



Κωδικός 01-6296



Δήλου 3, 162 31, Βύρωνας

τεύχος **52**



Δελτίο Επικοινωνίας του Σ.Ο.Ψ.Υ



Τριμηνιαία Έκδοση / Έτος 14^ο

μηνύματα



Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2013

Περιοδική Έκδοση



Ιδιοκτησία Διεύθυνση

Σ.Ο.Ψ.Υ.

Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών
για την Ψυχική Υγεία

Δήλου 3, Βύρωνας, 162 31
Τηλ./Fax: 210 7640 277, 210 7640 229
www.eufami.org
www.iatronet.gr/sopsi & www.sopsi.gr
e-mail: sopsi@ath.forthnet.gr

ΩΡΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Δευτέρα: 10:00 - 2:00 π.μ.
5:00 - 8:00 μ.μ.
Τρίτη: 10:00 - 2:00 π.μ.
Τετάρτη: 10:00 - 2:00 π.μ.
5:00 - 8:00 μ.μ.
Πέμπτη: 10:00 - 2:00 π.μ.
Παρασκευή: 10:00 - 2:00 π.μ.

Εκδότης/Διευθυντής

Σωκράτης Παπαγεωργίου
Δήλου 3, Βύρωνας, 162 31
Τηλ./Fax: 210 7640 277

Συντακτική Επιτροπή

Κ. Βρεττού
Μ. Κανελλή-Παπανικολάου
Κ. Κοηλιόπουλος
Φ. Λώλη
Σ. Φουσκετάκη

Επιστημονική Επιτροπή

Μαρίνα Οικονόμου
Ψυχίατρος, Επ. Καθηγήτρια Παν/μίου Αθηνών
Πρόεδρος Επιστημονικής Επιτροπής Σ.Ο.Ψ.Υ.

Μιχάλης Μαδιανός
Ομότιμος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Πλουμπίδης Δημήτρης
Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Επιμέλεια Έγλης

Μ. Κανελλή-Παπανικολάου

Επιμέλεια Κειμένων

Μ. Κανελλή-Παπανικολάου
Ε. Λουκή

Γραμματαία - Μεταφράσεις

Α. Μπρεζετού
Β. Παπαδοπούλου

Υπεύθυνος Σχεδίασης & Παραγωγής

EDILYS A.E.E.
Εμπορικό Κέντρο «ΑΙΘΡΙΟ»
Αγ. Κωνσταντίνου 40, 151 24, Μαρούσι
Τηλ.: 210 6195 994, e-mail: info@edilys.gr

Σελιδοποίηση: Σοφία Φίλου

ΔΙΑΝΕΜΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

Τα ενυπόγραφα άρθρα
εκφράζουν προσωπικές απόψεις

Το έργο του εξωφύλλου
είναι της Ειρήνης Σαββινοπούλου



Περιεχόμενα

Οικογένεια και Ψυχική Υγεία: Από τον κοινωνικό αποκλεισμό και την οδύνη στις δράσεις ενδυνάμωσης και νέας συλλογικότητας Οικογενειών και Χρηστών	05
Μύθοι σχετικά με τη χρήση και κατάχρηση αλκοόλ	09
Ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις	10
Τα ανθρώπινα δικαιώματα στο χώρο της ψυχικής υγείας: Το κίνημα της συνηγορίας	13
Η επίδραση της κρίσης στο κοινωνικό σύνολο	17
Διαζύγιο και παιδί	20

Θέλω να γράψω λίγα λόγια χωρίς να κουράσω όσους με διαβάσουν. Θέλω να ευχαριστήσω θερμά το προσωπικό του Σ.Ο.Ψ.Υ. για τη βοήθεια και τη στήριξη που μου προσέφερε, ειδικά την κα Κανελλοπούλου και την κα Βασιλοπούλου για την αμέριστη ψυχολογική, υλική και ψυχική βοήθεια που μου προσέφεραν ως τακτικό μέλος του Κέντρου Ημέρας του Σ.Ο.Ψ.Υ. εδώ και 5 χρόνια. Επίσης θέλω να σημειώσω ότι έκανα εξαιρετικές φιλίες στο Σ.Ο.Ψ.Υ. όπως με τη Έφη, τη Λένα και το Γιώργο. Εκεί ανακαλύψαμε ότι η Λένα, εγώ και η Έφη είχαμε νοσηλευτεί στη «Γαλήνη» - σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Μέσω του περιοδικού θέλω να ευχαριστήσω τη «Γαλήνη», νευροψυχιατρική κλινική, για τη διαμονή μου εκεί, η οποία με βοήθησε να συνέλθω από τη ψυχική μου νόσο που με ταλαιπωρούσε για πολλά χρόνια πριν νοσηλευτώ και να φτάσω σε ένα πολύ καλό επίπεδο υγείας. Επίσης θέλω να ευχαριστήσω προσωπικά τον ψυχίατρό μου κο Νικόλαο Μανούση, που τυχαίνει να είναι και προσωπικός γιατρός των φίλων μου για την αμέριστη και πολύτιμη βοήθεια του τόσο ως προς το πρόσωπό μου και ως τα πρόσωπα των φίλων μου.

Με απεριόριστη ευγνωμοσύνη και εκτίμηση,
Ευαγγελία

Συνυπογράφουν,
Έφη, Λένα

Οι φίλοι οι καλοί

Από τις τεσσερισήμισι ανοίγουμε το Σ.Ο.Ψ.Υ.
Κι από τότε που καθίσαμε εκεί αλληλάξαμε και όψη.

Και κάνουμε όλοι μαζί πάρα πολλές ομάδες
Τραγούδια ωραία ακούμε ήμε και μαντινάδες.

Και ο Βαγγέλης κάθεται κοντά σε μια γωνία
Φωτογράφος με το κινητό μη φύγει καμιά οξεία

Κι η Μίκα απέναντι τον καμαρώνει
Του γνέφει με το χέρι της το φιλήμ εδώ τελειώνει

Και με τους ψυχολόγους μας Έλβη και Κωνσταντίνο
Έχουμε βοήθεια στήριξη κανείς μας δε βουρκώνει
Πολλά είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όλα τα παιδιά
Με αγάπη μας αγγίζουν

Η Πόπη και η Αγγελική παίζουν αγωνία
Παιχνίδι με χαρτιά είναι αυτό, στη τραπεζαρία

Το κτίριο είναι ζεστό παίζουν ποδοσφαιράκι
Ο Κώστας και ο Λάζαρος πριν έρθει το βραδάκι

Γιορτάζουμε κάθε γιορτή και τρώμε και γλυκάκι
Χορεύουμε συχνά πυκνά έχουμε και δωράκι

Ο Στάθης φτιάχνει τα κεριά και έχει και ταλέντο
Ανέκδοτα ήλει πολλά γελάει όλο το κέντρο

Και πίσω από όλο αυτό βρίσκεται και η Δώρα
Που είναι και πονόψυχη είναι ζευγάρι ταιριαστό πάντα
Εδώ και τώρα

Ο Νίκος κάθεται σκυφτός δίπλα στην Κατερίνα
Καπνίζουν τα τσιγάρα τους και την περνάνε φίνα

Έρχεται κι η Βασίλικη νωρίς νωρίς και φεύγει
Και η Βάσω κάνει κριτική και δεν κουτσομπολεύει

Και ο Διονύσης παρακολουθεί, εμπνέεται από τη στιγμή
με τον Αλέξανδρο
Οι καλλιτέχνες δύο θα πάρουν το βραβείο

Είναι και η Βαγγελιώ, ο Νίκος και η Έφη
Αυτή είναι η ομάδα μου το άγχος για να φεύγει

Τέλος αν ξέχασα να ονομάσω και κανένα
Ακούω μια μαντινάδα από το Γιώργο μου και έχω σώα τα
φρένα

Λένα

Με ήλνε Νίκο. Τα όνειρά μου στη ζωή ήταν να σπουδάσω,
να βρω δουλειά και μετά να παντρευτώ. Όμως καθώς
υπηρετούσα τη θητεία μου στο στρατό αρρώστησα από
ψυχωσική συνδρομή παρανοειδούς τύπου, νοσηλεύτηκα
στο 414 και πήρα αναβολή. Αργότερα τελείωσα τη θητεία
μου και τις σπουδές μου.

Βρήκα δουλειά, όμως γρήγορα κατάλαβα ότι δε μπορού-
σα να δουλέψω εξαιτίας της σοβαρής μου ασθένειας.

Το όνειρο του γάμου όμως δεν το εγκατέλειψα. Τώρα ζω
με το επίδομα της Πρόνοιας. Διεκδικώ ένα ποσοστό από
τα σύνταξη του πατέρα μου, συνταξιούχου χωροφυλα-

κής, όταν αυτός αποβιώσει και εφόσον μείνω άγαμος.

Αυτός ο όρος της αγαμίας είναι απαράδεκτος για έναν άνθρωπο που θέλει να ζήσει σύμφωνα με το θέλημα του Θεού, που θέλει την ένωση του ζευγαριού μόνο μέσα στο γάμο και όχι έξω από αυτόν.

Ζητώ να καταργηθεί αυτή η προσθήκη στον νόμο υπ' αριθμόν 3408 άρθρο 3 παράγραφος 2β' γιατί και εμείς τα ΑΜΕΑ είμαστε άνθρωποι και έχουμε δικαίωμα στη ζωή.

Με εκτίμηση,
Νίκος

Το κινητό μου χτύπησε
στον ήχο του ξυπνητηριού...
επιβεβαίωσε ότι η ώρα, είναι
η ώρα αφύπνισης με το ρολόι
της χειρός... ο κούκος στο σαλόνι σκούζει βραχνά...
έχει χαλάσει όμως και το ρόλο του
έχει αναλάβει το μωβ καναρίνι
που έχει και φύσημα στην καρδιά
και μανούλα μου δεν ξέρω τι θα κάνω!!!
Μάνα σκέπασε με ξανά με την
αγκάλη σου που μοιάζει με αυτήν
του Ηλίатора και του Πλάστη και
βοήθα να ξανακοιμηθώ!!!
Έτσι και αλλιώς είμαι άνεργος, άεργος, άοσμος!

Η ποίηση είναι τυφλή...
κάτι σαν τη δικαιοσύνη...
αν είσαι χλιδατός και μπουχτισμένος
και τα μάτια σου έχουν χορτάσει
μετρώντας δολλάρια δεν μπορείς
να αγγίξεις την ποίηση...
ο σταυρός του καθένα πρέπει να είναι
στο πρώτο μετουσιωμένο ποίημα που έχει να θυμάται
ο Θεός είναι σκληρός
όχι για μας, αλλά για να αντέχει...
τα καρφιά του σταυρού, δεν 'μείναν στο σταυρό
μα 'γίναν φυλαχτά για 21 αιώνες...
αλλά πού είναι...
Λωτός... αμνησία...
Πέρσι έχασα τη θεία μου στα πέλαγα της αμνησίας

Είναι ξημέρωμα της 16-01-12
και έγραψα κάτι γραφτά έτσι
για να δοκιμάσω τα μαρκαδοράκια...
Ο μπόμπος μου κοιμάται και
ο Ντίλαν νανουρίζει και εμένα...
Δώστε μου λίγη προσοχή και για
τις άγνωστες λέξεις να κοιτάξετε
στα γραφτά του Γκαίτε και του Καμή
και για θέματα πίστης και χαρακτήρων
στα άπαντα του Ντοστογιέφσκι
Ε τι;! Τσάμπα το έχουμε το τουνέ
εμείς οι γραφτάδες, μοδίστρες, λεξοπλάστες, ραφτάδες,
ραπάδες και αραπάδες...
Α ρε τι κάνει το ξενύχτι...
Ξεφτέρι μου...
Ουφ... τα 'πα ... 7 και 3 και 33 δεύτερα 16-01-12

Αυτό είναι το τέταρτο ποίημα πριν το πέμπτο
και δύο θέσεις μπροστά μετά το δεύτερο...
το 5 σκέφτομαι να το
βάλω για τζόκερ αλλιά
πρέπει να προσπαθήσω για το τέταρτο ποίημα...
κατά πρώτον πρέπει να
κάνω μια εισαγωγή και
μετά μια δευτερολογία
όταν ένα τρίο φαητσάρει στο στέρεο ραδιόφωνο πώς να
γράψεις το τέταρτο ποίημα
μα το βούδα... και μετά το
πέμπτο, το έκτο, το έβδομο...
Εν πάση περίπτωση θραύση θα κάνει το ποίημα 8

Στάθης Κλείτσας

Οικογένεια και Ψυχική Υγεία: Από τον κοινωνικό αποκλεισμό και την οδύνη στις δράσεις ενδυνάμωσης και νέας συλλογικότητας Οικογενειών και Χρηστών

«Όταν εμφανίστηκε το πρόβλημα, χάσαμε τη γη κάτω από τα πόδια μας. Άνοιξε η γη και μας κατάπιε. Ένας πανικός. Μια αλληλο-ενοχή και αλληλο-κατηγορία μεταξύ των γονιών.»

«Όταν αρρώστησε η κόρη μου ήταν 16 χρονών. Έτυχε να την πάω στο νοσοκομείο. Δυστυχώς για μένα, δεν ήξερα ότι τους αλυσόδεσαν. Δεν ήξερα τι θα πει ψυχιατρική. Τι θα πει να είσαι άρρωστος.»

Αυτά είναι μερικά από τα «συνηθισμένα» στοιχεία αφήγησης που αναδύθηκαν κατά τη διάρκεια του Σεμιναρίου Ενδυνάμωσης Χρηστών και Οικογενειών στην Ψυχική Υγεία, που πραγματοποιήθηκε τον περασμένο χειμώνα στο Πάντειο Πανεπιστήμιο. Όταν το «κακό» συναντήσει την οικογένεια, τότε ενεργοποιούνται μεταξύ των μελών της, μια σειρά από συμπεριφορές και αντιδράσεις: Αίσθημα απόσυρσης και ντροπής, αίσθημα ενοχοποίησης, σιωπής, κοινωνικού αποκλεισμού μέσω του αυτο-στιγματισμού της οικογένειας ή αντίθετα μια υπερ-δραστηριότητα μάταιης αναζήτησης λύσης προς κάθε ειδικό και υπηρεσίες. Καθημερινό φορτίο συναισθηματικής, ψυχικής και οικονομικής επιβάρυνσης. Συχνά απογοήτευση, απόσυρση και «ένοχη» σιωπή. Αυτός είναι συχνά ο φαύλος κύκλος εμφάνισης μιας σοβαρής ψυχιατρικής διαταραχής στο πλαίσιο της Ελληνικής οικογένειας. Σε συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής κρίσης το εύρημα ότι 1 στις 4 οικογένειες είναι πιθανό να έχει τουλάχιστον ένα μέλος που θα εμφανίσει ψυχικές διαταραχές, επιβαρύνει περισσότερο την κοινωνική περιθωριοποίηση - αποκλεισμό, αυτό-στιγματισμό και αδρανοποίηση της οικογένειας.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΚΑΙ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΠΟΛΥΠΛΟΤΗΤΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΩΝ

Πώς θα ορίζαμε, όμως, την οικογένεια σήμερα; Στη βιβλιογραφία αλλά και στην καθημερινή πράξη υπάρχουν δύο ορισμοί της οικογένειας: ο παραδοσιακός (δηλαδή η πυρηνική οικογένεια) και ο διευρυμένος

(δηλαδή κάθε σχήμα που συμπεριλαμβάνει παιδιά). Τα ανθρώπινα συστήματα, όπως η οικογένεια, είναι ανοικτά, πολύπλοκα, δυναμικά και μεταρρυθμίζονται συνεχώς. Οι σχέσεις μεταξύ των μερών τους, είναι πολύπλοκες και πολυεπίπεδες και ως εκ τούτου, το αποτέλεσμα των διαδικασιών στις οποίες εμπλέκονται, είναι σε μεγάλο βαθμό απρόβλεπτο. Ένα σύστημα, αποτελείται από τα μέρη και τις διασυνδέσεις του, είναι δηλαδή κάτι περισσότερο από το άθροισμα των μερών του. Στο Οικογενειακό σύστημα, οι σχέσεις των μελών της οικογένειας, έχουν μεγαλύτερη σημασία από τις ιδιότητες του κάθε μέλους. Τα σαφή όρια και η συμφωνία στους κανόνες, σε σχέση με τη λειτουργία της οικογένειας, η αποδοχή της ιεραρχίας και του αλληλοσεβασμού, επηρεάζουν καθοριστικά την εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας καθώς και τις σχέσεις της με τα ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα.

Έχουν περάσει πολλές δεκαετίες (1960-70) που μέσα από τη θεωρία του «διπλού δεσμού» και της «ψυχωσιογόνου» ή «σχιζοφρενιογόνου» μητέρας, οι οικογένειες έγιναν αντικείμενο ενοχοποίησης και στιγματισμού, από τη μεριά ακόμη και των ίδιων των ειδικών ψυχικής υγείας. Σήμερα, το πρόβλημα εντοπίζεται ως εξαιρετικά πολύπλοκο: μέσα από τη σταδιακή ενσωμάτωση - απαρτίωση διαφορετικών ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων και σχολών, η λειτουργία της οικογένειας, φαίνεται να καθορίζεται από το δίπολο «εγγύτητα - απόσταση» μεταξύ των μελών της. Οι ακραίες θέσεις «εγγύτητας» καλούνται «παγιδευτική εμπλοκή» και από την άλλη, οι ακραίες θέσεις «απομάκρυνσης», χαρακτηρίζονται ως μια ολοκληρωτική «απεμπλοκή». Η «τριγωνοποίηση» ως γενικό δυσλειτουργικό φαινόμενο, αποκτά μεγαλύτερο ειδικό βάρος όταν αυτή εξελίσσεται σε ένα οικογενειακό σύστημα του οποίου ένα μέλος έχει εμφανίσει μια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή: Η «τριγωνοποίηση», αναφέρεται σε μια αρρύθμιστη, δυαδική - γονεϊκή σχέση, στην οποία προσκαλείται ένας τρίτος (το παιδί) για να παίξει εξισορροπτικό ρόλο. Το παιδί μπορεί να γίνει

σταθερός σύμμαχος του ενός γονέα, σε θέση συναισθηματικής υπερ-εμπλοκής με αυτόν ή να αναλάβει το ρόλο διαιτητή σε μια συγκρουσιακή γονεϊκή σχέση (εναλλασσόμενος χορός «συμμαχιών»). Επίσης, τη λειτουργία ή δυσλειτουργία της οικογένειας, μπορεί να καθορίσει, σύμφωνα με μια ψυχαναλυτική οπτική, η ύπαρξη μιας αυταπάτης ενός «κοινού σώματος» μεταξύ των μελών της οικογένειας, που συνδέεται με την αυταπάτη μιας κοινής και διαμοιραζόμενης σκέψης που ενώνει, απειλεί και προστατεύει ταυτόχρονα, τα μέλη της οικογένειας.

Για παράδειγμα, στην ελληνική κοινωνική πραγματικότητα, είναι συχνά αδιανόητο ένας έφηβος, να διαφοροποιηθεί πλήρως από την επαγγελματική επιλογή και τις κοινωνικές και πολιτικές πεποιθήσεις των γονέων του ή ενός εξ αυτών.

Μια τέτοια διαφοροποίηση βιώνεται ως ρήγμα, τραύμα και απειλή της συνοχής της ίδιας της οικογένειας: όλοι πρέπει να είμαστε «ενωμένοι», χωρίς συγκρούσεις, με αμετάβλητους ναρκισσικούς και συναισθηματικούς - ψυχικούς δεσμούς με τον άλλον. Αυτές οι αυταπάτες της ομάδας οικογένειας, κοινές σωματικές και ψυχικές αυταπάτες μη διαφοροποίησης και εξατομίκευσης των μελών της, πρέπει να αποτελούν και το αντικείμενο της θεραπευτικής εργασίας με την οικογένεια, και ιδίως αυτής μέλους της οποίας παρουσιάζει μια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή.

Αυτό που συχνά δυσκολεύει την οικογενειακή θεραπεία αλλά και τη θετική έκβαση του πάσχοντος μέλους, είναι το γεγονός ότι μέσα από τη συλλογική αυτή αυταπάτη (ενότητας και αδιαφοροποίητου μεταξύ των μελών), τα μέλη της οικογενειακής ομάδας, εμποδίζονται να εξατομικεύσουν τη λειτουργία τους, να απαλλοτριωθούν από την τάση «όλοι είμαστε ένα», να έχουν πρόσβαση και σκέψη σχετικά με τη διαφοροποίηση των φύλων (άντρας-γυναίκα) και των γενεών (παππούδες-γονείς-παιδιά).

Σε μια λειτουργική οικογένεια, η συναισθηματική εκφραστικότητα των μελών της, μπορεί να περιλαμβάνει όλο το φάσμα, όχι μόνο των θετικών αλλά και των αρνητικών συναισθημάτων. Για παράδειγμα τη δυνα-

τότητα έκφρασης θυμού ή σύγκρουσης χωρίς αυτό να βιώνεται ως προδοσία, καταστροφή ή απειλή για τη συνοχή της οικογενειακής ισορροπίας. Επίσης, είναι σημαντικό το λεκτικό μέρος της επικοινωνίας, να είναι όσο το δυνατόν συμβατό με το εξωλεκτικό (μιμήσεις, γκριμάτσες, σιωπές, απόσυρση, παθητική επιθετικότητα). Μια τέτοια εύρυθμη λειτουργία, προσφέρει ευκολότερα τη δυνατότητα προσαρμογής της οικογένειας, σε αλλαγές, είτε εξωγενείς είτε εγγενείς, που απορρέουν από τον κύκλο ζωής της.

Έτσι, όταν διαχειριζόμαστε ως διακλαδική θεραπευτική ομάδα στην κοινότητα, μια δυσλειτουργική οικογένεια (όλοι μπορούμε να είμαστε σε οικογένειες, που σε ένα κύκλο της ζωής τους μπορεί να είναι έντονα δυσλειτουργικές!) θα πρέπει να της προσφέρουμε ένα πλαίσιο ακρόασης, σκέψης, νέων συναισθηματικών και ψυχικών επενδύσεων, χρόνο κατανόησης, συν-κατασκευής μιας νέας «αφήγησης» με την ομάδα, έτσι ώστε να γίνει κατανοητό όχι «ποιος φταίει», όχι «ποιος είναι ένοχος», αλλά ποιοι ή ποιες καταστάσεις-τρόποι λειτουργίας συντηρούν και ανατροφοδοτούν τα συμπτώματα του πάσχοντος μέλους αλλά και συνοδικά την οδύνη της οικογένειας.

Συμπερασματικά θα λέγαμε, ότι η ενεργός συμμετοχή της οικογένειας και του πάσχοντος μέλους ως εταίρων της θεραπευτικής συμμαχίας με τη διακλαδική ομάδα ψυχικής υγείας είναι μια διαδικασία μακροχρόνια και πολύπλοκη, η οποία δεν περιορίζεται μόνο στη «συνταγογράφηση» μιας φαρμακευτικής αγωγής ή μιας συμβουλευτικής προσέγγισης ή στην εφαρμογή μιας ψυχοθεραπευτικής τεχνικής: το πλαίσιο θεραπείας και ενδυνάμωσης θα πρέπει να περιλαμβάνει όλα αυτά τα στοιχεία, ατομικά και συλλογικά της οικογένειας, που συν-κατασκευάζουν μια νέα στάση και σχέδιο ζωής και διαφορετική λειτουργία της οικογενειακής ομάδας, συνυπάρχοντας με το πάσχον μέλος της.

ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ: ΕΜΠΟΔΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Τι σημαίνει όμως ενδυνάμωση; Με βάση τον ορισμό του Rappaport, ενδυνάμωση είναι «Η ενίσχυση των πιθανοτήτων των ανθρώπων να αποκτήσουν τον έλεγχο της ζωής τους». Ενδυνάμωση σημαίνει Αλλαγή στην

κοινωνική αντίληψη της ψυχικής ασθένειας, Αναδιαμόρφωση - Αναπλαισίωση των μεθόδων και της νοοτροπίας της ιατρικής - ψυχιατρικής φροντίδας και της κοινωνικής πρόνοιας, Αλλαγή στην εσωτερική πραγματικότητα, στη συμβολική και φαντασιακή λειτουργία, που επηρεάζει θετικά τη συμπεριφορά των ίδιων των ασθενών στην καθημερινότητά τους και τέλος Αυτονόμηση και Χειραφέτηση του υποκειμένου απέναντι σε μια Κουλητούρα Φιλανθρωπίας και Οίκτου προς τους ψυχικά πάσχοντες. Σε ένα θεραπευτικό πλάνο, η οικογένεια αποτελεί ισότιμο εταίρο που αναζητά να ενημερωθεί στο θέμα της ψυχικής ασθένειας, να ακουστεί και να τη σεβαστούν ως βασικό συνομιλητή στην κατανόηση και διαχείριση της οδύνης του μέλους της.

Η ενδυνάμωση σχετίζεται ακόμα με τη γεφύρωση του χάσματος της ψυχικής υγείας μεταξύ διακηρύξεων και πράξης, δηλαδή, καθορίζεται από την καθημερινή άσκηση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική διαταραχή και των οικογενειών τους. Αναφερόμαστε στην ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, στην αξιοπρεπή περίθαλψη (εκούσια και ακούσια) με αυστηρή τήρηση κανόνων δεοντολογίας - ηθικής στάσης, στη θεραπευτική αντιμετώπιση και τις συνθήκες νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, σημαντικός στόχος είναι η δόμηση ενός ολοκληρωμένου και εξατομικευμένου σχεδίου αποκατάστασης μετά τη νοσηλεία, την ελεύθερη πρόσβαση στην πληροφόρηση για την ακολουθούμενη θεραπευτική αγωγή, το δικαίωμα αμφισβήτησης στο δικαστήριο μιας ενδεχομένως καταχρηστικής απόφασης για αναγκαστική νοσηλεία.

Ο χρήστης σήμερα, δεν αποτελεί τον παθητικό ασθενή του 1980 που δεν ήταν τίποτα παραπάνω από αντικείμενο κλινικής παρατήρησης και μελέτης από τους ειδικούς. Αποτελεί πλέον ενεργό υποκείμενο της φροντίδας των. Οφείλει να έχει τη δυνατότητα, από το «μενού» των υπηρεσιών να επιλέγει αυτό που του ταιριάζει καλύτερα, το οποίο δεν υπαγορεύεται από την πατερναλιστική και συχνά καταπιεστική στάση του «ειδικού».

ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Τα εμπόδια που μπορούν να ανακόψουν τις δράσεις ενδυνάμωσης όπως την αναφέραμε παραπάνω, είναι πολλά και ιδιαίτερα στην ελληνική κοινωνία αποκτούν μεγάλη βαρύτητα στην επίτευξη των στόχων της ενδυνάμωσης. Βασικό εμπόδιο είναι η οικονομική επιβάρυνση που δε βρίσκει την αρμόζουσα ανταπόκριση από το «κράτος πρόνοιας».

Υπηρεσίες που βρίσκονται στο κενό, λόγω συνεχών υποχρηματοδοτήσεων, το υποτυπώδες επίδομα πρόνοιας, η ισχνή λειτουργία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών (Κοι.Σ.Π.Ε.), ασθενείς που δεν έχουν πού να απευθυνθούν λόγω της υπολειτουργίας ή ανυπαρξίας των υπηρεσιών, οικογένειες που βρίσκουν την κοινωνία λόγω στίγματος και διακρίσεων ενάντια στις απόπειρες κοινωνικής ενσωμάτωσης και αποκατάστασης των μελών τους. Ακόμα, σημαντικά είναι και τα γεωγραφικά εμπόδια και περιορισμοί.

Σε απομακρυσμένες περιοχές δεν υπάρχουν υπηρεσίες παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας ενώ ακόμα και ο ιδιωτικός τομέας είναι περιορισμένος. Η αποκέντρωση, συνεπώς των υπηρεσιών, θα έπρεπε να είναι ψηλά στην πολιτική ατζέντα των κυβερνήσεων.

Η ανεπάρκεια του δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τόσο στις αστικές όσο και τις αγροτικές περιοχές και η ανύπαρκτη, πλην λίγων εξαιρέσεων, σύνδεσή του με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Τα πολιτικά εμπόδια και αντιστάσεις, είναι τεράστια, αφού εκτός από φωτισμένες ελάχιστες εξαιρέσεις πολιτικής ηγεσίας, ουδέποτε η πολιτεία έθεσε ως κύριο στόχο στην ευρύτερη πολιτική υγείας, την οικοδόμηση ενός συστήματος υπηρεσιών δημόσιας ψυχικής υγείας. Οι κοινωνικές ανισότητες, η κοινωνική περιθωριοποίηση, το στίγμα και οι προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια, η ανεπαρκής ενημέρωση και χαμηλή επένδυση στις δράσεις προαγωγής και αγωγής ψυχικής υγείας, καθιστούν ακόμη δυσκολότερη και άνιση την πρόσβαση των πραγματικά ευπαθών ομάδων στις ανάλογες υπηρεσίες. Τέλος, οι υποκειμενικές αδυναμίες,

ο κατακερματισμός και ο ανεπαρκής συντονισμός των συλλόγων, δράσεων, προγραμμάτων και υπηρεσιών, καθιστούν δυσχερή την ενδυνάμωση ενός κοινωνικού κινήματος, που να αποτελεί ισχυρό φορέα αλληλαγής και μέσο πολιτικής πίεσης προς την πολιτεία.

ΤΙ ΚΑΝΟΥΜΕ;

Σύμφωνα με τον καθηγητή του Harvard, Νικόλα Χρηστάκη, πρόσφατες έρευνες, τεκμηριώνουν ότι εμείς διαμορφώνουμε τα δίκτυά μας, καθορίζουμε τη δομή τους, δηλαδή με πόσους ανθρώπους συνδεόμαστε, επηρεάζουμε την πυκνότητα των διασυνδέσεων μεταξύ φίλων και συγγενών, ελέγχουμε το πόσο κεντρική θέση κατέχουμε στα ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα, καθορίζουμε τις συνδέσεις και την επιρροή μας σε αυτά. Ο μέσος άνθρωπος έχει, κατά μέσο όρο, 4 στενές κοινωνικές επαφές, οι οποίες συνθέτουν το «κεντρικό δίκτυο συζητήσεων». Ο ίδιος αριθμός ανθρώπων μπορεί να οργανωθεί και να διασυνδεθεί με πολλούς, διαφορετικούς τρόπους και να εμφανίσει διαφορετικές τοπολογίες.

Άρα, όπως δείχνει το θετικό παράδειγμα του ΣΟΨΥ Αθήνας, της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία και των καλών πρακτικών αντίστοιχων δικτύων του εξωτερικού, εμείς μπορούμε να καθορίσουμε σε μεγάλο βαθμό, τη διαπραγματευτική μας ισχύ και την πίεση που μπορούμε να ασκήσουμε στην πολιτεία, αλλά και στις υπάρχουσες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, να ΑΛΛΑΞΟΥΝ τρόπο σκέψης, στάση, πρακτικές, αξίες που να συνάδουν με τη φιλοσοφία της ενδυνάμωσης και την κουλτούρα της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει στην αφήγησή της μια μητέρα που διεκδίκησε ενεργά την έξοδό της από το φαύλο κύκλο της απόσυρσης, του αυτοστιγματισμού και του κοινωνικού αποκλεισμού: «Το σπίτι μου κοινωνικοποιήθηκε πολύ περισσότερο όταν προέκυψε το πρόβλημα της ψυχικής υγείας.»

Η έκλυση της ψυχικής διαταραχής, απέτρεψε κοινωνικό καταλήτη για δικτύωση, ενδυνάμωση, χειραφέτηση, διεκδίκηση των βασικών δικαιωμάτων για θεραπεία και ποιότητα ζωής.

Αυτός δεν είναι ο δρόμος που θα πρέπει να ακολουθήσουμε στο μέλλον; ☺

*Στέλιος Στυλιανίδης,
Αν. Καθ. Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Πάντειο Παν.
Εθνικός Εκπρόσωπος στον Π.Ο.Υ. για την Ψυχική Υγεία
Αντιπρόεδρος της Παγκόσμιας Εταιρείας για την
Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση
Επ. Δ/ντής Ε.Π.Α.Ψ.Υ.*



Μύθοι σχετικά με τη χρήση και κατάχρηση αλκοόλ

Είναι διαδεδομένες διάφορες εσφαλμένες αντιλήψεις και μύθοι σχετικά με την κατανάλωση οινοπνεύματος που υποβαθμίζουν το μέγεθος και τη σοβαρότητα του προβλήματος και επηρεάζουν αρνητικά την κοινή γνώμη. Οι συχνότεροι μύθοι για τη χρήση και κατάχρηση του αλκοόλ παρατίθενται παρακάτω:

• ΜΥΘΟΣ 1: ΤΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ ΕΙΝΑΙ ΔΙΕΓΕΡΤΙΚΗ ΟΥΣΙΑ

Το οινόπνευμα συχνά λανθασμένα θεωρείται ότι δρα ως διεγερτική ουσία επειδή αρχικά μπορεί να προκαλέσει αίσθημα ευφορίας. Αντίθετα, το οινόπνευμα κατατάσσεται στις κατασταλτικές ουσίες καθώς σε υψηλές συγκεντρώσεις μπορεί να προκαλέσει απώλεια συνείδησης, κώμα, ακόμη και θάνατο.

• ΜΥΘΟΣ 2: Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΔΙΟ ΤΟΝ ΠΟΤΗ

Η κατάχρηση και η εξάρτηση από το οινόπνευμα είναι κοινωνικά προβλήματα που αγγίζουν το σύνολο της κοινωνίας. Η κατάχρηση οινοπνεύματος συμβάλλει σε κοινωνικά προβλήματα όπως η ενδοοικογενειακή βία και η κακοποίηση ή η παραμέληση των παιδιών. Επιπλέον, ο αλκοολισμός επιβαρύνει σημαντικά την κρατική οικονομία λόγω της μείωσης της παραγωγικότητας, του αυξημένου κόστους χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών, και της επιβάρυνσης του δικαστικού συστήματος.

• ΜΥΘΟΣ 3: ΟΙ ΕΦΗΒΟΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΑΛΚΟΟΛΙΚΟΙ

Το οινόπνευμα είναι η πιο διαδεδομένη ψυχοδραστική ουσία μεταξύ των νέων. Ο αναπτυσσόμενος εγκέφαλος του εφήβου αποκρίνεται διαφορετικά στο οινόπνευμα σε σχέση με τον εγκέφαλο του ενήλικα. Οι έφηβοι που κάνουν χρήση οινοπνεύματος κινδυνεύουν μελλοντικά να αναπτύξουν εκτός από αλκοολισμό και εξάρτηση από άλλες ψυχοδραστικές ουσίες.

• ΜΥΘΟΣ 4: ΤΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ ΟΤΑΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΑΙ ΣΕ ΜΙΚΡΕΣ ΠΟΣΟΤΗΤΕΣ ΔΕΝ ΕΞΑΣΘΕΝΕΙ ΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ Ή ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Τα αποτελέσματα της χρήσης του οινοπνεύματος σε ένα άτομο ποικίλλουν ανάλογα με το βάρος, το φύλο,

την πιθανή ταυτόχρονη χρήση φαρμάκων και διάφορους ιδιοσυστασιακούς ενζυμικούς παράγοντες. Επίσης, οποιαδήποτε ποσότητα οινοπνεύματος που λαμβάνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης θεωρείται επικίνδυνη.

• ΜΥΘΟΣ 5: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΟΥ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΜΟΝΟΝ ΠΡΟΣΩΡΙΝΑ

Ο υγιής ενήλικας μπορεί να μεταβολίσει περίπου ένα ποτό ανά ώρα. Κατά τη φάση κατανάλωσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ατυχήματος λόγω μειωμένων αντανακλαστικών. Αν και τα άμεσα αποτελέσματα του οινοπνεύματος διαρκούν για σχετικά βραχύ χρονικό διάστημα, τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα συσσωρεύονται και επιδραρούν. Οι έφηβοι και οι ενήλικοι που κάνουν υπερβολική κατανάλωση οινοπνεύματος μπορούν να εμφανίσουν διαταραχές στην εγκεφαλική λειτουργία, οι οποίες δεν είναι ακόμα γνωστό σε ποιά βαθμό είναι αναστρέψιμες.

• ΜΥΘΟΣ 6: ΤΟ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑ ΚΑΝΕΙ ΚΑΛΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η μέτρια κατανάλωση (που ορίζεται ως ένα ποτό ημερησίως για τις γυναίκες και δύο ποτά ημερησίως για τους άνδρες) μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις. Εντούτοις, οι παρατηρήσεις αυτές δεν πρέπει να αποτελούν δικαιολογία για την αλόγιστη κατανάλωση οινοπνεύματος, καθώς ταυτόχρονα πρέπει να σταθμιστούν τα οφέλη έναντι των κινδύνων από τη χρήση. Έτσι, παρόλο που η μικρή-μέτρια κατανάλωση οινοπνεύματος συσχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, συνδέεται παράλληλα με αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων. Επίσης, η κατανάλωση πέντε ή περισσότερων ποτών ανά ημέρα αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου.

• **ΜΥΘΟΣ 7: Ο ΑΛΚΟΟΛΙΣΜΟΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΙ
ΕΥΚΟΛΑ ΜΕΣΩ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Επί του παρόντος δεν υπάρχει κάποια αποτελεσματική-οριστική θεραπεία του αλκοολισμού. Εντούτοις, όπως και στην περίπτωση άλλων χρόνιων παθήσεων (όπως ο διαβήτης ή οι καρδιακές παθήσεις), ο αλκοολισμός μπορεί να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά με γνωσιακού-συμπεριφορικού τύπου θεραπεία, με ή χωρίς παράλληλη φαρμακοθεραπεία. Βέβαια, η αποτελεσματικότητα αυτών των θεραπειών εξαρτάται από το κατά πόσον ο ασθενής είναι πρόθυμος να κάνει ση-

μαντικές και μόνιμες αλλαγές στον τρόπο ζωής του. Όσοι ακολουθούν θεραπεία για τον αλκοολισμό εμφανίζουν συχνά ένα ή περισσότερα επεισόδια υποτροπής. Σημαντική πτυχή της συμπεριφορικής θεραπείας είναι να ενισχυθούν οι ασθενείς να εξετάσουν τα αίτια των υποτροπών ώστε να αξιοποιήσουν τα συμπεράσματα στις προσπάθειές τους να παραμείνουν σε αποχή. 

*Δημ. Καραϊσκος, Ηλ. Τζαβέλλας,
Θ. Παπαρρηγόπουλος, Ιωαν. Λιάππας
Α' Ψυχιατρική κλινική ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο νοσοκομείο*

Ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις

Η ψυχοεκπαίδευση είναι μια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που χρησιμοποιείται με μεγάλη επιτυχία και αποτελεσματικότητα και για τη θεραπεία διαφόρων άλλων ασθενειών όπως του διαβήτη, του άσθματος (και των καρδιακών ασθενειών. Ευρήματα έχουν δείξει τη σημαντική χρησιμότητα της στην διαχείριση των διατροφικών προβλημάτων που κατά κόρον αντιμετωπίζουν οι διαβητικοί ασθενείς.

Σε αυτή την περίπτωση η ψυχοεκπαίδευση έχει σαν στόχο να παρέχει πληροφορίες στους ασθενείς γύρω από την ασθένειά τους και τις δυσκολίες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι και να τους εκπαιδεύσει σε συγκεκριμένες τεχνικές και δεξιότητες για να μπορούν να τις διαχειριστούν. Συγκεκριμένα, η ψυχοεκπαίδευση δίνει έμφαση στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών-επιζήμιων συνθηκών του διαβητικού ασθενούς παρέχοντας του ενημέρωση για την κατανόηση των κινδύνων και των ωφελειών που απορρέουν από τις διάφορες συμπεριφορές του, καλύπτοντας και διορθώνοντας την υπάρχουσα ελλιπή-λανθασμένη πληροφορία και εκπαιδεύοντας τον σε κατάλληλες τεχνικές-στρατηγικές για να μπορεί να προβεί το άτομο στις απαραίτητες αλλαγές.

Παρά την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης σε ποικίλες καταστάσεις, ενυπάρχει η πεποίθηση πως η συμβολή της είναι πολύ πιο σημαντική στην θεραπεία των ψυχικών διαταραχών. Αυτό συμ-

βαίνει καθώς σε πολύ μεγάλο ποσοστό οι ψυχιατρικοί ασθενείς έχουν έλλειψη ενσυναίσθησης και γνώσης γύρω από τη νόσο τους. Επιπρόσθετα, λόγω της φύσης της ασθένειάς τους οι αντιλήψεις τους, η συμπεριφορά τους και οι αποφάσεις τους είναι δυσλειτουργικές και αρκετά ευμετάβλητες.

Σε γενικές γραμμές, η ψυχοεκπαίδευση βασίζεται σε ένα βιοψυχοκοινωνικό ιατρικό μοντέλο και περιλαμβάνει ένα συστηματικό εκπαιδευτικό ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα, σχεδιασμένο να παρέχει ενημέρωση στους ασθενείς και/ή στις οικογένειές τους σε θέματα γύρω από τη νόσο και να ενισχύσει την αποτελεσματική-ενεργή ανάμιξη τους στη θεραπεία τους.

Αντιλαμβάνεται τις ψυχιατρικές ασθένειες σαν βιολογικές διαταραχές και δίνει έμφαση στην σπουδαιότητα της συναίνεσης στη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση τους. Στόχος της παρέμβασης είναι να κάνει τους ασθενείς και τους συγγενείς τους γνώστες των δυσκολιών και προβλημάτων που σχετίζονται με τη νόσο και να τους εφοδιάσει με τις κατάλληλες δεξιότητες προκειμένου να είναι σε θέση να διαχειριστούν αποτελεσματικά τους ποικίλους αγχογόνους παράγοντες και τα γεγονότα ζωής. Παράλληλα, αναγνωρίζει και συμμερίζεται το θεμελιώδες δικαίωμα του ασθενούς και των φροντιστών του να είναι ενήμεροι για τη νόσο τους και την έκβαση της.

Υπάρχουν δυο τύποι ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων αυτή που εστιάζει στον ασθενή και αυτή που δίνει έμφαση στην οικογένεια του. Το κοινό τους στοιχείο είναι πως και οι δυο μοιράζονται τις ίδιες αρχές και έχουν τους ίδιους στόχους. Αυτό που τις διαφοροποιεί είναι πως στοχεύουν σε διαφορετικούς πληθυσμούς και επάγουν την αλληλαγή με διαφορετικούς τρόπους.

Η ψυχοεκπαίδευση που απευθύνεται στον ασθενή στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του μέσω της ενημέρωσης του ίδιου για την ασθένεια του, τα πρόδρομα συμπτώματα ενός επεισοδίου και της σημαντικότητας της φαρμακευτικής αγωγής και προσπαθεί να τον εφοδιάσει με τις κατάλληλες τεχνικές για να μπορέσει να διαχειριστεί τις δυσκολίες με τις οποίες θα έρθει αντιμέτωπος.

Από την άλλη πλευρά η ψυχοεκπαίδευση που εστιάζει στην οικογένεια, θεωρεί πως οικογενειακοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την πυροδότηση ενός επεισοδίου ή για την επιδείνωση των συμπτωμάτων. Με βάση αυτό το συλλογισμό στοχεύει στη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών, ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή των συγγενών στην θεραπευτική διαδικασία, ενημερώνοντας τους για την ασθένεια και δημιουργώντας ένα ασφαλές, υποστηρικτικό πλαίσιο όπου θα μπορούν να εκφράσουν τους φόβους, τις ανησυχίες, το θυμό, την ενοχή και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην φροντίδα ενός ψυχικά ασθενή. Παράλληλα οι συγγενείς αποκτούν αποτελεσματικές δεξιότητες για την διαχείριση καταστάσεων και την επίλυση συγκρούσεων και προβλημάτων. Μέσω αυτών των διαδικασιών αναμένεται η στάση των συγγενών απέναντι στην νόσο και τον ασθενή να βελτιωθεί, τα μοτίβο αλληλεπίδρασης τους να είναι πιο εποικοδομητικά και η βιωμένη επιβάρυνση αυτών να απαλειφθεί.

Η ψυχική ασθένεια στην οποία εφαρμόστηκε πρωτίστως η ψυχοεκπαιδευτική διαδικασία με πλήθος ερευνών και πολύ ενθαρρυντικά αποτελέσματα είναι η σχιζοφρένεια. Σκοπός των ψυχοεκπαιδευτικών παρεμβάσεων στους σχιζοφρενείς ασθενείς και τις οικογένειες τους είναι:

- να παρέχουν τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και την οικογένεια του πληροφορίες σχετικά με τη ασθένεια και την έκβαση της,
- να τονίσουν τη σημαντικότητα της συναίνεσης του ασθενούς στη φαρμακευτική του αγωγή,
- να εκπαιδεύσουν τον ασθενή και τους φροντιστές του στην έγκαιρη ανίχνευση και διαχείριση προειδοποιητικών σημάδιων υποτροπής,
- να τον εφοδιάσουν με αποτελεσματικές δεξιότητες για την διαχείριση κρίσεων και την επίλυση προβλημάτων και
- να βελτιώσουν το κλίμα και τα μοτίβο επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια.

Από το 1980 και έπειτα, πλήθος μελετών έχουν δείξει την αποτελεσματικότητα της ψυχοεκπαίδευσης στους σχιζοφρενείς ασθενείς και τις οικογένειες τους, καταγράφοντας μια καθολική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Τα ευρήματα εμφανίζουν αύξηση της συναίνεσης των ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή, με συνακόλουθη μείωση των υποτροπών και των εισαγωγών τους σε νοσοκομεία.

Οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στην αντιμετώπιση της ασθένειάς τους, η κοινωνική λειτουργικότητά τους βελτιώνεται σημαντικά και οι φροντιστές τους βιώνουν λιγότερη επιβάρυνση με αποτέλεσμα να μπορούν να διαχειριστούν καλύτερα τις δυσκολίες που ανακύπτουν. Τα τελευταία χρόνια η παρέμβαση αυτή βρίσκει εκτεταμένη εφαρμογή και στη διπολική διαταραχή με αντιστοίχως θετικά αποτελέσματα και αξιόλογες ερευνητικές προσπάθειες στις οποίες θα αναφερθούμε εκτενώς στην συνέχεια του κειμένου.

Συμπεράσματα

Η διπολική διαταραχή είναι μια σοβαρή ψυχική νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από χρονιότητα και συνοδεύεται από αυξημένο βαθμό υποτροπών και συνακόλουθων νοσηλείων, συντελώντας στην μείωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου και στον περιορισμό της ποιότητας ζωής αυτού και της οικογένειάς του.

Τα τελευταία χρόνια, παράλληλα με την τεράστια πρόοδο που έχει σημειωθεί σε επίπεδο φαρμακευτικής αγωγής, έχει παρατηρηθεί και σημαντική βελτίωση στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν αρχίσει να κερδίζουν σημαντικό έδαφος ως συμπληρωματική θεραπεία στη διπολική διαταραχή. Ανάμεσα στις υπάρχουσες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, αυτή που φαίνεται να ξεχωρίζει και να καταλαμβάνει μια θέση κλειδί στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής είναι η ψυχοεκπαίδευση. Ο βασικός στόχος της ψυχοεκπαίδευσης συνίσταται στην ενημέρωση του ασθενούς σε θέματα γύρω από τη νόσο του και στην ενθάρρυνση του να αποτελέσει αναπόσπαστο, ενεργό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας.

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με την αποτελεσματικότητα του ψυχοεκπαιδευτικού μοντέλου στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής έχουν δείξει ότι τα οφέλη που προκύπτουν από την εφαρμογή της συγκεκριμένης ψυχοκοινωνικής παρέμβασης είναι μεγάλα. Η ψυχοεκπαίδευση συντελεί στη σωστή και σφαιρική ενημέρωση των ασθενών και των συγγενών τους σε θέματα γύρω από τη νόσο, οδηγώντας στην βαθύτερη κατανόηση αυτής και στην τροποποίηση λανθασμένων πεποιθήσεων και αντιλήψεων που τυχόν υπάρχουν.

Επίσης, μέσω της ενίσχυσης της συναίνεσης των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή και της εκπαίδευσής τους στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση πρώιμων προειδοποιητικών συμπτωμάτων, επιτυγχά-

νεται σημαντική μείωση τόσο στο σύνολο του αριθμού των βιωμένων υποτροπών όσο και στην αύξηση του χρονικού διαστήματος που μεσοδιαβεί μέχρι την εκδήλωση του επόμενου επεισοδίου διάθεσης. Αν και στις μελέτες αυτές δεν έχει διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική διαφορά σχετικά με τον αριθμό των ασθενών που χρειάστηκε να νοσηλευτεί, εντούτοις παρατηρείται σημαντική μείωση στον αριθμό των νοσηλείων ανά άτομο, κάτι που πιθανότατα σηματοδοτεί πως η ψυχοεκπαίδευση συντελεί στη μείωση του φαινομένου της "ανακύκλωσης των ασθενών" (revolving door phenomenon).

Παράλληλα, μέσω της κατανόησης της νόσου και της υιοθέτησης νέων, λειτουργικών μοτίβων αλληλεπίδρασης και αποτελεσματικών τεχνικών επίλυσης προβλημάτων, διευκολύνεται η μεταξύ των μελών της οικογένειας επικοινωνία και επιτυγχάνεται η βελτίωση και σύσφιξη των σχέσεων τους.

Η συνακόλουθη μείωση του εκφραζόμενου συναισθήματος και της επιβάρυνσης που βιώνουν οι συγγενείς, σχετίζεται άμεσα με την πρόληψη νέων υποτροπών και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των διπολικών ασθενών και των οικογενειών τους. Εν κατακλείδι, η ψυχοεκπαίδευση σε συνδυασμό πάντα με τη φαρμακευτική αγωγή, συντελεί στην σταθεροποίηση της κατάστασης των διπολικών ασθενών και στην βελτίωση της κοινωνικής και επαγγελματικής λειτουργικότητας τους.

Εν κατακλείδι, κατά γενική ομολογία η εφαρμογή της ψυχοεκπαίδευσης στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής έχει αποδειχθεί σε σημαντικό βαθμό αποτελεσματική και συνιστάται για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των εν λόγω ασθενών και των οικογενειών τους.

Σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως η ψυχοεκπαίδευση λειτουργεί συμπληρωματικά πάντα της φαρμακευτικής αγωγής και όχι απουσία αυτής, ως μονοθεραπεία. Μάλιστα, αρκετές φορές η ψυχοεκπαίδευση αποτελεί βασικό συστατικό διαφόρων άλλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων ενώ κατά καιρούς και η ίδια τυχαίνει να εφαρμόζει και να χρησιμοποιεί τεχνικές άλλων μοντέλων.

Το κύριο μέλημα κατά την εφαρμογή της είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας και η ομαλή και ανοδική βελτίωση της πορείας ζωής των διπολικών ασθενών. Οι ερευνητικές προσπάθειες για την εκτίμηση και αξιολόγηση της μακροχρόνιας αποτελεσματικότητας της ψυχοεκπαίδευσης συνεχίζονται. Αυτές οι μελέτες έχουν σαν στόχο να μεγιστοποιήσουν τα κλινικά οφέ-

λη από την εφαρμογή της παρούσας ψυχοκοινωνικής παρέμβασης και να αποδείξουν την αδιαμφισβήτητη επιρροή της στην έκβαση και την ποιότητα ζωής των διπολικών ασθενών. 

Φουσκετάκη Σοφία
Ψυχολόγος

Τα ανθρώπινα δικαιώματα στο χώρο της ψυχικής υγείας: Το κίνημα της συνηγορίας

Στην ιστορική της διαδρομή η ψυχική ασθένεια, ιδίως αυτή που χαρακτηρίζεται σοβαρή και χρόνια, έχει αποτελέσει «προνομιακό πεδίο» άσκησης βαρβαροτήτων και ακραίων παραβιάσεων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ακόμα και σήμερα, το ζήτημα των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, παρότι έχει περιγραφεί σε μια μακρά σειρά διακηρύξεων και συμφωνιών σε διεθνές επίπεδο, δεν έχει ουσιαστικά μετουσιωθεί σε πρακτικές επαρκώς γενικευμένες ώστε να εξασφαλίζουν την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και να κατοχυρώνουν τις βασικές αρχές της ιατρικής ηθικής.

Η ιδιαίτερη φύση της ψυχικής νόσου, η οποία διαταράσσει το σύνολο σχεδόν των ανώτερων πνευματικών λειτουργιών του ατόμου, τη νόσηση, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά του, στερεί πολύ συχνά από τους ασθενείς τη δυνατότητα διεκδίκησης ή υπεράσπισης των δικαιωμάτων τους και τους καθιστά εύληπτους σε αυθαιρεσίες και παραβιάσεις. Παράλληλα, τα ηθικά διλήμματα που αναδύονται από αυτή την ιδιαιτερότητα της ψυχικής νόσου —η ικανότητα του ασθενούς, λόγω διαταραχής της εναισθησίας, για αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία του, το ψυχιατρικό απόρρητο, η κατάχρηση της ψυχιατρικής διάγνωσης, η ακούσια νοσηλεία και ο περιορισμός της προσωπικής ελευθερίας- αποτελούν συχνά πεδίο

συγκρούσεων και έντονης διάστασης απόψεων, καθιστώντας την Ψυχιατρική, ως ειδικότητα της Ιατρικής, εύληπτη στην κριτική. Αυτά όμως τα ζητήματα είναι που υπογραμμίζουν και τον ιδιαίτερο ανθρωπιστικό χαρακτήρα της, παράλληλα με την αναγκαιότητα έμφασης σε προβληματικές που εκτείνονται πέρα από το αυστηρά επιστημονικό, ιατρικό πεδίο.

Ωστόσο, το ζήτημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχει θεμελιώδη σημασία στο χώρο της ψυχικής υγείας για έναν επιπλέον λόγο. Το στίγμα και οι προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική νόσο αποτελούν αιτία για τη στέρηση των δικαιωμάτων αυτών, καθώς οδηγούν σε δυσμενείς διακρίσεις σε βάρος των ανθρώπων που νοσούν σε όλους τους τομείς της ζωής τους και τους στερούν τις ευκαιρίες από τις οποίες ορίζεται η ποιότητα ζωής: την ικανοποιητική εργασία, την ασφαλή στέγαση, την κατάλληλη και επαρκή φροντίδα υγείας, τη δημιουργία οικογένειας, διαπροσωπικών και κοινωνικών σχέσεων.

Μέσα στις συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης που προδιαγράφει το στίγμα για τον ασθενή και την οικογένειά του, η διεκδίκηση ακόμα και των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων γίνεται σχεδόν ανέφικτη. Η οικογένεια της οποίας ένα μέλος νοσεί από ψυχική διαταραχή αδυνατεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά και να διεκδικήσει αυτά που δικαιούται για λογαριασμό

του ασθενή. Βιώνοντας την κοινωνική προκατάληψη από τη μία πλευρά και τον αυτοστιγματισμό από την άλλη, αποφεύγει να «δημοσιοποιήσει» την κατάσταση που αντιμετωπίζει και να προβάλει τα προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο, δεν αναζητά λύσεις, δεν οργανώνεται και δεν διεκδικεί, αντίθετα με ό,τι συμβαίνει με άλλες ομάδες ασθενών.

Παράλληλα, σε επίπεδο θεσμικό, οι διάχυτες στην κοινή γνώμη στιγματιστικές πεποιθήσεις για τα άτομα με ψυχική ασθένεια οδηγούν σε απαξίωση των υπηρεσιών και δομών ψυχικής υγείας από τις επίσημες πολιτικές, με συνέπεια τη συστηματική υποχρηματοδότηση του τομέα της ψυχικής υγείας.

Η υποβάθμιση των υπηρεσιών και οι συμπεριφορές διακρίσεων που βιώνουν οι ασθενείς ως προς την πρόσβασή τους σε ποικίλες παροχές αντανakλώνται στην ποιότητα ζωής τους και έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην ίδια την έκβαση της ασθένειάς τους. Η φτωχή αυτή θεραπευτική έκβαση -συνέπεια σε μεγάλο βαθμό του στίγματος- λειτουργεί ως «επιβεβαίωση» για τα στερεότυπα της δυσλειτουργικότητας, της ανικανότητας προς εργασία και του κοινωνικού παρασιτισμού του ψυχικά ασθενή, εδραιώνοντας έτσι ένα φαύλο κύκλο που δυσχεραίνει σημαντικά την προσπάθεια διεκδίκησης των δικαιωμάτων αυτής της ευάλωτης κοινωνικής ομάδας.

Παράλληλα, τα στερεότυπα αναφορικά με την επικινδυνότητα των ατόμων με ψυχική ασθένεια διαμορφώνουν ένα κλίμα σκεπτικισμού αναφορικά με αιτήματα για το σεβασμό της ελευθερίας του ασθενή και την αποφυγή του εγκλεισμού του, όταν αυτό δεν παρουσιάζεται απαραίτητο, και συντελούν στην εφαρμογή μέτρων περιοριστικού και καταναγκαστικού χαρακτήρα.

Στο πλαίσιο αυτό, σε αρκετά κράτη, ακόμα και στο δυτικό κόσμο, η νομοθεσία αποτυγχάνει να προστατεύσει επαρκώς βασικές διαστάσεις των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική νόσο· παράλληλα, οι δομικές ανεπάρκειες στην παροχή

υπηρεσιών ψυχικής υγείας έχουν συχνά ακόμα δυσμενέστες επιπτώσεις ως προς την τήρηση μιας δεοντολογίας ανθρωπίνων δικαιωμάτων στις μεθόδους θεραπείας.

Αρκετές βέβαια είναι και οι χώρες που έχουν προχωρήσει σε πρωτοβουλίες για τη θετικότερη αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, μέσα από την υιοθέτηση σύγχρονων θεραπευτικών τεχνικών, τη δημιουργία δομών και υπηρεσιών στο πλαίσιο της κοινότητας και τη θέσπιση ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων για την κοινωνική ένταξη και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Ωστόσο, τέτοιες πρωτοβουλίες, αν και σημαντικές, δεν επαρκούν για να εξαλείψουν τα εμπόδια που θέτουν σε πρακτικό επίπεδο το στίγμα, οι διακρίσεις και ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Με σκοπό, λοιπόν, την πραγμάτωση των συνθηκών που απαιτούνται για την εκπλήρωση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αναπτύχθηκε το κίνημα της συνηγορίας για την ψυχική υγεία.

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η έννοια της συνηγορίας συνίσταται στη βοήθεια, διαμέσου της παρέμβασης ενός τρίτου, ώστε να εισακουστεί το αίτημα ενός ατόμου που εκτιμάται ότι είναι θύμα προκατάληψης, εξαιτίας της οποίας οι θεσμικοί συνομιλητές του δεν το σέβονται επαρκώς με αποτέλεσμα να συναντά σοβαρά εμπόδια στην άσκηση των δικαιωμάτων που έχει ως πολίτης.

Σημαντικό είναι εδώ να σημειωθεί ότι η πρακτική κοινωνικής διαμεσολάβησης που αποτελεί η συνηγορία ενισχύει τον αυτοκαθορισμό του «κοινωνικά αδύναμου», χωρίς να επιτρέπει σε κάποιον τρίτο να μιλά αυθαίρετα στη θέση του, θέτοντας ένα πλαίσιο αμοιβαίου σεβασμού.

Το κίνημα της συνηγορίας στον τομέα της ψυχικής υγείας άρχισε να συγκροτείται όταν οι οικογένειες ατόμων

με ψυχικές διαταραχές, οι οποίες βιώνουν οδυνηρά όχι μόνο τις συνέπειες της σοβαρής ψυχικής νόσου στη ζωή του συγγενή τους, αλλά και τις συνέπειες του κοινωνικού στίγματος, αποφάσισαν να σπάσουν τη σιωπή και να μιλήσουν ανοιχτά για τα αιτήματα και τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών.

Στη συνέχεια, και τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, συγκροτώντας δικές τους οργανώσεις, ενεπλάκησαν σε αυτή την κινητοποίηση. Σε αυτό το βασικό πυρήνα προστέθηκαν σταδιακά οργανώσεις διαφόρων τύπων, με σημαντική συμμετοχή επαγγελματιών και επιστημονικών εταιρειών του χώρου της ψυχικής υγείας, καθώς και οργανώσεων ευαισθητοποιημένων πολιτών.

Σε πρακτικό επίπεδο, η συνηγορία περιλαμβάνει μια ποικιλία δραστηριοτήτων οι οποίες αποσκοπούν να άρουν τα εμπόδια που θέτουν τόσο η φύση της ψυχικής διαταραχής και οι εγγενείς σε αυτή κοινωνικές αδυναμίες του πάσχοντα, όσο και οι αρνητικές κοινωνικές στάσεις και πρακτικές αποκλεισμού, η ανεπάρκεια των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η έλλειψη κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων.

Χαρακτηριστικές του κινήματος της συνηγορίας είναι δραστηριότητες και πρωτοβουλίες που αποσκοπούν στην αύξηση της ευαισθητοποίησης του πληθυσμού γύρω από θέματα ψυχικής υγείας, τη διάχυση της πληροφορότητας, την προαγωγή της εκπαίδευσης και της κατάρτισης. Η συνηγορία συνίσταται επίσης και στην ενίσχυση της αλληλοϋποστήριξης ή σε συμβουλευτικές και διαμεσολαβητικές παρεμβάσεις, όπως επίσης βέβαια και σε δικαστικές διαδικασίες υπεράσπισης και καταγγελίας.

Με δεδομένο ότι, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, στα περισσότερα μέρη του κόσμου η ψυχική υγεία παραμελείται σημαντικά, σε κάποιες χώρες η συνηγορία θεωρείται σημαντικός «μοχλός πίεσης» ως προς τις πολιτικές και τη νομοθεσία που υιοθετείται, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις αναγνωρίζεται η συμβολή του κινήματος στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το κίνημα της συνηγορίας έχει προωθήσει θετικές εξελίξεις σε ποικίλα ζητήματα, όπως στην ποιότητα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τη συχνότητα των επισκέψεων σε αυτές, τη μείωση της διάρκειας της ενδονοσοκομειακής θεραπείας, την επαγγελματική κατάρτιση και την απόκτηση δεξιοτήτων.

Παράλληλα, οι χρήστες υπηρεσιών και οικογένειές τους, μέσα από τη συμμετοχή τους σε οργανώσεις συνηγορίας αναπτύσσουν δίκτυα αλληλεγγύης και αλληλοϋποστήριξης, που λειτουργούν ως παράγοντες ενδυνάμωσης τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο: αίρουν το αίσθημα του αυτοστιγματισμού και βοηθούν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που απορρέουν από την ίδια τη νόσο και από τις κοινωνικές προεκτάσεις της.

Παράλληλα, μέσα από τις οδούς της κινητοποίησης και της διεκδίκησης δικαιωμάτων συγκροτούνται κοινωνικά δίκτυα που προάγουν τη συμμετοχή των ασθενών και των οικογενειών στην ευρύτερη κοινωνική ζωή, με αποτέλεσμα τη συνολική βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Παρόλες τις δυσκολίες που εξακολουθούν να υπάρχουν και τα νέα προβλήματα που αναδύονται μέσα από την εξέλιξη των συνθηκών, είναι σαφές πλέον ότι το κίνημα της συνηγορίας έχει βοηθήσει να αλλάξει η αντίληψη της κοινωνίας για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές. Έχει συμβάλει ώστε να αναδειχθούν τα ανθρώπινα πρόσωπα που κρύβονται πίσω από διαγνωστικές «ταμπέλες» και να ακουστεί η φωνή των ατόμων αυτών, που μέχρι πρότινος ήταν στην αφάνεια, αποκλεισμένα από κάθε δημόσιο διάλογο. Σήμερα, οι χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας εξασκούν σε προοδευτικά αυξανόμενο βαθμό το δικαίωμα να διατυπώνουν το δικό τους όραμα για τις υπηρεσίες που χρειάζονται και για τα δικαιώματά τους στη ζωή και την κοινωνία.

Επίλογος

«Όλοι όσοι χαρακτηρίζονται από μια διάγνωση ως άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν διαφέρουν από τους άλλους ανθρώπους και διεκδικούν τα ίδια βασικά πράγματα στη ζωή: επαρκές εισόδημα, αξιοπρεπή στέγη, δυνατότητες να μορφωθούν, επαγγελματική κατάρτιση με την προοπτική μιας πραγματικής δουλειάς που να τους ικανοποιεί, συμμετοχή στην κοινωνική ζωή, φίλους, κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις» (Judi Chamberlin, 2001).

Η Judi Chamberlin υπήρξε μια σημαντική φυσιογνωμία του κινήματος για τη διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική νόσο. Με την προσωπική της ακτινοβολία, το δυναμισμό της, τα κείμενά της και τα ταξίδια της ανά τον κόσμο ως συνήγορος για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, αναγνωρίστηκε ως μέντορας και καθοδηγήτρια πολλών άλλων ανθρώπων που συνέβαλαν με το δικό τους τρόπο στο κίνημα της συνηγορίας. Έπαιξε έτσι ουσιαστικό ρόλο στο να θεωρείται σήμερα αυτονόητο -σε κάποια μέρη του κόσμου τουλάχιστον- το δικαίωμα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές να αρθρώνουν δημόσιο λόγο και να διεκδικούν όσα τους ανήκουν.

Το απόσπασμα από τα λόγια της Chamberlin που παρατίθεται πιο πάνω αποτυπώνει με τη μεγαλύτερη ενάργεια το πόσο αυτονόητες και θεμελιώδεις είναι οι διεκδικήσεις του κινήματος για τα δικαιώματα των ατόμων με ψυχικές διαταραχές: εργασία, εισόδημα, στέγη, μόρφωση, κοινωνική και προσωπική ζωή. Το πόσο μακριά βρισκόμαστε ακόμα από την ουσιαστική κατάκτηση αυτών των δικαιωμάτων είναι κάτι που πρέπει να συγκλονίσει και να κινητοποιήσει όλους όσους έχουν την -καθόλου αυτονόητη τελικά- τύχη να θεωρούν αυτά τα αγαθά ως δεδομένα.



Η συνηγορία, η υποστήριξη δηλαδή του λόγου του κοινωνικά αδύναμου, του «άλλου», αποτελεί λοιπόν μια ενεργή διαδικασία ενδυνάμωσής του μέσω του μετασχηματισμού μιας θέσης απαξίωσης σε μια θέση αξιοπρέπειας. Το εννοιολογικό πλαίσιο στο οποίο εντάσσεται την τοποθετεί στον αντίποδα κάθε ιδεολογίας και πρακτικής φιλάνθρωπίας ή προνοιακής φροντίδας, που απαξιώνει το άτομο, το καθιστά παθητικό, σιωπηρό δέκτη, αποσυρμένο από τις κοινωνικές διεκδικήσεις του και από την ίδια του την αυτονομία και χειραφέτηση.

Μαρίνα Οικονόμου
Επικ. Καθηγήτρια Ψυχιατρικής
Επιστημονικά υπεύθυνη Προγράμματος
«αντι-στίγμα»
Ερευνητικό Πανεπιστημιακό
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.)

Η επίδραση της κρίσης στο κοινωνικό σύνολο

Εισαγωγή

Στη συγκεκριμένη παρουσίαση επιχειρείται η ανάλυση και ανασκόπηση των σημαντικών κοινωνικών ζητημάτων που σχετίζονται με την κρίση, καθώς και η ανάπτυξη ορισμένων κοινωνικών φαινομένων που την αφορούν.

Ιστορικά στοιχεία

Όπως για κάθε σημαντικό θέμα, έτσι και για την ανάλυση των επιδράσεων που έχει η κρίση στο κοινωνικό σύνολο χρειάζεται να μελετηθούν ορισμένες ιστορικές αναφορές από αντίστοιχα γεγονότα του παρελθόντος.

► Η τρέχουσα, λοιπόν, οικονομική κρίση μπορεί να συγκριθεί με τις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του περασμένου αιώνα. Η διεθνής ιστορική εμπειρία έχει στην ουσία να προβάλει τρεις σοβαρές υφέσεις κατά την τελευταία εκατονταετία. Το κραχ του '29, την οικονομική κατάρρευση των πρώην Σοβιετικών χωρών στις αρχές του '90 και την ασιατική οικονομική κρίση στην εκκποή του αιώνα. Αν και κάθε κρίση είχε διαφορετικά χαρακτηριστικά, μπορούμε να θυμηθούμε τις μαζικές αυτοκτονίες χρηματιστών στο «κραχ» του '29 και τη «μαύρη ζώνη θανάτου» της Ρωσίας λόγω της δραματικής αύξησης των αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών και βίαιων θανάτων.

► Έχει φανερί ότι υπάρχουν Ειδικόί Παράγοντες Κινδύνου που σχετίζονται με την οικονομική κρίση. Η ιστορία έδειξε ότι το κραχ του '29 δεν είχε ως αποτέλεσμα αύξηση του αλκοολισμού, αφού στις ΗΠΑ είχε ήδη κρυφθεί η ποτοαπαγόρευση, ενώ αντίθετα στην πρώην ΕΣΣΔ, στην κρίση της δεκαετίας 80' ευνοήθηκε η δραματική αύξηση του αλκοολισμού. Παρόμοια, δυο από τις λίγες εταιρίες που συνεχίζουν να προσλαμβάνουν εργαζόμενους στην τρέχουσα κρίση στις ΗΠΑ είναι τα Mac Donalds & Kentucky Fried Chicken, γεγονός που υποδεικνύει ότι ο κόσμος στρέφεται σε φτηνά και έτοιμα, πλιν όμως ανθυγιεινά, φαγητά.

Γενικά στοιχεία για την κρίση

► Οι κύριες συνέπειες μιας οικονομικής κρίσης είναι η ανεργία, η μείωση του εισοδήματος, η γενικευμένη αβεβαιότητα και η περικοπή των δημοσίων δαπανών, περιλαμβανομένων των δαπανών για την υγεία.

► Ομάδες Υψηλού Κινδύνου

1) Σε συνθήκες οικονομικής κρίσης οι φτωχοί αποτε-

λούν ομάδα κινδύνου, αφού είναι οι πρώτοι που πλήττονται.

2) Παράλληλα, τα άτομα που ήδη νοσούν από ψυχικά νοσήματα, λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης στη λειτουργικότητα, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου.

Ανεργία

► Πολλές επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν τις επιπτώσεις της ανεργίας, τόσο στη γενική όσο και στην ψυχική υγεία.

► Μελέτες στη Βρετανία, κατά τις δεκαετίες του '70 και '80, έδειξαν ότι οι άνεργοι είχαν ποσοστό θνησιμότητας 25% μεγαλύτερο σε σχέση με τους εργαζόμενους ισοδύναμης κοινωνικοοικονομικής ομάδας.

► Επιπλέον, η διάρκεια της ανεργίας δείχνει να αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας.

Οι περιορισμένοι πόροι, λοιπόν, μπορεί να οδηγήσουν σε φτωχή διατροφή και περιορισμένη πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, γεγονός που οδηγεί σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

► Η ανεργία φαίνεται επίσης να σχετίζεται με υιοθέτηση λιγότερο υγιεινών συνθηκών, όπως το κάπνισμα.

► **Πρόσφατη εκτενής έρευνα διαπίστωσε στενή σχέση ανάμεσα στο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status και σε μια σειρά επιβλαβών συνηθειών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες, αλλά αρκετά υψηλότερη στις αναπτυσσόμενες χώρες. Για παράδειγμα, στους άνεργους βρέθηκε σημαντικά υψηλότερη αύξηση σωματικού βάρους, χρήση καπνού και αλκοόλ, καθώς και κακής διατροφής, σε σύγκριση με τους εργαζόμενους.**

► Συμπερασματικά, σε μια κοινωνία σε οικονομική κρίση επηρεάζονται άμεσα και βαρύτερα οι φτωχοί και οι άνεργοι αλλά το άγχος και η δυσφορία επηρεάζουν και το υπόλοιπο, οικονομικά ισχυρότερο, κομμάτι του πληθυσμού.

Επιπτώσεις της κρίσης στη γενική υγεία

Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν αύξηση θνησιμότητας κατά τις περιόδους οικονομικών κρίσεων.

► Σε μια πρόσφατη μελέτη ανασκόπησης των Falagas et al. φάνηκε ότι:

- Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίζονται με αύξηση στη θνησιμότητα από διάφορες αιτίες, δηλαδή λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, καθώς και με τη θνησιμότητα των βρεφών και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Αντίθετα, η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα έδειξε να ελαττώνεται.

Επιπτώσεις της κρίσης στην ψυχική υγεία

► Αν και υπάρχουν διφορούμενες απόψεις για τις επιπτώσεις στη γενική υγεία, όλοι σχεδόν οι ερευνητές συμφωνούν ότι η ψυχική υγεία επηρεάζεται δυσμενώς σε περιόδους οικονομικών κρίσεων.

► Υπάρχει σαφής και εκφρασμένη ανησυχία ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας θα αυξηθούν και στην παρούσα οικονομική κρίση, αφού όπως αναφέρει σε πρόσφατες εκθέσεις η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας: «Δεν θα πρέπει να εκπληγούμε αν δούμε αύξηση ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών», «οι φτωχοί και οι ευάλωτοι θα είναι οι πρώτοι που θα υποφέρουν», «η πρόσβαση των κονδυλίων για την υγεία θα γίνει πιο δύσκολη».

Επιπτώσεις της κρίσης στα παιδιά

► Σημαντικές όμως φαίνεται να είναι οι επιπτώσεις των οικονομικών υφέσεων και στα παιδιά. Πρώιμες αντίξοες εμπειρίες μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον.

► Έρευνες έδειξαν ότι η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται με χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών, ενώ παιδιά που μεγαλώνουν σε ιδρύματα βρέθηκε να έχουν σημαντικά μεγαλύτερο όγκο αμυγδαλής.

► Είναι γνωστό επίσης ότι η πρώιμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την εγκυμοσύνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια στο

βρέφος, με αποτέλεσμα την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα, ένα γεγονός που παραμένει σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.

► Ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίξει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η έλλειψη του ρετινοϊκού οξέος, παραγώγου της βιταμίνης Α, έχει αρνητική επίδραση στη νοητική ανάπτυξη, η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και ΔΕΠΥ, ενώ η έλλειψη σιδήρου διαταράσσει τη διαδικασία της μυελίνωσης.

Κοινωνικο-πολιτικά ζητήματα σχετικά με την κρίση

► Κοινωνικοοικονομικές μελέτες έδειξαν ότι οι κυβερνήσεις των χωρών που λαμβάνουν βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) αναγκάζονται σε περιστολή των δημοσίων κοινωνικών δαπανών, με παράλληλη επιβάρυνση των ασθενών για το κόστος της υγειονομικής τους περίθαλψης.

► Ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '80, η UNICEF με την αναφορά "Adjustment with a human face", είχε επισημάνει ότι «τα προγράμματα του ΔΝΤ στερούν δικαιώματα από τους φτωχούς, συχνά κόβοντας τη χρηματοδότηση δικτύων κοινωνικής προστασίας, η οποία είναι απαραίτητη προκειμένου οι φτωχοί να έχουν εκπαίδευση, ιατρική φροντίδα και άλλα βασικά δημόσια αγαθά».

Κοινωνικός Αποκλεισμός

► Ο κοινωνικός αποκλεισμός ως έννοια θα έπρεπε να καταλαμβάνει μια κεντρική θέση στην κοινωνική πολιτική, μαζί με έννοιες όπως η ελευθερία, η ισότητα, η αξιοπρέπεια, ο σεβασμός, η αυτονομία, στοιχεία ενίσχυσης της βάσης της κοινωνικής συνοχής.

► Ο κοινωνικός αποκλεισμός (Barry, 2002) παραβιάζει την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης και την έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης.

► Ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια βασικών συνταγματικών δικαιωμάτων του πολίτη (μόρφωση, υγεία, εργασία, πολιτισμός) μπορεί να αποτελέσει βασική άρνηση των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων: απώλεια ευκαιριών για εργασία, απώλεια ευκαιριών για εκπαίδευση και δεξιότητες, στέρηση βασικών αγαθών κατά την παιδική ηλικία, φόβος εγκληματικότητας, αποδιοργάνωση οικογενειών, εμπόδια στην ποιότητα ζωής της 3ης ηλικίας, φτωχή κατοικία, υποβαθμισμένες γειτονιές, μειονεξία

ή διακρίσεις σε βάρος ηλικιακών ομάδων, εθνοτήτων, φύλου και ομάδων με κοινωνική μειονεξία.

► Σχετικότητα: Ο κοινωνικός αποκλεισμός επηρεάζει όλα τα άτομα, συμπεριλαμβάνοντας αυτά με ψυχικές διαταραχές. Μερικές σημαντικές ενέργειες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, πρέπει να προσανατολίζονται σε προνοιακή υποστήριξη, εργασία, εκπαίδευση, μόρφωση, δράσεις που δομούν τη θεωρία και πρακτική του recovery model.

► Δια-γενεακές όψεις του αποκλεισμού: ο αποκλεισμός επηρεάζει τις οικογένειες και μπορεί να μεταφέρεται από μια γενεά σε άλλη. (Killaspy et al., 2009)

Άστεγοι - Νεοάστεγοι

Το φαινόμενο των νεοαστέγων αφορά ανθρώπους μορφωμένους, πιθανόν με οικογένεια, που λόγω της κρίσης έχασαν τη δουλειά τους ή δεν κατάφεραν να βρουν δουλειά.

Προτάσεις για προστασία από την κρίση

► Προτεραιότητα για κάθε χώρα που αντιμετωπίζει οικονομική κρίση είναι η προστασία της ποιότητας ζωής των ατόμων που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Χρειάζεται να προωθηθούν έγκαιρες παρεμβάσεις, όπως η καταγραφή ατόμων υψηλού κινδύνου, η επανένταξη ανέργων και ατόμων με ψυχιατρικά προβλήματα, η εκπαίδευση ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η ανίχνευση και θεραπεία της κατάθλιψης και άλλων συνήθων διαταραχών και η καλύτερη πρόσβαση στο σύστημα παροχής ψυχικής υγείας.

► Σε οργανωτικό επίπεδο, θα πρέπει να διερευνώνται οι πρακτικές και πολιτικές που χρησιμοποιούν οι εργοδοτικοί φορείς για να αποκριθούν στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Έχει βρεθεί για παράδειγμα ότι οι εργαζόμενοι στο Δημόσιο Φορέα παρουσιάζουν λιγότερη εργασιακή ανασφάλεια, ενώ οι εργαζόμενοι σε παρακμάζουσες επιχειρήσεις είναι πιο ευάλωτοι. Επίσης, το πνεύμα δικαιοσύνης, η έγκαιρη ενημέρωση, οι διευκολύνσεις, όπως άδειες άνευ αποδοχών, και οι αποζημιώσεις δρουν προστατευτικά για την ψυχική υγεία των εργαζόμενων.

► Οι δυνατότητες για πρωτογενή παρέμβαση στο οικονομικό στρες αφορούν στην προαγωγή της εργασίας και της οικονομικής υγείας μέσω προγραμμά-

των οικονομικής επιμόρφωσης ή κρατικά επιδοτούμενων προγραμμάτων ανάπτυξης δεξιοτήτων. Καλές δυνατότητες παρέμβασης έχουν οι κυβερνήσεις που μπορούν να σχεδιάζουν προγράμματα οικονομικής ανάπτυξης, να προσελκύουν τους εργαζόμενους σε εργασίες μεγάλης ζήτησης, να προσφέρουν άμεση βοήθεια σε ευάλωτα άτομα που χάνουν την εργασία και να επανεκπαιδεύουν τους απολυμένους με σκοπό την επανένταξή τους στη νέα αγορά εργασίας.

► Επίσης, ανεξάρτητα από τη στρατηγική του εργοδότη, οι εργαζόμενοι θα πρέπει να είναι ενημερωμένοι για τη φύση των αλλαγών, ώστε να μειώνεται η ματαίωση και να ενισχύεται η εμπιστοσύνη.

► Έχει φανεί ότι πρωταρχική στρατηγική αποτελεί η υποστήριξη κοινωνικών δικτύων ασφαλείας. Συστήματα κοινωνικής υποστήριξης ή απλώς «δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας» αποτελούν επίσης οι φιланθρωπικές οργανώσεις, η εκκλησία, η οικογένεια, και οι φίλοι. ☺

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Γιωτάκος, Ο. (2011). «Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία». Ανασκόπηση, Περιοδικό Ψυχιατρική.
- Στυλιανίδης, Σ. (2011). Μία «No man's land» σε ένα μητροπολιτικό χώρο: Ψυχική Υγεία και Κοινωνικός Αποκλεισμός». 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής. Ψυχιατρική, 1: 152.
- Murphy GC, Athanasou JA (1999). The effect of unemployment on mental health. J Occup Organ Psychol 1999;72:83-99.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Mc Kee M, The health implications of a financial crisis: a review of the evidence, Ulster Med J 2009;78(3):142-145

Αμαλία Αλεξιάδου M.Sc.
Ψυχολόγος, Επιστημονική Υπεύθυνη
Οικοτροφείου ΕΠΑΨΥ Λαμίας

Διαζύγιο και παιδί

Από την δεκαετία του '60 και έπειτα τα ποσοστά των διαζυγίων, αυξήθηκαν δραματικά τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική. Συνέπεια αυτού ήταν η στροφή του ερευνητικού ενδιαφέροντος στις επιπτώσεις που ασκεί το διαζύγιο στην ψυχοσωματική, κοινωνική ανάπτυξη και προσαρμογή των παιδιών. Αρχικά το διαζύγιο γινόταν αντιληπτό ως μεμονωμένο τραυματικό γεγονός που ασκούσε βραχύχρονες αρνητικές επιδράσεις στο παιδί. Η ερευνητική έμφαση δινόταν κυρίως στις άμεσες επιδράσεις του στην ψυχοσωματική υγεία

και την προσαρμογή των παιδιών, ενώ δεν λαμβάνονταν υπόψη ένα πλήθος παραγόντων που συνδέονταν με την προ και μετά διαζυγίου περίοδο. Την δεκαετία του '90, το ερευνητικό ενδιαφέρον σταδιακά, άρχισε να στρέφεται στην μελέτη παραγόντων που φαίνεται να συνδέονται και να επηρεάζουν την προσαρμογή του παιδιού στο διαζύγιο. Άρχισε να συντελείται ποιοτική αλλαγή στον τρόπο που αντιμετωπίζεται και μελετάται η εμπειρία του διαζυγίου και να πραγματοποιείται μια σειρά ερευνών που εστιάζουν στο οικογενειακό κλίμα που επικρατεί πριν το διαζύγιο, στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας και σε μια σειρά άλλων παραγόντων που φαίνεται να σχετίζονται με την διαδικασία του διαζυγίου και την προσαρμογή του παιδιού σε αυτό (Kelly, 2003; Smart, 2003).

Σήμερα τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι το διαζύγιο αποτελεί μια μακρά και πολυπαραγοντική διαδικασία, με πολλαπλές επιδράσεις στο παιδί και όχι ένα μεμονωμένο γεγονός. Σύμφωνα με μελέτες των τελευταίων δεκαετιών, φαίνεται πως παρόλο που τα παιδιά διαζευγμένων γονέων παρουσιάζουν πιο συχνά προβλήματα προσαρμογής και συμπεριφοράς καθώς και άλλες ψυχολογικές διαταραχές (π.χ κατάθλιψη) συγκριτικά με τα παιδιά που δεν προέρχονται από διαζευγμένη οικογένεια, δεν είναι απαραίτητα το ίδιο το διαζύγιο ο πρωταρχικός εκλυτικός παράγοντας.



Αρκετοί παράγοντες που προηγούνται του διαζυγίου (συγκρούσεις, σχέση παιδιού-μητέρας, σχέση πατέρα-παιδιού κ.α), καθώς και παράγοντες που έπονται αυτού (μείωση οικονομικού status, γονεϊκή ψυχοπαθολογία κ.α) διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στην προσαρμογή του παιδιού και την επίδραση που θα ασκήσει η εμπειρία του διαζυγίου σε αυτό (Bream and Buchanan, 2003; Greenfield and Marks, 2006; Sandler et al., 2008). Κατ' επέκταση, παρόλο που τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν την ύπαρξη ισχυρής σχέσης ανάμεσα στο διαζύγιο και τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχοκοινωνικών προβλημάτων τόσο για την τρέχουσα περίοδο του διαζυγίου όσο και την μελλοντική ζωή του ατόμου (Booth and Amato, 2001), έκκληξη προκαλούν νεότερα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν την άποψη πως η συνθετέστερη μακρόχρονη επίδραση του διαζυγίου στο παιδί τελικά δεν είναι η δυσλειτουργικότητα αλλά αντίθετα η ευκαμψία, η προσαρμοστικότητα και η ανθεκτικότητα (Kelly and Lamb, 2000).

Επιπροσθέτως, οι σύγχρονες μελέτες οδήγησαν με την σειρά τους σε αλλαγή της επικρατούσας άποψης σχετικά με την κατάλληλη «τεχνική» αντιμετώπισης και ενημέρωσης του παιδιού αναφορικά με τα θέματα που άπτονταν του διαζυγίου.

Την δεκαετία του '60 η καταλληλότερη τεχνική για την προστασία του παιδιού θεωρούνταν η μη ενημέρωση του και η άγνοια. Αυτό βέβαια προκαλούσε επιπρόσθετο πόνο και άγχος στο παιδί και επέτεινε τις αρνητικές επιδράσεις του. Σήμερα έχει αποδειχτεί ότι η ενημέρωση, η επεξήγηση σε μια «γλώσσα» συμβατή με το ηλικιακό και γνωστικό του στάδιο, καθώς και η παροχή ασφαλούς πλαισίου μέσα στο οποίο θα μπορέσει να εκφράσει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τα ερωτήματα του, ευνοούν την ομαλότερη και ευκολότερη προσαρμογή του παιδιού στην νέα κατάσταση (Smart, 2003).

Το διαζύγιο ως παράγοντας επικινδυνότητας για την ψυχική υγεία του παιδιού:

Πλήθος επιδημιολογικών ερευνών επιβεβαιώνει, πως τόσο σε βραχυπρόθεσμο όσο και μακροπρόθεσμο χρόνο, τα παιδιά που προέρχονται από χωρισμένες οικογένειες με δυσμενή χαρακτηριστικά, επιδεικνύουν σαφώς υψηλότερα ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων, συγκριτικά με αυτά που δεν έχουν βιώσει τις αγχογόνες και δυσμενείς επιπτώσεις του διαζυγίου (Kelly, 2003; Leon, 2003; Wolchik, 2002).

Έχει βρεθεί (Guttman & Rosenberg, 2003; Riggio, 2004) πως μοιhonότι ο βαθμός της οικειότητας-κοντινότητας μεταξύ γονέων και παιδιών δεν διαφέρει δραματικά σε διεζευγμένες και μη διεζευγμένες οικογένειες, ωστόσο η λειτουργικότητα των παιδιών που οι γονείς τους έχουν χωρίσει, επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό. Συγκεκριμένα, η ποιότητα της σχέσης που διατηρούν ειδικά με τον πατέρα τους, εξηγεί αρκετές από τις δυσκολίες που τα παιδιά αυτά αντιμετωπίζουν σε συναισθηματικό, κοινωνικό και ακαδημαϊκό επίπεδο.

Ιδιαίτερα αυξημένη εντοπίζεται και η πιθανότητα εκδήλωσης συμπεριφορικών, κοινωνικών και ακαδημαϊκών προβλημάτων. Οι πιο συχνά παρατηρούμε-

νες επιδράσεις ενός "κακού" διαζυγίου σχετίζονται με εμφάνιση αυξημένης επιθετικότητας, ανυπακοή, αντικοινωνική-παραβατική συμπεριφορά και γενικότερα προβλήματα συμπεριφοράς και συνεργασίας με σημαντικούς "Άλλους" όπως τους γονείς, τις φιγούρες εξουσίας (δασκάλους, γονείς κλπ) και τους συνομηλίκους. Τα παιδιά που έχουν βιώσει τις δυσάρεστες-αγχογόνες επιπτώσεις του διαζυγίου, παρουσιάζουν μειωμένη ακαδημαϊκή επίδοση, απουσιάζουν συχνότερα από το σχολείο και τείνουν να το εγκαταλείνουν σε μικρότερη ηλικία (Wood et al., 2003).

Επιπρόσθετα, σημαντικές είναι οι επιδράσεις του διαζυγίου στην ανάπτυξη ψυχοπαθολογίας με κυρίαρχες εμφανιζόμενες διαταραχές την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές και την κοινωνική φοβία και τις επικείμενες δυσκολίες των παιδιών αυτών να συνάψουν ως ενήλικες, υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις. Σε βάθος χρόνου, τα άτομα που προέρχονται από διαζευγμένη οικογένεια δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχοσωματικής ευεξίας και αυτοεκτίμησης συγκριτικά με παιδιά που προέρχονται από μη-διαζευγμένες οικογένειες (Leon, 2003; Strohschein, 2005; Wauterickx et al., 2006).

Ως έφηβοι, επιδεικνύουν πρώιμη σεξουαλική δραστηριότητα και αυξημένο κίνδυνο κατάχρησης ουσιών, ενώ ως ενήλικες αναφέρουν έντονη δυσκολία να εμπιστευτούν τον σύντροφό τους, περιορισμένες δεξιότητες ως προς την επίλυση των συζυγικών συγκρούσεων, μικρότερη ανοχή σε αυτές καθώς και περιορισμένη ικανότητα συναισθηματικής εμπλοκής και επένδυσης στην συντροφική σχέση (Greenfield & Marks, 2006; Hetherington, 2003; Oldehinkel et al., 2008).

Ένα αξιοσημείωτο εύρημα είναι πως παντρεύονται συγκριτικά νωρίτερα, αναφέρουν μειωμένη ικανοποίηση από τον γάμο τους και παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες διαζυγίου.

Συμπερασματικά, το βίωμα ενός "κακού" διαζυγίου, αποδεδειγμένα ασκεί αρνητικές-στρεσογόνες επιδράσεις στο παιδί. Εντούτοις, αξίζει να αναφέρουμε πως τελικά το 75-80% των παιδιών που προέρχονται από

διαζευγμένη οικογένεια, μακροπρόθεσμα δεν αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα προσαρμογής, ενήλικων διαπροσωπικών σχέσεων ή ψυχοπαθολογίας (Chen et al., 2006).

Παρόλα αυτά το διαζύγιο λειτουργεί ως παράγοντας επικινδυνότητας για το παιδί τόσο για την χρονική περίοδο που αυτό λαμβάνει χώρα, όσο και για την μετέπειτα ζωή του ως ενήλικας και συνεπώς είναι σημαντικό να λαμβάνονται προστατευτικά μέτρα για την διασφάλιση της ψυχικής υγείας του.

Προστατευτικοί παράγοντες:

Η σχετική με το διαζύγιο τρέχουσα ερευνητική δραστηριότητα έχει στρέψει το ενδιαφέρον της στους ποικίλους θετικούς-προστατευτικούς παράγοντες που συντελούν στην ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας του παιδιού, στην ομαλή μετάβαση του στις νέες υπάρχουσες αγχογόνες συνθήκες και στην μειωμένη εμφάνιση δυσπροσαρμοστικής-παθολογικής συμπεριφοράς (Chen & George, 2005; Kelly, 2003).

Έχει αποδειχθεί πως η ύπαρξη μιας θετικής, στενής σχέσης του παιδιού με έναν τουλάχιστον εκ των δυο γονέων του, αποτελεί σημαντικό μεσοδιαβητικό παράγοντα της ομαλής μετά-διαζυγίου προσαρμογής του. Τα παιδιά που τους δίνεται η δυνατότητα να βιώσουν την παρουσία ενός σταθερού, υποστηρικτικού ηλαιοφύτου φροντίδας, επιδεικνύουν σαφώς λιγότερες από τις δυσμενείς επιπτώσεις του χωρισμού των γονέων τους.

Η παροχή στο παιδί γονεϊκής φροντίδας, η οποία ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, προσφέροντας του μια ασφαλή, σταθερή, οικεία βάση ανάπτυξης αποτελεί τον κυριότερο προγνωστικό παράγοντα για την «καλή» προσαρμογή του και την διασφάλιση της ψυχικής του ευημερίας.

Επιπρόσθετα βασικός προστατευτικός παράγοντας για την ομαλή ψυχοκοινωνική εξέλιξη του παιδιού είναι όχι μόνο η ύπαρξη ενός φροντιστή που παρέχει ζεστασιά, φροντίδα, διαθεσιμότητα και κατανόηση αλλά και η επιβολή θετικής πειθαρχίας καθώς και ο συνεχής αλλά συνάμα διακριτικός έλεγχος της εκτός σπιτιού δραστηριότητας του παιδιού (Guttmann&Rosenberg, 2003, Leon, 2003).

Η επιστημονική βιβλιογραφία έχει καταδείξει πως ουσιαστικό ρόλο στην βελτίωση της προσαρμοστικής ικανότητας του παιδιού, διαδραματίζει τόσο η διατήρηση μιας σταθερής και ποιοτικής σχέσης με τον γονέα που «λείπει», όσο και με το ευρύτερο έξω-οικογενειακό κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα. Στα ηλαιοφύτα του σχολικού τους περιβάλλοντος, η κατανόηση, ζεστασιά και συμπαράσταση που δίδεται από τους δασκάλους, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στο να βιώνεται το σχολείο ως θετική εμπειρία και να λειτουργεί ως αλεξικέραυνος των δυσάρεστων-στρεσογόνων οικογενειακών συνθηκών. Παρόληηη, εξίσου βοηθητική μπορεί να φανεί και η παρεχόμενη υποστήριξη τόσο από τα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού τους περιβάλλοντος, όσο και από τις κοινωνικές υπηρεσίες και τους γείτονες (Hethergton, 2003; Riggio, 2004).

Οι ενδοοικογενειακές συγκρούσεις επιτείνουν το βιωμένο από τα παιδιά άγχος και αποτελούν εξέχοντα παράγοντα επικινδυνότητας για την ψυχική τους υγεία. Ορισμένα παιδιά τα οποία εκτίθενται διαρκώς στον θυμό και την ένταση των γονέων τους και βιώνουν είτε λεκτική, είτε σωματική βία εμφανίζουν έντονα προβλήματα συμπεριφοράς και καταθλιπτικά συμπτώματα (Dong et al., 2002).

Οι μεταξύ συζύγων συγκρούσεις, προκαλούν μείωση της συναισθηματικής τους ικανότητας, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να ανταποκριθούν επαρκώς στις ανάγκες των παιδιών τους. Κατά συνέπεια όταν οι εντάσεις και οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων μειώνονται, τα παιδιά εμφανίζουν μείωση της δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς και των άλλων ψυχολογικών προβλημάτων συγκριτικά με αυτά των οποίων οι γονείς συνεχίζουν τις διαμάχες και μετά το διαζύγιο (Bream and Buchanan, 2003).

Σοφία Φουσκετάκη
Ψυχολόγος

Κοινωνικό παντοπωλείο του Δήμου Καισαριανής

Ξεκίνησε τη λειτουργία του, το κοινωνικό παντοπωλείο του Δήμου Καισαριανής με σκοπό τη διευκόλυνση και την φροντίδα οικονομικά αδύναμων ατόμων. Όπως όλοι γνωρίζουμε οι συνθήκες διαβίωσης έχουν γίνει αβάσταχτες για μερικούς από εμάς αλλά και πολύ απαιτητικές για σχεδόν το σύνολο της κοινωνίας μας.

Ξεκινώντας με βάση τις αρχές της αλληλεγγύης και της ανθρωπιάς ο Δήμος Καισαριανής προσφέρει ρούχα, φάρμακα και τρόφιμα σε συνανθρώπους μας που το έχουν πραγματικά ανάγκη. Προσκομίζοντας τα απαραίτητα δικαιολογητικά στο α' & β' Κ.Α.Π.Η Καισαριανής ή στη κοινωνική υπηρεσία του Δήμου, θα έχετε τη δυνατότητα να προμηθευτείτε τα αναγκαία για μια καλύτερη διαβίωση.

ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ: Εκαθαριστικό τελευταίου έτους, Ε1, Ε9, αστυνομική ταυτότητα, πιστοποιητικό οικογ. κατάστασης, βεβαίωση μόνιμης κατοικίας, βεβαίωση ΚΕΠΑ για αναπηρία (αν υπάρχει), κάρτα ΟΑΕΔ (αν υπάρχει) & πιστοποιητικό πολυτεκνίας (αν υπάρχει).

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να καλείτε στο 210 7247305, όπου οι υπάλληλοι του δημοτικού παντοπωλείου όντας πολύ βοηθητικοί και κατατοπιστικοί θα σας εξυπηρετήσουν.

Μην ξεχνάτε πως το κοινωνικό παντοπωλείο δέχεται και δωρεές στα προαναφερόμενα προϊόντα έτσι ώστε να έχουμε όλοι συμμετοχή στις κοινωνικές δράσεις και να γίνουμε αρωγοί στη προσπάθεια βοήθειας που έχει κέντρο τον άνθρωπο.

» Θα θέλαμε να σας υπενθυμίσουμε και να παρακαλέσουμε όλα τα μέλη μας να φροντίζουν για την πληρωμή της συνδρομής τους, την οποία ο Σύλλογος έχει ανάγκη όχι μόνο για οικονομικούς λόγους, αλλά και για να αποδεικνύει τον αριθμό των ενεργών μελών του.

ΕΤΗΣΙΑ ΣΥΝΔΡΟΜΗ

- Ευρώ 30 για το πρώτο μέλος του Συλλόγου από κάθε οικογένεια.
- Ευρώ 5 για το δεύτερο ή τρίτο μέλος από κάθε οικογένεια.

Αρ. Λογαριασμού: ΕΤΕ 082/480 250 -02

Ευχαριστούμε θερμά για την στήριξη στο έργο μας:

- Οικογένεια Μαρτίνου • Οικογένεια Σταμνέλου • κ. Παπαγιαννόπουλο
- κ. Μπεδεράτου • κ. Ζαχαροπούλου • κ. Δημητρακοπούλου • κ. Ορφανού • κ. Κατσιγιάννη
- κ. Πέττα - Πατίστα • Τους εθελοντές και όλους όσους μας στηρίζουν

- » Κείμενα τα οποία μας έχουν αποσταλεί και δεν έχουν δημοσιευθεί, θα χρησιμοποιηθούν σε επόμενα τεύχη.
- » Παρακαλούμε τα κείμενά σας να αποστέλλονται έγκαιρα και εφόσον είναι δυνατό σε ηλεκτρονική μορφή ή δακτυλογραφημένα.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνήσετε με τη γραμματεία του Σ.Ο.Ψ.Υ., να επισκεφθείτε την ιστοσελίδα www.iatronet.gr/sopsi ή βρείτε μας στο facebook: Πανελλήνιος Σύλλογος Σοψι

ΕΔΡΑ Σ.Ο.Ψ.Υ.:
ΔΗΛΟΥ 3, ΒΥΡΩΝΑΣ 162 31
ΤΗΛ./ΦΑΞ: 210 7640277
e-mail: sopsi@ath.forthnet.gr
www.eufami.org
www.iatronet.gr/sopsi

ΞΕΝΩΝΑΣ Σ.Ο.Ψ.Υ.:
ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ 9-11, ΒΥΡΩΝΑΣ 162 32
ΤΗΛ./ΦΑΞ: 210 7649670
e-mail: xsopsi@otenet.gr

ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΑΣ Σ.Ο.Ψ.Υ.:
ΝΕΑΠΟΛΕΩΣ 9-11, ΒΥΡΩΝΑΣ 162 32
ΤΗΛ./ΦΑΞ: 210 7663007
e-mail: xsopsi@otenet.gr

