

**Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ :**

**"ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ  
ΣΕ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ - ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ  
ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ"**



**ΟΝΟΜΑΤΑ ΕΠΟΥΔΑΣΤΩΝ :**

**ΛΕΤΣΙΟΥ ΑΦΡΟΔΙΤΗ  
ΜΕΣΣΑ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ**

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :**

**ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ ΜΑΙΡΗ**



**ΠΑΤΡΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2003**





## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|  | Σελ. |
|--|------|
| <b>ΕΝΟΤΗΤΑ Α</b>   |      |
| 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ  | 1    |
| 2. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ  | 3    |
| 3. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ  | 5    |
| 4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ  | 7    |
| <b>ΕΝΟΤΗΤΑ Β</b>   |      |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>  |      |
| 1.1 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΩΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΙΔΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ                                | 9    |
| 1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ                                  | 10   |
| 1.3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ   | 16   |
| 1.4 ΟΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΟ                                      | 19   |
| 1.5 ΤΟ ΑΠΡΟΣΔΟΚΗΤΟ ΠΕΝΘΟΣ  | 21   |
| 1.5.α. Φυσιολογικές αντιδράσεις πένθους  | 22   |
| 1.5.β. Παθολογικές αντιδράσεις πένθους   | 27   |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>  |      |
| 2.1 Η ΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ   | 30   |
| 2.2 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΛΙΨΗΣ ΩΣ ΜΕΣΟ ΕΞΕΛΙΞΗΣ   | 31   |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>  |      |
| 3.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ  | 33   |
| 3.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ                          | 36   |
| 3.3 Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΩΣ ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΩΡΙΜΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ                              | 39   |
| <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>  |      |
| 4.1 ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΔΡΑΜΑΤΙΚΟΤΕΡΗ ΜΟΡΦΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ, ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ | 44   |
| 4.2 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ   | 45   |

|   | <b>Σελ.</b> |
|---|-------------|
| <b>4.3</b> Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ | 48          |

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

|   |    |
|---|----|
| <b>5.1</b> Η ΔΙΑΛΥΣΗ ΣΧΕΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ, Η ΘΕΩΡΙΑ ΔΕΣΜΟΥ ΤΟΥ JOHN BOWLBY            | 55 |
| <b>5.2</b> ΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΜΑΣ ΒΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΜΑΣ                       | 62 |
| <b>5.3</b> ΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΧΕΣΗΣ | 68 |

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

|   |    |
|---|----|
| <b>6.1</b> Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ | 75 |
| <b>6.2</b> Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΩΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΝΩΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ                | 81 |
| <b>6.3</b> ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ              | 84 |
| <b>6.4</b> ΤΑ ΑΣΧΗΜΑ ΝΕΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ                       | 86 |
| <b>6.4.α.</b> Συναισθήματα και συμπεριφορές των ασθενών με ακρωτηριασμένα μέλη      | 88 |
| <b>6.4.β.</b> Πένθος και AIDS   | 90 |
| <b>6.4.γ.</b> Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου και οι αντιδράσεις του ασθενούς | 93 |
| <b>6.4.δ.</b> Η ψυχολογική πορεία του καρκίνου                                      | 96 |

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

|   |     |
|---|-----|
| <b>7.1</b> ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΙΣ ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ  | 100 |
| <b>7.2</b> ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΒΙΩΣΕΙ ΜΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ | 103 |
| <b>7.3</b> ΟΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ STRESS                                     | 105 |
| <b>7.4</b> ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ   | 108 |
| <b>7.5</b> ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΛΗ ΚΑΙ ΣΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ                        | 110 |



**ΕΝΟΤΗΤΑ Γ****ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

|            |   |     |
|------------|---|-----|
| <b>8.1</b> | <b>Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ</b>                 | 112 |
| <b>8.2</b> | <b>ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΠΕΝΘΟΥΣ</b>  | 115 |
| <b>8.3</b> | <b>Η ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ</b>                       | 119 |
| <b>8.4</b> | <b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΔΙΑΖΥΓΙΟ – ΔΙΑΛΥΣΗ ΣΧΕΣΗΣ</b> | 121 |
|            | <b>8.4.α.</b> Βασικές αρχές στη διαδικασία της θεραπείας  | 122 |
|            | <b>8.4.β.</b> Συμβουλευτική διαζυγίου   | 128 |
| <b>8.5</b> | <b>ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ</b>                   | 130 |
|            | <b>8.5.α.</b> Δεξιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού  | 131 |
| <b>8.6</b> | <b>ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ</b>   | 133 |
|            | <b>8.6.α.</b> Ασθενείς με ακρωτηριασμένα μέλη και η θεραπευτική παρέμβαση                       | 134 |
|            | <b>8.6.β.</b> Η θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με AIDS                                       | 136 |
|            | <b>8.6.γ.</b> Κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς  | 138 |
| <b>8.7</b> | <b>Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΦΥΣΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ</b>                           | 143 |
|            | <b>8.7.α.</b> Η παρέμβαση στον Κοινωνικό σχεδιασμό από τον Κοινωνικό Λειτουργό                  | 144 |
|            | <b>8.7.β.</b> Οι αρμοδιότητες των Κοινωνικών Λειτουργών   | 145 |

**ΕΝΟΤΗΤΑ Δ****ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

|            |                                  |     |
|------------|----------------------------------|-----|
| <b>9.1</b> | <b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ</b> | 150 |
|------------|----------------------------------|-----|

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

153

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

158

## ΕΝΟΤΗΤΑ Α

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάθε άνθρωπος στη διάρκεια της ζωής του έχει γευτεί μικρούς ή μεγάλους αποχωρισμούς και οδυνηρές ή όχι απώλειες. Αυτή η σκέψη ήταν αφορμή και εφαλτήριο για να μελετήσουμε σφαιρικά τις δύο αυτές έννοιες, την απώλεια και τον αποχωρισμό.

Αναφερόμενοι στην απώλεια εννοούμε κάθε γεγονός που βιώνει το άτομο και έχει σαν άμεσο αποτέλεσμα να “χάνει” πρόσωπα αγαπημένα, σχέσεις, δεδομένα της ζωής του, σκέψεις, ιδέες, υλικά αγαθά και γενικά καταστάσεις που έχει ταυτίσει με τη δική του υπόσταση και προσωπικότητα.

Από την πληθώρα των αιτιών που μπορεί να “ξυπνήσουν” συναισθήματα πόνου για μία απώλεια, θεωρήσαμε σκόπιμο να επικεντρωθούμε σε καταστάσεις όπως ο θάνατος, η διάλυση μίας σχέσης – διαζύγιο, η σωματική απώλεια, φυσικές καταστροφές, δηλαδή γεγονότα που ταράζουν την σταθερότητα και τα δεδομένα της ζωής του ανθρώπου.

Ερχόμενος κανείς αντιμέτωπος με μία από τις παραπάνω τραυματικές εμπειρίες, βιώνει τη διαδικασία του πένθους και αισθήματα θλίψης, πόνου, απελπισίας, απομόνωσης, αποδιοργάνωσης, ματαιότητας, μοναξιάς, αδράνειας έρχονται στην επιφάνεια και κατακλύζουν το άτομο. Με τη συγκεκριμένη μελέτη επιδιώκουμε να αποδείξουμε ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει ο κατάλληλος χειρισμός και η επεξεργασία του τραυματικού βιώματος ώστε να αποφύγει κανείς άλυτες συναισθηματικές καταστάσεις, οι οποίες θα αφυπνίζονται σε κάθε μετέπειτα δυσκολία.

Επιπλέον, στόχος μας είναι η μελέτη της δυνατότητας ή όχι, επίτευξης της ψυχολογικής ωριμότητας, μέσα από ψυχοτραυματικές εμπειρίες και κατά πόσο επιτυγχάνουμε την προσωπική μας εξέλιξη, αξιοποιώντας απογοητεύσεις και αποτυχίες του παρελθόντος.

Κρίνεται, επίσης, σκόπιμο να εξετάσουμε την επίδραση και τη σημασία των παιδικών μας βιωμάτων, τις αντιδράσεις που εκδηλώνουμε ως ενήλικες σε διάφορες καταστάσεις ψυχοπιεστικών γεγονότων και αγχογόνων καταστάσεων.

Στην παρούσα μελέτη εξετάζονται οι κυριότερες μορφές απώλειας (θάνατος, απώλεια σχέσης, απώλεια σωματικής υγείας, φυσικές καταστροφές), ιδωμένες μέσα από την κοινωνική εργασία και το ρόλο του Κοινωνικού λειτουργού όταν καλείται να χειρισθεί τέτοιου είδους περιπτώσεις. Θεωρούμε χρήσιμο λοιπόν να αποδείξουμε ότι μία θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να επιφέρει αλλαγή και βελτίωση σε προβληματικές καταστάσεις και να βοηθήσει στην εποικοδομητική διεργασία των άλυτων του παρελθόντος.

## 2. ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει τέσσερις μεγάλες ενότητες.

Στην πρώτη ενότητα αναφέρονται η εισαγωγή, η περίληψη και ο σκοπός μελέτης, καθώς και οι ορισμοί κάποιων σημαντικών όρων για την κατανόηση του νοήματος και του περιεχομένου της μελέτης.

Στην δεύτερη και βασική ενότητα της μελέτης επεξεργαζόμαστε κυρίως τις ψυχολογικές αντιδράσεις του ανθρώπου σε καταστάσεις απώλειας και αποχωρισμού. Αναλυτικότερα περιλαμβάνονται επτά κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται η σημασία του πένθους ως αντίδραση σε ψυχοτραυματικές εμπειρίες, οι θεωρίες και τα στάδια του πένθους και γίνεται διαχωρισμός ανάμεσα στις φυσιολογικές και παθολογικές αντιδράσεις του πένθους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο μελετάται η σχέση θλίψης – απώλειας και τονίζεται ότι η διαδικασία της θλίψης είναι μία ευκαιρία για ψυχολογική ανάταση.

Στο τρίτο κεφάλαιο διαπραγματευόμαστε τη σημασία των παιδικών βιωμάτων στη διαδικασία κατάκτησης ψυχολογικής ωριμότητας, δίνεται έμφαση στη σημασία και αξία του συναισθηματικού πόνου και γίνεται μία ιδιαίτερη αναφορά στο θάνατο, που αποτελεί το τελικό ίσως στάδιο εξέλιξης και ωριμότητας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφερόμαστε συγκεκριμένα στον θάνατο, στα στάδιά του, στις ψυχολογικές αντιδράσεις του ατόμου σε μία τέτοια απώλεια, καθώς και στο πως αντιδρά το σώμα σ' αυτή την οδυνηρή εμπειρία.

Το πέμπτο κεφάλαιο αφορά τη διάλυση σχέσης, τα συναισθήματα που βιώνει το άτομο μετά τον αποχωρισμό και την επίδραση των παιδικών του βιωμάτων στην ενήλικη συμπεριφορά του.



Στο έκτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μελέτη της απώλειας της σωματικής υγείας. Περιγράφονται οι ψυχολογικές αντιδράσεις και διαπραγματευόμαστε αναλυτικότερα τη συμπεριφορά των ανθρώπων που έχουν υποστεί ακρωτηριασμό ενός μέλους του σώματος ή πάσχουν από θανατηφόρες ασθένειες, όπως το AIDS και ο καρκίνος. Η αναφορά και η επιλογή των παραπάνω περιπτώσεων έγινε με κριτήριο τη συχνότητα εμφάνισής τους και την ένταση των συναισθημάτων που προκύπτουν από τον επαπειλούμενο κίνδυνο της σωματικής ακεραιότητας.

Το έβδομο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις ψυχολογικές αντιδράσεις των ατόμων σε μία φυσική καταστροφή, τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ατόμων, ενώ γίνεται επίσης και μία αναφορά στην αντίδραση της κοινότητας σε μία φυσική καταστροφή, π.χ. σεισμός. Επίσης, αναφέρονται τα υποστηρικτικά συστήματα, όπως η οικογένεια, το σχολείο, οι υπηρεσίες που λειτουργούν ενισχυτικά σε ομάδες – κοινότητες και άτομα που έχουν πληγεί από μία φυσική καταστροφή.

Στην τρίτη ενότητα περιλαμβάνεται ο ρόλος της θεραπευτικής Κ.Ε., ξεχωριστά για κάθε περίπτωση που επιλέξαμε να μελετήσουμε (θάνατος, σωματική απώλεια, διάλυση σχέσης, υλικές καταστροφές) και γίνεται μία αναφορά στις αρχές που διέπουν τη θεραπευτική σχέση και τις δεξιότητες που οφείλει να έχει ο θεραπευτής.

Στην τέταρτη ενότητα παρατίθενται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που οδηγηθήκαμε με το πέρας και την ολοκλήρωση της μελέτης αυτής.

### 3. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης μας είναι, μέσα από τις θεωρητικές προσεγγίσεις, να αποδείξουμε ότι ο χειρισμός μίας απώλειας ή ενός αποχωρισμού είναι συνάρτηση και άμεσα συνδεδεμένα με το βαθμό ψυχολογικής ωριμότητας του ατόμου.

Επιδιώκεται να συσχετιστεί η αντίδραση του ατόμου σε καταστάσεις απώλειας με προηγούμενα βιώματα, παιδικές εμπειρίες και ήδη διαμορφωμένες αντιλήψεις και στάσεις απέναντι στην έννοια της απώλειας.

Βασικά μελετώνται δύο βασικοί άξονες, οι ψυχολογικές επιπτώσεις μίας τέτοιας εμπειρίας σε συσχέτιση με τους μηχανισμούς άμυνας που ενεργοποιούνται και λειτουργούν ως αρωγοί στην προσπάθεια να διατηρήσει το άτομο τις αντιστάσεις του και η προσφορά της θεραπευτικής παρέμβασης που έρχεται να λειτουργήσει ως ορθοστάτης και ως ανιχνευτής άλυτων διεργασιών του παρελθόντος.

Συσχετίζουμε επίσης την πορεία μέσα από καταστάσεις αποχωρισμού με την κατάκτηση ψυχολογικής ωριμότητας και στην διάρκεια της μελέτης μας αυτής επιχειρούμε να αποδείξουμε ότι ο πόνος μπορεί να αλλάξει βαθιά ριζωμένα πρότυπα συμπεριφοράς και να μας αναγκάσει να επανεκτιμήσουμε την ουσιαστικότητα και την αξία της ζωής.

Η μελέτη μας θα επικεντρωθεί σε συναισθήματα και αντιδράσεις που προκύπτουν από απώλειες και αποχωρισμούς όπως : ο θάνατος, η σωματική απώλεια, το διαζύγιο – διάλυση σχέσης και γενικές απώλειες μετά από φυσικές καταστροφές.

Η επιλογή των παραπάνω καταστάσεων έγκειται στο απροσδόκητο, ξαφνικό και απότομο χαρακτηριστικό που τις διέπει, καθώς και στην συχνή εμφάνισή τους στο κοινωνικό σύνολο. Είναι άλλωστε πηγές αγχογόνων και στρεσογόνων καταστάσεων και συχνά ευθύνονται για την εμφάνιση και την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών. Τέλος, κάθε μία από τις καταστάσεις

αυτές μελετάται και συσχετίζεται θεωρητικά με τη θεραπευτική παρέμβαση από τους ειδικούς επιστήμονες.



#### 4. ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

**ΠΕΝΘΟΣ** : με τον όρο πένθος εννοούμε την αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή μίας αφηρημένης ιδέας, στην οποία πιστεύαμε αλλά χάθηκε και το υποκαθιστά, όπως η πατρίδα, η ελευθερία, το ιδεατό (κ.λπ.) (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – λεξικό, τόμος 4-3).

**ΘΛΙΨΗ** : Η θλίψη ορίζεται ως μία κατάσταση στενοχώριας, ως αντίδραση σε μία σημαντική απώλεια, συνήθως ενός αγαπημένου προσώπου. Συνίσταται σε μία περίοδο πένθους, κατά την οποία το άτομο μπορεί να κλαίει, να αναστενάζει και να ασχολείται με σκέψεις για το νεκρό. Όταν δεν υπάρχουν νευρωτικές τάσεις ή συναισθήματα ενοχής, η περίοδος αυτή είναι περιορισμένη (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – λεξικό).

**ΘΑΝΑΤΟΣ** : Ο θάνατος ορίζεται ως το συνταρακτικότερο γεγονός της φύσης. Η οριστική παύση όλων των λειτουργιών που χαρακτηρίζουν τη ζωή σε ένα ολοκληρωμένο ζωϊκό ή φυτικό άτομο (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – λεξικό τόμος 4-3<sup>α</sup>).

**ΑΓΧΟΣ ΑΠΟΧΩΡΙΣΜΟΥ** : ορίζεται ως το συναίσθημα που συνοδεύει την αντίληψη ότι υπάρχει κίνδυνος απώλειας ή ότι έχει συμβεί απώλεια. Το άγχος αποχωρισμού μετά την απώλεια εκδηλώνεται με το επώδυνο συναίσθημα του θρήνου, τη διαμαρτυρία, την αναζήτηση, το κλάμα, τον θυμό.

Με τον όρο **ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ** εννοούμε κάθε στρεσογόνο, ψυχοπιεστικό συμβάν, το οποίο βρίσκεται έξω από το εύρος της συνήθους ανθρώπινης εμπειρίας και το οποίο είναι ιδιαίτερα βασανιστικό για τον καθένα. Οι ασυνήθεις εμπειρίες που χαρακτηρίζονται σαν τραυματικά γεγονότα είναι η σοβαρή απειλή της ζωής ή της φυσικής ακεραιότητας, σοβαρή απειλή ή βλάβη σε παιδιά, σε σύζυγο ή σε άλλους

στενούς συγγενείς, αιφνίδια καταστροφή του σπιτιού ή της κοινότητας του ατόμου, η αντιμετώπιση ενός άλλου ατόμου που είναι σοβαρά τραυματισμένο ή νεκρό λόγω αυτοκινητιστικού ατυχήματος ή φυσικής βίας.

## ΕΝΟΤΗΤΑ Β

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### 1.1 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΩΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΙΔΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ

Η ζωή είναι δύσκολη καθώς περιλαμβάνει αρκετά προβλήματα, των οποίων η αντιμετώπιση και η επίλυση είναι πολύ οδυνηρή. Οι προβληματικές αυτές καταστάσεις, ανάλογα με τη φύση τους, μας προκαλούν πολλά άβολα συναισθήματα : απογοήτευση, θλίψη, μελαγχολία, μοναξιά, ενοχή, μετάνοια, θυμό, φόβο, αγωνία, οδύνη ή απόγνωση. Οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι συχνά τόσο οδυνηρές όσο και ο σωματικός πόνος (Skot Pek, 1998, σελ. 139).

Δύσκολα, λοιπόν θα υπάρξει άνθρωπος που δεν έχει έρθει αντιμέτωπος με ψυχοπιεστικά γεγονότα και καταστάσεις υψηλής συναισθηματικής φόρτισης, όπως απώλεια αγαπημένου προσώπου, χωρισμό, σοβαρή ασθένεια, φυσικές καταστροφές κ.α. (Patty G, 1996, σελ. 11). Όλες αυτές, οι προαναφερόμενες καταστάσεις, θα μπορούσαν με ευκολία να χαρακτηριστούν ως τραυματικές εμπειρίες ζωής. Το τραύμα όμως, δεν χρειάζεται και δεν πρέπει να γίνει ισόβια καταδίκη. Μπορεί κάλλιστα όχι μόνο να θεραπευθεί αλλά με κατάλληλη καθοδήγηση να μεταμορφωθεί και να γίνει εν δυνάμει, μία από τις πιο σημαντικές συνιστώσες της ψυχολογικής, της κοινωνικής και πνευματικής μας αφύπνισης και εξέλιξης μας. Ο τρόπος, δηλαδή, με τον οποίο χειριζόμαστε το τραυματικό βίωμα, επηρεάζει και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής μας και το εσωτερικό μας δυναμικό, “ανεβάζοντας” μας, σε νέα επίπεδα γνώσης (Levine P.&Frederick A., 1999, σελ. 18-19).



Το τραύμα, λοιπόν, μπορεί να θεωρηθεί ως ένα διαβρωτικό γεγονός της σύγχρονης ζωής καθώς τόσο η πηγή, όσο και οι συνέπειες του τραύματος είναι ευρύτατες και διόλου ασυνήθιστες.

Το ευτύχημα όμως, είναι ότι είμαστε όντα, με ένστικτα ικανά να αισθανόμαστε, να αντιδρούμε, να έχουμε αντανακλαστικά και να θεραπεύουμε ακόμα και τις πιο εξουθενωτικές και τραυματικές βλάβες. Συνήθως, η άμεση αντίδραση στα οδυνηρά γεγονότα της ζωής είναι ο θρήνος και το πένθος. Σύμφωνα με τον Freud το πένθος αφορά την αντίδραση απέναντι σε μία πραγματική απώλεια, η οποία, στην προσπάθεια αναζήτησης λύσης, παρασύρει τον ψυχισμό, σε μία διαδικασία αποδοχής ή αλλιώς στη διεργασία του πένθους, όπως την ονομάζει ο Freud (Levine P.&Frederick A., 1999, σελ. 41-46, Saltsberg-Ouitenberg Iska, 1995, σελ. 108, Dr Bacque-Frederique, 2001, σελ. 33).

## **1.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Ένας από τους πρώτους ψυχολόγους ο Alexander Pain, όπως αναφέρει Ο Π.Φιλοθεος 1996, θεώρησε αιτία της θλίψης, την απώλεια ή τον αποχωρισμό από ένα πρόσωπο ή ένα αντικείμενο και υποστήριξε ότι η ένταση της θλίψης είναι ανάλογη της εντάσεως του δεσμού. Για τον Alvin Borgquist οι υποκειμενικές καταστάσεις της απόγνωσης και της επιθυμίας για το θάνατο, που βιώνει εκείνος που πενθεί και το αίσθημα της απελπισίας και της εγκαταλείψεως που νιώθει, συνδέονται γενικά με την ψυχολογική του αντίδραση και με τα συναισθήματά του για τον προσωπικό του θάνατο. Το 1930 ο Eliot διατυπώνει ότι το πένθος είναι ένας σημαντικός τύπος της γενικής κατηγορίας των τραυματικών αποστερητικών καταστάσεων. Συγκρατημένη ορμή ή ματαιωμένη συνήθεια είναι η ρίζα της θλίψης. Πένθος, σύμφωνα με τον Eliot, είναι η ανεκπλήρωτη επιθυμία ενός

ανθρώπου για ανταπόκριση από το αντικείμενο της αγάπης του, που ακολουθεί το θάνατο. Για τους ανθρώπους που έχουν αναπτύξει μία υπέρμετρη εξάρτηση μεταξύ τους η θλίψη εντείνεται από ένα συναίσθημα κενού και φόβου. Ο Eliot αναφέρει επίσης, ότι στο πένθος κυριαρχεί ένας υπερβολικός εγωκεντρισμός όχι επειδή ο θλιμμένος έχει εγωιστική φύση αλλά επειδή πρόκειται για μία απαραίτητη αυτοάμυνα της προσωπικότητάς του από τη θανάσιμη επίθεση, που υφίσταται το εσωτερικό κομμάτι του εαυτού του. Με το πένθος η προσκόλληση στο νεκρό διαχέεται, περιορίζεται και μεταφέρεται σε άλλα αντικείμενα (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1981, σελ. 78 – 79).

Ο Henry Brewster υποστηρίζει ότι στις περιπτώσεις μεγάλης εξάρτησης του αποθανόντος και του πενθούντος παρατηρείται μία αρρωστημένη αντίδραση, μία πιο παρατεταμένη και βαθύτερη συναισθηματική απορρόφηση και μία πιο σοβαρή επίπτωση στην διανοητική λειτουργία.

Για τους Volkart και Michael οι κοινωνικές και πολιτιστικές διαστάσεις της θλίψης καθορίζουν βασικά τις ψυχολογικές της διαστάσεις. Διάφορες μορφές και δομές οικογενειακών δεσμών δημιουργούν διαφορετικά επίπεδα συναισθηματικής αναμείξεως των ατόμων μεταξύ τους και σαν αποτέλεσμα οδηγούν σε διαφορετικές αντιδράσεις σε περιπτώσεις θανάτου και πένθους.

Οι αντιδράσεις του πενθούντα συχνά περιπλέκονται από τις κοινωνικές απαιτήσεις για ένα ορισμένο είδος συμπεριφοράς. Η κοινωνία επιτάσσει στον πενθούντα να αισθανθεί την απώλεια, να εκφράσει τη θλίψη και να παίξει το ρόλο του θλιμμένου, ακόμα και αν οι εμπειρίες στη σχέση τους βρίσκονται σε αντίφαση με το ρόλο και τα συναισθήματα του θλιμμένου (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1981, σελ. 80 – 81).

Η ψυχαναλυτική θεωρία προσφέρει αρκετά διαφωτιστικά στοιχεία για τις διαστρεβλωμένες καταστάσεις πένθους και απώλειας. Για το Freud το

πένθος είναι η αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπητού προσώπου ή μίας αφηρημένης ιδέας που προκαλεί παρόμοιες ψυχολογικές αντιδράσεις ή συνδέσεις, όπως και ένα αγαπητό πρόσωπο. Αν και αναφέρεται ο Freud σε αγαπητό πρόσωπο, δεν εννοεί μία σχέση αμόλευτη από άλλα συναισθήματα. Σε μία σχέση αγάπης υπάρχουν αρνητικά συναισθήματα, που προκαλούν μία φυσική αμφιταλάντευση κατά την οποία όταν γίνεται έντονη σύγκρουση τότε η θλίψη και το πένθος γίνονται παθολογικά (Π. Θεόφιλος Φάρος, 1981, σελ. 81).

“Ο Freud μελέτησε το πένθος για να κατανοήσει βαθύτερα την καταθλιπτική ασθένεια, η οποία ονομάζεται μελαγχολία και αποτελεί την παθολογική αντίδραση στην απώλεια. Επισήμανε, ότι τα ψυχικά χαρακτηριστικά που εντοπίζονται στη μελαγχολία είναι οι χωρίς οίκτο αυτοκατηγορίες, οι οποίες οδηγούν στη προσμονή τιμωρίας. Υπέθεσε ακόμη, ότι τα παράπονα του μελαγχολικού ατόμου απευθύνονται ασυνείδητα προς το άτομο ή την ιδέα που χάθηκε. Αυτό συνεπάγεται δηλαδή, ότι ο πενθώντας έχει ταυτιστεί με το χαμένο αντικείμενο και θεωρεί ότι είναι μέρος και συστατικό του εγώ του. Τα άλλα χαρακτηριστικά της μελαγχολίας είναι εμφανή και στο άτομο που διάγει ένα φυσιολογικό πένθος. Κοινά χαρακτηριστικά των δύο αυτών καταστάσεων είναι τα ακόλουθα :

α) Μία εξαιρετικά οδυνηρή αθυμία  
β) Απώλεια κάθε ενδιαφέροντος για τον εξωτερικό κόσμο  
γ) Απώλεια της ικανότητας για επένδυση σε καινούργιο αντικείμενο αγάπης

δ) Απομάκρυνση από κάθε δραστηριότητα, που δεν συνδέεται με αυτό που χάθηκε” (Π. Φιλόθεος Φάρος, το Πένθος, 1981, σελ. 81 – 82, Saltsberg-Ouitenberg Iska, 1995, σελ. 109).

Ο Freud παραδέχτηκε την ανικανότητά του να εξηγήσει γιατί η απόσταση της libido από το αντικείμενό της, είναι τόσο οδυνηρή και γιατί το



ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της θλίψης είναι το ψυχικό άγχος. Παρόλα αυτά, αναφέρει πιο συγκεκριμένα, όπως γράφει ο Ι. Τσιάντης 1980, ότι κάθε μία από τις μνήμες και τις προσδοκίες, οι άμεσα, συνδεδεμένες με το πρόσωπο, ιδέα ή κατάσταση που χάθηκε έρχονται βαθμιαία στη συνείδησή μας και σιγά – σιγά επιτυγχάνεται η αποδέσμευση. Η διεργασία αυτή είναι σαφώς πολύ επώδυνη και ίσως οδυνηρή αλλά τελικά είναι υψίστης σημασίας διότι κατορθώνεται η συναισθηματική επένδυση στην εξωτερική πραγματικότητα. Είναι σημαντικό ότι ο Freud αναφέρεται “στην εργασία του πένθους” για να τονίσει ότι απαιτείται μεγάλη νοητική, και ψυχική ενέργεια καθώς και προσπάθεια για να ολοκληρωθεί η συναισθηματική αποεπένδυση (Ι. Τσιάντης, Θρήνος – ψυχολογία – αντιμετώπιση, Περιοδικό *Materia Medica Greca*, τεύχος 4, 1980, σελ. 357 – 358, Saltsberg-Ouitenberg Iska, 1995, σελ. 109 – 110).

Η υπόθεση του Freud, ότι το μελαγχολικό άτομο ενσωματώνει το πρόσωπο που χάθηκε επιβεβαιώθηκε μέσα από τη δουλειά του Karl Abraham. Ο τελευταίος επισήμανε ότι αυτή η διεργασία συντελείται ακόμη και απ’ τα άτομα που διανύουν φυσιολογικό πένθος. Έτσι υποστηρίζει “ ότι η διαδικασία του πένθους περιέχει μέσα της το παρηγορητικό στοιχείο : Το αντικείμενο αγάπης μου δεν χάθηκε, όπως αναφέρεται στο βιβλίο της Saltsberg (1995), γιατί τώρα το κουβαλάω μέσα μου και δεν θα το χάσω ποτέ”. Ο Abraham θεωρούσε ότι ο πένθων που θρηνεί φυσιολογικά κατορθώνει να εσωτερικεύσει το χαμένο αντικείμενο μέσα από ένα πνεύμα αγάπης, ενώ αντίθετα, το μελαγχολικό άτομο δεν μπορεί να το κατορθώσει λόγω της επιθετικότητας που τρέφει προς το χαμένο πρόσωπο (Saltsberg-Ouitenberg Iska, 1995, σελ. 110). Κατά την άποψή του, η μελαγχολία μπορεί να προσδιοριστεί ως μία “εσωτερική αιμορραγία” αληθινή κένωση του ψυχισμού που οφείλεται στην απώλεια του εξιδανικευμένου αντικειμένου αγάπης. Η απώλεια αυτή είναι οριστική και πολύ πιο ριζική από το θάνατο (Dr Bacque-Frederique M., 2001, σελ. 32).

Επιπροσθέτως, όπως περιγράφεται στο περιοδικό *Materia Medica Graeca*, 1980, από τον Τσιάντη Ι. “ ο Parkes έχει περιγράψει τη χαρακτηριστική συμπεριφορά που αναπτύσσουν άτομα μετά την απώλεια και αναφέρει ότι ενεργούν με τέτοιο τρόπο σαν να μην υφίσταται απώλεια ή αποχωρισμός αν και διανοητικά γνωρίζουν ότι αυτό δεν είναι δυνατόν. Η συμπεριφορά αυτή χαρακτηρίζεται από ανησυχία, αυξημένη κινητική δραστηριότητα και ενασχόληση με την απολεσθείσα κατάσταση, η οποία παίρνει τη μορφή καθαρής οπτικής ανάμνησης” (Ι. Τσιάντης, *Materia Medica Graeca*, τεύχος 4, 1980, σελ. 358).

Η Melanie Klein, απ’ την άλλη πλευρά, θεωρεί τη θλίψη του ενήλικου σαν αναπαραγωγή του βιώματος του αποχωρισμού του νηπίου, που ονομάζει “νηπιακό πένθος”. Όλες οι πρώιμες εμπειρίες, απώλειες και απειλές αποχωρισμών, συνδέονται με την περίοδο απογαλακτισμού του παιδιού και βιώνονται ως σύγχρονες απειλές της ακεραιότητας, της συνοχής και της υπάρξεως του εγώ.

Βασικά, οι σωματικές και οι ψυχικές ανάγκες του βρέφους είναι τόσο μεγάλες και κατακλυσμιακές, που απαιτούν τη συνεχή παρουσίαση της μητέρας, για να τις απαλύνει σχεδόν αμέσως. Σταδιακά, η άμεση και επείγουσα προσοχή που απαιτείται να δείξει η μητέρα προς το βρέφος σχετίζεται λιγότερο με τις σωματικές του ανάγκες και περισσότερο με τις ψυχικές όπως π.χ. το άγχος και την αδυναμία του να αντέχει ματαιώσεις.

Συμπερασματικά λοιπόν, μπορεί να ειπωθεί ότι σε κάθε αποχωρισμό ξαναζωντανεύουν συναισθήματα που βίωσε κανείς στην βρεφική ή παιδική του ηλικία.

Κάθε στιγμή που το παιδί αισθάνεται την ανάγκη της παρουσίας της μητέρας και αυτή απουσιάζει, σ’ αυτό το στάδιο το παιδί αναπτύσσει συναισθήματα και φαντασιώσεις εχθρικής φύσεως. Γρήγορα όμως υπερτερεί η θλίψη, που συνδέεται με την αποστέρηση της μητέρας. Εσωτερικεύει λοιπόν την μητέρα, την εικόνα της, τη μυρωδιά της και κυρίως την αγάπη

της, ώστε να μπορέσει να αποδεχθεί τη συχνότητα της απουσίας της. Η καταθλιπτική φάση αντιμετωπίζεται με την ανάπτυξη ενός σταθερού και ισχυρού ναρκισσισμού στο παιδί. Η αυτοπεποίθηση, η σιγουριά ότι η μητέρα του το αγαπάει αληθινά συντελούν στην ικανότητα ολοκλήρωσης του κύκλου του κάθε πένθους που θα έρθει αντιμέτωπο στο μέλλον. Σταδιακά το παιδί θα αποκτήσει μία σχετική ανεξαρτησία απέναντι στη μητέρα του και θα μπορέσει να ξεπεράσει αυτό το στάδιο. Μέσω αυτής της μακροχρόνιας εκπαίδευσης, το παιδί γίνεται ικανό όχι μόνο να εγκαταλείπει τα αγαπημένα αντικείμενα αλλά και να κατακτά τη συναισθηματική του αυτονομία. Εάν αυτή η περίοδος δεν σφραγιστεί και δεν στεφθεί με επιτυχία θα αποτελέσει γενεσιουργό αιτία εξαρτημένων σχέσεων, τόσο σε ψυχικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. (Dr Bacque-Frederique M., 2001, σελ. 34 – 35, Saltsberg-Ouitenberg Iska, 1995, σελ. 111 – 112, Π. Φιλόθεος Φάρος, 1981, σελ. 84).

Ο John Bowlby, θεωρεί το άγχος αποχωρισμού, τη θλίψη, το πένθος και τη άμυνα φάσεις της ίδιας διαδικασίας. Σύμφωνα με τον Π. Φιλόθεο Φάρο (1981), ο Bowlby διαφωνεί με τους περισσότερους ψυχαναλυτές – συγγραφείς, που θεωρούν ως το πραγματικό τραύμα της νηπιακής ηλικίας την απώλεια του στήθους και ισχυρίζεται ότι αυτό που προκαλεί το άγχος του αποχωρισμού είναι η απώλεια της επαφής. Δηλώνει, επίσης, ότι το παιδί αν και αγνοεί το θάνατο, βιώνει την απουσία που είναι μία σχεδόν ταυτόσημη εμπειρία. Υπάρχουν κάποιες κοινές ψυχολογικές αντιδράσεις των ενηλίκων με εκείνες των παιδιών που φανερώνει την ομοιότητά τους. Αυτές είναι :

1. Η συμπεριφορά και η σκέψη κατευθύνονται προς το χαμένο αντικείμενο.
2. Αίσθημα εχθρότητας για το χαμένο αντικείμενο, τους γύρω και τον εαυτό μας, που βιώνεται σαν ενοχή και αναξιότητα.



3. Έκκληση για βοήθεια με ταυτόχρονη ένδειξη οξυθυμίας και αγνωμοσύνης, προς εκείνους που ανταποκρίνονται.
4. Απελπισία, απομόνωση, ψυχολογική οπισθοδρόμηση, αποδιοργάνωση που προκαλείται από την πραγματικότητα της απώλειας και το κενό. Ματαιότητα, αδράνεια, απώλεια οργανωμένης δραστηριότητας ακόμα και όσων διαθέτουν έντονο χαρακτήρα (Π. Θεόφιλος Φάρος, 1981, σελ. 85).

Τέλος, η ψυχίατρος, Kubler Ross, σύμφωνα με τον Π. Φιλόθεο Φάρο (1981), είναι μία μεγάλη πρωτοπόρος σχετικά με τις καταστάσεις που δημιουργεί ο θάνατος και η αντιμετώπισή τους. Οι θλιμμένοι, τονίζει η Kubler Ross, έχουν μέσα τους μία “ζούγκλα” συναισθημάτων που πρέπει με κάποιο τρόπο να εκφραστούν. Το άτομο, που βιώνει την απώλεια ή τον αποχωρισμό, νιώθει αρχικά ένα μούδιασμα, μία λαχτάρα και μία διαμαρτυρία.

Υπάρχουν, έντονα αισθήματα ανησυχίας, ενοχής, μοναξιάς και οργής. Το πρώτο στάδιο της θλίψης είναι, ένας συγκλονισμός που βοηθάει προσωρινά τουλάχιστον, καθώς ο θλιμμένος δεν κατακλύζεται από τα συναισθήματα που δημιουργεί η τρομερή απώλεια. Η θλίψη, τελικώς, πρέπει να πάρει το χρόνο της και να αποκατασταθεί η ψυχική μας ισορροπία. Ωστόσο δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις όπου οι θλιμμένος κατατρώγεται από τη θλίψη του (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1981, σελ. 91).

### 1.3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου επιφέρει έντονα συναισθήματα που ο πενθών δεν μπορεί να τα χειριστεί. Όμως ο πενθών αδυνατεί να εκδηλώσει οποιαδήποτε αντίδραση, εάν δεν συνειδητοποιήσει την μεγάλη αλλαγή που του προκάλεσε η κατάσταση της απώλειας ή του αποχωρισμού που βίωσε.

Τα στάδια που αποτελούν μία εξελικτική πορεία για το άτομο, που πενθεί είναι τα εξής :

### **Στάδιο πρώτο : Άρνηση**

Το στάδιο αυτό συνοδεύεται συνήθως με σοκ. Η πρώτη αντίδραση μετά την ανακοίνωση θανάτου είναι : “όχι, δεν το πιστεύω, δεν είναι αλήθεια”. Λόγια που εκφράζουν αμφισβήτηση και άρνηση. Οι παρόντες μένουν άφωνοι, αποσβολωμένοι. Άλλοι καταρρέουν. Η πραγματική αδυναμία σύλληψης του γεγονότος καλείται στην ψυχολογία “αντιληπτική δυσλειτουργία”.

Μπλοκάρει κάθε ψυχική λειτουργία του ατόμου. Ο πενθών κατακλύζεται από άγχος, το οποίο δημιουργεί μία κατάσταση εξωπραγματικής αποστασιοποίησης. Η νόηση κατακλύζεται από αναπαραστάσεις, η οποία αδυνατεί να αντιδράσει. Ο πενθών επιθυμεί να επιστρέψει στο παρελθόν υποκρινόμενος πως δεν έχει πληροφορηθεί το γεγονός. Η απόρριψη της πραγματικότητας είναι για το άτομο που πενθεί το μόνο μέσο που διαθέτει για να εκφράσει την οδύνη του. Βρίσκεται σε σύγχυση και εκδηλώνει την ανάγκη του για εκτόνωση ή προσοχή στο άτομό του, μέσω του θυμού. Το άτομο εκτός από το γεγονός ότι αρνιέται, έστω και παροδικά, την απώλεια, εμφανίζει ενοχή, απογοήτευση, θλίψη, εσωτερική σύγκρουση και περιοδικά ψυχικό πόνο.

### **Στάδιο δεύτερο : παζάρεμα (διαπραγμάτευση)**

Το στάδιο του παζαρέματος, αρχίζει να γίνεται από το άτομο που θρηνεί με μία σταδιακή αναγνώριση των συνεπειών της απώλειας.

Σ’ αυτό το στάδιο εμφανίζεται η χαρακτηριστική συμπεριφορά της αναζήτησης για το πρόσωπο που πέθανε. Ο πενθών νιώθει θυμωμένος με το θεό και τους ανθρώπους. Κλαίει και διαμαρτύρεται για την εγκατάλειψη και

σιγά – σιγά θα αποδεχθεί την πραγματικότητα της απώλειας. Η περίοδος αυτή διαρκεί από μερικές ημέρες μέχρι μερικές εβδομάδες.

### **Στάδιο τρίτο : η κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη αποτελεί το τρίτο στάδιο του πένθους κατά τη διάρκεια του οποίου, η πραγματικότητα της απώλειας γίνεται περισσότερο σαφής για το πρόσωπο που πενθεί αφού η συμπεριφορά της αναζήτησης και η διαμαρτυρία για την απώλεια δεν οδηγεί τελικά στο να ξαναβρεθεί το χαμένο πρόσωπο. Φυσιολογικά, το άτομο εμφανίζει τότε τα συμπτώματα μίας καταθλιπτικής αντίδρασης.

Στο πένθος το κλάμα είναι “καλό σημάδι”. Αρκετοί άνθρωποι δίνουν διέξοδο στον πόνο τους με το κλάμα. Εκτός όμως από τα δάκρυα, η αληθινή ανακούφιση επιτυγχάνεται με την εκφόρτιση των εντάσεων. Τα δάκρυα είναι μία ομαλή εκδήλωση της φυσιολογικής κατάθλιψης του πένθους. Όμως, τα συναισθήματα όταν εκφράζονται και με λόγια, επιτρέπουν μία αποτελεσματικότερη προσέγγιση των συγκρούσεων που έχουν προσωρινά απωθηθεί λόγω της εξιδανίκευσης του νεκρού. Το πένθος, αποτελεί μία καταθλιπτική κατάσταση, μία φυσιολογική αντίδραση στην απώλεια που έχει αντίκτυπο στο σωματικό, συναισθηματικό και διανοητικό επίπεδο του πενθούντα. Υπάρχει δηλαδή μία περίοδος απάθειας και απόσυρσης. Επίσης, μπορεί να συνυπάρχει ανορεξία ή βουλιμία, αλλά και αϋπνία. Ο πενθών διατηρεί, επιπλέον ένα αίσθημα ενοχής, το οποίο μετατρέπεται σε αυτοκατηγορίες. Στο διανοητικό επίπεδο, το άτομο εμφανίζει επιβράδυνση της αντίληψης και της ικανότητας συγκέντρωσης. Η έντονη επίδραση της βραχυπρόθεσμης μνήμης, ενισχύει τον πενθώντα να απομονωθεί. Η εντύπωση ότι έχει “χάσει τα λογικά του”, ενισχύει ακόμα περισσότερο το αίσθημα της ενοχής και την χαμηλή του αυτοεκτίμηση.

Όσον αφορά το συναισθηματικό επίπεδο η διάθεσή του είναι θλιμμένη και σκοτεινή. Είναι απαισιόδοξος και εκφράζει εχθρικότητα απέναντι στο

στενό του περιβάλλον. Επίσης, ο πένθων παρουσιάζει μία αστάθεια στα συναισθήματά του, περνώντας, χωρίς ενδιάμεσα στάδια, από τον πόνο της εγκατάλειψης στην έξαρση της ανάμνησης.

#### **Τέταρτο στάδιο : η αποδοχή**

Το στάδιο της αποδοχής είναι το στάδιο που συμπίπτει με το τέλος των ψυχολογικών διεργασιών του πένθους. Έτσι το άτομο που πενθεί έχει δεχθεί την πραγματικότητα και τις συνέπειες της απώλειας. (Τσιάντης Ι., 1980, σελ. 359 – 360, Dr Bacque-Frederique M., 2001, σελ. 35 – 43).

### **1.4 ΟΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΟ**

Οι χρονικές διακυμάνσεις του παθολογικού πένθους είναι οι ακόλουθες :

#### **α) Αναβλητικό πένθος**

Η αρχική απάρνηση της έννοιας του θανάτου και του τέλους προσώπων ή καταστάσεων αντιστοιχεί με μία ασυνείδητη απόρριψη της πραγματικότητας. Έτσι το άτομο αντιδρά και φέρεται σαν να μην έχει αλλάξει τίποτε, λειτουργεί δηλαδή ψευδαισθητικά. Η συμπεριφορά του λόγω της ακαμψίας που τη χαρακτηρίζει αλλά και της άρνησης του για συζήτηση θυμίζει έντονα το παραλήρημα. Δημιουργείται κατά κάποιο τρόπο χάσμα μεταξύ της πραγματικότητας και των συναισθηματικών διακυμάνσεων που αυτή προκάλεσε. Όσο όμως η απουσία κατάθλιψης και η άρνηση της πραγματικότητας απομονώνουν το άτομο, τόσο η κατάστασή του γίνεται ανυπόφορη.

Στην περίπτωση του αναβλητικού πένθους, η κατάθλιψη επέρχεται αναπόφευκτα, έστω και καθυστερημένα μετά από μία εσωτερική επεξεργασία ή ένα αιφνίδιο γεγονός, που θα αναγκάσει απότομα το άτομο να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα.



### **β) Ανεσταλμένο πένθος**

Όπως συμβαίνει και στην κρυφή κατάθλιψη, οι συναισθηματικές διαταραχές παραχωρούν τη θέση τους σε πολυάριθμα σωματικά προβλήματα. Κατά τον Parkes, όπως αναφέρει η Dr Bacque-Frederique M. (2001), το ανεσταλμένο πένθος, στις απώλειες που βιώνουμε, είναι μία μορφή αναβλητικού πένθους, του οποίου οι άμυνες είναι πολύ λιγότερο αποτελεσματικές, διότι είναι περισσότερο εμφανείς στο σώμα παρά στη συμπεριφορά.

Τα άτομα, που βιώνουν ένα ανεσταλμένο πένθος, είναι συνήθως εκείνα που επισκέπτονται το γιατρό τους για κάποιον άλλο λόγο άσχετο με το πένθος. Η προσοχή του γιατρού κινδυνεύει τότε να περιοριστεί στα σωματικά συμπτώματα και να μη διαγνώσει το αληθινό αίτιο, που είναι η ταύτιση με την δύσκολη ή οδυνηρή κατάσταση που αντιμετωπίζει και η αποδοχή της πραγματικής διάστασης και έκτασης των προβλημάτων.

### **γ) Χρόνιο πένθος**

Η κατάθλιψη, ως απόρροια του πένθους, μπορεί να διαρκέσει μία ζωή, εάν το στάδιο της αμφιθυμίας και η σχέση εξάρτησης με την παρελθούσα δεδομένη πορεία ζωής δεν ξεπεραστούν.

Η ατέρμονη αναζήτηση των αιτίων και των λόγων που μας “παγίδευσαν” στη θλίψη, οδηγεί σε παρατεταμένο πένθος και χαρακτηρίζεται από χρόνια κατάθλιψη. Ο πενθώντας λοιπόν αποσύρεται στον κόσμο των αναμνήσεων του και καθησυχάζει τον εαυτό του με την ενεργοποίηση, ασυνείδητη ίσως, του προσχήματος ότι εκπληρώνει τα καθήκοντα του και τις δήθεν υποχρεώσεις του, ηθικές κυρίως, απέναντι στις εμπειρίες και τα βιώματα του παρελθόντος καιρού.

Η μόνη διέξοδος σ’ αυτό το πένθος, που μοιάζει ακινητοποιημένο στο χρόνο, είναι η εξουδετέρωση αυτής της αμφιθυμικής σύγκρουσης, δηλαδή

της ύπαρξης συναισθημάτων προσκόλλησης στο παρελθόν και ταυτόχρονα της εκδήλωσης συναισθημάτων μίσους και οργής, υπερπόντων, φυσικά, για την εσωτερική αυτή ένταση και αναστάτωση.

Η απάρνηση της διεργασίας του πένθους αντιστοιχεί σε μία ασυνείδητη αυτοτιμωρία του ατόμου για το ανομολόγητο μίσος που τον διακατέχει. Κάποιες φορές το χρόνιο πένθος συμβαίνει να είναι αποτέλεσμα διαδοχικών θανάτων ή δραματικών συνθηκών θανάτου. Στην προκειμένη περίπτωση το άτομο χρήζει ειδικής βοήθειας για να απαλλαγεί από τις έμμονες αρνητικές σκέψεις.

Όλες αυτές οι ψυχολογικές επιπλοκές συνεπάγονται ότι το πένθος είναι μία δυναμική διαδικασία, που όταν ανακόπτεται ή παρακωλύεται η πορεία της καθίσταται αδύνατος ο συναισθηματικός διαχωρισμός των αναμνήσεων από το γεγονός της απώλειας. Η επανεκκίνηση της διεργασίας του πένθους είναι ο απώτερος σκοπός ώστε να ξεπεραστεί το εμπόδιο που βρίσκεται βαθιά ριζωμένο στο ψυχισμό του ατόμου (Dr Bacque-Frederique M., 2001, σελ. 58 –62).

## **1.5 ΤΟ ΑΠΡΟΣΔΟΚΗΤΟ ΠΕΝΘΟΣ**

Το πένθος είναι ένα σύνδρομο με ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Το άτομο μετά το θάνατο ή την απώλεια που βίωσε εμφανίζει σωματικές εκδηλώσεις με μορφή καταβολής και κόπωσης. Νιώθει σωματική δυσφορία, ασφυξία και “κόψιμο” της αναπνοής, έντονη τάση για αναστεναγμό, αδυναμία και ψυχικό πόνο. Υπάρχει αναστολή της συνηθισμένης δραστηριότητας και του τρόπου ζωής του πενθούντα.

Παράλληλα, παρατηρείται μία αίσθηση μη πραγματικότητας σχεδόν σε όλους ανθρώπους πενθούν.

Η ενασχόληση με τη σκέψη του προσώπου που πέθανε, δημιουργεί το αίσθημα στους πενθούντες ότι απομακρύνονται συναισθηματικά από τους

άλλους. Αυτό συνοδεύεται με την χαρακτηριστική συμπεριφορά της αναζήτησης που κατευθύνεται προς το πρόσωπο που πέθανε και που συνοδεύεται από κλάμα, θλίψη και άγχος.

Εκφράζονται συναισθήματα ενοχής, που συνδέονται με τη συνειδητή ή υποσυνείδητη επιθετικότητα που υπήρχε για το πρόσωπο που πέθανε. Ο πενθών ψάχνει να ανακαλύψει αποδείξεις της ενοχής του, κατηγορεί τον εαυτό του για τυχόν παραλείψεις του που τις μεγεθύνει υπέρμετρα και για αμέλεια. Συνυπάρχει η θλίψη που συνδέεται με τα συναισθήματα αγάπης προς το πρόσωπο που πέθανε.

Επίσης, ο πενθών εκφράζει επιθετική διάθεση προς το άτομο που “έφυγε”, με μορφή θυμού ή διαμαρτυρίας που συνοδεύονται με χαρακτηριστικές φράσεις : “γιατί με άφησες”, “γιατί μου το έκανες αυτό”.

Η ταυτοποίηση με τη συμπεριφορά ή τα συμπτώματα του προσώπου που πέθανε, είναι μία ακόμα ψυχολογική αντίδραση μετά το θάνατο αγαπημένου προσώπου. Συχνά, άτομα που θρηνούν, αναπτύσσουν τα συμπτώματα της αρρώστιας του ατόμου που πέθανε ή ακόμη συμπεριφέρονται με τρόπους που θυμίζουν τον αποβιώσαντα. Η εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι ότι με αυτόν τον τρόπο εκφράζεται μία άρνηση για το θάνατο.

Η απώλεια της σημασίας των καθημερινών ασχολιών γίνεται αισθητή από τον πενθούντα, ο οποίος προσπαθεί να επανέλθει στην παλιά του συμπεριφορά. Όλα αυτά τα συμπτώματα θα αμβλυνθούν με την έναρξη της διεργασίας του πένθους (Lidermann, 1994, I. Τσιάντης, 1980, σελ. 359).

### **1.5.α. Φυσιολογικές αντιδράσεις πένθους**

Στην προσπάθεια κατανόησης και καθορισμού της κατάστασης της θλίψης ο χωρισμός κατέχει ιδιαίτερη θέση και βαρύτητα ως το κύριο και

βασικό δυναμικό της. Ο αποχωρισμός που αφορά και σχετίζεται με το θάνατο ίσως είναι όμως και ο οδυνηρότερος (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1981, σελ. 97).

Η σύγχρονη ψυχολογία προσπάθησε να κατανοήσει και να εξηγήσει τους λόγους που δημιουργούν αυτήν την οδυνηρή και αβάσταχτη κατάσταση. Πολλές ερμηνείες είχαν ως απαρχή τους στη θεωρία τους την άποψη του διαπροσωπικού χαρακτήρα της ανθρώπινης προσωπικότητας. Ακόμη και ο Freud απομακρύνθηκε από την αρχική του έμφαση στις ενστικτώδεις ορμές σαν βασική αιτία του άγχους και άρχισε να προσανατολίζεται στον κίνδυνο κατά του εγώ, που επιφέρει το αίσθημα της απώλειας ενός σημαντικού για το άτομο πρόσωπο. Για άλλους αποδίδεται στην διαπροσωπική φύση του ατόμου και τεκμηριώνεται από το γεγονός ότι η ίδια η ανθρώπινη οντότητα συνίσταται και από άλλες προσωπικότητες.

Σύμφωνα με αυτές τις διαπροσωπικές θεωρίες της σύγχρονης ψυχολογίας, το εγώ του ατόμου είναι ένα κοινωνικό εγώ που αποτελείται από τη δυναμική ένωση τόσο συμπεριφορών όσο και αντιδράσεων. Εφόσον λοιπόν το άτομο είναι μία οντότητα που απέκτησε ύπαρξη με την αλληλεπίδραση με άλλα πρόσωπα και που το εγώ του στηρίζεται στις σχέσεις του με τους άλλους, αντιλαμβάνεται κάθε διακοπή σχέσης σαν μία απειλή κατά του εγώ του. Απέναντι σ' αυτήν την απειλή αντιδρά υποκειμενικά και δημιουργεί μία συμπεριφορά προστασίας του εγώ του, ενώ κάθε μορφή απώλειας συνειδητοποιείται και εκφράζεται σαν φόβος αυτοαπώλειας και εκμηδενισμού (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1981, σελ. 98 – 99).

Από την σκοπιά της διαπροσωπικής θεωρίας της προσωπικότητας, σύμφωνα με την οποία το εγώ αποκτά υπόσταση μέσα από την ενσωμάτωση και την ταύτιση με τους άλλους, η απειλή κατά του εγώ βιώνεται και εκλαμβάνεται ως φόβος ή τρόμος της μοναξιάς. Κάθε καταστροφή και απώλεια μίας εξωτερικής αναφοράς αποφέρει πολλές και διαφορετικές

συναισθηματικές αντιδράσεις που ταυτίζονται στο κοινό συναίσθημα του φόβου της αυτοκαταστροφής.

Εμπειρικά στοιχεία ψυχοθεραπευτών, που εργάστηκαν με άτομα που βιώνουν την απώλεια, συγκλίνουν σε συναισθήματα ανάλογα του άγχους, του ανεξήγητου φόβου και του κενού. Τα συναισθήματα αυτά τα προκαλεί και ο πιο ασήμαντος αποχωρισμός και γι' αυτό συχνά φαίνονται παράξενα και ανεξήγητα. Κάθε χωρισμός ξαναζωντανεύει το αίσθημα του πανικού που διακατείχε το άτομο όταν στην παιδική του ηλικία ένωθε ότι έχανε την μητέρα του. Κάθε νέος αποχωρισμός δηλαδή αναζωπυρώνει όλους τους προηγούμενους και ο θρήνος του ενηλίκου φαίνεται σαν αναπαραγωγή του παιδικού θρήνου.

Οι ψυχολογικοί αμυντικοί μηχανισμοί που ενεργοποιούνται προκειμένου να λειτουργήσουν ως πρότυπα ασφαλιστικά μέτρα του εγώ του είναι η ψυχολογική οπισθοδρόμηση, η απάθεια, η αποχώρηση, η ταύτιση, η φαντασίωση κ.α.

Είναι κοινή διαπίστωση ότι η λεκτικοποίηση των συναισθημάτων απαλύνει από τον πόνο αλλά οι ερμηνείες αυτής της διαδικασίας ποικίλλουν. Για άλλους είναι τρόπος μείωσης της φυσικής εντάσεως και για άλλους έκφραση της ανάγκης για κοινωνική επαφή και επικοινωνία το συναίσθημα της ενοχής έχει την προέλευση του στο φόβο που αισθάνεται το νήπιο ότι θα ευνουχιστεί από τον πατέρα για τις σεξουαλικές του επιθυμίες για την μητέρα. Δηλαδή η ενοχή είναι ο φόβος της τιμωρίας και ταυτόχρονα ελοχεύει και το άγχος του αποχωρισμού, αφού η απειλή της στέρησης του μητρικού προσώπου είναι επίσης και απειλή εκμηδενισμού του εγώ.

Ο Paul Tillich, σύμφωνα με το βιβλίο του Π.Φιλοθεου, έχει μία εντελώς διαφορετική αντίληψη για την προέλευση του συναισθήματος ενοχής. Κατά τον Tillich είναι αποτέλεσμα της αποτυχίας του ανθρώπου να πραγματοποιήσει και να καταστήσει τον αυτοσεβασμό του και τον αυτοπροσδιορισμό του (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1981, σελ. 108).



Διάφορες διαπροσωπικές θεωρίες συνδέουν την ενοχή με τον μηχανισμό επιδοκμασίας ή αποδοκμασίας της συμπεριφοράς του παιδιού από τους γονείς. Η αντίληψη αυτού του κινδύνου δημιουργεί άγχος στο παιδί και ενοχή ότι η αιτία που απειλεί τη σχέση είναι η συμπεριφορά του παιδιού. Η ενοχή μοιάζει γενικά σαν μία αυτοτιμωρία την οποία επιβάλλει ο άνθρωπος στον εαυτό του όταν αποτύχει στις αυτοδικαιωτικές του επιδιώξεις.

Η ανάπτυξη του συναισθήματος αυτού συνεχίζει να καλλιεργείται και να αναπτύσσεται και ύστερα από την παιδική ηλικία. Οι γονείς ιδιαίτερα κατά την εφηβική ηλικία των παιδιών τους απαιτούν συμμόρφωση προς τους κανονισμούς τους υπαινισσόμενοι ότι σε κάθε αντίθετη περίπτωση είτε θα αποσύρουν την αγάπη τους ή θα θεωρήσουν την άρνηση αυτή σαν έλλειψη αγάπης προς αυτούς και αιτία προξενήσεως πόνου και λύπης.

Ο έφηβος τότε ή καταπνίγει τις δικές του ανάγκες για αυτονόμηση ή μειώνει την εξάρτησή του από τους γονείς του και διακατέχεται από αισθήματα ενοχής για τον πόνο που προκαλεί με αυτήν του τη συμπεριφορά. Συγκεκριμένα αναφέρονται, στο έργο του Π Φιλόθεου Φάρου (1981), τρία είδη ενοχής : η πραγματική, η νευρωτική, η υπαρξιακή. Στην πραγματική, αισθανόμαστε ένα ενοχλητικό αίσθημα ενοχής, όταν κάνουμε κάτι που προκαλεί ζημία σε κάποιον άλλο και είναι απαραίτητη για το σύστημα της έννομης τάξης, πάνω στο οποίο θεμελιώνονται οι κοινωνίες μας. Η νευρωτική ενοχή χαρακτηρίζεται από μία έντονη εσωτερική παρόρμηση για αυτοτιμωρία. Κατά τον Skot Pek (1998), η νευρωτική ενοχή είναι άσκοπη και διώχνει τη χαρά και την γαλήνη απ' τη ζωή μας. Προκαλεί νευρωτικό πόνο, δηλαδή μία μορφή συναισθηματικού πόνου που δεν είναι σύμφυτος με την ύπαρξή μας.

Από τη φύση μας οι άνθρωποι είναι γνωστό ότι είμαστε πλάσματα που αποφεύγουν τον πόνο. Όπως όμως θα ήταν βλακώδες να δέχεται κανείς με ευχαρίστηση κάθε ταλαιπωρία, είναι εξίσου βλακώδες να επιχειρεί να

αποφεύγει κάθε πόνο, οδύνη και δυσκολία. Προσπαθώντας λοιπόν κανείς να καταλήξει στην σωστή επιλογή, πρέπει να είναι σε θέση να διακρίνει τον νευρωτικό από τον υπαρξιακό πόνο (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1981, σελ. 110 – 112, Skot Pek, 1998, σελ. 138 – 139).

Η υπαρξιακή ενοχή ως απόρροια του υπαρξιακού πόνου χαρακτηρίζεται από ένα αόριστο συναίσθημα ανικανοποίησης, που έχει ο άνθρωπος όταν αντιμετωπίζει μία προσωπική του αποτυχία. Μοιάζει δηλαδή σαν να αισθάνεται το άτομο ένοχο για την ανθρώπινη ατέλειά του. Δεν είναι όμως μόνο η ενοχή αποδεκτή ως συναισθηματική αντίδραση στη διεργασία του αποχωρισμού αλλά και η παρουσία της εχθρότητας και της οργής. Οι δύο αυτές συναισθηματικές αντιδράσεις συνοδεύονται από μία αμφιταλαντευόμενη διάθεση, με αποτέλεσμα να διεγείρεται ο φόβος της απώλειας και να παρατηρείται μία ροπή για επιθετική συμπεριφορά.

Άλλοτε η έκφραση των παραπάνω συναισθημάτων μπορεί να καθυστερήσει ή να διαστραφεί. Η οργή όμως που ζητάει διέξοδο συμβάλλει στη δημιουργία παθολογικών καταστάσεων που επηρεάζουν και καθορίζουν όλες τις εκφάνσεις της καθημερινής ζωής του ατόμου. Σε αντίθετη περίπτωση, η υγιής διέξοδος της οργής περιλαμβάνει τα ακόλουθα τέσσερα στάδια : α. αποδοχή, β. ανάλυση, γ. συμβολική έκφραση, δ. εγκατάλειψη.

Αφού λοιπόν ολοκληρωθεί η διεργασία των συναισθημάτων της ενοχής και της οργής, ακολουθεί το πένθος που στοχεύει στην κάλυψη του χάσματος που δημιουργεί η απώλεια μεταξύ της προηγούμενης καταστάσεως του θλιμμένου και της νέας κατάστασης που έχει προκύψει (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1981, σελ. 149).

### 1.5.β Παθολογικές αντιδράσεις πένθους

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις που θεμελιώνουν την πεποίθηση ότι το άκαιρο πένθος δημιουργεί ορισμένους σοβαρούς κινδύνους σχετικά με την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του θλιμμένου και ότι υπάρχει επίσης προσωπικότητα με προδιάθεση εμφάνισης και υιοθέτησης παθολογικών συμπτωμάτων.

Το παθολογικό πένθος, όπως υποστηρίζει η BACQUE – FREDERIQUE M (2001), είναι ένα παρατεταμένο πένθος, που συνοδεύεται από κάμψη των λειτουργιών του οργανισμού. Είναι δηλαδή ένα πένθος με καταθλιπτικές επιπλοκές. Το παθολογικό πένθος δεν ακολουθεί μία καθορισμένη πορεία, όπως το φυσιολογικό που ξεκινάει από το στάδιο του βίαιου κλονισμού, συνοδεύεται από το στάδιο της οξείας σωματικής και ψυχολογικής αναστάτωσης καθώς και κοινωνικής απομόνωσης και ολοκληρώνεται με την αποδοχή της απώλειας και την ανάκτηση των δυνάμεων που είχαν εξασθενήσει εξαιτίας του.

Επομένως, το παθολογικό πένθος συνεπάγεται την αδυναμία του ατόμου να επανακτήσει την ψυχική του ηρεμία και να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητας (BACQUE-FREDERIQUE M, 2001, σελ. 54 –55).

Αυτό σημαίνει ότι η εμπειρία μίας πραγματικής ή επ' απειλούμενης κατάστασης ή σοβαρού τραυματισμού με απειλή της σωματικής ακεραιότητας αλλά ακόμα και η τραυματική εμπειρία της διάλυσης μίας σχέσης και η απώλεια που υφίσταται κάθε άτομο μετά από μία φυσική καταστροφή μπορεί να προκαλέσει διαταραχή οφειλούμενη στο ψυχοτραυματικό στρες.

Συχνά, τα άτομα που βιώνουν τραυματικά γεγονότα εμφανίζουν (στην παθολογική μορφή πένθους) αισθήματα ενοχής, αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά δισχιστικά συμπτώματα, αισθήματα ντροπής,

εχθρικότητα, κοινωνική απόσυρση, σωματικά ενοχλήματα. Επίσης, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για συνοδές διαταραχές, όπως διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, κοινωνική φοβία, ειδική φοβία, μείζον καταθλιπτική διαταραχή, σωματοποιητική διαταραχή και διαταραχές σχετιζόμενες με ουσίες.

Επιπλοκές της διαταραχής ψυχοτραυματικού στρες μπορεί να είναι οι βίαιες επιθέσεις του ατόμου, αυτοκτονία ή κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μέσα στους τρεις πρώτους μήνες μετά το τραυματικό γεγονός. Αν και μπορεί να υπάρξει και καθυστέρηση μηνών ή και χρόνων πριν εμφανισθούν. Καλά προγνωστικά σημεία είναι η ταχεία έναρξη των συμπτωμάτων, η καλή προνοσηρή λειτουργικότητα, τα επαρκή οικογενειακά και κοινωνικά στηρίγματα και η απουσία ψυχιατρικής ή σωματικής παθολογίας. Επίσης, τα άτομα μπορεί να εκδηλώσουν αισθήματα απελπισίας, ανημπόριας, ενοχής ή παράλογης υπευθυνότητας. Τα καταθλιπτικά αυτά στοιχεία μπορεί να είναι πολύ σοβαρά και επίμονα και να συμπληρώνουν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Σημαντικός παράγοντας θεωρείται ο βαθμός της βαρύτητας και διάρκειας της στρεσογόνου αιτίας και ο βαθμός της εγγύτητας του ατόμου προς αυτήν (Νίκος Μάνος, 1997, σελ. 285 – 291).

Κάποιες διαστρεβλωμένες αντιδράσεις που εκδηλώνει το άτομο στην παθολογική διάσταση της απώλειας μπορεί να είναι οι ακόλουθες, όπως περιγράφονται στις σημειώσεις της κας Αλεξοπούλου, στο μάθημα ΚΕΑ του Ε' εξαμήνου.

Είναι λοιπόν :

**α) Υπερβολική Δραστηριότητα**, που συνοδεύεται από ένα αίσθημα ευφορίας και ένα αίσθημα λύπης, που οφείλονται κατά βάση στην απώλεια. Οι δραστηριότητες του πενθούντα παραπέμπουν και εμφανίζουν ομοιότητες και στοιχεία του απωλεσθέντος αντικειμένου ή της απωλεσθείσας

κατάστασης. Είναι επίσης δυνατόν οι δραστηριότητες αυτές να είναι μεγάλοπνοες και ριγοκίνδυνες.

β) Εκδήλωση συμπτωμάτων που μοιάζουν με τα συμπτώματα της τελευταίας ασθένειας του αποθανόντος. Αυτή η ασθένεια αποκαλείται συνήθως υποχονδρίαση και υστερία. Είναι έκδηλη όχι μόνο στο θάνατο αγαπημένου προσώπου μας αλλά και σ' οποιαδήποτε άλλη μορφή απώλειας βιώνουμε και αντιμετωπίζουμε.

γ) Συνηθέστατα παρατηρείται μία ιδιαίτερα αισθητή αλλαγή στις σχέσεις με συγγενείς, φιλικό ή ευρύτερο περιβάλλον στο επίπεδο της κοινωνικής προσαρμογής. Το άτομο γίνεται ευερέθιστο και από την αντίληψη ότι με τη στάση του μπορεί να προκαλέσει την εχθρότητα αγαπημένων του προσώπων. Η εχθρότητα αυτή όμως μπορεί κάλλιστα να αφορά και να έχει ως αποδέκτες συγκεκριμένα πρόσωπα που σχετίστηκαν με τον αποθανόντα πριν επέλθει ο αποχωρισμός. Δεν είναι όμως σπάνιο φαινόμενο και η εμφάνιση τυπικής ή αποστασιοποιημένης συμπεριφοράς.

δ) Χαρακτηριστικές είναι και οι εκδηλώσεις όπως έλλειψη πρωτοβουλίας και αναποφασιστικότητας. Το άτομο δεν δύναται να συμμετέχει σε δραστηριότητες και να συνεχίσει οικείους τρόπους συμπεριφοράς. Υφίστανται και παρατηρούνται όμως και περιπτώσεις όπου κάποια άτομα υιοθετούν συμπεριφορά με έντονες δραστηριότητες, επιβλαβείς για την οικονομική και κοινωνική τους υπόσταση.

ε) Διαστρεβλωμένη αντίδραση απέναντι στο πένθος είναι και η εκδήλωση συναισθημάτων που πλησιάζουν την κατάσταση αγχώδους μελαγχολίας με εκφάνσεις, όπως αυτές της υπερέντασης, της σκληρής αυτομομφής, της φανεράς ανάγκης για τιμωρία με κυρίαρχο το συναίσθημα της αναξιότητας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Η ΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ

Η θλίψη είναι πάντα δίπλα μας και στη διάθεσή μας, όταν βρισκόμαστε σε γεγονότα χωρισμού, αποχαιρετισμού και απώλειας. Πολλοί άνθρωποι δεν γνωρίζουν ότι έχουν τη δυνατότητα να ξεπεράσουν τέτοιες καταστάσεις, σχετικές με τη θλίψη. Άλλοι πάλι τη φοβούνται και για τους περισσότερους το συναίσθημα αυτό, παρά την αδιάκοπη και συνεχή παρουσία του, μένει στο “φόντο” της βιωματικής μας ζωής.

Φτάνει λοιπόν κάποτε η στιγμή που ξεπηδά μπροστά μας απροειδοποίητα και απρόσμενα για να μας υποχρεώσει να την καθισχύασουμε και για να μας αποδώσει κατηγορίες.

Ήδη, πολύ νωρίς στη ζωή μας μαθαίνουμε ότι είναι προτέρημα να μην εκδηλώνουμε αυτό το συναίσθημα και μάλιστα κινούμαστε με σκοπό να ζήσουμε μία ζωή κατά το δυνατό χωρίς θλίψη.

“Για να αποδεχθούμε την αναγκαιότητα της θλίψης είναι βοηθητικό να φανταστούμε τον υγιή συναισθηματικό κόσμο μας σαν ένα άγαλμα της κλασικής αρχαιότητας : σαν ένα τέλειο ανθρώπινο σώμα, σαν μία δημιουργική σύνθεση όλων των μερών του. Όλα τα συναισθήματα υπάρχουν σαν σύνθεση, σαν μία αρμονική κατάσταση.” (Γιώργος Κανάκης, 1989, σελ. 17).

Ζούμε καθημερινά απώλειες, χάνουμε αγαπημένα πρόσωπα, μεγάλους στόχους και ιδέες, την υγεία και τη σωματική μας ακεραιότητα ή ακόμα και υλικά πράγματα. Τα γεγονότα της ζωής μας, λοιπόν, σχετίζονται με τη λύπη της απώλειας και έχουν ιδιαίτερη ένταση σε ό,τι αφορά την συναισθηματική τους δύναμη. Είναι τα πιο οδυνηρά και τα πιο αγχωτικά και οδηγούν πάντα σε σωματικές και ψυχικές αντιδράσεις.

Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι η θλίψη είναι μία αυθόρμητη, φυσική, φυσιολογική και αυτονόητη απάντηση του οργανισμού μας, ολόκληρου του ατόμου μας απέναντι στην απώλεια. Αυτή η υποχρεωτική απάντηση της θλίψης δίνεται με το σώμα, τα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις ενέργειες όχι μόνο σε περίπτωση απώλειας αλλά και σε περιστάσεις χωρισμού και αποκοπής.

Η θλίψη για μία απώλεια δεν είναι κάτι στατικό αλλά μία διαδικασία όπου όταν μένει η ενέργειά της εγκλωβισμένη στην ψυχή και στο μυαλό μας μπορεί να επιδράσει καταστροφικά. Τα γεγονότα ζωής που επιφέρουν απώλειες είναι συχνά καταστάσεις κρίσεις που κρύβουν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία μας.

Είναι αποδεδειγμένο ότι η καταπιεσμένη θλίψη, δηλαδή η θλίψη που δεν της δίνεται το δικαίωμα και η ευκαιρία να εκδηλωθεί, μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο στη δημιουργία και στην πορεία των ασθενειών. Δεν είναι παράξενο ότι η κατάθλιψη είναι σήμερα η πιο συχνή ψυχική ασθένεια. Επικρατεί η άποψη ότι δεν υπάρχει κανένας μεταξύ μας που να μην γίνεται κάποτε καταθλιπτικός, έστω και για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Δυστυχώς όμως υπάρχουν άφθονα περιστατικά που εμφανίζουν συχνότατα συμπτώματα κατάθλιψης. Τότε μιλάμε για μία χρόνια κατάθλιψη που είναι πολύ δύσκολη να τη θεραπεύσει κανένας (Γιώργος Κανάκης, 1989, σελ. 35, 42 –43).

## **2.2 Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΛΙΨΗΣ ΩΣ ΜΕΣΟ ΕΞΕΛΙΞΗΣ**

Θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο για την εξέλιξή μας να συνειδητοποιήσουμε ότι η θλίψη της απώλειας είναι ένα πολυσύνθετο κοινωνικό, ανθρώπινο φαινόμενο με πολλές σωματικές, ψυχικές και διανοητικές ασθένειες.

Δυστυχώς όμως δεν έχουμε καταλάβει μέχρι σήμερα ότι το οικοδόμημα της κοινωνίας μπορεί ουσιαστικά να ξαναβρεί την ισορροπία του όταν, ο πλούτος των συναισθημάτων αναγνωριστεί και θεωρηθεί ως ζωντανό και πολύ σημαντικό στήριγμα. Αυτό σημαίνει να υιοθετήσουμε εκ νέου το κλάμα, καθώς και τη διαμαρτυρία για επιστροφή της διεργασίας της θλίψης και την πλήρη κατανόηση της αναγκαιότητάς της. Έχοντας ως γνώμονα όλα τα παραπάνω, θα είμαστε ικανοί να αποχαιρετήσουμε την όποια απώλεια παρεμποδίζει την εξέλιξη της ζωής.

Κάθε άνθρωπος χρειάζεται για το λόγο αυτό, μία ευκαιρία να ζήσει τον πόνο του. Και για αυτό έχει ανάγκη από ανθρώπους συμπαράστασης που θα τον ενθαρρύνουν να βρει το δρόμο για να ξαναγυρίσει στη ζωή. Βασική προϋπόθεση της επανένταξης του ατόμου σε ομαλούς ρυθμούς ζωής είναι η προσπάθειά μας να κάνουμε το εσωτερικό μας δράμα να προκύψει ορατό ώστε να αναπληρώσουμε ότι προσπεράσαμε, αναστείλαμε και αποκρύψαμε.

Όταν το σκοτεινό και το αόρατο, το εξωτερικεύσουμε τότε πια δεν έχει ευκαιρία δράσης. Αφήνουμε δηλαδή τον πόνο της απώλειας να γίνει “φωναχτός” και δεν χρειάζεται να τον συγκρατούμε, από φόβο μήπως γίνει αβάσταχτος. Επιτρέπουμε στον εαυτό μας να θλίβεται για να μπορέσει η θλίψη μας να βρει το δίκιο της. Παραδεχόμαστε ότι η θλίψη μας ανήκει, γιατί είναι ένα κομμάτι από εμάς.

Κατά το δημιουργικό κομμάτι της θλίψης μπορούν όλα τα συμπτώματά της να ενεργοποιηθούν και οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η ένταση της θλίψης μπορούν να πλουτίσουν την πορεία της θλίψης. Αισθανόμαστε καλύτερα, δηλαδή, όταν χρησιμοποιούμε μέχρι το τέλος τα αποθέματα, τους πόρους και τις δυνάμεις που διαθέτουμε.

Το συμπέρασμα λοιπόν είναι ότι φοβόμαστε λιγότερο τη ζωή και αισθανόμαστε πιο σίγουροι προσβλέποντας το μέλλον μας (Γιώργος Κανάκης, 1989, σελ. 200 – 202).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΜΠΕΙΡΙΩΝ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΩΡΙΜΟΤΗΤΑΣ

Το επίπεδο της ψυχολογικής ωριμότητας του κάθε ανθρώπου είναι συνάρτηση των εμπειριών της παιδικής ηλικίας και των εσωτερικών διεργασιών που συντελέστηκαν στα παιδικά του χρόνια. Καθοριστική επίσης θέση κατέχουν τα απρόσμενα θλιβερά και οδυνηρά ίσως γεγονότα που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος, καθώς ο ουσιαστικός και δημιουργικός χειρισμός τους θα αποφέρει “καρπούς” ωριμότητας. Η αποκορύφωση όμως του συναισθηματικού πόνου ως αποτέλεσμα της εμπειρίας του θανάτου βοηθάει το άτομο να αναπτύξει το εγώ του και να εξελίξει την προσωπικότητά του.

Αν επιθυμούμε όμως να επιφέρουμε κάποιες ουσιώδεις αλλαγές στη ζωή μας, πρέπει να έχουμε ως κινητήρια δύναμη το σεβασμό για τη ζωή μας και τον εαυτό μας. Σίγουρα, η διαδικασία απογραφής του εαυτού μας είναι κάτι που απαιτεί θάρρος και τόλμη και ίσως την αποφεύγουμε διότι αισθανόμαστε ότι δεν είμαστε αυθεντικοί αλλά αντίθετα, αποτέλεσμα μίας μμητικής διαδικασίας και τάσης εναρμονισμού με τον περίγυρό μας.

Έχει ειπωθεί, όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, Newman.M– B. Berkovitz (1993) ότι δεν κάνουμε πάντα αυτό που νομίζουμε ότι πράττουμε. “Ζούμε μέσα σ’ ένα δάσος που δημιουργήσαμε εμείς οι ίδιοι και το μόνο που βλέπουμε είναι τα δέντρα”. Όλοι μας έχουμε έναν εσωτερικό κόσμο και είναι απίθανα όμορφο και μαγευτικό να τον εξερευνούμε. Η ζωή μέσα από τη διαδικασία της εξερεύνησης αποκτά μεγαλύτερη αξία και μας σπλίζει με δίψα και θέληση για τη ζωή. Έτσι, θα δούμε τον κόσμο καθαρότερα και θα σταματήσουμε να κοιτάμε μέσα απ’ τους δικούς μας στρεβλωτικούς φακούς (Newman M – Berkovitz B, 1993, σελ. 54 – 56, Newman M–Berkovitz B, 1998, σελ. 42 – 46).

Το πιο θαυμάσιο πράγμα που πρέπει να κατανοήσουμε σε βάθος είναι ότι δεν πρέπει να πάρουμε τον εαυτό μας σαν πακεταρισμένο προϊόν που βγαίνει από τη μηχανή. Υπάρχουν σαφώς στοιχεία που έχουμε κληρονομήσει – το χρώμα, το φύλο, το ύψος κ.α. – αλλά το τι θα κάνουμε τη βιολογική μας κληρονομιά είναι θέμα δικό μας. Ένα μεγάλο μέρος απ' αυτό που είμαστε, πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι το φτιάξαμε μόνοι μας. Είναι λοιπόν δικαίωμα και υποχρέωσή μας να ξαναφτιάξουμε τον εαυτό μας ακριβώς έτσι όπως μας ταιριάζει (Newman M – Berkovitz B, 1998, σελ. 46 – 48).

Ορισμένοι άνθρωποι κάνουν πολύ συχνά τον εαυτό τους δυστυχημένο για χάρη μίας ιδέας, την οποία δεν θυμούνται ίσως ξεκάθαρα αλλά που κάποτε στα παιδικά τους χρόνια, είχε μεγάλη και εξέχουσα σημασία. Εν ολίγοις, αυτό σημαίνει ότι αφήνουμε το παιδί που υπάρχει μέσα μας να κυβερνά τη ζωή μας. Η εσωτερική αυτή διαδικασία συντελείται στο ασυνείδητο και είναι μυστικό και από τον ίδιο μας τον εαυτό. Ίσως αυτό να είναι φανερό στους άλλους, αλλά εμείς είμαστε οι τελευταίοι που το μαθαίνουμε. Είναι κάτι που κάποτε το είχαμε σκεφθεί και αισθανθεί, αλλά μετά το απωθήσαμε και το αποκρύψαμε.

Μία τέτοιου είδους συναισθηματική κατάσταση μπορεί να αφορά όχι μόνο μία σκέψη ή μία ιδέα, αλλά ολόκληρο πλέγμα σκέψεων και να αποτελεί την θεώρηση που έχουμε διαμορφώσει για τον κόσμο και για την ίδια τη ζωή (Newman M – Berkovitz B, 1993, σελ. 20 – 23).

Τα προαναφερθέντα μπορούν να συσχετιστούν επίσης και με τη θεωρία του Bowen, όπως αναφέρεται στο βιβλίο της Αμαλίας Ιωαννίδου – Τζόνσον (1998), ενυπάρχει αλληλεπίδραση ανάμεσα στις εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του ανθρώπου και στα παρόντα και παρελθόντα περιβάλλοντά του, που συμβάλλει καθοριστικά στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του και της συμπεριφοράς του. Απαρχή των διεργασιών αυτών είναι το ξεκίνημα της ζωής του ανθρώπου και συνεχίζονται στην



προσωπικότητας του και της συμπεριφοράς του. Απαρχή των διεργασιών αυτών είναι το ξεκίνημα της ζωής του ανθρώπου και συνεχίζονται στην ενήλικη πορεία του. Για τον Bowen η ψυχολογική ωριμότητα εξαρτάται από μία διαδικασία μέσω της οποίας τα άτομα εσωτερικεύουν σημαντικές επιρροές, τόσο από εμπειρίες του παρόντος όσο και του παρελθόντος, οι οποίες περιλαμβάνουν διαγενεαλογικές, βιολογικές και ψυχολογικές σχέσεις.

Συσχέτιση, επίσης, των παιδικών βιωμάτων με την παρούσα συναισθηματική ικανότητα του ατόμου, θα μπορούσε να γίνει και με τη θεωρία της Mahler, όπως προκύπτει από τη μελέτη της Αμαλίας Ιωαννίδου – Τζόνσον στο βιβλίο της, “Προκατάληψη. Ποιός εγώ ;” (1998). Σύμφωνα λοιπόν με τη Mahler, μία τραυματική αποκοπή από τη μητέρα κατά την βρεφική ηλικία, θα μπορούσε να προκαλέσει αναστολή της ανάπτυξης του. Η αποτυχία αυτή δεσμού σχέσης με τη μητέρα είναι δυνατόν να εμφανιστεί αργότερα στη ζωή του παιδιού με υπερβολικούς και συχνά μη ρεαλιστικούς φόβους για οποιαδήποτε διαφοροποίηση και αλλαγή. (Αμαλία Ιωαννίδου – Τζόνσον, 1998, σελ. 33 – 38).

Η αλήθεια όμως είναι ότι οποιοσδήποτε ζει σε μία υποκειμενική φαντασίωση που έπλασε στα παιδικά του χρόνια, στερεί από τον εαυτό του τη δυνατότητα να αισθάνεται πλήρης και ζωντανός και να ζει το παρόν. Μπαίνουμε δηλαδή στη διαδικασία μετατροπής του συναισθήματος σε τρόπο ζωής. Κάθε ζωή όμως χρειάζεται μία κατεύθυνση, ένα σκοπό. Χωρίς στόχο, σερνόμαστε αδέξια. Έτσι σε κάθε στάδιο της ζωής μας είναι βοηθητικό να εκτιμήσουμε τι είναι σημαντικό, τι είναι ασφαλές, ποιό πράγμα απειλεί την ύπαρξή μας, τι μας ικανοποιεί και τι μας προκαλεί συναισθήματα επιπεδόμενα και αισθήματα κενού.

Είναι χρήσιμο να διευκρινήσουμε ότι ιδιαίτερα καταλυτικός παράγοντας στην διάρκεια των παιδικών μας χρόνων είναι ο ρόλος της οικογένειας. Οποιαδήποτε α-ταξία διαδραματίζεται στην οικογένεια, στο

σύστημα, όπου επικρατούν σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης, προκαλεί έντονα συναισθήματα σε κάθε μέλος της οικογένειας ξεχωριστά ενώ επηρεάζει ταυτόχρονα και όλο το οικογενειακό σύστημα. Η α-ταξία θα μπορούσε να συσχετιστεί με κάθε αναπάντεχο γεγονός, όπως αρρώστια, θάνατο, υλικές απώλειες, διάλυση σχέσεων και με άλλους είδους θλιβερά γεγονότα και περιστάσεις.

Τέλος, σε πολύ γενικές γραμμές είναι απαραίτητο να διαχωρίσουμε την οικογένεια σε δύο τύπους, στις λειτουργικές και τις δυσλειτουργικές. Στις πρώτες τα προβλήματα αντιμετωπίζονται ανοιχτά και αποτελεσματικά και σε όλα τα μέλη επιτρέπεται η ελεύθερη έκφραση με κύριο κίνητρο τη συναισθηματική ανταπόκριση μεταξύ των μελών της.

Αντίθετα, στις δυσλειτουργικές τα πάντα δείχνουν “εντάξει” εξωτερικά αλλά τα προβλήματα μένουν αδιευκρίνιστα. Επίσης, οι οικογενειακοί κανόνες είναι άκαμπτοι ή χαοτικοί, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται άλυτες αναπτυξιακές ανάγκες εξάρτησης.

Συνισταμένη όλων των παραπάνω είναι η εσωτερίκευση των γονεϊκών προτύπων, που λειτουργούν τελικά ως εσωτερικές φωνές (Brawshaw John, 1998, σελ. 52 – 54).

### **3.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ**

“Τα πράγματα που πονούν, διδάσκουν”, σύμφωνα με τον Franklin Benjamin, όπως αναφέρει ο Skot Pek (1996). Υποστηρίζει ακόμα ότι οι άνθρωποι που σταματούν να μαθαίνουν, να αναπτύσσονται και να αλλάζουν νωρίς τη ζωή τους και συχνά να μένουν προσκολλημένοι σε ένα άκαμπτο εαυτό και τρόπο ζωής παθαίνουν αυτό που λέγεται “δεύτερη παιδική ηλικία”. Αυτό όμως δεν συμβαίνει επειδή μπήκαν στη δεύτερη παιδική τους ηλικία. Συμβαίνει επειδή ποτέ δεν άφησαν την πρώτη.

Ο Skot Pek (1996) παρομοιάζει τη ζωή, με ταξίδι στην έρημο. Για να προχωρήσει κανείς μέσα στην έρημο πρέπει να είναι διατεθειμένος να αντιμετωπίσει υπαρξιακό πόνο και να τον ξεπεράσει. Για να πραγματοποιηθεί αυτό πρέπει να αλλάξει ο κάθε άνθρωπος τη στάση του απέναντι στον πόνο. Ο γρηγορότερος τρόπος να αλλάξει τη στάση του είναι να συνειδητοποιήσει το γεγονός ότι όλα όσα του συμβαίνουν έχουν σχεδιαστεί για να τον βοηθήσουν να προωθήσει την πνευματική του ανάπτυξη αλλά και να τον διδάξουν αυτά που χρειάζεται να ξέρει για το ταξίδι του. Όταν κανείς αντιμετωπίζει τον συναισθηματικό πόνο της ζωής, μαθαίνει μέσα από αυτόν, εξελίσσεται. Για να το πετύχει αυτό χρειάζεται και θάρρος. Η ικανότητα, δηλαδή, να προχωρεί κανείς παρά το φόβο ή παρά τον πόνο, είναι θάρρος. Έτσι, όταν το κάνει κάποιος αυτό ανακαλύπτει ότι το ξεπέρασμα του πόνου, όχι μόνο τον κάνει πιο δυνατό αλλά είναι και ένα μεγάλο βήμα προς την ωριμότητα (Skot Pek, 1996, σελ. 21 – 27).

Σύμφωνα με τον Skot Pek (1998) “η ζωή είναι δύσκολη γιατί είναι μία σειρά από προβλήματα και η αντιμετώπιση και η επίλυση των προβλημάτων αυτών είναι πολύ οδυνηρή”. Τα συναισθήματα που μας προκαλούν τα προβλήματα, ανάλογα με τη φύση τους, είναι : απογοήτευση, θλίψη, μελαγχολία, μοναξιά, ενοχή, φόβο, θυμό, οδύνη, αγωνία ή απόγνωση. Τα συναισθήματα αυτά είναι συχνά τόσο οδυνηρά, όσο και ο σωματικός πόνος. Τα “προβλήματα” αυτά, είναι γεγονότα καταστάσεις που συμβαίνουν απρόοπτα και μας γεννούν πόνο. Η ζωή όμως αποκτά το νόημά της μέσα από την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, ακόμα μέσα από τα προβλήματα αναπτυσσόμαστε ψυχικά ή πνευματικά.

Αντίθετα, η μη αντιμετώπιση των απαιτήσεων της ζωής σημαίνει σχεδόν πάντα ότι θα καταλήξουμε ηττημένοι. Καταβάλλουμε προσπάθειες να τα αποφύγουμε αντί να υποφέρουμε μέσα από αυτά. Στην πραγματικότητα, η συνήθεια αποφυγής των δυσκολιών και του σύμφυτου με αυτές συναισθηματικού πόνου είναι η πρωταρχική αιτία όλων των

ψυχολογικών παθήσεων. Μέσα όμως από την οδύνη της αντιμετώπισης των τραυματικών εμπειριών μαθαίνουμε και να αναπτυσσόμαστε ως άνθρωποι (Skot Pek, 1998, σελ. 139 – 140).

Καθώς περνούν τα χρόνια οφείλουμε να αναθεωρούμε και να ξανασκεφτόμαστε τις αποφάσεις που έχουμε πάρει. Όταν δεν εκσυγχρονιζόμαστε, συνειδητά, ανακαλύπτουμε ότι έχουμε μεγαλώσει αλλά δεν έχουμε ωριμάσει. Δεν είναι εύκολο να παραιτηθούμε από τις ξεπερασμένες υποκειμενικές φαντασιώσεις της παιδικής ηλικίας. Κατά την αφύπνιση χρειάζεται θάρρος και τιμότητα με τον εαυτό μας. Η απόφαση μας να απαλλαγούμε τελείως απ' αυτό το παρελθόν, ενισχύεται από τη σκέψη ότι μία καινούρια, ώριμη αντιμετώπιση της ζωής εκφράζει περισσότερο το παρόν, τότε μπορούμε πραγματικά να νιώσουμε όλο το δυναμισμό και τη ζωντάνια της προσωπικότητάς μας (M. Newman – B. Berkovizz, 1993, σελ. 108 – 109).

Όταν ακούμε τα συναισθήματά μας, τότε είμαστε κάτοχοι και κύριοι του εαυτού μας. Η εξωτερίκευση και η έκφραση στοιχείων που είναι βαθύτατα και ουσιαστικά δικά μας δε συνεπάγεται τη δημιουργία ενός κενού μέσα μας. Αντίθετα μάλιστα θα μάθουμε πως να εναρμονιζόμαστε με τον εξωτερικό μας εαυτό και θα συνειδητοποιήσουμε ότι ανακαλύψαμε μία αστείρευτη πηγή μέσα μας. Η εναρμόνιση με τον έσω κόσμο μας και κυρίως με τον συναισθηματικό μας κόσμο μας προωθεί ώστε να ανακαλύψουμε άγνωστες πτυχές του εαυτού μας και να νιώσουμε στην ουσία υπαρκτοί και ζωντανοί.

Σίγουρα οι αποτυχίες και οι απογοητεύσεις του παρελθόντος μας καταβάλλουν ψυχικά, όμως θα πρέπει, όσο γίνεται και είναι αυτό εφικτό, να εμποδίζουμε το παρελθόν να γίνεται παρόν, να μας προκαταλαμβάνει και να μας περιτριγυρίζει με φοβίες και αγωνίες (M. Newman – B. Berkovitz, 1998, σελ. 55 – 59).

Πράγματι, όταν συνειδητοποιήσουμε πως οτιδήποτε μας συμβαίνει έχει σκοπό να μας διδάξει τα αναγκαία για το ταξίδι της ζωής αρχίζουμε να αντιμετωπίζουμε τη ζωή διαφορετικά. Μία μοναδική και ώριμη οπτική γωνία είναι αναγκαία για να ανταπεξέλθουμε στην καθημερινότητα μας και κυρίως στις απρόβλεπτες και οδυνηρές όψεις της.

Ίσως, σύμφωνα με τον S.Rek, η μεγαλύτερη περιπέτεια της ζωής μας είναι η περιπέτεια του θανάτου. Είναι ένα ταξίδι στο άγνωστο και δεν είναι τυχαίο ότι αυτή η φάση δεν είναι η τελευταία ευκαιρία για μάθηση αλλά και η μεγαλύτερη.

### **3.3 Ο ΘΑΝΑΤΟΣ ΩΣ ΤΟ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΩΡΙΜΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

Ο θάνατος είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ανθρώπινης ύπαρξης και το ανθρώπινο πνεύμα μελετά το θάνατο από την αυγή του κόσμου, αναζητώντας την απάντηση στα μυστήριά του, διότι το κλειδί στο θέμα του θανάτου ξεκλειδώνει την πόρτα της ζωής. Ο θάνατος δεν είναι κατ' ανάγκη κάτι καταστροφικό. Μπορεί να θεωρηθεί, πράγματι, σαν το πιο εποικοδομητικό, θετικό και δημιουργικό στοιχείο της ζωής και του πολιτισμού (Kubler Ross, 1988, σελ. 30).

Είναι σκληρό να πεθαίνουμε κι έτσι θα είναι πάντα, ακόμα και όταν θα έχουμε μάθει να δεχόμαστε το θάνατο σαν αναπόσπαστο κομμάτι μας, μία και ο θάνατος σημαίνει εγκατάλειψη της επίγειας ζωής. Μα αν μάθουμε να βλέπουμε το θάνατο από άλλη οπτική γωνία, δηλαδή αν μάθουμε να τον “μπάζουμε” μέσα στη ζωή μας, έτσι που να μην μας έρχεται ξαφνικά σαν ένας φοβερός ξένος μα σαν ένας καλόδεχτος σύντροφος, θα μπορέσουμε να ζούμε τη ζωή μας με νόημα και με απόλυτη αίσθηση της προσωρινότητας μας και των ορίων του χρόνου μας εδώ.

Το πένθος βοηθάει τον άνθρωπο να συνειδητοποιήσει τον προσωπικό του θάνατο, να κάνει μία επαναξιολόγηση της ζωής και να οξύνει την αντίληψή του. Η διαδικασία του πένθους είναι συνώνυμη με την ανάπτυξη του εγώ, δηλαδή την προσωπική ανάπτυξη.

Ωστόσο, για να αναπτυχθεί πραγματικά ο άνθρωπος πρέπει να εγκαταλείψει τις μεγαλομανείς και παιδικές απατηλές αντιλήψεις του για την παντοδυναμία του, την μεγαλοσύνη του και την ατρωσία του. Η επιτυχής ανάπτυξη καθορίζεται από την απάλειψη αυτών των απαιτήσεων χωρίς όμως να καταστραφεί η αυτοεκτίμηση. Ένας τρόπος είναι να απωλέσουμε το παιδί μέσα μας και να προσπαθήσουμε να σώσουμε τον ενήλικα.

Η ωρίμανση μπορεί να έρθει με απρόσμενους τρόπους μέσα από τα μονοπάτια της πείρας της ζωής μας. Στο θάνατο και στη θλίψη δεν χρειαζόμαστε τόσο την προστασία από οδυνηρές εμπειρίες όσο τη γενναιότητα για να τις αντιμετωπίσουμε. Δεν χρειαζόμαστε τόσο την καταπράυνση του πόνου όσο τη δύναμη για να τον νικήσουμε. Αν αποφασίσουμε να αγαπάμε πρέπει να έχουμε και το θάρρος της οδύνης. Τι ευλογία να ζυμώνουμε την απώλεια μέσα στη ζωή μας έτσι που σαν χάνεται μία αγάπη μας, η ικανότητα μας γι' αγάπη να παραμένει και να ενδυναμώνεται (Kubler Ross, 1998, σελ. 33 – 40).

Μέσα από τον πόνο μπορεί να έρθει η εξέλιξη και η αποδοχή της άποψης και της στάσης ζωής, ότι το θνήσκειν είναι κάτι που εμείς οι άνθρωποι συνεχώς υφιστάμεθα και μάλιστα όχι μόνο στο τέλος της φυσικής ζωής μας στη γη.

Η ανθρώπινη ζωή μας προσφέρει όλες τις αναγκαίες δυνατότητες για να αποκτήσουμε την πείρα της εξέλιξης από την πρώτη στιγμή της γέννησής μας ως την ύστατη πνοή μας. Μπορεί να είμαστε υγιείς αλλά η ύπαρξή μας ψυχική και πνευματική δεν εξαλείφει τις αναπόφευκτες κρίσεις και φόβους που συνοδεύουν την εξέλιξη και την αλλαγή. Όταν εγκαταλείπουμε τους παλιούς οικείους τρόπους ζωής, θεληματικά ή όχι, έχουμε πάντα την



αίσθηση ότι κάτι διακινδυνεύουμε. Όταν η νέα κατάσταση συνεπάγεται μεταβολές που μπορεί να έχουν σοβαρές συνέπειες για τη μελλοντική μας ευτυχία, το ύψος της ανησυχίας είναι φυσικό να είναι μεγάλο.

Από την οπτική πλευρά όμως το να ζει κανείς χωρίς αλλαγή είναι σαν να μη ζει καθόλου, χωρίς ουσιαστικά να ωριμάζει καθόλου. Ο θάνατος είναι προϋπόθεση ζωής και άμεσα μαζί του συνυφασμένη είναι η ιδέα του φόβου που τον περιβάλλει και τον συνοδεύει. Η σκέψη του χωρίς όνειρα ύπνου είναι η πιο δύσκολη περίπτωση που μπορούμε οι άνθρωποι να αντιμετωπίσουμε. Η κατάληξη, ο πόνος και η ανησυχία έχουν τεράστιες διαστάσεις, μα αν είμαστε τυχεροί να έχουμε το χρόνο να ζήσουμε και να χαρούμε την πείρα της πορείας μας, η κατάληξη μας σε χώρο δημιουργικής αποδοχής θα είναι κάτι που αξίζει.

Ο θάνατος μας χωρίζει απ' ό,τι μας είναι πολύτιμο και ακριβό, ακόμα και από τους ίδιους μας τους εαυτούς. Είναι ο ύστατος χωρισμός και τα περιθώρια εκλογής ή αντίδρασης είναι ανύπαρκτα. Ό,τι βρίσκεται στο χέρι μας αφορά μόνο την ποιότητα της εμπειρίας του χωρισμού, της κατάφασης ή της άρνησης της ζωής (Kubler Ross, 1988).

Μπορούμε να ζούμε ζωή με καταπιεσμένα αισθήματα και σε ακραίες περιστάσεις να παραιτούμεθα από κάθε επένδυση στη ζωή, αναπτύσσοντας ζωή ψυχοτικού χωρισμού. Το να έρθουμε επίσης σε επαφή με άλλα άτομα και να δημιουργήσουμε ενδιαφέρουσες σχέσεις είναι ιδιαίτερα δύσκολο αν δεν είμαστε εθισμένοι σε τέτοιες σχέσεις. Τις ώρες που γευόμαστε τον πόνο της απώλειας δεν μοιάζουμε να είμαστε έτοιμοι να πάρουμε ανακούφιση και ενίσχυση, εκτός και αν πριν η ζωή μας ήταν ανοικτή στους άλλους σε καταστάσεις χαράς, λύπης, οργής και μίσους.

Ο καθένας μας έχει το δικό του ιδιαίτερο τρόπο να κοιτάζει τον κόσμο και να διαμορφώνει τις εμπειρίες του σε κάποιους τρόπους, που τον βοηθούν να βρίσκει νόημα σε ό,τι έχει κάνει ή σκοπεύει να κάνει. Μερικοί αποκαλούν αυτήν την ιστορία φιλοσοφία και στάση ζωής και σημασία έχει

τελικά ο χαρακτηριστικός τρόπος που παίρνουμε αυτό που θέλουμε και που το ερμηνεύουμε για τους εαυτούς μας και για τους άλλους. Η αντίληψή μας συνειδητή ή όχι πρέπει να δίνει νόημα στη συμπεριφορά μας και τη συμπεριφορά των άλλων. Χωρίς την αίσθηση πως κινούμαστε προς κάποια κατεύθυνση, που θα μας δώσει περισσότερα από αυτά που θέλουμε και χρειαζόμαστε και δίχως την κάποια αίσθηση, πως η ζωή μας έχει κάποιο σχέδιο ή κατεύθυνση, νιώθουμε τη ζωή μας σαν κομματιαστή και άσκοπη. Όταν όμως αισθανόμαστε “αποδεκτοί” μέσα στη θλίψη μας, η άρνησή μας κινείται ριψοκίνδυνα προς την αποδοχή και τη λύση. Όταν καταγινόμαστε με σημαντικές μεταβολές καταστάσεων στη ζωή μας είναι σαν να περνούμε από διαδικασία ανάλογα με αυτή του ετοιμοθάνατου αρρώστου.

Ο θάνατος είναι προϋπόθεση ζωής. Ο περιορισμός της σχετικής πορείας σημαίνει να υπάρχουμε σαν συμπιεσμένα όντα. Φυσικά δεν είναι δύσκολο και φοβερό να διαβάζουμε για τον θάνατο σε βιβλία ή να τον συζητάμε φιλοσοφικά καθισμένοι σε πολυθρόνα. Τα αισθήματα αδυναμίας και μοναξιάς ανακύπτουν όμως μέσα από ολόκληρο το είναι μας και όχι από τις διανοητικές μας φαντασιώσεις. Πρόκειται γενικά για την απεγνωσμένη πάλη μας να αγκιστρωθούμε στη ζωή την ώρα που γλιστράμε προς το τελευταίο σκαλοπάτι του θανάτου (Kubler Ross, 1988). Οφείλουμε να μάθουμε να σχεδιάζουμε πάνω στις εσωτερικές μας πηγές, να εκτιμούμε τους εαυτούς μας με τρόπο που να αξιοποιούμε το εσωτερικό αξιολογικό μας σύστημα, παρά να προσπαθούμε να βολέψουμε τους εαυτούς μας σε κάποιο αταίριαστο, με τις βαθύτερες και ουσιαστικότερες ανάγκες, στερεοτυποποιημένο ρόλο. Το να ζει κανείς με την πεποίθηση ότι θα ζει για πάντα, οδηγείται στο να αναβάλλει τα πράγματα που μπορεί να κάνει. Ζει τη ζωή σε ετοιμασία του αύριο, σε ανάμνηση του χθες και ταυτόχρονα χάνει ό,τι του προσφέρει το σήμερα.

Είναι ουσιαστικό να αποκτήσουμε συνείδηση για το φως, τη δύναμη και την ισχύ που κρύβουμε μέσα μας και είναι εξίσου ή και περισσότερο

βοηθητικό, να μάθουμε να χρησιμοποιούμε αυτές τις εσωτερικές μας δυνάμεις και πηγές στην υπηρεσία τόσο της προσωπικής μας ωρίμανσης όσο και των ανθρώπων που μας περιβάλλουν. Οφείλουμε να παραιτηθούμε από ό,τι δεν είναι ο εαυτός μας και να εμπιστευτούμε αλλά και να αγαπήσουμε τον πραγματικό εαυτό μας.

Ο θάνατος σ' αυτή τη ζωή είναι το τελευταίο στάδιο εξέλιξης. Δεν υπάρχει ολοκληρωτικός θάνατος, μόνο το σώμα πεθαίνει. Η εσωτερικότητα μας ή το πνεύμα μας είναι στοιχεία αιώνια. Ο θάνατος λοιπόν υπό αυτήν την έννοια μπορεί να αντιμετωπιστεί σαν ένα παραπέτασμα ανάμεσα στην ύπαρξη που γνωρίζουμε και σε κάποια άλλη που αγνοούμε.

Τελικά εκείνο που μοιάζει ουσιαστικότερο και πολυτιμότερο είναι να επιτύχουμε την ωρίμανση του εσωτερικού μας εαυτού και να προσπαθούμε να βάζουμε λιθαράκια στο μονοπάτι της εξέλιξης που στοχεύει κατά βάση στην κατάκτηση της αυτογνωσίας και της αυτοσυναίσθησης (Kubler Ross, 1988, σελ. 229 - 233).

Η μεγαλύτερη απόδειξη της συναισθηματικής ωριμότητας είναι να κοιτάξει κανείς κατάματα την αγωνία και να την αναλάβει. Αρκεί όμως να μην αφήσουμε την αγωνία να μετατραπεί σε πανικό γιατί τότε θα είμαστε μαριονέτες των συναισθηματικών μας διακυμάνσεων.

Κάθε καινούρια απόπειρα, κάθε νέο ξεκίνημα και κάθε νέα έξοδος από το παλιό μας κλείσιμο σημαίνει ανάπτυξη, ωρίμανση των ικανοτήτων μας και του δυναμικού του εαυτού μας (M. Newman – B. Berkovizz, 1998, σελ. 66 – 70).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### 4.1 ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗΝ ΔΡΑΜΑΤΙΚΟΤΕΡΗ ΜΟΡΦΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ, ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Η G. Patty (1996), μελετώντας τις ψυχολογικές κρίσεις που μπορεί να συμβούν και να αντιμετωπίσει ο κάθε άνθρωπος στην καθημερινή του ζωή, αναφέρει ότι η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου είναι η πιο οδυνηρή περίπτωση απώλειας παρότι πολλά είδη κρίσεων ενέχουν κάποιο στοιχείο απώλειας και επιπλέον τη χαρακτηρίζει τραγικό γεγονός.

Στην περίπτωση, φυσικά, που το άτομο χάνει το σύντροφό του, τότε η κρίση είναι μεγαλύτερη. Η καθημερινή ζωή του πενθούντα γίνεται συντριμμία. Το αίσθημα της μοναξιάς εγκαθιδρύεται και εμφανίζονται νέες απαιτήσεις και καινούρια δεδομένα. Όλα τα σχέδια και οι στόχοι που είχε από κοινού με το σύντροφό του θα πρέπει να αλλάξουν ή να εγκαταλειφθούν.

Παράλληλα, όπως συμβαίνει και με όλες τις απώλειες, έτσι συμβαίνει και με την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, ο πενθών αισθάνεται ότι ένα δικό του κομμάτι πεθαίνει μαζί με τον νεκρό (Patty G., 1996, σελ. 26 – 27).

Όταν βιώνουμε την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, νιώθουμε ένα κενό και αναρωτιόμαστε κατά πόσο η επιθετικότητα μας, η έλλειψη καλοσύνης και η αμέλεια, που δείξαμε έχουν συμβάλλει στο θάνατο. Το άτομο που πενθεί αναρωτιέται ακόμη, εάν μπορούσε να κάνει πιο ευτυχισμένο τον άνθρωπο που “έφυγε” και τη ζωή του πιο εύκολη. Νιώθει ανήμπορος να επανορθώσει και ξεπηδούν συναισθήματα ενοχικά, αυτοκατηγορίες και ερινύες (Ουίτενμπεργκ, 1995, σελ. 130 – 131).

## 4.2 ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Τα στάδια από τα οποία διέρχεται τόσο ένας ετοιμοθάνατος, όσο και κάποιος που βιώνει την απώλεια ενός αγαπημένου του προσώπου είναι σύμφωνα με την Kubler Ross, όπως αναφέρονται στο βιβλίο του Skot Pek, Ο δρόμος ο λιγότερος ταξιδεμένος (1996), τα ακόλουθα :

- ◆ Αρνηση
- ◆ Θυμός
- ◆ Παζάρι
- ◆ Κατάθλιψη
- ◆ Αποδοχή

Αρχικά αρνούμαστε ότι ο θάνατος και το πένθος έχουν εισβάλλει στη ζωή μας. Προσπαθούμε να εκλογικεύσουμε καταστάσεις και αρνούμαστε να δεχθούμε την σκληρή πραγματικότητα. Ο θυμός είναι το αμέσως επόμενο στάδιο όπου ψάχνουμε να βρούμε υπεύθυνους να φορτώσουμε την κακοτυχία μας και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουμε με ταυτόχρονα έντονη τη διάθεση για παζάρεμα και ταλάντευση ανάμεσα στα πιθανά και ενδεχόμενα. Κάπου εδώ όμως αρχίζει και η συνειδητοποίηση της πραγματικής κατάστασης με άμεσο συναίσθημα την κατάθλιψη. Ορισμένοι άνθρωποι με μεγάλη κατάθλιψη δείχνουν να αισθάνονται τελείως εγκαταλελειμμένοι χωρίς να υπάρχει κανένας πίσω τους να τους φροντίσει και να τους αγαπήσει. Τα άτομα που πενθούν χρήζουν ανθρώπινης παρηγοριάς διότι όταν αγγίζουν ή ξεπερνούν τα όρια της κατάθλιψης σημαίνει ταυτόχρονα και προσκόλληση πάνω στη λύπη και τη δυστυχία (M. Newman – B. Berkovizz, 1993, σελ. 56).

Αν λοιπόν καταφέρουν να βιώσουν την κατάθλιψη τους και να κάνουν αυτό που οι θεραπευτές αποκαλούν “επεξεργασία της κατάθλιψης” τότε βγαίνουν από την άλλη μεριά της καταθλιπτικής διαδρομής και μπαίνουν στο στάδιο της αποδοχής. Πρόκειται για μία κατάσταση

πνευματικής ηρεμίας, γαλήνης, και ψυχοπνευματικής ανάστασης. Η δυσκολία όμως σ' αυτό το στάδιο είναι το πισωγύρισμα σε ένα από τα προηγούμενα στάδια, διότι η επεξεργασία της κατάθλιψης είναι οδυνηρή και δύσκολη διαδικασία.

Το σημείο που είναι εκπληκτικό σχετικά με τα στάδια αυτά είναι ότι περνάμε ακριβώς από την ίδια διεργασία και ακριβώς με την ίδια σειρά κάθε φορά που κάνουμε κάποιο σημαντικό βήμα στην ψυχολογική ή πνευματική μας ανάπτυξη. Κάθε φορά που διασχίζουμε την έρημο και προσπαθούμε να ανακαλύψουμε μία όαση περνάμε από τη διαδικασία της άρνησης, του θυμού, των παζαριών, της κατάθλιψης και της αποδοχής (Pek Skot, 1996, σελ. 63 – 65).

Αδιαμφισβήτητα η επαφή με το θάνατο είναι μία τραυματική εμπειρία που μας αναγκάζει να δοκιμάσουμε τις αντοχές μας και μας φέρνει αντιμέτωπους με συναισθήματα και σκέψεις οριακές. Η ζωή φαίνεται να συνορεύει με το θάνατο και το ένα μοιάζει να συμπληρώνει το άλλο. Η αρχή και το ξεκίνημα μοιάζει αδύνατη χωρίς το τέλος και το αντίθετο επίσης. Είναι πολύ δύσκολο να αποδεχθεί κανείς συνειδητά τη προσωρινότητά του και να αντιληφθεί τη φθαρτότητά του στον επίγειο κόσμο που προσπαθεί να κατακτήσει τα πάντα και να επιτύχει σε διάφορους τομείς αλλά συχνά αδιαφορεί για την τροφή της ψυχής του και την ψυχική του ανάπτυξη και ολοκλήρωση. Όταν λοιπόν κανείς “ξεβολεύεται” από τις συνηθισμένες του ασχολίες και συστήνεται με το θάνατο είτε τον δικό του είτε ενός αγαπημένου του προσώπου είναι πολύ φυσιολογικό να φορτίζεται με άφθονη αρνητική ενέργεια.

Παραμένει λοιπόν σύμφωνα με τους Λεβίν & Φρέντερικ (1999) στο σώμα το κατάλοιπο της ενέργειας και συχνά είναι η αιτία δημιουργίας ποικίλων συμπτωμάτων, όπως άγχους, κατάθλιψης και ψυχοσωματικών γενικώς προβλημάτων. Το αποτέλεσμα είναι δυστυχώς ότι γινόμαστε ράκη από φόβο και άγχος και δυσκολευόμαστε να νιώσουμε άνετα με τον εαυτό



μας ή και τον κόσμο μας. Αν όμως χρησιμοποιήσουμε σωστά αυτού του είδους την ενέργεια, το τραύμα μπορεί να γίνει ο οδηγός μας σε νέα επίπεδα γνώσης και σοφίας. Η εξάλειψη του τραύματος είναι ένα μεγάλο δώρο που μπορεί να μας επαναφέρει ή να μας συστήσει με τον κόσμο της αρμονίας και της ελεύθερης ροής.

Όταν ένα νεαρό δένδρο πληγωθεί, θα μεγαλώσει γύρω από το σημείο της πληγής του. Ο τρόπος με τον οποίο το δένδρο αναπτύσσεται γύρω από το παρελθόν του συνεισφέρει στην έντονη ατομικότητά του, στο χαρακτήρα του και στην ομορφιά του. Σίγουρα αυτό δε σημαίνει, ότι κανείς πρέπει να συνηγορεί υπέρ του τραυματισμού για τη διαμόρφωση “καλού” χαρακτήρα (LEVINE P-FREDERICK A, 1999, σελ. 39 – 50).

Μερικά από τα πιο τρομακτικά και συχνά παράξενα συμπτώματα από τα οποία υποφέρουν οι άνθρωποι είναι συνήθως αναδρομές, άγχος, κρίσεις πανικού, αϋπνίες, κατάθλιψη, ψυχοσωματικές ενοχλήσεις, αδικαιολόγητες κρίσεις βίας και επαναλαμβανόμενη καταστροφική συμπεριφορά. Σήμερα έχει γίνει κατανοητό ότι το τραύμα μπορεί να προκληθεί όχι μόνο από ιδιαίτερα σοβαρές και επείγουσες καταστάσεις αλλά και από εμφανώς ήπια περιστατικά. Ακόμη και τα πιο παράξενα συμπτώματα της τραυματικής εμπειρίας μπορεί να εξαλειφθούν εφόσον είμαστε πρόθυμοι να αφήσουμε τα φυσικά, βιολογικά μας ένστικτα να μας οδηγήσουν. Για να φθάσουμε σ’ αυτό το σημείο χρειάζεται να διαμορφώσουμε έναν εντελώς νέο τρόπο αντίληψης και βίωσης του εαυτού μας, που θα είναι σαν να ζούμε σε μία άγνωστη, προς τα ήδη διαμορφωμένα δεδομένα και καινούρια χώρα.

Τα συμπτώματα όμως μπορεί να παραμένουν και σε λανθάνουσα κατάσταση, συσσωρευμένα για χρόνια ή ακόμη και δεκαετίες. Κατά τη διάρκεια μίας αγχογόνου περιόδου ή ως αποτέλεσμα κάποιου άλλου γεγονότος, τα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν απροειδοποίητα. Είναι επίσης δυνατόν να μην υπάρχει ένδειξη της αρχικής αιτιολογίας. Έτσι ένα γεγονός ελάχιστο σημασίας μπορεί να γίνει η έναρξη και η αφορμή μίας

απότομης κατάρρευσης, παρόμοιας με αυτή που θα μπορούσε να προκληθεί από ένα μοναδικό καταστροφικό γεγονός.

Το άγχος μπορεί να αναπτυχθεί από ποικίλα αίτια σε συνδυασμό με ένα βαθύ πόνο που γεννιέται όταν συγγενικά και φιλικά πρόσωπα υποστηρίζουν ότι οφείλεις να ορθοποδήσεις στη ζωή σου. Αυτό φυσικά συμβαίνει γιατί τα συναισθήματα είναι τόσο έντονα και ακραία, όπου η αντιμετώπισή τους είναι ευκολότερη με την άρνηση και την απώθηση αυτών. Οι αντιδράσεις τέτοιου τύπου είναι συνηθισμένες στις δυτικού τύπου κοινωνίες και το αποδεικνύουν αυτό οι φράσεις κλισέ που συχνά χρησιμοποιούνται : “Σύνελθε, τελείωσε τώρα. Πρέπει να το ξεχάσεις. Χαμογέλασε και δέξου το. Είναι καιρός να συνεχίσεις τη ζωή σου.” (LEVINE P&FREDERICK A, 1999, σελ. 64 – 67).

#### **4.3 Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Η είδηση του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου προκαλεί, σε κάθε περίπτωση, μία κατάσταση βίαιου κλονισμού, η οποία μπορεί να είναι τρομακτική. Αυτή η κατάσταση είναι ικανή να οδηγήσει εκτός από τις ψυχολογικές αντιδράσεις και σε άμεσες σωματικές αντιδράσεις που ωθούν το άτομο σε πλήρη απομόνωση.

Υπάρχουν τέσσερα συστατικά που παρατηρούνται, ως ένα βαθμό, σε κάθε τραυματισμένο άτομο, σύμφωνα με τους LEVINE&FREDERICK (1999) :

1. Υπερδιέγερση
2. Σφίξιμο
3. Ψυχική αποσύνδεση
4. Πάγωμα (αίσθημα ανημποριάς)

Πρόκειται δηλαδή για τις φυσικές αντιδράσεις μας απέναντι στα ξαφνικά και απροσδόκητα τραυματικά γεγονότα της ζωής μας.

### **1. Υπερδιέγερση**

Σε περιόδους συγκρούσεων ή αγχογόνων συνθηκών είναι συνήθη τα συμπτώματα της ταχυκαρδίας, της γρήγορης αναπνοής, της ταραχής, της δυσκολίας στον ύπνο, της έντασης, της μυϊκής νευρικότητας και της αγχώδους προσβολής. Αν όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, δηλαδή, η υπερδιέγερση, το σφίξιμο, η ψυχική αποσύνδεση και το πάγωμα είναι ο πυρήνας της τραυματικής αντίδρασης, τότε ο σπόρος μέσα σ' αυτόν τον πυρήνα είναι η υπερδιέγερση. Αυτή η αυξημένη εσωτερική διέγερση, είναι βασικά μία ένδειξη ότι το σώμα συγκεντρώνει όσες διαθέσιμες πηγές ενέργειας έχει για να κινητοποιηθεί και να αντιμετωπίσει μία απειλητική αγχογόνο περίσταση. Όπως πολλές ενστικτώδεις διεργασίες, έτσι και η υπερδιέγερση δεν μπορεί να ελεγχθεί εκούσια (LEVINE P&FREDERICK A, 1999, σελ. 153).

### **2. Σφίξιμο**

Όταν αντιμετωπίζουμε δύσκολες συνθήκες η υπερδιέγερση συνοδεύεται από σφίξιμο στο σώμα μας και από περιορισμό της αντίληψής μας. Το σώμα και οι λειτουργίες του προσαρμόζονται ώστε να έχουν αμυντική δράση και η προσοχή μας στρέφεται στον κίνδυνο. Όταν όμως το σφίξιμο του σώματος αποτυγχάνει να στρέψει επιτυχώς την ενέργεια του οργανισμού στην άμυνά του, τότε επιστρατεύονται άλλοι μηχανισμοί, όπως το πάγωμα και η ψυχική αποσύνδεση.

### **3. Ψυχική αποσύνδεση**

“Δεν φοβάμαι το θάνατό μου. Απλώς δεν θέλω να είμαι εκεί, όταν συμβεί.”. Ο Woody Allen μ' αυτήν την χαρακτηριστική ατάκα περιγράφει

με σαρκαστικό τρόπο το ρόλο της ψυχικής αποσύνδεσης. Ο καλύτερος ίσως τρόπος για να οριστεί η ψυχική αποσύνδεση, γράφουν οι Λεβίν & Φρέντερικ στο βιβλίο τους, Το ξύπνημα της τίγρης, είναι κυρίως μέσα από την εμπειρία. Στις ήπιες μορφές της εκδηλώνεται ως ένα αίσθημα αιώρησης στο χώρο και στο άλλο άκρο αναπτύσσεται το “σύνδρομο πολλαπλών προσωπικοτήτων”.

Η ψυχική αποσύνδεση είναι ένα από τα πλέον κλασσικά και περίπλοκα συμπτώματα του τραύματος και ταυτόχρονα και από τα πιο μυστηριώδη. Τη στιγμή που κάτι είναι πάνω από τις αντοχές μας ενεργοποιείται η συναισθηματική μας αποχή. Συνήθως τα άτομα που “χρησιμοποιούν” την ψυχική αποσύνδεση είναι περιπτώσεις όπου στην παιδική τους ηλικία έχουν τραυματιστεί επανειλημμένως.

Εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους που κοινό χαρακτηριστικό του είναι η αποσύνδεση και το χάσμα είτε ανάμεσα στο άτομο και στο σώμα είτε σε ένα μέρος του σώματος ή σε ένα μέρος της εμπειρίας. Το αίσθημα της αιώρησης στο χώρο και η λήθη είναι από τα πιο εμφανή συμπτώματα που απορρέουν από την αποσύνδεση. Καθόλου σπάνια όμως δεν είναι και η άρνηση. Την άρνηση συχνά ακολουθούν συναισθήματα φόβου, θυμού, λύπης και ενοχής.

#### **4. Πάγωμα - Ανημπόρια**

Η ανημπόρια είναι συνυφασμένη με την βιολογική αντίδραση απέναντι στην απειλή, την αντίδραση του παγώματος.

Η αίσθηση του να είναι κανείς εντελώς ακινητοποιημένος και αβοήθητος δεν είναι προϊόν εικαστικής διαδικασίας αλλά αληθινή και πραγματική κατάσταση.

Τελικά τα συμπτώματα μπορεί να οδηγήσουν σε τραυματικό άγχος μία κατάσταση που συνοδεύει την κάθε ζωή του ατόμου, ακόμα και την ώρα του ύπνου.

Τα συμπτώματα που γενικά αναπτύσσονται είναι :

- Υπερβολική συστολή
- Άτονες ή μειωμένες συναισθηματικές αντιδράσεις
- Ανικανότητα δέσμευσης
- Χρόνια κόπωση ή ελάχιστη σωματική ενέργεια
- Προβλήματα στο ανοσοποιητικό σύστημα και ορισμένα προβλήματα στους ενδοκρινείς αδένες, όπως δυσλειτουργία του θυροειδούς
- Ψυχοσωματικές ασθένειες, ιδιαίτερα πονοκέφαλοι, αυχενικά σύνδρομα και ραχιαία προβλήματα, άσθμα, προβλήματα του πεπτικού συστήματος, σπαστική κολίτιδα κ.α.
- Κατάθλιψη, συναισθήματα επικείμενου κακού
- Αισθήματα αποσύνδεσης, αποξένωσης και απομόνωσης – “ζωντανός νεκρός”
- Μειωμένο ενδιαφέρον για τη ζωή
- Φόβος θανάτου τρέλας ή περιορισμένης ζωής
- Συχνό κλάμα
- Απότομες αλλαγές της διάθεσης, π.χ. αντιδράσεις οργής, ξεσπάσματα θυμού, ντροπή ή ενοχή
- Υπερβολική ή μειωμένη σεξουαλική δραστηριότητα
- Αμνησία ή λήθη
- Συναισθήματα και συμπεριφορές ανημπόριας
- Ανικανότητα γι’ αγάπη, φροντίδα ή δημιουργία δεσμού με άλλα άτομα
- Δυσκολίες στον ύπνο
- Μειωμένη ικανότητα διαχείρισης του άγχους, καθώς και ανικανότητα κατάστροφης σχεδίασης για το μέλλον.

Τα συμπτώματα αυτά έχουν την εξής ιδιαιτερότητα : δεν υποχωρούν εύκολα ή μάλλον υποχωρούν δύσκολα. Επίσης ενδέχεται να είναι σταθερά (συνεχώς παρόντα), ασταθή (έρχονται και φεύγουν) ή μπορεί να υποβόσκουν ακόμα και για δεκαετίες.

Χαρακτηριστικό και αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι κάθε άτομο θα εκδηλώσει με διαφορετικό τρόπο τα τραυματικά συμπτώματα και αυτό θα εξαρτηθεί από τη φύση και τη σοβαρότητα του τραύματος, τις συνθήκες υπό τις οποίες συνέβη και τις προσωπικές και αναπτυξιακές πηγές ενέργειας, που διαθέτει το άτομο κατά τη στιγμή της τραυματικής του εμπειρίας. Θα μπορούσε να ειπωθεί, χωρίς να είναι καθόλου άτοπο, ότι τα προαναφερόμενα συμπτώματα είναι ο τρόπος που χρησιμοποιεί ο οργανισμός για να αμυνθεί και να προφυλαχθεί από τη διαρκή αντίληψη απειλής. Αυτό το αμυντικό σύστημα, όμως, δεν είναι αρκετά σύνθετο για να αντιστέκεται σε μεγάλο στρες και ιδιαίτερα πιεστικές καταστάσεις (LEVINE P&FREDERICK A, 1999, σελ. 168 – 173). Ένα “τραυματισμένο” άτομο για παράδειγμα μπορεί να υιοθετήσει συμπεριφορές αποφυγής, δηλαδή να προσπαθεί να περιορίζει την ζωή του και τη δράση της ώστε να περιορίζει ταυτόχρονα και το ενδεχόμενο “ξυπνήματος” παλιών τραυματικών εμπειριών και απωθημένων συναισθημάτων.

Κάθε περιστατικό, δηλαδή, που προκαλεί αλλαγή στα ενεργειακά μας επίπεδα μπορεί εν δυνάμει να πυροδοτήσει δυσάρεστα συναισθήματα και αισθήσεις.

Για να βγει κανείς μέσα από αυτούς τους ατέρμονες αυτοδιαϊωνιζόμενους κύκλους θα πρέπει να είναι πρόθυμος να ξεκινήσει το ταξίδι της επιστροφής στην σωματική, ψυχική και πνευματική του υγεία και ζωτικότητα. Το ταξίδι αυτό μπορεί να μας φέρει κοντά στην επίτευξη της ωρίμανσης μας και να μας κάνει πλουσιότερους και πληρέστερους.

Η αλήθεια είναι όμως ότι η ανημποριά μας και η συναισθηματική μας σύγχυση μετατρέπονται σε ένα αξεδιάλυτο κουβάρι που γίνεται μέρος της

ζωής μας και δυσκολευόμαστε να βγούμε από αυτόν τον ρόλο του θύματος και από την μειονεκτική θέση του πάσχοντος. Γινόμαστε εν ολίγοις θύματα του ίδιου του εαυτού μας και είμαστε στην ουσία πρόσωπα με διττό ρόλο, του θύματος και του θύτη. Χωρίς πρόσβαση σε νέο προσανατολισμό είμαστε ανίκανοι να αντιδворίσουμε στην απειλή και με επιτυχία να αποδράσουμε απ' αυτήν, γιατί τα καινούρια δεδομένα δυσκολευόμαστε να τα δούμε και δεν επιδιώκουμε να αδράξουμε την ευκαιρία όταν αυτή εμφανίζεται (LEVINE P&FREDERICK A, 1999).

Ο Freud εντυπωσιασμένος από τον τρόπο που οι άνθρωποι καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους εκδραματίζουν καταστάσεις από την παιδική τους ηλικία, επινόησε τον όρο “ψυχαναγκαστική επανάληψη”, θέλοντας να περιγράψει τις συμπεριφορές, τις σχέσεις, τα συναισθήματα και τα όνειρα που δείχνουν να είναι επαναλήψεις ενός πρώιμου τραύματος. Βασική για τη διαμόρφωση της έννοιας της ψυχαναγκαστικής επανάληψης ήταν η παρατήρηση του Freud ότι οι άνθρωποι συνεχίζουν να τοποθετούν τον εαυτό τους σε θέσεις που περιέργως θυμίζουν ένα αρχικό τραύμα και η εξήγησή του είναι ότι το κάνουν αυτό για να βρουν καινούριες λύσεις (LEVINE P &FREDERICK A, 1999, σελ. 203).

Επιδιώκοντας και προσπαθώντας την μεταμόρφωση μας, αποκτούμε την ικανότητα, να μαθαίνουμε από τις εμπειρίες της ζωής μας και να συντονιζόμαστε περισσότερο με τις γεμάτες πάθος και έκσταση διαστάσεις της ζωής. Αυτή η μεταμόρφωση θα αλλάξει το βασικό επίπεδο της ζωής μας και θα οπλιστούμε με θάρρος και εμπιστοσύνη.

Ο συγγραφέας Tim Catgill, όπως γράφουν οι Λεβίν & Φρέντερικ, στο Ξύπνημα της Τίγρης, θέτει το θέμα ως εξής : “καταθέτω τη ζωή μου για να σώσω τη ψυχή μου”.

Πλησιάζοντας λοιπόν κανείς και προσεγγίζοντας την εστία του τραύματος του μπαίνουμε στην διαδικασία μάθησης και κατανόησης του εαυτού μας και ταυτόχρονα όλες οι πληροφορίες που έχουμε ανάγκη είναι



διαθέσιμες για να ξεκινήσουμε την διαπραγμάτευση. Η ενασχόληση αυτή πιθανότατα θα συναντήσει δυσκολίες και “άλυτα” τραύματα, καθώς η πλειοψηφία των ατόμων είναι επιβαρυσμένη με τραυματικές εμπειρίες των οποίων τα ίχνη χάνονται στα βάθη ενός γενεαλογικού δένδρου.

Η έννοια λοιπόν της μεταμόρφωσης σημαίνει μετακόμιση σε μία ζωή αυθόρμητη γεμάτη ζωτικότητα και μετακίνηση των συναισθημάτων από το φόβο στο κουράγιο και το αντίστροφο.

Ο Freud το 1914, όπως αναφέρουν οι Λεβίν & Φρέντερικ στο Ξύπνημα της τίγρης, έδωσε τον εξής ορισμό στην έννοια του τραύματος “... σαν ένα ρήγμα στο προστατευτικό εμπόδιο το οποίο μας προφυλάσσει από ερεθίσματα που οδηγούν σε συναισθήματα συντριπτικής ανημπόριας”.

Με τη μεταμόρφωση του τραύματος και την κατάκτηση της ίασης κερδίζει κανείς το δέος και το βαθύ σεβασμό για τη ζωή (LEVINE P&FREDERICK A, 1999, σελ. 242). Σ’ αυτήν την διεργασία βιώνει κανείς αμεσότερα το ρυθμικό παλμό της ζωής και κατανοεί τη σχέση ζωής και θανάτου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 ΔΙΑΛΥΣΗ ΣΧΕΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

#### (1) Θεωρητικές τοποθετήσεις και η θεωρία δεσμού του John Bowlby.

Ο συναισθηματικός δεσμός είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής συμπεριφοράς κάθε μέλους και ουσιαστικό χαρακτηριστικό αυτού αποτελεί η τάση των μελών του ζεύγους να παραμένει το ένα κοντά στο άλλο. Συναισθηματικοί δεσμοί και καταστάσεις έντονων συναισθημάτων έχουν μία τάση συνύπαρξης, έτσι πολλά από τα πιο έντονα ανθρώπινα συναισθήματα εμφανίζονται στη διάρκεια της μορφοποίησης της διατήρησης, της διακοπής και της ανανέωσης των συναισθηματικών δεσμών, που γι' αυτό το λόγο μερικές φορές αποκαλούνται και συγκινησιακοί δεσμοί (John Bowlby, 1995, σελ. 107 –108).

Η απειλή της απώλειας μίας σχέσης που αποτελεί μία ζώσα κατάσταση, δημιουργεί άγχος, η απώλεια φέρνει λύπη ενώ και οι δύο καταστάσεις δημιουργούν και προκαλούν θυμό. Αντίθετα η διατήρηση ενός δεσμού δίχως προκλήσεις βιώνεται ως πηγή ασφάλειας και σταθερότητας και η ανανέωση ενός δεσμού είναι πηγή χαράς.

Αναζητώντας οι ειδικοί τους λόγους που οι ενήλικες δένονται μεταξύ τους κατέληξαν στην συνηθέστερη και εμφανέστερη εξήγηση, στην ικανοποίηση της σεξουαλικότητας και σε κίνητρα που έχουν ως εφιαλτήριο τις σεξουαλικές ορμές και ένστικτα. Εάν εξετάσουμε όμως προσεκτικά τις ενδείξεις η παραπάνω εξήγηση φαίνεται ελλιπής και μονομερής. Αυτό που έχει γίνει αποδεκτό για την οντογένεση των συναισθηματικών δεσμών είναι ότι αναπτύσσονται επειδή ένα βρέφος έχει έντονη προδιάθεση να πλησιάσει μορφές ερεθισμάτων, κυρίως οικείων, και να αποφύγει άλλα κυρίως ξένα

και άγνωστα προς αυτό. Η ικανότητα ενός ατόμου να δημιουργεί συναισθηματικό δεσμό ανάλογου τύπου με κάθε φάση του κύκλου ζωής και του φύλου του αποτελεί μέρος των τυπικών διαδικασιών και αναγκών της ανθρώπινης φύσης (John Bowlby, 1995, σελ. 109 – 110).

Είναι λοιπόν βέβαιο ότι η ικανότητα για δεσμό είναι υψηλής αξίας για την επιβίωση του ατόμου και αποδεικνύεται επίσης ωφέλιμο και σκόπιμο να αντιμετωπίζουμε τις διαταραχές προσωπικότητας ως αντανάκλαση μίας διαταραγμένης ικανότητας των ατόμων να δημιουργήσουν συναισθηματικούς δεσμούς εξαιτίας κάποιας στρέβλωσης στην ανάπτυξη στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή μεταγενέστερα.

Τα στοιχεία που υπάρχουν ενισχύουν την άποψη ότι όλοι οι άνθρωποι, ανεξάρτητα από ηλικία, είναι ευτυχισμένοι και αναπτύσσουν τα ταλέντα τους όταν είναι σίγουροι ότι πλάι τους υπάρχουν άτομα τα οποία μπορούν να εμπιστευτούν και στα οποία μπορούν να απευθυνθούν όταν εμφανιστούν δυσκολίες και ανακύπτουν προβλήματα γενικής φύσεως.

“Η λειτουργία της προσωπικότητας υπόκειται σε δύο βασικά σύνολα επιδράσεων. Το πρώτο αφορά στην παρουσία ή απουσία, μερική ή πλήρη, μίας έμπιστης μορφής, πρόθυμης και ικανής να προσφέρει το είδος της ασφαλούς βάσης που απαιτείται σε κάθε φάση του κύκλου της ζωής. Αυτές είναι οι εξωτερικές ή περιβαλλοντικές επιδράσεις. Το δεύτερο σύνολο αφορά στην ικανότητα ή ανικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει πρώτον, ότι ένα άλλο πρόσωπο είναι έμπιστο και πρόθυμο να προσφέρει μία βάση και δεύτερον, αφού το αναγνωρίσει, να συνεργαστεί μαζί του με τρόπο που θα αναπτυχθεί αμοιβαία ανταποδοτική σχέση. Αυτές είναι οι εσωτερικές ή οργανιστικές επιδράσεις.

Στη διάρκεια της ζωής αυτά τα δύο σύνολα επιδράσεων αλληλεπιδρούν με σύνθετους και κυκλικούς τρόπους. Τα βιώματα της παιδικής ηλικίας επηρεάζουν τόσο την αναζήτηση μίας ασφαλούς προσωπικής βάσης όσο και

την ικανότητα δημιουργίας μίας αμοιβαίας και υγιούς σχέσης.” (John Bowlby, 1995, σελ. 153).

Αντιμετωπίζοντας το θέμα από αυτή τη σκοπιά, η υγιής λειτουργία της προσωπικότητας αντανακλά σε κάθε ηλικία την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει πρόσωπα που του ταιριάζουν και είναι πρόθυμα να προσφέρουν ασφαλής και σταθερή βάση.

Επιπρόσθετα, αντανακλά την ικανότητα του και τη δυνατότητα του να συνεργάζεται με τα άτομα αυτά σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο αμοιβαίας ικανοποίησης. Σε αντίθετη περίπτωση διαταραγμένες προσωπικότητες αδυνατούν να αναγνωρίσουν και να επιλέξουν άτομα κατάλληλα και πρόθυμα να οικοδομήσουν μία λειτουργική και ικανοποιητική σχέση. Η αδυναμία αυτή μπορεί να είναι οποιουδήποτε βαθμού και να πάρει πολλές μορφές. Περιλαμβάνει αγχώδη προσκόλλησι, υπερβολικές ή πολύ έντονες για την ηλικία και την κατάσταση απαιτήσεις, έλλειψη αποδοχής τους και προκλητική ανεξαρτησία. (John Bowlby, 1995, σελ. 155 – 157).

Ένα υγιές άτομο έχει την ικανότητα να εναλλάσσει ρόλους όταν η κατάσταση το απαιτεί και τα δεδομένα αλλάζουν. Θεμελιακά συστατικά μίας υγιούς προσωπικότητας είναι η ικανότητα να βασίζεται με εμπιστοσύνη στους άλλους αλλά και να γνωρίζει σε ποιούς θα βασιστεί όταν οι περιστάσεις το επιβάλλουν και οι συνθήκες το απαιτούν (π.χ. σε δύσκολες καταστάσεις διακοπής σχέσεων).

Η θεωρητική θέση που προτείνεται περιέχει ορισμένες έννοιες συγγενείς προς την ψυχαναλυτική θεωρία για τις σχέσεις αντικειμένων όπως, για παράδειγμα την αντίληψη του Fairbairn για την ώριμη εξάρτηση και την αντίληψη του Winnicott για το διευκολυντικό περιβάλλον (John Bowlby, 1995, σελ. 156). “Ο John Bowlby χρησιμοποιεί την έννοια της θεωρίας δεσμού ως ένα τρόπο θεωρητικοποίησης της έντονης τάσης των ατόμων να δημιουργούν δυνατούς συναισθηματικούς δεσμούς με συγκεκριμένα άτομα, καθώς και ερμηνεία των διαφόρων μορφών συναισθηματικής δυσφορίας και

διαταραχής της προσωπικότητας, περιλαμβανομένου του άγχους, του θυμού, της κατάθλιψης και της συναισθηματικής αποδέσμευσης, τα οποία εμφανίζονται μετά από ακούσιο αποχωρισμό και απώλεια.”

Η θεωρία αυτή σχετίζεται με τα ίδια φαινόμενα που χαρακτηρίζονται με τους όρους “ανάγκη εξάρτησης”, “σχέσεις αντικειμένων” ή “συμβίωση” και “ατομικοποίηση”. Οι υπέρμαχοι αυτής της θεωρίας ισχυρίζονται ότι πολλοί τύποι ψυχιατρικών διαταραχών μπορούν να αποδοθούν είτε σε αποκλίσεις στην ανάπτυξη της συμπεριφοράς δεσμού είτε στην αποτυχία αυτής της ανάπτυξης. Η θεωρία αυτή μελετά επίσης την προέλευση και την θεραπεία αυτών καταστάσεων. Μέχρι τα μέσα του 1950 μόνο μία σαφής άποψη για τη φύση και προέλευση των συναισθηματικών δεσμών είχε επικρατήσει, για την οποία υπήρχε συμφωνία μεταξύ ψυχαναλυτών και οπαδών της θεωρίας της μάθησης. Σύμφωνα με αυτήν την τοποθέτηση, οι δεσμοί των ατόμων αναπτύσσονται επειδή το άτομο ανακαλύπτει ότι προκειμένου να μειώσει ορισμένες ενορμήσεις, π.χ. για τροφή στην βρεφική ηλικία, για σεξουαλική ικανοποίηση στην ενήλικη ζωή, χρειάζεται την παρουσία κάποιου άλλου ατόμου. Αν και οι θεωρητικοί των σχέσεων αντικειμένων (Fairbrain, Winnicott, Klein κ.α.) προσπάθησαν να τροποποιήσουν αυτή τη θεωρία, οι αντιλήψεις περί εξάρτησης, στοματικότητας και παλινδρόμησης παρέμειναν. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η ενεργοποίηση των ιδιαίτερων προτύπων συμπεριφοράς δεσμού που παρουσιάζει ένα άτομο οφείλεται αφενός στην ηλικία, στο φύλο και στις συνθήκες και αφετέρου στις εμπειρίες που είχε με τα άτομα με τα οποία ανέπτυξε δεσμό στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Θεωρητικοποιώντας τη διατήρηση της αμεσότητας που είναι το βασικό χαρακτηριστικό της θεωρίας δεσμού δίνεται έμφαση και προτεραιότητα στα ακόλουθα σημεία (John Bowlby, 1995, σελ. 185 - 187).

**α) Εξειδίκευση :** Η συμπεριφορά δεσμού αφορά ένα ή λίγα συγκεκριμένα άτομα με ξεκάθαρη σειρά προτίμησης συνήθως.

**β) Διάρκεια :** Ένας δεσμός διαρκεί συνήθως για ένα αρκετά μεγάλο μέρος του κύκλου της ζωής. Αν και στην περίοδο της εφηβείας οι πρώτοι δεσμοί μπορεί να ατονήσουν ή να αντικατασταθούν από άλλους συνηθέστερα οι πρώτοι δεσμοί δεν εγκαταλείπονται εύκολα.

**γ) Συμμετοχή συναισθήματος :** Στη διάρκεια διαμόρφωσης, διατήρησης, διάλυσης, ανανέωσης των σχέσεων δεσμού εμφανίζονται πολλά από τα πιο έντονα και ισχυρά συναισθήματα. Η δημιουργία δεσμού συνυφασμένη με την έννοια του ερωτεύομαι, η διατήρηση έχει την έννοια του αγαπώ κάποιον και η απώλεια έχει την έννοια του πενθώ για κάποιον. Η απειλή και μόνο απώλειας δημιουργεί άγχος, η απώλεια οδηγεί σε θρήνο και ο συνδυασμός αυτών προξενεί θυμό. Επιπρόσθετα, η διατήρηση ενός δεσμού βιώνεται ως πηγή σταθερότητας και ασφάλειας και η ανανέωση του δεσμού ως πηγή χαράς.

**δ) Οντογένεση :** Όσο περισσότερη κοινωνική αλληλεπίδραση βιώνει ένα βρέφος με κάποιο πρόσωπο, τόσο ισχυρότερος είναι και ο δεσμός που αναπτύσσεται. Γι' αυτό όποιος φροντίζει το παιδί γίνεται η κύρια και βασική μορφή δεσμού.

**ε) Μάθηση :** Ενώ η δυνατότητα διάκρισης ανάμεσα στο οικείο και το άγνωστο αποτελεί κλειδί στην ανάπτυξη του δεσμού ή παραδοσιακή επιβράδυνση ή τιμωρία που εφάρμοσαν οι πειραματικοί ψυχολόγοι της μάθησης παίζει ένα μικρό μόνο ρόλο.

**στ) Οργάνωση :** Στη συμπεριφορά δεσμού διαμεσολαβούν αντιδράσεις απλής διάταξης. Στη φάση ανάπτυξης κατά το τέλος του πρώτου έτους παρατηρούνται συστήματα συμπεριφοράς, τα οποία συμπεριλαμβάνουν αντιπροσωπευτικά μοντέλα του περιβάλλοντος και του εαυτού. Τα συστήματα αυτά ενεργοποιούνται σε καταστάσεις πείνας, κόπωσης και επαφής με οτιδήποτε προκαλεί άγχος και φόβο. Αντίθετα καταπραύνονται στο άκουσμα και στην εμφάνιση της μητρικής μορφής.

ζ) **Βιολογική λειτουργία :** Η συμπεριφορά δεσμού παρατηρείται κατά κύριο λόγο στα μικρά σχεδόν όλων των θηλαστικών ειδών και σε ένα αριθμό αυτών παραμένει σε όλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Η διατήρηση αυτού του είδους προσέγγισης και επαφής σημαίνει ότι η συμπεριφορά αυτή έχει αξία για την επιβίωση.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η έννοια του συναισθηματικού δεσμού διαφέρει από την έννοια της εξάρτησης. Η εξάρτηση δηλαδή δε συνδέεται με τη διατήρηση της προσέγγισης δεν απευθύνεται σε συγκεκριμένο άτομο, δε συνεπάγεται διαρκή δεσμό ούτε συνοδεύεται αναγκαία από έντονο συναίσθημα. Επιπλέον δεν αποδίδεται σ' αυτήν κάποια βιολογική λειτουργία και υπάρχει διαφορά ουσιαστική στον τρόπο αξιολόγησης της εξάρτησης και της έννοιας του δεσμού.

Ο χαρακτηρισμός ενός ατόμου ως εξαρτημένου θεωρείται υποτιμητικός ενώ η απόδοση του χαρακτηρισμού “συναισθηματικά συνδεδεμένο άτομο” αποτελεί και εμπεριέχει στοιχεία επιδοκιμασίας. Το άτομο που εμφανίζει συμπεριφορά δεσμού θα είναι σε θέση να απομακρύνεται από εκείνους που αγαπά για μεγαλύτερα διαστήματα, διατηρώντας επαφή με άλλους τρόπους. Η κατανόηση του άγχους και συγκεκριμένα του άγχους του αποχωρισμού μπορεί να επιτευχθεί με τη συμβολή της θεωρίας της αιτιολογίας και ψυχοπαθολογίας και κατά συνέπεια την άσκηση της ψυχοθεραπείας (John Bowlby, 1995, σελ. 187 – 189).

Στην ψυχιατρική και ψυχοπαθολογική θεωρία επικρατεί η άποψη ότι ο φόβος προκαλείται από καταστάσεις πραγματικές επικίνδυνες. Σε κάθε άλλη περίπτωση όταν το άτομο εμφανίζει φόβο τότε σημαίνει ότι είναι νευρωσικό. Συνεπώς, επειδή ο αποχωρισμός από ένα άτομο με το οποίο υπάρχει δεσμός δεν εμπεριέχει πραγματικό κίνδυνο, το άγχος του αποχωρισμού είναι νευρωσική κατάσταση. Γενικά διαπιστώνεται ότι ο



αποχωρισμός από κάποιο πρόσωπο εμπεριέχεται στις καταστάσεις που προξενούν φόβο αλλά δεν μπορεί να θεωρηθεί ενδογενώς επικίνδυνη.

“Κάτω από το πρίσμα, ότι η αντίδραση φόβου είναι μέρος του βασικού εξοπλισμού της συμπεριφοράς του ανθρώπου, το άγχος του ανεπιθύμητου αποχωρισμού μοιάζει με το άγχος μίας εκστρατευτικής δύναμης της οποίας η επικοινωνία με τη βάση έχει αποκοπεί ή βρίσκεται σε απειλή.” (John Bowlby, 1995, σελ. 191).

Συμπερασματικά, λοιπόν, το άγχος αποχωρισμού είναι μία υγιής και φυσιολογική αντίδραση αλλά αξίζει να σημειωθεί ότι δεν είναι το ίδιο σε όλα τα άτομα. Το κλειδί και η ουσία αυτής της τοποθέτησης είναι ότι υπάρχει ισχυρά αιτιολογική σχέση ανάμεσα στις εμπειρίες ενός ατόμου από τα παιδικά του βιώματα με τους γονείς του και στη μελλοντική του ικανότητα να δημιουργεί συναισθηματικούς δεσμούς. Η άσκηση των ρόλων αυτών από τους γονείς εμπεριέχει διάφορες παραμέτρους, σύμφωνα με τον John Bowlby στο έργο του, Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών. Η σημαντικότερη παράμετρος σύμφωνα με τον John Bowlby είναι ο βαθμός στον οποίο οι γονείς αναγνωρίζουν και σέβονται την ανάγκη και την επιθυμία του παιδιού τους για σταθερή βάση και πως διαμορφώνουν ανάλογα την συμπεριφορά τους. Αυτό απαιτεί κατανόηση και υλοποίηση της άποψης ότι η συμπεριφορά δεσμού του παιδιού αρχικά πρέπει να ικανοποιηθεί και τελικά πρέπει επίσης να τερματιστεί. Δεύτερον πρέπει να συμπεριληφθεί υπόψη και η αβεβαιότητα των παιδιών για το κατά πόσο οι γονείς θα συνεχίσουν να είναι διαθέσιμοι. Αυτήν την αβεβαιότητα οι γονείς οφείλουν να την καταπραύνουν, ενισχύοντας και εμφυσώντας στα παιδιά τους την άποψη και στάση ζωής, ότι οι σχέσεις τους θα επεκταθούν με συνομήλικους και με άλλους ανήλικες. Σύμφωνα με τον John Bowlby έρευνες σε πολλές περιοχές της Βρετανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών απέδειξαν ότι σχεδόν ο μισός παιδικός πληθυσμός μεγαλώνει με γονεϊκά πρότυπα που τους παρέχουν αυτές τις δυνατότητες. Στην ψυχαναλυτική

βιβλιογραφία τα γεμάτα αυτοπεποίθηση άτομα, με ικανότητα να εμπιστεύονται και να συνεργάζονται με άλλους, χαρακτηρίζονται ως άτομα με “βασική εμπιστοσύνη” (Erikson 1950), “ώριμη εξάρτηση” (Fairbrairn 1952) και “ενδοβολή του καλού αντικειμένου” (Klein 1948).

## **5.2 ΤΑ ΠΑΙΔΙΚΑ ΜΑΣ ΒΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΜΕΤΕΠΕΙΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΜΑΣ**

Η πλειοψηφία των ατόμων μπαίνουν στην ενηλικίωση με ένα τεράστιο απόθεμα ανεκδήλωτων συναισθημάτων για τις υπερβολές και τις ανεπάρκειες της παιδικής μας ηλικίας, αλλά σπάνια έχουμε επίγνωση της οδυνηρής μας αυτής κληρονομιάς. Με έναν εντελώς όμως ασύνειδο τρόπο, φέρνουμε στη ζωή μας ως ενήλικες, μία βαθιά λαχτάρα και επιθυμία για ολοκλήρωση, για επιδοκιμασία, για όλα εκείνα τα πράγματα που δικαιούμασταν να έχουμε ως παιδιά και δεν τα είχαμε. Όλοι φαίνεται να πιστεύουμε πως το νέο αυτό ξεχωριστό πρόσωπο που μπαίνει στη ζωή μας θα μας κάνει δυνατούς, όταν αισθανόμαστε αδύναμοι, θα μας γεμίσει, όταν νιώθουμε άδειοι, και θα είναι η ανακούφιση στην μοναξιά μας (NAPIER AUGUSTUS, σελ. 49).

Αυτή η λαχτάρα για μαγική συνεργασία έχει διαμορφωθεί σύμφωνα με τις εικόνες του εξαιρετικά εξιδανικευμένου “καλού γονιού”. Ονειρευόμαστε μία συμβιωτική ένωση, στην οποία θα νιώθουμε ότι μας παρέχουν φροντίδα, ασφάλεια, εκτίμηση και σταθερότητα.

Συνήθως η αποτυχία για τους περισσότερους από εμάς να διατηρήσουμε αυτήν την εξιδανικευμένη ένωση ξαναξυπνάει μέσα μας την αίσθηση ενός παλιού τραύματος και η απογοήτευση μας με τον εαυτό μας και τον σύντροφό μας, μας θυμίζει την απογοήτευση με τον εαυτό μας και τους γονείς μας όταν διανύαμε την παιδική μας ηλικία. Ο σύντροφός μας γίνεται ο “κακός γονιός” ενώ εμείς νιώθουμε σαν ένας “κακός εαυτός” και

αισθήματα όπως αυτά της οργής και του πόνου μας κατακυριεύουν. Μπορεί να πιστεύουμε ότι ο σύντροφός μας διαφέρει πολύ από τα γονεϊκά μας πρότυπα, κατά κύριο λόγο όμως και πολύ περισσότερο τα άτομα που επιλέγουμε για να παντρευτούμε βοηθούν να ανακεφαλαιώνουμε παλιούς καβγάδες με τους γονείς μας. Φυσικά εμείς θεωρούμε ότι το άτομο αυτό διαφέρει κατά πολύ από τους γονείς μας όμως η περίπλοκη χημεία της ασύνειδης επιλογής διαδραματίζει πρωτεύοντα και καθοριστικό ρόλο στην αναζήτηση συντρόφου. Εάν, για παράδειγμα, μεγαλώσαμε παλεύοντας με τη ζήλια, η με μία αίσθηση ανημπόριας, ή με έναν πανικό για την προσέγγιση ή με μία αίσθηση ότι δεν μας αγαπούν – αυτά θα γίνουν οι κεντρικοί άξονες της σχέσης μας.

Γιατί όμως να είμαστε τόσο “διστραμμένοι” ώστε να επιλέγουμε κάποιον που θα μας φέρει αντιμέτωπους με κεντρικές βασικές και οδυνηρές πραγματικότητες της παιδικής μας ηλικίας ;

Η απάντηση δεν είναι απλή καθώς το θέμα αυτό από μόνο του είναι περίπλοκο. Η αίσθηση του τραύματος που βιώνουμε από τα παιδικά μας χρόνια αλλά και κατά τη διάρκεια του κύκλου της ζωής μας, μας κάνει να υποχωρούμε στρεφόμενοι προς τα μέσα. Ορισμένοι κίνδυνοι μας πανικοβάλλουν και έτσι υψώνουμε ένα τείχος και κλείνουμε απ’ έξω συναισθήματα, δυνατότητες, εναλλακτικές λύσεις. Ένα μέρος του εαυτού μας πεθαίνει και γίνεται αδρανές. Ίσως η σεξουαλικότητα μας, ο θυμός μας, η ευθυμία μας ή η δημιουργικότητά μας. Μαθαίνουμε να ζούμε συντηρητικά και γινόμαστε ειδήμονες στο συμβιβασμό.

Αυτός ο πληγωμένος, ο απομονωμένος μ’ ένα τείχος εαυτός μας λαχταράει να εμφανιστεί ξανά και να ζησει με έναν πιο ολοκληρωμένο τρόπο – έτσι όπως γεννηθήκαμε για να ζούμε – με αυθορμητισμό και ζωτικότητα. Το θέμα είναι όμως πως θα επιτύχουμε την αφύπνιση αυτού του πληγωμένου εαυτού. Η συντροφικότητα και η δέσμευση είναι ένα “πείραμα” προς αυτήν την κατεύθυνση, που το κίνητρό του είναι ασύνειδο. Θα ήταν

όμως τρομερά αποθαρρυντικό, αν απλώς επαναλαμβάνουμε κάτι χωρίς την ελπίδα ή την προσδοκία μίας αλλαγής. Έτσι, εκτός από το γεγονός ότι δενόμαστε μ' έναν σύντροφο που χωρίς να το θέλει “παίζει” κάποιον οικείο με μας ρόλο, αυτός έχει επίσης την ικανότητα να μας βοηθήσει να διαφοροποιήσουμε και να αλλάξουμε αυτές τις παλιές δραματικές εμπειρίες. Αυτό το πρόσωπο με τις δικές του οικογενειακές επιρροές είναι διαφορετικό από εμάς και μας προκαλεί να είμαστε διαφορετικοί και να ξαναγράψουμε το δικό μας σενάριο (NAPIER AUGUSTUS, σελ. 49 – 51).

Μέσα από τη διαδικασία επιλογής συντρόφου επιζητούμε την συναισθηματική κάλυψη, την αποκατάσταση, τη δικαιοσύνη, την αίσια και “σωστή” για εμάς έκβαση. Το πρόσωπο που επιλέγουμε για σύντροφο μπορεί να μας προσφέρει ίσως έναν ισχυρό “μοχλό” για να αλλάξουμε το ρόλο μας και μορφοποιήσουμε τα δεδομένα στη ζωή μας.

Το εγχείρημα αυτό της ερασιτεχνικής ψυχοθεραπείας επιτυγχάνει συνήθως κατά ένα μέρος και οι μερικές επιτυχίες είναι επικίνδυνες, επειδή μας δημιουργούνται ελπίδες και ύστερα απογοητευόμαστε. Ο κίνδυνος είναι να κατασκευάσουμε κάποιου είδους χρυσαλλίδα στο γάμο μας, μία γεμάτη περιορισμούς δομή που θα μοιάζει με το στρίμωγμα της παιδικής μας ηλικίας και να κατευθύνουμε μέσα στη σχέση μας όλη τη ματαίωση και την οργή που έχει μείνει από την παιδική μας ηλικία. Ελπίζουμε, φυσικά, πως ο σύντροφός μας θα δει πέρα από τα ξεσπάσματά μας, τον πόνο και τη λαχτάρα που υπάρχει μέσα μας. Είτε μας αρέσει είτε όχι, προβλέπουμε πως οι άνθρωποι που είναι σημαντικοί στην ενήλικη ζωή μας θα δράσουν σαν τα σπουδαία πρώτα άτομα της παιδικής μας ηλικίας. Και με αρκετή δεξιότητα βρίσκουμε ανθρώπους που θα επιβεβαιώσουν αυτές τις προσδοκίες.

Όταν πια πειστούμε όμως ότι το ταίρι μας δεν είναι σε θέση ή δεν θέλει να αλλάξει για να εκπληρώσει τις δικές μας επιθυμίες – κι έχουμε μεγάλη ικανότητα να προσεγγίζουμε το σύντροφό μας με τρόπους που να τον κάνουν να αντιστέκεται σε μας – τότε εύκολα ανάγουμε τη σκέψη μας

στο εξής συμπέρασμα : ίσως έχουμε ανάγκη ένα άλλο “πλαίσιο” ή ένα άλλο ταίρι. Σε στιγμές μεγάλης έντασης, περνάει από το μυαλό όλων μας, ότι η λύση στην προκειμένη περίπτωση είναι να εγκαταλείψουμε το ταίρι μας και να αλλάξουμε τη ζωή μας.

Όπως αποδεικνύεται, όμως, οι δυσκολίες δεν υπάρχουν μόνο ανάμεσα στο ζευγάρι αλλά επίσης και στον καθένα από εμάς. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο και ωφέλιμο να κατανοήσουμε ότι έχουμε τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουμε τις όποιες δυσκολίες ανακύπτουν, βασιζόμενοι στο παρελθόν μας και στηριζόμενοι στην ελπίδα απεξάρτησης μας από αυτό (NAPIER AUGUSTUS, σελ. 53 – 56).

Ο προορισμός μας είναι να σταθούμε πρόσωπο με πρόσωπο, να αισθανθούμε το χώρο γύρω μας, τη δική μας ανεμπόδιστη ζωτικότητα και να νιώσουμε αυτόν τον άλλο ότι είναι δίπλα μας, παρών και σπουδαίος που θα μας βοηθήσει να μη ζούμε μέσα στη μοναξιά μας .

Πρέπει να ξεκινήσουμε μ’ ότι είναι αλήθεια για εμάς και όχι με ό,τι θέλουμε να είναι αλήθεια και να αποκτήσουμε επίγνωση και αποδοχή των δικών μας συναισθημάτων.

Αρχικά έχουμε όλοι μας την διάθεση να δράσουμε, να κινηθούμε, να αναζητήσουμε αυτό που πραγματικά επιθυμούμε στον κόσμο. Μα καθώς η ζωή μας πληγώνει, μαθαίνουμε να είμαστε προσεκτικοί, να συγκρατούμε τον εαυτό μας, να έχουμε ενδοιασμούς και διλήμματα. Αυτές οι εσωτερικές εντάσεις ανάμεσα στην παρόρμηση και στην διστακτικότητα διαμορφώνονται ακόμα και μέσα στις σχέσεις. Επιδιωκόμενος στόχος λοιπόν μέσα στην πορεία μας σχέσης πρέπει να είναι η ευελιξία, η ικανότητα μας δηλαδή να προσαρμοζόμαστε, να ενδίδουμε, να υποχωρούμε ή να διεκδικούμε ανάλογα φυσικά με τα δεδομένα και τις συνθήκες που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε και να χειριστούμε (NAPIER AUGUSTUS, 1997, σελ. 95, 113).

Τα παιδικά βιώματα και η αδιαμφισβήτητη επιρροή των γονεϊκών προτύπων μπορεί να κάνει έναν ενήλικα να ζει με συνεχές άγχος για το ότι μπορεί να χάσει το πρόσωπο με το οποίο είναι συναισθηματικά δεμένο, με αποτέλεσμα το πολύ χαμηλό όριο εκδήλωσης συμπεριφοράς δεσμού.

Ο John Bowlby αναφέρει ότι δύο βασικές συμπεριφορές μπορεί να υιοθετήσει το άτομο κάτω από την επίδραση ενός παθογενούς γονεϊκού προτύπου, του αγχώδους συναισθηματικού δεσμού και της καταναγκαστικής αυτοδυναμίας.

Στην πρώτη περίπτωση άτομα με εμπειρίες συναισθηματικής πίεσης εξελίσσονται συνήθως σε υπερ-ευαίσθητες και ενοχικές προσωπικότητες με τάση να αναπτύσσουν αγχώδη δεσμό.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μία ασυνείδητη μνησικακία η οποία εκδηλώνεται προς τον/την σύντροφο, ενώ ένα τέτοιο άτομο μπορεί να εμφανίσει έντονη ασυνείδητη επιθυμία για αγάπη, που εκφράζεται με κάποια μορφή παρέκκλισης της συμπεριφοράς για έκλυση φροντίδας.

Στην δεύτερη περίπτωση, της καταναγκαστικής αυτοδυναμίας, το άτομο δε ζητά αγάπη και φροντίδα αλλά εμφανίζεται άκαμπτο και φλεγματικό γεμάτο πεποίθηση ότι ανεξαρτήτως των συνθηκών μπορεί να επιτύχει τα πάντα. Τέτοιου είδους άτομα είναι επιρρεπή σε κατάρρευση υπό το κράτος της έντασης καθώς και στην εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων ή κατάθλιψης. Η συμπεριφορά αυτή δείχνει βαθιά έλλειψη εμπιστοσύνης στις στενές σχέσεις και πανικό στην ιδέα ότι μπορεί να επιτρέψουν στον εαυτό τους να βασιστεί σε κάποιον άλλον, είτε για να αποφύγουν το ενδεχόμενο απόρριψης είτε για να μην αναλάβουν τη φροντίδα κάποιου άλλου.

Γενικά τα γεγονότα ζωής που φαίνονται και είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικά για τα άτομα των οποίων η συμπεριφορά δεσμού έχει κάποια από τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά είναι : η σοβαρή ασθένεια, ο θάνατος, ο αποχωρισμός από κάποιο άτομο ή ακόμα και η επίπτωση από μία

φυσική καταστροφή. Όλα τα παραπάνω γεγονότα προκαλούν το άγχος, επιβεβαιώνουν τις χειρότερες προσδοκίες του ατόμου και το οδηγούν σε απόγνωση και έντονο άγχος. Σ' αυτά τα άτομα η διαδικασία του πένθους για οποιαδήποτε απώλεια δεν ακολουθεί την τυπική πορεία. Στην περίπτωση του αγχώδη δεσμού, το πένθος χαρακτηρίζεται από έντονο θυμό, αυτομομφή σε συνδυασμό με καταθλιπτική αντίδραση και παρατείνεται ιδιαίτερα χρονικά. Στην καταναγκαστική αυτοδυναμία το πένθος μπορεί να καθυστερήσει για μήνες ή χρόνια. Συνήθως όμως υπάρχει ένταση, εκνευρισμός, περιοδική κατάθλιψη σε χρόνο όμως αρκετά μακρινό από το συμβάν της απώλειας που το γεγονός πλέον παύει να θεωρείται αιτιακό (John Bowlby, 1995, σελ. 196 – 197).

Επιπρόσθετα αξίζει να αναφερθεί επίσης ότι το συναισθηματικά “αποδεσμευμένο άτομο”, που αδυνατεί να δημιουργήσει σταθερό συναισθηματικό δεσμό με οποιονδήποτε, αποτελεί και αποδεικνύει μία διαταραγμένη λειτουργία της οικογένειας και μία επίσης παθολογική ανάπτυξη της συμπεριφοράς δεσμού. Αυτά τα άτομα μπορούν να χαρακτηρισθούν ως ψυχοπαθητικά ή και υστερικά και το ιστορικό τους σχετίζεται άμεσα με την μακρά αποστέρηση του μητρικού προτύπου (John Bowlby, 1995, σελ. 198 – 199).



### **5.3 ΟΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ ΥΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΙΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΣΧΕΣΗΣ**

Ίσως είναι γνωστό σε όλους ότι ο αποχωρισμός από τα αγαπημένα πρόσωπα μπορεί να προκαλέσει άγχος, απόγνωση, βαθιά και παρατεταμένη θλίψη που ακολουθεί το πένθος, καθώς και βλαπτικές επιπτώσεις στην υγεία, ιδίως την ψυχική. Το χρόνιο άγχος, η περιοδική κατάθλιψη, η αυτοκτονία ή απόπειρα αυτοκτονίας είναι μερικές από τις συνηθισμένες παθήσεις που οφείλονται σ' αυτές τις εμπειρίες.

Παρόλο που η ένταση του θρήνου ποικίλει σημαντικά από άτομο σε άτομο, όπως και η διάρκειά της, υπάρχει ωστόσο ένα βασικό πρότυπο που συμπεριλαμβάνει τέσσερις φάσεις :

- (1) Φάση μουδιάσματος από τον πόνο, που έχει διάρκεια από λίγες ώρες ως και μία εβδομάδα και είναι δυνατό να διακοπεί από ξεσπάσματα έντονης κατάθλιψης και/ή θυμού.
- (2) Φάση έντονης λαχτάρας και επιθυμίας ανεύρεσης του χαμένου προσώπου που διαρκεί από μερικούς μήνες ίσως και έτη.
- (3) Φάση αποδιοργάνωσης και απόγνωσης.
- (4) Φάση μεγαλύτερου ή μικρότερου βαθμού αναδιοργάνωσης (John Bowlby, σελ. 124 – 126).

Σύμφωνα με τον συγγραφέα John Bowlby, το κλάμα και ο θυμός είναι δύο πολύ συνηθισμένα χαρακτηριστικά, τα οποία εντάσσονται στη διαδικασία αναζήτησης και της επιτακτικής επιθυμίας ανεύρεσης του χαμένου προσώπου. Οι εκφράσεις του προσώπου που είναι τυπικές του θρήνου των ενηλίκων, συμπεράνε ο Δαρβίνος το 1872, είναι απόρροια αφενός της τάσης να φωνάζουμε δυνατά, όπως το παιδί που νιώθει εγκαταλελειμμένο και ταυτόχρονα αναστολή αυτής της τάσης.

Αυτά τα στοιχεία της κραυγής και του κλάματος εμφανίζονται με τον ίδιο αντικειμενικό στόχο, προσέλκυσης ή εύρεσης της “χαμένης μητέρας”, συνειδητά ή ασυνειδητά.

Η υπόθεση ότι η λαχτάρα αναζήτησης του χαμένου προσώπου συνδέεται με την εικόνα της συμπεριφοράς δεσμού τεκμηριώνεται και βασίζεται με την προσπάθεια για εγγύτητα προς το μητρικό πρότυπο. Η συμπεριφορά δεσμού, σύμφωνα με τη θεωρία, εκλύεται όταν ένα άτομο βρίσκεται σε δύσκολες και αγχογόνες καταστάσεις και εκλύεται με μεγάλη ένταση όταν είναι φοβισμένο ή όταν δεν μπορεί να βρεθεί η μορφή για δέσμευση. Αυτή η εικόνα της συμπεριφοράς δεσμού, ως υγιές στοιχείο του ενστικτώδους εξοπλισμού του ατόμου μας οδηγεί στο άμεσο συμπέρασμα ότι το άγχος του αποχωρισμού είναι φυσική και αναπόφευκτη αντίδραση στις περιπτώσεις απώλειας φυσικών προσώπων ή υλικών αγαθών. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια του Freud σε μία συλληπητήρια επιστολή προς τον Binswanger, όπως γράφει στο βιβλίο του ο John Bowlby.

“Αν και γνωρίζουμε ότι μετά από μία τέτοια απώλεια το οξύ πένθος θα υποχωρήσει, γνωρίζουμε επίσης ότι θα παραμείνουμε απαρηγόρητοι και ποτέ δεν θα βρούμε υποκατάστατο. Οτιδήποτε και αν συμπληρώσει το κενό, ακόμα και αν καλυφθεί πλήρως, παραμένει ωστόσο κάτι διαφορετικό και βασικά έτσι πρέπει να είναι. Είναι ο μόνος τρόπος να διατηρήσουμε στην μνήμη την αγάπη που δε θέλουμε να εγκαταλείψουμε.”

Η διαδικασία του διαζυγίου είναι ιδιαίτερα σύνθετη, διότι οι δεσμοί των συζύγων λειτουργούν σε πολλές διαφορετικά επίπεδα (συναισθηματικό, οικογενειακό, σεξουαλικό, κοινωνικό, νομικό, οικονομικό), και είναι πιθανόν η ρήξη, στον καθένα από αυτούς τους δεσμούς να συμβεί σε διαφορετικό χρονικό διάστημα (Χρυσή Γ. Χατζηχρήστου, 1999, σελ. 95).

Σύμφωνα με την Χατζηχρήστου (1999), στο συναισθηματικό δεσμό, η ρήξη μπορεί να συμβεί πολύ νωρίτερα από το φυσικό χωρισμό. Ενώ οι συναισθηματικές αντιδράσεις που δημιουργούνται με την απόφαση του

διαζυγίου και τον χωρισμό είναι ποικίλες. Ως εξίσου τραυματικές όμως περίοδοι και αιτίες αγχωτικών καταστάσεων είναι και τα διαστήματα πριν την απόφαση του διαζυγίου καθώς και κατά τη διάρκεια του φυσικού χωρισμού.

Οι αλλαγές που επέρχονται μετά το διαζύγιο σχετίζονται με όλους τους τομείς της ζωής του ατόμου, οπότε ο θρήνος και η αποδιοργάνωση μπορεί να έχουν μεγάλη ένταση.

Οι κυριότερες ψυχολογικές αντιδράσεις είναι η λύπη, ο θυμός, η κατάθλιψη, αλλαγές στην αυτοεκτίμηση, η παλινδρόμηση, το στρες, το άγχος, η συναισθηματική προσκόλληση του ενός συζύγου στον άλλο, αισθήματα ανακούφισης και δημιουργίας μίας νέας κατάστασης που θα οδηγήσει σε νέες ευκαιρίες για προσωπική και οικογενειακή ζωή. Αφού λοιπόν ολοκληρωθεί η διαδικασία του θρήνου και η βαθμιαία προσαρμογή στις ποικίλες αλλαγές, επέρχεται ένα καινούριο στάδιο ισορροπίας με ατομική εξέλιξη και λιγότερες σκέψεις για το παρελθόν και το χωρισμό (Χ. Χατζηχρήστου, 1999, σελ. 96).

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις στο διαζύγιο καθώς και στην προσαρμογή μετά το χωρισμό διαφοροποιούνται εξαιτίας αρκετών παραγόντων όπως, η προσωπικότητα και η αυτοεκτίμηση του κάθε ατόμου, το φύλο, η ηλικία, το κοινωνικοοικονομικό του επίπεδο, η διάρκεια της σχέσης, η ποιότητα της σχέσης, η ύπαρξη παιδιών, η υποστήριξη από φίλους, συγγενείς κ.α.

Συνήθως, σύμφωνα με την Χ. Χατζηχρήστου (1999) ο ένας από τους συζύγους ή συντρόφους θέλει να χωρίσει πολύ περισσότερο από ότι θέλει ο άλλος ή δεν θέλει να χωρίσει, οπότε διαφέρουν αντίστοιχα και οι αντιδράσεις τους, τα συναισθήματά τους και η προσαρμογή τους. Η κυριότερη διαφορά στις αντιδράσεις αυτές είναι ότι ο σύζυγος / σύντροφος, που έχει την πρωτοβουλία για το διαζύγιο, αισθάνεται ότι ελέγχει την κατάσταση και δεν έχει έκδηλα αισθήματα ταπείνωσης και απόρριψης. Παράλληλα το ξεκίνημα της διαδικασίας του διαζυγίου προκαλεί στο

σύντροφο ή στο άτομο που είχε την πρωτοβουλία αισθήματα ενοχής για τον πόνο που προκαλεί στο άτομο που διατηρούσε σχέση ή στα μέλη της οικογένειάς του.

Βασικό όμως είναι να αναφερθεί, πέρα από την ποικιλία των συναισθηματικών διακυμάνσεων, ότι η απώλεια ενός προσώπου αποτελεί μία από τις πιο τραυματικές εμπειρίες που αντιμετωπίζει ο άνθρωπος και ο ψυχικός πόνος, που δημιουργείται από το χωρισμό είναι μεγάλος και για τους δύο.

Αποτελέσματα ερευνών, αναφέρει η Χ. Χατζηχρήστου, έχουν δείξει ότι σε άτομα χωρισμένα, διαζευγμένα ή με προβλήματα σχέσεων εμφανίζονται σε αρκετά μεγάλα ποσοστά προβλήματα σωματικής υγείας, ψυχικής υγείας, αλκοολισμού, θανάτων, αυτοκτονιών, ανθρωποκτονιών, καθώς και τροχαίων ατυχημάτων, ιδιαίτερα κατά την περίοδο έξι μηνών πριν από τον χωρισμό και έξι μηνών μετά. Το κυρίαρχο συναίσθημα είναι ο θυμός, όταν ο σύντροφος απομακρύνεται ύστερα από μία έντονη σύγκρουση και η ανακούφιση, όταν ο χωρισμός αποτελεί διαφυγή από επανειλημμένη κακοποίηση και ήδη υπάρχει μία νεοσύστατη σχέση, οπότε κυριαρχούν αισθήματα προσμονής και χαράς.

Σχετικά με τις ψυχολογικές – συναισθηματικές διαστάσεις της προσαρμογής του ατόμου στη διαδικασία του διαζυγίου, ο Wiseman, όπως αναφέρει η Χ. Χατζηχρήστου (1999) στα πλαίσια της “θεωρίας της κρίσης” αναφέρει στάδια αντίστοιχα της διαδικασίας του θρήνου που δημιουργεί μία ψυχολογική κρίση απώλειας αγαπημένου προσώπου λόγω θανάτου (KUBLER ROSS). Τα στάδια που περιγράφει ο Wiseman είναι τα ακόλουθα : όπως τα αναφέρει η Χ. Χατζηχρήστου (1999) :

α) Άρνηση : Πρόκειται για ένα μηχανισμό διατήρησης της σχέσης και έχουν εντοπιστεί δύο μορφές άρνησης : 1) οι σύντροφοι δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι παρά τις υποχρεώσεις και τις δυσκολίες, 2) οι σύντροφοι

παραδέχονται ότι έχουν σοβαρά προβλήματα αλλά τα αποδίδουν σε εξωτερικούς παράγοντες.

β) Απώλεια και κατάθλιψη : Μέσα από τη σταδιακή συνειδητοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης, προκύπτει η ανάγκη αντιμετώπισης της πραγματικότητας, όποτε και οι αντιδράσεις και τα συναισθήματα είναι παρόμοια με την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου : λύπη, κατάθλιψη, μοναξιά, έλλειψη κοινωνικότητας, απελπισία.

γ) Θυμός και αμφιθυμία : Η αντιμετώπιση της διαδικασίας του διαζυγίου προκαλεί έντονα συναισθήματα θυμού, απογοήτευσης και αμφισβήτησης, τα οποία αποτελούν και την αιτία της κατάθλιψης. Η έκφραση αυτών των αρνητικών συναισθημάτων είναι καθοριστικός παράγοντας για την τελική “αποδοχή” του διαζυγίου και τη μετάβαση στα επόμενα στάδια προσαρμογής. Κατά τη διάρκεια αυτού του σταδίου εμφανίζονται συνήθως και αισθήματα αμφιθυμίας, οπότε αρκετές φορές γίνονται προσπάθειες συμφιλίωσης και επανασύνδεσης.

δ) Επαναπροσανατολισμός του τρόπου ζωής και της ταυτότητας : Στο στάδιο αυτό, το κάθε άτομο προσπαθεί να προσαρμοστεί σε ένα νέο τρόπο ζωής με συνέπεια την ανάγκη επαναπροσδιορισμού σε διάφορους τομείς, όπως προσωπικό, επαγγελματικό, σεξουαλικό και κοινωνικό.

ε) Αποδοχή και νέο επίπεδο λειτουργίας : Η αποδοχή του χωρισμού έρχεται προοδευτικά καθώς το άτομο που έχει χωρίσει αρχίζει σταδιακά να σταθεροποιεί μία νέα ταυτότητα στον κοινωνικό, σεξουαλικό και επαγγελματικό τομέα, έχοντας αντιμετωπίσει σε μεγάλο βαθμό τα αισθήματα θυμού και έχοντας επίσης κατακτήσει την ικανότητα κατανόησης.

Η Kessler, με βάση την αντίστοιχη ψυχοθεραπευτική της εμπειρία αναλύει την ψυχολογική διάσταση της προσαρμογής του ατόμου στη διαδικασία του διαζυγίου και τη χωρίζει σε επτά στάδια (Χ. Χατζηχρήστου, 1999, σελ. 101).

1) Απομυθοποίηση : Όταν επέλθει η περίοδος του αρχικού ρομαντισμού μίας σχέσης και της ιδεαλιστικής αντίληψης, αρχίζει σταδιακά η απομυθοποίηση που μπορεί να οδηγήσει είτε σε ενδυνάμωση με την ανοιχτή έκφραση συναισθημάτων και σκέψεων είτε στην αρχική φάση του συναισθηματικού διαζυγίου εφόσον επικεντρώνεται στις αρνητικές πλευρές της σχέσης.

2) Διάβρωση : Αν μετά την απομυθοποίηση η σχέση δεν οδηγηθεί σε μία ωριμότερη φάση, αρχίζει η ανοιχτή έκφραση της απογοήτευσης, της έντασης, του θυμού και του ψυχικού πόνου. Η Kessler επισημαίνει ότι ο ψυχικός πόνος είναι πολύ βαθύς υπάρχει πραγματικό ενδιαφέρον αλλά το βασικό εμπόδιο είναι ο τρόπος επικοινωνίας, ο οποίος στηρίζεται συχνά σε λεκτικές ή μη λεκτικές μορφές που αποφεύγουν, αγνοούν ή πληγώνουν τον άλλο.

3) Αποσύνδεση / αδιαφορία : Η φάση αυτή χαρακτηρίζεται από σταδιακή ψυχική αποσύνδεση. Συνήθεις μορφές επικοινωνίας είναι η φαινομενική “ησυχία” με υποβόσκουσα ένταση και η περιορισμένη λεκτική επικοινωνία.

4) Φυσικός χωρισμός : Η Kessler υποστηρίζει, όπως αναφέρεται στο βιβλίο της Χ. Χατζηχρήστου (1999), ότι ο φυσικός χωρισμός αποτελεί την πιο τραυματική όλης της ψυχολογικής διαδικασίας του διαζυγίου, με έντονα αισθήματα μοναξιάς, άγχους και σύγχυσης και την ανάγκη για νέα ταυτότητα. Επισημαίνει ακόμη ότι η βίωση και η αντιμετώπιση όλων των αισθημάτων άγχους και μοναξιάς οδηγούν σε αλλαγές στην ατομική εξέλιξη που χαρακτηρίζεται από δημιουργικότητα, θάρρος, αποφασιστικότητα και βαθιά ψυχική σύνδεση.

5) Θρήνος : Η διαδικασία αυτή αποτελεί την ψυχολογική διεργασία της απώλειας ενός ατόμου και της ψυχολογικής απομάκρυνσης του ενός από τον άλλο με αισθήματα θυμού, ψυχικής οδύνης, μοναξιάς, θλίψης, αδυναμίας και κατάθλιψης.

6) Δεύτερη εφηβεία : Το άτομο προχωρεί σταδιακά σε μία αναδιοργάνωση πολλών τομέων της ζωής του και αρχίζει να έχει αισθήματα ανακούφισης, εσωτερικής χαράς και απελευθέρωσης από τις δυσκολίες του διαζυγίου. Η πιθανότητα για υπερβολικές αντιδράσεις στην αρχή στα πλαίσια της πρόσφατης αποκτημένης ελευθερίας είναι αρκετά μεγάλη, το ίδιο και η πιθανότητα δημιουργίας πολλών περιστασιακών σχέσεων και αποτελεί ένα φυσιολογικό στάδιο της διαδικασίας προς τη νέα φάση της ζωής.

ζ) Διερεύνηση και σκληρή προσπάθεια : Κατά τη φάση αυτή συνεχίζεται η διερεύνηση του εαυτού και των διαπροσωπικών σχέσεων, το άτομο αναλαμβάνει πλέον την απόλυτη ευθύνη για την πορεία της ζωής του και συνεχίζει την έντονη προσπάθεια για εξισορρόπηση της νέας του ταυτότητας στους διάφορους τομείς, για τη δημιουργία συντροφικής σχέσης και για την ολοκλήρωση της ατομικής του εξέλιξης.

Πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερος ότι η προσαρμογή του κάθε ατόμου είναι διαφορετική ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία του και τις οικογενειακές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες του περιβάλλοντος όπου ζει, οπότε η σειρά των σταδίων δεν είναι απαραίτητα η ίδια για όλα τα άτομα, υπάρχει αλληλοεπικάλυψη των σταδίων και αντίστοιχα η ένταση των συναισθημάτων και οι δυσκολίες των ατόμων σε κάθε χρονική φάση διαφέρουν (Χ. Χατζηχρήστου, 1999, σελ. 94 – 104).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 Η ΑΠΩΛΕΙΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

“Οι περισσότεροι άνθρωποι αποδίδουμε τις αρρώστιες μας στην τύχη. Πιστεύουμε ότι είμαστε θύματα κάποιας μοίρας και ότι δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα γι’ αυτό. Ο καλός ασθενής είναι πειθήνιος και συνεργατικός, που αποθέτει τον εαυτό του ολοκληρωτικά στα χέρια του γιατρού. Το συνειδητό μας εγώ φαίνεται εξωτερικά ως αλυσοδεμένος σκλάβος την ώρα που η μοίρα του κρίνεται από δυνάμεις μεγαλύτερες απ’ αυτόν.” (Παπά Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 19).

Ο Παπά Φιλόθεος Φάρος αναφέρει ότι σύμφωνα με τον Rene Jubos, η θεραπεία εξαρτάται από την ενεργοποίηση των μηχανισμών αντιστάσεως του ασθενούς στη νόσο. Θεωρεί, επίσης, ότι κατοχυρώνουμε την ελευθερία μας μόνο όταν την αξιοποιούμε και ότι για ο,τιδήποτε βιώνουμε δεν είμαστε ολοκληρωτικά υπεύθυνοι αφού ο εαυτός μας δεν αποτελεί τη μοναδική πηγή της εμπειρίας μας.

Στις μέρες μας κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει την καίρια σημασία της ιατρικής για τον άνθρωπο, ούτε μπορεί κανείς να μην εκφράσει τον θαυμασμό του για την τρομακτική πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής, στην ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και της χειρουργικής και την ανακάλυψη νέων φαρμάκων.

Η σύγχρονη δυτική ιατρική αντιμετωπίζει τη νόσο ως τον εχθρό που πρέπει να κατατροπώσει και να εξουδετερώσει. Ο εχθρός όμως δεν είναι ουσιαστικά η νόσος αλλά ο τρόπος ζωής. Δύσκολα δέχεται ο σύγχρονος άνθρωπος να ασκήσει κριτική στον τρόπο ζωής του και στην ανθυγιεινή συμπεριφορά του. Η παραδοχή ότι η κακή υγεία απορρέει από τον τρόπο και τις συνθήκες διαβίωσής του, θα σημάνει και την ανάγκη αλλαγής αυτού,



έτσι προτιμάται η αναζήτηση τεχνασμάτων που θα του δώσει τη δυνατότητα να ζει αυτοκαταστροφικά χωρίς να αυτοκαταστρέφεται (Παπά Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 20 - 23).

Ο άνθρωπος έχει τη δύναμη και την ευθύνη να διατηρεί τον οργανισμό του σε μία ισορροπημένη κατάσταση τηρώντας κάποιους απλούς κανόνες συμπεριφοράς σχετικά με τον ύπνο, την τροφή, την άσκηση και τα φάρμακα αλλά κυρίως και προ παντός με την επιλογή υγιών αξιών.

Είναι αναγκαίο να κατανοήσουμε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν η υγεία και η ασθένεια σε ένα πολιτισμό. Η αρρώστια μπορεί να είναι μία μεταμφιεσμένη ευλογία, γιατί αναγκάζει τον άνθρωπο να αναθεωρήσει τη ζωή του και να αλλάξει το σύστημα αξιών του. Ο πόνος είναι ο ευαισθητοποιητής της ζωής. Αποφεύγουμε τον πόνο χάνουμε τη ζωτικότητα μας, τη δυνατότητά μας να αισθανθούμε οτιδήποτε ακόμη και να αγαπήσουμε. Βέβαια ο πόνος αυτός καθ' αυτός δεν είναι θετικό συναίσθημα τη στιγμή που τον βιώνουμε αλλά ο πόνος και η ευχαρίστηση πάνε μαζί. Οι άνθρωποι ζουν σε μία ευαίσθητη ισορροπία μεταξύ υγείας και αρρώστιας και ενώ σαφέστατα υπάρχει πρόοδος στον τομέα της υγείας, οι δυνατότητες αρρώστιας έχουν αυξηθεί. Αυτό που είναι ορατό και συμβαίνει συχνά στις μέρες μας είναι μία μετακίνηση στο είδος των ασθενειών από τις λοιμώδεις, που προσβάλλουν τον άνθρωπο απ' έξω, στις εσωτερικές ασθένειες, που προσβάλλουν τον άνθρωπο από μέσα, όπως οι καρδιακές προσβολές, η υπέρταση και τα εγκεφαλικά, που συνδέονται με το άγχος και την ένταση (Παπά Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 24 – 30).

Υγεία γενικά δεν είναι η απουσία κάποιων περισσότερο ή λιγότερο ενοχλητικών συμπτωμάτων, αν σκεφτούμε ότι ο άνθρωπος στο εσωτερικό του οποίου αναπτύσσεται ένας πολύ κακοήθης καρκίνος, συνήθως δεν αισθάνεται κάτι που θα μπορούσε να γίνει η αφορμή να το αντιληφθεί. Η έννοια της υγείας είναι μία πολυδιάστατη κατάσταση που έχει

αλληλοεξαρτώμενες φυσικές, ψυχικές, διανοητικές, κοινωνικές και υπαρξιακές διαστάσεις (Παπά Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 30 – 31).

Η ασθένεια δεν είναι κάτι το κακό, το απορριπτέο αλλά ένα σήμα κινδύνου ότι κάτι δεν πάει καλά στη γενική ισορροπία του οργανισμού. Ο άνθρωπος δεν είναι μόνο ένα “σωματικό σύστημα” αλλά μία ολότητα, με σωματικές, ψυχοπνευματικές και κοινωνικές διαστάσεις, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, που έχουν συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους. Προβλήματα λοιπόν στο συναισθηματικό χώρο, αντίξοες συνθήκες ζωής, κοινωνικές συνθήκες που δεν αφήνουν περιθώρια εξέλιξης αποδυναμώνουν τις αντιστάσεις του οργανισμού και ευνοούν τις “σωματικές ασθένειες”. Γι’ αυτό το λόγο, επειδή οι σωματικές ασθένειες αντικαθρεφτίζουν προβλήματα της ψυχικής και κοινωνικής ζωής, δεν αρκεί να καταπολεμούμε μόνο τα σωματικά συμπτώματα. Πρέπει να ερευνήσουμε από τη μία μεριά και να βρούμε τις αιτίες που οδηγούν την ασθένεια και από την άλλη να καλλιεργήσουμε συνειδητά και τις δυνάμεις “άμυνας” του εαυτού μας και να τις ισχυροποιήσουμε (Αναστασία Καλαντζή – Αζίζι, 1999, σελ. 25).

“Κάθε άνθρωπος αντιπροσωπεύει ένα μωσαϊκό διαφορετικών κληρονομικών προδιαθέσεων και η δυναμική τους αλληλεπίδραση ποικίλλει σύμφωνα με τον κυρίαρχο ή λανθάνοντα χαρακτήρα των συγκεκριμένων γονιδίων. Το σύνολο αυτών των προδιαθέσεων ευθύνεται για το φαινόμενο που ο Freud περιέγραψε ως “τον αγώνα του οργανισμού να διαφυλάξει το δικό του ατομικό δρόμο προς τον θάνατο”, που λόγω της απαισιόδοξης διαθέσεώς του ονόμασε *Todestred*, που σημαίνει “ένστικτο θανάτου”. (Παπά Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 144). Στην ουσία δεν εννοείται ο θάνατος αλλά ο τρόπος ζωής. Οι ασθένειες είναι μέρος από τον τρόπο ζωής του ατόμου και αντιπροσωπεύουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο προσεγγίζει το φυσικό τέλος της βιολογικής του υπάρξεως.

Η σωματική αρρώστια μας διδάσκει ένα αρνητικό μάθημα, ότι δηλαδή ο άνθρωπος έρχεται μέσα από την αρρώστια στο θάνατο ζώντας

σύμφωνα με την ατομική του φύση και την μοναδική ξεχωριστή προσωπικότητά του. Το άτομο επιλέγει το δικό του τρόπο να συσχετισθεί με το περιβάλλον του και οι προσωπικές του προκαταλήψεις μοιάζουν με αυτό που ο Kierkegaard περιέγραψε ως “ασθένεια μέχρι θανάτου”, την επιθυμία δηλαδή να δημιουργεί κανείς τη ζωή του σύμφωνα με τη δική του ιεράρχηση αξιών (Παπά Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 159 – 161).

Στο σύγχρονο τρόπο σκέψης η έννοια της θυσίας στην εκούσια ή την ακούσια μορφή της δεν κατέχει εξέχουσα θέση.

Ο άνθρωπος ως κατακτητής της φύσεως αγωνίζεται για το ιδεώδες της ολοκληρωτικής προσωπικής του υγείας. Γι’ αυτό το λόγο η ασθένεια θεωρείται ως βλάβη που προήλθε από μέρη της φύσεως που δεν έχουν ακόμη κατακτηθεί. Έτσι η σύγχρονη δυτική ιατρική έχει κατάφωρα παρακάμψει την πραγματικότητα που επικρατούσε έκδηλα σε άλλες εποχές, ότι δηλαδή ο άνθρωπος είναι ο δήμιος του εαυτού του. Με την ελπίδα ελέγχου της αρρώστιας, σύμφωνα με το παράδειγμα των επιστημονικών νικών πάνω στην άψυχη ύλη, το σώμα θεωρείται ως μία μηχανή, που πρέπει να ακολουθεί και να ανταποκρίνεται άμεσα στους νόμους της φυσικής και της χημείας. Αυτόματα όμως, σύμφωνα με τα παραπάνω, δεν λαμβάνεται υπόψη η προσωπικότητα και οι ιδιαιτερότητες του ασθενή. Τέτοιου είδους θεωρίες, οι λεγόμενες φυσικές, αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τους φυσικούς παράγοντες αλλά δεν προσφέρουν πληροφορίες στην ερώτηση γιατί ένας άνθρωπος αρρώστησε με ένα συγκεκριμένο τρόπο σε μία συγκεκριμένη στιγμή. Όμως, όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με σοβαρές καταστάσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ερευνήσουμε τον τρόπο ζωής που σχετίζεται με την αρρώστια για να βοηθηθεί ο εκάστοτε ασθενής να υιοθετήσει μία υγιέστερη ζωή και όχι να έχουμε ως απώτερο στόχο την επιδίωξη μονομερών αξιών που οδήγησαν στην αρρώστια (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 160 – 167).

Πολύ συχνά η κοινωνική σύμβαση μας βασανίζει και μας καταπιέζει τόσο ανυπόφορα, μας αναγκάζει να είμαστε κάτι διαφορετικό από αυτό που πραγματικά πιστεύουμε και να κάνουμε πράγματα που είναι ή μοιάζουν τόσο αποκρουστικά, ώστε φθάνουμε σε σημείο να χρειαζόμαστε την αρρώστια για να κατορθώσουμε να το αποφύγουμε. Τότε ακριβώς είναι που μας κατακλύζει το δίλημμα να αρνηθούμε τον εαυτό μας ή να χάσουμε την αποδοχή και την αγάπη των σημαντικών προσώπων της ζωής μας.

Σύμφωνα με έρευνες πληθαίνουν οι ενδείξεις ότι το φαινόμενο του καρκίνου συνδέεται άμεσα με την ανάγκη για νόσο και τη μείωση της διάθεσης του ανθρώπου να ζήσει λόγω των αδιέξοδων που αντιμετωπίζει. Κατά τον π. Φιλόθεο Φάρο για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις αντιμετώπισης νόσου, που δεν λαμβάνουν υπόψη τους αυτές τις παραμέτρους θα μπορούσε κανείς να επαναλάβει τα λόγια του Μάκβεθ σε ένα γιατρό, στο ομώνυμο έργο του Shakespeare :

*“Μάκβεθ : Μπορείς να γιατρέψεις ένα αμαρτωλό μυαλό, να ξεριζώσεις από τη μνήμη μία ριζωμένη θλίψη, να σβήσεις από τη σκέψη τα καταγραμμένα βάσανα και με κάποιο γλυκομεθυστικό αντίδοτο να καθαρίσεις το φορτωμένο στήθος απ’ αυτό το επικίνδυνο υλικό που βαραίνει πάνω στην καρδιά ;*

*Ιατρός : Εκεί πρέπει ο άρρωστος να γιατρέψει τον εαυτό του.*

*Μάκβεθ : Πέταξε την ιατρική σου στα σκυλιά δεν την χρειάζομαι καθόλου”* (V, III).

Πολλοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει στον εαυτό τους και στους άλλους τη στενή σχέση μεταξύ συναισθημάτων και δη απωθημένων και ασθενειών του σώματος και της ψυχής και μπόρεσαν να συμπεράνουν, ότι ορισμένες αρρώστιες ίσως να είναι “προσφιλή συμπτώματα”. Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι πολλοί ασθενείς έχουν κυριολεκτικά σώσει τη ζωή τους χάρη σε κάποια ασθένεια. Φυσικά είναι δύσκολη και επώδυνη η αποδοχή αυτού του συμπεράσματος από την πλειονότητα των ανθρώπων και

είναι επίσης ίσως ακατόρθωτο να αντιληφθούν πολλοί άνθρωποι τη σοφία και την ανάγκη αυτού του φαινομένου (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 172 – 173). Έχοντας κανείς υπόψη του ότι το σώμα μας δεν είναι λογικό αλλά ενστικτώδες θα κατανοήσει ευκολότερα ποιά είναι η κρίση που αντιμετωπίζει το σώμα μας και δεν θα στοχεύει μόνο στην εξάλειψη του συμπτώματος.

Γεγονός είναι ότι όσο περισσότερες προόδους επιτυγχάνει η ιατρική όσον αφορά στην σωματική αρρώστια, τόσο περισσότερη ψυχολογική αρρώστια αποκαλύπτεται και έρχεται στο προσκήνιο. Το ερώτημα λοιπόν δεν θα πρέπει να είναι πως θα απαλλαγούμε από τη σωματική αρρώστια αλλά πως θα αντιμετωπιστεί δραστικά ο ψυχικός πόνος.

Στους περισσότερους ανθρώπους είναι προφανές ότι η αρρώστια όσο ξαφνική και απρόβλεπτη και αν θεωρείται, συνήθως οφείλεται στην παράβαση των νόμων της υγείας αλλά και της ψυχικής, της συναισθηματικής και της πνευματικής που είναι τόσο απόλυτοι όσο και εκείνα της σωματικής υγείας. Παρόλα αυτά προσπαθούμε να παραβιάσουμε τους νόμους, γιατί δεν μας αρέσουν ή γιατί δεν τους κατανοούμε ή γιατί πολύ απλά συγκρούονται με τις επιθυμίες μας. Στην πραγματικότητα το σύμπαν είναι φερέγγυο και προβλέψιμο και ό,τι συμβαίνει σ' αυτό είναι αποτέλεσμα κάποιας αιτίας. Δεν υπάρχει τίποτα τυχαίο ή ασαφές σ' αυτό και η λειτουργία του είναι αλάνθαστη (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 174 -- 182).

## 6.2 Η ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΩΣ ΤΡΟΠΟΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΝΩΣΗΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΩΝ

Υπάρχει μία αρχή στην ψυχοσωματική ιατρική που υποστηρίζει, ότι χρειαζόμαστε την αρρώστια για να εκφράσουμε κάποια συναισθήματά μας. Αν κανείς δεν εκφράζει τα συναισθήματα του αρκετά και με κατάλληλο τρόπο, θα δοκιμάσει να το πράξει το σώμα του. Πολλές φορές νιώθουμε οργή για κάτι και αρνούμεθα να αναγνωρίσουμε την οργή μας ή οποιαδήποτε συναισθηματική κατάσταση μας δυσκολεύει στο χειρισμό της. Αποτέλεσμα αυτής της απώθησης είναι να αναγκάζονται τα διάφορα όργανα του σώματός μας να εκφράζουν το απωθημένο συναίσθημα μας. Μόνο όταν εμείς αναγνωρίσουμε την πραγματική μας συναισθηματική διεργασία και εξωτερικεύσουμε τις εντάσεις και την αγωνία μας, τότε αποκαθίσταται τόσο η ψυχική όσο και η σωματική μας υγεία. “Η ψυχοσωματική φύση της ασθένειας είναι δεδομένη. Μερικοί ειδικοί στην ψυχοσωματική ιατρική συνδέουν ορισμένα συναισθήματα με την αρρώστια συγκεκριμένων οργάνων, αλλά επιμένουν ότι είναι επικίνδυνη η στερεοτύπηση της συμπτωματολογίας”. (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 184).

Ο Erich Lidermann και πολλοί μετά από αυτόν το έχουν αυτό πλήρως τεκμηριώσει (Erich Lidermann, *Symptomatology and Management of Acute Grief*, *Pastoral Psychology*, September 1963, σελ. 9).

Έχει διαπιστωθεί ότι τουλάχιστον 50% όλων των ασθενών ενός νοσοκομείου μπορεί να βρίσκονται σ’ αυτό σαν αποτέλεσμα σοβαρών προβλημάτων πένθους που δεν έχουν κατάλληλα αντιμετωπισθεί. Όταν τα συναισθήματα είναι ανυπόφορα, τα σωματικά συμπτώματα μπορεί να αναλάβουν να κρατήσουν τις συναισθηματικές αυτές καταστάσεις στο χώρο του υποσυνείδητου, διατηρώντας έτσι τον άνθρωπο στη ζωή.

Σαφέστατα όμως είναι πολύ δύσκολο να αποδεχθούμε και να κατανοήσουμε την ανάγκη της ασθένειας, όταν είμαστε άρρωστοι εμείς οι

ίδιοι. Όταν όμως μας αφορά μία τέτοια περίπτωση, μπορεί να είναι και η ευκαιρία για να αναθεωρήσουμε κάποιες απόψεις μας και να δούμε τα πράγματα σε μία άλλη προοπτική.

Κάποια γυναίκα που υπέφερε από καταθλιπτική ασθένεια αισθανόταν ευγνωμοσύνη για την κατάστασή της, γιατί κατόρθωσε να βελτιώσει τις σχέσεις με τα άλλα μέλη της οικογένειάς της και για πρώτη φορά εύρισκε νόημα στη ζωή της. Αν και η αρρώστια σκότωνε το σώμα της, είχε αναγεννήσει την ψυχή της και της έδινε την δυνατότητα να γίνει ένας νέος άνθρωπος.

Ο Victor Frankl, όπως αναφέρει ο π. Φιλοθεός, 1996, διακεκριμένος ψυχίατρος, συγγραφέας και θεμελιωτής της υπαρξιακής ψυχολογίας που επέζησε των ναζιστικών στρατοπέδων συγκεντρώσεως, μεταξύ άλλων έχει γράψει και τα βιβλία “The Doctor and the Soul” και “From Death Camp to Existentialism”, που είναι απόσταγμα των εμπειριών του. Σ’ αυτά τονίζει ότι η ζωή περιέχει οδύνη και όταν η ζωή έχει νόημα θα πρέπει επίσης να υπάρχει νόημα ακόμα και στην οδύνη της ζωής. Ο Frankl δηλώνει, επίσης, πως αυτό που κάνει τη διαφορά δεν είναι αυτό που συμβαίνει σε έναν άνθρωπο αλλά η στάση του ατόμου απέναντι σ’ αυτό (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 188 – 189). “Μία μόνο στιγμή μπορεί να κατακλύσει αναδρομικά μία ολόκληρη ζωή με νόημα”, γράφει ο Frankl.

Μέσα από τα παραπάνω παραδείγματα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι ακόμη και μία μοιραία αρρώστια μπορεί να γίνει μία σωτήρια για τη ζωή εμπειρία και να γίνει ένα υπέροχο γεγονός για ολόκληρη τη ζωή μας δίνοντας νόημα και σημασία σε ό,τι προηγήθηκε και σε ό,τι θα επακολουθήσει.

Ίσως είναι δύσκολο να προσδιορίσουμε επ’ ακριβώς τις δυνάμεις ζωής και θανάτου, που βρίσκονται μέσα σε κάθε άνθρωπο αλλά από μία μεγάλη ποικιλία κλινικών στοιχείων είμαστε σε θέση να υποθέσουμε ότι μερικοί άνθρωποι “επιθυμούν” να ζήσουν περισσότερο από άλλους και ότι η

επιθυμία αυτή έχει αναμφισβήτητη επίδραση μερικές φορές στην αντίσταση του σώματος στην ένταση, στην ανάπτυξη και εξέλιξη μίας νόσου.

Τα όρια της επιδράσεως της επιθυμίας του ασθενούς να ζήσει, πάνω στο σώμα, στην υγεία και στην ασθένεια δεν είναι γνωστά. Οι περισσότεροι γιατροί πάντως πιστεύουν ότι η επιθυμία του αρρώστου να ζήσει είναι καθοριστικός παράγοντας, τουλάχιστον στην παθογένεση. Η άποψη αυτή στηρίζεται σε κλινικές μελέτες για περιπτώσεις αιφνιδίου θανάτου, καθώς και μελέτες σε καρκινοπαθείς ασθενείς (Π. Φιλόθεος Φάρος, σελ. 190 – 192).

Η επιθυμία της ζωής εκπηγάει από το φόβο του θανάτου και από κάποιο ιδανικό ή κάποια προοπτική που υπάρχει στη ζωή. Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι ύπαρξη ιδανικού ή κάποιου στόχου στη ζωή είναι ισχυρότερα στοιχεία και αποτελεσματικότερα από εκείνα του φόβου για το θάνατο.

Ο Maslow αναφέρει ότι κάθε πολιτισμός έχει το ιδανικό του, όπως τον “ήρωα”, τον “άγιο”, τον “ιπότη”, τον “μύστη”. Στην εποχή μας αυτά έχουν χαθεί. Το ιδανικό στις μέρες μας λέει ο Maslow είναι “ο καλά προσαρμοσμένος άνθρωπος” αλλά αυτός ο τύπος ανθρώπου δεν μπορεί να εκτιμήσει την αξία της ζωής, γιατί απουσιάζει το στοιχείο της προσωπικής και αυτόνομης αναπτύξεως (Π. Φιλόθεος Φάρος, 1996, σελ. 193 – 194).

Η κλινική πείρα αυτών που προσπάθησαν να τονώσουν σε αρρώστους την επιθυμία της ζωής λέει πως για να κατακτήσει κανείς την επιθυμία για ζωή, ιδιαιτέρως μάλιστα κατά τη διάρκεια μίας σοβαρής αρρώστιας, χρειάζεται κυρίως να αποκτήσει πίστη στον εαυτό του και πίστη στις σχέσεις του με τους άλλους, είτε αυτοί αφορούν το οικογενειακό του περιβάλλον ή τον ευρύτερο κοινωνικό του περίγυρο.

Η ορμή της ζωής φαίνεται να εξασθενεί σε ανθρώπους που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής και που κυριαρχούνται από κάποιο πρόβλημα που δυσκολεύονται να λύσουν. Ένας καρκινοπαθείς



είπε για μία περίοδο της ζωής του πέντε χρόνων πριν την εμφάνιση οποιουδήποτε συμπτώματος : “Αν κοιτούσα μπροστά στη ζωή, δεν μπορούσα να δω τίποτα εκτός και αν κορόιδευα τον εαυτό μου”.

Υπάρχουν αρκετές ενδείξεις ότι η βαθιά ψυχολογική απομόνωση, η απώλεια της ικανότητας του ανθρώπου να συνδέεται με τους συνανθρώπους του και να αγαπά άλλους ανθρώπους μειώνει τη δυνατότητα του ανθρώπου να αγωνισθεί και να παλέψει για την ανάκτηση της υγείας του.

Ο Freud αναφέρει χαρακτηριστικά : “Σε τελευταία ανάλυση πρέπει να αγαπά κανείς για να μην αρρωστήσει και πρέπει να αρρωστήσει όταν σαν συνέπεια κάποιας ματαιώσεως χάνει την ικανότητά του να αγαπά”.

### **6.3 ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ**

“Οι ασθένειες, τα δυστυχήματα και γενικώς οι ψυχολογικές κρίσεις σε οποιαδήποτε ηλικία μας δημιουργούν απότομη ή σταδιακή μείωση των ικανοτήτων μας. Η άρνηση των περιορισμών που μας θέτουν μπορεί να οδηγήσει μόνο σε μία επιφανειακή προσαρμογή, η οποία κρύβει έντονη καταδίωξη και κατάθλιψη”, υποστηρίζει η SALTSBERG,1995 (SALTSBERG-OUITENBERG ISKA, 1995, σελ. 130).

Στην περίπτωση ανίχνευσης μίας σοβαρής ή χρόνιας ασθένειας ή ακόμα ενός αξεπέραστου εμποδίου, όπως είναι ο ακρωτηριασμός ενός μέλους του σώματος, η ανακοίνωση ενός τέτοιου “νέου” από το γιατρό είναι θεμελιώδους σημασίας, διότι θα επιτρέψει μία σχετική προετοιμασία του ατόμου για την μελλοντική μείωση των ικανοτήτων του, ακόμα και για τον ίδιο τον θάνατό του.

Ακόμα, η αποκάλυψη της διάγνωσης μίας θανατηφόρας ασθένειας είναι καθοριστική διότι διευκολύνει το πένθος όλων, μπροστά σε μία καταληκτική ασθένεια : Πρώτα – πρώτα, το πένθος του ίδιου του αρρώστου

για τον εαυτό του. Έπειτα, την προετοιμασία της οικογένειας και των κοντινών του ανθρώπων, που πρόκειται να χάσουν ένα αγαπημένο τους πρόσωπο. Η σχέση ανάμεσα στον τρόπο που ο ασθενής προσεγγίζει το θάνατό του και στην ποιότητα του πένθους που θα ακολουθήσει είναι προφανής (DR BACQUE-FEDERIQUE M, 2001, σελ. 153 – 154).

Μόνο όταν η διεργασία του πένθους ολοκληρώνεται, σύμφωνα με την SALTSBERG, και ο θυμός, η απόγνωση και η κατάθλιψη τελικά μετριάζονται από αγάπη και θάρρος, μπορεί το άτομο να προχωρήσει.

Όταν ο θυμός και η απόγνωση κυριαρχούν μόνιμα, τότε το άτομο παλινδρομεί σε προηγούμενα στάδια εξέλιξης, γίνεται εγωκεντρικό, νιώθει οίκτο για τον εαυτό του, γίνεται ευερέθιστο, ζηλεύει τους άλλους για την ελευθερία τους ή απαιτεί συνεχώς να του αφιερώνουν οι άλλοι χρόνο και προσοχή. Αν το άτομο μπορέσει να πενήσει για την απώλεια και να την παραδεχτεί με θαρραλέα παραίτηση, τότε ενδυναμώνεται η εκτίμησή του για τα χαρίσματα και τις ευκαιρίες που του έχουν απομείνει και έτσι μπορεί να οδηγηθεί σε μία διαφορετικής κατεύθυνσης εξέλιξη. (SALTSBERG- OUITENBERG ISKA, 1995, σελ. 130).

Το AIDS είναι μία άλλη ασθένεια με γνωστή κατάληξη, αν και σήμερα η δυνατότητα καθυστέρησης της εξέλιξής της εξασφαλίζει όλο ένα και μεγαλύτερη παράταση ζωής. Ωστόσο, το συναίσθημα της ατέρμονης μάχης για τη ζωή είναι εξουθενωτικό, και οδηγεί όχι, σπάνια, σε κατάθλιψη. Η τελευταία τροφοδοτείται από την ψυχική φθορά που προκαλούν οι διακυμάνσεις της Αντικαρκινικής θεραπευτικής αγωγής : Ακριβής γνώση της πρόγνωσης του θανάτου, έπειτα, αναζωπύρωση των ελπίδων, μόλις σημειώνεται κάποια ιατρική πρόοδος, και τέλος, επάνοδος του φόβου, με την παραμικρή επιδείνωση. Όλα αυτά τα διαδοχικά σκαμπανεβάσματα συμβάλλουν στον κλονισμό του ατόμου, γιατί τη στιγμή που είναι απαραίτητη η ενέργεια για την επιβίωσή του, απαιτεί, οπωσδήποτε, την εμπιστοσύνη στον εαυτό του. Το άτομο βρίσκεται σε δίλημμα διότι πρέπει

να αρχίσει να πενθεί για το μέλλον του ή, αντίθετα, να ζήσει υπό προθεσμία. Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο και σημαντικό, να δει κανείς πως μπορεί να παραμείνει κάποιος ψυχολογικά δραστήριος, χωρίς να ταλαντεύεται ανάμεσα στην άρνηση του θανάτου και την ψευδαίσθηση ότι αν αντέξει για μερικά χρόνια ίσως βρεθεί κάποια θαυματουργή θεραπεία (DR BACQUE-FEDERIQUE M, 2001, σελ. 155).

Επιπροσθέτως, πληροφορώντας τον ασθενή για μία σοβαρή ασθένεια, στην ουσία, τον προειδοποιούμε για τον επικείμενο θάνατό του, συνειδητά ή ασυνειδητά. Είναι γνωστό ότι μία διάγνωση καρκίνου επιφέρει πανικό στον ασθενή και η ψευδαίσθηση, ότι έχουμε μπροστά μας μία ζωή ολόκληρη, καταρρέει και συμπαρασύρει μαζί της, ένα μέρος των ονείρων, δηλαδή των σχεδίων για το μέλλον του ατόμου. Οι συνηθέστερες συμπεριφορές που παρουσιάζει ένας ασθενής είναι οι εξής : Άρνηση, κατάθλιψη, εξέγερση, μάχη, αποδοχή. Αντιστοιχούν στα στάδια του πένθους, που βρίσκεται, ήδη, πολύ κοντά και συνοδεύονται από διαδοχικές απώλειες, όπως αυτή της καλής υγείας, των σχεδίων για το μέλλον, καθώς και της εικόνας που έχει ο καθένας μας για τον εαυτό του.

#### **6.4 ΤΑ ΑΣΧΗΜΑ ΝΕΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΘΑΝΑΤΗΦΟΡΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

Σύμφωνα με την DR BACQUE-FEDERIQUE, με τον όρο “άσχημα νέα” εννοούμε μία πληροφορία που αλλάζει ριζικά τη ζωή του ασθενή. Η συσκότιση του μέλλοντος του επιφέρει μία αναθεώρηση όχι μόνο της πεποίθησης ότι είναι άτρωτος, και των ονείρων που έκανε για το μέλλον αλλά ακόμα και του παρελθόντος το οποίο έρχεται στην επιφάνεια, με σκοπό να βρεθεί μία εξήγηση της κατάστασης. Όπως συμβαίνει στην περίπτωση μίας αιφνίδιας απώλειας, ο ασθενής αρνείται να πιστέψει αυτά τα “άσχημα νέα”. Όταν όμως αυτή η άρνηση ξεπεραστεί κινδυνεύει να πέσει σε

κατάθλιψη. Η αποδοχή της ασθένειας επέρχεται μόνο όταν έχουν εξαντληθεί όλα τα μέσα προσπάθειας ανατροπής της κατάστασης.

Αποδοχή, ωστόσο, δεν σημαίνει ηττοπάθεια, αλλά αντίθετα η συνεργασία του ασθενή με την επιστημονική ομάδα και την οικογένειά του, κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής είναι απαραίτητη για τη δημιουργία μίας συνεργασίας ικανής να βελτιώσει τις συνθήκες επιβίωσης και συνεννόησης, οι οποίες εξαρτώνται από αυτή. (BACQUE-FEDERIQUE, 2001, σελ. 160 – 163).

Μετά την αποκάλυψη μίας ασθένειας, όπως AIDS, καρκίνος ή ακόμα και την αναγκαιότητα της απώλειας ενός μέλους του σώματος, η ψυχολογική κρίση αν και είναι απρόβλεπτη και ανεξέλεγκτη, επιφέρει απορύθμιση της καθημερινής ρουτίνας και αβεβαιότητας.

Ο κάθε ασθενής που βιώνει μία ψυχολογική κρίση του χαρακτηρίζουν πέντε φάσεις προσαρμογής :

- **Άρνηση και απομόνωση**

Ο ασθενής αρνείται να αποδεχθεί την αλήθεια που του αποκαλύπτεται και αποσύρεται

- **Θυμός και ζήλια**

Σ' αυτή τη φάση ο ασθενής προσπαθεί να προσαρμοστεί σ' αυτή τη δυσάρεστη κατάσταση και κυριαρχεί η ερώτηση "γιατί εγώ", που συνοδεύεται από έντονο θυμό και ζήλια για τους υγιείς ανθρώπους γύρω του.

- **Ένα είδος παζαρέματος του προβλήματος**

Αυτό αποτελεί μία πρώτη προσπάθεια του ασθενή να προσαρμοστεί, κατά την οποία όμως αρνείται να δει όλη την πραγματικότητα και προσπαθεί να ελαφρύνει το όλο πρόβλημα. Όταν του επαναλαμβάνεται το μέγεθος του προβλήματος πέφτει στην επόμενη φάση που είναι :

- **Κατάθλιψη. Τέλος έρχεται.**

- Η αποδοχή, μέσω μηχανισμών άμυνας (άρνηση, μετάθεση, προβολή), που θα οδηγήσουν , είτε στην προσαρμογή της ασθένειας ή θα συνεχίσει να παρουσιάζει ο άρρωστος προβλήματα συμπεριφοράς με τον εαυτό του και το περιβάλλον του.

Οι ασθένειες είναι άμεσα συνδεδεμένες με το θάνατο, όπως AIDS, καρκίνος. Κατά την πρώτη εισβολή της ασθένειας, η αρχική αντίδραση του ατόμου είναι συνήθως φόβος : φόβος του αγνώστου και απροσδόκητου, φόβος του παρόντος και του μέλλοντος, φόβος για την εξέλιξη της ασθένειας των στερήσεων και θυσιών, του έντονου πόνου, ο φόβος του θανάτου (Skot Pek, 1998, σελ. 114 – 115).

#### **6.4.α. Συναισθήματα και συμπεριφορές των ασθενών με ακρωτηριασμένα μέλη**

Η απώλεια ενός μέλους του σώματος, αποτελεί τραυματική εμπειρία για τον κάθε ασθενή που βιώνει μία τέτοια ψυχολογική κρίση. Το σοκ και η άρνηση της αποδοχής της κατάστασης είναι φυσιολογικές αντιδράσεις, που μαζί με το άγχος που γεννούν οι αλλαγές στην εμφάνιση την εξωτερική του ασθενούς, προκαλούν μία κατάσταση πρώιμου πένθους.

Ο ασθενής, πέρα από τον σωματικό πόνο, βιώνει έντονα φορτισμένα συναισθήματα από την ένταση του αιφνίδιου γεγονότος (ατυχήματος π.χ.) του ακρωτηριασμού. Διακατέχεται από τον πανικό, τον φόβο, την ανασφάλεια για το πως θα εξελιχθεί η ζωή του από εδώ και πέρα, άγνοια, αβεβαιότητα και νιώθει ανυπεράσπιστος στα χέρια των γιατρών.

Μπαίνει σε ένα καινούργιο κόσμο, άγνωστο και απρόσιτο γι' αυτόν. Κυριεύεται από αυτήν την αλλαγή των σχέσεών του με το γύρω κόσμο (κοινωνικό, επαγγελματικό, αισθηματικό). Προβληματίζεται και αναρωτιέται τι θα του συμβεί. Επίσης, αποδιοργανώνεται το οικείο του

περιβάλλον και χάνει τον προσανατολισμό του με αποτέλεσμα την εμφάνιση φόβων, ανασφαλειών και ασυντόνιστων ενεργειών (Ιατρικό βήμα, ειδικό άρθρο, Η συμβολή της ομάδας αποκατάστασης στα άτομα με ακρωτηριασμούς των μελών τους, Ε. Ηλιοπούλου, Καραγκιόζη Μαρία, Αλτάνης Παναγιώτης, Μάιος – Ιούνιος 2000, σελ. 55).

Πολλές φορές συμβαίνει να είναι έλλιπής η ενημέρωση του ασθενούς σε ό,τι αφορά το μέλλον του, με αποτέλεσμα να εντείνονται τα αισθήματα αβεβαιότητας. Οι ώρες αναμονής για το χειρουργείο επιτείνουν αυτήν την ψυχολογική φόρτιση. Το συναίσθημα της απώλειας έρχεται να συμπληρώσουν το άγχος, η ανασφάλεια, τα καταθλιπτικά συναισθήματα, που είτε αυτά εκφράζονται σε συνειδητό επίπεδο ή απωθούνται στο υποσυνείδητο μετατρέπονται σε άλλες μορφές άγχους. Αυτό συμβαίνει διότι τα αποτελέσματα της έλλειψης, από τον ακρωτηριασμό ενός μέλος του σώματος, που αποτελεί μία μόνιμη σωματική αναπηρία, είναι άμεσα και ορατά. Είναι απολύτως φυσιολογική λοιπόν η αντίδραση του ασθενούς στην απώλεια αυτή με συναισθήματα φόβου και άγχους. Η πιο συχνή αντίδραση είναι ο φόβος.

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μη νιώθει φόβο. Το άγνωστο, ο πόνος, η έλλειψη ελευθερίας, ειδικά όταν βρίσκεται στη μετεγχειρητική φάση, προκαλούν στον ασθενή φυσιολογικό φόβο. Το άγχος, που είναι ένα διάχυτο, δυσάρεστο συναίσθημα, αυξάνεται στην προκειμένη περίπτωση γιατί ο ασθενής δεν έχει διεξόδους, δεν έχει ελευθερία κινήσεων, οι σκέψεις του περιστρέφονται πάνω στην κατάσταση της υγείας του, στην εξωτερική του εμφάνιση, στην αλλαγή της ζωής του. (Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής, ΕΨΨΕΠ, Το καθημερινό άγχος στη ζωή μας, Ι. Α. Κτενάς, τόμος 4, τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος, 1997, σελ. 90 – 91).

Παράλληλα, ο ασθενής με την “καταστροφή” της αντίληψης του σώματός του, εμφανίζει συναισθήματα ντροπής και τάση χαμηλής αυτοεκτίμησης. Περνώντας ο ασθενής τη δύσκολη μετεγχειρητική φάση,

διακατέχεται από διάφορα συναισθήματα, όπως : θυμός, αβεβαιότητα για το μέλλον του, άγχος, διάφοροι φόβοι εγκατάλειψης συντρόφου, σεξουαλικής ανικανότητας, απόρριψης από το κοινωνικό περιβάλλον και απομόνωσης.

Ο ασθενής νιώθει αδικημένος και αυτό εκφράζεται με θυμό. Το αίσθημα αδικίας που νιώθει ο θυμωμένος άνθρωπος δεν δημιουργείται από την κατάσταση καθαυτή, αλλά από το πως βλέπει ο ίδιος την κατάσταση. Στην πραγματικότητα οι παρορμήσεις θυμού είναι μία φυσιολογική αντίδραση, σύμφωνα με την G.Paagy, 1996, στην ματαίωση.

Τέλος, το συναίσθημα ντροπής σε συνδυασμό με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, που νιώθει το κάθε άτομο που υπέστη μία τέτοιου είδους απώλεια, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα απέναντι σε κάθε προσπάθεια που κάνει για να βρει αποτελεσματική βοήθεια μέσα στο υπάρχον κοινωνικό πλαίσιο. Απομονώνεται και εάν δεν ξεπεράσει το ναρκισσισμό του, δεν θα μπορέσει να ζητήσει βοήθεια και να αγωνισθεί ο ίδιος για την αποδοχή της κατάστασής του, να δεχθεί την πραγματικότητα και έπειτα να φροντίσει για βελτίωση της ποιότητας της ζωής του (G.Paagy, 1996, σελ. 58 – 63).

#### **6.4.β. Πένθος και AIDS**

Το AIDS, μία πραγματική μάστιγα, που αναγκάζει το άτομο που έχει προσβληθεί να καταβάλει πλήθος προσπαθειών προσαρμογής, που μοιάζουν με τη διαδικασία του πένθους.

Όλα τα στάδια αυτής της δυναμικής διεργασίας, παραπέμπουν σε αντίστοιχες μορφές παθολογικού πένθους.

Η ασθένεια αυτή έχει αλλάξει πρόσωπο τις τελευταίες δεκαετίες και η ιατρική βοήθησε στην εξελικτική πορεία της, προτείνοντας θεραπείες με στόχο την παράταση ζωής των ασθενών. Παρόλα αυτά, οι ασθενείς μετά από τόσες θεραπείες και ιατρικές έρευνες, ακόμα εμφανίζουν παθολογικές αντιδράσεις και τα παθολογικά φαινόμενα της ασθένειας επιμένουν.

Η απογοήτευση των ασθενών, παρά τις ελπιδοφόρες αναγγελίες για θεραπείες, με θαυματουργά αποτελέσματα ήταν αναπόφευκτη, όπως επίσης και η προσγείωση στην πραγματικότητα (R. Dennis Shelby, PhD, *If a partner has AIDS*, 1992, σελ. 7 – 13).

Ο κάθε άνθρωπος που πληροφορείται ότι πάσχει από μία θανατηφόρα ασθένεια οι πρώτες αντιδράσεις είναι συνήθως αμφιβολία, δεν μπορεί να το πιστέψει, εξέγερση, προσπάθεια εξαγοράς της κατάστασής του, κατάθλιψη. Όλα αυτά θα τον βασανίζουν για πολλούς μήνες, μετά την μοιραία ανακοίνωση.

Το άτομο είναι αναγκασμένο να αναθεωρήσει τα μελλοντικά του σχέδια και να απαρνηθεί κάποια πράγματα. Υπάρχει όμως και η πιθανότητα να απωθήσει την ιδέα του επικείμενου θανάτου, ειδικά αν τα συμπτώματα καθυστερήσουν να εμφανιστούν. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν κοινωνικές διακρίσεις, που τις περισσότερες φορές, τους οδηγούν στην απομόνωση και στην περιθωριοποίηση. (Περ. Κοιν. Εργασία, Ι. Παπαναστασόπουλος, 1990, σελ. 181 – 187).

Από τις πιο επικίνδυνες αντιδράσεις είναι η κατάθλιψη και αποτελεί παθολογικό φαινόμενο της ασθένειας, όταν είναι βαριάς μορφής, με έντονα αισθήματα απελπισίας, έλλειψη ελπίδας ή ενδεχομένως ενοχή (για τον προηγούμενο τρόπο ζωής).

Συχνό φαινόμενο είναι και ο θυμός των ασθενών αυτών απέναντι στους “υπεύθυνους” που δεν μπορούν να βρουν θεραπεία για τη νόσο τους. Ο Αυτοκτονικός ιδεασμός, οι τάσεις για αυτοκτονία αλλά και η αυτοκτονία είναι συχνές σε ασθενείς με AIDS και η πιθανότητα για “επιτυχημένη” αυτοκτονία αυξάνεται ανάλογα με το βαθμό της κατάθλιψης και τη συνύπαρξη προϋπάρχουσας διαταραχής της προσωπικότητας, όπως η μεταιχμιακή, υποστηρίζει ο Ν. Μάνος.

Η αρχική αντίδραση των ασθενών όπως και σε κάθε περίπτωση θανατηφόρας ασθένειας είναι η άρνηση ότι έχουν τη νόσο. Οι ασθενείς



χαρακτηρίζονται για το έντονο άγχος, την αίσθηση εγκατάλειψης από φίλους, συντρόφους, την κοινωνική απομόνωση λόγω στιγματισμού και γενικά η έντονη εργασιακή – διαπροσωπική – κοινωνική απομάκρυνση από τη ζωή (Νίκος Μάνος, 1997, σελ. 735 – 737).

Οι ασθενείς που νοσούν, βιώνουν μέσα στο κοινωνικό σύνολο το ρόλο του αποδιοπομπαίου τράγου, την απόρριψη, τη βία αλλά και την περιθωριοποίηση. Ο φόβος μόλυνσης, οδηγεί τους ασθενείς να βιώσουν αυτές τις διαδοχικές αντιδράσεις, τα άτομα των πρώτων ομάδων υψηλού κινδύνου, όπως και η αποκάλυψη του διαφορετικού τρόπου ζωής των ατόμων αυτών, που η ασθένεια έφερε στο προσκήνιο (ομοφυλοφιλία, τοξικομανία, νόσοι του αίματος). Ο φόβος της μόλυνσης δεν αφορά μόνο στην πιθανή μετάδοση του ιού. Σχετίζεται κυρίως με τη δυσκολία ταύτισης με τον ασθενή και με την αποκάλυψη κάποιων συμπεριφορών της ιδιωτικής του ζωής, που δεν γίνονται εύκολα αποδεκτές.

Οι ασθενείς βιώνουν το πένθος τους. Πενθούν για τις δραστηριότητες που απαρνιούνται ή τις προοπτικές, χωρίς να θεωρούν τη μάχη με το θάνατο χαμένη. Η διατήρηση της ελπίδας είναι απαραίτητη για την εξερεύνηση της ενέργειας που χρειάζεται το άτομο, ώστε να μπορεί να φροντίζει τον εαυτό του. Κάποιοι από τους ασθενείς πιστεύουν ότι πρέπει η ασθένεια να αποδεσμευτεί από το θανατηφόρο της πλαίσιο και προτιμούν να διοχετεύουν την ενεργητικότητά τους στην αναζήτηση μίας θεραπείας.

Όμως η αποδοχή της πραγματικότητας από το άτομο θα του επιτρέψει να δει από άλλη οπτική γωνία τα προβλήματά του και θα οδηγηθεί στην εξεύρεση νέων τρόπων στήριξης (R. Dennis Shelby, PhD, *If a partner has AIDS*, 1992, σελ. 15 – 16).

Τα άτομα που πάσχουν από AIDS, μετά την πληροφόρηση της ασθένειας είναι αναγκασμένα να αναθεωρήσουν όλα τα μελλοντικά τους σχέδια. Η απώλεια της ελπίδας και η μοναξιά οδηγεί τα άτομα στην κατάθλιψη. Το άτομο βιώνει διαδοχικά πένθη. Πενθεί για τα όνειρα και τα

μελλοντικά του σχέδια, για την ίδια του τη ζωή αλλά παράλληλα βιώνει το πένθος της ομορφιάς. Τα άτομα που στηρίζουν τα πάντα στην εξωτερική τους εμφάνιση, στην ομορφιά, που θεμελιώνεται σε έναν εξαιρετικά εύθραυστο ναρκισσισμό, το AIDS είναι καταστροφικό. Η απώλεια βάρους και οι παρενέργειες της θεραπευτικής αγωγής, μέλλον να μεταβάλουν την εξωτερική εμφάνιση του ατόμου. Όσοι από τους ασθενείς είναι περισσότερο προσκολλημένοι σε μία εξιδανικευμένη εξωτερική εμφάνιση βλέπουν την ασθένεια σαν τιμωρία για τον υπερβολικό ναρκισσισμό τους. Η ενοχή που απορρέει από την ιδέα αυτή αποδεικνύεται παθογενής, καταδικάζοντάς τους να βιώνουν την σωματική τους παρακμή, σε απομόνωση και βαθιά κατάθλιψη. Η σταδιακή επιδείνωση σημαίνει ότι ο ασθενής βιώνει μία απόλυτη απώλεια ελέγχου και η διαδικασία αυτή ισοδυναμεί με την απώλεια της αξιοπρέπειας. Το αίσθημα της απώλειας είναι πολύ έντονο και υπάρχει διαφορά μεγάλη ανάμεσα στις αντιδράσεις του εγώ και της ψυχής στη διαδικασία του θανάτου. Ο θάνατος είναι το απώτατο ναρκισσιστικό τραύμα. Η αδυναμία υπερνίκησης του ναρκισσισμού, μολονότι συχνή, είναι ταυτόχρονα και ιδιαίτερα επιζήμια.

Η προοπτική του θανάτου και η διαδικασία του σωματικού θανάτου είναι από τα πιο σημαντικά ερεθίσματα για την υγιή ανάπτυξη (Skot Pek, 1998, σελ. 112 – 113, 155 – 156).

#### **6.4.γ. Η ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου και οι αντιδράσεις του ασθενούς**

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα στο χώρο της υγείας όχι μόνο γιατί αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου εκτός από τα ατυχήματα, αλλά κυρίως γιατί συνοδεύεται από δυσβάσταχτες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.

Ο καρκίνος είναι περισσότερο γνωστός σαν επάρατος νόσος και λιγότερο σαν χρόνια ασθένεια, όπως ορίζεται από την ιατρική επιστήμη. Η διαφοροποίηση αυτή από τις άλλες ασθένειες δεν οφείλεται στο γεγονός ότι είναι αρρώστια ταυτισμένη με το θάνατο αλλά γιατί είναι άρρηκτα δεμένη με τον επώδυνο και βασανιστικό θάνατο. Το αναπόφευκτο του θανάτου, μοιραίο είναι να συνδέεται με έννοιες απελπισίας, μοναξιάς και εγκατάλειψης.

Η διάσταση του προβλήματος του καρκίνου δεν περιορίζεται πια στην αντιμετώπιση της ασθένειας, αλλά εξίσου σοβαρά προβληματίζει και η ποιότητα ζωής των ασθενών. Στον προβληματισμό αυτό οδήγησαν οι επιστημονικές ενδείξεις, οι οποίες υποστηρίζουν ότι η κοινωνική ζωή και η κοινωνική συμμετοχή επηρεάζουν όχι μόνο την ποιότητα ζωής αλλά και την πορεία επιβίωσης (Κοινωνικές υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, ΣΚΛΕ, Αθήνα 1993, σελ. 222 – 225).

Οι όροι “κοινωνική συμμετοχή” και “κοινωνική ζωή” έρχονται σε αντιπαράθεση με τους όρους “κοινωνική απόσυρση” και “κοινωνική απομόνωση”, που χαρακτηρίζουν ιδιαίτερα τα άτομα που προσβάλλονται από τον καρκίνο.

Τον φόβο του θανάτου, το άγχος για την πορεία της αρρώστιας, την ανάγκη για εξεύρεση μίας νέας ισορροπίας σε προσωπικό και οικογενειακό επίπεδο, την επαναπροσαρμογή σε νέες καταστάσεις, οι καρκινοπαθείς στο σύνολό τους καλούνται να τα αντιμετωπίσουν μόνο και αβοήθητοι.

Υπάρχουν και εξαιρέσεις, οι περισσότεροι σχεδόν στηρίζονται από συγγενείς και φίλους, οι οποίοι έχουν τον ίδιο αν όχι μεγαλύτερο φόβο και άγχος για την αρρώστια αυτή. Κατά συνέπεια όλοι τους αντιμετωπίζουν όπως νιώθουν και όχι όπως πρέπει.

Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης συνήθως δεν οδηγεί παρά μόνο σε απελπισία και κατάθλιψη. Αυτή η συναισθηματική αντίδραση δεν αφορά μόνο τον ασθενή και την ποιότητα ζωής του, έχει φανερές και

συγκεκριμένες συνέπειες στην οικογένεια. Η απελπισία οδηγεί συχνά τους ασθενείς αυτούς σε μία νοοτροπία ηττοπαθή και σε μία παραίτηση από την ίδια τη ζωή, ενώ η κατάσταση της υγείας τους δεν δικαιολογεί πάντα αυτή την ηττοπαθή αντίδραση.

Η εμφάνιση της νόσου, όπως είναι ο καρκίνος, δρα καταλυτικά σ' όλο το φάσμα των σχέσεων και των ισορροπιών που διέπουν τη ζωή του ατόμου. Η διάγνωση του καρκίνου οριοθετεί μία νέα πραγματικότητα.

Η πληροφόρηση του ατόμου ότι πάσχει από καρκίνο προκαλεί έντονη αποσταθεροποίηση τόσο στον ίδιο, όσο και στην οικογένειά του. Το άγχος και ο πανικός είναι οι πρώτες αντιδράσεις. Ο καρκίνος, από την πρώτη κιόλας στιγμή της διάγνωσης του, βιώνεται ως άμεση απειλή της ζωής, ως αντίστροφη μέτρηση που οδηγεί αναπόφευκτα στο “θάνατο”, και που μέχρι τότε αποτελεί μέρος της ταυτότητας του ασθενή και τον προσδιορίζει κοινωνικά (Πανελλήνιο Συνέδριο, Κοινωνικές Υπηρεσίες και κοινωνική εργασία στην υγεία και στην Πρόνοια, Αναγκαιότητα και όχι πολυτέλεια, Αθήνα, 1996, εκδόσεις ΣΚΛΕ, σελ. 177). Ο ασθενής νιώθει μόνος, βιώνει έντονα την μοναξιά, σύμφωνα με τους Λεόν Σβάρτσενμπεργκ, Πιέρ Βιανσόν Πονιέ, στο βιβλίο τους, «Να αλλάξουμε το θάνατο», γιατί είναι “ο ασθενής κυρίως εκείνος που δεν πάει καλά, είναι το μοναχικό πλάσμα που υπάρχει στον κόσμο. Θύμα μίας ασθένειας που παραμένει άγνωστη, αντικείμενο μυστηριωδών θεραπειών, εμπιστευμένων σε ξένα χέρια, απομονωμένος απέναντι στην ιατρική ομάδα που κρατεί τα σχοινιά του πεπρωμένου του, μακριά από την οικογένειά του, στο περιθώριο της κοινωνίας, είναι τόσο μόνος όσο ποτέ στη ζωή του, με την τραυματική σκέψη του θανάτου, του πιθανού θανάτου, του θανάτου που πλησιάζει”.

Το κοινωνικό στίγμα απομονώνει τους καρκινοπαθείς και αισθάνονται μόνοι και αβοήθητοι. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που η αβεβαιότητα που νιώθουν οι ασθενείς τους ωθεί να επιδιώκουν ή να παρακαλούν τον θάνατό τους.

Παράλληλα, η πληροφόρηση για το που μπορούν να στραφούν οι καρκινοπαθείς για βοήθεια είναι συγκεχυμένη έως ανύπαρκτη. Συχνά αισθάνονται μετέωροι και ενώ τα συναισθήματα αγωνίας, φόβου και απελπισίας συνεχίζουν να υπάρχουν, καλούνται ταυτόχρονα να λειτουργήσουν όπως λειτουργούσαν και πριν, στην καθημερινότητά τους με αποτέλεσμα να βιώνουν συχνά το συναίσθημα της ανικανότητας και της ανεπάρκειας να ανταπεξέλθουν (SVARTSENBORG LEON-VIANSON PONIE P., 1982, σελ. 179-180 και 186-187). Το “κλειδί” είναι να μπορέσει το άτομο να προσαρμοστεί στην αλλαγή, είτε αυτή έχει θετική είτε αρνητική κατεύθυνση. Διότι, μία οδυνηρή εμπειρία, όπως η ασθένεια του καρκίνου, απαιτεί από το άτομο να αλλάξει τις συνήθειές του, τις σχέσεις του με τους ανθρώπους ή την εικόνα που έφτιαξε για τον εαυτό του. Μπορεί να είναι θετική εμπειρία ή να απαιτεί αρκετή ενδοσκόπηση, ακόμη μπορεί να φέρει συγκινησιακές συγκρούσεις στην επιφάνεια.

#### 6.4.δ. Η ψυχολογική πορεία του καρκίνου

Οι SIMONTON, MATTHEWS-SIMONTON, CREIGHTON, μέσα από το βιβλίο τους “Γίνε ξανά καλά”, αναφέρουν πέντε βήματα της ψυχολογικής πορείας, που συχνά προηγούνται του καρκίνου :

α) Οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας μας οδηγούν σε αποφάσεις που καθορίζουν ένα πρότυπο για τον εαυτό μας. Πολλές αποφάσεις της παιδικής ηλικίας είναι θετικές και έχουν γενικά ευεργετική επίδραση στη ζωή μας. Από την άλλη, πολλές από αυτές είναι αρνητικές. Σε μερικές περιπτώσεις, οι αποφάσεις αυτές πάρθηκαν κάτω από την επήρεια τραυματικών και επώδυνων εμπειριών. Αυτό που έχει ενδιαφέρον είναι, ότι οι αποφάσεις που έχει πάρει το άτομο στην παιδική ηλικία, περιορίζουν τις κατοπινές πηγές του, για να τα βγάλει πέρα με το στρες. Με την ενηλικίωση οι περισσότερες

από αυτές τις αποφάσεις της παιδικής ηλικίας παύουν να είναι πια συνειδητές.

β) Το άτομο συγκλονίζεται από γεγονότα της ζωής του γεμάτα άγχος. Το μεγάλο στρες είναι πρόδρομος του καρκίνου. Τα κρίσιμα στρες που έχουν ανακαλύψει είναι εκείνα που απειλούν το εγώ του ατόμου, την ταυτότητά του. Σε αυτά μπορεί να συμπεριληφθεί ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή η διάλυση μίας σχέσης.

γ) Τα άγχη δημιουργούν προβλήματα που το άτομο δεν γνωρίζει πως να τα χειριστεί.

Δεν είναι μόνο το στρες που δημιουργεί προβλήματα, αλλά και η ανικανότητα του ατόμου να τα βγάλει πέρα μαζί του. Όταν ο άνθρωπος εκφράζει σπάνια τα συναισθήματά του, αισθάνεται παγιδευμένος όταν αντιμετωπίζει μία κατάσταση που μπορεί να βελτιωθεί μόνο αν ο ίδιος εκφραστεί ανοιχτά.

δ) Το άτομο δεν βλέπει τρόπο αλλαγής των κανόνων αντίδρασης και έτσι αισθάνεται παγιδευμένο και αβοήθητο στη λύση του προβλήματος. Πριν γίνουν ασθενείς έβλεπαν τους εαυτούς τους σαν “θύματα”, γιατί οι περισσότεροι ασθενείς δεν αισθάνονται πια ικανοί να αλλάξουν τη ζωή τους με τρόπο που θα μπορούσε να λύσει τα προβλήματα ή να μειώσει το στρες τους. Η ζωή κυλούσε, δεν την έλεγχαν. Το συνεχιζόμενο στρες ήταν γι’ αυτούς απόδειξη ότι το πέρασμα του χρόνου και οι παραπέρα εξελίξεις δεν θα βελτίωναν την μοίρα τους.

ε) Το άτομο αποστασιοποιείται από το πρόβλημα του και έτσι γίνεται στατικό, άκαμπτο και δεν αλλάζει. Επιφανειακά φαίνεται ότι το άτομο αντιμετωπίζει καλά τη ζωή του, αλλά για τον ίδιο η ζωή δεν έχει άλλο νόημα, από το να διατηρεί τις συμβατικότητες. Η σοβαρή ασθένεια ή ο θάνατος αντιπροσωπεύουν μία λύση, μία διέξοδο ή μία αναβολή του προβλήματος. Πολλοί ασθενείς θυμούνται αυτή την πορεία των σκέψεών τους, υπάρχουν και άλλοι που δεν τις συνειδητοποιούν. Τα συναισθήματα

ανικανότητας κυριαρχούν πριν την έναρξη της ασθένειας, όπως επίσης και συναισθήματα απελπισίας. Η διαδικασία αυτή, υποστηρίζουν οι SIMONTON, CREIGHTON και MATTHEWS - SIMONTON, επιτρέπει στον καρκίνο να αναπτυχθεί. Τονίζουν, επίσης, πως οι συναισθηματικές καταστάσεις του κάθε ατόμου, όπως συμβάλλουν στην ασθένεια, εξίσου μπορούν να συνεισφέρουν στην υγεία. Ο καθένας από τους ανθρώπους διαλέγει, όχι πάντα, συνειδητά, την αντίδρασή του. Ο καθένας μας δίνει στα συμβάντα της ζωής μας το νόημά τους. (SIMONTON CARLES., STEPHANIE MATTHEWS-SIMONTON, CREIGHTON JAMES, 1988, σελ. 86 – 89).

Η αίσθηση της ανεπανόρθωτης απώλειας μπορεί να έρθει σε οποιαδήποτε ηλικία. Η προσωπικότητα του καρκινοπαθή είναι τέτοια ώστε μία κρίσιμη απώλεια κάποιας σημαντικής σχέσης, σε οποιαδήποτε στιγμή της ζωής προκαλεί απελπισία. Ο Lawrence Leshan απέδειξε, μέσα από τις μελέτες του, ότι παρόλο που ο καρκινοπαθής έχει πολύ μεγαλύτερο απόθεμα συγκίνησης από όση είναι ικανός να εκφράσει, του είναι αδύνατο να αντλήσει από αυτή τη συγκίνηση για να υπερασπιστεί τον εαυτό του. Εφόσον ο εαυτός του είναι στερημένος, ανίκανος να πετύχει τους άφραστους στόχους που του είχε βάλει ο ίδιος καρκινοπαθής, οι συγκινησιακές ανάγκες του δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν.

Η βαθιά ανησυχία, η απογοήτευση και η έλλειψη ελπίδας ακολουθούνται σύντομα από την εμφάνιση και την ανάπτυξη του καρκίνου, ώστε ελάχιστες αμφιβολίες μπορούμε να έχουμε ότι η ψυχική κατάπτωση αποτελεί μία σημαντική προσθήκη στους άλλους παράγοντες που ευνοούν την εξέλιξη της καρκινογενούς κατάστασης. Υπάρχει σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και του καρκίνου. Έτσι, για να μπορέσει να αλλάξει η συγκινησιακή κατάσταση του ασθενούς που τον εμποδίζει να αγωνιστεί για τη ζωή του, θα πρέπει να ανακαλύψουν ξανά την συγκινησιακή δύναμή του και να αγαπήσει, να νοιαστεί για τον εαυτό του.

Επομένως, για να αγωνιστεί ο καθένας μας για τη ζωή του πρέπει να διαθέτει τις δυνατότητες που αποκτά όταν παραδέχεται τον εαυτό του και τον εγκρίνει. (Lawrence Leshan, 1999, σελ. 111 – 119).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 7.1 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΙΣ ΦΥΣΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΕΣ

Μία καταστροφή επιφέρει ριζική αναστάτωση στη μέχρι τότε μορφή της οικονομικής και κοινωνικής ζωής της κοινότητας, αναγκάζει μάλιστα τους κατοίκους να απομακρυνθούν από τα σπίτια τους και να καταφύγουν σε άλλες πόλεις και περιοχές ή σε πρόχειρους καταυλισμούς, οι οποίοι στήνονται στους ελεύθερους χώρους. Όπως είναι επόμενο και για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα οι δραστηριότητες της κοινότητας ατονούν και οι άνθρωποι έρχονται αντιμέτωποι με άμεσα και πειστικά προβλήματα τόσο για πρακτικά ζητήματα όσο και για την αποκατάσταση της ψυχολογικής αστάθειας που έχουν περιέλθει (Εκλογή, Ιούλιος - Αύγουστος - Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 99).

Το “σοκ” από την καταστροφή, ο θάνατος ή ο τραυματισμός αγαπημένων προσώπων, η διάσπαση της οικογένειας, οι αλλαγές στις συνθήκες διαβίωσης, η απώλεια υλικών αγαθών, η σωματική αναπηρία ύστερα από τραυματισμό, η απώλεια εισοδήματος ή απασχόλησης δημιουργούν προβλήματα και επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να δραστηριοποιηθεί και να χειριστεί τα προβλήματά του.

Ο αντικειμενικός στόχος της κοινωνικής υπηρεσίας θα πρέπει να είναι η εντόπιση και παροχή βοήθειας στα άτομα εκείνα που “υποφέρουν” συναισθηματικά ή σε εκείνα που οι βασικές τους ανάγκες δεν καλύπτονται. Ειδικής προσοχής χρήζουν οι “ευαίσθητες” πληθυσμιακές ομάδες (μικρά παιδιά, άτομα με ειδικές ανάγκες, υπερήλικες, έγκυες γυναίκες) ενώ η κοινωνική υπηρεσία θα πρέπει να λειτουργεί σαν γέφυρα μεταξύ των “θυμάτων” και των μέσων και υπηρεσιών της κοινότητας, με απώτερο

σκοπό την εμπλοκή των ενδιαφερομένων στο σχεδιασμό των προγραμμάτων για την αποκατάστασή τους (Εκλογή, Απρίλης 1984, σελ. 22).

➤ **Ευάλωτες Πληθυσμιακές ομάδες : Μέτρα Προστασίας και συστήματα υποστήριξής τους σε περιπτώσεις εκτάκτων αναγκών**

Ως ευάλωτες χαρακτηρίζονται οι ομάδες ατόμων που βρίσκονται σε μερική ή πλήρη αδυναμία να καλύψουν τις ανάγκες τους και να προστατεύσουν τους εαυτούς τους σε ομαλές καταστάσεις, ιδιαιτέρως σε δύσκολες καταστάσεις και σε έκτακτες ανάγκες. Τέτοια άτομα είναι :

- Μικρά παιδιά, έγκυες γυναίκες
- Ανάπηροι : σωματικά, πνευματικά, ψυχικά, κοινωνικά
- Ασθενείς, τραυματισμένοι, κατάκοιτοι, πενθούντες, φυλακισμένοι
- Ηλικιωμένοι
- Πολυπροβληματικές οικογένειες
- Υποβαθμισμένες συνοικίες των μεγάλων αστικών κέντρων, οικισμοί που λόγω γεωφυσικών κοινωνικών χωροταξικών δεδομένων αντιμετωπίζουν αυξημένους κινδύνους (Εκλογή, τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος 1986, σελ. 59).

➤ **Καταστάσεις Εκτάκτων Αναγκών**

Δημιουργούνται σε περιπτώσεις καταστροφών από φυσικές αιτίες, όπως από σεισμούς, πλημμύρες, πυρκαϊές, μόλυνση του περιβάλλοντος, πολέμους και άλλες αιτίες που θίγουν τον πληθυσμό της περιοχής.

➤ **Μέτρα προστασίας**

Οι ανθρώπινες κοινωνίες από την εμφάνισή τους θεώρησαν ως ηθική και κοινωνική υποχρέωσή τους να δείχνουν το ενδιαφέρον τους ποικιλότροπα για την προστασία των αδυνάτων μελών σε καταστάσεις εκτάκτων αναγκών.

Στις μέρες μας στόχος του σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής είναι η ισοδύναμη κατανομή των πόρων, μέσων, υπηρεσιών στον πληθυσμό και η υποστήριξη των ευάλωτων ομάδων. Τα μέτρα αυτά προστασίας χρειάζεται να σχεδιασθούν έτσι, ώστε να προετοιμάζουν :

α) άμεσα τον πληθυσμό να αντιμετωπίσει μία πιθανή περίπτωση έκτακτης ανάγκης,

β) μακροπρόθεσμα, για να ενδυναμωθεί και να καλλιεργηθεί η ατομική, ομαδική και συλλογική συμπεριφορά και ο πληθυσμός να είναι σε θέση να λειτουργήσει προστατευτικά και με συναίσθημα αλληλοβοήθειας σε καταστροφικές περιπτώσεις και επείγουσες συνθήκες.

Μία τέτοια προετοιμασία απαιτεί αλλαγή στην στάσεων της οικογένειας και προετοιμασία, στο μέτρο του δυνατού, των παιδιών για όλες τις φάσεις και πιθανές αντιξοότητες της ζωής όπως ασθένεια, αναπηρία, γηρατειά, θάνατο, έκτακτες ανάγκες. Χρειάζεται επίσης όμως και ανάλογη προσπάθεια από το εκπαιδευτικό σύστημα και σωστή διαπαιδαγώγηση των παιδιών σ' αυτά τα θέματα.

Επιπρόσθετα και ο πληθυσμός απαιτείται να ενημερωθεί για την παροχή βοήθειας στις ευάλωτες ομάδες και για αυτά τα άτομα που εμπίπτουν στον ευάλωτο πληθυσμό πρέπει να υπάρχει μέριμνα για πριν την καταστροφή, κατά τη διάρκεια αυτής και μετά την καταστροφή κατά την εφαρμογή των προγραμμάτων αποκατάστασης. Επίσης, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ιδιαιτερότητες αυτών των ατόμων κατά το σχεδιασμό κτιρίων ώστε να εξασφαλίζεται η δυνατότητα μετακίνησής τους και η προστασία τους (Εκλογή, τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 59 – 60).

## 7.2 ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ, ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΒΙΩΣΕΙ ΜΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ

Η προστασία των ευάλωτων ομάδων μπορεί να στηριχθεί σε πέντε βασικά κοινωνικά συστήματα :

1. Οικογένεια : Αποτελεί τον βασικό πυρήνα για την ανάπτυξη των παιδιών και μπορεί να σταθεί καταλυτικός παράγοντας στη διαπαιδαγώγησή τους. Έτσι το παιδί ετοιμάζεται για ώριμη και ολοκληρωμένη ζωή και γίνεται ικανό να χειρισθεί τις έκτακτες ανάγκες και τις απότομες αλλαγές που διαδραματίζονται στη ζωή του.

2. Σχολείο – Εκπαιδευτικό Σύστημα : Η έγκαιρη προετοιμασία και με τη συμβολή του εκπαιδευτικού συστήματος συμβάλλει στην σωστή ανάπτυξη και ετοιμότητα τόσο στην αντιμετώπιση πρακτικών θεμάτων όσο και στην ψυχολογική ετοιμότητα που κατά κύριο λόγο συσχετίζεται με την κατάκτηση της ψυχολογικής ωριμότητας και διαμόρφωση ολοκληρωμένης προσωπικότητας.

3. Κοινότητα – Συνοικία – Γειτονιά : Η σωστή ενημέρωση της γειτονιάς βοηθάει και συμβάλλει άμεσα στην οργάνωση και στην κινητοποίηση για προστασία των ευάλωτων ομάδων. Σ' αυτό θα βοηθήσει η γενική ενημέρωση των κατοίκων της κοινότητας, η συνεργασία με τις οικογένειες, τους οργανισμούς, τα ιδρύματα και ο συντονισμός των δραστηριοτήτων όχι μόνο σε έκτακτες ανάγκες αλλά και σε ομαλές.

4. Οι υπηρεσίες, οργανισμοί και τα ιδρύματα προστασίας για τις ευάλωτες ομάδες : Οι οργανισμοί αυτοί μπορούν και επιβάλλεται να αναλάβουν την κύρια ευθύνη για την προστασία των ομάδων αυτών στις έκτακτες περιστάσεις. Ένας τέτοιος σχεδιασμός θα στηριχθεί στη συνεργασία, αλληλοενημέρωση και ειδική εκπαίδευση όλων των επαγγελματιών στελεχών.

Με αυτόν τον τρόπο θα εξασφαλισθεί η ειδική υποδομή και θα αναπτυχθούν οι μέθοδοι και οι τρόποι αντιμετώπισης της κάθε ομάδας σε έκτακτες ανάγκες.

Συγχρόνως, απαιτείται συνεργασία των οργανισμών αυτών με τις κρατικές υπηρεσίες, τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, της Εκκλησίας αλλά και άλλων θεσμών, στο τοπικό και στο εθνικό επίπεδο, προκειμένου να οργανώνονται συντονισμένες ενέργειες.

5. Το κράτος και οι υπηρεσίες του : Στο γενικό σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής το κράτος έχει την ευθύνη εφαρμογής μέτρων προστασίας των ευάλωτων ομάδων, μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών. Τα μέτρα αυτά θα πρέπει ασφαλώς να είναι συγκεκριμένα, λεπτομερή και συνεχώς να επανεξετάζονται.

Αξίζει να αναφερθεί η σπουδαιότητα συνεργασίας μεταξύ των πέντε βασικών κοινωνικών συστημάτων, ώστε τα άτομα να προετοιμάζονται για την αποτελεσματική αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης (Εκλογή, τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 60 – 62).

Διεθνείς Οργανισμοί με μεγάλη παράδοση στην άμεση κινητοποίηση και σχεδιασμό προγραμμάτων βοήθειας, όπως ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός, UNDRO (Office of the United Nations Disaster Relief Coordinator), Unicef κ.α., στηριζόμενοι στην εμπειρία τους, αναγνωρίζουν ότι τα “θύματα” μίας καταστροφής εκτός της πρακτικής βοήθειας, χρήζουν κυρίως υποστήριξης για να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα ειδικά κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα τους και να ανακτήσουν την αυτοδυναμία και την ανεξαρτησία τους (Εκλογή, τεύχος Απρίλιος 1989, σελ. 22).

Το “σοκ” από την καταστροφή, ο θάνατος ή ο τραυματισμός αγαπημένων προσώπων, η διάσπαση της οικογένειας, οι αλλαγές στις συνθήκες διαβίωσης, η απώλεια υλικών αγαθών, η σωματική αναπηρία, η απώλεια εισοδήματος ή απασχόλησης προκαλούν προβλήματα με αντίκτυπο

στην ικανότητα του ατόμου να δραστηριοποιηθεί για την αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Ο αντικειμενικός στόχος της Κοινωνικής Υπηρεσίας θα πρέπει να είναι ο εντοπισμός και η προσφορά βοήθειας στα άτομα που “πάσχουν” συναισθηματικά. Ειδική προσοχή και μέριμνα χρειάζονται οι “ευαίσθητες” πληθυσμιακές ομάδες, όπως μικρά παιδιά, άτομα με ειδικές ανάγκες, υπερήλικες, έγκυες και γενικά άτομα που η καταστροφή έχει υπερτονίσει τα οικογενειακά τους προβλήματα.

Η Κοινωνική Υπηρεσία οφείλει να λειτουργήσει σαν γέφυρα μεταξύ των “θύμάτων” και των υπηρεσιών της κοινότητας, να δημιουργήσει σωστά κανάλια επικοινωνίας μεταξύ των ενδιαφερομένων και των οργανώσεων εμπλέκοντας τα άτομα που έχουν πληγεί στο σχεδιασμό των προγραμμάτων για την άμεση αποκατάστασή τους (Εκλογή, τεύχος Απρίλιος 1984, σελ. 22).

### **7.3 ΟΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥΣ ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ STRESS**

Είναι απαραίτητο να τονίσουμε ότι τόσο τα “θύματα” όσο και οι επαγγελματίες και οι εθελοντές των ομάδων βοήθειας είναι “ευάλωτοι” στο stress. Ο βαθμός “ευαισθησίας” και αντοχής τους επηρεάζεται από τα προηγούμενα βιώματα απέναντι στο γεγονός μίας απώλειας και σε γενικές γραμμές από τη δομή της προσωπικότητάς τους. Το προσωπικό των ομάδων βοήθειας πρέπει να κατανοεί την ανθρώπινη συμπεριφορά κάτω από συνθήκες πίεσης και άγχους και να μάθει να δουλεύει μαζί με τα άτομα που εξυπηρετεί ως μέλος μίας υποστηρικτικής ομάδας.

- Η συμπεριφορά των ατόμων ποικίλει ανάλογα :
  - α) με το άτομο και τη συμπεριφορά του,
  - β) τις συνθήκες στις οποίες βρίσκεται κατά τη διάρκεια της καταστροφής,

γ) το είδος και τη διάρκεια της καταστροφής,

δ) τα αποτελέσματα.

Η αιτιολογία του stress μπορεί να είναι :

α) Απειλή της οικογένειας

- θάνατος μελών
- χωρισμός
- τραυματισμός

β) Απειλή της περιουσίας

- καταστροφή σπιτιού
- απώλεια περιουσιακών στοιχείων

γ) Απειλή κατά του ίδιου

- τραυματισμός
- ασθένεια
- κούραση
- στέρηση ύπνου και φαγητού
- θόρυβος

δ) Θλίψη – Έντονη αντίδραση σ' όλες τις μορφές αποστέρησης (απώλεια προσώπων, αλλαγές στον τρόπο και στα δεδομένα ζωής κ.λπ.) (Εκλογή, τεύχος Απριλίου 1984, σελ. 23).

### ➤ Αντιδράσεις στο stress

Οι αντιδράσεις που εμποδίζουν τα άτομα να κινητοποιηθούν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους μπορούν να έχουν την εξής ταξινόμηση :

1) Σωματικές Αντιδράσεις :

- Σοκ
- Ταχυκαρδία
- Γρήγορη Αναπνοή
- Ναυτία, έμμετος

- Ξηροστομία
- Διαταραχές στην όρεξη και στην πέψη
- Αϋπνία

## 2) Ψυχολογικές Αντιδράσεις :

α) Θριαμβευτική Ευφορία : Μπορεί να παρατηρηθεί όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ότι έχει επιζήσει. Είναι μικρής διάρκειας αντίδραση και αφορά στάδιο συνειδητοποίησης του γεγονότος καθώς το άτομο βλέπει τους γύρω του να έχουν χάσει αγαπημένα πρόσωπα και να έχουν πληγεί περισσότερο.

β) Δυσπιστία / Απόσυρση : Καθώς η καταστροφή είναι μία πραγματικότητα κάποια άτομα ενεργοποιούν το μηχανισμό της άρνησης και δε θέλουν να πιστέψουν στο γεγονός. Τότε είναι εμφανή τα σημάδια της απόσυρσης και της δυσκολίας στο χειρισμό τέτοιων καταστάσεων.

γ) Θυμός : Συνήθως το άτομο επιρρίπτει ευθύνη στους άλλους, ιδίως στις αρχές και κατηγορεί αβίαστα φορείς και εκπροσώπους.

δ) Ενοχή : Σύνηθες είναι και το φαινόμενο των ενοχικών συναισθημάτων. Το άτομο μπορεί να αναπτύξει σύμπλεγμα ενοχών για φανταστικούς λόγους π.χ. για τυχόν του παραλείψεις όσον αφορά τα προστατευτικά μέτρα που θα ήταν καλό να είχαν ληφθεί, για τη βοήθεια που τυχόν δεν προσέφερε κ.λπ.

ε) Φόβος / Ανικανότητα : Νιώθει φόβο και καταλαμβάνεται από έντονο άγχος για μελλοντικά ανάλογα γεγονότα και συγχρόνως ανικανότητα να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις που θα προκύψουν.

### στ) Υπερβολικές Αντιδράσεις ή Υπεραντιδράσεις :

- παθητικότητα
- υπερ – δραστηριότητα (έντονες συζητήσεις με εριστική διάθεση, αστεϊσμοί και τάσεις για κριτική, προσφορά βοήθειας με τρόπο που συνηθέστερα ενοχλεί και αυξάνει το άγχος και την ψυχολογική ένταση στους άλλους)



- διάδοση φημολογιών (π.χ. για επικείμενη καταστροφή, για επιδημίες κ.λπ.) (Εκλογή, τεύχος Απρίλιος 1984, σελ. 23 – 24).

## 7.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

### 1. Περίοδος κατά τη διάρκεια της καταστροφής – Μετά το Γεγονός – Περίοδος Αποκατάστασης

Σε γενικές γραμμές η άμεση αντίδραση σε ένα απρόσμενο γεγονός, που απειλεί τη ζωή, είναι ο φόβος που διεγείρει την ενστικτώδη αντίδραση για αυτοπροστασία. Μπορούμε να διακρίνουμε δύο καταστάσεις – αυτήν της δυσπιστίας ή της άρνησης και αυτήν της διέγερσης και τη δραστηριοποίησης, καθώς η πραγματικότητα είναι αμείλικτη και απαιτεί έργα και άμεσες ενέργειες.

Η αντίληψη ότι τα άτομα γίνονται “υστερικά” στην παρουσία του κινδύνου δε στηρίζεται σε δεδομένα έρευνας και αυτό που χαρακτηρίζεται ως μη αποτελεσματική συμπεριφορά μπορεί να θεωρηθεί ως απόρροια του γεγονότος, ότι οι άνθρωποι αισθάνθηκαν μόνο περιορισμένη δυνατότητα επιλογής για δράση.

Ένα άλλο στερεότυπο συμπεριφοράς εκτός της υστερίας και του πανικού είναι και το στερεότυπο της εξάρτησης των θυμάτων. Τα άτομα δηλαδή μοιάζουν συγκεχυμένα, ανίκανα, απόλυτα εξαρτημένα από εξωτερική βοήθεια για καθοδήγηση και οργάνωση. Οι πληγέντες μένουν απαθείς και το σύνδρομο της καταστροφής (disaster syndrome) καταβάλλει τους περισσότερους. Συνήθως μέσα όμως σε σύντομο χρονικό διάστημα αποκτούν αυτοέλεγχο και συμμετέχουν σε εκδηλώσεις αμοιβαίας βοήθειας (Εκλογή, τεύχος Απρίλιος 1984, σελ. 25 – 26).

Τα προβλήματα που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια που λαμβάνει χώρα το καταστροφικό γεγονός κατά κύριο λόγο είναι :

Η ασυντόνιστη δραστηριότητα : Για τον εξωτερικό παρατηρητή, που μπαίνει σε μία περιοχή τις πρώτες ώρες της καταστροφής, η συμπεριφορά των θυμάτων του φαίνεται παράλογη, χαοτική, συγκεχυμένη και τόσο αντιφατική που φαίνεται σαν να μην έχει λογική βάση. Παρατηρούμε μία κοινωνική αποδιοργάνωση, που αφορά μία ασυντόνιστη ενέργεια σε ένα γενικότερο κοινοτικό και κοινωνικό επίπεδο. Στη δημιουργία αυτού του τύπου κοινωνικής αποδιοργάνωσης φαίνεται να συντελούν συνήθως δύο ανθρώπινες αντιδράσεις :

α) η τάση να ιδιαιτεροποιούν και να προσωποιούν την καταστροφή, να θεωρούν δηλαδή ότι συνέβη μόνο σ' αυτούς και στο άμεσο περιβάλλον τους,

β) η ανησυχία και το ενδιαφέρον για την οικογένεια και τους φίλους τους. Αμέσως μετά την καταστροφή τα "θύματα" που έχουν χωριστεί από την οικογένειά τους αρχίζουν απεγνωσμένες προσπάθειες για να εντοπίσουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Η σύγκρουση ρόλων : Η ανησυχία και το άγχος, αποτέλεσμα του αποχωρισμού από την οικογένεια είναι από τις βασικότερες αιτίες για τη δημιουργία σύγκρουσης ρόλου στις έκτακτες ανάγκες. Άτομα που είναι επιφορτισμένα να φέρουν σε πέρας συγκεκριμένα καθήκοντα (π.χ. γιατροί, συνεργεία διάσωσης κ.λπ.) καλούνται να επιλέξουν μεταξύ της τάσης να δώσουν προτεραιότητα σε συγγενικά ή φιλικά τους πρόσωπα και της υποχρέωσης τους να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους, της διάσωσης και της παροχής βοήθειας.

Τα προβλήματα οργάνωσης και συντονισμού : Το ουσιαστικότερο μέρος του προβλήματος του συντονισμού προέρχεται κυρίως από ανεπίσημες αυθόρμητες ενέργειες ατόμων που ζουν έξω από την περιοχή και από οργανώσεις που σπεύδουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Εκτός από αυτή τη φυσική μετακίνηση ατόμων, μηνύματα αγωνίας και προσφορές βοήθειας φθάνουν και από άλλα τμήματα της χώρας, υπερφορτίζοντας τα

δίκτυα επικοινωνίας. Ο καθηγητής του ερευνητικού κέντρου στις Η.Π.Α.

E.L. Quarantelli αναφέρει ότι προβλήματα επικοινωνίας παρατηρούνται :

- μέσα στις οργανώσεις
- μεταξύ των οργανώσεων
- από τις οργανώσεις στο κοινό
- από το κοινό στις οργανώσεις
- στα συστήματα των οργανώσεων.

Η περίοδος της αποκατάστασης μπορεί να διαρκέσει επί μήνες, καθώς τα άτομα αναλαμβάνουν δραστηριότητες για την ανακούφιση τη δική τους και των άλλων. Αρχίζει σταδιακά το στάδιο συνειδητοποίησης της κατάστασης που έχουν περιέλθει και ενώ εξακολουθούν τα συναισθήματα της θλίψης, της οδύνης και του πόνου να είναι αισθητά γενικά είναι έντονη η τάση για έκφραση αυτού και μνησικακίας εναντίον υπηρεσιών και αρχών, που θεωρούν υπεύθυνους για τα γεγονότα που διαδραματίζονται.

## **7.5 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΑΠΕΙΛΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ**

Σύμφωνα με τους LEVINE P&FREDERICK A, στο βιβλίο τους, Το ξύπνημα της Τίγρης, αναφέρονται τα ακόλουθα :

1) Το γεγονός αυτό καθ' αυτό. Σημαντική είναι η διάρκεια του γεγονότος, η ένταση της απειλής και η συχνότητα επανάληψης του. Τα γεγονότα που είναι έντονα και διαρκή παρουσιάζουν τις μεγαλύτερες προκλήσεις.

2) Το πλαίσιο ζωής του ατόμου τη στιγμή του τραυματισμού. Η στήριξη ή η έλλειψη του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος μπορεί να είναι καταλυτικός παράγοντας. Σημαντικός επίσης είναι και ο ρόλος της

κακής υγείας, του συνεχιζόμενου στρες, κόπωσης ή κακής ψυχολογικής διάθεσης.

3) Τα φυσικά χαρακτηριστικά του ατόμου : Μερικοί άνθρωποι είναι εκ γενετής πιο ανθεκτικοί στα ψυχοφθόρα περιστατικά της ζωής. Σημαντικά χαρακτηριστικά είναι επίσης αυτά της ηλικίας, του επιπέδου ψυχοφυσιολογικής ανάπτυξης και αντοχής του ατόμου.

4) Οι επίκτητες ικανότητες του ατόμου : Συνήθως τα άτομα που στερούνται εμπειριών ή δεξιοτήτων χειρισμού απειλητικών γεγονότων είναι πιο ευάλωτα στο τραύμα. Ταυτόχρονα όμως τονίζεται και η σπουδαιότητα των πρώιμων παιδικών χρόνων και οι τραυματικές μας αντιδράσεις συχνά έχουν τις ρίζες τους εκεί.

5) Η αίσθηση του ατόμου αναφορικά με την ικανότητά του να αντιμετωπίζει τον κίνδυνο : Κάποιοι άνθρωποι αισθάνονται απόλυτα ικανοί να υπερασπιστούν τον εαυτό τους μπροστά στον κίνδυνο. Πρόκειται δηλαδή για ένα αίσθημα αυτοπεποίθησης και μπορεί να συμβάλλουν στην ανάπτυξη του κάποιες πηγές ενέργειας, εξωτερικές ή εσωτερικές. Οι εξωτερικές σχετίζονται με όλα αυτά τα μέσα που παρέχει το περιβάλλον για να νιώθουμε ασφαλείς. Ενώ με τις εσωτερικές πηγές ενέργειας νοείται η βιωμένη αίσθηση του ατόμου για τον εαυτό του, σύμφωνα με τα βιώματά του.

6) Ιστορικό επιτυχίας ή αποτυχίας : Το κατά πόσο είμαστε ικανοί ή όχι να εφαρμόσουμε ενστικτώδη σχέδια δράσης και αυτοπροστασίας επηρεάζεται και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από προηγούμενες επιτυχίες μας ή αποτυχίες μας σε παρόμοιες καταστάσεις. (LEVINE P&FREDERICK A, 2000, σελ. 67 – 70).

## ΕΝΟΤΗΤΑ Γ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

#### 8.1 Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΘΑΝΑΤΟΥ

Πολλοί άνθρωποι μπορούν και ξεπερνούν μόνοι τους μία δύσκολη κατάσταση στη ζωή τους, χωρίς να ζητήσουν βοήθεια ποτέ από κάποιον ειδικό. Σε αντίθεση με αυτά τα άτομα, υπάρχουν και άλλα που νιώθουν, ότι δεν μπορούν να ξεπεράσουν το δυσάρεστο γεγονός που βίωσαν και ζητούν τη βοήθεια ενός επαγγελματία, ενός ειδικού, ώστε να τους στηρίξει ψυχολογικά, συναισθηματικά και κοινωνικά για να διευκολυνθούν οι διαδικασίες του θρήνου κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Έναν από τους κυριότερους σκοπούς που πρέπει να υπηρετεί ένας επαγγελματίας είναι να διευρύνει τις δυνατότητες του πενθούντα να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες που βιώνει (G.Party, 1996, σελ. 118 – 123).

Ως υποστηρικτικό άτομο, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι να επικυρώσει το τραύμα του ατόμου που το μοιράζεται μαζί του. Πρέπει να μπει στο χάρτη του κόσμου του ατόμου που έρχεται για βοήθεια, για να τον απεικονίσει και να μπορεί να δει τον εαυτό του πιο καθαρά.

Υπάρχουν στιγμές που είναι πολύτιμο να βοηθάς ένα άτομο να επικεντρωθεί στις δυνάμεις του παρά στα τραύματά του, αλλά στην προκειμένη περίπτωση η εργασία είναι συναισθηματική. Οι ερωτήσεις που αρμόζουν στην παραπάνω διεργασία δεν είναι σίγουρα αυτές που αναγκάζουν το άτομο να σκεφτεί. Κρίνεται δηλαδή η διαδικασία επεξεργασίας και κατανόησης των πραγματικών του συναισθημάτων, τα οποία πιθανότατα να είναι συγκεχυμένα και συγκαλυμμένα (Liderman, 1944, σελ. 144).

Σήμερα είναι γενικώς αποδεκτό ότι αν θέλουμε να δώσουμε στο πένθος μία ευνοϊκή διέξοδο είναι απαραίτητο για το άτομο που πενθεί να εκφράζει τα συναισθήματά του. “Δώστε στη λύπη λόγια”, έγραφε ο Σαίξπηρ, “η θλίψη δε μιλά, αλλά δουλεύει μέσα στην καρδιά και τη θρυμματίζει”.

Ο πενθών με όλη του τη συναισθηματική ύπαρξη δείχνει να μάχεται ενάντια στη μοίρα του, προσπαθώντας να γυρίσει πίσω το χρόνο και να ανακτήσει τις ευτυχισμένες στιγμές που ξαφνικά έχασε. Έτσι αντί να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα και να συμβιβαστεί καθηλώνεται και “κολλάει” συναισθηματικά στην μάχη με το παρελθόν.

Εάν επιθυμούμε λοιπόν να βοηθήσουμε πραγματικά τον πενθούντα οφείλουμε να δούμε τα πράγματα από τη δική του σκοπιά και να δείξουμε σεβασμό στα συναισθήματά του, ακόμα και αν τα θεωρούμε άτοπα και εξωπραγματικά. Μόνο, όταν ο πενθών νιώσει ότι τον κατανοούμε και του συμπαραστεκόμαστε υπάρχουν πιθανότητες να εκφράσει τα αισθήματα που ξεχειλίζουν μέσα του, τη λαχτάρα για επιστροφή του χαμένου προσώπου, την ελπίδα ότι όλα θα ξαναγίνουν όπως πριν, την οργή του για την εγκατάλειψη, τις άδικες θυμωμένες μορφές εναντίον “των ανεπαρκών γιατρών”, “των άχρηστων νοσοκόμων” και κυρίως εναντίον του ένοχου εαυτού του, που αν είχε πράξει διαφορετικά ίσως είχε αποφευχθεί η συμφορά.

Ο ρόλος μας θα πρέπει να είναι ρόλος συντρόφου και υποστηρικτή, θα πρέπει να έχουμε την προθυμία να εξερευνήσουμε τις επιθυμίες, τις ελπίδες, τις συγχεχυμένες εξωπραγματικές πιθανότητες που εξακολουθεί και πιστεύει, καθώς τη μεταμέλεια, τις μομφές και απογοητεύσεις που τον βασανίζουν (John Bowlby, σελ. 138 – 141).

Τα συναισθήματα που θέλει να εκφράσει ο πενθών και μερικές φορές να τα ανακαλύψει πρώτα, ώστε να κάνει πρόοδο και να αρχίζει να κατακτά ψυχολογική ωριμότητα, είναι η αναζήτηση του αδύνατου, ο άκρατος θυμός,

η αδυναμία να κλάψει, ο φόβος της επερχόμενης μοναξιάς, η ικεσία για συμπάθεια και στήριξη. Η έκφραση αυτών των συναισθημάτων, στην καλύτερη περίπτωση, φαίνεται ταπεινωτική και ευάλωτη σε κριτική και περιφρόνηση και συχνά αυτός ο λόγος συνηγορεί για την απώθηση και απόκρυψή τους.

Στην προκειμένη περίπτωση εύλογα προκύπτει το ερώτημα γιατί μερικά άτομα δυσκολεύονται περισσότερο από κάποια άλλα στην έκφραση του θρήνου τους.

Η κύρια αιτία δυσκολίας, σύμφωνα με τον συγγραφέα του βιβλίου “Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών”, John Bowlby, έκφρασης συναισθημάτων θρήνου εντοπίζεται και ανάγεται στις εμπειρίες που αποκομίζει κανείς μέσα στην οικογένειά του. Συνήθως αυτές οι οικογένειες απαιτούν από το νεαρό μέλος της να ωριμάσει γρήγορα και να αποκοπεί από “συναισθηματισμούς”, καθώς αυτοί είναι εκδηλώσεις παιδιάστικες και δείγμα έλλειψης θάρρους και δυναμισμού.

Όταν λοιπόν το μέλος αυτής της οικογένειας έρθει αντιμέτωπο με μία σοβαρή απώλεια ή αποχωρισμό, αντί να εκφράσει τα συναισθήματα και τις αγωνίες από τις οποίες κατακλύζεται και κατακυριεύεται, έχει την τάση να τα καταπνίγει.

Η αποφυγή επεξεργασίας “δύσκολων” συναισθηματικών καταστάσεων μετά από απώλεια, είναι μία σημαντική παθολογία. Υπάρχουν όμως κάποια χαρακτηριστικά τα οποία διαφοροποιούν τις χρόνιες αντιδράσεις του θρήνου. Πρώτον, όταν το είδος του δεσμού έχει χαρακτηριστικά εξάρτησης και ταύτισης της εικόνας μας με την ύπαρξη του άλλου ατόμου είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν ακόμα και σύντομοι αποχωρισμοί. Επίσης, όταν η σχέση μας με τον αποθανόντα ήταν αποκλειστική, δύσκολα είμαστε δεκτικοί στη μετάθεση αυτού του δεσμού σε ένα νέο πρόσωπο. Ίσως όμως η σχέση αυτή να ήταν αμφιθυμική και το άτομο που έφυγε από τη ζωή να δυσανασχετούσε με την κτητικότητα που

εισέπραττε. Στην προκειμένη περίπτωση είναι σύνηθες να αντιδρά το άτομο με συναισθήματα αυτομομφής, έντονης επικριτικότητας και αυτοτιμωρίας για δήθεν ελλιπή εκδήλωση ενδιαφέροντος και εκπλήρωση καθήκοντος (John Bowlby, σελ. 144 – 148). Η θεραπεία σε αυτά τα περιστατικά είναι μάλλον δύσκολη γιατί οι ίδιοι αρέσκονται να ζουν σε επανάληψη το οδυνηρό δράμα της απώλειας. Θετικά μπορεί να λειτουργήσει η προσπάθεια για επανασύνδεση με τον κόσμο και η κινητοποίηση για εμπλοκή στα κοινά.

Σημαντικό και ιδιαίτερα πολύτιμο συμπέρασμα είναι η άποψη ότι πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί κατά την διαγνωστική διαδικασία και να κινούμαστε με στόχο να δούμε τον κόσμο μέσα από τα μάτια των ασθενών. Βοηθητική είναι σαφώς και μία ουδέτερη και συναισθηματική τοποθέτηση μέσα από την οποία, όπως προκύπτει και εμπειρικά, μπορούμε να παρέχουμε ουσιαστική βοήθεια και να αποτελούμε ένα σταθερό πλαίσιο αναφοράς για τα άτομα που ζητούν την υποστήριξή μας για να απαλλαγούν από τη σύγχυση των συναισθημάτων του και το συνοθύλευμα των σκέψεών τους.

## 8.2 ΧΕΙΡΙΣΜΟΣ ΠΕΝΘΟΥΣ

Ο κατάλληλος χειρισμός του πένθους μπορεί να παρεμποδίσει μακροχρόνιες και σοβαρές επιπτώσεις στην κοινωνική προσαρμογή του ατόμου καθώς επίσης αυξάνονται και οι πιθανότητες για σωματικά συμπτώματα.

Ο ρόλος του θεραπευτή σκοπό έχει να βοηθήσει τον πενθούντα να απεμπλακεί από το δεσμό με τον νεκρό και να υιοθετήσει καινούριους τρόπους ικανοποιητικών σχέσεων.

Χρήσιμο και ωφέλιμο είναι να γνωρίζουμε πως όχι μόνο η υπερβολική αλλά και η μειωμένη αντίδραση στο θάνατο μπορεί και πρέπει να τυγχάνουν προσοχής, προκειμένου να αποφεύγονται συμπεριφορές σε



απροσδόκητο χώρο, που ίσως αποβούν ιδιαίτερες επικίνδυνες και καταστρεπτικές για την μετέπειτα εσωτερική γαλήνη και ηρεμία του ατόμου (Lidermann, 1994). Είναι επιπροσθέτως σημαντικό να αναθεωρηθεί η σχέση του αποβιώσαντα με τον πενθούντα για να αποδεχθεί ο δεύτερος τις αλλαγές στις συναισθηματικές του αντιδράσεις. Θα πρέπει δηλαδή να εξωτερικεύσει τη λύπη του γι' αυτόν που έχασε, να εκφράσει τα συναισθήματα ενοχής του και να βρει πρόσωπα του περιβάλλοντός του που θα λειτουργήσουν βοηθητικά και συνάμα ενισχυτικά. Σε περιπτώσεις που τα συμπτώματα είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν από το ίδιο το άτομο απαιτείται ειδικός χειρισμός.

Γενικώς, πρέπει να γίνει αντιληπτό το γεγονός ότι το πένθος δεν είναι τίποτε άλλο παρά μία μορφή αντίδρασης στο χωρισμό. Αυτού του είδους όμως ο χωρισμός χαρακτηρίζεται και στιγματίζεται από την αμετάβλητη οριστικότητα του. Ο καθένας μας όμως που έρχεται αντιμέτωπος μ' αυτήν την κατάσταση παίζει το ρόλο για τον οποίο μας εκπαίδευε η οικογένεια των παιδικών μας χρόνων και ανάλογα με τη δυναμική των ρόλων μας καθορίζεται και το αποτέλεσμα.

Για μερικά άτομα η επικοινωνία με τον θεραπευτή μπορεί να είναι η πρώτη πραγματική εμπειρία τους από μία καλή σχέση. Η πραγματική θεραπευτική αφύπνιση προκύπτει επειδή αποκαθίσταται η διαπροσωπική γέφυρα. Δημιουργείται ένας δεσμός εμπιστοσύνης και μία μορφή μεταβίβασης λαμβάνει χώρα.

Επειδή, ο θεραπευτής ενδιαφέρεται ειλικρινά για το άτομο τα “παλιά σενάρια” αντικαθίστανται και εγκαταλείπονται οι άμυνες. Ο πελάτης μπορεί τότε να νιώσει αρκετά ασφαλής ώστε να αισθανθεί τον αρχικό πόνο και καθώς το άτομο νιώθει τα συναισθήματά του, επανασυνδέεται ουσιαστικά με τον εαυτό του (Kubler Ross, 1988).

Η τεχνική της παρέμβασης είναι πολύ χρήσιμη για την αντιμετώπιση των εξαρτημένων ατόμων και για την κατάρρευση του τείχους της

αρνητικής συμπεριφοράς τους. Η άρνηση αυτή συνίσταται βασικά από τις αρνητικές ψευδαισθήσεις (μη επίγνωση του αποτελέσματος της συμπεριφοράς τους) και από την αμνησία (απόθεση των περασμένων καταστροφικών πράξεων που προκάλεσε η εξάρτηση).

Η παρέμβαση επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα όταν ο εξαρτημένος έχει μόλις εκδραματίσει ή έχει βιώσει τις συνέπειες της ανεξέλεγκτης συμπεριφοράς. Αυτοί που παίρνουν μέρος στην παρέμβαση είναι οι σημαντικοί άλλοι του εξαρτημένου – όσο το δυνατό περισσότεροι – και μερικοί υπεύθυνοι (Francoise Dolto, 2000).

Η θεραπευτική διαδικασία μπορεί επίσης να εξελιχθεί και σε ομαδικό επίπεδο. Ίσως η ομαδική θεραπεία δεν είναι κατάλληλη για όλους, όλα όμως εξαρτώνται κυρίως από την επιδεξιότητα του θεραπευτή να διευκολύνει την ομάδα.

Η σημαντικότερη απαίτηση για έναν θεραπευτή ομάδας είναι το υψηλό του επίπεδο εμπύχωσης. Η θεραπεία είναι περισσότερο τέχνη παρά επιστήμη. Οι καλοί θεραπευτές ομάδων ξέρουν πως να κάνουν τους άλλους να χαλαρώνουν από τον έλεγχο του εγώ τους και να επιτρέπουν να εξελίσσεται φυσιολογικά η ομαδική εργασία.

Αυτό απαιτεί από τους θεραπευτές να θέτουν όρια και να είναι σε θέση να χειρίζεται τη σιωπή αρνούμενος να μιλήσει ή να εξηγήσει. Αυτή η τακτική αναγκάζει την ομάδα να αναλάβει η ίδια την ευθύνη.

Όταν ένας θεραπευτής έχει καλά όρια, μπορεί να αντιπαραταθεί στην αυταπάτη και την άρνηση και να αρνηθεί να επιλύσει τα συναισθήματα των άλλων. Ένας αποτελεσματικός θεραπευτής δημιουργεί ένα ασφαλές περιβάλλον και όσο ασφαλέστερο είναι το περιβάλλον, τόσο λιγότερο τα μέλη της ομάδας χρειάζονται τις αμυντικές τους “εκστάσεις”.

Η ομαδική θεραπεία έχει μεγαλύτερη δύναμη αφύπνισης από την ένας – προς – έναν θεραπεία, επειδή η ομάδα παρέχει περισσότερα πρόσωπα που απεικονίζουν την επανατροφοδότηση. Οι ομάδες παρέχουν

περισσότερους τρόπους για την αποκατάσταση της διαπροσωπικής γέφυρας. Αυτοί οι παράγοντες κάνουν την ομαδική θεραπεία έναν ισχυρό τρόπο για τη διακοπή της απομόνωσης της εαυτός – προς – εαυτό κατάστασης αμηχανίας (John Brawshaw, 1998).

Γενικά έχει διαπιστωθεί ότι οι περισσότερες προβληματικές διαντιδράσεις μεταξύ ατόμων είναι στην πραγματικότητα επαναβίωμα σκηνών που έλαβαν χώρα παλιά. Η μη ολοκληρωμένη εργασία από το παρελθόν γίνεται αποσκευή που μεταφέρουμε στις τρέχουσες σχέσεις μας. Ο θυμός, η θλίψη, ο φόβος που δεν εκφράστηκαν ποτέ μπορεί να ξεπηδήσουν αναπάντεχα στις παρούσες σχέσεις μας. Για να τελειώσουμε με το παρελθόν πρέπει να θρηνήσουμε. Πρέπει να εγκαταλείψουμε τις άμυνες που μας προστάτεψαν όλα αυτά τα χρόνια και να μάθουμε νέες επιδεξιότητες για να εκφράσουμε το θυμό μας και να διαπραγματευτούμε τις ανάγκες μας.

Οι όμορφες στιγμές της ζωής είναι η πηγή της ελπίδας μας και της προσαρμοστικότητας μας, οι οδυνηρές στιγμές μπορούν να ιδωθούν ως στιγμές ενδυνάμωσης και ως χρόνος προετοιμασίας. Γεγονότα του παρελθόντος μας προετοιμάζουν κατά κάποιο τρόπο για το παρόν. Κάθε στιγμή έχει βασικά τη δική της δύναμη, συμβολή και τη δική της αξία. “Η ευφυία μας προέρχεται από τα τραύματά μας”, γράφει ο Robert Bly και παρόλο που κρύβει μία υπερβολή έχει όμως και μεγάλη δόση αλήθειας.

Σύμφωνα με τον Jung, ο θρήνος είναι ο νόμιμος πόνος. Αυτή η διεργασία του θρήνου είναι επίσης αυτοαποκαλυπτική και υπάρχουν πολλοί δρόμοι που μπορούν να μας οδηγήσουν στην κορυφή (John Brawshaw, 1998).

Ο θρήνος μπορεί να πυροδοτηθεί από ένα θάνατο, από την απώλεια της σωματικής μας ακεραιότητας, από την διάλυση μίας σχέσης και από πολλούς άλλους παράγοντες και αιτίες. Ο αρχικός πόνος πρέπει να αποκαλυφθεί και να αντιμετωπιστεί αλλά γι’ αυτό δεν υπάρχει ένας και μόνο τρόπος.

Πολλοί άνθρωποι καθelώνονται σε ένα από τα στάδια του θρήνου. Παραμένουν στην μείωση και την άρνηση της πραγματικότητας, αρνούμενοι να κάνουν την οδυνηρή εργασία που συνεπάγεται ο θρήνος. Γι' αυτό το λόγο έχουμε ανάγκη να αγκαλιάσουμε συναισθηματικά τα τμήματα του εαυτού μας που έχουμε απορρίψει και να προχωρήσουμε στην εκπλήρωση των επιθυμών μας (Francoise Dolto, 2000).

### **8.3 Η ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΝΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ**

Η εξωτερίκευση των συναισθημάτων απώλειας, αποχωρισμού, θυμού, οργής και λύπης που συνοδεύουν τον θάνατο ενός προσφιλούς προσώπου είναι ουσιαστική μέθοδος για την αντιμετώπιση και το χειρισμό του πένθους, καθώς και τη βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης του πενθούντα αλλά αυτό δεν είναι αρκετό. Η παραπάνω διεργασία δηλαδή θα ήταν ατελής χωρίς τη σημασία της γνωσιακής και ενδοψυχικής πλευράς του πένθους.

Αυτές οι διαδικασίες είναι :

- α. Συναισθηματική αποεπένδυση
- β. Δημιουργία νέας σχέσης με τον αποθανόντα
- γ. Δημιουργία μίας νέας ταυτότητας

α. Η συναισθηματική αποεπένδυση αφορά μία βασική ενδοψυχική διεργασία, που πρέπει να ολοκληρωθεί για να μπορέσει ο πενθών να ξεπεράσει μία απώλεια με απόλυτη επιτυχία και να επενδύσει τη συναισθηματική του ενέργεια σε επόμενες και μεταγενέστερες σχέσεις.

β. Σ' αυτή τη διαδικασία, καθώς η ζωή του πενθούντα επανασυγκροτείται, δημιουργείται μία καινούργια σχέση, βασισμένη κυρίως στην εμπειρία του παρελθόντος σε μνήμες και αναμνήσεις. Χρειάζεται να αποτυπωθεί στο μυαλό του πενθούντα μία ξεκάθαρη, ρεαλιστική εικόνα του

αποθανώντος, συμφιλιώνοντας και συνταιριάζοντας όλες τις διαφορετικές πλευρές, της προσωπικότητας του ατόμου που έφυγε.

γ. Ο πενθών πρέπει να αντιληφθεί ότι μετά την απώλεια του αγαπημένου του προσώπου, η προσωπικότητά του έχει αλλάξει. Είναι εξίσου σημαντικό να συνειδητοποιήσει το άτομο ότι διέρχεται ένα μεταβατικό στάδιο, όπου το “εμείς” αντικαθίσταται από το “εγώ”, αναφερόμενοι πάντα στη σχέση αποθανόντος και πενθούντα. Με άλλα λόγια, συντελείται η δημιουργία μίας νέας ταυτότητας.

Ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός πρέπει να είναι σε θέση να δημιουργεί θετική σχέση και να αξιολογεί τον πενθούντα με σκοπό το σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων για τη συγκεκριμένη περίπτωση. Οφείλει να προσεγγίζει τον πενθούντα και να τον ενισχύσει στη διαδικασία θρήνου, για την απώλειά του. Δεν είναι βοηθητικό η ενθάρρυνση της απομόνωσής του αλλά, όταν είναι εφικτό, ενισχύεται το οικογενειακό σύστημα, ώστε να αντιμετωπισθεί με πιο ανώδυνο τρόπο η απώλεια.

Ο τελικός σκοπός της διεργασίας της θλίψης είναι να μπορεί ο άνθρωπος να θυμάται, χωρίς συναισθηματικό πόνο, για να αρχίσει και πάλι να επενδύει τα συναισθηματικά του πλεονάσματα. Παρόλο που η διεργασία της θλίψης είναι δύσκολη, αργή και κουραστική, ταυτόχρονα πληρώνει και πλουτίζει τον άνθρωπο. Οι πιο αξιόλογοι άνθρωποι είναι εκείνοι που έχουν γνωρίσει την αποτυχία, τον πόνο, τον αγώνα και την απώλεια και έχουν κατορθώσει να βγουν από τα βάθη της οδύνης και να επιπλεύσουν και πάλι.

Οι θεραπευτές όμως, θα πρέπει να γνωρίζουν και τον κίνδυνο της πρόωρης προόδου προς αυτή την κατεύθυνση. Είναι δυνατόν, ενέργειες που φαίνονται ως βήματα αποκατάστασης, να είναι παράγοντες αποδιοργάνωσης. Θα πρέπει να είναι βέβαιο ότι οι ενέργειες για δημιουργία νέων σχέσεων και ανάπτυξη ενδιαφερόντων είναι πραγματικές προσπάθειες αποκατάστασης και όχι απονενομημένες πράξεις αποφυγής του προβλήματος (Kubler Ross, 1988, Francoise Dolto, 2000).

#### 8.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΤΟ ΔΙΑΖΥΓΙΟ – ΔΙΑΛΥΣΗ ΣΧΕΣΗΣ

Οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις σε ατομική ή ομαδική βάση, μπορούν να βοηθήσουν το άτομο στα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας του χωρισμού. Στόχος τους είναι η αποτελεσματική βοήθεια στο άτομο προκειμένου να ξεπεράσει το θρήνο του, να ανακτήσει την αυτοπεποίθησή του και να λειτουργήσει ικανοποιητικά σε όλους τους τομείς της ζωής του.

Οι συμβουλευτικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις ποικίλουν ανάλογα με τη θεωρητική προσέγγιση του ειδικού συμβούλου, την ψυχολογική κατάσταση και τις ανάγκες των συζύγων και των παιδιών, όταν υπάρχουν, και το στάδιο που βρίσκονται στη διαδικασία του χωρισμού.

Οι θεραπευτές, για να βοηθήσουν τα άτομα να ξεπεράσουν την απώλεια της σχέσης τους, χρησιμοποιούν ποικίλες συμβουλευτικές παρεμβάσεις ακολουθώντας διάφορες μεθόδους : αντανεκλαστικές (reflexive strategies), γνωστικές, που αναλύουν τις ψυχολογικές αντιδράσεις και υποβοηθούν στη λήψη απόφασης (contextual strategies) και πραγματιστικές (substantive strategies). (Παιδαγωγική Ψυχολογική Εγκυκλοπαίδεια – λεξικό, τόμος 4 – 32, σελ. 1379).

Οι αντανεκλαστικές μέθοδοι και στρατηγικές βασίζονται στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου, στην ενεργό υποστήριξη και καθησύχαση και στη διατήρηση εχεμύθειας και αμεροληψίας. Στόχος είναι η ανάπτυξη και η καλή ψυχολογική κατάσταση κάθε ατόμου.

Οι γνωστικές μέθοδοι και στρατηγικές στοχεύουν στη δημιουργία ενός κατάλληλου κλίματος για τη λήψη αποφάσεων και βασίζονται στη γνωστική προετοιμασία για την απώλεια του άλλου ατόμου, τις επερχόμενες

αλλαγές, τη διαδικασία του θρήνου και την έκφραση αρνητικών συναισθημάτων ώστε βαθμιαία να ελαττωθούν. Η μείωση αυτής της έντασης επιχειρείται με την επισήμανση των αποτελεσμάτων που επιφέρει η συγκεκριμένη συμπεριφορά των ατόμων με διαπραγματεύσεις για το φυσικό χωρισμό, με κοινή παρακολούθηση των συζύγων από το θεραπευτή ή με τη συμμετοχή τους σε ομαδική συμβουλευτική (Κοινωνική Εργασία, Οικογένεια σε χωρισμό, Ιούλιος – Σεπτέμβριος, 1993, σελ. 182 – 183).

Οι πραγματιστικές παρεμβάσεις όπου ο θεραπευτής έχει ενεργητικό και καθοδηγητικό ρόλο, βασίζονται στη δημιουργία κατάλληλου κλίματος για να γίνουν οι διαπραγματεύσεις και οι νομικές ρυθμίσεις χωρίς εκδήλωση τάσεων εκδίκησης για να επιλυθούν τελικά οι διαφορές με δίκαιο τρόπο (Χρυσή Γ. Χατζηχρήστου, 1999, σελ. 162).

#### **8.4.α. Βασικές αρχές στη διαδικασία της θεραπείας**

Αν ο θεραπευτής λάβει υπόψη του τη θεωρία του δεσμού του John Bowlby και αποφασίσει ότι το υποφαινόμενο πρόβλημα σχετίζεται με αυτήν τη θεωρία, θα πρέπει τότε να εξετάσει ποιά είναι η τυπική μορφή που παίρνει η συμπεριφορά δεσμού στηριζόμενος στην άποψη του ατόμου για τον εαυτό του, στις σχέσεις που δημιουργεί και στον τρόπο που λειτουργεί στη θεραπευτική σχέση. Χρήσιμο και ωφέλιμο είναι να διερευνήσουμε σχετικά γεγονότα της ζωής κυρίως απομακρύνσεις, ασθένεια, θάνατο αλλά και αφίξεις νέων προσώπων, καθώς και το βαθμό στον οποίο τα τωρινά συμπτώματα μπορούν να θεωρηθούν πρόσφατες ή επιβραδυμένες αντιδράσεις στα γεγονότα. Σ' αυτήν την πορεία χρήσιμες είναι και οι πληροφορίες για την πατρική οικογένεια ή για την παρούσα αν υπάρχει. Μία από τις μεγαλύτερες δυσκολίες σ' αυτήν την φάση είναι η διαστρέβλωση και η παραποίηση της αλήθειας άλλοτε εκουσία και άλλοτε ακούσια, επειδή προσπαθούν να αποφύγουν τα άτομα την κριτική και τα δικά τους ενοχικά

συναισθήματα. Η πιο κοινή μέθοδος απόκρυψης διαταραχών είναι η απόδοση συμπτωμάτων σε κάποια άλλη αιτία ή αρκετές φορές αυτό που περιγράφεται ως σύμπτωση είναι η αντίδραση, η οποία όταν απομονώνεται από την κατάσταση που την προκάλεσε, εμφανίζεται ως ανεξήγητη. Ένα σύμπτωμα ένα μέρος της προσπάθειας του ατόμου να αποφύγει την αντίδραση σε μία οδυνηρή γι' αυτόν κατάσταση με γνήσια συναισθήματα. Σε οποιαδήποτε περίπτωση, κυρίαρχος στόχος είναι ο εντοπισμός της κατάστασης στην οποία ο ασθενής αντιδρά ή αναστέλλει την αντίδραση (John Bowlby, 1995, σελ. 202 – 204).

Για τον πλήρη σχηματισμό μίας κλινικής εικόνας ο θεραπευτής όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, θα πρέπει να προχωρεί σε συνεδρίες και με την οικογένεια του πελάτη του. Είναι μία τεχνική που σε σύντομο χρονικό διάστημα μπορεί να αποκαλύψει την πραγματική διάσταση της κατάστασης στην οποία έχει περιέλθει το άτομο και να προσφέρει επίσης ενδείξεις για την αιτιογένεσή τους. Μερικές φορές ο επονομαζόμενος ασθενής αλλά και οι συγγενείς αντιδρούν, άλλοτε έμμεσα και άλλοτε πάλι άμεσα, στην ιδέα ότι το πρόβλημα ή τα συμπτώματα για τα οποία παραπονιούνται σχετίζονται και αφορούν τα γεγονότα και τις διαταραχές στην οικογένεια (John Bowlby, 1995, σελ. 206 – 212).

Οποιοδήποτε πρότυπο θεραπείας και να επιλέξει ο ειδικός θα πρέπει να καθοδηγείται από έναν αριθμό αλληλοσχετιζομένων στόχων να πραγματοποιήσει.

α) Βασικά ο θεραπευτής πρέπει να προσφέρει μία ασφαλή βάση, ώστε να εξερευνήσει τόσο τον εαυτό του αλλά και τους άλλους με τους οποίους σχετίζεται ή έχει δημιουργήσει συναισθηματικό δεσμό.

β) Να συνοδεύσει το άτομο στις εξερευνήσεις, δίνοντάς του ενθάρρυνση για τη δημιουργία ενός απολογισμού των καταστάσεων στις οποίες έχει εμπλεχτεί, το ρόλο του απέναντι στα πρόσωπα που



συναναστρέφεται και τον τρόπο στον οποίο αντιδρά όταν βρίσκεται σε αυτές τις καταστάσεις – συναισθηματικά, νοητικά και πρακτικά.

γ) Να επιστήσει την προσοχή του ασθενούς στους τρόπους που ερμηνεύει το άτομο τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του θεραπευτή και στη συνέχεια να τον καλέσει να αναλογιστεί κατά πόσο οι τρόποι αξιολόγησης, πρόβλεψης και δράσης μπορεί να είναι άτοποι και ακατάλληλοι κάτω από το νέο της επαφής του με το θεραπευτή.

δ) Να τον παρατρύνει να αναλογιστεί ότι οι αντιδράσεις του μπορεί να γίνουν καλύτερα κατανοητές, αν ανατρέξει στις εμπειρίες της παιδικής και εφηβικής του ηλικίας (John Bowlby, σελ. 205 – 207).

Είναι πολύ καθοριστικό σημείο η καταγραφή και η κατανόηση των βιωμάτων και των εμπειριών που συνοδεύουν το άτομο, καθώς όσο πιο αρνητικές ήταν αυτές τόσο δυσκολότερα θα εμπιστευτεί και το θεραπευτή του και τόσο πιο εύκολα παρερμηνεύει όσα λέει και κάνει ο θεραπευτής. Η εμμονή μερικές φορές στην αντίληψη, ότι η προσοχή θα πρέπει να εστιαστεί στην ανάλυση των πραγματικών εμπειριών της ζωής τους και στον τρόπο που οι βιωματικές αυτές καταστάσεις συνεχίζουν να επιδρούν, συχνά δημιουργεί παρεξηγήσεις. Μήπως δηλαδή δεν κάνουμε τίποτα περισσότερο, μπορεί κανείς να διερωτηθεί, από το να ενοχοποιούμε την οικογένεια του ατόμου που έρχεται για βοήθεια για όλα τα προβλήματά του. Βασικά θα πρέπει να τονίσουμε ότι ο ρόλος του θεραπευτή δεν είναι να αποδώσει ευθύνες αντίθετα στόχος του πρέπει να είναι να βοηθήσει τον ενδιαφερόμενο να καταλάβει κατά πόσο παρερμηνεύει τις συμπεριφορές των άλλων και κατά πόσο είναι σε θέση να ενεργεί με αυτογνωσία και συνείδηση των εκδηλώσεών του και των συναισθημάτων του. Στην πραγματικότητα στόχος μας είναι να τον βοηθήσουμε να αναθεωρήσει τα πρότυπά του, να τα τροποποιήσει, αν το κρίνει χρήσιμο, να τον ενισχύσουμε ώστε να δει με κατανόηση τις προβληματικές βιωματικές καταστάσεις. Ο ρόλος μας σε γενικές γραμμές δεν είναι να καταμερίσουμε ευθύνες αλλά να

ανιχνεύσουμε τις αιτιακές αλυσίδες, στοχεύοντας κατά κύριο λόγο να τις σπάσουμε ή να βελτιώσουμε τις επιπτώσεις τους (John Bowlby, 1995, σελ. 209 – 210).

Εκτός από την ατομική προσέγγιση καθοριστική σημασία έχει και η συμβολή της οικογενειακής θεραπείας. Οι αρχές που ισχύουν στην ατομική θεραπεία έχουν εφαρμογή και στην οικογενειακή διαφέρουν όμως στην εφαρμογή τους.

Κύριος και βασικός σκοπός της οικογενειακής προσέγγισης είναι να διευκολύνει όλα τα μέλη να συνδεθούν μεταξύ τους ώστε κάθε μέλος να αισθάνεται ότι έχει μία ασφαλή βάση για να στηρίζεται. Αυτό είναι ίσως και το ουσιαστικότερο πλεονέκτημα της καθώς ο θεραπευτής δεν θεωρείται η μόνη πηγή ασφάλειας και σταθερότητας και έτσι η επεξεργασία γίνεται με λιγότερο πόνο και αναστάτωση από ότι η ατομική θεραπεία.

Έχει ήδη τονιστεί η βαρύτητα των παρελθοντικών βιωμάτων και κανείς δεν είναι σε θέση να κοιτάξει πίσω στα γεγονότα χωρίς να ξαναβιώσει άγχος, θυμό, ενοχή ή απόγνωση για κάθε απώλεια που έχει βιώσει ή για κάθε επιβεβλημένο αποχωρισμό που αντιμετώπισε. Είναι δύσκολο άλλωστε τόσο για τους γονείς όσο και για τα παιδιά να αναμοχλεύουν τα συναισθήματά τους και να “κριτικάρουν” προηγούμενες συμπεριφορές καθώς και στις δυο πλευρές ασκούνται έντονες εσωτερικές πιέσεις να ξεχάσουν, να παραποιήσουν, να απωθήσουν, να διαστρεβλώσουν, να αθώσουν ή να ενοχοποιήσουν πρόσωπα και ενέργειες αυτών (John Bowlby, 1995, σελ. 211 – 213).

Όσοι παρείχαν συμβουλευτική στους πενθούντες (π.χ. Raphael 1975) διαπίστωσαν από την εμπειρία τους, ότι αν θέλουν να βοηθήσουν είναι αναγκαίο να ενθαρρύνουν τον ασθενή να θυμηθεί με μεγάλη λεπτομέρεια τα γεγονότα που οδήγησαν στην απώλεια, τις επικρατούσες συνθήκες του περιβάλλοντος και τις παρελθούσες εμπειρίες. Σύμφωνα με τον John Bowlby, ο Hamburg έχει τονίσει επανειλημμένα τη μεγάλη σημασία που

έχει για το άτομο η αναζήτηση και χρήση νέων πληροφοριών ως ένα μεταβατικό στάδιο αντιμετώπισης κάθε αγχογόνου μεταβατικής κατάστασης.

Σημαντικό θέμα στη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας είναι και η επίδραση της κοσμοθεωρίας και των αξιών του θεραπευτή σε σχέση με το άτομο και τα προβλήματά του. Μέσα από την ασυνείδητη διεργασία της μάθησης από παρατήρηση (ταύτιση) η στάση του θεραπευτή μπορεί να επηρεάσει άμεσα και τη στάση του θεραπευόμενου. Ο θεραπευτής οφείλει να επιδεικνύει κατανόηση για την παρουσία συγκρούσεων, προσδοκιών και συναισθημάτων μέσα στην ίδια τη θεραπευτική σχέση. Με λεκτική και μη επικοινωνία ο θεραπευτής οφείλει να εκδηλώνει σεβασμό και ενθάρρυνση στην επιθυμία του ατόμου να εξερευνήσει τον κόσμο και να πάρει τις δικές του αποφάσεις για τη ζωή.

Στην καλύτερη περίπτωση και κάτω από ευνοϊκές συνθήκες η πρόοδος της θεραπευτικής σχέσης εξελίσσεται ελικοειδώς, αν όμως ο θεραπευτής δεν είναι αποφασισμένος να εμπλακεί σε μία γνήσια σχέση με την οικογένεια ή το άτομο δεν μπορεί να αναμένεται πρόοδος (John Bowlby, 1996, σελ. 216 – 218).

Ο θεραπευτής λοιπόν θα πρέπει να συμμετέχει στις εξερευνήσεις του ατόμου ως συνοδοιπόρος έτοιμος να οδηγήσει ή να οδηγηθεί. Η θεωρία του δεσμού διαπραγματεύεται πολλά θέματα που είναι ίδια με άλλες θεωρίες της ψυχοπαθολογίας – εξάρτηση, σχέσεις αντικειμένων, συμβίωση, άγχος, θρήνο, ναρκισσισμό, τραύμα και αμυντικές διαδικασίες. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα να διαφαίνονται επικαλύψεις στις απόψεις των θεραπευτών και παρόλο που αυτές οι επικαλύψεις είναι πραγματικές, υπάρχουν επίσης και σημαντικές διαφορές τόσο στην έμφαση όσο και στον προσανατολισμό.

Οι διαφορές αυτές αφορούν τον τρόπο που αξιολογούνται και χρησιμοποιούνται έννοιες όπως εξάρτηση, στοματική φάση, συμβίωση,

παλινδρόμηση, καθώς και τον τρόπο που ένα άτομο αποκτά δυσάρεστη και ηττοπαθή συμπεριφορά προς αυτούς που είναι κοντά του, εσφαλμένες πεποιθήσεις κ.α.

Ο John Bowlby αναφέρει σχετικά ότι αυτοί που πιστεύουν σε όλες τις παραπάνω έννοιες ερμηνεύουν την επιθυμία και συμπεριφορά δεσμού ενός ενήλικα ως αποτέλεσμα παλινδρόμησης. Ο John Bowlby θεωρεί λανθασμένη αυτήν την διατύπωση. Θεωρεί ότι η επιθυμία να μας αγαπούν είναι χαρακτηριστικό της ανθρώπινης φύσης και όχι μόνο της παιδικής ηλικίας. Επίσης, πεποίθησή του αποτελεί και η σκέψη ότι η έκφραση αυτών των επιθυμιών για αναζήτηση φροντίδας είναι αναμενόμενη σε κάθε ενήλικα, ειδικά σε περιόδους ασθένειας ή συμφοράς. Ένας εναλλακτικός τρόπος προσέγγισης των επιθυμιών του ατόμου είναι η αναφορά στην αγάπη ως κοινή ανάγκη, αλλά που στην περίπτωση αυτή θάφτηκε στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.

Μία ακόμη διαφορά εντοπίζει ο συγγραφέας John Bowlby στην προέλευση της παρατεταμένης απελπισίας και ανικανότητας. Παραδοσιακά είχε αποδοθεί στις επιπτώσεις της ασυνείδητης ενοχής. Ο John Bowlby κάνει λόγο για την “μαθημένη ανικανότητα” και ισχυρίζεται ότι εκείνος που καθηλώνεται σε παρατεταμένη διάθεση απελπισίας και ανικανότητας έχει εκτεθεί στην βρεφική και παιδική ηλικία σε καταστάσεις στις οποίες διεκδικώντας από τους γονείς χρόνο, στοργή και κατανόηση αντιμετώπισε τελικώς μόνο άρνηση και τιμωρία. Θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς για την αποτελεσματικότητα των παραπάνω αρχών, καθώς και για τις περιπτώσεις που μπορούν να εφαρμοστούν. Η απάντηση είναι ότι δεν υπάρχουν άμεσες ενδείξεις καθώς δεν έχει γίνει έρευνα σε μία σειρά ασθενών.

Πιθανότατα αυτοί που μπορεί να ωφεληθούν είναι όσοι δείχνουν στη διάρκεια των πρώτων συνεντεύξεων, ότι έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν συναισθηματικές συγκρούσεις και είναι πρόθυμοι να

διερευνήσουν τα συναισθήματά τους και να ακολουθήσουν το πλαίσιο μίας θεραπευτικής σχέσης.

Αποτελεσματικότερη τεχνική είναι η κατανόηση των προβλημάτων από τον θεραπευτή, ο έλεγχος της μεταβίβασης και η προσοχή του άγχους του θεραπευόμενου όταν καθορίζεται ο χρόνος τερματισμού της θεραπείας. Όσοι υιοθετούν τη θεωρία του δεσμού πιστεύουν ότι η δομή της και η σχέση της με τα εμπειρικά δεδομένα είναι τέτοια., ώστε η χρησιμότητά της μπορεί να ελεγχθεί συστηματικά.

Με την πρόοδο της έρευνας η ίδια η θεωρία αναμφισβήτητα θα τροποποιηθεί και θα διευρυνθεί, δίνοντας ελπίδες ότι μπορεί να αποδειχθεί χρήσιμο συστατικό του ευρύτερου σώματος της ψυχοθεραπείας και της ψυχιατρικής επιστήμης (John Bowlby, 1995, σελ. 222 – 224).

#### **8.4.β. Συμβουλευτική Διαζυγίου**

Η συμβουλευτική διαζυγίου έχει προέλθει από τη συμβουλευτική του γάμου ως ειδικός κλάδος (Kressel & Deutsch, 1977) και αναφέρεται στην απόφαση του ζευγαριού για διαζύγιο και στις σχετικές διαπραγματεύσεις. Στόχος της συμβουλευτικής διαζυγίου είναι να βοηθήσει το ζευγάρι να αποσυνδεθεί από το γάμο με τις λιγότερες επιπτώσεις, τόσο για τους δύο συντρόφους όσο και για τα παιδιά, αν υπάρχουν, και να δημιουργήσει νέες σχέσεις.

Οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις σε ατομική ή ομαδική βάση μπορούν να βοηθήσουν το άτομο στα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας του χωρισμού. Στόχος τους είναι η αποτελεσματική βοήθεια στο άτομο προκειμένου να ξεπεράσει το θρήνο του, να ανακτήσει την αυτοπεποίθησή του και να λειτουργήσει ικανοποιητικά σε όλους τους τομείς της ζωής του.

Είναι λοιπόν σαφές και αυτονόητο ότι η ειδική εκπαίδευση, επιμόρφωση και η εξειδίκευση των επαγγελματιών είναι εξέχουσας σπουδαιότητας και

σημασίας, ώστε να ξεπεράσουν και τις δικές τους προκαταλήψεις και στερεότυπα και να είναι πιο αποτελεσματική η συμβουλευτική υποστήριξης.

Η εξειδίκευση αυτή βασίζεται στη βαθιά γνώση των θεωρητικών προσεγγίσεων και εμπειρικών δεδομένων σχετικά με α) τα εξελικτικά στάδια προσαρμογής σε διαφορετικούς τομείς του κάθε ατόμου, β) τις άμεσες και μακροχρόνιες αντιδράσεις και την προσαρμογή των παιδιών όταν υπάρχουν, γ) τη συσχέτιση της προσαρμογής των μελών της οικογένειας, με ποικίλες ατομικές οικογενειακές και κοινωνικές παραμέτρους και δ) την εφαρμογή ποικίλων συμβουλευτικών – θεραπευτικών παρεμβάσεων σε ατομική, οικογενειακή ή ομαδική βάση και την καταλληλότητα κάθε μορφής παρέμβασης στις διαφορετικές φάσεις και στάδια της διαδικασίας του χωρισμού (Χ. Χατζηχρήστου, 1999, σελ. 162 – 163).

## 8.5 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΩΛΕΙΑ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Σε ένα νοσοκομειακό πλαίσιο, όπου εξελίσσονται ποικίλα ιατρικά “σενάρια”, είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού. Εάν αυτή τη στιγμή τα άτομα που ασθενούν παλινδρομήσουν μπροστά στην ανεξάρτητη και τη γεμάτη ζωή, αργότερα είναι πολύ δύσκολο να βοηθηθούν στο να αλλάξουν κατεύθυνση. Εάν οι οικογένειες νιώσουν ότι έχουν μείνει ανυποστήρικτες ως προς την πρόνοια ενός εξαρτημένου ασθενή τότε θα νιώσουν ανίκανοι να υιοθετήσουν ένα ρόλο φροντίδας. Εάν επίσης αυτή τη στιγμή δεν έχουν διαγνωστεί σωστά οι κοινωνικοί και συναισθηματικοί παράγοντες που εμπλέκονται στο πρόβλημα το ιατρικό, η όλη ζωή του ατόμου μπορεί να αλλάξει τελεσίδικα και σε μερικές περιπτώσεις αυτό οδηγεί σε μόνιμη βλάβη.

Σ’ αυτό το σημείο λοιπόν οι δεξιότητες των κοινωνικών λειτουργών να ακούνε, να κατανοούν, να σχετίζονται, να εξηγούν και να στηρίζουν, είναι ζωτικές στο να βοηθήσουν τα άτομα να πετύχουν μία απαρτίωση σωματικής, συναισθηματικής και κοινωνικής ευημερίας.

Η συνεισφορά του κοινωνικού λειτουργού στο να βοηθά άτομα που προέρχονται στο σύστημα υγείας εξαρτάται από την αξιολόγηση και τη δυνατότητα ερμηνείας του περιβάλλοντος στο οποίο ζει ο ασθενής, τη στάση του απέναντι στην αρρώστιά του, καθώς και από την περάτωση θεραπευτικών δραστηριοτήτων παραδείγματος χάρη, κοινωνική εργασία με την οικογένεια, κοινωνική εργασία με το άτομο, με ομάδες που ίσως αποβούν βοηθητικές στο να χειρισθεί το άτομο την αρρώστια του και να ανακτήσει τη λειτουργικότητά του (Jean Carr, Περ. Κοινωνική εργασία, κλινική κοινωνική εργασία στον τομέα Υγείας, τεύχος 33ο, 1994, σελ. 15).

### 8.5.α. Δεξιότητες του Κοινωνικού Λειτουργού

Πολλοί ασθενείς χρειάζονται τη βοήθεια ενός ειδικού να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα που περιπλέκουν τη νοσηρή κατάσταση και τη θεραπεία της που μπορούν να επηρεάσουν τον άρρωστο σε οποιαδήποτε φάση της αρρώστιας του. Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει την όλη οικογένεια. Η στήριξη μέσω της κοινωνικής εργασίας ίσως να είναι χρήσιμη στον ασθενή αλλά και σε όλη την οικογένειά του. Η παρέμβαση κατά τη στιγμή της κρίσης πρέπει να είναι επαρκής, στο να βοηθήσει τον ασθενή και την οικογένειά του να χειρισθεί την κατάσταση που δημιουργήθηκε γι' αυτό και ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να έχει αναπτύξει ορισμένες απαραίτητες δεξιότητες.

Οι δεξιότητες της κοινωνικής εργασίας είναι οι παρακάτω, σύμφωνα με την Jean Carr (περ. Τεύχος 33ο, 1994) :

- Η αξιολόγηση και ο σύνδεσμος μεταξύ της κοινωνικής κατάστασης των ασθενών και την αγωγή υγείας τους (θεραπεία). Η εκτίμηση – αξιολόγηση εμπεριέχει συναισθηματικούς παράγοντες, καθώς και η αξιολόγηση των πρακτικών συνθηκών της ζωής των ασθενών και η βοήθεια που θα χρειασθούν στο να ζήσουν μία ανεξάρτητη ζωή μετά τη νοσοκομειακή θεραπεία. Επίσης, είναι αναγκαίο να αξιολογηθεί και η ισορροπία μεταξύ της παρέμβασης του εξωτερικού και του εσωτερικού κόσμου του ασθενή.

- Δεξιότητα στη συμβουλευτική, ατομική καθώς και οικογενειακή και σε μερικές περιπτώσεις ομαδική και συζυγική. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που ακούει τον ασθενή σε ένα ιατρικό πλαίσιο και μπορεί να τον βοηθήσει συμβουλευτικά σε ένα πρόβλημα, είτε είναι οικογενειακό, προσωπικό, ώστε να μην εμποδίζει πλέον την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και την πρόοδο της ανάρρωσής του.



- Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι συχνά οι “διορθωτές μίας κατάστασης”. Είναι εκείνοι που μπορούν να διευθετήσουν κάτι που μερικές φορές φαίνεται να είναι ανυπέρβλητο πρόβλημα και το λύνουν, βοηθώντας έτσι τον ασθενή, τους συγγενείς του στο να βρεθεί κάποιος τρόπος προς τα εμπρός, μία λύση σε απίθανες καταστάσεις. Ακούνε προσεκτικά τον ασθενή και προσφέρουν υποστήριξη.

- Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν γνώση μεγάλου φάσματος ιατρικών καταστάσεων. Έτσι, ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται σε νοσοκομείο πρέπει να είναι εξοικειωμένος όχι μόνο με την ιατρική γνώση μίας αρρώστιας αλλά και με όλους τους συναισθηματικούς και κοινωνικούς παράγοντες, που συνδέονται με αυτή τη συγκεκριμένη αρρώστια και επίσης να γνωρίζουν όλες τις πηγές που θα βοηθήσουν σε αυτές τις περιπτώσεις.

- Δεξιότητα στη συνεργασία με άτομα που αντιμετωπίζουν μία μεγάλη απώλεια. Απώλεια σωματικής ικανότητας, απώλεια κάποιου άκρου, κάποιου μέλους του σώματος μετά από καρκίνο, απώλεια ζωής. Να συνεργάζονται με αυτά τα άτομα χωρίς να υφίστανται “burn out”. Δεξιότητα στο χειρισμό δικών τους συναισθημάτων, αδυναμιών και δικές τους απώλειες.

- Ο κοινωνικός λειτουργός είναι συχνά ο καταλύτης. Το έναυσμα της όλης αρχικής διαδικασίας και λύσης δύσκολων καταστάσεων και αυτός που δίνει δυνατότητα σε ανθρώπους να ξεχωρίσουν τα πράγματα για τους ίδιους τους εαυτούς τους καθώς και για τις οικογένειές τους και να υιοθετήσουν ένα πιο δραστήριο ρόλο σε αυτόν τον διαχωρισμό πραγμάτων και περιστάσεων.

- Ο κοινωνικός λειτουργός είναι συχνά ο συνήγορος του ασθενή σε ένα νοσοκομείο, σε δίκτυο κοινοτικής φροντίδας (περίθαλψης). Είναι ο άνθρωπος που νοιάζεται για το πως νιώθει ο ασθενής, ποιά είναι τα συναισθήματά του και με ποιόν τρόπο θα τα εκφράσει (Jean Carr, Περ.

Κοινωνική εργασία, κλινική κοινωνική εργασία στον τομέα υγείας, τεύχος 33ο, 1994, σελ. 21 – 25).

## 8.6 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Βασικός στόχος της θεραπευτικής παρέμβασης είναι να αντιμετωπισθεί η κρίση που δημιουργεί το “άκουσμα” μίας ξαφνικής ασθένειας και να υποστηριχθεί η ολοκλήρωση της διεργασίας του πένθους με την παραδοχή της πραγματικότητας και την προσαρμογή της ζωής του ατόμου και της οικογένειας στα νέα δεδομένα που προκύπτουν μετά τη διάγνωση της ασθένειας.

Με άλλα λόγια, ο θεραπευτής λειτουργεί σαν καταλύτης στην διορθωτική διαδικασία. Προσφέρει στον ασθενή και την οικογένεια την δυνατότητα να ξεπεράσει την κρίση, κάτω από φυσιολογικές συνθήκες και να αποκτήσει ένα νέο προσανατολισμό.

Ο ρόλος του θεραπευτή δεν είναι να αντιστρέψει το γεγονός που προκάλεσε την κρίση ή να εξαλείψει τα συμπτώματα που εκδηλώθηκαν. Ο θεραπευτής επιτρέπει στον ασθενή να ζήσει το πένθος χωρίς να του δίνει ενθαρρυντικές πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του και να διευκολύνει την έκφραση του άγχους και των άλλων συναισθημάτων που προκαλούνται από την ασθένεια. Ιδιαίτερα, ένα απροσδόκητο γεγονός, που μπορεί να είναι η απώλεια ενός μέλους του σώματος, ένας ακρωτηριασμός και η διάγνωση μίας ανίατης ασθένειας, όπως είναι ο καρκίνος και το AIDS χρήζει άμεσης θεραπευτικής παρέμβασης ώστε ο κάθε ασθενής να χειρισθεί με τον καλύτερο τρόπο την ψυχολογική κρίση που αντιμετωπίζει (περ. Κοινωνική εργασία, “Μοντέλο παρέμβασης σε πολλά επίπεδα για HIV – οροθετικούς ασθενείς που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία και αιμορροφιλία και τις οικογένειές τους καθώς και για τους ειδικούς επαγγελματιών υγείας, τεύχος 22ο, 1991, σελ. 82 – 83).

### 8.6.α. Ασθενείς με ακρωτηριασμένα μέλη και η θεραπευτική παρέμβαση

Στην περίπτωση ασθενών με ακρωτηριασμένα μέλη, η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού έχει κύριο σκοπό την καλύτερη προετοιμασία των ατόμων, να δεχτούν τη νέα πραγματικότητα της φυσικής τους κατάστασης, να ενεργοποιηθούν αξιοποιώντας τις δυνατότητές τους αποφεύγοντας έτσι ανάπηρες στάσεις.

Ο ακρωτηριασμός ενός μέλους του σώματος (είτε είναι νύχι, είτε είναι δάχτυλο) αποτελεί μία μόνιμη σωματική αναπηρία, με άμεση και ορατά συνήθως τα αποτελέσματα της έλλειψης. Εκτός του αισθητικού ζητήματος που προκύπτει από τη διαφορά, συνήθως δημιουργούνται και λειτουργικά προβλήματα που χρήζουν αποκατάστασης.

Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στη φάση της κρίσης έχει στόχους όπως, να ενισχύσει τους παράγοντες προσαρμογής και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης της οικογένειας, γιατί η κεντρική φροντίδα στηρίζεται στην προοπτική της δυναμικής προσαρμογής του στην καινούργια κατάσταση και όχι στην παθητική αποδοχή του προβλήματος. Η ανάπτυξη στρατηγικών υποστήριξης και συμβουλευτικής αποτελεί έναν ακόμη στόχο του κοινωνικού λειτουργού, ώστε να αμβλυνθούν τα συναισθήματα, που βιώνει ο ασθενής, μετά το αιφνίδιο γεγονός του ακρωτηριασμού (Δρ. Ηλιοπούλου Ευγενία, Καραγκιόζη Μαρία, Αλτάνης Παναγιώτης, Περ. Ιατρικό Βήμα, ειδικό άρθρο, Η συμβολή της ομάδας αποκατάστασης στα άτομα με ακρωτηριασμούς των μελών τους, Μάιος – Ιούνιος 2000, σελ. 54 – 55).

Οι ασθενείς βιώνουν έντονα συναισθήματα. Το συναίσθημα απώλειας συμπληρώνεται από έντονο θυμό, ανασφάλεια, άγχος σε διάφορη ένταση, καταθλιπτικά συναισθήματα είτε αυτά εκφράζονται σε συνειδητό επίπεδο ή

απωθούνται στο υποσυνείδητο μετατρέπόμενα σε άλλες μορφές άγχους. Όλα αυτά γίνονται έκδηλα τα συναισθήματα στον ασθενή και βρίσκεται εξέλιξη αρνητισμός απέναντι στην διεπιστημονική ομάδα και δεν εμποδίζει την θεραπεία και κατά συνέπεια και την αποκατάστασή του.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί βοηθούν οδηγώντας τους ασθενείς να απελευθερωθούν από τα διλήμματά τους και να αποκτήσουν εμπιστοσύνη στους ίδιους αλλά και σε όσους προσπαθούν για την βελτίωση της κατάστασής τους. Επίσης, ενισχύουν τα θετικά συναισθήματα του ασθενούς και τον αποφορτίζουν από τα αρνητικά. Οι περισσότεροι ασθενείς αρνούνται να δεχτούν τη νέα πραγματικότητα ακόμα και όταν ενημερωθούν γι' αυτήν. Δεν κοιτάζουν το μέλος και δεν πιστεύουν ότι έγινε σ' αυτούς. Στο σημείο αυτό, παρεμβαίνει ο κοινωνικός λειτουργός που ο ρόλος του είναι να διατηρήσει ήρεμο τον ασθενή, να τον πείσει να ακολουθήσει την θεραπευτική αγωγή που απαιτείται και να τον ενημερώσει για τις ρεαλιστικές διαστάσεις της κατάστασής του.

Επιπροσθέτως, σημαντική είναι η προσφορά του κοινωνικού λειτουργού στην αντιμετώπιση αυτής της φάσης, που θα διαθέσει δεξιότητα και πειθώ για όλο τον χειρισμό των συναισθημάτων, για την ενίσχυση της κοινωνικής αποδοχής, να βοηθήσει στην απομυθοποίηση των φόβων και των ενοχλητικών φαντασιώσεων, υποστηρίζοντας και συντηρώντας τις δυνάμεις του εγώ στοχεύοντας στην αυτοοργάνωση του συστήματος άτομο – οικογένεια. Παράλληλα δίνονται προοπτικές βελτίωσης στις αλλοιώσεις της εικόνας (τεχνητά μέλη) και αποκατάστασης των νέων ψυχο-κοινωνικών δυσλειτουργιών του. Από τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες αρχίζει η ψυχολογική και σωματική προετοιμασία για το στάδιο της αποκατάστασης και του επαγγελματικού προσανατολισμού (Δρ. Ηλιοπούλου Ευγενία, Καραγκιόζη Μαρία, Αλτάνης Παναγιώτης, Ιατρικό Βήμα, Μάιος – Ιούνιος 2000, σελ. 56 – 57).

### 8.6.β. Η θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με AIDS

Το AIDS είναι μία ερημωτική και θανατηφόρα νόσος, που μόνο με τις βαρύτερες μορφές κακοήθους καρκίνου θα μπορούσε να παρομοιασθεί. Επομένως, είναι αναμενόμενο ότι οι ψυχολογικές επιπτώσεις μπορεί να είναι σοβαρές (N. Μάνος, 1997, σελ. 737). Η θεραπευτική προσέγγιση είναι ψυχοθεραπευτική. Η υποστηρικτική, κατά βάση, ψυχοθεραπεία απευθύνεται στα πανίσχυρα συναισθήματα που προκαλεί αυτή η αρρώστια όπως φόβος (θανάτου, εγκατάλειψης), θυμός, ενοχή, άρνηση, απελπισία και προσπαθεί να στηρίξει τον ασθενή στην προσαρμογή και την αντιμετώπιση της νόσου του, διαπροσωπικά –εργασιακά – κοινωνικά. Ένα μέρος της ψυχοθεραπείας είναι και η εκπαίδευση για τη φύση της νόσου, τους τρόπους προφύλαξης των άλλων (σεξ, χρήση συρίγγων και βελόνων) κ.α.

Σε περιπτώσεις ασθενών με AIDS, η θεραπευτική παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού εξαρτάται και από την διεπιστημονική συνεργασία στη θεραπευτική ομάδα.

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι κατάλληλα εκπαιδευμένος να διερευνήσει τους κοινωνικούς παράγοντες που είναι οι αιτίες ή επιβαρύνουν την ασθένεια, συνδέει το νοσοκομείο με το φυσικό περιβάλλον, επισκέπτεται επί τόπου το οικογενειακό, κοινοτικό και εργασιακό περιβάλλον, διαθέτει μεθοδολογία διαχείρισης συναισθημάτων και κρίσεων και γνωρίζει μεθόδους υποστηρικτικές θεραπευτικές και αποκατάστασης.

Το AIDS σχετίζεται με τη σεξουαλική συμπεριφορά, θέμα ταμπού ή τουλάχιστον δύσκολο για τα πολιτιστικά δεδομένα της χώρας μας. Επομένως, απαιτείται διακριτικότητα και γνώση της στάσης του ατόμου, της οικογένειας και του ευρύτερου περιβάλλοντος. Οι ελλειπείς γνώσεις για το AIDS και η έλλειψη εμπιστοσύνης στις υγειονομικές πληροφορίες, δημιουργούν ευνοϊκό κλίμα για προκαταλήψεις. Η σταθερή και σαφής

στάση των μελών της θεραπευτικής ομάδας δεν αφήνει περιθώρια ανάπτυξης αμφιβολιών για τις υγειονομικές πληροφορίες. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στους τρόπους μετάδοσης του ιού, αλλά και στις κοινωνικές και ατομικές εκδηλώσεις που αυτός δεν μεταδίδεται (Περ. Κοινωνική εργασία, Π. Αλτάνης, Η συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στην θεραπευτική ομάδα – Διεπιστημονική συνεργασία και AIDS, 1991, σελ. 115 – 116).

Αυτό προλαβαίνει τον ρατσισμό απέναντι στους ασθενείς με AIDS και την αντιμετώπιση της κοινωνικής σύγχυσης και απομόνωσης. Η θεραπευτική ομάδα έχει υποχρέωση να προετοιμάσει τα μέλη της για τους ρόλους και τις λειτουργίες αυτές κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή και της φροντίδας εκτός νοσοκομείου.

Η φροντίδα ασθενών με AIDS περνάει από διάφορες φάσεις, ανάλογα με τις εξελίξεις των περιπτώσεων, η κεντρική φροντίδα όμως στηρίζεται στην προοπτική ζωής και κοινωνικής λειτουργίας του ατόμου και αυτό με την οργάνωση της ζωής του σε συνδυασμό με την οικογένειά του ή με το ευρύτερο περιβάλλον του. Όταν ο ασθενής παρουσιάσει ψυχοσυναισθηματικές διακυμάνσεις, η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού είναι πολύ σημαντική, όπου ενισχύεται ανάλογα και κινητοποιούνται οι υποστηρικτικές δυνάμεις του ατόμου και του περιβάλλοντος που μπορεί να έχουν αποσυρθεί ή να είναι σε κρίση.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο στάδιο τελικής φροντίδας από τον κοινωνικό λειτουργό, στη συνεργασία και στήριξη της οικογένειας και την προετοιμασία της αποδοχής της απώλειας.

Συμπερασματικά, καταλήγουμε ότι για να είναι η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού θεραπευτική θα πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένος, να εργάζεται ομαδικά, να διερευνούν τις ανθρώπινες ανάγκες και να χρησιμοποιούν ειδικές επιστημονικές μεθόδους για να αναπτύσσουν τις δυνατότητες του ατόμου προκειμένου να αντιμετωπίσει το

πρόβλημά του. (Περ. Κοινωνική εργασία, Η συμμετοχή του κοινωνικού λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα – διεπιστημονική συνεργασία και AIDS, Π. Αλτάνης, 1991, σελ. 116 – 117).

#### **8.6.γ. Κοινωνική εργασία με καρκινοπαθείς**

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει αποδεκτό πως η παρέμβαση στους καρκινοπαθείς δεν πρέπει να εξαντλείται στην παροχή μόνο της ιατρικής βοήθειας, αλλά και να επεκτείνεται και στους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται άμεσα και έμμεσα στην εξέλιξη της νόσου.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς είναι έντονα, τόσο στο χώρο της σωματικής όσο και στο χώρο της ψυχικής τους υγείας (Παπαγερίδου Φ., 1991, σελ. 53 – 58).

Ο κοινωνικός λειτουργός επικοινωνεί με το άτομο, αντιμετωπίζοντας το σαν μοναδική οντότητα, σαν ξεχωριστή προσωπικότητα, που έχει το δικό της τρόπο να αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του και έχει ένα χαρακτηριστικό τρόπο αντίδρασης σε αυτή. Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού στον καρκινοπαθή πρέπει να έχει στόχο τη δημιουργία καλύτερων προϋποθέσεων για την προσαρμογή τους στις συνθήκες της πάθησής του, καθώς και την επαναδραστηριοποίησή του. Επαναφορά, δηλαδή, σε μία πιο φυσιολογική ζωή.

Ο τρόπος με τον οποίο ο κοινωνικός λειτουργός προετοιμάζει τον ασθενή για την αρρώστια και τη θεραπευτική αγωγή είναι ανάλογος με την ηλικία του, το οικογενειακό περιβάλλον και τα βιώματα που έχει. Αντιμετωπίζει διαφορετικά την κάθε περίπτωση, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητές της. Μέσα από την παραδοχή, την κατανόηση και την ειλικρίνεια εξασφαλίζει την ανάπτυξη μίας θετικής σχέσης και επαφής, κατάλληλης για τη μετέπειτα συνεργασία. Δίνοντάς του εξηγήσεις με απλά

και κατανοητά λόγια για τη θεραπευτική του αγωγή που θα υποστεί κερδίζει τη σύμπραξη και την ενεργοποίησή του.

Η θεραπευτική παρέμβαση γίνεται σταδιακά, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα στον ασθενή να συνειδητοποιήσει με το δικό του ρυθμό και τρόπο την κατάσταση του. Τότε είναι η περίοδος που ο καρκινοπαθής έχει ανάγκη να μιλήσει να εξωτερικεύσει τους φόβους και τις απορίες του.

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει την επαγγελματική ικανότητα να ακούει με προσοχή και ευαισθησία, χωρίς να επικρίνει αλλά συγχρόνως να οργανώνει αυτά που ακούει, συμπορευόμενος με τον ασθενή προς θεραπευτικά – βελτιωτικά αποτελέσματα.

Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διευκολύνει τον καρκινοπαθή να εκφράσει τα συναισθήματα του πόνου, της θλίψης, της μοναξιάς, τις ενοχές που νιώθει για το κακό που προκάλεσε στην οικογένειά του και του συμπαραστέκεται συνεχώς με υπομονή και ηρεμία. Ο ασθενής νιώθει έτσι ότι έχει ένα άτομο δίπλα του που νοιάζεται γι' αυτόν και είναι διαθέσιμο να του καταθέσει τον ψυχικό του πόνο. Η καλή επικοινωνία είναι ικανότητα για έναν κοινωνικό λειτουργό και με την ικανότητα αυτή ο κάθε κοινωνικός λειτουργός προσπαθεί να επιτύχει αλλαγή της ζωής του καρκινοπαθούς, να τον βοηθήσει να απαλλαγεί από τα οδυνηρά σημεία της αρρώστιας όπως η διάγνωση, ο πόνος, η κατάθλιψη κ.α. Όταν ο άρρωστος γνωρίζει ότι έκβαση της ασθένειας είναι ο θάνατος, είναι μεγάλη ανακούφιση η παρουσία και μόνο του κοινωνικού λειτουργού. Αφού του προσφέρει αίσθηση ασφάλειας και σιγουριάς αλλά και συμπάρασταση, νιώθουν ότι δεν έχουν μείνει μόνοι σ' αυτές τις δύσκολες και σημαντικές στιγμές. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν στοχεύει σε μία αποδοχή και συμφιλίωση με την κατάσταση, με την πραγματικότητα ότι πεθαίνει. Δεν βοηθάει το άτομο να πεθάνει αλλά να ζήσει μέχρι να πεθάνει (Joan K. Parry, 1989, σελ. 61 – 68).

Ο κάθε ασθενής βιώνει μία σειρά από απώλειες από την υγεία του, την κινητικότητά του, τη λειτουργικότητά του, πιθανών ένα μέλος ή ένα



όργανο του σώματός του, μέχρι και την ίδια του τη ζωή. Παρόλο που είναι γνωστή αυτή η κατάσταση στα νοσοκομεία, οι κοινωνικοί λειτουργοί αναγνωρίζουν τέτοιες δυσάρεστες πραγματικότητες μόνο στο διανοητικό επίπεδο και μερικές φορές παραβλέπουν ή ελαχιστοποιούν τις συναισθηματικές προεκτάσεις για τους ασθενείς και τους συγγενείς. Βέβαια, δεν μπορούν να κατηγορηθούν γι' αυτήν την αντίδρασή τους αφού είναι αδύνατον για τον καθένα να μείνει "ανοιχτός" και ευαίσθητος καθημερινά στον έντονο πόνο, χωρίς προσωπική και επαγγελματική υποστήριξη ή χωρίς τη χρησιμοποίηση συναισθηματικών φραγμών ενάντια στον πόνο (Judith Bregarly, Το άγχος και η αντιμετώπισή του σε οργανώσεις υγείας : Δυνατότητες για την κοινωνική εργασία, Εκλογή Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 1991, σελ. 17). Σήμερα, γνωρίζουμε πολύ περισσότερα για την απώλεια και τον αποχωρισμό, οι γνώσεις που διαθέτουν οι κοινωνικοί λειτουργοί δίνουν την δυνατότητα να ξεπερνούν τις δυσκολίες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όταν ασχολούνται με τους καρκινοπαθείς αλλά και να καταλάβουν τη φύση του αρρώστου και τις αλληλεπιδράσεις του.

Ο κάθε επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός κατέχει μία οργανωμένη ιδέα σχετικά με κάποια σταθερά μέσα που διαθέτει και ελεύθερα προσπαθεί ν' ακούει, να βλέπει, να συναισθάνεται βαθιά τον πελάτη, να συνδέεται μαζί του με θέρμη και σκέφτεται ή δρα χωρίς να εμποδίζεται από αγχώδη αβεβαιότητα για τα επόμενα βήματα ή κατευθύνσεις.

Η ανάγκη του κάθε κοινωνικού λειτουργού να γνωρίσει και να καταλάβει κάθε άνθρωπο που του ζητά βοήθεια περιχαράκωνεται από τον σκοπό του να βρει κάποιο αποτελεσματικό τρόπο για να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του. Για να το πετύχει αυτό δεν χρειάζεται πλήρη απολογισμό των διαστάσεων της δυναμικής του κάθε προσώπου.

Όπως ειπώθηκε παραπάνω, αρχικός σκοπός του κοινωνικού λειτουργού είναι να ενισχύσει τη λειτουργία του σαν κοινωνικό άτομο, να αποκατασταθούν κάποια συναισθήματα με τη σωστή τους ερμηνεία όπως είναι του φόβου με σωστές ερμηνείες και αποδοχή αυτού του συναισθήματος, σαν κάτι φυσικό που τους συμβαίνει και η κάποια αποσυμφόρησή τους από το άγχος με πρακτικούς τρόπους, που προσφέρει η συζήτηση ώστε να ταξινομηθούν δίκαια και να ιεραρχηθούν σωστά όσα μπόρεσαν να σχηματίσουν τη συναισθηματική μάζα που τους κλείνει το δρόμο για σκέψη και δράση. Βασική προϋπόθεση η γνώση γύρω από τις δυνάμεις και το νόημα της ανθρώπινης συμπεριφοράς και η συνεχής εκπαίδευση του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού αναγκαία (Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργιών, με θέμα ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991, σελ. 76 – 77).

Ο ιδιαίτερα πολύπλοκος χαρακτήρας της κοινωνικής εργασίας με ασθενείς ίσως να έγκειται στο ότι πάντα έχει διπλό στόχο : να προωθήσει τη λύση προβλημάτων του ασθενούς στην κοινωνική ζωή και με τη διεργασία αυτή να προωθήσει την ικανότητα για ανάπτυξη δυνάμεων για την ποιότητα ζωής του.

Ο κοινωνικός λειτουργός γνωρίζει ότι οι συνθήκες για βοήθεια και ανάκαμψη είναι η χρησιμοποίηση των δυνάμεων του ανθρώπου και των καταστάσεων που συναντά και η παρουσία της κατάλληλης ευκαιρίας στο κοινωνικό του περιβάλλον έστω και κάτω από το φάσμα του καρκίνου.

Έτσι, επιχειρεί τα δύο είδη συνθηκών, τις πηγές και τις επιρροές, μέσω των οποίων μπορούν να αντιμετωπισθούν οι κοινωνικές ανάγκες των ασθενών, αλλά και οι τρόποι που προωθούν την κοινωνική και προσωπική αποτελεσματικότητα του ασθενούς.

Παράλληλα, θεραπευτικά, προσπαθεί η συμπεριφορά του ασθενούς να γίνει προσπάθεια του εγώ του και να προβεί σε δράση που θα τον κάνει να ελπίζει και να τον οδηγήσει σε διαφορετική προσαρμογή ή της

κατάστασης στις ανάγκες του ή του εαυτού του στις απαιτήσεις της κατάστασης του ή και των δύο.

Η διεργασία της δουλειάς του κοινωνικού λειτουργού είναι να υποστηρίξει, συμπληρώνει, ενισχύει τις λειτουργίες του εγώ του ασθενή. Ακόμα και η απλούστερη μορφή βοήθειας εκ μέρους του κοινωνικού λειτουργού προς τον ασθενή, παρέχει ένα είδος νησίδας ασφαλείας όπου προς στιγμήν ζει την εμπειρία της ελευθερίας από τη θύελλα που έρχεται κατά πάνω του απ' όπου μπορεί να δει αυτό που ζει με μειωμένο φόβο και καλύτερη προοπτική (Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργών με θέμα ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991, σελ. 80 – 81).

Όταν ο ασθενής κεραυνοβολείται με το πρόβλημα Καρκίνος, που είναι η κορωνίδα των προβλημάτων, έπεται της ίδιας της ύπαρξής του. Ανεξάρτητα από το δυναμικό που διέπει μέχρι της στιγμής εκείνης ο ασθενής, η ψυχολογική διαδικασία που αρχίζει είναι σχεδόν η ίδια. Δηλαδή, ο φόβος του θανάτου έχει σαν αποτέλεσμα να συναντούμε μία σειρά αντιδράσεων που μιλούν για τον ίδιο τον ασθενή :

α) άρνηση και απομόνωση, β) η οργή, γ) το παζάρεμα, δ) η κατάθλιψη, ε) η αποδοχή και το τέλος, στ) η ελπίδα.

Η συμπαράσταση του κοινωνικού λειτουργού βασίζεται στις γνώσεις ότι είναι απαραίτητα τα στάδια αυτά που διέρχονται συναισθηματικά οι ασθενείς όταν αντιμετωπίζουν τραγικά νέα της αρρώστιας. Ένα πράγμα που μένει μέσα απ' όλα αυτά τα στάδια είναι η ελπίδα. Όμως, όλα τα συναισθήματα εκτός από την ελπίδα έχουν δυσάρεστες συνέπειες τόσο για τη ζωή του ασθενούς όσο και στην οικογένειά του.

Συνεπώς, τα προβλήματα που εμφανίζονται μέσα και έξω από τον ασθενή έχουν σαν αποτέλεσμα να σταματούν και να εμποδίζουν τις δυνάμεις του ασθενούς να λειτουργήσουν. Η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού είναι η βοήθεια για απεμπλοκή και η ταξινόμηση, η ιεράρχηση των προβλημάτων και η αξιοποίηση του δυναμικού για λειτουργία του ασθενή.

Αρχίζοντας πάντοτε από τον ίδιο τον ασθενή, προχωράμε μέσα στα άτομα που είναι πολύ κοντινά του και που μπορούν να συμβάλλουν πρακτικά και λειτουργικά σε όλες αυτές τις διαδικασίες (Σεμινάριο Κοινωνικών Λειτουργών, Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου, 1991, σελ. 82 – 83).

Δεν μπορεί να βοηθηθεί ουσιαστικά ο ασθενής εάν δεν περιληφθεί η οικογένειά του. Παίζει σημαντικό ρόλο κατά το χρόνο της αρρώστιας και οι αντιδράσεις της οικογένειας θα συμβάλλουν πολύ στην ανταπόκριση του ασθενούς προς την ασθένεια. Καθώς το πρόσωπο πραγματικά ανακουφίζεται, καθώς ο αγώνας του με τις αντιξοότητες γίνεται λιγότερο καταθλιπτικός και καθώς μπορεί να κοιτάζει γύρω του και να δει ότι στο περιβάλλον του υπάρχει κάποια υπόσχεση χαράς και ελπίδας και ότι η ολοκλήρωσή του εγώ του υποστηρίζεται και το συναισθηματικό του άνοιγμα ενθαρρύνεται, όταν η πραγματική ανάγκη έχει αντιμετωπισθεί, τότε χαλαρώνονται οι αμυντικές λειτουργίες, ελευθερώνεται ενέργεια για την κατανόηση νέων σκοπών.

## **8.7 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΦΥΣΙΚΩΝ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Η εμπλοκή των κοινωνικών υπηρεσιών και κατά συνέπεια των κοινωνικών λειτουργών συνδέεται άμεσα και με την αλλαγή φιλοσοφίας στους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς όσον αφορά το είδος και τον τρόπο παροχής της “βοήθειας”.

Το θέμα της “βοήθειας” γίνεται αντικείμενο έντονης κριτικής και προβληματισμού μεταξύ των διεθνών οργανώσεων βοήθειας σε φυσικές καταστροφές. Επανεξετάζονται οι παραδοσιακές τεχνικές και η αποτελεσματικότητά τους και επικρατεί η άποψη της εμπλοκής των ενδιαφερομένων στο σχεδιασμό των προγραμμάτων που τους αφορούν και τονίζεται η σημασία της λήψης προληπτικών μέτρων.

Ο κοινωνικός λειτουργός δεν περιορίζεται στην εκτίμηση των αναγκών των θυμάτων αλλά λόγω και της εκπαίδευσής του και των γνώσεών του σχετικά με τον άνθρωπο κατά τις ατομικές, ομαδικές και κοινωνικές εκδηλώσεις της ζωής του είναι μία από τις κύριες ειδικότητες που μετέχει στην ομάδα “βοήθειας” σ’ όλες τις φάσεις πριν την καταστροφή, κατά την διάρκειά της και κατά τη φάση της αποκατάστασης (Εκλογή τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 85 – 86).

#### **8.7.α. Η παρέμβαση στον Κοινωνικό Σχεδιασμό από τον Κοινωνικό Λειτουργό**

Είναι σαφές και αποδεδειγμένο ότι ο ρόλος επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών στην εκπόνηση ενός σχεδίου εφαρμογής προνοιακών παροχών είναι χρήσιμος και ωφέλιμος. Για την αντιμετώπιση καταστροφών και εκτάκτων περιστάσεων η Υπηρεσία Κοινωνικής Πρόνοιας πρέπει να καταστρώσει ένα ευέλικτο σχέδιο όπου θα καθορίζονται οι αρμοδιότητες των επαγγελματιών και των εθελοντών πρόνοιας. Σε κανονικές συνθήκες η Επιτροπή μπορεί να προσφέρει συμβουλευτική εργασία στα διάφορα κέντρα λήψης αποφάσεων για ανανεώσεις των σχεδίων ετοιμότητας, παροχής βοήθειας, αποκατάστασης καθώς επίσης και προτάσεις για βελτιωτικές αλλαγές. Το επίπεδο δράσης αυτής της Επιτροπής μπορεί να έχει χαρακτήρα περιφερειακό, νομαρχιακό, εθνικό και μπορεί να συμπεριλάβει μόνιμα μέλη για τις επιχειρησιακές αρμοδιότητες και μη μόνιμα μέλη, συμβούλους που ίσως διαθέτουν ειδικές γνώσεις και δεξιότητες. Οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί θα μπορούν να διεκπεραιώσουν τον σχεδιασμό του προγράμματος παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και θα μπορούσαν συν τοις άλλοις να υποστηρίξουν, να ενθαρρύνουν και να διευκολύνουν την ανάπτυξη δικτύου επικοινωνίας

μεταξύ τοπικού και εθνικού επιπέδου (Εκλογή, τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 86 – 88).

Για την επίτευξη της προαναφερόμενης διασύνδεσης και επικοινωνίας απαραίτητη προϋπόθεση είναι αρχικά η εκπαίδευση και η συμμετοχή της κοινότητας, ενώ απαραίτητα μέτρα για την προώθηση μίας συμπεριφοράς ελεγχόμενης και όχι αυτή του πανικού, θεωρούνται αυτά που έχουν κατά κύριο λόγο προληπτικό χαρακτήρα. Υπάρχουν πολλοί τρόποι για την ευαισθητοποίηση και ενεργό συμμετοχή της κοινότητας που ξεκινά από την εκπαίδευση στα σχολεία, ενθαρρύνοντας τα παιδιά να συζητούν με τους γονείς τους πιθανές καταστροφές. Ενεργό ρόλο και καθοριστικό επίσης έχουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αφού μεταδίδονται χρήσιμες πληροφορίες σε συλλογικό επίπεδο και τονίζεται η ανάγκη προσοχής των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων.

Άλλες τεχνικές είναι οι ασκήσεις ετοιμότητας σε κοινοτικό επίπεδο, οι δραστηριότητες του κοινωνικού λειτουργού σε επίπεδο γειτονιάς, όπου η επιτυχία του στηρίζεται στην διαρκή εκπαίδευση των εθελοντών και των επαγγελματιών σχετικά με τις ψυχολογικές επιπτώσεις μίας καταστροφής, την τεχνική της συνέντευξης και την αντιμετώπιση πρακτικών ζητημάτων (διανομές ειδών πρώτης ανάγκης, οργάνωση των κατοίκων σε καταυλισμούς κ.α.) (Εκλογή τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 88 – 90).

### **8.7.β. Οι αρμοδιότητες των Κοινωνικών Λειτουργών**

Οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών μπορούν να εξετασθούν βασικά σε σχέση με τις δύο κύριες ομάδες που θα εξυπηρετήσουν, δηλαδή τα “θύματα” και το προσωπικό βοήθειας.

Πρωταρχικής σημασίας ενέργεια, προκειμένου να δραστηριοποιηθούν τα προγράμματα ανακούφισης, είναι η εκτίμηση των

αναγκών και των πηγών βοήθειας. Οι πληροφορίες που συλλέγονται χρειάζεται να αναφέρονται α) στον αριθμό των ατόμων που σκοτώθηκαν, τραυματίστηκαν, αγνοούνται, νοσηλεύονται ή έχουν ανάγκη τροφής και στέγασης, β) στον αριθμό ατόμων που μετακινήθηκαν μακριά από τα σπίτια τους, γ) στο έργο που αναλαμβάνεται από κυβέρνηση, Ε.Ε.Σ., άλλες οργανώσεις, δ) στο είδος της ενίσχυσης που απαιτείται σχετικά με το προσωπικό, εφόδια, τεχνικό εξοπλισμό, χρήματα, μεταφορικά μέσα κ.α. (Εκλογή, τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 90 – 91).

Ειδικά στοιχεία μετά την καταστροφή είναι χρήσιμο να αναφέρονται στην ικανότητα των θυμάτων να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που ανακύπτουν, την εκτίμηση των διαθέσιμων πηγών και το είδος των υπηρεσιών και κυρίως τα προβλήματα των “ευαίσθητων” πληθυσμιακών ομάδων.

Η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού διέπεται από δύο βασικά κριτήρια, την προτεραιότητα στις βασικές ανάγκες των θυμάτων και η δουλειά μαζί και όχι για τα θύματα. Είναι στην αρμοδιότητά του επίσης να κινητοποιεί τις πηγές μέσα στην κοινότητα και να προωθεί τις λύσεις που αρμόζουν στην τοπική παράδοση, εμπειρία και ρυθμό ανταπόκρισης.

Για τη λήψη αποφάσεων και εφαρμογής σχεδίου ακολουθούνται σε γενικές γραμμές τα παρακάτω στάδια :

α) Εκτίμηση αναγκών και άμεσων προτεραιοτήτων που σχετίζονται με την καταγραφή θυμάτων (βοηθάει η χρήση ειδικών καρτών καταγραφής). Η διαδικασία αυτή επιτρέπει ένα δικαιότερο σύστημα διανομής και αποτελεί πρωταρχικό συντελεστή στην αναζήτηση προσώπων. Μετά την επείγουσα φάση, τα στοιχεία της καταγραφής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ειδικές μελέτες, όπως κοινωνικοοικονομική μελέτη κ.α.

Η φροντίδα για την διανομή διατροφής και ιματισμού είναι από τις πρωταρχικές ενέργειες, όπως επίσης και η εξασφάλιση στέγης με βασικό

άξονα τη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας γιατί αυτό ενδυναμώνει το ηθικό των θυμάτων και παρέχει την καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη.

β) Κοινωνική εργασία με άτομα και οικογένειες. Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται με τα θύματα των καταστροφών εφαρμόζει μία σειρά υποστηρικτικών μεθόδων, με στόχο την απάλυνση του πόνου και της αγωνίας, αλλά και την διευκόλυνση προσαρμογής στις νέες συνθήκες. Παραπέμπει στις ανάλογες υπηρεσίες και οργανώσεις, ασχολείται με όσους είναι ανίκανοι να αναλάβουν την φροντίδα του εαυτού τους, επιμελείται του αρχείου των περιπτώσεων που χρειάζονται παρακολούθηση (follow – up). Σημαντική είναι και η ευθύνη για την δημιουργία υπηρεσίας “επισκεπτών” για όσους δεν έχουν απομακρυνθεί από τα σπίτια τους και υπηρεσίας “συνοδείας” για όσους μεταφέρονται στα νοσοκομεία και χρήζουν περίθαλψης.

γ) Αποτίμηση των διαθέσιμων πηγών βοήθειας και αναζήτηση – επανασύνδεση οικογενειών.

Ύστερα από μία καταστροφή η ανησυχία για την τύχη των δικών μας ανθρώπων είναι αδιαμφισβήτητα έντονη και έκδηλη. Σ’ αυτόν τον τομέα ο Δ.Ε.Σ. και οι κατά τόπους Ε.Σ. έχουν αναγνωρισμένη δικαιοδοσία. Ο Ε.Σ. περιμένει τη λήψη αιτημάτων από άτομα που ζουν μέσα στη χώρα ή στο εξωτερικό και μπορούν να βοηθήσουν οι αρμόδιοι αυτής της υπηρεσίας απαντώντας στις αιτήσεις από τα Κεντρικά Γραφεία για αναζήτηση προσώπων σε τοπικό επίπεδο, εφόσον αρχικά έχει δημιουργηθεί η υπηρεσία αναζητήσεων.

Η εκπαίδευση σε βασικές αρχές, όπως η εχεμύθεια, η τήρηση του απόρρητου, οι δεξιότητες στη συνέντευξη και στην παρεμβολή σε περιόδους κρίσης και η ενημέρωση σε κοινοτικές πηγές βοήθειας και στον τρόπο χρησιμοποίησής τους καθιστούν την εμπλοκή των κοινωνικών λειτουργών χρήσιμη και απαραίτητη.



δ) Εφαρμογή Σχεδίου Δράσης. Βασική προϋπόθεσή του είναι η εμπλοκή των άμεσα θιγομένων από την καταστροφή όχι μόνο για εκδήλωση της αυτοπεποίθησης τους αλλά για να είναι εφικτή η συνέχιση του προγράμματος με δική τους πρωτοβουλία (Εκλογή, τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 91 – 94), (Ε.Ε.Σ. Σωματείο Εθελοντών Σαμαρειτών, Κοιν. Υπηρεσία “Αντιμετώπιση Εκτάκτων Αναγκών”, σελ. 72 – 75).

Ο βασικότερος σκοπός της αποκατάστασης είναι να παρέχει υπηρεσίες και διευκολύνσεις, οι οποίες θα επαναφέρουν τα κανονικά πρότυπα ζωής στις κοινότητες, οικογένειες και άτομα, και παράλληλα θα ενθαρρύνουν τις αναγκαίες προσαρμογές σε αλλαγές που απαιτούνται σαν αποτέλεσμα της καταστροφής. Οποιαδήποτε βοήθεια πάντως και αν δοθεί, τα θύματα πρέπει να συμμετέχουν στις προσπάθειες αποκατάστασης και να είναι ενήμεροι ότι το προσωπικό Κοινωνικής Πρόνοιας βρίσκεται εκεί για να τους βοηθήσει να προστατέψουν τους εαυτούς τους.

Ο κύριος στόχος της βοήθειας είναι η επάνοδος στον κανονικό τρόπο ζωής, οι πληγέντες θα πρέπει να επωφεληθούν από την προσωρινή υλική βοήθεια που τους παρέχεται καθώς κάθε μέτρο για την απάλυνση του άγχους αποδεικνύεται χρήσιμο. Ειδική βοήθεια και στήριξη χρειάζονται οι ειδικές ομάδες του πληθυσμού, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, οι ηλικιωμένοι, τα μικρά παιδιά κ.α.

Η απώλεια προσώπων και των προσωπικών αγαθών ακόμη δημιουργεί ψυχολογική αντίδραση, που μπορεί να διαρκέσει και ίσως δυσκολέψει τους πληγέντες να αντιμετωπίσουν τα καθημερινά τους προβλήματα (Εκλογή, τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 96 – 98).

Η αντίδραση στη θλίψη και στο πένθος, πέρα από την προσωπική στάση του κάθε ατόμου, εξαρτάται και από ένα ευρύτερο πολιτιστικό πλαίσιο. Έτσι εκτός από την οποιαδήποτε προσέγγιση σε γενικότερο

επίπεδο, είναι χρήσιμη και η συμπληρωματική εξατομικευμένη βοήθεια (Εκλογή, τεύχος Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, σελ. 98).

Είναι γεγονός ότι οι καταστροφές και οι καταστάσεις επείγουσας ανάγκης φέρνουν στην επιφάνεια προηγούμενα προβλήματα οικονομικά, κοινωνικά, συναισθηματικά. Κοινωνικοί λειτουργοί με καλή γνώση της εργασίας με κοινότητες, μπορούν να παίξουν ηγετικό ρόλο στο να βοηθήσουν τα άτομα και τις κοινότητες να εντοπίσουν τα προβλήματά τους, να αναδιοργανωθούν και να ανασυντάξουν τις δυνάμεις τους.

## ΕΝΟΤΗΤΑ Δ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

#### 9.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Αυτό που πρέπει πάντα να έχουμε ως πρώτη σκέψη είναι ότι η ζωή ανανεώνεται διαρκώς και η μελέτη αυτή αποτελεί μία προσπάθεια κατανόησης του νοήματος και της αξίας της απώλειας και του αποχωρισμού στη διάρκεια της ζωής μας. Είναι ένα ταξίδι με αφετηρία την άποψη ότι απώλεια σημαίνει πόνος και θλίψη ψυχής, με σταθμό όμως και συνειδητοποίηση της σκέψης ότι ακόμα και όταν νιώθεις ημιτελής, λόγω της απώλειας, τελικά οδηγείσαι σε δρόμους αυτοεκτίμησης και αυτογνωσίας.

Σαφώς η πορεία μέσα από οδυνηρές εμπειρίες επιφυλάσσει δύσκολες και δραματικές στιγμές, όμως η κυριαρχία επί του τραύματος είναι ένα ηρωικό ταξίδι που θα έχει στιγμές δημιουργικής ευφυΐας, βαθιάς μάθησης αλλά και περιόδους σκληρής και ανιαρής ίσως δουλειάς.

Καταλήγουμε λοιπόν στο γενικό συμπέρασμα ότι πρόκειται για μία διαδρομή στον ανθρώπινο πόνο και κυρίως στην αιτιολόγησή του με βασικό άξονα σκέψης σε όλην αυτήν την πορεία ότι ακόμα και το θλιβερότερο και δυσβάσταχτο γεγονός μπορεί να σταθεί ως αφορμή για την ψυχική και πνευματική μας ανάταση.

Με το πέρας της μελέτης καταλήγουμε αρχικά στο συμπέρασμα ότι η συμβολή των παιδικών βιωμάτων είναι καθοριστική και επηρεάζει την ενήλικη συμπεριφορά μας και τον τρόπο χειρισμού των ψυχοπιεστικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουμε.

Αν δηλαδή “εκπαιδευτούμε” ως παιδιά στην απώλεια και διδαχθούμε μέσα από το οικογενειακό μας περιβάλλον να είμαστε δεκτικοί στις αλλαγές και στα απρόοπτα της ζωής, η μετέπειτα συμπεριφορά μας θα είναι πιο

ώριμη, πιο συνειδητοποιημένη και θα χαρακτηρίζεται από αυτογνωσία, αυτοκυριαρχία και συναισθηματική αντοχή στις δυσκολίες και στα απρόβλεπτα γεγονότα.

Προκύπτει επίσης ότι οι διάφορες εμπειρίες, τόσο μέσα από τα γεγονότα που βιώνουμε όσο και από τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσουμε αλλά και γενικά η φυσιολογική ωρίμανση μέσα στον κύκλο της ζωής, μπορεί να είναι η απαρχή για μία νέα στάση και άποψη ζωής.

Οποιοδήποτε είδος “τραύματος” μπορεί να γίνει ευκαιρία για αναθεώρηση και σοβαρά “δυστυχήματα” μπορεί να διακόψουν τη λειτουργία παλαιών συμπεριφορών και να αφυπνίσουν νέες πεποιθήσεις. Οποιοσδήποτε αποχωρισμός ή απώλεια μπορεί να αλλάξει τη ζωή για πάντα. Οποιαδήποτε εμπειρία πολύ κοντά στο θάνατο μπορεί να μας ωθήσει, ώστε να αποκτήσουμε καινούρια θεώρηση για τη ζωή. Ο πόνος λοιπόν μπορεί να αλλάξει τα συνηθισμένα πρότυπα και να μας αναγκάσει να επανεκτιμήσουμε τι είναι σημαντικό για εμάς και τι όχι. Θρηνώντας, η ψυχή αναδύεται από τον πόνο και τη διάλυση και έτσι ο πόνος γίνεται πραγματικός, επικυρώνεται και βιώνεται ουσιαστικά.

Με άλλα λόγια δηλαδή οφείλουμε να ζούμε τη ζωή μας αναλαμβάνοντας τις ευθύνες μας και κυρίως αφήνοντας τα συναισθήματά μας να εκδηλωθούν. Μέσα από τη μελέτη αυτή προκύπτει το συμπέρασμα πως όταν αποφεύγουμε να αντιμετωπίσουμε και να χειρισθούμε τα συναισθήματά μας συνήθως οδηγούμαστε σε παθολογικές καταστάσεις, που δημιουργούν προσωπικό αδιέξοδο, συναισθηματική σύγχυση και υιοθέτηση προβληματικών συμπεριφορών.

Γενικό συμπέρασμα είναι και το γεγονός ότι τα στάδια πένθους εξελίσσονται και λαμβάνουν χώρα σε όλες τις καταστάσεις απώλειας που μελετήσαμε, αλλά φυσικά εξαρτώνται από την ατομικότητα, την ιδιαιτερότητα και την μοναδικότητα του κάθε ατόμου.

Στις περιπτώσεις όπου έχουμε εκδήλωση προβληματικής συμπεριφοράς για τα ελληνικά δεδομένα, είναι ανύπαρκτη η ύπαρξη εξειδικευμένου αρμόδιου φορέα ή υπηρεσίας που να ασχολείται αποκλειστικά με άτομα που έχουν πληγεί από την οδυνηρή εμπειρία της απώλειας ή του αποχωρισμού, φυσικά εννοούμε δύσκολες και σοβαρές περιπτώσεις. Τροχοπέδη στην διαδικασία αναζήτησης βοήθειας, όταν υπάρχει αυτή η δυνατότητα, είναι η προκατάληψη που επικρατεί και η συσχέτιση της βοήθειας με την ύπαρξη ψυχικής διαταραχής.

Κατανοώντας λοιπόν την σημασία της θεραπευτικής παρέμβασης, προτείνουμε την δημιουργία μίας ομάδας ειδικών επιστημόνων, όπου θα παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και ενίσχυση στα άτομα που αδυνατούν να χειρισθούν από μόνα τους τα συναισθήματά τους, μετά από μία τραυματική εμπειρία απώλειας – αποχωρισμού.

Επειδή, όπως τονίστηκε και παραπάνω, η επίδραση των παιδικών βιωμάτων είναι καταλυτική, θα ήταν πολύ χρήσιμο και σημαντικό να δημιουργηθούν σχολές γονέων και υποψήφίων μάλιστα γονέων, ώστε να εκπαιδεύονται να χειρίζονται με κατάλληλο τρόπο τους επερχόμενους και διαδοχικούς αποχωρισμούς που θα αντιμετωπίσουν στην σχέση τους με τα παιδιά τους. Έτσι το όφελος θα είναι διττό καθώς η εκπαίδευση μετατίθεται ως βίωμα και στα παιδιά.

Μία ακόμη πρόταση είναι και η δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων που θα στοχεύουν στην παρέμβαση σε σχολικές κοινότητες. Επιδίωξη τους θα είναι η διαπραγμάτευση ανάλογων θεμάτων σύμφωνα με τις ανάγκες της κάθε ηλικιακής ομάδας και η εξοικείωση τους με την έννοια του αποχωρισμού.

Επιπρόσθετα προτείνουμε την εισαγωγή ειδικών μαθημάτων στις σχολές, ώστε να εκπαιδεύονται οι υποψήφιοι επαγγελματίες κοινωνικών επιστημών και να είναι σε θέση να χειρίζονται προς όφελος του εξυπηρετουμένου τις γνώσεις τους και τις δεξιότητές τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ε.Ε.Σ.ΘΕΣΝΙΚΗΣ, 1986, Σωματείο Εθελοντών Σαμαρειτών- Κοινωνική Υπηρεσία, “Αντιμετώπιση Έκτακτων Αναγκών”, Δεκέμβριος εκδόσεις Προσφορά Δήμου Θεσ/νίκης
- ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ-ΤΖΟΝΣΟΝ ΑΜΑΛΙΑ, 1998, “Προκατάληψη. Ποιός εγώ ; Η δυναμική ανάμεσα στην προκατάληψη και την ψυχολογική ωριμότητα.”, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- ΚΑΛΑΙΤΖΗ – ΑΖΙΖΙ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, 1999, “Θέματα κλινικής ψυχολογίας, εφαρμοσμένη κλινική ψυχολογία στο χώρο της υγείας”, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- ΚΑΝΑΚΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ, 1989, “Βλέπω τα δάκρυά σου, θλίβομαι, διαμαρτύρομαι, μπορώ να ζήσω”, εκδόσεις LIBRO, Αθήνα
- ΜΑΝΟΣ ΝΙΚΟΣ, 1997, “Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής”, εκδόσεις University Studios Press, Θεσ/νίκη
- ΦΑΡΟΣ ΠΑΠΑ – ΦΙΛΟΘΕΟΣ, 1981, “Το πένθος, Ορθόδοξη, Λαογραφική και Ψυχολογική θεώρηση”, εκδόσεις Ακρίτας, Αθήνα
- ΦΑΡΟΣ ΠΑΠΑ – ΦΙΛΟΘΕΟΣ, 1996, “Βάδιζε Υγιαίνων, το νόημα της υγείας και της νόσου”, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
- ΧΑΤΖΗΧΡΗΣΤΟΥ ΧΡΥΣΗ, 1999, “Ο χωρισμός των γονέων, το διαζύγιο και τα παιδιά”, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

## ΞΕΝΗ ΒΙΒΙΟΓΡΑΦΙΑ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ

- DR BACQUE-FREDERIQUE M,2001, “Πένθος και υγεία, άλλοτε και σήμερα, το σοκ της απώλειας, οι ψυχολογικές επιπτώσεις, η αντιμετώπιση”, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα
- BLOUMFELD HAROLD,1992,, “Κάντε ειρήνη με τους γονείς σας”, εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα
- BOWLBY JOHN, “Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών”, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1995
- BRAWSHAW JOHN,1998, “Δημιουργώντας την αγάπη”, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα DOLTO FRANCOISE,2000, “Μιλώντας για το θάνατο”, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα
- DOLTO FRANCOISE,2000, “Μιλώντας για το θάνατο”, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα
- HERBERT MARTIN,1998, “Ο χωρισμός και διαζύγιο”, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- KUBLER ROSS E.,1988, “Θάνατος, το τελικό στάδιο εξέλιξης”, εκδόσεις Ταμασος, Αθήνα
- Dr KAST VERENA,2001, “Θύματα και θύτες, πότε, γιατί και πως αλλάζουν οι ρόλοι”, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα, Σεπτέμβριος
- LEVINE P.&FREDERICK A.,2000, “Το ξύπνημα της τίγρης, θεραπεύοντας τις τραυματικές εμπειρίες”, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- LESHAN LAWRENCE,1999, “Μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου”, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα
- NAPIER AUGUSTUS,1997, “Το ζευγάρι, ο εύθραυστος δεσμός”, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

- NEWNAN&BERGOVITZ,1993, “Ανακαλύπτοντας τον χαμένο παράδεισο του εαυτού μας”, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα, Οκτώβριος
- NEWNAN&BERGOVITZ,1998, “Πάρε στα χέρια τη ζωή σου”, 10η έκδοση, εκδόσεις Θυμάρι, Αθήνα, Δεκέμβριος
- PARRY GLENY,1996, “Ψυχολογικές κρίσεις και η αντιμετώπισή τους”, επιμέλεια Ν. Δέγλερης, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Β’ έκδοση, Αθήνα
- PEK SKOT, 1996,“Ο δρόμος ο λιγότερο ταξιδεμένος .... συνεχίζεται”, εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα
- PEK SKOT, 1998,“Πέρα από το δρόμο το λιγότερο ταξιδεμένο”, εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα
- SALTSBERG-OUITENBERG ISKA,1995, “Η αυτογνωσία από ψυχαναλυτική θεώρηση και οι ανθρώπινες σχέσεις”, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
- SVARTSENBERG LEON&VIANSON-PONIE P.,1982, “Να αλλάξουμε το θάνατο”, εκδόσεις Πύλη, Αθήνα
- SIMONTON.CARES,STEPHANIE MATTHEWS-SIMONTON,CREIGHTON JAMES,1988, “Γίνε ξανά καλά, μία ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου”, εκδόσεις Ιάμβλιχος, Αθήνα



## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- PARRY JOAN K. , DSW,1989 “Social work theory and Practice with the Terminally ill”, The Haworth Press New York, London
- SHELBY DENNIS PhD,1992, “If a partner has AIDS, Guide to clinical intervention for relationships in crisis”, The Haworth Press, New York
- LIDERMANN E.,1994, “Symptomatology and Management of accute Grief”, American journal of psychiatry

## **ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ – ΗΜΕΡΙΔΕΣ - ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

- ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ,1991, με θέμα “Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου”, εκδόσεις ΣΚΛΕ, Αθήνα
- ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ,1993, με θέμα “Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Τοπική Αυτοδιοίκηση”, ΣΚΛΕ, Τοπική ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Νομού Αττικής, Αθήνα
- ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ,1996, “Κοινωνικές Υπηρεσίες και Κοινωνική Εργασία στην υγεία και την πρόνοια. Αναγκαιότητα και όχι πολυτέλεια”, Πρακτικά, εκδόσεις ΣΚΛΕ, Αθήνα

## **ΛΕΞΙΚΑ – ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΕΣ**

- ΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ – ΛΕΞΙΚΟ, τόμος 4 – 32, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

## ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

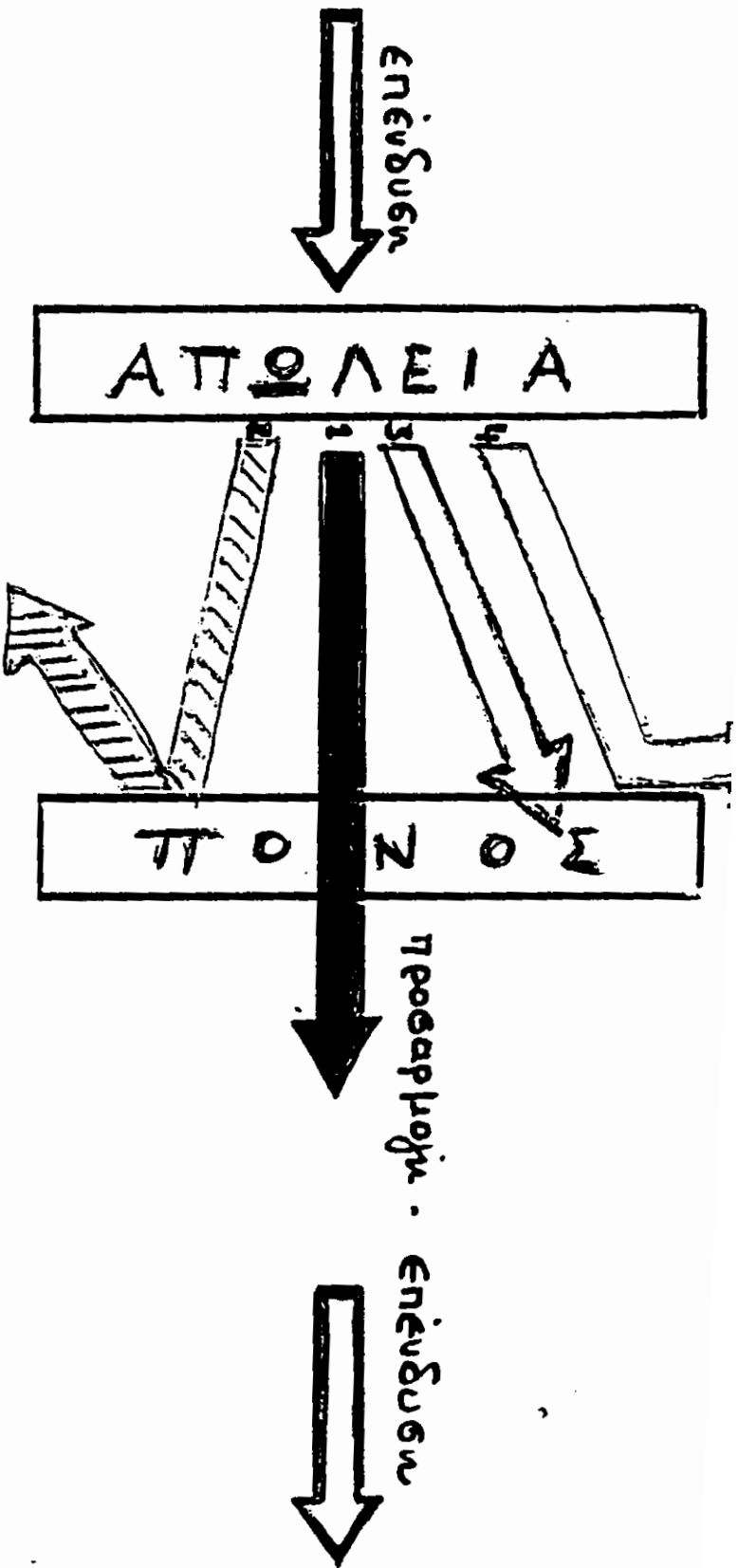
- Περ. ΑΡΧΕΙΑ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΕΨΨΕΠ, τόμος 5, τεύχος 4, Οκτώβριος – Δεκέμβριος 1998
- Περ. ΑΡΧΕΙΑ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, ΕΨΨΕΠ, τόμος 4, τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1997
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, “Κλινική Κοινωνική Εργασία, στον τομέα της υγείας”, Jean Carr, Ιανουάριος – Μάρτιος, Αθήνα 1994, ΣΚΛΕ
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, “Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα – Διεπιστημονική συνεργασία και AIDS”, Απρίλιος – Ιούνιος, Αθήνα 1991, ΣΚΛΕ
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, “Το AIDS σαν Κοινωνική Πρόκληση”, Ιούλιος – Σεπτέμβριος, Αθήνα 1990, ΣΚΛΕ
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, “Οικογένεια σε χωρισμό”, Ιούλιος – Σεπτέμβριος, Αθήνα 1993, ΣΚΛΕ
- ΕΚΛΟΓΗ, “Κοινωνική εργασία στην αντιμετώπιση φυσικών καταστροφών”, Ιούλιος – Αύγουστος – Σεπτέμβριος, 1986, αρ. 70
- ΕΚΛΟΓΗ, “Αντιδράσεις ατόμων και κοινοτήτων στις φυσικές καταστροφές”, αρ. 63, Απρίλης 1984, Αθήνα
- ΕΚΛΟΓΗ, “Το άγχος και η αντιμετώπισή του σε οργανώσεις υγείας : Δυνατότητες για την κοινωνική εργασία”, Judith Bregarly, Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος, Αθήνα 1991

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

“Φορείς, Συμβουλευτικοί Σταθμοί και Ψυχιατρικά Κέντρα για τα άτομα που βιώνουν μία απώλεια ή αποχωρισμό και χρειάζονται συναισθηματική και κοινωνική υποστήριξη.”

- Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής
  - Υπηρεσία Υποστήριξης και πληροφόρησης, τηλ. (210) 88.40.712-13
  - Συμβουλευτικά – Ψυχιατρικά Τμήμα Ενηλίκων :  
ΑΘΗΝΑ : Βασιλ. Ηρακλείου αρ. 9, τηλ. (210) 82.11.220 και 82.11.401  
ΘΕΣΣ/ΝΙΚΗ : Καντατζόγλου αρ.36, τηλ. (2310) 845.130 και 845.900  
ΠΑΤΡΑ : Αθαν. Διάκου αρ.35 – Ψηλά Αλώνια, τηλ. (2610) 336.666  
ΗΡΑΚΛΕΙΟ (ΚΡΗΤΗΣ) : Ψαρομηλλίγγων και Βλαστών αρ.2, τηλ. (2810) 285.819
- ΜΕΡΙΜΝΑ – Εταιρεία για τη φροντίδα παιδιών και οικογενειών στην αρρώστια και στο θάνατο. Τιμολέοντος Βάσσου αρ.16, Αθήνα. Τηλ. (210) 64.52.013 και 64.63.367, fax (210) 64.63.367, e-mail : [merimna@softlab.ece.ntua.gr](mailto:merimna@softlab.ece.ntua.gr).
- Αιγινήτειο Νοσοκομείο : Βασ. Σοφίας αρ. 60, Αθήνα
  - Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, τηλ. (210) 72.25.109
  - Ιατρείο οικογένειας, τηλ. (210) 72.12.778 και 72.91.322
  - Σεξουαλικά προβλήματα, τηλ. (210) 72.20.811 και 72.91.322
- Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών, Μεσογείων αρ. 154, Αθήνα
  - Ψυχιατρικό Ενηλίκων, τηλ. (210) 77.87.341
  - Ψυχιατρικό Εφήβων, τηλ. (210) 74.81.365 και 74.80.901

- Μονάδα απεξάρτησης τοξικομανών – αλκοολικών (Ψ.Ν.Α. / Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής)
  - Ανοιχτή τηλεφωνική γραμμή για ναρκωτικά και αλκοόλ, τηλ. (210) 36.17.089
- Ελληνική Ψυχιατρική Εταιρεία, Παπαδιαμαντοπούλου αρ.4, τηλ. (210) 72.11.845
- Σύλλογος Ελλήνων Ψυχολόγων, Αυλίδος αρ.8, τηλ. (210) 77.11.449
- Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής, Αραχώβης αρ.18 και Ιπποκράτους, Αθήνα, τηλ. (210) 36.049.72 – 36.049.45, 36.04.919 – 36.04.929
- Συμβουλευτική γραμμή για το AIDS, τηλ. (210) 72.22.222
- Αντικαρκινικό Νοσοκομείο – Άγιος Σάββας, τηλ. (210) 64.09.000
- Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, Λυκαβηττού αρ.1, Αθήνα, τηλ. (210) 69.10.512.-14
- Ογκολογικό Νοσοκομείο – Αγ. Ανάργυροι, τηλ. (210) 23.88.789-2
- Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τηλ. (210) 36.02.800
- Ανοιχτό Κέντρο Ψυχοθεραπείας, Σ. Χαραλάμπη αρ.1. Αμπελόκηποι, τηλ. (210) 64.35.980, 64.12.081



1: Φυσιολογική διεργασία νέδους

2: Ανάδραση του δένδου - Πένδος που δίνεταί με καθυστερησιν

3: Χρόνιος δένδος - Διαστρέβλωσιν δένδου

4: Π

ΦΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΠΕΝΘΟΥΣ

BOWLBY (1980, 1982), PARKES (1987)

- 1η ΦΑΣΗ : Σοκ και Μοιδιασμα
- 2η ΦΑΣΗ : Αναζήτηση και Ασχάρα επανασύνδεσης
- 3η ΦΑΣΗ : Αποδιοργάνωση
- 4η ΦΑΣΗ : Αναδιοργάνωση

ΟΙ ΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

φωνική απομόνωση - έλλειψη  
αυθάρτου για τρέχοντα ζητήματα

άκοπη υπερόδαστηριότητα -  
αίτηρη αδράνεια/απάθεια

προυσία του θανάτου στα όνειρα

ταραχές στον ύπνο

ταραχές στην διατροφή (ανορεξία - βουλιμία)

ανά ξεσπάσματα ανεξέλεγκτων δακρύων ή θυμού

σκέψεις σε μέρη που θυμίζουν το νεκρό. μεταφορά  
συλλογή αντικειμένων που σχετίζονται μ' αυτόν

αυθάρτου συμπεριφορά - ενέργειες που είναι έξω  
από το χαρακτήρα του ατόμου



## αισθηματικό επίπεδο

Συναισθηματικό σοκ

Θλίψη (που μερικές φορές συνοδεύεται από κλάμμα)

Θυμός

Ενοχές (για συγκεκριμένες πράξεις ή παραλήψεις)

Αναζήτηση - λαχτάρα "επανασύνδεσης"

Φόβος - Άγχος - Αίσθηση αδυναμίας και ανημπορίας

Μοναξιά

Ευερεθιστότητα - Ανησυχία

Ανακούφιση

ΜΕΡΙΚΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΙΔΙΑΙΤΕΡΟΤΗΤΕΣ  
ΤΟΥ ΓΟΝΕΪΚΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

ΟΦΕΙΛΟΝΤΑΙ :

τη φύση της σχέσης και του έντονου δεσμού  
σταξυ γονιού παιδιού.

εις πολλαπλές, δευτερογενείς απώλειες που  
ανοδεύουν το θάνατο ενός παιδιού.

την παραβίαση των νόμων της φύσης και  
την απώλεια της αίσθησης της "αθανασίας" των γονιών.

την ανατροπή της οικογενειακής και συζυγικής  
ομορφιάς

α) ανακατανομή ρόλων, ευθυνών στην οικογένεια

β) δυσκολίες στις συζυγικές σχέσεις

γ) δυσκολίες στην κατανόηση του πένθους που  
βιώνουν τα αδέρφια, παππούδες, γιαγιάδες.

την στάση της κοινωνίας μπρος στο πένθος των γονιών.

## ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ - ΤΑ ΠΑΡΑΔΟΞΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

Θα νιώσεις χειρότερα, πριν νιώσεις καλύτερα

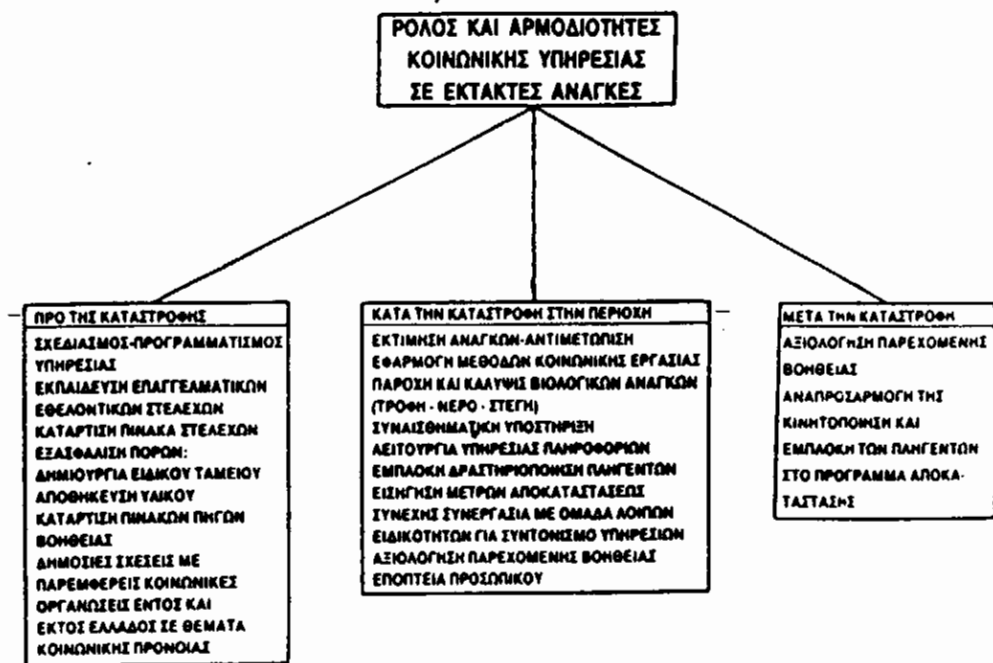
Φρόντισε τον εαυτό σου (γίνε εγωιστής) πριν φροντίσεις άλλους (πριν γίνεις αλτρουιστής)

Μπορεί να θέλεις να βρίσκεσαι με άλλους, αλλά να είσαι και μόνος

Πριν επανακτήσεις την ανεξαρτησία και αυτονομία σου, επέτρεψε στον εαυτό σου να εξαρτηθείς

Για να αποχαιρετήσεις το παιδί σου πρέπει πρώτα να είσαι σίγουρος ότι θα μείνει μαζί σου ολόκληρη τη ζωή





παιδεύονται στον υγειονομικό τομέα (Α' Βοήθειες κλπ.) και να μετεκπαιδευτούνται θα έλεγε κανείς στα θέματα Κοινωνικής Πρόνοιας με αποτέλεσμα να επεμβαίνουν άμεσα για τις σωστικές ενέργειες αλλά και να είναι ευαίσθητοποιημένοι και ενημερωμένοι για την προνοιακή τους εργασία.\*

Η Κοινωνική Υπηρεσία και το Σώμα Σαμαρειτών έχουν επεξεργασθεί και προετοιμάσει Σχέδιο δράσης σε τοπικό περιφερειακό επίπεδο (Πίν. 6), έχουν εκτυπώσει το απαραίτητο υλικό απογραφής θυμάτων και αναγκών αλλά έχουν παράλληλα οργανώσει και οργανώνουν ειδικές εκπαιδεύσεις. Επαγγελματικά και εθελοντικά στελέχη προετοιμάζονται συνεχώς με Σεμινάρια, ασκήσεις διάσωσης θυμάτων, εγκατάσταση σκηνών, τρόπο λειτουργίας καταυλισμών, στις

ψυχοκοινωνικές ανάγκες και αντιδράσεις των θυμάτων. Η ετοιμότητα αυτή σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο είναι ευνόητο ότι είναι απαραίτητη αφού έχει παρατηρηθεί ότι στις καταστροφές η άμεση βοήθεια χρειάζεται και οι περισσότερες καταστροφές πλήττουν την περιφέρεια. Χάνεται πολύτιμος χρόνος μέχρις ότου κινητοποιηθούν οι Κεντρικές Υπηρεσίες και δράσουν. Η εξειδίκευση αυτή του Τμήματος της Θεσ/νίκης δεν έχει αναγνωρισθεί και αξιοποιηθεί ανάλογα τόσο από τον ίδιο τον Ε.Ε.Σ. όσο κι από τις κρατικές αρχές.

Όμως το ίδιο δεν αξιοποιείται ο Ερυθρός Σταυρός σε περιπτώσεις καταστροφών στη χώρα μας. Δεν αρκεί να α-

\* Στο τέλος του άρθρου παρατίθεται το πρόγραμμα εκπαίδευσης των εθελοντών Σαμαρειτών και εθελοντών Κοινωνικής Πρόνοιας του Ε.Ε.Σ.

