



Κωδικός 01-6296



Δήλου 3, 162 31, Βύρωνας

τεύχος **53**



Δελτίο Επικοινωνίας του Σ.Ο.Ψ.Υ

μηνύματα

Τριμηνιαία Έκδοση / Έτος 14^ο



Απρίλιος - Μάϊος - Ιούνιος 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.

Εκδότис/Διευθυντής

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

Συντακτική Επιτροπή

Κ. Βρεττού
Μ. Κανελλή-Παπανικολάου
Κ. Κολλιδιόπουλος
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

Γραμματεία - 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 απόψειςΤο έργο του εξωφύλλου
είναι της Ειρήνης Σαββινοπούλου

Περιεχόμενα

Ε.Ο.Τ.: Ποιοι δικαιούνται δωρεάν εκδρομές, διακοπές, εισιτήρια θεάτρων (δελητία κοινωνικού τουρισμού)	04
Δυναμική δράση ενάντια στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας με αφορμή την ομαδική εικαστική έκθεση «Η τέχνη ως θεραπεία»	06
Η θέση της φυσικής (σωματικής) δραστηριότητας στη σχιζοφρένεια	09
Διακοπές με «οδηγία ιατρού»	11
Η επιβάρυνση της οικογένειας και των φροντιστών απόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή	13
Βιρτζίνια Γουλφ: Ζωή όπως «ΤΑ ΚΥΜΑΤΑ»	20

Ομάδες Υποστήριξης Συγγενών Ατόμων με Ψυχική Νόσο
Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.)

Οι ομάδες υποστήριξης γίνονται κάθε Δευτέρα και Τετάρτη (17:30 - 19:00) και συντονίζονται από θεραπευτές με κλινική κατάρτιση στη συμπεριφορική θεραπεία οικογένειας. Η ομάδα της Δευτέρας συντονίζεται από την κυρία Ελένη Λεμπέση και της Τετάρτης από την κυρία Ελένη Λουκή. Τη συνοδική επιστημονική ευθύνη και εποπτεία των ομάδων έχει η κυρία Μαρίνα Οικονόμου, επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής και Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου του Σ.Ο.Ψ.Υ.

ΕΝΑ ΔΩΡΟ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΜΑΔΕΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟΥ ΣΟΨΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΝΑ ΜΕΛΟΣ ΤΟΥΣ ΕΧΕΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Όπως κάθε χρόνο, πραγματοποιήθηκαν και φέτος στο Σύλλογο Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Σ.Ο.Ψ.Υ.) ομάδες υποστήριξης για συγγενείς ατόμων με σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα. Στην τελευταία συνάντηση των ομάδων για το έτος 2012-2013, ζητήθηκε από τα συμμετέχοντα μέλη να προσφέρουν ένα «φανταστικό δώρο» στις οικογένειες που έχουν μέλη με ψυχική ασθένεια, ανανεώνοντας έτσι, μέσα από μια συμβολική πράξη, την ελπίδα για μια καλύτερη ζωή για εκείνους και για τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Έτσι λοιπόν, οι συγγενείς - μέλη των ομάδων δήλωσαν: «Το "δώρο" μου για όσους έχουν συγγενείς με σοβαρή ψυχική ασθένεια, θα ήταν»:

- Μια εκδρομή με όλη την ομάδα. «Να πάμε κάπου για να διασκεδάσουμε χωρίς να μιλήσουμε για το κοινό μας πρόβλημα».
- Ένας πίνακας ζωγραφικής. «Είναι φορές που κλείνομαι στο μικρό εργαστήριό μου. Εκεί αφήνομαι ζωγραφίζοντας θάλασσες, βουνά και ότι άλλο για να νιώσω καλύτερα. Θα ήθελα να δώσω μερικά από αυτά που δημιουργώ στους γονείς που φέτος γνώρισα και άκουσα για τον πόνο τους».
- Ένα καλόθι υπομονή, ένα καλό λόγο και χαμόγελο.
- Ένα μεγάλο ευχαριστώ για όσα μου έχουν προσφέρει οι συναντήσεις μας. «Εδώ ένιωσα λιγότερο μόνη, μοιρά-

στηκα κοινά συναισθήματα και εισέπραξα ενδιαφέρον, κατανόηση και γνώση μέσα από τις εμπειρίες όλων. Εύχομαι ολόψυχα, να βρούμε όλοι χαρά και εσωτερική γαλήνη βλέποντας τους ανθρώπους μας όλο και καλύτερα».

- Ένα θαύμα για όλους. Την υγεία των παιδιών μας. Τη ζωή των αγαπημένων μας ανθρώπων όπως ήταν πριν ασθενήσουν.
- Αγάπη και χαρά, για να απαλυνθούν και να ανακουφιστούν οι ψυχές που υποφέρουν.
- Λουλούδια. «Τι καλύτερο να προσφέρεις και να σου προσφέρουν»;
- Ένα βιβλίο, τον «Δεκάλογο» του Κίπλινγκ.
- Προσωπική προσφορά. «Θέλω να δώσω και σε άλλους έστω και λίγα από τα τόσα πράγματα που έχω πάρει από τον ΣΟΨΥ. Θα ήθελα όταν βλέπω οικογένειες και ασθενείς να τους βοηθάω να παίρνουν ενημέρωση και να μην νιώθουν μόνοι. Είμαστε πολλοί και πρέπει να υποστηρίξουμε ο ένας τον άλλο».
- Μια μηχανή του χρόνου για να ζήσει ο καθένας μας σε όποια εποχή θα ήθελε.
- Μια μεγάλη αγκαλιά σε όλους.
- Μια εκδρομή. «Μακάρι να μπορούσαν να έρθουν όλοι στο χωριό μου να τους φιλοξενήσω».
- Ένα καλόθι με πνευματικούς καρπούς: υπομονή, αγάπη, χαρά, ειρήνη, καλό έργο, πραότητα, πίστη και επιμονή.
- Ένα τεράστιο αφτί έτοιμο να ακούσει και να μοιραστεί πίκρες, εμπειρίες απογοητεύσεις, αγωνίες, αλήθια και ελπίδα και προσπάθεια για ένα καλύτερο μέλλον.
- Κουράγιο, υπομονή, ελπίδα.
- Ένα μαγικό ραβδάκι που να χαρίζει μεγαλύτερη υπομονή και επιμονή και να δίνει περισσότερη χαρά στη ζωή.

*Ας κρατήσει ο καθένας το «δώρο»
που του χρειάζεται περισσότερο.*

Καλό καλοκαίρι!

Μ. Οικονόμου, Ε. Λουκή, Ε. Λεμπέση

Ε.Ο.Τ.: Ποιοι δικαιούνται δωρεάν εκδρομές, διακοπές, εισιτήρια θεάτρων (δελτία κοινωνικού τουρισμού)

Ξεκινάει από τον Ιούλιο η πρώτη φάση του προγράμματος Τουρισμός για όλους του ΕΟΤ και του υπουργείου Τουρισμού, που θα ολοκληρωθεί στις 31 Δεκεμβρίου 2013 και αφορά 43.000 δικαιούχους. Τα άτομα με αναπηρία 67 τοις εκατό και άνω θα προσκομίζουν φωτοαντίγραφο Απόφασης Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής από την οποία να προκύπτει το ποσοστό αναπηρίας. Η αναγκαιότητα συνοδείας προκειμένου να χορηγηθεί Δελτίο σε συνοδό θα προκύπτει μόνο από σχετική βεβαίωση της Υγειονομικής Επιτροπής. Δεν απαιτείται περαιτέρω βεβαίωση για την αναγκαιότητα συνοδείας μόνο στις περιπτώσεις Ολική τύφλωσης, Βαριάς Νοτικής Στέρξης, βεβαιωμένης αναπηρίας άνω του 80 τοις εκατό. Οι άποροι και τα άτομα με αναπηρία 67 τοις εκατό και άνω που λαμβάνουν επίδομα Πρόνοιας ή αναπηρίας θα προσκομίζουν φωτοαντίγραφο του επιδόματος απορίας ή και του βιβλιαρίου ασφάλισης.

Ξεκινάει από τον Ιούλιο η πρώτη φάση του προγράμματος Τουρισμός για όλους του ΕΟΤ και του υπουργείου Τουρισμού, που θα ολοκληρωθεί στις 31 Δεκεμβρίου 2013 και αφορά 43.000 δικαιούχους.

Η δεύτερη φάση θα ξεκινήσει τον Φεβρουάριο του 2014 και θα ολοκληρωθεί τον Μάιο του 2014. Οι δικαιούχοι θα παίρνουν δελτίο κοινωνικού τουρισμού με το οποίο θα μπορούν να κάνουν φθηνές διακοπές σε επιλεγμένα τουριστικά καταλύματα.

Μέσω του προγράμματος, επιδοτείται η παραμονή σε καταλύματα όλης της χώρας ατόμων, τα οποία ανήκουν σε κοινωνικές ομάδες μεσαίων και χαμηλών εισοδημάτων και δεν είναι δικαιούχοι αντίστοιχων προγραμμάτων άλλων φορέων. Τα εισοδηματικά όρια υπαγωγής στο Πρόγραμμα διαμορφώνονται ως εξής: Σε 16.000 ευρώ για μεμονωμένα άτομα, στις 28.000 ευρώ για οικογένειες (συν 1.500 ευρώ για κάθε παιδί), και 35.000 ευρώ για πολύτεκνους (συν 1.500 ευρώ για κάθε παιδί). Για τα άτομα της Τρίτης ηλικίας, δεν υπάρχουν εισοδηματικά κριτήρια.

Στόχος του προγράμματος Τουρισμός για Όλους 2013-2014 είναι η παροχή διακοπών χαμηλού κόστους

σε ευαίσθητες οικονομικά κοινωνικές ομάδες, η βελτίωση της πληρότητας των τουριστικών καταλυμάτων σε μια ευρύτερη χρονική περίοδο και η ενίσχυση της τοπικής οικονομίας στην παρούσα φάση της οικονομικής ύφεσης. Η χορήγηση των δελτίων Κοινωνικού Τουρισμού εξαήμερων διακοπών, θα πραγματοποιηθεί από τα ΚΕΠ. Θα εκδοθούν 62.000 συνολικά ατομικά δελτία, που θα αφορούν εργαζόμενους. Επίσης θα χορηγηθούν άλλα 10.000 ατομικά δελτία που θα απευθύνονται σε συνταξιούχους λόγω γήρατος ή αναπηρίας ανεξαρτήτως εισοδήματος. Το σχετικό πρόγραμμα θα τεθεί σε εφαρμογή την 1η Οκτωβρίου 2013.

Πληροφορίες σχετικά με τα συνεργαζόμενα καταλύματα και οδηγίες προς τους δικαιούχους υπάρχουν στο site του ΕΟΤ www.eot.gr

Οι προϋποθέσεις χορήγησης των παροχών, είναι οι εξής:

Απαραίτητη προϋπόθεση, είναι το ατομικό (στην περίπτωση των μεμονωμένων δικαιούχων) ή το οικογενειακό (για τις λοιπές των περιπτώσεων) φορολογητέο εισόδημα των δικαιούχων με βάση τα στοιχεία της οικείας Δ.Ο.Υ., σύμφωνα με την παράγραφο περί δικαιολογητικών της παρούσης, να μην υπερβαίνει τα κάτωθι αναγραφόμενα ποσά:

Μεμονωμένοι δικαιούχοι με ατομικό εισόδημα:

- 18.000,00
- Δικαιούχοι με οικογενειακό εισόδημα: 31.000,00 ευρώ
- Τρίτεκνοι με οικογενειακό εισόδημα: 40.000,00 ευρώ.

Για κάθε προστατευόμενο τέκνο το εισόδημα προσαυξάνεται κατά 1.500,00 ευρώ. Προστατευόμενα μέλη θεωρούνται οι σύζυγοι οι οποίοι τελούν υπό την οικονομική προστασία των κύριων δικαιούχων καθώς και τα προστατευόμενα τέκνα. Προστατευόμενα τέκνα θεωρούνται όλα τα ανήλικα τέκνα ηλικίας κάτω των 18 ετών ή των 24 ετών εφόσον είναι άνεργοι ή των 26 ετών εφόσον συνεχίζουν να σπουδάζουν. Τα τέκνα τα οποία αποφοίτησαν μέσα στο 2012 συμπεριλαμβάνονται στα προστατευόμενα μέλη.

Οι δικαιούχοι, προκειμένου να λάβουν Δελτία του Προγράμματος Τουρισμός για όλους Εξαήμερων Διακοπών, θα πρέπει να προσκομίσουν στα ΚΕΠ τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Φωτοαντίγραφο, του εκκαθαριστικού σημειώματος του προηγούμενου έτους που αφορά εισοδήματα ή φωτοαντίγραφο της φορολογικής δήλωσης που αφορά εισοδήματα του για όσους έκαναν για πρώτη φορά φορολογική δήλωση. Δεν υποχρεούνται στην προσκόμιση εκκαθαριστικού σημειώματος τα άτομα με αναπηρία 67 τοις εκατό και άνω, και οι πολύτεκνοι.
2. Φωτοαντίγραφο Αστυνομικής Ταυτότητας.
3. Φωτοαντίγραφα των βιβλιαρίων ασθένειας σε ισχύ από τα οποία να προκύπτουν τα στοιχεία του ασφαλισμένου και των προστατευομένων μελών του.
4. Απόδειξη κράτησης μέσω Τράπεζας σε ένα από τα καταλύματα που συμμετέχουν στο Πρόγραμμα και αναφέρονται στον ηλεκτρονικό κατάλογο καταλυμάτων του Ε.Ο.Τ., για το χρονικό διάστημα κατά το οποίο το κατάλυμα συμμετέχει στο Πρόγραμμα. Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχει κάποιο υποκατάστημα τράπεζας στην περιοχή του δικαιούχου μπορεί να υποβληθεί απόδειξη κράτησης μέσω ΕΛ.ΤΑ. η οποία όμως θα συνοδεύεται από υπεύθυνη δήλωση του δικαιούχου ότι πρόκειται για κράτηση σε συγκεκριμένο κατάλυμα.

Πρόσθετα δικαιολογητικά:

1. Οι μισθωτοί ή οι συνταξιούχοι από έμμισθη εργασία χωρίς ασφάλεια Δημοσίου θα προσκομίζουν βεβαίωση του εργοδότη ή του Ασφαλιστικού Φορέα, ότι δεν είναι δικαιούχοι της Εργατικής Εστίας και δεν τους παρκατούνται εισφορές για το σκοπό αυτό.
2. Τα άτομα με αναπηρία 67 τοις εκατό και άνω θα προσκομίζουν φωτοαντίγραφο Απόφασης Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής από την οποία να προκύπτει το ποσοστό αναπηρίας. Η αναγκαιότητα συνοδείας προκειμένου να χορηγηθεί Δελτίο σε συνοδό θα προκύπτει μόνο από σχετική βεβαίωση της Υγειονομικής Επιτροπής.

Οι δικαιούχοι που υποβάλλουν τα δικαιολογητικά σε φωτοαντίγραφο και τα οποία θα πρέπει να είναι σε ισχύ, θα πρέπει να προσκομίζουν και τα πρωτότυπα για την απαραίτητη ταυτοποίηση. Δεν απαιτείται περαιτέρω βεβαίωση για την αναγκαιότητα συνοδείας μόνο στις ακόλουθες περιπτώσεις αναπηρίας:

- Ολική τύφλωση - Βαριά Νοητική Στέρηση.

- Βεβαιωμένη αναπηρία άνω του 80 τοις εκατό.
3. Οι άποροι και τα άτομα με αναπηρία 67 τοις εκατό και άνω που λαμβάνουν επίδομα Πρόνοιας ή αναπηρίας θα προσκομίζουν φωτοαντίγραφο του επιδόματος απορίας ή και του βιβλιαρίου ασφάλισης.
 4. Για τα προστατευόμενα τέκνα λόγω σπουδών θα συνηυποβάλλεται αντίγραφο πιστοποιητικού σπουδών ή φωτοαντίγραφο φοιτητικής ή σπουδαστικής ταυτότητας. Η ηλικία των προστατευομένων μελών θα αποδεικνύεται από την αστυνομική τους ταυτότητα (για τους άνω των 14 ετών) ή από τη ληξιαρχική πράξη γέννησης. Για τα άνεργα τέκνα ως 24 ετών θα προσκομίζεται σχετική βεβαίωση από τον ΟΑΕΔ.
 5. Οι πολύτεκνοι θα συνηυποβάλλουν αντίγραφο της κάρτας πολυτέκνων.
 6. Οι κατηγορίες των δικαιούχων που δεν υποχρεούνται σε φορολογική δήλωση λόγω χαμηλών εισοδημάτων θα συνηυποβάλλουν Υπεύθυνη Δήλωση του Ν. 1599/86 περί της μη υποχρέωσης υποβολής φορολογικής δήλωσης.
 7. Οι αλλοδαποί θα προσκομίζουν φωτοαντίγραφο της άδειας παραμονής και εργασίας.
 8. Τα άτομα που είναι αυτασφαλιζόμενοι του Ι.Κ.Α. θα προσκομίζουν σχετική βεβαίωση του Ι.Κ.Α.



Μίνι προγράμματα κοινωνικού τουρισμού θα εφαρμόσει ο ΟΑΕΔ το επόμενο διάστημα μέσω του συστήματος voucher -επιταγής και θα ενσωματώνει την αξία των διανυκτερεύσεων και των άλλων παροχών στα ξενοδοχεία και τα άλλα τουριστικά καταλύματα. Το πρόγραμμα θα αφορά 100.000 εργαζόμενους, άνεργους και ΑΜΕΑ (έναντι πάνω από 700.000 κοινωνικών τουριστών που ήταν πριν από την κατάργηση της Εργατικής Εστίας και της εργοδοτικής εισφοράς).

Το σχέδιο της απόφασης προβλέπει να διατεθούν μόλις 10 εκατ. ευρώ για την επιδότηση και 500.000 ευρώ για τη διενέργεια ελέγχων από τα αποθεματικά του νεοσύστατου στον Οργανισμό Ενιαίου Λογαριασμού για την εφαρμογή Κοινωνικών Πολιτικών (ΕΛΕΚΠ). Με βάση την απόφαση (για την οποία δεν προηγήθηκε γνωμοδότηση της ειδικής Επιτροπής του Λογαριασμού όπως προβλέπει ο νόμος) οι ενδιαφερόμενοι θα κληθούν, ύστερα από δημόσια πρόσκληση, να υποβάλουν υποχρεωτικά ηλεκτρονικά τις αιτήσεις τους για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα.

Το κουπόνι - επιταγή θα έχει τη μορφή ηλεκτρονικού μοναδικού κωδικού αριθμού που θα δημιουργείται αυτόματα από το Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα του

ΟΑΕΔ. Οι ενδιαφερόμενοι θα υποχρεούνται, ωστόσο, να προσκομίζουν σε ΚΠΑ 2 του ΟΑΕΔ τα δικαιολογητικά για την απόδειξη των κριτηρίων επιλογής, ενώ η επιλογή θα γίνεται «αυτόματα» με βάση σύστημα μοριοδότησης που θα στηρίζεται σε ειδικά κριτήρια (ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα κατά περίπτωση, αριθμός των ανήλικων τέκνων, χρόνος ανεργίας, αριθμός των ημερών ασφάλισης την τελευταία τριετία).

Διπλάσια μόρια θα λαμβάνουν τα ΑΜΕΑ. Η αίτηση θα επέχει θέση υπεύθυνης δήλωσης και για τυχόν ανακριβείς αιτήσεις θα επιβάλλονται ποινικές και διοικητικές κυρώσεις καθώς και τον αποκλεισμό δικαιούχων και ιδιοκτητών καταλυμάτων από το πρόγραμμα για 3 - 5 χρόνια.

Δικαιούχοι του κουπονιού-επιταγής θα είναι εργαζόμενοι με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου που είχαν το προηγούμενο έτος τουλάχιστον 50 ημέρες ασφάλισης, άνεργοι που έχουν επιδοτηθεί για τουλάχιστον 2 μήνες (50 ημερήσια επιδόματα) και άνεργοι εγγεγραμμένοι στα ειδικά μητρώα ανέργων ΑΜΕΑ του ΟΑΕΔ με ποσοστό αναπηρίας πάνω από 67 τοις εκατό. 

*Χρήστος Ηλ. Τσίχλης, Δικηγόρος Αθηνών
Πηγή: newsnow.gr, disabled.gr*

Δυναμική δράση ενάντια στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας με αφορμή την ομαδική εικαστική έκθεση «Η τέχνη ως θεραπεία»

Μια ιδιαίτερη εικαστική έκθεση -ένα κάλεσμα γνωριμίας με την ψυχική εμπειρία της δημιουργίας, αλλά και ένα κάλεσμα αποσιγματισμού της ψυχικής νόσου- πραγματοποιήθηκε στην Τεχνόπολη του Δήμου Αθηναίων από τις 8 ως τις 11 Ιουνίου. Η έκθεση με τίτλο "Η τέχνη ως θεραπεία" διοργανώθηκε από το Κέντρο Επαγγελματικής Προεργασίας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης (ΚΕΠ) της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών του Αιγιντείου Νοσοκομείου, σε συνεργασία με την εικαστικό Μαρία Ρουσιώτη και το Πρόγραμμα «αντι-στίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ).

Τα έργα που παρουσιάστηκαν στην έκθεση ήταν δημι-



ουργίες των ασθενών - μελών της ομάδας Εικαστικών Τεχνών του ΚΕΠ, που αποτελεί μέρος του προγράμματος ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και θεραπείας.

Ιδιαίτερο χαρακτήρα έδωσε στην έκθεση η ενεργός συμμετοχή των επισκεπτών της σε μια συμβολική παρέμβαση αποσιγματισμού της ψυχικής νόσου. Το διαδραστικό εικαστικό δρώμενο που οργανώθηκε, αξιοποιώντας το «υλικό» που αναδύθηκε στο πλαίσιο ψυχοθεραπευτικής ομάδας επικεντρωμένης στο βίωμα του στίγματος, κάλεσε το κοινό να μοιραστεί τα συναισθήματα και τις σκέψεις των ανθρώπων που υφίστανται τον σιγματισμό επειδή πάσχουν από μια ψυχική νόσο και, με βάση αυτά να επιδράσει εικαστικά στο χώρο. Σβήνοντας με άσπρη μπογιά

στιγματιστικές λέξεις και φράσεις οι οποίες αναπαράγουν αρνητικά στερεότυπα, ταμπού και προκαταλήψεις που συνοδεύουν την ψυχική ασθένεια, η συμβολική αυτή πράξη είχε ως στόχο να αναδείξει τη δυνατότητα της κοινωνίας να "σβήσει" το στίγμα και τις νοοτροπίες αποκλεισμού ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές.

Στην ειδική εκδήλωση που πραγματοποιήθηκε τη Δευτέρα, 10 Ιουνίου, την οποία τίμησαν με την παρουσία τους σημαντικοί άνθρωποι από το χώρο της τέχνης και του πνεύματος, απηύθυνε χαιρετισμό ο κ. Γεώργιος Παπαδημητρίου, Καθηγητής Ψυχιατρικής και Διευθυντής της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου. Στη συνέχεια, από τους διοργανωτές μίλησαν η κα Μαρίνα Οικονόμου, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής και Υπεύθυνη του Προγράμματος Ψυχιατρικής Αποκατάστασης του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (ΚΕΠ) και του Προγράμματος «αντι-στίγμα» του ΕΠΙΨΥ, η κα Μαρία Ρουσιώτη, εικαστικός και υπεύθυνη της ομάδας «Εικαστικών Τεχνών» του ΚΕΠ, η κα Ελένη Λουκή, ψυχολόγος, συντονίστρια του Προγράμματος "αντι-στίγμα" του ΕΠΙΨΥ, καθώς και συμμετέχοντες καλλιτέχνες - μέλη της ομάδας "Εικαστικών Τεχνών" του ΚΕΠ.

Η κα Μαρίνα Οικονόμου αναφέρθηκε στη θεραπευτική λειτουργία της τέχνης, καθώς και στη δημιουργικότητα



και την εκφραστική δύναμη των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, αναφέροντας χαρακτηριστικά:

"Τα έργα αυτών των καλλιτεχνών είναι μαρτυρίες της θεραπευτικής λειτουργίας της τέχνης. Η διαδικασία της καλλιτεχνικής δημιουργίας είναι θωρακτική. Με μοναδικό αυθορμητισμό και διαπεραστική ειλικρίνεια, συχνά υπερβαίνοντας τους καθιερωμένους αισθητικούς κανόνες, το έργο γίνεται προέκταση του ψυχικού βιώματος».

Έμφαση έδωσε και στο δύσκολο έργο του αποστιγματισμού της ψυχικής νόσου τονίζοντας ότι: "Η καταπολέμηση του στίγματος είναι μια διαδικασία που παίρνει πολύ χρόνο. Χρειάζονται να περάσουν γενεές για να αποβάλλει η κοινωνία τα αρνητικά στερεότυπα και τις προκαταλήψεις απέναντι στους πάσχοντες".

Αναφερόμενη στο εικαστικό δρώμενο και τη συμβολική του σημασία, πρόσθεσε πως οι στιγματιστικές για τους ψυχικά ασθενείς λέξεις, γραμμένες με έντονα μαύρα γράμματα, χρειάζονται πολλά "χέρια" άσπρης μπογιάς για να σβήσουν.

"Δεν αρκεί ένα πέρασμα χρώματος για να αποκατασταθεί το λευκό της αγνότητας στις στάσεις και τις συμπεριφορές μας ως κοινωνία. Κατά παρόμοιο τρόπο, για να αλλιάξουν οι στιγματιστικές πεποιθήσεις και πρακτικές σε βάρος όσων πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, απαιτούνται επίμονες και συντονισμένες προσπάθειες, με διάρκεια στο χρόνο, και τη συμμετοχή πολλών, από όλα τα πεδία της κοινωνίας".

Στη συνέχεια, η εικαστικός κα Μαρία Ρουσιώτη, η πολύτιμη συμβολή της οποίας, ως υπεύθυνη της ομάδας "Εικαστικών Τεχνών" του ΚΕΠ, κατέστησε δυνατή τη διοργάνωση της έκθεσης, μίλησε για τη διαδικασία της καλλιτεχνικής δημιουργίας, την απελευθερωτική και καθαρτήρια λειτουργία της.

Επίσης, η κα Ελένη Λουκή, συντονίστρια τους Προγράμματος "αντι-στίγμα" του ΕΠΙΨΥ και υπεύθυνη της ψυχοθεραπευτικής ομάδας του ΚΕΠ με θέμα το στίγμα, μίλησε για τα βιώματα των ψυχικά ασθενών, που, έχοντας καθημερινά να αντιμετωπίσουν μια ασθένεια χρόνια και δύσκολη, υφίστανται παράλληλα τις συνέπειες της κοινωνικής παθολογίας του στίγματος: την απόρριψη, το φόβο και την αποφυγή, τις διακρίσεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό. "Θελήσαμε με το εικαστικό δρώμενο που διοργανώθηκε να μοιραστούμε με τον κόσμο, με τους πολλούς, αυτό που βιώνουν οι λίγοι: το στίγμα της ψυχικής ασθένειας", πρόσθεσε.

Τέλος, γνωστοί καλλιτέχνες, δημοσιογράφοι και επιστήμονες που έδωσαν δυναμικό παρόν στην εκδήλωση έκαναν τις δικές τους σύντομες παρεμβάσεις: η Μαρία Χούκλη, που συντόνισε και την εκδήλωση, ο Σταύρος Θεοδωράκης, η Φωτεινή Τσαλίκογλου, ο Χρήστος Χωμενίδης, η Δήμητρα Παπαδοπούλου, ο Γιώργος Νταλάρας και ο Μιχάλης Χατζηγιάννης, κατέθεσαν την προσωπική τους ματιά πάνω στο ζήτημα του στίγματος της ψυχικής ασθένειας και έσβησαν συμβολικά τις λέξεις που στιγματίζουν τους ψυχικά ασθενείς.

Η εκδήλωση έκλεισε με τη συμμετοχή του κοινού στο εικαστικό δρώμενο αποστιγματισμού, όπου οι επισκέπτες της έκθεσης έγραψαν μηνύματα κατά του στίγματος, καλώντας την κοινωνία να "σβήσει" το στίγμα και τις νοοτροπίες αποκλεισμού σε βάρος των πιο ευάλωτων μελών της. 

Πρόγραμμα «αντι-στίγμα», ΕΠΙΨΥ



Η θέση της φυσικής (σωματικής) δραστηριότητας στη σχιζοφρένεια

Οι εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών στους κόλπους των επιστημών που ασχολούνται με την πρόληψη και την προαγωγή της ψυχικής υγείας, οδήγησαν στην αναθεώρηση των αντιλήψεων μας για την κατανόηση και θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών νόσων. Χαρακτηριστικότερο πεδίο έκφρασης αυτών των εξελίξεων δεν θα μπορούσε παρά να αποτελέσει η κορωνίδα των ψυχικών νοσημάτων, η σχιζοφρένεια. Στις μέρες μας θεωρείται ως βιοψυχο-κοινωνικό σύμπλοκο και η θεραπευτική αντιμετώπισή της είναι πολύπληυρη.

Το άτομο πάσχει ως ολότητα και όχι ως μεμονωμένα όργανα που εμφανίζουν δυσλειτουργία και κατά συνέπεια, αντίστοιχα σχεδιάζεται η θεραπευτική φροντίδα προς αυτό. Το ίδιο το κίνημα της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης - Αποασυλοποίησης των ψυχικά πασχόντων έθεσε στο κέντρο των στόχων του την χάραξη μιας πορείας προς την κοινωνική επανένταξη, την αυτονόμηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, με ότι αυτό περιλαμβάνει σε ψυχικό, υλικό και κοινωνικό επίπεδο.

Η ανάγκη για την παροχή μιας ολιστικής φροντίδας προωθεί την αφύπνιση, κινητοποίηση, ενδυνάμωση και ενεργό συμμετοχή του πάσχοντα στην θεραπευτική διαδικασία.

Προς αυτή την κατεύθυνση, το ίδιο το σώμα του πάσχοντα αποτελεί το πρώτο και το πλέον αρχαϊκό κομμάτι του εαυτού του, το οποίο αναμένουμε να επενδυθεί και να δια - κινήθει στην αφετηρία αυτής της θεραπευτικής πορείας. Αυτή η κινητική δραστηριότητα, όπως χρησιμοποιείται εδώ, δεν αφορά ένα τενόντιο αντανakλαστικό ούτε μια αναγκαστική κίνηση (π.χ. την αντίδραση σε ένα ερέθισμα πόνου), αλλά ούτε και τις κινήσεις εκείνες που γίνονται αυτόματα.

Αναφέρεται σε κινήσεις που αναπτύσσονται και συμβαίνουν σαν μια σκόπιμη προμελετημένη πράξη του υποκειμένου, εναρμονισμένη με τον εαυτό και το περιβάλλον μέσα από μια συνειδητή οδό. Έχουμε να κά-

νουμε με μια κινητικότητα ενσωματωμένη και τοποθετημένη μέσα στο χρόνο και στον χώρο.

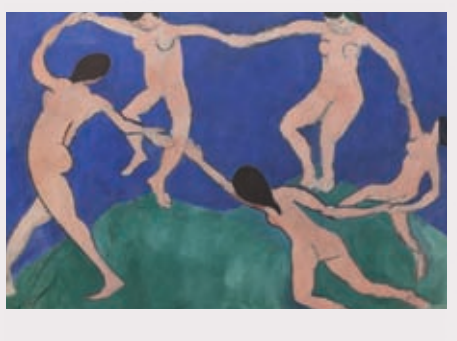
Η ανάπτυξη της ψυχοκινητικότητας και η όψη της στη σχιζοφρένεια

Η κινητικότητα είναι συνδεδεμένη με το συναίσθημα από τη γέννηση. Το μωρό εκφράζει το συναίσθημά του μόνο με την κινητικότητά του. Το αντανakλαστικό του θηλασμού ξεκινάει κατά τη διάρκεια ακόμη της ενδομήτριας ζωής, πολύ πριν τη διαδικασία της διατροφής από το στόμα. Ξεκινάει μετά τον τοκετό ως ένα απλό, ενδογενές, αρχαϊκό αντανakλαστικό που εκφράζει μια ανάγκη, πριν από τη γέννηση του ψυχισμού. Είναι η πρώτη σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο.

Αργότερα, το βρέφος θα νοιώσει τη μητέρα, το αντικείμενο. Με τη σωματική επαφή, την αισθάνεται πριν την αντιληφθεί (S.Lebonici). Τα σώματα της μητέρας και του παιδιού επικοινωνούν με τις κινήσεις τους και έτσι εγκαθιστούν την διαντίδραση, πριν από τον λόγο. Οι κινήσεις ενώνουν τη μητέρα με το παιδί μέσα σε αυτή την συμβιωτική σχέση πριν ακόμη αυτή γίνει αντικειμενοτρόπος.

Πολύ γρήγορα, στο αντανakλαστικό έχει προστεθεί και η ανάγκη του συναισθήματος. Χειρονομίες και κινήσεις έχουν σημασία -ευρύτερα- σε όλους τους τύπους συναισθηματικών σχέσεων, π.χ. ανάμεσα σε ένα παιδί και έναν ενήλικα, στις ερωτικές σχέσεις ως και σε κάθε μορφή βίας.

Αυτά τα στοιχεία της ψυχοκινητικής ανάπτυξης, δείχνουν ότι η κινητικότητα είναι πάντα συνδεδεμένη με το συναίσθημα. Για αυτό το λόγο, είναι ανώφελο να κάνουμε μια μόνο ψυχοκινητική θεραπεία ή μια μεμονωμένη σωματική άσκηση. Σε όλες τις θεραπευτικές μας δραστηριότητες πρέπει να συνδέσουμε την κινητικότητα με την ανάπτυξη της συναισθηματικής σχέσης με τον πάσχοντα.



Δεν είναι λοιπόν περίεργο που όλες οι σοβαρές διαταραχές του ψυχισμού όπως η ψύχωση, έχουν μια σημαντική επίπτωση στην κινητικότητα του πάσχοντος. Στις ψυχώσεις η εμπειρία του εαυτού και της σωματικής ταυτότητας διαταράσσεται και μπορεί κανείς να μιλήσει για «διαταραχή εμπειριών του σωματικού εγώ». Ο σχιζοφρενής, χάνει πολύ συχνά αυτή την κινητική αρμονία και γίνεται άρρυθμος, δυσαρμονικός (discordant), όχι μόνο στον τομέα της σκέψης και της ομιλίας αλλά και στις χειρονομίες. Οι διαταραχές της ψυχοκινητικότητας σε ψυχωτικές καταστάσεις, μπορεί να αφορούν το σωματικό σχήμα, τη θέση του σώματος και των μελών στο χώρο, τα φαινόμενα της αποπροσωποποίησης και της αποσωματοποίησης. Όσο πιο σοβαρή είναι η κατάσταση, τόσο πιο συχνή είναι η δυσαρμονία στη σχέση των μελών του σώματος και η αίσθηση του διαμελισμού, του κατακερματισμού. Το αίσθημα αλληαγής του σώματος και κυρίως του προσώπου και της μμικής του, απασχολεί και αγχώνει, συχνά, τους ασθενείς. Συσχετίζουν τη μμική του προσώπου με τις παραληρητικές τους ιδέες. Σε κάθε διαταραχή της ψυχοκινητικότητας του, το άτομο συνδέει τη σκέψη με την κίνηση.

Οι διαταραχές της ψυχοκινητικότητας και η ανάγκη να θεραπευθούν, έμμεσα ή άμεσα, δεν αφορούν μόνο τη σχιζοφρένεια. Είναι παρούσες σε ποικίλα σύνδρομα ψυχωτικής διέγερσης, όπως μια μανιακή κατάσταση, μια περιοδική ψύχωση ή ακόμη και σε μια σοβαρή οριακή κατάσταση.

Η ψυχοκινητική θεραπεία

Τα βασικά θεραπευτικά εργαλεία για την αντιμετώπιση της νόσου, δηλαδή η φαρμακευτική αγωγή και η ψυχολογική υποστήριξη, έχουν δώσει πολύ καλά αποτελέσματα στη θεραπεία ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, σε συνδυασμό με τη χρησι-

μοποίηση κινητικών δραστηριοτήτων με επικέντρωση στη σωματική εμπειρία.

Η ψυχοκινητική θεραπεία βοηθάει στη συσχέτιση των φυσικών και νοητικών δραστηριοτήτων, της κίνησης και της σκέψης και στην εξάλειψη του δυαδισμού μεταξύ του σώματος και του ψυχισμού. Επίσης, συμβάλλει στην καλύτερη αντίληψη της εξωτερικής και εσωτερικής (σωματικής) πραγματικότητας και στη διευκόλυνση της επεξεργασίας ιδιοδεκτικών, κοινωνικών, ακτικών και οπτικών ερεθισμάτων.

Μία κινητικότητα λειτουργικότερη και προσαρμοσμένη στην εξωτερική πραγματικότητα, μαζί με την βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων και, αργότερα, μαζί με την εργασιακή δραστηριότητα και την επιθυμία για παραγωγή, τροποποιούν, μέσα στον χρόνο, την χαμηλή αυτοεκτίμηση του ψυχωτικού, ενισχύουν την λειτουργία του αδύνατου Εγώ του, επενεργούν στο συνθλιπτικό του Υπερεγώ, και μειώνουν την απόσυρσή του μέσα στην ψευδαίσθηση. Μια απόσυρση που περιέχει εγκατάλειψη, αποκλεισμό, αυτοτιμωρία, στιγμιαία «αποσάρθρωση» των αμυνών, καθώς και «υποχώρηση» του ψυχισμού σε διασωθείσες νησίδες, τους αυτιστικούς θύλακες.

Εξάλλου, η κίνηση βοηθάει τον σχιζοφρενικό ασθενή να συναλλιαχθεί με την έννοια του χώρου και του χρόνου, ν' αποκτήσει αντοχή, υπομονή, ευελιξία, δύναμη, να πειραματιστεί με τις δυνατότητές του και να εξερευνήσει τα όριά του. Ως εκ τούτου φθάνει ν' αγγίξει την πραγματικότητα του δικού του κορμιού και να εξακριβώσει την προσωπική του ταυτότητα, διευκολύνοντας έτσι την αφύπνιση της συνείδησης του σώματος. Όταν μάλιστα οι φυσικές δραστηριότητες γίνονται μέσα σ' ένα ομαδικό πλαίσιο, μπορεί να βρεθεί στον αντίποδα του φάσματος του αυτισμού, στο οποίο συναντάμε τη σχιζοφρένεια.

Οι μορφές της φυσικής δραστηριότητας που έχουν θέση σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο θα απευθύνεται σε ψυχωτικούς ασθενείς, είναι πολλές και ποικίλλουν ανάλογα με τον ειδικότερο θεραπευτικό στόχο. Αναφερόμαστε σε δραστηριότητες που αφορούν στην αποκατάσταση παθολογικών κινητικών προβλημάτων που συνυπάρχουν με τη ψυχική νόσο, την ύφεση των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων σε χρόνιους ασυνικούς ασθενείς κ όχι μόνο, την μείωση του σωματικού βάρους, την εκμάθηση ή/και ενίσχυση

δεξιοτήτων αυτόνομης καθημερινής διαβίωσης στο πλαίσιο μιας στεγαστικής δομής (οικοτροφείο / ξενώνας / προστατευμένο διαμέρισμα), τις δημιουργικές ψυχαγωγικές δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο και την προεπαγγελματική κατάρτιση και απασχόληση.

Παρατηρούμε ότι, απ' την καθαριότητα του προσωπικού χώρου του πάσχοντα, το παιχνίδι και την άθληση έως τη χοροθεραπεία, το ψυχόδραμα και την εργασία ως μέλος ενός Κοινωνικού Συνεταιρισμού Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), κάθε δραστηριότητα με θεραπευτικό χαρακτήρα μπορεί και οφείλει να εμπειριέχει το στοιχείο της κίνησης με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ψυχοκινητικότητας.

Τονίζουμε βέβαια, για μια ακόμη φορά πως μόνη της η κινητική δραστηριότητα δεν αποδίδει, αν δεν δουλεύουν παράλληλα οι συναισθηματικές σχέσεις και αν δεν λαμβάνεται τακτικά η συνιστώμενη ανά περίπτωση φαρμακευτική αγωγή.

Επίλογος

Επιχειρήσαμε να αναδείξουμε την εξέχουσα θέση της

φυσικής δραστηριότητας στη σχιζοφρένεια και να συνηγορήσουμε υπέρ της ενσωμάτωσής της στο θεραπευτικό πλαίσιο του αρρώστου μας. Παρατηρήσαμε ότι οι σχέσεις ανάμεσα στην αισθητικότητα, την κινητικότητα και το συναίσθημα του είναι πάντα πολύ στενές. Η αδιαμφισβήτητη δυνατότητα του σώματος να εκφράσει τον ψυχισμό και τις διάφορες καταστάσεις της ψυχής, μας επιτρέπει να «διαβάσουμε» με μεγαλύτερη ακρίβεια και σε μεγαλύτερο βάθος την ιστορία και την σύγχρονη πραγματικότητα της νόσου του και ταυτόχρονα να την ανακατασκευάσουμε.

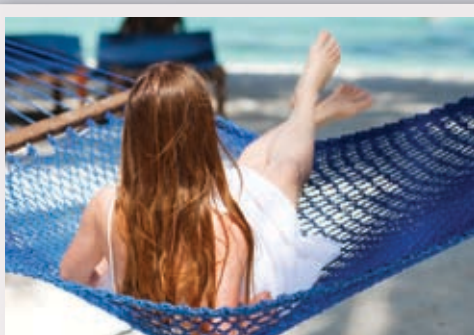
Ο πάσχοντας βαδίζει ένα μακρύ θεραπευτικό μονοπάτι. Επιχειρεί να συνδέσει τα ασύνδετα, λιμνάζοντα και χωρίς νόημα κομμάτια του ψυχισμού του και αυτή του η προσπάθεια ξεκινά, σε μια αναπτυξιακή λογική, απ' τη σύνθεση μιας περισσότερο ενοποιημένης εικόνας για το σώμα του. Η φυσική δραστηριότητα μοιάζει απαραίτητη, για να μπορέσει να διαβεί τον Ρουβίκωνα απ' την ψυχική απομόνωση προς την κοινωνική επένταξη. ☞

*Κώστας Κολλιόπουλος
Ψυχολόγος*

Διακοπές με «οδηγία ιατρού»

Το θέμα «διακοπές» έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους διερευνούν τον τρόπο διαχείρισης κάποιων χρόνιων ιατρικών καταστάσεων μέσα στο διάστημα αυτό, ζητήματα σχετικά με την οικογένεια και τα εμπλεκόμενα συναισθήματα, τη διατήρηση μιας ισορροπημένης δίαιτας και θέματα που αφορούν ειδικά τις γιορτές των Χριστουγέννων (διατροφή, οικογένεια, νέα ξεκινήματα).

Για ποιο λόγο όμως χρειάζεται να κάνουμε διακοπές; Όπως διαβάζουμε σε άρθρο με τίτλο «Οι διακοπές μας κάνουν πιο ευτυχισμένους από τα υλικά αγαθά», οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι εμπειρίες ενός ταξιδιού προκαλούν στους ανθρώπους μεγαλύτερη χαρά από τα υλικά αγαθά. Ο βασικός λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι συνιστούν μια πιο προσωπική και εξατομικευμένη εμπειρία.



Κατά συνέπεια, 1) δεν μπορούν να συγκριθούν εύκολα με τις εμπειρίες άλλων ανθρώπων, όπως συμβαίνει με ένα υλικό αγαθό (πχ με το κινητό τηλέφωνο) και 2) αναφέρεται η παρατήρηση του Γκίλφορντς ο οποίος σε άρθρο του στο περιοδικό Journal of Personality and Social Psychology τονίζει ότι «οι εμπειρίες είναι εγγενώς λιγότερο συγκρίσιμες κι έτσι

υποσκάπτονται πολύ λιγότερο από τις κοινωνικές συγκρίσεις» (<http://www.enet.gr>). Με λίγα λόγια, δεν υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια που να αξιολογούν ως «καλές» ή «κακές» τις διακοπές των ατόμων, οπότε μπορεί ο καθένας χωρίς περιορισμό και χωρίς επιρροή να τις θεωρεί ως τις καλύτερες ή τις χειρότερες κατά βούληση.

Η υγεία και η ευζωία (well-being) βελτιώνονται κατά την περίοδο των διακοπών (de Bloom και συν., 2011).

Παρ' όλα αυτά είναι ασαφές εάν αυτή η γενική βελτίωση αφορά όλους τους εργαζόμενους. Σε σχετική έρευνα των de Bloom και συν. (2011) που έγινε μέσα σε διάστημα 7 εβδομάδων, συμμετείχαν 96 εργαζόμενοι των οποίων η υγεία και η ευζωία αξιολογήθηκαν σε 5 χρονικές φάσεις: δύο εβδομάδες πριν, κατά τη διάρκεια, 1, 2 και 4 εβδομάδες μετά από τις διακοπές (συγκεκριμένα ήταν χειμερινές διακοπές που θα συμπεριελάμβαναν και χειμερινά σπορ). Οι παράγοντες που αξιολογήθηκαν ήταν το επίπεδο υγείας, η διάθεση, το αίσθημα κούρασης, η ένταση, το επίπεδο ενέργειας και η ικανοποίηση.

Όπως διαπιστώθηκε, το 60% του δείγματος βίωσε σημαντική βελτίωση της υγείας και της ευζωίας μετά τις διακοπές. Όμως, μια μικρή ομάδα βίωσε καθόλου (23%) ή αρνητική (17%) επίδραση. Για της επίτευξη της ευεργετικής επίδρασης των διακοπών, οι ερευνητές προτείνουν ιδιαίτερα ευχάριστες δραστηριότητες, την αποφυγή αρνητικών συμβάντων (ίσως μέσω της -κατά το δυνατόν- αποφυγής των παραγόντων που μπορεί να τα προκαλέσουν) καθώς και τον περιορισμό των παθητικών δραστηριοτήτων.

Αναφορικά με την καταλληλότερη διάρκεια των διακοπών, φαίνεται πως οι διακοπές που διαρκούν περισσότερο και εμπεριέχουν τη συνεχόμενη απουσία από τη δουλειά, βοηθούν τους εργαζόμενους να συνέλθουν περισσότερο από τις μικρότερες περιόδους παύσεων, όπως είναι τα απογεύματα ή τα Σαββατοκύριακα (Eden, 2001; Etzion, 2003).

Μπορούμε να κάνουμε διακοπές από το σπίτι μας;
Στο ερώτημα αυτό, που είναι ιδιαίτερα σύγχρονο λόγω των περιορισμών που οι περισσότεροι άνθρωποι καλούμαστε πλέον να κάνουμε, μπορούμε να απαντήσουμε εντοπίζοντας μερικά κύρια χαρακτηριστικά των διακοπών. Οι διακοπές σημαίνουν μια παύση της συνηθισμένης ροής της καθημερινότητάς μας. Είναι ένα διάλειμμα σε ό,τι έχουμε μάθει και κάνουμε κάθε μέρα κατ' επανάληψη.

As ξεκινήσουμε από την αλλαγή της σχέσης μας με την ώρα για παράδειγμα. Σε αυτή την περίπτωση, διακοπές σημαίνει ότι δε φοράμε το ρολόι μας, ή έστω ότι δεν το κοιτάζουμε τόσο τακτικά και κυρίως ότι δε σχεδιάζουμε τη μέρα μας σύμφωνα με τις ενδείξεις του. Μπορούμε να σηκωνόμαστε από το κρεβάτι όποτε νιώθουμε έτοιμοι να το κάνουμε, να τρώμε όποια στιγμή πεινάσουμε και όχι επειδή «μεσημέριασε» ή επειδή «έχει πάει 4μμ!» και να κοιμόμαστε όσο αργά το βράδυ επιθυμούμε, χωρίς εννοχές ή πίεση μήπως την επόμενη μέρα δε θα έχουμε ενέργεια.

Δεύτερο παράδειγμα είναι οι δραστηριότητες που κάνουμε μέσα στη μέρα. Κατά τη συνηθισμένη ροή, όλοι έχουμε ορισμένα «πρέπει» στα οποία προσπαθούμε να ανταποκριθούμε καθημερινά. Αυτά μπορεί να είναι οι δουλειές του σπιτιού, οι συχνές εξωτερικές δουλειές και άλλα ανάλογα με την ηλικία και τον τρόπο ζωής του καθένα. Διακοπές σε αυτόν τον τομέα σημαίνει ότι κάνουμε μεν αυτές τις μικροϋποχρεώσεις εάν είναι απαραίτητες, αλλά όποτε και εάν μας έρθει η όρεξη, ή ότι τις κάνουμε με έναν πιο διασκεδαστικό τρόπο. Για παράδειγμα, μπορούμε να τις συνδυάσουμε με έναν καφέ πριν ή μετά με καλή παρέα, ή να τις κάνουμε μετά μουσικής. Μπορούμε να οργανώσουμε ένα μικρό πάρτι με φίλους το οποίο θα γίνει η αφορμή να βρούμε την ενέργεια να κάνουμε μια καλή φασίνα στο σπίτι μας.

Άλλο παράδειγμα είναι οι άνθρωποι που βλέπουμε κάθε μέρα και επίσης το τι κάνουμε μαζί τους. Συγχρονίζοντας τα ωράριά μας με τους γύρω μας, πολλές φορές μπαίνουμε σε μια ρουτίνα που σε βάθος χρόνου δεν προσφέρει ικανοποίηση αλλά αντίθετα αποστερεί από τις εμπειρίες που μοιραζόμαστε μαζί με τους άλλους την απόλαυση. Μπορούμε λοιπόν, να εμπεριέχουμε το στοιχείο της έκπληξης και του απρόβλεπτου, ακόμη και στα πιο μικρά καθημερινά πράγματα! Επίσης, σε περίοδο διακοπών όπου δεν πιεζόμαστε να έχουμε συγκεκριμένα ωράρια, είναι ευκαιρία να προσπαθήσουμε να ξαναβρεθούμε με φίλους που έχουμε

απομακρυνθεί. Ίσως και να κάνουμε ένα σύντομο ταξίδι στην πόλη τους, εάν ζουν μακριά, ή να τους προσκαλέσουμε σε εμάς για λίγες μέρες.

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι, όχι μόνο δεν είναι επιθυμητό, αλλά είναι και ανθυγιεινό να στερούμαστε εντελώς τις διακοπές μέσα στο έτος. Καθώς οι διακοπές σημαίνουν ουσιαστικά την παύση, το διάστημα που «κόβει» μια συνεχόμενη περίοδο και που μας βοηθάει να κάνουμε στη συνέχεια νέα ξεκινήματα και να θέσουμε νέους στόχους, έχουμε τη δυνατότητα να απολαύσουμε τα οφέλη τους με τον έναν ή τον άλλον τρόπο.

Μπορεί να μην έχουμε τη δυνατότητα να κάνουμε ένα μεγάλο ταξίδι ή να ξεκουραστούμε για πολλές μέρες, αλλά ευκολότερα μπορούμε να περάσουμε κάποιον καιρό αλληιώτικα από το υπόλοιπο διάστημα του χρόνου. Χρειάζεται φαντασία, καλή παρέα και μια πολύ προσωπική, ατομική «συνταγή διακοπών».

Αθηνά Πάσχου
Ψυχολόγος, MSc

Πηγή: Ψυχογραφήματα

Η επιβάρυνση της οικογένειας και των φροντιστών ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνητικών μελετών έχει επικεντρωθεί στα αποτελέσματα της φροντίδας πάνω στην υγεία και στην ποιότητα ζωής.

Η επιβάρυνση των μελών μιας οικογένειας από τη φροντίδα του ψυχικά πάσχοντος μέλους τους περιλαμβάνει όλα εκείνα τα αρνητικά επακόλουθα της φροντίδας στην οικογένεια. Η έννοια της οικογενειακής επιβάρυνσης πρωτοεισήχθη από τους Grad & Sainsbury (1963) κατά την εξέταση της φροντίδας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα, όταν η οικογένεια άρχισε να γίνεται «το ίδρυμα επιλογής για τη φροντίδα αυτών των ασθενών» (Parker, 1993). Οι Hoening & Hamilton (1966) διευκρίνισαν την έννοια περισσότερο, εισηγούμενοι ότι οι δραστηριότητες χρειάζεται να διαχωριστούν από τα συναισθήματα και τις ιδιότητες της φροντίδας, δίνοντας έτσι την πρώτη διχοτόμηση της έννοιας, σε υποκειμενική και αντικειμενική επιβάρυνση.

Η υποκειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με την υποκειμενική εμπειρία, τα συναισθήματα του φροντιστή όσον αφορά την κατάσταση και τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις που προκαλούνται στο άτομο. Οι Zarit & συν. (1980) θεωρούν την επιβάρυνση ως προϊόν μιας ειδικής, υποκειμενικής, ερμηνευτικής διαδικασίας, θέση που δηλώνει ότι η επιβάρυνση δεν αποτελεί αναπόφευκτο, αρνητικό επακόλουθο της φροντίδας, αλλά μια υποκειμενική αντίληψη της φροντίδας και των αντιδράσεων στη συμπεριφορά του λήπτη της φροντίδας. Οι Montgomery & συν. (1985) καθόρι-

σαν την υποκειμενική επιβάρυνση ως τη «στάση του φροντιστή ή τις συναισθηματικές του αντιδράσεις στη φροντίδα, ενώ η αντικειμενική σχετίζεται με τις αλλαγές στις διάφορες πλευρές της ζωής του φροντιστή και της οικογένειας».

Πιο συγκεκριμένα, η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει οποιοδήποτε παράγοντα διαταράσσει την οικογενειακή ζωή και οφείλεται στα προβλήματα του ασθενούς. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να επιδρούν στην οικογένεια, στους ρόλους, τα οικονομικά, τις σχέσεις, την υγεία των μελών, τις δραστηριότητες και την καθημερινή ρουτίνα της οικογένειας (Hoening & Hamilton, 1966).

Έτσι, η αντικειμενική επιβάρυνση αναφέρεται στα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της διαδικασίας της φροντίδας, ενώ η υποκειμενική επιβάρυνση αφορά στα συναισθήματα τα οποία βιώνει ο φροντιστής στην πραγματοποίηση των λειτουργιών της φροντίδας (Hoening & Hamilton, 1966). Ο Platt (1985) υποστηρίζει επίσης ότι η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει «τη διαταραχή στην οικογενειακή ζωή, η οποία είναι δυνητικά επαληθεύσιμη και παρατηρητέα, που διαφέρει από την υποκειμενική επιβάρυνση, η οποία στηρίζεται εξολοκλήρου στα προσωπικά συναισθήματα του φροντιστή».

Οι Miller και συν. (1991) διακρίνουν δυο άλλες διαστάσεις της επιβάρυνσης. Περιγράφουν την «προσωπική επιβάρυνση» ως την αντίληψη του φροντιστή

όσον αφορά προβλήματα στις προσωπικές πράξεις και δραστηριότητες που επηρεάζονται από τη φροντίδα και τη «διαπροσωπική επιβάρυνση» όσον αφορά τα προβλήματα στη σχέση του με το φροντιζόμενο άτομο.

Παρόλο που η διάκριση μεταξύ των διαφόρων μορφών επιβάρυνσης δεν είναι σαφής, σε γενικά πλαίσια, μπορεί να αφορά κατηγορίες όπως είναι οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, τα επαγγελματικά σχέδια και η οικονομική κατάσταση των μελών της οικογένειας, οι καθημερινές δραστηριότητες, οι κοινωνικές σχέσεις και ο ελεύθερος χρόνος (Kuipers, 1993).

Σε μεταγενέστερες μελέτες, οι ερευνητές προσπαθούν να κατανοήσουν τις μεταβλητές που εμπλέκονται, μετακινώντας την εννοιολογική κατανόηση της επιβάρυνσης προς μια μεγαλύτερη εξειδίκευση. Ο όρος «επιβάρυνση της φροντίδας» χρησιμοποιείται τώρα με ένα ευρύτερο τρόπο και αναφέρεται στα φυσικά, ψυχολογικά ή συναισθηματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα τα οποία πιθανό να βιώνονται από άτομα τα οποία φροντίζουν χρόνια άρρωστα ή ανήμπορα μέλη της οικογένειας τους. Έτσι, οι νεότεροι ορισμοί καθορίζουν την επιβάρυνση ως την «πολυδιάστατη βιοψυχοκοινωνική αντίδραση στο ανισοζύγιο των απαιτήσεων της φροντίδας σε σχέση με τον προσωπικό χρόνο, τους κοινωνικούς ρόλους, τις φυσικές και συναισθηματικές καταστάσεις, τους οικονομικούς και στηρικτικούς πόρους των φροντιστών, δεδομένων των άλλων πολυαπληρών ρόλων που έχουν να εκπληρώσουν» (Given & συν. 2001).

Η επιβάρυνση της φροντίδας μπορεί να θεωρηθεί σαν η συναισθηματική αντίδραση σε απαιτήσεις της φροντίδας που υπαγορεύονται κατά ένα μεγάλο μέρος από τη νοτική και τη λειτουργική κατάσταση του λήπτη. Οι φροντιστές οι οποίοι βρίσκονται αντιμέτωποι με πολυάπληδες νέες ή ταχέως αυξανόμενο αριθμό απαιτήσεων, έχουν λιγότερο χρόνο να προσαρμοσθούν με τις επαγγελματικές, οικογενειακές και κοινωνικές τους υποχρεώσεις και πιθανό να βιώνουν μεγαλύτερη επι-

βάρυνση σε αντίδραση προς την παροχή φροντίδας. Η νοτική κατάσταση του λήπτη της φροντίδας και η προβληματική του συμπεριφορά συνδέονται σταθερά με την επιβάρυνση καθώς επιβάλλονται περισσότεροι περιορισμοί στο χρόνο του φροντιστή. Επιπρόσθετα, η νοτική κατάσταση μπορεί να αλλιάξει απρόβλεπτα κατά τη διάρκεια της μέρας, καθιστώντας τις κοινωνικές σχέσεις επισφαλείς, καθώς ο ασθενής μεταπίπτει από τη διαύγεια στη σύγχυση. Συνεπώς, η απρόβλεπτη και πολυδιάστατη φύση των απαιτήσεων της φροντίδας μαζί με την απώλεια της προσωπικότητας ενός τόσο προσφιλούς για το φροντιστή ατόμου, μπορεί να αυξήσει ακόμα περισσότερο την επιβάρυνση (Sherwood & συν. 2005).

Η επιβάρυνση, φαίνεται ακόμα να αποτελεί μία οξεία αντίδραση στην παροχή της φροντίδας η οποία προκύπτει καθώς νέες απαιτήσεις εισάγονται ή οι υπάρχουσες εντατικοποιούνται. Ο πρωτοβάθμιος φροντιστής αντιδρά, επιστρατεύοντας στρατηγικές για να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις αυτές και να ελαττώσει την ένταση (Given & συν. 1991).

Οι φροντιστές, οι οποίοι δεν είναι σε θέση να προσαρμοσθούν ή να τροποποιήσουν στρατηγικές που θα μειώσουν τις απαιτήσεις της φροντίδας, βιώνουν αυτό που ονομάζεται «επιβάρυνση» (Given & συν. 1991). Οι Walker & Avant (1995) παρατηρούν ότι οι κρίσιμες ιδιότητες της επιβάρυνσης περιλαμβάνουν την υποκειμενική αντίληψη, τον πολυδιάστατο χαρακτήρα των φαινομένων, τη δυναμική αλλαγή και την υπερφόρτωση.

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνητικών μελετών έχει επικεντρωθεί στα αποτελέσματα της φροντίδας πάνω στην υγεία και στην ποιότητα ζωής, διαπιστώνοντας ότι τα μέλη της οικογένειας των ατόμων βιώνουν αυξημένη σωματική και ψυχιατρική νοσηρότητα (Bell, 2001). Η οικογένεια είναι αναγκασμένη να επωμισθεί το βάρος της φροντίδας και της ψυχολογικής στήριξης του ασθενούς, γεγονός που πλήττει αισθητά την ποιότητα της ζωής των μελών της, σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας της, κυρίως σε ότι αφορά την κοινωνική και επαγγελματική ζωή, την οικονομική κατάσταση, την οικογενειακή συνοχή και τις σχέσεις μεταξύ τους (King, 1999).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία αρνητικού συναισθηματικού κλίματος που χαρακτηρίζεται από

επικριτική διάθεση, ενοχοποίηση και παρεμβατικότητα. Το αρνητικό συναισθηματικό κλίμα έχει ενοχοποιηθεί για την αύξηση των υποτροπών, την επανεισαγωγή σε ψυχιατρικές κλινικές, την επιδείνωση της συμπτωματολογίας και τη μείωση της λειτουργικότητας των ασθενών. Δημιουργεί έντονο stress και σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες πλήττει σημαντικά την κλινική πορεία του ασθενούς (King, 1999).

Για την αύξηση επίσης της συχνότητας των υποτροπών, έχει αποδειχτεί ερευνητικά ότι ευθύνεται και το υψηλά εκφραζόμενο συναίσθημα. Το εκφραζόμενο συναίσθημα, το οποίο μελέτησαν οι Vaughn και Leff το 1976, αντικατοπτρίζει τη συναισθηματική έκφραση των μελών της οικογένειας απέναντι στον άρρωστο και γενικότερα, τη συναισθηματική ενδοοικογενειακή ατμόσφαιρα. Σύμφωνα με τους παραπάνω μελετητές, η ημιδομημένη συνέντευξη Camberwell Family Interview εκτιμά τις πέντε βασικές κλίμακες του εκφραζόμενου συναισθήματος της οικογένειας απέναντι στον ασθενή:

- **Κριτική**
- **Συναισθηματική Εμπλοκή**
- **Εχθρικότητα**
- **Εγκαρδιότητα**
- **Θετικά Σχόλια**

Το εκφραζόμενο συναίσθημα χαρακτηρίζεται ως «υψηλό», όταν παρατηρούνται επικριτικά σχόλια, συναισθηματική υπερεμπλοκή και επιθετικότητα-εχθρικότητα και θεωρείται αξιόπιστος προγνωστικός δείκτης υποτροπής (King, 1999).

Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στην οικογένεια βασίζονται στη θεωρία των μοντέλων ευαλωτότητας σε ψυχοπαιστικές συνθήκες της ζωής. Τα μοντέλα αυτά ερμηνεύουν τη γένεση της ψυχοπαθολογίας και την εξέλιξή της, ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης ψυχοβιολογικών, συμπεριφορικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Στόχος των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων είναι, αφενός η ελαχιστοποίηση των βλαπτικών επιδράσε-

ων από την επιβάρυνση της νόσου και αφετέρου η αντιμετώπιση των λειτουργικών ελλειμμάτων στη καθημερινότητα του πάσχοντα. Αυτό επιτυγχάνεται με το συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής, ενίσχυσης των υπάρχουσών ικανοτήτων των ασθενών, εκμάθησης δεξιοτήτων και ανάπτυξης πολύπλευρων οικογενειακών και κοινωνικών υποστηρικτικών παρεμβάσεων (Βερονίκη- Καρύδη, 2007).

Σε όλα τα παραπάνω, η συμμετοχή της οικογένειας είναι αξιοσημείωτη (Βερονίκη- Καρύδη, 2007). Ο ρόλος της αλλά και αυτός των κοινωνικών παραγόντων είναι σημαντικός, καθώς με διαφορετικούς τρόπους μπορεί να επηρεάσει θετικά την πορεία και την έκβαση της ψυχικής διαταραχής του μέλους της που νοσεί, και κατ' επέκταση όλη την οικογένεια. Η οικογένεια μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή πληροφοριών για τον ασθενή, να του παρέχει σημαντική υλική και συναισθηματική υποστήριξη και να λειτουργεί ως σύμμαχος στον έλεγχο της συνεργασίας του ασθενούς ως προς τη θεραπεία και στην πρώιμη ανίχνευση των υποτροπών, τόσο στις περιπτώσεις που νοσούν οι γονείς, όσο και όταν νοσούν τα παιδιά (Ζέρβας, 2007).

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις στις οικογένειες με υψηλή συναισθηματική έκφραση έχει βρεθεί ότι μπορούν να μειώσουν την ένταση στις σχέσεις και κατ' επέκταση το ποσοστό υποτροπών (Βερονίκη-Καρύδη, 2007). Τα οικογενειακά ψυχοεκπαιδευτικά μοντέλα στις έρευνες παρέμβασης, συγκρινόμενα με τη συνήθη υποστηρικτική παρέμβαση στον ασθενή, σε συνδυασμό πάντα με φαρμακευτική θεραπεία, αποδείχθηκαν εξαιρετικά αποτελεσματικά, όχι μόνο στη μείωση των υποτροπών, αλλά και στη μείωση της έντασης και του άγχους μέσα στην οικογένεια, στη μείωση της έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, στην ανακούφιση της οικογένειας από το αίσθημα της επιβάρυνσης, στην αλλαγή των στάσεων και συμπεριφορών της οικογένειας στον ασθενή και στη βελτίωση της οικογενειακής ατμόσφαιρας. Η εφαρμογή της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης στην οικογένεια, λοιπόν, έχει βρεθεί ερευνητικά ότι έχει θετικά αποτελέσματα τόσο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής όλης της οικογένειας, όσο και ότι συμβάλλει σημαντικά στην πορεία της νόσου (Παναγιωτοπούλου, 2011).

Στόχοι της ψυχοεκπαιδευτικής παρέμβασης στην οικογένεια είναι:

- Υποστήριξη στην οικογένεια: διερεύνηση οικογενει-

ακών συναισθημάτων και στάσεων στην οικογένεια

- Ενημέρωση για τη φύση, τα αίτια, την πρόγνωση και την πορεία της νόσου
- Ενημέρωση για τη φαρμακοθεραπεία, δίνοντας έμφαση στη συμμόρφωση προς τη φαρμακευτική αγωγή
- Έλεγχος θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου
- Πρόληψη της υποτροπής και των επανεισαγωγών με την εκπαίδευση της οικογένειας στην αναγνώριση των πρόδρομων συμπτωμάτων υποτροπής
- Παρέμβαση στην κρίση από ομάδα επαγγελματιών ψυχικής υγείας,
- Εκπαίδευση σε τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και μείωσης του stress και ενίσχυση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των μελών της οικογένειας, ώστε να βοηθηθούν οι σχέσεις μεταξύ τους
- Προσαρμογή των προσδοκιών της οικογένειας σχετικά με την κοινωνική λειτουργικότητα του πάσχοντα και εξασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς
- Δόμηση ενός υποστηρικτικού δικτύου γύρω από την οικογένεια, αλλά και από το άτομο που νοσεί, ώστε να ανακουφιστούν τα υπόλοιπα μέλη από το βάρος της φροντίδας και να αντιμετωπιστεί η κοινωνική απομόνωση και ο στιγματισμός ενδεχομένως βιώνουν (Παναγιωτοπούλου, 2011).



νωνίας, δ) εκπαίδευση των μελών στην επίλυση προβλημάτων και ε) πρόσθετες συμπεριφορικές τεχνικές με τη μορφή ενισχύσεων, τοποθέτησης ορίων και τυποποίησης των συμπεριφορών. Η εκπαίδευση της επίλυσης προβλημάτων αντιμετωπίζεται με μια σταδιακή προσέγγιση που περιλαμβάνει: α) αναγνώριση ενός προβλήματος ή ενός στόχου, β) προσπάθεια ανεύρεσης

πιθανών λύσεων, γ) συζήτηση των «υπέρ και κατά» κάθε εναλλακτικής λύσης μετά από ανασκόπηση των επιλογών, δ) επιλογή της λύσης, ε) υλοποίηση της λύσης και στ) ανασκόπηση των προσπαθειών, κάτι που προσφέρει ενίσχυση στον πάσχοντα για τη συνέχιση της προσπάθειας (Falloon, 1985).

Β) Το πρότυπο Leff – Vaughn επικεντρώνεται στην κατάσταση της οικογένειας μετά τη νοσηλεία με στόχο τη μείωση του εκφραζόμενου συναισθήματος της οικογένειας. Τα στάδια του συγκεκριμένου προτύπου συνίσταται α) στην κοινή συνάντηση με την οικογένεια, μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, β) στην εκπαίδευση σε θέματα ψυχιατρικής συμπτωματολογίας γ) στη συνάντηση με ομάδα συγγενών κάθε δύο βδομάδες. Στις συνεδρίες, δίνεται έμφαση στην επίλυση κάθε πιθανού προβλήματος «στο εδώ και τώρα», ενώ τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μαθαίνουν να διαχειρίζονται τις πιθανές κρίσεις στις σχέσεις τους με το μέλος που νοσεί, τις αγωνίες του για το μέλλον και εκπαιδεύονται στην αναγνώριση πρόδρομων συμπτωμάτων (Falloon, 1985). Browse: Home / Η επιβάρυνση της οικογένειας και των φροντιστών ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή

Το 30-50% των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν σημαντικά κλινικά επίπεδα κατάθλιψης.

Τα δε δύο κυριότερα πρότυπα παρέμβασης είναι:

Α) Το πρότυπο Falloon επικεντρώνεται στην εκπαίδευση επικοινωνίας της οικογένειας και στην εκπαίδευση επίλυσης προβλημάτων. Η παρέμβαση περιλαμβάνει συμπεριφορικές τεχνικές στο πλαίσιο της θεωρίας του οικογενειακού συστήματος και εστιάζεται στα εξής πέντε στάδια: α) εκτίμηση κάθε μέλους της οικογένειας, β) εκπαίδευση της οικογένειας γύρω από τη ψυχική διαταραχή, γ) εκπαίδευση σε τομείς επικοι-

Σχετικά με τις επιπτώσεις της επιβάρυνσης στη σωματική υγεία των φροντιστών, οι συσχετίσεις που έγιναν με το στρες της φροντίδας και άλλα αρνητικά ή πιεστικά γεγονότα στη ζωή των φροντιστών έδειξαν ότι η ένταση που προκαλεί η φροντίδα αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου γενικής θνησιμότητας στους φροντιστές. Σε κάποιο βαθμό, αυτό μπορεί να σχετίζεται με το προφίλ ψηλού καρδιαγγειακού ρίσκου και αυξημένο αριθμό στεφανιαίων επεισοδίων στη συ-

γκεκριμένη ομάδα φροντιστών και το οποίο πιθανό να λειτουργεί με διάφορους τρόπους. Έχει τεκμηριωθεί η ανύψωση της αρτηριακής πίεσης κατά τη διάρκεια της φροντίδας σε γυναίκες, η οποία επιταχύνει την εξέλιξη της αθηροσκλήρυνσης. Ο κίνδυνος για καρδιαγγειακά έχει τεκμηριωθεί και με αλλαγές στη διαδικασία της πήξεως, γεγονός το οποίο παίζει σημαντικότερο ρόλο στην αθηροσκλήρυνση και τη στεφανιαία θρόμβωση. Βρέθηκε επίσης ότι οι φροντιστές παρουσιάζουν υπερλιπιδαιμία και υπεργλυκαιμία. Τα λιπίδια του πλάσματος αλληλώνονται επίσης σημαντικά σε φροντιστές οι οποίοι χρησιμοποιούν μηχανισμούς αποφυγής ή που έχουν προβλήματα με τον έλεγχο του θυμού αυξάνοντας έτσι δυνητικά τον κίνδυνο για καρδιαγγειακή νόσο (Vitaliano & συν. 1995, Davies, 1996).

Συγκεκριμένα ευρήματα αφορούν στη μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων, στις συχνότερες ιατρικές επισκέψεις και στη μειωμένη ανοσοποιητική προστασία. Τα άτομα τα οποία φροντίζουν ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν φτωχή αυτοφροντίδα, επισκέπτονται τους γιατρούς κατά 50% περισσότερο, παίρνουν περισσότερα φάρμακα παρά τα άτομα της ίδιας ηλικίας που δε φροντίζουν ασθενείς, έχουν αισθήματα αδυναμίας, ανημπόριας, ενοχής και κοινωνικής απομόνωσης (Donaldson, 1998).

Η ψυχολογική δε επιβάρυνση σχετίζεται τόσο με το γεγονός της ύπαρξης ψυχικής νόσου, όσο και με τη διαταραγμένη συμπεριφορά του αρρώστου μέσα στην οικογένεια, η οποία προκαλεί σύγχυση στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά των μελών της. Αισθάνονται θλίψη και ενοχή και η πιθανή αποδιοργάνωσή τους ενισχύεται από την άγνοια τους σχετικά με τη ψυχική αρρώστια και τη δυσκολία αντιμετώπισης κρίσεων και επίλυσης προβλημάτων. Όταν δε η διαταραχή αποκτά τη «σφραγίδα» της χρονιότητας, συνυπάρχει η θλίψη για τη δυσμενή τροπή της υγείας και την κοινωνική μειονεξία του πάσχοντος με τη δυσφορία για την εκκεντρική ή «αναπηρική» συμπεριφορά του (Σολιδάτος & Λύκουρας, 2007).

Έρευνες που διεξάγονται από το 1950 έως και σήμερα στον τομέα της ψυχολογικής επιβάρυνσης της οικογένειας των ψυχικά πασχόντων, έχουν δείξει ότι το συναισθηματικό φορτίο και η εξουθένωση μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ψυχική υγεία των μελών της, όπως και να επιδεινώσουν την κλινική πορεία του ασθενούς. Ο έννοια του «family burden» αναφέρεται

στην επίδραση που έχει η ψυχική ασθένεια ενός ατόμου στη συναισθηματική κατάσταση των μελών της οικογένειάς του, όπως και στην επίδραση της στο χρόνο τους, την οικονομική τους κατάσταση και τις συνθήκες διαβίωσης τους γενικότερα (Cuijpers, 2000).

Η καταθλιπτική συμπεριφορά αποτελεί το πλέον βλαβερό επακόλουθο της φροντίδας, διότι έχει συνδεθεί με μειωμένη ανοσοποιητική λειτουργία κυρίως στους συζύγους φροντιστές (Annested & συν. 2000). Οι οικογενειακοί φροντιστές, οι οποίοι ζουν με διαταραγμένους ασθενείς, παρουσιάζουν μεγαλύτερη «ανάγκη χρόνου» για να ξεφύγουν από την κατάσταση, όμως υπάρχουν άτομα τα οποία αισθάνονται ενοχές να παραχωρήσουν το ρόλο τους σε άλλους. Γι' αυτό ίσως το λόγο, διαχρονικές μελέτες που ερεύνησαν την κατάθλιψη στους οικογενειακούς φροντιστές έχουν βρει ότι, ακόμη και στην περίπτωση της ιδρυματοποίησης των ασθενών, τα καταθλιπτικά συμπτώματα των φροντιστών δεν υποχωρούν (Coen & συν. 2002).

Οι πιο πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι 30-50% των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή παρουσιάζουν σημαντικά κλινικά επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με άτομα που δεν είναι φροντιστές (Rigaud, 2003). Η ψυχιατρική νοσηρότητα των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς βρέθηκε σαφώς μεγαλύτερη σε σχέση με το γενικό και το γεροντικό πληθυσμό και αποτελεί παράγοντα κινδύνου πρόκλησης αυξημένης θνησιμότητας. Έχει επίσης φανεί ότι, οι μισοί από τους φροντιστές θα πάθουν σε κάποια φάση της ζωής τους κατάθλιψη και από αυτούς μόνο ένα μικρό ποσοστό θα θεραπευθεί. Σε διαχρονικές συγκριτικές μελέτες με παρακολούθηση δυάδων ασθενών-φροντιστών έχει βρεθεί ότι οι επιδράσεις στην ψυχική υγεία των φροντιστών μπορεί να παραμείνουν και μετά την τοποθέτηση του ασθενούς σε ίδρυμα ή και ακόμη μετά το θάνατο του, ενώ στα ίδια αποτελέσματα έχουν καταλήξει και νεότερες έρευνες (Gallagher-Thompson, 2001).

Από άλλες διαχρονικές μελέτες για την κατάθλιψη των φροντιστών οι οποίοι ζουν μαζί με τον ασθενή στην κοινότητα, η γενική εικόνα είναι ότι οι πρωτοβάθμιοι οικογενειακοί φροντιστές σαν ομάδα παρουσιάζουν αρκετή σταθερότητα στην κατάθλιψη παρόλο που ένα σημαντικό ποσοστό μπορεί να παραμείνει ασυμπτωματικό για αρκετό καιρό (κάτω δηλαδή από το επίπεδο κινδύνου για ανάπτυξη κλινικής κατάθλιψης). Συγκριτικές μελέτες σε φροντιστές ασθενών με σοβαρή ψυχική διαταραχή και άτομα που δεν ήταν φροντιστές έχουν δείξει ότι οι φροντιστές παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Schulz, 1991).

Επιπρόσθετα, τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή αναφέρουν μεγαλύτερη συναισθηματική ένταση και καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με άτομα τα οποία φροντίζουν ασθενείς χωρίς ψυχική διαταραχή. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι το πρόβλημα ενός καταθλιπτικού φροντιστή είναι ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει τις εντάσεις της φροντίδας, διότι οι στρατηγικές που χρησιμοποιούνται δεν είναι τόσο αποτελεσματικές σε σύγκριση με τους μη καταθλιπτικούς φροντιστές (Sherwood & συν. 2005).

Η κατάθλιψη του φροντιστή έχει συνδεθεί με τα προβλήματα του ασθενούς όπως είναι η νοητική του κατάσταση (Sherwood & συν. 2005). Κλινικές μελέτες όπως αυτή των Haley & συν. (1987) έχουν συσχετίσει την κατάθλιψη με την υποκειμενική εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενούς. Συγκεκριμένα, φροντιστές οι οποίοι είχαν βαθμολογήσει συμπεριφορικά προβλήματα και ανικανότητα στους ασθενείς τους σαν υποκειμενικά στρεσογόνα ήταν σημαντικά περισσότερο καταθλιπτικοί. Η άποψη αυτή υποστηρίχθηκε και από νεότερες έρευνες, οι οποίες βρήκαν ότι τα συμπεριφορικά προβλήματα του ασθενούς σχετίζονταν με άρνηση και κατάθλιψη εκ μέρους του φροντιστή.

Η σχέση αυτή στηριζόταν στην αντίληψη του πρωτοβάθμιου φροντιστή και στις συμπεριφορές, οι οποίες εκλαμβάνονταν από το φροντιστή σαν χειριστικές ή ηθελημένες. Φροντιστές, οι οποίοι υποκειμενικά αξιολογούν τη φροντίδα σαν λιγότερο στρεσογόνα, αντλούν νόημα και υποκειμενικά οφέλη από τη φροντίδα που παρέχουν και έχουν περισσότερα αποθέματα, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και ψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή τους. Ένας άλλος προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης του φροντιστή είναι η επάρκεια την οποία αισθάνεται στη διαχείριση των συμπεριφορικών προβλημάτων του ασθενούς. Τα χαμηλά αισθήματα αυτοπεποίθησης είναι πιθανό να οδηγήσουν το φροντιστή σε κατάθλιψη (Haley & συν. 1987).

Σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η κατάθλιψη του φροντιστή είναι μια περίπλοκη διαδικασία η οποία μεσολαμβάνεται από πολιτισμικούς παράγοντες, τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και τα χαρακτηριστικά του ατόμου που φροντίζει. Αρκετά μεγάλη συζήτηση αφορά και τη σχέση επιβάρυνσης- κατάθλιψης στο κατά πόσον η μία προηγείται της άλλης. Η βιβλιογραφία εισηγείται ότι η επιβάρυνση και η κατάθλιψη είναι αλληλένδετα στα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή και ότι η επιβάρυνση προηγείται των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Haley & συν. 1987).

Όσον αφορά την κοινωνική επιβάρυνση, η οικογένεια επωμίζεται τις κοινωνικές προκαταλήψεις και βιώνει το κοινωνικό στίγμα που σχετίζεται με τη ψυχική νόσο. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η μείωση των κοινωνικών επαφών, των επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων. Η ίδια απομονώνεται, καθώς αισθάνεται ντροπή και ενοχή και προσπαθεί να αποκρύψει το πρόβλημά της (Θεοδωροπούλου & συν., 2011).

Τέλος, το κόστος της φροντίδας για το μέλος που νοσεί είναι μεγάλο και κατά συνέπεια επηρεάζεται το επίπεδο διαβίωσης όλης της οικογένειας. Το αποτέλεσμα αυτού είναι να υπάρχει έντονη η παρουσία άγχους για το αν τα μέλη θα μπορέσουν να ανταπεξέλθουν οικονομικά, καθώς και δυσφορία για τις δικές τους ανάγκες που παραμερίζονται (Θεοδωροπούλου & συν., 2011).

Από τη Μαρία Καδόγλου,
Κοινωνική Λειτουργό,
Msc στην Κοινωνική Ψυχιατρική
και τη Σαραντούλα Τοπάλη,
Εκπ. Κοινωνική Λειτουργό

Βιβλιογραφία:

1. Annetstedt L, Emstahl S, Ingvad B, Samuelsson S.M. Family caregiving in Dementia: An analysis of the caregiver's burden and the "breaking point" when home care becomes inadequate. *Scnd J Public Health*, 2000, 28:23-31
2. Bell C, Araki S, Neuman P. The association between care giver burden and care giver health-related quality of life in Alzheimer's disease. *Alzheimer's disease and associated disorders*, 2001, 15:129-136
3. Βερονίκη-Καρύδη Μ. Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις. Στο: Σολδάτος Κ. Λύκουρας Α. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Δεύτερος Τόμος, ΒΗΤΑ, Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2007
4. Coen R, O'Boyle C, Coakley D. Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients. *Demen Geriatr Cogn Disord*, 2002, 13:164-170
5. Cuijpers P, Stam H. Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*, 2000, 51(3):375-379
6. Davies M. The contribution of thrombosis to the clinical expression of coronary atherosclerosis. *Throm Res*, 1996, 83:1-32
7. Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Determinants of carer stressing Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1998, vol. 13: 248-256
8. Ζέρβας Ι. Ψυχοθεραπείες. Στο: Σολδάτος Κ. Λύκουρας Α.. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Δεύτερος Τόμος, ΒΗΤΑ, Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2007
9. Falloon I.R.H. Family Management of Schizophrenia: Clinical, Social, Family and Economic Benefits. John Hopkins' University Press, Baltimore, , 1985
10. Gallagher-Thompson D, Daly, Canto P.G, Jacob T, Thompson L.W. A comparison of marital interaction patterns between couples in which the husband does or does not have Alzheimer's disease. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 2001, 56(3), S 140-50
11. Given B, Given C. Family caregiving for the elderly. *Annu Rev Nurs Res*, 1991, 9:77-101
12. Given B, Kozachic S, Collins C, Devoss D, Given C. Caregiver role strain. In Mass M, Buckwalter K, Hardy M, Tripp-Reimer T, Titler M. (eds), *Nursing care of older adults diagnosis: Outcome and interventions*. St. Louis, MO: Mosby, 2001:679-695
13. Grad J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *Lancet I*, 1963, 8:544-547
14. Haley W.E, Levine E.G, Brown S.L, Bartolucci A.A. Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptation outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging*, 1987, 2:223-230
15. Hoening J, Hamilton M. W. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 1966, 12:165-176
16. Θεοδωροπούλου Ο., Παπαδάτου Ν, Τζεμελίκος Ε. Η ανάγκη της ψυχολογικής υποστήριξης στο περιβάλλον του ψυχικά ασθενή: Οι σημαντικοί άλλοι. *Τριμηνιαία Έκδοση Εταιρίας Ψυχολογικής Ψυχιατρικής Ενηλίκου και Παιδιού*, Αθήνα, Νοέμβριος-Ιανουάριος 2011:17 [4]
17. King S, Dixon M.J. Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *Schizophr Bull*. 1999, 252:377-86
18. Kuipers L. Family burden in schizophrenia: implications for services. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 1993, 28:207-210
19. Miller B, McFall S. The effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers. *J Health Soc Behav.*, 1991, 32(2):165-79
20. Montgomery R, Stull D.E, Borgata E.F. Measurement and the analysis of burden. *Res Aging*. 1985, {1}:137-52
21. Parker B.A. Living with mental illness: the family as caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing*, 1993, 31(3), 19-21
22. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 1985, 15(2):383-394
23. Παναγιωτοπούλου Α., Ψυχοεκπαίδευση Οικογένειας - Ψυχολογική Υποστήριξη Παιδιού - Ενηλίκου (2011) Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.ypostirixi.net>
24. Rigaud A.S. Epidemiology of depression in patients with Alzheimer's disease and in their caregivers. *Press Med*. 2003, Jul 12, 32(24 suppl):s5-8
25. Schultz R, Williamson G.M. A two year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging* 1991, 6: 569-578
26. Sherwood P, Given C, Given B, Von Eye A. Caregiver burden and depressive symptoms: Analysis of common outcomes in care givers of elderly patients. *Journal of Ageing and Health*, 2005, 17(2):125-147
27. Σολδάτος Κ. Λύκουρας Α. Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Πρώτος Τόμος, ΒΗΤΑ, Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα, 2007
28. Τομαράς Β. Ψυχοθεραπεία Οικογένειας. Στο: Χριστοδούλου Γ.Ν. (Επιμ.) Ψυχιατρική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2002
29. Vitaliano P.P, Russo J, Niaura R. Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults. *J Gerontol*, 1995, 50:18-24
30. Walker L.O, Avant K.C. Strategies for Theory construction in Nursing, 3rd ed. Apleton & Lange, Norwalk, C.T., 1995
31. Zarit S.H, Reever K.E, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of the feelings of burden. *Gerontologist*, 1980, 20:649-655

Βιρτζίνια Γουλφ: Ζωή όπως «ΤΑ ΚΥΜΑΤΑ»

«Αισθάνομαι σίγουρα πως τρελαίνομαι πάλι. Αισθάνομαι ότι δε μπορούμε να ξαναπεράσουμε άλλον ένα σαν εκείνους τους φοβερούς χρόνους. Και δεν θα συνέλθω ξανά τούτη τη φορά. Αρχίζω ν' ακούω φωνές και δεν μπορώ να συγκεντρωθώ. Έτσι κάνω εκείνο που μου φαίνεται καλύτερο για όλους μας. Μου έχεις δώσει τη μέγιστη δυνατή ευτυχία. Ήσουν με κάθε τρόπο όλα αυτά που κανείς δε θα μπορούσε να 'ναι. Δε γνωρίζω δυο ανθρώπους που θα μπορούσαν να είναι ευτυχέστεροι, μέχρι που με χτύπησε τούτη η φοβερή αρρώστια. Δεν μπορώ να την παλέψω άλλο. Ξέρω ότι χαλώ τη ζωή σου, που χωρίς εμένα θα μπορούσες να κάνεις. Και το ξέρεις πως το ξέρω. Βλέπεις δεν μπορώ μήτε να γράψω... ακόμη κι αυτό. Δεν μπορώ να διαβάσω. Θέλω να πω πως οφείλω όλη την ευτυχία της ζωής μου σε σένα. Ήσουν ολότελα υπομονετικός μαζί μου και καλός σ' απίστευτο βαθμό. Θέλω να σου το πω αυτό -ο καθένας το ξέρει. Αν κάποιος θα μπορούσε να με είχε σώσει, αυτός θα ήσουν εσύ. Όλα έχουσε χαθεί για μένα μα βεβαιώνω για την καλοσύνη σου. Δεν μπορώ να συνεχίσω να χαλώ τη ζωή σου άλλο. Δεν σκέφτομαι ότι δυο άνθρωποι θα μπορούσαν να 'ναι ευτυχέστεροι απ' όσο ήμασταν εμείς».

Με αυτή τη δραματική έκκληση για κατανόηση και συγχώρεση θα αφήσει τον κόσμο και τις οριακές εμπειρίες που της πρόσφερε, η μεγάλη Αγγλίδα συγγραφέας, κριτικός και δοκιμιογράφος Βιρτζίνια Γουλφ. Είναι η τελευταία επιστολή στον άντρα της, τον Λέοναρντ Γουλφ, με τον οποίο μοιράστηκε τις σκοτεινές στιγμές της καταβύθισής της στην ασθένεια αλλά και τη δυνατή διάνοηση και την επαγγελματική δραστηριοποίηση στο μικρό εκδοτικό τους οίκο, τον Hogarthpress, απ' όπου και δημοσιεύτηκε το έργο συγγραφέων, όπως η Γερτρούδη Στάιν, ο Τόμας Στερν Έλιοτ, ο Φρόυντ. Του τελευταίου το έργο παρακολούθησαν με μεγάλο ενδιαφέρον και το τύπωσαν στο σύνολό του.

Σπάνια η φύση και το περιβάλλον συνεργάζονται -ή μάλλον συνωμοτούν- με τόσο εντελή σύμπτωση για να κατασκευάσουν μια χαρισματική αλλά και τραυματισμένη ανθρώπινη φύση. Που θα αισθάνεται την ένταση και τον παλμό της ζωής και της κοινωνίας, την ίδια την ιστορία.

Το οικογενειακό περιβάλλον της προσφέρει το κύτταρο

του ταλέντου της σκέψης και της συγγραφής. Τρεις γενιές πριν η οικογένεια δίνει συγγραφείς. Γεννημένη το 1882 η Βιρτζίνια Γουλφ, θα μεγαλώνει βλέποντας να παραλαύνουν από το σπίτι τους επιφανείς καλλιτέχνες, συγγραφείς και διανοούμενοι. Στη «λήσχη» τους θα εκπροσωπείται τόσο η βικτωριανή συντηρητικότητα όσο και ένα πνεύμα αμφισβήτησης και κοινωνικής ανατρεπτικότητας. Ο πατέρας της, ο Σερ Λέσλι Στήβεν, γνωστός συγγραφέας, κριτικός και ορειβάτης, από τα ιδρυτικά μέλη και συντάκτες του Λεξικού Εθνικής Βιογραφίας, θα παντρευτεί τη μητέρα της Τζούλια Στήβεν, γνωστή καλλιόνη της εποχής, που πόζαρε ως μοντέλο των προραφαηλιτών ζωγράφων και φωτογράφων. Στην οικογένεια συνυπάρχουν και παιδιά από προηγούμενους γάμους των γονιών της, και κάποιες τραυματικές εμπειρίες της παιδικής της ηλικίας, που θα δαιμονοποιούν την παιδικότητά της, θα συνδεθούν μ' αυτή τη συστέγαση.

Μια σειρά από πίνακες ζωγραφικής, απόκτημα από το «μόντελιγκ» της μητέρας της και μια πλούσια βιβλιοθήκη του σπιτιού είναι οι υποδομές της ιδιωτικής πνευματικότητας του σπιτιού, όπου η Βιρτζίνια και η αδερφή της Βανέσσα μυήθηκαν στους κλασικούς και στην αγγλική λογοτεχνία, ενώ τα αδέρφια τους Έιντριαν και Τζούλιαν θα ακολουθήσουν πανεπιστημιακές σπουδές στο Κέμπριτζ.

Αλλά αυτή η ίδια η οικογένεια θα σημαδέψει από νωρίς και θα καταβάλει τον ευαίσθητο ψυχισμό της Βιρτζίνια. Η απώλεια μέσα σε λιγότερο από δέκα χρόνια τριών αγαπημένων της προσώπων, θα την βυθίσει στη διαχρονικότητα της βίωσης του οριακού πένθους. Το 1895, σε ηλικία δεκατριών χρόνων χάνει τη μητέρα της, δυο χρόνια αργότερα, την αδερφή της Στέλλα και τότε θα υποστεί τον πρώτο νευρικό κλονισμό διάρκειας. Το 1904, με το θάνατο του πατέρα της, η Βιρτζίνια θα νοσηλευτεί για ένα διάστημα σε ψυχιατρική κλινική. Ακολουθεί ο θάνατος του αγαπημένου της αδερφού Τόμπι και η μελαγχολία της ανήσυχης φύσης της γίνεται μια νοσηρότητα που θα την κατευθύνει σε οριακά βιώματα



άρνησης της ζωής. Μέχρι την τελική, επιλογική πράξη της ύψιστης μοναξιάς της. Μέσω του Τόμπι -φοιτητή του Κέμπριτζ το 1905- η Βιρτζίνια και η αδερφή της Βανέσα θα συμμετέχουν σε ένα είδος άτυπης λήσχης συμφοιτητών, στον Κύκλο του Μπλουμσμπερυ, ανάμεσά τους ο οικονομολόγος που επέπρωτο να αναμορφώσει την παγκόσμια οικονομική σκηνή μετά το μεγάλο κραχ της Ουώλ Στρήτ, John Maynard Keynes, και ο φιλόσοφος Μπέρτραντ Ράσσελ. Ο προβληματισμός και οι αναλύσεις τους γύρω από θέματα φιλοσοφικά, καλλιτεχνικά, κοινωνικά και πολιτικά, θα υποσκάπτουν τα θεμέλια της βικτωριανής εποχής και θα τους καταστήσουν μια ισχυρή φωνή αμφισβήτησης των κατεστημένων θεσμών και της κατεστημένης ηθικής. Οι φάρσες τους -μέρος και τεχνική αυτής της αμφισβήτησης- είναι περίπου ο προπομπός της ντανταϊστικής και σουρεαλιστικής επανάστασης. Θα αναφερθούμε σε μία απ'αυτές τις φάρσες-προκλήσεις του βικτωριανού πουριτανισμού, στη διάρκεια της οποίας θα γνωρίσει τον μελλοντικό της σύζυγο. Πρόκειται για τη φάρσα με το θωρηκτό Ντρεντνοτ. Ήταν στις 7 Ιανουαρίου του 1910 όταν η Βιρτζίνια μαζί με άλλα μέλη της ομάδας αποβιβάστηκαν στο λιμάνι του Γουίμσθου, που είχε αγκυροβολήσει το θωρηκτό, μακιγιαρισμένοι και φορώντας τουρμπάνια στο κεφάλι και την κατάλληλη για την περίπτωση αμφίεση. Έχει προηγηθεί τηλεγράφημα που ενημερώνει για την άφιξη του αυτοκράτορα της Αβησσυνίας, ο οποίος επιθυμεί να επισκεφτεί το πρώτο στο είδος του θωρηκτό της βρετανικής, βασιλικής αρμάδας. Κόκκινο αυτοκρατορικό χαλί απλώνεται για να υποδεχτούν στο θωρηκτό την ξένη αποστολή και όλα γίνονται με την τελετουργική επισημότητα της θεσμικής περίπτωσης. Λίγες μέρες μετά θα ξεσπάσει το τεράστιο σκάνδαλο, σε μίαν αμοιβαιότητα γελοιοποίησης αφενός του βασιλικού θεσμού και κατασυκοφάντησης αφετέρου της ομάδας των αμφισβητιών.

Ο Λέοναρντ, επίσης φοιτητής στο Κέμπριτζ και μέλος της λήσχης προβληματισμού Μπλουμσμπερυ, ένας άνθρωπος με έντονη εσωτερικότητα και πνευματικές αναζητήσεις, θα συνδεθεί μαζί της με μια σχέση αμοιβαίας συμπάθειας και πνευματικής συμβατότητας, που θα καταλήξει, οκτώ χρόνια αργότερα σε γάμο. Προσωπικά κείμενα της Βιρτζίνια (ημερολόγια, επιστολές) αναφέρονται στη γνησιότητα της σχέσης τους που ήταν κράμα συντροφικότητας, αγάπης, σύμπνοιας και σεβασμού.



Και συμπόρευσης και μέθεξης στη σκοτεινή οδύνη που συνόδευε τη ζωή της ολόκληρη.

Ποια ήταν η διάγνωση της ψυχικής ασθένειας, που έγινε αυθεντικό κομμάτι της δημιουργικής της έκφρασης, μια αέναη πηγή έγερσης και κάμψης-ό,τι αποτελεί τη μοίρα συχνά του μεγάλου ταλέντου; Με τη σύγχρονη κλινική ορολογία θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για διπολική διαταραχή, με έντονες μεταβάσεις από τη μανία στην κατάθλιψη, καταστάσεις που διαπερνούν το έργο της ως ένα συγκρουσιακό συνεχές, ανάμεσα στην εσωτερική πραγματικότητα του ανθρώπου και το εξωτερικό του περιβάλλον. (Σήμερα η ανεψιά της Έμμα Γουίλφ, υποστηρίζει, διαβάζοντας προσωπικά κείμενα του συζύγου της Λέοναρντ Γουίλφ, ότι η Βιρτζίνια ήταν και ανορεξική). Ο στιγματισμός της ως τρελής-μετά την πρώτη της απόπειρα αυτοκτονίας το 1904, όταν προσπάθησε να σκοτωθεί πέφτοντας από το παράθυρο- (και τις πολλές άλλες που ακολούθησαν), θα την στοιχειώνει

τραυματικά σε όλη τη βραχύβια ζωή της και θα επηρεάζει την ψυχή της πάλι επώδυνα στην ανάγκη της να αναγνωρίζεται για το έργο της και να γίνεται γι'αυτό αποδεκτή. Γράφει το 1922 στο ημερολόγιό της: «Αρχίζω να συνειδητοποιώ ότι το μόνο ενδιαφέρον που προκαλώ σαν συγγραφέας προέρχεται από την παράξενη προσωπικότητά μου...» Είναι γεγο-

νός, ωστόσο, ότι και η περίεργη προσωπικότητά της δεν ήταν τίποτε άλλο παρά η ατέρμων κριτική και απόρριψη που ασκούσε στον αιώνα της και στις αξίες του και η κατάκτηση μιας εσωτερικής αυτονομίας που την έφερνε σε οριακές συγκρούσεις με την ψευδεπίγραφη εποχή της. Η ανατομία της θηλυκής φύσης-μια ανάλυση της ανδρόγυνης φύσης του ανθρώπινου μυαλού- κατακτά μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα θέση σε όλη την έκταση της φεμινιστικής φιλολογίας, κοινωνιολογίας και ανθρωπολογίας.

Η θάλασσα, οι πηγές, τα δάση, τα ποτάμια. Η φύση στην πρωταρχική, την οργανική της ανάδυση από το νερό. Ολόκληρο το έργο της κοιμυπάει στο νερό. Κι όταν γνώρισε, σε δυο επισκέψεις της την Ελλάδα, έγραψε στη φίλη της Έθελ Σμιθ, στις 4 Μάρτ του 1932, από το ξενοδοχείο Ματζέστικ στην Αθήνα:

«Γιατί δε μου είπες ποτέ ότι η Ελλάδα είναι όμορφη; Γιατί δεν ανέφερες ποτέ τη θάλασσα και τους λόφους,

τις κοιλάδες και τα λουλουδία; Μόνο εγώ έχω μάτια και τα βλέπω; Έθελ' σου το αναγγέλω επισήμως: Η Ελλάδα είναι η πιο όμορφη χώρα του κόσμου. Ο Μάιος είναι η πιο όμορφη εποχή του χρόνου. Ελλάδα και Μάης μαζί! Ας πάρουμε για παράδειγμα τ' ανθόνια που τραγουδούσαν κρυμμένα στα κυπαρίσια, όταν καθόμαστε στη ρεματιά. Και γέμισα την ποδιά μου κατακόκκινες ανεμώνες».

Αφειρηρία και προορισμός το νερό, θα γίνει η κοίτη που θα την φιλοξενεί στην αιωνιότητα. Μια δεκαετία, περίπου, αργότερα, κι ενώ η ιστορία κατασκευάζει μια επώδυνη ακόμα σελίδα -τα γερμανικά βομβαρδιστικά κατάστρεψαν τα σπίτια της στο Λονδίνο- ο φόβος για την καταδίωξη του άντρα της, εβραϊκής καταγωγής, θα την καταβυθίσουν σε μία από τις μεγαλύτερες κορυφώσεις των καταθλιπτικών της κρίσεων. Ανήμπορη πια να γράψει, μεγεθύνει τις αντιδράσεις για το έργο της-την ψυχή υποδοχή της βιογραφίας της από τον πρώην φίλο της Ρότζερ Φράυ. Το σκηνικό της τελευταίας πράξης το είχε ήδη έτοιμο, από το 1931, και το γνωστοποίησε με το υπέροχο βιβλίο της, «Τα κύματα»: «θα περπατήσω δίπλα στο ποτάμι... Τώρα θα χαλαρώσω· τώρα θ' αφευθώ. Τώρα θ' αφήσω ελεύθερη πια τη συγκρατημένη, αναχαιτισμένη επιθυμία μου να δοθώ, να εξαντληθώ. Θα καθήσασουμε μαζί... εκεί που το χελιδόνι βουτάει τα φτερά του σε σκοτεινές λίμνες και οι κίονες στέκουν ατόφιοι. Στο κύμα που σπάει στην ακτή, στο κύμα που ραντίζει τον άσπρο του αφρό μέχρι τις εσχατιές της γης, πετάω τις βιολέτες μου, την προσφορά μου στον Πάρσι-φαλ». Και στις 28 Μαρτίου του 1941, μόλις που ξυπνούσαν τα χελιδόνια και τα ποτάμια ημέρευαν στις κοίτες τους, η Βιρτζίνια θα παίξει την πιο μεγάλη αλήθεια της, σε μια άσπρη δραματική κορύφωση της δημιουργίας και της πικρής της ασθένειας: Γεμίζει τις τσέπες του πανωφοριού της με πέτρες και οδεύει τελετουργικά προς τις όχθες του ποταμού Ουζ, έχοντας τακτοποιήσει με την τελευταία της επιστολή τις οφειλές της στον πιστό της Λέοναρντ. Μέρη αργότερα, στις 18 Απριλίη, κάτι παιδιά που παίζουν στο ποτάμι θ' ανακαλύψουν το σώμα της. Ο Λέοναρντ θα το ενταφιάσει στοργικά στον κήπο του σπιτιού τους, στο Ρόντμελ του Σάσσεξ, κάτω από την αειθαλή φυλλωσιά ενός φιλόξενου δέντρου. Μια αναπαράσταση της αειθαλούς μυθιστορικής της ενδοχώρας, όπως ζει και θα επιζεί μέσα στην κλασικότητα του πρώιμου μοντερνισμού και στην απaráμιλλη «ανθρωπιά» της ανθρωπίνης μοναξιάς, εγκιβωτισμένης στο αισθαντικό έργο της. 

Μερικά έργα της Βιρτζίνια Γουλφ:

- Η κα Νταλογουέν. Μτφ. Κωστούλα Μητροπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Γαλαξίας, 1967 - Μτφ. Βασίλης Καζαντζής. Αθήνα: Βίπερ, 1973- Μτφ. Κωνσταντίνα Τριανταφυλλοπούλου. Αθήνα: Εκδόσεις Μεταίχμιο, 2009.
- Στο φάρο. Μτφ. Άρνης Μπερλής. Αθήνα: Εκδόσεις Ύψιλον, 1995 - Μτφ. Έλλη Μαρμαρά. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, 2006.
- Ορλάντο: μια βιογραφία. Μτφ. Αναστασία Λιναρδάκη. Αθήνα: Εκδόσεις Αστάρτη, 1984 - Μτφ. Θανάσης Χατζόπουλος. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος, 1999 - Μτφ. Αργυρώ Μαντόγλου. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 2005.
- Τα κύματα. Μτφ. Ρίτα Κολλάιτη. Αθήνα: Εκδόσεις Νεφέλη, 1984 - Μτφ. Άρνης Μπερλής. Αθήνα: Εκδόσεις Ύψιλον, 1994.
- Ένα στοιχειωμένο σπίτι και άλλα διηγήματα. Μτφ. Αλεξάνδρα Παναγή. Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη, 1996.
- Η κυρία στον καθρέφτη. Μτφ. Βάνια Σύρμου-Βεκρή. Αθήνα: Εκδόσεις Μπιλιέτο, 2007.
- Για την άγνοια των αρχαίων ελληνικών. Μτφ. Βάιος Λιαπής. Αθήνα: Εκδόσεις Στιγμή, 1998.
- Ένα δικό σου δωμάτιο. Μτφ. Μίνα Δαλαμάγκα. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, 2005.
- Πώς να είσαι άρρωστος. Μτφ. Άννα Σπυράκου. Αθήνα: Εκδόσεις Προσχέδιο, 2008.
- Ελλάδα και Μάης μαζί: εγγραφές ημερολογίου και γράμματα. Μτφ. Μαρία Τσάτσου. Αθήνα: Εκδόσεις Ύψιλον, 1996.
- Σκοτώνοντας τον άγγελο του σπιτιού. Μτφ. Τατιάνα Κωνσταντινίδου. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, 1997.
- Δοκίμια. Μτφ. Αργυρώ Μαντόγλου. Αθήνα: Εκδόσεις Scripta, 1999.

Βιογραφίες της στην ελληνική γλώσσα:

- Masini, Beatrice. Βιρτζίνια Γουλφ. Μτφ. Βασιλική Νίκα. Αθήνα: Εκδόσεις Πατακς, 2008.
- Nathan, Monique. Βιρτζίνια Γουλφ. Μτφ. Κατερίνα Μαρινάκη. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο, 1986.
- Lemasson, Alexandra. Βιρτζίνια Γουλφ: βιογραφία. Μτφ. Ρένα Λέκκου - Δάντου. Αθήνα: Εκδόσεις Κασταλία, 2006.
- Waldman, Werner. Βιρτζίνια Γουλφ: ιδιοφυής και μόνη. Μτφ. Μαρίνα Μπαλάφα. Αθήνα: Εκδόσεις Μελένι, 2008.

Κασσιανή Βρεττού
Ψυχολόγος

Όλοι οι ΣΟΨΥ ανα την Ελλάδα

• ΣΟΨΥ - Αθήνας

Δήλου 3, Βύρωνας 162 31, Τηλ./Fax: 210 - 7640277,
e-mail: sopsi@ath.forthnet.gr, www.iatronet.gr/sopsi

• ΚΙΝ. Α.Ψ.Υ.

Τηλ.: 211-7150259, Fax: 210 - 3611466,
www.kinapsi.gr, e-mail: kinapsi@gmail.com

• ΣΟΨΥ - Θεσσαλονίκης

Πλατεία Δημοκρατίας 6, ημιόροφος, 54630 Θεσσαλονίκη,
Τηλ./Fax: 2310 - 522740, e-mail: info@sopsy-thessaloniki.gr,
www.sopsy-thessaloniki.gr

• Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ - Ν. Έβρου

Ο Σύλλογος Οικογενειών & Φίλων Ψυχικής Υγείας Ν. Έβρου φιλοξενείται προσωρινά στα γραφεία της Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής & Ψυχικής Υγείας. Λεονταρίδου 2 (πάνω από την Pro Bank), 68100 Αλεξανδρούπολη, Τηλ.: 25510 - 38178, e-mail: sofpsi.evrou@gmail.com

• Σ.Ο.Ψ.Υ - Κορυδαλλού

Κ. Παλαιοδόγου 3β Κορυδαλλός, Τηλ.: 211 - 1103342
e-mail: sopsykorydallos@yahoo.gr,
www.sopsikoridalou.blogspot.com

• Σ.Ο.Ψ.Υ - Λάρισας

6982 86 18 60

• Σ.Ο.Ψ.Υ - Λειβαδειάς

Καραγιαννοπούλου 27, Λειβαδεία, Τηλ.: 6942 40 56 74,
e-mail: livadeia@epapsy.gr

• Σ.Ο.Ψ.Υ - Πάτρας

Σισσίνη 6, 26 225, Πάτρα, Τηλ./Fax: 2610 - 621273
e-mail: sopsipatron@gmail.com, www.sopsipatron.gr

• Σ.Ο.Ε.Ψ.Υ. - Ν. Σάμου

Βλαμαρής 44, 83100 Σάμος

• Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ. - Ν. Σερρών

Τσαλοπούλου 13Α, 62122 Σέρρες, Τηλ.: 23210 - 63388,
Fax: 23210 - 63559, e-mail: sofpsi-s@otenet.gr,
www.sofpsi-ser.gr

» 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 • Οικογένεια Κυπραίου, δωρεά εις μνήμην Κυπραίου Ιωάννη

- ▶ 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 το επόμενο τεύχος θα πρέπει τα άρθρα σας να μας έχουν σταλεί μέχρι τις 25/09/2012.

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 Σοψυ

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

η καρδιά μας χτυπά Ελληνικά!

Η Ελληνική Φαρμακευτική Εταιρεία δίπλα στον Έλληνα



- Προσφέρουμε ποιότητα, ασφάλεια, αποτελεσματικότητα
- Στηρίζουμε την Ελληνική Οικονομία - Παράγουμε στην Ελλάδα
- Διατηρούμε τις θέσεις εργασίας



ΑΘΗΝΑ: Αγ. Κυριακής 20, 145 61 Κηφισιά **T:** 210 6254630 **F:** 210 6202305 **E:** bennett@bennett.gr **W:** www.bennett.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Αδριανουπόλεως 57, 551 33 Καθαμαριά Θεσσαλονίκης **T:** 2310 456323 **F:** 2310 456368