

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ, ΜΕΙΟΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ»**

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

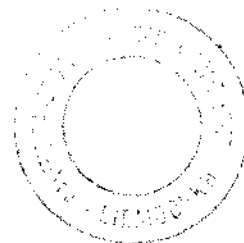
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ΜΠΑΛΩΜΕΝΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ: 302 Μ 017

ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

**ΤΣΙΓΚΑΝΟΥ Ι. (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)
ΖΑΡΑΦΩΝΙΤΟΥ Χ.
ΔΑΜΠΡΕΛΛΗΣ Δ.**

ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2004



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	σελ.
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
II. ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΘΕΣΜΟ	15
1. ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ	16
1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ	16
1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΕΙΘΑΡΧΙΑΣ	21
1.3 Ο ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ	22
1.4 Ο ΠΑΝΟΠΤΙΣΜΟΣ	27
2. ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΑΘΕΙΡΞΗ ΣΤΟ ΑΣΥΛΟ	30
2.1 Η ΜΕΣΑΙΩΝΙΚΗ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΤΡΕΛΑΣ	31
2.2 ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΓΚΑΘΕΙΡΞΗΣ	32
2.3 Ο ΠΑΡΑΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ 18 ^{ου} ΑΙΩΝΑ	36
2.4 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ Η ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ	37
2.5 ΤΥΚΕ ΚΑΙ ΡΙΝΕΛ: ΟΙ ΔΥΟ ΕΚΔΟΧΕΣ ΤΗΣ ΑΣΥΛΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ	40
2.6 ΤΡΕΛΑ ΚΑΙ ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ	47
3. ΤΟ ΑΣΥΛΟ ΣΤΟΝ 20 ^ο ΑΙΩΝΑ	50
3.1 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ Ε. GOFFMAN	50
3.2 Η ΟΠΤΙΚΗ ΤΟΥ D. COOPER	61
4. ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ, ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ	65
5. Η ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ	69

III. ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ	70
1. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1830-1981)	70
2. ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (ΚΚΨΥ)	78
2.1 Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ	80
2.2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ	85
2.3 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΚΚΨΥ	95
IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ	104
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	112

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ιστορία της τρέλας ή πιο επιστημονικά της ψυχικής ασθένειας, σε σχέση με την αντιμετώπιση αυτών των ατόμων που χαρακτηρίστηκαν έτσι, πέρασε διάφορα στάδια από τα μεσαιωνικά χρόνια ως τις ημέρες μας. Στον Μεσαίωνα και στην Αναγέννηση παρ' όλο που θεωρήθηκαν ως κάτι το απόκοσμο και το παράξενο, προϊόν μιας θεϊκής τιμωρίας ή ενός αμαρτήματος, οι ίδιοι δεν αποκλείστηκαν εντελώς από τη κοινωνική ζωή των πόλεων. Αντίθετα, στον 17^ο αιώνα, η απομόνωσή τους συνίσταται στην εγκάθειρξή τους σε χώρους όπου διαμένουν με διάφορες άλλες κατηγορίες του πληθυσμού που εκλαμβάνονται ως επικίνδυνες για τη δημόσια τάξη και την ηθική συγκρότηση της κοινωνίας (ζητιάνοι, άνεργοι, φτωχοί κ.α.). Από τα μισά του 18^{ου} και κυρίως στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, τα άσυλα θα γίνουν ο νέος τόπος αποκλεισμού της τρέλας, η οποία δε θα συγχρωτίζεται πια με τους άλλους περιθωριοποιημένους πληθυσμούς.

Ο Μ. Foucault, αναλύοντας αυτή τη μετάβαση, από τους χώρους εγκάθειρξης στο άσυλο, θα τονίσει τη σπουδαιότητα της πειθαρχικής εξουσίας, ως τεχνική κατανομής, ανάλυσης, προγραμματισμού, απόσπασης και συσσώρευσης των σωμάτων που εγκαθιδρύθηκε τον 18^ο αιώνα στις δυτικοευρωπαϊκές κοινωνίες και ενσωματώθηκε σε όλα τα ιδρύματα της εποχής: στρατόπεδα, σχολεία, νοσοκομεία, άσυλα. Η πειθαρχική εξουσία ως μια «πολιτική ανατομία» της λεπτομέρειας, ως μια «αναλυτική» της εξουσίας θα σφραγίσει αυτή τη μετάβαση και θα ρυθμίσει, μέσω της συγκρότησης της επιστήμης της ψυχιατρικής, τις σχέσεις μεταξύ της ψυχικής ασθένειας και του φυσιολογικού.

Στον 20^ο αιώνα, η Κοινωνική Ψυχιατρική θα επιχειρήσει να αμφισβητήσει το κυρίαρχο ψυχιατρικό μοντέλο, με την εισαγωγή θεσμών, όπως τα ΚΚΨΥ, μέσω των οποίων, η ασυλική δομή θα αποδυναμωθεί και ταυτόχρονα θα υπάρξει μια πιο ενεργή συμμετοχή της κοινότητας, όσον αφορά την αντιμετώπιση του ζητήματος της ψυχικής ασθένειας ως μιας ιδιαίτερης κατάστασης η οποία ενυπάρχει στον καθένα δυνητικά.

Στόχος αυτής της μελέτης, εντέλει είναι να δείξει αν στοιχεία του πειθαρχικού μηχανισμού συνεχίζουν να λειτουργούν μέσα από την οργάνωση ενός ΚΚΨΥ, δηλαδή ενός θεσμού που βασίζεται στις αρχές της κοινοτικής ιδεολογίας η οποία αντιστρατεύεται το θεσμό του ψυχιατρικού ασύλου, θεσμό που ανταποκρίνεται στην εδραίωση και ανάπτυξη της πειθαρχικής εξουσίας.

Λέξεις ευρετηριασμού: Ψυχική υγεία / ασθένεια, Πειθαρχική εξουσία,
Κοινοτική ψυχιατρική

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη αυτή, που ενέχει τη μορφή διπλωματικής εργασίας, στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Κοινωνικός Αποκλεισμός, Μειονότητες και Φύλο», φιλοδοξεί να διερευνήσει το ζήτημα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, στην Ελλάδα, τα τελευταία είκοσι χρόνια περίπου. Ο τίτλος της εργασίας, όπως και μέρος του περιεχομένου της, δεν αποτυπώνει πλήρως αυτό το προσανατολισμό, θέτει όμως το γενικό πλαίσιο αναφοράς του.

Και πρώτα απ' όλα οι έννοιες: πειθαρχική εξουσία και ψυχική ασθένεια. Η πρώτη, η οποία αποτελεί μία θεωρητική σύλληψη του γάλλου φιλοσόφου και στοχαστή Michel Foucault που θα συγκροτήσει στη πορεία αυτής της εργασίας, το μοχλό κατανόησης και ανάλυσης τόσο της ίδιας της έννοιας της ψυχικής ασθένειας, όσο και το χαρακτήρα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, αναφέρεται στις κοινωνίες του 17^{ου} και 18^{ου} αιώνα, στις οποίες, όπως εξηγεί ο Foucault εμφανίζεται ένα νέο είδος εξουσίας, παράλληλα και διαμέσου της γέννησης και εδραίωσης του καπιταλιστικού κοινωνικού συστήματος. Η δεύτερη έννοια αυτή της ψυχικής ασθένειας, αφορά, με ιατρικούς όρους, εκείνα τα άτομα που χαρακτηρίζονται από ψυχοπαθολογικά συμπτώματα που τους καθιστούν ανίκανους να προσαρμοστούν στο κοινωνικό τους περιβάλλον και να συμβιώσουν με τους συνανθρώπους τους. Μιλώντας με ιστορικούς όρους, αυτοί που θα ονομαστούν «τρελοί», θα εγκλειστούν, κυρίως σε άσυλα, μέσα στα οποία θα επιδιωχθεί η ηθική διαπαιδαγώγησή τους και η ιατρική θεραπεία τους, με έναν τρόπο, πολλές φορές βάρβαρο, απάνθρωπο και σκληρό.

Δηλαδή, από μία έχουμε ήδη από τις αρχές του 17^{ου} αιώνα και σίγουρα ολοκληρωμένα στον 19^ο και 20^ο, την πειθαρχική εξουσία, μέσα από την οποία

εφευρίσκονται συστήματα ελέγχου και επιτήρησης, τρόποι καταγραφής και ταξινόμησης και που οργανώνουν ή αποτελούν στοιχεία της λειτουργίας χώρων όπως στρατόπεδα, φυλακές, αναμορφωτήρια, σχολεία και άσυλα. Και από την άλλη έχουμε τη μάζα εκείνων των ανθρώπων, οι παράφρονες ή τρελοί, οι οποίοι συνιστούν στόχο αυτής της πειθαρχικής εξουσίας, στοιχείο της άρθρωσής της και μηχανισμό της αναπαραγωγής της στο κοινωνικό επίπεδο. Αποκλεισμοί, κατανομές, χαρακτηρισμοί, ταξινομήσεις, κυρώσεις, εξετάσεις, προσδιορισμοί, να τί αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένες κατηγορίες ανθρώπων που δεν θεωρούνται ότι εκφράζουν μία φυσιολογικότητα, τη διάσταση του λογικού όντος εντέλει. Το άσυλο, ως η πιο αντιπροσωπευτική και κυρίως διαχρονική μορφή αυτού του κοινωνικού αποκλεισμού, θα διατηρήσει τη δύναμη του ως και τη δεκαετία του '70, σε διεθνές και ελληνικό (πολύ περισσότερο) επίπεδο. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση θα τονίσει την αποτυχία αυτού του θεσμού και θα αναζητήσει νέους τρόπους παρέμβασης για τους ανθρώπους που θεωρούνται ψυχικά ασθενείς. Είναι αυτός όμως ο εναλλακτικός τρόπος ανεξάρτητος ή ενάντια στην πειθαρχική εξουσία που εξέθρεψε τον ασυλικό θεσμό ; Αυτό είναι, με λίγα λόγια, ο στόχος αυτής της μελέτης.

Αλήθεια όμως, τι ορίζουμε ως ψυχική ασθένεια ή αντίστροφα ως ψυχική υγεία ενός ατόμου ;

Σύμφωνα με τον ορισμό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) «Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα» (Μαδιανός, 2000^α, σ. 31)*.

* Το γράμμα α ως εκθέτης στη συγκεκριμένη ημερομηνία υποδηλώνει τη διάκριση σε σχέση με άλλο βιβλίο του ίδιου συγγραφέα που θα αναφερθεί στη πορεία αυτής της μελέτης. Η αντίστοιχη διάκριση γίνεται και στη βιβλιογραφία που δίνεται στο τέλος της εργασίας.

Επίσης άλλοι ορισμοί που δίνονται, όπως της Marie Jahoda ή του Κ. Στεφανή (και των συνεργατών του) δεν φαίνεται να διαφέρουν πολύ από τον ορισμό της Π.Ο.Υ., εκτός του ότι προστίθενται διάφορα χαρακτηριστικά που θεωρούνται απόδειξη ή σημάδι της ψυχικής υγείας ή ισορροπίας ενός ατόμου, όπως η επίγνωση από το ίδιο της ταυτότητάς του, τη δυνατότητα της αντίδρασης του στο στρες, τη κλινική διαπίστωση της απουσίας της ψυχικής νόσου, την ενεργητική του προσαρμογή στο περιβάλλον, την αισιοδοξία του, την αυτοεκτίμηση του κ.α. (ο.π., σ. 31-33). Όπως όμως, επισημαίνει και ο Μ. Μαδιανός, (ο.π., σ. 33-34) αυτοί οι ορισμοί δεν μπορούν να δώσουν μια σαφή και οριστική απάντηση στο ζήτημα του καθορισμού των ορίων μεταξύ της ψυχικής υγείας και ασθένειας, αλλά αυτό που κάθε φορά καθορίζει αυτά τα όρια, είναι η άσκηση μιας γενικότερης πολιτικής στο χώρο του συστήματος ψυχικής υγείας, που νοηματοδοτείται θα προσθέταμε εμείς, από το κοινωνικό-πολιτιστικό συγκεκριμένο της κάθε εποχής.

Εκτός από τις έννοιες της πειθαρχικής εξουσίας και της ψυχικής ασθένειας /υγείας, θα ήταν χρήσιμο, σ' αυτό το εισαγωγικό κομμάτι μας, να αναφερθούμε στην Ψυχιατρική και στην Κοινωνική Ψυχιατρική, ως εξελικτική, ιστορικά, μορφή της πρώτης, τα επιστημονικά εκείνα πεδία που ανέλαβαν να μελετήσουν, αναλύσουν και χαρτογραφήσουν το χώρο της ψυχικής ασθένειας ή αλλιώς της τρέλας, της σχιζοφρένειας, της παραφροσύνης.

Και πρώτα απ' όλα, η ψυχιατρική, ως εκείνος ο κλάδος της Ιατρικής που ασχολείται με τα ζητήματα της ψυχικής συγκρότησης και ταυτότητας του ατόμου και την ιατρική θεραπευτική, όχι μόνο των συμπτωμάτων, αλλά και των αιτιών της ψυχικής νόσου. Ιδρυτής της κλινικής παράδοσης στην ψυχιατρική, θεωρείται ο γάλλος ψυχίατρος Philippe Pinel, ο οποίος αντικατέστησε την έννοια της τρέλας με αυτή της νοητικής αλλοτρίωσης και δημιούργησε το πρώτο άσυλο, στη Γαλλία,

απελευθερώνοντας τους παράφρονες από τους χώρους της εγκάθειρξης. Η διαμόρφωση του επιστημονικού πεδίου της ψυχιατρικής είχε δύο όψεις. Πρώτο, τη θεμελίωση της πρωτοκαθεδρίας της εγκεφαλικής λειτουργίας στην εξήγηση των ψυχοπαθολογικών φαινομένων, στη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα και δεύτερο, την εισαγωγή μοντέλων της από το χώρο της νευρολογίας (Πλουμπίδης, 1995, σσ. 15-16). Παρακάτω, παραθέτουμε ένα πίνακα, που συνοψίζει την εξέλιξη της ψυχιατρικής και τις σημαντικές επιδράσεις που δέχθηκε.

Πίνακας

Σταθμοί στην εξέλιξη της ψυχιατρικής και σημαντικές επιδράσεις (19ος αι.):

	ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ-ΙΑΤΡΙΚΗ	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ	ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ
			JASPERS BERGSON
1900	ΡΑΥΛΟV: Εξαρτημένα ανακλαστικά V. BECHTEREV	KRAEPELIN: Κωδικοποίηση της νοσογραφίας CHASLIN: Διανοητική σύγχυση FREUD	NIETZSCHE
1890	MEYNART		JANET ΟΙ ΝΕΥΡΩΣΕΙΣ
1880	PASTEUR: Μικροβιολογία, αντίσηψια JACKSON: Επίπεδα εγκεφαλικής λειτουργίας LOMBROSO WERNICKE: Αφασία	CHARCOT HECKER: Ηβηφρένεια KAHLBAUM: Κατατονία	WUNDT: Πειραματική ψυχολογία RIBOT
1870	BROCA: Αφασία CL. BERNARD: Φυσιολογία	ΓΕΝΙΚΕΥΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ	SPENCER: Εξελικτικισμός
1860	DARWIN: Θεωρία της εξέλιξης των ειδών WIRCHOW: Σύγχρονη ιστολογία	MOREL: Θεωρία του εκφυλισμού FALRET: Κυκλική νόσος (μάνια-μελαγχολία) GRIESINGER PARCHAPPE: Κωδικοποίηση του ασύλου	
1850			
1840			
1830			A. COMTE: Θετικισμός
1820	BAYLE: Φλεγμονώδης αιτιολογία της πρωτογόνου ανοσίας		
1810		ΕΙΔΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΕΙΣ ESQUIROL: Περιγραφή κλινικών οντοτήτων	
1800	GALL: Κρανιοσκοπία CABANIS: Κλινική μέθοδος VITALISME Αρχαία ιατρική παράδοση	ΠΟΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ PINEL: Ψυχιατρική κλινική	HEGEL ΔΙΑΦΩΤΙΣΜΟΣ ΑΓΓΛΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ

(Πλουμπίδης Δ., Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα, σ. 21)

Από την ανάγνωση του πίνακα, παρατηρούμε τη στενή σχέση μεταξύ ιατρικής και ψυχιατρικής, όσον αφορά την απόπειρα εξήγησης της ψυχικής νόσου είτε με τη διατάραξη του νευρολογικού συστήματος, είτε με την διατύπωση της θεωρίας του Morel (1857) για τον εκφυλισμό, μέσω της κληρονομικότητας. Και όλες αυτές οι συσχετίσεις, πλαισιωμένες από τα φιλοσοφικά ρεύματα, κυρίως του θετικισμού και του εξελικτισμού. Όπως σημειώνει η Φ.Τσαλίκoglου, στην ιατρική λογική, η ψυχική νόσος είναι συνυφασμένη με την αναζήτηση εκείνων των οργανικών παραγόντων που ευθύνονται για τις ψυχοπαθολογικές διαταραχές. Όλος ο 19^{ος} αιώνας είναι διαποτισμένος από αυτή τη λογική (Τσαλίκoglου, 1987, σσ. 77-81). Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, εμφανίζεται το ψυχογενετικό πρότυπο, σύμφωνα με το οποίο οι ψυχοπαθολογικές διαταραχές οφείλονται σε ενδοψυχικά αίτια, όπως πρώιμες τραυματικές εμπειρίες κ.α. Η συμβολή της ψυχαναλυτικής θεωρίας σε σχέση με το ψυχογενετικό πρότυπο υπήρξε καταλυτική, με προεξάρχοντα εκπρόσωπό της, τον S. Freud (ο.π., σσ. 81-83). Τέλος, υπάρχει και το κοινωνιογενετικό πρότυπο, το οποίο συλλαμβάνει τον οργανισμό ως μία κοινωνικοψυχο-σωματική ενότητα η οποία επηρεάζεται από παράγοντες, όπως η φτώχεια, το στρες, η δομή της οικογένειας κ.α. (ο.π., σσ. 84-87). Για την Τσαλίκoglου, αυτά τα τρία πρότυπα έχουν κάποια κοινά σημεία όπως, πρώτο, αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως ένα παθητικό δέκτη, δεύτερο, η ψυχική ασθένεια γίνεται αποδεκτή ως μια δεδομένη παθολογική, κλινική οντότητα, και τρίτο, υπάρχει μια ανυπαρξία σύνδεσης τον ψυχοπαθολογικού συμπτώματος και του ιστορικού-κοινωνικού πλαισίου που αυτό εκδηλώνεται (ο.π., σ. 87).

Τελικά, βλέπουμε πόσο δύσκολο είναι όχι μόνο να ορίσουμε το τι είναι ψυχική ασθένεια, μια και να καταλήξουμε σε οριστικά συμπεράσματα για τις αιτίες που τη δημιουργούν.

Όσον αφορά τώρα την επιστήμη της κοινωνικής ψυχιατρικής, θα λέγαμε ότι αυτή, σύμφωνα με τον αμερικανό ψυχίατρο Southard «προκύπτει από τη σύζευξη των εννοιών του Κοινωνικού και της Ψυχιατρικής, χρησιμοποιεί σύγχρονες μεθόδους για τη διερεύνηση της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και έχει σκοπό να χρησιμοποιήσει τις χαρακτηριστικές και ηθολογικές ταξινομήσεις και τα δεδομένα της ψυχολογίας των ενστίκτων και του μιχεβιορισμού της επαγγελματικής ψυχολογίας και των συναφών κλάδων» (Μαδιανός, 2000^α, σ. 21). Η Κοινωνική Ψυχιατρική γνώρισε μεγάλη άνθηση, μετά το τέλος του β' παγκόσμιου πολέμου, τόσο στις Η.Π.Α., όσο και στην Ευρώπη. Πρόδρομοι της, θεωρούνται οι P. Pinel και S. Tuke, οι μεγάλοι μεταρρυθμιστές στα τέλη του 18^{ου} και στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, καθώς και ο ιταλός Pisani. Στη δεκαετία του '50 άρχισαν οι πρώτες έρευνες πάνω στη δομή του ψυχιατρικού ασύλου και τον ιδρυματισμό, ενώ στη δεκαετία του '60 η Κοινωνική Ψυχιατρική στρέφεται προς τη πρακτική της πλευρά, τη Κοινοτική Ψυχιατρική, δηλαδή την παροχή υπηρεσιών στο επίπεδο της κοινότητας (ο.π., σσ. 17-21). Με άλλα λόγια, η Κοινωνική Ψυχιατρική είναι εκείνο το επιστημονικό πεδίο που μελετάει τη ψυχική ασθένεια, συγκεντρώνοντας τα θεωρητικά εργαλεία τόσο από τις κοινωνικές επιστήμες (κοινωνιολογία, κοινωνική ψυχολογία, ανθρωπολογία) όσο και από την ιατρική ψυχιατρική, την επιδημιολογία και τη βιοστατιστική (ο.π., σ. 26). Η ίδια η Κοινωνική Ψυχιατρική επηρεάστηκε από διάφορες κοινωνιολογικές και φιλοσοφικές θεωρίες, όπως τον θετικισμό του Durkheim, το λειτουργισμό των Parsons και Merton, τον μαρξισμό, τον υπαρξισμό, τη ψυχανάλυση και τη θεωρία του στιγματισμού ή της ετικετοποίησης, (ο.π., σσ. 62-70). Σε σχέση με το αντικείμενο της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, αυτό αναφέρεται στο υγιές ή παθολογικό άτομο, την οικογένεια του και τις ομάδες ατόμων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (ο.π. σ. 28).

Εν συντομία, παρατηρώντας τη ιστορική πορεία της ψυχικής ασθένειας, των τρελών ή παραφρόνων και των επιστημών που συγκροτήθηκαν γύρω από αυτό το ζήτημα, διαπιστώνουμε τη μετάβαση, σε πρώτη φάση, από το θεσμό της εγκάθειρξης σ' εκείνο του ασύλου και ταυτόχρονα την εδραίωση της ψυχιατρικής και σε μία δεύτερη φάση, τις προσπάθειες υπέρβασης της ασυλικής δομής, μέσα από τις μεταρρυθμίσεις που προσανατόλισαν τη Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική πια, στη δημιουργία κοινοτήτων για την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.

Κλείνοντας αυτή την εισαγωγή, θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε στα στάδια αυτής της εργασίας, καθώς και σε κάποιες δυσκολίες που παρουσιάστηκαν, λόγω της φύσης και του χαρακτήρα αυτής της μελέτης.

Θεωρώντας ότι η εισαγωγή συνιστά τη πρώτη ενότητα, στη δεύτερη, θα αναλυθεί διεξοδικά η έννοια της πειθαρχικής εξουσίας του Foucault, τα στοιχεία της, οι λειτουργίες της, οι σκοποί της. Επίσης θα γίνει μια ιστορική παρουσίαση της πορείας του παραλογισμού και της τρέλας, από τα μεσαιωνικά χρόνια ως τις αρχές του 19^{ου} αιώνα (ίδρυση των πρώτων ασύλων), καθώς και μια πρώτη απόπειρα συσχέτισης της πειθαρχικής εξουσίας με την τρέλα, με βάση το φουκωϊκό τρόπο ανάλυσης. Ακόμα θα γίνει λόγος, για τη δομή ενός ψυχιατρικού ασύλου του 20^{ου} αιώνα, όπως το μελέτησε ο κοινωνιολόγος E. Goffman, όπως και το ρόλο της βίας και εν γένει την ιδεολογία της Ψυχιατρικής, με βάση τη κριτική του άγγλου ψυχιάτρου D. Cooper, τον ιδρυτή της αντιψυχιατρικής τάσης και θεμελιωτή ή καλύτερα πρωτοπόρου, σ' αυτό που θα ονομαστεί αργότερα Κοινοτική Ψυχιατρική. Επίσης, θα αναφερθούμε στις έννοιες της μεταρρύθμισης, του συστήματος υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και στο περιεχόμενο, τις βασικές αρχές και τους στόχους της Κοινοτικής Ψυχιατρικής. Τέλος, θα διατυπώσουμε της θεωρητικής μας υπόθεση, σε σχέση με το χαρακτήρα της

ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Ουσιαστικά, η δεύτερη ενότητα θα συγκροτήσει το θεωρητικό μέρος της εργασίας και ταυτόχρονα θα αποτελέσει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που θα μας διευκολύνει στην ιστορική κατανόηση της μελέτης μας.

Η μελέτη αυτή θα γίνει αναλυτικότερα στη τρίτη ενότητα, η οποία θα περιέχει μερικά ιστορικά στοιχεία για την ασυλική δομή στον ελληνικό χώρο, τη μεθοδολογία, τη διάρθρωση και ανάλυση του υλικού, εστιασμένη σ' αυτές που θεωρήθηκε ως τις πιο σημαντικές διαστάσεις της αναμόρφωσης της ψυχικής υγείας, δηλαδή τη νομοθεσία, τη διοίκηση και οργάνωση ενός Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ.) και τη θεραπευτική ομάδα του συγκεκριμένου φορέα που απαρτίζεται από διάφορες ειδικότητες (ψυχιάτρους, νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές κ.ά.). Με την ανάλυση αυτή θα επιχειρηθεί να δειχθεί η βασιμότητα της θεωρητικής υπόθεσης που διατυπώθηκε στη δεύτερη ενότητα, περί σύνδεσης ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και πειθαρχικής εξουσίας.

Στη τέταρτη ενότητα θα εκθέσουμε τις σκέψεις και τις παρατηρήσεις μας, για μια γενική θεώρηση της ψυχικής ασθένειας, ως μιας κατάστασης ετερότητας, ως το πεδίο του Άλλου που βρίσκεται ταυτόχρονα μέσα αλλά και έξω, στις παρυφές της ταυτότητας του φυσιολογικού που ορίζει η καπιταλιστική-πειθαρχική εξουσία.

Τελειώνοντας, θα θέλαμε να υπενθυμίσουμε ότι η εργασία αυτή δεν αποτελεί ένα προϊόν μιας επιτόπιας έρευνας, αλλά στηρίζεται εξ' ολοκλήρου σε βιβλιογραφικές αναφορές και νόμους που εκδόθηκαν σχετικά με το θέμα. Αυτό σημαίνει ότι τα λεχθέντα (διαπιστώσεις, παρατηρήσεις, συμπεράσματα) δεν μπορούν να κατανοηθούν ως ένα πρωτογενές, υποκειμενικό βίωμα του ερευνητή, αλλά ως ένας αναστοχασμός του πάνω σε ήδη διατυπωμένες απόψεις, χωρίς όμως αυτή η έλλειψη να υποδηλώνει

ανακρίβεια σε κάποια, κυρίως ιστορικά και ποσοτικά στοιχεία που δίνονται, όπου γίνεται αυτό. Αυτή η αντικειμενική δυσκολία που περιγράψαμε οφείλεται στον χαρακτήρα αυτής της εργασίας (διπλωματική) που δεν θα επέτρεπε μια αξιόπιστη (από άποψη χρόνου) κοινωνική έρευνα. Πάντως, σε κάθε περίπτωση, αυτή η έλλειψη δεν σχετίζεται με την ικανότητα ή μη του συγγραφέα όσον αφορά την οργάνωση του υλικού του και την ερμηνεία του. Αυτό άλλωστε θα είναι και το πεδίο της αξιολόγησής του.

II. ΘΕΩΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΘΕΣΜΟ

Σ' αυτή την ενότητα της εργασίας μας, θα μας απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό το έργο του Foucault, το οποίο θα αποτελέσει και τη θεωρητική βάση για την ανάλυση και αξιολόγηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, καθώς και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τα έργα, στα οποία ο Foucault καταπιάνεται με τα ζητήματα της πειθαρχικής εξουσίας και της ψυχικής ασθένειας είναι δύο. Το ένα, «Η ιστορία της Τρέλας», το οποίο αποτέλεσε και τη διδακτορική του διατριβή, πραγματεύεται την πορεία της Τρέλας από την κλασική εποχή μέχρι τη γέννηση του άσυλου στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, ενώ το δεύτερο, «Επιτήρηση και Τιμωρία», εξετάζει τη γέννηση του θεσμού της φυλακής, ουσιαστικά όμως προσδιορίζει σ' ένα σημαντικό βαθμό, την εμφάνιση των πειθαρχικών κοινωνιών, τον 17^ο και 18^ο αιώνα, ως το ιστορικό πλαίσιο για την εγκαθίδρυση θεσμών όπως η φυλακή, το νοσοκομείο, το σχολείο, το εργοστάσιο και το άσυλο το οποίο στην προκειμένη περίπτωση μας ενδιαφέρει περισσότερο.

Επίσης, θα δούμε τη συμβολή του κοινωνιολόγου E. Goffman, στη διερεύνηση των κοινωνικών συνθηκών ζωής σ' ένα άσυλο του 20^{ου} αιώνα, θα αναλύσουμε την άποψη του ψυχιάτρου D. Cooper, στην προσπάθειά του να δημιουργήσει μια αντι-ψυχιατρική τάση μέσα στο ψυχιατρικό κατεστημένο, στη δεκαετία του '60, κινούμενος στα όρια μιας αποασυλοποιημένης πρακτικής, και θα δούμε τη θεωρητική πλευρά της στη μορφή της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

1. ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ

Επιλέξαμε να ασχοληθούμε πρώτα με το ζήτημα της πειθαρχικής εξουσίας, θεωρώντας ότι με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουμε πιο ικανοποιητικά να ανιχνεύσουμε τα συμπεράσματα του Foucault για την θέση της τρέλας στη κλασική και σύγχρονη εποχή, μιας και ο έλεγχος της ψυχικής ασθένειας και ο αποκλεισμός των τρελών, είναι συστατικά στοιχεία της οργάνωσης και λειτουργίας των πειθαρχικών κοινωνιών.

Θα ήταν πρόσφορο όμως, για να αναλύσουμε την έννοια, το περιεχόμενο, τις λειτουργίες καθώς και τους στόχους της πειθαρχικής εξουσίας, να περιγράψουμε, όσο πιο συμπυκνωμένα γίνεται, την ίδια την έννοια της εξουσίας, όπως ο Foucault την προσδιορίζει.

1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΕΞΟΥΣΙΑΣ

A. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Για τον Foucault, η εξουσία δεν είναι ένα σύνολο θεσμών και μηχανισμών, ούτε ένας τρόπος καθυπόταξης που παίρνει τη μορφή ενός κανόνα, ούτε πολύ περισσότερο ένα γενικό σύστημα κυριαρχίας που ασκείται από μια ομάδα πάνω σε μια άλλη (Foucault, 1982, σ. 115).

Ο ίδιος την προσδιορίζει (αντίθετα από ένα συνηθισμένο εγχειρίδιο πολιτικής κοινωνιολογίας ή πολιτικής επιστήμης), ως «το πλήθος των σχέσεων δύναμης που ενυπάρχουν στον χώρο όπου ασκούνται και είναι συστατικές της οργάνωσης τους», (ο.π., σ. 115). Την βλέπει ως ένα παιχνίδι μέσα στο οποίο οι αγώνες και οι συγκρούσεις την ενδυναμώνουν ή την αντιστρέφουν και τα στηρίγματα που βρίσκει, την κάνουν να σχηματίζει μια αλυσίδα ή ένα σύστημα ή αντίθετα οι αντιφάσεις και οι αναντιστοιχίες,

απομονώνουν τη μια σχέση δύναμης απ' την άλλη. Ακόμα για τον Foucault, η εξουσία είναι μια στρατηγική, μέσα απ' την οποία, ενεργοποιούνται αυτές οι σχέσεις δύναμης για να καταλήξουν στο γενικό σχέδιο τους, σε κρατικούς μηχανισμούς και κοινωνικές ηγεμονίες (ο.π., σσ. 115-116).

Όπως σημειώνει εύστοχα, «η εξουσία είναι παντού, όχι επειδή συμπεριλαμβάνει τα πάντα, αλλά επειδή έρχεται από παντού» (ο.π., σ. 116).

Απ' τον καινοτόμο αυτό ορισμό της εξουσίας, που δίνει ο Foucault, προκύπτουν στη συνέχεια, κάποιες μεθοδολογικές προϋποθέσεις, όπως τις ονομάζει ο ίδιος, στη διαδικασία μελέτης της εξουσίας (δηλαδή στο πώς πρέπει να την αναλύουμε), καθώς και ορισμένες κρίσιμες διατυπώσεις.

Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι:

1. «η ανάλυση δεν θα πρέπει να ασχολείται με τις ρυθμισμένες και νόμιμες μορφές εξουσίας, αλλά με την εξουσία στα άκρα της, δηλαδή στις πιο περιοχικές και τοπικές μορφές και θεσμούς της». Το ζήτημα της ποινής είναι ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αυτής της μεθοδολογικής προϋπόθεσης, όπως επισημαίνει ο Foucault. (Foucault, 1991, σ. 105).
2. η ανάλυση πρέπει να επικεντρωθεί εκεί που η εξουσία εγκαθιδρύει και παράγει τα αποτελέσματά της και όχι στις προθέσεις εκείνων που τις ασκεί. Δεν πρέπει να θέτουμε το ερώτημα γιατί ορισμένοι άνθρωποι επιδιώκουν να κυριαρχούν, αλλά πώς συγκροτούνται τα υποκείμενα στη διαδικασία της καθυπόταξής τους (ο.π., σ. 106). Οι ίδιες οι σχέσεις εξουσίας δεν απορρέουν από την απόφαση ενός ατομικά υποκειμένου, ούτε μπορεί κάποιος να διαχειριστεί ολόκληρο το υλικό πλέγμα της εξουσίας (Foucault, 1982, σ. 118).

3. η εξουσία χρησιμοποιείται και ασκείται μέσω μίας οργάνωσης που μοιάζει με δίκτυο. Δεν τη κατέχει κάποιος, ούτε μπορεί να την ιδιοποιηθεί, να την αποσπάσει ή να την μοιράσει. Ασκείται από αμέτρητα σημεία σ' ένα παιχνίδι άνισων σχέσεων (ο.π., σ. 117). Κυκλοφορεί ανάμεσα στα άτομα που είναι οι φορείς της και όχι τα σημεία εφαρμογής της. Ουσιαστικά το άτομο είναι ένα αποτέλεσμα εξουσίας και ταυτόχρονα ένα σημείο της άρθρωσης της (Foucault, 1991, σ. 107).
4. πρέπει να ξεκινήσουμε, όπως ο Foucault προτείνει, από τους απειροελάχιστους μηχανισμούς της και να οδηγηθούμε έτσι σε γενικότερους μηχανισμούς και μορφές σφαιρικής κυριαρχίας. Με άλλα λόγια να κάνουμε μια ανοδική ανάλυση της εξουσίας (ο.π., σ. 108).

Η τρέλα μπορεί να διερευνηθεί με ένα τέτοιο τύπο ανάλυσης, ζήτημα στο οποίο θα ασχοληθούμε διεξοδικά όταν μελετήσουμε τη συσχέτιση τρέλας και πειθαρχικής εξουσίας, τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει ο Foucault, καθώς και τις αποσαφηνίσεις που πρέπει να γίνουν με βάση αυτά τα συμπεράσματα*.

5. όταν η εξουσία ασκείται μέσω των μηχανισμών όπως οι μέθοδοι παρατήρησης, οι τεχνικές καταγραφής, τα συστήματα ελέγχου, η ίδια παράγει και θέτει σε κυκλοφορία μία γνώση ή καλύτερα συστήματα γνώσης (ο.π., σ. 111).

Εκτός από τις μεθοδολογικές προϋποθέσεις, θα ήταν χρήσιμο να αναφέρουμε και κάποιες διατυπώσεις ή θέσεις πάνω στο ζήτημα της εξουσίας, που θα μας διευκόλυνε στην κατανόηση της, όπως την ορίζει ο Foucault.

* Το συγκεκριμένο ζήτημα το διαπραγματευόμαστε στο υποκεφάλαιο 2.6.

Οι σχέσεις εξουσίας δεν βρίσκονται σε εξωτερική θέση με άλλους τύπους σχέσεων, αλλά ενυπάρχουν σ' αυτές, για παράδειγμα στις οικονομικές σχέσεις. Δηλαδή δεν ανήκουν στο πεδίο ή το χώρο της υπερδομής, αλλά παίζουν έναν άμεσα παραγωγικό ρόλο. Επίσης στη βάση των σχέσεων εξουσίας, δεν υπάρχει μια καθολική αντίθεση, δυαδικού τύπου (εξουσιαστές/εξουσιαζόμενοι). Ακόμα για τον Foucault όπου υπάρχει εξουσία, υπάρχει και αντίσταση, αλλά αυτή δεν βρίσκεται σε εξωτερική θέση προς την εξουσία, δεν υπάρχει ένας τόπος της Μεγάλης Άρνησης, αλλά απλά αντιστάσεις που υπάρχουν μόνο στο στρατηγικό πεδίο των σχέσεων εξουσίας. Και αυτό γιατί οι σχέσεις εξουσίας έχουν ένα αυστηρά σχεσιακό χαρακτήρα. Όπως όμως το δίκτυο των σχέσεων εξουσίας σχηματίζει ένα πυκνό ιστό που διασχίζει τους μηχανισμούς και τους θεσμούς χωρίς να εντοπίζεται με ακρίβεια πάνω τους, έτσι και οι αντιστάσεις διατρέχουν όλο το κοινωνικό σώμα (Foucault, 1982, σσ. 117-120).

Τελειώνοντας, θα θέλαμε να τονίσουμε ότι για τον Foucault η εξουσία δεν είναι μόνο κατασταλτική (απαγορεύει, θέτει φραγμούς, εμπόδια, καταπιέζει), αλλά και παραγωγική, δηλαδή παράγει λόγο και μορφές γνώσης (Foucault, 1987, σ. 21).

Η θέση του αυτή είναι αρκετά σημαντική, γιατί μας προτρέπει κατά κάποιο τρόπο να μελετάμε όλες τις μορφές εξουσίας, όχι μόνο κάτω απ' το πρίσμα της αρνητικής πρόσληψής της, αλλά ως μια θετικότητα που δημιουργεί και παράγει υποκειμενικότητες. Στη δική μας μελέτη, η ψυχιατρική εξουσία θα μπορούσε (και θα επιχειρήσουμε να το δείξουμε σε αρκετά σημεία της εργασίας μας) να ειπωθεί υπό αυτό το πρίσμα.

***B. Η ΥΠΕΡΤΑΤΗ ΕΞΟΥΣΙΑ (ΤΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΟΥ ΒΑΣΙΛΙΑ) ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΑΣΜΑ
ΣΤΗ ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ***

Γιατί ο Foucault προσδιορίζει και αναλύει με το συγκεκριμένο τρόπο που είδαμε, την εξουσία; Σε ποια ιστορική κοινωνία αναφέρεται; Έναντι ποιάς άλλης μορφής εξουσίας, κάνει την εμφάνιση της η πειθαρχική εξουσία; Σ' αυτά τα ερωτήματα, ο ίδιος απαντάει λέγοντας ότι δημιούργησε αυτές τις νέες μεθοδολογικές προϋποθέσεις στην προσπάθεια του να αντιπαραβάλλει αυτό το νέο είδος εξουσίας που γνωρίζει η Δ. Ευρώπη (από τις αρχές του 17^{ου} αιώνα μέχρι και το τέλος του επόμενου), στον τόπο της εξουσίας που ήταν κυρίαρχος στα χρόνια του Μεσαίωνα. Αυτό το είδος το ονομάζει Υπέρτατη Εξουσία ή δίκαιο του βασιλιά, διότι θεωρεί ότι σ' αυτή τη χρονική περίοδο το δίκαιο είχε ταυτιστεί με τη βασιλική εξουσία. Οι δύο όψεις αυτής της εξουσίας ήταν, από τη μία ο μονάρχης ως η πραγματική ενσάρκωση της Υπέρτατης Εξουσίας, και από την άλλη η αναγκαιότητα επιβολής ορίων σ' αυτή την εξουσία. (Foucault, 1991, σσ. 103-104). Σε τι συνίσταται όμως αυτή η Υπέρτατη Εξουσία ;

Όπως σημειώνει ο Foucault «η θεωρία της Υπέρτατης Εξουσίας είναι κάτι που αναφέρεται στη μετατόπιση και ιδιοποίηση από μέρους της εξουσίας, όχι του χρόνου και της εργασίας, αλλά των αγαθών και του πλούτου», (ο.π., σ. 114).

Σ' αυτή τη περίοδο η εξουσία λειτουργούσε μέσω συμβόλων και επιβολής φόρων (Foucault, 1987, σ. 27).

Ποιες είναι οι ιστορικές συγκυρίες εμφάνισης της πειθαρχικής κοινωνίας όπου η εξουσία θα συγκροτηθεί με έναν εντελώς διαφορετικό τρόπο; Δύο είναι τα στοιχεία που θα βοηθήσουν προς σ' αυτή τη κατεύθυνση. Το ένα αφορά τη δημογραφική αύξηση (του 18^{ου} αιώνα) και το άλλο την αλματώδη ανάπτυξη του παραγωγικού μηχανισμού, (Foucault, 1989, σ. 287). Ταυτόχρονα έχουμε τη προοδευτική επέκταση των

πειθαρχικών οργάνων, σ' όλη τη διάρκεια του 17^{ου} και 18^{ου} αιώνα, τον πολλαπλασιασμό τους σ' όλο το κοινωνικό σώμα (ο.π., σ. 276).

Θα δούμε στη συνέχεια σε τι συνίσταται αυτό το νέο είδος ή μηχανισμός εξουσίας, τα στοιχεία που τον συγκροτούν, τις λειτουργίες του, καθώς και τους στόχους του.

1.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΕΙΘΑΡΧΙΑΣ

Τι ονομάζει λοιπόν, πειθαρχία ο Foucault; Τις μεθόδους που επιτρέπουν τον σχολαστικό έλεγχο των δραστηριοτήτων του σώματος και εξασφαλίζουν τη σταθερή καθυπόταξη των δυνάμεων του, επιβάλλοντας σ' αυτές μια σχέση υπακοής-χρησιμότητας (ο.π., σ. 183). Ήδη στη κλασική εποχή, το σώμα έχει γίνει αντικείμενο και στόχος της εξουσίας (ο.π., σ. 182). Η πειθαρχία λοιπόν, αποτελεί μια τέχνη του ανθρώπινου σώματος, κατασκευάζει σώματα υποταγμένα και εξασκημένα, σώματα «πειθήνια» (ο.π., σ. 184). Κατασκευάζει όμως και άτομα, «είναι η ειδική τεχνική μιας εξουσίας που πορίζεται τα άτομα και ως αντικείμενα και ως όργανα για την άσκησή της», (ο.π., σ. 227). Επίσης όπως τονίζει ο Foucault, «η πειθαρχία δεν μπορεί να ταυτίζεται ούτε με ένα θεσμό, ούτε με ένα μηχανισμό, είναι ένας τύπος εξουσίας, ένας τρόπος άσκησής της που περιλαμβάνει ένα σύνολο οργάνων, τεχνικών, μεθόδων, διαδικασιών, επιπέδων εφαρμογής, στόχων, είναι μια «φυσική» ή μια «ανατομία της εξουσίας», μια «τεχνολογία» (ο.π., σ. 283). Ή πιο συμπυκνωμένα «η πειθαρχία είναι μια πολιτική ανατομία της λεπτομέρειας» (ο.π., σ. 186).

Όπως είπαμε και προηγουμένως, αυτός ο νέος μηχανισμός εξουσίας αναδύεται τον 17^ο και 18^ο αιώνα, ως ένα βασικό εργαλείο της σύστασης του βιομηχανικού καπιταλισμού. Είναι ένας μηχανισμός εξουσίας στον οποίο (αντίθετα απ' ότι συνέβαινε

στην Υπέρτατη Εξουσία) έχουμε μια απόσπαση από τα σώματα, χρόνου και εργασίας, παρά πλούτου και εμπορεύματος. Για να επιτευχθεί αυτή η απόσπαση, πρέπει η εξουσία να ασκείται σταθερά μέσω της επιτήρησης και όχι με ένα ασυνεχή τρόπο. Σ' αυτή τη νέα οικονομία της εξουσίας, είναι αναγκαίο τα άτομα να είναι ικανά να αυξάνουν τις υποταγμένες δυνάμεις και συγχρόνως να βελτιώνουν τη δύναμη και αποτελεσματικότητα εκείνου που τις υποτάσσει. Θα λέγαμε ότι αυτή είναι μια βασική αρχή της νέας οικονομίας της εξουσίας με κύριο σκοπό τον υπολογισμό της με όρους της ελάχιστης δαπάνης για τη μέγιστη απόδοση (Foucault, 1991, σσ. 113-114). Κατά μια έννοια, η εξουσία έπρεπε να μπορέσει να «εισχωρήσει» στα σώματα των ατόμων, στις πράξεις τους και τη καθημερινή συμπεριφορά τους (Foucault 1987, σ. 28). Μάλιστα ο Foucault θεωρεί ότι οι κοινωνίες του 18^{ου} αιώνα επινόησαν την πειθαρχία, γιατί οι μεγάλοι μηχανισμοί του τρόμου είχαν γίνει δαπανηροί και δεν ήταν συμβατοί με τις νέες οικονομικές συνθήκες που πρόσβευε ο καπιταλιστικός τρόπος παραγωγής (ο.π., σ. 47).

1.3. Ο ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ

Ας προχωρήσουμε τώρα στην ανάλυση του πειθαρχικού μηχανισμού που θα μας επιτρέψει να δούμε την εσωτερική συνοχή του και τη καθολική του διάσταση, ξεκινώντας από το τι περιέχει αυτός ο μηχανισμός.

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ Ή ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΠΕΙΘΑΡΧΙΑΣ

α) Όπως τονίζει ο Foucault, η πειθαρχία αρχίζει με την κατανομή των ατόμων στο χώρο, εφαρμόζοντας διάφορες τεχνικές, όπως:

1. Την περίφραξη, δηλαδή το καθαρισμό ενός χώρου διαφορετικού από όλους τους άλλους. Π.χ. ο εγκλεισμός των τρελών, στους χώρους εγκαθίδρυσης και στα άσυλα (Foucault, 1989, σσ. 188-189).
2. Η αρχή της στοιχειώδους εντόπισης ή «δικτύωσης», δηλαδή το κάθε άτομο στη θέση του και σε κάθε θέση ένα άτομο. Με αυτή τη μορφή της κατανομής η πειθαρχία οργανώνει έναν αναλυτικό χώρο (ο.π., σ. 190).
3. Τα στοιχεία πρέπει να είναι εναλλάξιμα μεταξύ τους. Σημασία έχει η θέση στη σειρά του κάθε ατόμου, για να μπορέσει να ταξινομηθεί. Και να κυκλοφορήσει σ' ένα δίκτυο σχέσεων. Με αυτό τον τρόπο η πειθαρχία οργανώνει «κελιά», «θέσεις» και «σειρές», διαμορφώνοντας αρχιτεκτονικούς, ιεραρχικές και λειτουργικούς χώρους (ο.π., σσ. 133-136).

Σ' αυτό το σημείο, θέλουμε να τονίσουμε ότι σε σχέση με την πρώτη τεχνική, την τεχνική της περίφραξης, ο Foucault σημειώνει ότι δεν είναι επαρκής στη λειτουργία ενός πειθαρχικού μηχανισμού. Χρειάζονται και οι άλλες τεχνικές.

β) ένα δεύτερο χαρακτηριστικό της πειθαρχίας, είναι ο έλεγχος της δραστηριότητας, ο οποίος εμπεριέχει την προγραμματισμένη απασχόληση, δηλαδή το καθορισμό του ρυθμού απασχόλησης, τον εξαναγκασμό σε καθορισμένες εργασίες και τη ρύθμιση των κύκλων επανάληψης (ο.π., σ. 198). Επίσης ο έλεγχος της δραστηριότητας αφορά τη χρονική ρύθμιση της πράξης, (ο.π., σσ. 200-201), τη συσχέτιση σώματος και χειρονομίας, δηλαδή την εκμάθηση της σωστής χρήσης του σώματος (ο.π., σσ. 201-202) και τέλος την εξαντλητική χρησιμοποίηση του χρόνου, (ο.π., σσ. 203-204).

Ουσιαστικά, με αυτή τη δεύτερη μέθοδο, επιτυγχάνεται ο έλεγχος των κινήσεων των ατόμων, η κανονικοποίηση της χρονικής τους διάστασης και η αναπαραγωγή μιας καθημερινότητας-ρουτίνας.

γ) Μια άλλη τεχνική αποτελεί αυτό που ο Foucault ονομάζει «η οργάνωση των γενέσεων», δηλαδή η διαχείριση του χρόνου της κάθε ατομικής ύπαρξης, για τη ρύθμιση των σχέσεων του χρόνου, των σωμάτων και των δυνάμεων (ο.π., σ. 207). Π.χ. η διάρκεια διαιρείται σε διαδοχικά και παράλληλα τμήματα που το καθένα τους πρέπει να φθάσει σ' ένα προκαθορισμένο τέρμα ή ότι οι διαβαθμίσεις πρέπει να οργανώνονται σύμφωνα με ένα αναλυτικό σχήμα (ο.π., σσ. 208-209).

Με άλλα λόγια, οι πειθαρχικές μέθοδοι αποκαλύπτουν ένα γραμμικό-εξελικτικό χρόνο (ο.π., σ. 211).

δ) Τέλος, οι πειθαρχίες πρέπει εκτός από το να κατανέμουν, να αποσπούν και να συσσωρεύουν, χρειάζεται να εφεύρουν μια τεχνική σύνθεσης των δυνάμεων που ενυπάρχουν μέσα στο πειθαρχικό μηχανισμό, ώστε να μεγιστοποιούνται τα αποτελέσματά του, χάρη στη μελετημένη συναρμογή των κομμάτων που τον αποτελούν (ο.π., σ. 215). Γι' αυτό σ' ένα πειθαρχικό μηχανισμό, είναι αναγκαίο να υπάρχει ένα ακριβολόγο σύστημα διοίκησης, ώστε οι μονάδες (τα πειθαρχημένα άτομα) να είναι ανά πάσα στιγμή έτοιμα να δεχθούν εντολές, χωρίς να απαιτούνται διασαφηνίσεις, εξηγήσεις και διατυπώσεις.

Μέσα από την ανάλυση των στοιχείων του πειθαρχικού μηχανισμού, ο Foucault προτείνει τέσσερις τύπους ατομικότητας που παράγει η πειθαρχική εξουσία ή αλλιώς η ατομικότητα παρουσιάζει τέσσερα χαρακτηριστικά:

1. είναι κυψελική λόγω της χωρικής κατανομής της
2. είναι οργανική, χάρη στη κωδικοποίηση των δραστηριοτήτων

3. είναι γενετική, λόγω της συσσώρευσης του χρόνου
4. είναι συνδυαστική, χάρη στη σύνθεση των δυνάμεων

(ο.π., σ. 219)

Η ατομικότητα δηλαδή, κατανέμεται, ελέγχεται, συσσωρεύεται και γίνεται αντικείμενο σύνθεσης των επί μέρους στοιχείων της.

B. ΤΑ ΟΡΓΑΝΑ ΤΗΣ ΠΕΙΘΑΡΧΙΑΣ

Ο Foucault, αναρωτώμενος, που οφείλεται η επιτυχία της πειθαρχικής εξουσίας, υποστηρίζει ότι αυτό επιτυγχάνεται μέσω της χρήσης απλών οργάνων, όπως το ιεραρχικό βλέμμα, η κανονιστική κύρωση και η εξέταση.

α) σε σχέση με τη πρώτη λειτουργία, η Ιεραρχική παρατήρηση συντελεί ώστε η πειθαρχική εξουσία να γίνεται ένα σύστημα «ολοκληρωμένο», ένα δίκτυο σχέσεων (ο.π., σ. 235).

β) η κανονιστική κύρωση η οποία επιβάλλεται για τη μη-συμμόρφωση και τη μη-τήρηση ενός κανόνα, εξαναγκάζει στην ομοιογένεια, αλλά ταυτόχρονα μέσω της τιμωρίας εξατομικεύει. Μέσα από την τέχνη της τιμωρίας, σημειώνει ο Foucault, επιτυγχάνεται η αναγωγή των πράξεων και των συμπεριφορών σ' ένα σύνολο, που είναι ταυτόχρονα πεδίο σύγκρισης, χώρος διαφοροποίησης και αρχή ενός κανόνα που πρέπει να τηρείται. Επίσης η ίδια η τιμωρία, διαφορίζει τα άτομα με βάση αυτό το κανόνα, μετράει με ποσοτικούς όρους τις ικανότητές τους και χαράζει το όριο που θα προσδιορίσει της σχέση του κανονικού και του μη-κανονικού (ο.π., σ. 242).

γ) Τέλος η εξέταση είναι μια σύνθεση των δύο προηγούμενων λειτουργιών, καθώς αποτελεί μια επιτήρηση που επιτρέπει τον χαρακτηρισμό, την ταξινόμηση και την τιμωρία (ο.π., σ. 244).

Γ. ΤΟ ΠΡΟΤΥΠΟ ΚΑΙ ΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΟΥ ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Αν θέλαμε να κάνουμε μια σύνοψη όλων των παραπάνω, χαράσσοντας το πλαίσιο της λειτουργίας και του περιεχομένου της πειθαρχικής εξουσίας, θα καταλήγαμε ότι, το πρότυπο ενός πειθαρχικού συστήματος, περιλαμβάνει τις παρακάτω όψεις:

- α) τα άτομα τοποθετούνται σε μια συγκεκριμένη θέση
- β) οι παραμικρές κινήσεις ελέγχονται
- γ) τα γεγονότα καταγράφονται
- δ) η εξουσία ασκείται με έναν ιεραρχικό τρόπο
- ε) τα άτομα επισημαίνονται, εξετάζονται, κατανέμονται ακατάπαυστα

(ο.π., σ. 261)

Αυτή την εικόνα, ενός μηχανισμού σε κίνηση, την άντλησε ο Foucault από την εξάπλωση της επιδημίας του λοιμού, τον 17^ο αιώνα, και το πώς οι πειθαρχικές κοινωνίες αντιμετώπισαν το συγκεκριμένο πρόβλημα. Αλλά γι' αυτό το ζήτημα, θα μιλήσουμε στο επόμενο υποκεφάλαιο, αναφερόμενοι στην αρχή του πανοπτισμού.

Όσον αφορά τέλος, τους στόχους των πειθαρχικών συστημάτων, δηλαδή των τεχνικών που εξασφαλίζουν τη ρύθμιση της ανθρώπινης πολλαπλότητας, επικεντρώνονται σε τρία σημεία. Πρώτο, τα πειθαρχικά συστήματα επιδιώκουν να κάνουν την άσκηση της εξουσίας όσον το δυνατόν λιγότερο δαπανηρή. Δεύτερο, να ενεργούν με τέτοιο τρόπο ώστε τα αποτελέσματα της εξουσίας να παρουσιάζουν το μέγιστο βαθμό έντασης και επέκτασης, και τρίτο, να συνδέουν την ανάπτυξη της εξουσίας με την απόδοση των μηχανισμών στο εσωτερικό των οποίων ασκείται (σε παιδαγωγικούς, στρατιωτικούς κ.α.). Εν τέλει ο γενικός στόχος ενός πειθαρχικού

συστήματος έγκειται στην ταυτόχρονη αύξηση της υπακοής και της χρησιμότητας όλων των κομματιών του συστήματος (ο.π., σ. 286).

1.4. Ο ΠΑΝΟΠΤΙΣΜΟΣ

Τα ίδια τα πειθαρχικά συστήματα ελέγχου εμφανίστηκαν τον 17^ο αιώνα, συνδεδεμένα με την επιδημία του λοιμού που εξαπλώθηκε σε μεγάλο μέρος της Δ. Ευρώπης. Τα διοικητικά μέτρα που πάρθηκαν από τα κράτη για την ανάσχεση της αρρώστειας, έθεσαν τις βάσεις για τη εγκαθίδρυση των πειθαρχικών μηχανισμών. Ο Foucault, με εύλωτο και εύστοχο τρόπο, αναλύει τα μέτρα που αποφασίστηκαν (ο.π., σσ. 259-261). Δεν έχει νόημα να αναφερθούμε σ' αυτά, παρά μόνο να εντοπίσουμε το συμπέρασμα που εξάγει ο ίδιος ο Foucault μέσα από αυτή τη διαδικασία. Δηλαδή τη χρήση των πειθαρχικών καταναγκασμών, κατά την εξέλιξη της αρρώστειας. Αυτό που στο προηγούμενο υποκεφάλαιο, ονομάσαμε πρότυπο του πειθαρχικού συστήματος, δηλαδή καταγραφή των περιπτώσεων, έλεγχος, επιτήρηση, ταξινόμηση αυτών που είχαν προσβληθεί από την επιδημία όπως και όλων των υπολοίπων.

Επίσης, και σε μια άλλη χρονική περίοδο (στο τέλος του Μεσαίωνα), είχε κάνει την εμφάνιση του η λέπρα η οποία είχε αποδεκατίσει ένα σημαντικό κομμάτι των πληθυσμών στο δυτικοευρωπαϊκό χώρο. Όσοι μολύνονταν από την αρρώστεια, τείνονταν σε περιορισμό, αποκλείονταν σε ειδικούς χώρους, για να μην μολύνουν και τους άλλους. Όπως θα δούμε αναλυτικότερα στο επόμενο κεφάλαιο, αυτή η αντιμετώπιση των λεπρών (οι αξίες και οι συμβολισμοί που τη συνόδευαν), θα μεταφερθεί στους τρελούς του 17^{ου} αιώνα.

Αυτό όμως που θέλουμε να δείξουμε στο συγκεκριμένο σημείο, είναι ότι ο πανοπτισμός, θα αποτελέσει την αρχιτεκτονική μορφή αυτής της σύνθεσης, του

πειθαρχικού καταναγκασμού και του αποκλεισμού, του λοιμού και της λέπρας (ο.π., σ. 265). Όπως τονίζει ο Foucault, «πρέπει να νοηθεί ως ένα γενικευμένο πρότυπο λειτουργίας, ως ένας τρόπος καθορισμού των σχέσεων της εξουσίας με τη καθημερινή ζωή των ανθρώπων» (ο.π., σ. 271). Αποτελεί ένα τύπο πολιτικής τεχνολογίας που παράγει μια κατάσταση ορατότητας για τον κρατούμενο (στη φυλακή) ή για άλλα άτομα που βρίσκονται σε κάθε είδους ιδρύματα (στρατόπεδα, άσυλο, κλινική, εργοστάσιο), και μονιμοποίησης των αποτελεσμάτων της επιτήρησης, επιτρέποντας την αυτοματοποίηση και την από-ατομίκευση της εξουσίας (ο.π., σσ. 266-267).

«Ο ίδιος ο πανοπτισμός είναι η γενική αρχή μιας νέας πολιτικής ανατομίας που αντικείμενο και σκοπός της δεν είναι οι σχέσεις κυριαρχίας, αλλά οι σχέσεις πειθαρχίας», όπως σημειώνει ο Foucault (ο.π., σ. 275).

Οι εφαρμογές του Πανοπτισμού είναι η εγκατάσταση του σώματος στο χώρο, η κατανομή των ατόμων το ένα σε σχέση με το άλλο, η ιεραρχική οργάνωση, η διευθέτηση των κέντρων και αγωγών εξουσίας και ο καθορισμός των οργάνων και των τρόπων παρέμβασης της (ο.π., σσ. 271-272). Ο Foucault υποστηρίζει ότι η οργάνωση και λειτουργία των φυλακών, των ασύλων, των στρατοπέδων, των εργοστασίων, υπηρέτησαν αυτή τη γενική αρχή του πανοπτισμού, την ορατή και ανεξέλεγκτη διάσταση της εξουσίας.

Όπως σημειώνει χαρακτηριστικά ο T. Mathiesen, τα κύρια στοιχεία της θεώρησης του Foucault, σχετικά με το πανοπτισμό, είναι η αλλαγή της φύσης της τιμωρίας (από τη σωματική ποινή στη φυλάκιση), η αλλαγή του περιεχομένου της τιμωρίας, δηλαδή από το βασανισμό του σώματος (πρακτική που εφαρμοζόταν το Μεσαίωνα και την Αναγέννηση) στη μεταμόρφωση της ψυχής, και σε συνάρτηση των δύο παραπάνω, έχουμε τη παραγωγή μιας νέας υποκειμενικότητας (τον άνθρωπο του

Διαφωτισμού και των ουμανιστικών αξιών). Σιγά-σιγά, ο Πανοπτισμός διαχύθηκε από το χώρο της φυλακής (η πρώτη χρήση του) σ' όλο το κοινωνικό σώμα. Σ' αυτή τη νέα κατάσταση «οι λίγοι βλέπουν τους πολλούς», όπως εύστοχα παρατηρεί (Mathiesen, 1997, σσ. 216-218).

Περιγράφοντας, σ' αυτό το κεφάλαιο, τις έννοιες που χρησιμοποίησε ο Foucault για να αναλύσει τις κοινωνίες του 17^{ου} και 18^{ου} αιώνα, παρατηρήσαμε ότι η πειθαρχική εξουσία αποτελεί κομβικό σημείο στο τρόπο της θεώρησης του, ως το ιστορικό πλαίσιο που θα μας επιτρέψει να οριοθετήσουμε την πορεία της τρέλας σ' αυτούς τους δύο αιώνες, τους συμβολισμούς και το περιεχόμενό της, την άσκηση της ψυχιατρικής εξουσίας και τα αποτελέσματα αλήθειας που παρήγαγε.

2. ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΓΚΑΘΕΙΡΞΗ ΣΤΟ ΑΣΥΛΟ

Επιχειρώντας να προσδιορίσουμε τη θέση της τρέλας στο σύγχρονο κόσμο, θέλοντας και μη, καταφεύγουμε στην αναζήτηση εκείνου του σημείου, της ιστορικής κατάστασης, των συμπεριφορών που θεώρησαν τον τρελό ως κάτι το απόλυτο διαφορετικό, ξένο, παράλογο για μια ή και πολλές κοινωνίες. Ο Foucault υποστηρίζει ότι ακριβώς αυτή τη χειρονομία πρέπει να αναλύσουμε που συνετέλεσε στη διάρρηξη των σχέσεων οικειότητας μεταξύ της λογικής και της τρέλας και όχι να στηριχθούμε σε εκείνη την επιστήμη (ψυχιατρική) που μελέτησε την τρέλα, όταν πια είχε γίνει ο διαχωρισμός μεταξύ των δύο πεδίων και είχε επιβληθεί η σιωπή πάνω στην τρέλα (Foucault χ.χ., σσ. 5-7). Με άλλα λόγια, να ανιχνεύσουμε την αρχαιολογία της αλλοτρίωσης που γέννησε τη μορφή του Ξένου (ο.π., σ. 66).

Οι επιστήμες της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής προσπάθησαν να σιωπήσουν τη φωνή του παραλογισμού, μετατρέποντάς τον σ' ένα αντικείμενο των δύο αυτών επιστημών (Caruto 1993, σσ. 234-236). Η ίδια η ψυχολογία αποτελεί την αλλοτριωμένη μορφή της τρέλας, ως ένα παράγωγό της, και όχι την αυθεντική εμπειρία της (ο.π., σ. 235). Όπως υποστηρίζει ο J. Caruto, ο σκοπός του Foucault, όταν αναλύει την ιστορία της τρέλας είναι να μας φέρει σε επαφή με αυτήν, στην πιο «καθαρή» μορφή της, ώστε να ακουστεί η φωνή και η γλώσσας της (Foucault, 1987^a, σ. 76 που αναφέρεται στον Caruto 1993, σ. 235)*.

Ποια είναι όμως αυτή η ιστορία της τρέλας;

Ποιες κοινωνικοπολιτικές συνθήκες συνδέθηκαν μαζί της και ποιες πολιτισμικές αξίες επενδύθηκαν πάνω της ; (για να την αποκλείσουν από τη σφαίρα της λογικής).

* Το γράμμα α ως εκθέτης στη συγκεκριμένη ημερομηνία υποδηλώνει την διάκριση σε σχέση με άλλο βιβλίο του ίδιου συγγραφέα που έχει ήδη αναφερθεί. Η αντίστοιχη διάκριση γίνεται και στη βιβλιογραφία που παρατίθεται στο τέλος της εργασίας.

2.1. Η ΜΕΣΑΙΩΝΙΚΗ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΙΑΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΤΡΕΛΑΣ

Ο Foucault, μελετώντας τη τρέλα, στον Μεσαίωνα και την Αναγέννηση, παρατηρεί ότι αυτή δεν αποτελεί κάτι το ανοίκειο ή το τρομακτικό, μία απειλή για τη λειτουργία εκείνων των κοινωνιών. Βέβαια, ήδη από το τέλος του Μεσαίωνα, οι χώροι όπου στοιβαζόταν όσοι έπασχαν από τη λέπρα (τα λεπροκομεία), είχαν αδειάσει, αφού η επιδημία είχε σταματήσει. Εκείνοι οι χώροι λοιπόν, θα χρησιμοποιηθούν αργότερα όχι μόνο για τους τρελούς αλλά και για ζητιάνους, εξαθλιωμένους, παραβάτες. Επίσης, οι εικόνες που είχαν συνδεθεί με τους λεπρούς, δηλαδή οι πεποιθήσεις ότι αυτοί συνιστούσαν ένα θείκό σημάδι, θα μεταφερθούν και για τις στάσεις απέναντι στους παράφρονες. Κυρίως στον Μεσαίωνα, η τρέλα εκλαμβάνεται ως αμαρτία, ενώ στην Αναγέννηση, ως αδυναμία ή παράπτωμα (Τσαλίκoglου, 1987, σσ. 33-35). Συμβολίζει τον εξευτελισμό, τον παραλογισμό (Foucault, χ.χ., σ. 18), τη ζώδη κατάσταση του ανθρώπου, το εσωτερικό μηδέν της ύπαρξης (ο.π., σσ. 21-25). Συνήθως τους τρελούς, τους αντιμετωπίζουν, φυλακίζοντάς τους, στέλνοντας τους σε τόπους προσκυνήματος όπου υποτίθεται ότι θα εξελεώνονταν από τη θεία χάρη. Άλλες φορές οι πόλεις περιθάλλουν τους δικούς τους τρελούς (γηγενείς), ενώ διώχνουν τους μη αυτόχθονες. Τέλος, πολλές φορές περιπλανιόνται με πλοία, σε διάφορες πόλεις της Δ. Ευρώπης, ως άτομα που δεν είναι δυνατό να ριζώσουν πουθενά (ο.π., σσ. 14-15). Ο Foucault, τονίζει ότι αυτή η περιπλάνηση περιγράφει τον διαχωρισμό του τρελού από τον λογικό, την αποδιοπομπή του πρώτου, την έξωση του από τις μεσαιωνικές πόλεις (ο.π., σ. 16). Από το 15^ο αιώνα, το πρόσωπο της τρέλας έχει κυριέψει τη φαντασία του δυτικού ανθρώπου. Αποτυπώνεται σε πίνακες ζωγραφικής («στο πλοίο των τρελών» του Brandt), στη λογοτεχνία (Σαίξπηρ, Θερβάντες), σε θεατρικές κωμωδίες.

Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι στον Μεσαίωνα και στην Αναγέννηση, δεν υπάρχει ένας σαφής διαχωρισμός μεταξύ λογικής και τρέλας, υπάρχει μια γλώσσα επικοινωνίας μεταξύ τους, μια αμοιβαία οικειότητα, αν και η αντιμετώπιση των τρελών έχει μια μεταφυσική διάσταση (αμαρτία).

2.2. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΕΓΚΑΘΕΙΡΞΗΣ

Στη διάρκεια του 17^{ου} αιώνα εμφανίζονται τα πρώτα ιδρύματα εγκάθειρξης, στα οποία στοιβάζονται χωρίς διάκριση τρελοί, άνεργοι, ποινικοί παραβάτες, ζητιάνοι. Το 1656 εκδίδεται το διάταγμα για την ίδρυση του Γενικού Νοσοκομείου στο Παρίσι, ενώ το 1793 έχουμε την απελευθέρωση των εγκλείστων του ιδρύματος της Bicêtre από το ψυχίατρο Pinel. Μέσα σ' αυτούς τους δύο αιώνες, οι δύο αυτές ημερομηνίες αποτελούν την αφετηρία και τη λήξη, σύμφωνα με τον Foucault, για την εμπειρία και τη θέση της τρέλας στη κλασική εποχή.

A. ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΕΓΚΑΘΕΙΡΞΗΣ, ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ

Το Γενικό Νοσοκομείο, στο Παρίσι, δεν είναι ένα ιατρικό ίδρυμα, αλλά μία μισο-νομική δομή, μια εξουσία ανάμεσα στην αστυνομία και τη δικαιοσύνη, μία τρίτη δύναμη καταπίεσης. Είναι δημιούργημα του συμβιβασμού ανάμεσα στην αναδυόμενη αστική τάξη και το φεουδαρχικό καθεστώς.

Αποτελεί μία απάντηση στην οικονομική κρίση του 17^{ου} αιώνα και έχει ως κύριο στόχο, εκείνο το πληθυσμό ο οποίος παρεκκλίνει, με διάφορους τρόπους από τις ισχύουσες κοινωνικές νόρμες (ο.π., σσ. 45-46).

Παράλληλα, δημιουργούνται παρόμοια ιδρύματα και σε άλλες χώρες της Δ. Ευρώπης. Στη Γερμανία έχουμε τα αναμορφωτήρια, τα Zuchthäusern, ενώ στην Αγγλία,

τα Workhouses (οίκοι εργασίας). Όλος ο 17^{ος} αιώνας θα καλυφθεί σιγά-σιγά από τέτοια ιδρύματα, στα οποία οι μάζες των εξαθλιωμένων, των τρελών και των ανέργων θα αποκλειστούν χειρότερα από ότι οι λεπροί, μερικούς αιώνες νωρίτερα (ο.π., σσ. 48-49).

Γιατί όμως, όλα αυτά τη ετερόκλητα στοιχεία του πληθυσμού, εγκλείονται σ' αυτά τα ιδρύματα ; Σε τι αποσκοπεί αυτή η χειρονομία ;

Θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε σε πέντε λόγους τους στόχους της εγκάθειρξης. Πρώτο, ως εργαλείο αντιμετώπισης της ανεργίας σε περιόδους οικονομικής ύφεσης. Δεύτερο ως τρόπος διάθεσης φθηνής χειρωνακτικής εργασίας σε περιόδους πλήρης απασχόλησης. Τρίτο, ως στοιχείο ή μέσο προστασίας της οικογενειακής δομής. Τέταρτο, ως αξία μιας ηθικής διόρθωσης και πέμπτο, ως μία κατάργηση της διαφοράς, ανάμεσα στην τρέλα και τη λογική, ως μια επαναδιαβεβαίωση ότι ο παραλογισμός είναι το απόλυτο κενό, η ολοκληρωτική άρνηση της λογικής. Κάποιοι από αυτούς τους στόχους έχουν μία οικονομική διάσταση, άλλοι φαίνεται να συνδέουν την εγκάθειρξη με την ηθική της εργασίας, ενώ ο τελευταίος συσχετίζει τη τρέλα (ως μια ιδιαιτερότητα μέσα στο θεσμό της εγκάθειρξης με τη φυσιολογικότητα.

Όμως ο ίδιος ο Foucault, δεν αναζητάει να μελετήσει την εγκάθειρξη, ως τον ένα όρο της σχέσης αίτιο-αιτιατό, δηλαδή κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και πράξη της εγκάθειρξης, αλλά επιδιώκει να αφουγκραστεί το πολιτισμικό συγκείμενο της χειρονομίας, τις αξίες και τους συμβολισμούς που τη συνοδεύουν.

B. Η ΗΘΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΓΚΑΘΕΙΡΞΗΣ

Ενώ, όπως είδαμε, η τρέλα αντιμετωπίστηκε στους προηγούμενους αιώνες, ως μια ιδιαιτερότητα, αμαρτία, ή αδυναμία του ανθρώπου, στη κλασική εποχή παίρνει ένα

νέο χαρακτήρα, μια ηθική διάσταση. Ταυτίζεται με την ανικανότητα για εργασία, με την έλλειψη προσαρμοστικότητας στις νέες συνθήκες, με την ανεργία και την οκνηρία. Το ίδιο το Γενικό Νοσοκομείο, έχει, όπως τονίζει ο Foucault, μια ηθική υπόσταση. Αναλαμβάνει να αναμορφώσει μια ορισμένη ηθική αταξία: πρέπει οι συγκεκριμένες κατηγορίες του πληθυσμού να εργαστούν, να πειθαρχήσουν στις νόρμες της εργασίας, οι οποίες αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη της αστικής κοινωνίας (ο.π., σσ. 58-59). Με το φαινόμενο της εγκάθειρξης, η τρέλα ενσωματώνεται στα προβλήματα της πολιτείας ως ζήτημα δυσαπροσαρμοστικότητας, ανικανότητας και απείθειας για την εργασία (ο.π., σ. 63).

Η ιδιαιτερότητα του θεσμού της εγκάθειρξης είναι ότι αυτή δεν αφορά μόνο τους τρελούς, αλλά και τις άλλες πληθυσμιακές ομάδες που θεωρούνται κίνδυνος για τη κοινωνική συνοχή. Και εδώ, είναι το κρίσιμο σημείο στο οποίο ο Foucault μας δείχνει τη νέα διάσταση της τρέλας στη κλασική εποχή. Όπως σημειώνει ο G.Gutting, ο Foucault θεωρεί ότι ο εγκλεισμός ήταν ένα μαζικό και εκρηκτικό φαινόμενο του 17^{ου} αιώνα, αιώνα στον οποίο παρατηρούμε μια ανακατασκευή των ηθικών κατηγοριών. Όλες οι παραβάσεις έχουν ένα ηθικό χαρακτήρα ο οποίος αντιτίθεται στην αστική ηθική. Η τρέλα είναι ένα μέρος αυτού του ηθικού παραπτώματος, όπως και τα άλλα αδικήματα. Βέβαια, από την άλλη, η τρέλα ως μία ιδιαίτερη μορφή του παραλογισμού, αντιμετωπίζεται με διαφορετικό τρόπο πολλές φορές, ζήτημα το οποίο θα δούμε στο επόμενο υποκεφάλαιο. (Gutting, 1994, σσ. 54-55).

Σε σχέση με το ίδιο το φαινόμενο της εγκάθειρξης, έχουν διατυπωθεί σοβαρές κριτικές, κυρίως από ιστορικούς, όπως ο E. Midelfort και ο R. Porter. Ο πρώτος, θεωρεί ότι, με βάση ιστορικά στοιχεία, έχουμε φαινόμενα εκλεισμού και στη προκλασική περίοδο. Αλλά σύμφωνα με τον G. Gutting, αυτό δεν αποδεικνύει τίποτα,

διότι ο Foucault εξετάζει τον εγκλεισμό ως ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της κλασικής εποχής, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν είχαμε και πριν, τύπους κοινωνικού αποκλεισμού των τρελών (ο.π., σ. 50). Από την άλλη ο R.Porter, επικεντρώνει τη κριτική του στο εύρος του εγκλεισμού, τον 17^ο αιώνα. Υποστηρίζει ότι στην Αγγλία δεν επιβεβαιώνεται, με βάση ιστορικά στοιχεία, το φαινόμενο, παρά μόνο στον 19^ο αιώνα. Οπότε για την κλασική περίοδο, το συγκεκριμένο φαινόμενο δεν φαίνεται να έχει καθολικές διαστάσεις. Επίσης, στην ίδια χώρα, δεν επιβεβαιώνεται η άποψη του Foucault, σχετικά με τον από κοινού εγκλεισμό διαφορετικών ανθρώπων (τρελών, φτωχών, παραβατών), επειδή εκεί ακολουθήθηκε μια πολιτική διαχωρισμού και όχι συγχώνευσης. Επίσης ο R. Porter ασκεί κριτική σε δύο σημαντικά στοιχεία της θεωρίας του Foucault για τον χαρακτήρα του εγκλεισμού. Το ένα αφορά τη σύνδεση ηθικής και εργασίας και το άλλο το ζήτημα της ζωϊκότητας που χαρακτήριζε τον τρελό στη κλασική εποχή. Και τα δύο, για τον R. Porter είναι αμφισβητήσιμα (ο.π., σσ. 52-54).

Ο G. Gutting, όμως, υποστηρίζει ότι η κριτική του R.Porter δεν μπορεί να μεταβάλλει τις κατηγορίες βάση των οποίων, ο Foucault επιχειρεί να αναλύσει το φαινόμενο του εγκλεισμού, απλώς σημειώνει τη διαφορετική έκταση του, από χώρα σε χώρα, κάτι το οποίο δεν οδηγεί σε μια αναθεώρηση της βασικής ιδέας του Foucault (ο.π., σσ. 60-63).

Εν τέλει, το φαινόμενο της εγκάθειρξης, είναι ένα κοινωνικό μέτρο διαχωρισμού, όχι όμως μόνο για τους τρελούς. Για πρώτη φορά όμως η έννοια της τρέλας αποκτά μια ηθική διάσταση.

2.3. Ο ΠΑΡΑΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ 18^{ου} ΑΙΩΝΑ

Σ' αυτό το υποκεφάλαιο, θα δούμε, το πώς είδε η κλασική εποχή την τρέλα και το πώς την αντιμετώπισε μέσα στα ιδρύματα της εγκάθειρξης.

Η τρέλα, σύμφωνα με τον Foucault, αποτέλεσε μια ιδιαίτερη μορφή του παραλογισμού, ο οποίος, όπως τονίζει ο ίδιος, θεωρήθηκε ως μια θαμπωμένη λογική (Foucault, *χ.χ.*, σ. 120), μια εκτροπή από τη λογική, μια υποδούλωση στα πάθη, μια ανορθολογικότητα, μια ελευθεριότητα των ηθών. Επίσης, ο ίδιος συνδέει την τρέλα με το πάθος και το παραλήρημα. Όπως χαρακτηριστικά σημειώνει (ο.π., σ. 107) «η τρέλα από το πάθος, δεν είναι ακόμη παρά μια ζωνρή διατάραξη της λογικής ενότητας, σώματος και ψυχής, είναι το επίπεδο του αλόγιστου». Σε σχέση με το παραλήρημα, αυτό αποτελεί ένα σύνολο από πεποιθήσεις και εικόνες (ο.π., σ. 110). Για τον Foucault, η τρέλα ξεκινάει με τη πράξη που προσδίνει στην εικόνα αξία αλήθειας (ο.π., σ. 108). Ουσιαστικά, το πάθος, το παραλήρημα, όπως και το όνειρο και η πλάνη συγκροτούν τις περιοχές όπου η τρέλα εκδηλώνεται μέσα στο απόλυτο κενό της, ως μια μορφή του παράλογου.

Τα πρόσωπά της είναι η μανία, η μελαγχολία, η υστερία και η υποχονδρία. Όπως σημειώνει ο ίδιος, μέσα από μια αντίληψη που θα εξομοιώσει τις μορφές της τρέλας με διανοητικές ασθένειες που έχουν μια ηθική βάση, θα γεννηθεί η ψυχιατρική (ο.π., σσ. 163-164).

Ανάλογα με το αν η τρέλα εκλαμβάνεται ως πάθος ή ως παραλήρημα, θα αναπτυχθούν τεχνικές θεραπείας της, στη διάρκεια του 18^{ου} αιώνα, στα ιδρύματα εγκάθειρξης, από γιατρούς οι οποίοι όμως περισσότερο θα επιδιώκουν να ηθικοποιήσουν τον ασθενή, παρά να εφαρμόσουν μια στενά ιατρική πρακτική. Οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν όταν η τρέλα εκλαμβανόταν ως πάθος ήταν σωματικές

και αποτελούνταν από το δυνάμωμα, τον εξαγνισμό, το βάπτισμα και το ρύθμισμα της κίνησης, τεχνικές που αναφέρονται στη διαχείριση του σώματος και στη θεραπεία των νεύρων. Σε σχέση με τις πνευματικές – διανοητικές τεχνικές, όταν η τρέλα είχε μια παραληρηματική διάσταση, αυτές ήταν το ξύπνημα, η θεατρική αναπαράσταση και η επιστροφή στο άμεσο.

Έτσι, σταδιακά και μέσα από τη χρήση αυτών των τεχνικών, η τρέλα θα αρχίζει να ιατροκοποιείται, το σώμα να γίνεται αντικείμενο της Ψυχιατρικής και αργότερα το παράλογο (η υπέρβαση του λόγου) αντικείμενο της Ψυχολογίας. Ακόμα και έτσι όμως, η τρέλα θα έχει μία σύνθετη διάσταση: αρρώστια οργανική και εκτροπή ηθική.

2.4. ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ Η ΓΕΝΝΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ

Στα μισά του 18^{ου} αιώνα έχει γεννηθεί ένας καινούριος φόβος: η σύνδεση του παραλογισμού με την αρρώστια με ιατρικούς και ηθικούς όρους. Η τρέλα ορίζεται μέσα από τις καινούργιες συνθήκες σε σχέση με την αδυναμία του ανθρώπου να επικοινωνήσει με τον εαυτό του και τους άλλους (ο.π., σ. 217). Αρχίζουν να εμφανίζονται διάφορες μεταρρυθμιστικές κινήσεις που έχουν ως στόχο τον ευπρεπισμό των τόπων εγκάθειρξης (ο.π., σ. 205).

Στο τέλος του 18^{ου} αιώνα και στις αρχές του 19^{ου}, η φτώχεια αποκτάει ένα νέο νόημα. Με την ανάπτυξη του βιομηχανικού καπιταλισμού και την όλο ένα αυξανόμενη ανάγκη για εργατικά χέρια, ο φτωχός θα αποτελέσει ένα παραγωγικό κομμάτι του έθνους και δεν θα θεωρηθεί πλέον ακαμάτης, άχρηστος και ανύπαρκτος για την κοινωνία (ο.π., σ. 226). Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, ο θεσμός της εγκάθειρξης θα δεχτεί σκληρή κριτική, ως μία αντιπαραγωγική μορφή κοινωνικής πρόνοιας. Και πράγματι, όλος αυτός ο φτωχός πληθυσμός που διαβιούσε σ' αυτά τα ιδρύματα, επέφερε ένα

πλήγμα στην αγορά χειρωνακτικής εργασίας, μιας και βρισκόταν εκτός παραγωγικού κυκλώματος. Παράλληλα τα ποσά που δαπανούσε το κράτος για τη λειτουργία αυτών των ιδρυμάτων ήταν υπέρογκα και δεν δημιουργούσαν κανενός είδους πλούτο (παραγωγή αγαθών). Ουσιαστικά η εγκάθειρξη στεκόταν εμπόδιο για την παραπέρα ανάπτυξη της καπιταλιστικής παραγωγής και δεν ανταποκρινόταν στις νέες συνθήκες. (ο.π., σσ. 228-229).

Την περίοδο της Γαλλικής Επανάστασης (και ιδιαίτερα στις αρχές της), παίρνονται μέτρα που εγκαινιάζουν μία διαφορετική αντιμετώπιση για τον θερμό της εγκάθειρξης. Το πρώτο στάδιο της νέας μεταρρυθμιστικής κίνησης είναι ο περιορισμός της πρακτικής του εγκλεισμού για πολλές κατηγορίες όπως τις ηθικές παραβάσεις, τις οικογενειακές συγκρούσεις ή τις ήπιες μορφές ελευθεριότητας. Όμως η μόνη κατηγορία που θα παραμείνει άθικτη, θα είναι οι παράφρονες. Μόνο αυτοί θα πρέπει πια να κλείνονται σ' αυτούς τους χώρους (ο.π., σ. 230). Το δεύτερο στάδιο θα είναι, όπως το ονομάζει ο Foucault, το στάδιο των ανακρίσεων, που διέταξε η Εθνοσυνέλευση και η Συντακτική, την επόμενη της Διακήρυξης των δικαιωμάτων του ανθρώπου, δηλαδή ότι «κανένας άνθρωπος δεν μπορεί να συλληφθεί ή να τεθεί υπό κράτηση, παρά μόνο στις περιπτώσεις που ορίζει ο νόμος και σύμφωνα με τις διατυπώσεις που επιβάλλει» (ο.π., σ. 230). Ουσιαστικά, όπως σημειώνει ο Foucault, η εποχή της εγκάθειρξης έχει σχεδόν τελειώσει (ο.π., σ. 231). Τέλος, το τρίτο στάδιο αφορά η σειρά διαταγμάτων που ψηφίστηκαν μεταξύ 12-16 Μάρτη του 1790. Σ' αυτά γίνεται λόγος για αποφυλάκιση όλων εκείνων των ατόμων που κρατούνται σε διάφορα ιδρύματα όπως φρούρια, θρησκευτικά ιδρύματα, κάτεργα, αστυνομικά τμήματα ή φυλακές, εφόσον δεν είναι καταδικασμένα, ή δεν υπάρχει μήνυση εναντίον τους ή κατηγορία για σοβαρό έγκλημα.

Και σ' αυτή τη περίπτωση, οι τρελοί θα αποκλειστούν από αυτή τη διαδικασία. (ο.π., σ. 231-232).

Ουσιαστικά, η μεταρρύθμιση αυτή συγκρότησε ένα νέα διαχωρισμό, ανάμεσα στους παράφρονες και στους άλλους εγκλείστους. Οι πρώτοι έγιναν οι πραγματικοί κάτοικοι της εγκάθειρξης, αν και όπως περιγράφει ο Foucault, (ο.π., σ. 232-234), καταβλήθηκαν προσπάθειες να κατανοηθεί η θέση της τρέλας και συνεπώς να βρεθεί ένας νέος κοινωνικός χώρος στον οποίον να ενταχθούν για θεραπεία, εκτός της εγκάθειρξης. Δημιουργήθηκαν όμως προβλήματα, διότι, είτε αυτοί οι νέοι χώροι θεωρήθηκαν τα νοσοκομεία, τα οποία όμως δεν ήταν αρκετά εκείνη τη περίοδο, είτε η ένταξή τους στις οικογένειές τους, πράγμα το οποίο δεν ήταν εφαρμόσιμο. Και ακριβώς εκείνη τη περίοδο, σημειώνει ο Foucault, οι τρελοί δέχτηκαν τις πιο σκληρές επιθέσεις, είτε μέσα, είτε έξω από τους χώρους της εγκάθειρξης.

Εν τέλει, μέσα σ' αυτή τη περίοδο της σύγχυσης και της αταξίας, οι παράφρονες συνιστούν ένα διακριτό κομμάτι από τη μάζα των παρεκκλινόντων, είτε απελευθερώνονται και δέχονται επιθέσεις και εξευτελισμούς από την κοινωνία των πολιτών, είτε παραμένουν ως οι αποκλειστικοί ένοικοι των χώρων εγκάθειρξης, τους οποίους όμως στοχεύουν να εξανθρωπίσουν και αναμορφώσουν, θεμελιώνοντας στη λειτουργία τους, τις ουμανιστικές αξίες του Διαφωτισμού, περί σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (κατάργηση βασανιστηρίων) και ιατρικής αντιμετώπισης – θεραπείας της ασθένειας τούς (ο ρόλος της επιστήμης).

2.5. TUKE ΚΑΙ PINEL: ΟΙ ΔΥΟ ΕΚΔΟΧΕΣ ΤΗΣ ΑΣΥΛΙΚΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

Σ' αυτό το υποκεφάλαιο, θα δούμε τις δύο κύριες εκδοχές του ασύλου, όπως αυτό οργανώθηκε, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, από τον Άγγλο S. Tuke και το γάλλο ψυχίατρο P. Pinel.

A. ΤΟ ΗΣΥΧΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΤUKE

Το άσυλο που ιδρύει ο S. Tuke, στις αρχές του 19^{ου} αιώνα, είναι ένα οίκημα, ένα ησυχαστήριο, στη περιοχή της Υόρκης, στην Αγγλία. Στόχος του είναι η θεραπεία των παραφρόνων μέσα από την επίδραση των θρησκευτικών αρχών που θα τους επιβληθεί. Όπως σημειώνει ο Foucault (ο.π., σ. 237), το ησυχαστήριο του Tuke πρέπει να δράσει ως ένα όργανο ηθικών και θρησκευτικών διακρίσεων, ώστε να αποκαταστήσουν γύρω από την τρέλα ένα περιβάλλον, στο οποίο η θρησκεία θα είναι το πλαίσιο αναφοράς και νοηματοδότησης για τους παράφρονες.

Το κύριο εργαλείο ή καλύτερα το σημαντικότερο στοιχείο στη λειτουργία του ασύλου, αποτελεί η αρχή του φόβου. Ο φόβος εμφανίζεται ως μια ουσιαστική μορφή του ασύλου, συνδέεται με την ποινή και ένα συναίσθημα ευθύνης του τρελού. Ο ίδιος δεν είναι ένα αντικείμενο βασανισμού, αλλά παρόλα αυτά πρέπει να νιώθει υπεύθυνος για τις πράξεις του, οι οποίες μπορεί να διασαλεύουν την τάξη (ο.π., σ. 239). Για τον Tuke, το άσυλο του εμφανίζει τρεις θετικές όψεις: την κατάλυση των καταναγκασμών, τη σύσταση ενός ανθρώπινου περιβάλλοντος και τελικά την επιτυχημένη θεραπεία με την απελευθέρωση των φρενοβλαβών (ο.π., σ. 240).

Ο Foucault, όμως, ασκεί κριτική σ' αυτή τη μορφή του ασύλου, καθώς υποστηρίζει ότι μέσα σ' αυτό, ο Tuke αντιμετωπίζει τον παράφρονα ως υπεύθυνο για την τρέλα του, ένοχο για την αρρώστιά του. Το άσυλο δεν τιμωρεί πια, αλλά

επιτυγχάνει κάτι καλύτερο: οργανώνει την ενοχή, με τέτοιο τρόπο ώστε ο ασθενής να μετατρέπεται σ' ένα αντικείμενο για τον εαυτό του και τους άλλους. Πάνω σ' αυτή τη βάση λειτουργίας του άσυλου, συγκροτούνται τέσσερις μηχανισμοί οι οποίοι συνιστούν το πεδίο για την ηθική θεραπεία του ασθενούς.

Και πρώτα απ' όλα ο ρόλος της εργασίας. Όπως σημειώνει ο Foucault (ο.π.) «στο άσυλο, η εργασία θα απογυμνωθεί από κάθε παραγωγική αξία, δεν θα επιβάλλεται παρά μόνο για λόγους ηθικής τάξης». Πράγμα απόλυτα κατανοητό, αν αναλογιστούμε ότι το άσυλο του Tuke αποτελεί μια κοινότητα Κουακέρων (θρησκευτικής ομάδας), οι οποίοι πιστεύουν ότι ο Θεός ευλογεί τον άνθρωπο ανάλογα με τους καρπούς των κόπων του (ο.π.). Ουσιαστικά, η εργασία δεν είναι τίποτα άλλο, παρά ένας μηχανισμός, μια τεχνική, μια μέθοδος ώστε ο ασθενής να μάθει να αναλαμβάνει τις ευθύνες του, να γίνεται αντικείμενο προγραμματισμού και ταξινόμησης.

Η δεύτερη μέθοδος είναι αυτό που ο Foucault ονομάζει, «το βλέμμα των άλλων» (ο.π., σ. 241). Ο Tuke είχε οργανώσει με τέτοιο τρόπο την ζωή στο άσυλο, ώστε ο ασθενής να αισθάνεται ότι τον παρατηρούν οι υπόλοιποι ασθενείς και μάλιστα ότι παρατηρούν τις εκδηλώσεις της τρέλας του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούσαν οι διάφορες τελετουργίες που διοργανώνονταν στο άσυλο και στις οποίες οι ασθενείς έπρεπε να παίζουν κάποιους ρόλους, μέσα από τους οποίους στηλιτεύονταν η ασυνέπεια και η αδεξιότητα. Με τη μέθοδο αυτή, ο ασθενής απειλούνταν ανά πάσα στιγμή να αναγνωριστεί η ενοχή της τρέλας του στα μάτια των άλλων. (ο.π., σ. 241-242).

Ένας τρίτος μηχανισμός συγκροτήθηκε γύρω από το πρόσωπο του φύλακα και τις αρμοδιότητες του, μέσα στο άσυλο. Ο ίδιος θα αποκτήσει το κύρος της Αρχής μέσα στο ίδρυμα. Θα επεμβαίνει πάντα άοπλος, με τη δύναμη και τη πειθώ του λόγου και του

βλέμματος. Όπως σημειώνει εύστοχα ο Foucault (ο.π., σ. 244) «η απουσία καταναγκασμού στα άσυλα του 19^{ου} αιώνα δεν ισοδυναμεί με απελευθέρωση του παραλογισμού, αλλά με μια τρέλα που έχει ήδη εξουσιαστεί». Επίσης ο φύλακας, στο άσυλο του Tuke, επωμίζεται και το ρόλο του ενήλικα, σε σχέση με τον ασθενή ο οποίος αντιμετωπίζεται ως ανήλικος (ο.π., σ. 245).

Τέλος, σημαντική παράμετρος για τη κατανόηση της ασυλικής πρακτικής του S.Tuke, είναι ο θεσμός της οικογένειας. Στο ησυχαστήριο του, ο ίδιος θα επιδιώξει να ανασυστήσει την ατμόσφαιρα μιας οικογένειας ως αντίβαρο στην αλλοτρίωση που αποφέρει η τρέλα. Μέσα σ' αυτή την «οικογένεια» η λογική θα ταυτίζεται με το πρόσωπο του Πατέρα, ενώ η τρέλα με την ανηλικότητα, (ο.π., σ. 244-245).

B. ΤΟ ΑΣΥΛΟ ΤΟΥ PINEL

Ενώ το άσυλο του Tuke χαρακτηρίζεται από μια έντονη θρησκευτική χροιά, σ' αυτό του P. Pinel, η θρησκεία δεν έχει χώρο, με την έννοια της θρησκευτικής πίστης, αλλά μόνο με την έννοια της ηθικής ακεραιότητας. Το άσυλο του Pinel γίνεται ένα όργανο ηθικής αφομοίωσης και κοινωνικής κατακραυγής ενάντια στις παρεκκλίσεις (ο.π., σ. 250). Η τρέλα ανήκει πια στο χώρο της κοινωνικής κατάπτωσης (ο.π., σ. 251). Αυτό που θα εφαρμόσει ο Pinel θα είναι μια σειρά ηθικών συνθέσεων που να διασφαλίζουν την ηθική συνοχή ανάμεσα στο κόσμο της λογικής και στο κόσμο της τρέλας, ώστε αυτή η συνοχή να εγγυάται μια αστική ηθική που θα έχει καθολική ισχύ πάνω σε κάθε μορφή διανοητικής πάθησης (ο.π.).

Για να μπορέσουν να επιτευχθούν όμως αυτές οι ηθικές συνθέσεις, πρέπει να εφευρεθούν τα κατάλληλα μέσα τα οποία είναι η σιωπή, η αναγνώριση στον καθρέπτη

και το διαρκές δικαστήριο, αντίστοιχα, κατά μία έννοια, με τους μηχανισμούς στο ησυχαστήριο του Tuke.

Σε σχέση με το πρώτο μέσο, στο άσυλο του Pinel, έχουμε μια ολοκληρωτική απουσία της γλώσσας, της επικοινωνίας ανάμεσα στο παραλήρημα και τη λογική, τέτοια ώστε να αποτελεί η σιωπή τη θεμελιώδη δομή της ζωής στο άσυλο (ο.π., σ. 251-253).

Η αναγνώριση στον καθρέπτη παίζει το ρόλο του βλέμματος που είδαμε στο άσυλο του Tuke, αλλά με έναν πιο άμεσο τρόπο. Ο τρελός δεν θα πρέπει να ξέρει μόνο πως τον παρατηρούν, αλλά είναι αναγκαίο μέσα από το βλέμμα, να συλλάβει με άμεσο τρόπο τον εαυτό του ως τρελό. Ο Foucault, δίνει ένα να αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αυτής της τεχνικής: «Τρεις φρενοβλαβείς, που ο καθένας πίστευε ότι είναι βασιλιάς και έπαιρνε τον τίτλο του Λουδοβίκου ΙΔ, τσακώνονταν μια μέρα για τα δικαιώματά τους στο θρόνο υπερασπίζοντας τα με τρόπο κάπως υπερβολικά ζωηρό. Η επιστάτρια πλησιάζει έναν από αυτούς και τον παίρνει παράμερα: Γιατί του λέει, τσακόνεσαι με αυτούς τους ανθρώπους που είναι θεότρελοι ; Δεν ξέρουμε τάχα ότι εσύ πρέπει να αναγνωριστείς σαν Λουδοβίκος ΙΔ ; Αυτός, κολακευμένος από την τιμή ευθύς αποτραβιέται, κοιτάζοντας τους άλλους περιφρονητικά, αφ' υψηλού. Το ίδιο τέχνασμα πετυχαίνει και με τον δεύτερο. Και έτσι, σε μια στιγμή δεν έμεινε ούτε ίχνος απ' τον κανγά». (Semelaigne, 1912 που αναφέρεται στον Foucault, χ.χ., σ. 254). Για τον 19^ο αιώνα, το αρχικό μοντέλο της τρέλας θα είναι το να πιστεύει κανείς ότι είναι θεός, ενώ για τους προηγούμενους αιώνες ήταν η άρνηση του Θεού. Στο συγκεκριμένο παράδειγμα, ο τρελός συνειδητοποιεί την τρέλα του, σαν να την έβλεπε σε ένα καθρέπτη, μια αντανάκλαση της θέσης του ως παράφρονα.

Όσον αφορά το διαρκές δικαστήριο, ο Foucault τονίζει το γεγονός ότι το άσυλο του Pinel έχει μεταμορφωθεί σε ένα νομικό μικρόκοσμο που δεν αναγνωρίζει άλλη νομική υπόσταση πέρα από τη δική του. Οι θεραπευτικές μέθοδοι μετατρέπονται σε μέσα τιμωρίας, ενώ παντού κυριαρχεί το πνεύμα δικαιοσύνης που λειτουργεί κάτω από το δίπολο παράπτωμα-ποινή, (Foucault, *χ.χ.*, σσ. 256-258).

Ενώ ο Pinel χρησιμοποιεί αυτές τις μεθόδους στο άσυλο του (κυρίως στη Salpêtrière), εντούτοις υπάρχουν και μορφές αντίστασης που αναπτύσσουν οι έγκλειστοι και οι οποίες θεωρούνται ιδιαίτερα επικίνδυνες και ασυγχώρητες ακόμα και για την τρέλα. Αυτές είναι η ανυπακοή από θρησκευτικό φανατισμό, η αντίσταση στην εργασία και η κλοπή. Και οι τρεις αυτές αντιστάσεις θεωρούνται ότι παρεμποδίζουν την ηθική και κοινωνική αφομοίωση, που αποτελούν το λόγο ύπαρξης του ασύλου, όπως το αντιλαμβάνεται ο Pinel (ο.π., σσ. 258-259).

Τέλος, μια τέταρτη δομή που εμφανίζεται μέσα από το άσυλο του Tuke και του Pinel και η οποία θα καταστεί η σημαντικότερη εικόνα στους επόμενους δύο αιώνες (19^ο και 20^ο) είναι η αποθέωση του προσώπου του γιατρού. Ήδη από το τέλος του 18^{ου} αιώνα, η ιατρική βεβαίωση γίνεται σχεδόν υποχρεωτική για την εισαγωγή των τρελών (ο.π., σ. 260). Με την εμφάνιση του προσώπου του γιατρού έχουμε την κατάλυση του νοήματος της εγκάθειρξης. Ο homo medicus στο άσυλο δεν αποκτά κύρος σαν επιστήμονας, αλλά σαν σοφός, όπως τονίζει ο Foucault, (ο.π.). Σ' αυτό το σημείο παρατηρείται μια αντίφαση. Από τη μία, η τρέλα μέσα στα άσυλα, επιδιώκεται να αντιμετωπιστεί ως μία διανοητική πάθηση που πρέπει να μελετηθεί και να θεραπευτεί με βάση ιατρικές γνώσεις (θετικισμός). Σ' ένα δεύτερο όμως επίπεδο, ο ίδιος ο γιατρός ως ο κληρονόμος των πρακτικών των μεγάλων μεταρρυθμιστών του 18^{ου} αιώνα (Tuke και Pinel), θα θεωρηθεί ότι κατέχει μια θαυματουργή δύναμη η οποία τον καθιστά

ικανό μόνο αυτός να μπορεί να θεραπεύει. (ο.π., σ. 264). Εν τέλει, όσο περισσότερο η τρέλα συλλαμβάνεται ως μια διανοητική πάθηση, τόσο αποκρυσταλλώνεται η καθολικότητα του ζευγαριού γιατρός-ασθενής, ως το ουσιαστικό κύτταρο της τρέλας στο οποίο συμβολίζονται οι μαζικές δομές της αστικής κοινωνίας: σχέσεις Οικογένεια-Παιδιά (πατρική εξουσία), σχέσεις Παράπτωμα-Τιμωρία (απονομή δικαιοσύνης), σχέσεις Τρέλα-Χάος (κοινωνική και ηθική τάξη). Τελικά, ο Foucault καταλήγει στο συμπέρασμα ότι ενώ από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα, η ψυχιατρική θα αυτονομηθεί τελείως από τα άλλα πεδία της ιατρικής, η πρακτική της θα συνιστά μια ηθική τακτική, η οποία θα λειτουργεί κάτω από τους μύθους του θετικισμού. (ο.π., σσ. 263-265).

Πριν περάσουμε σε μια προσπάθεια συσχέτισης της τρέλας με την πειθαρχική εξουσία, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να σταθούμε λίγο σε μια συνολική αποτίμηση αυτού του σημαντικού, αλλά ταυτόχρονα και παραγνωρισμένου έργου του M. Foucault για την ιστορία της τρέλας. Το συγκεκριμένο έργο έχει δεχθεί διάφορες κριτικές, κυρίως από ιστορικούς, για τη βασιμότητα των στοιχείων του και για την ερμηνευτική του δύναμη. Κάποιοι θεωρούν όπως ο E. Midelfort και ο R. Porter ότι το έργο του Foucault είναι μια κακή ιστορία. Εξάλλου, είδαμε σε προηγούμενο υποκεφάλαιο*, τις αιτιάσεις τούς σχετικά με το εύρος και το χαρακτήρα του εγκλεισμού. Άλλοι ιστορικοί όπως ο J. Goldstein και ο A. Megill υποστηρίζουν ότι το έργο αυτό δεν συνιστά καν ιστορία, επειδή κινείται έξω από τις καθιερωμένες νόρμες ή απαιτήσεις μιας ιστοριογραφικής έρευνας, ενώ αυτοί που βλέπουν ευνοϊκά το συνολικό έργο και τη θεώρηση του Foucault, όπως ο C. Gordon, υποστηρίζουν ότι η «Ιστορία της Τρέλας» αποτελεί μια πηγή πλούσιων εμπειριών και γνώσεων γύρω από την πολιτισμική ατμόσφαιρα της κλασικής εποχής.

* 2.2., το φαινόμενο της εγκάθειρξης.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να αναφερθούμε και στα συμπεράσματα του G.Gutting σχετικά με το συγκεκριμένο έργο, καθώς και σε διάφορα ερωτήματα, που σύμφωνα με τον ίδιο, πρέπει να διερευνηθούν σχετικά με αυτό. Για τον G.Gutting, η ιστορία που παρουσιάζει ο Foucault δεν είναι γεγονοτολογική, ούτε αυστηρά εμπειρική, αλλά χρησιμοποιεί τα ιστορικά στοιχεία για να διερευνήσει ένα ερμηνευτικό σχήμα το οποίο σκοπεύει να εξηγήσει τη κλασική και σύγχρονη εμπειρία της τρέλας (Gutting, 1994, σ. 66). Επίσης θεωρεί ότι οι κριτικές που του έχουν αποδοθεί, δεν ευσταθούν, διότι είτε αντιλαμβάνονται τη σκέψη του Foucault αποσπασματικά, είτε προσάπτουν στον συγγραφέα, επιδιώξεις και στόχους που ο ίδιος δεν έχει καν θέσει. Σε σχέση με διάφορα ερωτήματα που θα ήταν χρήσιμο να τεθούν ώστε το συγκεκριμένο έργο να διερευνηθεί και να μελετηθεί πιο αναλυτικά και παραγωγικά, ο G.Gutting υποστηρίζει ότι πρέπει να δειχθεί:

- α) ο διαχωρισμός μεταξύ νομικού υποκειμένου και κοινωνικού είναι, με άλλα λόγια η έννοια του πολίτη με την έννοια της ύπαρξης, της υποκειμενικότητας.
- β) ο ρόλος της θρησκείας σε σχέση με το χαρακτήρα της εμπειρίας της τρέλας
- γ) κατά ποιο τρόπο η ψυχιατρική του 19^{ου} αιώνα υιοθέτησε τις δύο ξεχωριστές εμπειρίες της τρέλας, δηλαδή την εγκάθειρξη και τη ζωϊκότητα ή τον παραλογισμό
- δ) κατά πόσο ο εγκλεισμός συνδέεται με την ηθική της αστικής τάξης.

Αυτού του είδους τα ερωτήματα, σύμφωνα με τον G. Gutting, παραμένουν ανοικτά και ερμηνεύσιμα από τους ιστορικούς ή άλλους κοινωνικούς επιστήμονες που θα θελήσουν να τα προσεγγίσουν (ο.π., σ. 67).

2.6. ΤΡΕΛΑ ΚΑΙ ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΗ ΕΞΟΥΣΙΑ

Κλείνοντας με τη θεώρηση του Foucault, θα θέλαμε να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ τρέλας και πειθαρχικής εξουσίας, δηλαδή τους τρόπους που η μία (η πειθαρχική εξουσία) προσδιόρισε την άλλη (την τρέλα).

Χρησιμοποιώντας τη τέταρτη μεθοδολογική προϋπόθεση που προτείνει ο Foucault, όταν αναφέρεται στο διαφορετικό δρόμο ανάλυσης που ακολούθησε για να μελετήσει την εξουσία, η τρέλα δεν μπορεί, υπό αυτή την προϋπόθεση να προσδιοριστεί άμεσα και με ένα βλέμμα αναγωγής προς την αστική τάξη. Με άλλα λόγια πρέπει να ανιχνεύσουμε τη θέση της τρέλας από την κλασική εποχή και μετά, με βάση την ανοδική ανάλυση της εξουσίας. Πιο συγκεκριμένα, η μια οπτική που μπορεί να διατυπώσουμε για την τρέλα είναι ότι ήδη από το 16^ο και 17^ο αιώνα, η αστική τάξη καταστέλλει τον παραλογισμό μέσω του εγκλεισμού, επειδή τα άτομα αυτά είναι άχρηστα για τη βιομηχανική παραγωγή, αφού δεν υπακούουν στους ρυθμούς της εργασίας που απαιτεί ο καπιταλισμός. Σύμφωνα με αυτή την οπτική, η αστική τάξη εξ' αρχής είχε οργανώσει ένα σχέδιο για το περιορισμό και την απομόνωση των τρελών. Για τον Foucault πρέπει να δούμε και την αντίθετη οπτική. Να παρακολουθήσουμε την τρέλα μέσα από τους ιδιαίτερους μηχανισμούς που χρησιμοποιήθηκαν για την καταστολή της, τους μικρομηχανισμούς της εξουσίας που συγκροτήθηκαν στους χώρους της οικογένειας και της ιατρικής πρακτικής. Τις τεχνικές και διαδικασίες του αποκλεισμού και τα συστήματα επιτήρησης που αναπτύχθηκαν και στήριξαν αυτούς τους μηχανισμούς. Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει ο Foucault είναι ότι η αστική τάξη, τουλάχιστον την περίοδο που ακόμα δεν είχε εγκαθιδρύσει την ολοκληρωτική εξουσία της (οικονομική, ιδεολογική και πολιτική μαζί), δεν ήθελε, ούτε είχε εκπονήσει ένα σχέδιο αποκλεισμού της τρέλας, αλλά από ένα σημείο και μετά (το οποίο σύμφωνα

με τον Foucault πρέπει να μελετηθεί) ενέταξε στους γενικότερους θεσμούς της, τις ιδιαίτερες διαδικασίες αποκλεισμού που είχαν αναπτυχθεί στο επίπεδο της οικογένειας ή της ιατρικής λογικής. Για τον Foucault, η αστική τάξη ενδιαφέρεται για την εξουσία και όχι για την τρέλα, για τους πειθαρχικούς μηχανισμούς και όχι για τα υποκείμενα τα οποία αποτελούν τους φορείς τους και όχι τα σημεία εφαρμογής τους (Foucault, 1991, σσ. 108-111).

Βέβαια, στον 19^ο αιώνα, η αστική τάξη είχε γίνει η κυρίαρχη τάξη στις δυτικοευρωπαϊκές κοινωνίες. Παράλληλα, παρατηρούμε την ίδια περίοδο ότι η τρέλα περνάει από τη φάση της εγκάθειρξης σε εκείνη του ασύλου. Επίσης, έχουμε την άνοδο και την αυτονόμηση της επιστήμης της Ψυχιατρικής, ως εκείνου του επιστημονικού πεδίου που είναι δυνατό να αναλύσει και να προτείνει, σε κάποιο βαθμό, τρόπους αντιμετώπισης και θεραπείας της τρέλας η οποία πια έχει μετατραπεί σε ψυχική αρρώστια ή ασθένεια. Η Ψυχιατρική θα προσπαθήσει να εκπληρώσει τον στόχο της αστικής τάξης για την οριοθέτηση και τον εξορθολογισμό της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Το άσυλο, μέσα σ' αυτά τα πλαίσια, θα λειτουργήσει ως ένας χώρος διαπαιδαγώγησης και ηθικοποίησης των ατόμων, αναπαράγοντας τις αξίες του συστήματος, δηλαδή την παραγωγικότητα, την υπακοή, την εργασία, το ήθος (Τσαλίκου, 1987, σ. 45).

Παρατηρούμε ότι μετά τον 19^ο αιώνα η σχέση μεταξύ αστικής τάξης, ψυχιατρικής και τρέλας είναι πιο άμεση, καθώς και ότι οι πειθαρχικοί μηχανισμοί, όπως τους διατύπωσε ο Foucault, συναντούν στη μορφή του ασύλου το κατάλληλο πεδίο εφαρμογής. Όπως σημειώνει ο ίδιος ο Foucault (Foucault, 1989, σ. 264), το ψυχιατρικό άσυλο, όπως και όλες οι βαθμίδες ατομικού ελέγχου, λειτουργούν με διπλή μορφή. Από τη μία έχουμε τη μορφή του δυαδικού διαμοιρασμού και χαρακτηρισμού (τρελός-μη

τρέλος) και από την άλλη, τη μορφή του καταναγκασμού προσδιορισμού, της διαφορισμένης κατανομής (ποιος είναι, που πρέπει να βρίσκεται κ.τ.λ.).

Τι μπορούμε να πούμε όμως για το φαινόμενο της εγκάθειρξης και την κλασική εμπειρία της τρέλας, αν δεχτούμε τη ανοδική ανάλυση της εξουσίας, που διατυπώνει ο Foucault ; Έχουμε σ' αυτό το φαινόμενο, την άσκηση πειθαρχικών μηχανισμών, και αν ναι σε ποια έκταση και με ποιον τρόπο ; Για παράδειγμα, παρατηρούμε ότι στην εγκάθειρξη, υπάρχουν κάποια στοιχεία της πειθαρχίας, όπως η τεχνική της κατανομής, κυρίως η περίφραξη, άλλα όμως, όπως ο έλεγχος της δραστηριότητας δεν υφίστανται. Περισσότερο όμως, φαίνεται να λείπουν τα όργανα αυτού του πειθαρχικού μηχανισμού, δηλαδή το ιεραρχικό βλέμμα, η κύρωση και η εξέταση. Γιατί όπως συμβαίνει αυτό ; Μήπως διότι ενώ το άσυλο του 19^{ου} αιώνα είναι ο κατ' εξοχήν χώρος της τρέλας, η εγκάθειρξη αποτελεί ένα μάγμα ετερόκλητων στοιχείων, οπότε η άσκηση των πειθαρχικών μηχανισμών γίνεται δυσκολότερη; Ή ίσως γιατί η κλασική εμπειρία της τρέλας δεν είναι συμβατή με την εσωτερική λογική του πειθαρχικού μηχανισμού ; Τέτοιου είδους ερωτήματα, απλώς τίθενται στο συγκεκριμένο σημείο της μελέτης μας. Μα πιο συνεκτική και ελπίζουμε συμπερασματική ανάλυση θα επιχειρηθεί στις τελικές μάς παρατηρήσεις στο τελευταίο κομμάτι της εργασίας μας, όταν θα έχουμε δει μια πιο συνολική εικόνα της εξέλιξης της έννοιας της ψυχικής ασθένειας, κάτω και από το πρίσμα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης που εκτυλίσσεται τα τελευταία τριάντα χρόνια σε διεθνές αλλά και σε ελληνικό επίπεδο.

3. ΤΟ ΑΣΥΛΟ ΣΤΟΝ 20^ο ΑΙΩΝΑ

Αφού είδαμε τις κύριες θεωρητικές θέσεις του M. Foucault σχετικά με τη γέννηση και ανάπτυξη της πειθαρχικής εξουσίας, καθώς και τη διαδικασία αποκλεισμού της τρέλας από το πεδίο της λογικής και της ένταξης της στο θεσμό του ασύλου, σ' αυτό το κεφάλαιο, θα μελετήσουμε τη λειτουργία του ασύλου, στον 20^ο αιώνα και πιο συγκεκριμένα, θα σταθούμε στις αναλύσεις του αμερικανού κοινωνιολόγου E. Goffman και του άγγλου ψυχιάτρου D. Cooper, που ο καθένας, από τη δική του πλευρά, επικέντρωσε τις έρευνες του γύρω από τη κοινωνική ζωή του ασύλου, ο πρώτος, και τη δημιουργία μιας εναλλακτικής πρότασης, σε σχέση με το ψυχιατρικό θεσμό, ο δεύτερος.

3.1. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ E. GOFFMAN

Ο E. Goffman, πραγματοποίησε μια επιτόπια κοινωνιολογική έρευνα καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου 1955-56 στο Νοσοκομείο St. Elizabeth, στην Ουάσιγκτον. Το νοσοκομείο αυτό ήταν ένα ομοσπονδιακό ίδρυμα με πάνω από 7.000 τροφίμους. Ο στόχος της επιτόπιας έρευνας, σύμφωνα με τον ίδιο, ήταν να γνωρίσει το κοινωνικό κόσμο του νοσοκομειακού τροφίμου, όπως αυτός βιώνεται από τον ίδιο (Goffman, 1994, σ. 15).

Οι θεωρητικές καταβολές του συγγραφέα, εν μέρει εξηγούν το συγκεκριμένο προσανατολισμό της έρευνάς του. Δηλαδή η υιοθέτηση και η εφαρμογή σε διάφορα κοινωνικά φαινόμενα, της θεωρίας της συμβολικής αλληλεπίδρασης (Symbolic Interactionism), οι ρίζες της οποίας βρίσκονται στην έννοια του εαυτού που ανέπτυξε ο G.H. Mead. Για τον Mead, «η κοινωνία δεν είναι παρά μια ανταλλαγή χειρονομιών, με τη χρήση συμβόλων. Άρα η συμβολική αλληλεπίδραση είναι η μελέτη της σχέσης

εαυτού-κοινωνίας ως διαδικασία συμβολικής επικοινωνίας μεταξύ κοινωνικών υποκειμένων» (Abercrombie κ.α., 1991, σ. 331). Η θεωρία αυτή επηρέασε ιδιαίτερα τη μελέτη για την ανάλυση των ρόλων, της διαδικασίας κοινωνικοποίησης, των στερεοτύπων, του στιγματισμού, όπως και της μελέτης για την αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενούς (ο.π).

Ο Goffman ουσιαστικά μελέτησε την συμπεριφορά των ατόμων μέσα σ' ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο, εμφορούμενος από τη θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης, κάτι που θα φανεί, όταν περάσουμε σε μια αναλυτικότερη περιγραφή της κοινωνικής ζωής του άσυλου, όπως τη μελετάει μέσα στο βιβλίο του «Τα άσυλα», προϊόν της επιτόπιας έρευνας του.

Όσον αφορά τον τύπο της κοινωνιολογικής έρευνας που διεξήγαγε ο Goffman, σχετίζεται επίσης με τη θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης, με την έννοια ότι ο ερευνητής για να μπορέσει να κατανοήσει τα κοινωνικά φαινόμενα, πρέπει, με κάποιο τρόπο ή ως ένα βαθμό, να συμμετέχει στον υπό έρευνα κοινωνικό χώρο (Κυριαζή, 2001, σ. 249). Δηλαδή, στη συγκεκριμένη περίπτωση ο Goffman διεξήγαγε μια επιτόπια έρευνα με συμμετοχική παρατήρηση. Όπως ο ίδιος σημειώνει, δεν αποκάλυψε τη πραγματική του ιδιότητα στους τροφίμους αλλά ούτε και ταυτόχρονα επεδίωξε την κοινωνική συναναστροφή με το προσωπικό ή τη διοίκηση του ιδρύματος, παρόλο που η τελευταία γνώριζε τους σκοπούς του, ως ερευνητή (Goffman, 1994, σ. 15).

Συνοπτικά, ο Goffman μελέτησε τα χαρακτηριστικά των ολοπαγών ιδρυμάτων (θα αναφερθούμε στη συνέχεια στην έννοια αυτή), τις επενέργειες της ιδρυματοποίησης πάνω στο άτομο, τη προσαρμογή του τροφίμου στο άσυλο και το ρόλο του ιατρικού προσωπικού στη ψυχιατρική νοσηλεία (ο.π., σ. 20). Εμείς θα επικεντρωθούμε στα

στοιχεία της κοινωνικής ζωής του ασύλου, ιδιαίτερα ότι αφορά τον τρόφιμο ή ασθενή και δευτερευόντως στο προσωπικό.

A. ΤΑ ΑΣΥΛΑ ΩΣ ΟΛΟΠΑΓΗ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Σε τι αναφέρεται ο Goffman, όταν μιλάει για ολοπαγή ιδρύματα ; Πώς τα ορίζει ; Τι χαρακτηριστικά τους δίνει; Και ποιοι είναι οι σκοποί αυτών των ιδρυμάτων ;

Ολοπαγές ίδρυμα, σημειώνει (ο.π., σ. 19), «είναι ένας τόπος διαμονής και εργασίας όπου ένας μεγάλος αριθμός ατόμων που βρίσκονται στην ίδια κατάσταση, αποκομμένα από την ευρύτερη κοινωνία για ένα σημαντικό χρονικό διάστημα, διάγουν μαζί μια έγκλειστη, τυπικά διευθυνόμενη, καθημερινότητα». Για τον Goffman, ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα ολοπαγές ίδρυμα. Επίσης κάθε τέτοιο ίδρυμα έχει περικλειστικές τάσεις που ο συμβολικός τους χαρακτήρας, διαφαίνεται από την ίδια τη μορφή των υλικών εγκαταστάσεων του. Ψηλοί τοίχοι, κλειδωμένες πόρτες, συρματοπλέγματα, απομονωμένη περιοχή (ο.π., σ. 24). Ολοπαγές ίδρυμα δεν είναι μόνο ένα ψυχιατρείο, αλλά και μια φυλακή, ένα γηροκομείο ή ένα στρατόπεδο. Το καίριο ζήτημα εδώ, εκτός από το περικλειστο χαρακτήρα αυτών των ιδρυμάτων, είναι και κάποια άλλα κοινά χαρακτηριστικά που τα διακρίνουν όπως:

- α) όλες οι εκδηλώσεις της ζωής διεξάγονται στον ίδιο χώρο
- β) κάθε φάση της καθημερινής δραστηριότητας του μέλους συντελείται σε άμεση συναναστροφή με τα υπόλοιπα μέλη
- γ) οι φάσεις των δραστηριοτήτων είναι αυστηρά προγραμματισμένες
- δ) οι καταναγκαστικές δραστηριότητες συντάσσονται σ' ένα μοναδικό, ορθολογικό σχέδιο

(ο.π., σ. 25)

Το κύριο όμως χαρακτηριστικό τους, σύμφωνα με τον Goffman είναι «η διαχείριση πολλών ανθρώπινων αναγκών μέσω της γραφειοκρατικής οργάνωσης ολοτήτων ανθρώπων» (ο.π., σ. 26). Παρατηρούμε ότι τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, συμβαδίζουν ή εκφράζουν σ' ένα μεγάλο βαθμό, τα στοιχεία του πειθαρχικού μηχανισμού όπως τα περιέγραψε ο Foucault: κατανομή, προγραμματισμός, συσσώρευση, σύνθεση των επί μέρους σταδίων. Ακόμα, ο Goffman τονίζει το στοιχείο ή τη λειτουργία της επιτήρησης που ασκείται μέσα στο άσυλο, από τη πλευρά του προσωπικού, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα η κοινωνική απόσταση που δημιουργείται μεταξύ των τροφίμων και του προσωπικού να είναι μεγάλη και τυπικά θεσπισμένη. Επίσης, μια σημαντική συνέπεια της γραφειοκρατικής χειραγώγησης των ασθενών είναι και το διαφορετικό νόημα που παίρνει η εργασία αλλά και η οικογένεια στα μάτια των τροφίμων (ο.π., σ. 30). Εν τέλει το ολοπαγές ίδρυμα αποτελεί ένα κοινωνικό υβρίδιο, εν μέρει κοινότητα διαμονής, εν μέρει μια τυπική οργάνωση.

Όσον αφορά τους σκοπούς τους, δηλαδή το τι επιδιώκουν τα ολοπαγή ιδρύματα, ο Goffman θεωρεί ότι αυτά «δημιουργούν και θρέφουν ένα ιδιαίτερο είδος έντασης ανάμεσα στον οικείο και στον ιδρυματικό κόσμο και χρησιμοποιούν τη διαρκή αυτή ένταση ως μοχλό στρατηγικής σημασίας για τη χειραγώγηση ανθρώπων» (ο.π., σ. 33).

B. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΥΛΟΥ

Το ψυχιατρείο, ως ένα ολοπαγές ίδρυμα, παρουσιάζει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τα οποία αποτυπώνουν και συγκροτούν τη μοναδικότητά του. Πριν ο ασθενής εισαχθεί σε ένα τέτοιο ίδρυμα, έχει υιοθετήσει κάποιον ή κάποιους ρόλους στην κοινωνική του ζωή, που τον διευκολύνουν ή τον δυσκολεύουν στην επικοινωνία

του με τους συνανθρώπους του. Με την είσοδό του όμως, έχουμε την έναρξη ορισμένων διαδικασιών, όπως ηθικές μειώσεις και ταπεινώσεις, που ευτελίζουν τη προσωπικότητά του και εκριζώνουν τις προηγούμενες ρυθμίσεις στις οποίες υπόκεινταν ο ασθενής (πριν τη εισαγωγή του).

Αυτές τις διαδικασίες ευτελισμού αναλύει ο Goffman ως το πρώτο στοιχείο της κοινωνικής ζωής στο άσυλο. Η πρώτη, και χρονικά, είναι ο ίδιος ο περικλειστος χαρακτήρας του, το φράγμα που θέτει ανάμεσα στον ίδιο και τον έξω-κόσμο, η περιστολή του εαυτού και η στέρηση του ρόλου. Μία δεύτερη έγκειται στην εφαρμογή των εισαγωγικών διατυπώσεων που διενεργούνται στα άσυλα, όπως η λήψη βιογραφικού, η φωτογράφιση, το ζύγισμα, η λήψη δακτυλικών αποτυπωμάτων, η καταγραφή των προσωπικών ειδών προς αποθήκευση, το κούρεμα, η διανομή του ρουχισμού κ.α. Αυτές οι εισαγωγικές διατυπώσεις που εφαρμόζονται από το προσωπικό, έχουν ως στόχο το προγραμματισμό ή τη ρύθμιση του νεοφερμένου, την ταξινόμηση του. Κάποιες άλλες διαδικασίες ευτελισμού είναι οι δοκιμασίες υπακοής, οι σωματικοί εξευτελισμοί, οι λεκτικές ταπεινώσεις, όπως και η στέρηση της ιδιοκτησίας που επιβάλλεται στους ασθενείς (ο.π., σ. 37). Μια σημαντική επίσης μορφή ευτελισμού είναι και η παραβίαση του εαυτού ως ένα είδος μιαντικής έκθεσης. Για παράδειγμα, ο φάκελος του τροφίμου και όσα έχουν πρόσβαση σ' αυτόν, η ομαδική ή ατομική αξιολόγηση, οι σωματικές εκθέσεις όπως ο βιασμός κ.α. Επίσης, μια ιδιαίτερη διαδικασία έμμεσου κυρίως ευτελισμού, αποτελεί αυτό που ο Goffman ονομάζει «βροχισμό» δηλαδή όταν «ένας φορέας που προκαλεί μια αμυντική απόκριση από μέρους του τροφίμου βάζει την ίδια αυτή απόκριση στόχο της επόμενης τού επίθεσης» (ο.π., σ. 51). Για παράδειγμα μια αντίδραση του τροφίμου με χαρακτηριστικά αυθάδειας ή ειρωνείας σε κάποια ταπεινωτική επιταγή του προσωπικού, μπορεί να

επιφέρει μία καταδίκη της ίδιας της αντίδρασης του τροφίμου από το προσωπικό, έως αυτή να ήταν αδικαιολόγητη σε σχέση με την εντολή, με αποτέλεσμα το προσωπικό θα τιμωρήσει την αντίδραση ως παράπτωμα, επιβάλλοντας μια ποινή. Αυτή η διαδικασία, συνήθως διευκολύνεται, μέσα στα πλαίσια του ψυχιατρικού εγκλεισμού, αφού μέσα σ' αυτά οι σφαίρες ζωής δεν είναι διαχωρισμένες, έτσι ώστε το προσωπικό να επιβάλλει ποινές στους ασθενείς ή να σχολιάζει τις δραστηριότητές τους σε μια συγκεκριμένη φάση με σκοπό να ελέγξει τη διαγωγή του, σε μια άλλη σφαίρα ή επίπεδο. Τέλος υπάρχουν στα ολοπαγή ιδρύματα, οπότε και στα ψυχιατρεία, αυτό που ο Goffman ονομάζει καθεστώς συλλογικής πειθαρχίας και επιβαλλόμενων ρυθμίσεων. Ζητήματα που αντιμετωπίζονται απλά, στον έξω κόσμο, όπως να αφήσει κάποιος μια δουλειά λίγο νωρίτερα για να πάει να φάει με ένα φίλο του, στο ίδρυμα μπορεί να μεταβληθούν σε μοχλούς κυρώσεων και κρίσεων από τη πλευρά του προσωπικού. Δηλαδή απλές πράξεις να χρειάζονται έγκριση, όπως και οποιοδήποτε μέλος από το προσωπικό έχει τη δυνατότητα να ελέγχει οποιοδήποτε μέλος από τους τρόφιμους σ' ένα ιεραρχικά δομημένο σύστημα εξουσίας (ο.π., σ. 53-56).

Πέρα από τις διαδικασίες ευτελισμού, το ψυχιατρικό ίδρυμα συνίσταται και από ένα σύστημα προνομίων το οποίο συγκροτείται από τρία στοιχεία. Πρώτον, από τους εσωτερικούς κανόνες, δηλαδή το σύνολο των ρητών και τυπικών απαγορεύσεων σε σχέση με τη διαγωγή του τροφίμου. Δεύτερο, από τις άτυπες επιβραβεύσεις και τρίτο, από τις τιμωρίες, ως συνέπεια τη μη τήρησης των κανόνων. Οι τιμωρίες και τα προνόμια είναι καθ' εαυτοί τρόποι οργάνωσης που προσιδιάζουν στα ολοπαγή ιδρύματα, αποτελούν συνάρτηση της επιδιωκόμενης καλής διαγωγής από τη πλευρά του ασθενή για την συντομότερη απόλυση του και εναρμονίζονται σ' ένα σύστημα που αφορά τη διαμονή και την εργασία. Όπως εύστοχα, σημειώνει ο Goffman (ο.π., σ. 65)

«οι τρόφιμοι μετακινούνται, το σύστημα όχι», θέλοντας με αυτή τη φράση, να υποδηλώσει ότι μέσα από τη λειτουργία των προνομίων και των τιμωριών σε συνάρτηση πάντα με την ιδιαίτερη φύση των ολοπαγών ιδρυμάτων, και την εξατομίκευση της πειθαρχικής-ψυχιατρικής εξουσίας πάνω στους ασθενείς με τέτοιο τρόπο, ώστε το ίδιο το σύστημα να μην απειλείται στο σύνολό του.

Επίσης, εκτός από τους ευτελισμούς και τα προνόμια, δύο άλλα στοιχεία της κοινωνικής ζωής στο άσυλο, αποτελούν οι ιστορίες και οι ιδρυματικές διάλεκτοι που αναπτύσσουν οι ασθενείς για να μπορούν, κατά κάποιο τρόπο να «σπάνε τη ρουτίνα» της μονότονης καθημερινότητας τους και να έρχονται (μέσω των ιστοριών ή αφηγήσεων) οι παλιοί τρόφιμοι σε επικοινωνία με τους νεότερους (ο.π., σσ. 66-67).

Τέλος, έχουμε και τις δευτερογενείς εναρμονίσεις, όπως τις ονομάζει ο Goffman (ο.π., σ. 67), οι οποίες αναφέρονται και ως «κόλπα» ή «να ξέρεις τα κατατόπια» από τη πλευρά των τροφίμων, δηλαδή πρακτικές που επιτρέπουν στους ίδιους, χωρίς να έρχονται σε ευθεία αντιπαράθεση με το προσωπικό, να πετυχαίνουν απαγορευμένες ικανοποιήσεις ή επιτρεπτές με απαγορευμένα μέσα.

Αν μέσα από τα χαρακτηριστικά που έχουν τα ψυχιατρικά άσυλα, είδαμε διάφορα στοιχεία της πειθαρχίας, μέσα από τις διαδικασίες ευτελισμού και το σύστημα των προνομίων και των τιμωριών, παρατηρούμε το πόσο όλα αυτά μοιάζουν με τις λειτουργίες του πειθαρχικού μηχανισμού: την επιτήρηση, τη κύρωση και την εξέταση. Γιατί όχι άλλωστε, μήπως το άσυλο του 20^{ου} αιώνα δεν βασίζεται στις αρχές λειτουργίας του ασύλου του Tuke και του Pinel του 19^{ου} αιώνα ; Εκτός ίσως ότι τώρα, ο στόχος δεν είναι η ηθική διαπαιδαγώγηση του παράφρονα (τουλάχιστον όχι ρητώς), αλλά η θεραπεία του με επιστημονικά μέσα, κάτω από την επίδραση ενός θετικιστικού και ανστηρά ψυχιατρικού βλέμματος.

Γ. Η ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΤΡΟΦΙΜΟΥ ΚΑΙ Η ΚΟΥΛΤΟΥΡΑ ΤΟΥ

Ο τρόφιμος, πέρα από τις ταπεινώσεις και τις τιμωρίες που υφίσταται, αναπτύσσει διάφορες μορφές αντίδρασης όπως η καταστασιακή απόσυρση, η αδιάλλακτη γραμμή, η εποίκηση και η μεταστροφή. Η πρώτη αναφέρεται στη σταδιακή απόσυρση του τροφίμου από τη κοινωνική ζωή του ασύλου, εκτός από τα ζητήματα που αφορούν τον εαυτό του. Η δεύτερη αφορά την υιοθέτηση μιας προκλητικής συμπεριφοράς από μέρους του ασθενή προς το προσωπικό, μια κίνηση ανυπακοής και απειθαρχίας. Ο Goffman θεωρεί ότι αυτού του είδους ή αντίδραση είναι συνήθως μια προσωρινή φάση και γρήγορα ο τρόφιμος περνάει στην καταστασιακή απόσυρση ή σε κάποια άλλη συμπεριφορά (ο.π., σ. 73). Μία τρίτη μέθοδος είναι η εποίκηση, δηλαδή το αίσθημα οικειότητας του ασθενή προς το ίδρυμα, το οποίο εκλαμβάνει ως ένα ομοίωμα του έξω κόσμου και με βάση αυτό, επιδιώκει να ζήσει με ένα ήρεμο τρόπο, προσπορίζοντας όλες τις δυνατές ικανοποιήσεις που μπορεί να του προσφέρει το άσυλο. Τέλος, υπάρχει η μεταστροφή, ως τρόπος προσαρμογής στο ίδρυμα, δηλαδή η εικόνα του τροφίμου που «αγωνίζεται» να δείχνει πάντα συμμορφωμένος προς τις εντολές του προσωπικού και έτοιμος να το βοηθήσει σε σχέση με τους άλλους τροφίμους.

Επίσης σε σχέση με διάφορα στοιχεία ή χαρακτηριστικά που εμφανίζει ο ασθενής σ' ένα ίδρυμα, ο Goffman διακρίνει μέσα από την έρευνά του, την μεμψιμοιρία, την αίσθηση του χαμένου χρόνου που βιώνει ο τρόφιμος, τις δραστηριότητες (όχι συχνά σοβαρές) που αναπτύσσει για να αντισταθμίσει αυτή τη χαμένη αίσθηση, αυτό που ονομάζει ο ίδιος «δραστηριότητες περισπασμού» (ο.π., σ. 78), όπως και το φόβο της απόλυσης και της επακόλουθης αποτυχίας στον έξω κόσμο. Ιδιαίτερα για το τελευταίο στοιχείο που χαρακτηρίζει τη κουλτούρα του τροφίμου, θα

μπορούσαμε να πούμε ότι από τη μία ο στιγματισμός του ασθενή όταν βγαίνει από το ίδρυμα και η αντίστοιχη υποτιμητική συμπεριφορά του κοινωνικού συνόλου απέναντι του και από την άλλη, η αποπαίδευση, δηλαδή το χάσιμο ή η αδυναμία του τροφίμου να επανακτήσει κάποιες από τις ικανότητές του (τεχνικές ή συναισθηματικές) που είχε όσο ήταν έξω από αυτό, συνιστούν την εικόνα εκείνου του ασθενή τελικά που η εν γένει ιδρυματοποίηση του έχει ακυρώσει στην πράξη, κάθε δυνατότητα επαναφομοίωσης του στην εξωασυλική κοινωνία (ο.π., σ. 81-82). Γι' αυτό πολλές φορές, ο ασθενής επιδιώκει με κάθε τρόπο, να αποκτήσει ένα «καθαρό πιστοποιητικό υγείας» από τους διοικητικούς υπαλλήλους των ψυχιατρικών νοσοκομείων, καθώς και προσωπικών συστάσεων, με αποτέλεσμα ή καλύτερα προϋποθέτοντας μια εξουσιαστική επιρροή του προσωπικού πάνω στους ασθενείς.

Δ. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Το βασικό πλαίσιο της καθημερινής δραστηριότητας του προσωπικού είναι η αντίφαση, όπως σημειώνει ο Goffman, ανάμεσα σ' αυτό που επίσημα το ίδρυμα ορίζει, π.χ. η αναμόρφωση του τροφίμου, και σ' αυτό που πραγματικά κάνει (ο.π., σ. 84). Η ιδιαιτερότητα της εργασίας του, είναι ότι πρέπει να δουλέψει όχι με υπηρεσίες, αλλά με ανθρώπους. Οι όψεις που παρουσιάζουν τα «υλικά εργασίας», δηλαδή οι ανθρώπινες οντότητες, οι ασθενείς, είναι:

α) το άτομο θεωρείται πάντα ως αυτοσκοπός. Πρέπει να τηρηθούν ορισμένα ανθρωπιστικά πρότυπα από τη πλευρά του προσωπικού.

β) Οι τρόφιμοι έχουν κοινωνικές θέσεις και σχέσεις στον έξω κόσμο, οι οποίες πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν. Δηλαδή, το ίδρυμα πρέπει να σεβαστεί ορισμένα δικαιώματα των τροφίμων.

γ) Με την άσκηση της απειλής, της ανταμοιβής ή της πειθούς το προσωπικό μπορεί να δίνει εντολές σε ορισμένους τροφίμους και να υπολογίζει ότι θα τις εκτελέσουν από μόνοι τους.

Παρατηρούμε λοιπόν, ότι μέσα από αυτές τις όψεις, αναδύεται μια αντίφαση ανάμεσα στα ανθρωπιστικά πρότυπα από τη μία και την αποτελεσματικότητα του ιδρύματος από την άλλη (ο.π., σ. 88). Ουσιαστικά, το ανθρώπινο υλικό μπορεί να είναι χειραγωγίσιμο, ταυτόχρονα όμως και απρόβλεπτο ή να δημιουργηθεί μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού μία σχέση συμπάθειας. Υπάρχει δηλαδή μια πολλαπλότητα διασυνδέσεων μεταξύ τους.

Όσον αφορά τις ιδιαίτερες αντιλήψεις του προσωπικού για τους ασθενείς και το ερμηνευτικό σχήμα που κατασκευάζουν, έχουμε τέσσερις στάσεις. Πρώτον, το προσωπικό, μόλις ο τρόφιμος εισαχθεί στο ίδρυμα, θεωρεί ότι αυτός είναι αναγκαστικά άρρωστος. Δηλαδή έχουμε μια ταύτιση της ψυχικής νόσου και του αρρώστου. Δεύτερο, το προσωπικό πολύ συχνά καταφεύγει στο να εφευρέσει ένα παράπτωμα για κάθε τιμωρία, ώστε να ελέγξει του τροφίμους και να υπερασπισθεί το ρόλο του ιδρύματος.

Τρίτο, το προσωπικό θεωρεί ότι η εργασία στα ψυχιατρικά ιδρύματα είναι ένα μέσο ηθικής διαπαιδαγώγησης, πρόσφορο για τους ασθενείς. Τελευταίο και ίσως το πιο σημαντικό, το προσωπικό πιστεύει, αναπτύσσοντας μία θεωρία της ανθρώπινης φύσης, ώστε και ασυνείδητα, ότι η διαγωγή του ασθενή (επιθυμητή ή ανεπιθυμητή) εκπορεύεται από τη προσωπική του θέληση η οποία όμως σχετίζεται με μια προσωπική ηθική. Η θεωρία ή η πεποίθηση αυτή, όπως σημειώνει ο Goffman (ο.π., σσ. 97-98) «εκλογικεύει τη δραστηριότητα, παρέχει ένα επιδέξιο μέσο για τη διατήρηση των κοινωνικών αποστάσεων από τους τροφίμους και μια στερεοτυπική αντίληψη γι' αυτούς, δικαιώνει τη μεταχείριση που τους επιφυλάσσεται...και τελικά το προσωπικό

ατοποθετείται περίοπτα στη θέση του ειδικού γνώστη της ανθρώπινης φύσης, που κάνει διάγνωση και ορίζει θεραπεία με βάση τη γνώση αυτή». Με άλλα λόγια, ακόμα και σ' ένα άσυλο του 20^{ου} αιώνα, η ψυχιατρική ή καλύτερα το ψυχιατρικό ίδρυμα συγκροτεί μια ηθική ενότητα ή ένα ηθικό πεδίο, ξέχωρα από την άσκηση μιας ψυχιατρικής επιστημονικής γνώσης ή καλύτερα παράλληλα με αυτήν τη γνώση.

Επίσης ο Goffman υποστηρίζει ότι σ' ένα ψυχιατρικό ίδρυμα, ούτε ο κόσμος των τροφίμων, ούτε του προσωπικού είναι ομοιογενείς. Υπάρχουν πολλές ενδοομαδικές διαφορές μέσα στη κάθε κατηγορία, όπως και διαφορετικών ειδών σχέσεις μεταξύ των υπο-ομάδων των δύο κατηγοριών: τρόφιμοι-προσωπικό.

E. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ

Τελειώνοντας, με τη θεωρητική συμμετοχή του Goffman για τη δομή ενός ψυχιατρικού ασύλου του 20^{ου} αιώνα, είναι χρήσιμο να αναφερθούμε σε γενικές γραμμές, στο πως ο ίδιος βλέπει το ρόλο του ιατρικού προσωπικού. Παρατηρεί ότι όταν ένας υποψήφιος ασθενής έρχεται στην πρώτη εισαγωγική του συνέντευξη, οι γιατροί εφαρμόζουν αμέσως το υπηρεσιακό ιατρικό μοντέλο, το οποίο συνίσταται στη συγκέντρωση πληροφοριών, διατύπωση παρατηρήσεων, πρόταση διάγνωσης και μεθόδου αγωγής για τον ασθενή. Η εφαρμοσιμότητα αυτού του ιατρικού μοντέλου διευκολύνεται από την εμφάνιση από τη πλευρά των ασθενών μία ορατής και κοινωνικά ανάρμοστης συμπεριφοράς και μιας ορατής επίσης οργανικής παθολογίας (ο.π., σ. 320), μέσα σ' ένα πλαίσιο ανάγκης προστασίας από τον κίνδυνο ειδών τέτοιας συμπεριφοράς, που πρέπει να λάβει το ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Σε σχέση ειδικότερα με το ρόλο του ψυχιάτρου, ο Goffman υποστηρίζει ότι ο ψυχιατρικός θεσμός είναι ολοκληρωτικός, διότι σε κανένα άλλο πρόσωπο, δεν

παραχωρείται τόση εξουσία. Μία εξουσία που πηγάζει από τη δυνατότητα του ψυχιάτρου να έχει το καθοριστικό λόγο σε ότι αφορά τον ασθενή (θεραπευτική αγωγή, όρος της απόλυσης κ.α.), όπως και της συγκέντρωσης πληροφοριών γύρω από τον ασθενή, από τις διάφορες ειδικότητες που υπάρχουν στο άσυλο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, το νοσηλευτικό προσωπικό. (ο.π., σσ. 324-325). Τελικά, ο ψυχίατρος και ο ασθενής, όπως σημειώνει ο Goffman «τείνουν να είναι καταδικασμένοι από το ιδρυματικό πλαίσιο σε μια ψεύτικη και δύσκολη θέση... ο ψυχίατρος από τη θέση του υπηρετούντος πρέπει να προσφέρει υπηρεσιακή αβροφροσύνη αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει τη θέση αυτή περισσότερο από όσο ο ασθενής είναι διατεθειμένος να την αποδεχθεί» (ο.π., σ. 333).

Ουσιαστικά, το ζεύγος γιατρός-ασθενής αναπτύσσει μια συγκρουσιακή δυναμική μέσα στο ιδρυματικό πλαίσιο.

3.2. Η ΟΠΤΙΚΗ ΤΟΥ D. COOPER

Τελευταίος μας σταθμός, στις θεωρήσεις για το ψυχιατρικό θεσμό, θα αποτελέσει η κριτική του άγγλου ψυχιάτρου D. Cooper για το ρόλο της ψυχιατρικής ως επιστήμης, τη λειτουργία της μέσα στο καπιταλιστικό κοινωνικό πλαίσιο και τους όρους ή τις γραμμές ανάπτυξης μιας αντιψυχιατρικής τάσης, η οποία θα επιδιώξει να συλλάβει με έναν εντελώς διαφορετικό τρόπο έννοιες όπως η σχιζοφρένεια, η ψυχική υγεία, ή θεραπεία. Ο D. Cooper επικεντρώνει τη κριτική του σε εκείνο ακριβώς το σημείο στο οποίο η επίσημα ψυχιατρική φαίνεται να έχει το πρώτο λόγο, την απόδειξη της επιστημονικής της εγκυρότητας, το πλαίσιο της δράσης της: το σχιζοφρενικό άτομο. Την σχιζοφρένεια ως την πιο αντιπροσωπευτική μορφή της ψυχικής ασθένειας. Ως εκείνο που αποτελεί το σκληρό πυρήνα της, που μόνο αυτή νομιμοποιείται να δώσει

«εξηγήσεις»: αιτιολογία, διάγνωση, θεραπεία. Ο Cooper επιχείρησε να συλλάβει μια άποψη του ατόμου που του δόθηκε ο όρος «σχιζοφρενικό άτομο». Με ποιον τρόπο και από ποιον του δόθηκε, τι σημαίνει γι' αυτούς που τον έδωσαν και γι' αυτόν που τον έχει υποστεί (Cooper, 1974, σ. 14). Ο ίδιος θεωρεί ότι το σχιζοφρενικό άτομο έχει υποστεί μια κοινωνική απαξίωση η οποία έχει δύο πλευρές: πρώτον, ο άρρωστος θεωρείται ως μια αδρανή ταυτότητα και δεύτερο, οι εμπειρίες του, ως σχιζοφρενή θεωρούνται άκυρες. Αναλυτικότερα, να πωσ ο D. Cooper αναλύει την τεχνική της απαξίωσης: «υπάρχει, πρώτα, μια πράξη αρνητική, μια πράξη απαξίωσης ενός προσώπου από άλλα: η πράξη αυτή περιλαμβάνει την ετικέτα της διάγνωσης, της διατύπωσης μιας καταδίκης, τη φυσική μετάπτωση ενός ατόμου έξω από το κοινωνικό περιβάλλον' κατά δεύτερο λόγο (ταυτόχρονα, μάλλον, και όχι χρονολογικά αργότερα), οι άλλοι αρνούνται την αρνητική αυτή πράξη με διάφορους τρόπους: Ισχυρίζονται ότι το εν λόγω πρόσωπο απαξίωσε μόνο του τον εαυτό του, ή ότι απαξιώθηκε από τις έμφυτες αδυναμίες του, ή από τη διαδικασία της αρρώστιας, και ότι οι άλλοι δεν έπαιξαν κανένα ρόλο σ' αυτό. Με τη διπλή αυτή άρνηση, η κοινωνική ομάδα συγκαλύπτει από τον εαυτό της τις ίδιες της τις πράξεις. Έτσι με ένα ψέμα, οι «καλοί» και οι «υγιείς», εκείνοι που αυτοχαρακτηρίζονται έτσι χαρακτηρίζοντας άλλους ανθρώπους «τρελούς» ή «κακούς», αποκλείοντας τους από την ομάδα, διατηρούν μια ασφαλέστατη και άνετη ισορροπία. Οι επιλεγμένοι, σαν αποδιοπομπαίοι τράγοι βοηθούν πολλές φορές οι ίδιοι τη διαδικασία αυτή, κρίνοντας πως το μόνο μέσο να θεωρηθούν απαραίτητοι στους άλλους, ή για να καθοριστεί κάπως η ταυτότητά τους, είναι να υιοθετήσουν τον κοινωνικό ρόλο του τρελού ή κακού». (ο.π., σσ. 64-65). Για τον Cooper, η διαδικασία αυτή, η τεχνική της κοινωνικής απαξίωσης προϋποθέτει μια ύπουλη πνευματική βία (ο.π., σ. 38). Μια βία, που σύμφωνα με τον ίδιο, χαρακτηρίζει τη ψυχιατρική με την

εξής έννοια: αντιπροσωπεύοντας η ψυχιατρική τα συμφέροντα των υγιών απέναντι στους τρελούς και ταυτόχρονα καθορίζοντας η ίδια το τι είναι ψυχική υγεία που όμως υποστηρίζει ο Cooper, ανάγεται στη συμμόρφωση ενός ατόμου σ' ένα αυθαίρετα σύνολο από καθιερωμένους κανόνες, λειτουργεί εντέλει διασπαστικά, ή καλύτερα διαχωριστικά, κρύβοντας τις κοινωνικές αντιφάσεις προσωποποιώντας τες σ' ένα πληθυσμό που χαρακτηρίζεται ως παράφρονες ή σχιζοφρενείς. Ουσιαστικά, η βία αυτή είναι η ίδια η βία της ψυχιατρικής σύμφωνα με τον Cooper (ο.π., σ. 18).

Επίσης ο D.Cooper κάνει αναφορά στο ρόλο της οικογένειας, μιας και οι μελέτες του, επιδιώκουν να δούνε όχι μόνο τη κοινωνική κατάσταση της σχιζοφρένειας, αλλά και τις οικογένειες των σχιζοφρενικών. Παρατηρεί λοιπόν ότι η «σχιζοφρενικότητα» ενός ατόμου συνδέεται με τον αλλοτριωμένο και αποξενωμένο τρόπο ζωής μέσα στην οικογένεια του, στοιχείο που η οικογένεια για να μπορέσει να το αποσιωπήσει, κατασκευάζει ή μάλλον, και σε συνεννόηση με το ψυχιατρικό κατεστημένο, δείχνει το μέλος της (συνήθως το νεαρό μέλος) ως σχιζοφρενικό, όταν αυτό αντιδράει με ένα βίαιο και «παράλογο» τρόπο απέναντι στα άλλα μέλη της οικογένειας. Σ' αυτό το σημείο, μπορούμε να τονίσουμε το γεγονός ότι οι πρώτες μελέτες για την κατάσταση των οικογενειών που είχαν σχιζοφρενικά μέλη, άρχισαν στις αρχές του '50 στις Η.Π.Α. (ο.π., σ. 80) ενώ στην Αγγλία, αντίστοιχες έρευνες έγιναν από τους R. Laing και A. Esterson, συνιδρυτές μαζί με τον D. Cooper της αντιψυχιατρικής τάσης.

Τελικά, ο D.Cooper καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ψυχιατρική, του 19^{ου} αλλά κυρίως του 20^{ου} αιώνα, ευθυγραμμίστηκε με τις αλλοτριωμένες ανάγκες της κοινωνίας όπου λειτούργησε. Μοιάζει να έπαιξε το ρόλο ενός μεσολαβητή ανάμεσα στους κοινωνικούς κανόνες από τη μία, και σε εκείνους που δεν μπόρεσαν να

συμμορφωθούν απέναντι σ' αυτούς. Ο ίδιος προτείνει, για να μπορέσει να ξεπεραστεί η καθιερωμένη, βίαιη και εξουσιαστική ψυχιατρική, «να αναγνωρίσουμε πρώτα απ' όλα τη διαλεκτική περιπλοκή της ανθρώπινης πραγματικότητας και να αρνηθούμε να αναγάγουμε κάθε ανθρώπινη πράξη και εμπειρία σε μια απλή διαδικασία» (ο.π., σ. 67). Υποστηρίζει ότι μέσα στα κλασικά ψυχιατρικά ιδρύματα δεν είναι δυνατόν να γίνει ένα τέτοιο έργο, παρά μόνο σε μικρές κοινότητες, τριάντα ή σαράντα ανθρώπων που θα λειτουργούν χωρίς τις κλινικές προκαταλήψεις και την άκαμπτη ιεραρχία μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών, καθώς και με την ενεργητική ένταξη της οικογένειας στην κοινότητα. Δηλαδή εδώ θα είχαμε να κάνουμε με «πειραματικές» κοινότητες, μία σύλληψη του D. Cooper που όπως θα δούμε στο τρίτο μέρος της εργασίας μας, θα αποτελέσει, ως ένα σημείο, τη βάση για τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση, με τη θέσπιση των Κέντρων Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ.), θεσμός που θα είναι το κύριο αντικείμενο ανάλυσης και κριτικής μας.

4. ΟΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ, ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

Σ' αυτό το κεφάλαιο, θα εξετάσουμε τις έννοιες που καθορίζουν τη μεταβατική φάση της ψυχιατρικής περίθαλψης από το άσυλο στην κοινότητα, ώστε στη συνέχεια να διατυπώσουμε τη θεωρητική μας υπόθεση που θα βασιστεί ακριβώς στην εμφάνιση ενός εναλλακτικού τρόπου παρέμβασης σχετικά με την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας.

Και πρώτα απ' όλα η έννοια της μεταρρύθμισης. Ο συγκεκριμένος όρος σημαίνει, μεταξύ άλλων, την τροποποίηση, την καινοτομία, την αλλαγή, το μετασχηματισμό. Στο χώρο της ψυχιατρικής, δηλώνει έναν μετασχηματισμό εκείνων των θεσμικών και δομικών στοιχείων που ρυθμίζουν το πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος ψυχιατρικών υπηρεσιών σε μια χώρα και αφορά το νομικό, οργανωτικό, διοικητικό και διαχειριστικό πλαίσιο. (Μαδιανός, 1994^α, σ. 25)*.

Η μεταρρύθμιση όμως, όπως είπαμε, σχετίζεται ή λαμβάνει χώρα μέσα σ' ένα σύστημα. Ο Von Bertalanfy ορίζει το σύστημα ως ένα σύμπλεγμα στοιχείων που βρίσκονται σε μια αλληλεπίδραση (Bertalanfy, 1973 που αναφέρεται στον Μαδιανό, 1994^α, σ. 27). Κάποιες βασικές έννοιες που χαρακτηρίζουν τα διάφορα συστήματα είναι η πολυπλοκότητα, η αποκέντρωση, η μετατροπή, οι στόχοι, η ισορροπία, ο έλεγχος, το περιβάλλον κ.α. Συγκεκριμένα, σ' ένα σύστημα υπηρεσιών υγείας συνυπάρχουν η δομή (τα στοιχεία), η λειτουργία και η εξέλιξη του. Επίσης, υπάρχουν τα αιτήματα, οι στόχοι, καθώς και η πραγματοποίησή τους (Μαδιανός, 1994^α, σ. 29). Στη δική μας περίπτωση, ένα σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, θα αποτελούνταν κυρίως από το Κέντρο Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής (Κ.Κ.Ψ.Υ.) και δευτερευόντως από τη Ψυχιατρική

* Βλ. Εισαγωγή, σ. 7.

Κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου. Όπως τονίζει ο Μαδιανός (ο.π., σ. 31) «σ' ένα σύγχρονο σύστημα υπηρεσιών ψυχικής υγείας, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο δεν παίζει κανένα ουσιαστικό ρόλο». Ακόμα, οι παράγοντες που επηρεάζουν ένα τέτοιο σύστημα είναι, το περιβάλλον, η γενική οικονομική πολιτική της χώρας ο τρόπος ζωής μιας κοινωνίας, οι ίδιες οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και οι πραγματικές ανάγκες αυτών που ζητούν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες (ο.π., σ. 32). Τέλος, όσον αφορά τις σύγχρονες εξελίξεις, παρατηρείται ότι η γενική τάση σε πολλές ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες είναι να αυξάνονται οι Κοινοτικές υπηρεσίες, μέσα από τη τομεοποίηση και την αποκέντρωση του συστήματος (ο.π., σ. 33).

Σε αντίθεση με την ασυλική δομή, το νέο πρότυπο οργάνωσης και λειτουργίας αυτών των υπηρεσιών, έχει ένα ιδεολογικοπολιτικό υπόβαθρο, το οποίο βασίζεται στην έννοια της Κοινότητας ως θεραπευτικού πεδίου και στην γέννηση και ανάπτυξη, της λεγόμενης Κοινοτικής Ψυχιατρικής η οποία συγκροτεί τον επιστημονικό χώρο, μέσα στον οποίο εξελίσσεται αυτός ο νέος θεσμός, της κοινοτικής περίθαλψης.

Θέλοντας να δώσουμε ένα ορισμό, πιο σύγχρονο ίσως από αυτόν του γερμανού κοινωνιολόγου Tonnis, για την κοινότητα, θα λέγαμε ότι αυτή περιλαμβάνει «ένα σχετικά περιορισμένο σε μέγεθος κοινωνικό σύνολο ατόμων που συνδέονται με κοινούς συναισθηματικούς δεσμούς, οι οποίοι πηγάζουν από την αίσθηση ότι τα άτομα αυτά μοιράζονται ένα στοιχείο της ζωής τους, τον ίδιο βιοτικό χώρο, έχουν κοινές παραδόσεις και αντιμετωπίζουν κοινές συνθήκες και προβλήματα διαβίωσης, ενώ έχουν ως βάση των καθημερινών δραστηριοτήτων τους την περιοχή όπου διαμένουν και αναπτύσσουν όλες τις κοινωνικές τους σχέσεις». (Μαδιανός, 2000^B, σ. 18). Παρατηρούμε μέσα από αυτόν τον ορισμό, ότι η κοινότητα αποτελεί ένα γεωγραφικό και συναισθηματικό δεσμό. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο, η αντιμετώπιση της ψυχικής

ασθένειας ενός μέλους της κοινότητας, αποκτά διαφορετικό νόημα απ' ότι σ' ένα άσυλο. Επειδή, η ίδια η κοινότητα συνιστά ένα αλληλοδραστικό δίκτυο ανθρώπινων σχέσεων, δεν προσδιορίζει την έννοια της τρέλας στατικά, δηλαδή ότι υπάρχουν αυστηρώς διαχωρισμένα όρια μεταξύ υγιών και αρρώστων, αλλά προσεγγίζει τη σχέση αυτή διαλεκτικά, ότι μπορεί ένα άτομο να περάσει από τη μια φάση στην άλλη, ή να συνυπάρχουν οι δύο καταστάσεις (ο.π., σ. 22).

Η ίδια η έννοια της Κοινοτικής Ψυχιατρικής αναφέρεται στη χρήση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, πόρων και τεχνικών που πραγματώνουν την οικονομικά εφικτή θεραπεία του αρρώστου στην κοινότητά του. (ο.π., σ. 27). Συνοπτικά, μπορούμε να αναφέρουμε τις κυριότερες θέσεις της Κοινοτικής Ψυχιατρικής:

- α) η Κοινοτική Ψυχιατρική θεωρεί ότι οι ψυχικές αρρώστιες είναι σαν όλες τις άλλες
- β) στοχεύει στη μείωση της σημασίας του διαχωρισμού Φυσιολογικό-μη φυσιολογικό και θεωρεί ότι η αναζήτηση μιας απόλυτης ψυχικής υγείας είναι ουτοπία, μία μορφή νεύρωσης
- γ) αναγνωρίζει την κοινότητα ως το πεδίο θεραπείας του ατόμου
- δ) ο θεραπευτής έχει ένα διπλό ρόλο. Από τη μια εκπροσωπεί τον άρρωστο και από την άλλη την κοινότητα ως μέλος της.

(ο.π., σσ. 39-40).

Ο Caplan, το 1964, διατύπωσε τις τρεις βασικές αρχές για την οργάνωση και λειτουργία των Κοινοτικών Ψυχιατρικών υπηρεσιών. Πρώτον, η αρχή της ολοκληρωμένης παροχής με μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα, με το μικρότερο κόστος και στο συντομότερο χρονικό διάστημα. Δεύτερο, η αρχή της τομεοποίησης, δηλαδή της παροχής υπηρεσιών σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο. Για παράδειγμα, ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), θεωρεί ότι ένας τομέας πρέπει να περιλαμβάνει από

70.000 έως 150.000 κατοίκους. Και τρίτο, η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς από τον ίδιο θεραπευτή σε όλες τις φάσεις της αρρώστειας (ο.π., σσ. 43-44).

Κάποιοι από τους στόχους της Κοινοτικής Ψυχιατρικής περιλαμβάνουν την μείωση των εισαγωγών στα ψυχιατρεία, τη μεγιστοποίηση της συμμετοχής των πολιτών στα προγράμματα Κοινοτικής Ψυχικής Υγιεινής, τη πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, τον συντονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής μέσα στο τομέα και την αυξημένη αποδοτικότητα των υπηρεσιών από πλευράς κόστους-οφέλους. (ο.π., σσ. 50-51).

Μιλώντας με ιστορικούς όρους, αυτός ο νέος τρόπος παρέμβασης εμφανίστηκε με το ξέσπασμα του Β' παγκοσμίου πολέμου, και στις δύο όχθες του Ατλαντικού, μιας και η ζήτηση για ψυχιατρική περίθαλψη πολλαπλασιάστηκε. Ειδικότερα, το 1946 στη Αγγλία, με την εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ανοίγουν οι κλειστοί θάλαμοι των ψυχιατρείων και δημιουργούνται εξωτερικά Ψυχιατρικά Ιατρεία. Στις ΗΠΑ τα πρώτα Κ.Κ.Ψ.Υ. ιδρύονται το 1963, ενώ στη Γαλλία, το 1960 ψηφίζεται η νομοθετική ρύθμιση της ψυχιατρικής τομεοποίησης, η οποία όμως θα πραγματοποιηθεί το 1972. Στην Ιταλία, το 1978 έχουμε την ιστορική κατάργηση του ψυχιατρείου της Τεργέστης από τον Franco Basaglia, ενός από των ιδρυτών της Δημοκρατικής Ψυχιατρικής τη δεκαετία του '70 και τη παράλληλη δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών (Μαδιανός, 1994^β, σ. 37).

5. Η ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΗΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΘΕΣΗΣ

Αφού είδαμε, τις θέσεις που ανέπτυξαν οι M. Foucault, E.Goffman και D.Cooper για το ψυχιατρικό θεσμό, καθώς και τις θέσεις της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, είναι αναγκαίο να προχωρήσουμε στη διατύπωση της θεωρητικής μας υπόθεσης σχετικά με τη σύνδεση της πειθαρχικής εξουσίας και της ψυχικής ασθένειας, στο ελληνικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα, θα εξετάσουμε αν η ψυχιατρική μεταρρύθμιση με την οργάνωση και λειτουργία των Κ.Κ.Ψ.Υ. μπορεί να αναλυθεί σύμφωνα με μία φουκωϊκή κυρίως τοποθέτηση, δηλαδή την εφαρμογή ή μη των στοιχείων του πειθαρχικού μηχανισμού. Αν τελικά η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έχει ή όχι, και σε ποιο βαθμό έναν πειθαρχικό ή αντιπειθαρχικό χαρακτήρα. Αποφασίσαμε να επιλέξουμε το συγκεκριμένο θεσμό, παρ' ότι στο τρίτο μέρος της εργασίας μας θα αναφερθούμε και στην ιστορία του κλασικού ψυχιατρικού ασύλου στην Ελλάδα, διότι θεωρήσαμε ότι αφ' ενός το ψυχιατρικό άσυλο στην Ελλάδα παρουσιάζει πειθαρχικά στοιχεία αφού δεν διαφέρει ουσιαστικά από τα άσυλα, για τα οποία έγινε λόγος, σ' αυτό το μέρος της εργασίας, και αφ' ετέρου η ίδια η ανάγκη της ψυχιατρικής αναμόρφωσης υποδηλώνει την αποτυχία της ασυλικής δομής, όχι μόνο στον ελληνικό χώρο αλλά και σε διεθνές επίπεδο.

III. ΟΨΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ

Στη τρίτη ενότητα της μελέτης μας θα ασχοληθούμε με το χαρακτήρα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης τα στοιχεία και τη λειτουργία της, μέσα από τη μελέτη ενός Κ.Κ.Ψ.Υ., όπως και ζητήματα όπως η ιστορική πορεία του ασύλου στον ελληνικό χώρο και βέβαια η ανάλυση του υλικού σε σχέση με την πειθαρχική εξουσία που είναι παρούσα ή όχι σ' αυτό το νέο τρόπο θεώρησης και ταυτόχρονα αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Χρήσιμο όμως θα ήταν να αρχίσουμε πρώτα να δώσουμε, όσο πιο συνοπτικά γίνεται, μια εικόνα της πορείας του ασυλικού θεσμού στην Ελλάδα, μέχρι περίπου τις αρχές της δεκαετίας του '80, χρονική περίοδο που εμφανίζονται οι πρώτες οργανωμένες προσπάθειες για τη δημιουργία Κέντρων Ψυχικής Υγείας (Κ.Ψ.Υ.).

1. Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1830-1981)

Το πρώτο ψυχιατρείο που ιδρύθηκε στον ελληνικό χώρο, μετά την ανεξαρτησία της χώρας, ήταν το φρενοκομείο της Κέρκυρας, το 1838, από το βρετανό Κυβερνήτη Sir Edouard Douglas. Εκείνη τη περίοδο, τα Ιόνια Νησιά ήταν από αγγλική διοίκηση ακόμα. Κατά την έναρξη του, το ίδρυμα είχε 8 αρρώστους και στο τέλος του ίδιου χρόνου έφθασαν τους 38. Σύμφωνα με τον κανονισμό του ιδρύματος, η φυσική και ηθική θεραπεία των ασθενών θα έπρεπε να είναι προσαρμοσμένη στην ηλικία, την ιδιοσυγκρασία, την αίτια και το είδος της νόσου. Η θεραπευτική αγωγή των αρρώστων περιγράφονταν ως φαρμακευτική και ηθική και καθορίζονταν από τον γιατρό, κατά τις καθημερινές του επισκέψεις. Τα βασανιστήρια απαγορευόταν και η μεταχείριση των ασθενών θα έπρεπε να γίνεται με νουθεσίες και καλούς τρόπους από τη πλευρά του

προσωπικού. Μέσα στο ίδρυμα, οι ασθενείς απασχολούντουσαν σε διάφορες δραστηριότητες, όπως η καλλιέργεια των αγρών (για τους αγρότες) και η λειτουργία διαφόρων εργαστηρίων (για τους τεχνίτες). Για την εισαγωγή του ασθενή απαιτούνταν ένα ιατρικό πιστοποιητικό ασθένειας, μια επιστολή των συγγενών και δύο επιστολές ευπόληπτων ατόμων που θα εξηγούσαν στο διευθυντή του ιδρύματος την κατάσταση του ασθενή. Τα έσοδα του ιδρύματος, προερχόταν από τα νοσήλεια των ασθενών, συνεισφορές ιδιωτών κ.α. Το προσωπικό του ιδρύματος αποτελούνταν από τον αρχίατρο, τον ιατρό που διεύθυνε το ίδρυμα, τον επιτηρητή, το ιερέα, ένα φύλακα-γεωργό για τη διεύθυνση των αγροτικών εργασιών και ένα μάγειρα. Ακόμα, σε σχέση με τον επιτηρητή, πρέπει να τονίσουμε ότι ο ρόλος του ήταν σημαντικός, διότι αφ' ενός είχε μεγάλη εξουσία πάνω στους άλλους υπαλλήλους και αφ' ετέρου μεριμνούσε για την εκτέλεση των ιατρικών εντολών από τη μια και τη καλή μεταχείριση που θα έπρεπε να έχουν οι ασθενείς από την άλλη (Πλουμπίδης, 1995, σσ 120-122).

Μετά την ένωση των Ιονίων Νήσων με την Ελλάδα το 1864, το ψυχιατρείο της Κέρκυρας είναι το μόνο ειδικευμένο ίδρυμα σ' όλη τη χώρα. Σημαντική μορφή στην ιστορία του ιδρύματος αποτέλεσε ο γιατρός Χρ. Τσιριγώτης, ο οποίος έγινε ο πρώτος έλληνας διευθυντής του, το 1874. Ο ίδιος εισήγαγε θεραπευτικές μεθόδους όπως την εργοθεραπεία και τη λεγόμενη «ηθική θεραπεία» η οποία συνίστατο στην πατρική σχέση του αρρώστου με το γιατρό (Μαδιανός 1994^α, σ. 177). Όμως σύμφωνα με τον Δ. Πλουμπίδη, αυτού του είδους η θεραπεία, κατοχύρωνε την πρωτοκαθεδρία του γιατρού, αφού ο ίδιος όριζε, ως απόλυτος κύριος του ιδρύματος, αν π.χ. οι συγκινήσεις, η επίσκεψη της οικογένειας, τα φάρμακα, ο περίπατος, η συζήτηση κ.α., θα έπαιζαν θετικό ή όχι ρόλο στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή. Δεν είναι άσχετο το γεγονός, όπως σημειώνει ο ίδιος, ότι ο Χρ. Τσιριγώτης θεωρούσε ότι το φρενοκομείο θα έπρεπε να

ήταν κλειστό και να διαθέτει εκτεταμένες γαίες για την εργασία των αρρώστων. Ήταν άλλωστε οπαδός, όπως φαίνεται των απόψεων του Pinel και του Esquirol, σχετικά με την πειθαρχία, την επιστημονική θεραπεία και την ηθική βάση που θα έπρεπε να χαρακτηρίζει ένα ψυχιατρείο (ο.π., σσ. 166-168).

Ουσιαστικά, το ψυχιατρείο της Κέρκυρας αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα της ευρωπαϊκής ψυχιατρικής του 19^{ου} αιώνα. Ενώ στα καταστατικά του παρουσιάζεται ως ένα ίδρυμα με θεραπευτικό σκοπό, εντούτοις, οι συνθήκες λειτουργίας του υποδήλωναν το χαρακτηρισμό του ως ασύλου (ο.π. σ. 182).

Το δεύτερο σημαντικό ίδρυμα, ήταν το Δρομοκαΐτειο, το οποίο δημιουργήθηκε από τη δωρεά του χιώτη εμπόρου Τζ. Δρομοκαΐτη. Τα εγκαίνια του έγιναν το 1887, με 85 αρρώστους. Το προσωπικό του ιδρύματος απαρτιζόταν από ένα ιατρό διευθυντή, έναν ιατρό-υποδιευθυντή, έναν οικονομό, ένα φαρμακοποιό, δύο αρχινοσοκόμους, έναν επιμελητή λουτρών και υδροθεραπευτηρίων, ένα φροντιστή τροφίμων, ένα μάγειρα, ένα θυρωρό, έναν αμαξηλάτη και τους νοσοκόμους. Ο ιατρός διευθυντής θα έπρεπε να κατοικεί μέσα στο ίδρυμα, ενώ ο αρχινοσοκόμος, καθώς και οι νοσοκόμοι επιτρεπόταν να φεύγουν από το ίδρυμα για ένα 24ωρο, αλλά μόνο μια φορά την εβδομάδα. Και εδώ, ο ρόλος του αρχινοσοκόμου ήταν ιδιαίτερα σημαντικός. Ήταν υπεύθυνος για τη διανομή του υλικού και επιτηρούσε τους νοσοκόμους στα καθήκοντά τους, όπως τη διατήρηση της καθαριότητας κ.α. Ο Δ. Πλουμπίδης σημειώνει ότι ο συγχρωτισμός των νοσοκόμων με τους ασθενείς, καθώς οι πρώτοι διέμεναν στα ιδρύματα, δημιουργούσε ιδιότυπες σχέσεις χρονιότητας, καθώς και σχέσεις εξάρτησης, εξυπηρετήσεων και ανταλλαγών. Ακόμα, στο Δρομοκαΐτειο οργανώθηκε σχετικά γρήγορα ένα πρόγραμμα εργοθεραπείας με τη λειτουργία ορισμένων εργαστηρίων και καλλιεργειών, στον κήπο του ιδρύματος (ο.π., σσ 183-186). Η σύγχρονη εποχή του

ιδρύματος ξεκίνησε το 1948, όταν καταργήθηκαν τα σιδερένια κλουβιά και κάθε περιοριστικός δεσμός, ενώ από το 1953 αφαιρέθηκαν σταδιακά οι κλειστές πόρτες και τα σιδερένια κάγκελα των παραθύρων της κλινικής. Επίσης εφαρμόστηκαν κάποιες κοινωνικό θεραπευτικές, μέθοδοι, όπως ομαδικές ψυχοθεραπείες, ψυχοδράματα, θεατρικές παραστάσεις κ.α. (Μαδιανός, 1994^α, σσ. 178-179).

Μέχρι και το α΄ παγκόσμιο πόλεμο, ιδρύονται και άλλα ψυχιατρικά ιδρύματα, τοπικού χαρακτήρα, όπως το άσυλο ψυχοπαθών της Κεφαλληνίας (Βέγαιο), το 1840 από τις βρετανικές αρχές, το κοινοτικό άσυλο Σκυλίτσειο της Χίου το 1886, το άσυλο ψυχοπαθών της Ερμούπολης το 1908, το κοινοτικό άσυλο Χιρς της Θεσσαλονίκης και το άσυλο της Λέσβου. Όλα αυτά τα ιδρύματα δημιουργήθηκαν από δωρεές ιδιωτών, ενώ το κράτος παραχώρησε μόνο τα οικοπέδα και κάποια έξοδα λειτουργίας. Ουσιαστικά δεν υπήρχε αξιόλογη κρατική συμμετοχή εκείνη τη χρονική περίοδο (Πλουμπίδης, 1995, σσ. 125-126). Επίσης, το 1905 έχουμε την ίδρυση της πρώτης Πανεπιστημιακής Κλινικής (Αιγινήτειο) που αποτέλεσε ουσιαστικά το χώρο εκπαίδευσης των νέων ψυχιάτρων της χώρας (ο.π., σσ. 209-210). Ακόμα, τη συγκεκριμένη περίοδο και παράλληλη με την ανυπαρξία της κρατικής συμβολής, ιδρύθηκαν διάφορες ιδιωτικές κλινικές οι οποίες ανταποκρίθηκαν στη ζήτηση ψυχιατρικών υπηρεσιών, λόγω της αύξησης του αστικού πληθυσμού και της παρουσίας κοινωνικών τάξεων που μπορούσαν να καταβάλλουν νοσήλια. Οι ιδιωτικές κλινικές προσαρμόστηκαν γρήγορα στο σύστημα των κοινωνικών ασφαλίσεων και ευνοήθηκαν από το γεγονός ότι ποτέ δεν γνώρισαν διάκριση σε βάρος τους από τις δημόσιες αρχές (ο.π., σ. 219).

Το 1934 ιδρύεται το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, στο Δαφνί, ως μετεξέλιξη του Δημόσιου Ψυχιατρείου της Αθήνας, ενώ το 1958 δημιουργήθηκε το

Ψυχιατρείο της Λέρου με 300 αρρώστους. Παρακάτω, δίνεται ο χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων μέχρι το 1971, που δημιουργείται το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο στη Σούδα Χανίων.

Πίνακας

Χρονολογικός πίνακας ίδρυσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων.

Ίδρυμα	Περιοχή	Χρόνος
Ψυχιατρείο Κέρκυρας	Μέσα στην πόλη	1838
Άσυλο Κεφαλλονιάς	Αργοστόλι	1840
Σκυλίτσειο Νοσοκομείο Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη	1886
Δρομοκαΐτειο	Στο Χαϊδάρι Αθηνών (12 χλμ.)	1887
Αιγινήτειο	Έξω από το κέντρο της Αθήνας	1905
Άσυλο Φρενοπαθών Σύρου	Ερμούπολη Σύρου	1906
Η πρώτη ιδιωτική Κλινική Βλαβιανού	Αθήνα (Πατήσια)	1904
Εβραϊκό Νοσοκομείο Χιρς, Τμήμα Ψυχοπαθών	Μέσα στην πόλη της Θεσσαλονίκης	1908
Άσυλο Φρενοβλαβών Σούδας	Σούδα	1910
Βέγειο Άσυλο Κεφαλλονιάς	Ληξούρι	1910
Κρατικό Άσυλο Φρενοβλαβών Αθηνών	Μοσχάτο Αθηνών	1914
Άσυλο Αγίας Ελεούσας Καλλιθέας	Καλλιθέα Αθηνών	1919
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί)	Δαφνί	1934
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης	Σταυρούπολη	1946
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης	Σταυρούπολη	1950
Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης	Πεντέλη Αττικής	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Λέρου	Λέρος	1958
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Τρίπολης	Τρίπολη	1967
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου	Πέτρα Ολύμπου	1971
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Χανίων (Νέα κτίρια)	Σούδα Χανίων	1971

(Μαδιανός, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, σ. 181)

Όπως παρατηρεί ο Μ. Μαδιανός (Μαδιανός, 1994^α, σ. 186), η αργοπορία στην οργάνωση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων στον ελληνικό χώρο ίσως οφείλεται «στον έντονο αγροτικό χαρακτήρα της κοινωνίας και στην ύπαρξη της εκτεταμένης πατριαρχικής οικογένειας που κρατούσε το ψυχικά άρρωστο άτομο στο σπίτι». Σύμφωνα, πάλι με τον ίδιο, μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο, και ειδικότερα από το 1955-56, η ψυχιατρική πέρασε, από την ιστορική, στη παραδοσιακή της φάση που κράτησε μέχρι και το 1982 περίπου (ο.π., σ. 190). Σ' αυτή τη περίοδο, τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, είναι ο συγκεντρωτισμός των υπηρεσιών, η ανισοκατανομή ψυχιάτρων, αδελφών νοσοκόμων, κοινωνικών λειτουργών, και αρρώστων, η ανεπαρκής χρηματοδότηση κ.α. Το αποτέλεσμα όλων αυτών, είναι η ύπαρξη ολιγάριθμων ασύλων με μεγάλο αριθμό κρεβατιών, ο μακρύς χρόνος νοσηλείας, η απουσία εναλλακτικών λύσεων σε σχέση με την εισαγωγή στο άσυλο, η απουσία ψυχιατρικών μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία και η έλλειψη υπηρεσιών Κοινωνικής ψυχικής υγιεινής και αποκατάστασης (ο.π., σ. 194). Ουσιαστικά, και σ' αυτή τη περίοδο, η βασική συνιστώσα είναι η ασυλική δομή, παρά τις καινοτόμες προσπάθειες που διαφαίνονται, όπως για παράδειγμα η ίδρυση του Νοσοκομείου Ημέρας στο Αιγινήτειο το 1977, η έναρξη 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας επειγόντων περιστατικών στο ίδιο νοσοκομείο ή στο ιδεολογικό επίπεδο, ιδιαίτερα τη δεκαετία του '70, η εμφάνιση, με δημοσιεύματα, νέων ρευμάτων για την αναμόρφωση της Ψυχιατρικής. Στη συνέχεια δίνουμε ένα πίνακα με τις κυριότερες χρονολογικές εξελίξεις της Ψυχιατρικής έως το 1981.

Πίνακας

**Οι κυριότερες χρονολογίες στην εξέλιξη της ψυχιατρικής
στην Ελλάδα έως το 1981**

- 1838: Ίδρυση του Ψυχιατρείου στην Κέρκυρα από τους Άγγλους.
- 1862: Νόμος ΨΜΒ «Περί συστάσεως φρενοκομείων».
- 1887: Ίδρυση Δρομοκαιτειου.
- 1905: Ίδρυση του Αιγινήτειου Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου.
- 1915: Πρώτη διάλεξη για την ψυχανάλυση από τον Μανόλη Τριανταφυλλίδη.
- 1934: Ίδρυση του Κ.Θ.Ψ.Π.Α. στο Δαφνί.
- 1936: Ίδρυση της Νευρολογικής-Ψυχιατρικής Εταιρίας Αθηνών.
- 1946: Πρώτη εφαρμογή ηλεκτροσόκ, ECT.
- 1948: Πρώτη εγχείρηση λοβοτομής στο Δαφνί.
- 1954: Εισαγωγή των ψυχοφαρμάκων.
- 1956: Ίδρυση του Τμήματος Ψυχικής Υγιεινής του Βασιλικού Εθνικού Ιδρύματος (Ν.Π.Ι.Δ.).
- 1958: Ίδρυση του ασύλου στη Λέρο και μεταφορά χρόνιων αρρώστων από άλλα άσυλα εκεί.
- 1961: Ίδρυση του Ο.Γ.Α. και δυνατότητα νοσοκομειακής κάλυψης των αγροτών.
- 1964: Ίδρυση του Κ.Ψ.Υ.Ε. ως Ν.Π.Ι.Δ.
- 1964: Διαχωρισμός της έδρας της Νευρολογίας από την Ψυχιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- 1971: Ίδρυση κέντρου ημερήσιας περίθαλψης στη Θεσσαλονίκη στο Κ.Ψ.Υ.
- 1973: Νέος νόμος (104) «Περί Ψυχικής Υγιεινής».
- 1977: Παροχή δωρεάν ψυχοφαρμάκων στους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α.
- 1977: Νοσοκομείο Ημέρας στο Αιγινήτειο.
- 1978: Έναρξη 24ωρης ψυχιατρικής εφημερίας επειγόντων περιστατικών στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο για την Ευρεία Περιφέρεια Αθηνών καθώς και του Νοσοκομείου Ημέρας.
- 1978: Υπουργική απόφαση που τροποποιείτο άρθρο του Ν.104.
- 1978: Εμφάνιση, με δημοσιεύματα, νέων ρευμάτων για την αναμόρφωση της ψυχιατρικής.

- 1978: Νόμος 963 για την αποκατάσταση των ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες.
- 1978: Ίδρυση Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης.
- 1979: Ίδρυση Αγροτικών Κέντρων Υγείας.
- 1979: Ίδρυση του Κέντρου Κοινωνικής Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα- Καισαριανής από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 1980: Ίδρυση του Κ.Κ.Ψ.Υ. τη Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική στη Θεσσαλονίκη.
- 1980: Ίδρυση του Ινστιτούτου Κοινωνικής Ψυχιατρικής Παγκρατίου.
- 1981 : Διαχωρισμός των ειδικοτήτων της Ψυχιατρικής από τη Νευρολογία και αύξηση του χρόνου ειδίκευσης.
- 1981 : Οργάνωση της Κινητής Μονάδας Ψυχιατρικής Περίθαλψης στη Φωκίδα.

(Μαδιανός, Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, σσ. 186-187).

Κλείνοντας αυτό το κεφάλαιο, θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούμε και στο νομικό πλαίσιο της ψυχιατρικής περίθαλψης. Ο νόμος ΨΜΒ του 1862 «Περί Συστάσεων Φρενοκομείων» αποτέλεσε το κυρίαρχο πλαίσιο στο χώρο των ψυχιατρικών υπηρεσιών, τουλάχιστον μέχρι και το 1973. Πρότυπό του ήταν ο γαλλικός νόμος του 1838, ο οποίος άλλωστε υπήρξε πρότυπο για τις περισσότερες ευρωπαϊκές νομοθεσίες. Στο συγκεκριμένο νόμο, γίνεται λόγος για την απαγόρευση της κράτησης ψυχοπαθών στα αστυνομικά τμήματα και την εισαγωγή τους προσωρινά σε νοσοκομεία ή καταλύματα του δήμου. Σε σχέση με την εισαγωγή τους στο άσυλο, ο νομοθέτης θεωρεί ότι αυτή πρέπει να γίνεται άμεσα, χωρίς δικαστική εμπλοκή, λόγω γραφειοκρατίας και της ηθικής δοκιμασίας που θα περνούσε ο ασθενής σε μια αίθουσα δικαστηρίου. Επίσης, προβλέπεται ο διορισμός ενός προσωρινού διαχειριστή της περιουσίας του ψυχοπαθούς. Όσον αφορά τους όρους της εισαγωγής, πρέπει να

επισυνάπτεται μια έγγραφη αίτηση που θα συνοδεύεται από ένα ιατρικό πιστοποιητικό. Αυτά τα έγγραφα θα έπρεπε να αποσταλούν στον νομάρχη μέσα σε 24 ώρες, ο οποίος όφειλε να κοινοποιήσει την εισαγωγή του ασθενούς στους εισαγγελείς του δικαστηρίου και στο δήμαρχο του δήμου του ψυχοπαθούς. Σχετικά με την έξοδο του πάσχοντα, αυτή μπορούσε να ζητηθεί ανά πάσα στιγμή, ακόμα και όταν ο άρρωστος δεν είχε θεραπευτεί, από την οικογένειά του. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι υπήρχε, σύμφωνα με το νόμο, μια διοικητική και δικαστική μέριμνα όσον αφορά τις διαδικασίες εισαγωγής και εξόδου του ασθενούς. Ο ρόλος του ιατρού ήταν αμφιλεγόμενος, γιατί όπως τονίζει ο Δ. Πλουμπίδης, ενώ ο νόμος ΨΜΒ έθετε ως κριτήριο του ασθενούς την ίαση του, εν τούτοις όλη η μελλοντική πρακτική έθετε κριτήρια περισσότερο διοικητικού και κοινωνικού χαρακτήρα, όπως την «επικινδυνότητα» ή τη «κοινωνική βιωσιμότητα». Τέλος, οι δαπάνες των φρενοκομείων ενώ προέρχονταν από ιδιώτες, παρόλα αυτά, το δημόσιο αναλάμβανε τη υποχρέωση να καλύπτει όπου υπήρχε κάποιο έλλειμμα. Ένα συμπέρασμα που θα μπορούσαμε να εξάγουμε, είναι ότι όλα τα άρθρα που σχετίζονται με τις διαδικασίες εισόδου και εξόδου του ψυχοπαθούς από το άσυλο, καθώς και τις σχέσεις με τη διοικητική και δικαστική εξουσία, είναι παρόμοια με τα ανάλογα άρθρα του γαλλικού νόμου του 1838 (Πλουμπίδης, 1995, σσ. 135-140).

Όπως σημειώνει ο Δ. Πλουμπίδης (ο.π., σ. 135), συνέβη το εξής παράδοξο με το συγκεκριμένο νόμο: το γεγονός ότι η Ελλάδα απέκτησε μια ψυχιατρική νομοθεσία, προτού οργανωθεί ένα ικανοποιητικό δίκτυο ιδρυμάτων.

2. ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ (ΚΚΨΥ)

Το ΚΚΨΥ θεωρείται ως ο πυρήνας της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Αυτή η μορφή αποκεντρωμένης υπηρεσίας στοχεύει, πρώτον στην άμεση παρέμβαση στο

άτομο που νοσεί (δευτεροβάθμια πρόληψη), δεύτερο, στη διατήρηση της λειτουργικότητας ενός χρόνιου αρρώστου σε ικανοποιητικό επίπεδο (τριτοβάθμια πρόληψη) και τρίτο στην εφαρμογή προγραμμάτων που προάγουν τη ψυχική υγεία των κατοίκων μιας κοινότητας (πρωτοβάθμια πρόληψη). Ένα ΚΚΨΥ περιλαμβάνει:

- α) μια κλινική άμεσης προσπέλασης και επανεξετάσεων
- β) ένα τμήμα Συμβουλευτικής
- γ) μία μονάδα ημερήσιας περίθαλψης
- δ) μία παιδοψυχιατρική Υπηρεσία

(Μαδιανός, 2000^β, σ.53)

Επίσης είναι συνδεδεμένο και με άλλες υπηρεσίες, όπως ξενώνες, οικοτροφεία, ενδονοσοκομειακή μονάδα κ.α. Ακόμα, στο ΚΚΨΥ εργάζεται ένας αριθμός ατόμων διαφόρων επαγγελμάτων στο χώρο της ψυχικής υγείας. Στη συνέχεια παραθέτουμε ένα πίνακα που αποτυπώνει τον τρόπο λειτουργίας ενός ΚΚΨΥ σε σχέση με ένα παραδοσιακό ψυχιατρείο και των εξωτερικών ιατρείων ενός Γενικού Νοσοκομείου χωρίς τομέα.

Τρόπος λειτουργίας του παραδοσιακού ψυχιατρείου, των εξωτερικών ιατρείων χωρίς τομέα και του ΚΚΨΥ.

	ΠΑΡΑΔΟΣΙΑΚΟ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΟΜΕΑ	ΚΚΨΥ
Δομή	Πυραμίδα	Πυραμίδα	Λειτουργία με αποκεντρωμένες διαδικασίες
Πρόληψη	Δευτεροβάθμια (:)	Συνήθως δευτεροβάθμια	Πρωτο-, δευτερο- τριτοβάθμια
Κοινωνικές θεραπευτικές δραστηριότητες	Ελάχιστες ή ανύπαρκτες	Περιορισμένες	Αρκετές και ταχύρυθμες
Χειρισμοί στην Αποκατάσταση	Περιορισμένοι	Περιορισμένοι	Αρκετοί
Δημιουργία κοι- νωνικού υποστηρικτικού συστήματος	Αδύνατη	Περιορισμένη και αδύνατη	Δυνατή, με ευρύ φάσμα εναλλακτικών ε- πιλογών
Κίνδυνος στίγματος	Πολύ πιθανός	Κανένας	Κανένας
Κίνδυνος ιδρυματοποίησης	Πολύ πιθανός	Ανύπαρκτος	Ανύπαρκτος
Κίνδυνος υποτροπών	Πολύ πιθανός	Μικρός έως πιθανός	Ελάχιστος

(Μαδιανός, Κοινωνική Ψυχιατρική, σ. 54)

Το ζήτημα στο συγκεκριμένο κεφάλαιο είναι να διερευνήσουμε τη οργανωτοδιοικητική, νομοθετική και θεραπευτική διάσταση του ΚΚΨΥ και να ανιχνεύσουμε μέσα σ' αυτές στοιχεία ή λειτουργίες του πειθαρχικού μηχανισμού, όπως αυτός έχει αναλυθεί από το Μ. Foucault. Ως προς το μεθοδολογικό κομμάτι, χωρίσαμε το υλικό σε αυτές τις τρεις κύριες διαστάσεις, χρησιμοποιώντας εκείνες τις βιβλιογραφικές αναφορές και τους νόμους που σχετίζονται με το θεσμό των ΚΚΨΥ.

2.1. Η ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

Μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του '80, δύο ήταν οι νόμοι που θέσπιζαν ένα πλαίσιο για τη οργάνωση και λειτουργία των ψυχιατρικών υπηρεσιών της χώρας: ο

νόμος ΨΜΒ του 1862 «Περί Συστάσεως Φρενοκομείων» και το νομοθετικό διάταγμα 104/1973 «Περί Ψυχικής Υγιεινής και περίθαλψης των Ψυχικώς Πασχόντων». Και οι δύο αυτοί νόμοι ανταποκρίνονταν στην ασυλική δομή που χαρακτήριζε τη ψυχιατρική περίθαλψη και δεν προέβλεπαν (πολύ περισσότερο ο δεύτερος), υπηρεσίες που θα μπορούσαν να έχουν ένα κοινοτικό χαρακτήρα.

Η ψήφιση του Ν. 1397^{*} του 1983 μπορεί να θεωρηθεί ως ορόσημο, ένας οδοδείκτης για τη πορεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Ειδικότερα, το άρθρο 21 του συγκεκριμένου νόμου για τη ψυχική υγεία προέβλεπε τη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής μέσα από την ίδρυση Κέντρων Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ). Στη παράγραφο 2 του άρθρου, τα ΚΨΥ ορίζονται ως αποκεντρωμένες ομάδες οι οποίες διασυνδέονται είτε με τους ψυχιατρικούς τομείς των Γενικών Νοσοκομείων, είτε με τα ίδια τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία. Στη παράγραφο 3, διατυπώνονται οι σκοποί του ΚΨΥ, όπως η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, η πρόληψη, θεραπεία και κοινωνικοποίηση του αρρώστου. Επίσης στη παράγραφο 6, γίνεται λόγος για την επάνδρωση των ΚΨΥ που εκτός των ιατρών, θα πρέπει να αποτελούνται και με άλλες ειδικότητες, όπως ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κ.α. Ακόμα, σχετικά με τις δαπάνες των ΚΨΥ, αυτές θα βαραινούν το προϋπολογισμό των νοσοκομείων στα οποία υπάγονται τα ΚΨΥ.

Όπως υποστηρίζει ο Μαδιανός (Μαδιανός, 1994^α, σ. 225), με το άρθρο 21 του ν. 1397/1983, «αναμορφώνεται ολόκληρο το σύστημα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Παρόλα αυτά όμως, το συγκεκριμένο άρθρο παρουσιάζει μια έλλειψη ιδεολογικής κατεύθυνσης, νοσοκομειοκεντρικό σχεδιασμό, αποκλεισμό της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και απουσία συντονισμού περιφέρειας-κέντρου. Επίσης, δεν γίνεται

^{*} Βλ. Παράρτημα στο οποίο έχουν καταχωρηθεί τα άρθρα και οι παράγραφοι των νόμων που αναλύουμε σ' όλο αυτό το κεφάλαιο.

λόγος και για το εύρος της τομεοποίησης που πρέπει να υπάρξει σε σχέση με την αναλογία των ΚΨΥ και του πληθυσμού στο οποίο θα απευθύνεται.

Μετά τη ψήφιση και θέσπιση του άρθρου 21 για τη ψυχική υγεία το 1983, επόμενος σταθμός θα αποτελέσει ο νόμος 2071/1992 «Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση συστήματος υγείας και συγκεκριμένα το κεφάλαιο ΣΤ'.

Στο άρθρο 91 και στη παράγραφο 2 γίνεται λόγος για την τομεοποίηση, την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και την αποσυλοποίηση σε θέματα ψυχικής υγείας. Στη παράγραφο 1 του επόμενου άρθρου (92) συνίσταται η ίδρυση ενός Τομέα Ψυχικής Υγείας σε κάθε νομό της χώρας, ενώ στη παράγραφο 3 θεσπίζεται η συγκρότηση στην έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας, μιας Τοπικής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) και καθορίζονται η σύνθεση, καθώς και οι αρμοδιότητες της. Για την ΤΕΨΥ θα μιλήσουμε εκτενέστερα όταν αναλύσουμε το πιο πρόσφατο νόμο για την ψυχιατρική περίθαλψη. Συνεχίζοντας με το συγκεκριμένο νόμο, στη παράγραφο 1 του άρθρου 93, το ΚΨΥ ορίζεται ως μέρος της Μονάδας Ψυχικής Υγείας, ενώ στη Παράγραφο 2, τα ΚΨΥ συνιστώνται μετά από πρόταση της ΤΕΨΥ. Στη παράγραφο 3, καθορίζονται τα επαγγέλματα που συνθέτουν τη λειτουργία ενός ΚΨΥ, ενώ η παράγραφος 5 αναφέρεται στη διοίκηση τους και στην υπαγωγή τους στη διεύθυνση Υγείας της Νομαρχίας.

Παρατηρούμε ότι με αυτό το νόμο, επιχειρείται μια προσπάθεια διοικητικής και οργανωτικής ρύθμισης στο χώρο των ψυχιατρικών υπηρεσιών, με την εισαγωγή για πρώτη φορά των εννοιών της τομεοποίησης και της αποσυλοποίησης.

Τέλος, και εδώ θα σταθούμε διεξοδικότερα, το πιο πρόσφατο νομικό πλαίσιο που αφορά τη ψυχιατρική μεταρρύθμιση, αποτελεί ο ν. 2716/1999 «Για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας». Όπως σημειώνει ο Μαδιανός (Μαδιανός, 2000^β, σ. 294) «με τα κεφάλαια Α', Β' και Γ' εισάγεται η βασική

προϋπόθεση για την άσκηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στην Ελλάδα, που είναι εκείνη της τομεοποίησης». Και πράγματι, ήδη από το Κεφάλαιο Α' και το άρθρο 1 που περιγράφει τις Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, στη παράγραφο 2, λέγεται ότι αυτές οι υπηρεσίες λειτουργούν με βάση τις αρχές της τομεοποίησης, της κοινοτικής ψυχιατρικής, της αποϊδραματοποίησης, της κοινωνικής επανένταξης και της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας. Στο Κεφάλαιο Β' που αφορά την τομεοποίηση, στο άρθρο 3 περιγράφεται η διάρθρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής με βάση τη διαίρεση των Υγειονομικών Περιφερειών σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤΨΥ), οι οποίες αποτελούνται από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ). Στο Κεφάλαιο Γ' δίνονται λεπτομέρειες για τις υπηρεσίες που απαρτίζουν αυτές τις ΜΨΥ (άρθρο 4). Αυτές είναι: Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ), τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, οι Κινητές μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Γενικών Νοσοκομείων κ.α. Το άρθρο 5 αφορά συγκεκριμένα τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα οποία συνιστώνται μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο ΤΕΨΥ. Επίσης, σύμφωνα με τη παράγραφο 4, του άρθρου 13, κεφάλαιο Δ', τα ΚΚΨΥ εξαρτώνται οικονομικά από το Γενικό Νοσοκομείο ή το Ψυχιατρείο που ανήκουν, χωρίς δικό τους προϋπολογισμό και αυτοτέλεια.

Διαπιστώνουμε λοιπόν, ότι το ΚΚΨΥ είναι μέρος ενός ιστού, ο οποίος έχει όμως μια γραφειοκρατική, συγκεντρωτική και πυραμοειδή μορφή. Δηλαδή ένα ΚΚΨΥ αποτελεί μέρος μιας ΜΨΥ (Μονάδα Ψυχικής Υγείας), ενός ΤΨΥ (Τομέα Ψυχικής Υγείας) σε μια διαιρεμένη διοικητική δομή.

Που όμως βρίσκονται, αν βρίσκονται, μέσα από τη νομοθετική πρακτική, στοιχεία η λειτουργίες του πειθαρχικού μηχανισμού ; Αναφερθήκαμε προηγουμένως, όταν εξετάζαμε τον ν. 2071/1992, στις ΤΕΨΥ (Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας).

Τι είναι όμως αυτές οι ΤΕΨΥ; Στο άρθρο 3, παράγραφος 3, οι ΤΕΨΥ είναι πενταμελής όργανα τα οποία ουσιαστικά επιτηρούν τη λειτουργία των ΜΨΥ, οπότε και των ΚΚΨΥ.

Αποτελούνται από:

- α) επιστημονικούς διευθυντές ή υπεύθυνους ΜΨΥ των νοσοκομείων. Ένας τουλάχιστον είναι επιστημονικός διευθυντής ή Υπεύθυνος ΚΚΨΥ.
- β) λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας που υπηρετούν στις ΜΨΥ του Τομέα.
- γ) Ψυχιάτρους ή Παιδοψυχιάτρους που υπηρετούν σε ΜΨΥ ΝΠΙΔ που ανήκουν στον Τομέα.

Ο κύριος ρόλος τους διαφαίνεται μέσα τις αρμοδιότητες που καθορίζονται σύμφωνα με τη παράγραφο 9. Αναλυτικότερα:

- α) εποπτεύουν και συντονίζουν τη διασύνδεση των ΜΨΥ με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές
- β) γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών Υπευθύνων του ΜΨΥ για την πρόληψη και τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ψυχικά πασχόντων ατόμων
- γ) αξιολογούν την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των ΜΨΥ
- δ) προτείνουν στον Υπουργό Υγείας, τη σύσταση ΜΨΥ
- ε) διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους
- στ) γνωμοδοτούν, όταν τους ζητηθεί, σε θέματα που αφορούν τη πολιτική ψυχικής υγείας

Με άλλα λόγια, παρατηρούμε ότι οι αρμοδιότητες των ΤΕΨΥ καλύπτουν ολόκληρο το φάσμα της ψυχιατρικής περίθαλψης. Επιτηρούν, ελέγχουν, προγραμματίζουν, οργανώνουν, αξιολογούν. Δηλαδή χρησιμοποιούν εκείνες τις

λειτουργίες των πειθαρχικού μηχανισμού (επιτήρηση, κύρωση, εξέταση) για να εποπτεύσουν ένα ολόκληρο δίκτυο ΜΨΥ, μέρος των οποίων είναι και το ΚΚΨΥ. Ήδη, σε νομοθετικό επίπεδο, το ΚΚΨΥ ως αποκεντρωμένη κοινοτική υπηρεσία ψυχικής υγιεινής βρίσκεται κάτω από του έλεγχο της ΤΕΨΥ, ετεροκαθορίζεται από αυτή, μιας και μετατρέπεται σε αντικείμενο αξιολόγησης, επόπτευσης και προγραμματισμού, ακόμα και αν κάποια από τα μέλη του ΤΕΨΥ ανήκουν ως επιστημονικοί υπεύθυνοι στα ΚΚΨΥ. Αυτό, που παρατηρούμε εδώ, είναι μια πειθαρχική διάσταση, όχι κατ' ανάγκη της εσωτερικής λειτουργίας των ΚΚΨΥ, αλλά σίγουρα της σύνδεσης τους, μέσα σε μια ιεραρχική δομή, με όργανα που είναι επιφορτισμένα εντέλει να σχεδιάζουν μια ευρύτερη πολιτική σε θέματα ψυχικής υγείας.

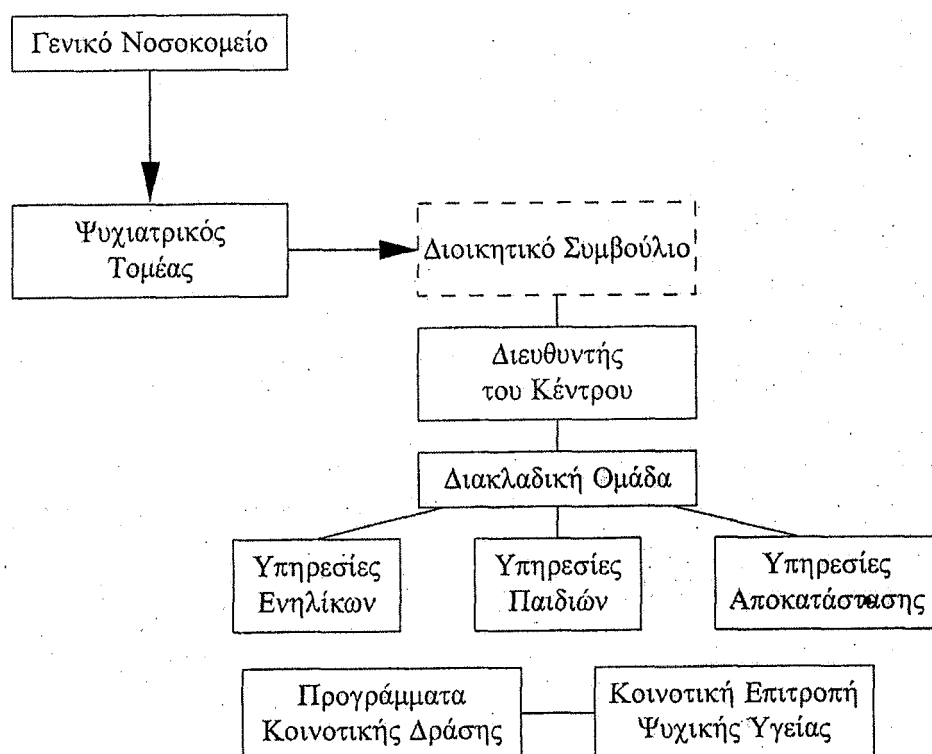
2.2. ΔΙΟΙΚΗΣΗ – ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Θα περάσουμε στη διοικητική και οργανωτική διάσταση του θεσμού των ΚΚΨΥ, στηριζόμενοι κυρίως στις εμπειρίες που έχουν καταγραφεί από τη σχεδόν εικοσιπεντάχρονη λειτουργία, του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής, το οποίο ήταν το πρώτο κέντρο τέτοιου τύπου που ιδρύθηκε στην Ελλάδα το 1979.

Αν και δεν έχουν ακόμα θεσμοθετηθεί, στον ελληνικό χώρο, οι προδιαγραφές ενός ΚΚΨΥ, εντούτοις, σύμφωνα και με τις διεθνείς πρακτικές, ένα ΚΚΨΥ διοικείται από ένα συμβούλιο, στο οποίο συμμετέχουν εκπρόσωποι των εργαζομένων και της Κοινότητας. Βέβαια, σύμφωνα με τη νομοθετική ρύθμιση του 1994 (Άρθρο 1 του Ν. 2194), τα ΚΚΨΥ ανήκουν διοικητικά στα Γενικά Νοσοκομεία ή τα Ψυχιατρεία.

Παρακάτω, παραθέτουμε ένα σχήμα που αποτυπώνει τη διοικητική δομή ενός ΚΚΨΥ.

Η διοικητική δομή ενός ΚΚΨΥ (1994)



(Μαδιανός, Κοινωνική Ψυχιατρική, σ. 63)

Το διοικητικό συμβούλιο του ΚΚΨΥ ορίζει το διευθυντή του Κέντρου, ο οποίος πρέπει να είναι «στέλεχος ψυχικής υγείας Πανεπιστημιακού επιπέδου, με ειδικές γνώσεις διοικητικής δημόσιας υγείας και Κοινωνικής Ψυχιατρικής». (ο.π., σ. 64).

Στοιχεία του ρόλου του διευθυντή ενός ΚΚΨΥ μπορεί να θεωρηθούν:

- α) ο έλεγχος και η ρύθμιση από πλευράς του των υπηρεσιών του κέντρου, καθώς και της αξιολόγησής τους
- β) ο ίδιος δεν έχει το χρόνο να εποπτεύει, λόγω της συχνής επαφής του με πολλές ομάδες που δραστηριοποιούνται μέσα στο κέντρο

- γ) στο ΚΚΨΥ υπάρχει μια ασυμμετρία μεταξύ της εξουσίας του διευθυντή και της υπευθυνότητάς του. Δηλαδή, ενώ ο ίδιος εξαρτάται από πολλά άτομα, δεν ασκεί την αντίστοιχη εξουσία πάνω σ' αυτά.
- δ) στο ΚΚΨΥ, το προσωπικό είναι αρκετά ισχυρό από πλευράς εξουσίας.

Με άλλα λόγια, μέσα στο κέντρο υπάρχει μια χαλαρή ιεραρχική δομή η οποία δεν προσιδιάζει με αυτήν ενός κλασικού ψυχιατρείου, στο οποίο επικρατεί μια κάθετη επικοινωνία μεταξύ του διευθυντή και του προσωπικού. Σ' αυτό το σημείο, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ίσως, σε σχέση με τη διεύθυνση ενός ΚΚΨΥ, δεν παρουσιάζονται πειθαρχικά στοιχεία άσκησης της εξουσίας, τουλάχιστον ανάμεσα στα μέλη του ΚΚΨΥ, αν και μόνο η ύπαρξη μια διεύθυνσης, απλώς θέτει το ζήτημα σε ένα περισσότερο ποσοτικό επίπεδο (βαθμός άσκησης της εξουσίας, πνεύμα συνεργασίας κ.α.).

Ένα άλλο στοιχείο της Οργάνωσης ενός ΚΚΨΥ αποτελεί και ο κανονισμός λειτουργίας του. Επειδή μέχρι τώρα, στην Ελλάδα, δεν έχει θεσμοθετηθεί ένας τέτοιος κανονισμός, παρουσιάζουμε στον επόμενο πίνακα, ένα υπόδειγμα εσωτερικού κανονισμού, ο οποίος καταρτίστηκε σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία και τα είκοσι χρόνια περίπου λειτουργίας του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής.

ΠΙΝΑΚΑΣ

Προτάσεις Κανονισμού Λειτουργίας ενός ΚΚΨΥ

Άρθρο 1: Παροχή υπηρεσιών με στόχο την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη (ψυχοκοινωνική αποκατάσταση όλων των τύπων ψυχικών παθήσεων).

Άρθρο 2: Παροχή υπηρεσιών για όλες τις ηλικίες, προσεγγίσιμη από όλες τις κοινωνικές ομάδες πληθυσμού, με ωράριο κατάλληλο. Η παροχή γίνεται στο χώρο του Κέντρου ή της κατοικίας του αρρώστου.

Άρθρο 3: Το φάσμα παροχής υπηρεσιών ακολουθεί ευέλικτο και ολοκληρωμένο σχήμα (comprehensive) και καλύπτει κάθε ανάγκη και ψυχοπαθολογική κατάσταση (κρίση, ύφεση, συντήρηση, ίαση ή χρονιότητα).

Άρθρο 4: Η παροχή υπηρεσιών είναι τομεοποιημένη, με τομέα ευθύνης από 60.000 έως 110.000 άτομα που έχει αυτοτελή διοικητικά όρια (δήμοι, κοινότητες, συνοικιακά διαμερίσματα).

Άρθρο 5: Ο συντονισμός με τις άλλες υπηρεσίες υγείας είναι υποχρεωτικός, ιδιαίτερα στη συνεργασία για την ανάπτυξη δικτύου έγκαιρων παραπομπών ή στην περίπτωση νοσηλείας πελατών του ΚΚΨΥ.

Άρθρο 6: Η θεραπευτική διακλαδική ομάδα αναλαμβάνει κάθε περιστατικό με την ισότιμη συνεργασία των μελών της. Μέσα στις υποχρεώσεις της είναι η διατήρηση του θεραπευτικού συνεχούς και η αναζήτηση εκείνων των περιπτώσεων που χάθηκαν.

Άρθρο 7: Ο αριθμός των μελών της θεραπευτικής ομάδας περιλαμβάνει όλους τους κλάδους της ομάδας της ψυχικής υγείας [ψυχίατροι (παιδοψυχίατροι), επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι, ειδικοί θεραπευτές (ψυχοπαιδαγωγός, λογοθεραπευτής, ειδικός δάσκαλος)], με υπεραντιπροσώπηση των επισκεπτών υγείας και των κοινωνικών λειτουργών.

Άρθρο 8: Το ΚΚΨΥ αποτελεί χώρο εκπαίδευσης φοιτητών και σπουδαστών επαγγελματιών υγείας, ειδικευόμενων γιατρών στην ψυχιατρική, κοινωνική ιατρική και γενική ιατρική. Ιδιαίτερα η εργασία των ειδικευόμενων γιατρών στην ψυχιατρική δε θα πρέπει να είναι μικρότερη των 12 μηνών.

Άρθρο 9: Η οργάνωση της παροχής υπηρεσιών του ΚΚΨΥ ενσωματώνει τη συνεχή

αξιολόγησή της από την οποία εξαρτάται η συνέχιση ή όχι ενός συγκεκριμένου τύπου παροχής υπηρεσιών.

Άρθρο 10: Στο ΚΚΨΥ συστήνεται Επιτροπή Ψυχικής Υγείας με στόχο τη διασύνδεση με την Κοινότητα-Τοπική Αυτοδιοίκηση, το συντονισμό και τον προγραμματισμό των προγραμμάτων κοινοτικής παρέμβασης με στόχο την πρωτοβάθμια πρόληψη.

Άρθρο 11: Το ΚΚΨΥ αποτελεί αυτοτελή διοικητικό/οικονομικό οργανισμό, διασυνδεδεμένο με Γενικό Νοσοκομείο που έχει ψυχιατρικό τομέα ή με Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, σύμφωνα με το άρθρο 21 του Ν. 1397/83.

(Μαδιανός, Κοινοτική Ψυχιατρική, σσ. 65-66).

Μέσα από τα άρθρα του κανονισμού, παρατηρούμε τη πρόβλεψη και σύσταση της αρχής της τομεοποίησης (Άρθρο 4) και του θεραπευτικού συνεχούς (Άρθρο 6), όπως και η επάνδρωση της θεραπευτικής ομάδας από όλους τους κλάδους επαγγελματιών της ψυχικής υγείας (Άρθρο 7). Επίσης την ανάγκη συνεργασίας με την κοινότητα μέσα από τη σύσταση των ΕΨΥ (Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, Άρθρο 10) που θα αναφερθούμε όταν θα αναλύσουμε το ρόλο της κοινότητας σε σχέση με το ΚΚΨΥ.

Σημαντική διάσταση, στην οργανωτική δομή ενός ΚΚΨΥ συνιστά και το πλαίσιο των διασυνδέσεων του, κυρίως με το νοσοκομείο. Όπως τονίζει ο Μ. Μαδιανός (ο.π., σ. 67), η διασύνδεση του ΚΚΨΥ με το Γενικό Νοσοκομείο, στην Ελλάδα, εμπεριέχει πλευρές υποτέλειας, οικονομικής και διοικητικής έλλειψης αυτονομίας, μέσω της υποχρηματοδότησης του προϋπολογισμού των κέντρων και της υπαγωγής στη κάθετη επικοινωνία λειτουργίας των νοσοκομειακών μονάδων. Σίγουρα, το ΚΚΨΥ πρέπει να είναι διοικητικά αυτοτελή, γιατί διαφορετικά θα υπάρξει συγκεντρωτισμός στη Μονάδα του Γενικού Νοσοκομείου, ο διευθυντής της οποίας δεν είναι δυνατόν να γνωρίζει τις τοπικές συνθήκες παροχής υπηρεσιών (ο.π.).

Ο Μ. Μαδιανός θεωρεί ότι δύο θα μπορούσαν να είναι οι εναλλακτικές λύσεις σ' αυτή τη μορφή της εξάρτησης των ΚΚΨΥ από τα Νοσοκομεία. Η πρώτη, θα

εμπεριείχε την διοικητική αυτονομία τους με παράλληλη συμμετοχή σ' ένα ψυχιατρείο ή μια ψυχιατρική κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου ως εξής: «τα κρεβάτια ενός Ψυχιατρείου, π.χ., διατίθενται στα ΚΚΨΥ και στους κατοίκους των αντίστοιχων τομέων ευθύνης του για ολιγοήμερη νοσηλεία. Με αυτόν τον τρόπο αναιρείται ο ολοκληρωτισμός στη διάρθρωση της δομής του ψυχιατρείου, αφού θα υπάρχουν μικρές μονάδες με επιστημονικό προσωπικό το οποίο θα έχει άλλη αντίληψη για τη ψυχιατρική περίθαλψη που διακινείται μεταξύ κέντρου και ψυχιατρείου, αλλάζοντας τον προσανατολισμό της θεραπευτικής και κοινωνικής προσέγγισης στην αντιμετώπιση της ψυχικής αρρώστιας, με συνέπεια το ψυχιατρείο να χάσει την ασυλική του ταυτότητα και απομόνωση του... έτσι εφαρμόζεται στη πράξη η βασική αρχή της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, δηλαδή το συνεχές της παροχής υπηρεσιών, αφού ο ίδιος θεραπευτής παρακολουθεί το ίδιο άτομο σε όλη την πορεία της αντιμετώπισης της ψυχοπαθολογίας του» (ο.π., σσ. 69-70).

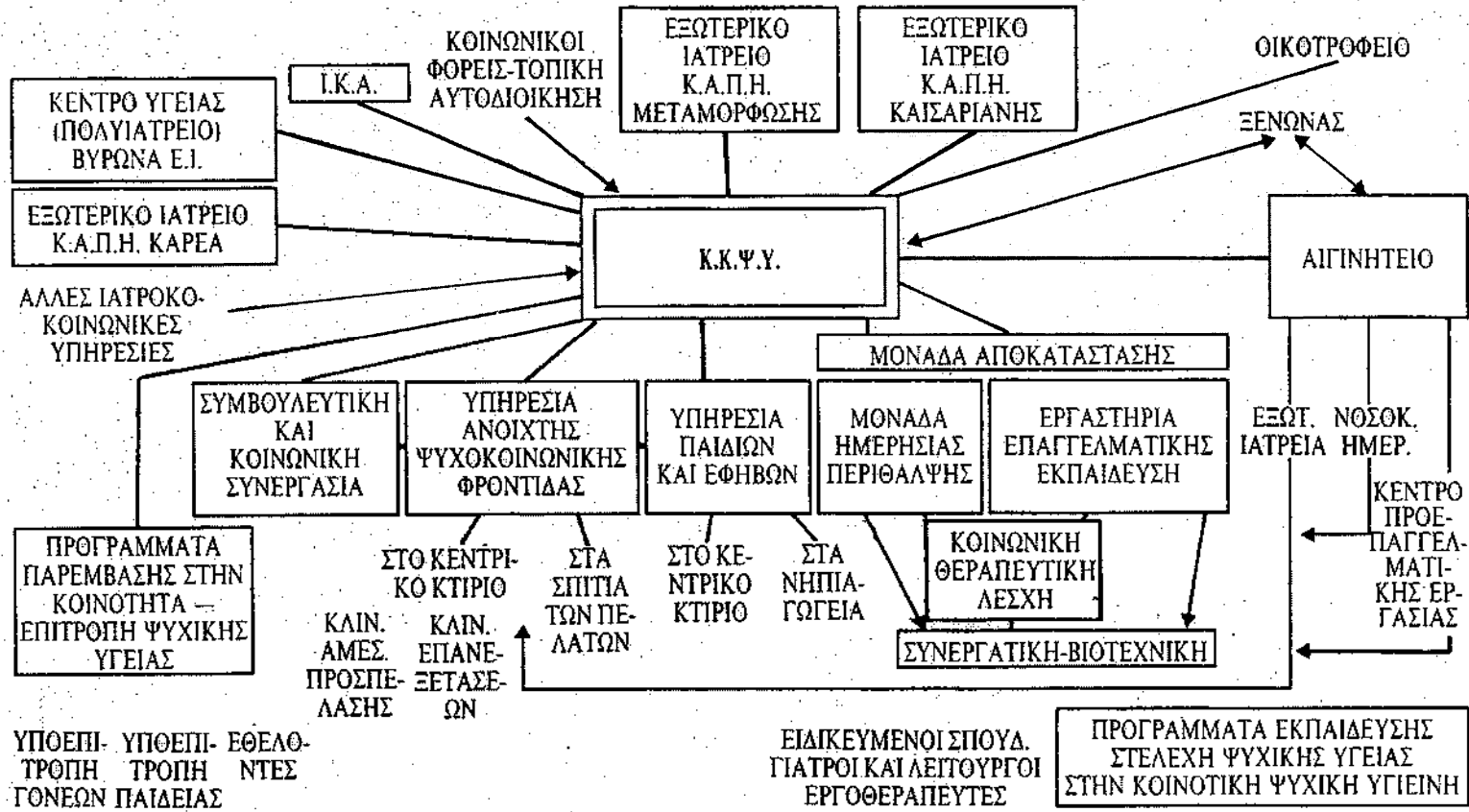
Η δεύτερη λύση αποτελεί η ενσωμάτωση του ΚΚΨΥ στην Ψυχιατρική Κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου, ως ένα παράρτημα του ουσιαστικά, που θα δίνει τη δυνατότητα μιας ελάχιστης επιστημονικής αυτονομίας του κέντρου και της εργασίας του προσωπικού, πότε στη μια και πότε στην άλλη μονάδα. Αυτή η λύση όμως διακινδυνεύει από τη μια την απομόνωση του ψυχιατρείου και από την άλλη δεν παρέχεται η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς, διότι άλλο θα είναι το προσωπικό του ΚΚΨΥ και άλλο αυτό της κλινικής (ο.π., σ. 70).

Γενικά, φαίνεται ότι τρεις τύποι ΚΚΨΥ διαμορφώνονται σε σχέση με την οργανωτική και λειτουργική μορφή του. Πρώτο, αυτό που έχει πρόσβαση στο ψυχιατρείο, δεύτερο, εκείνο που διασυνδέεται με τη ψυχιατρική κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου και τρίτο, εκείνο που διαθέτει δικά του κρεβάτια για ολιγοήμερη

νοσηλεία. Τουλάχιστον, οι δύο πρώτοι τύποι και η μορφή διασύνδεσης που υπάρχει, καθιστά τα ΚΚΨΥ, και σύμφωνα με την ελληνική εμπειρία, αντικείμενα πειθαρχικής επόπτευσης από τη πλευρά της νοσοκομειακής ρύθμισης, παρόλον που ο δεύτερος τύπος θα μπορούσε, υπό προϋποθέσεις, να ελαχιστοποιήσει αυτή την επιτήρηση.

Τέλος, μια άλλη διάσταση που θέλουμε να προσθέσουμε, πριν δούμε την ίδια την θεραπευτική ομάδα ενός ΚΚΨΥ, είναι τον ρόλο της κοινότητας, στη λειτουργία ενός ΚΚΨΥ, με την έννοια το πώς το ΚΚΨΥ παρεμβαίνει με δράσεις, αλλά και δέχεται ερεθίσματα, πληροφορίες και ιδέες από τις άλλες οργανωμένες υπηρεσίες που συγκροτούνται μέσα σε μια κοινότητα (δήμο, συνοικία, διαμέρισμα). Για παράδειγμα, το παρακάτω σχήμα μας δίνει μια εικόνα της σύνδεσης του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής με την κοινότητα και το Αιγινήτειο.

Η διασύνδεση του Κ.Κ.Ψ.Υ. Βύρωνα Καισαριανής με την κοινότητα και το Αιγινήτειο

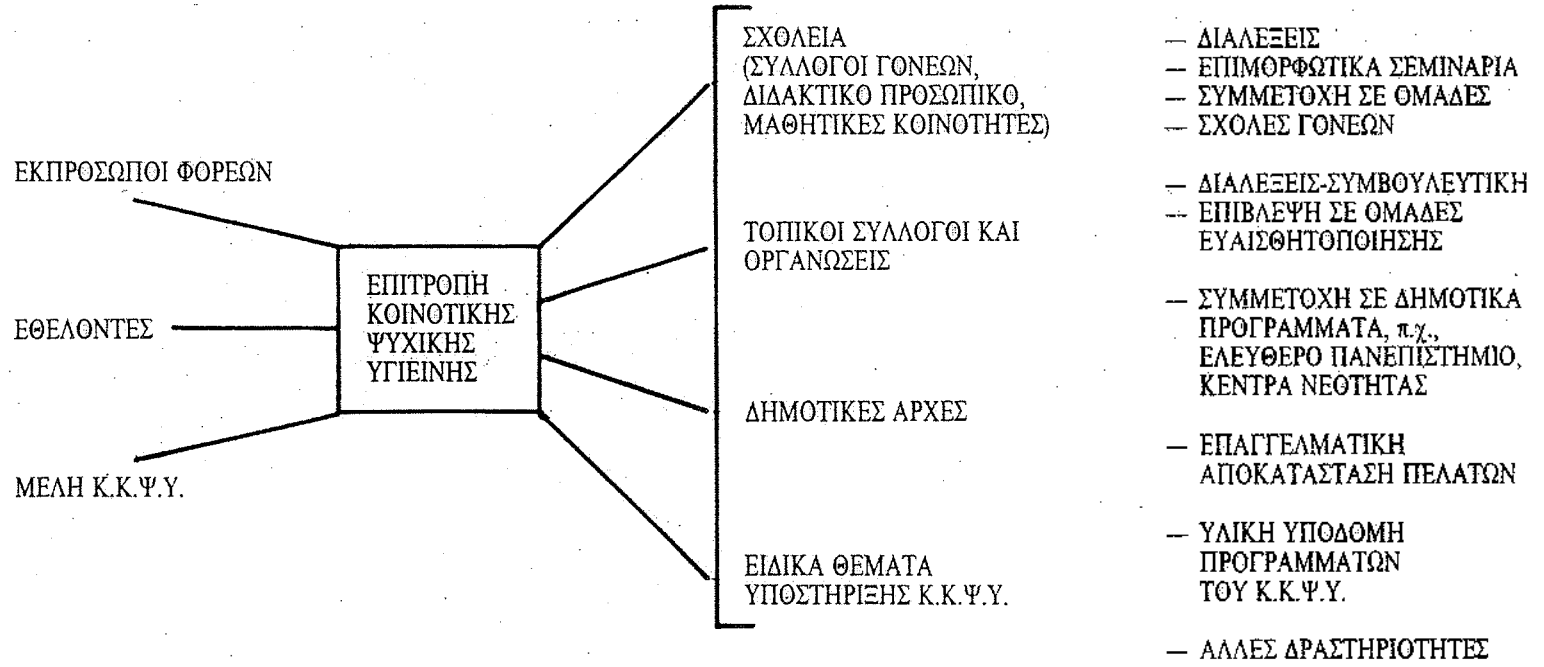


(Μαθιανός, Κοινωνική Ψυχιατρική, σ. 86)

Παρατηρούμαι ότι το ΚΚΨΥ συνδέεται με διάφορες υπηρεσίες όπως σχολείο, κοινωνικούς φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, ΚΑΠΗ, Κέντρο υγείας, ξενώνα, οικοτροφείο κ.α. Για παράδειγμα, σε σχέση με το σχολείο, ένα ΚΚΨΥ πρέπει να αναπτύξει προληπτικά προγράμματα που θα στοχεύουν στην προαγωγή της ψυχικής υγείας των μαθητών μέσα από την αλλαγή του περιβάλλοντος και του συστήματος, στην προστασία ειδικών ομάδων και στην έγκαιρη αναγνώριση και επίλυση προβλημάτων με ψυχοκοινωνικό περιεχόμενο (ο.π., σ. 107). Ουσιαστικά, το ΚΚΨΥ διαμορφώνει κάποιες στρατηγικές παρεμβάσεις σε σχέση με τους πληθυσμούς (ομάδες)- στόχους που αφορούν ζητήματα πρόληψης, πληροφόρησης, συμβουλευτικής και προαγωγής της ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Εν τέλει, για να μπορέσει να επιτευχθεί μια τέτοιου είδους παρέμβαση, το ΚΚΨΥ όχι μόνο είναι αναγκαίο να αναλύσει, ταξινομήσει και πληροφορήσει το πληθυσμό, αλλά επιχειρεί μέσα από τη σύσταση ορισμένων οργάνων, όπως η ΕΨΥ, να οικοδομήσει μια επαφή με εκείνα τα μέλη της κοινότητας που αναπτύσσουν ορισμένες δράσεις μέσα σ' αυτήν. Η ΕΨΥ δεν είναι τίποτα άλλο, από μια επιτροπή κατοίκων, στην οποία συμμετέχουν εκπρόσωποι της δημοτικής αρχής, εκπρόσωποι συλλόγων γονέων και κηδεμόνων και διαφόρων πολιτιστικών συλλόγων, όπως μας δείχνουν τα στοιχεία από την ΕΨΥ που συστήθηκε στους δήμους του Βύρωνα και της Καισαριανής (ο.π., σ. 131).

Το παρακάτω σχήμα παρουσιάζει το έργο μιας τέτοιας επιτροπής.

Σχηματική παρουσίαση του έργου της ΕΨΥ



(Μαδιανός, Κοινωνική Ψυχιατρική, σ. 126)

Δίνοντας μερικές όψεις της διασύνδεσης του ΚΚΨΥ με την κοινότητα και τους φορείς της, με μια πρώτη ανάγνωση, κάποιος θα θεωρούσε ότι όλα αυτά διευκολύνουν το έργο του ΚΚΨΥ, στο να ανταποκριθεί καλύτερα στο ρόλο του, δηλαδή να επικεντρωθεί στα συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά προβλήματα της κοινότητας, με σκοπό την επιτυχή αντιμετώπιση τους. Αν αναλογιστούμε όμως ότι ταυτόχρονα αυτό το έργο απαιτεί μια ορισμένη συμμετοχή των μελών της κοινότητας, πρέπει να δούμε αν αυτή η συμμετοχή μπορεί να ενσωματωθεί σ' ένα γενικότερο μηχανισμό που αναπτύσσει το ΚΚΨΥ, όταν για παράδειγμα σχεδιάζει προγράμματα και πολιτικές προαγωγής της ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα. Αν αυτός ο μηχανισμός εμπεριέχει έστω και κεκαλυμμένα όψεις μίας πειθαρχίας, όχι ρητής, αφού η συμμετοχή της κοινότητας δεν είναι υποχρεωτική, αλλά μη ορατής, διότι το ΚΚΨΥ θεωρείται ως το κομβικό σημείο στη διαδικασία αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας σ' ένα τοπικό πληθυσμό, ως εκείνος ο οργανισμός που συμμετέχει, με τα μέλη του, σε διαλέξεις, επιμορφωτικά σεμινάρια, συλλόγους γονέων κ.ά. Με άλλα λόγια, σ' όλες αυτές τις δραστηριότητες που λαμβάνουν χώρα σε μια κοινότητα, οι λόγοι που κυκλοφορούν, αν μιλήσουμε με φουκωϊκούς όρους, για τη ψυχική ασθένεια, πώς τους διαχειρίζεται το ΚΚΨΥ και πώς, μέσα από τα προγράμματά του, τους επανεισάγει στις πρακτικές της κοινωνικής ζωής μέσα στη κοινότητα.

2.3. Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΤΟΥ ΚΚΨΥ

Τα βασικά μέλη της θεραπευτικής ομάδας ενός ΚΚΨΥ είναι ο/η ψυχολόγος, ο/η κοινωνικός λειτουργός, ο/η επισκέπτης υγείας, ο/η εργοθεραπευτής και βέβαια ο/η ψυχίατρος ή παιδοψυχίατρος. Μέσα σ' αυτήν τη διακλαδική ομάδα αναπτύσσονται

ορισμένοι τόποι σχέσεων μεταξύ των μελών οι οποίες χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: σχέσεις συμβουλευτικού τύπου που βασίζονται στην εξακρίβωση του αιτήματος και την εξειδίκευση του, ώστε να εμπλέκεται ένα μέλος της ομάδας, σχέσεις συνεργασίας που αφορούν την εμπλοκή περισσότερων του ενός μέλους και σχέσεις εποπτικού χαρακτήρα που έχουν ένα γραμμικό σχήμα. Οι σχέσεις στο εσωτερικό της διακλαδικής ομάδας πρέπει να χαρακτηρίζονται από ειλικρίνεια και θετικό συναγωνισμό, ώστε, για παράδειγμα, μέσα από τη συνεργασία του ψυχιάτρου, του κοινωνικού λειτουργού ή του επισκέπτη υγείας να αυξάνεται η πιθανότητα ένα άτομο με οικογενειακά ή οικονομικά προβλήματα να ζητήσει βοήθεια από το ΚΚΨΥ. Οι σχέσεις των μελών μεταξύ τους είναι αναγκαίο να στοχεύουν στην ταύτιση τους με την ομάδα, στη βελτίωση της επικοινωνίας, στην καλύτερευση κάθε μέλους και στη διατήρηση της ενότητας (ο.π., σσ. 76-78). Βέβαια, πολλές φορές είναι ορατός ο κίνδυνος των ομαδοποιήσεων μέσα στην ομάδα, ιδιαίτερα όταν αυτή είναι πολυάριθμη. Όπως αναφέρει ο Μ. Μαδιανός (ο.π., σσ. 89-90), μετά το τέλος της πρώτης φάσης λειτουργίας του ΚΚΨΥ Βύρωνα-Καισαριανής, μέσα στη διακλαδική ομάδα εμφανίστηκαν μερικές συμμαχίες και ομαδοποιήσεις, οι οποίες ισχυροποιήθηκαν και από την ίδια την ύπαρξη πολλών ψυχιάτρων, οι οποίοι είχαν εκπαιδευτεί με το παραδοσιακό μοντέλο της ψυχιατρικής. Μια λύση που φάνηκε να μειώνει αυτό τον κίνδυνο της διάσπασης της ενότητας της ομάδας ήταν ο πολλαπλασιασμός των συναντήσεων των μελών μεταξύ τους (σε εβδομαδιαία βάση) και η κριτική που ασκούνταν, μέσα από την ελεύθερη συζήτηση, σχετικά με όλα τα θέματα που αφορούσαν τη λειτουργία του ΚΚΨΥ.

Τώρα, σε σχέση με την ίδια τη θεραπευτική ομάδα και το έργο της, συνολικά, αλλά και ξεχωριστά για το κάθε κλάδο, μπορούμε να σημειώσουμε τα εξής:

1. Το συνολικό έργο της ομάδας

Η ανάληψη του περιστατικού γίνεται με τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού του ασθενή, το οποίο περιλαμβάνει τη συλλογή των κοινωνικών δημογραφικών στοιχείων, στοιχεία για το παρελθόν του ασθενή, το ιστορικό της νόσου, την ψυχιατρική εξέταση και την εκτίμηση, τη διάγνωση και το θεραπευτικό σχέδιο (ο.π., σ. 171). Το κοινωνικό ιστορικό θα δείξει αν το πρόβλημα είναι κοινωνικό, ψυχιατρικό ή μεικτό. Στην περίπτωση που το πρόβλημα είναι μεικτό το αναλαμβάνει η θεραπευτική ομάδα η οποία εκτιμήσει από τη μια το πρόβλημα σε ατομικό επίπεδο (ψυχιατρική διάγνωση ή/και ψυχομετρικό τεστ) και από την άλλη, το συγγενικό και οικογενειακό υπόβαθρο του ασθενή για να μπορέσει να προγραμματιστεί μια συνολική θεραπευτική παρέμβαση. Το έργο της θεραπευτικής ομάδας θα κινηθεί στα τρία επίπεδα: αυτό της άμεσης αντιμετώπισης, όταν το άτομο εμφανίζει χαρακτηριστικά κρίσης, τη θεραπευτική συνέχεια όπου το άτομο ακολουθεί τη θεραπευτική αγωγή μέχρι την εξαφάνιση των ψυχοπαθολογικών φαινομένων, και τρίτο της κοινωνικής αποκατάστασης, δηλαδή την ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο, μέσα από την εργασιακή και την οικογενειακή του, όπου είναι δυνατόν, λειτουργικότητα.

Σύμφωνα με τον Μ. Μαδιανό, η επιτυχία της ομάδας είναι συνάρτηση διαφόρων παραγόντων όπως η προσωπικότητα του κάθε μέλους, η εκπαίδευση του στην Κοινωνική Ψυχιατρική, η διαμόρφωση μιας συγκεκριμένης ιδεολογίας για τη κοινοτική δράση κ.α. (ο.π., σ. 149-151).

Αναλυτικότερα, μπορούμε να αναφέρουμε μερικά στοιχεία για κάθε ειδικότητα που περιλαμβάνει η θεραπευτική ομάδα ενός ΚΚΨΥ.

A. Ο ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

Σίγουρα, ο τύπος εργασίας ενός ψυχιάτρου που εργάζεται σ' ένα κοινοτικό κέντρο διαφέρει σε σχέση με εκείνον του ασύλου. Ο παρακάτω πίνακας μας παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά μιας εργασίας του ψυχιάτρου σ' ένα άσυλο, ένα ΚΚΨΥ και σ' ένα εξωτερικό ιατρείο χωρίς τομέα.

Τύπος εργασίας ενός ψυχιάτρου σε ψυχιατρείο, σε εξωτερικά ιατρεία χωρίς τομέα και στο ΚΚΨΥ.

	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ ΣΕ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΟ	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΤΟΜΕΑ	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ ΣΤΟ ΚΚΨΥ
Ιεραρχία	Πυραμίδα	Πυραμίδα	Οριζόντια
Στόχος	Άρρωστος	Άρρωστος	Κοινότητα – Το άτομο με το πρόβλημα και η οικογένειά του
Προσέγγιση του αρρώστου	Πατερναλιστική	Ουδέτερη	Διαλεκτική στο χώρο και στο χρόνο
Θεραπευτικοί χειρισμοί	Βιολογικοί	Μεικτοί	Μεικτοί
Χειρισμοί για αποκατάσταση	Ανάθεση στον κοινωνικό λειτουργό	Ανάθεση στον κοινωνικό λειτουργό	Κινητοποίηση των κοινοτικών πόρων (resources) από την Ομάδα Ψυχικής Υγείας
Λήψη αποφάσεων	Ιεράρχηση της απρόσκοπτης λειτουργίας του ψυχιατρείου	Ιεράρχηση της επικινδυνότητας	Ιεράρχηση των κοινωνικών λειτουργικών αναγκών
Θεραπευτική επαφή	Ασυνεχής	Συνεχής (±)	Συνεχής
Συνεργασία με τους ιατροκοινωνικούς φορείς για την ανάπτυξη δικτύου παραπομπών	Καμία	Καμία	Απαραίτητη

(Μαδιανός, Κοινοτική Ψυχιατρική, σ. 55)

Παρατηρούμαι ότι ζητήματα όπως η ιεραρχία, οι στόχοι, η προσέγγιση του αρρώστου, το είδος της θεραπείας, η λήψη των αποφάσεων, καθώς και η συνεργασία με διάφορες φορείς, αντιμετωπίζονται αλλιώς από το ψυχίατρο ενός ΚΚΨΥ.

Σύμφωνα με τον N. Sartorius (Sartorius, 1987 που αναφέρεται στον Μαδιανό (2000^b, σ. 152), τα στοιχεία εκείνα που καθορίζουν το ρόλο της εργασίας ενός ψυχιάτρου σ' ένα ΚΚΨΥ είναι: η συνολική κρατική πολιτική ψυχικής υγείας, το ποσοστό των διαθέσιμων πόρων (αναλογία ψυχιάτρων στον πληθυσμό), ο ορισμός της ψυχικής αρρώστειας, η επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στον τομέα που θα εργαστεί ο ψυχίατρος, η κοινωνικοπολιτιστική και δημογραφική σύνθεση της κοινότητας, η στάση και το κοινωνικοπολιτιστικό επίπεδο της ίδιας της κοινότητας όσον αφορά την αναγνώριση και αντιμετώπιση της ψυχικής πάθησης.

Αναμφισβήτητα, διαπιστώνουμε ότι ο ψυχίατρος στην Κοινωνική Ψυχιατρική δεν επωμίζεται το ρόλο του παντογνώστη και της αυθεντίας, σε σχέση με ένα ψυχιατρικό άσυλο, γιατί από την ίδια τη δομή της Κοινωνικής Ψυχιατρικής, είναι αναγκασμένος να έρθει σε επαφή και με άλλες ειδικότητες για τη αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Όμως, αυτό δεν παύει να αναιρεί το γεγονός ότι μέσα σε μια κοινωνία, η οποία αποδέχεται σε μεγάλο βαθμό, τη σημαντική θέση και άποψη ενός ειδικού, όπως του ψυχιάτρου, για τα ζητήματα αυτά και όταν παράλληλα το έργο του θα είναι συνάρτηση του ορισμού που ο ίδιος δίνει στην έννοια της ψυχικής αρρώστειας, του φυσιολογικού ή της παρέκκλισης, κατά πόσο τελικά οι απόψεις του και η συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία δεν επαναφέρουν, σ' ένα όμως άδηλο και υπόρρητο επίπεδο, το χαρακτήρα και τη θέση της ψυχιατρικής, όπως αυτή ασκούνταν σ' ένα κλασικό ψυχιατρείο.

B. Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Το αντικείμενο εργασίας ενός κοινωνικού λειτουργού, στο ΚΚΨΥ, είναι η ανίχνευση των κοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν ή σχετίζονται με την έναρξη, τη πορεία και την αποδρομή της ψυχικής ασθένειας (ο.π., σ. 153). Ο κοινωνικός λειτουργός, ουσιαστικά, έρχεται σε επαφή με την οικογένεια του ασθενούς, τις υπηρεσίες κοινωνικής πολιτικής, τα διάφορα ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας, όπως και συμμετέχει σε προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης και στις συγκεντρώσεις της ΕΨΥ. Θα λέγαμε ότι ο κοινωνικός λειτουργός παρεμβαίνει σ' ολόκληρο το δίκτυο που περικλείει την οντότητα του ασθενή, ως ένας διεκπεραιωτής των υποθέσεων του. Κατά μια έννοια, αποτελεί το υποστηρικτικό μηχανισμό του ασθενή μέσα στην κοινότητα και το σύνδεσμό του με τους κρατικούς φορείς.

Γ. Ο ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο επισκέπτης υγείας αποτελεί βασικό στέλεχος του ΚΚΨΥ. Στοιχεία της εργασίας του θεωρούνται τα εξής:

- α) ελέγχει τις συνθήκες διαβίωσης του ασθενή (καθαριότητα, διανομή κ.α.)
- β) ελέγχει αν ο ασθενής συμμορφώνεται στη φαρμακευτική αγωγή που παίρνει και συνεργάζεται με τον ψυχίατρο και την οικογένειά του στο ψυχοφαρμακευτικό σχήμα που πρέπει να ακολουθηθεί
- γ) συντονίζει το προσωπικό των διάφορων υπηρεσιών που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο άρρωστος, π.χ. ξενώνα, νοσοκομείο ημέρας, εργαστήριο κ.α.
- δ) συνεργάζεται με τους τοπικούς φορείς σε προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης, καθώς και με την ΕΨΥ.

(ο.π., σ. 154-155).

Δ. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ

Η ειδικότητα αυτή, υπάρχει μόνο όταν το ΚΚΨΥ έχει μερικά κρεβάτια για ολιγοήμερη νοσηλεία και κυρίως ασχολείται με τη παρακολούθηση της κλινικής-φαρμακευτικής αγωγής του ασθενή.

Ε. Ο ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

Η συνεισφορά της συγκεκριμένης ειδικότητας είναι ιδιαίτερος σημαντική και επικεντρώνεται στη διερεύνηση του ψυχολογικού προφίλ του ασθενή μέσω των ψυχομετρικών τεστ, τη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στον ίδιο και την οικογένειά του και τη συμμετοχή σε προγράμματα κοινοτικής πρόληψης, όπως είναι η διοργάνωση Σχολών Γονέων, οι ομάδες Ευαισθητοποίησης και η συνεργασία με την ΕΨΥ (ο.π., σ. 156-157).

ΣΤ. Ο ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ

Ασχολείται με εκείνο το μέρος του έργου του ΚΚΨΥ που περιλαμβάνει το πεδίο της κοινωνικής αποκατάστασης. Δηλαδή, αναλαμβάνει τη άσκηση των χρόνιων ασθενών σε δεξιότητες, φροντίζει για τη γενικότερη κοινωνικοποίησή τους, κάνει εκτιμήσεις για τις ικανότητες του κάθε ατόμου, οργανώνει και διευθύνει τη κοινωνική-θεραπευτική λέσχη του ΚΚΨΥ (π.χ. ομάδα φωτογραφίας, μουσικής κ.α.) και εργάζεται στο εργαστήριο του ΚΚΨΥ, όπως και αναλαμβάνει να έρθει σε επαφή με πιθανούς εργοδότες για τη πρόσληψη ατόμων που πάσχουν, ώστε να αποκτήσουν οι ίδιοι μια εργασία.

Βλέποντας, μερικά στοιχεία, τα κυριότερα, των κλάδων που περιλαμβάνει ένα ΚΚΨΥ, μπορούμε να αναλογιστούμε τη λειτουργία και τα επαγγέλματα αυτών που



υπήρχαν σ' ένα κλασικό ψυχιατρικό άσυλο και να προβούμε σε μερικές συγκρίσεις. Πρώτο, όσον αφορά τη επαγγελματική σύνθεση ενός ΚΚΨΥ, αυτή εμφανίζει μεγαλύτερη ποικιλία σε σχέση με ένα άσυλο. Ειδικότητες όπως ο επισκέπτης υγείας, ο κοινωνικός λειτουργός ή ο εργοθεραπευτής, όπως και ο ψυχολόγος δεν υπήρχαν καν στα ψυχιατρεία ή στην καλύτερη περίπτωση, για παράδειγμα η εργοθεραπεία ήταν αρμοδιότητα του φύλακα ή των νοσοκόμων. Δεύτερο, κοιτώντας καλύτερα τις αρμοδιότητες του κάθε κλάδου, διαπιστώνουμε ότι πολλές από αυτές, ανταποκρίνονται στην ίδια τη λειτουργία και την κατεύθυνση ενός ΚΚΨΥ που επιδιώκει να είναι ο πυρήνας της κοινοτικής συμμετοχής, όμως ταυτόχρονα οι ίδιες αυτές ειδικότητες φαίνεται να είναι επιφορτισμένες με τον έλεγχο και την επιτήρηση της κοινωνικής ζωής του ασθενή στο ΚΚΨΥ (επισκέπτης υγείας, κοινωνικός λειτουργός) και σύμφωνες ή αναγκασμένες στην άσκηση ή καλύτερα στη μεταφορά της κρατικής πολιτικής για τη ψυχική υγεία μέσα στην κοινότητα. (έλεγχος για εφαρμογή υγειονομικών διατάξεων, συντονισμός υπηρεσιών, γραφειοκρατική διαχείριση θεμάτων).

Πως μπορούμε να θεωρήσουμε την εμπλοκή όλων αυτών των επαγγελμάτων στην θεραπευτική διαδικασία ενός ατόμου με ψυχικά προβλήματα ; Όπως είδαμε, στη δεύτερη ενότητα ο Foucault υποστήριξε ότι ο P. Pinel μετέφερε στο πρόσωπο του γιατρού όλες τις ιδιότητες του ασύλου, καθιστώντας τον, κυρίαρχο μέσα σ' αυτό. Μήπως, σ' ένα ΚΚΨΥ, αυτή η εξουσία διαμοιράζεται σε περισσότερα άτομα και ταυτόχρονα η «αναλυτική» της εξουσίας επεμβαίνει με περισσότερη λεπτομέρεια και ίσως διακριτικότερα σ' όλες τις εκφράσεις ή τα πεδία στα οποία εμπλέκεται ο ασθενής ; (ιατρικό, συναισθηματικό, διαχειριστικό, εργασιακό). Δεν χρειάζεται πια ο ψυχίατρος να ασχολείται εξ' ολοκλήρου με όλα τα ζητήματα που συνδέουν τον ασθενή με τον κοινωνικό του περίγυρο, μιας και τα νέα επαγγέλματα είναι επιφορτισμένα με αυτό το

ρόλο. Όμως αυτό δεν αλλάζει το περιεχόμενο ή μάλλον τη διαδικασία μιας θεραπευτικής παρέμβασης: ανίχνευση (μέσω ενός ιστορικού), διάγνωση (ανάλυση), θεραπευτικό σχέδιο (προγραμματισμός), συντονισμός υπηρεσιών (σύνθεση). Στοιχεία που τα συναντήσαμε όταν αναφερθήκαμε στον πειθαρχικό μηχανισμό, μόνο που εδώ τώρα η διαφορά βρίσκεται στο ότι το ψυχιατρείο έχει αντικατασταθεί από την κοινότητα, ως το πεδίο ή ο χώρος που ασκείται η θεραπευτική παρέμβαση. Είναι αυτό αρκετό να μας οδηγήσει να θεωρήσουμε το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας ενός ΚΚΨΥ ως ενταγμένου σ' ένα πειθαρχικό μηχανισμό με καινούργιους όρους;

Αυτό το ερώτημα, όπως και μια συνολική αποτίμηση της πορείας αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας και των θεσμών που συνδέθηκαν μαζί της, θα επιχειρήσουμε στην τέταρτη και τελευταία ενότητα της εργασίας μας.

IV. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Στην τελευταία αυτή ενότητα, σε δύο ζητήματα θεωρούμε ότι πρέπει να εστιάσουμε το ενδιαφέρον μας σε σύνδεση πάντα με τη θεωρητική υπόθεση, την οποία διατυπώσαμε.

Πρώτο, η συσχέτιση της λειτουργίας και οργάνωσης ενός ΚΚΨΥ, καθώς και του πλαισίου που το συγκροτεί, και των στοιχείων και οργάνων της πειθαρχικής εξουσίας που μπορεί να είναι ενσωματωμένα μέσα του. Είδαμε, ότι κατά τη διαδικασία της θεραπευτικής παρέμβασης, για παράδειγμα η εκτίμηση και η διάγνωση σε ατομικό και οικογενειακό – συγγενικό επίπεδο ενός περιστατικού, καταλήγει στην κατανομή, όχι βέβαια στο χώρο, αλλά στο εσωτερικό της παρέμβασης, στον τρόπο θεραπείας, του ατόμου που παρουσιάζει συμπτώματα ψυχικής ασθένειας. Από την άλλη, η κατανομή στο χώρο, μπορεί να θεωρηθεί ότι επιτυγχάνεται μέσα από τη αρχή της τομεοποίησης, δηλαδή του καθορισμού ενός συγκεκριμένου γεωγραφικού χώρου σε συνάρτηση με ένα ποσοστό πληθυσμού που κατοικεί σ' αυτόν. Βέβαια, εδώ δεν έχουμε την τεχνική της περιφράξης, η οποία ανταποκρίνεται σ' ένα ψυχιατρικό άσυλο, αλλά ο ίδιος ο Foucault, όταν αναφέρεται στις μορφές του πειθαρχικού μηχανισμού, υποστηρίζει ότι η συγκεκριμένη τεχνική δεν μπορεί να λειτουργήσει από μόνη της, δηλαδή να καταστεί πειθαρχική πρακτική. Άλλη αναλογία, μπορούμε να διαπιστώσουμε μεταξύ του θεραπευτικού σχεδίου που εκπονείται μεταξύ των μελών της διακλαδικής ομάδας, και του προγραμματισμού, όπως και του συντονισμού που είναι αναγκαίο να επιτευχθεί μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών μέσα και έξω από την κοινότητα. Με άλλα λόγια, η σύνθεση, ως ένα στοιχείο της πειθαρχίας, όλων των κλάδων σ' ένα ΚΚΨΥ για πιο

οργανωμένη και κατά συνέπεια επιτυχής αντιμετώπιση της ψυχικής πάθησης. Ίσως βέβαια, στην Κοινωνική Ψυχιατρική, και ειδικότερα σ' ένα ΚΚΨΥ, το άτομο που θέλει να θεραπευτεί, δεν γίνεται αντικείμενο λεπτομερειακού προγραμματισμού, δηλαδή ελέγχου της δραστηριότητάς του, όπως θα συνέβαινε σ' ένα άσυλο, όμως όταν παρατηρούμε τις αρμοδιότητες μερικών κλάδων της θεραπευτικής ομάδας, όπως π.χ. του επισκέπτη υγείας, διαπιστώνουμε ότι εκεί αναπτύσσεται ένα είδος προγραμματισμού, όταν αφορά τη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής, από πλευράς του πάσχοντα. Ακόμα και η αρχή του θεραπευτικού συνεχούς, είναι δυνατόν να εμπεριέχει τέτοια στοιχεία, όπως και η τεχνική της δικτύωσης μπορεί να είναι ενσωματωμένη μέσα της, με την έννοια ενός συνεχόμενου (σε σειρά) τρόπου εντόπισης της πορείας της θεραπείας. Η επιτήρηση, ως οργάνου του πειθαρχικού μηχανισμού, λειτουργεί μέσα από τη νομοθεσία, π.χ. με την ύπαρξη των ΤΕΨΥ που εποπτεύουν τις ΜΨΥ, άρα και τα ΚΚΨΥ, όπως και η διοικητική υπαγωγή τους στα Γενικά Νοσοκομεία και η οικονομική τους εξάρτηση από αυτά, μέσω του κρατικού προϋπολογισμού. Επίσης, η επιτήρηση θεωρημένη ως συγκρότηση ενός δικτύου σχέσεων, υπεισέρχεται μέσα από τα προγράμματα κοινοτικής παρέμβασης, τα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα του ΚΚΨΥ, καθώς και τις διάφορους μεθόδους που αφορούν τη προληπτική ψυχική υγιεινή στην κοινότητα. Άλλη αναλογία μπορεί να θεωρηθεί η εξέταση, ειδωμένη μέσα από τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού του ατόμου που ζητάει τη βοήθεια των κοινοτικών ψυχικών υπηρεσιών, ως μορφή ταξινόμησης και αξιολόγησης του περιστατικού. Βέβαια, διαπιστώνουμε ότι π.χ. η κύρωση, ως αποτέλεσμα της μη-συμμόρφωσης ενός κανόνα δεν φαίνεται να λειτουργεί στο εσωτερικό ενός ΚΚΨΥ, μπορεί όμως κατάλληλα να συγκροτηθεί μέσα από τις αρμοδιότητες μιας ΤΕΨΥ σε σχέση με το ΚΚΨΥ (νομοθετικό πεδίο).

Εν τέλει, πολλές πλευρές της οργάνωσης ενός ΚΚΨΥ ανταποκρίνονται σε κάποια (όχι όλα) στοιχεία μια πειθαρχίας, όπως αυτή συγκροτήθηκε ιστορικά στις δυτικοευρωπαϊκές κοινωνίες, όχι όμως με τη μορφή του αποκλεισμού και παράλληλα της ταξινόμησης αυτών που θεωρούνται ψυχικά ασθενείς, αλλά μάλλον με τη προσθήκη της κοινότητας, ως διαμορφωτικού πλαισίου και δικτύου σχέσεων, μέσα από τις οποίες η Κοινοτική Ψυχιατρική αποφασίζει να δράσει, έξω από κάθε ασυλική δομή.

Είναι όμως η Κοινοτική Ψυχιατρική ενσωματωμένη στα δίκτυα και τη λογική (λόγους) της πειθαρχικής εξουσίας ;

Το δεύτερο αυτό ζήτημα που ανακύπτει, μας αναγκάζει να θέσουμε στη συζήτηση ένα γενικότερο κοινωνικοπολιτικό προβληματισμό. Όπως είδαμε, όταν αναλύαμε τις αρχές της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, μια από τις κύριες (αν όχι η σπουδαιότερη) θέση της, ήταν η αντίληψη της σχετικά με το δίπολο ψυχική υγεία-ψυχική ασθένεια και ευρύτερα λογική-τρέλα, δηλαδή ότι η ίδια δεν θεωρούσε αυτή τη σχέση στατική, αλλά ως ένα διαλεκτικό συνεχές από τη μια κατάσταση στην άλλη, χωρίς ποτέ να μπορεί κάποιος να επιτύχει την απόλυτη ψυχική ισορροπία, πράγμα που το έβλεπε ως ουτοπία και νεύρωση. Η Κοινοτική Ψυχιατρική, ακριβώς, ως εκείνη η τάση μέσα στην επιστήμη της ψυχιατρικής που επεδίωκε να αναλύσει με έναν εντελώς διαφορετικό τρόπο τη θέση της ψυχικής ασθένειας στην κοινωνία και τη σχέση της με αυτό που εκείνη θεωρεί ως φυσιολογικό, θέλησε να πραγματώσει τους στόχους της ή να δώσει μια «λύση» μέσα από τη συμμετοχή της κοινότητας. Για ποια κοινότητα όμως μιλάμε; Ένα δήμο, μια συνοικία, ένα τοπικό διαμέρισμα σε μια μητρόπολη της Δ. Ευρώπης ή των Η.Π.Α. Αυτοί όμως οι γεωγραφικοί χώροι και τα άτομα που τους κατοικούν, ταυτόχρονα ανήκαν και σ' ένα καπιταλιστικό δίκτυο σχέσεων (λόγοι, συμπεριφορές, πεποιθήσεις) που έχει μια συγκεκριμένη στάση απέναντι στα όρια και

τις προϋποθέσεις του διαχωρισμού της σφαίρας της λογικής από εκείνη της τρέλας και η οποία δεν φαίνεται να είναι συμβατή με τη θεώρηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, διότι αυτή η θεώρηση, ακριβώς εμφανίστηκε ή καλύτερα συγκροτήθηκε ιδεολογικά, στα χρόνια της δεκαετίας του '60 ως μια εναλλακτική αντιμετώπιση του φαινομένου της τρέλας. Αν αναλογιστούμε, επίσης, ότι μέσα στη κοινότητα, το δίκτυο υπηρεσιών που υπάρχει (σχολεία, διοικητικές αρχές, τοπικοί φορείς κ.ά.), όπως και η δομή της σύγχρονης οικογένειας και η αποξένωση που υφίστανται τα μέλη της στο εσωτερικό της, όπως εύστοχα παρατηρούσε ο D. Cooper, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι το ιδεολογικό υπόβαθρο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής συγκρούεται με τη κυρίαρχη καπιταλιστική λογική πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα. Τι μένει λοιπόν; Ίσως μια συμπληρωματική ένταξή της στο καπιταλιστικό πλαίσιο συγκρότησης των συστημάτων παροχής ψυχικών υπηρεσιών, μια δικαιολόγηση από μέρους των πειθαρχικών μηχανισμών, μιας θέσης κριτικής αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας σ' ένα συνολικό πλέγμα εξουσιών που την ίδια στιγμή, την αξιολογούν ως μη-φυσιολογικότητα, δυσαπροσαρμοστικότητα, παρέκκλιση ηθική, ανωμαλία οργανική και το σπουδαιότερο ένα παράδειγμα εκτροπής από το καπιταλιστικό φαντασιακό που ευνοεί τη συνεχή παραγωγικότητα και κατανάλωση, την εμπορευματοποίηση όλων των πλευρών των ανθρώπινων σχέσεων, τη χειραγώγηση της επικοινωνίας καθώς και τη ρύθμιση ή μάλλον την εργαλειοποίηση της καθημερινής ζωής.

Τελικά, το ζήτημα θεωρούμε ότι έγκειται στην τοποθέτηση της Κοινοτικής Ψυχιατρικής στην ιστορική πορεία αντιμετώπισης, μέσω εκείνων των θεσμών που δημιουργήθηκαν, της ψυχικής ασθένειας και όσων χαρακτηρίστηκαν ως παράφρονες. Σίγουρα, η κεντρική ιδέα της Κοινοτικής Ψυχιατρικής αντέκρουε τις βασικές παραδοχές του ψυχιατρικού μοντέλου και φιλοδοξούσε να θέσει σε μια εντελώς

καινούργια βάση τη σχέση υγείας και τρέλας. Η ίδια η συμμετοχή της Κοινότητας θα δρούσε ως καταλύτης στην μετατροπή και αναθεώρηση αυτής της σχέσης. Το άσυλο, ως μια στατική και απαρχαιωμένη μορφή αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων θα έδινε τη θέση του σ' ένα σύστημα στο οποίο, ούτε οι ίδιοι οι ασθενείς θα ένιωθαν περιχαρακωμένοι, ούτε οι υπόλοιποι θα τους αντιμετώπιζαν ως Ξένους ή ριζικά διαφορετικούς από αυτούς. Σε διάφορες χώρες μάλιστα, όπως για παράδειγμα στην Ιταλία, η ιδεολογία της κοινοτικής συμμετοχής, ως απότοκος των επαναστατικών κινημάτων της δεκαετίας του '60, είχε αποκτήσει μια λαϊκή βάση και μπόρεσε στο μέτρο του δυνατού, να λειτουργήσει αποδοτικά.

Στην ελληνική περίπτωση όμως, φαίνεται ότι η ιδεολογία της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, δεν απέκτησε ποτέ ένα μαζικό χαρακτήρα, ούτε συνδέθηκε με τους προϋπάρχοντες κοινοτικούς θεσμούς, αλλά ήταν περισσότερο, η εφαρμογή της, αποτέλεσμα μιας μηχανιστικής και γραφειοκρατικής εισαγωγής της από πλευράς του κράτους, μέσα στα πλαίσια της ανάγκης αναμόρφωσης των ψυχιατρικών υπηρεσιών.

Σ' αυτή τη μελέτη μας, προσπαθήσαμε κυρίως και ανιχνεύσαμε πιθανά σημεία σύνδεσης του κοινοτικού συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγιεινής με τους μηχανισμούς της πειθαρχικής εξουσίας και όχι να προτείνουμε συγκεκριμένους τρόπους βελτίωσης αυτού του συστήματος. Πάντως, σε κάθε περίπτωση, μια τέτοια προσπάθεια, θα έπρεπε να βασίζεται στην πιο δραστική και ολόπλευρη συμμετοχή της κοινότητας, ώστε να ελαχιστοποιούνται τα γραφειοκρατικά εμπόδια που θέτει κάθε φορά ο κρατικός μηχανισμός. Επιπροσθέτως, η ενδυνάμωση των κοινοτικών θεσμών, στην κατεύθυνση της υιοθέτησης αντιπειθαρχικών πρακτικών, από κάποιο σημείο και μετά, ίσως θα αναγκαζόταν να έρθει σε μια ολική ρήξη και αντιπαράθεση και με τον ίδιο το καπιταλιστικό τρόπο της κοινωνικής οργάνωσης, στο εσωτερικό του οποίου, το

ψυχιατρικό μοντέλο παραμένει ο κυρίαρχος τρόπος αντιμετώπισης της «τρέλας», ως ριζικής ετερότητας που αδυνατεί να επικοινωνήσει με τον πληθυσμό, που εκλαμβάνεται ως «υγιής».

Με άλλα λόγια, μια εναλλακτική θεώρηση που θα βασιζόταν στις εμπειρίες και το έργο της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, θα όφειλε να κατανοεί το διαφορετικό, ως μια ετερότητα που πρέπει να ανακαλύψουμε τους τρόπους ή τους κώδικες επικοινωνίας μαζί της, συνειδητοποιώντας την ίδια στιγμή πως και μέσα στον καθένα, ενυπάρχουν στοιχεία ή καταστάσεις που προσωρινά αναγνωρίζουμε μόνο σ' εκείνους που έχουμε συνηθίσει να τους χαρακτηρίζουμε «τρελούς» και «παράφρονες». Ίσως μια οπτική που θα μας επιτρέψει να δούμε πλευρές του Άλλου, εντός μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Τα ξένα ονόματα κατατάσσονται σύμφωνα με το πώς προφέρονται στην ελληνική.

- Abercrombie, N. Hill, S. Turner, B. (1991), *Λεξικό Κοινωνιολογίας*, Πατάκη, Αθήνα.
- Gutting, G. (1994), "Foucault and the history of madness", στο G. Gutting (επιμ.), *The Cambridge Companion To Foucault*, Cambridge University Press, Cambridge, σσ. 47-70.
- Goffman, E. (1994), *Άσυλα: δοκίμια για την κοινωνική κατάσταση των ασθενών του ψυχιατρείου και άλλων τροφίμων*, Ευρύαλος, Αθήνα.
- Caputo. J. (1993), "On Not Knowing Who We are: Madness, Hermeneutics, and the Night of Truth in Foucault", στο J. Caputo & M. Yount (επιμ.), *Foucault And The Critique of Institutions*, Pennsylvania State University Press, Pennsylvania, σσ. 233-262.
- Cooper, D. (1974), *Ψυχιατρική Και Αντι-ψυχιατρική*, Ράππας, Αθήνα.
- Κυριαζή, Ν. (2001), *Η Κοινωνιολογική Έρευνα: Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των τεχνικών*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. (2000^α), *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, Καστανιώτης, Αθήνα
- Μαδιανός, Μ. (2000^β), *Κοινοτική Ψυχιατρική και Κοινοτική Ψυχική Υγιεινή*, Καστανιώτης, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. (1994^α), *Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση Και Η Ανάπτυξή της: από τη θεωρία στην πράξη*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαδιανός, Μ. (1994^β), *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση: από το άσυλο στην κοινότητα*, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Mathiesen, T. (1997), "The viewer society: Michel Foucault's «Panopticon» revisited, *Theoretical Criminology*, Vol. 1(2), σσ. 215-234.
- Bertalanfy, Von L. (1973), *General System Theory*, Braziler, New York.
- Πλουμπίδης, Δ. (1995), *Ιστορία της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα: θεσμοί, ιδρύματα και κοινωνικό πλαίσιο 1850-1920*, Εξάντας, Αθήνα.

- Sartorius, N. (1987), «Ο ρόλος του ψυχιάτρου», Συμπόσιο «Ψυχική Υγεία και Τοπική Αυτοδιοίκηση», ΚΚΨΥ, Αθήνα.
- Sémelaigne, R. (1912), *Aliénistes et philanthropes*, χ.ε, Paris.
- Τσαλίκογλας, Φ. (1987), *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή: οι λειτουργίες μιας κοινωνικής κατασκευής*, Παπαζήσης, Αθήνα.
- Foucault, M. (1991), *Η μικροφυσική της εξουσίας*, Ύψιλον, Αθήνα.
- Foucault, M. (1989), *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η γέννηση της φυλακής*, Ράππας, Αθήνα.
- Foucault, M. (1987), *Εξουσία Γνώση και Ηθική*, Ύψιλον, Αθήνα.
- Foucault, M. (1987^a), *Mental Illness and Psychology*, University of California Press, Berkeley
- Foucault, M. (1982), *Ιστορία της σεξουαλικότητας: η δίψα της γνώσης*, Ράππας, Αθήνα.
- Foucault, M. (χ.χ.), *Ιστορία της τρέλας*, Ηριδανός, Αθήνα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το παράρτημα περιλαμβάνει:

- Το άρθρο 21 του Ν. 1397/1983 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας
- Τα άρθρα 91, 92 και 93 του Ν. 2071/1992 για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας
- Τα άρθρα 1-5 και το άρθρο 13 του Ν. 2716/1999 για την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Ψυχιατρική Περίθαλψη

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:

α) Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, β) τους Ψυχιατρικούς Τομείς Γενικών Νοσοκομείων και γ) τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

2. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας συνίστανται με Π.Δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων ή Νομαρχιακού Γενικού Νοσοκομείου, στο οποίο λειτουργεί Ψυχιατρικός Τομέας. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το Νοσοκομείο όπου υπάγονται, καθώς και με το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Σκοπός του Κέντρου Ψυχικής Υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνικοποίηση του αρρώστου.

Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας μπορεί να συμπεριλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

4. Στους Ψυχιατρικούς Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων παρέχεται ολιγοήμερη νοσηλεία. Οι άρρωστοι που έχουν ανάγκη από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο. Οι Ψυχιατρικοί Τομείς των Γενικών Νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Υγειονομικής Περιφέρειάς τους. Αν δεν λειτουργεί Ειδικό Ψυχιατρικό Νοσοκομείο στην περιφέρεια, εφαρμόζεται η διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 8 του Νόμου αυτού. Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα Ψυχικών Παθήσεων, που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του Νόμου αυτού, μετονομάζονται σε Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, ορίζεται ο τρόπος αναδιοργάνωσής τους, με στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών.

5. Στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, συγκροτείται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Νόμου 1278/1982, ειδική επιτροπή

για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων, πάνω σε κάθε θέμα, που αφορά στον προγραμματισμό, την οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

6. Σε κάθε Κέντρο Ψυχικής Υγείας με το Π.Δ/γμα σύστασής του, ή άλλο όμοιο, συνιστώνται και προσθέτονται σε ιδιαίτερους κλάδους στον οργανισμό του Νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το Κέντρο, θέσεις ψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων παραϊατρικών ειδικοτήτων καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού. Οι δαπάνες λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας βαρύνουν τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου στο οποίο υπάγονται: στον προϋπολογισμό γράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, καθορίζονται ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των Κέντρων Ψυχικής Υγείας, ο τρόπος της διασύνδεσής τους με τα Νοσοκομεία, σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071 15/7/1992
Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 91
Σκοποί και αρχές

1. Το Κράτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό των λειτουργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της κοινωνικής αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

2. Για τον ανωτέρω σκοπό εφαρμόζονται οι αρχές της διάρθρωσης σε τομείς της προτεραιότητας της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαισθητοποίησης και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα θέματα ψυχικής υγείας.

Άρθρο 92
Διάρθρωση σε τομείς

1. Σε κάθε νομό συνίσταται Τομέας Ψυχικής Υγείας. Στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση μπορούν να συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε Τομέας Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρεσίες που καλούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινής ωφέλειας.

2. Η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται ο χώρος ευθύνης και η έδρα τού κάθε Τομέα, καθώς και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε αυτόν και στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι ήδη υπάρχουσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών

Ασφαλίσεων, στην έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συγκροτείται Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.). Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο:

α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται σε θέματα προγραμματισμού ψυχικής υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμματα.

β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

γ) Παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώθηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό.

4. Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι 5μελείς και αποτελούνται από:

α) Το διευθυντή της διεύθυνσης υγείας του νομού στον οποίο ανήκει ο Τομέας ή άλλον ιατρό της ίδιας διεύθυνσης, με τον αναπληρωτή του. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υγείας ή ο αναπληρωτής του ασκούν χρέη προέδρου.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του, που προτείνεται από αυτόν.

γ) Το διευθυντή κέντρου ψυχικής υγείας, με τον αναπληρωτή του και, εφόσον υπάρχουν περισσότεροι του ενός, από τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή.

δ) Το διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα νομαρχιακού ή περιφερειακού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του και

ε) Τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή ψυχιατρικής κλινικής ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του.

Σε περίπτωση που ελλείπουν μέλη των περιπτώσεων γ', δ' και ε', τη θέση τους καταλαμβάνουν εκπρόσωποι του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνονται από αυτόν. Σε πόλεις στις οποίες έχουν την έδρα τους ιατρικά τμήματα Α.Ε.Ι., οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι επταμελείς (7μελείς), τα δε επί πλέον δύο (2) είναι μέλη Δ.Ε.Π. ψυχίατροι, που ορίζονται από το αντίστοιχο ιατρικό τμήμα των Α.Ε.Ι. με τους αναπληρωτές τους. Η θητεία των Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.

5. Σε κάθε ασθενή παρέχονται υπηρεσίες από Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του Τομέα στον οποίο κατοικεί. Εξαίρεση είναι δυνατή μόνο στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) παραπομπής από μονάδα του αρμόδιου Τομέα για λόγους αρτιότερης περίθαλψης, γ) επί απουσίας ανάλογης μονάδας στον αρμόδιο Τομέα. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ασθενούς από μονάδα άλλου τομέα, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια μονάδα του Τομέα κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτήν τον ασθενή μετά τη λήξη της παρασχεθείσας από αυτήν φροντίδας.

Άρθρο 93
Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχες οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ. Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου μπορεί να αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας, στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ., συνιστώνται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θέσεις παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συνιστώνται ύστερα από γνώμη των Τ.Ε.Ψ.Υ., προστίθενται στις θέσεις και κλάδους που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μεταφέρονται δε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας.

4. Οι διατάξεις του άρθρου 15 του νόμου αυτού, που αφορούν στα κέντρα υγείας, ισχύουν και για τα κέντρα ψυχικής υγείας, που έχουν συσταθεί με την παρ. 2 του άρθρου 21 του ν. 1397/1983.

5. Τα κέντρα ψυχικής υγείας διοικούνται από διοικούσα 3μελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτά και από δύο (2) μέλη που ορίζονται από το νομάρχη της οικείας νομαρχίας, στην οποία υπάγεται το κέντρο ψυχικής υγείας. Με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες

συγκρότησης και λειτουργίας της διοικούσας επιτροπής των κέντρων ψυχικής υγείας.

6. Στα κέντρα ψυχικής υγείας, τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, τις ψυχιατρικές πανεπιστημιακές κλινικές, τις παιδοψυχιατρικές κλινικές και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία υπάγονται όλες οι υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας της παρ. 1 του άρθρου αυτού, οι οποίες Μ.Ψ.Υ. μπορούν να συνιστώνται και ως αυτοτελή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.

7. Για να υπάρχει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρείων στις μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αντίστροφα.

Άρθρο 94

Εκούσια νοσηλεία

1. Εκούσια νοσηλεία είναι η, με τη συγκατάθεση του ασθενή, εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Προϋποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας.

3. Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής.

4. Η εκούσια νοσηλεία εντός της κλινικής περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

5. Αν ασθενής που νοσηλεύτηκε εκούσια «ζητήσει» την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξουρέσεως δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο δεύτερος ψυχίατρος ή ο παθολόγος ιατρός δεν ανήκει στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αυτής στέλνεται αμέσως στον εισαγγελέα, ο οποίος είχε κινήσει τη διαδικασία της εκούσιας νοσηλείας.

Άρθρο 95

Ακούσια νοσηλεία

1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 96

17 Μαΐου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 2716

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
Εκδίδομεν τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

1. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου με βάση τις αρχές της τομεοποι-

ησης και της Κοινοτικής Ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποϊδρυματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Άρθρο 2

Γραφείο και Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

1. Συνιστάται, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας στην αυτοτελή υπηρεσία-προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

2. Συνιστάται ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α' / 21.8.1997).

Με απόφαση της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του Ν. 2519/1997 ορίζεται πενταμελής Εκτελεστική Γραμματεία της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές είναι επταμελής και αποτελείται από:

- α) έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο,
- β) δύο κοινωνικούς λειτουργούς,
- γ) έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και
- δ) δύο νομικούς.

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, καθώς και οι αναπληρωτές τους ορίζονται με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη

της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του Ν. 2519/1997. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μέσα σε διάστημα τριών (3) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, ορίζονται τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ειδικής Επιτροπής. Ένα εκ των μελών ορίζεται ως Πρόεδρος με την ίδια απόφαση. Η θητεία της επιτροπής είναι πενταετής.

3. Η Ειδική Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης.

Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

α) Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή.

β) Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

γ) Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

δ) Ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως, π.χ., έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρίσεις στον Τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.

ε) Δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των νόμιμων αναπληρωτών τους, καθώς και των τριμελών επιτροπών προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών του άρθρου 1, παρ. 4, εδ. β', του Ν. 2519/1997.

στ) Υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ζ) Κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμά-

των των ατόμων με ψυχικές διαταραχές υποβάλλει έκθεση στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του Ν. 2519/1997, η οποία προβαίνει στις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, όταν κρίνεται απαραίτητο.

η) Παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη.

θ) Οργανώνει, εποπτεύει και συντονίζει, σε συνεργασία με τους Δικηγορικούς Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.

4. Με κοινή απόφαση των υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Προέδρου της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων, ορίζονται οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, ο τρόπος οργάνωσης και παροχής της δικηγορικής αρωγής για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

5. Με κοινή απόφαση των υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός τεσσάρων (4) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος, ορίζονται το ύψος της αμοιβής ή αποζημίωσης του Προέδρου και των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του Ν. 2519/1997 και της ανωτέρω Ειδικής Επιτροπής κατά τις κείμενες διατάξεις, η γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Για τις δαπάνες κίνησης των μετακινούμενων μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών και της Ειδικής Επιτροπής ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Οι Πρόεδροι εκδίδουν τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Το αυτό ισχύει και για τα μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας

της Επιτροπής Ελέγχου των Δικαιωμάτων των Ασθενών του Ν. 2519/1997.

6. Στην παρ. 1, εδ. β', του άρθρου 1 του Ν. 1519/1997 προστίθεται και ένας εκπρόσωπος της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων που προτείνεται από αυτή με το νόμιμο αναπληρωτή του. Ομοίως ορίζονται οι αναπληρωτές των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

Άρθρο 3

Τομείς Ψυχικής Υγείας-Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

1. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαιρούνται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ), με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ), που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

2. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ, καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος. Με την ίδια ή όμοια απόφαση γίνεται:

α) Η σύσταση Τομέα Ψυχικής Υγείας (ΤοΨΥ) σε κάθε νομό ή σε ευρύτερη περιοχή.

β) Η σύσταση στην Αττική και το νομό Θεσσαλονίκης, καθώς και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων. Στην Αττική, στο νομό Θεσσαλονίκης και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες συστήνονται και Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤοΨΥΠΕ).

γ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δε διαθέ-

των επαρκεί Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δε διαθέτουν επαρκεί Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε όμορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας διαφορετικής Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου υπουργού ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται και λειτουργούν σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι μονάδες αυτές είναι:

α) Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 (ΦΕΚ 254 Α') και του Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'), οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, που ιδρύονται με τον παρόντα νόμο.

β) Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

4. Με κοινή απόφαση των υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από τη δημοσίευσή, ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος επιστημονικής, εκπαιδευτικής, νοσηλευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παρ. 2, εδ. δ', του παρόντος άρθρου.

5. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου υπουργού, Μονάδες Ψυχικής Υγείας αιτιολογημένα μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας όπου κρίνεται αναγκαίο.

6. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας είναι πενταμελείς και συγκροτούνται εντός πέντε (5) μηνών από της δημο-

σιεύσεως της απόφασης σύστασης του Τομέα, με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕΣΥ, από:

α) Επιστημονικούς Διευθυντές ή Υπεύθυνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983 του Τομέα (ΤοΨΥ) με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ένας τουλάχιστον είναι Επιστημονικός Διευθυντής ή Υπεύθυνος των ΜΨΥ του άρθρου 5, παρ. 1, με το νόμιμο αναπληρωτή του.

β) Λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές με ψυχιατρική ειδικότητα, παιδαγωγούς εκπαιδευτικούς) που υπηρετούν στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983 με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

γ) Ψυχιάτρους ή παιδοψυχιάτρους ή λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι υπηρετούν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 22 του παρόντος νόμου, οι οποίες ανήκουν στο συγκεκριμένο τομέα.

7. Τρία (3) μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος, είναι από τα οριζόμενα στην παρ. 6, εδ. α'. Τα λοιπά μέλη, μεταξύ των οποίων ο Αντιπρόεδρος, από τα οριζόμενα στην παρ. 6, εδ. β' και γ'. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελών για τη συγκρότηση των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών, ο υπουργός ορίζει ως μέλη πρόσωπα κύρους και με εμπειρία στην ψυχική υγεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας είναι ανακλητά με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η θητεία των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.

8. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής υγείας (ΤΕΨΥ) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά τους. Η ΤΕΨΥ συνεδριάζει στην έδρα της Μονάδας Ψυχικής Υγείας από την οποία προέρχεται ο Πρόεδρος και υποστηρίζεται γραμματειακά από διοικητικό υπάλληλο της μονάδας. Στα πρακτικά των συνεδριάσεων αναφέρεται αναλυτικά τόσο η απόφαση της πλειοψηφίας όσο και η γνώμη της μειοψηφίας. Με κοινή απόφαση των υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταβάλλεται στον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και τα μέλη της ΤΕΨΥ αποζημίωση κατά συνεδρίαση σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο Πρόεδρος της ΤΕΨΥ δύναται να αναπληρώνεται, κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας του, στα ιατρικά του καθήκοντα εν όλω ή εν μέρει κατ' ανάλογη εφαρμογή της διάταξης της παρ. 3 του άρθρου 18 του Ν. 2519/1997.

Για τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων μελών της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Οι δαπάνες λειτουργίας της ΤΕΨΥ βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο Πρόεδρός της ύστερα από έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του.

9. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (ΤΕΨΥ) έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

α) Εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών των μονά-

δων, με σκοπό, σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών και Εφήβων, να εφημερεύουν οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εικοσιτετράωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983 ή στα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των επιστημονικών υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής αρμοδιότητάς τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Επίσης γνωμοδοτούν στον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των ψυχιατρικών νοσοκομείων, για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 9, 8, 10 και 11 του παρόντος, με σκοπό την αποϊδρυματοποίηση, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

γ) Παρακολουθούν και αξιολογούν ετησίως στην περιοχή αρμοδιότητάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

δ) Γνωμοδοτούν στον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την τροποποίηση των οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

ε) Προτείνουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

στ) Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν στην ποσοτική

παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από τον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, το ΚΕΣΥ, το ΣΥΣΣΕΔΥΠΥ και το Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

ζ) Διαμορφώνουν και προάγουν διατομεακές συνεργασίες ή συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.

η) Υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου, που αφορούν στη λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας.

Σε περίπτωση σύστασης Τομέων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2, εδ. β', περ. β', ισχύουν τα αυτά και για τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (ΤΕΨΥΠΕ).

11. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται με πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ και εισήγηση των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983, κάθε τμήμα τους αναλαμβάνει την ευθύνη να παρέχει νοσηλεία και υπηρεσίες αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης περιφέρειας στο πλαίσιο των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας.

12. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου υπουργού καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία κοινών υπηρεσιών στο αντικείμενο της ψυχικής υγείας, η συγχώνευση, η μεταφορά

και η ένταξη αυτών που ήδη υπάρχουν ή η συνεργασία για την εκτέλεση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, οι οποίες αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους αντίστοιχους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

13. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του τομέα. Το αυτό ισχύει και στην περίπτωση ακούσιας νοσηλείας. Η διάταξη αυτή δεν ισχύει στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) απουσίας ανάλογης Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον αρμόδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ατόμου με ψυχικές διαταραχές από Μονάδα Ψυχικής Υγείας άλλου Τομέα Ψυχικής Υγείας, αυτή η μονάδα έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτή τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μετά τη λήξη της φροντίδας που τους παρασχέθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 4

Γενικές διατάξεις.

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που

έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανάταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

2. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ μπορεί να ορίζονται και λοιπές μορφές ΜΨΥ για την καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με το άρθρο Ι του παρόντος νόμου. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής.

3. Με όμοια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσιεύσεως της απόφασης σύστασης του τομέα, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι αρχές και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και υπηρεσιών του δημοσίου, που ήδη λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και όσων θα αναπτυχθούν για το σκοπό αυτό.

4. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

5. Για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν συσταθεί από νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983 ή από Μονάδες Ψυχικής Υγείας, που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία επιχορηγού-

νται εν όλω ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα, από το δημόσιο, η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

6. Η χρήση των όρων «Κέντρα Ψυχικής Υγείας», «Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα», «Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία», «Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία», «Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον», «Φιλοξενούσες Οικογένειες», «Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψης» σε συνδυασμό ή όχι με οποιονδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία γίνεται αποκλειστικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από το δημόσιο, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Η χρήση των όρων σε τίτλο ή επωνυμία από κάθε τρίτο, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, απαγορεύεται. Στην απαγόρευση υπάγονται όλα τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, που εποπτεύονται ή όχι από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα ανωτέρω νομικά πρόσωπα, εφόσον έχουν ήδη χρησιμοποιήσει τίτλους με τους συγκεκριμένους όρους, υποχρεώνονται σε διάστημα έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου να αφαιρέσουν τους όρους από τον τίτλο τους. Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, οι παραβάτες τιμωρούνται με πρόστιμο και σε περίπτωση μη συμμόρφωσής τους σε νέα προθεσμία, με αφαίρεση της άδειας λειτουργίας.

Άρθρο 5

Κέντρα Ψυχικής Υγείας-Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία.

1. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συνιστώνται με κοινή απόφαση των υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονο-

μικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983. Με την αυτή ή όμοια απόφαση συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των μονάδων αυτών. Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δύνανται να αναπτύσσουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα οποία συνιστώνται με κοινή απόφαση των υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

2. Με απόφαση των υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, στις περιοχές που δε λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, μπορεί να συνιστώνται Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων του αντίστοιχου τομέα Ψυχικής Υγείας και οι θέσεις του προσωπικού τους.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ανάλογα με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και τις τυχόν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

4. Σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία και Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, τα οποία είναι εγκατεστημένα σε περιοχές που ο πληθυσμός τον οποίο εξυπηρετούν έχει ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης σε άλλες ΜΨΥ παροχής νοσηλείας, μπορεί να λειτουργούν περιορισμένα τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυχτερινής). Με απόφαση του

υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι μονάδες που αναπτύσσουν τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας, τα κριτήρια, οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις λειτουργίας και η στελέχωση των τμημάτων αυτών.

Άρθρο 13

Πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

1. Με κοινή απόφαση των υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζεται ειδικό νοσήλιο, για τις μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τις υπηρεσίες νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον και τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής, των άρθρων 6, 7, 8, 9, 10 και 11.

2. Με την αυτή ή όμοια απόφαση καθορίζεται το ποσοστό του ειδικού νοσηλίου το οποίο αποδίδεται στη Φιλοξενούσα Οικογένεια και στον ασθενή του Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Με απόφαση των υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται οικονομική ενίσχυση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τα ανασφάλιστα, οικονομικά αδύνατα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983

βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στο οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό.

5. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας, δικαιούνται του ειδικού νοσηλίου της παρ. 1 του παρόντος και των πόρων της παρ. 1 του άρθρου 28 του Ν. 2519/1997 για την παροχή των υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

6. Στο άρθρο 28 του Ν. 2519/1997 το τελευταίο εδάφιο της παρ. 4 αριθμείται ως παρ. 5 και οι λοιπές παράγραφοι αριθμούνται αναλόγως.

7. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του Ν.Δ. 2592/1953 και του Ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες, καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, μπορούν να επιχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την ανάπτυξη ερευνών και μελετών του Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις και κάθε λεπτομέρεια που αφορά στην εφαρμογή της παραγράφου αυτής.

