

## ΔΙΚΤΥΟ 'Ψ' ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ



Με αφορμή την [πρόσφατη απάντηση της ΕΨΕ](#) στο κείμενο που δημοσιεύσαμε με τίτλο [«Κατασκευάζοντας τον επικίνδυνο ασθενή»](#) αποφασίσαμε να επανέλθουμε προκειμένου να σχολιάσουμε την επιπολαιότητα με την οποία ένας θεσμικός φορέας σχολιάζει ζητήματα τόσο σημαντικά όπως ο (χρόνιος) **εγκλεισμός ανθρώπων σε δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία** και να διευκρινίσουμε μερικά σημεία.

Καταρχάς το γεγονός ότι το κείμενο αποδίδεται στο μέλος της συλλογικότητάς μας Θ. Μεγαλοοικονόμου δείχνει πως οι συντάκτες της απάντησης είτε δεν διάβασαν το κείμενο μέχρι το τέλος, όπου βρίσκεται και η υπογραφή του **Δικτύου 'Ψ' για τα Δικαιώματα**, είτε η προσπάθειά τους *“να διαβάσουν πίσω από τις γραμμές”* απέτυχε οικτρά, κάτι που γίνεται φανερό και από τον τρόπο με τον οποίο αποπειράθηκαν να αξιοποιήσουν το κείμενό μας.

Είναι γνωστό, τουλάχιστον για ένα σημαντικό αριθμό ανθρώπων με ψυχιατρική εμπειρία, πως οι έννοιες **«δικαίωμα»** και **«νοσηλεία»** είναι μάλλον ασύμβατες. Εξάλλου, όλα αυτά τα χρόνια, η οποία αναφορά στη *«διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών»* έχει καταλήξει να αποτελεί τον απαραίτητο *“μαϊντανό”* στους καταστατικούς σκοπούς των φορέων (Οργανισμών, Επιτροπών, Ενώσεων κ.ά), που δραστηριοποιούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας.

Κι ενώ το καταστατικό της ΕΨΕ μιλάει για *«προάσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών»* φαίνεται πως, ειδικά για το Διοικητικό Συμβούλιο, δεν χρειάζεται να γίνει κανένα σχόλιο για, τουλάχιστον, τα πιο σημαντικά από τα γεγονότα που περιγράφονται στο κείμενό μας. Δεν δίνεται, λοιπόν, καμία απάντηση στο αν η ΕΨΕ δικαιολογεί, στις αναφερόμενες *“ειδικές συνθήκες διαχείρισης των προβλημάτων του Χ.Δ.”*, να περιλαμβάνεται και ο **επί 25 μήνες εγκλεισμός και απομόνωσή του** κι αν, τελικά, είναι *“εύλογο και αναμενόμενο”* να περιμένουμε τα ακόμα χειρότερα.

Αναρωτιόμαστε εύλογα αν η παρουσία στο Δ.Σ. του θεράποντος ψυχιάτρου του Χ.Δ, καθώς και ενός ακόμα ψυχιάτρου, επιμελητή στο τμήμα του οποίου διευθυντής είναι ο προαναφερόμενος θεράπων ψυχίατρος, δημιουργεί ζητήματα δεοντολογίας, ηθικά ζητήματα και εν τέλει *«σύγκρουση συμφερόντων»*.

Εξάλλου η επιπολαιότητα με την οποία οι συντάκτες της απάντησης τεκμαίρουν την βαρύτητα μιας νόσου στη βάση μιας **δικαστικής απόφασης**, σε συνδυασμό με το δόγμα περί ανίατης χρόνιας νόσου, μας κάνει να πιστεύουμε πως δεν είναι απίθανο να έχουμε στο μέλλον και ισόβιες απομονώσεις.

Από πού προκύπτει και ποια επιστημονική βάση έχει ο ισχυρισμός ότι αυτοί

**«που κρίθηκαν “ακαταλόγιστοι”...για μια ακραία πράξη όπως η ανθρωποκτονία είναι αυτοί που πάσχουν βαρύτερα, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες υποτροπής, μεγαλύτερο κίνδυνο βίαιης συμπεριφοράς και απαιτούνται υψηλότεροι βαθμοί ασφαλείας»;**

Δεν γνωρίζουν οι συντάκτες της απάντησης ότι μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό των όσων έχουν διαπράξει εγκληματική πράξη, για την οποία κρίθηκαν *«ακαταλόγιστοι»*, έχουν επαναλάβει, ή αποπειραθεί να επαναλάβουν παρόμοια πράξη μετά την έξοδο τους από το καθεστώς φύλαξης; Ότι για όλους αυτούς που

παραμένουν για απροσδιόριστη περίοδο χρόνου σε καθεστώς φύλαξης, η αιτία δεν είναι η όποια «επικινδυνότητα» τους, αλλά η απουσία υποστηρικτικού πλαισίου και η άρνηση/αδυναμία των θεραπειών (και του συστήματος των υπηρεσιών) για μια ολοκληρωμένη μετανοσοκομειακή φροντίδα;

Υπάρχει «ατομικό θεραπευτικό πρόγραμμα» για τον Χ.Δ, πέρα από τα φάρμακα, τις μηχανικές καθηλώσεις, την απομόνωση – και, προσφάτως, τον αραιό και ολιγόωρο προαυλισμό του με συνοδεία σεκιουριτάδων;

Είναι έστω και στοιχειωδώς θεραπευτική προσέγγιση αυτή που γίνεται με την συνομιλία, πχ, ψυχολόγου με τον Χ.Δ. μέσα από μια τρύπα πάνω στην κλειδωμένη πόρτα που τους χωρίζει;

Επίσης, αναρωτιόμαστε αν για την ΕΨΕ συνάδει, τουλάχιστον σύμφωνα με τον “επιστημονικό λόγο”, θεράποντες ιατροί να ζητούν με ένορκες καταθέσεις τους, από τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών να κινηθεί σε βάρος των γονέων του ασθενούς Χ.Δ. η διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Να ‘διδάσκει’, δηλαδή, η ψυχιατρική την ευρύτερη κοινωνία ότι, με όποιον διαφωνούμε τον «κλείνουμε μέσα».

Από την άλλη πάλι, μάλλον όλα αυτά μοιάζει απολύτως λογικό να εκφέρονται από τον θεσμικό φορέα της κυρίαρχης ψυχιατρικής αντίληψης, μιας και έννοιες όπως ‘θεραπευτική συμμαχία’, ‘προσωπική συνάντηση με τον πάσχοντα’, ‘συντροφική συνεργασία κατά την ανάπτυξη κοινών στόχων’, ‘αλληλεγγύη’, ‘αναγνώριση της προσωπικής ευθύνης της ασθένειας και της υγείας’, φαίνεται για τους συντάκτες της απάντησης της ΕΨΕ ότι “δεν συνάδουν με τον επιστημονικό λόγο” και αποτελούν “μυθιστορηματικού τύπου περιγραφές”.

Όμως, ακόμα κι αν αξιοποιήσει κανείς την από ετών διακηρυγμένη επιστημονική θέση περί βιο-ψυχο-κοινωνικού μοντέλου, σε ποιο σημείο στην απάντηση της ΕΨΕ διακρίνει κανείς την παραμικρή νύξη περί ψυχο-κοινωνικών διαστάσεων; Ακόμα και σ’ αυτή την άκρως αμφιλεγόμενη σύγκριση των ψυχιατρικών διαταραχών με νόσους όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και οι καρδιοπάθειες, πού έχει δει κανείς την παραμικρή νύξη, πχ, για ιατρογένεση;

Είναι δυνατόν η βία να αναπαραγάγει βία; Είναι δυνατόν, στη βάση ενός πιο διαλεκτικού τρόπου σκέψης, να δει κανείς πώς εργαζόμενος και νοσηλευόμενος αναπαράγουν την διάχυτη επιθετικότητα ενός βίαιου θεσμού; Και πάλι, όμως, αν μια τέτοια διάθεση υπήρχε, θα το είχαμε αντιληφθεί σε κάποιο από τα συνέδρια που κατά καιρούς διοργανώνει η ΕΨΕ, όπου, αντίθετα, κυριαρχούν οι βιτρίνες των φαρμακευτικών εταιρειών και η έμμεση προώθηση των νέων προϊόντων που αυτές λανσάρουν.

Αν τελικά θέλει κανείς να μιλήσει για ένα απαρτιωμένο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο δεν μπορεί να μένει στα λόγια. Υπάρχει έγκριτη και σοβαρή βιβλιογραφία που αφορά τη μη βίαιη παρέμβαση στην κρίση, υπάρχουν δεκάδες παραδείγματα και μοντέλα αποκλιμάκωσης και μη βίαιης επικοινωνίας και φυσικά υπάρχουν και στον ελλαδικό χώρο παραδείγματα όπου δομές ελαχιστοποίησαν τη βία και επιδίωξαν να δημιουργήσουν ένα πραγματικά θεραπευτικό περιβάλλον, όπου το φάρμακο αποτέλεσε μέρος της πρακτικής της και όχι τη μόνη αντιμετώπιση. Τελικά, αυτό που γεννά το στίγμα είναι η αφαίρεση από έναν άνθρωπο της ιστορικότητάς του και η αναγωγή του σε μια σειρά συμπτωμάτων και συμπεριφορών που διαβάζονται μονόδρομα και γραμμικά.

Προτιμήσαμε στην ανακοίνωσή μας να θέσουμε ερωτήματα. Η ΕΨΕ, που ‘ξέρει’, έδωσε ‘απαντήσεις’. Θα υπενθυμίσουμε στην ΕΨΕ ότι μιλώντας περί επιστημονικού λόγου τα τελευταία χρόνια, όλο και πιο ανοικτά υποστηρίζεται η ανάγκη να εγκαταλειφθούν τα θέσφατα και η εικονολατρία και να προχωρήσει η επιστημονική σκέψη σε μια πιο συνθετική και απαρτιωτική προσέγγιση των φαινομένων. Αλλά αυτό θα σήμαινε, βεβαίως, και κάποιους επαναπροσδιορισμούς στη σχέση μας με την παντοδυναμία του φαρμάκου (και άρα των παραγωγών του) και των γενετικών ερμηνειών, όπως και σ’ έναν επαναπροσδιορισμό τη

δικής μας θέσης και αβεβαιότητας. Ίσως, όμως, μόνο αν αντιληφθούμε την αδυναμία μας θα μπορέσουμε να προσεγγίσουμε πραγματικά σαν άνθρωποι άλλα υποκείμενα που δυσφορούν, σε μια πραγματικά θεραπευτική συνάντηση. Αλλά αυτό, που σε αντίθεση με τα παραπάνω δεν γνωρίζουμε πού πιστοποιείται βιβλιογραφικά, μάλλον θα προϋπόθετε να κατεβούμε από τους θρόνους μας.

6/12/2017