

Πέτερ Λέμαν

ΑΥΤΟΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ

Ομιλία 03.12.04 στη Θεσσαλονίκη

Μετφ. από τα γερμανικά: Άννα Εμμανουηλίδου

Ενδυνάμωση είναι η λέξη κλειδί, που αποδίδει καλύτερα το κύριο μέλημα των ανθρώπων εκείνων με προσωπική ψυχιατρική εμπειρία, που δεν είναι ικανοποιημένοι με τη σημερινή ψυχιατρική. Η λέξη ενδυνάμωση αποδίδει ή υποστηρίζει την έννοια της *αυτοδιάθεσης*. Πρόσωπα με προσωπική ψυχιατρική εμπειρία καλούνται μέσα απ' αυτήν να πάρουν ή να ξανακερδίσουν την αρμοδιότητα χειρισμού και διάθεσης της ίδιας της ζωής τους. Αυτό είναι το κριτήριο με το οποίο οι άμεσα ενδιαφερόμενοι χαρακτηρίζουν ή αξιολογούν ανά τον κόσμο αποκαλούμενους ή επίδοξους εναλλακτικούς ψυχοκοινωνικούς θεσμούς, είτε πρόκειται για ψυχιατρικές δομές είτε για ομάδες αυτοβοήθειας. Ακόμα και στη Γερμανία, τόσο η έννοια, όσο και η ιδέα πίσω απ' αυτήν, πολύ δε περισσότερο η πράξη, παραμένει σχετικά άγνωστη. Στις περισσότερες περιπτώσεις πρόκειται απλά για μια άλλη θεραπεία, για μια ακόμα δηλαδή σχέση μεταξύ υποκειμένου-αντικειμένου, για έναν διαφορετικό τόπο θεραπείας, για διαφορετικά ψυχοφάρμακα, για διαφορετικά ηλεκτροσόκ, ή απλά για την απαίτηση να γίνει κανείς αντιληπτός και κατανοητός ως πρόσωπο (Lehmann, 2002a).

Ενδυνάμωση, σύμφωνα με τον ορισμό που δίνουν οι ίδιοι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι στο βιβλίο «Αντί Ψυχιατρικής» (Statt Psychiatrie), σημαίνει κάτι τελείως διαφορετικό. Ενδυνάμωση σημαίνει:

- Το να έχεις την εξουσία να αποφασίζεις
- Να έχεις πρόσβαση σε πληροφορίες και οικονομικούς πόρους
- Να έχεις ένα πλατύ πεδίο διαφορετικών επιλογών (όχι απλά την επιλογή μεταξύ του ναι/όχι και του ή- το- ένα- ή- το-άλλο)
- Να έχεις την αίσθηση πως μπορείς ως πρόσωπο να αλλάξεις κάτι
- Να μιλάς με τη δική σου φωνή
- Να ορίζεις εκ νέου ο-η ίδιος-α την ταυτότητά σου
- Να ορίζεις εκ νέου ο-η ίδιος-α τις προσωπικές σου δυνατότητες και τη σχέση σου με τη θεσμοποιημένη εξουσία
- Να συνειδητοποιείς ότι κάθε άτομο έχει δικαιώματα
- Να γνωρίσεις το αίσθημα της οργής και να μάθεις τρόπους να του δίνεις μια έκφραση
- Να μπορείς να εισάγεις αλλαγές, τόσο στην προσωπική σου ζωή όσο και στην κοινότητα
- Να αναπτύσσεις μια θετική αυτοεικόνα και να υπερβαίνεις προκαταλήψεις (Chamberlin, 1993, σ. 317).

Το 1995 η Γερμανική Συνομοσπονδία Ανθρώπων με Ψυχιατρική Εμπειρία έκανε μια έρευνα μεταξύ των μελών της με θέμα το τι μορφή πρέπει να έχει ένα «άλλο», εναλλακτικό ψυχοκοινωνικό τοπίο. Η Συνομοσπονδία ανέλαβε να κάνει για το γερμανικό περιοδικό «Πληροφορίες Κοινωνικής Ψυχιατρικής» (Sozialpsychiatrische Informationen) μια έρευνα ερωτηματολογίου πάνω στην ποιότητα της ψυχιατρικής περίθαλψης και τη βελτίωσή της. Σ' αυτήν την έρευνα έλαβαν μέρος πάνω από 100 μέλη της συνομοσπονδίας. Σύμφωνα με τις απαντήσεις η υπάρχουσα ψυχιατρική απορρίφθηκε μαζικά ως «εκμηδενιστική» των ανθρώπων, που την προσεγγίζουν. Μόνο ένα 10% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι βρήκαν κάποιου τύπου βοήθεια στα προβλήματα, που τους οδήγησαν στην εισαγωγή στο ψυχιατρείο. Υπήρξαν συχνές αναφορές σε κατάφορες παραβιάσεις της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις δεν είχε υπάρξει καμιά ολοκληρωμένη ενημέρωση των νοσηλευομένων για τους κινδύνους που εγκυμονούσαν οι εφαρμοσμένες θεραπευτικές μέθοδοι, αντίθετα με ό,τι επιβάλλει ο νόμος.

Οι ερωτηθέντες κατέληξαν στα παρακάτω βασικά κριτήρια που πρέπει να πληρούνται, ώστε να μπορεί να μιλά κανείς για μια στοιχειωδώς αποδεκτή ψυχιατρική: σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, ζεστασιά και ανθρώπινη επαφή, ατομική συνοδεία στην πορεία της ψύχωσης, σχέση εμπιστοσύνης χωρίς το στοιχείο του φόβου. Πολλοί από τους ερωτηθέντες χαρακτήρισαν την ψυχιατρική συμπεριλαμβανομένων και των ψυχιάτρων ως *συνολικά περιττή*. Μέλη της συνομοσπονδίας, που θεωρούσαν ότι είναι δυνατή μια ψυχιατρική μεταρρύθμιση, χαρακτήρισαν τους παρακάτω παράγοντες ως περιττούς στην ψυχιατρική περίθαλψη: βία, ψυχοφάρμακα, ακούσιες νοσηλείες, ηλεκτροσόκ, καθηλώσεις. Επίσης περιττοί χαρακτηρίστηκαν γιατροί, οι οποίοι πιστεύουν πως ξέρουν περισσότερα για τους ασθενείς τους απ' ό,τι οι ίδιοι οι ασθενείς για τους εαυτούς τους. Σημαντικό θεωρήθηκε να υπάρχουν εναλλακτικές δυνατότητες, ώστε να μπορούν οι άμεσα ενδιαφερόμενοι να επιλέξουν. Στην ερώτηση τι μορφή πρέπει να έχουν αυτές οι εναλλακτικές δυνατότητες αναφέρθηκαν οι παρακάτω προτάσεις και ιδέες: εναλλακτικά φάρμακα, π.χ. ομοιοπαθητικά φάρμακα, αυτοβοήθεια, σπίτια-καταφύγια για τη βίωση και αποκλιμάκωση των κρίσεων, εναλλακτικές δομές τύπου Μόσερ και Λαίγκ, το ήσυχο δωμάτιο τύπου Σωτηρία (Peeck/ von Secekndorff/ Heinecke, 1995).

Διατυπώθηκαν επίσης γνώμες σχετικά με την εκπαίδευση και τα απαιτούμενα προσόντα των εργαζομένων σ' αυτή τη νέα «ψυχιατρική», μια ψυχιατρική κατά το δυνατόν χωρίς ψυχιάτρους. Οι συγγραφείς που αξιολόγησαν για τη Συνομοσπονδία τις απαντήσεις κατέληξαν στο εξής συμπέρασμα: «Όσο λοιπόν ένας γιατρός πιστεύει ακόμα ότι πρέπει να στερήσει από τον ασθενή του το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης, την αξιοπρέπειά του, τη φαντασία, τη δημιουργικότητα και την εκφραστικότητά του με τη βοήθεια ψυχοφαρμάκων, για να μπορέσει να τον κάνει πιο εύκολο στην καθοδήγηση, πιο ανυπεράσπιστο, πιο διαθέσιμο σε μετατρεπτικές παρεμβάσεις, δεν μπορεί η ψυχιατρική παρά να παραμείνει ένας τόπος ο οποίος διαπαιδαγωγεί στην κανονικότητα και ο οποίος λειτουργεί ως μέσο πειθάρχησης, καταστολής και απανθρωπιάς, ως ένα ξεκάθαρο καψόνι.» (ο.π., σ. 33f).

Τα παραπάνω αποτελούν ένα μέρος των αιτημάτων και των πεποιθήσεων ανθρώπων με προσωπική ψυχιατρική εμπειρία το 1995. Ήδη 15 χρόνια νωρίτερα η κοινωνική λειτουργός Τίνα Στέκλε διεξήγαγε μια παρόμοια έρευνα με μέλη μιας κριτικής ομάδας αυτοβοήθειας στο Βερολίνο, η οποία την οδήγησε σε παρόμοια συμπεράσματα. «Πολύ σημαντικότερο από την επαγγελματική εκπαίδευση είναι

το ανθρώπινο ενδιαφέρον, που βοηθά τους άμεσα ενδιαφερόμενους να ξαναβρουν τον εαυτό τους. Απαιτούνται λοιπόν άνθρωποι, που παίρνουν τον απέναντί τους σοβαρά, μπορούν να ακούσουν, και διαθέτουν ζεστασιά, υπομονή και ανοχή. Αλλά επίσης και άνθρωποι που δε φοβούνται την τρέλα και δεν βλέπουν μόνο αρνητικά τις συμπεριφορές που αποκλίνουν από ή αντιτίθενται στην κοινωνική νόρμα» (Stöckle, 1983, 146).

Δεν πρέπει κανείς να παραβλέψει το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος των άμεσα ενδιαφερομένων *αμφισβητεί το λόγο ύπαρξης της ψυχιατρικής συνολικά, επειδή η ίδια ως ιατρικός κλάδος δεν δύναται στο ελάχιστο να λύσει ψυχικά προβλήματα κοινωνικής φύσεως*. Το μόνο που μπορεί να κάνει είναι να χειραγωγήσει με ιατρικά μέσα ανεπιθύμητες ψυχικές εκφάνσεις και αντίστοιχες συμπεριφορές, όπως μέσα από χειρουργικές παρεμβάσεις, ηλεκτροσόκ και χημικά ψυχοφάρμακα.

Ο ψυχολόγος Κλάους Νουβερτνέ κατέληξε μετά από δομημένες συνεντεύξεις με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και άμεσα ενδιαφερόμενους στο ότι οι ανάγκες των δευτέρων αποκλίνουν από τη φαντασία, που έχουν γι' αυτές οι πρώτοι. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά του, οι άμεσα ενδιαφερόμενοι θέλουν κατά 82% να αφηθούν στην ησυχία τους, κατά 67% να εξασφαλιστούν υλικά, κατά 51% να νιώσουν ότι κάποιος τους καταλαβαίνει και μόνο σε ένα ποσοστό 17% να λάβουν υποστήριξη στην ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση. Αντίστροφα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θέλουν κατά 89% να υποστηρίξουν τους ασθενείς τους στην αποκατάστασή τους και μόνο σε ένα ποσοστό 37% να τους προσφέρουν έναν προστατευτικό-προστατευμένο χώρο κατά τη διάρκεια της κρίσης τους, ενώ μόνο στο 31% τους να τους βοηθήσουν στην υλική τους εξασφάλιση (Nouvertne, 1996, σ. 36). Όπου έχουν τη δυνατότητα να εκφραστούν ελεύθερα και ανεπηρέαστοι οι ίδιοι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, διατυπώνεται δυνατά η ίδια ακριβώς κριτική και αρθρώνονται παρόμοιες γνώμες.

Ομάδες αυτοβοήθειας που ιδρύονται από επαγγελματίες για τους ανθρώπους με ψυχιατρική εμπειρία είναι μια αντίφαση από μόνη της. Αυτοβοήθεια μπορεί να οργανωθεί μόνο από άμεσα ενδιαφερόμενους, οτιδήποτε άλλο είναι ετεροβοήθεια. Η Τζούντι Τσάμπερλιν, ειδική στην αυτοβοήθεια, η ίδια άμεσα ενδιαφερόμενη και συγγραφέας μεταξύ άλλων του βιβλίου «Αντί ψυχιατρικής», διαμόρφωσε σε συνεργασία με άλλους άμεσα ενδιαφερόμενους τα εξής κριτήρια «πιστοποίησης» αυθεντικών ομάδων αυτοβοήθειας:

1. Ομάδες αυτοβοήθειας είναι ομάδες βάσης σε τοπικό επίπεδο. Αυτό δεν αποκλείει τη δημιουργία δικτύων σε περιφερειακό, εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο.
2. Οι οικονομικοί πόροι, το προσωπικό και οι διαδικασίες λήψης αποφάσεων μιας ομάδας ελέγχονται από την ίδια την ομάδα.
3. Πεποιθήσεις και στόχοι της ομάδας διαμορφώνονται από τα μέλη και δεν επιβάλλονται έξωθεν.
4. Η συμμετοχή στην ομάδα είναι εθελοντική.
5. Η ομάδα είναι ευέλικτη με την έννοια ότι δεν έχει κάποιο άκαμπτο πρόγραμμα, το οποίο είναι όλοι αναγκασμένοι να ακολουθούν.
6. Η συμμετοχή είναι ανοιχτή σε οποιονδήποτε ήταν ή είναι άμεσα εμπλεγμένος με την ψυχιατρική σε κλειστή νοσηλεία ή σε εξωτερική συνεργασία με αντίστοιχες δομές, καθώς και στον καθένα που θεωρεί τον εαυτό του

«υποψήφιο» για κάτι τέτοιο. Τα ίδια τα μέλη είναι αυτά που θα επιλέξουν κάθε φορά το πώς θέλουν να αποκαλούνται: πελάτες της ψυχιατρικής, (πρώην)ασθενείς, χρήστες-τριες, επιζήσαντες ή όπως αλλιώς.

7. Η ομάδα είναι ανοιχτή για νέα πρόσωπα.
8. Το κλίμα στην ομάδα χαρακτηρίζεται από μια άμεση διαπροσωπική και μη ιατρική επαφή μεταξύ των μελών.

Πώς μπορούν να συνεισφέρουν επαγγελματίες και συγγενείς στην προαγωγή της αυτοβοήθειας;

- Να προσφέρουν χρήματα και χώρους, να αποδεχτούν ότι οι άμεσα ενδιαφερόμενοι έχουν έναν χώρο, στον οποίο συναντούνται μόνον μεταξύ τους, συγκρίσιμο με τις ομάδες γυναικών, που αποκλείουν την παρουσία ανδρών.
- Να προσφέρουν συνεργασία και ενθάρρυνση για αυτοβοήθεια.
- Να αναγνωρίσουν και να δηλώσουν δημόσια τα όρια των ικανοτήτων και δυνατοτήτων τους.
- Αυτό θα πρέπει να μετατραπεί σε επαγγελματικό αυτονόητο στην εργασιακή τους καθημερινότητα

Ένα καλό παράδειγμα κατανόησης του πεπερασμένου των επαγγελματικών δυνατοτήτων των ειδικών ήταν το «Μπέρτζ-Χάους», κοντά στην αμερικάνικη πόλη Λίτλτον, στον Νιου Χαρμσάιρ, το οποίο ιδρύθηκε από έναν μαθητή του Λαίγκ, τον ψυχολόγο Ντέιβιντ Γκόλτμπλατ. Πριν λίγο καιρό αναγκάστηκε να κλείσει λόγω οικονομικών προβλημάτων. Σ' αυτό το πρόγραμμα συμμετείχε επίσης η Κάθριν Μπέρτζ Σάιμς, μια φίλη του Γκόλτμπλατ, η οποία πρόσφερε και ένα μεγάλο σπίτι για την πραγματοποίηση της ιδέας. Στο Μπέρτζ-Χάους εργάζονταν μέχρι 4 θεραπευτές πλήρους απασχόλησης, οι οποίοι έρχονταν στο σπίτι τις περισσότερες φορές στη βάση κανονισμένων ραντεβού. Στο σπίτι υπήρχε χώρος το πολύ για 8 μέλη και 5 πρόσωπα που έκαναν εκεί την πρακτική τους, συνήθως φοιτητές-τριες ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας. Αυτά τα πρόσωπα ήταν πολύ μεγάλης σημασίας για το πρόγραμμα, γιατί αποτελούσαν τους ανθρώπους, τους οποίους αναζητούσαν προσωπικά τις περισσότερες φορές τα μέλη, και ήταν αυτοί-ές που περνούσαν πολύ χρόνο μαζί τους και βίωναν κοντά τους τις σοβαρές ψυχικές τους κρίσεις (Goldblatt, 1995a, Runte, 2001, σ. 44ff).

Στο Μπέρτζ-Χάους δεν είχαν κατά κανόνα χώρο τα ψυχοφάρμακα και ο λόγος του Ειδικού ως τέτοιου:

«Δεν είμαστε της άποψης ότι οι συναισθηματικές διαταραχές έχουν βιολογικές αιτίες, εκτός από εξαιρέσεις, γι' αυτό και η χρήση ψυχοφαρμάκων σε ανθρώπους που βρίσκονται σε ψυχική κρίση αποτελεί μάλλον την εξαίρεση, παρά τον κανόνα» (Goldblatt, 1995β, σ. 330)

«Πολλοί ειδικοί προσπαθούν να πείσουν τον καημένο τον ασθενή πως τους χρειάζεται για τη θεραπεία του. Έτσι μόνο χειροτερεύουμε τα πράγματα. Σε μια ψύχωση καταρρέουν όλοι αυτοί οι διαχωρισμοί. Η κατανομή των ρόλων, που επιβάλλεται από τη συνείδηση του Ειδικού πρέπει να εγκαταλειφθεί προς όφελος μιας στάσης, κατά την οποία δύο άνθρωποι συναντιούνται στα πλαίσια μιας συνθήκης πόνου, στην οποία ο ένας από τους δύο έχει χάσει τον εαυτό του. Το να πιστεύουμε ότι έχουμε την απάντηση στα προβλήματα ενός άλλου προσώπου ή ότι ξέρουμε τι είναι το καλύτερο γι' αυτό είναι μια το ίδιο επικίνδυνη άποψη. Κι αυτό, γιατί μ' αυτή

την άποψη δημιουργεί κανείς μη ρεαλιστικές προσδοκίες, προσδίδει στον ειδικό θεϊκές ιδιότητες και τρέφει την ψευδαίσθηση πως ο ίδιος-α βρίσκεται πάνω από τον – την ασθενή. (Goldblatt, 1995γ, σ.229).

«Δεν είμαστε εμείς που θεραπεύουμε τους ανθρώπους, είναι οι ίδιοι που το κάνουν. Το να υποστηρίξουμε την πεποίθηση ότι η ίαση έρχεται έξωθεν επιδεινώνει το πρόβλημα στο μέλλον. Άνθρωποι που βρίσκονται σε κατάσταση ψυχικής αγωνίας μπορούν - και το κάνουν - να υπερβούν τις δυσκολίες τους, με το να ασχοληθούν οι ίδιοι με την ίασή τους στα πλαίσια ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Το πρόβλημα εστιάζεται στο να οικοδομήσουμε ένα σταθερό περιβάλλον για ανθρώπους σε κατάσταση ψυχικής αγωνίας, το οποίο δεν αναμειγνύεται στην κατάστασή τους, αλλά τους προσφέρει απλά βοήθεια. **Το να καταλάβει κανείς, πώς μπορεί να φροντίσει έναν άλλον άνθρωπο χωρίς να ανακατευτεί στη διαδικασία, στην οποία εκείνος βρίσκεται, είναι ένα από τα δυσκολότερα πράγματα που πρέπει να μαθευτούν για τη θεραπευτική πράξη**» (Goldblatt, 1995β,σ.331).

Τι μπορούν να κάνουν οι οικογένειες;

Μια σημαντική συνεισφορά των οικογενειών στη διαδικασία ενδυνάμωσης των άμεσα ενδιαφερόμενων είναι η υποστήριξή τους στην απεξάρτησή τους από τα ψυχοφάρμακα. Η απεξάρτηση από τα ψυχοφάρμακα είναι από τα μεγαλύτερα θέματα για τους ανθρώπους με ψυχιατρική εμπειρία. Όπως για παράδειγμα αναλύεται στο βιβλίο «Σταματώντας τα ψυχοφάρμακα» („Psychopharmaka absetzen», Lehmann 2002b, 2004).

Κατά κανόνα οι συγγενείς δέχονται τρομακτικές πιέσεις τόσο από τους ψυχιάτρους, όσο και από συμβούλους φαρμακευτικών εταιρειών. Γίνεται συστηματική προσπάθεια να πειστούν, όπως άλλωστε και οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, ότι σε περίπτωση σταματήματος του ψυχοφαρμάκου θα έχουν να αντιμετωπίσουν άμεσα την επόμενη υποτροπή. Σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν εξηγείται ότι μ' αυτό εννοείται το ξαφνικό σταμάτημα, μα αναφέρεται κανείς στο σταμάτημα γενικά. Τόσο οι ψυχιάτροι, όσο και οι κατασκευαστές ψυχοφαρμάκων προτιμούν να παίρνουν οι ενδιαφερόμενοι ψυχοφάρμακα για όλη την υπόλοιπη ζωή τους. Ο ισόβιος βλάβες που υφίστανται οι ενδιαφερόμενοι απ' αυτό δε φαίνεται να απασχολούν ιδιαίτερα αυτούς που δίνουν τα αντίστοιχα παρασκευάσματα.

Από την άλλη πλευρά πολλοί από τους άμεσα ενδιαφερόμενους σταματούν από μόνοι τους ξαφνικά τα ψυχοφάρμακα ή δεν αρχίζουν να τα παίρνουν καθόλου. Έτσι συμπεριφέρονται όπως και ένα μεγάλο μέρος του κανονικού πληθυσμού: το 50% και των άλλων, σωματικών ασθενών δεν παίρνουν ποτέ τα φάρμακα που τους γράφουν οι γιατροί τους. Τα στερητικά συμπτώματα, που συνήθως μπορούν να εμφανιστούν από μια τέτοια «ανυπακοή», αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα αν μειώσει κανείς σταδιακά τη δόση. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό σε περίπτωση που το ψυχοφάρμακο καταναλώθηκε ήδη για περισσότερο από έναν ή δύο μήνες. Ιδανικό θα ήταν αν μπορούσαν να εξασφαλιστούν όλοι οι παράγοντες, που έχουν βρεθεί πως υποστηρίζουν αποτελεσματικά μια ολική απεξάρτηση από τις ουσίες αυτές: υπευθυνότητα και συνειδητοποίηση της κατάστασης, ένας ρυθμός μείωσης της δόσης που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του συγκεκριμένου σώματος, τις ιδιότητες του συγκεκριμένου φαρμάκου, στη δόση και την ως τώρα διάρκεια της λήψης του, ένα

υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, ικανοί επαγγελματίες και μια υποστηρικτική ομάδα αυτοβοήθειας.

Δυστυχώς κατά κανόνα πρέπει να υπολογίζει κανείς πως οι συνθήκες κάθε άλλο παρά ιδανικές είναι, για το άτομο που αποφασίζει να απεξαρτηθεί από τα φάρμακα. Στη χειρότερη περίπτωση δε μένει στο ενδιαφερόμενο πρόσωπο καμιά άλλη επιλογή από το να τραβήξει ο ίδιος τον εαυτό του από τα μαλλιά για να τον βγάλει από την ψυχοφαρμακολογική εξάρτηση, όπως ο βαρώνος Μινχάουζεν στο αντίστοιχο παραμύθι.

Η Γκέρτα Βόζαρτ, μια από τις συγγραφείς του βιβλίου «Σταματώντας τα ψυχοφάρμακα», δίνει ένα ενθαρρυντικό μήνυμα γράφοντας:

«Εξαρτάται από εμάς τους ίδιους το να ζήσουμε με υπευθυνότητα απέναντι στον εαυτό μας. Δεν είμαστε μόνο καταδικασμένοι από άλλους, δεμένοι με ξένους ζουρλομανδύες. Διαθέτουμε οι ίδιοι πολύ περισσότερες δυνάμεις (και μαζί δυνάμεις αυτοθεραπείας) από όσο πιστεύουμε στις σκοτεινές μας στιγμές.»

Ορισμένοι συγγραφείς γράφουν ότι σημαντική προϋπόθεση για μια επιτυχημένη απεξάρτηση είναι το να καταλάβει κανείς την ανικανότητα των γιατρών που γράφουν τα ψυχοφάρμακα να προσφέρουν άλλη, ουσιαστική βοήθεια, να εγκαταλείψει τις ψευδαισθήσεις πως μπορεί να βοηθηθεί από αυτούς, και να αποχωριστεί τόσο τους ψυχιάτρους, όσο και την ιατρογενή θεωρία τους για την τρέλα, που μετατρέπει τους άμεσα ενδιαφερόμενους σε ανίκανους να δράσουν παθητικούς ασθενείς. «Χάρισα 21 χρόνια από τη ζωή μου περιμένοντας άδικα μια βελτίωση ή ίαση», συνοψίζει ο Μπέρτ Γκέλτεν. Στο τέλος τού είπε η λογική του: «Κατανόησε τη ζωή σου και γίνε ο θεραπευτής του εαυτού σου- βοήθα μόνος τον εαυτό σου, γιατί δεν μπορεί να σε βοηθήσει κανείς.»

Για να διατηρηθεί μακροπρόθεσμα το αποτέλεσμα μιας επιτυχούς απεξάρτησης από τα φάρμακα μοιάζει γενικά αναγκαίο, το να αποφεύγει κανείς να συμβιβάζεται με καταστάσεις, που τον κάνουν να νιώθει δυσάρεστα. Κάτι τέτοιο μπορεί να είναι η εγκατάλειψη ενός ακατάλληλου περιβάλλοντος ή μιας επιβαρυντικής συντροφικής σχέσης, η χαλάρωση ή και ο χωρισμός από οικογενειακούς δεσμούς. Ήδη η εμφάνιση μιας «ψυχικής αρρώστιας» σηματοδοτεί την αναγκαιότητα αλλαγών, όπως γράφει ο σουηδός Μάθς Τζέσπερσον: « Η Τρέλα δεν είναι αρρώστια, που πρέπει κανείς να θεραπεύσει. Η δική μου τρέλα ήρθε, για να με προσκαλέσει σε μια νέα ζωή.»

Η απελευθέρωση από εγκλωβιστικές συναισθηματικές σχέσεις επιτεύχθηκε από τους άμεσα ενδιαφερόμενους ευκολότερα, όταν οι ίδιοι ανέπτυξαν μια ενόραση για υπάρχουσες σχέσεις βίας, κατανόησαν τα «τρελά» και ενοχλητικά «συμπτώματα» και αντέδρασαν στις κρίσεις ζωής τους με διαφορετικούς, εναλλακτικούς στους ως τότε συνηθισμένους τρόπους. Έτσι αναδεικνύεται η δύναμη που μπορούν να φέρουν μαζί τους τα «συμπτώματα», παρά τους κινδύνους και τον πόνο, που πιθανόν τα συνοδεύουν. Η αναζήτηση του «νοήματος της τρέλας» μετά από μια οξεία φάση ψύχωσης ή κατάθλιψης έχει το χαρακτήρα πρόληψης για το μέλλον, όπως διαπιστώνει η Ρεγγίνα Μπέλιον από τη Βρέμη: « Όποιος ασχοληθεί αργότερα σοβαρά με τα ψυχωσικά του βιώματα, δε διατρέχει τον κίνδυνο να ξαναβρεθεί τόσο γρήγορα στην επόμενη κρίση...»

Μερικοί συγγραφείς στο παραπάνω βιβλίο αναφέρουν ως προϋπόθεση επιτυχίας το να αναγνωρίσει κανείς και να αποδεχθεί την ανάληψη της προσωπικής

ευθύνης για τη ζωή του, το προβληματικό του παρελθόν και την ευθύνη για το μέλλον του. Η Κάρολα Μποκ, από την πρώην ανατολική Γερμανία, διαπιστώνει κάνοντας την αυτοκριτική της:

« Σήμερα ξέρω πως ευθυνόμουν και η ίδια για τις κρίσεις μου, γιατί δρούσα λάθος και από μόνη μου δεν ήμουν άγγελος. Αντιμετώπιζα τα προβλήματά μου συχνά με λάθος τρόπο, υπερβολικά εγκεφαλικά, και δεν είχα ακόμα αρκετή εμπειρία ζωής...»

Πού μπορεί κανείς να φτάσει καλύτερα σε τέτοια συμπεράσματα, από ό,τι σε μια ομάδα αυτοβοήθειας;

Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι ιδιαίτερα σημαντικές, στο βαθμό που καθιστούν δυνατή την ανταλλαγή μεταξύ των μελών πάνω σε προσωπικά προβλήματα χωρίς προσπάθειες επηρεασμών από μια ξένη προς το βίωμα γνώση. Προσφέρουν ακόμα το πλαίσιο για την άσκηση μιας **αμοιβαίας συμβουλευτικής διαδικασίας μεταξύ των μελών** και για τη διάδοση πληροφοριών σχετικά με τις παρενέργειες των ψυχοφαρμάκων και στερητικά προβλήματα κατά τη μείωσή τους.

«Περισσότερο απ' όλα με βοήθησαν ωστόσο οι συζητήσεις με τους άμεσα ενδιαφερόμενους, που είχαν συγκρίσιμα με τα δικά μου βιώματα και μια παρόμοια αντίληψη για τη ζωή», αναφέρει η Νάντα Ραθ, από τη Σερβία. Η αμοιβαία συμβουλευτική αποτελεί για την αγγλίδα Ούνα Πάρκερ το μέσο για τη σωτηρία από τον κίνδυνο να ξανααναγκαστεί να πάρει ψυχοφάρμακα ή να υποστεί ηλεκτροσόκ.

«Αυτό ήταν που με άλλαξε σε βάθος και είμαι σήμερα πεπεισμένη ότι η υποστήριξη που δέχθηκα κατά τις συστηματικές συνεδρίες της αμοιβαίας συμβουλευτικής όχι μόνο με προστάτευσαν από νέες εμπειρίες με το ψυχιατρικό σύστημα, αλλά με βοήθησαν να γίνω πιο αποφασιστική και αποτελεσματική στη ζωή μου.»

Πηγές:

Chamberlin, Judi: „Erfahrungen und Zielsetzungen der nordamerikanischen Selbsthilfebewegung“, in: Kerstin Kempker / Peter Lehmann (Hg.): „Statt Psychiatrie“, Berlin 1993, S. 300 – 317

Goldblatt, David: „Burch House, Inc., Bethlehem, New Hampshire: history and description“, in: Richard Warner (Hg.): „Alternatives to the hospital for acute psychiatric treatment“, Washington / London 1995[a], S. 155 - 168

Goldblatt, David: „Die Psychose durcharbeiten“, in: Thomas Bock u.a. (Hg.): „Abschied von Babylon“, Bonn 1995[b], S. 325 - 332

Goldblatt, David: „Zwei Wochen des Dabeiseins - Die Integration der Psyche in die Person“, in: Thomas Bock u.a. (Hg.): „Abschied von Babylon“, Bonn 1995[c], S. 223 - 230

Lehmann, Peter (Hg.): „Soteria und Empowerment. Über die Interessen Psychiatriebetroffener“, Berlin 2002[a]

Lehmann, Peter (Hg.): „Psychopharmaka absetzen. Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium, Carbamazepin und Tranquilizern“, Berlin, 2., überarbeitete und aktualisierte Auflage 2002[b]

Lehmann, Peter (ed.): „Coming off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers“, Berlin / Eugene / Shrewsbury 2004

Nouvertné, Klaus: „Wer sind die psychisch kranken Obdachlosen?“, in: Institut für kommunale Psychiatrie (Hg.): „Auf die Straße entlassen - obdachlos und psychisch krank“, Bonn 1996, S. 30 - 36

Peeck, Gisela / von Seckendorff, Christoph / Heinecke, Pierre: „Ergebnis der Umfrage unter den Mitgliedern des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener zur Qualität der psychiatrischen Versorgung“, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 25. Jg. (1995), Nr. 4, S. 30 - 34

Stöckle, Tina: „Die Irren-Offensive. Erfahrungen einer Selbsthilfe-Organisation von Psychiatrie-Überlebenden“, Frankfurt am Main 1983; Berlin, Neuauflage 2005

Copyright by Peter Lehmann 2004

Kontakt: Peter Lehmann, Zabel-Krüger-Damm 183, 13469 Berlin, Deutschland
Tel. +49 - (0)30 - 8596 3706, Fax +49 - (0)30 - 4039 8752
Internet: www.peter-lehmann.de
eMail: mail@peter-lehmann.de