

Ψυχοθεραπεία και δημόσια ψυχιατρική περίθαλψη: μια απόπειρα θεωρητικής προσέγγισης¹

Στ. Στυλιανίδης²

Το άρθρο προσπαθεί να προσεγγίσει μέσα από μια θεωρητική ανάγνωση τη σχέση των ψυχοθεραπειών και της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης. Δίνεται έμφαση στην διερεύνηση της ιδιαιτερότητας του πλαισίου οργάνωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στην ανάλυση των αναγκών του πληθυσμού μιας ορισμένης περιοχής ευθύνης και στις συνθήκες εφαρμογής των διάφορων ψυχοθεραπευτικών τεχνικών. Επιχειρείται μία κριτική ανάγνωση των «ιδεολογικών» πρακτικών των βασικών θεωρητικών μοντέλων της ψυχιατρικής (βιο-ιατρικό, ψυχαναλυτικό, κοινωνικό) και προτείνεται ένα θεωρητικό και πρακτικό πλαίσιο για μια απαρτιωμένη προσέγγιση ψυχιατρικής πρακτικής και ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στην κοινότητα. Επίσης εξετάζεται αυτή η προβληματική μέσα στην ιδιαιτερότητα της Ελληνικής πραγματικότητας της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης, του ιδιωτικού χώρου εκπαίδευσης και εφαρμογής ψυχοθεραπειών, καθώς και σχετικά με την εισαγωγή από το εξωτερικό θεωρητικών ρευμάτων και θεραπευτικών τεχνικών. Τέλος, υπογραμμίζεται η αναγκαιότητα άρθρωσης ενός κλινικού λόγου που να στηρίζεται στην προσεκτική αποτίμηση σε ένα «ενδιάμεσο χώρο» της συνάντησης κάθε ψυχοθεραπευτικής τεχνικής με το «απρόβλεπτο» πλαίσιο της δημόσιας περίθαλψης στην Ελλάδα.

Εισαγωγή

Η συνάντηση των ψυχοθεραπειών και της δημόσιας περίθαλψης αποτελεί μια δεδομένη πραγματικότητα εδώ και δύο τουλάχιστον δεκαετίες, στα ανεπτυγμένα συστήματα οργάνωσης ψυχικής υ-

γείας.

Ένα τέτοιο φαινόμενο δημιουργήσε και μια σειρά από προβλήματα και ερωτήματα, που βρίσκονται στην ημερήσια διάταξη του διαλόγου μέσα στην διεθνή

¹ Το άρθρο αυτό είναι μια απόπειρα σύνθεσης απόψεων από την ψυχοθεραπευτική εμπειρία μας στα πλαίσια της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης στην Γαλλία, την Ελλάδα και σε μικρότερο βαθμό στην Ιταλία. Ένα μέρος των προβληματισμών που παρουσιάζονται εδώ είχαν αποτελέσει υλικό για ένα κλινικό σεμινάριο στη Γαλλία με αντικείμενο την ψυχοθεραπευτική διαδικασία στις βραχείες ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες σε θεσμικό πλαίσιο. Σε αυτή την προσπάθεια συνεργαστήκαμε στενά για τέσσερα χρόνια με τους Μ. Τριανταφύλλου, ψυχίατρο και Ρ. Reyge, ψυχίατρο-ψυχαναλυτή. Στο άρθρο αυτό δε θα επεκταθούμε λόγω περιορισμένου χώρου, σε αρκετά σημεία, που ίσως απαιτούν ιδιαίτερη διεξοδική διερεύνηση, όπως: στον ορισμό ή καλύτερα στους αμφιλεγόμενους ορισμούς των ψυχοθεραπειών, στην έννοια της δημόσιας περίθαλψης και των θεσμών, στοιχεία για μια γενική θεωρία των ψυχοθεραπειών, κλινική προσέγγιση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας σε δημόσιο ιδιωτικό πλαίσιο, επιστημολογικά προβλήματα για μια θεωρία των ψυχοθεραπειών. Επιλέξαμε μέσα σε αυτήν την πολυπλοκότητα, να παρουσιάσουμε εδώ μια απόπειρα θεωρητικής, περισσότερο, «κοινωνιολογικής» ανάγνωσης του αντικειμένου μας, με την πρόθεση τα άλλα θέματα να αποτελέσουν αφορμές για άλλα άρθρα ή αφορμές για συζήτηση.

² Ψυχίατρος, ερευνητής. Επιστημονικός υπεύθυνος προγραμμάτων ψυχικής υγείας Ν. Ευβοίας.

επιστημονική κοινότητα.

Για παράδειγμα, η αμφισβήτηση, από μερικούς «ιδεολόγους» θεωρητικών σχόλων της ψυχοθεραπείας, της ίδιας της αναγκαιότητας ή δυνατότητας (βλέπε ασυμβατότητας) της θέσης της ψυχοθεραπείας στα πλαίσια της δημόσιας περίθαλψης. Ποια είναι η σχέση της ψυχοθεραπείας με τις άλλες μορφές ψυχιατρικής παρέμβασης και της θεραπείας με τους άλλους πόρους και υπηρεσίες ενός κοινοτικού συστήματος οργάνωσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας; Με τις ανάγκες ενός συγκεκριμένου πληθυσμού;

Σ' ένα δεύτερο επίπεδο, τίθενται με κάθε άλλο παρά νηφάλιο τρόπο, ερωτήματα γύρω από την εκπαίδευση των θεραπειών στο δημόσιο χώρο, από την ικανότητα και κατάλληλη επαγγελματική ταυτότητα αυτών των ψυχοθεραπευτών, από το πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας, από την αμοιβόμενη ή μη θεραπευτική πράξη, από την ασάφεια του ίδιου του ορισμού της ψυχοθεραπείας, από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την αναγκαιότητα ή μη άσκησης κάποιας μορφής κοινωνικού ελέγχου στις ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες, από την επιστημονική σοβαρότητα ή ιδεολογική χροιά των ερευνών γύρω από τις ψυχοθεραπείες, κ.τ.λ.

Οι θέσεις και θεωρητικές τοποθετήσεις που είχαν εκφρασθεί σε σχέση με αυτά τα ερωτήματα, διαφέρουν πολύ μεταξύ τους: π.χ. για μερικούς η ψυχοθεραπεία αποτελεί ένα μύθο που πρέπει να καλλιεργηθεί με κάθε τρόπο και κατεύθυνση, για άλλους, ένα αντικείμενο μελέτης και πρακτικής, που μπορεί να αξιοποιηθεί κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.

Για ακραίες «ψυχαναλυτικές» απόψεις, που διεκδικούν με πείσμα την «καθαρότητα της ψυχοθεραπείας», πρέπει να επιδιώκεται μια πλήρης «αποϊατροποίηση» της λειτουργίας του ψυχοθεραπευτή σ' ένα δημόσιο χώρο. Μια τέτοια αντίληψη και τοποθέτηση αδιαφορεί

πλήρως για την ένταξη των διαφόρων ψυχοθεραπευτικών τεχνικών στις λειτουργίες και την ιδιαιτερότητα ενός δημόσιου συστήματος περίθαλψης, παίρνει μεγάλες αποστάσεις από την έννοια της θεραπείας, της υγείας, των αναγκών μιας κοινότητας. Σ' αυτόν τον τύπο της προβληματικής, η οργάνωση της θεραπευτικής διεργασίας στοχεύει στην κατανόηση των ασυνείδητων ψυχοπαθολογικών μηχανισμών του ατόμου, κάνοντας αφαίρεση των άλλων διαστάσεων της νόσου.

Δεν θα επεκταθούμε εδώ σε μια διεξοδική περιγραφή των θεωρητικών τοποθετήσεων, των διαφόρων σχολών και ρευμάτων της ψυχοθεραπείας. Για παράδειγμα, τόσο οι εγκυρότεροι εκπρόσωποι των διάφορων ψυχοθεραπευτικών σχολών, όσο και τα μεγάλα εγχειρίδια ψυχοθεραπείας, δεν τοποθετούν (παρά ελλειπτικά όταν αυτό γίνεται) το πρόβλημα της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας, των διαφορετικών κάθε φορά ενδείξεων για την εφαρμογή τάδε ή δεινά τεχνικής, μέσα στην ιδιαιτερότητα του πλαισίου της δημόσιας περίθαλψης.

Παραθέτουμε μια «δειγματοληπτική», «γενική», «ιστορική» βιβλιογραφία για τις ψυχοθεραπείες (Ekstein R. Wallerstein, 1958, Frank 1973, Mendel 1975, Schneider 1976, Strupp 1974, Cottiaux 1979 και Bergeret 1986), και μια ενδεικτική βιβλιογραφία για τις διάφορες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που στηρίζεται στις ανωτέρω διαπιστώσεις. Σχετικά με τις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές υπάρχουν μεταξύ άλλων, τα ενδιαφέροντα κείμενα των Henny και Diatkine (1967), Walzlawick et al. (1975), Foulkes (1964), Bion (1965), Malan (1975), Sapir (1975) και Marmor (1971).

Θέλουμε απλά να επισημάνουμε ότι η διαφορετικότητα, η ποικιλία και οι αποστάσεις των θεωρητικών αφηγηριών και των τεχνικών κανόνων είναι τέτοιες, που είναι αδύνατο να συγκροτηθεί ένας κοινός παρονομαστής απόψεων, αποδεκτός από τους περισσότερους θεραπευτές. Με

αυτή την έννοια είναι προτιμότερο, όπως γράφει ο G. Fora bosso (1982) να μιλάμε για «ψυχοθεραπείες» και όχι για «ψυχοθεραπεία».

Εκεί όμως που υπάρχει μια πραγματική ιδεολογική και πολιτιστική στροφή, είναι στην γενικότερη άποψη αποδοχής της θέσης των ψυχοθεραπειών, σε ένα πλαίσιο δημόσιας περίθαλψης.

Οι Melega και Neri παρατηρούν εύστοχα το εξής: «Πιστεύουμε ότι να αναρωτιέται κανείς αν σήμερα είναι δυνατή η ψυχοθεραπευτική πρακτική στις δημόσιες υπηρεσίες, δεν παρουσιάζει πολύ ενδιαφέρον. Μας φαίνεται πιο χρήσιμο να αναρωτηθούμε γύρω από το τι δεν είναι ψυχοθεραπεία ή καλύτερα να είναι δυνατόν να μην κάνει κανείς ψυχοθεραπεία σε μια δεδομένη ψυχιατρική πρακτική». (Melega και Neri, 1984, σελ. 19).

Νομίζουμε πως αυτή η στάση αποδοχής των ψυχοθεραπειών στις δημόσιες υπηρεσίες θα ήταν λιγότερο προφανής, αν δεν συνέβαλαν αποφασιστικά μερικές γενικότερες αλλαγές κοινωνικής κουλτούρας όπως:

- Η όλο και ευρύτερη *συνειδητοποίηση* του κοινωνικού σώματος, ότι πρέπει με κάποιους τρόπους να φροντίσει ή να απαντήσει στις *εκδηλώσεις των ψυχικών διαταραχών* και της ψυχικής νόσου, όσο σοβαρές και δύσκολες και αν είναι αυτές.

- Μια τέτοια στάση κατ' αρχήν αποδοχής (χωρίς να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν εντυπωσιακές σε σκληρότητα και βία αντιδράσεις απόρριψης του διαφορετικού και των ψυχικά ασθενών) συνέβαλε στη *διαμόρφωση πολιτικών πρόνοιας και υγείας* – θεωρητικά τουλάχιστον – *έναντια στην περιθωριοποίηση* των ψυχικά πασχόντων. Έτσι, οι δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας έπρεπε να εφοδιασθούν με τα κατάλληλα εκείνα οργανωτικά και τεχνικά μέσα για να απαντήσουν στα αιτήματα και στις ανάγκες της κοινότητας, καθώς και στη διατήρηση και στήριξη των ατόμων με ειδικές ανά-

γκες στο φυσικό τους περιβάλλον.

– Ταυτόχρονα διαδόθηκε με όλους τους δυνατούς τρόπους και μέσα ενημέρωσης μια άλλη «*κουλτούρα*» γύρω από τα ψυχολογικά και ψυχοπαθολογικά προβλήματα των ατόμων, ως αντικείμενα μελέτης, έρευνας, αλλά κυρίως ως προβλήματα που αντιμετωπίζονται.

Η ψυχοθεραπεία μετατράπηκε σε χώρο σοβαρού επιστημονικού στοχασμού από πεδίο εμπειρικών ανταλλαγών προθέσεων, διαθέσεων και υποκειμενικής διαίσθησης και ταλέντου κάθε θεραπευτή, από την στιγμή «που η ψυχανάλυση της προσέφερε τις απαραίτητες βάσεις», όπως γράφει ο R. Angelelguies (1989a).

Η ίδια η Φροϋδική μεταψυχολογία συνέβαλε και συμβάλλει αποφασιστικά σε μια ριζική επερώτηση των αρχών της παραδοσιακής ψυχιατρικής πρακτικής.

Η προσφορά και η αυξανόμενη ζήτηση για ψυχοθεραπείες ωρίμασαν λοιπόν μέσα σ' αυτό το πλαίσιο αλλαγής της στάσης τόσο των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, όσο και του προσωπικού και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Για τους τελευταίους, η εκπαίδευσή τους σε νέες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, με σχεδόν δεδομένη τη στάση εξιδανίκευσης και «αυταπάτης» απέναντι σε κάθε νέα τεχνική, συνέβαλε σε μια διαμόρφωση ή ακόμα και διεκδίκηση μιας νέας *επαγγελματικής ταυτότητας*.

Αυτή η «συλλογική» επιθυμία στο εσωτερικό του χώρου των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αλλαγής με κάθε τρόπο της εικόνας τους (προς τα μέσα αλλά και προς τα έξω) δημιούργησε στις ψυχιατρικές ομάδες πολλά και σύνθετα προβλήματα στον τρόπο ψυχιατρικής παρέμβασης στους θεσμούς και στην κοινότητα. Θα αναφερθούμε διεξοδικότερα σ' αυτά τα προβλήματα, όταν θα μιλήσουμε για τις ιδεολογικές πρακτικές της ψυχιατρικής παρέμβασης.

Η εξάπλωση των ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, το πέρασμά τους από το ιδιωτικό στο δημόσιο, ανέδειξε πιά ειδικά

προβλήματα, που πρέπει να απαντηθούν από κάθε ψυχιατρική ομάδα, όπως: η οργάνωση των υπολοίπων υπηρεσιών του θεσμού σε σχέση με την ψυχοθεραπευτική δραστηριότητα μερικών θεραπειών, οι θεραπευτικοί στόχοι και η συμπληρωματικότητα με τις υπόλοιπες δραστηριότητες του ψυχιατρικού έργου, η ελαστικότητα του πλαισίου και των τεχνικών κανόνων, οι ενδείξεις / αντενδείξεις και σε βαρύτερους τύπους ψυχοπαθολογίας (οριακές δομές, ψυχοπαθητικές προσωπικότητες, εξαρτημένα άτομα), η έννοια και η τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου μεταξύ θεραπευτή / ομάδας / θεραπευόμενου, κλπ.

Όλα αυτά τα προβλήματα νομίζουμε ότι διευκρινίζουν καλύτερα την αλλαγή, που επέρχεται από την απομόνωση του διπλού θεραπευτή/θεραπευόμενου του ιδιωτικού ιατρείου ή γραφείου, περνάμε σε μια νέα πολύπλοκη προβληματική και συναλλαγή με όλους αυτούς τους παράγοντες, που επηρεάζουν την ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Παρατηρήσεις για τις «ιδεολογικές» πρακτικές των θεωρητικών μοντέλων της ψυχιατρικής. Στοιχεία για μια απαρτιωμένη προσέγγιση ψυχιατρικής πρακτικής και ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στην κοινότητα

Η Ψυχιατρική αποτελεί «αντικειμενικά» μια ειδικότητα της ιατρικής, αλλά ταυτόχρονα και το χώρο εκείνο που έχει τις μεγαλύτερες αποστάσεις από την ιατρική σκέψη και λογική. Η Ψυχιατρική διεκδικεί, ή τουλάχιστον προσπαθεί να το κάνει, την ιδιαιτερότητά της ως προς την ιατρική, «τόσο στον χώρο όσο και στο χρόνο της θεραπευτικής παρέμβασης». (Αμπατζόγλου, 1987).

Με αφετηρία το θεωρητικό και πρακτικό προβληματισμό γύρω από τις έννοιες του φυσιολογικού και του παθολογικού, η ψυχιατρική συγκροτεί το θεραπευτικό διάθεμά της απέναντι στο άρρω-

στο υποκείμενο. Στο βαθμό που μια τέτοια προσέγγιση συναντά και συμπληρώνει τη θεραπευτική τέχνη της ιατρικής επιστήμης, απέναντι στο πάσχον άτομο, μέσα από το σεβασμό της υποκειμενικότητάς του, τότε τα προβλήματα και οι τριβές μεταξύ των δύο προσεγγίσεων είναι μικρά και εν πολλοίς αλληλοσυμπληρούμενα.

Οι αντιθέσεις και τα αγεφύρωτα χάσματα δημιουργούνται από τη στιγμή που τόσο στην ιατρική όσο και στην ψυχιατρική γίνεται χρήση μιας και μόνο αιτιολογικής θεώρησης του παθολογικού, με αφαιρετικό-ιδεολογικό τρόπο, συσκοτίζοντας τη βιο-ψυχο-κοινωνική ενότητα και συνέχεια του πάσχοντος ατόμου-υποκειμένου.

Το παράδοξο σε τέτοιου τύπου θεωρητικές προσεγγίσεις και ιδεολογικές πρακτικές βρίσκεται στο ότι κάθε θεωρητικό ρεύμα διακηρύσσει ότι αναγνωρίζει τις άλλες προσεγγίσεις σαν συμπληρωματικές του. Στην πράξη όμως, οι συγκεκριμένες θεραπευτικές ενέργειες γύρω από τις βιο-ψυχο-κοινωνικές ανάγκες του ατόμου παραμένουν εκλεκτικές ή στη χειρότερη περίπτωση, κενή διακήρυξη ευγενών προθέσεων.

Αυτές οι θεωρητικές παρατηρήσεις γίνονται λιγότερο αφηρημένες, αν τις σκεφτούμε σε συγκεκριμένα πεδία ψυχιατρικής πρακτικής, όπως και στη συγκεκριμένη λειτουργία των ψυχοθεραπειών στην πολυπλοκότητα του ψυχιατρικού έργου.

Θα προσπαθήσουμε, να περιγράψουμε σχηματικά τις ιδεολογικές αυτές ψυχιατρικές πρακτικές με τις θεωρητικές αφετηρίες τους, ώστε να σκιαγραφήσουμε κατόπιν σαφέστερα ένα πραγματικό πλαίσιο ψυχιατρικής κοινοτικής παρέμβασης.

Τρία μεγάλα ρεύματα (το οργανογενετικό, το ψυχογενετικό και το κοινωνιογενετικό) διατρέχουν και γονιμοποιούν το πεδίο της ψυχιατρικής, προσπαθώντας να κατανοήσουν την αιτιολογική πολυπλοκότητα της ψυχικής νόσου, και

τη διαφορετικότητα των απαντήσεων, που μπορούν να προταθούν. Νομίζουμε ότι είναι αυτονόητο πως η επιλογή μιας θεραπείας και ο τρόπος χειρισμού της, η λειτουργία των θεραπευτικών δομών, οι σχέσεις με το περιβάλλον του πάσχοντος ατόμου, είναι στενά εξαρτημένες από την αντίληψη που έχουμε για την ψυχική νόσο και από τη δυνατότητα, θεωρητική και πρακτική, για διεύρυνση του πλαισίου που θα διαθέτουμε. Αυτά τα «λανθάνοντα» μοντέλα, που υπάρχουν πίσω από κάθε ψυχιατρική πρακτική, δεν είναι παρά θεωρητικές κατασκευές.

Όμως, το καθένα απ' αυτά αναδεικνύει ένα μέρος από την αλήθεια. Το αβέβαιο και το απρόβλεπτο της ψυχοπαθολογίας, μας διδάσκει καθημερινά ότι δεν «υπάρχουν ερμηνευτικά κλειδιά που ταιριάζουν σε όλες τις κλειδαριές...» (Στεφανάτος, 1989). Η διαρκής αντιφατική εξέλιξη των ψυχοπαθολογικών κινήσεων του μας θέτει αναγκαστικά απέναντι στην ανάγκη μιας ολοκληρωμένης και συνολικής αντίληψης, προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα της πρακτικής μας.

Τόσο στον Ευρωπαϊκό χώρο όσο και στην Ελλάδα, κάθε ένα από τα τρία μεγάλα θεωρητικά ρεύματα δημιουργεί ιδεολογικές πρακτικές, με την έννοια των κλειστών συστημάτων σκέψης, που τείνουν να αναπαράγουν τις «βεβαιότητες» και «ορθότητες» των επιλογών τους³.

Η ιδεολογική πρακτική του βιο-ιατρικού μοντέλου

Το ίδρυμα, ο θεσμός, η θεραπευτική ομάδα που λειτουργεί με πρότυπο το παραδοσιακό οργανικό ιατρικό τρόπο σκέψης, θα αυτοχαρακτηρισθούν σαν «επιστημονικός θεσμός», «επιστημονική πρακτική». Χρησιμοποιώντας το βιο-ιατρικό μοντέλο, αρνούνται την ψυχο-

κοινωνική, διάσταση της νόσου, την πολιτιστική της «πραγματικότητα» και ιστορία. Με τον ίδιο μηχανισμό που η «σωματική» νόσος έχει ένα αιτιολογικό, προσδιορισμένο αίτιο, ή τουλάχιστον που μπορεί να αναγνωρισθεί με τα διαγνωστικά μέσα τις περισσότερες φορές, έτσι και η ψυχική νόσος πρέπει επίσης να έχει την αιτία ή τις αιτίες πρόκλησής της σε ένα οργανικό δυσλειτουργικό υπόστρωμα.

Είναι προφανές ότι κάνουμε μια καρικατούρα του ιατρικού τρόπου σκέψης, που εκλεπτύζεται προοδευτικά ολοένα και περισσότερο, διερευνώντας τις ομάδες παραγόντων (και όχι ένα αίτιο) οι οποίες ενοχοποιούνται για την εμφάνιση μιας διαταραχής. Το πρακτικό όμως αποτέλεσμα είναι ένα: στο κέντρο της θεραπευτικής πρακτικής ενός τέτοιου μοντέλου, δεν βρίσκεται ο *άρρωστος*, αλλά η *ασθένεια*, σαν αντικειμενοποιήσιμο μέγεθος, κλινική οντότητα, που πρέπει να ταξινομηθεί.

Παράγωγα μιας τέτοιας προβληματικής αποτελούν τόσο η συσκότιση της ανισότητας των αναγκών υγείας των ατόμων και των τρόπων προαγωγής της υγείας μιας κοινότητας (Basaglia, 1986), όσο και το γεγονός ότι το κοινωνικό στην ουσία δεν υπάρχει και το ψυχολογικό δεν είναι παρά ένα επιφανόμενο του οργανικού. Επομένως η δράση μέσα στην κοινότητα, στο κοινωνικό περιβάλλον, αλλά και η ψυχοθεραπεία, δεν αποτελούν παρά στοιχεία με ελάχιστο ειδικό βάρος στους θεραπευτικούς στόχους. Η οργάνωση ενός τέτοιου θεσμού εστιάζεται στον άμεσο θεραπευτικό στόχο, και κυρίως στην άμεση αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και του κόστους θεραπείας.

Στα πλαίσια της παραδοσιακής ιατρικής σκέψης, η στάση του πληθυσμού α-

³ Η σχηματική παρουσίαση αυτής της «ταξινόμησης» είναι μέρος μιας ευρύτερης προβληματικής και συζητήσεων με το Γάλλο ψυχίατρο M. Reynaud, του οποίου πρόσφατα εκδόθηκε το έργο «Soigner la folie» (1989), που συμπεριλαμβάνει αναλυτικότερα αυτή την προσέγγιση.

πέναντι στην ψυχική νόσο, οι δυνατότητες μεταβολής της, η κατανόηση της ιδιαίτερης ψυχοπαθολογίας του ατόμου, δεν αποτελούν στην ουσία αντικείμενα μελέτης και ενασχόλησης.

Η ιδεολογική πρακτική του ψυχαναλυτικού μοντέλου

Είναι προφανές ότι δεν θα ασχοληθούμε εδώ με τις πιο ακραίες απόψεις εφαρμογής ψυχαναλυτικών απόψεων με δογματικό και δύσκαμπτο τρόπο στα πλαίσια της δημόσιας περίθαλψης. Ενδεικτικά αναφέρουμε τη στάση άρνησης αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των θεραπειών και γενικότερα του επιπέδου παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τη δύσκαμπτη λειτουργία στις διαδικασίες επανένταξης ασθενών, τη συχνά ατέρμονη αναμονή, στα πλαίσια ενός κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας της έκφρασης του «αιτήματος» ψυχωσικών ασθενών (κατακλυσμένων από την αμφιθυμία τους να κάνουν ένα τέτοιο διάβημα), την απουσία πρακτικής σε σχέση με τις κοινοτικές ανάγκες.

Αναφερόμαστε περισσότερο σε ένα τύπο «ψυχοθεραπευτικής» πρακτικής αρκετά διαδεδομένης στην δημόσια περίθαλψη στην Γαλλία, ιδιαίτερα σε μερικούς «ακραιφνείς» στην υπεράσπιση της καθαρότητας των απόψεων τους, κύκλους Λακανικών ψυχιάτρων και ψυχολόγων. Τέτοιες αντιλήψεις δεν διερευνούν καθόλου τη σχέση θεσμού, οργάνωσης ομάδας και ένταξης σε αυτά, για παράδειγμα, του αποτελέσματος της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας. *Η ίαση έρχεται σαν κάτι επιπρόσθετο, έλεγε ο Lacan, ο στόχος του αναλυτή δεν μπορεί να είναι ούτε η ίαση, ούτε η ένταξη (integration) (του α-*

τόμου) ο μόνος σκοπός στον οποίο πρέπει να αποβλέπει (ο αναλυτής) είναι αυτός της περατώσεως της ανάλυσης».

Μια τέτοια εκφερόμενη θέση, ενώ παρουσιάζει ενδιαφέρον για μια θεωρητική συζήτηση γύρω από την κλασσική ψυχαναλυτική διαδικασία, απορρίπτει στην ουσία κάθε στοιχείο «εξωτερικό» στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία ή στο θεωρητικό corpus που τη διέπει.

Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία, ανεξάρτητα από το πλαίσιο όπου εξελίσσεται, θέτει σαν στόχο την συνοδεία του υποκειμένου σε ένα διάβημα που θα το οδηγήσει στην αναβίωση της ιστορίας του και της καλύτερης γνώσης της ψυχικής του πραγματικότητας.

Μια τέτοια δογματική ανάγνωση της Φροϋδικής μεταψυχολογίας, οδηγεί συχνά σε σχηματοποιήσεις του τύπου ντιβάνι-πολυθρόνα-σιωπή-ερμηνεία, εξαιρετικά δύσκολα μεταφερόμενες σε ένα πολύπλοκο και αντιφατικό δημόσιο πλαίσιο, ακόμα και για μία «πρότυπη» νευρωσική ψυχοπαθολογία.

Μιά τέτοια φетиχοποίηση της ψυχαναλυτικής θεωρίας διαχέεται πολύ περισσότερο σε νοοτροπία ή «στάση» των νέων θεραπειών απέναντι στα προβλήματα στην δημόσια ψυχιατρική περίθαλψη και πολύ λιγότερο σαν επικοινωνίσιμος προς την επιστημονική κοινότητα θεωρητικός λόγος⁴.

Το πρόβλημα που θέτουμε για συζήτηση εδώ δεν είναι η συνεκτικότητα και θεωρητική πληρότητα του ψυχαναλυτικού μοντέλου, στο οποίο προσωπικά στηριζόμαστε, σαν μέσο κατανόησης της ψυχοπαθολογίας του υποκειμένου. Είναι όμως η χρήση του ψυχαναλυτικού μοντέλου στη δημόσια περίθαλψη, η οργανωτική του έκφραση μέσα σ' ένα θεσμό, σε μια θεραπευτική δομή, που ανα-

⁴ Είναι αδύνατη μια εκτενής βιβλιογραφική αναφορά αυτής της «στάσης». Ενδιαφέρουσα είναι η κριτική διεπιστημονική ανάγνωση που γίνεται στο τεύχος No 119. Απρίλιος-Ιούνιος 1988: *Le groupe familial* με τίτλο: «La psychanalyse aujourd'hui. Toujours subversif le divan?» (Editorial)

φέρεται σ' αυτό.

Συχνά ακούμε την άποψη ότι η οργάνωση ενός, τέτοιου θεσμού δεν είναι παρά η απεικόνιση του ασυνείδητου των ατόμων που τον αποτελούν. Ότι ο «θεσμός δομείται σαν ασυνείδητο», ασυνείδητο που πρέπει να αναλυθεί.

Με βάση αυτή την αντίληψη και γύρω από αυτήν οργανώνονται μηχανισμοί λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας, μια ιδιότυπη ιεραρχία, που συχνά συσκοτίζει τις πραγματικές αντιθέσεις και σχέσεις εξουσίας, μια ιδιόρρυθμη στάση αφαιρετικής ανάλυσης της κοινωνικής, πολιτιστικής και διοικητικής πραγματικότητας.

Αυτή η σχέση με την κοινωνική πραγματικότητα μπορεί να πάρει δύο εκφράσεις:

(α) Την αντίληψη ότι η κοινωνική ζωή δεν ενέχει τεράστια εμπόδια και δυσκολίες ιδιαίτερα για τους ψυχικά πάσχοντες. Συχνά αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την υποθάμιση της σημαντικότητας της συνοδείας, φροντίδας και παρακολούθησης του ατόμου στην κοινότητα εκ μέρους της ομάδας, στην εξιδανίκευση της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας ως μέσου αυτονόμησης του ίδιου του ατόμου, χωρίς τη συγκεκριμένη και πραγματική στήριξή του.

(β) Ή την αντίθετη αντίληψη, σύμφωνα με την οποία ο θεσμός είναι μία αναπαράσταση του κοινωνικού και αποπειράται να την αναλύσει. Πρόκειται όμως για ένα κοινωνικό χώρο θεωρητικά ανασκευασμένο, ο οποίος διαθέτει μια υποθετική συνοχή, αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των ατόμων που τον αποτελούν. Στα πλαίσια αυτής της «ψυχοκοινωνικής» προσέγγισης, η κοινωνία θεωρητικά δημιουργείται από το πολύπλοκο παιχνίδι της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων, όπου όμως η ύπαρξη κοινωνικών κινημάτων, συσχετισμών δυνάμεων, σχέσεων εξουσίας, τάξεων, ομάδων συσκοτίζεται ή απωθείται συνολικά. Πρόκειται για μια α-συγκρουσιακή, τε-

χνητή κοινωνική πραγματικότητα.

Από μια τέτοια θεωρητική αφετηρία απορρέει συχνά μια αγεφύρωτη φαινομενικά αντίθεση μεταξύ «ευγενούς» —«καθαρής» ψυχοθεραπευτικής πρακτικής ψυχαναλυτικής εμπνεύσεως και υποθαμισμένης ψυχιατρικής κλινικής πράξης. Η «αντίθεση», που με εξαιρετική λεπτότητα και οξυδέρκεια επεσήμανε ο Freud (1919) συμβολικά σαν «*πρόσμεξη του καθαρού χρυσού της ψυχανάλυσης με μια σημαντική ποσότητα μολύβδου της άμεσης υποβολής*», μοιάζει σε ορισμένες περιπτώσεις να παίρνει χροιά στείρας ιδεολογικής διαμάχης, αντί να δημιουργήσει τους όρους για το ξεπέρασμά της.

Ο μόνος τρόπος γόνιμου ξεπεράσματος αυτής της πολεμικής είναι η συνθήκη της δια-κλαδικότητας όπως την ορίζει ο Argelergues (1989 b) σαν «*τη δυνατότητα αμοιβαίας εκπαίδευσης στη σκέψη*». «*Ο σχολαστικός ή ο συστηματικός επιστήμονας ή θεραπευτής, χαρακτηρίζεται από ένα ματαιόδοξο και δύσκαμπτο πνεύμα, και δε δέχεται την αντίθεση*». (Claude Bernard), σχολιάζει ο R. Angelergues (1989b).

Η ιδεολογική πρακτική του κοινωνικού μοντέλου

Ο όρος κοινωνικό μοντέλο είναι ίσως ασαφής (Στυλιανίδης, 1985). Υποδηλώνει σε ένα μεγάλο βαθμό την κοινωνιολογική προσέγγιση της ψυχικής νόσου, μέσα από το θεωρητικό ρεύμα της λεγόμενης Αντιψυχιατρικής και τους θεωρητικούς εκφραστές του (Cooper, Laing, Ssasz). Νομίζουμε ότι είναι άστοχο πια να ασκήσουμε κριτική σε θέσεις, που οι ίδιοι οι εκφραστές τους (Ssasz, Laing, ο D. Cooper μερικά χρόνια πριν από το θάνατο του) έχουν σχετικοποιήσει, ιδιαίτερα όσον αφορά τις πιο ακραίες θέσεις της δεκαετίας 1960-1970, π.χ. την άρνηση χρήσης ψυχοφαρμάκων, τη θέση ότι η ψυχική νόσος είναι παράγωγο της κοινωνικής αλλοτρίωσης και μόνο, κ.τ.λ.

Αυτό όμως που έχει ενδιαφέρον στη σύγχρονη ψυχιατρική πρακτική, είναι πως τέτοιες νησίδες ιδεολογικής δυσκαμψίας εξακολουθούν να υπάρχουν σε εναλλακτικές στο άσυλο ψυχιατρικές πρακτικές και να τροφοδοτούν, άμεσα ή έμμεσα, τη θέση της άρνησης της ψυχικής νόσου.

Ιδιαίτερα στην Ελλάδα, η ύπαρξη τέτοιων νησίδων περνάει μέσα από την ιδιότυπη *post mortem* εισαγωγή μιας «αντιψυχιατρικής», η οποία είναι παράγωγο της ιδεολογικής σύγχυσης και του αναχρονισμού της δημόσιας Ελληνικής Ψυχιατρικής. Ένα δείγμα μιας τέτοιας αντίληψης είναι η συνειδητή από μερικούς, η ασυνείδητη (λόγω άγνοιας) από άλλους, ταύτιση της αντιψυχιατρικής ιδεολογίας με το Ιταλικό αντιασυλιακό κίνημα και το θεωρητικό προβληματισμό του F. Basaglia (Στυλιανίδης, 1986).

Δύο αντιλήψεις μοιάζουν να επικρατούν στην πρακτική του «κοινωνικού» μοντέλου:

(α) Η αντίληψη της «ολοκληρωτικής φροντίδας». Πρόκειται για «διαστροφή» της πολιτικής του κράτους πρόνοιας που υπάρχει στις αναπτυγμένες Δυτικές χώρες. Η ιδέα είναι θέβαια μιας φροντίδας και προστασίας ατόμων με ειδικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες, στην κοινότητα, έξω από ολοκληρωτικά ιδρύματα. Όμως, η πραγματοποίηση αυτού του αποϊδρυματισμού στην πράξη, τόσο στην πολιτική της Γαλλικής τομεοποίησης, όσο και στο Αγγλοσαξωνικό σύστημα περίθαλψης, δημιούργησε «νεο-ασυλιακές» πραγματικότητες και πρακτικές στα πλαίσια των λεγόμενων «ενδιαμέσων δομών». Το άσυλο υπάρχει πάντοτε, ακόμα και αν έχει προεκταθεί στην κοινότητα και οι τοίχοι του έχουν πέσει.

Αυτό που ονομάζουμε *ασυλιακή λογική* στις ενδιάμεσες δομές είναι η απουσία επαφής, έννοιας, νοήματος, αυτονομίας και διαφοροποίησης στην κοινωνική ζωή των ασθενών μέσα στην κοινότητα.

Η αγωνία και η επιτάχυνση της πραγματοποίησης της ψυχιατρικής μεταρρύθμι-

σης στην Ελλάδα, δεν μας απαλλάσσει από το να σκεφτούμε όλα αυτά τα προβλήματα αναπαραγωγής της ασυλιακής λογικής και «νεο-ιδρυματισμού» στην ψυχιατρική πρακτική των ομάδων στην κοινότητα. (Καρκώστας και Στυλιανίδης, 1981).

(β) Η αντίληψη του «ολοκληρωτικού κοινωνικού» βρίσκεται στον αντίποδα της πρώτης θέσης. Δίνοντας προνομιακή θέση στην κοινωνική δράση και στήριξη των ατόμων, τέτοιες πρακτικές ολισθαίνουν γρήγορα σε μια άρνηση της ιδιαιτερότητας της ψυχοπαθολογίας του ψυχικά πάσχοντος, ταυτίζοντάς τον με το «ανάπηρο» άτομο.

Το ειδικό καθεστώς του *αναπήρου*, που βρίσκεται στο κέντρο της προνοιακής πολιτικής, διαχωρίζεται τελείως από την έννοια της ψυχικής νόσου και της εξελικτικής δυναμικής που εμπεριέχει, υπογραμμίζοντας έτσι μια αντίληψη του «μη αντρέψιμου» της αναπηρίας.

Έτσι, δημιουργούνται ολόκληρες αλυσίδες δομών πρόνοιας, που γρήγορα χρονοποιούνται, χωρίς τη δυναμική ενός συγκεκριμένου *θεραπευτικού σχεδίου* για κάθε άτομο, που μπορεί να επεξεργασθεί μια πολυδύναμη ψυχιατρική ομάδα.

Νομίζουμε ότι και στις δύο αντιλήψεις του «κοινωνικού μοντέλου», η *ψυχοθεραπευτική διάσταση*, σαν απάντηση σε ειδικές ψυχικές ανάγκες του ατόμου σε μια δεδομένη στιγμή της ιστορίας του, ακυρώνεται εντελώς.

Σε τέτοιες δομές προνοιακού τύπου, θα λέγαμε ότι δεν είναι ο ασθενής που προσπαθούμε να επανεντάξουμε κοινωνικά, αλλά το *πλαίσιο που προσαρμόζουμε στις ανάγκες των ανάπηρων*.

Στοιχεία για μια απαρτιωμένη προσέγγιση της ψυχιατρικής πρακτικής και ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας στην κοινότητα

Δε φιλοδοξούμε θέβαια να προτείνουμε ένα νέο μοντέλο φροντίδας και θεραπείας της ψυχικής νόσου! Απλά επιθυ-

μούμε να σκιαγραφήσουμε ένα πλαίσιο, κατά τη γνώμη μας απαραίτητο, για να τοποθετήσουμε όλη την προβληματική μας γύρω από τις ψυχοθεραπείες και τις διάφορες τεχνικές.

Η αναγκαιότητα μιας απαρατιωμένης (*integrative*) συνολικής προσέγγισης του ψυχιατρικού έργου, έχει επιβληθεί εδώ και αρκετά χρόνια, τουλάχιστον στη θεωρητική της αποδοχή.

Ένα τέτοιο διάβημα δεν προϋποθέτει τη σύνθεση ασύμβατων εννοιών μεταξύ τους, που θα είχε ως αποτέλεσμα ένα αμάλγαμα θεωρητικών ρευμάτων και ένα επιστημολογικό αδιέξοδο. Πρόκειται για μια *ανθρωπολογική* οπτική και προσέγγιση του προβλήματος, η οποία προσπαθεί να αρθρώσει μεταξύ τους τις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές όψεις της ψυχονοητικής λειτουργίας του ατόμου, σ' ένα πιο *απαρτιωμένο επίπεδο*, όπου κάθε *συστατικό στοιχείο συμβάλλει στην δημιουργία μιας συνολικής κατανόησης του ατόμου*.

Δεν θα είχε προφανώς νόημα ούτε η θεώρηση κάθε συστατικού στοιχείου απομονωμένου από τα άλλα, ούτε και η απλή άθροιση ή επικάλυψή τους.

Το θεωρητικό ουτοπικό, ίσως στην παρούσα φάση, ζητούμενο μιας τέτοιας προσέγγισης, θα επέτρεπε την αναγνώριση του ψυχικά αρρώστου, ταυτόχρονα ως αρρώστου, ως υποκειμένου και ως κοινωνικού ατόμου.

Είναι, νομίζουμε, ευνόητο για λόγους ιστορικούς, θεωρητικούς και πρακτικούς, ότι μια τέτοια προσέγγιση είναι αντινομική και ασύμβατη με την ακινησία και χρονιότητα ενός ασυλιακού περιπτέρου, όπως και κάθε θεραπευτικής δομής ή συστήματος περίθαλψης, που δε βρίσκεται σε μια δυναμική αλλαγής και επερώτησης της λειτουργίας και του ρόλου του.

Η μανιχαϊστική λογική «έξω από το άσυλο=καλό», «μέσα στο άσυλο=κακό», πρέπει κάποτε να τεθεί σε ριζική επερώτηση, μέσα από συγκεκριμένη κλι-

νική δουλειά και προβληματισμό γύρω από τις θεραπευτικές ή μη απαντήσεις, που προτείνει κάθε ψυχιατρική ομάδα στους χρήστες των υπηρεσιών της.

Ένα πολυδύναμο Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, με μια συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης, πρέπει να προετοιμάζει το πλαίσιο λειτουργίας για να μπορέσει να ξεφύγει από τα παλιά όσο και η ψυχιατρική, διλήμματα του τύπου: επιλογή ασθενών (που διαταρράσουν την δημόσια τάξη) για το άσυλο, επιλογή ασθενών για το ιδιωτικό ιατρείο, επιλογή νευρωσικών ασθενών με ένδειξη για ψυχαναλυτική θεραπεία ή ψυχανάλυση, κ.λ.π. Ένα κοινοτικό κέντρο πρέπει να δίνει όλο το φάσμα των δυνατών απαντήσεων στις αναρίθμητες διαφοροποιήσεις της ψυχοπαθολογίας, αφήνοντας έτσι στην πραγματική *επιλογή* του ατόμου, να μπορεί να διαλέξει τον τύπο της θεραπευτικής απάντησης (λίγο ενδιαφέρει αν είναι δημόσια/ιδιωτική), που ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του.

Μια πραγματική θεωρία της πρακτικής θα έπρεπε να αναλύει με διαύγεια όλο το φάσμα των θεραπευτικών απαντήσεων, μέσα σ' ένα σύστημα γενικών κανόνων και θεωρητικών αρχών, τόσο εύκαμπτων, ώστε να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες κάθε φορά ανάγκες της κοινότητας και του ατόμου.

Ο S. Piro (1986), θεωρητικός της Ιταλικής Ψυχιατρικής εμπειρίας παραθέτει ενδεικτικά, τις «ελάχιστες εκείνες προϋποθέσεις λειτουργίας» ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας «ικανό να απαντά στις σύγχρονες απαιτήσεις της επιστημονικής έρευνας και στις πολύπλοκες αλλαγές της εποχής μας»:

(1) Την ικανότητα απάντησης σε κάθε αίτημα ψυχολογικής και ψυχιατρικής παρέμβασης, τόσο στη θεραπεία όσο και στην πρόληψη.

(2) Τη χωρίς όρια διαθεσιμότητα σε μια συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης, για όλο τον πληθυσμό, χωρίς επιλογή τύπων παθολογίας και διαταραχών.

(3) Τη συνέχεια στο χρόνο (24 ώρες το 24ωρο, 7 μέρες την εβδομάδα).

(4) Την κεντρικότητα της θέσης της δομής σε σχέση με τις άλλες ψυχιατρικές και κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής ευθύνης.

(5) Την αναγκαία συνέχεια στη συνεργασία τόσο με τις υπηρεσίες της γενικής ιατρικής όσο και με τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας.

(6) Την ύπαρξη μιας επαγγελματικής και επιστημονικής κατάρτισης ανώτερης από αυτής της ιδιωτικής ψυχιατρικής.

(7) Την οργάνωση της δουλειάς με ακρίβεια και συνέπεια, με τη χρήση της γλώσσας και της στάσης της ομάδας ως θεραπευτικών εργαλείων.

(8) Τη συνύπαρξη της έρευνας και της εκπαίδευσης στη λειτουργία του Κέντρου.

Η θέση μας είναι ότι *σε ένα τέτοιο ι-δεώδες* για την Ελληνική πραγματικότητα, συνεκτικό πλαίσιο λειτουργίας μπορεί να δοκιμασθεί να επαληθευτεί ή όχι η θεωρητική συνοχή και η θεραπευτική αποτελεσματικότητα οποιασδήποτε ψυχοθεραπευτικής τεχνικής.

Μια ρεαλιστική πολιτική ψυχικής υγείας, πρέπει να προβλέπει τη διαφοροποίηση των ρόλων του προσωπικού, τη διαφοροποίηση των χώρων φροντίδας και θεραπείας των ατόμων, καθώς και το λειτουργικό συντονισμό μεταξύ τους, όλων αυτών των συστατικών στοιχείων μιας θεραπευτικής δομής.

Η απομόνωση και η μη επικοινωνία του ψυχοθεραπευτικού πλαισίου και της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας από τα υπόλοιπα κομμάτια της θεραπευτικής λειτουργίας μετατρέπεται νομοτελειακά σχεδόν σε «ιδεολογική πρακτική».

Στο χώρο της Ελληνικής δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης, είναι δυνατή, τουλάχιστον στην παρούσα φάση, μια τέτοια προβληματική συμπληρωματικότητας ρόλων και λειτουργιών, άρθρωσης της ψυχοθεραπευτικής δραστηριότητας

στο σύνολο του ψυχιατρικού έργου: Μέσα σε ποιες συνθήκες και πλαίσιο μπορεί να είναι γόνιμος ένας τέτοιος προβληματισμός;

Η Ελληνική πραγματικότητα: Προλεγόμενα γύρω από την εφαρμογή των ψυχοθεραπειών στα πλαίσια της δημόσιας περίθαλψης

Η απόπειρα σκιαγράφησης της Νεο-Ελληνικής κοινωνικής ταυτότητας, ως πλαισίου κατανόησης, με κάποια επάρκεια, των τρόπων και των μοντέλων παρέμβασης στο χώρο της ψυχιατρικής στην Ελλάδα, είναι αδύνατη σε μια τέτοια εργασία.

Αναπόφευκτα θα αναφερθούμε σε σχηματικές επιστημάνσεις, θασιζόμενοι κυρίως στο έργο του Τσουκαλά (1986α, 1986β) και του Κονδύλη (1988), στο οποίο και παραπέμπουμε, ως υποδειγματικές μελέτες για το σύγχρονο Ελληνικό Κράτος και την ιστορία των ιδεών στην Ελλάδα. «Αποτελεί πεποίθησή μου» γράφει ο Κ. Τσουκαλάς, «ότι η μεταπολεμική Ελληνική κοινωνία εξακολουθεί να παραμένει ιδιαίτερα αδιαφανής και δυσανάγνωστη. Παρ' όλη τη σχετική επάρκεια στοιχείων, την υπερεπάρκεια αριθμών και την πληθώρα αξιόλογων μελετών, λείπει οποιαδήποτε συνολική θεώρηση της εξέλιξης της κοινωνικής δυναμικής». Τσουκαλάς, 1986β, σελ. 31).

Ένα τέτοιο θεωρητικό κενό θέτει τεράστια εμπόδια στην ακριβή κατανόηση και λειτουργία των Ευρωπαϊκών ιδεών, θεωρητικών ρευμάτων και μοντέλων στον Ελληνικό χώρο, καθώς και στην εξειδίκευση αυτής της μεταφοράς στους επιμέρους κοινωνικούς και επιστημονικούς χώρους.

Η πνευματική καχεξία, η σύγχυση και η απουσία θεωρητικής σκέψης στην Ελλάδα έχουν τις ρίζες τους, σύμφωνα με τον Κονδύλη (1988), στην ιστορική πορεία του Ελληνικού Διαφωτισμού.

Ο ίδιος ο δανεισμός μοντέλων και ευ-

ρωπαϊκών ρευμάτων σκέψης, «ελάχιστα γόνιμος υπήρξε από την καθαρά θεωρητική άποψη, πολύ περισσότερο γιατί οι ελληνικές πνευματικές ανάγκες ήταν μάλλον ισχνές και μπορούσαν να ικανοποιηθούν από δεύτερο και τρίτο χέρι, όπως και από έργα δεύτερης και τρίτης σειράς». (Κονδύλης, 1988, σελ. 16). Ο πνευματικός αυτός επαρχιωτισμός πήρε διάφορες όψεις και εκφράσεις, άλλες πιο κωμικές και άλλες πιο σοβαρές.

Το πρόβλημα θα ήταν σε τελική ανάλυση λιγότερο ο πνευματικός επαρχιωτισμός και η εξιδανίκευση των ξένων προτύπων, όσο το γεγονός ότι εμποδίστηκε, ατομικά και συλλογικά, η συνειδητοποίηση αυτής της εξάρτησης. Όπως γράφει ο Κονδύλης, τα εμπόδια προήλθαν «από επίσης επαρχιώτικα συμπέγματα και από υπεραναπληρωτικές εκλογικεύσεις, οι οποίες ευδοκίμησαν σε ένα περιβάλλον όπου κυριαρχούσε ουσιαστική άγνοια της διεθνούς πνευματικής ζωής στη συνοχή και στη μακρά συνέχεια των ρευμάτων της και όπου επίσης η συχνά ταχύτατη άφιξη της τελευταίας πνευματικής μόδας γεννούσε την αμέλεικη ψευδαίσθηση, ότι η Ελλάδα θρίσκει κι αυτή στην πρώτη γραμμή των εξελίξεων». (Κονδύλης, 1988, σελ. 16).

Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι περισσότερο ή λιγότερο εμφανή στην ιστορική διαδρομή της εγκατάστασης της σύγχρονης ψυχιατρικής στην Ελλάδα (Πιλουμπίδης, 1981), όσο και στην ανάπτυξη της ψυχιατρικής θεωρίας και πρακτικής.

Νομίζουμε ότι μια σειρά από πιο ειδικές παρατηρήσεις θα βοηθήσουν περισσότερο στην κατανόηση του πλαισίου υποδοχής των μοντέλων και τεχνικών, στο χώρο της ψυχιατρικής στην Ελλάδα.

(α) Η «αγορά της πληροφορίας», των τεχνικών και της γνώσης, λαμβάνοντας υπ' όψιν την ιδιότυπη θέση που κατέχει η Ελλάδα στον Ευρωπαϊκό χώρο, είναι εξαιρετικά άνιση μεταξύ κέντρου και περιφέρειας. Έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες εξαγωγής της τεχνολογίας και

του «Know-how» των ανεπτυγμένων χωρών στις υπό ανάπτυξη χώρες, ότι η χρήση μιας εισαγόμενης τεχνικής και η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται προοπτικά από τη δυνατότητα παραγωγής από τη χώρα που εισάγει αυτή την τεχνική αλλά και την απαραίτητη γνώση. Θα υποστηρίξουμε μάλιστα ότι η διαιώνιση αυτής της ανισότητας μεταξύ εισαγομένου προϊόντος-γνώσης με τη χώρα που εξάγει, είναι ακόμα πιο επιζήμια στην απάντηση των επιτόπιων αναγκών από την ανισότητα και διαφορά που εμφανώς υπάρχει σε υπηρεσίες και μέσα.

Το πρόβλημα στην υψηλή εξειδίκευση των Ελλήνων επιστημόνων στο εξωτερικό θρίσκεται ακριβώς εκεί: ο καθένας που επιστρέφει επιθυμεί εντελώς φυσικά να αξιοποιήσει τις γνώσεις του και την τεχνική του στις Ελληνικές συνθήκες. Με μια μεγάλη όμως διαφορά, που οδηγεί σε απίθανα παράδοξα, συγκρούσεις και απογοητεύσεις: ότι οι συνθήκες υποδοχής και το υπάρχον πλαίσιο λειτουργίας των θεσμών στην Ελλάδα δεν επιτρέπει μια τέτοια αναπαραγωγή, παρά με τετάστιο κόστος, δυσλειτουργίες και δογματικές αγκυλώσεις, όταν αυτή γίνεται.

(β) Έτσι, το κενό των θεσμών, η δυσλειτουργία των κρατικών μηχανισμών, τα γραφειοκρατικά και διοικητικά εμπόδια, η ουσιαστική (εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις) ανυπαρξία θεσμών έρευνας, καθιστούν δύσκολη τη συγκρότηση μιας σαφούς και ακριβούς εικόνας των αναγκών του πληθυσμού στην ψυχική υγεία, καθώς και την ποιοτική αξιολόγηση των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που υπάρχουν ήδη.

(γ) Αυτή η κατάσταση τροφοδοτεί αντικειμενικά το παράδοξο του *Brain drain* («αιμορραγία εγκεφάλων») της χώρας. Λόγω της ανυπαρξίας δυνατοτήτων γόνιμης προσαρμογής των «έξω» γνώσεων στις «μέσα» συνθήκες, το παράδοξο έγκειται στην υπαρξη τεράστιων αναγκών σε υψηλά εξειδικευμένο προσωπικό

κό και ταυτόχρονα στο μεγάλο αριθμό Ελλήνων επιστημόνων που εργάζονται στο εξωτερικό.

(δ) Το ολίσθημα λοιπόν σε μια μαξιμαλιστική λογική σχεδιασμού «εδώ και τώρα» του συστήματος ψυχικής υγείας, χωρίς προηγούμενο πειραματισμό και συγκροτημένη ερευνητική μεθοδολογία, δημιουργεί αναπόφευκτα σύγχυση και καθυστέρηση στην ίδια την πραγματοποίηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Στη μεταβατική αυτή περίοδο για την ψυχιατρική στην Ελλάδα, τα νέα στοιχεία που εμφανίζονται στις εναλλακτικές στα άσυλα δομές και στην ψυχιατρική κοινοτική πρακτική, δεν μπορούν ακόμα να συγκροτήσουν ένα νέο σύστημα αναφοράς, μια θεωρία της πρακτικής τους, σε αντιστοιχία με τον πλούτο και την πολυπλοκότητα κάθε εμπειρίας.

Τα ερωτήματα που γεννώνται από την εφαρμογή διάφορων ψυχοθεραπευτικών τεχνικών και ρευμάτων στην Ελλάδα είναι πολλά.

Θα ήταν επαρχιωτισμός η επιστημονική μυωπία να μιλάμε για ψυχοθεραπείες, χωρίς να γνωρίζουμε με επάρκεια τις βασικές σχολές και τεχνικές που εφαρμόζονται στο εξωτερικό, χωρίς να προάγουμε ένα γόνιμο διάλογο με όλες τις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αλλά κάθε άνοιγμα, κάθε συσσώρευση νέων γνώσεων προϋποθέτει μια συνεκτική άποψη για τις προτεραιότητες και την επιλογή της αντίστοιχης θεματολογίας.

Το πρόβλημα σε κάθε θεραπευτική διαδικασία και ειδικά στο επίπεδο που βρίσκονται σήμερα οι γνώσεις μας στην ψυχιατρική, δεν είναι να κρίνουμε την αυτάρκεια κάθε επιστημονικής προσέγγισης, αλλά να μπορούμε να τη βλέπουμε μέσα στην πολυπλοκότητα της εφαρμογής της και να αναζητάμε τους όποιους δυνατούς διαύλους επικοινωνίας με τις άλλες προσεγγίσεις. Αυτό το αίτημα επικοινωνίας προϋποθέτει θήματα ή χώρους διεξαγωγής ενός τέτοιου διαλόγου, μια όσο το δυνατόν μεγαλύτερη απομυθοποι-

ηση του αλάθητου κάθε προσέγγισης, τη συνείδηση ότι δεν υπάρχει μια αλήθεια στην κατανόηση του ψυχοπαθολογικού φαινομένου, αλλά στοιχεία ή μερικές αλήθειες, που πιθανά μπορούν να αρθρωθούν μεταξύ τους.

Η θέση μας για τις δυνατότητες επιτυχούς έκβασης ενός διαλόγου μεταξύ τεχνικών, είναι η εξής. Το πεδίο που διασταυρώνονται και επαληθεύονται όλες οι διαφορετικές προσεγγίσεις είναι η *συνηθισμένη ψυχιατρική πράξη* ή η απλή ψυχιατρική παρακολούθηση. Αν δεν υπάρξει μια πολυφωνία, ένας ανεπτυγμένος διάλογος γύρω από το καθημερινό πρόβλημα της ψυχιατρικής πράξης και περίθαλψης, του πλαισίου όπου δοκιμάζεται η ιδιαιτερότητα της ψυχιατρικής, το άλμα προς μια ανάπτυξη εφαρμογής στο δημόσιο χώρο διάφορων ψυχοθεραπευτικών τεχνικών ενέχει πολλούς κινδύνους. *Η καθημερινή ψυχιατρική πράξη «ενώ αποτελεί το μεγαλύτερο μέρος της δραστηριότητας κάθε ψυχιάτρου, που δεν ασκεί αποκλειστικά μια συγκεκριμένη θεραπευτική μέθοδο, είναι αυτή που μπαίνει δυσκολότερα σε θεωρητικά πλαίσια, γιατί δύσκολα επιδέχεται την επιλογή ατομικών περιπτώσεων ή ομάδων πασχόντων»* (Πλουμπίδης, 1986, σελ. 35).

Αλλά μια τέτοια καθημερινή κλινική πρακτική δεν είναι αθεωρητική, γράφει ο Πλουμπίδης, «είναι όμως συχνά εκλεκτική, παίρνοντας στοιχεία από διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις που ο ψυχίατρος γνωρίζει και εφαρμόζει περισσότερο ή λιγότερο».

Οι σύγχρονες αντιλήψεις γύρω από την διαπλοκή κλινικής ψυχοφαρμακολογίας και ψυχοπαθολογίας (Καψαμπέλης, 1986), συγκροτούν με επιστημονική αυστηρότητα και επάρκεια, το πεδίο της «*απλής ψυχιατρικής πράξης*».

Η «απαραίτητη πολυφωνία» που προκύπτει από την εισαγωγή και εφαρμογή νέων ψυχοθεραπευτικών τεχνικών, έχει σαν κύριο και ορατό αποτέλεσμα την υποβάθμιση («ανάλογη με εκείνη που υφί-

σταται η γενική ιατρική», γράφει ο Καψαμπέλης) τόσο της «απλής» ψυχιατρικής παρακολούθησης, όσο και των θεωρητικών διεργασιών γύρω από το πλαίσιο και το χρόνο, μέσα στα οποία εξελίσσεται αυτή η παρακολούθηση.

Ο Mignot (1979), αναφέρει ο Δ. Πλουμπίδης, ονομάζει ταπεινόφρονα αυτή τη δραστηριότητα «συνοδευτική θεραπεία» (*therapie d' accompagnement*), αλλά πρόκειται για τη βασική λειτουργία της ψυχιατρικής.

Όταν λοιπόν αυτή η «συνοδεία» ή «απλή παρακολούθηση» δεν αποκτήσει ένα επιστημονικό *status*, μια εκπαίδευση και διδασκαλία, που να σχετικοποιεί την κυριαρχία του ιατρικού μοντέλου, μια σύνδεση με τις κοινωνικές επιστήμες του ανθρώπου και της υγείας, τότε κάθε ψυχοθεραπευτική τεχνική δεν μπορεί να κάνει άλλο από το να αναπαράγει τις «βεβαιότητές» της.

Είναι πολλές οι ενδείξεις στην Ελληνική ψυχιατρική και ψυχολογική αγορά, ότι το κενό που αφήνει η απουσία μιας γνήσιας θεωρητικής σκέψης στην Ελλάδα είναι πιθανό να προσπαθήσουν να το αναπληρώσουν (αν δεν το κάνουν ήδη εν μέρει) κάθε λογής τεχνικές, πολλά υποσχόμενες. Ιδιαίτερα όταν οι ψυχοθεραπευτικές τεχνικές εμπνέονται ή αναφέρονται στην ψυχανάλυση, το πρόβλημα γίνεται ακόμα πιο σύνθετο, αφού αφορά το βαθμό και τους όρους ανάπτυξης της συζήτησης γύρω από την ψυχαναλυτική θεωρία και πρακτική στην Ελλάδα.

Διαφαίνεται λοιπόν ένα διπλής τάξεως σύνθετο πρόβλημα: με δεδομένη τη σημερινή θεωρητική καχεξία της ψυχιατρικής σκέψης στην Ελλάδα, την κατάσταση της οργάνωσης των υπηρεσιών, καθώς και με την εύθραυστη και ισχνή παρουσία της ψυχανάλυσης, μέσα σε τι πλαίσιο, κάτω από ποιες διαδικασίες και όρους αναπτύσσονται οι νέες θεραπευτικές τεχνικές;

Πώς η θεραπεία οικογένειας, η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, η ομαδική ψυ-

χοθεραπεία, οι θεραπείες της συμπεριφοράς, κ.λ.π. αρθρώνονται και συσχετίζονται με το καθημερινό πιεστικό πρόβλημα της ψυχιατρικής περίθαλψης; Σε ποιους αρρώστους απευθύνονται, σε ποιες ανάγκες και πώς αυτές διαμορφώνονται; Ποια είναι η φύση των αιτημάτων για ψυχοθεραπείες, πώς προσαρμόζονται και εξειδικεύονται στην ιδιαιτερότητα των αναγκών κάθε ατόμου;

Το πρόβλημα που σκιαγραφείται λοιπόν εδώ δεν είναι η αντίθεση στη διάδοση τεχνικών ή στην αυστηρή θεσμοθέτηση κριτηρίων επιστημονικότητας και εγκυρότητας κάθε ψυχοθεραπείας. Εξ άλλου πολλές από τις αναλυτικές θεραπείες ή άλλες τεχνικές θα ήταν αδύνατες να εφαρμοστούν χωρίς την παράλληλη ύπαρξη της χημειοθεραπείας, της βραχείας νοσηλείας, της υποστήριξης και παρακολούθησης του θεραπευμένου από μια ολόκληρη ψυχιατρική ομάδα, όπου αυτό βέβαια είναι δυνατό.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύσσονται και στην Ελλάδα οι λεγόμενες νέες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές που Αγγλικά ονομάζονται «*Alternative therapies*» (εναλλακτικές θεραπείες). Οι νέες αυτές τεχνικές επικεντρώνονται γύρω από την *κάθαρση*, το *σώμα*, την *ομάδα* και είναι αντίθετες με πολλά από τα χαρακτηριστικά της κλασσικής ψυχαναλυτικής θεραπείας. Η εξάπλωση αυτών των τεχνικών στην Ελλάδα γίνεται κυρίως στον ιδιωτικό χώρο, μέσα από σεμινάρια, διαλέξεις και βραχύχρονες εκπαιδεύσεις στην πρακτική, των νέων θεραπειών.

Όπως και στις περισσότερες μεταφερόμενες τεχνικές από το εξωτερικό, έτσι και στις ψυχοθεραπείες, δεν υπάρχει κανένας κώδικας ή πλαίσιο δεοντολογίας, που να προτείνει έμμεσα ή άμεσα η επιστημονική κοινότητα, σε τέτοιους «νεωτερισμούς». Οι κοινές κριτικές τους ενάντια στην ψυχανάλυση αναφέρονται στη μεγάλη διάρκειά της, την αναποτελεσματικότητα της, στο μεγάλο κόστος της, στα περιορισμένα προνομιά κοινω-

κά στρώματα που έχουν πρόσβαση σ' αυτήν, στην άγνοια εκ μέρους της ψυχανάλυσης του «αυθόρμητου», του «αυθεντικού δυναμικού σε κάθε άτομο», της καθημερινότητας και του κοινωνικού περιβάλλοντος, κ.λ.π.

Κατά τον Harper (1978) μπορούμε σχηματικά να κατατάξουμε όλες τις ψυχοθεραπευτικές τεχνικές σε ρήξη με την κλασσική ψυχανάλυση στις εξής κατηγορίες:

(α) Διάφορες ψυχοθεραπείες οικογένειας, με θεωρητικές αναφορές στην πληροφορική, στην κυβερνητική, στις θεωρίες των συστημάτων και της επικοινωνίας.

(β) Ψυχοθεραπείες που απευθύνονται στα ιδιαίτερα μέλη της οικογένειας (παιδιού, εφήβου, θεραπευτικές σεξουαλικών διαταραχών, θεραπεία ζεύγους).

(γ) Ψυχοθεραπείες ομάδων (κατά Hogney, υπαρξιακή, αντλεριανή, συμπεριφοριολογική, κατά Syllivan, Foulkes, κ.λ.π.).

(δ) Ψυχοθεραπείες και ομάδες που απορρέουν από την *Transactional analysis*.

(ε) Σωματικές ψυχοθεραπείες (Ραϊχ-βιοενέργεια, Gestalt, διάφοροι μέθοδοι χαλάρωσης, φιλοσοφικής ή θρησκευτικής εμπνεύσεως θεραπείες, τεχνικές χαλάρωσης, κ.λ.π.).

Πρόκειται για ένα ευρύτερο κοινωνικό φαινόμενο που γνώρισε μεγάλη ανάπτυξη στις ΗΠΑ στη δεκαετία 1960-1970, το οποίο συνεχίζει να επεκτείνεται προοδευτικά στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, και βέβαια στην Ελλάδα.

Νομίζουμε ότι υπάρχουν αρκετά κοινά χαρακτηριστικά αυτών των θεραπειών, στον ιδιωτικό χώρο, με τον κίνδυνο να σχηματοποιήσουμε πολύ αυτή την πολυπλοκότητα.

– Μία σαφής έλλειψη επιστημονικής διεργασίας και σκέψης γύρω από τα πεδία εφαρμογών κάθε τεχνικής, της ανάλυσης του αιτήματος κάθε ατόμου που ζητά κάτι «θεραπευτικό», τη συγκρότηση μιας βιβλιογραφίας γύρω από τις εν-

δείξεις/αντενδείξεις κάθε τεχνικής. (Δεν λείπουν τα παραδείγματα από την καθημερινή πρακτική έναρξης μιας βιοενεργητικής θεραπείας ή ομαδικής ψυχοθεραπείας ατόμων με ψυχωσική ή οριακή δομή προσωπικότητας και έκλυσης ψυχωσικών επεισοδίων κατά τη διάρκεια της θεραπείας, χωρίς βέβαια ο νέος θεραπευτής να διαθέτει το πλαίσιο και τη γνώση για να εργασθεί στην περίοδο της κρίσης).

– Η ύπαρξη ενός έκδηλου «ρεαλιστικού πνεύματος» και εμπορευματοποίησης κάθε τεχνικής. Σε τελευταία ανάλυση, κάθε ομάδα, σχολή ή ινστιτούτο πρέπει να κάνει οικονομικά αποδοτικό και κοινωνικά χρήσιμο το χρόνο και κόπο της εκπαιδευτικής διαδικασίας.

Δεν πιστεύουμε βέβαια ότι στην Ελλάδα, κυριαρχεί ακόμα το φαινόμενο του «ψυχαναλισμού», που περιέγραψε ο Castel (1973, 1982). Αυτό που μοιάζει όμως να «εκδραματίζεται» ταχύτατα είναι ένα νέο μοίρασμα της «αγοράς της ψυχής», η εκμετάλλευση –συχνά κυνική– του ανθρώπινου πόνου και η ταυτόχρονη ανυπαρξία πειστικών θεραπευτικών απαντήσεων και μέσων.

Πρόκειται για μια κοινή *κουλτούρα της εκμετάλλευσης*, που ευνοείται αντικειμενικά από την έλλειψη πληροφόρησης, ή την ύπαρξη παραπληροφόρησης, μέσω χυδαίων μεταφράσεων, «εκλαίκευσης της ψυχανάλυσης» και των ψυχοθεραπειών, την έλλειψη μέσων και δομών φροντίδας των ψυχικά πασχόντων, τη στασιμότητα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Το πρόβλημα γίνεται ακόμα πιο δύσκολο να αναλυθεί και να αντιμετωπισθεί, όταν αυτή η φιλελεύθερη επαγγελματική λογική, που φυσικά κυριαρχεί στον ιδιωτικό χώρο, «εισβάλλει» στον χώρο της δημόσιας περίθαλψης. Η «εισβολή» αυτή μπορεί να πάρει πολλές εκφράσεις: ταχύρρυθμη εκπαίδευση νέων ψυχιάτρων από ελάχιστα έμπειρους εκπαιδευτές σε ψυχοθεραπευτικά προγράμ-

ματα, εφαρμογή με μη κριτικό τρόπο κάθε τεχνικής σ' ένα θεραπευτικό πλαίσιο τελειώς διαφορετικό από αυτό του ιδιωτικού, κατακερματισμός των θεραπευτικών απαντήσεων που δέχεται το πάσχον άτομο.

Χωρίς προηγούμενη εμπέδωση της θεωρίας, χωρίς ένα προβληματισμό γύρω από την κοινωνική και θεσμική πραγματικότητα που εφαρμόζεται κάθε τεχνική, κάθε τέτοιου τύπου ψυχοθεραπευτική διαδικασία μοιάζει με ακροβατική άσκηση σε μεγάλο ύψος, χωρίς προστατευτικό δίκτυο από κάτω.

Η ακριβής κατανόηση και έρευνα γύρω από την εφαρμογή των «παλαιών» και «νέων» ψυχοθεραπευτικών τεχνικών είναι αυτονόητο ότι αποτελεί αντικείμενο

μιας συστηματικής ψυχοκοινωνικής ερευνητικής διαδικασίας και αξιολόγησης.

Οι παρατηρήσεις μας αυτές, δεν φιλοδοξούν με το γενικό και αποσπασματικό τους χαρακτήρα να λύσουν το πρόβλημα, αλλά να το τοποθετήσουν και στην Ελληνική του διάσταση. Η βιβλιογραφία, γύρω από αυτά τα θέματα είναι αρκετά περιορισμένη⁵.

Αν η ψυχιατρική πράξη και η ψυχοθεραπευτική διαδικασία είναι η καθημερινή συναλλαγή με το απρόβλεπτο και το αβέβαιο του ψυχοπαθολογικού φαινομένου, τότε η δογματική χρήση (ιδεολογική λειτουργία) κάθε τεχνικής, δεν κάνει άλλο από το να ενισχύει τους μηχανισμούς άμυνας του θεραπευτή ή της ομάδας, απέναντι σ' αυτή την αβεβαιότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Αμπατζόγλου Γ. *Η ιδιαιτερότητα της Ψυχιατρικής*. Διδακτορική Διατριβή. Θεσσαλονίκη, 1987.

Angelergues R. *La psychiatrie devant la qualité de l'homme*. Paris, P.U.F., 1989a.

Angelergues R. *La psychothérapie: C'est-à-dire Les Cahiers du Centre de psychanalyse et de psychothérapie*, 1989 b, 18. 45-54.

Basaglia F.O. *Analisi critica del modello medico. La pratica terapeutica*. Atti del convegno di Trieste. Centro di documentazione di Pistoia Editore, 1986.

Bergeret J. *Abrégé de psychologie pathologique*. Paris, Masson, 4ème ed., 1986.

Bion W.R. *Recherches sur les petits groupes*. Paris, P.U.F., 1965.

Castel R. *Psychothérapies et idéologie*. In P. Pichot et B. Samuel-Lajeunesse B. *Nouvelles tendances en psychothérapie*. Paris, Masson, 1982.

Cottraux J. *Les thérapies comportementales, stratégies du changement*. Paris, Masson, 1979.

Ekstein R. and Wallerstein R.S. *The teaching and learning of psychotherapy*. New York, Basic Books, 1958.

Forabosco G. *Note su psychotherapia e rapporto terapeutico nel servizio pubblico*. In: *Psychotherapia e scienze umane*, 1984, 4.

Foulkes S.H. *Therapeutic group analysis*. London, 1964.

Frank J.D. *Persuasion and healing. A comparative study of psychotherapy*. Baltimore and London, John Hopkins Press, 1973.

⁵ Παραπέμπουμε στον τόμο «Ψυχανάλυση και Ελλάδα» (επιμ. Τζαβάρας, 1984) και στα τεύχη 8 και 9 στα Τετράδια Ψυχιατρικής, (1985 και 1986).

Freud S. (1919) Les voies nouvelles de la thérapeutique psychanalytique. In Freud S.: *La technique psychanalytique*. Paris, P.U.F., 1970, 131-141.

Harper R.A. *Les nouvelles psychotherapies*. Ed. Privat, Toulouse, 1978.

Henny R. et Diatkine R. Indication du traitement des parents. In: Ajuriaguerra J. de *Le choix thérapeutique en psychiatrie infantile*. Paris, Masson, 1967.

Καρακώστας Α. και Στυλιανίδης Στ. Ενδιάμεσες δομές-θεωρία και πρακτική. Μια κριτική προσέγγιση. In : S. Lebonici και Π. Σακελλαρόπουλος *Ελληνικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα, 1981, Εκδ. Καστανιώτη 1984.

Καψαμπέλης Β. Ο ένοπλος λόγος κλινική ψυχοφαρμακολογία και ψυχοπαθολογία. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 1986, 9, 31-48.

Κονδύλης Π. *Ο νεοελληνικός διαφωτισμός. Οι φιλοσοφικές ιδέες*. Αθήνα Θεμέλιο, 1988.

Malan D. *La psychothérapie brève*. Paris, Payot 1975.

Marmor J. Dynamic psychotherapy and behavior therapy: are they irreconcilable. *Archives of General Psychiatry*. 1971 24, 22-28.

Melega Ve. Neri G. Le psychotherapie nei servizi puplici : *Psychotherapie e scienze umane*, 1984, 4, 66-80.

Mendel W.M. Interpretation and working through. *American Journal of Psychotherapy*, 1975, 29, 409-414.

Piro S e Marone F. *Il caso particolare della psichiatria*. Napoli, Ed. Polytropos, 1984.

Πλουμπίδης Δ. *Συμβολή στη μελέτη της ιστορίας της ψυχιατρικής στην Ελλάδα*. Διατριβή επί διδακτορία, Αθήνα, 1981.

Πλουμπίδης Δ. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. *Τετράδια ψυχιατρικής*, 1987, 8, 35-37.

Reynaud M. *Soigner la folie. Approche intégrative des soins aux psychotiques* Paris, Frieson Roche, 1989.

Sapir M. et coll. *La relaxation, son approche psychanalytique*. Coll. Inconscient et culture, Paris, Dunod, 1975.

Schneider P.B. *Propédeutique d'une psychothérapie*. Paris, Payot, 1976.

Στεφανάτος Γ. Παρουσίαση στο Σεμινάριο «Φημι» με θέμα: «*Η διαμόρφωση του ψυχαναλυτή και η διδασκαλία της ψυχανάλυσης*». Απρίλιος, 1989.

Strupp H.H. (Ed.) *Psychotherapy and behavior change*. Chicago, Aldine P.C., 1974.

Stylianidis St. Lacroix P. La prévention en psychiatrie. *Synapse*, 1986, 26, 26-37.

Stylianidis S., Triantafyllou M. et Reyre P. L'évaluation des psychotherapies. *Synapse*, 1986, 20, 30-41.

Τζαθάρας Θ. (Επ.) «*Ψυχανάλυση και Ελλάδα*». Αθήνα, Εκδ. Εταιρείας Σπουδών Μωραΐτη, 1984.

Τσουκαλάς Κ. *Κοινωνική ανάπτυξη και κράτος. Η συγκρότηση του δημόσιου χώρου στην Ελλάδα*. Αθήνα, Θεμέλιο 1986.

Τσουκαλάς Κ. *Κράτος, κοινωνία, εργασία στην μεταπολεμική Ελλάδα*. Αθήνα, Θεμέλιο 1986.

Watzlawick P., Weakland J. and Fisch R. *Changements, paradoxes et psychotherapies*. Paris, Seuil, 1975.