

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

**Νεοφιλελεύθερες Πολιτικές και Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην
Ελλάδα**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πολυξένη Σπάτα

Αθήνα, Ιανουάριος 2025

Τριμελής εξεταστική επιτροπή

Δ. Παπαδοπούλου, Καθηγήτρια Παντείου Πανεπιστημίου (Επιβλέπουσα)

Κ. Δημουλάς, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Ε. Κουμαριανός, Επίκουρος Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © Πολυξένη Σπάτα, 2025

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

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

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειον Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων της συγγραφέα.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν, ο καθένας με το δικό του τρόπο, στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Ειδικότερα, ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσά μου, κυρία Δέσποινα Παπαδοπούλου, η οποία μου έδωσε την ευκαιρία να εμβαθύνω σε ένα θέμα που με ενδιαφέρει ουσιαστικά. Η καθοδήγησή της δεν υπήρξε περιοριστική, αλλά αντίθετα, με βοήθησε να οργανώσω τις σκέψεις μου και να δομήσω τα ενδιαφέροντά μου σε ένα ερευνητικό πλαίσιο. Ευχαριστώ, επίσης, τους διδάσκοντες και τις διδάσκουσες του μεταπτυχιακού προγράμματος για τις γνώσεις, τις ιδέες και τα ερεθίσματα που μου προσέφεραν. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα και μου εμπιστεύτηκαν πολύτιμες πληροφορίες και εμπειρίες. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τους δικούς μου ανθρώπους, τους γονείς μου, την αδερφή μου Σοφία και το Νίκο, που στέκονται δίπλα μου, υποστηρίζοντας κάθε μου βήμα. Η παρουσία και η στήριξή τους υπήρξαν ανεκτίμητες καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας.

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Εισαγωγή.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Αντικείμενο, προβληματική και υπόθεση εργασίας	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ψυχιατρική περίθαλψη μέχρι τον 20 ^ο αιώνα	13
2.1. Κλασική αρχαιότητα και Μεσαίωνας.....	13
2.2. Ο «Μεγάλος Εγκλεισμός» στα άσυλα.....	14
2.3. Νεότερη εποχή και εξέλιξη της ψυχιατρικής: Η πτώση των ασύλων	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Επέκταση του κοινωνικού κράτους και μετάβαση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην κοινότητα.....	18
3.1. Η μεταπολεμική «χρυσή εποχή» του κοινωνικού κράτους	18
3.2. Ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις με στόχο την αποϊδρυματοποίηση	20
3.2.1. Ερμηνείες της αποϊδρυματοποίησης.....	23
3.2.1.1. Η «φαρμακολογική επανάσταση»	23
3.2.1.2. Μαρξιστική πολιτική οικονομία.....	24
3.2.1.3. Μεταδομισμός και επέκταση του ψυχιατρικού λόγου.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μετασχηματισμός του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	27
4.1. Κρίση και επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού ως πολιτικοοικονομικό σύστημα.....	27
4.2. Ο νεοφιλελευθερισμός ως ιδεολογικό-αξιακό σύστημα	29
4.3. Νεοφιλελεύθερος μετασχηματισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Σύγχρονες τάσεις στη διαχείριση της ψυχικής υγείας και ασθένειας .34	
5.1. Η στροφή της παγκόσμιας πολιτικής υγείας προς τον νεοφιλελευθερισμό	34
5.2. Η ψυχική ασθένεια ως παραγωγικό και οικονομικό κόστος	36
5.3. Ατομική ευθύνη, ιατρικοποίηση και εμπορευματοποίηση της ψυχικής ασθένειας.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Έρευνα	41
6.1. Υπόθεση εργασίας και ερευνητικά ερωτήματα.....	41
6.2. Μεθοδολογία έρευνας	42
6.2.1. Μεθοδολογία	42
6.2.2. Ερωτώμενος πληθυσμός.....	43
6.2.3. Οδηγός συνέντευξης.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Αποτελέσματα έρευνας	46

7.1. Ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα	46
7.1.1. Ίδρυση και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και πρώτες προσπάθειες μετάβασης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην κοινότητα (1983-1995).....	47
7.1.2. «Εξευρωπαϊσμός» του κοινωνικού κράτους και έναρξη του προγράμματος «Ψυχαργός» (1997-2009).....	50
7.1.3. Οικονομική κρίση και νεοφιλελεύθερη αναδιάρθρωση του συστήματος ψυχικής υγείας (2010-2020)	56
7.1.3.1. Η ελληνική οικονομική κρίση και η επικράτηση ενός αυταρχικού νεοφιλελευθερισμού	56
7.1.3.2. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού και στο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης	59
7.1.3.3. Νεοφιλελεύθερη αναδιάρθρωση του συστήματος ψυχικής υγείας (ΕΣΔ 2011-2020).....	61
7.1.4. Εθνικό Σχέδιο Δράσης 2021-2030 και νόμος 5129/2024 για την ψυχική υγεία: Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ή της πλήρους ιδιωτικοποίησης και αποδόμησης του δημόσιου συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης;	64
7.2. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας	72
7.2.1. Εισαγωγή στην έρευνα πεδίου.....	72
7.2.2. Ανάλυση συνεντεύξεων	73
7.2.2.1. Ποιότητα και προσβασιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	73
7.2.2.2. Η μετατόπιση της ευθύνης από το κράτος στο άτομο	81
7.2.2.3. Η αυξανόμενη εμπλοκή ΜΚΟ και ιδιωτών: Επιπτώσεις στην προσβασιμότητα και στην ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας	84
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Συμπεράσματα	90
Πηγές – Βιβλιογραφία.....	96
Παράρτημα.....	103

Περίληψη

Η παρούσα εργασία εξετάζει τις πολιτικές και τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στο ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας από τη δεκαετία του 1980 έως σήμερα, εστιάζοντας στις νεοφιλελεύθερες πολιτικές που επιβλήθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και εδραιώθηκαν περαιτέρω κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πιο συγκεκριμένα, αναλύεται ο αντίκτυπος των πολιτικών αυτών στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και στην επίτευξη των στόχων της αποϊδρυματοποίησης και της ανθρωποκεντρικής φροντίδας στην κοινότητα. Η έρευνα βασίστηκε στη συλλογή ποιοτικών δεδομένων μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης και ημι-δομημένων συνεντεύξεων με επαγγελματίες του δημόσιου συστήματος ψυχικής υγείας. Ειδικότερα, επιλέχθηκαν εργαζόμενοι από τα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία, Δαφνί και Δρομοκάϊτιο, καθώς και από δύο Κέντρα Ψυχικής Υγείας και ένα Κέντρο Ημέρας στην Αττική.

Τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας αναδεικνύουν την αποτυχία των μεταρρυθμίσεων να επιτύχουν τους διακηρυγμένους στόχους τους, με αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και στην προσβασιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκαν σημαντικές ελλείψεις σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους, άνιση κατανομή των υπηρεσιών, ανεπάρκειες σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, καθώς και μια ανησυχητική επιστροφή σε ιδρυματικές πρακτικές. Σημαντικό ρόλο στην παροχή και διαχείριση υπηρεσιών φάνηκε να έχει αναλάβει ο ιδιωτικός τομέας και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις. Παράλληλα, παρατηρήθηκε μια αυξανόμενη τάση μετατόπισης της ευθύνης από το κράτος στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στους ασθενείς και στις οικογένειές τους.

Με βάση τα παραπάνω, προτείνεται ένας ριζικός μετασχηματισμός του τομέα της ψυχικής υγείας, αλλά και της κοινωνίας συνολικά, προκειμένου να τεθούν οι ανάγκες των ανθρώπων στο επίκεντρο κάθε πολιτικής.

Λέξεις-κλειδιά:

Νεοφιλελευθερισμός, ψυχική υγεία, ψυχιατρική μεταρρύθμιση, σύστημα ψυχικής υγείας, αποϊδρυματοποίηση, εμπορευματοποίηση, ατομική ευθύνη

Εισαγωγή

Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, η ψυχιατρική νοσηρότητα και τα προβλήματα ψυχικής υγείας αυξάνονται ραγδαία. Ποικίλλες επιδημιολογικές έρευνες που έχουν δημοσιευτεί τα τελευταία χρόνια, παρουσιάζουν μια απογοητευτική εικόνα για την κατάσταση της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Έκθεση για την Ψυχική Υγεία του 2017, ένας στους οχτώ ανθρώπους (περίπου 970 εκατομμύρια άτομα), ζει με κάποια ψυχική διαταραχή, με τις πιο συχνές να είναι οι αγχώδεις και οι καταθλιπτικές (WHO, 2022). Αντίστοιχα, τα διαθέσιμα στοιχεία για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δείχνουν ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας επηρεάζουν δεκάδες εκατομμύρια ανθρώπους κάθε χρόνο. Σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις του Ινστιτούτου Μετρήσεων και Αξιολόγησης της Υγείας (IHME), το 2016, περισσότεροι από ένας στους έξι κατοίκους σε όλες της χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (17,3%) αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα ψυχικής υγείας. Οι πιο συχνές διαταραχές είναι οι αγχώδεις, που επηρεάζουν περίπου 25 εκατομμύρια ανθρώπους, ακολουθούμενες από τις καταθλιπτικές διαταραχές, οι οποίες επηρεάζουν περισσότερους από 21 εκατομμύρια. Επιπλέον, το 2015, πάνω από 84.000 άνθρωποι έχασαν τη ζωή τους στην Ευρώπη από τις συνέπειες των προβλημάτων ψυχικής υγείας (OECD/EC, 2018: 21). Όσον αφορά την Ελλάδα, παρά την έλλειψη εκτεταμένων καταγραφών για την ψυχική υγεία, οι εκτιμήσεις της Μελέτης Παγκόσμιας Επιβάρυνσης Ασθενειών για το 2019 αναφέρουν ότι το 17,7% του πληθυσμού υπέφερε από κάποια ψυχική ασθένεια ή έκανε χρήση ουσιών (Υπουργείο Υγείας, 2023: 20). Το 2018, μάλιστα, το ποσοστό των ενηλίκων που ανέφεραν συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας ήταν υψηλότερο από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (15% στην Ελλάδα έναντι 11% στην Ευρωπαϊκή Ένωση) (OECD & EO, 2021).

Αρκετές μελέτες έχουν υποστηρίξει ότι οι αυξήσεις στα ποσοστά των ψυχικών ασθενειών σχετίζονται έντονα με την επικράτηση της οικονομίας της ελεύθερης αγοράς και του νεοφιλευθερισμού (Davies, 2021· Esposito & Perez, 2014· Matheson, 2021· Moncrieff, 2022· Roberts, 2021). Οι οικονομικές πολιτικές, που προωθούν την εξάλειψη όλων των περιορισμών της αγοράς, τις περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες και τη συρρίκνωση της κρατικής παρέμβασης, έχουν οδηγήσει σε όξυνση της εισοδηματικής ανισότητας, αυξημένα ποσοστά φτώχειας και υλικής αποστέρησης, εργασιακή επισφάλεια και μαζική ανεργία, τα οποία συμβάλλουν με τη σειρά τους στην αύξηση του επιπολασμού των ψυχικών ασθενειών, όπως η σχιζοφρένεια και η

κατάθλιψη (Burns, Tomita, & Kapadia, 2014· Pabayo, Kawachi, & Gilman, 2014· Pickett, James, & Wilkinson, 2006), στους θανάτους από αυτοκτονίες, αλκοολισμό και υπερβολικές δόσεις ναρκωτικών (Deaton & Case, 2020), καθώς και σε σημαντική αύξηση της χρήσης αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Pratt, Brody, & Gu, 2017). Επιπλέον, η διάλυση των παραδοσιακών κοινοτήτων και οι νέες οικονομικές και κοινωνικές ρυθμίσεις έχουν προωθήσει μια ιδεολογία που ευνοεί τον ατομικισμό, τον υλισμό, την ηθικά ανεξέλεγκτη επιτυχία και την ανταγωνιστικότητα, χαρακτηριστικά τα οποία στοχεύουν στη μεγιστοποίηση των κερδών και είναι ασύμβατα με τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες για κοινωνική σύνδεση, ασφάλεια και αμοιβαιότητα (Matheson, 2021· Roberts, 2021). Η κοινωνική απορρύθμιση που προκύπτει, αποδυναμώνει τους μηχανισμούς κοινωνικής ένταξης και συνοχής, που παλαιότερα βοηθούσαν τα άτομα να διαχειριστούν προσωπικά και κοινωνικά προβλήματα, δημιουργώντας ένα ιδανικό περιβάλλον για την εμφάνιση ψυχώσεων, κατάθλιψης και άλλων ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ανάγκες για την ψυχική υγεία πολλαπλασιάζονται και γίνονται πιο περίπλοκες, τη στιγμή που τα δημόσια συστήματα ψυχιατρικής περίθαλψης καταρρέουν. Οι δημόσιες υπηρεσίες χαρακτηρίζονται από υποχρηματοδότηση, έλλειψη προσωπικού και περιορισμένη προσβασιμότητα, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να υποφέρουν από ψυχική δυσφορία χωρίς την απαραίτητη φροντίδα και υποστήριξη (WHO, 2022· WHO, 2003). Παράλληλα, παρατηρείται μια ριζική αναδιάρθρωση του τρόπου λειτουργίας και παροχής των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η ευθύνη για την ψυχιατρική φροντίδα μεταφέρεται από τα μεγάλα κρατικά ιδρύματα σε μικρότερες, συχνά, ιδιωτικές και κερδοσκοπικές δομές. Οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας αντιμετωπίζονται ως απομονωμένες μονάδες, που καλούνται να διαχειριστούν μόνοι τους την ψυχική τους κατάσταση. Η εμπορευματοποίηση της ψυχικής υγείας και η προώθηση της ψυχοφαρμακολογίας ως κύριες λύσεις, αποτελούν άμεσες συνέπειες αυτής της ιδεολογικής μετατόπισης.

Το πολιτικοοικονομικό σύστημα καταφέρνει, λοιπόν, να εκμεταλλεύεται ακόμα και τον ψυχικό πόνο που το ίδιο προκάλεσε, μετατρέποντάς τον σε πηγή πλούτου και εργαλείο οικονομικής ανάπτυξης. Αυτή η νέα πραγματικότητα οδηγεί σε μια μορφή συστημικής βίας, που υπερβαίνει τον παραδοσιακό εγκλεισμό στα ψυχιατρεία και καταλήγει στην πλήρη κοινωνική και θεραπευτική εγκατάλειψη (Matheson 2021· Megaloeconomou, n.d· Moncrieff, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Αντικείμενο, προβληματική και υπόθεση εργασίας

Η παρούσα εργασία επιδιώκει να εξετάσει τις μεταρρυθμίσεις και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν στον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1980 μέχρι σήμερα, λαμβάνοντας υπόψη το ευρύτερο οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο, που διαμόρφωσε και προώθησε τις εκάστοτε αλλαγές. Η έμφαση δίνεται, κυρίως, στην εφαρμογή του νεοφιλελεύθερου λόγου και των συναφών πολιτικών, που ενισχύθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και εδραιώθηκαν περαιτέρω κατά τη διάρκεια της πανδημίας, εξετάζοντας τους παράγοντες που συνέβαλαν στην προώθηση τους, καθώς και τις επιπτώσεις τους στο σύγχρονο τρόπο διαχείρισης της ψυχικής υγείας στη χώρα.

Η **προβληματική** της εργασίας βασίζεται στην παρατήρηση ότι, παρά τις αρχικές προσπάθειες για μια πιο ανθρωποκεντρική διαχείριση της ψυχικής ασθένειας μέσω της μετάβασης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην κοινότητα κατά τη δεκαετία του 1980, οι μεταγενέστερες αλλαγές στο κοινωνικό κράτος και η αναπροσαρμογή της προσέγγισης των κοινωνικών προβλημάτων επηρέασαν σημαντικά τον τρόπο εννοιολόγησης και αντιμετώπισης των ζητημάτων ψυχικής υγείας.

Όπως αναφέρουν και οι Stylianidis, Navridis και Christopoulou (2016), παρόλο που η αποϊδρυματοποίηση, ως βασικό στοιχείο των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων, έχει πλέον καθιερωθεί διεθνώς – τουλάχιστον σε επίπεδο διακηρύξεων και στόχων – ως πρότυπο καλών πρακτικών και τεκμηριωμένων πολιτικών στον τομέα της ψυχικής υγείας, παραμένει ανοιχτό το ερώτημα του κατά πόσο αυτή η θεσμική και οργανωτική αλλαγή έχει επιφέρει έναν ουσιαστικό μετασχηματισμό της παραδοσιακής ψυχιατρικής κουλτούρας. Γνωρίζουμε ότι αυτή η παραδοσιακή κουλτούρα στηρίχθηκε πάνω στον «ολοκληρωτικό θεσμό» (Goffman, 1961) και σε διαδικασίες ιδρυματοποίησης (Basaglia & Ongaro, 2018). Εξακολουθεί, λοιπόν, να αποτελεί πρόκληση το ερώτημα **αν αυτά τα παραδοσιακά χαρακτηριστικά έχουν απλώς μεταφερθεί και συνεχίζουν να αναπαράγονται στο νέο ρυθμιστικό πλαίσιο παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας** (Stylianidis, Navridis, & Christopoulou, 2016: 406).

Επιπλέον, ο πρόσφατος νόμος για την ψυχική υγεία (Ν. 5129/2024), ο οποίος ψηφίστηκε τον Αύγουστο του 2024 και διακηρύσσει την «ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», αποτέλεσε προσωπικό έναυσμα για μια επανεξέταση του κατά πόσο οι ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα έχουν

εκπληρώσει τους στόχους της αποϊδρυματοποίησης και της βελτίωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή αν, αντίθετα, έχουν συμβάλει σε μια κατάσταση υποβάθμισης του τομέα, καθιστώντας τον ανίκανο να ανταποκριθεί επαρκώς στις πραγματικές ανάγκες των ανθρώπων. Ευρύτερος στόχος της παρούσας μελέτης είναι να συμβάλλει στη συζήτηση γύρω από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, μέσα σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον.

Με βάση την παραπάνω προβληματική, **η βασική υπόθεση της εργασίας** είναι ότι οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στο σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1980, έχουν οδηγήσει σε υποβάθμιση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών, υπονομεύοντας τη συνολική δυνατότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες των ατόμων.

Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι, στο πλαίσιο των νεοφιλελεύθερων πολιτικών, το σύστημα ψυχικής υγείας παρουσιάζει στοιχεία υποβάθμισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και μείωσης της προσβασιμότητας των πολιτών σε αυτές, καθώς προετοιμάστηκε με πολύ συγκεκριμένα χαρακτηριστικά εμπορευματοποίησής του και σταδιακής εισροής ιδιωτικών φορέων. Παράλληλα, παρατηρείται μια μετατόπιση της ευθύνης για την ψυχική υγεία από το κράτος στο άτομο, ενισχύοντας την ατομική ευθύνη και αποδυναμώνοντας την κρατική υποστήριξη.

Τα κεφάλαια που ακολουθούν, συμβάλλουν στην αναλυτική διερεύνηση του θέματος και στην επίτευξη των ερευνητικών στόχων. Ειδικότερα, **στα τέσσερα επόμενα κεφάλαια** επιχειρείται μια εκτενής ιστορική αναδρομή της ψυχιατρικής περίθαλψης στο λεγόμενο δυτικό κόσμο, από την κλασική αρχαιότητα έως και σήμερα. Η ανάλυση αυτή αποκαλύπτει ότι οι τρόποι διαχείρισης της ψυχικής υγείας δεν υπήρξαν ποτέ αποκομμένοι από τις ευρύτερες πολιτικοοικονομικές συνθήκες. Αντιθέτως, αποτελούσαν πάντοτε αντανάκλαση των εκάστοτε μορφών εξουσίας και κοινωνικής οργάνωσης, επηρεάζοντας καθοριστικά τόσο την κατανόηση της ψυχικής ασθένειας όσο και τις προτεινόμενες λύσεις για την αντιμετώπισή της.

Πιο συγκεκριμένα, στο **δεύτερο κεφάλαιο** εξετάζονται οι τρόποι εννοιολόγησης και προσέγγισης της «τρέλας», ξεκινώντας από την κλασική αρχαιότητα και προχωρώντας στην ίδρυση των πρώτων ασύλων κατά τον 16^ο αιώνα έως και τη σταδιακή παρακμή τους στη νεότερη εποχή.

Το **τρίτο κεφάλαιο** επικεντρώνεται στην επέκταση του κοινωνικού κράτους στις δυτικές κοινωνίες από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, περιγράφοντας τα χαρακτηριστικά της «χρυσής εποχής» του. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις της περιόδου, οι οποίες είχαν ως στόχο τη μετάβαση της ψυχιατρικής περίθαλψης από τα άσυλα στην κοινότητα, στη βάση μιας πιο ανθρωπιστικής και κοινοτικής προσέγγισης. Στο ίδιο κεφάλαιο, αναφέρονται ορισμένες ερμηνείες για τους παράγοντες που οδήγησαν τις κοινωνίες σε μεταρρυθμίσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Στο **τέταρτο κεφάλαιο**, περιγράφεται ο μετασχηματισμός των καθεστώτων ευημερίας με την άνοδο του νεοφιλελευθερισμού από τη δεκαετία του 1970. Προσδιορίζονται οι βασικές αρχές και τα χαρακτηριστικά της νεοφιλελεύθερης ιδεολογίας, καθώς και οι επιπτώσεις της στη ριζική αναδιάρθρωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Στο **πέμπτο κεφάλαιο**, εξετάζονται οι σύγχρονες τάσεις στη διαχείριση της ψυχικής υγείας, εστιάζοντας στο ρόλο διεθνών οργανισμών, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Παγκόσμια Τράπεζα. Το κεφάλαιο αυτό αναδεικνύει τη σύγχρονη νεοφιλελεύθερη προσέγγιση για την ψυχική υγεία, η οποία χαρακτηρίζεται από την οικονομική αποτίμηση της ψυχικής ασθένειας, την προώθηση της ατομικής ευθύνης, την ιατροποίηση και την εμπορευματοποίηση.

Στο **έκτο κεφάλαιο**, αναλύεται η μεθοδολογία της ποιοτικής έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται η υπόθεση εργασίας και τα ερευνητικά ερωτήματα και περιγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήθηκε, η οποία συνδυάζει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση με συνεντεύξεις σε επαγγελματίες του δημόσιου συστήματος ψυχικής υγείας.

Τέλος, στο **έβδομο κεφάλαιο**, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης σχετικά με την πορεία των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1980 μέχρι και το νέο νόμο 5129/2024. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο πώς η οικονομική ύφεση του 2007-08, σε συνδυασμό με τις πιέσεις από τους διεθνείς οργανισμούς, όπως η Ευρωπαϊκή Ένωση και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, οδήγησε στην επιβολή πολιτικών λιτότητας που επηρέασαν άμεσα τη χρηματοδότηση και την οργανωτική δομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στο ίδιο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα ευρήματα της εμπειρικής

έρευνας πεδίου, τα οποία εστιάζουν στις επιπτώσεις των πολιτικών αυτών στην τρέχουσα λειτουργία και οργάνωση του συστήματος ψυχικής υγείας, με αναφορές σε θέματα, όπως η στελέχωση, η δομή των ψυχιατρικών μονάδων, η ποιότητα της φροντίδας, η προσβασιμότητα των υπηρεσιών, η μετατόπιση της ευθύνης στους ψυχικά ασθενείς, στους επαγγελματίες και στις οικογένειές τους, καθώς και ο ρόλος των ΜΚΟ και των ιδιωτών στην παροχή και στη διαχείριση των αντίστοιχων υπηρεσιών.

Η εργασία ολοκληρώνεται με τη σύνοψη και αξιολόγηση των κύριων ευρημάτων που προέκυψαν από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τις συνεντεύξεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ψυχιατρική περίθαλψη μέχρι τον 20^ο αιώνα

Οι αντιλήψεις γύρω από την «τρέλα» και την ψυχική ασθένεια έχουν διαμορφωθεί μέσα από ποικίλες πολιτισμικές, θρησκευτικές και επιστημονικές μεταβολές, επηρεασμένες από τις εξουσιαστικές δομές της κάθε κοινωνίας. Ιστορικά, τρεις κύριες θεωρίες έχουν καθορίσει την κατανόηση της ψυχικής διαταραχής: η υπερφυσική, η σωματογενής και η ψυχογενής. Η υπερφυσική θεώρηση απέδιδε τις ψυχικές διαταραχές σε δαιμονικές καταλήψεις ή θεϊκές τιμωρίες, η σωματογενής επικεντρωνόταν σε φυσικές αιτίες, όπως η ανισορροπία των χυμών του σώματος, ενώ η ψυχογενής υποστήριζε ότι οι αιτίες των ψυχικών ασθενειών εντοπίζονται στον εσωτερικό κόσμο του ατόμου.

Από τις αρχαίες κοινωνίες έως την ανάπτυξη της σύγχρονης ψυχιατρικής, η εξέλιξη των αντιλήψεων αυτών δεν υπήρξε γραμμική ή προοδευτική. Αντιθέτως, ακολούθησε μια κυκλική πορεία, με τις θεωρίες να αναβιώνουν και να προσαρμόζονται στις κοινωνικές και πολιτισμικές ανάγκες της εκάστοτε εποχής (Ferrerias, 2019: 245). Ένας σημαντικός παράγοντας αυτών των αλλαγών ήταν ο κοινωνικός έλεγχος. Οι αντιλήψεις για την ψυχική ασθένεια, καθώς και οι πρακτικές για την αντιμετώπισή της, χρησιμοποιήθηκαν συχνά για την περιθωριοποίηση και τον έλεγχο συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού, όπως οι γυναίκες, οι φτωχοί ή οι κοινωνικά αποκλεισμένοι. Επομένως, η προσέγγιση της «τρέλας» δεν ήταν απλώς ένα ζήτημα επιστημονικής ή ιατρικής κατανόησης, αλλά και εργαλείο κοινωνικής πολιτικής και διαμόρφωσης των σχέσεων εξουσίας.

2.1. Κλασική αρχαιότητα και Μεσαίωνας

Στην **κλασική αρχαιότητα**, οι αντιλήψεις για την «τρέλα» ήταν στενά συνδεδεμένες με θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις. Οι ψυχικές διαταραχές αποδίδονταν σε υπερφυσικές αιτίες, όπως θεϊκή παρέμβαση, τιμωρία ή δαιμονική κατοχή και η αντιμετώπισή τους βασιζόταν σε θρησκευτικές τελετές και πρακτικές εξιλέωσης στους ναούς. Ωστόσο, Έλληνες γιατροί της εποχής έθεσαν τις βάσεις για την απόρριψη των υπερφυσικών εξηγήσεων (Ferrerias, 2019: 246). Ο Ιπποκράτης, θεμελιωτής της ορθολογικής ιατρικής, προσπάθησε να διαχωρίσει τη δεισιδαιμονία και τη θρησκεία από την ιατρική, προωθώντας την ιδέα ότι η ψυχική ασθένεια είναι μια διαταραχή του σώματος και του εγκεφάλου, που μπορεί να εξηγηθεί και να αντιμετωπιστεί μέσω της μελέτης της φύσης και της λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Θέτοντας τις βάσεις για ένα «ιατρικό μοντέλο της τρέλας», κατηγοριοποίησε τις ψυχικές ασθένειες

σε τέσσερις βασικές ομάδες (επιληψία, μανία, μελαγχολία και εγκεφαλικός πυρετός) και εντόπισε τις αιτίες τους στην ανισορροπία των χυμών του σώματος, όπως το αίμα και η χολή. Η ανισορροπία είχε φυσική αιτία και, επομένως, μπορούσε να αντιμετωπιστεί μέσω σωματικών θεραπειών, όπως η αλλαγή της διατροφής, η άσκηση και η χρήση βοτάνων (Read, 2004: 11-12).

Οι πρωτοπόρες ιδέες του Ιπποκράτη επηρέασαν σημαντικά την εξέλιξη της ιατρικής στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο, ωστόσο, αμφισβητήθηκαν και παραμερίστηκαν σε διάφορες περιόδους της ιστορίας. Κατά τα τέλη του **Μεσαίωνα**, η έντονη κοινωνικοπολιτική αστάθεια στην Ευρώπη οδήγησε σε κρίση εμπιστοσύνης προς τους θεσμούς, συμπεριλαμβανομένης της Εκκλησίας, η οποία βρέθηκε αντιμέτωπη με αιρέσεις και διαφωνίες. Το κλίμα φόβου και ανασφάλειας καλλιέργησε το έδαφος για την επιστροφή σε δεισιδαιμονίες και υπερφυσικές ερμηνείες των ψυχικών διαταραχών, προλειαίνοντας το έδαφος για διώξεις «δαιμονισμένων» ατόμων, κυρίως γυναικών, που θεωρούνταν μάγισσες ή ενσαρκώσεις του κακού (Ferreras, 2019: 247). Οι θρησκευτικές αρχές και η συμμόρφωση με αυτές μετατράπηκαν σε ηθικά κριτήρια και οι δημόσιες δίκες και εκτελέσεις λειτούργησαν ως προειδοποίηση προς άλλους «αιρετικούς» που δεν ακολουθούσαν τα επίσημα δόγματα. Η ανησυχία για τη διατήρηση της τάξης και της οργάνωσης σε μια περίοδο έντονων αναταραχών οδήγησε τις κοσμικές και θρησκευτικές αρχές να επικεντρωθούν σε αυτές τις ομάδες ανθρώπων που θεωρήθηκε ότι αποτελούν απειλή για τη συνοχή της κοινωνίας (Kosky, 1986: 181).

Ως εκ τούτου, η αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών μέσω της βίας και της καταστολής δεν αποτέλεσε απλώς απόρροια δεισιδαιμονιών ή άγνοιας, αλλά και εργαλείο για τη διατήρηση της εξουσίας. Η καταπίεση των ψυχικά ασθενών και άλλων κοινωνικών ομάδων λειτούργησε ως εργαλείο ελέγχου και ενίσχυσης των κυρίαρχων θεσμών, υπό το πρόσχημα της βοήθειας σε «ελαττωματικά» άτομα (Read, 2004: 13).

2.2. Ο «Μεγάλος Εγκλεισμός» στα άσυλα

Η μετάβαση από το Μεσαίωνα στη νεωτερικότητα έφερε σημαντικές αλλαγές στον τρόπο που η δυτική κοινωνία αντιλαμβανόταν την ψυχική ασθένεια. Οι παραδοσιακές θρησκευτικές ερμηνείες άρχισαν να χάνουν την κυρίαρχη επιρροή τους, δίνοντας τη θέση τους σε ορθολογικές και επιστημονικές προσεγγίσεις. Οι ψυχικά ασθενείς, που άλλοτε θεωρούνταν δαιμονισμένοι ή τιμωρημένοι από το Θεό, αντιμετωπίζονταν πλέον ως άτομα που έχουν «χάσει τη λογική τους» και την ικανότητα αυτοελέγχου. Αυτή η

νέα οπτική οδήγησε στη δημιουργία των πρώτων ασύλων και νοσοκομείων κατά τον 16^ο αιώνα.

Τα ιδρύματα αυτά δεν είχαν θεραπευτικό στόχο, αλλά χρησιμοποιούνταν, κυρίως, για τον περιορισμό και την απομόνωση των ψυχικά ασθενών από την κοινωνία (Ferrerias, 2019: 247). Η βία και η κακομεταχείριση, που παλαιότερα δικαιολογούνταν με θρησκευτικά επιχειρήματα, συνέχισαν να υφίστανται, αλλά αυτή τη φορά με την κάλυψη της «ορθολογικής» ιατρικής και της επιστημονικής νομιμοποίησης (Read, 2004: 15). Η επικρατούσα άποψη, ότι ο φόβος ήταν το πιο αποτελεσματικό μέσο για την «επαναφορά» των ανθρώπων στη λογική, οδήγησε σε θεραπείες, οι οποίες συχνά περιελάμβαναν βασανιστικές πρακτικές, όπως αλυσόδεση, απομόνωση και άλλες μορφές σωματικής τιμωρίας.

Ο κοινωνιολόγος Erving Goffman, στο έργο του *Asylums* (1961), ανέλυσε τον τρόπο λειτουργίας των ασύλων, χρησιμοποιώντας την έννοια των «ολοκληρωτικών ιδρυμάτων». Υποστήριξε ότι οι τρόφιμοι σε τέτοιου είδους ιδρύματα, ζουν απομονωμένοι από την κοινωνία για μεγάλα χρονικά διαστήματα, υπό τον αυστηρό έλεγχο ενός μικρού αριθμού προσωπικού. Οι συνθήκες διαβίωσης είναι σκληρές και οι άνθρωποι υποφέρουν από ταπείνωση και κακομεταχείριση. Η είσοδος στο ίδρυμα σημαίνει απώλεια της προηγούμενης ταυτότητας και οποιασδήποτε αίσθησης αυτονομίας και αξιοπρέπειας. Η γραφειοκρατική διαχείριση τούς καθιστά ανώνυμες και απρόσωπες οντότητες μέσα σε ένα σύστημα αυστηρής κοινωνικής απόστασης (Weinstein, 1982).

Παρόλο, λοιπόν, που η επιστημονική σκέψη της εποχής έθεσε τα θεμέλια για μια πιο «ορθολογική» κατανόηση της ψυχικής ασθένειας, δεν κατάφερε να απομακρυνθεί ουσιαστικά από τον κοινωνικό έλεγχο και την καταπίεση της μεσαιωνικής περιόδου. Από το δεύτερο μισό του 17^{ου} αιώνα, η ιδέα του Διαφωτισμού, ότι η λογική αποτελεί τη θεμελιώδη ιδιότητα του ανθρώπου, οδήγησε σε περαιτέρω απανθρωποποίηση των ψυχικά ασθενών και σε μαζική απομόνωσή τους από τον υπόλοιπο κοινωνικό ιστό (Clark, 2015: 44).

Ο Michel Foucault (1965) περιέγραψε αυτή την περίοδο ως το «Μεγάλο Εγκλεισμό», αναφερόμενος στην τάση της κοινωνίας να απομονώνει στα άσυλα όχι μόνο τους ψυχικά ασθενείς, αλλά και άλλες περιθωριοποιημένες ομάδες, που θεωρούνταν μη αποδεκτές ή απειλητικές για την κοινωνική τάξη. Σύμφωνα με τον

Foucault, η λογική και η «κανονικότητα» της κοινωνίας του Διαφωτισμού επιβλήθηκαν με τη βία, καταπιέζοντας όσους δεν συμμορφώνονταν με τα ενδεδειγμένα κριτήρια (Foucault, 1965). Ο κοινωνικός έλεγχος παρέμεινε βασικός στόχος, μέσω της επιβολής του ηθικού κώδικα της αυτοπειθαρχίας, της εργασίας και της υποταγής στην εξουσία. Οι ψυχίατροι ανέλαβαν κεντρικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία, παρέχοντας στα άσυλα νομική και ηθική νομιμοποίηση και ενισχύοντας το θεσμικό έλεγχο της ψυχικής ασθένειας (Foucault, 1965· Scull, 1977).

Ο David Rothman (1971), επιχειρώντας να εξηγήσει τους λόγους που οδήγησαν στην ανάπτυξη και επέκταση των ασύλων, υποστηρίζει ότι κατά τον 19^ο αιώνα, οι κοινωνίες επένδυσαν στα άσυλα ως απάντηση στην κοινωνική αναταραχή που προκλήθηκε από την παρακμή των παραδοσιακών κοινωνικών δομών και λόγω του φόβου ότι η κατάρρευση αυτών των δομών θα οδηγούσε σε περαιτέρω ηθική και κοινωνική παρέκκλιση. Οι υποστηρικτές των ασύλων πίστευαν ότι τα ιδρύματα αυτά θα μπορούσαν να αναμορφώσουν τα περιθωριακά άτομα, καθιστώντας τα ηθικά υπεύθυνα και παραγωγικά μέλη της κοινωνίας. Ωστόσο, όπως επισημαίνει ο Rothman, οι αρχικές μεταρρυθμιστικές προθέσεις εξελίχθηκαν σύντομα σε μηχανισμούς καταπίεσης (Rothman, 1971 στο Tyor, & Zainaldin, 1979: 23).

Ο Andrew Scull, προσθέτοντας ταξική διάσταση στην παραπάνω οπτική, υποστήριξε ότι η άνοδος των ασύλων συνδέθηκε με τις κοινωνικές και οικονομικές ανακατατάξεις που επέφερε ο καπιταλισμός. Πριν από τον 18^ο αιώνα, η φροντίδα των «παρεκκλινόντων» ανήκε στις κοινότητες και στις οικογένειες. Με τη διάλυση των παραδοσιακών δεσμών μεταξύ πλούσιων και φτωχών και την ανάπτυξη νέων καπιταλιστικών οικονομικών και κοινωνικών σχέσεων, η αστική τάξη αναζήτησε θεσμικές λύσεις για την αντιμετώπιση της φτώχειας και της «τρέλας». Τα άσυλα εξυπηρέτησαν την ανάγκη για κοινωνικό έλεγχο και πειθάρχηση των περιθωριακών ομάδων, προωθώντας την εργασιακή ηθική που απαιτούσε το νέο οικονομικό σύστημα (Scull, 1977: 337-338).

Η παραδοσιακή αντίληψη της «τρέλας» ως δαιμονικής ή ζωώδους κατάστασης εξελίχθηκε σταδιακά σε μια θεώρηση που την αντιμετώπιζε ως δυνητικά θεραπεύσιμη δυσλειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Η άνοδος και η αυξανόμενη επιρροή της ψυχιατρικής κατά τον 19^ο αιώνα, συνέβαλε στην επιστημονική νομιμοποίηση της νέας

προσέγγισης, μετατρέποντας την προηγουμένως ασαφή πολιτισμική έννοια σε μια επιστημονικά καθορισμένη οντότητα (Scull, 1977· Wright, 2022).

2.3. Νεότερη εποχή και εξέλιξη της ψυχιατρικής: Η πτώση των ασύλων

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, τα μεγάλα δημόσια άσυλα αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα, όπως υπερπληθυσμός, υποχρηματοδότηση και μια αυξανόμενη αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητάς τους (Clark, 2015: 63). Την ίδια περίοδο, η ψυχιατρική επιστήμη εξειδικεύτηκε ακόμη περισσότερο, με τη δημιουργία νέων κατηγοριών για τις ψυχικές ασθένειες και την ανάπτυξη προηγμένων διαγνωστικών εργαλείων. Οι θεραπείες των ασύλων άρχισαν να θεωρούνται ξεπερασμένες, καθώς εισήχθησαν σύγχρονες και επιστημονικά τεκμηριωμένες προσεγγίσεις. Ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα ήταν η ανάπτυξη της ψυχανάλυσης από τον Sigmund Freud, η οποία επηρέασε σημαντικά την κατανόηση των ψυχικών διαταραχών, προτείνοντας ότι ορισμένα προβλήματα συνδέονται με ασυνείδητες διεργασίες και εσωτερικές συγκρούσεις. Παράλληλα, πρακτικές όπως η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και οι λοβοτομές, άρχισαν να εγκαταλείπονται, καθώς η αναπτυσσόμενη φαρμακοβιομηχανία προώθησε τα πρώτα ψυχοφάρμακα στην αγορά, βασιζόμενη στην υπόθεση ότι οι ψυχικές ασθένειες οφείλονται σε χημικές ανισορροπίες του εγκεφάλου (Ferrerias, 2019: 249-250).

Η μεταβολή αυτή στην κατανόηση και αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών επηρέασε το θεσμικό πλαίσιο φροντίδας των ψυχικά ασθενών. Ο όρος «άσυλο» απέκτησε αρνητικές συνδηλώσεις, συμβολίζοντας την παραμέληση και την κοινωνική απομόνωση (Wright, 2022: 174) και η αυξανόμενη δυσπιστία απέναντι στην αποτελεσματικότητά του κατέστησε επιτακτική την ανάγκη για εναλλακτικές μορφές θεραπείας. Από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα, σε μια περίοδο επέκτασης του κοινωνικού κράτους στις περισσότερες δυτικές κοινωνίες, άρχισαν να προτείνονται και να εφαρμόζονται οι πρώτες συστηματικές ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις. Βασικό στοιχείο των μεταρρυθμίσεων ήταν η διαδικασία της εξόδου των ασθενών από τα άσυλα, γνωστή ως «**αποϊδρυματοποίηση**», η οποία οδήγησε σε δραστική μείωση ή και οριστικό κλείσιμο πολλών από αυτά, μετατοπίζοντας την έμφαση στην ψυχιατρική φροντίδα και υποστήριξη στην κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Επέκταση του κοινωνικού κράτους και μετάβαση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην κοινότητα

3.1. Η μεταπολεμική «χρυσή εποχή» του κοινωνικού κράτους

Όπως αναφέρθηκε, η ανάδυση του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής τον 19^ο αιώνα ανέδειξε την ανάγκη για ένα περισσότερο οργανωμένο και θεσμοθετημένο σύστημα κοινωνικής προστασίας. Η εκβιομηχάνιση και ο αστικός εκσυγχρονισμός μετέβαλαν δραστικά τις κοινωνικές συνθήκες, καθιστώντας αναγκαία την κρατική παρέμβαση τόσο για τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής όσο και για την αντιμετώπιση των νέων προκλήσεων. Το κράτος άρχισε να εγκαταλείπει τον παραδοσιακό του ρόλο ως «νυχτοφύλακας» – έναν ρόλο περιορισμένο, κυρίως, στη διασφάλιση της τάξης και της ασφάλειας – και να αναλαμβάνει σταδιακά νέες κοινωνικές λειτουργίες. Η διεύρυνση των αρμοδιοτήτων του σηματοδότησε τη μετάβασή σε ένα πιο παρεμβατικό κρατικό μοντέλο, θέτοντας τις βάσεις για τις πρώτες μορφές οργανωμένου κοινωνικού κράτους (Σακελλαρόπουλος, 2018: 21-23 και 29-30).

Τα μέσα του 20^{ου} αιώνα και, συγκεκριμένα, η περίοδος από το 1945 έως το 1975 υπήρξε καθοριστική για την καθιέρωση και την εδραίωση του κοινωνικού κράτους σε όλες σχεδόν τις δυτικές κοινωνίες. Οι εμπειρίες της Μεγάλης Ύφεσης και του Β' Παγκοσμίου Πολέμου ανέδειξαν την ανάγκη για κοινωνική και οικονομική ανασυγκρότηση, οδηγώντας σε ευρεία συναίνεση για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής. Ανεξαρτήτως πολιτικών αντιλήψεων, οι κυβερνήσεις αναγνώρισαν τον κρίσιμο ρόλο του κράτους στη ρύθμιση της καπιταλιστικής οικονομίας, μέσω ενός συνόλου ρυθμιστικών, αναδιανεμητικών και φορολογικών μέτρων (Hemerijck, 2011: 36). Κεντρικός πυλώνας αυτής της αλλαγής υπήρξε η οικονομική ανάλυση του John Maynard Keynes για τη Μεγάλη Ύφεση. Ο Keynes υποστήριξε ότι για να περιοριστούν οι οικονομικές διακυμάνσεις, το κράτος θα πρέπει να εφαρμόσει αντικυκλικές πολιτικές, όπως η νομισματική και δημοσιονομική διαχείριση της ζήτησης. Η προσέγγιση αυτή εισήγαγε μια νέα μορφή μακροοικονομικής ανάλυσης, δίνοντας στις δημοκρατικές κυβερνήσεις τη δυνατότητα να αναλάβουν την πολιτική ευθύνη για την επίτευξη πλήρους απασχόλησης και ολοκληρωμένης κοινωνικής προστασίας (ό.π., 2011: 37).

Στην ουσία, η περίοδος του μεταπολεμικού κράτους πρόνοιας ενστερνίστηκε την ιδέα ότι το κράτος μπορούσε να δημιουργήσει μια ευημερούσα και ισότιμη

κοινωνία, αναλαμβάνοντας κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση της οικονομίας και στην ανάπτυξη εθνικών θεσμών και υποδομών, επενδύοντας σε μεγάλο βαθμό στις δημόσιες υπηρεσίες και περιορίζοντας τις δυνάμεις της αγοράς (Davies, 2021). Η δημοσιονομική πολιτική αποτέλεσε το βασικό εργαλείο αυτής της προσέγγισης, με την αναδιανομή του εισοδήματος και του πλούτου να λειτουργεί ως μηχανισμός σταθεροποίησης της οικονομίας και μείωσης των ανισοτήτων (Γράβαρης, 2018: 82-83).

Η προπολεμική πρακτική της φιλανθρωπίας αντικαταστάθηκε από την έννοια της κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη, με στόχο την ενεργή συμμετοχή όλων στην κοινωνική και οικονομική ζωή. Το κράτος διασφάλισε την κατοχύρωση κοινωνικών δικαιωμάτων, ως ισότιμα με τα φιλελεύθερα και δημοκρατικά δικαιώματα (Hemerijck, 2011: 36), επιτρέποντας στους πολίτες να διεκδικούν μερίδιο επί του παραγόμενου πλούτου, μειώνοντας τις ανισότητες που προκαλούσε η αγορά, μέσω μιας αποεμπορευματοποιημένης αναδιανομής των κοινωνικών παροχών (Γράβαρης, 2018: 80-81).

Η κοινωνική πολιτική επικεντρώθηκε στην αντιμετώπιση προβλημάτων, όπως η ασθένεια, η ανεργία και το γήρας, που αναγνωρίστηκαν ως «κοινωνικοί κίνδυνοι» και η προστασία των πολιτών τέθηκε στο επίκεντρο των κρατικών παρεμβάσεων (Γράβαρης, 2018: 80). Στο πλαίσιο αυτό, αναπτύχθηκαν και ενισχύθηκαν σημαντικά διάφοροι κοινωνικοί τομείς, συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας καθολικών συστημάτων ασφάλισης και παροχών, όπως η υγειονομική περίθαλψη, η στέγαση και η εκπαίδευση. Παράλληλα, θεσπίστηκαν προγράμματα μεταβίβασης εισοδήματος, όπως επιδόματα ανεργίας, αναπηρίας και γήρατος, τα οποία χρηματοδοτήθηκαν από την κρατική φορολογία και τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών (Hemerijck, 2011: 36).

Από πολιτική σκοπιά, η ανάπτυξη του μεταπολεμικού κοινωνικού κράτους στηρίχθηκε σε μια στρατηγική συμμαχία ανάμεσα στο ανεπτυγμένο βιομηχανικό κεφάλαιο και την οργανωμένη σε συνδικάτα εργατική τάξη, γνωστή ως «Κεϋνσιανή Συναίνεση» (Γράβαρης, 2018: 84). Τα συνδικάτα αποδέχθηκαν, ουσιαστικά, τη συγκράτηση των απαιτήσεών τους για αυξήσεις μισθών, με αντάλλαγμα την εξασφάλιση της πλήρους απασχόλησης και τη διεύρυνση των κοινωνικών παροχών (Hemerijck, 2011: 38).

Συνολικά, το κράτος πρόνοιας αναδείχθηκε σε βασικό θεσμό στήριξης των πολιτών, προσφέροντας μια μορφή συλλογικής ασφάλειας και συμβάλλοντας στη συνοχή της κοινωνίας. Το όραμά του υπερέβαινε την απλή υποστήριξη προς τους αδύναμους και την ανακούφιση της φτώχειας, αναγνωρίζοντας την ευημερία ως κοινό αγαθό και επιδιώκοντας συνθήκες κοινωνικής ισότητας, αλληλεγγύης και δικαιοσύνης (Kourachanis, 2020). Για όλους αυτούς τους λόγους, η μεταπολεμική περίοδος έως τη δεκαετία του 1970 αναφέρεται συχνά ως η «χρυσή εποχή» του κοινωνικού κράτους.

3.2. Ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις με στόχο την αποϊδρυματοποίηση

Η μεταπολεμική επέκταση του κοινωνικού κράτους έθεσε τις βάσεις για σημαντικές αλλαγές και στον τομέα της ψυχικής υγείας. Καθώς το κράτος ανέλαβε έναν πιο ενεργό ρόλο στη διασφάλιση της ευημερίας των πολιτών, η αναθεώρηση των παραδοσιακών αντιλήψεων και πρακτικών που αφορούσαν την ψυχιατρική φροντίδα τέθηκε στο επίκεντρο. Παράλληλα, η παγκόσμια ηθική αποστροφή για τα εγκλήματα κατά των μειονοτήτων στον απόηχο του Ολοκαυτώματος και των κρατικών διώξεων, σε συνδυασμό με την πρόοδο των εργατικών και σοσιαλιστικών κινημάτων και των αντιαποικιακών αγώνων, οδήγησε σε μια νέα εποχή διεκδίκησης ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Klug, 2000 στο Carpenter, 2009: 218). Η διατύπωση της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων από τα Ηνωμένα Έθνη το 1948 και της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου το 1950 ανέδειξαν την ανάγκη για θεσμοθετημένες αρχές ανθρώπινης αξιοπρέπειας, ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης, οι οποίες επεκτάθηκαν και στα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Το παλιό σύστημα των ασύλων θεωρήθηκε απάνθρωπο και μη βιώσιμο, οδηγώντας τις κυβερνήσεις στο σταδιακό κλείσιμο πολλών ιδρυμάτων και στη δημιουργία νέων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην κοινότητα (WHO, 2003). Μέσα σε δύο δεκαετίες, οι περισσότερες δυτικές κοινωνίες υιοθέτησαν τις νέες ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις, αν και με διαφορετικούς ρυθμούς και επίπεδα εφαρμογής (Novella, 2008).

Σύμφωνα με τον Goodwin (1997), το είδος του καθεστώτος ευημερίας, όπως τα περιέγραψε ο Esping-Andersen (1990), επηρέασε σημαντικά την εξέλιξη των πολιτικών για την ψυχική υγεία. Ο Goodwin ερμήνευσε τη μετατόπιση προς την κοινοτική φροντίδα ως μια κίνηση εξορθολογισμού, που αντανάκλασε την ανάγκη για ενσωμάτωση των ατόμων στην αγορά εργασίας κατά την κεϋνσιανή περίοδο της πλήρους απασχόλησης. Κατά συνέπεια, υποστήριξε ότι στα φιλελεύθερα καθεστάτα,

όπου κυριαρχούσε η αγορά και τα δικαιώματα πρόνοιας ήταν αρκετά περιορισμένα, μια πρώιμη στροφή προς την κοινότητα εμφανίστηκε νωρίς, ήδη από τις δεκαετίες του 1950 και του 1960. Αντίθετα, στα συντηρητικά καθεστάτα της ηπειρωτικής Ευρώπης, οι πιέσεις για αποϊδρυματοποίηση καθυστέρησαν έως τη δεκαετία του 1970. Τα άσυλα διατηρήθηκαν ως θεσμοί κοινωνικού ελέγχου και η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών περιορίστηκε από την αρχή της «επικουρικής», αφήνοντας την παροχή φροντίδας στην ευθύνη των εθελοντικών οργανώσεων, της Εκκλησίας και των οικογενειών. Παρόμοια καθυστέρηση σημειώθηκε και στα σοσιαλδημοκρατικά καθεστάτα της Σκανδιναβίας. Ο κύριος λόγος, κατά τον Goodwin, ήταν οι περιορισμένες πιέσεις για την ένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στην αγορά εργασίας, λόγω του υψηλού βαθμού αποεμπορευματοποίησης των κοινωνικών υπηρεσιών και της ύπαρξης γενναϊόδωρων συστημάτων πρόνοιας, τα οποία παρείχαν εκτεταμένη κοινωνική υποστήριξη (Goodwin, 1997 στο Carpenter, 2000: 610-611).

Ο διαχωρισμός που πρότεινε ο Goodwin, παρότι χρήσιμος, είναι αρκετά περιοριστικός. Οι πολιτικές για την ψυχική υγεία δεν ακολούθησαν πάντοτε τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε τύπου καθεστώτος, ενώ παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών εντός του ίδιου καθεστώτος, λόγω εθνικών και πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων. Επιπλέον, είναι δύσκολο να υποστηριχθεί ότι ο φιλελευθερισμός υπήρξε ο βασικός μοχλός των πρώιμων αλλαγών στις δεκαετίες του 1950 και 1960, σε χώρες όπως η Βρετανία και οι ΗΠΑ (Carpenter, 2000: 611). Αντιθέτως, οι μεταρρυθμίσεις με στόχο την αποϊδρυματοποίηση φάνηκε να έχουν περισσότερο τις ρίζες τους σε μια αριστερή ανθρωπιστική ιδεολογία, η οποία στη συνέχεια υποστηρίχθηκε από την πολιτική δεξιά, κυρίως για λόγους μείωσης του κόστους των ιδρυμάτων. Ο ίδιος ο Goodwin, μάλιστα, αναγνώρισε την εξαίρεση του παραδείγματος της Ιταλίας, επιβεβαιώνοντας ότι η ιδεολογία και η κοινωνική αμφισβήτηση μπορεί να υπερισχύσουν της τυπικής ταξινόμησης.

Πιο συγκεκριμένα, στην Ιταλία, οι μεταρρυθμίσεις στην ψυχική υγεία ήταν αποτέλεσμα της ριζοσπαστικής κριτικής του ψυχιατρικού κατεστημένου, με πρωτεργάτη τον κοινωνικό ψυχίατρο Franco Basaglia. Ο Basaglia υποστήριξε ότι τα ψυχιατρεία λειτουργούν ως χώροι καταπίεσης και απανθρωποποίησης και πως η πραγματική κατανόηση της ψυχικής ασθένειας απαιτεί την αναγνώριση των βαθύτερων κοινωνικών και οικονομικών αιτιών της, όπως η φτώχεια, το στίγμα και η

περιθωριοποίηση. Δίνοντας έμφαση στις ταξικές διαστάσεις της ψυχικής ασθένειας, ανέδειξε πως οι ψυχιατρικές διαγνώσεις συχνά εξυπηρετούν τις κυρίαρχες ηθικές και κοινωνικές δομές, καθορίζοντας την «κανονικότητα» με ταξικούς όρους, κατακερματίζοντας το πρόβλημα σε ένα πλήθος ασθενειών και αποφεύγοντας τελικά να το αντιμετωπίσουν στην ολότητά του (Scheper-Hughes & Lovell, 1986: 162). Οι ιδέες του εμπνεόταν από το «κίνημα της αντιψυχιατρικής» και το έργο διανοητών, όπως ο Michel Foucault, ο R.D. Laing και ο Thomas Szasz, οι οποίοι αμφισβήτησαν τη φύση της ψυχικής ασθένειας και τις παραδοσιακές πρακτικές της ιδρυματικής ψυχιατρικής, ενσωματώνοντας στον πυρήνα της κριτικής τους την κοινωνική, οικονομική και πολιτική διάσταση των ψυχικών διαταραχών και προβάλλοντας την ανάγκη για προσωπική και πολιτική ενδυνάμωση των ανθρώπων στα ψυχιατρεία (McLean, 2000 στο Esposito & Perez, 2014: 434).

Η πιο ριζοσπαστική εφαρμογή αυτών των αρχών πραγματοποιήθηκε, επομένως, στην Ιταλία τη δεκαετία του 1960, όπου ο Basaglia πρωτοστάτησε στον αγώνα για την πλήρη κατάργηση των ψυχιατρείων. Στόχος του ήταν η αντικατάστασή τους από κοινοτικές υπηρεσίες, που θα προάγουν την αξιοπρέπεια και την αυτονομία των ασθενών, «δίνοντας φωνή» στους κοινωνικά αποκλεισμένους. Το έργο του οδήγησε στην ψήφιση του Νόμου 180 το 1978, ο οποίος προέβλεπε την κατάργηση όλων των ψυχιατρικών νοσοκομείων στην Ιταλία και τη δημιουργία εναλλακτικών δομών κοινοτικής υποστήριξης. Ο νόμος 180 αποτέλεσε ορόσημο στην ιστορία της ψυχιατρικής, αναδεικνύοντας τη δύναμη της συλλογικής δράσης προς μια πιο ανθρώπινη και ενταξιακή ψυχιατρική φροντίδα (Turner, 2004: 2). Παράλληλα, λειτούργησε ως πρότυπο για παρόμοιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες.

Ωστόσο, παρά τις υψηλές προσδοκίες και ορισμένα επιτυχημένα παραδείγματα, όπως αυτό της Ιταλίας, η αποϊδρυματοποίηση δεν κατάφερε να εκπληρώσει πλήρως τους στόχους της. Η μετάβαση της φροντίδας στην κοινότητα μέσω της ανάπτυξης ενός δικτύου εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών αποδείχθηκε εξαιρετικά περίπλοκη, ιδίως για τους ασθενείς με σοβαρά και χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας (Barham, 1997 στο Novella, 2008: 304). Συχνά, οι κοινοτικές δομές δεν επαρκούσαν για να προσφέρουν ολοκληρωμένες λύσεις, ενώ η έλλειψη σχεδιασμού για βασικές ανάγκες, όπως η στέγαση και η επαγγελματική αποκατάσταση, οδήγησε πολλούς ασθενείς σε συνθήκες

κοινωνικής απομόνωσης. Αυτή η αδυναμία των κοινοτικών υπηρεσιών να ενσωματώσουν τους ασθενείς στην κοινωνία, κατέληξε στη δημιουργία νέων «γκέτο», όπου τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αλληλεπιδρούσαν σχεδόν αποκλειστικά μεταξύ τους, χωρίς ουσιαστική σύνδεση με την ευρύτερη κοινότητα (Fakhoury & Priebe, 2007: 314).

Επιπλέον, όπως αναφέρει και ο Μεγαλοοικονόμου (n.d.), οι αλλαγές που επιχειρήθηκαν, δεν συνοδεύτηκαν από μια ουσιαστική αναθεώρηση των αντιλήψεων για την ψυχική υγεία και τη φροντίδα των ασθενών, αλλά απλώς μετέφεραν τον αποκλεισμό, τον κοινωνικό έλεγχο και την καταπίεση στο νέο πλαίσιο των κοινοτικών δομών. Η υπόσχεση της απελευθέρωσης από τον καταναγκαστικό εγκλεισμό των ασύλων μετατράπηκε σε νέες μορφές θεραπευτικής και κοινωνικής εγκατάλειψης (Megaloeconomou, n.d.).

Η κατάσταση αυτή επιδεινώθηκε περαιτέρω κατά τη δεκαετία του 1980, όταν τα κινήματα άρχισαν να χάνουν την αρχική τους δυναμική. Παράλληλα, η μετάβαση σε ένα νεοφιλελεύθερο μοντέλο κράτους πρόνοιας οδήγησε σε μια ριζική αναδιάρθρωση του τομέα της ψυχικής υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν και το κράτος άρχισε σταδιακά να αποσύρεται από την άμεση παροχή υπηρεσιών. Οι εξελίξεις αυτές θα εξεταστούν λεπτομερέστερα στο επόμενο κεφάλαιο.

3.2.1. Ερμηνείες της αποϊδρυματοποίησης

3.2.1.1. Η «φαρμακολογική επανάσταση»

Υπάρχουν πολλές θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τις αιτίες και τους παράγοντες που οδήγησαν τις κοινωνίες σε μεταρρυθμίσεις με στόχο την αποϊδρυματοποίηση. Μία από τις πιο διαδεδομένες, ιδιαίτερα μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των φορέων χάραξης πολιτικής, αποδίδει την έξοδο των ασθενών από τα άσυλα στην ψυχοφαρμακολογική επανάσταση της δεκαετίας του 1950. Σύμφωνα με τον Jones (1993), η εισαγωγή των αντιψυχωσικών φαρμάκων, σε συνδυασμό με την επιρροή μιας πιο προοδευτικής και ανθρωπιστικής προσέγγισης που επικράτησε μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στις ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις (Jones, 1993).

Η συγκεκριμένη προσέγγιση είναι ιδιαίτερα δημοφιλής στους κύκλους της ψυχιατρικής, καθώς παραχωρεί προνομιακή θέση τόσο στους επαγγελματίες ψυχικής

υγείας όσο και στην ψυχοφαρμακολογία, που αποτελεί το κυρίαρχο πλαίσιο συμφερόντων στον τομέα (Davies, 2020). Ωστόσο, μια πιο προσεκτική ανάλυση αποκαλύπτει ότι η μείωση του αριθμού των ασθενών στα ψυχιατρεία είχε ξεκινήσει πολύ πριν από την εισαγωγή των αντιψυχωσικών (Novella, 2008: 306). Μπορεί τα νέα φάρμακα να θεωρήθηκαν επαναστατικά, διευκολύνοντας τη διαχείριση των ασθενών και επιτρέποντας στους ψυχιάτρους να διατηρούν την τάξη, χωρίς τις επεμβατικές και επικίνδυνες μεθόδους παλαιότερων θεραπειών (Esposito & Perez, 2014: 424), ωστόσο οι παράγοντες που τελικά ώθησαν τις κυβερνήσεις στο κλείσιμο των ασύλων, φάνηκε να είναι περισσότερο οικονομικοί, πολιτικοί και ιδεολογικοί.

3.2.1.2. Μαρξιστική πολιτική οικονομία

Οι θεωρητικοί που αντλούν από τη μαρξιστική σκέψη, συχνά συντάσσονται με τις θέσεις της «αντιψυχιατρικής», η οποία αμφισβητεί τη θεώρηση της ψυχικής ασθένειας ως καθαρά ιατρικής έννοιας, δίνοντας έμφαση στο στρατηγικό της χαρακτήρα. Από την οπτική της μαρξιστικής πολιτικής οικονομίας, οι ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις επηρεάστηκαν άμεσα από τις δομές της καπιταλιστικής κοινωνίας, αντανακλώνοντας τις πολιτικές και οικονομικές πιέσεις και εξυπηρετώντας τα συμφέροντα της άρχουσας τάξης. Ως εκ τούτου, δεν είχαν ως πρωταρχικό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, αλλά τη διατήρηση και αναπαραγωγή των υφιστάμενων σχέσεων εξουσίας. Οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν, ακολούθησαν τις οικονομικές και ιδεολογικές αρχές του καπιταλισμού, παραβλέποντας τις κοινωνικές ανισότητες και τις βαθύτερες αιτίες της ψυχικής δυσφορίας (Esposito & Perez, 2014· Matheson, 2021· Moncrieff, 2022).

Σύμφωνα με τον Warner (1997), μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η αναδιάρθρωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών αποσκοπούσε στην ενσωμάτωση των ασθενών που ήταν σε θέση να εργαστούν, προκειμένου να καλυφθεί η αυξημένη ζήτηση για εργατικό δυναμικό (Warner, 1997). Ωστόσο, κατά τον Scull (1982), οι πιο σημαντικές μεταρρυθμίσεις σημειώθηκαν τη δεκαετία του 1970. Ο Scull υποστηρίζει ότι οι αλλαγές αυτές ήταν αποτέλεσμα των δημοσιονομικών πιέσεων και των πολιτικών λιτότητας που επιβλήθηκαν παγκοσμίως, λόγω της επικράτησης των νεοφιλελεύθερων πολιτικών. Οι ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις της περιόδου οδήγησαν στο κλείσιμο πολλών ιδρυμάτων, με κύριο στόχο την εξοικονόμηση πόρων μέσω της μείωσης του κόστους λειτουργίας τους (Scull, 1982). Παράλληλα, η διαδικασία της

αποϊδρυματοποίησης διευκόλυνε τη μεταφορά της φροντίδας από το δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα. Τα μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα έκλεισαν, με αποτέλεσμα οι ασθενείς είτε να μεταφέρονται σε μικρότερα, ιδιωτικά, αλλά χρηματοδοτούμενα από το κράτος ιδρύματα, καθώς και σε ιδιωτικές κλινικές, μονάδες ασφαλείας και φυλακές, είτε να εξαρτώνται από τη φροντίδα της οικογένειας ή αμειβόμενων φροντιστών (Priebe et al., 2005 στο Moncrieff, 2022: 5).

3.2.1.3. Μεταδομισμός και επέκταση του ψυχιατρικού λόγου

Οι μεταδομιστές, που αντλούν από το έργο του Michel Foucault, αμφισβητώντας τη μαρξιστική έννοια της δομικής εξουσίας ως κάτι που διαμορφώνεται αποκλειστικά από τις απαιτήσεις του κεφαλαίου, υποστηρίζουν ότι η μετάβαση της ψυχιατρικής φροντίδας από τα κλειστά ιδρύματα στην κοινότητα αντιπροσώπευε περισσότερο μια διεύρυνση του δικτύου του κοινωνικού ελέγχου. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η «κανονικοποίηση» θεωρείται ως μια διαδικασία, που υπερβαίνει την παραδοσιακή κοινωνικοποίηση στη μισθωτή εργασία, επηρεάζοντας ευρύτερα κάθε πτυχή της καθημερινής ζωής των ατόμων (Foucault, 1965· Rose, 1986).

Οι χιλιάδες ασθενείς, που κάποτε συνωστίζονταν στα κρατικά ψυχιατρεία, αποτελούσαν μια δημόσια υπενθύμιση της περιορισμένης αποτελεσματικότητας της ψυχιατρικής στη διαχείριση σοβαρών και χρόνιων ψυχικών διαταραχών. Η στροφή προς την κοινοτική και εξωνοσοκομειακή φροντίδα, όχι μόνο επέτρεψε στους ψυχιάτρους να προβάλλουν το επάγγελμά τους ως πιο σύγχρονο και αποτελεσματικό, αλλά διεύρυνε και την επιρροή τους στην ευρύτερη κοινωνία. Κατά συνέπεια, η αποϊδρυματοποίηση δεν αποτέλεσε απλώς μια ανθρωπιστική κίνηση, αλλά και μια στρατηγική για την ενίσχυση της επαγγελματικής και κοινωνικής θέσης της ψυχιατρικής, μεταφέροντας την επιτήρηση από το κλειστό ίδρυμα σε ολόκληρη την κοινωνία, μέσω της «ψυχιατρικοποίησης» των κοινωνικών προβλημάτων και της ψυχικής δυσφορίας (Carpenter, 2000· Foucault 1965).

Με την αποδυνάμωση του κράτους πρόνοιας και την προώθηση νεοφιλελεύθερων πολιτικών, η κοινωνία μετασχηματίστηκε σε μια νέα αγοραία πραγματικότητα, όπου η αντικατάσταση του πολίτη του έθνους-κράτους με τον νεοφιλελεύθερο καταναλωτή άλλαξε και τις μεθόδους ελέγχου για την αντιμετώπιση των θεμάτων που σχετίζονται με την ψυχική υγεία. Σε αυτή την αναδυόμενη

νεοφιλελεύθερη κοινωνία της αγοράς, η ψυχική υγεία έγινε αντικείμενο εμπορευματοποίησης, με την κατανάλωση φαρμακευτικών ουσιών να αναδεικνύεται ως μέσο διαχείρισης της ψυχικής δυσφορίας, επιτελώντας παράλληλα έναν νέο ρόλο κοινωνικού ελέγχου και ενίσχυσης των υφιστάμενων σχέσεων εξουσίας (Esposito & Perez, 2014: 425).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μετασχηματισμός του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

4.1. Κρίση και επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού ως πολιτικοοικονομικό σύστημα

Από τη δεκαετία του 1970, οι διεθνείς συνθήκες άρχισαν να μεταβάλλονται ριζικά. Οι δύο πετρελαϊκές κρίσεις του 1973 και 1979, η επιταχυνόμενη οικονομική παγκοσμιοποίηση και οι έντονες κοινωνικές και δημογραφικές αλλαγές, κλόνισαν την οικονομική σταθερότητα του κεϋνσιανού υποδείγματος, αναδεικνύοντας τα όριά του και οδηγώντας σε μια συνεχιζόμενη κρίση των καθεστώτων ευημερίας παγκοσμίως (Dean 2015· Pierson 1998· Taylor-Gooby 2013 στο Benish & Levi-Faur, 2020: 22). Σε αυτό το νέο περιβάλλον, ο νεοφιλελευθερισμός αναδείχθηκε ως η κυρίαρχη ιδεολογία, με κύριους υποστηρικτές από την πολιτική δεξιά, όπως οι κυβερνήσεις του Ronald Reagan στις ΗΠΑ και της Margaret Thatcher στη Βρετανία. Η κατάρρευση των κομμουνιστικών κρατών της Σοβιετικής Ένωσης και της Ανατολικής Ευρώπης στα τέλη της δεκαετίας του 1980 επιβεβαίωσε περαιτέρω το ιδεολογικό προβάδισμα του νεοφιλελευθερισμού, παρουσιάζοντάς τον ως ανώτερο σύστημα σε σύγκριση με τις σοσιαλιστικές εναλλακτικές (Flew, 2014: 9).

Η στρατηγική του νεοφιλελευθερισμού, όπως προωθήθηκε από συντηρητικές κυβερνήσεις και διεθνείς οργανισμούς (Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, Παγκόσμια Τράπεζα, ΟΟΣΑ), είχε ως αφετηρία την οικονομία (Σακελλαρόπουλος, 2018: 42). Η εκδήλωση του στασιμοπληθωρισμού και της δημοσιονομικής κρίσης οδήγησαν στην υπονόμηση της κεϋνσιανής μακροοικονομικής πολιτικής και στην αντικατάστασή της από αυστηρές δημοσιονομικές και νομισματικές πολιτικές, με στόχο την οικονομική σταθερότητα, το χαμηλό πληθωρισμό, τη διατήρηση ισοσκελισμένων προϋπολογισμών και τον περιορισμό του δημόσιου χρέους (Πετμεζίδου, 2014: 23). Η επικράτηση των νέων οικονομικών ιδεών, οι οποίες αποτελούσαν έναν σύνθετο συνδυασμό θεωριών, όπως ο μονεταρισμός, οι θεωρίες ορθολογικών προσδοκιών και τα οικονομικά της προσφοράς, στηριζόταν στην πεποίθηση ότι «η κυβερνητική παρέμβαση αποτελούσε το πρόβλημα και όχι τη λύση και ότι μια σταθερή νομισματική πολιτική, καθώς και σημαντικές μειώσεις φόρων στις υψηλότερες φορολογικές κλίμακες, θα οδηγούσαν σε μια υγιέστερη οικονομία, ευθυγραμμίζοντας καλύτερα τα κίνητρα για την επιχειρηματική δραστηριότητα» (Harvey 2005: 54).

Οι ιδεολογικές ρίζες αυτής της προσέγγισης εντοπίζονται στις συζητήσεις του 20^{ου} αιώνα, με κεντρικές μορφές όπως ο Friedrich Hayek και ο Milton Friedman, οι οποίοι αντιλήφθηκαν την ελεύθερη αγορά ως μια απολιτική δύναμη ικανή να προάγει την προσωπική ελευθερία, την ατομική ευθύνη και την αποτελεσματική αξιοποίηση όλων των κοινωνικών και οικονομικών πόρων (Harvey, 2005 στο Esposito & Perez, 2014: 418). Επομένως, οι αγορές έπρεπε να «απελευθερωθούν» από ρυθμιστικούς κρατικούς ελέγχους που δημιουργούσαν στρεβλώσεις και αναποτελεσματικότητες, ώστε να λειτουργήσουν αυτόνομα. Οι πρώτες ριζικές μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν προς αυτή την κατεύθυνση, περιελάμβαναν τη χαλάρωση ή και την πλήρη άρση των ελέγχων στον τραπεζικό τομέα και στις συναλλαγματικές και κεφαλαιακές ροές, ενισχύοντας τη διασυνοριακή κινητικότητα αγαθών, υπηρεσιών και κεφαλαίων (Connell, 2010: 23· Flew, 2014: 11).

Στο εσωτερικό των κρατών, η επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού προκάλεσε δραστικές αλλαγές, αποσυνθέτοντας τα θεμέλια του παραδοσιακού κοινωνικού κράτους, ακριβώς τη στιγμή που οι κοινωνίες το είχαν μεγαλύτερη ανάγκη. Οι νέες πολιτικές επικεντρώθηκαν στη μείωση των κρατικών δαπανών, ιδίως στις κοινωνικές υπηρεσίες και στη χαλάρωση των κανονιστικών ρυθμίσεων, με σκοπό τη δημιουργία ενός ευνοϊκού επιχειρηματικού περιβάλλοντος. Η νεοφιλελεύθερη «αρνητική θεωρία του κράτους» υποστήριζε ότι η υπερβολική κρατική παρέμβαση στην οικονομία υπονόμει την ατομική ευθύνη και τα κίνητρα για εργασία, ενισχύοντας την εξάρτηση από τις κρατικές παροχές, την παθητικότητα και τη δημιουργία «παγίδων φτώχειας» (Benish & Levi-Faur, 2020). Οι δομές πρόνοιας θεωρήθηκε ότι λειτουργούσαν με αναποτελεσματικό και δύσκαμπτο τρόπο, επιβαρύνοντας υπερβολικά τους δημόσιους πόρους και αυξάνοντας τις φορολογικές απαιτήσεις (Quadagno, 1987). Ως εκ τούτου, η αναδιανομή του εισοδήματος και του πλούτου περιορίστηκε στα οικονομικά αδύναμα τμήματα του πληθυσμού, τα οποία μπορούσαν να αποδείξουν την οικονομική τους κατάσταση μέσω αυστηρών ελέγχων στα εισοδήματα και στα περιουσιακά στοιχεία. Η καθολικότητα των παροχών υποχώρησε, εστιάζοντας στην αντιμετώπιση της ακραίας φτώχειας και η έννοια του «κινδύνου» απέκτησε μια νέα, εξατομικευμένη διάσταση, μεταθέτοντας την ευθύνη για παραδοσιακά κοινωνικά προβλήματα, όπως η ανεργία και η ασθένεια, στους ίδιους τους πολίτες (Γράβαρης, 2018: 85).

Αυτή η σταδιακή υποχώρηση του κράτους από βασικά πεδία της κοινωνικής πολιτικής δημιούργησε χώρο για τον ιδιωτικό τομέα, μετατρέποντας σταδιακά τις

κοινωνικές παροχές σε εμπορεύσιμα αγαθά. Παράλληλα, η δημόσια διοίκηση άρχισε να υιοθετεί όλο και περισσότερο τις αρχές της αγοράς, μέσα από το «Νέο Δημόσιο Μάνατζμεντ» και την «επιχειρηματική διακυβέρνηση», εισάγοντας πρακτικές από τον ιδιωτικό τομέα, με έμφαση στην οικονομική αποδοτικότητα και τη βιωσιμότητα (Benish & Levi-Faur, 2020· Connell, 2010: 25).

Στην αγορά εργασίας, η παραδοσιακή μισθωτή σχέση αντικαταστάθηκε από ευέλικτες μορφές απασχόλησης και οι κανονισμοί που προστάτευαν τα δικαιώματα των εργαζομένων, όπως οι κατώτατοι μισθοί, τα συνδικαλιστικά δικαιώματα και οι περιορισμοί στις απολύσεις, συρρικνώθηκαν, επιτρέποντας στους εργοδότες μεγαλύτερη ευελιξία στην προσαρμογή του εργατικού δυναμικού τους σύμφωνα με τις απαιτήσεις της αγοράς (Connell, 2010: 26).

Οι κυρίαρχες τάξεις εκμεταλλεύτηκαν, ουσιαστικά, τις νεοφιλελεύθερες αρχές για να επιβάλουν πολιτικές που εξυπηρετούν ταξικά συμφέροντα, αυξάνοντας τον πλούτο των κατόχων κεφαλαίου εις βάρος της κοινωνικής ισότητας και δικαιοσύνης. Ως αποτέλεσμα, η επισφάλεια αυξήθηκε, οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες επεκτάθηκαν και η ποιότητα ζωής για τους φτωχούς και τις εργαζόμενες τάξεις υποβαθμίστηκε (Ferguson, 2010: 170).

Η υιοθέτηση αυστηρών πολιτικών λιτότητας κατά την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση του 2007-08 επιδείνωσε περαιτέρω αυτή την κατάσταση. Η βίαιη υπολειμματικοποίηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας οδήγησε σε σημαντική συρρίκνωση του δικτύου ασφαλείας κάτω από τα όρια της φτώχειας και σε εκτεταμένη αποκρατικοποίηση της κοινωνικής πολιτικής, με όλο και μεγαλύτερη ανάθεση αρμοδιοτήτων, που παραδοσιακά κατείχε το κράτος, στην Κοινωνία Των Πολιτών και στον ιδιωτικό τομέα (Kourachanis, 2020 στο Καψάλης, Κουμαριανός, & Κουραχάνης, 2022).

4.2. Ο νεοφιλελευθερισμός ως ιδεολογικό-αξιακό σύστημα

Ο νεοφιλελευθερισμός δεν περιορίζεται μόνο στην οικονομική σφαίρα, αλλά εκφράζει μια ευρύτερη αξιολογική κοινωνική τάξη, στην οποία η αξία των ανθρώπων και των πράξεών τους καθορίζεται με βάση την αγοραία τους αξία (Davies, 2017 στο Zeira, 2022: 206). Όπως αναφέρει και ο Davies (2021), μια βασική αρχή της πολιτικής φιλοσοφίας του είναι ότι οι οικονομικές μεταρρυθμίσεις δεν αποτελούν αυτοσκοπό, αλλά μέσο για την επίτευξη ενός ευρύτερου στόχου, που αφορά τη διαμόρφωση των

ανθρώπων με βάση τα χαρακτηριστικά της σκληρής εργασίας, της ανταγωνιστικότητας, της αυτάρκειας, της προσωπικής ευθύνης και της επιχειρηματικότητας (Davies, 2021).

Ομοίως, ο Erich Fromm, στο βιβλίο του *Να έχεις ή Να είσαι* (2013), υποστηρίζει ότι η κουλτούρα του σύγχρονου καπιταλισμού έχει διαμορφώσει ποικιλοτρόπως τα είδη των ανθρώπων που χρειάζεται, προκειμένου να εξασφαλίσει την επιβίωσή του. Η ταυτότητα και η αυτοεκτίμηση των ατόμων αντλούνται, κυρίως, από την κατοχή υλικών αγαθών, αναδεικνύοντας την καταναλωτική ικανότητα και τον υλικό πλούτο σε πρωταρχικούς δείκτες προσωπικής ολοκλήρωσης και ευημερίας (Fromm, 2013). Παράλληλα, οι άνθρωποι καλούνται να λειτουργούν κυρίως ως καταναλωτές σε όλες σχεδόν τις πτυχές της ζωής τους, προσπαθώντας να καλύψουν συναισθήματα ανεπάρκειας, ανασφάλειας και άγχους. Η διαρκής αίσθηση ανικανοποίητου γίνεται αναπόφευκτο κομμάτι της καθημερινής ζωής, διασφαλίζοντας την επιβίωση και ενίσχυση του οικονομικού συστήματος μέσα από την «αέναη επιθυμία για κατανάλωση» (Matheson, 2021).

Επιπλέον, ο ανταγωνισμός καθίσταται κεντρικό στοιχείο, επηρεάζοντας όχι μόνο την οικονομία, αλλά και τις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις. Τα άτομα ενθαρρύνονται να λειτουργούν ως «μικρο-επιχειρήσεις», αξιολογώντας συνεχώς τις ικανότητές τους, υπολογίζοντας τους κινδύνους και επιλέγοντας στρατηγικές για την ενίσχυση της θέσης τους (Ferguson, 2010: 172). Η αυτοβελτίωση, η συνεχής μάθηση και η προσαρμοστικότητα αναδεικνύονται σε βασικές ικανότητες επιβίωσης σε έναν διαρκώς μεταβαλλόμενο και απαιτητικό κόσμο.

Αυτός ο νέος τρόπος σκέψης έχει μετασχηματίσει και την έννοια της πολιτειότητας, προωθώντας το πρότυπο του «ενεργού» και «υπεύθυνου» πολίτη, ο οποίος δεν εξαρτάται πλέον από την κρατική βοήθεια, αλλά καλείται να αναλαμβάνει πλήρως την ευθύνη για τη ζωή του και να διαχειρίζεται τις ανάγκες του (Ferguson, 2010: 172). Η επιτυχία θεωρείται αποτέλεσμα ατομικής προσπάθειας και ορθών επιλογών, ενώ η αποτυχία αποδίδεται σε προσωπικές αδυναμίες ή λάθη.

Το νεοφιλελεύθερο αφήγημα προβάλλει, ουσιαστικά, μια ουτοπική εικόνα μιας κοινωνίας ίσων ευκαιριών, αγνοώντας τις δομικές ανισότητες που καθορίζουν την πρόσβαση σε βασικούς πόρους, όπως η εκπαίδευση, η υγεία και η εργασία. Η ιδεολογική του ηγεμονία επιτυγχάνεται μέσα από τη συστηματική προώθηση των

συγκεκριμένων αξιακών προτύπων, επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την κοινωνία και τη θέση τους σε αυτήν. Με αυτό τον τρόπο, ο νεοφιλελευθερισμός λειτουργεί, κατά τον Foucault, ως ένα «καθεστώς αλήθειας» και ως μια νέα μορφή «κυβερνητικότητας», επιβάλλοντας μια κοινωνική «κανονικότητα», που αναπαράγει τις σχέσεις εξουσίας και νομιμοποιεί τις κοινωνικές ανισότητες, παρουσιάζοντας τις ως φυσικές και αμετάβλητες (Flew, 2014).

Στις επόμενες ενότητες, εξετάζονται οι επιπτώσεις της επικράτησης του νέου οικονομικού και ιδεολογικού παραδείγματος στις ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας του 1980, οι οποίες διαμόρφωσαν την τρέχουσα προσέγγιση στη διαχείριση της ψυχικής υγείας, μέσα από πολιτικές που ευνοούν την ατομική ευθύνη και την υποβάθμιση των ανθρωπιστικών και κοινοτικών προσεγγίσεων.

4.3. Νεοφιλελεύθερος μετασχηματισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Οι νεοφιλελεύθερες μεταρρυθμίσεις επέβαλαν ένα πλαίσιο, στο οποίο η ψυχική ασθένεια εντοπίζεται στο άτομο, καθιστώντας το υπεύθυνο για την προσωπική του ευημερία. Η παραδοσιακή ανθρωπιστική προσέγγιση, που εστίαζε στη συλλογική ευθύνη για τη φροντίδα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές υποχώρησε και η διαδικασία της αυτοβελτίωσης έγινε ηθικό καθήκον, με επίκεντρο τη σκληρή προσωπική προσπάθεια, την αυτοπειθαρχία και τη χρήση εργαλείων αυτοβοήθειας. Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη μετάβαση διαδραμάτισε η τεράστια επιρροή που απέκτησε η φαρμακοβιομηχανία από τη δεκαετία του 1980, η οποία κατάφερε, χάρη στην απορρύθμιση της αγοράς και στην ισχυρή υποστήριξη των κυβερνήσεων, να εμπορευματοποιήσει μαζικά τις λύσεις που προσέφερε, προωθώντας ιατροκεντρικές παρεμβάσεις για τη διαχείριση της ψυχικής ασθένειας, που υποβαθμίζουν το κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο μέσα στο οποίο εμφανίζεται και περιορίζουν τη θεραπεία στην κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων (Davies, 2021· Matheson, 2021).

Αυτή η αλλαγή στον τρόπο προσέγγισης της ψυχικής υγείας συνοδεύτηκε από εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις στις αντίστοιχες υπηρεσίες, οι οποίες επηρεάστηκαν από τις αρχές του οικονομικού εξορθολογισμού και της μείωσης των κρατικών δαπανών. Ο τομέας της ψυχικής υγείας θεωρήθηκε υπερβολικά δαπανηρός και αποτέλεσε έναν εύκολο στόχο για αναδιάρθρωση και περικοπές στον προϋπολογισμό (Thomas, 1998: 7). Το παραδοσιακό κρατικό σύστημα αντικαταστάθηκε από ένα «μειωμένου μεγέθους» δημόσιο ψυχιατρικό σύστημα, που εστίαζε, κυρίως, στην ιατρική

περίθαλψη, αναβιώνοντας παλαιές πρακτικές ασυλικού εγκλεισμού. Παράλληλα, η μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης οδήγησε σε αυξημένη εισροή ιδιωτικών φορέων, ενισχύοντας τη σύνδεση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με τις απαιτήσεις της αγοράς και μετατρέποντας σταδιακά τις διάφορες μορφές θεραπείας από κρατικές παροχές σε εμπορεύματα προς πώληση.

Αυτό το αναδύομενο μετα-ασυλικό σύστημα αντιπροσώπευε την εγκατάλειψη των σοσιαλδημοκρατικών φιλοδοξιών για τη δημιουργία ενός καθολικού συστήματος ψυχικής υγείας και την παράλληλη προώθηση μιας ευρύτερης στρατηγικής μετατόπισης από την άμεση κρατική παροχή υπηρεσιών προς την υιοθέτηση πιο ευέλικτων και αποκεντρωμένων πρακτικών σε τοπικό επίπεδο. Η ευθύνη για την ψυχική υγεία κατακερματίστηκε και ανατέθηκε, σε μεγάλο βαθμό, στον ιδιωτικό και μη κυβερνητικό τομέα, ενώ το κράτος περιορίστηκε σε έναν πιο περιθωριακό και «υπολειμματικό» ρόλο.

Οι πρώτες μαζικές μεταρρυθμίσεις προς αυτή την κατεύθυνση πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία του 1980 από την κυβέρνηση του Ronald Reagan στις ΗΠΑ. Ο Reagan, ως υπέρμαχος της συντηρητικής πολιτικής του «Νόμος και Τάξη» και πολέμιος του εκτεταμένου κράτους πρόνοιας, προχώρησε σε μαζικές περικοπές στη χρηματοδότηση των Κοινοτικών Κέντρων Ψυχικής Υγείας (CMHC), τα οποία είχαν αποτελέσει τον πυρήνα της κοινοτικής ψυχιατρικής φροντίδας τις προηγούμενες δεκαετίες (Carpenter, 2000: 607). Παράλληλα, προώθησε μέτρα που μετέφεραν την ευθύνη για τη λειτουργία των υπηρεσιών από το ομοσπονδιακό επίπεδο στις επιμέρους πολιτείες, ικανοποιώντας ομάδες ειδικών συμφερόντων και τις απαιτήσεις της επιχειρηματικής κοινότητας. Η χρηματοδότηση της έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες μειώθηκε σημαντικά και κατέστη κυρίαρχη η ιατρική προσέγγιση στην ερμηνεία των ψυχικών ασθενειών (Matheson, 2021). Η κυβέρνηση κατάφερε, μάλιστα, να εκμεταλλευτεί τις ανησυχίες της κοινής γνώμης, που τροφοδοτούνταν από τα μέσα ενημέρωσης, εφαρμόζοντας σκληρότερες ποινές και αυστηρότερους περιορισμούς, υπό το πρόσχημα της προστασίας της κοινωνίας από τους «επικίνδυνους ψυχοπαθείς» (Thomas, 1998: 7). Αυτός ο συνδυασμός νεοφιλελεύθερων πολιτικών, ανεπαρκούς κρατικής στήριξης και ιατρικοποίησης της ψυχικής ασθένειας, επιδείνωσε τις συνθήκες των ατόμων με ψυχικά προβλήματα, οδηγώντας, μάλιστα, σε αυξημένα ποσοστά εγκλεισμού τους στις φυλακές.

Την ίδια περίοδο, παρόμοιες μεταρρυθμίσεις πραγματοποιήθηκαν και στο Ηνωμένο Βασίλειο της Margaret Thatcher, η οποία επιχείρησε μια νεοφιλελεύθερη αναδιάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS). Υιοθετώντας μια αντίστοιχη συντηρητική προσέγγιση, η Thatcher προώθησε την εμπορευματοποίηση βασικών υπηρεσιών του NHS, επεκτείνοντας το ρόλο των ιδιωτικών εταιρειών στη διαχείριση παροχής υποστηρικτικών και κλινικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονταν πλέον ως «πελάτες» και οι παρεχόμενες υπηρεσίες μετατράπηκαν σε αντικείμενο ανταγωνισμού μεταξύ των διαφόρων παρόχων. Παράλληλα, εισήχθη μια νέα ομάδα διευθυντικών στελεχών, η οποία εκπαιδεύτηκε στο νέο διαχειριστισμό και επιφορτίστηκε με αρμοδιότητες, όπως ο καθορισμός στόχων, η βελτιστοποίηση των υπηρεσιών και η αναθεώρηση των εργασιακών συμβάσεων (Davies, 2021).

Με την εξάπλωση του ύστερου καπιταλισμού σε διεθνές επίπεδο και την εδραίωσή του κατά την παγκόσμια οικονομική ύφεση, η νεοφιλελεύθερη αναδιάρθρωση των συστημάτων ψυχικής υγείας έγινε κοινός τόπος σε όλες σχεδόν τις δυτικές κοινωνίες. Το επόμενο κεφάλαιο εξετάζει το ρόλο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε αυτή την παγκόσμια στροφή και εστιάζει στις σύγχρονες τάσεις διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, με βάση την οικονομική αποτίμηση, την ατομική ευθύνη, την ιατρικοποίηση και την εμπορευματοποίηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Σύγχρονες τάσεις στη διαχείριση της ψυχικής υγείας και ασθένειας

5.1. Η στροφή της παγκόσμιας πολιτικής υγείας προς τον νεοφιλελευθερισμό

Μεταξύ των διεθνών οργανισμών που διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικών και πρακτικών που ευθυγραμμίζονται με τη νεοφιλελεύθερη σκέψη, ιδιαίτερη σημασία για την παρούσα εργασία έχει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη χάραξη πολιτικών και την υλοποίηση προγραμμάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Από την ίδρυσή του το 1948, ο ΠΟΥ έχει λειτουργήσει ως η κύρια «διευθύνουσα και συντονιστική αρχή για την υγεία», καθορίζοντας διεθνή πρότυπα, παρέχοντας τεχνική υποστήριξη στις χώρες και διαμορφώνοντας την παγκόσμια ατζέντα για την υγεία (Chorev, 2013: 636). Αν και αρχικά επικεντρώθηκε κυρίως στη σωματική υγεία, με την πάροδο του χρόνου και, ιδιαίτερα, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η ψυχική ευημερία αναδείχθηκε ως αναπόσπαστο μέρος τη συνολικής δημόσιας υγείας. Ο ΠΟΥ συνέβαλε στη διαμόρφωση των παγκόσμιων πολιτικών για την ψυχική υγεία, συλλέγοντας δεδομένα από διάφορες χώρες, προωθώντας μια ενιαία προσέγγιση για την αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών και θέτοντας διεθνή πρότυπα για τη φροντίδα των ψυχικά ασθενών (Sturdy, Freeman, & Smith-Merry, 2013). Σημαντική ήταν, επίσης, η στήριξή του στις μεταρρυθμίσεις της περιόδου 1960-1980, όταν πολλά συστήματα ψυχικής υγείας παγκοσμίως άρχισαν να μετασχηματίζονται, εγκαταλείποντας τα παραδοσιακά ιδρυματικά μοντέλα και υιοθετώντας κοινοτικές προσεγγίσεις.

Με την άνοδο του νεοφιλελευθερισμού, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας βρέθηκε αντιμέτωπος με μια κρίση νομιμότητας και χρηματοδότησης, η οποία εντάθηκε από την αυξανόμενη εμπλοκή της Παγκόσμιας Τράπεζας σε ζητήματα δημόσιας υγείας. Οι πολιτικές της Παγκόσμιας Τράπεζας αποτελέσαν μέρος των ευρύτερων μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν από την κυβέρνηση του Ronald Reagan με στόχο την αναδιάρθρωση του δημόσιου τομέα, οι οποίες περιελάμβαναν τη μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης για την υγεία, την επιβολή τελών χρήσης στις υπηρεσίες και την ενίσχυση της ιδιωτικοποίησής τους (Chorev, 2013).

Επιπλέον, από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η Παγκόσμια Τράπεζα εισήγαγε την έννοια της επένδυσης στην υγεία ως μέσο ανάπτυξης του «ανθρώπινου κεφαλαίου» (Cosgrove & Karter, 2018: 672). Η λογική πίσω από αυτή τη στρατηγική

βασιζόταν στην αντίληψη ότι η υγεία των πολιτών συνδέεται άμεσα με την οικονομική ανάπτυξη και, ως εκ τούτου, η υγειονομική φροντίδα θεωρήθηκε κρίσιμη για την ενδυνάμωση του εργατικού δυναμικού και την ενίσχυση των αναπτυξιακών προγραμμάτων.

Οι παγκόσμιες πολιτικές υγείας εξελίχθηκαν έκτοτε σε πεδίο εφαρμογής των νεοφιλελεύθερων μεταρρυθμίσεων, επηρεάζοντας άμεσα τον ΠΟΥ, ο οποίος το 1998, υπό την ηγεσία της Gro Harlem Brundtland, υιοθέτησε τις βασικές αρχές της Παγκόσμιας Τράπεζας (Cosgrove & Karter, 2018: 672). Η Brundtland θεωρούσε ότι ο μόνος τρόπος αναζωογόνησης της επιδεινούμενης θέσης του Οργανισμού ήταν η ενεργός ενσωμάτωσή του στο νεοφιλελεύθερο πλαίσιο της εποχής. Κατά συνέπεια, ο ΠΟΥ εγκατέλειψε τη μακροχρόνια θεώρηση της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό και υιοθέτησε την αντίληψη ότι αποτελεί κεντρικό συστατικό για την οικονομική ανάπτυξη (Chorev, 2013: 643). Προς την ενίσχυση αυτής της νέας προσέγγισης ίδρυσε, το 2000, την Επιτροπή Μακροοικονομίας και Υγείας (CMH), με επικεφαλής τον οικονομολόγο Jeffrey Sachs, γνωστό για τις ριζικές νεοφιλελεύθερες μεταρρυθμίσεις του σε αναπτυσσόμενες χώρες. Η σύνθεση της Επιτροπής ήταν ενδεικτική του οικονομικού προσανατολισμού της, καθώς περιελάμβανε, κατά βάση, υπουργούς Οικονομικών και στελέχη της Παγκόσμιας Τράπεζας, του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου και του Παγκόσμιου Οργανισμού Εμπορίου (Chorev, 2013: 644).

Αυτή η αλλαγή κατεύθυνσης του Παγκόσμιου Οργανισμού είχε σημαντικές επιπτώσεις και στον τομέα της ψυχικής υγείας, οδηγώντας σε μια μετατόπιση των διεθνών παρεμβάσεων από τις κοινωνικές προσεγγίσεις σε προγράμματα που εστιάζουν, κυρίως, σε βιολογικούς και οικονομικούς παράγοντες (Cosgrove & Karter, 2018). Διαδοχικές κυβερνήσεις και μεγάλες επιχειρήσεις σε όλο τον κόσμο προώθησαν ένα νέο όραμα για την ψυχική υγεία, που θέτει στο επίκεντρό του ένα νέο τύπο ανθρώπου: ανθεκτικό, ατομικιστικό και πάνω απ' όλα, οικονομικά παραγωγικό. Ως αποτέλεσμα αυτής της αλλαγής, ολόκληρη η προσέγγιση για την ψυχική υγεία επαναπροσδιορίστηκε, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες μιας οικονομίας που βασίζεται στην κατανάλωση, την εμπορευματοποίηση και τη «φетиχοποίηση» της παραγωγικότητας (Davies, 2021).

5.2. Η ψυχική ασθένεια ως παραγωγικό και οικονομικό κόστος

Η έμφαση στην οικονομική αποδοτικότητα έχει αναδιαμορφώσει τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η ψυχική υγεία, καθιστώντας την ένα από τα κεντρικά θέματα των οικονομικών συζητήσεων. Οι διεθνείς οργανισμοί συναινούν ευρέως ότι η ψυχική ευημερία όχι μόνο συνδέεται άρρηκτα με την οικονομική ανάπτυξη, αλλά και ότι έχουμε φτάσει σε ένα σημείο στο οποίο απαιτείται παγκοσμιοποιημένη παρέμβαση (Fey, 2021: 12). Συγκεκριμένα, το Παγκόσμιο Οικονομικό Φόρουμ (WEF) αναφέρει ότι «η κακή ψυχική υγεία κόστισε στην παγκόσμια οικονομία περίπου 2,5 τρισεκατομμύρια δολάρια το 2010, ποσό που αναμένεται να αυξηθεί σε 6 τρισεκατομμύρια δολάρια ετησίως έως το 2030» (Bloom et al., 2011 στο Fey, 2021: 11). Αντίστοιχα ο ΠΟΥ, σε πρόσφατη Έκθεσή του για την Ψυχική Υγεία το 2022, αναφέρει ότι η θεραπεία καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών παρουσιάζει έναν λόγο «οφέλους – κόστους» 5 προς 1, υποδηλώνοντας ότι το κόστος της θεραπείας είναι σημαντικά χαμηλότερο από την οικονομική επιβάρυνση που συνεπάγεται η μη θεραπεία τους. Επιπλέον, επισημαίνει ότι η καλή ψυχική υγεία αποτελεί κρίσιμο παράγοντα για την ενίσχυση της οικονομικής ανταγωνιστικότητας, συμβάλλοντας στην αύξηση της παραγωγικότητας και στη μείωση τόσο του «απουσιασμού» (απουσίες από την εργασία) όσο και του «παρουσιασμού» (παρουσία με χαμηλή απόδοση) (WHO, 2022: 100-101).

Οι ψυχικές ασθένειες θεωρούνται, επομένως, σημαντικό οικονομικό βάρος, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την παραγωγικότητα και τη συνολική λειτουργία της κοινωνίας (Jakubec, 2009). Η εισαγωγή του δείκτη «Προσαρμοσμένα στην Αναπηρία Έτη Ζωής» (DALYs) στην Παγκόσμια Έκθεση για την Ανάπτυξη το 1993, κατέστησε δυνατή την ποσοτικοποίηση της επιβάρυνσης των ασθενειών, συνυπολογίζοντας όχι μόνο τα χρόνια που χάνονται λόγω πρόωρου θανάτου, αλλά και τα χρόνια παραγωγικής ζωής που χάνονται λόγω αναπηρίας. Η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας μέσω της χρήσης τέτοιου είδους δεικτών, παρότι χρήσιμη για τη διαμόρφωση πολιτικών, απομακρύνει την προσοχή από τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, οι οποίες αποτελούν το «πραγματικό βάρος της εποχής μας» και ενισχύει μια νεοφιλελεύθερη προοπτική, που προτάσσει την παραγωγικότητα και την κερδοφορία ως βασικές αξίες, συχνά εις βάρος της ποιότητας της ζωής.

Κατά συνέπεια, η ίδια η έννοια της ψυχικής υγείας φαίνεται να προσαρμόζεται ολοένα και περισσότερο στις απαιτήσεις της οικονομίας και του κεφαλαίου,

εστιάζοντας στους παράγοντες που θεωρούνται εμπόδια για την επίτευξη των διεθνώς συμφωνημένων αναπτυξιακών στόχων (Jakubec, 2009: 26). Αυτό αποτυπώνεται και στον ορισμό που δίνει ο ΠΟΥ για την ψυχική υγεία, περιγράφοντάς την ως μια κατάσταση, κατά την οποία το άτομο μπορεί να συνειδητοποιήσει τις δυνατότητές του, να αντιμετωπίσει τις φυσιολογικές πιέσεις της ζωής, να εργαστεί παραγωγικά και να συμβάλει στην κοινότητά του (WHO, 2022). Δίνοντας έμφαση στη «λειτουργική» διάσταση και, κυρίως, στην παραγωγικότητα και στη συμβολή στην οικονομία, περιορίζεται μια πιο «γνήσια» αντίληψη για την ψυχική υγεία, η οποία θα έθετε στο επίκεντρο την κάλυψη των ανθρώπινων αναγκών, την ευημερία και την αυθεντική προσωπική ανάπτυξη (Lefebvre, 2015). Αυτό δεν σημαίνει ότι ο ανθρώπινος πόνος δεν γίνεται κατανοητό ότι αποτελεί μέρος της ψυχικής δυσφορίας, αλλά τελικά, τα οικονομικά συμφέροντα τοποθετούνται στην πρώτη γραμμή του σύγχρονου λόγου, διαμορφώνοντας τη συνολική αντίληψη για την ψυχική ευημερία (Fey, 2021: 13).

Ο ορισμός ενός προβλήματος με συγκεκριμένο τρόπο καθορίζει και τις διαθέσιμες λύσεις για την αντιμετώπισή του. Προχωρώντας προς την τελευταία ενότητα αυτού του κεφαλαίου, θα εξεταστούν τρεις βασικές διαστάσεις, οι οποίες στο πλαίσιο του παγκόσμιου νεοφιλελευθερισμού έχουν καθιερωθεί ως κεντρικά στοιχεία της σύγχρονης προσέγγισης για τη διαχείριση της ψυχικής υγείας και ασθένειας.

5.3. Ατομική ευθύνη, ιατρικοποίηση και εμπορευματοποίηση της ψυχικής ασθένειας

Η νεοφιλελεύθερη νοοτροπία, όπως περιγράφεται από τους Peters και Marshall (1996) βασίζεται στη θεμελιώδη πεποίθηση του ατομικισμού. Υπό την επιρροή της νεοκλασικής φιλελεύθερης οικονομίας, αυτή η προσέγγιση ορίζει το υποκείμενο ως *homo economicus*, έναν οικουμενικό τύπο ανθρώπου που χαρακτηρίζεται από τρεις βασικές παραδοχές: την ατομικότητα, την ορθολογικότητα και τη μεγιστοποίηση του προσωπικού συμφέροντος (Lefebvre, 2015: 125). Στη βάση αυτής της λογικής, τα υποκείμενα σε μια νεοφιλελεύθερη κοινωνία θεωρούνται «φυσιολογικά» και λειτουργικά μόνο όταν ανταγωνίζονται τους άλλους για τους πόρους που χρειάζονται και αναλαμβάνουν την προσωπική ευθύνη για τα προβλήματά τους. Όσοι αποτυγχάνουν να επιδείξουν αυτές τις ιδιότητες κρίνονται ανεπαρκείς, όχι μόνο ως οικονομικοί παράγοντες, αλλά και ως ορθολογικοί και υπεύθυνοι πολίτες (Esposito & Perez, 2014: 421).

Στο πλαίσιο αυτής της αντίληψης, η ευθύνη για ζητήματα, όπως η ψυχική ασθένεια, έχει μετατεθεί στο άτομο, το οποίο καλείται να προσαρμόσει τη συμπεριφορά του στις απαιτήσεις της αγοράς, προκειμένου να επιτύχει μια πιο ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή. Η ψυχική υγεία παρουσιάζεται ως προσωπικό ζήτημα, βασισμένο κυρίως στις ατομικές προσπάθειες και στην ψυχική ανθεκτικότητα. Η αποτυχία του ατόμου να ανταποκριθεί σε αυτές τις απαιτήσεις θεωρείται επιβεβαίωση της παθολογίας του, ενισχύοντας την αντίληψη ότι οι αιτίες των προβλημάτων βρίσκονται αποκλειστικά στην ατομική του ανεπάρκεια.

Αυτή η προσέγγιση τείνει να απομονώνει το άτομο, επηρεάζοντας αρνητικά την ανάρρωσή του, ενώ ταυτόχρονα, υποβαθμίζει την κοινωνικοπολιτική διάσταση των προβλημάτων ψυχικής υγείας και την ανάγκη για συλλογικές λύσεις και κοινωνική υποστήριξη (Matheson, 2021: 33). Καταστάσεις, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, αντιμετωπίζονται ως αυτοτελείς παθήσεις, που μπορούν να επιλυθούν μέσω φαρμακευτικών προϊόντων, τα οποία στοχεύουν στη ρύθμιση της συμπεριφοράς σύμφωνα με τα κανονιστικά νεοφιλελεύθερα πρότυπα. Την ίδια στιγμή, η επιβολή πολιτικών, που περιλαμβάνουν μέτρα λιτότητας και περικοπές στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης και των κοινωνικών υπηρεσιών, ενισχύει περαιτέρω την αίσθηση της ατομικής ευθύνης, ωθώντας τα άτομα στην αναζήτηση ιδιωτικών λύσεων, με δυσμενείς συνέπειες για τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.

Αυτή η ατομικιστική και αποπολιτικοποιημένη προσέγγιση της ψυχικής υγείας έχει ενισχύσει μια τάση αυξανόμενης ιατροκοποίησης των ψυχικών διαταραχών. Στον πυρήνα αυτής της τάσης βρίσκεται η ιατρική ιδεολογία, η οποία ανάγει τα ζητήματα δημόσιας υγείας σε δυσλειτουργία των ατομικών φυσιολογικών μηχανισμών (Lefebvre, 2015). Οι ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονται ως καταστάσεις αποκομμένες από τις κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές συνθήκες και μετατρέπονται σε προσωπικές παθολογίες, που μπορούν να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν μέσα από φαινομενικά ουδέτερες αξιακά παραδόσεις και νατουραλιστικές μεθόδους της επιστήμης (Esposito & Perez, 2014: 415). Η οπτική αυτή αποτυπώνεται και στα επίσημα έγγραφα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όπου κυριαρχεί η «τεκμηριωμένη» λήψη αποφάσεων, με αποτέλεσμα να ευνοούνται συστηματικά τα ιατρικά δεδομένα και να παραμερίζεται η βιβλιογραφία των κοινωνικών επιστημών, η οποία θα μπορούσε να προσφέρει μια πληρέστερη κατανόηση των κοινωνικών και πολιτισμικών παραμέτρων της ψυχικής δυσφορίας.

Επιπλέον, η έμφαση σε μια καθολική βιολογική βάση αγνοεί τις πολιτισμικά εξαρτώμενες εκφράσεις των ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με τους υποστηρικτές μιας διαπολιτισμικής ψυχιατρικής, η ψυχιατρική νοσολογία δεν είναι ουδέτερη, αλλά συνδέεται στενά με την κουλτούρα και τις εμπειρίες εκείνων που τη διαμορφώνουν (Roberts, 2021). Συνεπώς, οι δυτικές αντιλήψεις για την ψυχική υγεία που ενσωματώνονται σε συστήματα ταξινόμησης, όπως το DSM¹ και το ICD², έχουν καθιερωθεί ως παγκόσμια πρότυπα και υιοθετούνται από διεθνείς και ευρωπαϊκούς θεσμούς, χωρίς να διαθέτουν πάντοτε διαπολιτισμική εγκυρότητα.

Μια διάσταση της ιατροκοποίησης που αξίζει να αναφερθεί, αφορά την τάση «κοινωνικοποίησης» της νόσου, μέσα από το συνεχή πολλαπλασιασμό των κατηγοριών της. Παρόλο που οι ιατροκοποιημένες κατηγορίες της ψυχικής υγείας έχουν πράγματι βοηθήσει πολλούς ανθρώπους να αποκτήσουν πρόσβαση σε θεραπείες, που έχουν βελτιώσει την ποιότητα της ζωής τους και σε ορισμένες περιπτώσεις, έχουν συμβάλει στη μείωση του κοινωνικού στίγματος και της προσωπικής ενοχοποίησης, η συνεχής διεύρυνση των ψυχιατρικών διαταραχών και της ταξινόμησής τους έχει οδηγήσει σε μια αυξανόμενη ιατροκοποίηση πτυχών της ανθρώπινης ζωής (Cosgrove & Karter, 2018· Esposito & Perez, 2014· Lefebvre, 2015). Διευρύνοντας τα διαγνωστικά όρια και αυξάνοντας τον αριθμό των ανθρώπων που κατατάσσονται ως «ασθενείς», όλο και περισσότερες εμπειρίες της ζωής ανάγονται πλέον σε παθολογικές καταστάσεις που απαιτούν θεραπεία. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η θλίψη μετά το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, η οποία πλέον εντάσσεται στα συμπτώματα της κλινικής κατάθλιψης, όπως ορίζονται από το DSM-5. Κατ' αυτόν τον τρόπο, μια φυσική και αναμενόμενη ανθρώπινη αντίδραση επαναπροσδιορίζεται, ώστε να ταιριάζει στα διαγνωστικά κριτήρια, αποπλαισιώνοντας την εμπειρία και οδηγώντας σε δυνητικά επιβλαβείς φαρμακευτικές παρεμβάσεις (Lefebvre, 2015: 187).

Η συνεχής προσθήκη, μάλιστα, νέων εμπειριών στον κατάλογο των ψυχιατρικών διαταραχών έχει εγείρει σοβαρές ανησυχίες σχετικά με την επιστημονική βάση που τις στηρίζει και έχει ανοίξει τη συζήτηση για την επιρροή των ιδιωτικών συμφερόντων και κυρίως των οικονομικών δεσμών με τη φαρμακοβιομηχανία, στις αποφάσεις για το τι συνιστά ψυχική διαταραχή. Ορισμένοι επικριτές υποστηρίζουν ότι οι προσπάθειες των εταιρειών να επεκτείνουν την αγορά τους, υπό το πρόσχημα της

¹ Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών

² Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας

ιατρικής εμπειρογνωμοσύνης, έχουν οδηγήσει σε ψευδείς ανακαλύψεις νέων διαταραχών, χωρίς σαφή επιστημονική τεκμηρίωση ή ισχυρές αποδείξεις που να συνδέουν τα συμπτώματα με τις διαγνώσεις και τις θεραπευτικές τους λύσεις (Davies, 2017· Whitaker, 2017). Η χρήση των ιατροκοιμημένων παρεμβάσεων για τη συγκάλυψη σύνθετων ανθρώπινων και κοινωνικών προβλημάτων αποτελεί μία ακόμα έκφραση της πολιτισμικής τάσης να αντιμετωπίζεται η ψυχική δυσφορία με πολιτικά και οικονομικά βολικούς τρόπους, ως «επίθεμα» για την κάλυψη βαθύτερων προβλημάτων που προκύπτουν από τις διαρθρωτικές αδυναμίες στον τομέα της ψυχικής υγείας και της οικονομίας (Davies, 2021).

Ως εκ τούτου, η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών φαίνεται ότι δεν αποτελεί μια διαδικασία αμιγώς επιστημονική, αλλά διαμορφώνεται από πολιτικές και κερδοσκοπικές επιδιώξεις, που συνδέονται με την αυξανόμενη εμπορευματοποίηση της ιατρικής, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της ψυχικής υγείας. Οι ψυχικές ασθένειες και οι θεραπείες τους μετατρέπονται σε εμπορεύματα που διατίθενται σε μια παγκόσμια αγορά και οι ασθενείς σε καταναλωτές. Οι ολιστικές παρεμβάσεις αποθαρρύνονται ή περιθωριοποιούνται και δίνεται προτεραιότητα στις γρήγορες και άμεσες φαρμακευτικές λύσεις (Esposito & Perez, 2014· Matheson, 2021· Roberts, 2021). Ο ύστερος καπιταλισμός, επομένως, δημιουργεί όχι μόνο τις συνθήκες που οδηγούν σε ψυχικά προβλήματα, αλλά και τις υλιστικές, απολιτικές και κερδοφόρες παρεμβάσεις που θεωρείται ότι τις διορθώνουν (Davies, 2020).

Ολοκληρώνοντας την ιστορική ανασκόπηση της ψυχιατρικής περίθαλψης από την αρχαιότητα έως σήμερα, αναδεικνύεται ότι οι αλλαγές στη δομή του κράτους και στις κοινωνικές αντιλήψεις αντικατοπτρίζονται στις προσαρμογές που συντελούνται στη διαχείριση της ψυχικής υγείας. Κάθε ιστορική περίοδος και γεωγραφικό πλαίσιο χαρακτηρίζεται από τις δικές του ιδιαιτερότητες, που καθορίζουν τόσο τις μεθόδους ψυχιατρικής φροντίδας όσο και την αντίληψη για το τι συνιστά «κανονικότητα» ή «παρέκκλιση». Η παρούσα ποιοτική έρευνα εστιάζει στη μελέτη της εξέλιξης των ψυχιατρικών μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1980 έως σήμερα, δίνοντας έμφαση στην επίδραση του νεοφιλελεύθερου μοντέλου στη διαμόρφωση της σύγχρονης διαχείρισης της ψυχικής υγείας στη χώρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Έρευνα

6.1. Υπόθεση εργασίας και ερευνητικά ερωτήματα

Η βασική υπόθεση της εργασίας είναι ότι οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στο σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1980 έως σήμερα, έχουν οδηγήσει σε υποβάθμιση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών, υπονομεύοντας τη συνολική δυνατότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες των ατόμων.

Ειδικότερα, υποστηρίζεται ότι μέσα στο νεοφιλελευθερισμό, το σύστημα ψυχικής υγείας παρουσιάζει στοιχεία υποβάθμισης και περιορισμένης προσβασιμότητας σε όλους τους πολίτες, καθώς προετοιμάστηκε προς αυτή την κατεύθυνση με πολύ συγκεκριμένα χαρακτηριστικά εμπορευματοποίησής του και εισροής ιδιωτικών φορέων. Παράλληλα, παρατηρείται μια μετατόπιση της ευθύνης για την ψυχική υγεία από το κράτος στο άτομο, ενισχύοντας την ατομική ευθύνη και αποδυναμώνοντας την κρατική υποστήριξη.

Τα **ερευνητικά ερωτήματα** που καλείται να απαντήσει η παρούσα εργασία έχουν διαμορφωθεί ως εξής:

- 1) Ποιες ήταν οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στο σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1980 έως την περίοδο της οικονομικής κρίσης και ποιες ήταν οι άμεσες επιπτώσεις τους;
- 2) Ποιες νομοθετικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις εφαρμόστηκαν από την οικονομική κρίση και έπειτα; Ποια ήταν τα κύρια χαρακτηριστικά αυτών των αλλαγών και προς ποια κατεύθυνση κινήθηκαν;
- 3) Ποιες ήταν οι επιπτώσεις των πολιτικών ψυχικής υγείας στην ποιότητα των υπηρεσιών;
- 4) Πώς επηρεάστηκε η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ποιες κοινωνικές ομάδες υπέστησαν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις;
- 5) Ποιος είναι ο ρόλος της μετάβασης της ευθύνης από το κράτος στο άτομο στην πρόσβαση και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;
- 6) Πώς η αυξανόμενη συμμετοχή ιδιωτικών φορέων και ΜΚΟ στη διαχείριση και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με τη μετατόπιση της ευθύνης στο άτομο, επηρεάζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και την ποιότητα της φροντίδας;

6.2. Μεθοδολογία έρευνας

6.2.1. Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που επιλέχθηκε για τη διερεύνηση των παραπάνω ερευνητικών ερωτημάτων, συνδυάζει τη βιβλιογραφική ανασκόπηση νομοθετικών κειμένων και Εθνικών Σχεδίων Δράσης με τη διεξαγωγή εις βάθος ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Η επιλογή των μεθόδων αυτών έγινε με γνώμονα την πληρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, επιδιώκοντας την κατανόηση τόσο της θεωρητικής όσο και της πρακτικής διάστασης του θέματος.

Πιο αναλυτικά, η **βιβλιογραφική ανασκόπηση** επικεντρώνεται στην καταγραφή των βασικών αρχών, κατευθύνσεων και προκλήσεων που σχετίζονται με τον τομέα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα και αποτελεί κρίσιμο εργαλείο για την αποσαφήνιση του θεσμικού πλαισίου εντός του οποίου λειτουργούν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς και για την αναγνώριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν. Για το σκοπό αυτό, λήφθηκαν υπόψη: η ισχύουσα νομοθεσία για την ψυχική υγεία, τα πρώτα Σχέδια Δράσης «Ψυχαργός Ι» και «Ψυχαργός ΙΙ», το σχέδιο αναθεώρησης του προγράμματος, «Ψυχαργός ΙΙΙ» (2011-2020), το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030, το ΦΕΚ του νέου νόμου 5129/2024, καθώς και πλήθος αξιολογήσεων της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης σε άρθρα, έγγραφα και άλλα τεκμήρια.

Στη συνέχεια, οι **ποιοτικές συνεντεύξεις** αξιοποιήθηκαν για μια εις βάθος κατανόηση της πρακτικής εφαρμογής των πολιτικών για την ψυχική υγεία, προσφέροντας μια πολύτιμη οπτική, που συχνά απουσιάζει από τις καθαρά θεωρητικές αναλύσεις. Όπως επισημαίνει και ο Palinkas (2014), οι ποιοτικές μέθοδοι επιτρέπουν στους ανθρώπους να εκφραστούν με τη δική τους φωνή, χωρίς να περιορίζονται από προδιαγεγραμμένες κατηγορίες ή αυστηρά καθορισμένα πλαίσια. Επιπλέον, είναι χρήσιμες για την αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων σε διάφορους τομείς, όπως η ψυχική υγεία (Palinkas, 2014).

Στην παρούσα έρευνα, οι ατομικές ημι-δομημένες συνεντεύξεις σχεδιάστηκαν με στόχο την ελεύθερη έκφραση των συμμετεχόντων, αποφεύγοντας περιοριστικές ή κατευθυνόμενες ερωτήσεις. Η ευέλικτη δομή του Οδηγού Συνέντευξης διευκόλυε την ανάδειξη εμπειριών και απόψεων, που δύσκολα θα μπορούσαν να αναδειχθούν μέσω ποσοτικών μεθόδων. Συνολικά, πραγματοποιήθηκαν οχτώ συνεντεύξεις, εκ των οποίων η μία ήταν πιλοτική, προκειμένου να ελεγχθεί η καταλληλότητα και η χρονική

διάρκεια του οδηγού συνέντευξης. Ο αριθμός των συνεντεύξεων κρίθηκε επαρκής, λαμβάνοντας υπόψη τους χρονικούς περιορισμούς της έρευνας και την επίτευξη του σημείου «κορεσμού», κατά το οποίο οι απαντήσεις άρχισαν να επαναλαμβάνονται, χωρίς να προκύπτουν νέα, σημαντικά δεδομένα.

Οι απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις αναλύθηκαν θεματικά και ενσωματώθηκαν στα υπόλοιπα δεδομένα της έρευνας. Η θεματική ανάλυση επιλέχθηκε ως μεθοδολογική προσέγγιση λόγω της ευελιξίας της στην επεξεργασία δεδομένων, καθώς επιτρέπει τον εντοπισμό, την ανάλυση και την καταγραφή μοτίβων ή θεμάτων εντός αυτών (Boyatzis, 1998· Braun & Clarke, 2006). Στο πλαίσιο αυτό, η ερευνήτρια ακολούθησε μια συνδυαστική προσέγγιση: αφενός αξιοποίησε προϋπάρχουσες θεωρητικές ιδέες που παρείχαν μια αρχική κατεύθυνση, αφετέρου παρέμεινε ανοιχτή σε νέες έννοιες που αναδύθηκαν αυθόρμητα από τα δεδομένα των συνεντεύξεων, επιτρέποντας μια διαλεκτική σχέση μεταξύ αυτών και της θεωρίας.

6.2.2. Ερωτώμενος πληθυσμός

Ο πληθυσμός της έρευνας περιλαμβάνει επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στο δημόσιο σύστημα και βρίσκονται στην πρώτη γραμμή παροχής υπηρεσιών. Οι άνθρωποι αυτοί, παρόλο που βιώνουν άμεσα τις επιπτώσεις των πολιτικών, παραμένουν συχνά στο περιθώριο των συζητήσεων και των αποφάσεων που αφορούν το σχεδιασμό και τη βελτίωση του τομέα. Ως εκ τούτου, η συμμετοχή τους στην έρευνα κρίθηκε σημαντική, καθώς παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες από τη δική τους εμπειρία, αναδεικνύοντας τις προκλήσεις, τις ανάγκες και τις ελλείψεις του συστήματος.

Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με δύο βασικές μεθόδους. Αρχικά, εστάλησαν ηλεκτρονικές προσκλήσεις σε συλλόγους επαγγελματιών ψυχικής υγείας, στις οποίες περιγραφόταν αναλυτικά το πλαίσιο και οι στόχοι της έρευνας, με σκοπό την προσέλκυση ενδιαφερομένων για συμμετοχή. Ωστόσο, η συγκεκριμένη προσέγγιση παρουσίασε καθυστερήσεις στην εξασφάλιση του απαιτούμενου αριθμού συμμετεχόντων. Για λόγους εξοικονόμησης χρόνου και επιτάχυνσης της διαδικασίας, υιοθετήθηκε η μέθοδος της «χιονοστιβάδας», κατά την οποία οι εργαζόμενοι που είχαν ήδη συμμετάσχει στην έρευνα κλήθηκαν να ενημερώσουν και να προσκαλέσουν συναδέλφους τους να λάβουν μέρος, διευκολύνοντας τη διεύρυνση του δείγματος.

Το δείγμα αντλήθηκε από διάφορες δημόσιες δομές ψυχικής υγείας της Αττικής, όπως τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Δαφνί και Δρομοκαΐτειο), δύο Κέντρα Ψυχικής Υγείας και ένα Κέντρο Ημέρας. Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν κατά το διάστημα Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2024. Λόγω δυσκολιών των συμμετεχόντων για δια ζώσεις συναντήσεις, οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν μέσω της διαδικτυακής πλατφόρμας Skype. Η διάρκεια κάθε συνέντευξης κυμάνθηκε από 45 έως 90 λεπτά. Οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί εκ των προτέρων για τη χρήση μαγνητοφώνου και την απόλυτη διασφάλιση της ανωνυμίας τους.

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελείται από οχτώ επαγγελματίες ψυχικής υγείας, εκ των οποίων έξι είναι γυναίκες και δύο άντρες. Οι συμμετέχοντες είναι από 31 έως 49 ετών και η επαγγελματική τους εμπειρία στις αντίστοιχες δομές κυμαίνεται από 3 έως 25 χρόνια. Αναφορικά με τις ειδικότητες, το δείγμα περιλαμβάνει δύο ψυχιάτρους, δύο κοινωνικές λειτουργούς και τέσσερις ψυχολόγους, εξασφαλίζοντας μια πολυδιάστατη θεώρηση του πεδίου.

Όσον αφορά τους **περιορισμούς της έρευνας**, επισημαίνεται ότι τα ευρήματα δεν μπορούν να γενικευτούν ή να θεωρηθούν πλήρως αντιπροσωπευτικά, λόγω του μικρού αριθμού συμμετεχόντων. Ο περιορισμός αυτός είναι σύμφυτος με την ποιοτική έρευνα, η οποία δίνει προτεραιότητα στην εις βάθος κατανόηση των φαινομένων, παρά στη γενίκευση των ευρημάτων, όπως συμβαίνει με τις ποσοτικές μεθόδους. Παρόλα αυτά, η χρήση της «σκόπιμης δειγματοληψίας» (Palinkas, 2014) επέτρεψε τη μεγιστοποίηση των πληροφοριών που μπορούσαν να εξαχθούν από το περιορισμένο μέγεθος του δείγματος.

Επιπλέον, σημειώνεται ότι η οπτική που προσέφεραν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παραμένει περιορισμένη όσον αφορά την ολική κατανόηση του πεδίου. Για μια πληρέστερη διερεύνηση του υπό εξέταση θέματος στο μέλλον, θα ήταν χρήσιμη η ενσωμάτωση της οπτικής και άλλων ενδιαφερόμενων μερών, όπως των ίδιων των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ανώτερων στελεχών του τομέα, φορέων χάραξης πολιτικής, καθώς και η διεξαγωγή επιτόπιας έρευνας και παρατήρησης.

6.2.3. Οδηγός συνέντευξης

Ο οδηγός που χρησιμοποιήθηκε στις ημι-δομημένες συνεντεύξεις σχεδιάστηκε ώστε να καλύψει τέσσερις βασικούς άξονες, καθένας εκ των οποίων συνδέεται με τα τέσσερα τελευταία ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας.

Ο **πρώτος** άξονας στοχεύει να απαντήσει στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα, που αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο άξονας αυτός περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το πλαίσιο εισαγωγής των ασθενών στις δομές, τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, τη διάρκεια νοσηλείας και την κάλυψη των αναγκών των ασθενών για ψυχοκοινωνική αποκατάσταση. Επιπλέον, εξετάζει την επάρκεια των υπηρεσιών σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους.

Ο **δεύτερος** άξονας στοχεύει να απαντήσει στο τέταρτο ερευνητικό ερώτημα, εστιάζοντας στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών και στα εμπόδια που τυχόν αντιμετωπίζουν οι ασθενείς στην αναζήτηση φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα των κλινών, την ύπαρξη λιστών αναμονής, το ρόλο της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε επαρχιακές ή δυσπρόσιτες περιοχές.

Ο **τρίτος** άξονας στοχεύει να απαντήσει στο πέμπτο ερευνητικό ερώτημα, διερευνώντας το ρόλο της μετατόπισης της ευθύνης από το κράτος στο άτομο στον τομέα της ψυχικής υγείας. Οι ερωτήσεις εξετάζουν την ανάδειξη της ατομικής ευθύνης και τη σύνδεσή της με την υποβάθμιση του δημόσιου συστήματος. Επιπλέον, διερευνούνται οι συνέπειες αυτής της αλλαγής τόσο για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας όσο και για τους ίδιους τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Τέλος, ο **τέταρτος** άξονας στοχεύει να απαντήσει στο έκτο ερευνητικό ερώτημα, εξετάζοντας το ρόλο των ιδιωτικών φορέων και των ΜΚΟ στη διαχείριση και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι ερωτήσεις εστιάζουν στον αντίκτυπο της εμπλοκής τους στην επάρκεια, τη συνέπεια και τη διαθεσιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ιδίως για τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και εξετάζεται η σχέση τους με τη σταδιακή απόσυρση του κράτους από το ρόλο του ως κύριου παρόχου υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Το πλήρες κείμενο του οδηγού συνέντευξης παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Αποτελέσματα έρευνας

7.1. Ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα

Οι μεταρρυθμίσεις που έχουν εφαρμοστεί στο ελληνικό σύστημα ψυχικής υγείας έχουν χωριστεί σε τέσσερις βασικές περιόδους, καθεμία από τις οποίες αντικατοπτρίζει τις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες που διαμόρφωσαν τη λειτουργία και τη δομή του. Η **πρώτη περίοδος (1983-1995)** συμπίπτει με τη φάση επέκτασης του κοινωνικού κράτους στη χώρα και την ανάληψη συλλογικής ευθύνης για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών. Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 αποτελεί ορόσημο της περιόδου, καθώς έθεσε τις βάσεις για μια αποκεντρωμένη και πιο ανθρωπιστική προσέγγιση στη φροντίδα των ψυχικά ασθενών. Η **δεύτερη περίοδος (1997-2009)** περιλαμβάνει την υλοποίηση των δύο πρώτων φάσεων του προγράμματος «Ψυχαργώ», στο πλαίσιο ενός ευρύτερου «εκσυγχρονισμού» του κοινωνικού κράτους και εναρμόνισης της κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής της χώρας με τα ευρωπαϊκά πρότυπα. Η **τρίτη περίοδος (2011-2020)** χαρακτηρίζεται από την εκπόνηση του τρίτου Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ψυχική Υγεία, το οποίο επηρεάζεται έντονα από τις πολιτικές λιτότητας της εποχής. Με έντονο νεοφιλελεύθερο προσανατολισμό, το Σχέδιο επικεντρώνεται στην προσαρμογή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις αusterές οικονομικές συνθήκες που επιβλήθηκαν λόγω της οικονομικής κρίσης. Τέλος, η **τέταρτη και τρέχουσα περίοδος (2021-2030)** περιλαμβάνει το νέο Εθνικό Σχέδιο Δράσης, το οποίο καταρτίστηκε υπό την επιρροή της πανδημίας COVID-19, καθώς και το νέο νόμο 5129/2024 για την ψυχική υγεία, με διακηρυγμένο στόχο την «ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης».

Η αξιολόγηση των παραπάνω μεταρρυθμιστικών προσπαθειών επιδιώκει να διερευνήσει κατά πόσο η αποϊδρυματοποίηση και η μετάβαση της ψυχιατρικής περίθαλψης στην κοινότητα, που τέθηκαν ως κεντρικοί στόχοι από την πρώτη κιόλας περίοδο, κατάφεραν να μεταβάλλουν ουσιαστικά την προσέγγιση απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, προωθώντας την κοινωνική τους ενσωμάτωση. Παράλληλα, εξετάζεται η επίδραση των πολιτικών λιτότητας, που εφαρμόστηκαν κατά την οικονομική κρίση και ενισχύθηκαν στη διάρκεια της πανδημίας, τόσο στην ποιότητα και στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας όσο και στη συνολική δυνατότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται επαρκώς στις αυξημένες ανάγκες μιας κοινωνίας που βιώνει αλλεπάλληλες κρίσεις.

7.1.1. Ίδρυση και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και πρώτες προσπάθειες μετάβασης της ψυχιατρικής περίθαλψης στην κοινότητα (1983-1995)

Από την ίδρυσή του το 1831, το νεοελληνικό κράτος βρέθηκε διαρκώς εμπλεκόμενο σε τοπικές και διεθνείς συγκρούσεις, οι οποίες επηρέασαν σημαντικά την κοινωνική και πολιτική του εξέλιξη. Ο εμφύλιος πόλεμος του 1945-1949 και η στρατιωτική δικτατορία του 1967-1973 υπήρξαν καθοριστικά γεγονότα που επέτειναν τον κοινωνικό διχασμό και την καταπίεση, περιορίζοντας τη δυνατότητα ανάπτυξης ενός κράτους πρόνοιας ανάλογου με τη «χρυσή μεταπολεμική εποχή» της κοινωνικής ευημερίας στην υπόλοιπη Ευρώπη (Ioakimidis & Teloni, 2013· Prinos, 2014). Αντί για ένα ολοκληρωμένο κρατικό δίκτυο κοινωνικής πρόνοιας, στην Ελλάδα αναπτύχθηκε ένα άτυπο σύστημα αλληλεγγύης, όπου κεντρικό ρόλο διαδραμάτιζε η οικογένεια και, κυρίως, η μη αμειβόμενη εργασία των γυναικών και το οποίο κάλυπτε τις βασικές ανάγκες των πολιτών που δεν είχαν πρόσβαση σε επίσημες κοινωνικές υπηρεσίες (Papadopoulos and Roumpakis, 2012 στο Ioakimidis & Teloni, 2013: 35). Αυτή η παραδοσιακή μορφή κοινωνικής στήριξης συνέβαλε στη διαμόρφωση μιας κοινωνίας που έμαθε να λειτουργεί με ένα αδύναμο κρατικό σύστημα, βασισμένο στις πελατειακές σχέσεις και τη διαφθορά και με κατακερματισμένες κοινωνικές υπηρεσίες που στηρίζονταν, κυρίως, σε φιλανθρωπικές πρωτοβουλίες.

Όσον αφορά τον τομέα της ψυχικής υγείας, μέχρι τη δεκαετία του 1980, η βασική ψυχιατρική περίθαλψη παρεχόταν, κυρίως, σε μεγάλα ψυχιατρικά ιδρύματα ανεπαρκώς στελεχωμένα, με ελάχιστο εξοπλισμό, χωρίς επαρκή εξειδίκευση και σε απάνθρωπες συνθήκες, καθώς και σε ορισμένες ιδιωτικές κλινικές. Τα ιδρύματα αυτά λειτουργούσαν περισσότερο ως χώροι εγκλεισμού, με συχνές παραβιάσεις των δικαιωμάτων των ασθενών, της αυτονομίας και της αξιοπρέπειάς τους (Ploumpidis, Garanis-Papadatos, & Economou, 2008). Την ίδια στιγμή, η ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ήταν εξαιρετικά περιορισμένη έως ανύπαρκτη. Δεν υπήρχαν ψυχιατρικές μονάδες στα γενικά νοσοκομεία, ενώ το σύστημα αδυνατούσε να ανταποκριθεί στις ανάγκες του πληθυσμού. Η συνολική εικόνα του τομέα της ψυχικής υγείας παρέπεμπε σε έναν αναχρονιστικό και προβληματικό μηχανισμό, που στόχευε κυρίως στη φύλαξη παρά στην ουσιαστική φροντίδα και θεραπεία των ασθενών.

Η αποκατάσταση της αστικής δημοκρατίας στην Ελλάδα κατά τη Μεταπολίτευση αποτέλεσε ένα κομβικό σημείο στη σύγχρονη ιστορία της χώρας, που

σηματοδότησε σημαντικές αλλαγές στο κοινωνικό και πολιτικό σκηνικό. Αυτή η περίοδος προσέφερε την ευκαιρία για την αναδιοργάνωση του κράτους και την επέκταση του κοινωνικού κράτους, με έμφαση στην κοινωνική δικαιοσύνη και στην ικανοποίηση των βασικών αναγκών του πληθυσμού. Η έλευση του ΠΑ.ΣΟ.Κ. στην εξουσία τη δεκαετία του 1980, ενός κόμματος με έντονο κοινωνικό προσανατολισμό, επέφερε μια σειρά από βαθιές τομές στο κοινωνικό σύστημα της χώρας, εισάγοντας μέτρα που στόχευαν στην εξασφάλιση ίσης πρόσβασης σε κοινωνικά αγαθά και υπηρεσίες. Ανάμεσα στις πιο σημαντικές νομοθετικές παρεμβάσεις της εποχής ήταν η **ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ν.1397/1983)**, το οποίο διασφάλιζε τη δωρεάν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Παράλληλα, οι υπηρεσίες πρόνοιας ενισχύθηκαν σημαντικά και το εθνικό ασφαλιστικό σύστημα αναβαθμίστηκε με κρατική στήριξη, περιλαμβάνοντας νέα προγράμματα, όπως επιδόματα ασθένειας και πρόσθετες ιατρικές παροχές (Ioakimidis & Teloni, 2013: 36).

Η επέκταση του κοινωνικού κράτους της χώρας, σε συνδυασμό με την κατάσταση που επικρατούσε στα ψυχιατρικά ιδρύματα, ανέδειξε την επιτακτική ανάγκη διαμόρφωσης ενός θεσμικού πλαισίου για την ψυχική υγεία. Η βασική πρόκληση ήταν η μετάβαση της ψυχιατρικής φροντίδας από τα κλειστά άσυλα στην κοινότητα, ανταποκρινόμενη στις σύγχρονες ανθρωπιστικές αρχές (Ploumpidis, Garanis-Papadatos, & Economou, 2008· Δεπάστας, 2018· Τσουκαλά, 2017). Η ίδρυση του ΕΣΥ έθεσε τις βάσεις για το νέο μοντέλο, ενσωματώνοντας τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας (Τσαμαδού, 2014: 42). Αποτέλεσε, ουσιαστικά, ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση της βελτίωσης των υπηρεσιών, εισάγοντας τη λειτουργία των Κέντρων Ψυχικής Υγείας (ΚΨΥ) ως μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας, με στόχο μια περισσότερο προσβάσιμη και κοινοτικά προσανατολισμένη ψυχιατρική περίθαλψη. Παρά την πρόοδο, ωστόσο, η διασύνδεση των ΚΨΥ με τις Τοπικές Αυτοδιοικήσεις παρέμεινε ασαφής, με αποτέλεσμα τα ψυχιατρικά νοσοκομεία να εξακολουθούν να αποτελούν τον κύριο φορέα παροχής ψυχιατρικής φροντίδας. Μπορεί ο νόμος να κάλυψε σημαντικά νομοθετικά κενά σε ό,τι αφορά την οργάνωση των ψυχιατρικών δομών, ωστόσο, η ουσιαστική εφαρμογή των ανθρωπιστικών τάσεων στην ψυχιατρική φροντίδα και η διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης μετατέθηκαν σε μελλοντικές νομοθετικές πρωτοβουλίες (Τσαμαδού, 2014: 43).

Ένας πιο στρατηγικός σχεδιασμός για την αναδιοργάνωση του συστήματος ξεκίνησε με τον **Κανονισμό 815/84**, κατά τον οποίο η Ελλάδα έλαβε έκτακτη οικονομική ενίσχυση από την Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα στον κοινωνικό τομέα. Η ενίσχυση αυτή περιλάμβανε οικονομική και τεχνική υποστήριξη για τη μεταρρύθμιση του ελληνικού ψυχιατρικού συστήματος, μέσω ενός «πενταετούς προγράμματος δράσης», με βασικό στόχο τον εκσυγχρονισμό των ψυχιατρικών νοσοκομείων και τη δημιουργία νέων κοινοτικών υπηρεσιών, που θα ανταποκρίνονταν στις ανάγκες του πληθυσμού σε κάθε υγειονομική περιφέρεια (Madianos & Christodoulou, 2007· Δεπάστας, 2018· Υπουργείο Υγείας, 2023). Ειδικότερα, προβλεπόταν η δημιουργία νέων μονάδων, οι οποίες απαιτούσαν την πρόσληψη εξειδικευμένων επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όπως ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές, καθώς και η μετάβαση σε μια πιο προσωποκεντρική προσέγγιση για τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας (Chondros & Stylianidis, 2016: 82). Μέχρι τη δεκαετία του 1990, η μεταρρυθμιστική διαδικασία επικεντρώθηκε, κυρίως, στην απορρόφηση κονδυλίων από την ΕΕ και παρέμενε σε μεγάλο βαθμό στάσιμη (Madianos, 2013).

Το 1989, η βρετανική εφημερίδα *Observer* δημοσίευσε ένα άρθρο με τίτλο «Το ένοχο μυστικό της Ευρώπης», αποκαλύπτοντας σοβαρά περιστατικά κακοποίησης και συστηματικής παραβίασης των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας των εγκλείστων στο Κρατικό Θεραπευτήριο της Λέρου (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Το άρθρο αυτό προκάλεσε έντονη αντίδραση και πίεση από την Ευρωπαϊκή Ένωση, η οποία, απειλώντας με διακοπή της χρηματοδότησης, απαίτησε την άμεση προώθηση της αποϊδρυματοποίησης και τη βελτίωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών (Karastergiou et al., 2005· Megaloeconomou, n.d.). Η υπόθεση της Λέρου αποτέλεσε το έναυσμα για την επιτάχυνση της μεταρρύθμισης του ελληνικού ψυχιατρικού συστήματος, επεκτείνοντας τους στρατηγικούς στόχους του πενταετούς προγράμματος (1984-1989) έως το 1995. Η μεταρρύθμιση επικεντρώθηκε αρχικά στο «πρόβλημα της Λέρου», αλλά εφαρμόστηκε πανελλαδικά, με στόχο την αποκέντρωση των υπηρεσιών, την ανάπτυξη κοινοτικών δομών, την αποϊδρυματοποίηση των μακροχρόνιων ασθενών και τη βελτίωση των συνθηκών στα δημόσια ψυχιατρεία (Madianos, 2002).

Οι αλλαγές που ακολούθησαν, συγχρηματοδοτούμενες από την ΕΕ και το ελληνικό κράτος, αν και συνέβαλαν στη δημιουργία νέων δομών στην κοινότητα, απέτυχαν να διαμορφώσουν ένα ολοκληρωμένο και αποτελεσματικό περιφερειακό

σύστημα ψυχικής υγείας. Η οικονομική ενίσχυση από την ΕΕ διοχετεύθηκε, κυρίως, στη χρηματοδότηση των ΜΚΟ, οι οποίες ανέλαβαν σημαντικό ρόλο στις παρεμβάσεις στα μεγάλα αστικά κέντρα, αφήνοντας σημαντικά κενά στην κάλυψη των αναγκών στις περιφέρειες, τόσο των νέων περιστατικών όσο και των χρονίως εγκλείστων (Μαδιανός, 2002). Οι αλλαγές που επιχειρήθηκαν, δεν είχαν την απαιτούμενη στήριξη από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και στερούνταν ιδεολογικού πλαισίου, που να αμφισβητεί την κουλτούρα και τις μεθόδους της κυρίαρχης ψυχιατρικής, επιδιώκοντας την προσωπική και πολιτική ενδυνάμωση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Αντιθέτως, η έμφαση δόθηκε στη διασφάλιση χρηματοδότησης και στην απορρόφηση ευρωπαϊκών κονδυλίων. Το κράτος και η ψυχιατρική κοινότητα είτε αγνόησαν τις αλλαγές είτε τις υιοθέτησαν επιφανειακά, παρουσιάζοντάς τες ως «εκσυγχρονισμό» (Megaloeconomou, n.d.).

Προχωρώντας προς τα τέλη της δεκαετίας του 1990, η Ελλάδα εισέρχεται σε μια περίοδο έντονης κοινωνικής και οικονομικής προσαρμογής, με στόχο την εναρμόνιση με τις πολιτικές και οικονομικές κατευθύνσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέσα στο νέο περιβάλλον, όπου κυριαρχούν οι νεοφιλελεύθερες πολιτικές περιορισμένης κρατικής παρέμβασης και μείωσης των δημόσιων δαπανών, επιχειρείται μια φιλόδοξη μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία στον τομέα της ψυχικής υγείας με την κωδική ονομασία «Ψυχαργός». Διακηρυγμένος στόχος του νέου προγράμματος είναι η αποασυλοποίηση και η ανάπτυξη κοινοτικών δομών φροντίδας, προκειμένου να εξασφαλιστεί στους ασθενείς μια πιο ανθρώπινη και ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία και υποστήριξή τους.

7.1.2. «Εξευρωπαϊσμός» του κοινωνικού κράτους και έναρξη του προγράμματος «Ψυχαργός» (1997-2009)

Από τη δεκαετία του 1990, παρατηρείται μια σταδιακή προσαρμογή της χώρας στο ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο, στο πλαίσιο της ευρύτερης διαδικασίας ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης. Η κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας, που ανέλαβε την εξουσία σε μια εποχή διεθνών μεταβολών μετά την κατάρρευση του υπαρκτού σοσιαλισμού, ήταν η πρώτη, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, που εισήγαγε σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με στόχο τον περιορισμό του μεγέθους και του ρόλου του κράτους. Στο πλαίσιο αυτό, επιδίωξε την ευθυγράμμιση της χώρας με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, εφαρμόζοντας εκτεταμένες ιδιωτικοποιήσεις στο δημόσιο τομέα, αυστηρές δημοσιονομικές πολιτικές, μεταρρυθμίσεις για μεγαλύτερη ευελιξία στην αγορά

εργασίας και περιορισμούς στις κοινωνικές δαπάνες (Kourachanis, 2021). Η διαδικασία αυτή, γνωστή ως «εξευρωπαϊσμός», σηματοδότησε μια σημαντική αλλαγή στην εσωτερική πολιτική της χώρας, καθώς η κυβέρνηση παραχώρησε μέρος της εθνικής κυριαρχίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, δεσμευόμενη να υιοθετήσει τις συστάσεις της, κυρίως σε οικονομικά και κοινωνικά ζητήματα (Ioakimidis & Teloni, 2013: 36). Πρόκειται, ουσιαστικά, για μια περίοδο σταδιακής μετάβασης από την έντονη κρατική παρέμβαση και την ανάληψη συλλογικής ευθύνης για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών, προς νέα, πιο ευέλικτα πρότυπα. Η ευθύνη μεταφέρθηκε σε τοπικούς φορείς, και οι συμπράξεις με τον ιδιωτικό τομέα ενισχυθήκαν, μέσω της αποκέντρωσης των υπηρεσιών. Παράλληλα, αναδείχθηκε η έννοια του «ενεργού πολίτη», ο οποίος καλείται να αναλάβει μεγαλύτερη προσωπική ευθύνη για τη διαχείριση των προβλημάτων του, καθώς ο ρόλος του κράτους σταδιακά περιορίζεται (Kourachanis, 2021). Σε βάθος χρόνου, αποδείχθηκε πως η σταδιακή αυτή αποδυνάμωση του κράτους πρόνοιας άφησε την ελληνική κοινωνία και, ιδιαίτερα, τις πιο ευάλωτες ομάδες, εκτεθειμένη και απροετοίμαστη απέναντι στις συνέπειες της επερχόμενης οικονομικής κρίσης (Ioakimidis & Teloni, 2013: 38).

Στον τομέα της ψυχικής υγείας, οι μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας του 1990 και του 2000 επικεντρώθηκαν στη συνολική αναδιάρθρωση των υπηρεσιών μέσω περικοπών των δημόσιων δαπανών με ταυτόχρονες «ενέσεις χρηματοδότησης» από την Ευρωπαϊκή Ένωση για την αποκέντρωση των υπηρεσιών. Μετά τη λήξη της οικονομικής στήριξης από την ΕΟΚ, η Ευρωπαϊκή Ένωση ενέκρινε και χρηματοδότησε ένα δεκαετές Σχέδιο Δράσης για την ψυχική υγεία, γνωστό ως «Ψυχαργός». Η πρώτη φάση του προγράμματος (1997-2001) περιελάμβανε την εκπαίδευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, τη βελτίωση των υποδομών στα νοσοκομεία και τις μονάδες διαβίωσης, καθώς και την προετοιμασία των ασθενών για ενσωμάτωση στην κοινότητα μέσω της ανάπτυξης δεξιοτήτων απασχόλησης (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Κεντρικός στόχος του «Ψυχαργός» ήταν η αποϊδρυματοποίηση περίπου 3.000 μακροχρόνια νοσηλευόμενων ασθενών και η δημιουργία 616 νέων δομών ψυχικής υγείας, όπως εναλλακτικές δομές κατοικίας, ξενώνες και μονάδες αποκατάστασης (Madianos & Christodoulou, 2007). Η πρώτη φάση του προγράμματος εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας» (Δεπάστας, 2018) και υλοποιήθηκε σε

συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Μια καθοριστική εξέλιξη της περιόδου ήταν η ψήφιση του **Νόμου 2716/1999**, ο οποίος καθόρισε το πλαίσιο για την τομεοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ο νόμος θεσμοθέτησε τις βασικές αρχές της ψυχιατρικής φροντίδας και δημιούργησε το νομικό και διαχειριστικό υπόβαθρο για την αποκέντρωση της περίθαλψης σε τοπικό επίπεδο. Εισηγάγε, επίσης, την έννοια των «Μονάδων Ψυχικής Υγείας» και των «Κοινωνικών Συνεταιρισμών», δίνοντας τη δυνατότητα στα άτομα με ψυχικά προβλήματα να εργαστούν και να επιτύχουν οικονομική αυτάρκεια (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Στο πλαίσιο αυτού του νόμου, ιδρύθηκαν 80 Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, οι οποίες προσέφεραν φιλοξενία σε περίπου 1.000 ασθενείς, καθώς και 35 εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης, συμβάλλοντας στην κοινωνική και εργασιακή τους ενσωμάτωση (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2001 στο Υπουργείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011: 12).

Το 2001, δρομολογείται η πρώτη αναθεώρηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, με την έναρξη της δεύτερης φάσης του προγράμματος «Ψυχαργός» (2001-2009), η οποία χρηματοδοτήθηκε μέσω του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης και στόχευε σε περαιτέρω ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλη τη χώρα, ακολουθώντας τις αρχές της τομεοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής (Τσαμαδού, 2014: 59). Οι βασικοί στόχοι περιελάμβαναν την ενίσχυση της προσβασιμότητας των υπηρεσιών, τη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας των ασθενών και την υποστήριξη της επαγγελματικής τους ενσωμάτωσης. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, καταργήθηκαν τέσσερα από τα εννέα ψυχιατρικά νοσοκομεία, αυξήθηκε ο αριθμός των ασθενών που φιλοξενούνταν σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και μειώθηκε σημαντικά ο αριθμός των χρονίως νοσηλευομένων στα εναπομείναντα ψυχιατρικά ιδρύματα. Επιπλέον, το κοινοτικό δίκτυο ενισχύθηκε με την ίδρυση Κέντρων Ημέρας και Κινητών Μονάδων, τα οποία λειτουργούσαν αποκλειστικά σε έντεκα νομούς της χώρας από φορείς ιδιωτικού δικαίου μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Συνολικά, στο τέλος των δύο πρώτων φάσεων, είχαν δημιουργηθεί περίπου 400 νέες ψυχιατρικές δομές σε όλη τη χώρα, όπως κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας, ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία και εναλλακτικές μονάδες φιλοξενίας

(Madianos, 2002). Ο αριθμός των μακροχρόνια νοσηλευομένων ασθενών μειώθηκε κατά 80,8% μεταξύ 1984 και 2006, ενώ το συνολικό ποσοστό των ασθενών στα ψυχιατρεία υποχώρησε κατά 73%. Παράλληλα, αυξήθηκε ο αριθμός των ψυχιάτρων και του προσωπικού ανά 100 κλίνες, ενώ η διάρκεια νοσηλείας μειώθηκε σημαντικά. Η εφαρμογή του Κανονισμού 815/84 και του προγράμματος «Ψυχαργός» συνέβαλαν στην άμεση αποϊδρυματοποίηση 889 ασθενών, οι οποίοι μεταφέρθηκαν σε 68 ξενώνες και προστατευμένα διαμερίσματα. Μέχρι το 2006, ο αριθμός των ασθενών μακράς παραμονής μειώθηκε σε 1.091 από 5.677 το 1984 (Madianos & Christodoulou, 2007). Ωστόσο, παρά την ανάπτυξη των νέων δομών, οι διαθέσιμες θέσεις παρέμειναν ανεπαρκείς για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού. Επιπλέον, υπήρχαν σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των υπηρεσιών, με την πλειονότητα των εγκαταστάσεων να συγκεντρώνεται στην Αθήνα και σε άλλες μεγάλες πόλεις, αφήνοντας πολλές περιοχές της χώρας με περιορισμένες υποδομές. Πολλοί από τους «αποϊδρυματοποιημένους» ασθενείς χρειάζονταν περαιτέρω στήριξη για την αποκατάσταση και την ενσωμάτωσή τους στην κοινότητα. Ειδικά στον τομέα της επαγγελματικής αποκατάστασης, ελάχιστοι κατάφεραν να βρουν εργασία ανάλογη της εκπαίδευσης που είχαν λάβει, με την πλειοψηφία να παραμένει άνεργη (Madianos & Christodoulou, 2007).

Η σταδιακή αποκέντρωση των υπηρεσιών ανέδειξε τον αυξανόμενο ρόλο των ιδιωτικών φορέων και των ΜΚΟ στη διαχείριση και παροχή τους. Ειδικότερα, ο ιδιωτικός τομέας κατέγραψε σημαντική αύξηση στον αριθμό των κλινών για τη νοσηλεία ψυχικά ασθενών, με 4.207 κλίνες το 2007 (Madianos, 2013: 13). Παράλληλα, μέχρι το 2012, περίπου 65 ΜΚΟ είχαν αναλάβει τη λειτουργία 220 μονάδων ψυχικής υγείας, καλύπτοντας σχεδόν το 30% του συνόλου των μονάδων και το 50% των διαθέσιμων κλινών για αποϊδρυματοποίηση. Ωστόσο, η ανάθεση αυτών των καθηκόντων συχνά γινόταν με ασαφή κριτήρια, με αποτέλεσμα πολλές οργανώσεις να μην διαθέτουν το απαραίτητο εξειδικευμένο προσωπικό ψυχικής υγείας. Παρά την ευρεία συμμετοχή τους, το Υπουργείο Υγείας δεν είχε θεσπίσει σαφείς μηχανισμούς αξιολόγησης των δράσεών τους ούτε απαιτούσε τη δημοσιοποίηση των ετήσιων οικονομικών τους εκθέσεων (Madianos, 2013: 14). Η μετατόπιση αυτή προς τον ιδιωτικό και μη κηβερνητικό τομέα αποτέλεσε μέρος της ευρύτερης τάσης αποκέντρωσης των κρατικών υπηρεσιών και της αποκρατικοποίησης της κοινωνικής

πολιτικής μέσω εξωτερικής ανάθεσης, εγείροντας σοβαρά ζητήματα αναφορικά με την ποιότητα, τη διαφάνεια και τη βιωσιμότητα των νέων δομών.

Η δεύτερη φάση του προγράμματος «Ψυχαργός» ολοκληρώθηκε το 2009, με την υπογραφή του **Συμφώνου Spidla**, μια συμφωνία μεταξύ της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της ελληνικής κυβέρνησης, που στόχευε στην αντιμετώπιση των θεσμικών, διοικητικών και οικονομικών προβλημάτων που είχαν προκύψει κατά την υλοποίηση των δύο πρώτων φάσεων. Το Σύμφωνο επικεντρωνόταν στην ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης έως το 2015 και περιλάμβανε συγκεκριμένα μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση, όπως η δημιουργία ομάδας διεθνών ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων για την αξιολόγηση της πορείας του προγράμματος, η ίδρυση κοινοτικών δομών ψυχικής υγείας, καθώς και **η περαιτέρω πιστοποίηση και αδειοδότηση δομών που λειτουργούσαν από φορείς ιδιωτικού δικαίου**. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη στήριξη των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης (ΚΟΙ.Σ.Π.Ε.), προκειμένου να ενισχυθεί η επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών, καθώς και στη διεξαγωγή διαδικασιών παρακολούθησης και οικονομικού ελέγχου για τη διασφάλιση της υλοποίησης του προγράμματος (Chondros & Stylianidis, 2016). Στο πλαίσιο του Συμφώνου προβλεπόταν, επίσης, το κλείσιμο των τριών εναπομείναντων μεγάλων ψυχιατρικών – το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Δαφνί), το Δρομοκαΐτειο και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης – μέχρι τον Ιούνιο του 2015. Οι μακροχρόνια νοσηλευόμενοι ασθενείς θα μεταφέρονταν σε κοινοτικούς ξενώνες ή ειδικά ιδρύματα, ενώ οι μονάδες οξείας νοσηλείας θα ενσωματώνονταν στα γενικά νοσοκομεία (Megaloeconomou, n.d.).

Η συνολική αποτίμηση των δύο πρώτων φάσεων του προγράμματος ανέδειξε ότι ο σχεδιασμός τους ήταν αρκετά «υπηρεσιοκεντρικός», επικεντρωμένος, κυρίως, στη μείωση του αριθμού των διαμενόντων στα ψυχιατρικά νοσοκομεία και στην περικοπή του κόστους λειτουργίας τους, παρά στην ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού κοινοτικού δικτύου ψυχικής υγείας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011: 13). Τα σχέδια και οι διακηρυγμένοι στόχοι ήταν αρκετά φιλόδοξοι, αλλά εξασθένησαν γρήγορα κατά την εφαρμογή τους στην πράξη. Η αποτυχία πλήρους ενσωμάτωσης των υπηρεσιών στο βασικό σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχε ως αποτέλεσμα τη λειτουργία τεσσάρων ξεχωριστών συστημάτων (ψυχιατρικά νοσοκομεία, γενικά νοσοκομεία, μη κυβερνητικές οργανώσεις, ιδιωτικός τομέας), χωρίς επαρκή συντονισμό μεταξύ τους. Αυτός ο κατακερματισμός δημιούργησε ένα

ακόμη πιο άνισο και στιγματιστικό δίκτυο ψυχιατρικής φροντίδας, με την πρόσβαση σε υπηρεσίες στις απομακρυσμένες περιοχές να παραμένει εξαιρετικά περιορισμένη (Chondros & Stylianidis, 2016· Υπουργείο Υγείας, 2023· Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Η έλλειψη συνοχής και η ανεπάρκεια κάλυψης των αναγκών των ασθενών συνέβαλαν, επίσης, στην αύξηση των ακούσιων νοσηλείων, με την Ελλάδα να καταγράφει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρώπη, αναιρώντας στην ουσία την ίδια τη διαδικασία της αποϊδρυματοποίησης και αναδεικνύοντας σοβαρά ζητήματα σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών (Stylianidis, 2024).

Επίσης, όπως ήδη επισημάνθηκε, ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της ανάπτυξης και λειτουργίας των μονάδων που προβλέπονταν τόσο από τον Κανονισμό 815/84 όσο και από τις δύο πρώτες φάσεις του προγράμματος «Ψυχαργός» ήταν η εξάρτησή τους από την ευρωπαϊκή χρηματοδότηση μέσω κοινοτικών κονδυλίων. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές δεν προέκυψαν, επομένως, από την πίεση της ελληνικής κοινωνίας ή από πρωτοβουλίες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλά ήταν αποτέλεσμα «άνωθεν» αποφάσεων, κυρίως από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, υπό την πίεση του σκανδάλου του ασύλου της Λέρου (Madianos, 2013). Αυτή η εξωτερική ώθηση οδήγησε στην υλοποίηση έργων βάσει συμφωνημένων πρωτοκόλλων μέσα από διάφορα επιχειρησιακά προγράμματα, χωρίς να δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην προετοιμασία των επαγγελματιών και των φορέων για μια ουσιαστική μεταρρυθμιστική προσπάθεια. Ως εκ τούτου, η επικράτηση μιας συνεκτικής ιδεολογίας και ενιαίας αντίληψης γύρω από την ψυχιατρική φροντίδα παρέμεινε ελλιπής. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν ο νόμος 2071/92, ο οποίος άλλαξε το σκοπό της νοσηλείας από την «προστασία του κοινού από τον 'επικίνδυνο ψυχοπαθή'» στη «θεραπεία του ασθενή» και ο νόμος 2716/99, που στόχευε στην «πλήρη κάλυψη του πληθυσμού και στην προστασία των δικαιωμάτων του». Και οι δύο αυτές νομοθετικές πρωτοβουλίες προήλθαν από υποχρεώσεις της Ελλάδας απέναντι στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με αποτέλεσμα να παραμείνουν, σε μεγάλο βαθμό, ανενεργές (Chondros & Stylianidis, 2016). Παρομοίως, οι προσπάθειες για την εργασιακή ενσωμάτωση των ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα μέσω της θέσπισης των ΚΟΙ.Σ.Π.Ε. και των εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης, όπως προέβλεπε ο νόμος 2716/99, εξαρτήθηκαν, κυρίως, από ιδιωτικούς φορείς σε τοπικό επίπεδο, αποτυγχάνοντας να

ενσωματώσουν πλήρως και αποτελεσματικά τους ασθενείς σε μια μορφή απασχόλησης με ίσους και ασφαλείς όρους (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Οι εγγενείς αδυναμίες και τα προβλήματα στελέχωσης και οργάνωσης, οι μεταβολές των παραδοσιακών θεσμών της κοινωνίας, η πρωτοκαθεδρία της οικονομίας της αγοράς και το περιορισμένο κοινωνικό κράτος, δυσχέραναν την κοινωνική ενσωμάτωση των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, συμβάλλοντας στη διαμόρφωση μιας εικοσιπενταετούς περιόδου επισφαλούς μεταρρύθμισης (1984-2009), που χαρακτηρίστηκε από αβεβαιότητα και περιορισμένα αποτελέσματα (Μαδιανός, 2002). Η έλλειψη μιας ισχυρής υποδομής και ενός συνεκτικού συστήματος φροντίδας προετοίμασε τις συνθήκες για τη μετάβαση σε νέα, ευέλικτα και αποκεντρωμένα μοντέλα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με ενισχυμένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα και των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Με το ξέσπασμα της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης στην Ελλάδα τη δεκαετία του 2010, η κατάσταση αυτή επιδεινώθηκε περαιτέρω, μέσω της επιβολής σκληρών και αυταρχικών νεοφιλελεύθερων πολιτικών, οι οποίες επηρέασαν τόσο τα επίπεδα ψυχικής υγείας του πληθυσμού όσο και τις πολιτικές για τη διαχείρισή τους.

7.1.3. Οικονομική κρίση και νεοφιλελεύθερη αναδιάρθρωση του συστήματος ψυχικής υγείας (2010-2020)

7.1.3.1. Η ελληνική οικονομική κρίση και η επικράτηση ενός αυταρχικού νεοφιλελευθερισμού

Η χρηματοπιστωτική κρίση που ξέσπασε το 2007 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ως αποτέλεσμα της κατάρρευσης της αγοράς ενυπόθηκων δανείων υψηλού ρίσκου, εξελίχθηκε ραγδαία σε μια παγκόσμια οικονομική κρίση, με σοβαρές και καταστροφικές συνέπειες για τα χρηματοπιστωτικά συστήματα και τις οικονομίες διεθνώς. Οι ρίζες της κρίσης βρίσκονταν στη διεύρυνση των παγκόσμιων χρηματοπιστωτικών σχέσεων και στις νεοφιλελεύθερες πολιτικές που κυριάρχησαν τις προηγούμενες δεκαετίες. Η αποσταθεροποίηση που ακολούθησε άφησε πίσω της βαθιές οικονομικές πληγές, εντείνοντας τις κοινωνικές ανισότητες και εξαπλώνοντας τη φτώχεια σε πολλές χώρες. Παράλληλα, οδήγησε σε μια έντονη υπονόμηση της δημοκρατικής πολιτικής διακυβέρνησης, αναδεικνύοντας την αδυναμία των θεσμών να υπερασπιστούν το συλλογικό συμφέρον και να αντισταθούν στις πιέσεις των χρηματοπιστωτικών κερδοσκόπων και μιας ανεξέλεγκτης αγοράς (Yuan, 2024: 4).

Στην Ευρώπη, η χρηματοπιστωτική κρίση προκάλεσε έντονες προκλήσεις για την Ευρωζώνη και ευρύτερα για την Ευρωπαϊκή Ένωση, οδηγώντας σε κρίσεις χρέους πολλές χώρες της ευρωπεριφέρειας, όπως η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία και η Ισπανία. Ανάμεσα σε αυτές, η Ελλάδα υπέστη τις σοβαρότερες και πιο παρατεταμένες συνέπειες. Η ελληνική οικονομία βρισκόταν ήδη αντιμέτωπη με σημαντικά διαρθρωτικά προβλήματα, όπως η εκτεταμένη φοροδιαφυγή, η αναποτελεσματική δημόσια διοίκηση και το υψηλό δημόσιο χρέος. Ωστόσο, η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007-08 ανέδειξε με δραματικό τρόπο την ευθραυστότητα του ελληνικού οικονομικού συστήματος. Το 2009, η ελληνική οικονομία εισήλθε στη μεγαλύτερη ύφεση της σύγχρονης ιστορίας της, η οποία επιδεινώθηκε από μια σειρά παραγόντων, όπως η υπερβολική συσσώρευση δημόσιου χρέους, τα υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα και το έλλειμμα στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών (Roulakis & Roulakis, 2021: 187). Το ελληνικό κράτος βρέθηκε, ουσιαστικά, απροετοίμαστο να διαχειριστεί τη δυσμενή οικονομική κατάσταση, δίνοντας την ευκαιρία στις χρηματοπιστωτικές αγορές και στις κυρίαρχες πολιτικές δυνάμεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης να αξιοποιήσουν το χρέος ως εργαλείο ελέγχου (Fouskas & Dimoulas, 2013 στο Kourachanis, 2021: 46), επιβάλλοντας προγράμματα διαρθρωτικής προσαρμογής, συνοδευόμενα από σκληρές πολιτικές λιτότητας, κανόνες δημοσιονομικής πειθαρχίας και αυστηρή επιτήρηση (Kourachanis, 2021).

Το Μάιο του 2010, η Ελλάδα υπέγραψε το πρώτο μνημόνιο συνεργασίας με την Ευρωπαϊκή Ένωση, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, με σκοπό τη διάσωση της χώρας από τη χρεοκοπία και τη σταθεροποίηση της οικονομίας. Ακολούθησαν δύο ακόμα προγράμματα διάσωσης το 2012 και το 2015, τα οποία συνοδεύτηκαν από αυστηρά δημοσιονομικά μέτρα, όπως περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, μειώσεις μισθών και συντάξεων, καθώς και αυξήσεις φόρων. Η κεντρική ιδέα πίσω από την πολιτική λιτότητας ήταν ότι η μείωση των δημόσιων δαπανών θα οδηγούσε σε μείωση του εθνικού χρέους και θα ενίσχυε την οικονομική ανάπτυξη (Roberts, 2021: 6). Ωστόσο, τα μέτρα αυτά οδήγησαν σε βαθιά οικονομική ύφεση, με τεράστια αύξηση της ανεργίας και της φτώχειας, καθώς και σημαντική συρρίκνωση του ΑΕΠ της χώρας (Prinos, 2014). Ενδεικτικά, σύμφωνα με έρευνες που αναφέρουν οι Stylianidis & Souliotis (2019), η ανεργία εκτοξεύτηκε από 7,8% το 2008 σε 24,9% το 2015, ενώ το ποσοστό του πληθυσμού που κινδύνευε από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό αυξήθηκε από 28,1% το 2008 σε 36% το 2014 και 35,7% το

2015. Την ίδια περίοδο, το 93,7% των νοικοκυριών ανέφερε σημαντική απώλεια εισοδήματος, με το 75,3% να δηλώνει περαιτέρω μειώσεις μεταξύ 2015 και 2016 (Stylianidis & Souliotis, 2019: 16). Επιπλέον, η εισοδηματική ανισότητα στη χώρα αυξήθηκε σημαντικά και, μάλιστα, σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (Matsaganis & Leventi, 2014 στο Economou et al., 2016: 472).

Οι κυρίαρχες δυνάμεις απέδωσαν την ελληνική ύφεση σε λανθασμένες πολιτικές αποφάσεις και κακοδιαχείριση, απομονώνοντας τις αιτίες από τις ευρύτερες αντιφάσεις του ελληνικού καπιταλιστικού συστήματος και αποφεύγοντας να αναγνωρίσουν τα βαθύτερα διαρθρωτικά προβλήματα της ελληνικής οικονομίας (Μαυρουδέας, 2018: 103). Η ευθύνη για την κρίση μετατοπίστηκε από τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα στους ιδιώτες και στα κράτη, που κατηγορήθηκαν για υπερβολές στο χρηματοπιστωτικό τομέα και ακατάλληλη ρύθμιση της οικονομίας αντίστοιχα και θεωρήθηκε ότι θα έπρεπε να επωμιστούν το βάρος των συνεπειών μέσω σκληρών δημοσιονομικών μέτρων. Τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας παρουσιάστηκαν ως φορείς που ενσωματώνουν τις ίδιες ηθικά αμφισβητήσιμες αξίες που το κράτος επέτρεψε να αναπτυχθούν στον χρηματοπιστωτικό τομέα και οι οποίες έπρεπε να εξαλειφθούν μέσω περικοπών και διάλυσης των δημόσιων υπηρεσιών (Bruff, 2014). Πρόκειται, ουσιαστικά, για μια δεύτερη φάση υπολειμματικοποίησης του κράτους ευημερίας, όπου στο όνομα μιας «κατάστασης επείγοντος», το νεοφιλελεύθερο μοντέλο κατάφερε να επιβάλλει και να νομιμοποιήσει αλλαγές, που είχαν ήδη δρομολογηθεί από τη δεκαετία του 1990 (Ioakimidis & Teloni, 2013). Η κρίση σήμανε την παρακμή μιας «προοδευτικής» εκδοχής του νεοφιλελευθερισμού και την ανάδυση μιας πιο συντηρητικής και αυταρχικής μορφής του, με μεγαλύτερο έλεγχο και ρύθμιση της κοινωνικής ζωής.

Όπως επισημαίνει ο Bruff (2014), αν και ο νεοφιλελευθερισμός ανέκαθεν περιλάμβανε τέτοιου είδους αυταρχικές τάσεις, αυτές έγιναν πιο έντονες και εμφανείς μετά την παγκόσμια καπιταλιστική κρίση, ειδικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπου οι διαδικασίες νεοφιλελευθεροποίησης εντάθηκαν. Σε αυτό το πλαίσιο, η κρατική καταστολή αναδείχθηκε ως βασικός μηχανισμός για τη διατήρηση της κυρίαρχης πολιτικοοικονομικής τάξης, αποκλείοντας κάθε προσπάθεια για ισότητα και εκδημοκρατισμό (Bruff, 2014). Το δημόσιο πολιτικό πεδίο περιορίστηκε σχεδόν αποκλειστικά σε οικονομικά ζητήματα, ενώ η διακυβέρνηση μετατοπίστηκε σε έναν απολιτικό τεχνοκρατικό χώρο διακυβέρνησης, απομακρυσμένο από το δημόσιο

διάλογο (Wilson & Swyngedouw, 2015· Gualmini & Schmidt, 2013 στο Καυάλης, Κουμαριανός, & Κουραχάνης, 2022). Η συνεχής λιτότητα έγινε η «νέα κανονικότητα», με μέτρα που επιβλήθηκαν χωρίς τη συναίνεση της κοινωνίας και το ελληνικό κράτος ανέλαβε το ρόλο της καταστολής των κοινωνικών αντιδράσεων. Κατά συνέπεια, η διαχείριση του δημόσιου χρέους λειτούργησε ως αφορμή για μια πλήρη νεοφιλελεύθερη αναδιάρθρωση της ελληνικής κοινωνίας και οικονομίας (Poulakis & Poulakis, 2021), οδηγώντας σε μια βίαιη υποβάθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και σε μια εκτεταμένη αποκρατικοποίηση της κοινωνικής πολιτικής (Kourachanis, 2020 στο Καυάλης, Κουμαριανός, & Κουραχάνης, 2022).

7.1.3.2. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του πληθυσμού και στο σύστημα ψυχιατρικής περίθαλψης

Η συνδυαστική επίδραση της δημοσιονομικής λιτότητας, των οικονομικών αναταραχών και της αδύναμης κοινωνικής προστασίας δημιούργησε ένα περιβάλλον επιδείνωσης των υγειονομικών και κοινωνικών κρίσεων, με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία του πληθυσμού (Karaniolos et al., 2013· Sakellariou & Rotarou, 2017). Η οικονομική κρίση υπονόμησε θεμελιώδεις αξίες, όπως η ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τα ανθρώπινα δικαιώματα, η πίστη στη δημοκρατία και στους θεσμούς, ο σεβασμός του «άλλου» και το αίσθημα κοινωνικής συνοχής και ασφάλειας. Οι πρώτοι που επλήγησαν από αυτή την κατάσταση ήταν τα πιο ευάλωτα μέλη της κοινωνίας, με τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες να συγκαταλέγονται μεταξύ εκείνων που υπέστησαν τις μεγαλύτερες συνέπειες (Christodoulou & Anagnostopoulos, 2013). Έρευνες επισημαίνουν τη σύνδεση μεταξύ της μείωσης του εισοδήματος με την αύξηση των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία, των οξέων ψυχιατρικών παραπομπών, καθώς και των ποσοστών αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, διαζυγίων και θανάτων (Kentikelenis et al., 2011· Γιωτάκος, Τζουβέλας, & Κονταξάκης, 2012).

Πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά αυτοκτονιών, αποτελώντας έναν ορατό και μετρήσιμο δείκτη της ψυχικής υγείας ενός πληθυσμού, προσφέρουν μια κρίσιμη οπτική στην αξιολόγηση των επιπτώσεων της οικονομικής ύφεσης. Μια ανάλυση χρονοσειράς 30 ετών (1983-2012), βασισμένη σε στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, κατέγραψε σημαντική και απότομη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 35,7% μετά την ψήφιση των μέτρων λιτότητας τον Ιούνιο του 2011 (Branas et al., 2015 στο Economou et al., 2016: 48). Παρομοίως, η μελέτη των Rachiotis και συνεργατών (2015), επιβεβαίωσε την ύπαρξη διακυμάνσεων στις τάσεις των αυτοκτονιών την περίοδο 2003-2012, καταγράφοντας

αύξηση 35% μεταξύ 2010 και 2012, κυρίως σε άνδρες εργάσιμης ηλικίας (Rachiotis et al., 2015). Οι κυριότεροι λόγοι των αυτοκτονικών σκέψεων, σύμφωνα με την εθνική γραμμή βοήθειας για αυτοκτονίες, περιλάμβαναν τις οικονομικές δυσκολίες και την αδυναμία αποπληρωμής των προσωπικών χρεών. Οι χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση, όπως η Ελλάδα και η Ιρλανδία, παρουσίασαν σημαντική αύξηση στις αυτοκτονίες, επιβεβαιώνοντας τη σχέση αύξησης κατά 0,79% στις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες για κάθε ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας (Van Hal, 2015: 19).

Ωστόσο, ο αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας αποτελεί μόνο την «κορυφή του παγόβουνου» όσον αφορά τις ψυχολογικές συνέπειες της κρίσης. Μια σειρά επαναλαμβανόμενων πανελλαδικών ερευνών από το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας δείχνει ότι η οικονομική κρίση συνέβαλε σε σημαντική αύξηση του επιπολασμού των συναισθηματικών διαταραχών (Economou et al, 2016). Συγκεκριμένα, η μείζων κατάθλιψη εκτοξεύτηκε από 3,3% το 2008 σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013 (Stylianidis & Souliotis, 2019). Παράλληλα, σημειώθηκε σημαντική άνοδος στη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων (Madianos et al., 2014), ενώ οι επισκέψεις σε μονάδες επειγόντων περιστατικών και σε ψυχιατρικά τμήμα γενικών νοσοκομείων αυξήθηκαν κατά 120% (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016: 328).

Η συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους σε συνδυασμό με την κατάργηση των συλλογικών συμβάσεων εργασίας άφησε χιλιάδες ανθρώπους χωρίς ασφαλιστική κάλυψη και χωρίς πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής προστασίας. Την ίδια στιγμή, η αναθεώρηση των επιδομάτων αναπηρίας και η εισαγωγή αυστηρότερων κριτηρίων με βάση τις ανάγκες, οδήγησαν στην απώλεια της κρατικής στήριξης για την πλειονότητα των ατόμων με αναπηρία (Ioakimidis & Teloni, 2013). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο νόμος 4387 του 2016, ο οποίος αναπροσάρμοσε τις συντάξεις των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας ανάλογα με τη σοβαρότητα της αναπηρίας τους, μειώνοντας το εισόδημά τους και δυσχεραίνοντας την πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες (Sakellariou & Rotarou, 2017: 5).

Παράλληλα, η κατάσταση που επικρατούσε στο ήδη εύθραυστο Εθνικό Σύστημα Υγείας επιδεινώθηκε περαιτέρω. Τα μέτρα λιτότητας οδήγησαν σε περικοπή των δημόσιων δαπανών για την υγεία κατά 25% κατά την περίοδο 2008-2012,

προκαλώντας ελλείψεις προσωπικού, μειώσεις στους μισθούς των υγειονομικών, περιορισμούς στις προμήθειες ιατρικού υλικού, καθώς και ανεπαρκείς υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Ο τομέας της ψυχικής υγείας, ως μέρος του ΕΣΥ, βρισκόταν σε μια εξίσου προβληματική κατάσταση, με τις υπηρεσίες να έχουν υποστεί σημαντική συρρίκνωση των λειτουργιών και του προσωπικού τους, καθώς και μείωση της χρηματοδότησης κατά 20% μεταξύ 2010 και 2011 και κατά επιπλέον 55% μεταξύ 2011 και 2012 (Anagnostopoulos & Soumaki, 2012). Τα ψυχιατρικά και νευρολογικά τμήματα του Νοσοκομείου Αιγινίου βρίσκονταν στα πρόθυρα της κατάρρευσης, τα ψυχιατρικά τμήματα νοσηλείας των γενικών νοσοκομείων λειτουργούσαν με υπερπληθυσμό, φτάνοντας στο 120% της δυναμικότητάς τους και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας υπέφεραν από επαγγελματική εξουθένωση και μειωμένο ηθικό (Economou et al., 2016: 478). Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας υπέστησαν σημαντική υποστελέχωση, ενώ πολλά εξειδικευμένα προγράμματα αναγκάστηκαν να διακόψουν τη λειτουργία τους. Το σχέδιο αποϊδρυματοποίησης που αφορούσε τις ΜΚΟ, βρέθηκε πρώτο στο στόχαστρο των περικοπών, με τον προϋπολογισμό να μειώνεται κατά 50%, αφήνοντας πολλούς εργαζόμενους απλήρωτους για περισσότερους από έξι μήνες. Ουσιαστικά, ακριβώς τη στιγμή που οι άνθρωποι είχαν τη μεγαλύτερη ανάγκη για ψυχική βοήθεια, τα μέτρα περικοπής των δαπανών στον τομέα της ψυχικής υγείας οδήγησαν σε σημαντική μείωση τόσο των διαθέσιμων πόρων (Kentikelenis et al., 2011) όσο και των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης και θεραπείας (Van Hal, 2015).

7.1.3.3. Νεοφιλελεύθερη αναδιάρθρωση του συστήματος ψυχικής υγείας (ΕΣΔ 2011-2020)

Η ελληνική κυβέρνηση, ως απάντηση στην κρίση ψυχικής υγείας, εισήγαγε το τρίτο Εθνικό Σχέδιο Δράσης, γνωστό ως «Ψυχαργός III» (2011-2020), χρηματοδοτούμενο από το Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ) 2014-2020. Το Σχέδιο επικεντρωνόταν σε τρεις βασικούς άξονες: την επέκταση των δομών κοινοτικής φροντίδας, την πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας σε τοπικό επίπεδο, καθώς και την υποστήριξη της διοικητικής αναδιοργάνωσης και της τομεοποίησης των υπηρεσιών. Παρότι με μια πρώτη ανάγνωση φάνηκε αρκετά φιλόδοξο, με θετικές διακηρύξεις και στόχους, μια πιο προσεκτική ανάλυση αποκαλύπτει ότι εναρμονίζεται, σε μεγάλο βαθμό, με τις επιταγές των μνημονίων για περαιτέρω συρρίκνωση του δημόσιου τομέα και του κράτους πρόνοιας. Συγκεκριμένα, το «Ψυχαργός III»

χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή απόσυρση του κράτους από την ψυχιατρική φροντίδα, μέσω της ενίσχυσης του ρόλου ιδιωτών και ΜΚΟ. Η επαναλαμβανόμενη ρητορική της «κατάργησης της ασυλικής φροντίδας» λειτουργεί περισσότερο σαν τυπική διατύπωση, χωρίς να συνοδεύεται από σαφείς και ουσιαστικές κατευθύνσεις για την υπέρβαση των παραδοσιακών ψυχιατρικών πρακτικών και της κουλτούρας των ασύλων και την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών με επαρκή και μακροπρόθεσμη χρηματοδότηση. Αντί, λοιπόν, για μια ουσιαστική ενίσχυση των δημόσιων δομών, προωθείται η δημιουργία περισσότερων **νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, που θα μπορούν να αναλαμβάνουν και να διαχειρίζονται υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο με μεγαλύτερη ευελιξία**. Το Υπουργείο Υγείας προτείνει, μάλιστα, τη σύσταση ενός Ενιαίου Φορέα Ψυχικής Υγείας και την εφαρμογή «*Περιφερειακών Συστημάτων Ψυχικής Υγείας*», κατά το πρότυπο των βρετανικών «*Mental Health Trusts*» (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011: 27). Αξίζει να σημειωθεί ότι στη Βρετανία, οι φορείς αυτοί λειτουργούν ως ανεξάρτητες εταιρικές οντότητες μακριά από τον κυβερνητικό έλεγχο, με στόχο την παραγωγή πλεονασμάτων μέσω ανταγωνιστικής δραστηριότητας στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης (Moth, 2020). Επιπλέον, στον τομέα της στέγασης των ασθενών, προτείνεται η υιοθέτηση νέων μοντέλων φροντίδας και η ενίσχυση καινοτόμων πρωτοβουλιών από μη κρατικούς φορείς, όπως ΜΚΟ και ενώσεις συγγενών, ενώ προβλέπεται και **η οικονομική συμμετοχή των συγγενών που έχουν τη δυνατότητα** (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011: 38). Η προσέγγιση αυτή φαίνεται να οδηγεί σε μια σταδιακή αποδόμηση του δημόσιου χαρακτήρα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς ο ιδιωτικός τομέας αναλαμβάνει όλο και πιο ενεργό ρόλο στην παροχή φροντίδας μέσω ξενώνων, οικοτροφείων, κινητών μονάδων και συμβουλευτικών υπηρεσιών, ενώ μεταθέτει, παράλληλα, το βάρος της φροντίδας στις οικογένειες των ασθενών, θέτοντας σε κίνδυνο την πρόσβαση των πιο ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στις αναγκαίες υπηρεσίες.

Η ψυχική υγεία μετατρέπεται από θεμελιώδες δικαίωμα σε εμπορευματοποιημένο αγαθό, με ορατές συνέπειες για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτή η τακτική αποδυναμώνει τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα των υπηρεσιών και αυξάνει την εξάρτηση της πρόσβασης από την οικονομική δυνατότητα του κάθε ασθενή. Ήδη παρατηρείται ότι ορισμένες περιοχές της χώρας, καθώς και συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες παραμένουν υποεξυπηρετούμενες ή ακόμα και

αποκλεισμένες από βασικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Ακόμα και η Εξωτερική Αξιολόγηση που αναφέρεται στο Σχέδιο Δράσης, επισημαίνει την ύπαρξη «μη ισότιμης ανάπτυξης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στις διάφορες περιοχές», η οποία βασίζεται, κυρίως, σε «επιχειρηματικές πρωτοβουλίες», με αποτέλεσμα σημαντικά τμήματα της χώρας, όπως η Πελοπόννησος, η Δ. Μακεδονία και τα νησιά, να μην διαθέτουν ούτε τις απαραίτητες δομές ψυχικής υγείας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011: 23). Οι κάτοικοι αυτών των περιοχών αναγκάζονται, λοιπόν, να ταξιδεύουν μεγάλες αποστάσεις για να λάβουν την απαραίτητη φροντίδα ή, εάν διαθέτουν τους οικονομικούς πόρους, να καταφεύγουν σε ιδιωτικές λύσεις.

Παράλληλα, η νέα στρατηγική, διαπνεόμενη από τη λογική «κόστους-οφέλους», δίνει προτεραιότητα στη μείωση των δαπανών και στην οικονομική αποδοτικότητα, εις βάρος της ποιότητας και της εξατομικευμένης φροντίδας. Η προσαρμογή των υπηρεσιών σε λογικές της αγοράς και σε μοντέλα κόστους-αποτελεσματικότητας βρήκε γόνιμο έδαφος σε μια περίοδο, όπου το παγκόσμιο σύστημα απαιτούσε την ελαχιστοποίηση των δαπανών για την υγεία. Το «Ψυχαργός III» υποστηρίζει αυτή την τάση, επικεντρωμένο σε **μετρήσιμους δείκτες και ποσοτικά κριτήρια αξιολόγησης**. Ως αποτέλεσμα, η διαχείριση των πόρων αποκτά κεντρική σημασία (βλ. «Καλές πρακτικές κόστους-αποτελεσματικότητας» στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011: 57), ενώ οι ανάγκες των ασθενών και οι πολυδιάστατες πτυχές της ψυχικής υγείας υποβαθμίζονται και αγνοούνται, καθώς δύσκολα αποτιμώνται με οικονομικά ή ποσοτικά κριτήρια.

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι ο νέος σχεδιασμός δεν περιορίζεται μόνο στην αποδόμηση του δημόσιου χαρακτήρα των υπηρεσιών, αλλά ενσωματώνει πλήρως τα στοιχεία μιας αυταρχικής νεοφιλελεύθερης προσέγγισης. Αυτό αποτυπώνεται μέσα από την υιοθέτηση κατασταλτικών πολιτικών, που δίνουν έμφαση στη διαχείριση της «επικινδυνότητας» των ψυχικά ασθενών – μια έννοια που αποτέλεσε τον πυρήνα της οργάνωσης των ψυχιατρικών ιδρυμάτων και της ευρύτερης κοινωνικής και επιστημονικής απάντησης στην «τρέλα» (Megaloeconomou, n.d.). Η λογική του Σχεδίου ξεπερνά, λοιπόν, την απλή θεραπευτική και κοινωνική εγκατάλειψη, οδηγώντας στη **δημιουργία μονάδων «υψηλής» και «μέσης ασφαλείας»** για τον εγκλεισμό ατόμων που, λόγω της «*ψυχικής τους ανικανότητας*», κρίνονται «*επικίνδυνοι*» για τη δημόσια τάξη. Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά: «*τέτοιες υπηρεσίες θα ενισχύσουν το αίσθημα ασφάλειας της κοινωνίας*» απέναντι στο

«ΣΟΒΑΡΟ κίνδυνο» (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011: 83), που υποτίθεται ότι αντιπροσωπεύουν οι ψυχικά ασθενείς. Αυτή η αντίληψη, που δίνει προτεραιότητα στην τιμωρία έναντι της πρόνοιας, αποτελεί βασικό στοιχείο του νεοφιλελεύθερου δόγματος και συνδέεται με μια μειωμένη ή ακόμη και «μηδενική ανοχή» απέναντι σε κάθε μορφή παρέκκλισης. Παρά τις δημοσιονομικές πιέσεις, οι δαπάνες για φυλακές και κατασταλτικά μέτρα δεν φαίνεται να επηρεάζονται από την οικονομική στενότητα. Αντιθέτως, οι επανειλημμένες αναφορές στη διαμόρφωση ενός «πλέγματος ασφαλείας», λειτουργούν ως μέρος ενός επιτελικού κατασταλτικού κράτους, που στοχεύει στην επιβολή της τάξης εις βάρος της θεραπείας και των δικαιωμάτων των ασθενών.

Συμπερασματικά, το τρίτο Εθνικό Σχέδιο Δράσης (2011-2020) που καταρτίστηκε εν μέσω της οικονομικής κρίσης, δεν κατάφερε να καλύψει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Οι πολιτικές λιτότητας οδήγησαν σε σοβαρή υποχρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δίνοντας χώρο για την ενίσχυση της συμμετοχής ιδιωτικών φορέων και ΜΚΟ. Παράλληλα, μεγάλο μέρος της ευθύνης για τη φροντίδα μετατέθηκε στους ίδιους τους χρήστες και τις οικογένειές τους, επιβαρύνοντάς τους οικονομικά και ψυχικά. Παρά τους διακηρυγμένους στόχους του Σχεδίου, η έμφαση δόθηκε περισσότερο στην οικονομική βιωσιμότητα, υπονομεύοντας τόσο την πρόσβαση όσο και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Με την έλευση της πανδημίας COVID-19 το 2020, η ψυχική υγεία του πληθυσμού υπέστη σοβαρό πλήγμα, καθώς οι συνθήκες απομόνωσης, αβεβαιότητας και φόβου επιδείνωσαν τις ήδη υπάρχουσες ψυχολογικές πιέσεις στην κοινωνία. Σε αυτό το πλαίσιο, η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε στην έγκριση του τελευταίου έως σήμερα Εθνικού Σχεδίου Δράσης (2021-2030) και στην ψήφιση του νόμου 5129/2024, υποσχόμενη μια «ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης».

7.1.4. Εθνικό Σχέδιο Δράσης 2021-2030 και νόμος 5129/2024 για την ψυχική υγεία: Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ή της πλήρους ιδιωτικοποίησης και αποδόμησης του δημόσιου συστήματος ψυχιατρικής περίθαλψης;

Σύμφωνα με τη δημοσιογράφο και ακτιβίστρια Naomi Klein, τα επιχειρηματικά συμφέροντα και οι ελίτ εξουσίας συχνά εκμεταλλεύονται κρίσεις, όπως φυσικές καταστροφές, οικονομικές κρίσεις και πολιτικές αναταραχές, ως ευκαιρία για την

επιθετική αναδιάρθρωση των οικονομιών των ευάλωτων χωρών. Κατά τη διάρκεια των κρίσεων, η αντίσταση καταπνίγεται τόσο μέσω συμβολικών μηχανισμών φόβου όσο και με την εφαρμογή βίαιων κατασταλτικών μέτρων, επιτρέποντας την επιβολή πολιτικών, που υπό φυσιολογικές συνθήκες θα προκαλούσαν έντονες αντιδράσεις (Klein, 2008). Στην περίπτωση της Ελλάδας, η πανδημία COVID-19 που ξέσπασε το Μάρτιο του 2020, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτής της δυναμικής. Η ελληνική κυβέρνηση εκμεταλλεύτηκε την υγειονομική κρίση για να προωθήσει μια σειρά αντικοινωνικών μεταρρυθμίσεων, με πρόσχημα την ανάγκη άμεσης και αποτελεσματικής διαχείρισης της πανδημίας. Η δημόσια συζήτηση περιορίστηκε και οι κοινωνικές αντιδράσεις καταστάλθηκαν μέσω αυστηρών αστυνομικών μέτρων και απαγορεύσεων στις κοινωνικές συναθροίσεις και διαδηλώσεις (Καψάλης, Κουμαριανός, & Κουραχάνης, 2022). Παράλληλα, η κυβέρνηση κατάφερε να προωθήσει μια ακραία φιλοσοφία αυτοπροστασίας και ατομικής ευθύνης, μεταθέτοντας τη διαχείριση προβλημάτων, όπως η υγεία και η φτώχεια, από το κράτος στους ίδιους τους πολίτες (Kourachanis, 2021).

Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση της πανδημίας είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομική, κοινωνική και ψυχική ευημερία των πολιτών. Ο εγκλεισμός και η κοινωνική αποστασιοποίηση οδήγησαν σε αυξημένα αισθήματα μοναξιάς, απογοήτευσης και φόβου, καθώς οι κοινωνικές επαφές περιορίστηκαν και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας έγινε πιο δύσκολη (Triantafillou et al., 2022). Η ψυχολογική επιβάρυνση από την κρίση κατέστη εμφανής μέσα από τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, άγχους, βίας, χρήσης ουσιών και αυτοκτονικών τάσεων. Παρ' όλα αυτά, η διαχείριση των επιπτώσεων περιορίστηκε, κυρίως, στην ατομική ευθύνη υπό το πρόσχημα της προστασίας του συνόλου, αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα την ενίσχυση των δημόσιων υπηρεσιών. Το ήδη υποστελεχωμένο σύστημα υγείας δεν κατάφερε να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, ήδη επιβαρυνμένες από τις περικοπές της προηγούμενης δεκαετίας, βρέθηκαν σε ακόμη πιο δυσχερή θέση λόγω της ανακατανομής των πόρων για την άμεση διαχείριση της πανδημίας (Stylianou & Ntelas, 2023). Ως εκ τούτου, ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού έμεινε αβοήθητο και εκτεθειμένο σε μια περίοδο που απαιτούσε αυξημένη κρατική παρέμβαση και στήριξη.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο πίεσης στο ΕΣΥ και μιας «σιωπηλής πανδημίας» των ψυχικών διαταραχών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η Ευρωπαϊκή Ένωση και το

Υπουργείο Υγείας αποφάσισαν να θέσουν ως προτεραιότητα την ανανέωση της πολιτικής για την ψυχική υγεία, με στόχο την αντιμετώπιση των χρόνιων διαρθρωτικών προβλημάτων, τα οποία παρέμειναν άλυτα από τα πρώτα βήματα του Κανονισμού 815/84 έως και τις φάσεις του «Ψυχαργός» (Stylianidis, 2024). Το 2021, το Υπουργείο Υγείας αιτήθηκε από τον Περιφερειακό Διευθυντή του ΠΟΥ Ευρώπης την τεχνική υποστήριξη για τη διεξαγωγή μιας από κοινού Ταχείας Αξιολόγησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Σκοπός της αξιολόγησης ήταν η αποτύπωση της τρέχουσας κατάστασης και η διαμόρφωση προτάσεων για την επόμενη δεκαετία, με στόχο τη δημιουργία ενός κοινωτικού, ποιοτικού και ανθρωποκεντρικού συστήματος ψυχικής υγείας, καθολικά προσβάσιμου και εναρμονισμένου με τα ανθρώπινα δικαιώματα, χωρίς αποκλεισμούς και στίγμα (Υπουργείο Υγείας, 2023: 35). Με βάση τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και τις συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, το Υπουργείο κατέληξε στη διαμόρφωση του τρέχοντος **Εθνικού Σχεδίου Δράσης (2021-2030)**, το οποίο διαρθρώνεται γύρω από δέκα βασικά πεδία προτεραιότητας.

Παρά τους διακηρυγμένους στόχους του νέου Σχεδίου, το περιεχόμενό του αποκαλύπτει τη συνέχιση μιας νεοφιλελεύθερης στρατηγικής, η οποία απομακρύνει σταδιακά το κράτος από την άμεση παροχή υπηρεσιών, διατηρώντας κυρίως τους κατασταλτικούς μηχανισμούς του. Αντί να ενισχύει τις δημόσιες δομές, το Σχέδιο προωθεί περαιτέρω τη συμμετοχή ιδιωτικών φορέων και ΜΚΟ, με χρηματοδότηση 18 μηνών από το Ταμείο Ανάκαμψης. Επιπλέον, οι 311 νέες δομές που εξαγγέλλονται, προορίζονται να αντικαταστήσουν ήδη υποστελεχωμένες μονάδες, χωρίς όμως να καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες του πληθυσμού. Το **μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών φορέων** παρουσιάζεται ως ευκαιρία για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, με την προσδοκία ότι ο ανταγωνισμός για τις ίδιες πηγές χρηματοδότησης θα αυξήσει την αποδοτικότητα. Το 2022, ψηφίζεται, μάλιστα, ο νόμος 4391, με τον οποίο η κυβέρνηση επιλέγει να μεταβιβάσει την ευθύνη της μεταφοράς ασθενών για ακούσια νοσηλεία σε Κοινωνικές Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες ανήκουν σε Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) (Υπουργείο Υγείας, 2023). Παραβλέποντας τις βαθύτερες διαρθρωτικές αδυναμίες, ενισχύεται μια λογική που αντιμετωπίζει την ψυχική υγεία ως εμπορεύσιμο αγαθό. Ωστόσο, αυτή η προσέγγιση φαίνεται να αγνοεί – ίσως σκόπιμα – έναν σοβαρό κίνδυνο που ήδη παρατηρείται: οι ιδιωτικοί φορείς τείνουν να επικεντρώνονται σε πιο «επικερδείς» υπηρεσίες και στις πιο προνομιούχες ομάδες του

πληθυσμού, αφήνοντας τις ευάλωτες ομάδες να εξυπηρετούνται από ένα αποδυναμωμένο και υποστελεχωμένο δημόσιο σύστημα.

Παράλληλα, το νέο Σχέδιο Δράσης δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην **ψηφιοποίηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας**, παρουσιάζοντάς την ως καινοτόμο εργαλείο για την αύξηση της αποδοτικότητας, τη μείωση του κόστους και τη διευκόλυνση της ταχύτερης και ευρύτερης πρόσβασης. Στο επίκεντρο αυτής της στρατηγικής βρίσκεται η τηλεψυχιατρική και η τηλεφροντίδα για ηλικιωμένους, παιδιά και εφήβους, πρακτικές που πρωτοεμφανίστηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας και τώρα προωθούνται ως λύσεις που θα διαδραματίζουν «όλο και μεγαλύτερο ρόλο στο μέλλον» (Υπουργείο Υγείας, 2023: 68). Ωστόσο, παραβλέπεται το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας αποκλείονται άμεσα, λόγω έλλειψης πρόσβασης σε ψηφιακά μέσα, όπως υπολογιστές, tablets ή smartphones. Σε μια εποχή αυξανόμενης κοινωνικής απομόνωσης, αυτή η προσέγγιση ενδέχεται να επιδεινώσει την αποξένωση, περιορίζοντας την άμεση επαφή με τους επαγγελματίες φροντίδας και υπονομεύοντας την ένταξη των ατόμων στα κοινοτικά δίκτυα υποστήριξης και τη δημιουργία ουσιαστικών κοινωνικών σχέσεων. Ως εκ τούτου, αποδυναμώνεται η θεμελιώδης ανθρωποκεντρική διάσταση της φροντίδας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας για την ψυχική ευημερία των ατόμων.

Εν τέλει, ο ρόλος του κράτους καταλήγει να περιορίζεται, κυρίως, στην καταστολή και τον έλεγχο, μέσα από την ενίσχυση των ψυχιατροδικαστικών δομών για ασθενείς που, σύμφωνα με τον Ν. 4619/2019, έχουν διαπράξει αξιόποινες πράξεις ή παρουσιάζουν «σοβαρές διαταραχές συμπεριφοράς και επιθετικότητα». Οι μονάδες αυτές, που έχουν επικριθεί στο παρελθόν ως καταπιεστικές, στερούν στους ασθενείς την πρόσβαση σε κοινοτικές υπηρεσίες και ενισχύουν την ιδρυματοποίηση. Η κυβέρνηση, λοιπόν, αγνοώντας τον κίνδυνο ενός νέου ιδρυματισμού, επιλέγει να προσθέσει **τέσσερις νέες αυτόνομες κλίνες «μέσης ασφαλείας»**, δημιουργώντας έναν υβριδικό θεσμό που συνδυάζει χαρακτηριστικά τόσο του ψυχιατρικού όσο και του σωφρονιστικού εγκλεισμού. Αυτή η στρατηγική, με έμφαση στη διαχείριση και τον έλεγχο, καταλήγει τελικά να ενισχύει τα στερεότυπα που συνδέουν την ψυχική ασθένεια με την εγκληματικότητα, εγκλωβίζοντας τους ασθενείς σε έναν φαύλο κύκλο καταστολής και στιγματισμού.

Νέος νόμος για την ψυχική υγεία (Ν. 5129/2024)

Τον Οκτώβριο του 2023 και ενώ το Εθνικό Σχέδιο Δράσης (2021-2030) βρισκόταν ακόμη σε ισχύ, ο τότε Υφυπουργός Υγείας Δημήτρης Βαρτζόπουλος, παρουσίασε ένα νέο νομοσχέδιο για την ψυχική υγεία, διακηρύσσοντας την «ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης». Το νομοσχέδιο στόχευε σε μια ριζική αναδιάρθρωση της δομής και της διοίκησης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και σε εκσυγχρονισμό του θεσμικού πλαισίου. Ωστόσο, οι προτεινόμενες αλλαγές που διέρρευσαν, συνοδεύονταν από σημαντικές αντιφάσεις, εγείροντας σοβαρές ανησυχίες για το μέλλον των υπηρεσιών και το ρόλο του κράτους στην προστασία των πιο ευάλωτων ομάδων. Παρά τις ισχυρές αντιδράσεις από τους χρήστες των υπηρεσιών, τους επαγγελματίες του κλάδου και την ευρύτερη κοινωνία, το νομοσχέδιο τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση τον Ιούλιο του 2024 και ψηφίστηκε ως νόμος του κράτους τον Αύγουστο του ίδιου έτους (ν. 5129/2024).

Στις βασικές αλλαγές του προβλέπεται η **κατάργηση της υφιστάμενης δομής** και η δημιουργία ενός νέου, ενιαίου φορέα με την ονομασία «Εθνικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας» (Ε.Δ.Υ.Ψ.Υ.), ο οποίος θα διαρθρώνεται ανά Περιφερειακά Δίκτυα, που θα υπάγονται στις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.). Ο φορέας αυτός **θα περιλαμβάνει τόσο τις δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας όσο και ιδιωτικούς φορείς, όπως ιδιώτες επαγγελματίες και ιδιωτικά κερδοσκοπικά ή μη κερδοσκοπικά νομικά πρόσωπα**. Η διαχείριση των περιστατικών ανά περιφέρεια θα προσαρμόζεται στις ανάγκες των ασθενών και στη διαθεσιμότητα των ειδικών, με συνεργασία των δημόσιων υπηρεσιών, των φορέων της τοπικής αυτοδιοίκησης και των ιδιωτικών παρόχων. Παράλληλα, ενισχύεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας δομών ψυχικής υγείας από ιδιώτες και ΝΠΙΔ, με το ίδιο νομικό ή φυσικό πρόσωπο να μπορεί να διαχειρίζεται περισσότερες από μία μονάδες (ΦΕΚ, άρθρο 19). Η λογική αυτής της ενοποίησης ενισχύει τη δράση του ιδιωτικού τομέα, κατευθύνοντας σταδιακά τους ασθενείς προς ιδιωτικές κλινικές και απομακρύνοντας την ψυχική υγεία από το δημόσιο σύστημα. Ο νέος φορέας θα στηρίζεται σε κρατική χρηματοδότηση, αλλά και σε ιδιωτικά κεφάλαια και πληρωμές των ασθενών, εδραιώνοντας μια εμπορευματοποιημένη προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

Τα δύο εναπομείναντα ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, πρόκειται να καταργηθούν και να μετατραπούν σε αποκεντρωμένες μονάδες των Υγειονομικών Περιφερειών. Αυτό σημαίνει ότι όλες οι διοικητικές, οικονομικές και νομικές αρμοδιότητες θα μεταβιβαστούν στις Δ.Υ.Πε., οι οποίες θα έχουν τον πλήρη έλεγχο στη συνολική διαχείριση των πόρων και στη λήψη αποφάσεων για τη λειτουργία τους. Η εν λόγω αναδιάρθρωση οδηγεί σε κατακερματισμό και αποδυνάμωση της συνοχής του συστήματος ψυχικής υγείας, δημιουργώντας αβεβαιότητα για τη μελλοντική λειτουργία των υπηρεσιών. Το πιθανό σενάριο για πολλές από αυτές είναι δυσμενές, καθώς ο νόμος επαναλαμβάνει τη δυνατότητα των νέων διοικητικών διευθύνσεων – οι οποίες γίνονται αυστηρά **συγκεντρωτικές** – να προχωρούν σε «μεταφορά, κατάργηση και συγχώνευση των υφιστάμενων υπηρεσιών», με στόχο τη μείωση των δημόσιων δαπανών.

Η **απουσία ξεκάθαρων μέτρων για τη μελλοντική φροντίδα των νοσηλεύομένων ασθενών** αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που αποκαλύπτει την ανεπάρκεια στο σχεδιασμό, αφήνοντας ανοιχτά ερωτήματα σχετικά με το πώς θα διασφαλιστεί η ομαλή μετάβασή τους σε ένα ενισχυμένο και επαρκές δίκτυο κοινοτικών υπηρεσιών. Παράλληλα, το **μέλλον του εναπομείναντος προσωπικού** γίνεται ολοένα και πιο επισφαλές, καθώς ο νέος νόμος διευκολύνει τη μετακίνησή τους μεταξύ διαφόρων δομών, ανάλογα με τις τρέχουσες ανάγκες, ενώ οι όποιες προσλήψεις προβλέπονται, αφορούν, κυρίως, συμβάσεις ορισμένου χρόνου, χωρίς προοπτική μόνιμης ενίσχυσης. Αυτός ο τρόπος διαχείρισης είναι εξαιρετικά προβληματικός, ειδικά σε μια περίοδο με δραματική μείωση του προσωπικού λόγω της οικονομικής κρίσης. Η έλλειψη μόνιμων θέσεων και οι συχνές μετακινήσεις ενδέχεται να εμποδίσουν τη σταθερή ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στις δομές, καθώς και να αποτρέψουν τη δημιουργία μακροχρόνιων και σταθερών σχέσεων εμπιστοσύνης με τους ασθενείς – ένα στοιχείο κρίσιμης σημασίας για την επιτυχία της θεραπευτικής διαδικασίας.

Στο πλαίσιο, μάλιστα, της προσπάθειας για αποδοτικότερη διαχείριση των πόρων και μείωση του κόστους, ο νέος νόμος προωθεί περαιτέρω την ανάπτυξη ενός **ψηφιοποιημένου συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας**, που έχει ήδη προετοιμαστεί από το ΕΣΔ (2021-2030). Συγκεκριμένα, εισάγει το «Εθνικό Δίκτυο Τηλεψυχιατρικής και Τηλεσυμβουλευτικής» και ένα «Πληροφοριακό Σύστημα

Επιδημιολογικής Επιτήρησης και Θεραπευτικής Διαχείρισης των Ψυχικών Διαταραχών». Το σύστημα αυτό θα παρακολουθεί και θα καταγράφει όλες τις επαφές των ασθενών με τις υπηρεσίες, ώστε να υπάρχει διαρκής έλεγχος και μείωση του κόστους. Επίσης, θα διευκολύνει την παρακολούθηση της πληρότητας και διαθεσιμότητας των υπηρεσιών, των κλινών και των ραντεβού, καθοδηγώντας τους ασθενείς στην κατάλληλη υπηρεσία μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας. Αντί, λοιπόν, να προάγει τις τοπικά προσβάσιμες κοινοτικές υπηρεσίες, η έμφαση δίνεται στην ηλεκτρονική πλοήγηση σε κεντρικό επίπεδο, εντείνοντας την κοινωνική αποστασιοποίηση, καθώς η αλληλεπίδραση γίνεται όλο και πιο απρόσωπη και απομακρυσμένη.

Συμπερασματικά, η τέταρτη περίοδος μεταρρυθμίσεων κρίνεται καθοριστική για το μέλλον του δημόσιου συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Η ψήφιση του νόμου 5129/2024 αποτελεί την κορύφωση μιας νεοφιλελεύθερης κατεύθυνσης, θεσμοθετώντας έμμεσα την ιδιωτικοποίηση του τομέα και αποτελώντας άλλο ένα βήμα στην εσκεμμένη υποβάθμιση των δημόσιων υπηρεσιών. Παρά τις εξαγγελίες για «ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης», το μοντέλο που προωθείται, εδραιώνει ουσιαστικά τη στρατηγική των προηγούμενων δεκαετιών, αφήνοντας ένα σύστημα ψυχικής υγείας ασταθές, αποσπασματικό και ανίκανο να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού. Η φαινομενική δέσμευση για αποϊδρυματοποίηση και αποκέντρωση φαίνεται να μεταφράζεται στην πράξη σε μια πολιτική που στοχεύει περισσότερο στην «απονοσοκομειοποίηση» - δηλαδή στη μείωση των δομών, χωρίς την κατάλληλη ενίσχυση του κοινοτικού δικτύου. Ως αποτέλεσμα, επικρατεί ένας μεγαλύτερος κατακερματισμός των υπηρεσιών, με περιορισμένες δυνατότητες στήριξης όσων έχουν ανάγκη και δυσκολίες πρόσβασης για τους πιο ευάλωτους. Η ευθύνη του κράτους περιορίζεται στην ενίσχυση κατασταλτικών μηχανισμών και στην ανάθεση της παροχής βασικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς και ΜΚΟ.

Η «ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης» παραμένει ένας ανεκπλήρωτος στόχος, καθώς δεν επιχειρήθηκε ποτέ πλήρως στην πράξη. Παρά την ύπαρξη ενός καθολικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, οι πολιτικές που ευνοούν την ελεύθερη αγορά έχουν οδηγήσει στην αποδυνάμωση της στήριξης του δημόσιου τομέα, υιοθετώντας μια λογική εξορθολογισμού και δραστικών περικοπών στις υπηρεσίες. Οι επαγγελματίες του κλάδου βρίσκονται αντιμέτωποι με μια συνεχιζόμενη κρίση, καθώς καλούνται να εργαστούν σε ένα περιβάλλον υπό

διαρκή πίεση, που διαμορφώνεται από τις απαιτήσεις του νεοφιλελεύθερου μοντέλου. Το δεύτερο μέρος των αποτελεσμάτων της εμπειρικής έρευνας εστιάζει ειδικά στις εμπειρίες και τις απόψεις των εργαζομένων στον τομέα, με στόχο την πληρέστερη θεμελίωση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που προηγήθηκε. Δεδομένου ότι βιώνουν καθημερινά τις προκλήσεις και τα κενά του συστήματος, η οπτική τους παρέχει σημαντικές πληροφορίες, που συνήθως αποκρύπτονται ή υποβαθμίζονται σε επίσημες εκθέσεις και αξιολογήσεις.

7.2. Αποτελέσματα εμπειρικής έρευνας

7.2.1. Εισαγωγή στην έρευνα πεδίου

Η ανάλυση των συνεντεύξεων επιδιώκει τη βαθύτερη κατανόηση του τρόπου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, έπειτα από τέσσερις δεκαετίες μεταρρυθμιστικών προσπαθειών. Μέσα από τις εμπειρίες και τις απόψεις των επαγγελματιών στο πεδίο, αναδεικνύονται κρίσιμα ζητήματα που αφορούν την ποιότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών, τη μετακύλιση της ευθύνης από το κράτος στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, στους ίδιους τους ασθενείς και στις οικογένειές τους, καθώς και την αυξανόμενη εμπλοκή ιδιωτών και ΜΚΟ στην παροχή και διαχείριση των υπηρεσιών.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από οχτώ επαγγελματίες ψυχικής υγείας: δύο ψυχιάτρους, τέσσερις ψυχολόγους και δύο κοινωνικές λειτουργούς, με επαγγελματική εμπειρία που κυμαίνεται από 3 έως 25 χρόνια. Για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, χρησιμοποιούνται ψευδώνυμα, αλλά ακριβείς αναφορές στην ειδικότητά τους και τη δομή όπου εργάζονται. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες εργάζονται σε δημόσιες δομές της Αττικής, οι οποίες περιλαμβάνουν τα δύο μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, Δαφνί και Δρομοκαϊτειο, καθώς και τρεις αποκεντρωμένες κοινοτικές δομές: δύο Κέντρα Ψυχικής Υγείας και ένα Κέντρο Ημέρας.

Το Δαφνί και το Δρομοκαϊτειο εξυπηρετούν ασθενείς από όλη την Ελλάδα είτε μέσω εκούσιων εισαγωγών (νοσηλεία με τη συναίνεση του ασθενούς) είτε μέσω ακούσιων εισαγωγών (νοσηλεία κατόπιν εισαγγελικής παραγγελίας). Παρέχουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας της ψυχικής υγείας, όπως:

- Ενδονοσοκομειακές ψυχιατρικές κλινικές για την αντιμετώπιση οξέων ή μακροχρόνιων ψυχιατρικών καταστάσεων
- Εξωνοσοκομειακές δομές, όπως Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ημέρας, ξενώνες, οικοτροφεία και προστατευόμενα διαμερίσματα

Αντίστοιχα, τα δύο Κέντρα Ψυχικής Υγείας και το Κέντρο Ημέρας εντάσσονται στο δίκτυο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του δημόσιου συστήματος ψυχικής υγείας. Απευθύνονται στους δημότες του εκάστοτε Τομέα Ευθύνης τους και παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες, όπως βραχεία ψυχοθεραπεία, ψυχιατρική παρακολούθηση και

ψυχοκοινωνική υποστήριξη για την αποκατάσταση των ασθενών. Οι δομές αυτές αποτελούν κεντρικούς πυλώνες της κοινοτικής ψυχιατρικής και ενσωματώνονται στο πλαίσιο της ευρύτερης πολιτικής της τομεοποίησης, σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών με βάση γεωγραφικά και πληθυσμιακά κριτήρια, με στόχο τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης και της συνέχειας στη φροντίδα.

7.2.2. Ανάλυση συνεντεύξεων

Κατά την ανάλυση των συνεντεύξεων διαμορφώθηκαν τρεις θεματικές ενότητες, οι οποίες ακολουθούν τη δομή του οδηγού συνέντευξης και καλούνται να απαντήσουν στα εξής τέσσερα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας:

1) Ποιες ήταν οι επιπτώσεις των πολιτικών ψυχικής υγείας στην ποιότητα των υπηρεσιών;

2) Πώς επηρεάστηκε η πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και ποιες κοινωνικές ομάδες υπέστησαν τις μεγαλύτερες επιπτώσεις;

3) Ποιος είναι ο ρόλος της μετάβασης της ευθύνης από το κράτος στο άτομο στην πρόσβαση και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;

4) Πώς η αυξανόμενη συμμετοχή ιδιωτικών φορέων και ΜΚΟ στη διαχείριση και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, σε συνδυασμό με τη μετατόπιση της ευθύνης στο άτομο, επηρεάζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και την ποιότητα της φροντίδας;

7.2.2.1. Ποιότητα και προσβασιμότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η παρούσα ενότητα στοχεύει στη διερεύνηση της τρέχουσας κατάστασης όσον αφορά την ποιότητα και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από το δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, μελετώνται ζητήματα σχετικά με τη στελέχωση, την επάρκεια των διαθέσιμων πόρων, τον αριθμό των ασθενών που εξυπηρετούνται, καθώς και τη διαθεσιμότητα των κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία. Παράλληλα, εξετάζεται η ανάπτυξη και η αποτελεσματικότητα του δικτύου ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και ενσωμάτωσης των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Στόχος της ανάλυσης είναι να αξιολογηθεί κατά πόσο οι παρεχόμενες υπηρεσίες ανταποκρίνονται επαρκώς στις πραγματικές ανάγκες των ανθρώπων και εάν παρατηρείται υποβάθμιση στην ποιότητα ή περιορισμός στην προσβασιμότητά τους. Επιπλέον, διερευνάται αν οι παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής

υγείας συνάδουν με τους διακηρυγμένους στόχους των μεταρρυθμίσεων, που αφορούν την τομεοποίηση των υπηρεσιών και την εξασφάλιση της κάλυψης των αναγκών σε κοινοτικό και αποκεντρωμένο επίπεδο.

Η ανάλυση των συνεντεύξεων στο σύνολό τους αναδεικνύει έντονα την ύπαρξη πολλαπλών ελλείψεων και ανεπαρκειών όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το χρόνιο και συστημικό πρόβλημα που αναφέρουν όλοι ανεξαρτήτως οι συμμετέχοντες αφορά τη σοβαρή **υποστελέχωση** που πλήττει τον τομέα, επηρεάζοντας αρνητικά τη λειτουργία τόσο των ψυχιατρικών νοσοκομείων όσο και των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται ελλείψεις σε βασικές ειδικότητες, περιορισμένες προσλήψεις, καθώς και συμβάσεις εργασίας με ορισμένο χρονικό ορίζοντα.

«Η ανεπάρκεια πια του προσωπικού είναι έκδηλη. Και σε γιατρούς και σε νοσηλευτές και σε άλλες ειδικότητες. Για παράδειγμα, τα Τμήματα Οξέων λειτουργούν με έναν Διευθυντή και 2 Επιμελητές maximum. Και οι νοσηλευτές πάλι είναι ελάχιστοι. Είναι χαρακτηριστική η μείωση του προσωπικού τα τελευταία χρόνια. [...] Μέχρι πρότινος δεν είχαμε καρδιολόγο στο νοσοκομείο.» (Y.M, ψυχίατρος, Δαφνί)

«Το βασικό πρόβλημα στο Δρομοκαΐτειο και σε όλα τα νοσοκομεία αυτή τη στιγμή, είναι η υποστελέχωση. Είμαστε πάρα πολύ λίγοι. Δηλαδή σκέψου ότι στο Δρομοκαΐτειο υπάρχει ένα οργανόγραμμα από τη δεκαετία του '80, δεν έχει αλλάξει, δεν έχει προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα. Και με βάση αυτό το παλιό οργανόγραμμα είμαστε πολύ λιγότεροι από αυτούς που θα έπρεπε. [...] Όχι μόνο με το τυπικό οργανόγραμμα, αλλά και με βάση τις ανάγκες. Οπότε εκ των πραγμάτων ορισμένα πράγματα υπολειτουργούν. [...] Επιπλέον, σχεδόν το μισό προσωπικό, δηλαδή περίπου το 40-42%, είμαστε συμβασιούχοι. Με όλων των ειδών τις συμβάσεις. Εγώ είμαι επικουρική. Αυτό να ξέρεις είναι ένα μεγάλος όγκος στα νοσοκομεία.. που 'λήγουμε' κάθε τρεις και λίγο.» (Λ.Υ., ψυχολόγος, Δρομοκαΐτειο)

Η ανεπαρκής στελέχωση στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε συνδυασμό με το διαρκώς αυξανόμενο όγκο περιστατικών, επιφέρει **έντονη πίεση και υπερφόρτωση του υπάρχοντος προσωπικού**, καθυστερήσεις στην εξυπηρέτηση των ασθενών και, κατ' επέκταση, περιορισμένη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες. Επιπλέον, πολλοί εργαζόμενοι αναγκάζονται συχνά να καλύπτουν αρμοδιότητες που δεν αντιστοιχούν στον επαγγελματικό τους ρόλο, αλλά και να μετακινούνται μεταξύ διαφορετικών δομών, ως «**περιπλανώμενοι υγειονομικοί**», προκειμένου να καλύψουν τα κενά και τις αυξημένες ανάγκες. Παρατηρείται, λοιπόν, ένα διαχειριστικός, «πυροσβεστικός» και συμπτωματικός τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων, που υποβαθμίζει την ποιότητα των υπηρεσιών, χωρίς να επιλύονται οι βαθύτερες παθογένειες του συστήματος. Όπως αναφέρεται:

«Πήρανε μια ψυχίατρο δική μας να πάει για ενάμιση μήνα να δουλέψει στο άλλο τμήμα. Χωρίς να ξέρει τους ασθενείς, χωρίς τίποτα. Και αυτό δείχνει τον τρόπο που βουλώνουν τις τρύπες, που θέλουν να δείξουν ότι βουλώνουν τις τρύπες. Καμία τρύπα δεν βουλώνουν. Όλα μπαλώματα είναι, που τρέχει από παντού το πρόβλημα. [...] για λόγους πάντα έτσι damage control, που λέμε, γιατί κάπως έτσι λειτουργούν. Καμία αίσθηση αναγκαιότητας για θεραπευτική συνέχεια.» (Ν.Ξ., ψυχολόγος, ΚΨΥ και οικοτροφείο)

Παράλληλα, οι εργαζόμενοι καλούνται να λειτουργούν υπό εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες, όπως οι **μονοβάρδιες ή διπλοβάρδιες**, κατά τις οποίες ένας ή δύο επαγγελματίες επωμίζονται την ευθύνη κάλυψης των αναγκών ενός ολόκληρου τμήματος. Όπως επισημαίνεται, είναι πρακτικά αδύνατο να παρασχεθεί ποιοτική φροντίδα όταν το προσωπικό είναι τόσο περιορισμένο για τη διαχείριση ενός τμήματος με ασθενείς που μπορεί να φτάνουν ή και να ξεπερνούν τους 30, με αποτέλεσμα να γίνονται συχνά **καθηλώσεις και περιορισμοί επί κλίνης**, πρακτικές που, τουλάχιστον σε θεωρητικό επίπεδο, θα έπρεπε να ανήκουν στο παρελθόν.

Επιπλέον, αναφέρονται σοβαρές **ελλείψεις σε υλικοτεχνικούς πόρους και υποδομές**. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες περιγράφουν μια κατάσταση, όπου τα κτήρια είναι παλιά, χωρίς κατάλληλη θέρμανση και ψύξη, ενώ υπάρχουν ελλείψεις ακόμη και σε βασικές ανάγκες, όπως χαρτί, πρόσβαση στο Διαδίκτυο, υπολογιστές και γραφεία, που υπολείπονται σε αναλογία με το διαθέσιμο προσωπικό. Χαρακτηριστικό είναι το απόσπασμα μιας εργαζόμενης:

«Μέσα στην πανδημία, μας στέλνανε οδηγίες να αλλάζουν γάντια οι νοσηλευτές μετά τη θερμομέτρηση κάθε ασθενή. Μετρώντας τα γάντια που θα έπρεπε να χρησιμοποιούμε για να ακολουθήσουμε τις οδηγίες τους, ήτανε τουλάχιστον πενταπλάσιος αριθμός από τα γάντια που μας δίνανε. Είναι μια κατάσταση, πως, να το πω.. διπλού δεσμού.. διαρκώς.. με το υπερσύστημα. Μας έστελναν οδηγίες να τους μετράμε τα αέρια αίματος. Οξύμετρο δεν μας είχαν δώσει ποτέ. Τα αγοράζαμε από μόνοι μας.» (Ν.Ξ., ψυχολόγος, ΚΨΥ & οικοτροφείο)

Πολλοί εργαζόμενοι αναφέρουν ότι οι δομικές ελλείψεις αποτελούν σημαντικό εμπόδιο στην καθημερινή τους προσπάθεια να ανταποκριθούν στις αυξημένες ανάγκες, περιορίζοντας το χρόνο και την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν. Παράλληλα, η συνεχής εισροή περιστατικών, που συχνά δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί πλήρως, προκαλεί έντονη **ψυχολογική εξουθένωση και ματαίωση**, η οποία συσσωρεύεται με την πάροδο του χρόνου.

Ένας από τους κύριους παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτή την ασταμάτητη ροή ατόμων που καταλήγουν στις ψυχιατρικές δομές αφορά την αδυναμία του συστήματος να προσφέρει έγκαιρη και αποτελεσματική φροντίδα σε πρωτοβάθμιο

επίπεδο. Η **ανεπάρκεια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας** αναγνωρίζεται από τους περισσότερους συνεντευξιαζόμενους ως ένα από τα βασικά μελανά σημεία της ψυχιατρικής περίθαλψης στη χώρα. Οι υπάρχουσες δομές στην κοινότητα, που θα έπρεπε να αποτελούν την πρώτη γραμμή υποστήριξης και παρέμβασης, είναι ελάχιστες και υποστελεχωμένες, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταποκριθούν στον υπερβολικό όγκο περιστατικών που δέχονται. Οι συνεντευξιαζόμενοι κάνουν λόγο για τυπικές ή άτυπες λίστες αναμονής, βραχυπρόθεσμες συνεδρίες ψυχοθεραπείας, καθώς και δυσκολίες στην αποδοχή νέων αιτημάτων, δεδομένου ότι καλούνται να καλύψουν έναν διευρυμένο και συχνά δυσανάλογο δίκτυο περιοχών. Επιπλέον, όπως επισημαίνεται:

«Η πρωτοβάθμια, εκτός του ότι δύσκολα βρίσκεις ραντεβού, όταν βρίσκεις αυτό είναι μικρής χρονικής διάρκειας, οπότε δεν υπάρχει χρόνος για μια ουσιαστική εμβάθυνση και θεραπευτική σχέση. Το άλλο είναι ότι υπάρχει τεράστια ασυνέχεια. Δηλαδή, μπορεί ένας επαγγελματίας να μετακινηθεί.. τη μια φορά μπορεί ένας άνθρωπος να δει τον Γιώργο σαν ψυχίατρο και την άλλη να δει τον Γιάννη. Δεν λαμβάνεται καθόλου υπόψη το ζήτημα της θεραπευτικής συνέχειας και της θεραπευτικής σχέσης.» (Ν.Ξ., ψυχολόγος, ΚΨΥ και οικοτροφείο)

Ιδιαίτερα όσον αφορά την **επαρχία**, τονίζεται η σχεδόν πλήρης έλλειψη δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, ενώ όπου αυτές υπάρχουν είναι αρκετά υποστελεχωμένες και ανεπαρκείς για τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού. Κατά συνέπεια, πολλοί ασθενείς είτε παραμένουν αβοήθητοι και εγκαταλείπονται χωρίς την απαιτούμενη φροντίδα είτε αναγκάζονται να ταξιδεύουν τεράστιες αποστάσεις προκειμένου να λάβουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται. Αυτή η άνιση κατανομή κατάλληλων και προσβάσιμων δομών εντείνει τις γεωγραφικές και κοινωνικές ανισότητες και έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το διακηρυγμένο στόχο της τομεοποίησης και της αποκέντρωσης των υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο. Όπως σχολιάζει η Ζ.Δ.:

«Πρωτοβάθμια στην περιφέρεια δεν υπάρχει, ούτε τριτοβάθμια. Είναι πολύ συγκεκριμένες οι περιοχές που έχουν ψυχιατρικές κλινικές και αυτές είναι.. πραγματικά συμπαραλιασμένες. Δεν υπάρχει δηλαδή ούτε προσωπικό και ούτε και αριθμός των κλινών για να μπορέσει να το σηκώσει όλο αυτό. Οπότε συνήθως γνωματεύονται και έρχονται σε εμάς έτοιμα τα εισαγγελικά (ενν. ακούσια), οπότε και τους νοσηλεύουμε. Νομίζω πάνω απ' το 15% της περιφέρειας, το παίρνουμε εμείς στο Δαφνί. Δηλαδή, από τις 2.284 εισαγωγές που μπορεί να είχαμε μέσα σ' ένα χρόνο, πάνω από το 15% είναι από την περιφέρεια.» (Ζ.Δ., ψυχολόγος, Δαφνί)

Σύμφωνα με το παραπάνω απόσπασμα, η ανεπαρκής πρόσβαση στην απαραίτητη φροντίδα μέσω της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οδηγεί πολλούς πολίτες να απευθύνονται στα νοσοκομεία, ακόμη και για ζητήματα που θα μπορούσαν να

αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υπερφόρτωση των ψυχιατρείων, η οποία σε συνδυασμό με την αυξημένη πίεση για εξασφάλιση διαθέσιμων κλινών για νέες εισαγωγές, οδηγεί συχνά στην υιοθέτηση πρακτικών, όπως τα λεγόμενα «**βιαστικά εξιτήρια**». Όπως εξηγεί χαρακτηριστικά η Υ.Μ., ψυχίατρος στο Δαφνί:

«Υπάρχει το φαινόμενο πριν τη γενική εφημερία να δοθούν εξιτήρια, αυτό που λέμε τα αιματηρά εξιτήρια. Δηλαδή υπάρχει το φαινόμενο να λες, ας πούμε, ότι χρειάζεται να αδειάσει κρεβάτι, προκειμένου να μπει ο επόμενος. Υπάρχει μια πίεση απ' τα πάνω, ώστε να λες ότι ωραία, είναι σχετικά καλά, έχει και οικογενειακό περιβάλλον, θα συνεχίσω την παρακολούθηση στα Εξωτερικά Ιατρεία ανά βδομάδα και θα μπορώ να τον παρακολουθώ ενώ θα είναι σπίτι του. Αλλά αυτό δεν μπορεί να γίνει με όλους.» (Υ.Μ., ψυχίατρος, Δαφνί)

Η αναφερόμενη έλλειψη επαρκούς χρόνου, πόρων και πολυδιάστατης υποστήριξης δημιουργεί ένα περιβάλλον που λειτουργεί λιγότερο θεραπευτικά και περισσότερο ως μηχανισμός διαχείρισης κρίσεων. Είναι χαρακτηριστικό ότι η τρέχουσα προσέγγιση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας βασίζεται συνήθως σε εξατομικευμένες, στενά εστιασμένες και χρονικά περιορισμένες παρεμβάσεις, οι οποίες δεν επιτρέπουν την ανάπτυξη μιας ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται η επικράτηση **ιατρικοποιημένων, βραχυπρόθεσμων και αποσπασματικών θεραπειών**, οι οποίες αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν ολιστικά τα προβλήματα των ασθενών και να ανταποκριθούν στην πολυδιάστατη φύση της ψυχικής ασθένειας. Συχνά, η επαφή των επαγγελματιών με τους χρήστες των υπηρεσιών περιορίζεται σε σύντομες συναντήσεις, που επικεντρώνονται κυρίως στην αξιολόγηση της ψυχικής κατάστασης, στη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και στη διαχείριση της επικινδυνότητας. Αυτός ο αναδυόμενος **βιοϊατρικός υπολειμματισμός** στον τρόπο παροχής φροντίδας, όπως περιγράφεται από τον Moth (2020), σπάνια αποτελεί συνειδητή επιλογή των επαγγελματιών. Αντιθέτως, φαίνεται να επιβάλλεται από τους διαρθρωτικούς περιορισμούς του οργανωτικού πλαισίου, το οποίο λειτουργεί με μία διαχειριστική λογική, προκειμένου να εξοικονομηθούν ανθρώπινοι και υλικοί πόροι (Moth, 2020). Ομοίως, η Λ.Υ. επισημαίνει:

«Το τρίπτυχο υποχρηματοδότηση, υποστελέχωση, παλαιές υποδομές δημιουργεί τεράστια προβλήματα και εκ των πραγμάτων σε αναγκάζει να κάνεις τα πολύ βασικά. Τα πολύ βασικά τι είναι; Είναι ρύθμιση της φαρμακευτικής αγωγής, διάγνωση όσο γίνεται και από κει και πέρα κάπως να κάνεις ένα πρώτο βήμα στην ψυχοεκπαίδευση του ασθενούς και να τον προσανατολίσεις για το 'από εκεί και πέρα'. Που το 'από εκεί και πέρα' φυσικά είναι ανύπαρκτο. Οπότε σε έναν βαθμό

υπάρχει μία ιατροκεντρική, φαρμακοκεντρική λογική.» (Λ.Υ., ψυχολόγος, Δρομοκαΐτειο)

Όπως αναφέρεται και στο παραπάνω απόσπασμα, η υποστήριξη σε επίπεδο ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, που υπερβαίνει τη στενή εστίαση στη φαρμακευτική αγωγή και στη ρύθμιση της συμπτωματολογίας της ασθένειας, παραμένει εξαιρετικά περιορισμένη. Ουσιαστικά, **δεν υπάρχει συγκροτημένο πλαίσιο υποστηρικτικών υπηρεσιών για μετανοσοκομειακή φροντίδα και σταδιακή ενσωμάτωση στην κοινότητα**, παρά μόνο ένα κατακερματισμό και ασυντόνιστο δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών, με εξίσου επιβαρυνμένο και υποστελεχωμένο προσωπικό. Ως εκ τούτου, επικρατεί μια συστηματική υποβάθμιση της κοινωνικής διάστασης της ψυχιατρικής περίθαλψης. Η πλαισίωση των ασθενών σε ζητήματα που σχετίζονται με την καθημερινότητα, όπως η εξασφάλιση στέγασης, η παροχή σίτισης και η κατ' οίκον υποστήριξη, παραμελούνται ή αντιμετωπίζονται αποσπασματικά, γεγονός που τους εκθέτει σε υψηλό κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού. Ιδιαίτερα, μάλιστα, όσον αφορά την εξασφάλιση επαγγελματικής απασχόλησης, οι διαθέσιμες επιλογές είναι αρκετά περιορισμένες, με αποτέλεσμα όσοι ασθενείς καταφέρνουν να εργαστούν, να παραμένουν εγκλωβισμένοι σε χαμηλής ειδίκευσης και χαμηλόμισθες θέσεις εργασίας, όπως ο τομέας της καθαριότητας.

Αυτή η έλλειψη κατάλληλων δομών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στερεί από τους ασθενείς τη δυνατότητα για μια πιο αυτόνομη και ποιοτική ζωή. Ειδικά όσοι αντιμετωπίζουν χρόνιες και πολλαπλές δυσκολίες, συνήθως χωρίς υποστηρικτικό οικογενειακό ή κοινωνικό δίκτυο, *«καταλήγουν να ξεμένουν και να ζουν ιδρυματοποιημένοι»* (Λ.Υ., ψυχολόγος, Δρομοκαΐτειο). Παρατηρείται, λοιπόν, μια συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών, τα λεγόμενα **«λιμνάζοντα περιστατικά»**, που παραμένουν για χρόνια στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, χάνοντας σταδιακά βασικές δεξιότητες, καθώς και κάθε ελπίδα για κοινωνική ενσωμάτωση. Σχετικά με το Δαφνί αναφέρεται:

«Στα Ψυχιατρικά Τμήματα Εισαγωγών, έχουμε και χρόνιους ασθενείς, ανθρώπους που δεν κατάφεραν ποτέ να φύγουν από το Δαφνί είτε γιατί δεν έχουν κοινωνικό περίγυρο, οικογένεια και τα λοιπά.. είτε γιατί αναμένουμε ένα αίτημα να φύγουνε στην κοινότητα, να πάνε σε κάποιο οικοτροφείο, ξενώνα. Θα σου πω, ότι έχουμε ασθενείς που είναι τρία και τέσσερα χρόνια, που περιμένουμε να πάνε στην κοινότητα, γιατί δεν υπάρχουν οικοτροφεία και ξενώνες να τους φιλοξενήσουν.» (Ζ.Δ., ψυχολόγος, Δαφνί)

«Πρέπει να περάσουν χρόνια για να ανοίξει εν τέλει η θέση του ανθρώπου για τον οποίο έχει γίνει το αίτημα, προκειμένου να μεταβεί στην κοινότητα. Υπάρχουν λίστες αναμονής και δεν υπάρχουν κενές θέσεις.» (Θ.Υ., ψυχίατρος, Δαφνί)

Η κατάσταση αυτή αναδεικνύει μια ανησυχητική τάση επιστροφής σε πρακτικές **ιδρυματοποίησης** και ασυλικού τύπου εγκλεισμούς, η οποία αποτυπώνεται ξεκάθαρα σε δύο βασικούς δείκτες: τα αυξημένα ποσοστά ακούσιων και επαναλαμβανόμενων εισαγωγών. Ειδικότερα, τα ποσοστά των **ακούσιων εισαγωγών** φτάνουν το 90-95% για το Δρομοκαΐτειο και ξεπερνούν το 65% για το Δαφνί. Πολλοί συμμετέχοντες επισημαίνουν ότι φαίνεται να υπάρχει μια άτυπη στρατηγική απόφαση τους κράτους να συγκεντρώνονται περιστατικά από όλη τη χώρα στα ψυχιατρικά νοσοκομεία της Αττικής. Η πρακτική αυτή όχι μόνο επιβαρύνει δυσανάλογα τις συγκεκριμένες δομές, αλλά υποδεικνύει και μια συνειδητή πολιτική επιλογή, κατά την οποία ασθενείς, που θεωρούνται είτε επικίνδυνοι είτε αθεράπευτοι, αντιμετωπίζονται κυρίως με όρους εγκλεισμού, απομόνωσης και περιορισμού.

«Το ξέρουμε σαν πραγματικότητα, ότι μας έρχονται από όλη την Ελλάδα και υπάρχει προτίμηση σε ακούσιες νοσηλείες από την επαρχία. Είναι λες και τους φέρνουνε επί τούτου...Φαίνεται να υπάρχει ήδη και να κατευθύνεται σε μια πιο ξεκάθαρη γραμμή, μια προτίμηση του ΨΝΑ Δαφνί και του Δρομοκαΐτειου για ανθρώπους που νοσηλεύονται με εισαγγελική παραγγελία. [...] Επιλέγεται, δηλαδή, το Δαφνί, για περιστατικά που φαίνεται ότι είναι για το ψυχιατρείο, για το άσυλο, για να κλειστεί κάποιος μέσα. [...] Πλήρης επιστροφή στην ιδρυματική λογική, απ' την οποία δεν πολυφύγαμε ιδιαίτερα ποτέ.» (Ν.Ξ., ψυχολόγος, ΚΨΥ και οικοτροφείο)

«Ουσιαστικά οι ασθενείς αντιμετωπίζονται σαν ασθενείς δύο ταχυτήτων. Δηλαδή, οι ασθενείς που μπορούν να θεραπευτούν και αυτοί που δεν μπορούν να θεραπευτούν, ας πάνε στα άσυλα. Δηλαδή γυρνάμε σε εποχές πραγματικά Λέρου.» (Ζ.Δ., ψυχολόγος, Δαφνί)

Παράλληλα, η έμφαση στις ακούσιες νοσηλείες έχει αρνητικό αντίκτυπο και στις εκούσιες εισαγωγές. Όπως αναφέρει μία εργαζόμενη στο Δαφνί:

«Αυτό έχει σαν συνέπεια τα εκούσια που έρχονται, τα οποία είναι εξίσου ένας σημαντικός αριθμός, γιατί δεν υπάρχει πρωτοβάθμια περίθαλψη ουσιαστικά.. να περιμένουνε πάρα πολλές ώρες γιατί προηγούνται τα εισαγγελικά (ενν. ακούσια). Με αποτέλεσμα ο άλλος πιθανώς και να κουράζεται κάποιες φορές και να σηκώνεται να φεύγει.» (Ζ.Δ., ψυχολόγος, Δαφνί)

Όσον αφορά τις **επαναλαμβανόμενες εισαγωγές**, οι συμμετέχοντες υποστηρίζουν ότι πολλοί ασθενείς, ακόμα και μετά τη λήψη εξιτηρίου, δεδομένου ότι δεν λαμβάνουν την απαραίτητη υποστήριξη και πλαισίωση, οδηγούνται πολύ συχνά σε υποτροπή και (επαν)εισάγονται συνεχώς στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε ένα φαύλο κύκλο, γνωστό ως «φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας». Ενδεικτικά, για το Δαφνί

καταγράφηκαν 1.016 επανεισαγωγές για το 2023, αριθμός που αντιστοιχεί περίπου στο 50% του συνόλου των εισαγωγών. Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν τη συνολική αδυναμία του συστήματος να εξασφαλίσει μετανοσοκομειακή φροντίδα, αφήνοντας τους ασθενείς εκτεθειμένους στις ίδιες συνθήκες που συνέβαλαν εξαρχής στην κρίση της ψυχικής τους υγείας. Όπως εξηγεί μια ψυχολόγος στο Δρομοκαΐτειο:

«Πάρα πολλοί δικοί μας ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί και βγαίνουν και πάσχουν από ένα χρόνια ψυχιατρικό πρόβλημα, αυτό που στην πραγματικότητα χρειάζονται δεν είναι η νοσηλεία. Δηλαδή πολλοί από αυτούς έρχονται και ξανάρχονται στο ψυχιατρείο γιατί δεν έχουν καμία φροντίδα έξω. Αυτός είναι ένας μεγάλος όγκος. Που αν υπήρχε φροντίδα έξω, αν υπήρχε πρωτοβάθμια, αν υπήρχαν υπηρεσίες κατ' οίκον, αν υπήρχαν Κέντρα Ημέρας ανεπτυγμένα, θα μπορούσαν αυτοί οι άνθρωποι να μην φτάνουν ξανά στο ψυχιατρείο.» (Λ.Υ., ψυχολόγος, Δρομοκαΐτειο)

Συμπερασματικά, το δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα φαίνεται να βρίσκεται αντιμέτωπο με μια **παρατεταμένη και βίαιη υπολειμματικοποίηση**, η οποία έχει επιφέρει αλυσιδωτές συνέπειες σε όλα τα επίπεδα λειτουργίας των υπηρεσιών. Πολλοί εργαζόμενοι βιώνουν αισθήματα εγκατάλειψης από το κράτος, ματαίωση και σημαντική ψυχολογική και σωματική εξουθένωση, με αρνητικές συνέπειες στην **ποιότητα** της παρεχόμενης φροντίδας. Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί και οι ελλείψεις σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους οδηγούν σε συνθήκες έντονης πίεσης και εργασίας σε «*ταχύτητες εργοστασίου*», που πολλές φορές έχουν ως αποτέλεσμα άτυπους διαχωρισμούς των ασθενών με στόχο την προτεραιοποίηση όσων θεωρείται ότι βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη. Επιπλέον, η **πρόσβαση** στις παρεχόμενες υπηρεσίες παραμένει αρκετά περιορισμένη, με μεγάλες και χρόνιες λίστες αναμονής στις περισσότερες υπηρεσίες. Στην Αττική και, κυρίως, στην επαρχία, οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι αρκετά περιορισμένες και κατακερματισμένες, δυσχεραίνοντας την προσέγγιση νέων περιστατικών και οδηγώντας σε υπερφόρτωση των νοσοκομείων. Παράλληλα, αναφέρονται συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως μετανάστες, παιδιά, έφηβοι και ηλικιωμένοι, για τις οποίες οι εξειδικευμένες υπηρεσίες είναι από υποτυπώδεις έως ανύπαρκτες. Ο διαχρονικός στόχος περί **τομεοποίησης των υπηρεσιών** ανά γεωγραφική και πληθυσμιακή ενότητα, με στόχο την καλύτερη πρόσβαση και ανταπόκριση στις ανάγκες του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο, παραμένει, σύμφωνα με τα λόγια μιας συνεντευξιζόμενης, το «*πιο σύντομο ανέκδοτο της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στη χώρα*». Στην πραγματικότητα, αυτό που παρουσιάζεται ως αποκέντρωση δεν είναι παρά μια συρρίκνωση και αποδόμηση της έννοιας της

κοινότητας, με δημόσιες δομές να κλείνουν ή να υπολειπώνονται, οδηγώντας στην αποψίλωση του δημόσιου συστήματος ψυχικής υγείας, στη σταδιακή ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών και στη μετατόπιση της ευθύνης για τη διαχείριση των προβλημάτων στους ίδιους τους εργαζόμενους, στους άμεσα εξυπηρετούμενους και στις οικογένειές τους.

7.2.2.2. Η μετατόπιση της ευθύνης από το κράτος στο άτομο

Με την επικράτηση του νεοφιλελεύθερου μοντέλου και, ιδιαίτερα, κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19, παρατηρείται μια αυξανόμενη τάση μετακύλισης της ευθύνης από το κράτος στο άτομο. Το κράτος αποσύρεται σταδιακά από την άμεση παροχή υπηρεσιών και η ευθύνη για την αντιμετώπιση προσωπικών και κοινωνικών προβλημάτων μετατοπίζεται στους ίδιους τους πολίτες. Στην παρούσα ενότητα εξετάζεται η πολιτική αυτή κατεύθυνση στον τομέα της ψυχικής υγείας. Ειδικότερα μέσα από τις συνεντεύξεις, αναδεικνύεται ότι, στο πλαίσιο της διαρκούς αποδυνάμωσης και υποβάθμισης του δημόσιου συστήματος, η ευθύνη για την κάλυψη των αναγκών ψυχικής υγείας μετακυλιέται σε τρία επίπεδα: στους επαγγελματίες, στις οικογένειες των ασθενών, καθώς και στους ίδιους τους ασθενείς.

Η έννοια της ατομικής ευθύνης των **επαγγελματιών ψυχικής υγείας** διακρίνεται έντονα στη διαδικασία της **αξιολόγησης**. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες επισημαίνουν ότι η επαγγελματική τους απόδοση κρίνεται με βάση ατομικά και ποσοτικά κριτήρια, τα οποία δεν αντικατοπτρίζουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν, ούτε αναγνωρίζουν τις αντικειμενικές δυσκολίες και τις δομικές ελλείψεις του συστήματος. Αντ' αυτού μετατοπίζουν το βάρος και την ευθύνη της φροντίδας στους ίδιους, εντείνοντας αισθήματα ανασφάλειας και πίεσης. Συχνά αναφέρουν πως νιώθουν ότι κρίνονται για προβλήματα και ανεπάρκειες που δεν βρίσκονται υπό τον έλεγχό τους, ενώ ταυτόχρονα, αναγκάζονται να επιδιώκουν θετικές αξιολογήσεις, προκειμένου να προστατεύσουν την επαγγελματική τους εξέλιξη. Όπως αναφέρει η Υ.Μ.:

«Είναι πολύ άδικο να αξιολογείς ένα συνάδελφο, που μπορεί να κάνει διπλοβάρδιες, πρωί-νύχτα και απόγευμα την επόμενη μέρα ή να έχει πόσα οφειλόμενα ρεπό και να τον αξιολογείς για την επίδοσή του. Δηλαδή μη λαμβάνοντας υπόψη τις συνθήκες στις οποίες αυτός ο άνθρωπος δουλεύει και το τι τελικά έχει να αντιμετωπίσει.» (Υ.Μ., ψυχίατρος, Δαφνί)

Επιπλέον, οι εργαζόμενοι τονίζουν την **απουσία ουσιαστικής εκπαίδευσης** σε κρίσιμες τεχνικές, όπως η αποκλιμάκωση κρίσεων, γεγονός που τους καθιστά αδικώς

υπεύθυνους για τυχόν λάθη και παραβιάσεις. Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα που αναφέρει μία ψυχολόγος σε δομή ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης:

«Όταν είχε έρθει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή κατά των Βασανιστηρίων στη δομή, μας έστειλαν από το Υπουργείο εκπαιδευτικό υλικό περίπου 700 σελίδων, το οποίο ήτανε για τα δικαιώματα των ασθενών, για το πώς γίνεται ο σωστός ο περιορισμός. Μας έπαιρναν τηλέφωνο οι Τομεάρχισσες σε κάθε δομή, εκφοβίζοντας μ' έναν τρόπο το προσωπικό, ότι αυτά πρέπει να κάτσετε να τα διαβάσετε και να τα ξέρετε. Και αυτό το πράγμα το ονόμασαν 'Εκπαίδευση στις Τεχνικές Αποκλιμάκωσης και στα Δικαιώματα των Ασθενών'.» (Ν.Ξ., ψυχολόγος, ΚΨΥ και οικοτροφείο)

Το νοσοκομείο οφείλει να αναλαμβάνει την ευθύνη για την παροχή οργανωμένων και ολοκληρωμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία θα διασφαλίζουν ότι το προσωπικό είναι πλήρως καταρτισμένο στις τεχνικές αποκλιμάκωσης κρίσεων και στις νομικές διατάξεις που αφορούν τους φυσικούς περιορισμούς των ασθενών. Ωστόσο, όπως αναφέρεται, η κεντρική διοίκηση επιλέγει να αποποιηθεί τις ευθύνες της, αποστέλλοντας έναν τεράστιο όγκο υλικού, τον οποίο το προσωπικό καλείται να διαβάσει επιφανειακά και βιαστικά και να υπογράψει ότι παρέλαβε. Με αυτό τον τρόπο, το σύστημα αποφεύγει τη λογοδοσία για τυχόν λάθη και παραβιάσεις των δικαιωμάτων των ασθενών, μετακυλίνοντας την ευθύνη στα «χαμηλότερα» επίπεδα.

«Δηλαδή είναι ενδεικτικό του τρόπου που σκέφτονται: από εμάς να φύγει η ευθύνη και να πάει στον τελευταίο τροχό της αμάξης. Οπότε αν κάποιος καθηλώνει με λάθος τρόπο και παραβιάζει τα δικαιώματα των ασθενών.. δεν φταίει το σύστημα με τον τρόπο που το έχει δομήσει έτσι ώστε να εμπλέκεται κι αυτός στην επανάληψη συμπεριφορών, μοτίβων και πρακτικών, αλλά φταίει ο ίδιος που δεν έχει διαβάσει αυτές τις 700 σελίδες.» (Ν.Ξ., ψυχολόγος, ΚΨΥ και οικοτροφείο)

Συχνά, μάλιστα, οι εργαζόμενοι αναγκάζονται να αναλαμβάνουν καθήκοντα και αρμοδιότητες που υπερβαίνουν τις καθορισμένες υποχρεώσεις τους, προκειμένου να καταφέρουν να παρέχουν επαρκή πλαισίωση και υποστήριξη στους ασθενείς. Καλούνται, επίσης, με **προσωπικά μέσα και πόρους** να ανταποκριθούν στις πολύπλευρες ανάγκες τόσο δικές τους όσο και των ασθενών, συμπεριλαμβανομένων της χρήσης προσωπικών οχημάτων για μεταφορές, της κάλυψης εξόδων εμποτείας και εκπαίδευσης, καθώς και της «θυσίας» προσωπικών ρεπό και αδειών για τη συνοδεία ασθενών σε υπηρεσίες. Ιδιαίτερα στο κομμάτι της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των ασθενών, το μεγαλύτερο μέρος της οικοδόμησης ενός κοινοτικού δικτύου επαφίεται στην **προσωπική τους θέληση και προθυμία**, καθώς και στις διασυνδέσεις τους με την τοπική κοινότητα και τους Δήμους, χωρίς να υπάρχει κεντρικά οργανωμένη

στρατηγική και θεσμοθετημένο πλαίσιο. Αυτή η απουσία συντονισμού και καθοδήγησης αντανακλά μια γενικότερη τάση κατακερματισμού της κοινωνικής πολιτικής, με ολοένα και μεγαλύτερη ανάθεση κρατικών αρμοδιοτήτων στην Κοινωνία των Πολιτών (π.χ. Εκκλησία) και σε ατομικές πρωτοβουλίες. Σύμφωνα με τα λεγόμενα της Ζ.Ο.:

«Οι δομές υπολειτουργούν και η συνεργασία βασίζεται, κατά βάση, στις σχέσεις μας, στην καλή μας διάθεση και στο να μπορούμε μεταξύ μας, ας πούμε, να βρίσκουμε λύσεις, να επικοινωνούμε, να έχουμε μια καλή διασύνδεση.» (Ζ.Ο., κοινωνική λειτουργός, ΚΨΥ)

Παράλληλα με τη μετακύλιση της ευθύνης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αναδεικνύεται ένα ακόμη σημαντικό ζήτημα: η **μετατόπιση του βάρους της φροντίδας στις οικογένειες των ασθενών**. Σχεδόν στο σύνολό τους, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι η υποβάθμιση του δημόσιου συστήματος έχει οδηγήσει στην ενίσχυση της οικογενειακής ευθύνης, αναγκάζοντας τους συγγενείς να διαχειρίζονται το υψηλό οικονομικό και ψυχικό κόστος της φροντίδας. Ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους, τα παιδιά και τους έφηβους, οι δημόσιες δομές ψυχιατρικής περίθαλψης είναι είτε ανύπαρκτες είτε ανεπαρκείς και δυσπρόσιτες. Ως εκ τούτου, οι συγγενείς καλούνται να αναλάβουν ρόλους για τους οποίους δεν είναι προετοιμασμένοι σε επίπεδο γνώσεων, αντοχών ή οικονομικών πόρων. Όπως περιγράφεται χαρακτηριστικά:

«Δεν υπάρχει στήριξη στις οικογένειες. Το μόνο που υπάρχει είναι αυτή η κεντρική κυβερνητική γραμμή, η οποία φτάνει μέχρι κάτω, της οικογενειακής ατομικής ευθύνης, ότι πρέπει ο συγγενής να αναλάβει την ευθύνη του. Η έλλειψη του να παραπέμψω, σε αναγκάζει να πετάς το μπαλάκι στην οικογένεια και να κυνηγάς τον συγγενή. Και βρισκόμαστε κι εμείς στη δυσάρεστη θέση, γιατί ακριβώς δεν έχουμε που αλλού να απευθυνθούμε, να πιέσουμε συγγενείς, που δεν έχουν ούτε την αντοχή ούτε τις γνώσεις ούτε την οικονομική δυνατότητα. Γιατί αυτά ξέρεις είναι ακριβά σπορ. Δυστυχώς, από τη στιγμή που δεν υπάρχει τίποτα .. το πετάμε στους συγγενείς.» (Λ.Υ., ψυχολόγος, Δρομοκαΐτειο)

Η ανεπάρκεια του δημόσιου συστήματος να παρέχει ολοκληρωμένες και προσιτές υπηρεσίες αποτελεί ένα βασικό παράγοντα που στρέφει τις οικογένειες στον ιδιωτικό τομέα προς αναζήτηση περισσότερο μόνιμων και σταθερών λύσεων. Είναι χαρακτηριστικό ότι για τα ψυχογηριατρικά περιστατικά, οι δομές αποκατάστασης είναι σχεδόν αποκλειστικά ιδιωτικές, ενώ όσον αφορά τους ανήλικους, η θεραπεία τους βασίζεται, κυρίως, σε ιδιώτες παιδοψυχιάτρους και παιδοψυχολόγους.

Τέλος, η ευθύνη για τη διαχείριση των προβλημάτων ψυχικής υγείας μετατοπίζεται και στους ίδιους τους **ασθενείς** και γίνεται όλο και περισσότερο ατομική υπόθεση, εντείνοντας την κοινωνική απομόνωση και τις ανισότητες. Όπως

επισημαίνουν οι εργαζόμενοι, οι ασθενείς αναγκάζονται συχνά να καλύψουν με προσωπικά έξοδα ανάγκες που δεν καλύπτονται από το δημόσιο, είτε αφορούν υλικά αγαθά στις δομές φιλοξενίας (π.χ. αγορά κλιματιστικών σε δημόσιο οικοτροφείο με προσωπικές πληρωμές των ενοίκων ασθενών) είτε υποστήριξη σε ψυχοκοινωνικό, οικονομικό και εργασιακό επίπεδο. Η ανάρρωση προβάλλεται ως μια διαδικασία που εξαρτάται αποκλειστικά από την ατομική προσπάθεια, την ικανότητα, την αυτοδιαχείριση και την ανθεκτικότητά τους, με ελάχιστη ή καθόλου κρατική υποστήριξη. Ενδεικτικά, δύο εργαζόμενες στα δύο ψυχιατρεία αναφέρουν:

«Η υποβάθμιση του δημοσίου μεταθέτει την ευθύνη στον ασθενή. Γιατί όλα αποδίδονται στην ασθένεια και στον τρόπο διαχείρισης από τον ίδιο. Ότι είσαι υπεύθυνος, έκοψες τα φάρμακα, δεν πήγες εκεί που σου είπα κλπ. Και γενικά επειδή καλά κρατεί η ατομική ευθύνη απ' τον COVID και μετά, φαίνεται και εδώ και σε μας αυτή η μετάθεση στο ατομικό.» (T.N., κοινωνική λειτουργός, Δρομοκαΐτειο)

«Υπάρχει ατομική ευθύνη. Ατομική ευθύνη και αυτοθεραπεία. Δηλαδή ότι έχεις δικαίωμα να διαλέξεις γιατρό, να διαλέξεις θεραπεία. Το δικαίωμα της επιλογής όμως που σου δίνουν, κρύβει από πίσω το 'βγάλ' τα πέρα μόνος σου'. Ότι σου πετάω και το μπαλάκι. Δεν έρχεσαι να σε περιθάλψω με όσα μέσα έχω. Σου λέω 'παίρνεις εξιτήριο και επέλεξε'. Αλλά δεν είναι πραγματική επιλογή όταν δεν έχεις που να πας, γιατί συνήθως επιστρέφεις σ' ένα περιβάλλον απ' όπου έφυγες γιατί δεν ήσουν καλά.» (Y.M., ψυχίατρος, Δαφνί)

Το νεοφιλελεύθερο δόγμα της ατομικής ευθύνης μεταφράζεται σε μια εστίαση στην «αυτοφροντίδα», η οποία στην πράξη συνδέεται με την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας και τη μείωση της κρατικής χρηματοδότησης. Η έμφαση στο βιοϊατρικό μοντέλο ως κύρια μορφή παρέμβασης οδηγεί τους ανθρώπους να θεωρούν τους εαυτούς τους ως απομονωμένα άτομα με ψυχική ασθένεια, που πρέπει να ξεπεραστεί ατομικά, αποκλείοντας τη συλλογική αντιμετώπιση των προκλήσεων σε ένα κοινωνικό και πολιτικό πλαίσιο. Στην ουσία, δημιουργείται μια ψευδαίσθηση επιλογών για τον ασθενή όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών του, η οποία όμως συγκαλύπτει τις σοβαρές ελλείψεις και τα κενά που υπάρχουν στο σύστημα.

7.2.2.3. Η αυξανόμενη εμπλοκή ΜΚΟ και ιδιωτών: Επιπτώσεις στην

προσβασιμότητα και στην ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Η νεοφιλελεύθερη προσέγγιση που προωθεί την ατομική ευθύνη συνδέεται άμεσα με την αυξανόμενη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα και των ΜΚΟ στη διαχείριση και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Ήδη από τις πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες για τη μετάβαση της ψυχιατρικής περίθαλψης από τα άσυλα στην κοινότητα, παρατηρείται η σταδιακή απόσυρση του κράτους όσον αφορά τη συγκρότηση ενός

επαρκούς συστήματος ψυχικής υγείας και ο περιορισμός του σε έναν, κατά βάση, διαχειριστικό και ελεγκτικό ρόλο. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η Τ.Ν.:

«Η ψυχική υγεία ήταν πάντα η πύλη του να ενταχθούν οι ιδιώτες στο σύστημα υγείας. Νομίζω ότι από εμάς έχει ξεκινήσει όλο αυτό, με τη δημιουργία των ΜΚΟ, των οικοτροφείων και τα λοιπά. Δηλαδή εκεί που αδυνατούσε το κράτος να στηρίξει, να φτιάξει υποδομές για τους ασθενείς έξω, έβαλε τους ιδιώτες. Γενικά, νομίζω ότι δεν το ενδιαφέρει το κράτος ο τομέας της ψυχικής υγείας.» (Τ.Ν., κοινωνική λειτουργός, Δρομοκαΐτειο)

Πολλοί συνεντευξιαζόμενοι επισημαίνουν ότι οι πολιτικές όλων των κυβερνήσεων, ανεξαρτήτως πολιτικών ιδεολογιών, διευκόλυναν την εισροή και εμπλοκή ιδιωτικών φορέων και ΜΚΟ στον τομέα της ψυχικής υγείας, υπό το πρόσχημα της αποκέντρωσης και της ανάγκης για μεγαλύτερη ευελιξία. Η ευθύνη για την κάλυψη των αναγκών **κατακερματίστηκε σε τοπικό επίπεδο** μέσω αναθέσεων σε τρίτους, στους οποίους **διοχετεύτηκαν σημαντικά ποσά κρατικής και ευρωπαϊκής χρηματοδότησης**, συχνά μέσω πελατειακών σχέσεων και με αδιαφανείς διαδικασίες. Όπως σχολιάζει η Ν.Ξ.:

«Υπάρχει μια ευελιξία στο να μη δεσμεύεται με σταθερές υπηρεσίες το κράτος έτσι. Δηλαδή δεν χρηματοδοτεί με έναν σταθερό τρόπο υπηρεσίες που καλύπτουν σταθερές ανάγκες. Είναι ευέλικτες, δεν έχει την ίδια δέσμευση απέναντι στους εργαζόμενους, γιατί μεσολαβεί ο εργολάβος με έναν τρόπο. Είναι πιο φτηνές μάλλον. Σε δεύτερη ανάγνωση μπορεί να πει κανείς για σχέσεις κάτω απ' το τραπέζι διαφόρων ανθρώπων με άλλους ανθρώπους που κινούν τα νήματα και αποφασίζουν. Είναι εύκολο να γίνουν τέτοιους είδους πράγματα, για τα οποία το κράτος σου λέει 'δεν έχω ευθύνη, έδωσα λεφτά στην υγεία'. Δεν τα δίνεις όμως στην υγεία στην πραγματικότητα.» (Ν.Ξ., ψυχολόγος, ΚΨΥ και οικοτροφείο)

Αυτή η προτεραιοποίηση έχει οδηγήσει σε μια **άνιση κατανομή των πόρων** εις βάρος των αμιγώς δημόσιων δομών ψυχικής υγείας, με αποτέλεσμα οι ΜΚΟ και οι ιδιώτες να διαχειρίζονται πλέον **το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών τόσο της πρωτοβάθμιας φροντίδας όσο και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης**. Σύμφωνα με μία συνεντευξιαζόμενη:

«Ένα πολύ μεγάλο κομμάτι της πρωτοβάθμιας, που δεν αφορά μόνο τα ΚΨΥ, αλλά κι άλλες υπηρεσίες, όπως είναι ξενώνες, δομές αποκατάστασης, δομές για την 'πρώιμη παρέμβαση στην ψύχωση', είναι παραδομένα στις ΜΚΟ και στους ιδιώτες, σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό. Δηλαδή βλέπεις ότι ό,τι δημόσιο έχει απομείνει, υπολειτουργεί και ένα μεγάλο κομμάτι των κρατικών και ευρωπαϊκών κονδυλίων κατευθύνεται προς αυτή την κατεύθυνση. Ήδη οι δημόσιες κλίνες είναι πολύ λιγότερες από τις ιδιωτικές. Αν θυμάμαι καλά είναι 950 στο δημόσιο και πάνω από 4000 ιδιωτικές.» (Λ.Υ., ψυχολόγος, Δρομοκαΐτειο)

Οι υπηρεσίες που παρέχουν οι συγκεκριμένες δομές, παρότι είναι δωρεάν και, θεωρητικά τουλάχιστον, ενισχύουν το δίκτυο παροχής ψυχιατρικής φροντίδας,

συνοδεύονται από σημαντικά προβλήματα που σχετίζονται με την ποιότητα, τη διαφάνεια, τη βιωσιμότητα και την προσβασιμότητά τους. Αρκετοί συμμετέχοντες κάνουν λόγο για **εργασιακή ανασφάλεια**, λόγω καθυστερήσεων στις πληρωμές και αβέβαιων ανανεώσεων συμβάσεων, **συνεχείς αλλαγές προσωπικού**, που υπονομεύουν τη συνέχεια και την ποιότητα της φροντίδας, **περιορισμένη αυτονομία** των εργαζομένων, καθώς και **έλλειψη ουσιαστικού ελέγχου** από το κράτος. Όπως σχολιάζει μια συνεντευξιζόμενη με πολυετή εμπειρία στο πεδίο:

«Και μόνο που είναι το μαγαζάκι κάποιου, τι να σου πω.. είναι τραγικό. Είμαστε κυριολεκτικά έρμια εμείς και οι θεραπευόμενοι στον ναρκισσισμό και στην παθολογία του κάθε τύπου και της κάθε τύπισσας, που έχει μπορέσει να φτιάξει μία ΜΚΟ. Ό,τι χρειαζόταν να λογοδοτεί στο κράτος, που έπρεπε να κάνουμε ας πούμε αναφορές για τους ασθενείς, το πώς πήγαν, πώς πάνε, ποια είναι η εξέλιξη.. υπήρχαν πράγματα που έπρεπε να γίνουν αναφορές. Αλλά δεν υπήρχε πραγματικός έλεγχος.» (Ζ.Ο., κοινωνική λειτουργός, ΚΨΥ)

Παράλληλα, η πρόσβαση στις υπηρεσίες χαρακτηρίζεται από σημαντικές ανισότητες. Πέρα από τις **μακροχρόνιες λίστες αναμονής**, ένα επιπλέον εμπόδιο αφορά την **κακή διασύνδεση** και την **άνιση κατανομή** των ασθενών σε αυτές. Ουσιαστικά, οι δομές δεν συνδέονται άμεσα με τα Τμήματα των νοσοκομείων, αλλά η έγκριση και κατανομή του κάθε αιτήματος αποφασίζεται από την Επιτροπή της εκάστοτε Υγειονομικής Περιφέρειας. Όπως επισημαίνουν ορισμένοι συμμετέχοντες, η διαδικασία αυτή επηρεάζεται πολλές φορές από πελατειακές σχέσεις και γνωριμίες μεταξύ οικογενειών και τοπικών αρχών, με αποτέλεσμα να εξυπηρετούνται κατά προτεραιότητα συγκεκριμένοι ασθενείς. Επιπλέον, παρατηρείται μια τάση **επιλεκτικής εστίασης στην «αφρόκρεμα» και στα πιο «εύκολα» περιστατικά**, που συνήθως έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον, ενώ αποκλείονται ασθενείς με μακροχρόνιες και αυξημένες ανάγκες. Η Τ.Ν. εξηγεί:

«Λίγο κι αυτοί έχουν αρχίσει μετά από χρόνια, τέλος πάντων, που βρεθήκανε στο σύστημα υγείας.. έχουν αρχίσει λίγο και διαλέγουν. Δηλαδή δεν εξυπηρετούν όλα τα περιστατικά, αναλόγως τι τους ταιριάζει, αν δεν είναι τόσο 'δύσκολο' σαν περιστατικό, αν υπάρχει περιβάλλον ακόμα καλύτερα, που υποτίθεται ότι θα έπρεπε να είναι για ανθρώπους που δεν έχουν περιβάλλον και στήριξη, που χρειάζονται μία επιπλέον φροντίδα. Κάπως το κάνουνε ελιτίστικα να το πω. Και σίγουρα παίζει βέβαια μεγάλο ρόλο και η γνωριμία. Αν κάποιος έχει μία γνωριμία και κάνει μία επαφή και τα λοιπά.» (Τ.Ν., κοινωνική λειτουργός, Δρομοκαΐτειο)

Το πιο σημαντικό πρόβλημα, ωστόσο, που αναδεικνύεται σχετικά με τις ΜΚΟ και τις ιδιωτικές κλινικές αφορά τη **βιωσιμότητά** τους. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι, παρόλο που τα περισσότερα από αυτά τα προγράμματα παρουσιάζονται με ευφάνταστους τίτλους, συχνά υπολείπονται ουσιαστικού περιεχομένου. Δεδομένου,

μάλιστα, ότι εξαρτώνται από τα ευρωπαϊκά χρηματοδοτικά κονδύλια, με περιορισμένο χρονικό ορίζοντα υλοποίησης, χαρακτηρίζονται από αστάθεια και ανασφάλεια στη λειτουργία τους. Με τη λήξη ή συρρίκνωση της χρηματοδότησης, υπάρχει ο κίνδυνος περικοπών ή ακόμα και διακοπής της λειτουργίας των υπηρεσιών, με σοβαρές επιπτώσεις στην παροχή της φροντίδας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι περιπτώσεις όπου, μετά το κλείσιμο ιδιωτικών κλινικών ή δομών ΜΚΟ, οι ασθενείς επιστρέφουν σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία για εγκλεισμό ή παραμένουν χωρίς επαρκή υποστήριξη. Όπως αναφέρεται:

«Γύρω στους τριάντα κάτι ασθενείς, πριν περίπου δύο μήνες, που έκλεισε μια μεγάλη ιδιωτική κλινική, διοχετεύτηκαν στα δύο ψυχιατρικά νοσοκομεία, στο Δρομοκαΐτειο και σε μας, στο Δαφνί. Έκλεισε μια ΜΚΟ με αντίστοιχο οικοτροφείο και τέσσερις ασθενείς ήρθαν με το έτσι θέλω μέσα στο Δαφνί. Δηλαδή αυτούς τους ανθρώπους ενώ είχες κάνει, ας πούμε, έστω και μ' αυτήν την ΜΚΟ, ενίσχυση του δημόσιου συστήματος υγείας.. τους γυρνάς πίσω στο άσυλο ουσιαστικά, στην τρίτοβάθμια περίθαλψη. Δηλαδή αυτό είναι τρομερό. Και αυτό έχει ξαναγίνει στο παρελθόν. Κλείνανε οι ιδιωτικοί φορείς, είτε ήταν ΜΚΟ είτε ιδιωτικές κλινικές κι αφήνανε τους ασθενείς στις πύλες των νοσοκομείων.» (Ζ.Δ., ψυχολόγος, Δαφνί)

«Ουσιαστικά πετάς μια φωτοβολίδα, που λάμπει, που είναι πολύ ωραία, αλλά που δεν θα έχει αντίκρισμα. Γιατί δεν είναι μία σταθερή υπηρεσία. Το πρόβλημα είναι πώς μπορούν να σχεδιαστούν κεντρικά και να δημιουργηθούν μόνιμες, σταθερές υπηρεσίες, δημόσιες και δωρεάν. Γιατί οι ανάγκες υπάρχουν σταθερά.» (Ν.Ξ., ψυχολόγος, ΚΨΥ και οικοτροφείο)

Η **έλλειψη μακροχρόνιου σχεδιασμού** και η προτεραιότητα που δίνεται στα **ιδιωτικά συμφέροντα** έναντι μιας σταθερής δημόσιας παροχής οδηγούν σε αποσπασματικές και βραχυπρόθεσμες λύσεις, που συχνά λειτουργούν με τη μορφή πυροτεχνήματος. Ως αποτέλεσμα, οι ασθενείς μετακινούνται από δομή σε δομή, σε ένα σύστημα που αδυνατεί να ανταποκριθεί επαρκώς και μακροχρόνια στις ανάγκες τους, δημιουργώντας κενά που έρχεται να καλύψει ο **ιδιωτικός τομέας**. Η εξατομίκευση του κινδύνου και της ευθύνης καθιστά λιγότερο ορατό το διαρθρωτικό πλαίσιο και τους καθοριστικούς παράγοντες της ψυχικής δυσφορίας, νομιμοποιώντας τη μείωση των δημόσιων παρεμβάσεων για την αντιμετώπισή της. Παράλληλα, στρέφει τους ασθενείς στην αγορά υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Α.Υ., εργαζόμενη στο Δρομοκαΐτειο:

«Πάρα πολύς κόσμος, λόγω της υποβάθμισης που υπάρχει στο ΕΣΥ και αντίστοιχα στη δημόσια ψυχιατρική περίθαλψη, στρέφεται στις ιδιωτικές κλινικές. Όλα τα ιδιωτικά κέντρα ανοίγουν σαν τα μανιτάρια και θεωρώ ότι το επόμενο διάστημα θα ανοίξουν κι άλλα, γιατί ανάγκη υπάρχει. Ένας κόσμος, ο οποίος δεν έχει καθόλου λεφτά θα είναι στο δρόμο και όσοι έχουν οι συγγενείς τους λεφτά θα είναι στις ιδιωτικές κλινικές.» (Α.Υ., ψυχολόγος, Δρομοκαΐτειο)

Τα εμπόδια που υπήρχαν στο παρελθόν για την ανάθεση υπηρεσιών στον ιδιωτικό τομέα αίρονται, ενισχύοντας την παρείσφρηση ιδιωτικών συμφερόντων εις βάρος της δημόσιας φροντίδας και προετοιμάζοντας το έδαφος για μια σταδιακή **εμπορευματοποίηση** του τομέα. Ως αποτέλεσμα, οι θεραπείες μετατρέπονται σε προϊόντα προς αγορά και οι ασθενείς σε καταναλωτές, ενισχύοντας τις ανισότητες και καθιστώντας την πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες ψυχικής υγείας περισσότερο θέμα οικονομικής δυνατότητας, παρά κοινωνικού δικαιώματος. Όπως αναφέρει και η Υ.Μ.:

«Πλέον έχουμε φύγει από τη λογική του συστήματος υγείας και από τη λογική, ότι η υγεία είναι ένα αγαθό, το οποίο θα πρέπει να προσφέρεται. Και όπου υπάρχει κόστος-όφελος, τα οικονομικά της υγείας, που τώρα είναι και της μόδας, όπου μπαίνει αυτή η λογική χάνεται το κριτήριο. Δεν είναι πια ιατρικό, ανθρώπινο.. μπαίνουν ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και γίνεται κάτι άλλο.» (Υ.Μ., ψυχίατρος, Δαφνί)

Μέσα από πολιτικές, όπως η «**Νέα Δημόσια Διοίκηση**» και οι **αξιολογήσεις «κόστους-οφέλους**», η ψυχιατρική περίθαλψη ευθυγραμμίζεται σταδιακά με τις επιχειρηματικές αρχές, εισάγοντας ιδιωτικά πρότυπα στο δημόσιο σύστημα, καθώς και μια κουλτούρα αποτίμησης της απόδοσης με βάση ποσοτικά και οικονομικά κριτήρια. Η προσέγγιση αυτή μεταβάλλει ριζικά τον τρόπο παροχής φροντίδας, ασκώντας πίεση στους επαγγελματίες να επιτύχουν προκαθορισμένους στόχους, όπως περισσότερες συνεδρίες ή καλύτερη ροή των ασθενών, παραμελώντας ποιοτικά θεραπευτικά στοιχεία τα οποία δεν είναι εύκολα μετρήσιμα. Όπως αναφέρει μια εργαζόμενη στο Δρομοκάϊτειο:

«Η αξιολόγηση βασίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και μοιάζει να έχει σχεδιαστεί για επιχειρήσεις. Αυτό δεν είναι ούτε προς το συμφέρον των εργαζομένων ούτε προς των ασθενών. Δεν αξιολογείται δηλαδή η επιστημονικότητα, το θεραπευτικό πλαίσιο, το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αξιολογείται το πόσο αποδοτικό είναι το σύστημα.» (Λ.Υ., ψυχολόγος, Δρομοκάϊτειο)

Η νεοφιλελεύθερη έμφαση στις λύσεις της αγοράς, την ατομική ευθύνη, την εμπορευματοποίηση και την επιλογή του καταναλωτή καταδεικνύει τα προβλήματα της κατανόησης της ανθρώπινης ζωής με όρους μιας οικονομικής πραγματικότητας, όπου όλες οι μορφές παρεμβάσεων βασίζονται σε ζητήματα που σχετίζονται με την αποδοτικότητα του κόστους και καθίστανται επικεντρωμένες στο άτομο (Esposito & Perez, 2014). Οι συμμετέχοντες στην έρευνα τόνισαν την ανάγκη για ριζικές αλλαγές, υπογραμμίζοντας πως τα προβλήματα του συστήματος ψυχικής υγείας απαιτούν μακροπρόθεσμες και σταθερές λύσεις από το κράτος με στόχο τη δημιουργία ενός

επαρκούς και συγκροτημένου δημόσιου πλαισίου ψυχιατρικής φροντίδας. Παρά τις επιμέρους προτάσεις που εκφράστηκαν, η δήλωση που συμπυκνώνει καλύτερα τον πυρήνα του προβλήματος και την ουσία της αλλαγής που απαιτείται, ανήκει σε μία κοινωνική λειτουργό στο Δρομοκάττειο και επιλέγεται για το κλείσιμο του παρόντος κεφαλαίου:

«Προκειμένου να αλλάξει το οτιδήποτε στο δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας, θα πρέπει να μετασχηματιστεί πρώτα ολόκληρη η κοινωνία.» (Τ.Ν., κοινωνική λειτουργός, Δρομοκάττειο)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 Συμπεράσματα

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας παρουσιάζουν ραγδαία αύξηση σε παγκόσμιο επίπεδο, συνιστώντας μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τις σύγχρονες κοινωνίες. Η έξαρση αυτή δεν μπορεί να ιδωθεί αποκομμένη από τις κοινωνικοοικονομικές και ιδεολογικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί τις τελευταίες δεκαετίες. Συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί ότι η επικράτηση του νεοφιλελεύθερου μοντέλου στις δυτικές κοινωνίες έχει επιφέρει μια εκτεταμένη συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους, η οποία σε συνδυασμό με την προώθηση μιας ιδεολογίας που ευνοεί τον ατομικισμό, τον ανταγωνισμό και την επιδίωξη του κέρδους με κάθε κόστος, έχει αποδυναμώσει τους παραδοσιακούς μηχανισμούς κοινωνικής ένταξης και συνοχής, δημιουργώντας ένα περιβάλλον που ευνοεί την εμφάνιση και την όξυνση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων. Την ίδια στιγμή, ωστόσο, που οι ανάγκες πολλαπλασιάζονται και γίνονται πιο περίπλοκες, τα δημόσια συστήματα ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν αυξημένες πιέσεις και σοβαρά προβλήματα λειτουργίας, φτάνοντας πολλές φορές στα όρια της κατάρρευσης.

Στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε μια ανάλυση της κατάστασης του συστήματος ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Ο νέος νόμος (Ν.5129/2024), ο οποίος διακηρύσσει την «ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης» αποτέλεσε αφορμή για μια συνολική αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων που έχουν εφαρμοστεί διαχρονικά στη χώρα, λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τα μέτρα και τις πολιτικές, αλλά και το ευρύτερο οικονομικό και πολιτικό πλαίσιο που καθόρισε την κατεύθυνση και την αποτελεσματικότητά τους. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στις νεοφιλελεύθερες πολιτικές που επικράτησαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και εδραιώθηκαν περαιτέρω κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, εξετάζοντας τις επιπτώσεις τους στο σύγχρονο τρόπο διαχείρισης της ψυχικής υγείας στη χώρα.

Η **μεθοδολογία της έρευνας** συνδύασε τη βιβλιογραφική ανασκόπηση Εθνικών Σχεδίων Δράσης, νομοθετικών κειμένων και άλλων σχετικών εγγράφων που αφορούν τις ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις με την εμπειρική έρευνα πεδίου, μέσω της διεξαγωγής συνεντεύξεων με επαγγελματίες του δημόσιου συστήματος ψυχικής υγείας.

Τα αποτελέσματα της **βιβλιογραφικής ανασκόπησης** ανέδειξαν ότι η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, παρά τις προσπάθειες των τελευταίων σαράντα ετών, δεν κατάφερε να επιτύχει τους στόχους της. Η μετάβαση της

ψυχιατρικής φροντίδας από τα ιδρύματα στην κοινότητα δεν οδήγησε σε βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών ούτε σε ενίσχυση της κοινωνικής τους ενσωμάτωσης. Ως εκ τούτου, οι διακηρύξεις περί αποϊδρυματοποίησης παρέμειναν ανεκπλήρωτες, καθώς οι αλλαγές περιορίστηκαν σε επιφανειακές προσαρμογές, χωρίς ουσιαστική αναδιάρθρωση των δομών και πρακτικών του ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας.

Μέχρι τα τέλη του 20^{ου} αιώνα, η αντίληψη ότι η ιδρυματοποίηση αποτελεί μια αποτελεσματική μέθοδο διαχείρισης των ψυχικών διαταραχών είχε οδηγήσει στον εγκλεισμό μεγάλου αριθμού ανθρώπων στα ψυχιατρικά άσυλα. Οι **πρώτες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες** για την αλλαγή αυτής της κατάστασης εμφανίστηκαν τη δεκαετία του 1980, σε μια περίοδο επέκτασης του κοινωνικού κράτους στη χώρα. Σημαντικά ορόσημα αυτής της περιόδου αποτέλεσαν η ίδρυση και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας (1983) και η υιοθέτηση του Κανονισμού 815/84 της ΕΟΚ, που δημιούργησαν προοπτικές για τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και για την αποκέντρωσή τους στην κοινότητα. Ωστόσο, η εφαρμογή τους υπήρξε ελλιπής, καθώς απουσίαζε ένα συγκροτημένο όραμα για την ψυχική υγεία, το οποίο θα έθετε υπό αμφισβήτηση τις παραδοσιακές ασυλικές πρακτικές.

Κατά τη **δεκαετία του 1990**, με την επιδίωξη ευθυγράμμισης της χώρας με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, επιχειρήθηκε μια πιο συστηματική μεταρρυθμιστική προσπάθεια στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης. Σημαντική αφορμή για την επιτάχυνση των αλλαγών υπήρξε η αποκάλυψη των απάνθρωπων συνθηκών διαβίωσης και κακομεταχείρισης στο ψυχιατρείο της Λέρου. Η διεθνής κατακραυγή που ακολούθησε, έφερε στο προσκήνιο την ανάγκη άμεσων και ουσιαστικών μεταρρυθμίσεων, αναδεικνύοντας τις παθογένειες του ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, δρομολογήθηκε το φιλόδοξο Εθνικό Σχέδιο Δράσης «Ψυχαργός», με κύριο διακηρυγμένο στόχο την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη κοινοτικών δομών φροντίδας. Το Σχέδιο, βασισμένο στις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές, εισήγαγε σημαντικές αλλαγές, διευκολύνοντας την έξοδο μεγάλου αριθμού ασθενών από τα ιδρύματα, καθώς και το κλείσιμο τεσσάρων ψυχιατρικών νοσοκομείων. Ωστόσο, οι διακηρύξεις για ενίσχυση της κοινοτικής φροντίδας και η κριτική στην ιδρυματική περίθαλψη, δεν συνοδεύτηκαν από την απαραίτητη κρατική δέσμευση. Η έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης και ολοκληρωμένων υπηρεσιών εμπόδισε τη δημιουργία ενός σταθερού δικτύου κοινωνικών δομών. Οι υφιστάμενες δομές αποδείχθηκαν ανεπαρκείς, με αποτέλεσμα ο εγκλεισμός στα άσυλα να αντικατασταθεί με νέες μορφές

κοινωνικής και θεραπευτικής εγκατάλειψης. Παράλληλα, η απουσία επένδυσης σε ένα συνεκτικό σύστημα περίθαλψης προετοίμασε το έδαφος για τη μετάβαση σε νέα, ευέλικτα και αποκεντρωμένα μοντέλα παροχής υπηρεσιών, με ενισχυμένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα και των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων.

Η **παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση** που ξέσπασε στη χώρα το 2010, ανέδειξε και επιδείνωσε τις ήδη υπάρχουσες αδυναμίες του συστήματος ψυχικής υγείας. Οι νεοφιλελεύθερες πολιτικές που επιβλήθηκαν υπό το πρόσχημα της διάσωσης από τη χρεοκοπία, περιλάμβαναν σκληρά μέτρα λιτότητας και περικοπές στις κρατικές δαπάνες, περιορίζοντας τη δυνατότητα του συστήματος να παρέχει ποιοτικές και προσβάσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Η κατάσταση επιβαρύνθηκε περαιτέρω κατά τη διάρκεια της **πανδημίας COVID-19**, όπου η κοινωνική απομόνωση, η οικονομική αβεβαιότητα και ο αυξημένος φόρτος εργασίας στο σύστημα υγείας επηρέασαν αρνητικά τόσο τα επίπεδα ψυχικής υγείας του πληθυσμού όσο και τις πολιτικές για τη διαχείρισή τους. Η απάντηση της κυβέρνησης ήρθε μέσα από τα δύο τελευταία Εθνικά Σχέδια Δράσης της περιόδου 2010-2030, τα οποία αντικατοπτρίζουν μια σταδιακή απόσυρση του κράτους από την άμεση παροχή υπηρεσιών, μέσω περικοπών των κρατικών δαπανών και αυξανόμενης ανάθεσης υπηρεσιών σε ιδιώτες και ΜΚΟ. Ο στόχος της αποκέντρωσης μεταφράστηκε σε συρρίκνωση του δημόσιου τομέα, η ευθύνη για την ψυχική υγεία μετατοπίστηκε σε ατομικό επίπεδο και η έμφαση δόθηκε, κυρίως, στην οικονομική βιωσιμότητα των υπηρεσιών. Παράλληλα, παρατηρήθηκε μια ενίσχυση των κατασταλτικών πολιτικών, οι οποίες επικεντρώθηκαν στη διαχείριση της «επικινδυνότητας» των ψυχικά ασθενών, υποβαθμίζοντας περαιτέρω τον κοινωνικό και ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος.

Η ποιοτική έρευνα πεδίου, που διεξήχθη μέσω **συνεντεύξεων με επαγγελματίες ψυχικής υγείας**, ανέδειξε κρίσιμα ζητήματα σχετικά με την πρακτική διάσταση των μεταρρυθμίσεων, όπως αυτές καταγράφηκαν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων επισήμανε σοβαρά προβλήματα **υποστελέχωσης** και υπερφόρτωσης του υπάρχοντος προσωπικού, το οποίο εργάζεται υπό έντονη πίεση και σε εξαντλητικές συνθήκες. Παράλληλα, αναφέρθηκαν **ελλείψεις σε βασικούς υλικοτεχνικούς πόρους και υποδομές** και τονίστηκε η **ανεπάρκεια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**, η οποία χαρακτηρίζεται από κατακερματισμό και έλλειψη συντονισμού μεταξύ των δομών. Ιδιαίτερα για την **επαρχία**, διαπιστώθηκε η απουσία επαρκών υπηρεσιών ψυχιατρικής περίθαλψης σε πρωτοβάθμιο και

δευτεροβάθμιο επίπεδο, γεγονός που, όπως αναφέρθηκε, οδηγεί σε υπερφόρτωση των εναπομείναντων ψυχιατρικών νοσοκομείων, τα οποία καλούνται να καλύψουν τις ανάγκες μεγάλων γεωγραφικών περιοχών με ανεπαρκή μέσα και προσωπικό.

Οι ελλείψεις αυτές έχουν άμεσες **αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και στην προσβασιμότητα** της παρεχόμενης φροντίδας, επιβεβαιώνοντας την υπόθεση επικράτησης ενός υπολειμματικού συστήματος ψυχικής υγείας, το οποίο αδυνατεί να ανταποκριθεί άμεσα και αποτελεσματικά στις αυξανόμενες ανάγκες των ανθρώπων. Όπως διαπιστώθηκε, πολλές φορές οι εργαζόμενοι αναγκάζονται να λειτουργούν σε συνθήκες που υπονομεύουν την ποιότητα της φροντίδας. Μεταξύ των καταγεγραμμένων συνεπειών περιλαμβάνονται οι βιαστικές διαδικασίες εξιτηρίων για την απελευθέρωση χώρου για νέες εισαγωγές, η χρήση αναχρονιστικών και παραβιαστικών πρακτικών, όπως καθηλώσεις και περιορισμοί επί κλίνης, καθώς και η αναγκαστική προτεραιοποίηση ασθενών με βάση τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων τους. Επιπλέον, επιβεβαιώθηκε η **κυριαρχία ενός βιοϊατρικού μοντέλου**, που εστιάζει, σχεδόν αποκλειστικά, στη φαρμακευτική διαχείριση των συμπτωμάτων, εις βάρος μιας ολιστικής προσέγγισης που θα περιλάμβανε ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και συνέχεια στη φροντίδα. Η αποτυχία μετάβασης σε ένα περισσότερο ανθρωποκεντρικό και κοινοτικό μοντέλο θεραπείας υπονομεύει τη μακροπρόθεσμη ανάκαμψη και ενσωμάτωση των ασθενών και, παράλληλα, αναδεικνύει μια ανησυχητική τάση **επιστροφής σε πρακτικές ιδρυματοποίησης**, η οποία επιβεβαιώνονται έντονα τόσο από τα αυξημένα ποσοστά ακούσιων εισαγωγών στα νοσοκομεία όσο και από τον τεράστιο αριθμό ασθενών που παραμένουν εγκλωβισμένοι για χρόνια στους ψυχιατρικούς θαλάμους.

Ο διακηρυγμένος στόχος της **τομεοποίησης των υπηρεσιών ανά γεωγραφική περιφέρεια**, ο οποίος προβλεπόταν σε όλα τα Εθνικά Σχέδια Δράσης, αποδείχθηκε, σε μεγάλο βαθμό, ανεφάρμοστος. Αντιθέτως, αυτό που τελικά φάνηκε να επιδιώκεται είναι μια ευέλικτη αποκέντρωση σε τοπικό επίπεδο και μια σταδιακή **μετατόπιση της ευθύνης από το κράτος στο άτομο**. Μέσα από τις συνεντεύξεις διαπιστώθηκε ότι το νεοφιλελεύθερο αφήγημα περί αυτοδιαχείρισης των προβλημάτων έχει άμεσες επιπτώσεις τόσο στους ασθενείς και στις οικογένειές τους όσο και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Οι ασθενείς καλούνται να διαχειριστούν με προσωπικά μέσα και πόρους την ψυχική τους κατάσταση, ενώ οι οικογένειές τους επωμίζονται σημαντικό μέρος της φροντίδας, αντιμετωπίζοντας πολλαπλές οικονομικές και ψυχολογικές

πιέσεις. Δεδομένου, μάλιστα, ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας περιορίζεται, αναγκάζονται να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα, ενώ όσοι δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα εγκλωβίζονται στο περιθώριο. Παράλληλα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αναφέρουν ότι βρίσκονται αντιμέτωποι με αυξημένες απαιτήσεις, περιορισμένους πόρους και πιέσεις για επίτευξη ποσοτικών στόχων. Η ευθύνη της φροντίδας εναπόκειται, κυρίως, στην προσωπική τους δέσμευση, επιβαρύνοντάς τους με επιπλέον φόρτο εργασίας και υψηλό προσωπικό κόστος και εξάντληση.

Τα παραπάνω ζητήματα υπευθυνότητας συνδέονται άμεσα με τη σταδιακή εμπορευματοποίηση της ψυχικής υγείας, η οποία έχει ανοίξει το δρόμο για την **αυξανόμενη εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα και των ΜΚΟ** στη διαχείριση και παροχή των σχετικών υπηρεσιών. Ήδη από τη δεκαετία του 1990, παρατηρείται μια έντονη προώθηση πρακτικών ιδιωτικοποίησης, μέσα από τη ραγδαία ανάπτυξη τόσο του μη κυβερνητικού όσο και του αμιγώς ιδιωτικού τομέα. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα τόνισαν ότι οι φορείς αυτοί έχουν συμβάλει στη διαίωνιση της κατακερματισμένης και ασυντόνιστης λειτουργίας του συστήματος. Όπως επισημάνθηκε, οι δραστηριότητές τους επικεντρώθηκαν εξ αρχής, κυρίως, στην απορρόφηση κρατικών και ευρωπαϊκών κονδυλίων, με περιορισμένη μέριμνα για την ουσιαστική κάλυψη των πολύπλευρων αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους. Επιπλέον, καταγράφηκαν πολλαπλά προβλήματα, που σχετίζονται με την ποιότητα, την προσβασιμότητα, τη διαφάνεια και τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών τους. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκαν οι ανασφαλείς συνθήκες εργασίας, η προνομιακή πρόσβαση μέσω γνωριμιών, η επιλεκτική εστίαση στα πιο «εύκολα» περιστατικά και, κυρίως, η προσωρινή, «πυροτεχνηματική» λειτουργία τους, λόγω βραχυπρόθεσμης χρηματοδότησης, η οποία καταλήγει συχνά στο κλείσιμο των δομών και στην αναγκαστική επιστροφή των ασθενών στα ψυχιατρικά ιδρύματα. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η συζήτηση πλέον δεν αφορά απλώς τον «εξωραϊσμό» του συστήματος ψυχικής υγείας, αλλά τον κίνδυνο μιας επικείμενης κατάρρευσής του.

Με βάση όσα αναφέρθηκαν, **επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση της παρούσας εργασίας ότι οι ψυχιατρικές μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα από τη δεκαετία του 1980 έως σήμερα, έχουν οδηγήσει σε υποβάθμιση της ποιότητας και της προσβασιμότητας των υπηρεσιών, υπονομεύοντας τη συνολική δυνατότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις**

αυξανόμενες ανάγκες των ατόμων. Ειδικότερα, στο πλαίσιο των νεοφιλελεύθερων πολιτικών, το σύστημα ψυχικής υγείας παρουσιάζει στοιχεία υποβάθμισης, καθώς προετοιμάστηκε με πολύ συγκεκριμένα χαρακτηριστικά εμπορευματοποίησής του και σταδιακής εισροής ιδιωτικών φορέων. Παράλληλα, παρατηρείται μια **μετατόπιση της ευθύνης για την ψυχική υγεία από το κράτος στο άτομο, ενισχύοντας την ατομική ευθύνη και αποδυναμώνοντας την κρατική υποστήριξη.** Ουσιαστικά, δεν υπήρξε ποτέ ένας σοβαρός και μακροπρόθεσμος σχεδιασμός για την ψυχική υγεία, που να υπερβαίνει το ψυχιατρικό νοσοκομείο τόσο ως τόπο όσο και ως τρόπο άσκησης της κυρίαρχης ψυχιατρικής (Megaloeconomou, n.d.). Αντιθέτως, αυτό που επικράτησε ήταν μια ταχεία εναλλαγή πολιτικών και μια μεταφορά τεχνικών και διοικητικών ζητημάτων από το εξωτερικό, εστιασμένων σε ποσοτικά κριτήρια και στενά συνδεδεμένων με ευρωπαϊκά κονδύλια. Αυτή η έλλειψη μακροπρόθεσμων πολιτικών για την ενίσχυση της ψυχικής υγείας και η προσανατολισμένη στο κέρδος διαχείριση των δημόσιων πόρων οδήγησαν σε μια ανεπαρκή και αποσπασματική παροχή υπηρεσιών, ενισχύοντας έναν φαύλο κύκλο προβλημάτων.

Καθώς δεν πρόκειται απλώς για μια «κρίση των ψυχικών ασθενειών», αλλά για μια «κρίση του συστήματος ψυχικής υγείας», είναι αναγκαία μια συντονισμένη ιδεολογική αντιπολίτευση ενάντια στις βασικές παραδοχές και τις θεσμικές πρακτικές που διαμορφώνουν τη στάση του κράτους απέναντι στην ψυχική υγεία και ασθένεια. Πιο συγκεκριμένα, απαιτείται ένας ριζικός μετασχηματισμός του συστήματος ψυχικής υγείας, που να διασφαλίζει το δημόσιο και δωρεάν χαρακτήρα των υπηρεσιών, την εξάλειψη κάθε μορφής ιδρυματικής βίας και το σεβασμό στα δικαιώματα των εργαζομένων, των ασθενών και των οικογενειών τους. Παράλληλα, απαιτείται ένας συνολικός επαναπροσδιορισμός της κοινωνίας, ώστε να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες της νεοφιλελεύθερης παγκοσμιοποίησης, όπως η ανισότητα, η αποξένωση και ο υλισμός, υιοθετώντας προσεγγίσεις που εστιάζουν στο συλλογικό όφελος και στη συγκρότηση μιας δίκαιης κοινωνίας. Η ψυχική υγεία δεν μπορεί να εξετάζεται μεμονωμένα, αλλά πρέπει να συνδέεται με την εκπαίδευση, την απασχόληση, τη στέγαση, το εισόδημα και την ευρύτερη κοινότητα. Κεντρικό στοιχείο όλων των αλλαγών, ωστόσο, θα πρέπει να είναι η πολιτική και κοινωνική ενδυνάμωση των ίδιων των ασθενών, προκειμένου, σύμφωνα με τα λόγια του Michel Foucault, «να δώσουμε στην τρέλα πίσω τη φωνή της».

Πηγές – Βιβλιογραφία

Πηγές

Α΄ Νόμοι

Νόμος «Εθνικό Σύστημα Υγείας» 1397/1983

Νόμος «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας» 2071/1992

Νόμος «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις» 2716/1999

Νόμος «Ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης» 5129/2024

Β΄ Εθνικά Σχέδια Δράσης

Υπουργείο Υγείας (2023). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ψυχική Υγεία 2021-2030*. Διαθέσιμο στο: http://www.opengov.gr/yyka/wp-content/uploads/downloads/2023/02/%CE%95%CE%98%CE%9D%CE%99%CE%9A%CE%9F-%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%94%CE%99%CE%9F-%CE%94%CE%A1%CE%91%CE%A3%CE%97%CE%A3_%CE%A8%CE%A5%CE%A7%CE%99%CE%9A%CE%97-%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91.docx.pdf

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). *ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ' (2011-2020). Σχέδιο αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ*. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-yeia/programma-quot-psyxargws-quot/913-sxedio-psyxargws>

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Γιωτάκος, Ο., Τσουβέλας, Γ., & Κονταξάκης, Β. (2012). Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 23(1), 29-38.

Γράβαρης, Δ. (2018). Δύο Ιστορικές Μορφές Κοινωνικού Κράτους. Στο Σακελλαρόπουλος Θ., Οικονόμου Χ., Σκαμνάκης Χ., & Αγγελάκη Μ. (επιμ.), *Κοινωνική Πολιτική*, (σ. 79-90). Αθήνα: Διόνικος.

Δεπάστας, Χ. (2018). Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 17(2).

Καψάλης, Α., Κουμαριανός, Β., & Κουραχάνης, Ν. (2022). *Κοινωνική Πολιτική, Αυταρχικός Νεοφιλελευθερισμός και Πανδημία*. Αθήνα: Τόπος.

- Μαδιανός, Μ., Ζωγράφου, Κ. Κ. Ψ. Υ., & Αθηνών, Π. (2002). Η ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα του 21ου αιώνα. *Ψυχιατρική*, 13, 297-300.
- Μαυρουδέας, Σ. (2018). Προγράμματα οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα: Προέλευση, δομή, συστηματικές αποτυχίες και οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις. Στο Δημουλάς Κ. & Κουζής Γ. (επιμ.), *Κρίση και Κοινωνική Πολιτική: Αδιέξοδα και Λύσεις*, (σ. 103-119). Αθήνα: Τόπος.
- Πετμεζίδου, Μ. (επιμ.) (2014). *Οι Τρεις Κόσμοι του Καπιταλισμού της Ενημερίας*. Αθήνα: Τόπος.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. (2018). Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική σε Ιστορική Προοπτική. Στο Σακελλαρόπουλος Θ., Οικονόμου Χ., Σκαμνάκης Χ., & Αγγελάκη Μ. (επιμ.), *Κοινωνική Πολιτική*, (σ. 21-58). Αθήνα: Διόνικος.
- Τσαμαδού, Ε. Κ. (2014). *Από το φρενοκομείο στη Λέρο και την ψυχιατρική μεταρρύθμιση: νομικό πλαίσιο και ηθικοκοινωνικές διαστάσεις* (Μεταπτυχιακή εργασία). Διαθέσιμο στο: ΙΚΕΕ/Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Τσουκαλά, Α. (2017). *Αντιλήψεις και στάσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στην ακούσια νοσηλεία* (Μεταπτυχιακή εργασία). Διαθέσιμο στο: Αμητός Ι.Α. Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Ξενόγλωσση

- Anagnostopoulos, D. K., & Soumaki, E. (2012). The impact of socio-economic crisis on mental health of children and adolescents. *Psychiatrike=Psychiatriki*, 23(1), 13-16.
- Basaglia, F., & Ongaro, F. B. (2018). A problem of institutional psychiatry: Exclusion as a social and psychiatric category. *International Review of Psychiatry*, 30(2), 120-128.
- Benish, A., & Levi-Faur, D. (2020). The expansion of regulation in welfare governance. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 691(1), 17-29.
- Boyatzis, R. E. (1998). *Transforming qualitative information: Thematic analysis and code development*. Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Bruff, I. (2014). The rise of authoritarian neoliberalism. *Rethinking marxism*, 26(1), 113-129.
- Burns, J. K., Tomita, A., & Kapadia, A. S. (2014). Income inequality and schizophrenia: increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(2), 185-196.
- Carpenter, M. (2009). A third wave, not a third way? New labour, human rights and mental health in historical context. *Social Policy and Society*, 8(2), 215-230.

- Carpenter, M. (2000). 'It's a small world': mental health policy under welfare capitalism since 1945. *Sociology of Health & Illness*, 22(5), 602-620.
- Chondros, P., & Stylianidis, S. (2016). Psychiatric reform in Greece. *Social and Community Psychiatry: Towards a Critical, Patient-Oriented Approach*, 77-91.
- Chorev, N. (2013). Restructuring neoliberalism at the world health organization. *Review of International Political Economy*, 20(4), 627-666.
- Christodoulou, N. G., & Anagnostopoulos, D. C. (2013). The financial crisis and the future of mental health in Greece. *International Psychiatry*, 10(1), 3-5.
- Clark, E. (2015). Mad Literature: Insane Asylums in Nineteenth-Century America. *Arizona Journal of Interdisciplinary Studies*, 4, 42-65.
- Connell, R. (2010). Understanding neoliberalism. *Neoliberalism and everyday life*, 23.
- Cosgrove, L., & Karter, J. M. (2018). The poison in the cure: Neoliberalism and contemporary movements in mental health. *Theory & Psychology*, 28(5), 669-683.
- Davies, J. (2021). *Sedated: How modern capitalism created our mental health crisis*. Atlantic Books.
- Davies, J. (2017). Political pills: Psychopharmaceuticals and neoliberalism as mutually supporting. *The sedated society: The causes and harms of our psychiatric drug epidemic*, 189-225.
- Deaton, A., & Case, A. (2020). *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*.
- Economou, M., Peppou, L. E., Souliotis, K., & Stylianidis, S. (2016). The impact of the economic crisis in Greece: Epidemiological perspective and community implications. *Social and community psychiatry: towards a critical, patient-oriented approach*, 469-483.
- Fromm, E. (2013). *To have or to be?*. A&C Black.
- Esposito, L., & Perez, F. M. (2014). Neoliberalism and the commodification of mental health. *Humanity & Society*, 38(4), 414-442.
- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313-316.
- Ferguson, J. (2010). The uses of neoliberalism. *Antipode*, 41, 166-184.
- Ferreras, I.G. (2019). History of Mental Illness. *General Psychology: Required Reading*. 244-256.
- Fey, J. M. (2021). *Changing minds in neoliberal times: the global politics of mental health awareness and anti-stigma campaigns* (Doctoral dissertation, University of Sheffield).
- Flew, T. (2014). Six theories of neoliberalism. *Thesis eleven*, 122(1), 1-23.
- Foucault, M. (1965). *Madness and Civilization*. New York: Random House.
- Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D. C. (2016). Psychiatric reform in Greece: an overview. *BJPsych bulletin*, 40(6), 326-328.

- Goffman, E. (1961). *Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Doubleday.
- Harvey, D. (2005). *A brief history of neoliberalism*. Oxford University Press, USA.
- Hemerijck, A. (2011). Two or three waves of welfare state transformation?. In *Towards a social investment welfare state?* (pp. 33-60). Policy Press.
- Ioakimidis, V., & Teloni, D. D. (2013). Greek social work and the never-ending crisis of the welfare state. *Critical and Radical Social Work*, 1(1), 31-49.
- Jakubec, S. (2009). The “world mental health” framework: Dominant discourses in mental health and international development. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 23(2), 23-38.
- Jones, K. (1993). *Asylums and after: A revised history of the mental health services from the early Eighteenth century to the 1990s*. London: Athlone.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., ... & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- Karastergiou, A., Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Kotrotsios, S., & Mauratziotou, K. (2005). The reform of the Greek mental health services. *Journal of mental health*, 14(2), 197-203.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), 1457-1458.
- Klein, N. (2008). *The Shock Doctrine: The Rise of Disaster Capitalism*. UK: Penguin.
- Kosky, R. (1986). From morality to madness: a reappraisal of the asylum movement in psychiatry 1800–1940. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 20(2), 180-187.
- Kourachanis, N. (2021). Social Change and The Greek Welfare State Crisis (2010-2020). *Journal of Sustainable Social Change*, 13(2), 4.
- Kourachanis, N. (2020). *Citizenship and social policy: From post-war development to permanent crisis*. Springer Nature.
- Lefebvre, P. J. (2015). *Medicating the Crisis: Investigating the links between precarious employment, mental health issues, and the reliance on antidepressants as treatment* (Doctoral dissertation, Carleton University).
- Madianos, M. G., Alexiou, T., Patelakis, A., & Economou, M. (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *The European Journal of Psychiatry*, 28(1), 39-49.
- Madianos, M. G. (2013). Economic crisis, mental health and psychiatric care: what happened to the " psychiatric reform" in Greece?. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 24(1), 13-16.
- Madianos, M. G., & Christodoulou, G. N. (2007). Reform of the mental healthcare system in Greece, 1984–2006. *International Psychiatry*, 4(1), 16-19.

- Madianos, M. G. (2002). Deinstitutionalization and the closure of public mental hospitals: the pragmatics of psychiatric reform in Greece. *International Journal of Mental Health*, 31(3), 66-75.
- Matheson, K. (2021). The effects of Capitalism and Neoliberalism on mental health and its treatment: a scoping review and sociohistorical analysis of developments in clinical psychology following World War II.
- Megaloeconomou, T. (n.d.). Violent deinstitutionalization and economic crisis in Greece.
- Moncrieff, J. (2022). The political economy of the mental health system: A Marxist analysis. *Frontiers in Sociology*, 6, 771875.
- Moth, R. (2020). 'The business end': Neoliberal policy reforms and biomedical residualism in frontline community mental health practice in England. *Competition & Change*, 24(2), 133-153.
- Novella, E. J. (2008). Theoretical accounts on deinstitutionalization and the reform of mental health services: a critical review. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11, 303-314.
- OECD & European Commission (2018). *Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. Διαθέσιμο στο: https://health.ec.europa.eu/system/files/2020-02/2018_healthatglance_rep_en_0.pdf
- OECD & European Observatory On Health Systems And Policies (2021). *State of Health in the EU – Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2021*. Διαθέσιμο στο: https://health.ec.europa.eu/document/download/9e26cd4a-6038-4a51-86a9-6fbc56bf6a57_en
- Pabayo, R., Kawachi, I., & Gilman, S. E. (2014). Income inequality among American states and the incidence of major depression. *J Epidemiol Community Health*, 68(2), 110-115.
- Palinkas, L. A. (2014). Qualitative and mixed methods in mental health services and implementation research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(6), 851-861.
- Pickett, K. E., James, O. W., & Wilkinson, R. G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(7), 646-647.
- Ploumpidis, D., Garanis-Papadatos, T., & Economou, M. (2008). Deinstitutionalization in Greece: Ethical problems. *Psychiatrike= Psychiatriki*, 19(4), 320-329.
- Poulakis, H., & Poulakis, T. (2021). Facing the pandemic, after an economic epidemic: "Greek national health system versus COVID-19. *Erdoğan, MM, Alaverdov, E., García, AC, Tryma, K., Impacts of COVID-19 on Societies and Economies, London, UK: IJOPEC Publication*, 187-210.
- Pratt, L. A., Brody, D. J., & Gu, Q. (2017). Antidepressant Use among Persons Aged 12 and Over: United States, 2011-2014. NCHS Data Brief. Number 283. *National Center for Health Statistics*.

- Prinos, I. (2014). Golden Dawn, Media Representation and the Neoliberal Restructuring of Social Welfare: On the Greek Crisis and the Mobilization of Disidentifications. *Sociological research online*, 19(3), 269-276.
- Quadagno, J. (1987). Theories of the welfare state. *Annual Review of Sociology*, 13(1), 109-128.
- Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M., & Hadjichristodoulou, C. (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ open*, 5(3), e007295.
- Read, J. (2004). A history of madness. In Read J., Mosher L.R., Bentall, R.P., (eds), *Models of Madness: Psychological, Biological and Social Approaches to Schizophrenia*, 9-20.
- Roberts, M. T. (2021). Globalization and neoliberalism: structural determinants of global mental health?. *Humanity & Society*, 45(4), 471-508.
- Rose, N. (1986) Psychiatry: the discipline of mental health. In Miller, P. and Rose, N. (eds) *The Power of Psychiatry*. Cambridge: Polity.
- Sakellariou, D., & Rotarou, E. S. (2017). The effects of neoliberal policies on access to healthcare for people with disabilities. *International journal for equity in health*, 16, 1-8.
- Scheper-Hughes, N., & Lovell, A. M. (1986). Breaking the circuit of social control: Lessons in public psychiatry from Italy and Franco Basaglia. *Social Science & Medicine*, 23(2), 159-178.
- Scull, A. (1977). Madness and segregative control: The rise of the insane asylum. *Social Problems*, 24(3), 337-351.
- Scull, A. (1982). *Museum of Madness: The Social Organization of Insanity in Nineteenth-century England*. Penguin
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2-3), 111-119.
- Sturdy, S., Freeman, R., & Smith-Merry, J. (2013). Making knowledge for international policy: WHO Europe and mental health policy, 1970–2008. *Social History of Medicine*, 26(3), 532-554.
- Stylianidis, S. (2024). The blind spots of psychiatric reform in Greece. *Psychiatrike= Psychiatriki*.
- Stylianidis, S., & Souliotis, K. (2019). The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece. *BJPsych international*, 16(1), 16-18.
- Stylianidis, S., Navridis, K., & Christopoulou, A. (2016). Implications of the socioeconomic crisis for staff in community PSR units: the case of an NGO. In Stylianidis, S. (ed.), *Social and Community Psychiatry: Towards a Critical, Patient-Oriented Approach*, 405-417.

- Stylianou, T., & Ntelas, K. (2023). Impact of COVID-19 pandemic on mental health and socioeconomic aspects in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1843.
- Thomas, A. R. (1998). Ronald Reagan and the commitment of the mentally ill: Capital, interest groups, and the eclipse of social policy. *Electronic Journal of Sociology*, 3(4), 1-13.
- Triantafyllou, E., Tsellos, P., Christodoulou, N., Tzavara, C., Mrvoljak-Theodoropoulou, I., & Christodoulou, G. N. (2022). The effect of COVID-19 pandemic on mental health and quality of life in the Athens area—Greece. *Psychiatriki*, 33(4), 271-282.
- Turner, T. (2004). The history of deinstitutionalization and reinstitutionalization. *Psychiatry*, 3(9), 1-4.
- Tyor, P. L., & Zainaldin, J. S. (1979). Asylum and society: an approach to institutional change. *Journal of Social History*, 13(1), 23-48.
- Van Hal, G. (2015). The true cost of the economic crisis on psychological well-being: a review. *Psychology research and behavior management*, 17-25.
- Warner, R. (1997). *Recovery from Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. Routledge.
- Weinstein, R. M. (1982). Goffman's asylums and the social situation of mental patients. *Orthomolecular psychiatry*, 11(4), 267-274.
- Whitaker, R. (2017). Psychiatry under the influence. *The sedated society: The causes and harms of our psychiatric drug epidemic*, 163-188.
- World Health Organization. (2003). The mental health context.
- World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/publications-detailredirect/9789240049338>
- Wright, D. (2022). Re-placing the lunatic asylum in the history of madness. *History Australia*, 19(1), 161-176.
- Yuan, Y. (2024). A Contemporary Marxist Critique of Neoliberal Capitalism: Beyond Revolution and Neo-Keynesianism. *Social Epistemology*, 1-14.
- Zeira, A. (2022). Mental health challenges related to neoliberal capitalism in the United States. *Community mental health journal*, 58(2), 205-212.

Παράρτημα

Οδηγός ημι-δομημένης συνέντευξης

1^{ος} άξονας

Ποιότητα των υπηρεσιών

Πλαίσιο εισαγωγής στη δομή. Διαχωρισμός μεταξύ ακούσιων και εκούσιων εισαγωγών. Ποσοστό των ακούσιων εισαγωγών σε σχέση με το σύνολο.

Υπάρχει ποικιλία θεραπευτικών επιλογών με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες ή προκαθορισμένα μοντέλα εστιασμένα στη φαρμακευτική διαχείριση των συμπτωμάτων;

Μέσος όρος διάρκειας της θεραπείας και παράγοντες που την επηρεάζουν. Υπάρχει δυνατότητα ανάπτυξης «θεραπευτικής σχέσης» μεταξύ ασθενή και θεραπευτή;

Ζητήματα στελέχωσης και χρηματοδότησης. Επαρκούν οι διαθέσιμοι πόροι;

Υπάρχει ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενή σε ζητήματα, όπως η στέγαση, η σίτιση και η απασχόληση;

Συνέχεια στη φροντίδα και διασύνδεση με κοινωνικές υπηρεσίες στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Παρατηρούνται επαναλαμβανόμενες εισαγωγές και ποιες είναι οι αιτίες;

2^{ος} άξονας

Προσβασιμότητα των υπηρεσιών

Διαθεσιμότητα υπηρεσιών και δομών σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο.

Υπαρξη λιστών αναμονής – χρόνος αναμονής για πρόσβαση σε θεραπεία/νοσηλεία.

Επάρκεια υπηρεσιών σε επαρχιακές ή δυσπρόσιτες περιοχές.

Κατηγορίες ανθρώπων που μένουν εκτός περίθαλψης. Ποιες είναι οι αιτίες;

Αξιολόγηση του στόχου της τομεοποίησης των υπηρεσιών.

3^{ος} άξονας

Μετατόπιση της ευθύνης από το κράτος στο άτομο

Παρατηρείται μετακύλιση της ευθύνης και της λογοδοσίας για διασφάλιση της παροχής κατάλληλης φροντίδας από το κράτος στους εργαζόμενους;

Τι ρόλο έχουν οι οικογένειες στη στήριξη των συγγενών τους με ψυχικά προβλήματα; Είναι επαρκής η υποστήριξη που λαμβάνουν από τις δημόσιες δομές;

Ποιες είναι οι προσδοκίες για τη διαχείριση της ψυχικής κατάστασης από τους ίδιους τους ασθενείς;

Ενισχύεται η ατομική ευθύνη εις βάρος της συλλογικής; Ποιες είναι οι επιπτώσεις μιας τέτοιας μετακύλισης της ευθύνης στην ποιότητα και στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών;

4^{ος} άξονας

Συμμετοχή ιδιωτικών φορέων και ΜΚΟ στην παροχή και διαχείριση υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Ρόλος μη κρατικών φορέων στην παροχή ψυχιατρικής περίθαλψης.

Συνέπειες της εμπλοκής τους στην ποιότητα και προσβασιμότητα των υπηρεσιών.

Εμπορευματοποίηση του τομέα της ψυχικής υγείας.

Απόσυρση του κράτους και στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα. Ποιες είναι οι συνέπειες αυτής της μετατόπισης;

Neoliberal Policies and Psychiatric Reform in Greece

Polyxeni Spata

Abstract

This paper examines the policies and reforms implemented in the Greek mental health system from the 1980s to the present, focusing on the neoliberal policies imposed during the economic crisis and further entrenched during the pandemic. Specifically, it analyzes the impact of these policies on the provision of mental health services, as well as on achievement the goals of deinstitutionalization and community-centered care. The research was based on the collection of qualitative data through a literature review and semi-structured interviews with professionals in the public mental health system. In particular, participants included employees from two psychiatric hospitals, Dafni and Dromokaiteio, as well as two Mental Health Centers and a Day Center in Attica.

The results of the qualitative research highlight the failure of the reforms to achieve their proclaimed goals, with negative consequences for the quality and accessibility of services. Specifically, significant shortages in human and material resources, unequal distribution of services, inadequacies in primary care and psychosocial rehabilitation and a concerning return to institutional practices were identified. The private sector and non-governmental organizations appeared to play a significant role in the provision and management of services. At the same time, an increasing trend of shifting responsibility from the state to mental health professionals, patients and their families was observed.

Based on these findings, a radical transformation of the mental health sector and society as a whole is proposed, in order to place people's needs at the center of all policies.

Keywords:

Neoliberalism, mental health, psychiatric reform, mental health system, deinstitutionalization, commodification, individual responsibility