

## ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ, ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΙΑ ΤΩΝ “ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΩΝ” ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΝΕΟΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΚΑΙΑΔΑ Ή ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΓΚΛΕΙΣΜΟ ΣΤΟ ΔΡΟΜΟ



### Του Θ. Μεγαλοικονόμου

Η κρίση του συστήματος Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα, που τώρα παίρνει τη μορφή του βιαστικού και βίαιου κλεισίματος των εναπομεινάντων ψυχιατρείων (ΨΝΑ-Δαφνί, Δρομοκαΐτειο, ΨΝ Θεσσαλονίκης) και της ταυτόχρονης ραγδαίας αποδυνάμωσης, στην κατεύθυνση της απλώς εικονικής παρουσίας, έως και του οριστικού κλεισίματος των όποιων υπάρχοντων υπηρεσιών (δημόσιων, καθώς και του λεγόμενου «μη κερδοσκοπικού» τομέα), έχει ξεκινήσει πολύ πριν το ξέσπασμα της σημερινής οικονομικής κρίσης και της επιβολής των διαδοχικών μνημονίων.

Η εφαρμογή των νεοφιλελεύθερων επιταγών ήλθε ν' αγκυροβολήσει, αφενός, πάνω σε μια «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» που «ποτέ δεν έγινε» και αφετέρου, πάνω σε μια κουλτούρα του ψυχιατρικού σώματος και λειτουργία του ψυχιατρικού θεσμού που δεν αμφισβήτησε ποτέ την πρωτοκαθεδρία του κλειστού ιδρύματος και του εγκλεισμού, ως κεντρικού τρόπου αντιμετώπισης του ψυχικού πόνου. Μια ψυχιατρική κουλτούρα και πρακτική έτοιμη πάντα (όπως δείχνει μια πλούσια διεθνής εμπειρία εδώ και δεκαετίες) όχι απλώς ν' αποδεχτεί, αλλά και να συμπράξει (κάτω από συγκεκριμένες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνθήκες) στο πέρασμα από τον κατασταλακτικό θεσμό στην άλλη του όψη, που είναι η εγκατάλειψη στον χώρο του κοινωνικού αποκλεισμού, μέσα από τις ατραπούς της ιδιωτικοποίησης των όποιων υπηρεσιών απομείνουν.

Παρόλη τη συζήτηση και τη φιλολογία για το «κλείσιμο των ψυχιατρείων» και σε αντιδιαστολή με την ασφυκτική πίεση να κλείσουν τα ψυχιατρεία στην Ελλάδα «εδώ και τώρα», πάνω από το 60% των ψυχιατρικών κλινών στην Ευρώπη βρίσκονται ακόμη σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, παρά την 50χρονη περίπου παρουσία και τις προσπάθειες κινημάτων για την Αποϊδρυματοποίηση και παρά την ύπαρξη επίσημα διακηρυγμένων πολιτικών και σχετικών νομοθεσιών σε πολλές χώρες.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι το «κλείσιμο του ψυχιατρείου», καθεαυτό, δεν σημαίνει μια «άλλη ψυχιατρική», τέτοια που να σέβεται, ν' αναγνωρίζει και να μπορεί ν' ακούει ισότιμα τον «άλλο», αντί να τον μετατρέπει σε «πράγμα». Δεν συνεπάγεται αυτονόητα μια ψυχιατρική που να δίνει σημασία και αξία στο βίωμα του υποκειμένου και η οποία πασχίζει για την κατανόηση και την απάντηση στις ανάγκες του, αντί για την ταξινόμηση των εκάστοτε αναγκών σε διαγνωστικές κατηγορίες, που απλώς στιγματίζουν και αποκλείουν.

Μια «άλλη ψυχιατρική» δεν σημαίνει απλώς τον «τόπο», αλλά, πρωτίστως, τον «τρόπο» σύλληψης και άσκησής της – με τον «τόπο», την κοινότητα, ν' αποτελεί μια αναγκαία, αλλά όχι, από μόνη της, επαρκή συνθήκη για την συγκρότηση και την έκφραση του εναλλακτικού της (στην «πραγματοποίηση» και στον εγκλεισμό) χαρακτήρα.

«Κλείσιμο του ψυχιατρείου», στην πλειονότητα των περιπτώσεων διεθνώς, εδώ και πολλά χρόνια, σήμαινε την ανάδυση και πρωτοκαθεδρία εκείνων των συστατικών παραμέτρων του κυρίαρχου «ψυχιατρικού παραδείγματος», που λειτουργούν στην συνάρθρωσή του με το κοινωνικό σύστημα του οποίου αποτελεί

εντολοδόχο: την κληρονομικότητα (μέσω του βιολογικού αναγωγισμού, της απολυτοποίησης του γονιδιώματος κλπ), τον «εκφυλισμό» και την «κατωτερότητα» των «μη κανονικών» που θα μπορούσαν να είναι «φορείς κινδύνου».

Είναι αυτές οι παράμετροι (που σήμερα εκφράζονται με ποικίλους, εκλεπτυσμένους και επιστημονικοφανείς τρόπους), οι οποίες συμπλέουν, ήδη από την περίοδο του πρώιμου καπιταλισμού, με τον ορισμό του «υγιούς» ως αυτού που είναι «παραγωγικός» και, επομένως, του «ασθενούς» ως αυτού που είναι «μη παραγωγικός» – που δεν είναι ικανός για συμμετοχή στον δεδομένο καταμερισμό της εργασίας : δηλαδή, στην παραγωγική διαδικασία ενός οικονομικού συστήματος που παράγει ανέκαθεν, αλλά ιδιαίτερα σήμερα, μια διαρκώς αυξανόμενη μάζα ανθρώπων που καταδικάζεται ως «άχρηστους», «πλεονάζοντες», «απόβλητους» κλπ..

Ετσι, από την «αντικειμενοποίηση» και την «πραγμοποίηση» του ψυχικού πόνου (αποκομμένου από το όλο της ύπαρξης και το κοινωνικό σώμα) ανοίγει ο δρόμος για τον χαρακτηρισμό του «ανιάτου» (το εύρος του οποίου συνδέεται με την οικονομική και πολιτική συγκυρία) και, εν τέλει, το «κοινωνικό βάρος» για το οποίο, σύμφωνα με τα νεοφιλελεύθερα προτάγματα, δεν επιφυλάσσεται παρά ο «δρόμος».

Είναι κομβικό στοιχείο της παγκοσμιοποιημένης νεοφιλελεύθερης διακυβέρνησης ότι το όργανο της ασκούμενης «κοινωνικής πολιτικής», όπως την περιγράφει ο Μ. Φουκώ, είναι η «ιδιωτικοποίηση, δηλαδή, δεν θα ζητηθεί από ολόκληρη την κοινωνία να διαφυλάσσει τα άτομα απέναντι στους κινδύνους, είτε είναι ατομικοί κίνδυνοι, τύπου ασθένειας ή ατυχήματος, είτε συλλογικοί κίνδυνοι, όπως για παράδειγμα καταστροφές – δεν θα ζητηθεί από την κοινωνία να εγγυηθεί για τα άτομα απέναντι σ' αυτούς τους κινδύνους...». «Μια κοινωνική πολιτική δεν μπορεί να ορίζει την ισότητα ως στόχο της. Πρέπει, αντίθετα, ν' αφήσουμε την ανισότητα να λειτουργήσει. Η ανισότητα είναι η ίδια για όλους». («Η γένεση της βιοπολιτικής»). Πρόκειται, δηλαδή, για μια «ατομικοποίηση της κοινωνικής πολιτικής», καθένας ανάλογα με τα μέσα που διαθέτει (ή δεν διαθέτει) για ν' αντιμετωπίσει τον όποιο κίνδυνο και όποιος δεν μπορεί, υφίσταται τις όποιες συνέπειες αυτής της αδυναμίας του... μέχρι και της βιολογικής εξόντωσης...

Και είναι μέσα από την ίδια λογική αλληλουχία της παραδοσιακής ψυχιατρικής σκέψης που οι «ανιάτοι» χαρακτηρίστηκαν περαιτέρω (από νομικούς και ψυχιάτρους στην προ-ναζιστική Γερμανία) ως «άδειες ανθρώπινες φλούδες», ως «σαβούρα» και ως «ζωές ανάξιες να ζουν» (Hoche και Binding), για ν' αποτελέσουν, στη ναζιστική Γερμανία, την ομάδα πάνω στην εξόντωση της οποίας εγκαινιάστηκαν οι θάλαμοι των αερίων.

Γνωρίζουμε ότι το «κλείσιμο του ψυχιατρείου», με αφετηρία τις ΗΠΑ, εδώ και 50 περίπου χρόνια, αντιμετωπίστηκε συχνά και εφαρμόστηκε, σε πολλές περιπτώσεις, στη βάση μιας λογικής κατάργησης, εις βάρος των «ασθενών» (που γενικά έμεναν ακάλυπτοι από την όποια φροντίδα και, σε πολλές περιπτώσεις, απλώς πετάχτηκαν στο δρόμο), αλλά και του προσωπικού (που σε πολλές περιπτώσεις απολύθηκε). Αυτού του είδους το κλείσιμο αποκαλείται Απονοσοκομειοποίηση (σε αντιδιαστολή με την Αποιδρυματοποίηση) και είναι αυτό που έμεινε στην ιστορία ως «ρηγκανισμός», από το όνομα του τότε κυβερνήτη της Καλιφόρνια και μετέπειτα προέδρου των ΗΠΑ Ρ. Ρήγκαν, που εφάρμοσε πρώτος τις οδηγίες της νεοφιλελεύθερης «σχολής του Σικάγου» στην ψυχική υγεία.

Αντίθετα, Αποιδρυματοποίηση σήμαινε (όπου πραγματικά εφαρμόστηκε) την ριζική αλλαγή του «ψυχιατρικού παραδείγματος», σε σύνδεση με τον μετασηματισμό του θεσμού, των συνθηκών ζωής, θεραπείας και φροντίδας, καθώς και των σχέσεων εξουσίας, στην κατεύθυνση της υπέρβασης (και όχι της απλής κατάργησης) του ψυχιατρείου, μέσω της οικοδόμησης, αφενός, μιας εναλλακτικής κουλτούρας για την προσέγγιση στον ψυχικό πόνο και στον πάσχοντα «άλλο» και, αφετέρου, ταυτόχρονα, ενός ολοκληρωμένου δικτύου κοινοτικών υπηρεσιών για την θεραπευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη του προσώπου στον τόπο κατοικίας και, γενικά, εντός του κοινωνικού ιστού. Η Αποιδρυματοποίηση, για να μπορεί να υπάρξει ως τέτοια, είναι συνυφασμένη με πολλά πράγματα, μεταξύ των οποίων αναφέρουμε

επιγραμματικά:

- την Τομεοποίηση των υπηρεσιών (πραγματική και όχι επί χάρτου),
- την ενδυνάμωση (αντί για την πλήρη διάλυση που τώρα συστηματικά επιτελείται) και την αναδιάρθρωση των συστημάτων Πρόνοιας,
- τον ενεργό, πρωταγωνιστικό ρόλο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, καθώς και των άμεσα ενδιαφερομένων «ασθενών» (η μη συμμετοχή, ή ο περιθωριακός τους ρόλος σηματοδοτεί διαδικασίες ενός καθαρά διοικητικού κλεισίματος και «αδειάσματος» των νοσοκομείων),
- την συμμετοχή της ευρύτερης κοινωνίας,
- την βαθμιαία μεταφορά υπηρεσιών από «μέσα έξω», μέσω της αντίστοιχης μεταφοράς οικονομικών πόρων και προσωπικού,
- με διασφάλιση των κεκτημένων και της ασφάλειας της θέσης εργασίας, αλλά (ιδιαίτερα στην κατάσταση που βρισκόμαστε με την κατάρρευση των υπάρχοντων υπηρεσιών λόγω δραματικών ελλείψεων σε προσωπικό) και περαιτέρω προσλήψεις.

Θα έπρεπε, τέλος, να θεωρείται αυτονόητο ότι το «κλείσιμο του ψυχιατρείου» θα πρέπει να συμβεί σε μια πλήρη συγχρονικότητα κατάργησης του παλιού και οικοδόμησης του καινούργιου. Καμιά παλιά υπηρεσία δεν πρέπει να παύει την λειτουργία της αν ταυτόχρονα με την παύση αυτή, δεν έχει ήδη ετοιμαστεί και τεθεί σε λειτουργία η καινούργια, που θα την αντικαταστήσει.

Εν κατακλείδι, «κλείσιμο» του ψυχιατρείου (θα έπρεπε να) σημαίνει μετασχηματισμό των δημόσιων υπηρεσιών και όχι ιδιωτικοποίησή τους.

Εδώ και 30 χρόνια, από τότε που υποτίθεται ότι ξεκίνησε, η «ψυχιατρική μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα ταυτίστηκε με τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της ΕΕ, με αποσπασματικό και θνησιγενή χαρακτήρα.

Δεν υπήρξε ποτέ, με ευθύνη τόσο της εκάστοτε κυρίαρχης πολιτικής εξουσίας, όσο και της ψυχιατρικής κοινότητας, συγκρότηση μιας πολιτικής για την Ψυχική Υγεία που θα στόχευε στα ουσιαστικά, διαδοχικά και συγκροτημένα βήματα μιας μεταρρύθμισης του συστήματος «πέρα από» το ψυχιατρείο, προς ένα ολοκληρωμένο και βασισμένο στην κοινότητα σύστημα υπηρεσιών ψυχική υγείας.

Η εμπειρία της παρέμβασης στη Λέρο (αρχές δεκαετίας 90), στην οποία η ελληνική ψυχιατρική κοινότητα (όταν δεν κώφευε) απλώς σύρθηκε (κυρίως λόγω του διεθνούς διασυρμού της χώρας), χωρίς, όμως, ποτέ να θέσει σε «πρακτική κριτική» την κουλτούρα και τις πρακτικές που την οδήγησαν σ' αυτή την ιδρυματική βαρβαρότητα, ακριβώς γι' αυτό το λόγο δεν αξιοποιήθηκε, δεν συζητήθηκε περαιτέρω και έκλεισε «για να πάμε παρακάτω», χωρίς ποτέ να βγουν τα πραγματικά μαθήματα.

Στα τέλη της δεκαετίας του 90, συγκροτείται, και συγχρηματοδοτείται από την ΕΕ, ένα δεκαετές (αρχικά) πρόγραμμα («Ψυχαργός») που προέβλεπε την κατάργηση όλων των (8) ψυχιατρείων - των τεσσάρων μικρότερων μέχρι το 2006 και των τεσσάρων μεγαλύτερων (συμπεριλαμβανομένου του ΚΘ Λέρου) μέχρι το 2015. Για να «διευκολυνθεί» και επιταχυνθεί η όλη διαδικασία, ένα μέρος της στεγαστικής μετεγκατάστασης των χρονίων εγκλειστών των δημόσιων ψυχιατρείων (περίπου το 30% του όλου 'έργου') ανατέθηκε σε ιδιωτικές «μη κερδοσκοπικές» εταιρείες. Λέμε «μετεγκατάσταση» και όχι «Αποϊδρυματοποίηση», γιατί η όλη διαδικασία του «μετασχηματισμού» ανάχθηκε απλώς στην μεταφορά των εγκλειστών από τις πτέρυγες χρόνιας παραμονής των ψυχιατρείων σε εξωνοσοκομειακές στεγαστικές μονάδες - όπου, σε πολλές περιπτώσεις, συνάντησαν και πάλι κλειδωμένες πόρτες, επιτήρηση από κάμερες και μηχανικές καθηλώσεις.

Η συρρίκνωση και το κλείσιμο των ψυχιατρείων, όλη αυτή την περίοδο, δεν συνοδεύτηκε από την δημιουργία κοινοτικών υπηρεσιών (ΚΨΥ κλπ). Οι ελάχιστες που υπάρχουν, λειτουργούν εντελώς

περιφερειακά στο κύκλωμα των ψυχιατρικών υπηρεσιών, αυτοαναφορικά, με λογικές που βασίζονται σε αυτο-επιβαλλόμενα κριτήρια και χωρίς λειτουργία εναλλακτική, αλλά, απλώς, συμπληρωματική προς τον εγκλεισμό και το ψυχιατρικό άσυλο.

Το αποτέλεσμα ήταν η δημιουργία και παγίωση ενός νεοϊδρυματικού μοντέλου, χωρίς κατ' ουδένα τρόπο ν' αλλάζει το κλασικό (και βασισμένο στην παροχή κλίνης και όχι κοινοτικής φροντίδας) ψυχιατρικό σύστημα : περίπου το 55-60% των εισαγωγών στις νοσοκομειακές ψυχιατρικές μονάδες (στα ψυχιατρεία και στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων) είναι ακούσιες. Ο εγκλεισμός και οι μέθοδοί του (μηχανικές καθηλώσεις, κλειδωμένες πόρτες, ιδρυματική βία), ζουν και βασιλεύουν παρά την 30χρονη «μεταρρύθμιση».

Ως συνέπεια της μείωσης των κλινών των ψυχιατρείων (ή και το κλείσιμό τους), χωρίς την ταυτόχρονη ανάπτυξη εναλλακτικών κοινοτικών υπηρεσιών, είχαμε τον πολλαπλασιασμό των ράντζων στις δημόσιες μονάδες ψυχιατρικής νοσηλείας, την «περιστρεφόμενη πόρτα» και την ραγδαία άνοδη των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών σε όλη την Ελλάδα (με πιο πρόσφατη την αναγγελία ίδρυσης ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής στο Ηράκλειο Κρήτης).

Ως απάντηση στα από μακρού λιμνάζοντα αδιέξοδα της «μη μεταρρύθμισης» (οικονομικά, θεσμικά, λειτουργικά), ήλθε, με το ξέσπασμα της κρίσης, το σχέδιο για την «Αναθεώρηση του Προγράμματος «Ψυχαργώς», όταν η προσαρμογή στις μνημονιακές επιταγές έγινε το υπόβαθρο των επιδιώξεων διαφόρων δήθεν «μεταρρυθμιστών» που συγκρότησαν, το 2011, επί Υπουργού Υγείας Λοβέρδου, μια 'επιτροπή σοφών': τα προτεινόμενα μέτρα μπαίνουν εδώ κάτω από τον τίτλο «σχέδιο εκτάκτου ανάγκης», επαναφέροντας τη συζήτηση για μια όπως-όπως «κατάργηση των ψυχιατρείων», στη θέση των οποίων προτείνεται να ιδρυθούν ένα - δυο «δικαστικά ψυχιατρεία» για τον εγκλεισμό των «ακαταλογίστων» (προανάκρουσμα της σημερινής συζήτησης για δημιουργία «φυλακών υψίστης ασφαλείας», για την προστασία από τις «επικίνδυνες ομάδες», στα πλαίσια ενός, απλώς επιτελικού, «κράτους ασφάλειας»). Από την άλλη, στο σκέλος των κοινοτικών υπηρεσιών, η θέση που σήμερα διαμορφώνεται από την αρμόδια «task force» του Υπουργείου, οδηγεί στην αντικατάσταση της επιδίωξης δημιουργίας ΚΨΥ από μια υποτυπώδη παρουσία λειτουργών ψυχικής υγείας μέσα στα Κέντρα Υγείας.

Γνωρίζοντας ότι η ελληνική «ψυχιατρική μεταρρύθμιση», από την δεκαετία του 80 που ξεκίνησε, ταυτίστηκε με τα συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της ΕΕ και ότι η ίδια η ΕΕ συνέπλευσε με τον στρεβλό, νεο-ιδρυματικό, γραφειοκρατικό χαρακτήρα (για χάρη της απορρόφησης κονδυλίων και μόνο) που πήρε αυτή η «μεταρρύθμιση», δεν μπορεί να κριθεί παρά ως αποκάλυπτα υποκριτικό το γεγονός ότι απαιτεί τώρα, μέσω του συμφώνου Λυκουρέντζου-Αντόρ, το κλείσιμο των ψυχιατρείων μέχρι το 2015, σε εφαρμογή των προ 15ετίας συμφωνηθέντων. Ξέρουν πολύ καλά ότι καμιά από τις προϋποθέσεις για τον κλείσιμο δεν έχει υπάρξει και το ήξεραν πολύ καλά όλα αυτά τα χρόνια, με τους τακτικούς ελέγχους που έκαναν για να εγκρίνουν την χρηματοδότηση των διαδοχικών προγραμμάτων.

Αρα, η τωρινή απαίτηση για «εδώ και τώρα» κλείσιμο δεν έχει να κάνει με τις προ ετών δεσμεύσεις, αλλά με την τωρινή πολιτική των μνημονίων και την εφαρμογή των νεοφιλελεύθερων επιταγών στην Ψυχική Υγεία (όπως παντού), αδιαφορώντας για το κόστος, που γνωρίζουν πολύ καλά ότι είναι οι ίδιες οι ζωές των ψυχικά πασχόντων, όχι απλά η «ποιότητα ζωής» τους, αλλά η ίδια η ανθρώπινη υπόσταση και ύπαρξή τους. Αλλά και οι από τριετίας διαμορφούμενες προτάσεις για το κλείσιμο των εναπομεινάντων ψυχιατρείων δεν είναι χωρίς την γνώση και την έγκριση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, καθώς αυτές είναι οι πολιτικές τους για την Ψυχική Υγεία (δραστική μείωση των προϋπολογισμών, αποδόμηση του δημόσιου, προώθηση των ποικίλων μορφών ιδιωτικοποίησης) σε όλες τις χώρες της Ευρώπης.

Αυτό που υλοποιείται επί Υπουργίας Αδωνι Γεωργιάδη, μέσω των εντεταλμένων του, ως «ομάδων εφόδου», Διοικήσεων στα ψυχιατρεία, είναι μια επιχείρηση εξοστρακισμού και εξόντωσης: το τι σημαίνει το «σχέδιο εκτάκτου ανάγκης» των 'σοφών' του Λοβέρδου, το βλέπουμε στις ενέργειες της Διοίκησης του

ΨΝΑ, που καταστρατηγώντας κάθε έννοια θεραπευτικής διαδικασίας και σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών, δεοντολογίας και επαγγελματικής αξιοπρέπειας των λειτουργών, αναζητά (γιατί δεν ξέρει πού) λύσεις Καιάδα ανά την επικράτεια, στις οποίες σπρώχνει, με μια χωρίς προηγούμενο βιασύνη, τους νοσηλευόμενους στα γηροψυχιατρικά τμήματα και εν συνεχεία αυτούς των τμημάτων χρόνιας παραμονής. Ενώ, την ίδια στιγμή, ψάχνει σε ποιο άδειο, ή που λειτουργεί ακόμα, νοσοκομείο θα μεταφερθούν, όπως-όπως, κλινικές του ψυχιατρείου, χωρίς ίχνος κοινοτικών υπηρεσιών, χωρίς καν την τομεοποίηση των υπηρεσιών και με επικρεμάμενη την ανασφάλεια για το μέλλον των θέσεων εργασίας..

Η αντίσταση και η απόκρουση της καταστροφικής διάλυσης των ψυχιατρείων που είναι εν εξελίξει., δεν συνεπάγονται, φυσικά, την όποια προσκόλληση στην διατήρηση του ψυχιατρείου ως «θεραπευτικού» θεσμού, αλλά το αντίθετο, την ανυποχώρητη διεκδίκηση όλων αυτών που είναι η υπέρβαση του ψυχιατρείου, κάτι που είναι συνυφασμένο με ριζικές πολιτικές και κοινωνικές ανατροπές.

**31/3/2014**

*\*Το κείμενο αναδημοσιεύεται από το περιοδικό ΟΥΤΟΠΙΑ*

**Πηγή: [eek.gr](http://eek.gr)**