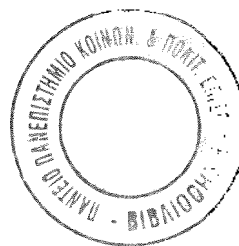


**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
«Κοινωνικός αποκλεισμός, μειονότητες και φύλο»
Κατεύθυνση Εγκληματολογίας**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Άσυλο, επικινδυνότητα και αποασυλοποίηση»**

Επόπτρια: Καθηγήτρια Α. Λυδάκη



**Παναγιώτης Μάλαινος
Α.Μ. 303Μ012**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εμφάνιση, η διαδρομή και η λειτουργία των «ασύλων» από τον όψιμο Μεσαίωνα μέχρι τη σημερινή νεότερικότητα, συνδέεται, τόσο με μια διαφορετική καταστατική της ψυχικής ασθένειας (ο «τρελός» «από-δαιμονοποιείται» και ιατροκοποιείται) όσο και με πρακτικές προσδιορισμού, ελέγχου και χρησιμοποίησης περιθωριακών ομάδων και πληθυσμών. Μέχρι και σήμερα, η αναπαράσταση του «ασύλου» κινείται γύρω από δύο βασικές, αλλά και αντίθετες, διαστάσεις: θεραπεία και έλεγχος. Επίσης διαχρονικά, ένα από τα βασικά στοιχεία της αναπαράστασης του ψυχικά ασθενή προσδιορίζεται από χαρακτηρισμούς/αποδόσεις αναφορικά με την επικινδυνότητα: ο «επικίνδυνος ψυχασθενής», μια αναπαράσταση καίρια αναφορικά με τη θέση που ο ψυχικά ασθενής κατέχει στο συλλογικό συμβολικό. Οι κύριοι «φορείς» της συγκεκριμένης αναπαράστασης θα μπορούσαν να προσδιοριστούν στην ομάδα των «εισαγγελικών», των αρρώστων, δηλαδή, οι οποίοι νοσηλεύονται υπό το καθεστώς της ακούσιας νοσηλείας. Στα πλαίσια της Μεταρρύθμισης, τα τελευταία είκοσι χρόνια στην Ελλάδα, προωθείται ένα πιο δημοκρατικό μοντέλο αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας. Ένας βασικός άξονας/πεδίο του συγκεκριμένου μοντέλου αφορά τη συρρίκνωση και σταδιακό κλείσιμο των μεγάλων ψυχιατρείων, των «ασύλων» και τη σταδιακή αντικατάστασή τους από μικρότερες δομές, ενταγμένες στην κοινότητα με απώτερο στόχο την ένταξη και ενσωμάτωση του ψυχικά ασθενή στο κοινωνικό πλαίσιο. Η επιβαλλόμενη – μετά τον σεισμό του 1999 και τη καταστροφή μεγάλου τμήματος του ΨΝΑ (του γνωστού ως «Δαφνί»)- διαχείριση των «εισαγγελικών» από αυτές τις νέου τύπου δομές (με κυριότερο «εκπρόσωπο» τις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων) κατέδειξε ένα σύστημα σχετικά ανέτοιμο, τόσο για μια διαφορετική αντιμετώπιση του «επικίνδυνου ψυχασθενή» όσο και για μια ουσιαστική διαφοροποίηση της καταστατικής θέσης του ψυχικά ασθενή στην ελληνική νεότερικότητα.

ΠΙΕΧΟΜΕΝΑ

Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΙ Η ΘΕΩΡΙΑ

1.	Εισαγωγή	σ. 3.
2.	Μέθοδος	σ. 7.
2.α.	Εμπειρισμός: η αναζήτηση της «αντικειμενικής» αλήθειας	σ. 7.
2.β.	Η άλλη άποψη	σ. 10.
3.	Διαδικασίες	σ. 21.
4.	Εργαλεία	σ. 25.
4.α.	Η συνέντευξη	σ. 25.
4.β.	Η παρατήρηση	σ. 27.
4.γ.	Η συμμετοχική παρατήρηση	σ. 29.
5.	Στάδια	σ. 33.
6.	Ο «άλλος» και το περιβάλλον του	σ. 40.
7.	Γιατί ποιοτική;	σ. 44.
8.	Η διαδρομή	σ. 50.
9.	Το άσυλο	σ. 56.
10.	Εννοιολογήσεις	σ. 61.
10.α.	Αποασυλοποίηση	σ. 61.
10.β.	Η επικινδυνότητα	σ. 67.
10.γ.	Ψυχικά άρρωστος/ χρόνιος άρρωστος	σ. 74.

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ

11.	Το πλαίσιο	σ. 79.
11.α.	Η απόσταση	σ. 79.
11.β.	Η επιλογή	σ. 82.
11.γ.	Η ισορροπία	σ. 85.
12.	Η Ταυτότητα	σ. 90.
12.α.	Η «δανεισμένη» ταυτότητα	σ. 91.
12.β.	Η «ομοιοστατική» ταυτότητα	σ. 96.
12.γ.	Η αποδεκτή ταυτότητα	σ. 98.

13.	Ο Λόγος	σ. 102.
14.	«New age» θεραπευτής και «new age» επόπτης	σ. 108.
14.α.	Ο «ψυχίατρος» ή ένα «υβριδικό παράγωγο»	σ. 109.
15.	Θεραπευτήριο, εργοστάσιο ή αποθήκη;	σ. 117.
16.	«Δεν έχουμε κόψει ακόμη το κεφάλι του Βασιλιά (-Ασύλου)»	σ. 125.
16.α.	Το «πεφταστέρι» της Μεταρρύθμισης	σ. 126.
16.β.	Ακόμα δεν έχουμε κόψει το κεφάλι του Βασιλιά	σ. 130.
17.	«Πατρίς, Θρησκεία, Οικογένεια»: τα Μεγάλα Αφηγήματα	σ. 136.
18.	Κάποια συμπεράσματα	σ. 143.
19.	Επίλογος	σ. 147.
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σ. 149.

1. Εισαγωγή

Περίπου είκοσι χρόνια πριν, τα ευρωπαϊκά ΜΜΕ εντοπίζουν και «παρουσιάζουν» το «άσυλο» της Λέρου: μια σειρά από αφηγήματα, εικόνες που προσδιόριζαν την ιστορία αλλά και τη μορφή του συγκεκριμένου ψυχιατρείου. Η φουκωϊκή Ιστορία της Τρέλας, συμπυκνωμένη και συμπιεσμένη σε ολιγόλεπτα sound bites, διαπέρασε την ελληνική αυτοεικόνα. Η Ελλάδα στέκεται αντιμέτωπη με το ενδεχόμενο όχι τόσο μιας κύρωσης από την Ευρωπαϊκή Ένωση όσο με τον κίνδυνο ενός «ρήγματος» στη θετική εικόνα που προσπαθεί να εδραιώσει: ότι ανήκουμε στη Δύση, με ότι θετικούς προσδιορισμούς ένα τέτοιο γεγονός μπορεί να σημασιοδοτεί. Σε έκθεση εμπειρογνομόνων προς την ΕΟΚ, το 1984, σχετικά με τις υπάρχουσες ψυχιατρικές υπηρεσίες στην Ελλάδα, τονίζονται τα ακόλουθα (έκθεση εμπειρογνομόνων ΕΟΚ, 1984): «*Η έμφαση στο παρελθόν στην Ελλάδα, όπως και αλλού, δινόταν στην περίθαλψη των ασθενών στα ψυχιατρεία, ενώ οι υπηρεσίες στα πλαίσια της κοινότητας έχουν παραμείνει σχετικά υπανάπτυκτες. Αυτή η έμφαση στη νοσοκομειακή περίθαλψη συνέβαλε στην υπερσυγκέντρωση κτιρίων, που είναι σχεδόν στο σύνολό τους απαρχαιωμένα, κακοδιατηρημένα, με ανεπαρκείς υπηρεσίες, θεραπευτική απραξία, με μια ατμόσφαιρα διαποτισμένη από παθητικότητα και απελπισία ανάμεσα στους ασθενείς, ένα χαμηλό ηθικό και δυσβάσταχτες συνθήκες εργασίας για το προσωπικό, και μια γενική κατάσταση που καθιστά την ανάρρωση ιδιαίτερα δύσκολη. Αυτές οι συνθήκες ενισχύουν το στίγμα της ψυχικής αρρώστιας και το απάνθρωπο, πολυέξοδο, άχρηστο και απαράδεκτο επίπεδο περίθαλψης*».¹ Η αντίδραση ήταν σχεδόν άμεση. Με την βοήθεια του πρώτου «πακέτου» κοινοτικής βοήθειας από την ΕΟΚ, ξεκινάει η μεγάλη περιπέτεια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, με πρώτο, και ζωτικό στόχο την εφαρμογή της αποασυλοποίησης, κυρίως αναφορικά με τα εννέα μεγάλα ψυχιατρεία της επικράτειας.²

Πρόκειται τόσο για ένα γεγονός, όσο και μια διαδικασία, η οποία εντάσσεται μέσα σε μια συγκεκριμένη ιστορική στιγμή και πλαίσιο. Ο χαρακτήρας της «μεταρρύθμισης» οφείλει να εμπεριέχει νοηματικά τις έννοιες της αλλαγής, της

¹ Πηγή: Έκθεση εμπειρογνομόνων των ευρωπαϊκών κοινοτήτων. (1984), Μεταρρύθμιση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Εκπόνηση ενός διετούς σχεδίου παράλληλα με τη διατύπωση και απόφαση εφαρμογής του 815/84 Κανονισμού της Ε.Ο.Κ., Βρυξέλλες.

² Στο: Μαδιανός Μ., *Η Χαμένη Ευκαιρία για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη Ελλάδα*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Τεύχος Νο 64, Αθήνα, Οκτώβριος – Νοέμβριος – Δεκέμβριος 1998, σ. 22.

μετατροπής, του μετασχηματισμού, και της καινοτομίας.³ Άμεσο λογικό επακόλουθο είναι το ότι ο μεταρρυθμιστής γνωρίζει τα στοιχεία που απαρτιώνουν το προς αλλαγή αντικείμενο, γνωρίζει τους στόχους, τις δυνατότητες, και τον τρόπο μέσω του οποίου θα δοκιμαστεί το εγχείρημα, αλλά κυρίως ανα-γνωρίζει την ανάγκη που οδηγεί στην συγκεκριμένη διαδικασία αλλαγής, στον συγκεκριμένο χωροχρόνο. Δηλαδή, γιατί ψυχιατρική μεταρρύθμιση; Και γιατί την συγκεκριμένη χρονική στιγμή; Το πρόβλημα περιπλέκεται αν λάβουμε υπόψη το γεγονός ότι μια τέτοιου τύπου (αλλά και μεγέθους) αναδιάρθρωση δεν μπορεί να λάβει χώρα βασιζόμενη μόνο (ή τουλάχιστον, κυρίως) σε οικονομικές συνιστώσες. Αντίθετα, πρόκειται για μια χρονοβόρα, πολλές φορές, διαδικασία, οι εκφάνσεις της οποίας πρέπει να επεκταθούν, όχι μόνο στο επίπεδο παροχής υπηρεσιών μιας χώρας, αλλά να καλύψουν το θεσμικό, το κοινωνικό, το πολιτιστικό, το πολιτικό επίπεδο λειτουργίας: πρόκειται για μια διαδικασία που δρα πολυεπίπεδα. Έτσι, το πρόβλημα του κόστους αφενός, και ο σημαντικός χρόνος που απαιτείται για να παγιωθούν οι απαιτούμενες αλλαγές υποχρεώνει σε μια βαθμιαία μετάβαση. Φαίνεται δηλαδή, ότι η διαδικασία της μεταρρύθμισης (και της αντίστοιχης συρρίκνωσης της ασυλιακής νοσηλείας) είναι μια πολύπλοκη και δύσκολη στην πράξη διεργασία, η οποία απαιτεί διαδοχική ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης, σωστή κατανομή των πόρων, τομεοποίηση των υπηρεσιών, ευαισθητοποίηση και επιμόρφωση της κοινότητας ώστε να αποδεχθεί τις νέες πρακτικές και να καμφθούν οι αντιστάσεις και οι προκαταλήψεις για τη ψυχική ασθένεια, και φυσικά πολλή «δουλειά» με τους ίδιους τους ψυχικά πάσχοντες.⁴

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

³ Στο: Μαδιανός Μ., *Η Χαμένη Ευκαιρία για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στη Ελλάδα*, ό.π., σ. 21.

⁴ Στο: Lempriere, T., Feline, A., *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων – Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και οι Εφαρμογές της στην Ελλάδα*, εισαγ. Α. Λιακός, επιμ. Π. Σακελλαρόπουλος και συν., εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1995.

διάσταση και να την προσεγγίζουν με διαφορετικές μεθόδους.⁵ Στον «ψυχιατρικό χώρο» τα άτομα-ξενιστές της συγκεκριμένης αναπαράστασης είναι κατά κύριο λόγο αυτά που νοσηλεύονται (κατ' άλλους, εγκλείονται) μέσω της διαδικασίας της ακούσιας νοσηλείας: της υποχρεωτικής νοσηλείας, δηλαδή, η έναρξη της οποίας απαιτεί εισαγγελική εντολή για εγκλεισμό σε «κλειστό» ψυχιατρικό κατάστημα από το οποίο ο ασθενής δεν μπορεί να διαφύγει, ενώ η δομή που αναλαμβάνει τη νοσηλεία, αλλά και τη φύλαξη των ατόμων αυτών έχει τόσο «δικαίωμα» χρήσης *περιοριστικών μέτρων* (restraints), όσο και επιβολής της λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Πρόκειται για τους γνωστούς ως «εισαγγελικούς».

Μέσω του συγκεκριμένου κειμένου γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης της συγκεκριμένης «ομάδας», αλλά και της αναπαράστασης της έννοιας της επικινδυνότητας, όπως αυτή εκφέρεται, εκφράζεται, σημασιοδοτείται, αλλά και διαχειρίζεται από τα «νέας» φιλοσοφίας πλαίσια και δομές, έτσι όπως σημασιοδοτούνται υπό το πνεύμα της Μεταρρύθμισης. Ουσιαστικά, το συγκεκριμένο εγχείρημα δεν είναι τίποτα παραπάνω από μια προσπάθεια εξέτασης, περιγραφής και –στο μέτρο που είναι δυνατό– προσδιορισμού των στοιχείων εκείνων που μορφοποιούν τη «σύγχρονη» εικόνα της επικινδυνότητας, καθώς και τις αλλαγές που παρουσιάζονται, τόσο στην αναπαράσταση αυτή καθ' αυτή, όσο και στις διαχειριστικές τακτικές που η σύγχρονη ψυχιατρική αναλαμβάνει. Το πλαίσιο από το οποίο αντλήθηκαν τα εμπειρικά δεδομένα, είναι μια ψυχιατρική κλινική ενός Γενικού Νοσοκομείου του λεκανοπεδίου. Μια σχετικά νέα δομή, η οποία ιδρύθηκε στο πλαίσιο της μεταρρυθμιστικής προστιθέμενης τη δεκαετία του '80, της οποίας η αναπαράσταση, η χρηστικότητα, η κατεύθυνση, γενικότερα ο «χαρακτήρας» είναι προσανατολισμένος να συμφωνεί με τις αρχές, την ιδεολογία και τη φιλοσοφία της Μεταρρύθμισης. Προτιμήσαμε μια ποιοτικού τύπου προσέγγιση/μεθοδολογία, ορμώμενοι, τόσο από ένα προσωπικό ενδιαφέρον αναφορικά με τις συγκεκριμένες μεθοδολογικές προσεγγίσεις, όσο και από τη διαπίστωση μιας «άδηλης συννενοχής» του συνόλου, αλλά και του «Ψ» χώρου απέναντι στο συγκεκριμένο πεδίο: προσωπική εντύπωση είναι ότι το ρητό (εκφραζόμενο, για παράδειγμα, μέσω ενός ερωτηματολογίου) δεν είναι αποκλειστικά *αρκετό*, και ίσως δεν είναι αποκλειστικά *ικανό* για την αποσαφήνιση και κατανόηση του δυναμικού που «έρπει». Εκ των προτέρων γνωρίζουμε ότι τα

⁵ Στο: Λειβαδίτης Μ., *Ψυχιατρική και δίκαιο*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1994, σσ. 139-140.

αποτελέσματα αυτού του εγχειρήματος, οι διαπιστώσεις που τυχόν θα προκύψουν, θα είναι αποσπασματικές χωρίς επαρκή μεθοδολογική τεκμηρίωση: ήδη βλέπουμε τη ζυγαριά να γέρνει προς μια διαισθητική «ανάγνωση», προς την ιδιογραφία, παρά προς μια επαρκή επιστημολογική ανάλυση. Ακόμα όμως και αν το αποτέλεσμα, το *τετελεσμένο*, μας «βγάλει» αληθινούς (και μας «βγάλει», επίσης, «επιστημονικά ελάσσονες») ας μας επιτραπεί να αντιπροτείνουμε την *εμπειρία της διαδικασίας*: ίσως χάσουμε την Ιθάκη, αλλά ίσως γίνουμε λίγο πιο σοφοί στο ταξίδι.

Η ΘΕΩΡΙΑ ΚΑΙ Η ΜΕΘΟΔΟΣ

2. Μέθοδος

2. Εμπειρισμός: η αναζήτηση της «αντικειμενικής» αλήθειας

Η προσπάθεια των περισσότερων από τις ανθρωπιστικές επιστήμες να εδραιωθούν και να πάρουν μια «ισότιμη» θέση ανάμεσα στις υπόλοιπες «σκληροπυρηνικές» (κατά βάση θετικές) επιστήμες, ουσιαστικά προσδιορίζει την αποδοχή του χαρακτήρα –όχι μόνο της μεθοδολογίας- αλλά και της ιδεολογικής προσέγγισης της Γνώσης, του προς γνώση αντικειμένου, και της στάσης απέναντι στο αντικείμενο αυτό: από τον Comte η κοινωνιολογία, με «πρωτοπόρους» τους Watson, Thorndike και Skinner (αλλά και τους υπόλοιπους «ορθόδοξους» συμπεριφοριστές) η ψυχολογία. Ο βασικός «κορμός» θέσεων αυτής της θετικιστικής παράδοσης, σύμφωνα με τον A Giddens, θέλει την πραγματικότητα να μπορεί να μελετηθεί με τις μεθόδους των φυσικών επιστημών, με μονάδα μέτρησης το –εμπειρικό- δεδομένο, ενώ στόχος είναι η διαμόρφωση όσο το δυνατόν πιο καθολικών κανόνων, οι οποίοι να εκφράζουν τα υπό έλεγχο φαινόμενα. Τρίτο, τα αποτελέσματα να έχουν κατά το δυνατόν «αντικειμενικό» χαρακτήρα, ανεξάρτητα από την υποκειμενικότητα του παρατηρητή, με απώτερο στόχο την αντικειμενική και ουδέτερη απεικόνιση της πραγματικότητας.⁶ Κοινός πυρήνας, δηλαδή, των εμπειριστικών φιλοσοφικών θεωριών είναι η θέση ότι πηγή και θεμέλιο της γνώσης είναι η αισθητηριακή πρόσληψη γνωστικών στοιχείων, η εμπειρική γνώση.⁷

Η πρώτη τάση εμφανίζεται μεταπολεμικά, την δεκαετία του '40 στις ΗΠΑ, και αρκείται στην συγκέντρωση, ανάλυση και παρουσίαση εμπειρικών δεδομένων σε μια ασθενή μορφή «λογικών προτάσεων» (propositions) που φτάνει μέχρι το επίπεδο των εμπειρικών γενικεύσεων, έχοντας συμβάλει στην ανάπτυξη των

⁶ Στο: Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, β. έκδοση, Αθήνα, 2000, σσ. 20-21.

⁷ Η εξελικτική του εμπειρισμού τον 20^ο αιώνα μπορεί, σε αδρές γραμμές, να χωριστεί σε τρεις φάσεις. Με απαρχή τους James, Russel και Mach, ακολουθεί ο Κύκλος της Βιέννης που συνδέει εμπειριστικές παραδόσεις και λογική ανάλυση («λογικοί θετικιστές»), και τέλος διαφαίνεται μια περίοδος αναζητήσεων και εσωτερικής κριτικής (Hempel, Quine), που φανερώνουν την προβληματικότητα των «δεδομένων των αισθήσεων» και την θεωρητική φόρτιση της παρατηρησιακής γλώσσας. Στο: Γέμτος Π., *Μεθοδολογία των Κοινωνικών Επιστημών*, Τόμος 1, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1987, σσ. 28-29.

τεχνικών έρευνας και των ποσοτικών μεθόδων με σκοπό την εξασφάλιση της επιστημονικότητας στην εμπειρική έρευνα. Η προσαρμογή της επαγωγικής στατιστικής στις ανάγκες των κοινωνικών ερευνών και η τελειοποίηση των στατιστικών τεχνικών και της ερευνητικής διαδικασίας αρχίζουν να διαμορφώνονται. Αυτός ο μεθοδολογικός εμπειρικός σταδιακά βελτιώθηκε⁸ και προσπάθησε να δώσει σε αυτές τις εμπειρικές γενικεύσεις ένα θεωρητικό υπόβαθρο.⁹ Παρ' όλες τις διαφοροποιήσεις της, η σύγχρονη εμπειρική κοινωνιολογία έχει πολλά κοινά με τον παραδοσιακό θετικισμό. Η τοποθέτηση του Carnap ότι «υπάρχουν σίγουρα κριτήρια για την έννοια της πραγματικότητας –που εμείς θέλουμε να την αποκαλούμε *εμπειρική πραγματικότητα*– κριτήρια που πάντα οδηγούν σε καθορισμένα αποτελέσματα, τα οποία είναι ανεξάρτητα από την φιλοσοφική θέση του ερευνητή»¹⁰ φαίνεται να χαρακτηρίζει όλες τις μορφές του θετικισμού. Η ανάπτυξη του θετικισμού οδηγεί, σύμφωνα με τον Martindale, στην κατάσταση, γνωστή ως *τεχνοκρατία*: «Τα βασικά επιχειρήματα των τεχνοκρατών επικεντρώνονταν στην αντίληψη ότι τα κοινωνικά φαινόμενα είναι μετρήσιμα και ότι μπορούν συνεπώς να συναχθούν νόμοι κοινωνικού ελέγχου από αυτές τις μετρήσεις... Οι μηχανικοί και οι επιστήμονες είναι οι μόνοι που νομιμοποιούνται να ασκούν τον έλεγχο στη σύγχρονη κοινωνία».¹¹ Πέρα από τις διαφορές μεταξύ των επιμέρους θετικιστικών σχολών, η στρατηγική του θετικισμού μπορεί να συνοψισθεί σε δύο βήματα: πρώτον, στο καθορισμό των στοιχείων εκείνων που μπορούν να κατανοηθούν ως κάτι το άμεσα δεδομένο για την αντίληψη, και δεύτερον, στην ανακάλυψη νόμων μέσα από τις γενικεύσεις αυτών των στοιχείων.

Σύμφωνα με την εμπειριστική μεθοδολογία, αν η επιστημονική γνώση αποτελείται από διάφορες συνθέσεις στο χώρο ο οποίος οριοθετείται μεταξύ των απλών αισθητηριακών αντιλήψεων και των πιο θεωρητικών κατασκευών, τότε ο

⁸ Ο *Δομικός Λειτουργισμός* ή *Δομολειτουργισμός*, όπως αναπτύχθηκε στις ΗΠΑ στα μέσα του προηγούμενου αιώνα, με κύριο εκφραστή τον T. Parsons, ήταν ίσως η πιο ολοκληρωμένη θεωρία, που αποσκοπούσε στην καθιέρωση γενικών κανόνων της κοινωνικής ζωής, με δυνατότητα να δοθούν εξηγήσεις για οποιαδήποτε εμπειρικά κοινωνικά δεδομένα. Στο: Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, ό.π., σσ. 30-31. Αναλυτικά, οι βασικές θέσεις του Parsons στο: Parsons T., *The Structure of Social Action*, εκδ. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1968.

⁹ Διαχρονικά, και ανάμεσα στους εμπειριστές έχουν αναπτυχθεί επιμέρους ρεύματα και σχολές, με διάφορες αλληλεπιδράσεις. Από τον Galton και τον Pearson της Αγγλικής σχολής, τον Lundberg αρχικά, τον Zetterberg αργότερα, αλλά και πολλούς άλλους. Στο: Κονιαβίτης Θ., *Πλουραλισμός στην Κοινωνιολογία*, Μεθοδολογική Προσέγγιση, Δεύτερη έκδοση, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα, 1994, σσ. 157-164.

¹⁰ Στο: Κονιαβίτης Θ., *Πλουραλισμός στην Κοινωνιολογία*, ό.π., σ. 163.

¹¹ Στο: Martindale D., *The Nature and Types of Sociological Theory*, εκδ. Routledge and Kegan Paul, London, 1970.

«ιδεατός τύπος» της διαδικασίας έρευνας πρέπει να προσανατολισθεί στο πρόβλημα της σχέσης μεταξύ *εμπειρικής πραγματικότητας* και *θεωρητικού επιπέδου*, και κατά δεύτερον στο κριτήριο της αλήθειας, δηλαδή της εγκυρότητας και αποδοχής μιας άποψης. Από την παρατήρηση (το «έσχατο σημείο αναχώρησης») και τη συγκέντρωση εμπειρικών δεδομένων, με την βοήθεια ειδών μετρήσεων και τεχνικών δειγματοληψίας, γίνονται *εμπειρικές γενικεύσεις*, που θεωρούνται ότι εκφράζουν σταθερές σχέσεις μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών. Το επόμενο –και πιο γενικό επίπεδο– είναι η θεωρία, μια σειρά λογικών προτάσεων, μέσα σε ένα απαγωγικό ή αιτιακό σύστημα. Και το βασικότερο σημείο που ενδιαφέρει σε αυτό το σημείο είναι η *a priori* αποδοχή του εμπειρικού δεδομένου, σαν ένα ανεξάρτητο στοιχείο από την μέθοδο/διαδικασία: Τα εμπειρικά δεδομένα, σαν υποκείμενα του εξωτερικού ελέγχου της διαδικασίας, «απλώς υπάρχουν...ενώ είναι αυτά που καθορίζουν την περιεκτικότητα σε αλήθεια ή ψεύδος κάθε ισχυρισμού που αφορά την πραγματικότητα».¹²

Συνοπτικά, θα μπορούσε να προσδιοριστεί μια σειρά από ενδεικτικές παραμέτρους, οι οποίες προσδιορίζουν την έκφραση, αλλά και λειτουργία του εμπειρικιστικού θεωρητικού, αλλά και μεθοδολογικού μοντέλου, πέρα από τις επιμέρους διαφοροποιήσεις του. Το πιο βασικό σημείο ίσως έγκειται στην παραδοχή της ύπαρξης μιας αυτόνομης, αντικειμενικής και μη επηρεαζόμενης από αξιολογικές κρίσεις κοινωνικής πραγματικότητας. Μιας πραγματικότητας, της οποίας τα συστατικά στοιχεία μπορούν να απομονωθούν, να περιγραφούν, να μετρηθούν: αυτή η λειτουργική αποδόμηση της πραγματικότητας μπορεί να επιτευχθεί, με απώτερο σκοπό την κατανόηση, την πρόβλεψη, και ουσιαστικά τη μορφοποίηση και τον έλεγχο. Η ποσοτική μέτρηση των στοιχείων της εμπειρίας αποτελεί ουσιαστικά το μονόδρομο για την θετικιστική μεθοδολογία, ενώ ο συνεχής έλεγχος επί της διαδικασίας είναι το μόνιμο ζητούμενο, η παράμετρος που μπορεί να εφοδιάσει τα αποτελέσματα με την αξιοπιστία και εγκυρότητα που χρειάζονται για να είναι γενικεύσιμα. Άλλωστε η γενίκευση, κατά συνέπεια η διατύπωση γενικών και καθολικών κανόνων οι οποίοι διέπουν τα (κοινωνικά) φαινόμενα είναι τόσο το αρχικό και καίριο ζητούμενο, όσο και το μέτρο σύγκρισης με τις «σκληροπυρηνικές» θετικές επιστήμες. Η αλματώδης ανάπτυξη της στατιστικής, αλλά κυρίως της πληροφορικής και της μηχανικής των υπολογιστών ήταν το

¹²Στο: Κονιαβίτης Θ., *Πλουραλισμός στην Κοινωνιολογία*, ό.π., σ. 175.

έναυσμα για μια εξίσου αλματώδη αύξηση των ποσοτικών προσεγγίσεων σχεδόν σε οποιοδήποτε πεδίο, με μια καθολικότητα που κυριολεκτικά ξαφνιάζει. Και το ενδιαφέρον ίσως είναι το αμέσως επόμενο «λογικό» συμπέρασμα: αν μπορούμε να μετρήσουμε «κάτι» με τόσο μεγάλη ακρίβεια (άρα και να το προσδιορίσουμε), τότε «αυτό» δεν μπορεί παρά να υπάρχει πέρα και έξω από εμάς, έχοντας την δική του ιδιοσυστατική υπόσταση, εκφράζοντας μια ουσιαστική και κυρίως αντικειμενική «αλήθεια». Μια «αλήθεια» αδιαπραγμάτευτη, υπό την έννοια, όχι τόσο του περιεχομένου, όσο του χαρακτήρα που προσλαμβάνει αυτή η αλήθεια μέσα στην επιστημονική αρένα.

Κατά συνέπεια, ο έχων τη δυνατότητα, τη μέθοδο και τη τεχνογνωσία να το προσδιορίσει, μπορεί να ανακηρυχθεί ο αποκλειστικά υπεύθυνος (αλλά και δικαιούχος) της διαχείρισής του. Η εξουσία του δικαιώματος στην διαχείριση υπεισέρχεται και καθορίζει την επικράτηση ενός «παραδείγματος» μέσα στο φαινομενικό και επίπλαστο μεθοδολογικό (και θεωρητικό) πλουραλισμό και ποικιλία. Άλλωστε, οι ποσοτικές μέθοδοι (και συνακόλουθα η θετικιστική «αφετηρία» τους), πέρα από εργαλεία παραγωγής γνώσης, αποτελούν ισχυρότατα μέσα επιβολής του καπιταλιστικού τρόπου κοινωνικής οργάνωσης, όντας σε στενή συνεργασία και συνενοχή με τον καπιταλισμό, εκφράζοντας με αρκετά χαρακτηριστικό τρόπο την Βεμπεριανή έννοια της «εκλεκτικής συγγένειας». «Πάντως, είτε στην «αμβλεία» είτε στην «οξεία» διατύπωση, ο αντικειμενισμός/θετικισμός αποτελεί την πλέον πολιτικοποιημένη και ταξική επιστήμη μετά το Διαφωτισμό».¹³ Μέσα από αυτό το πλαίσιο ανάγνωσης, το αυθόρμητο συμπέρασμα μπορεί να συνοψισθεί στο ότι τουλάχιστον ο ιδεολογικός και πολιτικός χαρακτήρας των θετικιστικών σχολών και της επιστημονικής παραγωγής τους λειτουργεί με κριτήρια που προσδιορίζονται και από διαφορετικούς, εξω-επιστημολογικούς τομείς.

2.β. Η άλλη άποψη

Ο Ρομαντισμός, όπως αυτός εκφράστηκε σαν άρνηση του Διαφωτισμού και σαν επανάσταση ενάντια σε ένα συγκεκριμένο τύπο πολιτισμού και στις

¹³ Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1998, σ. 93.

συμβατικότητες που αυτός ενέχει,¹⁴ ουσιαστικά σημασιοδοτεί την άρνηση (και την εναλλακτική θέση) σε μια δεδομένη πραγματικότητα. Διαπερνά φιλοσοφικά, καλλιτεχνικά και θεωρητικά ρεύματα, επηρεάζει τη Σχολή της Φρανκφούρτης,¹⁵ και τους συνεχιστές της, διεισδύοντας μέχρι τις μοντέρνες και μετά-μοντέρνες προσεγγίσεις της ύστερης νεωτερικότητας. Στόχος είναι η υποκειμενικότητα, η ερμηνεία της σημασίας του προσωπικού βιώματος, ουσιαστικά η συνειδητοποίηση ότι η επεξηγηματική δύναμη των προηγούμενων μεγά-θεωριών δεν φτάνει να καλύψει όλες τις συνιστώσες του κοινωνικού πεδίου, όπως αυτό εκφράζεται διαχρονικά, αλλά και διαπολιτισμικά. Διεκδικήσεις από κοινωνικές ομάδες, όπως μειονότητες, φεμινίστριες, ομοφυλόφιλους, υποβοηθούν στην κατάδειξη αυτής της ανεπάρκειας, κάνοντας φανερό ότι πέραν των ποσοτικών μετρήσεων, τα κοινωνικά φαινόμενα απαιτούν και κάποια άλλη, διαφορετικού τύπου προσέγγιση.¹⁶

Αυτή η στροφή προς το υποκείμενο και την βιωμένη εμπειρία του, δηλαδή την ιδιαίτερη και προσωπική συνείδηση και εξατομικευμένη αντίληψη των πραγμάτων, με μια παράλληλη αμφισβήτηση της θετικιστικής προσέγγισης και της ανάλυσης/ερμηνείας της πραγματικότητας μέσα από ποσοτικές μεθόδους έρχεται να προσεγγίσει ο Husserl, θεμελιώνοντας τη Φαινομενολογία. Με κύριο στόχο την θεμελίωση της φιλοσοφίας ως αυστηρή και ουδέτερη επιστήμη, μετατοπίζει το «κέντρο βάρους» από την αντικειμενική στην βιωμένη πραγματικότητα. Κεντρικός άξονας είναι «...η επιστροφή στα ίδια τα πράγματα (αυτό που συμβαίνει είναι τα ίδια τα πράγματα)». Συμπεραίνει ότι δεν υπάρχει ένα φυσικό μέγεθος/αντικείμενο και αντίστοιχη αντικειμενική γνώση του από το υποκείμενο, αλλά η σχέση αυτών των δύο διαμεσολαβείται και εν πολλοίς επικαθορίζεται από την συνείδηση.¹⁷ Η αντίληψη της «αντικειμενικής» πραγματικότητας σημασιοδοτείται από την ερμηνεία.

¹⁴ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 2001, σσ. 32-33.

¹⁵ Με αφετηρία το *Ινστιτούτο Κοινωνικής Έρευνας* που ιδρύθηκε το 1923 στην Φρανκφούρτη, θα δημιουργηθεί μια σχολή σκέψης που θα ονομαστεί *Σχολή της Φρανκφούρτης*. Η μεγάλη προσωπικότητα της Σχολής είναι ο M. Horkheimer, με άλλους κύριους εκπροσώπους τους Adorno, Fromm, Marcuse. Οι δύο τελευταίοι (μαζί με τον Horkheimer) είναι και οι κύριοι εκπρόσωποι μιας σχετικά αυτόνομης τάσης της Σχολής του Φροϋδομαρξισμού, οι οποίοι – μαζί με τον A. Breton – ουσιαστικά προσηλώνονται στην δημιουργία «αμαγαλμάτων» Μαρξισμού και Φροϋδικής θεωρίας. Στο: Ραφαηλίδης Β., *Η Μεγάλη Περιπέτεια του Μαρξισμού*, εκδ. Εικοστού Πρώτου, Αθήνα, 1999, σσ. 138-139.

¹⁶ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 39.

¹⁷ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π. σσ. 40-41. Επίσης, βλ. στο: Husserl E., *Καρτεσιανοί Στοχασμοί*, μτφ. Π. Κόντος, εκδ. Ροές, Αθήνα, 1994.

Η κύρια θέση των ερμηνευτικών¹⁸ προσεγγίσεων έγκειται στη θέση ότι η διαφορά στο αντικείμενο μελέτης των θετικών και των κοινωνικών επιστημών είναι θεμελιώδης, κάτι που καθιστά ουσιαστικά ανέφικτη την εφαρμογή μιας ενιαίας επιστημονικής μεθόδου. Η κοινωνική πραγματικότητα κατασκευάζεται μέσα από τα νοήματα που αποδίδουν τα υποκείμενα, τόσο στην δική τους συμπεριφορά, όσο και στην άλλων. Κατά συνέπεια, οι όποιες κανονικότητες δεν μπορούν να προσδιοριστούν παρά μόνο μέσω της κατανόησης των υποκειμενικών νοημάτων και συστημάτων αναφοράς, μέσω των οποίων οι άνθρωποι προσλαμβάνουν τον κόσμο.¹⁹ Το πρόβλημα εναρμόνισης αυτών των υποκειμενικών νοημάτων με την αντικειμενικότητα της επιστήμης προσπαθεί –βασιζόμενος στην Φαινομενολογία του Husserl– να λύσει ο A. Schutz. Το ενδιαφέρον σημείο της συγκεκριμένης προσέγγισης, είναι η θέση της ερμηνείας των εμπειριών από τους ανθρώπους στη βάση των *κοινών παραστάσεων*. Παρ' όλες τις διαφορές, οι γνώσεις (αλλά και οι ερμηνείες) έχουν ένα *διυποκειμενικό* χαρακτήρα, με αποτέλεσμα την ερμηνεία των κοινωνικών φαινομένων μέσω της *κοινής λογικής*. Αυτές οι *νοηματικές τυποποιήσεις* είναι που δίνουν αντικειμενικότητα στον κόσμο, από τη στιγμή που αυτός προσλαμβάνεται και κατασκευάζεται με κοινά (ή έστω παραπλήσια) συστήματα τυποποίησης.²⁰ Σε μια παραπλήσια προσέγγιση, η ψυχολογία, και ειδικότερα η κοινωνική ψυχολογία, χρησιμοποιεί την έννοια του *στερεοτύπου*, σαν ένα προ-διαμορφωμένο τρόπο πρόσληψης γνωστικών σχημάτων, «πακέτα» προπαρασκευασμένων πληροφοριών, τα οποία επηρεάζουν την διαντίδραση/επικοινωνία, τόσο σε γνωστικό, όσο και σε συμπεριφορικό και συναισθηματικό επίπεδο.²¹

Η Ερμηνευτική, τόσο υπό το πρίσμα διαδικασίας και μεθοδολογίας, όσο και υπό το πρίσμα θεωρίας και ιδεολογίας προσέγγισης του πεδίου και του αντικείμενου, ενέχει (αλλά και προϋποθέτει) μια βασική παραδοχή. Την

¹⁸ Η σύγχρονη Ερμηνευτική, όπως αναπτύχθηκε κυρίως από τον Gadamer, εστιάζεται –πέρα από την ερμηνεία του κειμένου– στον άνθρωπο μέσα στην ιστορικότητά του, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από την «γλωσσική πράξη». Θεωρεί την επιστημονική αντικειμενικότητα ανεπαρκή τρόπο προσέγγισης, ενώ προτείνει ότι «... το ίδιο το πράγμα πρέπει να καθορίζει τον τρόπο προσέγγισής του». Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 46.

¹⁹ Στο: Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, ό.π., σσ. 30-31.

²⁰ Βλ. Schutz A., *Collected Papers*, Vol. 1, επιμ. M. Natanson, εκδ. Martinus Nijhoff, The Hague, 1967.

²¹ Παρ' όλο που η θεωρία των στερεοτύπων έχει αναπτυχθεί πολύ, η βιβλιογραφία –ειδικά η ελληνική– είναι ακόμα ανεπαρκής. Βασικές θέσεις στο: Γεώργας Δ. *Κοινωνική Ψυχολογία*, Τόμος Α, δ. έκδοση, εκδ. Ήβος, Αθήνα, 1995, σσ. 201-214.

αναγνώριση της προσωπικής ιστορικότητας και της αδυναμίας απεμπλοκής του προσωπικού στοιχείου, ιστορίας και ταυτότητας που συνοδεύει τον ερευνητή/επιστήμονα, με συνέπεια την αναγνώριση της ανάγκης για έλεγχο των προλήψεων, «...οι οποίες ενέχονται στα γνωστικά μας επιχειρήματα».²² Οι λεκτικές πρακτικές δέχονται το κύριο βάρος της ερμηνευτικής ανάλυσης, αφού η γλώσσα παύει να αποτελεί απλά ένα διαμεσολαβητικό περιγραφικό εργαλείο, αλλά είναι αυτή που κατασκευάζει την κοινωνική πραγματικότητα²³ σε δεδομένο χώρο και χρόνο.²⁴ Χωρίς να υπεισέλθουμε σε αρκετές από τις –αρκετά διαφορετικές– προσεγγίσεις του συγκεκριμένου «κορμού» θεωριών,²⁵ πρέπει να επισημάνουμε την συμβολή της ποικιλίας των προσεγγίσεων, και της δυνατότητας που προσέφεραν στην ανάπτυξη αρκετά πιο σύνθετων θεωρητικών σχημάτων, αλλά και αναλυτικών εργαλείων. Ο A. Giddens, με την θεωρία της *δομοποίησης*,²⁶ προτείνει τη *διπλή ερμηνευτική*, η οποία προσανατολίζεται, τόσο στην περιγραφή των *τρόπων ζωής* (forms of life) που συγκροτούνται, αλλά και συγκροτούν την ανθρώπινη συμπεριφορά, όσο επίσης και τις κοινωνικές επιστήμες, καθόσον και οι ίδιες συγκροτούν έναν *τρόπο ζωής* με την δική τους γλώσσα.²⁷ Ο P. Bourdieu προσφέρει την έννοια του *habitus*,²⁸ η οποία αντιπροσωπεύει την εσωτερίκευση εξωτερικών καταστάσεων που κάθε άνθρωπος βιώνει κατά την διαδρομή της

²² Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 47.

²³ Σε αυτή τη δομική σημασία του λόγου (discourse) βασίζεται κατά κύριο λόγο και η ανάπτυξη της μεταμοντέρνας θεωρίας τις τελευταίες δεκαετίες. Με αφετηρία τα κείμενα του Foucault, μετατοπίζει το σημείο ανάλυσης στον λόγο σαν την βασική μονάδα κατασκευής ταυτοτήτων.

²⁴ Στο: Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, ό.π. σ. 35.

²⁵ Η *Εθνομεθοδολογία* του Garfinkel εξετάζει την διαδικασία κατασκευής νοημάτων στις καθημερινές δραστηριότητες, με τις περιγραφές να έχουν βασικό ρόλο στην κατασκευή των κοινωνικών φαινομένων. Η *Θεωρία της Συμβολικής Διαντίδρασης* του Mead, εστιάζει το ενδιαφέρον της στα σύμβολα και στα νοήματά τους που συντελούν στην δημιουργία του κοινωνικού εαυτού. Η *Ερμηνευτική ανθρωπολογία* του Geertz δίνει βαρύτητα στην ερμηνεία, πέρα από την απλή περιγραφή. Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σσ. 54-62.

²⁶ Με την θεωρία της δομοποίησης ο Giddens θέτει το πρόβλημα της δυαδικότητας της δομής. Το ζητούμενο είναι να εντοπιστούν οι σχέσεις κοινωνικού πράττειν και δομών: πως δηλαδή οι δομές συγκροτούνται από τις κοινωνικές πράξεις και το κοινωνικό πράττειν συγκροτείται από τις δομές. Ο Giddens, συνεπώς με την *Εθνομεθοδολογία*, υποστηρίζει την άποψη ότι η κοινωνιολογία δεν μπορεί να κάνει προσιτή την κοινωνική ζωή σαν «φαινόμενο» παρατήρησης που υπάρχει ανεξάρτητο από την γνώση του ερευνητή που το συγκροτεί ως γνωστικό αντικείμενο, γιατί αυτό το αντικείμενο είναι υποκειμενικά συγκροτημένο. Στο: Giddens A., *Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία*, επιμ., πρόλογος: Θ. Κονιαβίτης, μτφ. Ν. Τριανταφυλλοπούλου, Τρίτη έκδοση, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα, 1993, σσ. 13-15.

²⁷ Στο: Giddens A., *Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία*, ό.π., σσ. 19-20.

²⁸ Για μια συνοπτική παρουσίαση των θέσεων του Bourdieu, βλ. Carrington V., Luke A., *Literacy and Bourdieu's Sociological Theory: A Reframing*, Language and Education, Vol. 11, Issue 2, 1997.

προσωπικής του ιστορίας, εσωτερικευμένα σχήματα που συνδέουν κοινωνικές καταστάσεις και ατομικές πρακτικές, ενώ συμβάλουν στην κατανόηση και αξιολόγηση συνθηκών, αλλά και στην επιλογή τρόπων δράσης. Μέσω του *habitus*, οι κοινωνικοί κανόνες και εργαλεία ενσωματώνονται αλλά και εξωτερικεύονται στις κοινωνικές πρακτικές, σε μια διαλεκτική μεταξύ τους σχέση.

Ο Μ. Horkheimer²⁹ προβληματίζει την «αντικειμενική» φύση της επιστήμης και των τεχνικών παραγωγής της, εστιάζοντας στον ιδεολογικό χαρακτήρα που η επιστήμη (αλλά και η θεωρία που αυτή υπερασπίζεται) αναγκαστικά κατέχει. Με αφετηρία την «εισβολή» των διαχρονικών κοινωνικών πρακτικών και παραγώνων – η πραγματικότητά μας σαν αποτέλεσμα της ανθρώπινης εξελικτικής και επενέργειας στο «φυσικό»- θέτει το πρόβλημα της αδυναμίας διάσπασης της εκάστοτε επιστημονικής «κατεύθυνσης» από το αποτέλεσμα που αυτή παράγει: η επιστήμη σαν μια διαδικασία, στην οποία η συμβολή του κοινωνικού είναι αποφασιστική, όχι μόνο στην δημιουργία του ιστορικού χαρακτήρα του προσλαμβανόμενου υποκειμένου, αλλά και επάνω στην λειτουργία του ίδιου του ατόμου που παράγει. Η καθαρότητα της επιστημονικής διαδικασίας, η οποία αναμένεται να επιτευχθεί μέσω της επιστημονικής μεθόδου, σε ένα πρώτο επίπεδο φαίνεται να έχει άμεση και αιτιακή σχέση με την τεχνική. Αλλά υπό το πρίσμα της ανθρώπινης εξελικτικής, τα γεγονότα που έρχονται να προστεθούν στο άτομο και την θεωρία του έχουν και αυτά παραχθεί κοινωνικά. Ουσιαστικά, η κοινωνική πρακτική εμπεριέχει μέσα της όλη τη διαθέσιμη (και εφαρμοσμένη) γνώση. Η - αρχικά λογική- πρόταση ότι οι τεχνικές/ εργαλεία αποτελούν μια προέκταση των ανθρώπινων δυνατοτήτων και παραγωγής, μπορεί να αντιστραφεί: όλος ο αισθητός κόσμος φέρνει απάνω του τη σφραγίδα της κοινωνικής πρακτικής και εργασίας. Η επιστημονική παραγωγή γνώσης σαν άμεσο αποτέλεσμα της υποκειμενικότητας, με αυτό τον τρόπο προβληματίζεται: «Η δύναμη της υγιούς ανθρώπινης νόησης, της *common sense*, ...και η γενική ισχύς των αντιλήψεων σε πεδία όπως των φυσικών επιστημών...οφείλεται στο γεγονός ότι ο υπό κρίση αντικειμενικός κόσμος δημιουργείται σε μεγάλο βαθμό από μια δραστηριότητα καθοριζόμενη από τις ίδιες εκείνες σκέψεις με τις οποίες το άτομο αναγνωρίζει και

²⁹Στο: Horkheimer M., *Φιλοσοφία και Κοινωνική Κριτική*, μτφ. Α. Οικονόμου., Ζ. Σαρίκας., εκδ. Ύψιλον, Αθήνα, 1984, σσ. 9-23.

συλλαμβάνει αυτό τον κόσμο».³⁰ Δηλαδή, η προβληματική τοποθετείται, όχι αναφορικά με την μέθοδο προσέγγισης του αντικειμένου, αλλά καταρχήν με την αισθητηριακή πρόσληψη της υπόστασης του αντικειμένου.³¹ Στην *Κριτική Θεωρία*³² του σχετικοποιεί το διαχωρισμό του ατόμου από την κοινωνία, ενώ το βάρος της ανάλυσης «πέφτει» στις –θεμελιώδεις για τον κοινωνικό ιστό– εργασιακές σχέσεις: «Η κριτική σκέψη θεωρεί τον άνθρωπο σαν ένα ον που αντιφάσκει στον εαυτό του, όσο καιρό δεν αποκαθίσταται αυτή η ταυτότητα ατομικού και κοινωνικού».³³ Αλλά ίσως, ο βασικός στόχος του Horkheimer βρίσκεται αλλού: στην κριτική μιας κοινωνίας που διαχέεται από ένα απάνθρωπο σχήμα σχέσεων εξουσιαζόντων και εξουσιαζόμενων, και στην ιστορική απαίτηση για μια επανοργάνωση των σχέσεων ατόμου-κοινωνίας, με τον κριτικό λόγο να παίζει ουσιαστικό ρόλο.³⁴ Ο Horkheimer, πέραν του προβληματισμού που θέτει αναφορικά με τη διαλεκτική ατόμου-κοινωνίας και τη σχετικοποίηση της αντικειμενικής και «ουδέτερης» πραγματικότητας, ουσιαστικά μεταθέτει την προβληματική, επικεντρώνοντας στην ηθική και πολιτική διάσταση: «Δεν υπάρχει καμιά θεωρία της κοινωνίας – συμπεριλαμβανομένης και της γενικευμένης κοινωνιολογίας- που να μην εμπεριέχει και πολιτικά συμφέροντα, η αλήθεια των οποίων θα πρέπει να κρίνεται πάλι μέσα στην πράξη και τη σκέψη. Από τη συγκεκριμένη, δηλαδή, ιστορική δραστηριότητα κι όχι από το φαινομενικά ουδέτερο στοχασμό».³⁵

³⁰ Στο: Horkheimer M., *Φιλοσοφία και Κοινωνική Κριτική*, ό.π., σ. 23.

³¹ Πολύ παλαιότερα, ο Kant, στην *Κριτική του Καθαρού Λόγου*, προσδιορίζει τα αισθητά φαινόμενα σαν διαμορφωμένα από το υπερβατολογικό υποκείμενο –από μια λογική δραστηριότητα- προτού ακόμα προσληφθούν και κριθούν από τη συνείδηση, δηλώνοντας ότι πίσω από το χάσμα μεταξύ πραγματικότητας και θεωρίας που βιώνει ο ερευνητής κρύβεται μια βαθύτερη ενότητα: η γενική υποκειμενικότητα από την οποία εξαρτάται η ατομική γνώση. Προβληματοποιώντας φυσικοποιημένα μεγέθη, αναφέρει χαρακτηριστικά: «Τι είναι τότε χώρος και χρόνος; Είναι τάχα μόνο προσδιορισμοί ή και σχέσεις των πραγμάτων αλλά σχέσεις τέτοιες που δεν θα έπαιναν να αποδίδονται σε αυτά ακόμα και καθαυτές, έστω και αν δεν μπορούσαν να εποπτευθούν; Ή χώρος και χρόνος ενυπάρχουν μόνο στην μορφή της εποπτείας και συνεπώς στην υποκειμενική κατασκευή του πνεύματός μας που χωρίς αυτήν τα κατηγορήματα αυτά δεν θα μπορούσαν να αποδοθούν σε κανένα πράγμα;» Στο: Kant I., *Κριτική του Καθαρού Λόγου*, εισ., μτφ. Α. Γιάνναρας, Τόμος Α, Τεύχος Ι, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, σσ. 110-111.

³² Για τον Horkheimer, η *Κριτική Θεωρία* αρθρώνεται γύρω από τρία βασικά σημεία: Αυτονομία από παραδοσιακά δόγματα (συμπεριλαμβανομένου και του Μαρξισμού), ιδέα ότι η κοινωνική κριτική είναι προϋπόθεση, αλλά και στοιχείο αυτοσυνείδησης της νέας κοινωνίας και επιλογή καθολικού κοινωνικού μετασχηματισμού, και όχι επιμέρους μεταρρυθμίσεων. Στο: Γέμτος Π., *Μεθοδολογία των Κοινωνικών Επιστημών*, ό.π., σ. 387.

³³ Στο: Horkheimer M., *Φιλοσοφία και Κοινωνική Κριτική*, ό.π., σ. 30.

³⁴ Στο: Horkheimer M., *Υλισμός και Μεταφυσική*, εισ. Α. Πάνου., μτφ. Α. Παυλίδου., εκδ. Γρηγόρη, Αθήνα, 1978, σσ. 7-8.

³⁵ Στο: Horkheimer M., *Φιλοσοφία και Κοινωνική Κριτική*, ό.π., σ. 42.

Η ύπαρξη μιας αντικειμενικής πραγματικότητας, «κάπου εκεί έξω» αμφισβητήθηκε από πολλούς στοχαστές, προσφέροντας την δυνατότητα ανάπτυξης διαφορετικών προσεγγίσεων. Ο Τ. Κuhn³⁶ προβληματίζει με έντονο τρόπο την προσέγγιση μιας αντικειμενικότητας, ισχυριζόμενος ότι η θεωρία που υιοθετεί ο επιστήμονας καθορίζει και τον τρόπο που προσλαμβάνει το αντικείμενό του. Ουδέτερα θεωρητικά εργαλεία δεν υπάρχουν. Και ίσως το πιο ενδιαφέρον σημείο είναι η μετάθεση της ανάλυσης και η ερμηνεία της υπό όρους σχέσεων εξουσίας. Ακόμα και για τα συχνά αντικρουόμενα θεωρητικά και επιστημονικά ρεύματα, «...η εξουσία κερδίζεται όχι από το ορθότερο...αλλά από το πειστικότερο».³⁷ Υπό όρους εξελικτικής, η ανάπτυξη της επιστήμης –πέραν του γεγονότος ότι είναι μια δυναμική, αλλά και ασυνεχής διαδικασία, μια ακολουθία ανατροπών- είναι και ένα ανθρώπινο δημιούργημα, ένα πολιτιστικό φαινόμενο, που βρίσκεται σε άμεση σχέση και αλληλεπίδραση με την κοινωνική συνιστώσα, και κατά συνέπεια η εξέλιξή της επηρεάζεται σημαντικά από παράγοντες θεωρητικά «ξένους» προς αυτή. Δύο διαδοχικές «θεωρίες» (δύο παραδείγματα, στην ορολογία του Κuhn), όχι μόνο είναι διαφορετικές και εκφραζόμενες η κάθε μία στην δική της γλώσσα, αλλά είναι και ασύμμετρες, δεν έχουν κοινό σημείο αναφοράς, σύγκρισης, άρα και συναλλαγής.³⁸

Η απόκλιση από το γενικό κανόνα και η απόρριψη βασικών, αλλά και δομικών –μέσα στο λειτουργικό επιστημονικό πλαίσιο- θεωριών για την προσέγγιση του πεδίου από την επιστήμη, φαίνεται να οδηγεί στην περιθωριοποίηση. Αναμενόμενο, αλλά και συνεπές. Σε μια πιο ακραία ριζοσπαστικοποίηση (αλλά και περιθωριοποίηση), ο P. Feyerabend «επιτίθεται» με πιο ακραίο τρόπο στην –ανεξάρτητη από τα εννοιολογικά σχήματα των υποκειμένων- αντικειμενική πραγματικότητα: «Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ακόμα και αυτό που θεωρούμε σε κάποια δεδομένη στιγμή ως «φύση» είναι το δικό μας προϊόν, με την έννοια ότι όλα τα χαρακτηριστικά στοιχεία που του αποδίδονται έχουν προηγουμένως επινοηθεί

³⁶Ο Κuhn, στην *Δομή των Επιστημονικών Επαναστάσεων*, ισχυρίζεται ότι οι επιστημονικές γνώσεις κάθε εποχής αρθρώνονται σε ένα αυτόνομο σύστημα, το οποίο δεν μπορεί να ελεγχθεί με μεταγενέστερα κριτήρια. Οι βασικές αναλυτικές του έννοιες είναι η *επιστημονική κοινότητα*, ένα σχετικά μη διαπερατό σύστημα και το *παράδειγμα* (για πολλούς μελετητές μια σχετικά ασαφής έννοια) που προσδιορίζεται σαν ένα σύνολο αναγνωρισμένων πεποιθήσεων, αξιών και τεχνικών, ενώ προσδιορίζει την ανάπτυξη της επιστήμης σαν μια ριζικά ασυνεχή διαδικασία, μια ακολουθία βίαιων ανατροπών. Στο: Κuhn T.S., *Η Δομή των Επιστημονικών Επαναστάσεων*, εισ. Β. Κάλφας., μτφ. Γ. Γεωργακόπουλος., Β. Κάλφας., εκδ. Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1981, σσ. 24-28.

³⁷Στο: Κuhn T. S., *Η Δομή των Επιστημονικών Επαναστάσεων*, ό.π., σ. 29.

³⁸Στο: Κuhn T. S., *Η Δομή των Επιστημονικών Επαναστάσεων*, ό.π., σσ. 35-36.

από εμάς και κατόπιν χρησιμοποιηθεί για να βάλουν τάξη στο περιβάλλον μας».³⁹ Ο Feyerabend καταρχήν προβληματοποιεί την «ορθόδοξη» επιστημονική πρακτική και μεθοδολογία, προσπαθώντας να αποδείξει το γεγονός ότι πολλές μεγάλες επιστημονικές ανακαλύψεις βασίστηκαν σε εντελώς εξω-επιστημονικά κριτήρια και διαδικασίες.⁴⁰ Επιπλέον, προτείνει μια σχεδόν ολοκληρωτική «απελευθέρωση», όχι μόνο από μια συμβατική οργάνωση της επιστημονικής μεθοδολογίας,^{41, 42} αλλά και προχωράει πολύ πιο πέρα. Θέτει το πρόβλημα του δικαιώματος της ισότιμης συμμετοχής στο κοινωνικό πεδίο, προβληματοποιώντας τη φυσικοποιημένη υπεροχή της επιστήμης απέναντι σε εναλλακτικά σχήματα, αλλά και αναφορικά με τη σχέση της επιστήμης με την (πολιτική) εξουσία.⁴³ Αν και πολλές φορές – υπαναχωρώντας- προσπαθεί να «δικαιολογήσει» κάποιες θέσεις του, η βασική τοποθέτηση θα μπορούσε να συνοψισθεί στο «όλα επιτρέπονται».⁴⁴ Θέτει το άτομο σαν τον απόλυτα υπεύθυνο κριτή των προτεινόμενων ιδεολογιών (σε αυτές τοποθετεί και την επιστήμη), και προτείνει τον απόλυτο διαχωρισμό της επιστήμης από το κράτος, επισημαίνοντας τους πολιτικούς «χειρισμούς» της επιστήμης και τις συνέπειες που αυτή ενέχει πάνω σε μια δημοκρατική κοινωνία.⁴⁵ Προσδιορίζει σαν αφετηρία της «δημοκρατικότητας» την ισοτιμία όλων των παραδόσεων μέσα σε μια κοινωνία, αφού μέσα σε μια ελεύθερη κοινωνία, ένας πολίτης πρέπει να είναι ελεύθερος να χρησιμοποιεί τα κριτήρια εκείνης της παράδοσης στην οποία

³⁹ Στο: Feyerabend P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, εισ. Γ. Γκουνταρούλης., μτφ. Γ. Καυκαλάς., Γ. Γκουνταρούλης., εκδ. Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1983, σσ. 15-16.

⁴⁰ Χρησιμοποιεί την θεωρία του Einstein αναφορικά με την κίνηση του Brown και την υπεράσπιση του συστήματος του Κοπέρνικου από τον Γαλιλαίο. Στο: Feyerabend P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, ό.π., σσ. 139-214.

⁴¹ Ο Feyerabend θεωρεί την ιστορική πραγματικότητα ιδιαίτερα πολύπλοκη, γεμάτη «από απρόβλεπτα σύμβαντα, συγκυρίες, παράξενες αντιθέσεις...και δείχνει την πολυπλοκότητα των ανθρώπινων μεταβολών και τον απρόβλεπτο χαρακτήρα...κάθε ανθρώπινης πράξης», θεωρώντας τους μεθοδολογικούς κανόνες ιδιαίτερα απλοϊκούς και ανεπαρκείς». Στο: Feyerabend P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, ό.π., σσ. 47-48.

⁴² Αναφέρει χαρακτηριστικά: «Για την ακρίβεια ισχυρίζομαι ότι α) οι κανόνες και τα κριτήρια συχνά παραβιάζονται *de facto*, και β) πρέπει να παραβιάζονται για να μπορεί η επιστήμη να προοδεύσει». Στο: Feyerabend P., *Γνώση για Ελεύθερους Ανθρώπους*, μτφ. Γ. Τζαβάρας., εκδ. Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1986, σ. 29.

⁴³ Συνοψίζει τις συγκεκριμένες θέσεις στο 18^ο κεφάλαιο του *Ενάντια στην Μέθοδο*, με ιδιαίτερα έντονο αλλά και πολύ ευφυή τρόπο. Προσεγγίζει την επιστήμη από την «αναλυτική κατηγορία» του μύθου, σαν απλά άλλη μια μορφή ανθρώπινης σκέψης και ιδεολογίας, η οποία διεκδικεί την πιστοποίηση της αλήθειας μέσα από ένα πλέγμα εξουσιών, και σίγουρα όχι με αφορμή την αντικειμενικότητα. Στο: Feyerabend P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, ό.π., σσ. 353-369.

⁴⁴ Πιο συγκεκριμένα, αναλύει την διαδικασία επιστημονικής προόδου με ένα έντονο αντισυμβατικό τρόπο, θεωρώντας ότι η μόνη αρχή που δεν αναχαιτίζει την πρόοδο είναι το «όλα επιτρέπονται». Στο: Feyerabend P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, ό.π., σσ. 54-60.

⁴⁵ Στο: Feyerabend P., *Γνώση για Ελεύθερους Ανθρώπους*, ό.π., σσ. 13-16.

ανήκει,⁴⁶ ενώ προσθέτει ότι, όπως όλοι οι θεσμοί σε μια δημοκρατική κοινωνία, έτσι και η επιστήμη πρέπει να υπόκειται σε δημοκρατικό έλεγχο. Κάθετα αρνητικός απέναντι στα θετικιστικά/ορθολογικά δυτικά μοντέλα, τα θεωρεί υπεύθυνα για μια πολιτισμική αλλοτρίωση, θέση που αναπτύσσει στον *Αποχαιρετισμό στον Λόγο*.⁴⁷ η «Δυτική πρόοδος» υπερφαλαγγίζει κεφαλαιοκρατικές αλλά και -πρώην-σοσιαλιστικές κοινωνίες, ανεξάρτητη από ιδεολογικές, φυλετικές και πολιτικές διαφορές, ομογενοποιώντας και υποκαθιστώντας τέχνες, έθιμα, μορφές οργάνωσης και κουλτούρες των σύγχρονων «αποικιών».⁴⁸

Ο Feyerabend φαίνεται ότι προχωρεί πιο πέρα από το δεδομένο, σχετικοποιώντας και προβληματοποιώντας βασικές αρχές και ισχυρά θεμελιωμένες θέσεις, όντας ένας ιδιαίτερα αμφιλεγόμενος στοχαστής. Αν προσπεράσουμε την προβληματική (και τη φιλοσοφική διαμάχη) για την πιστότητα των θέσεών του, δεν μπορούμε παρά να εστιαστούμε στην πιο ενδιαφέρουσα, για εμάς, θέση: αυτή που θέλει την επιστήμη σαν έναν ισχυρό ιδεολογικό μηχανισμό παραγωγής πολιτικής, ο οποίος –πέρα από τις επιμέρους διαφοροποιήσεις του- αναλαμβάνει ένα πρωταγωνιστικό ρόλο. Προσωπικά θα μπορούσαμε να θέσουμε τον προβληματισμό ότι η επιστήμη παράγει, όχι μόνο πρακτικές και θεωρίες, αλλά κυρίως παράγει τα κριτήρια εκείνα με τα οποία οι συμμετέχοντες στον κοινωνικό ιστό υποχρεώνονται να αξιολογήσουν τα ίδια τα παράγωγα της επιστήμης. Φαίνεται ότι πια δεν έχει σημασία το κατά πόσο ισχύει η έννοια της «αντικειμενικότητας». Από την στιγμή που η επιστήμη, όχι μόνο έχει πρόσβαση, αλλά φτάνει να ταυτίζεται με την εξουσία σαν μηχανισμό παραγωγής (και ελέγχου) των κριτηρίων, η «αντικειμενικότητα» είναι υποχρεωμένη να γίνει αποδεκτή. Ίσως είναι ενδιαφέρον δηλαδή, το «σημείο στίξης» να μεταφερθεί από τις παραδοχές, τις δυνατότητες, εν τέλει από το πλαίσιο (το context) της μιας ή της άλλης θεωρητικής (και κατά συνέπεια μεθοδολογικής) προσέγγισης, στο ρόλο που η κάθε μια διαδραματίζει μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων εξουσίας, όπως αυτές αρθρώνονται και παράγουν σε –φαινομενικά- εξω-επιστημολογικά πεδία. Υπό το πρίσμα μιας τέτοιας θεώρησης, το αν ένας (ειδικά «νέος») επιστήμονας επιλέξει μια θετικιστική/εμπειρική προσέγγιση ή μια πιο «σχετικιστική», ποιοτικά

⁴⁶ Στο: Feyerabend P., *Γνώση για Ελεύθερους Ανθρώπους*, ό.π., σσ. 16-21.

⁴⁷ *Farewell to Reason*: ο τίτλος του πρωτότυπου. Ο Λόγος (reason) εννοείται σαν αιτιότητα, το "γιατί", σε αντίθεση με τον Λόγο υπό την έννοια του discourse.

⁴⁸ Στο: Feyerabend P., *Αποχαιρετισμός στον Λόγο*, επιμ. Σ. Βιρδιβάκης., μτφ. Π. Μπουρλάκης., εκδ. Εκκρεμές, Αθήνα, 2002, σσ. 15-30.

προσανατολισμένη μέθοδο, όσο και αν έχει να κάνει με την παραγωγή νέας Γνώσης, άλλο τόσο έχει να κάνει με την τοποθέτησή του μέσα στην «σκακιέρα» των ιδεολογικών και πολιτικών συσχετισμών και συγκρούσεων.

Κατ' αυτό τον τρόπο φαίνεται ότι είναι ζωτικό ο «νέος» επιστήμονας να υπερβεί το πρόβλημα της συν-θέσης και της συν-αλλαγής. Πρέπει, είναι υποχρεωμένος να «διαλέξει στρατόπεδο». Μόλις τα τελευταία χρόνια, σε μια κρίση «εκδημοκρατισμού» της επιστημονικής μεθοδολογίας, πληθαίνουν οι φωνές που προτείνουν συνθετικά μοντέλα, προσέγγιση κατευθύνσεων ασύμβατων μεταξύ τους: διαφαίνεται μια προσπάθεια ομογενοποίησης, υπέρβασης –ή τουλάχιστον εξομάλυνσης- διαφορών, μια προσπάθεια «να έρθουμε όλοι πιο κοντά».⁴⁹ Ο προσωπικός προβληματισμός (αλλά και δυσπιστία) είναι μεγάλος. Αν και η συγκεκριμένη προβληματική υπερβαίνει την θεωρητική και μεθοδολογική δυνατότητα αυτού του κειμένου, μια ερμηνευτική προσέγγιση θα μπορούσε να εστιάσει στις έννοιες της «αδρανοποίησης» και «ουδετεροποίησης». Οι σύγχρονες πολιτικές (ή ίσως «πολεμικές») «εξουδετέρωσης» δεν θέλουν την καταστροφή του «εχθρού», με ότι αρνητικούς συμβολισμούς μια τέτοια τακτική μπορεί να επιφέρει. Ο Baudrillard προσδιορίζει χαρακτηριστικά τις συνέπειες αυτής της ομαλοποίησης και θετικοποίησης: «Υπάρχει μια τρομερή συνέπεια στην αδιάκοπη παραγωγή θετικότητας...αν η αρνητικότητα γεννά την κρίση και την κριτική, η υπερβολική θετικότητα γεννά την καταστροφή, διότι είναι ανίκανη να διυλίσει την κρίση και την κριτική σε ομοιοπαθητικές δόσεις...Κάθε τι που αποκαθαίρει το καταραμένο μέρος του υπογράφει τον ίδιο του το θάνατο...Κάθε απόπειρα εξαγοράς του *καταραμένου αποθέματος*...δεν μπορεί παρά να εγκαθιδρύσει παράδεισους της συναίνεσης, οι οποίοι είναι αληθινή αρχή του θανάτου».⁵⁰ Αν τολμήσουμε να μεταφράσουμε υπό το πρίσμα του «καταραμένου αποθέματος» τα «ποιοτικά» στοιχεία, τις μορφοποιήσεις, και εκείνες τις μεθοδολογικές διαδικασίες και πρακτικές που απειλούν να διαρρήξουν τη νέο-θετικιστική επιστημονική επεκτατική, τι πιο αναμενόμενος τρόπος αντίδρασης από την παρείσφρηση, την ενσωμάτωση, την

⁴⁹ Σύμφωνα με τους Alexander, J. (1987, 1988), Ritzer, G. (1990), Ahme, G. (1990), φαίνεται να διαγράφεται μια «θεωρητική στροφή» την τελευταία δεκαετία, η οποία εκφράζεται από μεγάλες συνθέσεις από στοιχεία προερχόμενα από διαφορετικές προσεγγίσεις, εδραιώνοντας ένα πλουραλιστικό χαρακτήρα. Ο Θ. Κονιαβίτης αρνείται τον «παραδειγματικό» (κατά Κιην) χαρακτήρα της Κοινωνιολογίας, δηλώνοντας ότι δεν διαγράφεται καμιά προοπτική τελικής επικράτησης ενός καθολικού «παραδείγματος». Στο: Κονιαβίτης Θ., *Πλουραλισμός στην Κοινωνιολογία*, ό.π., σσ. 18-19.

⁵⁰ Στο: Baudrillard J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, μτφ. Ζ. Σαρίκας., εκδ. Εξάντας, Αθήνα, 1996, σσ. 119-120.

ομογενοποίηση. Είναι κοινή παραδοχή πια ότι, χωρίς πρόγραμμα ανάλυσης μέσω Η/Υ, ποιοτική έρευνα δεν γίνεται.⁵¹ Και πάλι, αυτό το ψήγμα προβληματισμού δεν εστιάζεται στο κατά πόσο λειτουργική (και εν τέλει δημιουργική στην παραγωγή νέας γνώσης) μπορεί να είναι μια ποιοτική μεθοδολογία χωρίς την χρησιμοποίηση συγκεκριμένων τεχνικών και εργαλείων, αλλά κυρίως χωρίς σχεδιασμό και προσήλωση σε συγκεκριμένες αρχές και κανόνες. Εστιάζεται στην ένταξη αυτής της «διαφοροποιημένης ποιοτικής» μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων των επιστημολογικών σχολών και κατευθύνσεων, με απώτερο στόχο την απαλοιφή της όποιας διαφορετικότητας και των κινδύνων που αυτή συνεπάγεται.

⁵¹ Ενδεικτικά, βλ. στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σσ. 321-341.

3. Διαδικασίες

Πριν την εκκίνηση, το πρώτο, και εύλογο, ερώτημα ίσως θα πρέπει να αφορά την έννοια της ποιότητας. Ο –ευρύς– ορισμός των Denzin και Lincoln είναι αρκετά διευκρινιστικός αναφορικά με την αποσαφήνιση της έννοιας του ποιοτικού: «Η λέξη ποιοτικό υπονοεί μια έμφαση σε διαδικασίες και νοήματα τα οποία δεν εξετάζονται ή μετρώνται (αν μετρώνται) αυστηρά, με όρους ποσότητας, συνόλου (amount), έντασης ή συχνότητας. Οι ποιοτικοί ερευνητές τονίζουν την κοινωνικά δομημένη φύση της πραγματικότητας, τη στενή σχέση μεταξύ του ερευνητή και του αντικειμένου μελέτης, και των περιστασιακών καταναγκασμών που μορφοποιούν τη διερεύνηση. Οι ερευνητές αυτοί δίνουν έμφαση στην αξιακά φορτισμένη φύση της διερεύνησης. Ψάχνουν για απαντήσεις σε ερωτήματα που προτείνουν τον τρόπο που η κοινωνική εμπειρία δημιουργείται και νοηματοδοτείται».⁵² Ο Φίλιας, αποφεύγοντας να περιοριστεί στα εργαλειακά πλεονεκτήματα των ποιοτικών μεθόδων, επισημαίνει με χαρακτηριστικό τρόπο τα πλεονεκτήματά τους. Προσδιορίζει τη δυνητική στείρωση των ποσοτικών μεθόδων και επισημαίνει τον κίνδυνο του επιστήμονα να λειτουργεί στο πλαίσιο εξουσιαστικών μηχανισμών. Διατυπώνει την αναγκαιότητα επανένταξης της «κοινωνικής φαντασίας» στην έρευνα, καταδεικνύοντας την ανάγκη υπέρβασης του στατικού τρόπου πρόσληψης του κοινωνικού γίνεσθαι. Επίσης στρέφει την προσοχή στη διερεύνηση του προσωπικού ιδιαίτερου νοήματος της κοινωνικής πράξης του υποκειμένου, αναβαθμίζοντας την ιδεολογική φύση της έρευνας. Τέλος, σηματοδοτεί την ποιοτική έρευνα σαν ένα αποτελεσματικό εργαλείο καταπολέμησης του μηχανιστικού εμπειρισμού, με τους κινδύνους για την έννοια της ελευθερίας που αυτός ενέχει, αλλά και σαν ένα μέσο αποκάλυψης της ορθολογικοποίησης του «...ανορθολογικού μέσα από μηχανισμούς συμφερόντων, που διαμορφώνουν την νοοτροπία και τη στάση του σύγχρονου ανθρώπου».⁵³

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

⁵² Στο: Denzin N.K., Lincoln Y. S. *Introduction. Entering the Field of Qualitative Research*, επιμ. Denzin. N. K., Lincoln. Y. S., εκδ. Sage, Thousand Oaks, 1994, σσ. 1-17.

⁵³ Στο: Markantonis J. S., Rigas V. D., *Qualitative Analysis in Human Sciences: New Perspectives in Methodology*, εισ. Β. Φίλιας, 1998, σσ. 17-18.

ενδιαφέροντα προς ανάλυση θέματα από το κοινωνικό πεδίο που –ούτως ή άλλως– τον περιβάλλει, συνιστούν τον *εξυποκειμενισμό* της ερευνητικής διαδικασίας. Αντίθετα, το σύνολο των προβλημάτων (αλλά και λύσεων) που άπτονται στο κατά πόσο η έρευνα-ιδέα μπορεί να μετατραπεί σε έρευνα-πράξη, και εν τέλει σε έρευνα προϊόν, αποτελούν τον *εξαντικειμενισμό* της έρευνας.⁵⁴ Με δεδομένη την πολλές φορές δυσκολία θεωρητικού «προσδιορισμού», αλλά και εργαλειακής σχηματοποίησης του θέματος, φαίνεται ακόμα πιο δύσκολο το γεγονός της σαφώς μεγαλύτερης χρονικής (και όχι μόνο) επένδυσης στην διαδικασία. Η ποιοτική έρευνα απαιτεί δύο βασικές παραδοχές, αλλά και υποχωρήσεις από τον ερευνητή. Πρώτον την διάθεση πολλαπλάσιου χρόνου, και δεύτερον, τη –βασικότερη– κάθοδο στο πεδίο. Ποιοτική έρευνα χωρίς τον ερευνητή προσηλωμένο στο πεδίο, δεν γίνεται. Σύμφωνα με τον Λάζο, η ποιοτική έρευνα αποτελεί ένα ιδιαίτερα δύσκολο πεδίο, με τον ερευνητή να πρέπει να έχει ένα ισχυρότατο θεωρητικό οπλοστάσιο, άριστη μεθοδολογική κατάρτιση, μεγάλη και συνεχιζόμενη εκπαίδευση και εξειδίκευση, αλλά και τη συνδρομή όσο το δυνατόν περισσότερων επιστημόνων, ακόμα και από αντίπαλα μεθοδολογικά στρατόπεδα. Κατ' επέκταση (ή καλύτερα καθ' αντιστροφή), δύο από τις βασικότερες «αδυναμίες» των ποιοτικών ερευνητών τις προσδιορίζει αφενός στην έντονη *ιδιογραφικότητα*, την παρεμβολή, δηλαδή, του προσωπικού στοιχείου του ερευνητή σε υπέρ το δέον βαθμό, και στη *σπατάλη* των δεδομένων, υπό την έννοια ότι πολύ μικρό ποσοστό από το γνωστικό πλούτο που αποκομίζει ο ποιοτικός ερευνητής ουσιαστικά τον επιστρέφει στο κοινό προς αξιοποίηση.⁵⁵

Εστιάζοντας στη ρομαντική – συναισθηματική –ερευνητική προσέγγιση (σε αντίθεση με μια κλασσική- ορθολογική), δύο παρατηρήσεις αναδύονται: αφενός η προσφορά ευρημάτων υψηλής αξίας ως προς το λογικοσυναισθηματικό γνωστικό, αλλά αφετέρου η μεγαλύτερη δυσκολία ένταξης των ευρημάτων αυτών σε ευρύτερες κοινωνικές συντεταγμένες. Με συνέπεια μια περιορισμένη ικανότητα γενίκευσης. Ο Λάζος αναφέρει πολύ χαρακτηριστικά, ότι ο μεν θετικισμός βλέπει το δάσος αλλά δεν βλέπει τα δέντρα, ο δε ερμηνευτισμός, βλέπει τα δέντρα αλλά δεν

⁵⁴Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σσ. 70-71.

⁵⁵Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σσ. 70-78, 91-100.

βλέπει το δάσος.⁵⁶ Μια απλή συσχέτιση των δύο παραπάνω μεθόδων μπορεί ν' αποβεί ανεπαρκής. Ο προβληματισμός που απορρέει εδώ, έχει να κάνει με το βαθμό εισχώρησης του ερευνητή στο πεδίο. Σύμφωνα με τη Λυδάκη, η κατανόηση του «άλλου» μπορεί να γίνει εφικτή μόνο με την ενεργή συμμετοχή στη ζωή του, και τη δημιουργία μιας στενής σχέσης. Η κατανόηση είναι το κλειδί.⁵⁷ Και ο προσωπικός προβληματισμός συνίσταται στο κατά πόσο είναι εφικτή η παράλληλη και ολιστική προσέγγιση μεθόδων και μεθοδολογιών, χωρίς να χαθεί η προσήλωση στο θεωρητικό/ιδεολογικό αφετηριακό σχήμα. Η κατανόηση του «άλλου» πρέπει να είναι η αφετηρία και το πρώτο ζητούμενο. Αν κάποιες ποσοτικές μετρήσεις μπορούν να λειτουργήσουν επικουρικά (για παράδειγμα, δημογραφικά στοιχεία του υπό έρευνα πληθυσμού είναι ιδιαίτερα υποβοηθητικά), και στο μέτρο που δεν αλλοιώνεται ο χαρακτήρας και κυρίως η προσέγγιση του ερευνητή, ακόμα καλύτερα. Αλλά ο άμεσος συγχρωτισμός και η προσωπική εμπειρία στην επαφή με το πεδίο είναι το βασικό εργαλείο κατανόησης της δεδομένης –και πιθανότατα– διαφορετικής κοινωνικής πραγματικότητας. Κατανόηση, που σπάνια προέρχεται από το άμεσα λεχθέν: συγκεκριμένα ερωτήματα έχουν συνήθως και συγκεκριμένες απαντήσεις. Οι πράξεις ερμηνεύονται αυθόρμητα, ενώ πλήθος μηχανισμών υπεισέρχονται και προδικάζουν την απάντηση. Η ψυχοδυναμική θεωρία μας έχει εφοδιάσει με τη γνώση πολλών τέτοιων μηχανισμών και αντιδράσεων που διαμεσολαβούν στην επικοινωνία, τόσο με τους άλλους, αλλά κυρίως με τον εαυτό, με το προσωπικό Εγώ.⁵⁸ Αλλά και από την πλευρά του ερευνητή, έτοιμα γνωστικά σχήματα (τα προαναφερθέντα στερεότυπα) είναι εκ των πραγμάτων εκεί και προδικάζουν την συνδιαλλαγή. Παράλληλα, η τάση για ερμηνείες με βάση το –ήδη

⁵⁶ Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σ. 165.

⁵⁷ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 129.

⁵⁸ Αν και η συνοπτική παρουσίαση μιας τέτοιας προσέγγισης είναι αρκετά δύσκολη και ίσως χωρίς ουσιαστικό βάρος, στα πλαίσια του παρόντος κειμένου, μπορούν –ωστόσο– να αναφερθούν κάποια βασικά στοιχεία αναφορικά με τους μηχανισμούς άμυνας, οι οποίοι υπεισέρχονται στην δόμηση του Εγώ, της προσωπικής μας ταυτότητας, τόσο σε δομικό, όσο και σε εξελικτικό επίπεδο. Ο Freud θεωρεί την λειτουργία τους δομική για την ομαλή κοινωνικοποίηση και ανάπτυξη του ατόμου, έχοντας μια τόσο καίρια θέση στην ψυχική οικονομία, ώστε να αποτελούν πυρηνικό ιδιοσυστασιακό χαρακτηριστικό. Αν και χωρίζονται αδρά σε πρωτόλειους (όπως η *άρνηση*, η *ενσωμάτωση*), και πιο εξελιγμένους (η *διανοητικοποίηση*), ουσιαστικά η λειτουργία τους είναι δυναμική: βρίσκονται σε μια έντονα διαλεκτική σχέση με τις περιβαλλοντικές συνθήκες, ενώ η συνειδητοποίηση της χρήσης τους από το άτομο ποικίλλει, από την απόλυτα ασύνειδη συνθήκη, μέχρι τη χρήση τους σε πλήρη επίγνωση. Για μια συνοπτική παρουσίαση των βασικότερων μηχανισμών άμυνας, στο: Μπεράτη Σ., *Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ*, Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική, επιμ. Γ. Τσιάντης εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2001, σσ. 43-61.

γνωστό-ερμηνευτικό/νοηματικό πλαίσιο της «κουλτούρας» που βιώνει εκτός πεδίου ο ερευνητής, αποτελεί άλλο ένα σημείο προσοχής. Με δεδομένη την αδυναμία της απόλυτης απροκαταληψίας, το λιγότερο που μπορεί ο ερευνητής να κάνει είναι ένας συνεχής έλεγχος πάνω στα ερμηνευτικά σχήματα, στις πράξεις και στις αντιδράσεις του απέναντι στο αντικείμενό του, ώστε να γίνει εφικτή μια ελαχιστοποίηση της διαφοράς. Ή καλύτερα, μια μεγιστοποίηση της «κοινωνίας» και της κατανόησης της διαφορετικής πραγματικότητας.⁵⁹

Ελέγχοντας σε ένα λειτουργικό/εργαλειικό επίπεδο, φαίνεται ότι τόσο οι ποσοτικές μέθοδοι, όσο και οι ποιοτικές έχουν ήδη προ-προσδιορίσει κάποια περισσότερο πρόσφορα πεδία δράσης. Οι ποσοτικές μέθοδοι μέτρησης πολλές φορές αναδεικνύονται ανεπαρκείς για τη μελέτη –και κυρίως την κατανόηση- πεδίων/πληθυσμών με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τόσο αναφορικά με το μέγεθος και τη δομή, όσο και με τη θέση που κατέχουν μέσα στο συγκεκριμένο ιστορικό πλαίσιο. Αλλά και μεγαλύτερα, πιο τυποποιημένα μορφώματα μπορούν να προσεγγιστούν με πληρέστερο τρόπο όταν η μέθοδος προσανατολίζεται στην κατανόηση του ιδιαίτερου νοήματος, με τον -απόλυτα- υποκειμενικό τρόπο που μπορεί αυτό να εκφράζεται ατομικά ή συλλογικά.⁶⁰

⁵⁹Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σσ. 127-135.

⁶⁰«Ο ερευνητής οφείλει να διερευνήσει την ατομική δράση μέσα σε συγκεκριμένες δομές, να κατανοήσει...τη διαπλοκή του ατομικού με το κοινωνικό, την ταυτότητα των ατόμων, την στάση ζωής, να αναζητήσει...το ποιόν των ανθρώπων (ποιοι είναι) με ποιοτική ανάλυση των δεδομένων που συλλέγονται επιτόπου». Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 127.

4. Εργαλεία

Αναφορικά με την ποιοτική έρευνα πεδίου, τα διαθέσιμα «εργαλεία» για την άντληση των δεδομένων που έχει στη διάθεσή του ο ερευνητής είναι η *συνέντευξη*, η *παρατήρηση* και η *συμμετοχική παρατήρηση*. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει σημειωθεί μια έντονη στροφή στις «προτιμήσεις» των ερευνητών, με αποτέλεσμα η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης να παρουσιάζεται σταθερά πρώτη, ενώ η τεχνική της συνέντευξης (και ακόμα περισσότερο, της παρατήρησης) να έχουν εγκαταλειφθεί σαν πρώτα (και μοναδικά) όπλα άντλησης δεδομένων. Βέβαια, τις περισσότερες φορές ισχύει μια σύνθεση και διαπλοκή χρησιμοποίησης αυτών των μεθόδων μέσα στην ερευνητική διεργασία. Σε μια διαδικασία συμμετοχικής παρατήρησης, η χρησιμοποίηση της τεχνικής των συνεντεύξεων είναι και αναμενόμενη, αλλά και επιθυμητή.⁶¹

4.α. Η συνέντευξη

Όπως και με τα περισσότερα ερευνητικά εργαλεία, η μέθοδος της συνέντευξης ποικίλλει αναφορικά με τον τρόπο οργάνωσής της, ο οποίος καθορίζεται, τόσο από τις ερευνητικές ανάγκες, όσο και από τις ιδιαιτερότητες του ερευνητικού αντικειμένου και του πληθυσμού που απευθύνεται. Οι τύποι των συνεντεύξεων θα μπορούσαν να τοποθετηθούν πάνω σε έναν άξονα, στο οποίο ο ένας πόλος αντιπροσωπεύεται από την «ανοικτή», τη μη-δομημένη (σε «βάθος») συνέντευξη, ενώ στον άλλο πόλο θα μπορούσε να τεθεί η πλήρως δομημένη συνέντευξη, τα χαρακτηριστικά της οποίας προσεγγίζουν αυτά του ερωτηματολογίου. Στη μη-δομημένη συνέντευξη, τον πρώτο λόγο τον έχει ο ερευνώμενος. Ο ερευνητής «αφήνεται» στην πραγματικότητα του άλλου, οι παρεμβάσεις του είναι οι ελάχιστες δυνατές, η έμφαση δίνεται στην ερμηνεία. Δύο βασικά θέματα/προβλήματα που δυνητικά μπορεί να ανακύψουν, και για τα οποία ο ερευνητής πρέπει να είναι σε εγρήγορση, είναι η αναμονή για μια «γλωσσική αυτοπειθαρχία» από την πλευρά του ερευνώμενου, αλλά και η (πολλές φορές αυθόρμητη) υπόθεση από την πλευρά του ερευνητή ότι τα γεγονότα που παρουσιάζονται έχουν το ίδιο ερμηνευτικό, αλλά

⁶¹Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σσ. 271-273.

και συναισθηματικό «αντίκρισμα» και για τους δύο. Ο ερευνητής που δεν θα μπορέσει να εισέλθει στην εκάστοτε ιδιαιτερότητα και ιδιομορφία (γλωσσική, τοπική, συμβολική), αυτός που δεν θα καταφέρει να κατανοήσει την συγκεκριμένη παράδοση σχεδόν βέβαια θα προβάλει τις δικές του νοητικές και συναισθηματικές δομές στην ερμηνευτική διαδικασία, με αποτέλεσμα την έλλειψη ή την απώλεια του κοινού σημείου αναφοράς.⁶² η ερμηνεία έχει προκαθοριστεί. Δηλαδή, στοιχεία όπως η ενσυναίσθηση (κυρίως με την Ροτζεριανή ερμηνεία της λέξης)⁶³ και η κατανόηση του υποκειμένου, όσο και να παρουσιάζονται μη-επιστημολογικά, είναι βασικά για τη σε βάθος συνέντευξη.⁶⁴ Μέσα από μια διαφορετική προοπτική, η «ανοικτή» συνέντευξη προβλήθηκε και υπερασπίστηκε σε σχέση με την «κλειστή», τύπου ερωτηματολογίου. Θεωρητικοί της φεμινιστικής προσέγγισης κατέδειξαν τον –σύμφωνα με αυτές– «ανήθικο» χαρακτήρα της δομημένης συνέντευξης, θέτοντας την άποψη ότι χειραγωγεί και αντικειμενοποιεί τους ερευνώμενους, με έναν ιδιαίτερα τεχνητό και εργαλειακό τρόπο. Αντίθετα, η εμπιστοσύνη, η συναισθηματική ταύτιση, η συμπάθεια και η οικειότητα αποτελούν βασικές παραμέτρους τόσο αναφορικά με την δομή της συνέντευξης, όσο και αναφορικά με την ιδεολογική λειτουργία που εκφράζει στο συγκεκριμένο κάθε φορά πλαίσιο.⁶⁵ Ο προβληματισμός (και η απάντηση) προέρχεται κυρίως από το χώρο της εθνομεθοδολογίας. Η συγκεκριμένη προσέγγιση, αν και όχι τελείως απορριπτική, επισημαίνει αδυναμίες του εργαλείου της συνέντευξης γενικότερα. Η συνέντευξη θεωρείται ότι παρουσιάζει μια αναφορά της πραγματικότητας φορτισμένη από μερικότητες, προκαταλήψεις, λαθεμένες εκτιμήσεις, ακόμα και ανεντιμότητα. Κατά δεύτερον, επισημαίνει ότι τα δύο εμπλεκόμενα άτομα παρουσιάζονται «σαν» να καταλαβαίνει ο ένας τον άλλον, ενώ ουσιαστικά στηρίζονται σε απλουστεύσεις,

⁶² Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σ.295.

⁶³ Ο Carl Rogers θεωρεί σαν κύριες προϋποθέσεις μιας ουσιαστικής επικοινωνίας και κατ' επέκταση σχέσης, την άνευ όρων αποδοχή του άλλου έτσι όπως ακριβώς είναι, την ειλικρίνεια και την ενσυναίσθηση. Με τον όρο «ενσυναίσθηση» (empathy), ο οποίος προτιμήθηκε αντί του όρου «εμπάθεια» στα Ελληνικά, ο Rogers εννοεί την κατανόηση του βιώματος του άλλου, τη δυνατότητα του να εισερχόμαστε στην θέση του, διατηρώντας παράλληλα την αντικειμενικότητά μας (ή καλύτερα την προσωπική υποκειμενικότητά μας) και την κριτική σκέψη που αυτή συνεπάγεται. Στο: Ποταμιάνος Γ., *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*, β. έκδοση, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998, σσ. 279-290.

⁶⁴ Στο: Witz K. G., Goodwin D. R., Hart R. S., Thomas S. H., *An Essentialist Methodology in Education-Related Research Using In-Depth Interviews*, *Journal of Curriculum Studies*, Vol. 33, No 2, 2001, σσ. 195-227.

⁶⁵ Για πιο αναλυτική παρουσίαση, βλ. Oakley A., *Interviewing Women: A Contradiction in Terms*, *Doing Feminist Research*, επιμ. H. Roberts, εκδ. Routledge and Kegan Paul, London, 1981, σσ. 30-61. Επίσης: Fontana A., Frey J. H., *Interviewing: The Art of Science*, εκδ. Denzin-Lincoln, 1994.

προβολές, αλλοιώσεις και μεταφορές για την κατανόηση των λεγομένων, με συνέπεια αυτά τελικώς να μην γίνονται κατανοητά.⁶⁶

Πέραν των θέσεων, αλλά και των αντί-θέσεων αναφορικά με τη χρησιμότητα, τις δυνατότητες και τις ιδεολογικές προεκτάσεις αναφορικά με τη χρησιμοποίηση του συγκεκριμένου εργαλείου, η προσωπική εκτίμηση τείνει στη διαπίστωση της – εκ των πραγμάτων- αναγκαιότητας για τη χρήση του. Η μέθοδος της συνέντευξης, όσο και να ενέχει τα χαρακτηριστικά (αλλά και τον κίνδυνο) μιας «παραμορφωμένης» επικοινωνίας, παρ' όλα αυτά αποτελεί τον «κορμό» μιας βασικής συνδιαλλαγής. Στην αντίθετη περίπτωση πιθανόν ο ερευνητής να βρεθεί μπροστά σε ένα «επικοινωνιακό κενό», χωρίς εναλλακτικά σχήματα προσέγγισης που να μπορούν να καλύψουν το κενό αυτό. Με δεδομένη αυτή τη θέση, η επιλογή, αλλά και ο τρόπος χειρισμού του συγκεκριμένου εργαλείου εναπόκειται στην κρίση, αξιολόγηση και κυρίως στην ευαισθησία του ερευνητή, τόσο απέναντι στην παραγωγή που το συγκεκριμένο εργαλείο θα του προσφέρει, όσο και απέναντι στο υποκείμενο που θα του δώσει την ευκαιρία για αυτόν τον «τρόπο επικοινωνίας».

4.β. Η παρατήρηση

Με τον όρο παρατήρηση συνοπτικά αναφέρονται οι διαδικασίες εκείνες που αφορούν τη σκόπιμη, συστηματική και επαναλαμβανόμενη –οπτική κυρίως- εποπτεία του αντικειμένου προς μελέτη, είτε με την παράλληλη γνώση της διαδικασίας από αυτό, είτε εν αγνοία του. Παρ' όλο που σαν μεθοδολογικό εργαλείο έχει υποχωρήσει κατά πολύ μπροστά στα υπόλοιπα, και ειδικά στη συμμετοχική παρατήρηση, σε συγκεκριμένες συνθήκες μπορεί να αποβεί αναντικατάστατο. Έτσι, μπορεί να είναι ιδιαίτερα υποβοηθητική στη μελέτη του κοινωνικού χώρου, και των συνθηκών που πλαισιώνουν το αντικείμενο. Όπως και στον ακριβή εντοπισμό συχνοτήτων και διαρκειών, στην αποσαφήνιση παραμέτρων που είτε δεν μπορούν να υπολογιστούν με ακρίβεια από ένα ερωτηματολόγιο ή μια συνέντευξη, ή μπορούν να «ξεπέσουν» της προσοχής ενός ερευνητή, ο οποίος έχει στρέψει κάπου αλλού το ενδιαφέρον του τη στιγμή που

⁶⁶ Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σ.303.

εξελισσονται.⁶⁷ Βέβαια, η ανεξαρτησία της μεθόδου από το υποκείμενο, όσο και αν λειτουργεί βοηθητικά, σίγουρα εγείρει και κάποιους προβληματισμούς, κατ' αρχήν ηθικής φύσεως. Το υποκείμενο της έρευνας αντικειμενοποιείται στον έσχατο βαθμό, ενώ, επιπλέον, η έρευνα τείνει να γίνει καθαρά ποσοτική. Αυτό ίσως είναι και το πιο ευαίσθητο σημείο αναφορικά με την «απλή» παρατήρηση. «Η προώθηση της ποιοτικής έρευνας σε χώρους που στα μέσα του αιώνα αποτελούσαν πεδία της ποσοτικής, και της υποκειμενικότητας εναντίον της αντικειμενικότητας λαβαίνει χώρα κυρίως επάνω στην παρατήρηση... μια μεγάλη μερίδα ποιοτικών ερευνητών, δεν διαθέτουν χρόνο για μια κριτική επαναπροσέγγιση της παρατήρησης και βιάζονται να την απωθήσουν στην ποιοτική έρευνα».⁶⁸ Αν και μέχρι τα μέσα του προηγούμενου αιώνα η παρατήρηση είχε μια έντονα θετικιστική «χρoιά», μετά το 1960, παρατηρείται μια στροφή των ερευνητών προς πιο ποιοτικές μορφές. Η δραματουργική θεώρηση (με «κορυφαίο» εκπρόσωπο τον Goffman και την «αυτό-επιβαλλόμενη περιθωριακότητα») δίνει βαρύτητα στην απόδοση ρόλων από το άτομο, σε μια προσπάθεια βελτίωσης της εικόνας που οι άλλοι έχουν γι' αυτό. Η «σχολή» αυτή έχει να παρουσιάσει ενδιαφέροντα παραδείγματα, όπως έρευνες για την χαρτοπαιξία⁶⁹ ή τις λεσβιακές κοινότητες.⁷⁰ Σε αντίθεση με τους δραματουργικούς που εστιάζουν στο άτομο, οι ερευνητές με αφετηρία τη θεωρία της Συμβολικής Διαντίδρασης, θέτουν σαν ελάχιστη αφετηρία παρατήρησης τη δυάδα, δίνοντας βαρύτητα στον έλεγχο της δομής των κοινωνικών διαντιδράσεων.⁷¹ Προσωπική εντύπωση πάντως είναι ότι η μέθοδος της παρατήρησης παραχωρεί την θέση της σε πιο πολύπλοκες (αλλά και απαιτητικές) μεθοδολογικές προσεγγίσεις, (όπως η συμμετοχική παρατήρηση). Η Γνώση, αλλά και η τεχνογνωσία που παρήγαγε, έχουν χρησιμοποιηθεί σαν εφελκυστήριό ανάπτυξης διαφορετικών, πιο σύνθετων σχημάτων. Υπό αυτό το πρίσμα, η παρατήρηση, σαν μοναδικός τρόπος προσέγγισης του αντικειμένου, ακολουθεί (και ίσως πρέπει να ακολουθεί) μια εξελικτικά αναμενόμενη υποχώρηση,

⁶⁷ Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σ.310.

⁶⁸ Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σ.305.

⁶⁹ Στο: Hayano D., *Poker Faces*, εκδ. University of California Press, Berkeley, 1982.

⁷⁰ Στο: Krieger S., *Beyond subjectivity: The Use of the Self in Social Science*, *Qualitative Sociology*, 8, 1985, σσ. 309-324.

⁷¹ Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σ.309.

αφού εκ των πραγμάτων φαίνεται σχετικά αδύναμη να καλύψει εργαλειακά τα σύνθετα θεωρητικά μοντέλα που αναπτύσσονται.

4.γ. Η συμμετοχική παρατήρηση

Η μέθοδος της συμμετοχικής παρατήρησης, ειδικά τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό, τόσο αναφορικά με την ποσότητα των παραγόμενων εργασιών, όσο και αναφορικά με την ποικιλία των θεωρητικών εναλλακτικών σχημάτων που έχουν παρουσιαστεί. Μέσω της συγκεκριμένης μεθόδου, τα φαινόμενα εξετάζονται στο «δικό» τους περιβάλλον, ενώ η έρευνα έχει σαν στόχο τη σε βάθος μελέτη των περιπτώσεων. Αυτό σημαίνει ότι εφαρμόζεται κυρίως σε λίγες περιπτώσεις οι οποίες μελετώνται στην ολότητά τους: ο ερευνητής εξετάζει το θέμα από την πλευρά των υποκειμένων, προσπαθεί να διαπιστώσει την σημασία, το υποκειμενικό νόημα που αυτά αποδίδουν στα γεγονότα και τις καταστάσεις. Η βαρύτητα δίνεται στη σημασία που έχει η ενσωμάτωση του ερευνητή στον υπό έρευνα χώρο, και στην κοινή κατασκευή των νοημάτων, μέσω της σχέσης ερευνητή και ερευνώμενου. Ο τόπος της έρευνας αποτελεί, ουσιαστικά, και το πεδίο, στο οποίο συναντιούνται δύο διαφορετικοί πολιτισμοί, κουλτούρες, κοσμοθεωρίες, αλλά και πρακτικές και στόχοι. Και το πρώτο –και άμεσο– ζητούμενο είναι να γίνει εφικτή, όχι απλά μια επαφή, αλλά μια «κοινωνία», μια επικοινωνία, μια διαντίδραση, η οποία να αποβεί τόσο παραγωγική, όσο και ηθική.⁷²

Η συμμετοχή, η ανάμειξη του ερευνητή στην ομάδα μπορεί να πάρει διάφορες μορφές και σε διαφορετικό βαθμό. Οι δύο βασικότερες τυπολογίες έχουν διατυπωθεί από τους Gold και Adler and Adler. Ο Gold, το 1958, διατυπώνει μια τυπολογία με βασικό κριτήριο το βαθμό συμμετοχής του ερευνητή. Ο ερευνητής μπορεί να είναι πλήρως συμμετέχων (complete participant), συμμετέχων ως παρατηρητής (participant as observer), παρατηρητής ως συμμετέχων (observer as participant), πλήρως παρατηρητής (complete observer).⁷³ Η τελευταία κατηγορία, αυτή του απλού παρατηρητή, ουσιαστικά ταυτίζεται με την μέθοδο της παρατήρησης, έτσι όπως προσδιορίστηκε προηγουμένως. Οι Adler και Adler,

⁷²Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σσ. 147-150.

⁷³Στο: Gold R., *Roles in Sociological Field Observations*, *Social Forces*, 36, 1958, σσ. 217-223.

ουσιαστικά αναβαθμίζουν το μοντέλο του Gold, οργανώνοντας την συμμετοχική παρατήρηση στον άξονα «περιφερειακή συμμετοχή/ενεργή συμμετοχή/πλήρης συμμετοχή». Η «πλήρης συμμετοχή» σημασιοδοτεί την προσπάθεια σκόπιμης «μετατροπής» του ερευνητή σε γνήσιο μέλος της ομάδας. Ο τύπος της «ενεργής συμμετοχής» προϋποθέτει τη συμμετοχή του ερευνητή στις κεντρικές σχέσεις και δραστηριότητες της ομάδας, χωρίς όμως την αποδοχή εκ μέρους του των αρχών, των αξιών και της κοσμοθεωρίας της ομάδας. Ο τύπος της «περιφερειακής συμμετοχής» (ο οποίος είναι και ο πιο πρωτότυπος) προϋποθέτει την ενεργή παρουσία του ερευνητή στην ζωή της κατηγορίας που ερευνά, χωρίς όμως τη συμμετοχή του στις «κεντρικές» δραστηριότητες της ομάδας, αυτές που συνιστούν και την «ειδοποιό διαφορά» το κεντρικό χαρακτηριστικό που προσδιορίζει την ομάδα.⁷⁴

Κάθε μια από τις παραπάνω προσεγγίσεις παρουσιάζει κάποια πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα. Πάντως οι περισσότεροι ποιοτικοί τείνουν να προτιμούν τις δύο «μεσαίες» προσεγγίσεις, οι οποίες προϋποθέτουν κάποιο βαθμό συνδιαλλαγής με την υπό έρευνα ομάδα. Στην πρώτη περίπτωση, του πλήρως συμμετέχοντος, σαν προϋπόθεση θέτεται η απόκρυψη της επιστημονικής ιδιότητας του ερευνητή. Πέραν του πλεονεκτήματος της δυνατότητας μελέτης «κλειστών» ομάδων, οι οποίες δεν μπορούν να μελετηθούν διαφορετικά, τα προβλήματα ηθικής τάξης είναι και τα πρώτα που εγείρονται.⁷⁵ Πέραν τούτου, ο ερευνητής πολύ δύσκολα θα μπορέσει να «οικειοποιηθεί», τρόπους, συμπεριφορές, όλη την «εργαλειακή σημειολογία» της κουλτούρας, τα γλωσσικά και χαρακτηριστικά ιδιώματα που θα προσπαθήσει να μιμηθεί. Επιπλέον, οι συγκεκριμένες ομάδες αποτελούν τις περισσότερες φορές ένα «κλειστό κύκλο» με τα μέλη να γνωρίζονται μεταξύ τους, έτσι ώστε η οποιαδήποτε παρείσφρηση να γίνεται εύκολα αντιληπτή. Αλλά και ο τρίτος τύπος –κατά Gold- παρουσιάζει το μειονέκτημα της απόστασης. Σε συνθήκες κυρίως παρατήρησης, και λιγότερο συμμετοχής, ο ερευνητής πιθανότατα να παραμείνει ο «ξένος», ή έστω ο «φιλοξενούμενος», χωρίς την δυνατότητα μιας ουσιαστικής επαφής με την ομάδα που τον ενδιαφέρει, ακόμα και ένας «εν δυνάμει αντίπαλος», κάποιος που

⁷⁴ Στο: Adler P. A., Adler P., *Stability and Flexibility: Maintaining Relations Within Organized and Unorganized Groups*, Experiencing Fieldwork, επιμ. W. Shaffir., R. Stebbins, εκδ. Newbury Park, Sage, 1991, σσ. 173-183.

⁷⁵ Χαρακτηριστική περίπτωση αποτελεί η έρευνα του Humphreys στον χώρο των ομοφυλόφιλων. Στο: Humphreys L., *Teamroom Trade*, εκδ. Aldine, Chicago, 1970.

παρακολουθεί και καταγράφει μια ζωή ριζικά διαφορετική από τη δική του.⁷⁶ Αντίθετα, ο συμμετέχων ως παρατηρητής, και αποκαλύπτει την επιστημονική ιδιότητά του και την ερευνητική του πρόθεση, αλλά παράλληλα επιδιώκει την όσο δυνατόν μεγαλύτερη συμμετοχή του στις δραστηριότητες της ομάδας. Το πρόβλημα που πιθανόν να παρουσιαστεί αφορά τη διαφοροποίηση της συμπεριφοράς των μελών της ομάδας (στα πλαίσια αυτής της νέας και διαφορετικής διαντίδρασης) με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται καινούριες και διαφοροποιημένες συμπεριφορές (κάτι όμως που φαίνεται να ελαχιστοποιείται με την πάροδο του χρόνου).⁷⁷ Και επιπλέον, ακόμα και αν ο ερευνητής ορίζει τη συμμετοχή του σαν ενεργή (ή θέλει να την ορίζει ως τέτοια), αυτή η «διείσδυση» μπορεί να πάρει μια ουσιαστική χροιά; Και το σημαντικότερο, η αναπαράσταση της «διείσδυσης» αυτής στα μάτια των ατόμων στα οποία ο ερευνητής απευθύνεται, είναι η ίδια με αυτή που πιστεύει ο ερευνητής ότι ισχύει; Δηλαδή, το πρόβλημα έγκειται αφενός αναφορικά με τον βαθμό στον οποίο είναι δυνατόν να γίνει κάποιος συμμετέχων, και αφετέρου στον τρόπο με τον οποίο η συμμετοχή γίνεται αντιληπτή από τους άλλους.⁷⁸

Η συγκεκριμένη μέθοδος άρχισε να αναπτύσσεται την δεκαετία του '20 στις ΗΠΑ, στο Πανεπιστήμιο του Σικάγο. Η συγκεκριμένη σχολή επιδόθηκε με εντατικούς ρυθμούς στην ανάπτυξη της μεθόδου, και στη βελτίωσή της με επιπλέον εργαλεία (όπως συνεντεύξεις ή έλεγχο αρχείων), με αποτέλεσμα να παραχθεί ένας σημαντικός αριθμός εργασιών. Μετά την ποικιλία των προσεγγίσεων της πρώτης περιόδου, οι θεωρητικοί της σχολής έδειξαν ένα ενδιαφέρον και μια προσήλωση σε αντί-θετικιστικές, ερμηνευτικές μεθόδους, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη της θεωρίας της *Συμβολικής Διαντίδρασης*, θεωρητικού ρεύματος που ξεκίνησε από τη Σχολή του Σικάγο.⁷⁹ Η ανάπτυξη της συμμετοχικής παρατήρησης -μέσω πολλών θεωρητικών «ρευμάτων»- έχει οδηγήσει, τις τελευταίες δεκαετίες, στην ανάπτυξη πιο ριζοσπαστικών θεωρητικών μοντέλων, τα οποία αφενός ασχολούνται αποκλειστικά με την ανάπτυξη της συμμετοχικής παρατήρησης, αφετέρου

⁷⁶ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 148.

⁷⁷ Στο: Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, ό.π., σ. 254.

⁷⁸ Στο: Mason J., *Η Διεξαγωγή της Ποιοτικής Έρευνας*, επιμ. Ν. Κυριαζή, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2003, σ. 142.

⁷⁹ Αναλυτικά, βλ. στο: Bulmer M., *The Chicago School of Sociology*, εκδ. The University of Chicago Press, Chicago, 1986. Αναφορικά με την θεωρία της *Συμβολικής διαντίδρασης*, βλ. στο: Denzin N. K., *Symbolic Interactionism and Cultural Studies*, εκδ. Basil Blackwell, Cambridge, UK, 1992.

προσηλώνονται σε αρκετά διαφορετικές διαστάσεις. Η έρευνα συμμετοχικής δράσης (participatory action research –PAR)⁸⁰ τονίζει τις πολιτικές πλευρές παραγωγής γνώσης, αποσκοπεί στη βοήθεια κοινωνικά αποκλεισμένων και καταπιεσμένων ομάδων, αποδίδοντας μεγάλη έμφαση στην παραγωγή γνώσης η οποία είναι δυνατόν να γίνει αμέσως ωφέλιμη για αυτές τις κοινωνικές κατηγορίες. Η ερευνητική δράση εντάσσεται στο πλαίσιο μιας αφοσίωσης στην χειραφέτηση των ερευνώμενων, ενώ ο ερευνητής οφείλει να τους προσεγγίσει συνεργασιακά και αλτρουιστικά, χωρίς σκοπούς εξωτερικούς αναφορικά με την άμεση υπόσταση της ομάδας. Οι ερευνητές της συνεργασιακής έρευνας (co-operative inquiry – COIN) ουσιαστικά συμπληρώνουν την παραπάνω προσέγγιση, μέσω της επικέντρωσής τους σε μεθοδολογικές αδυναμίες που εντοπίζουν.⁸¹ Αποτέλεσμα των παραπάνω θεωρητικών καινοτομιών είναι ο προσδιορισμός μεθοδολογικών προβλημάτων, όπως η ασυνείδητη προβολή και η συνομωσία της ομοφωνίας,⁸² τα οποία πιθανόν να μην εμφανίζονται μόνο σε τέτοιου είδους προσεγγίσεις, αλλά να αφορούν τις διαδικασίες συμμετοχικής παρατήρησης γενικότερα.

⁸⁰ Οι Fals-Borda και Rahman είναι οι ερευνητές που έχουν αναπτύξει κατά κύριο λόγο το συγκεκριμένο μοντέλο. Πιο αναλυτικά, βλ. στο: Fals-Borda O., Rahman M. A., *Action and Knowledge: Breaking the Monopoly With Participatory Action Research*, εκδ. Intermediate Technology/Apex, New York, 1991.

⁸¹ Ενδεικτικά, βλ. στο: Heron J., *Validity in Co-Operative Inquiry, Human Inquiry in Action*, επιμ. P. Reason, εκδ. Sage, London, 1988.

⁸² «Το μεθοδολογικό πρόβλημα της ασυνείδητης προβολής αποτελεί συνηθισμένη συνέπεια του γεγονότος ότι η κοινωνική πραγματικότητα απαιτεί σχεδόν πάντα τροποποιήσεις στη μέθοδο, στη θεωρία και την προσωπικότητα του ερευνητή ή τον τρόπο οργάνωσης της ερευνητικής ομάδας. Οι τροποποιήσεις αυτές αποτελούν ανακατατάξεις ενός λογικοσυναισθηματικού οικοδομήματος, ενός συστήματος αρχών, μέσων και σκοπών το οποίο είναι αμέσως και εμμέσως συνδεδεμένο με κοινωνικές σχέσεις και εδραιωμένο σε γνώσεις. Συνεπώς, είναι λογικά ή/και ψυχικά επώδυνες και απαιτούν πολλές ώρες κριτικής προσπάθειας για να τροποποιηθούν. Για να διατηρήσει την άκοπη και άνετη στατικότητα του, ο ερευνητής προσφεύγει σε προβολές και εκλογικεύσεις... Το πρόβλημα της συνομωσίας της ομοφωνίας αποτελεί μια εκδοχή της ασυνείδητης προβολής στο επίπεδο της ερευνητικής ομάδας. Αναφέρεται σε περιπτώσεις όπου η ερευνητική ομάδα ως συλλογικό υποκείμενο απορρίπτει μια εμφανή και επίμονη πραγματικότητα... μπορεί να οδηγηθεί σ' αυτή τη παρασυναίσθηματικά συγκολλημένη αποσύνθεση της λογικής για διάφορους λόγους όπως: τη φυσική ή/και ψυχική εξάντληση, την παρουσία καταληκτικών ημερομηνιών ή πιέσεων τρίτων να τελειώνει το έργο της... την έλλειψη ομολογίας της πραγματικότητας με τις κοσμοθεωρητικές ή θεωρητικές ή μεθοδολογικές σταθερές της ερευνητικής προσπάθειας...». Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σσ. 280-282.

5. Στάδια

Ο Ν. Κ. Denzin προσδιορίζει τις διαδικασίες/βήματα που είναι αναγκαίες για την άρτια ανάπτυξη μιας ποιοτικής έρευνας μέσω της συμμετοχικής παρατήρησης: Α) διαμόρφωση του θέματος, ορισμός του προβλήματος, ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και διατύπωση ερευνητικών στόχων. Β) Επιλογή του πεδίου της έρευνας. Γ) Πρώτες επαφές και ανακοίνωση του σκοπού της έρευνας σε ορισμένους ανθρώπους. Δ) Χρήση πολλαπλών μεθόδων –ακόμα και στατιστικών– για τεκμηρίωση των στοιχείων. Ε) Δημιουργία σχέσεων με «πληροφορητές», επαγωγική ανάλυση των πρώτων θεωριών που αναδεικνύονται, καταγραφή τυχόν αρνητικών περιπτώσεων, αναθεώρηση. ΣΤ) Ανάπτυξη κατηγοριών, προσδιορισμός υποθέσεων. Ζ) Αξιολόγηση υποθέσεων, σύγκριση και προσδιορισμός αιτιακών υποθέσεων. Η) Ολοκλήρωση της μελέτης, αποποίηση του ρόλου του ερευνητή στην ομάδα, απόσυρση από το πεδίο, και καταγραφή της μελέτης.⁸³

Πολλοί θεωρητικοί προτείνουν η **επιλογή του θέματος** ίσως είναι καλύτερα να εμπεριέχει και την προσωπική παράμετρο. Οι προσωπικές εμπειρίες μπορούν να δώσουν, τόσο το κίνητρο, όσο και την εκ των προτέρων οικειότητα που χρειάζεται για την προσέγγιση και του γνωστικού αντικειμένου, αλλά και του αντίστοιχου χώρου.⁸⁴ Αλλά η εμπλοκή του προσωπικού στοιχείου του ερευνητή ίσως προϋποθέτει την κατανόηση κάποιων δυναμικών σε πιο βαθύ, ασυνείδητο επίπεδο. Η «ερμηνεία» έχει σαν βασική προϋπόθεση την κατανόηση του ερωτήματος, την κατανόηση της διαδικασίας εκείνης που οδήγησε στην διατύπωσή του: ποιες προσωπικές ανάγκες καλύπτει ο ερευνητής μέσω του προβληματισμού του. «Όταν γνωρίζουμε τα κίνητρα των πράξεών μας, τις ανάγκες που επιθυμούμε να καλύψουμε είμαστε σε θέση να ελέγχουμε καλύτερα τη δράση μας σε

⁸³ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 151. Για πιο αναλυτικές πληροφορίες, στο: Denzin N. K., *The Research Act. A Theoretical to Sociological Methods*, εκδ. Prentice Hall, ΗΠΑ, 1989.

⁸⁴ Η ιδέα για την συγγραφή του συγκεκριμένου κειμένου κάπως έτσι ανέκυψε, μετά από μια μακροχρόνια επαφή του γράφοντος με «Ψ» χώρους, με τα άτομα που φιλοξενούνται σε αυτούς, αλλά κυρίως με τις διαδικασίες και τα δυναμικά/σχέσεις που αναπτύσσονται σε δι-ατομικό, αλλά και σε δι-ομαδικό επίπεδο. Η εμπειρία αυτής της επαφής ήταν τελείως α-διαμορφωποίητη σε μεθοδολογικό επίπεδο, αλλά ιδιαίτερα βιωματική και συναισθητική. Και ο απώτερη πρόκληση είναι η μορφοποίηση αυτής της βιωμένης εμπειρίας με στόχο την παραγωγή ενός συνεκτικού μοντέλου παραγωγής γνώσης.

οποιοδήποτε τομέα».⁸⁵ Αυτή η «αυτοπαρατήρηση» λειτουργεί υποβοηθητικά και σε ένα διαφορετικό επίπεδο: δυνητικά, αποτελεί ένα μηχανισμό απεγκλωβισμού από ήδη προκατασκευασμένα σχήματα και γνωστικές/συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στον «ξένο», τον διαφορετικό. Ο ερευνητής, ως φορέας μιας ιστορίας ζωής, με ότι αυτό συνεπάγεται αναφορικά με την ταυτότητά του, καλείται να θέσει σε αμφισβήτηση το αυτονόητο (το «αφ' εαυτού νοητό»⁸⁶) για να μπορέσει και να δει, αλλά κυρίως να βιώσει το αυτονόητο του «άλλου», απαραίτητη συνθήκη στη διαδικασία που προτίθεται να «μπει». Απόρροια του παραπάνω είναι η διαπίστωση της σημασίας που έχει ο έλεγχος των συναισθηματικών αντιδράσεων που η επαφή με αυτόν το διαφορετικό «άλλο» θα προκαλέσει. (Θα ήταν τουλάχιστον αφελές, από τον γράφοντα, να μην αναγνωρίσει την δυνητικά καταλυτική επίδραση του φόβου στην επαφή με το αντικείμενό του. Ο «τρελός» (και πόσο μάλλον ο χειροπόδαρα δεμένος) εκλύει το συναίσθημα του φόβου με ένα άμεσο, αρχέγονο τρόπο). Με αυτόν τον τρόπο, ο φόβος του ανοικείου, η επιφυλακτικότητα, η αδιαφορία του ερευνητή μπορεί να αποβούν καθοριστικά, όχι μόνο στην αποδοχή και την αντιμετώπισή του από την ομάδα, αλλά και αναφορικά με την παραγωγή του «προϊόντος» του.⁸⁷ Και η αναγνώριση τέτοιων συναισθηματικών αντιδράσεων μπορεί να προσφέρει τη δυνατότητα ενός σχετικού ελέγχου και συνειδητοποίησης και της διαδικασίας που τις παρήγαγε, αλλά και του τρόπου αντιμετώπισής τους.

Μετά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η επιλογή του φυσικού χώρου, αλλά και ο τρόπος προσέγγισής του, εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις «κοινωνικές δεξιότητες» του ερευνητή. Πάντως, άμεσοι στόχοι θα πρέπει να είναι

⁸⁵ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 157. Θα τολμήσουμε να συμπληρώσουμε και να επισημάνουμε την καίρια θέση των ασυνείδητων κινήτρων, όχι μόνο στο συγκεκριμένο πεδίο, αλλά και σε όλες τις συμπεριφορικές εκφάνσεις της καθημερινότητας. Προσπερνώντας τον όποιο προβληματισμό για την ύπαρξη ενός «αυτούσιου» ασυνείδητου, το οποίο δυνητικά παράγει συμπεριφορές, δεν μπορούμε να μην παρατηρήσουμε την διάσταση των εκλογικευμένων εκδηλώσεων από τα ουσιαστικά κίνητρα/ανάγκες που συν-δρομολογούν τις όποιες επιλογές. Κατ' αυτό τον τρόπο, τα κίνητρα που ωθούν ένα ερευνητή σε μια συγκεκριμένη διαδικασία, μπορεί να είναι αφενός πολύ εξω-επιστημονικά, και αφετέρου, σε «χαμηλή θέση», ακόμα και για τη δική του αξιακή κλίμακα: χρηματικές απολαβές, κοινωνική ή ακαδημαϊκή καταξίωση, προσωπική φιλοδοξία. Πέραν της «συμβατότητας» τέτοιων (έστω ασυνείδητων) κινήτρων και ηθικής παραγωγής επιστημονικής γνώσης, η συνειδητοποίησή τους από τον ερευνητή (καθώς και των μηχανισμών άμυνας που τυχόν χρησιμοποιεί για να τα εξουδετερώνει) μπορεί να αποβεί ιδιαίτερα ευεργετική.

⁸⁶ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 159.

⁸⁷ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 161. Για πιο αναλυτική παρουσίαση, βλ. στο: Στενού Κ., *Εικόνες του Άλλου. Η Ετερότητα Από τον Μύθο στην Προκατάληψη*, μτφ. Σ. Μπενβενίστε., Μ. Παπαδήμα, εκδ. Εξάντας - Unesco, Αθήνα, 1998.

τόσο η ελάχιστη παρέμβαση του ερευνητή στη φυσιολογική λειτουργία του χώρου, όσο και η δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης με σκοπό τη δημιουργία μιας οικείας σχέσης με την ομάδα.⁸⁸ Οι λεπτομέρειες που μπορούν να κρίνουν την αποδοχή ή την απόρριψη του ερευνητή από το πεδίο που τον ενδιαφέρει είναι δυνητικά άπειρες. Κάθε χώρος έχει και τις δικές του ιδιαιτερότητες και ιδιομορφίες, σε βαθμό που η λεπτομέρεια που «θα κάνει την διαφορά» να είναι πιθανόν μη προσδιορίσιμη εκ των προτέρων. Παρ' όλα αυτά, η ευαισθησία του ερευνητή σε βασικά θέματα θα βοηθήσει να ελαχιστοποιηθεί μια τέτοια πιθανότητα. Η πρώτη επαφή του ερευνητή με το αντικείμενο κατά πολλούς, όχι μόνο είναι ζωτικής σημασίας, αλλά ουσιαστικά και σηματοδοτεί την επιτυχία του όλου εγχειρήματος.⁸⁹ Αναμενόμενη είναι μια αμοιβαία δυσπιστία, αμηχανία, ακόμα και καχυποψία, ειδικά από την πλευρά των ερευνώμενων, με αποτέλεσμα η στάση που θα υιοθετήσει ο ερευνητής να είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, τόσο αναφορικά με το ρητό περιεχόμενο, όσο και το άρρητο. Δηλαδή, αφενός χρειάζεται ειλικρίνεια, ευθύτητα και ευγένεια στον λόγο και τη συμπεριφορά του, όσο και προσοχή στις μη λεκτικές συμπεριφορές και μηνύματά του. (Η απόρριψη της προσφοράς από κάποιον «τρόφιμο» ενός ψυχιατρικού ιδρύματος ενός λερωμένου και τσαλακωμένου τσιγάρου σηματοδοτεί ένα μεγάλο μεθοδολογικό λάθος. Η δικαιολογία «ευχαριστώ, δεν καπνίζω» από ένα καπνιστή ερευνητή είναι αφελής, υπό την έννοια, ότι κάποια στιγμή από τις χιλιάδες στιγμές που θα αναλώσει στο πεδίο, θα καπνίσει. Αλλά και για ένα μη-καπνιστή ερευνητή, λάθος είναι. Χάνει μια καλή ευκαιρία να χρησιμοποιήσει μια τόσο επικοινωνιακή συνήθεια/έξη). Αλλά και παράμετροι όπως το ντύσιμο (και η υποδηλούσα ταυτότητα που αυτό συμπαρασύρει), το λεξιλόγιο, οι αξιολογικές κρίσεις και ο σεβασμός διαφορετικών ηθών και εθίμων μπορούν να τονίσουν (ή να υπερ-τονίσουν) τη διαφορά, «διογκώνοντας την ήδη υπάρχουσα απόσταση.⁹⁰ Εν κατακλείδι, το βασικότερο σημείο στο οποίο πρέπει να «στέκεται» ο ερευνητής είναι το να αναμένει –στις αρχικές τουλάχιστον επαφές– μια μη αυθόρμητη συμπεριφορά, μια συμπεριφορά που θα πηγάζει είτε από καχυποψία, είτε από

⁸⁸ Στο: Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, ό.π., σσ. 255-258.

⁸⁹ Η πρώτη προσέγγιση του ερευνητικού αντικειμένου σχεδόν σίγουρα θα προκαλέσει σύγχυση και αποδιοργάνωση. Ο Γ. Λάζος, προσπαθώντας να ιεραρχήσει τα προβλήματα και να διευθετήσει τη σύγχυση αυτή, θέτει προτεραιότητες, με πρώτη και βασική αυτή της κατανομής των χρονικοτήτων. Διακρίνει τον ατομικό, το συλλογικό και τον κοινωνικό χρόνο και θέτει σαν πρόβλημα την προσπάθεια αντιμετώπισης αυτού του πολυδιάστατου χρόνου και γίνεσθαι στην κοινωνική πραγματικότητα. Στο: Γ. Λάζος, *Το πρόβλημα της ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες*, ό.π., σσ. 255 –259.

⁹⁰ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σσ. 162-168.

δισταγμό, είτε από επιφύλαξη, είτε από αναμονή κάποιου δευτερογενούς οφέλους, από ένα άτομο του οποίου η αναπαράσταση προέρχεται από τον χώρο της εξουσίας, με ότι οφέλη αυτό μπορεί να συνεπάγεται για την –συνήθως– περιθωριακή ομάδα. Οι «επικίνδυνοι ψυχασθενείς» που παρέμεναν δεμένοι («μηχανικά περιορισμένοι», σύμφωνα με την «επίσημη» ορολογία), πολλές φορές θεωρούσαν την επαφή μια θαυμάσια ευκαιρία για ένα –έστω και ολιγόλεπτο– διάλειμμα: «εσένα που σε ακούνε, δεν τους λες να με λύσουνε;»

Η **καταγραφή** των παρατηρήσεων (άρα και η προσοχή) –στα αρχικά στάδια τουλάχιστον– καλύτερο είναι να μην εστιάζεται σε ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, αλλά να είναι πιο σφαιρική. Με αυτό τον τρόπο θα αναδειχθούν τα ιδιαίτερα (και ενδιαφέροντα) για τον ερευνητή θέματα. Η παρατήρηση τερματίζεται όταν επέλθει *θεωρητικός κορεσμός*, όταν δηλαδή οι διαμορφωμένες εννοιολογικές κατηγορίες παύουν να εμπλουτίζονται από νέα δεδομένα, τα οποία απλά επαναλαμβάνονται.⁹¹ Η ταξινόμηση των σημειώσεων μπορεί, αδρά, να χωριστεί σε τρεις κατηγορίες. Οι *περιγραφικές σημειώσεις* αφορούν την αυτούσια μεταφορά όλων των δεδομένων, όπως ακριβώς τα συνέλλεξε ο ερευνητής, χωρίς την ελάχιστη παρέμβαση/αλλοίωση. Σε αυτό το σημείο είναι βασική η διαπίστωση της ελαχιστοποίησης του χρόνου καταγραφής των συμβάντων σε σχέση με τη χρονική στιγμή που αυτά έλαβαν χώρα: στη συγκεκριμένη περίπτωση, η μνήμη μπορεί να είναι «κακός σύμβουλος». Αντίθετα, οι *θεωρητικές σημειώσεις* αποσκοπούν στην ερμηνεία και στην απόδοση νοήματος στα περιγραφικά στοιχεία που έχουν συλλεχθεί. Οι θεωρητικές σημειώσεις, σύμφωνα με τους Huberman και Miles, χωρίζονται σε *εξηγητικές*, που αφορούν τον συσχετισμό των δεδομένων σε σχέσεις αίτιου-αποτελέσματος, σε *ερμηνευτικές*, οι οποίες έχουν να κάνουν με τον συσχετισμό των δεδομένων μέσω θεωρημάτων, και σε *συνθετικές* με στόχο τον συσχετισμό περιγραφικών, εξηγητικών και ερμηνευτικών σημειώσεων.⁹² Παράλληλα με αυτούς τους δύο τύπους σημειώσεων, ο ερευνητής θα πρέπει να αναφέρεται στα προβλήματα που ανακύπτουν κατά την διάρκεια της έρευνας, σε διαπιστώσεις αναφορικά με την καταλληλότητα της διαδικασίας, και γενικά σε οτιδήποτε έχει σχέση με την εφαρμογή της μεθόδου κατά την εξέλιξη της

⁹¹ Στο: Glaser B. G., Strauss A., *The Discovery of Grounded Theory for Qualitative Research*, εκδ. Aldine, Chicago, 1967.

⁹² Στο: Miles M. B., Huberman A. M., *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*, εκδ. Sage, Beverly Hills, 1984.

διαδικασίας. Οι τελευταίες παρατηρήσεις αποτελούν τις μεθοδολογικές σημειώσεις του ερευνητή.⁹³

Η **συστηματική κατηγοριοποίηση** που ακολουθεί ξεκινάει με την ανακάλυψη περιγραφικών στοιχείων που αφορούν κάποια γενικότερη έννοια, ενώ οι κατηγορίες που δημιουργούνται αναθεωρούνται και αναμορφώνονται, με την προσθήκη νέων στοιχείων. Σε αυτό το σημείο, η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και των στατιστικών «πακέτων» ανάλυσης δεδομένων έχει λάβει καθοριστική έκταση (και βάρος) στις σύγχρονες ποιοτικές μεθοδολογίες. Αν προσπεράσουμε τους προβληματισμούς αναφορικά με την παρείσφρηση του ποσοτικού στοιχείου στην ποιοτική μεθοδολογία (και τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται), φαίνεται ότι η χρήση τέτοιων «πακέτων» μπορεί να λειτουργήσει θετικά τουλάχιστον αναφορικά με το χρόνο που ο ερευνητής πρέπει να επενδύσει στην ανάλυση και στη διαχείριση των δεδομένων που έχει συλλέξει, ειδικά αν ο όγκος τους είναι μεγάλος. Ειδικά την τελευταία δεκαετία έχουν αρχίσει να αναπτύσσονται λογισμικά συστήματα αποθήκευσης, αποκωδικοποίησης, ανάκλησης, επεξεργασίας και ανάλυσης του πρωτογενούς υλικού μέσω Η/Υ, γνωστά σαν **Σχεσιακά Συστήματα Διαχείρισης Δεδομένων (Relational Database Management Systems – RDBMs)**, τα οποία διατείνονται ότι επιτρέπουν στο χειριστή τους να εντοπίσει πτυχές στο ερευνητικό του αντικείμενο που, με τη χρήση συμβατικών μεθόδων, ίσως περνούσαν απαρατήρητες, θέτοντας τη βάση για νέους, «τολμηρούς» συσχετισμούς και ερευνητικές υποθέσεις. Πέραν του γεγονότος ότι το εννοιακό πλαίσιο λειτουργίας τους διαπνέεται από το θετικιστικό ή μετα-θετικιστικό «παράδειγμα» των δημιουργών τους, η –μέσα στις συγκεκριμένες ιστορικά κοινωνικο-πολιτισμικές συνθήκες- κυρίαρχη θέση αιτιολόγησης της χρηστικότητάς τους έχει να κάνει ακριβώς με την **πολυπλοκότητα**. Ένας ερευνητής στην εποχή των μεγάλων μεγεθών και της πολυσκενικής κοινωνικής ζωής, δεν είναι δυνατόν να πράξει ποιότητα, χωρίς να δεχθεί τους ιστορικούς και κοινωνικούς περιορισμούς και συντεταγμένες που τον πλαισιώνουν. Οι υποστηρικτές (και πιθανότατα χρήστες) τους επιμένουν ότι δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την κριτική σκέψη, τις κοινωνικές αναφορές, την ιδεολογία και την ευρύτερη κοινωνική

⁹³Στο: Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, ό.π., σσ. 259-262.

κατάρτιση του επιστήμονα, ενώ τον βοηθάνε να μπορεί να οριοθετεί κάποιες σταθερές σε ένα ιδιαίτερα «πυκνό» και πολυδιάστατο πεδίο.⁹⁴

Αναφορικά με την **ανάλυση** των στοιχείων, οι δύο βασικότερες μέθοδοι ανάπτυξης της θεωρίας από την ανάλυση ποιοτικών δεδομένων είναι η μέθοδος της **αναλυτικής επαγωγής** και η μέθοδος της **θεμελιωμένης θεωρίας**. Η επαγωγή συνίσταται στην επιστημονική αναλυτική μέθοδο συγκρότησης του γενικού από το μερικό, με βάση την λογική αλληλουχία, σε αντίθεση με την απαγωγή που συμπεραίνει το μερικό από το γενικό, φτάνοντας στα ειδικά συμπεράσματα μέσα από γενικές και αφηρημένες θέσεις. Η μέθοδος της **αναλυτικής επαγωγής** ουσιαστικά είναι η διαδικασία για τη μετάβαση από την εμπειρία στην αφαίρεση, με κατάληξη τη διατύπωση μιας επιστημονικής πρότασης, η οποία ισχύει έως ώσπου κάποια νέα δεδομένα τη διαψεύσουν. Χαρακτηρίζεται από σαφείς ερευνητικές υποθέσεις, μελετά σχετικά περιορισμένο αριθμό περιπτώσεων, αλλά τα αποτελέσματά της έχουν χαρακτήρα γενίκευσης. Περιγράφεται σαν μια εξελικτική έρευνα, της οποίας η δομή περιέχει συγκεκριμένα στάδια: διαμόρφωση ενός πρόχειρου ορισμού της μελετώμενης συμπεριφοράς και διαμόρφωση μιας υποθετικής εξήγησης αυτής της συμπεριφοράς. Μελέτη μιας περίπτωσης –με βάση την δημιουργημένη υπόθεση- και έλεγχος της καταλληλότητάς της. Αν κριθεί ακατάλληλη, αναδιαμορφώνεται είτε ο ορισμός, είτε η ερευνητική υπόθεση. Μετά από την εξέταση ενός αριθμού περιπτώσεων, μπορεί να πιστοποιηθεί ένας (έστω και μικρός) βαθμός βεβαιότητας. Η ύπαρξη όμως έστω και μιας αρνητικής περίπτωσης, μιας εξαίρεσης, δεν επιτρέπει τη γενίκευση. Αυτές οι περιπτώσεις θα ελεγχθούν κάτω από το πρίσμα αναδιαμόρφωσης του ορισμού της συμπεριφοράς είτε της ερευνητικής υπόθεσης. Στο τέλος ερευνάται μια περίπτωση έξω από τον εννοιολογικό χώρο (εν είδει «ομάδας ελέγχου») για να επιβεβαιωθεί ότι η ερευνητική υπόθεση δεν εφαρμόζεται σε αυτή.⁹⁵ Η μέθοδος της αναλυτικής επαγωγής είναι μια αρκετά δύσκολη και απαιτητική διαδικασία, εφόσον και μια μόνο περίπτωση του υπό διερεύνηση φαινομένου που δεν ταιριάζει με την υπόθεση είναι αρκετή για την εκ νέου τροποποίησή της.

⁹⁴ Στο: Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, ό.π., σσ. 321-334. Επίσης, για τεχνικές ανάλυσης που προϋποθέτουν χρήση Η/Υ, στο: Dey I., *Qualitative Data Analysis, A Friendly Guide for Social Scientists*, εκδ. Routledge, London, 1993.

⁹⁵ Στο: Ζαραφωνίτου Χ., *Εμπειρική Εγκληματολογία*, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1995, σσ. 23-24.

Σύμφωνα με την μεθοδολογία της *θεμελιωμένης θεωρίας* (grounded theory), η θεωρία δεν επιβάλλεται *a priori* στα γεγονότα, αντίθετα *αναδύεται* μέσα από τα δεδομένα. Η μέθοδος επικεντρώνεται στο «χτίσιμο» της θεωρίας. Καθώς η συλλογή των στοιχείων συνεχίζεται, οι κατηγορίες εξετάζονται εκ νέου, μέχρι να βρεθεί το *σημείο κορεσμού*, δηλαδή το σημείο της μη αναγκαιότητας χρησιμοποίησης άλλων στοιχείων, αφού τα υπάρχοντα καλύπτουν με επάρκεια τις ήδη δημιουργημένες κατηγορίες. Στην συνέχεια, η ανάλυση στοχεύει σε υψηλότερο επίπεδο αφαίρεσης, καθώς επιχειρεί μια γενικότερη εννοιολογική διατύπωση της κάθε κατηγορίας, η οποία αποτελεί το πλαίσιο για την περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων, αλλά και τη βάση για την ανάπτυξη των εννοιολογικών διασυνδέσεων. Βασική παραδοχή της μεθόδου είναι ότι υπάρχουν διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται, αλλά και ερμηνεύουν καταστάσεις και γεγονότα, με άμεσο ζητούμενο την ενσωμάτωση στις εννοιολογικές κατηγορίες του ερευνητή αυτών των πολλαπλών ερμηνευτικών σχημάτων. Δηλαδή, η θεωρία θεμελιώνεται στις νοηματικές τυποποιήσεις των ερευνώμενων σε συνάρτηση με τις διαδικασίες δράσης/διαντίδρασης και τις επιπτώσεις τους σε συγκεκριμένες συνθήκες.⁹⁶

⁹⁶ Για μια εκτενή αναφορά στην θεμελιωμένη θεωρία, βλ. Glaser B. G., Strauss A., *The Discovery of Grounded Theory for Qualitative Research*, ό.π. Επίσης, στο: Denzin N. K., *Handbook of Qualitative Research*, επιμ. Y. S. Lincoln, εκδ. Sage, London, 1994.

6. Ο «άλλος» και το περιβάλλον του

Το βασικό στοιχείο κατά την επιλογή του πεδίου της έρευνας ίσως είναι το ότι αυτή η επιλογή έχει ένα μονοδιάστατο χαρακτήρα. Ο ερευνητής επιλέγει ένα πεδίο, λαμβάνοντας μια απόφαση, στην οποία η συμμετοχή/γνώμη των ατόμων ή της ομάδας έχει προ-αποκλειστεί. Το γεγονός αυτό φέρνει τα υποκείμενα της (δυννητικής) έρευνας σε μια παράδοξα διττή θέση. Υπό το πρίσμα των σχέσεων εξουσίας, τα υποκείμενα καλούνται να δεχθούν να «μπουν» σε μια σχέση και μια διαντίδραση, η οποία και δεν θα τους «προσφέρει τίποτα», και θα τους ζητηθεί να «αποκαλυφθούν» σε κάποιον «ξένο». Και όχι απλά σε κάποιο διαφορετικό από αυτούς, αλλά το πιθανότερο σε κάποιο διαφορετικά «ανώτερο» από αυτούς. Άλλωστε, παραδοσιακά, οι «προτιμήσεις» των ερευνητών αφορούν άτομα και ομάδες οι οποίες –έστω και στερεοτυπικά– βρίσκονται μέσα, ή τουλάχιστον κοντά, στο *luben* χώρο της κοινωνικής πυραμίδας. Αυτόματα, δηλαδή, δημιουργείται μια ασυμφωνία στην αναπαράσταση του «ποσοστού εξουσίας» που τα δύο μέλη της διαντίδρασης κατέχουν, με τον ερευνητή να είναι ο κάτοχος/εκπρόσωπος της γνώσης, καθώς και ο «ξενιστής» της κοινωνικά αποδεκτής κουλτούρας/ιδεολογίας, ουσιαστικά της εξουσίας. Ο ένοικος του «κοινωνικού ρετιρέ». Από την άλλη, τα υποκείμενα της έρευνας λειτουργούν από μια ιδιόμορφη «θέση ισχύος». Έχουν στην κατοχή τους όλη εκείνη την «πραμάτεια» την οποία διακαώς επιθυμεί να γνωρίσει ο ερευνητής. Επίσης, δεν έχουν κανένα λόγο να τη μοιραστούν. Αλλά, ακόμα και στην περίπτωση που δεχθούν να αφηγηθούν, να μοιραστούν, τίποτα δεν εξασφαλίζει στον ερευνητή ότι η προτεινόμενη εκδοχή με την οποία έρχεται αντιμέτωπος όντως ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, έτσι όπως τη βιώνουν οι «αφηγητές». Αναμενόμενο. Μια «ωραιοποιημένη» (ή έστω «διαφοροποιημένη») ιστορία ίσως είναι το πρώτο που θα αντιμετωπίσει ένας ερευνητής, για πολλούς λόγους. Είτε λόγω προσμονής για κάποιο δευτερογενές όφελος από τον ερευνητή-εκπρόσωπο της εξουσίας, είτε λόγω ευχαρίστησης από το ενδιαφέρον του, είτε λόγω αδιαφορίας, είτε και λόγω μιας περιπαιχτικής διάθεσης, τα υποκείμενα της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτό το «ποσό ισχύος» που τους παρουσιάστηκε «δίνοντας» στον ερευνητή μια αρκετά διαφορετική αναπαράσταση της «πραγματικότητάς» τους.⁹⁷ Όπως έχει προαναφερθεί, σε αυτό το σημείο, η

⁹⁷ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σσ. 168-172.

δυνατότητα του ερευνητή να καλλιεργήσει αυτή τη σχέση, να διαφοροποιήσει την αναπαράστασή του, θα του επιτρέψει την ουσιαστική επαφή. Και τα δύο κύρια συστατικά στοιχεία αυτής της προσπάθειας είναι ο χρόνος και η υπομονή. Αν προστεθεί και η αναγκαιότητα για προσωπική κατάθεση και ανάλυση, παρουσιάζεται καθαρά το γιατί πολλές φορές προτιμώνται οι «ασφαλείς» ποσοτικές αναλύσεις από δύσκολες ποιοτικές. Και η δυσκολία εδώ δεν έχει μεθοδολογικά «εργαλειακό» χαρακτήρα, αλλά αναφέρεται στην «απο-επιστημονικοποίηση» του επιστήμονα: στη δυνατότητά του να ανα-δύσει και να επενδύσει (να επι-εν-δύσει), όχι το θεωρητικό του «οπλοστάσιο» και την ασφάλεια που αυτό συνεπάγεται, αλλά –αντίθετα– τα συν-αισθητικά και συν-αισθηματικά αποθέματα, τα οποία εν τέλει είναι και αυτά που θα κρίνουν το μέλλον αυτής της σχέσης. Εν τέλει, η «χρήση» της ενσυναίσθησης, από την πλευρά του ερευνητή είναι αυτή που θα επιτρέψει, αφενός την αποφυγή της διύλισης στην «πραγματικότητα» του άλλου, την ταύτιση μαζί του, κάτι που ενέχει τον κίνδυνο της απώλειας και εγκατάλειψης του ερευνητικού σκοπού⁹⁸ και αφετέρου, την απώλεια της ερευνητικής ταυτότητας, με τα μεθοδολογικά προβλήματα που αυτό συνεπάγεται.

Στην περίπτωση που όλα τα προαναφερθέντα έχουν «εξελιχθεί» ομαλά, θα ήταν ιδιαίτερα ανεπαρκές αν ο ερευνητής θεωρούσε ότι η κατανόηση του «άλλου» έχει γίνει εφικτή μόνο μέσω της προσωπικής επαφής και σχέσης μαζί του. Κάτι τέτοιο θα «υποβάθμιζε» την διαδικασία σε ένα «τύπου συνέντευξης» μόρφωμα, αποστειρωμένο, απογυμνωμένο από τα υπόλοιπα δυναμικά στοιχεία που το απαρτιώνουν. Όπως αρχικά αναφέρθηκε, η συμμετοχική παρατήρηση πρέπει να γίνεται στον ιδιαίτερο, προσωπικό χώρο των ερευνώμενων. Το πλαίσιο, το «βάθος» με όλα τα χαρακτηριστικά («υλικά» και συμβολικά) που συμμετέχουν στη δημιουργία του έχει μια καθοριστική σημασία, τόσο στην κατανόηση του «όλου», όσο και στη συνδιαλλαγή μαζί του. Ο χώρος, το «σκηνικό του έργου» ίσως είναι ο πρώτος (και πολλές φορές ο καλύτερος) «πληροφοριοδότης» του ερευνητή. Τόσο ο «μάκρο» χώρος, όσο και ο «μίκρο». Ο έλεγχος της «μάκρο» παραμέτρου μπορεί να είναι ενδεικτικός για τη σχέση της συγκεκριμένης πολιτισμικής ομάδας, τόσο μέσα στην ευρύτερη κοινωνική δομή στο συγκεκριμένο ιστορικά πλαίσιο, όσο και για την αναπαράσταση της ομάδας εξελικτικά. Τα «άσυλα», διαχρονικά,

⁹⁸ Στο: Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, ό.π., σ. 253.

ανευρίσκονται αποκομμένα από το κυρίως «οικολογικό σύμπλεγμα»: είτε σε τοποθεσίες με δυσκολία στην πρόσβαση (άρα και στη διαφυγή), όπως νησιά, είτε στην «άκρη της πόλης».⁹⁹ Όπως και διαφορετικά μορφώματα, (ιδρύματα που «φιλοξενούν» μολυσματικές νόσους: σανατόρια, λεπροκομεία, αλλά και μοναστήρια ή νεκροταφεία¹⁰⁰) λαμβάνουν μια «χωρική» θέση με έντονα συμβολικό περιεχόμενο, μια θέση της οποίας η «σημασία» είναι βασικό να ληφθεί υπόψη στην ανάλυση. Αλλά και σε «μικρο» επίπεδο, η ανθρώπινη παρέμβαση και η διαμόρφωση του χώρου –τόσο η «ποσοτική», όσο και η «ποιοτική»– πέραν της χωρικής διάστασης, εμπεριέχει έντονα και το στοιχείο της χρονικής, «...εμπεριέχει και ορισμένο χρόνο, είναι χρονικό αντικείμενο».¹⁰¹ Η κατοικία, σαν ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η ταυτότητα του υποκειμένου, αλλά και εκφράζεται σε μια διαλεκτική, αλλά και αμφίδρομη σχέση, σημασιοδοτεί μια μαρτυρία για την ιδεολογία, τις οικογενειακές σχέσεις, την οικονομική, πολιτιστική, εν τέλει την κοινωνική ταυτότητα του διαμένοντος. Αν κρατήσουμε το δυναμικό που αναπτύσσεται στην –και διαμέσου της– κατοικίας, ο οποιοσδήποτε τόπος διαμονής, ακόμα και αυτός που χρησιμοποιείται «ευκαιριακά» και με συγκεκριμένη χρονική διάρκεια, μπορεί να τροφοδοτήσει με στοιχεία: από το «δωμάτιο διακοπών» μέχρι τον θάλαμο του νοσοκομείου. Και η προσέγγιση των στοιχείων που συνθέτουν αυτόν το χώρο, προϋποθέτει την ερμηνεία εκτός των προκατασκευασμένων σχημάτων. Αν ένας βρώμικος και ακατάστατος «θάλαμος», στον οποίο παραμένει ένας ψυχασικός ασθενής, ερμηνευτεί σαν χαρακτηριστικό ενός «βρώμικου» και «ακατάστατου» ανθρώπου, τότε η ερμηνεία, αλλά και η προσέγγιση έχει χάσει το οποιοδήποτε κοινό σημείο αναφοράς. Με παραπλήσιο τρόπο πρέπει και να παρατηρούνται, αλλά και να προσεγγίζονται όλες εκείνες οι συμπεριφορές που

⁹⁹ Ο Foucault εξετάζει διεξοδικά την σταδιακή «εξαφάνιση» μολυσματικών ασθενειών, όπως η λέπρα, στα τέλη του μεσαίωνα, και την σταδιακή διαφοροποίηση των ιδρυμάτων, των προορισμένων για αυτούς τους πληθυσμούς, τόσο σε συμβολικό, όσο και σε λειτουργικό επίπεδο. Επίσης, χρησιμοποιώντας παραδείγματα όπως τα «πλοία των τρελών», επισημαίνει την ανάγκη εξοβελισμού συγκεκριμένων πληθυσμών, ακόμα και σε ένα τόσο συμβολικά «ρευστό» και αδιαφοροποίητο χώρο όπως η θάλασσα. Στο: Foucault M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, μτφ. Φ. Αμπατζοπούλου, εκδ. Ηριδανός, Αθήνα, χ.χ., σσ. 9-40.

¹⁰⁰ Ο Aries –μέσω της μελέτης των ταφικών τελετουργιών από τον «πρώιμο» μεσαίωνα– προσδιορίζει την μετάβαση από τον «εξημερωμένο» θάνατο στον «άγριο» θάνατο της νεοτερικότητας. Αναλύει πως οι ταφικές τελετουργίες, αλλά και η θέση των νεκροταφείων σχετίζονται άμεσα, τόσο με την αναπαράσταση του θανάτου στις επιμέρους ιστορικές και κοινωνικές μορφές, όσο και με την θέση του θανόντος στην εκάστοτε κοινωνική διαστρωμάτωση. Στο Aries E., *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου, Η Εποχή των Κοιμωμένων Ι*, μτφ. Θ. Νικολαΐδης, πρόλογος Γ. Μαργαρίτης, εκδ. Βιβλιοπωλείον της «Εστίας», Αθήνα, 1997.

¹⁰¹ Στο: Μεγακλής Μ. Γ., *Λαογραφικά Ζητήματα*, εκδ. Χ. Μπούρας, Αθήνα, 1989.

απαρτιώνουν το εξατομικευμένο «μικρόκοσμο» του ατόμου ή της ομάδας που προσεγγίζεται. Ιδιαιτερότητες στην ενδυμασία, στη συμπεριφορά, έτσι όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τις καθημερινές πρακτικές, στη χρήση της γλώσσας, στη χρήση (αλλά και χρηστικότητα) των συμβολικών αντικειμένων, όχι μόνο πρέπει να ανιχνεύονται, αλλά πρώτα απ' όλα να γίνονται σεβαστές, στη διάσταση με την οποία σημασιοδοτούνται στο συγκεκριμένο πλαίσιο.¹⁰²

¹⁰² Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σσ. 184-196.

7. Γιατί ποιοτική;

Οι θεωρητικές θέσεις και οι ιδεολογικές τοποθετήσεις μπορεί να φαίνονται, σε μια πρώτη ανάγνωση, επαρκείς σαν κριτήριο επιλογής μιας συγκεκριμένης μεθόδου προσέγγισης, αλλά παράλληλα, εξίσου ουσιαστικό ρόλο παίζει η δυνατότητα του υποκειμένου/στόχου, του πεδίου προς «ανάγνωση» να ανταποκριθεί στην μέθοδο. Με άλλα λόγια πολλές φορές είναι (ή θα πρέπει να είναι) το υποκείμενο, εκείνο που θα προσδιορίσει την μεθοδολογία, το βέλτιστο τρόπο προσέγγισής του. Αναφορικά με το συγκεκριμένο πεδίο, αυτό της ψυχικής ασθένειας, για την κατανόηση της επιλογής, πρέπει να προηγηθούν κάποιες επισημάνσεις.

Η εξελικτική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας πέρασε από πολλά και κομβικά στάδια/σταθμούς. Με μια ιλιγγιώδη ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας και των νευροεπιστημών τα τελευταία χρόνια, η ψυχολογία και η ψυχιατρική (οι δύο βασικοί «δικαιούχοι» διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας), μέχρι και σήμερα επηρεάζονται από τα δύο μεγάλα –και κατά πολλούς αντικρουόμενα– ρεύματα, αυτά της ψυχανάλυσης και του συμπεριφορισμού. Και οι δύο αυτές μεγαθεωρίες αναπτύχθηκαν στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, τροφοδοτούμενες από διαφορετικές ιστορικές και πολιτισμικές παραμέτρους, παίζοντας η κάθε μία το δικό της ουσιαστικό ρόλο, όχι μόνο στη διαμόρφωση της σχέσης ψυχική ασθένεια-επιστήμη, αλλά και στην αναπαράσταση των ορίων και των δυνατοτήτων της σχέσης αυτής στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο. Ο S. Moscovici ελέγχει πολύ αναλυτικά τις «επιπτώσεις» της αναπαράστασης της ψυχανάλυσης στην Γαλλία το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, προσδιορίζοντας τον τρόπο εισχώρησης μιας –ντετερμινιστικής– πολλές φορές προσέγγισης, όχι μόνο σε πεδία όπως η θρησκεία και η πολιτική, αλλά και σε πιο δομικό επίπεδο, στη δημιουργία ταυτοτήτων σε επίπεδο σημείου.¹⁰³ Ο «Homo Psychanalyticus» εκτείνεται πέρα και έξω από μια στενή οριοθέτηση της σχέσης αρρώστου θεραπευτή, προσδιορίζοντας και προτείνοντας μεθόδους και τρόπους δημιουργίας κοινωνικών ταυτοτήτων. Με ένα –φαινομενικά διαμετρικά αντίθετο– αλλά δομικά παραπλήσιο τρόπο, έχει δράσει η θετικιστική προσέγγιση, έτσι όπως αναπτύχθηκε, κυρίως στις Αγγλοσαξονικές

¹⁰³ Για μια πλήρη παρουσίαση, στο: Moscovici S., *Η Ψυχανάλυση, η Εικόνα της και το Κοινό της*, επιμ. Α. Μαντόγλου, μτφ. Μ. Κολώνιας, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα, 1999.

κουλτούρες από το πρώτο μισό του προηγούμενου αιώνα. Από όλα τα παραδειγματικά παράγωγα του συγκεκριμένου «κορμού» προσεγγίσεων, ίσως είναι ενδιαφέρον να σταθούμε στα ψυχομετρικά tests.¹⁰⁴ Παράγωγα μιας προσπάθειας για μαζοποιημένο έλεγχο, διάγνωση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, εμφανίστηκαν στα τέλη του 19^{ου} και αναπτύχθηκαν ραγδαία μετά το Β. Παγκόσμιο, ενώ μετά την ανάπτυξη της πληροφορικής και των στατιστικών μεθόδων επεξεργασίας δεδομένων έχουν πάρει θέση ακρογωνιαίου λίθου, όχι μόνο στην κοινωνική οργάνωση και συνδιαλλαγή, αλλά και στην αναγνώριση προσωπικών πυρηνικών ταυτοτήτων.¹⁰⁵ Επιπλέον, ίσως αποτελούν το ισχυρότερο παράδειγμα χρησιμοποίησης της επιστημονικής παραγωγής από τους μηχανισμούς εξουσίας, τόσο σε ρητό επίπεδο, όσο και σε ασύνειδο/συμβολικό. Η έννοια του I.Q., του *Δείκτη Νοημοσύνης*, είναι το πιο καθολικά διαδεδομένο στοιχείο «φυσικοποίησης» της επιστημονικής παραγωγής, και ένταξής της στη δόμηση του ατομικού μέσα στο –Δυτικό κυρίως– κοινωνικό συμβολικό, και τη συνακόλουθη αλλαγή της ταξικής διαστρωμάτωσης.¹⁰⁶ Ήδη από το 1883, ο F. Galton (για πολλούς ο «πατέρας» των ψυχομετρικών tests) διατυπώνει την έννοια της *ευγονικής* (eugenics), θέτοντας σαν στόχο τη φυσική βελτίωση με μέσο την αντικατάσταση της φυσικής επιλογής με την τεχνητή.¹⁰⁷ Με εκκίνηση αυτό το χαρακτηριστικό παράδειγμα παρείσφρησης του «Ψ» σε πολλαπλά εξωεπιστημονικά πεδία και του τρόπου με τον οποίο δυννητικά επηρεάζει βασικές παραμέτρους του κοινωνικού γίνεσθαι, η αλματώδης ποσοτικοποίηση των διαδικασιών που άπτονται στον «Ψ» χώρο ουσιαστικά καταδεικνύει τόσο το μέλλον, όσο και τις προοπτικές που αναπτύσσονται. Τα τελευταία νέο-θετικιστικά μοντέλα, μέσω αλγοριθμικών διαδικασιών, προσπαθούν να προβλέψουν δείκτες (όπως ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών επικινδυνότητας) ακόμα και σε

¹⁰⁴ Για μια σύντομη παρουσίαση της ιστορίας των ψυχομετρικών test, των τύπων (νοημοσύνης, προσωπικότητας) και των πεδίων που εφαρμόζονται, στο: Mellon R., *Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.

¹⁰⁵ Η στατιστική κατέχει πια ένα καίριο ρόλο στο θεωρητικό «οπλοστάσιο» του επιστήμονα, και όχι μόνο. Ο Wells αναφέρει χαρακτηριστικά ότι η στατιστική λογική μια μέρα θα είναι τόσο σημαντική στην ζωή του πολίτη όσο η ικανότητά του να διαβάζει και να γράφει. Στο: Pagano M., Gauvreau K., *Αρχές Βιοστατιστικής*, επιμ., μτφ. Ο. Δαφνή, εκδ. Έλλην, Αθήνα, 2002, σ. 3.

¹⁰⁶ Απόψεις για την έννοια της νοημοσύνης, των tests νοημοσύνης, αλλά και λεπτομερή ανάλυση δεδομένων που συνέβαλαν στην υποστήριξη της άποψης περί κληρονομικότητας της ευφυΐας, στο: Kamin L., J., *The Science and Politics of I.Q.*, εκδ. J. Willey and Sons, Patomic, Maryland, 1974.

¹⁰⁷ Ο Galton διατυπώνει αναλυτικά τις –σήμερα πιο επίκαιρες από ποτέ– θέσεις του περί ευγονικής στο: Galton F., *Inquires into Human Faculty and its Development*, εκδ. Macmillan, London, 1883.

επίπεδο ατόμου, ενώ η αναγωγή συμπεριφορών, αλλά και ο προσδιορισμός της ψυχοπαθολογίας προσδιορίζονται όλο και περισσότερο σε οργανική, βιολογική βάση. Αυτή η οργανιστική προσέγγιση –με δεδομένη την παράλληλη ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας¹⁰⁸– προσφέρει, τόσο τα μέσα, όσο και τη δικαιολογία για τη θεώρηση της ψυχικής ασθένειας υπό το πρίσμα αιτίου-αιτιατού. Έτσι, δημιουργείται μια «ασφαλής» θεωρητική βάση για κατοχύρωση, αλλά και πιστοποίηση των συγκεκριμένων προσεγγίσεων. Η δημιουργία μιας «αντικειμενικής» αλήθειας.

Τα παραπάνω δεν σημαίνουν, βέβαια, ότι υπήρξε μια «δυϊστική» προσέγγιση και ένας «ανταγωνισμός» δύο κυρίαρχων μοντέλων στο συγκεκριμένο πεδίο. Κάθε άλλο μάλλον. Τα θεωρητικά μοντέλα και οι αντίστοιχες προσεγγίσεις που προτάθηκαν και εξακολουθούν να προτείνονται καλύπτουν σχεδόν όλο το φάσμα των πιθανών θεωρήσεων. Η άποψη των Gestalt θεωρητικών και της ψυχολογίας της μορφής δίνουν το κίνητρο για τη συνολική θεώρηση του πεδίου σαν αναπόσπαστο τμήμα του ατομικού από το συλλογικό. Βασική θέση εκκίνησης είναι το ότι το πλαίσιο, το βάθος είναι αυτό που σχηματοποιεί τη μορφή. Είμαστε αυτό που αντιδιαστέλλεται στα όριά μας, και κατά συνέπεια η προσπάθεια διαχωρισμού του ατομικού από το περιβάλλον, από το πλαίσιο είναι άτοπη. Με βάση τέτοιες θέσεις, έχει αναπτυχθεί μια μεγάλη ποικιλία συστημικών θεωριών, οι οποίες –πέραν των διαφορετικών, μεταξύ τους, θέσεων και πρακτικών– καταδεικνύουν την ανάγκη της μελέτης του ατόμου και της κοινωνίας υπό όρους συστήματος. Ένα σύστημα, του οποίου η διάσπαση και ο επιμέρους έλεγχος των στοιχείων του δεν μπορεί παρά να αποβεί ανεπαρκής και ελλειμματικός.

Για άλλη μια φορά επανέρχεται στο προσκήνιο η έννοια της πολυπλοκότητας. Πολυπλοκότητα, τόσο αναφορικά με την εξατομικευμένη, ατομική συμπεριφορά, όσο και με τη σχέση και διαντίδραση του υποκειμενικού με το κοινωνικό. Σε σημείο –όχι απλά δυσκολίας αποσαφήνισης των ορίων τους– αλλά συνειδητοποίησης της αναγκαιότητας ελέγχου αυτής της σχέσης έτσι όπως αυτή παρουσιάζεται και παράγει. Και επανερχόμενοι στην αιτιολόγηση της επίκλησης της αναγκαιότητας

¹⁰⁸ Η Ψυχοφαρμακολογία άρχισε να αναπτύσσεται μετά την δεκαετία του 1950, όταν και άρχισαν να χρησιμοποιούνται συστηματικά τα πρώτα ψυχοτρόπα φάρμακα. Τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει μια «έκρηξη» παραγωγής φαρμάκων (με μια αντίστοιχη ανάπτυξη του συγκεκριμένου πεδίου έρευνας) ενώ τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση και τον έλεγχο συμπεριφορών χωρίς άμεση σχέση με την καθαυτή δράση τους. Πρόκειται για τις off label θεραπείες. Για μια συνοπτική παρουσίαση των ουσιών και των πεδίων χορήγησης, στο: Hales R., E., *Concise Guide to Psychopharmacology*, εκδ. American Psychiatric Publishing Inc, Washington, 2002.

για μια «ποιοτική» ματιά, θα ξεκινήσουμε από αυτό ακριβώς το σημείο. Την ποιοτική προσέγγιση σαν ίσως το πιο κατάλληλο εργαλείο κατανόησης αυτής της έννοιας της *πολυπλοκότητας*, όπως αυτή παράγεται, αλλά και παράγει μέσα από την αμφίδρομη και διαλεκτική σχέση ατόμου-κοινωνίας. «Η προσωπική ζωή είναι συνυφασμένη με τη συλλογική, εκείνη της ομάδας, και αποτελεί παράγωγό της μέσα από σχέσεις στοργής, αδιαφορίας, μίσους που εγκαθίστανται στη συνείδηση και την ορίζουν. («Το εγώ είναι πάντα κάποιος άλλος», έλεγε ο Ρεμπώ)».¹⁰⁹ Αυτό το πολύ προσωπικό υποκειμενικό νόημα του ψυχικά ασθενή, αλλά και η ιδιαίτερη θέση της αναπαράστασής του μέσα στην «κοινωνική οικονομία», με άλλα λόγια, αυτό το «χάσμα» μεταξύ αυτών των δύο πραγματικοτήτων είναι ο λόγος που σημασιοδοτεί την ανάγκη χρησιμοποίησης «ποιοτικών» κριτηρίων. Γιατί, όσο «στιβαρά» δομημένη και να είναι μια ποσοτική προσέγγιση, δεν παύει να είναι η έκφανση μιας –αληθούς ή όχι– διαφορετικής πραγματικότητας.

Δεύτερον, η ποσοτική έρευνα φαίνεται ότι έχει «υπερπαράγει». Μέσα από τις διαδικασίες και τους τρόπους που προαναφέρθηκαν, έχει διυλιστεί, μετρηθεί, αξιολογηθεί, όχι μόνο το συγκεκριμένο πεδίο, αλλά κάθε παράμετρος, τόσο αναφορικά με το ατομικό, όσο και το κοινωνικό. Μέσα από στατιστικούς δείκτες, έχουν ποσοτικοποιηθεί (ή προσπαθούν να ποσοτικοποιηθούν) όλες οι εκφάνσεις/δομές του κοινωνικού. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να βρει κάποιος ένα πεδίο στο οποίο να μην έχει γίνει μια προσπάθεια μέτρησης των συνιστωσών του. Δηλαδή, η βιωματική αναφορά, η νοηματοδότηση, η ερμηνεία, η συμπεριφορά είναι διαπερατά από τη μέτρηση. Η νοηματοδότηση του Εγώ προσδιορίζεται δομικά από ένα πλέγμα ποσοτικών Λόγων, η ερμηνεία του κοινωνικού διαπερνιέται από την ποσοτική παραγωγή του αριθμητικού. Από την υπέρ-παραγωγή στην υπέρ-κατανάλωση. Από την στιγμή που η ποσότητα, ο αριθμητικός δείκτης έχει γίνει δομική συνιστώσα για την κατασκευή, τόσο του φαντασιακού υποκειμένου, της ζωής και της ιστορίας του, όσο και της πραγματικότητας που το περιβάλλει, η αδιάκοπη παραγωγή «αριθμητικών δεδομένων» μεταφράζεται σε απαιτούμενο στοιχείο για την διασφάλιση της συνεκτικότητας της ατομικής/συλλογικής ταυτότητας.¹¹⁰ Ο Foucault προσδιορίζει χαρακτηριστικά την «ποσοτικοποίηση» του

¹⁰⁹ Στο: Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, ό.π., σ. 83.

¹¹⁰ «Τα διαχειρίζομαι. Τα μετρώ και τα ξαναμετρώ...Είναι δύσκολο. Εγώ όμως είμαι άνθρωπος σοβαρός...και μετά μπορώ να τα τοποθετήσω σε τράπεζα» απαντάει ο επιχειρηματίας στον Μικρό Πρίγκιπα, όταν ο τελευταίος επισκέφθηκε τον πλανήτη του. «Διασκεδαστικό» σκέφθηκε ο Μικρός Πρίγκιπας «αλλά όχι ιδιαίτερα σοβαρό». Στο: Saint-

ανθρώπινου σώματος, σαν ένα νέο είδος εξουσίας επάνω στα ανθρώπινα σώματα: οι τεχνικές μέτρησης και καταγραφής μετατρέπουν το άτομο σε «περίπτωση», εξατομικευμένο αντικείμενο γνώσης, το οποίο «...μπορεί κανείς να το περιγράψει, να το ζυγίσει, να το μετρήσει, να το συγκρίνει με άλλα άτομα...Το άτομο δεν αποτελεί πια ένα μνημείο για μελλοντική χρήση, αλλά ένα ντοκουμέντο για ενδεχόμενη χρησιμοποίηση».¹¹¹

Τρίτον, οι ποσοτικές μέθοδοι αποδεικνύουν την αδυναμία της αυτάρκειάς τους, σε ομάδες και καταστάσεις οι οποίες είναι δύσκολα προσεγγίσιμες, όχι τόσο σε «εργαλειακό» επίπεδο, όσο σε συμβολικό. Η ψυχική ασθένεια, με τον ιστορικό ρόλο που έχει διαδραματίσει, αλλά κυρίως με τις αναπαραστάσεις που εκλύει, σημασιοδοτεί δύο βασικές –κατά την προσωπική άποψη– παραμέτρους. Αφενός, μια έντονη συναισθηματική φόρτιση και μια διάσταση ανάμεσα στο λεχθέν και το άρρητο, τόσο αναφορικά με τον «ασθενή», αλλά κυρίως με το υποκείμενο που στέκεται απέναντι. Η θέση (και η αντίστοιχη στατιστική τεκμηρίωση) «ο τρελός δεν είναι πιο επικίνδυνος από τον «υγιή», μπορεί να αποτελεί μια σχεδόν καθολικά παραδεκτή –επιστημονικά– άποψη,¹¹² αλλά η αναπαράσταση, και επακόλουθα η αντίδραση σε αυτό το μόρφωμα Λόγων, μπορεί να είναι αρκετά διαφορετική. Και ο ρόλος μιας ποιοτικού τύπου προσέγγισης ίσως έγκειται, όχι τόσο να καταδείξει και να πιστοποιήσει την εγκυρότητα της άποψης, αλλά να προσδιορίσει την «χρησιμότητα» μιας τέτοιας «διάστασης απόψεων» για την παραγωγή του τελικού «προϊόντος» και τη λειτουργία της μέσα στο πλαίσιο των εγκαθιδρυμένων συμβολισμών. Αφετέρου, η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα αποτελεί, διαχρονικά, ένα προνομιακό πεδίο άσκησης εξουσίας, κυρίως σε συμβολικό επίπεδο. Και οι θετικιστικές προσεγγίσεις, πέραν της «αντικειμενοποίησης» και της οριοθέτησης του πεδίου, ουδετεροποιούν αυτή τη συγκεκριμένη –ιδεολογικά φορτισμένη– διάσταση, προτείνοντας μοντέλα διαχείρισης, τα οποία λίγο έχουν να κάνουν με μια συνολική ανά-διαρρύθμιση της φιλοσοφίας απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Η Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση αποτελεί από παράδειγμα. Τα αποτελέσματα αξιολόγησης των ίδιων των μοντέλων που χρησιμοποιήθηκαν

Exuperly A., Ο Μικρός Πρίγκιπας, μτφ. Μ. Καρακώστα, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1997. Η συμβολική, αλλά και συμπιεσμένη λειτουργία του «μύθου».

¹¹¹ Στο: Foucault M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, μτφ. Κ. Χατζηδήμου, Ι. Ράπτη, εκδ. Ράπτη, Αθήνα, 1976.

¹¹² Για μια συνοπτική παρουσίαση και αξιολόγηση των συγκεκριμένων θέσεων και προβληματισμών, βλ. Τσαλικογλου Φ., *Ο Μύθος του Επικινδύνου Ψυχασθενή*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1987.

υποδεικνύουν και την διαφαινόμενη αποτυχία του εγχειρήματος. Το ερώτημα, δηλαδή, που επανέρχεται επανειλημμένως στο προσκήνιο, είναι το κατά πόσο η ποσοτική μεθοδολογία είναι αποτελεσματική όσο διατείνεται πως είναι, ειδικά αν ληφθούν υπόψη οι ιστορικές κοινωνικό-πολιτισμικές και πολιτικές συνθήκες, μέσα στις οποίες εκφράζεται.

Σαν άμεσο συμπέρασμα του παραπάνω προβληματισμού απορρέει το ότι οι ερμηνευτικές προσεγγίσεις, με όλη την ιστορία, τις καταβολές και την ιδεολογία που τις διαπερνά και τις συνοδεύει –πέραν των δυσκολιών στην εφαρμογή τους- εκτός από ενδεδειγμένο «εργαλείο» για πεδία στα οποία άλλες προσεγγίσεις φαίνονται – αν όχι αναποτελεσματικές- τουλάχιστον ανεπαρκείς, μπορούν να λειτουργήσουν διαφορετικά. Τόσο σαν μηχανισμοί εναλλακτικής προσέγγισης αυτής της «διαφορετικότητας», όσο και σαν μηχανισμοί κατάδειξης και αντίστασης στην κυριαρχία μοντέλων που διαχέουν την επιρροή τους σε πεδία διαφορετικά από αυτά που διατείνονται ότι ελέγχουν. Η υποκειμενική κατανόηση και ερμηνεία σαν πολιτική πράξη. Άλλωστε, «αυτό που μετράει σε μια δημοκρατία είναι η εμπειρία των πολιτών, δηλαδή η υποκειμενικότητά τους...»¹¹³

¹¹³ Στο: Feyerabend P., *Αποχαιρετισμός στον Λόγο*, ό.π., σ. 399.

8. Η διαδρομή

Η ψυχική ασθένεια, και η κοινωνική αντίδραση προς αυτή, εμφανίζεται τόσο διαχρονικά, όσο και διαπολιτισμικά. Ανιχνεύονται στοιχεία αυτής της αλληλόδρασης μέχρι και 4000 ή 5000 χιλιάδες χρόνια πριν, στα ίχνη των τρυπανισμένων κρανίων, ή των σαμανιστικών τελετουργιών. Στην αρχαία Ελλάδα η Μανία και η Λύσσα είναι οι «υπεύθυνες» θεότητες για την πρόκληση της ψυχικής ασθένειας, αν και ο Ιπποκράτης, και αργότερα (130-200 μ.Χ) ο Γαληνός θέτουν μια αρκετά συγκροτημένη και οριοθετημένη «επιστημονική» θεώρηση της ψυχικής ασθένειας.¹¹⁵

Αντίθετα, κατά την περίοδο του Μεσαίωνα (ο οποίος αρχίζει περίπου με τον θάνατο του Γαληνού, και τελειώνει περί το 1540, με την δημοσίευση του έργου του Vesalius: *De Corporis Humani Fabrica*) διαφαίνεται μια ιδιαίτερα διαφορετική αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Η αναπαράστασή της είναι φορτισμένη με προλήψεις, ηθικολογία, φανατική θρησκευτικότητα, ενώ η συμπεριφορά προς τον ψυχικά άρρωστο είναι ιδιαίτερα σκληρή. Συσχετίζεται με την μαγεία, και κάτω από το επωνύμιο του «αιρετικού» ή του «διαβολικού», η Ιερά Εξέταση αφανίζει έναν τεράστιο αριθμό «μάγων» (και κυρίως «μαγισσών», γυναικών που κατηγορούνταν για σεξουαλική σχέση με τον διάβολο), ενώ αυτή η «αντι-μαγική» μανία συνεχίστηκε σε πολλές Ευρωπαϊκές περιοχές μέχρι και τα μέσα του 18^{ου} αιώνα. Έτσι, μέσα στις αντι-σεξουαλικές και θεοκρατικές συνιστώσες, έτσι όπως έχουν διαμορφωθεί από το Ιουδο-Χριστιανικό πλαίσιο εξουσίας, φαίνεται να αναδύεται το εννοιολογικό πρότυπο της «τρέλας» σε συνάρτηση με την κακία, την αμαρτία και την επικινδυνότητα.¹¹⁶

¹¹⁵ Ο **τρυπανισμός** εμφανίζεται από την Νεολιθική περίοδο, (ο Broca ήταν ο πρώτος που τον μελέτησε) και σκοπός του ήταν, μέσω της διάνοιξης του κρανίου, η δυνατότητα διαφυγής των κακών πνευμάτων. Ο **Σαμανισμός** προέρχεται από την λέξη «σαμάν» (που σημαίνει κάτι ανάλογο με το «άνθρωπος-μάγος» στην γλώσσα Tungus της Β. Σιβηρίας) και είναι η μέσω του Σαμάν θεραπεία του ασθενή από τα κακά πνεύματα, μια «τεχνική» που υπολείμμά της ανιχνεύονται μέχρι και σήμερα. Ο **Ιπποκράτης** στην αρχαία Ελλάδα ήταν αυτός που μίλησε για την ψυχική ασθένεια σαν προϊόν της διαντίδρασης των τεσσάρων σωματικών «χυμών»: του αίματος, του φλέγματος, της μαύρης χολής και της κίτρινης χολής, και έκανε ουσιαστικά την πρώτη κατάταξη διαχωρίζοντας τέσσερις ιδιοσυγκρασίες, την αιματώδη, την χολερική, την μελαγχολική και την φλεγματική. Ο **Γαληνός** προτείνει ότι η υγεία της ψυχής εξαρτάται από την αρμονία μεταξύ του λογικού, του παρалоγού και του ηδονιστικού τμήματός της (παρουσιάζοντας πολλές ομοιότητες με το Εγώ, το Εκείνο και το Υπερεγώ του Freud). Στο: Μάνος Ν., *Βασικές αρχές κλινικής ψυχιατρικής*, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997, σσ. 17-19.

¹¹⁶ Το έργο δύο Γερμανών μοναχών του 15^{ου} αιώνα, το «σφυρί των μαγισσών», θα αποτελέσει και το «επίσημο» εγχειρίδιο της Ιεράς εξέτασης για την αντιμετώπιση και την

Αν θα ήθελε κάποιος να ακολουθήσει το νήμα της εξελικτικής πάνω στην σχέση της τρέλας-πολιτισμού/κοινωνίας, έτσι όπως αυτή δομήθηκε στις απαρχές της βιομηχανικής επανάστασης, θα μπορούσε να θέσει μια χρονολογία σταθμό. 1656: ιδρύεται το Γενικό Νοσοκομείο στην Γαλλία.¹¹⁷ Ακολουθώντας μια μεγάλη περίοδο που καλύπτει τον Μεσαίωνα,¹¹⁸ με τις αντίστοιχες αντιλήψεις και πρακτικές διαχείρισης της τρέλας, όπως πολύ περιληπτικά αναφέρθηκαν, η άνοδος της νεότευκτης αστικής τάξης, έχει ως προϊόν της το Γενικό Νοσοκομείο σαν χώρο επιβολής της εξουσίας της. Η Αγγλία έχει προηγηθεί λίγο (1575) με την πράξη για την «τιμωρία των αγυρτών και ανακούφιση των φτωχών», και την δημιουργία των Houses of correction, και των workhouses. Το καίριο στοιχείο σε αυτό το σημείο είναι η αναδυόμενη ανάγκη για εργασιακή απασχόληση, η οποία και επέβαλε την δημιουργία, αλλά και την πλήρωση αυτών των χώρων, με ετερόκλητα στοιχεία, και όχι μόνο με ψυχικά άρρωστους.¹¹⁹ Το μοντέλο αυτό (το οποίο φαίνεται να επαναλαμβάνεται μέχρι και τον 20^ο αιώνα) φαίνεται να καταδεικνύει μια αύξηση των τιμών του έγκλειστου πληθυσμού (αναφορικά κυρίως με τα ψυχιατρικά καταστήματα και τις φυλακές) τις χρονικές περιόδους κατά τις οποίες υπάρχει μια αύξηση των τιμών ανεργίας¹²⁰. Και ο εγκλεισμός λειτουργεί «πυροσβεστικά», έτσι

τιμωρία των ανθρώπων αυτών. Υπολογίζεται ότι μόνο στην Γερμανία και την Γαλλία, κήκαν στην πυρά από την Ιερά Εξέταση πάνω από 200000 άνθρωποι, μέσα στους οποίους υπάρχει με βεβαιότητα ένας μεγάλος αριθμός ψυχικά ασθενών. Στο: Μάνος Ν., *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, όπ. π., σ. 20. Επίσης, στο: Τσαλικογλου Φ., *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1987, σ. 35

¹¹⁷ Η ασυλικού τύπου αντιμετώπιση και διαχείριση των ψυχικά αρρώστων έχει εμφανιστεί αρκετά πιο παλιά. Το πρώτο άσυλο φαίνεται ότι είναι αυτό που δημιουργήθηκε από τον **Bethlehem** στο Λονδίνο το 1247, ενώ στην ηπειρωτική Ευρώπη, ο **Jofre** δημιουργεί το πρώτο άσυλο στην Βαλένθια της Ισπανίας το 1409 (στον ίδιο τόπο που λειτουργούσε η Ιερά Εξέταση). Από τότε και ύστερα δημιουργούνται αρκετά τέτοια άσυλα στην Ευρώπη, το χαρακτηριστικό των οποίων είναι η ετερογένεια των τροφίμων, κάτι που θα συνεχιστεί και αργότερα. Στο: Μαδιανός Μ., *Κλινική ψυχιατρική*, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 2003, σσ. 28-30.

¹¹⁸ Η αλλαγή δεν περιορίζεται μόνο στο πεδίο της ψυχικής ασθένειας. Από τα τέλη του 17^{ου} αιώνα αρχίζει να διαφαίνεται μια διαφορετική αντιμετώπιση της έννοιας της τιμωρίας. Η τιμωρία με στόχο το σώμα (όπως αυτή εκφραζόταν με την τακτική των δημόσιων βασανιστηρίων) αρχίζει να ελαττώνεται, το ίδιο και ο χαρακτήρας της ως *θέαμα*. Η σωματική οδύνη, ο πόνος του ίδιου του σώματος, δεν είναι πια συστατικά στοιχεία της ποινής. Η τιμωρία μετατρέπεται σε μια διαβάθμιση της στέρησης των δικαιωμάτων, ενώ σαν αποτέλεσμα αυτής της διακριτικότητας, τον ρόλο του δημίου έρχονται να αντικαταστήσουν διαφορετικού τύπου «τεχνικοί»: γιατροί, ιερείς, ψυχολόγοι, παιδαγωγοί. Στο: Foucault M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, μτφ. Κ. Χατζηδήμου., Ι. Ράλλη., εκδ. Ράππας, Αθήνα, 2004, σσ. 16-21.

¹¹⁹ Στο Foucault M., *Η ιστορία της τρέλας*, εκδ. Ηριδανός, Αθήνα, χχ., σσ. 43-50.

¹²⁰ Η θεωρητική υπόθεση, η οποία συνδέει την κατάσταση στην αγορά εργασίας με την αύξηση της ποινικής καταστολής και των αριθμών των εγκλείστων, ουσιαστικά συνεχίζει να επανέρχεται μέχρι τις τελευταίες δεκαετίες. Η πρώτη προβληματική αυτού του τύπου αναπτύχθηκε την δεκαετία του '30 από τους Rusche και Kirchheimer, ενώ στην συνέχεια επανήλθε κυρίως χάρις στις μελέτες των D. Melossi και D. Garland. Η γενική υπόθεση η

ώστε και η ανεργία μειώνεται, και οι ταραχές αποφεύγονται. Επίσης, ο πληθυσμός τους χρησιμεύει σαν φθηνό εργατικό δυναμικό σε περιόδους οικονομικής ανέχειας. Η αντιμετώπιση δηλαδή, έρχεται μέσα από το πρίσμα της ανεργίας και τον ηθικό χαρακτήρα που αυτή λαμβάνει, τουλάχιστον κατά την «νηπιακή ηλικία» της βιομηχανικής επανάστασης και της συνακόλουθης υπερχείλισης της αστικής τάξης: ο άνεργος είναι και ανήθικος.¹²¹ Αυτή η «εργασιακή» ηθική θεσμοθετείται και η εγκαθίδρυση της γίνεται μέσω σκληρού εξαναγκασμού. Παράλληλα, συμπεριφορές όπως η ομοφυλοφιλία «αποποινικοποιούνται» (αν μπορούμε να δανειστούμε τον όρο), υπό την έννοια ότι τους τότε «σοδομιστές» δεν τους στέλνουν πια στην πυρά, αλλά όμως εξοβελίζονται στον χώρο της «τρέλας». Αρχίζει να διαφαίνεται ένας διαχωρισμός της «φυσιολογικής» από την «ανώμαλη» συμπεριφορά, με την κάθε αναλυτική κατηγορία να περιλαμβάνει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Ο «σοδομιστής» και ο ψυχικά άρρωστος ομαδοποιούνται, και αντιδιαστέλλονται από το λογικό (και εργαζόμενο) άτομο: φυσιολογική vs. ανώμαλη συμπεριφορά. Δηλαδή η ενότητα τρέλας και λογικής θα αρχίσει να διαρρηγνύεται, διαφαίνεται μια τομή ανάμεσα στην λογική και τον παραλογισμό, δύο έννοιες ασύμβατες πια μεταξύ τους, χωρίς να μπορούν να ενυπάρχουν στο ίδιο άτομο. Ο «τρελός», σε αντίθεση με τον «λογικό», είναι έρμαιο των ενστίκτων του, των επιθυμιών του, του πρωτόγονου εαυτού του, οδηγείται σε μια «αλήθεια» ασύμβατη με την λογική, και κυρίως ασύμβατη με την ηθική, και με τον τρόπο που αυτή η ηθική εκφράζει το κοινωνικό σύνολο.¹²²

Με αυτόν τον τρόπο, η εγκάθειρξη αποκτά μια μορφή συνείδησης που μπροστά στο «ενστικτικό» και το πρωτόγονο, δεν μπορεί παρά να νοιώθει ντροπή.

οποία ελέγχεται είναι ότι οι στόχοι, αλλά και η λειτουργία του μηχανισμού της ποινικής δικαιοσύνης διαφοροποιείται ανάλογα με την πλεονάζουσα ή μειωμένη προσφορά εργατικής δύναμης, καθώς και το ότι η κατάσταση στην αγορά εργασίας παίζει καθοριστικό ρόλο στις τιμές εγκλεισμού. Ο Melossi θεωρεί ότι σε περιόδους αναδιάρθρωσης της αγοράς εργασίας και μαζικής εξόδου εργατικού δυναμικού, εγκαθίσταται στον πληθυσμό ένα κλίμα «ηθικού πανικού» «...που επιτρέπει την εκλογίκευση των κοινωνικών σχέσεων, μέσω της ανάπτυξης «λεξιλογίων με τιμωρητικά κίνητρα» (vocabularies de la motivation punitive)». Στο: Νικολόπουλος Γ., *Κράτος, ποινική εξουσία και Ευρωπαϊκή ολοκλήρωση*, εκδ. Κριτική, Αθήνα, 2002, σσ. 58-61.

¹²¹ Η ανεργία, σαν κοινωνικό/πολιτικό φαινόμενο, άρχισε να απασχολεί τους θεωρητικούς της οικονομίας αρκετά αργά. Μέχρι να εκδώσει ο Α. Smith τον *Πλούτο των Εθνών*, ο άνεργος θεωρούνταν ως ο απόλυτα υπεύθυνος για την κατάστασή του. Παρ' όλο που οι πρώτοι αυτοί θεωρητικοί (Smith, Malthus, Ricardo) δεν θεωρούσαν την ανεργία μείζον πρόβλημα, ωστόσο έθεσαν τις πρώτες βάσεις για τις μετέπειτα θεωρητικές προσεγγίσεις. Στο: Ψαλιδόπουλος Μ., *Η Θεματοποίηση της Ανεργίας στην Οικονομική Θεωρία, Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα, 1998, σσ. 113-116.

¹²² Στο: Foucault Μ., *Η ιστορία της τρέλας*, ό.π., σσ. 57-63.

Επιπλέον, αυτό το ηθικό κακό έχει σημασιοδοτηθεί με τον χαρακτήρα της μολυσματικότητας, είναι δυνητικά «κολλητικό», άρα και δυνητικά πολλαπλασιαζόμενο, αν αφεθεί ανεξέλεγκτο, και το οποίο μπορεί να εκλείψει μόνο με την «λησμονιά», την οποία αναλαμβάνουν να διαχειριστούν τα άσυλα. Ακόμα και όταν χρησιμοποιείται με όρους «αποδιοπομπαίου τράγου», με τον ψυχικά άρρωστο να χρησιμοποιείται σαν θέαμα, αυτό γίνεται μόνο πίσω από τα κάγκελα, και σε απόσταση. Ιδιαίτερα για τους *επικίνδυνους*, η σημασιοδότηση γίνεται υπό όρους «κτήνους» και «ζώου». Δεν είναι πια «τρελοί» άνθρωποι, αλλά ζώα, με όλες τις αναπαραστάσεις που αυτά εμπεριέχουν. Το κύριο χαρακτηριστικό του «κτήνους» είναι αφενός η απόλυτη διαφορετικότητά του από την κατηγορία «άνθρωπος» και αφετέρου η επιθετικότητά του. Επιπλέον, ο άνθρωπος-ζώο σκληραίνει: αντέχει το κρύο, την πείνα, την δίψα, την τιμωρία. Αυτή η αναπαράσταση της ζωώδους φύσης κάνει τον επικίνδυνο κυρίως ψυχικά άρρωστο, όχι μόνο να αποβάλλει ότι ανθρώπινο έχει μέσα του και να πάει σε μια άλλη σφαίρα ή διάσταση (να γίνει ο μεσαιωνικός συνεργός του διαβόλου ή ο αγαπητός και διαλεγμένος από τον Θεό άνθρωπος των Αράβων), αλλά κατεβαίνει στον «βαθμό μηδέν» της φύσης του.¹²³ Σαν να εξοβελίζεται από την αναλυτική κατηγορία «άνθρωπος».

Αυτά τα δύο καίρια σημεία, η επικινδυνότητα και ο «μολυσματικός» χαρακτήρας των εγκλειστών, είναι που κάνουν κατά κύριο λόγο απαραίτητη την παρουσία του γιατρού. Όχι όμως σαν επιλογέα και «διαιτητή», στο να διαχωρίζει και να καταδεικνύει δηλαδή τι είναι ψυχικά ασθένεια και τι όχι, αλλά κυρίως σαν προστάτη και φύλακα των «έξω», του κοινωνικού συνόλου που κινδύνευε από το μολυσματικό στοιχείο που υπήρχε μέσα στα άσυλα.

Τον 18ο αιώνα αρχίζει ο μεγάλος «απο-εγκλεισμός». Ουσιαστικά όμως δεν φαίνεται να είναι τίποτα άλλο, από μια προσπάθεια του να διαχωριστεί το «υπολειμματικό» εκείνο ανθρώπινο δυναμικό που παραμένει ανενεργό μέσα στο ίδρυμα. Βγαίνουν όλοι αυτοί που θα μπορούσαν να «μολυνθούν» μένοντας δίπλα στους ψυχικά αρρώστους: άποροι, επαίτες, οργανικοί ηλικιωμένοι, ιερόδουλες, ορφανά παιδιά. Αυτοί που «δικαιούνται» εγκλεισμό είναι οι εγκληματίες και οι τρελοί. Αυτό πρέπει να ιδωθεί και να συσχετιστεί με τις αλλαγές στην οικονομία και στην φιλοσοφία της εργασίας γενικότερα. Οι νέες θεωρίες αποσυνδέουν την

¹²³ Στο: Foucault M., *Η ιστορία της τρέλας*, ό.π., σσ. 77-93.

ανεργία από την προσωπική βούληση, η έλλειψη εργασίας παύει να θεωρείται προϊόν οκνηρίας, έχοντας απαλλαγεί από τις παλιότερες ηθικές συγχύσεις. Είναι σαν να λέγεται: ακόμα και αν η εγκάθειρξη έβλαψε όλους αυτούς που με απρονοησία βάλαμε μαζί, όχι μόνο πρέπει να βγάλουμε έξω αυτούς που «θίγονται», αλλά να βρούμε και ένα χώρο ειδικά προορισμένο για τους τρελούς. Η εγκάθειρξη θεωρήθηκε ένα «οικονομικό σφάλμα», αφού «έβγαινε εκτός κυκλοφορίας» και συντηρούντο με κρατικά έξοδα ένας φτωχός πληθυσμός. Ένας πληθυσμός που στην ουσία είναι πολύτιμος, αφού μπορεί να χρησιμοποιηθεί, αλλά και να χρησιμεύσει σαν φτηνό εργατικό δυναμικό. Η φτώχεια αποσυνδέεται από την έννοια του πληθυσμού, έτσι ώστε ο τελευταίος αυτόματα λαμβάνει έναν ιδιαίτερα ουσιαστικό και δυναμικό ρόλο. **Ένα κράτος χωρίς φτωχούς θα ήταν φτωχό.** Εκείνο δηλ. που εξαφανίστηκε στα τέλη του 18^{ου} αι, δεν είναι η απάνθρωπη μεταχείριση των εγκάθειρκτων, αλλά η έκδηλη ανάγκη της εγκάθειρξης, η οποία όμως, ακόμα και τότε δεν είχε προσλάβει τον ιατροκεντρικό της χαρακτήρα. Η «τρέλα» δεν είναι ακόμα ιατρική.¹²⁴

Η αρχή του 19^{ου} αι φέρνει και την μεγάλη ρήξη: Ο Pinel στην Γαλλία και σχεδόν παράλληλα ο Tuke στην Αμερική, λύνουν τους ψυχικά ασθενείς από τα «δεσμά» τους.¹²⁵ Αυτή η «κίνηση φιλανθρωπίας» των Pinel και Tuke, φαίνεται ότι σηματοδοτεί μια κρίσιμη στροφή στην εξέλιξη των ψυχικά ασθενών, και κατά συνέπεια στην λειτουργία του ασύλου. Μια πρώτη «όραση» φαίνεται αρκετά ευοίωνη: διαφωτισμός, φιλελεύθερες ιδέες, ίσα δικαιώματα, η Ευρώπη και οι «αποικίες» της έχουν ανάγκη να αποκτήσουν ένα πιο «ελευθεριάζον» πρόσωπο. Στο σημείο αυτό, ίσως είναι κρίσιμη η εισαγωγή της έννοιας του φόβου. Η χειραγώγηση του φόβου που προκαλεί η τρέλα, μετατίθεται. Μετατίθεται επίσης και ο χειρισμός του φόβου που προκαλεί το «σύστημα». Ο ειδικός «λύνει» την τρέλα, και σε αντίθεση με πριν, μπαίνει στην διαντίδραση και στην διαχείριση φαινομενικά «άοπλος», άρα και μη απειλητικός. Και όμως κουβαλάει πίσω του το κύρος της

¹²⁴ Στο: Foucault M., *Η ιστορία της τρέλας*, ό.π., σσ. 219-232.

¹²⁵ Ο Ph. Pinel θεωρείται και ο «επαναστάτης» της ψυχιατρικής. Γιατρός, καθηγητής της Υγιεινής και Παθολογίας, διευθυντής της κλινικής Bicetre, ήταν αυτός που απελευθέρωσε την πρώτη ψυχικά άρρωστη από τις αλυσίδες της. Φρόντισε για την κτηριακή αναδιοργάνωση της κλινικής, διαχώρισε τους τροφίμους σε «ήσυχους», «ανίατους», ενώ το 1801 έγραψε το κλασσικό σύγγραμμά με τίτλο «Traite medicophilosophique sur l' alienation mentale». Το 1839, ο John Connolly αφαιρεί τα μέσα καθήλωσης από τους ασθενείς στο άσυλο του Hanwell, ενώ το 1796 ο William Tuke, στην Υόρκη της Μασαχουσέτης, ιδρύει το «ησυχαστήριο της Υόρκης», με ασθενείς που ακολουθούσαν μη βίαιες μεθόδους θεραπείας. Στο: Μαδιανός Μ., *Κλινική ψυχιατρική*, ό.π., σσ. 31-32.

«αρχής». Ο φόβος παύει να είναι εξωτερικός (ιμάντες και αλυσίδες) και μετατίθεται μέσα στο ίδιο το άτομο. Απευθύνεται με λόγια και όχι με όργανα (τα οποία είναι όμως συμβολικά παρόντα), προσπαθώντας να βγάλει στην επιφάνεια το «υγιές» συναίσθημα ευθύνης (αφού κάθε δυνητική παρέκκλιση συνδέεται και με μια ποινή). Δηλαδή, η ελεύθερη «τρομοκρατία» της τρέλας αντικαθίσταται από την ενοχή του ψυχικά ασθενή σαν ένα σύστημα συνειδητοποίησης του εαυτού του. «...μέσα από αυτή την ενοχή, ο τρελός καταντά ένα αντικείμενο τιμωρίας, πάντα προσιτό, και στον εαυτό του και στον άλλο. Κι έτσι, αναγνωρίζοντας τον εαυτό του σαν αντικείμενο, και συνειδητοποιώντας την ενοχή του, ο τρελός θα πρέπει να ξαναποκτήσει συνείδηση ελεύθερου και υπεύθυνου υποκειμένου και, συνακόλουθα, την λογική του.»¹²⁶ Και τώρα δίνεται μάχη, αλλά με μια «τρέλα» που έχει ήδη εξουσιαστεί. Ο άρρωστος σημασιοδοτείται σαν ανήλικος, καθηλωμένος ή παλινδρομημένος σε πρώιμα στάδια, και η εμπλοκή του με το άσυλο παίρνει έντονη την μορφή μιας σχέσης οικογένειας με όλες τις αναπαραστάσεις που αυτή εμπεριέχει. Με την «σιωπή» και τον «καθρέφτη» η τρέλα απομυθοποιείται. Ο άρρωστος χάνει το παραλήρημά του και απογυμνώνεται μπροστά στο «διαρκές δικαστήριο» με τους δικούς του νόμους και εξουσίες, διαφορετικούς από αυτούς του κοινωνικού συνόλου. Και με την «βόμβα» της φροϋδικής θεωρίας, κλείνει ο κύκλος: η ψυχανάλυση, ανάγοντας τον ψυχίατρο σε μείζων γνώστη και ρυθμιστή της ανθρώπινης ψυχής, ουσιαστικά καταφέρνει να μεταθέσει όλες τις παραπάνω σημασιοδοτήσεις του ασύλου, σε ένα και μόνο πρόσωπο. Αυτό του γιατρού.¹²⁷

¹²⁶ Στο: Foucault M., *Η ιστορία της τρέλας*, ό.π., σ. 240.

¹²⁷ Στο: Foucault M., *Η ιστορία της τρέλας*, ό.π., σσ. 240-263.

9. Το άσυλο

Αν και θα ήταν δομικά λάθος να προσπαθήσουμε να ερμηνεύσουμε τα άσυλα, έτσι όπως τα γνωρίζουμε σήμερα, σαν αποκλειστικά προϊόντα μιας εξελικτικής όπως περιγράφηκε πιο πάνω, μπορούμε ωστόσο να ανιχνεύσουμε κάποιες βασικές συνιστώσες, οι οποίες προσδίδουν και τον χαρακτήρα του ολοπαγούς στο άσυλο-ίδρυμα.

Παρ' όλη την αδρή διάκριση διαφόρων τύπων ιδρυμάτων, οι φυλακές και τα ψυχιατρεία είναι ιδρύματα, προορισμένα για άτομα που είναι ανίκανα για αυτοφροντίδα, αλλά παράλληλα και/ή επικίνδυνα. Είναι κλειστά (ή τουλάχιστον με «κλειστό» χαρακτήρα), υπό την έννοια ότι δεν υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση στους «εκτός» και φυσικά ελευθερία εξόδου στους «εντός». Όλες οι δραστηριότητες λαμβάνουν χώρα στο ίδιο πλαίσιο και χώρο, η συναναστροφή γίνεται με «ίδιους» ανθρώπους (ή έστω χαρακτηριζόμενους ως «ίδιους»). Οι «επόπτες» είναι σαφώς πιο λίγοι, ενώ οι αναπαραστάσεις αμοτέρων για τους άλλους είναι αρκετά ισχυρές.¹²⁸ Η εισαγωγή τις περισσότερες φορές, περιλαμβάνει τελετουργικά όπως διαδικασίες απογύμνωσης, αρίθμησης, απώλεια ή αλλοίωση του ονόματος των τροφίμων, απώλεια ή δέσμευση των προσωπικών αντικειμένων, αλλά και δοκιμασίες «υπακοής».¹²⁹

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

¹²⁸ Όχι μόνο σε ιδρυματικού τύπου δομές, αλλά και στις «νέες» δομές θα βρεθεί η αναπαραστάση του «καλού γιατρού», του «αυστηρού φύλακα», της «διαταραχής προσωπικότητας», του «χρόνιου, υπολειμματικού σχιζοφρενή»: «Καλός είναι ο Κ. (ειδικευόμενος γιατρός). Την έχει ακούσει λίγο, αλλά καλός είναι...» λέει ο Κώστας, γελώντας. «Μπήκε μια διαταραχάρα... Του κερατά. Μπλέξαμε...» μου λέει η Σοφία (νοσηλεύτρια) στην παράδοση μιας «βάρδιας», αναφερόμενη σε μια νέα ασθενή με διάγνωση «οριακή διαταραχή προσωπικότητας».

¹²⁹ Ο Goffman, παρ' όλο που δεν αναφέρεται αποκλειστικά στις πρακτικές και στα χαρακτηριστικά των ψυχιατρικών ιδρυμάτων-ασύλων, δίνει μια πολύ εμπειριστικώς εικόνα, και φέρνει στην επιφάνεια βασικές αναλυτικές κατηγορίες, που ελέγχονται μέχρι και σήμερα. Στο: E. Goffman, *Άσυλο*, εκδ. Ευρύαλος, Αθήνα, 1994, σσ. 32-51.

συνέβαινε είτε λόγω της ανάγκης για καθαριότητα, είτε λόγω της έλλειψης προσωπικού).

Οι «κανόνες» του ιδρύματος μπορεί να λειτουργούν τόσο σε ρητό, όσο και σε άρρητο επίπεδο. Υπάρχει συνήθως ένα αυστηρά προσδιορισμένο και οριοθετημένο σύνολο κανόνων, αλλά παράλληλα λειτουργεί (επικουρικά θα μπορούσε να λεχθεί) και ένα σύστημα άτυπων και τυπικών «προνομίων» και τιμωριών. Η εναλλακτική χρησιμοποίηση αυτού του συστήματος προνομίων και τιμωριών συνήθως λειτουργεί σαν καρώτο-μαστίγιο, με λειτουργικό σκοπό την συνεργασία των τροφίμων εκείνων που είναι «απείθαρχοι», το οποίο λειτουργεί πολύ καλά και σε συμβολικό επίπεδο. Η γλώσσα που χρησιμοποιείται βρίσκεται ιδιωματοισμών, είναι ιδιαίτερη και κωδικοποιημένη, και χρησιμοποιείται όχι μόνο από τους τροφίμους, αλλά και από το προσωπικό, ιδιαίτερα εκείνο των κατώτερων βαθμίδων, ή σε «οικείες» περιστάσεις.¹³⁰ Αντίθετα, στις ανώτερες βαθμίδες, ο λόγος γίνεται δόκιμος: είτε τυπικός και «ξύλινος» είτε «επιστημονικός».¹³¹

Ο τρόφιμος από την άλλη έχει το περιθώριο να χρησιμοποιήσει μια γκάμα συμπεριφορών για να αντιμετωπίσει τις νέες συνθήκες που προκύπτουν από την ένταξή του στο περιβάλλον του ιδρύματος. Ομαδοποιημένες, σύμφωνα με τον Goffman, μπορούν να προσδιοριστούν σε τέσσερις κατηγορίες. Α) Η **καταστασιακή απόσυρση** είναι η κατάσταση που ψυχιατρικά περιγράφεται ως παλινδρόμηση. Ο άρρωστος αποσύρει την προσοχή του σχεδόν από τα πάντα, εκτός από αυτά που έχουν να κάνουν με το σώμα του, επιδεικνύοντας μια αυτιστική, θα μπορούσαμε να πούμε, συμπεριφορά. Β) Η **αδιάλλακτη γραμμή**, όταν ο τρόφιμος αρνείται με συνέπεια να προσαρμοστεί και να δεχθεί τους κανόνες του ιδρύματος. Οι περισσότεροι των «εισαγγελικών» εδώ εντάσσονται, τουλάχιστον στην αρχή της νοσηλείας τους, αν και υπάρχει μια μεγάλη γκάμα διαφορετικών συμπεριφορών. Γ) Η **εποίκηση**: το ίδρυμα γίνεται το «νέο σπίτι»: το ομοίωμα του έξω κόσμου που παρέχει το ψυχιατρικό κατάστημα λαμβάνεται από τον τρόφιμο ως το «όλον», και ένας ήρεμος, σχετικά επαρκής τρόπος ζωής κτίζεται πάνω στις μέγιστες ικανοποιήσεις που μπορεί κανείς να αντλήσει από την παραμονή του στο

¹³⁰ Για παράδειγμα, ο όρος «εισαγγελικός» αναφέρεται στους ασθενείς εκείνους που νοσηλεύονται μέσω εισαγγελικής παραγγελίας για ακούσια νοσηλεία, ή ο όρος «cocktail» ή «κοκτεϊλάκι» αναφέρεται σε τύπους φαρμακευτικής αγωγής (ειδικότερα σε συνδυασμό ψυχοτρόπων ουσιών) οι οποίες γίνονται τις περισσότερες φορές μέσω ενδομυϊκής ένεσης.

¹³¹ Στο: E. Goffman, *Άσυλα*, ό.π., σσ. 62-67. Για παράδειγμα, αναφορικά με τις τεχνικές καθήλωσης (restraints), δεν χρησιμοποιείται ο όρος «δέθηκε», αλλά ο όρος «καθηλώθηκε μηχανικά ή φαρμακευτικά», ή ακόμα καλύτερα «περιορίστηκε»

ίδρυμα. Σχεδόν όλοι οι «χρόνιοι» άρρωστοι των μεγάλων ψυχιατρείων παρουσιάζουν συμπεριφορές αυτού του τύπου. Δ) Η **μεταστροφή**, η οποία ουσιαστικά αναφέρεται στην αποδοχή και ενσωμάτωση μιας ψυχιατρικής εικόνας για τον εαυτό, άσχετα από το ποσοστό εναισθησίας που ο τρόφιμος διαθέτει. Είναι κατανοητό το ότι αυτές οι τέσσερις κατηγορίες, τις πιο πολλές φορές, δεν είναι διακριτές ή μία από την άλλη, και επίσης μπορεί, τόσο να συνυπάρχουν, όσο και να εναλλάσσονται μεταξύ τους.¹³²

Από τους περισσότερους τρόφimus, ο χρόνος διαμονής βιώνεται σαν χαλαρισμένος και νεκρός, σαν μια παρένθεση που πρέπει να λήξει όσο το δυνατόν γρηγορότερα. Αυτό το γεγονός, αν συνδυαστεί με τον ψυχωτικό χρόνο, που και αυτός έχει το χαρακτηριστικό του «νεκρού» χρόνου, έρχεται σε μεγάλη αντιδιαστολή με τον «θεραπευτικό» χρόνο¹³³. Ο χρόνος δεν είναι ούτε γραμμικός, αλλά ούτε και κυκλικός. Είναι ένας «αυτιστικός» χρόνος, με μεγάλες συνέπειες στις κοινωνικές αποσυνδέσεις του τρόφιμου,¹³⁴ ο οποίος έχει πολλά κοινά χαρακτηριστικά με τον «ψυχωτικό» χρόνο που βιώνουν ήδη οι άρρωστοι, και παρ' όλες τις «δραστηριότητες περισπασμού» με τις οποίες μπορεί να ασχολούνται.¹³⁵

Μέσα από αυτή την «ομογενοποίηση» (για παράδειγμα, ίδιες διαγνώσεις: ο «ψυχωτικός», η «διαταραχή προσωπικότητας», ο «καταθλιπτικός»), αλλά και ίδιες (ή τουλάχιστον παραπλήσιες θεραπείες¹³⁶), και μέσα από αυτή την απώλεια του

¹³² Στο: E. Goffman, Τα άσυλα, ό.π., σσ. 72-77.

¹³³ Στην ψυχοθεραπεία της ψύχωσης, υπάρχουν δύο χρόνοι. Ο ψυχωτικός και ο θεραπευτικός. Ο χρόνος του Εγώ χωρίς όρια συχνά δεν βιώνεται, αφού η αντίληψη του χρόνου προϋποθέτει κίνηση και επαναλαμβανόμενες πράξεις, κάτι που δεν ισχύει στην ψύχωση. Ο προσωπικός χρόνος μένει πίσω από τον πραγματικό χρόνο, κινούμενος συνήθως μεταξύ παρελθόντος και παρόντος: δεν εστιάζει στο μέλλον. Αντίθετα, ο θεραπευτικός χρόνος έχει όρια, με αρχή και τέλος. Στο: Μ. Μαδιανός, *Η μηλιά κάτω από το μήλο*, εκδ. Ελληνικά γράμματα, Αθήνα, 1999, σσ. 32-33.

¹³⁴ Για παράδειγμα, οι τρόφιμοι μπορεί να κάθονται για ώρες δίπλα ο ένας στον άλλον, καπνίζοντας, χωρίς όμως καμιά ουσιαστική διαντίδραση: «Τι κάνουμε τώρα;» ρωτάω ένα μεσημέρι την Ελένη. «Ε, τι κάνουμε; Καθόμαστε...» μου απαντάει.

¹³⁵ Με το όρο «δραστηριότητες περισπασμού» εννοούνται οι ενασχολήσεις εκείνες (πολλές φορές αυτόβουλες και όχι «σοβαρές» που μπορούν να απορροφήσουν και να συνεπάρουν τον τρόφιμο, κάνοντάς τον να «σπάσει» για λίγο τον «νεκρό» χρόνο του ιδρύματος. Άλλες είναι ομαδικές, όπως αθλοπαιδιές και χοροί, άλλες ατομικές, στις οποίες περιλαμβάνεται και η «περίσσεια αναπόλησης» που προτείνει ο Clemmer. Στο E. Goffman, Τα άσυλα, ό.π., σσ. 78-79.

¹³⁶ Πολλά από τα νεότερα ψυχοτρόπα φάρμακα, τα λεγόμενα «νεότερης γενιάς» ή «άτυπα» (είναι πολύ ενδιαφέρουσα η επιλογή της λέξης «άτυπος» ("atypical" στην διεθνή βιβλιογραφία) για τον χαρακτηρισμό ομάδων φαρμάκων, υπευθύνων κυρίως για την αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών συμπτωμάτων σε μια μεγάλη γκάμα νοσολογικών οντοτήτων. Ο όρος «άτυπος», εκ προοιμίου δεν περιέχει ένα σαφές και οριοθετημένο εννοιολογικό περιεχόμενο). Ενδεικτικά, τα νεότερα και ευρέως χρησιμοποιούμενα, άτυπα φάρμακα για την σχιζοφρένεια δίνονται σε μια ευρεία γκάμα «ασθενειών», σύμφωνα με το Αμερικανικό διαγνωστικό σύστημα DSM: κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές

λειτουργικού χωροχρόνου, έρχονται και επικάθονται τα δύο κύρια λειτουργικά χαρακτηριστικά του ιδρύματος: η **αποπαίδευση** και ο **στιγματισμός**¹³⁷. Η κοινωνική θέση, όχι μόνο αλλάζει, αλλά επιπλέον και μετά την έξοδο του αρρώστου από το ίδρυμα δεν μπορεί να είναι ίδια με την αναπαράσταση της προηγούμενης κοινωνικής του θέσης. Αν σε αυτό το πλαίσιο ενταχθούν και οι παλιότερες υποθέσεις «κατολίσθησης», αλλά και οι νεότερες περί «κοινωνικής επιλογής» (το ψυχωτικό κυρίως άτομο, είτε ήδη ανήκει σε χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα, είτε έχει χάσει δεξιότητες, και κοινωνικό προφίλ λόγω της ψύχωσης, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να διατηρήσει την προηγούμενη «κοινωνική βαθμίδα» που κατείχε)¹³⁸, γίνεται κατανοητός ο ολοκληρωτικός αποκλεισμός που επέρχεται μέσω της εισαγωγής και της διαβίωσης στο ίδρυμα. Με αυτό τον τρόπο, η μακρά συνήθως διαμονή μέσα στους χώρους του ιδρύματος στερεί από τον ασθενή και τις λίγες εκείνες κοινωνικές δεξιότητες που του έχουν απομείνει, ουσιαστικά οδηγώντας τον στον **ιδρυματισμό**.¹³⁹

Στην Ελλάδα, το 1972, τα ψυχιατρικά κρεβάτια αριθμούσαν περίπου 157 ανά 100.000 κατοίκους (όταν στις ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνονταν από 22 (Ουγγαρία) έως 573 (Ιρλανδία)). Στις αρχές του προηγούμενου αιώνα στην Ελλάδα υπήρχαν δύο μεγάλα ψυχιατρεία, της Κέρκυρας και το Δρομοκαΐτειο. Ο αριθμός τους αυξήθηκε σταδιακά, ενώ την δεκαετία του '50 ιδρύεται το ψυχιατρείο της Λέρου. Ενώ αρχικά ο στόχος ήταν η «αποσυμφόρηση» των υπολοίπων μεγάλων ψυχιατρειών, με την δημιουργία μιας «αποικίας», οι ασθενείς της οποίας θα απασχολούντο σε αγροτικές εργασίες (σύμφωνα με τα βελγικά πρότυπα), τελικά το ψυχιατρείο της Λέρου (με αρχική δύναμη περίπου 650 κρεβάτια) μέχρι την δεκαετία

διατροφής, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές του συναισθήματος. Παρόμοιες χρήσεις έχει και η νεότερη «γενιά» αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Στο: Robert E. Hales., *Concise Guide to Psychopharmacology*, εκδ. American Psychiatric Publishing Inc, Washington, 2002, σσ. 11-12, 52-59, 82-115.

¹³⁷ Η αποπαίδευση αναφέρεται στο χάσιμο ή στην αδυναμία απόκτησης μερικών από τις συνήθειες που απαιτούνται καθημερινά στην ευρύτερη κοινωνία, ενώ ο στιγματισμός αναφέρεται στην «υποδοχή» του ψυχικά αρρώστου από την κοινωνία, και στα στερεότυπα και προκαταλήψεις που τον συνοδεύουν. Στο: Goffman E., *Τα Άσυλα*, ό.π., σ. 82.

¹³⁸ Η θεωρία της κοινωνικής κατολίσθησης (drift theory) προτάθηκε από τους Faris και Dunham, το 1930, και ουσιαστικά αποτελεί ένα πρόδρομο της υπόθεσης της κοινωνικής επιλογής (social selection theory) που προτάθηκε από τον Dohrenwend. Στο: Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, ό.π., σ. 191.

¹³⁹ Ο όρος **ιδρυματισμός** (ή **ιδρυματική νεύρωση**) προήλθε από τον Barton, στην Μ. Βρετανία, ο οποίος προσπάθησε να διαχωρίσει τις επιπτώσεις της ψύχωσης από τις επιπτώσεις της χρόνιας παραμονής στο άσυλο. Για περισσότερα, στο: Barton, R., *Institutional Neurosis*, εκδ. Wright, Bristol, 1959.

του '80 φιλοξενούσε περίπου 2000 ασθενείς. Η κτηριακή υποδομή ήταν ελλιπέστατη, ενώ οποιοδήποτε σχέδιο για απασχόληση εγκαταλείφθηκε, ενώ το κριτήριο για την βαθμιαία μεταφορά των ασθενών από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας ήταν η έλλειψη επισκέψεων από συγγενείς. Με αυτό τον τρόπο, οι ασθενείς του ψυχιατρείου της Λέρου, όχι μόνο απορρίφθηκαν από το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ανήκαν, αλλά ουσιαστικά και από τα ψυχιατρεία που μέχρι τότε διέμεναν!¹⁴⁰ Στις αρχές της δεκαετίας του '90 ο συνολικός αριθμός των κρεβατιών στα ελληνικά ψυχιατρεία υπολογίζεται περίπου στις 5700 κρεβάτια, ενώ οι άρρωστοι μακράς παραμονής που διαμένουν σε αυτά αριθμούν περί τους 3750. Ένας σημαντικός αριθμός από αυτούς έχει την δυνατότητα να βγει από τα ψυχιατρεία (αφού κατά την άποψη των θεραπόντων είναι «ελεύθεροι μείζονος συμπτωματολογίας»), με την προϋπόθεση βέβαια κάποιας εναλλακτικής λύσης διαμονής.¹⁴¹

¹⁴⁰ Στο: Λιακός Α., *Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική*, Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2003, σσ. 58-59.

¹⁴¹ Στο: Μαδιανός Μ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση*, ό.π., σ. 40.

10. Εννοιολογήσεις

10.α. Αποασυλοποίηση

Ο όρος «αποασυλοποίηση» εντάσσεται μέσα σε ένα πλέγμα ορισμών, μέσω των οποίων ουσιαστικά γίνεται μια προσπάθεια επαναπροσδιορισμού ενός συνόλου θέσεων, αντιλήψεων, πρακτικών, οργάνωσης, διαχείρισης και αντιμετώπισης, όχι μόνο του «αντικειμένου» της, αλλά περισσότερο της στάσης απέναντι στο αντικείμενο. Πρόκειται για μια πολυεπίπεδη και ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία, η οποία εκτείνεται από το ελάχιστο «μικρο» επίπεδο (το ατομικό, το ενδο-ψυχικό) μέχρι το «μάκρο», περιλαμβάνοντας διαφοροποιήσεις σε θεσμούς, ιδεολογίες, πολιτικές, πολιτιστικές και κοινωνικές συνιστώσες. Δηλαδή, η συγκεκριμένη διαδικασία εμπεριέχει πολλές –και διαφορετικές μεταξύ τους– συνισταμένες, χωρίς πολλές φορές να μπορούν να γίνουν απόλυτα διακριτές η μια από την άλλη. Κατ' αυτό τον τρόπο, ο όρος «αποασυλοποίηση» (αλλά και ο όρος «αποϊδρυματοποίηση») έχει άμεση σχέση με τον όρο «κοινωνική επανένταξη» ή τον όρο «ψυχοκοινωνική αποκατάσταση». Φαίνεται δηλαδή πως όλοι αυτοί οι ορισμοί αποτελούν τόσο μια προσπάθεια οριοθέτησης ενός συγκεκριμένου πεδίου πρακτικών, όσο και μια προσπάθεια για τον διαχωρισμό και την αποσαφήνιση των πεδίων και των διαδικασιών που εμπλέκονται στον χώρο αυτό. Γεγονός είναι πάντως ότι οι συγκεκριμένοι όροι, αλλά και το πλέγμα των πρακτικών που αυτοί σημασιοδοτούν, είναι στενά συνδεδεμένοι, με τρόπο που πολλές φορές να προκαλεί αρκετές δυσκολίες στην διαφοροποίησή τους. Γεγονός επίσης είναι ότι όλους αυτούς τους όρους/πρακτικές μπορούμε –αν όχι να τους εντάξουμε– τουλάχιστον να τους προσδιορίσουμε σε συνάρτηση με την *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση*,¹⁴² τόσο σαν ορισμό, όσο και σαν σύνολο πρακτικών με συγκεκριμένα ιδεολογικά, θεωρητικά και μεθοδολογικά ερείσματα. Η

¹⁴² Η *Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση* υλοποιείται μετά από την αλλαγή στην φιλοσοφία αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών, με βασική θέση –η οποία έρχεται σε αντίθεση με την πρακτική του εγκλεισμού και της «προστασίας» των αρρώστων αυτών– το ότι ο ψυχικά άρρωστος πρέπει να αντιμετωπίζεται μέσα στο κοινωνικό πλαίσιο, στο πεδίο εκείνο μέσα στο οποίο μπορούν να εξελιχθούν διαφορετικές πρακτικές, τόσο αντιμετώπισης, όσο και «ανάγνωσης» της ψυχικής ασθένειας και των συνεπειών της. Στο: Λιακός, Α., *Φιλοσοφία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και οι Επιπτώσεις της στην Εκπαίδευση*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 66, σ. 57.

αποασυλοποίηση εντάσσεται στην διαδικασία ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των «ασθενών» εκείνων οι οποίοι έχουν νοσηλευθεί –συνήθως για χρόνια– σε κάποιο ψυχιατρικό κατάστημα, με ασυλιακά χαρακτηριστικά, έτσι όπως περιγράφησαν πιο πάνω. Ο όρος *Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση* (psychosocial rehabilitation) ουσιαστικά αναφέρεται σε οποιαδήποτε ενέργεια ασκείται για την αποκατάσταση ψυχικά αρρώστων.¹⁴³ Σε μια πιο διευρυμένη θεώρηση, ο όρος της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης εμπεριέχει (ή πρέπει να εμπεριέχει) σαφείς ιδεολογικές προεκτάσεις, στον βαθμό που αναφέρεται, όχι μόνο στην προσπάθεια αναδόμησης, ή έστω βελτίωσης κάποιων ατομικών χαρακτηριστικών, με στόχο το υποκείμενο που πάσχει, αλλά συνδέεται (πέραν του επιστημονικού και του θεραπευτικού) με τον κοινωνικό, τον οικονομικό, τον πολιτικό και τον πολιτιστικό μετασχηματισμό. Ο ορισμός που έδωσε ο F. Basaglia (περίπου πριν 30 χρόνια) εξακολουθεί να εκφράζει ιδιαίτερα περιεκτικά τον ορισμό της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Σύμφωνα με τον Basaglia, η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση απαιτεί την διαπραγμάτευση της σε τρία, αλληλοσυνδεδεμένα μεταξύ τους επίπεδα, τα οποία χαρακτηρίζει μια διαλεκτική σχέση αλληλεξάρτησης: το *ατομικό* επίπεδο (αυτό του ασθενή και της αρρώστιας του), το *θεσμικό* επίπεδο (το ίδρυμα, την υπηρεσία, αυτή που κωδικοποιεί επιστημονικά το νοσηρό και το υγιές), και τέλος το *δομικό* επίπεδο, δηλαδή την δομική σημασία του θεσμού μέσα στο κοινωνικό σύστημα, του οποίου αποτελεί έκφραση.¹⁴⁴ Σε μια προσπάθεια αναδιατύπωσης και βελτίωσης των αρχών που πρέπει να διέπουν την λειτουργία μιας διαδικασίας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, οι Anthony, Cohen και Farkas, το 1999, προσδιορίζουν κάποιους αναγκαίους πολιτικούς σχεδιασμούς και πρακτικές: το σύστημα ψυχικής υγείας πρέπει να προσεγγίζει τον ψυχικά άρρωστο

¹⁴³ Ο όρος αποκατάσταση ουσιαστικά αναφέρεται σε «...μία δυναμική διαδικασία μέσα από την συντονισμένη εφαρμογή ιατρικών, κοινωνικών, εκπαιδευτικών και επαγγελματικών μέτρων που έχει σκοπό να υποβοηθήσει το ανάπηρο άτομο να φτάσει το μέγιστο δυνατό επίπεδο λειτουργικότητας και να ενταχθεί στην κοινωνία». Στο: Μαδιανός, Μ., *Η ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση*, ό.π., σ. 48. Σύμφωνα με την Συναινετική Διακήρυξη του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας και της Παγκόσμιας Εταιρίας για την Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (WHO-WAPR, 1996) «η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση είναι μια διαδικασία η οποία διευκολύνει τις ευκαιρίες για άτομα –με έκπτωση λειτουργικότητας ανάικα ή ανάπηρα από μια ψυχική διαταραχή– να επιτύχουν ένα όσο το δυνατόν καλύτερο επίπεδο ανεξάρτητης λειτουργίας τους στην κοινότητα. Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση συνεπάγεται τόσο την βελτίωση των ικανοτήτων του ατόμου, όσο και την εισαγωγή περιβαλλοντικών αλλαγών, ώστε να δημιουργήσει μια ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτική για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει μια ψυχονοητική διαταραχή...». Στο: Ζήση Α., *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Αρρώστων*, εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002, σσ. 36-37.

¹⁴⁴ Στο: Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ανάμεσα στην Καταπολέμηση του Αποκλεισμού και τον Κοινωνικό Έλεγχο*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 72, σ. 16-17.

με ένα ολιστικό τρόπο, αναγνωρίζοντας –όχι μόνο τις μειονεξίες του- αλλά και τα θετικά χαρακτηριστικά του. Επίσης, οι πολιτικές πρακτικές –όπως εκφράζονται μέσα από το σύστημα υγείας- πρέπει να δεσμεύονται για την βελτίωση του επαγγελματικού, στεγαστικού, εκπαιδευτικού και κοινωνικού επιπέδου του πάσχοντα, ο άρρωστος να έχει την δυνατότητα να λειτουργεί ενεργητικά στον σχεδιασμό της παροχής των υπηρεσιών, και τέλος το ίδιο το σύστημα υγείας να πιστεύει στην ανάρρωσή του ψυχικά αρρώστου.¹⁴⁵ (Πολύ καλά τα λένε οι Antony και Farkas. Άλλωστε η προσέγγιση και η εννοιολόγησή τους θεωρείται από τις πιο περιεκτικές και αποδεκτές. Παρ' όλα αυτά δεν μπορεί να μην επισημανθεί μια – έστω και διαισθητική- διάσταση ανάμεσα στο θεωρητικό σχεδιασμό/προσέγγιση και στις υπάρχουσες πρακτικές και αναπαραστάσεις. Το πρόβλημα, δηλαδή, που διαφαίνεται –από την αρχή κιόλας- είναι η δυσκολία «μετάφρασης» των όποιων θεωρητικών αρχών σε αντίστοιχες συμπεριφορές και προσεγγίσεις.¹⁴⁶)

Στην χώρα μας, η ουσιαστική «έναρξη» της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και της συνακόλουθης αποασυλοποίησης ξεκίνησε με τον –περίφημο πια- νόμο 815/1984 της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Το αρχικό σχέδιο, που εκπονήθηκε από Έλληνες και Ευρωπαίους ειδικούς, ήταν πενταετούς διάρκειας, ενώ η χρηματοδότηση των προγραμμάτων αυτών, σε ένα ποσοστό 55% έγινε από την Ε.Ο.Κ. Το πρόγραμμα περιλάμβανε την ανάπτυξη της κτιριακής υποδομής, την πειραματική λειτουργία εναλλακτικών προς το άσυλο κοινοτικών μορφών περίθαλψης και την κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού.¹⁴⁷ Το 1997, ένα ολοκληρωμένο δεκαετές σχέδιο δόθηκε για πρώτη φορά, με την κωδική ονομασία «Ψυχαργώς». Αναθεωρήθηκε για πρώτη φορά το 2001, για χρονικό ορίζοντα δεκαετίας, ενώ η δεύτερη αναθεώρηση αφορά το διάστημα 2006-2015, ενώ, τόσο το αρχικό, όσο και το αναθεωρημένο περιγράφουν δύο κύριες κατηγορίες

¹⁴⁵ Στο: Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., *The Future of Psychiatric Rehabilitation*, International Journal of Mental Health, 1999, 28, σσ. 48-68.

¹⁴⁶ «Είσαι καλά; Που να μείνει μόνος του; Αυτοί είναι σαν μωρά παιδιά...» (Ελένη, νοσηλεύτρια). «Και όσο ζει η μητέρα του, εντάξει...Όταν πεθάνει...καταλαβαίνεις τι θα απογίνει» (Θεράπων γιατρός, αναφερόμενος στον Νίκο, 28χρονο ασθενή με διάγνωση «ψύχωση»). «Άμα την πάθεις (την ψύχωση), τελείωσες. Την κουβαλάς όλη σου την ζωή...καμένα χαρτιά είναι». (Γιάννης, βοηθός νοσηλεύτη). (Σημ: Η χρησιμοποίηση των λέξεων «καμένος, καίγομαι, καμένο χαρτί, κλπ. είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα, και θα προσεγγιστεί λίγο πιο αναλυτικά στο κείμενο). Πάντως, μέσα των ελαχίστων αυτών παραδειγμάτων γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης του προβληματισμού της διάστασης των θεωρητικών απόψεων/κατευθύνσεων, του τι «πιστεύεται» ότι ισχύει, και του τι –υποκειμενικά- ισχύει.

¹⁴⁷ Στο: Λιακός, Α., *Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική*, Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, ό.π., σσ. 61-62.

δράσεων: παρεμβάσεις στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και ανάπτυξη δομών στην κοινότητα.¹⁴⁸

Η αποασυλοποίηση, υπό το πρίσμα της διαδικασίας, εμπεριέχει δύο βασικά στάδια. Στο καθένα από αυτά εντάσσεται ένα σύνολο διακριτών πρακτικών και διεργασιών, οι οποίες υπακούουν σε μια εξελικτική προοπτική. Το **πρώτο στάδιο** έχει άμεση σχέση με την εξατομίκευση του αρρώστου, και αφορά τη λεπτομερή καταγραφή των πλευρών της ζωής του αρρώστου, όπως τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της νόσου, την παρουσία ή όχι συννοσηρότητας, την δομή της οικογένειάς του, αν υπάρχει, τις εργασιακές του δυνατότητες, την ύπαρξη ή όχι στεγαστικής δυνατότητας, την λειτουργικότητα του πάσχοντα, γενικότερα.¹⁴⁹ Αυτή η φάση της διαδικασίας αποτελεί ένα μεταβατικό στάδιο, υπό την έννοια ότι υπάρχει μια σταδιακή έξοδος του αρρώστου από το ίδρυμα με την μορφή της μερικής νοσηλείας σε Νοσοκομεία Ημέρας ή σε Κέντρα Ημέρας. Σε αυτό το σημείο «πυρήνας» της διαδικασίας είναι αφενός οι εργοθεραπευτικές δραστηριότητες, μέσω των οποίων ο άρρωστος θα αρχίσει να «εκπαιδεύει» την χαμένη λειτουργικότητά του, και αφετέρου οι θεραπευτικές ομάδες.¹⁵⁰ Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, ο μακροχρόνιος εγκλεισμός πολύ συχνά έχει σαν αποτέλεσμα την απώλεια ακόμη και στοιχειωδών επιπέδων λειτουργικότητας, και για τον λόγο αυτό είναι απαραίτητη η επανεκπαίδευσή των αρρώστων σε κοινωνικές δεξιότητες προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της ζωής στην κοινότητα. Ουσιαστικά, ο χρόνιος άρρωστος καλείται να μάθει ξανά (και μερικές φορές, από την αρχή) τον τρόπο του να συναλλάσσεται με τους άλλους. Να μάθει να ξαναζεί στην ευρύτερη κοινωνία και να αποδέχεται σταδιακά το νέο του ρόλο, όπως αυτός διαμορφώνεται κάτω από τα καινούρια δεδομένα.¹⁵¹

¹⁴⁸ Στο: Μαυρατζώτου, Κ., *Σχεδιασμός και Ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας, Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, ό.π., σ. 137.

¹⁴⁹ Ουσιαστικά, πρόκειται για την περίφημη «εξατομίκευση»: τη δημιουργία ενός προγράμματος το οποίο ανταποκρίνεται αποκλειστικά στις ανάγκες του αρρώστου, και που πρέπει να καλύπτει το σύνολο των αναγκών του αναφορικά με τις παραμέτρους της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, της φαρμακοθεραπείας και της ψυχοθεραπείας που ενδείκνυται για τον κάθε άρρωστο. Βασικό στοιχείο είναι το πρόγραμμα να ανταποκρίνεται στις κοινωνικοπολιτισμικές ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενή. Με αυτό τον τρόπο είναι πιο εφικτή η δημιουργία και επιδίωξη ρεαλιστικών προσδοκιών, τόσο από την πλευρά του αρρώστου και του άμεσου περιβάλλοντός του, όσο και από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας. Στο: Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β., Οικονόμου, Μ., *Προληπτική Ψυχιατρική*, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000, σ. 176.

¹⁵⁰ Στο: Μαδιανός, Μ. *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*, ό.π., σ. 71.

¹⁵¹ Στο: Μαδιανός, Μ. *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*, ό.π., σ. 92.

Δηλαδή, φαίνεται πως η λέξη-κλειδί του πρώτου αυτού σταδίου της διαδικασίας της αποασυλοποίησης/επανένταξης είναι η λέξη αγωγή. Καταρχήν αγωγή του ψυχικά πάσχοντα, έτσι όπως περιγράφηκε πιο πάνω, με σκοπό την ανάκτηση του αναγκαίου επιπέδου λειτουργικότητας με απώτερο στόχο την όσο το δυνατόν περισσότερο αυτόνομη διαμονή του στην κοινότητα. Αλλά μια διαδικασία αγωγής που θα είχε σαν αποκλειστικό αντικείμενο τον άρρωστο, θα ήταν τουλάχιστον ελλιπής και αποσπασματική, με αναμενόμενη μια αποτυχία. Η αποασυλοποίηση είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία, κατά συνέπεια, είναι αναμενόμενο η αγωγή να πρέπει να επεκταθεί σε πολλά πεδία. Πέραν του αρρώστου, τα τρία σημαντικότερα πεδία είναι αυτά της ίδιας της *κοινότητας*, της *οικογένειας* του πάσχοντα, αλλά και των ίδιων των *επαγγελματιών υγείας*. Αναφορικά με την παράμετρο των επαγγελματιών υγείας, ο βασικός προβληματισμός έγκειται στο κατά πόσο οι ρόλοι που υιοθετούν οι ειδικοί συμβάλλουν με την σειρά τους στην αναπαραγωγή ή στο «ξεπέραςμα» του ψυχιατρικού ασύλου, υπό την έννοια ότι θέτουν στο επίκεντρο τον ψυχικά πάσχοντα και τις ανάγκες του ή, αντίθετα, επιμένουν στη διαχείριση τα αρρώστιας σαν μια «αφηρημένη» οντότητα. Ο παραδοσιακός τρόπος λειτουργίας του ολοπαγούς ιδρύματος, με την απομονωμένη από την κοινωνία, μαζική, καταναγκαστική και άνωθεν κατευθυνόμενη διαχείριση των αναγκών των τροφίμων, παράγει θέσεις και ρόλους εργασίας που απαιτούν από το προσωπικό μια ταυτοποίηση με τον κοινωνικό ρόλο που τους έχει ανατεθεί. Μέσω αυτής της ταύτισης, επισυμβαίνει, τόσο η δική τους ιδρυματοποίηση, όσο και η αναπαραγωγή του ιδρυματικού θεσμού. Στα πλαίσια της δομής του ασύλου, οι ψυχικά πάσχοντες αντιμετωπίζονται ως απρόσωπη μάζα, γεγονός που συμβάλλει στην ιδρυματική αναπαραγωγή τους. Το ζήτημα λοιπόν που προκύπτει είναι το κατά πόσο στις νεοϊδρυθείσες δομές αποκατάστασης κυρίαρχος στόχος είναι η κοινωνική επανένταξη και όχι η –όπως μέχρι τώρα– ιδρυματική αναπαραγωγή του αρρώστου, υπό την έννοια ότι οι θεραπευτικές πρακτικές που ασκούνται από το ειδικευμένο προσωπικό διαπνέονται από την φιλοσοφία της οικοδόμησης των ικανοτήτων του αρρώστου, προκειμένου να καταστεί όσο το δυνατόν πιο ικανός και αυτόνομος αναφορικά και με τις υποχρεώσεις του, αλλά κυρίως με τα δικαιώματά του.¹⁵²

¹⁵² Οι σχέσεις που θα αναπτύξουν με τους αρρώστους πρέπει να ανταποκρίνονται στις προσωπικές, ιδιαίτερες ανάγκες τους. Συνεπώς θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η διαφορετικότητα του κάθε συμμετέχοντα στα προγράμματα. Κι επιπλέον το προσωπικό θα πρέπει να είναι σε θέση

Φαίνεται, λοιπόν, η ανάγκη ύπαρξης ειδικευμένου προσωπικού που θα δείξει συνέπεια και σταθερότητα στην υποστήριξη και τη φροντίδα των αρρώστων αυτών. Εξάλλου, έχει υποστηριχθεί έντονα η θέση ότι η διατήρηση μιας θετικής και αισιόδοξης στάσης εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά και όλου του προσωπικού γενικότερα, συμβάλλει στην θετικότερη έκβαση της αποκατάστασης των αρρώστων. Αυτός είναι και ο λόγος που καθίσταται αναγκαία η αναγνώριση και ο έλεγχος των συναισθηματικών αντιδράσεων εκ μέρους του προσωπικού κατά την εξέλιξη των προγραμμάτων. Επίσης θα πρέπει να υπογραμμισθεί, εκτός της σημαντικότητας του ρόλου που διαδραματίζει το προσωπικό στις διαδικασίες αποασυλοποίησης, το γεγονός ότι συχνά οι καινούριες αυτές δομές συνοδεύονται από ανεπάρκειες και προβλήματα στη λειτουργία τους.¹⁵³ Αυτές οι ανεπάρκειες κάποιες φορές φαίνεται ότι βιώνονται από τους επαγγελματίες ως μη αναστρέψιμες. Έτσι, ενώ στην αρχή αναλαμβάνουν με ενθουσιασμό να συμμετέχουν στο έργο της αποκατάστασης, σταδιακά η έλλειψη ικανοποίησης και η ψυχική κούραση από τις συνθήκες εργασίας και την βραδεία πορεία των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα να εμφανίζουν το λεγόμενο «Burnout Syndrome», το «Σύνδρομο Ψυχικής Εξουθένωσης».¹⁵⁴

τόσο να σέβεται, όσο και να αντέχει την προσπάθεια διαφοροποίησης του κάθε αρρώστου, ακόμα και όταν αυτός επιλέγει να υιοθετήσει θέσεις που έρχονται σε αντίθεση με το αξιακό σύστημα του προσωπικού. Στο: Αλεξανδρή, Ε., Δαμιανίδου, Κ., Καρατζογλίδου, Α., Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Επαγγελματικοί Ρόλοι και Αποκατάσταση*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 62, Απρίλιος-Ιούνιος 1998, σ. 24-26. Με άλλα λόγια, η σχέση μεταξύ του προσωπικού και των αρρώστων πρέπει να είναι διαλεκτική. Αυτό, σε ένα πρώτο επίπεδο, μπορεί να φαίνεται αναμενόμενο ή αυτονόητο, ωστόσο πολλές φορές δεν είναι. Κάποιες φορές, οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας επειδή έχουν συνηθίσει να έχουν απέναντί τους αδρανή και παθητικά άτομα, δυσκολεύονται να απληφθούν αυτή την προσπάθεια ανάκτησης μιας διαφορετικότητας, μιας έστω και πρωτόλειας ατομικότητας, από τους αρρώστους. Με αποτέλεσμα η σχέση που θα αναπτύξουν με τους αρρώστους να περάσει από ένα συγκρουσιακό στάδιο όταν ο -πρώην παθητικός- άρρωστος αρχίσει να αποκτά διαπραγματευτική ικανότητα και προσπαθεί να αντιπαραθέσει ενεργά την δική του θέληση απέναντι σε αυτή του προσωπικού. Αυτή η αλλαγή πολλές φορές δεν γίνεται αντιληπτή ως τέτοια και «παρεξηγείται» ως σύμπτωμα της ασθένειας ή ως υποτροπή: «Θέλω να πάρω το γάλα μου και να το πω στο δωμάτιό μου, στο κρεβάτι...γιατί να μην το πω στο κρεβάτι;» φωνάζει η 20χρονη Ιωάννα. «Αποκλείεται, αν θέλεις το πρωινό σου, θα έρθεις στην τραπεζαρία, όπως κάνει όλος ο κόσμος...» απαντάει η Γιώτα (τραπεζοκόμος). Και συνεχίζει, μονολογώντας: «τι έγινε; «ανεβασμένη» είναι σήμερα...». Το «πρωινό στο κρεβάτι» ως κριτήριο υποτροπής.

¹⁵³ Κάτι που φάνηκε έντονα στην Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και στην «ισορροπία» του συστήματος παροχής υπηρεσιών μετά τον σεισμό του 1999.

¹⁵⁴ Η Profit, αναφερόμενη στο συγκεκριμένο σύνδρομο, ο περιγράφει σαν «τη φλόγα που χορεύει, δίνει ζεστασιά, ενέργεια και φως και τελικά σβήνει όταν τελειώσει η πηγή της ενέργειάς της. Στο: Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Το Σύνδρομο της «Κοπώσεως» στις Δομές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 59, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1997, σσ. 10-11.

Την ολοκλήρωση (στο μέτρο που ολοκληρώθηκε για τον κάθε άρρωστο) της πρώτης φάσης/σταδίου, της μεταβατικής περιόδου στην διαδικασία της αποασυλοποίησης διαδέχεται η **κύρια φάση/στάδιο**. Αυτή ουσιαστικά αναφέρεται στην κοινωνική αποκατάσταση των αρρώστων στο ευρύτερο κοινωνικό σώμα, με τη λειτουργία ειδικών υπηρεσιών στήριξης και παρακολούθησης των αρρώστων. Οι δύο βασικοί άξονες είναι αφενός η εξασφάλιση εναλλακτικών στεγαστικών λύσεων (ξενώνας, προστατευμένο διαμέρισμα) και αφετέρου η (εργασιακή) αποκατάσταση/απασχόληση.¹⁵⁵ Η δημιουργία ενός επαρκούς συστήματος περίθαλψης και στήριξης των ανθρώπων αυτών θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για την επανένταξή τους. Μόνο μέσα από την πλήρη ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών μπορούμε να μιλάμε για πραγματική υπέρβαση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και ουσιαστική αποασυλοποίηση. Διαφορετικά η διαδικασία αποασυλοποίησης παραμένει απλή «από-νοσοκομειοποίηση». Εξάλλου, η διαδικασία της αποασυλοποίησης αναφέρεται στη μετάβαση πέρα από τις δομές του ψυχιατρικού «κυκλώματος» σε τρόπους ζωής όπου ο κοινωνικός αποκλεισμός έχει αρθεί και το άτομο δεν έχει απλά «γλυτώσει» τον εγκλεισμό, για να βρεθεί σε μια φαινομενικά διαφορετική, αλλά δομικά ίδια περιθωριοποίηση. Ουσιαστικά, ο όρος αναφέρεται σε όλες τις αναγκαίες παρεμβάσεις, ώστε το πρώην έγκλειστο άτομο να καταφέρει να επανενταχθεί και να ενσωματωθεί κοινωνικά.¹⁵⁶

10.β. Η επικινδυνότητα

Ο Sheff προτείνει ότι η αναπαράσταση της επικινδυνότητας του ψυχικά άρρωστου αποτελεί μια «συλλογική αναπαράσταση», αν μπορούμε να «δανειστούμε» μια γιουγκιανή ορολογία, η οποία είναι ενδοβλημένη στον

¹⁵⁵ Τα παραπάνω αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις, λόγω ακριβώς του γεγονότος ότι οι χρόνιοι ασθενείς που αποϊδρυματοποιούνται είναι συνήθως άνθρωποι που παρέμειναν έγκλειστοι στα ψυχιατρεία για ένα μεγάλο μέρος της ζωής τους, με συνέπεια να παρουσιάζουν μια παραπλήσια παθητική στάση και στο πλαίσιο της διαβίωσής τους μέσα στην κοινότητα. Τα άτομα αυτά αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή κατηγορία, η οποία έχει ανάγκη από ιδιαίτερη, αλλά και συνεχιζόμενη φροντίδα, για να διεκδικήσει μια διαφορετική θέση. Στο: Lamb, R, (MD), *Η Αποϊδρυματοποίηση στις Αρχές της Τρίτης Χιλιετίας*, Harvard Review of Psychiatry, Ελληνική Έκδοση, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1998, Vol. 6, No 1, σ. 8.

¹⁵⁶ Στο: Μαδιανός, Μ. *Η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση*, ό.π., σσ. 71-91.

πληθυσμό (μαθημένη έστω) από πολύ μικρή ηλικία¹⁵⁷. Πάντως το γεγονός είναι ότι η επικινδυνότητα αποτελεί μια ιδιαίτερα ασαφή έννοια, χωρίς να υπάρχει μια καθολικά δεκτή άποψη¹⁵⁸. Συνήθως προσδιορίζεται με την πρόκληση, ή εν δυνάμει πρόκληση, βλάβης σε πρόσωπα, περιουσία ή ψυχική βλάβη. Ειδικά στην Ψυχιατρική έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες να οριστεί η συγκεκριμένη συμπεριφορά. Η επιτροπή Butler, το 1975, θεώρησε ότι είναι κάποια κλίση, ο Scott, το 1977, υπέθεσε ότι είναι κάποια *απρόβλεπτη και αθεράπευτη τάση για πρόκληση βλάβης*, και μόλις το 1984 ο Mullen φαίνεται να απομακρύνεται λίγο από τους έντονα αναγωγικούς στην προσωπικότητα προηγούμενους ορισμούς, επισημαίνοντας ότι η επικινδυνότητα αφορά πιο πολύ την *ποιότητα των πράξεων ενός ατόμου* παρά το άτομο *καθαυτό*.¹⁵⁹ Ο Taieb ισχυρίζεται ότι τα MME εδραιώνουν και ισχυροποιούν την άποψη του κοινού περί επικινδυνότητας του ψυχικά άρρωστου, σαν ένα άτομο που μπορεί να εκδηλώσει μια επιθετική συμπεριφορά αναίτια, ακατανόητα και χωρίς κίνητρο¹⁶⁰. Διαφαίνεται μια αναγκαιότητα να εξοβελιστεί ο δράστης, ή ο δυνητικά δράστης, αλλά και η βία γενικότερα στο επίπεδο της παθολογίας. Και αυτό γιατί η βία γοητεύει. Προσβάλλει την πυρηνική ταυτότητά μας, προβάλλοντας σε ένα εξωτερικό επίπεδο την δυνητική επικινδυνότητα που θεωρητικά ενέχει μέσα στον καθένα μας.¹⁶¹

Όπως προείπαμε, το παλιότερο μεταφυσικό πρότυπο (θεοποιήσεις της ψυχικής ασθένειας, αλλά και δαιμονοκατοχή του αρρώστου), δίνει την θέση του σε πιο θετικιστικές προσεγγίσεις, και εκεί όπου η ψυχική ασθένεια εμπεριέχει τις έννοιες της κακίας, της αμαρτίας και της επικινδυνότητας. Μέσα από το θετικιστικό πρίσμα, ο τρελός γίνεται άρρωστος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την άρση του ποινικού καταλογισμού (ο Ναπολεόντειος ποινικός κώδικας το 1810 είναι ο πρώτος που καθιερώνει τον μη καταλογισμό ενός ποινικού αδικήματος από τον ψυχικά

¹⁵⁷ Στο: Φ. Τσαλικογλου., *Ο Μύθος του Επικίνδυνου Σχιζοφρενή*, ό.π., σ. 20.

¹⁵⁸ Ο Α. Λιακός ενδεικτικά αναφέρει το γεγονός ότι, εκτός της δυσκολίας μιας καθολικής προσέγγισης και εννοιολόγησης της έννοιας της επικινδυνότητας, εξαιρετικά δύσκολη αποδεικνύεται και η πρόβλεψη αυτής σε ποσοτικό επίπεδο, αναφορικά με την επικινδυνότητα του ψυχικά άρρωστου (μελέτες αναφέρουν ένα ποσοστό επιτυχούς πρόβλεψης μελλοντικών βίαιων πράξεων της τάξης του 40% μέχρι και 0,3%). Στο: Λιακός, Α., *Προβληματισμοί γύρω από την επικινδυνότητα του ψυχωτικού, Επικινδυνότητα και κοινωνική ψυχιατρική*, εκδ. Παπαζήσης, σ. 90.

¹⁵⁹ Στο: Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική ψυχιατρική*, εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1998, σ. 186.

¹⁶⁰ Στο: Φ. Τσαλικογλου., *Ο μύθος του επικίνδυνου Ψυχασθενή*, ό.π., σσ. 20-21.

¹⁶¹ Στο: Νταουντάκη, Ν., *Ο Τύπος και η Επικινδυνότητα*, *Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, ό.π.π, σσ. 206-208.

άρρωστο)¹⁶². Η επιστήμη της ψυχιατρικής, έτσι όπως αρχίζει να διαμορφώνεται τον 19^ο αιώνα, νεότευκτη, και ουσιαστικά «δεκανίκι της αστικής τάξης», θεωρεί το αρκετά ευρύ προλεταριάτο, σαν ένα δυνητικό κίνδυνο, και εκμεταλλεύεται μια σειρά φόνων που έγιναν εκείνη την εποχή¹⁶³ με κάποια κοινά γνωρίσματα: Ήταν βίαιοι, ακατανόητοι, ο δράστης δεν έπασχε από κάτι έκδηλο, και το κυριότερο προσβάλλανε «ιερές» αξίες. Αυτό βοήθησε ώστε να δημιουργηθεί η θεωρία της «μονομανίας», όπου ο άρρωστος δεν παρουσιάζει κανένα άλλο σύμπτωμα πέρα από το έγκλημα και την δυνατότητά του να το πράξει «έξω», και χωρίς την αλληλόδραση του κοινωνικού πλαισίου.

Η θετικιστική ψυχιατρική, με διάφορες προσεγγίσεις, ουσιαστικά θεωρεί την ψυχική ασθένεια, σαν μια λειτουργική ατέλεια, που ουσιαστικά θίγει όλες τις επιμέρους (οργανικές/βιολογικές, αλλά και κοινωνικές –στο επίπεδο της λειτουργικότητας και δυνατότητας για κοινωνική συνδιαλλαγή-) λειτουργίες, μέσα από διάφορα πρότυπα: Το αμιγώς ιατρικό πρότυπο, το οποίο υποστηρίζει το βιολογικό υπόβαθρο της παθογένειας του ψυχικά άρρωστου, και ειδικά του ψυχωτικού, το ψυχογενετικό πρότυπο, όπως αυτό αρχικά δομήθηκε από τον Freud και την ψυχοδυναμική προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας σαν παράγωγο άλυτων συγκρούσεων, και το κοινωνιογενετικό πρότυπο, το οποίο δίνει βαρύτητα κυρίως στα «σχιζοειδικά» γνωρίσματα του δυτικού πολιτισμού, έτσι όπως εκφράστηκε κυρίως από τους Devereaux, Mead και Benedict¹⁶⁴. Το σημείο που χρήζει προσοχής εδώ είναι το γεγονός του ότι ο άρρωστος θεωρείται σαν παθητικός

¹⁶² Στο: Φ. Τσαλίκου, *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, ό.π., σσ. 40-42.

¹⁶³ Πρόκειται για μια σειρά φόνων (η υπόθεση Selestat, όπου μια χωρική σκοτώνει την κόρη της, κόβει το πόδι της, και το βράζει μαζί με το φαγητό, η υπόθεση Ziegler, μια υπόθεση παιδοκτονίας, όπου η μητέρα σκοτώνει και τα δύο παιδιά της με 10 χρόνια διαφορά, αλλά και διάφορες άλλες υποθέσεις), οι οποίοι παρουσιάζουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά: ήταν εξαιρετικά βίαιοι, ήταν –σε ένα πρώτο επίπεδο- ακατανόητοι, χωρίς κάποιο φανερό κίνητρο, και προσβάλλανε «ιερές» αξίες, όπως αυτή της οικογένειας. Στο Φ. Τσαλίκου, *Ο μύθος του επικίνδυνου σχιζοφρενή*, ό.π., σσ. 46-66.

¹⁶⁴ Το κλασικό, «οργανικό», ιατρικό μοντέλο «τοποθετεί» την αιτιολογία της σχιζοφρένειας κυρίως σε εγκεφαλική δυσλειτουργία (Για παράδειγμα, με τις υποθέσεις δυσλειτουργίας της ντοπαμίνης), και το οποίο κερδίζει συνεχώς έδαφος ανάμεσα στις θεωρήσεις για την αιτιολογία των –μειζονων τουλάχιστον- ψυχικών διαταραχών. Η ψυχογενετική υπόθεση του Freud δίνει βαρύτητα στην απώλεια, αλλά και στην αναδιαμόρφωση της πραγματικότητας από το άρρωστο άτομο, θεωρώντας τα συμπτώματα σαν προϊόντα ενδοψυχικών συγκρούσεων, οι οποίες έλαβαν χώρα στην νηπιακή και βρεφική ηλικία, και συνήθως μέσα στα πλαίσια της οικογένειας. Η βασική συμβολή του, πάντως, ήταν η προσπάθεια «αποκρυπτογράφησης» του «κρυμμένου» νοήματος στο παραλήρημα. Τέλος, η κοινωνιογενετική υπόθεση επικεντρώνεται στην συγκριτική μελέτη της σχιζοφρένειας, και της συχνότητάς της, στα διάφορα έθνη, φυλές, στις αστικές και μη περιοχές, στις κοινωνικές τάξεις, προσπαθώντας να διαχωρίσει και να απομονώσει τα στοιχεία εκείνα που πιθανόν να ευθύνονται για την μεγαλύτερη επίπτωσή της σε ορισμένες περιοχές. Στο: Τσαλίκου, Φ., *Σχιζοφρένεια και φόνος*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1989, σσ. 35-46.

δέκτης «ξένων δυνάμεων», και ουσιαστικά αποκρύπτονται οι δεσμοί του «συμπτώματος» με το κοινωνικό πλαίσιο και δυναμικές¹⁶⁵.

Η ψυχιατρική δηλαδή έχει κατορθώσει να «πείσει» ότι έχει τα εργαλεία, την γνώση, και κυρίως το δικαίωμα να αναλάβει τον ρόλο του ελεγκτή της επικινδυνότητας, παρ' όλες τις αμφιβολίες και ενστάσεις που αποσπασματικά ακούγονται¹⁶⁶. Η επικινδυνότητα θεωρήθηκε σαν ένα σταθερό και αναγνωρίσιμο χαρακτηριστικό της ανθρώπινης προσωπικότητας, από την στιγμή που η συμπεριφορά ερμηνεύεται σχεδόν ολοκληρωτικά σαν αποκλειστικό προϊόν της προσωπικότητας¹⁶⁷. Επιπλέον, έχουν δημιουργηθεί διάφορα κριτήρια για την πρόβλεψη της επικινδυνότητας, τόσο κλινικά τεστ και τεστ προσωπικότητας, αλλά και κλίμακες επικινδυνότητας, όπως και στατιστικά μέτρα (κλίμακες πρόβλεψης), με κύριες «αιχμές» για την πρόβλεψη τις κλινικές μεθόδους και τις «ασφαλιστικές» μεθόδους. Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης της επικινδυνότητας ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του '50 στις ΗΠΑ, μέσω της ανάπτυξης μεθόδων πρόβλεψης και μείωσης της επικίνδυνης συμπεριφοράς και των επιπτώσεών της. Το σύνολο των ενεργειών αυτών είναι γνωστό ως «διαχείριση κρίσεως», και εφαρμόζεται σχεδόν σε όλους τους τομείς των ανθρωπίνων δραστηριοτήτων¹⁶⁸. Και όμως υπάρχουν

¹⁶⁵ Στο: Φ. Τσαλικογλου., *Ο μύθος του επικίνδυνου ψυχασθενή*, ό.π., σσ. 69-71.

¹⁶⁶ Πέρα από την έλλειψη ασφαλών επιστημονικών κριτηρίων στην εκτίμηση και την πρόβλεψη της επικινδυνότητας, ο ψυχίατρος ουσιαστικά καλείται να εγκαταλείψει βασικότερες δεοντολογικές αρχές της σχέσης γιατρού-ασθενούς, όπως η αμοιβαία εμπιστοσύνη, η δυνατότητα ή όχι της επιλογής των ιατρικών συμβουλών ή ο σεβασμός στην προσωπικότητα του αρρώστου. Το συμφέρον του ασθενή δηλαδή, φεύγει από το προσκήνιο, ενώ ο ψυχίατρος δρα «υπέρ» του κοινωνικού συμφέροντος, το οποίο δεν ταυτίζεται πάντα με αυτό του ασθενούς. Στο: Α. Λιάκος., *Προβληματισμοί γύρω από την επικινδυνότητα του ψυχωτικού*, ό.π., σσ. 89-91.

¹⁶⁷ Για παράδειγμα, η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, η μεθοριακή διαταραχή (οι παλιότεροι «ψυχοπαθητικοί» ασθενείς), και γενικά οι περισσότερες κατηγορίες, είτε θεωρούνται σαν «πρόδρομες» μορφές μιας πιο σοβαρής ψυχοπαθολογίας, είτε εδράζουν την αιτιολογία τους αποκλειστικά στο άτομο. Οι περισσότερες αιτιολογικές προσεγγίσεις τοποθετούνται είτε ψυχαναλυτικά, είτε βιολογικά/γενετικά, ενώ ο κύριος περιβαλλοντικός παράγοντας που λαμβάνεται υπόψη είναι το διαταραγμένο περιβάλλον κατά την παιδική ηλικία και η πιθανή κακοποίηση ή παραμέληση από τους γονείς (η οποία όμως και πάλι παραπέμπει σε ενδο-ατομικούς παράγοντες). Στο: Ν. Μάνος., *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, ό.π., σσ. 401-425.

¹⁶⁸ Η πρόβλεψη της επικινδυνότητας βασίζεται στην υποκειμενική θέση/εκτίμηση του ψυχιάτρου, και –όντας πιο ελαστική– υπακούει στις βασικές αρχές: α) είναι αδύνατο να κάνει κανείς μια ασφαλή πρόγνωση όταν δεν υπάρχει πριν επεισόδιο επιθετικής συμπεριφοράς, β) οι προβλέψεις πρέπει να συνυπολογίζουν τα ατομικά χαρακτηριστικά, και τις περιβαλλοντικές και συγκυριακές μεταβλητές, και γ) το κατά πόσο η επιθετική συμπεριφορά παρουσιάζεται σαν σταθερό χαρακτηριστικό του ατόμου. Στον αντίποδα –θεωρητικά– βρίσκεται η στατιστική πρόβλεψη (Mehl), η οποία αποτέλεσε το εφαλτήριο για την ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια της «ασφαλιστικής» μεθόδου. Η βασική αρχή αυτής της μεθόδου είναι η υπόθεση ότι κάποιο άτομο, το οποίο προέρχεται από κάποιο πληθυσμό, στον οποίο μια δεδομένη συμπεριφορά είναι συνήθης, είναι πολύ πιθανό να εκδηλώσει αυτή την

πολλά προβλήματα: Οι κρίσεις έχουν έντονο το υποκειμενικό στοιχείο, άρα είναι αξιολογικές, δεν αποσαφηνίζεται ο βαθμός συνύπαρξης ενός ή περισσότερων κριτηρίων, και κυρίως αν υπάρχει η «χωρίς όρους» επικινδυνότητα, αδιάκριτα και κάτω από κάθε περίπτωση, όπως στην περίπτωση κάποιων διαταραχών προσωπικότητας.

Ειδικά για τις «διαταραχές προσωπικότητας», η προσωπική εντύπωση είναι ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια έντονη τάση, αφενός «ενοχοποίησής» τους σε σχέση με το «ποσοστό επικινδυνότητας» που τους αποδίδεται, και αφετέρου σε σχέση με τον προσδιορισμό τους σαν μια υποομάδα η οποία χαρακτηρίζεται με έντονα αρνητικά φορτισμένους όρους. Αυτή η ομάδα τείνει να αντικαταστήσει την ομάδα των ψυχωσικών, (των «σχιζοφρενών») στο αναπαραστατικό πεδίο που εμπλέκεται με την επικινδυνότητα, και κατά συνέπεια, με τη διαχείρισή της. Η «αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας», κατά DSM,¹⁶⁹ σημασιοδοτεί τον «ψυχοπαθητικό παραπτωμάτι», ο οποίος προσδιορίζεται σαν ο άρρωστος ο

συμπεριφορά. Το συγκεκριμένο μοντέλο ακολουθεί μαθηματικούς πίνακες ακολουθιών, που «βγάζουν» πιθανότητες, ενώ διατείνεται ότι μπορεί να προβλέψει ακόμα και σε επίπεδο ατόμου. Στο: Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική ψυχιατρική*, ό.π., σσ. 187, 193-194.

¹⁶⁹ Σύμφωνα με το DSM, τα γενικά διαγνωστικά κριτήρια μιας διαταραχής προσωπικότητας είναι: α) ένα διαρκές πρότυπο εσωτερικής εμπειρίας και συμπεριφοράς, το οποίο παρεκκλίνει σαφώς από τις προσδοκίες του πολιτισμικού πλαισίου του ατόμου, β) το διαρκές πρότυπο είναι δύσκαμπτο και διάχυτο σε ένα ευρύ φάσμα προσωπικών και κοινωνικών καταστάσεων, γ) το διαρκές πρότυπο οδηγεί σε κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας, δ) το πρότυπο είναι σταθερό και μακράς διάρκειας, ενώ η έναρξή του μπορεί να ανιχνευθεί τουλάχιστον στην εφηβεία ή τη νεαρή ενήλικη ζωή, ε) το διαρκές πρότυπο δεν εξηγείται καλύτερα σαν εκδήλωση ή συνέπεια άλλης ψυχικής διαταραχής, στ) το διαρκές πρότυπο δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (φάρμακα, εξαρτιογόνες ουσίες) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (τραύμα κεφαλής). Οι διαταραχές αυτές τοποθετούνται σε τρεις γενικότερες κατηγορίες: η πρώτη περιέχει την *παρανοειδή*, την *σχιζοειδή* και την *σχιζοτυπη* διαταραχή προσωπικότητας, η δεύτερη περιέχει την *αντικοινωνική*, την *μεταιχμιακή* (οριακή), την *ιστριονική* και την *ναρκισσιστική* διαταραχή προσωπικότητας, ενώ η τρίτη περιέχει την *αποφευκτική*, την *εξαρτητική*, την *ιδεοψυχαναγκαστική* και την διαταραχή προσωπικότητας οποία ονομάζεται: «μη προσδιοριζόμενη αλλιώς». Ειδικότερα για την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, τα κριτήρια, σύμφωνα με το DSM, είναι επτά (για να τεθεί η διάγνωση αρκούν οποιαδήποτε τρία από τα επτά): Υπάρχει ένα διάχυτο πρότυπο περιφρόνησης και παραβίασης των δικαιωμάτων των άλλων από την ηλικία των 15 ετών, όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα: 1) αποτυχία να συμμορφωθεί με κοινωνικές σταθερές που αφορούν την σύννομη συμπεριφορά, όπως φαίνεται από επανειλημμένα διενεργούμενες πράξεις, οι οποίες αποτελούν λόγο σύλληψης. 2) Δολιότητα, όπως φαίνεται από επανειλημμένα ψέματα, χρήση ψευδωνύμων ή εξαπάτηση των άλλων για προσωπικό κέρδος ή ευχαρίστηση. 3) Γιαρορμητικότητα ή αποτυχία να προγραμματίσει για το μέλλον. 4) ευερεθιστότητα και επιθετικότητα, όπως φαίνεται από επανειλημμένους διαπληκτισμούς ή βιαιοπραγίες. 5) Απερίσκεπτη αδιαφορία για την ασφάλεια του εαυτού ή των άλλων. 6) σταθερή ανευθυνότητα, όπως φαίνεται από επαναλαμβανόμενη αποτυχία να διατηρήσει σταθερή εργασιακή συμπεριφορά ή να ανταποκριθεί σε οικονομικές υποχρεώσεις. 7) έλλειψη μεταμέλειας, όπως φαίνεται από το ότι αντιμετωπίζει με αδιαφορία ή εκλογικεύει το γεγονός ότι έχει βλάψει, κακομεταχειριστεί ή κλέψει άλλους. Στο: *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-VI*, μτφ., επιμ., Κ. Γκοτζαμάνης, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1996, σσ. 275-286.

οποίος –αν και δεν φαίνεται ότι πάσχει τόσο όσο ο ψυχωσικός για παράδειγμα– ωστόσο παρουσιάζει ουσιαστική αδυναμία προσαρμογής στην κοινωνία και έχει την τάση να είναι ανεύθυνος, ανίκανος ή απρόθυμος να δημιουργήσει επιτυχείς διαπροσωπικές σχέσεις, «...αποτελώντας μια συνεχή πηγή προβλημάτων για την κοινότητα».¹⁷⁰ Ήδη από το 1835, ο Prichard δίνει μια –ακριβέστατη κατά πολλούς– περιγραφή της συγκεκριμένης διαταραχής: «...άτομα που από μικρή ηλικία επιδεικνύουν σταθερά διανοητικά ελαττώματα, συνδυασμένα με ισχυρές ροπές προς τη διαφθορά και την εγκληματικότητα, στα οποία η τιμωρία έχει μικρή ή καθόλου επίδραση».¹⁷¹ Με μια εντυπωσιακά παραπλήσια προσέγγιση, 150 χρόνια μετά, ο Mc Cord περιγράφει το άτομο με ψυχοπαθητική προσωπικότητα ως ένα μη κοινωνικό, επιθετικό, πολύ παρορμητικό άτομο, το οποίο αισθάνεται ελάχιστη ή καθόλου ενοχή και είναι ανίκανο για μακροχρόνιους συναισθηματικούς δεσμούς με άλλα ανθρώπινα όντα.¹⁷² Παραπλήσιες προσεγγίσεις και ορισμοί της συγκεκριμένης διαταραχής είναι ιδιαίτερα κοινοί στο «Ψ» χώρο.¹⁷³ Τόσο από έρευνες, όσο και από την εμπειρία των κλινικών, κοινή διαπίστωση (αλλά και συναίνεση) είναι το γεγονός ότι η παρουσία αντικοινωνικών στοιχείων στην προσωπικότητα συνδυάζεται θετικά με την παραπτωματικότητα, και ιδιαίτερα με την βίαιη συμπεριφορά. Επίσης, χαρακτηριστικά στοιχεία όπως η *ανωριμότητα*, η *παρορμητικότητα* και η *κοινωνική ανεπάρκεια* φαίνεται ότι συνδέονται διακριτά με την παραπτωματικότητα.¹⁷⁴ Με άλλα λόγια, για ακόμα μια φορά φαίνεται να επανέρχεται στο προσκήνιο το δίπολο «ατομικό – κοινωνικό». Παρ' όλους τους *nature or nurture* ενδοιασμούς,¹⁷⁵ φαίνεται ότι η πρόσφατη (και ιδιαιτέρως επικίνδυνη) αναλυτική κατηγορία των διαταραχών προσωπικότητας εμπεριέχει έντονο το «ατομοκεντρικό» στοιχείο: η προσωπικότητα σαν ο αποκλειστικά υπεύθυνος της παραγωγής επικίνδυνων συμπεριφορών. Προσωπική εκτίμηση είναι πως, σταδιακά, η συγκεκριμένη κατηγορία/ομάδα αφενός θα αποτελέσει τον

¹⁷⁰ Στο: Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική ψυχιατρική*, ό.π., σ. 32.

¹⁷¹ Στο: Gunn, J., *Dangerousness In Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues*, εκδ. Butterworth – Heinemann, Oxford, 1993, σ. 625.

¹⁷² Στο: Mc Cord, W., N., M., *The Psychopath and the Millieu Therapy*, εκδ. Academic Press, New York, 1982.

¹⁷³ Κάτι που μου δόθηκε η ευκαιρία να το διαπιστώσω και προσωπικά, τόσο στο πλαίσιο της έρευνας στο πεδίο, όσο και αναφορικά με τις δικές μου, προσωπικές αντιδράσεις απέναντι στα άτομα που σημασιοδοτούνται κάτω από την συγκεκριμένη διαταραχή. Η «διαταραχή προσωπικότητας» είναι ίσως το πιο φορτισμένο μόρφωμα αναφορικά με το ποσοστό επικινδυνότητας που συμπαράσχει.

¹⁷⁴ Στο: Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική ψυχιατρική*, ό.π., σ. 34.

¹⁷⁵ Ενδεικτικά, στο: κεφάλαιο «γεννήθηκε ή γαλουχήθηκε κακός;», στο: Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική ψυχιατρική*, ό.π., σσ. 35-38.

βασικό «στόχο» των διαδικασιών διαχείρισης και καταστολής, αφετέρου θα σηματοδοτήσει το νέο αναπαραστατικό μόρφωμα: τον καινούριο «επικίνδυνο ψυχασθενή».

Η ελληνική νομοθεσία αναφέρεται στις εκδηλώσεις βίας από άτομα που παρουσιάζουν κάποια ψυχική διαταραχή στον νόμο 2071/92 και στο άρθρο 95, περί ακούσιας νοσηλείας: *Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ιδίου ή τρίτων.* Αυτός ο τρόπος ακούσιας νοσηλείας και εισαγωγής ονομάζεται προληπτικός, σε αντιδιαστολή με τον «ποινικό», που προβλέπεται από τα άρθρα 69 και 70 του Ποινικού Κώδικα (ΠΚ) και αφορά τα άτομα αυτά που έχουν τελέσει κάποια αξιόποινη πράξη, έχουν κριθεί ακαταλόγιστοι και κρίνονται ως επικίνδυνοι¹⁷⁶. Ο ελληνικός ποινικός κώδικας περιέχει ρυθμίσεις για όλες τις παραμέτρους εξέτασης, εισαγωγής, νοσηλείας και εξόδου από το ψυχιατρικό κατάστημα, ενώ προσδιορίζει και τα δικαιώματα του ασθενούς που οδηγείται σε νοσηλεία μέσω εισαγγελικής παραγγελίας¹⁷⁷. Παρ' όλη όμως την νομική κάλυψη, είναι ελάχιστες εκείνες οι περιπτώσεις στις οποίες τηρούνται, έστω και υποτυπωδώς, τα δικαιώματα του αρρώστου. Τις περισσότερες φορές το άτομο που εγκλείεται μέσω εισαγγελικής παραγγελίας, είτε είναι πλήρως αποκομμένο από τον όποιο κοινωνικό υποστηρικτικό ιστό, χωρίς να έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες, είτε εγκλείεται με την συγκατάθεση της οικογένειας, η οποία είναι και υπεύθυνη τις περισσότερες φορές να εκκινήσει την διαδικασία εγκλεισμού. Έτσι ο έγκλειστος, αφενός υπόκειται στην απόλυτη διαχείριση και κρίση του ψυχιάτρου, αναφορικά με την παραμονή του στον χώρο, τις συνθήκες νοσηλείας του, και τον χρόνο που πρέπει να διάγει μέσα στο ίδρυμα, και αφετέρου, ούτε έχει την υποστήριξη από ένα (έστω και υποτυπώδες) οικογενειακό περιβάλλον, ούτε έχει την δυνατότητα/ευκολία

¹⁷⁶ Στο: Παρασκευόπουλος, Ν., *Ο εγκλεισμός σε ψυχιατρεία ως προληπτικό μέτρο και ως μέτρο ασφάλειας του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα*, Τετράδια Ψυχιατρικής, 1997, Νο 60, σ. 27.

¹⁷⁷ Τόσο ο 2071/92, όσο και ο παλαιότερος 104/73 ανέφεραν λεπτομερειακά τις επιμέρους ρυθμίσεις για την εισαγωγή και νοσηλεία των νοσηλευομένων με ακούσια νοσηλεία. (Βλ. και: Β. Κυριακάκης, Γ. Πανούσης, *Νομική και εγκληματολογική προσέγγιση της επικινδυνότητας*, Αθήνα, 1988.) Τα άρθρα 97-101 του Ν. 2071/72 εκσυγχρονίζουν την διαδικασία ακούσιας νοσηλείας των ψυχικά ασθενών, σε σχέση με τον παλαιότερο νόμο (ο οποίος όμως δεν καταργείται πλήρως). Γίνεται μια προσπάθεια για μια ακριβέστερη ψυχιατρική αξιολόγηση, έχουν τεθεί αυστηρά όρια για την έναρξη και την συνέχιση της ακούσιας νοσηλείας, και έχουν ενισχυθεί τα δικαιώματα του ασθενή, παρουσιάζοντας ένα αναμορφωμένο πρότυπο, παρά τις κάποιες ατέλειες. Στο: Σπυρόπουλος, Η., *Ακούσια (αναγκαστική) νοσηλεία ψυχικά ασθενών*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 60, 1997, σσ. 20-23.

πρόσβασης σε κέντρα υπεράσπισης των δικαιωμάτων του, τα οποία δικαιωματικά, αλλά και νομοθετικά του παρέχονται.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η «σύγχρονη» ψυχιατρική, αν και δείχνει να έχει συνειδητοποιήσει το «βάρος» και τις επιπτώσεις του έργου που της έχεις ανατεθεί, έχει αναλάβει σχεδόν ολοκληρωτικά την διαχείριση της έννοιας της επικινδυνότητας και των κύριων «ξενιστών» της, των ατόμων δηλαδή που υπόκεινται στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι άνθρωποι είναι οι αποκλειστικοί φορείς της, αλλά μάλλον είναι το «πεδίο» που οι αναπαραστάσεις περί επικινδυνότητας εκφράζονται χαρακτηριστικά. Τα θετικιστικά κριτήρια είναι τα πλέον χρησιμοποιούμενα για την εκτίμησή της, τόσο τα «κλινικά», όσο και τα «στατιστικά». (τα κλινικά εξακολουθούν να διέπονται κυρίως από την αρχή της παρελθοντικής βίας (έναν αντίλογο εδώ θα μπορούσε να αφορά ακριβώς το «ιστορικό» του ασθενή: αν κάποιος έχει υποστεί μια τέτοια διαδικασία, δεν θα έχει γίνει αποδέκτης και πομπός βίας;), τις περιβαλλοντικές και συγκυριακές μεταβολές και κυρίως την επικινδυνότητα σαν σταθερό στοιχείο της προσωπικότητας, και κατ' επέκταση της συμπεριφοράς. Επιπλέον, τα «στατιστικά» κριτήρια ουσιαστικά προβάλλουν την άποψη ότι αν κάποιο άτομο προέρχεται από επικίνδυνο πληθυσμό, είναι και αυτό επικίνδυνο. (Με αυτόν όμως τον τρόπο φαίνεται ότι σαν η ψυχιατρική να αυτοαναιρείται σε ένα επίπεδο: το άτομο φαίνεται να παρουσιάζεται σαν ο απόλυτος δέκτης της κοινωνικής πραγματικότητας, και επιπλέον, ότι και να γίνει δεν θα αλλάξει, αν δεν αλλάξουν οι κοινωνικές δομές).

Πέρα από την διαδικασία ελέγχου της επικινδυνότητας, το γεγονός παραμένει: μέχρι και πριν από λίγα χρόνια, οι ασθενείς με εισαγγελική παραγγελία για ακούσια νοσηλεία οδηγούνταν σε κάποιο από τα μεγάλα ψυχιατρικά καταστήματα για την νοσηλεία τους, ή –στην περίπτωση που οι συγγενείς έχουν κάποια οικονομική άνεση– σε κάποια ιδιωτική κλινική (αν και μπορούν να διατυπωθούν αμφιβολίες κατά πόσο η νοσηλεία σε τέτοιες δομές διαφέρει –ουσιαστικά τουλάχιστον– από αυτή στα μεγάλα ψυχιατρικά καταστήματα).

10.γ. Ψυχικά άρρωστος/ χρόνιος άρρωστος

Τόσο οι δομές, όσο και οι διαδικασίες που περιλαμβάνονται στις «Ψ» υπηρεσίες (ειδικά εκείνες του «νέου» τύπου) απευθύνονται κυρίως στους

ανθρώπους εκείνους που έχουν «υποστεί» τις διαδικασίες ιδρυματισμού, ουσιαστικά τις «παρενέργειες» της μακροχρόνιας παραμονής σε μια ασυλικού τύπου δομή, με το δυναμικό και τα στοιχεία που περιγράφησαν προηγουμένως. Βέβαια, θα ήταν ιδιαίτερα γραμμικός ο ισχυρισμός ότι τα άτομα που «δικαιούνται» συμμετοχή σε μια τέτοια διαδικασία περιορίζονται σε αυτά που βρίσκονται έγκλειστα σε τέτοιους χώρους. Ένας χρόνιος ψυχικά άρρωστος μπορεί κάλλιστα να βρίσκεται στο σπίτι του. Ή και στο δρόμο. Επίσης, ένας χρόνιος άρρωστος δεν είναι υποχρεωτικά και ψυχικά άρρωστος. Άλλωστε, η αποασυλοποίηση αναφέρεται και έχει εφαρμογή, τόσο στα άτομα, αλλά κυρίως στις διαδικασίες. Όμως ο βασικός πληθυσμός-«στόχος» είτε προέρχεται από τέτοιου τύπου δομές, είτε έχει περάσει ένα διάστημα σε αυτές. Από την άλλη, ο ίδιος περίπου «πληθυσμός» είναι αυτός που ουσιαστικά είχε, έχει ή θα έχει κάποια στιγμή στο μέλλον την εμπειρία της επαφής με την αστυνομία και τον εισαγγελέα. Φαίνεται δηλαδή πως ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνονται τόσο τα «ελευθεριάζοντα» και δημοκρατικά προγράμματα αποασυλοποίησης, όσο και οι κατασταλτικοί/περιοριστικοί μηχανισμοί είναι παραπλήσιος, ή τουλάχιστον προέρχεται από ένα παραπλήσιο αναπαραστατικά χώρο. Για αυτόν το λόγο ίσως είναι χρήσιμο να προσδιοριστούν οι βασικές συνιστώσες/ορισμοί του ψυχικά αρρώστου, και ειδικά του χρόνιου, καθώς και κάποιες διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στην σχετική βιβλιογραφία, τις οποίες προσωπικά τις βρήκαμε πολύ ενδιαφέρουσες.

Ο Goldman έχει διατυπώσει ένα αρκετά συνεκτικό ορισμό για τους χρόνιους ψυχικά αρρώστους, οι οποίοι ορίζονται σαν «...τα άτομα εκείνα που υποφέρουν από συγκεκριμένες ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές οι οποίες μπορεί να χρονίσουν και να διαταράξουν ή να εμποδίσουν την ανάπτυξη της λειτουργικότητας σε τρία ή περισσότερα πεδία της καθημερινής τους ζωής, όπως προσωπική υγιεινή και αυτοφροντίδα, δημιουργία και διατήρηση διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, ικανότητα μάθησης και διασκέδασης, με τελικό αποτέλεσμα την αδυναμία της οικονομικής τους αυτονομίας».¹⁷⁸ Ο Liberman διακρίνει τον χρόνιο ψυχικά άρρωστο σε σοβαρά ψυχικά άρρωστο, σε ψυχοκοινωνικά ανάπηρο, αλλά και σε

¹⁷⁸ Πέραν του κριτηρίου της οικονομικής αυτονομίας, χαρακτηριστικά των χρόνιων ψυχικά αρρώστων προσδιορίζονται σε έλλειψη βασικών δεξιοτήτων ανταπόκρισης σε απαιτήσεις και ρόλου της καθημερινής ζωής, δυσκολία ικανοποίησης βασικών αναγκών, όπως τροφής, ρουχισμού ή στέγασης, έλλειψη κινήτρων ή ικανότητας για αναζήτηση βοήθειας και υψηλή ευαλωτότητα στο stress. Στο: Goldman, H. H., Gatozzi, A. A., Taube, C. A., Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32, 21-27, 1981, σ. 23.

σοβαρά ψυχικά άρρωστο και ψυχοκοινωνικά ανάπηρο συγχρόνως.¹⁷⁹ Τα βασικά κριτήρια που συνήθως χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό της χρόνιας ψυχικής διαταραχής αφορούν τη διάγνωση, την ανικανότητα και τη διάρκεια. Η χρησιμοποίηση του κριτηρίου της χρονικής διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο είναι πολύ ενδιαφέρουσα, γιατί έχει επιτρέψει να προσδιοριστούν σε αδρές γραμμές δύο διαφορετικές κατηγορίες χρόνιων ψυχικά πασχόντων, οι «παλιοί» και οι «νέοι» χρόνιοι ψυχικά πάσχοντες. Σαν «παλιός» πάσχων περιγράφεται ο άρρωστος με μεγάλο διάστημα παραμονής στο ψυχιατρικό ίδρυμα, το οποίο συνήθως ξεπερνά τα πέντε χρόνια, συνήθως άντρας, με κλινική διάγνωση υπολειμματική σχιζοφρένεια (και με έντονη αρνητική συμπτωματολογία), ο οποίος εκτός ιδρύματος ζει μόνος του ή με την πυρηνική οικογένεια (πιο συχνά τον ένα ή τους δύο γονείς του), ο οποίος αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες στην αυτοφροντίδα και στις διαπροσωπικές σχέσεις, και γενικότερα χαρακτηρίζεται από πολλά ελλείμματα στην λειτουργικότητά του. Αναφορικά με τους «νέους» χρόνιους ψυχικά αρρώστους (αν και παρουσιάζονται κάποιες διαφοροποιήσεις αναφορικά με τα χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας), φαίνεται ότι αποτελούν ένα σχετικά ανομοιογενές σύνολο, τουλάχιστον σε σχέση με τις διαγνώσεις. Η διάρκεια νοσηλείας τους προσδιορίζεται από ένα έως τρία χρόνια, ενώ η πορεία τους χαρακτηρίζεται από συχνές εισαγωγές σύντομης διάρκειας, όχι μόνο σε μεγάλα ψυχιατρικά καταστήματα, αλλά και σε τμήματα οξέων που λειτουργούν στην κοινότητα (κυρίως σε ψυχιατρικές κλινικές Γενικών Νοσοκομείων, κάτι που σχετίζεται άμεσα με το παρόν κείμενο). Οι διαγνώσεις είναι σύνθετες, παρουσιάζουν συγκεχυμένη εικόνα συμπτωματολογίας, ενώ σχετίζονται και με χρήση ουσιών. Τέλος, η ηλικία τους ποικίλλει από την εφηβεία, μέχρι την γεροντική

¹⁷⁹ Αναφορικά με τη διάγνωση, οι συνηθέστερες ψυχικές διαταραχές που εμπλέκονται είναι η σχιζοφρενική ψύχωση, η παραληρηματική διαταραχή, άλλου τύπου ψυχωτικές διαταραχές, οι καταθλιπτικές και οι διπολικές διαταραχές (οι διαταραχές της διάθεσης), ενώ προβλήματα χρονιότητας μπορούν να προκαλέσουν οι διαταραχές προσωπικότητας, αλλά και οι σχετιζόμενες με ουσίες διαταραχές. Το κριτήριο της ανικανότητας επικεντρώνεται στις δυσλειτουργίες αναφορικά με τη λειτουργικότητα του ατόμου και με την έκπτωση της απόδοσής του σε εργαλειακά κυρίως πεδία της καθημερινής δραστηριότητας όπως στην αυτοφροντίδα, στην ικανότητα για ανεξάρτητη διαβίωση και οικονομική αυτοφροντίδα, στην κινητικότητα, στην ικανότητα για μάθηση και στον αυτό-προσδιορισμό. Τέλος, και αναφορικά με το κριτήριο της χρονιότητας, φαίνεται ότι τα τελευταία χρόνια –κυρίως με την ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας– έχουν επέλθει αρκετές αλλαγές. Ενώ τις προηγούμενες δεκαετίες το αναγκαίο διάστημα νοσηλείας ήταν τα δύο συνεχή χρόνια, τώρα ένα μοναδικό επεισόδιο νοσηλείας διάρκειας έξι μηνών τα τελευταία πέντε χρόνια ή δύο (ή και περισσότερες) νοσηλείες τους τελευταίους δώδεκα μήνες αποτελούν κριτήριο χρονιότητας. Στο: Liberman, R., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, εκδ. Academic Psychiatric Press, New York, 1988.

ηλικία.¹⁸⁰ Προσωπική εντύπωση είναι ότι πρόκειται για την προσπάθεια προσδιορισμού μιας ομάδας ασθενών η οποία αποτελείται κυρίως από τους ασθενείς της «περιστρεφόμενης πόρτας», κυρίως με «διπλές» διαγνώσεις στις οποίες συνήθως περιλαμβάνεται κάποια διαταραχή προσωπικότητας: οι «δύσκολοι» άρρωστοι.

Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι και αυτά που ουσιαστικά προσδιορίζουν την ομάδα των «δύσκολων προς μετάβαση» ψυχιατρικών αρρώστων. Το ενδιαφέρον σημείο εδώ είναι το κριτήριο της επιθετικότητας. Φαίνεται δηλαδή πως υπάρχει μια «υποομάδα» ανάμεσα στους χρόνιους ψυχικά πάσχοντες, έντονα αξιολογημένη υπό όρους επιθετικότητας, η οποία κρίνεται ως και η πιο δύσκολη αναφορικά με την μετάβαση –αλλά και την ενσωμάτωση– σε κάποια εξωνοσοκομειακή, κοινοτική δομή.¹⁸¹ Η συγκεκριμένη ομάδα φαίνεται να παρουσιάζει κάποια συγκεκριμένα, κοινά, χαρακτηριστικά: 1) σχετικά νέοι σε ηλικία, άνδρες, οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία των «νέων» χρόνιων, 2) επιδεικνύουν επαναλαμβανόμενη επιθετική συμπεριφορά, 3) χαρακτηρίζονται από παραπλήσιες «προβληματικές» συμπεριφορές, όπως τάσεις φυγής, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, 4) παρουσιάζουν φτωχή συμμόρφωση στην θεραπευτική αγωγή, ή και αντίσταση σε αυτή (poor compliance/drug resistant), 5) η κύρια κλινική διάγνωση είναι η σχιζοφρενική ψύχωση με υψηλά επίπεδα άγχους, 6) έχουν αξιολογηθεί αρνητικά από το προσωπικό (του ιδρύματος ή των κοινοτικών στεγαστικών δομών) ως ασθενείς που προκαλούν προβλήματα (επιθετικότητα, ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά), 6) στον πληθυσμό αυτό ανευρίσκονται άτομα με μαθησιακές δυσκολίες ή εγκεφαλικές βλάβες, ενώ παρουσιάζουν και αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (τάσεις αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμού).¹⁸² Προσωπική εκτίμηση είναι ότι αυτή η συγκεκριμένη ομάδα, αυτό το «απόθεμα» δύσκολων ασθενών (το οποίο πιθανότατα αποτελεί και βασικό «πληθυσμό-στόχο» της διαδικασίας της

¹⁸⁰ Στο: Ζήση, Α., *Επανένταξη Χρόνιων Ψυχικά Πάσχοντων*, ό.π., σσ. 30-32.

¹⁸¹ Μελέτες σε ψυχιατρεία των ΗΠΑ και του Ενωμένου Βασιλείου προσδιόρισαν ένα ποσοστό (περίπου 10%) το οποίο χαρακτηρίζεται «δύσκολο προς μετάβαση». Νεαρά κυρίως άτομα, με φτωχή συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή, οι οποίοι επιδείκνυαν απρόβλεπτη και επιθετική συμπεριφορά, με λεκτική βία, τάσεις καταστροφής, σωματική βία, τάσεις φυγής και πολλές φορές χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών. Βλ. στο: Bigelow, D. A. and al., Characteristics of the state hospital patients who are hard to place. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 1988, σσ. 181-185. Επίσης, Trieman, N. and Leff, J., Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPS project 24. *Psychological Medicine*, 26, 1996, σσ. 765-774.

¹⁸² Στο: Trieman, N., "Difficult to place" patients, επιμ. J. Leff, *Care in the Community: Illusion or Reality?* Εκδ. Willey, London, 1997.

ακούσιας νοσηλείας) φαίνεται να είναι και το πιο δύσκολο στη μετάβαση, αλλά και το λιγότερο συμμετέχον στις διαδικασίες και στα προγράμματα αποασυλοποίησης. Οι βιβλιογραφικές αναφορές προτείνουν ότι αυτό σε καμιά περίπτωση δεν σημαίνει (ή δεν πρέπει να σημαίνει) ότι η θέση τους είναι μέσα σε «κλειστού» τύπου δομές ενδο-νοσοκομειακής περίθαλψης. Πιο πολύ επισημαίνουν την ανάγκη για εμπλουτισμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και μια διαφορετική τεχνογνωσία, η οποία θα λαμβάνει υπόψη αυτές τις ιδιαιτερότητες.¹⁸³

¹⁸³ Η στεγαστική λύση που έχει προταθεί για την συγκεκριμένη ομάδα είναι μια δομή η οποία συνδυάζει χαρακτηριστικά της φροντίδας που παρέχεται στο ψυχιατρικό νοσοκομείο όπως υψηλή εποπτεία, αποκαταστασιακές και θεραπευτικές παρεμβάσεις αλλά και χαρακτηριστικά των κοινοτικών στεγαστικών δομών όπως μικρό μέγεθος, πρόσβαση σε κοινοτικές διευκολύνσεις, και έλλειψη περιοριστικών μέτρων. Σύμφωνα με τον Shepherd, οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη λειτουργία τέτοιου τύπου δομών είναι η εξατομικευμένη φροντίδα, η έμφαση στην εκμάθηση και άσκηση δεξιοτήτων (και όχι έμφαση στη μείωση της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας), η έμφαση στην ποιότητα των αλληλεπιδράσεων αρρώστων – προσωπικού, με το προσωπικό να επιδεικνύει όχι μια κριτική και υπερπροστατευτική στάση, αλλά κυρίως αποδοχή και «ζεστασιά», και τέλος, έμφαση στην ομαδική εργασία και στην εξασφάλιση ενός συνεχούς. Στο: Shepherd, D. The "ward-in-a-house": Residential care for the severely disabled. *Community Mental Health Journal*, No. 31, σσ. 53-69.

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ

11. Το πλαίσιο

11.α. Η απόσταση

«Είστε αλλιώς εσείς εκεί κάτω»¹⁸⁴ είναι μια συνηθισμένη εκφερόμενη πρόταση από το προσωπικό διαφορετικών ειδικοτήτων προς το «ψυχιατρικό προσωπικό». Μια πρόταση που φαίνεται να συμπυκνώνει αρκετά χαρακτηριστικά την αναπαράσταση της διάστασης και του επιμερισμού ανάμεσα στη βιολογική και ψυχολογική παράμετρο της θεώρησης του άρρωστου ατόμου: το άρρωστο σώμα διαχωρίζεται και αποσπάται από το άρρωστο πνεύμα/ψυχή, αλλά και η αναφορική αρχή σχετικά με τις πρακτικές διαχείρισης της αρρώστιας διασπάται. Βιολογικές και ψυχιατρικές πρακτικές δομούν τα άκρα ενός δίπολου χωρίς μια κοινή αναφορική αρχή, και κυρίως χωρίς μια λειτουργική διαλεκτική μεταξύ τους. Η αναπαράσταση της «ψυχιατρικής θεραπείας» και ο χώρος (η κλινική εν προκειμένω) μέσα στον οποίο αυτή λαμβάνει υπόσταση, «παίρνει σάρκα και οστά», περιχαρακώνεται σαν ένα ανεξάρτητο και αυτόνομο μόρφωμα και αντιδιαστέλλεται από το σύνολο μιας λίγο – πολύ ομογενοποιημένης διαφορετικότητας. Η συγκεκριμένη κλινική, στους χώρους της οποίας έγινε η συμμετοχική παρατήρηση, λειτουργεί περίπου μια δεκαπενταετία, από το 1989, ενώ αποτελεί ένα αυτόνομο κτιριακό συγκρότημα. Είναι κτισμένη δίπλα στο εξωτερικό τοίχο του οικοπέδου του κεντρικού νοσοκομείου, βρισκόμενη πίσω από αυτό (ακριβώς δίπλα στον χώρο αποθήκευσης των απορριμμάτων!). Είναι το μοναδικό τμήμα του νοσοκομείου το οποίο δεν έχει άμεση πρόσβαση/σύνδεση με το κυρίως κτηριακό συγκρότημα. Σε αντίθεση με άλλα γενικά νοσοκομεία, στα οποία η «θέση» των ψυχιατρικών κλινικών υπαγορεύτηκε από χωρικούς περιορισμούς και δεσμεύσεις, το συγκεκριμένο νοσοκομείο –της εποχής της κατασκευής της κλινικής- είχε την δυνατότητα επιλογής, κάτι που κάνει την συγκεκριμένη επιλογή πολύ

¹⁸⁴ Η αναπαράσταση της διαφορετικότητας μπορεί να εκφράζεται με συμπληρωματικό τρόπο («χρειάζονταν ο ψυχίατρος για το υπόλοιπο νοσοκομείο»), με θετικό τρόπο («μα πώς μπορείτε με αυτούς τους ανθρώπους; Δεν θα άντεχα ούτε μια μέρα») ή με αρνητικό τρόπο («να κάθεστε και να κάνετε κουβεντούλα, δουλειά το λέτε αυτό;»). Πέραν όμως της διαφορετικής συναισθηματικής επένδυσης, οι κοινοί άξονες που ανιχνεύονται είναι αφενός μια ομογενοποίηση των «βιολογικών πρακτικών» και αφετέρου μια αντιδιαστολή αυτού του «βιολογικού μορφώματος» από τις ψυχολογικές/ψυχιατρικές πρακτικές.

ενδιαφέρουσα: ο ψυχιατρικός άρρωστος τοποθετήθηκε στην «άκρη». Νωρίς-νωρίς διαφαίνεται μια αρχική, δομική διαφοροποίηση: η ψυχιατρική, αλλά και το πλαίσιο στο οποίο αυτή αναφέρεται και προσδιορίζει, εν τέλει σχηματοποιεί ένα διαφορετικό αντικείμενο, του οποίου η λειτουργική θέση (αλλά και χρηστικότητα) έγκειται στο ότι πρέπει να είναι «μακριά». Σε συζητήσεις του προσωπικού σχολιάζεται αρκετά συχνά η επιλογή του συγκεκριμένου χώρου. Η επιλογή ερμηνεύεται συμβολικά σαν την ασυνείδητη προσπάθεια της απομόνωσης των «τρελών» και του περιορισμού τους σε χώρο στην «άκρη της πόλης», όπου συνήθως βλέπουμε να διαμένουν μειονοτικές ομάδες. Άλλωστε και τα δύο μεγάλα ιδρύματα του λεκανοπεδίου, στην «άκρη της πόλης» βρίσκονται. Αν κάνουμε μια προσπάθεια να προσπεράσουμε ερμηνείες οι οποίες θέλουν τέτοιες επιλογές να προέρχονται από μια ασυνείδητη τάση εξοβελισμού της ψυχικής ασθένειας, διαφαίνεται μια διαφορετική «καταστατική» της τρέλας. Ένα πεδίο του οποίου η σημειολογία πρέπει να είναι όχι μόνο διαφορετική, αλλά και διακριτή: σε απόσταση. Αιώνες τώρα, η λειτουργικότητα αυτής της διαφορετικότητας ισχύει στο μέτρο που μπορεί να απομονωθεί και να λειτουργήσει κατοπτρικά. Αλλά βασική προϋπόθεση για να αναγνωρίσουμε το είδωλό μας στον καθρέφτη είναι να πάρουμε μια συγκεκριμένη απόσταση. «Γιατί ο δυτικός πολιτισμός εξώθησε στις ακρώρειες αυτό ακριβώς όπου θα μπορούσε να αναγνωρίσει τον εαυτό του – ή όπου όντως τον αναγνώρισε με πλάγιο τρόπο; Γιατί δήλωσε καθαρά ήδη από τον 19^ο αι., αλλά επίσης από την κλασική εποχή, ότι η τρέλα ήταν η απογυμνωμένη αλήθεια του ανθρώπου, και παρά ταύτα την τοποθέτησε σε ένα ουδέτερο και χλωμό χώρο όπου παρέμεινε σχεδόν εκμηδενισμένη;» ρωτάει ο Foucault, αλλά και προσδιορίζει την απάντηση μέσω της συνειδητοποίησης της απώλειας αυτής της απόστασης, αυτού του «καθρεφτίσματος»: «Το πολύ οικείο παιγνίδι να καθρεφτιζόμαστε στην άλλη άκρη του εαυτού μας πάνω στην τρέλα, και να αφουγκραζόμαστε φωνές που, απόμακρες, μας λένε από πολύ κοντά τι είμαστε, αυτό το παιγνίδι, με τους κανόνες του, τις τακτικές του, τις επινοήσεις του, δεν θα είναι πλέον και για πάντα παρά μια περίπλοκη τελετουργία οι σημασίες της οποίας θα έχουν γίνει στάχτη».¹⁸⁵ Δηλαδή, η διατήρηση της ψυχικής ασθένειας σαν μια «υπαρκτή διαφορετικότητα» και η τοποθέτησή της σε συγκεκριμένη απόσταση (όπως συγκεκριμένη απόσταση χρειάζεται και ένας καθρέφτης για να

¹⁸⁵ Στο: Derrida, J., Foucault, M., *Τρέλα και Φιλοσοφία*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, Γ' έκδοση, εκδ. Ολκός/Μικρή Άρκτος, Αθήνα, 1998, σσ. 79-80.

«λειτουργήσει»), συγκεκριμένα κοντά, αλλά και συγκεκριμένα μακριά, ενέχει μια λειτουργικότητα, η σημασία της οποίας είναι καίρια και –προς το παρόν– απαραίτητη. Απαραίτητη, ακριβώς γιατί η απαλοιφή της θα σηματοδοτήσει και την καταστροφή του αντικείμενου: μια ψυχιατρική «αντιμέτωπη» με ένα αναδιπλωμένο, μέσα στο νόημά του, αντικείμενο (ένα αντικείμενο χωρίς τον προηγούμενο συμβολικό «ίσκιο» του) είναι καταδικασμένη όχι μόνο να αναθεωρήσει τους τρόπους εφαρμογής της, αλλά ουσιαστικά την ίδια της την υπόσταση. «Κάποτε ήμασταν «νευρολόγοι-ψυχίατροι»¹⁸⁶, μετά γίναμε «σκέτοι» «ψυχίατροι», στο τέλος θα καταντήσουμε μόνο «νευρολόγοι» αναφέρει χαριτολογώντας ένας επιμελητής («σκέτος» ψυχίατρος) της κλινικής.

«Ό,τι αποκαλείται «ψυχική αρρώστια» είναι απλά αλλοτριωμένη τρέλα, αλλοτριωμένη μέσα στη ψυχολογία που η ίδια η τρέλα την έκανε να εμφανιστεί. Κάποια μέρα πρέπει να γίνει προσπάθεια να μελετηθεί η τρέλα σαν μια συνολική δομή – η τρέλα απελευθερωμένη και μη αλλοτριωμένη, αποκαταστημένη κατά κάποιο τρόπο στην αυθεντική της γλώσσα»¹⁸⁷ αναφέρει ο Foucault, θέτοντας το πρόβλημα της διάσπασης της αναπαράστασης της ψυχικής ασθένειας από μια συνολική δομή, σε επιμέρους βιολογικές, οργανικές και ψυχικές δομές από τη θετικιστική ιατρική, όπως αυτή αναπτύχθηκε από τον 18^ο αιώνα και μετά. «Ούτε η αραβική, ούτε η μεσαιωνική, ούτε ακόμα και η μετακαρτεσιανή ιατρική δεν δέχτηκε τον διαχωρισμό ανάμεσα σε αρρώστιες του σώματος και αρρώστιες της ψυχής. Κάθε παθολογική οντότητα περιλάμβανε τον άνθρωπο στην ολότητά του».¹⁸⁸ Και σήμερα, παρ' όλη την «διακήρυξη» της σπουδαιότητας του περίφημου «βιο/ψυχο/κοινωνικού» μοντέλου, φαίνεται ότι διάσταση και ο επιμερισμός – αναπαραστατικά τουλάχιστον- παραμένει ιδιαίτερα ισχυρός.

¹⁸⁶ Αναφέρεται στον τίτλο της ιατρικής ειδικότητας. Περίπου μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '80 δεν υπήρχε θεσμικός διαχωρισμός της νευρολογίας από την ψυχιατρική, οι δύο αυτοί «κλάδοι» αποτελούσαν μια ενιαία ειδικότητα, η οποία αργότερα διαχωρίστηκε, υποδηλώνοντας πολύ χαρακτηριστικά και τον διαχωρισμό του βιολογικού και ψυχολογικού υποστρώματος της ψυχικής ασθένειας.

¹⁸⁷ Στο: Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, μτφ. Τ. Γιατζόγλου, εκδ. Ελεύθερος Τύπος, Αθήνα, 1988, σ. 96.

¹⁸⁸ Στο: Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, ό.π., σ. 99.

11.β. Η επιλογή

Όπως και στις περισσότερες νέες δομές, και μέσω μιας ευθυγράμμισης με τις αρχές, την ιδεολογία και τη φιλοσοφία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, το συγκεκριμένο πλαίσιο (τόσο ο χώρος, όσο και οι πρακτικές) –αρχικά τουλάχιστον– λειτουργούσε μέσω ενός «δημοκρατικού» και ελευθεριάζοντος προτύπου. Η διευθέτηση του χώρου διαφέρει κατά πολύ από τους αντίστοιχους των μεγάλων ψυχιατρείων. Οι χώροι της κλινικής είναι προσαρμοσμένοι έτσι ώστε να μπορούν να φιλοξενήσουν περίπου 20 ασθενείς, ενώ προτείνεται ένα μοντέλο διαρρύθμισης που «προάγει» την εξατομίκευση. Οι θάλαμοι είναι δίκλινοι, έχει ο κάθε ένας το δικό του λουτρό (ενώ τα κρεβάτια και τα υπόλοιπα έπιπλα των θαλάμων είναι ξύλινα και όχι τα γνωστά σιδερένια «νοσοκομειακά»). Επίσης υπάρχουν πολλοί κοινόχρηστοι χώροι: Σαλόνι (με την τηλεόραση ανεβασμένη ψηλά στον τοίχο, μέσα σε μια μεταλλική κατασκευή) με πολλές μπλε πολυθρόνες και άσπρα τραπεζάκια, χώρο εργοθεραπείας, με πολλά υλικά για ζωγραφική και χειροτεχνίες, ενώ οι τοίχοι είναι γεμάτοι από έργα των αρρώστων. Η τραπεζαρία και η κουζίνα είναι δίπλα στα δωμάτιά τους (για να διευκολύνονται οι πιο μεγάλοι από αυτούς να πηγαίνουν για φαγητό), ενώ υπάρχουν και πολλά γραφεία για το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Όλοι οι χώροι είναι αρκετά ζεστά βαμμένοι, ώχρα, με μπλε πάτωμα και πορτοκαλί πόρτες, ενώ γύρω από το κτίριο υπάρχει ένας όμορφος κήπος με τριανταφυλλιές και πολλούς ευκαλύπτους (τους οποίους «ενώνουν» πολλά σχοινιά, όπου βρίσκονται απλωμένα ρούχα) και ένα «γηπεδάκι» για μπάσκετ (το οποίο συνηθέστερα χρησιμοποιείται σαν βεράντα, για «καθισιό» και καφέ, και που οι ασθενείς το έχουν ονομάσει καφενείο «ο παράδεισος»). Ο χώρος έχει πολλές πόρτες και παράθυρα, ενώ τα περισσότερα από αυτά είναι ξεκλείδωτα και ανοιχτά. Αναφορικά με τις πρακτικές, το καίριο σημείο διαφοροποίησης σε σχέση με τις ιδρυματικές νοσηλείες είναι οι έννοιες του *συμβολαίου* και του *εκούσιου*. Ο στόχος των πρακτικών νοσηλείας ήταν, αφενός να δεχθεί ο ασθενής να νοσηλευθεί με την θέλησή του, χωρίς καμιά πίεση και εξαναγκασμό, και αφετέρου να υπάρχει ένα «θεραπευτικό συμβόλαιο», μέσα από το οποίο να προσδιορίζονται τα συστατικά στοιχεία της παραμονής, της πορείας, των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων, εν ολίγοις της θεραπευτικής σχέσης του αρρώστου με το πλαίσιο. Σε μια ιδεατή εφαρμογή των παραπάνω, το συνακόλουθο συμπέρασμα είναι ότι το προσωπικό δεν έχει το δικαίωμα οποιασδήποτε εξαναγκαστικού τύπου παρέμβασης, τόσο

αναφορικά με την παραμονή του αρρώστου στον χώρο (ο άρρωστος μπορεί να ζητήσει εξιτήριο οποιαδήποτε στιγμή το θελήσει), όσο και αναφορικά με την νοσηλεία του (καμιά φαρμακευτική ή άλλη θεραπευτική παρέμβαση δεν μπορεί να γίνει χωρίς την συγκατάθεσή του). Το συγκεκριμένο πλαίσιο πρακτικών προσπαθειών να λειτουργήσει με βάση μια σχέση αρρώστου-θεραπευτή η οποία να έχει κατά κύριο λόγο έναν ηθικό χαρακτήρα¹⁸⁹. Η λέξη-κλειδί σε αυτό το σημείο είναι η επιλογή. Η συγκεκριμένη δομή (όπως άλλωστε και οι υπόλοιπες που είχαν ιδρυθεί στα πλαίσια των προγραμμάτων για την αποασυλοποίηση) είχε (θεσμικά και νομοθετικά) την δυνατότητα να αξιολογεί και να επιλέγει τους ασθενείς που θα νοσηλεύσει. «Εισαγγελικά δεν δεχόμαστε. Να απευθυνθείτε σε κάποιο από τα «μεγάλα»¹⁹⁰. «Εξαρτήσεις δεν παίρνουμε. Μπορείτε να απευθυνθείτε στο 18 Άνω, στο ΚΕΘΕΑ, ή σε κάποιο άλλο πρόγραμμα απεξάρτησης» απαντάει το προσωπικό στις (τηλεφωνικές συνήθως) παραπομπές από υπηρεσίες ή ιδιώτες. Δηλαδή, πέραν του κριτηρίου της «εκούσιας νοσηλείας» (η οποία πολλές φορές είναι εκούσια μόνο κατ' επίφαση¹⁹¹), τα κριτήρια επιλογής, ουσιαστικά η μορφοποίηση ενός συγκεκριμένου «προφίλ» αρρώστου –ο οποίος και «δικαιούται» μιας «προνομιακής» νοσηλείας- προσδιορίζονται τόσο από την υποκειμενική γνώμη/αξιολόγηση του ψυχιάτρου (για να εισαχθεί κάποιος πρέπει να «περάσει» την ψυχιατρική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία), όσο και από τις θεσμικές παρεμβάσεις οι οποίες προ-αποκλείουν «πληθυσμούς» σημασιοδοτημένους με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Διπλή «δικλείδα ασφαλείας». Οι «εισαγγελικοί» και οι «εξαρτημένοι», για παράδειγμα, αφενός έχουν επωμιστεί ένα συγκεκριμένο σύστημα συμβολικών προσδιορισμών, μια σημειολογία των δυνητικών τους συμπεριφορών, συμπεριφορές για τις οποίες υπάρχουν θεσμοθετημένα χωρικά μορφώματα (το «Δαφνί» για τις ακούσιες νοσηλείες, το «18 Άνω» για τις

¹⁸⁹ Για μια συνοπτική παρουσίαση, βλ. στο: Χαϊδεμένος, Α., *Ηθικά και Δεοντολογικά Προβλήματα στη Ψυχιατρική*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 72, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2000, σσ. 54-62.

¹⁹⁰ Η λέξη «μεγάλα» αναφέρεται στο ΨΝΑ (το «Δαφνί») και στο Δρομοκαΐτειο.

¹⁹¹ Πολλές φορές γίνονταν προσπάθειες νοσηλείας σε άτομα (τις πιο πολλές φορές συγγενείς «γνώστων», οι οποίοι προσπαθούσαν να βρουν μια εναλλακτική του ψυχιατρείου ή της ιδιωτικής κλινικής λύση) που ήταν -το λιγότερο- διστακτικά αναφορικά με την εισαγωγή τους στον χώρο. Η όλη διαδικασία ενείχε τη χροιά μιας έμμεσης πίεσης, συνήθως λεκτικής και συγκαλυμμένης, η οποία εμπεριέχει έντονο το βιολογικό στοιχείο/δικαιολόγηση (η σχεδόν καθολική δικαιολογία των «εξετάσεων αίματος») μέχρι να πειστεί ο άρρωστος για την «σοβαρότητα» της κατάστασής του και να παραμείνει στον χώρο (συνήθως με τη συνεχή παρακολούθηση κάποιου συγγενούς). Μια ιδιαίτερα περιγραφική αναφορά των διαδικασιών εισαγωγής (επίκαιρη και στην ελληνική πραγματικότητα) παρουσιάζεται από τον Goffman στα «Άσυλα».

εξαρτήσεις) τα οποία λειτουργούν σαν «συμβολικά σύμφωνα» για τις συγκεκριμένες (σημειολογικές) ομάδες: η κάθε κλειδαριά έχει το κλειδί της. Αφετέρου, όσοι ξεφεύγουν από αυτή τη θεσμική «ομπρέλα ασφαλείας» βρίσκονται αντιμέτωποι με το φίλτρο της υποκειμενικής αξιολόγησης από το ψυχίατρο. Μια υποκειμενικότητα όμως, η οποία προσπαθεί να αυτοπροσδιορίζεται υπό όρους αντικειμενικότητας: μέσω των κριτηρίων εκείνων που –με πολύ γλαφυρό τρόπο– συμπυκνώνονται στη «βίβλο» της ψυχιατρικής αξιολόγησης, το DSM (Diagnostic Statistic Manual, το εγχειρίδιο ψυχιατρικής νοσολογίας της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας).

Εξίσου νωρίς διαφαίνεται μια δομική –στη λειτουργία της– διαφοροποίηση και παράλληλα κατηγοριοποίηση. Μια κατηγοριοποίηση η οποία υπακούει (αλλά και υποτάσσεται) σε ένα εκ των προτέρων δομημένο σημειολογικό σχηματισμό, με απώτερο σκοπό την ανέλιξη της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (και των δομών που την εκφράζουν, όπως η συγκεκριμένη κλινική), πάντα όμως με κριτήριο προϋπάρχοντα εννοιολογικά σχήματα και κατασκευές. Η έννοια του «εισαγγελικού» (με ότι αυτή συμπαρασύρει) προϋπήρχε. Και της εξάρτησης επίσης. Η διαχείριση αυτών των «έτοιμων» σχημάτων –όπως θα φανεί καλύτερα και αργότερα– προϋποθέτει την δημιουργία, την αποκρυστάλλωση και το χειρισμό των γλωσσικών εκείνων ορισμών, με βαρύτητα όχι τόσο στη «νοσολογία», όσο στην «κατάσταση». Ας μας επιτραπεί να προσδιορίσουμε τον «εισαγγελικό» άρρωστο ως «κατάσταση». Ο όρος «εισαγγελικός» δεν απευθύνεται σε μια, ή περισσότερες, συγκεκριμένες νοσολογικές οντότητες. Ο «εισαγγελικός» μπορεί να είναι ο οποιοσδήποτε, ακριβώς επειδή δεν ονομάζεται. Απευθύνεται περισσότερο σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, μια συνδιαλλαγή με τα θεσμοθετημένα νομικά, δικαιοδοτικά ή θεραπευτικά πλαίσια εξουσίας σε συγκεκριμένο χωροχρόνο, παρά σε κάποιο σημειολογικό προσδιορισμό, μια «χαρτογράφηση» (παθολογικών) συμπεριφορών. Και αυτό έχει να κάνει σε μεγάλο βαθμό με τη διαδικασία της επιλογής. Δηλαδή, η δομική διαφοροποίηση που προαναφέρθηκε ουσιαστικά αναφέρεται στην παρείσφρηση του εξουσιαστικού συστήματος, ή καλύτερα συμμαχίας: η θεσμοθετημένη νομική/δικαιοδοτική εξουσία μαζί με την ημι-συμβολική, ημι-εργαλειακή ψυχιατρική εξουσία παράγει τα κριτήρια που θα οδηγήσουν το σύστημα στην ομοιόσταση. Στην *ισορροπία*, και εν τέλει στη θετικότητα. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση πήγαινε μια χαρά, ή τουλάχιστον έτσι αναπολούσε, από την στιγμή που είχε γίνει εφικτή αυτή η διαδικασία επιλογής. Η

«σκληρή ετερότητα» παραμένει στο πλαίσió της, ενώ τον «μη-επικίνδυνο» Άλλο αναλαμβάνουν τα νεότευκτα και φιλελεύθερα προγράμματα αποκατάστασης. «Εφεξής το άλλο δεν είναι φτιαγμένο για να το εξοντώνουμε, για να το μισούμε, για να το απορρίπτουμε, για να το σαγηνεύουμε, είναι φτιαγμένο για να το καταλαβαίνουμε, για να το απελευθερώνουμε, για να το περιποιούμαστε, για να το αναγνωρίζουμε» αναφέρει ο Baudrillard,¹⁹² ο οποίος προσδιορίζει μια μεταστροφή στις «τακτικές διαχείρισης» του Άλλου, και περισσότερο του «διαφορετικού» Άλλου, της ετερότητας. Κάτι παραπλήσιο έχει συμβεί και στον χώρο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Μέχρι την στιγμή που ένα απρόσμενο αναφορικά με τις συνέπειές του γεγονός ήρθε να καταδείξει την ευθραυστότητα αυτής της (πλασματικής κατά πολλούς) ισορροπίας και της θετικότητας.

11.γ. Η ισορροπία

Ο σεισμός του 1999, με επίκεντρο την Πάρνηθα, «έπληξε» κυρίως τις περιοχές της βόρειας και δυτικής Αττικής: Κηφισιά, Μεταμόρφωση, Λιόσια, Περιστέρι, Χαϊδάρι. Στη συγκεκριμένη περιοχή, αυτή του Χαϊδαρίου, βρίσκεται το Ψ.Ν.Α., το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, ένα από τα παλιότερα και μεγαλύτερα ψυχιατρικά καταστήματα της Ελλάδας, το οποίο, μαζί με το Δρομοκαϊτειο Νοσοκομείο, που βρίσκεται στην ίδια περιοχή, δέχονταν την πλειονότητα των εισαγωγών αναφορικά με τους ψυχικά ασθενείς του λεκανοπεδίου. Επιπλέον, αυτά τα δύο νοσοκομεία ήταν υπεύθυνα για τη διαχείριση των ασθενών που έπρεπε να νοσηλευθούν με ακούσια νοσηλεία για το σύνολο σχεδόν των περιστατικών αυτών. Στην Αττική, εκτός των δύο αυτών νοσοκομείων, λειτουργούν ακόμα 12 περίπου ψυχιατρικές κλινικές μέσα σε Γενικά Νοσοκομεία, όπως ο Ευαγγελισμός ή το Γενικό Κρατικό Αθηνών, καθώς επίσης και αρκετές ιδιωτικές κλινικές. Ο κύριος όγκος των ασθενών με εισαγγελική παραγγελία για ακούσια νοσηλεία, των «εισαγγελικών» (ο όρος «εισαγγελικός» χρησιμοποιείται κατά κόρον, τόσο ανάμεσα στους ασθενείς, όσο και από το προσωπικό και όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, κλινικούς και αστυνομικούς) στέλνονταν για νοσηλεία στα δύο μεγάλα «ιδρύματα», στο Ψ.Ν.Α. και στο Δρομοκαϊτειο. Στα δύο αυτά νοσοκομεία υπάρχουν ειδικά διαμορφωμένες κλινικές (τα λεγόμενα «περίπτερα») με κάγκελα στα παράθυρα και στις πόρτες (οι

¹⁹² Στο: Baudrillard, J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, ό.π., σ. 139.

οποίες παραμένουν κλειδωμένες) ενώ υπάρχουν ειδικοί φύλακες, υπεύθυνοι για την παραμονή και τη φύλαξη αυτών των ασθενών. Η νομοθεσία προβλέπει, αλλά και δίνει δικαιοδοσία στο προσωπικό των κλινικών αυτών να χρησιμοποιεί μέτρα καθήλωσης για τον περιορισμό αυτών των ασθενών. Σαν μέτρα καθήλωσης ή περιοριστικά μέτρα (restrains) θεωρούνται οι τακτικές μηχανικής ή φαρμακευτικής καθήλωσης για τον περιορισμό ασθενών. Η φαρμακευτική καθήλωση αναφέρεται στην χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, ενώ η μηχανική καθήλωση αναφέρεται είτε στον περιορισμό του αρρώστου σε δωμάτιο/ χώρο από τον οποίο δεν υπάρχει δυνατότητα εξόδου, είτε στο δέσιμο του αρρώστου σε κρεβάτι ή καρέκλα. Αν και υπάρχουν συγκεκριμένα πρωτόκολλα που αναφέρονται σε αυτά τα ζητήματα, το κεφάλαιο είναι τεράστιο και ειδικά στον ελληνικό χώρο, είναι ιδιαίτερα ομιχλώδες¹⁹³. Αντίθετα, όπως προαναφέρθηκε, στις ψυχιατρικές κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων η νομοθεσία δεν προέβλεπε την εισαγωγή «εισαγγελικών» ασθενών και το καταστατικό των τμημάτων αυτών τα χαρακτηρίζει ως «ανοικτά». Ως αποτέλεσμα του σεισμού, τα περισσότερα κτίρια του ΨΝΑ, ήδη πολύ παλιά και παραμελημένα, είτε σχεδόν καταστράφηκαν, είτε έπαθαν μη επισκευάσιμες ζημιές. Το Ψ.Ν.Α. σταματάει να δέχεται εισαγωγές, και μετά από λίγους μήνες, αρνείται να δέχεται και εισαγγελικές παραγγελίες. Για έναν περίπου χρόνο τη διακίνηση όλων των εισαγγελικών παραγγελιών διαχειρίζεται το Δρομοκαΐτειο, το οποίο όμως αδυνατεί να αντεπεξέλθει. Το προσωπικό του διαμαρτύρεται, κατεβαίνει σε κινητοποιήσεις, και αρνείται την παραλαβή εισαγγελικών παραγγελιών, με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί είτε να εισάγονται σε κάποια ιδιωτική κλινική, αν οι συγγενείς έχουν την οικονομική άνεση, είτε να παραμένουν στο τμήμα μεταγωγών της αστυνομικής διεύθυνσης Αττικής, ή στα κρατητήρια των περιφερειακών αστυνομικών τμημάτων, μαζί με τους υπόλοιπους κρατούμενους. Μέσα σε αυτό το αδιέξοδο, τον Μάιο του 2001, οι τότε υπουργοί Υγείας και Δημόσιας Τάξης με υπουργικό διάταγμα, υποχρεώνουν τα Γενικά Νοσοκομεία να δέχονται εισαγγελικές παραγγελίες.

Ύστερα από την «είσοδο» των «εισαγγελικών», η αναδιάρθρωση του χώρου (αλλά και των πρακτικών που συνοδεύουν την διαχείρισή του) ήταν σχεδόν άμεση και επιβεβλημένη, τόσο όσο αφορά το προσωπικό όσο και τη διοίκηση. Η κλινική προμηθεύτηκε ειδικούς ιμάντες καθήλωσης, τέσσερις από τους θαλάμους έγιναν

¹⁹³ Για περισσότερα στο: Γ. Αλεβιζόπουλος, *Δικαστική Ψυχιατρική*, ό.π., σσ. 210-226.

«μονόκλινοι»¹⁹⁴ ενώ τοποθετήθηκαν κάγκελα στα παράθυρα και κλειδαριές στις πόρτες. Όταν πήγα για πρώτη φορά να δω έναν ασθενή, τον Β., ο οποίος νοσηλεύονταν σε έναν από αυτούς τους θαλάμους, νόμισα ότι βρέθηκα ξαφνικά σε έναν άλλο χώρο. Το δωμάτιο δεν είχε μέσα τίποτα εκτός από ένα σιδερένιο μεταλλικό κρεβάτι και δύο πλαστικές καρέκλες. Δεν υπήρχαν κουρτίνες στο παράθυρο, το οποίο είχε κάγκελα. Το φως του δωματίου ήταν συνέχεια αναμμένο, ενώ οι τοίχοι ήταν άδαιοι (εκτός από κάποια σχέδια και λόγια που ήταν γραμμένα με στυλό, μισοσβησμένα. Παρόλο που δεν υπήρχαν καθόλου προσωπικά αντικείμενα, ο χώρος ήταν πολύ ακατάστατος. Υπήρχαν δύο δίσκοι με πλαστικά σερβίτσια, γεμάτοι αποφάγια, κάτω στο πάτωμα (*«οι τραπεζοκόμες τον φοβούνται και δεν έρχονται να τα μαζέψουν»* λέει το προσωπικό. *«Μπορεί να είναι και από εχθές αυτά»*) ενώ υπήρχαν αποφάγια σπαρμένα σε όλο το πάτωμα. Υπήρχαν χαρτιά, χαρτοπετσέτες, πλαστικά ποτήρια με νερό, με αποτσίγαρα, κάποια ήταν χυμένα είτε στο πάτωμα, είτε στο κρεβάτι, ενώ στο πάτωμα υπήρχε μια «λιμνούλα» από ούρα. *«Όταν είμαστε κοπέλες μόνες μας στην βάρδια, ποιος να τους λύσει;...Όταν θέλουν τουαλέτα, γυρνάν στο πλάι, όσο μπορούν, και τα κάνουν στο πάτωμα.»* εξηγούν οι νοσηλεύτριες. Ο Β. ήταν δεμένος με έναν δερμάτινο ιμάντα από το πόδι στο κάγκελο του κρεβατιού (το οποίο ήταν στρωμένο με ένα πλαστικό κάλυμμα για το στρώμα, ένα σεντόνι και μια άσπρη λινή κουβέρτα, πάρα πολύ βρώμικα). *«Για να μην λερώνει το στρώμα όταν κατουράει»* μου είπαν αργότερα. Ο ίδιος ήταν βρώμικος, φόραγε τα ρούχα του, πολύ παλιά και λερωμένα, και κάπνιζε κοιτώντας μας χωρίς να μιλάει. Φαίνεται δηλαδή ότι ο χώρος της κλινικής (κάτι που συνέβη και στην πλειονότητα των «ίδιων» κλινικών, τόσο του λεκανοπεδίου, όσο και των περιφερειακών Γενικών Νοσοκομείων της επαρχίας) ουσιαστικά απέκτησε μια ρητά διπλή (και επιπλέον, ταυτόχρονα διπλή) αναπαράσταση. Κατ' αρχήν, μια αναπαράσταση η οποία προσανατολίζει και καταδεικνύει ένα θεραπευτικό χαρακτήρα, συνεπή με τις υποδείξεις των σύγχρονων μεταρρυθμιστικών προγραμμάτων, έτσι όπως πολύ χαρακτηριστικά προσδιορίζεται από την έννοια

¹⁹⁴ «Το κάθε άτομο στη θέση του. Και σε κάθε θέση ένα άτομο» μας λέει ο Foucault. Και συνεχίζει, προσδιορίζοντας την χρησιμότητα της αρχής της «περίφραξης»: πρέπει να αποφεύγονται οι κατανομές σε ομάδες. Να αποσυντέθονται οι ομαδοποιήσεις...Ο πειθαρχικός χώρος τείνει να διαιρείται σε τόσα τεμάχια, όσα είναι και τα σώματα ή τα στοιχεία που πρέπει να κατανεμηθούν». Στο Foucault Μ., *Επιτήρηση και Τιμωρία, η Γέννηση της Φυλακής*, ό.π., σ. 190.

του *milieu*, του θεραπευτικού περιβάλλοντος.¹⁹⁵ Τόσο το θεραπευτικό περιβάλλον, όσο και ο θεραπευτικός χώρος, το *setting* αναδεικνύεται σαν κύριο σημείο αναφοράς, εμπεριέχοντας το συμβολικό στοιχείο της τιμωρίας ή της προστασίας. Το πλαίσιο πρέπει να είναι σταθερά προστατευτικό, μη απειλητικό, αποτελώντας πρότυπο ταύτισης.¹⁹⁶ Και κατά δεύτερον, μια αναπαράσταση που παραπέμπει σαφώς περισσότερο σε διαχειριστικά μοντέλα ελέγχου και καταστολής παρά σε μοντέλα θεραπείας. Μια χωρική αναπαράσταση της οποίας, το «*λειτουργικό τμήμα*» της ακολουθεί τα μοντέλα οργάνωσης μιας φυλακής, με έμφαση στην καταστολή και την πειθαρχία¹⁹⁷, ενώ το «*συμβολικό τμήμα*» της παραπέμπει στις προγενέστερες αντιλήψεις του «*τρελού/κτήνους*» και της αντίστοιχης διαχείρισής του.¹⁹⁸

Με άλλα λόγια, η ισορροπία του συστήματος –έτσι όπως αυτή προσδιορίζεται ακόμα και από τις αρχικές, χωρικές μεταλλάξεις- κλυδωνίστηκε. Και προς το παρόν δεν μπορέσαμε να διακρίνουμε κάποιον ομοιοστατικό μηχανισμό, ο οποίος θα μπορέσει να λειτουργήσει εξισορροπητικά: το πλαίσιο –στη χωρική του διάσταση- προβάλλει έντονο το στοιχείο της ανισορροπίας. Δεν ενέχει την αναπαράσταση ούτε του θεραπευτηρίου, ούτε της φυλακής. Ακόμα περισσότερο, ούτε καν

¹⁹⁵ Η έννοια του *milieu*, (του θεραπευτικού περιβάλλοντος) είναι ίσως η πιο χαρακτηριστική αναφορικά με την ανάπτυξη των προγραμμάτων αποκατάστασης η οποία, αν και αναφέρεται αρχικά στη διάσταση του «χώρου», συμπαρασύρει και όλες τις τεχνικές που αναπτύσσονται τόσο στον συγκεκριμένο χώρο, όσο και στον χώρο που διαμένει ο άρρωστος γενικότερα. Βασικοί στόχοι ενός σωστά οργανωμένου θεραπευτικού περιβάλλοντος θεωρούνται η *ικανοποίηση των αρρώστων* αναφορικά με τις ανάγκες τους, η *μείωση του άγχους* και της *ανασφάλειας*, η *ανάπτυξη του αισθήματος της ομαδικότητας*, της *ανοχής* και του *σεβασμού των άλλων*. Το θεραπευτικό περιβάλλον αποδέχεται τον άρρωστο σαν άτομο με δικαιώματα και συγκεκριμένες ανάγκες, έχει *ανεκτικότητα* προς τα προβλήματα του αρρώστου και την *ψυχοπαθολογία του*, ενώ η κύρια διάσταση που πρέπει να το χαρακτηρίζει είναι το αυξημένο επίπεδο *δοτικότητας*. Στο Μαδιανός Μ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση*, ό.π., σσ. 76-77. Επίσης, στο Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, ό.π., σ. 573.

¹⁹⁶ Η έννοια του *setting* έχει ένα περισσότερο χωρικό χαρακτήρα. Για περισσότερα, στο: Μαδιανός Μ., *Η Μηλιά Κάτω από το Μήλο*, ό.π., σσ. 27-29.

¹⁹⁷ Αν και δεν αναφέρεται αποκλειστικά στις πρακτικές που χρησιμοποιούνται στα ολοπαγή ιδρύματα, όπως η φυλακή ή το ψυχιατρείο, ο Foucault έχει περιγράψει πολύ χαρακτηριστικά τους τρόπους καταστολής και δημιουργίας των πειθήνιων σωμάτων, μέσω της κατανομής των σωμάτων και του ελέγχου της δραστηριότητας: «...η πειθαρχία κατασκευάζει... μια ατομικότητα προικισμένη με τέσσερα χαρακτηριστικά: είναι κυβελική (λόγω της χωρικής κατανομής), είναι οργανική (χάρη στην κωδικοποίηση των δραστηριοτήτων), είναι γενετική (χάρη στην συσσώρευση του χρόνου), είναι συνδυαστική (χάρη στην σύνθεση των δυνάμεων). Στο Foucault Μ., *Επιτήρηση και Τιμωρία, η Γέννηση της Φυλακής*, ό.π., σ. 219.

¹⁹⁸ Είναι πολύ ενδιαφέρουσα η θέση του Foucault για τον (ακάθαρτο) χώρο και τον ένοικό του σαν χώρο-θέαμα. Ένας χώρος, που ο αληθινός του χαρακτήρας θα πραγματοποιηθεί, εφ' όσον γίνει ένα *κλουβί ζώων*. Ένας χώρος που η αρρώστια θα μπορεί να κατοική εκεί, ή καλύτερα θα μπορεί να φυλακίζεται εκεί μέσα, θα μπορεί να προσφερθεί ως θέαμα, χωρίς όμως αυτό να είναι απειλητικό για τους θεατές, θέαμα παραδειγματικό για αυτούς, αλλά χωρίς τον κίνδυνο αναμετάδοσης. Η τρέλα ως μολυσματικό προϊόν. Στο: Foucault Μ., *Η Ιστορία της Τρέλας*, ό.π., σσ. 205-206.

«ταλαντώνεται» από την μια διάσταση στην άλλη. Παρουσιάζει και τις δύο αναπαραστάσεις/διαστάσεις *μαζί*. Και αυτό ίσως είναι η πρώτη απαισιόδοξη διαπίστωση. Και μία δεύτερη (ίσως περισσότερο απαισιόδοξη) διαπίστωση είναι το ότι αυτή η καινούρια διάσταση που εμφανίστηκε, η αναπαράσταση του πλαισίου ως «δικαιούχου καταστέλλειν» αρχίζει να λειτουργεί εν είδει «δαμόκλειας σπάθης»: *«Κανόνισε την πορεία σου»* λέει ο Γ. (βοηθός νοσηλεύτη) σε έναν ασθενή ένα βράδυ που δεν κοιμόταν και πηγαινοέρχονταν από τον θάλαμο στο σαλόνι. *«Η παραμικρή φασαρία και σ' έδεσα»*.¹⁹⁹ Δηλαδή, ο χώρος και οι τακτικές του αρχίζουν να λειτουργούν έχοντας σαν αναφορική αρχή αναπαραστάσεις οι οποίες αφενός προέρχονται από μια διαφορετική διάσταση –περισσότερο «τιμωρητική» παρά «θεραπευτική», και αφετέρου αρχίζουν να «ενδοβάλλονται». Γίνονται συνήθεια. Και κάτι τέτοιο ενέχει έντονο τον κίνδυνο της γενίκευσης: μια ελεγκτική/τιμωρητική στάση, όχι μόνο απέναντι στον σημασιοδοτημένο ως «επικίνδυνο», αλλά στον άρρωστο γενικότερα.

¹⁹⁹ Μια εντυπωσιακή λεπτομέρεια είναι η εξής: Όταν «λύνεται» κάποιος ασθενής και δεν υπάρχει πλέον η ανάγκη για περιορισμό, το προσωπικό, κάποιες φορές, αμελεί να «μαζέψει» τους ιμάντες από τα κρεβάτια, με αποτέλεσμα να κρέμονται από τα κάγκελα των κρεβατιών (κάτι σαν υπενθύμιση).

12. Η Ταυτότητα

Αν θεωρήσουμε την «διαδρομή» της εισαγωγής-νοσηλείας-εξόδου ενός αρρώστου σε μια θεραπευτική δομή υπό τους όρους μιας διαδικασίας,²⁰⁰ μπορούμε αντίστοιχα να προσδιορίσουμε και τρία βασικά στοιχεία/κριτήρια, τα οποία αφορούν κάθε ένα από τα παραπάνω στάδια. Καταρχήν πρέπει να αποφασιστεί ότι υπάρχει ένας λόγος εισαγωγής. Δεύτερον, να υπάρχει ένα «θεραπευτικό πλάνο», και τρίτον, να υφίσταται ένας λόγος για την έξοδο του αρρώστου από το πλαίσιο, ένας «λόγος εξιτηρίου». Αν ακολουθήσουμε τα προτεινόμενα θεραπευτικά μοντέλα, λόγο εισαγωγής σε ένα θεραπευτικό πλαίσιο έχει κάποιος ο οποίος «πληροί» συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις υπακούουν σε συγκεκριμένες αρχές, και τέλος η έξοδος από το πλαίσιο να συνεπάγεται την μέγιστη δυνατή βελτίωση, και σίγουρα όχι την επιδείνωση των συμπτωμάτων. Αυτό το μοντέλο ιδωμένο μέσα από την φιλοσοφία που διαπνέει την Μεταρρύθμιση, πρεσβεύει την καίρια θέση της εξατομίκευσης, όπως ήδη περιγράφηκε. Επίσης, διατείνεται ότι μπορεί να λειτουργήσει, όχι μόνο εξατομικευμένα και επιστημολογικά, αλλά και ανθρωποκεντρικά: Δηλαδή, ο Χ, καταρχήν είναι ο Χ. Επιπλέον νοσεί από ψύχωση, μια διευκρινισμένη –πια- αναλυτική κατηγορία, με συγκεκριμένη συμπτωματολογία, τρόπο προσέγγισης, πρωτόκολλο χειρισμών, φαρμακοθεραπεία, πρόγνωση, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Τέλος, η αξιοπρέπεια που προτείνεται, υποστηρίζεται και θεμελιώνεται θεωρητικά μέσα από τις χιλιάδες σελίδες και βιβλιογραφικές αναφορές της Μεταρρύθμισης, υπόσχεται μια αντίστοιχα αξιοπρεπή αντιμετώπιση. Ο Ι, είναι και αυτός ο Ι. Και αυτός έχει διαγνωστεί με «ψύχωση». Αλλά μετά από 10 μέρες εξακολουθεί να είναι δεμένος χειροπόδαρα στο κρεβάτι του.

Και ο Χ. και ο Ι. έχουν εισαχθεί με την διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας, ενώ είναι η πρώτη τους εισαγωγή στον συγκεκριμένο χώρο. Η εικόνα τους κατά την εισαγωγή τους είναι παραπλήσια: δεν μιλάνε σχεδόν καθόλου, κοιτάζουν ερευνητικά και κάπως καχύποπτα, δέχονται χωρίς λεκτικές (και κυρίως «σωματικές») αντιστάσεις τις παρεμβάσεις και τις υποδείξεις τόσο του προσωπικού, όσο και των αστυνομικών που κάνουν την προσαγωγή. Η εμφάνισή τους, αν και διαφορετικής ηλικίας, με μια 20ετία περίπου διαφορά, είναι επίσης

²⁰⁰ Όπως –πολύ γλαφυρά- έχει παρουσιαστεί από τον Goffman στο μοντέλο του «επιτηδεύματι» και «πελάτη». Στο Goffman E., *Τα Άσυλα*, ό.π., σσ. 293-321.

παραπλήσια: ρακένδυτοι, με παλαιά και πολύ βρώμικα ρούχα, ενώ και οι ίδιοι είναι πολύ βρώμικοι και λερωμένοι. «Είναι από τα πιο επικίνδυνα «περιστατικά» που έχω δει» ενημερώνει για τον Ι. ο εφημερεύων ψυχίατρος. «Παραμένει δεμένος μέχρι να δούμε τι θα κάνουμε...ούτε για τουαλέτα (δεν θα λυθεί)». Ο Ι. «καθηλώνεται» (χωρίς αντιστάσεις) με την παρουσία των αστυνομικών, των security του νοσοκομείου, και του προσωπικού της κλινικής. Λίγο αργότερα, εισάγεται στην κλινική ο Χρ. 25 περίπου χρονών, με διάγνωση «ψύχωση» επίσης. Ο Χρ. δεν εισάγεται μέσω εισαγγελικής παραγγελίας, τον έχουν πείσει οι γονείς του.²⁰¹ Και ο Χρ. δεν πολυμιλάει, κοιτάει ερευνητικά και διστακτικά τους χώρους, ενώ με την πρώτη ευκαιρία θέλει να απομονωθεί στον θάλαμο²⁰² και να ξαπλώσει.

12.α Η «δανεισμένη» ταυτότητα

Και οι τρεις παραπάνω ασθενείς νοσηλεύονται κάτω από την ίδια «διαγνωστική ομπρέλα», ενώ και η «συμπεριφορική σημειολογία» που παρουσιάζουν είναι παραπλήσια. Κατά συνέπεια, θα περίμενε κανείς μια θεραπευτική παρέμβαση η οποία να υπακούει, σε ένα βαθμό τουλάχιστον, στις βασικές, ορθολογικές αρχές αξιολόγησης, εκτίμησης και εν τέλει θεραπείας. Αξιολόγηση/εκτίμηση/θεραπεία οι οποίες είναι διαμορφωμένες από τα τελευταία, θετικιστικά μεν, δημοκρατικά δε, μοντέλα προσέγγισης της ψυχικής διαταραχής, έτσι όπως έχουν αναπτυχθεί υπό το πρίσμα της Μεταρρύθμισης. Αντίθετα, η «διαχείριση» των παραπάνω ασθενών φαίνεται ότι υπακούει σε κριτήρια προερχόμενα από κάποια διαφορετική, αρκετά «εξω-επιστημολογική», σφαίρα αναπαραστάσεων. Αναπαραστάσεις, οι οποίες τροφοδοτούνται από πλέγματα

²⁰¹ Οι γονείς και συνήθως αυτός που έχει την «καλή σχέση» με τον άρρωστο, είναι τις περισσότερες φορές τόσο οι μεσολαβητές όσο και οι ενάγοντες, κατά Goffman, αυτοί που δομούν την κοινωνική αφετηρία της σταδιοδρομίας του ψυχικά ασθενή. Στο Goffman E., *Τα Άσυλα*, ό.π., σσ. 136-140.

²⁰² Η συγκεκριμένη κλινική, όπως και αρκετές άλλες που εντάσσονται στο ίδιο καθεστώς, χρησιμοποιεί τα γνωστά «ράντζα», λόγω της υπερφόρτωσης του αριθμού των αρρώστων. Τα συγκεκριμένα «ράντζα» -σε αντίθεση με τα περισσότερα από τα άλλα κρεβάτια- είναι σιδερένια, για τον λόγο της «σίγουρης» καθήλωσης που υπόσχονται: το ξύλινο κρεβάτι σπάει. Με αποτέλεσμα, οι περισσότεροι των «εισαγγελικών» να παραμένουν στους διαδρόμους, σε «κοινή θέα», μια θέα συνεπέστατη με την φουκωϊκή έννοια της παρουσίας του «τρελού/κτήνους» υπό όρους αποδιοπομπαίου τράγου, όσο και της διαχείρισής του μέσω της συνεχόμενης έκθεσής του στην προσβασιμότητα: η λειτουργία του Πανοπτικού, απλά χωρίς κελί. «Το πανοπτικό αυτό σύστημα δημιουργεί μονάδες χώρων που επιτρέπουν την αδιάκοπη παρακολούθηση και την άμεση αναγνώριση...Η ορατότητα είναι μια παγίδα». Στο: Foucault M., *Επιτήρηση και Τιμωρία*, ό.π., σ. 265. Επίσης, στο Foucault M., *Η ιστορία της τρέλας*, ό.π., σσ. 77-93.

αφηγημάτων, τόσο ισχυρά εδραιωμένα, ώστε να μπορούν να υπερπηδήσουν την πολυπόθητη «αντικειμενική» κρίση, αξιολόγηση, και τελικά, παρέμβαση. Βέβαια, η παραπάνω θέση δεν είναι καινούρια.²⁰³ Το ενδιαφέρον είναι να πάμε λίγο πίσω και να προσπαθήσουμε να ελέγξουμε τις αφηγήσεις που τους συνοδεύουν. Τους λόγους που δομούν την ιστορία ζωής του αρρώστου, και ίσως κάτι παραπάνω: το ίδιο το «διαχρονικό» υποκείμενο, το άτομο σαν ολότητα, σαν απαρτιωμένη ταυτότητα, σαν άνθρωπο. Πριν ελέγξουμε τις «τυπολογίες διαχείρισης/θεραπευτικής παρέμβασης», με την εργαλειακή ή συμβολική χροιά που αυτές ενέχουν, πρέπει να κάνουμε κάποιες υποθέσεις αναφορικά με την δόμηση της ταυτότητας του ψυχικά ασθενή, και ειδικά με το «ποιόν» αυτής της ταυτότητας. Και αυτό γιατί το συγκεκριμένο «ποιόν» φαίνεται να είναι καίριο, τόσο αναφορικά με την διαδρομή, την πορεία του αρρώστου στο χώρο, αλλά κυρίως αναφορικά με τις «δευτερογενείς αναφορές» στην ταυτότητά τους που ο συγκεκριμένος «χωροχρόνος» θα τους εφοδιάσει.

Ο Χ. δεν συνοδεύεται από κανέναν, παρά μόνο από τους αστυνομικούς. «Δεν είναι επικίνδυνος» λένε, «στο σπίτι του δημιουργεί προβλήματα. Αυτή τη φορά έβαλε φωτιά στα πράγματά του και παραλίγο να καεί το σπίτι».²⁰⁴ Παραπλήσιες πληροφορίες δίνει και το παραπεμπτικό που τον συνοδεύει. Ο ίδιος δεν αναφέρει κάτι, μόνο ζητάει να πάρει ένα τηλέφωνο μια φίλη του. Ο Ι. συνοδεύεται από τους αστυνομικούς και την ηλικιωμένη μητέρα του. «Και αυτή τα ίδια είναι» λένε οι αστυνομικοί. Η μητέρα του δεν είναι ακριβώς «τα ίδια», αλλά πάσχει από

²⁰³ Ενδεικτικά, βλ. Τσαλικογλου Φ., *Ο Μύθος του Επικίνδυνου Ψυχασθενή*, ό.π., σσ. 19-29.

²⁰⁴ Ο Χ. έκαψε όλα του τα πράγματα, ρούχα, μικροαντικείμενα, ενώ είχε αυτοτραυματιστεί με τσιγάρα. Τα ρούχα που φορούσε είχαν σχεδόν παντού τρύπες από τσιγάρο, ενώ όταν γδύθηκε για να του γίνει καρδιογράφημα, είδαμε και το σώμα του διάσπικτο από βαθιά εγκαύματα, άλλα επουλωμένα και άλλα όχι από τις «καύτρες» των τσιγάρων. Αν προσπαθήσουμε να προσπεράσουμε την πολλές φορές αυθόρμητη και αυτόματη ψυχολογική προσέγγιση και ερμηνεία (αλήθεια, τι πιο δελεαστικό για έναν «Ψ» να «τρέξει» στη ψυχοδυναμική θεωρία και στις ερμηνείες περί παλινδρόμησης και καθήλωσης σε πρώιμα και «πρωτόγονα» στάδια ανάπτυξης), μπορούμε να μεταφράσουμε το «κάψιμο» των ρούχων και του σώματος μέσα από ένα διαφορετικό πρίσμα: Ακριβώς αυτή η σύνδεση του «καψίματος» με τον πρωτόλειο «εαυτό» και ταυτότητα έχει δημιουργήσει ένα αφήγημα, ένα καινούργιο «λεξικό» στοιχείο για την ανάγνωση της ταυτότητας του «άλλου». Δηλαδή, δεν είναι το καμένο σώμα του Χ που προσδιορίζει τι είναι για εμάς ο Χ. Είναι το καμένο σώμα, έτσι όπως έχει «διαβαστεί» και ερμηνευτεί μέσα από τις θεωρητικές/επιστημονικές αφηγήσεις για αυτό. Ο Foucault προσδιορίζει πολύ χαρακτηριστικά το σώμα (και τους λόγους που το συνοδεύουν) τόσο σαν στόχο, όσο και σαν προϊόν των μοντέρνων μοντέλων εξουσίας: *η βιο-πολιτική του πληθυσμού*. «Οι επιστήμες του σώματος και οι ρυθμίσεις του πληθυσμού συνιστούν τους δύο πόλους γύρω από τους οποίους αναπτύχθηκε η οργάνωση της εξουσίας πάνω στη ζωή». Στο: Foucault M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας*, τ. 1, *Η Δίψα της Γνώσης*, μτφ. Γ. Ροζάκη, εκδ. Ράππα, Αθήνα, 1978, σ. 171. Επίσης, για μια ενδιαφέρουσα προσέγγιση των αναπτυξιακών σταδίων και της παιδικής ψύχωσης μέσα από τη ψυχοδυναμική/ψυχαναλυτική προσέγγιση, βλ. στο: Αλεξανδρίδης Α., *Ο Πέτρος Είναι ο Λύκος*, εκδ. Χατζηνικολή, Αθήνα, 1987.

προχωρημένη Alzheimer, με βασικό σύμπτωμα την απώλεια της βραχύχρονης μνήμης. Μετά από πέντε λεπτά δεν θυμάται τι της είπαμε. Ακόμα και μετά από μια εβδομάδα δεν θυμάται πάντα το νοσοκομείο που βρίσκεται ο γιος της. Οι βασικές «πηγές» πληροφόρησης είναι οι αστυνομικοί και η αίτηση για την εισαγγελική παραγγελία που υπέγραψαν οι γείτονες. Αναφέρει μέσα στα άλλα: «...πρόκειται για ιδιαίτερα επικίνδυνο ψυχοπαθές άτομο, το οποίο προκαλεί επανειλημμένα προβλήματα στην περιοχή, έχει επιτεθεί αναίτια πολλές φορές και σε εμένα (τον συντάξα) και σε άλλους κατοίκους της περιοχής²⁰⁵...πηγή συνεχούς κινδύνου και φόβου για την ασφάλεια των κατοίκων». Η μητέρα του Χρ. είναι η βασική «πηγή» πληροφόρησης: «Από μικρός ήταν πολύ «κλειστό» παιδί...ήσυχος, δεν είχε πολλές παρέες...δεν μας δημιούργησε ποτέ πρόβλημα...εδώ και κάμποσο καιρό έχει αρχίσει το πρόβλημα. Κλείνεται με τις ώρες στο δωμάτιο, δεν μιλάει σε κανένα, δεν τρώει, κοιμάται το πρωί και μένει ξύπνιος το βράδυ...σαν να «χάνεται», ενώ μερικές φορές μιλάει μόνος του με τον τοίχο...σαν να δείχνει κάτι, σαν να βλέπει κάτι, δεν ξέρω, δεν μας λέει...του είπαμε, του είπαμε, τίποτα. Τελικά τον πείσαμε να έρθει...ότι θα κάνει εξετάσεις για την αδυναμία».²⁰⁶

Η έννοια της προσωπικής ταυτότητας, έτσι όπως αυτή απαρτιώνεται μέσα από την παρουσίαση/αφήγηση της ιστορίας ζωής, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, εναπόκειται στο ίδιο το υποκείμενο. Η «αφηγηματική προσπάθεια», ο αυτό-προσδιορισμός μέσα από αφηγήσεις, ουσιαστικά και επίθετα, κινήσεις, αποδοχή «τύπων» και προ-τύπων, αφενός δομεί την «συναλλακτική» με τους «άλλους» ταυτότητα, και αφετέρου επανα-τροφοδοτεί το υποκείμενο με τα συνεκτικά εκείνα στοιχεία που οι άλλοι προβάλουν επάνω του: η συμπληρωματική ταυτότητα του Laing, ο οποίος ξεκινά από την θέση ότι όλες οι ταυτότητες απαιτούν κάποιον άλλο: με, και μέσα από την σχέση με κάποιον άλλο πραγματώνεται η

²⁰⁵ Η «περιοχή» είναι η Κηφισιά, με ότι συμβολισμούς μπορεί να συμπαρασύρει το συγκεκριμένο προάστιο.

²⁰⁶ Η δικαιολογία των «εξετάσεων» είναι από τους πιο συχνούς τρόπους πίεσης για μια –εν μέρει εθελούσια– εισαγωγή ασθενών που δεν «παρουσιάζουν εναισθησία». Και πάλι φαίνεται καθαρά η παρείσφρηση της οργανικής ασθένειας στην δόμηση της ταυτότητας του «αρρώστου». Σαν να τους λέγεται: «πρώτα πρέπει να πειστείς ότι είσαι απλά άρρωστος και μετά ότι είσαι ψυχικά άρρωστος». Και αυτό γιατί η αποδοχή της ταυτότητας του «αρρώστου» ουσιαστικά σημαίνει και την αποδοχή του θεραπευτικού πλαισίου που είναι υπεύθυνο για την εξάλειψή της: του «γιατρού». Η αποδοχή του αφηγήματος «μόνο ο γιατρός μπορεί να γιατρέψει τον άρρωστο» υπεισέρχεται στην προοπτική και εν τέλει επικαθορίζει την ταυτότητα. «Υπάρχω μόνο μέσα από αυτούς που δεν είναι τίποτα έξω από την υπόσταση που έχουν μέσα από μένα» μας λέει ο Sartre. Στο: Sartre J. P., *Saint Genet Comedien et Martyr*, Paris, Gallimard, 1952.

αυτό-ταυτότητα.²⁰⁷ Αν προσπεράσουμε την (τεράστια) προβληματική αναφορικά με την ατομική, εξελικτική, συλλογική, ιστορική ή κοινωνική κατασκευή της ταυτότητας, μπορούμε να παραμείνουμε σε μια αρχική διαπίστωση: τις περισσότερες φορές το υποκείμενο, μπροστά στην ενδεχομενικότητα μια κοινωνικής διαντίδρασης, έχει την ευχέρεια το ίδιο να παρουσιάσει το «ιδιωτικό του παράγωγο» με τον τρόπο που επιλέγει (αδιάφορο αν θέλει να επιλέγει, αν είναι αναγκασμένο να επιλέγει, αν απατάται ότι επιλέγει). Δηλαδή, ο εντολοδόχος του δικαιώματος της διαχείρισης της αφήγησης της προσωπικής ιστορίας και της παρουσίασης της ταυτότητας τις περισσότερες φορές είναι ο ίδιος ο φορέας.²⁰⁸ Σε αδρές γραμμές, συνέπεια των παραπάνω είναι το γεγονός ότι ο φορέας έχει να περιμένει μια «απάντηση» - λίγο/πολύ- αναμενόμενη, επιλεγμένη μέσα από μια «γκάμα απαντήσεων», με απώτερο σκοπό την «εκτέλεση» της επικοινωνιακής διαδικασίας

Ο Χ, ο Ι και ο Χρ. δεν έχουν τη δυνατότητα αυτοαναφοράς, ή τουλάχιστον όχι απόλυτα.²⁰⁹ Η ταυτότητά τους, και κατά συνέπεια η συνδιαλλαγή τους με το πλαίσιο επι-καθορίζεται (ή καλύτερα, προ-καθορίζεται) μέσα από μια διαδικασία απόδοσης, όχι μόνο δυνητικών συμπεριφορών, αλλά «πλεγμάτων» αναφορικών λόγων, οι οποίοι λειτουργούν καθοριστικά στο επίπεδο της ταυτότητας. Έχουμε μπροστά μας μια παράδοση εξατομίκευση. Μια εξατομίκευση ή οποία δομείται για το υποκείμενο, *δια μέσω* του υποκειμένου, αλλά *χωρίς τη συμμετοχή* του υποκειμένου. Η αυτοαναφορικότητα περιθωριοποιείται, ή τουλάχιστον ελαχιστοποιείται: η προσωπική συμμετοχή στην αφήγηση, και εν τέλει στην απόφαση, όχι στο αν είσαι πολύ ή λίγο άρρωστος, πολύ ή λίγο επικίνδυνος, αλλά στο *τι* είσαι συρρικνώνεται. Άλλωστε κανείς από αυτούς τους ασθενείς δεν πολυμιλάει.

²⁰⁷ Στο: Laing R. D., *Ο εαυτός και οι Άλλοι*, μτφ. Ν. Μπαλής, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1988.

²⁰⁸ Σε αυτό το σημείο θα μπορούσαν να αντιπαρατεθούν ισχυρές θεωρητικές αντιθέσεις: θεωρίες, όπως αυτές των στερεοτύπων δίνουν καίρια θέση στην προβολή/απόδοση εξωτερικών, τελείως διαφορετικών χαρακτηριστικών σε ομάδες απόμων, ενώ θεωρητικές προσεγγίσεις από τον χώρο των ΜΜΕ προτείνουν μοντέλα δόμησης της ταυτότητας του υποκειμένου τα οποία άπτονται ελάχιστα του ατομικού. Ο κατάλογος είναι τεράστιος. Πέραν αυτής της προβληματικής, η προσπάθεια του κειμένου είναι στο να καταδείξει την δυνατότητα προσωπικής αφήγησης αυτής της -όπως- διαμορφωμένης ταυτότητας.

²⁰⁹ Σε αυτό το σημείο ίσως είναι αναγκαία μια διευκρίνιση. Θα ήταν σοβαρό μεθοδολογικό, αλλά και θεωρητικό λάθος η αποδοχή μιας θεωρητικής υπόθεσης/θέσης η οποία να προτείνει μια αιτιακή σχέση ανάμεσα στη δυνατότητα ή μη της προσωπικής παρουσίασης της ιστορίας ζωής και στον ενστερνισμό από τον «άλλο» μιας αντίστοιχης ταυτότητας. Μια τέτοια προσέγγιση, αφενός δεν λαμβάνει υπόψη της την πολυπλοκότητα και τη διαλεκτική που αναπτύσσεται ανάμεσα στα στοιχεία του πλαισίου, και αφετέρου θα λειτουργούσε εν είδει καταλύτη στη βιωματική προσέγγιση.

Ο Β.Π. είναι μετανάστης από την Αλβανία. Με διάγνωση «ψύχωση» επίσης, έχει εισαχθεί με εισαγγελική παραγγελία και αυτός. Παραμένει δεμένος στο κρεβάτι περίπου δύο εβδομάδες, χτυπάει όποιον πλησιάζει, μιλάει μόνο αλβανικά, ενώ χρησιμοποιεί τα ελληνικά κυρίως για να βρίζει. «*Ιδιαίτερα άσχημη εικόνα*» διαβάζει κανείς στις λογοδοσίες του προσωπικού. «*Επιθετικός, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή...οποιαδήποτε παρέμβαση με την παρουσία security...να παραμένει καθηλωμένος και από τα τέσσερα άκρα...*»²¹⁰ Ο Β.Π. «πληροί» με αρκετά χαρακτηριστικό τρόπο τα κριτήρια του αδιάλλακτου αρρώστου, έτσι όπως τον έχει περιγράψει ο Goffman.²¹¹ Η J. είναι μια μετανάστης από μια αφρικανική χώρα.²¹² Και αυτή με διάγνωση «ψύχωση», και αυτή με εισαγγελική παραγγελία, και αυτή «περιορισμένη» στο κρεβάτι. Μιλάει συνέχεια στην γλώσσα της, εκτός από τις στιγμές που ζητάει κάτι. Αποκαλεί «*Μαριάννα*» οποιαδήποτε γυναίκα περνάει από τον θάλαμο, ο οποίος βρίσκεται απέναντι από αυτόν του Β.Π. Οι δύο τους συνομιλούν για ώρες ή φωνάζουν ο ένας στον άλλο ο καθένας στην δική του γλώσσα. Και η J. περιγράφεται να βρίσκεται «*σε πολύ άσχημη κατάσταση*». Και οι δύο βρίσκονται «*σε φάση υποτροπής*».²¹³ «*Πάλι «μάχη» θα γίνει*» λέει το προσωπικό συνήθως όταν είναι η ώρα να γίνει η ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή. «*Υπομονή...μέχρι να τους «πιάσουν» τα φάρμακα*» συνιστούν οι γιατροί. «*Δεν ήταν έτσι...δούλευε οικοδομή, σε κήπους, πάντα έβρισκε...έχει και «πράσινη κάρτα», είμαστε δέκα χρόνια στην Ελλάδα...μια χαρά, μέχρι που έκοψε τα φάρμακα...*» ενημερώνει η οικογένεια του Β.Π. Και η J. ήταν καλά, και δούλευε ως ιερόδουλος.

²¹⁰ Είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακός ο υποκειμενικός έλεγχος της επικινδυνότητας: ο πιο επικίνδυνος καθηλώνεται και από τα τέσσερα άκρα, στον λιγότερο επικίνδυνο επιτρέπεται ένα λυμένο χέρι (συνήθως για να καπνίζει), ενώ ο «ελάχιστος επικίνδυνος» περιορίζεται μόνο από το ένα πόδι, ώστε να μπορεί να κινείται στο περιθώριο της ακτίνας του μήκους του ιμάντα! Μια διαφορετική «ποσοτική» εκτίμηση της επικινδυνότητας.

²¹¹ Βλ. υπόσ. 138.

²¹² Τα παραπάνω στοιχεία έχουν ληφθεί από συνεντεύξεις με τους εργαζόμενους, από τις λογοδοσίες του προσωπικού, τα αρχεία και το ιατρικό ιστορικό. Προσωπικά γνώρισα την J. σε δύο follow up, μετά την έξοδό της. Θα γίνει επιγραμματική αναφορά στα στοιχεία του συγκεκριμένου προσώπου, λόγω του φόβου της για αναγνώριση.

²¹³ Αν και οι πλειονότητα των ασθενών που εισάγονται «σε φάση υποτροπής» παρουσιάζει μια παραπλήσια εικόνα και έχει μια παραπλήσια μεταχείριση, χρησιμοποίησα παραδειγματικά τον Β. Π. και την J. λόγω των πολιτιστικών διαφορών, αλλά και της ενδιαφέρουσας ιστορίας ζωής τους, του «ιστορικού» τους στην ιατρική καθομιλουμένη.

12.β. Η «ομοιοστατική» ταυτότητα

Η έννοια της ταυτότητας μπορεί να ελεγχθεί υπό το πρίσμα μιας δυναμικής διαδικασίας, ενός μορφώματος το οποίο πρέπει να τροποποιεί και να μεταβάλλει τις περιφερειακές τουλάχιστον «εφεδρείες» του, με στόχο την «εναρμόνιση» με τα κοινωνικά «δεδομένα» (προσδοκίες ή επιταγές). Η ταυτότητα που «προβάλλουν» ο Β.Π. και η J. τον συγκεκριμένο χωροχρόνο πιθανόν να εξυπηρετεί έναν ίσως άγνωστο -και στην νοηματοδότηση, αλλά και στην σημασία- για τους «άλλους» ομοιοστατικό μηχανισμό. Βέβαια, και αυτή η υπόθεση δεν είναι καινούρια. Πολλές έρευνες, ειδικά στα «μεταναστευτικά φορτία» έχουν δείξει την σημασία των διαφορετικών κοινωνικών δεδομένων και των πολιτισμικών πιέσεων πάνω στην διατήρηση της ψυχικής ομοιότητας,²¹⁴ αν και τις τελευταίες δεκαετίες, όπως έχει προαναφερθεί, παρατηρείται μια ραγδαία υπαναχώρηση σε αμιγή βιολογικά μοντέλα, τόσο αιτιολογικά όσο και θεραπευτικά: για την «υποτροπή» ενός ψυχωτικού φταίνει κυρίως οι χαλασμένες νευρωνικές συνάψεις και η απαραίτητη αγωγή που αμέλησε να πάρει. Πέραν όμως του συγκεκριμένου προβληματισμού, το γεγονός παραμένει. Η χαρακτηριζόμενη ως παθολογική, δυσλειτουργική, επικίνδυνη ταυτότητα των συγκεκριμένων αρρώστων, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από το σύνολο των γλωσσικών και λειτουργικών συμπεριφορών, όχι μόνο δεν εντάσσεται στην ιστορία ζωής του ατόμου, αλλά ουσιαστικά δεν λαμβάνεται καν υπόψη. Δεν «ακούγεται». Με άλλα λόγια, η ταυτότητα-προϊόν παθολογίας, ερμηνευμένη ακριβώς ως προϊόν παθολογίας, φαίνεται να χάνει το πιο δομικό ιδιοσυστατικό χαρακτηριστικό της: την ίδια την έννοια του υποκειμένου που βρίσκεται από πίσω. «Δεν ήμουν ο εαυτός μου» ή «δεν ήσουν εσύ που τα έκανες αυτά» είναι πολύ συχνές κουβέντες στην «μετά-υποτροπής» φάση. Εδώ, το ενδιαφέρον σημείο, δεν είναι τόσο η αναγκαιότητα ή μη του ελέγχου/διαχείρισης/θεραπείας τέτοιων συμπεριφορών, αλλά περισσότερο η

²¹⁴ Ήδη από τη δεκαετία του 1930 με τις έρευνες των Faris και Dunham, αλλά κυρίως τη δεκαετία του 1970 με τις έρευνες του Dohrenwend, αναπτύχθηκε το πρότυπο της κοινωνικής αιτιότητας (social causation), με κυριότερους «εκπροσώπους» τα μοντέλα της κοινωνικής επιλογής και της κοινωνικής κατολίπησης. Περιληπτικά, το κοινό στοιχείο των προτύπων αυτών είναι το ότι ο ψυχικά άρρωστος και κυρίως ο ψυχωτικός είτε «επιλέγεται» από τις πιο «αδύναμες» κοινωνικά τάξεις λόγω της ύπαρξης πολλών ψυχοπιεστικών γεγονότων ζωής σε αυτά τα κοινωνικά στρώματα, είτε «διολισθαίνει» σε αυτές λόγω της αδυναμίας/απόρροιας της πάθησής του να ανταπεξέλθει στα προηγούμενα υψηλά standards. Για Περισσότερα, στο: Dohrenwend B. P., Dohrenwend-Snell B., *Social Status and Psychological Disorder*, εκδ. J. Wiley, New York, 1969. Επίσης, για μια συνοπτική παρουσίαση, στο: Μαδιανός Μ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 2000.

δυνατότητα που δίνει το πλαίσιο στην «ταυτότητα» να «ακουστεί», κάτι το οποίο σπάνια γίνεται. Το παραλήρημα και η υποτροπή θεωρούνται σαν «ξένα σώματα» στον ψυχισμό του αρρώστου, με συνέπεια να απορρίπτονται και να εξοβελίζονται, χάνοντας με αυτό τον τρόπο την ευκαιρία να ελεγχθεί κάποια –δομική ίσως- λειτουργία τους. Προσωπική εντύπωση είναι ότι μια διαφορετική διαχείριση προσφέρει ένα διπλό όφελος. Αφενός προσφέρει την δυνατότητα της αποδοχής του «άλλου» μέσα στην (παθολογική ή μη) διαχρονικότητά του, και αφετέρου δίνει την ευκαιρία για μια διαφορετική προσέγγιση του «συμπτώματος», όταν αυτό ερμηνευτεί, όχι σαν αποκομμένο «ξένο σώμα», αλλά σαν δυναμικό στοιχείο αναφορικά με την εξελικτική του υποκειμένου, στοιχείο που λειτουργεί με μια –έστω και παράδοξη- ομοιοστατική προοπτική. «Η «ταυτότητα» είναι το μέσο με το οποίο αισθάνεται κανείς ότι είναι ο ίδιος σε αυτό τον τόπο, σε αυτή την εποχή, ή σε εκείνο τον τόπο, εκείνη την εποχή, στο παρελθόν ή το μέλλον» λέει ο Laing. Και συνεχίζει: «Κάθε σχέση συνεπάγεται κάποιον ορισμό του εαυτού από τον άλλο και του άλλου από τον εαυτό. Αυτή η συμπληρωματικότητα μπορεί να είναι κεντρική ή περιφερειακή, να έχει μεγαλύτερη ή μικρότερη δυναμική σημασία σε διαφορετικές περιόδους της ζωής του ατόμου...είναι δύσκολο να διαμορφώσει κανείς μια συνεπή ταυτότητα για τον εαυτό του –δηλαδή να δει τον εαυτό του με συνέπεια και με τον ίδιο τρόπο- αν οι ορισμοί των άλλων για το άτομό του είναι ασυνεπείς ή αποκλείουν ο ένας τον άλλο».²¹⁵ Αυτή ακριβώς η έννοια της «συμπληρωματικής ταυτότητας», κατά τον Laing, φαίνεται ότι διαταράσσεται: δεν υπάρχει συνάφεια στους ορισμούς, το παραληρητικό περιεχόμενο (στο κάτω-κάτω, το τόσο καίριο στην οργάνωση της ταυτότητας του αρρώστου την συγκεκριμένη στιγμή) είτε δεν ακούγεται, είτε απορρίπτεται. Με πιθανό αποτέλεσμα μια μεγαλύτερη αδυναμία του αρρώστου να εντάξει και να εσωτερικεύσει αυτή την απόρριψη, αλλά και μια μεγαλύτερη απόγνωση λόγω της συνειδητοποίησης αυτής της αδυναμίας του να κάνει τον «άλλο» να τον ακούσει. Γιατί, δυστυχώς, πολλές φορές «...η απογοήτευση γίνεται απόγνωση όταν το άτομο αρχίζει να αμφισβητεί την ικανότητά του να «σημαίνει» κάτι σε κάποιον».²¹⁶

²¹⁵ Στο: Laing R. D., *Ο εαυτός και οι Άλλοι*, ό.π., σσ. 99-100.

²¹⁶ Στο: Laing R. D., *Ο εαυτός και οι Άλλοι*, ό.π., σ. 97.

Η J. επιστρέφει –σαφώς καλύτερα- μετά από δύο εβδομάδες για να κάνει την δεκαπενθήμερη θεραπεία.²¹⁷ «Τι είναι αυτό το φάρμακο; Ναρκωτικό είναι; ...και γιατί είναι, τι κάνει; ...δηλαδή αν το βάλεις σε ένα υγιή, τι θα πάθει;» ρωτάει ο συνοδός της. Από πληροφορίες του γιατρού της, ο συνοδός της είναι και ο προαγωγός της, ο οποίος την φέρνει πάντα στα follow up, προσέχει να παίρνει την αγωγή της, φροντίζει ανελλιπώς να βρίσκεται η J. σε καλή κατάσταση. Για να βρίσκεται και ο ίδιος σε καλή κατάσταση. Ιδωμένο μέσα από μια τέτοια προοπτική, το παραλήρημα της J. και του Β.Π. μπορεί να ερμηνευτεί σαν μια «ομοιοστατική πρακτική». Μια «προσπάθεια διαφυγής» από μια κοινωνική ταυτότητα την οποία πλήρωσαν λίγο ακριβά για να την αγοράσουν. Ο Foucault προσδιορίζει χαρακτηριστικά την αδυναμία ανάγνωσης του εαυτού μέσα στη σύγχρονη κουλτούρα και την προσπάθεια διαφυγής από τις κοινωνικές αποδόσεις: «Στην πραγματικότητα, όταν ο άνθρωπος παραμένει αποξενωμένος από ότι γίνεται στη γλώσσα του, όταν δεν μπορεί να αναγνωρίσει κανένα ανθρώπινο, ζωντανό νόημα στα προϊόντα των ενεργειών του, όταν οι κοινωνικές και οικονομικές οριοθετήσεις θέτουν εξαναγκασμούς πάνω του και δεν μπορεί να νοιώσει οικεία σε αυτόν τον κόσμο, ζει σε μια κουλτούρα που κάνει πιθανή μια παθολογική οντότητα όπως η σχιζοφρένεια...Υποβαλλόμενος στους εξαναγκασμούς αυτού του πραγματικού κόσμου, βιώνει αυτόν τον κόσμο στον οποίο διαφεύγει σαν πεπρωμένο του».²¹⁸

12.γ. Η αποδεκτή ταυτότητα

«Μπήκε η αστυνομία και μου λένε «έλα, σε θέλει ο διοικητής στο τμήμα, στην Ηλιούπολη», και βρέθηκα εδώ...δεν ξέρω ποιος τους έστειλε, τα ανίψια μου, οι γείτονες, δεν ξέρω...εγώ μόνη μου μένω, από δεκαεννιά χρονών...άμα χάσεις τους δικούς σου, τι θα κάνεις, μόνη σου θα μείνεις...φοβήθηκαν ότι άμα έστελναν ασθενοφόρο, δεν θα έμπαινα. («Θα μπαίνετε;») Όχι, αφού τι; Δεν μπορεί να γίνει

²¹⁷ Για τις θεραπείες «συντήρησης» πολλές φορές χρησιμοποιούνται σκευάσματα «βραδείας αποδέσμευσης», σε ενέσιμη κυρίως μορφή. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής κάνει μια ενέσιμη θεραπεία κάθε δεκαπέντε μέρες ή κάθε μήνα, χωρίς στο ενδιάμεσο να παίρνει αγωγή σε ταμπλέτες. Τα θετικά που προτείνονται για τέτοιου είδους θεραπείες είναι η μη ανάγκη για συνεχή υπενθύμιση/επαγρύπνηση για την λήψη της από του στόματος θεραπείας, η μείωση του στιγματισμού και η σωστή –δοσολογικά- θεραπεία. Βέβαια, από μια άλλη προοπτική, με ένα drug resistant/non compliant ασθενή, το πρόβλημα έχειλυθεί: θέλοντας ή μη, άπαξ και του γίνει η ενέσιμη αγωγή, θα «παιρνεί» αγωγή για ένα μήνα. Στο: Hales R., E., *Concise Guide to Psychopharmacology*, ό.π., σσ. 90-91.

²¹⁸ Στο: Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, ό.π., σ. 105.

τίποτα. Εδώ και δύο-τρεις μήνες χειροτερεύω. Δεν έχω άγχος, δεν έχω τέτοια πράγματα. Αφού εδώ (δείχνει τον λαιμό και την κοιλιά της) έχω αυτό το πράγμα²¹⁹ και χειροτερεύει. Δεν υπάρχει γιατρεία. Αύριο μπορεί και να μην ζω. Ίσως είναι καλύτερα. Να μην ταλαιπωρούμαι...» διηγείται η κυρία Κ. Και η κυρία Κ. έχει εισαχθεί με εισαγγελική παραγγελία, αλλά δεν δέθηκε, δεν «περιορίστηκε» με οποιοδήποτε τρόπο, ενώ το πλαίσιο ενδιαφέρεται: συνδιαλέγεται, τόσο με την ίδια, όσο και με το «σύμπτωμά» της, το παραλήρημά της,²²⁰ ενώ οι «όροι παραμονής» της στο χώρο δεν διαφέρουν από εκείνους των ασθενών που έχουν εισαχθεί με εκούσια νοσηλεία.

Το βασικό διαφοροποιητικό στοιχείο που ενδιαφέρει περισσότερο σε αυτό το σημείο είναι η δυνατότητα που έχει (ή της δίνεται) η κυρία Κ., τόσο να αφηγηθεί, όσο και να απαρτιώσει το «σύμπτωμά» της, την «εδώ και τώρα» ταυτότητά της, θα μπορούσαμε να πούμε. Πράγματι, η πλειονότητα των αρρώστων (ανάμεσα στους οποίους και αρκετοί από τους «εισαγγελικούς»), μέσα στη θεραπευτική σχέση με το πλαίσιο, μπορεί (και τους ζητείται) να δομήσει και να αφηγηθεί την ιστορία της. Αυτή η «προσφερόμενη ταυτότητα» –ασχέτως πόσο παθολογική ή δυσλειτουργική εννοιολογείται– αποτελεί το εφελκυστήρα της θεραπευτικής σχέσης. «Τι έχετε;», «πώς συνέβη αυτό;», «τι έγινε;», «πώς νοιώθετε;»: μικροί αναφορικοί βατήρες εκκίνησης. Το υποκείμενο μπορεί να παρουσιάσει την ενδεχομενικότητά του, και πέραν του αν αυτή θα γίνει κατανοητή, αποδεκτή ή απορριπτή, τουλάχιστον θα «αναγνωστεί». Άλλωστε, αυτή η συνδιαλλαγή του θεραπευτή με το σύμπτωμα αποτελεί και την θεμελιακή οργάνωση της «Ψ» ιστορίας, με ορόσημο την στιγμή που ο Freud «έσκυψε» πάνω στο σύμπτωμα και οροθέτησε την σχέση γιατρού και ασθενούς.²²¹ Βέβαια, η κυρία Κ. αφηγείται (και το πλαίσιο ακούει) σε ένα βαθμό επειδή δεν είναι επικίνδυνη. Δηλαδή, αν λειτουργήσουμε αφαιρετικά, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι ένας από τους (βασικούς ίσως) παράγοντες που υπεισέρχονται και

²¹⁹ Η Κ. πιστεύει ότι έχει «φράξει» ο οισοφάγος της και το παχύ έντερο, με αποτέλεσμα οι τροφές να συσσωρεύονται, ώστε κάποια στιγμή θα «σκάσει». Σύμφωνα με τους θεράποντες γιατρούς, η παραληρητική αυτή ιδέα είναι παράγωγο ενός «μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου», μιας βαριάς κατάθλιψης δηλαδή. Η βασική –ιατρική– θέση είναι ότι μια βαριά μελαγχολία μια ασθένεια δομικά διαφορετική από την ψύχωση μπορεί να προκαλέσει την εμφάνιση ενός ψυχωτικού συμπτώματος. Στο: Μάνος Ν., *Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, ό.π., σ. 193.

²²⁰ «Ο πιο απλός κι ο πιο γενικός ορισμός που μπορεί να δώσει κανείς στην κλασσική τρέλα είναι, πράγματι, το παραλήρημα. Η λέξη αυτή προέρχεται από τη λατινική λέξη *lira*, που σημαίνει αυλάκι. Έτσι το *deliro* σημαίνει βγαίνω από το αυλάκι, από τον ίδιο δρόμο της λογικής.» Στο: Foucault M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, ό.π., σ. 113.

²²¹ Στο: Foucault M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, ό.π., σ. 266.

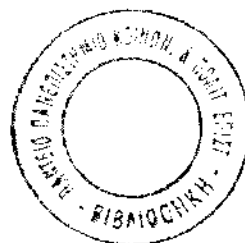
επικαθορίζουν την «ευχέρεια» της κυρίας Κ. να μορφοποιήσει την ταυτότητά της, το «ποιόν» της, είναι το γεγονός ότι αυτό δεν έχει προ-καθοριστεί ως επικίνδυνο! Μας λέει ο Bouveresse: «Δεδομένης ιδιαίτερα της κατάστασης, στην οποία βρίσκεται η επιστήμη, ένας άνθρωπος αποτελείται από ό,τι λένε οι άλλοι ότι είναι ή από ό,τι κάνουν οι άλλοι με αυτό που λένε ότι είναι... Πρόκειται για ένα κόσμο όπου τα βιωμένα συμβάντα έχουν ανεξαρτητοποιηθεί από τον άνθρωπο».²²²

Συμπερασματικά, μέσα από το παραπάνω κεφάλαιο, έγινε μια προσπάθεια να προσδιοριστεί πόσο δομική και σημαντική είναι η πρόσληψη της επικινδυνότητας (ή καλύτερα του «επιπέδου» της επικινδυνότητας), τόσο αναφορικά με τις επιλογές διαχείρισης των ασθενών που νοσηλεύονται με εισαγγελική παραγγελία, αλλά κυρίως αναφορικά με τη συμμετοχή της στη διαδικασία δημιουργίας και πρόσληψης των ατομικών ταυτοτήτων. Φαίνεται ότι το πλαίσιο κατασκευάζει ταυτότητες. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι κάνει κάτι παραπάνω. Ό,τι επεμβαίνει επάνω στην «αφηγηματική δυνατότητα» του άλλου, προκαθορίζοντας όχι μόνο ποιο πλέγμα λόγων μπορεί να διεκδικήσει τη συμμετοχή του στην αλήθεια, αλλά ποιο πλέγμα λόγων μπορεί να διεκδικήσει τη συμμετοχή του στην υπόσταση. Ξεκινάει από τη -σχεδόν καθολική κάποιες φορές- άρνηση της εμπειρίας της ταυτότητας του άλλου και την δημιουργία/απόδοση μιας ταυτότητας διαμορφωμένης από τον «αστερισμό» των «κοινωνικών λόγων» που τον ακολουθούν: ο «άλλος» είναι χωρίς αμφιβολία αυτός που λέμε εμείς ότι είναι. Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η «εδώ και τώρα» ταυτότητα παθολογικοποιείται, αποσπάται, ουσιαστικά θεωρείται ένα ξένο μόρφωμα εν είδει καρκίνου, το οποίο πρέπει -το συντομότερο- να εξαφανιστεί, ή τουλάχιστον να ελαχιστοποιηθεί. Ο Lyotard, μέσα από μια ανάλυση των «γλωσσικών παιγνιδιών» και των «αφηγηματικών συμπεριφορών», προσδιορίζει χαρακτηριστικότερα τη νέα φύση του κοινωνικού δεσμού και συνδιαλλαγής. «Η κατοχή πληροφοριών είναι και θα είναι αρμοδιότητα των κάθε λογής ειδικών. Η ιθύνουσα τάξη θα είναι εκείνοι που λαμβάνουν τις αποφάσεις...Ο εαυτός είναι κάτι ελάχιστο, αλλά δεν είναι απομονωμένος, έχει εμπλακεί σε ένα υφάδι σχέσεων πιο περίπλοκο και πιο ευκίνητο από ποτέ. Είναι πάντα, νέος ή γέρος, άντρας ή γυναίκα, πλούσιος ή φτωχός, τοποθετημένος σε «σταυροδρόμια» κυκλωμάτων επικοινωνίας...»²²³

²²² Στο: Lyotard J., *Η Μεταμοντέρνα Κατάσταση*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, εκδ. Γνώση, Αθήνα, 1993, σσ. 55-56.

²²³ Στο: Lyotard J., *Η Μεταμοντέρνα Κατάσταση*, ό.π., σσ. 54, 56.

αναφέρει προσδιορίζοντας την δυνατότητα του –πλαισίου να υπεισέλθει στην ταυτότητα του άλλου και να την μορφοποιήσει, αλλά παράλληλα προσδιορίζοντας και την αδυναμία του Εαυτού να αντισταθεί: Το αν είσαι επικίνδυνος, και το τι μπορούμε να κάνουμε για αυτό φαίνεται –πια- να αποτελούν «ρευστά» διακυβεύματα, το οποία ελέγχονται/εξαρτώνται όλο και λιγότερο από τον Εαυτό.



13. Ο Λόγος

Στις προηγούμενες παραγράφους ίσως φάνηκε αρκετά καθαρά η δομική σημασία του Λόγου (discourse), σαν μια διάσταση η οποία περιλαμβάνει τόσο τις λεκτικές πρακτικές, όσο και τη συνολικότερη αναπαράσταση της συμπεριφοράς. Ένας Λόγος ο οποίος λειτουργεί καθοριστικά, τόσο αναφορικά με τη συγκρότηση του «προτεινόμενου» Εγώ, αλλά κυρίως αναφορικά με τη συνδιαλλαγή των υποκειμένων, σε αυτή την περίπτωση της ψυχικής ασθένειας με το πλαίσιο. Επιπλέον, διαμέσω του Λόγου η ψυχιατρική έχει «χαρτογραφήσει», έχει προσπαθήσει να προσδιορίσει τα –απαραίτητα, κατ' αυτή- κριτήρια, τις διαστάσεις που εν τέλει καθορίζουν τι είναι φυσιολογικό και τι παθολογικό. «Όπως η οργανική ιατρική, η ψυχική ιατρική προσπάθησε πρώτα να αποκρυπτογραφήσει την ουσία της αρρώστιας, μέσα από τη διαδοχική σειρά των σημείων που την δηλώνουν. Έτσι, δημιουργήθηκε μια *συμπτωματολογία* στην οποία επιλέχθηκαν οι σταθερές, ή απλά οι συχνές, συσχετίσεις ανάμεσα σε έναν συγκεκριμένο τύπο αρρώστιας και σε μια συγκεκριμένη νοσηρή εκδήλωση... Έτσι, συγκροτήθηκε επιπλέον και μια *νοσογραφία*...»²²⁴. Η λειτουργία του Λόγου, δηλαδή, παρουσιάζεται ιδιαίτερα κρίσιμη, τόσο για τον προσδιορισμό της σημειολογίας εκείνης που θα επιτρέψει τη διευκρίνιση του «ποιος είναι τι», αλλά και του «ποιος είναι ποιος». Διπλή χρησιμότητα: ο Λόγος είναι το ζωτικό εργαλείο που επιτρέπει στη ψυχιατρική και να προσδιορίζει ταυτότητες, αλλά και να συνδιαλέγεται/ερμηνεύει/θεραπεύει τις παθολογικές από αυτές.

«Στα 1978 γεννήθηκα...τότε που έφιαξα τα παιδιά μου...στα δεκατέσσερά μου... («πότε ήρθες εδώ βρε Ρ;») ...μπήκα εδώ και πολλά χρόνια... («ποιος σας έφερε;») ...ένας νεαρός από τη Φιλανδία...άντρας μου...ήταν 87 χρονών, 90 χρονών...στην Αθήνα, ποτέ δουλειά...έχω τρία παιδιά, το κορίτσι, η Κ., το μεγαλύτερο. Με μπερδέψανε μέσα στο δωμάτιο...ο πατέρας του...20 χρονών είμαι, όχι, 50, έτσι μου είπαν να λέω... («θυμάστε τα γενέθλιά σας;») ...Ιούλιο, τέλη Ιουλίου, θυμάμαι... («και γιατί είστε στο νοσοκομείο;») ...με φέρανε για να γεννήσω...θέλω να φύγω... («που θα σας άρεσε να πάτε;») ...στο Χιλάβε...έπαιρνα φάρμακα, για τη τρέλα...Γιαννάκη μου εσύ είσαι; («ο Πάνος είμαι, μάλλον με μπερδέψατε και

²²⁴ Στο: Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, ό.π., σ. 9.

ξεχάσατε πως με λένε)...σε λένε Βουλγαρία... («μήπως θέλετε να κάνουμε κάτι άλλο; πάμε να ζωγραφίσουμε κάτι;»)...δεν μπορώ...δεν μπορώ, γιατί το παιδί μου μοιάζει...».

Ο παραπάνω διάλογος αποτελούσε μια «καθημερινή επικοινωνιακή πρακτική» αναφορικά με τη Ρ. Ο λόγος της, αλλά και η συνολική συμπεριφορά της, η «κλινική εικόνα» της, παρουσίαζε την ίδια διασπαστική και ακατανόητη σημειολογία: ο «ά-λογος» Λόγος. Η Ρ. είναι παντρεμένη με παιδιά. Πριν από ένα χρόνο περίπου, ενώ ήταν στο δωμάτιό της, άκουσε το γιο της να αυτοκτονεί με μια καραμπίνα στο σαλόνι²²⁵. Παρουσίασε δύο «καταθλιπτικά επεισόδια», ενώ κατά την διάρκεια του τελευταίου, αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει πίνοντας ακουαφόρτε. Στην κλινική, τη φροντίζουν ο άντρας της, η μητέρα της και η κόρη της. Ο άντρας της είναι ναυτικός, με πολλές εφήμερες σχέσεις, τις οποίες η ασθενής γνώριζε. Πριν από λίγο καιρό της άφησε κάποιες νύξεις ότι ήθελε να χωρίσουν, και από τότε η ασθενής χειροτέρεψε. «Παλιά δεν ήταν έτσι» αναφέρει η κόρη της «...εδώ και μια δεκαετία...άρχισε μια δίαιτα, ήθελε να είναι όμορφη, γυναίκες, καταλαβαίνετε...μετά άρχισαν όλα, αν και ήταν ανέκαθεν κλειστός άνθρωπος...ο μπαμπάς την έφερε στην Αθήνα...έπαιρνε φάρμακα, largactil, stelazine, το ξέρω, είναι για τη σχιζοφρένεια, **αλλά δεν μας είχαν πει ποτέ τι είχε...**εδώ και δύο μήνες χειροτέρεψε. Τώρα πια ούτε στην τουαλέτα δεν μπορεί να πάει μόνη της...τι λέτε, θα γίνει καλά; (αποφεύγω να πάρω μια συγκεκριμένη θέση)...ίσως χρειαστεί να τηβάλουμε κάπου, σε κάποιο ίδρυμα, δεν αντέχουμε άλλο...».

Σε μια πρώτη ανάγνωση, ο Λόγος της Ρ. είναι ενδεικτικός μιας σοβαρής διαταραχής: μιας διάσπασης των γνωστικών και όχι μόνο, λειτουργιών, η οποία πρέπει να οφείλεται κάπου, να συμφωνεί με κάποια κριτήρια, να προσδιορίζει κάτι, και τέλος, να μπορεί να αντιμετωπιστεί με κάποιον τρόπο. Το πλαίσιο, δηλαδή, καλείται να ανιχνεύσει αυτόν τον παραληρητικό, διασπαστικό, ασυνάρτητο και ακατανόητο Λόγο, με σκοπό να «εντάξει». Να «ανακαλύψει» μια αναλυτική κατηγορία η οποία να καλύπτει με τη μεγαλύτερη δυνατή σαφήνεια την «περίπτωση Ρ.». Και αυτό, γιατί ο Λόγος αποτελούσε αλλά και αποτελεί το βασικό

²²⁵ Η Ρ. «μπήκε» στην κλινική στα μέσα Μαΐου. Ρωτώντας την κόρη της, πληροφορηθήκαμε ότι ο γιος της αυτοκτόνησε στα μέσα Μαΐου, πριν δύο χρόνια, με λίγες μέρες διαφορά. Η συγκεκριμένη συσχέτιση σίγουρα είναι αυθαίρετη, υποθετική, πιθανόν ανεπαρκής και αστήρικτη, και –εν τέλει– άχρηστη, από την στιγμή που δεν μπορεί να έχει ουσιαστικό «αντίκρισμα» στην κατάσταση της Ρ. Παρ' όλα αυτά, ίσως φαίνεται χαρακτηριστικά η παρείσφρηση της ιστορίας ζωής. Ίσως, αν η Ρ. μπορούσε να μιλήσει για το γεγονός, η κατάσταση να ήταν κάπως διαφορετική.

κριτήριο «συμμετοχής» της ψυχικής ασθένειας στην «νόρμα», το «μέσο συνδιαλλαγής» αμφοτέρων των «πλευρών». Και κάπου εδώ παρουσιάζεται μια ασυμφωνία. Γιατί η Ρ. δεν έχει τίποτα. Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία είναι «καθαρές», κατά συνέπεια δεν έχει άνοια και μάλλον ούτε ψύχωση, σχιζοφρένεια. Άλλωστε, το «ιστορικό» της είναι «καθαρό» από ενδείξεις για σχιζοφρένεια, η ηλικία της δεν συμφωνεί (είναι περίπου 55 ετών), ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει κληρονομικότητα στην οικογένεια, οι εξετάσεις είναι φυσιολογικές. Αλλά ούτε και κατάθλιψη μάλλον έχει: «...στα «τυφλά» πάμε...ψύχωση δεν είναι, η αξονική είναι εντάξει, η μαγνητική το ίδιο...κατάθλιψη, όχι, αυτή δεν είναι εικόνα καταθλιπτικού...» λέει ο υπεύθυνος επιμελητής στον ειδικευόμενο ψυχίατρο. «Μπας και είναι αποσυνδετική διαταραχή;...» απαντάει εκείνος.

Ο Λόγος, δηλαδή, που χρησιμοποιείται αφειδώς στη δόμηση, στο χαρακτηρισμό (αλλά και αποχαρακτηρισμό) της τρέλας, το «εργαλείο» εκείνο που πολλές φορές αποτελεί το μοναδικό κριτήριο της υποτροπής ή της βελτίωσης, της νόρμας ή της παθολογίας, ξαφνικά φαίνεται «ανίκανος» να προσδιορίσει εκείνη την αναλυτική κατηγορία, την οποία σε άλλες περιπτώσεις θα είχε προσδιορίσει με τόση σαφήνεια (και ίσως και με ευκολία). Εδώ, κάποιος θα μπορούσε να αντιπαραθέσει την ερώτηση: «Ναι, αλλά ποιος Λόγος;» Και αυτό, γιατί ο Λόγος της Ρ. ίσως αποτελεί την «απόλυτη τρέλα». Μια τρέλα ακατανόητη, ανένταχτη, παλινδρομημένη στα πρωτόλεια εκείνα γλωσσικά χαρακτηριστικά που συναντάμε στο όνειρο ή στο βρέφος, μια τρέλα που, στην περίπτωση της Ρ., δεν είναι επικίνδυνη, αλλά προσφέρει ακριβώς την αναπαράσταση της αδυναμίας, του «δέους» των «έξω» απέναντι στο «μυστικό» της. Αυτό ακριβώς το σημείο είναι παραδειγματικό και, κατά την γνώμη μας, ιδιαίτερα ενδιαφέρον. Αν προσπεράσουμε, δηλαδή, την προβληματική του «τι έχει» η Ρ., αναδύεται μια δεύτερη, λίγο διαφορετική διαπίστωση/συμπέρασμα: η –κάποιες φορές– «αδυναμία» της ψυχιατρικής να «εντάσσει», και επιπλέον, η «αγωνία» της να «εντάσσει». «Διάγνωση; Τι διάγνωση...άσε, θα γυρίσει αύριο ο διευθυντής, άσε αυτόν να αποφασίσει...» συνεχίζουν το διάλογο ο επιμελητής και ο ειδικευόμενος ψυχίατρος. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι το «σημειολογικό οπλοστάσιο» της ψυχιατρικής αναδεικνύεται ανεπαρκές στο να μπορέσει να οριοθετήσει, να προσδιορίσει σύμφωνα με τα δικά του κριτήρια την συγκεκριμένη «συμπεριφορά» που έχει απέναντί του. Η ψυχιατρική «βλέπει» το πρόβλημα, αλλά δεν μπορεί να αντιδράσει. Κατά συνέπεια, δεν μπορεί και να παρέμβει. Το συγκεκριμένο

περιστατικό είναι ενδεικτικό της ανάγκης του «Ψ» χώρου για την διευθέτηση/οριοθέτηση, την κατάταξη και του μικρότερου «ψήγματος» συμπεριφοράς, του οποιουδήποτε Λόγου. Δεν φτάνει να λέμε απλά ότι «αυτός είναι τρελός», είναι αναγκαίο να λέμε και «τι τρελός» είναι.

Το σώμα, η συμπεριφορά, ο Λόγος, η πράξη, η κίνηση, η φαντασίωση και το όνειρο, μέσα από την (μεταμοντέρνα;) ψυχιατρική φιλοσοφία και πρακτική, είναι –ή πρέπει να είναι– απόλυτα *διαπερατά* στην κατηγοριοποίηση, στην αρίθμηση, στην αλγοριθμική διάσπαση και ανάλυση. «Λέγεται και επαναλαμβάνεται, ότι η επιστήμη είναι μια καλοφτιαγμένη γλώσσα. Πράγμα που σημαίνει ακόμη ότι η γλώσσα είναι απαρχή της επιστήμης και ότι ο αλγόριθμος είναι η ενήλικη μορφή της γλώσσας. Αυτός, λοιπόν, συνδέει διαλεγμένα σημεία με σημασίες καθορισμένες εκ προθέσεως και δίχως σφάλματα. Καθηλώνει έναν ορισμένο αριθμό *διαφανών*²²⁶ σχέσεων. Θεσμοποιεί...σύμβολα που από μόνα τους δεν λένε τίποτε, που συνεπώς, δεν θα πούνε τίποτε παραπάνω απ' ότι συμφωνήσαμε να τα κάνουμε να λένε»²²⁷ μας λέει ο Merleau-Ponty προσδιορίζοντας τη δυνατότητα της εξουσίας να δικαιολογεί την παρέμβασή της καταφεύγοντας, όχι μόνο στους ορισμούς της, αλλά και στη δυνατότητά της να πιστοποιήσει ως αυθεντική/αληθινή την δική της «γλωσσική εκδοχή», αυτή της ανάλυσης, της αρίθμησης, της κατηγοριοποίησης. Μια κατηγοριοποίηση η οποία να μπορεί δυνητικά να «μεταφράσει» κάθε Λόγο, κάθε συμπεριφορά σε «σύμπτωμα», (δεν μπορούμε να μην προσέξουμε τη λέξη «σύμπτωμα»: «συν-πτώμα», «μαζί με το πτώμα») να μπορεί να χρησιμοποιεί τις γλωσσικές ή άλλες πρακτικές εν είδει «εργαλείου» το οποίο μπορεί να υποδείξει την «υποψήφια» παθολογική αναλυτική κατηγορία για το κάθε δυνητικά «υγιές» ή πιθανολογούμενο «άρρωστο» υποκείμενο. Μια ψυχιατρική χρήση του Λόγου η οποία, συνεπικουρούμενη από όλες τις υπόλοιπες «θεραπευτικές» παρεμβάσεις (βιολογικές, νευρολογικές, ψυχοδυναμικές, συμπεριφορικές, γνωσιακές, συστημικές, ο κατάλογος δεν έχει τέλος), έτσι όπως έχουν εξελιχθεί ιστορικά και έχουν πάρει τη θέση τους μέσα στο κοινωνικό συμβολικό, απλώνει μια «ομπρέλα ελέγχου» η οποία μπορεί να «ψυχιατρικοποιήσει» το οτιδήποτε. Και ακριβώς αυτή η «αγωνία» της ψυχιατρικής (με την δικαιολογία της παρέμβασης) για τις λίγες εκείνες «μη εντάξιμες» περιπτώσεις, για εκείνα τα μορφώματα που «ξεγλιστρούν»

²²⁶ Ο τονισμός, δικός μας.

²²⁷ Στο: Merleau-Ponty M., *Η Πρόζα του Κόσμου*, μτφ Φ. Καλλίας, Μ. Καλλία, εκδ. Βιβλιοπωλείον της «Εστίας», Αθήνα, 1992, σ. 22.

από το δίκτυο των προσδιορίσιμων παρεκκλίσεων είναι εκείνη που μας δείχνει το μέγεθος του πλέγματος «αποδόσιμων συμπεριφορών» που η νέο-ψυχιατρική έχει διαρθρώσει. Προσωπική εντύπωση είναι ότι αν δώσουμε σε δέκα ανθρώπους να διαβάσουν ένα βιβλίο κλινικής ψυχιατρικής, τουλάχιστον οι δέκα θα πουν κάποια στιγμή: «το έχω και εγώ αυτό».

Και αυτό οδηγεί σε ένα ιδιαίτερα απαισιόδοξο συμπέρασμα: Η ψυχιατρική έχει καταφέρει να εντάξει σε δυνητικά παθολογικές συμπεριφορές σχεδόν την πλειονότητα των στοιχείων της έκφρασης των υποκειμένων, ουσιαστικά, της εμπειρίας και πώς αυτή εκφράζεται. Με συνέπεια, αυτή να ανακηρύσσεται «δικαιούχος» της απόφασης/διαχείρισης πότε ένα οποιοδήποτε σύστημα Λόγων, μια συμπεριφορά, είναι παθολογική και πότε όχι. Στην περίπτωση που –όντως- δεν είμαι ο Ναπολέων, η ψυχιατρική θα αποφασίσει αν αστειεύομαι, ψεύδομαι ή –δυστυχώς για εμένα- το εννοώ. Προσωπική εντύπωση είναι ότι ποτέ άλλοτε δεν υπήρξε μεγαλύτερη και πιο ευρεία φυσικοποίηση του Homo Psychologicus και των αφηγημάτων που τον συνοδεύουν, «...ενός Homo Psychologicus, κάτοχου της εσωτερικής αλήθειας, άσρκου, είρωνα και θετικού σε κάθε αυτογνωσία και κάθε πιθανή γνώση...Αυτή η σχέση, που είναι και το φιλοσοφικό θεμέλιο κάθε ψυχολογίας, θα μπορούσε να καθοριστεί μόνο από μια ιδιαίτερη στιγμή στην ιστορία του πολιτισμού μας: την στιγμή κατά την οποία η μεγάλη αντιπαράθεση ανάμεσα στο Λογικό και το Παράλογο έπαψε να διεξάγεται στην διάσταση της ελευθερίας, και κατά την οποία η Λογική έπαψε να είναι μια ηθική και έγινε φύση²²⁸...»²²⁹ μας λέει ο Foucault, προσδιορίζοντας την –τόσο συνεπή με τις απόψεις του Feyerabend- σταδιακή «επικράτηση» της επιστημονικής «αλήθειας» στα μύχια του προσωπικού βιώματος του υποκειμένου και της επιλογής του. Μια επιστημονική αλήθεια που βασίζεται σε ένα «τεχνολογικό λεξικό» προσανατολισμένο στην κατάτμηση, στη διύλιση, στον προσδιορισμό και -εν συνεχεία- στην επανένωση και κατηγοριοποίηση. «Η πιο σοβαρή αντίρρηση στο τεχνικό λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται σήμερα για την περιγραφή των ψυχιατρικών αρρώστων, είναι ότι αποτελείται από λέξεις που κατακερματίζουν, αποσχίζουν τον άνθρωπο λεκτικά...Οι λέξεις του σημερινού τεχνικού λεξιλογίου, ή αναφέρονται σ' έναν άνθρωπο απομονωμένο από τους άλλους και τον κόσμο, δηλαδή σε μια οντότητα που ουσιαστικά δεν «σχετίζεται» με τους άλλους και τον κόσμο, ή

²²⁸ Ο τονισμός της λέξης «φύση», δικός μας.

²²⁹ Στο: Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, ό.π., σ. 108.

αναφέρεται σε λαθεμένα υποστασιοποιημένες πλευρές αυτής της απομονωμένης οντότητας... Όλοι αυτοί οι όροι είναι αφαιρέσεις. Αντί για τον πρωταρχικό δεσμό του Ε γ ώ και του Ε σ ύ, έχουμε έναν άνθρωπο απομονωμένο...»²³⁰ αναφέρει περίπου σαράντα χρόνια πριν, ο Laing, προσδιορίζοντας από τότε το πρόβλημα που, σύμφωνα με τον ίδιο, μόνο μια προσωπική σχέση με το ίδιο το υποκείμενο σαν ολότητα και την βιωμένη εμπειρία του μπορεί να λύσει. Αντίθετα, σήμερα η ψυχιατρική, παρ' όλες τις «ατομοκεντρικές» βεβαιώσεις, φαίνεται ότι συνεχίζει να διασπά, να αναπλαισιώνει, να κατηγοριοποιεί με όλο και μεγαλύτερη ευχέρεια και κυρίως, όλο και πιο επεκτατικά. Η ιστορία της Ρ. είναι λίγο διαφορετική. «Μη εντάξιμη», εύκολα τουλάχιστον. Η Ρ. –επιστημολογικά– «διασπάστηκε»: εξετάστηκαν «όλες οι δυνατές παράμετροι», χωρίς ωστόσο κάποιο εφησυχαστικό αποτέλεσμα. Αλλά, ευτυχώς, το DSM²³¹ έχει προνοήσει, υπάρχει και η κατηγορία «διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς»!²³²

²³⁰ Στο: Laing R., *Ο Διχασμένος Εαυτός*, μτφ. Θ. Παραδέλλης, εκ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1975, σ. 23.

²³¹ Το DSM (Diagnostic Statistic Manual), το επίσημο «νοσογραφικό» ψυχιατρικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, το οποίο χρησιμοποιείται σχεδόν καθολικά, πολλές φορές αναφέρεται (εν είδει αστείου) από τους κλινικούς σαν «το ποινολόγιο»!

²³² Στο DSM IV, την τελευταία αναθεώρηση του εγχειριδίου, για όλες τις διαγνωστικές κατηγορίες υπάρχει και η υπο-κατηγορία «διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς». Έτσι, για παράδειγμα, έχουμε την «ψυχωσική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς» ή τις «άλλες μη καθοριζόμενες νευρωσικές διαταραχές». Στο: Μαδιανός Μ., *Κλινική ψυχιατρική*, οπ.π., σσ. 212, 295.

14. «New age» θεραπευτής και «new age» επόπτης

Μέσα στο πλαίσιο, έτσι όπως αδρά περιγράφηκε, οι «διαμεσολαβητές» αυτής της διαντίδρασης, οι «φορείς» των λόγων, θα μπορούσαμε να πούμε, καλούνται να λειτουργήσουν μέσα σε μια σχέση η οποία εντάσσεται, αλλά και τροφοδοτείται από τις αμοιβαίες αναπαραστάσεις τους. Ο «ασθενής» καλείται να συνδιαλλαγεί με τον «Ψ» χώρο, με την «ψυχιατρική»²³³, ενώ το πλαίσιο και τα υποκείμενα που το στελεχώνουν/αντιπροσωπεύουν» καλούνται να αναλάβουν τη διαχείριση του «αποθέματος ασθενών ταυτοτήτων». Ιδωμένο από μια δυναμική «σκοπιά», το κοινό χαρακτηριστικό αναφορικά με τη διάσταση/κατηγοριοποίηση των ταυτοτήτων «ασθενής» θα μπορούσε να «συμπυκνωθεί» στον όρο του «φθαρμένου», έτσι όπως τον προσδιορίζει ο Goffman. Δηλαδή, οι «κατηγορίες ταυτοτήτων» των υποκειμένων φαίνεται να σημασιοδοτούνται –με τον ένα ή τον άλλο τρόπο– υπό όρους ελλειμματικότητας (όχι απαραίτητα στην ίδια διάσταση/επίπεδο), γεγονός που –σύμφωνα με τον Goffman– οδηγεί τόσο τους ίδιους τους «κατόχους» της «φθαρμένης ταυτότητας» να δράσουν, αλλά κυρίως οδηγεί το συναλλακτικό πλαίσιο να αναλάβει διάφορους (και διαφορετικούς) τρόπους αντίδρασης.²³⁴ Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα γίνει μια προσπάθεια να προσδιοριστούν κάποιες από τις αναπαραστάσεις της ταυτότητας που οι «Ψ» καλλιεργούν, επωμίζονται (αλλά και αποδέχονται), και κατ' επέκταση, κάποιες από τις τεχνικές, δράσεις και αντιδράσεις, οι οποίες επικαθορίζουν τόσο τη σχέση «Ψ» και «ασθενή», αλλά και τη θέση/λειτουργία του «Ψ» θεραπευτή μέσα στη «νεοτερικότητα».

²³³ Χρησιμοποιούμε τον –αρκετά διαδεδομένο– «Ψ» χαρακτηρισμό, αλλά και τον όρο «ψυχιατρική» με μια σχετικά ευρεία έννοια. Μέσα στους όρους αυτούς περιλαμβάνουμε όλες τις κατηγορίες των εμπλεκόμενων κατηγοριών, τους φορείς που εντάσσονται στο χώρο, αλλά και στις αναπαραστάσεις του.

²³⁴ Αν και στην συγκεκριμένη μελέτη ο Goffman δεν αναφέρεται τόσο στους ψυχικά ασθενείς, αλλά γενικότερα στα άτομα που παρουσιάζουν κάποιας μορφής μειονεξία ή αναπηρία, προσωπικά βρήκαμε πολλά κοινά σημεία αναφορικά τόσο με τους τρόπους σημασιοδότησης και αντιμετώπισης των πληθυσμών αυτών από το κοινωνικό σώμα, όσο και αναφορικά με τους τρόπους «αντίδρασης» των «μειονεκτούντων» απέναντι στην ταυτότητα που τους αποδίδεται. Για περισσότερα, στο: Goffman E., *Στίγμα: Σημειώσεις για τη Διαχείριση της Φθαρμένης Ταυτότητας*, εισ., μτφ. Δ. Μακρυγιώτη, εκδ. Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2001.

14.α. Ο «ψυχίατρος», ή ένα «υβριδικό παράγωγο»

Η συχνότατη χρησιμοποίηση των λημμάτων «ψυχίατρος» και «ψυχιατρική» ίσως καταδεικνύει τη σημασία της συγκεκριμένης κατηγορίας στη λειτουργική και αναπαραστατική, σημασιολογική κλίμακα «Ψ». Ο ψυχίατρος είναι το κύριο αναφορικό στοιχείο του συστήματος, αποτελεί το βασικό λειτουργικό, συμβολικό και θεσμικό εκφραστή, τόσο των πρακτικών, όσο και της «εξουσίας της γνώσης». Υπάρχει πληθώρα παραδειγμάτων από τον καθημερινό λόγο και συναλλαγή: «να ρωτήσω τον γιατρό», «περιμένετε να έρθει ο γιατρός», «δεν είναι κανείς εφημερεύων εδώ αυτή την στιγμή» απαντάει το προσωπικό στους ασθενείς. «Δεν μπορείτε να κάνετε τίποτα εσείς, πρέπει να έρθει ο γιατρός», «να πάρετε τηλέφωνο τον γιατρό που με παρακολουθεί», «δεν το παίρνω αυτό (συνήθως κάποιο φάρμακο) αν δεν μου το πει ο ίδιος ο γιατρός μου» απαντάνε οι ασθενείς στο προσωπικό. Βέβαια, η «υψηλή» -σημασιολογικά και συμβολικά- «θέση» του «γιατρού» μέσα σε αυτή την αναπαραστατική κλίμακα είναι διαχρονική, διαπιστωμένη, σχεδόν δεδομένη.²³⁵ Το ενδιαφέρον σημείο έγκειται στην εξέταση των αλλαγών που συναθροίστηκαν τα τελευταία χρόνια. Αν προσπεράσουμε τις μεταλλαγές που η «ιστορία ζωής» της «ψυχιατρικής» δέχθηκε από την απαρχή της σχετικά νέας «ζωής» της, βλέπουμε τις τελευταίες δύο-τρεις δεκαετίες να προτείνεται μια αναπαράσταση της ψυχιατρικής με το «βάρος» κυρίως σε δύο διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση αφορά τον «δημοκρατικό» χαρακτήρα και προσανατολισμό της, στα πλαίσια της κοινωνικής/κοινοτικής ψυχιατρικής,²³⁶ με βασικό στοιχείο μια διαφορετική προσέγγιση της ψυχικής ασθένειας, έτσι όπως περιγράφηκε νωρίτερα στο συγκεκριμένο κείμενο. Η δεύτερη διάσταση αφορά τον ολοένα και περισσότερο βιολογικό (ή έστω «βιολογίζοντα») χαρακτήρα της ψυχιατρικής, με έμφαση στη φαρμακολογία, στη νευρολογία και στη γενετική, γενικότερα στην «οργανική ψυχιατρική». Φαίνεται ότι –επιτέλους– η ψυχιατρική αποδεικνύεται ικανή να ακολουθήσει την «ιατρική νόρμα». Προσωπική εκτίμηση

²³⁵ Στο: Foucault M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, ό.π., σσ. 219-263.

²³⁶ Η Κοινωνική/Κοινοτική ψυχιατρική ουσιαστικά αποτελεί την τελευταία «εξέλιξη», η οποία άρχισε να θεσμοθετείται και να προσδιορίζεται νομικά/θεσμικά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Χαρακτηριστικοί είναι οι νόμοι 180 και 833 του 1978 στην Ιταλία, 27/6/93 στην Γαλλία, η Mental Health Act του 1953 στο Ενωμένο Βασίλειο. Στην Ελλάδα, μόνο το 1992, και στα πλαίσια του νόμου 2077/92 ψηφίστηκαν ορισμένες αποσπασματικές τροποποιήσεις στην οργάνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών. Στο: Λειβαδίτης Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1994, σ. 423.

είναι το ότι αυτά τα δύο στοιχεία είναι τα ουσιαστικά προσδιοριστικά σημεία της αναπαράστασης και λειτουργίας του «new age» θεραπευτή: οι σχέσεις του προσωπικού με τους ασθενείς κατευθύνονται/διαπερνώνται από αυτές τις δύο παραμέτρους. Η «αντιμετώπιση» δίνει βαρύτητα στη διαπροσωπική σχέση, στον σεβασμό, στην κατανόηση, στη συγκατάβαση, αλλά και στην προτροπή, στην παραίνεση, στη νουθεσία: το Όνομα του Πατέρα,²³⁷ ο «Ψ» χώρος σαν η μεταφορική μορφή του γονέα.²³⁸ Κατά δεύτερον, φαίνεται να υπάρχει μια ολοένα και περισσότερο αυξανόμενη «προτίμηση» σε βιολογικές προσεγγίσεις. Δεν νοείται πια νοσηλεία χωρίς παράλληλη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Και αυτό, όχι μόνο στα θεωρούμενες ως «μείζονες» ψυχοπαθολογίες (με την «ψύχωση» στην κορυφή της πυραμίδας), αλλά σχεδόν σε οποιαδήποτε συμπεριφορά θεωρούμενη ως παθολογική ή έστω και προβληματική: αν εισαχθείς, θα πάρεις φάρμακα. Πέραν της όποιας θετικής κριτικής,²³⁹ το γεγονός παραμένει: ο «ψυχικά ασθενής» αντιμετωπίζεται (και ειδικότερα, αντιμετωπίζεται εις το διηνεκές) σαν «βιολογικός ασθενής». Και αυτό οδηγεί σε κάποια βασικά συμπεράσματα.

Το πρώτο αφορά την -ολοένα και περισσότερο μεταβαλλόμενη- θεραπευτική σχέση, και κυρίως το «ποιόν» της: την απόδοση χρόνου, «κόπου» και σημασίας στο συμβολικό, αλλά και στο λεχθέν, την επικέντρωση στο νόημα της παθολογίας και του συμπτώματος, την προσωπική επένδυση και εμπλοκή, το ενδιαφέρον για το υποκειμενικό βίωμα, το αίσθημα επάρκειας του θεραπευτή, αλλά και το επίπεδο

²³⁷ Το «Όνομα του Πατέρα» είναι ψυχαναλυτικός όρος, μέσω του οποίου τονίζεται η σημασία του συμβολικού πατέρα για τη συγκρότηση του υποκειμένου και του Νόμου. Η έλλειψη του ονόματος του πατέρα εκδηλώνεται ψυχικά μέσα από ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ στον κοινωνικό χώρο εκφράζεται ως ανομία. Ο συμβολικός πατέρας πιστεύεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο για την ψυχική οικονομία του ασθενή, ενώ ο «Ψ» χώρος και τα υποκείμενα-ξενιστές του αναλαμβάνουν -προβολικά- κατά κόρον την συγκεκριμένη αναπαράσταση/ιδιότητα. Στο: Λίποβατς Θ., *Ψυχανάλυση-Φιλοσοφία, Πολιτική Κουλτούρα*, εκδ. Πλέθρον, Αθήνα, 1996, σσ. 13-34.

²³⁸ Παρ' όλες τις παροτρύνσεις και θεωρητικές υποδείξεις ότι τα καινούρια «Ψ» πλαίσια δεν πρέπει να υποκαθιστούν τα γονικά σχήματα και τα οικογενειακά μοντέλα, καθώς και το ότι μια τέτοια υποκατάσταση μπορεί να είναι καταστροφική για την κοινωνικοποίηση και την επανένταξη του αρρώστου, προσωπική εντύπωση είναι ότι η συγκεκριμένη αναπαράσταση είναι ακόμα δομική στα περισσότερα πλαίσια. Για περισσότερα, βλ. στο: Zissi A., *From Leros Asylum to Community-Based Hostels: Quality of Life, Levels of Functioning and the Care Process among Psychiatric Residents in Greece*, Ph. D., Thesis to the faculty of Science, University of Birmingham, UK, 1997.

²³⁹ Πολλοί θεωρητικοί υποστηρίζουν ότι χωρίς την ανάπτυξη της ψυχοφαρμακολογίας, η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θα παρέμενε μια ουτοπία, καθώς και ότι η ανακάλυψη της χλωροπρομαζίνης -του πρώτου φαρμάκου που χρησιμοποιήθηκε στην ψυχιατρική- τη δεκαετία του '50, και η εισαγωγή της φαρμακολογίας στην ψυχιατρική, αποτελεί τη δεύτερη «ψυχιατρική επανάσταση», μετά την «ανακάλυψη» του ασυνειδήτου από τον Freud, γεγονός που σημασιοδοτείται σαν η πρώτη «ψυχιατρική επανάσταση». Ενδεικτικά, στο: Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, ό.π., σσ. 440, 519-539.

ασφάλειας που νοιώθει. Η –διαμεσολαβημένη από το «χάπι»– θεραπευτική σχέση αλλάζει, πολλές φορές δομικά: «δεν μπορώ να κοιμηθώ, δεν είμαι καλά...» λέει ένας (άυπνος σχεδόν όλο το βράδυ) ασθενής στις τέσσερις τα ξημερώματα. «Κάτσε να σου δώσω ένα *stilnox* να κοιμηθείς» απαντάω. Λήξη της διαντίδρασης.²⁴⁰

Κατά δεύτερον, φαίνεται ότι η «new age» ψυχιατρική θεραπευτική ακυρώνει ακριβώς τις –νέες– αρχές που διατείνεται ότι επι-κυρώνει: με λίγες λέξεις, το περίφημο Βιο/Ψυχο/Κοινωνικό μοντέλο της ψυχικής ασθένειας, την «τρέλα», δηλαδή, ως προϊόν μιας αλληλόδρασης πολλών και διαφορετικών μεταξύ τους παραγόντων.²⁴¹ Αν και θεωρητικά η «ψυχιατρική» θεωρεί (και ισχυρίζεται ότι αντιμετωπίζει) τη ψυχική ασθένεια σαν μια βιο-ψυχο-κοινωνική νόσο, ωστόσο οι πρακτικές της φαίνεται ότι δίνουν μια, όλο και σε μεγαλύτερο βαθμό, ελάχιστη «συμμετοχή» τουλάχιστον στην κοινωνική παράμετρο. Με άλλα λόγια, φαίνεται ότι η «μοντέρνα» ψυχιατρική πρακτική τόσο ακυρώνει, όσο και αποκρύπτει τη συμμετοχή των υπολοίπων παραμέτρων και τη σημασία της εμπλοκής τους στο θεραπευτικό σχεδιασμό, αλλά και στη θεραπευτική διαδικασία γενικότερα: «Αποκλείεται να πάει καλά...όσο είναι εδώ και παίρνει τα φάρμακά του, καλά είναι. Μόλις τον πάρει η μάνα του πίσω, παλινδρόμησε...πάντα έτσι δεν γίνεται;» αναφέρει για τον Ι.Τ. το πλαίσιο.²⁴²

²⁴⁰ Η αναγωγή στην «απτή», εύκολη, και εν τέλει βολική βιολογική παράμετρο είναι όλο και συχνότερη: «έχω ιδρώτες, κομμάρες, ταχυκαρδία...και δυσφορία...μήπως είναι κανένας θυρεοειδής;» ρωτάει μια ασθενής. «θα κάνουμε αύριο εξετάσεις» την καθησυχάζουμε. Βέβαια, τα συμπτώματα αυτά είναι και κριτήρια της διαταραχής πανικού. Διαλέγουμε και παίρνουμε.

²⁴¹ Για μια συνοπτική παρουσίαση των «κλάδων» της ψυχιατρικής, αλλά και της ανάπτυξης των νεότερων μοντέλων, βλ. στο: Χριστοδούλου Γ. Ν., *Ψυχιατρική*, εκδ. Βήτα, Αθήνα, 2000.

²⁴² Ο Ι.Τ. (και η «μάνα» του) πάσχουν από «επακτή ψύχωση», την περίφημη *folie à deux*, μια από τις πιο «εξωτικές» και σπάνιες ψυχιατρικές νοσολογικές οντότητες. Αναπτύσσεται τις περισσότερες φορές σε πολύ κλειστά, συγκυτιακά οικογενειακά συστήματα, συνήθως σε οικογένειες που τα μέλη είναι η μητέρα και ένα παιδί, κυρίως αγόρι. Τα μέλη «μοιράζονται» ένα κοινό παραλήρημα, το οποίο τροφοδοτούν αμφότεροι, με το ένα μέλος τις περισσότερες φορές να είναι πιο λειτουργικό, ενώ το άλλο να φέρει την «επίσημη ταμπέλα» του αρρώστου. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η μητέρα θεωρεί ότι ο γιος της είναι «μαγεμένος» από μωρό, ενώ η ίδια είναι και η αποκλειστικά υπεύθυνη για την σωτηρία του, συνήθως μέσω εξορκισμού. Σε καμιά περίπτωση δεν δέχεται ότι υπάρχει ψυχιατρικό πρόβλημα, ούτε στον γιο της, ούτε και στην ίδια, ενώ τις εισαγγελικές παραγγελίες –εδώ και πολλά χρόνια– τις «βγάζει» είτε η τοπική κοινότητα, είτε ένας οικογενειακός γιατρός, που λειτουργεί σαν πρόσωπο αναφοράς. Το ενδιαφέρον εδώ είναι το γεγονός ότι –παρ' όλο που η ψυχιατρική αποδέχεται (αλλά και ελκύεται τα μάλα) από τις υπόλοιπες παραμέτρους αναφορικά με την συγκεκριμένη πάθηση (ψυχοδυναμικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί παράγοντες), ουσιαστικά, η αποκλειστική αντιμετώπιση που προτείνει είναι η νοσηλεία/φαρμακοθεραπεία. Για περισσότερα, αναφορικά με τη *επακτή ψύχωση*, στο: Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, σσ. 210, 212, 238.

Και τρίτον, αυτή η συνεχώς διογκούμενη παρείσφρηση του βιολογικού στοιχείου (με κύριο «αντιπρόσωπο» τα φαρμακευτικά σκευάσματα, και ότι αυτά συμπαρασύρουν) ουσιαστικά επιτρέπει την αλλαγή στην θεραπευτική προσέγγιση μέσω της εισχώρησης της «αγοράς» σε μια σχέση που –εν τέλει– πρέπει να έχει την σημασιодότηση τόσο του *διαπροσωπικού*, όσο και του *ανιδιοτελούς*. «...η ψυχική διαταραχή ανάγεται στο σύμπτωμα, το σύνολο των συμπτωμάτων σε διαγνωστικές κατηγορίες, και η αντιμετώπιση του αρρώστου αφήνεται στο έλεος των σειρήνων των φαρμακευτικών εταιρειών με τα πανάκριβα φάρμακα της νέας υπερσύγχρονης σειράς... Στο βωμό αυτό θυσιάζονται η ιστορία, η προσωπικότητα, οι σχέσεις, οι ανάγκες και οι επιθυμίες της ανθρώπινης υπόστασης...»²⁴³: η ηθική και η επιστήμη φαίνεται ότι λειτουργούν όλο και περισσότερο, όχι απλά με εξω-επιστημολογικά κριτήρια, αλλά υπό το καθεστώς του δυναμικού που διέπει τις νέο-φιλελεύθερες οικονομικές σχέσεις και την οικονομική οργάνωση.

Κατά συνέπεια, φαίνεται ότι η «ψυχιατρική» και δημοκρατική είναι (ή τουλάχιστον, θέλει να είναι), και γνωστικά/θεωρητικά υπέρ-καταρτισμένη, αλλά και εργαλειακά εξοπλισμένη: κάθε λίγο και κάποιον νέο φάρμακο. Τότε, πως ο new age θεραπευτής μετα-πίπτει (ή ίσως, κατά-πίπτει) στο new age επόπτη; Εδώ, ας θυμηθούμε λίγο ακόμα τον Foucault: «Αυτή η θεωρητική οργάνωση της ψυχικής αρρώστιας συνδέεται με ένα ολόκληρο σύστημα πρακτικών: την οργάνωση του ιατρικού δικτύου, το σύστημα διάγνωσης...την κατανομή και παροχή νοσηλείας, τα κριτήρια θεραπείας...τον καθορισμό της ανευθυνότητας απέναντι στο νόμο...με λίγα λόγια, μια ολόκληρη σειρά πρακτικών που προσδιορίζουν τη συγκεκριμένη ζωή του τρελού μέσα σε μια δεδομένη κοινωνία. Αλλά αυτές οι πρακτικές είναι απλά μια ένδειξη όλων των αποστάσεων που διατήρησε μια κοινωνία σε σχέση με αυτή την μεγάλη εμπειρία του Παράφρονος που βαθμιαία, μέσα από αλληπάλληλες κλιμακώσεις, γίνεται *τρέλα*, *αρρώστια* και *ψυχική αρρώστια*. Θα μπορούσε επίσης να αποκαλυφθεί η αντίθετη κίνηση, δηλαδή, η κίνηση εκείνη με την οποία μια κουλτούρα έρχεται να εκφράσει τον εαυτό της, θετικά, μέσα στα φαινόμενα που απορρίπτει. Η τρέλα, ακόμα και όταν υποχρεώθηκε να σωπάσει και να αποκλειστεί, άξιζε σαν γλώσσα και το περιεχόμενό της προσλαμβάνει νόημα, στη

²⁴³ Στο: ΕΙΝΑΠ-ΠΕΝΟΨΥ-Επιστημονική Ένωση-Επιστημονική Επιτροπή, *Τα Ψυχιατρεία Εκπέμπουν Σήμα Κινδύνου. Οι Νόμοι της Αγοράς Καταβροχθίζουν την Ηθική και την Επιστήμη*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 64, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998, σ. 85.

βάση αυτού που την καταγγέλει και την απορρίπτει σαν τρέλα.»²⁴⁴ μας λέει ο Foucault, ουσιαστικά επιμένοντας στη θέση ότι η τρέλα δεν έχει χάσει την προγενέστερη θέση της στο συμβολικό συλλογικό ασυνείδητο, ότι τα δομικά στοιχεία που σημασιοδοτούσαν ιστορικά τη σχέση τρέλας-κοινωνίας παραμένουν. Υπό αυτή τη θεώρηση, ο «θεραπευτής» μπορεί κάλλιστα να μεταπέσει σε «επόπτη». Στο κάτω, κάτω, αν το δυναμικό που ελλοχεύει είναι το ίδιο (ή έστω, παραπλήσιο), αν, δηλαδή, η αναπαράσταση της τρέλας δεν έχει χάσει το «συμβολικό της ισοδύναμο», το οποίο η μεταρρύθμιση διατείνεται ότι μπορεί να μεταλλάξει, να διαφοροποιήσει ή ακόμα και να καταστρέψει, γεγονότα όπως ο «εισαγγελικός» στο Γενικό Νοσοκομείο μπορούν (απ' ό,τι φαίνεται, εύκολα) να πυροδοτήσουν τέτοιου τύπου αντιδράσεις. Το πλαίσιο μπορεί από θεραπευτικό να γίνει κατασταλτικό, ή ακόμα χειρότερα, και τα δύο μαζί.

Εδώ, κατά τη γνώμη μας, είναι κρίσιμη η εισαγωγή της έννοιας της «κουλτούρας». Η «κουλτούρα», έτσι όπως αναλύεται (αλλά και προβληματοποιείται) από τον Adorno, σαν το στοιχείο εκείνο που μπορεί να αποβεί ο καθοριστικός παράγοντας ανάμεσα στη *μόρφωση* και την *ημιμόρφωση*. Σύμφωνα με τον Adorno, η «έκρηξη μόρφωσης» των μοντέρνων και μεταμοντέρνων κοινωνικών οργανώσεων, δεν είναι τίποτα παραπάνω από μια διαδικασία που εμπεριέχει έντονο το στοιχείο της χειραγώγησης, μια διαδικασία που ουσιαστικά αποσκοπεί στη δημιουργία ημιμορφωμένων (και υποταγμένων) υποκειμένων. «Η μόρφωση έγινε κοινωνικοποιημένη ημιμόρφωση, η απανταχού παρουσία του αλλοτριωμένου πνεύματος»²⁴⁵ αναφέρει ο Adorno, και συνεχίζει, αναφερόμενος στα «μορφωτικά αγαθά»: «Ουδετεροποιημένα και απολιθωμένα, βοηθούν να κρατιούνται μέσα στις γραμμές εκείνοι, για τους οποίους τίποτα δεν είναι πολύ ακριβό ή δύσκολο. Αυτό επιτυγχάνεται καθώς τα περιεχόμενα της μόρφωσης, μέσα από τον μηχανισμό της αγοράς, προσαρμόζονται στη συνείδηση εκείνων που ήταν αποκλεισμένοι από το προνόμιο της μόρφωσης, ενώ μόρφωση θα ήταν μόνο η αλλαγή τους»²⁴⁶. Με άλλα λόγια, η παρουσιαζόμενη ως «πληθώρα μόρφωσης» που παρατηρείται στις σύγχρονες αστικές κοινωνίες και η οποία περιλαμβάνει «τμήματα πληθυσμών» τα οποία παλιότερα ήταν αποκλεισμένα από αυτή, δεν είναι τίποτα περισσότερο από ένας αποτελεσματικός μηχανισμός

²⁴⁴ Στο: Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, ό.π., σ. 100.

²⁴⁵ Στο: Adorno T., *Θεωρία της Ημιμόρφωσης*, εισ. Μτφ. Λ. Αναγνώστου, εκδ. Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2000, σ. 26.

²⁴⁶ Στο: Adorno T., *Θεωρία της Ημιμόρφωσης*, ό.π., σσ. 40-41.

χειραγώγησης²⁴⁷, ενώ, αντίθετα, η ουσιαστική κουλτούρα και μόρφωση πρέπει να εμπεριέχει το στοιχείο της υποκειμενικότητας και κατ' επέκταση της κριτικής στάσης απέναντι στην «εκ των άνω» μόρφωση.²⁴⁸

Αν ακολουθήσουμε την παραπάνω συλλογιστική, μια προσωπική ανάγνωση της «κουλτούρας» θα την προσδιόριζε σαν το «φίλτρο» εκείνο το οποίο θα μπορούσε δυνητικά να μετουσιώσει, εν τέλει να ανα-διαμορφώσει το «γνωστικό οπλοστάσιο», όλα εκείνα τα «αποθέματα μόρφωσης» τα οποία έχει στη διάθεσή της η «νέο-ψυχιατρική», με απώτερο σκοπό/στόχο μια ορθή χρήση (όσο και αν το λήμμα *ορθή* είναι ευάλωτο στην υποκειμενικότητα). Αυτή η –κατά την προσωπική μας άποψη– έλλειψη κουλτούρας (όπως αυτή και αν εκφράζεται και κυρίως εκφέρεται) προσφέρει μια «δίοδο παλινδρόμησης» σε τεχνικές που λίγο έχουν να κάνουν με τη θεραπεία. Βέβαια, θα ήταν ανόητο να υποθέσουμε ότι η «νέο-ψυχιατρική» δεν έχει συνείδηση του ιστορικού της ρόλου, αλλά και της ιστορικής «διαδρομής» του επαγγέλματος. Η «Ψυχιατρική» γνωρίζει ότι από τις απαρχές της εμφάνισής της είχε (και έχει) αναλάβει αυτόν το διπλό ρόλο, τόσο του θεραπευτή, όσο και του «προστάτη» του κοινωνικού συνόλου από την ψυχική ασθένεια. Έναν ρόλο που η σύγχρονη ψυχιατρική προσπάθησε να διασπάσει, απεμπολώντας τη μία διάστασή του. Τα δεδομένα μας δείχνουν ότι δεν το κατάφερε. Πέραν της όποιας «καλής προθέσεως», και κατ' επέκταση της όποιας διαφορετικής προσέγγισης, η «ψυχιατρική» φαίνεται ανίκανη –προς το παρόν– να αποδυθεί τον ρόλο του επόπτη. Επιπλέον, τα ίδια εκείνα «όπλα» του new age θεραπευτή μπορούν να λειτουργήσουν σαν «όπλα καταστολής»: το φάρμακο, ο συμβολικός και εργαλειακός εξοβελισμός από το πλαίσιο, αλλά και ο συμβολικός/εργαλειακός περιορισμός στο πλαίσιο, η ισχυροποίηση του ψυχιάτρου στο δικαιοδοτικό και διαχειριστικό σύστημα, η ολοένα και περισσότερο διογκούμενη «αρμοδιότητά» του, όχι μόνο στην παθολογία, αλλά και στη νόρμα: ο Πατέρας γίνεται Πατριός.

²⁴⁷ «Η ημιμόρφωση είναι το χειραγωγημένο πνεύμα των αποκλεισμένων» αναφέρει χαρακτηριστικά στην εισαγωγή του ο Λ. Αναγνώστου. Στο: Adorno T., *Θεωρία της Ημιμόρφωσης*, ό.π., σ. 17

²⁴⁸ «Την θέση της αυτόνομης αναζήτησης, της προσωπικής κρίσης και έκφρασης και της αυθόρμητης εμπειρίας έχει πάρει η μαζική πληροφόρηση από τα πάνω(...) Τη στιγμή που ο καλπάζων πραγματισμός της βιομηχανικής κοινωνίας ζητεί να υποτάξει ολοκληρωτικά την παιδεία στην οικονομική και τεχνοκρατική ματαιότητα και ενόσω δεν διαφαίνεται καμιά εναλλακτική προοπτική στον κοινωνικό ορίζοντα, ο αυτοστοχασμός πάνω στην πορεία της μόρφωσης και του πολιτισμού, η κριτική της ημιμόρφωσης ...παίρνει την μορφή της ανθρώπινης αντίστασης εναντίον της οικουμενικής τύφλωσης». Στο: Adorno T., *Θεωρία της Ημιμόρφωσης*, ό.π., σσ. 19, 23.

Κατά τη γνώμη μας, ο new age έλεγχος περιλαμβάνει συγκεκριμένα ρήματα/στοιχεία: σε γνωρίζω, ίσως και καλύτερα από εσένα. Γνωρίζω τι έχεις, και κυρίως γνωρίζω τι θα έχεις στο μέλλον: Προτάσεις όπως «αν σταματήσεις τα φάρμακα, σε δύο μήνες θα είσαι πάλι εδώ» (συνήθως κατά το εξιτήριο κάποιου ασθενή) ή «τέτοια επεισόδια τα περιμένουμε...με τα πρώτα σημάδια, κυρίως αν αρχίσει να έχει αϋπνίες, να τον φέρετε αμέσως» (συνήθως προς κάποιον συγγενή) είναι ιδιαίτερα συχνές. Άλλωστε και τα διαγνωστικά εγχειρίδια προσπαθούν να προσδιορίσουν όσο το δυνατόν λεπτομερέστερα την έκβαση της «πορείας» της κάθε μιας διαγνωστικής κατηγορίας. Η έμφαση στον «μελλοντικό εαυτό» και κατάσταση αποτελεί ένα ιδιαίτερα ισχυρό ελεγκτικό μηχανισμό. Σε βλέπω, τόσο λειτουργικά, όσο και συμβολικά. Ίσως σε καμιά άλλη στιγμή η «δυνατότητα όρασης» να μην ήταν τόσο αναβαθμισμένη, αλλά και τόσο άσεμνη. Μας λέει ο Baudrillard: «Δεν υφίσταται πια το άσεμνο του κρυμμένου, του απωθημένου, του σκοτεινού, αλλά το άσεμνο του ορατού, του υπερβολικά ορατού, του πιο ορατού και από το ορατό. Υπάρχει το άσεμνο εκείνου που πια δεν περιέχει κάποιο μυστικό και είναι εντελώς διαλυτό μέσα στην πληροφορία και την επικοινωνία».²⁴⁹ Σε ακολουθώ, σε ορίζω, αλλά και σε περι-ορίζω. Αλλά –κατά τη γνώμη μας- το πιο ενδιαφέρον και καινούριο στοιχείο στις μεταμοντέρνες τεχνικές εποπτείας και καταστολής είναι το «σε προλαβαίνω». Ο τομέας της πρόληψης ίσως είναι ο περισσότερο διαδεδομένος (και όχι μόνο στη ψυχιατρική) τις τελευταίες δεκαετίες. Η Προληπτική Ψυχιατρική τείνει να γίνει ανεξάρτητος κλάδος.²⁵⁰ Πρόληψη της νόσου, πρόληψη της εκδήλωσης των συμπτωμάτων, πρόληψη των κρίσεων και των υποτροπών: συγκεκριμένα προγράμματα διατείνονται ότι μέσω της πρόληψης έχουν μειώσει τον αριθμό των εισαγγελικών παραγγελιών σχεδόν σε μηδενικό βαθμό.²⁵¹ «Και που είναι το άσχημο σε αυτό;» είναι η επόμενη –αναμενόμενη- ερώτηση. «Οι ασθενείς δεν ταλαιπωρούνται, οι οικογένειες επίσης όχι, οι γείτονες δεν ξυπνάνε το βράδυ, η αστυνομία μπορεί να ασχοληθεί με πιο σοβαρά θέματα, οι

²⁴⁹ Στο: Baudrillard J., *Η Έκταση της Επικοινωνίας*, μτφ. Β. Αθανασόπουλος, εκδ. Καρδάμιτσα, Αθήνα, 1991, σ. 32.

²⁵⁰ Για περισσότερα, στο: Caplan G., *Principles of Preventive Psychiatry*, εκδ. Basic Books, New York, 1964. Επίσης, στο: Χριστοδούλου Γ. Ν., Κονταξάκης Β. Π., *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής*, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994.

²⁵¹ Το πρόγραμμα Κοινωνικής-Κοινοτικής ψυχιατρικής που αναπτύχθηκε από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής των δήμων Βύρωνα και Καισαριανής μακροπρόθεσμα παρουσίασε μια δραματική μείωση των εισαγγελικών παραγγελιών (αλλά και των «ψυχιατρικών» εισαγωγών γενικότερα) από την συγκεκριμένη περιοχή. Στο: Madianos M., Economou M., *The Impact of a Community Mental Health Center on Psychiatric Hospitalizations in two Athenian Areas*, Community Mental Health Journal, No 35, 1999, σσ. 313-317.

δομές δεν επιβαρύνονται, εν τέλει τα άσυλα αδειάζουν». Όμως, μέσα από μια διαφορετική ανάγνωση, ο new age επόπτης κατάφερε (ή προσπαθεί τουλάχιστον) να επιτύχει την απαλοιφή του «αντικειμένου» του: εποπτεύει το μη εποπτεύσιμο. «Η συχνή και τακτική παρακολούθηση προλαμβάνει την κρίση» λένε τα εγχειρίδια και οι κλινικοί, και όντως τις περισσότερες φορές την προλαμβάνει. Κατά συνέπεια, εποπτεύουμε, αλλά εποπτεύουμε ένα βήμα πριν. Δεν εποπτεύουμε τον επικίνδυνο, αλλά τον *ίσως*²⁵² επικίνδυνο. Έναν επικίνδυνο που λειτουργεί στον «βαθμό μηδέν» της ύπαρξής του. «Πρόκειται για μια βία εξουδετέρωσης, κατάπτωσης και κατάρρευσης του σημασιοδοτημένου όρου μπροστά στον μη σημασιοδοτημένο. Δεν είναι μια βία πλήρης, γενική, αλλά μια βία μετάπεισης, η βία του ουδέτερου, η βία του βαθμού μηδέν».²⁵³

«Ξέρετε ποια είναι τα τρία **βασικότερα** εφόδια που πρέπει να έχει σήμερα αυτός που θέλει να είναι **καλός** ψυχίατρος;» ρωτάει –αστειευόμενος– ο Ν. (ένας ειδικευόμενος της κλινικής) μια «παρέα» επιμελητών, και –χωρίς να περιμένει– απαντάει: «να **μην** ξέρει ιστορία, κοινωνιολογία και φιλοσοφία».

²⁵² Για την εννοιολόγηση και την χρηστικότητα του «ίσως», του *perhaps*, στη διαδικασία της δημιουργίας (αλλά και της διαχείρισης) της έννοιας του «επείγοντος», βλ. στο Bishop R., Phillips J., *Manufacturing Emergencies, Theory, Culture and Society*, εκδ. Sage, London, No 19 (4), 2002, σσ. 91-102.

²⁵³ Αν και η συγκεκριμένη αναφορά του Baudrillard προέρχεται από τις θέσεις του αναφορικά με το πεδίο και τις αναπαραστάσεις του φύλου, προσωπικά διακρίνουμε αρκετές δομικές ομοιότητες. Στο: Baudrillard J., *Η Εκλειπτική του Σεξ*, μτφ. Ν. Χρηστάκης, εκδ. Futura, Αθήνα, 2003, σ. 41.

15. Θεραπευτήριο, εργοστάσιο ή αποθήκη;

Η χρησιμοποίηση των παραπάνω συμπερασμάτων φαίνεται ότι οδηγεί στη διατύπωση ενός διαφορετικού προβληματισμού. Προβληματισμό που συνδέεται με μια προσπάθεια αποσαφήνισης του χαρακτήρα του πλαισίου. Δηλαδή, η υπόθεση που έρχεται στο προσκήνιο αφορά αρχικά την ανίχνευση του «χαρακτήρα» (ουσιαστικά, της ταυτότητας) που αποδίδεται στο πλαίσιο, και κατά δεύτερον, την σταθερότητα του συγκεκριμένου χαρακτήρα, τόσο διαχρονικά, όσο και δι-ατομικά: κατά πόσο, δηλαδή, υπάρχει μια «συνεπής» ταυτότητα τόσο μέσα στον χρόνο,²⁵⁴ όσο και απέναντι στην «ποικιλία» των υποκειμένων. Η αποσαφήνιση αυτής της (πιθανόν πολλαπλής) λειτουργίας θα βοηθήσει να προχωρήσουμε ένα βήμα πιο πέρα. Στην προσπάθεια ένταξης του πλαισίου, με τον τρόπο που αυτό σημασιοδοτείται, στο γενικότερο μοντέλο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης.

Ένα πρώτο –αλλά αρκετά ενδεικτικό– στοιχείο έχει ήδη παρουσιαστεί και αφορά την εργαλειακή αναπαράσταση του χώρου: ο θεραπευτικός χώρος, έτσι όπως αυτός «εκφράζεται» από την «αναβαθμισμένη» εμφάνισή του και παράλληλα ο «ασυλικός» χώρος, ο «χώρος ελέγχου» όπως «τροποποιήθηκε» μετά την επαφή του με τον «εισαγγελικό» ασθενή. Στην καλύτερη περίπτωση, αυτή η διπλή (ή καλύτερα, η «δύο σε ένα») λειτουργία του χώρου μπορεί να ερμηνευτεί σαν ένας – άσχημος μεν, απαραίτητος δε– ομοιοστατικός μηχανισμός του οποίου η χρηστικότητα έγκειται στη διατήρηση της συνοχής του πλαισίου απέναντι σε μια απρόβλεπτη και μη αναμενόμενη εξωτερική παράμετρο, όπως ήταν η «κάθοδος των εισαγγελικών». Άλλωστε, πριν το Μάιο του 2000, το συγκεκριμένο πλαίσιο (όπως και σχεδόν όλες οι παρόμοιες δομές) λειτουργούσε, λίγο-πολύ, εναρμονισμένο στη φιλοσοφία της Μεταρρύθμισης: επιλογή των αρρώστων, συναίνεσή τους, τόσο αναφορικά με την εισαγωγή, όσο και με την νοσηλεία τους,

²⁵⁴ Αναφερόμαστε στην σταθερότητα στον χρόνο όχι τόσο (ή τουλάχιστον, όχι μόνο) υπό το πρίσμα της δυναμικής της ομάδας και των σχέσεων που αναπτύσσονται σε αυτή, όσο αναφορικά με την δυνατότητα να διατηρηθεί μια «συνεπής ταυτότητα», σε συνάρτηση με το ιδεολογικό πλαίσιο που προτείνει η Μεταρρύθμιση. Άλλωστε, σε καμιά περίπτωση δεν θα μπορούσε να υποστηριχθεί η θέση ότι μια ομάδα μπορεί (και πρέπει) να είναι στατική: αντίθετα, η εξελικτική των ομάδων είναι μια δυναμική διαδικασία, η οποία εμπεριέχει έντονο το στοιχείο της αλλαγής, τόσο στη δομή, όσο και στη λειτουργία, με απώτερο σκοπό την ομοιοστάση, τόσο ανάμεσα στα στοιχεία που την απαρτίζουν, όσο και σε σχέση με το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται. Αναφορικά με τη δομή, τη λειτουργία, την εξέλιξη και την αλλαγή των ομάδων, η βιβλιογραφία είναι τεράστια. Ενδεικτικά, βλ. στο: Παπαστάμου Σ. και συν., *Διομαδικές Σχέσεις*, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα, 1990.

μικρός χρόνος νοσηλείας (συνήθως από δεκαπέντε μέρες μέχρι ένα μήνα) και γενικότερα, προσφορά ενός «αναβαθμισμένου» επιπέδου νοσηλείας και διαβίωσης.

Η Η. είναι μια γυναίκα με διάγνωση «ψύχωση». Περιγράφεται σαν «χρόνια ψυχωτική», νοσεί εδώ και περίπου 30 χρόνια. Η αδελφή της ζει και εργάζεται στο εξωτερικό (σε μια υψηλόβαθμη δημόσια θέση). Η μητέρα της είναι υπερήλικας και με πολλά προβλήματα, με συνέπεια να μην μπορεί να αναλάβει τη φροντίδα της. Η Η. έχει κάνει πολλές (και μακροχρόνιες) εισαγωγές, αφενός λόγω του «καλού κλίματος» της κλινικής, και αφετέρου λόγω αδυναμίας εύρεσης ενός ξενώνα ο οποίος να τη δεχθεί.²⁵⁵ Η κυρία Β. είναι μια 80χρονη γυναίκα, με διάγνωση «κατάθλιψη». Στην φάση της νοσηλείας της δεν έχει καμιά σχεδόν «ψυχιατρική ένδειξη». Αντίθετα, έχει μια αρκετά σοβαρή άνοια και πάρα πολλά παθολογικά προβλήματα. Αν και σχεδόν τελείως αδύναμη να σηκωθεί από το κρεβάτι, λόγω της άνοιας είναι πολύ ανήσυχη. Παραμένει στην κλινική γιατί λόγω της κλινικής της κατάστασης, της ανάγκης της για συνεχή φροντίδα και της έλλειψης συγγενών (έχει ένα γιο που σπάνια έρχεται) οι παθολογικές κλινικές δεν δέχονται να μεταφερθεί. Ο Θ. είναι ένα 20χρονο αγόρι με βαρύ αυτισμό και νοητική υστέρηση. Μένει σε ένα θάλαμο με την μητέρα του εδώ και μήνες. Οι δυο τους δεν έχουν σπίτι τα τελευταία δύο-τρία χρόνια, μένουν στο δρόμο και συντηρούνται με επιδόματα από την πρόνοια. Η μητέρα κάθε τόσο «βγάζει» εισαγγελική στον Θ. για να μπορεί να μένει κάπου. «Ελάτε να τον μαζέψετε. Πάλι προσπαθεί να αρπάξει» (η αγαπημένη ασχολία του Θ. είναι να προσπαθεί να χαϊδέψει ή να φιλήσει τον γυναικείο πληθυσμό του χώρου) φωνάζουν κάθε τόσο ασθενείς, συγγενείς ή κάποιος από το προσωπικό. Ο Θ. «μαζεύεται» από την μητέρα του. Όταν αυτή λείπει από το χώρο, αν είναι πολύ «ανήσυχος», «περιορίζεται»: είτε δένεται (από το ένα όμως άκρο), είτε κλειδώνεται. Η μητέρα του δεν μπορεί να βρει εργασία, ενώ δύσκολα θα βρεθεί κάποια δομή ΑΜΕΑ²⁵⁶ για να εισαχθεί ο Θ. Ο Α.Χ. είναι ένας 38χρονος περιποιημένος, λειτουργικός (και κυρίως ήσυχος) χρόνιος ψυχωτικός, ο οποίος –

²⁵⁵ Πάρα πολύ ασθενείς βρίσκονται στην ίδια θέση με την Η. Συνήθως χρόνιοι άρρωστοι ή υπερήλικες, οι οποίοι δεν παρουσιάζουν «έξαρση» της συμπτωματολογίας (και συνήθως «ρυθμίζονται» γρήγορα. Το μεγάλο χρονικό διάστημα παραμονής τους είναι αποτέλεσμα είτε αδυναμίας εύρεσης μιας πιο κατάλληλης δομής, όπως ένας ξενώνας ή ένα προστατευμένο διαμέρισμα, είτε λόγω της «πίεσης» προς το νοσοκομείο από κάποιο –συνήθως υψηλόβαθμο– «γνωστό» για παραμονή σε ένα πλαίσιο με καλές συνθήκες διαβίωσης. Αναφερόμαστε στο φαινόμενο, γνωστό ως «παρκάρισμα», το οποίο συνήθως εντείνεται την περίοδο των γιορτών (τα Χριστούγεννα και το Πάσχα) και τον –μήνα διακοπών– Αύγουστο.

²⁵⁶ ΑΜΕΑ: Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες.

πριν αρρωστήσει- έχει τελειώσει μια πανεπιστημιακή σχολή, ενώ γνωρίζει και τέσσερις γλώσσες. Οι γονείς του έχουν χωρίσει, η μητέρα του έχει επιστρέψει στη χώρα καταγωγής της (στην κεντρική Ευρώπη), ενώ ο πατέρας του δουλεύει σε μια εταιρία σε ένα κράτος της Αραβικής χερσονήσου. Ο Α.Χ. δεν έχει σπίτι στην Ελλάδα. Εδώ και δέκα περίπου χρόνια, μπαينوβγαίνει με εισαγγελικές εντολές στα ψυχιατρεία. Όταν το νοσοκομείο ειδοποιεί τον πατέρα του ότι δεν μπορεί να τον κρατήσει άλλο, επιστρέφει, «βγάζει» νέα εισαγγελική, και ξαναφεύγει. «*Πώς να τον πάρω; Φοβάται τα αεροπλάνα*» απαντάει ο πατέρας όταν τον ρωτάμε για κάποια εναλλακτική λύση. Ο Ι., ο Χ. και πολλοί άλλοι από τους «εισαγγελικούς», ακόμα και όταν «βελτιωθούν», παραμένουν στο χώρο για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι θεράποντες φοβούνται να τους «βγάλουν» νωρίτερα, «*μήπως και γίνει τίποτα*»: «*καλύτερα να έχουμε το κεφάλι μας ήσυχο*». Η Ρ. δεν βελτιώνεται. Το σύμπτωμα αντιστέκεται, η άσχημη εικόνα παραμένει. «*Θα την κρατήσουμε μέχρι να δούμε τι θα γίνει*» αποφασίζεται.

Ο Foucault περιγράφει πολύ χαρακτηριστικά τα πρώτα (ονομαστικά ταυτόσημα!) Γενικά Νοσοκομεία (τα πρώτα «άσυλα», ουσιαστικά) σαν χώρους «συσσώρευσης» μιας μάζας ετερόκλητων «περιστατικών»: ιδρύματα που εξυπηρετούσαν πιο πολύ υπό την έννοια της «απόσυρσης» και σαφώς χωρίς να εμπεριέχουν την έννοια της «θεραπείας».²⁵⁷ Ευτυχώς τα σημερινά Γενικά Νοσοκομεία δεν είναι έτσι. Ή τουλάχιστον, δεν είναι μόνο έτσι. Γεγονός είναι, πάντως, ότι η Η. θα μπορούσε να βρίσκεται σε ένα ξενώνα. Η κυρία Β. σε μια παθολογική κλινική ή έστω σε ένα γηροκομείο. Ο Θ. σε ένα κέντρο για άτομα με ειδικές ανάγκες. Ο Α.Χ., αν όχι με τον πατέρα του, τουλάχιστον σε ένα σπίτι, με την φροντίδα ενός από τα πολλά κοινοτικά προγράμματα. Ο Ι. με τον Χ. λένε ότι είναι τυχεροί, γιατί θα μπορούσαν να βρίσκονται στο Δαφνί.²⁵⁸ Προσωπική εντύπωση είναι ότι θα μπορούσαν να βρίσκονται νωρίτερα «έξω».

²⁵⁷ «Απαρχής, ένα πράγμα είναι σαφές: το Γενικό Νοσοκομείο δεν είναι ένα ιατρικό ίδρυμα. Η δομή του είναι μάλλον μισό-νομική, είναι ένα είδος διοικητικής υπόστασης που, πλάι στις ήδη καθορισμένες εξουσίες της και ξέχωρα από εκείνες των δικαστηρίων, μπορεί και αυτή να αποφασίζει, να καταδικάζει και να εκτελεί αποφάσεις.» Στο: Foucault Μ., *Η Ιστορία της Τρέλας*, ό.π., σ. 45.

²⁵⁸ Από πολλούς «εισαγγελικούς» (ειδικά από αυτούς που έχουν πολλές τέτοιου τύπου νοσηλείες στα μεγάλα ψυχιατρικά καταστήματα) –ακόμα και από αυτούς που έμειναν «περιορισμένοι» αρκετό διάστημα, αναφέρεται αυτή η άποψη/προτίμηση. Το «Δαφνί» παρουσιάζεται σαν το απόλυτο αρνητικό κριτήριο. Αυτή η «προτίμηση» ασθενών και συγγενών για τις «περιφερειακές» κλινικές έχει δημιουργήσει μια ιδιότυπη «πελατεία», η οποία εισάγεται σχεδόν πάντα μέσω της μεθόδου της εισαγγελικής παραγγελίας!

Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι οι παραπάνω κατηγορίες, συναθριζόμενες, αποτελούσαν, ή αποτελούν²⁵⁹, μια –έστω και ισχυρή- μειοψηφία, σε αντίθεση με την πλειονότητα των αρρώστων οι οποίοι εξακολουθούν να νοσηλεύονται με βάση τις αρχές/κριτήρια που προτείνει η Μεταρρύθμιση. Το γεγονός αυτό δημιουργεί μια παράδοξη κατάσταση. Αφενός δημιουργεί δύο μεγάλα «μορφώματα», δύο διακριτές κατηγορίες αρρώστων, και αφετέρου θέτει στο πλαίσιο το αίτημα για την ανάληψη μιας πολυδιάστατης και διαφορετικής –στα επιμέρους στοιχεία- αναπαράστασης. Αναπαράσταση, αρκετά ευρεία ώστε να μπορεί να καλύψει και να συμπεριλάβει τις παραπάνω αναλυτικές κατηγορίες, αλλά και αρκετά συνεκτική ώστε να μπορεί να τις απαρτιώσει σε μια ενιαία, εργαλειακά λειτουργική, αναπαράσταση. Δηλαδή, η υπόθεση που έρχεται στο προσκήνιο αφορά τόσο την ταυτότητα (αν είναι «συμμετρική» και συνεπής με «αυτό» που ισχυρίζεται ότι είναι) του πλαισίου, όσο και το «ποιόν» αυτής της ταυτότητας, *π* τελικά είναι.

Θα ήταν λάθος να θεωρήσουμε σαν δεδομένο το ότι πριν από τον σεισμό και την αλλαγή στο καθεστώς νοσηλείας των «εισαγγελικών», το Γενικό Νοσοκομείο δεν διαχειριζόνταν προβλήματα που –ουσιαστικά- δεν άπτονταν του αντικειμένου του. Νοσήλευε και άτομα με ειδικές ανάγκες, και υπερήλικες και άτομα τα οποία δεν είχαν πού «την κεφαλήν κλίνει». Μετά όμως τον σεισμό, οι νοσηλείες αυτού του τύπου διαφοροποιήθηκαν αναφορικά με δύο βασικές παραμέτρους: το *χρόνο νοσηλείας*²⁶⁰ και την *ποιότητα*²⁶¹ των παρεμβάσεων. Ο μέσος όρος του χρόνου νοσηλείας αυξήθηκε, ενώ οι παρεμβάσεις προς τους ασθενείς έχασαν αφενός την ιδεολογική, θεραπευτική αλλά και εργαλειακή συνέπεια και συνοχή που είχαν: «εξατομικεύτηκαν», όχι ως προς το υποκείμενο, αλλά ως προς το στερεότυπο του υποκειμένου. Παράλληλα, αυτή η «μετατόπιση βάρους» σε μια διαφορετική «ανάγνωση» και αντιμετώπιση κάποιων από τους αρρώστους (με κύριους, τους «εισαγγελικούς») λειτούργησε καταλυτικά και στην πλειονότητα των υπολοίπων αρρώστων. Η φράση «*πάνε εκείνες οι μέρες που δουλεύαμε*» -η οποία ακούγεται

²⁵⁹ Ένας αδρός «ποσοτικός» έλεγχος δείχνει ότι –πια- περίπου τα μισά «κρεβάτια» του χώρου με τα επιπλέον «ράντζα» διατίθενται για «εισαγγελικούς» ασθενείς.

²⁶⁰ Η κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου προσπαθούσε να συντονιστεί με το δίκτυο των υπολοίπων υπηρεσιών, ώστε να βρεθεί όσο το δυνατόν πιο σύντομα η κατάλληλη δομή: η αρχή της εξατομίκευσης: το κάθε πρόβλημα πρέπει να αντιμετωπίζεται από το κατάλληλο πλαίσιο.

²⁶¹ Για παράδειγμα, όσο και «προβληματική» να ήταν μια κατάσταση, οι τακτικές καθήλωσης θεωρούνταν η «τελευταία λύση»: μια «λύση» που δεν είχε χρησιμοποιηθεί σχεδόν ποτέ.

αρκετά συχνά από το προσωπικό- συμπυκνώνει αρκετά χαρακτηριστικά αυτή τη «μετατόπιση βάρους». Ένα πρώτο συμπέρασμα, δηλαδή, αφορά την αναπαράσταση της ταυτότητας του πλαισίου, η οποία, όχι απλά μετατοπίστηκε, αλλά φαίνεται να διαφοροποιήθηκε σε κάποια δομικά συστατικά της. Και το επόμενο ερώτημα είναι το αν αυτή η –δομική, κατ' εμάς, διαφοροποίηση «παρήχθη» στο πλαίσιο μιας σχέσης αιτίου-αιτιατού αποκλειστικά από το «συμβάν» της υποχρεωτικής αλλαγής στη σύσταση των αρρώστων, ή ήταν προϊόν μιας εξελικτικής διαλεκτικής, η οποία ανάγεται σε διαφορετικές συνιστώσες, αλλά και τροφοδοτείται πολυεπίπεδα.

«Θεραπευτήριο, εργοστάσιο ή αποθήκη;» είναι ο τίτλος του συγκεκριμένου κεφαλαίου. Η νέα «μετάλλαξη» του Γενικού Νοσοκομείου φαίνεται να συμβαδίζει και με τις τρεις αυτές διαστάσεις. Είναι, ή καλύτερα συνεχίζει να είναι θεραπευτήριο, λειτουργώντας τόσο μέσα στο χωροχρονικό continuum, το οποίο του έχει ανατεθεί όσο και μέσα στην ποικιλία των υποκειμένων και των νοσολογικών οντοτήτων, την αντιμετώπιση/θεραπεία των οποίων διατείνεται ότι μπορεί να αναλάβει.

Υπό ένα άλλο πρίσμα, θα μπορούσε να θεωρηθεί εργοστάσιο. Εργοστάσιο, τόσο παραγωγής ταυτοτήτων, αλλά κυρίως εργοστάσιο παραγωγής «εξημερωμένων» «εισαγγελικών». Ο «εισαγγελικός» έχει περιέλθει σε μια δεινή θέση, δέχεται μια «διπλή» πίεση. Αφενός –αρχικά- την βίαιη, «ασυλική» πίεση της «καθήλωσης» και του ιμάντα, και αφετέρου, την έμμεση, δημοκρατική (ή μήπως δημοκρατικόμορφη;) πίεση του αναβαθμισμένου, καθαρού -με μπάνιο στο κάθε δωμάτιο-, «ευγενικού» διαχειριστικού πλαισίου, ενός πλαισίου παρασάγγας καλύτερου από το «άσυλο»: όταν η εξουσία δεν τιμωρεί, ούτε αποκαθαίρει το «καταραμένο απόθεμα»²⁶², αλλά αντίθετα το ενσωματώνει και το διυλίζει στα δικά

²⁶² Ο όρος «το καταραμένο απόθεμα» (ο οποίος χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό από τον Baudrillard) ουσιαστικά αναφέρεται σε μια υλική/οικονομική αποθεματική και προέρχεται από τον Bataille, ο οποίος εξετάζει την έννοια της απώλειας σαν μια δομική συνιστώσα στις διαδικασίες παραγωγής (και διαχείρισης) του οικονομικού πλεονάσματος. Η απώλεια (με παράδειγμα το έθιμο των «ποπλάς», των εθιμικών τελετουργιών ανταλλαγής ή καταστροφής δώρων) είναι καίρια για την δημιουργία της ιδιότητας της υπεροχής (ουσιαστικά, της αναγνώρισης της υπεροχής), ενώ ενέχει, αλλά και εμπεριέχεται στον κοινωνικό χαρακτήρα των παροχών. Ο συμβολικός της χαρακτήρας εντοπίζεται και στην ψυχοδυναμική/Φροϋδική θεωρία, ενώ το μοντέλο αυτό διασπάται, αρχικά με την εμφάνιση του Χριστιανισμού (το έθιμο του «ποπλάς» μετουσιώνεται σε αγαθοεργίες), αλλά κυρίως με την εμφάνιση (και την επικράτηση) της αστικής τάξης. Η αστική (και κυρίως η μέσο-αστική) τάξη λειτουργεί με βασικό κριτήριο την αρχή της οικειοποίησης (και της συνακόλουθης κτήσης), ενώ η αρχή της απώλειας «ευτελίζεται» σε μια άνευ συμβολικής σημασίας κατανάλωση/αυτοπροσδιορισμό.

της αναφορικά στοιχεία²⁶³: την επόμενη φορά που θα χρειαστεί να νοσηλευτούν ο Χ. ή ο Ι. πιθανότατα δεν θα χρειαστούν τόσο «σκληρά μέτρα». Θα είναι όχι μόνο πιο «υπάκουοι», αλλά και πιο ευγενικοί και δεκτικοί. Γιατί «πάλι καλά που μας φέρανε εδώ».

Η έννοια της «αποθήκης», τέλος, σκιαγραφεί αρκετά χαρακτηριστικά την αδυναμία του συστήματος να αποδώσει «τα του Καίσαρος τω Καίσαρι». Όντως πολλοί ασθενείς «αποθηκεύονται». Όμως, ο πιο ενδιαφέρον σημείο ίσως είναι αλλού: στο γεγονός ότι ένας αποθηκευτικός χώρος μπορεί να είναι είτε καθαρός και τακτοποιημένος, είτε βρώμικος και ακατάστατος. Φαίνεται ότι πολλές φορές η λειτουργία/χρήση του Γενικού νοσοκομείου εν είδει «αποθήκης» συμβαίνει μέσα από τη δεύτερη προοπτική. Μπορεί να ισχύει η υπόθεση ότι είτε από έλλειψη γνώσεων και δεξιοτήτων, είτε από έλλειψη υποδομής, είτε από πίεση και «φόρτο εργασίας», είτε από έλλειψη ενδιαφέροντος, ασθενείς παραμελούνται. Αλλά ίσως μια τέτοια παραμέληση καταδεικνύει μια αλλαγή (και μια αδυναμία) σε ένα πιο δομικό επίπεδο: αυτό της διαφοροποίησης και της «παλινδρόμησης» «αναβαθμισμένων» πλαισίων (τόσο εργαλειακά και ιδεολογικά), όχι μόνο σε συμπεριφορές, αλλά και σε ιδεολογίες διαχείρισης της ασθένειας που δεν έχουν καμιά σχέση με αυτές που δηλώνουν ότι έχουν.

Κατά συνέπεια, το πρώτο συμπέρασμα που -σχεδόν αβίαστα- βγαίνει είναι ότι το Γενικό Νοσοκομείο είναι *λίγο απ' όλα* τα παραπάνω, αλλά και *τίποτα* από τα παραπάνω. Η λειτουργία του φαίνεται να υπακούει σε μια σχιζοφρενική λογική, μια λογική την οποία διατείνεται ότι γνωρίζει, μπορεί και πρέπει να θεραπεύσει. Μια λογική που περιέχει πολλά «διπλά μηνύματα» («εσένα σε δένω ενώ εσένα όχι», «εσένα σε δένω, και μετά σε κάνω να αισθάνεσαι πολύ τυχερός που είσαι εδώ και όχι στο «Δαφνί»), που έχει ασάφεια στους όρους (και κυρίως στα όρια) των παρεμβάσεων, μια λογική στην οποία υπάρχει παλινδρόμηση των συμπεριφορών, στην οποία δεν υπάρχουν ούτε οριοθετημένοι ρόλοι, ούτε συνέπεια στην συνδιαλλαγή. Ένα πλαίσιο, τα χαρακτηριστικά του οποίου φτάνουν να

Στο: Bataille G., *Το Καταραμένο Απόθεμα*, μτφ. Λ. Λυμπεροπούλου, εκδ. Praxis, Αθήνα, 1985, σσ. 9-50.

²⁶³ «Τελείωσε η ακατέργαστη ετερότητα, η σκληρή ετερότητα, η ετερότητα της φυλής, της τρέλας, της αθλιότητας, του θανάτου(...) Για το κάθε τι σήμερα μιλούν με όρους διαφοράς. Η ετερότητα όμως δεν είναι διαφορά. Μπορούμε μάλιστα να σκεφτούμε ότι η διαφορά σκοτώνει την ετερότητα.» μας λέει ο Baudrillard, προσδιορίζοντας διαφορετικά τη θεματική της αντιμετώπισης του «διαφορετικού Άλλου»: όχι καταστροφή, αλλά αφομοίωση. Στο: Baudrillard J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, ό.π., σσ 138-139, 140-141..

παρουσιάζουν μια σημαντική ομοιότητα με το πλαίσιο-οικογένεια του ψυχωτικού αρρώστου, που τόσο έχει κατηγορηθεί για την συμμετοχή του στην έναρξη και διατήρηση της ψύχωσης.²⁶⁴ Φαίνεται, δηλαδή, ότι το δίλλημα αναφορικά με το «ποιόν» του πλαισίου, το δίλλημα αναφορικά με το *π* είναι το πλαίσιο, είναι –κάτι σαν- ψευδο-δίλλημα: δεν είναι τίποτα από αυτά, αλλά είναι και όλα αυτά μαζί. Η κύρια ταυτότητα που προβάλλει, ή καλύτερα το προεξέχον αναφορικό χαρακτηριστικό της ταυτότητας του πλαισίου το οποίο προβάλλεται, δεν προσδιορίζει (ή έστω υποδεικνύει) μια συγκεκριμένη λειτουργία, άρα και ταυτότητα, αλλά ακριβώς τον πολλαπλό, αντιφατικό και σχιζοφρενικό χαρακτήρα αυτής της ταυτότητας. Πολλοί κατηγορούν τις νέες δομές ότι ουσιαστικά τείνουν να καταλήξουν σαν «μικρά άσυλα» μέσα στην κοινότητα.²⁶⁵ Μέσω της παραπάνω προβληματικής, η ταυτότητα του «μικρού ασύλου» ίσως είναι προτιμότερη. Τουλάχιστον το άσυλο ξέρει ότι είναι άσυλο. Η έκφραση «*ας μας πουν επιτέλους τι είμαστε*», η οποία ακούγεται αρκετά συχνά, καταδεικνύει χαρακτηριστικά τον προβληματισμό.

Το δεύτερο (και ίσως πιο απαισιόδοξο) συμπέρασμα έγκειται στην διαπίστωση ότι αυτή η (αρνητικά) ποιοτική αλλαγή του πλαισίου δεν είναι απόρροια μιας αιτιακής σχέσης που έχει να κάνει με τις αλλαγές στην διαδικασία νοσηλείας των «εισαγγελικών». Ίσως, ο σεισμός και η είσοδος των «εισαγγελικών» στο Γενικό Νοσοκομείο να ήταν το εκλυτικό αίτιο το οποίο κατέδειξε (ή μάλλον αν-έδειξε) τη δομική απορρύθμιση του συστήματος. Όταν απορυθμίστηκε η κατ' επίφαση συνοχή, διαλλακτικότητα, αλλά και δημοκρατικότητα τέτοιων δομών, φάνηκε καθαρά η αδυναμία ευελιξίας του δημόσιου τομέα αναφορικά με τη διαχείριση μιας, όπως στην συγκεκριμένη περίπτωση, σοβαρής κρίσης. Τα αίτια της «μετατόπισης του βάρους» που προαναφέρθηκε σίγουρα δεν μπορούν να ενταχθούν σε ένα γραμμικό αιτιακό μοντέλο, παρά μόνο να ελεγχθούν πολυεπίπεδα: φαινόμενα burnout, η μονιμότητα της θέσης των υπαλλήλων/λειτουργών που στελεχώνουν τις

²⁶⁴ Πολλές φορές έχουν προταθεί θεωρητικές υποθέσεις που εμπλέκουν την οικογένεια σαν αιτιακό παράγοντα αναφορικά με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Οικογενειακές συμπεριφορές, όπως τα «διπλά μηνύματα», αλλά και οικογενειακά σχήματα όπως το βλαισός ζεύγος ή το συζυγικό σχίσμα έχουν επανειλημμένως κατηγορηθεί για την εμφάνιση ψύχωσης στα παιδιά τέτοιου τύπου οικογενειών. Για περισσότερα στο: Watzlawick, P., *Δομές της Ψυχωσικής Επικοινωνίας*, Επικοινωνία, επιμ. Winkin, Y., μτφ. Διάφα, Μ., Παπαδάκης, Γ., εκδ. Μάγια, Θεσσαλονίκη, 1993. Επίσης, στο: Bateson, G., Jackson, Don, D., Haley, J., Weakland, J. J., *Towards a Theory of Schizophrenia*, Behavioral Scientist, 1, 1956, σσ. 251-264.

²⁶⁵ Βλ. στο: Διαλλινά Μ., *Νέες Δομές. Νεωτερισμός ή Επανάληψη της Λήθης και του Ασύλου*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 68, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 1999, σσ. 15-21.

δομές, η έλλειψη rotation, και η ισχυρή «κοινωνική πίεση» η οποία «γεμίζει» με ετερόκλητο τρόπο τέτοια πλαίσια, μην αφήνοντας τις δομές να αποσαφηνίσουν τον χαρακτήρα τους, φαίνεται ότι αποτελούν «μέσο-κοινωνικές» παραμέτρους αναφορικά με την λειτουργία τους στο όλο «οικοδόμημα» της Μεταρρύθμισης. Φαίνεται ότι ο «επικίνδυνος (εισαγγελικός) ψυχασθενής» κατάφερε, χωρίς πολύ κόπο, προσπάθεια και χρόνο (και χωρίς να το θέλει άλλωστε) να φέρει στην επιφάνεια κάποιες πυρηνικές διαστρεβλώσεις και προβλήματα του συστήματος – όχι μόνο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης- αλλά γενικότερα της περίθαλψης και διαχείρισης των ψυχικά πασχόντων στην Ελλάδα, κάτι που θα προσεγγισθεί στο επόμενο κεφάλαιο.

16. «Δεν έχουμε κόψει ακόμη το κεφάλι του Βασιλιά (-Ασύλου)»

Οι προβληματισμοί για την ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση, και κυρίως το μέλλον του εγχειρήματος, δεν είναι κάτι καινούριο. Μετά από περίπου μια 20ετία δοκιμών και πειραματισμού, και παρ' όλη την εμφάνιση ενός σημαντικού «όγκου» δομών και προγραμμάτων, ουσιαστικά μιας ολόκληρης «νέας γενιάς» ψυχιατρικών υπηρεσιών, αρχίζουν να διαφαίνονται κάποιες δομικές αδυναμίες του συγκεκριμένου συστήματος περίθαλψης²⁶⁶. Το πιο ενδιαφέρον σημείο εδώ είναι ο γραμμικός χαρακτήρας του αιτιακού μοντέλου που προτείνεται αναφορικά με το «πρόβλημα», αλλά και τη «λύση» του, το οποίο εκφράζει περιεκτικότερα η φράση ενός συναδέλφου: «αφού κοπήκαν τα προγράμματα, τι περιμένεις;» Δηλαδή, κοινή ερμηνευτική προσέγγιση, τόσο για τις δυνατότητες της Μεταρρύθμισης, όσο και για τους περιορισμούς της, τα «όριά» της, είναι η δυνατότητα χορήγησης –αλλά και απορρόφησης- των χρηματοδοτικών προγραμμάτων επιχορήγησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Με άλλα λόγια, η επιτυχία ή η αποτυχία ενός εγχειρήματος ιδιαίτερα σύνθετου και πολυεπίπεδου, το οποίο αναφέρεται, αλλά και επηρεάζει το ελληνικό κοινωνικό γίνεσθαι με πολλαπλούς τρόπους, φαίνεται να εξαρτάται από (ή τουλάχιστον, κατά κύριο λόγο από) την εκάστοτε οικονομική πολιτική στα πλαίσια της σχέσης Ελλάδας-Κοινότητας. Η πρώτη θεωρητική υπόθεση άπτεται του συγκεκριμένου προβληματισμού, ή καλύτερα του αν ισχύει η τρομακτική απλότητά του: δηλαδή, αν ισχύει το δίλημμα «ή βρίσκουμε λεφτά, ή το κλείνουμε το μαγαζί». Και η δεύτερη θεωρητική υπόθεση, η οποία ίσως άπτεται περισσότερο του παρόντος κειμένου, αφορά την «λειτουργικότητα» της έννοιας της επικινδυνότητας και των «φορέων» της: ποιος είναι ο «εργαλειακός» (ή καλύτερα, ο ρυθμιστικός) ρόλος της επικινδυνότητας και των «ξενιστών» της μέσα στη διαδικασία της αποασυλοποίησης και της Μεταρρύθμισης γενικότερα; Δηλαδή, με ποιον τρόπο εμπλέκεται η επικινδυνότητα (τόσο σαν αναπαράσταση και ιδιοσυστατικό στοιχείο του πλέγματος των λόγων που καθορίζουν τον «Ψ» χώρο,

²⁶⁶ Βλ. ενδεικτικά: Φραγκούλη Α., Σακελλαρόπουλος Π., *Γιατί Καθυστέρησε η Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση; Λάθη στον σχεδιασμό της*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 66, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, σσ. 36-37., Κοκκινάκος Γ., *Το Μετέωρο Βήμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 66, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, σσ. 79-84., Διαλλινά Μ., *Νέες Δομές. Νεωτερισμός ή Επανάληψη της Λήθης και του Ασύλου*, ό.π., σσ. 15-21., Μαδιανός Μ., *Η Χαμένη Ευκαιρία για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 64, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998, σσ. 21-38.

όσο και σαν «αντικειμενικό» μέγεθος με συγκεκριμένους «αντιπροσώπους) στο μοντέλο της Μεταρρύθμισης, και αν συμβαίνει αυτό, πώς επηρεάζει τη διαμόρφωσή του, την ανέλιξη, τη στασιμότητα ή την παλινδρόμησή του;

16.α. Το «πεφταστέρι» της Μεταρρύθμισης

Ένα από τα πιο προσοδοφόρα «εδάφη» των τεχνολογιών «αιχμής», στην όψιμη παγκοσμιοποίηση, αποτελεί και το πεδίο των υπηρεσιών υγείας. Με αφετηρία το αμερικανικό σύστημα υγείας, οι δύο σημαντικότερες αλλαγές που παρουσιάστηκαν, αλλά και σταδιακά επεκτάθηκαν σε χώρες με «παράδοση» σε συστήματα υγείας με προεξέχοντα τον κοινωνικό χαρακτήρα, είναι η εισαγωγή, από την δεκαετία του '80, της «διαχείρισης της περίθαλψης» (του *managed care*)²⁶⁷, και η προώθηση –κυρίως από την δεκαετία του '90- της «for-profit medicine», της «ιατρικής για το κέρδος», ονομασία κυνική, αλλά ακριβέστατη²⁶⁸. Τα δύο αυτά μοντέλα επι-καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό, όχι μόνο το «ποιόν» των συστημάτων υγείας, την οικονομική διάσταση που υπεισέρχεται, αλλά κυρίως τους «πληθυσμούς» που πλέον μπορούν να «συμμετέχουν» στις παροχές του συστήματος: γιατί, «...ποια θέση μπορούν να έχουν σε τέτοια συστήματα οι εκτός συστήματος, οι αποκλεισμένοι από το σύστημα και οι απόκληροι, η συντριπτική πλειοψηφία της καταπιεσμένης ανθρωπότητας;»²⁶⁹ Τα μοντέλα, δηλαδή, που προτείνονται –τα τελευταία χρόνια και στην Ελλάδα- εκκινούν με αφετηρία την –όλο και πιο απόλυτη- συμμετοχή της οικονομικής παραμέτρου τόσο στην «ποσότητα» των παρεχομένων υπηρεσιών, αλλά κυρίως στην «ποιότητα» της όποιας «ποσότητας» η εκάστοτε κυβερνητική πολιτική είναι διατεθειμένη να παραχωρήσει. Κάποιοι τη χαρακτηρίζουν σαν «εκσυγχρονιστική επανάσταση». Ίσως όμως μοιάζει πιο πολύ με «κοινωνική αντεπανάσταση». Και αυτό, γιατί η δραστική μείωση του

²⁶⁷ Από το 2002, και στα ελληνικά νοσοκομεία, ο τίτλος «manager» αντικατέστησε τον τίτλο του «προέδρου του νοσοκομείου», σηματοδοτώντας, τόσο μια λειτουργική αλλαγή (σε πολλά νοσοκομεία, ο manager έχει κατά βάση «οικονομική εκπαίδευση και προσόντα), όσο και μια –κατά την γνώμη μας- έντονα συμβολική.

²⁶⁸ Η απελευθέρωση των δυνάμεων της αγοράς, και η παρείσφρησή τους σε πεδία που άπτονταν του «κοινωνικού κράτους δικαίου» συνέβη –σε πρώτη φάση- σε χώρες και συστήματα κοινωνικής οργάνωσης τα οποία είχαν ασθενείς δομές κοινωνικού κράτους, με πρώτο παράδειγμα τις ΗΠΑ, όπου το σύστημα υγείας ονομάζεται χαρακτηριστικά «*poor system*». Στο Μιχαήλ Σ., *Τεχνολογίες της Υγείας και Τεχνολογίες της Εξουσίας στην Όψιμη Παγκοσμιοποίηση*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 72, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2000, σ. 12.

²⁶⁹ Στο Μιχαήλ Σ., *Τεχνολογίες της Υγείας και Τεχνολογίες της Εξουσίας στην Όψιμη Παγκοσμιοποίηση*, ό.π., σ. 13.

υγειονομικού κόστους της εργατικής (και –αναμενόμενα- των ακόμα χαμηλότερων και από αυτούς στην Πυραμίδα) δύναμης μειώνει τα έξοδα αναπαραγωγής της, αυξάνοντας το ποσοστό υπεραξίας/εκμετάλλευσης. Αλλά, το βασικότερο είναι το ότι ο έλεγχος πάνω στην υγεία μετατρέπεται σε μια μορφή ελέγχου των «κοινωνικών αντιστάσεων» των πληθυσμών σε συνθήκες κοινωνικο-οικονομικής κρίσης, καθώς ομάδες πληθυσμού βλέπουν να αποκλείονται από έστω και μια στοιχειώδη πρόνοια, ενώ άλλες, κάτω από την απειλή αυτής της απώλειας αποδέχονται τα ελάχιστα.²⁷⁰ «Μας ενημέρωσαν ότι θα έχουμε 30% περικοπές...και μπορεί και παραπάνω» μας αναφέρει συνάδελφος η οποία είναι υπεύθυνη ενός ξενώνα ο οποίος ανήκει σε ιδιωτική εταιρία²⁷¹. «...ε, τι θα κάνουν; Θα ξαναγυρίσουν εκεί που ήταν...» μας απαντάει στην ερώτηση αναφορικά με το τι θα γίνουν οι ασθενείς σε περίπτωση «κλεισίματος» της δομής. Λίγο καιρό αργότερα μας ενημερώνει ότι, μπροστά στον κίνδυνο απολύσεων προσωπικού, οι εργαζόμενοι του ξενώνα συμφώνησαν να πάρουν ο καθένας λίγες μέρες άδεια «άνευ αποδοχών» για να αποφύγουν μια τέτοια πιθανότητα! Η δυνατότητα του συστήματος να κατασκευάζει, όχι μόνο «πειθήνιους» αρρώστους, αλλά κυρίως «πειθήνιους» εργαζόμενους.

Τα συγκεκριμένα –σκληροπυρηνικά- νεοφιλελεύθερα οικονομικά μοντέλα, όπως διαμορφώνονται και επεκτείνονται και στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, σε μια πρώτη ανάγνωση, φαίνονται να έρχονται σε πλήρη αντιδιαστολή, τόσο με την ιδεολογία, όσο και με τις –μέχρι τώρα- πρακτικές υλοποίησης της Μεταρρύθμισης. Το –ουσιαστικό- «κλείσιμο» του ψυχιατρείου της Λέρου αποτελεί ίσως και το χαρακτηριστικότερο παράδειγμα.²⁷² Οι συνθήκες νοσηλείας στα μεγάλα ψυχιατρεία βελτιώθηκαν, ενώ η ανάπτυξη των κοινοτικών δομών έδωσε τη δυνατότητα αποσυμφόρησης σε εκείνα τα ιδρύματα τα οποία δέχονταν την μεγαλύτερη «πίεση». Η πρωτοβάθμια φροντίδα αναβαθμίστηκε, σε σχέση τουλάχιστον με τη

²⁷⁰ Στο: Λύτρας, Α. Ν., *Κοινωνία και Εργασία: Ο Ρόλος των Κοινωνικών Τάξεων*, πρόλογος Β. Φίλιας, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2000, σσ. 59-81.

²⁷¹ Αναφερόμαστε κυρίως στις ιδιωτικές εταιρείες (ή πιο σωστά, «σωματεία») μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες λειτουργούν υπό το καθεστώς των «κοινωνικών επιχειρήσεων», στις οποίες επιτράπη η λειτουργία με την δεύτερη φάση της Μεταρρύθμισης, το 1990. Στο: Γκιωνάκης Ν., *Η Συνεργασία του Δημόσιου με τον «Ιδιωτικό», Μη Κερδοσκοπικό Τομέα στα Πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης: Προβλήματα, Δυνατότητες, Προοπτικές*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 66, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, σσ. 74-78.

²⁷² Ακόμα και για το ψυχιατρείο της Λέρου, υπάρχουν προβληματισμοί του κατά πόσο αυτή η νέα, αναβαθμισμένη εικόνα είναι –όντως- προϊόν μιας δομικής αλλαγής αναφορικά με την λειτουργία του ψυχιατρείου στο «οικοσύστημα» του νησιού. Στο: Μεγαλοοικονόμου Θ., Λουκάς Γ., *Η Αποϊδρυματοποίηση σαν Ανοιχτή, Θεραπευτική και Πολιτική Διαδικασία. Η Περίπτωση της Λέρου*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 67, Ιούλιος-Οκτώβριος 1999, σσ. 45-53.

σχεδόν ολική απουσία της κατά τις προηγούμενες δεκαετίες, και γενικά η πλειονότητα των ψυχικά ασθενών –και ιδιαίτερα των χρόνιων αρρώστων- είδε τις συνθήκες νοσηλείας/διαβίωσής του να τροποποιούνται και να βελτιώνονται. Επιπλέον, υπήρξε μια αρκετά αθρόα «εισροή» -νέων κυρίως- επαγγελματιών στο χώρο, ένα δυναμικό που, κατά την γνώμη μας, λειτούργησε ιδιαίτερα εποικοδομητικά, τόσο σε εργαλειακό, όσο και σε ιδεολογικό επίπεδο.²⁷³

Σε μια δεύτερη ανάγνωση όμως, φαίνεται ότι το σύστημα τείνει να εξαντλήσει τις δυνατότητές του. Δηλαδή, τα όρια του συστήματος σαν να υποδεικνύουν τις ανεπάρκειές του. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι το εγχείρημα ήταν καταδικασμένο από την αρχή να αποτύχει.²⁷⁴ Άλλες θέσεις υποστηρίζουν ότι οι (εγγενείς;) δυσκολίες της ελληνικής κοινωνικής, και κυρίως της πολιτικής, οργάνωσης, με όλα τα «συμπτώματα» που αυτές τροφοδοτούν το ελληνικό γίνεσθαι, είναι κατά βάση υπεύθυνες για την σταδιακή αποσάθρωση του όλου πλαισίου²⁷⁵. Οι περισσότεροι προβληματισμοί ελέγχουν την -σχεδόν αποκλειστική- εξάρτηση της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας από Ευρωπαϊκή Ένωση, και την αδυναμία μιας σταδιακής «αυτονόμησης» και «απεξάρτησης» του συστήματος: δηλαδή, πέραν της αδυναμίας για μια σωστή απορρόφηση των Κοινοτικών κονδυλίων και επιχορηγήσεων, το «καινούργιο» σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης (ειδικά το δημόσιο σύστημα) δεν μπόρεσε να λειτουργήσει διαχειριστικά αυτόνομα, με αποτέλεσμα την παρείσφρηση του «ιδιωτικού» στη διαχείριση και των αρρώστων, αλλά και των πόρων.²⁷⁶ Τέλος, η συρρίκνωση του Κράτους Πρόνοιας, έτσι όπως εκφράζεται σε όλες τις διαστάσεις του κοινωνικού γίνεσθαι, δεν μπορεί παρά να συμπαρασύρει και τις αντίστοιχες προνοιακές πρακτικές αναφορικά με την ψυχική υγεία. Συμπυκνώνοντας τις παραπάνω θέσεις, αναδύεται και ο βασικός –κατ’ εμάς- προβληματισμός, ο οποίος αφορά όχι τόσο τις δυνατότητες ανέλιξης του

²⁷³ Για μια συνεκτική, αλλά και συνοπτική παρουσίαση των θεωρητικών αρχών, των εφαρμοσμένων προγραμμάτων, των συμπερασμάτων και της εκτίμησης των αποτελεσμάτων από τις μέχρι τώρα μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στον Ελληνικό χώρο, βλ. στο: *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, συντονιστής έκδοσης Δ. Δαμίγος, πρόλογος Π. Σακελλαρόπουλος, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2003.

²⁷⁴ Αναφερόμαστε κυρίως στη θέση ότι η έναρξη της Μεταρρύθμισης ήταν μια «σπασμωδική» ενέργεια απέναντι στην «απειλή» των αποκαλύψεων για τη Λέρο, ενώ –ουσιαστικά- δεν υπήρξε ούτε σωστός σχεδιασμός, αλλά κυρίως δεν υπήρξε ώριμη πολιτική βούληση. Στο: Μαδιανός Μ., *Η Χαμένη Ευκαιρία για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, ό.π., σσ. 21-38.

²⁷⁵ Αναφέρονται κυρίως στα «γνωστά» φαινόμενα/παρενέργειες στην οργάνωση του δημόσιου τομέα: ευνοιοκρατία, δυσκαμψία, μη σωστός συντονισμός.

²⁷⁶ Ενδεικτικά, βλ. στο: Μεγαλοοικονόμου Θ., *Η Ψυχική Υγεία στο Δρόμο της Ιδιωτικοποίησης*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 64, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998, σσ. 93-96.

εγχειρήματος, το κατά πόσο μπορεί να «διευρύνει» τα όριά του, αλλά αφορά ίσως το κατά πόσο υφίσταται η διάθεση για την προσπάθεια αλλαγής. Δηλαδή, όχι «αν μπορούμε» ή «τι μπορούμε», αλλά «αν θέλουμε». Και, ακόμα περισσότερο, «αν μας επιτρέπεται να θέλουμε». Ο Μεγαλοοικονόμου αναφέρει χαρακτηριστικά: «Κι όταν ακόμα, για ν' αντιμετωπιστεί η οφθαλμοφανής, πλέον, κρίση του ψυχιατρείου σαν θεσμού, επιλέγονται παρεμβάσεις για την μεταρρύθμισή του, αυτές συνήθως φτάνουν το πολύ μέχρι τον «εξανθρωπισμό» και τον εξωραϊσμό των ιδρυμάτων: αλλάζουν απλώς τις μορφές και τους τρόπους της διαχείρισης των ψυχικά πασχόντων, τις εξωτερικά ορατές και υπερβολικές μορφές της βίας, τις συνθήκες διαμονής, την εικόνα, όχι, όμως, το αντικείμενο της παραδοσιακής ψυχιατρικής: τη διαχείριση, δηλαδή, και τον έλεγχο μιας αρρώστιας, σαν αφηρημένης οντότητας, επικίνδυνης για το κοινωνικό σώμα»²⁷⁷. Ας θυμηθούμε λίγο ακόμα τον Foucault: «...η σχέση εξουσίας (ή δυνάμεων) είναι «δράση πάνω στη δράση»...είναι δόμηση του ενδεχόμενου πεδίου δράσης των άλλων». Και συνεχίζει: «...δόμηση του ενδεχόμενου πεδίου δράσης του άλλου σημαίνει δόμηση όλων των δυνατών κινήσεων του, άρα απόλυτη δόμηση, εφόσον λαμβάνει υπόψη της όλες τις πιθανότητες...και ο μόνος τρόπος για να δομήσει κάποιος όλες τις πιθανές κινήσεις κάποιου είναι να τις καθορίσει αυτός».²⁷⁸ Αν ακολουθήσουμε το συγκεκριμένο μοντέλο ανάλυσης της φουκωϊκής βιο-εξουσίας²⁷⁹, μπορούμε να φτάσουμε σε ένα πρώτο συμπέρασμα αναφορικά με το νέο μεταρρυθμιστικό μοντέλο που αναδύεται εδώ και είκοσι περίπου χρόνια. Ένα μοντέλο που ισχυρίζεται ότι θέλει (και ότι – τουλάχιστον- υπόσχεται να προσπαθήσει) να ανα-διαμορφωθεί δομικά, τροποποιώντας τα πυρηνικά εκείνα σημεία που μέχρι σήμερα παρήγαγαν το «άσυλο» και τις αφηγήσεις που το συνοδεύουν. Ένα μοντέλο, όμως, που ουσιαστικά φτάνει, όχι μόνο να παράγει τις ίδιες, ιδιοσυστατικές σχέσεις και θέσεις εξουσίας μέσα στην ώριμη αστική κοινωνία, αλλά και «κάτι παραπάνω»: τις

²⁷⁷ Στο: Μεγαλοοικονόμου Θ., Λουκάς Γ., *Η Αποϊδρυματοποίηση σαν Ανοιχτή, Θεραπευτική και Πολιτική Διαδικασία. Η Περίπτωση της Λέρου*, ό.π., σ. 45.

²⁷⁸ Στο: Foucault M., *Η Μικροφυσική της Εξουσίας*, μτφ. Λ. Τρουλινού, εκδ. Ύψιλον, Αθήνα, 1991, σσ. 170,172.

²⁷⁹ Η έννοια της βιο-εξουσίας, πολύ συνοπτικά, μπορεί να προσδιοριστεί σαν την προσπάθεια ένταξης των λειτουργιών της ζωής των πληθυσμών μέσα στις σύγχρονες τεχνολογίες της εξουσίας. Σε αντίθεση με τις προ-αστικές κοινωνίες, τώρα «...η εξουσία βρίσκεται και ασκείται στο επίπεδο της ζωής, του είδους, της φυλής και των μαζικών πληθυσμιακών φαινομένων»... «Η προσαρμογή των πληθυσμιακών πιέσεων στις ανάγκες συσσώρευσης του κεφαλαίου έγινε βασικός στόχος των διαφόρων μορφών βιοπολιτικής, που επεξεργάζεται και εφαρμόζει η βιο-εξουσία». Στο: Foucault M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας, Η Δίψα της Γνώσης*, ό.π., σσ. 168, 173.

παράγει μέσα από ένα διαφορετικό -στα χαρακτηριστικά του- σύστημα «εργαλείων» και «λόγων», ένα σύστημα που δείχνει ότι ακολουθεί με συνέπεια τις νέες, μεταμοντέρνες κοινωνικές απαιτήσεις και προοπτικές, στην ουσία, όμως, λειτουργώντας διαχειριστικά τόσο πάνω στο *υποκείμενο* (ασθενής ή θεραπευτής, αδιάφορο), αλλά –κατά τη γνώμη μας- κυρίως πάνω στην *δυνατότητα του υποκειμένου*: η κατ' επίφαση δημοκρατικότητα του συστήματος και η συμμετοχή σε αυτή την αναβαθμισμένη ψυχιατρική προσφέρει το «τέλειο άλλοθι» για τη διατήρηση, την συνέχιση και, εν τέλει, τη παγίωση των στοιχείων εκείνων που ουσιαστικά απαρτιώνουν την ασυλική πρακτική και ιδεολογία, την «ταμπέλα» του ασύλου που διατεινόμαστε ότι –διακαώς- προσπαθούμε να καταστρέψουμε. Για την όλο και πιο ανησυχητικά διαφαινόμενη αποτυχία του εγχειρήματος της Μεταρρύθμισης μπορεί να φταίει ο Υπουργός, ο «δυσκίνητος» δημόσιος υπάλληλος, η νεο-φιλελεύθερη Ε.Ε., η Ελληνική κακοδαιμονία, αλλά εμείς κάναμε ότι μπορούσαμε. Επιτέλους μπορούμε να κοιμόμαστε ήσυχοι...

Το κακό είναι ότι ήρθε ο «εισαγγελικός» και μας ξύπνησε.

16.β. Ακόμα δεν έχουμε κόψει το κεφάλι του Βασιλιά...

Η αναγκαστική απόδοση της διαχείρισης της επικινδυνότητας σε πλαίσια/δομές, τα οποία θεωρούσαν, *πίστευαν* ότι ήταν *αποκλεισμένα* από την ανάληψη μιας τέτοιας διαχείρισης, ο ρόλος, δηλαδή, του «εισαγγελικού» από το 2000 και μετά, φαίνεται ότι όχι απλά λειτούργησε εν είδει *αναδευτήρα*, αλλά μάλλον εν είδει *καταλύτη*: με τον σεισμό του '99 φαίνεται ότι κατέρρευσε, αν όχι η Μεταρρύθμιση, τουλάχιστον σε ένα βαθμό η αναπαράσταση της Μεταρρύθμισης. Η είσοδος ενός νέου στοιχείου, ανεξάρτητου από τα «έτοιμα διαχειριστικά μορφώματα» που το κάθε πλαίσιο έχει προσδιορίσει ως ευθύνη δική του και επεξεργάζεται (όπως, για παράδειγμα, ο «ήσυχος ψυχωτικός» ή η «κατάθλιψη») σημασιοδοτεί μια *κατάσταση ανισορροπίας*, θα μπορούσαμε να πούμε. Ένα νέο μόρφωμα υποκειμένων, λόγων, αλλά κυρίως συμβολικών αναπαραστάσεων αναδύεται, το οποίο το πλαίσιο «εγκαλείται» να αντιμετωπίσει. Παράλληλα όμως, το συγκεκριμένο μόρφωμα «καλεί» το πλαίσιο να ρυθμίσει τις «ομοιοστατικές του βαλβίδες», ζητά από το πλαίσιο να πάρει θέση: ο «εισαγγελικός», τόσο σε «παθητικό», όσο και σε «ενεργητικό» ρόλο. Μέσα από μια τέτοια προοπτική, το πλαίσιο –αν ήθελε να παραμείνει «πιστό» στις αρχές που διατείνεται ότι πρεσβεύει

και εφαρμόζει- θα μπορούσε να αρνηθεί²⁸⁰. Πέραν όμως της λειτουργικής αδυναμίας μιας τέτοιας άρνησης, η γνώμη μας είναι ότι θα σηματοδοτούσε μια εντελώς πλασματική «προσήλωση» στο ιδεολογικό μεταρρυθμιστικό μοντέλο. Μια τέτοια άρνηση θα ήταν την ίδια στιγμή μια κατάφαση στη θέση που θέλει την επικινδυνότητα, όχι μόνο να ζει και να βασιλεύει, αλλά να έχει βρει και τους «διαδόχους» της, τους «εισαγγελικούς» ασθενείς. Και το πιο δυσάρεστο ίσως συμπέρασμα είναι το ότι, αν τα Γενικά Νοσοκομεία είχαν αυτή τη δυνατότητα πίεσης και αποφυγής της εμπλοκής με την συγκεκριμένη ομάδα, πιθανότατα θα το είχαν κάνει.

Μια δεύτερη προοπτική, πιστή στη φιλοσοφία που θέλει το υποκείμενο να εξατομικεύεται, και τη διαδικασία να δημοκρατικοποιείται, θα ήθελε το πλαίσιο να λειτουργήσει (ή να προσπαθήσει να λειτουργήσει) ακριβώς στο όριο των δεσμεύσεων που έχει αναλάβει. Σε μια ιδεατή μορφή, αυτό σημαίνει ότι η δομή θα προσπαθήσει να εντάξει και να ενσωματώσει τα «νέα δεδομένα» στο ιδεολογικό, και κατ' επέκταση στο εργαλειακό continuum, στην «προ σεισμού» ταυτότητά του. Η αντιμετώπιση, δηλαδή, της νέας αναλυτικής κατηγορίας να υπακούει τουλάχιστον στη δομική αρχή της αξιοπρέπειας του υποκειμένου.²⁸¹ Αυτό, όμως, σημαίνει την ανάληψη από το πλαίσιο μιας διπλής δέσμευσης. Κατ' αρχή, δέσμευση απέναντι στα υποκείμενα, και αφετέρου, δέσμευση απέναντι στην ίδια του την ταυτότητα. Δηλαδή, πολύ απλά, να αναλάβει την ευθύνη των πράξεών του. Και αυτό μπορούσε να γίνει μόνο καθορίζοντας με σαφήνεια τον χαρακτήρα του. Χαρακτήρας που το βασικό αναδυόμενο χαρακτηριστικό του είναι το «θεραπεύειν» και σίγουρα όχι το «εγκλείειν». Η δυνατότητα, δηλαδή, όχι μόνο του Γενικού Νοσοκομείου, αλλά οποιασδήποτε -θεραπευτικής- δομής να αποσαφηνίσει ακριβώς αυτό που υποτίθεται ότι είναι υποχρεωμένη να κάνει θα καταδείκνυε

²⁸⁰ Όπως είναι αναμενόμενο, έγιναν προσπάθειες για την άρση της συμμετοχής των Γενικών Νοσοκομείων στο καθεστώς των ακούσιων νοσηλείων. Οι προσπάθειες, όμως, συντονισμού των εμπλεκόμενων νοσοκομείων -κατά την γνώμη μας- αφενός είχε τελείως αποσπασματικό και «σπασμωδικό» χαρακτήρα, και αφετέρου, αντιμετώπισε την ισχυρή αντίσταση των εμπλεκόμενων υπηρεσιών, αλλά και τις αντιρρήσεις των «μεγάλων» ψυχιατρείων. Αλλά και η άρνηση (στην αρχική περίοδο εφαρμογής του μέτρου κυρίως) από κάποιους εφημερεύοντες ψυχιάτρους να δεχθούν συγκεκριμένα περιστατικά, είτε οδήγησε στην «απειλή» προσαγωγής τους στην αυτόφωρη διαδικασία (η άρνηση νοσηλείας «εισαγγελικού» αποτελεί πλημμέλημα), είτε σε μια «διαμάχη» με αντίστοιχες δομές, με αποτέλεσμα το φαινόμενο του «ανταγωνισμού» μεταξύ των δομών για το ποια θα «αποφύγει» το «βαρύ περιστατικό»!

²⁸¹ Για τις βασικές αρχές διαχείρισης της επικινδυνότητας στο πλαίσιο της νέας φιλοσοφίας απέναντι στην ψυχική διαταραχή, βλ. το κεφάλαιο «Το νομικό πλαίσιο: ψυχιατρική μεταρρύθμιση και ακούσια νοσηλεία», στο: Λειβαδίτης Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, ό.π., σσ. 421-440.

τουλάχιστον την αμφισημαντότητα της λειτουργίας που έχει αναλάβει να κάνει. Μια τέτοια –αδιανόητα δημοκρατική– συμπεριφορά ενέχει πολλούς κινδύνους. Και για τους «άλλους», αλλά κυρίως για το πλαίσιο. Γιατί, ένας «λυμένος» «εισαγγελικός», στην καλύτερη περίπτωση, μπορεί να φύγει από τον χώρο. Οι αποδράσεις των εισαγγελικών είναι αρκετά συχνό φαινόμενο. Στη χειρότερη, μπορεί να μείνει.

Σε αντίθεση με τις δύο προηγούμενες επιλογές, το πλαίσιο επέλεξε την τρίτη. Εμφάνισε ένα «αμάλγαμα» κατασταλτικών πρακτικών, πρακτικών εργαλειακού αλλά και συμβολικού ελέγχου, «διανθισμένων» με θεραπευτικές τεχνικές: ένα μόρφωμα συμπεριφορών που περιέχει την καταστολή, την εξουδετέρωση και τη θεραπεία. Η συνειδητοποίηση αυτού του γεγονότος ίσως είναι και το πρώτο βασικότερο συμπέρασμα του συγκεκριμένου κειμένου. Δηλαδή, ο «εισαγγελικός» έδωσε την ευκαιρία να προβληθεί ένα μικρό «ρήγμα» στην αναπαράσταση ενός πλαισίου, ενός κατ' όνομα μεταρρυθμιστικού πλαισίου (μιας Μεταρρύθμισης, θα μπορούσαμε να γενικεύσουμε), το οποίο μέχρι εκείνη την στιγμή διατείνονταν ότι λειτουργούσε στα πλαίσια μιας άκρατης θετικότητας απέναντι στην ψυχική ασθένεια. Όχι απλά μιας επίπλαστης θετικότητας, αλλά μιας θετικότητας η οποία «ανάβλυζε εκ των έσω», από ένα σύστημα του οποίου η φιλοσοφία, η ιδεολογία, η κουλτούρα, οι θεμελιακές του θέσεις, αναπαραστάσεις και πρακτικές είχαν αλλάξει δομικά: ο ψυχικά ασθενής σαν *υποκείμενο με όνομα*, δικαιωματικά συμμετέχων σε ένα κράτος πρόνοιας (αλλά και κράτος δικαίου) το οποίο διατείνεται –πια– ότι μπορεί να υποστηρίξει θεμελιώδεις ανθρώπινες αξίες. «Στο παραδοσιακό σύμπαν υπήρχε ακόμη ισορροπία του Καλού και του Κακού, σύμφωνα με μια διαλεκτική σχέση η οποία, ότι και αν γίνονταν, διασφάλιζε την σταθερότητα και την ισορροπία του ηθικού σύμπαντος...άρα καμιά υπεροχή του ενός απέναντι του άλλου. Η ισορροπία αυτή ακυρώθηκε από την στιγμή που υπάρχει ολική γενίκευση του Καλού (ηγεμονία του θετικού πάνω σε οποιαδήποτε μορφή αρνητικότητας, αποκλεισμός του θανάτου και κάθε εν δυνάμει αρνητικής δύναμης, ολοσχερής θρίαμβος των αξιών του Καλού)»²⁸² αναφέρει ο Baudrillard, προσδιορίζοντας το «κακό» σαν έναν εχθρό εν είδει «φαντάσματος», το οποίο διαχέεται και διαπερνά τα πάντα σαν ιός, αναδυόμενο μέσα από τα διάκενα δύναμης. Μεταφράζοντας, το «φάντασμα» της «νέο-ψυχιατρικής» -για εμάς- είναι η έννοια της επικινδυνότητας. Μια έννοια υπό όρους αυτόνομου μορφώματος, η οποία αποτελείται από

²⁸² Στο: Baudrillard J., *Το Πνεύμα της Τρομοκρατίας*, μτφ. Π. Μπουρλάκης, εκδ. Κριτική, Αθήνα, 2002, σ. 21.

συστήματα λόγων τα οποία διαχέονται μεταπηδώντας από «ξενιστή» σε «ξενιστή», με τον «Ψ» χώρο να έχει περιέλθει σε μια παράδοση θέση. Αφενός να προσπαθεί να εξουδετερώσει, αφετέρου να συνειδητοποιεί ότι η επικινδυνότητα αποτελεί μια δυναμική συνιστώσα αναφορικά με την ύπαρξή του. Με συνέπεια, η εξουδετέρωση να σημαίνει και τον κίνδυνο της απώλειας του δικού του λόγου ύπαρξης. «Έτσι θα μαραθεί η ζωηρή εικόνα του φλογερού Λόγου...Στα χέρια των ιστορικών πολιτισμών, θα απομείνουν πλέον μόνο τα κωδικοποιημένα μέτρα εγκλεισμού, οι τεχνικές της ιατρικής...»²⁸³ αναφέρει ο Foucault, προβληματοποιώντας τη θέση ότι η απαλοιφή της τρέλας από την ιατρική –ακόμα και στην περίπτωση που κάτι τέτοιο είναι εφικτό- θα σημάνει και την ουσιαστική εξαφάνιση της «γενικής μορφής της παράβασης», το πλαίσιο, δηλαδή, των (γλωσσικών) απαγορεύσεων, το οποίο μέχρι τώρα εξέφραζε η «τρέλα». «Η «νέα» ψυχιατρική, λειτουργώντας σε μια κατάσταση συνεπέστατη με την μπωντριγιαρική «κατάσταση προσομοίωσης»²⁸⁴, διαχειρίζεται την επικινδυνότητα, τον «εισαγγελικό» άρρωστο με σύνθετες πρακτικές καταστολής και εξουδετέρωσης²⁸⁵, αφενός προσπαθώντας να προσδιορίζει -την κάθε ιστορική στιγμή- τον εκάστοτε «φορέα» της, και αφετέρου τροποποιώντας και μεταλλάσσοντας τις διαχειριστικές πρακτικές. «Ποιο θα είναι άραγε το τεχνικό έρεισμα αυτής της μετατροπής; Μήπως η δυνατότητα της ιατρικής να θεραπεύσει τη νοητική ασθένεια όπως κάθε άλλο οργανικό πάθημα; Η ακριβής φαρμακολογική παρακολούθηση όλων των ψυχικών συμπτωμάτων; Ή ένας επαρκώς αυστηρός καθορισμός των παρεκκλίσεων της συμπεριφοράς ώστε η κοινωνία να έχει το περιθώριο να προβλέψει για κάθε μια από αυτές τον τρόπο

²⁸³ Στο: Derrida, J., Foucault, M., *Τρέλα και Φιλοσοφία*, ό.π., σ. 80.

²⁸⁴ Η υπερπαραγωγή, δομών, μοντέλων αντιμετώπισης της ψυχικής ασθένειας, θεωρητικών και μεθοδολογικών σχημάτων, θεραπειών, φαρμάκων, βιβλιογραφίας, όλη αυτή η «έκρηξη» ανακυκλωμένων δεδομένων, τα οποία –κατά πολλούς- δεν έχουν ουσιαστικό «αντίκρισμα» στον άρρωστο, μας παραπέμπουν χαρακτηριστικά στο συγκεκριμένο μοντέλο του Baudrillard, ο οποίος περιγράφει την «κατάσταση προσομοίωσης» σαν μια διαρκή, χωρίς νόημα αναπαραγωγή στοιχείων, μια κατάσταση προσποίησης: «Πρόκειται για την κατάσταση της πραγματοποιημένης ουτοπίας, όλων των πραγματοποιημένων ουτοπιών, όπου είσαι, παραδόξως, αναγκασμένος να εξακολουθήσεις να ζεις σαν να μην ήταν αυτές πραγματοποιημένες...Ζούμε μέσα στην απροσδιόριστη αναπαραγωγή ιδανικών, φαντασμάτων, εικόνων, ονείρων που βρίσκονται εφεξής πίσω μας και που πρέπει εντούτοις να τα αναπαράγουμε με ένα είδος μοιραίας αδιαφορίας». Στο: Baudrillard J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, ό.π., σσ. 10-11.

²⁸⁵ Άλλωστε, τα νέα μοντέλα αντιμετώπισης/διαχείρισης της κρίσης δίνουν βαρύτητα στην πρωτογενή πρόληψη, και κατά συνέπεια στην αποφυγή εκκίνησης της «εισαγγελικής διαδικασίας». Μέσα από την προοπτική του Baudrillard, αυτή η πρακτική δεν είναι τίποτα άλλο από μια προσπάθεια «πρωτογενούς αδρανοποίησης» ενός δυναμικού στοιχείου το οποίο παράγει (αλλά και εκτελεί) μέσα στο σύγχρονο Κοινωνικό. Στο: Baudrillard J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, ό.π., σσ. 119-137.

εξουδετέρωσης που της αρμόζει; Ή άλλες τροποποιήσεις από τις οποίες πιθανώς καμιά δεν θα καταργήσει πραγματικά τη νοητική ασθένεια, αλλά όλες θα έχουν σκοπό να εξαλείψουν από τον πολιτισμό μας το πρόσωπο της τρέλας;»²⁸⁶ Κατ' εμάς, η θέση του Foucault εμπεριέχει μια μεγάλη δόση αλήθειας. Φαίνεται ότι η «νέα» ψυχιατρική, μέσα από τις φαινομενικές αναβαθμίσεις της (φαινομενικές, έτσι όπως φάνηκαν ότι είναι μετά την παρείσφρηση των «εισαγγελικών») ουσιαστικά εξυπηρετεί, όχι την απαλοιφή, αλλά την εκλεκτική διαχείριση της «τρέλας» με ένα τρόπο που –τουλάχιστον στην ελληνική πρακτική και ιδεολογία– δεν έχει απαλλαγεί από τις παλιές αναπαραστάσεις.

Και αυτό μας οδηγεί στο δεύτερο βασικό συμπέρασμα: Στο ότι δεν έχουμε κόψει ακόμη το κεφάλι του Βασιλιά. Ο Βασιλιάς-Άσυλο²⁸⁷, μέσα από την ιστορική αναπαράστασή του σε σχέση με την διαχείριση της τρέλας σαν αναλυτική κατηγορία, ζει και βασιλεύει. Εξακολουθεί να παράγει αναπαραστάσεις ή, αντίθετα, να συγκεντρώνει στο «πρόσωπό» του τις –ακόμα ισχύουσες– αναπαραστάσεις, τις ενδοβολές και προβολές του κοινωνικού συλλογικού αναφορικά με τη ψυχική ασθένεια: τι ακριβώς σημαίνει τρελός για εμάς. Το συμπέρασμα αυτό συμπαρασύρει δύο βασικές διαπιστώσεις. Αφενός το ότι η ιστορικά διαμορφωμένη αναπαράσταση της τρέλας συνεχίζει να διατηρεί κάποια (κατά την γνώμη μας, τα βασικότερα και περισσότερο πρωτόλεια) σημεία, όχι μόνο στο «κοινωνικό συλλογικό», αλλά και στην συνείδηση των επαγγελματιών εκείνων οι οποίοι διατείνονται ότι τα έχουν εξουδετερώσει, αντιστρέψει, ή –το λιγότερο– τα έχουν κριτικά ελέγξει. «Μα καλά, δεν το νοιώθεις ότι είναι *killer*;» μου λέει μια συνάδελφος, όταν προτείνω μια διαφορετική προσέγγιση για τον –ακόμα δεμένο– κύριο Ι. Το κακό είναι ότι όντως το νοιώθω. Έτσι, σε μια «μετα-προσέγγιση» (αν επιτρέπεται η νεολογία) του γεγονότος, δεν μπορώ παρά να μην αναγνωρίσω ότι και εγώ (ο «ερευνητής» εν προκειμένω) υπακούω στο ίδιο δυναμικό, στο ίδιο «πλέγμα» το οποίο προσπαθώ να περιγράψω, να ερμηνεύσω και, εν τέλει, να αποδομήσω. Και παρ' όλη την συνειδητοποίηση της μη δυνατότητας μιας εναλλακτικής, δεν παύει να είναι ένα ιδιαίτερα στενάχωρο συμπέρασμα.

Αφετέρου, οι «νέες πρακτικές», όσο και αναβαθμισμένες να παρουσιάζονται, ουσιαστικά φαίνεται να υπακούουν στην ίδια δομική αναπαράσταση του τρελού,

²⁸⁶ Στο: Derrida, J., Foucault, M., *Τρέλα και Φιλοσοφία*, ό.π., σ. 80.

²⁸⁷ Ομολογουμένως με δισταγμό, τολμούμε να παραφράσουμε τον «Βασιλιά Σεξ» του Foucault: Στο: Foucault M., *Εξουσία, Γνώση και Ηθική*, μτφ. Ζ. Σαρίκας, εκδ. Ύψιλον, Αθήνα, 1987, σ. 71.

σημασιοδοτημένη κάτω από τις έννοιες της επικινδυνότητας και της α-προβλεψιμότητας. Επιπλέον, τα ιδιοσυστατικά στοιχεία του νέου συστήματος φαίνεται ότι υπακούουν σε μεγάλο βαθμό στο φουκωϊκό μοντέλο αναφορικά με τη δομή του πλέγματος εξουσίας, όπως έχει αυτό διαμορφωθεί στην εποχή της ύστερης νεοτερικότητας και της μετά-νεοτερικότητας. Η ψυχιατρική, όχι απλά εξακολουθεί, αλλά ίσως έχει αναβαθμιστεί αναφορικά με τον «διπλό» της ρόλο ο οποίος προσπαθεί να συνδυάσει θεραπευτικά και διαχειριστικά μοντέλα.

17. «Πατρίς, Θρησκεία, Οικογένεια»: τα Μεγάλα Αφηγήματα

Ο Ι.Γ. είναι 70 χρονών, από την περιοχή της Λαμίας. («Είμαι από την Λαμία...μέσα...έχω και εγώ ένα Παναγιώτη, εγγόνι, από την κόρη μου...32 είναι, εγώ 71...μένω με την κυρά...είναι κανά-δυό χρόνια μεγαλύτερη...έχω και άλλα τέσσερα εγγόνια, και από τον γιό...όλοι δίπλα μένουμε, να, ένας φράχτης...» αναφέρει). Νοσεί από χρόνια, ενώ έχει νοσηλευτεί πολλές φορές με εισαγγελική παραγγελία σε πολλά από τα ψυχιατρικά καταστήματα. («...με είχαν πάει πριν 20 χρόνια, εκεί στα «παλιά»...(εννοεί το «Δαφνί») και κάνουν να με βάλουν μέσα...τι να δω; όλοι **ξεβράκωτοι, πηγαινοέρχονταν και μουρμουρίζανε**. Και όπως κάνει να μου βγάλει τις χειροπέδες, κάνω μια, και δρόμο...πεντακόσια, χίλια μέτρα, αλλά με πρόλαβε ο μπάτσος, μου έβαλε μια τρικλοποδιά, και μετά...**μαύρο με κάνανε**»). Στον συγκεκριμένο χώρο είναι η πρώτη του («εισαγγελική») νοσηλεία. («Μου λέει ένα καθίκι: «σου γαμώ την μάνα». Ότι άλλο, **αλλά όχι την μάνα**, αυτή που μας βύζαξε, όχι...και του λέω: «κοίτα ρε συ εκεί»...και όταν γύρισε, νταπ, νταπ (δείχνει), τον ξάπλωσα...Ήρθαν οι μπάτσοι και με πήρανε («με χειροπέδες») ναι, ναι, μαζί και με άλλους...Πολλές φορές, ούτε που θυμάμαι πόσες...και στο Δαφνί, και παντού» αναφέρει). Πέρασε όλη τη ζωή του στη Λαμία, ασχολούμενος με περιστασιακά επαγγέλματα. («...παπούτσια, έφτιαχνα παπούτσια (σκύβει και κάνει πως καθαρίζει τα παπούτσια του)...και «κοράκι» (χτυπάει τον ώμο του)...κουβάλαγα την κάσα...(«δύσκολη δουλειά»)...μμ, ναι, αλλά καλά λεφτά, πολύ καλά...πηγαίνανε μπροστά τα εμβτήρια και από πίσω η κάσα, για να κρατάν το βήμα, αν το χάνεις, χοροπηδάει και σου πληγιάζει τον ώμο...).

Στην αρχή της νοσηλείας του ήταν «ιδιαίτερα ανήσυχος και προβληματικός», διαβάζει κανείς στις λογοδοσίες του, ενώ αργότερα «ευτυχώς έστρωσε» ακούει κανείς. Ο Ι.Γ. «κυκλοφορεί» στο χώρο ντυμένος πάντα με μια παλιά στρατιωτική στολή με τα διακριτικά των ειδικών δυνάμεων και ένα μαύρο περιβραχιόνιο πένθους στο μανίκι.

«Την έχω από τότε...που πήγα **εθελοντής**...στον Γράμμο, το '40...τέσσερα χρόνια έμεινα...εικοσιδυό χιλιάδες σταυροί από τα παιδάκια που πεθάνανε...εγώ ξέρεις πως την γλύτωσα; Κάθε μέρα, πρωί-βράδυ, έλεγα δέκα φορές το «Πάτερ Υμών» και άλλες δέκα το «Πιστεύω»...». «είναι για **την μανούλα μου, για τον πατερούλη μου και τον αδερφούλη μου**...» αναφέρει για το πένθος. Η μητέρα

του πέθανε το 1985, ο πατέρας του «...στον πόλεμο...άφησε δύο κορίτσια και δύο παιδιά (εννοεί, αγόρια)...τέσσερα ορφανά παιδάκια...», ενώ ο αδελφός του πριν από μια δεκαετία περίπου. Ο Ι.Γ. επιμένει να φοράει την στολή και το πένθος μέχρι την έξοδό του από την κλινική.

Ο κύριος Μ. είναι ένας 60χρονος ναυτικός, με διάγνωση «διπολική διαταραχή» (γνωστή ως «μανιοκατάθλιψη»), ο οποίος νοσηλεύεται, συνήθως με «εισαγγελική», όταν βρίσκεται σε φάση μανίας. Παντρεμένος και χωρισμένος πολλά χρόνια, έχει ένα γιο, ενώ δεν έχει καλές σχέσεις ούτε με την πρώην σύζυγό του, ούτε με τον γιο του, και μάλλον ούτε με τους υπόλοιπους συγγενείς του.

«...ο ένας ο αδερφός μου, μου κάνει συνέχεια εισαγγελικές...θέλει να μου πάρει το σπίτι...έχω καλό, ακριβό σπίτι...ο γιος μου («είσαστε παντρεμένος;»)...όχι πια, χώρισα, εδώ και είκοσι χρόνια...άσε ρε, την έπιασα με τον γκόμενο στον καναπέ, **από τότε αρρώστησα**...και ο γιος μου, τίποτα...τον παίρνω τηλέφωνο, του λέω «καληνύχτα παιδάκι μου» και αυτός μου το κλείνει χωρίς να πει κουβέντα...τέσσερις ήμασταν (λέει για τα αδέλφια)...εγώ του '46, ο άλλος του '44, ο μικρός του 50' και ο μεγάλος του 42'...ο τρίτος πέθανε και άφησε δύο παλικάρια, να κοιτά (δείχνει μια φωτογραφία που έχει στο πορτοφόλι του), τον αγαπούσα, κοίτα, κοίτα...και ο μικρός μου κυνηγάει τη γυναίκα...ενώ και ο μεγάλος ο πούστης κοιτάει να μου φάει και τα λεφτά και τη γυναίκα».

Ο κύριος Μ, προτιμάει να «καταθέτει» μια διαφορετική εκδοχή της προσαγωγής του: «...όχι μωρέ, εμένα η αστυνομία; Ο φίλος μου ο **συνταγματάρχης** με έστειλε...με εμπιστεύεται, μου αφήνει και τα κλειδιά από το γραφείο του, μόνο σε μένα...αυτός με έστειλε εδώ, μου είπε: «πήγαινε να κάνεις τις εξετάσεις σου...»

Και ο κύριος Μ. στην αρχή της νοσηλείας του ήταν «ιδιαίτερα ανήσυχος». «Ξέρεις πως ήταν όταν είχε πρωτοέρθει;» μου λέει μια συνάδελφος. «Χάλια...ενοχλούσε, έβριζε...ήταν δεμένος από το πόδι...θυμάσαι καπετάνιε;» τον ρωτάει. «Ου,ου, άσε μην μου τα θυμίζεις», απαντάει. Ο Κύριος Μ., έχει και αυτός συγκριτικό σημείο αναφοράς, από άλλες δομές και παλιότερες νοσηλείες: «Εδώ, ουσιαστικά καλύτερα και από το Ωνάσειο...να έχεις δική σου τουαλέτα... («έχετε νοσηλευτεί και αλλού;»)...άσε μην το κουβεντιάσεις...ξύλο, φασίνα, άστα...Μου λέει ένας: «καθάρισε ρε πούστη την τουαλέτα, γιατί δεν καθαρίζεις;» «Ναι, θα το κάνω», και χωρίς να κάνω τίποτα, χωρίς αφορμή, με πλάκωσε, με άρχισε στις γρήγορες, μου χώνει και το κεφάλι στον καμπινέ, άσε, Νταχάου...» και συνεχίζει: «καλά είναι

εδώ, αν και κάποιοι άλλοι είναι βρωμιάρηδες, τα σκουπίδια κάτω, οι τουαλέτες βρώμικες... («ίσως να μην το θέλουνε, να μην το κάνουν επίτηδες» του απαντάω) «Ναι μωρέ, μπορεί...Και είναι τόσο καλά, ούτε φασίνα, ούτε αγγαρείες, ούτε τίποτα...»

Ο Β.Π. είναι 37χρονος μετανάστης από την Αλβανία. Ζει εδώ και μια 10ετία περίπου στην Ελλάδα, κάπου στην ανατολική Αττική, με τη γυναίκα του και τα δύο παιδιά του. Ο αδελφός του, ο οποίος επίσης μένει πολλά χρόνια στην Ελλάδα, αφηγείται: «Μια χαρά είμαστε εδώ...με πράσινη κάρτα, όλα κανονικά», «...καλά ήταν, μέχρι που έκανε τη χαζομάρα και σταμάτησε τα φάρμακα...και έγινε έτσι...Και παλιότερα είχε μια κρίση, αλλά τόσο καιρό τώρα ήταν μια χαρά...και στην Αλβανία, εκεί που ξεκίνησε το πρόβλημα, και εκεί είχε μπει (εννοεί στο νοσοκομείο)...» συνεχίζει ο αδελφός. «Δεν είναι έτσι...(αναφέρεται στην εικόνα του Β.Π. στην αρχή της νοσηλείας), είναι δουλευταράς...όλο ψάχνει...τίποτα δεν τους έχει λείψει. Τώρα, μόνο αυτό του έχει μείνει (εννοεί το «θρησκευτικό» παραλήρημα).

Ο Β.Π., τις τελευταίες μέρες της παραμονής του στο χώρο, είναι «υπόδειγμα ασθενούς»: ευγενικός, λειτουργικός, δεκτικός στην αγωγή (και τις υποδείξεις του προσωπικού), μιλάει μόνο Ελληνικά και δεν είναι καθόλου, μα καθόλου επικίνδυνος. Το μόνο που παραμένει είναι το έντονο «θρησκευτικό» παραλήρημα, το οποίο «αναδύθηκε» μετά την υποτροπή. «...καλά είμαι τώρα, καλύτερα... («μου είπαν ότι στην αρχή ήσασταν...») (με σταματάει). «Ου, φορτωμένος...αλλά δεν το ήθελα...δεν το καλοθυμάμαι («χάνεται» για λίγο)...ήθελα όλοι να είμαστε μαζί, σε ένα πνεύμα». Μετά από λίγο: «Δεν έχω βαπτιστεί ακόμα... («θα ήθελες;») ...ναι, πολύ». Λίγες μέρες πριν, έρχεται αγχωμένος: «Να σου πω λίγο; Ιδιαίτερος; Αύριο είναι της Αναλήψεως. Πρέπει να πάω στην Εκκλησία...οπωσδήποτε, είναι πολύ σημαντικό...και εγώ, σαν τον Ιησού, πέθανα, ανέβηκα εκεί πάνω και μετά αναστήθηκα...θα σκάσω, έχω τόσες μέρες να πάω, δεν ξέρω τι θα κάνω...να σου πω, να μαζέψουμε μια ομαδούλα, εκεί, δέκα άτομα, όποιος θέλει, και να πάμε; (του εξηγώ για τις δυσκολίες)...σε παρακαλώ αδελφέ, δεν θέλω να πηδήξω από το παράθυρο και να το σκάσω, δεν θέλω να φέρω πρόβλημα...»

Οι παραπάνω «εκδοχές» της πραγματικότητας, οι δομημένες αφηγήσεις, έτσι όπως ανα-πλαισιώνονται με σκοπό να προσδιορίσουν την προσωπική «ενδεχομενικότητα» των ανθρώπων αυτών, έρχονται και αντιπαραβάλλονται με τη «ψυχιατρική ερμηνευτική»: σαν ένα «παιγνίδι εξουσίας» με διακύβευμα το σημαινόμενο, σαν μια παρτίδα σκάκι, του οποίου τα πιόνια είναι οι σημασίες της

γλώσσας: οι λέξεις, και τι θέλουνε να πούνε οι λέξεις. Για τη θετικιστική ψυχιατρική, η παλινδρόμηση του Β.Π. στη θρησκεία πιθανόν να μην αποτελεί παρά μια παραληρητική εκδοχή της ψύχωσης από την οποία πάσχει. Αναφορικά με τον κύριο Π., η ψυχιατρική πιθανόν να μίλαγε –μέσα από μια ψυχοδυναμική προοπτική– για σχάση του Εγώ και για προβολικούς μηχανισμούς που δημιουργούν τον «καλό» και τον «κακό» αδελφό, ενώ, ή θα ανάγαγε στα δικά της ερμηνευτικά σχήματα ή θα απέρριπτε το παραλήρημα. Στο κάτω-κάτω, ο αδελφός του δεν του έχει κάνει τίποτα. Ακόμα και μέσα από μια κοινωνιολογική/ψυχολογική προσέγγιση, η αδιαφορία του γιου θα μπορούσε να ερμηνευτεί σαν ένα ακόμα *burnout* σύμπτωμα του «φροντιστή» προς το άρρωστο μέλος²⁸⁸. Ο Ι.Γ. σαφώς και δεν είναι πεζοναύτης. Επίσης, φοράει το μαύρο περιβραχιόνιο του πένθους μάλλον αρκετό καιρό. Το DSM προσδιορίζει πολύ καλά την τάση που έχουν κάποιοι «σχιζότυποι» χαρακτηρισολογικοί τύποι προσωπικότητας για ιδιαίτερο ντύσιμο και συμπεριφορά. Οι ερμηνείες είναι δυνητικά ατελείωτες. «Μέσα στην σιωπή της αρχέγονης συνείδησης φανερώνεται όχι μόνο τι θέλουνε να πούνε οι λέξεις, μα και τι θέλουνε να πούνε τα πράγματα, ο πυρήνας πρωταρχικής σημασίας γύρω από τον οποίο οργανώνονται οι πράξεις ονομασίας και έκφρασης»²⁸⁹ αναφέρει ο Merleau-Ponty, θέτοντας το πρόβλημα της αναγωγής της πραγματικότητας και της εμπειρίας του εαυτού και του κόσμου: «Η αναζήτηση της ουσίας του κόσμου δεν είναι η αναζήτηση του τι είναι σαν ιδέα, άπαξ και τον υποβιβάσαμε σε θέμα του λόγου (*discours*), είναι αναζήτηση του τι πραγματικά είναι για εμάς πριν από κάθε θεματοποίηση»²⁹⁰. Μέσα από αυτή την προοπτική, η «Ψ» θεματοποίηση της βιωμένης εμπειρίας, αλλά και της «αφηγημένης εκδοχής» του Β.Π., του Ι.Γ., του κυρίου Μ. αφενός χάνει το αναφορικό σημείο επαφής, το «επικοινωνιακό σημαϊνόμενο» που κάλλιστα θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σαν

²⁸⁸ Μια σημαντική παράμετρος που συμβάλει στην μη αποδοχή/απόρριψη των ψυχικά ασθενών από τις οικογένειές τους, είναι το φαινόμενο της υπερκόπωσης (*burnout*) των οικογενειών οι οποίες φροντίζουν ένα μέλος τους που πάσχει από μια χρόνια και σοβαρή ψυχική διαταραχή. Η υπερκόπωση αναφέρεται τόσο στην αντικειμενική παράμετρο (επένδυση χρόνου, οικονομική επιβάρυνση), όσο και στην υποκειμενική παράμετρο, η οποία αναφέρεται στην υποκειμενική εκτίμηση της επίδρασης που έχει η παρεχόμενη φροντίδα στην ζωή της οικογένειας, κάτι που φαίνεται να εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τους πόρους της οικογένειας, τα κοινωνικά στηρίγματα που διαθέτει, τον βαθμό σωματικής και ψυχικής υγείας των υπολοίπων μελών, τις ψυχολογικές «αντοχές» τους και τις δεξιότητες στην αντιμετώπιση αντίξοων συνθηκών. Για περισσότερα, βλ. στο: Atkinson, J. M., Coia, D. A., *Families Coping With Schizophrenia: A Practitioners Guide to Family Groups*, εκδ. John Wiley and Sons, New York, 1995.

²⁸⁹ Στο: Merleau-Ponty M., *Προοίμιο στην «Φαινομενολογία της Αντίληψης»*, μτφ. Φ. Καλλία, εκδ. Έρασμος, Αθήνα, 1977, σ. 34.

²⁹⁰ Στο: Merleau-Ponty M., *Προοίμιο στην «Φαινομενολογία της Αντίληψης»*, οπ.π., σ. 34.

«δίαυλος επικοινωνίας» με αυτούς τους ανθρώπους, αλλά, επίσης, χάνεται και η – για πολλούς άχρηστη- ευκαιρία για μια διαφορετική ανάγνωση, εν τέλει μια διαφορετική συνδιαλλαγή με τα προσωπικά ερμηνευτικά σχήματα: με το «πως» έχουμε μάθει τον εαυτό μας να ερμηνεύει. «Η νόηση... παίρνει απόσταση για να δει να αναβλύζουν οι υπερβάσεις, τεντώνει τα νήματα αναφορικότητας που μας δένουν με τον κόσμο για να τα φανερώσει, αυτή μόνο είναι η συνείδηση του κόσμου γιατί το αποκαλύπτει ξένο και παράδοξο...»²⁹¹ λέει ο Merleau-Ponty, προτείνοντας έναν κόσμο ο οποίος να προκαλεί έκπληξη στο υποκείμενο, αντί να καθίσταται *εμφυής* στο υποκείμενο.

Υπό αυτό το πρίσμα, η προσέγγιση της βιωμένης εμπειρίας των ανθρώπων αυτών μπορεί να υποδείξει μια διαφορετική οπτική γωνία του «παραληρηματός» τους: αυτή, των έτοιμων «παραληρητικών» σχημάτων μέσα από την προοπτική της λειτουργίας τους σαν μεγάλα αφηγήματα, των οποίων η σύσταση και η χρησιμότητα έχει παγιωθεί και φυσικοποιηθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε να χρησιμοποιούνται σαν «έτοιμα πιάτα» πάνω στα οποία προβάλλεται το παραληρητικό (δηλαδή, καθ' ημάς, το παθολογικό) περιεχόμενο το οποίο αποτελεί και την πιο απτή απόδειξη μιας ψυχοπαθολογίας. Δηλαδή, κάποια από τα μεγάλα αφηγήματα, όχι μόνο δεν διυλίζονται μέσα στην παραληρητική γνωστική λειτουργία, αλλά, αντίθετα, φαίνεται πως αποκτούν μια ιδιότυπη χρησιμότητα: λειτουργούν σαν «δοκοί στήριξης» μιας φθαρμένης ταυτότητας, μιας ταυτότητας που μέσα στο διασπαστικό παραλήρημά της, χρησιμοποιεί αυτά τα αφηγήματα-προϊόντα συγκεκριμένων εξουσιαστικών μοντέλων/τεχνικών. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, ο στρατός, η εκκλησία, η οικογένεια μπορούν, και αποτελούν μορφοποιημένα κοινωνικά σχήματα με πολύ συγκεκριμένη χρησιμότητα μέσα στο (παραγωγικό, και όχι μόνο) πλαίσιο εξουσίας. Η παραληρητική λογική, δηλαδή, «δανείζεται» τα μεγάλα αφηγήματα, ακριβώς με σκοπό να μπορέσει να δομήσει την –κατ' αυτή- αναγκαία συνοχή του υποκειμένου, και την –κατ' εμάς- παθολογική ταυτότητα. Οπότε, αν εκκινήσουμε από την θέση που θέλει τα μεγάλα αφηγήματα να είναι ακόμα ένα «προϊόν» το οποίο εξ-υπηρετεί την κοινωνική συνοχή (την κοινωνική συμμόρφωση, θα έλεγε ένας κοινωνικός ψυχολόγος), μπορούμε να πάρουμε μια ιδέα για το πόσο βαθιά μπορεί να φτάσει η παρείσφρηση του κοινωνικού –όχι μόνο στο να διαπεράσει την υγιή ταυτότητα- αλλά να δομήσει και

²⁹¹ Στο: Merleau-Ponty M., *Προοίμιο στην «Φαινομενολογία της Αντίληψης»*, ό.π., σσ. 30-31.

την «παθολογική» ταυτότητα. Αλλά το πιο εντυπωσιακό ίσως συμπέρασμα είναι ακριβώς το ότι η -για εμάς- διαταραγμένη σκέψη, ο «παθολογικός εαυτός», ακόμα και όταν απομακρύνεται από την «νόρμα», οργανώνεται και συγκροτείται με βάση έτοιμα μορφώματα, μορφώματα των οποίων η σταθερότητα πολλές φορές έχει ελεγχθεί ως ιδιαίτερα κρίσιμη για τη διατήρηση της νέο-αστικής κοινωνικής οργάνωσης, της «καθεστηκυίας τάξης» εν τέλει. Έτσι, ο Ι.Γ. οργανώνει την «παθολογική»-παραληρητική του σκέψη, συγκεντρώνει την φθαρμένη του ταυτότητα γύρω από την αναλυτική κατηγορία «καταδρομέας», ο Β.Π. γύρω από την Θρησκεία και την αναλυτική κατηγορία «θεοσεβούμενος Χριστιανός» ο κύριος Μ. γύρω από την αναλυτική κατηγορία «πρώην σύζυγος/πατέρας/αδελφός», γύρω από την Οικογένεια.²⁹² Με άλλα λόγια, η «παθολογική» ταυτότητα συγκεντρώνεται πάλι γύρω από ένα ελέγξιμο σημείο, ένα σύστημα λόγων και αφηγημάτων το οποίο υπακούει σε μια εξωτερική αρχή, σε μια αναφορική διάσταση, η οποία παράγει συγκεκριμένα μοντέλα συνδιαλλαγής.

Ας ξαναγυρίσουμε για μια φορά ακόμα στον Laing: «...το κάθε άτομο επιδρά πάντοτε στους άλλους και δέχεται την επίδραση των άλλων. Υπάρχουν πάντοτε και οι άλλοι. Κανείς δεν ενεργεί ή βιώνει μέσα σε κενό... Ένας άντρας χρειάζεται μια σύζυγο για να γίνει σύζυγος, ο άντρας της. Ένας εραστής χωρίς ερωμένη είναι απλώς δυνητικός εραστής. Πρόκειται για τραγωδία ή κωμωδία, ανάλογα με την σκοπιά του καθένα. Όλες οι «ταυτότητες» απαιτούν κάποιον άλλο: με, και μέσα από, τη σχέση με κάποιον άλλο πραγματώνεται η αυτό-ταυτότητα»²⁹³ αναφέρει ο Laing, ο οποίος περιγράφει τη διάσταση «υγείας»-«τρέλας» μέσα από τη παραδοξότητα της εμπειρίας, αλλά και της διάζευξης των εμπειριών των υποκειμένων. Αν προσπαθήσουμε τώρα να «βάλουμε στην θέση» του Άλλου το – παραληρητικό, κατ' εμάς- αφήγημα, μια νέα προοπτική ανοίγεται. Ακόμα και ο «ψυχωτικός», μέσα από το παραλήρημά του, «χτίζει» την εικόνα του, την εμπειρία

²⁹² Σύμφωνα με τον Laing, ο θεσμός της οικογένειας –υπό όρους «δηλωμένου δημόσιου συμβάντος» (το «δηλωμένο συμβάν» αναφέρεται κυρίως στην κοινωνική επικύρωση/πιστοποίηση του θεσμού, για παράδειγμα η γαμήλια τελετή)- όταν δεν συμβαδίζει με τη δομή της προσωπικής εμπειρίας, έχει σαν απόρροια την «παθολογικοποίηση» του ατόμου. Αν το άτομο είναι θεσμικά παντρεμένο, αλλά δεν νοιώθει παντρεμένο (ή το αντίστροφο), η εμπειρία «ψυχιατρικοποιείται». «Αν οι επιθυμίες μας, τα συναισθήματά μας, οι πόθοι, οι ελπίδες, οι φόβοι, η αντίληψη, η φαντασία, η μνήμη και τα όνειρά μας δεν ακολουθούν τον νόμο, τότε θεωρούνται έξω από αυτόν, αφορίζονται... Αν ο «ασθενής» αρνηθεί να αποδεχθεί το δημόσιο ορισμό της κατάστασης, αποδεικνύεται ότι κατατράχεται από την παρανοϊκή ψευδαίσθηση ότι καταδιώκεται από την προσπάθειά μας να το βοηθήσουμε να συνειδητοποιήσει ότι *δεν* καταδιώκεται.» Στο: Laing R., *Η Πολιτική της Οικογένειας*, μτφ. Ι. Ραλλίδης, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1975, σσ. 92-93.

²⁹³ Laing R., *Ο Εαυτός και οι Άλλοι*, ό.π., σ. 94.

του, την συνοχή του, την εξελικτική του μέσα από τα «σύμβολα εξουσίας», εν τέλει μέσα από έναν ιδιότυπο σημαντικό Άλλο. «Καρικατούρες», πιθανόν να λέγαμε εμείς. «Ασφάλεια» πιθανόν να έλεγε αυτός. Αυτοί οι σημαντικοί και αγαπημένοι «Άλλοι», ο συνταγματάρχης, ο Θεός, η οικογένεια ίσως είναι βασικότατα αναφορικά συστήματα, «δάνεια» λέξεων και αφηγημάτων τα οποία εξυπηρετούν, όχι μόνο την συνοχή της ταυτότητας, αλλά κυρίως την συνδιαλλαγή. Την επικοινωνία με εμάς, τους άλλους Άλλους. Η Ρ. δεν τα κατάφερε και τόσο καλά. Οι υπόλοιποι τα πήγαν καλύτερα, και μας προσέφεραν μια «εκδοχή». Δυστυχώς, η «εκδοχή» τους είναι παθολογική. Άρα, «προς αντικατάσταση».

Όταν ο Ι.Γ. «παίρνει εξιτήριο», κλαίγοντας και ευχαριστώντας, προσπαθεί να φιλήσει τα χέρια του προσωπικού. Των θεραπειών. Επιτέλους, η ψυχιατρική τα κατάφερε. Αποδόμησε, διύλισε, εξουδετέρωσε τον παραληρητικό και παθολογικό, τον φανταστικό, τον μη μετρήσιμο «Άλλο», και πήρε αυτή τη θέση του «Άλλου-φαντάσματος». Όχι πια ο συνταγματάρχης, ο καταδρομέας, ο καλός και ο κακός αδελφός, η μητέρα και ο αδελφός που έχει πεθάνει, ο Ιησούς. Τώρα υπάρχει στο πλάι του ένας «Άλλος» υγιής, που μπορεί να γίνει και μητέρα και γιος και αδελφός, και συνταγματάρχης. Και ίσως και Θεός.

18. Κάποια συμπεράσματα

Είναι παράδοξο να γίνεται η αναδρομική επισκόπηση ενός έργου για το οποίο δεν υπήρχε η προϋπόθεση να πραγματοποιηθεί...Πρέπει κανείς να προφασιστεί πως το έργο υπήρχε πριν από αυτό το ίδιο και πως προοιωνίζε το τέλος του ήδη από την αρχή» μας αναφέρει ο Baudrillard στην εισαγωγή του έργου του «Η Έκσταση της Επικοινωνίας».²⁹⁴ Μέσα από μια προσωπική ανάγνωση, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι οι ίδιες συνιστώσες που συμμετέχουν στη λήψη μιας απόφασης, οι «εναρκτήριοι συνιστώσες», είναι αυτές που ουσιαστικά προδικάζουν, τόσο την πορεία, όσο και το «τέλος» του εγχειρήματος. Αν επιχειρήσουμε να μεταφράσουμε την παραπάνω δήλωση με το «λεξικό» που προέκυψε από τα δεδομένα του συγκεκριμένου κειμένου, δεν μπορούμε παρά να διαπιστώσουμε ότι όχι απλά ότι η Ελληνική Μεταρρύθμιση ψυχορραγεί, αλλά ότι δυστυχώς γνώριζε αυτή την κατάληξη ακόμα και πριν γεννηθεί. «...σήμερα, με την ανάδυση του ενύπαρκτου συγχρωτισμού και της διηνεκούς διασύνδεσης όλων των δικτύων πληροφόρησης και επικοινωνίας, έχουμε μπει σε μια νέα μορφή σχιζοφρένειας...μια κατάσταση τρόμου που χαρακτηρίζει τον σχιζοφρενή, μια υπερ-γεινίαση όλων των πραγμάτων, ένας ρυπαρός συγχρωτισμός όλων των πραγμάτων που τον πολιορκούν και τον διαπερνούν χωρίς να συναντούν καμιά αντίσταση, καμιάν άλω...ο σχιζοφρενής είναι ανοικτός σε οτιδήποτε, παραβλέποντας τον εαυτό του...δεν χαρακτηρίζεται...από την απώλεια της επαφής του με την πραγματικότητα, αλλά από εκείνη την απόλυτη γεινίαση...εκείνη την υπερβολική έκθεση στη διαφάνεια του κόσμου»²⁹⁵ συνεχίζει ο Baudrillard, προσδιορίζοντας τη δομική αδυναμία των μεταμοντέρνων κοινωνικών συστημάτων αναφορικά με την «απόσταση» μεταξύ των υποκειμένων: ο «άλλος» συρρικνώνεται επικίνδυνα. Αλλά αν έχουμε εισέλθει σε μια ιστορικότητα της οποίας τα χαρακτηριστικά τείνουν να πλησιάζουν τόσο πολύ σε μια σχιζοφρενική «λογική» και οργάνωση, πως θα μπορούσε να διαφύγει η Μεταρρύθμιση και οι ξενιστές/φορείς της; Αυτό ίσως είναι και το πιο «ολιστικό» συμπέρασμα του παρόντος κειμένου. Το ότι, δηλαδή, η Μεταρρύθμιση –σαν ένας εγγενής, ενεργός παράγοντας του όψιμου ελληνικού κοινωνικού γίγνεσθαι- υπακούει στις ίδιες

²⁹⁴ Στο: Baudrillard J., *Η Έκσταση της Επικοινωνίας*, ό.π., σ. 17.

²⁹⁵ Στο: Baudrillard J., *Η Έκσταση της Επικοινωνίας*, ό.π., σσ. 39-40.

συμπεριφορές και αντιδράσεις εκεί όπου δεν θα έπρεπε να υπάρχουν. Δηλαδή, όσο και να ισχυρίζεται ο «Ψ» χώρος ότι ελέγχει με ένα διαφορετικό τρόπο την στάση του απέναντι στη τρέλα, ουσιαστικά φαίνεται να συμμετέχει στις συμβολικές (και κατ' ουσίαν, λειτουργικές) αντιδράσεις που χαρακτηρίζουν το συλλογικό συμβολικό.

Επίσης, δεν μπορούμε να μην σταθούμε σε δύο ακόμα βασικές διαπιστώσεις που αναδύθηκαν: αφενός, την ολοένα και διογκούμενη τάση της ψυχιατρικής, τόσο να κατηγοριοποιεί, όσο και να επεκτείνει την «ομπρέλα» των δυνητικά παθολογικών συμπεριφορών. Όλο και περισσότερο, το *νόημα* της κάθε πράξης, συμπεριφοράς, έκφρασης, Λόγου, συναισθήματος μπορεί να μεταφραστεί στη «ψυχιατρική διάλεκτο», να αποκτήσει μια «ψυχιατρική εκδοχή». Και, κατά συνέπεια, μια ψυχιατρική αντιμετώπιση. «Πάνω στη βάση του νοήματος γίνεσαι κύριος της γλώσσας, κύριος της επικοινωνίας...πάνω στη βάση της εμπορικής αξίας θα έχεις τον έλεγχο της αγοράς. Και πάνω στη διάκριση της αξίας του καλού και του κακού θα εγκαθιδρυθεί η ηθική επιρροή...Κατόπιν, ανεγείρονται όλες οι εξουσίες.»²⁹⁹ μας λέει ο Baudrillard, προσδιορίζοντας αρκετά χαρακτηριστικά, για εμάς, την ισχυρή –συμβολικά και εργαλειακά– θέση του «ψυχιατρικού λόγου» και τα αποτελέσματα που δυνητικά μπορεί να παράγει. Αφετέρου, αυτή η «ενισχυμένη» ψυχιατρική φαίνεται πως διαθέτει, πέραν των «κλασσικών» διαχειριστικών τακτικών (αναβαθμισμένων, τεχνολογικά), και άλλες πιο «λεπτεπίλεπτες», ευέλικτες, και –φαινομενικά– διαμετρικά αντίθετες τακτικές. Τα μοντέλα πρόληψης, έτσι όπως έχουν αναπτυχθεί, και εξακολουθούν να αναπτύσσονται, ίσως είναι ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα.

Τα συμπεράσματα και τις διαπιστώσεις που απορρέουν από το συγκεκριμένο κείμενο, σίγουρα δεν τα χαρακτηρίζει η αισιοδοξία, γεγονός που σίγουρα έχει να κάνει σε μεγάλο βαθμό και από την στάση του γράφοντος απέναντι στο αντικείμενο και τις πρακτικές που το συνοδεύουν. Παράλληλα όμως, οι «φωνές» που ακούγονται στον χώρο, είτε πρόκειται για δημοσιεύσεις, είτε για «κουβέντες» στους διαδρόμους των νέων δομών (αλλά και των «ασύλων») είναι παραπλήσιες, αφήνουν μια πικρή γεύση στο στόμα. Και αυτό γιατί τόσο στην αρχή, όσο και κατά τη διάρκεια όλης αυτής της μακρόχρονης διαδρομής, αυτού του ταξιδιού της Μεταρρύθμισης προς τη δική της Ιθάκη, ασθενείς και θεραπευτές κουράστηκαν,

²⁹⁹ Στο: Baudrillard J., *Συνθήματα*, μτφ. Β. Τομανάς, εκδ. Νησίδες, Σκόπελος, 2002, σ. 16.

προσπάθησαν, επένδυσαν μεγάλα κομμάτια από την προσωπική τους ζωή, έδωσαν, πολλές φορές χωρίς ούτε συμβολικό, ούτε ηθικό, ούτε υλικό αντίκρισμα. Ονειρευτήκαμε. Και τώρα πρέπει να δούμε πως το όνειρο δεν θα μετατραπεί σε μόνιμο εφιάλτη.

19. Επίλογος

«Καθώς οι άνθρωποι γενικά έχουν υπερβολικά λίγες και όχι υπερβολικά πολλές αναστολές, χωρίς όμως να είναι γι' αυτό ούτε κατά κεραία υγιέστεροι, μια μέθοδος κάθαρσης, κριτήριο της οποίας δεν θα ήταν η επιτυχής προσαρμογή και η οικονομική επιτυχία, θα έπρεπε να βοηθάει τους ανθρώπους να αποκτήσουν συνείδηση της δυστυχίας, της γενικής και της αναπόσπαστης από αυτή προσωπικής, και να τους αφαιρέσει τις ψευδοϊκανοποιήσεις, δυνάμει των οποίων η αποτρόπαια τάξη πραγμάτων διατηρείται, δυνάμει και μέσα τους στη ζωή, σαν να μην τους είχε και από έξω αρκετά γερά στο χέρι της»³⁰⁰ γράφει ο Adorno, προσδιορίζοντας τον –κατ' αυτόν– πραγματικό χαρακτήρα και χρησιμότητα που θα έπρεπε να έχει η ψυχανάλυση. Σε μια παραπλήσια προσέγγιση, θα τολμούσαμε να προτείνουμε τη θέση ότι η σύγχρονη ψυχιατρική, έτσι όπως εκφράζεται από την Μεταρρύθμιση, θα πρέπει να έχει σαν πρώτο και κύριο μέλημά της, όχι τόσο την – με όποιο κόστος– διατήρηση (και διαχείριση) του προϊόντος της, στην ουσία του ίδιου της του εαυτού, όσο μιας κριτικής στάσης τόσο απέναντι στο «είναι» της, όσο και στην «αποκρυπτογράφηση» των «περιοριστικών της μέτρων», των δικών της *restraints*. Εκείνο που αποτυγχάνει να δώσει λύση στην κρίση της ψυχιατρικής δεν είναι ο τρόπος διαχείρισης αλλά η ίδια η διαχείριση της ζωής ως στρατηγική της εξουσίας. Προτείνει ο Σ. Μιχαήλ: «το ζήτημα δεν είναι ν' αντιπαραθέσουμε στην κρίση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης έναν άλλο τρόπο διαχείρισής της αλλά να υπερβούμε την ίδια τη βιο-εξουσιαστική διαχείριση... Η κρίση της ψυχιατρικής δεν ξεπερνιέται με αλλαγές, ανακατατάξεις, εμπλουτισμούς, πλουραλισμούς κλπ. που αφορούν αποκλειστικά και μόνο την εξατομικευμένη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου... απαιτείται μια συνολικά αλλαγμένη σχέση ανάμεσα στο υποκείμενο της ψυχικής οδύνης και σε ένα νέο υποκείμενο της ευθύνης που πρέπει να συγκροτηθεί από τη θεραπευτική κοινότητα και το κοινωνικό σώμα ως όλο. Η κριτική, η θεωρία και η πράξη της κλινικής πρέπει να ριζώσει στο κοινωνικό πεδίο, να διαπεράσει όλες τις πρακτικές του, να βρει στήριγμα και προοπτική στο μαζικό κίνημα της κοινωνικής χειραφέτησης... Εναντία στην ενσωμάτωση στους θεσμούς της βιο-εξουσίας, να υπάρξει αντίσταση σε όλη τη γραμμή. Ν' αξιοποιηθεί

³⁰⁰ Στο: Adorno T., *Minima Moralia*, ό.π., σ. 136.

η ίδια η κρίση στο νευραλγικό αυτό τομέα ως νευραλγικό άνοιγμα προώθησης των δυνάμεων και των διεκδικήσεων της καθολικής κοινωνικής χειραφέτησης.»³⁰¹ «Ιδιαίτερα θετική, αλλά και ιδιαίτερα ουτοπική θέση» πιθανόν να ήταν η απάντηση.

Ο Τόμας Μορ, το 1516, θα δημοσιεύσει το βιβλίο του *Περί της καλλίστης δημοκρατίας της ευρισκόμενης επί της νέας νήσου Ουτοπίας*, (ου-τόπος), ένα νησί που «...υπάρχει για όλους τους έντιμους ανθρώπους, που νοιώθουν άσχημα ζώντας σε ένα κόσμο, εντός του οποίου εκτός του προπατορικού, κυκλοφορούν και χιλιάδες άλλα αμαρτήματα...Ο Μορ δεν λέει πως η Ουτοπία είναι μια φανταστική νήσος. Λέει πως είναι μια νέα νήσος».³⁰² Κατά συνέπεια είναι φανταστική μόνο για όποιον δεν την έχει επισκεφτεί ακόμα.

³⁰¹ Στο: Μιχαήλ Σ., *Εγκλεισμός και Έλεγχος*, Τετράδια ψυχιατρικής, Νο 66, Απρίλιος-Ιούνιος 1999, σ. 42.

³⁰² Στο: Ραφαήλιδης Β., *Η Μεγάλη Περιπέτεια του Μαρξισμού*, εκδ. Εικοστού Πρώτου, Αθήνα, 1999, σ. 18.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adler P. A., Adler P., *Stability and Flexibility: Maintaining Relations Within Organized and Unorganized Groups*, Experiencing Fieldwork, επιμ. W. Shaffir., R. Stebbins, εκδ. New-bury Park, Sage, 1991.
- Adorno T., *Θεωρία της Ημιμόρφωσης*, εισ. Μτφ. Λ. Αναγνώστου, εκδ. Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2000.
- Adorno T., *Minima Moralia*, μτφ. Λ. Αναγνώστου, εκδ. Αλεξάνδρεια, Αθήνα, δεύτερη έκδοση, 2000.
- Αλεβιζόπουλος, Γ., *Δικαστική ψυχιατρική*, εκδ. Παρισιάνος, Αθήνα, 1998.
- Αλεξανδρή, Ε., Δαμιανίδου, Κ., Καρατζογλίδου, Α., Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Επαγγελματικοί Ρόλοι και Αποκατάσταση*, Τετράδια Ψυχιατρικής, No 62, Απρίλιος-Ιούνιος 1998.
- Αλεξανδρίδης Α., *Ο Πέτρος Είναι ο Λύκος*, εκδ. Χατζηνικολή, Αθήνα, 1987.
- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., *The Future of Psychiatric Rehabilitation*, International Journal of Mental Health, 1999.
- *Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, συντονιστής έκδοσης Δ. Δαμίγος, πρόλογος Π. Σακελλαρόπουλος, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2003.
- Aries P., *Ο Άνθρωπος Ενώπιον του Θανάτου, Η Εποχή των Κοιμωμένων Ι*, μτφ. Θ. Νικολαΐδης, πρόλογος Γ. Μαργαρίτης, εκδ. Βιβλιοπωλείον της «Εστίας», Αθήνα, 1997.

- Atkinson, J. M., Coia, D. A., *Families Coping With Schizophrenia: A Practitioners Guide to Family Groups*, εκδ. John Wiley and Sons, New York, 1995.
- Barton, R., *Institutional Neurosis*, εκδ. Wright, Bristol, 1959.
- Bataille G., *Το Καταραμένο Απόθεμα*, μτφ. Λ. Λυμπεροπούλου, εκδ. Praxis, Αθήνα, 1985.
- Bateson, G., Jackson, Don, D., Haley, J., Weakland, J, J., *Towards a Theory of Schizophrenia*, Behavioral Scientist, 1, 1956, σσ. 251-264.
- Baudrillard J., *Η Διαφάνεια του Κακού*, μτφ. Ζ. Σαρίκας., εκδ. Εξάντας, Αθήνα, 1996.
- Baudrillard J., *Η Εκλειπτική του Σεξ*, μτφ. Ν. Χρηστάκης, εκδ. Futura, Αθήνα, 2003.
- Baudrillard J., *Η Έκσταση της Επικοινωνίας*, μτφ. Β. Αθανασόπουλος, εκδ. Καρδάμπια, Αθήνα, 1991.
- Baudrillard J., *Συνθήματα*, μτφ. Β. Τομανάς, εκδ. Νησίδες, Σκόπελος, 2002.
- Baudrillard J., *Το Πνεύμα της Τρομοκρατίας*, μτφ. Π. Μπουρλάκης, εκδ. Κριτική, Αθήνα, 2002.
- Bigelow, D. A. and al., *Characteristics of the state hospital patients who are hard to place*. Hospital and Community Psychiatry, 39, 1988.
- Bishop R., Phillips J., *Manufacturing Emergencies*, Theory, Culture and Society, εκδ. Sage, London, No 19 (4), 2002, σσ. 91-102.

- Bulmer M., *The Chicago School of Sociology*, εκδ. The University of Chicago Press, Chicago, 1986.
- Caplan G., *Principles of Preventive Psychiatry*, εκδ. Basic Books, New York, 1964.
- Carrington V., Luke A., *Literacy and Bourdieu's Sociological Theory: A Reframing*, Language and Education, Vol. 11, Issue 2, 1997.
- Γέμτος Π., *Μεθοδολογία των Κοινωνικών Επιστημών*, Τόμος 1, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1987.
- Γεώργας Δ. *Κοινωνική Ψυχολογία*, Τόμος Α, δ. έκδοση, εκδ. Ήβος, Αθήνα, 1995.
- Γκιωνάκης Ν., *Η Συνεργασία του Δημόσιου με τον «Ιδιωτικό», Μη Κερδοσκοπικό Τομέα στα Πλαίσια της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης: Προβλήματα, Δυνατότητες, Προοπτικές*, Τετράδια Ψυχιατρικής, No 66, Απρίλιος-Ιούνιος 1999.
- Denzin N. K., *Handbook of Qualitative Research*, επιμ. Y. S. Lincoln, εκδ. Sage, London, 1994.
- Denzin N.K., Lincoln Y. S. *Introduction. Entering the Field of Qualitative Research*, επιμ. Denzin. N. K., Lincoln. Y. S., εκδ. Sage, Thousand Oaks, 1994.
- Denzin N. K., *Symbolic Interactionism and Cultural Studies*, εκδ. Basil Blackwell, Cambridge, UK, 1992.
- Denzin N. K., *The Research Act. A Theoretical to Sociological Methods*, εκδ. Prentice Hall, ΗΠΑ, 1989.

- Derrida, J., Foucault, M., *Τρέλα και Φιλοσοφία*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, Γ΄ έκδοση, εκδ. Ολκός/Μικρή Άρκτος, Αθήνα, 1998.
- Dey I., *Qualitative Data Analysis, A Friendly Guide for Social Scientists*, εκδ. Routledge, London, 1993.
- *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-VI*, μτφ., επιμ., Κ. Γκοτζαμάνης, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1996.
- Διαλλινά Μ., *Νέες Δομές. Νεωτερισμός ή Επανάληψη της Λήθης και του Ασύλου*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 68, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, 1999.
- Dohrenwend B. P., Dohernwend-Snell B., *Social Status and Psychological Disorder*, εκδ. J. Wiley, New York, 1969.
- ΕΙΝΑΠ-ΠΕΝΟΨΥ-Επιστημονική Ένωση-Επιστημονική Επιτροπή, *Τα Ψυχιατρεία Εκπέμπουν Σήμα Κινδύνου. Οι Νόμοι της Αγοράς Καταβροχθίζουν την Ηθική και την Επιστήμη*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 64, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998.
- Έκθεση εμπειρογνομόνων των Ευρωπαϊκών κοινοτήτων. (1984), Μεταρρύθμιση της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Εκπόνηση ενός διετούς σχεδίου παράλληλα με τη διατύπωση και απόφαση εφαρμογής του 815/84 Κανονισμού της Ε.Ο.Κ., Βρυξέλλες.
- Ζαραφωνίτου Χ., *Εμπειρική Εγκληματολογία*, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 1995.
- Ζήση Α., *Επανεένταξη Χρόνιων Ψυχικά Αρρώστων*, εκδ. Τυπωθήτω, Αθήνα, 2002.

- Zissi A., *From Leros Asylum to Community-Based Hostels: Quality of Life, Levels of Functioning and the Care Process among Psychiatric Residents in Greece*, Ph. D., Thesis to the faculty of Science, University of Birmingham, UK, 1997.
- Hales R., E., *Concise Guide to Psychopharmacology*, εκδ. American Psychiatric Publishing Inc, Washington, 2002.
- Fals-Borda O., Rahman M. A., *Action and Knowledge: Breaking the Monopoly With Participatory Action Research*, εκδ. Intermediate Technology/Apex, New York, 1991.
- Feyerabend P., *Αποχαιρετισμός στον Λόγο*, επιμ. Σ. Βιρδιβάκης., μτφ. Π. Μπουρλάκης., εκδ. Εκκρεμές, Αθήνα, 2002.
- Feyerabend P., *Γνώση για Ελεύθερους Ανθρώπους*, μτφ. Γ. Τζαβάρας., εκδ. Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1986.
- Feyerabend P., *Ενάντια στην Μέθοδο*, εισ. Γ. Γκουνταρούλης., μτφ. Γ. Καυκαλάς., Γ. Γκουνταρούλης., εκδ. Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1983.
- Fontana A., Frey J. H., *Interviewing: The Art of Science*, εκδ. Denzin-Lincoln, 1994.
- Foucault M., *Εξουσία, Γνώση και Ηθική*, μτφ. Ζ. Σαρίκας, εκδ. Ύψιλον, Αθήνα, 1987.
- Foucault M., *Επιτήρηση και Τιμωρία: Η Γέννηση της Φυλακής*, μτφ. Κ. Χατζηδημού, Ι. Ράππη, εκδ. Ράππη, Αθήνα, 1976.
- Foucault M., *Η Ιστορία της Τρέλας*, μτφ. Φ. Αμπατζοπούλου, εκδ. Ηριδανός, Αθήνα, χ.χ.

- Foucault M., *Η Μικροφυσική της Εξουσίας*, μτφ. Λ. Τρουλινού, εκδ. Ύψιλον, Αθήνα, 1991.
- Foucault M., *Ιστορία της Σεξουαλικότητας, τ. 1, Η Δίψα της Γνώσης*, μτφ. Γ. Ροζάκη, εκδ. Ράππα, Αθήνα, 1978.
- Foucault M., *Ψυχική Αρρώστια και Ψυχολογία*, μτφ. Τ. Γιατζόγλου, εκδ. Ελεύθερος Τύπος, Αθήνα, 1988.
- Galton F., *Inquires into Human Faculty and its Development*, εκδ. Macmillan, London, 1883.
- Giddens A., *Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία*, επιμ., πρόλογος: Θ. Κονιαβίτης, μτφ. Ν. Τριανταφυλλοπούλου, Τρίτη έκδοση, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα, 1993.
- Glaser B. G., Strauss A., *The Discovery of Grounded Theory for Qualitative Research*, εκδ. Aldine, Chicago, 1967.
- Goffman, E., *Άσυλα*, εκδ. Ευρύαλος, Αθήνα, 1994.
- Goffman E., *Στίγμα: Σημειώσεις για τη Διαχείριση της Φθαρμένης Ταυτότητας*, εισ., μτφ. Δ. Μακρυγιώτη, εκδ. Αλεξάνδρεια, Αθήνα, 2001.
- Gold R., *Roles in Sociological Field Observations*, Social Forces, 36, 1958.
- Goldman, H. H., Gatozzi, A. A., Taube, C. A., *Defining and counting the chronically mentally ill*. Hospital and Community Psychiatry, 32, 21-27, 1981.
- Gunn, J., *Dangerousness In Forensic Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Issues*, εκδ. Butterworth – Heinemann, Oxford, 1993.

- Hayano D., *Poker Faces*, εκδ. University of California Press, Berkeley, 1982.
- Heron J., *Validity in Co-Operative inquiry, Human Inquiry in Action*, επιμ. P. Reason, εκδ. Sage, London, 1988.
- Horkheimer M., *Υλισμός και Μεταφυσική*, εισ. Α. Πάνου., μτφ. Α. Παυλίδου., εκδ. Γρηγόρη, Αθήνα, 1978.
- Horkheimer M., *Φιλοσοφία και Κοινωνική Κριτική*, μτφ. Α. Οικονόμου., Ζ. Σαρίκας., εκδ. Ύψιλον, Αθήνα, 1984.
- Humphreys L., *Teamroom Trade*, εκδ. Aldine, Chicago, 1970.
- Husserl E., *Καρτεσιανοί Στοχασμοί*, μτφ. Π. Κόντος, εκδ. Ροές, Αθήνα, 1994.
- Kamin L., J., *The Science and Politics of I.Q.* εκδ. J. Willey and Sons, Patomic, Maryland, 1974.
- Kant I., *Κριτική του Καθαρού Λόγου*, εισ., μτφ. Α. Γιάνναρας, Τόμος Α, Τεύχος Ι, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, x.x.
- Κοκκινάκος Γ., *Το Μετέωρο Βήμα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 66, Απρίλιος-Ιούνιος 1999.
- Krieger S., *Beyond subjectivity: The Use of the Self in Social Science*, *Qualitative Sociology*, 8, 1985.
- Kuhn T.S., *Η Δομή των Επιστημονικών Επανάστασεων*, εισ. Β. Κάλφας., μτφ. Γ. Γεωργακόπουλος., Β. Κάλφας., εκδ. Σύγχρονα Θέματα, Θεσσαλονίκη, 1981.

- Κυριαζή Ν., *Η Κοινωνιολογική Έρευνα*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, β. έκδοση, Αθήνα, 2000.
- Λάζος Γ., *Το Πρόβλημα της Ποιοτικής Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1998.
- Laing R., *Η Πολιτική της Οικογένειας*, μτφ. Ι. Ραλλίδη, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1975.
- Laing R., *Ο Διχασμένος Εαυτός*, μτφ. Θ. Παραδέλλης, εκ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1975.
- Laing R., *Ο εαυτός και οι Άλλοι*, μτφ. Ν. Μπαλής, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1988.
- Lamb, R. (MD), *Η Αποϊδρυματοποίηση στις Αρχές της Τρίτης Χιλιετίας*, *Harvard Review of Psychiatry*, Ελληνική Έκδοση, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1998, Vol. 6, No 1.
- Λειβαδίτης Μ., *Ψυχιατρική και Δίκαιο*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1994.
- Lempriere, T., Feline, A., και συν., *Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων – Στοιχεία Κοινωνικής Ψυχιατρικής και οι Εφαρμογές της στην Ελλάδα*, εισαγ. Α. Λιακός, επιμ. Καψαμπέλης, Β., Λειβαδίτης, Μ., Μίλτος, Δ., εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1995.
- Λιακός Α., *Κοινωνική και Κοινοτική Ψυχιατρική, Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα, 2003.
- Λιάκος, Α., *Προβληματισμοί γύρω από την επικινδυνότητα του ψυχωτικού, Επικινδυνότητα και Κοινωνική Ψυχιατρική*, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα.

- Λιακός, Α., *Φιλοσοφία της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης και οι Επιπτώσεις της στην Εκπαίδευση*, Τετράδια Ψυχιατρικής, No 66, Ιανουάριος – Μάρτιος 1999.
- Liberman, R., *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, εκδ. Academic Psychiatric Press, New York, 1988.
- Λίποβατς Θ., *Ψυχανάλυση-Φιλοσοφία, Πολιτική Κουλτούρα*, εκδ. Πλέθρον, Αθήνα, 1996.
- Λυδάκη Α., *Ποιοτικές Μέθοδοι της Κοινωνικής Έρευνας*, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 2001.
- Lyotard J., *Η Μεταμοντέρνα Κατάσταση*, μτφ. Κ. Παπαγιώργης, εκδ. Γνώση, Αθήνα, 1993.
- Λύτρας, Α. Ν., *Κοινωνία και Εργασία: Ο Ρόλος των Κοινωνικών Τάξεων*, πρόλογος Β. Φίλιας, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2000.
- Μαδιανός, Μ., *Η Μηλιά Κάτω από το Μήλο*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999.
- Μαδιανός Μ., *Η Χαμένη Ευκαιρία για μια Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα*, Τετράδια Ψυχιατρικής, No 64, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998.
- Μαδιανός Μ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση: Από το Άσυλο στην Κοινότητα*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994.
- Μαδιανός Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 2003.

- Μαδιανός Μ., *Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχιατρική*, εκδ. Καστανιώτης, Αθήνα, 2000.
- Madianos M., Economou M., *The Impact of a Community Mental Health Center on Psychiatric Hospitalizations in two Athenian Aereas*, Community Mental Health Journal, No 35, 1999, σσ. 313-317.
- Μάνος Ν., *Βασικές Αρχές Κλινικής Ψυχιατρικής*, εκδ. University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 1997.
- Markantonis J. S., Rigas V. D., *Qualitative Analysis in Human Sciences: New Perspectives in Methodology*, εισ. Β. Φίλιας, 1998.
- Martindale D., *The Nature and Types of Sociological Theory*, εκδ. Routledge and Kegan Paul, London, 1970.
- Mason J., *Η Διεξαγωγή της Ποιοτικής Έρευνας*, επιμ. Ν. Κυριαζή, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2003.
- Μαυρατζώτου, Κ., *Σχεδιασμός και Ανάπτυξη των Υπηρεσιών Υγείας, Αποασυλοποίηση και η Σχέση της με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη*, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα, 2003.
- Mc Cord, W., N., M., *The Psychopath and the Millieu Therapy*, εκδ. Academic Press, New York, 1982.
- Μεγακλής Μ. Γ., *Λαογραφικά Ζητήματα*, εκδ. Χ. Μπούρας, Αθήνα, 1989.
- Μεγαλοοικονόμου Θ., Λουκάς Γ., *Η Αποϊδρυματοποίηση σαν Ανοιχτή, Θεραπευτική και Πολιτική Διαδικασία. Η Περίπτωση της Λέρου*, Τετράδια Ψυχιατρικής, No 67, Ιούλιος-Οκτώβριος 1999.

- Μεγαλοοικονόμου Θ., *Η Ψυχική Υγεία στο Δρόμο της Ιδιωτικοποίησης*, Τετράδια Ψυχιατρικής, No 64, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 1998.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Η Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση Ανάμεσα στην Καταπολέμηση του Αποκλεισμού και τον Κοινωνικό Έλεγχο*, Τετράδια Ψυχιατρικής, No 72, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2000.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ., *Το Σύνδρομο της «Κοπώσεως» στις Δομές της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης*, Τετράδια Ψυχιατρικής, No 59, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1997.
- Mellon R., *Ψυχοδιαγνωστικές Μέθοδοι*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
- Merleau-Ponty M., *Η Πρόζα του Κόσμου*, μτφ Φ. Καλλίας, Μ. Καλλία, εκδ. Βιβλιοπωλείον της «Εστίας», Αθήνα, 1992
- Merleau-Ponty M., *Προοίμιο στην «Φαινομενολογία της Αντίληψης»*, μτφ. Φ. Καλλία, εκδ. Έρασμος, Αθήνα, 1977.
- Miles M. B., Huberman A. M., *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods*, εκδ. Sage, Beverly Hills, 1984.
- Μιχαήλ Σ., *Εγκλεισμός και Έλεγχος*, Τετράδια ψυχιατρικής, No 66, Απρίλιος-Ιούνιος 1999.
- Μιχαήλ Σ., *Τεχνολογίες της Υγείας και Τεχνολογίες της Εξουσίας στην Όψιμη Παγκοσμιοποίηση*, Τετράδια Ψυχιατρικής, No 72, Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2000.
- Moscovici S., *Η Ψυχανάλυση, η Εικόνα της και το Κοινό της*, επιμ. Α. Μαντόγλου, μτφ. Μ. Κολώνιας, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα, 1999.

- Μπεράτη Σ., *Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ*, Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική, επιμ. Γ. Τσιάντης εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 2001.
- Νικολόπουλος Γ., Κράτος, Ποινική Εξουσία και Ευρωπαϊκή Ολοκλήρωση, εκδ. Κριτική, Αθήνα, 2002.
- Oakley A., *Interviewing Women: A Contradiction in Terms*, Doing Feminist Research, επιμ. H. Roberts, εκδ. Routledge and Kegan Paul, London, 1981.
- Pagano M., Gauvreau K., *Αρχές Βιοστατιστικής*, επιμ., μτφ. Ο. Δαφνή, εκδ. Έλλην, Αθήνα, 2002.
- Παπαστάμου Σ. και συν., *Διομαδικές Σχέσεις*, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα, 1990.
- Παρασκευόπουλος, Ν., *Ο εγκλεισμός σε ψυχιατρείο ως προληπτικό μέτρο και ως μέτρο ασφάλειας του Ελληνικού Ποινικού Κώδικα*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 60, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1997.
- Parsons T., *The Structure of Social Action*, εκδ. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1968.
- Ποταμιάνος Γ., *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*, β. έκδοση, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998.
- Ραφαϊλίδης Β., *Η Μεγάλη Περιπέτεια του Μαρξισμού*, εκδ. Εικοστού Πρώτου, Αθήνα, 1999.
- Saint-Exupery A., *Ο Μικρός Πρίγκιπας*, μτφ. Μ. Καρακώστα, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, 1997.
- Sartre J. P., *Saint Genet Comedien et Martyr*, Paris, Gallimard, 1952.

- Schutz A., *Collected Papers*, Vol. 1, επιμ. M. Natanson, εκδ. Martinus Nijhoff, The Hague, 1967.
- Shepherd, D. *The "ward-in-a-house": Residential care for the severely disabled*. Community Mental Health Journal, No. 31.
- Σπυρόπουλος, Η., *Ακούσια (αναγκαστική) νοσηλεία ψυχικά ασθενών*, τετράδια ψυχιατρικής, No 60, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1997.
- Στενού Κ., *Εικόνες του Άλλου. Η Ετερότητα Από τον Μύθο στην Προκατάληψη*, μτφ. Σ. Μπενβενίστε., Μ. Παπαδήμα, εκδ. Εξάντας - Unesco, Αθήνα, 1998.
- Trieman, N. and Leff, J., *Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme: the TAPS project 24*. Psychological Medicine, 26, 1996.
- Trieman, N., "Difficult to place" patients, επιμ. J. Leff, *Care in the Community: Illusion or Reality?* Εκδ. Willey, London, 1997.
- Τσουκαλάς Κ., *Η Εξουσία Ως Λαός και Ως Έθνος. (Περιπέτειες Σημασιών)*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 1999.
- Τσαλίκोगλου Φ., *Ο Μύθος του Επικινδύνου Ψυχασθενή*, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 1987.
- Τσαλίκोगλου, Φ., *Σχιζοφρένεια και φόνος*, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα, 1989.
- Watzlawick, P., *Δομές της Ψυχωσικής Επικοινωνίας*, Επικοινωνία, επιμ. Winkin, Υ., μτφ. Διάφα, Μ., Παπαδάκης, Γ., εκδ. Μάγια, Θεσσαλονίκη, 1993.

- Φραγκούλη Α., Σακελλαρόπουλος Π., *Γιατί Καθυστέρησε η Ελληνική Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση; Λάθη στον σχεδιασμό της*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 66, Απρίλιος-Ιούνιος 1999.
- Χαϊδεμένος, Α., *Ηθικά και Δεοντολογικά Προβλήματα στη Ψυχιατρική*, Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 72, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2000.
- Χριστοδούλου Γ. Ν., Κονταξάκης Β. Π., *Θέματα Προληπτικής Ψυχιατρικής*, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα, 1994.
- Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β., Οικονόμου, Μ., *Προληπτική Ψυχιατρική*, εκδ. ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000.
- Χριστοδούλου Γ. Ν., *Ψυχιατρική*, εκδ. Βήτα, Αθήνα, 2000.
- Ψαλιδόπουλος Μ., *Η Θεματοποίηση της Ανεργίας στην Οικονομική Θεωρία, Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνικός Αποκλεισμός*, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα, Αθήνα, 1998.
- Witz K. G., Goodwin D. R., Hart R. S., Thomas S. H., *An Essentialist Methodology in Education-Related Research Using In-Depth Interviews*, Journal of Curriculum Studies, Vol. 33, No 2, 2001.

