



Κι από κοντά, η “υποχρεωτική θεραπεία στο σπίτι”

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑΣ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΚΙΝΗΜΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Στον απόηχο του νομοσχεδίου που ψηφίστηκε πρόσφατα στη Βουλή, το οποίο θεσμοθετεί την ίδρυση του «ειδικού τμήματος» ψυχιατρείου (ή γενικού νοσοκομείου), ενός τμήματος/φυλακή για όσους κρίνονται «ακαταλόγιστοι» για ποινικό αδίκημα που επιτέλεσαν και όπου για πρώτη φορά αναφέρεται ρητά, σε νομοθετική ρύθμιση, η νομιμότητα της επιβολής κατασταλακτικών πρακτικών (μηχανικών καθηλώσεων και απομονώσεων), όταν υπάρχει «επιθετική» συμπεριφορά (χωρίς, φυσικά, καμιά αναφορά στο ποιες συνθήκες και ποια μεταχείριση την προκαλεί), το ζήτημα των μηχανικών καθηλώσεων πήρε μian ιδιόμορφη δημοσιότητα.

Εγινε αντικείμενο αντιπαράθεσης όχι μεταξύ κάποιων που είναι υπέρ και κάποιων που είναι κατά, αλλά και με τις δυο πλευρές να είναι υπέρ : με τη μια πλευρά (του προέδρου της ΠΟΕΔΗΝ) να κάνει, μέσα από την προβολή της εικόνας καθηλωμένου ασθενή, τις βάρβαρες αυτές πρακτικές ‘θέαμα’, στα πλαίσια ενός συντεχνιακού λαϊκισμού στην αντιμετώπιση των πολύ σοβαρών προβλημάτων στον χώρο της ψυχικής υγείας και με την άλλη (ΣΥΝΟΨΥΝΟ), να λέει ότι, κάνουμε (και θα συνεχίσουμε να κάνουμε, γιατί έτσι είναι το σωστό) καθηλώσεις όταν «πρέπει» («επικινδυνότητα» κλπ) και όχι επειδή λείπει μας λείπει προσωπικό.

Μια ψευδο-αντιπαράθεση, δηλαδή, που δείχνει πόσο βαθιά ριζωμένη είναι και πόσο αυτονόητη θεωρείται η μηχανική καθήλωση (και η απομόνωση) στην ψυχιατρική που ασκείται σήμερα σε όλες τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Μια πρακτική που πλασάρεται με το ένδυμα της «ιατρικής πράξης» και που η εφαρμογή της γίνεται, δήθεν, σύμφωνα με «πρωτόκολλα» και «μόνον» όταν «επιβάλλεται», με το σύνθημα συνοδό περιτύλιγμα ότι «πρέπει να τηρούνται οι κατευθυντήριες αρχές της ΕΕ για την πρόληψη βασανιστηρίων, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης» κλπ. Ωστόσο, ξέρουμε πολύ καλά (και το ξέρουν εξίσου καλά, και «από τα μέσα», αυτοί που κάνουν αυτές τις ανακοινώσεις) ότι ποτέ δεν τηρείται κανένα πρωτόκολλο και ότι η μόνη «αντικειμενική» βάση της εκάστοτε απόφασης για την επιβολή αυτών των μέτρων, δεν είναι άλλη από την υποκειμενική εκτίμηση αυτού που έχει την εξουσία (του ψυχιάτρου - σπανίως του νοσηλευτή) να αποφασίζει, την κάθε δεδομένη στιγμή, τι είναι «επικίνδυνο» και τι όχι και για ποιόν.

Πολύ συχνά, «επικίνδυνο» είναι η παραμικρή «αταξία» που η αντίδραση του ψυχικά πάσχοντος, η απόγνωση του από το βίωμα της ματαίωσης και του εγκλωβισμού, επιφέρει στην πειθαρχική ιδρυματική λειτουργία του ψυχιατρικού τμήματος. Και η αναγκαστική προσαρμογή στην πειθαρχική λειτουργία βαφτίζεται «ιατρική πράξη».

Θα θυμίσουμε, εν προκειμένω την κλασική ανάλυση του E. Goffman στα «Ασυλα»: «Κάθε τι που συμβαίνει

στο νοσοκομείο, λέει ο Goffman, πρέπει να νομιμοποιηθεί με την αφομοίωσή του και την κατάλληλη μετάθεσή του προς ένα ιατρικό- υπηρεσιακό πλαίσιο αναφοράς. Οι καθημερινές πράξεις του προσωπικού πρέπει να ορίζονται και να παρουσιάζονται ως εκφράσεις της παρακολούθησης, της διάγνωσης και της θεραπείας. Για να υλοποιηθεί αυτή η μετάθεση, η πραγματικότητα πρέπει να διαστρεβλωθεί σε σημαντικό βαθμό, όπως κατά κάποιον τρόπο διαστρεβλώνεται από δικαστές, διευθυντές και λειτουργούς και σ' όλα τα (διαφορετικά από το άσυλο) ιδρύματα υποχρεωτικής παραμονής. Πρέπει ν' αποκαλυφθεί ένα έγκλημα που να ταιριάζει στην τιμωρία και ο χαρακτήρας του τροφίμου πρέπει να ανασυσταθεί και να ταιριάζει στο έγκλημα».

Δεν είναι τυχαίο που στην κορύφωση της ψευδο-αντιπαράθεσης που προαναφέρθηκε, βλέπει το φως της δημοσιότητας και μια εργασία δυο καθηγητών της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λαμίας για το ζήτημα αυτό, η οποία, μέσα από την απλώς βιβλιογραφική και ψευδο-ουδέτερη έκθεση των υπέρ και των κατά των κατασταλτικών αυτών πρακτικών, δεν κάνει άλλο από το να καθαγιάζει, εν τέλει, την επιβολή τους «μόνο» - όπως πάντα λέγεται από τους υποστηρικτές των μέτρων αυτών - όταν είναι «αναγκαίο» και «επιβεβλημένο» για το «καλό του ασθενή» (και των γύρω του). Διαβλέποντας, μάλιστα, και μιαν «επιθυμία μείωσης» των πρακτικών αυτών, τη στιγμή που η διάχυση της εφαρμογής τους έχει πάρει διαστάσεις χωρίς προηγούμενο. Καταλαβαίνει κανείς με τι είδους και πιο «επεξεργασμένα», πλέον, επαγγελματικά «εφόδια» θα αποφοιτούν στο εξής οι νοσηλευτές/τριες από τις σχολές τους, με ποια γνώση του «αντικειμένου» τους και των μεθόδων για την αντιμετώπιση της πολυπλοκότητας των προβλημάτων του.

Γιατί η μηχανική καθήλωση και η απομόνωση, (αλλά και η χημική καθήλωση, η κλειδωμένη πόρτα κλπ) στο βαθμό, μάλιστα, που προβάλλονται ως «ιατρική πράξη», είναι συστατικά στοιχεία και εργαλεία μιας ψυχιατρικής που «χάνει τον άνθρωπο πίσω από την αρρώστια» και βλέπει την οδύνη του ως «συμπτώματα και σημεία» μιας νόσου (μιας διαγνωστικής κατηγορίας), που πρέπει να κατασταλούν και να εξαλειφθούν, αντί να επιδιώκει την επικοινωνία, τον διάλογο, για την κατανόηση των αναπάντητων αναγκών, των διαδρομών και των διαδοχικών απορρίψεων τους, μέχρι να φτάσουν να εκραγούν, στην οικογένεια, σε κοινωνικούς χώρους ή, μετά από μια βίαιη διακομιδή, μέσα στην ψυχιατρική κλινική.

Αυτός ο επαναλαμβανόμενος, στις μέρες μας, καθαγιασμός των μηχανικών καθηλώσεων σε νόμους, σε «επιστημονικές» εργασίες, σε «διαμάχες», συμπλέει με την προώθηση ρυθμίσεων που επιδιώκουν να εισάγουν και στην Ελλάδα την (πλήρως αποτυχημένη διεθνώς) διάχυση της καταστολής στην κοινότητα, με την «υποχρεωτική θεραπεία κατ' οίκον». Στο όνομα της μείωσης των ακούσιων νοσηλείων και χωρίς ν' αλλάζουν σε τίποτα τον τρόπο και τις πρακτικές λειτουργίας του ψυχιατρικού συστήματος, επιδιώκουν την επιβολή της «ακούσιας θεραπείας» ως πρώτο βήμα πριν την ακούσια νοσηλεία.

Σε άλλες χώρες αυτό ισοδυναμούσε με την μετάλλαξη των υπαρχόντων κοινοτικών υπηρεσιών σε μηχανισμούς καταστολής - μεταξύ άλλων, και για την μείωση των κονδυλίων που δαπανώνται για τη νοσηλεία, μέσω της υποκατάστασής της από την υποχρεωτική επιβολή της θεραπείας στο σπίτι. Πρόκειται για μια πρωτοφανή κατασταλτική μετάλλαξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στη βάση της κυρίαρχης βιολογικής ψυχιατρικής και της αγαστής συνεργασίας της με το βιο-φαρμακοβιομηχανικό σύμπλεγμα και τα ενέσιμα σχήματα που αυτό προωθεί στην αγορά - και, μέσω της κυρίαρχης ψυχιατρικής, στο σπίτι του κάθε ασθενή, ή και εν δυνάμει ασθενή. Γνωρίζουμε ότι υπάρχουν ήδη εν εξελίξει συνεργασίες ψυχιάτρων του δημοσίου με υπαλλήλους φαρμακοβιομηχανιών, με τους δεύτερους να πηγαίνουν στα σπίτια ασθενών, που παρακολουθούν οι πρώτοι, για να τους κάνουν το ενέσιμο σχήμα.

Καταλαβαίνει κανείς τι τροπή θα πάρει η λεγόμενη «στροφή στην κοινότητα» σ' αυτή τη χώρα, όπου ποτέ δεν υπήρξε κι' ούτε υπάρχει η παραμικρή επιθυμία, «από τα κάτω», ή «από τα πάνω», για μια τέτοια στροφή. Κάποιοι την προορίζουν να υπάρξει ως «κατ' οίκον καταστολή».

Γι' αυτό, ενώ η διεκδίκηση της πλήρους απαγόρευσης των μηχανικών καθηλώσεων (και των

απομονώσεων και όλων γενικά των κατασταλτικών πρακτικών) πρέπει να είναι πάντα στη πρώτη γραμμή των διεκδικήσεων για την εξάλειψη πρακτικών που, εκτός που τις θανατηφόρες «παρενέργειες» που έχει η εφαρμογή τους (και που πάντα συγκαλύπτονται και αποδίδονται σε άλλη αιτία), λειτουργούν άκρως τραυματικά και κακοποιητικά στην υποκειμενικότητα και στην αυτοεκτίμηση του ψυχικά πάσχοντος, θα πρέπει, ταυτόχρονα, να είναι σαφές ότι η κατάργηση αυτών των πρακτικών είναι συνυφασμένη με την έμπρακτη αμφισβήτηση της κυρίαρχης ψυχιατρικής, μέσα από εναλλακτικές πρακτικές που αναδεικνύουν (και έχουν διεθνώς αναδείξει) ότι μια «άλλη ψυχιατρική», «χωρίς μηχανικές καθηλώσεις», είναι δυνατή.

Για μια «στροφή στην κοινότητα» που θα είναι «στροφή σε μίαν άλλη σχέση» με τον ψυχικά πάσχοντα, για διάλογο, επικοινωνία, διαπραγμάτευση, στήριξη, συνοδεία.

Ενάντια στην όποια πρόθεση/επιδίωξη για πολιτικές διάχυσης της καταστολής στην κοινότητα.

Η μείωση των ακούσιων νοσηλειών δεν είναι ζήτημα διατάξεων και ρυθμίσεων επί χάρτου, αλλά ριζικής αλλαγής της ασκούμενης ψυχιατρικής φροντίδας, για ένα πραγματικά κοινοτικά βασισμένο σύστημα υπηρεσιών, που θα είναι σε θέση να ασκεί μίαν ουσιαστική πρόληψη σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο και να παρέχει ουσιαστική στήριξη στον τόπο κατοικίας. Να κατανοεί και να στηρίζει και όχι να καταπιέζει και να καταστέλλει.

Για να υπάρχει μια άλλη σχέση (του ψυχιάτρου, του νοσηλευτή και όλων των λειτουργών) με τον ασθενή, για να μην είναι «ο ασθενής δεμένος», πρέπει ο λειτουργός ψυχικής υγείας – και πρωτίστως ο ψυχίατρος – να μάθει «να δένεται» στο λειτούργημά του, που θα έπρεπε να συνίσταται, μεταξύ άλλων, και στο να επιδιώκει και να είναι σε θέση να κάνει σχέση με τον «ασθενή» σε ισότιμη βάση (αμφισβητώντας τον εξουσιαστικό ρόλο, στη βάση του οποίου έχει μάθει να λειτουργεί), να είναι δίπλα του για όσο χρόνο χρειαστεί και να μη καταφεύγει στην ευκολία της καθήλωσης.

Και ταυτόχρονα, να υπάρχει κατάλληλα εκπαιδευμένο και αριθμητικά επαρκές προσωπικό.

Γιατί μπορεί η μηχανική καθήλωση να είναι πρωτίστως προϊόν της «κουλτούρας και της πράξης» της κυρίαρχης ψυχιατρικής και να γίνεται ως αυτονόητη πρακτική ανέκαθεν, ακόμα και όταν υπάρχει επάρκεια προσωπικού, αλλά δεν παύει να εξαρτάται και από την έλλειψη προσωπικού – ενός προσωπικού ποικιλοτρόπως ματαιωμένου και εξουθενωμένου, που δεν είναι σε θέση ν' αντέξει και να διαχειριστεί την παραμικρή «αταξία» γύρω του.

Μια πρακτική προσανατολισμένη στην πλήρη κατάργηση των μηχανικών καθηλώσεων, προϋποθέτει την πρωταρχικότητα του ποιοτικού στοιχείου (την ριζικά εναλλακτική κουλτούρα και πράξη) πάντα σε συνάρτηση με το ποσοτικό στοιχείο, προκειμένου να μπορέσει να καταστεί έμπρακτα, και όχι στα λόγια, δυνατή – όπως, πχ, μικρό αριθμό ασθενών και μεγάλη επάρκεια προσωπικού.

Το ζήτημα των προσλήψεων και της εκπαίδευσης του προσωπικού (καθώς και της επαρκούς χρηματοδότησης των υπηρεσιών) μπορούν να συντελέσουν σε μια ουσιαστική αλλαγή (ξεπέρασμα του ψυχιατρείου) και όχι απλή αναπαλαίωση του υπάρχοντος (μέσα από την διατήρηση, ή το βίαιο κλείσιμό του), μόνο στο βαθμό που εντάσσονται σε μια ριζική αμφισβήτηση του τρόπου που «σκέπτεται και πράττει» η κυρίαρχη ψυχιατρική στην καθημερινή ιδρυματική της λειτουργία, στο ψυχιατρείο, στο γενικό νοσοκομείο, ή στα κατ' όνομα ΚΨΥ που υπάρχουν.

Αυτό που ζούμε στο χώρο της ψυχικής υγείας, σ' αυτή την περίοδο της διακυβέρνησης από την «πρώτη φορά αριστερά», είναι η από μακρού αναμενόμενη θεσμοθέτηση ενός ψυχιατρικού «εκσυγχρονισμού», των προδιαγραφών, δηλαδή, μιας νεο-ιδρυματικής βιολογικής ψυχιατρικής, σε συνέργια με τους κατευθυντήριους άξονες μιας νεοφιλελεύθερης διαχείρισης/απόρριψης των αναγκών των ψυχικά πασχόντων-πάνω στο έδαφος (και για την διαχείριση) ενός συστήματος υπηρεσιών υπό κατάρρευση. «Ειδικό τμήμα» του ψυχιατρείου, καθαγιασμός των μηχανικών καθηλώσεων, με την «ακούσια θεραπεία»

εν όψει και ποιος ξέρει ποιά άλλα, στην ίδια κατεύθυνση, να έπονται.

Τι «διάλογος», επομένως, μπορεί να υπάρξει με επιτροπές του Υπουργείου Υγείας (στην αναζήτησή τους για «πρόθυμους συμμάχους»), πχ, για την ακούσια νοσηλεία (ή ό,τι άλλο) – επιτροπών που σχεδιάζουν την «ακούσια θεραπεία» στην κοινότητα, που καθαγιάζουν τις μηχανικές καθηλώσεις, τα ηλεκτροσόκ κλπ, και που, πιθανόν, κάποιοι από τους ψυχιάτρους των όποιων επιτροπών, πριν παραστούν στην συνεδρίαση της επιτροπής τους, έχουν δώσει εντολή μηχανικής καθήλωσης ασθενών της κλινικής τους;

Ο μόνος τρόπος για να μην περάσουν και να μη βρουν εφαρμογή οι νέες κατασταλτικές νομοθεσίες είναι η αμφισβήτησή τους «από τα κάτω», μέσα από την κινητοποίηση των άμεσα ενδιαφερομένων, ατόμων με ψυχιατρική εμπειρία, οικογενειών, λειτουργών ψυχικής υγείας, κοινωνικών συλλογικοτήτων-ένα κίνημα που θα αμφισβητεί τις κοινωνικές σχέσεις, τους θεσμούς και τις πολιτικές που εξακολουθούν να καταδικάζουν τους ψυχικά πάσχοντες στη θέση του κοινωνικού παρία, χωρίς ουσιαστικά αναγνωρισμένα και κατοχυρωμένα δικαιώματα, στο «έλεος» μιας ανελέητης κοινωνικής απόρριψης και ψυχιατρικής καταστολής.

14/1/2018

ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΑ ΓΙΑ ΕΝΑ ΠΟΛΥΜΟΡΦΟ ΚΙΝΗΜΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ