Η ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ ΩΣ ΔΙΑΚΡΙΤΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΕΝΗΣ ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗΣ ΟΝΤΟΤΗΤΑΣ

Θ. Μεγαλοοικονόμου

Αφετηρία των προβληματισμών που εκτίθενται εδώ γύρω από τη φυσική, πραγματική ύπαρξη, ή, αντίθετα, τον κατασκευασμένο χαρακτήρα, της «σχιζοφρένειας» ως διακριτής νοσολογικής οντότητας, είναι όχι κάποιο αφηρημένο ακαδημαϊκό ενδιαφέρον (για την αιτιοπαθογένεια, τα "πιο ακριβή" διαγνωστικά και ταξινομικά κριτήρια κλπ), αλλά η "σκοπιά της πράξης": η αναζήτηση, δηλαδή, θεωρητικών εργαλείων με *πρακτικό* αντίκρισμα στην οργάνωση υπηρεσιών, δημόσιων και ανοιχτών, τόπων πραγματικών "ακρόασης" και "διαλόγου", υποδοχής και αποδοχής του πάσχοντος υποκειμένου, τέτοιων που να λειτουργούν κριτικά, στη βάση της επερώτησης (και της διεύρυνσης) των ορίων επικρατούσας κανονικότητας.

Σύμφωνα με τα κλασσικά εγχειρίδια, όπως, πχ, αυτό των H. Kaplan και B. Sandock, ως παραλήρημα (delusion) ορίζεται «μια ψευδής πεποίθηση, δηλαδή, που δεν την συμμερίζονται οι άλλοι, η οποία διατηρείται επίμονα, ακόμα και όταν αντιφάσκει με την κοινωνική πραγματικότητα. Περισσότερο συχνή στη σχιζοφρένεια» («a false belief, i.e, not shared by others, that is firmly maintained, even though contradicted by social reality. Most common in schizophrenia»).[1]

Δεν είναι δύσκολο να δούμε ότι αυτοί οι ορισμοί που επιχειρούν να διαχωρίσουν τις κανονικές από τις μη κανονικές, ψευδείς ή απίθανες πεποιθήσεις, βασίζονται σε πολύ αδύναμα θεμέλια. Θα μπορούσαν κάλλιστα ν΄ ανταποκρίνονται, μεταξύ άλλων, και σε πλήθος από ιδεολογήματα και θέσφατα, που εκτείνονται σε όλο το φάσμα των βιο και ψυχο-κατασκευών, που πλασάρονται ως αιτίες, ή ερμηνείες, με τις συνακόλουθες, σε κάθε περίπτωση, θεραπείες. Πόσο μάλλον στα περιεχόμενα του όρου «σχιζοφρένεια»; που χρησιμοποιείται για να τίθενται κρίσεις και ετικέτες που σημαδεύουν ολόκληρη τη ζωή χιλιάδων ανθρώπων.

Γνωρίζουμε ότι, όχι μόνο ο λεγόμενος «απλός λαός», αλλά και η ίδια η «επιστημονική κοινότητα» λειτουργεί στη βάση μια βαθιάς ριζωμένης προκατάληψης, που βλέπει την τρέλα ως κάτι ουσιαστικά «διαφορετικό», ως μια ετερότητα. Όπως έχει υποστηρίξει ο Foucault, ο εγκλεισμός και η αποθήκευση των τρελών στο άσυλο είχε, μεταξύ άλλων, ως αποτέλεσμα την παύση του διαλόγου, από τη μια, ανάμεσα στο λογικό και το παράλογο και από την άλλη, ανάμεσα στο ψυχικά διαταραγμένο άτομο και την κοινωνία.(2)

Γνωρίζουμε, επίσης, ότι αυτός στον οποίο τίθεται η διάγνωση της «σχιζοφρένειας» τείνει ν΄ αντιμετωπίζεται ως «οριστικά ξεκομμένος εξαιτίας αυτής της διαταραχής».(3) Όπως αναφέρουν οι Barham και Hayward, «η σχιζοφρένια είναι περισσότερο από μια ασθένεια που *έχει* κάποιος. Είναι κάτι που το άτομο *είναι*, ή μπορεί *να γίνει*. Το άτομο που έχει ασθενήσει από σχιζοφρένεια είναι κάποιος στον οποίο έχει συμβεί μια δραστική ρήξη στο συνεχές της βιογραφίας του…κάποιες σχολές σκέψεις δεν δέχονται ότι υπάρχει "μετά" για τη σχιζοφρένεια, μόνο "πριν"».(4)

Αυτή η τοποθέτηση της «σχιζοφρένειας» (και της ψύχωσης, γενικότερα) στο πεδίο της «ετερότητας», η οποία διαπερνά την όποια διαπραγμάτευση και το διάλογο μαζί της, αν και έλκει την καταγωγή της από πολύ μακριά, αποτελεί ταυτόχρονα αντιπροσωπευτική έκφραση του σύγχρονου ρατσισμού, που ορίζει ποιος πρέπει να συμπεριλαμβάνεται και ποιος ν΄ αποκλείεται από το κοινωνικό σώμα.(5) «Ο νέος ρατσισμός…καθορίζει ποιος ανήκει δικαιωματικά στην εθνική κοινότητα και συγχρόνως προβάλλει λόγους για το διαχωρισμό ή την εκδίωξη αυτών που η καταγωγή τους, η ψυχική τους διάθεση ή η ιθαγένειά τους, του κατατάσσει κάπου αλλού».(6)

Στην περίπτωση της «σχιζοφρένειας» υπάρχουν, όπως γνωρίζουμε, πολλά άλυτα ζητήματα, που εκτείνονται από την φύση της, ως νοσολογικής οντότητας και φτάνουν μέχρι

---

[1] *Παρομοίως, η APA (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία) ορίζει το παραλήρημα ως «falsity or absurdity of the belief, that is held with absolute conviction, is based on incorrect inferences about reality, is not amenable to reason, evidence or persuasion, is preoccupying and not culturally shared».

τις πιθανολογούμενες αιτίες, τις ποικίλες ερμηνευτικές προσεγγίσεις και τις σχέσεις της με την κοινωνία και τον πολιτισμό. Τι είναι «σχιζοφρένεια»; Είναι ένας όρος που ανταποκρίνεται στην επιστημονική περιγραφή ενός φυσικού /ψυχολογικού /κοινωνικού φαινομένου, ή μια κοινωνική /ιδεολογική /επιστημονική κατασκευή; Ποια είναι η σχέση της με αυτό που αποκαλούμε τρέλα; Ποια είναι η ιστορική της διαδρομή ως φαινομένου, αλλά και ως αντικειμένου γνώσης και διαχείρισης;

Σύμφωνα με τα ψυχιατρικά εγχειρίδια, η «σχιζοφρένεια» είναι μια ψύχωση, δηλαδή, μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, κατά την οποία η ικανότητα του ατόμου ν΄ αναγνωρίζει την πραγματικότητα και οι συναισθηματικές του απαντήσεις, οι νοητικές διεργασίες, η κρίση και η ικανότητα για επικοινωνία επηρεάζονται τόσο πολύ, ώστε η λειτουργία του να παραβλάπτεται σοβαρά.

Ως γνωστόν, ο όρος επινοήθηκε στις αρχές του 20ου αιώνα από τον Ελβετό ψυχίατρο Eugen Bleuler, για να δώσει ένα πιο ακριβή ορισμό στη νοσολογική οντότητα που είχε κατά πρώτον περιγραφτεί από το Γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin και ονομαστεί από αυτόν «πρώιμη άνοια» (dementia praecox) – σε αντιδιαστολή με τη γεροντική άνοια. Σύμφωνα, μάλιστα, με τον Wing, η διαθεσιμότητα του όρου με τη γραμματική μορφή του επιθέτου, τον έκανε πιο βολικό, αλλά δεν εξηγεί για ποιο πράγμα και για ποιον…. (7)

Ο Kraepelin, βασισμένος στις παρατηρήσεις του στο ψυχιατρείο του Μονάχου, στην διάρκεια των τελευταίων χρόνων του 19ου αιώνα, πάνω στους έγκλειστους εκεί ψυχικά ασθενείς, θεώρησε ότι τρεις κατηγορίες ψυχοπαθολογίας, η "ηβηφρένεια", η "κατατονία" και η "παρανοειδής άνοια", που είχαν την έναρξή τους σε νεαρή σχετικά ηλικία, παρά τις διαφορετικές τους εκδηλώσεις, φαινόταν να έχουν μια κοινή πορεία προς μιαν επιδεινούμενη έκβαση, που μπορούσε να φτάσει μέχρι την πλήρη άνοια. Θεώρησε, δηλαδή, ότι αυτές οι τρεις καταστάσεις ήταν υποκατηγορίες μιας ενιαίας νοσολογικής οντότητας. Εκανε τη διάκριση αφενός με τη νευροσύφιλη (προϊούσα γενική παράλυση), καθώς εδώ - στην "πρώιμη άνοια"- δεν μπορούσε να διαπιστωθεί μια ειδική και προφανής αιτία. Και αφετέρου, με την κυκλική (μανιοκαταθλιπτική) ψύχωση, που διακρίνεται από εναλλαγή της διάθεσης από την ευφορία στη μελαγχολία, με μεσοδιαστήματα νορμοθυμίας, ενώ η "πρώιμη άνοια", είχε, κατ΄ αυτόν, μια προοδευτικά επιδεινούμενη έκβαση.

Η περιγραφή του Kraepelin για την "πρώιμη άνοια" εξακολουθεί, με μικρές αλλαγές (ιδιαίτερα ως όσον αφορά στην κατατονία), να χρησιμεύει μέχρι σήμερα ως η εικόνα της "σημερινής" σχιζοφρένειας. Είναι αξιοπρόσεκτο ότι μόνο το 12% των ασθενών του Kraepelin υπολογιζόταν ότι ανάρρωναν πλήρως ή σχεδόν πλήρως (8) .

Στις αρχές του 20ου αιώνα, στο νοσοκομείο Burghollzi, της Ελβετίας, ο Ε. Bleuler επινόησε μια πιο αισιόδοξη άποψη για την έκβαση και ανέπτυξε μια νέα ενοποιητική αρχή για την κατάσταση αυτή, δίνοντάς της και ένα νέο όνομα (παρακινούμενος και από τις ψυχαναλυτικές απόψεις του βοηθού του Carl Jung). Κατ΄ αυτόν, το ταυτοποιητικό χαρακτηριστικό της αρρώστιας δεν είναι η κακή έκβαση, αλλά η έλλειψη συνέχειας στη σύνδεση ανάμεσα στις σκέψεις του ασθενή και μια περιορισμένη και απρόσφορη έκφραση του συναισθήματος. Θεμελιακά σημεία θεωρούσε την αμφιθυμία (ambivalence) και τον αυτισμό. Ορμώμενος από αυτό που περιέγραφε ως κατακερματισμό της σκέψης και του συναισθήματος, ο Bleuler επινόησε τον όρο «σχιζοφρένεια» (σχάση του νου, του μυαλού). Σύμφωνα με τον Bleuler, οι ψευδαισθήσεις και το παραλήρημα ήταν δευτερεύουσες εκδηλώσεις πιο θεμελιακών διαταραχών.

Οι ασθενείς του Bleuler, αντίθετα με αυτούς του Kraepelin, είχαν υψηλά ποσοστά ανάρρωσης, ιδιαίτερα "κοινωνικής ανάρρωσης" που έφτανε στο 60%.(9) Που οφείλεται η διαφορά; Είναι πιθανό ότι τα διαγνωστικά του κριτήρια να ήταν πιο πλατειά από αυτά του Kraepelin και να συμπεριέλαβε και μερικά πιο ελαφρά περιστατικά. Μεγαλύτερο ρόλο, όμως, σίγουρα έπαιξαν άλλοι παράγοντες όπως, πχ, οι θεραπευτικές του μέθοδοι, που, σε αντίθεση με αυτές στα γερμανικά ψυχιατρεία, όπου οι τρόφιμοι υφίσταντο συνθήκες εκμηδένισης της ύπαρξής τους, ακολουθούνταν αρχές, όπως:

-«είναι προτιμότερο να περιθάλπουμε αυτούς τους ασθενείς στις συνήθεις συνθήκες και μέσα στο οικείο τους περιβάλλον»…

-«ο ασθενής δεν πρέπει να μπαίνει στο νοσοκομείο επειδή έχει σχιζοφρένεια, αλλά επειδή υπάρχει ειδική ένδειξη γι΄ αυτό»… -«πρέπει να θεωρείται ως εγκαθιδρυμένος κανόνας ότι η

ταχύτερη έξοδος έχει καλλίτερα αποτελέσματα»… -όταν δεν υπάρχει οικογένεια «η φροντίδα που μπορεί να πάρει κανείς από μια ξένη οικογένεια, συχνά χρησιμεύει ως επαρκές υποκατάστατο».(10)

Σημαντικός ήταν, επίσης και ο ρόλος των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών με τη μεγάλη οικονομική ύφεση στην Ευρώπη (και στη Γερμανία) μεταξύ 1880-1900, σε αντίθεση με τα χαμηλά επίπεδα ανεργίας και φτώχιας στην Ελβετία, εκείνη την περίοδο. Ανεξάρτητα από αυτά, όμως, η πιο απαισιόδοξη άποψη του Kraepelin για τη «σχιζοφρένεια» έγινε πιο δημοφιλής και επηρεάζει περισσότερο, μέχρι και σήμερα, τους κατεστημένους ψυχιατρικούς κύκλους.

Η επιστημολογική θεώρηση από τον Κρέπελιν της «σχιζοφρένειας» ως «φυσικής οντότητας» βασίζεται στην αντίληψη ότι αποτελεί ένα *φυσικό αθροιστικό σύνολο ή ομάδα (cluster) συμπτωμάτων*, η οποία αντιπροσωπεύει μια *ποιοτική* παρέκκλιση από το θεωρούμενο ως «κανονικό» και ότι αυτή η «ομάδα» μπορεί να αναχθεί σε μια *βαθύτερη, διακριτή αιτία*, που αποτελεί τον αναγκαίο και επαρκή όρο για την παραγωγή αυτής της «ομάδας συμπτωμάτων». Ο νεωτερισμός του Κρέπελιν ήταν ότι έδινε έμφαση στην έρευνα «*ολόκληρης της πορείας της αρρώστιας*», σε μια προσπάθεια ν΄ ανακαλύψει φυσικές «ομάδες», «οντότητες», «πρότυπα» (patterns).(11)

Σχετικά πιο πρόσφατα, η «σχιζοφρένεια» αναφέρεται συχνά ως ένα *σύνδρομο*, όρος που περιγράφει μια «ομάδα (cluster) σημείων και συμπτωμάτων». Ο όρος σύνδρομο αναφέρεται στο γεγονός ότι ορισμένα φαινόμενα φαίνεται να ομαδοποιούνται με μια συνάφεια περισσότερη από αυτή που ενυπάρχει σε μια τυχαία συνεύρεση. Δεν θεωρείται ότι η ομάδα των γεγονότων που υποδηλώνεται από το σύνδρομο, αποτελεί μια διακριτή φυσική οντότητα (αν και μπορεί να υπαινίσσεται ένα βιολογικό υπόστρωμα που *θα* βρεθεί στο μέλλον), ενώ οι άνθρωποι που εμφανίζουν αυτή την «ομάδα σημείων και συμπτωμάτων», μπορεί να ποικίλουν πολύ στον τρόπο που αυτή αλλάζει στη διάρκεια του χρόνου.[2]

Από τα τέλη του 18ου στις αρχές του 19ου αιώνα έχουμε, ως συστατική πράξη της συγκρότησης της σύγχρονης ψυχιατρικής, τη μετάβαση από την «τρέλα» στην επιστημονική σύλληψή της ως «ψυχικής αρρώστιας». Για να κατανοήσουμε αυτή τη μετάβαση είναι αναγκαίο να την τοποθετήσουμε στο όλο πλέγμα των αλλαγών, που συμβαίνουν με την άνοδο του καπιταλισμού και με τις νέες μορφές διαχείρισης του πληθυσμού. Μπορούμε να κατανοήσουμε την εγκαθίδρυση της ψυχιατρικής μόνο κατανοώντας την εγκαθίδρυση της σύγχρονης ιατρικής. Η «Γέννηση της Κλινικής» είναι απαραίτητη για την κατανόηση της «Ιστορίας της Τρέλας».

Για πρώτη φορά στην ιστορία, με το σχηματισμό των σύγχρονων κρατών, τη βιομηχανική επανάσταση και τις αναδυόμενες ανάγκες ελέγχου και συντονισμού του πληθυσμού, υγεία και αρρώστια εμπίπτουν στην αρμοδιότητα της κοινωνικής οργάνωσης και

---

2 * Η σχέση ανάμεσα σε σύνδρομο, σημεία (signs) και συμπτώματα (symptoms) αξίζει ιδιαίτερης προσοχής, ως ενδεικτική για τις δυσκολίες, τις αμφισημίες και τις ασάφειες που είναι εγγενείς στην ψυχιατρική διάγνωση. Σύμφωνα με τη Mary Boyle, οι άνθρωποι στους οποίους έχει τεθεί το ίδιο σύνδρομο ως διάγνωση, θα έχουν κοινό τουλάχιστον ένα σημείο της ομάδας (cluster), στην οποία αναφέρεται τα εν λόγω σύνδρομο, θα μπορούν, όμως, να διαφέρουν στα συμπτώματα, γιατί το ίδιο σημείο μπορεί να συνδέεται με ποικιλία συμπτωμάτων. Αυτή η ετερογένεια δείχνει ότι άγνωστες ενδιάμεσες μεταβλητές λειτουργούν στην αλυσίδα από το σημείο στο σύμπτωμα. Ομοίως, επειδή τα σημεία υπερκαθορίζονται, άνθρωποι με τα ίδια σημεία μπορεί να έχουν διαφορετικές διαγνώσεις, προφανώς για να υποδηλωθεί το γεγονός ότι η υποκείμενη αιτία είναι διαφορετική. Αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να έχουν τα ίδια συμπτώματα. Αλλά ακόμα και εκείνοι που δεν έχουν τα ίδια σημεία και δεν τους τίθεται η ίδια διάγνωση, μπορεί να έχουν τα ίδια συμπτώματα, γιατί διαφορετικά σημεία μπορεί να συνδέονται με τα ίδια συμπτώματα.(12)

Σε κάθε περίπτωση, «πρώϊμη άνοια» ή «σχιζοφρένεια», είτε ως νοσολογική οντότητα είτε ως σύνδρομο, είναι όροι που αναφέρονται στην πραγματικότητα του ανθρώπου που βιώνει οριακές καταστάσεις : τον κατακερματισμό της ύπαρξής του, την απώλεια της ελευθερίας του, τον διπλό αποκλεισμό από την πραγματικότητα και την κοινωνία. Σε ποιο βαθμό αυτή η οριακή υπαρξιακή κατάσταση, η τρέλα, χωράει στα νοσολογικά σχήματα της «σχιζοφρένειας»; Τι σήμαιναν οι επινοήσεις του Kraepelin, του Bleuler, αυτών που προηγήθηκαν στο 19ο αιώνα και αυτών που τους διαδέχτηκαν, ως προς τη γνώση και την αντιμετώπιση αυτού που υποτίθεται ότι εξέφραζαν ;

αναδεικνύονται ως δύο απόλυτα, αλληλοαποκλειόμενα αντίθετα : *θετικό* το ένα και στην αρμοδιότητα της κρατικής διοίκησης, αλλά και της οργάνωσης της εργασίας και *αρνητικό* το άλλο, στην αρμοδιότητα της ιατρικής και της επιστήμης. Για πρώτη φορά, η επιδίωξη της υγείας γίνεται ένας επιδιωκόμενος στόχος, ως η θετική κοινωνική ταυτότητα που προσφέρεται (του «υγιή, ικανού και παραγωγικού»), μια αξία καθεαυτή, αποκομμένη από τη ζωή και την αρρώστια, μια ποιότητα χωρίς την οποία η ζωή παύει να έχει αξιοπρέπεια. Η αρρώστια, από αναπόσπαστο μέρος της ζωής, ένα μέρος της φυσικής τάξης, όπως και ο θάνατος, γίνεται ένα κακό που πρέπει να καταπολεμηθεί, με την ανάθεση αυτού του έργου στο γιατρό και στα νοσοκομειακά ιδρύματα.(13)

Η όλη ιστορική διαδρομή, από την εποχή της προεπιστημονικής (μαγικής) γνώσης των φαινομένων στην επιστημονική γνώση του σώματος και των ασθενειών του, οδηγεί στη χρονική στιγμή όπου αναδύεται η ανάγκη της αντικειμενοποίησης του «υποκειμένου» της ιατρικής παρέμβασης προκειμένου αυτό να γίνει δυνατό να «γνωσθεί». Ετσι, κύριο χαρακτηριστικό της ιατρικής, προκειμένου να καταστεί δυνατή η επιστημονική γνώση της αρρώστιας, γίνεται η μετατόπιση του ενδιαφέροντος από την οδύνη του άρρωστου ανθρώπου στην οντότητα της αρρώστιας. Σ΄ αυτή την έρευνα της αρρώστιας, η παρουσία του άρρωστου ανθρώπου γίνεται όλο και πιο τυχαία, όλο και πιο περιστασιακή.(14)

Αλλά, με την ίδια αυτή πράξη και μέθοδο, το *υποκείμενο αποχωρίζεται από την ολότητα* στην οποία ανήκει (ως άτομο εξαρτημένο από ένα περιβάλλον και οργανωμένο σε μια κοινωνία), με την αποκοπή, από τη μια, κάθε δεσμού με την προσωπική και τη συλλογική του ιστορία και με τη μεταφορά, από την άλλη, και την εστίαση στο *άτομο* (στο *σώμα* του ατόμου*), ακόμα και όσων στοιχείων προέρχονται από το κοινωνικό σώμα.*(15) Η οργάνωση της θεραπείας και γενικώς η περίθαλψη επικεντρώνονται στην αρρώστια ως φυσικό φαινόμενο, ενώ καθίστανται τόσο περισσότερο ανίσχυρες όσο το άτομο αποκόβεται από την προσωπική του ιστορία.

Αυτή η διαδικασία συμπίπτει με τη λογική του κεφαλαίου και με τους κανόνες του, που προωθούσε το αστικό κράτος και είχαν να κάνουν με τη συστηματική απόκρυψη αυτού, που μέσα στην οργάνωση της εργασίας και στην κοινωνική ζωή εν γένει, παράγει πόνο και αρρώστια. Αυτό έχει τις συνέπειές του όχι μόνο στο πώς το άτομο βιώνει την οδύνη του, αλλά και στον τρόπο που αποδέχεται και υποτάσσεται στις συνθήκες της ζωής του. Είναι αυτό που δίνει στην ιατρική τον *ομαλοποιητικό της ρόλο* στο κοινωνικό σύστημα, μέσα στο οποίο λειτουργεί.(16)

Όλα αυτά, φυσικά, ουδόλως σημαίνουν ακύρωση των όποιων θετικών αποτελεσμάτων είχαν οι επιστημονικές ιατρικές ανακαλύψεις, αλλά υπογραμμίζουν την ανάγκη *να ειδωθούν, αυτές οι ανακαλύψεις, σε σχέση με την αλλαγή των συνθηκών της ζωής των ανθρώπων*, που θα έπρεπε να γίνουν οι κύριοι υπεύθυνοι της υγείας και της αρρώστιας τους

Η διαδικασία της αντικειμενοποίησης, που είναι χαρακτηριστική της κλινικής προσέγγισης, είναι ιδιαίτερα προφανής και κραυγαλέα στην αντιμετώπιση της τρέλας από την ψυχιατρική, καθώς αυτή οικοδομείται πάνω στ΄ αχνάρια (πάνω στη μέθοδο) της ιατρικής του σώματος, αντιμετωπίζοντας την ψυχική σφαίρα και τις εκδηλώσεις της ως «όργανο», ως ξέχωρη οντότητα : η «ψυχή», δηλαδή, αποχωρίζεται, μ΄ ένα τυπικά καρτεσιανό τρόπο, από το «σώμα», μετατρεπόμενη σε *αντικείμενο* ιατρικής έρευνας (θετικιστικού χαρακτήρα), το οποίο πρέπει να εισέλθει μέσα σε προκαθορισμένες κωδικοποιήσεις - λογική στην οποία παγιδεύονται ακόμα και ορισμένες τάσεις στην ψυχιατρική που επικαλούνται την υποκειμενικότητα στη συμπεριφορά του ανθρώπου.

Η τρέλα χάνει το φυσικό της, υποκειμενικό χαρακτήρα, που συνίσταται στην *ταυτόχρονη παρουσία του παραλόγου μέσα στο λόγο* και συνθλίβεται μέσα στη μέγγενη της «νοσολογικής οντότητας», που ορίζεται μόνο με στενά ιατρικούς όρους.(17)

Το αποτέλεσμα είναι ότι η ψυχιατρική, από την εποχή του Kraepelin μέχρι τη σημερινή του DSM IV, διατρέχεται από μιαν εγγενή σύγχυση ανάμεσα στα τρία επίπεδα, το *φαινομενολογικό*, το *νοσολογικό* και το *αιτιολογικό* και από μια διαρκή διαμάχη ανάμεσα σε προσπάθειες υπέρβασης αυτής της σύγχυσης και στο διαδοχικό κατρακύλισμα πίσω σ΄ αυτήν.(18)

Παρόλο που η ψυχιατρική προσπάθησε ν΄ αποκτήσει επιστημονική νομιμοποίηση υιοθετώντας την επιστημονική γλώσσα της ιατρικής, στο ζήτημα της σχέσης νοσολογίας-αιτιολογίας (αντίθετα με την ιατρική, που αποδεικνυόταν τόσο πιο επιστημονική όσο περισσότερο μπορούσε να συσχετίζει τη νοσολογία με μιαν ορισμένη αιτιολογία), η ψυχιατρική αναγκάστηκε, εκ των πραγμάτων, να παράγει μια νοσολογία αποσυνδεδεμένη από την αιτιολογία.

Μάλιστα, το DSM IV διακηρύσσει ως επίτευγμά του ότι το ζήτημα της νοσολογίας, ως πρόβλημα συμβατικό και περιγραφικό, διαχωρίζεται πλήρως από το ζήτημα των αιτιών, ως προβλήματος εμπειρικής έρευνας, που πρόκειται να κριθεί στο μέλλον – δεδομένου ότι, προς το παρόν, υπάρχουν μόνο αιτιολογικές υποθέσεις των οποίων αναμένεται να εξακριβωθεί η όποια υλική/εμπειρική βάση (προφανώς βιολογική/ γενετική).(19) Ωστόσο, ακόμα και μ΄ αυτόν τον τρόπο, τα προβλήματα δεν λύθηκαν, απλώς μετατοπίστηκαν.

Δεν θ΄ αναφερθούμε εδώ στην πληθώρα των ψευδοαιτιολογικών εξηγήσεων (οι διαιτητικές θεωρίες, με τον Linus Pauling να προτείνει ισχυρές δόσεις βιταμινών για τη «σχιζοφρένεια», ο τεχνητός νεφρός για την απαλλαγή από πιθανές τοξίνες, ένας ιός, αντίστοιχος μ΄ αυτόν του Aids, που σχετίζεται με την αυξημένη πιθανότητα για εμφάνιση «σχιζοφρένειας» όσων γεννιούνται την άνοιξη, αλλά και με την υπόθεση της μετάδοσής του στην έγκυο από το γάτο του σπιτιού). Τόσο αυτές, οι πιο εξωτικές υποθέσεις, όσο και αυτές που προέρχονται από τις πιο σοβαρές έρευνες των βιο-νευρο-επιστημών, μονοαιτιακές ή πολυπαραγοντικές, δεν μπορούν κατ΄ ουδένα τρόπο να μεταφραστούν σε νοσολογικό ορισμό. Όπως γνωρίζουμε, σύντομα μετά την έκδοση του DSM IV, όλα μπήκαν και πάλι υπό συζήτηση, τόσο στο διαγνωστικο-κλινικό επίπεδο, όσο και σ΄ αυτό της έρευνας - με την ελπίδα ότι η επόμενη έκδοση, το DSM V, θα δώσεις λύσεις εκεί που απέτυχαν όλα τα προηγούμενα, τα οποία διαδέχονταν το ένα το άλλο με την ίδια πάντα ελπίδα και προσδοκία.

Οσο περισσότερο, μετά τον παραμερισμό των ψευδοαιτιολογικών εξηγήσεων, αναδύονται οι εσωτερικές αδυναμίες του ταξινομικού συστήματος, τόσο περισσότερο τα τρία επίπεδα, φαινομενολογικό, νοσολογικό και αιτιολογικό, εξακολουθούν αναγκαστικά να βαδίζουν σε διαφοροποιημένες και ασύμβατες κατευθύνσεις. Η καινούργια, συμβατική/περιγραφική, νοσογραφία δεν καταφέρνει να εκλεπτύνει, να κάνει πιο ακριβή και πιο ικανά τα διαγνωστικά κριτήρια, έτσι ώστε αυτά να μπορέσουν πραγματικά ν΄ ανταποκριθούν και να εκφράσουν τη φαινομενολογία και ταυτόχρονα δεν μπορεί να λειτουργήσει ως το αξιόπιστο εννοιολογικό «σημείο αναφοράς» για τις αιτιοπαθογενετικές έρευνες.(20)

Σύμφωνα με την εννοιολογική ανάλυση του M. Maj πάνω στα κριτήρια του DSM IV για τη διάγνωση της «σχιζοφρένειας» (21), υπάρχει μια μεγάλη δυσκολία, έως και αδυναμία, για απάντηση στο διακηρυγμένο σκοπό, που είναι ο προσδιορισμός και η ανάδειξη της «σχιζοφρένειας» ως ενός ιδιαίτερου συνδρόμου. Η ανάλυση στη βάση των τεσσάρων επιπέδων των κριτηρίων του DSM IV (*συμπτωματολογικό*, *χρονολογικό*, *λειτουργικό* και του *δι΄ αποκλεισμού*) δείχνει την *αδυναμία των τριών πρώτων* ν΄ αποφύγουν τη επικάλυψη με άλλα σύνδρομα (μείζων κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, διάφορες περιπτώσεις άνοιας) που ταξινομούνται στο εν λόγω εγχειρίδιο. Ως εκ τούτου, *μένει το τέταρτο* επίπεδο - το *αρνητικό*, το *δι΄ αποκλεισμού* – για να καθορίσει τη διάγνωση, έτσι ώστε η διάγνωση της «σχιζοφρένειας» στο DSM IV γίνεται «*διάγνωση δι΄ αποκλεισμού*». Τα ερωτήματα που θέτει ο Maj είναι 1) αν είναι επιτρεπτό η διάγνωση του «συνδρόμου σχιζοφρένεια» να γίνεται, στη πραγματικότητα, δι΄ αποκλεισμού, 2) αν ένα τέτοιο «σύνδρομο» έχει έναν ιδιαίτερο, δικό του χαρακτήρα, και 3) αν, στο βαθμό που έχει ένα τέτοιο χαρακτήρα, τα κριτήρια του DSM IV είναι απλώς ανίκανα να τον συλλάβουν και να τον αναδείξουν.(22)

Η αξιοπιστία των διαγνωστικών κριτηρίων της «σχιζοφρένειας» στα διαδοχικά DSM (III, IIIR, IV) ελέγχεται, επίσης, ως ελλιπής τόσο ως προς την «τάση των συμπτωμάτων να επανέρχονται», την «πρώιμη ηλικία έναρξης», την «εξάμηνη τουλάχιστον διάρκεια των συμπτωμάτων», την «πορεία και την έκβαση», την «επιδείνωση στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργία» - πεδία όπου εμφανίζονται μεγάλα κενά και αντιφατική στήριξη στα ερευνητικά δεδομένα των οποίων γίνεται επίκληση.(23)

Η δυσκολία να υπάρξει αξιόπιστο διαγνωστικό σύστημα (όχι μόνο για τη «σχιζοφρένεια») έχει εγείρει σοβαρούς προβληματισμούς γύρω από θεμελιώδεις

παραμέτρους που εμπλέκονται στην πρόσληψή μας της ψυχικής οδύνης /ψυχικής αρρώστιας. Ενας από αυτούς αφορά στο ζήτημα αν οι *νοσολογικές μονάδες* πρέπει να είναι τα *σύνδρομα*, ως αυτόνομα σύνολα σημείων και συμπτωμάτων, ή τα *συμπτώματα ως τέτοια*, αποφεύγοντας περαιτέρω ταξινομικές ετικέτες. Ενας άλλος αφορά στην οργάνωση του νοσολογικού συστήματος, αν δηλαδή, αυτή πρέπει να προχωρήσει στην κατεύθυνση των διαχωρισμένων, διακριτών κατηγοριών (οντοτήτων), ή στη βάση διαστάσεων που βρίσκονται κατά μήκος ενός ενιαίου ψυχωτικού «συνεχούς». (24)

Οι δυσκολίες και τα αδιέξοδα του νοσολογικού συστήματος γίνονται πιο εμφανή όσο περισσότερο πλησιάζει κανείς στα πλαίσια τα πραγματικά, εκεί όπου παίρνονται οι αποφάσεις για να τεθεί μια διάγνωση, στο επίπεδο, δηλαδή, της καθημερινής λειτουργίας των υπηρεσιών. Στις διαγνωστικές πρακτικές των ψυχιατρικών υπηρεσιών διεθνώς, διαπιστώνεται μια διαφοροποίηση (συχνά ένα χάσμα) ανάμεσα στην *ιδεατή διάγνωση* και στην *πραγματική διάγνωση*, σύμφωνα με την διατύπωση του B. Saraceno : στην καθημερινή τους πρακτική, λέει, οι περισσότεροι ψυχίατροι δεν χρησιμοποιούν τα επεξεργασμένα διαγνωστικά συστήματα, αλλά ένα διαγνωστικό σύστημα πού είναι μείγμα προσωπικών πεποιθήσεων, τοπικών πολιτιστικών στάσεων και τυποποιημένων διαγνωστικών συστημάτων.(25) Η πραγματική και η ιδεατή διάγνωση είναι πολύ διαφορετικές μεταξύ τους και ο ίδιος ψυχίατρος μπορεί ανάλογα ν΄ αποφασίζει να εγκαταλείψει την πραγματική και να υιοθετήσει την ιδεώδη ανάλογα με τις περιστάσεις (όταν, πχ, απευθύνεται στην επιστημονική του κοινότητα κλπ.).

Σημαντική ώθηση προς τη σχετικοποίηση (και αμφισβήτηση) των νοσολογικών κατηγοριών έδωσαν οι έρευνες εθνοψυχιάτρων και ανθρωπολόγων πάνω στην εμπειρία του ψυχικού πόνου σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Οι έρευνες αυτές ανέδειξαν, μεταξύ άλλων, τον ευρωκεντρικό και κατ΄ επέκτασιν, αγγλοσαξωνικό / αμερικανικό χαρακτήρα των διαγνωστικών ταξινομικών συστημάτων (DSM IV και ICD-10).(26)

Οι εθνοψυχίατροι εισήγαγαν τη διάκριση ανάμεσα στην *αρρώστια* (illness) και στη *νόσο* (disease). Η αρρώστια αναφέρεται στην αντίληψη του ασθενή, την εμπειρία, την έκφραση και τους τρόπους με τους οποίους αντιμετωπίζει τα συμπτώματά του. Η νόσος αναφέρεται στον τρόπο που οι λειτουργοί αναπλάθουν την αρρώστια στη βάση των θεωρητικών τους μοντέλων για την ψυχοπαθολογία. (27) Σύμφωνα με τον Kleinman, η ψυχιατρική διάγνωση είναι μια ερμηνεία της εμπειρίας του ατόμου. Αυτή η ερμηνεία διαφέρει μεταξύ των επαγγελματιών με διαφορετικό προσανατολισμό, καθώς και εξαιτίας άλλων κοινωνικών παραγόντων όπως η κλινική εξειδείκευση, το θεσμικό πλαίσιο και το ιδιαίτερο πολιτιστικό περιβάλλον του ψυχιάτρου. Η όποια ανταπόκριση μεταξύ των, ως άνω εννοούμενων, αρρώστιας και νόσου δεν είναι δεδομένη και οπωσδήποτε δεν μπορεί να έχει ένα γραμμικό και αναγωγιστικό χαρακτήρα, αλλά απαιτεί πολλές διαμεσολαβήσεις. (28)

Ο Richard Bentall, σ΄ ένα κείμενό του (1998), με τίτλο «*γιατί δεν θα υπάρξει ποτέ καμιά πειστική θεωρία για τη σχιζοφρένεια*» (29) κάνει τρεις παρατηρήσεις που θεωρούμε σκόπιμο (ως ένα ερέθισμα για μια συζήτηση που διαρκώς αναβάλλεται) να μεταφέρουμε εδώ όσο το δυνατόν πιο διεξοδικά.

Η πρώτη είναι ότι «*μπορούμε να ζήσουμε και χωρίς τη σχιζοφρένεια*. Και αυτό γιατί, όπως λέει ο Bentall, υπάρχει μια απλή λογική εναλλακτική λύση στην κρεπελιανή προσέγγιση. Η εναλλακτική αυτή λύση είναι να σταματήσουμε να σκεφτόμαστε στη βάση *διαγνωστικών κατηγοριών* και να συλλογιζόμαστε στη βάση των *προβλημάτων*, για εκείνο τον τύπο των προβλημάτων που τα άτομα με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας «φέρνουν» στις υπηρεσίες. Αν, για παράδειγμα, το πρόβλημα είναι οι «φωνές» (οι ακουστικές ψευδαισθήσεις), ας οργανώσουμε, πέρα από το θεραπευτικό πλάνο, και την έρευνα στη βάση αυτής της ιδιαίτερης διαταραχής, χωρίς την ανάγκη να ετικετάρουμε το άτομο, που το ζει, με καμιά από τις παραδοσιακές κατηγορίες (όπως «σχιζοφρένεια» ή άλλο), των οποίων, λέει ο Bentall, πρέπει να παραδεχτούμε αφενός τη στειρότητα και αφετέρου, τη ζημιά που προκαλούν. Η θέση αυτή συστηματοποιεί, μεταξύ άλλων, ορισμένες σύγχρονες εμπειρίες στο πεδίο της αντιμετώπισης (coping) από τους χρήστες, των επώδυνων βιωμάτων τους (ή συμπτωμάτων τους). Αυτή η οπτική, πέρα από μια διαφορετική διαγνωστική μέθοδος, είναι, πάνω από όλα, ένας διαφορετικός τρόπος σκέψης, μια άλλη κουλτούρα.(30)

Η δεύτερη παρατήρηση είναι η εξής : αν πάρουμε στα σοβαρά ότι είναι αποπροσανατολιστικό και επιζήμιο να σκεφτόμαστε στη βάση διακριτών παθολογικών οντοτήτων, τότε θα πρέπει να δεχτούμε ότι οι κρίσιμες εκδηλώσεις της ψυχικής οδύνης εκδηλώνονται κατά μήκος ενός «συνεχούς»: ανάμεσα στις πιο σοβαρές εκδηλώσεις της ψυχικής οδύνης (όπως παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, δυσκολίες γνωστικές και συναισθηματικές) και τις πιο ελαφρές, υπάρχει μια διαφορά βαθμού, *ποσοτική και όχι ποιοτική,* (με την έννοια της οντολογικής διαφοράς). Μπορούμε εύκολα να βρούμε παραδείγματα «διαταραγμένης σκέψης» μέσα στην κανονική και συνήθη μας καθημερινότητα, των οποίων το περιεχόμενο (ας πούμε διωκτικό) παρουσιάζει μόνο διαφορές στο βαθμό, εκτός από αυτές του πλαισίου, σε σχέση με πιο σοβαρές παραληρηματικές καταστάσεις. Το συμπέρασμα είναι, φυσικά, ότι «δεν είναι πια δυνατό να χαράξουμε τη γραμμή ενός καθαρού διαχωρισμού ανάμεσα σε "εμάς", που είμαστε υγιείς και "αυτούς" που δεν είναι».(31) Ένα άλλο συμπέρασμα θα μπορούσε να είναι ότι, κατά τη γνώμη μας, διαφορετικές ποιότητες δεν συνεπάγονται διαφορετικές οντότητες.

Η τρίτη παρατήρηση είναι ότι τα διάφορα σημερινά κριτήρια «μέτρησης» των υποτιθέμενων γνωστικών ελλειμμάτων στηρίζονται πάνω στην κλασσική προκατάληψη του «ακατανόητου». Εδώ ο Bentall, που δεν παραλείπει ν΄ αναφερθεί στον Jaspers, υποδεικνύει ένα σημείο σύμπτωσης ανάμεσα στην κλασσική ψυχιατρική και στη σύγχρονη ψυχομετρία – το κριτήριο του *αποκλεισμού του νοήματος της ψυχικής εμπειρίας* των «ψυχωτικών ασθενών», η οποία υποτίθεται ότι «στερείται αληθινής *αναφορικότητας* (intentionality), όπου ο όρος αναφορικότητα σημαίνει ότι "*τείνει*", "*στρέφεται προς*", αυτό, δηλαδή, που συνδέει τις φυσιολογικές ψυχικές καταστάσεις με τον κόσμο στον οποίο ζούμε». (32)

Ο συνηθέστερος και βολικότερος τρόπος για να μην «ακούσει» κανείς τον ψυχικά πάσχοντα, με όλη του τη μυστικοποίηση, το μεταφορικό και συμβολικό λόγο, την παραξενιά, είναι να χαρακτηρίσει το λόγο του «ακατανόητο». Αυτό αφορά ιδιαίτερα τη «σχιζοφρένεια».

Είναι γνωστό ότι ο Karl Jaspers, στην «Γενική Ψυχοπαθολογία» του, ορίζει τη «σχιζοφρένεια» ως το χώρο «πέραν την κατανοησιμότητας». Διακρίνει ανάμεσα στο κατανοητό, το εμπαθώς κατανοητό και το ακατανόητο:

«Η μη κατανοητή πλευρά μιας διαδικασίας (process), γράφει, αντιπροσωπεύει το όριο της κατανόησής μας, αλλά αυτό πρέπει να είναι με την έννοια ενός βασικού βιολογικού γεγονότος και όχι με την έννοια της ίδιας της Υπαρξης, που είναι φορέας της ζωής και την κάνει πραγματική. Η φιλοσοφική έννοια της ίδιας της Υπαρξης δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε συγκεκριμένες ψυχοπαθολογικές έρευνες. Αν εφαρμοστεί έτσι, αναπόφευκτα χάνει την ιδιαίτερη και βαθιά σημασία της. Οι αλλαγές της ανθρώπινης ύπαρξης δεν είναι αλλαγές της ίδιας της Υπαρξης. Ο μετασχηματισμός ολόκληρου του ατόμου και του ιδιαίτερου κόσμου του από βιολογικά γεγονότα, τα οποία διαστρέφουν την πορεία της ζωής του και ο μετασχηματισμός, που επέρχεται, από τις ανεξάρτητες επιλογές της ίδιας της Υπαρξης, είναι δύο εντελώς ετερογενή πράγματα. Δεν βρίσκονται στο ίδιο επίπεδο. Η εισβολή μιας διαδικασίας (process) μέσα στην προσωπικότητα κάνει την τρέλα, όχι την Υπαρξιακή ελευθερία».(33)

Ο Jaspers (όπως, άλλωστε, όλη η κλασσική ψυχιατρική) δεν μπορεί ν΄ αποφύγει την ταυτολογία : ορίζει την «σχιζοφρένεια» από τα "ακατανόητα" συμπτώματά της και θεωρεί αυτά τα συμπτώματα "ακατανόητα" στη βάση του ότι παράγονται από μια αρρώστια, όπως η «σχιζοφρένεια».

Αλλά, ακόμα και οι πιο βαριές και πολύπλοκες ψυχικές εμπειρίες, όπως οι ψευδαισθήσεις και τα παραληρήματα, δεν είναι, με κανένα τρόπο, μη επικοινωνήσιμες (και ως εκ τούτου, «ακατανόητες»), ούτε στερούνται νοήματος. «Στρέφονται προς» τις πραγματικές σχέσεις του ατόμου με τον κόσμο, μέσα από τις δυσκολίες και τις μεταλλαγές τους, καθώς αφορούν μια προσωπική ιστορία, της οποία το νόημα πρέπει να επανοικοδομηθεί και να ανακτηθεί από το ίδιο το άτομο.

Ας πάρουμε, για παράδειγμα, ένα από τα πιο δύσκολα για την επικοινωνία συμπτώματα, τις λεγόμενες «διαταραχές στη σκέψη και τη γλώσσα». Αν εξετάσουμε το λεγόμενο «σχιζοφρενικό παράγοντα» (με την ανάλυση της γλώσσας του ασθενή) γίνεται φανερό ότι ο άρρωστος με «σχιζοφρένεια», με την ίδια την επιλογή του λεξιλογίου που κάνει, μας μιλά για την κατάσταση που βιώνει. Δηλαδή, δείχνει ένα υψηλό ενδιαφέρον για τον

«εαυτό», για το «εγώ», σ΄ ένα πλαίσιο δυσφορίας και αποπροσανατολισμού. Η χρήση της μεγαλοποίησης της πραγμάτων (της υπερβολικής έκφρασης), όπως και οι αναφορές στο χώρο και στο χρόνο, μιλούν για μιαν αναστάτωση στην προσπάθεια να τοποθετήσει τον εαυτό του. Συχνά επιδιώκει το πλησίασμα με πρωτόγονα μέσα, όπως η επιθετικότητα. Παλεύει να βρει ένα αποδεκτό επίπεδο οικειότητας και συχνά αισθάνεται ότι απειλείται από την υπερβολική εγγύτητα, ενώ τρέμει την απόσταση. Η κατάστασή του φαίνεται ότι αφορά όχι τόσο μιαν αναστολή, ή ένα ελάττωμα των λειτουργιών του «εγώ», όσο την προσπάθεια ενός «εγώ» σε θέση μάχης (και ίσως προβληματικού) μπροστά σ΄ ένα έντονο στρες. Μπορεί να τείνει προς τη λεπτομερειακότητα και την υπερβολή για να αποφύγει την διάλυση και το χάος.(34)

Υπάρχει, ωστόσο, ένα περαιτέρω βήμα για όσους αποδέχονται να διαλογίζονται «δι΄ αποκλεισμού» (όπως στο DSM IV) και να λαμβάνουν το «ακατανόητο» και την «έλλειψη αναφορικότητας» ως προϋπόθεση. Στο βαθμό που γίνει αυτή η παραδοχή, λέει ο Bentall, το επακόλουθο είναι ότι δεν υπάρχει τίποτα άλλο να γίνει από το ν΄ αποδοθούν «βιολογικές αιτίες» σε «κενές γλωσσικές ενέργειες», που στερούνται της όποιας αναφορικότητας.(35)
Και σύμφωνα με τον Basaglia, η βιολογικοποίηση της ψυχικής οδύνης πηγάζει από την ανικανότητα της ψυχιατρικής να αποδεχτεί ένα πραγματικό διάλογο με τη «γλώσσα» της ψυχικής οδύνης, πράγμα που την οδηγεί να καταφεύγει στην αξίωμα της «ακατανοησιμότητας» και να ψάχνει, εν συνεχεία, ένα βιολογικό άλλοθι που θα χρησιμεύσει στον εξορθολογισμό της δικής της επικοινωνιακής ανικανότητας. Εδώ, σημειωτέον, βρίσκεται ο θεωρητικός πυρήνας της βίας στην ψυχιατρική και των διαφόρων εκδηλώσεων και εφαρμογών της (εγκλεισμός, ακύρωση του υποκειμένου, απομόνωση, μηχανική καθήλωση κοκ).(36)Οι προβληματισμοί που μέχρι τώρα έχουν αναφερθεί δεν οδηγούν, φυσικά, στο συμπέρασμα ότι «δεν υπάρχει ψυχική αρρώστια». Σύμφωνα με τη γνωστή διεθνή έρευνα του WHO (1978), όπου χρησιμοποιήθηκε το κλασσικό διαγνωστικό σύστημα, η «σχιζοφρένεια», με όλες τις διαφορετικές της μορφές και εκδηλώσεις σε διάφορες κουλτούρες και ανεξάρτητα από κοινωνική τάξη και κοινωνικοοικονομικό σχηματισμό, παρουσιάζει μια παγκόσμια κατανομή, που είναι η ίδια παντού, όσον αφορά στην Επίπτωση (Incidence) - δηλαδή τον αριθμό των νέων περιπτώσεων σε μια δοσμένη περίοδο χρόνου (μια κατανομή που θεωρείται ότι ταιριάζει στα χαρακτηριστικά μιας «αρρώστιας»).(37) Είναι, επί του προκειμένου, εξαιρετικά ενδιαφέρον το εύρημα, που έχει τεκμηριωθεί έκτοτε από πλήθος ερευνητών (και το οποίο ενισχύει τους προβληματισμούς που διατυπώνονται σ΄ αυτό το κείμενο) ότι η Επικράτηση (Prevalence) της «σχιζοφρένειας» διαφέρει αρκετά, ανάλογα με τις κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες.[3]

Το ζήτημα, λοιπόν, δεν είναι αν υπάρχει, ή όχι, «ψυχική αρρώστια», αλλά *πώς την εννοούμε* και προπαντός *τι κάνουμε* μ΄ αυτήν. Πολλές φορές έχει κανείς πολύ περισσότερα να κερδίσει για το συμφέρον του ασθενή αν μάθει να τη βλέπει ως "μιαν αρρώστια σε αναζήτηση επιστημολογικού παραδείγματος", ως ένα "ανοιχτό ερωτηματικό", ή και ως ένα "οδυνηρό τρόπο ύπαρξης του ανθρώπου" (και έτσι να μεριμνά για *πραγματικές απαντήσεις* στις *ανάγκες* που εκφράζει), αντί να τη φυλακίζει σε κατασκευές κατάλληλες για τη χειραγώγηση και τον έλεγχο (με τις βιο-φαρμακο-ψυχο-τεχνικές) του πάσχοντος υποκειμένου, που ασφυκτιά εντός (και λειτουργεί πέραν) των ορίων της κατεστημένης κανονικότητας.

Σήμερα, η πρόσληψη της «σχιζοφρένειας» (όπως και κάθε μορφής ψυχικού πόνου), με τον εγκλωβισμό της στο σύστημα της «διαγνωστικής ψυχιατρικής», γίνεται υπό την αιγίδα και τη χειραγώγηση του βιο-φαρμακο-βιομηχανικού συμπλέγματος. Αν και δεν είναι γνωστή, πάντα υπονοείται ότι «δεν θ΄ αργήσει» να επιβεβαιωθεί η γενετική, νευροβιολογική «βάση»

---

3 * Η Επίπτωση βρέθηκε να κυμαίνεται από 0.07 έως 0.14 ανά 1000 άτομα και είναι η ίδια σε όλες τις χώρες, αδιακρίτως οικονομικής ανάπτυξης, κοινωνικής τάξης, κουλτούρας. Οσον αφορά στην Επικράτηση, δηλαδή το συνολικό αριθμό των περιπτώσεων, παλιών και καινούργιων, που είναι γνωστό ότι υπάρχουν, βρέθηκε ότι διαφέρει από χώρα σε χώρα και είναι μικρότερος στις χώρες του Τρίτου Κόσμου (3,4 ανά 1000 άτομα, με διακύμανση από 0.9 έως 8) και μεγαλύτερος στις στην Ευρώπη και την Β. Αμερική (6.3 ανά 1000 άτομα, με διακύμανση από 1.3 έως 17.4). Αυτό έχει να κάνει με τη βραχύτερη πορεία και την καλλίτερη έκβαση της σχιζοφρένειας σε ευρείες περιοχές του Τρίτου Κόσμου με ιδιαίτερες κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες. (38)

των ψυχικών διαταραχών και κυρίως της «σχιζοφρένειας». Και το όλο σύστημα (διαγνωστικό θεραπευτικό) λειτουργεί *σαν ήταν ήδη γνωστή*.

Δεν υπάρχει, φυσικά, καμιά αμφιβολία για τη συμμετοχή «βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων». Αλλωστε, όλη η ανθρώπινη συμπεριφορά, η σκέψη κλπ συνίσταται από την αλληλοσχέση αυτών των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών στοιχείων. Είναι σαφές ότι η βιολογία εμπλέκεται σε ό,τι κάνουμε και βιώνουμε. Το πρόβλημα εμφανίζεται στο βαθμό που θεωρούμε αυτή τη σχέση *μονόπλευρα* (όταν δηλαδή, μιλάμε για τη βιολογική «βάση» της συμπεριφοράς) και αναζητούμε ένα βιολογικό ή νευροαναπτυξιακό *υπόστρωμα* της σχιζοφρένειας, όταν γνωρίζουμε ότι η σχέση μεταξύ ψυχωτικής εμπειρίας και βιολογικών γεγονότων είναι *διαμεσολαβημένη, πολυποίκιλη* και *έμμεση*. Το ζήτημα, όμως, δεν είναι η *αθροιστική*, αλλά η *διαλεκτική* σχέση αυτών των παραγόντων. Γι΄ αυτό χρειάζεται να ξαναπιάσουμε το νήμα της συλλογιστικής που άρχισε να ξετυλίγεται στην αρχή αυτού του κειμένου.

Όταν η διαλεκτική του "κοινωνικού ανθρώπου" αναχθεί στο "απλό σώμα" (αντικείμενο έρευνας, εκμετάλλευσης και χειραγώγησης), οι αντιφάσεις και οι ανάγκες, που πηγάζουν στο κάθε διαφορετικό επίπεδο (βιολογικό /εγκεφαλικό, ψυχολογικό/ατομικό, κοινωνικό), μπορούν να προβάλλονται (και ν΄ απορροφώνται) σε αυτές ενός άλλου. Όταν οι εκδηλώσεις των αντιφάσεων σε κάθε επίπεδο αποχωριστούν από την πολύπλοκη μεταξύ τους αλληλοσύνδεση και από το Κοινωνικό Είναι, τότε μπορούν, για το κάθε επίπεδο, να επινοηθούν ιδιαίτερες αιτίες και, εν συνεχεία, να επανατοποθετηθούν πάνω σ΄ ένα "κοινωνικό" που έχει κατασκευαστεί μ΄ ένα θετικιστικό τρόπο, ως "φύση", ως δεδομένο μια για πάντα, που δεν αναγνωρίζεται ποτέ ως κοινωνικοϊστορικό προϊόν.(39)

Επομένως, το ν΄ αντιμετωπίσουμε *πραγματικά* την «αρρώστια του ανθρώπου», θα σήμαινε να την αντιμετωπίσουμε *στην αλληλοσχέση της με την αρρώστια του κοινωνικού σώματος* (της κοινωνικής δομής). Δεδομένου ότι η κατεστημένη «κοινωνική ισορροπία» συγκροτείται, διαχρονικά, διαμέσου της απόρριψης και του εξοστρακισμού των αναγκών των ατόμων που παρεκκλίνουν από την κυρίαρχη κανονικότητα εκτός «κοινωνικού παιχνιδιού», στο πεδίο της αρρώστιας και της αναπηρίας ως «ετερότητας», η *αναγνώριση* και η *πραγματική αντιμετώπιση* αυτών των αναγκών (που εκφράζει «η αρρώστια του ανθρώπου») θα σήμαινε *ν΄ αναδείξουμε* και *ν΄ αντιμετωπίσουμε αυτό που θα μπορούσε να βάλει σε κρίση την ισορροπία της κοινωνικής δομής*. Αντίθετα, η "*θεραπεία*" *ως απλή τεχνική* ανάγεται, απλώς, στην *ομαλοποίηση αυτής της κοινωνικής ισορροπίας*, διαμέσου της επιβεβαίωσης της αναπηρίας του
ατόμου.(40)

Στην ιστορική διαδρομή της συνύπαρξης και του διαχωρισμού λογικής και παραλόγου, έφτασε ένα σημείο (τέλη 18^{ου} αιώνα) όπου ο κυρίαρχος λόγος (ο λόγος της κυρίαρχης αστικής τάξης) ήταν σε θέση να ουδετεροποιήσει την τρέλα, αναγνωρίζοντάς την σαν μέρος του εαυτού του, αλλά καθορίζοντάς της, ταυτόχρονα, ένα ξεχωριστό μέρος, μέσα στο οποίο έπρεπε να υπάρχει. Στην «Εγκυκλοπαίδεια» ο Hegel κάνει αναφορά στον Pinel, τον πρώτο "επιστήμονα της τρέλας"(41) : "Η τρέλα, γράφει, περιέχει ουσιαστικά την αντίφαση ενός συναισθήματος, που έχει γίνει σωματικό και υπαρκτό, ενάντια στην ολότητα των διαμεσολαβήσεων, που συνιστά η συγκεκριμένη συνείδηση. Το πνεύμα, καθορισμένο μόνο ως τέτοιο που είναι, στο βαθμό που ένα τέτοιο όν (είναι) βρίσκεται στην συνείδησή του χωρίς λύση, είναι άρρωστο…Η αληθινή ψυχική θεραπεία διατηρεί σταθερή ακόμα και την άποψη ότι η αλλοτρίωση καθεαυτή δεν είναι η αφηρημένη απώλεια του λόγου, ούτε από την πλευρά της νόησης, ούτε από κείνη της θέλησης και της ικανότητάς του ν΄ αποφασίζει (να βουλεύεται). Αλλά είναι μόνο αλλοτρίωση, είναι μόνο αντίφαση μέσα στο λόγο που υπάρχει ακόμα : όπως η φυσική αρρώστια δεν είναι η αφηρημένη απώλεια, δηλαδή ολοκληρωτική, της υγείας (μια τέτοια απώλεια θα ήταν ο θάνατος), αλλά είναι μια αντίφαση μέσα σ΄ αυτή την ίδια. Μια τέτοια ανθρώπινη μεταχείριση, δηλαδή καλοπροαίρετη (ευμενής) και λογική ταυτόχρονα – και είναι ανάγκη ν΄ αναγνωρίσουμε τη μεγάλη αξία που απέκτησε σ΄ αυτό το πεδίο ο Pinel – προϋποθέτει τον άρρωστο ως λογικό ον και έχει έτσι το σημείο στήριξης για τον αντιμετωπίσει από αυτή την άποψη. Όπως από τη σωματική πλευρά, τον έχει μέσα στη ζωτικότητα, η οποία, όντας ζωτικότητα, περιέχει ακόμα μέσα της την υγεία".

Σύμφωνα με τον Hegel, λοιπόν, ο λόγος αμφισβητείται και συγκροτείται μέσα από την αμφισβήτησή του, η τρέλα αναγνωρίζεται καθεαυτή και γίνεται αντικείμενο ιδιοποίησης από το λόγο. Μέσα στη διαλεκτική του λογικού και του πραγματικού εξηγείται η διαλεκτική του λογικού και του παραλόγου. Η «απελευθέρωση από τις αλυσίδες» συνοδεύτηκε από μια νέα αντίληψη για την τρέλα ως μια κατάσταση που δεν ακυρώνει πλήρως το υποκείμενο, αλλά *υπάρχει ως μια αντίφαση μέσα στην υποκειμενικότητα του ανθρώπου*. Αυτή η αντίληψη ήταν η βάση για τη θεραπευτική αισιοδοξία της «ηθικής θεραπείας».[4]

Μέσα στο διάβημα, όμως, του Pinel, μέσα στην ίδια την πράξη της «απελευθέρωσης από τις αλυσίδες» που κρατούσαν δεμένους τους τρελούς μαζί με τους εγκληματίες και με την επιδίωξη να τους δώσει το δικαίωμα του λόγου αναγνωρίζοντάς τους ως ασθενείς, στην πραγματικότητα, αυτό που, ιστορικά, κάνει την εμφάνισή του, είναι μια *πρακτική διαχωρισμού* του *κόσμου της εξαθλίωσης* από *αυτόν του παραλόγου*, ανοίγοντας, έτσι, το δρόμο ώστε η τρέλα να έχει (διαμέσου της ψυχιατρικής κει γενικότερα, των βιοπολιτικών πρακτικών) μια διαφορετική αντιμετώπιση: αυτό που γίνεται είναι ο *κατακερματισμός της σφαιρικότητας των αναγκών* των μαζών και η δόμηση μιας νέας λογικής, που λειτουργεί στην κατεύθυνση της *παράκαμψής* τους, φέρνοντας στο προσκήνιο τις διάφορες ιδιαίτερες *τεχνικές,* πιο πολύ για τη *χειραγώγηση* και τη *διαχείρισή* τους παρά για *απάντηση* σ΄ αυτές.(43)

Σύμφωνα με τον Foucault, η «Ιστορία της Τρέλας», που προσπάθησε να ιχνηλατήσει, δεν είναι πάρα η ιστορία της ίδιας της λογικής (του λόγου), ως ένας μονόλογός της *πάνω* στην τρέλα. Καθώς ο λόγος (δηλαδή, «ποιος μιλεί» ή «ποιος έχει το πάνω χέρι στη συνομιλία», «ποιος έχει το λόγο»), από την αρρώστια και τον άρρωστο άνθρωπο μετατίθεται αποκλειστικά στον γιατρό, κινδυνεύει να μετατρέπεται (και συχνά μετατρέπεται) σε μονόλογο – του γιατρού με τον εαυτό του και με τις ερμηνείες του. Σ΄ αυτό το μονόλογο υπάρχει κάτι βασικό στην εξέλιξη της τρέλας : η εγγραφή της στη γλώσσα αυτού που την ακούει και την κρίνει και την περιορίζει να εκφράζεται σύμφωνα με τη λογική αυτής της γλώσσας. Η ιστορία της τρέλας, κατά τον Foucault, αλλά και τον Basaglia, είναι η ιστορία μιας *κρίσης* (judgment), επομένως, η ιστορία της βαθμιαίας εξέλιξης των αξιών, των κανόνων, των πεποιθήσεων, των συστημάτων εξουσίας, πάνω στα οποία βασίζεται η κοινωνία και εγγράφονται όλα τα φαινόμενα της οργάνωσης της συλλογικής και γενικότερα κοινωνικής ζωής.(44)

Έτσι η αρρώστια, μέσα σε αυτό το πλαίσιο, αποκτά σημασίες διαφορετικές, «μετατρεπόμενη η ίδια σε απάντηση σ΄ αυτό που η ζωή δεν έχει ή δεν δίνει» : έχουμε την αρρώστια ως φυγή, ως αποϋπευθυνοποίηση, ως παράδοση άνευ όρων, αλλά και ως ταυτότητα, ως σχέση, ως επιβεβαίωση του εαυτού σε ένα κόσμο όπου δεν υπάρχει χώρος ούτε για ταυτότητα, ούτε για σχέση, ούτε για αυτοπραγμάτωση, παρά μόνο στο βαθμό που (ταυτότητα, σχέση, αυτοπραγμάτωση) εντάσσονται στις παραμέτρους της «επιτυχίας» ή της «ήττας».(45)

Όταν, λέει ο Basaglia, οι ποικίλης προέλευσης στερημένοι από φωνή, φτάνουν στο σημείο να μιλήσουν, ο Λόγος – ο ταυτοποιημένος με την αστική εξουσία λόγος – αρχίζει να διανέμει τους τρόπους, τους χρόνους και τους χώρους, στους οποίους μπορούν να μιλάνε, αλλά με τους δικούς του όρους και με τη δική του γλώσσα, που, από τη φύση τους,

---

4 Σύμφωνα με τον Gianni Scalia (1968), αυτές οι μεταβολές μπορούν να κατανοηθούν στο φως της μαρξιστικής θεωρίας του φετιχισμού του εμπορεύματος και της αλλοτρίωσης. Η πραγματικότητα στον καπιταλισμό, λέει ο Scalia, παρουσιάζεται με τρόπο ανεστραμμένο : οι σχέσεις ανθρώπων ως σχέσεις πραγμάτων. «Ο λόγος και η τρέλα είναι οι δύο τρόποι ύπαρξης αυτού του ανεστραμμένου κόσμου. Και το ορθολογικό και το ανορθολογικό είναι πλευρές του ανεστραμμένου κόσμου, που αναπαράγεται σε διευρυμένη κλίμακα, παράγοντας λογικό και παράλογο, τάξη και αταξία. Και στο λογικό και στο ανορθολογικό υπάρχει η άλυτη αντίφαση του ανεστραμμένου κόσμου ως σχέση τους : ο πραγματικός κόσμος είναι ανεστραμμένος και ο ανεστραμμένος κόσμος είναι πραγματικός. Ο ανεστραμμένος κόσμος είναι το ορθολογικό ως λόγος θεμελιωμένος πάνω στην υπάρχουσα πραγματικότητα και είναι το ανορθολογικό ως πραγματικότητα που είναι θεμελιωμένη πάνω στον υπάρχοντα λόγο. Η αναστροφή είναι διπλή και ολοκληρωτική. Λόγος και τρέλα έχουν δοθεί μαζί. Ο Marx κάπου ονόμασε ο ίδιος αυτή την αναστροφή σαν την "τρέλα του Κεφαλαίου"». (42)

ακυρώνουν την σφαιρικότητα των αναγκών του ανθρώπου, διαμέσου της κατακερματισμού τους.(46)

Το παραλήρημα, ως υποκειμενική έκφραση της τρέλας, αντικειμενοποιείται, θεωρούμενο ως ο δυνητικός πυρήνας μιας ακοινωνικής συμπεριφοράς και ως μια απειλή, η οποία, αφού δεν μπορεί πλέον να τιμωρηθεί, πρέπει να ελεγχθεί, να προληφθεί, να διορθωθεί, να τροποποιηθεί, δηλαδή, να «θεραπευθεί»: όπως λέει ο Basaglia, «η τρέλα εξαφανίζεται μέσα στην αντικειμενοποίηση του παραληρήματος ως ασθένειας». (47)

Η τρέλα θα πρέπει να εκφράζεται, πλέον, σύμφωνα μ΄ ένα ερμηνευτικό σχήμα, που της είναι ξένο - μ΄ αυτό, δηλαδή, της γλώσσας της αρρώστιας (μια γλώσσα που είναι φορέας του ορθολογισμού της εξουσίας). Αυτή η προσέγγιση ρίχνει το υποκείμενο που πάσχει σε μια παγίδα όπου η ίδια η κατανόηση και η κατασκευή της αυτοεικόνας του, του «πάσχοντος εαυτού», συντίθεται από την υιοθέτηση και ενδοβολή, από τον ίδιο τον ψυχικά πάσχοντα, της τρέχουσας αντικειμενοποιητικής ιατρικής στάσης, γλώσσας και ερμηνείας. Η διάσταση ανάμεσα στο βίωμα της οδύνης και την αφηρημένη γλώσσα των σημείων, των συμπτωμάτων και των νοσολογικών κατηγοριών αποχτά κραυγαλέες διαστάσεις όταν θεραπευτής και θεραπευόμενος ανήκουν σε διαφορετικές εθνότητες, πολιτισμούς και κουλτούρες.

Πώς μπορεί, όμως, να μιλήσει η τρέλα, *αν αυτός που θα της δώσει το λόγο*, *δεν αρνηθεί και δεν υπερβεί τη λειτουργία του «εξομολογητή»,* στην οποία αναφέρεται ο Φουκώ λέγοντας ότι «αυτός που εξομολογείται παρέχει το 'ακατέργαστο υλικό', αλλά είναι ο εξομολογητής που δίνει τη 'σωστή σημασία'»;(48) Το ερώτημα δεν επιδέχεται εύκολη απάντηση. Το *ν΄ «ακούσει»* κανείς τον «*άλλο*», είναι κάθε άλλο παρά αυτονόητο και η θετικιστική, ταξινομητική, περιγραφική ψυχιατρική αδυνατεί οργανικά να το κάνει.

Η *παρουσία,* ωστόσο, του ψυχικού πόνου, της αρρώστιας, της τρέλας, *μιλά*, *αν πραγματικά αφεθεί να μιλήσει* και *αν προσεκτικά ακουστεί* : για αναπάντητες ανάγκες, για την σχέση ανάμεσα στον άνθρωπο που πάσχει και τη στέρηση, υλική και συναισθηματική. Για τη σχέση του ατόμου με τον τρόπο που δομείται η κοινωνική οργάνωση και, ως εκ τούτου, για το χώρο, φυσικό και ψυχολογικό, που βρίσκει το άτομο στο εσωτερικό της μακρο και μικρο-κοινωνικής οργάνωσης. Για την εξουσία, την καταπίεση και την κοινωνική απομόνωση.(49)

Ετσι, το ερώτημα ανάγεται, πλέον, όχι στη δυνατότητα του πάσχοντος υποκειμένου να μιλήσει, αλλά στην *ικανότητα του όποιου εντεταλμένου ν΄ «ακούει», να μπορεί πραγματικά να το κάνει.*

Η απάντηση σ΄ αυτό το ερώτημα δεν θα έλθει από την περαιτέρω προώθηση των γενετικών και των νευροβιολογικών ερευνών – παρόλη την εξαιρετική σημασία των ευρημάτων τους στους τομείς που ερευνούν. Αυτό που χρειάζεται ν΄ αλλάξει, είναι οι θεσμοί, η κουλτούρα και οι πεποιθήσεις που διέπουν τον τρόπο σκέψης, τη (φιλοσοφική, επιστημονική) μέθοδο, τη συμπεριφορά και την πράξη ερευνητών και λειτουργών. Οι θεσμοί, η κουλούρα, οι πεποιθήσεις και οι πρακτικές που επικρατούν, είναι αυτές που παρήγαγαν και διαδοχικά αναπαρήγαγαν οντότητες σαν αυτές της «σχιζοφρένειας» και των διαγνωστικών συστημάτων.(50)

Τόσο η Ψυχιατρική, όσο και η Ψυχολογία (και η Ιατρική γενικότερα) επικεντρώνουν στο *άτομο,* θεωρώντας ότι η συμπεριφορά του μπορεί να εξηγηθεί ως εκδήλωση δομών και διαδικασιών *μέσα* στο άτομο. Τόσο η Ψυχιατρική .όσο και η Ψυχολογία, στις επικρατούσες εκδοχές τους, αδυνατούν να δουν την επικοινωνιακή σημασία και την κοινωνική διάσταση, πχ, του παραληρήματος και άλλων ψυχωτικών συμπτωμάτων, τα οποία βλέπουν απλώς ως συμπτώματα μιας οντότητας στον εγκέφαλο και, εν πάσει περιπτώσει, στο πλαίσιο, πρωτίστως, των εσωτερικών νοητικών αναπαραστάσεων του ατόμου.

Αυτό που εξακολουθεί να διαφεύγει, εν τέλει, είναι ο *σχεσιακός* χαρακτήρας των ψυχωτικών συμπεριφορών και εμπειριών, το γεγονός ότι *αναδύονται στο εσωτερικό κοινωνικών και διαπροσωπικών πλαισίων*, ότι *η μορφή και το περιεχόμενο τους αποχτούν τη σημασία τους από αυτά τα πλαίσια.* Το πλαίσιο εξακολουθεί να τίθεται στο περιθώριο, είτε θεωρούμενο ως ένας *απλώς* στρεσσογόνος παράγοντας που επηρεάζει ένα ευάλωτο (δηλαδή, ένα πρωτίστως ελαττωματικό) άτομο, είτε με τον παραμερισμό της σημασίας των δυναμικών και των σχέσεων μέσα στην οικογένεια, είτε με τον ισχυρισμό ότι η φτώχεια και η χαμηλή κοινωνική θέση είναι συνέπειες και όχι κάτι που συχνά προηγείται της ψυχωτικής εμπειρίας κοκ.(51)

Για να ανοίξει ένα πραγματικό διάλογο με τον ψυχικά πάσχοντα, η ψυχιατρική πρέπει ν΄ αναγνωρίσει τις *δικές της εμμονές*, τις δικές της «*ψευδείς πεποιθήσεις*», που «*δεν τις συμμερίζονται οι άλλοι*» (πρωτίστως οι ψυχικά πάσχοντες), που τις «*υποστηρίζει με απόλυτο και δογματικό τρόπο*» (πχ το DSM IV και τη βιολογική βάση της σχιζοφρένειας), «*αν και αντιφάσκουν με την πραγματικότητα*», καθώς «*βασίζονται σε εσφαλμένα συμπεράσματα γι΄ αυτήν την πραγματικότητα*». Πρέπει, δηλαδή, να *σχετικοποιήσει* και να *διαλεκτικοποιήσει* το δικό της «επιστημονικό παραλήρημα».

Βιβλιογραφικές αναφορές

1. Kaplan H. I. & Sandock, B. J. : "Pocket handbook of Clinical Psychiatry", Williams & Wilkins, Baltimore, USA, 1990.

2. Foucault M. : «Ιστορία της τρέλας». Ελληνική έκδοση, Ηριδανός.

3. Barham P. & Hayward R.: "From the Mental Patient to the Person", London, 1991, Routledge

4. οππ.

5. Pilgrim D.& Rogers A. : «Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας», 1999, ελληνική έκδοση, 2004, Δαρδανός.

6. Gilroy P.: "There Ain't No Black in the Union Jack", 1987, London, Hutchinson. Αναφέρεται από D. Pilgrim & A. Rogers, οππ.

7. Wing J. K.: "Reasoning about Madness". Oxford, 1978, Oxford University Press.

8. Warner Richard : "Recovery from schizophrenia. Psychiatry and Political Economy". Routledge 2nd ed. 1994.

9. οππ.

10. Bleuler Eugen: "Dementia Preacox, or the group of Schizophrenias", International University Press, 1950, New York. Πρώτη γερμανική έκδοση, 1911.

11. Boyle Mary : "Schizophrenia. A scientific delusion?" Routledge, 2nd ed. 2002.

12. οππ.

13. Basaglia Franca Ongaro : "Salute/Malattia". Piccola Biblioteca Einaudi, 1982. (Εισαγωγή: "Le parole della malattia" και κεφ. 1, "Clinica"). Επίσης, βλ. Basaglia Franco : «Il concetto di salute e malattia", Scritti, vol. II, Einaudi, 1982.

14. Basaglia Franca Ongaro : οππ.

15. οππ.

16. οππ.

17. οππ.

18. Di Paola, Furio : " L' istituzione del male mentale", manifesto libri, 2000.

19. οππ.

20. οππ.

21. Maj M. : «Critique of the DSM IV operational diagnostic criteria for schizophrenia", στο "British Journal of Psychiatry", 172, 1998.

22. οππ.

23. Di Paola, Furio: οππ.

24. οππ.

25. Saraceno Benedetto: "La fine dell' intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica", Etaslibri, Milano, 1996. Επίσης, του ιδίου (μαζί με Frattura L. & Bertolote M. J.): "Evaluation of Psychiatric Services; hard and soft indicators", στο WHO/MNH/MND 93, 19, Γενεύη, 1993.

26. Bhugra Dinesh & Kamaldeep Bhui : "Cross-cultural Psychiatry. A practical guide", Arnold, 2001, Λονδίνο.

27. Kleinman Arthur : "Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience", Free Press, 1988, Νέα Υόρκη, ΕΠΑ.

28. οππ.

29. Bental Richard : “Why There Will Never Be a Convincing Theory of Schizophrenia”, στο Rose Steven : “From Brains to Consciousness”, Allen lane- Penguin, 1998, Λονδίνο.
30. οππ.
31. οππ.
32. οππ.
33. Jaspers Karl : “General Psychopathology”, αγγλική μετάφραση, Manchester University Press, 1968.
34. Rosenberg D. & Tucker G.: “Computer content analysis of Schizophrenic speech. A preliminary report”. American Journal of Psychiatry, 132, 1975. Βλέπε, επίσης, των ιδίων “Verbal Behaviour and Schizophrenia», Archives of General Psychiatry, 36, 1979.
35. Bental Richard, οππ.
36. Basaglia Franco & Pirella Agostino: “Deliri primari e deiri secondari e problemi fenomenologici di inquadramento”, στο Basaglia “Scritti”, Vol I, Einaudi, 1982.
37. Warner Richard, οππ.
38. οππ.
39. Basaglia Franca Ongaro, οππ.
40. οππ.
41. Hegel G.: «Εγκυκλοπαίδεια των φιλοσοφικών επιστημών». Αναφέρεται από τον Scalia Gianni “La ragione della folia”, στο “La Maggioranza Deviante. L’ ideologia del controllo sociale totale”, με την επιμέλεια των Franco Basaglia e Franca Ongarto Basaglia, εκδ. Einaudi, 1971.
42. Scalia Gianni : οππ.
43. Basaglia Franco: “Follia/Delirio”, στα “Scritti”, vol. II, Einaudi, 1982.
44. Foucault Michel, οππ.
45. Basaglia Franca Ongaro, οππ.
46. Basaglia Franco: “ Follia/Delirio”, οππ.
47. οππ.
48. Foucault Michel, οππ.
49. Basaglia Franco: οππ.
50. Boyle Mary: οππ.
51. οππ.