

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**«ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ, Η ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ**  
**ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΒΙΩΝΟΥΝ ΤΟ**  
**ΠΕΝΘΟΣ»**



**ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ**  
**ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΡΓΥΡΟΥΛΑ**  
**ΚΑΡΚΑΒΙΤΣΑ ΜΑΡΙΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ –**  
**ΚΑΛΠΙΝΗ ΧΡΥΣΗ**

**ΠΑΤΡΑ, 2012**

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	7
ABSTRACT .....	9
ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	11
ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ .....	12
ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ .....	13
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	16
ΠΕΝΘΟΣ.....	16
1.1 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΝΟΙΑΣ .....	16
1.2 ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΠΕΝΘΟΥΣ .....	18
1.3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ .....	21
1.4 ΚΗΔΕΙΑ: ΕΝΑ ΠΟΛΥΦΑΣΜΑΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ .....	26
1.5 ΟΤΑΝ ΠΕΣΕΙ Η ΑΥΛΑΙΑ .....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	29
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	29
2.1 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ .....	29
2.2 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ: Η ΠΟΛΥ- ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ .....	29
2.3 Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ: ΑΠΟ ΤΟ ΠΟΛΥ-ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ ΣΧΗΜΑ ΣΤΟ ΠΟΛΥ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.....	31
2.4 Η ΑΤΟΜΙΚΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (ΑΤΟΜΙΚΙΣΤΙΚΟ ΠΕΝΘΟΣ)....	31
2.5 ΑΛΛΕΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ.....	33
2.6 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ.....	34
2.7 Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ WILKINSON .....	35
2.8 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΩΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΥΓΙΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ.....	37
2.9 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ Η ΣΚΕΨΗ.....	38
2.10 ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	39
2.11 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ .....	40
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	41
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΕΝΘΟΥΣ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗΣ .....	41
3.1 ΕΜΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΛΛΟΙ .....	41

3.2 Η ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ.....	42
3.3 Η ΤΡΩΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ .....	43
3.4 ΓΥΜΝΕΣ ΖΩΕΣ.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	46
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΕΝΘΟΥΣ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗΣ .....	46
4.1 ΟΔΥΝΗ, ΤΡΑΥΜΑ , ΠΕΝΘΟΣ, ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ.....	46
4.2 Η ΓΛΩΣΣΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ .....	47
4.3 Η ΟΙΚΟΥΜΕΝΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΒΙΩΜΑΤΩΝ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΑΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥΣ.....	48
4.4 ΤΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΝΘΟΣ .....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	53
ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ .....	53
5.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ .....	53
5.2 ΠΩΣ ΕΚΦΡΑΖΕΤΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ .....	53
5.3 ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ .....	54
5.4 ΤΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΧΕΙ ΑΥΤΟΣ ΠΟΥ ΒΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ .....	56
5.5 ΤΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΕΙ ΕΝΑΣ ΕΙΔΙΚΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	58
ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ .....	58
6.1 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ .....	58
6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ.....	59
6.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΓΛΩΣΣΑ .....	59
6.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ.....	61
6.5 Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	62
6.6 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ .....	62
6.7 Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ .....	63
6.8 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	64
6.9 Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΘΥΜΙΑ .....	65
6.10 ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ KUBLER-ROSS ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ.....	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....	70
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ .....	70
7.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	70

7.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ .....	71
7.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	72
7.4 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ	73
7.5 Η ΖΩΗ ΠΕΡΝΩΝΤΑΣ ΣΤΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ .....	74
7.6 Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ.....	74
7.7 Η ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΘΕΟΛΟΓΙΑ ΑΡΩΓΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ .....	76
7.8 Ο ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΣ ΚΑΙ Ο ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ .....	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	82
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ .....	82
8.1 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ .....	82
8.2 Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΠΕΝΘΕΙ .....	84
8.3 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ .....	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.....	88
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	88
9.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	88
9.2 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	88
9.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.....	89
9.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	89
9.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ– ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ .....	90
9.6 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	91
9.7 ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ .....	92
9.8 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ .....	92
9.8.1 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	93
9.8.2 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΕΙΛΩΝ.....	94
9.8.3 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	95
9.8.4 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	96
9.9 ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ .....	98
9.10 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	99
9.11 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.....	101
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	101
10.1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	101

<b>10.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>109</b>
<b>10.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>111</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>113</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....</b>	<b>118</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....</b>	<b>119</b>

## ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους εκείνους που μας στήριξαν ηθικά και πνευματικά στην εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Πιο συγκεκριμένα, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε εγκάρδια την καθηγήτρια και επόπτριά μας, Δρ. Χρυσή Καλπίνη-Παπαδοπούλου για τις πολύτιμες συμβουλές και κατευθύνσεις αλλά και την ψυχολογική ενθάρρυνση που μας προσέφερε.

Επιπλέον, αισθανόμαστε την ανάγκη να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στον καθηγητή μας κύριο Μαγκαφά Παναγιώτη για τις καίριες παρεμβάσεις του και την ουσιαστική καθοδήγηση του για την εκπόνηση της εργασίας μας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς μας, τα αδέρφια μας καθώς και το φιλικό μας περιβάλλον για τη στήριξη και τη συμπαράστασή τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία διερευνά το πένθος, τη συμβουλευτική και το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

Ειδικότερα στο θεωρητικό μέρος, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάστηκε ο προσδιορισμός των εννοιών του πένθους, έγινε μια ιστορική ανάδρομη στην έννοια του πένθους, αναλύθηκαν τα στάδια του πένθους και το πολυφασματικό κοινωνικό φαινόμενο της κηδείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίδεται ένας εναλλακτικός προσδιορισμός του πένθους και αναφέρονται παραδείγματα πένθους από την αρχαιότητα. Στη συνέχεια παρουσιάζονται η σύγχρονη αντίληψη του θανάτου και του πένθους καθώς και η ατομικιστική του αντιμετώπιση. Εξακολουθητικά αναπτύσσονται πρόσθετες σύγχρονες απόψεις για τον θάνατο και το πένθος, τα κριτήρια παθολογικού πένθους, η φιλοσοφική προσέγγιση του Wilkinson καθώς και άλλες θεωρίες του πένθους που σχετίζονται με τη σκέψη, τη θεραπεία και τα στάδια του.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι έννοιες της ζωής και του θανάτου και οι πολιτικές πένθους και μνήμης. Προσδιορίζεται η διαφορετικότητα στην εννοιολογική προσέγγιση της ζωής και αναλύουμε την τρωτότητα του σώματος.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται οι πολιτικές πένθους και μνήμης στην οδύνη, το ψυχολογικό τραύμα και τη μελαγχολία που προκαλεί το πένθος, προσδιορίζεται η γλωσσά του πένθους και γίνεται εκτενή αναφορά στην οικουμενικότητα των βιωμάτων που προκαλεί η απώλεια στη ζωή του ανθρώπου και αναπτύσσεται το παθολογικό πένθος.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύεται το πένθος από τη σκοπιά του ψυχολόγου. Παρατηρείται, μέσω της ψυχολογικής θεωρίας, η έκφραση και η δυνατότητα χειρισμού του πένθους καθώς και οι επιπλοκές που υπάρχουν στην ψυχική υγεία του άτομου που βιώνει το πένθος και πως μπορεί να βοηθήσει ένας ειδικός ψυχικής υγείας.

Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθεται η έννοια του πένθους από τη σκοπιά του ψυχιάτρου. Μελετάται η διαταραχή της προσαρμογής, η κατάθλιψη στην καθημερινή μας γλωσσά και οι κίνδυνοι αυτοκτονίας που εγκυμονεί η κατάθλιψη στα άτομα που βιώνουν το πένθος. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στη συχνότητα της κατάθλιψης, τις ψυχολογικές δυσκολίες που τη διέπουν καθώς και τη θεραπεία της. Στο τέλος του κεφαλαίου αναφέρονται η διπολική διαταραχή, η κυκλοθυμία και δυσθυμία που

σχετίζονται με το πένθος και τέλος αναφέρεται η άποψη και η θεωρία για το πένθος της Kubler-Ross.

Στο έβδομο κεφάλαιο αναλύεται το πένθος από τη σκοπιά του νοσηλευτή καθώς και η θεολογική προσέγγιση του θανάτου. Γίνεται μελέτη για την επίδραση του θανάτου στον νοσηλευτή και την ορθόδοξη χριστιανική θεολογία ως αρωγός του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του θανάτου.

Στο όγδοο κεφάλαιο προσδιορίζεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού καθώς και η στάση του στο άτομο που πενθεί.

Στο ένατο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της ποιοτικής έρευνας. Ο σχεδιασμός της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα παρουσιάζονται. Στη συνέχεια τα ηθικά διλήματα και ο τρόπος παρουσίασης των αποτελεσμάτων περιγράφονται.

Τέλος, στο κεφάλαιο 10 αναλύονται τα αποτελέσματα της συνέντευξης που διενεργήθηκε σε 10 ειδικούς που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του πένθους. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού αναφέρονται τα συμπεράσματα της έρευνας αλλά και προτάσεις.



## **ABSTRACT**

The current study investigates the process of bereavement, counseling and the role of social worker in the case of death.

In the first chapter the identification of the concepts and the stages of mourning are analyzed and there was a throwback to the concept of mourning. Furthermore, the multispectral social phenomenon of funeral is discussed.

In the second chapter the definition of bereavement is described with examples from ancient times to today by presenting the modern concept of death and mourning and the individualistic approach. Following, additional current views related to death and mourning, pathologic mourning criteria, Wilkinson's and other theorists' to thinking, treatment and stages are discussed.

In the third chapter the conceptual systems of life and death as well as mourning policies and memories are discussed.

The policies of mourning and memory of suffering are described. Emphasis is given to psychological trauma and sadness caused by mourning with extensive reference to the universality of experiences caused by loss and how the pathological mourning is developed.

Bereavement from the psychological perspective is analyzed and the theory of how the ability to handle mourning and its complications to person's mental health is developed and presented.

Furthermore, the contribution of mental health specialists is discussed.

The psychiatrist's perspective of bereavement is mentioned. Emphasis to depressive disorders and the risk factors associated to suicide. The frequency of depression, bipolar disorder, dejection and mood swings associated with mourning and their treatment are presented in chapter six. Finally, the views of grief theory of Kubler-Ross are presented.

In the seventh chapter the nursing and theological approach of death is viewed.

In the eighth chapter the role of the social worker and the attitude of the bereaved person are discussed.

In the ninth chapter, the methodology of qualitative research was outlined. The design and the research questions are presented. Furthermore, research ethics and the way the research findings will be analyzed, are described.

Finally, in the tenth chapter the results of interviews conducted in 10 specialists concerned with the handling of mourning are analyzed. At the end of this chapter the conclusions of the research and recommendations arising from the discussion are presented.

## ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ

Θεωρούμε πως είναι μεγάλη αναγκαιότητα η επιστημονική μελέτη που να φορά το πένθος. Το πένθος άλλωστε είναι μια κατάσταση που όλοι οι άνθρωποι βιώνουμε καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας και μάλιστα αρκετές φορές.

Άλλοι πενθούν διότι πέθανε κάποιο αγαπημένο πρόσωπο, άλλοι πενθούν διότι από διαφωνία χάλασε μια σχέση που είχαν, άλλοι πενθούν διότι στερήθηκαν κάποιο υλικό αγαθό που απολάμβαναν, άλλοι πενθούν διότι έχασαν κάποια σημαντική γι' αυτούς ευκαιρία, άλλοι πενθούν για τη χαμένη τους αθωότητα. Όλα αυτά είναι πένθος, αν και δεν έχουν όλα την ίδια πορεία και την ίδια σημασία. Ωστόσο η αναγκαιότητα να γίνουν μελέτες πάνω στο πένθος αλλά και η συμβουλευτική υποστήριξη που πρέπει να παρέχεται σε ανθρώπους που πενθούν είναι κάτι παραπάνω από επιβεβλημένη. Ελπίζουμε στο μέλλον να ασχοληθούν και άλλοι με το συγκεκριμένο αντικείμενο.

Για την ομάδα της παρούσας πτυχιακής, το κίνητρο για την μελέτη του θέματος ήταν η επιθυμία για διερεύνηση και εμπάθυνση στο θέμα του πένθους και στους τρόπους με τους οποίους μπορεί να αντιμετωπιστεί. Είναι σημαντικό για έναν άνθρωπο να γνωρίζει πώς να διαχειριστεί το πένθος, πολύ δε περισσότερο για κάποιον που πρόκειται να ασχοληθεί επαγγελματικά με κάποια από τις μορφές της ψυχικής υγείας.

## ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει να παρουσιάσει τις σημαντικότερες πτυχές του πένθους στην ανθρώπινη ζωή καθώς και τη βοήθεια που μπορούν να προσφέρουν οι επαγγελματίες υγείας σε άτομα τα οποία είτε βιώνουν πένθος είτε έχουν καθηλωθεί σε κάποιο από τα στάδια του πένθους.

Επίσης, θα επιδιώξει να αναδείξει την σημαντικότητα του πένθους στην ανθρώπινη ζωή για αυτό και η μελέτη ξεκινάει από την αρχαιότητα και καταλήγει στο σήμερα. Επιπλέον, μέσα από την παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια να τονισθεί η ουσιαστική βοήθεια που μπορούν να δώσουν οι ειδικοί στη συμβουλευτική του πένθους. Καθώς δεν πρέπει να λησμονιέται πως η διάρκεια του πένθους είναι συνάρτηση τόσο των ευκαιριών που έχει το άτομο που πενθεί να εκφράσει τους φόβους, τα άγχη, τον πόνο και τη θλίψη που του προκάλεσε ο θάνατος του αγαπημένου του προσώπου όσο και της υποστήριξης που δέχεται από τα πρόσωπα του περιβάλλοντός του.

Μάλιστα για να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν τεθεί, αρχικά θα παρουσιαστεί αναλυτικά με κατανοητό τρόπο ο προσδιορισμός της έννοιας του πένθους, τα χαρακτηριστικά του, μια ιστορική αναδρομή καθώς κάποιες πολιτικές πένθους και μνήμης. Στη συνέχεια θα γίνει προσπάθεια να διερευνηθεί διεξοδικά το πένθος από το πρίσμα της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας και της κοινωνικής εργασίας. Μέσα από τους στόχους που τέθηκαν είναι καταφανές ότι το συγκεκριμένο θέμα επιλέχθηκε για να διερευνηθεί πως η διεπαγγελματική συνεργασία των ειδικών και οι προσωπικές τους γνώσεις για το πένθος μπορούν να στηρίξουν ένα άτομο το οποίο πενθεί. Υπάρχει η πίστη πως η παρούσα εργασία θα αποτελέσει εγχειρίδιο για τους σπουδαστές ανθρωπιστικών και κοινωνικών σπουδών να ασχοληθούν περισσότερο και εκτενέστερα με το συγκεκριμένο θέμα το οποίο δεν έχει διερευνηθεί αρκετά.

## ΟΡΙΣΜΟΙ ΕΝΝΟΙΩΝ

**Πένθος:** Η εσωτερική διεργασία που σαν σκοπό της έχει να καλύψει το χάσμα που δημιουργείται, από μια απώλεια, μεταξύ των συνθηκών που προϋπήρχαν της απώλειας και εκείνων που δημιουργήθηκαν μετά από αυτή (Μαλλιάρης, 2005).

**Συμβουλευτική:** Ο όρος «συμβουλευτική» συμπεριλαμβάνει την εργασία με άτομα και με σχέσεις, η οποία μπορεί να συνδέεται με ανάπτυξη, την υποστήριξη κρίσεων να είναι ψυχοθεραπευτική, καθοδηγητική ή να έχει στόχο την επίλυση προβλημάτων. Η συμβουλευτική έχει σαν σκοπό να δίνει στον πελάτη μια ευκαιρία να εξερευνήσει, να αποκαλύψει και να αποσαφηνίσει τους τρόπους που θα του παράσχουν μια ζωή πιο ικανοποιητική και δημιουργική (McLeod, 2003).

**Συμβουλευτική πένθους:** Η συμβουλευτική πένθους αποτελεί μια συγκεκριμένη μορφή θεραπείας. Δίνει έμφαση στην γενική συμβουλευτική και έχει σαν στόχο να βοηθηθεί το άτομο που θρηνεί για την απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου. Η συμβουλευτική του πένθους προσφέρεται σε ομάδες υπό την καθοδήγηση επαγγελματιών όπως: από ψυχολόγους, συμβούλους ή κοινωνικούς λειτουργούς, καθώς και από ανεπίσημες ομάδες στήριξης όπως από τις εκκλησίες, κοινωνικές ομάδες ή οργανώσεις που προσφέρουν βοήθεια σε άτομα που θρηνούν για την απώλεια κάποιου αγαπημένου ατόμου (McLeod, 2003).

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις σύγχρονες κοινωνίες ο θάνατος, περισσότερο από ποτέ, είναι θέμα ταμπού. Όσοι τον βιώνουν έρχονται σε αμηχανία και οι πιο πολλοί αποφεύγουν και δυσκολεύονται να μιλήσουν για αυτό. Συχνά λειτουργούν σα να είναι αθάνατοι κι όταν συναντούν κάτι που να τους το θυμίζει, αποφεύγουν το θέμα ή προσπαθούν να το προσπεράσουν όσο γίνεται πιο γρήγορα.

Εξαιτίας των παραπάνω, σε αυτούς που έχουν χάσει ένα κοντινό πρόσωπο υπάρχουν μια σειρά λανθασμένων μηνυμάτων που λαμβάνουν από το περιβάλλον τους και που τους δυσκολεύουν στη διαδικασία του πένθους: π.χ. μηνύματα που προσπαθούν να μειώσουν τη σημαντικότητα της απώλειας λ.χ. “σύντομα θα κάνεις κι άλλο παιδί” ή “ήταν πολύ γέρος έτσι κι αλλιώς”. Άλλα μηνύματα διατάζουν κατά κάποιον τρόπο τον πενθούντα να φανεί δυνατός λ.χ. “ψηλά το κεφάλι, η ζωή συνεχίζεται” (Βρεττός, 2003).

Ο πενθών ερμηνεύει τα παραπάνω μηνύματα διαφορετικά. Κατά κάποιο τρόπο πιστεύει από τα λεγόμενά τους ότι ο τρόπος που ο ίδιος σκέπτεται και συναισθάνεται δεν είναι αποδεκτός (Βρεττός, 2003).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, δεν υπάρχει τρόπος να τροποποιηθούν τα συναισθήματα μόνο να κουκουλωθούν και ο καλύτερος τρόπος για να παγιωθεί η απελπισία και η λύπη είναι να καταπιεστούν και να σπρωχθούν βαθιά στην ψυχή του καθενός (Kubler-Ross E., 1997).

Επιπλέον, το πένθος είναι μοναδικό, ατομικό για κάθε άνθρωπο. Δεν μπορούν να υπάρχουν κανόνες για τη διάρκειά του, την έντασή του και τη σημασία που έχει για κάθε άνθρωπο (Kubler-Ross, 1997).

Ένα υποστηρικτικό, τόσο συναισθηματικά όσο και πρακτικά, οικογενειακό συγγενικό περιβάλλον όπου όλα τα συναισθήματα γίνονται αποδεκτά κι όπου δεν δίνονται εντολές για το πώς θα έπρεπε να ξεπεραστεί η απώλεια ενός αγαπημένου είναι το ιδανικό κλίμα ώστε κάποιος άνθρωπος να βιώσει τη μοναδικότητα του πένθους του, να εκφράσει ανοιχτά και σε όλη τους την ένταση τα συναισθήματά του, σταδιακά να μπορέσει να αποδεχτεί την απώλεια και να συνεχίσει τη ζωή του (Φρόιντ, Μτφ Παραδέλλης, 2000).

Σε κάποιες περιπτώσεις, όταν τα συναισθήματα παραμένουν φιμωμένα και φυλακισμένα στην ψυχή κάποιου που βρίσκεται σε πένθος, η συμβουλευτική με κάποιον ειδικό μπορεί να βοηθήσει στην απελευθέρωση των συναισθημάτων αυτών.

Όσο αφορά τα παιδιά, οι μεγάλοι συχνά θέλουν να τα προστατεύσουν από το πένθος, στερώντας τους όμως την ανάγκη τους να βιώσουν ανοιχτά την απώλεια και να πουν αντί σε αυτόν που φεύγει. Έτσι, η απώλεια γίνεται για αυτά μια μισοτελειωμένη ιστορία που κάνει κάθε μελλοντική τους απώλεια να φαντάζει τρομερή και να μην ξέρουν πώς να συνδιαλλαγούν με αυτή. Ο Καναβιτσάς (2010 σελ. 1) αναφέρει ότι: “Πολλές φορές έχω ακούσει σαν επαγγελματίας παράπονα ενηλίκων πως όταν ήταν παιδιά οι δικοί τους δεν τους άφησαν να πουν αντί με τον τρόπο που ήθελαν αυτοί. Έχουμε την πολυτέλεια να ζούμε σε μια επαρχία όπου τα έθιμα του πένθους με το ξενύχτι και τη συγκέντρωση συγγενών να λειτουργούν ιδιαίτερα ψυχοθεραπευτικά και να θυμίζουν έναν μαραθώνιο ομαδικής θεραπείας”.

Δυστυχώς σε πιο μεγάλες πόλεις ο θάνατος είναι απρόσωπος και ο πένθων είναι μόνος του με συναισθήματα που δυσκολεύουν το περιβάλλον του και που προσπαθεί να τα βάλει όσο γίνεται στην άκρη. Ο θάνατος είναι σαν το άλογο στο τραπέζι. Μόνο αν γίνει αποδεκτό σαν αναπόσπαστο κομμάτι του κύκλου της ζωής δεν μπορεί να διαταράξει τη ζωή αυτή, και μόνο τότε όταν έρθει θα είναι όλοι πιο έτοιμοι να τον δεχτούν και να σεβαστούν τον πόνο που μπορεί να προκαλέσει (Kubler-Ross, 1997).

Σε αυτή την εργασία θα γίνει μια προσπάθεια να αναλυθεί το πένθος, η συμβουλευτική και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στα άτομα που βιώνουν πένθος. Μετά το θεωρητικό πλαίσιο θα ακολουθήσει η έρευνα. Θα χρησιμοποιηθεί το εργαλείο της συνέντευξης για τη συλλογή των δεδομένων και αφού παρουσιαστούν τα αποτελέσματα θα γίνει συζήτηση και τέλος τα συμπεράσματα με κάποιες προτάσεις.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΠΕΝΘΟΣ

#### 1.1 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΝΝΟΙΑΣ

Η ζωή είναι ένας κύκλος ο οποίος ξεκινάει από την -έστω φυσική- ανυπαρξία και καταλήγει και πάλι πίσω σε αυτήν. Όπως το είπε και ο Καζαντζάκης στην εισαγωγή της “Ασκητικής” του, “ερχόμαστε από μια σκοτεινή άβυσσο και καταλήγουμε σε μια σκοτεινή άβυσσο, το μεταξύ φωτεινό διάστημα το λέμε ζωή”. Από τα πιο σημαντικά γεγονότα σε αυτόν τον κύκλο της ζωής είναι η έναρξη και το τέλος της. Η γέννηση δημιουργεί προσδοκίες για το μέλλον, ελπίδες για κάτι καλύτερο, χαρά για την “μετάβαση” στην επόμενη γενιά. Από την άλλη, το τέλος της ζωής δημιουργεί μια γκάμα ανάμεικτων συναισθημάτων τα οποία μπορεί να εκτείνονται -εννοείται- από τη θλίψη για τον χαμό του δικού μας ανθρώπου και τον συμβολικό θάνατο των προσδοκιών μας γι’ αυτόν, έως την ελπίδα για μια καλύτερη -μετά θάνατον- ζωή... Όλα αυτά τα συναισθήματα διαγράφονται μέσα από τα διάφορα στάδια του πένθους, όπως τα περιέγραψε η πρωτοπόρος ψυχολόγος του πένθους Kubler-Ross (Kubler -Ross, 1997).

Ο θάνατος και η διαδικασία του πένθους σίγουρα δεν είναι ένα εύκολο θέμα προς ανάπτυξη, μιας και οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτού του είδους τα βιώματα είναι πολλοί. Θα ξεκινήσουμε την ανάλυσή μας από το δύσκολο έργο της ανακοίνωσης του θανάτου προς τους συγγενείς και την ετοιμότητά τους να τον δεχτούν.

Οι συνθήκες του θανάτου παίζουν σημαντικό ρόλο στην ετοιμότητα των συγγενών και των φίλων του αποθανόντα να δεχτούν το μοιραίο γεγονός. Ο πιο “ήπιος” θάνατος, από άποψη αντιστάσεων στην αποδοχή του- είναι ο φυσιολογικός θάνατος. Ο θάνατος δηλαδή που προέρχεται από φυσιολογικά αίτια κυρίως λόγω γηρατειών (καρδιακή ανεπάρκεια, αναπνευστικά σύνδρομα κτλ). Η ηλικία του αποθανόντος είναι φυσικά εξίσου σημαντική με το αίτιο του θανάτου. Ο χαμός ενός νέου ανθρώπου είναι πάντοτε δυσκολότερος από τον χαμό ενός ηλικιωμένου, μιας και στην περίπτωση του νέου τερματίζονται και όλες οι φιλοδοξίες και τα όνειρά μας γι’ αυτόν. Όλα όσα θέλαμε να ζήσουμε μαζί του και δεν προλάβουμε, θα παραμείνουν ανεκπλήρωτες επιθυμίες. Το πένθος σε αυτή την περίπτωση αναμένεται να είναι δυσκολότερο και πιο μακροχρόνιο (Smilansky, 1987).



Μια περίπτωση δύσκολη μεν, αλλά “διευκολυντική” όσον αφορά το πένθος, είναι όταν ο θάνατος επέρχεται ως αποτέλεσμα ανίατης ασθένειας, κυρίως ο καρκίνος ή το AIDS (κυρίως το πρώτο, μιας και οι οροθετικοί έχουν πολύ μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής που μπορεί να φτάσει τις δεκαετίες). Με τον όρο “διευκολυντική” εννοούμε πως η διαδικασία του πένθους ουσιαστικά ξεκινάει από την στιγμή της διάγνωσης της μη αναστρέψιμης κατάστασης. Από το πρώτο λεπτό οι συγγενείς και οι φίλοι αρχίζουν να αγγίζουν την ιδέα του θανάτου, παρά τον αμυντικό μηχανισμό της άρνησης που συνήθως αναπτύσσεται. Καθώς περνάει ο καιρός και ο ίδιος ο ασθενής, -περνώντας συνήθως από μια μακροχρόνια, επίπονη και πολύ δύσκολη διαδικασία- αποδέχεται τελικά τον ίδιο τον θάνατό του, ο κοινωνικός του περίγυρος εξοικειώνεται σταδιακά. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει πως όταν επέλθει το μοιραίο γεγονός δεν θα αναπτυχθεί πένθος! Απλά, αναμένεται πως αυτό θα εξελιχθεί ομαλά. Μια παρόμοια περίπτωση είναι και αυτή που ο φυσικός θάνατος επέρχεται μετά από διαγνωσθέν εγκεφαλικό θάνατο. Και πάλι -αναλόγως του διαστήματος κατά το οποίο ο ασθενής παραμένει εγκεφαλικά νεκρός- ο περίγυρός του αρχίζει και εξοικειώνεται με την ιδέα του θανάτου. Όταν αυτός επέλθει, το αρχικό σοκ θα είναι μικρότερο, αλλά ο πόνος του χαμού φυσικά θα είναι πάντοτε ο ίδιος (Carolan, 2009).

Τέλος, ο πιο δύσκολος θάνατος, υπό όρους αποδοχής του πένθους, είναι ο αιφνίδιος. Τη μια στιγμή κάποιος μπορεί να είναι καλά, και την επομένη να χαθεί ως αποτέλεσμα ξαφνικής αρρώστιας ή άλλης μη προδιαγνωσθέντας πάθησης, ατυχήματος κτλ. Τέτοιες περιπτώσεις είναι για παράδειγμα τα αεροπορικά ατυχήματα, οι ξαφνικές λοιμώξεις, τα εργατικά ατυχήματα ή τα ατυχήματα στο σπίτι. Και πάλι η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο, αλλά σε γενικές γραμμές ο αιφνίδιος θάνατος προκαλεί πιο δύσκολο πένθος, μιας και η διαδικασία αυτή ξεκινάει εντελώς απρόσμενα (Carolan, 2009).

«Ελπίζω να έγινε κατανοητό πως όταν μιλάμε για “εύκολο” και “δύσκολο” πένθος ή για “διευκολυντικές” περιπτώσεις, δεν προσπαθούμε να μειώσουμε το ψυχολογικό κόστος του θανάτου κανενός. Σίγουρα κάθε άτομο είναι ξεχωριστό και ο θάνατος του καθενός είναι ένα τραγικό γεγονός που άλλοι μπορεί να το περάσουν ευκολότερα και άλλοι δυσκολότερα, ή να μην το ξεπεράσουν καθόλου». Οι παραπάνω περιγραφές αναφέρονται αποκλειστικά και μόνο στην ευκολία με την οποία κάποιος αναμένεται να βαδίσει στην διαδικασία του πένθους, ανάλογα με τα γεγονότα που πλαισιώνουν έναν θάνατο (Smilansky, 1987).

## 1.2 ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΠΕΝΘΟΥΣ

Πένθος είναι η απάντηση της ψυχής απέναντι στην απώλεια. Ως απώλεια δεν εννοείται μόνο ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου ή ζώου αλλά αναφέρεται γενικά και σε καταστάσεις όπως χωρισμός, ακρωτηριασμός, μαστεκτομή, συνταξιοδότηση, απώλεια αγαπημένων υλικών αγαθών κ.α. Παρ' όλο που πολλές φορές το πένθος συσχετίζεται με τα συναισθήματα της λύπης ή και της κατάθλιψης, η αλήθεια είναι ότι το πένθος αγγίζει και άλλες πλευρές μας, όπως σωματικές, κοινωνικές και πνευματικές. Διανοητικά είναι γνωστό σε όλους η πιθανότητα που υπάρχει να βιώσει ο κάθε άνθρωπος κάποιον θάνατο στη ζωή του (με πιο πιθανό αυτόν, των γονιών), όμως ο θάνατος δεν αφορά τη λογική του ατόμου. Στο θάνατο ενός προσφιούς προσώπου οι οικείοι του λειτουργούν με το συναίσθημα και όχι με βάση τη λογική και τον τρόπο που λειτουργούν στην καθημερινότητά τους. (Kübler-Ross, 1997).

Ποιο είναι όμως εκείνο το χρονικό σημείο στο οποίο πρέπει να ξεκινά η «δουλειά» του ειδικού με το πένθος; Είναι τη στιγμή που θα χτυπήσει το τηλέφωνο και θα είναι γνωστό το δυσάρεστο πριν απαντηθεί η κλήση; Είναι την στιγμή που το άτομο που πενθεί βρίσκεται ακόμα στο νοσοκομείο; Όταν κάποιος δει το αγαπημένο του πρόσωπο να έχει φύγει από τη ζωή; Ή μήπως κάποιες μέρες μετά την κηδεία, τότε που το άτομο μένει «μόνο» του; Για κάθε άτομο, ο τρόπος που βιώνει το πένθος καθώς και ο χρόνος που αυτό θα διαρκέσει, διαφέρουν. Η συγκεκριμένη περίοδος αποτελεί μία μακρά περίοδο μοναξιάς και παρόλο που είναι σημαντικό για το άτομο που πενθεί να έχει κάποιους ανθρώπους δίπλα του, είναι πολύ πιθανό να δει όλα τα «κοντινά» του άτομα να απομακρύνονται δίχως κάποιο προφανή λόγο από αυτόν (Kübler-Ross, 1997).

Σήμερα ο θάνατος περιβάλλεται με φόβο ή ντροπή και πάνε πολλά χρόνια από τότε που η ταμπέλα: "Κλειστό λόγω πένθους" σταμάτησε να μπαίνει σε καταστήματα, όπως σταμάτησαν φυσικά και τα συλλυπητήρια και το "πλησίασμα" των ανθρώπων, λόγω άγνοιας του γεγονότος. Παρόλο που είναι γνωστό ότι το πραγματικό πένθος - η φωνητική έκφραση του πόνου και της θλίψης κάθε ανθρώπου είναι υγιής και τον γιατρεύει, στην πραγματικότητα αυτό που αναμένεται από τον καθένα είναι να μην το δείχνει. Μοιάζει σαν να υπάρχει απόρριψη της αλήθειας στο γεγονός ότι ο θάνατος είναι μέρος της ζωής, ότι υπάρχει ο χρόνος που θα όλοι θα πεθάνουν. Όλοι προσπαθούν να υποκριθούν ότι θάνατος είναι κάτι το οποίο δεν

συμβαίνει. Πολλοί γιατροί αντιμετωπίζουν το θάνατο σαν δική τους αποτυχία και όχι σαν φυσιολογική κατάληξη μιας ασθένειας ή των γηρατειών. Η άρνηση αυτής της αλήθειας κοστίζει πολύ στον πενθούντα ο οποίος θα έρθει αντιμέτωπος με την πραγματικότητα και το πιο πιθανό είναι ότι μετά την πρώτη αρχική παρουσία των ανθρώπων στη κηδεία, αυτή την πραγματικότητα θα την περάσει μόνος του. Ίσως μετά από λίγο καιρό να αρχίσει να παίρνει μηνύματα από το περιβάλλον του ότι "πρέπει να το ξεπεράσει", "να πετάξει τα ρούχα του πεθαμένου", "να μην πηγαίνει κάθε τόσο στο νεκροταφείο". Και παρ' όλο που το ν' αφηθούν ελεύθερα τα συναισθήματα κάποιου είναι υγιές και φυσικό και το να καταπιέζονται δεν είναι, θα πιέζεται από τους χρόνους και τις αντοχές άλλων ανθρώπων "να προχωρήσει" (Granot, 2005 σελ. 56).

Το πένθος όμως διακρίνεται από τα δικά του μοναδικά στάδια, μοναδικά τόσο για τον κάθε άνθρωπο όσο και για το κάθε πένθος. Ορισμένοι ερευνητές, ανάμεσα τους η πιο γνωστή για τη δουλειά της με ετοιμοθάνατους ασθενείς, η Kubler – Ross (1969, σελ 26) αλλά και άλλοι μετά από αυτήν, εντόπισαν αυτά τα στάδια στη διαδικασία του πένθους. Αυτά, περιλαμβάνουν την άρνηση, το θυμό, τη διαπραγμάτευση, τη κατάθλιψη και τέλος την αποδοχή. Τα στάδια ακολουθούν κυκλική μορφή και δεν έχουν συγκεκριμένη σειρά που εμφανίζονται. Ο Worden (2002, σελ. 36) αναγνώρισε αυτές τις φάσεις σαν ένα σπирάλ το οποίο περιλαμβάνει 4 καταστάσεις: Το μούδιασμα, τη λαχτάρα, την ανοργάνωτη περίοδο και την απόγνωση και τέλος τον επανα-προγραμματισμό του ατόμου. Ο Bowlby (1951 σελ.32), έχει γράψει για τις φάσεις του πένθους επίσης 4 στάδια: Η φάση του μουδιάσματος, η φάση της λαχτάρας, η φάση της αποδιοργάνωσης και η φάση μιας μικρής ή μεγάλης αναδιοργάνωσης και προτείνει δύο ακόμα φάσεις ανάρρωσης αυτής της μεταμόρφωσης και της ανάπλασης, χρησιμότητα της συμβουλευτικής πένθους. Οι στόχοι της συμβουλευτικής πένθους θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε 4 τομείς: Αποδοχή της απώλειας, επαφή με τη θλίψη, νέες δεξιότητες που θα βοηθήσουν σε μια νέα ζωή και η ενέργεια του ατόμου να επανα-επενδυθεί ώστε να δημιουργηθούν νέες σχέσεις. Ο τελικός στόχος της δουλειάς με ανθρώπους που πενθούν είναι να κλείσουν όποιες μισοτελειωμένες υποθέσεις (unfinished business) έχουν απομείνει (σε πολλές περιπτώσεις αρκετές) και να μπορεί το άτομο τελικά να πει το τελειωτικό αντίο. Η συμβουλευτική που δίνει έμφαση στο πώς να ζει κανείς και να μιλά για την απώλεια μπορεί να εμποδίσει καταθλιπτικές αντιδράσεις ή το παθολογικό πένθος. Δίνει έμφαση στο παρόν και στο κοντινό παρελθόν και βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει

την απώλεια και όχι να αλλάξει κάποια πλευρά του χαρακτήρα του (Parkes, 2001). Στη συμβουλευτική πένθους το "ασφαλές και μη κριτικό περιβάλλον" προχωρά μαζί με "την εμπιστοσύνη και τη στήριξη" στο άτομο που πενθεί. Ο πελάτης θα ενθαρρυνθεί να εξερευνήσει ελεύθερα όλα τα συναισθήματα του απέναντι στο νεκρό. Ένα κοινό χαρακτηριστικό του πένθους είναι η ενοχή και ο θυμός που κυριαρχούν στην πλειονότητα των πενθούντων. Αυτά τα δύο συναισθήματα θα είναι συχνά παρόντα μέσα στις συνεδρίες. Ο θυμός χρειάζεται να κατευθυνθεί προς κάποιον και οι συνήθεις στόχοι είναι ο εαυτός και ο Θεός. Και οι δύο αυτές κατευθύνσεις χρειάζονται προσεκτική αναθεώρηση. Μέρος της συμβουλευτικής πένθους είναι η ενημέρωση του πελάτη για όλες τις σωματικές, συναισθηματικές, νοητικές εκδηλώσεις του πένθους έτσι ώστε ο πενθών να αντιληφθεί ότι "δεν τρελαίνεται", ούτε "χάνονται τα λογικά του". Η θλίψη θα είναι και αυτή με τη σειρά της για πολύ καιρό μόνιμη παρέα στο άτομο που πενθεί και ενώ η αρχική σφοδρότητα των συναισθημάτων θα έχει υποχωρήσει, ο σταθερός επίμονος πόνος θα είναι εκεί. Η ενστάλαξη ελπίδας στη συμβουλευτική πένθους έχει ξεχωριστή σημασία και χρησιμοποιείται πάντα με ειλικρίνεια. Η εξιδανίκευση του νεκρού, τα φευγαλέα συναισθήματα ανακούφισης για το θάνατο που συνέβη, τα οφέλη που μπορεί να προέκυψαν και όλα τα "μη αποδεκτά συναισθήματα" θα "ανοιχθούν" στο χρόνο τους. Οι νέοι ρόλοι που χρειάζεται να πάρει το άτομο θα χρειαστούν με τη σειρά τους τη στήριξη εκ μέρους της συμβουλευτικής διαδικασίας. Αν δεν υπάρχει από την αρχή συνεργασία του πενθούντα με ψυχίατρο ή ψυχολόγο, αν χρειαστεί, ο σύμβουλος θα προτείνει στο πελάτη του ανοιχτά ότι χρειάζεται επιπρόσθετη βοήθεια. Η αυτοκτονία και ο θάνατος από βίαιες συνθήκες και ο θάνατος παιδιού, διεγείρουν ειδικά προβλήματα για τους πενθούντες γιατί η δυσκολία του να δεχτεί ο πενθών την πραγματικότητα, είναι σαφώς δυσκολότερη και πιο περιπλεγμένη. Για τον ίδιο τον θεραπευτή, η προσωπική του θεραπεία καθώς και η συνεχόμενη εποπτεία είναι δύο σημεία κλειδιά στη συμβουλευτική πένθους, αφού τα δυναμικά μέσα στη συνεδρία είναι τεράστια. Έρχεται η ρήση του Lister να το πει με τα κατάλληλα λόγια: "Η απλή ανθρωπιά μας φέρνει μπροστά σε αυτές τις αποκρίσεις, η επαγγελματική μας υπευθυνότητα το απαιτεί" (Parkes, 2001).

### 1.3 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

Το πένθος είναι μια προσωπική υπόθεση και σίγουρα ο καθένας το βιώνει με διαφορετικό τρόπο, σε διαφορετικά χρονικά πλαίσια και με διαφορετική ένταση. Εννοείται πως ανάλογα με την ποιότητα της σχέσης που έχει κάποιος με τον θανόντα (κοντινός ή μακρινός συγγενής, φίλος, γνωστός κ.α.) αλλάζει και ο τρόπος βίωσης του πένθους. Παρόλα αυτά, έχει παρατηρηθεί ότι η διαδικασία του πένθους αποτελείται κυρίως από πέντε διαδοχικά στάδια, κάθε ένα από τα οποία εφοδιάζει με σημαντικά συναισθήματα και γνωστικά στοιχεία που είναι απαραίτητα για να εκδηλωθεί και να βιωθεί ομαλά το πένθος. Η πρώτη ψυχολόγος που ασχολήθηκε αποκλειστικά με το θέμα του θανάτου και του πένθους ήταν η Kubler - Ross, η οποία κατά τη διάρκεια της καριέρας της ήρθε σε επαφή με πολλά άτομα που έπασχαν από τερματικές ασθένειες συνοδευοντάς τα έως την τελευταία τους πνοή (Αγοραστός, 2010).

Η Kubler – Ross (1997, σελ 18) παρατήρησε πως τα άτομα αυτά περνούσαν από πέντε στάδια από τη στιγμή που τους ανακοινώνονταν η ασθένεια έως την αποδοχή της κατάστασής τους. Τα στάδια αυτά παρουσιάζονται επίσης και στους πενθούντες από τη στιγμή της ανακοίνωσης του θανάτου (ή της ασθένειας) έως την αποδοχή του. Επιγραμματικά, η θεωρία της Ross αναφέρεται στα ακόλουθα στάδια: άρνηση, θυμός, διαπραγματεύση, κατάθλιψη, αποδοχή. Φυσικά δεν περνάνε όλοι επιτυχώς από όλα τα στάδια. Μάλιστα μερικοί δεν φτάνουν ποτέ έως την αποδοχή, και μένουν σε προηγούμενα στάδια (κυρίως αυτό της κατάθλιψης και της άρνησης).

Ο ρόλος του ψυχολόγου σε αυτές τις περιπτώσεις είναι να στηρίζει και να βοηθήσει το άτομο να βιώσει όλα τα συναισθήματα, να το συνοδέψει καθώς οδεύει προς αποδοχή της κατάστασης (είτε αυτή είναι ασθένεια, είτε θάνατος) ή ακόμη και να το κατευθύνει προς τα εκεί. Για να κατανοηθούν καλύτερα το τι σημαίνουν το κάθε ένα από αυτά τα στάδια, αναφέρονται παρακάτω όπως τα αναλύει η Kubler-Ross (1997, σελ 21):

#### 1. Άρνηση (Denial)

Η πρώτη αντίδραση μετά το άκουσμα των τραγικών ειδήσεων του χαμού του δικού μας ανθρώπου είναι η άρνηση. Ο όρος άρνηση περιγράφει την γνωστική εκείνη κατάσταση κατά την οποία αναπτύσσεται μια είδους αντίσταση απέναντι στον

γεγονός του θανάτου, απορρίπτοντας το ως μη αληθές. Με πιο απλά λόγια, κάποιος που βρίσκεται σε αυτό το στάδιο απλά δεν θα μπορεί να πιστέψει ότι το κοντινό του πρόσωπο έχει πεθάνει. Για να αντιληφθεί κάποιος την άρνηση αρκεί να σκεφτεί την παρακάτω χαρακτηριστική στιχομυθία μεταξύ του γιατρού και ενός συγγενή που μαθαίνει τα τραγικά νέα: “Λυπάμαι, κάναμε ότι μπορούσαμε, αλλά δυστυχώς τα εσωτερικά τραύματα ήταν πολλά. Δυστυχώς τον χάσαμε”. “Είστε σίγουρος γιατρέ πως μιλάμε για τον Γιώργο μας; Δυο μέτρα παλληκάρι είναι ο Γιώργος μας! Δεν μπορεί, κάποιο λάθος θα έγινε!” (Kübler-Ross, 1997).

Φυσικά η άρνηση τις περισσότερες φορές δεν είναι ουσιαστική. Δηλαδή ο συγγενής δεν χάνει την επαφή με την πραγματικότητα, νομίζοντας ότι ο αποθανών είναι ζωντανός. Αντίθετα, επειδή ακριβώς έρχεται σε επαφή με την σκληρή πραγματικότητα, ενεργοποιείται αυτόματα αυτός ο μηχανισμός άμυνας, ο οποίος συνήθως (για το πένθος) κρατάει από λίγα δευτερόλεπτα έως λίγα λεπτά και σκοπό έχει να προστατεύσει το άτομο από την συναισθηματική καταρράκωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις ισχυρού σοκ η άρνηση μπορεί να είναι βαθιά και ουσιαστική και το άτομο να χάσει την επαφή με την πραγματικότητα για μεγαλύτερο διάστημα. Για παράδειγμα κάποιος μπορεί να συνεχίσει να είναι ήρεμος, καθησυχάζοντας τον εαυτό του επαναλαμβάνοντας φράσεις όπως “Δεν συμβαίνει αυτό. Ο Γιώργος φυσικά και είναι ζωντανός. Είναι ζωντανός. Είναι ζωντανός.” Έχουν υπάρξει και ακραίες περιπτώσεις στις οποίες ολόκληρες οικογένειες συνέχισαν να ζουν κανονικά τη ζωή τους ακόμη και μετά το άκουσμα του θανάτου του δικού τους ανθρώπου έως ότου δουν το νεκρό του σώμα για να πειστούν (π.χ. οικογένειες στρατιωτών σε διεθνείς αποστολές) (Kübler-Ross, 1997).

## **2. Θυμός (Aggression)**

Μετά το πρώτο σοκ, ο πόνος του θανάτου μετατρέπεται σε θυμό και επιθετικότητα, στρεφόμενη κατά δικαίων και αδίκων. Σε αυτή τη φάση ο πενθών προσπαθεί να βρει κάποια υπαιτιότητα πίσω από τον θάνατο, κάτι για να ρίξει το βάρος της ευθύνης. Άλλωστε ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι έτσι κατασκευασμένος ώστε να ψάχνει δεσμούς αίτιου-αιτιατού πίσω από τα φαινόμενα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος. Το στάδιο αυτό είναι ιδιαίτερα συναισθηματικά φορτισμένο και οι συναισθηματικές εκρήξεις είναι κάτι περισσότερο από αναμενόμενες. Ο θυμός όμως μπορεί να μην στρέφεται αποκλειστικά εναντίον κάποιου φυσικού ή νομικού προσώπου (π.χ. τον οδηγό που έκανε το ατύχημα, το κράτος για την ανεπαρκή

συντήρηση του οδοστρώματος, αυτόν που φόρτισε συναισθηματικά τον αποθανώντα με αποτέλεσμα την αυτοκτονία κτλ). Κάποια αόρατη ανώτερη δύναμη μπορεί να γίνει δέκτης όλου αυτού του θυμού. Είναι γνωστή η αγανάκτηση του Δαρβίνου με τον Θεό που “του πήρε” την κορούλα του, η οποία τον οδήγησε στην αθεία (ή τον αγνωστικισμό όπως ισχυρίζονται κάποιοι άλλοι) και έδωσε ώθηση στην θεωρία του περί εξέλιξης του ανθρώπινου είδους (Kübler-Ross, 1997).

### **3. Διαπραγμάτευση (Bargaining)**

Το τρίτο στάδιο της θεωρίας της Kübler – Ross, είναι ένα μεταβατικό στάδιο μεταξύ του πρώτου σοκ και της αποδοχής του θανάτου. Σε αυτή τη φάση το άτομο αρχίζει να συνειδητοποιεί τον θάνατο, ο οποίος αυτός καθαυτός γίνεται αντικείμενο γνωστικής επεξεργασίας. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως αυτό που διαχωρίζει αυτό το στάδιο από τα δύο προηγούμενα είναι πως η προσοχή του ατόμου στρέφεται στο γεγονός του θανάτου και όχι στα συναισθήματα που αυτός πυροδότησε. Κάποιος που διαπραγματεύεται την μη αντιστρεψιμότητα του θανάτου για πρώτη φορά αρχίζει να συνειδητοποιεί πως δεν υπάρχει κάτι που μπορεί να κάνει για να αλλάξει αυτή την κατάσταση και πως σε αυτή τη χρονική στιγμή δεν έχει ιδιαίτερο νόημα να ψάχνει για το ποιος ευθύνεται. Αυτές οι δύσκολες στιγμές οδηγούν σταδιακά το άτομο στο προτελευταίο επίπεδο του πένθους, αυτό της κατάθλιψης (Kübler-Ross, 1997).

### **4. Κατάθλιψη (Depression)**

Έχοντας ξεσπάσει συναισθηματικά και αφού έχει συνειδητοποιήσει την σκληρή πραγματικότητα η οποία δεν αλλάζει, ο πενθών νιώθει αδύναμος να επέμβει στο οτιδήποτε. Όπως και σε κάθε στιγμή κατά την οποία δεν έχει τον έλεγχο, έτσι και τώρα το αίσθημα του αβοήθητου αρχίζει να κάνει την εμφάνισή του. Η φάση της κατάθλιψης μπορεί να διαρκέσει από λίγες ώρες/ημέρες, έως και μερικούς μήνες. Πρόκειται φυσικά για μια ψυχοφθόρα διαδικασία η οποία όμως είναι ιδιαίτερα σημαντική στη βίωση του πένθους. Για όσο χρονικό διάστημα κρατάει αυτό το στάδιο το άτομο βρίσκει το χρόνο να πενήσει για το θάνατο του κοντινού του ανθρώπου και για όλα όσα δεν θα μοιραστεί πλέον μαζί του. Οι μορφές που μπορεί να πάρει η κατάθλιψη είναι πολλές, αλλά η πιο συνηθισμένη είναι η κατατονία, η απόσυρση από τις κοινωνικές εκδηλώσεις και το κλείσιμο στον εσωτερικό κόσμο για όσο καιρό χρειαστεί (Kübler-Ross, 1997).

## 5. Αποδοχή (Acceptance)

Όπως στο τέλος κάθε αρχαιοελληνικής τραγωδίας υπάρχει η λύτρωση, έτσι και η διαδικασία του πένθους – όταν κινηθεί σε φυσιολογικά επίπεδα – καταλήγει στην αποδοχή του θανάτου. Φυσικά το ότι γίνεται αποδεκτό ότι κάποιος έχει φύγει από την ζωή σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι αυτόματα σβήνει κάθε συναίσθημα για τον θάνατό του ή ότι μπαίνει ένα μεγάλο X σε όλα τα βιώματα με το συγκεκριμένο άτομο. Οι αναμνήσεις θα μείνουν για πάντα, όπως άλλωστε πρέπει. Απλά, σε αυτό το στάδιο ο θάνατός ως γεγονός έχει περάσει από επεξεργασία και έχει γίνει κτήμα. Φυσικά μπορεί να συνεχιστεί το βίωμα του πένθους για το αγαπημένο πρόσωπο, αλλά έχοντας αποδεχτεί τον θάνατό του και έχοντας ρίξει τα συναισθηματικά τείχη που εμπόδιζαν από το να βιώσει κάποιος το γεγονός στην ολότητά του (DeSpelder and Strickland, 1995, σελ. 27).

Αναλυτικότερα το πένθος είναι η αντίδραση στην απώλεια ατόμου, καταστάσεως ή αντικειμένου που αποτελούσε αναπόσπαστο και σημαντικό τμήμα της ζωής. Η απόλυση, ο θάνατος αγαπημένου προσώπου, τα διαζύγια και τα χρέη (ιδίως όταν συμπεριλαμβάνουν πώληση ιδιοκτησίας και αλλαγή τρόπου ζωής), η απώλεια κατοικίδιου ή και ενός πολύτιμου αντικειμένου, μπορεί να οδηγήσουν στο πένθος, παρ' ότι η ένταση και η διάρκεια του αλλάζει ανάλογα με την απώλεια. Το σύνθημα πρώτο στάδιο, αρχική αντίδραση στην απώλεια είναι το σοκ ή η άρνηση. Όταν βρίσκεται κάποιος σε κατάσταση σοκ μοιάζει αποσβολωμένος, αποπροσανατολισμένος και είναι εντελώς αδύναμος να λάβει κάποια απόφαση. Μπορεί να κλαίει εύκολα ή να πανικοβάλλεται. Αντίστοιχα όσοι βρίσκονται σε κατάσταση άρνησης μοιάζουν να ανταπεξέρχονται πολύ καλά, προκαλώντας το θαυμασμό στους γύρω τους για το κουράγιο τους. Καθώς το πένθος μπαίνει σε οξεία φάση, το άτομο μπορεί να έχει παραισθήσεις (ότι λόγω χάρη κάποιος που πέθανε εξακολουθεί να ζει), να βλέπει συνεχώς στα όνειρα του αυτό που έχασε ή να συμπεριφέρεται σα να μην υπήρξε η απώλεια. Έπειτα από λίγο καιρό (συνήθως σε μια – δυο βδομάδες, αλλά μπορεί να περάσουν και 2-3 μήνες), το σοκ, η άρνηση και το οξύ πένθος οδηγούν στο δεύτερο στάδιο του πένθους, το θυμό. Ο κόσμος θυμώνει για την απώλεια και τις συνέπειες που έχει αυτή στη ζωή του και αναζητά άλλους για να κατηγορήσει (ο γιατρός λόγω χάρη σίγουρα έκανε λάθος, στο γραφείο του έσκαβαν το λάκκο κτλ.). Σε αυτή τη φάση η δίψα για εκδίκηση είναι τόσο έντονη, ώστε μπορεί να οδηγήσει σε πολυετείς δικαστικές μάχες και αβάσταχτες κατηγορίες. Συνήθως σε διάστημα έξι μηνών ο θυμός και η δίψα για εκδίκηση δίνουν τη θέση



τους στο τρίτο στάδιο, στα κλασικά συμπτώματα της κατάθλιψης οξυθυμία, αίσθημα απελπισίας, απώλεια ενθουσιασμού, ενοχές, αδυναμία να σηκωθεί ο πάσχων από το κρεβάτι το πρωί, απώλεια της όρεξης, του βάρους και της ερωτικής επιθυμίας, διαταραχή του ύπνου, στροφή στο αλκοόλ για παρηγοριά. Σε αυτό το στάδιο η απώλεια γίνεται εμμονή. Τελικά έπειτα από περίπου ένα χρόνο η καταθλιπτική φάση τελειώνει και ο πάσχων μπαίνει στο τέταρτο στάδιο της αποδοχής της απώλειας. Έως τότε έχει μάθει να προσαρμόζεται στα νέα δεδομένα της ζωής του και αρχίζει και πάλι να παίρνει ευχαρίστηση από νέα ενδιαφέροντα και σχέσεις (Kübler-Ross, 1997).

Δεν είναι απαραίτητο πως όλοι οι άνθρωποι που πενθούν θα περάσουν σίγουρα από όλα τα πιο πάνω στάδια ή με τη συγκεκριμένη χρονολογική σειρά (DeSpelder and Strickland, 1995).

Ο κάθε άνθρωπος μπορεί να παρουσιάσει διαφοροποιήσεις όσο αφορά τη σειρά των σταδίων του πένθους που θα διέλθει όσον αφορά την ένταση και τη χρονική τους διάρκεια. Συνήθως χρειάζονται δυο χρόνια για να ξεπεράσει κάποιος το θάνατο αγαπημένου προσώπου. Όταν πρόκειται για ξαφνικό τραυματικό θάνατο, ο χρόνος μπορεί να είναι μεγαλύτερος (DeSpelder and Strickland, 1995).

Υπάρχουν και περιπτώσεις που η φυσιολογική διαδικασία του πένθους μπορεί να μην εξελιχθεί κανονικά, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν επιπλοκές του πένθους όπως παρατεταμένη περίοδος θλίψης, μη αποδοχή της απώλειας, έμμονες ιδέες, κατάθλιψη σοβαρού βαθμού, ψυχοκινητικά προβλήματα και σύνδρομο μετατραυματικού στρες.

Κάποτε λοιπόν, όταν το πένθος εισέρχεται σε παθολογικά όρια, γίνεται ψυχική πάθηση. Επίσης, το πένθος είναι μεγαλύτερης έντασης όταν το άτομο που έχει αποβιώσει είναι νέο σε ηλικία. Το ίδιο συμβαίνει και όταν ο θάνατος είναι ξαφνικός, απροσδόκητος ή βίαιος (DeSpelder and Strickland, 1995).

Επίσης, επιπλοκές του πένθους είναι πιθανές να υπάρξουν όταν το άτομο είναι θυμωμένο με τον άνθρωπο που έχει πεθάνει ή όταν είχε άλλα συναισθηματικά προβλήματα μαζί του.

Στο περιπλεγμένο πένθος παρατηρούνται τα ακόλουθα σύμφωνα με την Butler (2000, σελ. 74):

1. αίσθημα δυσπιστίας αναφορικά με το θάνατο
2. θυμός και πικρία για το θάνατο του αγαπημένου προσώπου.

3. βασανιστικά, περιοδικά επαναλαμβανόμενα, οδυνηρά συναισθήματα με έντονο πάθος, λαχτάρα και μεγάλη επιθυμία για το αγαπημένο πρόσωπο που έφυγε από τη ζωή.
4. έντονη ενασχόληση και σκέψεις για το πρόσωπο που χάθηκε, με συχνά ιδιαίτερα έντονη παρείσδυση σκέψεων σχετικά με το θάνατο που προκαλούν μεγάλη στενοχώρια και καταπόνηση.

#### **1.4 ΚΗΔΕΙΑ: ΕΝΑ ΠΟΛΥΦΑΣΜΑΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ**

Σε όλες τις κοινωνίες του κόσμου, από τις πιο “πρωτόγονες” έως τις πιο “ανεπτυγμένες”, ο θάνατος είναι ένα σημαντικό γεγονός στο οποίο καλείται να συμμετέχει ολόκληρο το κοινωνικό περιβάλλον της οικογένειας που έχασε τον άνθρωπό της. Ιδιαίτερα δε στις μη αστικές περιοχές, όπου οι σχέσεις μεταξύ των κατοίκων είναι πιο στενές εν συγκρίσει με αυτές των κατοίκων αστικών κέντρων, η κηδεία αποτελεί μια μεγάλη και ιδιαίτερης βαρύτητας είδηση. Όλοι σπεύδουν να σταθούν στο πλευρό της οικογένειας για συμπαράσταση, βοηθώντας έτσι στην συναισθηματική αποφόρτιση που είναι απαραίτητη. Από την μία πλευρά, σαφώς και η οικογένεια βιώνει το δικό της πένθος και κανείς δεν μπορεί να το βιώσει με τον ίδιο τρόπο, αλλά η κοινωνική υποστήριξη είναι μείζονσας σημασίας, καθώς και μόνο το γεγονός ότι δεν είναι μόνη σε αυτόν τον δύσκολο αγώνα που έχει να διανύσει, λειτουργεί ως κάποιο ηθικό στήριγμα (Kübler-Ross, 1997).

Ένας από τους πιο δημοφιλείς τρόπους κοινωνικής συμμετοχής στις κηδείες ανά το παγκόσμιο είναι τα μοιρολόγια. Τα μοιρολόγια φυσικά δεν είναι αποκλειστικά ελληνικό φαινόμενο, καθώς συναντάται σε πάρα πολλά μέρη του πλανήτη, κυρίως στις ανατολικές και αφρικανικές κουλτούρες. Οι δυτικές κοινωνίες δεν έχουν τόσο έντονα τα στοιχεία συμμετοχικής συναισθηματικής εκτόνωσης στις κηδείες, κάτι το οποίο αποτελεί επέκταση του ατομικιστικού στοιχείου που έχει κυριαρχήσει τους τελευταίους αιώνες. Το μοιρολόι, έτσι όπως έχει διαμορφωθεί στα ελληνικά δεδομένα, παίζει έναν διττό ρόλο: αυτόν της συναισθηματικής εκτόνωσης, αλλά και αυτόν της πνευματικής εμβάθυνσης. Για την ακρίβεια, είναι ένας συνδυαστικός κρίκος μεταξύ του θρησκευτικού και του λαϊκού στοιχείου των κοινωνιών. Η ομάδα πενθεί το μέλος που χάθηκε, προσφέρει υποστήριξη στην οικογένεια, προετοιμάζει το

έδαφος για την κηδεία και θέτει τα υπαρξιακά ερωτήματα που θα ακολουθήσουν (Martinson, 1991).

Αυτού του είδους τα ερωτήματα έρχεται να απαντήσει η συνήθης παρουσία των εκπροσώπων των θρησκειών σε αυτού του είδους τα σημαντικά γεγονότα. Η ανάδειξη του θρησκευτικού στοιχείου μπορεί να αποδειχτεί ιδιαίτερα καταπραϊντική για την ομάδα των πενθούντων, καθώς η θρησκεία δίνει μια πρώτη απάντηση στα ερωτήματα περί υπαιτιότητας, αναγκαιότητας και νοήματος του θανάτου, ερωτήματα που πάντα είναι αλληλένδετα με αυτά περί του νοήματος της ζωής. Η συνειδητοποίηση του κύκλου της ζωής και η αλληλένδετη σχέση της με τον κύκλο του θανάτου είναι μια πρώτη σημαντική διαπίστωση που κάνουν οι πενθούντες, στην οποία η θρησκεία αναμένεται να βοηθήσει ιδιαίτερα. Φυσικά, όλα τα παραπάνω ισχύουν αποκλειστικά και μόνο για τις θρήσκες ομάδες, καθώς διαφορετικά οι ετοιμοπαράδοτες απαντήσεις των θρησκειών στα υπαρξιακά ερωτήματα μπορεί είτε -στην καλύτερη περίπτωση- να μην έχουν κανένα αποτέλεσμα, είτε -στην χειρότερη των περιπτώσεων- να πληγώσουν συναισθηματικά και ηθικά τους πενθούντες (Martinson, 1991).

Αυτό το οποίο πρέπει να σημειωθεί από το τεράστιο κεφάλαιο που λέγεται κοινωνική συμμετοχή είναι πως η έκφραση των συναισθημάτων είναι σημαντική, όπως επίσης και ο υποστηρικτικός ρόλος των φίλων και συγγενών των πενθούντων.

## **1.5 ΟΤΑΝ ΠΕΣΕΙ Η ΑΥΛΑΙΑ**

Τέλος, δεν πρέπει να παραλειφθεί μια πολύ σημαντική παράμετρος του πένθους: τι γίνεται όταν τελειώσουν οι επίσημες τελετές ταφής; Μπορεί τη μια στιγμή ολόκληρο το χωριό να είναι μαζεμένο στο σπίτι του εκλιπόντα, αλλά την επόμενη οι συγγενείς μένουν μόνοι τους. Πόσο καλό και πόσο κακό μπορεί να τους κάνει αυτή η απομόνωση; Σίγουρα οι στιγμές μοναξιάς είναι απαραίτητες για να μπορέσει το άτομο να ορθοποδήσει και να φύγει από τον κύκλο του θρήνου. Αλλά σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να φτάσουν στο άλλο άκρο. Η υποστήριξη εκτός το ότι συνεχίζει να βοηθάει στην άμβλυνση του πόνου, εκλαμβάνεται και ως ένδειξη σεβασμού προς τον νεκρό (Martinson, 1991).

Σε αυτό που πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα μετά από την κηδεία, είναι η πορεία του πένθους. Υπάρχουν περιπτώσεις χρόνιου πένθους, όπου το άτομο

συνεχίζει να πενθεί με έναν σταθερό συναισθηματικό παλμό για μεγάλα διαστήματα. Εάν το πένθος κρατάει για περισσότερο από 6 μήνες, θα ήταν πρόπον να συζητηθεί με το άτομο που πενθεί και -εάν είναι απαραίτητο- να δει και κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας που θα το βοηθήσει να εκφράσει τον πόνο του και να τον κάνει κτήμα του, ξεπερνώντας τον. Στο άλλο άκρο βρίσκεται το λεγόμενο καθυστερημένο πένθος. Κάποιος με καθυστερημένο πένθος μπορεί αρχικά να δείχνει ήπιες συναισθηματικές αντιδράσεις απέναντι στον θάνατο του ανθρώπου του, αλλά αργότερα -συνήθως μετά από ένα διάστημα της τάξεως των 6 μηνών έως 2 χρόνων- λαμβάνει χώρα η αναμενόμενη συναισθηματική έκρηξη του πένθους. Οι δύο παραπάνω λόγοι καθιστούν σχεδόν απαραίτητη την κοινωνική υποστήριξη των πενθούντων (Smilansky, 1987).

Ο θάνατος είναι μία από τις πιο δύσκολες πραγματικότητες που αντιμετωπίζει κάποιος στην ζωή του. Δυστυχώς είναι -σχεδόν- αναπόφευκτο πως κάποια στιγμή όλοι θα περάσουν από τη δύσκολη θέση του να χαθεί έναν αγαπημένο πρόσωπο. Είναι καλό εκείνες τις στιγμές που η σκέψη δεν είναι νηφάλια, να υπάρχουν άτομα στο συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον που να είναι σε θέση να σκέφτονται πιο ψύχραιμα και λογικά. Βέβαια, οι δύσκολες καταστάσεις κάνουν ακόμη δυνατότερους όλους τους χαρακτήρες. Όλα τα δύσκολα έχουν διδάγματα που λαμβάνει ο καθένας ξεχωριστά, αρκεί να είναι ανοικτός σε αυτά (Martinson, 1991).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΔΡΟΜΗ**

#### **2.1 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ**

Το πένθος ορίζεται ως μια αντίδραση στην απώλεια και είναι κάτι που παρατηρείται σε όλο το ζωικό βασίλειο. Για παράδειγμα, το δελφίνι περνά πολλές ώρες πάνω από το νεκρό του σύντροφο, ενώ και η αγέλη μυρμηγκιών παρατάσσεται σε ομοιόμορφη σειρά προσπαθώντας να κουβαλήσει το νεκρό σώμα ενός μυρμηγκιού. Επίσης, είναι συχνό φαινόμενο ένας σκύλος να κλαίει για την απώλεια του «κυρίου» του περιμένοντας και κοιτώντας για ώρες ολόκληρες μια κλειστή πόρτα. Ο θάνατος αγγίζει όλες τις ζωντανές υπάρξεις σαν το αναμενόμενο, σαν το αναπόδραστο τέλος της ζωής και όλες οι ζωντανές υπάρξεις αντιδρούν ενστικτωδώς στην απώλεια αυτή με διάφορους εμφανείς ή μη εμφανείς τρόπους (Smilansky, 1987 σελ 39).

Ένα ερώτημα που αρχικά τίθεται είναι αναφορικά με το τι είναι αυτό που κάνει τη διαφορά στον άνθρωπο, ώστε το ανθρώπινο πένθος να μπορεί να θεωρηθεί ως ασθένεια; Έστω ότι ισχύει η απάντηση ότι ο άνθρωπος έχει συνείδηση, δυνατότητα σκέψης μέσω αυτής τότε ένα δεύτερο ερώτημα που τίθεται είναι εάν υπάρχει ένας συγκεκριμένος τρόπος συνειδητού πένθους ή απόκλιση από τον οποίο να σημαίνει ότι το άτομο που πενθεί πάσχει από κάποιο ψυχοπνευματικό σύνδρομο (grief disorder). Η ανθρώπινη συνείδηση επηρεάζει την αντίληψη και ερμηνεία του θανάτου όπως και τη συμπεριφορά του πένθους με διάφορους τρόπους στην πορεία του χρόνου και στην αρχαιότητα εντοπίζονται διάφορες συμπεριφορές πένθους που σήμερα θα θεωρούνταν παράλογες. Επιπλέον ο κάθε άνθρωπος έχει διαφορετική συνείδηση. Πότε και γιατί λοιπόν το πένθος μπορεί να θεωρηθεί ασθένεια (DeSpelder and Strickland, 1995);

#### **2.2 ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΣ: Η ΠΟΛΥ-ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Ο θάνατος για τους αρχαίους Έλληνες ήταν κάτι το ιερό, ήταν η λύτρωση της ανθρώπινης ψυχής, αντιμετωπιζόταν με διάφορες τελετουργίες ή με την διοργάνωση αθλητικών αγώνων. Οι συγγενείς στόλιζαν το σπίτι με κλαδιά από δάφνη για να

διώξουν τα κακά πνεύματα και να καλέσουν τα πνεύματα των θεών, διακοσμούσαν το σώμα του νεκρού ώστε να είναι έτοιμο να δεχτεί το θάνατο, οι ίδιοι ντύνονταν είτε στα μαύρα είτε στα λευκά, έκοβαν τα μαλλιά τους ώστε να είναι και αυτοί έτοιμοι να παραδώσουν το νεκρό σώμα στο θάνατο. Η αντίληψη του θανάτου ως κάτι το ιερό επηρέαζε ανάλογα και τη συμπεριφορά του πένθους. Οι γυναίκες έσχιζαν τα μάγουλα και τα στήθη τους δημιουργώντας βαθιές πληγές στο σώμα τους με τα νύχια τους ή με μυτερές πέτρες, υπέφεραν τον αυτοτραυματισμό. Την ώρα της κηδείας όμως δεν επιτρέπονταν φωνές και θρήνοι. Ο Αισχύλος πίστευε ότι το εξεφρασμένο πένθος και το κλάμα την ώρα της κηδείας ήταν σοβαρότατη προσβολή για τον νεκρό και μια προσωπική ντροπή για αυτόν που θρήνησε τοποθετώντας την προσωπική ανάγκη πάνω από την υποχρέωση σεβασμού του νεκρού. Από την άλλη για τους αρχαίους Έλληνες το πένθος και ο θρήνος ήταν φυσιολογικά αλλά επιβάλλονταν όταν ένα παιδί έβλεπε το πρώτο φως της ζωής, αντιμετωπίζοντας τη γέννηση σαν το γεγονός της εισόδου ενός ανθρώπου στα βάσανα ενός ολόκληρου βίου (Μαρινάκη, 2005).

Η ίδια συνήθεια αυτοτραυματισμού παρατηρείται στις γυναίκες της φυλής Αρούντα στην Αυστραλία, ως έκφραση της βαθύτατης λύπης για την απώλεια που έπρεπε να ζωγραφιστεί στο σώμα. Ακόμα οι αρχαίοι Εσκιμώοι άφηναν τις γυναίκες τους να πεθαίνουν όταν πλέον δεν ήταν χρήσιμες, ήτοι όταν έχαναν τα δόντια τους και δεν μπορούσαν να φτιάχνουν ρουχισμό για όλους μασώντας τα σκληρά δέρματα των ζώων για να μαλακώσουν. Ο τρόπος σκέψης και τα συναισθήματα τους έτσι διαμορφώνονταν από τις πραγματικές συνθήκες που βίωναν (το έντονο κρύο για παράδειγμα) και αυτές οι συνθήκες κλείδωναν την ανάγκη για πένθος, ενεργοποιώντας την έμφυτη τάση του ανθρώπου να επιβιώσει. Έτσι τα ανήμπορα άτομα να είναι σε θέση να αναλάβουν τη δική τους επιβίωση, όπως οι γυναίκες, οι ασθενείς, οι ηλικιωμένοι και τα παιδιά, κάποτε έπρεπε να πεθαίνουν ακολουθώντας το φυσικό τους τέλος, χωρίς να επιβαρύνουν με τις υπάρξεις τους την επιβίωση των λοιπών και αυτό ήταν κάτι που επιβάλλονταν ηθικά ή ήταν φυσιολογικό ή αναμενόμενο. Τέλος, οι αρχαίοι Ινδιάνοι της Νέας Υόρκης, Iroquois, πίστευαν ότι ο θάνατος είναι ένα πέρασμα σε μια άλλη ζωή, αλλά το πνεύμα των νεκρών παραμένει ζωντανό στη γη, ανάμεσά τους, παίζοντας μάλιστα ένα σημαντικό ρόλο στις ζωές και στην καθημερινότητα τους (Μαρινάκη, 2005).

Όλοι αυτοί οι άνθρωποι αντιλαμβάνονταν το θάνατο με συγκεκριμένο τρόπο και πενθούσαν ανάλογα. Οι Klass και Goss σε μια πρόσφατη αναφορά τους εξηγούν μία παρόμοια πολυ-πολιτισμική σύλληψη του θανάτου που επηρεάζει και τη

συμπεριφορά του πένθους, περνώντας το ίδιο μήνυμα με ανάλυση των παραδειγμάτων των Maoist της Κίνας και των Mahhabi στου Ισλάμ (Worden, 2002).

### **2.3 Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ: ΑΠΟ ΤΟ ΠΟΛΥ-ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΟ ΣΧΗΜΑ ΣΤΟ ΠΟΛΥ-ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Είναι δεδομένο πως όλοι οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί μεταξύ τους. Η προσέγγιση αυτή δίνει το έναυσμα προκειμένου να αναπτυχθεί η θεωρία του πολυ-προσωπικού μοντέλου.

Στην ακραιότητα αυτής της θεωρίας κάθε άτομο ξεχωριστά αντιλαμβάνεται διαφορετικά το θάνατο και κατ' επέκταση μπορούν να υπάρχουν τόσα είδη πένθους όσοι οι άνθρωποι που υπάρχουν. Ποια η αντίληψη για το θάνατο σήμερα; Όλοι με τον ίδιο τρόπο τον αντιλαμβάνονται; Εκφράζεται το πένθος ανάλογα με την αντίληψή αυτή; Μπορεί να υπάρχει βεβαιότητα για κάθε απάντηση;

Ο ορθολογικός θάνατος: Κατ' αρχάς σήμερα υπάρχει η σύγχρονη ορθολογική αντιμετώπιση του θανάτου που αφορά είτε στη γενική και αφηρημένη γνώση της ύπαρξης, είτε στην εξειδικευμένη γνώση της διαδικασίας του εγκεφαλικού θανάτου, θέμα το οποίο δεν θα απασχολήσει ιδιαίτερα στην παρούσα μελέτη, πέρα από το γεγονός ότι θα μπορούσε να εκληφθεί ως παράγοντας που ενισχύει την αμεσότητα του πένθους σε σχέση με το γεγονός του θανάτου, όπως θα φανεί παρακάτω. Σε γενικές γραμμές υπάρχει γνώση κάτω από ποιά διαδικασία το σώμα μας καταλήγει λειτουργικά στο θάνατο (Φρόνιτ, Μτφ. Παραδέλλης, 2000).

### **2.4 Η ΑΤΟΜΙΚΙΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (ΑΤΟΜΙΚΙΣΤΙΚΟ ΠΕΝΘΟΣ)**

i) Κάποιος πενθεί για τον εαυτό του: “Η σύγχρονη ατομικιστική αντιμετώπιση του θανάτου την οποία εκφράζει το πολυ-προσωπικό μοντέλο αφορά, σε πρώτη βάση, στην κατανόηση του θανάτου ως ένα εξωτερικό ερέθισμα κατευθυνόμενο προς «εμάς για εμάς» παρά σαν ένα φυσικό τέλος για τη ζωή του θανόντος καθεαυτή (όπως συμβαίνει στην αρχαιότητα). Έτσι ο συσχετισμός από τη μια του σύγχρονου ορθολογικού θανάτου και ατομικιστικού πένθους και από την άλλη του αρχαίου ιερού θανάτου και κοινωνικού πένθους, είναι σαν μια φυσιολογική διαφοροποίηση στην πορεία του χρόνου, όπου η ξαφνική ερμηνεία του πένθους με ιατρικούς/παθολογικούς όρους (medicalization – pathologization of grief), όπως και

άλλων καταστάσεων της ζωής μας, φαίνεται να είναι μια βλαβερή μόδα” (Αγοραστός, 2010 σελ. 13).

ii) Συγκριτική προσέγγιση: “Μία εναλλακτική προσέγγιση της ατομικιστικότητας του πένθους προκύπτει συγκριτικά και στη σκέψη ότι σε καθημερινή σχεδόν βάση έρχονται όλοι οι άνθρωποι αντιμέτωποι με διάφορα καθοριστικά γεγονότα που μπορούν να έχουν μια έντονη επίδραση στη συμπεριφορά, όπως για παράδειγμα μια απόλυση, μια συνταξιοδότηση, ένα χωρισμό, μια προδοσία από ένα καλό φίλο. Η διαδικασία χειρισμού των συναισθημάτων δεν απαιτεί συγκεκριμένη μέθοδο. Αν κάποιος αισθάνεται ευτυχισμένος για την συνταξιοδότησή του ή την επιδιώκει ενώ ο γείτονας του πέφτει σε κατάθλιψη αυτό δεν σημαίνει ότι ο πρώτος έχει κάποιο πρόβλημα επειδή «θα έπρεπε» να στεναχωρηθεί” (Αγοραστός, 2010 σελ. 13).

iii) Δυσδιάγνωστο πένθος: “Μια άλλη παράμετρος του ατομικιστικού πένθους αφορά στο ότι το πένθος του καθενός δεν είναι εύκολο να αναγνωριστεί, να καθοριστεί και να ερμηνευτεί από άλλα άτομα. Ο Tully (2003,σελ 699) προτείνει μια προσέγγιση του πένθους στη βάση των ατομικιστικών και συνολικών περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών του ατόμου λέγοντας χαρακτηριστικά ότι πρέπει να ειπωθεί κάθε άνθρωπος σαν ένα πορτοκάλι, που το εξωτερικό του σπάνια προδίδει την πραγματική κατάσταση του φρούτου” (Αγοραστός, 2010 σελ. 14).

Υπάρχει μια ενδιαφέρουσα ψυχολογική μελέτη που παρατηρεί ότι όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο της ψυχικής ευαισθησίας και της έλλειψης μόρφωσης τόσο περισσότερο το πένθος επενεργεί στο σώμα χωρίς έλεγχο και ότι όσο πιο πνευματώδης και ευφυής είναι κάποιος, δηλαδή όσο περισσότερο χρησιμοποιεί τη λογική του, τόσο το γρηγορότερο υπερπηδά τη διαδικασία του πένθους. Αυτή η παρατήρηση ενισχύει τη σκέψη ότι το πένθος πρέπει να προσεγγίζεται ατομικιστικά, δεδομένου ότι δεν έχουν όλοι τον ίδιο βαθμό ψυχικής ευαισθησίας, λογικής κλπ, έστω κι αν βιώνουν τις ίδιες κοινωνικές καταστάσεις. Κατ’αρχάς, το πένθος είναι φυσιολογικό και το τι εστί «φυσιολογικό» είναι επίσης ένα ζήτημα που χρήζει ατομικιστικής προσέγγισης. Το πένθος δεν αποτελεί ασθένεια και το τεκμήριο του φυσιολογικού πένθους πρέπει να καταρρίπτεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις και πάντα με μεγάλη προσοχή (Kubler-Ross,1997 σελ 59).



## 2.5 ΑΛΛΕΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ

α) Η επίδραση του περιβάλλοντος. Ο θάνατος σήμερα δεν αντιμετωπίζεται μόνο ορθολογικά και το πένθος δεν είναι μόνο ατομικιστικό. Σε κοινωνίες πολέμου, φτώχειας, πείνας, όπου οι προσωπικές ανάγκες επιβίωσης είναι ενεργοποιημένες στο μέγιστο (Αιθιοπία, Ιράκ κλπ), η απώλεια ενός αγαπημένου ανθρώπου μέσα στις χιλιάδες καθημερινές απώλειες, είτε περνά σχεδόν απαρατήρητη επειδή υπάρχει χρόνος ή ψυχολογικά αποθέματα για πένθος, είτε αντιμετωπίζεται διαφορετικά, για παράδειγμα, η επιθυμητή απελευθέρωση του θανόντος από τα τόσα επίγεια κακά ακόμα και όταν οι άνθρωποι αυτοί διατηρούν την θρησκόληπτη αίσθηση της ιερότητας του θανάτου και οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις τους κατευθύνουν ανάλογα. Θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι η κάθε μία από τις συμπεριφορές αυτές του πένθους είναι μη φυσιολογική; (Smilansk, 1987 σελ. 47).

Από την άλλη, υπάρχουν άτομα ο τρόπος ζωής των οποίων είναι με τέτοιο τρόπο διαμορφωμένος, ανεξάρτητα από το που ζουν, ώστε να μην εκλαμβάνουν τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου με τέτοιο τρόπο που θα μπορούσε να θεωρηθεί, «συνηθισμένος». Υπάρχουν άτομα που ενδεχομένως να τρέφουν έντονες ή άγνωστες θρησκευτικές αντιλήψεις και να πιστεύουν για το θάνατο διάφορα πράγματα πενθώντας ανάλογα. Μπορεί να πει κάποιος ότι τα άτομα αυτά δεν πενθούν «σωστά»; (Smilansk, 1987 σελ. 51).

β) Ο ακατανίκητος θάνατος. Μια άλλη προσέγγιση θα μπορούσε να είναι ότι στην πιο ανεπτυγμένη κοινωνία, όπου όλα έχουν ανακαλυφθεί και αντιμετωπιστεί, ο θάνατος παραμένει το μόνο ακατανίκητο κακό που μας συμβαίνει, την ίδια στιγμή που γίνεται προσπάθεια για ανεύρεση τρόπων παράτασης της νεότητας ή μακροχρόνιας ζωής συγκαταλέγοντας αυτούς σε κεφάλαια «ευ ζην». Αυτή είναι η πηγή του φόβου για το θάνατο, το ότι ο θάνατος δεν νικιέται από το ανθρώπινο μυαλό (Parkes, 2001 σελ. 28).

γ) Ενδοσκοπική αντιμετώπιση: Στη συνέχεια με την προηγούμενη παρατήρηση και καταλήγοντας στον ακραίο ατομικιστικό (εγωκεντρικό) χαρακτήρα του πένθους, θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι πενθεί γιατί αυτό το ακατανίκητο γεγονός του θανάτου το φαντάζεται να συμβαίνει στον ίδιο, με ότι αυτό συνεπάγεται. Αυτή η διαδικασία ενδοσκόπησης, καθ' αυτή την προσέγγιση, είναι που ωθεί στην όποια συμπεριφορά θα μπορούσε να χαρακτηριστεί πένθος. Σ' αυτή τη θεωρητική επέκταση υπάρχει δυσκολία να τη δεχτεί κάποιος με την σκέψη ότι δεν

συνηθίζεται να πενθεί για τον οποιοδήποτε θάνατο, ενώ η συμπεριφορά που κεντρίζει το ενδιαφέρον είναι για το θάνατο αγαπημένων προσώπων ή προσώπων που κατά κάποιο τρόπο έχουν κάποια επίδραση στη ζωή του πενθούντα (Granot, 2005 σελ. 41).

δ) Οι περιστάσεις θανάτου. Επίσης, παίζει ρόλο και ο τρόπος θανάτου ενός ατόμου, που θα μπορούσε σε ένα απλοϊκό παράδειγμα να θεωρηθεί διαφορετικό, δηλαδή αντιμετωπίζεται με πιο έντονη συμπεριφορά ο θάνατος κάποιου που ξεψυχά στα χέρια κάποιου άλλου παρά ο θάνατος ενός προσώπου που ανακοινώνεται τυχαία ή σε μεταγενέστερο στάδιο (Worden, 2002 σελ. 46).

## 2.6 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ

Ο κατάλογος DSM-IV (1994) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) αναφέρεται στην έννοια του φυσιολογικού πένθους (normal grief – bereavement), για να διαφοροποιήσει τη σχετική συμπεριφορά από την εμφανώς καταθλιπτική συμπεριφορά που αναφέρει σε άλλες ενότητες και όχι για να χαρακτηρίσει το πένθος σαν ασθένεια υπονοώντας την ύπαρξη μη φυσιολογικού πένθους ή παθολογικού πένθους. Μια συμπεριφορά που θα μπορούσε να θεωρηθεί παθολογικό πένθος, σε τι θα διέφερε από μια καταθλιπτική συμπεριφορά προκειμένου να χρήζει χωριστού χαρακτηρισμού; Η αιτία θανάτου; Είναι όμως δυνατόν να επικεντρωθεί κάποιος στο γεγονός για να χαρακτηρίσει μια συμπεριφορά; Θα ήταν λογικό να ξεχωρίζουμε τις καταθλιπτικές συμπεριφορές αναλόγως την αιτία όπως, «καταθλιπτική συμπεριφορά λόγω απόλυσης» ή «καταθλιπτική συμπεριφορά λόγω χωρισμού» κλπ (Φρόνιτ, Μτφ Παραδέλλης, 2000);

Ένας μεγάλος αριθμός θεωρητικών αναφορών που αναλύει ακριβώς το παθολογικό πένθος και προσπαθεί να επισημάνει τις διαφορές του με την κατάθλιψη βρίσκεται σε αδιέξοδο. Θα γίνει αναφορά όμως στην έννοια του φυσιολογικού πένθους (normal grief). Είναι μια κατάσταση ιατρικά γνωστή, που μπορεί να διαγνωσθεί; Όπου δεν υπάρχει normal grief μπορούμε να πούμε ότι υπάρχει pathological grief; Μα στην προσπάθεια να βρεθούν τα κριτήρια με βάση τα οποία ένα πένθος γίνεται παθολογικό, σύμφωνα με τον κατάλογο DSM-IV(1994), προσπαθώντας να βρεθούν τα όρια της κανονικότητας του πένθους, παρατηρείται ότι όλες οι ψυχολογικές και φιλοσοφικές μελέτες αναφέρουν διαφορετικά κριτήρια στηριζόμενα στην ένταση και στο χρόνο του πένθους, κάνοντας την προσπάθεια δύσκολη και τη σχετική συζήτηση περί παθολογικού πένθους αρκετά αμφίβολη. Ένα

κρατούμενο λοιπόν πως δεν υφίστανται σταθερά κριτήρια για τον διαχωρισμό, αφενός του φυσιολογικού πένθους από το παθολογικό πένθος, αφετέρου του παθολογικού πένθους από την κατάθλιψη (Φρόνιτ, Μτφ Παραδέλλης, 2000).

## 2.7 Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ WILKINSON

Η αναφορά του Wilkinson είναι από τις πιο προκλητικές στο χώρο της σύγχρονης φιλοσοφίας αναφορικά με το θέμα, γι' αυτό θα καταλάβει μεγάλο μέρος του κεφαλαίου αυτού.

Ο Wilkinson (2000, σελ 300) προσπαθεί να αναλύσει τόσο τα αρνητικά, όσο και τα θετικά στοιχεία, ώστε να καταλήξει πως ακόμα και το «φυσιολογικό πένθος» αποτελεί ασθένεια. Μια παρατήρηση είναι, ότι εκλαμβάνει την κανονικότητα του πένθους (normality of grief), όπως και ο ίδιος ξεκαθαρίζει, σαν μια στατιστική έννοια, λέγοντας ότι ο τρόπος με τον οποίο μια σχετική ομάδα ατόμων ιδίου φύλου, ίδιας ηλικίας και κοινωνικού status που πενθεί, είναι ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να πενθώ κι εγώ. Μα είναι δυνατόν να προσδοθεί κάποια ψυχοπνευματική ασθένεια σε ένα άτομο με βάση στατιστικά κριτήρια;

Normality: Έχοντας ως αφετηρία τη θέση ότι το πένθος αποτελεί «την αναμενόμενη και πολιτισμικά αποδεκτή ανταπόκριση στο γεγονός του θανάτου», ο Wilkinson εκφράζει την άποψη ότι αυτός δεν είναι λόγος το πένθος να εξαιρεθεί από τη λίστα των ψυχοπνευματικών ασθενειών. Παραλληλίζει το πένθος με τη γρίπη ισχυριζόμενος ότι και τα δύο αποτελούν εμπειρίες στις ζωές μας, εξίσου κοινές και αναμενόμενες, η γρίπη όμως είναι ασθένεια, άρα θα πρέπει και το πένθος να είναι ασθένεια. Η ουσιαστικά στατιστική κανονικότητα στην οποία στηρίζεται ο Wilkinson εξομοιώνεται με τη συχνότητα συγκρίνοντας το πένθος με τη γρίπη. Στη προτεινόμενη αυτή βάση ωθεί το μεγάλο βάρος προς στο μέρος της γρίπης, η οποία εμφανίζεται μάλλον συχνότερα στις ζωές μας (περισσότερες φορές τυχαίνει στη ζωή ενός μεμονωμένου ατόμου να υποφέρει από γρίπη παρά από πένθος) καταλήγοντας στο ότι η γρίπη είναι σοβαρότερη κατάσταση από το πένθος, κάτι που ενδεχομένως διαψεύδει από μόνο του την προσπάθεια χαρακτηρισμού του πένθους ως ψυχοπνευματική ασθένεια. Από την άλλη δεν φαίνεται το συγκριτικό επειχρήρημα του Wilkinson να είναι πραγματικά βοηθητικό ως προς το να παραχθούν κάποια συμπεράσματα πειστικά (Wilkinson, 2000).

Περαιτέρω δεν υπάρχει κάποιο δόγμα ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να υποφέρουν από γρίπη (η γρίπη σαν ένα γεγονός από μόνο του), υπάρχει όμως ένας κανόνας που λέει ότι όλοι οι άνθρωποι πεθαίνουν (ο θάνατος σαν ένα γεγονός από μόνο του). Έχουμε έτσι δύο γεγονότα, η γρίπη είναι μια μη φυσική κατάσταση, ενώ ο θάνατος μια φυσική κατάσταση. Η γρίπη δεν είναι φυσικό γεγονός (που επιβάλλεται από την ανθρώπινη φύση) αλλά είναι ένα συνηθισμένο. Ο θάνατος είναι ένα φυσικό γεγονός που επιβάλλεται από την φύση κάθε ζωντανής ύπαρξης (αναπόδραστα όλοι έχουν αυτή την κατάληξη), επιπλέον ένα γεγονός συνηθισμένο. Ο Wilkinson δεν συγκρίνει τα δύο αυτά γεγονότα, αλλά συγκρίνει το γεγονός της γρίπης με την ανταπόκριση στο γεγονός του θανάτου (πένθος) (Wilkinson, 2000, σελ 300).

Από την άλλη υπάρχει ένα άλλο δόγμα που λέει ότι όλοι οι άνθρωποι αντιδρούν στο γεγονός της γρίπης με συγκεκριμένους γνωστούς ή άγνωστους τρόπους και η αντίδραση τους είναι άμεση από τη στιγμή που το άτομο στο οποίο συμβαίνει το γεγονός είναι το ίδιο άτομο με αυτό που αντιδρά σε αυτό το ίδιο γεγονός (αντιδρώ στη δική μου γρίπη – ταύτιση υποκειμένου του γεγονότος και λήπτη συνεπειών του γεγονότος). Όσο αφορά το γεγονός του θανάτου, υπάρχει το υποκείμενο του θανάτου, δηλαδή το πρόσωπο που πεθαίνει, ο άμεσος λήπτης ήτοι πάλι το πρόσωπο που πεθαίνει και ο έμμεσος λήπτης ήτοι το πρόσωπο που πενθεί. Το άτομο που πενθεί, ο έμμεσος λήπτης των συνεπειών του γεγονότος του θανάτου, είναι ένα διαφορετικό πρόσωπο από το υποκείμενο του γεγονότος (το άτομο που πεθαίνει), έτσι η ανταπόκριση του στο θάνατο, το πένθος του, δεν θεωρείται άμεση ανταπόκριση στο γεγονός του θανάτου, αφού αυτή η άμεση ανταπόκριση σε αυτό το γεγονός είναι αυτή που αφορά τον θανόντα. Έτσι το πένθος είναι μια έμμεση ανταπόκριση στο γεγονός του θανάτου που επισυμβαίνει σε διαφορετικό πρόσωπο (πενθώ για το θάνατο ενός άλλου ατόμου). Η έμμεσότητα της ανταπόκρισης αυτής επιτρέπει σε σωρεία εξωτερικών παραγόντων (κοινωνικών ή ετερο-προσωπικών δηλαδή παραγόντων που αφορούν τον ίδιο τον έμμεσο λήπτη, τον πενθούντα) να επέμβουν και να αλλοιώσουν την ανταπόκριση αυτή χωρίς, να είναι ικανοί και να την αναστείλουν. Όπως έχει ήδη αναφέρει, το παράδειγμα της Αιθιοπίας, όπου σωρεία παραγόντων κοινωνικών (πολλοί θάνατοι, πείνα, φτώχεια κλπ) και ετερο-προσωπικών (πείνα, ίδια προβλήματα υγείας, έμφυτη ανάγκη και ίδια επιβίωση κλπ) συνεπάγονται μια διαδικασία πένθους αρκετά διαφορετική από τυχόν άλλα «πρότυπα» έχουμε υπόψη μας στη δική μας κοινωνία (Wilkinson, 2000, σελ 301).

Ως φυσιολογική, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί η αντίδραση στο γεγονός του θανάτου με εκδήλωση συμπεριφοράς πένθους με την έννοια που δίνει ο ίδιος ο Wilkinson (2000,σελ 301) δηλαδή με την έννοια του αναμενόμενου και του πολιτισμικά αποδεκτού ή συνηθισμένου. Δεν σημαίνει όμως ότι καθετί που απέχει από το αναμενόμενο και πολιτισμικά αποδεκτό ή συνηθισμένο είναι ψυχοπνευματική ασθένεια (Wilkinson, 2000).

Ο Wilkinson (2000, σελ 302) δανείζεται επίσης ένα παράδειγμα από τον Engel και υποστηρίζει ότι το πένθος είναι η ψυχολογική πληγή όπως το έγκαυμα είναι η σωματική πληγή. Το άτομο αγγίζει το θάνατο και ψυχικά καίγεται όπως αγγίζει τη φωτιά και καίγεται το σώμα του. Εδώ συγκρίνει όντως δύο γεγονότα, το θάνατο και τη φωτιά, ωστόσο πάλι πρόκειται για δύο γεγονότα μη δεκτικά ωφέλιμης σύγκρισης. Ο θάνατος είναι κάτι που συμβαίνει στον άνθρωπο αναγκαστικά, ένα φυσικό γεγονός, ενώ η φωτιά είναι ένα γεγονός άσχετο με την ανθρώπινη φύση. Ο πένθων αγγίζει το θάνατο (πενθεί) και αυτό κατά τον ίδιο τον Wilkinson (2000,σελ 303) είναι «αναμενόμενο και πολιτισμικά αποδεκτό» (και στατιστικά συνηθισμένο) ενώ ένα πρόσωπο που θέτει τα μέλη του σώματος του στη φωτιά σαφώς δεν πράττει με αναμενόμενο και συνηθισμένο τρόπο (στατιστικά ή με άλλο τρόπο). Έπειτα είναι ευνόητο ότι όποιος βάζει το σώμα του στη φωτιά αυτό καίγεται σε κάποιο βαθμό, δεν μπορεί να συμβεί διαφορετικά. Δεν είναι όμως απόλυτο ή βέβαιο ή αποδεδειγμένο ή καθοριστικό, πέρα από «αναμενόμενο και πολιτισμικά αποδεκτό», το ότι όποιος «αγγίζει το θάνατο» (γενικά, ακόμα και διαβάζοντας μια αγγελία θανάτου ενός τυχαίου ατόμου) υφίσταται ψυχικό τραύμα, σύμφωνα με όσα αναφέρθηκαν και πιο πάνω (Parkes, 2001).

## **2.8 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΩΣ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΥΓΙΗΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗ**

Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το πένθος είναι μια υγιής εκδήλωση για τον άνθρωπο, ένας τρόπος έκφρασης (που μπορεί να πάρει διάφορες μορφές) προκειμένου να δείξει ότι ανταποκρίνεται στα διάφορα εξωτερικά ερεθίσματα και ότι εισάγει τον εαυτό του σε μια διαδικασία ψυχολογικού φιλτραρίσματος με σκοπό την ανακούφιση. Ο Wilkinson (2000,σελ 296) ισχυρίζεται ότι αυτή η προσέγγιση δεν μας υποβάλλει ότι το πένθος δεν είναι ασθένεια, καθώς υπάρχουν διάφορες ασθένειες που είναι από μια άλλη σκοπιά υγιείς καταστάσεις επίσης. Ωστόσο τα παραδείγματα του δεν είναι πολύ πειστικά. Λέει ότι το νεαρό αγόρι που βγάζει μαγουλάδες (mumps) με

μια ευρεία θεώρηση θα περάσει αυτή τη φάση και θα αποκλείσει τη δυνατότητα επανεμφάνισης της εν λόγω ασθένειας, κερδίζοντας έτσι ουσιαστικά την υγεία του, ακόμα κι αν οι μαγουλάδες είναι ασθένεια που χρήζει ιατρικής θεραπείας. Ακόμα πιο ακραία λέει ότι ο νεαρός που πυροβολεί το πόδι του για να αποφύγει την ένταξη του στο στράτευμα είναι ασθενής, το πόδι του χρήζει ιατρικής θεραπείας, ανεξάρτητα από το αν με μια ευρεία θεώρηση έχει κερδίσει την υγεία του με τη μη ένταξη του στο στράτευμα.

Ωστόσο, ο Wilkinson (2000,σελ 298) χρησιμοποιεί την έννοια «υγιής» (healthy) αναφερόμενος, είτε στα τελικά θετικά αποτελέσματα της ασθένειας σε ένα μεταγενέστερο στάδιο (παράδειγμα παιδιού με μαγουλάδες), είτε στα θετικά της αποτελέσματα ως προς κάτι άλλο άσχετο με την ίδια την ασθένεια (παράδειγμα τραυματισμένου στρατιώτη). Ακολουθώντας αυτή τη λογική του Wilkinson κάποιος εύλογα θα μπορούσε να ισχυριστεί ότι και η γρίπη είναι μια υγιής κατάσταση δεδομένου του ότι δημιουργούνται τα απαραίτητα αντισώματα στον οργανισμό και δυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα ενάντια στον ίδιο ή άλλο ιό ή ακόμα πιο ακραία ότι ο καρκίνος στο τελικό στάδιο είναι μια υγιής κατάσταση γιατί βοηθά το άτομο να αναθεωρήσει τις προτεραιότητες της ζωής του. Δεν γίνεται αναφορά όμως γενικά για «υγιείς» καταστάσεις με τόσο ευρεία έννοια ούτε αν και η αισιοδοξία και η προσπάθεια ανεύρεσης θετικότητας σε κάθε πρόβλημα είναι μια επιθυμητή μέθοδος (Jordan and Neimeyer, 2003).

## **2.9 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ Η ΣΚΕΨΗ**

Ο Wilkinson (2000,σελ 299) υποστηρίζει ότι κάθε ασθένεια οδηγεί στην αυτογνωσία και στην καλύτερη γνώση της ζωής, όπως και το πένθος. Παραλληλίζει το πένθος (που δεν τεκμαίρεται ως ασθένεια) με το τελικό στάδιο κάποιας μορφής καρκίνου (που πάντα τεκμαίρεται ως ασθένεια). Η παραδοσιακή θεωρία του Freud υποστηρίζει το μπλοκάρισμα του πένθους ως την κατάλληλη προσέγγιση. Ειδικότερα, το πένθος είναι μια διαδικασία απόσυρσης συναισθηματικής ενέργειας (cathexis) ήτοι αποξένωσης από το αγαπημένο πρόσωπο (decathexis). Η σύγχρονη θέση του Malkinson<sup>15</sup> υποστηρίζει ότι το πένθος καθίσταται από μόνο του το ίδιο ένα ταξίδι αυτογνωσίας και αναθεώρησης της ζωής. Είναι ένας από τους παράγοντες που ενισχύουν αν μη τι άλλο τη θέση ότι ο πενθών ξέρει καλύτερα από τον καθένα πώς να

πενθήσει και κατ' επέκταση αυτού, το πένθος όχι μόνο δεν είναι ασθένεια αλλά είναι το ίδιο μια θεραπεία στο πλήγμα του θανάτου (Warrell et.al., 2003).

## **2.10 ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Αν το πένθος είναι ασθένεια ποιά είναι η κατάλληλη θεραπεία; Ο Wilkinson (2000,σελ 287) αναφέρει πως δεν είναι γνωστή ποιά είναι η κατάλληλη θεραπεία που θα έκανε τα συμπτώματα του πένθους πιο ανεχτά. Οι περισσότεροι χρησιμοποιούν φάρμακα ακόμα και για τον απλό πονοκέφαλο. Έτσι κι αλλιώς η χρήση των φαρμάκων δεν σημαίνει ότι είναι αναγνωρισμένη ασθένεια, άρα ούτε και η ύπαρξη κάποιου φαρμάκου για το πένθος θα το χαρακτήριζε αυτό ως ασθένεια. Το επόμενο ερώτημα που τίθεται μετά από αυτές τις παρατηρήσεις του Wilkinson (2000,σελ 288) είναι αναφορικά με τα υπόλοιπα κριτήρια προκειμένου μία κατάσταση να χαρακτηριστεί ως ασθένεια. Κάποια φάρμακα χρησιμοποιούνται προληπτικά, χωρίς να υφίσταται κάποια ασθένεια. Στη συνέχεια ο Wilkinson υποστηρίζει, ότι ακόμα κι αν το πένθος είναι μια κατάσταση που περνάει από μόνη της (self-cured) αυτό δεν σημαίνει ότι αποκλείεται να είναι ασθένεια αφού και η γρίπη πολλές φορές θεραπεύεται από μόνης της παρόλο που είναι μια ασθένεια. Και θέτει το ερώτημα, αν είχες την επιλογή μεταξύ του να θεραπεύσεις το πένθος σου με τη χρήση κάποιου φαρμάκου και να το αφήσεις να περάσει μόνο του τι θα επέλεγες; (Jordan & Neimeyer, 2003).

Το πένθος αποτελεί το ίδιο θεραπεία, άρα δεν μπορεί να αποτελεί και ασθένεια επιδεκτική θεραπείας, τίθεται ένα άλλο ερώτημα: Αν υποστηριχθεί ότι το πένθος είναι ασθένεια πόσα περιθώρια έχει ο πενθών για να κρίνει αν χρειάζεται ιατρική βοήθεια αν ξέρει εκ των προτέρων ότι το πένθος είναι ασθένεια, ότι είναι ασθενής και χρήζει φαρμακευτικής αγωγής ικανής να τον κάνει να νιώσει καλύτερα; Βέβαια η βαθύτερη σκέψη αυτού του ενδεχομένου οδηγεί σε παραλογισμό ώστε τα άτομα που χάνουν αγαπημένα τους πρόσωπα να μην τα κηδεύουν και να μην τα κλαίνε μην τυχόν και θεωρηθούν ψυχοπνευματικά ασθενείς αφού κατά τον Wilkinson και το φυσιολογικό πένθος είναι ασθένεια (Wilkinson, 2000, σελ 299).

Η μεγαλύτερη αντίφαση από όλες είναι ότι στην περίπτωση του πένθους η κοινώς προτεινόμενη θεραπεία γι' αυτή την «ασθένεια» είναι η προσπάθεια να κάνεις τον «πάσχοντα» να νιώσει ότι βιώνει κάτι το φυσιολογικό (normalization of grief). Πώς η γνωστοποίηση του πένθους και της επικινδυνότητας του ως ασθένεια με την

ανάπτυξη σχετικής συμπτωματολογίας (αν νιώθεις ενοχή είσαι άρρωστος, πάσχεις από πένθος, διατρέχεις τον κίνδυνο υποτροπής σε κατάθλιψη) βοηθά τον «ασθενή»-άτομο που πενθεί, αφού η όλη του προσπάθεια (μέσω του πένθους) είναι να νιώσει ότι βιώνει κάτι το φυσιολογικό; Με εντελώς απλά λόγια λέει κάποιος ότι το πένθος είναι αναγνωρισμένη ασθένεια, που τον ωθεί ως προς το να αναζητήσει θεραπεία και να εκλάβει τα πάντα ως φυσιολογικά (Βρεττός, 2003).

## **2.11 ΤΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Ο Bowlby (1951, σελ 89) έδωσε ένα έρεισμα στη θεωρία των σταδίων του πένθους, η επίδραση της οποίας είναι καταφανής σε πολλές σύγχρονες αναφορές. Έχοντας στο νου τον αποχωρισμό ενός παιδιού από τη μητέρα του, παρατήρησε τέσσερα στάδια από τα οποία περνά η διαδικασία του πένθους.

- α) Το αρχικό μούδιασμα με δυσπιστία ή σοκ,
- β) την αναζήτηση του θανόντος συνοδευόμενη από οργή και αίσθημα αδικίας,
- γ) την παραίτηση από την αναζήτηση του θανόντος συνοδευόμενη από αίσθημα κατάθλιψης και λήθαργου
- δ) και τέλος την ανάκαμψη και την παραδοχή της απώλειας με επιστροφή στην ενεργό ζωή.

Άλλες αναφορές επισημαίνουν λιγότερα ή περισσότερα στάδια. Είναι εμφανές ότι δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός των σταδίων των πένθους κάτι που δίνει επίσης έρεισμα στη θεωρία ότι το πένθος δεν έχει στάδια αλλά είναι εξατομικευμένο (Parkes, 2001).



### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

## **ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΕΝΘΟΥΣ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗΣ**

### **3.1 ΕΜΕΙΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΛΛΟΙ**

Αν ανατρέξει κανείς στην παγκόσμια ιστορία χωρίς να υιοθετήσει το εξελικτικό μοντέλο προόδου, εκπολιτισμού και θαυμαστών ανθρωπίνων κατορθωμάτων, θα διαπιστώσει ότι είναι διάσπαρτη από φρικαλεότητες, από στρατηγικές περιθωριοποίησης, εξοστρακισμού αλλά και φυσικής εξόντωσης σωμάτων που μετατρέπονται σε σύμβολα ετερότητας, μορφών ζωής που κρίνονται ανάξιες να βιωθούν και ο θάνατός τους δεν συνιστά ανθρωποκτονία εφόσον επιτελείται στο όνομα ακριβώς της προόδου και του πολιτισμού και αδιαμφισβήτητων αξιών όπως είναι η ελευθερία, η ειρήνη, η κοινωνική τάξη πραγμάτων, η εθνική ασφάλεια και η δημοκρατία. Η ανάδειξη κάποιων σωμάτων ως διαφορετικών και εν δυνάμει απειλητικών ή προσβλητικών φανερώνει, ότι ένας ουσιαστικός τρόπος να συγκροτηθεί και να επιβιώσει ένα «εμείς» είναι μέσω της αντιδιαστολής του με τον «άλλον», τον ξένο, τον διαφορετικό. Η άρρηκτη σύνδεση της εξάρτησης του εαυτού από τους άλλους με την εξάρτησή του από την εξουσία αποτελεί συνθήκη κοινωνικής ύπαρξης και ψυχικής συγκρότησης της υποκειμενικότητας. Έτσι, το ευάλωτο και μάλιστα το ευάλωτο του σώματος ορίζει την υποκειμενικότητα και ταυτόχρονα τη διανοίγει στον άλλο (Φρόιντ, Μτφ Παραδέλλης, 2000).

Είναι αμέτρητα τα σώματα των γυναικών, των μαύρων, των εβραίων, των ομοφυλόφιλων, των μεταναστών, των μουσουλμάνων που σε συγκεκριμένες ιστορικές και πολιτικές συγκυρίες θεωρήθηκαν και εξακολουθούν να θεωρούνται «ύλη εκτός τόπου», ζώες χωρίς αξία, διασπαστικά για την υπάρχουσα τάξη πραγμάτων, απειλητικά απλώς επειδή υπάρχουν και ως τέτοια εξωθούνται στα όρια της κατηγορίας του ανθρώπινου. Το ποιός αξίζει να ζει η ποιανού τον θάνατο πρέπει να τιμήσει και να μνημονεύσει κάποιος αποκτά νόημα μέσα από τον καθορισμό της ετερότητας. Έτσι η ζωή και ο θάνατος αναδεικνύονται σε πολιτικό ζήτημα (Φουκώ, Μτφ Μπέτζαλος, 2011).

### 3.2 Η ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΖΩΗΣ.

Από την δημιουργία ακόμα της ζωής, όπως την αναδεικνύει η εργασία της ανθρωπολόγου Emily Martin για τα έμφυλα στερεότυπα και τις μεταφορές που χρησιμοποιούνται στον επιστημονικό λόγο της αναπαραγωγικής βιολογίας (1991), την επιτέλεση της αλλά και τον θάνατο, σε όλο δηλαδή τον κύκλο της ζωής νόημα παράγουν οι κανονιστικοί κοινωνικοί και πολιτισμικοί όροι. Έτσι ακόμα και μέσα από τις αναπαραστάσεις της αναπαραγωγικής φυσιολογίας (Martin, 1991) το ωάριο «επιπλέει» ή «παρασύρεται», ενώ το σπερματοζώαριο κάνει ένα «περιπετειώδες ταξίδι» ώσπου να επιτεθεί και να «διεισδύσει» στο ωάριο. Εστιάζοντας στις μεταφορές της παθητικής θηλυκότητας και της ενεργητικής αρρενωπότητας που αποδίδονται στο ωάριο και το σπερματοζώαριο αντίστοιχα, η συγγραφέας δείχνει πώς η επιστημονική εννοιολόγηση των ανθρώπινων γαμετών βασίζεται σε στερεότυπα που κατέχουν κεντρική θέση στους πολιτισμικούς ορισμούς του «αρσενικού» και του «θηλυκού». Οι πολιτισμικές αναπαραστάσεις και τα στερεότυπα περί παθητικού δυσκίνητου θηλυκού και επιθετικού ηρωικού αρσενικού που διαπερνούν τις αξιολογικά ασύμμετρες εννοιολογήσεις της ωορρηξίας, μέσω αρνητικών συνδηλώσεων εκφυλισμού και απώλειας και της σπερματογένεσης, μέσω θετικών συνδηλώσεων δυναμικής παραγωγής και δημιουργίας, είναι οι πρώτες ύλες της φυσικοποίησης των κοινωνικών συμβάσεων για το φύλο και της αξιακής θεαματοποίησης του «μυστηρίου της ζωής» από την γένεση του (Αθανασίου, 2004, σελ. 18).

Έτσι από πολύ νωρίς νοηματοδοτείται με άλλη βαρύτητα η αξία του αρσενικού από το θηλυκό προσθέτοντας άλλη μια κατηγοριοποίηση περί σημαντικού και λιγότερο σημαντικού η οποία σύμφωνα με τον Ντεριντά (1995) θα είναι έτσι μέχρι και τον θάνατο. Ο Ντεριντά, συζητώντας τη σχέση θανάτου και ευθύνης στον Χάιντεγγερ και τον Levinas (δύο κατεξοχήν φιλοσόφους του θανάτου), γράφει: «σε κανέναν από αυτούς τους λόγους που αναλύουμε εδώ η στιγμή του θανάτου δεν μας αφήνει περιθώριο να λάβουμε υπόψη την έμφυλη διαφορά: είναι σαν, όπως θα ήταν δελεαστικό να φανταστεί κανείς, η έμφυλη διαφορά να μην μετράει εν όψει του θανάτου. Η έμφυλη διαφορά θα είναι έτσι μέχρι θανάτου (Agamben, 2005 σελ. 58).

### 3.3 Η ΤΡΩΤΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Φροντίζοντας την υγεία του ο καθένας και μελετώντας με προσοχή το τι τρώει, τι πίνει, και πως μεγαλώνει τους απογόνους του, πως ασκείται κι έτσι η υγεία αποτελεί για τον καθένα μια μακρόχρονη και τακτική ασχολία. Όμως μέσα σε μια στιγμή μια αρρώστια που δεν μπορεί ν' αποφύγει κάποιος παρ' όλη την επιμέλεια του, που δεν μπορεί κάποιος να υποψιαστεί παρ' όλη την περιέργειά του, ένα «κανόνι» κατά την Σόντακ (1993, σελ 56) τα τσακίζει, τα καταστρέφει και τα συντρίβει όλα.

Η Butler (2009, σελ 34) επισημαίνει ότι κάθε ένας και κάθε μία συγκροτείται πολιτικά εν μέρει στη βάση της κοινωνικής τρωτότητας του σώματος του/της σαν τόπο δημόσιας παρουσίας ταυτόχρονα διεκδικητικός και εκτεθειμένος. Η απώλεια και η τρωτότητα φαίνεται να απορρέουν από το ότι είμαστε σώματα κοινωνικά συγκροτημένα, προσκολλημένα σε άλλους, απειλούμενα από την απώλεια αυτών των προσκολλήσεων, εκτεθειμένα στους άλλους, απειλούμενα από βία εξαιτίας αυτής της έκθεσης.

Την αρρώστια, αποτέλεσμα της τρωτότητας του ανθρώπινου σώματος η Σόντακ (1993) την παρομοιάζει μεταφορικά σαν εισβολέα στο οχυρό που θεωρείται το σώμα, σαν ξένο «άλλο», σαν εχθρό μέσα σ' ένα σύγχρονο πόλεμο. Χειρότερο όμως και από την ίδια την αρρώστια λέει η Σόντακ, είναι η μετακίνηση από το δαιμονισμό της στην απόδοση του σφάλματος στον ασθενή. Αυτή είναι πολλές φορές μια αναπόφευκτη μετακίνηση, ανεξάρτητα από το γεγονός ότι οι ασθενείς θεωρούνται θύματα και τα θύματα υποβάλλουν την έννοια της αθωότητας. Οι στρατιωτικές μεταφορές που κατά την Σόντακ (1993) συμβάλλουν στο να στιγματίζονται ορισμένες αρρώστιες στιγματίζουν κατ' επέκταση και εκείνους που είναι άρρωστοι. Φαίνεται ότι οι κοινωνίες χρειάζονται να έχουν αρρώστιες που ταυτίζονται με το κακό έτσι ώστε το φταίξιμο να πέφτει στα «θύματα» τους.

Για παράδειγμα ο καρκίνος θεωρήθηκε ως υποβιβασμός του ατόμου ως μια πάθηση προς την οποία οι σωματικά καταβεβλημένοι, οι εσωστρεφείς, οι καταπιεσμένοι και προπαντός όσοι απωθούσαν το θυμό τους ή τις σεξουαλικές τους ορμές ήταν ιδιαίτερα επιρρεπείς. Στα πρόσφατα χρόνια κάποιο μέρος από το βάρος του καρκίνου έχει εξαλειφθεί μπροστά στην εμφάνιση μιας ασθένειας της οποίας η δύναμη στιγματισμού και η ικανότητά της να δημιουργεί κατεστραμμένες ταυτότητες είναι ασυγκρίτως μεγαλύτερη: το AIDS η χαρακτηριστική μομφή προς τη ζωή και την ελπίδα. Στην περίπτωση του AIDS, ο στιγματισμός και η ντροπή συνδέεται μ'

έναν καταλογισμό ενοχής γιατί το «σκάνδαλο» δεν παραμένει καθόλου κρυφό. Η επικίνδυνη συμπεριφορά που προκαλεί AIDS, κρίνεται ως κάτι περισσότερο από αδυναμία. Είναι μια άφεση σε απολαύσεις, μια παράλειψη καθήκοντος, εθισμοί σε χημικά προϊόντα που είναι παράνομα ή σε σεξουαλικές πρακτικές που θεωρούνται «ανώμαλες» (Crimp, 2002).

### 3.4 ΓΥΜΝΕΣ ΖΩΕΣ

Στο τρωτό ανθρώπινο σώμα άλλες φορές αποδίδεται αξία και άλλες απαξία όπως ο πρόσφυγας στο έργο του Agamben (1995 σελ 276-286), που αποτελεί απλά το γυμνό, αναλώσιμο, βιολογικό και εξοντώσιμο σώμα το οποίο είναι στην απόλυτη διάθεση του κυρίαρχου : «γυμνή ζωή». «Γυμνή ζωή» που παράγει «γυμνό θάνατο». Ένα θάνατο που δεν πενθείται και δεν χαράσσεται στην συλλογική μνήμη .

Ποιών ζωών η τρωτότητα έχει σημασία; Τι συμβαίνει όταν η ζωή του άλλου που προβάλλει πάνω στους ανθρώπους, ένα ηθικό αίτημα, εκτίθεται στο θάνατο απογυμνωμένη από κάθε πολιτική διακύβευση και έχει μετατραπεί σε «γυμνή ζωή», δηλαδή στο αποκηρυγμένο περιθώριο της τάξης του πολιτικού; Πώς αλλάζουν τότε τα όρια του αποκρίσιμου που εμπεριέχει κάθε ηθικοπολιτική σχέση; Η ερωτηματοθεσία αυτή καταδεικνύει ότι η ηθική συνάντηση με τον άλλον, οργανώνεται μέσα και από την κανονιστική βία που υπάρχει κάποιες μορφές ζωής στο επίπεδο του αδιανόητου, του ακατονόμαστου και του αβίωτου. Με αυτή την έννοια, για την Butler (2000 σελ. 48) ηθική και πολιτική δεν αλληλοαποκλείονται. Ηθική χωρίς πολιτική, δηλαδή χωρίς εστίαση στις σχέσεις εξουσίας, είναι εντελώς προβληματική.

Παρόμοια στην πολιτική των «Γυναικών στα Μαύρα» η «γυμνή ζωή» είναι αυτή που αρθρώνεται πολιτικοπολιτισμικά ως αυτή που, όχι μόνο «δεν αξίζει να τη ζει κανείς», αλλά και που δεν αξίζει να την πενθεί κανείς. Από το ξεκίνημά τους, οι «Γυναίκες στα Μαύρα» είναι ένα διεθνές κίνημα γυναικών, που πραγματοποιούν δράσεις, συνήθως μπροστά από κεντρικά δημόσια κτίρια και εθνικά μνημεία, για να διαμαρτυρηθούν ενάντια στον πόλεμο, τις εθνοτικές συγκρούσεις, το βιασμό ως μέσο πολέμου, τη βιομηχανία όπλων, το ρατσισμό, το νεοναζισμό, τη βία εναντίον των γυναικών και τις καταπατήσεις των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στους τόπους όπου ζουν. Για τον λόγο αυτό οι «Γυναίκες στα Μαύρα» πενθώντας τον θάνατο που δεν θρηνείται, διαταράσσουν το καθεστώς της παγκόσμιας βιοπολιτικής, κρίσιμο διακύβευμα του οποίου είναι η κυριαρχική απόφαση πάνω στην αξία ή την απαξία

της ανθρώπινης ζωής. Πενθώντας τον «Άλλο», συνάπτοντας σχέση αλληλεγγύης με το νεκρό «εχθρό», τη «γυμνή ζωή», παραβιάζουν θεμελιώδεις περιορισμούς της βιοπολιτικής τάξης: τη συνάφεια του αίματος, τη συνοχή του έθνους, τις έμφυλες θεμελιώσεις του «συνανήκειν» και της ιδιότητας του πολίτη. Αυτό που εκφράζει η δημόσια εκδήλωση πολιτικά στρατευμένης αλληλεγγύης των «Γυναικών στα Μαύρα» είναι, ότι η έλλειψη απόκρισης στην κοινωνική οδύνη την οποία επιφέρει η εθνικιστική και ιμπεριαλιστική κυριαρχία θα διαιωνίζει την ίδια τη βία της οδύνης και της απώλειας. Επιτελώντας την γλώσσα του σιωπηλού πένθους, οι «Γυναίκες στα Μαύρα» σε δημόσιους χώρους επίσημης μνήμης, επιζητούν να φέρουν στο προσκήνιο και στο λόγο, το ιστορικό ανείπωτο της αποσιωπημένης απώλειας. Καθώς διεκδικούν μέσω της εύγλωττης σιωπής τους να δώσουν φωνή σε ότι έχει μείνει ανείπωτο, οι «Γυναίκες στα Μαύρα» εκδηλώνουν πολιτική δυσπιστία για τα ίδια τα όρια της γλώσσας. Η αναγνώρισή από τους άλλους καθιστά ως υποκείμενα στο πλαίσιο μιας πολιτισμικής κανονικότητας που θέτει τους όρους και τα πρότυπα της αναγνωρισιμότητας. Οι εκτοπισμοί αυτοί βρίσκονται σε μια σχέση διαρκούς αλληλοπροσδιορισμού, αφού η ηθική ευθύνη απέναντι στους άλλους και η δυνατότητα αναγνώρισης της τρωτότητας τους προσδιορίζονται από τις πολιτισμικές νόρμες που ορίζουν ποιοι ανήκουν στην τάξη του αναγνωρίσιμου ανθρώπινου, άξιοι να συσχετιστούν και να αγαπηθούν, και ποιοι όχι (Butler, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΕΝΘΟΥΣ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗΣ .

#### 4.1 ΟΔΥΝΗ, ΤΡΑΥΜΑ , ΠΕΝΘΟΣ, ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ.

“Δεν πρέπει κανείς να αρχίσει να αρέσκεται στο πένθος, χρειάζεται ωστόσο, να πενθούμε”, έλεγε ο Ντεριντά, (2001). Όπως αναφέρεται από την Butler (2009, σελ. 26) η μη ανταπόκριση στο αίτημα του απένθητου άλλου μπορεί να γίνει βίαιη και βεβιασμένη μετατροπή του πένθους σε εθνικό μέτωπο πολεμικής ετοιμότητας αναφερόμενη στο μέτωπο της Αμερικής απέναντι στους Μουσουλμάνους μετά την επίθεση στους δίδυμους πύργους. Πώς αυτές οι ζωές των άλλων μπορούν να παραμείνουν δημόσια αόρατες και αφανείς; Πώς η απώλεια της ζωής τους δεν νοείται ως απώλεια και άρα παραμένει αμνημόνευτη; “Υποστηρίζω, λέει η Butler (2009), ότι την εθνική μελαγχολία, κατανοώ ως αποκηρυγμένο πένθος που εμφανίζεται ως επακόλουθο της διαγραφής από τη δημόσια αναπαράσταση των ονομάτων, των εικόνων και των αφηγήσεων των ανθρώπων που έχουν σκοτώσει οι ΗΠΑ”. Από την άλλη, οι απώλειες των ΗΠΑ καθαγιάζονται στις δημόσιες νεκρολογίες, που αποτελούν πράξεις οικοδόμησης του έθνους. Ο διαφορετικός καταμερισμός της δυνατότητας της οδύνης, που αποφασίζει ποιο είδος υποκειμένου πενθείται και πρέπει να πενθείται, παράγει με τη λειτουργία του συγκεκριμένες αντιλήψεις αποκλεισμού σχετικά με το ποιος είναι κανονιστικά άνθρωπος: τι λογίζεται ως ζωή άξια να βιώνεται και τι ως θάνατος άξιος οδύνης (Butler, 2009).

Γιατί ο θάνατος γενικότερα που μένει αθρήνητος, ο σιωπηλός θάνατος, δηλαδή, θεωρείται «γυμνός θάνατος», όπου η «γυμνότητα» υποδηλώνει μοναξιά, αποξένωση και εγκατάλειψη (Butler, 2000).

Η εργασία που πραγματοποιεί το πένθος είναι στην ουσία η λύτρωση από το τραύμα της απώλειας κατά τον Φρόιντ (Μτφ Παραδέλλης, 2000). Το τραύμα δεν είναι μια εμπειρία που μπορεί άμεσα να δηλωθεί, να αναπαρασταθεί, να αποκηρυχθεί ή να πιστοποιηθεί, αλλά συνίσταται στην καθυστερημένη αφήγησή του. Ως αφήγηση που επανεγγράφεται και μεταφράζεται έμμεσα και αναδρομικά, το τραύμα εδρεύει στη διατομή γλώσσας και ιστορίας. Όταν ο έλεγχος της πραγματικότητας δείξει πως το αγαπημένο αντικείμενο δεν υπάρχει πλέον, τότε μόνο με την απόσυρση όλης της Λίμπιντο από τους δεσμούς που την συνδέουν μ' αυτό το αντικείμενο, κάθε ανάμνηση και κάθε προσδοκία θα φέρει την λύτρωση και το άτομο που πενθεί θα

λυτρωθεί. Το Έγώ θα επανακτήσει την ελευθερία του και θα αποβάλλει τις αναστολές του αλλιώς θα απολεσθεί το ίδιο το Έγώ και θα επικρατήσει «μελαγχολία» (Φρόντ, Μτφ Παραδέλλης, 2000).

«Δεν είμαι βέβαιη ότι ξέρω πότε το πένθος είναι επιτυχές ή πότε κανείς έχει πενήσει ολοκληρωμένα ένα άλλο ανθρώπινο ον», λέει η Butler (2000 σελ 68).

Ίσως, αντίθετα, κάποιος πενθεί όταν αποδέχεται ότι μέσω της απώλειας που βιώνει θα αλλάξει, πιθανόν για πάντα. Ίσως το πένθος σχετίζεται με τη συμφωνία ενός προσώπου να υποστεί μια μεταμόρφωση (ίσως κάποιος θα έλεγε ότι υποκύπτει σε μια μεταμόρφωση), το πλήρες αποτέλεσμα της οποίας δεν είναι δυνατόν να γνωρίζει εξ αρχής. Ίσως αυτό που φανερώνει η οδύνη, είναι η δουλειά μέσα στην οποία κρατούν οι σχέσεις με τους άλλους, με τρόπους που δεν είναι εφικτό πάντα να ερμηνευθούν, με τρόπους που συχνά διακόπτουν τη συνειδητή θεώρηση του εαυτού η οποία ίσως παρουσιάζεται, με τρόπους που θέτουν σε αμφισβήτηση ακόμη και την ίδια την ιδέα του εαυτού ως αυτόνομου και έχοντα τον έλεγχο (Martin, 1991 σελ. 150).

## **4.2 Η ΓΛΩΣΣΑ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Στο πλαίσιο της queer θεωρίας, τόσο η Butler όσο και ο Douglas Crimp αμφισβήτησαν σθεναρά την ταύτιση του πένθους με την πολιτική αδράνεια, ειδικά σε συνθήκες απώλειας μιας δημόσιας γλώσσας πένθους. Η Butler έθιξε τους πολιτικούς, κοινωνικούς και ψυχικούς αποκλεισμούς «που έχουν κάνει ορισμένες μορφές απωλειών αθρήνητες». Ο Crimp έδειξε ότι το πένθος και η πολιτική δράση συνυφαίνονται, δεν αντιτίθενται (Butler, 2000).

Η Butler (2000) αναφέρει την επιθυμία της Αντιγόνης να φροντίσει το σώμα του νεκρού αδελφού της λέγοντας ότι προσφέρει μια αλληγορία για την κρίση της συγγενειακής και εθνικής συνάφειας, που ανάγεται σε προϋπόθεση του ανθρώπινου: ποιες κοινωνικές διευθετήσεις αναγνωρίζονται ως νόμιμη αγάπη και ποιες ανθρώπινες απώλειες μπορούν να θρηνηθούν ως πραγματικές και επώδυνες απώλειες; Η Butler αναφέρεται στις πολιτικές δυνατότητες της κατάχρησης, που αναδύονται στο πλαίσιο του παραβατικού πένθους της Αντιγόνης: «Αν η συγγένεια είναι απαραίτητη προϋπόθεση του ανθρώπινου, τότε η Αντιγόνη παρέχει τη δυνατότητα για ένα νέο πεδίο του ανθρώπινου, το οποίο επιτυγχάνεται μέσω της πολιτικής κατάχρησης, της κατάχρησης που συμβαίνει όταν το λιγότερο από ανθρώπινο μιλά

ως ανθρώπινο, όταν το φύλο αποδιαρθρώνεται και όταν η συγγένεια παραπαίει πάνω στους θεμελιώδεις νόμους της» (Butler, 2000 σελ. 76).

Όπως το θέτει η Αθανασίου (2007) για το πένθος των «Γυναικών στα Μαύρα» και γενικότερα, το πένθος των γυναικών που επιτελείται σε δημόσιο χώρο όπως αυτό αναλύθηκε από τη Loraux (2002), οι μετά θάνατον δημόσιες μαρτυρίες για τις εξοστρακισμένες ζωές των ασθενών μπορεί να αποτελέσουν αφετηρία για μια άλλη πολιτική, μια πολιτική που αντιτίθεται ενεργά στα ίδια τα όρια που καθιστούν το πολιτικό κανονιστικά διανοητό (Γιαννακόπουλος, 2010).

Το πένθος είναι καθήκον των γυναικών, ένα καθήκον όμως που επιβάλλεται να παραμένει εκτός των πολιτικών τειχών της πόλης, στα όρια του οίκου. Γιατί το πένθος, και μάλιστα το πένθος που επιτελείται από γυναίκες σε δημόσιο χώρο, είναι απειλητικό, λέει η Loraux (2002) δυνάμει ακριβώς των αντιπολιτικών συνδηλώσεών του. Αυτό που η Loraux (2002) αποκαλεί «αντιπολιτικό» (και όχι απολιτικό, το οποίο θα παρέπεμπε σε μια προβληματική έννοια ουδετερότητας και απεμπλοκής) αναφέρεται στην πολιτική πράξη που αντιτίθεται ενεργά στα ίδια τα όρια τα οποία καθιστούν το πολιτικό κανονιστικά διανοητό. Αναφέρεται, όπως γράφει η ίδια, «στο άλλο του πολιτικού, αλλά επίσης σε μια άλλη πολιτική» (DeSpelder and Strickland, 1995).

### **4.3 Η ΟΙΚΟΥΜΕΝΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΒΙΩΜΑΤΩΝ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΑΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥΣ**

Το βίωμα της απώλειας είναι ευρύτατο και οικουμενικό στο μέτρο κατά το οποίο είναι σύμφυτο (με την αρχή της πραγματικότητας). Ο καθένας θα είχε να απαριθμήσει πληθώρα οδυνηρών εμπειριών όπου έχασε κάτι σημαντικό, κάτι στο οποίο είχε επενδύσει συναισθηματικά (λιβιδινικά). Μπορεί να πρόκειται για απώλειες προσώπων, απώλεια υγείας ή σωματικής ακεραιότητας. Επίσης απώλεια –ματαιώση- ενός σχεδίου ζωής, απώλεια μιας ιδέας, απώλεια μιας πατρίδας, μιας αυταπάτης κ.λπ. Επί παραδείγματι μια γυναίκα πιστεύει (αυταπατήθηκε) ότι ο άνδρας που τόσο ερωτεύτηκε θα σταματήσει να χαρτοπαίζει ή να πίνει κ.λπ. χάρη στη δική της παντοδύναμη αγάπη. Όταν κάποτε καταλάβει ότι ο άνδρας που αγάπησε εξακολουθεί να παραμένει σταθερά ο ίδιος θα απογοητευτεί βαθειά και η «κατάρρευση» της θα έχει να κάνει με την απώλεια της προηγούμενης δικής της αυταπάτης - της πλάνης της- ότι εκείνος θα γινόταν καλά χάρη στη δική της μητρική και θεράπουσα αγκαλιά



η οποία-στη φαντασία της-«και νεκρούς ανασταίνει». Η γυναίκα του παραδείγματος, υποφέρει γιατί χάνει ένα μύθο. Πρόκειται την απώλεια αυτού το οποίο μάταια πίστεψε ως εφικτό και είναι ο χαμός του συγκεκριμένου μύθου της ή οποία την καταρρακώνει. Η πραγματικότητα αυτή - το γεγονός ότι τίποτα δεν αλλάζει στη ζωή του άντρα της – της κλέβει τον μύθο, είναι μια (απομυθοποιούσα πραγματικότητα) η οποία της υπεξαιρεί το όνειρο. Συχνά λοιπόν η πραγματικότητα είναι ματαιωτική στη ζωή μας, οδηγεί δηλαδή σε απώλειες: Υπάρχει εδώ ο οικουμενικά στερητικός χαρακτήρας των εμπειριών απώλειας. Ονομάζεται (ευνουχισμός) η οποιαδήποτε ματαίωση, ο οποιοσδήποτε αποχωρισμός, ότι χάνεται ή ότι δε μπορεί να υπάρχει σε κάποιον: ευνουχισμός δηλαδή ονομάζεται η κάθε απώλεια αλλά και η κάθε ματαίωση μιας επιθυμίας (Butler, 2000, σελ 53).

“Υφιστάμεθα ευνουχισμούς από τη στιγμή της γέννησης μας”, αναφέρει ο Rank (1929, σελ. 31). Ένας από τους συνεργάτες του Φρόιντ – ομιλεί για το τραύμα της γέννησης, το πρώτο βίωμα ευνουχισμού στη ζωή, το οποίο έχει να κάνει με τον αποχωρισμό του νεογνού από το σώμα της μητέρας. Ένας άλλος από τους πρώτους ευνουχισμούς είναι το εναγώνιο βίωμα του βρέφους όταν θέλει τον μαστό (το γάλα του) και δεν τον έχει: το βρέφος θέλει κάτι και δεν το έχει. Νιώθει τότε ότι χάνει τη μαμά του. Αφού δεν τον έχει πάντα όταν τον θέλει αυτό σημαίνει ότι ο μαστός – η μαμά που του στερεί το γάλα – είναι κάτι πέρα και έξω απ’ αυτό το ίδιο, κάτι διαφορετικό απ’ αυτό το ίδιο: η μαμά του συγκροτεί μια ετερότητα ένα άλλο πρόσωπο. Πρόκειται εδώ για την αναγνώριση, πως υπάρχει και άλλο πρόσωπο και αυτή η αναγνώριση της ετερότητας είναι ένας ευνουχισμός, κατάρρευση δηλαδή της αίσθησης που έχει το βρέφος και η οποία το καθιστούσε φαντασιακά το επίκεντρο μιας σχέσης με τη μητέρα (Butler, 2000, σελ 64).

Εξελικτικά μιλώντας, το να περάσει το βρέφος στο επόμενο στάδιο δεν είναι κάτι απλό στο μέτρο κατά το οποίο θα χρειαστεί να χάσει, ν’ αφήσει πίσω το «βόλεμα» του στο προηγούμενο στάδιο και να προχωρήσει προς την απαρχή μιας πιο αυτόνομης ζωής π.χ. στην εκμάθηση του ελέγχου των σφιγκτήρων του (λειτουργίες ελέγχου της ούρησης και της αφόδευσης). Γενικά, η ενηλικίωση συνίσταται στην απώλεια των παιδικών θέσεων και των παιδικών αντικειμένων αγάπης πρωτίστως των γονιών μας. Με άλλα λόγια οι δραστηριότητες, τα πρόσωπα, πράγματα, συνήθειες κ.λπ. τα οποία χρειάζεται ν’ αφήσουμε για να δημιουργήσουμε (Γιαννακόπουλος, 2010).

Κάθε φορά που χάνει κάποιος κάτι υποφέρει, πονάει και αυτό γιατί το Εγώ πλήττεται, υφίσταται ένα πλήγμα που ονομάζεται Ναρκισσιστικό πλήγμα (Φρόιντ, Μπφ Παραδέλλης, 2000). Αυτό που χάνεται έκανε μια κάποια «δουλειά» στο Εγώ κάποιου (στο Ναρκισσισμό του), το «γέμιζε» και τώρα που δεν υπάρχει πια εκπίπτει και η ιδεώδης εικόνα ενός ακέραιου εαυτού, ενός Εγώ υπερπληρωμένου, απόλυτα ικανοποιημένου (ναρκισσιστική πληρότης). Το ναρκισσιστικό πλήγμα που είναι συνυφασμένο με την απώλεια είναι τόσο πιο «αιμορραγικό» όσο πιο εκσεσημασμένος είναι ο ναρκισσισμός του υποκειμένου: οι απώλειες είναι δύσκολα αποδεκτές στις ναρκισσιστικές οργανώσεις (διαταραχές) προσωπικότητας (Γιαννακόπουλος, 2010).

Το Εγώ, κάτω από τις συνθήκες του ναρκισσιστικού πλήγματος μιας σοβαρής απώλειας θα βάλει μπροστά – καλώς εχόντων των πραγμάτων – μια διαδικασία αντιμετώπισης του πλήγματος η οποία ονομάζεται πένθος. Πρόκειται για μια μορφή δραστηριότητας του ψυχικού μας οργάνου προορισμένη να διεργάζεται, να «αλέθει» τη διέγερση (ένταση), που συνεπάγεται το βίωμα της απώλειας. Η μορφή αυτή ως έκφραση εισήχθη το 1915 από τον Φρόιντ στο άρθρο του «πένθος και μελαγχολία». Εκεί το πένθος περιγράφεται ως η φυσική αρρώστια που διασχίζει τον πενθούντα, ως η αντίδρασή μας στην απώλεια ενός αντικειμένου με το οποίο διατηρούμε ένα συναισθηματικό δεσμό (λιβιδινικό αντικείμενο). Κύριο χαρακτηριστικό της εργασίας του πένθους είναι ο ακραίος πόνος. Απαιτείται δε χρόνος και ενέργεια. Κατά την διάρκεια της εργασίας του πένθους η ψυχική ενέργεια (λιβιδώς) μετατρέπεται προσωρινά και από αντικειμενοτρόπος γίνεται ναρκισσιστική: αυτό σημαίνει ότι για κάποιο χρονικό διάστημα παρατηρείται στον πενθούντα μια εκσεσημασμένη συγκέντρωση της ψυχικής ενέργειας επί εαυτού. Πράγματι, αυτός που πενθεί προσωρινά παραιτείται από τα ενδιαφέροντα του εξωτερικού κόσμου, χάνει για λίγο την ικανότητα του ν' αγαπά και επενδύει πρωτίστως στον εσωτερικό του κόσμο (Γιαννακόπουλος, 2010).

Φαίνεται ότι σ' ένα μεγάλο βαθμό, κάτω από αυτές τις συνθήκες, η ενέργεια του υποκειμένου μονοπωλείται από τις αναμνήσεις του χαμένου αντικειμένου: γίνεται επίκληση των αναμνήσεων, ανάκληση εικόνων και λέξεων οι οποίες θυμίζουν τον εκλιπόντα, ενδεχομένως και παραγωγή ονείρων που τον αναπαριστούν. Το υποκείμενο απορροφάται στις αναμνήσεις οργανώνοντας έτσι μια εσωτερική (ψυχική) σχέση, μια νοσταλγική σχέση με το χαμένο αντικείμενο. Με άλλα λόγια η πραγματική – εξωτερική απώλεια του αντικειμένου αντικαθίσταται από μια

υπερβολική παρουσία του χαμένου στον πενθούντα μέσα στην ψυχική δραστηριότητα του πενθούντος (ενδοψυχικά). Καθώς η ψυχική – συγκινησιακή ζωή του πενθούντος (η σκέψη του τελικά) μονοπωλείται από την ενασχόληση με αυτό που έχασε, το υποκείμενο κατασκευάζει (χτίζει) ένα ψευδαισθητικό- ψυχικό υποκατάστατο αντικείμενου, ένα ψυχικό μόρφωμα (αναπαράσταση) στη θέση του πραγματικού με σάρκα και οστά αντικείμενου το οποίο δεν έχει πια (Butler, 2000).

Θα μπορούσε να ορισθεί το πένθος ως η ψυχική διαδικασία μέσω της οποίας υποκαθίσταται, δηλαδή αναπαριστάται εσωτερικά, (φτιάχνουμε ψευδαισθητικά) αυτό το οποίο ποτέ πια δεν θα ξανά – παρουσιαστεί στην πραγματικότητα. «Πρωτεργάτης» σ’ αυτήν την διεργασία αναπαράστασης του χαμένου αντικείμενου είναι η δυνατότητα να «μιλήσω το πένθος μου» ώστε να ξαναχτιστεί η σχέση του με το χαμένο αντικείμενο μέσω λεκτικών συμβόλων. Δεν υφίσταται ο εκλιπών με σάρκα και οστά αλλά μπορεί να υφίσταται συμβολικά (ψευδαισθητικά) καθώς είναι δυνατόν να μιλάει κάποιος γι’ αυτόν. Όσο περισσότερο – καθώς περνάει ο καιρός – ο πενθών ξαναβρίσκει το χαμένο αντικείμενο, όσο περισσότερο το κατασκευάζει ενδοψυχικά τόσο περισσότερο, προοδευτικά, το Εγώ του αρχίζει να παραιτείται από τη συνεχή ψυχική δραστηριότητα η οποία σχετίζεται με τον εκλιπόντα: αυτή η θλιβερή σχέση του υποκειμένου με τον εκλιπόντα (αναδίπλωση) δεν του χρειάζεται πια αφού έφτιαξε το χαμένο αντικείμενο και τη σχέση του μαζί του: πρόκειται για τη διαδικασία μέσω της οποίας βάζω μέσα μου αυτό που χάνω απ’ έξω έτσι ώστε η απώλεια έξω να γίνει (μεταφορικά) παρουσία μέσα μου. Γίνεται αναφορά εδώ σ’ ένα προοδευτικό αποχωρισμό του Εγώ του πενθούντος από το χαμένο αντικείμενο (Butler, 2000).

Η διαδικασία ολοκλήρωσης του πένθους κινητοποιείται και από τις μέλλουσες ναρκισσιστικές ικανοποιήσεις, δηλαδή τις «χαρές» που ανοίγονται μπροστά, σ’ αυτές που πρόκειται να έρθουν στην υπόλοιπη ζωή του υποκειμένου. Η υπερβολική ενασχόληση με το απολεσθέν αντικείμενο θα παραχωρήσει σιγά-σιγά τη θέση της στην επιθυμία του υποκειμένου για άλλα καινούρια αντικείμενα, για καινούριες επενδύσεις για νέες σχέσεις με τον εξωτερικό κόσμο, με τους άλλους. Η εργασία του πένθους ως διεργασία είναι λειτουργική αν τελικά συνειδητοποιήσει ο πενθών πως την ίδια αξία με το πρόσωπο της απώλειας, ίσως και μεγαλύτερη, έχει και η συνέχιση της ζωής. Μιλάμε τότε για φυσιολογική έκβαση του πένθους (Μπακιρτζόγλου, 2010).

#### 4.4 ΤΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΠΕΝΘΟΣ

Κατά την Klein, η ικανότητα να ξεπερνά κάποιος τις απώλειες στη ζωή του, με άλλα λόγια η δυνατότητα να πενθεί εξαρτάται από τον τρόπο τον λιγότερο ή περισσότερο επιτυχή με τον οποίο επεξεργάστηκε τους πρώτους ενουχισμούς, τους πρώτους αποχωρισμούς, τις πρώτες απώλειες της παιδικής ηλικίας. Έτσι θα μπορούσε να λεχθεί ότι υπάρχει μια διαβάθμιση στη δυνατότητα κάποιου να πενθεί επιτυχώς κυμαίνεται δηλαδή μέσα σ' ένα continuum ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό πένθος. Όταν «χωλαίνει» η ροή της εργασίας του πένθους «βραχυκυκλώνει» όλη η φυσιολογική αμυντική λειτουργία του Εγώ απέναντι στο shock, απέναντι στο (ναρκισσιστικό) πλήγμα της απώλειας. Πρόκειται εδώ για την αδυναμία του Εγώ του υποκειμένου ν' αποχωριστεί το χαμένο αντικείμενο έτσι ώστε ν' απελευθερωθεί ψυχική ενέργεια (λιβιδώς) η οποία θα επανεπενδύσει σε καινούρια αντικείμενα. Εδώ, στο παθολογικό πένθος, το υποκείμενο δε δέχεται την απώλεια, με άλλα λόγια αγνοεί την πραγματικότητα, εκείνη η οποία έχει να κάνει μ' αυτό που χάθηκε (Χάλαρη, 2007).

Ο Φρόιντ (Μτφ Παραδέλλης, 2000, σελ 84) λέει, ότι σε αυτή την περίπτωση ο ψυχισμός του υποκειμένου, το Εγώ του, καταφεύγει σ' ένα «τρικ»: Στη θέση της πραγματικότητας την οποία δε δέχεται, βάζει μια (ασυνείδητη) φαντασίωση μέσω της οποίας «παίρνει μέσα του», συγκρατεί το αντικείμενο. Πρόκειται για τη φαντασίωση ενσωμάτωσης του αντικειμένου που χάθηκε μέσω της οποίας (φαντασιακά) συγκρατώ το αντικείμενο και μάλιστα στοματικά, με το στόμα δηλαδή και αυτό παραπέμπει σ' ένα – πάντα φαντασιακό- κατάλοιπο, σ' ένα σύμβολο ενός μανιακού αρχαϊκού κανιβαλικού οργίου (τότε που οι άνθρωποι ήταν κανίβαλοι) (Γιαννακόπουλος, 2010).

Μέσω της (ασυνείδητης) φαντασίωσης ενσωμάτωσης του χαμένου «γλιτώνει» κάποιος την απώλεια δηλαδή αποφεύγει το βάρος της ματαιωτικής πραγματικότητας, (την διαψεύδει) και εξυπηρετεί την αρχή της ευχαρίστησης: «δεν έχασα τίποτα». Είναι σα να λέει: «αφού έφυγες εσύ, εγώ με το ζόρι θα σε αποκαταστήσω ξανά στο ρόλο σου». Με άλλα λόγια οικειοποιείται το αντικείμενο «βαμπιρικά», το τρέφει για να το κρατήσει ζωντανό. Δε δέχεται την ελευθερία του άλλου να πεθάνει, να φύγει κ.λπ. Ιδού η ασέβεια προς το χαμένο αντικείμενο : η ενσωμάτωσή του εκ μέρους μου είναι μια πράξη παράνομη (Γιαννακόπουλος, 2010).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΙΣΜΑ ΤΟΥ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ**

#### **5.1 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ**

Ο άνθρωπος δεν μπορεί να ζήσει χωρίς τις διαπροσωπικές σχέσεις. Ορίζεται η ταυτότητά του μέσα από τις σχέσεις του. Η απώλεια κάποιας σημαντικής σχέσης μπορεί να είναι πραγματική-αντικειμενική ή συμβολική αλλά και στις δύο περιπτώσεις οδηγεί στο πένθος. Το πένθος λοιπόν, είναι η φυσιολογική αντίδραση απέναντι στην απώλεια. Πενθεί, θρηνεί δηλαδή, την απώλεια αγαπημένων προσώπων, τη διακοπή σημαντικών σχέσεων, την απώλεια αγαπημένων αντικειμένων. Αν και το πένθος έχει συνδεθεί με την απώλεια λόγω θανάτου, πενθεί κάποιος και όταν χωρίζει, όταν χάνει την υγεία του ή όταν ένα δικό του πρόσωπο νοσεί, όταν χάνει μία σημαντική δουλειά, όταν χάνεται μία φίλια, ένα κατοικίδιο ζώο ακόμα και όταν μία σημαντική φάση της ζωής τελειώνει π.χ. όταν μετακόμιση ή συνταξιοδότηση κ.α. Όσο πιο σημαντική η απώλεια τόσο πιο έντονο και «βαρύ» είναι και το πένθος (Kübler-Ross, 1997).

Το πένθος πέραν της αντικειμενικής του διάστασης η οποία είναι η οδύνη του πενθούντα και ο πόνος του, έχει μία εσωτερική διάσταση αυτή της εσωτερικής διεργασίας για την αποδοχή της απώλειας όπως και μία κοινωνική διάσταση, αυτή της πενθοφορίας. Το πένθος είναι όλες αυτές οι εσωτερικές και εξωτερικές διεργασίες που οδηγούν στην αποδοχή της πραγματικότητας και επιτρέπει στον πενθούντα να αγαπήσει ξανά και να επαναδραστηριοποιηθεί στη ζωή (Worden, 2002).

#### **5.2 ΠΩΣ ΕΚΦΡΑΖΕΤΑΙ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ**

Ανέκαθεν και σε όλους τους πολιτισμούς το πένθος τείνει να διαχειρίζεται μέσα από την τέλεση θρησκευτικών τελετουργικών και καθηκόντων, και να εκφράζεται μέσα από τη θλίψη, τα «μοιρολόγια» και τα συναισθηματικά ξεσπάσματα. Ο δρόμος του πένθους είναι μοναχικός και επίπονος, ιδιαίτερα στις σύγχρονες κοινωνίες όπου οι παραδοσιακές τελετουργίες τείνουν να εξαλειφθούν και τα συναισθηματικά ξεσπάσματα τείνουν να θεωρηθούν ακατάλληλα και κάποιος δίνει μάχη να τα καταπνίξει. Όμως, το πένθος, είναι και μία διαφορετική εμπειρία για τον κάθε άνθρωπο, άλλος μπορεί να πενθεί ανοιχτά και να εκφράζεται, ενώ άλλος όχι.

Για άλλους το πένθος είναι μία σύντομη διεργασία και για άλλους μπορεί να διαρκεί πολύ καιρό. Η ένταση και η βαρύτητα των συναισθημάτων εξαρτάται και από τις ιδιαίτερες συνθήκες της απώλειας. Μία ξαφνική απώλεια είναι πιο δύσκολη από μία αναμενόμενη απώλεια. Όσο πιο σημαντικό ήταν το πρόσωπο για τη ζωή του πενθούντα τόσο πιο δύσκολη η διεργασία του πένθους. Επιπλέον ο τρόπος που θα βιώσει ο καθένας το πένθος του εξαρτάται τόσο από τη σχέση που είχε, από την προσωπικότητά του, από την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου, τις συνθήκες που ζει αλλά ακόμα και από τυχαία γεγονότα στη ζωή του. Το μόνο που είναι σίγουρό είναι ότι χρειάζεται χρόνο, και η αποδοχή έρχεται σταδιακά και γι' αυτό το λόγο απαιτείται υπομονή (Kübler-Ross, 1997).

Δεν υπάρχει σωστός τρόπος να πενήσει κανείς αλλά κάποια συναισθήματα, ανεξάρτητα από τον τρόπο που εκφράζονται, είναι κοινά σε όλους που έχουν πενήσει ή ακόμα πενθούν. Αυτά τα κοινά συναισθήματα, σκέψεις και συμπεριφορές οι ειδικοί τα έχουν «οργανώσει» με τη μορφή σταδίων του πένθους. Τα στάδια του πένθους είναι μία γνωστή έκφραση σε πολλούς αλλά αυτό που είναι σημαντικό να γνωρίζει κανείς είναι ότι τα στάδια δεν είναι σαφή «βήματα» που πρέπει κάθε ένας να κάνει. Σε πολλές περιπτώσεις κάποια στάδια εμφανίζονται ταυτόχρονα, σε άλλους ανθρώπους αυτές οι διεργασίες διαδέχονται η μία την άλλη γρήγορα, σε άλλους ανθρώπους αυτή η διεργασία μπορεί να γίνει αργά ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να μην προκύψει η ολοκλήρωση των σταδίων και συνεπώς να μην καταλήξει το άτομο στην αποδοχή της νέας πραγματικότητας (Worden, 2002 σελ 44).

### **5.3 ΤΡΟΠΟΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΕΝΘΟΥΣ**

Όπως ήδη αναφέρθηκε το πένθος είναι μία πολύ προσωπική εμπειρία για τον καθένα. Κάθε άνθρωπος βρίσκει διαφορετικούς τρόπους να επεξεργαστεί αυτό που του συμβαίνει και να προχωρήσει στη ζωή του. Δεν υπάρχει τρόπος να αποφευχθούν αυτά τα δυσάρεστα συναισθήματα, αλλά σίγουρα υπάρχει τρόπος να τα διαχειριστεί κάποιος (Παναγιωτοπούλου, 2011). Αναφέρονται μερικοί από τους τρόπους παρακάτω:

- **Λεκτική Επικοινωνία:** Πολλοί άνθρωποι βρίσκουν βοηθητικό να μιλούν για τα συναισθήματά τους και τις σκέψεις τους σε άλλους οπότε και είναι καλό να αναζητάτε τα κοντινά σας πρόσωπα για συντροφιά. Πολλοί άνθρωποι δυσκολεύονται να εκφράζονται στους άλλους είτε από φόβο μην τους επιβαρύνουν, είτε από φόβο

μην γίνουν κουραστικοί και έτσι συσσωρεύουν τα συναισθήματά τους χωρίς να τα μοιράζονται. Είναι καλό λοιπόν να συζητούν για αυτά που νιώθουν, να εκφράζονται και ακόμα και αν δεν έχουν ανθρώπους για να τους βοηθήσουν σε αυτό να αναζητούν κάποια ομάδα υποστήριξης/αλληλοβοήθειας ή κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας που μπορεί να τους βοηθήσει (Παναγιωτοπούλου, 2011).

- Πίστη: Πολλοί άνθρωποι αντλούν δύναμη από τη θρησκεία και την πίστη τους. Οι θρησκευτικές τελετουργίες όπως η προσευχή μπορούν να προσφέρουν την παρηγοριά και την ελπίδα που αναζητούν (Παναγιωτοπούλου, 2011).

- Γράφοντας τις σκέψεις: πολλοί άνθρωποι βρίσκουν βοηθητικό να καταγράφουν τις σκέψεις τους και τα συναισθήματά τους με μορφή ημερολογίου ή ακόμα και γράμματος. Η καταγραφή είναι ένας τρόπος να εκτονωθούν όλα τα συναισθήματα αλλά και να «μουν σε μία τάξη» (Παναγιωτοπούλου, 2011).

- Φυσική Άσκηση: Η φυσική άσκηση, ο σωματικός κάματος είναι πολύ βοηθητικός καθώς μέσα από αυτή τη διαδικασία εκφορτίζεται η ένταση που νιώθουν.

- Το Διάβασμα : Πολλοί είναι αυτοί που παίρνουν υποστήριξη μέσα από την ανάγνωση βιβλίων που διαπραγματεύονται ανάλογα βιώματα (Παναγιωτοπούλου, 2011).

- Συμμετοχή σε Δραστηριότητες: Συχνά ο πενθών αποφεύγει να εμπλέκεται σε κοινωνικές δραστηριότητες γιατί νιώθει ότι βυθίζεται περισσότερο στη θλίψη ή ακόμα ότι αποτελεί «κακή» παρέα για τους άλλους. Είναι καλό όμως να επαναδραστηριοποιηθεί κοινωνικά, να συναντηθεί με φίλους, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό (Παναγιωτοπούλου, 2011).

- Αποφυγή Βιαστικών Αποφάσεων: Πολλοί προσπαθούν να μην αλλάξουν καθόλου την καθημερινότητά τους, επιστρέφουν αμέσως στη δουλειά, οργανώνουν τις εκκρεμότητες, παίρνουν αποφάσεις. Η αλήθεια είναι ότι η απασχόληση βοηθάει τον πενθούντα να αποσπάται η προσοχή του αλλά δεν είναι απαραίτητο να πιέσει τον εαυτό του να γίνουν όλα αμέσως. Δεν πρέπει να αγνοείται η ανάγκη να πενήσει κάποιος. Δεν χρειάζεται να παρθούν βιαστικές αποφάσεις γιατί το μυαλό δεν σκέφτεται καθαρά κάτω από την πίεση όλων αυτών των δυσάρεστων συναισθημάτων. Μπορεί ο πενθών να αναβάλλει για λίγο τις μεγάλες αποφάσεις π.χ. τη μετοίκηση, την αλλαγή εργασίας κ.τ.λ. και να γίνει λίγο πιο ευέλικτος με το πρόγραμμά του γιατί σίγουρα χρειάζεται προσωπικό χρόνο (Παναγιωτοπούλου, 2011).

- Οργάνωση επετειακών Ημερομηνιών: Γιορτές, επέτειοι, αλλά και ημερομηνίες κλειδιά για την απώλεια είναι συχνά μέρες στις οποίες πυροδοτούνται όλα τα συναισθήματα και οι σκέψεις των πενθούντων. Είναι καλό τέτοιες μέρες να έχουν προετοιμαστεί, με ποιους θα είναι, και τι θα κάνουν ώστε να έχουν την υποστήριξη που χρειάζονται (Παναγιωτοπούλου, 2011).

#### **5.4 ΤΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΧΕΙ ΑΥΤΟΣ ΠΟΥ ΒΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ**

Πολλοί είναι αυτοί οι οποίοι παραδέχονται ότι δεν ξέρουν πώς να φερθούν στον πενθούντα, και πώς να τον στηρίξουν. Σίγουρα τα ειλικρινή συλλυπητήρια, ανακουφίζουν γιατί είναι η λεκτική έκφραση του πόσο συν-λυπούνται –πόσο ταυτίζονται με τον πόνο του. Βέβαια, η απώλεια και η απομόνωση γίνεται αντιληπτή μετά την θρησκευτική τελετή καθώς σταδιακά ο πενθών απομονώνεται κοινωνικά. Πολλές φορές η ίδια η στάση του πενθούντα (αμφιθυμία, επιθετικότητα, παράπονα) μπορεί να καθιστά δύσκολες τις κοινωνικές επαφές όμως ακόμα και σε αυτές τις καταστάσεις απαιτείται υπομονή και συμπαράσταση ακόμα και στον πενθούντα που είναι θυμωμένος με όλους και με όλα (Χάλαρη, 2007 σελ 21).

Η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να παρέχει τη συναισθηματική αλλά και τη πρακτική βοήθεια την οποία χρειάζεται ο πενθών με αποτέλεσμα να παρουσιάζει μικρότερο αριθμό καταθλιπτικών φάσεων σε αντίθεση με κάποιο μοναχικό πενθούντα. Τον ίδιο ρόλο παίζουν και οι ομάδες υποστήριξης και αλληλοβοήθειας. Καταγράφονται παρακάτω όπως τους αναφέρει ο Βρεττός (2003, σελ 21).

- Άκου
- Πρόσφερε πρακτική βοήθεια
- Μην αποφεύγεις να αναφέρεις το όνομα του νεκρού
- Μην μειώνεις την απώλεια

Αυτό το οποίο θα πρέπει να απασχολήσει το οικογενειακό περιβάλλον του πενθούντος σύμφωνα με τον Βρεττός (2003) είναι όταν:

- α) Οι πενθούντες δεν δύνανται να εξωτερικεύσουν την αντίδρασή τους απέναντι στην απώλεια και θα πρέπει να αναζητήσουν υποστήριξη από κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας.
- β) Όταν για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, ο πενθών δεν φαίνεται να οδηγείται στην αποδοχή της απώλειας, είναι καλό να δεχθεί υποστήριξη από κάποιον ειδικό ψυχικής.



## **5.5 ΤΙ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΕΙ ΕΝΑΣ ΕΙΔΙΚΟΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Το πένθος μπορεί να αποτελέσει την αφορμή για την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών όπως η κατάθλιψη. Το πένθος έχει πολλά κοινά σημεία με την κατάθλιψη και τη μελαγχολία αλλά διαφέρει και σημαντικά από αυτή. Τα κοινά χαρακτηριστικά είναι η καταθλιπτική διάθεση, η αναστολή των καθημερινών δραστηριοτήτων, η έλλειψη ενδιαφερόντων, το κλάμα, οι διαταραχές του ύπνου (αϋπνίες, υπνηλία, αφυπνίσεις, νυχτερινοί εφιάλτες) όπως και οι διαταραχές στη διατροφή. Είναι πολύ δύσκολο να γίνει διάκριση του παθολογικού από το φυσιολογικό πένθος. Κυριότερα μπορεί να διακριθεί όταν τα συμπτώματά του και η βαριά καταθλιπτική διάθεση συνοδεύονται από αυτοκαταστροφικές τάσεις και από σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ατόμου για παραπάνω από 6 μήνες. Το παθολογικό πένθος διακρίνεται από την αδυναμία του ατόμου να αποδεχθεί την πραγματικότητα και σταδιακά να ανασυγκροτήσει τις δυνάμεις τους για τις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής. Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί επίμονο άγχος, υποχονδρίαση, τάσεις αυτοκτονίας, άρνηση αποδοχής του θανάτου, επίμονη προσήλωση σε ότι αφορά το νεκρό. Αν τα συναισθήματα του πένθους δεν υποχωρούν με το πέρασμα του χρόνου είναι πιθανό να έχει εξελιχθεί σε κάτι πιο σοβαρό και περιπλεγμένο. Σε αυτή την περίπτωση είναι καλό να αναζητηθεί βοήθεια από κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας (Βρεττός, 2003).

Ο ειδικός ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει να εκφραστούν, να βοηθήσει στη διεργασία αυτών των συναισθημάτων και σταδιακά να ενθαρρύνει το άτομο να επαναδραστηριοποιηθεί. Ειδικά στις περιπτώσεις όπου τα συναισθήματα είναι πολύ έντονα, στερούν από την καθημερινότητά πράγματα και δεν υποχωρούν με το πέρασμα του χρόνου είναι σημαντικό να αναζητήσουν βοήθεια (Βρεττός, 2003).

Σε περιπτώσεις βαρύ πένθους ο θεράπων ιατρός μπορεί να κρίνει ότι απαιτείται και κάποια φαρμακευτική αγωγή. Σε αυτή την περίπτωση συνήθως χορηγούνται αντικαταθλιπτικά τα οποία μειώνουν την ένταση των δυσφορικών συμπτωμάτων και ανακουφίζουν τον πενθούντα (Βρεττός, 2003).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΠΕΝΘΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΠΟ ΤΗ ΣΚΟΠΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΟΥ**

#### **6.1 ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ ΑΠΟ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΑΠΟΨΗ**

Το πένθος είναι αντίδραση στην απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Κάποια άτομα που πενθούν μπορεί να εμφανίσουν χαρακτηριστικά συμπτώματα μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου, όπως η λύπη, η αϋπνία, η έλλειψη όρεξης και το ξέσπασμα σε κλάματα. Η διάρκεια και η έκφραση των συμπτωμάτων μπορεί να ποικίλλει μεταξύ πολιτισμών (DeSpelder and Strickland, 1995).

Παρόλα αυτά, τα επεισόδια που διαρκούν για περισσότερο από 2 μήνες μετά την απώλεια ταξινομούνται σαν μείζων κατάθλιψη. Συμπτώματα που δεν είναι χαρακτηριστικά του μη επιπλεγμένου πένθους είναι οι ενοχές (όχι οι χαρακτηριστικές ενοχές του επιζώντα), όσο οι σκέψεις θανάτου που διαφέρουν από τις πιθανές σκέψεις του επιζώντα ότι θα μπορούσε να έχει πεθάνει μαζί με τον εκλιπόντα, οι επίμονες σκέψεις περί προσωπικής αχρηστίας, η σημαντική ψυχοκινητική επιβράδυνση, η παρατεταμένη σημαντική διαταραχή λειτουργικότητας, οι ψευδαισθήσεις (εκτός του να ακούει ο ασθενής τη φωνή ή να βλέπει την εικόνα του εκλιπόντος) καθώς και οι σοβαρές αυτοκτονικές σκέψεις ή η ανάλογη συμπεριφορά (DeSpelder and Strickland, 1995).

Σε πολλές περιπτώσεις η αντιμετώπιση που προτιμάται είναι η ψυχοθεραπεία που έχει σα στόχο να βοηθήσει τον ασθενή να αναπτύξει εκείνες τις δεξιότητες με τις οποίες θα μπορέσει να αντιμετωπίσει την απώλεια. Αν, παρόλα αυτά, τα συμπτώματα είναι σοβαρά και δεν υποχωρούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι μια θεραπευτική επιλογή. Η φαρμακευτική αγωγή είναι παρόμοια με αυτή που χρησιμοποιείται στη θεραπεία της χρόνιας κατάθλιψης, αν και για πολύ πιο σύντομο χρονίο διάστημα. Η διάρκεια τη θεραπείας εξαρτάται από την ταχύτητα ανταπόκρισης του ασθενή και από την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Η αλήθεια είναι πως οι ασθενείς ωφελούνται πολύ περισσότερο από την ψυχοθεραπεία αν τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορέσουν να απαλυνθούν (DeSpelder, and Strickland, 1995).

## 6.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Με τον όρο διαταραχή προσαρμογής γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη σημαντικών συναισθηματικών ή συμπεριφορικών συμπτωμάτων σαν αντίδραση σε προσδιορισμένο στρεσογόνο παράγοντα, η οποία παρουσιάζεται μέσα σε διάστημα 3 μηνών από το στρες. Οι ασθενείς είναι ανίκανοι να λειτουργήσουν και βρίσκονται σε μεγαλύτερη απόγνωση από ότι αναμένεται κρίνοντας από την κατάσταση. Μια διαταραχή προσαρμογής που δεν υποχωρεί τελείως σε διάστημα 6 μηνών από την στρεσογόνο αιτία διαγιγνώσκεται σα μείζων κατάθλιψη. Μπορεί, ωστόσο, τα συμπτώματα να παραταθούν για περισσότερο από 6 μήνες στην περίπτωση που η στρεσογόνος αιτία είναι χρόνια (π.χ. μια χρόνια ιατρική κατάσταση που προκαλεί αναπηρία) ή πρόκειται για ένα γεγονός με μακροπρόθεσμες συνέπειες (π.χ. διαζύγιο). Αν πρόκειται για πένθος, δεν μπορεί να γίνει διάγνωση για διαταραχή προσαρμογής. Οι διαταραχές προσαρμογής συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και αποπειρών αυτοκτονίας. Η παρουσία διαταραχής της προσαρμογής συχνά επιπλέκει την πορεία της ασθένειας στα άτομα που πάσχουν από μια γενική ιατρική κατάσταση, μειώνοντας, για παράδειγμα τη συμμόρφωση ή αυξάνοντας τη διάρκεια νοσηλείας. Η συνολική παρουσία όλων των διαταραχών προσαρμογής στα εξωτερικά ιατρεία ψυχικής υγείας κυμαίνεται από 5% έως 20% (Butler, 2000).

Η αντιμετώπιση της διαταραχής προσαρμογής γενικά γίνεται με ψυχοθεραπεία. Εντούτοις, αιτιολογείται η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά στις σοβαρές περιπτώσεις ή όπου δημιουργούνται σημαντικές επιπλοκές. Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται είναι παρόμοιες με αυτές της μείζονος κατάθλιψης. Η διάρκεια της θεραπείας εξαρτάται από την ταχύτητα ανταπόκρισης του ασθενή και από την υποχώρηση των συμπτωμάτων. Το πένθος κατά ομολογία των ψυχιάτρων μπορεί να ακολουθήσει άμεσα το στάδιο της κατάθλιψης (Butler, 2000).

## 6.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΓΛΩΣΣΑ

Η λέξη κατάθλιψη χρησιμοποιείται με πολλές διαφορετικές σημασίες: από τη μία μεριά χρησιμοποιείται στην καθημερινή γλώσσα όταν κάποιος "νιώθει λυπημένος", "δεν έχει κέφι", "είναι μελαγχολικός" και από την άλλη μεριά χρησιμοποιείται με πιο ειδικό τρόπο για να περιγράψει το κλινικό σύνδρομο, την ψυχική διαταραχή που χρειάζεται θεραπεία. Ο όρος κατάθλιψη όπως συχνά

χρησιμοποιείται στην καθημερινή ζωή και γλώσσα είναι μια πανανθρώπινη εμπειρία και εκφράζει ένα βαθμό λύπης, θλίψης. Όλοι οι άνθρωποι έχουν αισθανθεί συναισθηματικές διακυμάνσεις που αφορούν δύο κυρίως συναισθήματα: την χαρά και την λύπη. Η λύπη ή θλίψη είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα και εκλύεται κάτω από ορισμένες ψυχοτραυματικές συνθήκες, όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, ο χωρισμός, η απώλεια της εργασίας, η διάγνωση μιας σημαντικής προσδοκίας, η διακοπή μίας στενής φιλίας, η απώλεια αγαθών, η μη επίτευξη ενός στόχου κλπ. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις δεν διαρκούν πολύ, δεν επηρεάζουν σημαντικά την γενική λειτουργικότητα του ατόμου, μεταβάλλονται εύκολα, συνήθως αυτοπεριορίζονται και το άτομο επιστρέφει σύντομα στους φυσιολογικούς ρυθμούς του. Η κατάθλιψη λοιπόν με την κοινή σημασία του όρου είναι μια άσχημη/κακή διάθεση, φυσιολογική απάντηση σε ένα ερέθισμα που εκλαμβάνεται από το άτομο ως απώλεια κάποιου σημαντικού πράγματος και δημιουργεί απογοήτευση (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ 48).

Ωστόσο, ο όρος κατάθλιψη όπως χρησιμοποιείται από τους ειδικούς ψυχικής υγείας περιγράφει μια σοβαρότερη κατάσταση, μια πάθηση που έχει σημαντικές επιπτώσεις, οι οποίες ενδέχεται να φτάσουν μέχρι την αυτοκτονία. Επειδή σε βιωματικό επίπεδο η (φυσιολογική) θλίψη και η (παθολογική) κατάθλιψη αποτελούν ποιοτικά παρεμφερείς συναισθηματικές εμπειρίες, υπάρχει η εσφαλμένη αντίληψη πως οφείλονται στις ίδιες αιτίες και υπόκεινται στους ίδιους (θεραπευτικούς) χειρισμούς: όμως, όταν η θλίψη αντί να μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου γίνεται πιο έντονη, διαρκεί περισσότερο από δύο εβδομάδες, επηρεάζει τόσο το σώμα όσο και τον ψυχισμό και τις φυσιολογικές δραστηριότητες του ατόμου (δουλειά, ύπνος, διατροφή, στενές σχέσεις), τότε είναι πιθανόν το άτομο να υποφέρει από καταθλιπτική διαταραχή και να χρειάζεται την βοήθεια κάποιου ειδικού για να την αντιμετωπίσει. Συμπερασματικά, αυτό που διαφοροποιεί την κατάθλιψη από την κακή διάθεση είναι η μεγάλη ένταση και η μακρά διάρκεια των αρνητικών αισθημάτων καθώς και το εύρος των συνοδών συμπτωμάτων (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ 49).

Η νόσος κατάθλιψη – η οποία ονομάζεται, επίσης, κλινική κατάθλιψη – είναι μια σοβαρή ασθένεια, όπου το καταθλιπτικό συναίσθημα γίνεται χρόνιο και αποκτά στην πραγματικότητα τη δική του ζωή. Εάν πάσχουν από κατάθλιψη, νιώθουν ότι δεν ελέγχουν πλέον τη διάθεση ή τα συναισθήματά τους. Η νόσος κατάθλιψη επηρεάζει όλους τους τομείς:

- συναισθήματα
- σκέψεις
- συμπεριφορά
- λειτουργία του σώματος

Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει. Τα επεισόδια που αναδύονται κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Μπορεί να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η νόσος να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ 49).

#### **6.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΓΛΩΣΣΑ**

Κατ'αρχάς, η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένα και μοναδικό σύμπτωμα που συνήθως διαρκεί λίγο ή μπορεί να είναι σύνδρομο ή διαταραχή, που αποτελείται και από άλλα συμπτώματα που τείνουν να επιμένουν. Τα άτομα που παραπονούνται για κατάθλιψη συχνά αναφέρονται σε μια επίμονη αίσθηση κατάπτωσης ή θλίψης, ή έλλειψη ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης (ανηδονία). Τα άτομα αυτά είτε παρουσιάζουν οξυθυμία είτε αναφέρεται από άλλους ότι βρίσκονται σε κατάθλιψη ή ότι έχουν χάσει το ενδιαφέρον τους για ζωή γιατί είναι συχνά δακρυσμένα η λυπημένα ή δε συμμετέχουν σε δραστηριότητες που, υπό άλλες συνθήκες θα τους προκαλούσαν ευχαρίστηση. Υπάρχουν, όμως, κι άλλα συμπτώματα που συχνά συνοδεύουν την καταθλιπτική διάθεση ή την ανηδονία, που μάλιστα μπορεί να αναφερθούν από τον ασθενή στην πρώτη συνέντευξη (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ 52).

Οι διαταραχές του ύπνου και της όρεξης, τα οποία εμφανίζονται είτε σε ελάχιστο είτε σε υπερβολικό βαθμό, είναι συνηθισμένες. Αλλαγή του βάρους κατά τουλάχιστον 5% μέσα σε ένα μήνα, μπορεί επίσης να συνοδεύει τέτοια συμπτώματα. Οι ασθενείς με κλινικά διαγνωσμένη κατάθλιψη μπορεί επίσης να παραπονεθούν για σχεδόν καθημερινή έλλειψη ενεργητικότητας ή κόπωση, μείωση της ικανότητας συγκέντρωσης και μειωμένη ικανότητα λήψης αποφάσεων. Οι ασθενείς μπορεί να βρίσκονται σε ένταση ή αναστάτωση, ή αντίθετα να έχουν επιβραδυσμένη κινητικότητα. Πολλοί έχουν μειωμένη αυτοεκτίμηση ή νιώθουν υπερβολικές ενοχές και τείνουν να ανακυκλώνουν τα πράγματα. Επιπλέον, ασθενείς με συνοσηρότητα που παίρνουν παράλληλες φαρμακευτικές αγωγές μπορεί επίσης να εμφανίσουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά της κατάθλιψης. (π.χ. αϋπνία, χάσιμο βάρους,

κόπωση), πράγμα που περιπλέκει την κατάσταση (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ 53).

## **6.5 Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Είναι πολύ σημαντικό ότι ο κλινικός πρέπει να καταλήξει αν ο ασθενής έχει όντως επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (και όχι μόνο φόβο του θανάτου), αν έχει παθητικό αυτοκτονικό ιδεασμό (δηλαδή σκέψεις αυτοκτονίας χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή αν προτιμά να είχε πεθάνει παρά να είναι ζωντανός), ή αν ο ασθενής έχει ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό (δηλαδή συγκεκριμένο σχέδιο αυτοκτονίας ή απόπειρα στο παρελθόν). Η πιο επικίνδυνη στιγμή για τους αυτοκτονικούς ασθενείς είναι όταν αρχίζουν να αισθάνονται περισσότερο ενεργητικοί αλλά εξακολουθούν να έχουν σκέψεις αυτοκτονίας. Η περίοδος αυτή διανύεται συχνότατα κατά την αρχική θεραπεία και αμέσως μετά το εξιτήριο για όσους ασθενείς έχουν νοσηλευτεί. Το 50% περίπου των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν πρότερη διάγνωση κατάθλιψης. Πρώιμοι παράγοντες που αυξάνουν την επικινδυνότητα στους καταθλιπτικούς ασθενείς είναι οι κρίσεις πανικού, ψυχικό άγχος, ανηδονία, χρήση ουσιών και επίμονη αϋπνία. Οι μακροπρόθεσμοι παράγοντες επικινδυνότητας περιλαμβάνουν την απελπισία, τον αυτοκτονικό ιδεασμό και την ύπαρξη προηγούμενων αποπειρών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999, σελ 55).

## **6.6 ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ**

Η κατάθλιψη έχει διαφορετικές υποκατηγορίες. Η κατάθλιψη με χαρακτηριστικά μελαγχολίας είναι μια ξεχωριστή κατάθλιψη που δε βελτιώνεται ούτε προσωρινά (έλλειψη δόνησης του συναισθήματος). Είναι χειρότερη το πρωί (ημερήσια διακύμανση) και εμφανίζει ξύπνημα πολύ νωρίς το πρωί, κινητική επιβράδυνση ή ανησυχία, σημαντική απώλεια βάρους ή ανορεξία, και υπερβολικές ή αδικαιολόγητες ενοχές. Τα άτομα με κατάθλιψη μελαγχολικού τύπου είναι λιγότερο πιθανό να έχουν προνοσηρή διαταραχή προσωπικότητας ή να έχουν κάποιο συγκεκριμένο παράγοντα που προδιαθέτει την εμφάνιση της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη μελαγχολικού τύπου επηρεάζει εξίσου και τα δύο φύλα και είναι συνήθως πιο βαριά και κοινότερη στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Κλεφτάρας, 1998, σελ, 38).

Η άτυπη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις της διάθεσης (η διάθεση ανεβαίνει όταν συμβαίνει ένα πραγματικά ή δυνητικά θετικό γεγονός). Επίσης, από σημαντική αύξηση του βάρους ή της όρεξης, αυξημένη διάρκεια ύπνου, αίσθηση ασήκωτου βάρους στα χέρια και στα πόδια και ένα μακροχρόνιο μοντέλο ευαισθησίας στη διαπροσωπική απόρριψη που οδηγεί σε σημαντική διαταραχή της λειτουργικότητας του ατόμου. Η κατάθλιψη με άτυπα χαρακτηριστικά είναι πιο κοινή στις γυναίκες, σε ασθενείς με μικρότερη ηλικία έναρξης και σε όσους εμφανίζουν πιο χρόνια πορεία της ασθένειας (Κλεφτάρας, 1998, σελ, 39).

Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να εμφανιστεί στις γυναίκες κατά τις 4 πρώτες εβδομάδες της επιλόχειου περιόδου. Στην επιλόχειο κατάθλιψη υπάρχει ευμεταβλητότητα της διάθεσης. Ενδεχομένως να παρουσιαστεί αυτοκτονικός ιδεασμός, έμμονες σκέψεις άσκησης βίας στο νεογέννητο, έλλειψη συγκέντρωσης και κινητική αναστάτωση. Επίσης, μπορεί να εμφανιστούν ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρήματα που αφορούν το βρέφος (Κλεφτάρας, 1998, σελ, 39).

Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να κυμαίνεται εποχιακά. Τα επεισόδια συνήθως ξεκινούν το φθινόπωρο ή το χειμώνα και υποτροπιάζουν. Τα συμπτώματα της *εποχιακής* κατάθλιψης περιλαμβάνουν έντονη έλλειψη ενέργειας, αυξημένη διάρκεια ύπνου, υπερφαγία και αύξηση του βάρους και έντονη επιθυμία για υδρογονάνθρακες. Τα νεότερα άτομα και ιδίως οι γυναίκες φαίνεται να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης χειμερινής κατάθλιψης (Κλεφτάρας, 1998).

## **6.7 Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, προσβάλλει ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Ο δια βίου επιπολασμός κυμαίνεται από 10% έως 25% στις γυναίκες και από 5% έως 12% στους άντρες. Αυτά τα ποσοστά είναι ανεξάρτητα από την εθνικότητα, τη μόρφωση, το εισόδημα και την οικογενειακή κατάσταση. Η μείζων κατάθλιψη έχει υψηλό δείκτη θνησιμότητας, αφού μέχρι και 15 % των ασθενών αυτοκτονούν. Επιπλέον, στους ασθενείς πάνω από 55 ετών η συχνότητα αυτοκτονίας είναι τετραπλάσια της συχνότητας θανάτου του γενικού πληθυσμού. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη αναφέρουν συχνότερα πόνο και σωματικές νόσους, κάνουν περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και έχουν μειωμένη συνολική λειτουργικότητα (Κλεφτάρας, 1998, σελ. 39).

Συνυπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις ενδέχεται να είναι η δυσθυμία, σε 10% - 15% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη («διπλή κατάθλιψη»), οι αγχώδεις διαταραχές (π.χ. διαταραχή πανικού, ψυχαναγκαστική – καταναγκαστική διαταραχή), οι διαταραχές σίτισης (π.χ. ψυχογενής ανορεξία, βουλιμία), οι διαταραχές προσωπικότητας (πχ οριακή διαταραχή προσωπικότητας) και οι διαταραχές από κατάχρηση ουσιών. Μέχρι και 25% των ασθενών με χρόνιες νόσους, όπως ο διαβήτης, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος, αναπτύσσουν μείζονα κατάθλιψη (Γουίλλιαμς και Μπλούμφιλντ, Μτφ. Λέττα, 1997).

Η πορεία της υποτροπιάζουσας μείζονος κατάθλιψης ποικίλλει. Κάποιοι ασθενείς έχουν μεμονωμένα επεισόδια μεταξύ των οποίων μεσολαμβάν πολλά χρόνια, άλλοι βιώνουν ομάδες επεισοδίων και άλλοι έχουν ένα προοδευτικά αυξανόμενο αριθμό επεισοδίων, μεγαλώνοντας. Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς με ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν και ένα δεύτερο. Τα άτομα που έχουν δύο επεισόδια έχουν 70% πιθανότητα να έχουν και τρίτο. Επιπλέον, 5% έως 10% των ασθενών με μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στην πορεία εμφανίζουν μανιακό επεισόδιο (π.χ. διπολική ή μανιοκαταθλιπτική διαταραχή). Τα συμπτώματα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου μπορούν να αναπτυχθούν μέσα σε μέρες η εβδομάδες, ενώ τα πρόδρομα συμπτώματα, όπως το άγχος και τα ήπια καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες ή και μήνες. Ένα επεισόδιο που δεν έχει αντιμετωπιστεί συνήθως διαρκεί τουλάχιστον έξι μήνες ανεξάρτητα με την ηλικία έναρξης. Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν πλήρη ύφεση. Στο 20 έως 30% των περιπτώσεων η ύφεση είναι μόνο μερική και στο 5% έως 10% το μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο μπορεί να διαρκέσει για 2 ή περισσότερα χρόνια (Γουίλλιαμς και Μπλούμφιλντ, Μτφ. Λέττα, 1997).

## **6.8 Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Το 60% έως 80% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη ανταποκρίνεται σε μία και μόνη φαρμακοθεραπεία, σε επαρκή δόση, διάρκειας τουλάχιστον 6 εβδομάδων. Από τους υπόλοιπους, οι περισσότεροι θα έχουν τουλάχιστον μια μερική ανταπόκριση. Το 10% -15% των ασθενών δε βελτιώνονται επαρκώς. Για όσους δεν ανταποκρίνονται πλήρως στην πρώτη φαρμακευτική προσπάθεια ο συνδυασμός φαρμάκων ή η αλλαγή σε διαφορετικό φάρμακο είναι συχνά αποδοτική. Πολλοί ασθενείς που θεωρούνται ανθιστάμενοι στη φαρμακευτική αγωγή, συχνά δεν την



έχουν λάβει σε επαρκή δόση ή διάρκεια. Επίσης, ασθενείς με συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχές προσωπικότητας, έχουν χαμηλότερη συχνότητα ανταπόκρισης (Μονέζης, 2007).

## **6.9 Η ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΑ ΚΑΙ ΔΥΣΘΥΜΙΑ**

Η διπολική διαταραχή περιγράφεται σαν την παρουσία ενός ή περισσότερων επεισοδίων μανίας (στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τύπου I) ή υπομανίας (στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής τύπου II), με ή χωρίς μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια. Με άλλα λόγια, η μονοπολική μανία αποτελείται μόνο από μανία χωρίς καμία μείζονα κατάθλιψη, η διπολική διαταραχή τύπου I αποτελείται από μανία με μείζονα κατάθλιψη και η διπολική διαταραχή τύπου II αποτελείται από υπομανία με μείζονα κατάθλιψη. Εντούτοις, η μονοπολική μανία συμβαίνει πολύ σπάνια (Γουίλλιαμς και Μπλούμφιλντ, Μτφ. Λέττα, 1997).

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που συνδέονται με τη διπολική διαταραχή είναι σημαντικές. Για παράδειγμα, μια γυναίκα που έχει ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής τα 25 έτη, σε περίπτωση που δε λάβει θεραπεία, θα χάσει συνολικά 9.2 χρόνια ζωής και 14.2 χρόνια σημαντικής κοινωνικής δραστηριότητας (Γουίλλιαμς και Μπλούμφιλντ, Μτφ. Λέττα, 1997).

Το 10-15% των διπολικών ασθενών αυτοκτονούν. Η βία, όπως, π.χ. η κακοποίηση συζύγων και παιδιών, είναι συχνό φαινόμενο κατά τη διάρκεια μανιακών και υπομανιακών επεισοδίων. Επίσης, με αυτή σχετίζεται η εγκατάλειψη του σχολείου, η σχολική αποτυχία και η αντικοινωνική συμπεριφορά. Στο επίπεδο των ψυχικών διαταραχών η διπολική διαταραχή συνδέεται με διαταραχές της σίτισης, διαταραχή ελαττωμένης προσοχής και υπερκινητικότητας και διαταραχές σχετιζόμενες με χρήση ουσιών (Μονέζης, 2007).

Ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής I για όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου είναι 1.2% και της διπολικής διαταραχής II είναι 0.5 %. Η διπολική διαταραχή I αποτελεί σχεδόν το 20% των μείζονων διαταραχών της διάθεσης. Η ηλικία έναρξης της διπολικής διαταραχής κορυφώνεται στα 18 έτη για τους άντρες και στα 20 για τις γυναίκες. Το να πρωτοεμφανίζεται η μανία στην τρίτη ηλικία δεν είναι σπάνιο αλλά συνδέεται γενικά με κάποια οργανική αιτιολογία. Η διπολική διαταραχή δεν εμφανίζεται περισσότερο σε κάποιο από τα δύο φύλα, εκτός από την

περίπτωση του ταχέως κύκλου (δηλαδή 4 ή περισσότερα μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια το χρόνο) όπου οι γυναίκες υπερεκπροσωπούνται (Μονέζης, 2007).

Η διπολική διαταραχή είναι υποτροπιάζουσα. Πάνω από το 90% των ασθενών με μεμονωμένο επεισόδιο μανίας υποτροπιάζουν στο μέλλον. Τα μανιακά και τα υπομανιακά επεισόδια συνήθως προηγούνται ή έπονται ενός καταθλιπτικού επεισοδίου και ακολουθούν ένα ατομικό μοντέλο επανάληψης για κάθε ασθενή. Το διάστημα μεταξύ επεισοδίων τείνει να μικραίνει με την ηλικία. Οι περισσότεροι διπολικοί ασθενείς μετά από ένα μανιακό / υπομανιακό επεισόδιο επιστρέφουν στην προηγούμενη ομαλή συναισθηματική τους κατάσταση. Εντούτοις, 15%-30% των ασθενών παρουσιάζουν μόνο μερική υποχώρηση και έχουν συμπτώματα και μεταξύ των επεισοδίων. Η ατελής επιστροφή στην προηγούμενη ομαλή συναισθηματική κατάσταση συμβαίνει συνηθέστερα στους ασθενείς με συνυπάρχοντα ψυχωτικά συμπτώματα κατά τη μανία. Μεταξύ 10% και 15% των εφήβων με υποτροπιάζοντα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια αναπτύσσουν διπολική διαταραχή. Τα μικτά επεισόδια μανιακών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων τείνουν να είναι συχνότερα στους έφηβους και τους νέους ενήλικες από ότι στους μεγαλύτερους ενήλικες. Οι γυναίκες με διπολική διαταραχή βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειων επεισοδίων, τα οποία συχνά είναι ψυχωτικά (Worden, 2002).

Η κυκλοθυμία είναι μια χρόνια αναστάτωση της διακύμανσης του συναισθήματος που εκφράζεται με πολυάριθμα υπομανιακά επεισόδια και συμπτώματα κατάθλιψης που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια για διάστημα τουλάχιστον 2 ετών, ή 1 έτους σε παιδιά και εφήβους. Οι διαταραχές που σχετίζονται με τη χρήση και τον ύπνο, μπορεί να σχετίζονται με την κυκλοθυμία. Η κυκλοθυμία δεν εμφανίζεται περισσότερο σε κάποιο από τα δύο φύλα και τείνει να έχει μικρή ηλικία έναρξης. Ο επιπολασμός της κυκλοθυμίας για όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου είναι 1%. Ο κίνδυνος για έναν ασθενή με κυκλοθυμία να αναπτύξει διπολική διαταραχή είναι 15% με 50% (Μονέζης, 2007).

Δυσθυμία είναι η παρουσία μιας χρόνιας καταθλιπτικής διάθεσης που διαρκεί για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες ημέρες, για τουλάχιστον 2 χρόνια (1 χρόνο για παιδιά και εφήβους). Επίσης, στη δυσθυμία είναι παρόντα τουλάχιστον 2 από τα συμπτώματα της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (αλλαγή στην όρεξη και στις συνήθειες του ύπνου, χαμηλή ενεργητικότητα, χαμηλή αυτοπεποίθηση, μικρή δυνατότητα συγκέντρωσης, απελπισία) (Μονέζης, 2007).

Η δυσθυμία έχει ετήσιο επιπολασμό 6% και προσβάλλει τις γυναίκες 1.5 έως 3 φορές περισσότερο από ότι τους άντρες. Η έναρξη της δυσθυμίας συνήθως είναι ύπουλη και γίνεται σε νεαρή ηλικία. Η δυσθυμία σπάνια συναντάται μόνη. Σε περισσότερα από τα τρία τέταρτα των ασθενών συνυπάρχει μια ακόμη διαταραχή, συνήθως κατάθλιψη (δίνοντας γένεση στη λεγόμενη «διπλή κατάθλιψη»). Άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές μπορεί να είναι η διαταραχή άγχους, η χρήση ουσιών, η διαταραχή προσωπικότητας, η διαταραχή διαγωγής, η διαταραχή ελαττωμένης προσοχής και υπερκινητικότητας, οι διαταραχές μάθησης και η νοητική καθυστέρηση (Μονέζης, 2007).

## **6.10 ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ KUBLER-ROSS ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΝΘΟΣ**

Για το πένθος η Kubler-Ross (1969, σελ 52 - 57) αναφέρει τα εξής:

α) Η ανάγκη για ανάπτυξη έντονων και ουσιαστικών συναισθηματικών δεσμών είναι βαθιά ριζωμένη στην ψυχοσύνθεση του ανθρώπινου είδους. Κατ' ακρίβεια, αυτού του είδους οι δεσμοί είναι άκρως απαραίτητοι για την διατήρηση της εσωτερικής μας ισορροπίας και την ανάπτυξη της προσωπικότητάς μας. Δεν είναι κανένας "αυτόχθονας συναισθηματικά" οργανισμός, αλλά όλοι στηρίζονται στις διαπροσωπικές σχέσεις -δεσμούς για να νιώσουν ολοκληρωμένοι (αν και εδώ θα διαφωνούσαν μεγάλες μορφές της φιλοσοφίας, όπως ο Schopenhauer). Η ξαφνική και μόνιμη απώλεια ενός τέτοιου δεσμού μέσω του θανάτου, οδηγεί σε μία πολύ ιδιαίτερη ψυχική κατάσταση που όλοι γνωρίζουν ως "πένθος". Στο σημερινό "Ecce Homo" υπάρχει ακριβώς τι είναι το πένθος αλλά και πώς σχετίζεται με την ανάπτυξη διαταραχών της διάθεσης και πιο συγκεκριμένα, με την κατάθλιψη.

β) Το πένθος μπορεί να εμφανιστεί και σε άλλες περιπτώσεις, εκτός από το θάνατο κάποιου αγαπημένου προσώπου. Τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να είναι η απώλεια ως γενικότερη έννοια, όπως για παράδειγμα ένας χωρισμός ή ακόμη και η απώλεια ενός αντικειμένου για το οποίο νιώθαμε φορτισμένοι συναισθηματικά. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί από απώλεια φαντασιωτικού αντικειμένου αγάπης (όπως σε ενδομήτριο θάνατο βρέφους) αλλά και στα πλαίσια ναρκισσιστικού τραύματος (π.χ. σε ακρωτηριασμό ή μαστεκτομή). Αναφορικά, όμως με το πένθος για το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου αποτελεί μία φυσιολογική αντίδραση κατά την οποία το άτομο "παλεύει" για να διατηρήσει το συναισθηματικό δεσμό, ενώ, ταυτόχρονα, αντιμετωπίζει ρεαλιστικά την πραγματικότητα, δηλαδή την απώλεια.

Είναι μια πολύπλοκη, ιδιαίτερα σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει τον αποχωρισμό από το θανόντα, την εκ νέου προσαρμογή σε ένα κόσμο χωρίς αυτόν και τη δημιουργία νέων δεσμών ή την ενδυνάμωση δεσμών που προϋπήρχαν. Με άλλα λόγια έχει σκοπό την επανένταξη του ατόμου σε μια καθημερινότητα χωρίς αυτόν που έφυγε.

γ) Τυπικά συμπτώματα του πένθους είναι η απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, η ελάττωση της συγκέντρωσης και της προσοχής, η απώλεια βάρους, η αϋπνία, το κλάμα, ο εκνευρισμός και η ελάττωση τη Λίμπιντο. Κατά την περίοδο αυτή, το άτομο είναι ευάλωτο σε σωματικά νοσήματα ενώ συχνά εμφανίζονται και συναισθήματα αυτομομφής σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης του θανόντος αλλά και θυμού. Τα συμπτώματα αυτά αρχίζουν να υποχωρούν (χωρίς φαρμακευτική ή άλλου είδους αγωγή) συνήθως μέσα σε 6-12 μήνες, ενώ χαρακτηριστικό είναι ότι μπορεί να επανεμφανιστούν σε ιδιαίτερες περιστάσεις, όπως, για παράδειγμα, σε επετείους γενεθλίων ή σε γιορτές που ήταν συνδεδεμένες με τον θανόντα.

δ) Πότε, όμως, το πένθος μετατρέπεται σε κατάθλιψη; Πότε, δηλαδή, ξεπερνιούνται τα όρια του φυσιολογικού μηχανισμού ψυχικής αντίδρασης προς την απώλεια και μπαίνουμε στα πεδία της ανάπτυξης κλινικής διαταραχής της διάθεσης; Τα όρια δεν μπορούν να γίνουν εύκολα αντιληπτά, αλλά κάποια κλινικά σημεία που προσανατολίζουν προς την κατάθλιψη είναι η εμφάνιση συχνών ιδεών αυτοκτονίας, η γενικευμένη αυτομομφή (δηλαδή το άτομο να θεωρεί ότι είναι γενικά κακό και ανάξιο), η μη ανταπόκριση στην ενθάρρυνση από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον και η διακοπή των κοινωνικών επαφών. Επίσης, σε αυτή την περίπτωση τα συμπτώματα δεν υποχωρούν, αλλά αντιθέτως μπορεί να επιδεινώνονται και η θεραπεία με αντικαταθλιπτικά να είναι απαραίτητη. Σχετικές έρευνες έχουν δείξει ότι περισσότερο ευάλωτα για ανάπτυξη κατάθλιψης, μετά το θάνατο συζύγου, είναι τα άτομα με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, η ηλικία κάτω των 30 ετών, η κακή γενική κατάσταση της υγείας, το περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης και η ανεργία.

ε) Ο μαγικός μηχανισμός της εξέλιξης έκανε στο ανθρώπινο είδος το πολυτιμότερο ίσως δώρο που θα μπορούσε: τη συνειδητότητα. Την ικανότητα, δηλαδή, να αντιλαμβάνεται ο καθένας την ύπαρξή του, ένα χαρακτηριστικό που απασχολούσε πάντα τον άνθρωπο, από τους πρώτους φιλόσοφους μέχρι τη σύγχρονη ιατρική. Ωστόσο, η αιχμηρή πλευρά του μαχαιριού αυτού είναι ότι όπως

αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι τη ζωή αντιλαμβάνονται και το θάνατο, γεγονός που, εκ φύσεως, τρομάζει με τον ίδιο ακριβώς τρόπο που το σκοτάδι τρομάζει ένα μικρό παιδί. Παρόλα αυτά, σίγουρα το άτομο έχει τις νοητικές άμυνες να διακρίνει ακόμα και μέσα από τέτοια σκοτεινά και τρομακτικά ίσως θέματα, κάποια φωτεινά μονοπάτια που μας οδηγούν προς την πραγματική ολοκλήρωση, την πνευματική. Να αντιληφθεί, δηλαδή, το μεγαλείο του θαύματος της ύπαρξης ερχόμενο αντιμέτωπο με το μόνο απόλυτα δεδομένο της ζωής: το θάνατο (Kübler-Ross, 1969).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ**

#### **7.1 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Συχνά ερωτήματα που τίθενται από τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται με ασθενείς τελικού σταδίου, αφορούν αφενός, την στάση που πρέπει να τηρηθεί απέναντι στον ασθενή, βάσει συγκεκριμένων πρωτοκόλλων και αφετέρου, τα προσωπικά συναισθήματα που πηγάζουν όταν έρχονται αντιμέτωποι με τέτοιες συνθήκες και το πώς θα τα διαχειριστούν. Ο προβληματισμός ως προς τον τρόπο αντίδρασης, η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία, αλλά και ο κατάλληλος τρόπος προσέγγισης ώστε ο ασθενής να νιώσει ελεύθερος να εκφράσει τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του ανήκουν στα θέματα που απασχολούν τον νοσηλευτή. Όλο το φάσμα των γνώσεων που κατέχει ο νοσηλευτής, η επαγγελματική του κατάρτιση, η εμπειρία, αλλά και η ιδιοσυγκρασία του, θα συνθέσουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα κινηθεί και θα αντιδράσει (Χάλαρη, 2007).

Η υποστήριξη των ασθενών όσο και των οικογενειών τους έγκειται σε παρεμβάσεις που αφορούν, όχι μόνο την φροντίδα των φυσικών αλλά και των πνευματικών και συναισθηματικών τους αναγκών. Η νοσηλευτική εξάλλου έχει χαρακτηριστεί ότι αποτελεί σύνθεση επιστήμης, τέχνης, καλλιεργημένης προσωπικότητας, αλλά και πνευματικής αντιμετώπισης του ανθρώπου (Kubler-Ross, 1991).

Η αναζήτηση στοιχείων από την προσωπικότητα του ασθενή τα οποία θα βοηθήσουν τον νοσηλευτή στην προσέγγιση του ατόμου, καθώς και ο σεβασμός στις πεποιθήσεις και τα «πιστεύω» του, θα ωθήσουν τον νοσηλευτή να χειριστεί καταστάσεις και συμπεριφορές με ανάλογους επαγγελματικούς χειρισμούς. Στόχος του είναι να συμβάλει στην ανακούφιση, στην υποστήριξη του ασθενούς να προστατέψει τα δικαιώματά του, αλλά και να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του. Είναι γεγονός, ότι όταν η ζωή φτάνει στο τέλος της, οι ανάγκες αυτές αποκτούν ιδιαίτερη σημασία σύμφωνα με την Χάλαρη (2007, σελ 36).

Η Χάλαρη (2007) εισηγείται μια σειρά από στρατηγικές προκειμένου να διευκολύνουν τον νοσηλευτή να ανταπεξέλθει στο δύσκολο έργο του. Περιγράφεται μια δομή πέντε σταδίων, η οποία εξετάζει τον τρόπο προσαρμογής των νοσηλευτών

στο ψυχικό τραύμα που δημιουργεί η νοσηλευτική φροντίδα ασθενών που πάσχουν από ανίατα νοσήματα. Η δομή αυτή βοηθά επίσης στο να γίνουν κατανοητά τα συναισθήματα που βιώνει ο άρρωστος, άλλα και να αξιολογηθεί η προσωπική και επαγγελματική αποτελεσματικότητα των νοσηλευτών στα πλαίσια της ανακουφιστικής φροντίδας και είναι η παρακάτω:

α) Απόκτηση γνώσεων σχετικών με την κλινική πράξη και την απώλεια.

β) Αντιμετώπιση του συναισθηματικού τραύματος που προκαλεί η ενασχόληση με το θάνατο.

γ) Να αποφασίσει για το αν θα συνεχίσει ή αν θα εγκαταλείψει τη δουλειά πχ αν θα επιλέξει να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες ή απλώς θα παραιτηθεί.

δ) Να προβληματιστεί και να διδαχθεί από την εμπειρία της αντιμετώπισης του θανάτου και να βελτιώσει την αυτοεκτίμησή του.

ε) Καλλιέργεια συναισθημάτων συμπόνιας και συμπάθειας στη φροντίδα, τα οποία να γίνονται αντιληπτά από τον άρρωστο και την οικογένεια.

Η ψυχολογική παράμετρος της Νοσηλευτικής δημιουργεί πολλαπλά συναισθήματα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Η ανάπτυξη διλημμάτων και ανασφάλειας οδηγούν στην ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, που εκδηλώνεται με ποικίλους τρόπους, που μπορούν να δράσουν ακόμη και ανασταλτικά και να επηρεάσουν την παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άρρωστο. Ο συναισθηματικός αυτοέλεγχος θεωρείται προϋπόθεση νοσηλευτικής προσέγγισης. Οι απαιτήσεις από τον νοσηλευτή να διαχειριστεί καταστάσεις και ασθενείς με αυξημένες ανάγκες, προκαλούν έντονες ανησυχίες και προβληματισμούς που αρκετά συχνά οδηγούν στην εμφάνιση άγχους. Οι επαγγελματίες υγείας κατέχουν σημαντική θέση και διαδραματίζουν έναν από τους σημαντικότερους ρόλους στο τελικό αυτό στάδιο της ζωής των ασθενών. Η σημαντικότητα αυτή τους καθιστά υπεύθυνους ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται μια πληθώρα συναισθημάτων και να μπορούν να τα ελέγχουν προκειμένου να μην παρεμποδίζουν στην άσκηση των καθηκόντων τους (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999).

## **7.2 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ**

Ο νοσηλευτής είναι δυνατόν να διακατέχεται από συναισθήματα φόβου, αβεβαιότητας και διστακτικότητας όταν έρχεται αντιμέτωπος με δύσκολες συνθήκες που περιλαμβάνουν ασθενείς στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Η έλλειψη

αυτοπεποίθησης γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς, οι οποίοι εμφανίζουν ιδιόρρυθμη συμπεριφορά όπου εκφράζεται με ιδιοτροπία και μη συνεργασία με το προσωπικό ή ακόμη και μη τήρηση νοσηλευτικών ή ιατρικών κατευθύνσεων (Χάλαρη, 2007).

### **7.3 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Η συχνή συνάντηση του νοσηλευτικού προσωπικού με τον θάνατο, οδηγεί σε σκέψεις και φαντασιώσεις προσωπικού θανάτου και προκαλεί την αναβίωση αισθημάτων ενοχής, ενώ εσωτερικές συγκρούσεις γεννώνται μπροστά στην αδυναμία αποτροπής του θανάτου. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στους ειδικευμένους νοσηλευτές που βρίσκονται αντιμέτωποι με ψυχιατρικούς ασθενείς και σε τυχόν αυτοκτονίες αυτών ή και στο προσωπικό των παιδιατρικών κλινικών όπου κυριαρχεί η ταύτιση με τους γονείς του νεκρού παιδιού. Εξετάζονται οι αμυντικοί μηχανισμοί με τους οποίους ελέγχονται τα επώδυνα συναισθήματα και αποφεύγεται η αύξηση της νοσηρότητας, καθώς και τα καταθλιπτικά σύνδρομα στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι ειδικές συνθήκες εργασίας προκαλούν ψυχικό stress, κάτω από το βάρος του οποίου οι νοσηλευτές υποβιβάζουν τη διεκπεραίωση του θεραπευτικού τους έργου και παραμελούν τον ανθρώπινο παράγοντα στη σχέση, με τον άρρωστο (Χάλαρη, 2007).

Στον νοσοκομειακό χώρο, το νοσηλευτικό προσωπικό βρίσκεται αντιμέτωπο με τον πόνο και το θάνατο. Οι τεχνολογικές ανακαλύψεις τροποποίησαν τη οργανωτική και την τεχνική πλευρά της αντιμετώπισης του ασθενή που πεθαίνει. Οι επιστημονικές ανακαλύψεις τείνουν να ελαττώσουν τον πόνο και καλλιεργούν την παράλογη ελπίδα ότι μπορεί να νικηθεί ο θάνατος. Η θέση του νοσηλευτικού προσωπικού έχει αλλάξει. Η φυσική ελαττώθηκε και φάνηκε έτσι ενός άλλου είδους δυσκολία που παραπέμπει στον ψυχικό φόρτο που προκαλεί η εργασία. Επιβαρύνει το νοσηλευτή σε συναισθηματικό επίπεδο και μεταβάλλει τις συνιστώσες της προσωπικής του ισορροπίας. Το πρόβλημα γίνεται οξύτερο για το νοσηλευτικό προσωπικό της ανάνηψης, της ομάδας καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης, των επειγόντων περιστατικών ή των μονάδων εντατικής θεραπείας, λόγω της αυξημένης συχνότητας με την οποία εκτίθενται στον στρεσογόνο παράγοντα. Έτσι η θέση του ψυχιάτρου ή του ειδικευμένου ψυχολόγου σε ένα γενικό νοσοκομείο επιτρέπει την επεξεργασία της προβληματικής του θανάτου, όταν αυτός αγγίζει την ψυχή του νοσηλευτή (Χάλαρη, 2007).



## 7.4 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ

Στα πλαίσια της νοσηλευτικής προσέγγισης, όσον αφορά τον ασθενή που αντικρίζει το τελικό κομμάτι της ζωής του, οι διάφορες θεωρίες που διδάσκονται στις Νοσηλευτικές Σχολές δεν εφαρμόζονται πάντοτε στην πράξη. Η επαφή του νοσηλευτή με τον ασθενή τελικού σταδίου τον οδηγεί πολλές φορές σε σύγχυση και συχνά έρχεται αντιμέτωπος ανάμεσα σ' αυτά που έχει διδαχτεί και στην καταγίδα των συναισθημάτων που βιώνει τη δεδομένη στιγμή. Αυτό μπορεί να οδηγήσει, ιδιαίτερα τους άπειρους νοσηλευτές, σε αποτυχία να ανταποκριθούν στους στόχους τους, γιατί δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες που να υπαγορεύουν ιδανικές συμπεριφορές. Είναι όμως αδύνατον να διδαχτεί κάποιος πώς να αντιδρά σε τέτοιες περιπτώσεις (Βασιλειάδη, 1992).

Αν κάποιος θέλει να μιλήσει για όλα αυτά που τον απασχολούν, συνήθως περιορίζεται στο να αναφερθεί σε κάποιους συναδέλφους του ή φίλους του σχετικά με τα συναισθήματα που βίωσε από κάποια εμπειρία θανάτου. Πολλές φορές παρατηρεί έντονα τις αντιδράσεις άλλων συναδέλφων, προκειμένου να μάθει πώς να αντιδρά, να ελέγχει τα συναισθήματα του, αλλά και εφαρμόζει διάφορες παρεμβάσεις που γίνονται στον ασθενή στο τελευταίο βήμα της ζωής του προς το θάνατο. Η εκπαίδευση συχνά είναι περισσότερο εμπειρική. Πολλές φορές επικρίνονται οι εκπαιδευτικοί ότι αποτυγχάνουν να μεταφέρουν ιδέες και αρχές στην πράξη, ενώ οι φοιτητές διδάσκονται θεωρίες που βρίσκουν εφαρμογή μόνο στο προστατευμένο περιβάλλον τους. Η μετακίνηση από το περιβάλλον της σχολής, στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου, μπορεί να προκαλέσει πληθώρα συναισθημάτων, όπου μπορεί να οδηγήσουν ακόμη και σε σύγχυση (Τσάμη, 1992).

Ο άπειρος νοσηλευτής είναι επιρρεπής στην αντιμετώπιση τόσο συναισθηματικά φορτισμένων γεγονότων, όπως είναι ο θάνατος, γεγονός που είναι ευρέως αποδεκτό. Όμως η συνάντηση με το θάνατο στην κλίνη του αρρώστου αποτελεί ένα γεγονός, όπου άπειροι αλλά και θεωρητικά καταρτισμένοι και έμπειροι επαγγελματίες θα ήθελαν να αποφύγουν (Βασιλειάδη, 1992).

## 7.5 Η ΖΩΗ ΠΕΡΝΩΝΤΑΣ ΣΤΟ ΜΟΝΟΠΑΤΙ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Οι αιτίες που οδηγούν στο θάνατο και οι συνθήκες μέσα στις οποίες πεθαίνει το άτομο έχουν διαφοροποιηθεί πολύ από τις αρχές του αιώνα. Η πορεία προς τον θάνατο και τα βιώματα ενός ανθρώπου που οδηγείται προς αυτόν, είναι πιθανόν πιο ουσιώδη από τον προσδιορισμό του πότε κάποιος πεθαίνει. Η περίοδος που διανύει κάποιος από την στιγμή της διάγνωσης μέχρι την τελική στιγμή του θανάτου αποτελεί το μεσοδιάστημα μεταξύ ζωής και θανάτου. Το διάστημα αυτό χαρακτηρίζεται από τρεις φάσεις. Αυτή της οξείας κρίσης, τη μεταβατική φάση από τη ζωή στο κατώφλι του θανάτου και την τελική φάση, αυτή που οδηγεί στο θάνατο. Διαφορετικές απόψεις επικρατούν σχετικά με το πότε ένας άνθρωπος «πεθαίνει». Κάποιοι επιστήμονες υποστηρίζουν, πως θάνατος επέρχεται σ' ένα άτομο όταν τίθεται ως διάγνωση, μια σοβαρή και απειλητική για τη ζωή ασθένεια σύμφωνα με κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Άλλοι πιστεύουν πως η ενημέρωση του αρρώστου όσον αφορά την διάγνωση και τη πρόγνωση της αρρώστιας του, αποτελεί βασική προϋπόθεση, ενώ ορισμένοι πιστεύουν πως η συνειδητοποίηση και αποδοχή της θανατηφόρου ασθένειας, κρίνεται ως απαραίτητη. Τέλος η υποστήριξη ότι ο θάνατος επέρχεται όταν κανένα θεραπευτικό μέσο δεν μπορεί να αντιστρέψει την φθίνουσα πορεία της υγείας του ατόμου, μη μπορώντας να τον κρατήσει τίποτα στην ζωή, αποτελεί μια πιο σύγχρονη άποψη (Κατσιμίγκας κ.α., 2007).

## 7.6 Η ΠΟΡΕΙΑ ΠΡΟΣ ΤΟ ΘΑΝΑΤΟ

Όπως τονίζουν οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999, σελ. 35) η αποδοχή του γεγονότος ότι ο ασθενής πεθαίνει, προϋποθέτει αυτογνωσία και προσωπική επεξεργασία των συναισθημάτων και αντιλήψεων που έχει ο νοσηλευτής γύρω από το θάνατο καθώς και των στόχων που θέτει στα πλαίσια της φροντίδας που παρέχει στο τελικό στάδιο της ζωής του ασθενή. Αναγνωρίζοντας τις ιδιαίτερες ανάγκες του και προωθώντας παράλληλα τις συνθήκες που θα του εξασφαλίσουν στο μέγιστο δυνατό βαθμό άνεση, αξιοπρέπεια και ποιότητα ζωής. Η αντιμετώπιση ενός ανθρώπου που οδεύει προς το θάνατο, μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις φάσεις:

Τον οργανικό

Τον ψυχολογικό

Τον κοινωνικό

Τον πνευματικό

Οι παραπάνω τομείς περιλαμβάνουν βασικές ανάγκες διατροφής, ενυδάτωσης και ατομικής φροντίδας του αρρώστου, καθώς και την ανακούφιση των συμπτωμάτων της ασθένειας του, όπως ο ενδεχόμενος πόνος ή άλλες προτεραιότητες που συνθέτουν την προσωπικότητα του. Ο Corr αναφέρει, ότι η φροντίδα του ασθενή που οδεύει προς το θάνατο είναι σημαντικό να περιλαμβάνει τις βιολογικές του ανάγκες, όπως η μείωση ή ο έλεγχος του πόνου καθώς και η αναχαίτιση οποιασδήποτε κατάστασης του δημιουργεί δυσφορία. Ο νοσηλευτής καλείται συχνά να εξασφαλίσει στα πλαίσια του εφικτού την ψυχολογική στήριξη, επικοινωνώντας με τον άρρωστο και παρέχοντάς του αίσθημα ασφάλειας και ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης του, καλλιεργώντας παράλληλα την αυτονομία και τον αυτοέλεγχο του. Θα πρέπει να τονιστεί εδώ, ότι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην ψυχολογία των αρρώστων είναι η διασάλευση της προσωπικής τους αξιοπρέπειας (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η νόσος και η θεραπεία προκαλούν σταδιακές φυσικές αλλαγές, όπως η απώλεια βάρους, η απώλεια των μαλλιών, ακρωτηριασμό, περιορισμό της κινητικότητας, χρησιμοποίηση τεχνητής βοήθειας. Όλα αυτά αποτελούν φραγμούς προκειμένου οι ασθενείς να επιτελέσουν βασικές σωματικές λειτουργίες. Η απώλεια της εμπιστοσύνης και της αυτοεκτίμησης λειτουργούν ανασταλτικά στα άτομα αυτά, τα οποία προσπαθούν να προσαρμοστούν σε ένα νέο τρόπο ζωής. Ο άρρωστος θρηνεί για τις απώλειες που επίκεινται στο άμεσο μέλλον, όπως είναι η επιδείνωση της υγείας του και ο αποχωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα. Θρηνεί επίσης για απώλειες που βιώνει στο παρόν, όπως η αυξανόμενη αδυναμία του, η απομάκρυνση φιλικών προσώπων, άλλα και για απώλειες που αναφέρονται στο παρελθόν του, όπως ένα στόχο, ένα όνειρο που δεν πρόλαβε να υλοποιήσει. Στο τελικό στάδιο της ζωής το άγχος και οι φόβοι που βιώνει ο άρρωστος σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται, ενώ παράλληλα διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η στήριξη του ατόμου ανέρχεται επίσης σε κοινωνικό επίπεδο. Σε πολλές περιπτώσεις ο άρρωστος που οδεύει προς το θάνατο νιώθει κοινωνικά απομονωμένος, αυτό συμβαίνει γιατί κανείς από το συγγενικό περιβάλλον του ή από το προσωπικό υγείας δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει ειλικρινά μαζί του ή προσποιούνται σε σχετικά με το θέμα της υγείας του. Το άγχος που δημιουργεί η κατάσταση του αρρώστου, κάνει του συγγενείς και το προσωπικό υγείας να αποσύρονται,

προκειμένου να προστατέψουν την ψυχολογία τους. Ο νοσηλευτής καλλιεργώντας δεξιότητες σχετικές με την ενεργητική ακρόαση και την εμβάθυνση μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή, να εκφράσει και να αποδεχθεί τους φόβους και τις αγωνίες του ώστε να είναι σε θέση να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα (Greasley, Chiu and Gartlands, 2001, σελ 629-631).

Η ενασχόληση των νοσηλευτών με την πνευματική διάσταση των ασθενών αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της νοσηλευτικής φροντίδας. Σε έρευνα των Greasley et al, παρατηρήθηκε, ότι οι πνευματικές ανάγκες δεν αποτελούν προτεραιότητα για το ιατρικό προσωπικό. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για την παροχή ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς, η οποία περιλαμβάνει και την ικανοποίηση των πνευματικών- θρησκευτικών αναγκών τους. Έρευνα έχει δείξει, ότι νοσηλευτές με έντονη πνευματικότητα μπορούν πιο αποτελεσματικά να ανταποκριθούν στις πνευματικές ανάγκες των ασθενών, ίσως επειδή αισθάνονται λιγότερο ευάλωτοι από τα διαφορετικά πιστεύω και τις αξίες άλλων ανθρώπων. Οι επαγγελματίες υγείας, το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον του ασθενούς, μπορούν να επηρεάσουν με την στάση τους, την φροντίδα που παρέχεται απέναντι στον άρρωστο που πεθαίνει, αλλά και στον θάνατο γενικά (Τσάμη, 1992).

## **7.7 Η ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΧΡΙΣΤΙΑΝΙΚΗ ΘΕΟΛΟΓΙΑ ΑΡΩΓΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Κατά την δογματική διδασκαλία της εκκλησίας, ο θάνατος δεν υπήρξε απ' αρχής στην ζωή του ανθρώπου. Ο άνθρωπος από την αρχική στιγμή της δημιουργίας απολάμβανε την αγάπη και την πρόνοια του πάνσοφου Θεού. Όλος ο υλικός κόσμος, κατ' εντολή του Θεού ήταν υποταγμένος στον άνθρωπο. Ο Θεός κατάστησε τον άνθρωπο άρχοντα όλων «των αλόγων και των ανύχων» (Παρασκευαΐδης, 2004, σελ. 70).

Οι πρωτόπλαστοι ζούσαν σε ένα κόσμο ειρηνικό χωρίς ταλαιπωρίες ή φροντίδες, χωρίς λύπη ή πόνο, χωρίς καμία ανάγκη. Ο θάνατος ήταν άγνωστος στον παράδεισο. Ο άνθρωπος όμως, κάνοντας κακή χρήση της ελευθερίας του παράκαμψε το θέλημα του Θεού, έτσι εισχώρησε στον κόσμο η αμαρτία, αποτέλεσμα της οποίας ήταν ο θάνατος. Η πτώση και η αμαρτία έφεραν τον θάνατο ως φυσική συνέπεια και όχι ως τιμωρία Θεού. Χαρακτηριστικά είναι τα λόγια του Απ. Παύλου για το θέμα αυτό « Δια ενός ανθρώπου η αμαρτία εις τον κόσμον εισήλθε και δια της αμαρτίας ο

θάνατος. Και ούτως εις πάντας ανθρώπους ο θάνατος διήλθε» (Παρασκευαΐδης, 2004 σελ. 68)

Ο θάνατος λοιπόν εισήλθε στον κόσμο εξ' αιτίας της αμαρτίας του Αδάμ και μέσο αυτού, σε όλους τους ανθρώπους. Επομένως, ο θάνατος είναι ένα γεγονός που παρεμβάλλεται στην ζωή του ανθρώπου και το οποίο δεν υπήρχε από την αρχή της Δημιουργίας. Κατά τον Θεόφιλο Αντιόχειας «Ο Θεός ούτε αθάνατο δημιούργησε τον άνθρωπο, ούτε όμως και θνητό, αλλά τον δημιούργησε δεικτικό και των δυο», δηλαδή, εάν αποφάσιζε να τηρήσει την εντολή του θεού ελεύθερα και αβίαστα, θα ελάμβανε ως μισθό την αθανασία του σώματος, εάν όμως παραβεί την θεία εντολή, θα γινόταν ο ίδιος αίτιος του θανάτου του. Εξ' άλλου αν ο Θεός δημιουργούσε τον άνθρωπο αθάνατο, τότε θα περιόριζε την ελευθερία του και ο άνθρωπος δεν θα ήταν ελεύθερος. Εάν πάλι ο Θεός δημιουργούσε τον άνθρωπο θνητό, τότε ο πλάστης θα ήταν ο αίτιος του θανάτου του πλάσματός του (Παρασκευαΐδης 2004 σελ. 72).

## **7.8 Ο ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΣ ΚΑΙ Ο ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ**

Κατά την ορθόδοξη διδασκαλία υπάρχουν δυο είδη θανάτου. Ο πνευματικός θάνατος, που σημαίνει τον χωρισμό του ανθρώπου από τον Θεό και ο σωματικός θάνατος, ο χωρισμός της ψυχής από το σώμα. Ο πνευματικός θάνατος εισχώρησε στον κόσμο αμέσως με την πτώση των πρωτοπλάστων. Ο σωματικός θάνατος που ακολούθησε χαρακτηρίζεται στην πατερική παράδοση ως ευεργεσία του θεού προς τον άνθρωπο, για να μη μείνει το κακό αθάνατο. Ο Θεός ούτε θέλησε, ούτε έκτισε τον θάνατο. Με την είσοδο όμως του θανάτου στον κόσμο, η θεία φιλανθρωπία μεταβάλλει την τιμωρία σε κέρδος και ευεργεσία για τον άνθρωπο. Ο αμαρτωλός άνθρωπος πεθαίνει, άλλα με τον θάνατό του διακόπτεται και η αμαρτία. Έτσι το κακό δεν καθίσταται αθάνατο, άλλα παραμένει πρόσκαιρο και θνητό (Βασιλειάδη, 1992, σελ. 74).

Ο ίδιος ο Χριστός, κατά τη διάρκεια της επίγειας ζωής του αναφέρεται αρκετές φορές στον πνευματικό θάνατο. Έτσι, όταν κάποιος επιθυμούσε να τον ακολουθήσει, ζητούσε πρώτα την άδεια να θάψει τον πατέρα του. Στο αίτημα αυτό ο Χριστός απάντησε «άφες του νεκρούς θάψαι τους εαυτών νεκρούς», νεκροί στην προκειμένη περίπτωση ήταν οι πνευματικά νεκροί (Παρασκευαΐδης 2004 σελ. 72).

Το ίδιο ο Χριστός ήθελε να υπογραμμίσει και κατά την παραβολή του άσωτου υιού, όταν ο πατέρας έλεγε στο μεγαλύτερο παιδί του «ούτος ο υιός μου νεκρός ήν

και ανέζησε», που σημαίνει αυτό το παιδί μου ήταν πεθαμένο, διότι χωρίστηκε από εμένα τον πατέρα του (τον Θεό) και τώρα που μετανόησε και επέστρεψε στο πατρικό του σπίτι (την εκκλησία) ζωντάνεψε πάλι (Βασιλειάδη, 2003, σελ. 51).

Θάνατος λοιπόν είναι η αμαρτία, η οποία χωρίζει τον άνθρωπο από τον Θεό, ο οποίος είναι η πηγή της ζωής. Μετά τον χωρισμό του ανθρώπου από τον Θεό, ο άνθρωπος έπαψε να υφίσταται ως ενιαία ψυχοσωματική ύπαρξη, επήλθε δηλαδή χωρισμός της ψυχής από το σώμα. Κατά την Ορθόδοξη άποψη η ψυχή δεν είναι άναρχη, δεν είναι αγέννητη, δεν είναι άκτιστη, ούτε προϋπάρχουσα. Είναι κτιστή και κατά χάριν αθάνατη, το δε σώμα και η ψυχή αποτελούν μια ενότητα και δεν υπόκεινται σε καμία έννοια δυϊσμού, δηλαδή δεν είναι δυο αυτόνομες αρχές οι οποίες έχουν ξεχωριστή προέλευση και καταγωγή, και που η μία αντιμάχεται την άλλη (Παρασκευαΐδης, 2004, σελ. 76).

Η βίαιη λύση του σώματος από την ψυχή με τον βιολογικό θάνατο είναι παρά φύση και προσωρινή. Ο χωρισμός αυτός θα καταργηθεί, όταν εξαλειφθεί η αιτία της διασπάσεως, δηλαδή η αμαρτία και θεραπευτεί ο άνθρωπος απ' αυτήν, τότε το σώμα θα ανοικήσει πάλι στη ψυχή. Αυτά τα λόγια τονίζουν και οι σκέψεις μεγάλων πατέρων. Κατά την ορθόδοξη διδασκαλία, υπάρχει πνευματικός θάνατος και πνευματική ανάσταση, καθώς επίσης σωματικός θάνατος και σωματική ανάσταση. Ο άνθρωπος πεθαίνει πνευματικά και αν ο ίδιος κάνοντας καλή χρήση του αυτεξουσίου, ανασταίνεται πνευματικά, μετέχοντας στα μυστήρια της εκκλησίας., ενώ πεθαίνοντας σωματικά θα αναστηθεί κατά την Δευτέρα Παρουσία. Μπορεί λοιπόν ο άνθρωπος να βιώσει το σωματικό θάνατο, άλλα να αποτρέψει μέσω της μυστηριακής ζωής τον πνευματικό θάνατο. Ο σωματικός θάνατος είναι προσωρινός, για αυτό στην εκκλησία δεν γίνεται λόγος για θάνατο των νεκρών, αλλά για ύπνο των κεκοιμημένων. Στην ορθόδοξη εκκλησία δεν γίνεται αναφορά για νεκροταφεία, άλλα για κοιμητήρια. Όταν κάποτε είπαν στο Χριστό ότι πέθανε η κόρη του Ιαείρου, ο Κύριος είπε «Ουκ απέθανε, αλλά καθεύδει και κατεγέλον αυτού οι πάντες ειδότες ότι απέθανε» (Παρασκευαΐδης, 2004, σελ 78).

Ο Χριστός ονόμασε τον θάνατο, ως ύπνο, γιατί με την ανάστασή Του κατάργησε το κράτος του θανάτου. Θα πρέπει να τονιστεί εδώ, ότι κατά τον βιολογικό θάνατο του ανθρώπου η ψυχή του σύμφωνα πάντα με την ορθόδοξη θεολογία εξακολουθεί να ζει. Ο φυσικός θάνατος δεν είναι το τέλος της ανθρώπινης προσωπικότητας, είναι μόνο προσωρινός χωρισμός της ψυχής από το σώμα. Εξ' αιτίας του ότι μετά την παρακοή των πρωτοπλάστων, θνητό και φθαρτό έγινε μόνο το

σώμα και για το λόγω αυτό διαλύεται και φθείρεται. Με το θάνατο τελειώνει μόνο ή σωματική η επίγειος ζωή του ανθρώπου, ενώ η ψυχή εξακολουθεί να ζει και μετά το θάνατο. Αυτό μαρτυρά άλλωστε και η υπόσχεση του Χριστού προς τον μετανοημένο ληστή πάνω στο σταυρό, « Σήμερα μετ' εμού έσει εν τω Παραδείσω». Αλλά και μετά τον σταυρικό του θάνατο ο Χριστός κατέβηκε στον Άδη για να κηρύξει το Ευαγγέλιο της σωτηρίας στις εκεί φυλακισμένες ψυχές». Αυτό σημαίνει, ότι οι ψυχές όχι μονάχα ζουν και μετά το θάνατο, αλλά έχουν και πλήρη αυτοσυνειδησία, διότι ο Χριστός δεν κήρυττε σε ψυχές που βρίσκονταν σε κατάσταση λιποθυμίας ή ύπνου. Για να δεχθούν το λυτρωτικό μήνυμα και να πιστέψουν σ' αυτό έπρεπε να βρίσκονται σε κατάσταση εγρήγορσης. Έτσι, ενώ το σώμα του Χριστού βρισκόταν στον τάφο, οι καλοπροαίρετες ψυχές άκουσαν το κήρυγμα, φωτίστηκαν και βρήκαν το δρόμο της σωτηρίας (Μελέτη, 2003, σελ 70).

Την ίδια αλήθεια εκφράζουν και τα λόγια του Αποστόλου Παύλου, ο οποίος αναφέρει «εκδημήσαι εκ του σώματος και ενδημήσαι προς Κύριον». Μεγάλη η επιθυμία του Αποστόλου να συναντήσει τον Χριστό και να ενωθεί μαζί του, γιατί ο θάνατος δεν οδηγεί στο θάνατο, αλλά οδηγεί στη ζωή, στην πηγή της ζωής, το Χριστό. Κατά την πατερική διδασκαλία, υπάρχει στενή σχέση μεταξύ θριαμβεύουσας και στρατευομένης εκκλησίας. Λέγοντας θριαμβεύουσα εκκλησία εννοούνται οι ψυχές των κεκοιμημένων. Η σχέση αυτή δεν διακόπτεται με το θάνατο. Η κοινωνία μεταξύ ζωντανών και κεκοιμημένων εξακολουθεί να διατηρείται. Γι' αυτό και έχουν λόγω ύπαρξης η μνημόνευση του νεκρού, οι ατομικές και ομαδικές προσευχές. Η εκκλησία άλλωστε εικονίζει σε κτιστό επίπεδο την άκτιστη θεότητα, ενοποιώντας κατ' εικόνα του τριαδικού θεού όλη την ανθρωπότητα (Μελέτη, 2003, σελ. 71).

Η ζωή των πιστών στηρίζεται στο Χριστό, Αυτός είναι η άμπελος και οι πιστοί τα κλήματα. Όπως τα κλήματα δεν μπορούν να καρποφορήσουν, αν δεν μείνουν στην άμπελο, έτσι και οι πιστοί δεν μπορούν να δώσουν πνευματικούς καρπούς, αν δεν μείνουν ενωμένοι με τον Χριστό. Επομένως, εφ' όσον οι άνθρωποι είναι ενωμένοι με το Θεό είναι και ενωμένοι μεταξύ τους τόσο στην επίγειο ζωή όσο και στην μεταθανάτιο ζωή. Έτσι κεκοιμημένοι και ζωντανοί ανήκουν στο σώμα της εκκλησίας και δεν παύουν να διατηρούν την εν Χριστώ ενότητά τους. Οι κεκοιμημένοι χρειάζονται τις προσευχές των ζωντανών, αλλά και οι ζωντανοί των κεκοιμημένων. Για αυτό άλλωστε η εκκλησία καθιέρωσε τις μνήμες των αγίων, κατά τις οποίες επικαλείται τις πρεσβείες τους. Καθιέρωσε επίσης και τα μνημόσυνα στα οποία προσεύχεται ιδιαίτερα για τους κεκοιμημένους. Τα μνημόσυνα δεν αποτελούν

συναισθηματικές αναμνήσεις, αλλά μυστηριακή κοινωνία, που πραγματοποιείται στο σώμα του Χριστού, την εκκλησία (Μελέτη, 2003, σελ. 72).

Η ενανθρώπιση του Χριστού, προσφέρει την ευκαιρία και τα μέσα για την ψυχοσωματική ανακαίνιση του ανθρώπου. Ταυτόχρονα όμως εξαφανίζει και τον πνευματικό θάνατο, μαζί δε μ' αυτόν και τον σωματικό. Πριν έρθει στον κόσμο ο Χριστός, ο θάνατος ήταν η δεύτερη φύση του ανθρώπου. Η πρώτη ήταν η ζωή και ο θάνατος η δεύτερη. Με την ενανθρώπιση του Χριστού και τη θεία ανάστασή Του άλλαξαν τα πάντα, η αθανασία έγινε η δεύτερη φύση του ανθρώπου. Πριν τη ανάσταση, το πόσο φοβερό ήταν το γεγονός του θανάτου φαίνεται και από την στάση που τηρούσαν απέναντί του οι δίκαιοι άνθρωποι της Παλαιάς Διαθήκης, γιατί τον φοβόντουσαν όχι μόνο οι αμαρτωλοί, αλλά και οι δίκαιοι, οι οποίοι είχαν μεγάλη παρηγορία προς το Θεό (Μελέτη, 2003, σελ 72).

Η ανάσταση του Χριστού ήταν νίκη κατά του θανάτου στην ολότητά του, ενώ η απαλλαγή από τον πνευματικό θάνατο, όσων πιστεύουν στον Αναστάντα Χριστό είναι άμεση, η απαλλαγή από τον σωματικό θάνατο είναι έμμεση. Οι άνθρωποι συνεχίζουν να πεθαίνουν από τον σωματικό θάνατο. Ο φόβος όμως και η απελπισία του θανάτου έχουν πλέον καταργηθεί. Ο αληθινός χριστιανός ζει με την ελπίδα της αναστάσεως και της νέας ζωής. Έτσι ο σωματικός θάνατος καταργήθηκε με την κάθοδο του Χριστού στον Άδη, αλλά η ανάσταση των δικών μας σωμάτων και η επανασύνδεσή τους με τις ψυχές θα γίνει κατά την Δευτέρα Παρουσία. Στη διδασκαλία του Μ. Αθανασίου για το θέμα αυτό αναφέρεται, ότι ο άνθρωπος δεν πεθαίνει τώρα, όπως πέθαινε πριν την ανάσταση του Χριστού. Με τη χάρη της αναστάσεως παύει και αφανίζεται η φθορά. Εις το εξής ο άνθρωπος διαλύεται κατά το θνητό μέρος του σώματός του μόνο κατά το χρόνο, που όρισε για τον καθένα ο Θεός. Αυτό γίνεται για να αξιωθεί και να πετύχει ο άνθρωπος καλύτερη ανάσταση (Βασιλειάδη, 1992 σελ 57).

Αναμφίβολα ο Χριστιανισμός σ' όλη την ιστορική του πραγματικότητα, την ιστορική του δύναμη και παντοδυναμία, θεμελιώνεται πάνω στο γεγονός της ανάστασης του Χριστού και στη νίκη κατά του θανάτου. Δια μέσου της αμαρτίας ο άνθρωπος καταστάθηκε θνητός και πεπερασμένος. Δια μέσου της ανάστασης του Χριστού γίνεται αθάνατος και αιώνιος. Σ' αυτό το σημείο έγκειται η ζωοποιός δύναμη της αναστάσεως του Χριστού. Αν δεν υπήρχε το γεγονός της αναστάσεως, θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί, ότι ο χριστιανισμός είναι μια πολύ καλή φιλοσοφική δοξασία και ο Χριστός ένας φωτισμένος διδάσκαλος ή φιλόσοφος. Η



πίστη, η ελπίδα, η προσευχή, η ευσέβεια και η λατρεία που συναντάμε στον χριστιανισμό, είναι στοιχεία που συναντώνται και σε άλλες θρησκείες. Εκεί όμως δεν υπάρχει ανάσταση. Αν υπάρχει ένα γεγονός στο οποίο θα μπορούσε να συνοψιστούν όλα τα γεγονότα, από τη ζωή του Χριστού και όλων των Αποστόλων και γενικά ολόκληρου του χριστιανισμού, το γεγονός αυτό θα ήταν η ανάσταση του Χριστού. Επίσης αν υπάρχει μια αλήθεια στην οποία θα μπορούσε να συνοψιστούν όλες οι Ευαγγελικές αλήθειες, η αλήθεια αυτή θα ήταν η ανάσταση του Χριστού. Το μήνυμα της αναστάσεως του Θεανθρώπου είναι το πιο ελπιδοφόρο Ευαγγέλιο στην ιστορία του ανθρωπίνου γένους, διότι χάρη στην ανάσταση του Χριστού νικήθηκε ο μεγαλύτερος εχθρός του ανθρώπου, ο θάνατος. Έτσι ο άνθρωπος έγινε αθάνατος και αιώνιος. Κατά συνέπεια ο πιστός ζώντας αυτή την αλήθεια αποβάλλει το άγχος του θανάτου. Κατάργηση του θανάτου σημαίνει επίσης και κατάργηση της αμαρτίας. Για να καταργηθεί όμως ο θάνατος μέσα σε κάθε άνθρωπο, χρειάζεται να σταυρώσει τα πάθη του, τις αμαρτίες του για να μπορέσει να συναντηθεί με τον Χριστό. Η ανάσταση του Χριστού δεν έχει καμία πρακτική αξία για το άνθρωπο που δεν έχει αυτή τη διάθεση. Οι άνθρωποι, σύμφωνα με τον μεγάλο θεολόγο του περασμένου αιώνα, τον Σέρβο π. Ιουστίνο Πόποβιτς «καταδίκασαν τον Θεό σε θάνατο, ο θεός όμως δια της αναστάσεως του καταδικάζει τους ανθρώπους εις αθανασία» (Παρασκευαΐδης, 2004 σελ. 62).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ**

#### **8.1 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ**

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ένας μεσολαβητής, μεταξύ του ατόμου ή της ευπαθούς ομάδας στην οποία ανήκει και του εξωτερικού του περιβάλλοντος, με σκοπό την προστασία του και την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Ο κοινωνικός λειτουργός είναι κάτοχος αντίστοιχου τίτλου και συνήθως κάποιου μεταπτυχιακού τίτλου. Εκτός των άλλων μπορεί να δώσει συμβουλές για πρακτικά θέματα όπως ασφαλιστικά ζητήματα, εργασιακά κ.τ.λ. Ένας κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εργαστεί σε ίδρυμα κοινωνικών υπηρεσιών, ιδιωτικά ιδρύματα, ως μέλος μιας νοσοκομειακής θεραπευτικής ομάδας που περιλαμβάνει ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλευτές καθώς και θεραπευτές (Μαρκοπούλου, 1995 σελ 12).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να χορηγήσουν φάρμακα. Ο κοινωνικός λειτουργός, ασκεί την κοινωνική Εργασία, σε υποστηρικτικό - συμβουλευτικό - θεραπευτικό επίπεδο. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική εκφόρτιση του ασθενή και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων αυτών. Η παραδοχή ότι υπάρχει η ασθένεια, η ερμηνεία και η επεξήγησή της, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου (Μαρκοπούλου, 1995, σελ 12).

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα του ασθενούς μπορεί να ενισχύσει τις εσωτερικές του δυνάμεις και να τον βοηθήσει στην πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων του. Παραδοσιακά ο κοινωνικός λειτουργός έρχεται σε επικοινωνία με τον εισερχόμενο άρρωστο και με τους συγγενείς του (εάν υπάρχουν). Επίσης, προσεγγίζει και βοηθά τον άρρωστο και το περιβάλλον του με διάλογο, με παρεμβάσεις ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και γενικότερης ψυχοκοινωνικής στήριξης. Γενικά, αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν βιοψυχοκοινωνική οντότητα υπό το πρίσμα της ολιστικής προσέγγισης (Φρόνιτ, Μιφ Παραδέλλης, 2000 σελ. 63).

Ο κοινωνικός λειτουργός συλλέγει στοιχεία κοινωνικού ιστορικού για τον ασθενή και την οικογένεια του, που θα χρησιμοποιηθούν στο ιατρικό έργο για τη θεραπεία του ασθενούς. Η συναισθηματική στήριξη του αρρώστου είναι πολυδιάστατη και πρέπει να ξεκινά πρώτα απ' όλα από μια σωστή εκτίμηση. Γίνεται

αξιολόγηση των κοινωνικών προβλημάτων που συνυπάρχουν με τη πάθηση του ασθενούς. Σημαντικό βήμα για την προσέγγιση του ασθενούς είναι η καλή επικοινωνία η οποία εξασφαλίζεται μέσω διαλόγου κυρίως, ενός διαλόγου που αποπνέει σεβασμό στον ασθενή και να παρέχει την απαιτούμενη πληροφόρηση και υποστήριξη. Ο κοινωνικός λειτουργός, σύμφωνα με την Μαρκοπούλου (1995, σελ 28) φροντίζει και παρέχει στήριξη:

Στον ασθενή

1. Στην προσαρμογή του στο Νοσοκομείο. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σχετίζεται τόσο με την προετοιμασία του ατόμου να ενταχτεί και να προσαρμοστεί στο νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και να δεχτεί ένα θεραπευτικό πρόγραμμα.
2. Επιδιώκει τη μείωση του άγχους του ασθενούς, τη ρύθμιση γενικότερα των συναισθημάτων του. Το άγχος ως προς τα προσωπικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή να αναβάλλει ή να αρνηθεί την θεραπεία ή να επιβραδύνει όποια πρόοδο προς ανάρρωση.
3. Βοηθάει στην αποδοχή της προτεινόμενης αγωγής. Θεωρείται άκρως απαραίτητη η προετοιμασία και υποστήριξη του ασθενούς πριν και μετά από μία σοβαρή ιδιαίτερα χειρουργική επέμβαση.
4. Δικαίωμα προσέγγισης στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του.
5. Φροντίζει για την αποδοχή των νέων δεδομένων της υγείας του. Ενημερώνει και παροτρύνει τον ασθενή στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών της κοινότητας για την κάλυψη μιας σειράς αναγκών του.
6. Μεριμνά για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του. Οι ασθενείς δικαιούνται κάθε προσπάθεια εξασφάλισης των δικαιωμάτων που τους ανήκουν, με απόλυτο σεβασμό και ευθύνη στην εμπιστευτικότητα και το ιδιωτικό τους περιβάλλον. Δικαίωμα ενημέρωσης (πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση- θεραπεία- προοπτική). Απόλυτο σεβασμό μοναδικότητας του ασθενούς (εξατομικευμένη φροντίδα, διαφύλαξη του απόρρητου). Το συμφέρον του ασθενούς και την άρνησή του να γίνει αντικείμενο πειραμάτων. Το σεβασμό της ιδιωτικής του ζωής και της αξιοπρέπειάς του, καθώς και την ίση μεταχείριση (ανεξάρτητα από

οικονομική και κοινωνική θέση, θρησκευτικές και πολιτικές πεποιθήσεις).

Στην οικογένεια του ασθενούς

Δεν νοείται κοινωνική εργασία στο ασθενή χωρίς την προσέγγιση της οικογένειας. Με την έννοια της ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης, για την ουσιαστική αντιμετώπιση των ποικίλων προβλημάτων που απορρέουν από την ασθένεια. Η ασθένεια ή η εισαγωγή σε ένα νοσοκομείο ενός μέλους επηρεάζει όλη την οικογένεια (Φρόιντ, Μτφ Παραδέλλης, 2000).

Πρώτος στόχος, ειδικά όταν ο ασθενής αντιμετωπίζει πολύ σοβαρό πρόβλημα υγείας, είναι η ανακούφιση της οικογένειας από όλα εκείνα τα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί στα μέλη από την εμφάνιση της νόσου (σοκ - άγχος - φόβος - πανικός - θυμός - ενοχές - απογοήτευση). Βοηθά την οικογένεια να ανασυντάξει τις δυνάμεις της γύρω από την πραγματικότητα, ώστε να είναι σε θέση να την αντιμετωπίσει (Μαρκοπούλου, 1995, σελ 32).

Διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ της οικογένειας και του ασθενή. Στηρίζει την οικογένεια και την παροτρύνει να μην εγκαταλείψει τον ασθενή αλλά να σταθεί δίπλα του, βοηθώντας στην δυνατότητα ανοιχτής επικοινωνίας μεταξύ των μελών της, με ενθαρρυντική στάση προς τα μέλη να εκφράσουν ανοιχτά τα συναισθήματά τους. Θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να αναγνωρίσει τα υποστηρικτικά συστήματα του ασθενή, τα οποία θα πρέπει να ενισχύονται και να δραστηριοποιούνται προς την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς (Μαρκοπούλου, 1995, σελ 33).

## **8.2 Η ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ**

### **ΠΕΝΘΕΙ**

Ο αρχικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι η επιτακτική ανάγκη εκπαιδευτικής επάρκειας και εκπαιδευτικής ετοιμότητας. Η επάρκεια αναφέρεται στις γνώσεις που έλαβε ο κοινωνικός λειτουργός κατά τη διάρκεια των σπουδών του ενώ η ετοιμότητα αναφέρεται στην ικανότητα να κάνει πράξη της γνώσεις που έλαβε κατά την εκπαίδευση του. Στη διαχείριση του πένθους είναι απαραίτητη η γνωστική αντιμετώπιση της ψυχολογικής κατάστασης που διέπει την απώλεια. Οι πρώτοι μελετητές του πένθους (Lindemann, 1944 σελ. 51) γνώριζαν, ότι για κάποιον άγνωστο λόγο, το πένθος που προκαλείται από μια απώλεια έχει συγκεκριμένες

εκδηλώσεις και τα παράξενα σωματικά και ψυχολογικά επακόλουθα της θλίψης είναι φυσιολογικά για μια τέτοια κατάσταση. Η συνειδητοποίηση της απώλειας είναι αδύνατο να συντελεστεί αμέσως. «Όχι, δεν είναι αλήθεια! Δεν το πιστεύω ...» είναι μερικά από τα πρώτα λόγια μετά την ανακοίνωση του θανάτου, που εκφράζουν αμφισβήτηση και άρνηση του γεγονότος. Το σοκ αποτελεί την αρχική αντίδραση στο άκουσμα του θανάτου. Πληθώρα αναπαραστάσεων κατακλύζουν το μυαλό και δεν το αφήνουν να αντιδράσει. Η απώλεια του ύπνου κατά τις πρώτες νύχτες, της όρεξης, η καθολική απώλεια ενέργειας είναι από τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα.

Στην αρχή, σύμφωνα με την Μαρκοπούλου (1995 σελ 51-52) διστακτικά και μετά πιο επιτακτικά έρχονται στο μυαλό του ασθενούς τα ερωτήματα «Γιατί τώρα, γιατί σ' εμένα;». Οι ερωτήσεις αυτές αποδεικνύουν ότι η πληροφορία έχει αφομοιωθεί πλήρως. Η αίσθηση θα έπρεπε να είχα κάνει κάτι παραπάνω» αντανακλά μια υφέρπουσα επιθυμία ελέγχου αυτού που δεν ελέγχεται. Άλλωστε, αν κάποιος είναι ένοχος επειδή δεν έκανε κάτι που όφειλε να κάνει, αυτό συνεπάγεται ότι υπήρχε κάτι που μπορούσε να γίνει για να αποτραπεί το συμβάν, γεγονός που αποτελεί μια ανακουφιστική σκέψη, η οποία αποσπά το άτομο από την οικτρή ανημποριά απέναντι στο θάνατο.

Η αδυναμία του ατόμου να επέμβει και να σταματήσει το μοιραίο κάνει ώστε να το «επιστρέφει» στον εαυτό του. Η απώλεια είναι μια εμπειρία με την οποία όλοι κάποια στιγμή της ζωής τους έρχονται αντιμέτωποι, αλλά η αυτοκτονία δεν προετοιμάζει, οδηγώντας σε μια χαοτική κατάσταση και «μπλοκάροντας» κάθε ψυχική λειτουργία. Στο σωματικό επίπεδο εντοπίζονται διαταραχές στον 24ωρο βιολογικό ρυθμό, που εκδηλώνονται είτε με αϋπνία είτε με ενδιάμεσες αφυπνίσεις. Η ποιότητα του ύπνου υποβαθμίζεται, οι εφιάλτες αυξάνονται, ενώ μπορεί να σημειωθούν και παραισθήσεις. Συχνά, οι διαταραχές στον ύπνο είναι αυτές που παρακινούν τον πενθόντα να αναζητήσει βοήθεια. Άλλη μακροπρόθεσμη συνέπεια του πένθους είναι η υπερυπνία, πρόκειται για ύπνο-καταφύγιο, όπου το άτομο μπορεί για λίγο να πιστέψει πως τίποτα δεν έχει συμβεί. Οι ανορεκτικές και οι βουλιμικές τάσεις είναι συμπτώματα της απώλειας της επιθυμίας με την ευρεία έννοια, καθώς και αδυναμία απόλαυσης ελεύθερου χρόνου, που οδηγεί το άτομο στην απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον. Ο πενθών νιώθει μόνος ακόμα και όταν βρίσκεται με άλλους. Η μοναξιά αποτελεί παράγοντα επιδείνωσης, ωθώντας τον πενθόντα στο αλκοόλ, το οποίο μπορεί να λειτουργήσει και ως αντικαταθλιπτικό και ως διεγερτικό. Στη σημερινή κοινωνία, οι άνδρες καταφεύγουν ευκολότερα στο ποτό, ενώ οι

γυναίκες στα αντικαταθλιπτικά. Στο συναισθηματικό επίπεδο, η διάθεση του ατόμου είναι θλιμμένη και σκοτεινή, ακροβατώντας ανάμεσα στη μαζοχιστική κριτική των ελαττωμάτων του και σε μια εχθρότητα προς το στενό του περιβάλλον. Λόγω της έντονης αναστάτωσής του το άτομο αντιδρά υπερβολικά σε οτιδήποτε του θυμίζει το θανάτο και κλείνεται εγωιστικά στην εσωτερική του οδύνη μην επιτρέποντας σε κανένα να διακόψει την οδύνη του και το θρήνο του. Φόβος για επικείμενη τρέλα ή θάνατο, για αδυναμία συνέχισης της ζωής χωρίς το νεκρό μπορεί να εντείνουν την όλη κατάσταση. Απαισιοδοξία για το παρόν και το μέλλον και απουσία στόχων, κάνει τον πενθούντα να φλερτάρει και με την αυτοκτονία και το θάνατο (Φρόνιτ, Μτφ Παραδέλλης, 2000).

### **8.3 Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ**

Η υποστήριξη, από τον κοινωνικό λειτουργό, ατόμων που πενθούν μπορεί να είναι ένας πολύ ανταποδοτικός και δύσκολος ρόλος, κάτι που αποτελεί πρόκληση εφόσον γίνεται σωστά. Για να μπορέσει ο κοινωνικός λειτουργός να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του ρόλου του πρέπει να αισθάνεται, ότι μπορεί να αντεπεξέλθει και ότι είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει αυτή την τόσο στρεσογόνο κατάσταση. Για την επίτευξη αυτού του στόχου αναφέρει η Μαρκοπούλου (1995 σελ 56) ότι θα πρέπει:

1. Να συμπεριληφθούν στα προγράμματα σπουδών μαθήματα για την αντιμετώπιση του θανάτου και του πένθους, τόσο σε θεωρητικό όσο και πρακτικό επίπεδο (δραματουργία, πρακτική εξάσκηση κ.λπ.)
2. Να υπάρχει εποπτεία, για να μπορεί ο κοινωνικός λειτουργός να εκφράζει και τους δικούς του φόβους και επιφυλάξεις και να εκτονώνει το stress του
3. Να υπάρχει ευελιξία στον εργασιακό χώρο κ
4. Να οργανωθούν μικρές ομάδες εργασίας από κοινωνικούς λειτουργούς, ώστε να ανταλλάσσουν τις απόψεις και τις εμπειρίες τους
5. Να επεξεργαστεί ο ίδιος ο κοινωνικός λειτουργός τους φόβους και να αλλάξει φιλοσοφία απέναντι στο θάνατο, ώστε να μπορεί και να τον αντέξει
7. Οι ομάδες συμβουλευτικής-διασυνδεδετικής να στελεχώνονται από κοινωνικούς λειτουργούς με ειδικότητα ψυχικής υγείας, εξειδικευμένους στη διασυνδεδετική.

Στις σύγχρονες κοινωνίες ο θάνατος, περισσότερο από ποτέ, είναι θέμα ταμπού. Προκαλεί αμηχανία και οι πιο πολλοί αποφεύγουν και δυσκολεύονται να μιλήσουν για αυτό. Συχνά λειτουργούν σα να ήταν αθάνατοι κι όταν συναντούν κάτι

που να τους το θυμίζει αποφεύγουν το θέμα ή προσπαθούν να το προσπεράσουν όσο γίνεται πιο γρήγορα (Καναβιτσάς, 2010).

Εξαιτίας των παραπάνω, σε αυτούς που έχουν χάσει ένα κοντινό πρόσωπο υπάρχει μια σειρά λανθασμένων μηνυμάτων που λαμβάνουν από το περιβάλλον τους και που τους δυσκολεύουν στη διαδικασία του πένθους: π.χ. μηνύματα που προσπαθούν να μειώσουν τη σημαντικότητα της απώλειας λ.χ. σύντομα θα κάνεις κι άλλο παιδί ή ήταν πολύ γέρος έτσι κι αλλιώς. Άλλα μηνύματα διατάζουν κατά κάποιον τρόπο τον πενθούντα να φανεί δυνατός λ.χ. «ψηλά το κεφάλι, η ζωή συνεχίζεται» (Μαρκοπούλου, 1995 σελ 62).

Όλα τα παραπάνω μηνύματα δείχνουν στον πενθούντα πως τα συναισθήματά του και οι σκέψεις του δεν γίνονται αποδεκτά από τους γύρω του και πως θα έπρεπε να νιώθουν κάπως αλλιώς. Αλίμονο, δεν υπάρχει τρόπος να τροποποιηθούν τα συναισθήματα μόνο να κουκουλωθούν και ο καλύτερος τρόπος για να παγιωθεί η απελπισία και η λύπη είναι να καταπιεστεί και να τα σπρωχθεί βαθιά στην ψυχή του πενθούντος (Γουίλλιαμς και Μπλούμφιλντ, Μτφ Λέττα, 1997).

Επιπλέον, το πένθος είναι μοναδικό, ατομικό για κάθε άνθρωπο. Δεν μπορούν να υπάρχουν κανόνες για τη διάρκειά του, την έντασή του και τη σημασία που έχει για κάθε άνθρωπο. Ένα υποστηρικτικό, τόσο συναισθηματικά όσο και πρακτικά, οικογενειακό συγγενικό περιβάλλον όπου όλα τα συναισθήματα γίνονται αποδεκτά κι όπου δεν δίνονται εντολές για το πώς θα έπρεπε να ξεπεραστεί η απώλεια ενός αγαπημένου, είναι το ιδανικό κλίμα ώστε κάποιος άνθρωπος να βιώσει τη μοναδικότητα του πένθους του, να εκφράσει ανοιχτά και σε όλη τους την ένταση τα συναισθήματά του, σταδιακά να μπορέσει να αποδεχτεί την απώλεια και να συνεχίσει τη ζωή του. Σε κάποιες περιπτώσεις, όταν τα συναισθήματα παραμένουν φιωμένα και φυλακισμένα στην ψυχή κάποιου που βρίσκεται σε πένθος, η συμβουλευτική με κάποιον ειδικό μπορεί να βοηθήσει στην απελευθέρωση των συναισθημάτων αυτών (Φρόντ, Μτφ Παραδέλλης, 2000).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **9.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Αφορμή για τη διεξαγωγή μιας έρευνας αποτελεί συνήθως ένας προβληματισμός, ένα ερευνητικό ερώτημα. Το πρώτο ίσως πράγμα που καλείται ένας ερευνητής να σχεδιάσει είναι η μεθοδολογία που θα υιοθετήσει πρώτον, σε σχέση με τον προβληματισμό του και δεύτερον, με το υπό εξέταση πεδίο (Παρασκευοπούλου - Κόλλια, 2008).

Η μεθοδολογία της παρούσας μελέτης θα διερευνήσει τις επιπτώσεις που έχει το πένθος στο άτομο. Γι αυτό το λόγο αναφέρονται παρακάτω το είδος της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα, τα εργαλεία που θα χρησιμοποιηθούν για τη διεξαγωγή της και γενικά όλοι οι κανόνες που συμβάλλουν στο σχεδιασμό και διεξαγωγή μιας έγκυρης και αξιόπιστης ερευνητικής διαδικασίας.

#### **9.2 ΕΙΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η ποιοτική έρευνα στις κοινωνικές επιστήμες αναφέρεται στη συστηματική αναστοχαστική ερμηνεία μη-αριθμητικών δεδομένων, στο πλαίσιο της διερεύνησης της κοινωνικής συμπεριφοράς των ατόμων. Επιπλέον, η ποιοτική έρευνα συνδέεται άρρηκτα με συγκεκριμένες παραδοχές που αφορούν τη φύση της πραγματικότητας καθώς και τον τρόπο με τον οποίο μπορούμε να γνωρίσουμε την πραγματικότητα αυτήν (Τσέκερης, 2008).

Στην ποιοτική έρευνα, δεν υφίσταται πραγματικότητα χωρίς το υποκείμενο που την παρατηρεί και την περιγράφει. Συνεπώς ο παρατηρητής της εικόνας είναι μέσα στην εικόνα και ως συστατικό μέρος της και συνδέεται αναπόσπαστα με τα υπόλοιπα συστατικά μέρη αυτής (Γέμτος, 2004).

Τα βασικότερα χαρακτηριστικά της ποιοτικής έρευνας είναι:

- Είναι ερμηνευτική αφού επιδιώκει την ερμηνεία και την κατανόηση της κοινωνίας και των κοινωνικών φαινομένων.



- Όταν ο ερευνητής στις ποιοτικές έρευνες εργάζεται πάνω στο πεδίο που μελετά, είναι πάντα ενεργός, γιατί οι ποιοτικές μέθοδοι απαιτούν να γίνεται χρήση όλων εκείνων των στοιχείων, που ο ερευνητής συναντά.
- Οι ποιοτικές μέθοδοι δίνουν την ευκαιρία στον ερευνητή να στοχεύσει στο τι σημαίνει για τα υποκείμενα η εμπειρία για την οποία μιλούν, δηλαδή να εμβαθύνει.

Οι ποιοτικές μέθοδοι σε μεγάλο βαθμό επηρεάζονται από την κουλτούρα-πολιτισμό του ερευνητή (Παρασκευοπούλου – Κόλλια, 2008).

Ο σχεδιασμός των ποιοτικών ερευνών δεν είναι τόσο αυστηρά δομημένος όπως των ποσοτικών. Πιο συγκεκριμένα, οι αποφάσεις που παίρνει ο ερευνητής σε μια ποιοτική κοινωνική έρευνα είναι πιο ελεύθερες ενώ και οι τεχνικές που θα εφαρμόσει για τη συλλογή και επεξεργασία των στοιχείων ενδέχεται να αναθεωρηθούν κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Με βάση τα παραπάνω η παρούσα εργασία προσπαθεί να διερευνήσει πως αντιλαμβάνονται το πένθος διάφορες κατηγορίες υπηρεσιών υγείας με έμφαση στην ψυχική υγεία των ασθενών- πελατών (Γέμτος, 2004).

### **9.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι:

- 1) Πως αντιμετωπίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας τα άτομα που βιώνουν το πένθος;
- 2) Πόσο αποτελεσματικές είναι οι υπάρχουσες κρατικές υποδομές ώστε να διευκολύνουν τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

### **9.4 ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Στην παρούσα εργασία το εργαλείο έρευνας είναι η συνέντευξη σε βάθος. Πρόκειται ουσιαστικά για την αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ προσώπων, που καθοδηγείται από τον ερευνητή με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετιζομένων με το αντικείμενο της έρευνας (Παπαγεωργίου, 2004).

Ένα στοιχείο που τη διαφοροποιεί από μια απλή συζήτηση, είναι ότι αποτελεί το βασικό εργαλείο της έρευνας, ένας έμμεσος τρόπος συλλογής πληροφοριών

αναφορικά με τις αντιλήψεις και τα «πιστεύω» των ανθρώπων που ερωτώνται. Ένα δεύτερο στοιχείο είναι ότι ο διάλογος λαμβάνει χώρα ανάμεσα σε ανθρώπους που κατ' ουσίαν είναι ξένοι μεταξύ τους και ένα τρίτο στοιχείο είναι πως οι συνεντεύξεις κατευθύνονται από τον ερευνητή κατά ένα μεγάλο ποσοστό, στοιχείο που βέβαια εξαρτάται και από το είδος της συνέντευξης (Παρασκευοπούλου – Κόλλια, 2008).

Στη παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκε η συνέντευξη σε βάθος. Η συνέντευξη σε βάθος αφορά ένα σύνολο γενικών ερωτήσεων σε θέματα που ο ερευνητής έχει προκαθορίσει, αλλά τα οποία δεν τα θέτει με συγκεκριμένη σειρά, και τον «πρωταγωνιστικό» ρόλο τον κατέχει ο ερωτώμενος, με την παρουσία του ερευνητή ως βοηθητική και διακριτικά καθοδηγητική (Παρασκευοπούλου – Κόλλια, 2008).

## **9.5 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ– ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ**

Ενώ τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα της συνέντευξης σύμφωνα με τον Ψαρρού – Ζαφειρόπουλος (2004, σελ. 78) είναι:

- Δυνατότητα στον ερευνητή διευκρινήσεων των απαντήσεων που λαμβάνει από τον συνεντευξιαζόμενο.
- Λεπτομερής, με δυνατότητα εμβάθυνσης και ευελιξίας
- Δυνατότητα διερεύνησης της εμπειρίας και αλλά και των προσωπικών στοιχείων των συνεντευξιαζόμενων.
- Πιθανή διερεύνηση στάσεων και συμπεριφορών οι οποίες παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της έρευνας και δεν είχαν αξιολογηθεί από τον ερευνητή.

Επιπλέον ο Ψαρρού - Ζαφειρόπουλος (2004, σελ. 79) τονίζει ότι τα πιο σημαντικά μειονεκτήματα της συνέντευξης είναι:

- Μικρό δείγμα με κίνδυνο να μην είναι αντιπροσωπευτικό
- Εξάρτηση από τις επικοινωνιακές ικανότητες του ερευνητή
- Εξάρτηση από τα προσωπικά πιστεύω του ερευνητή
- Η προσπάθεια γενίκευσης και σύγκρισης με άλλα φαινόμενα είναι δύσκολη.

Στην παρούσα έρευνα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα υπήρξε η δυνατότητα να ζητηθούν διευκρινήσεις σε ερωτήσεις που οι ειδικοί χρησιμοποίησαν επιστημονικές ορολογίες.

Αντίθετα βασικό μειονέκτημα ήταν το μικρό δείγμα καθώς, παρόλο που η έρευνα ταυτίζεται με την βιβλιογραφική ανασκόπηση, θα μπορούσαν να υπάρχουν και κάποιοι στις ειδικότητες αυτές που να αντιμετωπίζουν το συγκεκριμένο θέμα από διαφορετική σκοπιά.

## **9.6 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ – ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Ο πληθυσμός σε μια έρευνα είναι το σύνολο όλων των ίδιων περιπτώσεων στο οποίο ο ερευνητής καλείται να γενικεύσει τα ευρήματά του. Η διαδικασία κατά την οποία από ολόκληρο τον πληθυσμό ο ερευνητής επιλέγει ένα δείγμα ονομάζεται δειγματοληψία (Παπαγεωργίου, 2004).

Τα πρακτικά προβλήματα του ερευνητή σε σχέση με τη δειγματοληψία είναι ότι θα πρέπει συγχρόνως να έχει:

- Έναν πληθυσμό όσο το δυνατόν ευρύτερο, για να έχουν τα ευρήματά του μεγαλύτερη γενικευτική ισχύ
- Ένα δείγμα όσο το δυνατόν μικρότερο σε μέγεθος, για να είναι η εκτέλεση της έρευνας οικονομικότερη-εφικτή.
- Ένα δείγμα όσο το δυνατόν ομοιότερο με τον πληθυσμό ώστε να εξασφαλίζεται όσο το δυνατόν μεγαλύτερος βαθμός βεβαιότητας στις γενικεύσεις του (Παπαγεωργίου, 2004).

Ο πληθυσμός που επιλέχθηκε για την παρούσα έρευνα είναι άτομα που σχετίζονται με το χώρο της ψυχικής υγείας. Ο ουσιαστικότερος λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο δείγμα είναι επειδή κρίθηκε πιο εύκολη η προσέγγισή του και η πρόσβαση του σε αυτό από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Επίσης όσον αφορά στα άτομα που επιλέχθηκαν για συνέντευξη, ήταν η κατεύθυνση του επόπτη μετά από συνεργασία με την ερευνητική ομάδα. Συμφωνήθηκε και κρίθηκε απαραίτητο από όλους να υπάρχει ίσος αριθμός ατόμων από κάθε ειδικότητα προκειμένου η καταγραφή των αποτελεσμάτων να είναι πιο απλή.

Συγκεκριμένα πάρθηκαν συνεντεύξεις από τους ακόλουθους:

2 ψυχίατροι

- 2 ψυχολόγοι
- 2 κοινωνικοί λειτουργοί
- 2 νοσηλευτές και
- 2 ιερείς

## **9.7 ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ**

Η στοιχειωδέστερη μορφή δειγματοληψίας κατά πιθανότητα είναι η απλή τυχαία δειγματοληψία. Το σχήμα αυτό χρησιμοποιείται ευρύτατα, κυρίως λόγω της απλότητάς του από την άποψη της στατιστικής συμπερασματολογίας. Πέρα από την αυτοτελή χρήση του, το σχήμα αυτό χρησιμεύει και ως βάση για συνθετότερα δειγματοληπτικά σχήματα. Εάν, διατίθενται επιπλέον και επιπρόσθετες πληροφορίες για τα άτομα που απαρτίζουν αυτήν την βάση, τότε υπάρχει η δυνατότητα να βελτιωθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος της παρούσας μελέτης.

Στην παρούσα έρευνα επιλέγηκαν 2 άτομα από κάθε έναν από τους κλάδους που ασχολούνται με την αντιμετώπιση του πένθους ώστε να υπάρχει μια ξεκάθαρη εικόνα για τον τρόπο που αντιμετωπίζονται οι διάφορες φάσεις του πένθους από κάθε φορέα ξεχωριστά.

## **9.8 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΕΠΙΤΥΧΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ**

Οι συνεντεύξεις οφείλουν να υπακούουν στην επιστημονική δεοντολογία όπως αυτή εκφράζεται από ένα σύνολο κανόνων. Οι κανόνες αυτοί καθορίζουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγονται οι συνεντεύξεις, διατυπώνονται οι ερωτήσεις και τελείται γενικότερα η επικοινωνία ερευνητή-υποκειμένου. Ο ερευνητής οφείλει άρα να προσαρμοστεί στα δεδομένα του προγράμματος του ερωτώμενου. Έτσι, οι συναντήσεις που θα καθοριστούν πρέπει να γίνονται με την συγκατάθεση των ερωτώμενων, στα μέρη και τις ώρες που εκείνους διευκολύνει (Παρασκευοπούλου – Κόλλια, 2008).

Πέρα και πριν από αυτό τον «άγραφο» δεοντολογικό κανόνα, ο ερευνητής οφείλει να συστήνεται και να προσδιορίζει το σκοπό της έρευνάς του – ακόμα κι αν έχει μαζί του κάποια συστατική επιστολή. Επίσης πρέπει να ενημερώνει για τη χρονική διάρκεια της συνέντευξης και να προσπαθεί να μην υπερβαίνει το χρόνο αυτό. Επομένως, η ερευνητική ομάδα της παρούσας μελέτης ενημέρωσε τον κάθε

ερωτώμενο χωριστά ότι η συνέντευξη θα έχει διάρκεια 10 λεπτά προκειμένου να καθορίσουν το χρόνο που θα χρειαστεί να διαθέσουν.

Ο Johnson (1984) γράφει πως ο ερευνητής είναι υπεύθυνος για τον τρόπο με τον οποίο θα φέρει σε πέρας τη συνέντευξη. Επομένως, η σχέση μεταξύ του ερευνητή και του υποκειμένου είναι αναλογική κι ισότιμη και κατά τη διάρκεια της συνέντευξης διαπλέκονται συναισθήματα εμπιστοσύνης και ανασφάλειας, ή ασφάλειας, που χαρακτηρίζουν τελικά την όλη διαδικασία. Η διακριτικότητα του ερευνητή και η ευγένειά του, καθορίζουν κατά πολύ την χροιά των απαντήσεων. Τα υποκείμενα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σεβασμό και δικαιοσύνη. Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις (Παρασκευοπούλου – Κόλλια, 2010).

Στη συγκεκριμένη έρευνα, αφού υπήρξε τηλεφωνική επικοινωνία με τους ειδικούς για να ορισθεί η ημερομηνία συνάντησης και ο ακριβής τόπος, αλλά πρωτίστως, η αποδοχή της συνέντευξης, πραγματοποιήθηκε η συνέντευξη. Στην αρχή παρουσιάστηκε μια επιστολή που διευκρίνιζε την ταυτότητα της ερευνητικής ομάδας και στην συνέχεια ακολούθησαν προφορικές συστάσεις. Έπειτα παρατέθηκαν οι λόγοι που καθιστούσαν αναγκαία για την ερευνητική ομάδα τη συνέντευξη και πραγματοποιήθηκε η διαδικασία. Με το πέρας αυτής ακολούθησαν οι ευχαριστίες μας προς όλους για την πολύτιμη βοήθειά τους στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής μελέτης.

### **9.8.1 ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Δύο πολύ σημαντικές παραμέτρους οι οποίες πρέπει να προσεχθούν κατά τη διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας είναι η αξιοπιστία και η εγκυρότητα.

Για να ελαχιστοποιηθούν οι μεροληψίες έτσι ώστε να είναι η έρευνα έγκυρη ο Ψαρρού – Ζαφειρόπουλος (2004) υποστηρίζει ότι θα πρέπει:

- Ο ερευνητής να μην επιδιώκει συγκεκριμένες απαντήσεις από τον συνεντευξιαζόμενο αλλά να του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τις δικές του απόψεις.
- Να αποφεύγονται οι παρανοήσεις και να γίνεται ξεκάθαρο στον συνεντευξιαζόμενο για ποιο λόγο τίγονται ζητήματα όπως το φύλο, η εθνικότητα, η θρησκεία, η ηλικία, η κοινωνική τάξη και η μόρφωση.

- Ο ερευνητής θα πρέπει να διατυπώνει προσεχτικά τις ερωτήσεις και να δίνει διευκρινήσεις, όπου καταλάβει ότι παρερμηνεύτηκαν.
- Θα πρέπει ο ερευνητής να έχει λάβει την κατάλληλη εκπαίδευση για να μπορεί να αντιμετωπίσει και τα πιθανά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει κατά τη διάρκεια της πορείας της έρευνας.

Στην παρούσα μελέτη, οι συνεντευξιαζόμενοι είχαν τη δυνατότητα να απαντήσουν σε όλες τις ερωτήσεις όπως αυτοί επιθυμούσαν. Η ερευνητική ομάδα δεν καθόριζε ούτε το ύφος των απαντήσεων ούτε έδινε συγκεκριμένες εναλλακτικές απαντήσεις. Επιπλέον οι ερωτήσεις που τέθηκαν στους ερωτώμενους, είχε συμφωνηθεί να γίνονται δύο φορές προκειμένου να καταστεί το ερώτημα ξεκάθαρο σε αυτούς και να μην υπάρχουν παρερμηνείες στις ερωτήσεις.

## 9.8.2 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΕΙΛΩΝ

Κάποιοι από τους τρόπους αντιμετώπισης απειλών είναι οι εξής:

- Ενημέρωση και υποστήριξη συναδέλφων. Ομάδες συναδέλφων που συμμετέχουν σε μια ποιοτική έρευνα. Οι ομάδες αυτές βοηθούν στο να επιτευχθεί η αποφυγή μεροληψίας του ερευνητή μέσω συνεδριάσεων ενημέρωσης κατά περιόδους στο ερευνητικό περιβάλλον (Robson, 2007).
- Έλεγχος από τα μέλη. Αυτό σημαίνει ότι επιστρέφονται στους αποκρινόμενους της έρευνας υλικό από τον ερευνητή ή την ερευνητική ομάδα. Όπως χειρόγραφες αναφορές και ερμηνείες που έχουν γίνει. Αυτό μειώνει την μεροληψία του ερευνητή και δείχνει ότι ο ερευνητής δίνει αξία στις αντιλήψεις και στην βοήθεια τους. Επιπλέον οι διαφωνίες μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο διαπραγμάτευσης με τρόπο που να αντιπροσωπεύει, τόσο τα ενδιαφέροντα των αποκρινόμενων, όσο και τις ανάγκες της μελέτης (Robson, 2007).
- Ανάλυση της αρνητικής περίπτωσης. Ο ερευνητής θα πρέπει να αφιερώνει χρόνο και στην αναζήτηση περιπτώσεων που να διαψεύδουν την θεωρία του. Αυτό συνήθως συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας πιο εκλεπτυσμένης άποψης της θεωρίας σας (Robson, 2007).

- Πλήρης καταγραφή δραστηριοτήτων. Ο ερευνητής καταγράφει όλες του τις δραστηριότητες κατά την διάρκεια της μελέτης. π.χ. χειρόγραφες σημειώσεις, λεπτομέρειες για την κωδικοποίηση και ανάλυση των δεδομένων (Robson, 2007).

Στη παρούσα μελέτη δεν παρουσιάστηκαν κάποιες από τις προαναφερθείσες απειλές στην εγκυρότητα, διότι δε περιγράφηκαν από την ομάδα της έρευνας πράγματα που οι ίδιες είδαν αλλά έγινε πιστή καταγραφή των απαντήσεων των ερωτώμενων με πλήρη ορθότητα και εγκυρότητα. Δόθηκε το νόημα που οι ερωτώμενοι έθεσαν και όχι το νόημα που οι ερευνήτριες θέλησαν να αφήσουν από την εμπλοκή τους στο περιβάλλον των ερωτώμενων. Έγινε προσπάθεια ώστε οι εξηγήσεις και οι κατανοήσεις που προκύπτουν από την έρευνα να είναι σαφής και ακριβής ώστε να μη θεωρηθούν εναλλακτικές ή μη έγκυρες. Η συνεργασία των ερευνητριών με τους ερωτώμενους ήταν πολύ οριοθετημένη για να μην υπάρξει εμπλοκή των πρώτων στο επίκεντρο της μελέτης και στη συμπεριφορά των ερωτώμενων και να αποφευχθούν οι μεροληψίες και από τις δύο πλευρές. Οι τρόποι για τη μείωση των μεροληψιών αυτών αναφέρονται παρακάτω.

Ένας τρόπος για να εξασφαλίζεται η εγκυρότητα της μέτρησης των συνεντεύξεων είναι να γίνεται μια σύγκριση της έρευνας αυτής με μια άλλη που έχει αποδειχθεί ως έγκυρη. Αυτό το είδος σύγκρισης είναι γνωστό ως συγκλίνουσα εγκυρότητα. Αν οι δύο μετρήσεις συμφωνούν, μπορεί να θεωρηθεί ότι η εγκυρότητα της συνέντευξης είναι συγκρίσιμη με την αποδεδειγμένη εγκυρότητα της άλλης μέτρησης (Παπαγεωργίου, 2004).

Ένας άλλος πιο πρακτικός τρόπος είναι να ελαχιστοποιηθούν οι μεροληψίες. Ως πηγές μεροληψίας θεωρούνται τα χαρακτηριστικά του συνεντευκτή και του ερωτώμενου και το ουσιαστικό περιεχόμενο των ερωτήσεων. Για να αποφευχθούν οι μεροληψίες που τυχόν να εμφανίστηκαν έγινε προσεκτική διατύπωση των ερωτήσεων με σαφές νόημα και συγκρότηση του δείγματος με επιστημονικό τρόπο.

### **9.8.3 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η αξιοπιστία στη ποιοτική έρευνα αφορά κατά πόσο το εργαλείο που χρησιμοποιείται από τον ερευνητή δίνει συνεπή αποτελέσματα. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της μαγνητοφώνησης της διαδικασίας, μετά τη σύμφωνη

γνώμη των ερωτώμενων. Φυσικά η αξιοπιστία είναι απαραίτητη για να υπάρξει εγκυρότητα στα ερευνητικά αποτελέσματα. Για αυτό και θα πρέπει να αποφεύγονται οι μεροληψίες είτε στη διατύπωση των ερωτημάτων που θέτει ο ερευνητής είτε στη συγκρότηση του δείγματος (Παπαγεωργίου, 2004).

Προκειμένου να αποφευχθούν οι μεροληψίες στη διατύπωση των ερωτημάτων, αποφασίστηκε όλες οι ερωτήσεις να είναι γενικού περιεχομένου και να έχει τη δυνατότητα να απαντήσει ο καθένας όπως επιθυμεί.

#### **9.8.4 ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Ο ερευνητής για να εγείρει ζητήματα δεοντολογίας θα πρέπει να έχει γνώσεις του αντικείμενου της έρευνας αλλά και του θεωρητικού πλαισίου. Επιπλέον, θα πρέπει να είναι διορατικός, σαφής, ευγενικός, οξυδερκής αλλά και κριτικός αν κρίνει ότι αυτή θα πρέπει να είναι η στάση του τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή (Ψαρρού, - Ζαφειρόπουλος, 2004).

Επιπλέον, η σχέση μεταξύ του ερευνητή και του συνεντευξιαζόμενου πρέπει να είναι αναλογική κι ισότιμη αφού κατά τη διάρκεια της συνέντευξης διαπλέκονται συναισθήματα εμπιστοσύνης και ανασφάλειας ή ασφάλειας, που χαρακτηρίζουν τελικά την όλη διαδικασία (Ψαρρού, - Ζαφειρόπουλος, 2004).

Βέβαια χωρίς αμφιβολία υπάρχουν αρκετά αρνητικά κατά την προσπάθεια συλλογής πληροφοριών από συνεντεύξεις. Καταρχάς το να παίρνει κάποιος συνεντεύξεις ενέχει τον κίνδυνο, από ηθικής άποψης περισσότερο, οι συνεντευξιαζόμενοι να εγκλωβίζονται όταν βρίσκονται σε άμεση συνομιλία με τον ερευνητή, παρά να αισθάνονται ελεύθερα για να μιλήσουν για το εκάστοτε ερευνητικό αντικείμενο (Ψαρρού, - Ζαφειρόπουλος, 2004).

Μερικά από τα προβλήματα που προκύπτουν, λόγω προκατάληψης, είναι για παράδειγμα, η προθυμία του συνεντευξιαζόμενου να δώσει τις απαντήσεις που ο ερευνητής θέλει ή τις απαντήσεις που θα είναι οι κοινωνικά αποδεκτές κι επιθυμητές. Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί και ένα άλλο στοιχείο, που έρχεται σε πλήρη αντίθεση με όσα προαναφέρθηκαν ως θετικά: οι αντιλήψεις των συνεντευξιαζόμενων δεν μπορούν να ελεγχθούν, καθώς κατά τη διάρκεια του διαλόγου παρατηρείται ένα είδος ψυχολογικής πίεσης στον συνεντευξιαζόμενο να πει «κάτι σημαντικό». Οι ερωτώμενοι ενδόμυχα τρέφουν την ελπίδα ότι θα δώσουν τις «σωστές» απαντήσεις. Δεν είναι αυτή, όμως, η επιθυμητή κατάληξη μιας συνέντευξης, γιατί



στις συνεντεύξεις δεν γίνονται «λάθη», όσον αφορά στις απαντήσεις των ερωτώμενων. Σκοπός του ερευνητή είναι η προσέγγιση και καταγραφή της αλήθειας, χωρίς αποστέωση και αποχρωμάτιση των απαντήσεων. Τα υποκείμενα πολλές φορές νιώθουν ότι βρίσκονται εν μέσω μιας διαδικασίας άφεσης αμαρτιών. Εάν ειδικά καταφέρουν να δουν από την αντίδραση του ερευνητή ότι έχουν συμβάλει στα προσδοκώμενα αποτελέσματα της έρευνας (Παρασκευοπούλου – Κόλλια, 2008).

Στην παρούσα έρευνα σκοπός της ερευνητικής ομάδας ήταν να θέσει τις ερωτήσεις στους συνεντευξιαζόμενους και να τους παρέχει το ελεύθερο να απαντήσουν όπως αυτοί επιθυμούν. Επιθυμία της ομάδας ήταν να μην παρέμβει σε κανένα σημείο των απαντήσεων προκειμένου να μην ασκήσει την παραμικρή πίεση στον ερωτώμενο καθώς και να μην κατευθύνει τις απαντήσεις κατ' οποιονδήποτε τρόπο.

Αν και επιβάλλεται οι απαντήσεις του ερωτώμενου να μην είναι κατευθυνόμενες από τις ερωτήσεις του ερευνητή, ο τελευταίος χρησιμοποιεί πολλές φορές ορισμένα τεχνάσματα. Τέτοιου τύπου είναι η ενθάρρυνση του υποκειμένου ή η συγκατάβαση και το ενδιαφέρον. Ακόμα, και η συμπάσχουσα συμπεριφορά, όταν το υποκείμενο αρχίσει να αναπτύσσει ένα αδιάφορο για την έρευνα, μα σοβαρό, προσωπικό του θέμα, που έχει ανάγκη να το μοιραστεί με τον ερευνητή. Ειδικότερα όμως όσον αφορά προσωπικά ζητήματα του υποκειμένου, είναι ανάγκη οι ερωτήσεις να μεταλλάσσονται ή να γίνονται με τρόπο τέτοιο που να μην θίγεται ο ψυχισμός του υποκειμένου (Παρασκευοπούλου – Κόλλια, 2008).

Επίσης, θα ήταν παράληψη να μην αναφερθεί ότι είναι σημαντική στις κοινωνικές έρευνες η διατήρηση της ανωνυμίας των υποκειμένων που συμμετέχουν. Ανωνυμία εννοείται να μην αποκαλυφθεί η ταυτότητα του δείγματος αλλά και να μη μπορεί να τον βρει ούτε ο ίδιος ο ερευνητής μετά το πέρας της έρευνας. Έτσι ο σεβασμός στη διαφορετικότητα, η ανωνυμία, η εχεμύθεια αλλά και ο σεβασμός του προσωπικού χώρου των συνεντευξιαζόμενων είναι απαραίαστοι κανόνες (Παρασκευοπούλου – Κόλλια, 2008).

Στην παρούσα μελέτη, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ανωνυμία του δείγματος, που ήταν και δική τους επιθυμία, δόθηκαν εγγυήσεις στους ερωτώμενους πως τα προσωπικά στοιχεία που έδωσαν δεν θα χρησιμοποιηθούν σε κανένα σημείο της μελέτης – εκτός του μικρού ονόματος και της ηλικίας για τα οποία και έδωσαν τη συγκατάθεσή τους – και θα διατηρηθούν από την ομάδα για την τήρηση προσωπικού αρχείου. Το ίδιο θα γίνει και με όλο το υλικό της έρευνας το οποίο θα διατηρηθεί ως

αρχείο από την ομάδα και μετά τη λήψη του πτυχίου και θα χρησιμοποιείται – προς όφελος της επιστήμης πάντοτε – για οποιαδήποτε ερευνητική ή συμβουλευτική ανάγκη στο μέλλον.

## 9.9 ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η συλλογή των δεδομένων είναι μια πολύπλευρη διαδικασία με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όπως αναφέρει ο Παπαγεωργίου (2004, σελ 35):

- α) ότι ο σκοπός είναι μια όσο το δυνατόν πλουσιότερη περιγραφή του πραγματικού πλαισίου της έρευνας,
- β) δεν είναι εκ των προτέρων καθορισμένο επακριβώς το τι δεδομένα θα συλλεχθούν,
- γ) χρησιμοποιούνται πολλαπλές μέθοδοι συλλογής δεδομένων,
- δ) τα δεδομένα δεν είναι αντικειμενικά.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ότι οι μέθοδοι που περιγράφονται παρακάτω δεν είναι ανεξάρτητες από τον ερευνητή.

Οι τεχνικές συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιούνται σε έρευνες ποιοτικής μεθοδολογίας είναι η συνέντευξη, η παρατήρηση, η έρευνα δράσης, η ανάλυση περιεχομένου, η βιβλιογραφική ανάλυση και η μελέτη περίπτωσης (Παπαγεωργίου, 2004).

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε και χρησιμοποιήθηκε για τη μέθοδο συλλογής δεδομένων η καταγραφή των απαντήσεων από τις συνεντεύξεις μέσω μαγνητοφώνησης. Οι απομαγνητοφωνημένες απαντήσεις παρατίθενται στο παράρτημα της εργασίας.

Με τη συνέντευξη δίνεται η δυνατότητα να αναπτυχθεί μια συζήτηση μεταξύ του συνεντευκτή και του συνεντευξιαζόμενου. Με τη χρήση αυτού του εργαλείου δίνονται ευκαιρίες για διευκρίνιση των απαντήσεων καθώς και για εμβάθυνση σε προσωπικά βιώματα του συνεντευξιαζόμενου μέσα στο χώρο της ψυχικής υγείας. Οι ερωτήσεις της συνέντευξης είναι δομημένες ανοιχτού τύπου γιατί: α) οι συμμετέχοντες απαντούν στις ίδιες ερωτήσεις, αυξάνοντας κατά αυτό τον τρόπο τη συγκρισιμότητα των απαντήσεων, β) τα δεδομένα για κάθε άτομο είναι ολοκληρωμένα ως προς τα θέματα της συνέντευξης, γ) μειώνονται οι επιδράσεις και οι προκαταλήψεις του συνεντευκτή όταν χρησιμοποιούνται αρκετές συνεντεύξεις, δ) επιτρέπει στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων να μελετήσουν τους λειτουργικούς

ορισμούς που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση και ε) διευκολύνει την οργάνωση και ανάλυση των δεδομένων (Cohen, Manion, 2000).

Η ερευνητική ομάδα, στην παρούσα έρευνα χρησιμοποίησε τη μέθοδο της συνέντευξης. Υπέβαλε σε όλους τους ερωτώμενους τα ίδια ακριβώς ερωτήματα, ώστε να μπορούν να συγκριθούν και να αναλυθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια οι απαντήσεις και κατέγραψε με την μέθοδο της μαγνητοφώνησης, τις απαντήσεις που αυτοί έδωσαν. Σε κανένα σημείο της συνέντευξης δεν παρενέβη ούτε για να ζητήσει διευκρίνιση ούτε για να οδηγήσει κάποια απάντηση προς την κατεύθυνση που αυτή μπορεί να ήθελε. Τέλος οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν και οι απαντήσεις παρατίθενται, ακριβώς, στο παράρτημα.

## **9.10 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Κατά τη διενέργεια της ερευνητικής διαδικασίας παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες οι οποίες αφορούσαν την πρόσβαση στους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, η έλλειψη χρόνου αλλά και εμπιστοσύνης σχετικά με τη σπουδαιότητα και τη σκοπιμότητα της ερευνητικής διαδικασίας αποτέλεσαν σίγουρα ανασταλτικό παράγοντα για την αποδοχή συμμετοχής περισσότερων επαγγελματιών σε αυτή.

Βέβαια, ανασταλτικοί παράγοντες στην όλη προσπάθεια στάθηκε και το μικρό ποσοστό του δείγματος αλλά και η έλλειψη χρόνου καθώς οι συγκεκριμένοι παράγοντες εμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό την διεξαγωγή ορθών αποτελεσμάτων.

Το πρόβλημα που αντιμετώπισε η ερευνητική ομάδα έγκειται στο ότι δεν ήταν εύκολο να βρεθούν τα δύο άτομα από κάποιες ειδικότητες καθώς άλλοι επικαλούνταν φόρτο εργασίας, ενώ άλλοι απλά δεν επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην συγκεκριμένη διαδικασία.

Τελικά, το πρόβλημα ξεπεράστηκε με τη βοήθεια του επαγγελματικού οδηγού Πάτρας. Αναζητήθηκαν όσο το δυνατόν περισσότεροι από κάθε ειδικότητα μέχρι του σημείου να λάβει η ομάδα δυο θετικές απαντήσεις από τον κάθε κλάδο που ασχολείται με την ψυχική υγεία. Ζητήθηκε επιπλέον η βοήθεια γνωστών και φίλων προκειμένου να προσεγγιστούν κάποιοι από τους ειδικούς ώστε να συνδράμουν στην πραγματοποίηση της έρευνας της παρούσας εργασίας.

## **9.11 ΤΟΠΟΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης. Για να γίνει αυτό, ορίστικαν ραντεβού στο χώρο εργασίας των ερωτώμενων, ούτως ώστε να διευκολυνθούν οι ίδιοι προκειμένου να απαντήσουν στις ερωτήσεις που τους τέθηκαν. Η χρονική περίοδος λήψης των συνεντεύξεων ήταν η περίοδος από μια (1) Σεπτεμβρίου έως και έξι (6) Σεπτεμβρίου 2011. Στην συνέχεια ακολούθησε η απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων και η ανάλυση των αποτελεσμάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 10.1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στο 10<sup>ο</sup> κεφάλαιο γίνεται η ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας. Θα παρουσιαστούν αναλυτικά οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα και θα επεξεργαστούν οι ομοιότητες και οι διαφορές των απαντήσεων αυτών. Αρχικά θα αναλυθούν τα δημογραφικά στοιχεία και στη συνέχεια καταγράφονται οι απαντήσεις του κάθε υποκειμένου στις ερωτήσεις της έρευνας.

Εκτός των άλλων τα δημογραφικά στοιχεία , όπως παρουσιάζονται στον 1<sup>ο</sup> πίνακα προεπιλέχθηκαν για την διεξαγωγή της έρευνας. Οι ειδικότητες που συμμετείχαν ήταν δύο (2) ψυχίατροι, δύο (2) ψυχολόγοι, δύο (2) νοσηλεύτριες, δύο (2) κοινωνικοί λειτουργοί και δύο (2) ιερείς.

**Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία**

A/A	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ
1	A	35	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	7 ΕΤΗ
2	Γ	43	ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ	13 ΕΤΗ
3	Γ	29	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	6 ΕΤΗ
4	Γ	46	ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	22 ΕΤΗ
5	Γ	32	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	10 ΕΤΗ
6	Γ	56	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	30 ΕΤΗ
7	A	28	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	5 ΕΤΗ
8	Γ	36	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	12 ΕΤΗ
9	A	48	ΙΕΡΕΑΣ	23 ΕΤΗ
10	A	53	ΙΕΡΕΑΣ	26 ΕΤΗ

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποτελείται από επτά (7) ερωτήσεις. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν (10) άτομα τα οποία απάντησαν σε όλα τα ερωτήματα που τέθηκαν. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν κατόπιν συνεννόησης με τους συμμετέχοντες σε ημερομηνία, ώρα και τόπο ο οποίος ορίστηκε στο χώρο

εργασίας των ερωτωμένων, όπως περιγράφεται στην μεθοδολογία της έρευνας και συγκεκριμένα στη σελίδα 99.

Όσον αφορά την ηλικία (**1<sup>η</sup> ερώτηση**) οι μισοί από τους ερωτηθέντες είναι έως 36 ετών ενώ οι υπόλοιποι από 43 έως 56 ετών. Το φύλο του δείγματος παρουσιάζει ομοφωνία, καθώς έξι από αυτούς ερωτηθέντες είναι γυναίκες ενώ οι υπόλοιποι είναι άντρες. Ενώ σχετικά με την επαγγελματική προϋπηρεσία τους ότι όλοι έχουν πάνω από πέντε (5) έτη προϋπηρεσίας .

Στην 2<sup>η</sup> ερώτηση «Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;» οι δύο ψυχίατροι ασχολούνται με τον τομέα της ψυχικής υγείας, οι ψυχολόγοι έχουν ενημερωθεί μέσα από τις σπουδές τους για την ψυχική υγεία, οι δύο νοσηλεύτριες εργάζονται στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ρίου, οι δύο κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται σε ειδικό σχολείο. Τέλος οι δύο ιερείς δείχνουν την σαφή διάθεση της εκκλησίας να βοηθάει τους πιστούς της που την έχουν ανάγκη.

Στην 3<sup>η</sup> ερώτηση «Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;» οι απαντήσεις ποικίλουν ανάλογα με την ειδικότητα των ερωτώμενων. Έτσι οι ψυχίατροι υποστηρίζουν ότι χορηγούν ελαφριάς μορφής ηρεμιστικά φάρμακα ιδίως κατά τη διάρκεια της νύχτας ώστε να μπορούν οι εξυπηρετούμενοι να έχουν ήρεμο ύπνο. Επιπλέον άτομα που βιώνουν μια απώλεια μπορούν να αποκτήσουν από νευρώσεις έως σοβαρές ψυχιατρικές νόσους. Οι ψυχολόγοι και οι κοινωνικοί λειτουργοί σχετικά με την αντιμετώπιση του πένθους μίλησαν για τα τρία στάδια του πένθους ενός ατόμου που πενθεί αλλά και για το άγχος που περνά ο ψυχισμός ενός ατόμου που πενθεί. Οι νοσηλεύτριες στάθηκαν κυρίως στη δύσκολη θέση που έχουν όταν πρέπει να ανακοινώσουν δυσάρεστες καταστάσεις στα οικεία πρόσωπα. Ενώ εκ διαμέτρου ιδωμένες είναι οι απόψεις των ιερέων οι οποίοι υποστηρίζουν πως έχουν χρέος απέναντι στους πιστούς να τους στηρίξουν ώστε να μπορέσει με τον καιρό να γαληνεύσει η ψυχή τους.

Συγκεκριμένα δόθηκαν οι παρακάτω χαρακτηριστικές απαντήσεις:

«Όταν ένα άτομο χρήζει ψυχιατρικής παρακολούθησης κατά τις περισσότερες φορές χορηγούνται ελαφρύς μορφής ηρεμιστικά ιδίως κατά τη διάρκεια της νύχτας ώστε να μπορούν να έχουν ήρεμο ύπνο. Εφόσον κρίνεται απαραίτητο ο ασθενής παραπέμπεται να συμμετάσχει σε ψυχοθεραπευτική ομάδα».

Ψυχίατρος

«Ως ψυχολόγος κινούμαι σε τρία στάδια αντιμετώπισης, το πρώτο στάδιο αφορά την εύρεση των απαραίτητων χαρακτηριστικών ενός ατόμου (ενδιαφέροντα, συμπεριφορά, δυνατότητες), αυτό γίνεται μέσω ψυχολογικών τεστ και άλλων τυποποιημένων ψυχολογικών διαδικασιών και μεθόδων».

Ψυχολόγος

«Έρχεται σε επαφή μαζί τους από τη στιγμή που θα εισέρθει το προσφιλές του πρόσωπο στο νοσοκομείο. Πολλές φορές έρχεται στη δύσκολη θέση να ανακοινώσει δυσάρεστες καταστάσεις στους συγγενείς. Για όλα αυτά ο νοσηλευτής πρέπει να ακουμπά με στοργή και κατανόηση τα άτομα που βιώνουν το πένθος».

Νοσηλευτής

«Στην συνέχεια και αφού έχει περάσει το μεγάλο ξέσπασμα τους, συζητώ μαζί τους και προσπαθώ να τους ηρεμήσω. Βέβαια κάθε κατάσταση είναι διαφορετική και δεν ξέρεις πως μπορεί να αντιδράσει κάποιος».

Κοινωνικός Λειτουργός

«Από εκεί και πέρα προσπαθούμε και συζητάμε με τους πιστούς με απώτερο σκοπό να γαληνέψει η ψυχή τους και να ανακουφιστούν από τον μεγάλο πόνο που νιώθουν. Αν η πίστη τους στο Θεό είναι δυνατή τότε θα καταλάβουν και θα προχωρήσουν με τη βοήθεια και τη δύναμή Του».

Ιερέας

Για τη 4<sup>η</sup> ερώτηση «Πώς επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος;» στις απαντήσεις των ερωτηθέντων κυριαρχεί η αναφορά στο παρελθόν και τον τρόπο που αντιμετωπιζόταν το πένθος, ενώ αναφέρεται και η σημερινή, παρόμοια κατάσταση σε χωριά κυρίως και μικρές κοινωνίες. Υποστηρίζεται δηλαδή, πως οι άνθρωποι είναι έρμαιοι των σκληρών

παραδόσεων και εθίμων που συνηθίζουν να κυριαρχούν σε τέτοιες περιοχές και επηρεάζονται ιδιαίτερα από την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο τους. Χαρακτηριστική είναι οι απαντήσεις που λάβαμε για την συγκεκριμένη ερώτηση:

«Υπάρχει η λεγόμενη «κοινωνική κατακραυγή» όταν ένα άτομο δεν πενθεί όπως «προστάζει» η κοινωνία».

Νοσηλεύτρια

Αλλά και

«Ο κόσμος γύρω μας πάντα επηρεάζει την εσωτερική μας κατάσταση. Ειδικά σε άτομα που είναι πιο ευάλωτα όπως αυτά που βιώνουν το πένθος ακόμα και μια φράση μπορεί να τα επηρεάσει και τι περισσότερες φορές αρνητικά. Ζούμε σε μια χώρα που ακόμα έχει επιρροές από παλιότερα χρόνια και θέλουν το άτομο που βιώνει το πένθος να έχει μια συγκεκριμένη περιβολή και αντιμετώπιση».

Ψυχίατρος

Αντίθετα οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ιερείς βλέπουν πιο συμβουλευτικά τα πράγματα και αναφέρουν ότι χρειάζεται μέτρο στις εκδηλώσεις του περιγυρου καθώς δεν απέχει πολύ για ένα πενθούντα να δει αρνητικά την στήριξη που λαμβάνει.

Αναφέρονται μεταξύ άλλων:

«Οι άνθρωποι που βιώνουν το πένθος έχουν ανάγκη από ψυχολογική κυρίως στήριξη. Όμως θα πρέπει να υπάρχει και ένα μέτρο στις εκδηλώσεις μας προς αυτούς, καθώς η μεγάλη επιμονή μπορεί να οδηγήσει στο άλλο άκρο. Είτε δηλαδή να θεωρήσει αυτός που βιώνει το πένθος ότι τον λυπόμαστε και να καταρρακωθεί ακόμα περισσότερο η ψυχολογία του, είτε να οδηγηθεί σε άσχημο ξέσπασμα λόγω ότι τα νευρά του είναι «τεντωμένα»»

Κοινωνικός Λειτουργός,



αλλά και:

«Ο κόσμος προσπαθεί καλοπροαίρετα να βοηθήσει αυτόν που πονάει στην ψυχή. Όμως αυτό μπορεί να έχει και αρνητικές συνέπειες αν δεν γίνει με το σωστό τρόπο».

Ιερέας

Στην 5<sup>η</sup> ερώτηση «Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;» η άποψη που κυριαρχεί είναι πως οι υποδομές στην Ελλάδα είναι από λίγες έως ανεπαρκείς. Τίθεται μάλιστα και το θέμα της ελάχιστης προβολής και αξιοποίησης των ήδη υπαρχόντων. Κυρίως οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας εκτιμούν πως είναι πολλά αυτά που πρέπει να γίνουν αλλά και πολλά αυτά που μπορούν να γίνουν εάν υποστηριχθούν κατάλληλα οι υποδομές στο χώρο της ψυχικής υγείας. Από την άλλη οι κληρικοί αναφέρουν πως η εκκλησία έχει ανοικτές τις πόρτες της για όποιον επιθυμεί τη βοήθεια της και τη βοήθεια του Θεού.

Χαρακτηριστικές είναι οι απόψεις των ερωτηθέντων:

«Η εκκλησία έχει ανοιχτές τις πόρτες της για τους πιστούς. Οι ιερείς είναι πάντα πρόθυμοι να ακούσουν να συζητήσουν και να συμβουλέψουν τον κόσμο με τη δύναμη του Κυρίου».

Ιερέας

«Θα μπορούσαν να είναι και καλύτερες, πιο λειτουργικές. Σίγουρα υπάρχουν άτομα εξειδικευμένα στις υπηρεσίες ή πίσω από τις τηλεφωνικές γραμμές όμως το βάρος θα πρέπει να δοθεί κυρίως στην προβολή αυτών των υπηρεσιών καθώς ο κόσμος δεν γνωρίζει την ύπαρξή τους».

Κοινωνική Λειτουργός

«Η κρατική μέριμνα απουσιάζει και στον τομέα της ψυχικής υγείας. Κατά τη γνώμη μου θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση για το βίωμα του πένθους από τη μικρή ηλικία του σχολείου. Τα παιδιά πρέπει κατά την σχολική ηλικία να ενημερωθούν για το θάνατο και με την κατάλληλη εμπειρία και γνώση του

ειδικού να αποδεχτούν τη νέα τάξη πραγμάτων που επιφέρει ο θάνατος προσφιλούς προσώπου στη ζωή κάθε ανθρώπου».

Ψυχολόγος

«Ανεπαρκείς! Θα πρέπει σε όλα τα νοσοκομεία να παρέχετε δωρεάν ψυχολογική υποστήριξη στους ανθρώπους που βιώνουν το πένθος».

Νοσηλεύτρια

«Δυστυχώς, η κρατική πρόνοια δεν έχει προχωρήσει αρκετά ώστε να αντιμετωπίζονται επαρκώς φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού πάσης μορφής. Θα πρέπει να ενταχθούν σε νοσοκομεία συγκεκριμένες παροχές ψυχικής υγείας ολοκληρωμένες και προφανώς να ενταχθούν δωρεάν παροχές ώστε να μπορεί ο πολίτης να αισθάνεται κυρίως την κρατική πρόνοια και ασφάλεια».

Ψυχίατρος

Περνώντας στην 6<sup>η</sup> ερώτηση «Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας;» γίνεται αντιληπτό πως για τον πενθούντα είναι μεν δύσκολο να μοιραστεί τον πόνο του με κάποιον που δεν ξέρει, όμως με την κατάλληλη προσπάθεια από την πλευρά του ειδικού αναπτύσσεται μια εμπιστοσύνη και στο τέλος ο εξυπηρετούμενος καταφέρνει συνήθως να ξεπεράσει τις φοβίες του και να μοιραστεί τις σκέψεις του.

Χαρακτηριστική είναι η απάντηση που δίνει μια Κοινωνική Λειτουργός για το συγκεκριμένο θέμα:

«Σίγουρα ξέρουν ότι είμαστε εκεί για να βοηθήσουμε. Μέσα όμως στον πόνο τους πολλές φορές βλέπουν παντού εχθρούς. Αυτό είναι και το δύσκολο σημείο. Να πείσεις τον άλλον πως είσαι εκεί γι' αυτόν και να τον κάνεις να σε εμπιστευτεί».

Κοινωνική Λειτουργός

Το ίδιο συμβαίνει και στην εκκλησία όπου οι πιστοί καταφεύγουν στους ιερείς προκειμένου να παρακαλέσουν το Θεό και να ακούσουν και μια κουβέντα που θα γαληνέψει λίγο την ψυχή τους.

«Όσοι έρχονται στην εκκλησία και ζητούν τη βοήθεια του Θεού, φεύγοντας είναι ικανοποιημένοι και με γαλήνη στην ψυχή τους. Η δύναμη του Θεού μπορεί να κάνει την ψυχή του ανθρώπου να ηρεμήσει οποιαδήποτε ταραχή και αν έχει περάσει».

Ιερέας

Άλλες απαντήσεις ήταν και οι εξής:

«Σε ένα νοσηλευτή που ζει από κοντά όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ατόμου ο νοσηλευτής νιώθει οικεία με τα άτομα που βιώνουν το πένθος. Μας εμπιστεύονται και νιώθουν τη στοργή και το λωμό να πω και αγάπη αν και μερικές φορές, με όλα αυτά που ακούγονται για το χώρο της υγείας, στην αρχή είναι επιφυλακτικοί».

Νοσηλευτής

«Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται ασφάλεια κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και κυρίως να νιώθει ότι μπορεί να ανοιχτεί και να εμπιστευτεί τον ψυχίατρο σαν ένα δικό του άνθρωπο. Τις περισσότερες φορές ο ασθενής νιώθει απομονωμένος και είναι δύσκολο να απελευθερωθεί και εδώ έρχεται η εμπειρία του ψυχολόγου να τον κάνει να μοιραστεί μαζί του τις φοβίες και τους ψυχικούς του πόνους».

Ψυχίατρος

Τέλος στην τελευταία ερώτηση, που ήταν «Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;», όλοι απάντησαν πως έχουν βρεθεί αρκετές φορές αντιμέτωποι με περιστατικά πένθους, άλλες φορές εύκολα και άλλες πιο δύσκολα. Υπάρχουν μάλιστα περιπτώσεις που οι ειδικοί συνέστησαν την επίσκεψη σε ψυχίατρο καθώς έχριζαν ιδιαίτερης μεταχείρισης. Η ειδικότητα που έρχεται σε μεγαλύτερη επαφή με αυτές τις καταστάσεις είναι οι νοσηλευτές, που λόγω της δουλειάς τους

είναι από τα πρώτα άτομα που έρχονται σε άμεση επαφή με τους συγγενείς του ατόμου που πεθαίνει. Ένας νοσηλευτής χαρακτηριστικά είπε:

«Συνέχεια! Είναι μέρος της καθημερινότητας της δουλειάς μας! Το βίωμα του πένθους εμείς το αντιλαμβανόμαστε από τη στιγμή που εισέρχεται ένας ασθενής στο νοσοκομείο. Βλέπουμε το άγχος και τη στενοχώρια των ασθενών».

Νοσηλευτής

Ακόμα απάντησαν στην ερώτηση αυτή μεταξύ άλλων:

«Πολλές φορές. Τιε περισσότερες τα άτομα αυτά φτάνουν σε ελαφριάς μορφής σχιζοφρένεια οπότε η περίπτωση παύει να είναι απλή. Χρειάζεται ιδιαίτερος χειρισμός».

Ψυχίατρος

«Υπάρχουν περιστατικά στα οποία χρειάστηκαν πολλές συναντήσεις ώστε να μπορέσει ο ασθενής να ξεπεράσει το θάνατο κάποιου προσφιλούς του προσώπου. Σε άλλες περιπτώσεις χρειάστηκε να παραπέμψω τον ασθενή σε κάποιο ψυχίατρο ώστε να του χορηγήσει κάποια ιατρική συνταγή γιατί πλέον έκρινα ότι η ψυχολογική υποστηρίξει δεν επέφερε τα απαιτούμενα αποτελέσματα».

Ψυχολόγος

«Αρκετές, λόγω της δουλειάς μου. Δυσκολότερες είναι αυτές που αφορούν στην αντιμετώπιση του πένθους των παιδιών».

Κοινωνικός Λειτουργός

«Αρκετές φορές οι πιστοί έρχονται στην εκκλησία και ζητούν τη βοήθεια του Θεού προκειμένου να ξεπεράσουν την πίκρα και τον πόνο που νοιώθουν. Με αυτούς τους ανθρώπους συζητάμε και προσπαθούμε να τους ηρεμήσουμε και να τους κάνουμε να καταλάβουν πως θέλημα του Κυρίου είναι να προχωρήσουν τη ζωή τους».

Ιερέας

## 10.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το βασικότερο συμπέρασμα της έρευνας είναι πως όλοι οι υπεύθυνοι στο χώρο της ψυχικής υγείας ομόφωνα τοποθετηθήκαν ως προς την τεράστια ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει το βίωμα του πένθους.

Οι ψυχίατροι αντιμετωπίζουν την κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος χρησιμοποιώντας αρκετές φορές κάποια φάρμακα λόγω του ότι οι περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν κρίνονται ιδιαιτέρως σοβαρές και το πένθος πλέον έχει οδηγήσει σε ψυχικό νόσημα. Πιο συγκεκριμένα, στις σελίδες 102, 104, 106, 107 και 108 αναφέρονται ενδικτικές απαντήσεις από ψυχιάτρους στα ερωτήματα της έρευνας. Όλες οι απαντήσεις παρατίθενται στο παράρτημα 2 της εργασίας στο τέλος αυτής.

Οι ψυχολόγοι εναλλάσσονται κι αλληλοσυμπληρώνονται ανάλογα με τους θεραπευτικούς στόχους της ψυχολογικής θεραπευτικής παρέμβασης. Ο ψυχολόγος είναι ειδικά εκπαιδευμένος και έχει μεγάλη εμπειρία στο να βοηθάει ανθρώπους που βιώνουν το πένθος να διαπραγματεύονται αποτελεσματικά τα συναισθήματα τους. Όπως προκύπτει και από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι ψυχολόγοι μπορούν να βοηθήσουν το άτομο που πενθεί ώστε να μπορέσει να εκφράσει αυτά που αισθάνεται, αλλά δυσκολεύεται να μιλήσει για αυτά. Επίσης μπορεί να βοηθήσει να καλλιεργηθούν νέα συναισθήματα για τον πενθούντα και να ενθαρρυνθεί αυτός να επαναδραστηριοποιηθεί στη ζωή του. Τα πιο πάνω επιβεβαιώνονται σε μεγάλο βαθμό από τις απαντήσεις των ψυχολόγων όπως φαίνεται στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και πιο συγκεκριμένα στις σελίδες 103, 105, 106 και 108. Όλες οι απαντήσεις των ψυχολόγων παρατίθενται στο παράρτημα της παρούσας εργασίας (σελίδα 118).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός δρα σαν ένας μεσολαβητής, μεταξύ του ατόμου που βιώνει το πένθος και του εξωτερικού του περιβάλλοντος με σκοπό την προστασία του και την επανένταξή του στο κοινωνικό σύνολο. Έτσι στα άτομα που βιώνουν το πένθος μπορεί να δώσει συμβουλές και να φροντίσει για την ομαλή επανένταξή τους στην κοινωνική ζωή και στο κοινωνικό σύνολο. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν μπορεί να χορηγήσει φάρμακα σε άτομα που βιώνουν το πένθος αλλά μπορεί να τα βοηθήσει σε υποστηρικτικό - συμβουλευτικό - θεραπευτικό επίπεδο. Ο κοινωνικός λειτουργός μέσω της υποστηρικτικής θεραπείας στοχεύει στην συναισθηματική αποφόρτιση του ατόμου που βιώνει το πένθος και στην κατανόηση και επεξεργασία των συναισθημάτων του. Η παραδοχή ότι υπάρχει λόγος ύπαρξης αντιμετώπισης του

πένθους, η ερμηνεία και η επεξήγηση της ύπαρξης αυτής, είναι απαραίτητη με στόχο την ρεαλιστική αντιμετώπισή της, και των επιπτώσεων της στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι ένας ανταποδοτικός και συνάμα δύσκολος ρόλος και παράλληλα αποτελεί και πρόκληση εάν γίνεται όπως πρέπει. Στην ουσία ο κοινωνικός λειτουργός είναι αυτός που μεσολαβεί μεταξύ του πενθούντος και του εξωτερικού περιβάλλοντος στο οποίο καλείται να τον επανεντάξει. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπίπτει με την έρευνα και τις απαντήσεις των ειδικών στο χώρο της ψυχικής υγείας. Όπως φαίνεται στις σελίδες 103 - 106 και 108 οι κοινωνικοί λειτουργοί που ρωτήθηκαν επιβεβαίωσαν τα ευρήματα της θεωρητικής προσέγγισης της μελέτης.

Ο νοσηλευτής, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, πρέπει να επικεντρωθεί με όλη την απαιτούμενη προσοχή στο άτομο που εξωτερικεύει τον εσωτερικό εαυτό του. Πρέπει να ακούει με τα μάτια και την καρδιά, έτσι ώστε το άτομο που πενθεί να νιώσει ότι έχει την ολοκληρωτική προσοχή και αποδοχή. Ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τους συγγενείς και το φιλικό περιβάλλον του ασθενούς καθόλη τη διάρκεια της βιωματικής αποδοχής του πένθους. Για το λόγο αυτό πρέπει να είναι προσεκτικός στις απαντήσεις που δίνει στους συγγενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του αρρώστου. Ακόμα και όταν ξέρει ότι ο ασθενής είναι στα τελευταία στάδια της αρρώστιας του πρέπει να μπορέσει να μεταβολίσει το άγχος που εκπέμπει ο άνθρωπος κοντά στο θάνατο και να παίξει το μητρικό ρόλο για να μπορέσει να μην εκλάβει τις απαιτήσεις των συγγενών, οι οποίοι έχουν το «ακαταλόγιστο» αυτές τις στιγμές, σαν εκβιασμό και να μην απαντήσει με επιθετικότητα ή απόρριψη (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999, σελίδα 84). Η πιο πάνω θεωρία συμπίπτει με τις απαντήσεις που έδωσαν οι νοσηλευτές στις ερωτήσεις που δέχθηκαν. Πιο συγκεκριμένα στις σελίδες 103, 104 και 106 – 108 οι νοσηλευτές περιγράφουν τα καθήκοντα που έχουν σε περιπτώσεις αντίστοιχες με την βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Οι ιερείς δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν την απώλεια ή τα τελευταία στάδια της ζωής του πλησίον με το υγιές πένθος. Όταν ανέφεραν «υγιές πένθος» εννοούσαν μια απελευθερωτική διαδικασία για τον πενθούντα αρκεί αυτή να γίνεται με τους δικούς του ρυθμούς. Σκοπός αυτής της διαδικασίας είναι να μπορέσει το άτομο να επανεπενδύσει συναισθηματικά σε νέες σχέσεις αλλά και δραστηριότητες με νόημα. Το πένθος, σύμφωνα με τον Παρασκευαΐδη (2004, σελ. 64) είναι μια διαδικασία η οποία βιώνεται διαφορετικά από άνθρωπο σε άνθρωπο. Στην παρούσα έρευνα αυτό

διακρίνεται κυρίως από τις απαντήσεις των ψυχολόγων. Με δεδομένο πως χρειάζονται διαφορετικός αριθμός συναντήσεων και διαφορετικός τρόπος αντιμετώπισης γίνεται κατανοητό πως δεν αντιμετωπίζουν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο το πένθος. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζει και η προσωπική σχέση που υπήρχε ανάμεσα στον πενθούντα και στον εκλιπόντα. Σκοπός της εκκλησίας είναι να εξηγήσει στους ανθρώπους που βιώνουν το πένθος ότι ο άνθρωπος μέσα από τη διαδικασία του θανάτου φτάνει στο στάδιο της κρίσης από το θεό, απελευθερώνει την ψυχή του από τη σάρκα και ζει πλέον μέσα από εμάς (αναμνήσεις). Επίσης οι ιερείς επισημαίνουν στους συγγενείς και τα πλησίον πρόσωπα ότι ο άνθρωπος όταν υπάρχει στη μνήμη των δικών του ανθρώπων ποτέ δεν πεθαίνει (Παρασκευαΐδης, 2004, σελ 72, 74). Οι ιερείς που απάντησαν στην έρευνα διατύπωσαν απόψεις όμοιες με αυτές που περιγράφονται στο βιβλίο του Μακαριστού Αρχιεπισκόπου Χριστοδούλου, κατά κόσμο Χρήστου Παρασκευαΐδη, και περιγράφονται στις σελίδες 103, 105, 107, 108 στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας.

### **10.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Ο χώρος της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί, φαίνεται πως έχει κάποιες υποδομές αλλά σε γενικές γραμμές «νοσεί» (Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999). Η έρευνα απαντά στο θέμα επάρκειας των κρατικών υπηρεσιών με την πέμπτη ερώτηση. Όπως παραδέχθηκαν οχτώ στους δέκα ερωτούμενους, οι ιερείς απάντησαν αποκλειστικά για το ρόλο της εκκλησίας στην συγκεκριμένη ερώτηση, άλλος λιγότερο και άλλος περισσότερο, οι υφιστάμενες δομές δεν είναι οι καλύτερες που θα μπορούσαν για μια τόσο σημαντική και κομβική περίοδο στην ζωή κάθε ανθρώπου. Πιο αναλυτικά οι απαντήσεις φαίνονται στο παράρτημα της εργασίας και συγκεκριμένα στις σελίδες 119, 121, 124, 125, 127, 128, 129 και 131.

Οι ήδη υπάρχουσες υποδομές πρέπει να ενισχυθούν με προσωπικό και τον απαιτούμενο εξοπλισμό ώστε να μπορούν να εξυπηρετούν τον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό των ατόμων που έχουν πραγματική ανάγκη. Άλλη μια αναγκαιότητα είναι πως πρέπει να προβληθούν οι υπάρχουσες δομές μέσα από διαφήμιση σε όλων των ειδών τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, ώστε να ενημερώνονται όσο το δυνατόν περισσότεροι άνθρωποι. Έτσι θα μπορέσουν, αν κάποια στιγμή χρειαστεί, να χρησιμοποιήσουν αυτές τις δομές είτε για αυτούς, είτε για κάποιο συγγενικό ή φιλικό

πρόσωπο. Σύμφωνα με την απάντηση μιας κοινωνικής λειτουργού, είναι απαραίτητη η προβολή των κρατικών υπηρεσιών που παρέχουν στήριξη σε άτομα που έχουν αυτή την ανάγκη. Αυτό γιατί δεν είναι επαρκής η μέχρι σήμερα προβολή τους και έχει σαν συνέπεια να μην γνωρίζει ο κόσμος ούτε την ύπαρξή τους ούτε και τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Επιπλέον για τις περιοχές της υπαίθρου που δεν έχουν αναπτυχθεί ακόμα τομείς για την ψυχική υγεία, θα πρέπει να τονισθεί και να προβληθεί ο ρόλος που μπορεί να παίξει η εκκλησία σε αυτόν τον τομέα. Θα πρέπει οι ιερείς όλων των εκκλησιών να δέχονται τους πιστούς που έχουν ανάγκη από μια συμβουλή ή μια κουβέντα, ώστε να απαλύνουν τον πόνο που τους βαραίνει.

Τέλος θα πρέπει να αναπτυχθούν δομές που θα καλύπτουν ακόμα μεγαλύτερο μέρος της Ελληνικής επικράτειας. Για τον λόγο αυτό δεν είναι απαραίτητο να γίνουν νέα ειδικά κέντρα, πράγμα δύσκολο στην εποχή που βιώνει η χώρα, αλλά να επανδρωθούν τα υπάρχοντα νοσοκομεία και κέντρα υγείας με ειδικούς που θα μπορούν να αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους περιστατικά.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

- Βασιλειάδης Ν.(1992), *Χριστιανισμός και ανθρωπισμός*, Εκδ. Σωτήρ, ΑΘΗΝΑ
- Βασιλειάδης Ν. (2003), *Το μυστήριο του θανάτου*, Εκδ. Σωτήρ, ΑΘΗΝΑ
- Βρεττός Λ. (2003), *Ο γάμος, η γέννηση και ο θάνατος στην Ελλάδα*, Εκδ. Σαββάλας, ΑΘΗΝΑ
- Γέμτος Π. (2004), *Μεθοδολογία των κοινωνικών επιστημών*, Εκδ. Παπαζήσης, ΑΘΗΝΑ
- Γουίλλιαμς Π. και Μπλούμφιλντ Χ. (1997), *Θεραπεύοντας την κατάθλιψη*, (Μτφ. Αποστόλου Λέττα), Εκδ. Θυμάρι , ΑΘΗΝΑ
- Μάλλιαρης Π. (2005), *Εγκυκλοπαίδεια Παιδεία*, Εκδ. Πήγασος, ΑΘΗΝΑ
- Κλεφτάρας Γ. (1998), *Η κατάθλιψη σήμερα*, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα , ΑΘΗΝΑ
- Μαρκοπούλου, Χ. (1995), *Ο κοινωνικός λειτουργός σε ειδικά πλαίσια κοινωνικής προστασίας*, Εκδ. Έλλην, ΑΘΗΝΑ
- Μελέτη Γ. (2003), *Τι γίνεται μετά το θάνατο; Ανάσταση, Μετανσάρκωση, Πνευματισμός, Ευθανασία*, Εκδ. Σωτήρ, ΑΘΗΝΑ
- Παπαγεωργίου Π. (2004), *Μέθοδοι στην κοινωνιολογική έρευνα με ερωτηματολόγιο*. Εκδ. Τυπωθήτω, ΑΘΗΝΑ
- Παπαδάτου Δ και Αναγνωστόπουλος Φ.(1999), *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, ΑΘΗΝΑ
- Παρασκευαΐδης Χ. (2004), *Η ζωή μετά θάνατο*. Εκδ. Χρυσοπηγή, ΑΘΗΝΑ

Σόντακ, Σ. (1993), *Η Νόσος ως μεταφορά το AIDS και οι μεταφορές του*, Εκδ. Υψιλον, ΑΘΗΝΑ

Τσάμη Δ. (1992), *Εισαγωγή στη σκέψη των Πατέρων της Ορθόδοξης Εκκλησίας*, Εκδ. Πουρνάρα, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

Freud S. (1915), *Δοκίμια Μεταψυχολογίας «Πένθος και μελαγχολία»*. Στο Freud S. *Δοκίμια Μεταψυχολογίας*. Μτφρ. Θ. Παραδέλλης, (2000), Εκδ. Καστανιώτης, ΑΘΗΝΑ

Χάλαρη Α. (2007), *Πνευματικές ανάγκες ασθενών. Μια παραμελημένη διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας; Κριτική ανασκόπηση. Νοσηλευτική (226-236)*

Ψαρρού Μ.- Ζαφειρόπουλος Κ. (2004), *Επιστημονική έρευνα*. Εκδ. Τυπωθήτω, ΑΘΗΝΑ

Agamben G. (2005), *Homo Sacer: Κυρίαρχη Εξουσία και Γυμνή Ζωή*, μτφρ. Π. Τσιαμούρας, Εκδ. Scripta, ΑΘΗΝΑ

Cohen L. and Manion L. (2000), *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Εκδ. Μεταίχιμο, ΑΘΗΝΑ

Foucault M. (1978), *Ιστορία της σεξουαλικότητας: Η βούληση για γνώση*, 1<sup>η</sup> έκδ. (2011) Μτφ. Τ. Μπέτζαλος, Εκδ. Πλέθρον, ΑΘΗΝΑ

Robson, C. (2005), *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου. Ένα μέσον για κοινωνικούς επιστήμονες και επαγγελματίες ερευνητές*, Μτφ Κ. Μιχαλοπούλου, Εκδ. Gutenberg, ΑΘΗΝΑ.

## Ξενόγλωσση

Butler J. (2000), *Antigone's Claim: Kinship Between Life and Death*, Columbia University Press, NEW YORK

Bowlby J. (1951), *Maternal Care and Mental Health*, Schocken, NEW YORK, P.89.

Crimp D. (2002), *Melancholia and Moralism. Essays on AIDS and Queer Politics*. MIT, MASSACHUSETTS

DeSpelder L. & Strickland A. (Eds.) (1995), *The path ahead: readings in death and dying*. Mayfield, USA

Granot T. (2005), *Without you: Children and young people growing up with loss and its effects*, Kingsley LONDON

Greasley P. Chiu L.F. & Gartlands M. (2001), *The concept of spiritual care in mental health nursing*, J Adv Nurs, WAKEFIELD, UK.

Kübler-Ross E. (1969), *On Death and Dying*. Macmillan, NEW YORK

Kübler-Ross E. (1997), *The Wheel of Life: A Memoir of Living and Dying*, Charles Scribner's Sons, NEW YORK

Kübler-Ross E. (1997), *On Death and Dying*, Taylor & Francis Ltd, UNITED KINGDOM

Jordan J. R. & Neimeyer R. A. (2003), *Does grief counseling work? Death Studies*, VOL 27, p. 765-786.

Martin E. (1991), *The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance based on Stereotypical Male-Female Roles*, The University of Chicago Press, CHICAGO

Martinson I.M. (1991), *Grief is an individual journey: Follow-up of families post death of a child with cancer*, Hemisphere Publishing Co, WASHINGTON D.C.

McLeod J. (2003), *Doing Counselling Research*, Second Edition, SAGE Publications Ltd, DUNDEE

Parkes C.M. (2001), *Bereavement: Studies of grief in adult life* (3rd ed.), Taylor & Francis Inc, PHILADELPHIA

Smilansky S. (1987), *On death: Helping children understand and cope*. Lang, NEW YORK

Tully (2003), *Grief and loss*. Australian Family Physician

Warrell D., Cox T. & Firth J. (2003), *Oxford Textbook of Medicine*, Oxford University Press Inc., NEW YORK

Worden W. (2002), *Grief Counseling and grief therapy: a Handbook for the mental health practitioner* (3rd Ed.). Springer Publishing company, NEW YORK

### **Περιοδικά**

Wilkinson S. (2000). *Is normal grief a mental disorder?* The Philosophical Quarterly Vol.5, p. 289-304, Blackwell Publishing

### **Διαδικτυακές Πηγές**

Αγοραστός Δημήτρης: Κηδεία και Πένθος: Από το αρχικό σοκ έως την αποδοχή  
[www.scribd.com/doc/60933046/Πένθος](http://www.scribd.com/doc/60933046/Πένθος)

Ανάκτηση: 26 Ιουλίου 2011

Αθανασίου Αθηνά: Γυναίκες και φύλα: Ανθρωπολογικές και ιστορικές προσεγγίσεις  
Η μελέτη του φύλου ως αναλυτικού εργαλείου στο χώρο της υγείας.

<http://www.sa.aegean.gr/msc/activity/msc-woman-gender-gr-activity-research-athanasiou.pdf> Ανάκτηση 19 Ιουλίου 2011

Καναβιτσάς Ευάγγελος: Περι απώλειας και πένθους

<http://e-psychology.gr/grief-depression/129-peri-apoleias-kai-penthous>

Ανάκτηση 2 Αυγούστου 2011

Κατσιμίγκας Γεώργιος, Μαραγκούτη Αικατερίνη, Σπηλιοπούλου Χαρά και Γκίκα Μαρία.: Νοσηλευτική και θεολογική προσέγγιση του θανάτου

[www.hjn.gr/actions/get\\_pdf.php?id=91](http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=91)

Ανάκτηση: 26 Ιουλίου 2011

Μαρινάκη Δανάη: Πένθος και απώλεια: οι σιωπηρές παρουσίες στη ζωή μας.

<http://e-psychology.gr/grief-depression/377-grief-depression-loss>

Ανάκτηση: 26 Ιουλίου 2011

Μονέζης Στέλιος: Κατάθλιψη

[www.stelios-monezis.gr/.../depression.htm...](http://www.stelios-monezis.gr/.../depression.htm...)

Ανάκτηση: 1 Αυγούστου 2011

Παναγιωτοπούλου Αγγελική: Πένθος και ψυχική υγεία

<http://www.dromostherapeia.gr/psihiki-igeia/penthos-kai-psihiki-igeia.html>

Ανάκτηση: 26 Ιουλίου 2011

Παρασκευοπούλου – Κόλλια Ευφροσύνη – Άλκηστη: Μεθοδολογία ποιοτικής έρευνας στις κοινωνικές επιστήμες και συνεντεύξεις

<http://journal.openet.gr/index.php/openjournal/article/download/60/35>

Ανάκτηση: 26 Ιουλίου 2011

Carolan Kim: Does everyone's grief follow the Kubler-Ross model

<http://www.examiner.com/death-grief-in-seattle/does-everyone-s-grief-follow-the-kubler-ross-model>

Ανάκτηση: 2 Αυγούστου 2011

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

- Πόσο χρονών είστε;
- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;
- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;
- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος
- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;
- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.
- Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

### ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ

#### ΚΩΣΤΑΣ Χ. ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

-Πόσο χρονών είστε;

- 35

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

- Είμαι ψυχίατρος. Εργάζομαι στον τομέα της ψυχικής υγείας σε δικό μου ιατρείο 7 χρόνια.

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Όταν ένα άτομο χρήζει ψυχιατρικής παρακολούθησης κατά τις περισσότερες φορές χορηγούνται ελαφράς μορφής ηρεμιστικά ιδίως κατά τη διάρκεια της νύχτας ώστε να μπορούν να έχουν ήρεμο ύπνο. Εφόσον κρίνεται απαραίτητο ο ασθενής παραπέμπεται να συμμετάσχει σε ψυχοθεραπευτική ομάδα.

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος

-Ο κοινωνικός περίγυρος διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ψυχοσύνθεση του κάθε ατόμου. Όσο πιο κλειστή είναι η κοινωνία τόσο περισσότερες επιρροές δέχεται το άτομο από το περιβάλλον του. ειδικά σε χωριά πιο απομακρυσμένα οι γυναίκες είναι υποχρεωμένες να τηρούν συγκεκριμένες παραδόσεις μετά το χαμό κάποιου προσφιλούς τους προσώπου. Το ίδιο βέβαια ισχύει και για τους άνδρες αλλά σε μικρότερο βαθμό. Υπάρχουν βέβαια και εξαιρέσεις όπως σε χωριά της Κρήτης στα οποία οι άνδρες έχουν τρομερά ιδιαίτερες εθιμοτυπικές συνήθειες.

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

- Το ελληνικό κράτος είναι σχετικά πίσω στον τομέα των παροχών ψυχικής υγείας με ειδικά αν αναλογιστούμε τις παροχές άλλων χωρών ειδικά των σκανδιναβικών

- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας

- Είναι αδιαμφισβήτητο ότι ο κάθε ασθενής που χρήζει ψυχιατρικής παρακολούθησης αποκτά ένα είδος εξάρτησης από τον θεράποντα για αυτό ο ψυχίατρος οφείλει να κράτα συγκεκριμένη θέση καθώς και να έχει γνώση και εμπειρία ώστε να μπορεί να διαχειριστεί κάθε κατάσταση σα να είναι μοναδική και μεμονωμένη.

-Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;

- Πολλές φορές. Τιε περισσότερες τα άτομα αυτά φτάνουν σε ελαφράς μορφής σχιζοφρένεια οπότε η περίπτωση παύει να είναι απλή. Χρειάζεται ιδιαίτερος χειρισμός.



## **Θεοδώρα Κ. Ψυχίατρος**

-Πόσο χρονών είστε;

43 ετών

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

Είμαι απόφοιτος της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, σπούδασα στην ιατρική 6 χρόνια και στη συνέχεια ειδικεύτηκα για 5 χρόνια στην ψυχιατρική.

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Ο Ψυχίατρος διαφέρει από τους υπόλοιπους γιατρούς γιατί προσπαθεί να εφαρμόσει την επιστήμη κινητοποιώντας όλες τις έμφυτες δυνάμεις του, περιθάλπει τις ασθένειες που συνδέονται με τις δυσκολίες της καθημερινής ζωής, είτε είναι φυσικής (βιολογικής), είτε ψυχολογικής, είτε κοινωνικής προέλευσης. Εστί λοιπόν και στον τομέα του πένθους πρέπει να έχει γνώση και εμπειρία ώστε να διαχειριστεί τα άτομα αυτά που μια απώλεια τα κάνει να αποκτούν από νευρώσεις έως σοβαρές ψυχιατρικές νόσους.

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος

- Ο κόσμος γύρω μας πάντα επηρεάζει της εσωτερική μας κατάσταση. Ειδικά σε άτομα που είναι πιο ευάλωτα όπως αυτά που βιώνουν το πένθος ακόμα και μια φράση μπορεί να τα επηρεάσει και τι περισσότερες φορές αρνητικά. Ζούμε σε μια χώρα που ακόμα έχει επιρροές από παλιότερα χρόνια και θέλουν το άτομο που βιώνει το πένθος να έχει μια συγκεκριμένη περιβολή και αντιμετώπιση

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

-Δυστυχώς η κρατική πρόνοια δεν έχει προχωρήσει αρκετά ώστε να αντιμετωπίζονται επαρκώς φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού πάσης μορφής. Θα πρέπει να ενταχθούν σε νοσοκομεία συγκεκριμένες παροχές ψυχικής υγείας ολοκληρωμένες και προφανώς να ενταχθούν δωρεάν παροχές ώστε να μπορεί ο πολίτης να αισθάνεται κυρίως την κρατική πρόνοια και ασφάλεια.

- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.

- Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται ασφάλεια κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και κυρίως να νιώθει ότι μπορεί να ανοιχτεί και να εμπιστευτεί τον ψυχίατρο σαν ένα δικό του άνθρωπο. Τις περισσότερες φορές ο ασθενής νιώθει απομονωμένος και είναι δύσκολο να απελευθερωθεί και εδώ έρχεται η εμπειρία του ψυχολόγου να τον κάνει να μοιραστεί μαζί του τις φοβίες και τους ψυχικούς του πόνους.

-Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;

-Αρκετές φορές. Τα άτομα αυτά είναι ιδιαίτερα φορτισμένα και θεωρούν ότι δε θα επανέλθουν. Είναι πολύ κλειστά στον εαυτό τους και δε βρίσκουν πλέον ενδιαφέρον σε τίποτα. Έχουν ξεσπάσματα και αδυνατούν να κοιμηθούν τα βράδια χωρίς ηρεμιστικά.

## **Χριστίνα Κ. Ψυχολόγος**

-Πόσο χρονών είστε;

- 29 ετών

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

-Είμαι απόφοιτος στο Τμήμα Ψυχολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Ως ψυχολόγος κινούμαι σε τρία στάδια αντιμετώπισης το πρώτο στάδιο αφορά την εύρεση των απαραίτητων χαρακτηριστικών ενός ατόμου (ενδιαφέροντα, συμπεριφορά, δυνατότητες), αυτό γίνεται μέσω ψυχολογικών τεστ και άλλων τυποποιημένων ψυχολογικών διαδικασιών και μεθόδων. Το δεύτερο στάδιο αφορά την παροχή συμβουλών, δηλ. δραστηριότητες που βασίζονται στην ανάλυση των απαραίτητων πληροφοριών του πελάτη που βιώνει το πένθος. Το τρίτο στάδιο αφορά την εργασία μου ως εργασία ψυχοθεραπευτή. Πρόκειται για μια ατομική εργασία με τους πελάτες που περιλαμβάνει ψυχανάλυση, ύπνωση, και μια ποικιλία άλλων ατομικών θεραπειών ή ένα διαφορετικό είδος ομαδικής εργασίας που αφορά ομαδική ψυχοθεραπεία, ψυχο-δράμα, μουσικοθεραπεία, θεραπεία με τη βοήθεια της τέχνης, κτλ

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος

- Η κοινωνία δίνει το δικό της στίγμα σε καθετί. Η ζωή μερικές φορές μας κάνει σκληρούς και στιγματίζουμε εύκολα τους ανθρώπους. Έτσι ειδικά στις μικρές κοινωνίες ο κόσμος θέλει να βλέπει πχ μια χήρα κλεισμένη στο σπίτι της με μαύρα ρούχα να μην συμμετέχει σε καμία κοσμική εκδήλωση και γενικά να ζει σα να έχει απαρνηθεί τη ζωή. Επίσης τη ψυχολογική κατάσταση του ατόμου που βιώνει το πένθος επηρεάζει και η σχέση που έχει με το θανόντα. Αλλιώς αντιμετωπίζει η κοινωνία ένα παιδί που έχασε το γονιό του και αλλιώς ένα γονιό που έχασε το παιδί του!!

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

- Δυστυχώς η κρατική μέριμνα στο χώρο της ψυχικής υγείας είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Θα πρέπει η δωρεάν υγεία να εισχωρήσει στους κλάδους της ψυχικής υγείας. Ο κόσμος πρέπει να νιώθει ότι μπορεί να απευθυνθεί κάπου, να μιλήσει και κυρίως να ξέρει ότι το κράτος μεριμνά.
- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.
- Τα άτομα που αντιμετωπίζουν το πένθος είναι λίγο δύσκολο να λυθούν και να μιλήσουν σε κάποιον. Νιώθουν μοναξιά και είναι δύσκολο να εμπιστευτούν κάποιον. Όταν μιλούν συνήθως αναφέρουν τον εκλιπόντα και τις αναμνήσεις τους. με την κατάλληλη στήριξη ο ψυχολόγος προσπαθεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς και να τον κάνει να νιώσει καλύτερα.
- Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;
- Υπάρχουν περιστατικά στα οποία χρειάστηκαν πολλές συναντήσεις ώστε να μπορέσει ο ασθενής να ξεπεράσει το θάνατο κάποιου προσφιλούς του προσώπου. Σε άλλες περιπτώσεις χρειάστηκε να παραπέμψω τον ασθενή σε κάποιο ψυχίατρο ώστε να του χορηγήσει κάποια ιατρική συνταγή γιατί πλέον έκρινα ότι η ψυχολογική υποστήριξη δεν επέφερε τα απαιτούμενα αποτελέσματα.

## Ελένη Α. Ψυχολόγος

-Πόσο χρονών είστε;

46 ετών

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

-Είμαι ψυχολόγος. Έχω αποφοιτήσει από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Κύριο σύμπτωμα στα άτομα που βιώνουν το πένθος και έχουν επηρεαστεί πολύ είναι το άγχος που τους κυριεύει. Υπάρχουν στιγμές που το άγχος ξεπερνά τα φυσιολογικά όρια και γίνεται εμπόδιο στην κοινωνική αλλά και στην επαγγελματική μας ζωή. η καρδιά τους χτυπάει δυνατά, η αναπνοή γίνεται δύσκολη και ένας παράλογος για τους άλλους ανθρώπους φόβος τους κυριεύει. Ένα άλλο σύμπτωμα είναι οι κρίσεις πανικού. Ο ψυχίατρος οφείλει να σταθεί δίπλα στον ασθενή, να τον καθοδηγήσει και να απελευθερώσει τη σκέψη του. Τότε ο άνθρωπος απελευθερώνεται από ανεπιθύμητα συμπτώματα, ξεπερνάει τις δυσκολίες του πένθους και τα ανεπιθύμητα συμπτώματα που αυτό επιφέρει, νιώθει βαθιά ικανοποίηση και βάζει τα θεμέλια για μια δυνατή προσωπικότητα.

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος

Κατά τη νεολιθική περίοδο ορισμένες φορές όταν πέθαινε ένας άντρας θυσίαζαν και έθαβαν μαζί και τη γυναίκα του. Στις αρχαία Αίγυπτο γυναίκες και άνδρες συνόδευαν ζωντανό το νεκρό βασιλιά για να μην πάει μόνος του στον κάτω κόσμο. Οι γυναίκες στην Ελλάδα ειδικά τα παλαιότερα χρόνια ή ακόμα και στις μέρες μας σε χωριά της περιφέρειας φορούν μαύρα ρούχα και μαύρα μαντήλια και απαρνιούνται τον έξω κόσμο. Η κοινωνία ακόμα και στην πιο «απελευθερωμένη» Ελλάδα θέλει να βλέπει αυτό που έχει συνηθίσει! Αυτό επηρεάζει και τον άνθρωπο που βιώνει το πένθος γιατί σε αυτή την κοινωνία έχει μεγαλώσει. Αρκετές φορές ασθενείς έχουν αναφέρει τη φράση «πρέπει να φορέσω μαύρα» ή «τι θα πει ο κόσμος».

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

- Η κρατική μέριμνα απουσιάζει και στον τομέα της ψυχικής υγείας. Κατά τη γνώμη μου θα πρέπει να υπάρχει ενημέρωση για το βίωμα του πένθους από τη μικρή ηλικία του σχολείου. Τα παιδιά πρέπει κατά την σχολική ηλικία να ενημερωθούν για το θάνατο και με την κατάλληλη εμπειρία και γνώση του ειδικού να αποδεχτούν τη νέα

τάξη πραγμάτων που επιφέρει ο θάνατος προσφιλούς προσώπου στη ζωή κάθε ανθρώπου.

- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.

- Ο κάθε άνθρωπος αν νιώσει στοργή μπορεί να εμπιστευτεί τον ψυχολόγο. Αρκετές φορές όμως νιώθει αδυναμία λόγο του ότι η κοινωνία ακόμα και στις μέρες μας στιγματίζει κάποιον που επισκέπτεται τον ψυχολόγο με την ταμπέλα «ο τρελός». Αυτά τα στερεότυπα καλείτε να αποβάλει από την ψυχολογία του ασθενούς ο ψυχολόγος και να τον κάνει να νιώσει ασφάλεια και δύναμη.

-Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;

- Αρκετές φορές! Τις περισσότερες από αυτές ο ασθενής αδυνατεί να ακολουθήσει τη προηγούμενη φυσιολογική του ζωή. Νιώθει τεράστια θλίψη δεν είναι ευχαριστημένος με τίποτα και τίποτα δε μπορεί να του δώσει χαρά. Η ψυχολογική κατάσταση του ατόμου που βιώνει το πένθος εξαρτάται και σε μεγάλο βαθμό από την προσωπική του σχέση με τον εκλιπόντα. Από το ποσό κοντά βρίσκονταν!

## Λαμπρινή Ν. Νοσηλεύτρια

-Πόσο χρονών είστε;

32

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

- Είμαι νοσηλεύτρια στο Νοσοκομείο του Ρίου.

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Ο νοσηλευτής έρχεται συχνά σε επαφή με άτομα που βιώνουν το πένθος. Συγκεκριμένα νιώθει τον πόνο και το άγχος τους περισσότερο από οποιανδήποτε άλλο. Βλέπει τη σταδιακή αλλαγή της ψυχολογικής τους κατάστασης. Έρχεται σε επαφή μαζί τους από τη στιγμή που θα εισέρθει το προσφιλές του πρόσωπο στο νοσοκομείο. Πολλές φορές έρχεται στη δύσκολη θέση να ανακοινώσει δυσάρεστες καταστάσεις στους συγγενείς. Για όλα αυτά ο νοσηλευτής πρέπει να ακουμπά με στοργή και κατανόηση τα άτομα που βιώνουν το πένθος.

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος

- Τα άτομα που βιώνουν το πένθος δίνουν μεγάλη σημασία στον κοινωνικό τους περίγυρο και επηρεάζονται πολύ από αυτόν.

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

- Ανεπαρκείς! Θα πρέπει σε όλα τα νοσοκομεία να παρέχετε δωρεάν ψυχολογική υποστήριξη στους ανθρώπους που βιώνουν το πένθος

- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.

- Σε ένα νοσηλευτή που ζει από κοντά όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του ατόμου ο νοσηλευτής νιώθει οικεία με τα άτομα που βιώνουν το πένθος. Μας εμπιστεύονται και νιώθουν τη στοργή και τολμώ να πω και αγάπη αν και μερικές φορές, με όλα αυτά που ακούγονται για το χώρο της υγείας, στην αρχή είναι επιφυλακτικοί.

-Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;

-Συνέχεια! Είναι μέρος της καθημερινότητας της δουλειάς μας! Το βίωμα του πένθους εμείς το αντιλαμβανόμαστε από τη στιγμή που εισέρχεται ένας ασθενής στο νοσοκομείο. Βλέπουμε το άγχος και τη στενοχώρια των ασθενών.

## Δήμητρα Κ. Νοσηλεύτρια

-Πόσο χρονών είστε;

-56 ετών

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

- Είναι νοσηλεύτρια στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με αυτά τα άτομα και τους διώχνουμε στοργή κατανόηση και αγάπη

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος

- Υπάρχει η λεγόμενη «κοινωνική κατακραυγή» όταν ένα άτομα δεν πενθεί όπως «προστάζει» η κοινωνία

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

- Είναι πολύ λίγες. Ο κόσμος πρέπει να πληρώσει πολλά λεφτά για να έχει μια καλή ψυχολογική υποστήριξη

- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.

- Μερικές φορές μας εμπιστεύονται αλλά και εμείς νιώθουμε τις φοβίες και το άγχος τους

-Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;

- Καθημερινά. Η δουλειά μας βρίσκεται καθημερινά μεταξύ ζωής και θανάτου και τέτοια περιστατικά δε μας κάνουν πλέον εντύπωση. Προσπαθούμε όμως όσο μπορούμε να μείνουμε κοντά στους συγγενείς και να τους στηρίζουμε!



## Αναστάσιος Τ. Κοινωνικός Λειτουργός

-Πόσο χρονών είστε;

- 28

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

- Κοινωνικός λειτουργός σε ειδικό σχολείο.

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Σίγουρα κατανοώ την κατάσταση που βιώνει ο καθένας και προσπαθώ να συζητήσω μαζί του και να διαπιστώσω αν θα περάσει με τον καιρό όλες τις φάσεις του πένθους. Κάθε άνθρωπος βιώνει διαφορετικά την κάθε κατάσταση. Σίγουρα γίνεται κάθε δυνατή προσπάθεια στήριξης του πενθούντος.

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος;

-Οι άνθρωποι που βιώνουν το πένθος έχουν ανάγκη από ψυχολογική κυρίως στήριξη. Όμως θα πρέπει να υπάρχει και ένα μέτρο στις εκδηλώσεις μας προς αυτούς καθώς η μεγάλη επιμονή μπορεί να οδηγήσει στο άλλο άκρο. Είτε δηλαδή να θεωρήσει αυτός που βιώνει το πένθος ότι τον λυπόμαστε και να καταρρακωθεί ακόμα περισσότερο η ψυχολογία του, είτε να οδηγηθεί σε άσχημο ξέσπασμα λόγω ότι τα νευρά του είναι «τεντωμένα».

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

- Υπάρχουν κρατικές υπηρεσίες και γραμμές στήριξης ατόμων με διάφορα προβλήματα και οι οποίες διαθέτουν ειδικούς που μπορούν να αναλάβουν την κάθε υπόθεση. Το ζήτημα είναι πως αυτές δεν προβάλλονται όπως θα έπρεπε και έτσι η πλειοψηφία των ατόμων που τις έχει ανάγκη δεν γνωρίζει την ύπαρξή τους. Σίγουρα θα πρέπει να δημιουργηθούν και άλλες υποδομές ώστε οι άνθρωποι που έχουν ανάγκη να βρίσκουν μια ψυχολογική στήριξη αλλά το βασικότερο είναι η προβολή αυτών των υπηρεσιών.

- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.
- Δεν μπορείς να αναφέρεις κάτι συγκεκριμένο. Έρχονται σίγουρα έχοντας μεγάλο πόνο και θυμό μέσα τους. Μέσα όμως από τη συζήτηση, στην πλειονότητά τους φεύγουν έστω και ελάχιστα ανακουφισμένοι, όσο ανακουφισμένος μπορεί να είναι κάποιος που έχει βιώσει την απώλεια ενός κοντινού του προσώπου. Προσπαθώ να τους βρω μια διέξοδο και να τους βοηθήσω να καταλάβουν πως παρόλο που μια απώλεια είναι επώδυνη, υπάρχουν εξίσου σημαντικοί άνθρωποι που μένουν πίσω και έχουν τον έχουν ανάγκη.
- Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;
- Αρκετές, λόγω της δουλειάς μου. Δυσκολότερες είναι αυτές που αφορούν στην αντιμετώπιση του πένθους των παιδιών.

## ΒΑΣΙΛΙΚΗ Ζ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

- Πόσο χρονών είστε;

- 36

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

- Πτυχιούχος κοινωνικός λειτουργός

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Κατ αρχήν τους αφήνω να βγάλουν από μέσα τους αυτά που θέλουν, να εκφράσουν την θλίψη, τον πόνο, την οργή, ή οτιδήποτε άλλο νιώθουν. Στην συνέχεια και αφού έχει περάσει το μεγάλο ξέσπασμα τους, συζητώ μαζί τους και προσπαθώ να τους ηρεμήσω. Βέβαια κάθε κατάσταση είναι διαφορετική και δεν ξέρεις πως μπορεί να αντιδράσει κάποιος.

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος

Όλοι δείχνουν ότι συμπάσχουν στο άτομο που βιώνει την απώλεια. Αυτό όμως μπορεί να φτάσει σε αρνητικό σημείο καθώς μπορεί να θεωρήσει πως τον λυπούνται. Όλοι θα πρέπει να είναι προσεκτικοί στο πως θα φερθούν σε άτομο που βιώνει μια απώλεια.

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

Θα μπορούσαν να είναι και καλύτερες, πιο λειτουργικές. Σίγουρα υπάρχουν άτομα εξειδικευμένα στις υπηρεσίες ή πίσω από τις τηλεφωνικές γραμμές όμως το βάρος θα πρέπει να δοθεί κυρίως στην προβολή αυτών των υπηρεσιών καθώς ο κόσμος δεν γνωρίζει την ύπαρξή τους.

- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.

- σίγουρα ξέρουν ότι είμαστε εκεί για να βοηθήσουμε. Μέσα όμως στον πόνο τους πολλές φορές βλέπουν παντού εχθρούς. Αυτό είναι και το δύσκολο σημείο. Να πείσεις τον άλλον πως είσαι εκεί γι' αυτόν και να τον κάνεις να σε εμπιστευτεί.

- Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;
- Αρκετές φορές λόγω της δουλειάς μου.

## Πάτερ Νικόλαος Κ. ιερέας

-Πόσο χρονών είστε;

- 48

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

- Είμαι ιερέας και η εκκλησία είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι στην αντιμετώπιση των νοσημάτων της ψυχής.

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Κατ αρχήν η κοίμησης κάποιου ατόμου είναι επιλογή και έργο του θεού και θα πρέπει να το δεχόμαστε. Από εκεί και πέρα προσπαθούμε και συζητάμε με τους πιστούς με απώτερο σκοπό να γαληνέψει η ψυχή τους και να ανακουφιστούν από τον μεγάλο πόνο που νιώθουν. Αν η πίστη τους στο Θεό είναι δυνατή τότε θα καταλάβουν και θα προχωρήσουν με τη βοήθεια και τη δύναμή Του.

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος;

- Όλοι προσπαθούν να βοηθήσουν τον συνάνθρωπο που έχει πόνο στην καρδιά του.

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

- Η εκκλησία έχει ανοιχτές τις πόρτες της για τους πιστούς. Οι ιερείς είναι πάντα πρόθυμοι να ακούσουν να συζητήσουν και να συμβουλέψουν τον κόσμο με τη δύναμη του Κυρίου.

- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.

- για να έρθει κάποιος στην εκκλησία σε μια τόσο δύσκολη και θλιβερή στιγμή σημαίνει πως περιμένει να ακούσει κάτι και αυτό το κάτι θα τον κάνει να νιώσει καλύτερα. Όποιος έρχεται στην εκκλησία τέτοιες στιγμές φεύγει σίγουρα ανακουφισμένος και με γαλήνη στην ψυχή του.

-Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;

- Αρκετές φορές και με τη βοήθεια και τη δύναμη του Θεού τους έχουμε κάνει να αισθανθούν, έστω και λίγο, καλύτερα.

## Δημήτριος, ιερέας

-Πόσο χρονών είστε;

- 53

- Ποια είναι η θέση σας στον τομέα της ψυχικής υγείας;

- Είμαι πρεσβύτερος στον Ι.Ν. Αγίου Αιμιλιανού. Η εκκλησία πρέπει να είναι πάντα διαθέσιμη να βοηθά αυτόν που την έχει ανάγκη.

- Πως αντιμετωπίζεται τα άτομα που βιώνουν το πένθος;

- Την ζωή την δίνει και την παίρνει ο Θεός. Αυτός βοηθά και τους ανθρώπους να ξεπερνούν τον πόνο τους. Μέσα από την πίστη ο άνθρωπος ξεπερνάει όλες τις δυσκολίες και βγαίνει δυνατότερος από αυτές.

- Πως επηρεάζει η κοινωνία την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων που βιώνουν το πένθος

- Ο κόσμος προσπαθεί καλοπροαίρετα να βοηθήσει αυτόν που πονάει στην ψυχή. Όμως αυτό μπορεί να έχει και αρνητικές συνέπειες αν δεν γίνει με το σωστό τρόπο.

- Θεωρείτε επαρκείς τις κρατικές παροχές ψυχικής υγείας;

- Η εκκλησία προσπαθεί και στηρίζει όλους όσους καταφεύγουν και ζητούν βοήθεια. Είναι εκεί για όλο τον κόσμο και με τη δύναμη του Θεού γιατρεύουν τις ψυχές του κόσμου.

- Πως αντιλαμβάνονται τα άτομα που βιώνουν το πένθος τη στήριξη από τους εργαζόμενους στο χώρο της ψυχικής υγείας.

- όσοι έρχονται στην εκκλησία και ζητούν τη βοήθεια του Θεού, φεύγοντας είναι ικανοποιημένοι και με γαλήνη στην ψυχή τους. Η δύναμη του Θεού μπορεί να κάνει την ψυχή του ανθρώπου να ηρεμήσει οποιαδήποτε ταραχή και αν έχει περάσει.

-Έχετε έρθει ποτέ σε επαφή με ασθενείς που βιώνουν το πένθος;

- Αρκετές φορές οι πιστοί έρχονται στην εκκλησία και ζητούν τη βοήθεια του Θεού προκειμένου να ξεπεράσουν την πίκρα και τον πόνο που νοιώθουν. Με αυτούς τους ανθρώπους συζητάμε και προσπαθούμε να τους ηρεμήσουμε και να τους κάνουμε να καταλάβουν πως θέλημα του Κυρίου είναι να προχωρήσουν τη ζωή τους.