

Περιεχόμενα

Πρόλογος του επιμελητή της σειράς	13
Προλεγόμενα	33
Ευχαριστίες	39
 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	 41
Μια ζωή	41
Το ιστορικό μιας συνάντησης	46
Μια φωνή	51
 Κεφάλαιο 1	
ΣΕΛΙΔΕΣ ΗΜΕΡΟΛΟΓΙΟΥ	57
«Είμαι ψυχικά άρρωστος...»	60
«Τις ψυχές μας αλλοιώνουν οι φαρμακοβιομηχανίες...»	72
«Παράσταση για ένα ρόλο...»	76
«Αρντάν – ζωή και κίνηση»	81
«ΔΕΝ ΘΑ ΠΕΘΑΝΟΥΜΕ ΠΟΤΕ ΚΟΥΦΑΛΑ ΝΕΚΡΟΘΑΦΤΗ»	85
«Το πρωί θα πάω στο Νοσοκομείο Ημέρας να κάνω εισαγωγή»	92
 Κεφάλαιο 2	
«Η ΖΩΗ ΚΟΠΗΚΕ ΣΤΑ ΔΥΟ...»: ΕΠΩΔΥΝΕΣ ΑΦΗΓΗΣΕΙΣ ΖΩΗΣ	123
Τα παιδικά χρόνια στο χωριό	124
Στην πόλη των προκλήσεων	129
Επιστροφές	132

Από γιατρό σε γιατρό, από ίδρυμα σε ίδρυμα	138
«Τα παιδιά»	150
Δημόσιο ψυχιατρείο: ένα γκέτο	156
Οι επαγγελματίες	159
«Εναλλακτικές» θεραπείες	166
Πέραν του ασύλου	167
Ευκαιρίες	177
Η αρωγός οικογένεια	182
Το δισυνόστατο της εργασίας	184
Σεξουαλικότητα, σχέσεις... ..	192
Τα ψυχοφάρμακα	194
Αυτοβοήθεια	201
«Τρέλα», «ψυχασθένεια», ταμπέλες... ..	205
Τέχνη, το τελευταίο οχυρό... ..	210
Έκθεση εαυτού	218
Αποτιμήσεις	223

Κεφάλαιο 3

ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ

229

Μετασχηματισμοί του πεδίου, μετασχηματισμοί του εαυτού	229
Τεκμήρια ζωής	235
Ένα ταξίδι σε ανεξερεύνητες χώρες... ..	243
Ηθική σταδιοδρομία και βιογραφική ασυνέχεια	250
Ο ρηγματώδης εαυτός	256
Η αναγκαιότητα μιας εργασίας επί του εαυτού	267
Υπό την οπτική της ψυχιατρικής	274
Η ανάδυση μιας κριτικής συνείδησης	288
Η διαχείριση του πάσχοντος εαυτού	302
Το μέλημα της επικοινωνίας	324
Αντί επιλόγου: το πρότυπο του Οδυσσέα... ..	339
Βιβλιογραφία	367
Παράρτημα	389

Πρόλογος

Η ψυχική ασθένεια αποτελεί ένα ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας το οποίο, πέρα από τις βιολογικές διαστάσεις του, συνδέεται άμεσα με την κοινωνία στην οποία ιστορικά εμφανίζεται και η οποία προσπαθεί να το διαχειριστεί. Αποτελεί σύνθετο βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο, που δεν έχει την ίδια αντιμετώπιση σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις εποχές (Pilgrim & Rogers, 2004). Καταγράφοντας τα άκρα των κοινωνικών στάσεων απέναντί της, διαπιστώνουμε πως υπήρξαν κοινωνίες στις οποίες το άτομο που θεωρήθηκε ψυχικά ασθενής αντιμετωπίστηκε ως προικισμένη ιδιαιτερότητα, απολαμβάνοντας υψηλό κύρος και σεβασμό, ως κάποιος που μεταφέρει μια άλλη αλήθεια για τη σχέση με την ευρύτερη φύση (χαρακτηριστικό παράδειγμα ο μάγος σε φυλετικές κοινωνίες) (Mauss, 2004), και κοινωνίες στις οποίες αντιμετωπίζεται επιφυλακτικά, αρνητικά, σε βαθμό που να θεωρείται ακόμα και πως μπορεί να προκαλέσει μόλυνση η όποια επαφή μαζί του (Foucault, 2007). Αυτή η αρνητική στάση τείνει να χαρακτηρίσει μεγάλο τμήμα των δυτικών κοινωνιών και μαρτυρά το φόβο απέναντι σε οτιδήποτε ξεφεύγει από τη νόρμα και διαταράσσει την ομαλή αναπαραγωγή της καθημερινότητας. Η τρέλα, σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμα και μια ελαφριά ψυχική διαταραχή, προκαλούν σοκ διότι συμπεριφορές, εκδηλώσεις, ιδέες και αντιλήψεις τις οποίες θεωρούμε δομημένες, σταθερές και αμετάβλητες, δηλαδή άμεσα προβλέψιμες (η λογική, η καθωσπρέπει συμπεριφορά), διαρρηγνύονται από ένα λόγο φαινομενικά μη ελεγχόμενο, εκ πρώτης όψεως ακατανόητο, δυνητικά ανατρεπτικό και σίγουρα διαφορετικό. Γι' αυτό, ακόμα και αν το ψυχολογικό πρόβλημα είναι σχετικά περιορισμένο, ελεγχόμενο και κοινωνικά ανώδυνο, το άτομο που πάσχει ετικετάρεται αρνητικά και απέναντί του διατηρείται μια

στάση, αν όχι αρνητική, τουλάχιστον επιφυλακτική. Η ίδια η ετικέτα της ψυχασθένειας αποτελεί μια συμπαγή κοινωνική ταυτότητα η οποία, από τη στιγμή που θα αποδοθεί σε ένα άτομο, άσχετα από τη σοβαρότητα της κατάστασής του, παράγει αρνητικές στερεοτυπικές συμπεριφορές και προκαλεί, με τον ένα ή τον άλλο τρόπο, περιθωριοποίηση (Stuber, Meyer & Link, 2008). Αποτελεί δηλαδή ένα master status, ένα στίγμα που επικαλύπτει όλες τις υπολοίπες κοινωνικές συμπεριφορές, ρόλους και δραστηριότητες, τα οποία υποβιβάζει τοποθετώντας τα κάτω από την ταμπέλα του ψυχικά ασθενή (Goffman, 2001). Η ταυτότητα αυτού του τελευταίου δομείται πάνω σε σύγχρονους αστικούς μύθους περί βίαιης, εγκληματικής, ανορθολογικής, απάνθρωπης και μη κοινωνικής (ακόμα και προ-κοινωνικής, δηλαδή ζωώδους) συμπεριφοράς, ανασύροντας από το συλλογικό ασυνείδητο μνήμες αποτρόπαιων εγκλημάτων, ενίοτε φανταστικών (π.χ. ο σχιζοφρενής με το πριόνι), συχνά στρεφόμενων εναντίον συγγενικών προσώπων, όπως οι γονείς (η κλασική μυθική, αρχέγονη φιγούρα του σχιζοφρενή που σκοτώνει τη μητέρα που τον φροντίζει), μετατρέποντας την κοινωνική του αναπαράσταση σε ακόμα περισσότερο αποτρόπαια και απρόβλεπτα (Τσαλίκoglου, 1989).

Αυτή η αρνητική στάση απέναντι στην ψυχασθένεια και στον ψυχικά ασθενή, στάση η οποία αντιβαίνει στη θεώρησή του ως ατόμου στο οποίο οφείλουμε να προσφέρουμε βοήθεια –όπως οφείλουμε άλλωστε απέναντι σε κάθε άτομο που ασθενεί–, αποτελεί κοινωνική συμπεριφορά ιδιαίτερα διαδεδομένη στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες και πηγάζει προγραμματικά από την ιδιαίτερη, αρνητική εννοιολόγηση την οποία έχουν εγκαθιδρύσει ιστορικά οι σύγχρονες δυτικές κοινωνίες για την ασθένεια γενικότερα (Αλεξιάς, 2000). Στο πλαίσιο του δυτικού ορθολογισμού, η ψυχική διαταραχή έχει προσδιοριστεί ως ασθένεια η οποία χρήζει αντιμετώπισης από τον εκάστοτε ειδικό (γιατρός, ψυχίατρος, ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός). Αντιμετωπίζεται δηλαδή ορθολογικά ως η διαταραχή μιας φυσιολογικής, κοινωνικά αναμενόμενης συμπεριφοράς με αποτέλεσμα, εφόσον παρεκκλίνει από αυτό τον κανόνα, να στιγματίζεται και να αναζητούνται οι βιολογικές, ενδεχομένως και οι γενετικές βάσεις της εκδήλωσης και ανάπτυξής της. Η ψυχασθένεια θεωρείται ότι είναι καταγεγραμμένη με τη μορφή της παθολογίας είτε στο γενετικό υλικό

(γενετική εξήγηση) είτε στη λειτουργία του εγκεφάλου και συγκεκριμένα των νευρώνων (ψυχιατρική εξήγηση) είτε στη βίωση μιας προβληματικής δυσπροσάρμοστης σχέσης με το παρελθόν (ψυχαναλυτική-ψυχοδυναμική εξήγηση) ή κάποιας άλλης δυσλειτουργίας η οποία έχει βαθύτερη βάση και εξήγηση, την οποία συχνά δεν μπορούμε να ανακαλύψουμε. Στη συνέχεια η ιατρική, αφού καταγράψει τη βλάβη, επεμβαίνει και προσπαθεί να την αποκαταστήσει, στο μέτρο του δυνατού, με φαρμακευτικές μεθόδους (η ψυχανάλυση με τη συνειδητοποίηση του προβλήματος από το άτομο και τη συμβίωση με το πρόβλημα), ώστε να επαναφέρει το άτομο στην προηγούμενη λειτουργική και διανοητική κατάσταση. Η ασθένειά του, στο πλαίσιο της κλασικής αντιμετώπισης κάθε ασθένειας, θεωρείται βιολογική υπαρκτή οντότητα που πρέπει να επιστρέψει στην πρότερη λειτουργικότητα με όρους, αν όχι ατομικούς, σίγουρα πάντως κοινωνικούς, δηλαδή αποδεκτής συμπεριφοράς. Η ψυχιατρική, η γενετική, ακόμα και η ψυχανάλυση δομούνται πάνω σε αυτή τη μονομερή αντίληψη της ασθένειας ως διαχρονικής οντότητας ή κατάστασης, *a priori* αρνητικής, η οποία διαφοροποιείται από την κατάσταση της κανονικότητας και την οποία πρέπει με διάφορα μέσα να επαναφέρουμε σε μια πρότερη αρμονική και ισορροπημένη σχέση, αποκαθιστώντας την υγεία ως διανοητική κανονικότητα.

Απέναντι σε αυτή την κυρίαρχη ιατρική αντίληψη, στόχος των κοινωνικών επιστημών –με προεξάρχουσα την κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας– τα προηγούμενα χρόνια ήταν να αναδειχθεί η μονομέρεια της συγκεκριμένης προσέγγισης και να διαφανούν η κοινωνική διάσταση και οι κοινωνικές παράμετροι στον προσδιορισμό και τη διαχείριση της ψυχοπαθολογίας (Pilgrim & Rogers, 2004). Η κοινωνιολογία επιχείρησε να δείξει ότι τόσο η ψυχική υγεία όσο και η ψυχική ασθένεια μορφοποιούνται κοινωνικά σε κάθε ιστορική κοινωνία, εξυπηρετώντας ευρύτερες κοινωνικές ανάγκες και συμφέροντα, και υποστήριξε έτσι ότι δεν έχουν αντικειμενική διαχρονική διάσταση. Η κοινωνιολογική αυτή κριτική αποδείχθηκε ιδιαίτερα χρήσιμη και ανέδειξε την ψυχική ασθένεια ως φαινόμενο όχι μόνο βιολογικό αλλά και κοινωνικό, το οποίο χρειάζεται να προσδιοριστεί χωροχρονικά προκειμένου να κατανοηθεί σε βάθος και να μπορέσει στη συνέχεια να προσφερθεί ουσια-

στική βοήθεια στους πάσχοντες. Έδειξε δηλαδή ότι η ψυχική ασθένεια δεν αντιμετωπίζεται με έναν ενιαίο τρόπο από όλες τις κοινωνίες, αλλά σε κάθε ιστορική κοινωνία διαμορφώνονται διαφορετικοί τρόποι ορισμού, προσδιορισμού και θεραπείας της, παράγοντας στη συνέχεια, με βάση αυτούς τους ιδιαίτερους ορισμούς, κοινωνικά διαφορετικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στα άτομα που αντιμετωπίζουν ανάλογες δυσκολίες.

Όμως πέρα από την ανάδειξη της κοινωνικής διάστασης της ασθένειας αυτού του τύπου, και η κοινωνιολογική ανάλυση κινούνταν αρχικά σε ένα γενικότερο θεωρητικό επίπεδο εννοιολογικού προσδιορισμού. Δηλαδή επικέντρωσε την προσπάθειά της στην αποκάλυψη της κοινωνικής διάστασης της ασθένειας, προσφέροντας έναν περισσότερο διευρυμένο ορισμό της συγκριτικά με αυτόν που προσέφερε μέχρι εκείνη τη στιγμή η ψυχιατρική. Το σημαντικό όμως είναι ότι και η κοινωνιολογική ανάλυση λειτούργησε περισσότερο σε ένα θεωρητικό επίπεδο μετα-ανάλυσης, όπου προσπαθούσε να μιλήσει για την ψυχική ασθένεια θεωρώντας ότι προωθεί τα συμφέροντα και τις απόψεις του ατόμου που πάσχει. Ο κοινωνιολόγος, επιχειρώντας να προσεγγίσει κριτικά την ψυχιατρική, υιοθετούσε μια οπτική η οποία κατασκεύαζε την ίδια στιγμή την ψυχασθένεια και τον ψυχασθενή ως κοινωνικό και ενδεχομένως και ψυχολογικό φαινόμενο (Stanton, Revenson & Tennen, 2007). Στην περίπτωση όμως αυτή πρόκειται για έναν ακόμα επιστημονικό λόγο (discourse) ο οποίος, επαναπροσδιορίζοντας την ψυχασθένεια, παράγει μια κοινωνιολογική αυτή τη φορά αντίληψη για το τι πραγματικά είναι (βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο). Όπως η ψυχιατρική, έτσι και η κοινωνιολογία κατασκευάζει μια δική της μερική άποψη, σαφέστατα περισσότερο ολιστική από αυτή της ψυχιατρικής, και προσπαθεί με βάση αυτή την κατασκευή να προσφέρει βοήθεια στον πάσχοντα. Ανεξάρτητα από την επιτυχία του εγχειρήματος, η οποία σαφέστατα δεν αμφισβητείται, το θέμα είναι ότι και σε αυτή την περίπτωση πρόκειται για μια ανακατασκευή της ασθένειας, αυτή τη φορά κοινωνιολογικής αφετηρίας. Υιοθετώντας την οπτική του Foucault, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι και η κοινωνιολογία αποτελεί ένα λόγο (discourse), ο οποίος τη στιγμή που ανακαλύπτει την ψυχασθένεια την κατασκευάζει εξουσιαστικά με τη συγκεκριμένη μορφή, προκειμένου να την ελέγξει περισσό-

τερο αποτελεσματικά (Foucault, 1989α, 1991). Συνεπώς, και η ανάδειξη της κοινωνικής διάστασης της ψυχικής ασθένειας μπορεί κάλλιστα να αποτελεί μια νέα εξουσιαστική επανεγγραφή, ένα εξουσιαστικό διάβασμα, το οποίο είναι έτσι δομημένο ώστε να ασκείται περισσότερο αποτελεσματική, ολιστική εξουσία στο υποκείμενο. Η κριτική αυτή, αν την ωθήσουμε στα άκρα της, οδηγεί ενδεχομένως σε μηδενισμό, εφόσον κανενός είδους γνώση δεν μπορεί να είναι μη εξουσιαστική. Από την άλλη μεριά, όμως, μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για τη στροφή της κοινωνιολογικής ανάλυσης σε ένα νέο προσανατολισμό.

Με άλλα λόγια, αυτό που διαπιστώνεται είναι πως η κοινωνιολογία, ως επιστημονικός λόγος, κατασκευάζει τη δική της αντίληψη για την ψυχική υγεία και ασθένεια και με αυτό τον τρόπο τη μορφοποιεί και την εννοιολογεί έστω ιστορικά, για τις δυτικές κοινωνίες και μόνο, ως σύνθετο βιολογικό-κοινωνικό-ψυχολογικό φαινόμενο. Το ερώτημα είναι αν, αντί απλώς να ανακατασκευάζει την ψυχική ασθένεια ως θεωρητική έννοια, θα μπορούσε επιπλέον να αναδείξει το λόγο του ίδιου του ασθενή, ο οποίος μπορεί να καταγράψει τη βιωματική διάσταση της ασθένειάς του (Hydin, 1997· Katz & Shotter, 1996). Για παράδειγμα, ενώ η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται και ορίζεται ιατρικά, κοινωνιολογικά κ.λπ. με ένα συγκεκριμένο σύνθετο τρόπο, έχει ιδιαίτερη σημασία να καταγράψουμε την καθημερινότητα του ατόμου που πάσχει από αυτή την ασθένεια (Sechehaye, 1998). Πρέπει να επιχειρήσουμε να ακούσουμε και να καταγράψουμε στην αρχική του μορφή, δηλαδή αδιαμεσολάβητο, το λόγο του ασθενή και στη συνέχεια να επιχειρήσουμε την κοινωνιολογική του ερμηνεία (Stanley, 1993). Αυτό σημαίνει πως δεν πρέπει να αποκλείουμε τον ασθενή και την άποψή του γι' αυτό που βιώνει ως στοιχείο που συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση της κατάστασής του. Θα πρέπει να του δοθούν η δυνατότητα και η βοήθεια προκειμένου να συνειδητοποιήσει αυτό που του συμβαίνει και έπειτα εμείς να ακούσουμε τι έχει να μας πει δίχως ταμπού, προκαταλήψεις και στερεότυπα, και να μάθουμε έτσι τις ανάγκες του (Θανοπούλου & Πετρονότη, 1987). Έχει ενδιαφέρον να παρουσιάσουμε τη βίωση της ασθένειας όχι έτσι όπως την ερμηνεύουμε εμείς, ενδεχομένως ανακατασκευάζοντάς την, αλλά έτσι όπως τη βιώνει το άτομο που

ασθενεί, με τις εκφράσεις, τις παραστάσεις, τις εικόνες και τις λέξεις που το ίδιο χρησιμοποιεί.

Με άλλα λόγια, για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε πληρέστερα την ψυχική ασθένεια, θα πρέπει να δώσουμε λόγο στο υποκείμενο που ασθενεί και να προσπαθήσουμε να ακούσουμε αυτά που μας λέει για την καθημερινή του πάλη με μια βιοψυχοκοινωνική ιδιαιτερότητα, από τη μια μεριά, η οποία προκαλεί συγκεκριμένα ενοχλητικά και στρεσογόνα φαινόμενα και εκδηλώσεις, και με έναν κοινωνικό περίγυρο, από την άλλη, που απαιτεί την ομοιομορφία και περιθωριοποιεί τη διαφορετικότητα. Η ανάδειξη της βιωματικής διάστασης της ψυχικής ασθένειας ενδεχομένως να μας προσφέρει τη δυνατότητα να καταγράψουμε και να συνειδητοποιήσουμε τις φοβίες, τις ελπίδες, τα όνειρα, τις απαιτήσεις του πάσχοντος ατόμου και έτσι να μας ευαισθητοποιήσει περισσότερο, καταρρίπτοντας ταμπού και στερεότυπα που δομούν την αντίληψή μας. Με αυτό τον τρόπο έννοιες ή οπτικές της ψυχολογικής και της κοινωνικής διάστασης της ψυχικής ασθένειας αποκτούν νέα υπόσταση, σωματοποιούνται και καταγράφονται ως η βίωση, η πρόσληψη και η αντιμετώπισή της από ένα ζωντανό υποκείμενο το οποίο δυναμικά στην καθημερινότητά του, στη διαρκή πάλη του με τις σωματικές βιολογικές εκδηλώσεις της, αγωνίζεται να δομήσει την ταυτότητά του τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η βιωματική διάσταση της ψυχικής ασθένειας ή, καλύτερα, η σωματοποίησης της φέρνει στην επιφάνεια την αγωνιώδη προσπάθεια του ατόμου να συμβιβαστεί με ένα σώμα του οποίου τις εκδηλώσεις δεν ελέγχει απόλυτα (Αλεξιάς, 2011).

Παρότι βέβαια οι ανακατασκευές στο χώρο της κοινωνιολογίας της ψυχικής υγείας και ασθένειας υπήρξαν χρήσιμες, προσφέροντας μια κριτική αλλά και μια θεωρητική προσέγγιση της κοινωνικής διάστασης της ψυχοπαθολογίας, εμπειρικές ποιοτικές έρευνες μας βοηθούν να κατανοήσουμε τα βιώματα και τις ψυχιατρικές εμπειρίες όχι ως κοινωνιολογικά αντικείμενα αλλά ως μια δύσκολη πραγματικότητα γι' αυτόν που τη βιώνει (Ασημόπουλος, 2009· Τσιώλης, 2006· Woolf, 2008). Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι μπορούμε ή ότι θα πρέπει να παραμείνουμε στην απλή καταγραφή του πηγαίου λόγου του ατόμου που ασθενεί, αναπαράγοντας ενδεχομένως αντιφάσεις ή κατευθυνόμενες

απόψεις και αντιλήψεις. Ο ρόλος του κοινωνιολόγου είναι να αναδείξει αυτές τις αντιφάσεις και τις επαναλήψεις στο πλαίσιο της ανάλυσης περιεχομένου, επιχειρώντας να ανασυγκροτήσει το λόγο του ασθενή ως ένα αίτημα, μια έκκληση βοήθειας απέναντι στην κοινωνία, αλλά και ως μια κοινωνικά μορφοποιημένη άποψη. Φυσικά, αυτή καθεαυτή η διαδικασία μπορεί επίσης να θεωρηθεί ότι αποτελεί μια μορφή ανακατασκευής της ψυχασθένειας, για να υπενθυμίσουμε τη φουκωική κριτική. Όμως το σημαντικό σε αυτή την περίπτωση είναι ότι δίνεται στο άτομο που πάσχει η δυνατότητα να καταγράψει την άποψή του για την ασθένεια, εντασσόμενο βέβαια –θα μπορούσαμε να πούμε– σε μια αποτελεσματικότερη μορφή άσκησης εξουσίας, όπως θα μας έλεγε ο ίδιος ο Foucault (εφόσον το να προσφέρεται η δυνατότητα σε κάποιον να μιλά σημαίνει ταυτόχρονα την ένταξή του σε ένα νέο, περισσότερο διευρυνόμενο δίκτυο εξουσίας). Κάθε διάβασμα και κάθε ερμηνεία είναι αυτά που δίνουν ζωή στο γραπτό κείμενο, κατευθύνοντάς το προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση. Το ζήτημα βέβαια είναι ότι, παρότι σε θεωρητικό επίπεδο είναι χρήσιμη, ανατρεπτική και δημιουργική αυτή η κριτική, σε εμπειρικό επίπεδο έχει σημασία να αναδειχθεί και να γνωρίσει δημοσιότητα ο λόγος των ασθενών.

Σε αυτό το γενικότερο πλαίσιο εντάσσεται και το συγκεκριμένο βιβλίο με την ιδιαίτερη διάταξή του. Προσπαθώντας να αντιμετωπίσουμε την όποια κριτική περί εξουσιαστικής ανακατασκευής του λόγου του ασθενή, το κείμενο συγκροτήθηκε σε μια ιδιόζουσα, για επιστημονικό-πανεπιστημιακό σύγγραμμα, δομή. Μετά την Εισαγωγή, στο πρώτο τμήμα (Πρώτο και Δεύτερο Κεφάλαιο) καταγράφονται αυτόνομα η προσωπική εμπειρία του πρωταγωνιστή και η βιογραφική πορεία του, και στο δεύτερο τμήμα (Τρίτο Κεφάλαιο) επιχειρείται η κοινωνιολογική ανάλυση. Με αυτό τον τρόπο ο αναγνώστης μπορεί αφενός να γνωρίσει την άποψη του πρωταγωνιστή για την προσωπική του ιστορία μέσα από τα ίδια του τα λόγια και τις εκφράσεις που χρησιμοποιεί, όπως επίσης μέσα από τις δικές του ερμηνείες και τις προσωπικές εκλογικεύσεις για την εκδήλωση της ασθένειας, και αφετέρου να γνωρίσει την άποψη του ερευνητή κοινωνιολόγου-συγγραφέα, ο οποίος επιχειρεί να διαβάσει πίσω από τις γραμμές, τις εικόνες και τις φράσεις και να εξηγήσει, έστω και ανακατασκευάζοντας, την πορεία ζωής και τις απόψεις του πρωταγωνιστή. Χωρίς να

παραγνωρίζει την κριτική περί ανακατασκευής αλλά και χωρίς να ακυρώνει την προσφορά της κοινωνιολογικής ανάλυσης, το συγκεκριμένο βιβλίο αποτελεί μια προσπάθεια να αναδειχθούν κρυμμένες πτυχές της ψυχιατρικής εμπειρίας, δηλαδή η βιωματική σωματοποιημένη διάστασή της.

Το σημαντικό σε αυτή τη διαδικασία –στο οποίο και έγκειται η πρωτοτυπία του κειμένου– είναι ότι εντάσσεται και προωθεί μια γενικότερη τάση διεπιστημονικής αντιμετώπισης της ψυχικής υγείας και ασθένειας στη σύγχρονη ψυχιατρική όπου, προκειμένου να τις κατανοήσουμε πληρέστερα, πέρα από τα επιστημονικά αντικειμενικά δεδομένα (διάγνωση, εξετάσεις, διάφορα ιατρικά τεστ κ.λπ.), προσπαθούμε και θέλουμε να ακούσουμε και τον ίδιο τον ασθενή. Παραδοσιακά ο ψυχασθενής αποτελούσε τον πλέον αναξιόπιστο ασθενή, εφόσον θεωρούνταν ότι η φύση της ψυχασθένειας παρεμπόδιζε την αντικειμενική αυτοπεριγραφή, την αποκάλυψη αυτού που πραγματικά (του) συμβαίνει. Ο λόγος του ψυχασθενή αντιμετωπιζόταν ως ένας λόγος μη λογικός, ά-λογος, ασυγχρόνιστος, δίχως κανονικότητες, με συνεχείς διαλείψεις και κενά. Επικρατούσε η άποψη ότι η ίδια η φύση της ψυχικής ασθένειας προκαλούσε τα προβλήματα αυτά, παρεμβάλλοντας τη διαταραγμένη υποκειμενικότητα στην ερμηνεία της αντικειμενικής κατάστασης που βίωνε. Ο λόγος του ψυχασθενή θεωρούνταν, στο πλαίσιο της διάγνωσης, ένα επιπλέον κλινικό στοιχείο-μαρτυρία, το οποίο επιβεβαίωνε τον ψυχιατρικό λόγο. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με την παραδοσιακή ερμηνεία του φαινομένου, ο διαταραγμένος λόγος είναι αυτός που πιστοποιεί την ψυχασθένεια και η ψυχασθένεια είναι ο διαταραγμένος λόγος. Αυτή η αξιωματική αρχή μάς εξηγεί και τη στάση απέναντι στους φοιτητές στα δύο κλασικά πλέον πειράματα του Rosenhan (1973).¹ Τα εξωτερικά αντικειμενικά γεγονότα, η διάγνωση του ει-

1. Ο Rosenhan χρησιμοποίησε αρχικά οκτώ ανθρώπους (τρεις γυναίκες και πέντε άνδρες) οι οποίοι προσπάθησαν να εισαχθούν ως ασθενείς σε δώδεκα διαφορετικά ψυχιατρικά ιδρύματα σε πέντε διαφορετικές πολιτείες των ΗΠΑ. Όλοι έφτασαν στα νοσοκομεία παραπονούμενοι ότι άκουγαν φωνές που τους έλεγαν «άδειο», «κούφιο» και «τρίτος». Μετά την εισαγωγή τους οι «ασθενείς» αυτοί συμπεριφέρονταν φυσιολογικά και έλεγαν στους γιατρούς ότι αισθάνονται περίφημα. Παρά τις εκδηλώσεις αυτές δεν τους δινόταν εξιτήριο. Εφόσον είχαν χαρακτηριστεί ως ψυχικά ασθενείς –ειδικότερα ως σχιζο-

δικού, η οποία ανακαλύπτει και πιστοποιεί αυτόν ακριβώς το διαταραγμένο, το μη ορθολογικό λόγο, με τις συνεχείς μεταπτώσεις, τις αντιφάσεις και την έλλειψη κανονικότητας, είναι αυτά τα οποία αποκαλύπτουν την ύπαρξη της διαταραχής. Δηλαδή ο λόγος του ψυχασθενή είναι a priori αναξιόπιστος και ψευδής, αναπαράγει μια απόλυτη διαστρεβλωμένη υποκειμενικότητα στη βίωση των καταστάσεων και φυσικά δεν μπορεί να βοηθήσει πουθενά πέρα από τη διάγνωση της ασθένειας. Η διαταραχή ταυτίζεται δηλαδή με την αναξιοπιστία του λόγου του ασθενή. Το βιβλίο συμβάλλει στην αποδόμηση αυτής της αντίληψης, καταδεικνύοντας τον ορθολογισμό και τη λογικότητα της μαρτυρίας του ψυχικά ασθενή.

Τα τελευταία χρόνια όμως, αρχικά στο χώρο της γενικής ιατρικής, αναπτύχθηκε μια νέα τάση αντιμετώπισης των ασθενών. Τη στάση αυτή κινητοποίησαν οι κοινωνικές επιστήμες και κυρίως η κοινωνιολογία, η ανθρωπολογία και η ψυχολογία, οι οποίες και ανέδειξαν τη μοναδικότητα του ασθενή. Αν και η ιατρική υποστήριζε αρχικά ότι η ασθένεια αποτελεί απόλυτο βιολογικό γεγονός, στην πράξη φάνηκε ότι τα άτομα δεν ανταποκρίνονται με τον ίδιο τρόπο στην ασθένεια, και ότι ασθενείς που πάσχουν από την ίδια ασθένεια και λαμβάνουν την ίδια φαρμακευτική αγωγή δεν έχουν παρόμοια αντίδραση και έκβαση. Στην προσπάθεια της ιατρικής να αποκτήσει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, φάνηκε πως ο ασθενής δεν μπορούσε πλέον να περιορίζεται σε έναν απόλυτα παθητικό ρόλο απέναντι στο γιατρό. Έτσι, θεωρήθηκε ότι ο ασθενής αποτελεί ένα ενεργό ζωντανό υποκείμενο, με δυναμι-

φρενείς- παρέμεναν «ασθενείς», μέχρις ότου το νοσοκομείο τους ανακοίνωνε ότι είχαν γίνει καλά έπειτα από μια σειρά ενεργειών του. Στη δεύτερη έρευνα ο Rosenhan συνεργάστηκε με ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο: οι υπεύθυνοι του νοσοκομείου του ζήτησαν να στείλει ψευδοασθενείς, τους οποίους αυτοί θα προσπαθούσαν να ανακαλύψουν. Ο Rosenhan δέχτηκε αλλά στη συνέχεια δεν έστειλε κανένα φοιτητή του. Το αποτέλεσμα ήταν ότι από τους 195 νέους ασθενείς που πήγαν στο νοσοκομείο το προσωπικό αναγνώρισε 42 ως απατεώνες και είχε τις ίδιες υποψίες για άλλους 48. Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξε ο Rosenhan ήταν πως η ιατρική ταμπέλα λειτουργεί ανεξάρτητα από την ύπαρξη αντικειμενικής βιολογικής βάσης. Η άποψη την οποία έχουν το προσωπικό και οι ειδικοί αποδείχθηκε πιο σημαντική από τη συμπεριφορά των ατόμων.

κή δράση στη διαχείριση της ασθένειας. Σε αυτό το πλαίσιο προτάθηκε η ολιστική ιατρική, και το βιολογικό μοντέλο έδωσε το θέση του στο βιοψυχοκοινωνικό, όπου ο ασθενής παύει να αποτελεί τον παθητικό πόλο και γίνεται συνεργάτης του γιατρού στη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας (Αλεξιάς, 2000· Bradby, 2010· Κωσταγιόλιας & Αλεξιάς, 2011). Ο ασθενής παύει πλέον να αντιμετωπίζεται παθητικά και αποκτά ενεργητικό ρόλο. Αυτό σημαίνει ότι και ο γιατρός παύει να αντιμετωπίζει τον ασθενή ως ένα κομμάτι σάρκας, ως ένα βιολογικό σώμα ή έναν εγκέφαλο που ασθενεί, και τον αντιμετωπίζει πια ως μια πολυδιάστατη και πολυεπίπεδη οντότητα η οποία, πέρα από τη βιολογική βάση, έχει έντονη ψυχολογική και κοινωνική ύπαρξη – συναισθήματα, φοβίες, προσμονές, όνειρα και ανάγκες. Φαίνεται πια πως, αν η ιατρική θέλει να αποκτήσει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, οφείλει να συνεργαστεί με τις κοινωνικές επιστήμες και να λειτουργήσει λαμβάνοντας υπόψη τον ασθενή ως ενεργητικό υποκείμενο (Nettleton, 2002).

Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης προσπάθειας έρχεται στην επιφάνεια και ο λόγος του ασθενή. Αφού πλέον ο ασθενής αποκτά το σεβασμό της ιατρικής, αρχίζει να αναδεικνύεται το όφελος που οι γιατροί μπορεί να έχουν –και το οποίο αφορά την καλύτερη διάγνωση και αποθεραπεία του ασθενή–, αν αρχίσουν να συνομιλούν μαζί του, προσπαθώντας να συλλέξουν, πέρα από τα αντικειμενικά στοιχεία που πιστοποιούν την ασθένεια (εξετάσεις, ιατρικά τεστ, ιατρικό ιστορικό κ.λπ.), και την αντίληψη που ο ίδιος έχει γι' αυτό που του συμβαίνει. Ο λόγος του ασθενή έρχεται στο προσκήνιο όχι πλέον ως υποκειμενισμός, που εξαιτίας της βίωσης της άσχημης κατάστασης της ασθένειας μπερδεύει το γιατρό και οδηγεί σε λανθασμένη διάγνωση, αλλά ως συμπληρωματικό μεν αλλά απαραίτητο στοιχείο της διάγνωσης και της θεραπείας. Ο ασθενής παύει να αντιμετωπίζεται *a priori* αρνητικά ως αναξιόπιστος. Προκειμένου μάλιστα να βοηθηθεί ο γιατρός να κατανοήσει πώς πραγματικά βιώνει την ασθένεια και τι σημαίνει για τον ίδιο τον πάσχοντα και τον περίγυρό του η εμφάνισή της, η ιατρική αναπτύσσει τεχνικές θέλοντας να προσφέρει ολιστική, πολύπλευρη, ολοκληρωμένη, συνεπώς όχι αποσπασματική βοήθεια. Η κατάσταση αυτή τείνει να παγιωθεί, με αποτέλεσμα στις περισσότερες περιπτώσεις η ιατρική να συνομιλεί με τον ασθενή ώστε να βοηθη-

θεί από αυτόν στην καλύτερη διάγνωση και στην επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας.

Όπως γίνεται αντιληπτό από τα παραπάνω, ο ρόλος του ασθενή στη θεραπευτική σχέση και διαδικασία τροποποιείται σημαντικά και σαφώς αναβαθμίζεται, ενώ ο λόγος του αποκτά μια κάποια βαρύτητα. Η ατομική βίωση της ασθένειας μετατρέπεται από προσωπική, συναισθηματικά φορτισμένη αφηγηματική μαρτυρία σε ένα ενδιαφέρον διδακτικό κείμενο, το οποίο μπορεί να προσφέρει βοήθεια στο γιατρό να διαγνώσει πώς ακριβώς επενεργεί η βιολογική διάσταση της όποιας ασθένειας στον ψυχισμό και στη συμπεριφορά του ατόμου. Ανοίγεται έτσι ένας νέος διευρυμένος ορίζοντας στην ιατρική η οποία, πέρα από την απλή καταγραφή και διαχείριση βιολογικών δεδομένων, αναγκάζεται να εμπλακεί και στον τρόπο με τον οποίο το κάθε μεμονωμένο άτομο βιώνει και διαχειρίζεται την κατάστασή του. Η εξέλιξη αυτή αποκτά βέβαια άλλη δυναμική στην περίπτωση της ψυχασθένειας, όπου τα πράγματα είναι πιο σύνθετα. Στην ψυχιατρική ο λόγος του ασθενή θεωρείται συχνά εγγενώς διαταραγμένος και δίχως σχεδόν καμιά βαρύτητα και εγκυρότητα. Συνεπώς, η τροποποίηση του status του ασθενή είναι μια διαδικασία περισσότερο σύνθετη. Παρ' όλα αυτά, κρίνεται γόνιμη η προσπάθεια να ακουστεί ο λόγος του πάσχοντος, εφόσον μπορεί να βοηθήσει τόσο τους γιατρούς όσο και τους κοινωνικούς επιστήμονες να κατανοήσουν καλύτερα την κατάσταση που αυτός βιώνει. Βάσει αυτής της λογικής, ο βαθύτερος μεθοδολογικός σκοπός του βιβλίου είναι να αναδείξει και να φέρει στην επιφάνεια το λόγο του ασθενή ως μια διαφορετική αλλά εξαιρετικά χρήσιμη οπτική θέασης της ψυχασθένειας, ενδεχομένως συμπληρωματικής ή και εναλλακτικής ως προς την κυρίαρχη ιατρική.

Προχωρώντας στην κοινωνιολογική ανάλυση την οποία επιχειρεί το βιβλίο, το θεωρητικό πλαίσιο δομείται πάνω σε δύο βασικούς άξονες: (α) στην έννοια της βιογραφικής ρήξης και έπειτα (β) στις τεχνικές του εαυτού. Η βιογραφική ρήξη αναφέρεται στην απόπειρα που κάνει το υποκείμενο να ανακατασκευάσει την πορεία της ζωής του, κατά την οποία προσπαθεί να συμβιβαστεί και να αποδεχτεί την εμφάνιση μιας σοβαρής ασθένειας (Bury, 1982· Σαββάκης & Τζανάκης, 2006). Στο πλαίσιο αυτό ανακαλεί το παρελ-

θόν και το ανασκευάζει εκλογικεύοντάς το, προκειμένου να κατανοήσει και να εξηγήσει την εμφάνιση της ασθένειας. Δηλαδή, προκειμένου να μπορέσει ο ασθενής να αποδεχτεί αυτό που του συμβαίνει, πρέπει να φτιάξει την εννοιολόγηση της πορείας της ζωής του έτσι, ώστε η ρήξη που επιφέρει η ασθένεια στην προσωπική του βιογραφία να αντικατασταθεί από μια αίσθηση συνέχειας και εκλογίκευσης του αναπάντεχου. Με αυτό τον τρόπο προσπαθεί να αντεπεξέλθει στις νέες συνθήκες που δημιουργεί η εμφάνιση της ασθένειας στη διαχείριση της καθημερινότητάς του. Αποτελεί δηλαδή μια προσπάθεια εκλογίκευσης, εξιδανίκευσης του τι συνέβη και γιατί, κατά την οποία επιχειρεί να ελέγξει την κατάστασή του ώστε να μπορέσει να αντιμετωπίσει την επόμενη μέρα.

Οι πρακτικές του εαυτού, όπως αναφέρει ο Foucault, αποτελούν πρακτικές στις οποίες καταφεύγει το υποκείμενο για να επεξεργαστεί την ίδια του την υποκειμενικότητα (Foucault, 1989β). Αποτελούν δηλαδή κοινωνικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων επανασυγκροτείται η ταυτότητα του υποκειμένου, με άμεση αναφορά φυσικά στο ευρύτερο εξουσιαστικό κοινωνικό πλαίσιο και στους περιορισμούς που αυτό θέτει. Οι πρακτικές μορφοποίησης του εαυτού βρίσκουν μεγάλη εφαρμογή στην εγκαθίδρυση του νέου ψυχιατρικού λόγου, όπου βασικό στοιχείο αποτελεί η ανάδειξη της ατομικής υπευθυνότητας ως θεραπευτικής μεθοδολογίας. Σε αυτή την πρόταση κέντρο της ψυχιατρικής δεν είναι μόνο η επιστημονική γνώση και ο γιατρός αλλά, επιπλέον, το υποκείμενο, το οποίο θεωρείται ότι μπορεί να προσφέρει το ίδιο στη θεραπευτική του αποκατάσταση. Η συνειδητοποίηση, από το υποκείμενο, της κατάστασης στην οποία βρίσκεται και την οποία βιώνει θεωρείται η αρχή της ανάληψης υπεύθυνης ατομικής δράσης, προκειμένου να μπορέσει να διαχειριστεί την ασθένειά του. Τα άτομα κατευθύνονται έτσι ώστε να αναπτύξουν μια ιδιαίτερη σχέση με τον εαυτό τους. Στη θεραπεία αποκτά μεγάλη σημασία η αυτοσυνείδηση της κατάστασης. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η συνειδητοποίηση θεωρείται προαπαιτούμενο ή, καλύτερα, επιβεβλημένο, όσον αφορά τη μεθοδολογία και τις νέες θεραπευτικές τεχνικές, να μιλάει ο ασθενής για την ασθένειά του και να γνωρίζει πώς να στηρίζει τη διαχείριση της καθημερινότητάς του σε αυτή τη συμβίωση με τη συνειδητοποιημένη ασθέ-

νεια, παράγοντας ουσιαστικά μια νέα σχέση με τον εαυτό του και αποκτώντας νέα κοινωνική υπόσταση. Σε αυτό το πλαίσιο η ασθένεια θεωρείται ενδογενές στοιχείο της ταυτότητας του ατόμου και όσο καλύτερα ελεγχθεί, τόσο γρηγορότερα μπορεί να αποκατασταθεί στο μέτρο του δυνατού, έστω κοινωνικά. Με άλλα λόγια, η συνειδητοποίηση της ασθένειας είναι απαραίτητο βήμα για τη θεραπεία.

Το σημαντικό και ταυτόχρονα προβληματικό στοιχείο στη συγκεκριμένη πρόταση είναι ότι ο λόγος του ασθενή, όπως και ο λόγος κάθε ατόμου που προσπαθεί να στοχαστεί ένα επώδυνο παρελθόν, εμπεριέχει μη κανονικότητες, ασάφειες και ενδογενείς αντιφάσεις. Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμη η παράθεση ενός αποσπάσματος από το ίδιο το βιβλίο: «Ο αυτοβιογραφικός λόγος δεν στερείται πολιτικών προταγμάτων. Το μέλημα να ξαναγίνει η ψυχική οδύνη στοιχείο του εαυτού καταγράφεται στην εν λόγω μαρτυρία ως διεκδίκηση, τόσο ατομική όσο και συλλογική. Διατυπώνεται το αίτημα η ασθένεια να πάψει να αποτελεί αντικείμενο, κάτι ξένο για τον ίδιο τον πάσχοντα, δίχως εντούτοις να αποδιώχνεται σαν φάντασμα που δεν υπάρχει. Εάν και στο βαθμό που πρόκειται για μια πάθηση, αυτή θεωρείται ότι αφορά την ύπαρξη στην ολότητα της. Δεν μπορεί να αποκοπεί από τη βιογραφία, αναγόμενη διά μέσου μιας αυστηρής ψυχιατρικής σημειολογίας σε νοσολογική οντότητα, πέραν της ιστορίας ζωής του ατόμου και της κοινωνίας εντός της οποίας αυτή εκτυλίσσεται. Γι' αυτό και ο λόγος που πηγάζει από το βίωμα της ψυχικής ασθένειας είναι κριτικός και αυτοκριτικός ταυτόχρονα, θεμελιωδώς αντιφατικός, ενίοτε αμήχανος έναντι αυτού που συμβαίνει. Το ενδιαφέρον είναι ότι αυτές οι διεκδικήσεις δεν περιορίζονται στο πεδίο της ατομικής διαχείρισης της ψυχικής ασθένειας, αλλά αντανακλούν και όψεις των σύγχρονων πρακτικών του εαυτού». Εδώ αναδεικνύεται και η σημασία της κοινωνιολογικής ανάλυσης. Ο λόγος του ασθενή, αποκομμένος από την ιδιαίτερη ιστορία του ως ξεχωριστού ατόμου, από την προσωπική του βιογραφία, ξένος προς τα βιώματά του, δεν μπορεί να προσφέρει την πραγματική κατανόηση και να αναπαραγάγει τις πραγματικές επιθυμίες και τα μηνύματά του. Η παρούσα κοινωνιολογική ανάλυση κάνει αυτό ακριβώς: χωροθετεί τις κοινωνικές παραμέτρους εντός των οποίων οι ασάφειες, οι αντιφάσεις, οι παράλογες ιδέες

εννοιολογούνται και αποκτούν την αληθινή διάστασή τους, μεταφέροντας τα πραγματικά μηνύματα.

Παράλληλα, το βιβλίο λειτουργεί σε δύο διαφορετικά επίπεδα. Κατά πρώτον, προσφέρει μια χρήσιμη ιστορική βιοματική καταγραφή της μετατροπής του ψυχιατρικού συστήματος και της αποασυλοποίησης (Bell, 2011· Fakhoury & Priebe, 2002), ιδιαίτερα στην περίπτωση της χώρας μας (Στυλιανίδης, 1999, 2001). Σε αυτό το επίπεδο, παρότι γνωρίζουμε θεωρητικά πώς ακριβώς και γιατί πραγματοποιήθηκε η μετατροπή αυτή, θεωρείται χρήσιμη η καταγραφή των βιωμάτων που σχετίζονται με τη μεταρρύθμιση, η βοήθεια που ενδεχομένως προσφέρει. Πρόκειται για μια προσπάθεια να δούμε μέσα από τη μαρτυρία του ίδιου του ασθενή το μετασχηματισμό του ψυχιατρικού θεσμού, το πέρασμα από το «ασυλικό» στο επανομαζόμενο «κοινοτικό» μοντέλο ψυχιατρικής περίθαλψης. Με αυτό τον τρόπο ο μετασχηματισμός των ελληνικών ψυχιατρικών υπηρεσιών συνδέεται με βιοματικά εμπειρικά φαινόμενα. Το δεύτερο επίπεδο είναι η ίδια η βίωση της ασθένειας. Η ψυχική ασθένεια αποτελεί ιδιόμορφη κατάσταση, ατομική και κοινωνική, η οποία δημιουργεί προβλήματα όχι μόνο στο ίδιο το άτομο που πάσχει αλλά και στον κοινωνικό του περίγυρο. Η εικόνα του ψυχασθενή η οποία έχει ριζώσει βαθιά στο συλλογικό ασυνείδητο είναι η εικόνα κάποιου που είναι βίαιος, αντικοινωνικός και προκαλεί προβλήματα. Ο «τρελός» ανακαλεί ιδιόμορφα συναισθήματα αποστροφής και φόβου τα οποία οδηγούν στην περιθωριοποίησή του. Σκοπός του βιβλίου είναι να παρουσιάσει την πραγματική εικόνα ενός ανθρώπου με ψυχιατρικές εμπειρίες ο οποίος, ως ένας από εμάς, προσπαθεί με πολύπλοκους κοινωνικούς και ψυχολογικούς μηχανισμούς να αντεπεξέλθει στα προβλήματα και στις συνέπειες μιας δύσκολης κατάστασης, της ασθένειας, τόσο σε βιολογικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να κάνω ιδιαίτερη μνεία στο συγγραφέα. Με χαρά δέχτηκα την πρόσκληση του Μανόλη Τζανάκη να επιμεληθώ το συγκεκριμένο βιβλίο και να το εντάξω στη σειρά «Ψυχοκοινωνιολογία της υγείας», την οποία διατηρούμε μαζί με το συνάδελφο και φίλο Φώτη Αναγνωστόπουλο στις εκδόσεις «Πεδίο». Το βιβλίο εντάσσεται στη σειρά διότι αναδεικνύει την κοινωνική διάσταση της ψυχικής υγείας και ασθένειας, προτείνοντας τουλάχιστον

στον για το ελληνικό αναγνωστικό κοινό μια νέα οπτική θέασής τους. Το βιβλίο μπορεί να αποτελέσει ένα πρώτο έναυσμα για την ευαισθητοποίηση του κοινού απέναντι στην ψυχική ασθένεια μέσα από την ανάδειξη του λόγου του ίδιου του ασθενή, ο οποίος και μιλάει για ό,τι του συμβαίνει. Πρόκειται για ένα κείμενο χρήσιμο τόσο σε γιατρούς και ψυχιάτρους, σε κοινωνιολόγους και κοινωνικούς επιστήμονες που θέλουν να έρθουν σε επαφή με μια κοινωνιολογική ανάλυση, όσο και στο μη ειδικό αναγνώστη ο οποίος θέλει να γνωρίσει τον τρόπο με τον οποίο καταγράφεται η ψυχιατρική εμπειρία από τον ίδιο τον ασθενή. Επιπλέον, αποτελεί ένα κείμενο παρακαταθήκη για τη ζωή ενός ιδιαίτερου ανθρώπου ο οποίος με αξιοπρέπεια, αποφασιστικότητα και τόλμη αντιμετώπισε την ασθένειά του και ο οποίος όχι μόνο δεν δίστασε αλλά και επέμεινε να δημοσιευτεί –ήταν δική του επιθυμία– ενυπόγραφο το κείμενο, γκρεμίζοντας στερεότυπα και προκαταλήψεις.

Παρ' όλα αυτά, το συγκεκριμένο βιβλίο παραμένει ιδιόμορφο καθώς δεν ακολουθεί την αυστηρή δομή των κλασικών επιστημονικών-πανεπιστημιακών συγγραμμάτων, με την παράθεση της θεωρίας, τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων και έπειτα την ανάλυση-ερμηνεία των εμπειρικών δεδομένων για την επαλήθευση ή τη διάψευση των υποθέσεων και την επιβεβαίωση ή την τροποποίηση των θεωρητικών σχημάτων. Παρότι η αρχική πρόταση ήταν να ακολουθήσουμε αυτή την αυστηρή δόμηση και σε αυτό το βιβλίο, όπως στα υπόλοιπα της σειράς, έπειτα από συζητήσεις με το συγγραφέα πείστηκα ότι η ίδια η φύση του εγχειρήματος, η δημοσιοποίηση δηλαδή της προσωπικής βίωσης της ψυχικής ασθένειας, μέσα από τα ίδια τα λόγια του ασθενή, επιβάλλει την υιοθέτηση μιας λιγότερο αυστηρής δομής. Συνεπώς, η γραμμικότητα των επιστημονικών κειμένων, με την αρχική αναφορά στη θεωρία η οποία αποτελεί το εργαλείο ανίχνευσης και κατανόησης της εμπειρικής πραγματικότητας, δεν ακολουθείται αυστηρά στο παρόν σύγγραμμα. Το στοιχείο αυτό αποτελεί άλλωστε και την ιδιαιτερότητα του βιβλίου. Στην ουσία πρόκειται για ένα κείμενο που αποτελείται από δύο τμήματα: (α) ένα βιογραφικό-βιοματικό, στο οποίο ο πρωταγωνιστής καταγράφει την πορεία ζωής του ανακαλώντας μνήμες και εμπειρίες, τις οποίες εντάσσει σε μια χρονική αλληλουχία, όπως αυτή παγιώνεται από την ανάπτυξη, την εξέλιξη και την επα-

νεμφάνιση της ψυχικής ασθένειας, και (β) ένα τμήμα κατ' εξοχήν ερευνητικό-κοινωνιολογικό, στο οποίο αναδεικνύονται, με τη μορφή της μελέτης περίπτωσης, ένας πρωτότυπος κοινωνιολογικός προβληματισμός και μια ευαισθητοποιημένη και οξυδερκής κριτική ανάλυση για το ρόλο της ψυχικής ασθένειας στη σύγχρονη ελληνική κοινωνία και για τις υποστηρικτικές δομές της.

Βασικά στοιχεία του βιβλίου είναι ο πηγαίος χαρακτήρας του και η καταγραφή με ιδιαίτερα εύγλωττο και ζωηρό, σχεδόν ζωντανό τρόπο, της κατάστασης την οποία βίωσε στη διάρκεια της ζωής του ο πρωταγωνιστής. Είναι ένα βιβλίο αφιερωμένο σε εκείνον, γι' αυτό και αποφασίσαμε από κοινού με το συγγραφέα ο γνήσιος και αυθόρμητος λόγος του να προηγηθεί της κοινωνιολογικής ανάλυσης. Το κείμενο δηλαδή απευθύνεται ταυτόχρονα σε αυτούς που επιθυμούν να διαβάσουν ένα ζωντανό, άμεσο, συναισθηματικά χρωματισμένο κείμενο, το οποίο αναδεικνύει σε πρώτο πρόσωπο την καθημερινή βίωση της ψυχικής ασθένειας και τα κοινωνικά και τα ατομικά προβλήματα που αυτή συνεπάγεται, και σε όσους θέλουν να διαβάσουν μια αξιόλογη κοινωνιολογική ανάλυση του τρόπου με τον οποίο συγκροτείται και αναδεικνύεται, μέσω ιδιαίτερων κοινωνικών μηχανισμών, όπως η βιογραφική ρήξη και οι τεχνικές του εαυτού, η ιδιαιτερότητα αυτών των βιωμάτων, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

Τέλος, οφείλω να πω δυο λόγια για τον πρωταγωνιστή του βιβλίου· έναν άνθρωπο ο οποίος είχε την ατυχία(;) να περάσει μια δύσκολη κατάσταση· έναν άνθρωπο τον οποίο δυστυχώς δεν είχα την τύχη να γνωρίσω από κοντά, αλλά τον οποίο γνώρισα μέχρι ένα σημείο μέσα από τα ίδια τα λόγια του και μέσα από τις αναλύσεις του συγγραφέα. Πρόκειται για μια ιδιαίτερα προικισμένη φύση², για ένα δημιουργικό και ευαίσθητο χαρακτήρα, ο οποίος αντι-

-
2. Αξίζει να αναφερθεί ότι η βίωση της ψυχασθένειας και η μετάδοση μηνυμάτων μπορεί να εκφραστούν και μέσω της τέχνης. Για παράδειγμα, μελετώντας τα ποιήματα ή τους πίνακες ζωγραφικής ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα αφενός τον τρόπο με τον οποίο βιώνουν την καθημερινή σχέση με το πρόβλημα υγείας και αφετέρου διάφορα μηνύματα που οι ψυχασθενείς στέλνουν στην κοινωνία (βλ. Bell, 2002, 2006· Radley, 2002, 2009· Radley & Bell, 2007, 2011).

μετώπισε με αξιοπρέπεια, εντιμότητα, σθένος και αντοχή τις όποιες ψυχο-συναισθηματικές δυσκολίες· για μια πολυσχιδή προσωπικότητα η οποία, πέρα από τις ανάγλυφες ζωηρές περιγραφές των συναισθημάτων του, εκφράστηκε και εικαστικά και ποιητικά αφήνοντάς μας μια σημαντική παρακαταθήκη.

Κλείνοντας τη σύντομη αυτή παρέμβαση, οφείλω ως κοινωνιολόγος να αναφερθώ στο βιβλίο ως παραδειγματική κοινωνιολογική ανάλυση ενός πολυσύνθετου, πρωτότυπου και εξαιρετικά ενδιαφέροντος αντικειμένου. Είμαι ιδιαίτερα χαρούμενος που μου δίνεται η ευκαιρία να προλογίσω και να επιμεληθώ το κείμενο ενός αξιόλογου κοινωνιολόγου-ερευνητή, ο οποίος με μεράκι και επιστημονικό ενδιαφέρον προσεγγίζει ένα θέμα ιδιαίτερα δύσκολο. Για την όλη προσπάθεια χρειάστηκαν πολλά χρόνια συνεχούς, κοπιαστικής αλλά αναμφίβολα δημιουργικής εργασίας. Κατ' αρχάς θέλω να συγχαρώ το συνάδελφο Τζανάκη για τις αναλύσεις τις οποίες πραγματοποίησε και με τις οποίες συμφωνώ –οι ελάχιστες τροποποιήσεις τις οποίες έκανα κατά τη διάρκεια της επιμέλειας είναι κυρίως μεθοδολογικού χαρακτήρα και στοχεύουν στην ανάδειξη επιμέρους διαστάσεων του φαινομένου. Ένα από τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν το κείμενο και που θα ήθελα ευθύς εξ αρχής να καταγράψω είναι η προσωπική και μακροχρόνια σχέση τριβής του Τζανάκη με τον πρωταγωνιστή. Μια στενή σχέση για μεγάλο χρονικό διάστημα, η οποία αναπόφευκτα επηρέασε και δόμησε τις ευαισθησίες του συγγραφέα απέναντι στην ψυχική υγεία και ασθένεια και στις σύγχρονες ψυχιατρικές δομές και τους γιατρούς, καθώς επίσης την ίδια την άποψή του για τον πρωταγωνιστή· μια βιωματική σχέση με τον πρωταγωνιστή που οπωσδήποτε προσδιόρισε την ίδια τη δομή της σκέψης του συγγραφέα και την κατεύθυνση του κειμένου. Γι' αυτό και έγινε συνειδητή προσπάθεια να μην επηρεαστεί το δεύτερο τμήμα της κοινωνιολογικής ανάλυσης από τη σχέση αυτή, διατηρώντας, στο μέτρο του δυνατού, αποστάσεις από την αναπαραγωγή της άποψης του πρωταγωνιστή για την ασθένειά του και για τους θεσμούς διαχείρισής της. Έγινε δηλαδή προσπάθεια να αντιμετωπιστεί ο λόγος του ασθενή με ουδέτερο τρόπο, ως ο λόγος ενός υποκειμένου το οποίο προσπαθεί να διαχειριστεί και να δομήσει την ταυτότητά του, να κατασκευάσει τον εαυτό του σε μόνιμη και διαρκή αντιπαράθεση με την ψυχική ασθένεια, με τις δομές και τους φορείς δια-

χείρισής της. Η κοινωνιολογική ανάλυση επιχειρεί επομένως να επεξεργαστεί και να καταγράψει όχι την άποψη του πρωταγωνιστή, αλλά τις διαδικασίες εκείνες μέσω των οποίων αυτός ανακατασκευάζει την ίδια την ιδιαιτερότητά του, αντιμετωπίζοντας συνεχείς προκλήσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Θεωρώ ότι ο Τζανάκης κατάφερε να διατηρήσει τις ισορροπίες ανάμεσα στην προσωπική εμπλοκή με τον πρωταγωνιστή και στην αντικειμενικότητα της κοινωνιολογικής ανάλυσης. Νομίζω λοιπόν πως το τελικό κείμενο έχει όντως τις αρετές μιας οξυδερκούς επιστημονικής κοινωνιολογικής ανάλυσης, η οποία μένει ανεπηρέαστη από προσωπικές σχέσεις, απόψεις και ευαισθησίες.

Γιώργος Αλεξιάς

Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας,
Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών

Αθήνα, Φεβρουάριος 2012

Βιβλιογραφία

- Αλεξιάς, Γ. (2000). *Λόγος περί ζωής και θανάτου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αλεξιάς, Γ. (2011). *Κοινωνιολογία του Σώματος*. Αθήνα: Πεδίο.
- Ασημόπουλος, Χ. (2009). *Η καθημερινή ζωή στο ψυχιατρείο*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Bell, S. (2002). Photo images: Jo Spence's narratives of living with illness. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 6(1), 5-30.
- Bell, S. (2006). Living with breast cancer in text and image: Making art to make sense. *Qualitative Research in Psychology*, 3(1), 31-44.
- Bell, S. (2011). Claiming justice: Knowing mental illness in the public art of Anna Schuleit's "Habeas Corpus" and "Bloom". *Health*, 15, 313.
- Bradby, H. (2010). *Εισαγωγή στην κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Πεδίο.
- Bury, M.R. (1982). Chronic Illness as Biographical Disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182.

- Fakhoury, W., & Priebe, S. (2002). The process of deinstitutionalization: An international review. *Current Opinion in Psychiatry*, 15(2), 187-192.
- Foucault, M. (1989α). *Επιτήρηση και τιμωρία*. Αθήνα: Ράππας.
- Foucault, M. (1989β). *Ιστορία της σεξουαλικότητας. 2. Η χρήση των απολαύσεων*. Αθήνα: Ράππας.
- Foucault, M. (1991). *Η μικροφυσική της εξουσίας*. Αθήνα: Ύψιλον.
- Foucault, M. (2007). *Η ιστορία της τρέλας στην κλασική εποχή*. Αθήνα: Καλέντης.
- Goffman, E. (2001). *Στίγμα. Σημειώσεις για τη διαχείριση της φθαρμένης ταυτότητας*. Αθήνα: Αλεξάνδρεια.
- Hydin, L. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48-69.
- Θανοπούλου, Μ., & Πετρονότη, Μ. (1987). Βιογραφική προσέγγιση: μια άλλη πρόταση για την κοινωνιολογική θεώρηση της ανθρώπινης εμπειρίας. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 64, 20-42.
- Katz, A., & Shotter, J. (1996). Hearing the patient's "voice": Toward a social poetics in diagnostic interviews. *Social Science & Medicine*, 43(6), 919-931.
- Κωσταγιόλας, Π., & Αλεξιάς, Γ. (2011). *Οι υπηρεσίες πληροφόρησης στη διοίκηση υπηρεσιών υγείας: Η κοινωνική διάσταση και ο εκδημοκρατισμός της ιατρικής πληροφορίας*. Αθήνα: Πεδίο.
- Mauss, M. (2004). *Κοινωνιολογία και ανθρωπολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις του Εικοστού Πρώτου.
- Nettleton, S. (2002). *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2004). *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Radley, A. (2002). Portrayals of suffering: On looking away, looking at, and the comprehension of illness experience. *Body and Society*, 8(3), 1-23.
- Radley, A. (2009). *Works of Illness: Narrative, Picturing, and the Social Response to Serious Disease*. Ashby-de-la-Zouch: InkerMen Press.
- Radley, A., & Bell, S. (2007). Artworks, collective experience, and claims for social justice: The case of women living with breast cancer. *Sociology of Health & Illness*, 29(3), 366-390.
- Radley, A., & Bell, S. (2011). Another way of knowing: Art, disease and illness experience. *Health*, 15, 219.
- Rosenhan, D. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179 (4070), 250-258.
- Σαββάκης, Μ., & Τζανάκης, Μ. (2006). Βιογραφική ρήξη και ιδρυματισμός: Θεσμικές και αφηγηματικές διαστάσεις μιας κοινωνικής διαδικασίας. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 120, 37-64.

- Sechehaye, M. (1998). *Μια σχιζοφρενής αφηγείται*. Αθήνα: Δίοδος.
- Stanley, L. (1993). On Auto/Biography in Sociology. *Sociology*, 27(1), 41-52.
- Stanton, A.L., Revenson, T.A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Στυλιανίδης, Σ. (1999). Ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα: προς αναζήτηση μιας ταυτότητας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 64, 13-20.
- Στυλιανίδης, Σ. (2001). Μοντέλα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προβλήματα μεταφοράς τους στο χώρο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης στην Ελλάδα: θεωρητικές, κλινικές και πρακτικές παρατηρήσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 75, 12-32.
- Stuber, J., Meyer, I., & Link, B.G. (2008). Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science and Medicine*, 67(3), 351-357.
- Τσαλίκोगλου, Φ. (1989). *Μυθολογίες βίας και καταστολής*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τσιώλης, Γ. (2006). *Ιστορίες ζωής και βιογραφικές αφηγήσεις. Η βιογραφική προσέγγιση στην κοινωνιολογική ποιοτική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.
- Woolf, V. (2008). *Πώς είναι να είσαι άρρωστος*. Αθήνα: Συνάψεις.