

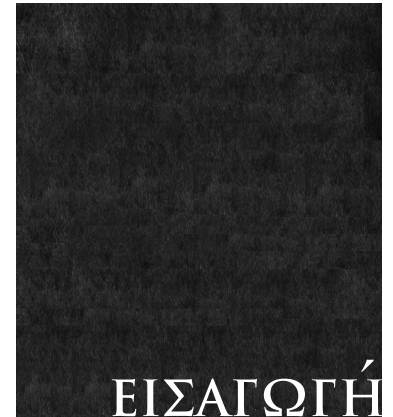


Ο νους μας,
Οι ζωές μας

λέξεις, σκέψεις
και ουρλιαχτά
ενάντια στην ΑΘΑ

σχετικά με τις
προσπάθειες επιβολής
ακούσιας θεραπευτικής
αγωγής για τους
ψυχικά ασθενείς
στην Ισπανία

Η αξία του περιεχομένου μιας κριτικής στην ψυχιατρική καθορίζεται αποφασιστικά από το υποκείμενο της κριτικής αυτής. Αυτή η αντίληψη είναι ο βασικός λόγος της παρούσας έκδοσης. Δηλαδή, το γεγονός ότι τα ίδια τα υποκείμενα που υφίστανται την καταπίεση από την ψυχιατρική εξουσία, συναρθρωμένη με άλλες εξουσιαστικές δομές, εκφράζουν έναν ανταγωνιστικό λόγο στην κατεστημένη ψυχιατρική, αναπτύσσοντας προτάγματα αντίστασης.



Το «Ο νους μας, οι ζωές μας¹» είναι ένα κείμενο γραμμένο από «ασθενείς» για «ασθενείς» και εναντιώνεται στην απόπειρα να ψηφιστεί ο νόμος για την Ακούσια Θεραπευτική Αγωγή στην Ισπανία, δηλαδή την υποχρεωτική χορήγηση ψυχοφαρμάκων σε ψυχικά ασθενείς που δεν επιθυμούν τη λήψη τους, με την παρουσία μπάτσων και δικαστικών. Πρόκειται για ένα νομοθετικό μέτρο βασισμένο στο δόγμα της ασφάλειας που εγκληματοποιεί τη φιγούρα του ψυχικά ασθενή και του αφαιρεί στοιχειώδη ανθρώπινα δικαιώματα.

Μέσα από το κείμενο μαθαίνουμε για την ψυχιατρική πραγματικότητα στην Ισπανία και την -εκεί- ψυχιατρική μεταρρύθμιση, ενώ μπορούμε να βγάλουμε συμπεράσματα και να διακρίνουμε αντιστοιχίες με την εγχώρια μεταρρύθμιση και την γενικότερη κατάσταση της ψυχικής υγείας στην Ελλάδα². Ανοίγεται

¹ Το κείμενο δε μεταφράστηκε ολόκληρο αλλά παραλήφθηκαν λίγα σημεία του, χάριν συντομίας, χωρίς αυτό να επηρεάζει τον ειρμό ή το στόχο των συντακτών του.

² Στην Ελλάδα δεν υπάρχει νόμος που να επιβάλλει την αναγκαστική χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σε ψυχικά πάσχοντες, ωστόσο στο νόμο 2071/1992 (όπου προβλέπεται η ακούσια μεταφορά και εξέταση «ψυχικά ασθενών» σε ψυχιατρική κλινική καθώς και η ακούσια νοσηλεία τους, ο ακούσιος, δηλαδή, εγκλεισμός τους σε ψυχιατρεία) συναντάμε και μάλιστα εμφαιτικά την ίδια λογική με αυτή του Ισπανού νομοθέτη. Πρόκειται για μια λογική βίαιης επιβολής ψυχικής θεραπείας, απαξίωσης της βούλησης και στιγματισμού ως επικίνδυνου του ατόμου, αρκεί να καταγγελθεί και να «κριθεί» ως ψυχικά ασθενής.

Πρακτικά, ο νόμος επιτρέπει να μεταφέρονται οι φερόμενοι ως ασθενείς προς εξέταση και παρά τη θέλησή τους σε ψυχιατρική κλινική μετά από εισαγγελική παραγγελία. Η εισαγγελική εντολή για την εξέταση δίνεται εφόσον το ζητήσουν οι οικείοι του «ασθενούς» ή ακόμα και οποιοσδήποτε τρίτος εάν ο εισαγγελέας

μια πληθώρα ζητημάτων, όπως η χρήση ψυχοφαρμάκων ως το μοναδικό θεραπευτικό μέσο, η φύση της ψυχιατρικής ως επιστήμης αλλά και η φύση της ίδιας της επιστήμης, η μανικαϊστική αντίληψη της υγείας και της ασθένειας.

Παρόλο που δεν είμαστε απόλυτα σύμφωνοι με τις θέσεις των συγγραφέων στο σύνολο των ζητημάτων που τίθενται στο κείμενο αυτό, θεωρούμε αφενός ότι η κριτική που παρουσιάζεται εδώ δεν περιορίζεται στο συγκεκριμένο τόπο, χρόνο και κοινωνικό πλαίσιο, αλλά πραγματεύεται θέματα που εντάσσονται σε μια γενικότερη συζήτηση για την ψυχιατρική και τα ψυχοφάρμακα και αφετέρου ότι αν κάτι έχει μεγαλύτερη αξία να ειπωθεί (και να διαβαστεί), είναι εκείνο που οι ίδιοι οι ψυχικά ασθενείς και οι χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν να πουν.

delirium απόπειρες παρέκκλισης

το κρίνει σκόπιμο.

Η μεταφορά στο ψυχιατρείο γίνεται με ασθενοφόρο ή -συντότερα- με περιπολικό της ΕΛ.ΑΣ., με χρήση της «αναγκαίας βίας» στην περίπτωση που εκείνοι κατά των οποίων υπάρχει καταγγελία δε συμμορφώνονται. Δεν είναι σπάνιο να διανυκτερεύουν σε κρατητήρια μέχρι την εξέταση. Στην κλινική εξετάζονται από δύο ψυχιάτρους και συντάσσεται -εν μία νυκτί- πραγματογνωμοσύνη για την αναγκαιότητα ή μη της νοσηλείας τους. Εκτός από την παραπάνω διαδικασία, για τον ακούσιο εγκλεισμό στο ψυχιατρείο απαιτείται και δικαστική απόφαση.

Στο ν. 2071/92 προβλέπονται φυσικά μια σειρά από δικαιώματα και προθεσμίες (όπως διορισμός συνηγόρου, ψυχιάτρου, άσκηση ένδικων μέσων κατά της απόφασης εγκλεισμού, θέσπιση 48ωρης προθεσμίας για την εξέταση και ολιγοήμερων προθεσμιών για την έκδοση δικαστικής απόφασης, ορισμός ανώτατου ορίου νοσηλείας) τα οποία, όμως, στην πράξη -και παρά τις διακηρύξεις των νομοθετών ότι η όλη διαδικασία αποσκοπεί στο συμφέρον και όχι στην τιμωρία του ψυχικά ασθενούς- δεν τηρούνται σχεδόν ποτέ.

Η συγκεκριμένη μπροσούρα τυπώθηκε και μοιράστηκε μετά την άνοιξη του 2009 στην Ισπανία.

Το θέμα της εφαρμογής της Ακούσιας Θεραπευτικής Αγωγής που παρουσιάζεται σε αυτήν έχει προς το παρόν παγώσει. Πρόκειται για ένα πολιτικό και οικονομικό ζήτημα -με προφανή συμφέροντα για τις φαρμακευτικές εταιρείες- το οποίο εξαρτάται από διάφορους παράγοντες (όπως το κυβερνών κόμμα, τη γενικότερη κοινωνική κατάσταση κτλ) και καθώς στο πολιτικό προσκήνιο της χώρας κυριαρχεί αυτή τη στιγμή η εργατική μεταρρύθμιση και το αιώνιο ζήτημα της ΕΤΑ -αυτή τη φορά με την εκ νέου ανακωχή από πλευράς της ένοπλης οργάνωσης- ζητήματα όπως αυτό της ΑΘΑ μπαίνουν σε δεύτερη μοίρα. Υπάρχουν, όμως, δύο σημεία που μπορούμε να υπογραμμίσουμε: πρώτον, ότι η FEAFES η οποία έκανε την πρόταση του νομοσχεδίου έκανε πίσω, και τον περασμένο Οκτώβρη πήρε θέση ενάντια στην ΑΘΑ. Και δεύτερον, ότι η πρόταση του Vicente Magro³ στο Αλικάντε δεν εγκρίθηκε και έχει μείνει στάσιμη. Κάτι άλλο που πρέπει να σημειωθεί είναι πως στόχος είναι με τη νομοθεσία περί ΑΘΑ να τεθεί ένα γενικό νομικό πλαίσιο το οποίο θα διαφοροποιείται ως προς τις επιμέρους ρυθμίσεις και τον τρόπο εφαρμογής του από περιφέρεια σε περιφέρεια.

Ένας από τους κύριους στόχους των ανθρώπων που άνοιξαν το ζήτημα της ΑΘΑ και εκδώσαν το έντυπο ήταν να ξεπεράσουν τα -περιοριστικά- όρια του πολιτικού τους κύκλου (δραστηριοποιούνται στον αναρχικό αντιεξουσιαστικό πολιτικό χώρο) και να απευθύνουν το λόγο τους στον ευρύτερο κύκλο όσων αφορά άμεσα το θέμα της ΑΘΑ, ανεξάρτητα από την πολιτική τους τοποθέτηση, και η κριτική τους να έχει ουσιαστικό αποτέλεσμα.

Οι εκτιμήσεις τους μετά το μοίρασμα της μπροσούρας υπήρξαν πολύ θετικές. Μέσω της μπροσούρας δημιουργήθηκαν σχέσεις με

³ Ο πρόεδρος του περιφερειακού δικαστηρίου (Audiencia Provincial) της Αλικάντε, ο οποίος επεξεργάστηκε και προώθησε την πρόταση νόμου για την ΑΘΑ, με δηλώσεις στον τύπο που εστίαζαν στην επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών και στην ανάγκη κρατικής παρέμβασης για την επίλυση αυτού του «κοινωνικού προβλήματος»



ΕΙΣΑΓΩΓΗ
ΤΟΥ
ΜΕΤΑΦΡΑΣΤΗ

διάφορες ομάδες (κάποιες από τις οποίες έχουν μαζέψει χρήματα για μια δεύτερη έκδοση). Φαίνεται πως το κείμενο έχει φτάσει σε πολύ διαφορετικά χέρια: από άτομα συγγενικής πολιτικής θέσης με εκείνη των συντακτών του κειμένου έως και σε χώρους πολύ απομακρυσμένους (π.χ. σε συντηρητικές οργανώσεις ή μεταξύ δικαστών και εισαγγελέων). Κάποιοι άλλοι έχουν μελετήσει τα επιχειρήματα και τα έχουν μεταφέρει στις «**ομάδες χρηστών**» (χρηστών υπηρεσιών σχετικών με την ψυχική υγεία).

Η έκδοση του “nuestras mentes, nuestras vidas” αποτελεί ένα πολύ θετικό εγχείρημα και για έναν ακόμα λόγο: το να διατυπώνεται συγκεκριμένος κριτικός λόγος για θέματα, όπως αυτό της ΑΘΑ, που συχνά γίνονται αντιληπτά σε ριζοσπαστικούς χώρους ως ένας αγώνας μερικός ή δευτερεύουσας σημασίας, το να διευρύνει κανείς τις πολιτικές θεματικές του και να επιλέγει να θέσει και να υπερασπιστεί με τρόπο κατανοητό τις κριτικές αυτές θέσεις σε μη πολιτικοποιημένους χώρους (μη πολιτικοποιημένους με την έννοια ότι έχουν περισσότερο συστημικό και διαχειριστικό λόγο και όχι συγκεκριμένη πολιτική συγκρότηση), συνιστά μια αλλαγή πολιτικής συμπεριφοράς, μία -έστω στοιχειώδη- αλλαγή στην προσέγγιση τέτοιων πολιτικών ζητημάτων. Και δεν είναι ένας δρόμος με μια μόνο κατεύθυνση, αφού άνοιξε ένα κανάλι επικοινωνίας που αφενός επέτρεψε στους ανθρώπους αυτούς που ασχολήθηκαν με το ζήτημα (έχοντας μία ανατρεπτική πρόθεση) να γνωρίσουν και διαφορετικές πραγματικότητες από τις οποίες μπορούν να μάθουν πολλά, αφετέρου έκανε γνωστή την κριτική και τους προβληματισμούς τους σε ένα ευρύτερο κοινωνικό πεδίο.

Αγωνιζόμενοι ψυχασθενείς

Ο ΝΟΥΣ ΜΑΣ ΟΙ ΖΩΕΣ ΜΑΣ

Λέξεις, σκέψεις και ουρλιαχτά ενάντια στην ΑΘΑ
(Ακουσία Θεραπευτική Αγωγή)

Σχετικά με την υποχρεωτική αγωγή στην Ισπανία.

Το κείμενο είναι αφιερωμένο σε όλους τους ψυχικά ασθενείς που εξγειρόνται καθημερινά ενάντια στην τυραννία του πραγματικού και του κανονικού, σε όσους ενάντια σε όλες τις προβλέψεις σηκώνουν το ανάστημά τους ξανά και ξανά, κάνοντας εφικτό το ανέφικτο. Εννοείται ότι αυτές οι γραμμές πρέπει επίσης να είναι αφιερωμένες σε όσους αποτελούν μέρος του περιβάλλοντός τους και τους βοηθάνε, χαρίζοντάς τους την ανάσα τους, την εμπιστοσύνη, την αγάπη και την αλληλεγγύη... κάτι τόσο περιεργό σε αυτή την κοινωνία και σε αυτές τις δύσκολες μέρες που τους μεταμορφώνει σε συνεργούς και ωραίους ανώμαλους.

Στις 25η Οκτωβρίου του 2008 υπογράφηκε στο Αλικάντε της Ισπανίας ένα πρωτόκολλο θεσμικού συντονισμού που αφορά τους ψυχικά ασθενείς που αρνούνται τη φαρμακευτική αγωγή. Η ιδέα δεν είναι καινούρια και προσπαθεί απλώς να θέσει τους απαραίτητους νομικούς μηχανισμούς για να υποχρεώνει κάποιον, ενάντια στην θέλησή του, σε αγωγή ψυχοφαρμάκων. [...]

Στην πράξη, η υποχρεωτική αγωγή επικυρωμένη με δικαστική απόφαση⁴ είναι πραγματικότητα σε πολλά μέρη στο ισπανικό κράτος. [...] Ωστόσο, τα χαρακτηριστικά της ΑΘΑ που επικυρώθηκαν στο Αλικάντε την κάνουν ιδιαίτερα επικίνδυνη: η απόφαση για την εφαρμογή της δεν ανήκει τόσο στους αποκαλούμενους “ειδικούς της

⁴ Άλλη υπόθεση είναι η υποχρεωτική αγωγή σε κέντρα κράτησης. Αξίζει ένα ξεχωριστό κείμενο για αυτό το ζήτημα, αλλά θεωρούμε αναγκαίο τουλάχιστον να κάνουμε μια αναφορά σε βαρβαρότητες που λαμβάνουν χώρα σε τρία είδη κέντρων κράτησης: στην φυλακή, στα κέντρα ανηλίκων και στα ιδιωτικά ιδρύματα όπου χωράνε από «ψυχασθενείς» μέχρι άτομα με διάγνωση «νοητικής στέρξης» και άλλα χαρακτηριστικά τα οποία η Ιατρική ορίζει σαν «διαταραχές». Σε αυτά τα κέντρα στέρξης της ελευθερίας τα ψυχοφάρμακα χρησιμοποιούνται (ειδικά τα αντιψυχωτικά και τα νευροληπτικά, με πιο καταστροφικά αποτελέσματα από τα κανονικά ηρεμιστικά) σαν μέσο συγκράτησης, με σκοπό να εξουδετερωθούν οι ικανότητες των κρατουμένων. Θεωρούμε πως και στις τρεις περιπτώσεις πρόκειται για βασανιστήρια εν κρυπτώ (να έχουμε υπόψη ότι στην πλειοψηφία τους τα άτομα αυτά ναρκώνονται παρά τη θέλησή τους, δίχως καν να πληροφορούνται για τις ουσίες που τους χορηγούν) και μια ακραία καταπάτηση των ανθρωπίνων

ψυχικής υγείας” όσο, στο δικαστή απευθείας. Ενώ στη Γκιπούθκοα οι γιατροί είναι αυτοί που ζητούν από το δικαστή να εγκρίνει μια θεραπεία οριστική, στη Νομαρχία της Βαλένθιας αυτός που νομιμοποιείται να το ζητήσει είναι η οικογένεια.

Η ψυχική υγεία παραμένει λοιπόν κοινωνικό πρόβλημα και ζήτημα τάξης με τους δικαστικούς υπαλλήλους ως αρμόδιους για την λύση του, χωρίς να αναζητούνται τρόποι να βελτιωθεί η ζωή των ψυχικά ασθενών. Η ΑΘΑ αποτελεί εγγύηση για την κοινωνική συνύπαρξη, μέσω της οποίας ο ψυχασθενής παύει να γίνεται αντιληπτός ως τέτοιος και μετατρέπεται σε εγκληματία που διαταράσσει την κοινωνική ειρήνη. [...]

Το 2004 η FEAFES (Ισπανική Ομοσπονδία Συλλόγων Ψυχικά ασθενών και Συγγενών) παρουσίασε σε έναν βουλευτή του CiU⁵ μια πρόταση νόμου με πρόθεση να τροποποιήσει ουσιαστικά τον κώδικα πολιτικής δικονομίας ώστε να ρυθμίσει τις μη οικειοθελείς θεραπείες για άτομα με ψυχικές διαταραχές [...]. Παρόλο που φαινόταν πως τα διαφορετικά κοινοβουλευτικά κόμματα ήταν σύμφωνα με την πρόταση αυτή και σε αυτή την κατεύθυνση άρχισαν τις διαδικασίες την 19η Ιουλίου εκείνης της χρονιάς, το σχέδιο δεν είχε εγκριθεί μέχρι το τέλος της νομοθετικής περιόδου (Φεβρουάριος του 2008). Ωστόσο, μπορούμε να πούμε ότι τότε άρχισαν οι εκπλήξεις: όταν αντί να αναζητούνται ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση καταστάσεων (που όπως θα αναλύσουμε παρακάτω, αναγνωρίζουμε ότι σε κάποιες περιπτώσεις μπορούν να είναι ακραίες για το άμεσο περιβάλλον του υποκειμένου που υποφέρει ψυχικά), ο στόχος είναι η δικαστική αντιμετώπιση μιας συμπεριφοράς, μακροπρόθεσμα δεν μπορεί να περιμένει κανείς τίποτα θετικό. [...]

Η διαχείριση της ψυχικής υγείας με όρους νομικούς δεν έχει τίποτα θετικό. Μια διαδικασία που είναι απλά μια προσπάθεια να αντιμετωπιστούν τα ελλείμματα στην περίθαλψη από ένα σύστημα που αγνοεί και περιφρονεί αυτούς που έχουν διαγνωστεί ως «ψυχικά ασθενείς», μέσω της εξουσίας δικαστών και αστυνομικών (που στην

δικαιωμάτων. Αν η πραγματικότητα έξω από τα τείχη είναι τρομακτική, είναι ελάχιστες οι πληροφορίες για το τι συμβαίνει μέσα, όπου η ατιμωρησία επιτρέπει οποιαδήποτε μορφή κακοποίησης. Ειδικά στα κέντρα ανήλικων θα έπρεπε να γίνει μια σοβαρή ανάλυση για το πώς νομιμοποιείται μια κοινωνία που είναι ικανή να απομονώνει και να ναρκώνει παιδιά ενάντια στην θέληση τους.

⁵ Στι. Convergència i Unió, κεντροδεξιό καταλανικό κόμμα. Το CiU ήταν το κόμμα που έκανε την πρόταση για την τροποποίηση του άρθρου 763 του κώδικα πολιτικής δικονομίας, η οποία θα νομιμοποιούσε την ακούσια αγωγή.

τελική [...] είναι αυτοί που καλούνται να φροντίζουν να πάρει τα φάρμακα όποιος δεν θέλει να τα πάρει), δεν μπορεί παρά να προκαλεί περισσότερο πόνο και καταστολή. Απαιτούμε τουλάχιστον να μην αποτελούμε δικαιολογία αλλά να αναγνωρίσουν ειλικρινά και δημόσια πως οι ψυχικά ασθενείς δεν είμαστε το κύριο ενδιαφέρον των νομικών εξελίξεων, πως στην ουσία μιλάμε για μια κοινωνία που δεν θέλει να λερώσει τα χέρια της με μια πραγματικότητα που την ταράσσει με καθοριστικό τρόπο. Φαίνεται λοιπόν ότι το κύριο υποκείμενο αυτής της τραγωδίας δεν είναι ο τρελός αλλά οι γύρω του (μέχρι στιγμής δεν γνωρίζουμε κανέναν ασθενή να είναι “ενεργό” μέλος της FEAFES, δηλαδή να συμμετέχει με το λόγο του στις εκδηλώσεις, να συμμετέχει στη συγγραφή των κειμένων κτλ.). Να σκεφτούμε λοιπόν πάνω σε αυτό...

Το 1984 ξεκινάει η λεγόμενη Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση. Μέσα σε λίγα χρόνια κλείνουν τα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία⁶. Η αρχική ιδέα ήταν στολισμένη με καλές προθέσεις και ανθρωπιστική στόχευση. Ενάντια στο κατασταλτικό και ολοκληρωτικό καθεστώς του τρελοκομείου προβαλλόταν η ανάγκη της «επανένταξης» του ασθενή στην κοινωνία, αντιπαλεύοντας έτσι το στίγμα και την απομόνωση. Ωραία λόγια, αλλά πώς θα υλοποιηθεί αυτή η πρόθεση; Η απάντηση είναι: κοινοτική περίθαλψη. Μα, ως συνήθως, τα λόγια εξανεμίζονται εύκολα. Είναι πάντα πιο εύκολο να μιλάς παρά να δρας. Σε πρακτικό επίπεδο, στην επικράτεια της Ισπανίας (όπως ξέρει καλά οποιοσδήποτε ψυχικά ασθενής και ο στενός του κύκλος) δεν υπήρχαν ποτέ αρκετά δημόσια μέσα για να αντιμετωπιστεί “κοινοτικά” το πρόβλημα της ψυχικής υγείας. Δεν είναι ανάγκη να αναφέρουμε βαρετά παραδείγματα, αρκεί να έχει κανείς επαφή με το Σύστημα Ψυχικής Υγείας. Ανάλογα με την περιοχή μπορεί να σου κλείσουν ραντεβού με έναν ειδικό ακόμη και ένα μήνα μετά από την αίτηση [...], και τα ραντεβού καταλήγουν σε μια βραχυπρόθεσμη λύση που περιορίζεται σε μια συνταγή φαρμάκων και προφανώς δεν υπάρχουν τα απαραίτητα μέσα για οποιονδήποτε τύπο ψυχοθεραπείας (δηλαδή θεραπείας πέρα από την απλή αγωγή φαρμάκων), και στην τελική δεν υπάρχει οποιοσδήποτε προσανατολισμός των θεραπειών ως προς την αυτονόμηση του ασθενή. Είναι απαραίτητο να σταματήσουμε, έστω και λίγο, σε αυτό το σημείο: η άποψή μας πάνω σε αυτό το ζήτημα είναι τόσο απλή όσο η κοινή λογική: απέναντι στην ψυχική οδύνη

⁶ Αν και ακόμα και σήμερα υπάρχουν κλειστά κέντρα που δεν ακολουθούν το μοντέλο του «μεγάλου ψυχιατρείου» αλλά συνεχίζουν να λειτουργούν ως ψυχιατρεία υπό το όνομα «θεραπευτικές κοινότητες».

το πιο ουσιαστικό είναι να προωθείται η αυτονομία του ατόμου. Με άλλα λόγια αν αντιλαμβανόμαστε την ψυχική πάθηση σαν μια μείωση της ατομικής αυτονομίας, όλα όσα προωθούν την απόκτηση μιας πλήρους αυτονομίας δρουν εναντίον της πάθησης. Μα, να εδώ το δίλημμα, τι είδους αυτονομία μπορεί κανείς να αποκτήσει με ένα σωρό φάρμακα και ένα επίδομα (αν υπάρχει) που σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι καν 400 ευρώ; Αποκαλύπτεται έτσι το μεγάλο πρόβλημα των οικογενειών, που συνήθως τρέχουν για τη συντήρηση του ψυχικά ασθενή. Αν μια κατάσταση μπαίνει σε αδιέξοδο μέσω της συστηματικής αγωγής ψυχοφαρμάκων, δίχως πραγματικές και αποτελεσματικές παρεμβάσεις πάνω στα προβλήματα που βιώνουν οι ψυχικά ασθενείς, αν τους αρνούνται ένα επίδομα που να εγγυάται την επιβίωση τους... Πώς να πάμε μπροστά; Τα ψυχιατρικά ιδρύματα αντικαταστάθηκαν από τη χημεία των φαρμάκων αλλά το πρόβλημα δεν αντιμετωπίστηκε στη βάση του. Γιατί; Απλώς γιατί αυτός που αποκαλούν «ψυχοπαθή» δε σημαίνει απολύτως τίποτα για το σύστημα. Το σφάλμα είναι δομικό. Σε έναν κόσμο που λειτουργεί με βάση τα οικονομικά κριτήρια αυτός που παρεκκλίνει, ο τρελός, δεν θα είναι ποτέ τίποτα παρά ένα λάθος, ένα στοιχείο που πρέπει να περιθωριοποιηθεί από την κοινωνία και από την αγορά. Το μοναδικό ενδιαφέρον που μπορούμε να ξυπνήσουμε οι ψυχικά ασθενείς είναι αυτό της ικανότητάς μας να καταβροχθίζουμε φάρμακα. Γενικώς δεν είμαστε καλοί εργαζόμενοι ούτε καλοί καταναλωτές, και είμαστε πολύ λίγοι για να μετράει το δικαίωμά μας να ψηφίζουμε (δικαίωμα που στην πλειοψηφία μας και με καλύτερο κριτήριο από αυτό της «υγειούς» κοινωνίας, συνήθως δεν ασκούμε).

Ξέρουμε ότι αυτά τα λόγια είναι απελπιστικά, αλλά τουλάχιστον είναι έντιμα και ειλικρινή: η κατάσταση εκείνων που έχουν μια διάγνωση ψυχικής ασθένειας θα είναι για πάντα οδυνηρή σε μια κοινωνία που οργανώνεται με βάση το χρήμα. Και στην περίπτωση που αποφασίσει κανείς να πάρει από το κράτος ένα ψίκουλο βοήθειας, δεν μπορεί αυτό να σημαίνει ότι θα σε αναγκάσει ένας δικαστής, μέσω της αστυνομίας, να πάρεις χάρη δια της βίας, αν αυτό που επιζητούν είναι το καλό του ασθενή και η βελτίωση των όρων ζωής του. Είναι απίστευτο πως κάτι τόσο αυτονόητο το βλέπουμε εμείς, οι «καημένοι» εκτός ομαλότητας, οι τρελοί, και όχι αυτός ο πανέξυπνος κόσμος ο τόσο ευγενής, που λέει ότι προστατεύει τα συμφέροντά μας.

Και τώρα, ο κόσμος που ζει ακόμα στην άγνοια και πιστεύει πως αυτός είναι «ο καλύτερος των πιθανών κόσμων» αναρωτιέται: πώς μπορεί μια κοινωνία, που αυτοαποκαλείται δημοκρατική και παρέχει εγγύηση των

ελευθεριών, να επιτρέπει την χημική αναισθησία και την εγκατάλειψη εκείνων που υποφέρουν ψυχικά; Πολύ απλή η απάντηση: ψάχνοντας ένα άλλοθι, υιοθετώντας μια αντίληψη που θα την αθώσει οριστικά από όλα τα λάθη και άσχημά της. Αν αυτός που υποφέρει είναι έτσι, όχι γιατί αυτός ο κόσμος δεν είναι βιώσιμος αλλά γιατί είχε μια βιοχημική διαταραχή και παρασκευάζεται μια ουσία για το ξεπέρασμά της, το πρόβλημα θα είχε λυθεί. Επιπλέον, αν έχουμε «κάτι» στα γονίδια μας που μας οδηγεί στην κατάθλιψη ή στο παραλήρημα, φταίει η φύση και όχι μια κοινωνία που δημιούργησε από την ύπαρξή μας ένα χρόνο νεκρό στον οποίο άνδρες και γυναίκες δεν αποφασίζουν σχεδόν τίποτα για τους όρους ύπαρξής τους. Στη σοβαροφανή ορολογία αυτή η θεωρία λέγεται Βιολογιστική (και στο πεδίο της ψυχιατρικής που εδώ μας απασχολεί, βιολογιστική ψυχιατρική), η οποία, με λίγα λόγια, εξηγεί ότι αυτά που συμβαίνουν στα χαλασμένα μυαλά μας δεν έχουν καμιά σχέση με τα παιδικά μας χρόνια, με τις σχέσεις μας, με τους φόβους μας, με τις αηδιαστικές δουλειές μας ή με τα σκατοσπίτια μας. Πρόκειται κατά συνέπεια για τυχαιότητα... στην περίπτωση της σχιζοφρένειας, αυτό το καταραμένο 1%. Η πάθησή σου, ο πόνος σου, οφείλεται αποκλειστικά σε ζήτημα πιθανότητας: το να είσαι ένα μεταξύ εκατό.

Σήμερα, αυτή η βιολογιστική τάση είναι αυτή που κυριαρχεί, και την υπερασπίζονται με νύχια και με δόντια στους ακαδημαϊκούς κύκλους καθώς και επίσης στα ΜΜΕ. Είναι τουλάχιστον ύποπτο πως αυτή η άποψη καθίσταται η πιο ελκυστική οικονομικά, αφού όλοι ξέρουν ότι είναι πιο οικονομικό να χορηγείς χάρη από το να αντιμετωπίσεις σοβαρά τα προβλήματα. Έτσι γίνεται σκόνη μια τεράστια ποικιλία θεωριών και θεραπευτικών στρατηγικών που έδιναν έμφαση στον ίδιο τον άνθρωπο και στα βιώματά του και, επομένως, χρειαζόνταν περισσότερα μέσα και χρόνο για να λειτουργούν από την αμεσότητα ενός ναρκωτικού. Με όλα αυτά, μαζί με το ρητό που λέει να μην εμπιστευέσαι τους περήφανους που παρουσιάζουν μια αλήθεια σαν καθολική και αδιαφιλονίκητη, βρίσκουμε στα λόγια των βιολογιστών ψυχιάτρων μια συμπεριφορά που βρωμάει εξουσία. [...] Με μια κίνηση πετάγονται στα σκουπίδια ολόκληρες προσεγγίσεις όπως η κοινωνική ψυχιατρική, αφού η ψυχική ασθένεια περιορίζεται αποκλειστικά στον τομέα του βιολογικού. Το παράξενο εδώ είναι ο διαχωρισμός μεταξύ νευρολογίας και ψυχιατρικής. Αν όλα εξηγούνται σαν σωματικά προβλήματα, γιατί δεν αντιμετωπίζεται η ψυχική ασθένεια από την επιστήμη που ασχολείται με το νευρικό σύστημα (δηλαδή από την νευρολογία);

Πολύ απλά γιατί οι ψυχίατροι ούτε μπορούν ούτε και ξέρουν να υποδείξουν ποια είναι η σωματική προέλευση κάποιας ψυχικής διαταραχής όπως η κατάθλιψη ή η ψύχωση. Ξέρουν ότι μπορεί κανείς να κάνει ένα σωματικό συσχετισμό, αλλά δε γνωρίζουν τις αιτίες. [...] Το ότι η ψυχική ασθένεια προκαλεί αντιδράσεις στον οργανισμό μας [...] δεν είναι κάτι που δε γνωρίζαμε και δεν έχουμε κανένα πρόβλημα να το δεχτούμε, είναι σα να λέει κανείς ότι μία κατάσταση άγχους μπορεί να προκαλέσει πεπτικές δυσλειτουργίες. Αυτό που μας ενδιαφέρει είναι [...] να δοθεί αξία στις πραγματικές αιτίες του πόνου, στις διαδικασίες που τον θεμελιώνουν (δηλαδή, στην «αιτιολογία»).

Σε αυτό το σημείο οι ψυχίατροι το βουλώνουν γιατί ξέρουν ότι όταν μια πιθανή ψυχική ασθένεια έχει μια αποκλειστικά σωματική αιτία, πρέπει να ασχοληθεί με αυτή μια συγκεκριμένη επιστήμη, η νευρολογία. Δίνουμε έμφαση στον όρο επιστήμη, επειδή είναι προφανές ότι –αν η επιστήμη ασχολείται με την παρατήρηση καταστάσεων και διαδικασιών και με τον προσδιορισμό αντικειμένων- η ψυχιατρική δεν είναι επιστήμη (και έχουμε υπόψη το αιρετικό του λόγου μας). Διαφορετικά να μας εξηγήσουν την αιτία οποιασδήποτε ψυχικής διαταραχής, όποια και να είναι η σοβαρότητά της. Η περίπτωση της επιληψίας είναι παραδειγματική: για πολύ καιρό θεωρήθηκε ψυχιατρική ασθένεια, μέχρι που ανακάλυψαν τις σωματικές αιτίες της και πέρασε στον τομέα της νευρολογίας. Το ίδιο συνέβη με την ομοφυλοφιλία που έπαψε να αντιμετωπίζεται σαν ψυχική ασθένεια όταν η κοινωνία εξελίχθηκε, έστω και στοιχειωδώς (παρόλο που και σε αυτή την περίπτωση πολλοί ψυχίατροι ωρύονταν υποστηρίζοντας τη βιολογική βάση της ομοφυλοφιλίας)⁷. [...]

Δεν έχει σημασία αν το ποσοστό εγκλημάτων από ψυχικά ασθενείς είναι ίδιο ή μικρότερο από εκείνων που δεν πάσχουν από ψυχική διαταραχή, τα ΜΜΕ αναλαμβάνουν την δημιουργία ενός κοινωνικού συναγερμού που δίνει συνεχώς έμφαση στην επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών που δεν δέχονται φαρμακοθεραπεία, αποκαλώντας τους «εν δυνάμει εκρηκτικούς μηχανισμούς» (κυριολεκτική έκφραση που εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα στα άρθρα των εφημερίδων και στις τοποθετήσεις των τηλεπερσόνων). Όταν ένας άνθρωπος που

⁷ Η ομοφυλοφιλία ήταν ορισμένη σαν ψυχική διαταραχή στο εγχειρίδιο DSM-II: Διαγνωστικός και Στατιστικός Οδηγός των Ψυχικών Διαταραχών (2η έκδοση, 1968). Στο βιβλίο η ομοφυλοφιλία μπαίνει στην κατηγορία των «σεξουαλικών παρεκκλίσεων». Το 1973 η APA ψήφισε να βγει η ομοφυλοφιλία από τις διαγνωστικές κατηγορίες των ψυχικών ασθενειών. Με αυτό τον τρόπο, όταν εκδόθηκε η 3η έκδοση του DSM το 1980 έγινε η παρατήρηση πως «από μόνη της η ομοφυλοφιλία δεν είναι ούτε αρρώστια ούτε διαταραχή».

υποφέρει γίνεται αντιληπτός όχι ως τέτοιος αλλά ως εν δυνάμει εγκληματίας, οι κριτικές πάνω στο σύστημα υγείας δεν έχουν κανένα νόημα, το σημαντικό είναι να επιβληθεί η τάξη. Για αυτούς δεν υπάρχουν ούτε εναλλακτικές ούτε διακυμάνσεις, το πρόβλημα είναι ότι οι ψυχοασθενείς δεν παίρνουν τα φάρμακα τους. Και επιμένουν συνέχεια στα ανεβασμένα ποσοστά αποχώρησης από τις θεραπείες, λέγοντας ότι πολύ συχνά οι πάσχοντες δεν παίρνουν τα χάπια τους. Γιατί; Οι ειδικοί δίνουν την απάντηση: «αυτά τα άτομα δεν έχουν συνείδηση της αρρώστιας τους». Και τώρα αναρωτιόμαστε, με ποια κριτήρια αξιολογείται αυτή η συνείδηση; Χάνει το χρόνο του ένας ψυχίατρος όταν συζητά με τους ασθενείς γιατί σταματούν να παίρνουν κάποια φάρμακα που θα έδιναν οριστική λύση στα προβλήματά τους;

Τα ψυχοφάρμακα δεν μπορούν να γίνονται αντιληπτά ως ίδια με τα συνηθισμένα φάρμακα, δεν είναι κάτι που λειτουργεί με παρόμοιο τρόπο, ας πούμε, με μία αντιβίωση ή με ένα αντιισταμινικό. Καταρχάς, τα ψυχοφάρμακα δεν θεραπεύουν. Το ξέρει οποιοσδήποτε τα παίρνει ή τα έχει πάρει. Δεν επιλύουν κάποιο βιοχημικό πρόβλημα και σε θεραπεύουν (δηλαδή δεν υφίστανται ως λύση πάνω σε ένα πρόβλημα του οργανισμού που σου επιτρέπει να ξεπερνάς μια κατάσταση αρρώστιας). Και δεν λειτουργούν έτσι για τον απλό λόγο που αναφέρθηκε παραπάνω: η ψυχιατρική αγνοεί τις αιτίες της πάθησης. Στην καλύτερη περίπτωση απαλύνουν τον πόνο, βοηθάνε στο να τον υπομένεις. Στην χειρότερη, σε ναρκώνουν και ακρωτηριάζουν την ύπαρξή σου. Μεταβάλλουν τη χημεία του οργανισμού σου (έχουμε βαρεθεί να ακούμε τους γιατρούς μας να μας μιλάνε για τους δείκτες σεροτονίνης και ντοπαμίνης μας), είναι ξεκάθαρο, αλλά δεν λειτουργούν όπως μια αντιβίωση που εξουδετερώνει μια βακτηριδιακή μόλυνση ή η δράση ενός αντιισταμινικού που αντιμετωπίζει μια αλλεργιακή κρίση.

Να το πούμε αλλιώς, ούτε τα αντικαταθλιπτικά ούτε τα νευροληπτικά που ευρύτερα χορηγούνται στα ιατρεία έχουν ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Δεν αποκαθιστούν κάποια φυσική βιολογική λειτουργία (όπως π.χ. η ινσουλίνη στην περίπτωση του διαβήτη) αλλά παρεμβαίνουν άμεσα σε μια ομαλή βιολογική δραστηριότητα. Σε καμιά περίπτωση δεν απορρίπτουμε το γεγονός ότι κάποιες στιγμές η χρήση των ψυχοφαρμάκων μπορεί να βοηθήσει έναν ψυχικά ασθενή, απλά κάνουμε μια σκέψη σχετικά με τη φύση τους και την λειτουργία τους (πληροφορίες που δεν δίνονται ποτέ από τους ψυχιάτρους). Αλλά είμαστε βέβαιοι πως, αν και δεν είμαστε σε θέση να πούμε σε κάποιον να σταματήσει την χρήση τους, δεν αναγνωρίζουμε σε κανέναν την εξουσία να μας υποχρεώσει να τα χρησιμοποιούμε. Γιατί στην τελική

μιλάμε για βία, και αυτή δεν παύει να είναι τέτοια παρόλο που παρουσιάζεται σαν ιατρική θεραπεία.

Εξέρουμε πως ένα μεγάλο μέρος από αυτά που λέμε μπορεί να αμφισβητηθεί: ποιοι είναι αυτοί οι αυτοαποκαλούμενοι “αγωνιζόμενοι ψυχασθενείς” για να εκφράσουν τέτοιες απόψεις; Αυτές οι απόψεις που παρουσιάζουμε δεν είναι ούτε καινούριες ούτε αφορούν αποκλειστικά εκείνους που επιδιώκουν να ανατρέψουν την υπάρχουσα κοινωνική τάξη (με τους οποίους είμαστε περήφανα συνεργοί). Ενώ είναι πολλοί οι ειδικοί της ψυχικής υγείας που κριτικάρουν το βιολογικό ντετερμινισμό, τίθεται ζήτημα στο να το εκφράσουν δημόσια. Θα μπορούσαμε να μακρηγορήσουμε με πολυάριθμες βιβλιογραφικές αναφορές, αλλά θα περιοριστούμε στο να αναφέρουμε επιγραμματικά κάποια παραδείγματα που μπορούν να απεικονίσουν κατά κάποιο τρόπο τις θέσεις μας. Το 1992 το Γραφείο Τεχνολογικής Αξιολόγησης του Αμερικάνικου Κοινοβουλίου συγκέντρωσε μια ομάδα ειδικών για να κάνουν μια μελέτη πάνω στο θέμα των βιολογικών αιτιών της ψυχικής ασθένειας, και το αποτέλεσμα δεν θα μπορούσε να είναι πιο ξεκάθαρο: “πολλά ερωτήματα παραμένουν αναπάντητα σχετικά με την βιολογία των ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον οι έρευνες πρέπει ακόμα να προσδιορίσουν συγκεκριμένες βιολογικές αιτίες για οποιαδήποτε από αυτές τις διαταραχές... Οι ψυχικές διαταραχές αξιολογούνται βάσει των συμπτωμάτων γιατί ακόμα δεν υπάρχουν βιολογικές ενδείξεις ή εργαστηριακοί έλεγχοι για αυτές” (*Η βιολογία των ψυχικών διαταραχών*⁸, US Government Printing Office). Ο καθηγητής του Πανεπιστημίου της Κολούμπια, Jerrold S. Maxmen, γράφει στο βιβλίο του *Η νέα ψυχιατρική: Πώς σκέφτονται οι ψυχίατροι σχετικά με τους ασθενείς, τις διαγνώσεις, τα φάρμακα, τις ψυχοθεραπείες, την εξουσία, την κατάρτιση, τις οικογένειες και τις προσωπικές ζωές τους*⁹: “είναι άρρητη παραδοχή πως οι ψυχίατροι είναι οι μοναδικοί ιατρικοί ειδικοί που ασχολούνται με διαταραχές που, που εξ’ορισμού δεν έχουν γνωστές αιτίες ή θεραπείες... Μια διάγνωση πρέπει να εμπεριέχει την αιτία της ψυχικής διαταραχής, αλλά [...], αφού οι αιτίες των ψυχικών διαταραχών είναι στην πλειοψηφία τους άγνωστες, τα σύγχρονα

⁸ Σημ. Ελεύθερη απόδοση τίτλου. Τίτλος πρωτότυπου: U.S. Congress, Office of Technology Assessment, *The biology of mental disorders*, Washington, DC, U.S. Government Printing Office, September 1992

⁹ Σημ. Ελεύθερη απόδοση τίτλου. Τίτλος πρωτότυπου: Jerrold S. Maxmen, *The new psychiatry: How modern psychiatrists think about their patients, theories, diagnoses, drugs, psychotherapies, power, training, families and private lives*, New York, William Morrow & Co, 1985

συστήματα διάγνωσης δεν μπορούν να τις απεικονίσουν”. Με λίγα λόγια, νομίζουμε ότι με το τωρινό επίπεδο γνώσης, δεν μπορεί κανείς να τεκμηριώσει ένα γονιδιακό ή βιολογικό παράγοντα στις ψυχικές διαταραχές [...].

Το γεγονός αυτό είναι ουσιαστικό όταν μιλάμε για τη ΑΘΑ. Δεν μπορεί κανείς να μιλάει για υποχρεωτική αγωγή χωρίς να μιλάει για τα ίδια τα φάρμακα. Και το να μιλάς για ψυχοφάρμακα σημαίνει να μιλάς για παρενέργειες. Γιατί έχουν τα αντικαταθλιπτικά και τα νευροληπτικά τόσο καταστροφικές παρενέργειες; Ακριβώς γιατί, όπως αναφέρθηκε, δεν έχουν συγκεκριμένο αποτέλεσμα και συνεπώς η δράση τους δεν περιορίζεται σε συγκεκριμένη περιοχή. Π.χ. τα νευροληπτικά, ακόμα και τα πιο σύγχρονα, που έχουν ελαφρύτερες παρενέργειες από τα παλαιότερα: πρόκειται για φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπιστούν ψυχωτικά επεισόδια, δηλαδή απώλεια επαφής με την πραγματικότητα που εμφανίζεται συνήθως σαν ντελίριο ή σαν παραισθήσεις. Αφού δεν υπάρχει μια συγκεκριμένη βιολογική αιτία πάνω στην οποία παρεμβαίνουν τα φάρμακα, ο σκοπός είναι να διακόψουν την ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου (σε αυτή την περίπτωση ενός νευροδιαβιβαστή: της ντοπαμίνης). Είναι σαν ένας προληπτικός βομβαρδισμός που διαταράσσει τον τρόπο λειτουργίας μιας ευρείας περιοχής αντί να εστιάσει σε ένα συγκεκριμένο σημείο. Σαν αποτέλεσμα, πολύ συχνά το ντελίριο εξασθενεί αλλά αυτό γίνεται εις βάρος άλλων νευρικών λειτουργιών που διαταράσσονται. Για αυτό το λόγο τα νευροληπτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν συναισθηματική κατάρρευση (που συνήθως θεωρείται από τους ψυχιάτρους σαν σύμπτωμα της ασθένειας...): δυσκινησία, προβλήματα μνήμης, ανικανότητα συγκέντρωσης, ανικανότητα και έλλειψη σεξουαλικής όρεξης, ανωμαλίες στην περίοδο, δυσκαμψία, τρεμούλιασμα, στοματική ξηρότητα, υπνηλία, διαβήτη (όπως συμβαίνει με την ολανζαπίνη που χορηγείται με το όνομα Zypresa), αύξηση βάρους κτλ. Και αναρωτιόμαστε: πραγματικά, τόσο δύσκολο είναι να καταλάβει κανείς γιατί παρατάμε τόσο συχνά τα ψυχοφάρμακα; Μήπως όσοι είναι υπέρ των ψυχοφαρμάκων δεν βλέπουν πως αυτά μπορούν να απαλύνουν για ένα διάστημα τα συμπτώματα αλλά πως δεν αποτελούν πραγματική και αποτελεσματική λύση στον ψυχικό πόνο; Γιατί δεν μπαίνουν στον κόπο να θεοπίσουν την υποχρέωση του κράτους να εξασφαλίσει μια ψυχοκοινωνική πρόνοια εφοδιασμένη με τα απαραίτητα υλικά και ανθρώπινα μέσα; [...]

Εμείς υποστηρίζουμε μια τρίτη άποψη: θεωρούμε τα ψυχοφάρμακα ισχυρά ναρκωτικά, νευροτοξίνες των οποίων μια μακροχρόνια χρήση

μπορεί να προκαλέσει βλάβες στον εγκέφαλο, επομένως η χρήση τους θα έπρεπε να μελετηθεί με αυστηρότητα και προσοχή, έχοντας υπόψιν τα εξής:

1. Ο ασθενής πρέπει να πληροφορείται για τα πιθανά αποτελέσματα της χρήσης, τόσο για τα θετικά όσο για τα αρνητικά.
2. Η δοσολογία του φαρμάκου πρέπει να τείνει προς το ελάχιστο δυνατόν ανάλογα με την διαταραχή για την οποία χορηγείται.
3. Η φαρμακευτική θεραπεία πρέπει να έχει τη μικρότερη δυνατή διάρκεια, και να συνοδεύεται από ένα πλάνο θεραπείας με σκοπό να μην υπάρχει υπερβολική τοξική κατανάλωση.

Προφανώς αυτά δεν είναι δυνατά στο παρόν Σύστημα Ψυχικής Υγείας για διάφορους λόγους.

Κατ' αρχάς η ψυχική υγεία δεν αποφεύγει τις οικονομικές λογικές της καπιταλιστικής κοινωνίας στην οποία ζούμε και τα φάρμακα παράγονται από μια τεράστια βιομηχανία που κερδοσκοπεί στο χρηματιστήριο και έχει συγκεκριμένο σκοπό: να αυξήσει τα κέρδη της¹⁰.

Παρόλο που στις διαφημίσεις τους προβάλλουν το ανθρωπιστικό τους πρόσωπο, π.χ. τη μείωση της οδύνης του ψυχικά πάσχοντος¹¹,

¹⁰ Έχοντας υπόψιν πως το τμήμα των ψυχοφαρμάκων είναι αυτό που μεγαλώνει περισσότερο κάθε χρόνο σε σχέση με όλο το φάσμα φαρμάκων καλό είναι να αναφερθεί ένα απόσπασμα του βιβλίου *Το μεγάλο μυστικό της φαρμακευτικής βιομηχανίας* του Philippe Pignarre [Στμ. Ελεύθερη απόδοση τίτλου. Τίτλος πρωτότυπου: Philippe Pignarre, *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*, Paris, Editions La Découverte, 2004]: “Για τις δυτικές χώρες, και ιδιαίτερα για τις ΗΠΑ, η φαρμακευτική βιομηχανία είναι ο θησαυρός του καπιταλισμού. Είναι δίχως αμφιβολία η πιο αποδοτική βιομηχανία του: τα μικτά κέρδη της βρίσκονται ανάμεσα στο 70% και στο 90% και, σύμφωνα με τους ειδικούς, ο μέσος όρος κέρδους είναι ο υψηλότερος από όλους: φτάνει στο 18,6% μπροστά από το 15,8% των εμπορικών τραπεζών που βρίσκονται στην δεύτερη θέση, και ακολουθούν από απόσταση οι υπόλοιποι τομείς της βιομηχανίας. Στον δυτικό κόσμο το συνολικό κόστος των φαρμάκων που χορηγούνται με συνταγή μεγαλώνει κάθε χρόνο από το 6% έως το 20% ανάλογα με τη χώρα, δηλαδή με μεγαλύτερο ρυθμό από τις συνολικές δαπάνες για την υγεία”.

¹¹ Το αγγλικό γραφείο διαφημίσεων Junction πραγματοποίησε μια καμπάνια προώθησης του Risperdal γεμάτη από φτηνό συναισθηματισμό, έλλειψη σεβασμού και κακό γούστο. Με το σύνθημα “Επειδή οι υποτροπές είναι μια εφιαλτική ζωή” έστησαν αφίσες όπου απεικονίζονται μια σειρά παραληρημάτων και τρόμων για την εξαφάνιση των οποίων η risperidona αποτελεί τη μαγική συνταγή. Μπορεί κανείς να τις δει στο <http://adsilike.blogspot.com/2007/05/risperdal-antipsychotic-for.html>

οι φαρμακευτικές εταιρίες δεν είναι ούτε μη κερδοσκοπικές οργανώσεις ούτε ιδρύματα για ανθρώπους που υποφέρουν. Πρόκειται, αντίθετα, για ιδιωτικούς οργανισμούς που ακολουθούν τους νόμους μιας αγοράς της οποίας αποτελούν μέρος. Οποιοδήποτε ίχνος ουδετερότητας πρέπει να εξαφανιστεί όταν θέλει κανείς να αναλύσει τη λειτουργία τους. Αυτές οι ίδιες εταιρίες αναλαμβάνουν τη χρηματοδότηση των βασικών ερευνών στην ψυχιατρική, πράγμα που μας κάνει να αναρωτιόμαστε, οπωσδήποτε, πόσο κατευθυνόμενες είναι και τι σκοπιμότητες εξυπηρετούν αυτές οι έρευνες. Ας έχουμε, επίσης, υπόψιν πως τα ψυχοφάρμακα (ειδικά τα νευροληπτικά, που είναι τα πιο ακριβά) χορηγούνται συνήθως για μεγάλες χρονικές περιόδους. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με διάγνωση ψυχωτικών επεισοδίων στον οποίο χορηγείται Zypresa (το 2001 πουλήθηκαν στα ισπανικά φαρμακεία γύρω στα 800.000 κουτιά, πράγμα που σήμαινε για το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης μια δαπάνη σχεδόν 100 εκατομμυρίων ευρώ) είναι κυριολεκτικά ένα κελεπούρι για τη Lilly, το φαρμακευτικό τέρας που το παράγει. Πιστεύει κανείς ότι η Lilly έχει κανένα πραγματικό ενδιαφέρον για την ανάρρωση των καταναλωτών της; Ή μήπως προτιμάει μια αγορά που αιχμαλωτίζει το καταναλωτικό κοινό [...] που θα της προσφέρει σταθερά έσοδα για χρόνια; Τα φάρμακα βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής



Watch Clara
She's hiding another 'Stelazine' tablet

She's got quite a collection in her secret place. And as her hoard increases, her condition deteriorates.

'STELAZINE' CONCENTRATE can help patients like Clara. She might even forget about her secret place.

ο τίτλος και η φωτογραφία μιας από τις πολλές διαφημιστικές αφίσες ψυχοφαρμάκων που βρίσκει κανείς στο internet.

δεν είναι λίγες αυτές των οποίων κεντρικό θέμα είναι να “προειδοποιήσουν” για το πώς οι ψυχικά ασθενείς αποφεύγουν να πάρουν τα φάρμακά τους.

η συγκεκριμένη διαφημίζει το αντιψυχωτικό stelazine

στην ψυχική υγεία, όλα κινούνται γύρω από αυτά και με αυτή τη σκοπιμότητα έρχονται τώρα να θεσπίσουν ένα συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο. [...] Στην Ισπανία [...] καθώς τα φαρμακευτικά εργαστήρια βλέπουν να αυξάνεται συνεχώς ο τζίρος τους χάρη στα 1,2 δις ευρώ (Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 2007¹²), που ξοδεύονται σε αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά και βενζοδιαζεπίνες, βλέπουμε ότι υπάρχουν 4 ψυχολόγοι και 6 ψυχίατροι ανά 100.000 κατοίκους, δείκτης αισθητά χαμηλότερος από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο (18 ψυχολόγοι και 11 ψυχίατροι ανά 100.000 κατοίκους), αλλά και ταυτόχρονα αντίστροφος από την ευρωπαϊκή τάση, όπου ο αριθμός των ψυχολόγων ξεπερνά αυτόν των ψυχιάτρων.

Προκειμένου να μην υπάρχει κατάχρηση ψυχοφαρμάκων, θα χρειαζόταν πρώτα από όλα μια σοβαρή ιατρική παρακολούθηση. Και όλοι οι ψυχικά ασθενείς ξέρουμε πως μια επίσκεψη 15 λεπτών μια φορά το μήνα σε έναν τύπο με άσπρη ρόμπα για να μας δώσει φάρμακα, μοιάζει περισσότερο με μια σχέση βαποράκι-χρήστη παρά με μια σχέση θεραπευτή-ασθενή. Επίσης, συχνά οι ψυχίατροι αλλάζουν την αγωγή μας, πειραματίζονται στους εγκεφάλους μας, δοκιμάζουν διαφορετικά χάπια χωρίς επιστημονικά κριτήρια, απλά και μόνο μέχρι να βρουν αυτά που μας κάνουν καλύτερη δουλειά. Και μόλις τα βρουν, η αγωγή γίνεται μόνιμη, πράγμα που είναι η πιο απλή και οικονομική μέθοδος για όλους (εκτός από αυτόν που τα παίρνει εννοείται). Και το πιο παράξενο είναι ότι οι ψυχίατροι αναγνωρίζουν συνήθως πως τα ψυχοφάρμακα δεν θεραπεύουν (στην τελική, οι πιο σοβαρές ψυχικές διαταραχές –όπως η σχιζοφρένεια– θεωρούνται παθήσεις εφόρου ζωής), αλλά βοηθάνε στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Φαίνεται λογικό βάσει αυτού του επιχειρήματος να υπάρχουν κάποιοι που θέλουν να υποχρεώνουν τους ψυχικά ασθενείς σε μια καθημερινή αγωγή ψυχοφαρμάκων, αλλά είναι εξίσου λογικό, πιστεύουμε, να κινηθείς στην αντίθετη κατεύθυνση και να κάνεις κριτική σε ένα ιατρικό τομέα που δεν είναι ικανός να προσδιορίσει τα προβλήματα με τα οποία ασχολείται, πόσο μάλλον να τα θεραπεύσει [...].

Πώς γίνεται να απορρίπτονται οι υπόλοιπες πιθανές προσεγγίσεις (από την ψυχοθεραπεία έως άλλες μη παρεμβατικές εναλλακτικές); Πώς μπορεί κάποιος που μας προσφέρει τόσα λίγα (μια απλή καταπραϋντική φροντίδα) να είναι ταυτόχρονα τόσο αλαζονικός και θρασύς ώστε να

¹² Σημ. Υπηρεσία πληροφοριών που παρέχει στατιστικά και άλλα στοιχεία για το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας.

αρνείται οποιαδήποτε άλλη πραγματικότητα εκτός από τα φάρμακα του που μας μεταμορφώνουν σε ζόμπι; Διεκδικούμε το δικαίωμά μας να μην υποχρεωνόμαστε σε μια αγωγή με σοβαρές παρενέργειες, είτε επειδή επιλέγουμε άλλο τρόπο για να αντιμετωπίσουμε τον πόνο μας είτε απλά επειδή, κατά την άποψή μας, η θεραπεία που μας προσφέρουν δεν είναι η κατάλληλη.

Συνήθως, η δυσπιστία μας θεωρείται μια ακόμα ένδειξη της διαταραχής του ψυχικά ασθενή, που στο πλαίσιο των παραληρημάτων του πιστεύει πως ο ψυχίατρος είναι ανεπαρκής. Δυστυχώς, η πείρα μας μας επιβεβαιώνει πως υπάρχει μεγάλος αριθμός ανεπαρκειών στο Σύστημα Ψυχικής Υγείας, είτε λόγω της αμέλειας των γιατρών είτε λόγω του περιορισμένου χρόνου τους (που τους κάνει να χορηγούν αρκετά παραπάνω mg από τα απαραίτητα ώστε να μειώσουν τις επισκέψεις στο ιατρείο) είτε λόγω της αναποτελεσματικότητας της ίδιας της ψυχιατρικής. Σε πόσους από εμάς έχουν κρεμάσει διαφορετικές ταμπέλες μέχρι να βρουν μια οριστική διάγνωση; Πώς μπορεί μια διάγνωση να αλλάζει τόσο στο πέρασμα του χρόνου ή ανάλογα με τον ειδικό που την κάνει;

Σχετικά με αυτό αναφέρουμε μια ιστορική περίπτωση που αποδεικνύει την αδυναμία ενός συστήματος διάγνωσης παθήσεων που βασίζεται σε συμφωνίες μεταξύ ειδικών και όχι σε αντικειμενικά κριτήρια: “Το 1972 εκδόθηκαν οι μελέτες της UK-US Study. Δυο ομάδες ασθενών, που νοσηλεύονταν η μια στο Λονδίνο και η άλλη στη Νέα Υόρκη εξετάστηκαν από μια ομάδα άγγλων και μία αμερικάνων ψυχιάτρων. Το αποτέλεσμα ήταν πως ένας ασθενής είχε δυο φορές παραπάνω πιθανότητες να έχει μια διάγνωση σχιζοφρένειας από αμερικάνο ψυχίατρο σε σχέση με έναν άγγλο, και δυο φορές παραπάνω πιθανότητες να έχει μια διάγνωση κατάθλιψης από έναν άγγλο σε σχέση με έναν αμερικανό ψυχίατρο” (*Ένας αιώνας ψυχιατρικής*¹³, Pierre Pichot).

Πριν συνεχίσουμε με την εναντίωσή μας στην ΑΘΑ και για να ορίσουμε την κριτική μας στη βιο-ψυχιατρική, στον εξουσιαστικό ντετερμινισμό της και στην έξαρση των φαρμάκων, θέλουμε να αναφέρουμε τα λόγια του αμφισβητούμενου αμερικανού ψυχιάτρου Peter Breggin (του οποίου δεν είμαστε υποστηρικτές αλλά παρόλα αυτά αναγνωρίζουμε χρήσιμες προσφορές στο έργο του): “Δεν υπάρχει τίποτα πιο βλαβερό για την ποιότητα ζωής στην σημερινή κοινωνία από την λανθασμένη άποψη που λέει ότι ο ανθρώπινος πόνος έχει

¹³ Σημ. Ελεύθερη απόδοση τίτλου. Τίτλος πρωτότυπου: Pierre Pichot, Un siècle de psychiatrie, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 1996

βιολογικές και γονιδιακές αιτίες και μπορεί να θεραπεύεται μέσω φαρμάκων ή ηλεκτροσόκ... Αν ήθελα να καταστρέψω κάποιον, θα τον έπειθα πως η βιο-ψυχιατρική έχει δίκιο: πως οι ανθρώπινες σχέσεις δεν σημαίνουν τίποτα, πως η ελεύθερη επιλογή είναι αδύνατη και πως η μηχανική ενός διαταραγμένου εγκεφάλου κυριαρχεί πάνω σε συναισθήματα και συμπεριφορές. Αν ήθελα να καταστρέψω την ικανότητα ενός ατόμου να δημιουργεί σχέσεις (ερωτικές ή αλλού είδους) θα του έδινα ψυχοφάρμακα: όλα ισοπεδώνουν τις πιο υψηλές ψυχικές και πνευματικές λειτουργίες” (πρόλογος του Peter Breggin στο βιβλίο *13 ιστορίες άμεσης θεραπείας (Reality therapy): Ριζοσπαστική μέθοδος αντιμετώπισης ψυχικών καταστάσεων*¹⁴ του William Glasser).

Αναφέραμε ήδη πως η απλή πρόταση της ΑΘΑ ακυρώνει οποιοδήποτε λόγο του ασθενή για να μην ακολουθεί τη θεραπεία. Το επίθετο ‘ακούσια’ πρέπει να αντικατασταθεί από ‘υποχρεωτική’. Το υποχρεωτικό είναι κατ’ ανάγκη βίαιο, και η βία (ακόμα και αν φοράει μάσκα) δεν έχει τίποτα το θεραπευτικό. Όταν ένας άνθρωπος κηρύσσεται ανίκανος να αποφασίζει για τη θεραπεία του, φαίνεται ξεκάθαρα πως ο σκοπός της εναπόθεσης της ψυχικής υγείας σε πλαίσια δικαστικών αποφάσεων είναι ο έλεγχος και όχι η επανένταξη. Ποιο θεραπευτικό κριτήριο υπάρχει σε μια πράξη βίας; Έχει κάποιος υπολογίσει σοβαρά ποιοι είναι οι κίνδυνοι που μπορεί να προκαλεί μια τέτοια πράξη; Όταν οι υπερασπιστές της ΑΘΑ παρατάσσουν τη λογοδιάρροια τους για το τι είναι το καλύτερο για τους κατημένους ασθενείς πρέπει να αντιληφθούμε πως δεν αναφέρουν πουθενά το θεραπευτικό (πρόταγμα) αλλά την εκτέλεση ενός νόμου. Τι είδους θεραπεία είναι εκείνη που εκτελείται υπό την απειλή παρέμβασης ενός αστυνομικού; Οποιαδήποτε λογική προσέγγιση της ιατρικής υποστηρίζει πως μεταξύ ασθενή και ειδικού της υγείας πρέπει να δημιουργηθεί μια θεραπευτική συμφωνία σεβασμού (η λεγόμενη “θεραπευτική συμμαχία”), αφού για να βοηθήσει κάποιος είναι απαραίτητο να υπάρχει μια δόση εμπιστοσύνης. Η επιβολή μιας θεραπείας υπό την απειλή μιας βίαιης παρέμβασης (ας το πούμε ξεκάθαρα και όχι περιφραστικά και με πλάγια μέσα όπως κάνουν δικαστές, ψυχίατροι και δημοσιογράφοι: να σε υποτάσσουν με τη βία, να σου κατεβάσουν το παντελόνι και να σου καρφώσουν μια ένεση με ένα ναρκωτικό που δεν θέλεις) ανατινάξει κάθε συμφωνία, η σχέση ασθενή-θεραπευτή γίνεται μια σχέση ωμής εξουσίας και αναγνωρίζεται έτσι πως δεν είναι ζήτημα θεραπείας αλλά ζήτημα έλεγχου. Με άλλα λόγια: χωρίς απελευθερωτικούς στόχους

¹⁴ Στμ. Τίτλος πρωτότυπου: William Glasser, *Reality therapy in action*, New York, HarperCollins, 2000

κάνεις δεν θα απελευθερωθεί ποτέ. Η φαρμακοθεραπεία ξεφεύγει από τα όρια της και όσο περισσότερο προωθείται (και η ΑΘΑ είναι ένας ένθερμος υποστηρικτής της) τόσο θα μεγαλώνει η ζήτησή της. Με βάση τις λογικές αρχές οποιασδήποτε πολιτικής της υγείας, επιβεβαιώνεται πως η ΑΘΑ είναι απλά ένα δείγμα της αποτυχίας του ψυχιατρικού τομέα, αφού όχι μόνο δεν υπηρετεί τον σκοπό για το οποίο δημιουργήθηκε αλλά επίσης αναπαράγει το ίδιο το πρόβλημα. Για μια ακόμη φορά θεωρούμε ότι το σφάλμα είναι δομικό και ξεπερνάει το ψυχιατρικό (πλέγμα): αντιμετωπίζουμε μια κατάσταση προβληματισμών κοινωνικής διάστασης. Για αυτό, για τον ίδιο λόγο που οι ψυχικές ασθένειες γίνονται συνεχώς ένα ευρύτερο φαινόμενο παρά τα πολυάριθμα καινούργια φάρμακα, η υποχρεωτική αγωγή, αν και αρχικά σκοπεύει σε συγκεκριμένες ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις, θα δημιουργήσει με το χρόνο ένα ευρύτερο φάσμα περιπτώσεων για να εφαρμοστεί. Και αυτό θα γίνει για τον απλό λόγο ότι η ΑΘΑ δεν προσανατολίζεται με βάση την θεραπευτική ανάγκη αλλά τον έλεγχο και την αγορά.

Τα λόγια του ψυχίατρου E. González Duro (*Κοινωνική επικινδυνότητα*¹⁵, 1977) για το φρενοκομείο μπορούν να αναφερθούν εδώ σχετικά με τη ΑΘΑ: “Η κοινωνία, η ταξική και «αλλοτριωμένη» κοινωνία, χρειάζεται να έχει τους τρελούς της υπό μια ακριβή οργάνωση, για να εξυπηρετούν ως αντίθεση, ως αντιπαράδειγμα κοινωνικά αποδεκτής συμπεριφοράς, ως αντιπαράδειγμα κανονικότητας και υπακοής”. Οι διάφορες προτάσεις (δικαστικής προέλευσης ή από σχετικές οργανώσεις) δεν έχουν σαν κύριο σκοπό την ανάκαμψη του ασθενή. Καταδικάζουν απλά μια κατάσταση, σαν να έλεγαν: “δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτε άλλο, μας μένει μόνο να διασφαλίσουμε την οικογενειακή και κοινωνική τάξη”. Για αυτό το λόγο ο ασθενής γίνεται αντιληπτός σαν (εν δυνάμει) εγκληματίας. Τα ΜΜΕ δεν αναφέρουν την έλλειψη θεραπευτικών μέσων, τους κινδύνους των ψυχοφαρμάκων, τα συμφέροντα των εταιριών. Παρουσιάζουν ένα συσχετισμό μεταξύ επικινδυνότητας και ψυχικής ασθένειας που, στην πραγματικότητα, μετατρέπει τους ψυχικά ασθενείς σε αποδιοπομπαίους τράγους μιας κοινωνίας χωρίς αξίες, χωρίς καμία ηθική όπου επικρατεί μονάχα το χρήμα. Αυτός ο διαχωρισμός ανάμεσα στο ‘εμείς’ και στο ‘αυτοί’, όταν ο ψυχασθενής παρουσιάζεται σαν μια κοινωνική απειλή (με τον ίδιο ζήλο από δημοσιογράφους και από δικαστές), είναι η αφορμή της ίδιας της κοινωνίας για να επιβεβαιώσει τις μεθόδους της και να στείλει ένα

¹⁵ Στμ. Ελεύθερη απόδοση τίτλου. Τίτλος πρωτότυπου: Enrique González Duro, *Peligrosidad Social*

μήνυμα στους ξεστρατισμένους: “αν βγαίνεις από την κανονικότητα, αυτά σε περιμένουν”.

Όταν αρχίσαμε να μαζεύουμε υλικό για αυτή τη μπροσούρα, αντιληφθήκαμε πως ανάμεσα σε όλες τις σκέψεις και απόψεις για την ΑΘΑ (τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές), δεν υπήρχε μία πιο προφανής, που να μας ήρθε στο μυαλό μόλις διαβάσαμε για την υποχρεωτική αγωγή... Η ΑΘΑ, είτε πραγματοποιηθεί είτε όχι, έχει ένα κύριο σκοπό: αυτόν της απειλής. Μάλλον πρέπει να βρίσκεσαι στο πεισί ενός ψυχασθενή για να βγάλεις αυτό το συμπέρασμα, μα παρόλα αυτά θα μας άρεσε να το σκεφτεί κανείς με προσοχή. Αν η ΑΘΑ έρχεται σαν τη “δαμόκλειο σπάθη” πάνω από το κεφάλι των ψυχασθενών, θα έπρεπε να μιλήσουμε με όρους τιμωρίας. Αν κάποιος μας ρωτάει γιατί τα γράφουμε αυτά, η πιο απλή απάντηση θα ήταν γιατί φοβόμαστε τη ΑΘΑ. Ο φόβος συμπορεύεται με την τιμωρία και τη βία. Η απειλή να χάσεις την αξιοπρέπεια σου, την αυτονομία σου και την ελευθερία σου δεν μπορεί να γίνει αντιληπτή σαν «κάτι καλό για μας», και προφανώς δεν μπορεί να μας βοηθήσει να απαλύνουμε τον πόνο μας. Στην τελική, αν εφαρμόσουν τη ΑΘΑ σε κάποιον, αυτός θα βρεθεί σε μια δίκη, μα όχι στις συνηθισμένες δίκες με στοιχεία, υπεράσπιση και κατηγορίες. Θα είναι μια δίκη που δεν μπορεί να είναι αντικειμενική (επαναλαμβάνουμε: η ψυχιατρική δεν κατέχει στοιχεία για να επιβεβαιώνει τις διαγνώσεις της¹⁶) αλλά μια υποκειμενική δίκη με μεγάλες πιθανότητες να εμπεριέχει λάθη και προσωπικές εκτιμήσεις, που μπορεί να σε οδηγήσει στο να χάσεις την ελευθερία και την υγεία σου. Αν το εξετάσουμε νομικά, η ΑΘΑ μοιάζει με την “προληπτική σύλληψη”, κάτι παράνομο στις αποκαλούμενες δημοκρατικές χώρες. Η ακούσια θεραπεία βασίζεται στην λανθασμένη εκτίμηση που λέει ότι οι ψυχίατροι μπορούν να

¹⁶ Ο διάσημος Dr. Edwin Fuller Torrey, συγγραφέας του best-seller για τη βιο-ψυχιατρική *Ξεπερνώντας τη σχιζοφρένεια* [Στμ. Ελεύθερη απόδοση τίτλου. Τίτλος πρωτότυπου: E. Fuller Torrey, *Surviving Schizophrenia: A manual for families, consumers, and providers*, New York, Harper and Row, 1983] αναφέρει: “η διάγνωση βασίζεται ακόμη στην υποκειμενική παρατήρηση της συμπεριφοράς του ασθενή από τον ψυχίατρο και στην εξήγηση των βιωμάτων του ασθενή. Είναι προφανές πως αυτό που χρειάζεται, και μάλλον θα υπάρχει σε λίγα χρόνια, είναι αντικειμενικοί δείκτες για τη διάγνωση, όπως εξετάσεις αίματος ή εξετάσεις του εγκεφαλονωτιαίου υγρού”. Αν συγκρίνουμε τον ενθουσιασμό του Fuller με εκείνο προηγούμενων ψυχιάτρων, που δεν είχαν κανένα αποτέλεσμα, μπορούμε να πούμε μόνο ένα πράγμα: αν περιμένει στοιχεία από εργαστήριο για να κάνει μια διάγνωση σχιζοφρένειας, καλύτερα να κάτσει να περιμένει, για να μην κουραστεί...

προβλέπουν βίαιες και επικίνδυνες συμπεριφορές, κάτι απίθανο αφού βασίζονται σε παρατηρήσεις και προσωπικές απόψεις (και όχι σε επιστημονικά δεδομένα), και το αποτέλεσμα είναι παρόμοιο με εκείνο του “προληπτικού κρατούμενου”: ένας “προληπτικός θεραπευόμενος”.

Αφού τσεκάρουμε τα νομικά της ΑΘΑ και τις ηθικές συνέπειες της, πρέπει να ολοκληρώσουμε: Αρχικό ερώτημα: Τι κοινό έχουν ψυχιατρική και δικαιοσύνη; Και οι δύο αποτελούν μέρος των μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου παρεκκλινουσών συμπεριφορών (το ίδιο ερώτημα δεν έχει την ίδια απάντηση αν αντικαταστήσουμε την ψυχιατρική με οποιαδήποτε άλλη ιατρική ειδικότητα). Απέναντι σε αυτές τις δυνάμεις ελέγχου, ο άνθρωπος με ψυχική διαταραχή έχει θεωρητικά μια σειρά δικαιωμάτων που τον διασφαλίζουν. Δικαιώματα που στηρίζονται στην ιδιότητα του ως πολίτη. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Διακήρυξη Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ του 1948, οι άνθρωποι με ψυχικές παθήσεις μοιράζονται με τους υπόλοιπους ανθρώπους αυτό που λένε “έμφυτη αξιοπρέπεια” και “ίσα και μη αναφαίρετα δικαιώματα σαν μέλη της ανθρώπινης οικογένειας”, έννοιες που συμπεριλαμβάνονται στη Δήλωση Ανθρώπινων Δικαιωμάτων και Ψυχικής Υγείας, προωθημένες από την Παγκόσμια Ομοσπονδία Ψυχικής Υγείας: “Τα βασικά δικαιώματα των ανθρώπων που ονομάζονται, έχουν διάγνωση ή ορίζονται σαν συναισθηματικά ασθενείς ή διαταραγμένοι, θα είναι ολόδια με τα δικαιώματα των υπόλοιπων πολιτών. Συμπεριλαμβάνονται το δικαίωμα σε μια θεραπεία μη υποχρεωτική, αξιοπρεπή, ανθρώπινη και ποιοτική, με πρόσβαση στην απαραίτητη ιατρική, ψυχολογική και κοινωνική τεχνολογία• η απουσία διάκρισης στη δίκαια πρόσβαση στην θεραπεία ή απουσία άδικων περιορισμών στην θεραπεία για λόγους πολιτικής πεποίθησης, κοινωνικό-οικονομικού χαρακτήρα, πολιτιστικών, ηθικών, φυλετικών, θρησκευτικών, φύλλου, ηλικίας ή σεξουαλικών επιλογών• το δικαίωμα στην προσωπική ζωή• το δικαίωμα στην ιδιοκτησία• το δικαίωμα στην προστασία από την σωματική και ψυχοκοινωνική κακοποίηση• το δικαίωμα στην προστασία ενάντια στην επαγγελματική ή μη επαγγελματική αμέλεια• το δικαίωμα του κάθε ανθρώπου να ενημερωθεί ευπρεπώς για την κλινική κατάστασή του”.

Δυστυχώς αυτά τα δικαιώματα καταπατούνται παρά πολύ συχνά στο Σύστημα Ψυχικής Υγείας του ισπανικού κράτους. Η “επαγγελματική αμέλεια”, λόγω της οποίας μια οικογένεια ψυχικά ασθενή με σοβαρή διαταραχή χρόνιου χαρακτήρα πρέπει να προσεγγίσει “ιδιωτικές λύσεις” (δηλαδή ιδιωτικά ιατρεία ή ιδιωτικά ιδρύματα), δεν είναι καθόλου παράξενο φαινόμενο. Επίσης ενημέρωση για τη φαρμακοθεραπεία

δεν υπάρχει, και γενικώς όταν ένας ασθενής απαιτεί να ενημερωθεί για αυτή, η συμπεριφορά του ψυχίατρου είναι περιφρονητική, και συνδέει το ενδιαφέρον του ασθενή με την ίδια την πάθηση (δηλαδή η ανάγκη γνώσης θεωρείται κάτι σαν τάση για παράνοια). Αυτά τα γεγονότα μας οδηγούν στην υπόθεση που υποστηρίζουμε: ότι ο ψυχικά ασθενής δε θεωρείται αυτόνομο και ελεύθερο άτομο με τα δικαιώματα που του αντιστοιχούν. Ωστόσο η ΑΘΑ εμβαθύνει αυτή την κατάσταση, και ανοίγει της νομικές θύρες σε μια πραγματική κατάσταση εκτάκτου ανάγκης, όπου τα ανθρώπινα δικαιώματα ακυρώνονται. Και ακόμα μια φορά επαναλαμβάνουμε, για τους υπόλοιπους ασθενείς, τις οικογένειες τους, τους ειδικούς και τους δικαστές, πως ο εκβιασμός δεν μπορεί ποτέ να είναι θεραπευτικός.

Αυτή η γνώμη (τόσο απλή, διαισθητική) δεν είναι αποκλειστικά εκείνων που λαχταρούμε και αγωνιζόμαστε για μια κοινωνική αλλαγή που θεωρούμε αναγκαστική, αλλά την υποστηρίζουν και όσοι δεν έχουν χάσει την κοινή λογική. Σε αυτή την κατεύθυνση η Ισπανική Ένωση Νευροψυχιατρικής λέει, μεταξύ άλλων, τα εξής:

– “Το ζήτημα της θεραπείας και της κοινωνικής στήριξης δεν λύνεται μέσω ενός νόμου που προσθέτει στο πλαίσιο της ψυχοσθένειας κάθε μη κανονική συμπεριφορά των ασθενών”.

– “Ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της θεραπείας επικεντρώνεται στην εκτέλεση της αγωγής ψυχοφαρμάκων, χωρίς να εγγυάται παράλληλα την ύπαρξη ενός σχεδίου αποκατάστασης και/ή θεραπευτικού τύπου. Είναι πολλές οι αποδείξεις πως μια ολική και πολυεπίπεδη θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική σε σοβαρές διαταραχές”.

– “Η εμπλοκή των δικαστικών αρχών στη θεραπεία προωθεί την αμέλεια και την ανευθυνότητα των ειδικών της υγείας μέσω της μεταβίβασης της ευθύνης στο δικαστικό σύστημα”.

– “Η συμμετοχή του ψυχικά ασθενή στην λήψη αποφάσεων και η συμφωνία, η εμπιστοσύνη μεταξύ ειδικών και ασθενών, είναι οι θεμελιώδεις άξονες για την εξέλιξη της θεραπείας και την μετέπειτα ανάκαμψη”.

– “Η αθέλητη θεραπεία είναι αμφισβητούμενη με βάση τα Ανθρώπινα Δικαιώματα Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές”.

Η ακούσια θεραπεία δεν είναι τίποτα παρά ένα μπάλωμα για την έλλειψη κατάλληλων και αποτελεσματικών κοινωνικών υπηρεσιών. Για την υπεράσπιση της χρειάζονται, καταρχήν, δυο προϋποθέσεις:

– Να αρνείται κανείς την ευθύνη του κράτους για τις ανεπάρκειες του συστήματος περίθαλψης, και

– Να αρνείται κανείς το δικαίωμα του ασθενή¹⁷, στην ιδιωτική ζωή και στην ατομική ελευθερία.

Μόνο έτσι θα ανοίξει η επικίνδυνη πόρτα της υποχρεωτικής αγωγής χωρίς αμφιβολίες και ανησυχίες ηθικού περιεχομένου. [...]

Όλο το σκεπτικό ξεκινάει από μια άκριτη παραδοχή, όπως αναφέραμε παραπάνω: η ψυχιατρική φαρμακοθεραπεία αποτελεί τεράστια πρόοδο στην θεραπεία της ψυχοσθένειας, επομένως είναι λογικό η θεραπεία να οργανώνεται με βάση τη χρήση ψυχοφαρμάκων. Η ανακρίβεια και η διαφορούμενη έκφραση της ΑΘΑ αφήνει στην άκρη μια σημαντική λεπτομέρεια του ΟΗΕ που θέτει εκτός νόμου την “κατάχρηση φάρμακων”¹⁸. Αν στο πλαίσιο της “ομαλής” περίθαλψης, οποιοσδήποτε ψυχικά ασθενής ή κοντινός άνθρωπος μπορεί να αντιλαμβάνεται καθημερινά την υπερβολική χρήση ψυχοφαρμάκων, τι εγγύηση περιμένουμε από μια κατάσταση εκτάκτου ανάγκης όπως επιβάλλει η ΑΘΑ; Σε αυτή την κατεύθυνση, κάθε πρόταση υποχρεωτικής αγωγής μας οδηγεί σε έναν κοινό τόπο, στη Δήλωση της Χαβάης του 1977 (τροποποιημένη και διορθωμένη από τη Παγκόσμια Ψυχιατρική Εταιρεία του 1983) που δηλώνει πως καθήκον του ψυχίατρου είναι πάντα να υπηρετεί τα “άνωτα συμφέροντα του ασθενή”. Αλλά, πως αποτελεί εγγύηση αυτή η δήλωση; Απαιτείται η πίστη του ασθενή για αυτό, αλλά, ειλικρινά, είμαστε πολλοί που δεν έχουμε καμιά διάθεση. Για να έχουμε αυτή την πίστη θα έπρεπε να παραβλέψουμε άπειρους παράγοντες: καταρχάς, ότι η ψυχιατρική στην πράξη υφίσταται μέσα σε ένα καπιταλιστικό πλαίσιο όπου το οικονομικό κέρδος είναι το σημαντικότερο και όπου τα συμφέροντα της φαρμακοβιομηχανίας μεταφράζονται σε εξωφρενικές ποσότητες χρήματος. Επίσης θα έπρεπε να πιστεύουμε πως οι ψυχίατροι είναι από μόνοι τους καλοί άνθρωποι των οποίων είναι αυτοσκοπός η ανάκαμψη του ασθενή, και ότι είναι άνθρωποι που δεν κάνουν λάθη. Δίχως να επιθυμούμε να κατηγορούμε το σύνολο της ψυχιατρικής, η αλήθεια είναι πως δεν εμπιστευόμαστε

¹⁷ Όπως υπάρχει στο Νόμο 41/2002 περί της Αυτονομίας του Ασθενή καθώς και επίσης στο Ισπανικό Σύνταγμα.

¹⁸ Εμπεριέχεται στην Δήλωση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης περί της Χρήσης και Κατάχρησης Ψυχοτρόπων Φάρμακων που υιοθετήθηκε στην 29η Παγκόσμια Ιατρική Συνέλευση (στο Τόκιο, τον Οκτώβριο του 1975) και τροποποιημένη στην 35η Συνέλευση (στη Βενετία, τον Οκτώβριο του 1983).

ιδιαίτερα την εικόνα του ψυχιάτρου. Ιστορικά δεν υπάρχει άλλη ιατρική ειδικότητα που να έχει υπερασπιστεί και πραγματοποιήσει τόση βαρβαρότητα, από τη γενικευμένη χρήση της ψυχοχειρουργικής (με την οποία καταστράφηκαν οι ζωές χιλιάδων ανθρώπων τον 20ο αιώνα) ή τον μαζικό εγκλεισμό ασθενών σε απάνθρωπες συνθήκες, έως την υποστήριξη και προώθηση ευγονικών πρακτικών (αποκορύφωμα των οποίων υπήρξε το Πρόγραμμα T4 που εκτέλεσαν οι ναζί κατά τη διάρκεια του ολοκαυτώματος υπό την διεύθυνση διάσημων Γερμανών ψυχιάτρων –από τους οποίους πολλοί συνέχισαν ως τέτοιοι μεταναστεύοντας στις ΗΠΑ- που σήμαινε τη δολοφονία περισσότερων από διακόσιες χιλιάδες ασθενείς).

Δε θέλουμε να δαιμονοποιήσουμε την ψυχιατρική αλλά έχουμε τουλάχιστον επιχειρήματα για να μην επιτρέψουμε να αποκτήσει ένα καλό όνομα και ικανότητες που δεν κατέχει. Η ιστορία της ψυχιατρικής αποτελεί μια ιστορία ιατρικής αποτυχίας (αντί να εξαφανίζονται οι ψυχικές ασθένειες, γίνονται ένα ευρύτερο φαινόμενο στην κοινωνία) και έναν κατασταλτικό εφιάλη που ξεπούσε πάντα πάνω στα λιγότερο προνομιούχα στρώματα της κοινωνίας. Αν θέλουν να παίρνουμε φάρμακα να προσπαθήσουν να μας πείσουν, να μας δείξουν αντικειμενικά στοιχεία για τα θετικά στοιχεία των ναρκωτικών τους. Αλλά αν μας αντιμετωπίζουν σαν εχθρούς που πρέπει να εξουδετερωθούν, τότε κάτι δεν πάει καλά. Η ψυχιατρική δεν ήταν ποτέ γνωστή για τις ικανότητες πειθούς της, αλλά για το βάρος των απειλών της. Π.χ., το 1818 ο Benjamin Rush έγραψε: “Ο τρόμος δρα με φοβερή δύναμη πάνω στο σώμα μέσω του νου, και πρέπει να χρησιμοποιείται για να θεραπεύει την τρέλα”. Ο κύριος Rush ήταν ο πρώτος πρόεδρος της APA (Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση), αυτό το κονκλάβιο που συντάσσει τους οδηγούς DSM, με τους οποίους μας κάνουν διαγνώσεις στα ιατρεία [...]. Η ΑΘΑ αποτελεί μέρος μιας παράδοσης που υποστηρίζει πως η ψυχική ασθένεια θεραπεύεται με έλεγχο, εκβιασμό και φόβο. Προφανώς δεν ζούμε ούτε στην εποχή του Γ’ Ραϊχ ούτε σ’ εκείνη όπου στις Νότιες Πολιτείες των Ηνωμένων Πολιτειών στείρωναν μαύρους, φτωχούς και νοητικά υστερημένους με βάση τις αρχές της βιο-ψυχιατρικής: τα πράγματα έχουν γίνει πολύ πιο διακριτικά και “καθαρά” και, πάνω από όλα, έχουν γίνει οικονομική επιχείρηση.

Είναι συνεχείς οι αναφορές στο οικονομικό κόστος από τους υποστηρικτές της υποχρεωτικής αγωγής. Είναι ψέμα πως οι ανάγκες των ψυχικά ασθενών είναι το σημαντικότερο ζήτημα* αν ήταν έτσι, το οικονομικό ζήτημα δεν θα ήταν επιχείρημα υπέρ της ΑΘΑ.

[...]“Η υποχρεωτική θεραπεία έξω από ιδρύματα πρέπει να θεωρηθεί ως η λιγότερο περιοριστική, η πιο αποτελεσματική και η πιο οικονομική εναλλακτική στον εγκλεισμό”. Το πρώτο δελτίο Encuentro (1998), από την οργάνωση FEAFES, αναφέρει από την ίδια τάση: “Τι αμφιβολία να υπάρξει στο ότι η παρακολούθηση μιας ψυχιατρικής θεραπείας θα ωφελήσει τον ασθενή και ολόκληρο το κοινωνικό σώμα; Και όχι μόνο λόγω της μείωσης της συχνότητας εισαγωγών λόγω επεισοδίων, της μείωσης δηλαδή που θα έχουν οι στεναχώριες, το άγχος και οι συναισθηματικές διαταραχές αλλά και αυτής των δαπανών από τη μεριά του κράτους ή των αρμόδιων των νομαρχιών”. Είναι απελπιστικό να βλέπει κανείς πως μιλάνε για τον πόνο μας με όρους που θυμίζουν εκείνους μιας οικονομικής επιχείρησης. Είναι σαν τα αιτήματα προς το κράτος να έχουν αφήσει στην άκρη τους θεραπευτικούς σκοπούς και να λένε: “Δώστε μας αυτά, όλοι θα χαρούν και συν τοις άλλοις είναι η πιο οικονομική επιλογή”. Κατανοούμε το βάρος (είτε οικονομικό, είτε συναισθηματικό, κτλ.) που φέρουν πολλές οικογένειες, αλλά αυτό το παραλήρημα της υποχρεωτικής αγωγής μας έχει κάνει να χάσουμε τον προσανατολισμό μας, δηλαδή το δικαίωμα στην υγεία και στην αξιοπρέπεια του ψυχασθενή.

Το *Μέτρα εξωτερικής υποχρεωτικής φαρμακοθεραπείας στην Ψυχική Υγεία*¹⁹ είναι ένα ασαφές κείμενο, παρουσιάζει επιφανειακά τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της ΑΘΑ, παίρνει στοιχεία από εδώ και από εκεί μα δεν είναι συγκεκριμένο στις προτάσεις του. Δεν είναι ανάγκη να είναι κανείς ειδικός στα νομικά για να προβλέψει τι θα συμβεί όταν σε μια νομοθετική μεταρρύθμιση παραμένουν στον αέρα πολλά στοιχεία. Παράδειγμα αυτής της επικίνδυνης τάσης σε αοριστία είναι το εξής: “Σε αυτά που μας αφορούν, αν και η πρώτη επαφή με τους μηχανισμούς περίθαλψης γίνεται με τρόπο εκβιαστικό, πρέπει να προωθούνται στο μέγιστο η δραστηριοποίηση και η θέληση του ασθενή, και η προσφυγή στη χρήση κατασταλτικών μηχανισμών να γίνεται μονάχα όταν καθίσταται αναγκαίο”. Τα ερωτήματα του αναγνώστη είναι προφανή: Ποιος και πώς αποφασίζει τη χρήση τέτοιων μηχανισμών; Πώς προωθείται η θέληση δίχως να καταλήγει σε καταστολή ή σε έναν εκβιασμό του τύπου: αν δεν παίρνεις τα φάρμακα δεν θα έχεις πρόσβαση σε κατοικία, επίδομα ή δουλειά; Άλλος κίνδυνος αυτού

¹⁹ Στι. Ελεύθερου απόδοση τίτλου. Τίτλος πρωτότυπου: SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA (2003): Medidas de tratamiento obligatorio externo en salud mental: Marco de una propuesta legislativa respetuosa con los derechos humanos, Comité Técnico Jurídico sobre Tratamiento Ambulatorio patrocinado por FEAFES. Madrid, 28 de marzo de 2003

του αόριστου λόγου είναι πως στο άμεσο μέλλον, με τον ίδιο τρόπο που προωθείται τώρα η υποχρεωτική αγωγή μπορεί να προωθηθούν άλλες μέθοδοι που ενδεχομένως να θεωρηθούν χρήσιμες, όπως το ηλεκτροσόκ ή η ψυχοχειρουργική.

Μπορεί να φαίνεται εξωφρενικό, αλλά η ψυχιατρική, ως ψευδοεπιστήμη που είναι, διακατέχεται από μια τάση να ακολουθεί τη μόδα• κάποτε ήταν ευρύτερη η χρήση ηλεκτρικού ρεύματος στους εγκεφάλους των ψυχασθενών και τώρα ζούμε ένα είδος αναβίωσης αυτής της πρακτικής. Τα μηχανήματα δεν είναι τόσο τρομακτικά όπως στην ταινία *Η φωλιά του κούκου* αλλά η λειτουργία είναι σχεδόν η ίδια: ηλεκτρικό ρεύμα και σπασμοί. Για μια ακόμη φορά, στα λόγια της ψυχιάτρου Ana Patricia Vázquez, απουσιάζει σαφής λόγος σχετικά με τη θεραπεία: “η εξήγηση για το πώς το ηλεκτρικό ρεύμα επιδρά στον εγκέφαλο δεν είναι ξεκάθαρη και οι ειδικοί δεν γνωρίζουν πού ακριβώς δρα, αλλά είναι εμφανές πως διεγείρει τους νευροδιαβιβαστές και βάζει τα πάντα στην θέση τους [...]. Είναι όπως ο υπολογιστής που κολλάει και επιλέγουμε να τον επανεκκινήσουμε”. Φοβερά πειστικό: χρησιμοποιείται από το 1938 και ακόμα δε γνωρίζουν πώς λειτουργεί, αλλά παρόλα αυτά σου λένε ότι κάνει καλό... Θα μας πούνε κάποια στιγμή ότι είναι αναγκαστικό, και θα υποχρεωθούμε να το δεχτούμε, με έναν σωλήνα στο στόμα για να μη γυρίσει η γλώσσα μας κατά τη διάρκεια των σπασμών λόγω του ρεύματος;

Όπως αντιλαμβανόμαστε, η ΑΘΑ συνοδεύεται από κινδύνους που οι υποστηρικτές της δεν έχουν εξετάσει σε βάθος (και ακόμη και αν το έκαναν τους άφησαν αδιάφορους). Ένας από αυτούς τους κινδύνους είναι τόσο προφανής που αναγκαστικά τον αναφέρουμε: η λεγόμενη “επεκτατική αρχή”. Οι συγγραφείς του κειμένου δηλώνουν: “Αυτές οι οδηγίες δεν πρέπει να έχουν επεκτατικό χαρακτήρα, θα εφαρμοστούν σε μια περιορισμένη ομάδα ασθενών με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά”. Πώς να εγγυηθεί το να μην υφίσταται αυτό το επεκτατικό αποτέλεσμα και να μη μεγαλώνει προσδευτικά η ποσότητα υποχρεωτικών θεραπειών; Με ποιο τρόπο παρέχεται εγγύηση για την αποφυγή αυτού του επεκτατικού χαρακτήρα και την αποφυγή μιας προσδευτικής αύξησης του αριθμού των υποχρεωτικών θεραπειών; Το κείμενο δεν απαντάει στο ερώτημα, αναφέρει απλά ότι το ιδανικό θα ήταν να μην συμβεί η επέκταση, χωρίς εγγυήσεις και χωρίς μηχανισμούς ελέγχου. Δηλαδή, θέμα καλής πίστης. Όταν σχεδιάζονται στρατηγικές παρέμβασης που δεν υπολογίζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και από τις οποίες απουσιάζουν ρητές ρυθμίσεις, δημιουργείται μια δυναμική καταστολής, η οποία ανά πάσα στιγμή μπορεί να βγει από τα όρια,

να ξεφύγει από τους σκοπούς για τους οποίους αρχικά φτιάχτηκε και να γίνει στην πραγματικότητα ένα όπλο. Η ΑΘΑ μας τρομάζει γιατί ο φόβος είναι η μοναδική ουσία της, γιατί είναι ικανή να εξουδετερώσει όλες τις -υποθετικές- εγγυήσεις που προστατεύουν τα -ούτως ή άλλως περιορισμένα- δικαιώματα των ψυχικά ασθενών²⁰. Εάν, παρά τις ποικίλες αρχές και δικαιώματα που σκοπό έχουν να προστατεύσουν την ακεραιότητά μας, είμαστε εκτεθειμένοι και συμπεριφερόμαστε σαν κατακάθια της κοινωνίας... τι θα συμβεί μεσοπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα αν το νομικό πλαίσιο αλλάξει και ανασταλούν όλα τα -υποτιθέμενα- δικαιώματά μας;

Η ΑΘΑ παραβιάζει τις αρχές του ίδιου του ΟΗΕ, αφού η θεραπεία δεν προσανατολίζεται κυρίως προς όφελος του ασθενή, αλλά μπαίνουν σε πρώτη γραμμή τα κοινωνικά συμφέροντα (απ’ ότι φαίνεται, τάξη και ασφάλεια). Με τη χρήση φαρμάκων επιδιώκεται η βελτίωση της κοινωνικής ευταξίας και όχι η ανάκαμψη του, και επομένως η ψυχιατρική αποκαλύπτεται για μια ακόμη φορά ως αυτό που έχει υπάρξει ιστορικά: μια ειδικότητα ελέγχου και όχι πρόνοιας. Οι διαγνώσεις της μπορούν να καταδικάζουν τις συμπεριφορές τις οποίες η κοινωνία δεν θέλει να ανέχεται μια συγκεκριμένη περίοδο (όπως στην περίπτωση της ομοφυλοφιλίας), και τίποτα δε μας προστατεύει από το να χρησιμοποιηθούν μελλοντικά τέτοιες διαγνώσεις ως άλλοθι για ωμή καταστολή. Σε αντίθεση με οποιοδήποτε άλλο τομέα της Ιατρικής, η αυθαιρεσία που χαρακτηρίζει την ψυχιατρική πρακτική είναι τόσο επικίνδυνη που ο ΟΗΕ προειδοποιεί πως:

1. “η δυσκολία εφαρμογής στις ηθικές, κοινωνικές, πολιτικές κ.α. αξίες δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν ψυχική διαταραχή”.
2. “η χορήγηση φαρμάκων θα απαντάει στις στοιχειώδεις ανάγκες της υγείας του ασθενή και θα χορηγείται μόνο με θεραπευτικούς σκοπούς και ποτέ σαν μια τιμωρία ή για συμφέροντα τρίτων”²¹

Για να αποδείξουμε τη στενή σχέση μεταξύ αυτών που λέμε και της

²⁰ Π.χ. η Απόφαση 46/119 της 17ης Δεκεμβρίου του 1991 του ΟΗΕ• το Άρθρο 10 της Συμβουλής Νο. R (83) της Επιτροπής Υπουργών του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για τα Κράτη Μέλη περί Νομικής Προστασίας των Ανθρώπων Παθόντων Ψυχικών Ασθενειών• το Άρθρο 1 της Συμφωνίας σχετικής με τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και Βιοϊατρικής της 4ης Απριλίου του 1997 επικυρωμένο στο Οβιέδο• ή το Άρθρο 2.1 του Νόμου 41/2002 της ισπανικής νομικής διαρρύθμισης.

²¹ Αρχές που περιλαμβάνει η Απόφαση 46/119 της 17ης Δεκεμβρίου του 1991 του ΟΗΕ.

πραγματικότητας, αναφέρουμε πως στις αρχές του 2009 ένας πολιτικός δήλωσε πως όσοι αντιδρούν στα έργα υποδομής του Τραίνου Υψηλής Ταχύτητας, στην Χώρα των Βάσκων, είναι ενάντια στην πρόοδο και συνεπώς πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή και θα έπρεπε να επισκεφτούν κανένα ψυχίατρο (τονίζουμε πως δεν ειρωνευόταν, το έλεγε σοβαρά). Η ψυχιατρική χρησιμοποιήθηκε πάντοτε ως εργαλείο πολιτικής καταστολής, με άπειρα παραδείγματα, όπως οι διαγνώσεις σχιζοφρένειας διαφωνούντων και στη συνέχεια ο εγκλεισμός τους στην ΕΣΣΔ, ή το καθεστώς στα πανεπιστήμια στην Ισπανία του Φράνκο όπου στις σχολές ψυχιατρικής υποστήριζαν την ύπαρξη μιας άμεσης σχέσης μεταξύ κομμουνισμού/αναρχισμού και τρέλας/ψυχικής αδυναμίας²².

Αφενός η πρόταση που υπερασπίζει η FEAFES και αφετέρου όλα τα επιχειρήματα υπέρ της ΑΘΑ στην Ισπανία, επικαλούνται πως διάφορες χώρες διαθέτουν μηχανισμούς για να επιβάλουν την υποχρεωτική αγωγή σε ψυχικά ασθενείς. Φαίνεται πως η νομική θεμελίωση μιας διαδικασίας βασίζεται στις προηγούμενες εφαρμογές της σε άλλες χώρες (σχετικά με αυτό θα έπρεπε να γνωρίζουν και να απαιτήσουν τα κατάλληλα μέτρα περίθαλψης για την ψυχικά υγεία που υπάρχουν σε άλλες χώρες), παρόλο που, πέρα από τα ηθικά ζητήματα που αναλύουμε τα αποτελέσματα των μελετών για την υποχρεωτική θεραπεία δεν είναι πολύ ικανοποιητικά²³. Καταρχάς δεν είναι ξεκάθαρο πως τέτοιου είδους θεραπείες μειώνουν στατιστικά την συχνότητα εισαγωγής σε νοσοκομεία (κάτι που είναι ένας από τους διακηρυγμένους σκοπούς), και επιπλέον η πλειοψηφία των μελετών καταλήγει ότι είναι επιτακτική ανάγκη η βελτίωση των υπηρεσιών περίθαλψης. Κομβικό σημείο για την ΑΘΑ είναι η έλλειψη υποδομών στο δίκτυο περίθαλψης της ψυχικής υγείας και δυστυχώς η υποχρεωτική αγωγή ανταποκρίνεται περισσότερο στην έλλειψη μέσων και όχι τόσο στις ανάγκες των ασθενών.

Για άλλη μια φορά βρισκόμαστε απέναντι σε ζητήματα οικονομικού

²² “Ο μαρξισμός είναι αρρώστια και στα χέρια μας είναι μεγάλο μέρος της θεραπείας της”, λόγια του ψυχιάτρου Marco Merenciano το 1942.

²³ Αναφέρουμε κάποια από αυτά, που αφορούν τόσο πειραματικές όσο και κανονικά εφαρμοσμένες θεραπείες: Policy Research Associates, *Final Report: Research Study of the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program*; Kisely S., Campbell L.A., Preston N., *Tratamiento obligatorio en la comunidad y tratamiento ambulatorio no voluntario para personas con trastornos mentales graves*; Moran, M., *Coercion or Caring?*; Steadman H.J., Louis K., Dennis D., *Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program*; Ridgely M., Borum R., Petrila J., *The Effectiveness of Involuntary Outpatient Treatment: Empirical Evidence and the Experience of Eight States*.

χαρακτήρα: είναι πιο απλό και οικονομικό να προμηθεύεις φάρμακα έτσι γενικά και αόριστα παρά να υπάρχει μια συνεχής και επαρκής περίθαλψη. Ένας άνθρωπος με ψυχική ασθένεια δεν είναι σε θέση (για κοινωνικούς λόγους) να απαιτεί τίποτα, γεγονός στο οποίο συντελεί η ΑΘΑ όταν μας απογυμνώνει από βασικά δικαιώματα εμποδίζοντας μας να είμαστε αυτόνομα και ελεύθερα υποκείμενα. Είναι η ώρα να δεχτούμε πως με τους όρους αυτής της κοινωνίας, σύμφωνα με τις αξίες και το θεό της (δηλαδή το χρήμα), δεν αξίζουμε τίποτα. Οι περιοριστικοί νόμοι είναι ανάλογοι με την ποιότητα της περίθαλψης, και η ποιότητα της περίθαλψης σχετίζεται αναγκαστικά με τον παραλήπτη της... τον παρεκκλίνοντα, τον τρελό. Το κράτος δεν θέλει να μας προστατεύει επειδή δεν μας αναγνωρίζει σαν αποδοτικά κομμάτια του συστήματός του. Είναι σκληρό και απάνθρωπο, αλλά τουλάχιστον, αφού το αντιλαμβανόμαστε, σταματάμε να ζούμε μια ζωή ψεμάτων, ζωή που είναι ακόμα πιο σκληρή και κτηνώδης.

Στην Ισπανία υπάρχει μια “συγκριτική” μελέτη που προσπαθεί να στηρίξει με στοιχεία την πρόταση της ΑΘΑ. Το άρθρο ονομάζεται “Ακούσια Θεραπευτική Αγωγή για άτομα με σοβαρή ψυχική διαταραχή. Τα αποτελέσματα μιας έρευνας στην πόλη της Βαλένθια²⁴”, εκδόθηκε το 2007 και μελετά 38 ασθενείς που τους επιβλήθηκε θεραπεία με δικαστική απόφαση στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας στην περιοχή Malvarrosa. Αντίθετα με τις μελέτες που αναφέρθηκαν, οι οποίες αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα της υποχρεωτικής θεραπείας [...], η έρευνα της Malvarrosa είναι “αδύναμη” στην μεθοδολογία της (όπως αναγνωρίζουν και οι ίδιοι οι συγγραφείς). Επομένως τα στοιχεία που προσφέρει δεν είναι σοβαρά. Στο κείμενο δηλώνεται το εξής: «Είναι ενδεικτικό το χαμηλό ποσοστό αποχωρήσεων των συμμετεχόντων από τη θεραπεία αφού, μόνο σε μια περίπτωση ένας συμμετέχων αναγκάστηκε σε υποχρεωτική αγωγή στο κέντρο ψυχικής υγείας». Ωραία λοιπόν, αν αυτή είναι η σημαντικότερη επιτυχία μιας υποχρεωτικής θεραπείας, που λειτουργεί υπό μια συνεχή και νομιμοποιημένη απειλή και που έχει την αστυνομία σαν εκτελεστικό όργανο, τότε συγχαρητήρια! Αυτό το γεγονός αποδεικνύει απλά ότι ο εκβιασμός λειτουργεί, μα τι γίνεται με την ποιότητα ζωής και την ανάκαμψη των ψυχασθενών; Αυτό το ζήτημα δεν αγγίζεται [...], γιατί δεν αφορά τους υπερασπιστές της ΑΘΑ• η προτεραιότητα για αυτούς

²⁴ Στμ. Ελεύθερη απόδοση τίτλου. Τίτλος πρωτότυπου: M. Hernández-Viadel, C. Cañete, Nicolás, G. Lera Calatayud, J. Francisco Pérez prieto, T. Roche Millan, *Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia*, *Psiquiatr. Biol.* 2007; 14(1):7-12

είναι η επιβολή της τάξης και όχι η υγεία των ασθενών. Η αλήθεια είναι ότι αναφέρεται μια μικρή μείωση εισαγωγών αλλά, εκτός του ότι είναι αμφισβητήσιμο στοιχείο, λόγω του χαρακτήρα της έρευνας, αυτό που μας ενδιαφέρει εμάς είναι να ξέρουμε αν αυτοί που δεν χρειάστηκαν εισαγωγή διαπίστωσαν κάποια βελτίωση. Και δεν υπάρχουν εργαλεία ανάλυσης για αυτό το ζήτημα. Τέλος, υπάρχει και μια μικρή λεπτομέρεια που κανείς δεν έχει προσέξει σε αυτή την έρευνα: το κέντρο ψυχικής υγείας όπου πραγματοποιήθηκε (η έρευνα) βρίσκεται σε μια από τις πιο υποβαθμισμένες περιοχές της πόλης της Βαλένθια. Γιατί δεν υπάρχουν μελέτες σε περιοχές με *μεγαλύτερα εισοδήματα*; Δεν είναι γεγονός -παρόλο που αρχές και θεσμοί το αποκρύπτουν- η σχέση μεταξύ κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών, ψυχικής υγείας και μέσων για την αντιμετώπισή της;

ΑΘΑ δεν υπάρχει για τους πλούσιους ψυχικά ασθενείς (που είναι πολύ λιγότεροι από αυτούς που δεν είναι πλούσιοι²⁵). Δεν την αφορούν όροι όπως πολίτευμα ή ανάκαμψη... Ούτε είμαστε πολίτες με πλήρη δικαιώματα ούτε φαίνεται να ενδιαφέρεται κανείς για την ανάκαμψή μας. Στην Ισπανία η περίθαλψη στον τομέα της ψυχικής υγείας στρέφεται σε μορφές όπως εκείνης της ακούσιας θεραπείας γιατί οι εναλλακτικές ολικής και κοινοτικής δράσης δεν συμφέρουν, ούτε οικονομικά ούτε κοινωνικά. Από διαίσθηση καταλαβαίνουμε πως δεν μπορεί να υπάρχει μια αποτελεσματική διαδικασία περίθαλψης για έναν ψυχικά ασθενή αν αυτός δεν συμφωνεί με αυτή. Βρισκόμαστε σε *no man's land*, δεν είμαστε μέρος της κοινότητας παρόλο που μοιραζόμαστε χώρο με αυτήν. Η ίδια η κοινωνία επιβάλλει συνθήκες ζωής που προκαλούν συνεχώς ψυχικές παθήσεις και παράλληλα, η ίδια η κοινωνία διαχωρίζει, δείχνει, και εγκληματοποιεί τα θύματά της, στιγματίζοντας τα για να παραδειγματίζονται οι υπόλοιποι τι συμβαίνει όταν δεν ακολουθείς τις προσδοκίες της. Με άλλα λόγια, η ψυχική ασθένεια είναι η παράπλευρη απώλεια ενός κτηνώδους συστήματος και ταυτόχρονα μια κοινωνική ανάγκη.

Σε έναν τοίχο στο ψυχιατρείο στην Τεργέστη (βόρεια Ιταλία) γράφει: *η ελευθερία είναι θεραπευτική*. Εμείς το πιστεύουμε αυτό αλλά τι ελπίδες

²⁵ Όπως ειρωνεύεται ο González Duro στο βιβλίο του (*Κοινωνική επικινδυνότητα*, 1977), όταν μιλάει για καταστάσεις του παρελθόντος που παρελθόντος που όμως δεν έχουν αλλάξει πολύ: “λογικά οι πλούσιοι ασθενείς έκαναν οικειοθελείς επισκέψεις στον ψυχίατρο, με εμπιστοσύνη και χωρίς φόβο, γιατί δεν ήταν τόσο τρελοί όπως οι φτωχοί που δεν αναγνώριζαν την τρέλα τους, δυσπιστούσαν απέναντι στον γιατρό και, όσο ήταν δυνατόν, αντιστεκόταν στις θεραπείες επειδή ήταν τόσο αδέξιοι που δεν καταλάβαιναν τίποτα”.

να έχουμε στο πλαίσιο ενός καθεστώτος επιτηρούμενης ελευθερίας όπου ανά πάσα βρισκόμαστε υπό την απειλή της υποχρεωτικής θεραπείας; Πού είναι η αυτονομία του ψυχικά ασθενή να επιλέξει να αρνηθεί τη θεραπεία; Γιατί δεν υπάρχει χώρος για μια λογική αμφισβήτηση της ικανότητας ενός ψυχιάτρου να εξετάσει την κατάστασή μας αλλά και των συνεπειών που μπορούν να έχουν τα ψυχοφάρμακα τους στην υγεία μας; Γιατί έχουν την αναιδεια να απαιτούν από μας να σκύψουμε το κεφάλι μπροστά σε ένα σύστημα που στηρίζεται στον έλεγχο και όχι στην περίθαλψη; Εμείς έχουμε αντιληφθεί πως αυτή η αντίφαση μεταξύ “περίθαλψης” και ελέγχου, αυτή η ανικανότητα της ψυχιατρικής να σταματήσει τον πόνο μας, μπορεί μονάχα να λυθεί μέσω μιας αλλαγής της κοινωνικής δομής.

Παραπάνω αναφέρθηκε ότι η ουσία της ΑΘΑ είναι ο φόβος. Ο φόβος εμποδίζει την ανάπτυξη της συνείδησης και μετατρέπει γυναίκες και άνδρες σε πλάσματα δειλά χωρίς ικανότητα επιλογής. Αντιλαμβανόμαστε ότι μόνο μέσω της αυτοσυνείδησης (ποιοι είμαστε και μέσα σε ποια συνθήκη υπάρχουμε) μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την ασθένεια. Μόνο έτσι θα καταφέρουμε να σηκωθούμε ενάντια σε κάθε ψυχιατρική πρόγνωση ώστε να μην ξαναπέσουμε. Αυτή είναι η απόφασή μας, και όπως αυτή δεν επιβάλλεται σε κανέναν, δε θα επιτρέψουμε να μας επιβάλλουν μια άλλη. Μπροστά στην ΑΘΑ, διεκδικούμε το αυτονόητο δικαίωμα μας να απειθαρχούμε ενάντια σε έναν άδικο νόμο. Αν δεχτούμε επίθεση, ας μην πουν ότι φταίει η ασθένεια μας για τα μέτρα που θα πάρουμε για να αμυνθούμε. Αν πραγματικά είμαστε εγκληματίες, θα φερόμαστε ως τέτοιοι, εκτός νόμου και θεσμών και στην αγκαλιά του καθολικού δικαιώματος να είμαστε ελεύθεροι.

Πρόκειται για το νου μας, για τις ζωές μας, κανείς δεν έχει το δικαίωμα να τις σφετερίζεται και να τις λεηλατεί.

Το παρόν έντυπο τυπώθηκε σε 500 αντίτυπα και κυκλοφόρησε το Νοέμβριο του 2010 στην πόλη της Αθήνας. Η χρήση του είναι ελεύθερη για τους σκοπούς του κοινωνικού ανταγωνισμού, στην οποία περίπτωση θα μας άρεσε η αναφορά στην έκδοση αυτή. Η μετάφραση από το ισπανικό πρωτότυπο “nuestras mentes, nuestras vidas: palabras, reflexiones y alaridos contra el TAI (Tratamiento Ambulatorio Involuntario)” έγινε από το σύντροφο R. και η επιμέλεια από τους delirium.
delirium@espiv.net

“Το κείμενο είναι αφιερωμένο σε όλους τους ψυχικά ασθενείς που εξεγείρονται καθημερινά ενάντια στην τυραννία του πραγματικού και του κανονικού, σε όσους ενάντια σε όλες τις προβλέψεις σηκώνουν το ανάστημά τους ξανά και ξανά, κάνοντας εφικτό το ανέφικτο. Εννοείται ότι αυτές οι γραμμές πρέπει επίσης να είναι αφιερωμένες σε όσους αποτελούν μέρος του περιβάλλοντός τους και τους βοηθάνε, χαρίζοντάς τους την ανάσα τους, την εμπιστοσύνη, την αγάπη και την αλληλεγγύη... κάτι τόσο περίεργο σε αυτή την κοινωνία και σε αυτές τις δύσκολες μέρες που τους μεταμορφώνει σε συνεργούς και ωραίους ανώμαλους.”