

AIDS ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΟΡΟΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ

Μάνος Κωνσταντινίδης*

Περίληψη

Στο παρόν άρθρο αναλύονται τα προβλήματα που παρουσιάζονται σε HIV οροθετικά άτομα και η παρούσα κατάσταση στην Ελλάδα. Επίσης, αναπτύσσονται οι βασικοί άξονες της Κοινωνικής Εργασίας με οροθετικά άτομα και προτείνονται μέθοδοι αντιμετώπισης των δυσκολιών που παρουσιάζει η πολυεπίπεδη προβληματική μιας χρόνιας και απειλητικής για τη ζωή νόσου, που επιπλέον επιφέρει τον κοινωνικό στιγματισμό.

Εισαγωγή

Το AIDS βρίσκεται ανάμεσα στους δύο μεγαλύτερους φόβους του ανθρώπου, στα δυο οριακά και απόλυτα σημεία απ' όπου δεν υπάρχει δρόμος επιστροφής: στον έρωτα και το θάνατο.

Το AIDS σημάδεψε ανεξίτηλα το τέλος του εικοστού αιώνα. Περιληπτικά τα κυριότερα χαρακτηριστικά του είναι ότι: αποτελεί προαναγγελλθέντα θάνατο, απειλεί με κοινωνικό αποκλεισμό (από εργασία, από σχέσεις) αν γίνει γνωστή η οροθετικότητα, προσβάλλει νεαρά κυρίως άτομα, ανακόπτει τις φιλοδοξίες και τα όνειρα που συνήθως υπάρχουν στην ηλικία αυτή, ως μεταδοτική αρρώστια προκαλεί φόβο που οι οροθετικοί εισπράττουν σαν απόρριψη, παρεμβαίνει στις διαπροσωπικές και κυρίως στις ερωτικές σχέσεις σε μία περίοδο που αυτές αποτελούν σημαντικό παράγοντα ψυχικής ηρεμίας και ικανοποιήσεων, υπαγορεύει την τήρηση της μυστικότητας. Επιπλέον, σε αντίθεση με άλλες θανατηφόρες αρρώστιες όπως π.χ. τον καρκίνο, ο ενδιαφερόμενος ενημερώνεται για την κατάστασή του ακόμα κι αν θεωρηθεί ότι δεν θα το αντέξει ψυχολογικά. Το γεγονός ότι προσβάλλει κυρίως ομοφυλόφιλους και χρήστες ουσιών οδηγεί σε εξοστρακισμό αλλά και ενοχές από την πλευρά τους για την προηγούμενη συμπεριφορά. Το χαρακτηριστικότερο όμως και αυτό που οδηγεί τους οροθετικούς σε απόγνωση είναι το γεγονός ότι πρόκειται για μια ασθένεια που δε δίνει το δικαίωμα στον άρρωστο να «διεκδικήσει» όσα μια κοινωνία παρέχει στα μέλη της, όπως συμπόνια, κατανόηση ή και υλικές αποζημιώσεις.

Άλλος βασικός λόγος δημιουργίας ισχυρού φόβου και πανικού είναι το γεγονός ότι αλλάζει τη σειρά θανάτου των γενεών: πεθαίνουν πρώτα τα παιδιά και μετά οι γονείς, ενώ πυροδοτεί θέματα taboo, σεξουαλικότητας και παρεκκλίσεων.

Η Ιατρική, αν και προχώρησε με αλματώδη σχεδόν ρυθμό στη θεραπεία (κοκτέιλ τριπλοθεραπείας, περισσότερα και ποιοτικότερα χρόνια ζωής για τα οροθετικά άτομα), αδυνατεί ως σήμερα να πετύχει την αποθεραπεία. Ο αποχαρακτηρισμός της αρρώστιας από θανατηφόρα σε χρόνια δεν

* Κοινωνικός λειτουργός, στο Συμβουλευτικό. Σταθμό Λοιμωδών Νοσημάτων ΚΕΕΛ και εργαστηριακός συνεργάτης του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, Τ.Ε.Ι. Πάτρας.

κατάφερε να αφαιρέσει τον τρόμο και την ενοχή απ' τους ανθρώπους εξαιτίας του κοινωνικού στιγματισμού που επιφέρει.

Παγκοσμίως πραγματοποιήθηκαν συνέδρια, έρευνες, ψηφίστηκαν νόμοι, ιδρύθηκαν σύλλογοι και οργανώθηκαν εκστρατείες ενημέρωσης και πρόληψης για την προστασία των πολιτών από τη μάστιγα του AIDS που πλήττει ολόένα και περισσότερους ανθρώπους.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Π.Ο.Υ., στο τέλος του 2001 περισσότεροι από 40 εκατομμύρια άνθρωποι είχαν μολυνθεί από τον ιό, πάνω από 20 εκατομμύρια είχαν ήδη πεθάνει από τη νόσο και 14 εκατομμύρια παιδιά είχαν μείνει ορφανά.

Κοινωνικός αποκλεισμός (ή όταν καίγεται το σπίτι του γείτονα...)

Το AIDS κατέδειξε πόσο ισχυρά ερείσματα είχαν τα taboο στις ψυχές των ανθρώπων. Το AIDS δοκίμασε την αγάπη μας και ξεσκέπασε τον πολιτισμό μας. Υποστηρίχθηκε αρχικά ότι το AIDS αφορούσε ορισμένους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Τους ομοφυλόφιλους και τους τοξικομανείς κυρίως, που βρίσκονται πιο κοντά στις οδούς μόλυνσης, δηλαδή κοντά σε μια παρέκκλιση της γενετήσιας πράξης ή δίπλα σε μια σύριγγα. Ήταν μια πρώτη διάκριση που επεβλήθη με βάση ορισμένα επιδημιολογικά στοιχεία που είχαν αρχικά συγκεντρωθεί και που συνέδεαν αιτία και αιτιατό στη διερεύνηση του τρόπου μόλυνσης.

Το αποτέλεσμα αυτής της πρώτης διάκρισης ήταν να στιγματιστούν ακόμη περισσότερο οι πληθυσμιακές αυτές ομάδες στις οποίες η διαφορετική αντίληψη για ορισμένες αρχές και ο τρόπος αντιδράσεώς τους τις είχαν απωθήσει ώστε να κατέχουν ήδη περιθωριακές θέσεις στο κοινωνικό μας σύστημα.

Δημιουργήθηκε πανικός και εκδηλώθηκαν ακραίες συμπεριφορές με τη μορφή αλυσισδωτών αντιδράσεων. Ασφαλιστικές εταιρίες αρνήθηκαν να ασφαλίσουν ομάδες ανθρώπων, οροθετικά άτομα αποκλείστηκαν ως ενοικιαστές, γιατροί αρνήθηκαν τη βοήθειά τους, συνοικίες ξεσηκώθηκαν για την αποτροπή ίδρυσης / εγκατάστασης δομών βοήθειας για HIV οροθετικά άτομα, εργαζόμενοι απολύθηκαν από την εργασία κ.ά.

Νεότερες και πρόσφατες έρευνες υποδεικνύουν μια συμπεριφορά υψηλού κινδύνου, μια συμπεριφορά που δεν αφορά μόνο τις αρχικά προσδιορισθείσες ομάδες, αλλά ολόκληρο τον πληθυσμό.

Έχει αποδειχθεί ότι η ικανότητα των οροθετικών να αντέχουν τις επιπτώσεις της νόσου εξαρτάται από την ψυχική και συναισθηματική τους δύναμη και τη διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη (Holland and Tross, 1985 & Clare - Lennon Etal, 1990). Ωστόσο σήμερα η κοινωνική αποστέρηση είναι μια κατάσταση που βιώνουν τα περισσότερα οροθετικά άτομα, ως συνέπεια του κοινωνικού εξοστρακισμού τους. «Σύμφωνα με πανελλήνια έρευνα στη χώρα μας, ενώ οι περισσότεροι (60,2%) δήλωσαν ότι θα εργάζονταν ή θα σπούδαζαν με ένα τέτοιο άτομο, σημαντικό είναι το ποσοστό των ατόμων που απαντούν αρνητικά (13,8%) ή δηλώνουν ότι δεν είναι σίγουροι (23,3%). Το 68,3% διαφωνεί με την άποψη ότι τα άτομα με AIDS πρέπει να απομονωθούν από τον υπόλοιπο πληθυσμό» (Ιωαννίδη, Μπτροπούλου, Αγραφιώτης, 2001).

Ίσως αυτή η διαπίστωση να υπαγόρευσε το βασικό μήνυμα του ενημερωτικού υλικού του ΚΕΕΛ για την 1η Δεκέμβρη 2002. *«Με την παρέα δεν μεταδίδεται το AIDS. Μεταδίδεται η ανθρωπιά».*

Γίνεται φανερό ότι οι οροθετικοί είναι μια από τις νέες ομάδες κοινωνικού αποκλεισμού και όσο πιο ευάλωτη είναι μια ομάδα, όσο λιγότερο εξοπλισμένη να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές αντιξοότητες, τόσο περισσότερο πλήττεται.

Οι «διαφορετικοί» λοιπόν κατατάσσονται στις τελευταίες βαθμίδες της κοινωνικής ιεράρχησης όπου και παραμένουν χωρίς καμιά δυνατότητα διεκδίκησης. Αν όμως ένα τμήμα του πληθυσμού καταδικάζεται να μείνει στο κοινωνικό περιθώριο, τότε το πρόβλημά του γίνεται πρόβλημα όλης της κοινωνίας. Από την άποψη αυτή, η υπέρβαση των αντικειμενικών και υποκειμενικών συνθηκών που συγκροτούν το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, αποτελεί (ή θα έπρεπε να αποτελεί) βασική κοινωνική προτεραιότητα.

Κοινωνικά και εργασιακά προβλήματα των HIV οροθετικών ατόμων

Τα προβλήματα των HIV οροθετικών ατόμων και των οικογενειών τους ξεπερνούν τα προβλήματα κάθε άλλης ασθένειας.

Οι διακρίσεις, το κοινωνικό στίγμα, η απώλεια εισοδήματος, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, ο τερματισμός κοινωνικών σχέσεων, η έλλειψη στέγης είναι μερικά μόνο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Ουσιαστικά με ιατρικά κριτήρια θεωρούνται ανάπηρα άτομα. Σ' ένα μεγάλο ποσοστό παρουσιάζουν μεγάλα προβλήματα λειτουργικότητας και με αυτή την έννοια είναι άτομα με ειδικές ανάγκες.

Όπως ήδη αναφέραμε, τα τελευταία χρόνια, η εξέλιξη της φαρμακοθεραπείας έχει βοηθήσει σημαντικά στον αποχαρακτηρισμό του AIDS από θανατηφόρα ασθένεια σε χρόνια. Καθώς λοιπόν συντηρούνται οι σωματικές και πνευματικές τους δυνατότητες, οι οροθετικοί χρησιμοποιούν πολλές υπηρεσίες, και ως εκ τούτου προκύπτει η ανάγκη παρέμβασης του κοινωνικού λειτουργού για υλικές και άλλες παροχές από υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας, παρέμβαση που είναι απαραίτητη καθώς ο αριθμός των φορέων AIDS γίνεται όλο και μεγαλύτερος.

Τα αιτήματα οικονομικού χαρακτήρα αποτελούν δευτερεύον πρόβλημα των οροθετικών ατόμων. Πρωταρχική είναι η ανάγκη τους για κάτι βαθύτερο και πιο ουσιαστικό. Μέσα από την επαγγελματική σχέση τα άτομα αυτά αγωνίζονται να εκφραστούν, να επεξεργαστούν συναισθήματα και σκέψεις για το θάνατο που απειλεί τη ζωή τους – και όλα αυτά δεν είναι πάντοτε εφικτά στα πλαίσια των προσφερόμενων δομών και υπηρεσιών.

Η συνταξιοδότηση και γενικότερα η πληροφόρηση για θέματα κοινωνικής πολιτικής αποτελούν συνηθισμένα θέματα συζήτησης που απασχολούν οροθετικά άτομα στη συνάντησή τους με τον κοινωνικό λειτουργό. Πολλοί δυσκολεύονται να μιλήσουν για τους λόγους για τους οποίους αποσύρονται σε σύνταξη τη δεδομένη στιγμή. Συνήθως, αυτό συνδυάζεται με την έναρξη της φαρμακοθεραπείας, χωρίς βέβαια η τελευταία να δικαιολογεί την απόφαση για συνταξιοδότηση. Η προσεκτική ακρόαση και η εξατομικευμένη παρέμβαση βοηθούν σημαντικά στη διασαφήνιση των λόγων και των αιτιών, διότι υπάρχουν πολλοί παράγοντες που μπορεί να συντείνουν στην απόφαση ενός ατόμου να συνταξιοδοτηθεί. Υπάρχει φόβος, υπάρχει θυμός, συναισθήματα που είναι δύσκολο και όμως αναγκαίο να εκφραστούν για να μπορέσει το άτομο να αποβάλλει τις ενοχές του. Για ορισμένους η συνταξιοδότηση είναι μια ευκαιρία να διακόψουν μια εργασία που δεν τους άρεσε, για κάποιους άλλους ευκαιρία προσανατολισμού σε μια νέα απασχόληση, αλλά για τους περισσότερους είναι σημάδι απαισιοδοξίας, απογοήτευσης, που συχνά οδηγεί σε καταθλιπτική συμπεριφορά σε σχέση με την εξελικτική πορεία της υγείας τους.

Βέβαια, δεν υπάρχει ένα γενικό πλαίσιο που να καλύπτει όλες τις περιπτώσεις και είναι αναγκαίο να τονιστεί πως, επειδή πολλά οροθετικά άτομα αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα, πριν την εμφάνιση της νόσου, η οροθετικότητά τους δεν μπορεί να είναι δικαιολογία, πηγή και αιτία για όλες τις δυσκολίες τους.

Συχνά, ένα πρώτο εμπόδιο είναι ότι η νεαρή ηλικία των φορέων του AIDS δεν καλύπτει τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για συνταξιοδότηση. Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, όπου ζητείται το εφάπαξ προνοιακό επίδομα, παρατηρείται το γνωστό φαινόμενο της αργοκίνητης γραφειοκρατικής διαδικασίας όσον αφορά την ικανοποίηση του αιτήματος, εάν, βέβαια, γίνει δεκτό. Επιπλέον, για κάποιες χρονικές περιόδους γίνεται ανάκληση της παροχής αυτού του επιδόματος.

Όσον αφορά το επίδομα της οροθετικότητας, του οποίου δικαιούχοι είναι όλοι οι φορείς και ασθενείς ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης, προκύπτει το εξής πρόβλημα: ενώ για τη χορήγηση του απαιτείται μόνο η υποβολή βεβαίωσης από γιατρό κρατικού νοσοκομείου και άλλων τυπικών εγγράφων (αστυνομική ταυτότητα, πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, κτλ.), οι Διευθύνσεις Πρόνοιας διατηρούν το δικαίωμα ελέγχου με έρευνα κατ' οίκον, η οποία είναι κοινωνικού περιεχομένου και σκοπό έχει την εξακρίβωση της πραγματικής διεύθυνσης του δικαιούχου και περαιτέρω παροχή κοινωνικής βοήθειας. Πέρα από το ότι στη σημερινή εποχή η προσέγγιση αυτή δεν είναι ενδεδειγμένη, έρχεται σε αντίθεση και με την όλη φιλοσοφία του επιδόματος. Η κατ' οίκον επίσκεψη του κοινωνικού λειτουργού – υπαλλήλου της Πρόνοιας, ο οποίος πηγαίνει στο σπίτι του φορέα για να γνωματεύσει για τις κοινωνικές ανάγκες του και να εξακριβώσει αν η διεύθυνση που δηλώνει είναι αληθινή – λειτουργεί τις περισσότερες φορές αποτρεπτικά σε σχέση με την απόφαση της υποβολής των σχετικών δικαιολογητικών ώστε να του δοθεί το επίδομα για πρώτη φορά. Ο προβαλλόμενος φόβος για τη μη τήρηση της επαγγελματικής εξεμύθειας επιτείνει για την πλειονότητα των οροθετικών το άγχος διεκπεραίωσης αυτής της έτσι και αλλιώς γραφειοκρατικής διαδικασίας.

Για τους εργαζόμενους οροθετικούς, ο φόβος μήπως αποκαλυφθεί η οροθετικότητά τους αποτελεί το βασικότερο πρόβλημά τους. Συζητούν το ενδεχόμενο μιας μετάθεσης ή έστω αλλαγής χώρου, με σκοπό τη διαφύλαξη του μυστικού τους. Ο φόβος της αποκάλυψης είναι δικαιολογημένος, αφού το AIDS είναι, περισσότερο από κάθε άλλη ασθένεια, μια νόσος κοινωνική. Συχνά ο φόβος αυτός, αλλά και η αμφιθυμία όσον αφορά στην απόφαση συνταξιοδότησης, αναστέλλουν τη διαδικασία.

Στις περιπτώσεις εκείνων που είναι ικανοποιημένοι από την εργασία τους τονίζεται η σημασία που έχει για την ισορροπία τους η διατήρησή της, αφού η βιαστική διακοπή της, χωρίς ώριμη απόφαση, γίνεται πηγή άγχους και μιας σειράς από προβλήματα, όπως αίσθημα αναξιοσύνης, απομόνωση, κατάθλιψη, περιορισμός των επαγγελματικών σχέσεων ή και η διακοπή τους κ.ά.

Εκείνοι που αναγκάζονται να αλλάξουν αντικείμενο εργασίας ή να διακόψουν την εργασία τους εξαιτίας της οροθετικότητας, βιώνουν μια κατάσταση ανασφάλειας και αβεβαιότητας, πολλές φορές μάλιστα χάνουν κεκτημένα εργασιακά δικαιώματα, ενώ για τους άνεργους, που αποτελούν και την πιο ευπαθή υποομάδα, το ενδιαφέρον περιορίζεται στην εξάντληση των υπαρχόντων κοινωνικών επιδομάτων. Τα άτομα αυτά είναι ως επί το πλείστον νέοι, πτυχιούχοι και μη, που δεν έχουν καμιά επαγγελματική εμπειρία ή προϋπηρεσία.

Στα πλαίσια των αλλαγών που επιφέρει η οροθετικότητα στη ζωή ενός ανθρώπου, η απώλεια της εργασίας έρχεται να προστεθεί ως βασικός παράγοντας αποκλεισμού τόσο σε πρακτικό / οικονομικό όσο και σε ψυχολογικό / κοινωνικό επίπεδο. Το άτομο χάνει την αυτοεκτίμησή του, η ανεξαρτησία που είχε ενδεχομένως αποκτάσει βρίσκεται σε κίνδυνο, μεγαλώνει η εξάρτηση από την οικογένεια και το άτομο καλείται απότομα να επαναπροσδιορίσει αξίες, ρόλους, δυνατότητες.

Η εργασία, εκτός από μέσο βιοπορισμού, έχει και κοινωνική διάσταση – που συνήθως υποτιμάται – καθοριστική για τον άνθρωπο. Η απώλεια της εργασίας οδηγεί στην απομόνωση και στην

περιθωριοποίηση του ατόμου, στην απώλεια της θέσης του μέσα στην κοινωνική επαγγελματική ομάδα, με ενδεχόμενες αλλαγές στον τρόπο ζωής, στην επιλογή της ψυχαγωγίας και στις πνευματικές ανάγκες του. Όλα αυτά σηματοδοτούν μια πορεία που προσανατολίζεται στην ασθένεια και συνοδεύεται μοιραία από μια γενική απραξία, από έλλειψη φιλοδοξιών και μακροπρόθεσμων στόχων. Η στάση αυτή δε συμβαδίζει με τις κοινωνικές αξίες που προβάλλονται σήμερα. Το άτομο παύει να επιβεβαιώνεται μέσω της εργασίας, παύει να στοχεύει στην απόκτηση και στη διατήρηση του κύρους, στην προσωπική αναγνώριση και την προαγωγή της προσωπικότητας. Παρατηρείται μια ρήξη στη σχέση και την αλληλεπίδραση ατόμων - κοινωνίας, αφού το εργασιακό περιβάλλον, όπως άλλωστε και η οικογένεια ή οι φίλοι, επιτελεί σημαντικό κοινωνικό ρόλο. Η θεραπευτική απασχόληση, π.χ. η εργασιοθεραπεία, δεν αναπληρώνει τον κοινωνικό ρόλο της εργασίας, δεδομένου ότι προτείνεται εναλλακτικά μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις.

Τα άτομα που έχουν κάποιο περιβάλλον να τα υποστηρίξει φαίνεται πως τα καταφέρνουν καλύτερα. Για πολλούς, όμως, η διάσπαση της οικογένειας έχει δημιουργήσει χαλαρές ή ανύπαρκτες οικογενειακές σχέσεις, γεγονός που μπορεί να συνδυάζεται με διαφόρων τύπων ψυχικές διαταραχές.

Ψυχολογικά προβλήματα

«Τα HIV οροθετικά άτομα δεν έχουν να αντιμετωπίσουν μόνο την κρίση μιας ασθένειας, αλλά επιπλέον τα διάφορα στάδιά της και πολύ συχνά την προετοιμασία για το θάνατο. Επίσης έχουν να αντιμετωπίσουν τη μεγαλύτερη διάσταση σε ψυχοκοινωνικά θέματα στη ζωή τους» (Ragsdale and Morrow, 1990).

Σύμφωνα με την Αθανασοπούλου, κλινική ψυχολόγο στο Συμβουλευτικό Σταθμό για το AIDS του Κ.Ε.Ε.Λ., στο Νοσοκομείο «Α. Συγγρός», «τα περισσότερα οροθετικά άτομα προσέρχονται αρχικά για κοινωνικά ή προνοιακά θέματα, όπως επίδομα AIDS ή πρόωπη συνταξιοδότηση ή κάποιο οικονομικό βοήθημα που μπορεί να τους δοθεί. Αν αυτό το αίτημά τους ικανοποιηθεί, τότε αρχίζουν να δείχνουν εμπιστοσύνη και να μιλούν περισσότερο για τον εαυτό τους και τα συναισθηματικά και ψυχολογικά τους προβλήματα. Εάν το αίτημά τους δεν ικανοποιηθεί διότι δεν είναι εφικτό, τότε σε πολλές περιπτώσεις πιθανότερο είναι να θυμώσουν και να απομονωθούν για άλλη μια φορά, διότι γινόμαστε η στερητική κοινωνία ή οι στερητικοί γονείς που οι περισσότεροι είχαν. Θα ξαναέρθουν σε επαφή μαζί μας μόνο για την επόμενη ανάγκη και περισσότερο δύσπιστοι από την πρώτη φορά».

Ζητήματα όπως ο φόβος του θανάτου και του πόνου, η ενοχή, η αίσθηση της απώλειας της ελαστικότητας και της φυσικής τους δύναμης, των σεξουαλικών ευκαιριών και της ελπίδας ότι θα καλυτέρευαν την κοινωνική τους υπόσταση και την οικονομική τους κατάσταση είναι συχνά θέματα συζήτησης των οροθετικών ατόμων με τους επαγγελματίες ψυχοκοινωνικής στήριξης. Επίσης, η απώλεια αυτοεκτίμησης που συνήθως συνοδεύει την ανακάλυψη της μόλυνσης HIV, η θλίψη και το πένθος για τις απώλειες που έχουν υποστεί ή που αναμένουν να υποστούν, η αβεβαιότητα για το μέλλον και το πώς να το σχεδιάσουν.

Το άγχος είναι μια αντίδραση υπερισχύουσα τόσο για τις προγνώσεις για την υγεία τους όσο και για το ενδεχόμενο να απορριφθούν κοινωνικά ή από την οικογένεια ή από σεξουαλικούς συντρόφους.

Εκφράζουν θυμό σε συνδυασμό με πικρία ότι ήταν οι άτυχοι που μολύνθηκαν από τον ιό. Ο θυμός μπορεί να είναι εσωστρεφής όταν κατηγορούν τον εαυτό τους που ρίσκαρε ή εξωστρεφής

αν το λάθος το βλέπουν στους άλλους. Μπορεί επίσης να προέρχεται από την έλλειψη αποτελεσματικής θεραπείας ή μιας επιβεβαίωσης ότι στο κοντινό μέλλον θα βρεθεί ιατρική λύση για το πρόβλημά τους. Πολλές φορές τα HIV οροθετικά άτομα αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους πίνοντας υπερβολικά ή παίρνοντας ναρκωτικά επιβαρύνοντας έτσι περισσότερο την επισφαλή υγεία τους.

Οι σεξουαλικές σχέσεις είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι άγχους εξαπτίας του φόβου τους μην το μάθει ο σύντροφος ή το περιβάλλον τους. Συνήθως οι αναστολές σεξουαλικής έκφρασης των πρώτων μηνών της ανακοίνωσης δίνουν τη θέση τους ξανά στις ενορμήσεις ζωής μετά από παρέλευση 5-6 μηνών.

Ιατρικά προβλήματα

Κατ' αρχήν, βασικό πρόβλημα είναι η αυξημένη ευαισθησία στις λοιμώξεις. Οι επικείμενες νέες μολύνσεις προκαλούν στους ασθενείς και σ' αυτούς που τους φροντίζουν ένταση και φόβο.

Συχνά είναι τα προβλήματα αϋπνίας, αισθάνονται κουρασμένοι και άκεφοι, έχουν εφιάλτες ή άλλοι κοιμούνται πάρα πολύ, παρουσιάζουν κατάθλιψη, ανορεξία και γαστροεντερικά προβλήματα ειδικά αν το άτομο είναι αγχώμενο.

Στους περισσότερους, η γνώση ότι υπάρχουν καινούρια φάρμακα σε πειραματικό στάδιο μπορεί να δημιουργήσει ελπίδα ή και άγχος. Τα άτομα με AIDS συχνά πρέπει να αποφασίσουν εάν θα πάρουν μέρος στα κλινικά πειράματα ή όχι. Μερικοί συχνά ζητούν απελπισμένα να λάβουν μέρος σε τέτοια πειράματα, ενώ άλλοι το αποφεύγουν. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προκαλέσει προβλήματα π.χ. στο ήπαρ και κάποια φάρμακα δυσμορφία στο σώμα.

Κοινωνική Εργασία με οροθετικά άτομα

Παρέμβαση στην κρίση

Η εργασία με οροθετικά άτομα κινείται ουσιαστικά στους άξονες της παρέμβασης σε κρίση και της διεργασίας λύσης προβλημάτων. Μία κρίση που προκαλείται με αφορμή την εμφάνιση ενός απροσδόκητου απειλητικού γεγονότος σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικά προβλήματα που προϋπάρχουν και αναζωπυρώνονται ή δημιουργούνται με το βίωμα της οροθετικότητας.

Οι Κινέζοι αναπαριστούν την έννοια της κρίσης με δύο σύμβολα: το σύμβολο του κινδύνου, καθώς διαταράσσεται η βιοψυχοκοινωνική ισορροπία του ατόμου και το σύμβολο της ευκαιρίας καθώς το άτομο ωθείται να υιοθετήσει νέους τρόπους αντιμετώπισης που θα συμβάλλουν είτε στην ωρίμανση και εξέλιξή του, είτε στη στασιμότητα και αποδιοργάνωσή του. Η κρίση είναι χρονικά περιορισμένη και διαρκεί από μερικές ώρες μέχρι οκτώ εβδομάδες (Caplan, 1961).

Στην περίπτωση των οροθετικών, η κρίση αυτή μπορεί να πυροδοτηθεί, εκτός από τη στιγμή της ανακοίνωσης, από την έναρξη της φαρμακοθεραπείας, τα πρώτα συμπτώματα - ενδείξεις λοιμώξεων του AIDS, την εισαγωγή σε Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, την απώλεια εργασίας και τον κοινωνικό στιγματισμό, την απώλεια φίλων, συντρόφων και τη φάση του τελευταίου σταδίου, την πλήρη ανάπτυξη AIDS.

Σ' αυτές τις καταστάσεις, οι συνήθεις προσαρμοστικοί μηχανισμοί δεν επαρκούν, ούτε οδηγούν στην παλαιά ισορροπία. Σε κάθε οροθετικό άτομο το γεγονός της οροθετικότητας εγγράφεται μέσα σε μία ατομική ιστορία και φέρει τα σημάδια ενός παρελθόντος βάσει του οποίου θα αντιμετωπίσει το παρόν και θα πορευτεί στο μέλλον.

Η μόλυνση από τον ιό HIV αποτελεί ένα υπαρκτικό πλήγμα που φέρνει το άτομο αντιμέτωπο με μια σειρά πραγματικών ή αναμενόμενων απειλών. Σε ψυχολογικό επίπεδο ο τρόπος που το άτομο θα βιώσει το βάρος και την ένταση των απωλειών έχει καθοριστική σημασία για το αν μια εμπειρία κρίσιμη και οριακή, όπως αυτή της οροθετικότητας, θα μετατραπεί σε κρίση για το άτομο που τη βιώνει.

Έτσι όταν οι ψυχικές διεργασίες μπλοκάρουν και η αγωνία αναπόφευκτου θανάτου ακυρώνει τις δυνατότητες σκέψης και λύσεων, η παρουσία ενός πλαισίου ικανού να απορροφήσει με αποτελεσματικότητα τους κραδασμούς που δημιουργούνται σε καταστάσεις κρίσης και να τους εμποδίσει να γίνουν καταστροφικοί, μπορεί να θέσει τις βάσεις μιας καινούριας προοπτικής.

Κύριο μέλημα του κοινωνικού λειτουργού είναι να χρησιμοποιήσει την κρίση προκειμένου να επιλυθεί όχι μόνο το τωρινό πρόβλημα, αλλά και να ισχυροποιηθεί το άτομο ώστε να αντεπεξέρχεται στις μελλοντικές αντιξοότητες χρησιμοποιώντας καλύτερους προσαρμοστικούς μηχανισμούς. Η κρίση προκαλεί κίνδυνο, αλλά και νέες ευκαιρίες και δυνατότητες.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι υποστηρικτικός και ταυτοχρόνως ενεργός. Η Παπαδάτου αναφέρει ότι «ο επαγγελματίας που παρεμβαίνει στην κρίση καθοδηγεί χωρίς να επιβάλλεται και συχνά παρεμβαίνει χωρίς να υπάρχει σαφές αίτημα» (Παπαδάτου, 1999, σελ. 105). «Πολλές φορές ο επαγγελματίας επιθυμεί να επαναφέρει τον πελάτη όσο το δυνατόν σε μια κατάσταση ισορροπίας παρεμποδίζοντας μ' αυτόν τον τρόπο την επεξεργασία όλης της εμπειρίας. Η κρίση επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα τον επαγγελματία ενεργοποιώντας άλυτες προσωπικές του συγκρούσεις. Γι' αυτό και θεωρείται αναγκαία μια διεργασία αυτογνωσίας που τον βοηθά να αναγνωρίζει πώς επηρεάζεται και πώς αντιδρά όταν έρχεται καθημερινά σε επαφή με ασθενείς και οικογένειες που βρίσκονται σε κρίση» (ό.π., σελ. 105).

Ανάγκη για επαγγελματική σχέση

Συχνά οροθετικά άτομα, όταν ξεπεράσουν το στάδιο της κρίσης, επιδιώκουν μια περαιτέρω ενδοσκοπήση και κατανόηση της ψυχικής τους κατάστασης. Μια υποστηρικτική συστηματική επεξεργασία του ψυχικού τραύματος, του πόνου και του φόβου του θανάτου. Κατακλύζονται από μια σειρά συγκρούσεων, ερωτημάτων (γιατί σε μένα; γιατί κινδύνεψα; κ.τ.λ.), αναδύονται μνήμες του παρελθόντος που αναζητούν ερμηνείες και ψυχική ρύθμιση.

Η ανάγκη επίλυσης τέτοιων ερωτημάτων παρεισφρύει και κατά τη διάρκεια των πρώτων συναντήσεων, ταυτόχρονα με τις διαδικασίες επίλυσης πρακτικών θεμάτων. Ευνόητο όμως είναι ότι είναι δύσκολο να τύχουν άμεσης επεξεργασίας από ένα μεγάλο αριθμό πελατών με τη βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού. Είναι απαραίτητο προηγουμένως να ξεπεραστεί η οξεία φάση της κρίσης και να εγκαθιδρυθεί μια σχέση εμπιστοσύνης που θα αποτελέσει το στέρεο όχημα για την πορεία σε δρόμους ψυχικούς και συχνά επώδυνους.

Σύμφωνα με τον Biestek «η σχέση είναι η δυναμική συναλλαγή στάσεων και συναισθημάτων μεταξύ του κοινωνικού λειτουργού και του πελάτη με στόχο τη βοήθεια του πελάτη ώστε να επιτύχει μια καλύτερη προσαρμογή εαυτού και περιβάλλοντος» (Biestek, 1957, σελ. 16). «Απαραίτητα ποιотικά στοιχεία της σχέσης αποτελούν οι παρακάτω αρχές: α) Εξατομίκευση, β) σκόπιμη έκφραση συναισθημάτων, γ) ελεγχόμενη συναισθηματική εμπλοκή, δ) αποδοχή, ε) μη κριτική στάση, στ) αυτοδιάθεση του πελάτη και ζ) εχεμύθεια» (ό.π.).

Μια από τις μεγαλύτερες και σπουδαιότερες έρευνες στην ψυχοθεραπεία, αυτή του Hans Strupp, απέδειξε ότι ο κύριος θεραπευτικός παράγοντας είναι ο θεραπευτής και όχι οι θεωρίες ή οι

θεωρητικές ερμηνείες. Επιπλέον ο επαγγελματίας χρειάζεται να έχει τις παρακάτω τρεις ιδιότητες: α) Να είναι γνήσιος και αυθεντικός, κάτι που έχει λείψει στην παιδική ηλικία των περισσότερων, β) να έχει σεβασμό προς τον πελάτη και όχι μια κτητική σχέση θερμότητας, να τον αποδέχεται δηλαδή ως ανεξάρτητο πρόσωπο και όχι ως αυτοαντικείμενο για τις ανάγκες του και γ) να κατέχει κάποια θεωρία καλά, ώστε να βάζει σε κάποια τάξη τα συγκεχυμένα αισθήματα του πελάτη.

Αν και σε μια υποστηρικτική θεραπευτική σχέση, αναπτύσσονται πολλά και ποικίλα συναισθήματα, μπορούμε να διακρίνουμε δυο βασικές μορφές προσέγγισης του άλλου. Η μία, η πιο αντικειμενική, όπου βλέπουμε τον άλλο ως μια ισότιμη ξεχωριστή οντότητα, την οποία μπορούμε να γνωρίσουμε και να κατανοήσουμε. Η άλλη μορφή σχέσης είναι η μεταβατική, όπου ο άλλος δεν βιώνεται αντικειμενικά αλλά ως οθόνη προβολής του εαυτού μας, όπου προβάλλουμε ασυνείδητα ιδιότητες, χαρακτηριστικά και εμπειρίες που δεν έχουν πάντα αλήθεια μέσα τους. Είναι προβολή ή διεργασία εμπειριών της σχέσης με πρόσωπα της παιδικής ηλικίας που συνήθως είναι οι φιγούρες της πρωταρχικής σκηνής, δηλαδή ο πατέρας και η μητέρα.

Έτσι συχνά ο κοινωνικός λειτουργός προσλαμβάνεται ως πατρική ή μητρική παρουσία σύμφωνα με τις ψυχικές εγγραφές που έχει ο πελάτης. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι απαραίτητο να είναι ενήμερος αυτών των έτσι και αλλιώς αναπόφευκτων μεταβιβάσεων. Ο κοινωνικός λειτουργός που λέει στον πελάτη π.χ. «Δεν είμαι ο κακός σου πατέρας», αχρηστεύει όλη τη διαδικασία της μεταβίβασης διακόποντάς την και αυτό δηλώνει ότι δεν είναι κύριος του άγχους του, όπως επίσης και των φόβων και ανασφαλειών του σε σχέση με τον πελάτη. Αυτό είναι καίριο στην εργασία με οροθετικά άτομα των οποίων οι βασικότεροι φόβοι αναφέρονται στο θάνατο, την απώλεια, την καταστροφή, τον αποχωρισμό. Η εγκαθίδρυση σχέσης είναι πολύ σημαντική για την έκβαση της παροχής βοήθειας. Οι φόβοι εισβάλλουν στη ζωή των ανθρώπων ως απόρροια σχέσεων, γι' αυτό μπορούμε να τους αντιμετωπίσουμε κατ' εξοχήν μέσα από μια σχέση.

Συχνά ο μοχλός εκκίνησης όλων των φόβων είναι οι προσδοκίες που ενεργοποιούνται μέσα στη θεραπευτική συμμαχία. Στα οροθετικά άτομα που είναι ταλαιπωρημένα, στερημένα, με απορριπτικές σχέσεις υπάρχει υπέδαφος συχνά υπερτροφίας αυτών των προσδοκιών. Δημιουργούν μια αίσθηση απροστάτευτου, εξαρτητική, που ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να διακρίνει προκειμένου να προστατευτεί και ο ίδιος από τέτοιου είδους εκτός ορίων σχέσεις, αλλά και να διατηρήσει σ' ένα λειτουργικό καλό επίπεδο την εξελικτική πορεία του πελάτη. Σ' αυτό το σημείο είναι θεμιτό να αποσαφηνίζονται οι στόχοι και τα αιτήματα στην επαγγελματική σχέση. Μπορεί από το προβαλλόμενο αίτημα της πρώτης συνάντησης να γίνουν πολλές αναδιαμορφώσεις και ιεράρχηση των αναγκών του οροθετικού ατόμου, όμως η εξάρτηση απαιτεί γνώση των ναρκισιστικών αναγκών από μέρους του κοινωνικού λειτουργού για να είναι εφικτός ο έλεγχός της.

Παρέμβαση στα πρώτα στάδια

Κατά τη διάγνωση του HIV η πιο κοινή αντίδραση είναι το σοκ. Τα άτομα αισθάνονται συγκεχυμένα, μπερδεμένα και σε συνεχή αναστάτωση. Πολλοί, αν και ζητούν πληροφορίες για την ασθένεια, αργότερα φαίνεται να μη θυμούνται τι τους έχουν απαντήσει. Κάποιοι μπορεί να γίνουν πολύ επιθετικοί και άλλοι να αντιδράσουν περιμένοντας ήσυχτοι και απομονωμένοι. Όποια κι αν είναι η αντίδραση, υπερβολική ή όχι, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη ότι αντιμετωπίζουν την πραγματικότητα μιας χρόνιας και ανίατης νόσου. Στο πρώτο αυτό στάδιο, συζητείται σε ποιον ή ποιους θα μπορούσαν να μιλήσουν για το αποτέλεσμα των εξετάσεων. Προσδιορίζονται οι δυσκολίες που προβλέπεται ότι θα αντιμετωπίσουν τις επόμενες ώρες και ημέρες. Ευθαρρύνονται στο να κάνουν

ερωτήσεις, τους δίνονται πληροφορίες για τη διαδικασία της ιατρικής παρακολούθησης, για παροχές, για οργανώσεις στήριξης και παρέχεται η δυνατότητα της συνέχισης των συναντήσεων με τον επαγγελματία.

Σ' αυτό το στάδιο μετά τη διάγνωση, το οροθετικό άτομο καλείται να αντιμετωπίσει την κρίση με το δίλημμα: «Θα αγωνιστώ για να ζήσω ή θα παρατηθώ και θα περιμένω;». Η απάντηση σ' αυτό το ερώτημα είναι αυτή που θα καθορίσει την προσαρμογή στα επόμενα στάδια.

Η κοινωνική και συναισθηματική στήριξη είναι οι πιο καλοί τρόποι βοήθειας για τα άτομα που ζουν με την HIV λοίμωξη. Ο κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να βοηθήσει ώστε να μιλήσουν για τον εαυτό τους και ταυτόχρονα επιχειρεί να εξομαλύνει τις σχέσεις με τις οικογένειές τους και τους συντρόφους τους. Θα πρέπει να ακούσει προσεκτικά τα άγχη και τους φόβους τους για την αποκάλυψη στα οικεία πρόσωπα, αποφεύγοντας τις μανούβρες που τα οροθετικά άτομα κάνουν με σκοπό την ανάληψη της ευθύνης ενημέρωσης από τον κοινωνικό λειτουργό. Τα οροθετικά άτομα επείγει να βοηθηθούν ώστε να πραγματοποιήσουν τα ίδια την ενημέρωση.

Παρέμβαση στο τελικό στάδιο

«Τα συναισθηματικά προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ασθενής με AIDS που πλησιάζει στο θάνατο είναι πολύ διαφορετικά από αυτά που αντιμετωπίζει ένας ασθενής σε παρατεταμένη ανάρρωση. Μερικά άτομα που είναι πολύ άρρωστα, εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια για βελτίωση και περιμένουν παθητικά το θάνατο. Άλλοι καταβάλλουν απεγνωσμένες προσπάθειες να καλύτερεύσουν, παρακαλούν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να τους βοηθήσει, ψάχνουν για καινούριες φαρμακοθεραπείες ή πηγαίνουν από το ένα νοσοκομείο στο άλλο για να επιβεβαιώσουν ότι η θεραπεία που τους δίνεται είναι η σωστή. Και όλα αυτά τα κάνουν εξαπτίας του φόβου του θανάτου». (Αθανασοπούλου, 2001, σελ. 202).

Αρκετά άτομα αποφεύγουν να δουν και να μιλήσουν στον κοινωνικό λειτουργό ή στους άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγο, ψυχίατρο), επειδή φοβούνται ότι αν μιλήσουν για τα βιώματά τους θα αποδιοργανωθούν και η υγεία τους θα χειροτερέψει. Είναι σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να σεβαστεί τις άμυνές τους και να είναι δίπλα σε περίπτωση που τον χρειαστούν διατηρώντας μαζί τους μια φιλική σχέση και μια σχέση ανοικτής αποδοχής.

Για τα περισσότερα άτομα, όταν τα συμπτώματα της ασθένειας επιδεινώνονται, το άγχος και ο φόβος μετατίθενται από την προετοιμασία για την εξέλιξη της ασθένειας, στην προετοιμασία για το θάνατο.

Δεν μπορούν όλοι να αμυνθούν αποτελεσματικά απέναντι στον κίνδυνο του θανάτου. Άλλοι προσπαθούν, άλλοι παραιτούνται. «Η ικανότητα χειρισμού και προσαρμογής σε μια τέτοια θανατηφόρα νόσο όπως το AIDS, ειδικά στα τελευταία στάδια, εξαρτάται σε ένα μεγάλο βαθμό από τη στάση του ανθρώπου απέναντι στο θάνατο. Οι περισσότεροι αντιμετωπίζουν το θάνατο ως μια φοβερή καταστροφή. Τα έντονα συναισθήματα θλίψης που περιβάλλουν την έννοια και μόνο του θανάτου μπορεί να αντανakλούν μετάνοια, ματαίωση και ενοχή για όλα τα λάθη τους, τις χαμένες ευκαιρίες και τους ανεκπλήρωτους πόθους και σκοπούς τους. Έτσι ο αποτελεσματικός χειρισμός του θανάτου απαιτεί από τους οροθετικούς να ξεπεράσουν όλα αυτά τα αρνητικά και ταπεινωτικά συναισθήματα για τη ζωή τους μαθαίνοντας τα προσωπικά τους επιτεύγματα, αποκαθιστώντας τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και εκπληρώνοντας τους σκοπούς που έχουν θέσει. Τέτοιες επιδιώξεις δημιουργούν μια αίσθηση εσωτερικής ισορροπίας και δύναμης που μειώνουν τον πανικό και το τραύμα του θανάτου». (Αθανασοπούλου, 2001).

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αναγκαίο να αντέξει τον ψυχικό πόνο, να αφήσει το άτομο να μιλήσει, να κλάψει για το θάνατο. Να το πλαισιώσει ώστε να καταπραυνθεί ο πόνος και αυτή η συναισθηματική ανεργμάνιστη αταξία που κορυφώνεται. Αλλά κυρίως δεν μπορεί να αγνοήσει τον δικό του ψυχικό πόνο, την πιθανή ύπαρξη του οποίου επιβάλλεται να έχει προηγουμένως αναγνωρίσει.

Είναι αρκετοί εκείνοι που πιστεύουν πως χωρίς το θάνατο θα ήταν δύσκολο να αποδώσουν στη ζωή ένα νόημα και στα προσωπικά διώματα και επιτεύγματα μια σημασία. Όσοι θεωρούν πως η ζωή έχει αξία ακριβώς επειδή είναι προσωρινή και εφήμερη, κατορθώνουν να χειριστούν καλύτερα και την ιδέα του θανάτου, αλλά και τα συναισθήματα που προκαλεί.

Η Μ. Χαραλάμπους αναφέρει ότι «κάθε επάγγελμα προσλαμβάνει την ταυτότητά του μέσα από τις ορατές πράξεις που εκτελεί, ανταποκρινόμενο σε κάποιες ανάγκες ή απαιτήσεις της κοινωνίας. Οι αποκλειστικές αυτές πράξεις υποδηλώνουν ένα σύνολο έγκυρων γνώσεων, αξιών και πεποιθήσεων, δεοντολογίας και ιδιαίτερων τεχνικών – που κάθε επάγγελμα εμπεριέχει – και διαμορφώνουν την έκταση αντικειμενικών του σκοπών. Οι συνεπαγόμενες πράξεις εκτελούνται από μέλη του επαγγέλματος και ως ένα βαθμό φέρουν τη σφραγίδα των προσωπικών ιδιοτήτων και του τρόπου συμπεριφοράς των επαγγελματιών». (Χαραλάμπους, 1991).

Επιλογος

Η Κοινωνική Εργασία και στον χώρο του AIDS έχει ως στόχο την πρόληψη και αντιμετώπιση κοινωνικών, οικονομικών και ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων που δημιουργούνται, επηρεάζουν ή επηρεάζονται από την ιδιαίτερη κατάσταση της υγείας των ενδιαφερομένων. Αυτή η προσέγγιση επιτρέπει τον χειρισμό ποικίλων προβλημάτων που έχουν σχέση με το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του και την κοινωνία γενικότερα». (Τριάντη, 1997, σελ. 15).

Ο κοινωνικός λειτουργός βρίσκεται ή πρέπει να βρίσκεται ακέραιος ανάμεσα στο κράτος και τους πολίτες, περισσότερο με τους δεύτερους σύμφωνα με την αξίες και τις αρχές του επαγγέλματος. Πρέπει να είναι προσανατολισμένος και συντονισμένος στην ευαισθητοποίηση των κρατικών φορέων για διαρκή αλλαγή, διότι πολιτεία με κοινωνικό πρόσωπο χαρακτηρίζεται εκείνη που έχει ευαισθησία προς τις δοκιμαζόμενες ομάδες πληθυσμού και που αναλαμβάνει στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής να αρθρώσει λόγο και να κάνει πράξη σκονισμένες διακηρύξεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ίσως όμως να πάρει χρόνια να αποδειχθεί – αν γίνεται – ότι αυτό που συνηθίζουμε να ονομάζουμε «κρατικός μηχανισμός» δεν είναι μια απρόσωπη μηχανή, αλλά άνθρωποι με συναισθήματα.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αθανασοπούλου Μ., (1995). *Συμβουλευτική σε οροθετικά άτομα*, Εισήγηση στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογίας, Φιλοσοφική Σχολή Αθηνών.
- Αθανασοπούλου Μ., (1997). *Δυσκολία των ασθενών της Μ.Ε.Λ. όσον αφορά την προσέλευσή τους στο Συμβουλευτικό Σταθμό*, άρθρο στην επίσια αναφορά του Συμβουλευτικού Σταθμού του Κ.Ε.Ε.Λ. – Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Αθήνα.
- Ιωαννίδη - Καπόλου, Μητροπούλου Ι., Αγραφιώτης Δημ., (2001). «Οι στάσεις των Ελλήνων και οι

- σεξουαλικές πρακτικές τους στην αποφυγή της μόλυνσης από τον ιό HIV, ως βάση για μια παρεμβατική πολιτική», *περιοδικό Επιθεώρηση Εργασίας*, Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 2001.
- Κουτσελίνη Αντ., (1998). *Ηθικοδεοντολογικοί προβληματισμοί στην αντιμετώπιση του AIDS*, Ελληνικά Αρχαία AIDS.
- Κωνσταντινίδη Μ., (1998). *Από την εμπειρία στην Κοινωνική Υπηρεσία του Συμβουλευτικού Σταθμού - Σκέψεις πάνω σε θέματα κοινωνικής πολιτικής*, άρθρο στην επίσημη αναφορά του Σ.Σ. του Κ.Ε.Ε.Λ. - Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, Αθήνα.
- Μπότση Χρ., (2001). «Αντιμετωπίζοντας την επιδημία του AIDS: το κράτος και οι οργανώσεις πολιτών», *HIV/AIDS Βασικές Γνώσεις*, έκδοση / επιμέλεια Ζαγοραΐος Ι., Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων Νοσοκομείο Α. Συγγρός, Αθήνα.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστοπούλου Φ., (1999). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Σκουτέλη Γ.Δ., (1995). «Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Πρότυπο και Ελληνική πραγματικότητα», περ. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, τόμος 4, τεύχος 2, Αθήνα, Απρίλιος - Ιούνιος.
- Τριάντη Β., (1997). *Κοινωνική Παρέμβαση σε οροθετικά άτομα*, Επίσημη αναφορά Κ.Ε.Ε.Λ., Αθήνα.
- Χαραλάμπους Μ., (1991). *Η θέση της Κοινωνικής Εργασίας στο σημερινό κόσμο. Τι μπορεί να προσφέρει στην αντιμετώπιση προβλημάτων της εποχής μας*, ομιλία στο συνέδριο του Ι.Α.Κ.Ε., Αθήνα (19/4/91).

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

- Biestek F., (1957). *The Casework Relationship*, Loyola University Press, Chicago (Στο *Επαγγελματική Σχέση*, σημειώσεις στο μάθημα ΚΕΑ II, καθ. Μουζακίτης Χρ.).
- Caplan G., (1961). *An Approach to Community Mental Health*, New York.
- Macinture S. and West P., «What does the phrase «safer sex» mean to you? Understanding among Glaswegian 18 years old in 1990». *AIDS*, 7, 121-125.
- Miller R. and Bor R., (1988). *AIDS: A Guide to Clinical Counseling*, Science Press.
- Miller R. and Bor R., (1991). «The Practice of Counseling HIV/AIDS clients», *British Journal of Guidance and Counseling*, 2 May 1991.
- Moulton I.M., (1987). «Attribution of Blame and Responsibility in Relation to Distress and Health Behaviour Change in Patients with AIDS and AIDS Related Complex», *Journal of Applied Social Psychology*.