

ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ ΔΙΑΚΟΝΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ

Υ Π Ο

Προεβ. ΑΔΑΜΑΝΤΙΟΥ ΑΥΓΟΥΣΤΙΔΗ
Ψυχιάτρου - Θεολόγου

Ἡ ἀπόδοση ἀπόλυτης προτεραιότητας στὴν ἀνάπτυξη τῆς προληπτικῆς ἰατρικῆς ἀποτελεῖ κοινὸ τρόπο γιὰ τοὺς σύγχρονους ἐπαγγελματίες ὑγείας καὶ ἡ ἐπικέντρωση τόσο τῆς ἐπιστημονικῆς ἔρευνας, ὅσο καὶ τῆς θεραπευτικῆς πρακτικῆς πρὸς αὐτὴ τὴν κατεύθυνση, θεωρεῖται σήμερα αὐτονόγη. Σ' αὐτὴ τὴν κατεύθυνση κινούμενη καὶ ἡ σύγχρονη ψυχιατρικὴ καὶ λαμβάνοντας ὑπ' ὄψη ἰδιαιτερότητες, ποὺ ἀναμφισβήτητα παρουσιάζει ἡ ἐπιστημολογία τῆς, ἀναγνώριζε τρία ἐπίπεδα πρόληψης:

α) Πρωτογενῆς πρόληψη, ἡ ὁποία ἀναφέρεται στὴ δυνατότητα ἐξάλειψης ἢ οὐσιαστικῆς τροποποίησης συνθηκῶν ἢ παραγόντων, ποὺ ἡ ἐπιδημιολογικὴ καὶ γενικότερα ἡ ἀνθρωπολογικὴ καὶ κοινωνιολογικὴ ἔρευνα ἔχει δείξει, ὅτι εἶναι πιθανὸ νὰ σχετίζονται αἰτιοπαθογενετικὰ μὲ τὴν ἐκδήλωση ψυχοπαθολογίας.

β) Δευτερογενῆς πρόληψη, ἡ ὁποία ἀναφέρεται στὴ δυνατότητα προῶιμης ἀναγνώρισης καὶ ἄμεσης θεραπευτικῆς ἀντιμετώπισης τῆς ψυχικῆς νόσου, μὲ στόχο τὴ μείωση τῆς *ἐπικράτησης* (prevalence) στοῦ γενικοῦ πληθυσμοῦ. Ὁ ὅρος ἐπικράτηση μιᾶς συγκεκριμένης διαγνωστικῆς ψυχικῆς ἀρρώστιας ἢ μιᾶς γενικῆς ψυχικῆς διαταραχῆς εἶναι ἐπιδημιολογικὸς καὶ ἀντιστοιχεῖ σ' ἓνα στατιστικὸ ἀριθμητικὸ μέγεθος, ποὺ θὰ μπορούσαμε νὰ πούμε ἀπλουστευτικά, ὅτι δείχνει πόσοι πάσχουν ἀπὸ τὴ συγκεκριμένη νόσο στὸν ὑπὸ μελέτη πληθυσμὸ.

γ) Τριτογενῆς πρόληψη, ἡ ὁποία ἀναφέρεται κυρίως στὴν *ψυχοκοινωνικὴ ἀποκατάσταση* (rehabilitation). Στὴν ἔννοια αὐτὴ περιλαμβάνονται ὅλες οἱ ἀναγκαῖες μέθοδοι καὶ τεχνικὲς γιὰ τὴ μείωση τῶν ἐπιπτώσεων ἀπὸ τὴ διαδικασία τῆς ψυχικῆς ἀρρώστιας (ἐκπτώση λειτουργικότητας, ἀνικανότητα, ἀναπηρία) μὲ παράλληλη προσπάθεια γιὰ κοινωνικὴ ἐνσωμάτωση τοῦ ἀνάπηρου ἀτόμου¹.

1. Μαδιανοῦ Μ., *Κοινωνία καὶ ψυχικὴ ὑγεία*, τόμος 2ος, ἐκδ. Καστανιώτη, Ἀθήνα 1989, σελ. 31-39.

Πρέπει ὡστόσο νὰ παραδεχτοῦμε πῶς, παρ' ὄλη τὴν προσπάθεια ποὺ καταβάλλεται διεθνῶς γιὰ τὴν ἀντιμετώπιση τοῦ προβλήματος στὸ ἐπίπεδο τῆς πρωτογενούς πρόληψης, οὐσιαστικὰ πρώτη γραμμὴ ἄμυνας παραμένει, στὴν πράξη, ἡ ἔγκαιρη διάγνωση καὶ θεραπεία. Αὐτὸς εἶναι ἄλλωστε ὁ λόγος γιὰ τὸν ὁποῖο ἡ πρώϊμη ἀναγνώριση καὶ ἡ ἄμεση θεραπευτικὴ ἀντιμετώπιση μιᾶς πάθησης μὲ στόχο τὴ μείωση τῆς ἐπικράτησής της (prevalence) στὸ γενικὸ πληθυσμὸ — ποὺ σημαίνει καὶ τὴ μείωση τοῦ συνολικοῦ ἀριθμοῦ πασχόντων μέσω τῆς μείωσης τῆς διάρκειας τῆς νόσου — ἀποτελοῦν τὰ δομικὰ στοιχεῖα τῆς δευτερογενούς πρόληψης. Ἐξίζει νὰ ἀναφέρουμε ἐδῶ τὴν παρατήρηση πῶς, ὅταν ἡ παρέμβαση γίνεται ὄχι μόνο ἔγκαιρα ἀλλὰ καὶ μέσα στὸ οἰκείο κοινωνικὸ περιβάλλον, καθὼς ἐπίσης ὅταν συνυπάρχουν παράγοντες ἐνισχυτικοὶ τῆς πεποίθησης τοῦ ἀσθενῆ γιὰ βελτίωση, τότε αὐτὰ εὐοδώνουν τὴν ἀνάνηψη².

Εἶναι κοινὸ «μυστικὸ» ἀνάμεσα στοὺς ἐπαγγελματίες τῆς ψυχικῆς ὑγείας, ὅτι οἱ ἄνθρωποι ποὺ ἀντιμετωπίζουν ψυχολογικὰ προβλήματα, πολὺ συχνά, ἀπευθύνονται στὴν Ἐκκλησία γιὰ νὰ ζητήσουν συμβουλή, βοήθεια ἢ καὶ θεραπεία.

Τίθεται λοιπὸν τὸ ἐρώτημα κατὰ πόσο αὐτὴ ἡ πραγματικότητα θὰ μπορούσε νὰ ἀξιοποιηθεῖ θετικὰ, ἀπὸ τοὺς ψυχιατρικοὺς φορεῖς, μὲ στόχο τὴν ἔγκαιρη ἀνίχνευση ψυχοπαθολογικῆς συμπτωματολογίας. Γεννᾶται ἐπίσης ὁ προβληματισμὸς, ἐφ' ὅσον ἡ Ἐκκλησία πράγματι μπορεῖ νὰ συμβάλλει θετικὰ στὸν ἀγῶνα τῆς προληπτικῆς ψυχιατρικῆς, τότε ποιῆς συνιστώσες καὶ προκαταλήψεις λειτουργοῦν ἀνασταλτικὰ ἐμποδίζοντας τὴν ἀξιοποίηση τῆς πιθανῆς συνεισφορᾶς της, οἱ ὁποῖες πρέπει νὰ ἐπισημανθοῦν καὶ νὰ ἀντιμετωπισθοῦν μὲ ὠριμότητα καὶ νηφαλιότητα.

Οἱ προϋποθέσεις τοῦ Ἐκκλησιαστικοῦ Πλαισίου

Εἶναι γεγονός ὅτι ὁ Ἐκκλησιαστικὸς ὄργανισμὸς διαθέτει σήμερα ἓνα εὐρὺ δίκτυο «ὑπηρεσιῶν» μὲ δραστηριότητες, ποὺ ἐπεκτείνονται σὲ ὄλη τὴν Ἑλληνικὴ ἐπικράτεια. Αὐτὸ παρέχει τὴ δυνατότητα νὰ ἔρχεται σὲ ἐπαφὴ μὲ ἄτομα ἢ ὀμάδες κάθε ἡλικίας, κοινωνικῆς τάξης καὶ πολιτιστικοῦ ἐπιπέδου. Σὲ μὴ ἔστω πρόχειρη καὶ δειγματοληπτικὴ ταξινόμηση τῶν δομῶν, μὲ τίς ὁποῖες ἡ Ἐκκλησία μετέχει στὰ κοινά, θὰ μπορούσαμε νὰ ἀναφερθοῦμε σέ:

2. Caplan H. - Sadoc B., *Synopsis of Psychiatry*, 5th Edition, 1988, p. 113.

α) Ὅμαδικὲς δραστηριότητες, ὅπως: κατηχητικὰ σχολεῖα, κατασκηνώσεις, ἐνοριακὲς νεανικὲς ἢ μεγαλύτερης ἡλικίας συντροφιές, ὁμάδες διακονίας σὲ διάφορους τομεῖς προνοιακοῦ, φιλανθρωπικοῦ καὶ γενικὰ κοινωνικοῦ ἔργου κ.ο.κ.

β) Ἐκπαιδευτικὲς - συμβουλευτικὲς δραστηριότητες, ὅπως σχολὲς γονέων, σχολὲς κατηχητῶν, συμβουλευτικὴ γάμου κ.ο.κ. Σ' αὐτὴ τὴν ἐνότητα μποροῦν νὰ συμπεριληφθοῦν καὶ οἱ θεολόγοι ἐκπαιδευτικοί.

γ) Προνοιακοῦ τύπου δραστηριότητες, ὅπως: διάφορα Ἐκκλησιαστικὰ ἰδρύματα (στέγες γερόντων, οἰκοτροφεία, ὄρφανοτροφεία κ.λπ.) ἢ ὑποστηρικτικὲς δομὲς (σύλλογοι συμπαράστασης φυλακισμένων ἢ ἀποφυλακισμένων, φιλόπτωχα ταμεῖα κ.ἄ.) κ.ο.κ.

δ) Ἀτομικὲς - διαπροσωπικὲς δραστηριότητες, ὅπως: ἐξομολόγηση, συμβουλευτικὴ, ἱεροπραξίαι κατ' οἶκον (ποῦ ἐκτὸς ἀπὸ τὸ ἀγιαστικὸ σκέλος σημαίνουν ἐπίσης τὴν πρόσκληση τοῦ ἱερέα νὰ ἐπισκεφθεῖ τὴν οἰκογένεια ποῦ ἀντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα), ὑποστηρικτικὴ παρέμβαση σὲ διάφορες περιπτώσεις (π.χ. θάνατος, ἀρρώστια, πένθος κ.λπ.) κ.ο.κ.

Δυνητικά, ἐπομένως, τὸ ὄλο πλαίσιο φαίνεται κατ' ἀρχὴν νὰ προσφέρει πολλὰς δυνατότητες γιὰ τὴν προῶιμη ἀναγνώριση ψυχοπαθολογικῶν ἐκδηλώσεων. Εἶναι ὡστόσο προφανές, ὅτι γιὰ τὴν ἐπίτευξη ἐνὸς τέτοιου στόχου ἀπαιτεῖται νὰ πληροῦνται κάποιες βασικὲς προϋποθέσεις, κυριότερες τῶν ὁποίων εἶναι ἡ ὑπαρξὴ καλῆς συνεργασίας μεταξὺ Ἐκκλησίας καὶ φορέων παροχῆς ὑπηρεσιῶν ψυχικῆς ὑγείας, ἢ κατάλληλη ἐκπαίδευση τῶν ἱερέων ἢ ἄλλων ἐκκλησιαστικῶν στελεχῶν (π.χ. κατηχητῶν, Θεολόγων κ.λπ.) καὶ παράλληλα ἡ σωστὴ εὐαισθητοποίηση καὶ ὑπεύθυνη στάση τῶν ἐπαγγελματιῶν ψυχικῆς ὑγείας ἀπέναντι σὲ θέματα πίστεως.

Μ' ἓνα λόγο ἀπαιτεῖται ἡ ἀμοιβαία ἄρση τῶν προκαταλήψεων.

Ἀνασταλτικοὶ παράγοντες ἀπὸ πλευρᾶς ψυχιατρικῆς

Σὲ μιὰ προγενέστερη δημοσίευσή μας προσπαθήσαμε νὰ ἀνιχνεύσουμε καὶ νὰ ἐρμηνεύσουμε τὰ δυναμικὰ τοῦ χάσματος στὴ συνεργασία μεταξὺ τῶν δύο φορέων (Ἐκκλησία - Ψυχιατρικὴ), ἐστιάζοντας τὸ ἐνδιαφέρον μας περισσότερο σὲ πιθανὲς ἐμπλοκὲς ψυχολογικῆς ὑφῆς τῶν ἐκάστοτε ἐκπροσώπων τους, παρὰ στὴ δεοντολογία ἢ τὴν ἐπιστημολογία τῶν δύο φορέων καθ' ἑαυτῆ³.

3. Αὐγουστίδη Δ., «Ἡ σωτηριολογικὴ διάσταση τῆς ψυχιατρικῆς» *Σύναξη*, 25 (1988) 35-42.

Σ' αὐτὸ τὸ κείμενο θὰ προσπαθήσουμε νὰ ἀναφερθοῦμε σὲ πῶς «ἀντικειμενικὲς» ἀνασκευὲς κάποιων ψυχιατρικῶν προκαταλήψεων, πὺ ὑποτίθεται ὅτι δικαιολογοῦν τὶς ἐπιφυλάξεις γιὰ ἀμοιβαία συνεργασία. Τὰ στοιχεῖα γι' αὐτὴ τὴν προσπάθεια προέρχονται ἀπὸ κάποιες, κατὰ τεκμήριο ἔγκυρες ἐπιστημονικὲς ἀνακοινώσεις τῶν τελευταίων χρόνων.

Σύμφωνα, λοιπόν, μὲ μιὰ παραδοσιακὴ πεποίθηση τοῦ ψυχιατρικοῦ χώρου ἀναμένεται ἕνα μεγάλο ποσοστὸ τῶν ψυχικὰ πασχόντων νὰ ἐρμηνεύει τὴν πάθησή του μέσῳ θρησκευτικῶν δοξασιῶν ἢ προλήψεων. Μιὰ σχετικὰ πρόσφατη ὡστόσο ἀνακοίνωση τῶν Sheehan & Kroll (1990), σ' ἕνα ἀπὸ τὰ πῶς ἔγκριτα ἐπιστημονικὰ περιοδικὰ Ψυχιατρικῆς, ἔρχεται νὰ ὑποστηρίξει ἀκριβῶς τὸ ἀντίθετο. Σύμφωνα μ' αὐτὴ τὴν ἐργασία ἢ μελέτη ἐνὸς συγκεκριμένου πληθυσμοῦ ἀσθενῶν νοσηλευμένων γιὰ ψυχικὲς παθήσεις ἔδειξε ὅτι δήλωσαν πίστη στὸ Θεὸ σὲ ποσοστὸ 95%. Παρ' ὅλα αὐτὰ τὸ 81% ἀπέδωσε τὴ νόσο του σὲ γενικοῦς παράγοντες ὑγείας καὶ μόνο τὸ 23% σὲ ἠθικὲς ἀξίες καὶ πάλι ὄχι πάντοτε ἀπόλυτα θρησκευτικοῦ χαρακτήρα⁴. Οἱ ἴδιοι ἐρευνητὲς σὲ παλαιότερες ἐργασίες τους, ὑποδεικνύουν ὅτι ὁ ρόλος τῆς ἐνοχῆς στὴν κατάθλιψη ἔχει ὑπερεκτιμηθεῖ⁵, ἐνῶ τὸ ἴδιο ὑποστηρίζουν σὲ ἄλλη ἐρευνα οἱ Prosen, Clark, Harrow κ.ἄ.⁶.

Θὰ μπορούσε βέβαια νὰ ἰσχυρισθεῖ κάποιος, ὅτι αὐτὲς οἱ μελέτες καταγράφουν πολιτιστικὲς ἀλλαγές, οἱ ὁποῖες δὲν ἀντιπροσωπεύουν μιὰ γενικευμένη τάση «ὑπέρβασης» παλαιότερων ἀντιλήψεων. Σ' αὐτὸ τὸν προβληματικὸ θὰ μπορούσαμε νὰ ἀντιπαραθέσουμε δύο ἐνδιαφέρουσες ἀνακοινώσεις, οἱ ὁποῖες τεκμηριωμένα ἀντιμάχονται τὴν πεποίθηση, ὅτι κατὰ τὸ μεσαίωνα τὰ ἐπικρατοῦντα συστήματα κατανόησης καὶ ἐρμηνείας τῶν ψυχικῶν διαταραχῶν στηρίζονταν κυρίως σὲ θρησκευτικὲς δοξασίες ἢ προλήψεις^{7,8}.

4. Sheehan W. - Kroll J., «Psychiatric Patients Belief in General Health Factors and sin as causes of illness» *American Journal of Psychiatry*, 147 (1990) 112-113.

5. Kroll J. - Sheehan W., «Religious Beliefs and Practice among 52 Psychiatric Inpatients in Minnesota» *American Journal of Psychiatry*, 146 (1989) 67-72.

6. Prosen M. - Clark D C. - Harrow M., «Guilt and Conscience in Major Depressive Disorders» *American Journal of Psychiatry*, 140 (1983) 839-844.

7. Kroll J. - Bachrach B., «Sin and Mental Illness in the Middle Ages» *Psychol. Med.*, 14 (1984) 507-514.

8. Kroll J. - Bachrach B., «Sin and the Etiology of Disease in Pre-Crusade Europe» *Journal Hist. Med.*, 41 (1986) 395-414.

Ἐνδεικτικὴ τῶν τάσεων γιὰ ἀλλαγὴ στάσης ἀπέναντι στὴ θρησκευτικὴ πίστη, κάτω ἀπὸ τὰ νέα δεδομένα, εἶναι ἡ προσπάθεια νὰ ἀξιολογηθεῖ θετικὰ ἡ θρησκευτικὴ φύση, ὅμως — δυστυχῶς — ὑπὸ ὄρους καθαρὰ χρησιμοθηρικούς. Χωρὶς αὐτὴ ἡ νοοτροπία νὰ μᾶς βρῆσκει σύμφωνους, ὥστόσο νομίζουμε πὼς θὰ ἦταν λάθος νὰ ὑποτιμηθεῖ ἡ σημασία τοῦ γεγονότος καθεαυτοῦ. Ἀντιπροσωπευτικὸ δείγμα αὐτῶν τῶν τάσεων ἀποτελεῖ τὸ σχόλιο τῶν Sheehan & Kroll, ποὺ παραθέτουμε στὴ συνέχεια καὶ τὸ ὁποῖο ἀναφέρεται στὴ χρησιμότητα τῆς θρησκευτικότητας:

*«Ἐφ' ὅσον οἱ ἄνθρωποι πάντοτε θὰ ἔχουν τὴν ἀνάγκη νὰ ἀναζητοῦν τὸ νόημα, ποὺ κρύβεται πίσω ἀπ' τὰ γεγονότα τῆς ζωῆς τους, ἢ νὰ δίνουν κάποιο εἰδικὸ νόημα σ' αὐτά, δὲ θὰ ἔπρεπε νὰ ἀποτελεῖ ἔκπληξη, ὅτι συχνὰ χρησιμοποιοῦν ἓνα θρησκευτικὸ πλαίσιο γι' αὐτὴ τὴν ἀέναη προσπάθεια. Ἡ ἀπόδοση ἐνὸς νοήματος σὶς ἀκατανόητες διαφορετικὰ συνθήκες τῆς προσωπικῆς τραγωδίας ἀποτελεῖ μιὰ ἀπὸ τίς μείζονες λειτουργίες τῆς θρησκείας, ποὺ δικαιολογοῦν τὴν ὑπαρξὴ τῆς — *raisons d' être* — καὶ προσφορὰ ὑποστήριξης ἀπὸ τὴν πλευρὰ τῆς θρησκείας. Ἡ ὑπόθεση τῆς νευρομεταβιβαστικῆς διαταραχῆς γιὰ τὴν αἰτιολογία τῆς κατάθλιψης⁹ προσφέρει μιὰ ὀρθολογικὴ ἐπιστημονικὴ ἐξήγηση γιὰ τὴν ὑπαρξὴ τῆς κατάθλιψης. Ὅμως δὲν ἀπαντᾷ ἐπὶ τὴν ἐρώτηση «γιατί σὲ μένα» μὲ τὸν προσωπικὸ τρόπο, ποὺ συνηθίζουμε νὰ ἐρμηνεύουμε τὰ γεγονότα τῆς ζωῆς μας»¹⁰.*

Κατὰ ἀντίστοιχο τρόπο δὲν ἔχει ἐπιβεβαιωθεῖ ἀπὸ τὴν ἐπιστημονικὴ ἔρευνα ἢ ἀντίληψη κατὰ τὴν ὁποία ἡ θρησκευτικὴ συμπεριλαμβάνεται ἄμεσα ἢ ἔμμεσα στοὺς παράγοντες κινδύνου (risk factors) γιὰ τὴν ἀνάπτυξη ψυχοπαθολογίας. Ἀντίθετα πρόσφατες βιβλιογραφικὲς ἀναφορὲς ἐνισχύουν τὴν ἄποψη, ὅτι ἡ θρησκευτικὴ πίστη σχετίζεται θετικὰ μὲ τὴν ὑγεία καὶ τὴν εὐεξία (well being) σὶς μεγαλύτερες ἡλικίες¹¹, μὲ τὴν ἰκανότητα ἀσθενῶν νὰ συνέρχονται ἀπὸ τὸ stress

9. Ἀναφέρεται ἐδῶ στὴν κλασικὴ θεωρία τῆς βιολογικῆς ψυχιατρικῆς, σύμφωνα μὲ τὴν ὁποία ἡ κατάθλιψη ὀφείλεται σὲ διαταραχὲς χημικῶν οὐσιῶν, ποὺ ἐμπλέκονται στὴ λειτουργικότητα τῶν νευρικών κυττάρων καὶ ποὺ εἶναι γνωστὲς ὡς νευρομεταβιβαστές, ὅπως γιὰ παράδειγμα ἡ νοραδρεναλίνη, ἡ σερετονίνη κ.ἄ.

10. Sheehan W. - Kroll J., «Psychiatric Patients Belief in General Health Factors and Sin as causes of Illness» *American Journal of Psychiatry*, 147 (1990) 112-113.

11. Koenig G. H. - Moberg D. O. - Kvale J. N., «Religious Activities and Attitudes of Older Adults in a Geriatric Assessment Clinic» *Journal American Geriatric Society*, 36 (1988) 362-374.

τραυματικῶν κακώσεων (ἐγκαυματίες)¹², μὲ τὴν ὑπέρβαση τῶν ψυχολογικῶν συνεπειῶν τοῦ γήρατος στὴν αὐτοεκτίμηση τοῦ ἀτόμου¹³, μὲ τὴν προσφορὰ σταθερότητας καὶ σθένους σὲ σωματικῶς πάσχοντες ἀσθενεῖς¹⁴ καὶ μὲ χαμηλότερα ἐπίπεδα καταθλιπτικῆς συμπτωματολογίας σὲ χειρουργημένους καταγματίες τῆς τρίτης ἡλικίας¹⁵. Οἱ Peterson & Roy ἔχουν συμπεριλάβει τὴ θρησκευτικὴ πίστη σ' ἓνα σύνολο ἀπὸ πεποιθήσεις, ποὺ ἀνακουφίζουν καὶ ἐνισχύουν τὰ ἄτομα σὲ δύσκολες περιόδους τῆς ζωῆς τους («comfort beliefs»)¹⁶. Εἶναι γνωστὸ, ἐπίσης, ὅτι τὰ ποσοστὰ αὐτοκτονίας εἶναι χαμηλότερα σὲ θρησκευόμενα ἄτομα, καθὼς καὶ ὅτι ἡ ὑπαρξη θρησκευτικῆς πίστεως συμβάλλει θετικὰ στὴν ὁμαλὴ ἐξέλιξη τῶν ψυχολογικῶν διαδικασιῶν τοῦ πένθους, γιὰ ν' ἀναφερθοῦμε καὶ σὲ πιδ κλασσικὲς καταγραφές.

Ἀσφαλῶς δὲν πρέπει νὰ γίνεται σύγχυση ἀνάμεσα σὲ μιὰ ὑγειῆ θρησκευτικότητα καὶ τὴ θρησκευτικότητα, ποὺ συχνὰ ἔχουν ὑπ' ὄψη τους οἱ ἐπαγγελματίες ψυχικῆς ὑγείας στηριζόμενοι σὲ ἐμπειρίες ἀπὸ τοὺς ἀσθενεῖς ποὺ παρακολουθοῦν.

Τὸ γεγονός εἶναι πῶς ἀκόμα καὶ μιὰ δειγματοληπτικὴ συγκέντρωση δεδομένων, ὅπως ὅσα ἤδη ἀναφέρθηκαν, καθιστᾶ προφανές, ὅτι δὲν μποροῦμε νὰ ἀποδεχόμαστε ἀβασάνιστα ἀντιλήψεις, ποὺ μοιάζουν περισσότερο μὲ ἰδεολογικὲς τοποθετήσεις παρὰ μὲ ἐπιστημονικὲς καὶ κατοχυρωμένες γνώσεις.

Στὸ χῶρο τῆς ψυχιατρικῆς ἐπιστήμης ἡ κατανόηση τοῦ ἀνθρωπίνου ὄντος ὡς ὀλοκληρωμένης βιοψυχοκοινωνικῆς ἐνότητας φαίνεται νὰ κατακτᾶ ὄλο καὶ περισσότερο ἐδαφος. Ἡ ὀλιστικὴ (holistic) ἄποψη, ποὺ «ἀναφέρεται σ' ἓνα σύστημα ὑποθέσεων γιὰ τὴ ψυχὴ καὶ τὸ σῶμα, στὸ ρόλο τῶν ψυχοκοινωνικῶν παραγόντων στὴν ὑγεία καὶ ἀρρώστια καὶ στὴν πρακτικὴ σημασία τῶν παραγόντων αὐτῶν στὴν

12. Sherrill K. A. - Larson D. B., «Adult Burn Patients, the Role of Religion in Recovery» *South Medical Journal*, 81 (1988) 821-829.

13. Gutman D., «Reclaimed Powers: Toward a New Psychology at Men and Women in late life». *Basic books, New York*, 1987.

14. Cassem E. H., «The Person Confronting Health», in *the New Harvard Guide to Psychiatry*. Edited by Nicholi A.M. Jr. Cambridge, Mass, Bellknap Press (Harvard University Press), 1988.

15. Pressman P. - Lyons J. - Larson D. - Stain J., «Religious belief, depression and ambulation Status in Elderly Women with Broken Hips» *American Journal of Psychiatry*, 147 (1990) 758-760.

16. Peterson L. R. - Roy A., «Religiosity, Anxiety and Meaning and Purpose: Religion's Consequences for Psychological Wellbeing» *Review of Religious Research*, 27 (1985) 49-62.

θεραπευτικῆ»¹⁷, ἀποτελεῖ μία εὐρέως ἀποδεκτὴ τοποθέτηση. Καθὼς λοιπὸν ἡ θρησκευτικὴ πίστις ἀποτελοῦσε πάντοτε ἓνα παράγοντα, ποῦ ἀδιαμφισβήτητα ἐπηρεάζει πολυποίκιλα καὶ σημαντικὰ τὴ ζωὴ τῶν ἀνθρώπων, θὰ περιμένε κανεὶς ὁ διάλογος καὶ ἡ συνεργασία μεταξὺ ψυχιατρικῶν καὶ ἐκκλησιαστικῶν φορέων νὰ θεωροῦνται αὐτόνοτα. Ἄλλωστε ἡ «θεραπευτικὴ» τῆς ἐκκλησιαστικῆς πρακτικῆς καὶ ἡ θεραπευτικὴ τῆς ψυχιατρικῆς πρακτικῆς μοιράζονται τὸ ἴδιο πεδίο ἐφαρμογῆς, ποῦ εἶναι ἐν προκειμένῳ ὁ ὅλος ἄνθρωπος, κατανοούμενος ὡς ἐνιαία ψυχοσωματικὴ ἐνότητα τόσο ἀπὸ τὴν ὀρθόδοξη χριστιανικὴ παράδοση, ποῦ ποτὲ δὲν ἀποδέχτηκε τὴν δυϊστικὴ - πλατωνικὴς προέλευσης - διδασκαλία περὶ σώματος καὶ ψυχῆς, ὅσο καὶ ἀπὸ τὴ σύγχρονη «ὀλιστικὴ» ἀνθρωπολογία¹⁸.

Παρ' ὅλα αὐτὰ ἡ γενικώτερη ἔλλειψη ἐνδιαφέροντος τοῦ ψυχιατρικοῦ κόσμου γιὰ θέματα θρησκευτικότητος εἶναι ἐμφανῆς. Σὲ μία ἐργασία τῶν Larson κ.ἄ. διαφαίνεται, ὅτι σὲ διάστημα μιᾶς πενταετίας μόλις τὸ 3% τῶν δημοσιευμένων ἀρθρῶν περιελάμβαναν, στὰ μεγέθη ποῦ εἶχαν μελετήσῃ, μεταβλητὲς ποῦ νὰ ἀναφέρονται στὴ θρησκευτικὴ τῶν πρὸς μελέτη πληθυσμῶν¹⁹. Ταυτόχρονα στὴν ἴδια ἐργασία, ὅσο καὶ σὲ μία μεταγενέστερη, σκιαγραφεῖται ἡ ἔλλειψη εὐαισθησίας τόσο στὸν τρόπο ποῦ κατανοοῦνται ὅσο καὶ στίς μεθόδους μὲ τίς ὁποῖες γίνονται οἱ θρησκευτικοῦ περιεχομένου ἐρωτήσεις²⁰. Μία λιγότερο τυποποιημένη, ἀλλὰ πιὸ μακροχρόνια ἀντίστοιχη καταγραφή, ἔδειξε μιὰ ἔλλειψη τουλάχιστον πληροφόρησης γιὰ τὸν τρόπο ποῦ μποροῦν νὰ ἐκτιμῶνται οἱ θρησκευτικὲς ἐμπειρίες, δεσμοί, ιδέες καὶ συναισθήματα εἴτε ὡς παθογόνα εἴτε ὡς θεραπευτικῆς ἀξίας²¹. Ἐμμέσως ἡ μειωμένη εὐαισθησία διαφαίνεται καὶ ἀπὸ τὴ συχνὴ ἔλλειψη κατανόησης ἀπὸ τοὺς ἐπαγγελματίες τῆς ψυχικῆς

17. Μάνου Ν., «Ψυχοσωματικὴ Ἱατρικὴ» στὸ *Βασικὰ στοιχεῖα κλινικῆς ψυχιατρικῆς*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press, (1988) 339.

18. Αὐγουστίδη Δ., «Ἡ σωτηριολογικὴ διάσταση τῆς ψυχιατρικῆς» *Σύναξη*, 25 (1988) 35-42.

19. Larson D. B. - Pattison E. M. - Blazer D. G. et al., «Systematic Analysis of Research on Religious Variable in Four Major Psychiatric Journals, 1978-1982» *American Journal of Psychiatry*, 143 (1986) 329-334.

20. Calanter M. - Larson D. - Rubenstone E., «Christian Psychiatry: The Impact of Evangelical Belief on Clinical Practice» *American Journal of Psychiatry*, 148 (1989) 90-95.

21. Pattison E. M., «Psychiatry and Religion circa 1978: Analysis of a Decade», *Pastoral Psychology*, 27 (1989) 8-25, 119-141.

υγείας τῶν μεθόδων ἀλλὰ καὶ τῆς χρησιμότητος τῆς ποιμαντικῆς συμβουλευτικῆς (pastorall counseling)²².

Αὐτὰ σὲ μία περίοδο, ποὺ ἡ ἀνάγκη ἀξιοποίησης τῶν συγκεκριμένων δυνατοτήτων εἶναι καταγραμμένη ἀκόμη καὶ στὰ βασικὰ ἐγγχειρίδια ψυχιατρικῆς. Ὁ Greenblatt, γιὰ παράδειγμα, σ' ἓνα κείμενο, ποὺ συμπεριλαμβάνεται σὲ ἓνα ἀπὸ τὰ πιὸ κλασσικὰ βιβλία κλινικῆς ψυχιατρικῆς, ὑπογραμμίζει ὅτι ὁ ρόλος τοῦ κληρικοῦ προσφέρει μιὰ ἀξιόλογη εὐκαιρία γιὰ πρῶιμη παρέμβαση στοὺς ἐνορίτες, ποὺ ἀντιμετωπίζουν κάποια κρίσιμη κατάσταση καὶ ἐκφράζει τὴν βεβαιότητα, ὅτι ἡ τακτικὴ συνδιαλλαγὴ τῶν ψυχιάτρων μὲ τοὺς ἐφημερίους θὰ αὐξήσει τὴν ποιότητα καὶ τὴν ποσότητα τῶν ἀμοιβαίων παραπομπῶν²³. Ἀξίζει νὰ ἀναφερθεῖ, σ' αὐτὸ τὸ σημεῖο, ὅτι γιὰ τὴν Ἀμερικὴ ὑπάρχουν μελέτες ποὺ ἀνεβάζουν τὸ ποσοστὸ τῶν ἀτόμων, ποὺ ζήτησαν πρῶτα βοήθεια ἀπὸ κληρικούς καὶ στὴ συνέχεια παραπέφθηκαν ἀπ' αὐτοὺς σὲ ἐπαγγελματίες ψυχικῆς ὑγείας, στὸ 1/3 τοῦ συνόλου τῶν παραπομπῶν²⁴.

Δυστυχῶς τὰ ἀρνητικὰ ἀποτελέσματα τῆς ἔλλειψης κατάλληλης εὐαισθητοποίησης δὲν ἀφοροῦν μόνο στὴ μὴ ἀξιοποίηση μιᾶς ἐπιπλέον ἐνισχυτικῆς δύναμης, στὸν ἀγῶνα γιὰ τὴν ψυχιατρικὴ πρόληψη, ἀλλὰ κάποτε καὶ σὲ προβλήματα ἐπιστημονικῆς ἢ ἐπαγγελματικῆς δεοντολογίας. Κάτι τέτοιο διαφαίνεται καὶ ἀπὸ τὸ γεγονός ὅτι ἡ «Ἀμερικανικὴ Ἐπιτροπὴ γιὰ τὴ Θρησκεία καὶ τὴν Ψυχιατρικὴ» (Committee on Religion and Psychiatry) ἔκρινε ἀναγκαῖο νὰ δημοσιεύσει μιὰ λίστα ὁδηγιῶν πρὸς ἀποφυγὴ τέτοιων φαινομένων. Τὰ κύρια σημεῖα αὐτῶν τῶν κατευθυντηρίων γραμμῶν εἶναι χαρακτηριστικὰ τὰ ἑξῆς:

α) Ὁ ψυχίατρος ὀφείλει νὰ σέβεται τὰ «πιστεύω» τῶν ἀσθενῶν του.

β) Δὲν ἐπιτρέπεται στὸ θεραπευτὴ νὰ ἐπιβάλλει δικὰ του θρησκευτικά, ἀντιθρησκευτικά ἢ ιδεολογικὰ «πιστεύω», οὔτε νὰ ὑποκαθιστᾷ τὰ «πιστεύω» τοῦ ἀσθενοῦς του μὲ διαγνωστικὰ κατηγορήματα ἢ

22. Young L. J. - Griffith Ezra E. H., «The Development and Practice of Pastoral Counseling» *Hospital and Community Psychiatry*, 40, (March 1989) 271-276.

23. Greenblatt M., «Mental Health Consultation», in *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Vol. 2, 4th ed. by Caplan, H. I., Sadock. B. J. Baltimore, Williams and Wilkins, 1985.

24. Larson D. B., - Hofmann A. A. - Kessler L. G. et al, «The Couch and the Cloth: the Need for linkage» *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (1989) 1064-1069.

θεραπευτικὲς πρακτικὲς²⁵.

Συμπεράσματα καὶ προτάσεις

Ὅσα ἤδη ἀναφέρθηκαν θὰ μπορούσαν νὰ στηριξοῦν τὴν ἀποψη, ὅτι ἡ συνεισφορὰ τῆς Ἐκκλησίας στὸ χῶρο τῆς προληπτικῆς ψυχιατρικῆς θὰ μπορούσε, ὑπὸ κάποιες προϋποθέσεις, νὰ εἶναι σημαντικὴ.

Πρώτη καὶ βασικὴ προϋπόθεση γιὰ τὴ συνεργασία εἶναι ἀσφαλῶς ἡ ὑπέρβριση τῶν ἀναστολῶν καὶ τῶν ἐξ αὐτῶν συναρτημένων προβλημάτων, ποὺ δὲν δικαιολογοῦνται ἀπὸ τὴ δεοντολογία, τὴν ἐπιστημολογία, ἀλλὰ καὶ τὶς πρακτικὲς ἀνάγκες τῆς ψυχιατρικῆς ἐπιστήμης.

Θὰ θέλαμε πάντως νὰ ὑπογραμμίσουμε —πρὸς ἀποφυγὴ παρεξηγήσεων— ὅτι μὲ κανένα τρόπο δὲν ἐννοεῖται σ' αὐτὸ τὸ κείμενο ἡ ἀπαίτηση νὰ γίνουν ὑποχρεωτικὰ θρησκευόμενοι οἱ ἐπαγγελματίες ψυχικῆς ὑγείας. Πρέπει ὅμως νὰ τονισθεῖ ἀκριβῶς ἡ ἀνάγκη νὰ εἶναι ὄντως ἐπαγγελματίες.

Στὴ φάση ποὺ βρίσκονται τὰ πράγματα στὸν τόπο μας αὐτὴ τὴ στιγμή, ὁ σχεδιασμὸς προγραμμάτων μὲ στόχο τὴν εὐόδωση καὶ ἀξιοποίηση τῆς ἐκκλησιαστικῆς συνεισφορᾶς θὰ μπορούσε νὰ εἶναι ἓνα οὐσιαστικὸ πρῶτο βῆμα καὶ ἴσως, σύμφωνα μὲ τὸ γνωστὸ γνωμικόν, «τὸ ἡμῶν τοῦ παντός». Ὡς βασικοὶ ἄξονες αὐτῶν τῶν προγραμμάτων προτείνονται οἱ ἐξῆς:

α) Ἐκπαίδευση καὶ εὐαισθητοποίηση ἐκκλησιαστικῶν στελεχῶν σὲ θέματα ψυχικῆς ὑγείας.

β) Ἀξιοποίηση τῆς ἤδη ὑπαρχούσης ὑποδομῆς, ποὺ προαναφέρθηκε, γιὰ τὴν προσφορὰ ἀγωγῆς ὑγείας στὸ γενικὸ πληθυσμό.

γ) Σχεδιασμὸς τρόπων γιὰ τὴν ἀμφοτερόπλευρη ἀλλαγὴ στάσεων (attitudes) ἀπέναντι στὴ θρησκεία καὶ τὴν ψυχιατρικὴ ἀντίστοιχα.

δ) Εὐαισθητοποίηση τῶν ἐπαγγελματιῶν ὑγείας καὶ τῶν ἐκκλησιαστικῶν στελεχῶν ἤδη κατὰ τὴ βασικὴ τους ἐκπαίδευση (Ἱατρικὴ Σχολή, Θεολογικὴ Σχολή κ.λπ.).

ε) Ἐμπρακτὴ συνεργασία. Ἐδῶ μπορούμε νὰ ἀναφέρουμε σὰν παράδειγμα τὴν ἐπιτυχῆ συνεργασία τοῦ Κέντρου Ψυχικῆς Ὑγιεινῆς μὲ τὴν Ἱερὰ Μητρόπολη Θηβῶν καὶ Λεβαδείας γιὰ τὴν δημιουργία

25. Committee on Religion and Psychiatry, «Guidelines regarding Possible Conflict between Psychiatrists Religion Commitments and Psychiatric practice». *American Journal Psychiatry*, 147 (1990) 4.

τῆς «Μονάδας Οἰκότροφείου Λιβαδειᾶς», πὸ ἤδη προσφέρει σημαντικό ἔργο στὸν τομέα ἀποϊδρυματισμοῦ, ψυχοκοινωνικῆς ἀποκατάστασης καὶ κοινωνικῆς ἐπανάταξης χρονίως ψυχικὰ πασχόντων ἀσθενῶν, πὸ ἔμειναν γιὰ πολλὰ χρόνια ἐγκλειστοὶ σὲ ψυχιατρικὰ ἄσυλα.

Ἀσφαλῶς γιὰ ὄλ' αὐτὰ ἀπαιτεῖται στενὴ καὶ καλοπροαίρετη συνεργασία καὶ θὰ εἶναι πάντοτε λυπηρὸ νὰ κατακρημνίζονται εὐκαιρίες ποιτικῆς ἀναβάθμισης τῆς ψυχιατρικῆς, ἀλλὰ καὶ τῆς ποιμαντικῆς προσφορᾶς, στὸ χάσμα πὸ ἀνοίγεται ἀνάμεσα στὶς θεολογικὲς καὶ τὶς ψυχιατρικὲς προκαταλήψεις.