

Οδηγός
Επίγνωσης
της Πολιτισμικής
Ετερότητας

Κατανοώντας
την πολιτισμική ετερότητα
στην ψυχική υγεία

2002 West Australian Transcultural Mental Health Centre, The Royal Australian College of General Practitioners WA Research Unit,

Commonwealth Department of Health and Ageing and Multicultural Mental Health Australia.

Αυτή η εργασία προστατεύεται από copyright. Μπορεί να αναπαραχθεί στο σύνολό της ή εν μέρει για λόγους μελέτης ή εκπαίδευσης υπό την προϋπόθεση να γίνεται αναφορά στην πηγή και να μην χρησιμοποιηθεί για εμπορικούς λόγους ή με σκοπό την πώληση. Αναπαραγωγή για λόγους διαφορετικούς από τους προαναφερθέντες απαιτεί τη χορήγηση σχετικής άδειας.

ISBN 0 9581735 0 8



Αυτός ο οδηγός χρηματοδοτήθηκε από το Commonwealth Department of Health and Ageing στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για την Ψυχική Υγεία μέσω του Australian Transcultural Mental Health Network (τώρα Multicultural Mental Health Australia).



Την ευθύνη της ελληνικής έκδοσης του Οδηγού Επίγνωσης της Πολιτισμικής Ετερότητας έχει το Κέντρο Ημέρας "Βαβέλ" (μονάδα ψυχικής υγείας για μετανάστες) της "Συνειρμός-ΑμΚΕ Κοινωνικής Αλληλεγγύης".

Μετάφραση: Ναυσικά Τσιπά, Κατερίνα Οικονόμου

Διορθώσεις: Σπύρος Κουλοχέρης

Επιστημονική επιμέλεια ελληνικής έκδοσης: Νίκος Γκιωνάκης

Αθήνα 2010

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	4.
Πρόλογος	5.
Πρόλογος στην ελληνική έκδοση	6
Σχετικά με τον οδηγό	9.
Τι είναι η “ψυχική ασθένεια”;	10.
Η επίδραση της κουλτούρας	12.
Ψυχική υγεία και ψυχική ασθένεια σε πολιτισμικά διαφορετικές κοινότητες	16.
Πεποιθήσεις σχετικά με τις αιτίες της ψυχικής ασθένειας	18.
Πώς η πολιτισμική ετερότητα επηρεάζει τη διαχείριση της ψυχικής ασθένειας	22.
Διερευνώντας ερμηνευτικά μοντέλα	25.
Ζητήματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διαπολιτισμική κλινική συμβουλευτική	29.
Η χρήση του Οδηγού Επίγνωσης της Πολιτισμικής Ετερότητας	32.
Κλινική διατύπωση ψυχιατρικής διάγνωσης: Μελέτη κλινικής περίπτωσης	36.
Πολιτισμική ικανότητα στη φροντίδα της ψυχικής υγείας	64.
Επικοινωνώντας αποτελεσματικά	66.
Συνεργασία με διερμηνείς	71.
Πρόσβαση σε ειδικές υπηρεσίες	75.
Βιβλιογραφικές αναφορές	76.

ΔΙΑΝΕΜΕΤΑΙ ΔΩΡΕΑΝ

Ευχαριστίες

Το έργο αυτό χρηματοδοτήθηκε μέσω επιχορήγησης από την Εθνική Στρατηγική Ψυχικής Υγείας (Commonwealth Department of Health and Ageing) διαμέσου του Australian Transcultural Mental Health Network, (τώρα: Multicultural Mental Health Australia).



Επικεφαλής ερευνητές:

Dr Bernadette Wright, Ανώτερος Κλινικός Ψυχολόγος, West Australian Transcultural Mental Health Centre; Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Faculty of Communications, Health & Science, Edith Cowan University, Western Australia

Dr Rosie Rooney, Επικουρη Καθηγήτρια, School of Psychology, Curtin University of Technology

Dr Pradeep Jayasuriya, Διευθυντής, Royal Australian College of General Practitioners WA Research Unit

Στελέχη έρευνας:

Ms Elizabeth Seah

Dr Farida Tilbury

Συγγραφείς:

Seah E, Tilbury F, Wright B, Rooney R, Jayasuriya P

Συμβουλευτική Επιτροπή:

Dr Geetha Mendis, Ψυχίατρος • Dr Tony Barr, Γενικός Γιατρός • Ms Sofie Jasinski, Ethnic Disability Advocacy Centre • Ms Maria Gaglia, Εκπρόσωπος Καταναλωτών • Mr Michael O'Hara, GlaxoSmithKline • Dr Duane Pennebaker, Centre for Mental Health Services Research Inc.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνονται σε όσους βοήθησαν την επανεξέταση των διαφόρων προσχεδίων αυτού του έργου.



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στην προσπάθειά τους να εξυπηρετήσουν ανθρώπους από διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά περιβάλλοντα, όσοι παρέχουν υπηρεσίες υγείας καλούνται να υιοθετούν μια “πολιτισμικά κατάλληλη” ή “πολιτισμικά ευαίσθητη” προσέγγιση για την εκτίμηση, τη διάγνωση και τη διαχείριση των ανθρώπων που εξυπηρετούν. Πολλές φορές όμως, παρά την αναγνώριση αυτής της επιτακτικής ανάγκης, οι στρατηγικές για σταθερή αλλαγή των πρακτικών όσων παρέχουν υπηρεσίες υγείας έχουν αποδειχτεί αναποτελεσματικές.

Ο Οδηγός Επίγνωσης της Πολιτισμικής Ετερότητας (ΟΕΠΕ) έγινε με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται από τις υπηρεσίες υγείας. Αυτός ο οδηγός, προερχόμενος από το πετυχημένο “Checklists for Cultural Assessment” που δημιουργήθηκε από το Queensland Health Department, αποσκοπεί στην παροχή γενικής καθοδήγησης στους ειδικούς για τη διαχείριση ατόμων με ψυχική ασθένεια με πολιτισμικά πιο ευαίσθητο τρόπο. Στο σύνολό του, ο ΟΕΠΕ μπορεί να καθοδηγήσει τους ειδικούς στην εκμείευση και κατανόηση των προβλημάτων που παρουσιάζουν άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά περιβάλλοντα, ενώ παράλληλα να κάνουν τη διερεύνηση με πολιτισμικά ευαίσθητο τρόπο.

Μετά από ένα διάστημα που ήταν απαραίτητο για την κατανόηση της χρήσης του, ο οδηγός χορηγήθηκε πιλοτικά σε διαφορετικές ομάδες απασχολούμενων στους τομείς υγείας και ψυχικής υγείας. Προορίζεται για χρήση από ευρύ φάσμα κλινικών, συμπεριλαμβανομένων των ψυχιάτρων, των κλινικών ψυχολόγων, των γενικών γιατρών, των κοινωνικών λειτουργών, των νοσηλευτών ψυχικής υγείας και των εργοθεραπευτών. Έχουμε επίγνωση ότι πολλοί ειδικοί ίσως να προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά περιβάλλοντα, παρ' όλα αυτά ελπίζουμε ότι αυτό το υλικό μπορεί να φανεί χρήσιμο στην παροχή μιας γενικής γνώσης και κατανόησης των επιρροών που ασκεί η κουλτούρα.



ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

Τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των μεταναστών στην Ελλάδα αυξάνει συνεχώς. Οι μονάδες υγείας και ψυχικής υγείας γίνονται αποδέκτες αιτημάτων φροντίδας που απαιτούν νέες δεξιότητες, γνώσεις και ιδιότητες από μεριάς των εργαζομένων στο σύστημα της περίθαλψης. Είναι δεξιότητες, γνώσεις και ιδιότητες που σχετίζονται με την έννοια της *πολιτισμικής ικανότητας* (cultural competence). Η εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας και ψυχικής υγείας, καθώς και των εργαζομένων στη δημόσια υγεία εν γένει, με την έννοια αυτή (και τις αντίστοιχες εφαρμογές) θεωρείται σήμερα απαραίτητη. Η πολιτισμική ικανότητα αποτελεί προϋπόθεση προκειμένου να καταστεί δυνατή η παροχή κατάλληλων υπηρεσιών σε άτομα και ομάδες διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης τα οποία υπό διαφορετικό καθεστώς (οικονομικοί μετανάστες, πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο, χωρίς χαρτιά) διαμένουν πρόσκαιρα ή μόνιμα στη χώρα μας.

Ειδικά στην ψυχική υγεία η ανάγκη απόκτησης της πολιτισμικής ικανότητας (η οποία εννοείται ως ικανότητα διαχείρισης των διαφορών που προκύπτουν από τις καθημερινές αλλαγές, δηλαδή ως ικανότητα διαχείρισης του αγνώστου) είναι ακόμη πιο επιτακτική: τόσο η κουλτούρα όσο και το καθεστώς διαμονής ενός αλλοδαπού στη χώρα μας συνιστούν παράγοντες που επηρεάζουν το βίωμα, την εκδήλωση και την έκφραση της ψυχικής διαταραχής και του θεραπευτικού αιτήματος.

Το Κέντρο Ημέρας “Βαβέλ”, μονάδα ψυχικής υγείας για μετανάστες που λειτουργεί από το 2007 στο πλαίσιο του προγράμματος “Ψυχαργώς”, αναγνωρίζοντας αυτή την ανάγκη ανέλαβε την πρωτοβουλία να εκδώσει στην ελληνική γλώσσα το Cultural Awareness Tool, κάνοντας τις απαιτούμενες προσαρμογές. Η μετάφραση έγινε από τις φοιτήτριες ψυχολογίας κκ. Ναυσικά Τσιπά και Κατερίνα Οικονόμου, κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης στο “Βαβέλ”. Τις διορθώσεις ανέλαβε ο δικηγόρος, συντονιστής της ομάδας νομικής υποστήριξης του Ελληνικού

Συμβουλίου για τους Πρόσφυγες, κ. Σπύρος Κουλοχέρης. Ελπίζουμε το τελικό αποτελέσματα να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο που θα βοηθά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να προσεγγίζουν με πολιτισμική ευαισθησία ανθρώπους οι οποίοι προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια και αναζητούν ψυχολογική ή ψυχιατρική βοήθεια.

Ανεξάρτητα από το κατά πόσο ο αναγνώστης συμφωνεί ή διαφωνεί με την προτεινόμενη προσέγγιση, είναι βέβαιο πως το ανά χείρας βοήθημα δίνει ερεθίσματα για προβληματισμό και μάλιστα σε ένα πεδίο (της διαπολιτισμικής ψυχιατρικής) που στη χώρα μας είναι ακόμη σχετικά άγνωστο.

Νίκος Γκιωνάκης, επιστ. υπεύθυνος Κέντρου Ημέρας "Βαβέλ"





ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΔΗΓΟ

Αυτός ο οδηγός, αν και δεν φιλοδοξεί να οδηγήσει στην πλήρη κατανόηση όλων των πλευρών της πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας, προορίζεται να λειτουργήσει ως πρώτο βήμα στην ανάπτυξη της πολιτισμικής ικανότητας και κατανόησης. Βασιζόμενοι στη χρήση του οδηγού, η ελπίδα μας είναι ότι οι ειδικοί της υγείας και της ψυχικής υγείας θα αναπτύξουν την γνώση τους προς την πλευρά μιας πολιτισμικά ευαίσθητης φροντίδας.

Ο οδηγός περιλαμβάνει ερωτήσεις προορισμένες στην εκμείευση του ερμηνευτικού μοντέλου που έχει επινοήσει ο εξυπηρετούμενος για την ασθένειά του και του κατά πόσο το πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενή επηρεάζει τις ελπίδες του και τη συμπεριφορά του σχετικά με την ασθένειά του. Περιλαμβάνονται επίσης ερωτήσεις σχετικά με το πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενούς.

Μια μελέτη περίπτωσης περιγράφει τους τρόπους μέσω των οποίων η κουλτούρα επηρεάζει όλες τις πτυχές της ασθένειας και της φροντίδας της. Επισημαίνονται αρκετά σημεία αναφορικά με ζητήματα που μπορεί να είναι σημαντικά για εξυπηρετούμενους από γλωσσικά και πολιτισμικά διαφορετικά υπόβαθρα.

Αυτό το εγχειρίδιο περιλαμβάνει ακόμη γενικές πληροφορίες σχετικές με την αλληλεπίδραση με έναν εξυπηρετούμενο διαφορετικού πολιτισμικού υποβάθρου σε συνεργασία με διερμηνέα.

Αν και δεν περιμένουμε να συλλάβουμε την πολυπλοκότητα της κουλτούρας σε αυτή τη μικρή εργασία, ελπίζουμε ότι ο οδηγός θα αποτελέσει ένα βήμα στην κατεύθυνση της βελτίωσης της πολιτισμικής ικανότητας των ειδικών ψυχικής υγείας.



ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η “ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ”;

Η ψυχική ασθένεια έχει περιγραφεί από το DSM-IV (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 1994) ως “κλινικώς σημαντικά ψυχολογικά ή συμπεριφορικά σύνδρομα ή patterns που παρατηρούνται σε άτομα”.

Οι ακόλουθοι παράγοντες είναι δυνατό να συσχετιστούν με ψυχικές ασθένειες:

- Ψυχική καταπόνηση (π.χ., να αισθάνεται κάποιος μεγάλη θλίψη ή έντονο άγχος), ή/και
- Ανικανότητα (προβλήματα στις οικογενειακές σχέσεις ή στην εργασία), ή/και
- Αυξημένη αίσθηση πόνου, ανικανότητας, έλλειψης ελευθερίας, θανάτου ή οδύνης.

Η ψυχική ασθένεια πρέπει να είναι μια απάντηση που δεν θεωρείται “φυσιολογική” εντός της κουλτούρας του πάσχοντος (π.χ., αίσθημα θλίψης μετά το θάνατο αγαπημένου προσώπου) και να θεωρείται ως ψυχολογική, βιολογική ή συμπεριφορική δυσλειτουργία του ατόμου.

Σύμφωνα με το DSM-IV, ευρύ φάσμα προβλημάτων ταυτίζονται με την ψυχική ασθένεια. Τα πιο συνήθη περιλαμβάνουν :

- Άγχος (π.χ., αγοραφοβία, μετατραυματική αγχώδης διαταραχή)
- Διαταραχές διάθεσης (π.χ., κατάθλιψη)
- Διαταραχές προσωπικότητας
- Ψυχωτικές διαταραχές (που συνεπάγονται έλλειψη επαφής με την πραγματικότητα) όπως η σχιζοφρένεια.





Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΟΥΛΤΟΥΡΑΣ

Τι ακριβώς εννοούμε με τη λέξη “κουλτούρα”; Σύμφωνα με τον Chrisman, η κουλτούρα “..εφοδιάζει τους ανθρώπους με τρόπους μέσα από τους οποίους βρίσκουν νόημα στη ζωή, βοηθώντας να δίνουν περιεχόμενο στις σκέψεις, τις συμπεριφορές και τα γεγονότα και επιτρέποντας να διατυπώνουν υποθέσεις για τη ζωή και την κατεύθυνση που θα πρέπει να πάρει” (Chrisman, 1991).

- Όλοι οι άνθρωποι είναι πολιτισμικά όντα.
- Η κουλτούρα επηρεάζει τα πρότυπα, τις αξίες και τις συμπεριφορές όλων των ανθρώπων.
- Η κουλτούρα επηρεάζει το πώς οι άνθρωποι καταλαβαίνουν, ερμηνεύουν και αποκρίνονται στον εαυτό τους, στους άλλους και στον κόσμο γύρω τους.
- Εξαιτίας της κουλτούρας, όλοι οι άνθρωποι τείνουν να είναι εθνοκεντρικοί.
- Παρά την ισχύ των πολιτισμικών επιρροών, τα άτομα μέσα σε κάθε κουλτούρα θα ποικίλλουν σε σημαντικό βαθμό.

Για όσους εργάζονται με ανθρώπους από άλλες κουλτούρες είναι ιδιαίτερα σημαντικό να προσπαθήσουν να ξεπεράσουν την ιδέα του εθνοκεντρισμού.

Το οικουμενικό φαινόμενο του εθνοκεντρισμού συντελείται όταν όλες οι μορφές συμπεριφοράς και δράσης κρίνονται βάσει των δεδομένων της κουλτούρας καθενός. Για παράδειγμα, πολλοί Δυτικοί δεν καταλαβαίνουν γιατί κάποιες Μουσουλμάνες καλύπτουν ολόκληρο το σώμα, τα μαλλιά και το πρόσωπό τους. Τέτοιες ενέργειες αντιμετωπίζονται ως “περίεργες”,

αναχρονιστικές ή καταπιεστικές. Αυτό είναι ένα παράδειγμα κρίσης που βασίζεται στα κριτήρια μιας συγκεκριμένης κουλτούρας.

Όταν τα άτομα μιας κουλτούρας τυχάνει να ζουν σε διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο, μια από τις τέσσερις παρακάτω διεργασίες μπορεί να παρατηρηθεί: εναρμόνιση, αφομοίωση, διαχωρισμός ή περιθωριοποίηση (Berry, 1997).

Στην αλληλεπίδραση με άτομα από Γλωσσικά και Πολιτισμικά Διαφορετικού (ΓΠΔ) υπόβαθρου είναι ζωτικής σημασίας να μην εικάζουμε κάποιο συγκεκριμένο βαθμό επιπολιτισμού ή αφομοίωσης.

Εναρμόνιση: συντηρώντας τις αξίες και τις πεποιθήσεις της ομάδας του, αποκτά σε ένα βαθμό και αυτές της ευρύτερης κοινωνίας υποδοχής.

Αφομοίωση: καμία διατήρηση της ταυτότητας της ομάδας προέλευσης και καθημερινή προσπάθεια επαφής με άλλους πολιτισμούς.

Διαχωρισμός: η διατήρηση της κουλτούρας της ομάδας προέλευσης και η αποφυγή επαφής με άλλες κουλτούρες.

Περιθωριοποίηση: κάθε επαφή αποφεύγεται, είτε με την ομάδα προέλευσης είτε με άλλες κουλτούρες.

Ένα άτομο θα βιώσει κάθε διεργασία σε διαφορετικό βαθμό, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές. Οι μετανάστες και οι απόγονοί τους στην Ευρώπη μπορεί να βιώσουν την εμπειρία του επιπολιτισμού σε διαφορετικό βαθμό. Υπάρχουν κάποια στοιχεία που μας κάνουν να θεωρούμε ότι η εναρμόνιση είναι η διεργασία που είναι πιο πιθανό να συνδέεται με καλή κατάσταση υγείας (Berry, 1997) παρότι αυτό μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τα πολιτισμικά πλαίσια.

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε ότι δεν είμαστε καρικατούρες, στερεοτυπικές απλοποιήσεις των κύριων πτυχών της πολιτισμικής μας προέλευσης.

Είναι σκόπιμο να έχουμε υπόψη μας τις παγίδες που τυχόν εγκυμονούν όταν διατυπώνουμε υποθέσεις για την πολιτισμική επίδραση. Κάθε προσπάθεια να περάσει κάποιος από ένα χαμηλότερο επίπεδο πολιτισμικής ενημερότητας σε ένα ανώτερο υποκρύπτει τον κίνδυνο δημιουργίας στερεοτύπων για ανθρώπους από διαφορετικές εθνικές ομάδες (Carillo,

1999). Τα στερεότυπα αφορούν εικασίες για τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου βάσει ενός απλουστευμένου χαρακτηρισμού της κουλτούρας τους.

Σε κάθε κουλτούρα τα άτομα διαφέρουν σημαντικά μεταξύ τους -μπορεί να υιοθετούν αξίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορές λόγω ιδιοσυγκρασίας που είναι ασυνήθιστα για το πολιτισμικό τους πλαίσιο.

Είναι εύκολο να αγνοήσει κανείς την επιρροή της τάξης ή του κοινωνικοοικονομικού καθεστώτος στις συμπεριφορές, τις πεποιθήσεις και τις δράσεις, αλλά οι ταξικές διαφορές στην ίδια κουλτούρα είναι συχνά πιο ευδιάκριτες απ' ό,τι οι διαφορές μεταξύ πολιτισμών.

Οι κουλτούρες από μόνες τους δεν είναι ποτέ στατικές. Υφίστανται αλλαγές καθώς μεταβάλλεται και η τεχνολογία, επίσης εξωτερικές επιρροές, όπως η δορυφορική τηλεόραση, και εσωτερικές, όπως η μετανάστευση. Γενικεύσεις σχετικά με τις κουλτούρες, αν και μπορεί να αποτελέσουν χρήσιμη πληροφορία, δεν πρέπει ποτέ να θεωρηθεί ότι εφαρμόζονται σε όλους με τον ίδιο τρόπο.





ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΕ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ

Στις ημέρες μας, η διαχείριση της ψυχικής υγείας και της ψυχικής ασθένειας σε ΓΠΔ κοινότητες στερείται πολιτισμικής επίγνωσης και ευαισθησίας (Kleinman et al., 1987; Castillo, 1997; Rooney et al., 1997; Blingnault et al., 1998; Ridley et al., 1998). Αυτό ισχύει για όσους έχουν βιώσει την εμπειρία της ψυχικής νόσου όπως και για τα κοντινά πρόσωπα του πάσχοντα (Lefley, 1989, 1985; Guarnaccia and Parra, 1996; Aranda & Knight, 1997; Finley, 1999; Kokanovic et al., 2001; Rooney et al., 2000). Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πώς ορίζονται οι έννοιες “ψυχική υγεία” και “ασθένεια” που χρησιμοποιούνται σε αυτό το βιβλίο καθώς και τους “κρίσιμους παράγοντες” που ενδεχομένως αποτελούν τους λόγους για τους οποίους παρουσιάζονται προβλήματα στους ΓΠΔ ασθενείς.

Μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στην ψυχική υγεία ενσωματώνει όλους εκείνους τους παράγοντες που είναι δυνατό να συμβάλουν στην καλύτερη ρύθμιση και αίσθηση ευεξίας στα άτομα ή στις ομάδες ατόμων. Σε ένα ΓΠΔ πλαίσιο μπορούμε να λάβουμε υπόψη μας έναν αριθμό παραγόντων που μπορεί να είναι ιδιαίτερης σημασίας για την ψυχική υγεία των ατόμων ή των κοινωνιών. Αυτοί περιλαμβάνουν:

- Την περίοδο που προηγείται της μετανάστευσης
- Τη διαδικασία προσαρμογής
- Απόκριση στους ψυχοπνευματικούς παράγοντες της κυρίαρχης κοινωνίας.

Αυτοί οι παράγοντες αποτελούν εν δυνάμει περιβαλλοντικές πηγές άγχους και σύγκρουσης που μπορεί να συντελέσουν στην εκδήλωση και βίωση της ψυχικής ασθένειας.





ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΙΣ ΑΙΤΙΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η ψυχική νόσος θεωρείται ότι προκαλείται από πολλά διαφορετικά πράγματα, συμπεριλαμβανομένων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων αλλά και της μετανάστευσης καθώς και πολιτισμικών και θρησκευτικών λόγων. Κάποιοι ειδικοί επισήμαναν τους παράγοντες και τις απόψεις που ακολουθούν :

Βιολογικοί παράγοντες:

- Κληρονομικότητα
- Μεταδοτικότητα

Ψυχολογικοί παράγοντες:

- Έλλειψη προσωπικών πόρων (π.χ., ενέργεια)
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Έλλειψη αυτοπεποίθησης
- Προσωπικότητα και ιδιοσυγκρασία
- Απογοήτευση λόγω αδυναμίας έκφρασης
- Αρνητικές σκέψεις
- Κατάθλιψη συνδεδεμένη με άγχος
- Αρνητική συμπεριφορά
- Μοναχικότητα (απομόνωση)

- Αίσθημα ανεπάρκειας στον επαγγελματικό τομέα

Κοινωνικοί/μεταναστευτικοί παράγοντες -πριν την άφιξη:

- Άγχος κατά την προετοιμασία μετακίνησης, η ίδια η διαδικασία, η αναζήτηση ασύλου και η διαδικασία αναζήτησης στέγης
- Πόλεμος και πολιτική αστάθεια
- Βασανιστήρια και σωματική κακοποίηση
- Άσκηση ψυχολογικής βίας (προσηλυτισμός)

Παράγοντες κατά τη διάρκεια της μετακίνησης:

- Οι ψυχοπαιστικές συνθήκες στους καταυλισμούς προσφύγων
- Άγχος λόγω του ταξιδιού ως πρόσφυγες

Κοινωνικοί/μεταναστευτικοί παράγοντες -μετά την άφιξη:

- Έλλειψη αποδοχής στη χώρα υποδοχής
- Αντικοινωνική και παράνομη συμπεριφορά
- Άγχος από την μεταναστευτική διαδικασία
- Αλλαγή στον τρόπο ζωής και στην κοινωνικο-οικονομική κατάσταση
- Ανεργία
- Φυλετικές διακρίσεις
- Υποστήριξη της οικογένειας στην πατρίδα
- Άγχος για τα οικονομικά
- Άγχος αποχωρισμού από τα μέλη της οικογένειας στην πατρίδα ή σε άλλες χώρες
- Αλκοόλ και ναρκωτικά

- Οικογενειακή δυσλειτουργία
- Δυσaréσκεια για τους ηλικιωμένους
- Άρνηση της πολιτισμικής προέλευσης και της επαφής με την κοινωνία. Η έλλειψη στήριξης και το άγχος που συνεπώς προκαλείται μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη της ψυχικής ασθένειας.

Πολιτισμικοί και θρησκευτικοί παράγοντες:

- Κακά πνεύματα
- Μοίρα, ο νόμος της αιτιότητας
- Μετανάστευση (ν' αφήσει κανείς το χωριό, την πόλη ή τη γη του)
- Κακές πράξεις
- Αδιάφορη κοινότητα
- Βασανιστήρια και τραύματα στην πατρίδα ή στους καταυλισμούς
- Πολιτιστική αποξένωση
- Γλωσσικοί φραγμοί
- Ο ρόλος της γυναίκας στην κοινωνία (π.χ., απομόνωση και κακοποίηση)

Ενώ κάποιοι παράγοντες από αυτούς δεν έχουν αρνητικό περιεχόμενο (π.χ., κοινωνικοί παράγοντες που προκαλούν άγχος όπως η μετανάστευση, η πολιτισμική αποξένωση, η απώλεια της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και οι γλωσσικοί φραγμοί), άλλοι (μία ασθένεια, κακά πνεύματα, η μοίρα) συνδέονται αρνητικά σε διάφορες βαθμίδες για αυτούς που ζουν με μια ψυχική ασθένεια, όπως :

- Η ψυχική ασθένεια οφείλεται στις κακές πράξεις του ατόμου
- Η ψυχική ασθένεια είναι αποτέλεσμα επονείδιστης συμπεριφοράς
- Η ψυχική ασθένεια προκύπτει ως αποτέλεσμα από την προηγούμενη κακή ζωή ενός προγόνου. Κάποιοι δηλαδή πιστεύουν

ότι οι πρόγονοι έχουν κάνει κάτι κακό στη ζωή τους το οποίο πληρώνει η τρέχουσα γενιά.

- Η ψυχική ασθένεια είναι αποτέλεσμα της κακής μοίρας
- Η ψυχική ασθένεια προκαλείται από κακά πνεύματα
- Η ψυχική ασθένεια είναι μεταδοτική
- Η αναφορά και μόνο στην ψυχική ασθένεια μπορεί να την προκαλέσει
- Αν βοηθήσεις κάποιον πάσχοντα, εσύ ή/και η οικογένειά σου θα αντιμετωπιστείτε ως εάν ήσασταν οι ίδιοι ασθενείς
- Συχνά η οικογένεια θεωρείται η προέκταση του ατόμου άρα οι στάσεις και οι συμπεριφορές απέναντι σε κάποιον πάσχοντα απευθύνονται και στην οικογένειά του

Οι παραπάνω απόψεις μπορεί να εμποδίσουν την αποδοχή των πληροφοριών σχετικά με τον ψυχικά πάσχοντα ή την ψυχική νόσο. Ενθαρρύνουν τους ανθρώπους να κατηγορούν όσους πάσχουν και τους αντιμετωπίζουν ως αδύναμους, ηθικά καταδικαστέους ή επικίνδυνους. Υπάρχουν αρκετοί λόγοι, στους οποίους εντάσσονται και οι παραπάνω απόψεις, που οδηγούν σε απροθυμία των μελών της κοινότητας να αποδεχθούν εκείνους που ζουν με μια ψυχική ασθένεια. Πρέπει να έχουμε πάντα στο νου μας τέτοιου είδους συμπεριφορές και να τις διαχειριζόμαστε με ευαισθησία όταν αντιμετωπίζουμε ζητήματα ψυχικής υγείας (Bakshi et al., 1999).



ΠΩΣ Η ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΟΙΚΙΛΟΜΟΡΦΙΑ ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η κουλτούρα "...επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ορίζουν την ασθένεια, διακρίνουν τα συμπτώματα, αναζητούν βοήθεια, αποφασίζουν για το αν κάποιος είναι φυσιολογικός ή όχι, έχουν προσδοκίες για τους θεραπευτές και τους ασθενείς τους, δίνουν σε κάποιους προσωπική σημασία, και καταλαβαίνουν την ηθική και τα μεταβαλλόμενα στάδια της συνείδησης" (Ridley et al., 1998).

Ο Castillo αναφέρεται στους πέντε τρόπους με τους οποίους η κουλτούρα επηρεάζει την κλινική αλληλεπίδραση (Castillo, 1997):

- Πολιτισμικά εδραιωμένη υποκειμενική εμπειρία - στάσεις, αισθήματα και συμπεριφορές που ορίζονται από και διαμορφώνονται μέσα σε ένα συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο, π.χ., πένθος, αγάπη, ντροπή, περηφάνια και συνδεόμενες με αυτά συμπεριφορές.
- Πολιτισμικά εδραιωμένες εκφράσεις της ψυχικής δυσφορίας - τρόποι με τους οποίους οι άνθρωποι φέρονται για να εκφράσουν την ασθένειά τους.
- Πολιτισμικά εδραιωμένες διαγνώσεις - οι μέθοδοι των παραδοσιακών θεραπειών για την εκτίμηση και διάγνωση του προβλήματος, σύμφωνα με όσα επιτάσσει η κουλτούρα τους.
- Πολιτισμικά εδραιωμένη θεραπευτική αγωγή - κατάλληλη αγωγή εντός του πολιτισμικού συστήματος νοσηματοδότησης.
- Πολιτισμικά εδραιωμένα αποτελέσματα – τα θεραπευτικά αποτελέσματα θα βασίζονται στο πώς η ασθένεια έχει δομηθεί και αντιμετωπιστεί πολιτισμικά.

Όπως η ιατρική φροντίδα γενικά, έτσι και η πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα βασίζεται στις αρχές της γνώσης, του αμοιβαίου σεβασμού και της διαπραγμάτευσης.

Πολιτισμικά ευαίσθητη κλινική πρακτική

Όταν τα μέλη της κλινικής δυαδικής σχέσης είναι διαφορετικής πολιτισμικής προέλευσης, η σχέση θεραπευόμενου - θεραπευτή μπορεί να είναι προβληματική. Είναι κρίσιμο λοιπόν οι επαγγελματίες να παρακολουθούν (α) τις στάσεις και τα συναισθήματά τους για τους ασθενείς (β) τις στάσεις και τα συναισθήματα των ασθενών απέναντί τους, και (γ) το βαθμό της συνεργίας που προκύπτει όταν αυτά εκφράζονται στο κλινικό πλαίσιο (Ridley et al., 1998).

Ένα σοβαρότατο εμπόδιο στη διαπραγμάτευση μεταξύ κλινικού και εξυπηρετούμενου είναι ο εθνοκεντρισμός και συγκεκριμένα ο ιατρικός εθνοκεντρισμός, όπου βιο-ιατρικές απόψεις κυριαρχούν αποκλείοντας άλλες. Συνήθεις εκδηλώσεις εθνοκεντρισμού στη σχέση κλινικού-εξυπηρετούμενου είναι το γέλιο, η έκπληξη, η δυσκολία κατανόησης, ο θυμός και το σοκ.

Οι κίνδυνοι που συνδέονται με τον ιατρικό εθνοκεντρισμό περιλαμβάνουν, χωρίς να περιορίζονται σε αυτό, την αντίληψη απειλής και την απροθυμία παροχής πληροφοριών. Για να παρακαμφθούν αυτά τα εμπόδια και για να προωθηθεί η κατανόηση και η επικοινωνία απαιτείται η αποδοχή της συμπεριφοράς και των απόψεων του ασθενή εντός των παραμέτρων της δικής του κουλτούρας μάλλον παρά της κουλτούρας του θεραπευτή (πολιτισμικός σχετικισμός). Η υιοθεσία αυτής της διεργασίας συνιστά προαπαιτούμενο στη διαπραγμάτευση κλινικού - ασθενή μέσα στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας (Christman, 1991).

Πολιτισμική εκτίμηση

Ο κατάλογος που ακολουθεί προσαρμόστηκε από το έργο των Allotey et al., (1998). Ενδέχεται να υπάρχουν σημαντικά σημεία τα οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αξιολόγηση ανθρώπων διαφορετικού πολιτισμικού υπόβαθρου.

- Πού γεννήθηκε ο εξυπηρετούμενος και πόσο καιρό βρίσκεται στη χώρα
- Σε ποια εθνική ομάδα ανήκει ο εξυπηρετούμενος

- Ποιοι είναι αυτοί που στηρίζουν περισσότερο τον εξυπηρετούμενο
- Ποια είναι η μητρική και ποια η δευτερεύουσα γλώσσα του εξυπηρετούμενου και ποιες οι δεξιότητες του στην ανάγνωση και τη γραφή αυτών των γλωσσών
- Τι χαρακτήρα έχει η μη-λεκτική του επικοινωνία
- Ποια είναι η θρησκεία του εξυπηρετούμενου και τι σημασία έχει αυτή στην καθημερινή του ζωή
- Τα έσοδά του είναι επαρκή για να καλύψουν τις ανάγκες του ίδιου και της οικογένειάς του.



ΔΙΕΡΕΥΝΩΝΤΑΣ ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Πώς επικοινωνούμε σχετικά με τα προβλήματα υγείας μας, ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζουμε τα συμπτώματά μας, πότε και σε ποιον απευθυνόμαστε για φροντίδα, πόσο καιρό παραμένουμε σε φροντίδα και πώς αξιολογούμε τη φροντίδα που μας παρέχουν, όλα αυτά επηρεάζονται από πολιτισμικές πεποιθήσεις.

Η ασθένεια διαμορφώνεται από πολιτισμικούς παράγοντες οι οποίοι διέπουν την αντίληψη, την ετικετοποίηση, την ερμηνεία και την αποτίμηση της εμπειρίας. Η εμπειρία της ασθένειας είναι ένα συστατικό μέρος των κοινωνικών συστημάτων νοσηματοδότησης και κανονικοποίησης των συμπεριφορών είναι έντονα επηρεασμένη από την κουλτούρα (Kleinmann et al., 1978). Ένα ερμηνευτικό μοντέλο περιλαμβάνει τις πεποιθήσεις, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες που ένας άνθρωπος έχει για την εμπειρία της ασθένειας και της ιατρικής αντιμετώπισής της.

Αποκλίνοντα ερμηνευτικά μοντέλα, βασισμένα σε διαφορετικές πολιτισμικές προοπτικές και διαφορετικούς κοινωνικούς ρόλους, είναι δυνατό να οδηγήσουν σε προβλήματα στα πλαίσια της ψυχικής υγείας. Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας συνήθως προσεγγίζουν την ψυχική ασθένεια σύμφωνα με το βιο-ιατρικό μοντέλο. Οι ασθενείς συχνά θα θεωρήσουν την ψυχική τους νόσο διαφορετικά. Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί το/τα μοντέλο/α της ψυχικής νόσου που τα άτομα από διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια έχουν. Η αποτυχία αυτής της αναγνώρισης μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικές συνέπειες, όπως παρεξηγήσεις, απώλεια του πελάτη και φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα (Rooney et al., 1997).

Το βιο-ιατρικό μοντέλο (Karlan & Saddock, 1998) αναγνωρίζει την επίδραση πλήθους παραγόντων, ένας από τους οποίους είναι η κουλτούρα.

Το Βιο-Ψυχο-Κοινωνικό Μοντέλο

Η ανάπτυξη μιας ψυχικής ασθένειας συνδέεται αιτιολογικά με μια περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων.

Βιολογικοί παράγοντες: Ο τύπος των γονιδίων (πχ η τάση να αγχώνεται κανείς πολύ υπό συγκεκριμένες συνθήκες) που κληρονομήθηκαν από τους γονείς. Παρ' όλα αυτά, στους βιολογικούς παράγοντες που προκαλούν ψυχιατρική διαταραχή μπορεί να συνεισφέρουν επίσης οργανικές παράμετροι όπως τοξικότητα, ναρκωτικές ουσίες κλπ.

Ψυχολογικοί παράγοντες: Οι ψυχολογικές διαστάσεις (π.χ., αυτοεκτίμηση, αυτοπεποίθηση).

Κοινωνικοί παράγοντες: Τι συμβαίνει στη ζωή τους (π.χ., μια ψυχοπιεστική κατάσταση, όπως η απώλεια του συντρόφου).

Πολιτισμικοί παράγοντες: Οι πολιτισμικές αξίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορές στο περιβάλλον του ατόμου (π.χ., οι προσδοκίες για την ανατροφή των παιδιών).

Η χρήση ενός αμιγώς βιο-ιατρικού μοντέλου είναι ανεπαρκής για κατάλληλη εκτίμηση και θεραπεία σε μια πολυπολιτισμική κοινωνία (Kleinman et al., 1978).

Το βιο-ψυχο-κοινωνικο-(πολιτισμικό) μοντέλο για την ψυχική ασθένεια είναι ευρέως αποδεκτό στις Δυτικές κοινωνίες. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι αυτό το πλαίσιο μπορεί να μην ταιριάζει πάντα με εκείνο του ασθενή, ειδικά αν προέρχεται από πολιτισμικά διαφορετικό υπόβαθρο.

Η εννοιολογική σύλληψη της εμπειρίας της ασθένειας περιλαμβάνει τα σημεία και τα συμπτώματα μέσω των οποίων η ασθένεια αναγνωρίζεται, την κατανόηση της αιτίας, της σοβαρότητας και της πρόγνωσης της ασθένειας, την αναμενόμενη θεραπεία και πώς αυτή επηρεάζει το άτομο.

Τα ερμηνευτικά μοντέλα βοηθούν στο να εξηγηθεί:

- Γιατί κάτι συνέβη
- Γιατί συνέβη σε αυτό το συγκεκριμένο άτομο, αυτή τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και με αυτόν τον συγκεκριμένο τρόπο

- Πώς συνέβη ή τι το προκάλεσε
- Τι πρέπει να συμβεί κατά τη διάρκεια του χρόνου
- Τι πρέπει να γίνει γι' αυτό
- Τι θα γίνει όταν δοθεί μια απόκριση.

(Fitzgerald et al., 1996).

Τα ερμηνευτικά μοντέλα εφαρμόζονται από όσους συμμετέχουν στην κλινική διαδικασία. Τόσο οι κλινικοί όσο οι ασθενείς χρησιμοποιούν ερμηνευτικά μοντέλα. Οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς συνήθως αποδέχονται χωρίς να θέτουν σε επερώτηση τα αντίστοιχα μοντέλα τους σχετικά με το πρόβλημα που έχουν και δεν κατορθώνουν να τα συγκρίνουν μεταξύ τους (Ridley, 1998). Για να σημειωθεί πρόοδος, αυτά τα μοντέλα πρέπει να διερευνηθούν.

Ένα κοινό ζήτημα στην ψυχική υγεία είναι να προσδιοριστεί το κατά πόσο μια συγκεκριμένη κατάσταση ή συμπεριφορά συνιστά τεκμήριο μιας ασθένειας ή αντανακλά μια πολιτισμική διαφορά σε φυσιολογική συμπεριφορά (Fitzgerald et al., 1996).

Η αναγνώριση και η πρόσβαση στα ερμηνευτικά μοντέλα του ασθενή και των μελών της οικογένειάς του θα δώσει στον επαγγελματία πληροφορίες για τις σχετικές με την υγεία πολιτισμικές πεποιθήσεις και πρακτικές που είναι σημαντικές για την ψυχική υγεία του ατόμου. Κατ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να αποκαλυφθούν ποικίλες παραδοσιακές δοξασίες, εναλλακτικές ιατρικές πρακτικές και συμπεριφορές της ασθένειας που μπορεί να επηρεάσουν την κατανόηση, την παρουσίαση και τη θεραπεία του ασθενούς (Carillo, 1999). Οι επαγγελματίες πρέπει να προσέξουν να μην συμπεράνουν οτιδήποτε σχετικά με τον ασθενή χωρίς να έχουν ζητήσει στοιχεία από εκείνον ώστε να υποστηριχθεί αυτό το πόρισμα.

Έχοντας γνώση των ερμηνευτικών μοντέλων του ασθενούς για την ασθένεια, είμαστε σε θέση να διαπραγματευτούμε αποτελεσματικά μαζί του μια προσέγγιση στη θεραπεία που θα βρει απήχηση και θα τύχει της αποδοχής του.





ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠΟΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ

Ενώ είναι σημαντικό να μην κάνουμε γενικεύσεις για τα άτομα από διαφορετικά εθνικά υπόβαθρα, υπάρχουν συχνά κοινά χαρακτηριστικά τα οποία απορρέουν από πολιτισμικές διαφορές που είναι δυνατό να επηρεάζουν την κλινική αλληλεπίδραση και τη θεραπεία. Το άτομο πρέπει να προσεγγιστεί κλινικά μέσα στο πλαίσιο των πολιτισμικών του επιρροών και ο καλύτερος τρόπος για να γίνουν αυτές αντιληπτές είναι η χρήση του Οδηγού Επίγνωσης Πολιτισμικής Ετερότητας. Τα ακόλουθα σημεία μπορεί να βοηθήσουν να εστιαστεί η προσοχή σε ορισμένα συνήθη ζητήματα.

- Οι εξυπηρετούμενοι μπορεί να χρησιμοποιούν παραδοσιακές ή εγχώριες μεθόδους ίασης ταυτοχρόνως με δυτικότροπα ιατρικά θεραπευτικά μέσα
- Η ιατρική στον Δυτικό κόσμο τείνει να είναι πολύ ατομικιστική, ενώ άλλα πολιτισμικά συστήματα μπορεί να είναι πιο ολιστικά
- Η οικογένεια μπορεί να έχει πολύ μεγάλη σημασία και είναι σημαντικό να περιλαμβάνεται στη συμβουλευτική για την κατάσταση της υγείας και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις
- Τα οικογενειακά μορφώματα πιθανόν να διαφέρουν από το δυτικό πυρηνικό μοντέλο. Εκτεταμένες οικογένειες και πατριαρχικές αξίες ίσως είναι συνήθεις και διαδεδομένες αντίστοιχα
- Είναι σκόπιμο να λαμβάνονται υπόψη οι διαφορές στις αξίες. Σε κάποιες κουλτούρες κυριαρχεί η περηφάνια, η αυτοπεποίθηση και ο αυτοέλεγχος ενώ σε άλλες η υποταγή, η συμμόρφωση και η στωικότητα. Η έκφραση των συναισθημάτων επίσης ποικίλλει ανάλογα με την κουλτούρα.
- Μεγάλης σημασίας είναι και τα ζητήματα φύλου σε μια κουλτούρα. Για παράδειγμα, η υπόσταση μιας γυναίκας μπορεί να είναι

κομβικής σημασίας στο πώς βιώνει και εκφράζει ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας και συνεπώς πώς επηρεάζει την ευεξία της

- Οι ηλικιωμένοι μπορεί να υποφέρουν από συγκεκριμένα άγχη που σχετίζονται με προβλήματα γλώσσας, την οικονομική εξάρτηση και αλλαγές στους ρόλους
- Οι πρόσφυγες πιθανόν έχουν βιώσει αφόρητη οδύνη τα οποία μπορεί να καταλήξουν σε μετατραυματική αγχώδη διαταραχή και σε άλλες καταστάσεις όπως κατάθλιψη, άγχος και σωματοποίηση. Μπορεί να υπάρχουν επιζήσαντες από βασανιστήρια και τραύματα συνδεδεμένα με πόλεμο και πολιτική αστάθεια, θύματα οικογενειακής και σεξουαλικής κακοποίησης, θύματα βίαιων εγκλημάτων, επιζήσαντες από φυσικές καταστροφές και ατυχήματα καθώς και μάρτυρες σε όλες τις προαναφερθείσες καταστάσεις.
- Ο πελάτης μπορεί να νιώθει ντροπή ή επιφυλακτικότητα στο να συζητά ανοιχτά τις αντιδράσεις του στο τραύμα ή την απώλεια και οι προσδοκίες του για την κατάσταση να είναι εμφανώς διαφορετικές από το πρότυπο στη χώρα υποδοχής. Αυτό απαιτεί ευαίσθητη αναγνώριση και απόκριση.
- Οι έφηβοι μπορεί να είναι σε δίλημμα ανάμεσα σε ανταγωνιστικές επιθυμίες: από τη μια να προσαρμοστούν και να υιοθετήσουν την κυρίαρχη κουλτούρα, από την άλλη να υπακούν τις οικογένειες τους. Μπορεί να τους δοθεί ένας ρόλος ενήλικα σε μικρή ηλικία εξαιτίας των γλωσσικών ικανοτήτων και των ευκαιριών για εργασία.
- Κάποιες κουλτούρες χρησιμοποιούν λέξεις όπως “νεύρα”, “άνεμος”, “κρύο”, ή “ζεστό” για να εξηγήσουν ή να περιγράψουν συμπτώματα.
- Οι στάσεις έναντι της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να ποικίλουν
- Πολλές κοινωνίες δεν έχουν παράδοση στις θεραπείες που βασίζονται στο λόγο, επομένως αυτές μπορεί να αντιμετωπιστούν καχύποπτα
- Κάποιοι πελάτες από ΓΠΔ υπόβαθρα μπορεί να προτιμούν σαφείς διαγνώσεις και ενεργές θεραπευτικές παρεμβάσεις
- Τα μέλη μιας οικογένειας με ψυχικά πάσχοντα που προέρχονται από ΓΠΔ πλαίσια συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες ως προς το στίγμα

που συνδέεται με την παρουσία ενός ψυχικά ασθενή στην οικογένεια. Συγκεκριμένα, αυτές οι δυσκολίες περιλαμβάνουν την τάση των θεραπευτών να παραβλέπουν την επιρροή των φροντιστών στη θεραπευτική διαδικασία και ένα ελλιπές ταίριασμα μεταξύ πολιτισμικών αντιλήψεων της ψυχικής ασθένειας και της λαμβανόμενης θεραπευτικής αγωγής που γίνεται αποδεκτή.

- Ο σεβασμός στο πολιτισμικό υπόβαθρο του εξυπηρετούμενου και στο ερμηνευτικό του μοντέλο για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει αποτελεί στοιχείο υψίστης σημασίας για την αλληλεπίδραση και την επιτυχή δέσμευση στη θεραπευτική διαδικασία.

Τελικά, μια αμοιβαία κατανοητή ερμηνεία για τα προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής πρέπει να επιτευχθεί. Ειδικά, θα επηρεαστούν αρνητικά τόσο η εκτίμηση όσο η θεραπεία (Ridley, 1998).



Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΟΔΗΓΟΥ ΕΠΙΓΝΩΣΗΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗΣ ΕΤΕΡΟΤΗΤΑΣ

Ο ΟΕΠΕ σχεδιάστηκε κατά τρόπο ώστε να βελτιώσει την κατανόσή σας για το πώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται το πρόβλημά του. Η εκτίμηση αυτού του τύπου αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα της αλληλεπίδρασης μεταξύ πολιτισμικών και ιδιοσυγκρασικών παραγόντων και μεταξύ παραγόντων προδιάθεσης και περιβάλλοντος και αναγκαστικά περιλαμβάνει σημαντικό βαθμό υποκειμενικότητας από την πλευρά σας. Ο οδηγός βασίζεται σε σειρά ερωτήσεων που ανέπτυξαν οι Kleinman, Eisenberg & Good (1978).

Ο ΟΕΠΕ περιλαμβάνει τις ακόλουθες ερωτήσεις για τον ασθενή:

1. Τι πιστεύεις ότι προκάλεσε το πρόβλημά σου [χρησιμοποιείστε τα λόγια του πελάτη*];
2. Γιατί νομίζεις ότι ξεκίνησε τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή;
3. Τι πιστεύεις ότι το [*] σου προκαλεί σε σένα; Ποια είναι τα κύρια προβλήματα που σου δημιούργησε;
4. Πόσο σοβαρό είναι το [*] σου; Τι φοβάσαι πιο πολύ σε αυτό;
5. Τι τύπο θεραπείας/βοήθειας θεωρείς ότι πρέπει να λάβεις;
6. Στη δική σου κουλτούρα, το [*] σου πώς θα αντιμετωπιζόταν;
7. Πώς η κοινότητα σε βοηθάει με το [*] σου;
8. Τι έκανες ως τώρα για το [*] σου;
9. Ποια είναι τα σημαντικότερα αποτελέσματα που ελπίζεις ότι θα παρέχει η θεραπεία;

Οι ερωτήσεις πρέπει να υποβάλλονται με ευγένεια, αφήνοντας άφθονο χρόνο στον εξυπηρετούμενο να σκεφτεί τις απαντήσεις και να τις αναπτύξει. Είναι σημαντικό οι ερωτήσεις να διατυπωθούν με ευαισθησία.

Σε κάποιες κουλτούρες, μια λιγότερη άμεση προσέγγιση της πρακτικής της συνέντευξης είναι πιο αποδεκτή. Σε αυτή την περίπτωση οι ερωτήσεις είναι καλό να υποβάλλονται στο πλαίσιο μιας γενικότερης συζήτησης με τον πελάτη από ΓΠΔ υπόβαθρο. Για παράδειγμα, αφού έχουμε εδραιώσει σχέση με τον εξυηρητούμενο, θα μπορούσαμε να ρωτήσουμε “ποιοι νομίζεις ότι είναι οι λόγοι για τους οποίους προκλήθηκε το πρόβλημά σου;” Ο σκοπός είναι να καταλάβουμε τη δική τους οπτική για την κατάσταση μέσα σ' ένα πλαίσιο πολιτισμικών επιρροών. Είναι ακόμη χρήσιμο να κατανοήσουμε τις πτυχές της ζωής του εξυηρητουμένου που μπορεί να τον βοηθήσουν να διατηρήσει θετική ψυχική υγεία π.χ., δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης, διατροφή, άσκηση.

Ιδιαίτερη σημασία ως προς το ερμηνευτικό μοντέλο έχει ένα γνήσιο, μη-κριτικό ενδιαφέρον για τις πεποιθήσεις του ασθενούς καθώς και η ενημέρωσή του ασθενή ότι αυτό το ενδιαφέρον αφορά στην κατανόηση εκείνων των δεδομένων που είναι ζωτικής σημασίας για να σχεδιαστεί μια αποτελεσματική θεραπεία.

Η θεραπευτική σχέση μεταξύ του επαγγελματία και του εξυηρητουμένου έχει κυρίαρχο ρόλο στη διευκόλυνση της κατοπινής αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Ο ΟΕΠΕ είναι ένα μέσο που σας συνδράμει στην εδραίωση της θεραπευτικής συμμαχίας, κερδίζοντας τη συμπάθεια του εξυηρητουμένου και χτίζοντας σχέση εμπιστοσύνης. Ο σχηματισμός μιας αποτελεσματικής σχέσης με τον ΓΠΔ ασθενή συνεπάγεται την έναρξη μια διαδικασίας διαπραγμάτευσης μεταξύ των δύο μερών που θα οδηγήσει στην ανάπτυξη πολιτισμικά κατάλληλων σχεδίων διαχείρισης και θεραπευτικής αγωγής.

Διαπραγματευόμενοι ένα θεραπευτικό σχέδιο :

Έχοντας γνώση του ερμηνευτικού μοντέλου του πάσχοντα για την ασθένειά του, ο επαγγελματίας μπορεί να διαπραγματευτεί θεραπευτική προσέγγιση που θα είναι αποδεκτή και αποτελεσματική για τον εξυηρητούμενο. Αυτή περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα:

1. Εκμαίευση του ερμηνευτικού μοντέλου του εξυηρητούμενου
2. Σκιαγράφηση του ερμηνευτικού μοντέλου του επαγγελματία
3. Σύγκριση των δύο μοντέλων

4. Εννοιολογική μετάφραση και διαπραγμάτευση της αμοιβαίας κατανόησης και αποδοχή του ενός μοντέλου από το άλλο
5. Ανάπτυξη ενός αμοιβαίως αποδεκτού θεραπευτικού σχεδίου.

Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι εφικτός ο συνδυασμός διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων, όπως η φαρμακευτική αγωγή, ένας παραδοσιακός διαπολιτισμικός μεσολαβητής και παραδοσιακά γιατροσόφια.





ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΗ ΡΑΧΗ ΕΝΟΣ ΑΛΟΓΟΥ: ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕ ΚΡΙΣΕΙΣ ΠΑΝΙΚΟΥ

Η μελέτη που ακολουθεί αναδεικνύει τη χρησιμότητα της κατανόησης του ερμηνευτικού μοντέλου του πελάτη. Προσαρμόστηκε από την εργασία του Robert J. Barrett στο Culture, Medicine and Psychiatry 21:481-496, 1997. ©1997 Kluwer Academic Publishers

Η έρευνα υποστηρίχθηκε από το Συμβούλιο της Εθνικής Υγείας και Ιατρικής Έρευνας της Αυστραλίας (αναπαράγεται κατόπιν αδείας).

ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ταυτοποίηση του ασθενούς: Ο Nguyen Van Nam ήταν ένας άντρας 33 ετών, έγγαμος με 2 παιδιά (κορίτσια), ηλικίας 5 και 2 ετών. Η σύζυγός του περιμένε το τρίτο παιδί τους. Ζούσαν σε δικό τους σπίτι σε προάστιο μιας αυστραλέζικης πόλης.

Ο Nam ήταν άνεργος. Ζούσε στην Αυστραλία ήδη τρία χρόνια όταν απευθύνθηκε για πρώτη φορά σε υπηρεσία ψυχικής υγείας. Είχε εξυπηρετηθεί σε ένα μεγάλο γενικό νοσοκομείο της πόλης και είχε παραπεμφθεί από το τμήμα επειγόντων στα εξωτερικά ιατρεία για επείγουσα ψυχιατρική εκτίμηση. Τον συνόδευε η σύζυγός του. Ο Nam δεν μιλούσε

αγγλικά. Είχαν γίνει οι απαραίτητες ενέργειες για να βρεθεί διερμηνέας, ο κ. Lê Van Tam, και να βοηθήσει στην εκτίμηση.

Το ιστορικό της παρούσας νόσου. Διαμέσου του διερμηνέα, ο Nam είπε ότι πριν 2 εβδομάδες αισθάνθηκε άσχημα ενώ έκανε έρωτα με τη γυναίκα του. Ξαφνικά (έβαλε το χέρι του στην κοιλιά του και έσκυψε προς τα εμπρός καθώς μιλούσε) πιάστηκε από “μια σφαίρα ανέμου” (*môt cuc gió*), που κινήθηκε μέσα του αφήνοντάς τον με ένα στομαχόπονο που διήρκησε δύο ώρες. Επί δύο εβδομάδες αυτή η σφαίρα ανέμου κινιόταν πάνω - κάτω μέσα στο σώμα του: όταν πήγαινε επάνω τον έκανε να μη μπορεί να αναπνεύσει και το στήθος του σφιγγόταν και μούδιαζε. Ανακουφιζόταν μέσω της χρήσης του *cao gió*, ξύνοντας το δέρμα για “διώξει τον άνεμο”, αλλά τα συμπτώματα εξακολουθούσαν. Ανέφερε επίσης ότι δεν είχε ενέργεια, ένιωθε μεγάλη αδυναμία, ιδιαίτερα στα άκρα.

Ο Nam είχε ήδη απευθυνθεί σε ένα μικρό τοπικό νοσοκομείο κοντά στο σπίτι του και ο γιατρός εκεί του είχε κάνει εξέταση σιγμοειδούς, μια εξέταση που ανακούφισε τον Nam για αρκετές ημέρες, όπως είπε ο ίδιος, αφού απελευθέρωσε σημαντική ποσότητα ανέμου από το σώμα του.

Το Σάββατο, τρεις ημέρες πριν του γίνει η εκτίμηση στο ψυχιατρικό εξωτερικό ιατρείο, η σφαίρα του ανέμου τυλίχθηκε γύρω από το λαιμό του προκαλώντας μούδιασμα στο κεφάλι του. Μεταφέρθηκε με ασθενοφόρο σε μεγαλύτερο νοσοκομείο όπου υποβλήθηκε σε σωματική εξέταση και ακτινογραφία της κοιλιάς του. Ο Nam είπε ότι ο γιατρός του επέτρεψε να επιστρέψει στο σπίτι του, διαβεβαιώνοντάς τον για το ότι, παρά το γεγονός πως μια ελαφρώς αυξημένη ποσότητα ανέμου ήταν ορατή στην ακτινογραφία, αυτό δεν συνιστούσε σοβαρό πρόβλημα.

Το βράδυ της Κυριακής η σφαίρα ανέμου ανέβηκε στο λαιμό του και κόλλησε στο λάρυγγα, κάνοντας την αναπνοή του δύσκολη φτάνοντας μέχρι το σημείο να νιώθει να ασφυκτιά και έτοιμος να λιποθυμήσει. Η σύζυγος κάλεσε φίλους και την οικογένεια στο σπίτι για βοήθεια ενώ ο ίδιος ο Nam πολύ αόριστα θυμάται κάποιον να του δίνει το φιλί της ζωής, τον κουνιάδο του να κάνει το *cao gió* για να απελευθερώσει αέρα και τους “αυστραλούς” γείτονες να καλούν το ασθενοφόρο που τον μετέφερε στο νοσοκομείο. Το ιατρικό προσωπικό στο τμήμα επείγοντων διαμόρφωσε τη γνώμη ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες έπαιξαν μείζονα ρόλο στα συμπτώματα του Nam, οπότε τον παρέπεμψαν για ψυχιατρική εκτίμηση την επόμενη ημέρα.

Ο Nam ανέφερε ότι κατά τη διάρκεια των δύο προηγούμενων εβδομάδων είχε αισθανθεί 3-4 επεισόδια προσβολής από τον άνεμο κάθε ημέρα και αυτά τα επεισόδια επιδεινώνονταν το βράδυ. Κοιμόταν μόνο δύο ώρες τη νύχτα καθώς τον κρατούσε ξύπνιο έντονη ταχυκαρδία. Δεν είχε ιστορικό εφίδρωσης, περιστοματικής ή δακτυλικής παραισθησίας, ή αποπροσωποποίησης. Η όρεξή του για φαγητό ήταν πεσμένη ενώ υπήρχε η υποψία για μικρή απώλεια βάρους αν και δεν υπήρχε ιστορικό κατάθλιψης ή στεναχώριας την περίοδο μέχρι να ασθενήσει ούτε υπήρχαν σκέψεις απαξίας, ενοχής, απελπισίας ή αυτοκτονίας. Δεν υπήρχαν παρεισφρητικές αναμνήσεις, επαναλαμβανόμενα όνειρα, αναβίωση εμπειριών πολέμου, υπερδιέγερση, αποφυγή ή πάγωμα της σκέψης, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μια διάγνωση διαταραχής μετατραυματικού στρες.

Ο Nam έδωσε ένα ιστορικό πόνου στο δεξί όρχι που ερχόταν κι έφευγε για πολλά χρόνια, αλλά ο οποίος ήταν σταθερά συνεχής κατά τη διάρκεια της

ασθενείας του. Ξεκινούσε κατά τη διάρκεια της συνουσίας και διαχεόταν προς τα πάνω κατά τρόπο που να τον κάνει να αισθάνεται ότι προερχόταν από το εσωτερικό της κοιλιάς του. Ο Nam ανέφερε ότι σε ηλικία 9 ετών σκαρφάλωνε σε ένα δέντρο και έπεσε από σημαντικό ύψος και προσγειώθηκε με τα πόδια ανοικτά πάνω σε ένα από τα πιο χαμηλά κλαδιά. Θυμήθηκε ότι το δέρμα του όσχεου σχίστηκε αποκαλύπτοντας τη λευκή σάρκα που ήταν ο όρχις του. Μια νοσοκόμα είχε επιδέσει το τραύμα. Είχε κατατρομάξει. Μια εβδομάδα ακόμη το τραύμα παρέμενε αθεράπευτο. Ο πατέρας του τον πήγε στο νοσοκομείο όπου έραψαν την πληγή. Ερωτηθείς για πρόσφατα γεγονότα στη ζωή του, ο Nam είπε ότι το μόνο αξιο λόγου ήταν που είχε ταξιδέψει σε μια άλλη αυστραλέζικη πόλη για την κηδεία του θείου του (αδελφός της μητέρας του) ο οποίος είχε πεθάνει από καρκίνο του πνεύμονα. Ο Nam τον είδε στο φέρετρο, ντυμένο με κουστούμι, το στομάχι του πρησμένο. Προ δύο εβδομάδων, ενώ γυρνούσε στο σπίτι με το λεωφορείο, σήκωσε πυρετό, τον έπιασε συνάχι κι άρχισε να νιώθει «αδυναμία». Φτάνοντας σπίτι και ενώ ένιωθε ακόμη αδυναμία, έκανε έρωτα με τη γυναίκα του και τότε άρχισε η ασθένειά του. Ο θείος του, είπε, δεν κατείχε κάποια ιδιαίτερη θέση σπουδαιότητας στην οικογένεια και πράγματι ο Nam ένιωσε λίγη μόνο θλίψη που δεν είχε γνωρίσει καλύτερα αυτόν το θείο. Όταν ρωτήθηκε σχετικά με το δυνητικό πνευματικό κίνδυνο που είναι συνδεδεμένος με το θάνατο, ο Nam διαβεβαίωσε ότι ενώ η ψυχή ενός πεθαμένου μπορεί να περιπλανιέται κοντά στο σώμα του για 100 ημέρες, δεν είναι γνωστό να προκαλεί ασθένειες.

Η σύζυγος του Nam επιβεβαίωσε αυτή την ιστορία. Η ανήσυχη έκφρασή της, η αγχωμένη υποβολή ερωτήσεων σχετικά με τα προβλήματα του συζύγου της και το τι θα μπορούσε να γίνει γι' αυτόν, υπογράμμιζαν τη

σοβαρή ανησυχία με την οποία η οικογένεια αντιμετώπιζε αυτή την ασθένεια. Η σύζυγος ανέφερε ότι το βράδυ της Κυριακής ο Nam είχε γίνει τελείως απαθής και ότι ο σφυγμός του είχε σταματήσει. Τα λόγια της ήταν “για μια στιγμή πέθανε”. Ο τοκετός αναμενόταν σε δύο μήνες. Δεν γνώριζαν το φύλο του παιδιού, αλλά ο Nam προσδοκούσε αγόρι, αν και είχε πει ότι θα ήταν ευτυχής ανεξάρτητα από το φύλο.

Ψυχιατρικό ιστορικό και προηγούμενη αγωγή. Δεν είχε ποτέ στο παρελθόν λάβει ψυχιατρική αγωγή.

Κοινωνικό και αναπτυξιακό ιστορικό. Ο Nam είχε γεννηθεί σε ένα μικρό οικισμό πολύ κοντά σε μια κωμόπολη 10.000 περίπου κατοίκων, το διοικητικό κέντρο μιας περιοχής σε μια βιετναμέζικη επαρχία κοντά στα σύνορα με την Καμπότζη. Η περιφέρεια αυτή ανήκε αρχικώς στην Καμπότζη, αλλά είχαν κατακλυστεί από Βιετναμέζους πολλούς αιώνες πριν και τώρα πια χαρακτηριζόταν από μικτή κουλτούρα και γλώσσα. Ο Nam ήταν το τρίτο από τα εννέα παιδιά της οικογένειας και στα 16 του είχε αναλάβει το αγρόκτημα του πατέρα του. Ο πατέρας του ήταν ιδιοκτήτης σχετικά μεγάλης ακίνητης ιδιοκτησίας, όπου καλλιεργούσαν κατά κύριο λόγο ρύζι και λαχανικά. Ως ιδιοκτήτης ακίνητης περιουσίας και μορφωμένος άνθρωπος ο πατέρας του τοποθετήθηκε σε επίσημη θέση στην πόλη, καθιστάμενος υπεύθυνος για ευρύ φάσμα διοικητικών καθηκόντων μεταξύ των οποία συμπεριλαμβάνονταν η συλλογή των φόρων. Ο πόλεμος σχημάτισε ένα υπόβαθρο στην παιδική ηλικία του Nam. Στην εναρκτήρια εκτίμηση, ήταν απρόθυμος να μιλήσει γι’ αυτήν, αλλά αργότερα, όταν εδραιώθηκε μια σχέση άρχισε να συζητά διστακτικά την εμπειρία του κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. “Πέθαναν πολλοί άνθρωποι”, είπε. “Όταν ήταν παιδί

συνήθιζε να πηγαίνει αν παρακολουθεί την αποκομιδή των πτωμάτων και τη μεταφορά τους για θάψιμο ή κάψιμο. Κάποια είχαν ήταν χωρίς άκρα, άλλα ήταν ακέφαλα, κάποιες φορές ήταν μόνο ένας κορμός. Με το πέρασμα του χρόνου, είπε, αυτά δεν τον επηρέαζαν αρνητικά: “στο τέλος το συνηθίσαμε”.

Όταν ο Nam ήταν 16 ετών ο πατέρας του σκοτώθηκε από Βιετκόνγκ σε ένα σπίτι γύρω στο ένα χιλιόμετρο από το δικό τους. Ο Nam θυμήθηκε ότι τον είχαν ξυπνήσει μέσα στη νύχτα οι ήχοι των πυροβολισμών. Αργότερα εκείνη τη νύχτα οι γείτονες έφεραν το πτώμα του πατέρα του στο σπίτι τους, τυλιγμένο με μια κουβέρτα. Θυμόταν τα κλειστά μάτια του πατέρα του και, όταν ξετύλιξαν την κουβέρτα, το αίμα που κάλυπτε το στήθος του: “έκλαιγα συνέχεια”. Οι δυνάμεις των κομμουνιστών πήραν τον έλεγχο της επαρχίας όταν ο Nam ήταν 19 ετών, δημεύοντας το μισό αγρόκτημα. Ταυτόχρονα τον αναζητούσαν για να τον επιστρατεύσουν. Προκειμένου να το αποφύγει αναγκάστηκε να κρύβεται κάθε τόσο σε σπίτια φίλων του.

Όταν έφτασε στην ηλικία των 26 ετών η κυβέρνηση είχε πια κατασχέσει όλη τη γη του και ο Nam εγκατέλειψε το Βιετνάμ μέσα σε μια 11μετρη βάρκα, φυγή που οργάνωσε ο πατέρας του γαμπρού του. Σ’ αυτή την βάρκα επέβαιναν 58 άτομα. Πήγαν πρώτα στην Μαλαισία, όπου ο Nam έζησε για 4 έτη σε ένα στρατόπεδο προσφύγων όπου φιλοξενούνταν γύρω στους 6000-7000 άνθρωποι. Εκεί γνώρισε και νυμφεύθηκε τη γυναίκα του.

Το ζεύγος έγινε αποδεκτό στην Αυστραλία όταν ο Nam ήταν πια 30 ετών. Έκτοτε αγόρασαν ένα σπίτι με τρία υπνοδωμάτια, με τη βοήθεια τραπεζικού δανείου. Ο Nam ξεκίνησε εκπαίδευση για να γίνει συγκολλητής αλλά εργαζόταν περιστασιακά ως ανειδίκευτος εργάτης, χωρίς τη δυνατότητα να

βρει σταθερή απασχόληση. Ελάμβανε επίδομα ανεργίας. Η μεγαλύτερη κόρη τους -5 ετών- πήγαινε στο νηπιαγωγείο, ενώ η μικρότερη ήταν δύο ετών.

Οικογενειακό ιστορικό. Ο Nam ανέφερε, με μεγάλη έμφαση, ότι δεν υπήρχε ιστορικό ψυχιατρικής νόσου στην οικογένειά του.

Πορεία και έκβαση. Η πορεία της ασθένειάς του ήταν σύντομη και η έκβασή της ήταν καλή. Μετά την αρχική εκτίμηση διευθετήθηκε η εισαγωγή του στο τμήμα οξέων ψυχιατρικών περιστατικών με σκοπό την πλήρη διαγνωστική εκτίμηση, παρέχοντας τη δυνατότητα να διεξαχθούν οι χρονοβόρες συνεντεύξεις διαμέσου διερμηνέα που αυτή η διαδικασία απαιτεί. Επέτρεψε επίσης τη σε βάθος εκτίμηση της επίδρασης της ασθένειάς του στη σύζυγο και παρείχε μια ολοκληρωμένη εικόνα του εκτεταμένου οικογενειακού δικτύου υποστήριξης. Δόθηκε ακόμη η ευκαιρία στην κλινική ομάδα να συναντήσει το γαμπρό του (το σύζυγο της μεγαλύτερης αδελφής του), ο οποίος αναδείχθηκε η πιο σημαντική φιγούρα στον ευρύτερο οικογενειακό αστερισμό. Ήταν με τη βοήθεια της δικής του οικογένειας που ο Nam μπόρεσε να φύγει από το Βιετνάμ. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν καθησυχαστική για τον Nam επειδή επέτρεψε να υπογραμμιστεί η σοβαρότητα με την οποία αντιμετωπιζόταν η κατάστασή του. Η θεραπεία σε ένα ψυχιατρικό τμήμα γενικού νοσοκομείου, με την ιατρική ατμόσφαιρα που επικρατούσε σε αυτό, είχε σημαντικά οφέλη για τον Nam σε σύγκριση με τη νοσηλεία του σε ένα παραδοσιακό ψυχιατρικό νοσοκομείο που μπορεί να άφηνε αρνητικά υπονοούμενα ως προς τη φύση της ασθένειάς του σε αυτόν. Η αγωγή συζητιέται στη συνέχεια, μετά τη διαγνωστική και πολιτισμική διατύπωση. Είναι αρκετό να ειπωθεί σε αυτό το

σημείο ότι συνδύασε δυτικού τύπου ψυχιατρικές παρεμβάσεις (υποστήριξη, διευκρίνιση, εκπαίδευση και διερεύνηση συναισθηματικών ζητημάτων, καθώς επίσης και μια χαμηλή έως μέτρια δόση ενός τρικυκλικού αντικαταθλιπτικού) και μια παραδοσιακή βιετναμέζικη παρέμβαση (ξύσιμο του δέρματος με νόμισμα). Η επαφή που η κλινική ομάδα εδραίωσε με τον γαμπρό του Nam ήταν κομβικής σημασίας αναφορικά με αυτό, καθώς αποκαλύφθηκε ότι εφαρμόζε αυτή την αγωγή σε κανονική βάση, στα κρυφά όμως, φοβούμενος ότι εμείς μπορεί να την αποδοκιμάζαμε. Όταν εξηγήθηκε στον Nam ότι εμείς εκλάβαμε την αγωγή ως μια κοινή προσπάθεια συνδυασμού δυτικών και βιετναμέζικων παρεμβάσεων, υπήρξε μια αξιοσημείωτη αίσθηση ανακούφισης από μεριάς του Nam και του γαμπρού του. Υπήρξε επιπλέον μια αυξημένη αποδοχή της άποψής μας για την ασθένεια και το σχέδιο φροντίδας που εκπονήσαμε.

Ήσυχος και αδρανής την ημέρα της εισαγωγής, ο Nam έδωσε σημεία ενάργειας και φάνηκε να αντιδρά περισσότερο τη δεύτερη ημέρα της νοσηλείας του. Τις επόμενες τρεις ημέρες έδειχνε πάλι αποσυρμένος, αλλά στη συνέχεια ξεκίνησε μια ουσιαστική βελτίωση, εμφανιζόμενος πιο ανταποκριτικός και συμμετέχων κάθε ημέρα. Επιχειρούσε επανειλημμένως να δουλέψει πάνω στο φραγμό της γλώσσας ώστε να είναι σε θέση να αλληλεπιδράσει με άλλους ασθενείς. Ο Nam δεν είχε άλλα επεισόδια εξασθένησης και τα συμπτώματα που σχετίζονταν με τον άνεμο ελαπώθηκαν μέσα σε μια εβδομάδα. Στη συνέχεια πήρε εξιτήριο και επέστρεψε στο σπίτι του, προκειμένου να παρακολουθείται ως εξωτερικός ασθενής σε δεκαπενθήμερη βάση. Στην αρχή ανέφερε επίμονο άνεμο προερχόμενο από το στομάχι του, αν και όχι στον ίδιο βαθμό με πριν. Κατά τα λοιπά

παρέμεινε χωρίς συμπτώματα στο μετέπειτα χρονικό διάστημα όπως επίσης και μετά τη γέννηση του πρώτου γιου τους.

Το καίριο συμβάν μετά το εξιτήριο ήταν η γέννηση του γιου του, μετά από την οποία δεν ανέφερε καθόλου συμπτώματα. Με δεδομένη την αποχή από τη σεξουαλική δραστηριότητα που ακολούθησε τη γέννα, δεν δόθηκε ευκαιρία να διαπιστωθεί κατά πόσο ο Nam ήταν ικανός να κάνει έρωτα με τη γυναίκα του χωρίς να χτυπηθεί πάλι από μια μπάλα ανέμου. Ένα μήνα μετά, η περίθαλψη του μεταφέρθηκε στον γενικό γιατρό του καθ' ολοκληρίαν, που μιλούσε βιετναμέζικα. Μετά από 6 μήνες η ιμιπραμίνη ελαττώθηκε και στη συνέχεια έπαυσε.

Η ανάρρωση κράτησε επί μακρόν, χωρίς να ξαναεμφανιστούν κρίσεις πανικού ή σωματικά συμπτώματα, ούτε σεξουαλική δυσλειτουργία. Ένα χρόνο μετά εξασφάλισε σταθερή εργασία ως εργάτης σε αγρόκτημα.

ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

'Αξονας I: 309.24 Διαταραχή Προσαρμογής (με Κρίσεις Πανικού ως κυρίαρχη πτυχή αυτής της κλινικής εικόνας)

'Αξονας II: Δεν έγινε διάγνωση, επειδή οι διαθέσιμες κατηγορίες είναι πολιτισμικά ακατάλληλες.

'Αξονας III: Καμία ενεργή αυτή τη στιγμή

'Αξονας IV: Προηγούμενες εμπειρίες πολέμου και μετανάστευσης – σοβαρές

Ανεργία και οικονομική πίεση – μέτριες

Έλλειψη ανάπτυξης δεξιοτήτων αγγλικής γλώσσας – μέτρια

Κοινωνική απομόνωση – μέτρια

Θάνατος θείου – ήπια

Επικείμενη γέννηση παιδιού – μέτρια

Άξονας V: Υψηλότερος βαθμός στην GAF (Global Assessment of Functioning) = 90

Τρέχουσα GAF = 60

Διαφοροδιάγνωση: Οι κρίσεις πανικού ήταν το κύριο χαρακτηριστικό των συμπτωμάτων του Nam. Αν και θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η κύρια διάγνωση θα ήταν ευλόγως η Διαταραχή Πανικού (300.01), υπό τη στενή έννοια, ωστόσο η διάρκεια του κριτηρίου νόσου για αυτή τη διάγνωση δεν ικανοποιούνταν. Οι κρίσεις ήταν παρούσες μόνο για 2 εβδομάδες. Η κύρια διάγνωση Διαταραχής Προσαρμογής έχει το πλεονέκτημα της ανάδειξης της αντιδραστικής φύσης αυτής της νόσου. Τα συμπτώματα αδυναμίας, απώλειας ενέργειας, αϋπνίας και απώλειας της όρεξης και βάρους σίγουρα μας οδηγούν στη δυνατότητα απόδοσης της διάγνωσης Μείζονος Κατάθλιψης (296.2), όμως η βραχεία διάρκεια της νόσου μας επιτρέπει να μην επιχειρηματολογήσουμε υπέρ ενός επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης. Επιπλέον, τα συμπτώματα πανικού επικρατούν επί των συναισθημάτων θλίψης ή κατάθλιψης. Τέλος, η διάγνωση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (309.81) δεν έγινε δεκτή παρά τις εμπειρίες πολέμου και μετανάστευσης καθώς ήταν ανεπαρκή τα κλινικά κριτήρια για την απόδοση αυτής της διάγνωσης.

ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ

A. Πολιτισμική ταυτότητα

1. *Πολιτισμική/ές ομάδα/ες αναφοράς.* Βιετναμέζος, ως εθνικότητα, Βουδιστής ως θρησκεία και εθνικιστής ως προς τις πολιτικές του πεποιθήσεις, ο Nam ήλθε από μια περιοχή συνόρων που χαρακτηριζόταν από μια διαφορετικότητα πολιτισμικών και γλωσσικών επιρροών – Βιετνάμ, Κίνα, Καμπότζη.

2. *Γλώσσα.* Η μητρική γλώσσα του Nam είναι τα βιετναμέζικα. Μετά από τρία χρόνια στην Αυστραλία, χρησιμοποιούσε λίγες αγγλικές λέξεις, ενώ ο ίδιος έλεγε ότι μπορούσε να καταλαβαίνει τα αγγλικά περισσότερο απ' όσο μπορούσε να εκφραστεί σε αυτά.

3. *Πολιτισμικοί παράγοντες στην ανάπτυξη.* Οι πολιτισμικές επιρροές στην ανάπτυξή του, ως δηλ. εκείνες οι πτυχές της ανάπτυξής του που ήταν αποκλειστικά βιετναμέζικες, είναι πολύ αδύνατες συγκριτικά με τις συνέπειες της διαρκούς ένοπλης σύρραξης που επισκίασε την παιδική ηλικία, την εφηβεία και τη νεότητα του Nam. Ο πόλεμος σκέπασε με ένα παραπέτασμα θανάτου την παιδικότητά του και αλλοίωσε ριζικά τη μοίρα της οικογένειάς του.

4. *Συμμετοχή στην κουλτούρα καταγωγής.* Ο Nam ταυτοποιεί τον εαυτό του ως βιετναμέζο. Μόλις λίγες εκατοντάδες μέτρα από το σπίτι του στην Αυστραλία ζούσε ένας από τους νεότερους αδελφούς του, μια μεγαλύτερη αδελφή και η οικογένειά της ενώ ένας ξάδελφος ζούσε επίσης λίγο μακρύτερα. Διατηρούσε τακτικές επαφές μαζί τους. Δεν είχε επαφή με οργανώσεις της εθνικής του κοινότητας (βλ. στη συνέχεια *Κοινωνική*

υποστήριξη). Η μητέρα του εξακολουθούσε να ζει στο Βιετνάμ, τρεις αδελφοί του και μια νεώτερη αδελφή του έμεναν μαζί της. Αλληλογραφούσε με τη μητέρα του και σε τακτικά χρονικά διαστήματα της έστελνε χρηματικά μικροποσά.

5. *Συμμετοχή στην κουλτούρα της χώρας υποδοχής.* Η συμμετοχή στη φιλοξενούσα κουλτούρα ήταν ελάχιστη. Η καθημερινή ρουτίνα του Nam περιελάμβανε την αναμονή εύρεσης εργασίας από το αρμόδιο κέντρο και το να πηγαينوφέρει το παιδί του στο σχολείο. Η αλληλεπίδρασή του με γείτονες μη βιετναμέζικης καταγωγής ήταν μικρή, τους όριζε δε ως «Αυστραλούς», ενώ κι ο ίδιος ήταν Αυστραλός πολίτης. Καθημερινά όμως παρακολουθούσε τους “Γείτονες”, μια τυπική αυστραλέζικη τηλεοπτική σειρά – ένα απόσταγμα αυστραλέζικης λαϊκής κουλτούρας – και το διασκέδαζε.

B. Πολιτισμικές εξηγήσεις της ασθένειας

1. *Επικυρίαρχα ιδιώματα δυσφορίας και τοπικές κατηγορίες ασθένειας.* Σύμφωνα με τον Nam, η κατάστασή του ονομαζόταν *trúng gió*. Στην κυριολεξία της σημαίνει “να σε χτυπήσει ένας άνεμος”, αν και αυτό το ιδίωμα συνήθως αναφέρεται σε ένα σύμπλεγμα συμπτωμάτων αδυναμίας, πονοκεφάλων και ζάλης που προοδευτικά οδηγεί σε μορφές κατάρρευσης. Όπως ένας άγγλος θα μπορούσε να πει ότι ο ήλιος μπορεί να προκαλέσει ηλίαση, έτσι στα βιετναμέζικα μπορείς να πεις ότι ο άνεμος μπορεί να προκαλέσει “ανέμαση”. Στο πλαίσιο των παραπόνων του Nam, θα μπορούσε να σημαίνει ότι προσβλήθηκε από έναν άνεμο “ενώ έκανε έρωτα”. Ο Nam εισήγαγε κι άλλον ένα σημαντικό όρο, *thúóng m~ phong*,

μια παράξενη έκφραση προερχόμενη από τη αρχαία σινο-βιετναμέζικη γλώσσα, που πολύ πιο άμεσα υπαινίσσεται τη συνουσία. Μια κυριολεκτική κατά λέξη μετάφραση υπαινίσσεται άμεσα την ερωτική συνεύρεση. Μια κυριολεκτική, κατά λέξη μετάφραση όμως δεν αποδίδει το πλήρες νόημα, αφού *thúong* σημαίνει “επί” ή “υπό”, *m~* σημαίνει “ένα αλόγο” ή “κάτι που ταξιδεύει με μεγάλη ταχύτητα” και *phong* είναι μια λέξη κινέζικης προέλευσης που σημαίνει είτε “άνεμος” είτε “αρρώστια”. Η φράση στο σύνολό της μεταφέρει μια εικόνα του να έχει κάποιος χτυπηθεί από άνεμο ασθένεια ενώ καλπάζει με μεγάλη ταχύτητα και αναφέρεται σε μια άξαφνη κατάρρευση στην αποκορύφωση της συνουσίας. Ο κ. Lê αναζήτησε μια ιδιωματική μετάφραση που θα μπορούσε να συλλάβει τη λεπτή εννοιολογική απόχρωση της έκφρασης του Nam και τη συσχέτισε με το ιδιαίτερο, συγκεκριμένο ιστορικό της ασθένειας. “Να χτυπηθείς στο κρεβάτι από έναν άνεμο” ήταν υπερβολικά ασαφής. “Ξαφνικός θάνατος κατά την πράξη του έρωτα” ήταν πολύ κατηγορηματική. “Προσβολή από άνεμο σε πλήρη καλπασμό”; Κατέληξε στο “Θάνατος στη ράχη ενός αλόγου”.

“Ανεμος”, “απώλεια σπέρματος” και “αδυναμία” ήταν τα τρία κεντρικά ιδιώματα δυσφορίας. Κάτω από την επικεφαλίδα “θάνατος στη ράχη ενός αλόγου”, κάθε ένα από αυτά τα τρία ιδιώματα συνδεόταν με τα άλλα δύο, σχηματίζοντας μια συστοιχία νοημάτων που περιελάμβανε τόσο τις αιτίες της συνθήκης όσο και τα κύρια συμπτώματά της.

2. *Νόημα και σοβαρότητα των συμπτωμάτων σε σχέση με τις πολιτισμικές νόρμες.* Ο Nam θεωρούσε την κατάστασή του επικίνδυνη και φοβόταν ότι θα πεθάνει εξ αιτίας της. Οι βιετναμέζικες εκφράσεις που χρησιμοποιούσε περιέγραφαν μια κατάσταση μεταξύ αδυναμίας και θανάτου. Ένας

βιετναμέζικος όρος για την αδυναμία μεταφρασμένος σήμαινε “στιγμιαίος θάνατος”, αν και το άτομο αναπνέει όταν βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση. Ένας άλλος όρος περιγράφει ένα άτομο που δεν αναπνέει πλέον και δείχνει νεκρό, σαν να προσποιείται ή να μιμείται το θάνατο.

3. Προσλαμβάνουσες αιτίες και επεξηγηματικά μοντέλα: “Θάνατος στη ράχη ενός αλόγου”, όπως φτάσαμε να αποκαλούμε την ασθένεια του Nam, είναι αρκετά καλά αναγνωρισμένο σύνδρομο, αν και σπάνια έχει μοιραία κατάληξη. Ο κ. Lê έχει προσωπική γνώση μόνο δύο ή τριών θανάτων που έχουν αποδοθεί σε αυτήν την αιτία τα τελευταία 30 χρόνια. Ένας βιετναμέζος βασιλιάς, σύμφωνα με το θρύλο, μπορεί να πέθανε από αυτήν την αιτία. Οφείλεται στο να κάνει κανείς έρωτα ενώ βρίσκεται σε κατάσταση αδυναμίας, οπότε ο “σπόρος” στίβεται και βγαίνει από τον άντρα, που μπορεί να πεθάνει επάνω στη σύζυγό του. Στην παραδοσιακή βιετναμέζικη κοινωνία, οι νεαρές γυναίκες διδάσκονται, γι' αυτή την περίπτωση, να μην σπρώχνουν τον άντρα από πάνω τους. Το καλύτερο που μπορούν να κάνουν είναι πάρουν γρήγορα ένα αιχμηρό αντικείμενο, για παράδειγμα τη στέκα των μαλλιών και έπειτα, γυρνώντας την στην πλάτη του συζύγου να το καρφώσουν αρκετά δυνατά στον κόκκυγα μέχρι να αρχίσει να κινείται πάλι. Αυτό το γιατροσόφι τσιμπά το κόκκαλο, ερεθίζει τα νεύρα του συζύγου και τον επαναφέρει στη ζωή. Μόνο τότε πρέπει η γυναίκα να σκεφτεί τη χρήση άλλων “γιατρικών” όπως η θεραπεία με το ξύσιμο. Ο κύριος Lê μετέφερε αυτή την πληροφορία με ένα πλατύ χαμόγελο στο πρόσωπό του και όντως αυτό το θέμα είναι κοινή πηγή άσεμνης διασκέδασης μεταξύ ανδρών οι οποίοι αστειεύονται με αυτό όταν κάθονται μαζί και πίνουν. Οι γυναίκες, όπως και οι άνδρες, είναι ευάλωτες στις σεξουαλικές επαφές τις πρώτες

100 μέρες μετά τον τοκετό, παρότι ο μηχανισμός εκείνη τη στιγμή προφανώς δεν περιλαμβάνει απώλεια σπέρματος.

Για να περιγραφεί η κατάσταση αδυναμίας που κάνει κάποιον ευάλωτο σε αυτήν την ασθένεια χρησιμοποιείται μια βιετναμέζικη φράση. Η κατά λέξη μετάφραση είναι “δεν έχεις δύναμη”. Χρησιμοποίησε και μια άλλη φράση που μεταφράζεται ως “αδυναμία του σώματος” και στην περίπτωση του Nam ήταν συνδεδεμένη με αδυναμία του πνεύματος ή των συναισθημάτων.

Η συνουσία όταν κάποιος είναι αδύναμος επίσης μπορεί να καταστήσει κάποιον ευάλωτο σε μια επίθεση “άνεμου”, μια κοινή αιτία της ασθένειας στην Νοτιοανατολική Ασία. Στους Βιετναμέζους, ο Nam είπε ότι αυτό θα μπορούσε να προκαλέσει ποικίλα προβλήματα, μέσα στα οποία ρευματισμούς, πονοκεφάλους και στομαχόπονους. Υπογράμμισε ότι ο άνεμος προκαλεί μόνο σωματικά προβλήματα και δεν επηρεάζει την ψυχική υγεία. Ο κύριος Lê περιέγραψε τον άνεμο ως εν δυνάμει “μοχθηρό” και επιβλαβή. Οι άνθρωποι απέφυγαν την έκθεση σε ρεύματα αέρα καθώς αυτός θα μπορούσε να μπει στο σώμα και τότε είναι αδύνατο να βγει, προκαλώντας αδυναμία, λιποθυμία και θάνατο. Τα παιδιά είναι ιδιαίτερος ευάλωτα στον άνεμο που μπορεί να τους κάνει να λιποθυμήσουν ή να τους “προσβάλλει” με θάνατο. Τα μωρά δεν επιτρέπεται ποτέ να κοιμούνται εκτεθειμένα στον άνεμο από φόβο μήπως τους κρυώσει μπαίνοντας στο κορμί τους προκαλώντας ασθένεια ή θάνατο.

Ο Nam επεσήμανε την ξεκάθαρη απόσταση μεταξύ του “θανάτου στη ράχη του αλόγου” και της ψυχικής ασθένειας δίνοντας έμφαση στο ότι ήταν μια κατάσταση που επηρεάζει το σώμα, το πνεύμα και τα συναισθήματα κάποιου αλλά όχι το μυαλό και δεν οδηγεί στην “τρέλα”. Ο κύριος Lê

συμφώνησε με αυτή την άποψη. Και οι δύο ήταν επίσης αρκετά ξεκάθαροι για το ότι τα πνεύματα δεν προκάλεσαν τα συμπτώματα του Nam. Θεωρείται ότι τα πνεύματα διαπερνούν το σώμα προκαλώντας ασθένειες αλλά σε τέτοιες περιπτώσεις τα συμπτώματα θα ήταν διαφορετικά: ομιλία χωρίς νόημα, το να κάνει κανείς ανόητα πράγματα, το να γίνεται επιθετικός. Παρόλα αυτά, διέκριναν από τη μια πλευρά τον άνεμο και από την άλλη τα πνεύματα ή τα φαντάσματα. Ο κύριος Lê παρέθεσε ένα βιετναμέζικο ποίημα που θυμήθηκε από την παιδική του ηλικία που μιλούσε για ανθρώπους που επισκέφθηκαν ένα κοιμητήριο την άνοιξη και επηρεάστηκαν από φαντάσματα που υπήρχαν στον άνεμο. Εξήγησε ότι ένα μωρό, αν χτυπηθεί μια φορά από άνεμο, μπορεί μετά να πληγωθεί ή να τιμωρηθεί από τα πνεύματα και να αρρωστήσει. Όταν αρρώστησε το δικό του παιδί, η γιαγιά του κύριου Lê έκαψε ένα ραβδί από θυμίαμα και προσέφερε φαγητό στα πνεύματα για να προστατέψουν το παιδί. Ενώ η ασθένεια του Nam προκλήθηκε από τον άνεμο κι όχι από πνεύματα, ο άνεμος που είχε μπει στο σώμα του τον έκανε ευάλωτο στο να προσβληθεί από πνεύματα.

Η απώλεια σπέρματος, μια άλλη σύλληψη ασθένειας που αναφέρεται ευρέως στην Ασία (Bottero 1991), μπορεί να εξηγηθεί με δυο τρόπους. Πρώτον, ήταν μια απώλεια tinh trung ή σπερματοζωαρίων. Το tinh μπορεί να μεταφρασθεί ως “αίσθηση” και το trung ως μια “μικρογραφία οργανισμού”. Έτσι το σπέρμα αντιμετωπίζεται σαν να περιέχει την αίσθηση της ζωής κάποιου που περνάει κατά τη δημιουργία μιας νέας ζωής. Την ίδια στιγμή, υπήρχε μια απώλεια tinh khi, “σπερματικού υγρού”, όπου khi σημαίνει “αέρας”, “άνεμος” ή “ενέργεια”. Tinh khi ταυτοχρόνως έχει και την πρόσθετη σημασία της “ζωτικής αίσθησης” ή της “ενέργειας”. Ο κύριος Lê το ονόμασε “η πηγή του πνεύματός μας”, μια ζωντανία που ενεργοποιεί τη

σκέψη, την κρίση και τα συναισθήματα. Ενωμένοι, οι δύο όροι μπορεί να κατανοηθούν ως η απώλεια της αίσθησης και της ζωντανίας κάποιου-αναπαραγωγική ζωντανία και ζωντανία του πνεύματος.

4. Εμπειρίες και σχέδια αυτό-βοήθειας. Το ξύσιμο του δέρματος, cao gio, είναι ένα σταθερό οικογενειακό γιατροσόφι που λέγεται ότι προέρχεται από την παραδοσιακή κινέζικη ιατρική. Συνήθως γίνεται με ένα κέρμα, κατά προτίμηση ένα κειμήλιο ή ένα κουτάλι, αφού το δέρμα προετοιμαστεί με αλοιφή, dau gio, κυρίως αυτή που έχει “καυτές” ιδιότητες. Το ξύσιμο θα μπορούσε να προκαλέσει ουλή αλλά η αλοιφή προλαμβάνει το δέρμα από το να ανοίξει. Αυτή η διαδικασία όχι μόνο απελευθερώνει αέρα αλλά δυναμώνει και τα νεύρα. Την ίδια στιγμή, ο Nam δέχθηκε επαναλαμβανόμενη νοσοκομειακή θεραπεία. Είχε παρατηρηθεί στην ιατρική βιβλιογραφία της ανθρωπολογίας, και ο Nam δεν αποτελούσε εξαίρεση σ’ αυτό, ότι η παραδοσιακή θεραπεία και η σύγχρονη δυτικού τύπου θεραπεία έχουν ταυτόχρονα κοινό προσανατολισμό.

Γ. Πολιτισμικοί παράγοντες σχετικοί με το ψυχολογικό περιβάλλον και τα επίπεδα λειτουργικότητας

1. Κοινωνικοί ψυχοπνευματικοί παράγοντες. Ο Nam αδυνατούσε να εξασφαλίσει σταθερή δουλειά. Η πληρωμή του ποσού της υποθήκης συνιστούσε μείζονα οικονομική δέσμευση και η επερχόμενη γέννηση του παιδιού ίσως εκπροσωπούσε κάποια επιπρόσθετη οικονομική πίεση. Ενώ ο ίδιος δεν έδινε ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία της απόκτησης γιου, θεωρείται ότι αυτό μπορεί να ήταν το σημαντικότερο πρόβλημα. Υπάρχει

ακόμη η υποψία ότι ο θάνατος του θείου μπορεί να τον αναστάτωση, αλλά και πάλι, είπε ότι αυτό δεν αποτελούσε παράγοντα.

2. Κοινωνική υποστήριξη. Η παρουσία μελών της οικογένειας που μένουν κοντά αποτελούν τη βασική πηγή υποστήριξης, και ο κουνιάδος του έπαιξε μιας ιδιαίτερης σημασίας ρόλο ως το μεγαλύτερο σε ηλικία μέλος της ευρύτερης οικογένειας. Παρ' όλα αυτά, με νοσταλγικό ύφος, αντιπαρέβαλε την ισχύουσα κατάσταση με το πώς ήταν στο Βιετνάμ, όπου οι πόρτες ήταν πάντα ανοιχτές και μπορούσες να δεις τους συγγενείς σου καθημερινά. Εδώ στην Αυστραλία, εξήγησε, χρειάζεσαι μέσα μεταφοράς για να τους επισκεφθείς ακόμα κι αν μένουν αρκετά κοντά. Επομένως, τους επισκέπτεσαι μόνο τα σαββατοκύριακα. Αυτός και η οικογένειά του δεν απευθύνθηκαν για υποστήριξη στις πολλές οργανώσεις και λέσχες που ήταν διαθέσιμες γι' αυτούς. Η ποικιλία και ο αριθμός αυτών αντανάκλυσαν πολιτιστικές, γλωσσικές και θρησκευτικές διαφορές στη μεταναστευτική κοινότητα όπως μια Ινδοκινέζικη οργάνωση, μια Βιετναμέζικη κοινοτική οργάνωση, μια Βιετναμέζικη Βουδιστική οργάνωση, μια Βιετναμέζικη Χριστιανική οργάνωση (Ρωμαϊκή Καθολική) και μια Ινδοκινέζικη οργάνωση γυναικών. Σε αυτές τις διαιρέσεις, οι βαθύτεροι διαχωρισμοί ορίζονταν ακόμη από πολιτική υπαγωγή. "Προσπαθούμε να ζούμε σαν ένα, αλλά δεν είναι εύκολο", είπε ο κύριος Lê. "Δεν ξέρουμε ποιος είναι εθνικιστής και ποιος κομμουνιστής -ένα επίστρωμα καχυποψίας καλύπτει την κοινότητά μας".

3. Επίπεδα λειτουργικότητας και ανικανότητας. Κατά την περίοδο της οξείας φάσης της ασθένειας η κοινωνική λειτουργικότητα του Nam επανήλθε γρήγορα καθιστώντας τον ικανό να λάβει εκ νέου το ρόλο του στην οικογένεια. Παρ' όλα αυτά, ακόμα κι όταν η άμεση κλινική εμπλοκή ήταν

επαρκώς ορισμένη, ήταν ακόμη αρκετά νωρίς να δειχθεί αν υπήρχε κάποια σεξουαλική δυσλειτουργία. Ανέφερε επίσης ότι σε αυτό το στάδιο ήταν έτοιμος μόνο για ελαφριά εργασία, πράγμα που σήμαινε ότι υπήρχε χώρος για περαιτέρω αποκατάσταση σε αυτό το πεδίο της λειτουργικότητας.

Δ. Πολιτισμικά στοιχεία στη σχέση κλινικού-ασθενούς

Στη σύγχρονη κλινική πρακτική, η ιδέα μιας “σχέσης κλινικού-ασθενούς” δεν αντανακλά επακριβώς τη φύση της κλινικής αλληλεπίδρασης κι έτσι δεν έχουμε να κάνουμε ακριβώς με δυαδική σχέση αλλά με συνάντηση μεταξύ δύο ομάδων από ανθρώπους. Από τη μία μεριά είναι ο ασθενής και τα μέλη της οικογένειάς του (στη συγκεκριμένη περίπτωση η σύζυγος και ο κουνιάδος του) και από την άλλη μια ομάδα επαγγελματιών (εδώ, οι νοσοκόμες, ο κοινωνικός λειτουργός, ο ειδικευόμενος ψυχίατρος και εγώ, ο ψυχίατρος). Από την πλευρά του Nam, τα μέλη της οικογένειας ήταν επικεντρωμένα στην κατανόηση της ασθένειας και της θεραπείας της. Ως προς τους θεράποντες, το νοσηλευτικό προσωπικό είχε μείζονα ρόλο στην παρακολούθηση της ανάρρωσης του Nam, υποστηρίζοντάς τον, παρέχοντάς του πληροφορίες και καθησυχάζοντάς τον με τη βοήθεια του διερμηνέα, αποδεχόμενο ταυτόχρονα και ενθαρρύνοντας τον κουνιάδο του. Εξαιτίας των γλωσσικών δυσκολιών, το νοσηλευτικό προσωπικό είχε εντυφήσει στο να ενθαρρύνει τη συμμετοχή του στις καθημερινές δραστηριότητες και στις ομαδικές δραστηριότητες στο θάλαμο του νοσοκομείου. Ο κοινωνικός λειτουργός ασχολιόταν αμεσότερα με την υποστήριξη της γυναίκας του, καθησυχάζοντας τους φόβους της ότι μπορεί να πεθάνει, βεβαιώνοντας ότι η οικογένεια είχε εξερευνήσει όλες τις οδούς

για επαρκή οικονομική υποστήριξη και διερευνώντας τις πιθανότητες για μαθήματα Αγγλικών και οδούς για αυξημένη κοινοτική εμπλοκή όπως, ας πούμε, μέσω του σχολείου των παιδιών. Ο ειδικευόμενος ψυχίατρος ήταν επικεντρωμένος στο να εδραιώσει μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί του, λόγω του ότι εκείνος ήταν υπεύθυνος για την ιατρική διερεύνηση και μετέφερε σε αυτόν τα αποτελέσματα. Σε αυτήν την περίπτωση, ο κύριος Lê έγινε το καίριο πρόσωπο του κλινικού περιβάλλοντος. Ενώ προέρχονταν από το ίδιο ευρύ περιβάλλον ως προς τη γλώσσα και τη θρησκεία, τα ατομικά τους υπόβαθρα διέφεραν ως προς την ένταξή τους, το επίπεδο εκπαίδευσης και την ανατροφή σε πόλη και χωριό. Ο πόλεμος τους επηρέασε διαφορετικά και το πέρασμά τους στην Αυστραλία και οι ζωές τους είχαν σημαντική απόσταση. Έχοντας εκπαιδευτεί καλά στη διερμηνεία, ο κύριος Lê ήταν ευαίσθητοποιημένος στα προβλήματα που προκύπτουν όταν εισαγάγουν τις δικές τους αξίες στη μετάφραση, για παράδειγμα, με το να τοποθετούν τους ασθενείς σε στερεότυπα όπως “καθυστερημένα ευχάριστος”. Μολαταύτα, ο κύριος Lê σεβόταν τον Nam και τις πεποιθήσεις του. Δεν ήταν δυνατό όμως να ήμαστε αυστηρά περιορισμένοι στην επαγγελματική του ιδέα μιας “αποκλειστικά άμεσης μετάφρασης”, αφού ήταν απαραίτητη κάποιου βαθμού ερμηνευτική επεξεργασία στην περίπτωση που θα χρειαζόταν να αναπτυχθεί μια στοιχειώδης κατανόηση των πολιτισμικών στοιχείων της κατάστασης του Nam. Φυσικά η συμβολή του διερμηνέα ήταν πολύ σημαντική στη διευκόλυνση της κατανόησης του Βιετναμέζικου πολιτισμού όσο και του ίδιου του Nam. Επιπλέον, η συστηματική παρουσία του κύριου Lê στις συνεντεύξεις κατά το διάστημα αυτό των τριών μηνών τον κατέστησαν άνθρωπο-κλειδί στη θεραπευτική ένταξη. Χάρη σε αυτόν διευκρινίστηκε η διαφορετική αντίληψη της κατάστασης από τον ασθενή και από τον

ψυχίατρο: εκείνος έδωσε τη δυνατότητα διαπραγμάτευσης της προσέγγισης αυτών των διαφορετικών πτυχών κατανόησης. Ως θεράπων ψυχίατρος, συνειδητοποίησα ότι έπρεπε ν' αποφύγω να σαγηνευτώ από τις πολιτισμικές εξηγήσεις του διερμηνέα ώστε να επικεντρωθώ στον ασθενή και την οδύνη του.

Οι εκπαιδευτικές όψεις αυτής της περίπτωση για την κλινική δεν πρέπει να υποτιμηθούν όχι μόνο επειδή έτσι αυξάνεται η γνώση μας για τις συγκεκριμένες Βιετναμέζικες απόψεις για την ασθένεια αλλά και για να εδραιωθεί μια μεθόδευση των ενεργειών με τους ασθενείς από άλλα πολιτιστικά υπόβαθρα, ειδικά με εκείνους στους οποίους η φύση της ασθένειας είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτή.

Ε. Συνολική πολιτισμική εκτίμηση

Υπήρχαν δύο ερμηνευτικά μοντέλα για την ασθένεια κατά την εργασία μας: η κατανόηση του Nam για την κατάσταση του, που όπως προαναφέρθηκε βασιζόταν στις πολιτισμικές πεποιθήσεις του Βιετνάμ· και η κλινική κατανόηση βάσει των πεποιθήσεων της Ψυχιατρικής του δυτικού κόσμου. Η θεραπευτική ομάδα συνέλαβε εννοιολογικά την ασθένεια ως μια ψυχολογική αντίδραση (διαταραχή προσαρμογής) στην οποία οι κρίσεις πανικού ήταν προεξέχουσες καταλήγοντας σε τουλάχιστον δύο ολοκληρωμένες κρίσεις πανικού. Η ταχυκαρδία, η δύσπνοια, οι παραισθησίες (μούδιασμα στο κεφάλι), το σφίξιμο στο λαιμό (οικουμενικά υστερικό σύμπτωμα), η αϋπνία, η ανορεξία, η συγκοπή και ο φόβος του θανάτου αντιστοιχούν σε αυτή την εικόνα. Οι ενοχλήσεις στην κοιλιακή

χώρα ως συνέπεια της κατάποσης αέρα μπορεί επίσης να υπάρχουν. Η γνώμη μας αν και είναι ακόμη προς διερεύνηση έγκειται στο ότι αυτή η ασθένεια προκλήθηκε από το θάνατο του θείου και συγκεκριμένα από το ότι είδε τη σορό του θείου του στο φέρετρο. Πιθανολογήθηκε ότι αυτή η σκηνή πιθανόν συνδέεται με την ανάμνηση του θανάτου του πατέρα και με τις αναμνήσεις των πτωμάτων που είχε δει ο Nam όταν ήταν μικρό παιδί. Δεν υπάρχουν άμεσα κλινικά στοιχεία που υποστηρίζουν αυτή την υπόθεση, παρότι σημειώθηκε ότι ενώ αρχικά ο ασθενής διατύπωσε πως ο ρόλος του θείου στην οικογένεια δεν ήταν σημαντικός, στη συνέχεια ανέφερε πως ο θείος ήταν αυτός που φρόντισε τον ίδιο και την οικογένειά του την περίοδο αμέσως μετά το θάνατο του πατέρα. Μπορεί κανείς να αναρωτηθεί αν υπήρχαν άλλες εμπειρίες, ιδιαίτερα κάποιο μούδιασμα που ο Nam δεν μπορεί να συσχετίσει ή να θυμηθεί. (Σύμφωνα με την εμπειρία μας, οι πρόσφυγες από την Ινδοκίνα που ήταν μάρτυρες ωμοτήτων, συχνά δυσκολεύονται να μιλήσουν για το τι πέρασαν επί σειρά ετών μετά σε νοσοκομειακό περιβάλλον από φόβο μην ξαναζήσουν τις αναμνήσεις και τα συναισθήματα που σχετίζονται με αυτές). Επιπλέον για τον Nam, υπήρχε και ο πόνος στον όρχι, ο οποίος πιθανόν να σχετίζεται με το άγχος για τον τραυματισμό του όταν ήταν εννέα ετών. Αυτοί οι παράγοντες ίσως λειτούργησαν σε ασυνείδητο επίπεδο. Σε πιο πρακτικό επίπεδο, η γέννηση του τρίτου παιδιού, που αναμενόταν με προθυμία, μπορεί να δημιούργησε μια ένταση στην οικογένεια, η οποία ήταν κάπως απομονωμένη από τον πολιτισμό της πατρίδας και της οποίας η οικονομική κατάσταση ήταν επισφαλής. Επίσης, κατά τη συζήτηση για την αξία της απόκτησης ενός γιου, καταλάβαμε ότι ο Nam είχε αποδεχθεί το ενδεχόμενο απόκτησης κι άλλης μιας κόρης.

Κατά τη γνώμη μας, η ασθένεια δεν απειλούσε τη ζωή του ασθενούς, σε αντίθεση με τη δική του οπτική περί αυτού.

Το θεραπευτικό σχέδιο καταρχήν είχε ως στόχο την έντονη στήριξη. Η ομάδα ήθελε να εξηγήσει με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη σαφήνεια την άποψή μας σχετικά με την πηγή των συμπτωμάτων, να δώσει έμφαση στο θετικό αποτέλεσμα που αναμενόταν και κυρίως να εκφράσει την άποψη ότι ο Nam δεν κινδύνευε να πεθάνει εξαιτίας της νόσου. Για να ανακουφιστούν τα συμπτώματα χορηγήθηκε χαμηλή δόση ιμιπραμίνης (ως 100mg το βράδυ), τη φαρμακευτική αγωγή επιλογής για τις κρίσεις πανικού. Αναπτύχθηκε επίσης μια ψυχοθεραπευτική σχέση μαζί του, μέσω της οποίας μπορούσε να μιλήσει για τον συναισθηματικό αντίκτυπο που είχε η παρούσα κατάσταση και -αν μπορούσε- και για τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του.

Η διατύπωση αυτή αποτελούσε την επεξεργασία ενός ψυχιατρικού μοντέλου που υιοθετεί την παρουσία του ασυνειδήτου, βασιζόμενο στη δυτική άποψη κατά την οποία δίνεται προτεραιότητα στην εσωτερική ψυχική ζωή του ατόμου και στην παιδική του ηλικία. Σύμφωνα με αυτή, οι αναμνήσεις από την παιδική ηλικία εγκαταλείπονται ή μία μετά την άλλη στο ασυνείδητο και ενεργοποιούνται ξανά κατά την ενήλικη ζωή, προκαλώντας συναισθηματικά προβλήματα. Ο ψυχοπνευστικός παράγοντας που προκαλεί αυτή την εκ νέου ενεργοποίηση είναι αντίστοιχος του αρχικού τραύματος. Αυτό το μοντέλο έχει τα δικά του ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: “άγχος” και “τραυματική εμπειρία”. Ενώ τα σωματικά συμπτώματα μπορεί να αποτελούν μια αφετηρία, είναι μόνο “επιφανειακά φαινόμενα”. Ο στόχος είναι να διερευνηθεί το “εσωτερικό” και να μελετηθούν τα συμπτώματα ως

εσωτερικά, βασικά ψυχικά γεγονότα και μηχανισμοί. Το μοντέλο μπορεί να ειπωθεί ως μια αιτιολογική εξίσωση -με φορά από το ψυχολογικό στο σωματικό, από το βάθος στην επιφάνεια, από το εσωτερικό στο εξωτερικό και από το παρελθόν στο παρόν. Το άγχος προκαλεί σωματικά συμπτώματα κι ενώ η φαρμακευτική αγωγή προσπαθεί να τα θεραπεύσει, η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται για να υπογραμμίσει τις βαθύτερες αιτίες -τα ψυχολογικά συμπτώματα.

Αντιθέτως, το μοντέλο του Nam επίσης προσλαμβάνει το σώμα και τα συμπτώματά του ως αφετηρία αλλά δεν εξετάζει εσωτερικά το νου ή πίσω στο χρόνο ώστε να λάβει και αυτές τις διαστάσεις υπόψη του. Ο Nam βρήκε τις εξηγήσεις του στη διασύνδεση του σωματικού του εαυτού και στο νοητικό και διαπροσωπικό του περιβάλλον. Διατύπωσε τις απόψεις του πρώτα μιλώντας για το πέρασμα από την νοητικά φορτισμένη διάσταση προς την επιφάνεια-άνεμο, με την εξήγηση ότι κακά πνεύματα εισέβαλαν στο σώμα του αποβάλλοντας ζωτικό σπέρμα και ενέργεια για ζωή. Δευτερευόντως, η εξήγηση διατυπώθηκε και ως προς τη σεξουαλική σχέση με τη γυναίκα του. Έφτιαξε μια εικόνα του εαυτού του ως εκείνου του οποίου η ζωτικότητα έλειπε για να τον αφήσει εξαντλημένο από συναισθήματα και πνεύμα και ευάλωτο σε επικίνδυνη σεξουαλικότητα.

Αντίστοιχες κλινικές περιπτώσεις συχνά ερμηνεύονται ως παραδείγματα σωματοποίησης: μεταφράζοντας μη αποδεκτές ψυχικές και συναισθηματικές εμπειρίες σε αποδεκτά σωματικά συμπτώματα με συνακόλουθα πρωτογενή και δευτερογενή οφέλη, που είναι η εμπειριέξη του άγχους και η εκμείωση φροντίδας. Παρ' όλα αυτά, αυτή η προσέγγιση οδηγεί στο δυτικού τύπου ψυχοσωματικό μοντέλο που θέλει την ψυχή ως την βαθιά πηγή βασικών

αιτιών σε αντίθεση με το σώμα που αντιμετωπίζεται ως ο υπερφυσικός χώρος έκφρασης των συμπτωμάτων.

Τα λάθη στη διερμηνεία μπορεί επίσης να αποτελούν αιτία παρεξήγησης. Σε κάποιες παραδοσιακές κουλτούρες, οι σωματικές εκφράσεις δεν είναι αναγκαστικά σωματικά συμπτώματα. Λέξεις που παραπέμπουν τον δυτικό ακροατή στο σώμα, όπως αδυναμία, σπέρμα, άνεμος, είναι λέξεις που για κάποιον Βιετναμέζο έχουν διανοητική, συναισθηματική και προσωπική σημασία. Έχουν την ίδια σημασία που έχουν και οι αναφορές στο υλικό σώμα, στην ουσία δεν διαχωρίζονται από αυτό. Ενώ ο άνεμος ίσως ακούγεται υλικό στοιχείο, μια προσεκτική μετάφραση δείχνει το πνευματικό κακό που συνδέεται με αυτόν, η απώλεια σπέρματος, εκτός από την κυριολεκτική σημασία της απώλειας σπερματικού υγρού, περιλαμβάνει επίσης την εξάντληση της ενέργειας για ζωή, ενώ αντιστοίχως η αδυναμία δεν αναφέρεται μόνο στο σωματικό πρόβλημα αλλά μπορεί να εκτείνεται στην πνευματική και συναισθηματική σφαίρα επίσης.

Αντί να αντιμετωπίζουμε αυτό το περιστατικό ως σωματοποίηση, ίσως είναι πιο σωστό να το δούμε ως παράδειγμα “αντι-διανοητικοποίησης” σε μια κουλτούρα όπου το “νοητικό” δεν αναφέρεται στο νου αλλά -κυρίως- στην ψυχωτική συνδρομή ή στη νοητική καθυστέρηση. Ο Nam διαχώριζε πολύ προσεκτικά την κατάστασή του από την ψυχική ασθένεια και ανέφερε με έμφαση ότι δεν υπήρχε ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένειά του. Δεν σωματοποιούσε υπό την φροϋδική έννοια, απλώς επεσήμανε, χρησιμοποιώντας σωματικές εκφράσεις, ότι δεν ήταν “τρελός” ούτε “ηλίθιος” -ένα σημείο που θεωρούσε απαραίτητο να επισημάνει όταν μιλούσε σε ψυχίατρο.

Η ομάδα, τα μέλη της οποίας είχαν διαφορετικές πολιτισμικές πεποιθήσεις και καταβολές δεσμεύτηκε σε μια κλινική σχέση που έδωσε ένα σχετικά επιτυχές αποτέλεσμα. Το σώμα του ασθενούς ήταν το μείζον σημείο αναφοράς των μεταξύ μας μοντέλων και μέσω αυτού κατασκευάστηκε μια θεραπευτική γέφυρα. Ενώ εκείνος μιλούσε για το σώμα ως εάν ήταν πεδίο διαπροσωπικών, συναισθηματικών και πνευματικών νοημάτων κι εμείς το βλέπαμε ως πεδίο επιφανειακών συμπτωμάτων, συμφωνήσαμε ότι έπρεπε να θεραπευτεί. Η έννοια της ευαλωτότητας ήταν ένα άλλο κοινό σημείο μεταξύ των μοντέλων. Ο ασθενής την εξέφρασε στο πλαίσιο της “αδυναμίας” ενώ εμείς με την έννοια της απώλειας και του θανάτου, όπως η πρόσφατη εμπειρία του θανάτου του θείου του και οι προηγούμενες εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας. Η ευαλωτότητα αντηχούσε τις διαφορετικές μας προσεγγίσεις εγκαθιστώντας ένα ουσιώδη διάλογο για το θείο και τον πατέρα του ασθενούς.

Ο Nam αποδέχθηκε και ανταποκρίθηκε στην ψυχοφαρμακολογική θεραπεία που προτάθηκε. Ταυτόχρονα, αν εκείνος θεωρούσε πως ήταν βοηθητική, θα μπορούσε να συνεχιστεί και η θεραπεία του ζυσίματος με το νόμισμα. Επειδή ενθαρρύνσαμε τον κουνιάδο να έρχεται στο νοσοκομείο για τη θεραπεία αυτή, ο Nam και η οικογένειά του κατάλαβαν ότι δεν είχαμε πρόθεση να τη γελοιοποιήσουμε ως μαγική ή προληπτική. Είναι ένα κοινό σημείο της επιφυλακτικότητας των προσφύγων από την Νοτιοανατολική Ασία στην Αυστραλία όταν μιλάνε στους γιατρούς τους. Στην περίπτωση μας, η συμμετοχή της οικογένειας έπαιξε πολύ σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση της περίπτωσης. Το εθνογραφικό ενδιαφέρον της ομάδας που έκανε ερωτήσεις για τις διάφορες έννοιες της κουλτούρας του ασθενούς έδειξε το ενδιαφέρον και το σεβασμό μας για τις πεποιθήσεις του. Αυτό

ήταν ένα ενδιαφέρον παράδειγμα ενός ευρέως αναγνωρισμένου φαινομένου κατά το οποίο το ερευνητικό ενδιαφέρον του κλινικού μπορεί να έχει θεραπευτικά αποτελέσματα στον ασθενή. Θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης το αν οι διαφορές μας σχετικά με την πολιτισμική διατύπωση της κατάστασης αποτελούν θεραπευτικό πόρο και όχι εμπόδιο. Αυτό με τη σειρά του θα σήμαινε ότι ένα από τα κεντρικά συστατικά της θεραπείας είναι η διαδικασία κατά την οποία ο ασθενής μαζί με το θεραπευτή χτίζουν μαζί μια διυποκειμενική κατανόηση της ασθένειας και της θεραπείας της.

Μια πικρή επισήμανση: εν αντιθέσει με τη “θαλπωρή” της διαπολιτισμικής επικοινωνίας – αξίζει να υπογραμμιστεί ότι σε καμία περίπτωση ο Nam δεν προσπάθησε να συζητήσει μαζί μας το θάνατο του θείου του, τα πρακτικά προβλήματα στην ανατροφή τριών παιδιών λόγω οικονομικών δυσχερειών ή παραπάνω αναφορές για τον πόλεμο. Όταν τέθηκαν τα παραπάνω θέματα ο ίδιος αποκρινόταν με εμφανή αμηχανία.

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

- 1. Η ταυτότητα του ασθενούς παρουσιάζεται με ψευδώνυμο και, καθώς ήμουν μεγαλύτερος και γιατρός, εκείνος προτιμούσε να τον αποκαλώ με το μικρό του όνομα παρά με το επίθετό του. Επομένως τον ονόμασα “Nam” για την παρούσα κλινική αναφορά.*
- 2. Για να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα, και το όνομα του διερμηνέα αποτελεί ψευδώνυμο.*
- 3. Αναφέρθηκα στον α΄ πληθυντικό αναφερόμενος στις νοσηλεύτριες, τον κοινωνικό λειτουργό, τον ειδικευόμενο ψυχίατρο και σ' εμένα, τον ψυχίατρο.*





ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η διαμόρφωση πολιτισμικής ικανότητας (cultural competence) συνιστά μια συνεχή διαδικασία. Ο κατάλογος που ακολουθεί υπογραμμίζει τα στοιχεία που πρέπει να έχει ένας πολιτισμικά ικανός θεραπευτής.

Ένας θεραπευτής είναι πολιτισμικά ικανός όταν:

- Καταλαβαίνει την έννοια της κουλτούρας και πώς αυτή μπορεί να επηρεάσει τον άνθρωπο και τα συναισθήματα που παράγονται από τις διαπολιτισμικές αλληλεπιδράσεις.
- Δείχνει προθυμία διερεύνησης της προηγούμενης διαπίστωσης από την οπτική των ατόμων από ΓΠΔ υπόβαθρο.
- Δείχνει την ικανότητα να διακρίνει τις πολιτισμικά κατάλληλες στρατηγικές εργαζόμενος με ανθρώπους από ΓΠΔ υπόβαθρο.

(Fitzgerald et al. 1996).

Λάβετε υπόψη τα ακόλουθα πεδία πολιτισμικής επάρκειας :

Αποδοχή της ετερότητας

- Είσαι ανοιχτός σε πολιτισμικές διαφορές και διαφορετικούς τρόπους να κάνεις πράγματα;
- Σέβεσαι διαφορετικές τακτικές και αιτήματα χωρίς κριτική;

Αρχές δικαιοσύνης και πρόσβασης

- Αναγνωρίζεις ότι οι εξυπηρετούμενοι απαιτούν ισότητα στη φροντίδα, ανεξάρτητα από το γλωσσικό τους υπόβαθρο;
- Αναγνωρίζεις, εκμαιεύεις και προσαρμόζεσαι στις επιλογές των εξυπηρετούμενων για τη φροντίδα τους;

- Θεωρείς ότι ξέρεις τι θέλει/χρειάζεται ένας ασθενής;
- Είσαι ενήμερος για τις πηγές της επιπλέον κοινωνικής υποστήριξης, για τις οργανώσεις της κοινότητας και για τις διαθέσιμες πηγές στους ΓΠΔ ασθενείς ώστε να ξεπερνούν εμπόδια όπως η έλλειψη γνώσης της τοπικής γλώσσας ή των υφιστάμενων υποστηρικτικών δικτύων;
- Διευκολύνεις την πρόσβαση αυτών των ασθενών στις διαθέσιμες πηγές και στην υποστήριξη;

Επικοινωνία

- Αντιδράς περίεργα στην προφορά ενός ασθενούς;
- Χρησιμοποιείς απλή γλώσσα αποφεύγοντας τεχνική ορολογία, βραχυλογίες, επαγγελματική φρασεολογία, καθημερινή γλώσσα, αφαιρετική γλώσσα, ιδιωματισμούς, βρισιές και μεταφορές;
- Χρησιμοποιείς διερμηνέα όταν αλληλεπιδράς με έναν ασθενή από ΓΠΔ υπόβαθρο ο οποίος μιλά ανεπαρκώς την γλώσσα;
- Γνωρίζεις ότι θα μπορούσες να είσαι νομικά υπόλογος αν δεν καλέσεις διερμηνέα όταν χρειάζεται; Καλό είναι να σημειώνεται όταν ο ασθενής αρνείται να έχει διερμηνέα. Η τηλεφωνική υπηρεσία διερμηνείας πρέπει να προσφέρεται αν κάποιος διερμηνέας δεν έχει γίνει δεκτός.
- Ενθαρρύνεις το διερμηνέα να επαναδιατυπώνει όσα άκουσε αποφεύγοντας να παρεμβάλει τις δικές του ιδέες ή ερμηνείες ή να παραλείπει πληροφορίες;
- Ελέγχεις αν ο ασθενής κατανοεί τη μετάφραση ζητώντας του να επαναλάβει το μήνυμα ή τις οδηγίες με δικά του λόγια, υποβοηθούμενος από το διερμηνέα;
- Κατά την αλληλεπίδραση κοιτάς και μιλάς με αμεσότητα στο πρώτο πρόσωπο στον ασθενή και όχι στο διερμηνέα;
- Ακούς τον ασθενή και παρατηρείς μη-λεκτική επικοινωνία που δείχνει συναισθήματα σχετικά με το θέμα;

Προσαρμογή από: Bertram και Laverty (1994); Fitzgerald et al (1998).



ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΩΝΤΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΑ

Προσαρμογή από: Allotey et al. (1998); Fitzgerald et al. (1996); Multicultural Access Unit (1999).

Η διαπροσωπική επικοινωνία περιλαμβάνει τόσο τη λεκτική όσο και τη μη λεκτική αλληλεπίδραση. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι εξίσου σημαντική με τη λεκτική.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται μερικές συμβουλές (tips) για την επικοινωνία μεταξύ ατόμων από διαφορετικές κουλτούρες.

Εξηγήστε το ρόλο σας στον ασθενή :

Το πρώτο απαραίτητο βήμα για να επικοινωνήσετε με ασθενείς προερχόμενους από χώρες στις οποίες δεν υπάρχουν αντίστοιχα επαγγέλματα, είναι να διασφαλίσετε ότι ο εξυπηρετούμενος αντιλαμβάνεται το ρόλο σας. Είναι σημαντικό να εξηγήσετε το ρόλο σας απλά και με σαφήνεια.

Κατανοήστε τους κανόνες της επικοινωνίας :

Σε όλες τις κουλτούρες υπάρχουν άδηλοι κανόνες επικοινωνίας. Προέρχονται από τα πολιτισμικά μοντέλα για την αλληλεπίδραση και αποτελούν τη βάση για τις υποθέσεις που κάνουν οι άνθρωποι σχετικά με το τι μπορεί και πρέπει να ειπωθεί, σε ποιον και σε ποιες συνθήκες. Η τονικότητα, ο ρυθμός του λόγου, η έμφαση που δίνεται στις λέξεις καθώς και οι ίδιες οι λέξεις που χρησιμοποιούνται στη λεκτική επικοινωνία υπόκεινται στους κανόνες και τις συμβάσεις των πολιτισμικών ομάδων.

Να είστε ενημεροί ότι οι άνθρωποι εκφράζουν τα συναισθήματά τους με πολλούς τρόπους :

Η κουλτούρα επηρεάζει το ποια συναισθήματα είναι κατάλληλα να εκφραστούν, πώς, πότε και πού. Το λεξιλόγιο για τα συναισθήματα και τις

συγκινησιακές καταστάσεις ποικίλει αξιολογείται από κουλτούρα σε κουλτούρα. Κάποιοι πολιτισμοί παρουσιάζουν ένα πολυάριθμο και πλούσιο λεξιλόγιο για να εκφράσουν λεπτές συναισθηματικές διαφορές. Άλλοι πολιτισμοί φαίνεται να έχουν πιο περιορισμένο εύρος λέξεων για την έκφραση και την περιγραφή των συναισθημάτων και των συγκινησιακών καταστάσεων. Σ' αυτή την περίπτωση οι λιγότερες διαθέσιμες λέξεις ενδεχομένως να αποκτούν και διαφορετική σημασία ανάλογα με τα συμφραζόμενα και το πλαίσιο στο οποίο χρησιμοποιούνται. Όλες οι λέξεις για τα συναισθήματα χάνουν κάποια στοιχεία τους όταν μεταφράζονται από τη μια γλώσσα στην άλλη. Επίσης, τα συναισθήματα επικοινωνούνται με πολλούς τρόπους. Μπορούν να εκφραστούν μέσα από τις λέξεις, τη σιωπή, τον τόνο και την ένταση της φωνής καθώς και διαμέσου της γλώσσας του σώματος. Τα περισσότερα συναισθηματικά σήματα υπόκεινται στην πολιτισμική ερμηνεία- αλλά και παρερμηνεία.

Μην υποθέτετε γλωσσική δεινότητα :

Η πληροφορία αποτελεί αντικείμενο παρερμηνείας ακόμα και όταν ένα άτομο χρησιμοποιεί με ευχέρεια την ελληνική γλώσσα. Η κάθε γλώσσα παρουσιάζει διαφορετική δομή λέξεων και προτάσεων. Λάβετε υπόψη ότι αν ένα άτομο μιλάει δύο γλώσσες τότε θα μεταφέρει δομικά ή γραμματικά στοιχεία της μητρικής του γλώσσας στην άλλη. Συχνά, αυτό συμβαίνει όταν το άτομο είναι ενθουσιασμένο ή νιώθει δυσφορία.

Δώστε σημασία στις διαφορές των νοημάτων των λέξεων :

Κάποιες λέξεις ή φράσεις έχουν διαφορετικά νοήματα σε διαφορετικές κουλτούρες. Οι περισσότεροι ευρωπαίοι χρησιμοποιούν τη λέξη "ναι" για να δηλώσουν κατάφαση ενώ σε άλλους πολιτισμούς η λέξη δεν υποδηλώνει συμφωνία αλλά παραδοχή. Σε αυτήν την περίπτωση είναι βοηθητικές οι εκμαιευτικές ανταποκρίσεις του τύπου "Καταλαβαίνω" ή "Αυτό είναι σωστό".

Μην κάνετε υποθέσεις σχετικά με το επίπεδο κατανόησης του ασθενή σας :

Το να υποθέσετε ότι ο ασθενής διαθέτει χαμηλό επίπεδο γλωσσικής κατανόησης θα έχει ως αποτέλεσμα να νιώσει ότι τον πατρονάρετε,

ιδιαίτερα εάν κατέχει κάποια γνώση της γλώσσας, ιατρικής ορολογίας ή νοσοκομειακής πρακτικής.

Σεβαστείτε τις πεποιθήσεις και τις στάσεις του εξυπηρετούμενου :

Οι άνθρωποι αντιδρούν διαφορετικά απέναντι στην ασθένεια και στην ψυχική ασθένεια. Οι αντιδράσεις αυτές έχουν διαμορφωθεί κατά τη διάρκεια της ζωής και δεν μπορεί κάποιος να απαλλαγεί απ' αυτές χωρίς να δημιουργηθούν φραγμοί κατά τη διαδικασία της επικοινωνίας. Είναι βοηθητικό να ζητήσετε από τον εξυπηρετούμενο να σας δώσει πληροφορίες για τις αντιλήψεις του. Όσον αφορά τους μετανάστες εξυπηρετούμενους με μικρό διάστημα παραμονής στη χώρα υποδοχής, ζητήστε διευκρινίσεις όπως: "Μπορείτε να μου πείτε πώς θα το αντιμετωπίζατε αν βρισκόσασταν στη χώρα καταγωγής σας;" ή "Δεν το κατανόησα πλήρως" ή "Ενδιαφέρομαι να μάθω περισσότερα". Παρόμοιες εκφράσεις αποτελούν τρόπους να ενθαρρύνετε το διαπολιτισμικό διάλογο και στη συνέχεια να παραδεχτείτε στον εξυπηρετούμενό σας την επίγνωση καθώς και το ενδιαφέρον σας για τις δικές του διαφορετικές προοπτικές και εμπειρίες.

Πάρτε χρόνο να διερευνήσετε κάθε ζήτημα :

Η κακή επικοινωνία ή οι συγκρούσεις μπορούν να επιλυθούν με υπομονή, σεβασμό και παραπάνω χρόνο.

Μιλήστε καθαρά και αργά :

Η επικοινωνία δεν είναι μονόδρομη. Είναι σημαντικό να εξακριβώσετε τόσο το αν σας καταλαβαίνει ο εξυπηρετούμενός σας όσο και το αν τον καταλαβαίνετε εσείς. Ζητήστε από τον εξυπηρετούμενο να σας ενημερώσει αν δεν καταλαβαίνει την προφορά σας, αν θα ήθελε να μιλάτε πιο αργά ή αν θα ήθελε διευκρινίσεις-για παράδειγμα να γράφονται οι λέξεις που δεν είναι ξεκάθαρες. Αποφύγετε την επαγγελματική γλώσσα, τις δυσνόητες φράσεις, τις διπλές αρνήσεις και τις ρητορικές ερωτήσεις. Επίσης, μιλήστε συγκαταβατικά.

Ακούστε και παρατηρήστε :

Η λεκτική επικοινωνία αποτελεί μόνο ένα τμήμα της επικοινωνίας. Το επίπεδο της βλεμματικής επαφής, οι εκφράσεις του προσώπου, οι χειρονομίες, το στίλ της ομιλίας, η προφορά, το ύφος και η ένταση της φωνής, η πολυπλοκότητα ή απλότητα των λέξεων που χρησιμοποιούμε, ο συναισθηματικός τόνος με τον οποίο εκφέρουμε τις λέξεις, η χρήση των παύσεων καθώς και ο τρόπος ένδυσης αποτελούν μέσα με τα οποία επικοινωνούμε μηνύματα με μη λεκτικό τρόπο. Η μη λεκτική επικοινωνία βοηθάει στη ρύθμιση των διαπροσωπικών συναλλαγών και διασφαλίζει την ομαλή ροή της διαδικασίας της επικοινωνίας. Μια άλλη λειτουργία που επιτελεί σχετίζεται με τη ρύθμιση της αυτο-έκφρασης. Τα μη λεκτικά σημεία, που διευκολύνουν αυτές τις λειτουργίες, επηρεάζονται από πολιτισμικούς κανόνες και μπορεί να ποικίλουν μεταξύ των πολιτισμικών ομάδων. Η αδυναμία να αναγνωρίσει κανείς και να ανταποκριθεί στα ρυθμιστικά σημεία μπορεί να οδηγήσει σε παρερμηνείες, σύγχυση και έλλειψη σεβασμού.

Η σιωπή ως απάντηση μπορεί να χρησιμοποιείται για να μεταβιβάσει μηνύματα αν και η σιωπή μπορεί να έχει πολλά νοήματα. Στις κουλτούρες στις οποίες δίνεται μεγάλη σημασία στη διατήρηση αρμονικών σχέσεων, η σιωπή ενδέχεται να εκφράζει αποδοκιμασία ή να υποδηλώνει μη αποδοχή μιας πρότασης.

Ο τρόπος χρήσης της συμπεριφοράς, η διαχυτικότητα και ο βαθμός στον οποίο κυριαρχεί η μη λεκτική συμπεριφορά στην επικοινωνία, όλα αυτά είναι δυνατό να τροποποιήσουν την επικοινωνία. Να αφουγκράζεστε τη γλώσσα του σώματος και να παίρνετε ενδείξεις από αυτή -για παράδειγμα η χρήση του δείκτη για να δείξετε ένα άτομο θεωρείται προσβλητικό σε κάποιες κουλτούρες. Παρομοίως, ο σεβασμός σε κάποιες κουλτούρες δηλώνεται με τη διατήρηση της βλεμματικής επαφής ενώ σε άλλους με την αποφυγή του βλέμματος. Τέλος, το χαμόγελο ενδέχεται να αποτελεί ένδειξη είτε συμφωνίας είτε ανησυχίας ανάλογα με την κουλτούρα του ατόμου.





ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΔΙΕΡΜΗΝΕΙΣ

Προσαρμογή από: Translating and Interpreting Service et al.; Allotey et al. (1998)

Οι διερμηνείς αποτελούν σημαντικό πόρο καθώς διευκολύνουν να αποκτήσουν φωνή εκείνοι οι εξυπηρετούμενοι των οποίων η γνώση της γλώσσας της χώρας υποδοχής είναι ελλιπής ή ανεπαρκής για την περίπτωση.

Συνεργασία με επαγγελματίες διερμηνείς

- Είναι απαραίτητο οι διερμηνείς να είναι επαγγελματίες.
- Μην χρησιμοποιείτε μέλη της οικογένειας ή μη επαγγελματίες διερμηνείς. Θα είστε νομικά εκτεθειμένοι αν το κάνετε. Αν και σε επείγουσες καταστάσεις ίσως και να είναι απαραίτητο να χρησιμοποιήσετε μέλη της οικογένειας ως διερμηνείς ωστόσο είναι σημαντικό να χρησιμοποιείτε επαγγελματίες όπου είναι δυνατόν.
- Η πρόσωπο με πρόσωπο ή η τηλεφωνική διερμηνεία μπορεί είναι κατάλληλη όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε πελάτες προερχόμενους από διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά πλαίσια.

Ο ρόλος του διερμηνέα

- Ο σκοπός της διερμηνείας είναι η μεταβίβαση νοήματος από το ένα πρόσωπο στο άλλο, με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ακρίβεια. Ο διερμηνέας οφείλει να μην αναλύει την πληροφορία ή να αποφασίζει τι πρέπει και τι δεν πρέπει να μεταβιβαστεί.
- Μην περιμένετε ο διερμηνέας να κατέχει ειδικές γνώσεις σε θέματα κουλτούρας ή να ηρεμήσει τον ασθενή. Ο ρόλος του περιορίζεται στο να επαναλαμβάνει ό,τι λέγεται ανάμεσα στον ασθενή και εσάς σε μια γλώσσα κατανοητή και από τα δυο μέρη.

Ο γενικός κανόνας είναι ότι εξυπηρετούμενοι που ζουν στη χώρα υποδοχής λιγότερο από δυο χρόνια θα χρειαστούν διερμηνέα.

Όταν συνεργάζεστε με διερμηνείς :

- Είναι πολύ σημαντική η ανεύρεση της κατάλληλης γλώσσας και διαλέκτου. Για παράδειγμα, οι άνθρωποι από την Ταϊβάν κάποιες φορές μπερδεύονται με τους όρους που χρησιμοποιούν οι διερμηνείς από την Κίνα, το Χονγκ Κονγκ ή την Μαλαισία.
- Είναι σημαντικό να λάβετε υπόψη την εθνικότητα του διερμηνέα. Κάποιοι εξυπηρετούμενοι ενδεχομένως να μη δεχτούν διερμηνείς από συγκεκριμένες κοινότητες είτε για πολιτικούς λόγους είτε για λόγους εχεμύθειας, στην περίπτωση που προέρχονται από μικρές κοινότητες. Για παράδειγμα, ίσως είναι ακατάλληλο να παρέχετε έναν Σέρβο διερμηνέα σε ένα Βόσνιο μουσουλμάνο.
- Είναι σημαντικό για τους περισσότερους εξυπηρετούμενους ο διερμηνέας να είναι του ίδιου φύλου. Εφόσον αυτό δεν είναι εφικτό ρωτήστε τον εξυπηρετούμενο αν είναι πρόθυμος να συνεργαστεί με διερμηνέα του αντίθετου φύλου, πριν καλέσετε το διερμηνέα.
- Χρησιμοποιήστε απλή γλώσσα, προσπαθήστε να αποφύγετε τη χρήση τεχνικών όρων, επαγγελματικής αργκό, κοινολεξιών, ιδιωματικών εκφράσεων και μεταφορών.
- Κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης κοιτάζετε και μιλάτε απευθείας στον εξυπηρετούμενο και όχι στο διερμηνέα.

Στη διερμηνεία ζητημάτων ψυχικής υγείας να θυμάστε τα εξής :

Τα ακόλουθα αποτελούν ευθύνη του ειδικού ψυχικής υγείας και όχι του διερμηνέα :

- Όταν κανονίζετε συνεργασία με διερμηνέα, ενημερώστε για πιθανά ευαίσθητα ζητήματα τα οποία μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Αν χρειαστεί, δώστε εκ των προτέρων οδηγίες στο διερμηνέα.
- Διατηρήστε την ευθύνη για τη φροντίδα του ασθενή.

- Διαμέσου του διερμηνέα εξηγήστε στον εξυπηρετούμενο το λόγο για τον οποίο παρευρίσκεται ο διερμηνέας και διαβεβαιώστε τον για την προστασία του απορρήτου.
- Αν χρειαστεί, να προστατέψετε το διερμηνέα από κάθε απειλητική συμπεριφορά.
- Προσπαθήστε να ελαχιστοποιήσετε την επικοινωνία μεταξύ του διερμηνέα και του πελάτη, πριν και μετά τη συνεδρία, εφόσον αυτό είναι δυνατό.
- Στην περίπτωση που χρειαστεί και είναι εφικτό, να παρέχετε συμβουλευτική στο διερμηνέα μετά από μια συνεδρία, στην οποία προέκυψαν γεγονότα και καταστάσεις ιδιαίτερης δυσφορίας.
- Ελέγξτε την πορεία της συνεδρίας καθώς και τα μεγάλα τμήματα ομιλίας, τα οποία μπορεί να δυσκολεύουν τη διερμηνεία.
- Εμπλέξτε τον ασθενή, διαμέσου του διερμηνέα, στη συζήτηση για θέματα κουλτούρας ή συζητήστε ανάλογα θέματα στην εποπτεία.
- Σεβαστείτε το διερμηνέα ως έναν επαγγελματία συνεργάτη.

Λάβετε υπόψη τις παρακάτω σημαντικές οδηγίες :

- **Ο ρυθμός ομιλίας του ασθενή:** Ο διερμηνέας πρέπει να αναπαράγει ή να προσεγγίζει το ρυθμό του λόγου του ασθενή καθώς μπορεί να αποτελεί σημαντική διαγνωστική ένδειξη.
- **Ασυνάρτητη ή περιφραστική ομιλία:** Αν ο ειδικός ψυχικής υγείας είναι ενήμερος για αυτή την τάση, μπορεί να είναι βοηθητικό να συμφωνηθεί μια τεχνική για να αντιμετωπιστεί. Σε αντίθετη περίπτωση, ο διερμηνέας μπορεί να χρειαστεί να συνοψίσει το λόγο του ασθενή και να πληροφορήσει σχετικά τον ειδικό ψυχικής υγείας. Εφόσον είναι εφικτό ο διερμηνέας πρέπει να παρέχει δείγματα αποσπασμάτων του λόγου του ασθενή στη γλώσσα του ειδικού ψυχικής υγείας.
- Ο διερμηνέας δεν πρέπει να διακόπτει το λεκτικό ξέσπασμα του ασθενή με έντονο συγκινησιακό περιεχόμενο. Αν, κατά συνέπεια, η πλήρης και ακριβής διερμηνεία δεν είναι δυνατή, μία περίληψη και παραδείγματα του περιεχομένου του λόγου του ασθενή πρέπει να παρέχονται στον ειδικό ψυχικής υγείας κατόπιν ενημέρωσής του.



ΑΠΟΚΤΩΝΤΑΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΣΕ ΆΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ ¹

Υπάρχουν πολλά γραφεία (για παράδειγμα τα κρατικά Διαπολιτισμικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας) τα οποία μπορούν να λειτουργήσουν ως πολιτισμικοί πληροφοριοδότες. Αυτά τα κέντρα, έχοντας πρόσβαση σε μεγάλο αριθμό πηγών, διαθέτουν γνώσεις και πληροφορίες πολιτισμικού περιεχομένου. Στην περίπτωση που δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες πληροφορίες μπορούν να υποδείξουν άτομα ή γραφεία κατάλληλα για την παροχή πληροφοριών.

Μπορεί να υπάρξουν περιπτώσεις στις οποίες να αισθάνεστε ότι τα πολιτισμικά θέματα που ανακύπτουν κατά το χειρισμό μιας περίπτωσης απαιτούν πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες. Η υποστήριξη ανθρώπων που έχουν επιβιώσει από βασανιστήρια και άλλες τραυματικές καταστάσεις απαιτεί ειδικές γνώσεις και δεξιότητες. Ίσως είναι απαραίτητο να παραπέμψετε αυτούς τους πελάτες σε ειδικούς. Σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν εθνικές οργανώσεις οι οποίες μπορούν να παρέχουν πληροφορίες καθώς και ειδικά γραφεία στις περισσότερες Πολιτείες και περιοχές της Αυστραλίας, στις οποίες μπορεί να γίνει παραπομπή. Πολλά από αυτά τα γραφεία δημοσιεύουν, σε τακτική βάση, κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τις υπηρεσίες σε ανθρώπους από διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά περιβάλλοντα ή παρέχουν πληθώρα μεταφρασμένων πηγών και υλικού.

¹ ΣτΕ: Αυτή η ενότητα αφορά στην αυστραλέζικη πραγματικότητα. Αποφασίσαμε να την αφήσουμε σχεδόν ως έχει (δεν συμπεριλάβαμε τις διευθύνσεις των μονάδων όπου κάποιος μπορεί να απευθυνθεί) προκειμένου ο αναγνώστης να γνωρίζει πώς αντιμετωπίζονται ζητήματα διαπολιτισμικής προσέγγισης της φροντίδας της ψυχικής υγείας αλλού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Allotey, P., Nikles, J., Manderson, L. et al., (1998). *Checklists for cultural assessment. Providing care to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds*. Brisbane, Australian Centre for International and Tropical Health and Nutrition, University of Queensland.

Allotey, P., Nikles, J., Manderson, L. et al., (1998). *Guidelines to Practice. Providing care to patients from culturally and linguistically diverse backgrounds*. Brisbane, Australian Centre for International and Tropical Health and Nutrition, University of Queensland.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition.

Aranda, M.P. and Knight, B.G. (1997). The influence of ethnicity and culture on the caregiver stress and coping process: A sociocultural review and analysis *The Gerontologist*, 37(3), 342-254.

Bakshi, L., Rooney, R. and O'Neil, K. (1999). *Reducing Stigma about Mental Illness in Transcultural Settings: A Guide*. The Australian Transcultural Mental Health Network, Melbourne.

Berry, J. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology: An International Review*, 46, 5-68.

Bertram, C. and Lavery, J. (1994). *Cultures in the Workplace: The Model and Implementation in One Health Service Unit*, Wentworth Area Health Service.

Blignault, I., D'Cruz, H., Farcut, M., Fielding, A., Frkovic, I., Ife, J., Larson, A., Manderson, L. and Van Kooten-Prasad, M. (1998). *Transcultural Mental Health Needs Assessment - Towards a New Approach*. Australian Transcultural Mental Health Network, Melbourne.

Carrillo, J.E., Green, A. R. and Bettancourt, J.R. (1999). Cross-Cultural Primary Care: A Patient-Based Approach. *Annals of Internal Medicine* 130, 829-834.

Castillo, R. (1997). *Culture and Mental Illness: a Client Centred Approach*. Pacific Grove, Brooks/Cole Publishing Co.

Chrisman, N.J. (1991). Cultural Systems. *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*. M. R. G. M. Baird S, WB Saunders Co, 45-54.

Fitzgerald, M.H., Mullavey-O'Byrne, C., Clemson, L. and Williamson, P. (1996). *Enhancing Cultural Competency: Video and Manual Training Package*. Sydney, Transcultural Mental Health Centre, NSW.

Guarnaccia, P.J. and Parra, P. (1996). Ethnicity, Social Status, and Families' Experiences of Caring for a Mentally Ill Family Member. *Community Mental Health Journal*, 32(30), 243-260).

Kaplan, H. and Saddock, B. (1998). *Synopsis of Psychiatry*, 8th Edition, Williams and Wilkins, Baltimore.

Kleinman, A., Eisenberg L. and Goode, B. (1978). Culture, illness and care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research. *Ann. Intern. Med* 88, 251-258.

Kokanovic, R., Petersen, A., Mitchell, V. and Hansen, S. (2001). *Care-giving and the social construction of 'mental illness' in immigrant communities*. Eastern Perth Public and Community Health Unit and Murdoch University, Perth.

Lefley, H.P. (1985). Families of the mentally ill in cross-cultural perspective. *Psychosocial Rehabilitation Journal*/VIII (4), 57-75.

Lefley, H.P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44, 556-560.

Multicultural Access Unit (1999). *Culture and Health Care*. Perth, Health Department of Western Australia, Perth.

Ridley, C.R., Li, L.C. and Hill, C.L. (1998). Multicultural assessment: Reexamination, reconceptualisation, and practical application. *Counselling Psychologist* 26, 827-910.

Rooney, R., Wright, B., O'Neil, K. and Tan-Quigley, A. (2000). The Psychosocial Needs of Carers of the Mentally Ill from Culturally and Linguistically Diverse Communities. Curtin University of Technology (WA) and West Australian Transcultural Mental Health Centre

Rooney, R., O'Neil, K., Bakshi, L. and Tan-Quigley, A. (1997). *Investigation of Stigma and Mental Illness Amongst CALD communities and Development of Approaches to its Reduction*. Six month report. University of Melbourne. (<http://www.mmha.org.au>)

Translating and Interpreting Service, Blackmore D., Centre for Language and Cultural Studies, Multicultural Access Unit and Transcultural Psychiatric Unit, *Health Interpreter Directory and Interpreting Guidelines*, Multicultural Access Unit (North Metropolitan Health Service HDWA)

