

**Περί του αδύνατου της βίωσης μιας ψύχωσης, ή: τι δεν με βοηθάει, όταν
τρελαίνομαι
Thilo von Trotha¹, Berlin**

Μετφρ. από τα γερμανικά: Ηλίας Βέλτσιος², Μάρθα Μενεμενλή³, Άννα
Εμμανουηλίδου⁴

Η ιδέα γι' αυτό το Συμπόσιο με θέμα «Τι με βοηθάει, όταν τρελαίνομαι;» προέρχεται από ένα κεφάλαιο από το βιβλίο των Kerstin Kemper και Peter Lehmann «Αντί Ψυχιατρικής», στο οποίο 17 άνθρωποι από 9 διαφορετικά ευρωπαϊκά και βορειοαμερικανικά κράτη εξιστορούν τα προσωπικά τους βιώματα απ' την ψυχιατρική και περιγράφουν από συνειδητά υποκειμενική σκοπιά, τι τους βοήθησε στην επαφή τους με την τρέλα τους.

Η τρέλα και η προσωπική εμπλοκή με την ψυχιατρική δεν είναι καθόλου ταυτόσημα πράγματα. Υπάρχουν πάρα πολλοί άνθρωποι σε ψυχιατρικά ιδρύματα, οι οποίοι δεν βρίσκονται εκεί εξαιτίας των «τρελών» βιωμάτων τους, και αντίστροφα, υπάρχουν πολλοί με έντονα βιώματα τρέλας, που δεν καταλήγουν ποτέ στα ψυχιατρεία.

Τα ψυχιατρικά ιδρύματα είναι κατά κανόνα χώροι, στους οποίους αυτή τη στιγμή δεν συναντάται (πλέον) η τρέλα και οι οποίοι, εξαιτίας της άκαμπτης ιδρυματικής δομής βίας και πειθαναγκασμού που διαθέτουν, προσφέρουν λιγότερο ελεύθερο χώρο κίνησης από ό,τι άλλοι κοινωνικοί χώροι. Ένας φίλος μου, που προσπάθησε να με βγάλει από το άσυλο, έλεγε πάντα: «Αν θες να βγεις από εδώ ξανά, πρέπει να γίνεις πιο φυσιολογικός από τους φυσιολογικούς: ας πούμε παθολογικά φυσιολογικός». Πιστεύω, ότι αυτή η παρατήρηση αποδίδει εύστοχα τις υπάρχουσες συνθήκες.

Μείνετε παρακαλώ κατά την ανάγνωση αυτού του κειμένου όσο πιο κοντά γίνεται στις δικές σας εμπειρίες, και μη σκέφτεστε τόσο, πώς θα έπρεπε να αντιμετωπίσετε τον γυμνό άνδρα στο δρόμο, το δράστη μιας δολοφονίας ή μια γριά γυναίκα σε σύγχυση. Το θέμα μας είναι το τι βοηθά (ή θα βοηθούσε) εσάς μόνο, όταν τρελαίνεστε, γιατί πρόκειται για εμπειρίες, οι οποίες, ενώ είναι ασυνήθιστες, έχουν μια μεγάλη, συχνά παραγνωρισμένη εγγύτητα με όλη τη καθημερινότητα μας – μια

¹ Ο Τίλο φον Τρότχα (Thilo von Trotha) είναι ένας από τους ιδρυτές του Σπιπιού Φυγής (Weglaufhaus) στο Βερολίνο, και υπήρξε συνεργάτης του προγράμματος από το 1996 έως το 2002. Ο ίδιος, επιζών της ψυχιατρικής.

² Ψυχολόγος

³ Ψυχολόγος

⁴ Κλινική Ψυχολόγος, Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Θεσσαλονίκη.

εγγύτητα, η οποία εκφράζεται μεταξύ άλλων και μέσα από το πόσο συχνά σκεφτόμαστε ή φωνάζουμε σε δύσκολες καταστάσεις φράσεις όπως «Μου στρίβει» ή «τρελαίνομαι».

Περί της αυταπάτης ενός ελεύθερου διαλόγου μεταξύ άμεσα ενδιαφερόμενων και ψυχιάτρων

Τα τελευταία χρόνια έχω αφηγηθεί επανειλημμένως σε παρόμοιες εκδηλώσεις τις προσωπικές μου «ψυχιατρικές εμπειρίες», με τις οποίες τεκμηριώνω την προσωπική μου αντιψυχιατρική επιχειρηματολογία. Παρά τις συνήθως γεμάτες ενδιαφέρον, καλοπροαίρετες αντιδράσεις των ακροατών – και μάλιστα των ίδιων των εργαζομένων σε ψυχιατρεία –, με καταλαμβάνει αμέσως μετά ένα σαχλό συναίσθημα: σαν να έχω κάπως εκπορνευτεί, εκμυστηρευτεί και χρησιμοποιήσει κάτι προσωπικό, το οποίο δεν θα μπορούσε να διαφυλαχτεί επαρκώς σε ένα δημόσιο πλαίσιο και όφειλε να παραμείνει προστατευμένο ως κάτι αυστηρά ιδιωτικό. Βέβαια, μπόρεσα να ξυπνήσω το ενδιαφέρον του κοινού, αλλά η προσοχή για το πρόγραμμα που παρουσίαζα, υπερκαλύφθηκε και εκτοπίστηκε από ένα σχεδόν ηδονοβλεπτικό ενδιαφέρον για την κατάσταση, για το ότι δηλαδή ένας «αποθεραπευμένος τρελός» εκτίθεται σε μια δημοσιοποίηση του εαυτού του. Εκτός αυτού, το διάβημα βρίσκεται σε τεράστια αντίφαση προς τη πεποίθησή μου, ότι όλες οι μορφές τρέλας αποτελούν ριζοσπαστικά ατομικές εκδηλώσεις. Γι' αυτόν τον λόγο, η γνησιότητα και η πραγματικότητα τέτοιων εμπειριών χάνεται στο βαθμό, που από την δημοσιοποίησή τους παράγεται η εντύπωση μιας γενικευσιμότητάς τους στην κοινή γνώμη.

Τελικά συνειδητοποίησα ότι ένας διάλογος με νόημα μπορεί να αναπτυχθεί μόνο όταν απουσιάζουν όχι μόνο αρνητικές, αλλά και τυχόν θετικές προκαταλήψεις σε σχέση με τους άμεσα ενδιαφερόμενους και ότι δεν αρκεί η βιογραφική σύμπτωση μιας ψυχιατρικής νοσηλείας για να κινηθεί το ενδιαφέρον προς συγκεκριμένα πρόσωπα και να κληθούν να μιλήσουν δημόσια άνθρωποι, που βρέθηκαν στα ψυχιατρεία, αλλά τελικά επιλέγονται απ' αυτούς τα πρόσωπα εκείνα, που διαθέτουν κάποιες αξιοπρόσεκτες γνώσεις και την εμπειρία της βαθύτερης επεξεργασίας της εμπειρίας που είχαν με την ψυχιατρική. Αυτό σημαίνει ότι για τους άμεσα ενδιαφερόμενους υπάρχουν μόνο δύο δυνατότητες, ώστε να στηρίξουν έναν ισότιμο διάλογο με μη άμεσα ενδιαφερόμενους: ή σε μια συζήτηση μεταξύ ειδικών με επαγγελματίες της ψυχιατρικής ή της αντιψυχιατρικής, ή σε καθαρά προσωπικές συζητήσεις εμπιστοσύνης, στις οποίες μιλά κανείς για προσωπικά θέματα. Έτσι,

αυτό που συμβαίνει είναι ή πολιτικές και επί του πρακτέου αντιπαραθέσεις μεταξύ εκπροσώπων διαφόρων κοινωνικών και πολιτικών ομάδων ή φιλικές συνομιλίες μεταξύ γνωστών. Όμως, μεταξύ των τεχνοκρατών και των (πρώην) εγκλειστών ενός ιδρύματος ένας ελεύθερος και καινοτόμος διάλογος είναι εξαρχής ανέφικτος.

Κανένας δικαστής δε θα είχε την ιδέα, να ανοίξει μια προσωπική συζήτηση με τον κατηγορούμενο. Κανένας ιερέας δε θα ρωτούσε τον πιστό για τα προσωπικά του προβλήματα κατά τη διάρκεια της εξομολόγησης. Κανένας δεσμοφύλακας δεν προσφέρεται στον φυλακισμένο ως φυσικός συνομιλητής για τις ενδότερες ανάγκες και χαρές του. Μόνο στην ψυχιατρική αφήνεται κανείς να παρασυρθεί από την αυταπάτη, ότι μπορεί να αγνοήσει τους νόμους της ιδρυματικής επικοινωνίας και να εκπληρώνει ταυτόχρονα τη κοινωνική λειτουργία της ψυχιατρικής ως θεσμού φύλαξης, περιθωριοποίησης και (επαν)ένταξης για τρελούς. Η αυταπάτη αυτή δίνει σε κάποιους ψυχιάτρους την άδεια, να αυτοπροσδιορίζονται πρωταρχικά ως «συνάνθρωποι», και με αυτόν τον τρόπο να σπρώχνουν στο παρασκήνιο τα καθήκοντα κοινωνικού ελέγχου και πειθαναγκασμού που οφείλουν να εκπληρώσουν. Η ψυχιατρική πρακτική που στηρίζεται σε μια τέτοια αυταπάτη είναι σίγουρα επικίνδυνη, αλλά για το λόγο ότι μέσα απ' αυτό εξευτελίζει τους άμεσα ενδιαφερόμενους. Γιατί η ψυχιατρική μπορεί μέσα από τη συνεχή παραβίαση ορίων να ενσωματώσει ακόμα και το πιο προσωπικό και εσωτερικό κομμάτι των ανθρώπων, το οποίο φυσιολογικά θα έμενε ανέπαφο από τους θεσμούς. Γι' αυτό το λόγο, κάθε ψυχιατρική δομή έχει - εντελώς ανεξάρτητα από τις υποκειμενικές προθέσεις των εργαζομένων σ' αυτήν - την τάση να σκηνοθετεί έναν ολοκληρωτικό χώρο κοινωνικού ελέγχου.

Όταν ο άμεσα ενδιαφερόμενος μιλά για τον εαυτό του και οι εργαζόμενοι στο ψυχιατρείο τον ακούν πρόθυμα, δεν ανατρέπεται καθόλου το παλιό ψυχιατρικό πρότυπο της παρουσίασης και αξιολόγησης μιας «κλινικής περίπτωσης»: Κάποιος έχει βιώσει κάτι, και ο άλλος ήδη γνωρίζει, τι είναι αυτό «πραγματικά». Ο ένας δίνει πληροφορίες για τον εαυτό του, και ο άλλος τις ερμηνεύει υπό το πρίσμα «επιστημονικών γνώσεων», της «κοινωνικής του ευθύνης» για ανθρώπους που βρίσκονται σε οξεία φάση της τρέλας τους και της κοινωνικής εντολής, να προστατεύσει την κοινωνία από αυτούς.

Ακόμα και όταν ο άμεσα ενδιαφερόμενος νιώθει να τον παίρνουν πιο σοβαρά απ' ό,τι σ' ένα ιατρείο ή στο ψυχιατρικό τμήμα, ακόμα κι όταν ο ψυχίατρος θεωρεί τον εαυτό του πιο προοδευτικό, πιο ανοιχτό, με μεγαλύτερη κατανόηση από ό,τι οι προηγούμενοι συντηρητικοί συνάδελφοι του, όλες αυτές οι καλοπροαίρετες προσπάθειες παραμένουν εν τέλει μόνο ύπουλα συγκαλυμμένες νέες εκφάνσεις της

γνωστής από τα παλιά ψυχιατρικής αντικειμενοποίησης του τρελού γείτονα σε ένα αντικείμενο της ιατρικής.

Σχετικά με τις τεχνητές λέξεις ψύχωση και ψυχωσική εμπειρία

Η λέξη «ψυχωσική εμπειρία» είναι ενδεικτική για τη μετατόπιση και επέκταση της ψυχοκοινωνικής συζήτησης που συντελείται τα τελευταία χρόνια και η οποία εκπροσωπείται και σε αυτό το συνέδριο με την πρόσκληση άμεσα ενδιαφερόμενων ως ομιλητών. Η χρήση της αποτελεί έναν νέο λεκτικό διακανονισμό, ο οποίος δημιουργεί όλο και περισσότερη σύγχυση σ' αυτήν την ασαφή ζώνη ανάμεσα στην πιο ανοιχτόμουαλη πτέρυγα της κοινωνικής ψυχιατρικής και της πλευράς αυτής του κινήματος αυτοβοήθειας των άμεσα ενδιαφερόμενων, που είναι πρόθυμη για συνεργασία.

Η «ψύχωση» αποτελεί μια τεχνητή λέξη στην ορολογία μεταξύ επαγγελματιών, με την οποία επιτυγχάνεται με έναν συγκεκριμένο τρόπο μια σύνθεση εξαιρετικά ετερογενών μεταξύ τους φαινομένων, πρόκειται για ένα όργανο με το οποίο μπορεί από ένα ευρύτατο και πολυποίκιλο μέρος τής κοινωνικής πραγματικότητας να αποκοπεί και να διαχωριστεί κάτι, το οποίο να μπορεί να γίνει αντικείμενο θεσμικών χειρισμών, ένα είδος ψυχιατρικού νυστεριού, κινητήρας μια μηχανής εννοιών, που αποσκοπεί στην παραγωγή ιατρικών ψευδαισθήσεων.

Μια εμπειρία είναι, από την άλλη πλευρά, κάτι τελείως διαφορετικό: ένας άνθρωπος δεν βιώνει μια «ψύχωση», αλλά ένα όραμα, έναν πανικό, φόβο, την εντύπωση ότι παρακολουθείται από τη CIA, απέραντη χαρά επειδή νομίζει ότι ανακάλυψε το κανόνα του κόσμου ή απόλυτη λύπη επειδή οι άλλοι είναι ξαφνικά κάπως σκληροί και αλλαγμένοι και δεν θέλουν να καταλάβουν. Ανάμεσα στην «ψύχωση» και την «εμπειρία» δεν γίνεται να υπάρξει κανένα σημείο επαφής.

Γιατί «ψύχωση» είναι ακριβώς αυτή η αντικειμενοποιητική εξωτερική περιγραφή μιας φαινομενικά μη κατανοητής πλέον συμπεριφοράς, η οποία αναπτύσσεται υποκειμενικά από μια αυτονόητη εσωτερική μαρτυρία, από μια ενόραση.

Από αυτή την σκοπιά η πλειοψηφία αυτού του συνεδρίου αποτελείται πράγματι από ανθρώπους «με εμπειρία ψύχωσης»: ψυχιάτρους και εργαζομένους στην ψυχιατρική. Γιατί μόνο αυτοί μαζεύουν εμπειρίες στην καθημερινότητά τους με αυτό το «νυστέρι»: μαθαίνουν να το χρησιμοποιούν, εμπιστεύονται τη δραστικότητα του και παρατηρούν τα αποτελέσματα της χρήσης του. Εγώ πάντως δεν είμαι σε καμιά περίπτωση άνθρωπος με εμπειρία ψύχωσης.

Απομόνωση - παράλυση - τρέλα

Τα τρία στάδια, στα οποία ολοκληρώνεται η ψυχιατρική θεραπεία, θα μπορούσαν να έχουν τους παραπάνω τίτλους. Όποιος καταλήγει στην ψυχιατρική, εκτίθεται σε μια τριπλή πίεση ή βία: α) τη φυσική, μέσα από τον εγκλεισμό, την απαγόρευση εξόδου, την απομόνωση, την καθήλωση (δέσιμο) και σε πολλές περιπτώσεις την άσκηση σωματικής βίας από το προσωπικό του ιδρύματος. β) τη χημική, από τα νευροληπτικά φάρμακα και γ) τη λεγόμενη ψυχοθεραπευτική, με την αναγκαστική συμμετοχή του σε ατομικές ή ομαδικές συζητήσεις. Τα τρία αυτά στάδια ακολουθούν το ένα το άλλο και έχουν τον ίδιο στόχο: την απαλλαγή του άμεσα ενδιαφερόμενου από την τρέλα του.

Αν το δει κανείς απ' έξω, το πρώτο από τα στάδια είναι το πιο προβληματικό και αυτό που επιδέχεται μεγαλύτερης κριτικής, ενώ το δεύτερο είναι κάπως άβολο, αλλά περισσότερο ανθρώπινο με τους «αρρώστους». Το τρίτο στάδιο αποτελεί από αυτή τη σκοπιά μια πραγματική ευκαιρία και παρέχει τη δυνατότητα στον «άρρωστο» να μάθει μόνος τους να αντιμετωπίζει την αρρώστιά του και να την εντάξει σε μια ουσιαστικά ελαχιστοποιημένη ζωή.

Εντελώς αντίστροφη είναι η άποψη που έχει ένας άμεσα ενδιαφερόμενος από αυτή την τριπλή «επεξεργασία» της «ψύχωσης»: η σωματική βία (περιορισμός, απομόνωση, ακινητοποίηση) είναι μεν κατά κανόνα ασυνήθιστη, υποτιμητική και επώδυνη, αλλά υποφερτή με την έννοια, ότι παρουσιάζει ένα είδος αρνητικής, φυσικής εμπειρίας, την οποία μπορούμε να την κατατάξουμε σε ό,τι ζήσαμε παλαιότερα ή τουλάχιστον ακούσαμε ή είδαμε. Η ψυχική βία είναι σίγουρα φριχτή, αλλά όχι το χειρότερο που μπορεί να συμβεί σε έναν άνθρωπο. Η χημική βία, με την έννοια της λήψης νευροληπτικών φαρμάκων είναι ασύγκριτα πιο καταστροφική, γιατί έχει τρομακτικές σωματικές συνέπειες, που προκαλούν τρόμο, και αλλάζει δραματικά τη συνηθισμένη αντίληψη και το εσωτερικό βίωμα του ανθρώπου που τα παίρνει. Σ' αυτό το πλαίσιο προσβάλλεται η σωματική και ψυχική αντίληψη του εαυτού σε ένα επίπεδο, στο οποίο εδράζουν οι άμεσες νευροφυτικές, αισθητηριακές και βασικές αντιληπτικές λειτουργίες, τις οποίες συναντά ο άνθρωπος από τη γέννησή του και αποτελούν υπό κανονικές συνθήκες τον πυρήνα της σωματικής και πνευματικής ταυτότητάς του, που κανείς δεν μπορεί να αγγίξει. Ακόμα και σε ένα ταξίδι τρόμου υπό την επίρροια των λεγόμενων σκληρών ναρκωτικών, δεν αισθάνεται ο άνθρωπος τόσο αποξενωμένος από τον εαυτό του, όσο υπό την επίρροια νευροληπτικών φαρμάκων. Την απόλυτη καταστροφή ολοκληρώνει ωστόσο το τρίτο στάδιο, η εντός

της κλινικής ψυχιατρική «ψυχοθεραπεία», γιατί αυτή τείνει να εσωτερικεύσει τα αποτελέσματα των δύο πρώτων σταδίων στην αυτοεικόνα του ενδιαφερόμενου. Στη θέση μιας άμεσης εξωτερικής άσκησης βίας έρχεται ένας χρόνιος αυτοβιασμός, του οποίου ο βίαιος χαρακτήρας παραμένει αόρατος προς τα έξω. Η ψυχική βία χρησιμεύει στο να δίνονται στον πάσχοντα νευροληπτικά φάρμακα για τόσο διάστημα, μέχρι ο ίδιος να τα λάβει «οικειοθελώς». Η χημική παρέμβαση καταστρέφει την ικανότητα αντίστασης, κριτικής, σκέψης, κρίσης και την ικανότητα συναισθηματικής εμπειρίας και προετοιμάζει έτσι μια ψυχοθεραπευτικά σκηνοθετημένη αποξένωση από τον πυρήνα της ίδιας προσωπικότητας. (Μ' όλα τα παραπάνω εννοούνται αποκλειστικά τέτοιες «ψυχοθεραπευτικές σχέσεις», κατά τις οποίες ο θεραπευτής ως θεράπων ψυχίατρος έχει πραγματική εξουσία στην εκάστοτε κατάσταση ζωής του ασθενή του, στις οποίες δεν υπάρχει εκούσια συνεργασία του ενδιαφερόμενου και κατά τις οποίες η θεραπευτική σχέση δεν μπορεί να διακοπεί ανά πάσα στιγμή χωρίς αρνητικές επιπτώσεις για τον ασθενή.)

Το τελευταίο, το ψυχικό επίπεδο, έχει για τους ψυχιάτρους ως προϋπόθεση τη λεγόμενη «συμμόρφωση» (compliance), τη συνεργασία του ευρισκόμενου υπό ψυχιατρική θεραπεία με τον ψυχίατρό του. Στη βάση αυτής της «συμμόρφωσης», γεννάται η «γνώση της αρρώστιας» του ενδιαφερόμενου. Αν ο τρελός ξεκινήσει να πιστεύει ο ίδιος ότι είναι άρρωστος με ιατρική έννοια – πράγμα το οποίο στην αρχή ουδέποτε κάνει -, αυτό αποτελεί για τον ψυχίατρο το πρώτο βήμα κλινικής βελτίωσης της «ψυχωσικής» κατάστασης. Αυτή η στιγμή ακριβώς συνιστά τη γέννηση του «ψυχικά άρρωστου» από το ίδιο το πνεύμα της ψυχιατρικής. Ο «ψυχικά άρρωστος» είναι ο τρελός, ο οποίος βλέπει τον εαυτό του μέσα από το εκνευρισμένο, αρνητικό και τρομαγμένο βλέμμα του περιβάλλοντός του και κάνει τη ψυχιατρική διάγνωση μέρος της προσωπικότητάς του. Ιδίως ο δήθεν θεραπευμένος ή «σε βελτίωση ευρισκόμενος» «ψυχικά άρρωστος» παραμένει με αυτή την φαινομενικά τόσο προοδευτική, γεμάτη κατανόηση και ανθρωπιστική ψυχοθεραπευτική μέθοδο, σχεδόν ισόβια στην ψυχιατρική οδό: με την αναγνώριση από πλευράς τους της διάγνωσης και την πεποίθηση ότι στο εξής θα έχει μια σχέση θεραπευτική – κι αυτό σημαίνει ουσιαστικά μια σχέση αποξένωσης – με τον εαυτό του, ολοκληρώνει εκ νέου την ερήμωση που επιφέρει η ψυχιατρική καταπίεση των εσωτερικών, ακόμα και «τρελών» εμφανιζόμενων αναγκών του, από μόνος του αυτή τη φορά. Ακριβώς με αυτή τη συστηματική διεύδυση και κυριάρχηση σώματος, οργανισμού και ψυχής δρα και η διαβόητη «πλύση εγκεφάλου», η οποία γι' αυτό μπορεί να συμπεριληφθεί κανονικά στην παρουσίαση του τι είναι σήμερα ψυχιατρική.

Η «ήπια ψυχιατρική», η τομεοποίηση, η ψυχοθεραπευτικά εξοπλισμένη κοινωνική ψυχιατρική αγωνίζονται να μειώσουν – όσο αυτό είναι εφικτό - τα δύο πρώτα στάδια, την απομόνωση και την (σημ. μετφρ. ενν.: χημική) παράλυση. Αυτό όμως επιτυγχάνεται μόνο με το τίμημα, η διαδικασία του τρίτου σταδίου (της τρέλας) να γίνεται όλο και πιο πονηρή, αποτελεσματική, χωρίς σεβασμό στην ατομικότητα των προσώπων και χωρίς τη δυνατότητα ελέγχου. Σε αυτό το συνέδριο καταδικάζεται δικαίως η παραδοσιακή ασυλική ψυχιατρική. Παραμένει ωστόσο ανοιχτό το ερώτημα, αν οι διαφημιζόμενες κοινωνιοψυχιατρικές εναλλακτικές λύσεις δεν επιφέρουν σε τελική ανάλυση μια ακόμη μεγαλύτερη, ακόμη πιο θεμελιώδη βλάβη.

Έχω την πεποίθηση, ότι θετικές και ουσιώδεις εναλλακτικές λύσεις προς την επικρατούσα ψυχιατρική αντιμετώπιση της τρέλας μπορούν καταρχήν να αναπτυχθούν μόνο σε ένα τέτοιο συνειδητά «μη επικοινωνιακό», ένα πολεμικό ύφος και πλαίσιο επικοινωνίας. Διαφορετικά δεν μπορεί να προκύψει παρά μια νέα πολύχρωμη μεταμφίεση της παλιάς ψυχιατρικής, σαν αυτές που αναπαράγονται σταθερά εδώ και διακόσια χρόνια από την πρώτη εφεύρεση της ψυχιατρικής μέχρι και σήμερα, από τις αναρίθμητες προσπάθειες ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, λίγο ή περισσότερο φανερά.

Δημοσίευση στο Thomas Bock / Dorothea Buck κ.α. (1) Αποχαιρετισμός από τη Βαβυλώνα- Συνεννόηση πάνω στα όρια στην ψυχιατρική, Βόννη 1995

(1) βλ. <http://www.antipsychiatrieverlag.de/titel/sp-1993.htm>