

# Σκέψεις πάνω στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση και την κανονικότητα

*Si puo fare (μπορεί να γίνει):*

Στην Ιταλία της δεκαετίας του 1980, ο Νέλο, ένας συνδικαλιστής, αναλαμβάνει το πόστο του διευθυντή ενός συνεταιρισμού ψυχικά ασθενών, ο οποίος δημιουργήθηκε με το κλείσιμο των ψυχιατρείων που επέφερε ο νόμος Basaglia. Μέσω του συνεταιρισμού, επιχειρεί όχι μόνο να βελτιώσει τις ζωές των ασθενών, αλλά και να βοηθήσει τον καθένα και την καθεμία τους να επανενταχθούν στην κοινωνία, καθλιεργώντας τις ατομικές τους δυνατότητες.

## **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΙΤΑΛΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ**

Το κίνημα της αποασυλοποίησης και της εναντίωσης στην ψυχιατρική βαρβαρότητα εμφανίζεται στην Ιταλία στις δεκαετίες του '60 και '70, σχετικά αργότερα με άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, όπως η Γαλλία και η Αγγλία. Ως πρωτεργάτης του θεωρείται ο Franco Basaglia, Ιταλός ψυχίατρος, ο οποίος έχοντας εγκληιστεί σε φυλακή στο παρελθόν, λόγω της αντιφασιστικής του δράσης, εναντιώνεται σε κάθε μορφή εγκληισμού. Ο Basaglia

θεωρούσε πως δεν υπήρχε στην πραγματικότητα καμία διαφορά μεταξύ των ψυχιατρείων και των ασύλων, καθώς και τα δύο εδράζονταν πάνω στον κοινωνικό αποκλεισμό, τον ιδρυματισμό και την ψυχική και σωματική εξόντωση του εγκληίστου. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ιταλία, λοιπόν, ξεκινά το '68 με το νόμο Marrioti ο οποίος όριζε πως:

1. Ο ψυχίατρος ανάγεται και σε διευθυντή του ιδρύματος, καθώς θεωρείται πως γνωρίζει καλύτερα τις ανάγκες των «ασθενών» του.

2. Το προσωπικό κατανέμεται στα επιμέρους ψυχιατρεία, ανάλογα με τον αριθμό των εγκληίστων σε καθέ ένα από αυτά, με στόχο την καλύτερη παροχή φροντίδας.

Στη συνέχεια, οι εξελίξεις είναι ραγδαίες. Μία από αυτές αποτελεί, ο κατακερματισμός των ψυχιατρείων σε τομείς και η δημιουργία δομών απασχόλησης και ξενώνων για τους εκληίστους. Η θεραπεία σιγά σιγά αρχίζει να μεταφέρεται στην κοινότητα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της μεταφοράς της θεραπείας στη κοινότητα, αποτελεί το ψυχιατρείο της Τεργέστης, στο οποίο το 1971 ανέλαβε τη διοίκηση ο Basaglia, και

πρόκειται για ένα από τα πρώτα που ξεκίνησαν τη διαδικασία της αποασυλοποίησης και εν τέλει σταμάτησαν τη λειτουργία τους. Συγκεκριμένα, το ψυχιατρείο σταμάτησε να λειτουργεί ως ενιαίο σύνολο, και δημιουργήθηκαν επτά κέντρα ψυχικής υγείας, τα οποία προσπαθούσαν να παρέχουν εξατομικευμένη θεραπεία, και να καταργήσουν την εξουσιαστική σχέση γιατρού-ασθενή. Επίσης έμφαση δόθηκε στη θεραπεία μέσω της εργασίας. Σταδιακά το εγχείρημα άρχισαν να στηρίζουν και αυτοοργανωμένοι συναιτερισμοί εκτός του χώρου του ψυχιατρείου, και ιδρύθηκε η Κοοπερατίβα των εργαζομένων, αποτελούμενη από πρώην εγκλείστους, η οποία ασχολήθηκε με την παραγωγή τροφίμων για όλη την πόλη. Έτσι, το κέντρο της θεραπείας, δεν αποτελούσε πια το ίδρυμα, αλλά η κοινότητα. Αποκορύφωμα όλων αυτών, αποτέλεσε η ψήφιση του νόμου 180 (νόμος Basaglia) το 1978, ο οποίος προβλέπει:

1. Κλείσιμο των ψυχιατρείων και δημιουργία κοινοτικών δομών όπως ξενώνες και κέντρα ημέρας
2. Διακοπή νέων εισαγωγών
3. Συμφωνία 2 γιατρών, και του δημάρχου για την ανάγκη νοσηλείας του «ασθενή». Αν αυτή δεν υπάρξει μέσα σε μία εβδομάδα, ο «ασθενής» μπορεί να εγκαταλείψει το ίδρυμα.

### **ΚΡΙΤΙΚΗ ΠΑΝΩ ΣΤΗΝ ΙΤΑΛΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ**

Το Ιταλικό κίνημα της αποασυλοποίησης σε γενικές

γραμμές, πρότασε το κλείσιμο των ψυχιατρείων και την επανανομηματοδότηση της έννοιας της ψυχικής ασθένειας. Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση, λοιπόν, ήταν ένα εργαλείο (και παράλληλα ένας σκοπός) για να επιτευχθούν τα παραπάνω, και να οδηγήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση και ποιότητα ζωής των ατόμων, που στιγματιζόταν ως ψυχικά ασθενείς. Πράγματι, η ψυχιατρική μεταρρύθμιση έφερε κάποιες θετικές αλλαγές μέσω των νόμων που θεσμοθετήθηκαν, κυρίως όσον αφορά τη μικρότερη χρήση ψυχοφαρμάκων σε κάποια ιδρύματα και τις καλύτερες συνθήκες διαβίωσης εντός κάποιων δομών που αντικατέστησαν τα ψυχιατρεία. Ωστόσο, θα μπορούσαμε να πούμε πως αυτές οι αλλαγές ήταν περισσότερο φαινομενικές, και πως η ουσία της διαδικασίας, παρέμεινε η ίδια. Καταρχάς όσον αφορά τα ψυχιατρεία, τα οποία τυπικά έκλεισαν, στην πραγματικότητα, απλώς μετασχηματίστηκαν σε μικρότερες δομές, οι οποίες, κατά κύριο λόγο δεν διέφεραν από αυτά; οι εξουσιαστικές σχέσεις, ο εγκλεισμός, τα ψυχοφάρμακα, η υποτίμηση, ήταν όλα ακόμα παρόντα. Και η αλήθεια είναι πως κρύφτηκαν κάτω από τον μανδύα «των καλύτερων συνθηκών περίθαλψης και διαβίωσης» που υποτίθεται πως έφερνε η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Επίσης, παρατηρείται πως μετά την θεσμοθέτηση των νόμων, το κίνημα της αποασυλοποίησης κάμφθηκε.

Όμως, αυτό δεν σημαίνει πως πέτυχε τις στοχεύσεις του. Στην πραγματικότητα, αυτό που συνέβη, με την δήθεν εφαρμογή της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, ήταν ένας ξεκάθαρος συμβιβασμός από την μεριά του αντιψυχιατρικού κινήματος, πράγμα που είναι απολύτως εμφανές αν σκεφτούμε πως τα ψυχιατρεία απλώς «κρύφτηκαν», η ακούσια νοσηλεία διατηρήθηκε, και φυσικά η νοοτροπία του κόσμου, απέναντι στους «τρελούς» παρέμεινε η ίδια. Άλλήωστε, οι νέες πρακτικές που προτάθηκαν από την αντιψυχιατρική θα μπορούσαν να λειτουργήσουν μόνο στα πλαίσια της ελευθερίας και της ισότητας εντός της «θεραπευτικής διαδικασίας». Σε αυτό το σημείο, όμως, πρέπει να τονιστεί πως οι κοινωνικές σχέσεις δομούνται πάνω σε αντιλήψεις, οι οποίες ορίζουν τι είναι φυσιολογικό, τι αποκκλίνον, και πρακτικά απομονώνουν ο,τιδήποτε διαφορετικό ως μη φυσιολογικό. Οι σχέσεις των ανθρώπων, συνεπώς, διαπερασμένες από αυτές τις νοοτροπίες, είναι κατά βάση εξουσιαστικές, και αυτό είναι ιδιαίτερα εμφανές όσον αφορά τις σχέσεις μεταξύ "τρελών" και "υγιειών", καθώς και "θεραπευτή" - "θεραπευόμενου". Φυσικά, καθοριστικός είναι ο ρόλος της επιστημής, της οποίας η εργαλειακή χρήση από την εξουσία, συμβάλλει στην παγίωση αυτών των

νοοτροπιών. Άρα, καθώς οι σχέσεις των ανθρώπων έχουν αυτή τη μορφή, η ελευθερία και η ισότητα που προτάθηκαν από την αντιψυχιατρική δεν είναι, μέσα σε αυτό το πλαίσιο εφικτές. Τα αντιψυχιατρικά κινήματα ήταν ανέκαθεν κινήματα και απέναντι στην κοινωνία, που συντηρεί αυτά τα δίπολα και αυτές τις νοοτροπίες. Για να λειτουργήσει, λοιπόν, η όποια ψυχιατρική μεταρρύθμιση, πρώτα πρέπει να επανανοηματοδοτηθούν οι ίδιες οι κοινωνικές σχέσεις. Αν δεν συμβεί αυτό, τα μέσα που χρησιμοποιούνται για τον κοινωνικό έλεγχο και την καταστολή θα διατηρούνται, αν όχι με την ίδια μορφή, σίγουρα με τα ίδια αποτελέσματα και τους ίδιους σκοπούς.

### **ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ**

Το χρονικό της αποασυλοποίησης στην Ελλάδα ξεκινάει επίσημα το 1982, με την συνολική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας της χώρας. Στα σχέδια προβλεπόταν μια συνολική χρηματοδότηση από την Ευρωπαϊκή Ένωση μέχρι το 1999, ενώ από τις αρχές του 21 ου αιώνα και έπειτα, η χρηματοδότηση θα γινόταν κατά 75% από την Ε.Ε. και 25% από το εσωτερικό.

2 χρόνια αργότερα, το 1984, η τότε ΕΟΚ χρηματοδοτεί κατά 55% τον συγχρονισμό του ελληνικού συστήματος ψυχικής υγείας με το ευρωπαϊκό. Τότε δημιουργούνται και δομές αποασυλοποίησης τις οποίες διαχειρίζονται διάφορες ΜΚΟ.



Οι δομές αυτές ήταν:

1) κέντρα ψυχικής υγείας, τα οποία αντιμετώπιζαν περιστατικά που δεν χρειάζονταν συνεχή θεραπεία,

2) κέντρα ημέρας, όπου η παρακολούθηση ήταν πιο συστηματική, καθώς αναλάμβαναν πιο σοβαρές περιπτώσεις, αλλά διατηρούσαν έναν ανοιχτό τρόπο λειτουργίας σύμφωνα με τον οποίο οι ασθενείς απασχολούνταν δημιουργικά με σκοπό την επανένταξή τους εντός της κοινότητας, ενώ τα απογεύματα επέστρεφαν στα σπίτια τους

3) προστατευόμενοι χώροι, οι οποίοι διαφοροποιούνταν ανάλογα με το επίπεδο λειτουργικότητας των ασθενών σε

α) προστατευόμενα διαμερίσματα όπου συγκατοικούσε μικρός αριθμός ασθενών, οι οποίοι ζούσαν και μετακινούνταν κανονικά και είτε δέχονταν δυο επισκέψεις την ημέρα από νοσηλεύτες, είτε πήγαιναν οι ίδιοι στα ραντεβού με ψυχιάτρους και νοσηλεύτες. Αυτές οι δομές απευθύνονταν σε ασθενείς που, αν και ιδιαίτερα λειτουργικοί, οι οικογένειές τους κρίνονταν ακατάλληλες να τους δεχθούν

β) ξενώνες, όπου οι ίδιοι οι ένοικοι διαχειρίζονταν και φρόντιζαν τους χώρους διαμονής τους, με μικρό αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού

γ) οικοτροφεία, για τους πιο ηλικιωμένους ασθενείς

4) ανοικτές ψυχιατρικές

κλινικές εντός των γενικών νοσοκομείων, με στόχο τη νοσηλεία ασθενών για λίγες μόνο εβδομάδες

Την 5ετία 1985-1990, πραγματοποιήθηκαν προσπάθειες να αντιμετωπιστεί η ψυχική ασθένεια μέσω της κοινωνικής επανένταξης και της επαγγελματική αποκατάστασης των ασθενών, μέσα από ομάδες υποστήριξης και συνεταιριστικές θεραπευτικές μονάδες, οι οποίες είχαν ως στόχο να ενθαρρύνουν τη ζωή των ασθενών στην πόλη. Παρόλα αυτά, με την αξιολόγηση του 1995, με το τέλος της χρηματοδότησης από την Ε.Ε, η κατάσταση φάνηκε να μην έχει διαφοροποιηθεί. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης ήταν να τεθεί σε λειτουργία το πρόγραμμα χρηματοδότησης της αποασυλοποίησης, "Ψυχαργώς". Αυτό προέβλεπε την ανάπτυξη δομών και δράσεων με στόχο την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη των ασθενών. Ενώ όμως η διαδικασία έπρεπε να έχει ολοκληρωθεί μέχρι το 2010, το πρόγραμμα Ψυχαργώς βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη, έπειτα από αλεπάλληλες παρατάσεις, με στόχο την ολοκλήρωσή του το 2020. Ωστόσο, παρά την πολύχρονη διαδικασία της αποασυλοποίησης, αν και τα περισσότερα (δημόσια)

ψυχιατρεία έχουν κλείσει, λίγα έχουν επιτευχθεί πραγματικά. Από τις θεσμικές διαδικασίες, που ευνοούν την ιδιωτικοποίηση των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, αποκλείοντας μεγάλους αριθμούς ασθενών από ανοιχτές δομές, μέχρι τις "από τα κάτω" πιέσεις για πραγματική ανακατασκευή του συστήματος ψυχικής υγείας που δεν κατάφεραν να ξεπεράσουν τα όρια του θεσμικού, η σημερινή κατάσταση δεν διαφέρει τόσο από αυτήν του 1982. Οι κριτικές που ασκήθηκαν δεν κατάφεραν να αντιμετωπίσουν το στίγμα που φέρει η "τρέλλα", αλλά μόνο να επιδιώξουν μια ίση αντιμετώπιση των ασθενών εντός του εργασιακού πλαισίου.

### **ΠΕΡΙ ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Η σύγχρονη εφαρμογή της ψυχιατρικής συντηρείται στην βάση του κατασκευασμένου διπόλου της «φυσιολογικότητας» και «διανοητικής υγείας», σε αντιδιαστολή με την ψυχοπαθολογία και τους θεωρούμενους ως ψυχικά ασθενείς ή ψυχωτικούς. Το πλαίσιο αναφοράς που αποφασίζει το περιεχόμενο των παραπάνω όρων φαίνεται να μεταβάλλεται και να καθορίζεται από το εκάστοτε κοινωνικοπολιτικό και ιστορικό πλαίσιο, αν κρίνει κανείς από την χαρακτηριστική αύξηση των διαγνωσμένων ψυχοπαθολογικών συμπεριφορών στο DSM, από 106 στην πρώτη έκδοση του 1952, σε 265 στην πέμπτη έκδοση του 2013. Βάσει αυτού

του ασταθούς και μεταβαλλόμενου πλαισίου αναφοράς δημιουργούνται συγκεκριμένα και κατ' επίφαση αντικειμενικά κριτήρια διαχωρισμού της «ψυχικής ασθένειας» από την «διανοητική υγεία». Τα κοινωνικά προσαρμοσμένα πλαίσια αναφοράς σχετικά με τον διαχωρισμό παθολογίας και κανονικότητας, ανάγονται έτσι σε αυθαίρετες «βιολογικές αλήθειες», παγιωμένες από την δυτική κουλτούρα σε τέτοιο βαθμό, ώστε να καθίσταται δυνατή βάσει αυτών η δόμηση ολόκληρων επιστημολογικών συστημάτων θεωριών και δράσεων, χωρίς περιθώριο αμφισβήτησης. Κατ' επέκταση και οι αρνήσεις των ψυχικά ασθενών σε αυτές τις πρακτικές ταυτίζονται με την ψυχοπαθολογική και αντιμετωπίζονται ως τέτοιες, γεγονός που συντηρεί την υπάρχουσα τάξη πραγμάτων. Ενώ στον πολιτισμό της σύγχρονης Δύσης τα βασανιστήρια ως πρακτικές ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι έχουν εκλείψει, τοποθετούνται πλέον, όπως ειπώνεται από τον R. Laing, «μέσα στον άρρωστο» ως μορφές καταστολής που ξεκινούν από την πολύ «θεωρητική» έννοια της στάσης του ψυχιάτρου απέναντι στον άρρωστο και καταλήγουν στην πολύ «χειροπιαστή» χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής. Αποδομώντας την προσέγγιση που ο ψυχίατρος διατηρεί απέναντι στον ψυχικά ασθενή στα επιμέρους κομμάτια της,

πρακτικές όπως η χρήση συγκεκριμένης ψυχιατρικής ορολογίας και η βιολογική - οργανισμική σκοπιά που η ψυχιατρική υπαγορεύει, αποπροσωποποιούν τον άρρωστο και τον ανάγουν στον σκοπό που έχει ο ψυχίατρος για την συναναστροφή τους: την κλινική εξέταση. Η αναγνώριση του ανθρώπου ως πρόσωπο συνεπάγεται και την αναγνώριση της δυνατότητάς του να αυτενεργεί, να αυτοδιατίθεται, να επιλέγει και να κινητοποιείται. Αντιθέτως, η θεώρησή του ως «κλινική περίπτωση» τοποθετεί τα συναισθήματα, τις επιθυμίες, τις κρίσεις και τις προθέσεις του σε ένα ντετερμινιστικό πλαίσιο αναφοράς, τον απανθρωποποιεί και τον ανάγει σε σειρά συμπτωμάτων. Αναστοχαστικά, η αντιμετώπιση του άρρωστου ως ένα σύνολο συμπτωμάτων από τα οποία εκείνος δεν μπορεί να ξεφύγει - γιατί κατασκευάζονται και θεωρούνται ως συνυφασμένα με την υπόστασή του - δημιουργεί στον «διανοητικά υγιή» ένα εξίσου απόλυτο και αδιαπέραστο πλαίσιο ασφάλειας· έναν βάσιμο και αποδεδειγμένο καθησυχασμό ότι τα σχήματα σκέψης και η εμπειρία του άρρωστου βρίσκονται μακριά από αυτόν, ότι ως άνθρωποι δεν έχουν την ίδια ουσία, τα ίδια πάθη, τα ίδια κίνητρα. Αντίθετα, μια θεώρηση του άρρωστου ως ολότητα ανοίγει τον δρόμο για την σύναψη ισότιμης ανθρώπινης επικοινωνίας, αναδεικνύοντας την ρευστότητα των ορίων μεταξύ της «διανοητικής υγείας» και της

«ψύχωσης». Μια ρευστότητα που αποτελεί εξαιρετικά επικίνδυνο παράγοντα εντός ενός κοινωνικοοικονομικού συστήματος που αποβάλλει και περιθωριοποιεί αυτόν που δεν χωράει στο πρότυπο του ψυχοδιανοητικά υγιούς παραγωγικού ατόμου. Την απολυτότητα της εμπιστημονικού φανούς «αντικειμενικότητας» έρχεται να διασφαλίσει η φαρμακευτική βιομηχανία, η οποία στο παραπάνω πλαίσιο αντιπροσωπεύει την πολύ απλή λογική συνεπαγωγή ότι για να καταστήσεις μια ζώνη ασφάλειας συμπαγή και αδιαπέραστη, αρκεί να «επισιτίζεις» την ζώνη της επισφάλειας με κάτι εξίσου συμπαγές και στερεό: ένα χάπι ψυχοφαρμακευτικής αγωγής.

### **1970-1971, ΓΕΡΜΑΝΙΑ: ΜΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΓΩΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΤΩ**

Πανεπιστημιακή κλινική της Χαϊδελβέργης. 60 ψυχιατρικοί «ασθενείς» συγκροτούν τη σοσιαλιστική κοινότητα ασθενών (SPK). Διεκδικούν από τη διοίκηση του πανεπιστημίου αίθουσες, δωρεάν φάρμακα και άλλους οικονομικούς πόρους, ως ομάδα εργασίας στους πανεπιστημιακούς χώρους. Ασκούν πρακτική και θεωρητική κριτική στη θεσμική ψυχιατρική, ζητώντας να έχουν οι ίδιοι τον πρώτο λόγο για τη «θεραπεία» τους. Η διοίκηση καταλήγει σε έναν συμβιβασμό, χωρίς όμως να ικανοποιήσει στην πράξη τις υλικές διεκδικήσεις. Τελικά οι ασθενείς αντιμετωπίζονται

κατασταλτικά με απόφαση  
έξωσης από τους χώρους της  
κλινικής και με συλλήψεις.

Για την SPK η εκδήλωση αυτού  
που αποκαλείται ψυχική  
ασθένεια δεν είναι παρά μια  
αντίδραση στη συνθήκη μέσα  
στην οποία υπάρχει και  
αναπαράγεται το άτομο, ενώ η  
θεσμική θεραπεία της μια  
προσπάθεια επιδιόρθωσης και  
επαναφοράς σε αυτή τη  
συνθήκη. Αντί της «θεραπείας» η  
αυτοοργάνωση των ασθενών  
και η επιθυμία να αποφασίζουν  
οι ίδιοι για τις ζωές τους κάνει  
την εμπειρία τους να βιώνεται  
ως μια απελευθερωτική  
αντίδραση και όχι ως αρρώστια.  
Έτσι, η SPK αποτελεί ένα  
παράδειγμα πολιτικής δράσης  
όπου η αμφισβήτηση του  
κυρίαρχου ψυχιατρικού  
παραδείγματος από τους άμεσα  
υφιστάμενους την εξουσία του  
και εντός του χώρου στον οποίο  
ασκείται συνίσταται στην  
προσπάθεια δόμησης σχέσεων  
ισότητας και αλληλεγγύης.

**ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΣΧΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**  
*autonompsycho.espivblogs.net*



*Μάιος 2018*