

**ΗΜΕΡΙΔΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:**  
**«Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΟ ΠΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΜΥΣΤΗΡΙΟΥ ΤΗΣ**  
**ΙΕΡΑΣ ΕΞΟΜΟΛΟΓΗΣΕΩΣ»**  
**Εισήγηση ΑΙΣ/ΤΑΤΟΥ ΠΡΩΤ. ΑΔΑΜΑΝΤΙΟΥ ΑΥΓΟΥΣΤΪΔΗ, ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ-ΘΕΟΛΟΓΟΥ,**  
**ΛΕΚΤΟΡΑ ΤΗΣ ΘΕΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΘΕΜΑ:**  
**«ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**

Μεγάλο μέρος των προβλημάτων και των επιπλοκών, που παρουσιάζονται όταν ένας πνευματικός καλείται να αντιμετωπίσει στο πλαίσιο της εξομολόγησης αλλά και γενικότερα στην ποιμαντική πράξη άτομα που ταλαιπωρούνται από κάποιο ψυχιατρικό νόσημα, οφείλονται σε ένα σύνολο υποτίθεται αυτονόητων αντιλήψεων σχετικά με την αίτιο-παθογένεια και τη φύση αυτών των παθήσεων. Ωστόσο, πολλά από τα στερεότυπα βάσει των οποίων αντιμετωπίζονται οι εν λόγω ασθενείς αντανακλούν τις προκαταλήψεις και τις στρεβλές αντιλήψεις που επικρατούν γενικότερα γύρω μας και οι οποίες προκαθορίζουν την λανθασμένη ποιμαντική αντιμετώπιση αυτών των δοκιμαζόμενων αδελφών μας. Μερικά από αυτά τα στερεότυπα δεν αντανακλούν μόνο απλοϊκές λαϊκές προκαταλήψεις αλλά κάποτε ερείδονται και σε λανθασμένες θεολογικές αντιλήψεις, οι οποίες άλλοτε εκφράζουν δυτικόφρονες επιρροές και άλλοτε ορθοδοξοφανείς αυθαιρεσίες.

Οφείλουμε, πάντως, να υπογραμμίσουμε εκ προοιμίου, ότι στη σύγχυση συμβάλλουν, επίσης, με καθοριστικό τρόπο η προβληματική ψυχιατρική ορολογία και οι ποικίλες προκαταλήψεις που συναντώνται εντός της ψυχιατρικής κοινότητας.

Μερικές αντιπροσωπευτικές πτυχές όσων εισαγωγικώς αναφέρθηκαν έως εδώ θα προσπαθήσουμε να σκιαγραφήσουμε στη συνέχεια.

Πρώτο σημείο, που χρήζει σχολιασμού, είναι η λανθασμένη αντίληψη ότι τα ψυχιατρικά νοσήματα αφορούν ένα περιορισμένο αριθμό ασθενών μάλλον προχωρημένης ηλικίας. Όμως η γλώσσα των αριθμών είναι αποκαλυπτική: Η σχιζοφρενική ψύχωση, π.χ., αφορά κυρίως τις νεαρές ηλικίες και η συχνότητα της είναι περίπου 1-1,5 % στον γενικό πληθυσμό, ανεξαρτήτως φύλλου, θρησκείας, χώρας ή πολιτισμικών προδιαγραφών. Οι διάφορες μορφές κατάθλιψης κινούνται μεταξύ 4-8 %, ενώ οι επιδημιολογικές καταγραφές στον ελλαδικό χώρο δείχνουν ότι ο αριθμός των ατόμων που αναμένεται να παρουσιάζουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή ανέρχονται στο ποσοστό του 14-18 % στο γενικό πληθυσμό. Με άλλα λόγια σχεδόν 2 στους δέκα εξ ημών είναι δυνατόν να παρουσιάσουμε κάποια ψυχιατρική διαταραχή ενώ σε μια πολυκατοικία των 20-30 διαμερισμάτων αναμένεται να ενοικεί ένας ασθενής με σχιζοφρένεια.

Αν σε αυτές τις μετρήσεις προστεθούν οι αναπόφευκτα συνακόλουθοι παράγοντες, δηλαδή οι συναισθηματικές, κοινωνικές, οικονομικές και οι άλλες πρακτικές επιπτώσεις που συνεπάγεται η χρονιότητα της νόσου, οι νοσηλείες, η αναπηροποίηση του πάσχοντος, η διαταραχή των ενδοοικο-γενειακών σχέσεων όταν στην οικογένεια υπάρχει ένα τέτοιο χρόνιο πρόβλημα και βεβαίως το κοινωνικό στίγμα της νόσου, τότε το σύμπερασμα προκύπτει αβίαστα:

Τα ψυχιατρικά νοσήματα ταλαιπωρούν μεγάλο μέρος του πληθυσμού, κυρίως νέα άτομα, και έχουν πολλαπλές αρνητικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις. Και βέβαια, υπό το κράτος όλης αυτής της δυστυχίας, ο πρώτος στον οποίον οι «κοπιώντες και πεφορτισμένοι» αυτοί αδελφοί μας θα καταφύγουν για να βρουν λύση στα προβλήματα τους είναι ο Ιερέας, δηλαδή η Εκκλησία.

Δεδομένων όσων προαναφέρθηκαν, είναι ευνόητο, ότι οι λανθασμένοι ποιμαντικοί χειρισμοί και συμβουλές αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα αφού αντί να βοηθήσουν είναι δυνατόν να περιπλέξουν και να επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο την κατάσταση.

Η αφετηρία και το υπόστρωμα τέτοιων λαθών είναι η σύγχυση που επικρατεί σχετικά με την αιτιολογία και τη φύση των ψυχιατρικών νοσημάτων και κατά προέκταση της αντιμετώπισης τους στο πλαίσιο της ποιμαντικής πράξης.

Ο απλούστερος και εμφατικότερος τρόπος να υποδείξουμε την αφετηρία ίων στρεβλών αντιλήψεων είναι να καταστήσουμε σαφές, ότι οι ψυχιατρικές παθήσεις δεν είναι ψυχικές παθήσεις, με την έννοια που κατανοείται ο όρος εντός του πλαισίου της θεολογικής μας παραδόσεως αλλά κατ'ουσίαν σωματικές παθήσεις, εντασσόμενες στο ευρύτατο πλαίσιο των ποικίλων νόσων από τις οποίες δοκιμάζεται ο πεπτωκώς άνθρωπος. Η διαφορά τους έγκειται καταρχήν στην αιτιοπαθογένειά τους, στον τρόπο που εκφράζουν τη συμπτωματολογία τους, επηρεάζοντας την ατομική και την κοινωνική συμπεριφορά του πάσχοντος, στις προκαταλήψεις και τις παρερμηνείες που συσσωρεύτηκαν στο πέρασμα των αιώνων διαμορφώνοντας συγκεκριμένες στάσεις απέναντι τους και βέβαια στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζουν σχετικά με τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση.

Δυστυχώς η επικρατούσα επιστημονική ορολογία συντηρεί την σύγχυση καθώς οι καταχρηστικώς και για ιστορικούς λόγους επικρατήσαντες όροι, όπως «Ψυχιατρική», «Ψυχολογία», «ψυχικές νόσου», «ψυχοθεραπεία» κ.ο.κ. είναι ανακριβείς, ανακόλουθοι ως προς την αντιστοιχία σημαίνοντος και σημαινόμενου και εντέλει αναληθείς.

Οφείλουμε να ομολογήσουμε, ότι οι ειδικοί επιστήμονες το γνωρίζουν αυτό και το πρόβλημα απασχολεί την παγκόσμια επιστημονική κοινότητα χωρίς να έχει βρεθεί ικανοποιητική λύση μέχρι σήμερα, παρότι προοδευτικά τροποποιούνται τουλάχιστον οι επιμέρους ονοματοδοσίες με σκοπό την μείωση των παρερμηνειών και την απελευθέρωση τους από αδόκιμες σηματοδοτήσεις. Έτσι σήμερα δεν χρησιμοποιείται πλέον επίσημα ο όρος «μανιοκατάθλιψη» αλλά ο όρος «διπολική συναισθηματική διαταραχή», ο όρος «υστερία» καταργήθηκε και χρησιμοποιείται ο όρος «μετατρεπτική διαταραχή» κ.ο.κ.

Όμως το πρόβλημα της ορολογίας δεν αποτελεί επαρκή δικαιολογία για να διαιωνίζονται φαινόμενα τα οποία εκθέτουν την Εκκλησία και βασανίζουν τους ασθενείς, τις οικογένειες τους και την κοινωνία ευρύτερα.

Η τάση, π.χ., μερικά θεαματικά συμπτώματα, τυπικά της σχιζοφρενικής νόσου, όπως είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις ή η παράδοξη συμπεριφορά, η οποία οφείλεται στο θρησκευτικό ή άλλου τύπου παραλήρημα του ασθενούς, να εκλαμβάνεται ως δαιμονοκατοχή και να αντιμετωπίζεται ως τέτοια, με τραγικές μερικές φορές επιπτώσεις στον ασθενή και την οικογένεια του.

Θα δώσω μερικά παραδείγματα για να γίνει κατανοητό τι εννοώ αναφερόμενος σε τραγικές συνέπειες.

- Α. Αρνούμενοι εμείς την ιατρική φύση του προβλήματος προσφέρουμε άλλοθι και ενισχύουμε την τάση του ασθενούς και των οικείων του να μην παραδεχθούν την ύπαρξη της νόσου και επομένως και της θεραπείας. Η απλούστερη επιπλοκή είναι η παραμέληση του ασθενούς, που μπορεί να μετατρέψει την οξεία κρίση σε χρόνια πρόβλημα, το οποίο απαιτεί νοσηλείες και οδηγεί σε μεγαλύτερη αναπηροποίηση, όταν η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία μπορεί να σημαίνει απλώς τη χορήγηση 1-2 χαπιών ημερησίως και την παραμονή του ασθενούς στο περιβάλλον του. Στη χειρότερη περίπτωση μπορεί να αποδειχθούμε ηθικοί αυτουργοί σε μια απόπειρα αυτοκτονίας, να προσθέσουμε στο στίγμα του ψυχοπαθή το στίγμα του δαιμονισμένου ή να συνεργήσουμε στην απώλεια της εργασίας του.

Δράττομαι της ευκαιρίας να υπογραμμίσω την ευθύνη μας σχετικά με το στίγμα της ψυχικής νόσου. Όταν η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO), με κοινή συμφωνία όλων των υπουργών υγείας των χωρών μελών θέτει ως κεντρικό στόχο της τρέχουσας δεκαετίας σε παγκόσμιο επίπεδο την αντιμετώπιση του στίγματος της ψυχικής νόσου και την καλλίτερη αντιμετώπιση των ψυχιατρικών νοσημάτων και της συνοσηρότητας που αυτά συνεπάγονται με έμφαση στην κατάθλιψη, αναρωτιέμαι αν η φιλόδοξη Ορθόδοξη Εκκλησία είναι δυνατόν να μην προσπαθήσει να συμβάλλει σε αυτή την προσπάθεια ή να επιμείνει σε στάσεις και προσεγγίσεις αντίθετες.

- Β. Η λανθασμένη ερμηνεία της φύσης και της αιτιολογίας της ψυχιατρικής νόσου οδηγεί σε αυθαίρετες παρεμβάσεις. Π.χ., ανταποκρινόμενος σε παράπονα του εξομολογουμένου, ότι ο γιατρός δεν είναι πιστός ή ότι η θεραπεία δημιουργεί δυσκολίες στη προσευχή ή στην πνευματική ζωή, ο πνευματικός υπερβαίνει τα όρια της δικαιοδοσίας του, αναμειγνύεται σε ιατρικά θέματα και δίνει, οδηγίες διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής, υπονομεύει τη θεραπευτική σχέση ιατρού-ασθενούς που με πολύ κόπο και δυσκολίες η οικογένεια κατάφερε να εγκαταστήσει ή στην καλύτερη περίπτωση προτείνει την διακοπή της θεραπείας από τον ψυχίατρο και την παραπομπή σε νευρολόγο ώστε η θεραπεία να είναι μόνο φαρμακευτική και να μην πειράξει την ψυχή του ασθενούς!

- Γ. Ένα άλλο σοβαρό πρόβλημα είναι οι «θεραπευτικές» προτάσεις που αντανακλούν κυρίως λαϊκές δοξασίες και είναι επιστημονικά αδόκιμες, όπως «παντρέψου και θα σου περάσει», ευοδώνοντας ή προωθώντας γάμους μεταξύ ψυχωσικών ασθενών με συχνά δραματικές εξελίξεις. Σημειώστε μόνο, ότι η πιθανότητα να γεννηθεί ένα παιδί με σχιζοφρένεια φθάνει το 65-75 % όταν νοσούν και οι δύο γονείς.

- Δ. Γάλλο σοβαρό πρόβλημα είναι η σύγχυση μεταξύ της θεραπευτικής αξίας της εξομολόγησης και της ψυχοθεραπείας.

Είναι σαφές, ότι καμία ανθρώπινη «ψυχο»-θεραπευτική μέθοδος δεν μπορεί να θεωρηθεί υποκατάστατο της Ιεράς Εξομολόγησης ούτε η Ιερά Εξομολόγηση επιτρέπεται να ευτελίζεται, κατανοούμενη και χρησιμοποιούμενη ως εναλλακτική θρησκευτικού τύπου «ψυχο»-λογική θεραπεία. Ακόμα και όταν κάποιος χρειάζεται και τις δύο, δεν πρέπει να γίνεται «σύγχυση μεταξύ τους». Άλλωστε, καμία ανθρώπινη μέθοδος δεν μπορεί να θεραπεύσει την αιτία του κακού, τη ρίζα της ανθρώπινης νοσηρότητας, δηλαδή την αμαρτία, αφού δεν έχει ούτε την εξουσία, ούτε το δικαίωμα, ούτε και τη δυνατότητα του «δεσμεϊν και λύειν», του «αφιέναι αμαρτίας».

Δεδομένου, όμως, ότι πολύ συχνά ζητούν τη συμβουλή του πνευματικού άνθρωποι με σοβαρά «ψυχο»-λογικά προβλήματα, είναι σημαντικό ο ιερέας να μπορεί να αναγνωρίσει εκείνα τα σημεία που υποδεικνύουν την παρουσία «ψυχο»-παθολογίας, με την ιατρική έννοια του όρου, και να υποδεικνύει την ανάγκη ιατρικής βοήθειας.

Και σε αυτή την περίπτωση, ο ιερέας δεν είναι ορθό με κανέναν τρόπο να αποποιείται τον ρόλο του ως πνευματικού. Όταν, δηλαδή, ο ιερέας βρίσκεται ενώπιον τέτοιων προβλημάτων δεν αποπέμπει τον εξομολογούμενο. Απλώς τον παραπέμπει στον κατάλληλο ειδικό επιστήμονα για το πρόβλημα της υγείας του, ενώ ο ίδιος συνεχίζει να ασκεί το διακόνημα της πνευματικής πατρότητας, δεδομένου ότι και ο πλέον διαταραγμένος «ψυχο»-ιατρικός ασθενής χρήζει πνευματικής καθοδήγησης και πάνω από όλα έχει ανάγκη των ιαματικών μέσων της Εκκλησίας.

Άλλο η ανακούφιση των οδυνηρών συνεπειών της φθοράς των «δερματίνων χιτώνων» του ανθρώπου και άλλο η υπαρξιακή του αποκατά-στάση στο «άρχαιον κάλλος» της «κατ' εικόνα και καθ' ομοίωσιν» του Θεού δημιουργίας του.

Οπωσδήποτε, όμως, πρέπει να είναι σαφές, ότι δεν είναι δουλειά του ιερέα να παριστάνει τον ψυχολόγο ή του ψυχοθεραπευτή να παριστάνει τον ιερέα. Και βέβαια δεν μπορούμε να απαιτήσουμε να γίνουν υποχρεωτικά θρησκευόμενοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Πρέπει όμως να τονιστεί ακριβώς η ανάγκη να είναι όντως επαγγελματίες, Υπενθυμίζω, ότι η «Επιτροπή θρησκείας και Ψυχιατρικής» «Committee on Religion and Psychiatry» της «Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας» («American Psychiatric Assosiation», «APA») έχει δημοσιεύσει μια λίστα οδηγιών προς αποφυγή φαινόμενων κακής ιατρικής πράξης, σε περιπτώσεις θρησκευόμενων ασθενών. Τα κύρια σημεία αυτών των κατευθυντήριων γραμμών είναι τα εξής:

α) Ο ψυχίατρος οφείλει να σέβεται τα «πιστεύω» των ασθενών του.  
β) Δεν επιτρέπεται στον θεραπευτή να επιβάλλει δικές του θρησκευτικές, αντιθρησκευτικές ή ιδεολογικές πεποιθήσεις, ούτε να υποκαθιστά τα «πιστεύω» του ασθενούς του με διαγνωστικά κατηγορήματα ή θεραπευτικές πρακτικές.

Επομένως, το πρόβλημα στη συνεργασία ιερέα-ψυχιάτρου δεν είναι τόσο ο πιστός ή ο άπιστος γιατρός όσο ο σωστός και επιστημονικά δόκιμος θεραπευτής.

Ο χρόνος δεν μου επιτρέπει να επεκταθώ περισσότερο. Ολοκληρώνοντας την κατ' ανάγκη αποσπασματικού χαρακτήρα εισήγησή μου θα ήθελα να σταθώ σε τρία πρακτικού χαρακτήρα σημεία:

A. Όταν κατά την αντιμετώπιση προβλημάτων αισθάνεται ο πνευματικός ότι αυτά ξεπερνούν αυτά που γνωρίζει, και εφόσον το σφάλειν είναι ανθρώπινο, είναι καλύτερα να σφάλουμε επί του ασφαλούς. Τούτο σημαίνει να μην βιαζόμαστε να δώσουμε κατευθύνσεις, όταν δεν έχουμε σαφή κατανόηση του τι συμβαίνει και όταν είναι ανάγκη να παραπέμπουμε σε κάποιον ειδικό για το ιατρικό μέρος του προβλήματος.

B. Να εξασκηθούμε σε αυτό «που οι γιατροί ονομάζουν διαφορική διαγνωστική, δηλαδή πριν καταλήξουμε σε μια διάγνωση να σκεφθούμε όλα τα πιθανά ενδεχόμενα και, όταν χρειάζεται να συγκεντρώσουμε περισσότερα στοιχεία ή και να συμβουλευθούμε κάποιον εμπειρότερο ή ειδικότερο σε τέτοια ζητήματα.

Γ. Χωρίς να αποκλείουμε την δαιμονική διάσταση να είναι αυτό η τελευταία και όχι η πρώτη διαγνωστική σκέψη. Κατά προέκταση και οι θεραπευτικές μας προτάσεις οφείλουν να εξαντλούν όλα τα άλλα πνευματικά και ιατρικά θεραπευτικά μέσα και όχι να χρησιμοποιούνται αβασάνιστα και σε κάθε περίπτωση οι εξορκισμοί.

Τελειώνοντας, επιτρέψτε μου να υπενθυμίσω, ότι οι νέες επιστήμες της ψυχιατρικής και της ψυχολογίας ανδρώθηκαν υπό συνθήκες και προδιαγραφές, οι οποίες εμπεριέχουν εγγενείς αντιθέσεις.

Τούτο, όμως, δεν νομιμοποιεί την αποφυγή του διαλόγου της Θεολογίας μαζί τους και την αξιοποίηση όσων θετικών μπορεί να προκύψουν από αυτή τη συνάντηση. Αντιθέτως, η Θεολογία έχει χρέος να σέβεται και να αξιοποιεί επωφελώς ό,τι δεν αντιτίθεται «τη εντολή του Κυρίου» και μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο εργαλείο στα χέρια αυτών που θα κληθούν να αξιοποιήσουν τους καρπούς αυτού του διαλόγου.