# ΜΕΡΟΣ Ι

# ΤΡΕΛΑ – ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑ – ΕΓΚΛΕΙΣΜΟΣ:

# Απόπειρες εξοικείωσης και ερμηνείας

## Εννοιολόγηση της τρέλας: Μια ιστορική αναδρομή

Περιδιαβαίνοντας στην ουσία και την έννοια των ορισμών της τρέλας και της κανονικότητας, μπροστά μας βρίσκουμε μια άβυσσο βιολογισμού και “ορθολογισμού”. Τρέλα και κανονικότητα, ως κοινωνική κατασκευή έχουν υπάρξει χρήσιμα εργαλεία για το κράτος και την συντήρησή του. Κατά τους αιώνες το νόημα της τρέλας και η σημασία της για τους ανθρώπους, μεταβάλλεται.

O εγκλεισμός του ψυχικά ασθενή για πρώτη φορά εισάγεται στους Νόμους του Πλάτωνα. Ένα ψυχικά άρρωστο άτομο ήταν δυνατό να καταδικαστεί από τον δικαστή σε φυλάκιση πέντε ετών με ρητή απαγόρευση των επαφών του με μέλη της κοινότητας. Στην πραγματικότητα, στην αρχαία Αθήνα οι ψυχικά ασθενείς παρέμεναν στο σπίτι τους υπό την επίβλεψη των συγγενών τους, οι οποίοι τιμωρούνταν αν τους παραμελούσαν ή τους εγκατέλειπαν. Κατά τον Μεσαίωνα η τρέλα οριζόταν ως αμάρτημα, ενώ γύρω στα τέλη του Μεσαίωνα η τρέλα και ο τρελός γίνονται απειλή κι εξευτελισμός.

Οι λεπροί, εξετάζοντάς τους ως κομμάτι της τρέλας του τότε, αποκλείονταν από την υπόλοιπη κοινότητα, έγκλειστοι μέσα σε ειδικά ιδρύματα (λεπροκομεία).

Τα λεπροκομεία ως δομές διαχωρισμού και αποκλεισμού, θα διατηρηθούν σε λανθάνουσα κατάσταση μέσα στον δυτικό πολιτισμό για να ενεργοποιηθούν ξανά αργότερα, στην διάρκεια του 17ου και 18ου αιώνα, την "Εποχή της Λογικής". Το 1656 ιδρύεται το Γενικό Νοσοκομείο του Παρισιού ενώ δημιουργούνται παράλληλα και μεγάλοι οίκοι εγκλεισμού. Τα Γενικά Νοσοκομεία δεν αποτελούν ιατρικά ιδρύματα αλλά τμήμα ενός συστήματος διοικητικής επιτήρησης για την αποκατάσταση της κοινωνικής ευταξίας. H κοινωνική ευταξία σημειώνεται με την συνύπαρξη σε αυτά ανέργων και άπορων, αλλά δεν παραλείπονται και "οι διεφθαρμένοι, οι βλάσφημοι, οι ακόλαστοι", οι "παράφρονες", οι "φρενοβλαβείς". Φαινομενικά, σκοπός των ιδρυμάτων αυτών ήταν να περιορίσουν την επαιτεία και την ανεργία ' οι έγκλειστοι όφειλαν να εργάζονται για να συνεισφέρουν στην ευημερία του συνόλου. Εντούτοις, η πρακτική του εγκλεισμού, υποστηρίζει ο Foucault, και η ώθηση στην εργασία δεν είχαν αποκλειστικώς οικονομικά αίτια. Τον εγκλεισμό υποβαστάζει μια ηθική αντίληψη η οποία αντιτίθεται κυρίως στην απειθαρχία και στην "ηθική παραλυσία". Η εργασία, με άλλα λόγια, θεωρείται η κατάλληλη πρακτική μέσω της οποίας δύναται να επιτευχθεί μια ηθική αναμόρφωση. Μέσα σε αυτούς τους χώρους καταναγκαστικών έργων, δίπλα στους υπόλοιπους έγκλειστους οι τρελοί όντας ανίκανοι να ακολουθήσουν τους εσωτερικούς ρυθμούς ζωής και ανίκανοι να εργαστούν, θα πρέπει να υπαχθούν σε ειδικό καθεστώς.

Στην περίοδο της Αναγέννησης η τρέλα «ήταν πανταχού παρούσα και μέτοχη σε κάθε εμπειρία, με τις εικόνες της ή τους κινδύνους της». Η τρέλα στην Αναγέννηση, παίζει ιδιαίτερο ρόλο για τον άνθρωπο, γιατί κάθε φορά που αυτός βρίσκεται αντιμέτωπος με την τρέλα του, έρχεται αντιμέτωπος με τα ζωώδη ένστικτα, τα οποία λειτουργούσαν ως η γνώση του κόσμου (για τον ίδιο). Στην κλασσική εποχή, η τρέλα περιφρουρείται και τα κάγκελα αποτελούν πλέον το συνοριακό όριο μεταξύ αυτής και της «λογικής».

Ο εγκλεισμός του 17ου αιώνα θα επιβάλει την “εργατικότητα”, μια ηθική ενάρετης διαγωγής και φιλοπονίας, θα επιφέρει την αστυνόμευση της “αλητείας” και της ανεργίας. Σ' αυτό το πλαίσιο οι τρελοί προσβάλουν την δημόσια ευπρέπεια και θα διαχωριστούν από τις άλλες “μη λογικές” ομάδες. Αν και έγκλειστοι, οι παράφρονες επιδεικνύονται ως μέλη ενός άλλου είδους, ανθρώπινα όντα χωρίς λογική, πλάσματα με αχαλίνωτο ζωώδη χαρακτήρα. Η παιδαγωγική λοιπόν που θα εφαρμοστεί πάνω τους, με πειθαρχικά μέτρα θα επιδιώξει να δαμάσει την ελεύθερη ζωώδη πλευρά της τρέλας. Τον 18ο αιώνα, τα ιδρύματα εγκλεισμού αρχίζουν να προκαλούν ανησυχία και φόβο. Η φυλακισμένη στα πρώην λεπροκομεία μη-λογική θα συνδεθεί με ιδέες μόλυνσης και αρρώστιας. Στο όριο μεταξύ ηθικής και ιατρικής, οι πυρετοί, οι αρρώστιες και ο μολυσμένος αέρας των οίκων εγκλεισμού, ο φόβος της διαφθοράς, η αντίληψη που ήθελε τους κατοίκους τους εκτεθειμένους στη "σήψη και τη μόλυνση" θα σηματοδοτήσει τη σύνδεση των εννοιών της μη-λογικής και της αρρώστιας. Μέσα στη ζοφερή αυτή ατμόσφαιρα αποσύνθεσης θα κάνει την εμφάνισή της η μορφή του γιατρού. Την «ιατρικοποίηση της τρέλας», δεν θα πρέπει να την εκλάβουμε, υποστηρίζει ο Foucault, ως μια ένδειξη “προόδου” στην κατανόηση των συμπτωμάτων ∙ αντιπροσωπεύει μάλλον μια "παράξενη οπισθοδρόμηση" παρά μια βελτίωση της γνώσης. **Δεν έχουμε δηλαδή να κάνουμε εδώ με ένα κίνημα αναμόρφωσης, αλλά με μια προσπάθεια εξαγνισμού των ιδρυμάτων για να αποτραπεί ο κίνδυνος μόλυνσης των πόλεων.** Ο μετασχηματισμός της κατανόησης της τρέλας και η απο-ενοχοποίηση των τρελών δεν μπορεί επομένως να αποδοθεί σε ανθρωπισμό. Οι επικρίσεις κατά του εγκλεισμού τον 18ο αιώνα αφορούσαν λιγότερο την ίδια την πρακτική αυτή και περισσότερο τις διαμαρτυρίες των υπόλοιπων εγκλείστων για τις πιθανές επιδράσεις αυτής της συγκατοίκησης. Ο στόχος δεν ήταν η απελευθέρωση των “τρελών”, μάλιστα η τρέλα συνδέθηκε ακόμη στενότερα με την εγκάθειρξη. Η ανάδυση μιας υποτιθέμενης "ανθρωπιστικής φροντίδας" και αγωγής για τους τρελούς έχει παραδοσιακά συνδεθεί με τα ονόματα των Pinel και Tuke. Η γένεση του ασύλου την περίοδο αυτή θεωρείται σύμπτωμα ιατρο-επιστημονικής προόδου. Όμως για τον Foucault το συμπέρασμα αυτό είναι αβάσιμο. Οι Pinel και Tuke, κατήργησαν τον κτηνώδη σωματικό περιορισμό, για να εφαρμόσουν στη θέση του μια σειρά μορφών ελέγχου, τιμωριών όπου κρινόταν απαραίτητο, και τυποποιημένων δραστηριοτήτων που στόχο είχαν την επιβολή και εν τέλει εσωτερίκευση συγκεκριμένων ηθικών αξιών και κωδίκων συμπεριφοράς. Τα μέτρα αποσκοπούσαν στην αυτοσυγκράτηση μέσω της εργασίας και της παρατήρησης και στόχευαν στον περιορισμό της τρέλας μέσω ενός συστήματος «ανταμοιβής και τιμωρίας, απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία του οποίου ήταν η συνεργασία και η υποταγή των ψυχοπαθών».Μέσα από το δίδυμο επομένως των τεχνολογιών επιτήρησης και κρίσης αναδύεται ανάμεσα στους φύλακες και τους ασθενείς η μορφή ενός φορέα λογικής και όχι σωματικής καταπίεσης: αυτή του "επόπτη" και αργότερα του "ψυχιάτρου". Η παρέμβαση του γιατρού αρχικά δεν προϋπέθετε καν την κατοχή ειδικών ιατρικών ικανοτήτων ή σχετικών αντικειμενικών . Το εξουσιαστικό κύρος του γιατρού απέρρεε μάλλον από χαρακτηριστικά ενός "σοφού" ή "ενάρετου". Δεν πρόκειται λοιπόν για την είσοδο, στο άσυλο, της ιατρικής επιστήμης αλλά μιας συγκεκριμένης προσωπικότητας. Δεν ήταν η γνώση που ερχόταν να συμβάλει στις δυσκολίες, αλλά η καταδυνάστευση του ανθρώπου από ένα Παντογνώστη, που υποκαθιστούσε τη λατρεία για Δύναμη, Εξουσία και Τιμωρία. Έτσι, η θεραπευτική εξουσία του γιατρού πήγαζε ουσιαστικά από τις δομές και τις αξίες της αστικής κοινωνίας.

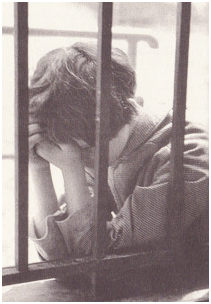
**Εξετάζοντας το ρόλο του κράτους και της εξουσίας στις διάφορες μορφές εγκλεισμού-Στόχοι και συμφέροντα**

Το κράτος νομιμοποιεί, εγκαθιδρύει και έχει τον συνολικό οικονομικό και διοικητικό έλεγχο της λειτουργίας διαφορετικών ειδών δομών εγκλεισμού όπως οι φυλακές, στρατόπεδα συγκέντρωσης και ψυχιατρεία. Η ύπαρξη των δομών αντανακλά την κυρίαρχη λογική και πρακτική τόσο του κράτους όσο και της επιστημονικής κοινότητας να κατηγοριοποιεί τους ανθρώπους σε ιδρύματα και να τους τοποθετεί σε ένα περίπλοκο κοινωνικό πεδίο σχέσεων εξουσίας. Η διασφάλιση της “ομαλής” κοινωνικής συμβίωσης και η επιβολή και διατήρηση της τάξης ρυθμίζεται και οριοθετείται μέσω της εκάστοτε κρατικής εξουσίας χρησιμοποιώντας ως βασικό μέσο επιβολής την κύρωση, η οποία είναι εφικτή με την παρέμβαση ενός μηχανισμού καταναγκασμού το μονοπώλιο του οποίου φυσικά κατέχει το κράτος. Την οργάνωση της κρατικής εξουσίας καθώς και την άσκηση και επιβολή του καταναγκασμού αυτού ελέγχει και ρυθμίζει το δίκαιο, το οποίο αποτελεί μια γενική διευθέτηση που καθορίζει «τα πλαίσια διεξαγωγής των κοινωνικοπολιτικών ανταγωνισμών σ' ένα συγκεκριμένο κοινωνικό σχηματισμό» (Α. Μάνεσης).Συνεπώς «σαν μέσο επιβολής, έκφρασης και αναπαραγωγής της δεδομένης κατάστασης κάθε ανταγωνιστικής κοινωνίας, το δίκαιο συνιστά μια από τις θεμελιώδεις εκφράσεις της εξουσιαστικής “αρχής της πραγματικότητας”. Η εσωτερίκευση της από το κοινωνικό σώμα μέσω του καταναγκασμού και της ιδεολογικής χειραγώγησης αποτελεί την σημαντικότερη προϋπόθεση της επιβίωσης και της αναπαραγωγής αυτής της πραγματικότητας» (Κ. Γρίβας). Το κράτος εγκαθιδρύοντας και “νομιμοποιώντας” τις διάφορες μορφές εγκλεισμού και χρησιμοποιώντας γι' αυτό τους νόμους του, καταφέρνει την αυτοσυντήρηση και διαιώνισή του. Μπορεί φαινομενικά ο εγκλεισμός να κοστίζει στο κράτος, αλλά αν κοιτάξουμε βαθύτερα, το σύστημα όχι μόνο δε ζημιώνεται αλλά κερδίζει. Αρχικά, ο εγκλεισμός βοηθά στην συντήρηση των κανονικοτήτων και άρα στη συντήρηση του υπάρχοντος. Στην καπιταλιστική κοινωνία δεν μπορούν να συνυπάρξουν όλοι. Ο κυρίαρχος και αποδεκτός ανθρωπότυπος είναι αυτός που μπορεί να παράγει και να συμβάλει οικονομικά στο σύστημα, αλλά και που μπορεί να αναπαράγει τις τρέχουσες αξίες που στηρίζουν την καθεστηκυία τάξη. Αυτές σαφώς, δεν είναι άκαμπτες και συγκεκριμένες, Τις περισσότερες φορές το σύστημα μπορεί να αφομοιώσει και να κάνει δικιές του, λογικές που φαινομενικά είναι έξω από αυτό. Όσες δεν μπορεί, τις εγκλωβίζει στα κελιά του (βλ. παρακάτω, Εγκλεισμός ως μηχανή αλλοτρίωσης)και τις χρησιμοποιεί με διαφορετικό τρόπο. Οι έγκλειστοι (ψυχικά ασθενείς, μετανάστες, άτομα στις φυλακές για ποινικές και άλλες πράξεις κ.ο.κ), αποτελούν μαζί με μη έγκλειστο πληθυσμό (πχ. Άνεργοι και επισφαλώς εργαζόμενοι) τον λεγόμενο, κατά τον Μαρξ, εφεδρικό στρατό εργασίας, ο οποίος είναι βασικός για την πρόοδο του κεφαλαίου, αποτελώντας ένα τεράστιο μοχλό πίεσης για τους εργαζόμενους. «Η υπερβολική εργασία του απασχολημένου μέρους της εργατικής τάξης πληθαίνει τις γραμμές της εφεδρείας της, ενώ αντίθετα η αυξημένη πίεση, που η εφεδρεία ασκεί με το συναγωνισμό της στους απασχολημένους εργάτες, τους υποχρεώνει να εργάζονται υπερβολικά και να υποτάσσονται στις προσταγές του κεφαλαίου». Ο εργασιακός εκβιασμός της ολοκληρωτικής αναλωσιμότητας, (όπου κάθε εργαζόμενη αντιμετωπίζεται απλώς σαν ένα αναπληρώσιμο γρανάζι στην καπιταλιστική μηχανή) είναι η μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη της εργοδοσίας **κατασκευή τρελών και ο εγκλεισμός τους, μπορεί φαινομενικά να βλάπτει την παραγωγική και αναπαραγωγική λειτουργία: ο “τρελός” άνθρωπος δεν μπορεί ούτε να εργαστεί “αποτελεσματικά” (με όρους εντατικοποιημένης παραγωγής), ούτε να αναπαραγάγει το κοινωνικό μοντέλο και τις αξίες του επαρκώς. Κι αυτό γιατί, ο “τρελός” έχει στιγματιστεί ως τέτοιος επειδή υπερβαίνει τις κυρίαρχες νόρμες σε επίπεδο συμπεριφοράς και λειτουργίας, που με τη σειρά τους οι δύο τελευταίες ορίζονται από το σύστημα του καπιταλισμού. Άρα, όποιος δεν μπορεί να εργαστεί (όπως ορίζεται η εργασία από τον καπιταλισμό), θα έπρεπε να δημιουργεί πρόβλημα στη μηχανή του. Αντ' αυτού, όχι μόνο δεν αποτελούν τροχοπέδη για το σύστημα, αλλά οι ψυχικά πάσχοντες, συμμετέχοντας σε αυτόν τον εφεδρικό στρατό εργασίας, πολλές φορές συμμετέχουν στην παραγωγή χωρίς καν να αμείβονται. Προκειμένου να μην πάει “ούτε ένας εργάτης χαμένος” ο καπιταλισμός στο πρόσωπο της τρέλας χτίζει τέτοιες “εργασιακές” σχέσεις, με κίνητρο το ξεζούμισμα και την εκμετάλλευση, ντύνοντας την άμισθη και επισφαλής εργασία με ορολογίες επανένταξης. Μετανάστες, ψυχικά ασθενείς, φυλακισμένοι γίνονται πηγή εκμετάλλευσης και κέρδους για την οικονομία και το κεφάλαιο.**

**Τέλος, ψυχιατρεία, στρατόπεδα συγκέντρωσης και λοιπές δομές εγκλεισμού όσα και να στοιχίζουν στο κράτος, πάντα αποβαίνουν προς όφελος της οικονομίας, αφού στην πλάτη τους στηρίζονται σωρία βιομηχανιών και των κερδών τους (πχ φαρμακοβιομηχανίες). Οι δομές, λοιπόν, αυτές αναπαραγάγουν το σύστημα και εφευρίσκουν τρόπους για να συντηρηθεί η κανονικότητα.**

Έτσι λοιπόν, η διάκριση ανάμεσα στο δέον και το μη δέον, το επιτρεπόμενο και το μη επιτρεπόμενο, το υγιές και το μη υγιές είναι ισχυρότατο εργαλείο κοινωνικού ελέγχου: αντικατοπτρίζει, επεκτείνει και εξειδικεύει την εκάστοτε θεμελιώδη σχέση κυριαρχίας, η οποία στην εποχή μας παραμένει βαθύτατα και σκληρότατα ταξική· δεν είναι άλλη από τη βάρβαρη κυριαρχία του κεφαλαίου πάνω στη ζωντανή εργασία με ό,τι αυτή συνεπάγεται για τη φύση, την κοινωνία, τον άνθρωπο και τις ανθρώπινες σχέσεις. «Ο ιδρυματισμός των “ατάκτων” με τον αντίστοιχο κοινωνικό στιγματισμό είναι στην πραγματικότητα ένα φαινόμενο που συνδέεται άμεσα με τη γέννηση της βιομηχανικής περιόδου και ιδιαίτερα με τη φάση της εξάπλωσής της. Δηλαδή, όταν προέκυψε η ανάγκη να κωδικοποιηθεί η διαφορετικότητα και να δημιουργηθούν γι’ αυτήν τα κατάλληλα ιδρύματα-θεσμοί (και οι αντίστοιχες επιστημονικές ιδεολογίες) χρειάστηκε να διαχωριστούν τα διαταρακτικά στοιχεία από αυτά που ήταν ενταγμένα στην παραγωγή. Από κείνη τη στιγμή τα όρια της κανονικότητας καθορίστηκαν σύμφωνα με τις ανάγκες της παραγωγής».

**Ορίζοντας τον εγκλεισμό**

****

Ο εγκλεισμός μπορεί να πάρει διάφορες μορφές με διαφορετικές προφάσεις και αιτίες: η αντιμετώπιση της ποινικής παραβατικότητας και η διατήρηση της έννομης τάξης στις φυλακές, η άδεια παραμονής και οι “λαθραίοι” στα στρατόπεδα συγκέντρωσης, η “θεραπευτική” παρέμβαση στα ψυχιατρεία. Η μεθοδολογία που παράγει τις εξουσιαστικές σχέσεις και τις δομές εγκλεισμού όπως τις φυλακές και τα στρατόπεδα συγκέντρωσης είναι ακριβώς η ίδια που γέννησε το ψυχιατρικό άσυλο και τον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης του. Ο εγκλεισμός του ατόμου συντελείται με την τοποθέτηση-κράτησή του σε ένα ολοκληρωτικό ίδρυμα-δομή (φυλακές, στρατόπεδα συγκέντρωσης, ψυχιατρεία) το οποίο σύμφωνα με τον Goffman ορίζεται πλέον ως ο τόπος κατοικίας και εργασίας μαζί, όπου μια ομάδα ανθρώπων με κοινή τύχη είναι αποκομμένη από την ευρύτερη κοινωνία και διάγει κατευθυνόμενη και αυστηρά προγραμματισμένη ζωή. Ο ολοκληρωτικός χαρακτήρας συμβολίζεται με τη φυσική οριοθέτηση από τον εξωτερικό κόσμο. Κλειδωμένες πόρτες, ψηλοί τοίχοι ή εμπόδια της φύσεως, όπως θάλασσα, δάση και αγροί, συνήθως δυσκολεύουν την επικοινωνία των εγκλείστων με τον έξω κόσμο. Κατά τον Goffman τα κύρια χαρακτηριστικά των ολοκληρωτικών ασύλων είναι τα ακόλουθα:   
 **Α)** Ο κόσμος του κρατούμενου, του ασθενή κ.λ.π. εμπεριέχεται στην ολότητα του ιδρύματος, με περιορισμένη πρόσβαση στον έξω κόσμο, π.χ. επισκέψεις από φίλους ή συγγενείς.

**Β)** Υπάρχει μια ιεραρχία στην εξουσία και δύναμη.

**Γ)** Το ίδρυμα είναι ένας οργανισμός. Υπάρχουν κανόνες και κανονισμοί και για τους κρατούμενους και για το προσωπικό, καθώς επίσης και εντολές για υπακοή και συμμόρφωση σε αυτούς τους κανόνες. Υπάρχει ο ρόλος του κρατούμενου και ο ρόλος του προσωπικού.

**Δ)** Ως οργανισμός, το ίδρυμα έχει σκοπούς και στόχους. Η φυλακή πρέπει να λειτουργεί με τέτοιο τρόπο ώστε να εκπληρώνει τις απαιτήσεις και τη λειτουργία “της φυλάκισης”.

**Ε)** Για να επιτευχθούν οι στόχοι του ιδρύματος, οι δραστηριότητες μέσα σε αυτό οργανώνονται σύμφωνα με ένα “ορθολογιστικό πλάνο”. Υπάρχει χρονοδιάγραμμα που κανονίζει τις κινήσεις και τη συμπεριφορά των κρατουμένων (έτσι υπάρχει συνεχής τάξη & σταθερότητα), με πολύ λίγα περιθώρια ιδιωτικότητας ή προσωπικών επιλογών.

Ο εγκλεισμός συνεπώς όπως είναι διαμορφωμένος έχει ως στόχο εκτός από την απομόνωση του ατόμου που έχει κριθεί σύμφωνα με τις επιταγές της κοινωνίας ως ανεπιθύμητο και επικίνδυνο, την εξάλειψη και χειραγώγηση κάθε προσωπικού του χαρακτηριστικού που έρχεται σε αντίθεση με την καθεστηκυία τάξη. Ο εγκλεισμός συνεπάγεται μια σειρά στερήσεων. Το άτομο στερείται την ελευθερία του στα πλαίσια μια ΗΘΙΚΗΣ καταδίκης και τιμωρίας για τις πράξεις του∙ στερείται βασικά αγαθά και υπηρεσίες (για τα δεδομένα των δυτικών κοινωνιών)∙ στερείται την βασική αυτονομία στις αποφάσεις του και τις επιλογές του στα αγαθά και τις σεξουαλικές του σχέσεις. Στερείται ακόμα, την ασφάλειά του καθώς ζει και υπάρχει σε ένα περιβάλλον με την ταυτότητα του εγκλείστου (μια ταυτότητα που αποκλίνει σημαντικά από αυτό που έχουμε ορίσει σαν “ανθρώπινο ον” και τα “δικαιώματα” που συνεπάγεται).Οποιαδήποτε γεγονός, επομένως, που μπορεί να συμβεί σε μια δομή εγκλεισμού και να απειλήσει/βλάψει την σωματική ακεραιότητα του εγκλείστου (ή να οδηγήσει ακόμα και στον θάνατό του), δεν παράγει τα νοήματα που θα παρήγαγε έξω από το ίδρυμα, αλλά συγκαλύπτεται και “χάνεται” στην ολοκληρωτική διάρθρωση της δομής.

Το στάδιο μέχρι να καταλήξει ο ασθενής στο ψυχιατρείο συνδέεται με μια σειρά ενεργειών που έχουν ως αποτέλεσμα τον ακούσιο εγκλεισμό του. Σύμφωνα με τον νόμο 2079/1992 που καθορίζεται από τα άρθρα 95 έως 101 η ακούσια νοσηλεία συντελείται όταν ο ασθενής εισάγεται σε μια μονάδα ψυχικής υγεία για θεραπεία, χωρίς τη συγκατάθεσή του. Σύμφωνα με τις ρυθμίσεις του νόμου για να πραγματοποιηθεί ακούσιος εγκλεισμός ασθενή σε μονάδα ψυχικής υγείας θα πρέπει να συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις :  
**1. Α)** Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.  
**Β)** Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του  
**Γ)** Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του είτε να αποκλειστεί η θεραπεία του.

*ή*  **2.** Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.  
Σύμφωνα με τον Goffman η πλειονότητα των ατόμων εισάγεται στο ψυχιατρείο απρόθυμα, μετά από παρακλήσεις των δικών τους ανθρώπων και πολλές φορές μετά από απειλές και αφού έχουν βιώσει άσχημες καταστάσεις (ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις όπου τα άτομα συναινούν στον εγκλεισμό τους, αφού τους δημιουργείται το αίσθημα της ενοχής απέναντι στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, καθώς δε μπορεί να ανταπεξέλθει στον κοινωνικό ρόλο που του ανατίθεται). Όταν μάλιστα το άτομο δε συμμορφώνεται με τις υποδείξεις των υπολοίπων για τη μεταφορά του στο ψυχιατρείο, η μεταφορά γίνεται με αστυνομική συνοδεία. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα άτομα που παίζουν σημαντικό ρόλο είναι ο κοντινότερος άνθρωπος του “ψυχικά ασθενούς”, ο ενάγων (το πρόσωπο που κινεί τις ενέργειες εναντίον του παραβάτη )και ο εκπρόσωπος της πολιτείας π.χ. αστυνομικοί ,κοινωνικοί λεπτουργοί κ.α.

**Εγκλεισμός ως μηχανή αλλοτρίωσης**

Ο εγκλεισμός, από τη γέννησή του ως σήμερα, εξυπηρετεί, όχι την απομάκρυνση και απομόνωση των “ξένων”\* που σε επίπεδο καθημερινότητας μένουν στην αφάνεια, αλλά τη δημιουργία “ξένων”. Με την εγκάθειρξη, παίρνοντας πρόσωπα οικεία, μέσ' από το κοινωνικό τοπίο, τα μεταβάλλει σε αλλόκοτες μορφές, που κανένας πια δεν αναγνωρίζει. Με την διαδικασία του εγκλεισμού, η αλλοτρίωση είναι δεδομένη. Φυλακίζοντας ανθρώπους με το στίγμα του τρελού και θεωρώντας τους ως “μη-κανονικούς”, χάνουμε ένα κομμάτι της ίδιας της κοινωνικής υπόστασής μας ,νοώντας ως αντικοινωνική μια συμπεριφορά η οποία, αναπτύχθηκε στους ίδιους τους κόλπους της κοινωνίας. Μη αποδεχόμενοι στοιχεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, περιχαρακωνόμαστε και περιοριζόμαστε στα στενά πλαίσια που μας επιτρέπει το εκάστοτε διαγνωστικό εγχειρίδιο. Αποξενωνόμαστε από τους ίδιους μας τους εαυτούς και περιπίπτουμε σε έναν εσφαλμένο αιτιακό κύκλο “μη-κανονικότητας”, όπου η τρέλα ορίζει την παθογένεια και η παθογένεια την τρέλα, χωρίς να εξετάζεται ο παράγοντας που γεννά αυτή την αιτιότητα. Για μας, η γέννηση αυτής της αιτιότητας συνδέεται τις περισσότερες φορές με μηχανισμούς εξουσίας και με προσπάθειες επιβολής της νόρμας. Οι κοινωνικές νόρμες λένε, λίγο ως πολύ, ότι κανονικό είναι αυτό που κάνει και νιώθει η πλειονότητα των ανθρώπων της κάθε κοινωνικής ομάδας. Όπως λέει ο σημαντικός θεωρητικός της ψυχανάλυσης Έριχ Φρομμ, «η κανονικότητα είναι μια πράξη προσαρμογής». Όποιος καταφέρνει να ανταποκρίνεται έτσι στους κανόνες της κοινωνίας στην οποία ζει, ώστε να είναι λειτουργικός, θεωρείται κανονικός.

\**με τον όρο “ξένος” εδώ εννοούμε την έλλειψη στη συνάφεια σκέψης, χωρίς την έννοια κάποιας εθνολογικής-εθνικής απόχρωσης.*

**Ορίζοντας την κανονικότητα**

Η κανονικότητα, ως συνθήκη, είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής συμβίωσης και των άτυπων κανόνων που εντοπίζονται σταθερά και διαχρονικά σε αυτή, σε μορφές κοινωνικής συνύπαρξης περισσότερο ή λιγότερο οργανωμένες. Το περιεχόμενό της, ωστόσο, δεν παραμένει αμετάβλητο, αλλά διαμορφώνεται συνεχώς και μάλιστα σε συνάρτηση με το πλαίσιο που εμφανίζεται σε κάθε στιγμή. Αυτό που κάθε φορά ορίζεται ως κανονικό αποτελεί μια σύνθεση του πολύπλοκου πλέγματος της κοινωνικής συνύπαρξης, των σχέσεων εξουσίας που ενυπάρχουν στην καθημερινότητα *και* του ιδεολογικά κυρίαρχου λόγου. Η κανονικότητα δημιουργεί έναν πυρήνα γύρω από τον οποίο οφείλουν να συσπειρωθούν όλα τα υποκείμενα. ΄Οσοι δεν ακολουθούν τις επιταγές της, στιγματίζονται και περιθωριοποιούνται. Σ' ένα μη-ταξινομημένο άνθρωπο, η συμπεριφορά είναι απρόβλεπτη και ακατανόητη και συνεπώς αποτελεί μια απειλή για τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας. Όσοι αρνούνται να υποταχθούν στο στίγμα τους, κατατάσσονται στους “ψυχοπαθείς”. Κατόπιν, αναλαμβάνει ο ψυχίατρος να τους υποβάλει στην διαδικασία των τυπικών ψυχιατρικών αποφάσεων και να τους θέσει υπό ψυχιατρική κράτηση. Οι ιδέες για το κανονικό, όπως προκύπτουν και μεταλλάσσονται στην καθημερινότητα και όπως διατυπώνονται κυρίαρχα, συναρτώνται προφανώς με το θεσμικό, πολιτικό, οικονομικό πλαίσιο οργάνωσης της κοινωνικής συμβίωσης. Η επιστήμη στην ιστορικότητα της δεν υπήρξε και δεν είναι τίποτα άλλο από την ιδεολογικά κατοχυρωμένη και κατεκτημένη γνώση με κάποιο σκοπό. Ο σκοπός αυτός ορίζεται από τους θεματοφύλακες της αυθεντίας και τους χρηματοδότες της ίδιας της διαδικασίας, στο σύγχρονο καπιταλιστικό τρόπο ζωής.

Η αντικειμενικότητα των γνώσεων και της πρακτικής της ψυχιατρικής αρχικά, «δεν ήταν τίποτε άλλο από μια “αντικειμενοποίηση” μαγικού χαρακτήρα», η οποία μπορούσε να πραγματοποιηθεί, βέβαια, μόνο με τη συνενοχή του ίδιου του ασθενούς κι επίσης μόνον εφόσον ξεκινούσε από μια διάφανη και ξεκάθαρη ηθικολογική πρακτική. Η πρακτική αυτή όμως, βαθμιαία ξεχάστηκε γιατί αντικαταστάθηκε από τον μύθο της επιστημονικής αντικειμενικότητας, που επέβαλε στη συνέχεια το θετικιστικό πνεύμα.

Η συνεχής αύξηση των ψυχικών ασθενειών μαρτυρά τη διαρκή απόσπαση συμπεριφορών από το πεδίο του κανονικού και την παθολογικοποίησή τους. Με την αναθεώρηση και την περαιτέρω ψυχολογικοποίηση που συντελείται σε κάθε έκδοση DSM*(Διαγνωστικό Στατιστικό Εργαλείο)*, με την ανακατασκευή της υγείας, έχουμε έναν εκ νέου κάθε φορά ορισμό της ίδιας της κανονικότητας. Άλλες φορές, διευρύνει και άλλες (που είναι και οι περισσότερες), στενεύει τα όρια της κανονικότητας, αυξάνοντας κατά πολύ το πεδίο της ασθένειας και της μη λειτουργικότητας. Παρακάτω, θα επιχειρήσουμε να αναλύσουμε περιπτώσεις, που, από την κυρίαρχη αφήγηση, εντάσσονται στη σφαίρα της μη-κανονικότητας.

**– Burn-out (εργασιακή εξουθένωση) - Η ψυχολογικοποίηση “υγιών” αντιδράσεων σε ένα “άρρωστο” περιβάλλον εργασίας**

Το burn-out ή αλλιώς εργασιακή εξουθένωση είναι έννοια που επινοήθηκε από τον Freudenberger και αποτελεί το επιστημονικό-ψυχολογικό άλλοθι για μια επιστημονικά και ιδεολογικά τεκμηριωμένη, απόσπαση από το κοινωνικό-πολιτικό πλαίσιο. Αναλυτικότερα το burn out είναι η εργασιακή εξάντληση και κόπωση, η διαδικασία κατά την οποία παύεις να είσαι “παραγωγικός” και επέρχεται μια περίοδος κορεσμού και αποστροφής προς την εργασία. Αυτό με λίγα λόγια είναι μια από τις πολλές νέες θεωρίες που γεννήθηκαν εν όψει της παθολογικοποίησης αντιδράσεων στην καπιταλιστική ζωή και στις αναδιαρθρώσεις της. Το συγκεκριμένο πολιτικό-οικονομικό και κοινωνικό σύστημα στο οποίο είμαστε ενταγμένοι φροντίζει να μας εξοπλίσει πολύ πριν την επαγγελματική μας ένταξη με όλες εκείνες τις προϋποθέσεις, ώστε να το αποδεχτούμε και να το αφομοιώσουμε ως δεδομένο, μοναδικό και αμετάβλητο. Συνεπώς, καλούμαστε διαρκώς, να αναπαράγουμε και να συντηρήσουμε ως αμετάβλητο το εργασιακό-κοινωνικό πλαίσιο (δομές, θεσμούς, συστήματα, πολιτικές). Η φυσιολογική αποστροφή για εργασία όταν η εργασία έχει υποστεί τέτοια αλλοτρίωση, θεωρείται νόσος, που την ευθύνη τη φέρει το άτομο. Το άτομο γνωρίζει ότι για να υπάρξει και να γίνει αποδεκτός σαν επαγγελματική οντότητα, δηλαδή για να επιβιώσει επαγγελματικά, θα πρέπει να συμμορφωθεί στους κανόνες και να κινείται με τους όρους ενός προϋπάρχοντος πλαισίου. Να αποδεχτεί και να ενσωματωθεί σε μια συγκεκριμένη εσωτερική κατανομή εργασίας και σχέσεων εξουσίας. Η αποανθρωποποίηση της εργασίας συντελεί στην αποκοπή του ανθρώπου από την ανάγκη του για συλλογική και ατομική δημιουργία. Αυτή είναι και η έσχατη μορφή της αποξένωσής του από την ίδια του τη φύση.

Στις πολιτικές που διέπουν τη δημιουργία, οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών ενυπάρχουν και οι όροι διαχείρισης, όχι μόνον των πολιτών που προσφεύγουν σε αυτές, αλλά και των εργαζομένων που τις στελεχώνουν. Η αποδοχή αυτών των όρων είναι ταυτόχρονα και αποδοχή της ίδιας της ανελευθερίας τους, δηλαδή του υπαρξιακού τους περιορισμού και της αλλοτρίωσής τους. Η συνθήκη αυτή καλλιεργεί και τις προϋποθέσεις όχι μόνον της αφομοίωσης στο υπάρχον αλλά και της αναπαραγωγής του. Αλλαγές που επιτρέπονται ή γίνονται ανεκτές είναι αλλαγές που δεν ακυρώνουν ή δεν ανατρέπουν το κυρίαρχο ιδεολογικό-επιστημονικό σχήμα.

Μεγάλες επιχειρήσεις και διεθνή μονοπώλια χρησιμοποιούν πολλές φορές τη θεωρία του Burn-out και τα εργαλεία της για τη χειραγώγηση, την προσαρμογή και την αύξηση της αποδοτικότητας των εργαζομένων. Μέσα από τη μετατροπή του ίδιου του εργαζόμενου σε πάσχον υποκείμενο, προκύπτουν και οι τεχνικές αντιμετώπισης. Κατασκευάζονται δηλαδή, διαγνωστικά-θεραπευτικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται εκτενώς σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο.

**–Ομοφυλοφιλία**

Η ομοφυλοφιλία από τον 19ο αιώνα εγγράφεται στο χάρτη των σεξουαλικών διαταραχών μαζί με μια πληθώρα αντίστοιχων «δυσλειτουργιών» και «διαστροφών». Η σεξουαλική συμπεριφορά διχοτομείται, ορίζεται το αποδεκτό και το μη, συνδέοντας έτσι τη σεξουαλική πράξη με την αναπαραγωγή. Σκοπός “ιερός” είναι η γέννηση παιδιού και αν μια σεξουαλική επιλογή καταστρατηγεί αυτή την “ιερότητα”, αυτομάτως εντάσσεται στη μη-κανονικότητα. Ιδιαιτέρως στο χώρο της εκκλησίας, γίνεται τεράστια απόπειρα να τεθούν όρια στις επιθυμίες των ανθρώπων, βαφτίζοντας ότι παρεκκλίνει από το εκκλησιαστικό δόγμα ως “ανωμαλία” και προωθώντας μια αποστειρωμένη ηθική ως το φυσιολογικό, το κανονικό, που πρέπει να ακολουθήσει η σημερινή παραπλανημένη κοινωνία. Η κοινωνία στον ελλαδικό χώρο, αν και έχει εν μέρει αποκοπεί από τη θρησκολαγνία, παρ’ όλα αυτά κατάλοιπα και στερεότυπά της βλέπουμε διάχυτα στο κοινωνικό σώμα, με αποτέλεσμα να καθιερωθεί μια άλλου είδους κανονικότητα, μετεξέλιξη αυτή της παλιάς θρησκοληπτικής. Η επιστήμη της ψυχιατρικής από την άλλη έρχεται να αναλύσει και να καταγράψει διεξοδικά της σεξουαλικές «διαστροφές» και να βρει τρόπους να τις διορθώσει, κατασκευάζοντας μια νέα θεώρηση της ομοφυλοφιλίας κατά την οποία η ταυτότητα του ατόμου, το ίδιο το άτομο στο σύνολό του, καθορίζεται απόλυτα από την «παρεκκλίνουσα» σεξουαλικότητά του, είναι στο σύνολό του παθολογικό. Το DSM-I χαρακτηρίζει την ομοφυλοφιλία ως «κοινωνιοπαθή διαταραχή προσωπικότητας» ενώ το DSM-II ως «σεξουαλική απόκλιση». Το 1974, στην έβδομη ανατύπωση του DSM-II η ομοφυλοφιλία δεν εμπεριέχεται στις ψυχικές παθήσεις, κι αυτό ως προϊόν της ανάπτυξης του gay κινήματος και της πίεσης που άσκησε στους επίσημους φορείς της ψυχικής υγείας.

**Έμφυλοι διαχωρισμοί και straightness κουλτούρα: αποδομώντας και καταστρέφοντάς τα**

Οι έμφυλοι διαχωρισμοί στην σημερινή κυριαρχική κοινωνία της straightness, είναι ορατοί από μια βόλτα στο δρόμο και από το πως αντιμετωπίζονται οι γκέι ή μια παρέα γυναικών, από “μάτσο” άνδρες. Η κατάσταση αυτή είναι απόρροια της βαθύτερης δομής της κοινωνίας, κύτταρο της οποίας αποτελεί η οικογένεια. Το βιολογικό φύλο έρχεται να κανονικοποιήσει την ύπαρξη και του αντίστοιχου κοινωνικού φύλου με προσταγές όπως: αν είσαι γυναίκα είσαι ευαίσθητη, αν είσαι άνδρας μπορείς να είσαι πολυγαμικός κ.ο.κ. Έτσι, η κοινωνία αρχικά μέσω του σχολείου και της οικογένειας, έρχεται να προσδώσει σε κάθε άνδρα και σε κάθε γυναίκα διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους. Η προσπάθεια παραβίασης των κανόνων αυτών στιγματίζεται, επιβεβαιώνοντας την οργάνωση και κίνηση της κοινωνίας μέσα στα όρια της straightness. Η καταστροφή της straightness θα σήμαινε και την καταστροφή του ιδανικού άνδρα και της ιδανικής γυναίκας (πρότυπα μη εφικτά), αλλά και την είσοδο σε ένα κόσμο μέσα στον οποίο όλα τα φύλα θα είναι βιώσιμα και αποδεκτά. Ως αντίθετο της straightness, συναντούμε την queerness, η οποία προσπαθεί να καταργήσει τις έμφυλες ιεραρχίες αλλά και τις ιεραρχίες που βασίζονται στη σεξουαλική επιθυμία.

Η φυσικοποίηση των κανόνων φύλου, δεν μπορούν, βέβαια, να ειδωθούν μεμονωμένα. Η επιβολή του κοινωνικού φύλου έρχεται ως επακόλουθο μιας σειράς επιβολής κανόνων, η οποία ορίζεται από μια έτοιμη, υπάρχουσα παράδοση που την ενισχύει το σύστημα και οι θεσμοί του, και τροποποιείται ανάλογα με τα οικονομικά και κοινωνικά συμφέροντα. Άρα, δεν θα μπορούσαμε να αποκόψουμε τον αγώνα ενάντια στις έμφυλες διακρίσεις από τον αντικαπιταλιστικό αγώνα και άρα την αναγκαιότητα για ανατροπή του υπάρχοντος.

**Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ -ADHD) ή αλλιώς η ανυπακοή και η μη πειθάρχηση ορίζεται σήμερα ως παθολογική κατάσταση. Στη διαταραχή αυτή, φαίνεται ξεκάθαρα το πώς μία τυπική συμπεριφορά μη υπάκουων παιδιών μετατρέπεται σε σοβαρή αναπτυξιακή διαταραχή. Μάλιστα, υπάρχουν διαφορετικές αντιλήψεις για την αναγνώριση της ΔΕΠ-Υ ανά τον κόσμο, ενώ η διάγνωση και η θεραπεία αλλάζουν με ταχύτητα. Μετά την δεκαετία του ’60, αυτές οι συμπεριφορές άρχισαν να συμπεριλαμβάνονται σε μια σειρά από διαγνώσεις που τις ορίζουν ως παθολογικές: «ελαφρά εγκεφαλική δυσλειτουργία», αρχικά και «διαταραχή της προσοχής και υπερκινητικότητα» (ADHD), εν συνεχεία. «Τα υπερκινητικά παιδιά βρίσκονται διαρκώς σε υπερδιέγερση και κίνηση, προκαλούν μονίμως φασαρία και συνήθως παρουσιάζουν εξελικτικές ανωμαλίες. Γενικά, τα σημεία της διαταραχής μπορεί να είναι ελάχιστα ως απόντα, όταν: το άτομο βρίσκεται κάτω από αυστηρό έλεγχο, αντιμετωπίζει κάποια καινούρια κατάσταση, ασχολείται με κάτι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, διαντιδρά με ένα μόνο άτομο ή επιβραβεύεται συστηματικά για την καλή του συμπεριφορά». Το παράδειγμα αυτό είναι χαρακτηριστικό της παθολογικοποίησης από τις επιστήμες της ψυχικής υγείας συμπεριφορών που, μέχρι πρότινος, θεωρούνταν “κανονικές”.

Ειδικά στης ΗΠΑ, η διάγνωση περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος συμπεριφορών, με αποτέλεσμα την εκρηκτική αύξηση της χορήγησης ψυχοφαρμάκων, ακόμα και αντιψυχωσικών σε πολλά παιδιά. Στις Ηνωμένες Πολιτείες χορηγούνται φάρμακα σε περίπου 2.000.000 παιδιά που παρουσιάζουν απλά κάποια προβλήματα στην εστίαση της προσοχή τους. Τα 2/3 αυτών των παιδιών παίρνουν φάρμακα που φρενάρουν τον “ακραίο αυθορμητισμό” τους και την έλλειψη συγκέντρωσης, υφιστάμενα παρενέργειες, όπως αϋπνίες, περιορισμένη όρεξη για φαγητό και ανάπτυξη εθισμών στην εφηβική και ενήλικη ζωή τους. Απ’ την άλλη, περίπου 6.000.000 παιδιά στις ΗΠΑ διαγνώστηκαν με σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα. Τώρα, στον κατάλογο προστίθεται μία νέα νόσος, ο “υποτονικός γνωσιακός ρυθμός”, που έχει ως χαρακτηριστικά το λήθαργο, τη διαρκή τάση για ονειροπόληση και βραδείες διανοητικές διαδικασίες.

Οι ερευνητές της ΔΕΠ-Υ παρ’όλο που γενικά καταλήγουν στην απόρριψη των φαρμάκων γι αυτή τη διαταραχή, προτείνουν την ανάγκη για μια νέα ουσία που θα υποκαταστήσει την παλιά και θα διατηρήσει ανέπαφο τον κυρίαρχο φαρμακοβιομηχανικό μηχανισμό .Οι ψυχολόγοι που κινούνται στις παραπάνω λογικές, όπως ο Ράσσελ Μπάρκλεϊ και ο Κιθ Μακμπέρνετ (αυθεντίες ψυχικής υγείας στη ΔΕΠ-Υ), χρηματοδοτούνται τόσο για έρευνες, όσο και για ομιλίες, από τη φαρμακευτική εταιρεία ElliLilly. Ο Ράσσελ Μπάρκλεϊ συγκεκριμένα υποστηρίζει ότι όσοι διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ έχουν ελλείμματα σε ό,τι ο ίδιος αποκαλεί “κανονιστική συμπεριφορά”, καθώς είναι λιγότερο αποκριτικοί σε κανόνες των καθιερωμένων αρχών και λιγότερο ευαίσθητοι σε θετικές ή αρνητικές συνέπειες των πράξεών τους.

Δεν είναι όμως μόνο οι “διαγνώσεις” που κατακερματίζουν την αντίσταση στη μονοτονία του συστήματος: Το κράτος φροντίζει να νομιμοποιήσει τους μηχανισμούς καταστολής και κοινωνικού ελέγχου και να επιταχύνει, μέσα από την συρρίκνωση των “ασυμμόρφωτων μαθητών”, την κατηγοριοποίησή τους σε προβληματικούς-ες/ μη φυσιολογικούς-ες/ μη κανονικούς-ες. Η Ψυχιατρική και η Ψυχολογία καλούνται να νομιμοποιήσουν επιστημονικά την τεχνητή παθολογικοποίηση των μαθητών και του σχολείου. Έτσι διεισδύουν ως ειδικοί στο σχολείο με το πρόσχημα της πρόληψης του “προβλήματος”.

Σύμφωνα με το δόγμα “ησυχία-τάξη-υπακοή” γνωρίζουμε πως το να μη τιθασεύεται ένα παιδί και το να “ονειροβατεί”, είναι πράξεις επικίνδυνες. Η διάσπαση προσοχής απ’ την βαρετή καθημερινότητα, η “υπερκινητική” αντίδραση στην παραμέληση και την αποβλάκωση που τους προσφέρει ο κόσμος των ενηλίκων είναι καταστροφικές για την εξουσία, που επιδιώκει διακαώς την εκμηχάνιση της σκέψης και την εκμηδένιση της συνείδησης.

**Ο αντι-εξουσιασμός ως διαταραχή**

Τα άτομα που εμφανίζουν μια τάση αμφισβήτησης των θεσμών και της εξουσίας παθολογικοποιούνται και σε πολλές περιπτώσεις, τους χορηγείται αγωγή, πριν ακόμα αυτά αποκτήσουν πολιτική συνείδηση για τις πιο καταπιεστικές αρχές της κοινωνίας.

Στην προσπάθεια να διατηρηθεί το κοινωνικό status quo, οι Αμερικανοί ψυχολόγοι προσπαθούν ολοένα και περισσότερο για να εξισώσουν την απροσεξία, τον θυμό, το άγχος, και την μόνιμη απελπισία με μια ιατρική κατάσταση, και να αναζητήσουν ιατρική θεραπεία αντί για πολιτικά μέσα. Τι καλύτερος τρόπος για να διατηρηθεί το status quo, το να θεωρηθούν η απροσεξία, ο θυμός, το άγχος, η κατάθλιψη ως βιοχημικά προβλήματα ατόμων που είναι ψυχικά ασθενή, αντί για φυσιολογικές αντιδράσεις σε μία ολοένα και πιο αυταρχική κοινωνία; Στο πλαίσιο αυτό, οι εξουσιαστές περιθωριοποιούν οικονομικά όσους αντιδρούν στο σύστημα, ποινικοποιούν τον αντι-εξουσιασμό, ψυχοπαθολογικοποιούν τους αντι-εξουσιαστές, και πουλούν φάρμακα για την “θεραπεία”

H ζωή και η προσπάθεια επιβίωσης μέσα στο πλαίσιο των εκμεταλλευτικών σχέσεων και του κοινωνικού ανταγωνισμού παράγει αναπόφευκτα την κοινωνική παθολογία και παθογένεια: επιθετικότητα, “αποκλίνουσες” συμπεριφορές, κατάθλιψη, τοξικομανία, “τρέλα” και έγκλημα δεν είναι ούτε “διαταραχές της επικοινωνίας” ούτε “διαταραχές της προσωπικότητας”.

Η θέση μας πρέπει να συνδέει το μερικό (σχέσεις μέσα στο πλαίσιο) με το καθολικό (κοινωνικές σχέσεις), χωρίς να θυσιάζει το ένα στο άλλο. Mέσα στον πλούτο της διαλεκτικής σχέσης του καθολικού με το μερικό, της ύπαρξης με τη συνείδηση, της καταπιεστικής πραγματικότητας με το πρόταγμα της απελευθέρωσης, αποκτά νόημα η όποια παρέμβαση και θεραπευτική πρακτική ως μέρος της ίδιας της ζωής· υπόκειται λοιπόν σε διαρκή αμφισβήτηση, αναθεώρηση και αναπροσδιορισμό, **πάντοτε όμως με την ίδια βασική προοπτική: την ανατροπή των εκμεταλλευτικών και εξουσιαστικών σχέσεων και δομών (το σχολείο, την οικογένεια, το πανεπιστήμιο, το εργοστάσιο, το ψυχιατρείο).**

# ΜΕΡΟΣ ΙΙ

# Αντιψυχιατρική : Βασικοί ορισμοί και στόχοι

### Σύντομο ιστορικό του αντιψυχιατρικού κινήματος

### Αντιψυχιατρική

Στις δεκαετίες του 1960 και του 1970 στην Αμερική και στην Ευρώπη, πλήθος κοινωνικών επιστημόνων αναγνωρίζοντας τον ολοκληρωτικό τρόπο λειτουργίας των δομών εγκλεισμού όσο και ολόκληρου του κοινωνικού συστήματος διατύπωσαν ένα πολύμορφο και ετερόκλητο σύνολο κριτικών απέναντι στην κλασσική ψυχιατρική. Στόχος ήταν να δημιουργήσουν νέα θεραπευτικά μοντέλα, τα οποία αντιτάσσονταν στην κυρίαρχη ιδρυματική λογική που συντηρούσε και ενδυνάμωνε την άρχουσα κεφαλαιοκρατική τάξη. Οι γνωστότεροι εκπρόσωποι του αντιψυχιατρικού κινήματος υπήρξαν οι: Τόμας Σαζ, Ρόναλντ Λαινγκ, Ντέιβιντ Κούπερ, Ααρών Έστερσον, Ροζέ Ζεντίς, Μόντ Μανονί , Φελίξ Γκουαταρί, Μισέλ Φουκώ, Ρομπέρ Καστέλ, Φράνκο Μπαζάλια , Τζιοβάνι Τζέρβις και Μονί Ελκαΐμ . Οι περισσότεροι πάντως απ΄ αυτούς αποποιήθηκαν εξαρχής τον τίτλο του αντιψυχίατρου , παραδεχόμενοι ότι ό όρος προκαλεί τουλάχιστον σύγχυση. Μια αρχική διάκριση ανάμεσα στο πλήθος των αντιψυχιατρικών κινημάτων και πρακτικών είναι η διάκριση ανάμεσα στην ρεφορμιστική και τη ριζοσπαστική αντιψυχιατρική.

**Η ρεφορμιστική αντιψυχιατρική**

Η "ρεφορμιστική" πτέρυγα των κινημάτων αυτών κατήγγειλε (ξεκινώντας συχνά από μια ανθρωπιστική ή και φιλελεύθερη θέση) τον αναχρονισμό του ψυχιατρικού ασύλου, την αυθαιρεσία της ψυχιατρικής εξουσίας, τον μακροχρόνιο εγκλεισμό, τον στιγματισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό των ψυχικά πασχόντων, τις απαράδεκτες ή και απάνθρωπες συνθήκες διαβίωσης τους, την ανεπάρκεια των θεραπευτικών παρεμβάσεων· συνέβαλε στην αλλαγή των κοινωνικών στάσεων απέναντι στην τρέλα και στον εκσυγχρονισμό των ψυχιατρικών δομών· δεν αμφισβήτησε όμως σοβαρά τις βασικές υποθέσεις και τα αξιώματα της ψυχιατρικής επιστήμης ούτε και τα (πολιτικά) στηρίγματα της υπερεξουσίας της. Νόθο τέκνο της μπορεί να θεωρηθεί η λεγόμενη "ψυχιατρική μεταρρύθμιση" και η "αποασυλοποίηση" που αποφασίσθηκαν από την πολιτική εξουσία των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών στις δεκαετίες του 1980 και 1990 με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και την ευγενική χορηγία των φαρμακευτικών πολυεθνικών. Κύριος στόχος της μεταρρύθμισης ήταν ο περαιτέρω εξανθρωπισμός των ψυχιατρικών υπηρεσιών (που είχε ήδη ξεκινήσει από την δεκαετία του 1950), η "επιστημονική" αντιμετώπιση των ψυχικά πασχόντων και η κοινωνική τους επανένταξη. Συνέβαλε όμως και στην πλήρη ιατρικοποίηση των νέων ψυχιατρικών δομών, στην ραγδαία αύξηση της κατανάλωσης ψυχοφαρμάκων και στην ένταση των ιδιωτικοποιήσεων στο χώρο της ψυχικής υγείας (αυτή είναι τουλάχιστον η ελληνική εμπειρία).

**Ριζοσπαστική αντιψυχιατρική**

Αντίθετα, η "ριζοσπαστική" αντιψυχιατρική δεν αποδέχθηκε την εδραιωμένη δυτική αντίληψη της τρέλας ως (ψυχική) ασθένεια· θεώρησε την ψυχιατρική (και ενίοτε και την ψυχανάλυση) ψευδοεπιστήμη και όργανο κοινωνικού ελέγχου στην υπηρεσία της κυρίαρχης τάξης. Κατέδειξε δηλαδή τις "σχέσεις εξουσίας" που διέπουν την ψυχιατρική και το ψευδεπίγραφο της δήθεν επιστημονικής και πολιτικής ουδετερότητας των θεωριών και των θεραπευτικών τεχνικών της. Κατέδειξε τη δυνατότητα χρησιμοποίησης της ψυχιατρικής από την δυτική κοινωνία ως εργαλείο επικράτησης και νομιμοποίησης των επικυρίαρχων πολιτικών θέσεων και πολιτισμικών προτύπων. Βέβαια, η ριζοσπαστική αντιψυχιατρική δεν περιορίσθηκε στην καταγγελία των αυθαιρεσιών συγκεκριμένων "κακών" ψυχιάτρων· αποδεχόταν, μαζί με τον Μισέλ Φουκώ, ότι ο κατασταλτικός ρόλος και η συνακόλουθη πραγματική ή συμβολική βία αποτελούν καταστατικές ιδιότητες του ψυχιατρικού θεσμού παντού και πάντοτε. Ο τρελός αμφισβητώντας έμπρακτα την καθεστηκυία αντίληψη περί φυσιολογικού και μη, απειλεί την δημόσια τάξη και ως εκ τούτου καθίσταται εν δυνάμει επαναστάτης. Ο ψυχίατρος οφείλει να τον στηρίξει και να τον οπλίσει κατάλληλα για ν' αγωνισθεί (μαζί με τις άλλες ριζοσπαστικές μειονότητες - γυναίκες, μαύροι, ομοφυλόφιλοι…) ενάντια στην κυρίαρχη καπιταλιστική κοινωνία και τους κανόνες της. Η ριζοσπαστική αντιψυχιατρική έφθασε στο απόγειο της στα μέσα της δεκαετίας του 1970, [με την ίδρυση του Kingsley Hall στο Λονδίνο από τον Robert Laing], αλλά τα επόμενα χρόνια έχασε γρήγορα την δυναμική και το ακροατήριο της ακολουθώντας την φθίνουσα πορεία των κινημάτων της αμφισβήτησης και της αυτονομίας με τα οποία άλλωστε είχε ταυτισθεί. [Για παράδειγμα, το Kingsley Hall, που λειτουργούσε αντι-ιεραρχικά, βασιζόμενο στη συνέλευση των κατοίκων οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι για την καθαριότητα, το μαγείρεμα, καθώς και την υλικοτεχνική και πνευματική (στη συνέλευση συζητούνταν και θέματα που άπτονταν των διαπροσωπικών σχέσεών τους, και των προσωπικών σκέψεων και συμπεριφορών τους) υπόσταση του σπιτιού, πολεμήθηκε σφόδρα και η παύση της ύπαρξής του ως κοινότητα ήρθε σε 5 μόλις χρόνια. Εφαρμόζοντας, όμως, στην πράξη τις ιδέες του Laing για την τρέλα, σύμφωνα με τις οποίες η τρέλα είναι μια «απόλυτα λογική απόκριση σε έναν παράλογο κόσμο», αποτελούσε ένα θεραπευτικό σπίτι, ένα μέρος όπου, όπως περιγραφόταν σε μπροσούρες της εποχής, «οι άνθρωποι μπορούσαν να συνυπάρχουν όλοι μαζί, και ο καθένας να είναι ο εαυτός του», όπου «πολλές μέχρι τότε παραδοχές για τα δίπολα υγιής-τρελή, φυσική-αφύσικη συμπεριφορά, καθώς και γιατρός-ασθενής, διαλύθηκαν».] Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας στην πλειονότητά τους (ακολουθώντας το συρμό της σύγχρονης εποχής)επέλεξαν (και επιλέγουν) την ασφαλή και υπαρξιακά βολική ταύτιση με την κυρίαρχη (επιστημονική) ιδεολογία.

### Απόπειρα αποδόμησης της Συμβατικής Ψυχιατρικής

### Ψυχική νόσος Ο παρακάτω ορισμός αποτελεί απόσπασμα από την επίσημη ιστοσελίδα της Mayo Clinic Staff, που είχε βαθμολογηθεί ως η 1η Καλύτερη Νευρολογική Κλινική και 7η Καλύτερη Ψυχιατρική Κλινική στις ΗΠΑ για το 2014.

«Η ψυχική νόσος αναφέρεται σε μια ευρεία κλίμακα καταστάσεων ψυχικής υγείας – διαταραχών που επηρεάζουν τη διάθεση, τη σκέψη και τη συμπεριφορά. Παραδείγματα ψυχικών ασθενειών περιλαμβάνουν την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές, τη σχιζοφρένεια, τις διαταραχές πρόσληψης τροφής και εθιστικές συμπεριφορές. Η ψυχική νόσος διαχωρίζεται από μια απλή ανησυχία, όταν σημεία και συμπτώματα που βρίσκονται σε εξέλιξη προκαλούν συχνά στρες και επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.   
Μπορεί να κάνει το άτομο μίζερο και να προκαλέσει **προβλήματα στην καθημερινότητά** του, όπως στην εργασία ή στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα συμπτώματα μπορεί να **κατασταλούν** με ένα συνδυασμό φαρμάκων και συμβουλευτικής (ψυχοθεραπεία)»

Παραθέτουμε ακόμη ένα χωρίο από το ακαδημαϊκό σύγγραμμα   
«Κλινική Ψυχιατρική» του Γεώργιου Στ. Καπρίνη (σελ.270-271) :

«Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους καθορίζεται η ψυχική νόσος. Υπάρχουν επίσης τρόποι που έχουν επικρατήσει σε ορισμένες περιοχές του πλανήτη ή σε ορισμένες ιστορικές περιόδους, σε σχέση με πολιτικές καταστάσεις, έστω και αν δεν είναι επιστημονικώς αποδεκτές. Τα κυριότερα κριτήρια που έχουν χρησιμοποιηθεί για τον καθορισμό της ψυχικής νόσου είναι τα εξής:

1. Στατιστικά: θεωρείται ως φυσιολογικό, ως κανονικό, κάτι που εμφανίζεται **συχνότερα**, ενώ ως παθολογικό, ως μη κανονικό, εκείνο που αποκλίνει από το μέσο όρο.
2. Κοινωνικά: σε μια δημοκρατική πλουραλιστική κοινωνία το να ανήκει κάποιος σε μια μειοψηφία δεν είναι αναγκαστικά παθολογικό, αλλά μπορεί να είναι **επιλογή ή δικαίωμα** (π.χ. ομοφυλοφιλία).
3. Πολιτισμικά: μια συμπεριφορά μπορεί να είναι λιγότερο ή περισσότερο ψυχοπαθολογική ανάλογα με το **πολιτισμικό πλαίσιο** στο οποίο κινείται ο άνθρωπος.
4. Ηθικά: ανάλογα με τον **αξιακό κώδικα** που διέπει τη ζωή ενός ατόμου, μια συμπεριφορά αξιολογείται σε άλλοτε άλλο βαθμό ως ψυχοπαθολογική
5. Πολιτικά: η διαφορετική πολιτική θέση ψυχιατρικοποιείται και συχνά ποινικοποιείται από διάφορα πολιτικά συστήματα, λειτουργώντας ως **μέθοδος καταστολής και ελέγχου** του πληθυσμού.
6. Βιολογικά: αμφιλεγόμενα- τίθεται το **δίπολο τύπου «αυγού-κότας»**   
   🡪η διαταραχή των νευροδιαβιβαστών δημιουργεί την ψυχική νόσο ή είναι αποτέλεσμά της;

Βάσει των άνωθεν θα μπορούσε να εξαχθεί το συμπέρασμα πως το συγκεκριμένο ακαδημαϊκό σύγγραμμα δίνει μια διαφορετική οπτική στον ορισμό της «ψυχασθένειας», πιο ολιστική, σε βαθμό που σχεδόν την αποδομεί. Η «γνώση» που παράγεται από το εν λόγω βιβλίο, κατηγοριοποιεί τους ανθρώπους και τους προσδίδει το χαρακτηρισμό του «ψυχασθενούς» με βάσει τα παγκοσμίως αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια. Παρ’ όλα αυτά θα μπορούσαμε να παρομοιάσουμε το απόσπασμα που παρατίθεται, με το κοινωνικό προσωπείο του καπιταλισμού. Δηλαδή η ψυχική υγεία/ασθένεια υποτιθέμενα εξαρτάται από το πώς ο εκάστοτε δέκτης επεξεργάζεται και χαρακτηρίζει την «κατάσταση» του πομπού, ενώ στην ουσία ο δέκτης (=ψυχίατρος) καθοδηγείται από μια συγκεκριμένη φόρμα ερωτήσεων/παρατηρήσεων με σκοπό την κατηγοριοποίηση του πομπού και την ανάλογη μεταχείρισή του.

**Καθώς δεν υπάρχουν συγκεκριμένα επιστημονικά δεδομένα που να συνηγορούν στην θεσμοθέτηση της «ψυχικής πάθησης», δεν είναι δυνατό να την δεχθούμε ως τέτοια.** Για την επιστήμη την πρωτοκαθεδρία στην εύρεση και διατύπωση της αλήθειας, έχει η χρήση των εργαλείων της (υπόθεση- έρευνα- συμπεράσματα). Οι υποθέσεις ξεκινούν με σκοπό την απόδειξη της ισχύος κάθε επιστημονικής τάσης και της χρηστικότητας των ορισμών. Ακολουθεί η έρευνα για την απόδειξη ή όχι της υπόθεσης με κατεύθυνση την εξαγωγή συγκεκριμένων συμπερασμάτων, τα οποία στη συνέχεια μαζεύονται και κωδικοποιούνται (π.χ. D.S.M), για την κατασκευή ορισμών στο φάσμα που καλύπτουν οι έννοιες υγεία και ασθένεια. Η έρευνα συνήθως χρηματοδοτείται από τη βιομηχανία της υγείας, επομένως αυτή εμπλέκεται ξεκάθαρα στην παραγωγή των συμπερασμάτων. Η βιολογική διάσταση που δίνεται από την επιστήμη δεν χρησιμοποιεί κανόνες συσχέτισης αλλά αιτίας. Έτσι, το ψυχικό και το οργανικό συνδέονται με σχέσεις αιτίου-αιτιατού. Καμία όμως ψυχική ασθένεια δεν μπορεί να συνδεθεί αιτιακά με κάποιο οργανικό πρόβλημα. Η σύνδεση όμως αυτή υπηρετεί από την μία την προσπάθεια των φαρμακοβιομηχανιών να οδηγήσουν τους ψυχικά πάσχοντες στα φάρμακα (π.χ σχιζοφρένεια-->διευρυμένες κοιλίες-->φάρμακα), και από την άλλη να καταστρατηγηθεί η έννοια της ατομικής διαφοράς αντιμετωπίζοντας όλα τα άτομα με τον ίδιο αδιαίρετο τρόπο: την φαρμακευτική αγωγή. Τόσο οι αναθεωρήσεις, τα συμπεράσματα ή και τα ίδια τα σκευάσματα αποτελούν το ίδιο το πείραμα, γι’ αυτό και διαφοροποιούνται με το πέρασμα του χρόνου. Το έντονο υποκειμενικό στοιχείο της ψυχιατρικής πράξης (συνάντηση δύο υποκειμενικοτήτων: ψυχιάτρου-ασθενούς) καθώς και η έλλειψη ανεύρεσης λειτουργικής ή ανατομικής παθολογικής κατάστασης στους περισσότερους από τους επονομαζόμενους «ψυχικά ασθενείς» ενισχύουν αυτή τη θέση.

Πρωτεργάτες της αντιψυχιατρικής σκέψης, όπως ο Τόμας Σαζ και ο Ρ. Λένγκ έχουν στηρίξει ότι η ψυχική νόσος δεν υφίσταται καν και αποτελεί μόνο μια **κοινωνική κατασκευή**. Όπως αναφέρει ο Σαζ, «ο εγκέφαλος είναι ένα όργανο του σώματος, ως εκ τούτου δύναται να πάσχει- εν αντιθέσει με το νου, που δεν αποτελεί όργανο, με αποτέλεσμα ο μόνος τρόπος που μπορεί να πάσχει είναι μεταφορικά και σαφώς υποκειμενικά, καθώς *η φυσιολογικότητα ή μη του νου ενός ατόμου αφήνεται στην κρίση του εκάστοτε ψυχιάτρου, να του αποδώσει το χαρακτηρισμό του ψυχικά ασθενούς ή όχι*».

**Ρόλος του ψυχιάτρου/ ψυχαναλυτή και DSM**  
  
Πρωταρχική υποχρέωση του «επαγγελματία ψυχικής υγείας» είναι να συμπληρώσει ένα έντυπο καταγραφής πολυαξονικής εκτίμησης, σύμφωνα με τους άξονες του DSM έτσι ώστε να ανοίξει ο **Ιατρικός Φάκελος** (βλ. σελ.22 «Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής», 2005 των Kaplan&Shadock συνοπτικού βοηθήματος του Comprehensive Textbook of Psychiatry, Kaplan&Shadock, 8η έκδοση, αμφότερα βασισμένα στο **DSM-IV-TR**). Ο φάκελος αυτός λαμβάνει υπόψη μια σειρά από επίσημα θεσμοθετημένους φορείς και επιλεγμένους επιστήμονες, αφού όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται *«*οι *φάκελοι* *φυλάσσονται για λόγους εχεμύθειας και είναι προσβάσιμοι σε εξουσιοδοτημένα μόνο άτομα».* Τα άτομα αυτά- **θεματοφύλακες του κρατικού ελέγχου** περνούν τον ασθενή μέσα από ιατρικά και νομικά φίλτρα και λαμβάνουν υπόψη ως μόνα κοινωνικά κριτήρια τις π*ληροφορίες ταυτότητας για το άτομο και την οικογένεια.*

«Ο ψυχίατρος έχει ως τελικό στόχο της διαγνωστικής διαδικασίας να κατατάξει την ‘περίπτωση’ του συγκεκριμένου ασθενούς που εξετάζεται σε **κοινά αποδεκτά νοσολογικά – ταξινομικά πλαίσια**, σύμφωνα είτε με το ICD του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (στο εξής Π.Ο.Υ.) είτε με το DSM της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής εταιρίας.»  
*Πηγή: «Ψυχιατρική συνέντευξη και λήψη ψυχιατρικού ιστορικού»   
Δημητρίου & Παράσχου, Β’ Ψυχιατρική κλινική Α.Π.Θ.*  
Το **DSM** συντάσσεται από μια συγκεκριμένη «επίλεκτη ομάδα» Αμερικανών ψυχιάτρων, την APA (American Psychiatric Association) που αποτελείται από 35.000+ ψυχιάτρους οι οποίοι αυτοαποκαλούνται «the voice and conscience of modern psychiatry **(η φωνή και η συνείδηση της μοντέρνας ψυχιατρικής)**». Με μια γρήγορη ματιά στους στόχους και τα οράματα της συγκεκριμένης ομάδας διαπιστώνει κανείς ότι πρόκειται για το βαθύ κατεστημένο της ψυχιατρικής κοινότητας, ένα **κατεστημένο** ικανό να διαμορφώνει συσχετισμούς με γνώμονα τα συμφέροντα της καθεστηκυίας τάξης, από την οποία προέρχεται και την οποία υπηρετεί. Το DSM αντιμετωπίζεται από την παγκόσμια ψυχιατρική και όχι μόνο κοινότητα ως η **κοινά αποδεκτή αυθεντία** (μαζί με το ICD του Π.Ο.Υ), στην οποία δεν χωρά καμία εναλλακτική λογική ή χώρος για διαπραγμάτευση.  
  
Οι άξονες που τίθεται στο DSM (σύμφωνα με το DSM V) είναι οι ακόλουθοι:   
1. Κλινικά σύνδρομα -που ορίζονται de facto ως τέτοια-   
2. Διαταραχές προσωπικότητας, νοητική καθυστέρηση  
3. Παθολογικές καταστάσεις (βιολογικό υπόβαθρο) που μπορεί να επιφέρουν μεταβολές στο θυμικό του ατόμου (π.χ. ενδοκρινολογικές διαταραχές, επιληψία)  
4\*. Ψυχοκοινωνικά και περιβαλλοντικά προβλήματα (π.χ. διαζύγιο, τραυματισμός)  
5\*\*. Σφαιρική εκτίμηση της λειτουργικότητας που εκδηλώνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Για παράδειγμα, αξιολογούνται η **κοινωνική1, επαγγελματική2 και ψυχολογική3** λειτουργικότητα. Χρησιμοποιείται συνεχής κλίμακα βαθμολόγησης από το 100, το οποίο ορίζεται ως η «ανώτερη λειτουργικότητα» ως το 1, που αποτελεί την «βαριά ελλειμματική λειτουργικότητα»  
  
\*άξονας 4: Το διαζύγιο ως παράδειγμα κρύβει σεξιστικές λογικές. Δεν αναφέρεται ως ψυχοκοινωνικό πρόβλημα η οικονομική δυσχέρεια ή η ανεργία, ενώ προβάλλονται σε συγγράμματα μεγάλης επιστημονικής βαρύτητας ως δυνητικά επιβλαβείς καταστάσεις μόνο όσες αποκλίνουν από το «κανονικό» και ηθικολογικό πρότυπο ζωής (έθνος, θρησκεία)

\*\*άξονας 5 :   
Ο άξονας 5 του DSM συγκεφαλαιώνει την πηγή κάθε ψυχοπαθολογίας που είναι για εμάς η **καταπίεση και ο εγκλωβισμός του νου ενός ατόμου σε ένα κύκλο απομόνωσης**, θωρακίζοντας προσωρινά την προσωπική ασφάλεια και συντηρώντας ες αεί την αδιαπέραστη ασφάλεια του συστήματος κράτους και κεφαλαίου. Συγκεκριμένα:  
**(1)** Ποιος ορίζει την «κοινωνική λειτουργικότητα»;   
Σε εμάς αυτό μεταφράζεται ως η αποδοχή, από ένα κοινωνικό σύνολο ήδη υποταγμένο στο φόβο, των κενών ηθικών και νομικών αξιών ενός βάρβαρου καπιταλιστικού συστήματος, έτσι ώστε αυτές να τηρούνται απαρέγκλιτα.   
**(2)** Αντίστοιχα, η «επαγγελματική λειτουργικότητα» αξιολογείται είτε ως η αποδοχή, μέσω της συνήθειας, ενός αλλοτριωτικού εργατικού ωραρίου είτε ως η δημιουργία του φαντασιακού της επιτυχίας και της λαμπερής καριέρας.

**(3)** Τελικά, αν το άτομο δεν συμμορφωθεί με τις επιταγές της σκληρής καθημερινότητας του συστήματος και δεν καταφέρνει να ζει μέσα σε αυτό απολαμβάνοντας μια πλαστή ευτυχία, υποφέρει από ανεπάρκεια ψυχολογικής λειτουργικότητας (π.χ. καταθλίψεις, κοινωνική απομόνωση/απόσυρση, αυτοκαταστροφική διάθεση, βία και επιθετικότητα προς το ίδιο το άτομο ή προς την κοινωνία) και είναι τότε πιο ευάλωτο να αποδεχτεί την κατανάλωση ψυχοφαρμάκων ή ακόμη και τον εγκλεισμό του σε ένα ίδρυμα.   
  
Να τονιστεί ότι **το εγχειρίδιο αυτό χρησιμοποιείται αδιακρίτως** από ψυχολόγους, φοιτητές, ψυχιάτρους, ψυχαναλυτές, ερευνητές, οργανισμούς και φαρμακοβιομηχανίες για την παραγωγή ψυχοφαρμάκων, ασφαλιστικές εταιρίες, ακόμη και ως βάση για το νομικό σύστημα από τους νομοθετούντες ανά τον κόσμο. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελεί το χωρίο που παραθέτουμε στην αρχή και αφορά τον στόχο της κλινικής πράξης όπως αυτός ορίζεται από το βιβλίο «Ψυχιατρική συνέντευξη και λήψη ψυχιατρικού ιστορικού» των καθηγητών της Β’ Ψυχιατρικής κλινικής Α.Π.Θ Δημητρίου και Παράσχου.   
  
Από τα άνωθεν φαίνεται ότι ο ρόλος του ψυχιάτρου υπό το πρίσμα της θεσμικής ψυχιατρικής **απομακρύνεται από τον βοηθητικό χαρακτήρα που ισχυρίζεται πως τον διέπει**. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Τόμας Σαζ, ένας από τους κύριους εκφραστές της ριζοσπαστικής αντιψυχιατρικής, «Οι ψυχίατροι καταντούν ιεροεξεταστές», αξιολογητές που καλούνται να αποφανθούν για την επάρκεια ή μη ενός ανθρώπου, τις επιλογές του και, σε τελική ανάλυση, την ίδια του τη ζωή. «Ο γιατρός που αποφασίζει να γίνει θεσμικός ψυχίδατρος», συμπληρώνει ο Σαζ, «πρέπει να διαλέξει ανάμεσα στο να ανεβάσει άλλους στην πυρά (ενεργώντας ως όργανο της εξουσίας και στιγματίζοντας αθώους ανθρώπους ως κακοποιούς) και στο να ανέβει ο ίδιος στην πυρά (ενεργώντας ως σύμμαχος του διωκόμενου ψυχασθενή και διακινδυνεύοντας να στιγματιστεί από τους συναδέλφους του ως παρεκκλίνων και ανεύθυνος γιατρός ή ακόμα και ως ψυχασθενής).»

Συμπερασματικά, θέλουμε να επισημάνουμε ότι το DSM, εξ ονόματος και μόνο, είναι ένα Εγχειρίδιο Διάγνωσης βασισμένο στη **Στατιστική**, το οποίο αυτοπροσδιορίζεται -από τους συγγραφείς και τα συμφέροντά τους- ως μια απόλυτη επιστημονική αυθεντία που βασίζεται σε μια κοινώς αποδεδειγμένη αλήθεια , τη στατιστική επιστήμη.   
**Τα στατιστικά στοιχεία τα οποία όμως εκδίδονται, φιλτράρονται και τεκμηριώνονται από την ίδια επιστημονική ελίτ και επιστημονικές- κερδοσκοπικές εταιρίες. Οι κατέχοντες, λοιπόν, τα σκήπτρα της επιστημονικής γνώσης και έρευνας ενεργούν κατασκευάζοντας μια νέα υπόθεση για άτομα και κοινωνίες, διενεργώντας οι ίδιοι το πείραμα και εξάγοντας σκόπιμα το αποτέλεσμα που εξυπηρετεί την υπόθεσή τους. Ένα αποτέλεσμα που τους διευκολύνει να επιβάλλονται, να πειθαρχούν, να ελέγχουν, να υποδουλώνουν και εν τέλει να αφανίζουν τις ζωές όσων πληρούν τα διαγνωστικά τους κριτήρια.   
Το δείγμα μάλιστα είναι στρατηγικά επιλεγμένο και προετοιμασμένο διαμέσου της καθημερινής μιντιακής, και όχι μόνο, προπαγάνδας (τηλεόραση, εφημερίδες, διαδίκτυο κλπ), ώστε να είναι έτοιμο να χειραγωγηθεί και να εξάγει το προκατασκευασμένο αποτέλεσμα που εξυπηρετεί την απατηλή αξία που προκαλεί την ίδια την ασθένεια:  
 την εξουσία ανθρώπου σε άνθρωπο και φύση.**

**Αποδόμηση του ρόλου του ψυχαναλυτή ως θεματοφύλακα της συμβατικής ψυχιατρικής**

Η καθιερωμένη ψυχαναλυτική θεωρία, στηριζόμενη στην φροϋδική έννοια του ασυνείδητου και στην αντιμετώπιση των ενορμήσεων ως οιονεί καταστρεπτικές δυνάμεις, καταλήγει να δικαιολογεί και να αποδέχεται την απώθηση του διαφορετικού. Επομένως, η ψυχανάλυση όπως εφαρμόζεται δεν καταδεικνύει κριτικά τους μηχανισμούς με τους οποίους η κοινωνία εξαρθρώνει – πραγματοποιεί το ανθρώπινο υποκείμενο, αλλά υιοθετεί και μεταφέρει αδιαμεσολάβητα στις έννοιές της προϊόντα κοινωνικών στρατηγικών, με αποτέλεσμα να γίνεται η ίδια όργανο επιβολής της κοινωνίας.

« Ο πολιτισμός μας καταπιέζει όχι μόνο τα ένστικτα και τη σεξουαλικότητα αλλά οποιαδήποτε μορφή υπερβατικότητας. Δεν είναι καθόλου παράξενο ότι μέσα σε μία κοινωνία μονοδιάστατων ανθρώπων το άτομο που έχει μια εξημμένη εμπειρία, και άλλων διαστάσεων, κινδυνεύει να καταστραφεί από τους άλλους (ακούσιος εγκλεισμός) ή να προδώσει όσα γνωρίζει (εκούσιος εγκλεισμός)» R D Laing

*εκατομμύρια κατασκευαστές συνειδήσεων, συνιστούν DSM*



Φωτογραφία από το Ψυχιατρείο της Λέρου

**Μια κριτική πάνω στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση ως κομμάτι μιας συνολικότερης κριτικής πάνω στις εναλλακτικές εξειδικευμένες ψυχιατρικές παρεμβάσεις, όπως αυτές έχουν υπάρξει ως κομμάτι και μοχλός αναπαραγωγής του παρόντος κοινωνικοοικονομικού συστήματος.**

Τα τελευταία χρόνια οι νέες  τεχνικές που εισάγονται  στοχεύoυν στην επέκταση  των εργαλείων του κοινωνικού ελέγχου (ψυχιατρικά διαγνωστικά εργαλεία, ψυχοφάρμακα) , που με τη σειρά τους μετατρέπονται σε μεθοδολογίες και παρεμβάσεις τεχνικά εξειδικευμένες για την διαχείριση της ασθένειας.

Δηλαδή η ασθένεια μετασχηματίζεται κάθε φορά απ’ αυτό που ήταν αρχικά -μία από τις ανθρώπινες αντιφάσεις- σε κάτι που σιγά-σιγά κωδικοποιείται, για να ταυτιστεί με τον ιδρυματικό θεσμό, ο οποίος καταλήγει τελικά να την εκπροσωπεί.

*Αυτό σημαίνει ότι κάθε φορά η ασθένεια αποκτά ένα κοινωνικό προσωπείο διαφορετικό, σύμφωνα με τις διάφορες ιδεολογικές εκλογικεύσεις που διαμορφώνουν τη θεραπεία και τη διαχείρισή της.*

**Για την ‘’ψυχιατρική μεταρρύθμιση’’ και τις νέες ‘’επιστημονικές’’ τεχνικές**

Η πολυδιαφημισμένη, τα προηγούμενα χρόνια, «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» (πρόγραμμα Ψυχαργώς), στη χώρα μας εξελίχθηκε μέσα από μία ενορχηστρωμένη αλληλοδιαπλοκή κράτους, κοινοτικών κονδυλίων και ιδιωτικών ΜΚΟ, που σαν τελικό της αποτέλεσμα δεν είχε άλλο από τη αντικατάσταση του παλιού μοντέλου ιδρυματισμού με ένα νεοϊδρυματικό μοντέλο. Κι αυτό γιατί ποτέ δεν άλλαξε ο βασικός άξονας και η φιλοσοφία των προγραμμάτων, καθώς ο προσανατολισμός παραμένει σταθερός: **Η εξυπηρέτηση των οικονομικών συμφερόντων του κράτους-κεφαλαίου το οποίο σε συνεργασία με τις  φαρμακοβιομηχανίες δίνει ένα ρεσιτάλ κερδοφορίας και όχι η  αντιμετώπιση των ανθρώπινων αναγκών**.

Tο πρόγραμμα «Ψυχαργώς», το οποίο αποτέλεσε το νέο μεταρρυθμιστικό σχέδιο κοινοτικής επανένταξης των “ασθενών” κατέληξε στα βράχια λόγω της ένδειας των οικονομικών στηριγμάτων και της έλλειψης επιχειρημάτων. Όλη του η δυναμική φαίνεται πως εξαντλήθηκε στη χωροταξική μετεγκατάσταση και όχι στην ουσιαστική αποϊδρυματοποίηση ως φυσική εξέλιξη του κλεισίματος των δημόσιων ψυχιατρείων. Θέλουμε να διευκρινίσουμε, βέβαια, ότι  σε καμιά περίπτωση δε θέλουμε να μειώσουμε  την προσπάθεια των εργαζομένων και των επιστημόνων σε αυτές τις δομές. Με τις νομοθετικές ρυθμίσεις και τις προσαρμογές που έχουν γίνει όλα αυτά τα χρόνια ενισχύθηκε η κατεύθυνση της εμπορευματοποίησης (η με όρους αγοράς ψυχική φροντίδα) ως «αναγκαία συνθήκη» για την επιβίωση των μη-κρατικών φορέων και οργανισμών στους οποίους παραδόθηκε σταδιακά η υπόθεση της ψυχικής υγείας.

                                                      -

Πλάι, λοιπόν, στην «κανονική» αναγκαστική νοσηλεία, έχουμε την εισαγωγή μιας νέας μορφής υποχρεωτικής θεραπείας, αποσυνδεδεμένης από τη νοσοκομειακή νοσηλεία. Μια πρακτική που ενσαρκώνει, σε όλες τις χώρες που εφαρμόστηκε, την εξαγωγή του «πυρήνα του ψυχιατρείου» στην κοινότητα.Το νέο μοντέλο  που παρουσιάστηκε στη διημερίδα με τίτλο «Διαχείριση της επικινδυνότητας των ψυχικά πασχόντων στην καθημερινή κλινική πράξη» που διοργάνωσε  η Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία στις 26-27 Σεπτέμβρη 2014 *ήταν η* «καινοτομία» της «Εξωνοσοκομειακής Υποχρεωτικής Αγωγής» ή πιο ορθά της «αναγκαστικής θεραπείας στην κοινότητα» (compulsive community treatment). Στις χώρες που εφαρμόστηκε αυτό το μοντέλο (ΗΠΑ, Σουηδία, Μ. Βρετανία κλπ), ο ψυχίατρος αποφασίζει τη θεραπεία που καλείται να υλοποιήσει η κοινοτική υπηρεσία και σε περίπτωση άρνησης, ο ασθενής μπορεί να υποστεί αναγκαστική νοσηλεία σε ψυχιατρική μονάδα. Πρόκειται για την εφαρμογή ενός ανοιχτού πειθαρχικού ελέγχου μέσα στην κοινότητα.

*Καταλαβαίνουμε, εν προκειμένω, τι θα σημαίνει το « συνολικό κλείσιμο των ψυχιατρείων» όπως το ετοιμάζουν : θα κλείσουν ως κτίρια αλλά θα διατηρηθούν πλήρως και μάλιστα σε ακόμα μεγαλύτερη ένταση και διάχυση μέσα στον κοινωνικό ιστό, οι πιο κατασταλτικές πτυχές τους ( εγκλεισμός, ψυχοφάρμακα, εξουσιαστική σχέση γιατρού-“ασθενή” ).*

  Οι ολοκληρωτικοί θεσμοί τείνουν ν’ ανοίξουν προς τα έξω, σε μία κοινωνία που είναι σε όλες τις εκφάνσεις της ιδρυματοποιημένη από κάθε μορφή ελέγχου και ολοκληρωτικών τεχνικών. *Το εργοστάσιο, το ψυχιατρείο, η φυλακή, το σχολείο, η οικογένεια, βρίσκονται όλα στο ίδιο θεσμικό επίπεδο, στο οποίο γίνεται προσπάθεια να εισαχθούν νέες τεχνικές χειραγώγησης*.

Οι καινούριες τεχνικές, που γεννήθηκαν σε αντιπαράθεση με τη σκληρή ιδρυματική διαχείριση της ψυχικής νόσου, καταλήγουν στην πραγματικότητα ένας καινούριος τρόπος χειραγώγησης, που καλύπτει κάτω από ένα μεθοδολογικό μανδύα την έννοια του κοινωνικού ελέγχου. Μέσα σ’ αυτό το πλαίσιο προφανώς το παιχνίδι δεν αλλάζει. Αυτό που συμβαίνει τελικά, είναι μία μεγαλύτερη ανακατανομή της «πίτας» ανάμεσα στους ψυχιάτρους και στους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δρουν στην κοινότητα, η δουλειά των οποίων παραμένει πάντα η ίδια: να διατηρηθεί η αξιοπιστία του ορισμού της κανονικότητας σταθερή μέσα στα σύνορα των τεχνικομεθοδολογικών ειδικοτήτων τους.

**Πόσο θεραπευτικά  λειτουργούν τελικά αυτές οι νέες τεχνικές;**

Η θεραπευτικότητα αυτών των νέων τεχνικών αποκατάστασης βασίζεται κυρίως στη ζωντάνια της διαλεκτικής διαδικασίας, στην οποία συμμετέχουν ενεργά όλα τα υποκείμενα και όλοι οι παράγοντες της ομάδας που εμπλέκονται στην αποκατάσταση. Δηλαδή η διαδικασία μετασχηματισμού βρίσκεται ακριβώς πάνω στο όριο της ελευθερίας και της νέας πρακτικής αντίληψης. Τη  στιγμή, όμως, κατά την οποία οι νέες τεχνικές αρχίσουν να αποκρυσταλλώνονται, ως μία λειτουργική «επιστήμη» οργανωμένη με τα καινούρια της δόγματα και τους καινούριους μύθους, η ελευθερία που είναι αναγκαία για τη διαδικασία του μετασχηματισμού εξαφανίζεται. Αυτό που απαιτείται από τον άρρωστο είναι να ταυτιστεί ξανά με το καινούριο προσωπείο της ασθένειας που υπαγορεύεται από την καινούρια διαχείριση.

**“Ο αγώνας ενάντια στο ψυχιατρικό άσυλο σε εμάς έχει  μια ανταγωνιστική λειτουργία απέναντι στο κοινωνικό σύστημα μέσα στο οποίο εντάσσεται και το άσυλο”**

 Αναγνωρίζοντας και αναδεικνύοντας  πρακτικά τις αντιφάσεις αυτού του κοινωνικού συστήματος απορρίπτεται κάθε συγκάλυψη από μια  καθαρά «τεχνοκρατικού» τύπου λύση. Με αυτό τον τρόπο  η δράση μας μπορεί να έχει και μία πολιτική λειτουργία, προτείνοντας λύσεις που βάζουν σε κρίση την ισορροπία του κοινωνικού συστήματος γενικότερα.

Ξεσκεπάζοντας τους υφιστάμενους μηχανισμούς και τη λειτουργία ιδεολογιών και θεσμών, ως παράγοντες προστασίας της δεδομένης κοινωνικοοικονομικής δομής κατανοούμε ότι **καμία ψυχολογική-ψυχιατρική παρέμβαση δεν μπορεί να έχει αποτέλεσμα  αν δεν αλλάξει συνολικά ο τρόπος που είναι οργανωμένη η κοινωνία.** Μία εξειδικευμένη παρέμβαση, που προτίθεται να αγνοήσει το ρόλο του συγκεκριμένου κοινωνικοοικονομικού συστήματος μέσα στο οποίο δρα, οποιαδήποτε αλλαγή επιφέρει θα είναι φαινομενική, με την έννοια ότι θα επηρεάσει μόνο επιφανειακές καταστάσεις χωρίς να ακουμπάει τον πυρήνα του προβλήματος.

Είναι γεγονός ότι κάθε φορά που προτείνεται μία εναλλακτική λύση σε ένα συγκεκριμένο πρόβλημα, βάζοντας σε αμφισβήτηση και τη θεραπευτική διαδικασία και την κοινωνική δομή, αυτή γίνεται αποδεκτή από την επιστημονική κοινότητα  μόνο αν παρουσιασθεί ως μία πρόταση ενός εξειδικευμένου θεραπευτικού μοντέλου, δηλαδή μιας καινούριας λειτουργίας χρήσιμης στην ανανέωση των θεσμών. Χρησιμοποιεί δε ένα καινούριο επιστημονικό λεξιλόγιο, διατηρώντας όμως ανέπαφο τον πυρήνα του προβλήματος (όπως συνέβη με πολλές από τις καινούριες δράσεις, που ξεκίνησαν μία  διαδικασία μετασχηματισμού του Ασύλου από τις παλιές δομές ).

Στην ουσία το πρόβλημα της αποκατάστασης του ψυχικά πάσχοντος -με το σχετικό πρόβλημα του ανοίγματος ή του κλεισίματος των Ασύλων και ως εκ τούτου, του βαθμού καταπίεσης ή ανοχής με τον όποιο γίνεται η διαχείρισή του- δεν συνδέεται άμεσα τόσο με την παρουσία ή απουσία του παθολογικού γεγονότος, όσο με τη μεγαλύτερη ή μικρότερη ανάγκη των διαθέσιμων εργασιακών αποθεμάτων που έχει ανάγκη η παραγωγή, δηλαδή από τη μεγαλύτερη ή μικρότερη ζήτηση της αγοράς. Έως ότου δεν θα υπάρχει το οικονομικό κριτήριο απορρόφησης των περιθωριακών μειοψηφιών, η παρέμβαση των ειδικών της ψυχιατρικής θα παραμένει σαν μία δυνατότητα απραγματοποίητη σε πρακτικό επίπεδο.

Αυτό που πρέπει να προσπαθούμε και να συνεχίζουμε να αποδεικνύουμε στην καθημερινή πρακτική μας είναι ότι **η ζωή μας βασίζεται και καθορίζεται από ιδεολογίες, στην υπηρεσία και στη στήριξη της άρχουσας τάξης και εις βάρος των υπολοίπων.** Ο αγώνας, λοιπόν, είναι ενάντια στην ιδεολογία που τείνει να παράγει διάφορες μεθοδολογίες απέναντι στις φυσικές αντιφάσεις, για να εμποδίσει μια πραγματική αντιμετώπιση αυτών. Οι επαγγελματίες, δεν μπορούν να είναι οι μοναδικοί πρωταγωνιστές στην αποκατάσταση και στη φροντίδα του ασθενούς. Τα υποκείμενα αυτής της αποκατάστασης πρέπει να είναι τόσο ο/η “ασθενής” όσο και ο/η “υγιής”. Όπουως πρωταγωνιστές του μετασχηματισμού της κοινωνίας στην οποία ζουν μπορούν να γίνουν και πρωταγωνιστές μιας επιστήμης, της οποίας οι τεχνικές θα χρησιμοποιούνται για την προστασία τους και όχι εναντίον τους. Εάν η κοινωνία συνεχίσει να βασίζεται στα προνόμια των ολίγων, στην καταπίεση, στην κατάχρηση εξουσίας και στη λογική του κεφαλαίου, κάθε τεχνική θα μεταφράζεται αναπόφευκτα σε βίαιη καταπίεση.

***«Ο τελικός σκοπός της δικής μας δράσης, λοιπόν, δεν είναι ο αγώνας ενάντια στη ψυχική νόσο, ούτε η σχηματική διατύπωση ότι “η ψυχική νόσος” δεν υπάρχει παρά μόνο σαν κοινωνικό παράγωγο», κάτι που θα μετέθετε το πρόβλημα της ασθένειας -που είναι βέβαια βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό ταυτόχρονα- σε μία άλλη στιγμή κοινωνικής οργάνωσης, όπου όλες οι ανάγκες θα μπορούσαν να ικανοποιηθούν.*   
*Ο πραγματικός αγώνας θα πρέπει τώρα να αρχίσει να κατευθύνεται ενάντια στην ιδεολογία, η οποία προσπαθεί να συγκαλύψει κάθε φυσιολογική αντίφαση και παράγει μεθοδολογίες ελέγχου και διαχείρισης της ασθένειας, οπότε γίνεται κατάλληλη να χειραγωγεί σύμφωνα με τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα»*, γράφει ο Franco Basaglia.**

***Σκέψεις, συνθέσεις και λογοκλοπές από* :**

-άρθρο : Λίγα λόγια για την ιστορία του Αντιψυχιατρικού κινήματος

(<http://www.pfy.gr/forum/index.php?topic=2674.0;wap2>)

- κείμενα και ανακοινώσεις από την *ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΝΌΣ ΠΟΛΥΜΟΡΦΟΥ ΚΙΝΗΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ* (http://protovouliapsy.blogspot.gr/)

-[Η μεταρρύθμιση που δεν έγινε ποτέ](http://archive.efsyn.gr/?p=223762) της **Ντάνι Βέργου**

-Ανακοίνωση της Πανελλαδικής συσπείρωσης για την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, με τίτλο: «ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ» ΚΛΕΙΝΟΥΝ ΤΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΦΕΡΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΣΠΙΤΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΑ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

## -«Riabilitazione e controllo sociale»,άρθρο που περιλαμβάνεται στο βιβλίο: Basaglia, F. (1982). Scritti II, 1980, Dall’ apertura del manicomio alla nuova legge sull’ assistenza psichiatrica. Torino: Gulio Einaudi, μετάφραση Αστρινάκης Γιώργος)

- Ιστορία της τρέλας του Μ.Φουκώ, εκδόσεις Ηριδανός

-[Ο Michel Foucault για την ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΤΡΕΛΑΣ](https://criticalpsygreece.wordpress.com/2007/02/14/ο-michel-foucault-για-την-ΙΣΤΟΡΙΑ-ΤΗΣ-ΤΡΕΛΑΣ/)

(<https://criticalpsygreece.wordpress.com/page/78/>)

-[Πώς ο αντι-εξουσιασμός θεωρείται πρόβλημα ψυχικής υγείας.](http://dia-taraksi.blogspot.gr/2015/02/blog-post_16.html)

([http://dia-taraksi.blogspot.gr](http://dia-taraksi.blogspot.gr/))

-Ο εκφοβισμός στα σχολεία και η βία της φτώχειας (<http://ekpaideytikoiendrasei.blogspot.gr/2013/10/blog-post_29.html>)

-άρθρο στο περιοδικό “Κοινωνία και Ψυχική Υγεία” με τίτλο: Burnout: Η Ψυχολογικοποίηση της Αλλοτρίωσης

-Μωβ καφενείο, μπροσούρα με τίτλο: queering anarchism και πιο συγκεκριμένα straightness must be destroyed

- delirium , απόπειρες παρέκλισης, Ο ετεροκαθορισμός του υποκειμένου από τις επιστήμες τις ψυχικής υγείας.

([https://delirium.espiv.net](https://delirium.espiv.net/))

-άρθρο των Αλεξάνδρα Γ. Μαραγκοπούλου Χαρίλαος Π. Τζαννετάκης ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΚΑΙ ΧΩΡΟΣ ΣΕ ΟΛΟΚΛΗΡΩΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

*-*Κλεάνθης Γρίβας ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

# -**Εναλλακτική Ψυχιατρική** Ενάντια στην απαισιοδοξία της λογικής: Για την αισιοδοξία της πράξης του [Φράνκο Μπαζάλια](http://www.biblionet.gr/author/77949/%CE%A6%CF%81%CE%AC%CE%BD%CE%BA%CE%BF_%CE%9C%CF%80%CE%B1%CE%B6%CE%AC%CE%BB%CE%B9%CE%B1)

-ΆΣΥΛΑ, Δοκίμια για την κοινωνική κατάσταση των ασθενών του ψυχιατρείου και άλλων τροφίμων του Goffman Erving