

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ «ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ» ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ «ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ» ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΤΟ ΕΓΚΛΗΜΑ ΜΕ ΤΗ ΦΟΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΑΘΩΟΤΗΤΑΣ

PENA ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Πρώτα πρώτα είναι κιόλας δύσκολο
να βρει κανείς ποια αλήθεια αξίζει να ειπωθεί.

Μπ. Μπρεχτ, Πέντε δυσκολίες για να γράψει κανείς
την αλήθεια.

I. Οι αλήθειες και τα κρεβάτια

Ας αρχίσουμε από μερικές κοινότητες αλήθειες, ή μάλλον πληροφορίες, που τις διαβάζουμε κάθε μέρα στις εφημερίδες, κι ας δούμε αν και πώς τις καταλαβαίνουμε.

Από τα 60.000 νοσοκομειακά κρεβάτια που προσφέρονται συνολικά στην Ελλάδα για όλες τις αρρώστιες, το 1/4, δηλ. τα 14.000 περίπου, ανήκουν στον τομέα της ψυχιατρικής περίθαλψης. (Αυτό δεν σημαίνει ότι ο ένας στους 4 Έλληνες που μπαίνει σε νοσοκομείο πάσχει –ή θεωρείται ότι πάσχει– ψυχικά, γιατί πρέπει να πάρουμε υπόψη μας κι άλλους παράγοντες, όπως ο μέσος χρόνος νοσηλείας α) για κάθε αρρώστια, και β) για διαφορετικού τύπου νοσοκομεία, όπως θα δούμε και παρακάτω). Από τα 14.000 ψυχιατρικά κρεβάτια, τα 5.500 περίπου (το 40%) ανήκουν στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Ωστόσο, δεν μιλάμε μόνο για 14.000 ανθρώπους: ενώ στα κρατικά ψυχιατρεία και στα Ν.Π.Ι.Δ. τα περισσότερα κρεβάτια μένουν κατειλημμένα επί χρόνια απ' τους ίδιους ασθενείς, απ' τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές περνάνε σχεδόν τετραπλάσιοι από τον αριθμό των κρεβατιών ασθενείς το χρόνο¹⁰, προφανώς με πολύ μικρότερο χρόνο νοσηλείας. Ωστόσο, και πάλι, ο αριθμός των ασθενών είναι μικρός: θα έπρεπε να αντιστοιχούν, σύμφωνα με διεθνή πρότυπα⁴⁴, 12 ασθενείς σε κάθε κρεβάτι. Ο στατιστικός μέσος χρόνος νοσηλείας, 103 ημέρες,¹⁰ δεν σημαίνει ουσιαστικά τίποτε: η νοσηλεία κυμαίνεται από δεκάδες χρόνια στα πιο στιγματισμένα άσυλα, ως λίγες μέρες παραμονής σε πανεπιστημιακές ή ιδιωτικές κλινικές.

Σύμφωνα με την Ε.Σ.Υ.Ε.¹⁰, το 1978, τα 13.151 κρεβάτια δημοσίων, Ν.Π.Ι.Δ. και ιδιωτικών ψυχιατρικών νοσοκομείων και κλινικών τα χρησιμοποίησαν 24.268 ασθενείς.

Ας θυμίσουμε τώρα ποιοι είναι αυτοί οι δεκάδες χιλιάδες άνθρωποι: είναι αυτοί που έχουν την ατυχία να «μπαίνουν μέσα» λόγω των ψυχικών τους προβλημάτων. Οι στιγματισμένοι σαν «ψυχασθενείς», ή τρελοί. Οι «επικίνδunami». Οι «ανίκατοι».

Όταν λοιπόν μιλάμε για κρεβάτια, δεν μιλάμε για ψυχικές διαταραχές εν γένει. Δεν μιλάμε για νευρωτικούς, ψυχοσωματικούς, ή άλλους ανθρώπους που μπορεί επίσης να πάσχουν οδυνηρά. Όταν μιλάμε για κρεβάτια, μιλάμε για την τρέλα, για την αντιμετώπιση του τρελού σαν «επικίνδunami», για τον ακούσιο ψυχιατρικό εγκλεισμό και για την άσκηση βίας και

καταστολής. Μιλάμε για δέσιμο, ξύλο, χημικούς ζουρλομανδύες με τη μορφή φαρμακοθεραπείας, στέρηση ελευθερίας, ηλεκτροσόκ. Δεν μιλάμε ούτε για «περίθαλψη» ούτε για θεραπεία. Μιλάμε για θέσεις εγκλείστων. Αυτή είναι η σωστή άγνοια της λέξης «κρεβάτια» στον ψυχιατρικό χώρο, και η εξήγηση μυστηριωδών εκφράσεων όπως η «ίδρυση» κρεβατιών, η «δημιουργία» κρεβατιών, η «ανάπτυξη» κρεβατιών και πάει λέγοντας.

II. «Κρεβατολογία» και κυβερνητική αμφιθυμία

Θα πρέπει να παρατηρήσουμε ότι, εδώ και 2 χρόνια, οι ανακοινώσεις του υπουργού Υγείας και Πρόνοιας στον Τύπο, καθώς και οι κατά καιρούς απαντήσεις του σε ενδιαφερόμενους φορείς, εμφανίζουν δραματικό το σύνδρομο της «κρεβατολογίας».

Έτσι, σε είδηση στα Νέα (13.10.83) διαβάζουμε, υπό τον τίτλο «Αποσυμφόρηση στα ψυχιατρεία», ότι «περιορίζονται τα κρεβάτια των Κρατικών Ψυχιατρείων ώστε να υπάρξει κάποια αποσυμφόρηση». Συγκεκριμένα, αναφέρεται λεπτομερειακά πώς μειώνονται τα 8.036 κρεβάτια των 9 Κρατικών Ψυχιατρείων (συμπεριλαμβανομένου και του Αιγινήτειου) σε 7.350. Ακολουθεί δήλωση του υπουργού: «ο αριθμός των ψυχιατρικών κλινών που διαθέτουμε είναι πολύ μεγάλος, και αυτό είναι μέρος του προβλήματος της ιδρυματοποίησης της ψυχιατρικής περίθαλψης που υπάρχει πολύ έντονο στη χώρα μας». Αμέσως μετά επισημαίνεται ότι, παρ' όλο τον περιορισμό αυτό των κρεβατιών, «τελικά τα κρεβάτια δεν μειώνονται κατά πολύ», δεδομένου ότι με την εφαρμογή του άρθρου 21 του Εθνικού Συστήματος Υγείας, «θα δημιουργηθούν άλλα 300 περίπου ψυχ. κρεβάτια στα Γενικά Νοσοκομεία της Αθήνας και 1.200 στα 50 Νομαρχιακά Νοσοκομεία». Ο σχολιασμός, νομίζουμε, περιττεύει.

Ας μην τα ρίχνουμε όμως όλα στον υπουργό: τι να σου κάνει κι αυτός, όταν οι κυβερνητικοί σύμβουλοι επί της ψυχιατρικής «περίθαλψης» έχουν πάρει και το ρόλο της αντιπολίτευσης κατά του εαυτού τους; Οι Στεφανής και Μαδιανός, π.χ.; αφού κριτικάρουν εξαντλητικά, σε διάφορες κοινές δημοσιεύσεις τους^{43,44}, το ισχύον σύστημα περίθαλψης (του οποίου ηγείται ο πρώτος από ετών), αφού διαπιστώσουν το συγκεντρωτισμό του, τον υδροκεφαλισμό του, την αναπαραγωγή της συντήρησης του φαινομένου, την παρεμπόδιση του εκσυγχρονισμού του,⁴⁴ προχωρούν στο κρίσιμο σημείο, σε συγκεκριμένες προτάσεις «για την περιφερειακή ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας» και, προτείνουν –τι άλλο;– την «ορθολογική ανάπτυξη

* Οι δείκτες στο κείμενο παραπέμπουν στους αριθμούς της Βιβλιογραφίας.

νέων ψυχιατρικών κρεβατιών». ⁴⁴ Ίσως βέβαια όχι των 5.000 που προτείνει το ΚΕΠΕ, ¹⁹ αλλά «τουλάχιστον 1.185», σε Γενικά Νοσοκομεία στις 9 Διοικητικές Περιφέρειες, «από τα οποία τα 580 προτείνεται να ιδρυθούν για την Ευρεία Περιοχή της Πρωτεύουσας». Με ποιο σκεπτικό; Θανμάστε: «Οι πραγματικές ανάγκες για άμεσα διαθέσιμα ψυχ. κρεβάτια στη χώρα μας δεν είναι γνωστές με τις παρούσες στατιστικές πληροφορίες. Αν δεχθούμε όμως ξένα επιδημιολογικά δεδομένα πάνω στην Επίπτωση (Incidence) της ψυχικής αρρώστιας, τότε προκύπτει ότι κάθε χρόνο 9.360 νέες ψυχιατρικές περιπτώσεις έχουν ανάγκη ενδονοσοκομειακής νοσηλείας στη χώρα μας». Και συνεχίζουν: «Κάθε νέο ψυχιατρικό κρεβάτι σε ορθολογική χρήση θα πρέπει να καλύπτει την παραμονή 12 αρρώστων περίπου το χρόνο με μέσο χρόνο νοσηλείας 30 ημερών, που θεωρείται ικανοποιητικός για τις περισσότερες, εκτός από τις χρόνιες, ψυχιατρικές περιπτώσεις». Πώς θα γίνει αυτή η αλλαγή των πραγμάτων επί το ορθολογικότερον, εμείς τουλάχιστον δεν καταλαβαίνουμε, αλλά οι συγγραφείς φαίνονται να το θεωρούν αυτονόητο γιατί συνεχίζουν χωρίς εξηγήσεις: «Έτσι, τα 1.185 νέα κρεβάτια θα μπορούν να εξυπηρετούν 14.220 άτομα το χρόνο, θα υπερκαλύπτουν δηλ. τις ανάγκες για ψυχιατρική νοσηλεία. Αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής θα είναι η συρρίκνωση σε αριθμό αρρώστων των μεγάλων δημόσιων ψυχιατρείων, που έτσι θάχουν την ευκαιρία να ανυψώσουν ποιοτικά τη στάθμη της νοσηλευτικής τους υπηρεσίας σε χρόνιους αρρώστους που για πολλούς και διαφορετικούς λόγους δεν είναι κατορθωτή η έξοδός τους από αυτά». Ξεπερδεδυόντας έτσι με το πρόβλημα των χρόνιων αρρώστων και των «τεράστιων ψυχιατρείων», και αφού προτείνουν πολλά νεοτεριστικά, διοικητικά, αποκεντρωτικά, εκπαιδευτικά και άλλα, μας θυμίζουν ότι «πρέπει να καλυφθεί η διαφορά στην ανάπτυξη συγχρόνων Ψυχιατρικών Υπηρεσιών που μας χωρίζει από τις περισσότερες χώρες της Ευρώπης», ότι «βρισκόμαστε σε μια περίοδο κοινωνικού μετασχηματισμού», και ότι «καινούριες αντιλήψεις σχετικά με τη φύση των ψυχικών διαταραχών και κυρίως καινούριες αντιλήψεις σχετικά με τα κοινωνικά δικαιώματα των μειονεκτούντων ατόμων (...) καθορίζουν την τοποθέτηση και εφαρμογή πολλών από τα νέα μέτρα στον Τομέα της Ψυχικής Υγιεινής (...)». Έτσι, πραγματοποιούνται συχνά μεταβολές χωρίς προηγούμενη ανάλυση της υφιστάμενης πραγματικότητας σε κάθε χώρα ή περιοχή, με παθητική μόνο μεταφορά οργανωτικών σχημάτων που ισχύουν σ' άλλες κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες με αποτέλεσμα όχι μόνο να μη βελτιώνεται η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, αλλά να διαβάλλονται και οι βασικές αρχές που στηρίζουν ιδεολογικά τα νέα συστήματα παροχής ψυχιατρικών υπηρεσιών». ⁴⁴

Το οξύμωρο των αποσπασμάτων που χρησιμοποιήσαμε αποτελεί κλασικό στρατηγικό τέχνασμα της ψυχιατρικής εξουσίας (που φαίνεται να το γνώριζε καλά και ο Basaglia, στην Ιταλία, αν κρίνουμε από την ανάλυσή του για τους «ορισμούς βιτρίνας» και τον «αποικιακό χαρακτήρα των νέων θεραπευτικών στρατηγικών»): θεωρητικολογεί ατελείωτα, με πλουσιότατο τεχνοκρατικό λεξιλόγιο, για κοινωνική ψυχιατρική, για εκσυγχρονισμούς, για μετασχηματισμούς και αλλαγές, για μέτρα, ακόμα και για τον κίνδυνο να γίνουν διαβλητές οι νέες ιδεολογικές αρχές, και, σπεύδοντας να επικρίνει αυτό ακριβώς που κάνει, αφήνει τον υπουργό να προσπαθεί να καταλάβει αν εί-

μαστε αποτυχημένοι επειδή έχουμε πολλά κρεβάτια, και τότε πρέπει να προσθέσουμε κι άλλα για να επιτύχουμε, και σε τι επιτέλους να επιτύχουμε.

III. Τα κρεβάτια και οι περιπατητικοί

Για τις υπόλοιπες χιλιάδες των Ελλήνων που επίσης πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, αλλά καταφέρνουν να ξεφύγουν από τη μοίρα των κρεβατιών (είτε κρατικών είτε ιδιωτικών), και επομένως και από το στίγμα της ψυχασθένειας, υπάρχουν τα ασφαλιστικά Ταμεία (382 τον αριθμό, ³² με συνήθη παροχή 5λεπτων ψυχιατρικών συνεντεύξεων και άφθονης φαρμακοθεραπείας), τα κάθε λογής εξωτερικά ιατρεία, τα ιδιωτικά ιατρεία των μέχρι τώρα νευρολόγων-ψυχιάτρων, ολίγα γραφεία ψυχολόγων, και ολιγάριθμες μονάδες ανοικτής (ημερήσιας) θεραπείας και σύγχρονων μορφών νοσηλείας στην Αθήνα κυρίως αλλά και στη Θεσσαλονίκη και αλλού. Οι μονάδες αυτές μπορεί να αποδειχτούν ότι έχουν τεράστια σημασία για την εξέλιξη της θεραπευτικής στον τόπο μας, και θα επανέλθουμε σ' αυτές παρακάτω.

Ας σημειώσουμε εδώ ότι, αν οι περιπατητικοί γλιτώνουν το στίγμα και την «κρεβατοποίηση», δεν σημαίνει ότι είναι πιο τυχεροί και σε ό,τι αφορά τις ανάγκες τους για ουσιαστική περίθαλψη. Ενδεικτικά μόνο αναφέρουμε τη μελέτη του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής ²³ το 1966 σε μη ιδιωτικά εξωτερικά ιατρεία σ' όλη την Ελλάδα. Καταγράφηκαν 13.699 περιπτώσεις σε 29 πόλεις κατά τη διάρκεια ενός μηνός. Η κατάχρηση της φαρμακοθεραπείας, και μάλιστα σαν μονοθεραπείας, φάνηκε να είναι το ίδιο απίστευτη και για τους εξωτερικούς ασθενείς (όπως ξέρουμε ότι είναι και στα «κρεβάτια» ³²): 93,5% των νευρωτικών υποβάλλονταν μόνο σε φαρμακοθεραπεία, 1,7% απ' αυτούς σε συμβουλευτική αγωγή, και μόνο 0,3%, δηλ. ένας στους 300, συμμετείχε σε ψυχοθεραπεία. Η κατάσταση είναι ίδια και σήμερα, μόνο με διαφορετικούς αριθμούς.

Και εδώ κλείνουν οι δυνατότητες που προσφέρει το σύστημα ψυχικής υγείας στην Ελλάδα.

Αν επιμένουμε να χωρίζουμε το σύστημα σε ενδονοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή «περίθαλψη», είναι γιατί πιστεύουμε ότι αυτός ο χωρισμός ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, που είναι «νοσοκομειοκεντρική» ³⁵. Το στίγμα της «ψυχασθένειας» σηματοδεύει κυρίως «αυτούς που μπαίνουν μέσα», κι από κοντά όσους παίρνουν ειδικές κατηγορίες ψυχοφαρμάκων. Αυτούς επίσης απειλεί ο ισόβιος εγκλεισμός, ο ιδρυματισμός, η καταστολή μέχρις εξοντώσεως. ^{1,6,8,9,32,36} Η θέωση της ομάδας εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ³² (τρεις επάλληλοι φορείς περίθαλψης, ο κρατικός, ο ιδιωτικός και ο ασφαλιστικός) μπορεί να είναι οικονομοτεχνικά σωστή, αλλά δεν αντικατοπτρίζει, κατά τη γνώμη μας, τις κοινωνικές, πολιτικές, νομικές και ψυχιατρικές πλευρές της πραγματικότητας όπως τις βιώνει ένας «ψυχασθενής».

Συμφωνούμε βέβαια με την κρίση της ομάδας, ότι η ψυχιατρική περίθαλψη αποδεικνύεται αποδιοργανωμένη, άνιση, αποτυχημένη και αναχρονιστική. Εξάλλου, δεν φαίνεται να διαφωνεί και κανείς σ' αυτό (και σ' αυτή την «ομοφωνία», όταν συνοδεύεται από γενικολογίες και απραξία, επισημάναμε ήδη ένα καίριο πρόβλημα). Συμφωνούμε επίσης και με πολλά από τα υποδεικνυόμενα και προτεινόμενα, σε επίπεδο οργανωτικό -

διοικητικό - εκπαιδευτικό - κλπ. Υπάρχει όμως ένα πράγμα που δεν το καταλαβαίνουμε: Γιατί θα πρέπει να συμμετάσχουν «στη συνολική αναμόρφωση του νομοθετικού πλαισίου» η ΕΙ-ΝΑΠ, νομικοί, ψυχίατροι, και άλλοι επιστήμονες «που εμπλέκονται στο ψυχιατρικό σύστημα»³² και δεν θα πρέπει επιτέλους να ερωτηθούν και να συμμετάσχουν οι ίδιοι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι - δηλαδή οι «ψυχασθενείς» - που το ψυχιατρικό σύστημα τους τρώει ζωντανούς; Αυτή είναι και η σημαντικότερη και πλέον πολυσήμαντη, κατά τη γνώμη μας, αδυναμία τόσο της μελέτης της ομάδας όσο και των απόψεων της ΕΙΝΑΠ.

IV. Ψυχιατρικά καταστήματα: κρατικά, ιδιωτικά δικαίου και ιδιωτικά

Αλλά ποιά, πόσα και πού είναι τα διαδόχτα κρατικά ψυχιατρεία, αυτά τα μεγαλύτερα ή μικρότερα κουστωδιακά άσυλα^{25,32}, και ποιές και πόσες και πού οι ιδιωτικές κλινικές;

Ας ξεκινήσουμε από μια γενική εικόνα ενός χρόνου, του 1978, σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε.¹⁰ (Πίν. 1)

Τα δημόσια ψυχιατρεία στην Ελλάδα είναι 9, κι αυτό γιατί είθισται να συμπεριλαμβάνεται σ' αυτά και το Αιγινίτειο, μολοντί Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική. (Πίν. 2)

Η άνιση γεωγραφική τους κατανομή αποτελεί θέμα ατελείωτων ψυχιατρικών συζητήσεων,^{1,32,41,44} λες και θα άλλαζε τίποτα αν ήταν πιο «ορθολογικά» κατανεμημένα. Λιγότερος λόγος φαίνεται να γίνεται, τουλάχιστον από επίσημα χείλη, για άλλου είδους κατανομές, όπως π.χ. εκείνη του ασυλικού στίγματος. Φαίνεται βέβαια αυτονόητο ότι είναι χειρότερο να βρεθεί κανείς κλεισμένος στη Λέρο, ας πούμε, ή στην Πέτρα Ολύμπου, παρά στο Δρομοκαίτειο. Αυτό όμως δεν είναι καθεαυτό ψυχιατρικό θέμα, και συνήθως δεν θίγεται. Ωστόσο είναι κοινό μυστικό ότι οι «καλές» κρατικές δομές είναι μονίμως κορεσμέ-

Πίν. 1* ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΙΝΗΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (1978)			
	Θεραπευτήρια	Κρεβάτια	Εξεληθόντες
Δημόσια	9	7.723	7.479
Ν.Π.Ι.Δ.	3	1.081	313
Ιδιωτικά	48	4.347	16.476
Σύνολο	60	13.151	24.268

Πηγή: ΕΣΥΕ 1980¹⁰

* Για τη σωστότερη ανάγνωση του πίνακα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη το στοιχείο που αναφέρουν οι Στεφανής και Μαδιανός (1980 β, 242): από τα 13.000 υπάρχοντα ψυχιατρικά κρεβάτια μόνο τα 7.419 είναι άμεσα διαθέσιμα. Τα υπόλοιπα τα καταλαμβάνουν άρρωστοι χρόνιοι.

νες, κι έτσι φτάνουν να μην έχουν αρκετά κρεβάτια (παλι τα κρεβάτια!), κι έτσι κλείνει ο φαύλος κύκλος (ή γυρίζει η «περιστερόφωτη πόρτα»⁴⁷) και καταντάμε να μιλάμε συνεχώς για κρεβάτια, χωρίς να θίγουμε την ουσία, που είναι το ασυλικό μοντέλο και ο ακούσιος ψυχιατρικός εγκλεισμός.

Ας δούμε όμως τώρα σύντομα και τις ιδιωτικές κλινικές. Σύμφωνα με στοιχεία του 1977⁵⁰ υπάρχουν 49 σ' όλη την Ελλάδα, με στοιχεία του 78,¹⁰ 48. Οι περισσότερες βρίσκονται στην Αθήνα (βλ. Πίν. 3)

Οι αριθμοί διαφέρουν λίγο σήμερα, αλλά η γενική εικόνα παραμένει ίδια.

Έξω από το θέμα της ιδιοκτησίας και της διαχείρισης, όλα τα ψυχιατρικά καταστήματα στην Ελλάδα βασίζονται στο ίδιο μοντέλο, και ορθά, κατά τη γνώμη μας, τα εξομοιώνει το Ν.Δ. 104/73¹¹ (παρόλο που θα προτιμούσαμε, για λόγους δημοκρατικής ευαισθησίας, να μην εξακολουθεί να ισχύει και σήμερα ο χουντικός αυτός νόμος). Άλλωστε και το Ε.Σ.Υ.,¹³ που μετο-

Πίν. 2
ΔΗΜΟΣΙΑ ΨΥΧΙΑΤΡΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1983)

Ψυχιατρείο	Περιοχή	Αριθ. κρεβατιών ως τις 12.10.83	Αριθ. κρεβατιών σήμερα
Λέρου	Αιγαίο	1.905	1.600
Κ.Θ.Ψ.Π.Α. (Δαφνί)	Αττική	2.400	2.200
Δρομοκαίτειο	Αττική	880	880
Αιγινίτειο	Αττική	200	200
Θεσσαλονίκης	Μακεδονία	900	900
Πέτρας Ολύμπου	Μακεδονία	500	450
Τρίπολης	Πελοπόννησος	420	360
Κέρκυρας	Ιόνιο	416	360
Σούδας	Κρήτη	415	400
Σύνολο	9	8.036	7.350

Πηγή: Δηλώσεις Υπουργού Υγείας & Πρόνοιας στις 12.10.83 (βλ. Τα Νέα, 13.10.83).

Πίν. 3
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1977)

Περιοχή	Αριθ. Κλινικών	Αριθ. Κρεβατιών	Πόλη	Αριθ. Κλινικών	Αριθ. Κρεβατιών
Πελοπόννησος	1	59	Πάτρα	1	59
Θράκη	1	20	Ξάνθη	1	20
Μακεδονία	13	936	Θεσ/νίκη	8	691
			Δράμα	1	20
			Κοζάνη	2	160
			Σέρρες	1	5
			Καβάλα	1	60
Κεντρ. Ελλάδα	22	2.683	Αθήνα	22	2.683
Κρήτη	4	70	Ηράκλειο	3	65
			Ρέθυμνο	1	5
Θεσσαλία	8	468	Λάρισα	3	133
			Βόλος	2	217
			Τρίκαλα	3	118
Συνολικά:	49	4.236		49	4.236

Πηγή: Tsilimingakis, Pelagia, 1979-80, Cap. II. Elaborazione dei dati statistici.⁵⁰

νομάζει, για ακατάληπτους σε μας λόγους, τα «νοσηλευτικά ιδρύματα ψυχικών παθήσεων που λειτουργούν κατά την ίδρυση του νόμου αυτού» σε «ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία», δεν κάνει καμία διάκριση ανάμεσα σε δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρικά ιδρύματα, και δεν αναφέρει τι πρόκειται να γίνει με τα δεύτερα, που αντιβαίνουν στις γενικές αρχές (άρθρο 1) του νέου νόμου.

V. Νόμος και ψυχικώς πάσχοντες – επικινδυνότητα και ακούσια νοσηλεία

Το Ν.Δ. 104/73¹¹ στα 4 πρώτα άρθρα του ασχολείται με τα ψυχιατρικά καταστήματα, την αναγνώρισή τους, τους κανονισμούς εσωτερικής λειτουργίας τους και την εισαγωγή και έξοδο νοσούντων ή πασχόντων. Στο άρθρο 5, ξαφνικά, παύει να κάνει λόγο για νοσηλεία και προβάλλει θέμα δημόσιας τάξης και ασφάλειας: «Έτσι, υπό τον τίτλο «Επικίνδυντοι ψυχοπαθείς», διαβάζουμε: «Εν κατεπειγούσῃ περιπτώσει, όταν ο πάσχων είναι επικίνδυνος εις την δημοσίαν τάξιν ή προσωπικήν ασφάλειαν των πολιτών, ή δι' εαυτόν, δύνανται να αιτήσων την κατόπιν ητιολογημένης ιατρικής πιστοποίησης άμεσον εισαγωγήν ή διακομίδην αυτού εις νοσοκομείον ή κλινικήν ψυχικών νόσων, ο σύζυγος ή η σύζυγος, πας συγγενής εξ αίματος μέχρι του δευτέρου βαθμού, ο επίτροπος, ο προσωρινός διαχειριστής, ο διευθυντής του Νοσοκομείου όπου νοσηλεύεται ή προσήχθη ο πάσχων, ο εισαγγελεύς ή η αστυνομική αρχή».

Να λοιπόν που ξαφνικά δεν μιλάμε πια ούτε για αρρώστια ούτε για περιθαλψη, παρά για κίνδυνο στη δημόσια τάξη ή στην προσωπική ασφάλεια των πολιτών. Και την πιθανότητα του κινδύνου αυτού, την ενδεχόμενη επικινδυνότητα, δηλ., του «ψυχοπαθούς», καλείται να την κρίνει ο γιατρός. Με τι κριτήρια άραγε;¹⁴ και πώς βρίσκεται ο γιατρός να κρίνει για θέματα

δημόσιας τάξης;^{45,46,51,52} Και πώς, ακόμα, μοναδικός εγγυητής της ιατρικής κρίσης παραμένει ο ίδιος ο γιατρός; (Παράγρ. 2 & 3). Το νομοθέτη δεν φαίνεται να τον απασχολούν τέτοια ερωτήματα. Ορίζει, απλώς, ότι «ο ούτως εισαχθείς» αφήνεται ελεύθερος μόλις πάψει να είναι επικίνδυνος, μετά προηγούμενη βεβαίωση του οικείου διευθυντού ιατρού ή του νομίμου αναπληρωτού του, οπωσδήποτε όμως εντός μηνός από της εισόδου του, εκτός εάν εν τω μεταξύ συντρέχουν προϋποθέσεις ακούσιας νοσηλείας αυτού.

Αυτό είναι το τότε άρθρο για την επικινδυνότητα, σε όλη του την απλότητα και την ασάφεια για τις «προϋποθέσεις». Η ευθύνη ανήκει στο γιατρό, και ο «ασθενής» μπορεί να μείνει μέσα για 1 χρόνο, για 10 χρόνια, ή δια βίου.

Ερωτήματα: Είναι συνταγματικός αυτός ο νόμος;¹⁴ Είναι συμβατός προς τον όρκο του Ιπποκράτη; Και τι συμβαίνει στους ανθρώπους, που μάλιστα είναι –υποτίθεται– σε κατάσταση κρίσης, όταν τους συλλαμβάνουν για λόγους δημοσίας τάξεως και τους λένε ταυτόχρονα σε όλους τους τόνους ότι το κάνουν για λόγους περιθαλψής ή θεραπευτικούς;^{8,9,40}

Οι τροποποιήσεις που επέφερε το 1978, «περί αναγκαστικής νοσηλείας»,¹² ο υπουργός κοινωνικών υπηρεσιών Σπ. Δοξιάδης, περιβάλλουν την ακούσια νοσηλεία (δηλ. τον ψυχιατρικό εγκλεισμό) των «επικινδύνων» ψυχοπαθών με διατυπώσεις που εγγυώνται κατά σημαντικό βαθμό τα ανθρώπινα δικαιώματα, αλλά στην πράξη δεν τηρούνται σχεδόν ποτέ. Υπάρχει και σήμερα (όπως φαίνεται ότι υπήρχε μιας εξαρχής στην ελληνική ψυχιατρική νομοθεσία³⁷) μια αναντιστοιχία του νόμου και των ήδη εφαρμοζόμενων πρακτικών. Η πιο σημαντική καινοτομία αυτού του νομοθετήματος είναι «δίκλοπη»: αναγνωρίζει στον καθένα: από τη μια το δικαίωμα να ζητήσει αναγκαστική νοσηλεία για οποιονδήποτε κρίνει επικίνδυνο, και από την άλλη το δικαίωμα να απαιτήσει εξέταση από ψυχίατρο της δικής του εκλογής για οποιονδήποτε βρίσκεται υπό αναγκαστική νοση-

εία. Μια περίπλοκη νομική διαδικασία αρχίζει στη δεύτερη περίπτωση, όπου, εάν ο εξετάσας ψυχίατρος αποφανθεί εγγράφως και ητιολογημένως κατά της αναγκαστικής νοσηλείας του πάσχοντος, τότε ο πάσχων ή ο ενδιαφερόμενος τρίτος μπορούν να υποβάλουν ένσταση στη γραμματεία της εισαγγελίας του τόπου όπου γίνεται η αναγκαστική νοσηλεία, η οποία και διαβιβάζεται τάχιστα από τον αρμόδιο εισαγγελέα πρωτοδικών με τακτικό καθηγητή της Ψυχιατρικής του πλησιέστερου Πανεπιστημίου, ο οποίος με τη σειρά του συγκροτεί υπό την προεδρία του (...) δύο ψυχιάτρους... κλπ.

Σταματάμε εδώ, γιατί, παρά τις καλές προθέσεις του νομοθέτη, η διαδικασία αυτή ούτε εφαρμόστηκε ποτέ, απ' όσο ξέρουμε, ούτε και πρόκειται να εφαρμοστεί, απ' όσο μπορούμε να φανταστούμε, γνωρίζοντας σε τι συνθήκες βίας και καταπολής γίνονται οι αναγκαστικές νοσηλείες, σε όλα τα ψυχιατρικά ιδρύματα, και με τι ευκολία μετατρέπεται η εκούσια νοσηλεία σε ακούσια μέσα στα ιδρύματα.

Ας σημειώσουμε πάντως ότι ένας τεράστιος αριθμός ανθρωπίνων εισάγονται ημιπαράνομα για αναγκαστική νοσηλεία. Είναι κοινό μυστικό ότι οι γονείς πηγαίνουν τα παιδιά τους (ή τα παιδιά τους γονείς τους, κλπ.) σε ψυχιατρικά ιδρύματα, χωρίς να τηρείται καμιά νόμιμη διαδικασία, και ότι «υπογράφουν» και τα σχετικά χαρτιά εισόδου, «θεραπειών» (ηλεκτροσόκ, συνήθως) και εξόδου.⁶

Είναι γνωστό επίσης ότι στην Ελλάδα είναι τεράστιος ο αριθμός των θεωρούμενων «επικίνδυνων»,³² και ότι, είτε θεωρείται κανείς «επικίνδυνος» είτε «ακίνδυνος», δεν πρόκειται να βγει από το άσυλο αν δεν τον θέλουν οι συγγενείς του.

Το Ε.Σ.Υ., νόμος οργανωτικός, νοσοκομειοκεντρικός και ιατροκεντρικός, δεν ασχολείται διόλου με το status των ψυχικά πασχόντων.

VI. «Καλά» και «κακά» ιδρύματα. Κάθετη επικοινωνία και ιδρυματισμός

Ανάμεσα σε ιδιωτικές κλινικές και κρατικά ψυχιατρεία υπάρχει από συστάσεώς τους ένας ακήρυκτος εμφύλιος πόλεμος. Οι των ιδιωτικών κατηγορούν τα κρατικά ιδρύματα για τις άθλιες υλικοτεχνικές τους συνθήκες – πολλές φορές αυταπάδεις ασυλικές –, ενώ οι των κρατικών κατηγορούν τους άλλους για κερδοσκοπία, προχειρότητα, ανεπάρκεια προσωπικού, κλπ.

Κατά τη δική μας άποψη, όλες οι κατηγορίες ευσταθούν, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι από άποψη δομής όλα τα ελληνικά ψυχιατρεία, κρατικά και ιδιωτικά, είναι ουσιαστικά ίδια: ασυλικά, και ότι από άποψη προσφοράς υπηρεσιών «υγείας» παρέχουν και πάλι τα ίδια πράγματα: κλειστή, ασυλική και συνήθως υποχρεωτική νοσηλεία, καταστολή με διάφορες μορφές βιολογικών «μονοθεραπειών» (ψυχοφάρμακα σε τεράστιες ποσότητες, ηλεκτροσόκ αδιακρίτως για κάθε περίπτωση, και, συχνά, καθήλωση, δηλ. δέσιμο, ξύλο, κατάβρεγμα με σωλήνες, και άλλα εξίσου εφιαλτικά «μέτρα»).

Αν όμως θέλουμε να μιλήσουμε για τα καθοριστικά χαρακτηριστικά του ψυχιατρικού ασύλου, θα πρέπει να σταθούμε σε τρία πράγματα: Πρώτον, στην απομόνωση του έγκλειστου «ασθενή» από τον έξω κόσμο, αλλά και όλου μαζί του ιδρύματος-

συστήματος. Το δεύτερο καθοριστικό χαρακτηριστικό του ασύλου είναι οι κάθετες δομές στους τρόπους επικοινωνίας και η ακαμψία των ρόλων όσων ζουν και εργάζονται μέσα σ' αυτό. Το άσυλο είναι εναντίον της οποιασδήποτε αλλαγής – άρα και της θεραπευτικής αλλαγής. Το τρίτο χαρακτηριστικό αυτού του κλειστού συστήματος είναι ότι αναπαράγει το σύνολο των δομών του και της δυσλειτουργικότητάς του σε όλα τα δυνατά επίπεδα, και όχι μόνο για τους ασθενείς, παρά και για το προσωπικό.^{8,9,47,55}

Ο ιδρυματισμός, που έχει σήμερα αναγνωριστεί σαν νοσολογική οντότητα με κριτήρια διάγνωσης, αιτιολογικούς παράγοντες, και θεραπεία μακρόχρονη και δύσκολη^{24,36}, είναι με απλά λόγια η αναπαραγωγή και το αποτέλεσμα του ασυλικού τρόπου επικοινωνίας στο κάθε άτομο που συμμετέχει στη ζωή του ασύλου.^{1,24,35,36,55}

Ένα πολύ χαρακτηριστικό παράδειγμα ιδρυματισμού προσωπικού είναι το περιστατικό που αναφέρει ο Ν. Ρασιδάκης από την εποχή που ήταν διευθυντής της Δ' Ψυχιατρικής Κλινικής του Δημόσιου Ψυχιατρείου Αθηνών στο Δαφνί (Ρασιδάκης, 1983, 18-19):

Το θύμα του Νόμου ήταν αυτή τη φορά μια νέα κοπέλα, είκοσι περίπου ετών, που έπασχε από επιληψία και έχασε τη ζωή της απλούστατα γιατί εφαρμόστηκε με όλη του την πιστότητα ο Νόμος. Σε μια επίσκεψή μου στο Περίπτερο Ατόρων Γυναικών της Κλινικής, η Προϊσταμένη μου ανέφερε «Κύριε Διευθυντά, η ασθενής Κ. από χθες βράδυ έχει επανειλημμένους επιληπτικούς παροξυσμούς, που με κανένα τρόπο δεν μπορούμε να τους σταματήσουμε». Το μυαλό μου πήγε αμέσως στο status epilepticus ή επιληπτική κατάσταση, φαινόμενο που παρουσιάζεται, πολλές φορές, όταν ένας επιληπτικός διακόψει, έστω και μια μέρα, την αντιεπιληπτική φαρμακευτική αγωγή του. Η επιληπτική κατάσταση συνήθως καταλήγει σε θάνατο. «Μήπως διακόψατε τη θεραπεία με το Λουμινάλ;» ρώτησα την Προϊσταμένη. «Δεν την διακόψαμε, κ. Διευθυντά, απλούστατα το Φαρμακείο του Ιδρύματος στερείται Λουμινάλ». «Αποκλείεται, φώναξα. Το Φαρμακείο του μεγαλύτερου νοσοκομείου της χώρας, που νοσηλεύει εκατοντάδες επιληπτικούς, είναι αδύνατο να μην έχει Λουμινάλ. Άλλωστε, το κόστος είναι κωμικό. Λίγες δεκάρες το χαπάκι». «Και όμως, κ. Διευθυντά, το Φαρμακείο στερείται εντελώς Λουμινάλ, από αρκετές κιόλας μέρες. Πηγαίνετε στο Φαρμακείο και θα βεβαιωθείτε και σεις». Έτρεξα, γεμάτος ανησυχία για την άρρωστη μου, με μια απορία, πώς ήταν ανθρωπίνως δυνατό να συμβαίνει ένα τέτοιο πρωτάκουστο πράγμα. «Κύριε Διευθυντά, μου ετόνισε ο Διευθυντής του Φαρμακείου, από εβδομάδες τώρα, με αλλεπάλληλες αναφορές μου προς τη Διοίκηση του Νοσοκομείου, προσπάθω να τους πείσω να αγοράσουν Λουμινάλ, το οποίο πράγματι στερούμεθα, και όμως κωφεύουν». «Σε ποιόν έστειλες τις αναφορές σου» φώναξα με οργή. Σε λίγο βρισκόμουν μπροστά στον «αρμόδιο», στα διοικητικά γραφεία του Θεραπευτηρίου. «Σε σας έφτασαν οι αναφορές του Φαρμακείου για το Λουμινάλ; Γιατί δεν αγοράσατε το φάρμακο;» «Κύριε Διευθυντά, μου απάντησε ατάραχος ο υπάλληλος, έχετε πώς γίνεται η προμήθεια φαρμάκων από το Νοσοκομείο; Στην αρχή του χρόνου, το Υπουργείο μας στέλλει τα χρήματα του προϋπολογισμού του Ιδρύματος. Απ' αυτά ένα ορισμένο κονδύλιο πρέπει να διατεθεί για μισθούς, ένα άλλο, επίσης ορισμένο, για την τροφή των ασθενών, ένα άλλο για τη συντήρηση των κτιρίων και ένα άλλο, πάντα ορισμένο, για την αγορά των φαρμάκων. Έ, λοιπόν, το τελευταίο αυτό έχει εξαντληθεί. Σύμφωνα με τον Κανονισμό δεν έχομε το δικαίωμα να δαπανήσουμε ούτε μία δραχμή περισσότερο...» Κατάληφθηκα από οργή και φώναξα στον υπάλληλο πως τον καθιστούσα υπεύθυνο, εάν η άρρωστη πέθαινε. Τι το όφελος; Η άρρωστη απεδίωξε ύστερα

από λίγες ώρες, απλούστατα γιατί το μεγαλύτερο Ψυχιατρείο της χώρας εστερείτο από μερικές ταμπλέτες Λουμινάλ, αξίας ολίγων δραχμών, πάντως όμως «συμφώνως τω Νόμω». Όταν μετά μερικές ημέρες ήλθε ο πατέρας της, τον ικέτευσα να υποβάλει μήνυση εναντίον της Κλινικής, του «Θεραπευτηρίου» και του Υπουργείου για ανθρωποκτονία εξ αμελείας. Δυστυχώς δεν δέχτηκε. Αυτό που σκέφτηκα μόνο να κάνω και το πραγματοποίησα σε λίγες μέρες ήταν να δημοσιεύσω στον καθημερινό τύπο, μία επιστολή, στην οποία ανέφερα όλο το περιστατικό, αποσιωπώντας το όνομα της άρρωστης...

Το εκπληκτικό αυτό περιστατικό θα μπορούσαμε να το αναλύσουμε με πολλούς τρόπους, αυτό όμως που μας ενδιαφέρει εδώ, είναι ότι ο αφηγητής δεν φαίνεται να συνειδητοποιεί πόσο αναπόσπαστο μέρος του αδιάφορου, απάνθρωπου και δολοφονικού «Νόμου» αποτελεί ο ίδιος, η συμπεριφορά του και η αντίληψή του για την πραγματικότητα. Δεν του περνάει ούτε για κλάσμα του δευτερολέπτου από το μυαλό ότι θα μπορούσε να προμηθευτεί Λουμινάλ έξω από το Ίδρυμα, σ' ένα οποιοδήποτε φαρμακείο (με μικρό φ), προκειμένου να σώσει την άρρωστη, και είναι τόσο θυμωμένος εναντίον «της Κλινικής, του "Θεραπευτηρίου" και του Υπουργείου», που προσπαθεί να πείσει έναν άπορο πατέρα που πενθεί την κόρη του να αρχίσει δικαστικό αγώνα κατά της εξουσίας... Το μόνο που σκέφτεται να κάνει ο ίδιος είναι να διαμαρτυρηθεί στον Τύπο για την κατάσταση των πραγμάτων.

Με τέτοιες όμως συνθήκες, πώς μπορεί κανείς να είναι ψυχοθεραπευτής; «Τρομοκρατημένοι, απογοητευτικά στερημένοι (frustrated) και αλλοτριωμένοι υπάλληλοι δεν μπορούν να κάνουν ψυχοθεραπεία. Μπορούν, βέβαια, ν' ασκούν εξουσία —εξουσιασμένοι άλλωστε και οι ίδιοι— να περιορίζουν την ελευθερία των άλλων, να κάνουν ηλεκτροσόκ, να δίνουν απρόσωπα ψυχοφάρμακα...»⁴⁷ — αυτά μας λέει ένας άλλος τ. ψυχιατρικός διευθυντής, ελληνικής δημόσιας υπηρεσίας, που τελικά αναγκάστηκε να απομακρυνθεί από το πόστο του.

Νάναι κι αυτός ένας απ' τους λόγους που το ελληνικό ψυχιατρικό σύστημα αντιστέκεται σχεδόν σύσσωμο στην αποδοχή της ψυχοθεραπείας;

VII. Τα ψυχιατρικά ιδρύματα σαν σύστημα

Οι ψυχασθενείς εκπροσωπούν το κακό, τον κίνδυνο για τη δημόσια τάξη και ασφάλεια, το διαφορετικό.

Το κακό το κλείνουμε σε ιδρύματα που ο νόμος του ΠΑΣΟΚ (Ε.Σ.Υ.¹³) τα μετονομάζει σε Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

Τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, που εγκλείουν το κακό, δεν έχουν καμία σχέση (ή έχουν ελάχιστες σχέσεις) με την υπόλοιπη, «καλή» κοινωνία. Κανένας έγκλειστος από την Πέτρα Ολύμπου δεν έχει ενημερωθεί για τον προβληματισμό περί ψυχιατρικής μεταρρύθμισης.

Τα Ειδικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ωστόσο έχουν στενές σχέσεις μεταξύ τους και συναποτελούν ένα σύστημα αγωγών και συγκοινωνούντων δοχείων μέσα στο οποίο κυκλοφορούν οι ψυχικά νοσούντες (και άλλοι).

Ξέρουμε, π.χ., ότι το Αιγινίτειο παίζει επίσημα το ρόλο εφημερεύοντος ψυχιατρικού ρυθμιστικού κέντρου για όλη την Αττική. Ξέρουμε ότι το ρόλο αυτό τον παίζει ανεπίσημα και το Δαφνί. Ξέρουμε —είναι κοινό μυστικό— ότι οι εφημερεύοντες γιατροί σ' αυτά τα κέντρα ψυχιατρικής εξουσίας έχουν κι έναν

κατάλογο με τις ιδιωτικές κλινικές, και παραπέμπουν και σ' αυτές, αν δουν ότι η οικογένεια αντέχει οικονομικά. Πέρα από τις επανειλημμένες καταγγελίες της Κίνησης για τα Δικαιώματα των «Ψυχασθενών» —ότι δηλ. οι παραπέμποντες ιατροί εισπράτουν 30% προμήθεια επί των νοσηλείων από τις ιδιωτικές κλινικές— υπάρχει αναμφίβολα και κάποιου είδους ηθικό πρόβλημα: ποιός θα παραπέμψει με ελαφριά καρδιά έναν νέο 20 χρονών στο Δαφνί, για «πρώτη εισαγωγή»;

Ξέρουμε ότι συχνά η 3η ή 4η «εισαγωγή», όταν πλέον καταρρεύσει οικονομικά η οικογένεια του αρρώστου, γίνεται σε δημόσιο ίδρυμα. Ξέρουμε ότι στα πιο στιγματισμένα κρατικά ιδρύματα καταλήγουν οι «αζήτητοι», ενώ οι «καλές» κρατικές δομές είναι συνεχώς κορεσμένες.

Υποθέτουμε ότι όταν η οικογένεια ενός ατόμου που νοσεί ψυχικά δεν μπορεί, τόσο από τις αντικειμενικές τοπικές συνθήκες όσο και από τις οικονομικές της δυνατότητες, να κρατήσει το άρρωστο μέλος της, καταφεύγει στη λύση του εγκλεισμού του στο ψυχιατρικό ίδρυμα.²⁶

Το ερώτημα τώρα είναι: αν κλείσουμε μονομιάς όλα τα «κακά» ιδρύματα, τι θα συμβεί με τα «καλά»;

Εμείς, που πιστεύουμε ότι και τα «κακά» και τα «καλά» ιδρύματα είναι ένα και το αυτό πράγμα, δηλ. ασυλικά, πιστεύουμε ότι αν κλείσουν τα «κακά», τα εναπομένοντα θα ξαναχωριστούν σε «καλά» και «κακά» εν ριπή οφθαλμού, και ότι οι ασυλικές δομές θα αναφανούν εντονότερες σε χώρους που μέχρι τώρα περνούσαν για πιο «ανοιχτούς».

Τα χαρακτηριστικά του κυρίαρχου μοντέλου είναι πολύ ισχυρά για να εκλείψουν με μερικά διοικητικά μέτρα. Τα πράγματα πρέπει ν' αλλάξουν πολύ πιο βαθιά και πολύ πιο ουσιαστικά.

Το να σχεδιάζουμε αποκέντρωση^{41,43,44} ενώ συνεχίζουμε να βασιζόμαστε στο υπάρχον ασυλικό μοντέλο, δεν μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα παρά την αποκέντρωση ασύλων. Τα μέτρα που προτείνονται κατά συρροήν αυτή τη στιγμή, αν λειτουργήσουν με ιδεολογική βάση το υπάρχον σύστημα, θα δημιουργήσουν ασυλικούς πυρήνες σε γενικά νοσοκομεία και Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής.

VIII. Εμείς κι αυτοί

Εμείς συζητάμε αν αυτοί είναι ή όχι επικίνδυνοι. Εμείς προτείνουμε λύσεις γι' αυτούς. Μπορεί κι εμείς να υποφέρουμε αυτοί όμως διαλύονται. Εμείς μιλάμε γι' αυτούς: στη Λέρο, στη Δαφνί, στην Πέτρα Ολύμπου. Εμείς λέμε ότι αυτοί θάπρεπε να ζουν καλύτερα, πιο καθαρά, πιο ζεστά. Εμείς, όταν είμαστε και προοδευτικοί (και δόξα τω Θεώ, όλοι είμαστε) προτείνουμε με βελτιώσεις γι' αυτούς.

Και για να το πω αλλιώς: η όλη δομή του συστήματος ψυχιατρικής περιθάλψης στην Ελλάδα συντηρεί και αναπαράγει το θεμελιακό του μανιχαϊσμό, το δίπολο καλός-κακός, τρελός-γιής.

Αυτή η συνεχώς υπονοούμενη, ουδέποτε δηλούμενη και όγκως διαβρωτική ιδεολογία συναντάται και σε πολλές από τις μεταρρυθμιστικές προτάσεις. Έτσι, βλέπουμε ότι ένας απ' τους ψυχιάτρους που πήραν μέρος στο Ελληνογαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής, λέει: «Η παρακολούθηση ενόπιον περιστατικού μετά την έξοδό του από το ψυχιατρείο σχεδόν

ποτέ δεν γίνεται συστηματικά» (Αντί, 1982, 29). Πώς βλέπει άραγε ο αναγνώστης που δεν είναι ψυχίατρος αυτήν την πραγματοποίηση του άρρωστου ανθρώπου, αυτό το «περιστατικό» που «βγαίνει απ' το νοσοκομείο»; Κι όμως, αυτή είναι η καθημερινή γλώσσα της ψυχιατρικής, η καθημερινή της πραγματικότητα.

Άλλος πάλι, στο ίδιο Συμπόσιο, προτείνει, μεταξύ άλλων, την κατάτμηση των ασύλων που υπάρχουν και τη δημιουργία μικρών ψυχιατρείων σε νομαρχιακό επίπεδο. (Αντί, 1982, 27), οπότε φτάνουμε στο σχήμα κακά μεγάλα άσυλα - καλά μικρά άσυλα.

Για να φτάσουμε να δεχτούμε, όπως εύχεται ένας τρίτος (και περιττόν να πούμε πόσο συμφωνούμε), ότι ο ψυχικά άρρωστος είναι απλώς ένας άνθρωπος με ψυχικά προβλήματα που «έσπασε», κι ότι «αν σήμερα ήταν αυτός αύριο μπορεί να είμαστε εμείς» (Αντί, 1982, 25), είναι μακρύς ακόμη ο δρόμος.

Προς το παρόν, όσοι ενδιαφερόμαστε γι' αυτή την πλευρά του ζητήματος, πρέπει συνεχώς να θυμίζουμε ότι υπάρχουν ψυχασθενείς καλού και κακού χαρακτήρος, έξυπνοι και κουτοί, έντιμοι και ανέντιμοι, ενδιαφέροντες και βαρετοί, «ακίνδυνοι» και «επικίνδυνοι» - ακριβώς, δηλαδή, όπως συμβαίνει και με όλους τους άλλους ανθρώπους.

IX. Οι ειδικοί της ψυχασθένειας: ο Μεγάλος Αδελφός και τα μικρότερα αδέλφια του...

Αν, όπως υποστηρίζουμε, οι ψυχασθενείς είναι μια μεγάλη και αδικημένη κοινωνική μειονότητα, που φορτώνεται συνεχώς το φόβο και το μίσος των πολλών για το «διαφορετικό», σε μια κοινωνία που προσπαθεί να βρει όλο και πιο μαζικοποιημένες λύσεις,^{31,39} τότε θάχουνε βέβαια πολλά να πούνε για όλα αυτά που αναπτύσσονται εδώ και αλλού. Δεν τους ρώτησε όμως κανείς!

Έχουμε το καταπληκτικό αυτό φαινόμενο: η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ, έχοντας αναγνωρίσει επανειλημμένα ότι ο τομέας της ψυχικής περιθαλψής πάσχει, αποφασίζει να μεταρρυθμίσει τη νομοθεσία. Και ερωτά μόνο γιατρούς για το τι αλλαγές να κάνει. Και αναφέρει σχεδόν μόνο γιατρούς (θέσεις γιατρών, ιεραρχία γιατρών, υποχρεώσεις γιατρών, μισθούς γιατρών) στο καινούριο, «επαναστατικό» της νομοσχέδιο. Αποθέωση του γιατρού,⁵¹ λοιπόν. Και ο λαός μένει σιωπηλός, για να θυμηθούμε μια περιφρήση σκηνική οδηγία του Πούσκιν.

Όσο για τα μικρότερα αδέλφια του ψυχιάτρου - τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, - η μεταρρύθμιση ασχολείται λίγο, ίσα για να πει ότι πρέπει να εκπαιδευτούν κι αυτοί ψυχιατρικά. Ο ψυχίατρος, αυτός είναι που έχει σημασία πώς σκέφτεται, πώς εκπαιδεύεται, πώς προβληματίζεται, πώς δρα. Το γεγονός ότι δεν γίνονται στην Ελλάδα οργανωμένες ή τουλάχιστον αναγνωρισμένες απ' το κράτος σπουδές ψυχολογίας, π.χ., περνάει αρκετά απαρατήρητο. Οπότε και δεν πρέπει να απορούμε που με τους πιο «παρακατιανούς» της ιεραρχίας, τα ψυχοπαίδια, όπως π.χ. οι νοσοκόμοι, εξαντλούνται τα προτεινόμενα σε ολιγόλογα ευχολόγια.

Ας αφήσουμε όμως τον τ. ψυχιατρικό διευθυντή της Δ' Κλινικής του Δημόσιου Ψυχιατρείου στο Δαφνί να μας πει τη γνώμη του για την κρατούσα κατάσταση (Ρασιδάκης, 1983, 23-24):

Το νοσηλευτικό προσωπικό. (...) Με σπάνιες εξαιρέσεις, οι κατώτεροι υπάλληλοι, νοσοκόμοι και φυλακτικό προσωπικό, αποτελούν πραγματικά μια μαύρη σελίδα στη ζωή του Ψυχιατρείου. (...) Φωτεινή εξαίρεση και αξιοθαύμαστη αποτελεί η ύπαρξη των προϊστάμενων των νοσηλευτικών τμημάτων, που (...) ήταν όλες πτυχιούχες της κρατικής Σχολής Επισκεπτριών Αδελφών. (...) Κοντά σ' αυτές, οι αδελφές τριετούς φοιτήσεως ή και μονοετούς, δυστυχώς πολύ λίγες, πρόσφεραν στην εργασία τους τον καλύτερο εαυτό τους. (...) Το κατώτερο νοσηλευτικό προσωπικό, εκτός από πολύ σπάνιες εξαιρέσεις, είναι υποδεέστερο από κάθε περιγραφή. Πρώην υπηρέτριες, παραδουλεύτριες, τσομπάνηδες, καλλιεργητές γης, χωρίς καμιά ειδική εκπαίδευση όλοι τους κατά κανόνα τελειόφοιτοι της πρώτης ή δεύτερης τάξης Δημοτικού Σχολείου και συνηθέστατα διανοητικά υπολειπόμενοι, εχρίστηκαν «πρακτικοί» νοσοκόμοι γιατί ανήκαν «κατά τύχη» στην ίδια εκλογική περιφέρεια του κ. Υπουργού, λόγος αναγκάιος και επαρκής για να διοριστούν αμέσως υπάλληλοι του Νοσοκομείου και να τους ανατεθεί από την Πολιτεία το έργο της περίθαλψης των δυσκολότερων αρρώστων, των ψυχικών. Παρ' όλα τα μαθήματα, που κατά καιρούς οργανωνόνταν για το νοσηλευτικό προσωπικό, παρά τον αυστηρό έλεγχο εκ μέρους των Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, των γιατρών και του Διοικητικού Προσωπικού, τις ποινές και τον κίνδυνο άμεσης απόλυσης, οι πρακτικοί και πρακτικές έδερναν τους αρρώστους, τους κακομεταχειριζόταν ή τους εκμεταλλεύονταν. Ακόμα και ύστερα από πολύχρονη παρουσία στο Ψυχιατρείο και παρά την πείρα που είχαν εν τω μεταξύ αποκτήσει, τα επίθετα που χρησιμοποιούσαν για τους ασθενείς ήταν μόνο «ήσυχος» ή «ανήσυχος», «καλός» ή «κακός». (...)

Αυτά στο Δαφνί. Πώς να είναι άραγε τα πράγματα στη Λέρο, με τους 700 ντόπιους φύλακες για 1.900 απανθρωπισμένους έγκλειστους, ή στην Πέτρα Ολύμπου;

Θυμίζουμε εδώ ότι ο θεσμός του φύλακα ψυχιατρείου, του ανθρώπου δηλαδή που αστυνομεύει τον τρελό^{51,52} έχει καταργηθεί προ πολλού στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.^{15,16,24,30}

X. Εκπαίδευση και μετεκπαίδευση - ή ποιος φοβάται την ψυχοθεραπεία

Τα νέα από την ψυχιατρική εκπαίδευση φαίνονται πολύ καλά. Χωρίστηκαν επιτέλους και στην Ελλάδα οι ειδικότητες της ψυχιατρικής και της νευρολογίας. Η ειδικευση στην ψυχιατρική κρατάει τώρα 4 χρόνια - δεν θα γίνεται πια πρόχειρα και βιαστικά. Όλοι συμφωνούν ότι οι ψυχίατροι πρέπει να εκπαιδεύονται καλύτερα, να μετεκπαιδεύονται σε βάθος, κλπ.

Πολύς λόγος γίνεται μάλιστα για ψυχοθεραπεία - εκπαίδευση στην ψυχοθεραπεία, εποπτεία στην ψυχοθεραπεία, σεμινάρια για βραχεία ψυχοθεραπεία και ψυχοθεραπεία οικογένειας, και άλλα θαυμαστά παρόμοια.

Αλλά τι θα σήμαινε για το ελληνικό ψυχιατρικό κατεστημένο η εισαγωγή της ψυχοθεραπείας σε ευρεία κλίμακα;

Θα σήμαινε (πράγμα που μόλις δειλά επισημαίνεται από την Ομάδα Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας³² σε μια φρασούλα, στη σελίδα 16) ότι οι εκπαιδευόμενοι ψυχίατροι θα έπρεπε να υποστούν και οι ίδιοι ψυχοθεραπεία ή ψυχανάληψη, ώστε - προσθέτουμε εμείς - να μπορέσουν να αναγνωρίσουν και τα δικά τους νευρωτικά και ψυχωτικά στοιχεία, για να πάψουν να μισούν και να φοβούνται τους «ψυχασθενείς»³³.

Ποιος τολμάει όμως να αγγίξει μια κάστα ειδικά προνομιωχων ανθρώπων, που ασκούν τέτοια εξουσία; Και, αν υποθέσουμε ότι γίνεται αυτό, με τι τρόπους άραγε θ' αλλάξουν οι εκ-

παιδευόμενοι γιατροί, με τι μάτια θα βλέπουν τους καθηγητές - εκπαιδευτές τους, και τι επιπτώσεις θάχει αυτό στην ιδεολογία του κυρίαρχου μέχρι τώρα μοντέλου; Μήπως αυτή είναι μια απάντηση στο πώς ν' αλλάξει το κύτταρο της ασυλικής δομής; Μήπως αυτοί είναι οι λόγοι που κανείς δεν προθυμοποιείται σε προβληματισμό για το φλέγον αυτό θέμα; Ή που τα θρυλούμενα περί λειτουργίας τμημάτων ψυχοθεραπείας σε κρατικά ιδρύματα σπανίως και υπολειπόμενα επιβεβαιώνονται; Ακούστηκε άραγε ποτέ από επίσημα χείλη η κοινότατη ψυχοδυναμική αλήθεια ότι κανείς δεν μπορεί να γίνει ψυχοθεραπευτής αν δεν περάσει πρώτα απ' το ρόλο του θεραπευόμενου; Και δεν είναι άξιο απορίας πώς η ψυχοθεραπεία σαν καταξιωμένη μέθοδος, και μάλιστα για τη σχιζοφρένεια, έχει κατακτήσει ακόμα και τα περιοδικά των (πολυεθνικών) φαρμακευτικών εταιρειών,³⁰ και μόνο στο ψυχιατρικό κατεστημένο της Ελλάδας δεν καταφέρνει να καθιερωθεί;

XI. «Αλλαγή» – ευχολόγια και πραγματικές δυνατότητες

Η δειλή και ρητορική ευχή του Ε.Σ.Υ.¹³ (άρθρο 21, §4), να αναδιοργανωθούν τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία «με στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών», έχει τόσο νόημα όσο και το να μλούσε ο νομοθέτης για αποστρατιωτικοποίηση του στρατού ή αποκυβερνητικοποίηση της κυβέρνησης.

Για να θιγεί –και ν' αλλάξει εν τέλει– ο τερατώδης ασυλικός πυρήνας των ψυχιατρικών δομών, θα πρέπει και οι «ειδικοί» να πάψουν να πιπιλίζουν καινούριες, «μαγικές» λέξεις – πανάκειες, ή να προσπαθούν να μονοπωλήσουν διάφορες σχολές, και οι «εκτός χώρου» να πάψουν να προσποιούνται ότι το πρόβλημα δεν τους αφορά. Το πρόβλημα μας αφορά όλους, και πρέπει όλοι να σκεφτούμε σοβαρά πώς μπορούμε να το αντιμετωπίσουμε.

Η ψυχική υγεία και η ελευθερία είναι αναφαίρετα ανθρώπινα δικαιώματα. Δεν μπορούν να μένουν σαν «αντικείμενο εργασίας» στα χέρια μιας ελίτ. Ούτε όμως μπορούμε να περιμένουμε από τους ψυχιάτρους να οδηγήσουν μόνοι τους τον εαυτό τους στην απέκδυση της εξουσίας τους. Η ελευθερία που, όπως λέμε, είναι θεραπευτική, δεν χαρίστηκε ποτέ σε καταπιεσμένους.

Γι' αυτό εμείς, η Κίνηση για τα Δικαιώματα των «Ψυχασθενών», αγωνιζόμαστε κοινωνικά και πολιτικά για το κοινωνικό και πολιτικό πρόβλημα των «ψυχασθενών», της ψυχιατρικής «περίθαλψης» και του ψυχιατρικού εγκλεισμού. Και βλέπουμε τη λύση να διαγράφεται όχι υπό τη μορφή ενός συμπαγούς πατερναλιστικού «δώρου», μιας ενιαίας εγκαθίδρυσης από ένα συγκεντρωτικό φορέα (είτε κρατικό είτε ιδιωτικό), παρά σαν αδιάκοπη ανασύνθεση αμέτρητων επιμέρους προτάσεων και δυνατοτήτων που θα προκύπτουν καθημερινά από πολιτικές, κοινωνικές και θεραπευτικές εμπειρίες και δοκιμές.

Δοκιμές θεραπευτικές σύγχρονες γίνονται τα τελευταία χρόνια και στην Ελλάδα. Λειτουργούν τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής στην Αθήνα,⁴⁵ τον Πειραιά και τη Θεσσαλονίκη· το Νοσοκομείο Ημέρας του Αιγινίτησιου,²⁸ το Κέντρο Κοινωνικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής Κισσαριανής-Βύρωνα,⁴³ το Ινστιτούτο Κοινωνικής Ψυχιατρικής στο Παγκράτι, το Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο^{17,47} στην Αλεξάνδρα· το Κοινωνικό Κέ-

ντρο Αλεξανδρούπολης και το Ψυχολογικό Κέντρο Καβάλας· όλα μονάδες ανοικτής, ημερήσιας περίθαλψης και εκούσιας νοσηλείας. Υπάρχουν επίσης στην Αθήνα κέντρα, εταιρείες, ινστιτούτα, που παρέχουν ψυχοθεραπεία, συμβουλευτική θεραπεία, εκπαίδευση, και ομάδες αναπτυξιακού-εξελικτικού χαρακτήρα (αναφέρουμε ενδεικτικά το Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο, το Ινστιτούτο Ομαδικής Ανάλυσης, την Εταιρεία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας, το Κέντρο Μελετών και Ψυχοθεραπείας Βίλχελμ Ράιχ, το Κέντρο Επικοινωνίας Νεότητας της Αρχιεπισκοπής Αθηνών, το Καφενείο - Σχολείο). Έχει γίνει η οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη Φωκίδα,⁴² και έχει δημιουργηθεί ψυχιατρική κλινική σε γενικό νοσοκομείο στην Αλεξανδρούπολη, με πρώτα θετικά συμπεράσματα²⁰. Λειτουργούν επίσης θεραπευτικές κοινότητες στην Αθήνα (Αιγινήτειο - Νοσοκομείο Ημέρας²⁸ και Ανοικτό Ψυχοθεραπευτικό Κέντρο^{34,48}) και στη Θεσσαλονίκη (Ψ.Ν.Θ.²⁷). Γίνεται βραχεία και ομαδική ψυχοθεραπεία σε ανοικτά κέντρα αλλά και σε ψυχιατρικά νοσοκομεία^{19,21} (έστω και σε πολύ λίγα).

Απ' αυτές τις εμπειρίες (και όσες άλλες υπάρχουν), απ' τις επιτυχίες και τις αποτυχίες τους, απ' τις καινούριες ιδέες και μορφές θεραπευτικής που αναδύονται και θα αναδυθούν, μπορεί να εξανθρωπιστεί το πρόσωπο του ψυχασθενούς (και το πρόσωπο του ψυχιάτρου). Και δεν μιλάμε για ουτοπίες: ήδη αυτή τη στιγμή θεραπεύονται στην Ελλάδα ψυχασικοί με ανοικτή, ημερήσια περίθαλψη.^{18,48}

Ας προσθέσουμε εδώ, σ' αυτή τη γρήγορη ματιά στις εναλλακτικές προτάσεις, μεθόδους και εμπειρίες, πόσο σημαντική θεωρούμε, για τη θεραπευτική πλευρά του ψυχιατρικού προβλήματος, τη διάδοση της ψυχοδυναμικής αντίληψης της κοινωνικής ψυχιατρικής, και ειδικότερα της μεθόδου της θεραπευτικής κοινότητας^{16,17,24,33} που προσφέρει όχι μόνο ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό εργαλείο και για τις βαρύτερες περιπτώσεις ψυχικών ασθενειών,⁴⁸ παρά και –το κυριότερο ίσως– ένα ανοικτό σύστημα επικοινωνίας, έναν πολυπρισματικό καθρέφτη αυτογνωσίας και μια συνεχή δυνατότητα επαναπροσδιορισμού και αλλαγής για όλους όσους συμμετέχουν σ' αυτήν – δηλαδή και για τους θεραπευτές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Σύντομογραφίες:

Ι ΠΣΝΨ: Ανακοίνωση στο 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Νευρολόγων - Ψυχιάτρων. 26-28.5.1983. Θεσσαλονίκη.

ΕΣΚΨ: Εισήγηση στο Ελληνο-Γαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Ψυχιατρικής. 10-13.12.1981, Αθήνα.

1. Αντί. 1982. «Έρευνα: Κοινωνική ψυχιατρική. Άσυλα-φυλακές». (Με αποσπάσματα από εισηγήσεις και συζητήσεις του Ελληνο-Γαλλικού Συμποσίου Κοινωνικής Ψυχιατρικής). Β 198, 23-36.
2. Basaglia, F. 1979. «Θεραπευτική τάση και ταξική πάλη. Για μια κριτική ανάλυση του ιατρικού μοντέλου». (Απόσπασμα ανακοίνωσης του F. Basaglia και της Giovanna Gallio στο Γαλλο-Ιταλικό Ψυχιατρικό Συνέδριο, το Νοέμβριο του 79, στο Παρίσι). Η Τρέλα, 3 (1981), 31-34.

3. Brown, P. (ed.). 1973. *Radical Psychology*. London: Tavistock Publications.
4. Γιαννιός, Γ., Πρώιος, Π., Παναγιωτοπούλου, Ε. 1983. «Ημερήσια περίθαλψη. Διαπιστώσεις από τη λειτουργία της Μονάδας Ημερήσιας Περίθαλψης Αθηνών και Εισηγήσεις». Ι ΠΕΝΨ.
5. Γιαννιός, Γ., Παναγιωτοπούλου, Ε., Γκάλγκου, Β. 1983. «Ομάδα μητέρων ψυχασθενών ατόμων, στο πλαίσιο της Μονάδας Ημερήσιας Περίθαλψης Αθηνών». Ι ΠΕΝΨ.
6. Γρίδας, Κ. 1982. «Για τον ψυχιατρικό ολοκληρωτισμό». *Ιανός*, 1, 33-48.
7. Gabel, J. *Η ψευδής συνείδηση*. Αθήνα: Άκμων, 1977.
8. Goffman, E. 1961. *Asylums: Essays of the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books; Harmondsworth: Penguin Books.
9. Goffman, E. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
10. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος. 1980. *Στατιστική Κοινωνικής Προνοίας και Υγείας*. 1978.
11. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας*. Ν.Δ. 104 της 13/16.8.1973. Περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των ψυχικών πασχόντων. Α' 177.
12. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας*. Υ.Α. Α2β/οίκ. 5345 (Κοιν. Υπηρεσιών) της 4/10.11.1978: Περί αντικατάστασης του άρθρου 2 της υπ. αριθ. Γ2β/3036/1973 αποφάσεως «περί εφαρμογής του άρθρου 4 του υπ' αριθμ. 104/1973 Ν.Δ. «περί ψυχικής υγιεινής και περιθάλψεως των Ψυχικών Πασχόντων».
13. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας*. Ν. 1897 της 7.10.1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας. Α' 143.
14. Ζιάκας, Α. 1983. «Η άσκηση της ψυχιατρικής στην Ελλάδα από νομική άποψη». *Η Ελευθερία είναι Θεραπευτική* (περιοδ. έκδ. της Κίνησης για τα δικαιώματα των «Ψυχασθενών»), 2, 25-27.
15. Jones, M. 1952. *Social Psychiatry: Study of Therapeutic Communities*. London: Tavistock/Routledge.
16. Jones, M. 1968. *Social Psychiatry in Practice*. Harmondsworth: Penguin Books.
17. Κακούρη, Α., Κοκκινίδης, Α., Μωρόγιαννης, Κ., Τσέγκος, Γ. Κ. 1983. «Το Θεραπευτικό Τμήμα του Ανοικτού Ψυχοθεραπευτικού Κέντρου». Ι ΠΕΝΨ.
18. Κακινάς, Κ., Σιαμούλης, Κ., Παπαγεωργίου, Β., Πήττας, Ι. 1983. «Συμπεράσματα πείρας δύο ετών ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς της Γ' Κλινικής του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης». Ι ΠΕΝΨ.
19. ΚΕΠΕ. 1977. *Έκθεση Υγείας*. Αθήνα: ΚΕΠΕ.
20. Κοκάντζης, Ν. 1983. «Βραχεία Ψυχοθεραπεία ομάδας σε ασθενείς της ψυχιατρικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου της Αλεξανδρούπολης». Ι ΠΕΝΨ.
21. Κούπερ, Ντ. 1967. *Ψυχιατρική και αντιψυχιατρική*. Αθήνα: εκδ. Ράπκα, 1974.
22. Κούρος, Ι. 1982. «Ενδοноοκομειακή ψυχοθεραπεία σχιζοφρενών». *Εγκέφαλος* 19, 231-234.
23. Center for Mental Health. 1976. *An Epidemiological Study on Mental Health. The Findings*. Athens: Publication No 53.
24. Clark, D. H. 1974. *Social Therapy in Psychiatry*. 2nd edition, London: Churchill Livingstone, 1981.
25. Λυμπεράκης, Ε., και Ευθυμίου, Στ. 1981. «Το σημερινό ψυχιατρικό πρόβλημα στην Ελλάδα». ΕΣΚΨ.
26. Μαδιανός, Μ. 1983. «Κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη και ψυχική αρρώστια: μια προσπάθεια διερεύνησης της σχέσης». *Σύγχρονα Θέματα*, 17, 96-98.
27. Μάνος, Ν. 1980. «Ομαδική Ψυχοθεραπεία και Θεραπευτική Κοινότητα στο Ψ.Ν.Θ.». *Εγκέφαλος*, 17, 29-32.
28. Μαντωνάκης, Ι., Τζέμος, Ι. 1983. «Παρατηρήσεις από 15 μήνες λειτουργίας του Α' Νοσοκομείου Ημέρας στην Ελλάδα». *Εγκέφαλος*, 20.
29. Μπούρας, Ν. 1980. «Η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος μέσα στο ψυχιατρικό νοσοκομείο». *Ιατρική*, 37, 192-199.
30. Matussek, P. «Η κατάσταση του σχιζοφρενούς σαν αφετηρία για ψυχοθεραπεία». *Εξάγωνο «Roche»*, 4 (1982), 28-36.
31. Ντα Κρουζ, Ρ. Π. «Τα ψυχιατρεία της Ευρώπης ίσως κλείσουν κάποτε». *Η Αυγή*, 29.11.1981.
32. Ομάδα Εργασίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. (Κοκάντζης, Ν., Λυμπεράκης, Ε., Μάνος, Ν., Μηλιάς, Κ., Σακελλαρόπουλος, Π., Σισσούρας, Α., και Φώλιας, Β.) (1982). «Μελέτη για την ψυχιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα. Με τις Απόψεις της ΕΙ-ΝΑΠ». Ένθετο στο Δελτίο ΙΣΑ (Γεν. - Φλεβ. 83), 1-20. (Το α' μέρος της μελέτης, χωρίς τις απόψεις της ΕΙΝΑΠ, είχε κυκλοφορήσει σε μορφή φωτοτυπημένου δακτυλόγραφου, με τίτλο «Υπόμνημα για την ψυχική περίθαλψη», και χρονολογία 4.5.1982).
33. Παπαδάκης, Θ. 1983. «Η θεραπευτική κοινότητα. Μια καινούρια για την Ελλάδα θεραπευτική μέθοδος». Ομιλία στο North College, Θεσσαλονίκη, 24.1.1983.
34. Παπαδάκης, Θ., Τσιλιμγκάκη, Μ., Παπαγεωργίου, Π., Χατζηδάκη, Ρ., Τσοούκαλη, Α., Τσέγκος, Γ. Κ. 1983. «Ο ρόλος και η σημασία των κοινωνιοθεραπευτικών δραστηριοτήτων στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία». Ι ΠΕΝΨ.
35. Παπαευθυμίου, Δ. Τριανταφύλλου, Μ. 1981. «Αντιστάσεις στον μετασχηματισμό των ασύλων στα πλαίσια της τομεοποίησης στη Γαλλία». ΕΣΚΨ.
36. Παρμενίδου, Άννα Β. 1983. «Οι ψυχοπαθείς, η θεραπευτική αντιμετώπισή τους και η Milieu Therapy». Διπλωματική εργασία στην Ψυχολογία. North College, Θεσσαλονίκη. Καθηγητής: Κ. Μιχαηλίδης.
37. Πλουμπιδής, Δ. Ν. 1981. «Συμβολή στη μελέτη της Ιστορίας της Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Η παραδοσιακή συμπεριφορά απέναντι στους ψυχοπαθείς και τα ψυχιατρικά ιδρύματα του 19ου αιώνα». Διαιτηδία επί διδακτορία. Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών. Καθηγητής: Κ. Στεφανής.
38. Ρασιδάκης, Ν. Κ. 1983. *Όσο θυμούμαι, ή αναμνήσεις από το σπίτι της ντροπής*. Αθήνα.
39. Réseau: Informazioni del Réseau di Alternativa alla Psichiatria. 1982 (: χ.χ.έ.). (Άγλωσση έκδοση: αγγλική, γαλλική, ιταλική και γερμανική). Σελ. 1-16. Trieste.
40. Rosenham, D. L. 1975. «On being sane in insane places». Στο βιβλίο των Dinitz, S., Dynes, R. R. και Clarke, A. S. (eds.): *Deviance, Studies in Definition, Management and Treatment*. London: Oxford Univ. Press.
41. Σακελλαρόπουλος, Π. (1979;) «Σχετικά με τον μετασχηματισμό της ψυχιατρικής περίθαλψης στην Ελλάδα», και παράρτημα 1981: «Σχόλια σχετικά με την εξέλιξη του θέματος με την ευκαιρία του Ε.Σ.Κ.Ψ.». ΕΣΚΨ.
42. Σακελλαρόπουλος, Π., Ζήκος, Ν., Φραγκούλη, Α., Παπανικολάου, Π. 1983. «Οργάνωση υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε αγροτική περιοχή». Ι ΠΕΝΨ.
43. Στεφανής, Κ., Μαδιανός, Μ., 1980 α. «Ψυχιατρική στην Κοινότητα». *Εγκέφαλος*, 17, 54-58.
44. Στεφανής, Κ., Μαδιανός, Μ. 1980 β. «Διαπιστώσεις και προοπτικές για την περιφερειακή ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας». *Ιατρική*, 38, 241-249.
45. Szasz, T.S. 1970, *Η βιομηχανία της Τρέλας. Μια συγκριτική μελέτη της Ιερής Εξέτασης και της Κίνησης Ψυχικής Υγείας*. Τόμος α' Θεσσαλονίκη: Ιανός.
46. Szasz, T.S. (ed.) 1973. *The Age of Madness: The History of Involuntary Mental Hospitalization Presented in Selected Texts*. New York: Doubleday.
47. Τσέγκος, Γ.Κ. 1981. «Το πρόβλημα της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα: Μία εκδοχή». Συνέντευξη στον Παύλο Νεράντζη. *Αντί*, Β, 176, 36-39.
48. Τσέγκος, Γ.Κ., Μοράρου, Ε., Παπαδάκης, Θ., Βογιατζάκη, Ζ.,

Ντογραματζή, Δ. 1983. «Η θεραπεία των ψυχωσικών ασθενών στην ψυχοθεραπευτική κοινότητα». Ι ΠΣΝΨ

49. Τσέγκος, Γ.Κ., Κακούρη, Α., Βογιατζάκη, Ζ., Μοράρου, Ε., Ζουμαδάκη, Κ. 1983. «Εκπαίδευση και πρακτική άσκηση στην ψυχοθεραπεία, την κοινωνική ψυχιατρική και την ψυχολογική αξιολόγηση (testing)». Ι ΠΣΝΨ.
50. Tsilimingakis, Pelagia. Anno Academico 1979-80. «Istituzione Psichiatria in Grecia: Analisi Sociologica e Confronti Legislativi con l'Italia. Tesi di Laurea in Psicologia. Università degli Studi di Padova, Facoltà di Magisterio. Relatore: Prof. Silvio Scanagatta. (Στοιχεία και αποσπάσματα της διατριβής αυτής δημοσιεύτηκαν ανώνυμα, με τον τίτλο «Στατιστική έρευνα των ελληνικών ψυχιατρείων», στο

περιοδ. *Η Τρέλα*, 3, 1981).

51. Φουκώ, Μ. 1964. *Ιστορία της τρέλας*. Αθήνα: Ηριδανός, χ.χ.έ.
52. Foucault, M. 1975. *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris: N.R.F. Gallimard.
53. Foulkes, S. H. and Prince, S. G. (eds.). 1969. *Psychiatry in a Changing Society*. London: Tavistock Publications.
54. Χατζηδάκη, Πένα. 1982. «Ανθρώπινα Δικαιώματα και Ιατρική Εξουσία». Εισήγηση στα Συνέδριο «Σεξουαλικότητες και Πολιτική» του περιοδ. *Αμφί*, 6-7.11.1982, Αθήνα. *Αμφί*, Β 14-15 (1983), 79-81.
55. Wing, J. K. and Brown, G. W. 1970. *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge: Cambridge University Press.

