά, τι είναι ο «κοινωνικός αποκλεισμός» και πώς θα μπορούσαμε να τον ορίσουμε; Καταρχήν, θεωρούμε ότι μπορεί να οριστεί μόνο σε άμεση σχέση με το κοινωνικό πεδίο, τις δομές αυτού και τα ιστορικά στοιχεία συγκρότησής του. Επίσης, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι πρόκειται για μια πολυδιάστατη διαδικασία που μπορεί να πάρει ποικίλες μορφές, με βασικό ενοποιητικό στοιχείο, όμως, την παρεμπόδιση στην πρόσβαση σε δημόσια αγαθά και ταυτόχρονα τον αποκλεισμό κάποιων ατόμων ή ομάδων από την ισότιμη συμμετοχή τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι (Τσιάκαλος, 1998).

Πιστεύουμε ότι στο παραπάνω ερώτημα ο Μεγαλοοικονόμου δίνει μια σαφή και περιεκτική απάντηση: «Θα έπρεπε επομένως, να δεχτούμε ότι κάτω από τον όρο ‘κοινωνικός αποκλεισμός’ ορίζεται μια πολυμορφία κοινωνικών φαινομένων, που παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ τους, οι οποίες, ενίοτε, συσκοτίζονται από τον γενικό όρο. Περιλαμβάνει τα φαινόμενα της έσχατης κοινωνικής εξαθλίωσης, της μακροχρόνιας ανεργίας, αλλά και την ενεργητική περιχαράκωση ομάδων που επιθυμούν να διατηρήσουν ένα δικό τους τρόπο ζωής και μια πολιτιστική ταυτότητα. Αυτό που κατά τη γνώμη μας, είναι χαρακτηριστικό σε όλες τις διαφορετικές περιπτώσεις είναι ότι ο αποκλεισμός είναι μια ενεργητική διαδικασία, που έχει έναν συγκρουσιακό χαρακτήρα. Αυτοί που αποκλείονται θέτουν, συνειδητά ή ασυνείδητα, το αίτημα (και αγωνίζονται) να ‘επανενταχθούν’ (ή να ενταχθούν), να αποκτήσουν κοινωνικά, πολιτικά και ατομικά δικαιώματα- θέτουν, έμμεσα ή άμεσα, σε αμφισβήτηση την όλη κοινωνική οργάνωση, που η λειτουργία της και η αναπαραγωγή της τους αποκλείει» (Μεγαλοοικονόμου, 1996, σ.27).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΗΜΕΡΑ

1) ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Στο παρόν κεφάλαιο θα επιχειρήσουμε να δώσουμε μια εικόνα της κατάστασης που επικρατεί στο χώρο της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, ούτως ώστε να γίνει δυνατό να εξαχθούν κάποια συμπεράσματα για το αν τα ψυχικά πάσχοντα άτομα υφίστανται κοινωνικό αποκλεισμό, και αν ναι, πώς αυτός δομείται πρακτικά και τι συνέπειες έχει για αυτούς που τον βιώνουν.

Σε αυτό το σημείο πρέπει να διευκρινίσουμε ότι θα εστιάσουμε στο χώρο της ψυχικής υγείας, έτσι όπως διαμορφώνεται μέσα από την εφαρμογή της διαδικασίας αποασυλοποίησης, σύμφωνα με το πρόγραμμα «Ψυχαργός» που βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη στη χώρα μας. Ο θεσμός του Ψυχιατρείου εξακολουθεί να υφίσταται, εντούτοις το κέντρο βάρους μετατοπίζεται βαθμιαία στη μετάβαση των ψυχικά πασχόντων από τις ασυλικές δομές σε ξενώνες και οικοτροφεία με απώτερο σκοπό την οριστική εγκατάστασή τους σε αυτόνομα διαμερίσματα.

Για την περιγραφή και την ανάλυση της κατάστασης της ψυχικής υγείας στον ελληνικό χώρο θα βασιστούμε αφενός μεν στα στοιχεία που συγκεντρώσαμε στο πλαίσιο μιας ποιοτικής έρευνας που διεξήχθη το καλοκαίρι του 2003 σε έναν ξενώνα που λειτουργεί στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός» (Ελληνικού & Σταμπουλή, 2003) και αφετέρου στα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην τελική Έκθεση Αξιολόγησης της ποιότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της δράσης για τη συνέχιση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα που συντάχθηκε τον Μάρτιο του 2002 από τρεις Συμβούλους Αξιολόγησης Ψυχικής Υγείας και τέθηκε υπ' όψιν του Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής

(Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Grove, Henderson, Marturini, 2002).

II) ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΙΩΣ»

Τις τελευταίες δεκαετίες επικρατεί στην Ευρώπη η τάση για μείωση του μεγέθους των ψυχιατρικών νοσοκομείων παράλληλα με τη δημιουργία νέων δομών και υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας στην κοινότητα οι οποίες θα παρέχουν υποστήριξη για εναλλακτικούς τρόπους περίθαλψης των ψυχικά πασχόντων -ιδιαίτερα εκείνων που έχουν ζήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας παρατηρείται ότι αποκτούν ιδιαίτερο βάρος οι δομές και οι υπηρεσίες που συμπεριλαμβάνουν στους στόχους τους όχι μόνο την κοινωνική, αλλά και την επαγγελματική ένταξη των ψυχικά πασχόντων, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση του φαινομένου της υψηλής ανεργίας που χαρακτηρίζει την εποχή μας.

Αυτή η γενικότερη τάση εκδηλώνεται και στην Ελλάδα, αν και με χρονική καθυστέρηση σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, με την εφαρμογή κατά τη δεκαετία 1984-1995 του Κανονισμού (ΕΟΚ) 815/84 της Ευρωπαϊκής Ένωσης με το σχεδιασμό και την εφαρμογή της Α' φάσης (1998-2001) του 10ετούς Προγράμματος «ΨΥΧΑΡΙΩΣ» (1999-2009), η οποία βρίσκεται σε εξέλιξη και υλοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος Καταπολέμησης του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης για την Ελλάδα.

Ο Κανονισμός 815/84 (σκέλος Β) παρείχε οικονομική ενίσχυση στην Ελλάδα, κυρίως για τις εξής δράσεις: α) τη δημιουργία (ανέγερση κτιρίων, εξοπλισμός) και ανάπτυξη ενός δικτύου εξω-νοσοκομειακών εναλλακτικών δομών και υπηρεσιών

ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας (συμπεριλαμβανομένων και των κέντρων επαγγελματικής κατάρτισης και αποκατάστασης) και β) την πιλοτική εφαρμογή σχεδίων αποϊδρυματοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ενός περιορισμένου αριθμού ψυχικά πασχόντων με μακρά παραμονή στα ψυχιατρικά νοσοκομεία (χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες).

Ο κανονισμός αυτός αποτέλεσε την κινητήρια δύναμη των προσπαθειών για τη δημιουργία των βασικών προϋποθέσεων εφαρμογής μιας ριζοσπαστικής, για τα ελληνικά δεδομένα, μεταρρύθμισης του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα συνέβαλε στις προσπάθειες βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και αποσυμφόρησης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, ιδιαίτερα του ψυχιατρικού νοσοκομείου της Λέρου, που αποτελεί παράδειγμα εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου και καινοτόμου προγράμματος αποασυλοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ενός σημαντικού αριθμού χρόνιων ψυχικά πασχόντων (Οδηγός Καινοτόμων Δράσεων στο χώρο της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2001).

Το Πρόγραμμα «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», που αποτελεί, κατά βάση, τη συνέχεια του Κανονισμού 815/84, είναι ένα εθνικό πρόγραμμα-πλαίσιο που αφορά κατευθύνσεις πολιτικής και άξονες δράσης με 10ετή χρονικό ορίζοντα και αποσκοπεί στη συνέχιση και εδραίωση της μεταρρύθμισης του συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας στην Ελλάδα.

Το Πρόγραμμα αυτό προβλέπει κυρίως:

α) το μετασχηματισμό όλων των ψυχιατρικών ιδρυμάτων σε τριτοβάθμιες μονάδες παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών,

β) την παράλληλη εξασφάλιση ενός επαρκούς δικτύου εναλλακτικών προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών και δομών στην Κοινότητα (Α' φάση του προγράμματος) και

γ) τη θέσπιση ενός νέου νομικού πλαισίου προσανατολισμένου στην κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων.

Για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σχεδιάστηκαν και ήδη υλοποιούνται συγκεκριμένα μέτρα και ενέργειες, υπό τη μορφή ολοκληρωμένων παρεμβάσεων, που αποσκοπούν αφενός μεν στην περαιτέρω αποσυμφόρηση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και αφετέρου στην εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικο-επαγγελματικής ένταξης ενός συγκεκριμένου αριθμού ψυχικά πασχόντων, μέσα από ενέργειες διευκόλυνσης και στήριξης για ημι-αυτόνομη ή αυτόνομη διαβίωση στην κοινότητα καθώς και ενέργειες κατάρτισης και προώθησης στην απασχόληση.

Ειδικότερα, θα πρέπει να τονιστεί ότι στο πλαίσιο του προγράμματος «ΨΥΧΑΡΓΩΣ», θεωρητικά τουλάχιστον, αποδίδεται ιδιαίτερη σημασία στην ενίσχυση και επέκταση των ευκαιριών κατάρτισης και απασχόλησης των ψυχικά πασχόντων και πρωτίστως στην αξιοποίηση του καινοτόμου θεσμού των «Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης» (Οδηγός Καινοτόμων Δράσεων στο χώρο της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, 2001).

Η Α' Φάση του προγράμματος «Ψυχαργώς» τέθηκε σε εφαρμογή κατά την περίοδο 2000-2001, με κύριο στόχο την καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας για τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και τη συνέχιση της διαδικασίας αποϊδρυματισμού των ασθενών που νοσηλεύονται στα μεγάλα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας. Κατά τη διάρκεια της Α' Φάσης του «Ψυχαργώς» προβλεπόταν η βασική εκπαίδευση του νέου προσωπικού στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η συνεχής επαγγελματική επιμόρφωση για όλους τους επαγγελματίες στις υπηρεσίες αυτές. Μετά την ολοκλήρωση της Α' Φάσης είχε ήδη επεκταθεί η εφαρμογή του προγράμματος σε 31 πόλεις και κωμοπόλεις της Ελλάδας.

Π.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΣΗΜΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Στη διάρκεια των μηνών Αυγούστου, Οκτωβρίου και Νοεμβρίου 2001 τρεις εμπειρογνώμονες (Dr Bob Grove, Dr John Henderson, Dr Stefano Marturini-εκπρόσωποι των Συμβούλων Αξιολόγησης Ψυχικής Υγείας) πραγματοποίησαν τρεις επισκέψεις στην Ελλάδα με σκοπό να συντάξουν μια έκθεση σχετικά με την αξιολόγηση του προγράμματος «Ψυχαργός». Τα αποτελέσματα αυτής της έκθεσης τέθηκαν υπ' όψιν του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) και της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (το σημερινό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

Η ομάδα των εμπειρογνομόνων επισκέφθηκε τέσσερα οικοτροφεία, είκοσι ξενώνες και μια ομάδα προστατευόμενων διαμερισμάτων. Η αξιολόγηση των δομών ακολούθησε τρεις κατηγοριοποιήσεις: α) αυτές που είναι πρότυπα αριστείας-καλής πρακτικής βάσει διεθνών προτύπων και μπορούν να αποτελέσουν πρότυπα για μελλοντική ανάπτυξη στην Ελλάδα, β) αυτές που λειτουργούσαν σε αποδεκτό επίπεδο, αλλά απαιτούσαν στήριξη και ανάπτυξη προκειμένου να επιτύχουν τους στόχους του προγράμματος «Ψυχαργός» και γ) αυτές που χρειάζονται επείγουσα στήριξη προκειμένου να επιτύχουν τους εν λόγω στόχους.

Η πρώτη και κύρια παράμετρος της αξιολόγησης αφορά στα προγράμματα εργασίας και την επαγγελματική κατάρτιση των ψυχικά πασχόντων. Διαπιστώθηκε ότι σε όλες τις δομές υπήρχε πρόγραμμα εργασίας/ κατάρτισης είτε επί τόπου είτε διαθέσιμο κάπου κοντά. «Σε όλες τις περιπτώσεις, οι ένοικοι των ξενόνων/ οικοτροφείων απασχολούνταν παραγωγικά για κάποιες ώρες της μέρας και οι περισσότεροι ήταν υπερήφανοι για τα προϊόντα που παρήγαγαν. Εντούτοις, ακόμα και όπου τα προϊόντα πληρούσαν τις προϋποθέσεις πώλησης, η οργάνωση των προγραμμάτων αυτών εξακολουθούσε να εμπεριέχει "ψυχιατρικά εντοπώματα", τα οποία τα έκαναν να ξεχωρίζουν από άλλες επιχειρήσεις. Μόνο

ένας χώρος λιανικής πώλησης και το εστιατόριο θα μπορούσαν να θεωρηθούν ολοκληρωμένα, ενσωματωμένα εμπορικά καταστήματα» (Grove, Henderson, Marturini, 2002, σ. 20).

Από τα παραπάνω συνάγεται ότι ναι μεν υπάρχουν προγράμματα απασχόλησης για τους ενοίκους, αυτά, όμως, δε διευκόλυναν την ενσωμάτωσή τους στην αγορά εργασίας και δε συνέβαλαν στην άτυπη ανταλλαγή αγαθών και υπηρεσιών στην τοπική αγορά. Για το λόγο αυτό τίθεται στη συνέχεια ως στόχος της Β' Φάσης του προγράμματος η ανάπτυξη κοινωνικών συνεταιρισμών και μέτρων για την εξασφάλιση κανονικών θέσεων εργασίας για τα ψυχικά πάσχοντα άτομα, σε άμεση συνάρτηση με την κατάσταση στην τοπική αγορά εργασίας.

Στη συνέχεια διαπιστώνεται ότι η δημιουργία ξενώνων και οικοτροφείων, σωστά κατανομημένων σε όλη τη χώρα, έχει αρχίσει να έχει αντίκτυπο στις αντιλήψεις του πληθυσμού ως προς την κατανόηση, την αποδοχή και τη στήριξη ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα. Θεωρείται, δηλαδή, ότι η κοινότητα έχει ευαισθητοποιηθεί αρκετά σε σχέση με τα δικαιώματα και την επανένταξη χρόνιων και μη ασθενών. Επισημαίνεται, όμως, ο κίνδυνος η αποδοχή να μετατραπεί σε συγκαταβατική στάση της κοινότητας, με συνέπεια να υπάρχει το ενδεχόμενο δημιουργίας περισσότερο δυσδιάκριτων μορφών διακρίσεων και αποκλεισμού.

Ένας από τους βασικούς στόχους του προγράμματος «Ψυχαργός» είναι η δημιουργία ή η αποκατάσταση της αίσθησης της αυτονομίας του ατόμου, η δυνατότητα να ορίζει μόνο του τον εαυτό του, η αποκατάσταση των ενδιαφερόντων του, των αγαπημένων ασχολιών του και η καλλιέργεια των δεξιοτήτων του. Τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες στις νέες δομές θα πρέπει να ενθαρρύνονται να εκφράζουν τη γνώμη και τα πιστεύω τους και να ξέρουν ότι αυτά θα γίνουν αντιληπτά και σεβαστά.

Όσον αφορά στον προσωπικό χώρο των ενοίκων, στην Έκθεση Αξιολόγησης αναφέρεται ότι στους περισσότερους ξενώνες αυτός δεν ήταν εξατομικευμένος, γεγονός το οποίο αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στη μακρόχρονη επίδραση του ιδρυματισμού. Η ενθάρρυνση των ενοίκων να εκφράσουν τις δικές τους επιθυμίες και αντιλήψεις και τα αιτήματά τους θεωρήθηκε ότι επιτυγχάνεται μέσα από τις τακτικές συναντήσεις που λαμβάνουν χώρα μεταξύ ενοίκων και προσωπικού.

Η Έκθεση Αξιολόγησης κάνει ιδιαίτερη μνεία στο ρόλο της «ηγεσίας» του ξενώνα και στο προσωπικό του. Η «ηγεσία» είναι ο κρίσιμος παράγοντας για τη διαχείριση του ξενώνα, ενώ το προσωπικό καλείται να αναλάβει πολλαπλούς ρόλους που ξεκινούν από την παροχή στοιχειώδους φροντίδας και προστασίας προς τους ενοίκους και φτάνουν ως την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των τελευταίων, το διαμεσολαβητικό τους ρόλο για την αποκατάσταση των οικογενειακών τους σχέσεων και των δεσμών τους με την κοινότητα. *«Η φροντίδα και η προσοχή που έχουν δοθεί στις περισσότερες δομές που επισκεφθήκαμε ήταν άξιες συγχαρητηρίων (...) Ορισμένοι από τους ξενώνες που επισκεφθήκαμε ήταν εξαιρετικοί και αποτελούν παραδείγματα καλής πρακτικής, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε Ευρωπαϊκά πλαίσια»* (Grove, Henderson, Marturini, 2002, σ. 23).

IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΨΥΧΑΡΓΩΣ»

Το καλοκαίρι του 2003 πραγματοποιήσαμε μια ποιοτική έρευνα στο χώρο του Ξενώνα «Μετάβαση» στο Περιστερί (Ελληνικού & Σταμπούλη, 2003). Ο Ξενώνας αυτός λειτουργεί σαν Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης από τον Αύγουστο του 2000, στο πλαίσιο του προγράμματος «Ψυχαργός», και έχει τη δυνατότητα φιλοξενίας 12 ατόμων. Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της ποιοτικής έρευνας διέμεναν στη δομή 10 άνδρες ηλικίας από 36-67 ετών, οι οποίοι είχαν περάσει σημαντικό

μέρος της ζωής τους στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί). Δύο άτομα διέμεναν ήδη, ενώ είχε δρομολογηθεί η μετάβαση και για ακόμα έναν ένοικο, σε προστατευόμενο διαμέρισμα κοντά στον ξενώνα. Σχεδόν όλοι γνωρίζονταν από το Ψυχιατρείο. Κατά πλειοψηφία αντιμετωπίζουν σοβαρές ψυχικές διαταραχές (όπως σχιζοφρένεια, ψύχωση, κτλ.). Το επίπεδο λειτουργικότητάς τους ποικίλει κατά άτομο, όπως και οι δεξιότητές τους. Οι άνθρωποι αυτοί προέρχονται από διαφορετικές περιοχές, από διαφορετικά κοινωνικά περιβάλλοντα και ο καθένας από αυτούς είχε τη δική του ξεχωριστή ζωή πριν την εισαγωγή του στο ίδρυμα.

Μαζί με τους ενοίκους γνωρίσαμε και τους ανθρώπους του προσωπικού, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη φροντίδα τους και τη λειτουργία του προγράμματος «Ψυχαργώ». Οι παραπάνω δε βρίσκονται όλοι μαζί σε καθημερινή βάση στο χώρο του ξενώνα. Ωστόσο, όλο το 24ωρο υπάρχει κάποιο υπεύθυνο άτομο στο οποίο μπορούν να απευθυνθούν οι ένοικοι. Επίσης πάντα κάποια άτομα, από το προσωπικό, συμμετέχουν στις οργανωμένες δραστηριότητες (εντός και εκτός ξενώνα).

Η μελέτη της ζωής των ενοίκων σ' αυτόν το χώρο έγινε με τη μέθοδο της συμμετοχικής παρατήρησης, των συνεντεύξεων (με το προσωπικό) και των αφηγήσεων ζωής. Οι βασικοί άξονες του προγράμματος, έτσι όπως παρουσιάστηκαν από το προσωπικό του ξενώνα, είναι οι συστηματικές παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο και σε θεραπευτικό πλαίσιο με στόχο την καθολική υποστήριξη των ενοίκων στη διαδικασία αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης. Στόχοι του προγράμματος είναι:

- η ανασύνταξη της προσωπικής ταυτότητας των ενοίκων,
- η πρόσβασή τους σε νέους κοινωνικούς ρόλους, καθώς επίσης και σε ατομικά, κοινωνικά, πολιτικά δικαιώματα,
- η ουσιαστική αυτονόμησή τους,

με βασικό μοχλό την καθημερινή εξατομικευμένη φροντίδα στα πλαίσια της διαπροσωπικής θεραπευτικής σχέσης των ενοίκων με τα πρόσωπα αναφοράς.

Σ' αυτό το σημείο είναι χρήσιμο να αναφέρουμε κάποια στοιχεία που αφορούν το συγκεκριμένο ξενώνα και τη ζωή των ενοίκων του από την έναρξη της λειτουργίας του ως τη στιγμή που πραγματοποιήθηκε η ποιοτική έρευνα. Τα στοιχεία αυτά αντλήθηκαν μέσα από τις συζητήσεις που είχαμε με άτομα του προσωπικού. Είναι η δική τους ματιά και γνώμη σε σχέση με την εμπειρία τους από το πρόγραμμα «Ψυχαργός».

Στα τρία χρόνια λειτουργίας της «Μετάβασης» έγιναν αρκετά βήματα προς την υλοποίηση των στόχων που εξαρχής τέθηκαν. Για τους ενοίκους ήταν σημαντική, καταρχήν, η βελτίωση των συνθηκών ζωής και η αναβάθμιση του περιβάλλοντος. Έγινε προσπάθεια να δημιουργηθεί μια, όσο το δυνατό, πιο σπιτική ατμόσφαιρα και ενισχύθηκε η ανάγκη κάθε ενοίκου να διαμορφώσει τον προσωπικό του χώρο και να φροντίσει για τα προσωπικά του αντικείμενα. Με την υποστήριξη των προσώπων αναφοράς και σύμφωνα με το ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα του καθενός, οι ένοικοι ασκήθηκαν ή εκπαιδεύτηκαν σε δεξιότητες που αφορούν την καθημερινή ζωή, την αυτοφροντίδα και την προσωπική υγιεινή, τη φροντίδα του χώρου και του ρουχισμού τους, την αγορά ειδών, τον προσανατολισμό στη γειτονιά. Μέσα από την άσκηση των δεξιοτήτων στο φυσικό χώρο, βελτιώθηκε σημαντικά η λειτουργικότητα όλων των ενοίκων.

Οι ένοικοι συμμετείχαν από την αρχή σε μια σειρά από ομαδικές δραστηριότητες, ανάλογα με τις επιθυμίες και τα ενδιαφέροντά τους. Μέσα από τη συμμετοχή στις διάφορες ομάδες ανέπτυξαν την ικανότητα έκφρασης σκέψεων και συναισθημάτων, συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και ανάληψης πρωτοβουλιών, διαχείρισης προβλημάτων συγκατοίκησης, επαφής με την επικαιρότητα.

Πραγματοποιούνται πολλές έξοδοι με ψυχαγωγικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα (κινηματογράφος, θέατρο, ταβέρνες, μουσεία, εκδρομές κ.α), ομαδικά αλλά και ατομικά, ανάλογα με τις προτιμήσεις του κάθε ενοίκου. Οι ένοικοι έχουν τη δυνατότητα να αποφασίζουν και μόνοι τους για τις εξόδους που θέλουν να κάνουν, κατόπιν συνεννοήσεως και ενημέρωσης του προσωπικού. Όλες αυτές οι δραστηριότητες, σε συνδυασμό με την ευελιξία στα ωράρια και την ελεύθερη έξοδο από τον ξενώνα, στοχεύουν στο «σπάσιμο» του ασυλικού χρόνου και τον περιορισμό του κενού χρόνου για τους ενοίκους.

Η διαδικασία της μετάβασης δεν ήταν σε καμία περίπτωση εύκολη ή ανώδυνη για τους ενοίκους. Για τους περισσότερους τέθηκαν ζητήματα ταυτότητας, επανασύνδεσης με το νήμα της ζωής τους πριν τον εγκλεισμό και προοπτικής για το μέλλον, ενώ για πολλούς η μεγαλύτερη επαφή με την κοινότητα έκανε πιο αισθητό και επώδυνο τον αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση.

Τα μέλη του προσωπικού ανέφεραν ότι αρκετές σημαντικές παράμετροι του προγράμματος δεν υλοποιήθηκαν καθόλου ή υλοποιήθηκαν με μεγάλη καθυστέρηση εξαιτίας γραφειοκρατικών εμποδίων. Παραδείγματος χάριν, το θεραπευτικό κίνητρο (ένα συμβολικό χρηματικό ποσό που δινόταν για την κάλυψη κάποιων πολύ βασικών αναγκών) εγκρίθηκε και άρχισε να καταβάλλεται στους ενοίκους με καθυστέρηση επτά μηνών, με αποτέλεσμα τη σημαντική αποδυνάμωση του ρόλου του σαν παράγοντα κινητοποίησης των ενοίκων, ενώ παράλληλα ενίσχυσε την ανασφάλεια και τη δυσπιστία από τη μεριά τους. Επίσης, το πρόγραμμα εξόδων και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων περιορίστηκε σε μεγάλο βαθμό, καθώς ακυρώθηκαν τα κονδύλια για την υλοποίησή τους και κατά συνέπεια τα έξοδα έπρεπε να καλύπτονται από τους ίδιους τους ενοίκους, κάτι που δυσκόλευε ιδιαίτερα την πλειοψηφία, εφόσον διέθετε πενιχρό εισόδημα. Επιπλέον, δεν καλύπτονταν τα έξοδα του προσωπικού που

συνόδευε τους ενοίκους σε δραστηριότητες στην κοινότητα, με αποτέλεσμα η πραγματοποίηση των εξόδων αυτών να επαφίεται στην καλή θέληση των μελών της θεραπευτικής ομάδας.

Σοβαρότεροι περιορισμοί τέθηκαν σε μια σειρά από λειτουργίες του ξενώνα που αφορούσαν την εκπαίδευση σε δεξιότητες απαραίτητες για την αυτόνομη διαβίωση, καθώς ακυρώθηκε η χρηματοδότησή τους (προμήθεια ειδών για εκπαίδευση στην προετοιμασίας γευμάτων, αγορά καθημερινών ειδών πρώτης ανάγκης κ.α). Τέλος, η υλοποίηση του εκπαιδευτικού προγράμματος για τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας ξεκίνησε με μεγάλη καθυστέρηση με αποτέλεσμα το πρόγραμμα να συρρικνωθεί και να συμπιεστεί χρονικά σε διάστημα λίγων μηνών.

Οι δυσκολίες αυτές στο επίπεδο της χρηματοδότησης σε συνδυασμό με την εξάρτηση της δομής από άκαμπτες και χρονοβόρες γραφειοκρατικές διαδικασίες, είχαν ως αποτέλεσμα ένα μεγάλο μέρος της ενέργειας της θεραπευτικής ομάδας να αναλωθεί στην προσπάθεια υπέρβασης αυτών των ανασταλτικών παραγόντων, συχνά χωρίς αποτέλεσμα.

Το προσωπικό μας εκμυστηρεύτηκε ότι τόσο το ίδιο όσο και οι ένοικοι βίωσαν την αντίφαση ανάμεσα στη ρητά διατυπωμένη λειτουργία του ξενώνα σαν μια ευέλικτη και αρκετά αυτόνομη μονάδα αποκατάστασης και κοινωνικής ένταξης και την ουσιαστική ακύρωση αυτής της λειτουργίας μέσα από τη συνέχιση πρακτικών που τη δυσχέραιναν καθημερινά.

Όλα όσα προαναφέρθηκαν βασίζονται σε στοιχεία που μας δόθηκαν από το ίδιο το προσωπικό του Ξενώνα «Μετάβαση». Πιστεύουμε ότι δόθηκε μια πρώτη εικόνα του προγράμματος «Ψυχαργός», έτσι όπως αυτή γίνεται αντιληπτή και βιώνεται από άτομα που συμμετέχουν ενεργά στην υλοποίησή του. Παρακάτω θα παραθέσουμε τις πιο βασικές παρατηρήσεις μας, έτσι όπως αυτές προέκυψαν από τη

διεξαγωγή της έρευνας πεδίου στο χώρο της «Μετάβασης» και αφορούν το σύνολο των διαστάσεων της ζωής των ψυχικά πασχόντων στον Ξενώνα που κατέστη δυνατό να διερευνηθούν.

Καταρχήν, πρέπει να αναφέρουμε ότι ο χρόνιος εγκλεισμός που είχαν υποστεί ήταν εμφανής ακόμα και μετά τα τρία χρόνια λειτουργίας του Ξενώνα. Όσον αφορά την εξωτερική τους εμφάνισή, αν και σε γενικές γραμμές ήταν περιποιημένοι, εντούτοις ήταν φανερές οι επιπτώσεις του τρόπου ζωής στο ίδρυμα (μη επαρκής υγιεινή, έλλειψη αυτοφροντίδας), της χρήσης νευροληπτικών, της ψυχικής διαταραχής (π.χ. δυσκολίες στην άρθρωση, μη καθαρότητα λόγου). Όλα αυτά, μαζί με κάποια άλλα χαρακτηριστικά (όπως επαναλαμβανόμενες κινήσεις, περίεργο βάδισμα), διαπιστώσαμε ότι μπορούσαν να προσελκύσουν την προσοχή τρίτων. Παρά το ότι η κοινωνική συμπεριφορά τους δεν απέκλινε ιδιαίτερα από το πρότυπο της «συνηθισμένης», κάποιος θα μπορούσε να τους στιγματίσει λόγω της «διαφορετικότητας» της εμφάνισής τους.

Μέσα από τις συνεντεύξεις και συζητήσεις με μέλη του προσωπικού αλλά και με τους ίδιους τους ενοίκους φάνηκε ότι παρόλο που η ζωή στο ίδρυμα ήταν κάτι περισσότερο από άθλια, την είχαν αποδεχτεί. Είχαν συνηθίσει τον ολοκληρωτισμό του ασύλου, εξάλλου δεν είχαν και δυνατότητες αλλαγής αυτή της κατάστασης. Η εκεί «ζωή», ο ιδρυματισμός, τους είχε αποξενώσει από την ανθρώπινη φύση, από τον εαυτό τους. Χρόνια εγκλειστοι στο Ψυχιατρείο είχαν βιώσει την απομόνωση, την περιθωριοποίηση, το χλευασμό και την εκμετάλλευση. Είχαν χάσει τις δεξιότητές τους, την αυτοπεποίθησή τους και την ικανότητα φροντίδας του εαυτού τους. Αυτές οι συνέπειες του χρόνιου εγκλεισμού τους δε μπορούσαν να εξαλειφθούν οριστικά μέσα στα τρία χρόνια λειτουργίας του Ξενώνα.

Η ιδρυματική συμπεριφορά που απέκτησαν οι ένοικοι κατά την παραμονή τους στο άσυλο φαίνεται να έχει εκφάνσεις ακόμη και σήμερα που η ζωή τους κινείται σε «κανονικά» περιβαλλοντικά και κοινωνικά πλαίσια. Θα αναφερθούμε στη συνέχεια σε τρία χαρακτηριστικά σημεία, που αφορούν στις σχέσεις τους με το χρόνο, το χρήμα και την κοινότητα.

i) **Η σχέση με το χρόνο:** Η περίεργη αίσθηση και διαχείριση του χρόνου καταδεικνύεται ανάγλυφα από συνέντευξη με μέλος του προσωπικού: *«Και με το χρόνο έχουν κάποια εμμονή, γιατί ο χρόνος ήταν κάτι άδειο, έχουν μια περίεργη σχέση. Πολλά πράγματα τα κάνουν νωρίτερα, δηλαδή δεν μπορούν να περιμένουν να πάει λίγο αργότερα να πάρουν το βραδινό τους φαγητό, το τρώνε πιο νωρίς, ίσως επειδή περνάει η ώρα, δεν έχουν τι να κάνουν ίσως. Ή όταν πηγαίνουμε κάποιον, λίγοι είναι αυτοί που μπορούν να κάτσουν. Επειδή δε ξέφευγαν τόσα χρόνια, είναι και λίγο ανυπόμονοι, δεν υπάρχει αυτή η χαλαρότητα. Είναι η συνήθεια, που όλα ήταν τόσο καθορισμένα για χρόνια στο παραμικρό και τώρα κάτι το απρογραμμάτιστο τους φαίνεται περίεργο. Και κουράζονται κιόλας, παίρνουν και πολλά χάπια, μην το ξεχνάμε αυτό».* Αυτή η «περίεργη» σχέση με το χρόνο οφείλεται στο χρόνιο εγκλεισμό τους όπου κάθε μέρα και ώρα ήταν ίδια με την προηγούμενη. Και τώρα που έχουν περίσσειμα ελεύθερου χρόνου παρουσιάζουν δυσκολία στο να τον διαχειριστούν και να τον αξιοποιήσουν δημιουργικά.

ii) **Η σχέση με το χρήμα:** Το χρήμα αποτελεί μια πολύ κεντρική διάσταση στη ζωή των ενοίκων. Οι περισσότεροι είχαν ιδιαίτερο άγχος για την επάρκεια και τη διαχείριση των χρημάτων, ενώ μια από τις πρώτες πληροφορίες που ζητούσαν να μάθουν για ένα πρόσωπο ήταν η οικονομική του κατάσταση (την οποία είχαν την τάση να υπερεκτιμούν, π.χ: αν κάποιος είχε δικό του σπίτι ή αυτοκίνητο ήταν για εκείνους ένδειξη ευμάρειας). *«Έχουν εμμονή με τα χρήματα γιατί είναι η χρόνια έλλειψη. Τώρα έχουν περάσει μια φάση που έχουν κάποια χρήματα γιατί τους δίνουν αυτά τα 100 ευρώ το μήνα ως κίνητρο θεραπευτικό. Κάποιοι έχουν βγάλει συντάξεις, άλλοι δουλεύουν, είναι λίγο*

πιο άνετοι τώρα. Τόσα χρόνια τώρα όταν δεν είχανε για τσιγάρα τους έχει μείνει. Έχει να κάνει κυρίως με την έλλειψη. Είναι και λίγο συγκοινωνούντα δοχεία. Αν δεν έχουν θα ζητήσουν από τους άλλους αυτοί θα ζοριστούν να τους δώσουν. Είναι μια πολύ κεντρική διάσταση, έζησαν τόσα χρόνια τελείως φτωχοί και εξαθλιωμένοι. Στο ψυχιατρείο ζητάγαν από τον κόσμο που περνούσε, έκαναν θελήματα, δηλαδή είχαν όλο αυτό το παρελθόν. Δεν ξέρανε ποτέ πόσα χρήματα θα είχαν το μήνα. Ήταν πάρα πολύ δύσκολά. Τώρα ακόμα δεν έχουν συνηθίσει ότι έχουν κάποια χρήματα και λόγω της εμπειρίας που έχουν ζήσει έχουν το φόβο ότι αυτά που έχουμε σήμερα θα τα έχουμε αύριο; Δηλαδή το θεραπευτικό κίνητρο των 100 ευρώ θεωρητικά θα το πάρουν, αλλά μπορεί να γίνει κάποια καθυστέρηση και αυτό το έχουν ενσωματώσει, που πολλά πράγματα τους έρχονταν και σταματούσαν. Και κυρίως αυτό, ότι δεν είχαν λεφτά καθόλου, ήταν πολύ εξαθλιωμένοι εκεί πέρα. Οι περισσότεροι τα παίρνουν μόνοι τους και δεν έχουμε καμιά συμμετοχή, είναι επιλογή τους και επιλογή μας. Βέβαια κρίνουμε και εμείς ποιοι είναι σε θέση να το κάνουν, γιατί είναι και άλλοι που δεν μπορούν. Αυτή η σχέση με τα λεφτά είναι πολύ μανιακή, δηλαδή να τα φας όλα σε μια μέρα ή το εντελώς αντίθετο να είναι πολύ τσιγκούνηδες. Η κατεύθυνση είναι να τα έχουν τα λεφτά πιο πολύ επάνω τους παρά να κρατάμε εμείς, αλλά βλέπεις ότι δεν γίνεται γιατί πρέπει να τους προστατεύσεις. Γιατί δεν είναι πολλά τα χρήματά τους ούτε εξασφαλισμένα 100%. Αν τα φάνε όλα σε μια μέρα μετά θα αρχίσουν να πηγαίνουν στους άλλους, να κάνουν τράκα τσιγάρα, να ζητάνε λεφτά και μετά δημιουργείται πρόβλημα στη συμβίωση. Αναγκάζεσαι έτσι να επέμβεις πολύ περισσότερο. Είναι πολύ δύσκολο κομμάτι αυτό γιατί επεμβαίνεις και στην ελευθερία του άλλου και μπορεί να έρθει να σου πει είναι δικά μου τα λεφτά και θα 'χει ένα δίκιο, αλλά από την άλλη αν τον αφήσεις έχουν τόσο μεγάλη ανάγκη να χαλάσουν κάποια χρήματα που δεν βγάζεις άκρη τελικά» (από συνέντευξη με μέλος του προσωπικού). Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι λόγω του χρόνιου εγκλεισμού τους στο Ψυχιατρείο πολλοί από αυτούς είχαν πέσει θύματα εκμετάλλευσης (λόγω της οικογενειακής τους περιουσίας) από άτομα του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος, γεγονός που σίγουρα συνέτεινε στην αύξηση του άγχους και της ανασφάλειας που ένιωθαν.

iii) **Η σχέση με την κοινότητα:** Μια από τις σημαντικότερες παραμέτρους της ζωής των ψυχικά πασχόντων ατόμων είναι η σχέση τους με την κοινότητα, παράμετρος, εξάλλου, που συνδέεται άμεσα με το βασικό στόχο του προγράμματος «Ψυχαργώς» που είναι η πλήρης επανένταξή τους στην κοινωνία. Ο Ξενώνας «Μετάβαση» βρίσκεται σε μια κεντρική λεωφόρο του Περιστερίου και δεν υπάρχει η αίσθηση της γειτονιάς, καθώς τα σπίτια είναι απομακρυσμένα μεταξύ τους. Σύμφωνα με μαρτυρίες του προσωπικού η κοινότητα ήταν ουδέτερη απέναντι στη δημιουργία του Ξενώνα και δεν προκλήθηκαν ιδιαίτερα προβλήματα. Μας αναφέρθηκε, όμως, πως ένας άλλος ξενώνας που λειτουργούσε σε μια πιο κλειστή γειτονιά αντιμετώπισε πολλές αντιδράσεις κατά την έναρξη της λειτουργίας του.

Γενικότερα, η στάση της κοινότητας προς τους ενοίκους μπορεί να χαρακτηριστεί ως συγκαταβατική: «Υπάρχουν κάποιοι που έχουν αρκετές σχέσεις σε αυτό το χώρο, αλλά να γίνει κάτι παραπάνω, ας πούμε σαν φιλία όχι τόσο εύκολα, είναι πολύ δύσκολο. Είναι πάρα πολύ δύσκολο σε αυτά τα προγράμματα, να αναπτύξουν σχέσεις ουσιαστικές με ανθρώπους απ' έξω, δηλαδή και να μην είναι μόνο με το προσωπικό» (από συνέντευξη με μέλος του προσωπικού).

Μια άλλη διάσταση του ζητήματος που μας επισημάνθηκε είναι αυτή του οικονομικού οφέλους για τη γειτονιά, μιας και οι ένοικοι συναλλάσσονται στα περίπτερα και τα μαγαζιά της γειτονιάς με προφανές όφελος για τους ιδιοκτήτες τους, γεγονός που οδηγεί στην αναστολή των όποιων αντιδράσεων και επιφυλάξεων από την πλευρά της κοινότητας.

Εντούτοις, η έλλειψη έντονων αρνητικών αντιδράσεων και η καθημερινή συνύπαρξη των ενοίκων με κάποια μέλη της κοινότητας, απέχει κατά πολύ από μια ουσιαστική κοινωνική αποδοχή και ενσωμάτωσή τους στον κοινωνικό χώρο. Για αυτό το λόγο η θεραπευτική ομάδα προσπαθεί συνεχώς να παίρνει πρωτοβουλίες,

ούτως ώστε να επιτευχθεί ένα πιο ουσιαστικό «άνοιγμα» στην κοινότητα και να συγκροτηθεί ένα ευρύ υποστηρικτικό δίκτυο (π.χ. διοργάνωση γιορτών, εκδηλώσεων, συνεργασία με το δήμο και άλλους τοπικούς φορείς, κτλ.).

Η ενίσχυση του οικογενειακού και συγγενικού υποστηρικτικού δικτύου των ενοίκων αποτελεί βασικό στόχο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασής τους. Το προσωπικό καταβάλλει συνεχώς προσπάθειες να διατηρεί και να ενισχύει τέτοιου είδους σχέσεις και επαφές. Βέβαια σε κάποιες περιπτώσεις υπάρχει τόση ένταση και τόση αμφιθυμία σε αυτές τις σχέσεις (τόσο από την πλευρά των ενοίκων όσο και από αυτή των συγγενών) που τελικά είναι αμφίβολο κατά πόσο λειτουργεί ενισχυτικά.

Οι ίδιοι επιθυμούν έντονα να έχουν σχέσεις με συγγενικά τους πρόσωπα και πολλές φορές στις συζητήσεις μας υπερέβαλαν ως προς την ποιότητα των σχέσεων που διατηρούσαν. Αυτή η έντονη επιθυμία πηγάζει κυρίως από την ανάγκη αίσθησης του ανήκειν. *«Ακόμα και ένα γράμμα που παίρνουν από κάποιον συγγενή τους είναι πολύ σημαντικό. Νιώθουν ότι ανήκουν κάπου, στην οικογένειά τους»* (από συνέντευξη με μέλος του προσωπικού).

Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι ότι οι περισσότεροι από τους ενοίκους του συγκεκριμένου ξενώνα βρίσκονται σε σχετικά μεγάλη ηλικία, με συνέπεια οι γονείς τους να είναι αρκετά ηλικιωμένοι ή να μη ζουν πια. *«Θεωρητικά θα μπορούσαν να επιστρέψουν [εννοείται στην οικογένειά τους] αλλά αν σε λίγα χρόνια πεθάνουν οι γονείς τους και στην επαρχία δεν υπάρχει ένα πλαίσιο να τους στηρίξει, τι θα κάνουν; τι θα γίνουν;»* (από συνέντευξη με μέλος του προσωπικού).

Φαίνεται ότι οι συγγενείς δεν προσεγγίζουν εύκολα μέλος τους με ψυχιατρικό πρόβλημα, πολύ περισσότερο εάν αυτό έχει στο «βιογραφικό» του χρόνιο εγκλεισμό. Δεν είναι μόνο ο στιγματισμός, αλλά και ο μύθος που υπάρχει για την «επικινδυνότητά» τους. Πολλές φορές φοβούνται ότι πρέπει να αναλάβουν μία

ευθύνη που δε μπορούν να επωμιστούν. Από συζητήσεις μας με κάποιους ενοίκους διαπιστώσαμε ότι δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που οι συγγενείς κρατούν μια επαφή μαζί τους γιατί αποβλέπουν σε πιθανό οικονομικό όφελος.

α) Συμμετοχή σε προγράμματα επαγγελματικής εκπαίδευσης/ κατάρτισης

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή του παρόντος κεφαλαίου μια από τις βασικές κατευθύνσεις του προγράμματος «Ψυχαργός» είναι η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων. Για το λόγο αυτό οι ένοικοι των ξενώνων καλούνται να λάβουν μέρος σε διάφορα προγράμματα εκπαίδευσης-κατάρτισης (των οποίων η χρηματοδότηση κατά κύριο λόγο προέρχεται από κοινοτικά κονδύλια).

Κάποιοι από τους ενοίκους (λίγοι στον αριθμό) του ξενώνα «Μετάβαση» απασχολούνται σε προγράμματα του ΟΑΕΔ, τα οποία έχουν να κάνουν κυρίως με την κατασκευή κάποιων εποχικών ειδών χειροτεχνίας (είδη λαϊκής τέχνης). Η εργασία αυτή τους βοηθάει με την έννοια ότι έχουν τη δυνατότητα να απασχοληθούν κάπου για να γεμίσουν τον ελεύθερο χρόνο τους και επίσης παίρνουν κάποια χρήματα, όχι σημαντικό ποσό, αλλά βοηθητικό για τα οικονομικά τους.

Οι ένοικοι που εργάζονταν δεν έδειχναν ιδιαίτερο ενθουσιασμό σε σχέση με το αντικείμενο της δουλειάς. Μάλιστα υπήρχαν και παράπονα επειδή δεν είχαν πληρωθεί από προηγούμενο εργασιακό πρόγραμμα. Ήταν εμφανές ότι η συγκεκριμένη εργασία ήταν μάλλον κενή περιεχομένου, γεγονός που το εισέπρατταν και οι ίδιοι και για αυτό δεν είχαν μεγάλο ενδιαφέρον για το αντικείμενο απασχόλησης.

Σύμφωνα με το προσωπικό, μερικοί ένοικοι επιθυμούν να εργάζονται, ενώ κάποιοι αποφεύγουν τη δουλειά χρησιμοποιώντας το πρόσχημα της ψυχικής πάθησης

γιατί «θέλουν να τα έχουν όλα έτοιμα». Αυτή τους η συμπεριφορά σίγουρα σχετίζεται με το μακροχρόνιο εγκλεισμό τους. Δεν ήταν συνηθισμένοι να εργάζονται στα πλαίσια αμειβόμενης δραστηριότητας και κάποιοι από αυτούς δεν είχαν δουλέψει ποτέ. Επιπλέον, η ιδρυματοποίηση καθιστά δύσκολη την εκπαίδευσή τους πάνω σε νέες επαγγελματικές δεξιότητες.

Υποθέτουμε ότι αν η εργασία τους αφορούσε ένα πιο ελκυστικό αντικείμενο, άμεσα συσχετιζόμενο με τις σύγχρονες ανάγκες παραγωγής και αν αμείβονταν ανάλογα με την προσφορά τους, τότε, ενδεχομένως, να έδειχναν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για αυτήν. Πλην ελαχίστων εξαιρέσεων οι ίδιοι έδειχναν να συνειδητοποιούν ότι ουσιαστικά γίνονταν αντικείμενα εκμετάλλευσης και δε συμμετείχαν σε μια δημιουργική απασχόληση, αλλά σε μια δραστηριότητα απλά και μόνο για να γεμίσουν μέρος του ελεύθερου χρόνου τους.

β) Ο χώρος του ξενώνα

Σε μια ποιοτική έρευνα δε μπορεί να αγνοηθεί ο ρόλος που παίζει ο χώρος του πεδίου, το οποίο μελετάμε. Ο χώρος μπορεί να μας δώσει πληροφορίες για την καθημερινότητα, την ταυτότητα και την κουλτούρα των διαβιούντων μέσα σε αυτόν, πράγμα βέβαια το οποίο είναι σχετικό, με την έννοια του ότι πάντα υπεισέρχεται η υποκειμενική ερμηνεία του παρατηρητή.

Η ατμόσφαιρα του ξενώνα δεν ήταν πολύ ευχάριστη και «σπιτική». Γενικά, ο χώρος μας φάνηκε κάπως απρόσωπος και λίγα ήταν τα αντικείμενα που μαρτυρούσαν την ύπαρξη κάποιας προσωπικής σφραγίδας των ενοίκων. Το προσωπικό τους ενθάρρυνε και τους κινητοποιούσε να φροντίζουν τα δωμάτιά τους και τους κοινόχρηστους χώρους. Υπήρχε, όμως, μια σχετική αδιαφορία από την πλειοψηφία τους, πράγμα το οποίο μας έκανε να σκεφτούμε ότι αυτή η έλλειψη ενδιαφέροντος

πιθανόν να σχετίζεται αφενός με το χρόνιο εγκλεισμό τους και αφετέρου με την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και αναγκών τους. Λόγω της ιδρυματοποίησης (στο ψυχιατρείο που είχαν ζήσει πολλά χρόνια της ζωής τους επικρατούσε μια έντονα αλλοτριωτική και αποξενωτική μαζοποίηση και ομοιομορφία) οι άνθρωποι αυτοί δεν έμαθαν να διαχειρίζονται το χώρο τους και έχασαν δεξιότητες που αφορούν τη φροντίδα αυτού (ίσως ρόλο σε αυτό να παίζει και η ψυχική διαταραχή).

Σε αυτό το σημείο πρέπει επίσης να αναφέρουμε ότι οι ένοικοι, λόγω του ότι συγκατοικούν με άλλα άτομα, *«είναι αναγκασμένοι να έχουν ένα συγκεκριμένο κώδικα συμπεριφοράς και να αναλαμβάνουν εκ περιτροπής μία σειρά από συγκεκριμένες καθημερινές δραστηριότητες προκειμένου για την εύρυθμη λειτουργία του ξενώνα. Κάτι τέτοιο κρίνεται απαραίτητο εφόσον συμβιώνουν και δε ζουν μόνοι τους, καθώς επίσης τους βοηθά να διατηρήσουν ή να επανεκμάθουν δεξιότητες που μέσα στο ψυχιατρείο δεν είχαν ή τις είχαν αποδομήσει. Αυτό τους βοηθά να βελτιώσουν το επίπεδο λειτουργικότητά τους και να είναι κάποια στιγμή ικανοί να μείνουν σε αυτόνομα διαμερίσματα, αφού ο ξενώνας αποτελεί μεταβατικό στάδιο. Επιπλέον η τήρηση κάποιων κωδίκων συμπεριφοράς τους βοηθά να αντεπεξέρχονται σε διάφορες κοινωνικές καταστάσεις»* (Ελληνικού & Σταμπουλή, 2003, σ. 105). Για παράδειγμα, γίνονταν υποδείξεις -με πολύ όμορφο και ευγενικό τρόπο- για το πώς θα έπρεπε να κυκλοφορούν μέσα στο χώρο του Ξενώνα (π.χ: να είναι κατάλληλα ντυμένοι) ή να μην κάνουν κάποια πράγματα (π.χ: να μην ξαπλώνουν στους καναπέδες των κοινόχρηστων χώρων αλλά στα δωμάτιά τους). Παρατηρήσαμε, δηλαδή, ότι πράξεις, συμπεριφορές και συνήθειες μέσα στο χώρο του σπιτιού που για τους περισσότερους ανθρώπους είναι αυτονόητες, για τους ενοίκους της «Μετάβασης» δεν είναι ούτε δεδομένες ούτε αυτονόητες.

V. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Ε' ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή αυτού του κεφαλαίου τα στοιχεία για την αξιολόγηση της κατάστασης που επικρατεί στο χώρο της ψυχικής υγείας με την εφαρμογή του προγράμματος «Ψυχαργός» βασίστηκαν: α) στην Τελική Έκθεση Αξιολόγησης της Ψυχικής Υγείας (Grove, Henderson, Marturini, 2002) και β) στην ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήσαμε σε έναν από τους ξενώνες του «Ψυχαργός».

Ο σκοπός και η μέθοδος των δυο κειμένων αποκλίνουν τόσο πολύ, έτσι ώστε να μην είναι δυνατή η σύγκρισή τους. Η Τελική Έκθεση αποτελεί το κατεξοχήν επίσημο κείμενο αξιολόγησης του προγράμματος «Ψυχαργός», μετά τα δύο πρώτα χρόνια εφαρμογής του, με σκοπό να συνεισφέρει *«στην αξιολόγηση της ποιότητας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της δράσης για τη συνέχιση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα»* (Grove, Henderson, Marturini, 2002, σ. 7).

Από την άλλη πλευρά, η ποιοτική έρευνα (Ελληνικού & Σταμπουλή, 2003) διεξήχθη σε ένα μόνο ξενώνα, με σκοπό αφενός την άσκηση πάνω στην έρευνα πεδίου και αφετέρου την εξαγωγή κάποιων παρατηρήσεων σχετικά με τη ζωή ψυχικά πασχόντων ατόμων που βρίσκονται σε μια διαδικασία μετάβασης από το άσυλο σε κοινοτικές δομές. Σε καμία περίπτωση οι παρατηρήσεις αυτές δε μπορούν να γενικευτούν και να παρουσιαστούν ως αντιπροσωπευτικές για το πρόγραμμα «Ψυχαργός» συνολικά, καθώς η εν λόγω ποιοτική έρευνα αποτελεί μια χαρτογράφηση των συνθηκών ζωής αυτών των ανθρώπων και απέχει κατά πολύ από το να δώσει αξιόπιστα συμπεράσματα. Εντούτοις, μπορεί να συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας ενδεικτικής εικόνας σχετικά με την ποιότητα και αποτελεσματικότητα της μετάβασης των ψυχικά πασχόντων σε δομές της κοινότητας.

Παρά τις μεταξύ τους διαφορές, που καθιστούν δύσκολη τη συγκρισιμότητα των δύο κειμένων, πιστεύουμε ότι μπορούν να μας δώσουν κάποια σημαντικά

στοιχεία για διάφορες παραμέτρους της κατάστασης της ψυχικής υγείας σήμερα και να μας βοηθήσουν να βγάλουμε εμπειρικά συμπεράσματα για το αν τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα συνιστούν μια από τις λεγόμενες «κοινωνικά αποκλεισμένες» ομάδες.

Πριν προχωρήσουμε στα συμπεράσματα αυτά οφείλουμε να αναφέρουμε κάποιες παρατηρήσεις μας σχετικά με την Τελική Έκθεση Αξιολόγησης, εφόσον αποτελεί το πλέον επίσημο κείμενο σχετικά με το πρόγραμμα «Ψυχαργός». Η πρώτη μας παρατήρηση είναι σχετικά με τη δομή της. Ξεκινά με μια συνοπτική περιγραφή του προγράμματος και συνεχίζει με τη φιλοσοφία και την πρακτική του αποϊδρυματισμού. Η κατανόηση, όμως, του εν λόγω κειμένου δυσχεραίνεται όταν ο αναγνώστης φτάνει στις διαπιστώσεις γύρω από την Α' Φάση λειτουργίας του «Ψυχαργός». Ουσιαστικά, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι δεν υπάρχουν κάποιες συγκεκριμένες διαπιστώσεις. Κάποια πολύ περιγραφικά στοιχεία σχετικά με τη λειτουργία των ξενώνων αναφέρονται διάσπαρτα σε διάφορες ενότητες της Έκθεσης και με τρόπο εξαιρετικά συγκεχυμένο. Για να είμαστε ακριβείς, γίνονται μόνο κάποιες νύξεις που αφορούν διάφορες παραμέτρους του προγράμματος χωρίς, όμως, να επεκτείνονται σε ουσιαστικότερες παρατηρήσεις.

Παρόλο που δίνεται ένας κατάλογος δεικτών βάσει των οποίων έγινε η αξιολόγηση των δομών του προγράμματος «Ψυχαργός»- Α' Φάση, σε κανένα σημείο της Έκθεσης δε γίνεται αναφορά στις παρατηρήσεις των εμπειρογνομόνων βάσει αυτών των δεικτών. Ο αναγνώστης δε μπορεί να διακρίνει πού (και αν υπάρχουν) αρχίζουν οι διαπιστώσεις, πού οι συστάσεις και πού τα σχόλια σχετικά με την αξιολόγηση του «Ψυχαργός», με συνέπεια να δίνεται μια τόσο αποσπασματική και συγκεχυμένη εικόνα που μας κάνει τελικά να αναρωτιόμαστε για το λόγο σύνταξης αυτής της Έκθεσης και της χρησιμότητας που μπορεί να έχει.

Εν τέλει, αναρωτιόμαστε για το πώς είναι δυνατό ένα τέτοιο κείμενο να αποτελεί μια Επίσημη Έκθεση Αξιολόγησης ενός τόσο σημαντικού και ευαίσθητου ζητήματος, όπως είναι η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Και επιπλέον, πώς μπορεί να δώσει κατευθυντήριες γραμμές για την αλλαγή ή τη βελτίωση του προγράμματος «Ψυχαργώς». Ο τρόπος που είναι γραμμένο το κείμενο σε συνδυασμό με το σκοπό που καλείται να εξυπηρετήσει, μόνο απορία και απογοήτευση μπορεί να δημιουργήσει στον αναγνώστη του και σίγουρα είναι αδύνατο να έχει κάποια ουσιαστική χρησιμότητα σε αυτούς τους οποίους απευθύνεται (το Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας) και που αποτελούν τα επίσημα όργανα της πολιτείας που έχουν την ευθύνη αλλά και τη δυνατότητα δράσης όσον αφορά τα θέματα Ψυχικής Υγείας.

Ύστερα από αυτή τη σύντομη, αλλά απαραίτητη παρένθεση, μπορούμε να επιστρέψουμε σε κάποια βασικά συμπεράσματα, έτσι όπως αυτά προκύπτουν αφενός από την Τελική Έκθεση Αξιολόγησης και αφετέρου από την ποιοτική έρευνα.

Η μετάβαση χρόνια ψυχικά πασχόντων και εγκλειστων στο Ψυχιατρείο αποτελεί ένα θετικό βήμα για αυτούς. *«Οι Ξενώνες είναι σαν το σπίτι τους, αλλά δεν είναι το σπίτι τους. Η ζωή τους μοιάζει φυσική αλλά δεν είναι. Ο Ξενώνας δεν είναι η ιδανική κατάσταση για τους ενοίκους, είναι όμως η καλύτερη δυνατή που μπορεί να τους προσφερθεί αυτή τη στιγμή»* (Ελληνικού & Σταμπουλή, 2003, σ.106). Για να γίνει ιδανική και φυσική πρέπει να υπάρξουν πολλές ακόμα βελτιώσεις και να σχεδιαστούν προγράμματα δράσης πέρα από το πλαίσιο των ξενώνων ή των οικοτροφείων.

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η διαμονή στον ξενώνα είναι ένα απαραίτητο, πλην όμως, μεταβατικό στάδιο για την κοινωνική επανένταξη των πρώην εγκλειστων. Ο χώρος αυτός πρέπει να θεωρείται ως η αφετηρία μιας όσο το δυνατόν πιο φυσικής ζωής. Στο χώρο του ξενώνα παρά τη θεαματική καλυτέρευση της ποιότητας ζωής των

ενοίκων, συνεχίζουν, εντούτοις, να υφίστανται περιορισμοί στην προσωπική δράση. Παρά την ελευθερία κινήσεων και επιλογών υπάρχει ένα πρόγραμμα και κάποιες υποχρεώσεις που πρέπει, σε γενικές γραμμές, να ακολουθούνται προκειμένου να υπάρχει μια αρμονική συμβίωση. Πιστεύουμε λοιπόν ότι δεν πρέπει να υπάρξει αλλοίωση του μεταβατικού χαρακτήρα του ξενώνα και να ακολουθεί η εγκατάσταση των ενοίκων σε προστατευόμενα ή αυτόνομα διαμερίσματα, εφόσον βέβαια αυτό είναι εφικτό. Μας τρομάζει η ιδέα ότι ένας ένοικος θα περάσει το υπόλοιπο της ζωής του στο χώρο του Ξενώνα, γεγονός που για κάποιους από αυτούς είναι πολύ πιθανό, εφόσον φαίνεται ότι μετά τα τόσα χρόνια εγκλεισμού είναι δύσκολο να αποκτήσουν ξανά και σε ικανοποιητικό βαθμό τη λειτουργικότητα και την αυτονομία τους.

Είναι βασικό που υπάρχουν οργανωμένες δραστηριότητες μέσα και έξω από το χώρο του ξενώνα που εξυπηρετούν περισσότερους στόχους πέρα από την ψυχαγωγία (όπως, εκμάθηση και διατήρηση κοινωνικών δεξιοτήτων, επαφή με την κοινότητα κ.ο.κ), αλλά δεν αρκούν για την ολοκληρωμένη κοινωνική ενσωμάτωσή των ενοίκων. Δεν αρκούν, όταν τα άτομα με ψυχιατρικές δυσκολίες είναι αποκλεισμένα από τον εργασιακό χώρο ακόμα και αν η λειτουργικότητά τους βρίσκεται σε πολύ καλό επίπεδο. Η απασχόληση ή/ και κατάρτιση των ψυχικά πασχόντων σε χρηματοδοτούμενα προγράμματα με ημερομηνία λήξης και σε ειδικότητες που δεν έχουν άμεση σχέση με την αγορά εργασίας δεν τους βοηθά να ξεφύγουν από τον κοινωνικό ρόλο του «ασθενή» και να μπουν σε αυτόν του «αυτόνομου πολίτη». Τους προσφέρεται η δυνατότητα να γεμίσουν κάπως τον ελεύθερο χρόνο τους, όχι όμως και να μεταβληθούν σε ενεργά μέλη της κοινότητας. Επιπλέον, η συναναστροφή τους αποκλειστικά και μόνο με άλλους ψυχικά πάσχοντες ή κάποιες άλλες κοινωνικά «στιγματισμένες» ομάδες (π.χ: ουσιοεξαρτημένους,

αποφυλακισθέντες, κ.α), αναπαράγει ένα οιονεί ιδρυματοποιημένο περιβάλλον εργασίας και κατά συνέπεια την περιθωριοποίησή τους.

Από την άλλη πλευρά χρειάζεται μεγαλύτερη ενεργοποίηση και ενίσχυση του κοινωνικού – κοινοτικού δικτύου, για την οποία δεν αρκούν ενημερωτικές παρεμβάσεις και καλέσματα σε εκδηλώσεις των ξενώνων. Η ενίσχυση του κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου δεν είναι εύκολη υπόθεση γιατί παρεμβαίνουν παράγοντες δυσκολομετάβλητοι, όπως είναι η προκατάληψη και ο φόβος απέναντι στο «διαφορετικό» –ιδίως εάν συνοδεύεται με έννοιες όπως είναι η «επικινδυνότητα». Η μετάβαση των ενοίκων σε κοινοτικές δομές έχει συμβάλλει στη μετατόπιση των αντιλήψεων προς μια πιο θετική κατεύθυνση, δεν έχει οδηγήσει, όμως, στην ουσιαστική αποδοχή τους. Το ζητούμενο είναι να υπάρξει πραγματική αναγνώρισή τους ως πολίτες με ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις και να μην περιοριστεί σε μια συγκαταβατική συμβίωση της κοινότητας μαζί τους. Ακόμα και αν η γνωριμία με κάποιους από τους ενοίκους έχει αλλάξει τη στάση μέρους του κοινωνικού συνόλου, αυτή δε συνοδεύεται από την ανάλογη αλλαγή στη συμπεριφορά και τη δημιουργία ουσιαστικών σχέσεων.

Μήπως, τελικά, οι στόχοι του προγράμματος «Ψυχαργώς», έτσι όπως επίσημα τίθενται, δεν είναι εφικτοί μόνο χάρη στην υλοποίηση του προγράμματος αυτού καθαυτού; Δηλαδή, δε μπορούν να γίνουν πραγματικότητα αν δε σχεδιασθεί μια γενικότερη πολιτική από την πολιτεία και τους αρμόδιους φορείς που να απευθύνεται σε όλους τους πολίτες, ανεξαιρέτως, και όχι μόνο στους ψυχικά πάσχοντες. Για να επιτευχθεί η κοινωνική ενσωμάτωση των τελευταίων χρειάζεται παρέμβαση, ενημέρωση και προετοιμασία όλου του κοινωνικού πεδίου. Χρειάζεται πάνω και πρώτα από όλα παιδεία από όλους μας για να είμαστε σε θέση να κατανοήσουμε αλλά και να βοηθήσουμε στην επανένταξη κάθε ομάδας που για διάφορους λόγους

βρέθηκε στο περιθώριο της κοινωνίας. Πρέπει να γίνει συνείδηση ότι η Αποιδρυματοποίηση και η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση δεν είναι ένα πρόβλημα που αφορά αποκλειστικά και μόνο τους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα, αλλά είναι σημαντικά ζητήματα με αιτίες και συνέπειες που σχετίζονται άμεσα με ιστορικές, πολιτικές και κοινωνικές παραμέτρους.

Για το λόγο αυτό «οι στόχοι του προγράμματος «Ψυχαργώ» θα είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν όταν ξεφύγουν από τη μονοδιάστατη λογική της «διαχείρισης» του προβλήματος των ψυχικά πασχόντων και διαχυθούν προς το σύνολο της κοινωνίας. Όταν θα αρχίσουν να αφορούν και να εμπλέκουν στην επίτευξή τους όλους μας. Και φυσικά αυτό, πλέον, δεν επαφίεται στην πρωτοβουλία και τις προσπάθειες των εμπνευστών του προγράμματος και των ανθρώπων που εργάζονται για την υλοποίησή του (...) Είναι θέμα χάραξης κοινωνικής πολιτικής του κράτους, παροχής γενναιόδωρων οικονομικών κονδυλίων και ευαισθητοποίησης όλου του κοινωνικού συνόλου· ζητήματα που απαιτούν την αλλαγή δομών και νοοτροπιών χρόνια ριζωμένων, το συντονισμό δράσεων σε όλα τα επίπεδα και συγχρόνως την αναθεώρηση του οικονομικού μοντέλου που επικρατεί παγκοσμίως» (Ελληνικού & Σταμπουλή, 2003, σ. 108).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δ) ΨΥΧΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Η παρούσα εργασία εστιάστηκε σε δύο σημαντικές έννοιες (στις οποίες αναφερθήκαμε αναλυτικά σε προηγούμενα κεφάλαια) μέσα από τις οποίες διαγράφεται και διαρθρώνεται το πλαίσιο του κοινωνικού αποκλεισμού για τα ψυχικά πάσχοντα άτομα:

α) Η έννοια της επικινδυνότητας

Πρόκειται για την έννοια της επικινδυνότητας, η οποία εγγράφεται σε αυτή της ψυχικής διαταραχής με τέτοιο τρόπο ώστε να θεωρείται ο κεντρικός πυρήνας της, να προβάλλει ως το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό της, να νοείται σε μεγάλο βαθμό μέσα από το πρίσμα της και βάσει αυτής να διαμορφώνονται οι κοινωνικές αναπαραστάσεις.

Σε προηγούμενο κεφάλαιο παρουσιάστηκαν αναλυτικά οι διαδικασίες που έλαβαν χώρα για την κατασκευή των εννοιών της ψυχικής διαταραχής και της επικινδυνότητας, όπως επίσης οι σκοπιμότητες που εξυπηρετεί η χρήση και η επίκλησή τους. Επιπλέον, παρουσιάστηκε ο τρόπος που η επικινδυνότητα εγγράφεται μέσα στην έννοια της ψυχικής διαταραχής, ώστε να αποτελεί το πλέον κυρίαρχο στοιχείο της.

Ο «τρελός» έγινε συνώνυμο του «επικίνδυνος» και το αντίστροφο. Με αυτό τον τρόπο γεννήθηκε ο μύθος του «επικίνδυνου ψυχασθενή», όρος που καθιερώθηκε στο καθημερινό λεξιλόγιο μας και συνέβαλε στην ενίσχυση των αρνητικών

στερεοτύπων και της προκατάληψης απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα.

Στις μέρες μας παρατηρούνται τα εξής δύο φαινόμενα: από τη μια πλευρά βλέπουμε την τάση για μια ολοένα πιο εκτεταμένη ψυχιατρικοποίηση του παραμικρού προβλήματος των ανθρώπων, ούτως ώστε ακόμα και η εκδήλωση ενός καθημερινού άγχους να ανάγεται σε προβληματική συμπεριφορά, σε διαταραχή και συνεπώς να προτείνεται η καταφυγή στην ψυχιατρική και η «θεραπεία» του με τα μέσα αυτής· από την άλλη, η έννοια της επικινδυνότητας δείχνει να απολαμβάνει μια αυξανόμενη εύνοια και να επανέρχεται στο προσκήνιο με πολύ ισχυρό τρόπο.

Σήμερα, εποχή έντονης αβεβαιότητας και ανασφάλειας, η επίκληση της επικινδυνότητας είναι πολύ συμφέρουσα και αφορά- ανάλογα με την περίπτωση- όποια ομάδα ανθρώπων χαρακτηρίζεται ως «διαφορετική» προς την πλειοψηφία. Συνιστούν τους «αποδιοπομπαίους τράγους» που κάνουν όλους τους υπόλοιπους να αισθάνονται ασφαλείς, υγιείς και πάνω από όλα «φυσιολογικοί». Με αυτόν τον τρόπο επωμίζονται προβλήματα και δυσλειτουργίες του κοινωνικού συστήματος και έτσι η λύση των τελευταίων αναζητείται και επικεντρώνεται, σχεδόν αποκλειστικά, στην άσκηση συνεχούς κοινωνικού ελέγχου (επίσημου και άτυπου) πάνω στα άτομα αυτά.

Μια από τις χαρακτηριζόμενες ως «διαφορετικές» ομάδες ανθρώπων είναι αυτή των ψυχικά πασχόντων. Σε αυτήν περιλαμβάνονται άτομα που ήδη έχουν χαρακτηριστεί ως έχοντες ψυχιατρικά προβλήματα και έχουν υποστεί μακροχρόνιο εγκλεισμό και βίαιες μεθόδους ψυχιατρικής μεταχείρισης. Περιλαμβάνονται, όμως, και τα άτομα στα οποία αναφερθήκαμε πρωτίτερα και είναι αυτά των οποίων η παραμικρή «αποκλίνουσα» συμπεριφορά συνιστά πρόβλημα και ένδειξη/ σύμπτωμα ψυχιατρικής διαταραχής.

Τα δύο φαινόμενα που αναφέραμε παραπάνω συναντώνται και οδηγούν σε μια κοινή συνισταμένη: με πολύ μεγάλη ευκολία, πλέον, μπορεί ένα άτομο να χαρακτηριστεί αφενός ως «ψυχικά διαταραγμένο» και αφετέρου ως «κοινωνικά επικίνδυνο». Όμως, όπως ήδη έχουμε αναλύσει η μια έννοια εγγράφεται στην άλλη, αποτελούν τις δυο όψεις της ίδιας στιγματιστικής ταυτότητας. Η αποδιδόμενη ταυτότητα του «επικίνδυνου σχιζοφρενή» ή του «σχιζοφρενή εγκληματία» δε φαίνεται να έχει κλονιστεί στην ουσία της. Απλώς, σήμερα, γίνονται κάποιες απόπειρες εκφοράς ενός λιγότερου στιγματογόνου λόγου που πρέπει να θεωρηθούν ως μια προσπάθεια ένταξης και προσαρμογής στο «πολιτικώς ορθό» κλίμα της εποχής μας. Έτσι, μπορεί, εκφράσεις όπως οι προαναφερόμενες να αποφεύγονται επιμελώς, τουλάχιστον από τον επίσημο λόγο, αλλά η προσπάθεια αυτή δε συνοδεύεται από ανάλογες πράξεις. Τη θέση του «επικίνδυνου τρελού» πήρε ο «επικίνδυνος ψυχικά διαταραγμένος».

Ο μύθος της επικινδυνότητας του ψυχικά διαταραγμένου ατόμου είναι πολύ ισχυρός στις μέρες μας, με συνέπεια να στιγματίζει όποιο άτομο θεωρείται ότι αντιμετωπίζει κάποιο ψυχιατρικό πρόβλημα. Ο στιγματισμός αυτός γεννά το φόβο και καλλιεργεί την προκατάληψη της κοινότητας που με τη σειρά της κρατά αποστάσεις και θέτει στο περιθώριο τα άτομα αυτά. Από την άλλη πλευρά υπάρχει το επίσημο κράτος, το οποίο είναι και αυτό δέσμιος των στερεοτύπων και της προκατάληψης, αλλά επιπλέον, για λόγους πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών σκοπιμοτήτων ασκεί μια πολιτική που κάθε άλλο παρά βοηθάει τα ψυχικά πάσχοντα άτομα. Ως απόρροια της εφαρμογής αυτής της στιγματιστικής ταυτότητας το ψυχικά πάσχον άτομο κατηγοριοποιείται τόσο ως «επικίνδυνο» όσο και ως «ψυχικά διαταραγμένο» και αυτομάτως βρίσκεται στο περιθώριο της κοινωνίας.

β) Η ύπαρξη χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου

Πρόκειται για τη σύνδεση που βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ της ψυχικής διαταραχής και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status. Αφορά μια αμφίδρομη και αρκετά ισχυρή σχέση, με την ψυχική διαταραχή να μπορεί να οδηγήσει στο χαμηλό status και αντίστροφα, με τελική συνέπεια τη διπλή περιθωριοποίηση των ατόμων αυτών, λόγω των δυσκολιών που καλούνται να αντιμετωπίσουν σε συνδυασμό με την έλλειψη υποστήριξης από επίσημα και άτυπα δίκτυα, που με τη σειρά της επιτείνει τις δυσκολίες αυτές.

Πιο συγκεκριμένα, όλα τα μέχρι στιγμής δεδομένα έχουν συμβάλλει στην ανάδυση δυο κυρίαρχων θεωρήσεων. Η θεωρία της «κοινωνικής επιλογής» πρεσβεύει ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status προκύπτει ως συνέπεια της ύπαρξης κάποιας ψυχολογικής διαταραχής, η οποία έχει κυρίως γενετική προέλευση. Λόγω των δυσκολιών και των περιορισμένων δυνατοτήτων που απορρέουν από τη διαταραχή το άτομο δε μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του κοινωνικού-οικονομικού περιβάλλοντός του και έτσι υποβιβάζεται ή αδυνατεί να ανέλθει σε κάποια υψηλότερη κοινωνική θέση.

Οι έρευνες που σχεδιάζονται βάσει της θεωρίας της «κοινωνικής επιλογής» είναι μικρο-κοινωνιολογικής κατεύθυνσης και εστιάζουν στο άτομο. Πεποίθησή μας είναι ότι δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στο να καταδείξουν τη γενετική-κληρονομική αιτιολογία της ψυχικής διαταραχής για να καταλήξουν στο ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο προκύπτει ως συνέπεια μιας προδιάθεσης του ατόμου. Δηλαδή, ακόμα και αν έχουν αυτή τη θεωρητική υπόθεση ως αφετηρία, πρέπει να προχωρήσουν ακόμα πιο πέρα, καθώς το κρίσιμο σημείο είναι να ανακαλυφθούν και να ερμηνευθούν οι κοινωνικοί μηχανισμοί αυτοί που θέτουν στο περιθώριο άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα.

Τα τελευταία καθίστανται εξαιρετικά ευάλωτα στο στίγμα διότι η ψυχική διαταραχή εγείρει ένα πλήθος στερεοτύπων στο επίπεδο των κοινωνικών αναπαραστάσεων. Τα δύο βασικά στερεότυπα που ενεργοποιούνται μετά την ετικετοποίηση των ψυχικά πασχόντων είναι η επικινδυνότητα ή / και η προσωπική ευθύνη που φέρουν. Τα άτομα από την κοινότητα που θα ετικετοποιήσουν μια συμπεριφορά ως ψυχική διαταραχή θα εμφανίσουν την τάση να αντιλαμβάνονται το ψυχικά πάσχον άτομο ως επικίνδυνο (έχουμε αναφέρει σε προηγούμενο κεφάλαιο την κοινωνική κατασκευή της έννοιας της επικινδυνότητας και πόσο ισχυρή παραμένει, παρά την αποκάλυψη των σκοπιμοτήτων που εξυπηρετεί). Το στερεότυπο της επικινδυνότητας θα ενεργοποιήσει το συναίσθημα του φόβου και αυτό με τη σειρά του θα οδηγήσει σε συμπεριφορές κοινωνικής απόστασης (Corrigan et al., 2001· Corrigan et al., 2002)

Όσον αφορά το θέμα της προσωπικής ευθύνης, πολλές φορές το κοινό αντιλαμβάνεται τη συμπεριφορά του πάσχοντος ως απόρροια της προσωπικότητας, του χαρακτήρα του και όχι της συμπτωματολογίας. Κυριαρχεί, δηλαδή, και εδώ η ατομοκεντρική προσέγγιση. Σύμφωνα με τον Weiner (1995) η απόδοση προσωπικής ευθύνης για ένα αρνητικό γεγονός (στην προκειμένη περίπτωση την ψυχική διαταραχή) οδηγεί την κοινότητα να αισθανθεί θυμό, επιφύλαξη και να παράσχει περιορισμένη βοήθεια.

Ο στιγματισμός είναι πολύ πιο ισχυρός όταν πρόκειται για άτομα που έχουν υποστεί εγκλεισμό στο ψυχιατρείο. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχει «επίσημη» επιβεβαίωση της ψυχικής διαταραχής κάποιου ατόμου, στο οποίο, μάλιστα, έχει επιβληθεί το πιο ακραίο –και χειρότερο– μέτρο «θεραπείας». Ο εγκλεισμός σε ψυχιατρικό κατάστημα κυριαρχεί έντονα στο επίπεδο των κοινωνικών

αναπαραστάσεων και στιγματίζει ανεπανόρθωτα τον πάσχοντα, σε σημείο που ο μόνος ρόλος που του αποδίδεται να είναι αυτός του τροφίμου στο ψυχιατρείο.

Όπως εύλογα προκύπτει, ο πολλαπλός στιγματισμός του ψυχικά πάσχοντα τον θέτει αυτόματα σε μειονεκτική θέση. Ανάμεσα σε αυτόν και την κοινότητα δημιουργείται απόσταση, η οποία έχει επιπτώσεις τόσο στη δημιουργία προσωπικών/ φιλικών σχέσεων όσο και επαγγελματικών. Με αυτόν τον τρόπο το πάσχον άτομο αποκόβεται από το «υγιές» κοινωνικό περιβάλλον, περιθωριοποιείται και σαν ενδεχόμενη συνέπεια μπορεί να προκύψει η υποβίβασή του σε ένα χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status. Αν ο υποβιβασμός σε ένα τέτοιο status συνδυαστεί με την έλλειψη μιας ολοκληρωμένης πολιτικής παρέμβασης από τα επίσημα όργανα του κράτους για τη στήριξη των ατόμων αυτών ώστε να ξεπεράσουν την κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει, τότε δεν είναι δύσκολο να καταλάβουμε πώς αυτό το χαμηλό επίπεδο παγιώνεται και αποτελεί μια μη αναστρέψιμη κατάσταση.

Από την άλλη πλευρά, η θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης» υποστηρίζει ότι είναι η ύπαρξη χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου που έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών. Το άτομο λόγω της χαμηλής θέσης που κατέχει είναι περισσότερο εκτεθειμένο σε κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που το κάνουν να βιώνει έντονες καταστάσεις άγχους και συγχρόνως έχει περιορισμένες δυνατότητες να βρει τρόπους να τις ξεπεράσει, με συνέπεια να είναι περισσότερο ευάλωτο και επιρρεπές στις ψυχικές διαταραχές.

Η θεωρία της «κοινωνικής αιτιολόγησης» προτείνει μια μακρο-κοινωνιολογική θεώρηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ψυχικής διαταραχής. Αυτή η προσέγγιση εστιάζει σε βαθιά εγγεγραμμένες δομές και εδραιωμένους θεσμούς της κοινωνίας, καθώς καλείται να αναδείξει εκείνους τους παράγοντες που οδηγούν τα άτομα σε μια δυσχερή οικονομική και κοινωνική θέση.

Αυτή η δυσχερής σχέση συνεπάγεται ένα πλήθος άλλων προβλημάτων καθώς μέσω της πολιτικής που ασκείται, τις περισσότερες φορές, δεν τους παρέχεται η απαιτούμενη βοήθεια και υποστήριξη για να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες και τις ανάγκες της καθημερινής επιβίωσης. Σημαντικό, επίσης, είναι ότι στιγματίζονται λόγω του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status στο οποίο έχουν περιέλθει με αποτέλεσμα να εμποδίζεται η πρόσβασή τους σε άτυπα δίκτυα υποστήριξης (γειτονιά, κοινότητα). Βλέπουμε, λοιπόν, ότι εκτός από το χαμηλό status στο οποίο οδηγήθηκαν μέσω διαφόρων κοινωνικών μηχανισμών, υφίστανται, επιπλέον, την περιθωριοποίηση, εξαιτίας του ότι δε βρίσκουν στήριξη από επίσημα και ανεπίσημα δίκτυα, έτσι ώστε να αντιμετωπίσουν τα υπάρχοντα προβλήματα και να βοηθηθούν να τα ξεπεράσουν για να ανέλθουν πάνω από αυτό το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Τα περισσότερα από αυτά τα άτομα είναι ενδεχόμενο να βιώσουν ως εξαιρετικά αγχογόνο αυτή την κατάσταση, γεγονός που μπορεί να τα οδηγήσει στην εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχικών διαταραχών.

Από αυτά που προαναφέρθηκαν προκύπτει η σχέση μεταξύ ψυχικής διαταραχής και κοινωνικού αποκλεισμού. Η ψυχική διαταραχή προσδιορίζεται, συνδέεται και γίνεται αντιληπτή μέσα από δύο πολύ σημαντικές παραμέτρους: της επικινδυνότητας και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status. Η σχέση καθεμιάς από αυτές τις δύο με την ψυχική διαταραχή είναι πολύ διαφορετική, αλλά ο συνδυασμός τους οδηγεί στη διαδοχική μετάβαση των ψυχικά πασχόντων από την κοινωνική ενσωμάτωση στο χώρο του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η μετάβαση και η καθήλωση των ψυχικά πασχόντων στο χώρο αυτό συνεπάγεται ένα πλήθος προβλημάτων. Τα άτομα αυτά στιγματίζονται και περιθωριοποιούνται λόγω της ψυχικής διαταραχής τους, της επικινδυνότητας που

θεωρείται ότι φέρουν βάσει της διαταραχής και του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status. Η περιθωριακή θέση στην οποία περιέχονται είναι εξ ορισμού μια θέση που τους εμποδίζει ή καλύτερα τους αποκλείει από την πρόσβαση σε δημόσια και κοινωνικά αγαθά και από τη συμμετοχή τους στο πολιτικό γίγνεσθαι. Οι ψυχικά πάσχοντες δεν απολαμβάνουν ισότιμη μεταχείριση και δε γίνονται αποδέκτες βασικών δικαιωμάτων και αγαθών, ενώ συγχρόνως δεν τους δίνεται η δυνατότητα να έχουν λόγο και γνώμη για τα όσα συμβαίνουν στους ίδιους αλλά και στην κοινωνία γενικότερα.

II) ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ «ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΕΝΩΝ» ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Για να γίνουμε πιο σαφείς πρέπει να κάνουμε διάκριση ανάμεσα σε δυο κατηγορίες ψυχικά πασχόντων ατόμων. Πρόκειται: α) για αυτούς που έχουν στο ιστορικό τους ένα μακροχρόνιο εγκλεισμό στο ψυχιατρείο και τώρα, μέσα στο πλαίσιο των προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης, μεταβαίνουν σε κοινοτικές δομές και β) για τον ολοένα αυξανόμενο αριθμό ανθρώπων που και η οποιαδήποτε «διαφορετική» συμπεριφορά του, ίσως, λόγω των αντιφάσεων και της πολυπλοκότητας της δοσμένης κοινωνίας, με ευκολία κατηγοριοποιείται ως «παρεκκλίνουσα» και πολύ συχνά ως ένδειξη απαρχής κάποιας ψυχικής διαταραχής. Αναμφισβήτητα ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι πιο έντονος και πιο ορατός στην πρώτη κατηγορία ατόμων. Παρακάτω θα επιχειρήσουμε να δείξουμε πώς βιώνεται ο κοινωνικός αποκλεισμός, αναλυτικά, για κάθε μια από τις δυο αυτές κατηγορίες.

α) Μακροχρόνια έγκλειστοι στο ψυχιατρείο

Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου άρχισε να ασκείται εντονότατη κριτική στο θεσμό του ασύλου, στις άθλιες συνθήκες διαβίωσης που επεφύλασσε για

τα άτομα που αντιμετώπιζαν κάποια ψυχιατρικά προβλήματα και για το πώς όλα αυτά συνέτειναν στην απαξίωση των τροφίμων και τη μεταμόρφωσή τους σε άβουλα όντα, σε μια αποκομμένη από την κοινωνία μάζα ανθρώπων χωρίς δικαιώματα, χωρίς υπαρξιακό, ψυχολογικό και κοινωνικό είναι. Μια μάζα ανθρώπων που όχι μόνο δεν ήταν δυνατή η θεραπεία της μέσα στο χώρο του ψυχιατρείου, αλλά που υφίσταται, επιπλέον, μια άλλη σημαντική παρενέργεια, αυτή της ιδρυματοποίησης, που είχε ως συνέπεια την πλήρη και ολοκληρωτική αποκοπή του ατόμου από την κοινωνία και από τον εαυτό του.

Η παραπάνω κριτική σε συνδυασμό με την ανακάλυψη της νέας γενιάς ψυχοφαρμάκων, την αυξημένη ζήτηση στην αγορά εργασίας και τις αναδιαρθρώσεις στις κοινωνικές δαπάνες και τη δημοσιονομική πολιτική (βάσει της αντίληψης ότι το κόστος νοσηλείας του ψυχικά πάσχοντα στο ψυχιατρείο είναι ιδιαίτερα μεγάλο), οδήγησαν στην εφαρμογή προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης σε πολλές δυτικές χώρες. Ίσως, μάλιστα, οι παράγοντες που σχετίζονταν με την αγορά εργασίας και την τάση για συρρίκνωση των κοινωνικών δαπανών να είχαν τον πιο σημαντικό ρόλο για την έναρξη των εν λόγω προγραμμάτων.

Τα προγράμματα της αποϊδρυματοποίησης στοχεύουν γενικά στη σταδιακή μετάβαση χρόνια εγκλειστών στο ψυχιατρείο σε δομές μέσα στην κοινότητα και σίγουρα έχουν συμβάλει στην καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης, περίθαλψης και φροντίδας των ψυχικά πασχόντων ατόμων. Μπορούμε, όμως, να ισχυριστούμε ότι η προσπάθεια αυτή αρκεί για να εξαλειφθεί το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού τους; Η απάντηση είναι, σίγουρα, αρνητική: «...η διαχωριστική γραμμή, που τον χωρίζει από “τους έξω”, που, πριν, ήταν ο τοίχος του ψυχιατρείου, αλλά τώρα, είναι η ετικέτα, το βλέμμα του “άλλου”, η κατάσταση (status) του “δευτέρας κατηγορίας” πολίτη, συχνά ο ανοιχτός ρατσισμός: όλα αυτά –και άλλα– αποτελούν τη νέα υπαρξιακή κατάσταση του επανεντασσόμενου» (Μεγαλοοικονόμου, 2000, σ. 21).

Οι ψυχικά πάσχοντες, ακόμα και μετά την τυπική, τουλάχιστον, επάνοδό τους στην κοινότητα, δεν παύουν να γίνονται αντιληπτοί ως «διαφορετικοί» και σε αυτό πολύ μεγάλο ρόλο διαδραματίζει η ιδρυματοποίηση που έχουν υποστεί κατά το χρόνιο εγκλεισμό τους στο ψυχιατρείο. Η ατημέλητη εμφάνισή τους, η δυσχέρεια να εκφέρουν έναν καθαρό και κατανοητό λόγο, κάποιες επαναλαμβανόμενες κινήσεις που έχουν υιοθετήσει, η «ιδιαιτέρη» στάση τους απέναντι σε κάποια γεγονότα (π.χ: η περίεργη αίσθηση που έχουν με το χρόνο, η σχέση τους με το χρήμα, κ.α.) τους καθιστούν ευάλωτους στο, ούτως ή άλλως, καχύποπτο βλέμμα της κοινότητας. Για κάποιους από αυτούς αυτά που αναφέρθηκαν μπορεί να είναι απόρροια της ψυχικής διαταραχής τους, σίγουρα πάντως έχουν επιταθεί από τον ιδρυματισμό, ενώ για κάποιους άλλους είναι αποκλειστικά προϊόντα της χρόνιας παραμονής τους στο χώρο του ασύλου και του αποκλειστικού συγχρωτισμού τους με άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Οι άνθρωποι αυτοί έχουν ζήσει ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους (ίσως και το μεγαλύτερο) σε ένα περιβάλλον άθλιων συνθηκών, παντελώς αποπροσωποποιημένο, αποκομμένο από την κοινωνία, στο οποίο έχασαν τις όποιες δεξιότητες και ικανότητες διέθεταν, τη δυνατότητα επικοινωνίας με άτομα έξω από το χώρο του ψυχιατρείου και μεταβλήθηκαν σε μια καθοδηγούμενη μάζα που έπρεπε να υποστεί τη βιαιότητα, τον εξευτελισμό και τη συμμόρφωσή της στους κανόνες ενός ολοπαγούς ιδρύματος, όπως το ψυχιατρείο. Απώλεσαν την επαφή τους με την πραγματικότητα, με τις μεταβολές και εξελίξεις στον κοινωνικό χώρο, με την ίδια τη ζωή.

Χωρίς κάποια ιδιαίτερη προετοιμασία και ύστερα από πολλά χρόνια οι άνθρωποι αυτοί μεταβαίνουν σε μια κοινοτική δομή και ξαφνικά καλούνται να



αντιμετωπίσουν ένα πλήθος ζητημάτων που ξεκινάνε από πολύ στοιχειώδες επίπεδο, όπως το να μάθουν να τρώνε με μαχάιρι και πιρούνι, μέχρι πιο σύνθετα, όπως το να αποκτήσουν επαφές με άτομα της κοινότητας ή να διεκπεραιώσουν κάποιες υποθέσεις τους σε δημόσιες υπηρεσίες.

Οι ψυχικά πάσχοντες που έχουν υποστεί χρόνιο εγκλεισμό στο ψυχιατρείο βιώνουν τον κοινωνικό αποκλεισμό σε όλες του τις διαστάσεις. Συγκεκριμένα:

- Το εισόδημα της συντριπτικής πλειοψηφίας των ενοίκων των ξενώνων είναι από ισχνό έως ανύπαρκτο, ενώ κάποιο ποσό που τους δίνεται (αν τους δοθεί και με μεγάλη χρονική καθυστέρηση) ως βοήθημα είναι τόσο συμβολικό που δεν επαρκεί να καλύψουν ούτε τις βασικές ανάγκες τους.
- Τα χρηματοδοτούμενα προγράμματα κατάρτισης/ εκπαίδευσης αφορούν ένα πολύ μικρό ποσοστό των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, κατά μία εκτίμηση όχι πάνω από 7% (Μεγαλοοικονόμου, 1996). Επιπλέον, η κατάρτιση σχετίζεται με αντικείμενα που δεν έχουν καμιά σχέση με τη ζήτηση στην τρέχουσα αγορά εργασίας και όταν λήγει οι ψυχικά πάσχοντες δεν έχουν κάποια εξασφαλισμένη δουλειά. Η αμοιβή από τη συμμετοχή τους στα προγράμματα αυτά κινείται σε ένα συμβολικό επίπεδο που μόνο ως «χαρτζιλίκι» μπορεί να χρησιμεύσει.
- Δε διαθέτουν σταθερή κατοικία, αφού οι περισσότεροι έχουν ελάχιστες έως ανύπαρκτες σχέσεις με την οικογένειά τους, δεν έχουν επαρκές εισόδημα για να νοικιάσουν κάποιο διαμέρισμα και, όπως είπαμε, ο ξενώνας είναι μια προσωρινή λύση για αυτούς.
- Υπάρχει έλλειψη ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών που να τους παρέχει την απαιτούμενη στήριξη και φροντίδα, χωρίς, όμως, να τους ελέγχει. Το σύστημα ψυχικής υγείας διατηρεί στο ακέραιο τον

νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του (Θεραπευτικές ομάδες ξενώνων «Μετάβαση» και «Αμάλθεια» του ΨΝΑ, 2001).

- Όλα τα παραπάνω λειτουργούν μέσα σε ένα πλαίσιο σχέσεων, όπου ο φόβος και η προκατάληψη εκ μέρους της κοινότητας προς τους ψυχικά πάσχοντες είναι πανταχού παρόντα. Ακόμα και στις περιπτώσεις που αυτά τα αισθήματα έχουν μετριαστεί, ο ψυχικά πάσχων αντιμετωπίζεται, μάλλον, με συγκατάβαση παρά ως ισότιμο μέλος της κοινωνίας. Οι στάσεις αυτές έχουν ως συνέπεια συμπεριφορές κοινωνικής απόστασης και δε διευκολύνουν την ανάπτυξη οποιασδήποτε είδους σχέσης με την κοινότητα. Το εχθρικό ή στην καλύτερη περίπτωση καχύποπτο βλέμμα της κοινωνίας προς τα άτομα που έχουν υποστεί μακροχρόνιο εγκλεισμό σηματοδοτεί την απαρχή του κοινωνικού αποκλεισμού τους, πλέον εντός της κοινότητας.

Ως απόρροια όλων των παραπάνω προκύπτει ότι, τελικά, η μετάβαση των ψυχικά πασχόντων από το ψυχιατρείο σε κοινοτικές δομές δε σηματοδοτεί, ουσιαστικά, και τη μετάβασή τους από το χώρο του εγκλεισμού σε αυτόν του κοινωνικού αποκλεισμού. «...και η ένταξη στις νεοσύστατες στεγαστικές δομές (του τύπου του ξενώνα/ οικοτροφείου), πολύ περισσότερο μάλιστα αν διεξάγεται μηχανικά, ως απλή μεταφορά ή "τοποθέτηση", δεν είναι παρά στα κράσπεδα του κοινωνικού ιστού, δεν είναι, ακόμα, ένταξη μέσα στον κοινωνικό ιστό, δεν είναι ακόμα κοινωνική ενσωμάτωση» (Μεγαλοοικονόμου, 2000, σ. 20).

Οι ξενώνες και τα οικοτροφεία αναπαράγουν τη λογική του ασύλου και τείνουν να μετασχηματιστούν σε γκέτο για τους ενοίκους τους. Στερημένοι επαρκούς εισοδήματος, θέσης εργασίας, δικής τους στέγης, δημιουργίας ουσιαστικών σχέσεων με την κοινότητα και ικανοποίησης βασικών δικαιωμάτων τους, βρίσκονται για ακόμα μια φορά στο περιθώριο της κοινωνικής οργάνωσης και έρχονται αντιμέτωποι

με μια νέου τύπου ιδρυματοποίηση, καθώς είναι αναγκασμένοι να προσαρμοστούν και να αναπαράγουν τις νέες συνθήκες ζωής που τους επιφυλάσσει η διαβίωση στις κοινοτικές δομές, οι οποίες τους καθηλώνουν σε ένα επίπεδο επιφανειακής προνοιακής συντήρησής τους και σε καμία περίπτωση δεν προάγουν την ανεξαρτησία και αυτονομία τους. Αυτή η νέου τύπου ιδρυματοποίηση ίσως είναι πιο επικίνδυνη γιατί δεν είναι άμεσα ορατή και συγκαλύπτεται από ένα μανδύα μεταρρυθμιστικών ρητορικών και διακηρύξεων. Το ψυχιατρείο δεν είναι η μοναδική προϋπόθεση για την ανάπτυξη του ιδρυματισμού, αντίθετα *«...η πηγή, η ρίζα του ιδρυματισμού δεν είναι το ψυχιατρείο, αλλά η κοινωνία, της οποίας αποτελεί δημιούργημα»* (Μεγαλοοικονόμου, 2000, σ. 20).

β) «Ψυχικά πάσχοντες» που δεν έχουν υποστεί μακροχρόνιο εγκλεισμό στο ψυχιατρείο

Οι ψυχικά πάσχοντες που υφίστανται τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι μόνο αυτοί που έχουν ιστορικό μακροχρόνιου εγκλεισμού στο ψυχιατρείο, αλλά και πολλοί άλλοι άνθρωποι που με ευκολία σήμερα χαρακτηρίζονται ως άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές. Επίσης, το γεγονός ότι τα τελευταία χρόνια (από το 1998) βρίσκεται σε εξέλιξη το πρόγραμμα αποϊδρυματοποίησης και σταδιακής μετάβασης χρόνια διαβιούντων στο άσυλο προς κοινοτικές δομές, δεν πρέπει να μας κάνει να ξεχνάμε ότι υπάρχει και ένας μεγάλος αριθμός ανθρώπων που αντιμετωπίζει ψυχιατρικές δυσκολίες και αποτελεί τμήμα των αστέγων, φτωχών και εξαθλιωμένων που περιπλανάται αβοήθητο και παραπεταμένο στο περιθώριο της κοινωνίας.

Όπως αναφέραμε και σε άλλα σημεία της παρούσας εργασίας, στις μέρες μας παρατηρείται η τάση οποιαδήποτε «μη συνηθισμένη» συμπεριφορά ή ακόμα και η εκδήλωση άγχους, αυτομάτως να «ετικετοποιούνται» ως διαταραχές της

προσωπικότητας και να προτείνεται η καταφυγή αρχικά στα ψυχοφάρμακα και εν συνεχεία στην ψυχιατρική. Η ευκολία επικόλλησης τέτοιου είδους «ετικέτας» σε ένα συνεχώς διευρυνόμενο αριθμό ανθρώπων γεννά πολλές υποψίες ως προς τις σκοπιμότητες που εξυπηρετεί, μιας και τα όντως υπαρκτά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν αποδίδονται στα ίδια τα άτομα. Η συμπεριφορά τους είναι προβληματική αφ' εαυτής και όχι εξαιτίας κάποιων κοινωνικών όρων.

Από τη μια πλευρά υπάρχει η δημιουργία δυσμενών κοινωνικών συνθηκών που οδηγούν πολλούς ανθρώπους σε κοινωνικό και ψυχικό αδιέξοδο και από την άλλη παρατηρείται μια ευκολία χαρακτηρισμού και κατηγοριοποίησής τους ως άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές. Έτσι, λοιπόν, για προβλήματα που έχουν κοινωνικό υπόστρωμα και που αναμφισβήτητα μπορούν να έχουν ως συνέπεια τη διατάραξη της ψυχικής υγείας του ατόμου, αρκούμαστε στο να τα ονομάσουμε «ψυχική διαταραχή» ή «ψυχική ασθένεια» και να περιορίσουμε την αιτιολογία τους στο ίδιο το άτομο. Δηλαδή, η ψυχιατρική αποδέχεται να απορροφήσει στο δικό της πεδίο, αντιφάσεις που είναι πέραν της δικής της αρμοδιότητας, δίνοντας έτσι έναν επιστημονικό/ψυχιατρικό ορισμό σε καταστάσεις που απορρέουν από προβληματικούς κοινωνικούς παράγοντες (Μεγαλοοικονόμου, 2000). Αλλά ακόμα και όταν αναγνωρίζεται η σημασία που έχουν κάποιες κοινωνικές συνθήκες, το ψυχικά πάσχον άτομο αντιμετωπίζεται, πλέον, ως μια ιδιότυπη κοινωνική περίπτωση που χρήζει θεραπείας· θεραπείας, όμως, όχι των κοινωνικών συνθηκών που το δημιούργησαν, αλλά του ίδιου του ατόμου.

«Εκατοντάδες χιλιάδες, ιδιαίτερα νέοι, αλλά και ενήλικες, που πικνώνουν τις τάξεις των "μακροχρόνιων ανέργων", πετιούνται έξω από τον παραγωγικό κύκλο, από τις νέες τεχνολογίες, τις συγχωνεύσεις των εταιρειών και από τις απαιτήσεις της ανταγωνιστικότητας, στις συνθήκες της "ελεύθερης αγοράς". Αυτές οι συνθήκες προκαλούν και τροφοδοτούν τη διάρρηξη του κοινωνικού ιστού και των κοινωνικών και θεσμικών δικτύων στήριξης, την κρίση

των παραδοσιακών ταυτοτήτων, την άνοδο του ατομικισμού των κυρίαρχων “επιτυχημένων” και την κοινωνική απομόνωση αυτών που σπρώχνονται στον πυθμένα της κοινωνικής κλίμακας. Μέσα σε αυτές τις συνθήκες όλο και περισσότεροι άνθρωποι ωθούνται να ζουν στο “μεταίχμιο”, να βιώνουν “οριακές καταστάσεις”, κοινωνικές και υπαρξιακές (...) Νέες μορφές ψυχικής οδύνης κάνουν την εμφάνισή τους, πλάι στις παλιές, που χαρακτηρίζονται από το “ευάλωτο” της ύπαρξης και του ψυχισμού, ανοιχτού, μέσα σε αυτές τις αφόρητες συνθήκες, σε κάθε είδους “φυγές” ή “τρόπους ύπαρξης”: στην ψυχωτική απομάκρυνση από την πραγματικότητα, στην κατάθλιψη, στις ουσίες, στη βία, στη διαρκή ψυχική δυσφορία» (Μεγαλοοικονόμου, 2001, σσ. 71- 72).

Με αυτό τον τρόπο όλο και περισσότεροι άνθρωποι ωθούνται από τη μαζική ανεργία, την επισφαλή εργασία, την ανεπάρκεια και συρρίκνωση των κοινωνικών δαπανών, τη φτώχεια, την ελλιπή έως ανύπαρκτη στήριξη από επίσημα και άτυπα δίκτυα και, τέλος, την κατηγοριοποίησή τους ως μια ακόμα «διαφορετική» και «προβληματική» ομάδα ανθρώπων, στο χώρο του κοινωνικού περιθωρίου, στη “no man’s land” του κοινωνικού αποκλεισμού (Castel, 1995).

III) Ο ΧΩΡΟΣ ΤΗΣ «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ», ΕΝΑΣ ΕΞ ΟΡΙΣΜΟΥ ΧΩΡΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Το αίτημα για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων, όπως και κάθε άλλης πληθυσμιακής ομάδας που μέσα από ποικίλους κοινωνικούς μηχανισμούς βρέθηκε στο περιθώριο, είναι ένα αίτημα που μέσα στις σύγχρονες συνθήκες δε μπορεί να γίνει πραγματικότητα. Και δε μπορεί να γίνει πραγματικότητα γιατί δεν υπάρχει η θέληση αφενός να δούμε τις κοινωνικές αιτίες που τον δημιουργούν και τον περιορίζουν σε ένα επίπεδο διαχείρισης και συντήρησής του και αφετέρου να τις «θεραπεύσουμε», να τις εξαλείψουμε.

Ας ξεκινήσουμε από το ερώτημα που αφορά σε ποια κοινωνία καλούμε τον ψυχικά πάσχοντα να επανενταχθεί. Υφίσταται σήμερα η έννοια της κοινότητας; «Μιλάμε για "επανένταξη στην κοινότητα" και η λέξη "κοινότητα" παραπέμπει σε μια κατάσταση, που, όμως, δεν υφίσταται ως πραγματικότητα. Η "κοινότητα", που υπάρχει σήμερα, δεν είναι η "κοινότητα με τους άλλους", ως χώρος ανάπτυξης της προσωπικής ελευθερίας, αλλά μια "ψευδοκοινότητα" (*Illusory community*), όπως την χαρακτήρισε ο Μαρξ. "Δεν είναι μόνο ψεύτικη, αλλά και εμπόδιο", όπως έγραψε. Από την εποχή εκείνη, αυτό που έχει αλλάξει είναι το βάθος και η έκταση της αλλοτρίωσης, που έχει πάρει ακραίες διαστάσεις, πράγμα που κάνει την "πραγματική κοινότητα"- αυτήν όπου "τα άτομα αποχτούν την ελευθερία τους διαμέσου της ένωσής τους"- να φαντάζει τόσο πιο "μακρινή", όσο περισσότερο αποτελεί την βαθύτερη και αυθεντικότερη ανάγκη της πραγματικότητας, μέσα στην οποία ζούμε» (Μεγαλοικονόμου, 2000, σ. 19).

Παρόμοια κατάσταση αλλοτρίωσης επικρατεί και στο χώρο της εργασίας. Η είσοδος νέων τεχνολογιών και οι μεγάλες αλλαγές στον τρόπο παραγωγής, έχουν ως συνέπεια την καταδυνάστευση των εργαζομένων από τα μέσα παραγωγής, την απώλεια της δημιουργικής τους ικανότητας, την αποστασιοποίησή τους από το αντικείμενο της εργασίας τους, που δεν το θεωρούν ως κάτι δικό τους, και καταληκτικά την υιοθέτηση μιας παθητικής στάσης προς τη δουλειά τους. Όλα αυτά λαμβάνουν χώρα σε ένα κλίμα όπου οι απαιτήσεις για ανταγωνιστικότητα και παραγωγικότητα είναι εξαιρετικά αυξημένες, ενώ η αγορά εργασίας ολοένα και συρρικνώνεται και κάνει την ανεργία να κρέμεται σαν δαμόκλειος σπάθη πάνω από τους εργαζόμενους. Επιπλέον, προωθείται η πολιτική της «δια βίου κατάρτισης», που ουσιαστικά θέτει σε αμφισβήτηση τα προσόντα των εργαζομένων, τους βάζει στη διαδικασία να τα αποδεικνύουν συνεχώς και στοχεύει στην απεριόριστη ελαστικότητα του εργατικού δυναμικού για να το απασχολεί περιοδικά και ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες της παραγωγής.

Συγχρόνως συντελείται η αναδιάρθρωση/ συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας. Οι κοινωνικές δαπάνες περιορίζονται σε μεγάλο βαθμό και κατακτήσεις εργαζομένων που είχαν επιτευχθεί μετά από αγώνες πολλών χρόνων και τους εξασφάλιζαν το δικαίωμα στην υγεία, τη στέγη, τα γηρατειά, τη στήριξη σε περίπτωση ανεργίας και ανέχειας, τώρα είναι υπό αμφισβήτηση και κατάργηση. Παράλληλα, προωθείται η ιδιωτικοποίηση του χώρου της υγείας και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, καθιστώντας τους εργαζόμενους ευάλωτους στην αβεβαιότητα και την ανασφάλεια για το παρόν και το μέλλον.

Μέσα σε αυτό το κοινωνικό σύστημα πώς γίνεται αντιληπτή η έννοια της υγείας και της αρρώστιας; Η υγεία όπως και η αρρώστια είναι αξίες σχετικές και οι μορφές με τις οποίες συναντώνται ποικίλουν ανάλογα με την κοινωνία, εξαρτώνται από τις πεποιθήσεις, τις αξίες και τη δομή της εκάστοτε κοινωνίας (Τζαβάρα, 1986). Η ασθένεια είναι και κοινωνική ασθένεια και παράγεται από τη σχέση του (και ψυχικά) πάσχοντος ανθρώπου με την κοινωνική οργάνωση μέσα στην οποία ζει, με τον τρόπο που είναι οργανωμένη η δομή της κοινωνίας, οι κοινωνικές σχέσεις, το εύρος των κοινωνικών δικαιωμάτων, η εισοδηματική πολιτική, οι θέσεις εργασίας και το είδος των εργασιών, η πρόσβαση στην εκπαίδευση και τη στέγη, η ύπαρξη συναισθηματικής και κοινωνικής στήριξης από επίσημα και άτυπα δίκτυα, η επικρατούσα κουλτούρα (Θεραπευτικές ομάδες ξενώνων «Μετάβαση» και «Αμάλθεια» του ΨΝΑ, 2001). Στη σημερινή κοινωνική οργάνωση η υγεία και η αρρώστια έχουν αποκτήσει μια απόλυτη αξία, οδηγώντας στην αποδοχή του «υγιή» και τον αποκλεισμό του «ασθενή». Ο άνθρωπος που αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας μετατρέπεται σε πολίτη δεύτερης κατηγορίας, θεωρείται ως ένα άβουλο πλάσμα που δε μπορεί και δεν πρέπει να έχει λόγο για ό,τι συμβαίνει γύρω

του, καταδικάζεται στο ρόλο του ασθενή, του προνοιακά βοηθούμενου και του εγκλείστου στο ίδρυμα.

Στην κοινωνία με όλα τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά καλείται να «επανενταχθεί» το ψυχικά πάσχον άτομο. Δηλαδή, σε μια κοινωνία που ήδη του έχει στερήσει βασικά δικαιώματα, του έχει μειώσει τις δυνατότητες για μια αξιοπρεπή εργασία, τον έχει αποξενώσει από τους γύρω του, του έχει επιβάλλει απόλυτους και άκαμπτους διαχωρισμούς περί «αρρώστιας» και «υγείας» ή «φυσιολογικότητας» και στο ελάχιστο πρόβλημα που ενδέχεται να αντιμετωπίσει ως συνέπεια των παραπάνω δυσμενών συνθηκών το επενδύει με ένα πλήθος αρνητικών στερεοτύπων και προκαταλήψεων, το υπευθυνοποιεί για την κατάστασή του και το θέτει στο περιθώριο, το αποκλείει.

Η κοινωνική ενσωμάτωση για την οποία γίνεται τόσος λόγος, προβάλλεται ως κύριος άξονας της κοινωνικής πολιτικής, χρηματοδοτούνται προγράμματα για την επίτευξή της και διοργανώνονται συζητήσεις και συνέδρια, αποτελεί, ουσιαστικά, έναν εξ ορισμού χώρο κοινωνικού αποκλεισμού. Ένα χώρο, που λόγω της ύπαρξης και των χαρακτηριστικών του έχουν αποκλειστεί κάποιες πληθυσμιακές ομάδες και στον οποίο –ίδιο και απαράλλαχτο– καλούνται τώρα να «επανενταχθούν».

Βλέπουμε ότι ο επίσημος λόγος περί άρσης του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων είναι ένας κατεξοχήν αντιφατικός λόγος καθώς εγκλωβίζεται στα ίδια του τα επιχειρήματα και το ερώτημα που, πλέον, προκύπτει είναι γιατί εξακολουθεί να προβάλλεται ως κυρίαρχος και σωστός, ποια σκοπιμότητα εξυπηρετεί.

IV) ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ: Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΟΨΗ ΤΗΣ ΡΗΤΟΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ

Όπως είδαμε η άρση του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων δεν είναι εφικτή μέσα στις παρούσες συνθήκες, και αυτό όχι λόγω του ότι δεν είναι δυνατή η καταπολέμηση και εξάλειψή του, αλλά διότι δεν είναι επιθυμητή. Δεν υπάρχει η θέληση παρατήρησης και ανάλυσης των πραγματικών αιτιών που τον γεννούν, αλλά και στις σπάνιες περιπτώσεις που γίνεται κάποια νύξη για αυτές, επιλέγουμε να τις αγνοούμε, να προσποιούμαστε ότι δεν υφίστανται, ότι ποτέ δεν υπήρξαν.

Ο λόγος περί ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, κοινωνικής ενσωμάτωσης και επανένταξης των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικές δυσκολίες, καθίστανται κενός νοήματος και περιεχομένου. Αυτοί οι στόχοι δε μπορούν να επιτευχθούν, αφενός αν δεν αλλάξει η σημερινή κοινωνία σε βασικά χαρακτηριστικά της και αφετέρου αν δε σταματήσει να υπάρχει αυτή η υποκρισία γύρω από τα ζητήματα του κοινωνικού αποκλεισμού.

Όπως προαναφέρθηκε, ο κοινωνικός αποκλεισμός, τελικά, αποδεικνύεται ότι αποτελεί μια έννοια που είναι σε μεγάλο βαθμό κατασκευασμένη. Αυτό, φυσικά, δε σημαίνει ότι σα φαινόμενο δεν υφίσταται και ότι δεν υπάρχουν πληθυσμιακές ομάδες που βιώνουν τις συνέπειες του. Το πρόβλημα, όμως, έγκειται στον τρόπο που προσδιορίζεται επίσημα ως έννοια και στα αποτελέσματα που έχει η πολιτική που ασκείται βάσει αυτού του προσδιορισμού.

Αναμφισβήτητα οι ψυχικά πάσχοντες έρχονται αντιμέτωποι με τον κοινωνικό αποκλεισμό και τον βιώνουν στην καθημερινότητά τους, καθώς παρεμποδίζονται από την πρόσβαση στα δημόσια αγαθά και την ισότιμη συμμετοχή τους στο κοινωνικό γίγνεσθαι. Ο πραγματικός κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν είναι ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση σε όλες τους τις διαστάσεις, μια καθημερινότητα που θέτει σε

αμφισβήτηση αυτονομία δικαιώματα των ανθρώπων αυτών και αναιρεί βασικές υποχρεώσεις από την πλευρά του επίσημου Κράτους, μια κοινωνική κατηγορία ατόμων ορατή αλλά αποκομμένη από την υπόλοιπη κοινωνία, στερημένη φωνής και δυνατότητας διεκδίκησης αλλαγής της κατάστασής της.

Αυτός ο πραγματικός κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα αναγνωρίζεται, αλλά με έναν πολύ διαφορετικό και λανθασμένο τρόπο. *«Γίνεται, αντίθετα, προσπάθεια να περάσει η αντίληψη ότι τα προβλήματα αυτά είναι προϊόν "υποκειμενικής ευθύνης", το αποτέλεσμα, δηλαδή, της "αποτυχίας" ατόμων ή ομάδων να επωφεληθούν από τις λεγόμενες "ίσες ευκαιρίες", που παρέχονται μέσα σε ένα κοινωνικό σύστημα, που είναι "φυσικό", αιώνιο, και αμετακίνητο, που αποτελεί το απαύγασμα, το "τέλος της ιστορίας". Στη χειρότερη περίπτωση, τα προβλήματα αυτά δεν είναι παρά απλά "βραχυκυκλώματα" κάποιων ανισορροπιών, που θα έπρεπε, βέβαια, να διορθωθούν, ανισορροπιών, ωστόσο, ενός συστήματος "σωστού και ορθολογικού"»* (Μεγαλοοικονόμου, 2000, σ. 23).

Έτσι, λοιπόν, η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού που προβάλλεται και γίνεται αντικείμενο συνεδρίων, συζητήσεων, χρηματοδοτήσεων και προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής, απέχει πολύ από το να αποδώσει τον τρόπο που αυτός βιώνεται στην καθημερινότητα των κοινωνικά αποκλεισμένων. Αυτό συντείνει στην αναπαραγωγή και διαιώνιση του φαινομένου, μιας και καθλώνει τον κοινωνικό αποκλεισμό σε ένα επίπεδο επιφανειακής και συμφέρουσας ερμηνείας και διαχείρισής του. Ως τελικό αποτέλεσμα προκύπτει η ταξινόμηση και κατηγοριοποίηση κάποιων ανθρώπων που μετατρέπονται σε αντικείμενα πολιτικών παρέμβασης, σε «ομάδες-στόχους», με συνέπεια να αποσυνδέονται τα κοινωνικά προβλήματα των ομάδων αυτών από την κοινωνική οργάνωση που τα προκαλεί.

Όσο ο κοινωνικός αποκλεισμός συνεχίζει να νοείται ως πρόβλημα των ίδιων των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων, συνέπεια της προσωπικότητάς τους, του

τρόπου ζωής τους, των λανθασμένων επιλογών τους και της αποτυχίας τους να επωφεληθούν από την κοινωνία των «ίσων ευκαιριών» τόσο θα εμπεδώνεται η επικόλληση μιας ακόμα ετικέτας και ενός ακόμα τρόπου περιθωριοποίησης κάποιων «ευπαθών» κοινωνικών ομάδων.

Οι ψυχικά πάσχοντες αποτελούν μια από τις πιο ευάλωτες στην ετικέτα των «κοινωνικά αποκλεισμένων» ομάδες γιατί είναι «άρρωστοι», «επικίνδυνοι» και πολύ συχνά «χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου». Πολλοί δε από αυτούς έχουν και βεβαρημένο ιστορικό, καθώς υπήρξαν «τρόφιμοι των ψυχιατρείων». Εγείρουν, δηλαδή, ένα πλήθος στερεοτύπων στο επίπεδο των κοινωνικών αναπαραστάσεων και καθίστανται μια ακόμα πρόσφορη ομάδα προς διαχείριση. Οι πολιτικές για την ψυχική υγεία δεν έχουν ως στόχο την επίλυση των προβλημάτων, αλλά αντίθετα, τη συντήρησή τους μέσα από μια διαχειριστική λογική. *«Εξακολουθούν να διαχειρίζονται, μέσα από πιο εξωραϊσμένες και πιο τελειοποιημένες τεχνικά υπηρεσίες, τον κοινωνικό αποκλεισμό. Ότι δέχονται, για μια ακόμη φορά, την "κοινωνική εντολή" να δίνουν μια τεχνική λύση σε μια κοινωνική αντίφαση (...) Αυτό μπορεί να συντελέσει στην ανάπτυξη μιας μεθοδολογίας της ΨΚΑ (ενν. της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης), που αντιλαμβάνεται και υλοποιεί το στόχο της Ομαλοποίησης (Normalization) ως συμμόρφωση, ως ομογενοποίηση του (χαρακτηριζόμενου ως "διαφορετικού") ατόμου μέσα στην κουλτούρα της επικρατούσας ταυτότητας/ κανονικότητας- και όχι ως ισότιμη και αμοιβαία αλληλεπίδραση»* (Μεγαλοοικονόμου, 2000, σσ. 21-22).

Με αυτό τον τρόπο οι πρακτικές για την άρση του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων μετατρέπονται σε εργαλείο κοινωνικού ελέγχου της ομάδας αυτής. Οι πρακτικές αυτές ασκούνται όχι για να λύσουν προβλήματα, αλλά για να επικυρώσουν τον αποκλεισμό και τον κοινωνικό έλεγχο ατόμων που δε μπορούν να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις του επιβαλλόμενου τρόπου ζωής, του σύγχρονου παραγωγικού συστήματος και στην κρατούσα κουλτούρα περί «φυσιολογικού» και

μη «φυσιολογικού». «Έχουμε, επομένως, την κατασκευή και την ταξινόμηση ομάδων και κατηγοριών, που παίζουν ένα μειωτικό, ρατσιστικό ρόλο, εδραιώνοντας την περιθωριοποίηση ομάδων, όπως: οι ‘‘έξω’’ και οι ‘‘μέσα’’ από την κοινωνία, ο ‘‘ασθενής’’ (ΑΜΕΑ, ψυχικά πάσχων, φορέας HIV), ο ‘‘μετανάστης’’, ο ‘‘τσιγγάνος’’, ο ‘‘τοξικομανής’’, η ‘‘μονογονεϊκή οικογένεια’’ (σε έμμεση αντιπαράθεση με την κοινωνικά αποδεκτή νόρμα της οικογένειας), κοκ. Μέσα από αυτή την διαδικασία έχουμε σαν αποτέλεσμα την εξάρτηση ατόμων και ομάδων από το κύκλωμα των υπηρεσιών, προνοιακών, κοινωνικών, ψυχιατρικών κλπ. – τη διαδικασία, δηλαδή, της ‘‘χρονιοποίησης’’, που έχει ως σαφή λειτουργία της τον κοινωνικό έλεγχο» (Μεγαλοοικονόμου, 2000, σσ. 23- 24).

Με την προσκόλληση της επικέτας του «κοινωνικά αποκλεισμένου» στο ψυχικά πάσχον άτομο, αρχίζουν να εφαρμόζονται εξ ονόματός του προγράμματα και σχέδια δράσης που καθορίζουν και οριοθετούν τη συμπεριφορά, τις κινήσεις, την εκπαίδευση, την αναζήτηση εργασίας, το εισόδημα, το επίπεδο της ποιότητας ζωής του και τα δικαιώματα που θα διεκδικήσει. Δημιουργείται, έτσι, ένας φαύλος κύκλος που κάνει τον ψυχικά πάσχοντα να περιστρέφεται γύρω από έναν ετεροκαθοριζόμενο τρόπο ζωής που καταλήγει πάντα στο ίδιο σημείο: στην καθήλωσή του στο χώρο του περιθωρίου και του κοινωνικού αποκλεισμού. Και αν δε συμμορφωθεί με αυτό τον τρόπο ζωής η απάντηση θα είναι ο εγκλεισμός.

Αποτέλεσμα, λοιπόν, όλης αυτής της ρητορικής και των πολιτικών περί άρσης του κοινωνικού αποκλεισμού, είναι, ουσιαστικά, η αναπαραγωγή του φαινομένου και ο κοινωνικός έλεγχος των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Εφόσον δε συμφέρει να αλλάξουμε το κοινωνικό σύστημα στο οποίο ζούμε, η καλύτερη δυνατή λύση είναι να ονομάσουμε μια ομάδα «κοινωνικά αποκλεισμένη», να αγνοήσουμε τους κοινωνικούς παράγοντες που συντέλεσαν στη δημιουργία της και να της ασκήσουμε κοινωνικό έλεγχο.

Η ψυχικά πάσχουσα ύπαρξη υψώνει μια «διαφορετική» φωνή που εκφράζει την οδύνη της και, ίσως, την αντίφαση, την αμφισβήτηση της κοινωνίας μέσα στην οποία ζει και αποτελεί δημιούργημά της. Αυτή η φωνή πρέπει να καταπνιγεί και ο πιο αποτελεσματικός τρόπος είναι η «ενσωμάτωσή» της μέσα από τον κοινωνικό έλεγχο και τη νομιμοποίηση της περιθωριοποίησης και του αποκλεισμού της.

V) ΚΑΠΟΙΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Ο περιορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων είναι ένα ζήτημα το οποίο απαιτεί συνδυασμό παρεμβάσεων σε όλες τις διαστάσεις της ζωής και της καθημερινότητας τους. Οι παρεμβάσεις πρέπει να γίνουν σε πρακτικό επίπεδο, ούτως ώστε η λεγόμενη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση να αποκτήσει νόημα και ουσιαστικό περιεχόμενο. Θα μπορούσαμε να τις συνοψίσουμε στους εξής τομείς:

- Κατάργηση του ψυχιατρείου ως κυρίαρχου χώρου υποδοχής και περίθαλψης των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικές δυσκολίες. Όσο οι κοινοτικές δομές (ξενώνες, οικοτροφεία, αυτόνομα διαμερίσματα) λειτουργούν συμπληρωματικά και όχι εναλλακτικά προς το ψυχιατρείο τόσο θα συντηρείται ένας φαύλος κύκλος μετάβασης των πασχόντων από το χώρο του εγκλεισμού σε αυτόν του αποκλεισμού. Η νοσοκομειακή κλίνη πρέπει να λειτουργεί ως μια από τις μορφές (για περιορισμένου χρόνου νοσηλεία) και όχι ως η πιο κεντρική για τη φροντίδα και την περίθαλψή τους.
- Δημιουργία πρωτοβάθμιων υπηρεσιών πρόληψης και περίθαλψης στην κοινότητα (π.χ: κέντρα ημέρας) που θα διαδραματίσουν το ρόλο του ηθμού για τις εισαγωγές στο ψυχιατρείο. Δηλαδή, ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος τομεοποιημένων κοινοτικών υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας που θα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, θα είναι άμεσα διαθέσιμες και προσβάσιμες, θα

λειτουργούν συντονισμένα και αλληλοσυμπληρούμενα και θα εξασφαλίζουν την έγκαιρη παρέμβαση και το συνεχές της κοινοτικής φροντίδας (Μαδιανός, 1996).

- Σχεδιασμός προγραμμάτων αποϊδρυματοποίησης/ αποασυλοποίησης και κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά πασχόντων που δε θα βασίζονται σε περιορισμένης διάρκειας χρηματοδοτήσεις από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα (π.χ: Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης) που έχουν ημερομηνία λήξης και αφήνουν τις όποιες μεταρρυθμίσεις ανολοκλήρωτες, αλλά αντίθετα θα μπορούν να ενταχθούν ομαλά στον κρατικό προϋπολογισμό για να υπάρξει εκπόνηση εθνικών/ περιφερειακών και τοπικών πολιτικών ψυχικής υγείας που να απαντούν αποτελεσματικά στα αιτήματα του εκάστοτε πληθυσμού και να εντάσσονται σε ένα αναθεωρημένο (και οικονομικά) σύστημα υγειονομικής φροντίδας (Μπαϊρακτάρης, 1994).
- Ανάσχεση στην όλο και μεγαλύτερη εισβολή του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της ψυχικής υγείας που αφενός εξυπηρετεί το κράτος με τη μείωση των δαπανών και αφετέρου τις ιδιωτικές επιχειρήσεις με τη μετακύλιση ενός μεγάλου μέρους των χρηματοδοτήσεων σε αυτές. Έτσι, η μοίρα του πάσχοντος υποκειμένου επαφίεται στην «καλή θέληση» της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και τίποτα δεν μπορεί να εγγυηθεί την παροχή ολοκληρωμένης και συνεχούς φροντίδας.
- Προώθηση προγραμμάτων κατάρτισης/ απασχόλησης που δε θα περιορίζονται στο γέμισμα του ελεύθερου χρόνου των ενοίκων των κοινοτικών δομών, αλλά θα έχουν άμεση σύνδεση με την κατάσταση στην αγορά εργασίας, θα τους διασφαλίζουν αξιοπρεπείς θέσεις εργασίας και ένα

ικανοποιητικό εισόδημα και θα προσαρμόζονται στις ανάγκες τους (π.χ. μειωμένο ωράριο)

- Αναθεώρηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών στο χώρο της ψυχικής υγείας, έτσι ώστε να υπερβούν τους κατεστημένους ρόλους που έχουν τη ρίζα τους στην ιδρυματική λογική και επικεντρώνονται στην «φύλαξη» των πασχόντων και στην αντιμετώπισή τους ως ένα άθροισμα συμπτωμάτων που χρειάζεται «θεραπεία».
- Παρεμβάσεις στο εκπαιδευτικό σύστημα ούτως ώστε να υπάρξει γνώση και ενημέρωση πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας. Αυτές θα συμβάλλουν στην άμβλυνση της προκατάληψης και των αρνητικών στερεοτύπων απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικά προβλήματα και συνεπώς στη δημιουργία θετικών στάσεων απέναντι τους και στον περιορισμό συμπεριφορών διάκρισης.
- Ανάπτυξη ενός νομοθετικού και θεσμικού πλαισίου που θα διασφαλίζει τον σεβασμό των ανθρωπίνων και πολιτικών δικαιωμάτων των ψυχικά πασχόντων και θα προωθεί την οργάνωση υπηρεσιών που θα διασφαλίζουν την εκπλήρωσή τους (Μπαϊρακτάρης, 1994).
- Υλοποίηση παρεμβάσεων στο χώρο της κοινότητας έτσι ώστε να έρθει σε πιο στενή επαφή με τους πάσχοντες και τα προβλήματα τους. Αυτές θα συμβάλλουν στη θέαση των τελευταίων ως ανθρώπων με επιθυμίες, ικανότητες, βούληση, προσωπικότητα, ως υποκειμένων με ενεργό ρόλο στο κοινωνικό γίγνεσθαι.

Για να έχουν αποτέλεσμα όλες οι προαναφερθείσες παρεμβάσεις πρέπει να συνδυαστούν με ευρύτερες αλλαγές του υφιστάμενου κοινωνικού συστήματος. Αλλιώς θα παραμείνουν στο επίπεδο του περιορισμού του κοινωνικού αποκλεισμού

των ψυχικά πασχόντων και όχι στην εξάλειψη του που αποτελεί το βασικό ζητούμενο.

«Καθήκον μας είναι η δημιουργία μιας
κριτικής συνείδησης που θα είναι σε
θέση να κατανοήσει την ανθρώπινη
οδύνη, πριν αυτή αποκρυσταλλωθεί σε
αρρώστια»
Ongaro Basaglia

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το αίτημα για την καταπολέμηση και την εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων ατόμων προβάλλει σήμερα επίκαιρο όσο ποτέ άλλοτε. Η άποψη αυτή μπορεί να ηχεί περίεργα γιατί θεωρείται δεδομένο ότι άπαξ και έχουν τεθεί σε εφαρμογή προγράμματα αποϊδρυματοποίησης/ αποασυλοποίησης, τα προβλήματα αυτής της ομάδας ανθρώπων έχουν λυθεί και η δυνατότητα ενσωμάτωσής τους επαφίεται πλέον στους ίδιους.

Όμως, όπως αναλύσαμε διεξοδικά στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας εργασίας, σε κανένα από τα προβλήματα των ψυχικά πασχόντων δεν έχει δοθεί μια ουσιαστική λύση. Έο αντίθετο, μάλιστα, αυτά επιτείνονται, καθώς αποκτούν νέες διαστάσεις, με συνέπεια να κατακερματίζονται σε όλο και μεγαλύτερο βαθμό τα υποκείμενα τα οποία, υποτίθεται, αποτελούν στόχο της υφιστάμενης κοινωνικής πολιτικής. Αν παλαιότερα ο κοινωνικός αποκλεισμός των ατόμων που αντιμετώπιζαν ψυχιατρικές δυσκολίες συνοψιζόταν στους τοίχους του ψυχιατρείου, και άρα ήταν άμεσα ορατός και πιο εύκολα καταπολεμήσιμος, σήμερα παίρνει μια λανθάνουσα μορφή και συγκαλύπτει το πλήθος των κοινωνικών μηχανισμών και παραγόντων που εμπλέκει.

Οι ψυχικά πάσχοντες επενδυμένοι με την ετικέτα του «άρρωστου», του «επικίνδυνου» και του πολίτη με «χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο» καλούνται να επανενταχθούν σε έναν εξ ορισμού χώρο αποκλεισμού στον οποίο καθίστανται μια ακόμα πρόσφορη ομάδα προς διαχείριση και κοινωνικό έλεγχο. Το ένα στερεότυπο

ενισχύει το άλλο και σαν τελική συνέπεια προκύπτει η απόλυτη καθήλωση των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικές δυσκολίες στο χώρο του περιθωρίου και η επικόλληση μιας επιπλέον στιγματιστικής ταυτότητας, αυτής του «κοινωνικά αποκλεισμένου».

Στην τελευταία ενότητα του προηγούμενου κεφαλαίου αναφερθήκαμε σε κάποιες επιμέρους αλλαγές που πρέπει να γίνουν για την καλυτέρευση της ποιότητας ζωής των ψυχικά πασχόντων και την επίτευξη της κοινωνικής ενσωμάτωσής τους γιατί πιστεύουμε ότι είναι αναγκαίες, χρήσιμες και ουσιαστικές. Εντούτοις, δεν παύουν να αποτελούν το δεύτερο βήμα. Το πρωτεύον ζητούμενο είναι ο μετασχηματισμός του κοινωνικού πεδίου στο σύνολό του, ακόμα και αν οι τομές που απαιτούνται είναι επίπονες και θέτουν σε αμφισβήτηση χρόνια ριζωμένες νοοτροπίες, παγιωμένους θεσμούς και δομές. Χρειάζεται μια εκ βάθρων προσπάθεια αναθεώρησης του υφιστάμενου κοινωνικού, οικονομικού, πολιτισμικού και υγειονομικού συστήματος. Αν δε συμβεί αυτό, τότε επιμέρους απόπειρες αλλαγής θα είναι επιφανειακές και ατελέσφορες, καθώς αποφεύγουν να θίξουν την ουσία και τη ρίζα του κοινωνικού αποκλεισμού.

Για να αρθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός των ψυχικά πασχόντων πρέπει να σταματήσει η υποκρισία ή η άγνοια ως προς το τι συνιστούν και πως ορίζονται έννοιες όπως: «ασθένεια», «ψυχική διαταραχή», «επικινδυνότητα», «χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status», «κοινωνικός αποκλεισμός», «κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες». Πρέπει να δούμε τον τρόπο και το βαθμό που είναι κοινωνικά κατασκευασμένες έννοιες και τις σκοπιμότητες που εξυπηρετούν. Αυτό αποτελεί το πρώτο και πιο σημαντικό βήμα που πρέπει να κάνει η κοινωνία μας για να καταφέρει να απεγκλωβιστεί από τις κενές περιεχομένου και ουσίας διακηρύξεις και πρακτικές κοινωνικής πολιτικής που σαν τελική συνέπεια έχουν την αναπαραγωγή και

διαιώνιση των στερεοτύπων, της προκατάληψης, της επικόλλησης αρνητικών ταυτοτήτων και γενικότερα όλου του συστήματος παραγωγής κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων.

Πραγματική αλλαγή μπορεί να επέλθει μόνο όταν γίνει συνείδηση ότι δεν αρκούν παρεμβάσεις μόνο στο χώρο και τις υπηρεσίες της ψυχικής υγείας. Είναι η επικράτηση αυτής της μονόπλευρης λογικής που έχει οδηγήσει στο σημερινό αδιέξοδο και στον ολοένα και διευρυνόμενο αποκλεισμό των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχιατρικές δυσκολίες. Η ψυχική υγεία και η ψυχική διαταραχή είναι πάνω και πρώτα από όλα μια κοινωνική σχέση. *«Είναι για αυτό που πρέπει να δούμε, όλοι μας, με έναν υποκειμενικό τρόπο, την προσωπική και συλλογική μας συμμετοχή σε αυτή την κοινωνική σχέση. Ότι, δηλαδή, είναι κάτι που μας αφορά όλους, όχι γιατί, είναι πιθανό, 'μπορεί και εμάς ή κάποιον δικό μας να βρει η αρρώστια', αλλά γιατί είναι οι κοινωνικές σχέσεις, στις οποίες συμμετέχουμε, που αποκλείουν ή ενσωματώνουν, που διαχωρίζουν και ρατσιστικά απορρίπτουν, ή αναπτύσσουν την κοινωνική αλληλεγγύη, που μπορούν να δημιουργήσουν σε κάποιον απελπιστικά αδιέξοδα ή να του ανοίξουν δρόμους στην ανάρρωση και στην ελευθερία- και πάντα μπορούμε να κάνουμε κάτι για να μετασχηματίσουμε αυτές τις σχέσεις»* (Θεραπευτικές ομάδες ξενώνων «Μετάβαση» και «Αμάθεια» του ΨΝΑ, 2001, σ. 68).

Μόνο αν η ψυχική υγεία ιδωθεί ως κοινωνική σχέση θα αναπτυχθούν και ανάλογες πρωτοβουλίες και προσπάθειες που θα έχουν ως πεδίο παρέμβασης το κοινωνικό σύστημα στην ολότητά του και θα διερευνήσουν τις βαθύτερες δομές αυτού, εκεί, δηλαδή, που πραγματικά βρίσκεται η ρίζα του κοινωνικού αποκλεισμού. Οποιαδήποτε άλλη πολιτική που κινείται εκτός αυτής της κατεύθυνσης είναι καταδικασμένη να αποτύχει, όπως αποδείχθηκε ότι έχουν αποτύχει οι μέχρι τώρα μεταρρυθμιστικές προσπάθειες.

Οι τελευταίες αν και έχουν συμβάλει στην καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης για τους ψυχικά πάσχοντες, εντούτοις δεν παύουν να αναπαράγουν το ασυλιακό πνεύμα σε όλα τα επίπεδα καθώς η μεταρρύθμιση περιορίστηκε στην υλικοτεχνική βελτίωση των υποδομών και σε διοικητικού τύπου παρεμβάσεις. Ο ψυχικά πάσχων εξακολουθεί να θεωρείται και να αντιμετωπίζεται ως πολίτης δεύτερης κατηγορίας, ή μάλλον, δεν του αναγνωρίζεται καν η θέση του πολίτη εφόσον στερείται στοιχειωδών δικαιωμάτων.

Ακόμα και μέσα στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης οι άνθρωποι με ψυχιατρικά προβλήματα παίρνουν τη θέση του αντικειμένου, πάνω στο οποίο ασκούνται, υποτίθεται, «εκσυγχρονισμένες» και «προοδευτικές» τεχνικές, οι οποίες, όμως, δεν εφαρμόζονται με τη συμφωνία των ίδιων των «ασθενών». «Τα μεταρρυθμιστικά κινήματα στην Ψυχιατρική- και αυτό ισχύει ιδιαίτερα στην Ελλάδα- τείνουν συχνά να αντικαταστήσουν μια κατάσταση χρόνιας παραμέλησης με μια κατάσταση οξείας ενεργοποίησης. Επιβάλλουν δηλαδή μιαν ωστική κίνηση που μέχρι ένα σημείο μπορεί να είναι δικαιολογημένη. Τι ζητούμε όμως από τους ψυχικά ασθενείς- και αυτό αποτελεί ένα καίριο ερώτημα. Δεν ζητούμε συχνά από αυτούς απλώς να επαληθεύσουν αυτό που εμείς γενικά πιστεύουμε για την κατάστασή τους; Να δεσμεύσουν δηλαδή για μια ακόμη φορά την επιθυμία τους σε μια δική μας επιθυμία; Να γίνουν τελικά ‘‘οι άρρωστοί μας’’;» (Αμπατζόγλου, 1992, σ. 15).

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι ο ψυχικά πάσχων τόσο σε κοινωνικό όσο και σε θεραπευτικό επίπεδο δεν αντιμετωπίζεται ως ενεργό υποκείμενο, με πλήρη δικαιώματα και λόγο για την κατάστασή του και τον τρόπο που αυτή μπορεί να βελτιωθεί. Αντίθετα, υποβιβάζεται στη θέση ενός παθητικού και άβουλου δέκτη των συμβουλών, των οδηγιών και των πρακτικών των «ειδικών». Είναι ένα άθροισμα συμπτωμάτων, χωρίς τη δική του ιστορία, τις δικές του επιθυμίες· απογυμνωμένο από κάθε έννοια υποκειμενικότητας και ατομικότητας. Είναι ακόμα ένας μέσα στη μάζα

των «ψυχασθενών» στον οποίο, τελικά, ανατίθεται ο ρόλος να επαληθεύσει το διαγνωστικό μας σύστημα ή το μεγαλείο της ιδεολογίας μας.

Δεν είναι ο χώρος της ψυχικής υγείας που θέλει μεταρρύθμιση αλλά η κοινωνία μας που χρειάζεται ουσιαστική αλλαγή των δομών, των θεσμών και των μηχανισμών της. Αν δεν υπάρξει αναθεώρηση του υφιστάμενου συστήματος και καθεστώτος που επικρατεί στην εκπαίδευση, στην εργασία, στην υγεία, στην κοινωνική πολιτική, στη συνολική κουλτούρα που έχει διαμορφωθεί, τότε είναι αδύνατο να μιλάμε για άρση του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων. Εξάλλου, αυτά είναι ζητήματα που αφορούν όλους μας και όχι μόνο τα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια ψυχιατρικά προβλήματα.

Το αίτημα για την εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού μπορεί να γίνει πραγματικότητα μόνο στη βάση μιας πολιτικής αμφισβήτησης και σύγκρουσης με τις σημερινές πολιτικές που ασκούνται σε όλα τα επίπεδα (Μεγαλοοικονόμου, 2000) και με την αλλαγή του «παραδείγματος» όσον αφορά την ψυχική υγεία. Το παραδοσιακό ψυχιατρικό μοντέλο δεν έχει κλονιστεί στην ουσία του -παρά τις όποιες «εκσυγχρονιστικές» εκδοχές του- και αν δε συμβεί αυτό, τότε κάθε απόπειρα μεταρρύθμισης θα πέφτει στο κενό και η κοινωνική ενσωμάτωση των ψυχικά πασχόντων θα παραμένει συνεχώς ένας ανεκπλήρωτος στόχος.

Η κοινωνία πρέπει να δώσει τη δυνατότητα στο ψυχικά πάσχον άτομο να υψώσει τη φωνή του, να μιλήσει το ίδιο για την κατάστασή του και ο λόγος του να ακουστεί με σεβασμό και προσοχή. Οφείλουμε να το στηρίξουμε και να του παράσχουμε όλα τα απαραίτητα μέσα για να το βοηθήσουμε στην ανασύνθεση του εαυτού του, στην παραγωγή νοήματος, στην άσκηση κοινωνικών ρόλων, στην ουσιαστική χειραφέτησή του, στο να γίνει το ίδιο συμμετέχων στη διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας ζωής του, κινούμενοι όχι από κάποια φιλανθρωπική ή

πατερναλιστική διάθεση, αλλά στηριζόμενοι στην αντίληψη ότι η εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων αυτών σημαίνει και συνεπάγεται εξάλειψη της φτώχειας, των ανισοτήτων, των αντίξοων και απάνθρωπων οικονομικών συνθηκών, των κοινωνικών αντιφάσεων, της λογικής του κατακερματισμού του υποκειμένου, των αλλοτριωμένων σχέσεων. Εξάλειψη, δηλαδή, βασικών φαινομένων που ταλανίζουν και δυσχεραίνουν τη ζωή όλων μας. Για να γίνει αυτό απαιτούνται παρεμβάσεις σε όλες τις διαστάσεις του υφιστάμενου κοινωνικού συστήματος, παρεμβάσεις που αφορούν και εμπλέκουν όλους μας και είναι ικανές να οδηγήσουν σε μια χειραφετημένη κοινωνία συνοχής και αλληλεγγύης.

«Το ζητούμενο λοιπόν δεν είναι ένα τέλειο και ολοκληρωτικό σόστημα περίθαλψης αλλά πολύ απλά η δυνατότητα μιας κοινωνικά δίκαιης, ανθρώπινης, αξιοπρεπούς και επιστημονικά υπεύθυνης στήριξης σε δύσκολες καταστάσεις της ζωής μας, στο βαθμό που την αναζητούμε οι ίδιοι. Δεν προτείνεται ένα νέο μοντέλο αλλά ένα πλαίσιο συζήτησης και συνεννόησης που θα επιτρέψει μια νέα σύνθεση· μια νέα δυναμική πορεία αναζήτησης από κοινού μιας περισσότερο ανθρώπινης και λιγότερο αποξενωτικής σχέσης με τον εαυτό μας, τους άλλους, το ζωτικό μας περιβάλλον» (Μπαϊρακτάρης, 1994, σ. 236).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

I. – ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

- Alexander et Selesnick, *Historie de la psychiatrie*, στο: R. Jaccard, *Η τρέλα*, Χατζηνικολή, Αθήνα, 1979.
- Angermeyer, MC. & Klusmann, D., From social class to social stress: new developments in psychiatric epidemiology. In: M.C. Angermeyer (ed.) *From social class to social stress: new developments in psychiatric epidemiology*, Springer, Berlin-Heidelberg- New York,, 1987, pp. 2-13.
- Araya R., Lewis G., Rojas G. and Fritsch R., Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 2003, pp.501-505.
- Banton R., Clifford P., Frosh S., Lousada J., & Rosenthal J., *The Politics of Mental Health*, Macmillan, London, 1985.
- Becker H., *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*, New York: Free Press, 1963.
- Bierut, LJ., Haeth, AC., Bucholz, KK., et al., Major depressive disorder in acommunity-based twin sample, *Archives of General Psychiatry*, 56, 1999, pp. 557-563.
- Bowers L., *The Social Nature of Mental Illness*, Routledge, New York, 1998.
- Braggio, JT., Pishkin, V., Gameros, TA., Brooks, DL., Academic achievement in substance- abusing and conduct-disordered adolescents, *Journal of Clinical Psychology*, 49,1993, pp. 282-291.
- Brown, GW. & Harris, T., in: H. Catching (ed.), *Life Events and Psychiatric Disorders: Controversial Issues*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986, pp. 107-187.
- Brown, GW. & Harris, T., *Social origins of Depression: A study of Psychiatric Disorder in Women*, London: Tavistock Press, 1978.
- Castel R., Castel F. & Lovell, A., *The psychiatric society*, New York: Columbia University Press, 1982.
- Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Fayard, Paris, 1995.

- Clark. R., Psychoses, Income and Occupational Prestige, in: K.S. Weinberg (ed.), *The Sociology of Mental Disorders, Analyses and Readings in Psychiatric Sociology*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967, pp. 55-66.
- Clausen, J. & Kohn, M., Social Relations and Schizophrenia: A research Report and a Perspective, in: Weinberg K.S (ed.), *The Sociology of Mental Disorders, Analyses and Readings in Psychiatric Sociology*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967, pp. 55-66.
- Corrigan, P. W., River, L. P., Green, A., Lundin, R. K., et al., Three strategies for changing attributions about severe mental illness, *Schizophrenia Bulletin*, 27, 2001, pp. 187-196.
- Corrigan, P. W., Rowan, D., Green, A., Lundin, R. K., et al., Challenging two mental illness stigmas: Personal responsibility and dangerousness, *Schizophrenia Bulletin*, 28, 2002, pp. 293-309.
- Debuyst C., *Ηθολογικό Πρότυπο και Εγκληματολογία*, (μτφρ. Η. Σαγκουνίδου-Δασκαλάκη), Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1999.
- Delacampagne Christian, Figures de l' oppression, στο : R. Jaccard, *Η τρέλα*, Χατζηνικολή, Αθήνα, 1979.
- Dohrenwend, BP. & Dohrenwend, BS., *American Journal of Comparison Psychology*, 9, 1981, p.129.
- Dohrenwend, BP. & Dohrenwend, BS., Levan, I., Shrout, PE., et al, Ethnicity, socioeconomic status and psychiatric disorders: a test of the social causation-social selection issue, in: BP. Dohrenwend (ed.), *Adversity, Stress and Psychopathology* New York, Oxford University Press, 1998.
- Dohrenwend, BP. & Dohrenwend, BS., *Social Status and Psychological Disorder: A causal Inquiry*, Wiley, New York, 1969.
- Dohrenwend, BP. et al., *Mental Illness in the United States: Epidemiological Estimates*, Praeger, New York, 1980.
- Dohrenwend, BP., Levan, I., Shrout, PE., Schwartz, Sh., Naveh, G., Link, BG., Skodol, AE., Stueve, A., Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation- selection issue, *Science*, 255, 1992, pp. 946-951.
- Dohrenwend, BP., Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issues still compelling? *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 25 1, 1990, pp. 41-47.

- Dohrenwend, BP., The epidemiology of mental disorders. In D. Mechanic (ed.) *Handbook of health, health care and the health professions*, Free Press, New York, 1983, pp. 157-194.
- Eaton, WW., *American Journal of Sociology*, 86, 149, 1980.
- Faris, REL. & Dunham, HW., Mental Disorders in Urban Areas: An Ecological Study of Schizophrenia and other Psychoses, in: K.S Weinberg (ed.), *The Sociology of Mental Disorders, Analyses and Readings in Psychiatric Sociology*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967, pp. 55-66.
- Foucault M., About the concept of the "Dangerous individual" in 19th-Century Legal Psychiatry, *International Journal of Law and Psychiatry*, 1, 1978. pp. 1-18.
- Foucault M., *Mental Illness and Psychology*, Berkeley, Calif: University of California Press, 1987.
- Foucault M., *Ιστορία της Τρέλας*, Ηριδανός, Αθήνα, 1964.
- Garland D., The limits of the sovereign state. Strategies of Crime Control in Contemporary Society, *The British Journal of Criminology*, 36, 4, 1996. pp. 445-471.
- Garland D., *The Culture of Control. Crime and social Order in Contemporary Society*, Oxford University Press, Oxford, 2001.
- Grove B., Henderson J., Marturini St., Τελική Έκθεση Αξιολόγησης του Προγράμματος «Ψυχαργός», (μτφρ. Ν. Κλαδούχα, Αθ. Βαφειάδης), Μάρτιος 2002.
- Häfner, H., What is schizophrenia? *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238, 1988. pp. 63-72.
- Hollingshead, AB. & Redlich, FC., Social Class and Mental Illness, in: Link, BG., Dohrenwend, BP., Skodol, AE., Socio-economic status and schizophrenia: noisome occupational characteristics as a risk factor, *American Sociological Review*, 51, 1986, pp. 242-258.
- Holzer, CM., Brent, M., Swanson, J., et al., The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area Study, *American Journal of Social Psychiatry*, 6, 1986, pp. 259-271.
- Ingleby D., Understanding "mental illness", in D. Ingleby (ed.) *Critical Psychiatry: The politics of Mental Health*, New York: Pantheon, 1980.
- Jaco, EG., The Social Epidemiology of Mental Disorders, in: Weinberg K.S (ed.), *The Sociology of Mental Disorders, Analyses and Readings in Psychiatric Sociology*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967, pp. 55-66.

- Jarvis, E., Insanity and Idiocy in Massachusetts: Report of the Commission on Lunacy in: Dohrenwend B.P. et al, Socioeconomic Status and Psychiatric Disorders: The Causation- Selection Issue, *Science*, 255, 1992, pp. 946-951.
- Johnson, JG., Cohen, P., Dohrenwend, BP., Link, BG., Brook, JS., A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders, *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3, 1999, pp. 490-499.
- Kaplan. B., Reed, R. & Richardson, W., A comparison of the incidence of hospitalized and non-hospitalized cases of psychosis in two communities, in: Weinberg K.S (ed.), *The Sociology of Mental Disorders, Analyses and Readings in Psychiatric Sociology*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967, pp. 55-66.
- Kohn, ML. & Clausen, JA., Social Isolation and Schizophrenia, in: Weinberg K.S (ed.), *The Sociology of Mental Disorders, Analyses and Readings in Psychiatric Sociology*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967, pp. 55-66.
- Laing Ronald, *Ο διχασμένος εαυτός, Υπαρξιακή μελέτη της ψυχοδιανοητικής υγείας και αρρώστιας*, (μτφρ. Θ. Παραδέλλης), Καστανιώτης, Αθήνα, 1975.
- Leavy, StA. & Freedman, LZ., Psychoneurosis and economic life, in: Weinberg K.S (ed.), *The Sociology of Mental Disorders, Analyses and Readings in Psychiatric Sociology*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967, pp. 55-66.
- Leff, J. & Vaughn, Chr., *Expressed emotions in families: It's significance for Mental Illness*, New York, Guilford Press, 1985.
- Link B. G, Cullen T., Frank J. & Wozniak J.F., The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter, *American Journal of Sociology*, 92, 1987, pp. 1461-1500.
- Link B. G, Mirotznick J., Cullen T. The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided, *Journal of Health and Social Behaviour*, 32, 1991, pp. 302-320.
- Link, BG., Dohrenwend, BP., Skodol, AE., Socio-economic status and schizophrenia: noisome occupational characteristics as a risk factor, *American Sociological Review*, 51, 1986, pp. 242-258.
- Ludermir A.B. & A de Melo Filho D., Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns, *Revista Saúde Pública*, 36, 2, 2002, pp. 213-221.

- Ludermir A.B. & Lewis G., Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 3,2001, pp. 101-107.
- Lyon M. L., C. Wright Mills meets Prozac: the relevance of "social emotion" to the sociology of health and illness, in V. James and J. Gabe (eds.) *Health and the Sociology of Emotions*, Oxford: Basil Blackwell, 1996.
- Macilwaine H., How nurses and neurotic patients view each other in general hospital psychiatric units, *Nursing Times*, 77, 27, 1981, pp.1158-1160.
- Marcuse H., *Eros and Civilisation*, Boston, Beacon, 1966.
- May D. & Kelly M., Chancers, pests and poor wee souls: problems of legitimization in psychiatric nursing, *Sociology of Health and Illness*, 4, 1982, pp. 279-301.
- Miech, R.A., Caspi, A., Moffitt, T.E., et al., Low socioeconomic status and mental disorders : a longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology*, 104, 1999, pp. 1096-1131.
- Mor V., Sherwood S. & Gutkin C. Psychiatric history as a barrier to residential care, *Hospital and Community Psychiatry*, 356, 1984, pp. 368-372.
- Nigg, J.T. & Goldsmith, H.H., Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research, *Psychological Bulletin*, 115, 1994, pp. 346-380.
- Pitch T., *Limited responsibilities. Social movements and criminal justice*, (μτφρ. J. Lea), Routledge, New York, 1995.
- Prior L., *The Social Organisation of Mental Illness*, London, Sage, 1993.
- Reich W. Character Analysis, in: Bowers L., *The Social Nature of Mental Illness*, Routledge, New York, 1998.
- Ritsher, J.E., Warner, V., Johnson, J.G., Dohrenwend, B.P., Inter-generational longitudinal study of social class and depression: a test of social causation and social selection models, *British Journal of Psychiatry, Supplement*, 40, 2001, pp.84-90.
- Robins, L.N. & Regier, D.A., *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York, Free Press, 1991.
- Rose N., Psychiatry, the discipline of mental health, in P. Miller and N. Rose (eds.) *The Power of Psychiatry*, Oxford: Polity, 1986.
- Scheff T., *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1966.

- Strobel P., From poverty to exclusion: a wage-earning society or a society of human rights? *International Social Science Journal*, 148, June 1996, pp. 173-189.
- Stromgren, E., Statistical and genetic population studies within psychiatry: methods and principal results. In: *Actualites scientifiques et industrielles. Congress International de Psychiatrie*, 6, *Psychiatrie Sociale*, Herman, Paris, 1950, pp. 155-188.
- Szasz T. The Myth of Mental Illness, in: S. K. Weinberg (ed.) *The Sociology of Mental Disorders: Analyses and readings in psychiatric sociology*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967.
- Szasz T., *The Manufacture of Madness: A comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, London, Routledge and Kegan Paul, 1971.
- Tietze, Chr., Lemkau P., Cooper, M., Schizophrenia, Manic-Depressive Psychosis and Social- economic status, in: K.S. Weinberg (ed.), *The Sociology of Mental Disorders, Analyses and Readings in Psychiatric Sociology*, Aldine Publishing Company, Chicago, 1967, pp. 55-66.
- Vernon, PA., Jang, KL., Harris, JA. & McCarthy, JM., Environmental predictors of personality differences: A twin and sibling study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1997, pp. 177-183.
- Wacquant L., *Οι φυλακές της μιζέριας*, (μτφρ. Κ. Διαμαντάκου), Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα, 2001.
- Weich, S. & Lewis, G., Poverty, unemployment and common mental disorders: population based cohort study, *British Medical Journal*, 317, 1998, pp. 115-119.
- Weiner, B., *Judgments of responsibility: A foundation for a Theory of Social Conduct*, New York, Gilford Press, 1995.

II.- ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

- Αλεξίου Θ., *Περιθωριοποίηση και Ενσωμάτωση, Η κοινωνική πολιτική ως μηχανισμός ελέγχου και κοινωνικής πειθάρχησης*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 1999.
- Αμπατζόγλου Γρ., *Αποκατάσταση, Επανένταξη και εκπαίδευση επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας*, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 38, 1992, σσ. 14-17.
- Αρχιμανδρίτου Μ., *Η διαχρονική εξέλιξη της προσέγγισης της ετικέτας*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη, 1996.
- Γιωτοπούλου-Μαραγκοπούλου Α., *Εγχειρίδιο Εγκληματολογίας*, Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1984.
- Γρίβας Κλ., *Ψυχιατρικός Ολοκληρωτισμός, Ιστορική και Κοινωνική θεώρηση της Ψυχιατρικής*, Εκδόσεις Ιανός, Θεσσαλονίκη, 1985.
- Ελληνικού Μ. & Σταμπούλη Α., *Από το άσυλο στην κοινότητα. «Μετάβαση» στη ζωή; Μεταπτυχιακή Εργασία του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνικός Αποκλεισμός, Μειονότητες και Φύλο»*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 2003.
- Ζήση Α., *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πασχόντων. Εμπειρικά Ευρήματα, Νέες Προσεγγίσεις και Προοπτικές*, Τυπωθήτω-Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα, 2002.
- Θεραπευτικές Ομάδες ξενώνων «Μετάβαση» και «Αμάλθεια» του ΨΝΑ, *Αποϊδρυματοποίηση, Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση και Κοινωνική Επανένταξη*, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 74, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2001, σσ. 66-73.
- Κωστοπούλου Φ., *Η Αντιψυχιατρική μέσα από πέντε βιβλία*, *Διαβάζω*, τ. 3-4, 1976, σσ. 31-44.
- Μαδιανός Μ., *Κοινωνία και Ψυχική Υγεία*, τόμος Β', Καστανιώτης, Αθήνα, 1996.
- Μαγριπλής Δ., *Το αντιψυχιατρικό Κίνημα και οι Εκπρόσωποί του*, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ.74, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2001, σσ. 45-54.
- Μεγαλοοικονόμου Θ., *Η κρίση του κράτους πρόνοιας και ο κοινωνικός αποκλεισμός, Εισαγωγικές παρατηρήσεις στα προγράμματα της «καταπολέμησης του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας»*, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 56, Οκτώβριος-Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1996, σσ. 16-34.

- Μεγαλοοικονόμου, Θ., Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ανάμεσα στην καταπολέμηση του αποκλεισμού και τον κοινωνικό έλεγχο, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 72, Οκτώβριος- Νοέμβριος- Δεκέμβριος 2000, σσ. 16-28.
- Μεγαλοοικονόμου Θ., Ιδεολογίες του Ψυχιατρικού Εκσυγχρονισμού, *Τετράδια Ψυχιατρικής*, τ. 75, Ιούλιος-Αύγουστος-Σεπτέμβριος 2001, σελ. 33-45.
- Μπαϊρακτάρης Κ., *Ψυχική Υγεία και Κοινωνική Παρέμβαση*, Εναλλακτικές Εκδόσεις/ Αντιπαραθέσεις 15, 1994.
- Νικολόπουλος Γ., Εγκληματολογικοί προβληματισμοί γύρω από την έννοια του Κοινωνικού Αποκλεισμού, στο: *Εγκληματίες και Θύματα στο κατώφλι του 21^{ου} αιώνα*, *Αφιέρωμα στη μνήμη του Ηλία Δασκαλάκη*, ΕΚΚΕ, , Αθήνα, 2000, σσ. 521-531.
- Οδηγός Καινοτόμων Δράσεων στο Χώρο της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, ΜΥΠΕΠ, Αθήνα, 2001.
- Παπαδοπούλου Δ., Δημουλάς Κ., Μπαμπανέλου Δ., Τσιώλης Γ., *Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό: Διαδικασίες και χαρακτηριστικά του κοινωνικού αποκλεισμού στο Νομό Κυκλάδων*, Μελέτες του ΙΝΕ/ ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ, Αθήνα, 2002.
- Τζαβάρα, Ε., Η σχέση «άρρωστος- αρρώστια- γιατρός» μια ανθρωπολογική άποψη, *Σύγχρονα Θέματα*, 26, 1986, σσ. 69-73.
- Τσαλίκोगλου Φ., *Μυθολογίες βίας και καταστολής*, β' έκδοση, Παπαζήσης, Αθήνα, 1996.
- Τσαλίκोगλου Φ., *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, Παπαζήσης, Αθήνα, 1987.
- Τσιάκαλος Γ., Κοινωνικός αποκλεισμός: ορισμοί, πλαίσιο και σημασία, στο: Κ. Κασσιμάτη (επιμ.), *Κοινωνικός αποκλεισμός, η ελληνική εμπειρία*, Gutenberg, Αθήνα, 1998. σσ. 39-64.
- Φαρσεδάκης Ι., *Η εγκληματολογική σκέψη από την αρχαιότητα ως τις μέρες μας*, τ. Α', Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1990.

