ΝΟ: 16019.
ΚΩΔ: 15888

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ

ΙΩΑΝΝΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΟΥ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
ΚΛΑΙΡΗ ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής:
ΜΑΡΙΑ ΣΑΚΑΛΑΚΗ, Καθηγήτρια
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΤΑΛΙΚΑΣ, Αναπληρωτής Καθηγητής

ΑΘΗΝΑ 2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ 5

ABSTRACT 6

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ 7

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 9

ΜΕΡΟΣ Α. 17

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

ΣΧΕΣΕΙΣ ΨΥΧΗΣ - ΣΩΜΑΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 18

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ

1.1. Η Ιπποκράτειος ιατρική, ο καρκίνος, και οι θέσεις των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων σε σχέση με τους ψυχολογικούς παράγοντες στη διεργασία της καρκινικής νεοπλασίας. 18

1.2. Η θεωρία του Freud για τις ψυχονευρώσεις και οι επίγονοι άλλων ψυχοσωματικών θεωρήσεων. 32

1.3. Η θεωρία της ειδικής προσωπικότητας της Dunbar 36

1.4. Ο Franz Alexander και η θεωρία του περί ειδικής σύγκρουσης 36

1.5. Οι θεωρίες της ειδικής απάντησης 38

1.6. Οι θεωρίες της φυσιολογικής-σωματικής παλινδρόμησης και της παλινδρόμησης του «*Εγώ*» 39

1.7. Η θεωρία της προγεννητικής μετατροπής 39

1.8. Οι κλασσικές ψυχοσωματικές θεωρίες και η σχέση τους με τις βιολογικές διαδικασίες. 40

1.9. Ψυχονευροανοσολογία, στρες και καρκίνος 41

1.10. Οι καταβολές της ψυχοσωματικής ιατρικής 42

1.11. Η Πορεία και η εξέλιξη του σύγχρονου Ψυχοσωματικού Ινστιτούτου των Παρισίων 45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 48

ΣΧΕΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

2.1. Ενδεικτικοί στρεσογόνοι παράγοντες και καρκίνος 48
2.2. Η κατάθλιψη ως καταλυτικός παράγων 62
2.3. Ο ρόλος της απώλειας 74
2.4. Ο ρόλος του τραύματος 77
2.5. Ο ρόλος του αισθήματος του αβοήθητου και της απελπισίας 81
2.6. Ο ρόλος της συναισθηματικής αναστολής 83
2.7. Αλεξιθυμική προσωπικότητα και αλεξι-ερεθιστική λειτουργία 88

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 95

ΑΡΧΕΓΟΝΟΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΥΡΗΝΕΣ

3.1. Σχέσεις μητέρας-βρέφους σύμφωνα με τη "θεωρία του δεσμού" του Bowlby, και άλλων θεωρητικών σχημάτων 95
3.2. Η ψυχοσωματική του παιδιού και η σχέση του με τον ψυχοσωματικό ενήλικα 98
3.3. Αντικειμενότροπες σχέσεις και αυτορυθμιστική ομοιόσταση 101
3.4. Ανεπαρκείς ψυχικές δομές και σωματική τρωσιμότητα 102

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 107

ΤΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΝΟΣΗΜΑ

4.1. Κοινά χαρακτηριστικά (μηχανισμοί άμυνας, διαπροσωπικές σχέσεις, στοιχεία προσωπικότητας) των ατόμων που νοσούν από καρκίνο 107
4.2. Η Έννοια του σωματικού και του ψυχικού πόνου μέσα από μία καταληκτική ασθένεια 109
4.3. Η έννοια του θανάτου και η *ενόρμηση του θανάτου* στον καταληκτικό ασθενή 115
4.4. Η έννοια του *ναρκισσισμού* και η σχέση του με τον ογκολογικό ασθενή ... 120

ΜΕΡΟΣ Β. 126

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 127

ΜΕΘΟΔΟΣ

5.1. Προβλήματα ηθικής και δεοντολογίας στην κλινική έρευνα 127
5.2. Αντικείμενο και σκοπός της ερευνητικής διαδικασίας 128
5.3. Ερευνητικός σχεδιασμός 128
5.4. Η αξιοπιστία της έρευνας 132
5.5. Επιλογή μεθοδολογικής προσέγγισης - Παρουσίαση της μελέτης περίπτωσης 134
5.6. Προοπτικές και ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της έρευνας 136
5.7. Εγγενείς δυσκολίες και περιορισμοί της ερευνητικής μεθοδολογίας 138

ΜΕΡΟΣ Γ: 140

ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 141

Η ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΩΝ ΕΠΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

6.1. Δανάη- Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία-εφηβεία-οικογενειακή ζωή) 141
6.2. Ελπίδα – Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία-εφηβεία-οικογενειακή ζωή) 155
6.3. Αθηνά – Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία-εφηβεία-οικογενειακή ζωή) 167
6.4. Χρυσηίδα- Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία- εφηβεία- οικογενειακή ζωή) ... 183
6.5. Θεοδοσία - Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία- εφηβεία- οικογενειακή ζωή)... 191
6.6. Κλειώ - Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία- εφηβεία- οικογενειακή ζωή) 199
6.7. Λήδα - Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία- εφηβεία- οικογενειακή ζωή) 204
6.8. Κοινά χαρακτηριστικά ανάμεσα στις επτά γυναίκες 211
ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ 211

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 218

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ 224

7.1. Στο επίπεδο του σχεδιασμού Κοινωνικών Προγραμμάτων 224
7.2. Για περαιτέρω επιστημονική έρευνα 225
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 227

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 231

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ.....235

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ.....235

Παράρτημα Ι.....236

Ψυχοσωματικό Ερωτηματολόγιο του Beth Israel Hospital

(Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire)

Παράρτημα ΙΙ.....238

Δοκιμασία SAT9

Παράρτημα ΙΙΙ.....241

Δοκιμασία Θεματικής Αντίληψης

Thematic Apperception Test - Henry A. Murray, M.D

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος προσβάλλει τους ανθρώπους ανεξαρτήτως κοινωνικού στρώματος, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και μορφωτικού επιπέδου. Σε παγκόσμια κλίμακα η νόσος εμφανίζεται σε περίπου 10 εκατομμύρια άτομα ετησίως. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα στατιστικά δεδομένα κατά το έτος 2000, διαγνώστηκαν 10,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου, προκλήθηκαν 6,2 εκατομμύρια θάνατοι και υπήρχαν συνολικά 22,4 εκατομμύρια ασθενείς από τη νόσο παγκοσμίως. Σε σχέση με το 1990, παρατηρείται μια ανοδική αύξηση της επίπτωσης του καρκίνου της τάξεως του 19%.

Η ρύθμιση του κυτταρικού κύκλου και η διαταραχή αυτών των μηχανισμών που εμπλέκονται στην εκκόλαψη της νόσου, αποτελούν τόσο για τους βιολογικούς επιστήμονες όσο και για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας μια αινιγματική πρόκληση. Απόδειξη αποτελούν οι σύγχρονες έρευνες γύρω από το ανοσοποιητικό σύστημα και τους άρρηκτους δεσμούς του με τις καταστάσεις άγχους.

Σε αυτό το πλαίσιο, η παρούσα διδακτορική διατριβή επιδιώκει μέσα από μια ποιοτική μορφή προσέγγισης, σε δείγμα εφτά καρκινοπαθών γυναικών, να διερευνήσει και να αποσαφηνίσει κατά ποίον τρόπο οι ψυχικές διεργασίες ενθαρρύνουν την ανάπτυξη σωματοποιήσεων. Τα συμπεράσματα της ερευνητικής διαδικασίας, αναδεικνύουν την πολυπαραγοντικότητα του προβλήματος και τις επιπτώσεις που προκαλούνται εξαιτίας του σωματο-ψυχικού πόνου, ο οποίος αντανακλάται σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής.

ABSTRACT

Cancer invades in every household worldwide irrespective of social status, socio-economical levels or educational background. On a global scale, the disease appears in over ten million persons every year. Based on recent available statistics during 2000, ten million and one hundred thousand new cancer cases have been diagnosed reaching a total of twenty two million and four hundred thousand cancer patients whereas six million and two hundred thousands deaths occurred worldwide. Compared to 1990, there is a 19% increase on the ration of cancer-patients *versus* death from cancer.

The regulation of the cell cycle and the discrepancy in these mechanisms that are involved in causing the decease represent for both biochemical scientists and psychological health professionals a mystery yet to be explained. Proof for this, is all modern research around the immune system of the human body and its absolute correlation to stress.

It is under this scope that this thesis aims to investigate, using a quantitative approach on seven cancer female patients, how psychological processes may give rise to psychosomatic consequences. The results of this investigative procedure expose the multiple variables of the problem and the consequences that result from the psychosomatic pain. A pain that reflects in all areas of human life.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η έρευνα αυτή αποτελεί μια προσπάθεια διερεύνησης ενός θέματος πολύπλοκου, πολυδιάστατου, ανεξάντλητου και προσωπικά επώδυνου. Το εγχείρημα αυτό, δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί, αν δεν υπήρχε η συνεισφορά πολλών ατόμων. Γι' αυτό χρωστώ μεγάλη ευγνωμοσύνη σε πολλούς ανθρώπους οι οποίοι συνεισέφεραν άμεσα και έμμεσα, παρότι «κάποιοι» εκ των πραγμάτων θα πρέπει να μείνουν ανώνυμοι.

Πρωτίστως ευχαριστώ θερμά την Επόπτρια μου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια κυρία Κλαίρη Συνοδινού, στην οποία χρωστώ πολύ περισσότερα από ότι μπορώ να εκφράσω με λέξεις. Όχι μόνο δέχθηκε και στήριξε με ποικίλους τρόπους τη διεξαγωγή και τη συγγραφή αυτής της έρευνας, αλλά στάθηκε δίπλα μου καθ'όλην την διάρκεια αυτής της πορείας, αφιερώνοντας ένα μεγάλο μέρος από τον χρόνο της· με τις εύστοχες παρατηρήσεις της, το κριτικό της βλέμμα και την αμείωτη συμπαράστασή της, μου υπέδειξε τον κατάλληλο τρόπο για την προσέγγιση του θέματος αυτού, μυώντας με στη θεωρία της Ψυχοσωματικής Σχολής του Παρισιού.

Ευχαριστώ επίσης τα άλλα δύο μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον κύριο Αναστάσιο Σταλίκα, Αναπληρωτή Καθηγητή ο οποίος είχε ένα σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της εργασίας αυτής, παρέχοντας μου πολύτιμες πληροφορίες και υποδείξεις, και την κυρία Μαρία Σακαλάκη, Καθηγήτρια, η οποία διάβασε με προσοχή το κείμενο αυτό συμβάλλοντας με ένα παραγωγικό τρόπο στην τελική του μορφή.

Θα ήταν παράλειψη μου να μην ευχαριστήσω τις φιλόλογους κυρία Μαρκίτα Παστελλά οποία επεξεργάστηκε γλωσσικά το πρώτο μέρος του χειρόγραφου αυτού, και την κυρία Ναυσικά Γεωργίου η οποία επιμελήθηκε με διακριτικότητα και φροντίδα την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Πολλοί και αγαπημένοι μου άνθρωποι στο στενό μου κύκλο με ενθάρρυναν συνεχώς σε αυτό το ταξίδι όντας ανεξάντλητα «θεραπευτικοί» για μένα, όπως ο σύζυγός μου, που όχι μόνο με υποστήριξε στις εκπαιδευτικές μου φιλοδοξίες και βαθύτερες εσωτερικές μου ανάγκες, αλλά με το κουράγιο και τη γενναιοδωρία του

μου δίδαξε την τέχνη της υπομονής, συμβάλλοντας και πρακτικά στην τεχνική επιμέλεια της συγγραφής αυτής της εργασίας. Στον αδελφό μου επίσης, που πρόσφερε τον δυσεύρετο χρόνο του παράλληλα με την εμπνευσμένη ευρηματικότητά του, για την εγκατάσταση στον υπολογιστή των Αρχαίων Ελληνικών, την εύρεση χρήσιμων διαδικτυακών πηγών, καθώς επίσης και την συμβολή του στην τεχνική επεξεργασία του κειμένου αυτού, αποδεικνύοντας εμπράκτως την αγάπη και την αμέριστη υποστήριξη του.

Θέλω να ευχαριστήσω ακόμα τις αγαπημένες μου φίλες, Μαρίνα Αλεξάνδρου, για την αγάπη και την ενθάρρυνση που μου προσφέρει όλο αυτόν τον καιρό, και την Άννα Γεωργίου η οποία μέσα από την φιλία και το ενδιαφέρον της, μου παρείχε μαζί με την συμπαράσταση της και έντυπο υλικό.

Τέλος, πώς να μην ευχαριστήσω τους πρωταρχικούς εμπνευστές μου, όλους εκείνους οι οποίοι μέσα από τον πόνο της ασθένειάς τους, δέχτηκαν, να μοιραστούν τα βιώματα τους μαζί μου, εκμυστηρευόμενοι τον προσωπικό τους αγώνα. Ελπίζω να γνωρίζουν πόσα με δίδαξαν, κι' ας δεχθούν την βαθιά ευγνωμοσύνη μου, αφιερώνοντας την συγγραφή αυτής της εργασίας ως ελάχιστο φόρο τιμής σε αυτούς.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

> «C'est peut-être ça qu'on cherche à travers la vie, rien que cela, le plus grand chagrin possible pour devenir soi-même avant de mourir».
>
> Celine,
> Voyage au bout de la nuit.
>
> (Ίσως να είναι αυτό που ψάχνει κανείς μέσα από τη ζωή, τίποτα άλλο εκτός από αυτό, τον μεγαλύτερο δυνατό πόνο, για να γίνει ο ίδιος του ο εαυτός, σε αυτό που πραγματικά είναι, προτού πεθάνει).

Η ιδέα της σύνδεσης του καρκίνου με ψυχολογικούς συντελεστές ανάγεται στον ίδιο τον Ιπποκράτη (460π.Χ), ο οποίος ανέπτυξε τη θεωρία της «*παθολογίας των χυμών*» στο έργο του "Περὶ χυμῶν"[1]. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία, ο καρκίνος παρουσιάζεται στο σώμα όταν πλεονάζει η μέλαινα χολή ή μελαγχολικός χυμός, προϊόν του μεταβολισμού της μέλαινας χολής στις φλέβες. Θεωρούσε ότι η υγεία του ανθρώπου είναι συγκερασμός ψυχικής και βιολογικής αρμονίας, η οποία προκύπτει από μια διπλή διαλεκτική συμβιβασμού και προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον του. Αντίστοιχα, πίστευε, ότι η έκλυση μιας νόσου προκαλείται από τη διατάραξη της ισορροπίας των συστατικών του σώματος, η οποία οφείλεται, σε εξωτερικούς ή σε εσωτερικούς παράγοντες. Τα άτομα με μελαγχολική διάθεση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κακοήθεις όγκους. Ο Ιπποκράτης ήταν υπέρμαχος μιας ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς όσο αφορά τη θεραπεία του, συμπεριλαμβανόμενης και της πρόνοιας για τη ψυχική του υγεία. Την άποψη του περί ψυχοσωματικής ολότητας υποστήριζαν ο Εμπεδοκλής ο Ακραγαντίνος (493-435 π.Χ.) και ο Αλκμαίων ο Κρωτονιάτης ($6^{ος}$-$5^{ος}$ π.Χ.). Ο Πλάτωνας (427-348 π.Χ) θεωρούσε ότι η θλίψη έχει σοβαρές επιπτώσεις στο σώμα. Ο Σωκράτης (469-399 π.Χ.) υποστήριζε, ότι όλα ξεκινούν από την ψυχή «και τα καλά και τα κακά για το σώμα». Στο ίδιο πνεύμα με τον Ιπποκράτη κινήθηκε και ο Γαληνός, ο οποίος αντιλαμβανόταν το ανθρώπινο σώμα ως ένα ενιαίο σύνολο και ότι η ψυχή είναι αυτή που δίνει ζωή στο σώμα, εξ' ού και η αρμονία της σάρκας είναι το

[1] Ιπποκράτης, Γενική Ιατρική, Άπαντα 3, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1992.

αποτέλεσμα της ισορροπίας της κράσης. Θεωρούσε παράλληλα ότι τα πάθη της ψυχής, είναι αιτία σωματικών νόσων. Ο Επίκουρος (341-270 π.Χ.) πίστευε εξίσου στο αδιάσπαστο ψυχής-σώματος. Ο Αριστοτέλης (384-322π.Χ.), υποστηρίζοντας το αδιάσπαστο της ψυχοσωματικής ενότητας, θεωρούσε, ότι οι έντονες συγκινήσεις συνοδεύονται από σωματικές εκδηλώσεις. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι οι ρίζες της σύγχρονης ψυχοσωματικής θεώρησης βρίσκονται στην αρχαία ελληνική ψυχογενή αντίληψη.

Η αρχαία ελληνική ιατρική και φιλοσοφία δεν μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο τον πατέρα της ψυχανάλυσης S. Freud, ο οποίος υποστήριξε, ότι οι απωθημένες συγκρούσεις και τα συναισθήματα που προκαλούνται εξαιτίας των, αποτελούν εκλυτικούς παράγοντες για τη παθογένεση των ψυχοσωματικών διαταραχών. Αν και δεν χρησιμοποίησε ποτέ στα γραπτά του τον όρο «ψυχοσωματικός», εντούτοις πίστευε απόλυτα, ότι μέσα από ασυνείδητες συγκρούσεις κάποιοι μηχανισμοί μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγή των φυσιολογικών λειτουργιών του οργάνου. Στη δεκαετία του 1920 οπαδοί του Freud διερεύνησαν εμπειρικά την αντιμετώπιση ασθενών με σωματικά νοσήματα.

Η πορεία για τη συγκρότηση μιας ψυχοσωματικής θεώρησης έχει ήδη κάνει την εμφάνιση της. Ο Heinroth, ψυχίατρος, χρησιμοποιεί τον όρο ψυχοσωματική στις αρχές του 19ου αιώνα και ο Felix Deutsch, ψυχαναλυτής, το 1922 εισάγει τον όρο «ψυχοσωματική ιατρική». Το 1940 ιδρύεται από εμπνευσμένους ψυχαναλυτές με κύριο εκπρόσωπο τον F. Alexander, η Αμερικανική Ψυχοσωματική Εταιρεία. Ο Lipowski θερμός υποστηρικτής της αρχαίας ελληνικής σκέψης, όρισε το 1984 τη ψυχοσωματική ιατρική ως τον κλάδο, ο οποίος διερευνά τις σχέσεις ανάμεσα σε ψυχολογικά, κοινωνικά και σωματικά φαινόμενα. Η θεώρηση της ψυχοσωματικής ιατρικής αμφισβητήθηκε από τη δυϊστική αντίληψη περί ψυχής-σώματος του Καρτέσιου και από τη μηχανιστική κατεύθυνση της ιατρικής, μέσα από την κυτταρική παθολογία του Virchow και τις ανακαλύψεις του Pasteur και του Koch στη βακτηριολογία. Αν και το ρεύμα που κυριάρχησε εκείνη την εποχή, επηρέασε πολλούς ψυχαναλυτικά προσανατολισμένους προς μια βιολογική τοποθέτηση, εντούτοις η ανακάλυψη της σωματικής τρωσιμότητας εξαιτίας της απώλειας αντικειμένου καθώς και άλλων στρεσογόνων καταστάσεων, οδήγησε τη ψυχοσωματική ιατρική σε μια γενικότερη θεώρηση. Έτσι, η ψυχοσωματική ιατρική

το 1970 επανέκτησε το κύρος της, δίνοντας έμφαση στη ψυχοφυσιολογική έρευνα και έχοντας ενσωματώσει τη συμβουλευτική- διασυνδετική ψυχιατρική ως κλινικό της κλάδο.

Το 1972 οι Σιφναίος και Namias στις Η.Π.Α. ορίζουν την έννοια της *«αλεξιθυμίας»* ως τη δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων και την απουσία φαντασιωτικής ζωής. Οι Horney και Mead εστιάζονται στις επιδράσεις του κοινωνικού και πολιτικού περιβάλλοντος για την εκδήλωση της νόσου.

Παράλληλα, το 1978 στο Παρίσι η ψυχοσωματική ιατρική τίθεται σε εφαρμογή μέσα από την δημιουργία ενός πρωτοποριακού νοσοκομείου, το οποίο πλαισιώνουν οι ψυχαναλυτές P. Marty και M. Fain και ακολουθούν οι M. de M'Uzan και C. David. Μέσα από την κλινική και ερευνητική τους πορεία οι ψυχαναλυτές συμπεραίνουν, ότι τα τραύματα της πρώιμης παιδικής ηλικίας στη σχέση μητέρας-παιδιού προκαλούν κενά στην ποιότητα της ψυχικής οικοδόμησης και ισορροπία του ψυχικού οργάνου.

Η ψυχοσωματική ιατρική το 1980 στηριζόταν σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της νόσου, το οποίο τόνιζε την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η διαφοροποίηση μεταξύ «ψυχοσωματικών» και «πραγματικών» νοσημάτων δεν υφίσταται πλέον και τα συναισθήματα δεν θεωρούνται «αίτια» της νόσου αλλά «παρεμβαίνουσες μεταβλητές».

Σε ένα άλλο πεδίο δράσης, η συμπεριφοριστική ιατρική η οποία έχει τις ρίζες της στη συμπεριφοριστική ψυχολογία, αναπτύσσεται ταχέως, αντιτίθεται στην ψυχανάλυση και συναγωνίζεται σκληρά τη ψυχοσωματική ιατρική για μια θέση μέσα στο σύστημα υγείας. Οι θεραπευτικές της προσεγγίσεις εστιάζονται σε μαθησιακά μοντέλα και σε μοντέλα επεμβατικής εξάρτησης· συγκλίνουν περισσότερο στην αντιμετώπιση της έκδηλης συμπεριφοράς παρά στις ενδοψυχικές συγκρούσεις. Οι Garfield και Steptoe υποστήριξαν το 1982 την αποτελεσματικότητα της θεραπείας των σωματικά ασθενών με την προαναφερόμενη προσέγγιση.

Σύγχρονα μοντέλα κατανόησης της ψυχοπαθολογίας προέκυψαν από τη θεωρία των *σχέσεων αντικειμένου* και την *ψυχολογία του Εγώ*, μετατοπίζοντας τη

βαρύτητα από τις ενορμήσεις και τις ψυχικές άμυνες προς τις μεταστροφές των διαπροσωπικών σχέσεων. Ακολούθησαν έρευνες γύρω από τις πρώιμες σχέσεις μητέρας – παιδιού-, οι οποίες απέδειξαν ότι αναπτυξιακά ελλείμματα στη ζωή ενός παιδιού προκαλούν τρωσιμότητα απέναντι στη νόσο. Η Herzlich θεωρεί, ότι καταλυτικό ρόλο διαδραματίζει η ποιότητα ζωής, ενώ οι Dollard και Miller δίνουν βαρύτητα στην χρόνια καταπίεση από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Ωστόσο, το πρόβλημα της αιτιολογίας της κακοήθους νεοπλασίας παραμένει πολύπλοκο και δύσκολα προσδιορίσιμο, ακόμη και σήμερα. Γνωρίζουμε ότι στη νεοπλασία επικρατούν δύο παράγοντες: η μετάλλαξη των υπαρχόντων κυττάρων του οργάνου ή η δημιουργία νέων, κακοήθους μορφής κυττάρων. Και στις δύο αυτές περιπτώσεις, τα νέα αυτά κύτταρα, διαταράσσουν την υπάρχουσα τάξη των προηγούμενων κυττάρων καθώς επίσης και την όλη τάξη των ανοσοβιολογικών λειτουργιών.

Η παρούσα ερευνητική εργασία αποσκοπεί μέσα από τη *μελέτη* επτά *περιπτώσεων* τη διερεύνηση των ψυχολογικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν με ψυχοβιολογικούς μηχανισμούς και διαταράσσουν την ψυχοσωματική ομοιόσταση. Μας ενδιαφέρει επίσης η αναζήτηση των βαθύτερων αιτιών εξ αιτίας των οποίων ορισμένα άτομα είναι πιο επιρρεπή στη νόσο από κάποια άλλα.

Αφορμή για την εκπόνηση της στάθηκαν πρωτίστως οι δυσκολίες που γεννήθηκαν μέσα από την κλινική μας πρακτική, ως ψυχολόγου- αποδέκτη ασθενών με διάφορες μορφές καρκίνου. Το ενδιαφέρον μας κινητοποιήθηκε ακόμη περισσότερο, όταν αναδύθηκαν οι πρώτες σημαίνουσες εικόνες μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία, που αφορούσαν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της ψυχικής τους οργάνωσης· η ανεπάρκεια διαλεκτικής έκφρασης και συναισθηματικής επεξεργασίας, καθώς και μία παρατεταμένη εικόνα *«στοιχειώδους κατάθλιψης*[2]*»*.

Σταθμό στην έρευνα αυτή απετέλεσαν επίσης τόσο τα ερωτήματα που αναδύθηκαν μέσα από την κλινική πρακτική γύρω από την ικανότητα επεξεργασίας βιωμάτων, τραυματισμών και συναισθημάτων των ογκολογικών ασθενών, όσο και

[2] Όρος που περιέγραψε ο P. Marty είναι η ίδια η ουσία της κατάθλιψης, δηλαδή η πτώση του τόνου των ενορμήσεων ζωής, μία αποδιοργανωτική διαδικασία, με υψηλό σωματικό κίνδυνο, λόγω της διάρρηξης των αμυνών τόσο ψυχικών όσο και βιολογικών.

ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

οι προβληματισμοί γύρω από την ασυνείδητη σχέση τους με τα ένστικτα θανάτου, αλλά και οι επιθετικές- καταστροφικές ενορμήσεις που διαπλέκονται στο αέναο ψυχικό γίγνεσθαι.

Στη συνέχεια ένα ερώτημα το οποίο γεννήθηκε, τροφοδότησε τους αρχικούς μας προβληματισμούς· ποιοι ψυχολογικοί παράγοντες συντελούν αφενός στην έκλυση μίας σωματικής αποδιοργάνωσης, αφετέρου στην εγκατάστασή της, με σοβαρές λειτουργικές και οργανικές βλάβες.

Γνωρίζοντας ήδη την έλλειψη παρόμοιων ερευνών στον ελληνικό χώρο καθώς και τις σχετικές έρευνες με τον καρκίνο που έχουν διεξαχθεί στην IPSO (Institut de Psychosomatique), της Ψυχοσωματικής Σχολής του Παρισιού καθώς και την ερευνητική της πορεία, το ενδιαφέρον μας κινητοποιήθηκε ακόμη περισσότερο.

Στην προσπάθειά να κατανοηθούν οι τρόποι με τους οποίους αυξάνεται η τρωσιμότητα απέναντι στη νόσο, θελήσαμε παράλληλα να μελετήσουμε τη σχέση ανάμεσα στον ανέκφραστο ψυχικό πόνο, δηλαδή τον ανεπαρκώς υποψυχικοποιημένο και τη σωματική αποδιοργάνωση, δηλαδή την χρονική έκλυση μίας σωματικής ασθένειας.

Θα πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη μας, ότι ένας ερευνητής σε καμιά περίπτωση δεν μπορεί να μελετήσει όλες τις πτυχές και όλες τις μεταβλητές οι οποίες αναφέρονται σε ένα πρόβλημα. Ανάμεσα σε αυτές τις μεταβλητές που άπτονται του προβλήματος και δεν θα διερευνηθούν, είναι η γενετική προδιάθεση για καρκίνο (δημογραφικά στοιχεία τα οποία να δηλώνουν αν υπήρξαν άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος που νόσησαν), καθώς επίσης και η συσχέτιση της νόσου με εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως η διατροφή και η ποιότητα ζωής. Η παρούσα εργασία βασίζεται κυρίως στο ακόλουθο υποθετικό ερώτημα: η μη δυνατότητα επεξεργασίας ενός *τραύματος* η οποία δεν συνακολουθείται από τη *διεργασία του πένθους*, αποτελεί τον κυριότερο εκλυτικό παράγοντα στην εκδήλωση μιας σοβαρής ασθένειας.

Στο πρώτο μέρος εξετάζεται η θεωρητική προσέγγιση της εκκόλαψης μιας σοβαρής νόσου, όπως ο καρκίνος, μέσα από μια ιστορική αναδρομή. Παράλληλα,

επιχειρείται η συσχέτιση διαφόρων ψυχολογικών μεταβλητών με τη σωματική αποδιοργάνωση και μελετάται ο ρόλος των πρώιμων σχέσεων και των επιπτώσεων των ψυχικών ελλείψεων, στην οργάνωση του μελλοντικού ενήλικα. Το θεωρητικό μέρος ολοκληρώνεται με το τέταρτο κεφάλαιο, στο οποίο επιδιώκουμε την αναζήτηση των κοινών χαρακτηριστικών (δομής και προσωπικότητας), των ατόμων με σοβαρό νόσημα.

Στο πλαίσιο αυτής της δυναμικής, εμπνευσμένοι από την ψυχαναλυτική προσέγγιση της σύγχρονης ψυχοσωματικής θεωρίας, υπεγείρθηκαν οι ακόλουθες υποθέσεις:

α) *Υπόθεση Ι*

Η ποιότητα των σχέσεων, των επτά γυναικών που μελετήσαμε, με τη μητέρα τους από την αρχή της ζωής τους, δηλαδή η κακή συναισθηματική συνοδεία με την οποία τροφοδοτήθηκαν ως παιδιά από την μητέρα τους, επηρέασε, όχι μόνο τους ψυχικούς μηχανισμούς που ανέπτυξαν μεταγενέστερα αλλά και τις αντικειμενοτρόπες σχέσεις τους, αφήνοντας ένα ψυχικό έλλειμμα.

β) *Υπόθεση ΙΙ*

Οι πρώιμες και τραυματικές εμπειρίες που βίωσαν οι ασθενείς, η απουσία ενός υποστηρικτικού πλαισίου, και κατά συνέπεια μια καταθλιπτική τάση απέναντι στη ζωή, αποτέλεσαν συνιστώσες ψυχικής αποδιοργάνωσης και σωματικής ευαλότητας.

γ) *Υπόθεση ΙΙΙ*

Οι ασθενείς που παρακολουθήσαμε, χαρακτηρίζονται από αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, διέθεταν δηλαδή περιορισμένα μέσα ψυχικής επεξεργασίας και λεκτικής έκφρασης, σύνδεσης παραστάσεων και συναισθημάτων, με αποτέλεσμα το ψυχικό μέρος των ενορμήσεων τους να είναι αποδυναμωμένο.

δ) *Υπόθεση ΙV*

Όταν οι ψυχικές διεργασίες δημιουργίας παραστάσεων, αναμνήσεων, ονείρων, συνειρμών, καθώς και η ανάπλαση, διασύνδεση και ο μετασχηματισμός τους μέσα από τη σκέψη και τον λόγο απέτυχαν (λόγω της ανάπτυξης των

συγκεκριμένων ψυχικών μηχανισμών), τότε αυτή η ψυχική αποδιοργάνωση άνοιξε το δρόμο για τη σωματική ασθένεια.

ε) *Υπόθεση V*

Η εκδήλωση μιας σοβαρής ψυχοσωματικής ασθένειας όπως ο καρκίνος, αποτελεί μια ασυνείδητη προσπάθεια ένταξης των, σε μια νέα τάξη πραγμάτων «καρκινική νεο-πλασία». Η ασθένεια, αποτελεί το έναυσμα για επαναπροσδιορισμό του τρόπου (απο)επένδυσης της ζωής τους.

ζ) *Υπόθεση VI*

Η ασθένεια εκκολάφθηκε όταν οι ψυχικές άμυνες των ασθενών απέτυχαν να επεξεργασθούν την επαναβίωση μιας απώλειας (συμβολικής, πραγματικής ή φαντασιωτικής), με αποτέλεσμα την κυριαρχία των ενορμήσεων θανάτου, δηλαδή την ολοκληρωτική μείωση των εντάσεων και την επαναφορά τους στην ανόργανη κατάσταση.

Προκειμένου να κατανοήσουμε και να διερευνήσουμε τα βαθύτερα χαρακτηριστικά των ατόμων που είναι επιρρεπή σε σωματικές νόσους, προσπαθήσαμε να μελετήσουμε μέσω κάποιων ερωτηματολογίων και προβολικών δοκιμασιών τις διαταραχές στην έκφραση του συναισθήματος, τους μηχανισμούς άμυνας, τα τραυματικά τους βιώματα, και την ικανότητα επεξεργασίας τους, την κατανόηση των διαπροσωπικών τους σχέσεων, τη σχέση τους με το κοινωνικό, μορφωτικό και πολιτιστικό υπόβαθρο. Παράλληλα, θεωρήσαμε σημαντική τη χρονική εκδήλωση μίας σωματικής ασθένειας, καθώς επίσης και το συσχετισμό παλαιότερων τραυματικών βιωμάτων με το τραύμα που επιφέρει η ίδια η ασθένεια.

Στο δεύτερο μέρος, το οποίο αποτελεί το μεθοδολογικό τμήμα της παρούσας εργασίας, περιγράφονται αναλυτικά τα προβλήματα ηθικής και δεοντολογίας στην κλινική έρευνα, ο σκοπός, ο ερευνητικός σχεδιασμός, η αξιοπιστία της έρευνας, η επιλογή μεθοδολογικής προσέγγισης – παρουσίασης της μελέτης περίπτωσης, οι προοπτικές και τα ερωτήματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της έρευνας· τέλος περιγράφονται οι εγγενείς δυσκολίες και οι περιορισμοί της ερευνητικής μεθοδολογίας. Εν συνεχεία, στο τρίτο μέρος, το οποίο

αποτελεί το κλινικό τμήμα, αναλύουμε τα δεδομένα που προέκυψαν από την εξέταση των επτά ατόμων, διατυπώνοντας ακολούθως τα κλινικά συμπεράσματα.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διατριβής ολοκληρώνεται, με την καταγραφή των συμπερασμάτων και των προτάσεων που διατυπώνονται για περαιτέρω ερευνητική δραστηριότητα στο πεδίο των χρόνιων νοσημάτων καθώς επίσης και στο επίπεδο σχεδιασμού, εκπαιδευτικών και κοινωνικών προγραμμάτων για την προσπάθεια πρόληψης της ανάπτυξης σωματικών νοσημάτων.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η ενασχόληση με το θέμα αυτό (στη Γαλλία και στις Η.Π.Α από το 1960 μέσα από οργανωμένους οργανισμούς, επιτυγχάνει μια συστηματική έρευνα, ενώ στον ευρύτερο ελληνικό χώρο τα τελευταία χρόνια μέσα από κάποιες προσπάθειες που γίνονται στον χώρο της Ψυχο-Ογκολογίας, από δημοσιεύσεις και ανακοινώσεις) επιβεβαιώνει τη σπουδαιότητα του ερευνητικού θέματος καθώς επίσης και την αναγκαιότητα της συμπερίληψης του θέματος αυτού στις προτεραιότητες κρατικών και ερευνητικών ιδρυμάτων.

Παράλληλα η απουσία συστηματικών ερευνών στην ευρύτερη ελληνική επικράτεια και η πιθανότητα σχέσης μεταξύ άλλων μεταβλητών που διερευνήθηκαν μέχρι τώρα στην Ψυχοσωματική Σχολή του Παρισιού– αυτής του τραύματος– το οποίο θεωρούμε ότι υπεισέρχεται με ένα καταλυτικό ρόλο στη σωματική αποδιοργάνωση, συνηγορούν στην αναγκαιότητα διεξαγωγής της έρευνας αυτής.

Σημαντικό ρόλο στην διεξαγωγή της έρευνας αυτής, διαδραμάτισε επίσης η δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων δύο διαφορετικών πολιτισμών και κουλτούρας (του Γαλλικού με του Ελληνικού), εφόσον οι δεσμοί σχέσεων και ο θεσμός της οικογένειας στη χώρα μας, αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες έναντι της νόσου.

ΜΕΡΟΣ Α.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΨΥΧΗΣ - ΣΩΜΑΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ

«Γενναίος και ελεύθερος πεθαίνει αυτός που γνωρίζει τη σχέση που πρέπει να έχει ο άνθρωπος με τη ζωή και τη στάση που πρέπει να κρατήσει απέναντι στον θάνατο».
Πλάτων, Φαίδων ἢ περὶ ψυχῆς.

1.1. Η Ιπποκράτειος ιατρική, ο καρκίνος, και οι θέσεις των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων σε σχέση με τους ψυχολογικούς παράγοντες στη διεργασία της καρκινικής νεοπλασίας.

Η σύγχρονη ιστορία της ψυχοσωματικής θεωρίας έχει τις καταβολές και τις ρίζες της στην αρχαία ελληνική φιλοσοφία και στην Ιπποκράτειο ιατρική. Η Ιπποκρατική νοσολογία αναφέρθηκε πρώτη στον καρκίνο η οποία και τον ονοματοθέτησε, οδηγούμενη από την εξωτερική εμφάνιση του όγκου. Εκτός λοιπόν από το γνωστό θαλάσσιο ζώο τον κάβουρα, η λέξη καρκίνος είχε αρχικά πολλές έννοιες, όπως είδος πέδιλων, είδος επιδέσμου, είδος στίχου στην ποίηση, είδος λαβίδας κ.λ.π. Η εισαγωγή της ονομασίας αυτής για τη δήλωση ενός κακοήθους όγκου συναντάται σε διάφορα σημεία της ιπποκρατικής νοσογραφίας:

Στους «Αφορισμούς» του Ιπποκράτη διαβάζουμε: «Ὁκόσοισι κρυπτοὶ καρκίνοι γίνονται, μὴ θεραπεύειν βέλτιον· θεραπευόμενοι γὰρ ἀπόλλυνται ταχέως, μὴ θεραπευόμενοι δέ, πουλὺν χρόνον διατελέουσιν»[3]. Είναι προτιμότερο δηλαδή, να μην εφαρμόζεται καμία θεραπεία στα άτομα που πάσχουν από κρυφούς καρκίνους· αν υποστούν θεραπεία, θα πεθάνουν γρήγορα· αν μείνουν χωρίς θεραπεία, η ζωή τους παρατείνεται.

Σπουδαίος φιλόσοφος, διδάσκαλος, αλλά και γνήσιος κληρονόμος μίας μεγάλης ιατρικής παράδοσης υποστήριζε μαζί με τον Δημόκριτο ότι «κανένα

[3] Ιπποκράτης, *Γενική Ιατρική*, Άπαντα 1, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1993, σ. 290.

φάρμακο δεν θεραπεύει την ψυχή των ανθρώπων»[4]. Στο έργο του αυτό, ο Ιπποκράτης δίνει πολλά παραδείγματα που αφορούν στην αντίδραση του σώματος απέναντι στο φόβο, στην ντροπή, στην ευχαρίστηση και στο πάθος (ιδρώτες, σφυγμούς της καρδιάς). Τα συναισθήματα εκείνη την εποχή ονομάζονταν «πάθη» κι' έτσι συνεχίστηκε να ονομάζονται και στα πρώτα χρόνια του Χριστιανικού βίου. Ο Άγιος Ιωάννης της Κλίμακος αναφέρει: «τό πάθος ἐν τῇ φύσει οὐ πέφυκε• οὐ γάρ ἐστιν κτίστης παθῶν ὁ Θεός». Οντολογικά δηλαδή τα πάθη συνδέονται με την ανυπαρξία, αφού η ανθρώπινη φύση δημιουργήθηκε από τον θεό χωρίς το κακό μέσα της. Ακόμη, ένας άλλος Άγιος, ο Ιωάννης ο Χρυσόστομος αναφέρει ότι τα πάθη είναι ασθένεια της ψυχής. «Τά πάθη εἶναι ἀσθένεια τῆς ψυχῆς». Στην Καινή Διαθήκη ακολούθως διαβάζουμε :*«Πρέπει νὰ ἀγωνιζώμεθα κατὰ τῶν παθῶν καὶ ἐλαττωμάτων μας»*[5].

Η υγεία του ανθρώπου είναι ένα συγκέρασμα μίας εσωτερικής-ψυχικής και βιολογικής αρμονίας. Έκτοτε λοιπόν ο πόνος δεικνύει την απομόνωση ενός μέρους ή ενός μέλους του σώματος, ενώ η υγεία φανερώνει την ενότητα. Σύμφωνα λοιπόν με τον πατέρα της ιατρικής, η ψυχή μπορεί «νά ἐξαντλήσει τό σῶμα (VI, 5,2)»[6]. Αυτή η προηγμένη υλιστική αντίληψη τον οδηγεί στο να εξετάζει τον ασθενή του ως ψυχοσωματικό σύνολο. Γι' αυτό συνιστάται η αναγκαιότητα των «περιποιήσεων», δηλαδή η φροντίδα της ψυχής του ασθενούς, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής δεν μεριμνά για την ίασή του.

«Γεμάτοι ἀπό τήν ἀρρώστια, ἄδειοι ἀπό τροφή, «οἱ νοσοῦντες» προτιμοῦν περισσότερο στό ἑξῆς νά ἀνεχθοῦν ὅ,τι εὐνοεῖ τήν ἀσθένεια παρά ὅ,τι ὠφελεῖ τήν ἴαση (VII, 3)»[7].

Εξίσου σημαντική συμβολή στην ιατρική επιστήμη ήταν η ώριμη και με οξύτητα άποψή του, ότι ο ικανός ιατρός μπορεί να αναγνωρίζει τα όρια στην επιστήμη του καθώς και στις ικανότητές του. Η αυτογνωσία λοιπόν είναι χαρακτηριστικό που διακρίνει την Ιπποκράτειο ιατρική.

---

[4] Ayache, L., *Ο Ιπποκράτης,*, τι-ξέρω; Δαίδαλος-Ι.Ζαχαρόπουλος, Αθήνα 1999, σ. 11.
[5] Π. Ν. Τρέμπελα, Μετά συντόμου ερμηνείας, *Η Καινή Διαθήκη*,Επιστολαί Ιακώβου, Κεφ. δ' 1-6 σ. 919.
[6] Ayache, L., *Ο Ιπποκράτης*,τι-ξέρω; Δαίδαλος-Ι.Ζαχαρόπουλος, Αθήνα 1999, σ. 41.
[7] ό.π, σ. 87.

«Νά ἀπαλλάσσει ἐντελῶς τούς ἀρρώστους ἀπό τούς πόνους τους ἤ νά μειώνει τήν ἔνταση τῶν ἀσθενειῶν καί νά μή θεραπεύει τούς νοσοῦντες πού ἔχουν νικηθεῖ ἀπό τίς ἀρρώστιες(III, 2)»[8].

Η κατάσταση της υγείας, σύμφωνα λοιπόν με τον Ιπποκράτη, προκύπτει από μία διπλή διαλεκτική συμβιβασμού και προσαρμογής του ατόμου και των στοιχείων από τα οποία συντίθεται το σύνολο του ατόμου και του περιβάλλοντος, του οποίου αποτελεί ένα μέρος. Έκτοτε η αρμονία είναι η κανονιστική αρχή της ιατρικής άσκησης. Γι' αυτό και θεραπεύω σημαίνει εναρμονίζω.

«Ἀπ' ὅσους ἔχουν ἀσθένειες παρόμοιες πού προκαλοῦνται ἀπό αὐτές τίς αἰτίες, κάποιοι ὑποκύπτουν κατά τή σύντομη προθεσμία, ἄλλοι ζοῦν γιά πολύ καιρό, διότι ὑπάρχει διαφορά ἀπό σῶμα σε σῶμα, ἀπό ἡλικία σέ ἡλικία, ἀπό βλάβη σέ βλάβη· μερικοί εἶναι πιό σκληροί, στόν πόνο κατά τή διάρκεια τῆς ἀρρώστιας καί ἄλλοι εἶναι ἀπολύτως ἀνίκανοι νά ἀντισταθοῦν. Συνεπῶς, δέν μποροῦμε τίποτα νά διευκρινίσουμε οὔτε νά πετύχουμε νά προσδιορίσουμε τό διάστημα τοῦ χρόνου, εἴτε μεγάλο εἴτε μικρό, ὅπου αὐτοί ὑποκύπτουν· γιατί γενικά αὐτός ὁ χρόνος δέν ἔχει τήν ἀκρίβεια πού μερικοί τοῦ ἀποδίδουν καί ἀκόμη δέν πληροῖ ὅλες τις προϋποθέσεις, δεδομένου ὅτι ὑπάρχουν ἐπίσης διαφορές ἀπό χρονιά σέ χρονιά κι'ἀπό ἐποχή σέ ἐποχή πού αὐτοί οἱ ἄνθρωποι ἀρρωσταίνουν»[9].

Στο έργο του Ιπποκράτη *Περὶ Χυμῶν*, αναπτύσσεται η θεωρία ότι το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από τέσσερα βασικά στοιχεία, αέρα, γη, νερό και φωτιά, τα οποία ενωμένα μεταξύ τους συνθέτουν τα διάφορα τμήματα του οργανισμού. Το ίδιο συμβαίνει και με τις ιδιότητές τους. Η έκλυση μίας νόσου ή η διατήρηση της υγείας του ανθρώπινου όντος είναι συνυφασμένη με την αρμονία της ανάμειξης των τεσσάρων χυμών: αίμα, φλέγμα, ξανθή χολή και μαύρη χολή. Οι ασθένειες προκαλούνται από τη διατάραξη της ισορροπίας των συστατικών του σώματος. Αυτή η ανισορροπία μπορεί να οφείλεται σε εξωτερικούς ή σε εσωτερικούς παράγοντες. Γι' αυτό, σύμφωνα με την Ιπποκράτειο ιατρική αντίληψη, το ενδιαφέρον ενός γιατρού πρέπει να εστιάζεται στην επαναφορά ολόκληρου του οργανικού συστήματος κι' όχι στις επιμέρους ασθένειες των οργάνων.

---

[8] Ayache, L., *Ο Ιπποκράτης,*, τι-ξέρω; Δαίδαλος-Ι.Ζαχαρόπουλος, Αθήνα 1999, σ. 88.
[9] ό.π, σ. 114-115.

Οι ασθένειες προκαλούνται από μία ανισορροπία στα οργανικά συστήματα, η οποία είτε οφείλεται σε εξωτερικούς παράγοντες (κλιματολογικές συνθήκες) είτε σε εσωτερικούς παράγοντες. Γι' αυτό και το ενδιαφέρον του Ιπποκρατικού ιατρού εστιάζεται στην υγιή επαναφορά ολόκληρου του οργανισμού και όχι στα επιμέρους όργανα. Τα προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενούς όπως η ηλικία, η διατροφή, η εργασία και οι ιδιαίτερες συνθήκες της ζωής του είχαν ιδιαίτερη σημασία για την ολική αξιολόγηση της υγείας του. Θεωρούσε παράλληλα ότι η συναισθηματική του κατάσταση καθώς και το περιβάλλον του ήταν ικανά να προκαλέσουν ασθένειες.

«Ὁκόσοι, πονέοντές τι τοῦ σώματος, τὰ πολλὰ τῶν πόνων οὐκ αἰσθάνονται, τουτέοισιν ἡ γνώμη νοσέει»[10].

Εδώ ο Ιπποκράτης αγγίζει ένα από τα πιο σημαντικά θέματα που διαπραγματεύεται η ψυχολογία. Ισχυρίζεται λοιπόν, ότι όσοι πονούν σε κάποιο σημείο του σώματος, αλλά δεν αισθάνονται τους πόνους, πάσχουν ψυχολογικά.

Η ιδέα λοιπόν της σύνδεσης του καρκίνου με ψυχολογικούς παράγοντες είναι πολύ παλιά και ανάγεται στον ίδιο τον Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.). Σύμφωνα με τον ίδιο, τα άτομα με μελαγχολική διάθεση έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κακοήθεις όγκους, γι' αυτό και ήταν υπέρμαχος μίας ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς όσον αφορά τη θεραπεία του, συμπεριλαμβανομένης και της πρόνοιας για τη ψυχική του υγεία και ευεξία. Γι' αυτό υποστήριζε ότι «Ἢν φόβος ἢ δυσθυμίη πουλὺν χρόνον διατελέῃ, μελαγχολικὸν τὸ τοιοῦτον»[11]- δηλαδή, αν τα συναισθήματα του φόβου ή της λύπης παρατείνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, τότε αντιμετωπίζουμε μελαγχολία.

Όχι μόνο οι γιατροί αλλά και οι φιλόσοφοι της εποχής φαίνεται ότι υιοθετούσαν την άποψη περί ψυχοσωματικής ολότητας. Ο Εμπεδοκλής ο Ακραγαντίνος (493-435 π.Χ) – ποιητής, ρήτορας, ιατρός και φιλόσοφος, ήταν ο πρώτος που προσέγγισε συνδυαστικά την ηρακλείτεια και την ελεατική σκέψη· θεωρούσε ότι η υγεία ήταν το αποτέλεσμα της ισορροπίας των τεσσάρων βασικών

[10]Ιπποκράτης, *Γενική Ιατρική,* Άπαντα 1, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1993, σ. 232.
[11] ό.π, σ. 288.

στοιχείων (του νερού, της φωτιάς, του αέρα και της γης) μέσα στο σώμα, ενώ η έλλειψη ισορροπίας σήμαινε αρρώστια.

Ο Αλκμαίων ο Κρωτονιάτης ($6^{ος}/5^{ος}$ αιώνας π.Χ.), ιατρός και φιλόσοφος, συγκαταλέγεται ως ο πρώτος επί μέρους επιστήμων, δημιουργός της επιστημονικής ιατρικής και πρόδρομος του Ιπποκράτους· μια σημαντική μορφή για τη σπουδή των σχέσεων ανάμεσα στην ιατρική και τη φιλοσοφία, του οποίου δυστυχώς οι μαρτυρίες για το έργο του είναι τόσο λιγοστές που δεν γνωρίζουμε ούτε για την ακριβή εποχή που έζησε. Σύμφωνα με τον Αέτιο, φιλόσοφο και οπαδό των θεωριών του Αριστοτέλη, ο οποίος ασχολήθηκε με την καταγραφή των φιλοσοφικών και επιστημονικών θεωριών των προγενέστερων του, κατέγραψε πως κατά τον Αλκμαίωνα, η υγεία είναι η ισορροπία των δυνάμεων (των ποιοτήτων της ύλης) που συνθέτουν το σώμα, ενώ η υπερίσχυση της μίας εξ αυτών προκαλεί ασθένεια.

«Ἀλκμαίων τῆς μὲν ὑγιείας εἶναι συνεκτικὴν τὴν "ἰσονομίαν" τῶν δυνάμεων, ὑγροῦ, ξηροῦ, ψυχροῦ, θερμοῦ, πικροῦ, γλυκέος καὶ τῶν λοιπῶν,τὴν δ'ἐν αὐτοῖς "μοναρχίαν" νόσου ποητικήν. Φθοροποιὸν γὰρ ἑκατέρου μοναρχίαν»[12].

Αντίστοιχα ο Πυθαγόρας έλεγε ότι η αρχή που πρέπει να κυβερνά τα ανθρώπινα όντα είναι η αρμονία και η συμμετρία. Έτσι επιτυγχάνεται η υγεία και το «εὐ ζῆν» της ανθρώπινης ύπαρξης.

Ο Πλάτων, αν και υποστηρικτής του δυϊσμού ψυχής-σώματος, σύμφωνα με το οποίο η ψυχή άρχει και το σώμα άρχεται, θεωρώντας το σώμα ως ένα μίασμα από το οποίο η ψυχή πρέπει να αποδεσμευτεί για να επέλθει η κάθαρση, πίστευε: «Ὅτι ἑκάστη ἡδονὴ· καὶ λύπη ὥσπερ ἧλον ἔχουσα προσηλοῖ αὐτὴν πρὸς τὸ σῶμα καὶ προσπερονᾷ καὶ ποιεῖ σωματοειδῆ, δοξάζουσαν ταῦτα ἀληθῆ εἶναι ἅπερ ἂν καὶ τὸ σῶμα φῇ»[13]. Εδώ ο Πλάτωνας τονίζει τη σημαντικότητα της θλίψεως και των επιπτώσεών της πάνω στο σώμα, εφόσον, «κάθε ηδονή και θλίψη, σαν να κρατάει ένα καρφί, καρφώνει την ψυχή στο σώμα, τη στερεώνει, την κάνει

---

[12] Τσεκουράκης, Δ., *Ιπποκράτης,, Περί αρχαίης ιητρικῆς,* Δαίδαλος-Ι.Ζαχαρόπουλος, Αθήνα 2001, σ. 20.

[13] *Πλάτων, Φαίδων η περί ψυχής,* Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, Οι Έλληνες ν° 180, Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1993, σ. 152.

σωματική και την κάνει να θεωρεί ότι αληθινά είναι όσα και το σώμα λέει ότι είναι».

Στη σχέση σώματος-ψυχής ο Πλάτωνας συμπορεύεται με το Χριστιανικό πνεύμα. Μέλημα του αληθινού φιλόσοφου είναι σύμφωνα με τον ίδιο ο χωρισμός της ψυχής από το σώμα. Η ενασχόληση με το σώμα αποπροσανατολίζει τον άνθρωπο από την αποκάλυψη της αλήθειας, της οποίας η σύλληψη επέρχεται μόνο με την αμιγή και καθαρή σκέψη.

«...ἐὰν ὅτι μάλιστα μηδὲν ὁμιλῶμεν τῷ σώματι μηδὲ κοινωνῶμεν, ὅτι μὴ πᾶσα ἀνάγκη, μηδὲ ἀναπιμπλώμεθα τῆς τούτου φύσεως, ἀλλὰ καθαρεύωμεν ἀπ'αὐτοῦ, ἕως ἂν ὁ θεὸς αὐτὸς ἀπολύσῃ ἡμᾶς· καὶ οὕτω μὲν καθαροὶ ἀπαλλαττόμενοι τῆς τοῦ σώματος ἀφροσύνης, ὡς τὸ εἰκὸς μετὰ τοιούτων τε ἐσόμεθα καὶ γνωσόμεθα δι' ἡμῶν αὐτῶν πᾶν τὸ εἰλικρινές, τοῦτο δ' ἐστὶν ἴσως τὸ ἀληθές»[14]. Ο Πλάτωνας εισηγείται ότι η ενασχόληση με το σώμα μόνο προβλήματα μπορεί να δημιουργήσει γι' αυτό «..αν όσο το δυνατόν περισσότερο, δεν έχουμε καμιά επαφή και επικοινωνία με το σώμα, εκτός αν υπάρχει απόλυτη ανάγκη, ούτε μολυνόμαστε από τη φύση του, αλλά απέχουμε απ' αυτό, μέχρις ότου ο ίδιος ο θεός μας απελευθερώσει. Και έτσι αγνοί, απαλλαγμένοι από την αφροσύνη του σώματος, θα είμαστε, κατά πως φαίνεται, μαζί με τέτοιου είδους ανθρώπους και θα γνωρίσουμε αφ' εαυτού μας ότι είναι αμιγές».

Ακολούθως, αυτό που δίνει πνοή στο σώμα σύμφωνα με την Πλατωνική θεώρηση είναι η ψυχή.

«Ἀποκρίνου δή, ἦ δ' ὅς, ᾧ ἂν τί ἐγγένηται σώματι ζῶν ἔσται; Ζῶι ἂν ψυχή, ἔφη»[15]. Σε κάποιον λοιπόν από τους διαλόγους μεταξύ του Φαίδωνα μέλους του Σωκρατικού κύκλου, και Εχεκράτη του Πυθαγόρειου, αναφέρει ο Φαίδωνας ότι σύμφωνα με τον Σωκράτη, αυτό που δίνει πνοή στο σώμα είναι η ψυχή· «απάντησε λοιπόν, συνέχισε εκείνος, ποιο είναι αυτό, που παρουσιαζόμενο στο σώμα θα το κάνει να είναι ζωντανό; Η ψυχή, απάντησε».

---

[14] *Πλάτων, Φαίδων η περί ψυχής,* Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, Οι Έλληνες ν° 180, Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1993, σ. 90-92.
[15] ό.π, σ. 226.

Στο διάλογο του Πλάτωνα "Χαρμίδης", ο Σωκράτης συμβουλεύοντας το νεαρό Χαρμίδη που υπέφερε από πονοκεφάλους στηρίζει την άποψη περί ολιστικής προσέγγισης της ασθένειας.

«Πάντα γάρ ἔφη ἐκ τῆς ψυχῆς ὡρμῆσθαι καί τά κακά καί τά ἀγαθά τῷ σώματι καί παντί τῷ ἀνθρώπῳ, καί ἐκεῖθεν ἐπιρρεῖν ὥσπερ ἐκ τῆς κεφαλῆς ἐπί τά ὄμματα· δεῖν οὖν ἐκεῖνο καί πρῶτον καί μάλιστα θεραπεύειν, εἰ μέλλει καί τά τῆς κεφαλῆς καί τά τοῦ ἄλλου σώματος καλῶς ἕξειν. Θεραπεύεσθαι δέ τήν ψυχήν ἔφη, ὦ μακάριε, ἐπῳδαῖς τισιν, τάς δ' ἐπῳδάς ταύτας τούς λόγους εἶναι τούς καλούς· ἐκ δέ τῶν τοιούτων λόγων ἐν ταῖς ψυχαῖς σωφροσύνην ἐγγίγνεσθαι, ἧς ἐγγενομένης καί παρούσης ῥᾴδιον ἤδη εἶναι τήν ὑγίειαν καὶ τῇ κεφαλῇ καί τῷ ἄλλῳ σώματι πορίζειν»[16]. Υποστήριζε λοιπόν, «ότι όλα ξεκινούν από την ψυχή, και τα κακά και τα καλά για το σώμα και για ολόκληρο τον άνθρωπο, και από κει κατευθύνονται όλα, όπως από το κεφάλι προς τα μάτια· πρέπει επομένως εκείνο πρώτα και κύρια να θεραπεύουμε, αν πρόκειται να διατηρούνται σε καλή κατάσταση τα μέρη του κεφαλιού και του υπόλοιπου σώματος. Η ψυχή θεραπεύεται, έλεγε, καλέ μου, με ορισμένα μαγικά ξόρκια, κι' αυτά τα ξόρκια είναι οι καλοί λόγοι· από τέτοιους λόγους γεννιέται στην ψυχή η σωφροσύνη, η οποία, μόλις γεννηθεί και βρεθεί μέσα στην ψυχή, είναι πιο εύκολο να εξασφαλίσει την υγεία και στο κεφάλι και στο υπόλοιπο σώμα».

Ό Γαληνός ο Περγαμηνός (129-199μ.Χ.), ο οποίος ανήκει στους σημαντικότερους ιατρικούς συγγραφείς των εποχών, επεξηγεί ότι οι αρρώστιες παίρνουν τα ονόματα τους από πολλές μεριές, όπως και ο όγκος από την ομοιότητα του με το σχήμα αναφέρει: «*Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων..*»[17] αλλά και «Ἔν τι τῶν συμβεβηκότων τοῖς σώμασιν ὑπάρχει τὸ δηλούμενον πρᾶγμα πρὸς τῆς ὄγκος φωνῆς· τὴν γὰρ εἰς μῆκος καὶ πλάτος καὶ βάθος διάστασιν οὕτως ὀνομάζουσιν οἱ Ἕλληνες»[18]. Μία λοιπόν «από τις ιδιότητες των σωμάτων είναι αυτή που δηλώνεται με τη λέξη «όγκος», έτσι ονομάζουν οι Έλληνες τη διάσταση σε μήκος,

---

[16] *Πλάτων, Χαρμίδης,* Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, Οι Έλληνες ν° 186, Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1993, σ. 150-151.

[17] Γαληνός, Περὶ τοῦ παρ'Ἱπποκράτει κώματος, Περὶ μαρασμοῦ, Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων, Περὶ ἀνωμάλου δυσκρασίας, Περὶ κυουμένων διαπλάσεως, Άπαντα 7, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 2002, σ. 141.

[18] Γαληνός, Περὶ τοῦ παρ'Ἱπποκράτει κώματος, Περὶ μαρασμοῦ, Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων, Περὶ ἀνωμάλου δυσκρασίας, Περὶ κυουμένων διαπλάσεως, Άπαντα 7, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 2002, σ. 146.

πλάτος και βάθος. Η κακή κράση του οργανισμού, οφείλεται σε μια κακή αντιστοιχία των τεσσάρων χυμών, τη δυσκρασία.

Στο ίδιο πνεύμα με τον Ιπποκράτη, ο Γαληνός, αντιλαμβανόταν το ανθρώπινο σώμα ως ένα ενιαίο σύνολο, διατηρούσε την παραδοσιακή αντίληψη των Πυθαγορείων και των Πλατωνικών για την ψυχή σύμφωνα με την οποία αυτή δίνει κίνηση και ζωή στο σώμα και επιβιώνει μετά τον θάνατο. Μία από τις σημαντικότερες συμβολές του Γαληνού στην ιστορία της ιατρικής επιστήμης είναι η προοδευτική του αντίληψη ότι η αιτία της μελαγχολίας οφείλεται στον πλεονασμό της μαύρης χολής, η οποία διακρίνεται μέσω των αλλαγών στη συμπεριφορά του ατόμου. Ο Γαληνός λοιπόν λέει «...καὶ μέν γε καὶ ὡς τὰς τοῦ σώματος ἐνεργείας οἰκείας εἶναι προσήκει τῷ τῆς ψυχῆς ἤθει, δέδεικται μὲν καὶ πρὸς Ἀριστοτέλους ἐν τοῖς περὶ ζῴων μορίων, δέδεικται δὲ καὶ πρὸς ἡμῶν ὑπὲρ αὐτῶν οὐδὲν ἧττον»[19], «...αλλά όμως και ότι οι ενέργειες του σώματος πρέπει να είναι ταιριαστές με τον χαρακτήρα της ψυχής, έχει αποδειχτεί και από τον Αριστοτέλη στο «Περί ζώων μορίων» και εξίσου και από εμάς».

Σε αυτή τη γραμμή σκέψης αναφέρει «τὸ γὰρ ἐν εὐσαρκίᾳ σύμμετρον εὐκρασίας ἐστὶν ἔγκονον»[20]. Ότι δηλαδή η αρμονία της σάρκας είναι αποτέλεσμα της ισορροπίας της κράσης.

«Καρκῖνός τε γὰρ καὶ φαγέδαινα καὶ ἕρπης ὁ ἀναβιβρωσκόμενος ἄνθρακές τε καὶ τὰ χειρώνια καὶ τηλέφεια καλούμενα καὶ ἄλλαι μυρίαι γενέσεις ἑλκῶν ἔκγονοι τῆς τοιαύτης εἰσὶ κακοχυμίας»[21].

Ο καρκίνος, λοιπόν, η φαγέδαινα, ο έρπης ο διαβρωτικός, οι άνθρακες και οι ονομαζόμενες πληγές του Χείρονα και του Τήλεφου (έτσι ονόμαζαν τα κακοήθη έλκη που δεν μπορούσαν εύκολα να γιατρευτούν) και χιλιάδες άλλοι σχηματισμοί ελκών προέρχονται από αυτήν την κακοχυμία, «ὁ γεννῶν τοὺς καρκίνους χυμός»[22]. (Στην παρούσα αναφορά συσχετίζει τον μελαγχολικό χυμό με τον καρκίνο γι'αυτό

---

[19] Γαληνός, *Περί κράσεων,* Άπαντα 4, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 2000, σ. 132.
[20] ό.π, σ. 134.
[21] ό.π, σ. 258.
[22] Γαληνός, Περὶ τοῦ παρ'Ἱπποκράτει κώματος, Περὶ μαρασμοῦ, Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων, Περὶ ἀνωμάλου δυσκρασίας, Περὶ κυουμένων διαπλάσεως, Άπαντα 7, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 2002, σ. 166.

και ο μέλανας χυμός έχει την έννοια της μελαγχολίας). «Χωρὶς δὲ τοῦ ζεῖν ἡ μέλαινα χολὴ τοὺς καρκίνους ἐργάζεται...»[23] (Η μαύρη χολή δημιουργεί τους καρκίνους χωρίς να βράζει) αλλά και, «ὀνομάζεται γὰρ μέλαινα χολή. ταύτης μὲν οἱ καρκίνοι»[24].

Ο Γαληνός αναπτύσσει στο έργο του *Περὶ μαρασμοῦ* μία γενικότερη θεωρία που αφορά την κράση εκείνη η οποία είναι υπεύθυνη για την υγεία και αφορά τον ισότιμο καταμερισμό των τεσσάρων στοιχείων που υπάρχουν στον οργανισμό κάθε έμβιου όντως: της θερμότητας, της ψυχρότητας, της ξηρότητας και της υγρότητας.

Θεωρούσε αντίστοιχα ότι τα «πάθη της ψυχής» είναι η αιτία των σωματικών νόσων. Ο φόβος, ο θυμός, η λύπη και άλλα πάθη ήταν «αρρώστιες της ψυχής» που χρειάζονταν να διαγνωσθούν και να θεραπευθούν. Η επίδραση και το κύρος του Γαληνού στην ευρωπαϊκή ιατρική ήταν τόσο μεγάλη που οι Ευρωπαίοι γιατροί μέχρι τον 19^{ο} αιώνα έδιναν πάντοτε μεγάλη αξία στις ψυχολογικές αιτίες έναρξης της νόσου, ακόμη και των επιδημικών σωματικών νόσων. Ο Ackerknecht το 1982 διατύπωσε την άποψη, ότι η ψυχοσωματική επί 1700 χρόνια ήταν παρούσα κάτω από την ονομασία «πάθη».

Ο Επίκουρος ο οποίος ανέπτυξε ένα ολότελα διαφορετικό φιλοσοφικό σύστημα από τους Στωικούς και τους Σκεπτικούς, καθιερώνοντας ως ύψιστη φιλοσοφική αρχή το ευ ζην της ανθρώπινης ύπαρξης, πίστευε στο αδιάσπαστο ψυχής-σώματος. «...συμπαθὲς δὲ τούτῳ μᾶλλον καὶ τῷ λοιπῷ ἀθροίσματι»[25] (και μέσω αυτού κυρίως είναι σφιχτοδεμένη με το υπόλοιπο σώμα). Γι' αυτό κι' όταν χάνεται η ψυχή, το σώμα δεν διαθέτει αίσθηση υποστηρίζει ο Επίκουρος. Ο νους και η ψυχή, λοιπόν, κρατιούνται σφιχτοδεμένα μεταξύ τους κι' αποτελούν μία ενιαία φύση.

Θα ήταν μεγάλη μας παράλειψη να μην αναφερθούμε στον μεγάλο φιλόσοφο και επιστήμονα Αριστοτέλη (384-332 π.Χ), του οποίου η

---

[23] Γαληνός, Περὶ τοῦ παρ'Ἱπποκράτει κώματος, Περὶ μαρασμοῦ, Περὶ τῶν παρὰ φύσιν ὄγκων, Περὶ ἀνωμάλου δυσκρασίας, Περὶ κυουμένων διαπλάσεως, Άπαντα 7, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 2002, σ. 166.

[24] ό.π, σ. 170.

[25] Επίκουρος, Κείμενα-Πηγές της Επικούρειας Φιλοσοφίας και Τέχνης του Ζην, εκδ. Θύραθεν, 2000, σ.134.

ευρηματικότητα των ιδεών και οι εύστοχες παρατηρήσεις του σε ψυχοπαθολογικές καταστάσεις όπως στη μελαγχολία και στη σχιζοφρένεια, στη σχέση ψυχής-σώματος, καθώς επίσης και στη διαδικασία των ονείρων, αποτέλεσαν για τους μεταγενέστερους τη συμβολή αλλά και την έμπνευση για την ανάπτυξη πολλών θεωριών. Στο θεμελιώδες έργο του «Ηθικά Νικομάχεια», υποστηρίζει ότι ο ιατρός οφείλει να εξετάζει την υγεία του κάθε ατόμου, να θεραπεύει ανάλογα με τις ανάγκες του κι' όχι με βάση μίας νοσολογικής κατάστασης. Γι' αυτό και η ιατρική πρακτική πρέπει να κατευθύνεται προς το συγκεκριμένο ασθενή ως άτομο, κι' όχι ως νοσολογική περίπτωση.

Μία από τις πιο θεμελιακές θεωρήσεις του Αριστοτέλη (384-322 π.Χ.) είναι η «έννοια της ψυχοσωματικής ενότητας», γι' αυτό και ο άνθρωπος αντιμετωπιζόταν από τον Σταγειρίτη ως μία ψυχοβιολογική ολότητα και τα «καὶ τὰ τῆς ψυχῆς πάθη πάντα εἶναι μετὰ σώματος»[26] (τα παθήματα της ψυχής συνδέονται όλα με το σώμα). Οι συναισθηματικές εκδηλώσεις αναφέρονται ως πάθη ή παθήματα της ψυχής, φαινόμενα κατά τα οποία πάσχει η ψυχή, με μία γενική κι΄ όχι αρνητική χροιά. Η ψυχή η οποία δεν συντίθεται από μείγμα φυσικών στοιχείων όπως το σώμα, εντούτοις, σχετίζεται απολύτως με αυτό, «μήτ'ἄνευ σώματος εἶναι μήτε σῶμά τι ἡ ψυχή· σῶμα μὲν γὰρ οὐκ ἔστι, σώματος δέ τι,καὶ διὰ τοῦτο ἐν σώματι ὑπάρχει»[27] (ούτε χωρίς το σώμα είναι η ψυχή, διότι δεν είναι σώμα αλλά κάτι του σώματος η ψυχή και για τούτο υπάρχει σε σώμα).

Στο κεφαλαιώδες θέμα του «τι εστί ψυχή» υπογραμμίζει ότι η αιτία και η αρχή των όντων, η ψυχή, γίνεται ζωοποιός και ενεργοποιός προς το σώμα, ενώ παραμένει άϋλη. Ως ορισμό της ψυχής ο Σταγειρίτης διευκρινίζει «ἔστι δὲ ἡ ψυχὴ τοῦ ζῶντος σώματος αἰτία καὶ ἀρχή»[28] (η ψυχή είναι του ζωντανού σώματος αιτία και αρχή). Όλα γίνονται, εξαιτίας της ψυχής και για χάρη της ψυχής, διευκρινίζει ο φιλόσοφος. Η ψυχή είναι επομένως η κινητοποιός και ενεργοποιός βάση για όλα τα φαινόμενα ενός οργανισμού. Ένεκα της ψυχής γίνονται και εξελίσσονται οι μεταβολές των «ζώντων σωμάτων». Η ψυχή συνέχει το σώμα κι' όταν αυτή εξέλθει το σώμα εξανεμίζεται, γι' αυτό και το σώμα δεν έχει ζωή από μόνο του.

---

[26] Αριστοτέλης, Περὶ ψυχῆς, Άπαντα 40, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1997, σ.58-59.
[27] ό.π, σ. 124-125.
[28] ό.π, σ. 132-133.

Επεξηγώντας το αδιάσπαστο ψυχής – σώματος ο φιλόσοφος επισημαίνει σε ένα από τα χωρία του έργου του «ἔοικε δὲ καὶ τὰ τῆς ψυχῆς πάθη πάντα εἶναι μετὰ σώματος, θυμός, πραότης, φόβος, ἔλεος, θάρσος, ἔτι χαρὰ καὶ τὸ φιλεῖν τε καὶ μισεῖν»[29] (τα παθήματα της ψυχής συνδέονται όλα με σώμα, - όπως ο θυμός, η πραότητα, ο φόβος, το έλεος, το θάρρος, επίσης η χαρά, η αγάπη και το μίσος).

Εξίσου αποφθεγματική είναι η φράση που αιτιολογεί ξεκάθαρα την ψυχοσωματική ενότητα «ἅμα γὰρ τούτοις πάσχει τι τὸ σῶμα»[30] (Διότι συγχρόνως με αυτά πάσχει κάτι και το σώμα). Γι' αυτό και οι έντονες συγκινήσεις κατά τον ίδιο και πάλι, συνοδεύονται από σωματικές εκδηλώσεις, «ὥστε οἱ ὅροι τοιοῦτοι οἷον τὸ ὀργίζεσθαι κίνησίς τις (τῆς ψυχῆς) τοῦ τοιουδὶ σώματος ἢ μέρους ἢ δυνάμεως ὑπὸ τοῦδε ἕνεκα τοῦδε»[31] (οπότε οι ορισμοί τους είναι ανάλογοι, για παράδειγμα: η οργή είναι είδος κίνησης του συγκεκριμένου είδους σώματος ή μέρους ή δύναμης που παράγεται από το τάδε με σκοπό το τάδε).

Η συσχέτιση, η οποία συνδέει τις εκδηλώσεις της ψυχής (συναισθήματα) με διάφορα σωματικά φαινόμενα, βοήθησε στην πορεία της φιλοσοφικής σκέψης προς την ψυχοσωματική ενότητα. Έτσι λοιπόν επιγραμματικά ο Αριστοτέλης αναφέρει, «δῆλον ὅτι τὰ πάθη λόγοι ἔνυλοί εἰσιν»[32] (Τα παθήματα, λοιπόν, της ψυχής, όλα της τα φαινόμενα είναι λόγοι, επενδυμένοι ἐν ὕλῃ, – που εκδηλώνονται μέσα από την ύλη). Ακόμη και η νόηση καθώς και η φαντασία θεωρεί ο Αριστοτέλης ότι είναι, όχι μόνο έργα της ψυχής αλλά και του σώματος, εφόσον οι λειτουργίες αυτές συνδέονται με αισθητήρια όργανα, δηλαδή τμήματα του σώματος.

Η διανόηση του Αριστοτέλη δεν περιορίστηκε στη σύλληψη της ιδέας του αδιάσπαστου ψυχής-σώματος αλλά προχώρησε ακόμη πάρα πέρα. Όπως και ο Ιπποκράτης, διατύπωσε μία ολιστική θέση που αντιμετωπίζει τον άνθρωπο ως ολότητα, δίνοντας μία πρωτοβουλιακή θέση στην ψυχή έναντι του σώματος: «τὸ μὲν ποιεῖ τὸ δὲ πάσχει καὶ τὸ μὲν κινεῖται τὸ δὲ κινεῖ...»[33](η μία ενεργεί και το άλλο υφίσταται, το ένα κινείται και η άλλη κινεί). Τίποτα δεν είναι πιο σημαντικό και

---

[29] Αριστοτέλης, Περὶ ψυχῆς, Άπαντα 40, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1997, σ. 58-59.
[30] ό.π, σ. 58-59.
[31] ό.π, σ. 58-61.
[32] ό.π, σ. 58-59.
[33] ό.π, σ. 86-87.

ανώτερο από την ψυχή γι'αυτό και ο φιλόσοφος επισημαίνει την επικυριαρχία της ψυχής, «τῆς δὲ ψυχῆς εἶναι τι κρεῖττον καὶ ἄρχον ἀδύνατον, ἀδυνατώτερον δ' ἔτι τοῦ νοῦ»[34] (από την ψυχή όμως αδύνατον να είναι κάτι ανώτερο και να άρχει πάνω σε αυτή αλλά ακόμη πιο αδύνατο είναι αυτό στην περίπτωση του νου).

Συγκεφαλαιώνοντας την οξυδερκή θεώρηση του περί ψυχής, διατυπώνει τον εξής ορισμό: «Νῦν δὲ, περὶ ψυχῆς τὰ λεχθέντα συγκεφαλαιώσαντες, εἴπωμεν πάλιν ὅτι ἡ ψυχὴ τὰ ὄντα πώς ἐστι πάντα. ἢ γὰρ αἰσθητὰ τὰ ὄντα ἢ νοητά, ἔστι δ' ἡ ἐπιστήμη μὲν τὰ ἐπιστητά πως, ἡ δ'αἴσθησις τὰ αἰσθητά»[35]. (Τώρα, ανακεφαλαιώνοντας τα όσα λέχθηκαν περί ψυχής, ας επαναλάβουμε ότι η ψυχή είναι υπό μία έννοια τα όντα όλα. Πράγματι, τα όντα είναι ή αισθητά ή νοητά, και η επιστήμη είναι υπό μία έννοια τα επιστητά, ενώ η αίσθηση είναι υπό μία έννοια τα αισθητά).

Παράλληλα, η ψυχή γίνεται αιτία για την ύπαρξη και την ενεργοποίηση των οργάνων του σώματος, λειτουργώντας για χάρη της, γεγονός που αποτελεί έναν τελικό σκοπό της Φύσης. Ενίοτε δεν μπορεί τυχαία μια ψυχή να «ενδύεται» ένα τυχαίο σώμα, αλλά ότι αυτό πρέπει να έχει μια ιδιαίτερη, ταιριαστή μορφή. Επεκτείνεται δε ο φιλόσοφος και στις ενορμητικές διαδικασίες αναφερόμενος στις ορέξεις, οι οποίες ενεργούν και παρά τη λογική, διότι η επιθυμία είναι είδος όρεξης «ἡ γὰρ βούλησις ὄρεξις, ὅταν δὲ κατὰ τὸν λογισμὸν κινῆται, καὶ κατὰ βούλησιν κινεῖται, ἡ δ' ὄρεξις κινεῖ καὶ παρὰ τὸν λογισμόν· ἡ γὰρ ἐπιθυμία ὄρεξίς τίς ἐστιν»[36] (διότι η βούληση είναι όρεξη και, όταν συμβαίνει να κινείται σύμφωνα με τον λογισμό, κινείται και σύμφωνα με βούληση ενώ η όρεξη κινεί και αντίθετα προς τον λογισμό, δεδομένου ότι η επιθυμία είναι είδος όρεξης). Η επιθυμία λοιπόν, η οποία αναζητά πάντα το ευχάριστο και το γλυκύ, είναι μία όρεξη σύμφωνα με τον Σταγειρίτη, «τοῦ ἡδέος». Βρίσκεται γι' αυτό κατά κανόνα σε αντίθεση προς τη βούληση που αποφασίζει και ενεργεί ύστερα από λογικό

---

[34] Αριστοτέλης, Περὶ ψυχῆς, Άπαντα 40, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1997, σ. 104-105.
[35] ό.π, σ. 232-233.
[36] ό.π, σ. 240-241.

συλλογισμό αφού «ὁ λόγος καὶ αἱ ἐπιθυμίαι ἐναντίαι ὦσι»[37](όταν ο λόγος και οι επιθυμίες τυχαίνει να είναι ενάντιες).

Αυτή η διαμάχη ανάμεσα στην αρχή της ηδονής «ἐπιθυμίαι – ἡδέος ὄρεξις» και στην αρχή της πραγματικότητας «νοῦς μὲν οὖν πᾶς ὀρθός ἐστιν»[38], τονίστηκε από τον φιλόσοφο και σε άλλο σημείο του κειμένου, ότι η μεν βούληση δημιουργείται μέσα από τη λογική ενώ μέσα από τη μη-λογική δημιουργείται η επιθυμία. Η εν λόγω επιθυμία, είναι αυτήν στην οποία προσδίδουμε σήμερα τις ιδιότητες των ενστικτωδών ενορμήσεων.

Για τον φιλόσοφο, η βιολογική λειτουργία της επιθυμίας, είναι η όρεξη ως ενστικτώδη τάση, αρχική κατευθυντήρια δύναμη που ωθεί ενεργητικά τους ζωντανούς οργανισμούς. Σε περίπτωση που επέμβει η λειτουργία της βούλησης, η ώθηση αναστέλλεται μέσα από λογικούς συλλογισμούς. Από τα γραφόμενα του μεγάλου Έλληνα φιλόσοφου διαπιστώνουμε ότι συνέλαβε τη μετέπειτα ψυχαναλυτική έννοια της διαπάλης ανάμεσα στις ενστικτώδεις τάσεις αφενός και στις απαγορευτικές ώσεις (ἐναντίαι ὦσι) αφετέρου. Κι' όπως παρατηρεί ο φιλόσοφος «ὅπου μὲν γὰρ αἴσθησις, καὶ λύπη τε καὶ ἡδονή, ὅπου δὲ ταῦτα, ἐξ ἀνάγκης καὶ ἐπιθυμία»[39] (διότι όπου υπάρχει αίσθηση, υπάρχει δυσαρέσκεια και ηδονή, και όπου υπάρχουν τούτα, υπάρχει κατ' ανάγκη και επιθυμία).

Ο Σταγειρίτης επεκτείνεται και στις αντιδράσεις του ανθρώπου απέναντι στο «ἡδὺ ἢ λυπηρόν» υποστηρίζοντας μία σύγχρονη αντίληψη της ψυχοφυσιολογίας "fight or flight", της μάχης ή της φυγής, όταν το άτομο προβαίνει σε επιδίωξη ή αποφυγή σε κάτι ευχάριστο ή δυσάρεστο.

Ο Αριστοτέλης, με τις εξαίρετες παρατηρήσεις του όλων των ψυχοπαθολογικών φαινομένων, αποδείχθηκε εξίσου εύστοχος στις παρατηρήσεις του σχετικά με τις διεργασίες του ύπνου και του ονείρου, όσο αφορά στη συνοχή και την αλληλουχία τους με τα ψυχικά δρώμενα. Ο ύπνος κατά τον φιλόσοφο, δεν είναι ούτε της ψυχής ιδιαίτερο φαινόμενο αλλά ούτε και του σώματος, εφόσον ένα άψυχο σώμα δεν μπορεί να αισθανθεί. Ο ύπνος λοιπόν, έχει ως απώτερο σκοπό τη

[37] Αριστοτέλης, Περὶ ψυχῆς, Άπαντα 40, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1997, σ. σ. 242-243.
[38] ό.π, σ. 240-241.
[39] ό.π, σ. 122-123.

διατήρηση του οργανισμού, η οποία διασφαλίζεται με την ανάπαυσή του. Αξιοσημείωτη είναι και η παρατήρησή του γύρω από τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ατόμου, που επιδρούν πάνω στα όνειρα καθώς και οι «εν τω βάθει» εσωτερικές διεργασίες οι οποίες κάτω από κάποιες ιδιαίτερες συνθήκες αναδύονται ή απωθούνται («ἐκκρούονται»), παρεμφερείς ψυχαναλυτικές έννοιες της απώθησης και της ανάκλησης.

Διανύοντας αρκετούς αιώνες αργότερα, και φθάνοντας στον 18ο και 19ο αιώνα, θα δούμε ότι οι Paget, Bayle, Delpech, Cutter και Parker υποστήριζαν ότι παράγοντες όπως η κατάθλιψη και διάφορες αγχογόνες καταστάσεις μεταξύ των οποίων οι συγκρουσιακές σχέσεις με τη μητέρα, η απώλεια ενός αγαπημένου ανθρώπου ή οι ματαιώσεις μπορούν να πυροδοτήσουν την εμφάνιση ή την εξέλιξη του καρκίνου.

Μία εξίσου σημαντική και αξιόπιστη μορφή της ολιστικής ιατρικής, ο Αριστοτέλης Κούζης, ο οποίος έζησε τον 19ου αιώνα μ.Χ, ιατρός και ιδρυτής του ερευνητικού Ελληνικού Αντικαρκινικού Ινστιτούτου καθώς και του Νοσοκομείου Άγιος Σάββας, αναφερόμενος στον καρκίνο λέει: «Ἐν σχέσει δὲ πρὸς τὴν αἰτιολογίαν τῆς γενέσεως τοῦ καρκίνου οἱ παλαιοὶ ἐδόξαζον, ὡς τὰ πολλά, ὅτι οὗτος κυρίως προήρχετω ἐκ τῆςμελαίνης χολῆς καὶ τοῦ μελαγχολικοῦ περιττώματος»[40]. «Ἐκ τοῦ μελαγχολικοῦ ἄρα περιττώματος πλεονάζοντος καθ' ἕν τι μέρος τοῦ σώματος γεννᾶται κατὰ τοὺς πάλαι ἰατροὺς ὁ καρκίνος»[41].

Παρά το γεγονός ότι η Ιπποκράτειος ιατρική είχε την τάση να είναι αυστηρά φυσιοκρατική και σωματική, όρισε πρωτοποριακά για την εποχή εκείνη τη νόσο ως διαταραχή των χυμών του οργανισμού. Παρόλα ταύτα, κυριάρχησε μία μηχανιστική αντίληψη της Ιατρικής επιστήμης η οποία επηρεασμένη από την Καρτεσιανή δυϊστική φιλοσοφία του 17ου αιώνα, κορυφώθηκε με την ανακάλυψη της κυτταρικής Παθολογίας του Virchow στα μέσα του 19ου αιώνα. Η ανακάλυψη της κυτταρικής παθολογίας παρεκτόπισε σε τέτοιο βαθμό την ολιστική αντίληψη ψυχής-σώματος που έκανε την ψυχοσωματική ιατρική του 20ού αιώνα να φαίνεται

---

[40] Κούζης, Π. Αριστοτέλης., Ὁ καρκίνος παρά τοῖς ἀρχαίοις Ἕλλησιν ἰατροῖς, Βιβλιοθήκη Ιστορίας της Ιατρικής αρ. 2, Αθήνα, επανεκδ. Αθ. Σταμούλης, 2004, σ. 55.
[41] ό.π, σ.56.

σαν ένα εντελώς νέο σχήμα. Ας δούμε την πορεία και την εξέλιξη της Ψυχοσωματικής Ιατρικής και θεωρίας μέσα από το πέρασμα και την διαμόρφωσή της ως επιστημονικός κλάδος τον 20ό αιώνα.

1.2. Η θεωρία του Freud για τις ψυχονευρώσεις και οι επίγονοι άλλων ψυχοσωματικών θεωρήσεων.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Freud για τις ψυχονευρώσεις, οι απωθημένες συγκρούσεις και τα συναισθήματα τα οποία συνδέονταν με αυτές, θεωρούνταν εκλυτικοί παράγοντες για την παθογένεση των ψυχοσωματικών διαταραχών. Η τεχνική των ελεύθερων συνειρμών του Freud άνοιξε τις πύλες στις ασυνείδητες ψυχικές λειτουργίες, και παράλληλα οι έννοιες της ασυνείδητης σύγκρουσης, της απώθησης και της μετατροπής, προμήθευσαν εννοιολογικά εργαλεία που μπορούσαν να εφαρμοσθούν στις υποθέσεις των ψυχοσωματικών σχέσεων. Χρησιμοποιώντας τον κλινικό όρο *«μετατροπή»* ο Freud αναφερόταν σε διαδικασίες όπου η ψυχική διέγερση μετασχηματίζεται σε σωματικά συμπτώματα. Ο Freud διαχώρισε τον όρο *«υστερική μετατροπή»* της οποίας οι ασυνείδητες συγκρούσεις εκφράζονται συμβολικά μέσα από αισθητικοκινητικά συμπτώματα σε αντίθεση με την παθογένεση των ψυχοσωματικών διαταραχών. Υποστήριζε δε ότι υπήρχαν -εκτός της μετατροπής- μηχανισμοί, οι οποίοι μπορούσαν να οδηγήσουν, μέσα από τις ασυνείδητες συγκρούσεις, σε αλλαγή των φυσιολογικών λειτουργιών του οργάνου χωρίς να υπάρχει συμβολισμός κάποιου ψυχικού νοήματος.

Το 1923 οι Schotlz και Pfeiffer, στοιχειοθέτησαν την άποψη ότι η εμφάνιση καρκίνου του παγκρέατος συνδεόταν με συγκεκριμένες νευρωτικές εκδηλώσεις. Το 1926 ο Evans ερευνά με ψυχαναλυτικές τεχνικές εκατό ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς του, οδηγείται στο συμπέρασμα ότι πριν την πυροδότηση της νόσου, οι ασθενείς αυτοί βίωσαν μία σημαντική απώλεια στη ζωή τους καθώς επίσης και ότι το κοινό τους χαρακτηριστικό ήταν ότι υπήρχε δυσκολία στην εκφόρτιση της ψυχικής τους ενέργειας.

Σημαντικές έρευνες υπήρξαν επίσης αυτές, που βασιζόμενες σε κλινικό υλικό, κατεδείκνυαν την προδιάθεση για συγκεκριμένο τύπου καρκίνο λόγω άλυτων εσωτερικών συγκρούσεων. Επισήμαναν επίσης ότι οι καρκινοπαθείς

διακατέχονται από ενοχικά συναισθήματα και η νόσος σηματοδοτεί ένα είδος παθητικής αυτοκτονίας ως αποτέλεσμα των ενοχών και της συνακόλουθης κατάθλιψης. Στις επόμενες δεκαετίες (1950-1960), οι έρευνες εγκαθιδρύθηκαν σε μία καθιερωμένη βάση, επικεντρώνοντας πλέον το ενδιαφέρον τους σε όλα τα στάδια πριν και μετά τη νόσο.

Στο Memorial Sloan-kattering Hospital of cancer and Allied Diseases της Νέας Υόρκης ο Sutherland A.M., και οι συνεργάτες του το 1950, πραγματοποίησαν έρευνες που σχετίζονται με ψυχολογικούς παράγοντες σε σχέση με τον καρκίνο. Την ίδια περίοδο ένας Άγγλος γιατρός ο Snow, παρέθεσε δύο συσχετιζόμενες μεταβλητές, τη νεοπλασία και τα στρεσογόνα γεγονότα, από τα οποία ανακάλυψε ένα στατιστικά σημαντικό συμπέρασμα. Οι Schmale A.H., Iker H.P, Nemeth E., Mezei A. χρησιμοποιώντας την προβολική δοκιμασία Rorschach, κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι οι ασθενείς με καρκίνο παρουσίαζαν χαρακτηριστικά του στοματικού σταδίου της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, στην οποία εμπεριέχουν σύμφωνα με τον Freud τάσεις εξάρτησης, δυσκολία στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων καθώς επίσης και δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων.

Ο ψυχίατρος Ν.Κ., Ρασιδάκης και οι συνεργάτες του μετά από έρευνες που διεξήγαγαν τη δεκαετία του '70 στον Ελλαδικό χώρο, υποστήριξαν ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς σπάνια νοσούσαν από καρκίνο. Διατείνονταν δε ότι υπήρχαν τέσσερις ομάδες ασθενειών: ο καρκίνος, τα ψυχοσωματικά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, και η σχιζοφρένεια. Το ένα λοιπόν εμπόδιζε την εμφάνιση του άλλου, και θεωρούσαν τον καρκίνο ως μία από τις εκφράσεις ενός πυρηνικού – ψυχωσικού άγχους, το οποίο εξαφανίζεται όταν μετατραπεί σε σχιζοφρένεια ή καρκίνο. Παράλληλα, θεωρούσαν ότι οι ψυχοσωματικές εκδηλώσεις είναι ανίατες, εφόσον ενσαρκώνουν το ένστικτο της δημιουργίας, γι' αυτό και ο καρκίνος παρουσιάζει πολλές φορές μία αδικαιολόγητη και συνεχιζόμενη αύξηση των κυττάρων ενός οργάνου του σώματος. Εν κατακλείδι, ο καρκίνος είναι η ενσάρκωση ενός νοσηρού «δημιουργικού ενστίκτου».

Στις επόμενες δεκαετίες 1970-1980 οι έρευνες συστηματοποιούνται ακόμη περισσότερο και παράλληλα δημιουργούνται εταιρείες, οι οποίες εξειδικεύονται στην ψυχοσωματική έρευνα στον καρκίνο, όπως η EUPSYCA (European Working Group for Psychosomatic Cancer Research).

Ο Γερμανός ψυχίατρος Heinroth χρησιμοποίησε για πρώτη φορά το 1818 την ειδική λέξη «ψυχοσωματικός» και μόλις το 1922 εισήγαγε ο Felix Deutsch τον όρο «ψυχοσωματική ιατρική».

Ο Lipowski όρισε την ψυχοσωματική ιατρική (ή ψυχοσωματική) το 1984, ως τον κλάδο ο οποίος διερευνά τις σχέσεις ανάμεσα σε ψυχολογικά, κοινωνικά και σωματικά φαινόμενα καθώς επίσης και την εφαρμογή του σε μία ολιστική προσέγγιση για τη φροντίδα του ασθενούς. Σύμφωνα με τον ίδιο, η εκδήλωση και η εξέλιξη της νόσου, είναι σε συνάρτηση με την αλληλεπίδραση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Ο Lipowski πρωτοστάτησε ενάντια στην έννοια της ψυχογένεσης, γιατί σύμφωνα με τον ίδιο αυτή η έννοια είναι ασύμβατη με την πολυπαραγοντική αιτιολογία της ψυχοσωματικής.

Οι ιστορικές και εννοιολογικές ρίζες του όρου «ψυχοσωματικός» εμπεριέχουν δύο διαφορετικές έννοιες: την ολιστική και την ψυχογενή, που σύμφωνα με τον Lipowski (1984) καθόρισαν τις βασικές κατευθύνσεις της ψυχοσωματικής, αλλά και τη φόρτισαν με αρκετή σύγχυση λόγω του διφορούμενου του όρου.

Θερμός υποστηριχτής των έργων των αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων, μέσα από τα άρθρα του και τις διαλέξεις του, επιβεβαίωσε ότι η ψυχοσωματική του 20ού αιώνα αποτελεί την εξέλιξη του αρχαίου Ελληνικού πνεύματος. Η λέξη «ολιστικός» προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «ὅλον» κι' όπως το λέει και η ίδια η λέξη εκφράζει την ενότητα, εδώ το αδιάσπαστο ψυχής – σώματος, δηλαδή μία βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Σημασιολογικά «ολιστική ιατρική» πάει να πει τη συμβολή τόσο των σωματικών όσο και των ψυχολογικών πλευρών στη μελέτη και στη θεραπεία των ασθενών.

Η *ψυχογενής* έννοια του όρου «ψυχοσωματικός» εισήχθη από το Γερμανό ψυχίατρο Sommer για πρώτη φορά το 1894 αναφερόμενος στην υστερία. Στην αρχή ο όρος αυτός χρησιμοποιείτο για να δηλώσει τις ψυχολογικές καταβολές των ψυχιατρικών νόσων. Έπειτα, κατά τη δεκαετία του 1920, οι όροι ψυχογενής και ψυχογένεση πήραν άλλη μορφή δηλώνοντας τα ψυχολογικά αίτια των σωματικών διαταραχών. Η ψυχογενής έννοια, που εμπεριέχεται στον όρο «ψυχοσωματικός», είναι εξίσου παλαιά και δηλώνει την σημαίνουσα αξία των ψυχολογικών

παραγόντων στην έκλυση της ασθένειας. Η ψυχογενής αντίληψη, η οποία άνθισε το 17° και 18° αιώνα δεν μπόρεσε να αποδυναμωθεί ούτε από τη δυϊστική αντίληψη περί ψυχής σώματος του Καρτεσίου, τον διαχωρισμό δηλαδή σε σκεπτόμενη (πνεύμα-ψυχή) και μη σκεπτόμενη οντότητα (σώμα-μηχανή), ούτε από τη μηχανιστική κατεύθυνση της ιατρικής επιστήμης. Αντιθέτως, η ιατρική σκέψη δηλώνει ξεκάθαρα την αμφίδρομη επίδραση ψυχής- σώματος και την παθογενετική επίδραση των παθών στο σώμα.

Ανεξάρτητα όμως από την θεωρητική τους τοποθέτηση, όλοι συμφωνούσαν στην ψυχογενή αντίληψη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ψυχογενών αντιλήψεων ήταν λόγου χάρη το σχόλιο του Caub το 1763, ότι «η λύπη, όταν δεν εκφορτίζεται με το κλάμα και μένει για πολύ απωθημένη, τρώει και καταστρέφει την ψυχή και το σώμα». Το 1691 ο Γερμανός γιατρός Pechlin υποστήριζε ότι ο καρκίνος του μαστού μετά από τη συνολική του αφαίρεση καταλήγει σχεδόν πάντα στο θάνατο εξαιτίας των συναισθημάτων φόβου και λύπης. Στα τέλη του 18ου αιώνα, ο Corp υποστήριζε ότι ο θυμός μπορεί να προκαλέσει παράλυση, αποπληξία και αιφνίδιο θάνατο ενώ η ελπίδα έχει θεραπευτικές ιδιότητες και πρέπει να ενισχύεται από τους γιατρούς.

Αντίθετα, η κυτταρική παθολογία του Virchow και οι ανακαλύψεις του Pasteur και του Koch στη βακτηριολογία, ώθησαν την ιατρική προς την καρτεσιανή μηχανιστική προσέγγιση του σώματος, ότι δηλαδή για κάθε αρρώστια υπάρχει μία και μόνο ειδική αιτία. Εντούτοις, μία μελέτη ενός φυσιολόγου του Beaumont το 1833 απέδειξε την άρρηκτη σχέση ανάμεσα στις μεταβολές ενός εσωτερικού οργάνου από τις συναισθηματικές εναλλαγές.

Το 1989 η Holland εισάγει τον όρο *ψυχο-ογκολογία* ή *ψυχο-κοινωνική ογκολογία* και την ορίζει ως κλάδο, υποειδικότητα της ογκολογίας, η οποία μελετά τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τη νόσο από καρκίνο καθώς επίσης και τις επιπτώσεις του, τόσο στον ίδιο τον ασθενή και στην οικογένεια του όσο και στο ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό.

Οι Γάλλοι ψυχαναλυτές που ασχολήθηκαν με την ψυχοσωματική ιατρική όπως οι M. Sami-Ali (1969), P. Marty (1976, 1980), M. Fain (1971), διατύπωσαν την άποψη ότι η εκδήλωση μίας σοβαρής σωματικής ασθένειας (σύμφωνα με την

ψυχοσωματική θεωρία) σηματοδοτεί την αδυναμία του ατόμου να καταφύγει στους συνηθισμένους του αμυντικούς μηχανισμούς, δηλαδή τις κατάλληλες ψυχικές διεργασίες, με τις οποίες θα αντιμετωπίσει εντάσεις και συγκρούσεις που απορρέουν από τη διαλεκτική των ορμών και της πραγματικότητας. Σύμφωνα λοιπόν με τους ίδιους, όσο πιο πλούσιες και επεξεργασμένες είναι οι ψυχικές άμυνες, δηλαδή όσο πιο ανεπτυγμένη και συνεχής είναι η ικανότητα αναπαράστασης ποσοτικά και ποιοτικά, τόσο καλύτερα προστατευμένο είναι το άτομο από τη σωματική ασθένεια.

1.3. Η θεωρία της ειδικής προσωπικότητας της Dunbar

Η Flanders Dunbar υπήρξε μία από τις πρωτοπόρους στην ψυχοσωματική και σθεναρή υπέρμαχος της ολιστικής προσέγγισης. Διευθύντρια μία εκ των πρώτων διασυνδετικών μονάδων στην Πανεπιστημιακή μονάδα της Columbia, προώθησε μία ψυχαναλυτική προσέγγιση για όλους τους σωματικά ασθενείς (1935). Σύμφωνα με την ίδια, η ψυχή και το σώμα είναι δύο πλευρές της ίδιας δομικής ενότητας γι' αυτό και τα περισσότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα προκαλούνται από την εκφόρτιση ενστικτικής ενέργειας στο νευροφυτικό σύστημα του σώματος. Η προσέγγισή της διέφερε από τις δύο άλλες κατευθύνσεις της ψυχοσωματικής· την ψυχαναλυτική, και την ψυχοφυσιολογική. Υιοθετώντας τις ολιστικές αρχές από την Ψυχοβιολογική Σχολή της Ψυχιατρικής των Meyer και White, επηρεάστηκε από την θέση ότι η ψυχή και το σώμα αποτελούν δύο αναπόσπαστες πλευρές του ανθρώπινου οργανισμού, μία ψυχοβιολογική μονάδα που ως ενιαίο σύνολο αντιδρά ανάλογα με το περιβάλλον. Θεωρούσε ότι συγκεκριμένα είδη προσωπικότητας ήταν πιο επιρρεπή σε ιδιαίτερα νοσήματα και προσπάθησε να εδραιώσει αυτή τη σχέση. Από το θεωρητικό και κλινικό έργο της Flanders Dunbar, αυτό που αναγνωρίστηκε ήταν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς των σωματικά ασθενών.

1.4. Ο Franz Alexander και η θεωρία του περί ειδικής σύγκρουσης

Ο Franz Alexander, ένας από τους σημαντικότερους ψυχοσωματικούς θεωρητικούς των δεκαετιών του 1930-1940, διεξήγαγε εις βάθος ψυχαναλυτικές έρευνες σε ψυχοσωματικούς ασθενείς. Το έργο του εστιάστηκε κυρίως στη σχέση μεταξύ ασυνείδητων ψυχολογικών συγκρούσεων και χρόνιων νοσημάτων. Οι

ψυχοσωματικοί ασθενείς παλεύουν με εσωτερικές συγκρούσεις των οποίων τα αίτια έχουν να κάνουν με την μη ικανοποίηση των παιδικών εξαρτητικών αναγκών τους. Αυτή η ανεκπλήρωτη πρώιμη εξαρτητική ανάγκη οδηγεί σε μία ναρκισσιστική ανταγωνιστική προσωπικότητα.

Ο Alexander πίστευε ότι, όταν παρεμποδίζεται η έκφραση των εξαρτητικών αναγκών του ατόμου, η ενέργεια αυτή μεταβάλλεται και παράγει διάφορα νοσήματα όπως το πεπτικό έλκος, η ελκώδης κολίτιδα κ.λ.π. Η επιλογή του νοσήματος σύμφωνα με τον Franz Alexander αντιστοιχούσε σε ασυνείδητες συγκρούσεις και μηχανισμούς άμυνας. Η θεωρία του περί ειδικών ψυχολογικών και φυσιολογικών παραγόντων για την έκλυση της νόσου, αποτέλεσε τη βάση για μεταγενέστερες έρευνες όπως αυτές των Weiner et al. το 1957, 1977, 1982 και των Pollock et Pilot το 1977.

Ως ο σπουδαιότερος ίσως εκπρόσωπος της ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης στη ψυχοσωματική, ο Alexander, κατόρθωσε να υπερσκελίσει όχι μόνο την ολιστική αλλά και την ψυχοφυσιολογική κατεύθυνση της ψυχοσωματικής. Αντίστοιχα, ως διακεκριμένος ψυχαναλυτής, προσπάθησε να εφαρμόσει στις ιδέες της ψυχογένεσης τη ψυχαναλυτική τεχνική. Λίγο πριν το θάνατο του, ο Alexander περιόρισε την βάση της θεωρίας του στην ακόλουθη παράγραφο: «Ένας ασθενής με ευπάθεια σε ένα ειδικό όργανο ή σωματικό σύστημα και με ένα χαρακτηριστικό ψυχοδυναμικό ψυχικό αστερισμό αναπτύσσει την αντίστοιχη νόσο, όταν η σειρά των γεγονότων στη ζωή του είναι ικανή να κινητοποιήσει την παλαιότερα εγκατεστημένη κεντρική του σύγκρουση και να κλονίσει τις πρωτογενείς άμυνες απέναντι της. Με άλλα λόγια, εάν η προκλητική εξωτερική κατάσταση δεν υπάρξει ποτέ, ένας ασθενής μπορεί, παρά την ύπαρξη των προδιαθεσικών ψυχικών σχημάτων και την ευπάθεια κάποιου οργάνου, να μην αναπτύξει τη νόσο».[42] Σύμφωνα με τον ίδιο, ένα συγκεκριμένο συναισθηματικό ερέθισμα μπορούσε να πυροδοτήσει ένα σωματικό σύνδρομο το οποίο συνοδευόταν πάντα από μία συναισθηματική κατάσταση.

Ο Alexander αναδείχθηκε εξίσου πρωτοποριακός και στον ψυχοθεραπευτικό τομέα. Συνταιριάζοντας έννοιες και τεχνικές της ψυχανάλυσης με

[42] Alexander F., French, T.M. & Pollock, G.H. Psychosomatic Specificity, Vol.1: Experimental Study and Results. Chicago: University of Chicago Press, 1978, p. 11.

την έννοια της ψυχογένεσης του Γαληνού, μαζί με τον French το 1946 έδωσε έμφαση στη σπουδαιότητα της «διορθωτικής συναισθηματικής εμπειρίας» επισημαίνοντας τους κινδύνους εξάρτησης που εγκυμονούν η συχνή και μακροχρόνια μορφή θεραπείας.

Παρότι η θεωρία του περί ειδικής σύγκρουσης έχει δεχθεί πολλές κριτικές, εντούτοις πολλές μελέτες που ακολούθησαν επαλήθευσαν μερικώς την άποψή του, ότι η φυσιολογική και ψυχολογική προδιάθεση σε μία νόσο αντισταθμίζεται αν η καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου είναι ποιοτική. Η πλέον πρόσφατη άποψη αυτής της θεωρίας αντιπροσωπεύεται από την έννοια της *αλεξιθυμίας* που προτάθηκε το 1972 από τον Σιφναίο αναφερόμενος σε άτομα που έχουν δυσκολία να εκφράσουν τα συναισθήματα τους έχοντας παράλληλα περιορισμένη φαντασιωτική ζωή.

1.5. Οι θεωρίες της ειδικής απάντησης

Ανεξάρτητες από κάθε ψυχαναλυτική θεωρία, αναπτύχθηκαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1950 και διατηρούσαν την άποψη της ειδικής απάντησης, ότι δηλαδή τα άτομα τείνουν να έχουν χαρακτηριστικούς τρόπους αντίδρασης απέναντι σε στρεσογόνες καταστάσεις, οι οποίες είναι σε αλληλουχία με τον τρόπο επεξεργασίας του στρες των μελών των οικογενειών τους. Η ψυχοφυσιολογική, η δεύτερη κατά σειρά κατεύθυνση της ψυχοσωματικής κατά την πρώτη ιστορική της φάση (1925-1955), αναπτύχθηκε παράλληλα με τη ψυχοδυναμική με κύριο εκπρόσωπο τον Wolff. Ο Harold Wolff διατύπωσε την άποψη, ότι μία «προστατευτική προσαρμοστική απάντηση» επηρεασμένη από την κληρονομικότητα κάθε ατόμου τίθεται σε ισχύ, όταν το άτομο αντιμετωπίζει κάποιο στρεσογόνο γεγονός. Η δε ασθένεια αποτελεί την απόδειξη της ανικανότητας του ατόμου να προσαρμοστεί σε μία στρεσογόνο κατάσταση. Η θεωρία του, η οποία έχει κάποιες ομοιότητες με την θεωρία της ειδικής προσωπικότητας της Dunbar, παραμέρισε το ρόλο του ασυνειδήτου δίνοντας μεγάλη έμφαση στο έκδηλο περιεχόμενο της συμπεριφοράς. Η θεωρία αυτή του Wolff, διευρύνθηκε από τους Grace και Graham το 1952, οι οποίοι συνέδεσαν ασυνείδητες πράξεις με συγκεκριμένα στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή. Οι Lacey, Bateman και Van Lehn ανέπτυξαν μία άλλη θεωρία ειδικής απάντησης, σύμφωνα με την οποία τα άτομα έχουν την τάση να εμφανίζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

συναισθηματικής απάντησης στα διάφορα ερεθίσματα. Οι Lacey και Lacey το 1962 κατασκεύασαν συγκεκριμένα προφίλ ειδικών αντιδράσεων, τα οποία σύμφωνα με τους ίδιους παρέμεναν αναλλοίωτα για τέσσερα τουλάχιστον χρόνια.

1.6. Οι θεωρίες της φυσιολογικής-σωματικής παλινδρόμησης και της παλινδρόμησης του «*Εγώ*»

Η θεωρία αυτή υποστηρίχθηκε από τους ψυχαναλυτικούς ερευνητές J.J. Michaels, Felix Deutsch, Sydney Margolin, Roy Grinker και Max Schur οι οποίοι πίστευαν ότι πέρα από τα απωθημένα συναισθήματα υπάρχει παλινδρόμηση σε ένα αρχαϊκότερο επίπεδο λειτουργίας. Υπέθεταν επίσης ότι η σωματική νόσος είναι το αποτέλεσμα φυσιολογικών (υπό την έννοια της λειτουργικότητας) ματαιώσεων ενός οργάνου, μεγαλύτερες από αυτές που μπορεί να ανεχθεί το άτομο, με αποτέλεσμα τις ιστολογικές αλλοιώσεις και κατά συνέπεια την ασθένεια. Σημαντικός παράγοντας στην έκλυση της νόσου θεωρούνταν οι διαταραγμένες πρώιμες σχέσεις μητέρας παιδιού. Μεταγενέστερα, ο Schur υπέθεσε ότι η παλινδρόμηση διατελείται όταν το «*Εγώ*» αδυνατεί να αμυνθεί επαρκώς απέναντι στο στρες και έτσι το άγχος επανασωματοποιείται.

Μία αντίστοιχη παλινδρόμηση των λειτουργιών του «*Εγώ*» σε πρωτόγονα επίπεδα περιγράφηκε και από τον S.Margolin το 1953, ο οποίος έβλεπε ότι η παλινδρόμηση της σκέψης συνοδευόταν από μία παλινδρόμηση της σωματικής σφαίρας. Ο Reiser, ο οποίος συμφωνούσε με την θεωρία της φυσιολογικής παλινδρόμησης και της παλινδρόμησης του «*Εγώ*», αναγνώρισε μαζί με τον Giovacchini την έννοια του ψυχικού ελλείμματος.

1.7. Η θεωρία της προγεννητικής μετατροπής

Ο ρόλος της μετατροπής και του συμβολισμού στην έκλυση της σωματικής αποδιοργάνωσης διέσπασε τους πρωτεργάτες της ψυχοσωματικής ιατρικής. Οι Karl Abraham, O. Fenichel και Sandor Ferenczi διαφωνούσαν με τον Freud, ο οποίος πίστευε ότι η μετατροπή δεν παρατηρείται πριν από το Οιδιπόδειο σύμπλεγμα, υποστηρίζοντας ότι οι προγεννητικές συγκρούσεις μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγή των σωματικών οργάνων. Αυτή η θέση οδήγησε στη «*νεύρωση του οργάνου*».

Η Melitta Sperling (1960) λόγου χάρη, πίστευε ότι κάθε ψυχοσωματική έκφραση είναι το αποτέλεσμα των προγεννητικών συγκρούσεων. Σύμφωνα επίσης με την ίδια, η προγενέστερη σχέση μητέρας παιδιού είναι αυτή που επηρεάζει την «επιλογή» της ψυχοσωματικής νόσου. Σε αντίθεση με άλλους ψυχαναλυτές, ο Felix Deutsch (1959) δεν αποδέχεται τη συμβολική εξήγηση ως τη μόνη εξήγηση της επιλογής της νόσου. Κατά τον ίδιο η μετατροπή διαδραμάτιζε εξίσου ρόλο τόσο στην υγεία όσο και στη νόσο. Η ανάπτυξη των συμπτωμάτων της μετατροπής απαιτούσε την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων.

Ορισμένοι ψυχαναλυτές όπως οι Reiser, Hunter και Weiner το 1978, 1979 και 1982 αντίστοιχα άσκησαν κριτική στη θεωρία της προγεννητικής μετατροπής, θεωρώντας ότι η σύνδεση σωματικών γεγονότων με συναισθήματα και φαντασιώσεις είναι δευτερογενής, γι αυτό και ο συμβολισμός που αναδύεται στην ψυχαναλυτική διαδικασία μπορεί να είναι ανεξάρτητος από την έναρξη της νόσου.

1.8. Οι κλασσικές ψυχοσωματικές θεωρίες και η σχέση τους με τις βιολογικές διαδικασίες.

Ο πατέρας της Ψυχανάλυσης Sigmund Freud, σημαντικά επηρεασμένος από την ιατρική του εκπαίδευση ως νευρολόγου, εισήγαγε μέσα στο έργο του για τις ψυχονευρώσεις, βιολογικές και φυσιολογικές έννοιες, τις οποίες στη συνέχεια αναθεώρησε και κάποιες εξ αυτών απέρριψε εντελώς. Γι' αυτό, οι πρώτοι ψυχοσωματιστές στηρίχθηκαν στις εν μέρει παρερμηνείες του Freud για τις βιολογικές διαδικασίες για να ερμηνεύσουν τις παθολογικές σωματικές διεργασίες. Έτσι, εμπνευσμένοι από το φροϋδικό μοντέλο του ψυχισμού, ενόρμηση-σύγκρουση-άμυνα, ενδιαφέρθηκαν κυρίως για το πώς οι ψυχολογικές συγκρούσεις και τα συναισθήματα επηρεάζουν την πορεία των εσωτερικών οργάνων.

Από το 1955 και μετά έγινε μία στροφή από το ενδοψυχικό επίπεδο στο διαπροσωπικό, η οποία οφείλεται εν μέρει σε κοινωνικούς, οικογενειακούς και εργασιακούς παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην υγεία και στην ασθένεια του ατόμου. Αυτή η μεταστροφή από τα ασυνείδητα ψυχολογικά αίτια στα συνειδητά συναισθήματα και στις γνωστικές διαδικασίες οφείλεται εν πολλοίς στο ότι οι συνειδητοί παράγοντες είναι πιο εύκολα προσεγγίσιμοι και μετρήσιμοι.

1.9. Ψυχονευροανοσολογία, στρες και καρκίνος

Πειραματικές έρευνες στον άνθρωπο διαπίστωσαν τη σχέση μεταξύ βιολογικών και ιδιαίτερα ανοσολογικών και ορμονικών αλλαγών με τις καταστάσεις άγχους. Η παρουσία νευρικού ιστού στο ανοσολογικό σύστημα αποδεικνύει τη σχέση και την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο νευρικό και το ανοσολογικό σύστημα. Συγκεκριμένα έχουν βρεθεί νευρικές απολήξεις στο μυελό των οστών, σε λεμφαδένες, στον σπλήνα και στο θύμο αδένα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι σε ανοσολογικά όργανα όπως στο θύμο αδένα, στο σπλήνα και σε λεμφαδένες, έχουν εντοπισθεί και νευροενδοκρινικά κύτταρα, ο ρόλος των οποίων προς το παρόν αγνοείται. Έτσι λοιπόν φαίνεται, ότι όχι μόνο το νευρικό σύστημα έρχεται σε ανατομική επαφή με το ανοσολογικό, αλλά το ίδιο το ανοσολογικό μπορεί να μιλάει την ίδια γλώσσα με το νευρικό, αφού είναι πια σε θέση να συνθέτει και να εκκρίνει από μόνο του εγκεφαλικές ουσίες. Αναφέρεται επίσης από τους ερευνητές η παρουσία ορμονικών υποδοχέων και η ενδογενής παραγωγή ορμονών από τα ανοσοκύτταρα. Τα λεμφοκύτταρα μπορούν να συνθέτουν και να εκκρίνουν από μόνα τους διάφορες ορμόνες μετά από κάποια αντιγονική τους διέγερση. Έτσι οι ορμόνες όπως οι: θυρεοειδότροπο (TSH), αδρενοκορτικοτρόπο (ASTH), αυξητική ορμόνη (GH), ινσουλίνη δεν διαδραματίζουν κάποιο ρόλο μόνο για την ωρίμανση και την αναπαραγωγή του ανοσολογικού συστήματος, αλλά και συνεχούς επικοινωνίας τόσο μέσα στο ανοσολογικό δίκτυο όσο και στη σχέση του με άλλα συστήματα όπως π.χ. με το νευρικό. Η επίδραση των νευροπεπτιδίων στη λειτουργία του ανοσολογικού είναι καθοριστικής και εξέχουσας σημασίας, εφόσον επηρεάζουν την αμυντική ικανότητα του οργανισμού. Το νευροπεπτίδιο λόγου χάρη α- ενδορφίνη επιδρά ως καταστολέας στη παραγωγή αντισωμάτων Β – λεμφοκυττάρων. Παράλληλα προϊόντα της ανοσίας επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία. Ως κύριος εκπρόσωπος της έρευνας αυτής, είναι η ομάδα του Allan Goldstein από το Πανεπιστήμιο George Washington των Η.Π.Α η οποία κατέληξε ότι διάφορες λεμφοκίνες ή θυμοσίνες μεταδίδουν μηνύματα σε νευρώνες και άλλους εγκεφαλικούς σχηματισμούς. Αντίστοιχα η αλληλοωρίμανση νευρο ενδοκρινικού και ανοσολογικού συστήματος αποδεικνύεται από το γεγονός ότι ένα υγιές ανοσολογικό σύστημα είναι απαραίτητο για την σωστή ανάπτυξη του νευροενδοκρινικού συστήματος.

Εκτός από την πειραματική έρευνα, η κλινική ιατρική συμβάλλει κι' αυτή με το δικό της τρόπο στην απόδειξη της δυναμικής συνύπαρξης νευρικού και ανοσολογικού συστήματος. Ένα μεγάλο μέρος από παραδείγματα που άπτονται διαφόρων κλινικών ειδικοτήτων όπως της Ψυχιατρικής, της Ενδοκρινολογίας, της Ρευματολογίας, και της Ανοσολογίας είναι τα ακόλουθα:

(α) Ανοσολογικές μεταβολές σε σχιζοφρενείς: μία ποικιλία ανοσολογικών διαταραχών τόσο της κυτταρικής όσο και χημικής ανοσίας έχει διαπιστωθεί στον ορό σχιζοφρενών.

(β) Αυτοάνοσα νοσήματα στους αριστερόχειρες: αυτοάνοσα νοσήματα όπως θυρεοειδίτιδα, κοιλιοκάκη και ελκώδης κολίτιδα παρατηρούνται σε ένα ποσοστό 11% των αριστερόχειρων.

(γ) Συγγενή νοσήματα με κοινές νευροενδοκρινικές και ανοσολογικές διαταραχές όπως:

1- σύνδρομο Klinefelter (XXY) και ερυθηματώδης λύκος
2- αταξία τελεαγγειεκτασία και ωοθηκική δυσλειτουργία
3- φυλοσύνδετη υπογαμμασφαιριναιμία και ανεπάρκεια αυξητικής ορμόνης.

1.10. Οι καταβολές της ψυχοσωματικής ιατρικής

Η σύγχρονη ψυχοσωματική ιατρική προέκυψε από τρία ρεύματα σκέψης που είχαν παράλληλη εξέλιξη: τη φυσιολογία, τη νευρο-ψυχοφυσιολογία και την ψυχοπαθολογία. Η ψυχοσωματική ιατρική είναι μία δογματική και παθογενετική αντίληψη η οποία αποδέχεται και περιλαμβάνει τους ψυχικούς και συγκρουσιακούς παράγοντες στην αιτιολογία ή στην ανάπτυξη των σωματικών ασθενειών.

Η λέξη ψυχοσωματική περικλείει δύο όρους και γράφεται χωρίς ενωτική παύλα για να δηλώσει τη θεμελιακή ενότητα που θέλει να εκφράσει. Καλύπτει έτσι τις σωματικές ασθένειες των οποίων η αιτιολογία και η εξέλιξη χαρακτηρίζονται από τον υπερέχοντα ρόλο των ψυχολογικών ή συγκρουσιακών παραγόντων. Η ψυχοσωματική κλινική πρακτική μάς φέρνει αντιμέτωπους με μία αυθεντική φυσική πραγματικότητα. Όπως σε κάθε ψυχοσωματική μέθοδο πρέπει να φωτισθούν η προσωπικότητα των ασθενών, η ποιότητα των παθογενετικών αλληλενεργειών και γεγονότων, οι ψυχολογικές διαδικασίες της σωματοποίησης. Στον ψυχοσωματικό πόλο βρίσκουμε θαμπές ελάχιστα διαισθητικές

προσωπικότητες, που προσεγγίζουν τη συμπεριφορική δομή, παιδιά τα οποία γεμίζουν ικανοποίηση τους γονείς τους με την υπακοή τους με τίμημα κοπιώδεις προσπάθειες στη συμπεριφορά τους.

Ας δούμε το δεύτερο ρεύμα σκέψης τη νευροφυσιολογία, η οποία εξελίσσεται παράλληλα κι' όχι ανεξάρτητα από την ψυχοσωματική θεωρία. Οι νευροφυσιολογικές έρευνες εστιάζουν την προσοχή τους στο νευροφυτικό σύστημα (θάλαμο, υποθάλαμο, δικτυωτό σχηματισμό, λιμβική περιοχή) αναδεικνύοντας τις συνδέσεις μεταξύ του ψυχικού και του οργανικού με ενδιάμεσο το νευρικό σύστημα, αντικειμενικοποιώντας το ρόλο που παίζουν τα συναισθήματα στις εκκρίσεις των αδένων, στους μεταβολισμούς, στη νευροφυτική σπλαχνική ισορροπία, στη ρύθμιση των ανοσοποιητικών συστημάτων.

Οι πιο σύγχρονες πλευρές της έρευνας αφορούν τους φυσιοπαθολογικούς μηχανισμούς σε αντιστοιχία με ψυχικές παθολογίες οι οποίες έχουν σωματική έκφραση.

Η άνοσο/ψυχοπαθολογία, το τρίτο ρεύμα σκέψης, είναι ένας ταχέως αναπτυσσόμενος τομέας. Οι κύριες συσχετίσεις που ανήκουν στον τομέα αυτό και έχουν διερευνηθεί μέχρι σήμερα είναι:

1) το άτομο είναι ευάλωτο σε μικροβιακές και ιογενείς ασθένειες (λοιμώδης μονοπυρήνωση, ζωστήρ, έρπης). Η πιθανή παρέμβαση καταθλίψεων αναπτύχθηκε στο aids.

2) Οι αλλεργικές ασθένειες.

3) Οι αυτοάνοσες νόσοι, όπου εξ ορισμού τα όργανα είναι ο στόχος καταστροφικών αντισωμάτων, τα οποία εκκρίνει το ίδιο το άτομο: προσβολές του θυρεοειδούς, ερυθηματώδης λύκος, θρομβοπενική πορφύρα, ρευματοειδής πολυαρθρίτις· ο ρόλος τους στον καρκίνο είναι αντικείμενο έρευνας.

4) Ανοσολογική παθολογία του πένθους. Πολλές μελέτες βασιζόμενες σε στατιστικές μελέτες, έχουν δείξει ότι μετά την απώλεια ενός οικείου προσώπου τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι υψηλά στους συντρόφους τους.

5) Οι σχέσεις μεταξύ Κ.Ν.Σ και ανοσολογικού συστήματος.

Αυτές οι ανακαλύψεις μπορούν να προσανατολίσουν σημαντικά την ψυχολογική κατανόηση ορισμένων διαταραχών.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η ψυχοσωματική θεωρία έχει επηρεασθεί από ποικίλες τάσεις, έννοιες και θεωρίες όπως την ικανότητα αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων και επανατροφοδότησης, το ψυχοκοινωνικό στρες, τη γνωστική αξιολόγηση του ατόμου, την προσωπική ευαλώτητα στη νόσο, τη θεωρία των συστημάτων και της πληροφορίας, τις αρχές της πολλαπλής αιτιολογίας των σωματικών λειτουργιών και της συμπεριφοράς, τη θεωρία της εξειδίκευσης της ψυχοφυσιολογικής απάντησης και της εγρήγορσης, τη θεωρία της συντελεστικής μάθησης και αυτοελέγχου των σπλαχνικών λειτουργιών, την υπόθεση της απώλειας αντικειμένου στην πρόκληση νόσου σε συσχέτιση με τα συναισθήματα έλλειψης ελπίδας και απελπισίας, και το σύμπλεγμα παραίτησης που τη συνοδεύουν.

Εν συντομία, μπορούμε να πούμε ότι η ψυχοφυσιολογία απετέλεσε την εξέλιξη της αρχαίας ψυχογενούς αντίληψης για την επίδραση των συναισθημάτων (παθών) στο σώμα. Από το 1970 και μετά, μια πορεία αλλαγής στην έννοια και στο αντικείμενο της ψυχοσωματικής αντανακλάται στην εγκατάλειψη των προηγούμενων όρων «ψυχοσωματικός ασθενής» και «ψυχοσωματική νόσος». Εν συνεχεία, η ψυχοσωματική ενότητα εδραιώθηκε μέσα από μακροχρόνιες φάσεις αποκλειστικής βιολογικής προσέγγισης και άλλοτε καθαρά ψυχογενούς αιτιολόγησης.

Στη σύγχρονη θεώρηση της ψυχοσωματικής, ευδοκιμεί η άποψη ότι η σωματική νόσος είναι σε συνάρτηση είτε αιτιολογικά, στη συμμετοχή με τα ψυχολογικά προβλήματα ή τις ψυχικές διαταραχές, είτε με την έννοια της ψυχολογικής αντίδρασης στην έναρξη της νόσου. Η πολυπαραγοντική αιτιολογία εγκαθιδρύεται ως επέκταση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, αντανακλώντας την ολιστική προσέγγιση στην ιατρική επιστήμη, γι' αυτό και μία από τις θεμελιώδης αρχές των σύγχρονων ψυχοσωματικών αντιλήψεων βασίζεται στη σχέση ανάμεσα στη σωματική ισορροπία και στα ψυχοσυναισθηματικά θεμέλια της προσωπικότητας.

Ας δούμε πώς εδραιώθηκε, εξελίχθηκε και διαμορφώθηκε η ψυχοσωματική θεωρία.

1.11. Η Πορεία και η εξέλιξη του σύγχρονου Ψυχοσωματικού Ινστιτούτου των Παρισίων

Το 1978 άρχισε να λειτουργεί στο Παρίσι ένα νοσοκομείο του οποίου η πρωτοτυπία έγκειται στο γεγονός ότι έχει ως αντικείμενο την ψυχοσωματική ιατρική. Γύρω στα 1960, στο πλαίσιο της Ψυχαναλυτικής Εταιρείας του Παρισιού, συναντήθηκαν ορισμένοι ιατροί, καταρχάς ο Pierre Marty και ο Michel Fain, και ύστερα τους ακολούθησαν και ο Michel de M΄Uzan και ο Christian David για να σχηματίσουν μια ομάδα εργασίας η οποία αποκαλείτο «Σχολή του Παρισιού» την οποία διαδέχθηκε από το 1972, ένας οργανισμός πιο ολοκληρωμένος αυτή τη φορά, το σημερινό Ινστιτούτο της Ψυχοσωματικής (IPSO).

Το νοσοκομείο δέχεται μόνο ασθενείς που παρουσιάζουν μια αναμφισβήτητη σωματική παθολογία κάθε είδους και κάθε βαθμού βαρύτητας, και οι οποίοι υποβάλλονται μόνο σε ψυχοθεραπείες. Η εισαγωγή υπόκειται επίσης σε μια προκαταρκτική εξέταση, την ψυχοσωματική εξέταση, που διαρκεί περίπου μία ώρα και η οποία μπορεί να επαναληφθεί. Ένας από τους κύριους στόχους αυτής της εξέτασης είναι η αναγνώριση της ψυχικής δομής του ασθενούς όσον αφορά τις ψυχικές διεργασίες σωματοποίησης. Ψυχικές καταστάσεις που παρουσιάζουν άμεσο κίνδυνο και οι οποίες απαιτούν μία άμεση ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση, όπως στην περίπτωση της θεμελιώδους κατάθλιψης, η οποία συνιστά την ψυχική κατάσταση της μέγιστης σωματοποίησης.

Ένας βασικός τομέας του Ινστιτούτου αποτελεί η έρευνα των ψυχικών δυσλειτουργιών, οι οποίες είναι υπεύθυνες για σωματικές διαταραχές και ο Pierre Marty δουλεύει για την ταξινόμησή τους. Καταθέτοντας την εμπειρία του μέσα από τη θεωρητική και κλινική του κατάρτιση, υποστηρίζει ότι στις σοβαρές ασθένειες το *Εγώ* αποκαλύπτεται ανεπαρκές λόγω τραυμάτων της πρώτης παιδικής ηλικίας. Τα τραύματα της πρώιμης παιδικής ηλικίας σχετίζονται με τις σχέσεις μητέρας παιδιού, κυρίως κατά τα δύο πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου, προκαλώντας κενά στην ποιότητα της ψυχικής οικοδόμησης και ισορροπία του ψυχικού οργάνου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας φυσικής ευθραυστότητας η οποία

ευαισθητοποιεί το άτομο σε πολυάριθμα γεγονότα που συντελούνται κατά τη διάρκεια της ζωής του.

Σύμφωνα λοιπόν με τη θεωρία του Ινστιτούτου Ψυχοσωματικής του Παρισιού, (IPSO) ο κύριος άξονας στον οποίο στηρίζονται οι απόψεις του Ινστιτούτου, είναι ο ακόλουθος: μία ψυχική δομή, η οποία είναι συναισθηματικά πλήρης, ισορροπημένη και σταθερή, κατέχει κεντρική θέση μεταξύ των αμυνών που αντιτίθενται στις ψυχοσωματικές διαταραχές.

Το ψυχοσωματικό φαινόμενο εισάγει εξ ορισμού τη βαρύτητα του πάσχοντος σώματος στη θεραπευτική πρακτική. Πολλές διαταραχές απαιτούν δραστικές ιατρικές θεραπείες, μερικές φορές πολύ εξειδικευμένες, παράλληλα με την ψυχοθεραπεία. Η ψυχοσωματική γνώση εντάσσει τις διαταραχές στην ψυχική οικονομία του ασθενούς. Ως εκ τούτου στην ψυχοσωματική ιατρική διαμορφώνεται μια ταξινόμηση διπλής εισόδου: οι διαταραχές κατατάσσονται αφενός σύμφωνα με τη φύση της σωματικής ασθένειας και αφετέρου σύμφωνα με τη συναισθηματική δομή του ασθενούς, η οποία αξιολογείται κυρίως σε σχέση με το είδος των ψυχικών αμυνών ως προς τη σωματοποίηση.

Οι έννοιες οι οποίες θεωρούνται ουσιαστικές από την Ψυχοσωματική Σχολή του Παρισιού, και υπεισέρχονται στη σωματική αποδιοργάνωση είναι: η χρηστική σκέψη, η στοιχειώδης κατάθλιψη, η παλινδρομική απομετουσίωση και η αντιεξελικτική αποδιοργάνωση.

Στους ενήλικες οι ασθένειες που εμφανίζονται συχνότερα είναι το άσθμα, ο καρκίνος (κυρίως ο καρκίνος του μαστού λόγω της συνεργασίας του κέντρου με καρκινολογικές μονάδες), οι κεφαλαλγίες, τα φαινόμενα μυϊκής σύσπασης, ο διαβήτης, διάφορες αλλεργικές εκδηλώσεις, η παχυσαρκία. κ.λ.π. Οι δομές που παρατηρούνται πιο συχνά είναι οι νευρώσεις χαρακτήρα, οι οποίες αντιπροσωπεύουν το 95% των ασθενών.

Γι' αυτό η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί στην επίτευξη της καλύτερης δυνατής ισορροπίας σχετικά με τα διάφορα επίπεδα δραστηριοτήτων και ψυχικής λειτουργίας, έτσι ώστε να μειωθούν οι μεταγενέστεροι κίνδυνοι σωματοποίησης.

Οι μελέτες σχετικά με την ψυχοσωματική βασίζονται κυρίως στην πληρέστερη κατά το δυνατόν γνώση της ψυχικής λειτουργίας, δηλαδή στην ψυχανάλυση. Οι ψυχαναλυτές της Ψυχοσωματικής Σχολής του Παρισιού, αναφέρονται στην αποσεξουαλικοποίηση χωρίς μετουσιωτική ή άλλου είδους αναπλήρωση, η οποία ελαττωματικότητα οδηγεί στη σωματοποίηση.

Οι ψυχοσωματικές αποδιοργανώσεις δεν έχουν καμία συμβολική έννοια. Απορρίπτεται η θεωρία όπου η οργανική ασθένεια ερμηνεύεται με ασυνείδητα κίνητρα, όπου η μαγεία των λέξεων παρέχει διαισθητικές ερμηνείες. Ταυτόχρονα, διαφοροποιεί τα υποχονδριακά συμπτώματα κατά τα οποία το σώμα είναι αντικείμενο αδιάλειπτων αγχογενών παθήσεων ή ασθενειών λίγο έως πολύ φανταστικών, τις διαταραχές μετατροπής (δηλαδή τη μετατροπή σε σωματικό σύμπτωμα ενός ασυνείδητου φαντασιωσικού σεναρίου μέσα από την υστερική προβληματική) όπου τα σωματικά φαινόμενα τα οποία μπορεί να είναι θεαματικά, ωστόσο δεν έχουν κανένα οργανικό αίτιο, διαφοροποιώντας όλα αυτά με τις ψυχοσωματικές διαταραχές.

Η μετατροπή, η οποία συχνά ονομάζεται υστερική, δεν ανήκει στην ψυχοσωματική καθ' αυτήν, έτσι όπως την εννοούμε. Τα σωματικά φαινόμενα της υστερικής μετατροπής έχουν μια ασυνείδητη σημασία η οποία εκφράζεται μέσα από τη γλώσσα του σώματος. Η σωματική μετατροπή αποκαλύπτει μια σύγκρουση που τοποθετείται στο υστερικό σύμπαν. Ο υστερικός ασθενής μιλά με το σώμα του, ενώ ο σωματικός ασθενής υποφέρει στο σώμα του. Το σώμα αποτελεί για τον πρώτο ένα εργαλείο λόγου, ενώ στη δεύτερη περίπτωση το σώμα είναι το θύμα".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΧΕΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΦΑΙΝΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Pourquoi ô mon âme, es-tu si triste?
Et pourquoi me troubles-tu ?
Psaume de David
XLII, 6-12.
(Γιατί ω ψυχή μου, είσαι τόσο θλιμμένη;
Και γιατί με ταράζεις τόσο;)

2.1. Ενδεικτικοί στρεσογόνοι παράγοντες και καρκίνος

Έρευνες έχουν δείξει, ότι η συμβολή ψυχολογικών παραγόντων επιδρά στη διαδικασία καρκινογένεσης μέσω πολλών μεταβλητών, οι οποίες υπεισέρχονται και δρουν καταλυτικά στην παθολογία των κυττάρων. Συχνά, η εκδήλωση συμπτωμάτων από την ύπαρξη μίας κακοήθειας έως τη μετατροπή των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά κύτταρα ακολουθεί μία μακροχρόνια πορεία. Μία από τις εν λόγω κύριες κατηγορίες- μεταβλητές οι οποίες έχουν διερευνηθεί, είναι τα τραυματικά- στρεσογόνα γεγονότα ζωής, όπως θάνατος προσφιλούς προσώπου, δυσμενείς οικογενειακές συνθήκες και ανεπαρκές υποστηρικτικό περιβάλλον, (απο)χωρισμός, τα οποία επηρεάζουν συναισθηματικά το άτομο, και ο αντίκτυπός τους, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίο βίωσε το κάθε τι το άτομο και το τοποθέτησε σε μία στρεσογόνο κατάσταση.

Σε αυτή τη γραμμή σκέψης και σύμφωνα με τη ψυχοφυσιολογία του στρες, όταν ένα άτομο βρίσκεται κάτω από ένα στρεσογόνο ερέθισμα, ο οργανισμός εισέρχεται σε μία διαδικασία έκτακτης ανάγκης, στην οποία το μυϊκό σύστημα διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο, καθώς προετοιμάζεται για τη λεγόμενη αντίδραση επίθεσης ή φυγής. Ταυτόχρονα δύο συστήματα, το κυκλοφορικό και το αναπνευστικό, βρίσκονται σε εγρήγορση, λόγω του ότι χρειάζεται αυξημένη παροχή αίματος στους μυς, οξυγόνου και γλυκόζης, ενώ συνάμα αναστέλλεται ή περιορίζεται η λειτουργία συστημάτων που δεν έχουν σχέση με την κατάσταση έκτακτης ανάγκης (π.χ. γεννητικό, γαστρεντερικό σύστημα). Το στρεσογόνο μήνυμα μεταφέρεται στον υποθάλαμο, ο οποίος δραστηριοποιεί δύο επιμέρους

συστήματα, μέσω του νευρικού συστήματος που κατευθύνει όλες τις αντιδράσεις. Εν συντομία, θα μπορούσε κανείς να πει, ότι οποιαδήποτε μορφή στρεσογόνων γεγονότων, ψυχολογικών, ή κοινωνικών, μετατρέπονται στον εγκέφαλο σε βιολογικές λειτουργίες, ενεργοποιώντας τον νευροενδοκρινικό άξονα, διεργασίες που είναι εμφανείς στις αιμοδυναμικές αντιδράσεις, στις λειτουργίες των θρομβοκυττάρων και του ινωδογόνου, στα επίπεδα λιπιδίων και χοληστερίνης στο αίμα, καθώς και στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Τόσο η συμμετοχή των κατεχολαμινών και των κορικοστεροειδών σε αυτές τις διεργασίες, όσο και ο ρόλος τους στα συναισθήματα και τις ψυχικές αντιδράσεις θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικά.

Μία πληθώρα ερευνών έχει συνδέσει την εμφάνιση καρκίνου και κυρίως καρκίνου του μαστού, τραχήλου, μήτρας, παγκρέατος, στομάχου και πνεύμονα με την αυξημένη συχνότητα στρεσογόνων γεγονότων, καθώς επίσης και με την υποτροπή της νόσου. Βάσει των ερευνών και των παρατηρήσεων αυτών, υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τις σχέσεις μεταξύ κατάθλιψης και ανοσολογικών καταστολών, που προκαλούν ασθένειες συχνά υψηλού κινδύνου και γενικότερα το ενδιαφέρον στρέφεται στις ψυχοσυγκινησιακές επιδράσεις στην ανοσολογική ισορροπία. Όπως ήδη αναφέρθηκε με κάπως ανάλογο τρόπο, η γένεση της νόσου του καρκίνου στηρίζεται στη σωματική μεταλλαγή, σύμφωνα με την οποία η γενετική αλλοίωση ή μεταλλαγή ενός μόνο κυττάρου μπορεί να προκαλέσει μια αλυσιδωτή ανάπτυξη ενός συνόλου από ανάλογα καρκινικά κύτταρα. Ωστόσο, η ανάπτυξη ή μη της νόσου εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ανθρώπινου οργανισμού, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργίας των ορμονών και γενικότερα του ανοσοποιητικού συστήματος.

Οι ερευνητές Kiecolt-Glaser και οι συνεργάτες τους διερεύνησαν και κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι το στρες και η έλλειψη κοινωνικής και ψυχολογικής στήριξης ενεργοποιούν κύτταρα φονείς. Σε αντίστοιχη έρευνα ο Levy, παρατήρησε θετική συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο υποστήριξης από τους άλλους και της δραστηριότητας των φυσικών κυττάρων φονέων σε εκατόν είκοσι γυναίκες με καρκίνο μαστού σταδίου I και II.

Μία παράλληλη έρευνα, η οποία διερεύνησε το ρόλο των στρεσογόνων παραγόντων και μίας αρνητικής διάθεσης ως παραγόντων κινδύνου για την

εμφάνιση καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, παρατήρησε θετική συσχέτιση. Η σχετική βιβλιογραφία στο επιστημονικό περιοδικό Psychological medecine, αναφέρεται στην ύπαρξη ερευνών, στις οποίες συμμετείχαν 1596 γυναίκες με καρκίνο μαστού και 567 υγιείς μάρτυρες, όπου διαπιστώθηκε ότι στρεσογόνα γεγονότα και κυρίως διαπροσωπική απώλεια συσχετίζονται τόσο με την εμφάνιση καρκίνου του μαστού, όσο και με τη βαρύτητα της νόσου.

Υπάρχουν επίσης αναφορές από άλλους ερευνητές, οι οποίοι μελέτησαν κι' αυτοί το συσχετισμό ανάμεσα στην ανάπτυξη ή στην εξέλιξη του καρκίνου και στη παρουσία ψυχοπιεστικών γεγονότων, καταλήγοντας στο συμπέρασμα, ότι αυτό που επηρεάζει κατεξοχήν την εμφάνιση της νόσου, είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του στρες, της προσωπικότητας του ατόμου, της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης και της ικανότητας του ατόμου να αντιμετωπίζει στρεσογόνες καταστάσεις.

Στο πλαίσιο αυτής της θεωρητικής τοποθέτησης μπορούμε να καθορίσουμε τρεις ομάδες παραγόντων οι οποίοι καθορίζουν τη μορφή αντίδρασης στο στρες:

- το ίδιο το ερέθισμα, δηλαδή τη φύση, την ένταση, τη διάρκεια, τον τρόπο εμφάνισης, αναμενόμενο μη αναμενόμενο, κατακλυσμιαίο, δυνατότητα αναστρεψιμότητας, βαρύτητα, αλλαγές που συνεπάγεται στη ζωή του ατόμου κ.ο.κ.
- την προσωπικότητα – ιδιοσυγκρασία του ατόμου (ηλικία, φύλο, προσωπική ιστορία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, οικογενειακή κατάσταση) κ.ά.
- την τρέχουσα κατάσταση του οργανισμού (σε βιολογικό, κοινωνικό, ψυχολογικό επίπεδο).

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του στρες αποτελούν ένα πολύ σημαντικό παράγοντα, εφόσον η αντίδραση σε αυτό εξαρτάται τόσο από τη σοβαρότητα του στρεσογόνου ερεθίσματος, όσο κι' από τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εξελίσσεται, καθώς και τις αλλαγές που επιφέρει στη ζωή του ατόμου. Όταν αναφερόμαστε στο στρες, εννοούμε για το παρατεταμένο και έντονο στρες, το οποίο είναι επιβλαβές και ενισχύει ή προκαλεί σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη σωματικών και ψυχικών νοσογόνων διεργασιών.

Ο Richard Lazarus υποστήριξε ότι η αντίδραση ενός ατόμου σε ένα στρεσογόνο ερέθισμα εξαρτάται κυρίως από τον τρόπο με τον οποίο το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει το συγκεκριμένο γεγονός. Κατά τον ίδιο τρόπο, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου και κυρίως οι στρατηγικές αντιμετώπισης που έχει στη διάθεσή του το άτομο, καθώς επίσης και η δυνατότητά του να αισθάνεται ότι ελέγχει την κατάσταση, είναι εκείνα τα οποία θα διαδραματίσουν καταλυτικό ρόλο στην αντιμετώπιση ενός στρεσογόνου ερεθίσματος ή γεγονότος.

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι οι εύκαμπτοι αμυντικοί μηχανισμοί καθώς και οι ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί συμβάλλουν σημαντικά στον τρόπο αντίληψης και αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων.

Παράλληλα, αυτό μας υποδεικνύει, ότι το ίδιο γεγονός από μόνο του δεν μπορεί να προκαλέσει παθογόνα δράση. Καθοριστικοί παράγοντες θεωρούνται επίσης οι τραυματικές εμπειρίες κατά τη παιδική ηλικία, όπως ο θάνατος των γονέων, το διαζύγιο, παράγοντες οι οποίοι αλληλεπιδρούν με στρεσογόνα γεγονότα της ενήλικης ζωής και αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων.

Εξετάζοντας μερικούς από αυτούς τους πιθανούς καθοριστικούς παράγοντες με παθογόνα δράση, θα σταθούμε σε κάτι που θεωρούμε πολύ σημαντικό· σε τι θεωρείται τραύμα και ποια είναι η λειτουργία του (η έννοια του τραύματος αναλύεται διεξοδικά σε ξεχωριστό υποκεφάλαιο). Σύμφωνα με τη Φροϋδική άποψη, τραύμα θεωρείται η ψυχική υπερφόρτωση, λόγω του κατακλυσμού του *Εγώ* από αρνητικά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός αισθήματος αβοηθησίας. Ο Freud ονοματίζει τραύματα τα εξωτερικά ερεθίσματα που είναι ικανά να διασπάσουν το φραγμό που περιβάλλει το ψυχικό όργανο, τον ψυχικό κόσμο προστατεύοντάς τον, από τα αδιάλειπτα ερεθίσματα του περιβάλλοντος, τον οποίο παρομοίαζε με τη διαφοροποιημένη εξωτερική στοιβάδα του πρωτοπλάσματος. Η έννοια του τραύματος, αποκαλύπτει τη βάση της διαταραχής που προκαλείται από ένα στρεσογόνο γεγονός, εφόσον τα εξωτερικά γεγονότα αποκτούν τραυματικό χαρακτήρα, όταν μετατραπούν σε εσωτερικές εμπειρίες. Έτσι το τραύμα βιώνεται ως άγχος και συνοδεύεται από σωματικά ή ψυχικά συμπτώματα. Ανεξάρτητα όμως από την παθογόνο συσχέτιση μεταξύ στρες και

καρκινογένεσης, εντούτοις το στρες μπορεί να λειτουργήσει ως αναδιαστολέας, αναστέλλοντας δηλαδή τη καρκινογόνο δράση.

Διαπιστώνουμε ότι το στρες δεν έχει απαραίτητα έναν αρνητικό αντίκτυπο στη λειτουργία του οργανισμού και στην εξέλιξη μίας νοσογόνου κατάστασης. Η συμβολή του θα πρέπει να εκτιμάται σε ένα δυναμικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο περιλαμβάνονται και οι δυνατότητες κοινωνικής υποστήριξης.

Εν κατακλείδι, η απάντηση στο στρες καθορίζεται από βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, γεγονός το οποίο καθιστά απαραίτητο τον εντοπισμό και την αποσαφήνιση της φύσης των στρεσογόνων ερεθισμάτων, αλλά και τη βαθιά γνώση της προσωπικότητας του ατόμου, στις περιπτώσεις που επιθυμούμε να ερευνήσουμε γιατί ένα άτομο αντιδρά με ένα συγκεκριμένο τρόπο στο στρες. Η αδυναμία αντιμετώπισης στρεσογόνας κατάστασης σηματοδοτεί την πιθανή αδυναμία του ατόμου να διαχειριστεί και να ερμηνεύσει την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή μίας συναισθηματικής σχέσης.

Η μελέτη λοιπόν των επιδράσεων στην καρκινική διεργασία περικλείει μεταβλητές, όπως η χρονική διάρκεια του στρες, ο τύπος του στρες, η ηλικία του ατόμου, το φύλο του, το κληρονομικό ιστορικό του, η διαθεσιμότητα τρόπων αντιμετώπισης και οι κοινωνικές εμπειρίες του.

Μία άλλη παράμετρος της οποίας η συμβολή διερευνήθηκε στην καρκινογένεση, αφορά τη συναισθηματική κατάσταση των ατόμων, όπως η ύπαρξη κατάθλιψης ή (και) αισθήματα απελπισίας, αβοήθητου, αναστολή αρνητικών συναισθημάτων και κυρίως του θυμού. Η έννοια της απώλειας αντικειμένου επίσης είναι πολύ ευρεία, περιλαμβάνει ποικίλες καταστάσεις απώλειας: (προσώπου, εργασίας, σχέσεων, και γενικά καταστάσεις που το άτομο νιώθει ότι έχει χάσει κάτι δικό του, κάτι που του ανήκε). Σε ανάλογα πειράματα που διεξήχθησαν μελετώντας την αίσθηση ελέγχου στρεσογόνων καταστάσεων, βρέθηκε ένας δεσμός ανάμεσα στο αβοήθητο και στην εμφάνιση καρκίνου.

Άλλοι παράγοντες οι οποίοι υπεισέρχονται στην καρκινογένεση, αναφέρονται στον τύπο και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων με εμφάνιση του καρκίνου.

Το ζήτημα, ως προς το οποίο τίθεται ένα βασικό ερώτημα, είναι κατά πόσο οι παρατηρήσεις και οι μετρήσεις που γίνονται αναδεικνύουν την πρόδρομη φάση της νόσου ή προϋπήρχαν πριν από τη διάγνωση της νόσου. Αυτό λοιπόν που αναρωτιόμαστε είναι κατά πόσο ένα αγχογόνο γεγονός προηγείται ή έπεται της γένεσης της διεργασίας του καρκίνου. Κατά τον ίδιο τρόπο, μπορούμε να αναρωτηθούμε κατά πόσο η συναισθηματική κατάσταση των ατόμων που νοσούν από καρκίνο, όπως το άγχος και η κατάθλιψη, είναι συνέπεια της ασθένειας ή προϋπήρχαν και αποτελούν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν.

Ο ρόλος λοιπόν των ψυχολογικών παραγόντων στη δημιουργία μίας κακοήθους νεοπλασίας έγκειται στην αλληλεπίδραση των ψυχολογικών και των βιολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη της νόσου. Γι' αυτό και ένας μεγάλος αριθμός κλινικών μελετών έχουν επικεντρώσει τη προσοχή τους στην πιθανότητα το άλυτο συναισθηματικό άγχος καθώς και ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας να συνδέονται με την ανάπτυξη του καρκίνου.

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί το 1952 από τους Bacon, Renneker και Culter, πρότειναν ένα σύνολο χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο, όπως μαζοχιστική δομή του χαρακτήρα, αναστολή της σεξουαλικότητας, ανικανότητα αντιμετώπισης και εξωτερίκευσης αισθημάτων επιθετικότητας και εχθρικότητας, καθώς επίσης και ύπαρξη άλυτων συγκρούσεων με τη μητέρα.

Επίσης ο LeShan L. το 1966, ένας από τους σημαντικότερους ψυχολόγους για την αναζήτηση πιθανής ύπαρξης συσχετισμού μεταξύ προσωπικότητας και κακοήθους νεοπλασίας, υποστήριξε ότι οι ασθενείς με καρκίνο παρουσιάζουν τα εξής χαρακτηριστικά προσωπικότητας:

- δυσκολία απεγκλωβισμού της σκέψης από κάτι που τους στενοχώρησε ή τους ενόχλησε,
- μη εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων,
- δυσκολία διατήρησης στενών μακροχρόνιων σχέσεων,
- διαμόρφωση κακής εικόνας για τον εαυτό τους και έντονη τάση αυτολύπησης.

Αναφερόμενος στη σπουδαιότητα των ανθρωπίνων σχέσεων και στην συγκινησιακή αντίδραση μετά από την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, υποστήριζε, ότι η αδυναμία έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, το συναίσθημα της απελπισίας και του αβοήθητου, αποτελούν σταθερά ευρήματα όλων των κακοήθων όγκων που μελέτησε, χρησιμοποιώντας δύο προβολικές δοκιμασίες το Rorschach και το T.A.T.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και έρευνες του Bahnson το 1965 για τις ψυχολογικές διαστάσεις της κακοήθους νεοπλασίας. Βάσει των παρατηρήσεων του, διατύπωσε την άποψη πως οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούν τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο, έχουν τις ρίζες τους στην πρώιμη παιδική ηλικία και στους κόλπους της οικογένειάς τους.

Η μορφή και η σοβαρότητα των συνθηκών επικοινωνίας μεταξύ των μελών μίας οικογένειας, που είναι περιορισμένες, αποκτά ιδιάζουσα σημασία, εφόσον τα άτομα αυτά διέπονται από το χαρακτηριστικό της απώθησης των συναισθημάτων τους και της έκφρασής τους μέσα από σωματικές εκφορτίσεις, γεγονός που "δεν προκαλεί" κατάθλιψη, αλλά ένα σύνδρομο κενότητας, λόγω των παρατεταμένων και ισχυρών αρνήσεων και απωθήσεων.

Μερικά από τα πιο σημαντικά συμπεράσματα του Bahnson, αφορούν τις πρώιμες εμπειρίες των ατόμων που νοσούν από καρκίνο, οι οποίες έχουν σχηματίσει το έδαφος για την μετέπειτα ψυχολογική αδυναμία του ατόμου να επεξεργαστεί τραυματικές εμπειρίες, όπως η απώλεια και το άγχος το οποίο δημιουργείται. Εξίσου σημαντική είναι και η διαπίστωσή του ότι η ψυχρότητα, η έλλειψη συναισθηματικής επαφής και η έλλειψη κοινωνικότητας αποτελούν στοιχεία της προσωπικότητας των ατόμων που νοσούν από καρκίνο.

Η συμβολή της διεθνούς βιβλιογραφικής μελέτης επιβεβαιώνει τις απόψεις γύρω από τη προσωπικότητα των ογκολογικών ασθενών, οι οποίοι περιγράφονται με μεγάλες δυσκολίες έκφρασης συναισθημάτων επιθετικότητας προς τους άλλους (αλλοτιμωρός επιθετικότητα) και έντονη τάση για ενδοστρεφή και καταπιεζόμενη εχθρικότητα (αυτοτιμωρός επιθετικότητα). Χαρακτηρίζονται επίσης ως ενοχικά άτομα, τα οποία εσωτερικεύουν άγχος, θυμό και ένταση, με αποτέλεσμα να

εμφανίζουν κατάθλιψη, η οποία μπορεί να φτάσει σε βαθμό απελπισίας και έλλειψης βοήθειας.

Υποστηρίζεται ακόμη, ότι είναι άτομα που συμβιβάζονται εύκολα, αποδέχονται επιθυμίες του εξωτερικού περιβάλλοντος, και προκειμένου να αποφύγουν συγκρούσεις, παραμελούν τις δικές τους ανάγκες για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των άλλων. Συνήθως προσκολλώνται στους τύπους, είναι ευγενικά και καταδεχτικά άτομα, και φαινομενικά δείχνουν να λειτουργούν ικανοποιητικά.

Στη πραγματικότητα όμως είναι άτομα επιρρεπή λόγω της συσσώρευσης εντάσεων και αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία με την εμφάνιση ενός εκλυτικού στρεσογόνου γεγονότος προκαλούν διαταραχές του νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα την έκκριση ορμονών, που συμβάλλουν στη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και κατά συνέπεια στην εμφάνιση της κακοήθους νεοπλασίας.

Ας δούμε όμως πώς το νευρικό σύστημα επηρεάζει το ανοσολογικό, και ποιες είναι οι επιπτώσεις σε ολόκληρο τον ανθρώπινο οργανισμό.

Δύο θεωρητικά ανεξάρτητα βιολογικά συστήματα, το βιολογικό και το ανοσολογικό φαίνεται να έχουν κάποιες κοινές ιδιότητες που τα κάνουν λειτουργικά να μοιάζουν. Οι παλαιότερες αντιλήψεις σύμφωνα με τις οποίες το νευρικό και το ανοσολογικό σύστημα είναι δύο εντελώς ξεχωριστά συστήματα με ανεξάρτητες λειτουργίες, δεν ισχύουν πλέον. Αντιθέτως, όλες οι σύγχρονες έρευνες δείχνουν, ότι τα δύο συστήματα παρουσιάζουν λειτουργικές αναλογίες, και παράλληλα η λειτουργία του ενός φαίνεται να επηρεάζει άμεσα τη λειτουργία του άλλου. Τόσο το νευρικό όσο και το ανοσολογικό σύστημα διεγείρονται από κάποιο ερέθισμα, το οποίο επεξεργάζονται, ανταποκρίνονται σε αυτό και στη συνέχεια διατηρούν μνήμη. Αυτό που μας ενδιαφέρει, είναι η σχέση αυτών των συστημάτων στη γένεση διαφόρων χρόνιων νοσημάτων. Μεταξύ των χρόνιων αυτών νοσημάτων ο καρκίνος φαίνεται από διάφορες έρευνες να συσχετίζεται «αιτιολογικά» με την προσωπικότητα, την ψυχοπαθολογία και τις προηγηθείσες στρεσογόνες εμπειρίες. Έχουν βρεθεί διαταραχές της κυτταρικής και της χημικής ανοσίας καθώς και μεταβολές στην ιστολογία ή τους κυτταρικούς πληθυσμούς ανοσολογικών οργάνων. Πιο συγκεκριμένα, έχει περιγραφεί μειωμένη βλαστογένεση των Τ-

κυττάρων, αδυναμία απόρριψης μοσχεύματος, ελαττωμένη κυτταροτοξικότητα των μακροφάγων, ανεπαρκής παραγωγή αντισωμάτων, ατροφία του θυρωειδούς αδένα και της σπλήνας, λεμφοπενία, κ.λ.π.

Πώς όμως το στρες εμπλέκεται σε όλη αυτή τη βιοχημική διαδικασία;

Το στρες, τόσο σε πειραματόζωα όσο και σε ανθρώπους φαίνεται να συνοδεύεται αρχικά από ορμονικές μεταβολές. Μακροχρόνιες μελέτες από ερευνητές, όπως ο Kissen, ο Le Shan, ο Pelletier, υποστηρίζουν, ότι οι πρώιμες παιδικές ψυχοτραυματικές εμπειρίες σε συνδυασμό με την απότοκη κακή προσαρμογή του ατόμου και ενός πρόσφατου έντονου στρεσογόνου ερεθίσματος δρουν καταλυτικά λίγο πριν από την εμφάνιση του καρκίνου.

Η για πολλά χρόνια επίπονη μελέτη του LeShan έδειξε, ότι ποσοστό 76% των καρκινοπαθών που διερεύνησε, είχαν στο ιστορικό τους προβλήματα κατά την παιδική τους ηλικία στις σχέσεις με τους γονείς τους και συγκεκριμένη δομή προσωπικότητας, ή απώλεια προσφιλούς προσώπου λίγο πριν νοσήσουν. Εν αντιθέσει, η ομάδα μαρτύρων είχε θετικό ιστορικό μόνο σε ποσοστό 10%. Παράλληλα ο Le Shan περιέγραψε το σύνδρομο από το οποίο διακατέχονται οι μελλοντικοί καρκινοπαθείς, που χαρακτηρίζονται από αδυναμία αντιμετώπισης και προσαρμογής σε στρεσογόνες καταστάσεις, γεγονός που αποδίδεται στην έλλειψη ενδόμυχης βοήθειας και ελπίδας για τη ζωή.

Το 1984 ο Schleifer μελέτησε δεκαοκτώ άτομα που νοσηλεύτηκαν μετά από ένα σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο και πριν από τη χορήγηση οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα μεταξύ της ομάδας ελέγχου και της ομάδας μαρτύρων στην κλίμακα άγχους του Hamilton, τα άτομα αυτά παρουσίαζαν ένα μέσο αποτέλεσμα 28, ενώ τα άτομα της ομάδας ελέγχου μόνο 3.

Αντίστοιχα, και στα ανοσολογικά τεστ στα οποία υπεβλήθησαν και οι δύο ομάδες που αφορούσαν στην παρουσία λεμφοκυττάρων Τ μετά από ερεθισμό με phytoenaglytine (PHA) και concanavaline A (conA), καθώς και στην παρουσία λεμφοκυττάρων Τ και Β, μετά τον ερεθισμό με pokeweed mitogen (PWM), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο αριθμός των λεμφοκυττάρων Τ και Β ήταν μικρότερος για την ομάδα των ατόμων που είχαν κατάθλιψη.

Σε μία άλλη ερευνητική μελέτη, οι Yemmol και οι συνεργάτες τους το 1983 διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ ανοσολογικών λειτουργιών και στρεσογόνων καταστάσεων. Η μελέτη αφορούσε μία ομάδα εξήντα-τεσσάρων φοιτητών της οδοντιατρικής, στους οποίους μετρήθηκε η περιεκτικότητα σε immunoglobiens A (s-IgA) των σιελογόνων εκκρίσεων σε πέντε διαστήματα. Οι περίοδοι αφορούσαν την αρχική εξέταση, τρεις περιόδους υψηλού στρες που αντιστοιχούσαν σε δύσκολες πανεπιστημιακές εξετάσεις και την τελική εξέταση σε περίοδο χαμηλού στρες. Αυτό που ισχύει φυσιολογικά είναι ότι η περιεκτικότητα σε s-IgA των εκκρίσεων είναι σημαντικά χαμηλότερη στις περιόδους υψηλού στρες, συγκρινόμενη με την περιεκτικότητα των περιόδων χαμηλού στρες. Εξίσου σημαντικά είναι τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τα άτομα. Παραδείγματος χάριν τα άτομα που διακρίνονται από μία έντονη ανάγκη για δύναμη και επιβεβαίωση, την οποία δεν εκφράζουν αλλά απωθούν, χαρακτηρίζονται από έκκριση σε s-IgA μικρότερη σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους και συνεχίζει να μειώνεται μέχρι και την τελική περίοδο χαμηλού στρες, ενώ των υπολοίπων έχει ήδη αποκατασταθεί. Η αναφερόμενη έρευνα υποδηλώνει, ότι ως συνέπεια μίας στρεσογόνας κατάστασης προκύπτει μία μεταβολή της ανοσολογικής δραστηριότητας.

Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να τονίσουμε, ότι για να περιέλθει ένα άτομο σε κατάσταση κρίσης είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων κι' όχι αποκλειστικά από την φύση και την ένταση του στρεσογόνου ερεθίσματος. Οι Sklar και Anisman υποστηρίζουν ότι η επίδραση ενός στρεσογόνου γεγονότος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η διάρκεια, η συχνότητα και η ένταση του ερεθίσματος. Άλλες παράμετροι που επηρεάζουν την απάντηση του οργανισμού, συνδέονται περισσότερο με το πλαίσιο μέσα στο οποίο εξελίσσεται η αντίδραση, καθώς επίσης και με το παρελθόν και τη προηγούμενη εμπειρία του οργανισμού σε ανάλογες καταστάσεις.

Θεωρούμε λοιπόν, ότι στρεσογόνα γεγονότα μπορούν να προκαλέσουν ψυχικούς τραυματισμούς, τοποθετώντας το άτομο σε κατάσταση κρίσης, εφόσον διαταράσσεται η εσωτερική ισορροπία του ατόμου. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να συμβεί και ακριβώς το αντίθετο, δηλαδή ένα θετικό γεγονός από μόνο του να συμβάλλει στο ξεπέρασμα μιας κρίσης.

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι η έννοια του γεγονότος, αρκετά πολύπλοκη και σύνθετη είναι σαν ένας πίνακας με διπλή όψη, αναδεικνύοντας έτσι όλη την πολυπλοκότητα που περικλείει.

Σύμφωνα με τον Bastide «είναι γεγονός αυτό που συμβαίνει σε μια δεδομένη στιγμή και σε ένα συγκεκριμένο τόπο. Το γεγονός σηματοδοτεί μια ρήξη στη συνέχεια του χρόνου, επηρεάζει την ευαισθησία των ατόμων. Δεν υπάρχει γεγονός παρά για τον άνθρωπο και από τον άνθρωπο, δηλαδή ένα γεγονός έχει υποκειμενικό χαρακτήρα».

Γι' αυτό είναι πολύ σημαντικό να διαφοροποιήσουμε την έννοια του γεγονότος από του ατυχήματος. Ένα ατύχημα θεωρείται τυχαίο, συμβαίνει με ένα απρόβλεπτο τρόπο, ενώ το γεγονός μπορεί να το προβλέψει κανείς. Συχνά, θεωρείται ατύχημα ένα γεγονός που συμβαίνει ξαφνικά. Αυτό συμβαίνει όταν δεν συνειδητοποιούνται οι παράγοντες που συνέβαλαν στη δημιουργία του. Πολλές φορές οι άνθρωποι θεωρούν ένα γεγονός ατύχημα, αρνούμενοι να παραδεχθούν μία ενδεχόμενη ανάμειξή τους στη γένεσή του. Στην περίπτωση μίας σοβαρής ασθένειας είναι πολύ σημαντικό το άτομο να διακρίνει την ασθένειά του ως γεγονός και όχι ως ένα ατύχημα, για τη δημιουργία του οποίου δεν είχε καμία συμμετοχή.

Η έννοια του γεγονότος είναι λοιπόν στενά συνδεδεμένη με την έννοια της κρίσης. Η εμφάνιση ενός συμβάντος μπορεί να ανασύρει στην επιφάνεια μία κρίση που υπόβοσκε, αλλά για κάποιους λόγους δεν ήταν «ορατή». Αντίστοιχα, η επεξεργασία μιας κρίσης προϋποθέτει την ύπαρξη ορισμένων γεγονότων που ήταν ακατανόητα πριν, καθώς και τη σχέση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ τους.

Γι' αυτό και ο τρόπος με τον οποίο ένα γεγονός επηρεάζει και διαταράσσει τον ψυχισμό ενός ατόμου, οδηγεί στην ψυχοπαθολογική διάσταση του γεγονότος.

Έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο συμπαθητικό σύστημα και στην ανοσορρύθμιση, έχουν δείξει ότι η χορήγηση κάποιων ουσιών επηρεάζουν την ανοσολογική ανταπόκριση των λεμφοκυττάρων, όπως τη βλαστογένεση, το σχηματισμό ροζετών, την κυτταροτοξικότητα, καθώς και την παραγωγή

αντισωμάτων. Φαίνεται λοιπόν ότι το αυτόνομο νευρικό σύστημα μπορεί να επηρεάσει το ανοσολογικό και απευθείας χωρίς τη μεσολάβηση του ενδοκρινικού.

Στο επίπεδο του ενδοκρινικού συστήματος, υπάρχουν μελέτες που αναφέρονται στις διάφορες ορμονικές μεταβολές γυναικών, που βρίσκονται σε υψηλό βαθμό κινδύνου σχετικά με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού. Τέτοιου είδους υλικό αφορά γυναίκες συγκεκριμένων εθνικοτήτων ή των αυτών οικογενειών ή και γυναίκες με προϋπάρχουσα κυστική μαστοπάθεια. Σε ότι αφορά το ανοσολογικό σύστημα, η κυτταρική ανοσοανεπάρκεια στη νόσο του Hodgkin δεν μπορεί να αποδοθεί στην επίδραση της χημειοθεραπείας, αλλά θα πρέπει να προϋπάρχει της αρρώστιας.

Έτσι λοιπόν είναι εμφανές, ότι διάφοροι ενδογενείς ή εξωγενείς παράγοντες είναι σε θέση να διαταράξουν την ισορροπία ενός ή περισσοτέρων από τα τρία αυτά συστήματα. Το αποτέλεσμα μίας σωματικής αποδιοργάνωσης είναι πάντα σε συνδυασμό με τη συγκεκριμένη δομική οντότητα του ατόμου, τα δύο βασικά στοιχεία που θα συντελέσουν στην ανάπτυξη και εκδήλωση κάποιου κακοήθους νεοπλάσματος.

Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν ότι το ανθρώπινο σύστημα είναι ένας συγκερασμός από βιολογικές, ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Σύμφωνα με τη συστημική θεώρηση η ανθρώπινη πορεία αποτελείται από ένα δίπτυχο, ανάμεσα σε χρονικά διαστήματα ισορροπίας και κρίσεων. Πως όμως οι κρίσεις αυτές επηρεάζουν το βιολογικό σύστημα;

Πριν όμως αναλύσουμε τη λειτουργική επιρροή των κρίσεων, ας δούμε τι εννοούμε με τον όρο κρίση. Θεωρούμε ότι κρίση είναι το χρονικό διάστημα το οποίο διαταράσσει προσωρινά τη βιοψυχοκοινωνική ακεραιότητα του ατόμου, όχι λόγω της ύπαρξης κάποιου εξωτερικού γεγονότος, αλλά από την ερμηνεία που το ίδιο το άτομο δίνει στο γεγονός αυτό, το οποίο γίνεται αντιληπτό ως άκρως απειλητικό. Συγχρόνως δείχνει να ξεπερνάει τα αποθέματα, που πιθανά έχει στη διάθεσή του για να την αντιμετωπίσει. Πρόκειται για μια περίοδο, κατά την οποία θα πρέπει να ληφθούν αποφάσεις και η οποία αποτελεί συνέπεια, είτε μίας απότομης και καθοριστικής αλλαγής, δηλαδή μίας τροποποίησης σε μία δεδομένη

διεργασία, είτε μιας χρόνιας έκθεσης σε αγχογόνα ερεθίσματα που το άτομο αδυνατεί να τα επιλύσει αποτελεσματικά.

Η έννοια της ρήξης είναι αλληλένδετη με την έννοια της κρίσης, αφού σε καταστάσεις κρίσεις προηγείται η ρήξη μιας ισορροπίας, ή των υπαρχόντων δεσμών ή σχέσεων. Οι αλλαγές, που προκαλεί αυτή η κρίση, αναφέρονται στο επίπεδο της λειτουργίας του συστήματος κι' όχι στο επίπεδο της δομής του, ενώ οι φάσεις αυτές μπορεί να είναι συνδεδεμένες με τη φυσιολογική εξέλιξη του συστήματος και να αφορούν σε ένα ή περισσότερα επίπεδα λειτουργίας του. Ο βασικότερος λοιπόν στρεσογόνος παράγοντας, που επηρεάζει την εξέλιξη ενός ατόμου και συμβάλλει στη διατήρηση ή στη διαταραχή των ισορροπιών, είναι το γεγονός ή συμβάν ζωής. Η σχέση ανάμεσα στην κρίση και στο γεγονός είναι άρρηκτη, αφού ένα συμβάν μπορεί να φέρει στην επιφάνεια μια κρίση που υπόβοσκε αλλά δεν ήταν ορατή, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η επεξεργασία μιας κρίσης επεξηγεί την επίδραση κάποιων γεγονότων που δεν ήταν κατανοητά. Για να μελετήσουμε λοιπόν πλήρως τον αντίκτυπο ενός γεγονότος στον ψυχισμό, θα πρέπει να γνωρίζουμε τη σημασία που έχει το πλαίσιο μέσα στο οποίο συμβαίνει.

Είναι εμφανές ότι ένα συμβάν δεν είναι ανεξάρτητο από το άτομο που το βιώνει και το πώς επιδρά σε ολόκληρο το σύστημα.

Το γεγονός αυτό μπορεί να οδηγήσει είτε στην εξέλιξη του συστήματος, είτε αντιθέτως μπορεί να προκαλέσει μία κρίση, η οποία συμβάλλει με τη σειρά της είτε στην εξέλιξη και ολοκλήρωση του συστήματος, ωριμάζοντας το άτομο και κάνοντας το πιο ισχυρό, ή οδηγώντας το στην καταστροφή του μπλοκάροντάς το. Ο αντίκτυπος της ψυχικής αποδιοργάνωσης παρατηρείται όχι μόνο σε βιολογικό επίπεδο αλλά και στις σχέσεις του ατόμου με τους άλλους, καθώς και στη σχέση με τον ίδιο του τον εαυτό.

Ωστόσο μια κατάσταση κρίσης μπορεί να συμβάλει θετικά στην εξελικτική του υπόσταση, εφόσον η απόκτηση ψυχικών γνώσεων μπορεί να δημιουργήσει μια πιο πολύπλοκη λειτουργία.

Χρειάζεται να γνωρίζουμε ότι οι καταστάσεις κρίσεων είναι είτε αναπτυξιακές (εφηβεία, συνταξιοδότηση λ.χ.) είτε συμπτωματικές και περιλαμβάνουν απρόβλεπτα, τυχαία γεγονότα, όπως απώλειες και ασθένειες.

Αυτό που προσδιορίζει το πλαίσιο και τη φύση μιας κρίσης είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία μίας κρίσης, δηλαδή η κατάσταση λειτουργίας του οργανισμού σε γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο καθώς και σε επίπεδο συμπεριφοράς, η ύπαρξη ανάλογων καταστάσεων στο παρελθόν και των διαθέσιμων δικτύων υποστήριξης.

Η εκκόλαψη μιας νόσου μπορεί να δημιουργήσει μια κρίση· επιπρόσθετα αν η ύπαρξη ή η εξέλιξη μιας ασθένειας είναι απειλητική για τη ζωή του ατόμου, είναι πιθανό να επηρεάζονται όλο και περισσότερα επίπεδα λειτουργίας.

Ωστόσο, ακόμη και η ίδια η ασθένεια μπορεί να λειτουργήσει θετικά εάν κινητοποιήσει όλες τις δυνάμεις του συστήματος για την αναζήτηση νέων ισορροπιών, οι οποίες θα μετριάσουν την αταξία που επικρατεί στο εσωτερικό του, επαναφέροντας την αρχική ισορροπία, ενίοτε με μια αρνητική εμβέλεια, αυξάνοντας την αταξία του συστήματος, και προκαλώντας αλυσιδωτή αντίδραση και αποσύνθεση ολόκληρου του συστήματος.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες αντιλαμβανόμαστε ότι το στρεσογόνο γεγονός δεν είναι αρκετό από μόνο του για τη δημιουργία μιας κατάστασης, αλλά εξαρτάται από την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει τέτοιου είδους καταστάσεις. Η αντιμετώπιση του ατόμου εξαρτάται από τις δυνατότητές του να επεξεργάζεται τα νέα δεδομένα που προκύπτουν. Στη συνέχεια θα επακολουθήσει μια προσπάθεια για προσαρμογή στη νέα κατάσταση η οποία επιβάλλεται από τη γενικότερη στάση ζωής του ατόμου, ενόσω τίθενται σε λειτουργία ορισμένοι αμυντικοί μηχανισμοί με στόχο να μειώσουν το άγχος. Σε περίπτωση που οι εσωτερικοί αυτοί μηχανισμοί αποτύχουν, είναι πιθανό να εμφανισθούν έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, με αποτέλεσμα ο φόβος να αντικατασταθεί από συναισθήματα απαισιοδοξίας και απελπισίας και να κυριαρχήσει μια καταθλιπτική στάση απέναντι στη ζωή.

Η πορεία μιας κρίσης εξαρτάται από τη ψυχική δομή του ατόμου, τη προσωπική του ιστορία, το περιβάλλον μέσα στο οποίο εξελίσσεται, τα βιώματα του, καθώς και την ύπαρξη απουσίας ή στήριξης από το άμεσο οικογενειακό του περιβάλλον.

Έτσι, οι έρευνες των τελευταίων δεκαετιών προσανατολίζονται σε πέντε γενικές κατευθύνσεις για την εξακρίβωση του ρόλου ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην ανάπτυξη και στην πορεία ενός νεοπλασματικού νοσήματος. Αυτές είναι οι ακόλουθες:

- της κατάθλιψης,
- της απώλειας του αποχωρισμού ή του πένθους στις αντικειμενοτρόπες σχέσεις,
- της συναισθηματικής αναστολής,
- της ύπαρξης συναισθημάτων παραίτησης, αβοήθητου (hiflosîchkeit) και απελπισίας και τέλος
- της αλεξιθυμίας.

2.2. Η κατάθλιψη ως καταλυτικός παράγων

Η κατάθλιψη, γνωστή από τους αρχαίους χρόνους, αποτελεί μια ψυχική διαταραχή της οποίας η συχνότητα είναι ιδιαίτερα αυξημένη στον σύγχρονο Δυτικό πολιτισμό. Ιατρικά κείμενα (Ιπποκράτης, Αρεταίος) καθώς και Ιστορικές πηγές (τα Ομηρικά έπη, η Βίβλος), το Αρχαίο Ελληνικό Δραματολόγιο (π.χ. «Αίας» του Σοφοκλή), μαρτυρούν για του λόγου το αληθές. Ήδη ο Ιπποκράτης τον τέταρτο αιώνα π.Χ περιέγραψε με λεπτομέρεια τόσο την κατάθλιψη όσο και τη μανία. Σε γενικές γραμμές η κατάθλιψη ορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ως μια κατάσταση παθολογικής θλίψης, που συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Λόγω της δυσκολίας ενός γενικού προσδιορισμού της, η κατάθλιψη ορίζεται κατά κύριο λόγω από τις ψυχολογικές, συμπεριφορικές, γνωστικές και βιολογικές εκδηλώσεις της. Εξαιτίας της πολυμορφίας και της ατυπίας στην έκφραση της μπορεί να μην είναι «ορατή». Γι' αυτό και πολλοί όροι έχουν επινοηθεί γι' αυτές τις μεταμορφώσεις της

κατάθλιψης, όπως «συγκαλυμμένη κατάθλιψη» «κατάθλιψη χωρίς κατάθλιψη» κ.ο.κ.

Σύμφωνα με τις ψυχοδυναμικές θεωρίες, η κατάθλιψη είναι το αποτέλεσμα μιας απώλειας, φανταστικής ή πραγματικής ενός σημαντικού ή αγαπημένου «αντικειμένου», λόγω θανάτου, χωρισμού ή ακόμη και απόρριψης· η κατάθλιψη μπορεί να είναι η κατάληξη ενός συμβολικού- κάποιου συγκεκριμένου ή και σχετικά αφηρημένου ιδεώδους ή ιδανικού.

Ο K.Abraham μαθητής του Freud, θεωρούσε ότι τα άτομα τα οποία είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη ή τη μελαγχολία βιώνουν μία έντονη αμφιθυμία σε σχέση με τους σημαντικούς άλλους. Βασισμένος στις κλινικές του παρατηρήσεις, υπόδειξε μέσα από το έργο του, ότι αυτή η εναλλαγή θετικών και αρνητικών συναισθημάτων που βιώνουν τα «προδιαθεσικά» άτομα, μπλοκάρει τη σχέση τους με τους άλλους. Αυτή η αμφιθυμία λοιπόν, πηγάζει από τις προβληματικές σχέσεις αντικειμένου (relations d'objet) κατά την παιδική ηλικία. Λόγω της τάσης του καταθλιπτικού ατόμου να αντλεί ικανοποίηση μέσα από στοματικές απολαύσεις, βιώνει ταυτόχρονα μια υπερβολική έντονη ανάγκη εξάρτησης και πολύ έντονη ματαίωση συνδυασμένη με στοματικές συμπεριφορές όπως φαγητό, ποτό, φιλί κ.λ.π. Λόγω της ματαίωσης και της απογοήτευσης, που ακολουθείται, το άτομο αναπτύσσει μία μόνιμη αλλά ασυνείδητη συσχέτιση των επιθυμιών της λίμπιντο με εχθρικές και καταστροφικές επιθυμίες. Εν συνεχεία, στις επόμενες απογοητεύσεις, τα εχθρικά συναισθήματα επανέρχονται στην επιφάνεια οδηγώντας σε ένα επίπεδο μελαγχολίας. Τα εχθρικά συναισθήματα που αρχικά κατευθύνονται προς τους άλλους (λ.χ. «τους μισώ»), στη συνέχεια προβάλλονται στους άλλους (π.χ. «με μισούν») με τελική κατάληξη την εσωτερίκευση και προσανατόλιση προς τον ίδιο τον εαυτό. Το άτομο με καταθλιπτικές τάσεις μεγαλοποιεί όλα τα αρνητικά του κομμάτια μεγαλοποιώντας τις ατέλειες και τα σφάλματά του.

Σύμφωνα πάντα με τον Abraham οι ασυνείδητες καταστροφικές επιθυμίες του καταθλιπτικού οδηγούν σε υπερβολικές ενοχές και η απώλεια της όρεξης που συνυπάρχει πολλές φορές με την κατάθλιψη, είναι μία άμυνα ενάντια στην εχθρική επιθυμία για «ενσωμάτωση» του αντικειμένου αγάπης.

Ο πατέρας της ψυχανάλυσης και δάσκαλος του Abraham, S.Freud, αφού μελέτησε το δημοφιλές έργο του μαθητή του «Πένθος και μελαγχολία», υποστηρίζει ότι βασικό χαρακτηριστικό της συμπτωματολογίας του καταθλιπτικού είναι η απώλεια αυτοεκτίμησης. Παράλληλα συγκρίνει την κατάθλιψη με την έντονη θλίψη διαπιστώνοντας ότι ενώ ενυπάρχουν κάποια κοινά χαρακτηριστικά μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε πένθος και των καταθλιπτικών, εντούτοις οι τελευταίοι διατηρούν μια αρνητική στάση απέναντι στον εαυτό τους, θεωρώντας τους εαυτούς τους ανάξιους και ανεπαρκείς, χωρίς καμία δυνατότητα βοήθειας. Συμπληρώνει επίσης ότι ο καταθλιπτικός γίνεται σκληρός με τον εαυτό του, επιτιθέμενος στην εσωτερικευμένη εικόνα ενός μισητού αντικειμένου. Εν ολίγοις, ο θυμός και η απογοήτευση απέναντι στο απωλεσθέν αντικείμενο μεταφέρονται στον ίδιο τον εαυτό, οδηγώντας στην απώλεια της αυτοεκτίμησης και σε μία γενικότερη αρνητική στάση απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό. Ο S. Freud επεξηγώντας αυτόν τον μηχανισμό, τον προσδιορίζει με τις πιο κάτω φράσεις:

«Αν κάποιος ακούσει υπομονετικά τις πολλές και ποικίλες αυτοκατηγορίες του μελαγχολικού, δεν μπορεί τελικά να αποφύγει την εντύπωση ότι συχνά οι πιο βίαιες από αυτές με δυσκολία ανταποκρίνονται στον ίδιο τον ασθενή, αλλά με ασήμαντες τροποποιήσεις ταιριάζουν σε κάποιον άλλο, κάποιο άτομο που ο ασθενής αγαπάει, έχει αγαπήσει ή πρέπει να αγαπάει...Αντιλαμβανόμαστε ότι οι αυτομομφές είναι μομφές ενάντια σε ένα αντικείμενο αγάπης που έχουν μεταστραφεί από αυτό προς το ίδιο το Εγώ του ασθενή». (σελ.248).

Βάσει των παρατηρήσεων αυτών, ο S.Freud υποστηρίζει ότι η προδιάθεση για τέτοιου τύπου αντιδράσεις στην απώλεια, έχει τις καταβολές σε κάποια ιδιαίτερη εμπειρία της παιδικής ηλικίας, όπου το μικρό παιδί βίωσε μια απώλεια της μητέρας ή της αγάπης της. Προσπαθώντας να μειώσει τον αντίκτυπο αυτής της απώλειας το παιδί μαθαίνει να εσωτερικεύει μια αναπαράσταση του χαμένου αντικειμένου. Έτσι ο θυμός, που κατευθυνόταν στο χαμένο αντικείμενο, κατευθύνεται προς ένα μέρος του ίδιου του *Εγώ* του παιδιού, με αποτέλεσμα κάθε πιθανή απώλεια να επαναφέρει στην επιφάνεια μία καταθλιπτική ώση.

Ο Rado το 1928, ένας άλλος ψυχαναλυτής, υποστήριζε ότι τα άτομα που είναι ευάλωτα στην κατάθλιψη λειτουργούν ψυχικά όπως τα παιδιά, δηλαδή είναι το ίδιο εξαρτημένα από την αγάπη και την επιδοκιμασία των άλλων για τη

διατήρηση της εικόνας τους. Έτσι, επηρεάζονται από απογοητεύσεις και ματαιώσεις πολύ περισσότερο από άτομα που έχουν μια σταθερή θετική εικόνα του εαυτού τους. Σύμφωνα με τον Rado, αυτά τα συναισθήματα ματαιότητας οδηγούν σε εχθρότητα και απομακρύνουν τους άλλους από κοντά τους. Στη συνέχεια το καταθλιπτικό άτομο προσπαθεί να κερδίσει την εύνοια και την αγάπη των άλλων μέσα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, τον πόνο που βιώνει, καθώς και μέσα από την αρνητική στάση την οποία υιοθετεί απέναντι στον εαυτό του. Σε περίπτωση που με αυτή τη συμπεριφορά δεν ξανακερδίσει την χαμένη αγάπη και στοργή, αυτά τα συμπτώματα χειροτερεύουν και γίνονται αυτοτιμωρία, μεταμέλεια, ενοχή και κατάθλιψη. Συνεπώς, μέσα από την κατάθλιψη γίνεται μια προσπάθεια βελτίωσης της αυτοεκτίμησης μετά από μια σημαντική απώλεια.

Μια άλλη εξίσου σημαντική ψυχαναλύτρια, η Melanie Klein υποστήριξε ότι η προδιάθεση για κατάθλιψη δεν οφείλεται σε πρώιμα τραυματικά γεγονότα, όπως απώλειες, αλλά κυρίως στη ποιότητα της σχέσης μητέρας παιδιού, κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του. Θεωρεί λοιπόν ότι το παιδί θωρακίζεται μέσα από μια θετική σχέση με τη μητέρα του με τη προσφορά αγάπης και ασφάλειας, οπότε το παιδί ξεπερνάει την αμφιθυμία που νιώθει για τα αντικείμενα αγάπης, και δεν είναι επιρρεπές σε καταθλιπτικά επεισόδια. Πριν ακόμη από το τέλος του πρώτου χρόνου της ζωής του παιδιού, η μητέρα γίνεται αντιληπτή από το παιδί είτε ως καλή και ικανοποιητική είτε ως κακή και μη ικανοποιητική. Η καλή ή αντίστοιχα η κακή μητέρα ενδοβάλλονται μαζί με τις καλές ή κακές εμπειρίες που το παιδί εισπράττει, εσωτερικεύοντάς τες, ως ένα καλό ή κακό αντικείμενο. Αυτό που η Melanie Klein ονόμασε «καταθλιπτική θέση» είναι το αποτέλεσμα μιας εσωτερικής σύγκρουσης, όπου το κακό εσωτερικευμένο «αντικείμενο» απειλεί το καλό εσωτερικευμένο αντικείμενο. Αυτή τη χρονική περίοδο εμφανίζονται και οι πρώτες ενοχές μαζί με τη δημιουργία του *υπερεγώ*. Το παιδί, το οποίο είναι εξαρτημένο πλήρως από τη μητέρα του για να επιβιώσει, αναγκάζεται από τις ενοχές που νιώθει να αλλάξει την κακή μητέρα σε μια καλή μητέρα, έτσι ώστε να παρεμποδιστεί η επίθεση της κακής μητέρας ενάντια στη καλή μητέρα. Επακολουθούν συχνά κλάματα και ενοχές, καθώς επίσης και μια επιθετικότητα στραμμένη προς τον ίδιο του τον εαυτό με μια τάση αυτοτιμωρίας. Αυτές οι καταστροφικές δυνάμεις θα γίνουν αντιληπτές είτε ως εξωτερικές και καταδιωκτικές είτε ως εσωτερικές και καταθλιπτικές.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι μεταγενέστερες νεοφροϋδικές προσεγγίσεις, όπως λόγου χάρη αυτή του Bibring το 1953, ο οποίος υποστήριζε, ότι τα αίτια της κατάθλιψης βρίσκονται αφενός μεν στην απώλεια της αυτοεκτίμησης λόγω της επανενεργοποίησης μιας σύγκρουσης που αφορά στην πραγματική και φανταστική ανικανότητα υπερβολικά υψηλών φιλοδοξιών, αφετέρου δε, στη σχέση που υπάρχει μεταξύ του ατόμου και του κοινωνικού του περιβάλλοντος.

Εις αντίθεση προς τον Bibring, ο Jacobson ακολούθησε τη θεωρία της Melanie Klein, υποστηρίζοντας ότι η κατάθλιψη υποδηλώνει την καταδίκη και την αυτομομφή στις οποίες καταλήγει κανείς εξαιτίας της συγχώνευσης των αναπαραστάσεων του ιδίου του εαυτού με τις αναπαραστάσεις αντικειμένου στην πρώτη παιδική ηλικία.

Συμπερασματικά θα μπορούσε κανείς να πει, ότι η ψυχανάλυση προσεγγίζει την κατάθλιψη ως μία αποτυχία της φυσιολογικής διαδικασίας του πένθους και η συμπτωματολογία της παρουσιάζει αρνητική αυτοκριτική, ενοχές, απώλεια της λίμπιντο και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Επιπρόσθετα, οι υποστηρικτές της ψυχοδυναμικής, δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της έννοιας της «απώλειας» κατά την πρώτη παιδική ηλικία, καθώς επίσης και την ανάπτυξη της σχέσης μητέρας-παιδιού.

Εν κατακλείδι, όλες οι ψυχοδυναμικές θεωρίες μοιράζονται κάποιες κοινές βασικές υποθέσεις οι οποίες είναι υπαίτιες για την παρουσία της κατάθλιψης μεταγενέστερα. Οι υποθέσεις αυτές είναι οι ακόλουθες:

1. Οι ρίζες της κατάθλιψης βρίσκονται σε κάποια πολύ πρώιμη έλλειψη, την απώλεια ή την απειλή της απώλειας ενός γονέα ή ενός σταθερού προσώπου που φροντίζει το παιδί.
2. Η έκλυση ενός μεταγενέστερου σημαντικού γεγονότος, όπως διαζύγιο, απώλεια δουλειάς, επανενεργοποιεί το πρωταρχικό τραύμα που βίωσε ως παιδί.
3. Αυτή η παλινδρόμηση δημιουργεί στο άτομο ένα αίσθημα αδυναμίας ελέγχου του περιβάλλοντος το οποίο σταδιακά οδηγεί τον καταθλιπτικό στην απόσυρση από τον κοινωνικό του περίγυρο.

4. Θεωρείται ότι βασικό συστατικό της κατάθλιψης είναι η αμφιθυμία (κι' όχι ο θυμός) προς τα εσωτερικευμένα αντικείμενα, η οποία είναι ουσιαστική για την κατανόηση του συναισθηματικού διλήμματος που βιώνει ο καταθλιπτικός.
5. Ένα από τα πιο κύρια χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η απώλεια της αυτοεκτίμησης· γι' αυτό συχνά οι καταθλιπτικοί βρίσκονται σε μια συνεχή αναζήτηση της κατανόησης και της επιβεβαίωσης των άλλων.
6. Η κατάθλιψη δεν είναι μόνο ένα συναίσθημα που βιώνει κανείς, αλλά έχει και ένα λειτουργικό ρόλο αυτόν που χρησιμοποιεί κανείς στις σχέσεις του με τους άλλους με τη μορφή κυρίως της εξάρτησης.

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν επίσης οι σχέσεις μεταξύ κατάθλιψης και ανοσολογικών καταστολών, που προκαλούν ασθένειες συχνά υψηλού κινδύνου και γενικότερα το ενδιαφέρον στρέφεται στις ψυχοσυγκινησιακές επιδράσεις στην ανοσολογική ισορροπία.

Έρευνες έχουν δείξει το συσχετισμό ανάμεσα στον καρκίνο και στην κατάθλιψη· ωστόσο αναγνωρίζεται η δυσκολία από τους μελετητές στην εκτίμηση οποιασδήποτε σχέσης μεταξύ ψυχολογικών παραγόντων και καρκίνου και θεωρείται αναγκαία μια βαθιά εξέταση τόσο των θεωρητικών όσο και των μεθοδολογικών ερωτημάτων για τη θεώρηση της κατάθλιψης, είτε ως συντελεστικού παράγοντα είτε ως προδιαθεσικού. Γι' αυτό το λόγο ορισμένοι από τους ερευνητές προσπάθησαν να προσδιορίσουν την κατάθλιψη μέσα από τα γεγονότα που την προκαλούν και κυρίως μέσα από κάποια μορφή απώλειας, ενώ κάποιοι άλλοι χρησιμοποιούν ψυχιατρικά ή ψυχομετρικά κριτήρια προκειμένου να εντοπίσουν και να αναγνωρίσουν συμπτώματά της, χωρίς να εξετάζουν την ιστορία του ατόμου, τη διάρκεια της κατάθλιψης, τη χρονιότητα ή τη θεραπεία που ενδεχομένως το άτομο έχει λάβει.

Ένας έμμεσος τρόπος προσέγγισης της κατάθλιψης γίνεται μέσα από τη θεώρησή της, ως συνέπεια της απώλειας και της εσωτερίκευσης των αρνητικών ή και επώδυνων συναισθημάτων που συνδέονται με αυτή. Σε αυτόν τον τρόπο προσέγγισης εντάσσονται οι μελέτες που θεωρούν το αίσθημα του αβοήθητου και της απελπισίας ως ισότιμα της παρουσίας κατάθλιψης, ενώ ο άμεσος τρόπος

προσέγγισης της κατάθλιψης επικεντρώνεται, όπως προαναφέραμε, στην αναγνώριση συμπτωμάτων κι' εκδηλώσεών της, με την έννοια της ψυχιατρικά προσδιοριζόμενης κατάθλιψης, όπως αυτή εντοπίζεται και εκτιμάται μέσα από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Εξαιτίας αυτών των διαφορετικών προσεγγίσεων υποστηρίζεται, από όσους ασκούν κριτική στα μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα, ότι είναι δύσκολο να διευκρινιστεί, αν και πότε διαφορετικές καταθλιπτικές καταστάσεις, όπως η χαρακτηρολογική κατάθλιψη ή η μελαγχολική κατάθλιψη, μπορούν να επηρεάζουν ή όχι την εμφάνιση του καρκίνου.

Ωστόσο, μια πληθώρα υποθέσεων για τον ρόλο της κατάθλιψης στην εμφάνιση και στην εξέλιξη της νεοπλασίας έχουν διατυπωθεί έως σήμερα. Μία εξ αυτών υποστηρίχθηκε από τους Brown και Paraskevas σύμφωνα με την οποία η συχνότητα κατάθλιψης ατόμων που διαγιγνώσκονται με καρκίνο, είναι δυνατό να στηριχθεί στην αλληλεπίδραση ορισμένων ανοσολογικών μηχανισμών και στην δραστηριότητα της σεροτονίνης, εφόσον και ανοσολογικά κύτταρα έχουν υποδοχείς για ορμόνες και νευροδιαβιβαστές.

Η κατάρρευση των σωματικών αμυνών πραγματοποιείται με ψυχικούς μηχανισμούς αποδιοργάνωσης, από τους οποίους ο εμφανέστερος είναι μία μορφή κατάθλιψης. Πρόκειται για μία από τις πιο συνηθισμένες μορφές ψυχικών καταστάσεων, που προκαλούν την εμφάνιση ασθενειών. Άλλοτε πλήττει ένα από τα εκτεθειμένα συστήματα ή όργανα και άλλοτε παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της ζωής ενός παιδιού χωρίς προϊστορία με τη μεταβολή μιας σχέσης, η οποία αδειάζει ξαφνικά από τη συναισθηματική της πληρότητα.

Η σωματική αποδιοργάνωση είναι σύγχρονη ποικίλων ψυχικών φαινομένων κυρίως παλινδρομήσεων και αποδιοργανώσεων, των οποίων η σοβαρότερη μορφή είναι η *πρωτογενής κατάθλιψη* του P.Marty. Το πρωτογενής αποδεικνύει την απουσία θετικής ψυχικοποιημένης έκφρασης σε αντίθεση με τις κλασικές καταθλιπτικές καταστάσεις, στις οποίες το άτομο προσφέρει πλούσια ψυχική συμπτωματολογία. Στην πρωτογενή κατάθλιψη συνοψίζεται στην ίδια την ουσία της κατάθλιψης, δηλαδή στην πτώση του τόνου των ενορμήσεων ζωής.

Η *πρωτογενής κατάθλιψη* εκφράζεται με μία *λειτουργία χρηστικού τύπου* (pensée operatoire). Οι εξωτερικές δραστηριότητες δεσμεύονται στην καθαρή

υλικότητα του γεγονότος, είναι μηχανικές και στερούνται ζωής. Εμφανίζονται αυτοματισμοί, η συμπεριφορά είναι προσαρμοσμένη μόνο φαινομενικά. Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι διαδικασία αποδιοργανωτική, με υψηλό σωματικό κίνδυνο, λόγω της διάρρηξης των αμυνών τόσο ψυχικών όσο και βιολογικών.

Το 1958 ο Shekelle, με στόχο να διερευνήσει την προσωπικότητα των ατόμων που έχουν προδιάθεση να εμφανίσουν καρκίνο, διεξήγαγε μία έρευνα στην οποία συμμετείχαν 2020 άνδρες, οι οποίοι συμπλήρωσαν τη δοκιμασία προσωπικότητας M.M.P.I. Η έρευνα κατέδειξε τα εξής συμπεράσματα: αυτοί που απεβίωσαν (ποσοστό δύο με τρεις φορές περισσότερο), ήσαν αυτοί που είχαν παρουσιάσει πριν από δεκαεφτά χρόνια το μέγιστο ποσοστό κατάθλιψης, δηλαδή το ποσοστό των 18,8%, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Η αναλογία αυτή διατηρήθηκε ακόμη κι' όταν άλλοι παράγοντες κινδύνου όπως η ηλικία, η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού, καθώς και το ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια και οι συνθήκες εργασίας, είχαν ληφθεί υπόψη στη στατιστική επεξεργασία. Θα μπορούσε κανείς να πει ότι τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας αποτέλεσαν για πολλά χρόνια τη βάση για την υποστήριξη της διασύνδεσης της αύξησης του κινδύνου, για την εμφάνιση καρκίνου και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η κριτική, η οποία ασκήθηκε ύστερα από επανεξέταση των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας, αναφερόταν στο γεγονός ότι τα επίπεδα κατάθλιψης δεν ήσαν τόσο υψηλά ώστε να θεωρούνται παθολογικά.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα των Grossarth και Maticek η οποία πραγματοποιήθηκε σε μία μικρή πόλη της Γιουγκοσλαβίας στην οποία συμμετείχαν 1353 άτομα ηλικίας από 59 έως 65 ετών. Οι ερευνητές συγκέντρωσαν στοιχεία που αφορούσαν τη γενικότερη κατάσταση της υγείας των ατόμων, οι οποίοι παράλληλα συμπλήρωσαν και ένα ερωτηματολόγιο προσωπικότητας, το οποίο χωριζόταν στις εξής κατηγορίες:

- καταστάσεις που οδηγούν σε απελπισία και απογοήτευση
- καταστάσεις που οδηγούν σε θυμό και επιθετικότητα
- τάση του ατόμου να είναι λογικό και να μην κατευθύνεται από συναισθήματα
- τάση του ατόμου να εναρμονίζει πρόσωπα και καταστάσεις

Μετά από δέκα χρόνια οι ερευνητές προσπαθώντας να διαπιστώσουν πιθανό συσχετισμό ανάμεσα σε υποθέσεις που αφορούσαν την εμφάνιση της νόσου, συνέλλεξαν στοιχεία σχετικά με την κατάσταση υγείας αυτών των ατόμων. Διαπιστώθηκε λοιπόν υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην εμφάνιση καρκίνου, στο αίσθημα απελπισίας και στη τάση εκλογίκευσης των συναισθημάτων, καθώς επίσης και μεγάλη συσχέτιση ανάμεσα στην τάση του ατόμου να είναι ειρηνοποιός και να εναρμονίζει πρόσωπα και καταστάσεις.

Θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς λοιπόν ότι η κατάθλιψη είναι ένας μείζων παράγοντας ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης, η οποία πλήττει επιλεκτικά τις ευάλωτες ψυχικές δομές.

Οι ενδείξεις της *θεμελιώδους κατάθλιψης* παρατηρούνται κυρίως με βάση τις αλλαγές σε σχέση με την κατάσταση που επικρατούσε στο παρελθόν. Πρόκειται για μία αποεπένδυση ως προς τις διαπροσωπικές συναισθηματικές σχέσεις, μία θαμπή εικόνα, και όχι μόνο για την απώλεια της αυτοεκτίμησης, η οποία είναι χαρακτηριστική στην ψυχικοποιημένη κατάθλιψη.

Οι αστάθειες όσον αφορά στην ποιότητα και την ποσότητα των σχέσεων επηρεάζουν το σύνολο της συναισθηματικής οργάνωσης και παρεμποδίζουν την οικοδόμηση των ψυχοσωματικών αμυνών τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον.

Αναρωτιέται όμως κανείς, κάτω από ποιες συνθήκες και μέσω ποιων διεργασιών ενεργοποιείται η σωματική αποδιοργάνωση· καταρχάς, η κατάρρευση των σωματικών αμυνών συντελείται μέσω διαφόρων ψυχικών μηχανισμών, η πιο σοβαρή μορφή των οποίων είναι η θεμελιώδης κατάθλιψη, όπου ο ασθενής ολισθαίνει σε μια λειτουργία μηχανιστικού τύπου. Η κατάρρευση των σωματικών αμυνών πραγματοποιείται με ψυχικούς μηχανισμούς αποδιοργάνωσης, από τους οποίους ο εμφανέστερος είναι μία μορφή κατάθλιψης. Πρόκειται για μία από τις πιο συνηθισμένες μορφές ψυχικών καταστάσεων, που προκαλούν την εμφάνιση ασθενειών. Άλλοτε πλήττει ένα από τα εκτεθειμένα συστήματα ή όργανα και άλλοτε παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της ζωής ενός παιδιού χωρίς προϊστορία, με τη μεταβολή μιας σχέσης, η οποία αδειάζει ξαφνικά από τη συναισθηματική της πληρότητα.

Στην περίπτωση αυτή, εμφανίζεται μία προσωρινή νέκρωση της σχέσης, φαντασιωτική και ονειρική απώλεια, ωστόσο οι υπόλοιπες σχέσεις και επαγγελματικές δραστηριότητες μπορούν να συνεχιστούν. Το υποκείμενο συνεχίζει την ενεργό ζωή του, όμως αυτή η ζωή είναι συναισθηματικά κενή, χωρίς πόνο ούτε ικανοποίηση. Ο χρηστικός τρόπος λειτουργίας της συμπεριφοράς είναι το πρώτο σήμα κινδύνου και το πρώτο σύμπτωμα αποδιοργάνωσης. Η θεμελιώδης κατάθλιψη αποτελεί μία από τις μείζονες κλινικές εκδηλώσεις των ενορμήσεων θανάτου.

Ο Pierre Marty περιγράφει αυτή την κατάθλιψη με τον όρο *θεμελιώδης κατάθλιψη*. Η κλινική έκφραση είναι άλλοτε προφανής και άλλοτε καλυμμένη ή κρυμμένη κάτω από διάφορα συμπτώματα, όπως η ατονία στο μεγάλο παιδί ή στον έφηβο. Η έκφρασή της είναι εντελώς αρνητική: αναστολή, απάθεια, αδιαφορία χωρίς άγχος, χωρίς απόγνωση, ούτε καν λύπη. Η χρηστική μονοτονία της συμπεριφοράς, που συνοδεύει το καταθλιπτικό κενό, συγγενεύει με τη μονοτονία της κενής συμπεριφοράς. Στο παιδί, όπως και στον ενήλικα, η καταθλιπτική ατονία είναι μείζον μηχανισμός ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης. Αφορά στις πιο ποικίλες ασθένειες. Υπενθυμίζουμε ότι σημαντικές αντιστοιχίες που αποκαλύφθηκαν από τις σύγχρονες βιολογικές έρευνες σχετίζονται κυρίως με τις ανοσολογικές καταθλίψεις, οι οποίες συμπίπτουν με καταστάσεις πένθους.

Ο Pierre Marty θεωρεί τη *θεμελιώδη κατάθλιψη* ως τη βασική αιτία της σωματικής αποδιοργάνωσης. Με τον προσδιορισμό "θεμελιώδης" επισημαίνει την έλλειψη ουσιώδους ψυχικοποίησης, σε αντίθεση με τις κλασικές καταθλιπτικές καταστάσεις, όπου ο ασθενής παρουσιάζει μία πλούσια ψυχική συμπτωματολογία με τις συναισθηματικές αποχρώσεις της οδύνης, της λύπης, της ανησυχίας, της κατάπτωσης και της ενοχής, εκ των οποίων η πιο δραματική έκφραση είναι η μελαγχολία. Υποστηρίζει παράλληλα ότι η κλινική της έκφραση είναι άλλοτε προφανής και άλλοτε καλυμμένη ή κρυμμένη κάτω από διάφορα συμπτώματα, όπως η ατονία στο μεγάλο παιδί ή στον έφηβο.

Εν συντομία μπορούμε να πούμε, ότι η έκφραση της *θεμελιώδους κατάθλιψης* είναι η πτώση του λιβιδινικού τόνου και των ενστίκτων ζωής. Η κλινική έκφραση της θεμελιώδους κατάθλιψης είναι η *χρηστική σκέψη*, την οποία αποκαλούμε πλέον *χρηστική ζωή*. Παρουσιάζεται σαν εξαφάνιση τόσο της ναρκισσικής λιβιδούς όσο και της λιβιδούς σε σχέση με το αντικείμενο. Αποτελεί

μία από τις μείζονες κλινικές εκδηλώσεις της παρουσίας των ενστίκτων θανάτου. Η κλινική της εικόνα είναι λιγότερο εντυπωσιακή από την εικόνα της μελαγχολικής κατάθλιψης, ωστόσο υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος να οδηγήσει στο θάνατο. Πρόκειται για ένα προειδοποιητικό σύμπτωμα και για μία ένδειξη αποδιοργάνωσης.

Η χρηστική μονοτονία της συμπεριφοράς, που συνοδεύει το καταθλιπτικό κενό, συγγενεύει με τη μονοτονία της κενής συμπεριφοράς. Είναι αυτονόητο, ότι η καταθλιπτική ατονία είναι μείζων μηχανισμός ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης και αφορά στις πιο ποικίλες ασθένειες. Υπενθυμίζουμε μόνο, ότι σημαντικές αντιστοιχίες που αποκαλύφθηκαν από τις σύγχρονες βιολογικές έρευνες σχετίζονται κυρίως με τις ανοσολογικές καταθλίψεις, οι οποίες συμπίπτουν με καταστάσεις πένθους.

Συχνά, προηγούνται διάχυτα άγχη της *θεμελιώδους κατάθλιψης*. Πρόκειται για αυτόματα άγχη με την κλασική έννοια, κατακλύζοντα και πρωτογενή, γιατί εκδηλώνουν μια βαθιά απελπισία του ατόμου. Αυτή έχει προκληθεί από τη συρροή μη ελεγχόμενων κινήσεων των ενστίκτων επειδή δεν υπάρχει δυνατότητα επεξεργασίας τους και, όπως φαίνεται, δεν μπορούν ακόμη να εκφραστούν με διαφορετικό τρόπο. Το κατακλυσμένο *Εγώ* δίνει κατ' αυτόν τον τρόπο τις ασθενείς άμυνες του, την ανεπάρκεια διεξόδων, την έλλειψη οργάνωσής του, την αποδιοργάνωσή του. Το άγχος αυτό δεν αποτελεί πλέον το σήμα κινδύνου, το οποίο σταματά τη στιγμή που ενεργοποιούνται οι μηχανισμοί άμυνας. Το άγχος είναι το μόνιμο σήμα κινδύνου, είναι αυτόματο και διάχυτο και αναπαριστά μια αρχαϊκή κατάσταση υπερχείλισης. Δε βασίζεται σε ένα φοβικό σύστημα που προέρχεται από το φαινόμενο της απώθησης. Καμία ψυχική εργασία συνδέσμων δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί. Το φοβογόνο αντικείμενο δεν αναπαρίσταται ούτε είναι δυνατόν να αναπαρασταθεί.

Οι ενδείξεις της θεμελιώδους κατάθλιψης παρατηρούνται κυρίως με βάση τις αλλαγές σε σχέση με την κατάσταση που επικρατούσε στο παρελθόν. Πρόκειται για μία αποεπένδυση ως προς τις διαπροσωπικές συναισθηματικές σχέσεις, μία θαμπή εικόνα-όχι μόνο· και για την απώλεια της αυτοεκτίμησης, η οποία είναι χαρακτηριστική στην ψυχικοποιημένη κατάθλιψη. Η σωματική αποδιοργάνωση είναι σύγχρονη ποικίλων ψυχικών φαινομένων κυρίως παλινδρομήσεων και αποδιοργανώσεων, των οποίων η σοβαρότερη μορφή είναι η

πρωτογενής κατάθλιψη του P.Marty. Το «πρωτογενής» αποδεικνύει την απουσία θετικής ψυχικοποιημένης έκφρασης σε αντίθεση με τις κλασικές καταθλιπτικές καταστάσεις, στις οποίες το άτομο προσφέρει πλούσια ψυχική συμπτωματολογία. Στην πρωτογενή κατάθλιψη η οποία συνοψίζεται στην ίδια την ουσία της κατάθλιψης, δηλαδή στην πτώση του τόνου των ενορμήσεων ζωής, εκφράζεται με μία λειτουργία χρηστικού τύπου. Οι εξωτερικές δραστηριότητες δεσμεύονται στην καθαρή υλικότητα του γεγονότος, είναι μηχανικές και στερούνται ζωής. Εμφανίζονται αυτοματισμοί, η συμπεριφορά είναι προσαρμοσμένη μόνο φαινομενικά. Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι μία αποδιοργανωτική διαδικασία, με υψηλό σωματικό κίνδυνο, λόγω της διάρρηξης των αμυνών τόσο ψυχικών όσο και βιολογικών.

Η σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται και σε ένα ακόμη πρόβλημα της σωματοποίησης, ίσως τον σημαντικότερο, τον έλεγχο της διέγερσης. Η διέγερση μπορεί να διοχετευθεί σε τρεις κύριες οδούς, που είναι η ψυχικοποίηση, η εκτόνωση στη συμπεριφορά και η σωματική έκφραση. Η συνδεόμενη με συναισθήματα και συγκινήσεις εκφόρτιση, η οποία μεταφέρεται άσχημα και είναι ελάχιστα ή καθόλου επεξεργασμένη από τις ψυχικές λειτουργίες, φαίνεται ότι δεσμεύεται ταχέως στη σωματική οδό. Οι ψυχοσωματικές παθήσεις (και ορισμένες παθήσεις συμπεριφοράς) οφείλονται κυρίως στην ανικανότητα ψυχικοποίησης, της οποίας οι λειτουργίες έχουν πληγεί είτε μόνιμα-πρόκειται για νευρώσεις συμπεριφοράς και νευρώσεις χαρακτήρα (ελλιπώς ψυχικοποιημένες) είτε περιστασιακά υπό την επήρεια μιας στιγμιαίας υπερχείλισης λόγω του άγχους ή της κατάθλιψης, η οποία θίγει επιλεκτικά τις ευάλωτες προσωπικότητες, ωστόσο κανένας δεν είναι εκτός κινδύνου.

Θα μπορούσαμε να πούμε, σε τελευταία ανάλυση, ότι όσο πιο πλούσιο είναι το προσυνειδητό όσον αφορά στις μόνιμες και συνδεδεμένες μεταξύ τους αναπαραστάσεις, τόσο θα είναι πιθανότερο για την ενδεχόμενη πάθηση να εκδηλωθεί σε ψυχικό επίπεδο. Αντίθετα, όσο πιο φτωχό είναι το προσυνειδητό σε περιεχόμενο, σε συνέχεια και σε συνδέσεις αναπαραστάσεων, τόσο μεγαλύτερος κίνδυνος υπάρχει να εκδηλωθεί μία πάθηση σε σωματικό επίπεδο. Για το λόγο αυτό θεωρούμε ότι το προσυνειδητό είναι ο χώρος συνδέσεων της ψυχοσωματικής οικονομίας (Marty, 1900). Η θεμελιώδης κατάθλιψη καθώς και η υπερφόρτιση

διέγερσης έχουν ως κοινό αποτέλεσμα την αναστολή της ψυχικοποίησης, λόγω εκκένωσης της συναισθηματικής σχέσης, ή /και την υπερχείλισή της υπό την επήρεια εξωτερικών ή εσωτερικών πιέσεων.

Η υπό-διέγερση μελετήθηκε και από τους Grossarth και Maticek, οι οποίοι υποστήριξαν, ότι αυτό το χαρακτηριστικό ανήκει στον τύπο με τάση εμφάνισης καρκίνου και σημαίνει, ότι τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από την τάση να εξαρτώνται από κάποιο αντικείμενο με μεγάλη συναισθηματική αξία και βιώνουν το άγχος που παράγεται από την έλλειψη ή την απώλεια αυτού του αντικειμένου ως τραυματική. Σε μία απελπιστική και αποτυχημένη προσπάθειά τους να απεξαρτητοποιηθούν από αυτό, αποξενώνονται, ενώ παράλληλα αισθάνονται απελπισία και αδυναμία να αλλάξουν την κατάσταση.

Οι Shekelle και οι συνεργάτες τους υποθέτουν, ότι τα συναισθήματα τα οποία συσχετίζονται με την κατάθλιψη, είναι χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων που νοσούν από καρκίνο, κι' όχι ως συνέπεια κάποιου γεγονότος ή μίας συγκεκριμένης συγκυριακής ή συναισθηματικής κατάστασης. Στα πλαίσια αυτής της θεώρησης, τα καταθλιπτικά στοιχεία μίας προσωπικότητας αποτελούν μία παράμετρο που προσδιορίζει τον τρόπο αντίδρασης στις καταστάσεις που βιώνει το άτομο κι' όχι ένα μεμονωμένο σύνολο συμπτωμάτων ή εκδηλώσεων.

2.3. Ο ρόλος της απώλειας

Ο ρόλος της απώλειας μίας συναισθηματικής σχέσης ως αποτέλεσμα εμπειρίας αποχωρισμού και πένθους, συμπεριλαμβανομένου και του θανάτου οικείου προσώπου, έχουν συχνά αναφερθεί ως παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου. Η έννοια της απώλειας, πραγματικής, φανταστικής ή συμβολικής είναι συνυφασμένη με την καταθλιπτική προδιάθεση και την ψυχική ευαλωτότητα του ατόμου. Συχνά λοιπόν, το άτομο γνωρίζει το αντικείμενο που έχασε, εντούτοις δεν γνωρίζει αυτό που έχασε μέσα σε αυτό το αντικείμενο. Μέσα λοιπόν από την κατάθλιψη πραγματοποιείται το πένθος ενός ασυνείδητου αντικειμένου.

Ο LeShan μάλιστα διαπιστώνοντας πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η απώλεια μίας σημαντικής ανθρώπινης σχέσης καθώς και η έντονη συγκινησιακή αντίδραση που επιφέρει, μελέτησε πολλές περιπτώσεις κακοηθών όγκων χρησιμοποιώντας δύο προβολικά τεστ το T.A.T. και Rorschach. Διαπίστωσε λοιπόν, ότι έξι με οκτώ χρόνια πριν από τη διάγνωση καρκίνου, τα άτομα αυτά κατέχονταν από αδυναμία έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, απελπισία και αίσθηση του αβοήθητου ως βασική συγκινησιακή στάση.

Παράλληλα ο LeShan περιέγραψε το βασικό συγκινησιακό σχήμα των περιπτώσεων που μελέτησε, υποστηρίζοντας πως η πρώτη φάση περιλαμβάνει μία παιδική ηλικία, η οποία εμπεριέχει συναισθήματα μοναξιάς και φόβο απέναντι σε ορισμένες βαθιές συναισθηματικές σχέσεις, γιατί θεωρούνταν επικίνδυνες, αφού προκαλούσαν απόρριψη και πόνο. Η δεύτερη φάση είχε ως επίκεντρο την περίοδο κατά την οποία το άτομο ανακαλύπτει μία σχέση με βαθύτερο νόημα για τη ζωή του, πιστεύοντας πως τώρα έχει τη δυνατότητα να χαρεί το συναίσθημα αποδοχής από τους άλλους. Τέλος, η τρίτη φάση αρχίζει, όταν υπάρξει η απώλεια μίας πολύ σημαντικής σχέσης του ατόμου. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, το άτομο επαναβιώνει μία απόλυτη απόγνωση σαν τη μοναξιά που βίωσε στην παιδική του ηλικία.

Μία δεκαετία αργότερα, ο Bahnson, συνοψίζοντας τις διαπιστώσεις των ερευνών του για τις ψυχολογικές διαστάσεις της κακοήθους νεοπλασίας, διατύπωσε την άποψη ότι οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούν τα άτομα που πάσχουν από καρκίνο έχουν αποκτηθεί στους κόλπους της οικογένειας κυρίως κατά την πρώτη παιδική ηλικία.

Στο πλαίσιο αυτού του πνεύματος ο Greene το 1966 μέσα από μία έρευνα κατά την οποία συμμετείχαν εξήντα ένας άνδρες με την ίδια διάγνωση καρκίνου, μόνο τέσσερις εξ αυτών δεν βίωσαν καμία απώλεια τα τελευταία πέντε χρόνια πριν από τη διάγνωση της νόσου. Ο Greene, από τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας, κατέληξε ότι ορισμένες μορφές καρκίνου, όπως το λέμφωμα και η λευχαιμία, διαγιγνώσκονται σε άτομα με καταπιεσμένα συναισθήματα θλίψης, άγχους και απογοήτευσης, τα οποία ποτέ δεν τα επεξεργάστηκαν, γι' αυτό και συνιστούν άλυτο πένθος.

Οι Berkman και Syme μετά από έρευνα, που διεξήχθη περίπου την ίδια χρονική περίοδο, διαπίστωσαν ότι η απώλεια μίας συναισθηματικής σχέσης αποτελούσε πολύ μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου θνησιμότητας για τους άγαμους άνδρες ηλικίας τριάντα έως πενήντα εννέα ετών, από τους έγγαμους της ίδιας ηλικίας, διαφορά η οποία δεν προέκυψε για τις γυναίκες.

Η καταστροφική δυναμική της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου έγκειται στον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζεται και αντιδρά το άτομο σε αυτή την απώλεια, κι' όχι η απώλεια αυτή καθεαυτή. Σύμφωνα με την έρευνα των Snell και Graham οι οποίοι διερεύνησαν το ρόλο των τραυματικών γεγονότων απώλειας, καθώς και τον ρόλο των ενδοκρινικών λειτουργιών στην εμφάνιση και στην εξέλιξη του καρκίνου, στην οποία συμμετείχαν τριακόσιες πενήντα δύο ασθενείς με καρκίνο μαστού και εξακόσιες εβδομήντα υγιείς γυναίκες, δεν υπήρχε καμία διαφορά ως προς τον αριθμό των αναφερθέντων ως γεγονότων απώλειας μεταξύ των δύο ομάδων, γεγονός που οδήγησε τους ερευνητές στο συμπέρασμα ότι η διαφοροποίηση των δύο ομάδων έγκειται μάλλον στον τρόπο διαπραγμάτευσης αυτών των γεγονότων.

Υπάρχουν αναφορές ότι μία πληθώρα ερευνών αναφερόμενες στη συσχέτιση της απώλειας μίας σημαντικής σχέσης και του συνακόλουθου πένθους υπογραμμίζουν το στενό τους δεσμό με την ανάπτυξη και την εξέλιξη του καρκίνου, θεωρώντας ότι επηρεάζουν ορισμένες λειτουργίες του ανοσοποιητικού συστήματος ως στρεσογόνου γεγονότος. Συγκεκριμένα επηρεάζουν τη δραστηριότητα των φυσικών κυττάρων φονέων που αποτελούν μια υποομάδα των λεμφοκυττάρων, προερχόμενα από τη σειρά των Τ κυττάρων, τα οποία χρησιμεύουν στην επιτήρηση των κακοηθών κυττάρων, αναγνωρίζοντας και καταστρέφοντας τα μεταλλαγμένα κύτταρα που μπορεί να εμπεριέχουν προκαρκινικά προγράμματα.

Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες οι οποίοι συμμετέχουν στις διεργασίες της καρκινογένεσης, και δύναται να προκαλέσουν στον οργανισμό μειωμένη δυνατότητα επανόρθωσης τμήματος του DNA που έχει υποστεί κάποια βλάβη ή αλλοίωση και μεταβολές στην απόπτωση των κυττάρων.

2.4. Ο ρόλος του τραύματος

Μια θεωρητική ανασκόπηση της έννοιας του «*ψυχικού τραύματος*» μας οδηγεί αρχικά στην διαφοροποίηση των ορισμών *ψυχικό τραύμα, τραυματικό, διαδικασία τραυματογένεσης, φαινομενολογία του τραύματος*. Ας δούμε πρωτίστως τη διαφοροποίηση των εννοιών.

Το ψυχικό τραύμα είναι ένα βίωμα που διακινείται από εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες προκαλώντας διαταραχή της ισορροπίας του οργανισμού, λόγω της αδυναμίας του ψυχικού οργάνου να το εμπεριέξει καθώς και να απαντήσει οργανωμένα. Οι συνέπειες του τραύματος είναι ένα είδος τομής ή ρήξης και προσωρινής αποδιοργάνωσης μετά την οποία ο ψυχισμός του ατόμου δεν είναι όπως πριν. Έστω και αν η ισορροπία και η λειτουργικότητα αποκατασταθούν, το τραύμα εμπεριέχεται ως οντότητα στη συνολική δομή του ψυχισμού.

Τραυματικό ή τραυματογόνο μπορεί να είναι ένα γεγονός, μια εμπειρία, ένα ερέθισμα εσωτερικό ή εξωτερικό, που είναι δυνατόν δρώντας οξέως ή αθροιστικά και χρόνια να πάρει διαστάσεις τραύματος, βιωμένο από το υποκείμενο. Μία άπειρη ποικιλία δυνητικά τραυματικών γεγονότων μπορούν να επηρεάσουν προσωπικά το άτομο. Απώλειες, μαζικές καταστροφές, εγκλωβισμοί, πόλεμοι, όπως και ακραίες ή παρατεταμένες ψυχοπιεστικές συνθήκες μπορούν να λειτουργήσουν τραυματικά. Είναι δε σημαντικό να προσθέσουμε ότι παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν στην τραυματογένεση είναι η ποσότητα, διάρκεια και ποιότητα εξωτερικού ερεθίσματος ή γεγονότος, ενώ πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν εσωτερικά στοιχεία όπως η στερεότητα της δομής, το αναπτυξιακό στάδιο, η ολοκλήρωση της ωρίμανσης, η ακεραιότητα των εσωτερικών αντικειμένων και οι λυμένες ή άλυτες εσωτερικές συγκρούσεις. Σημαίνοντα ρόλο παίζει και η παρουσία ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, που όταν υπάρχει φαίνεται να επηρεάζει την αποφυγή της τραυματογένεσης.

Εδώ οφείλουμε να προσδιορίσουμε ότι τα δυνητικά τραυματογόνα ερεθίσματα μπορεί να είναι τραυματικά μόνο σε κάποια υποκείμενα. Αντιθέτως, υπάρχουν αντικειμενικά τραυματογόνα ερεθίσματα, με την έννοια ότι προκαλούν ψυχικό τραύμα στην πλειοψηφία των ατόμων που θα υποστούν την εμπειρία αυτή, όπως ακραία γεγονότα μαζικής καταστροφικής εισβολής στον ψυχισμό, όπως

λόγου χάρη η εισβολή των Τούρκων στη Κύπρο το 1974 και έκτοτε ο διαμελισμός της νήσου στα δύο. Εντούτοις, η εγκατάσταση μόνιμης τραυματικής περιοχής, όπως και η ικανότητα αποκατάστασης του τραύματος, εξαρτάται από τις εσωτερικές ψυχικές συνθήκες του υποκειμένου.

Έτσι το τραυματογόνο ακολουθεί μια εσωτερική πορεία, που είναι η εσωτερίκευση, δηλαδή η σύνδεσή του με εσωτερικές φαντασιώσεις, εικόνες, αντικείμενα, αναπαραστάσεις ή ακόμα με ευάλωτες συγκρουσιακές περιοχές του ψυχισμού ή με τραυματογόνες εμπειρίες ή ψυχικά τραύματα που προϋπήρξαν. Εάν λοιπόν υποθέσουμε ότι κάθε ψυχικό τραύμα ανάγεται στην αναβίωση πρώιμων εμπειριών ή τραυμάτων, κατά συνέπεια τίθεται το ερώτημα αν υπάρχουν «νέα» τραύματα μετά την πρώιμη παιδική ηλικία.

Παρά ταύτα, έστω κι' αν κάθε τραυματική εμπειρία συνδέεται συνειρμικά με παλαιότερες τραυματικές εμπειρίες διακινώντας συναισθήματα και παραστάσεις από το παρελθόν, δεν εξαλείφει τη σημαντικότητα και ιδιαιτερότητα της κάθε νέας εμπειρίας, ούτε τη σημασία των εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την τελική της διαμόρφωση. Έτσι, μπορούμε να συμπεράνουμε, ότι υπάρχουν τραύματα που συμβαίνουν στην πρώιμη παιδική ηλικία και τραύματα που επισυμβαίνουν στην τρέχουσα ενεστώσα πραγματικότητα, από τα οποία τα μεν και τα δε ανάγονται σε κάποιο προϋπάρχον ατομικό υπόστρωμα, πρωταρχικές εμπειρίες και την προσωπική ιστορία του καθενός.

Ας δούμε εννοιολογικά την πορεία του ψυχικού τραύματος και τις θέσεις που πήραν απέναντι του οι επίγονοι του πατέρα της ψυχανάλυσης S. Freud.

Η ανάπτυξη του ψυχικού τραύματος από τον S.Freud (Breuer & Freud 1895) απέδιδε τη δημιουργία των συμπτωμάτων στην επίδραση εξωτερικού γεγονότος, ιδιαίτερα στην ύπαρξη σεξουαλικής αποπλάνησης του παιδιού. Ο Freud το 1920 αιτιολόγησε το ψυχικό τραύμα σαν μια ψυχο-ενεργειακή ανισορροπία, αποτέλεσμα της ρήξης του προστατευτικού φραγμού του ψυχισμού από μια έντονη διέγερση. Στη πορεία, επεκτείνοντας την έννοια του τραύματος τη συνέδεσε με τη βίωση του *Εγώ* σαν ανήμπορου, αβοήθητου και δίχως δυνατότητα ελέγχου πάνω στην πραγματικότητα, όταν αυτό αντιμετωπίζει εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που ασκούν υπερβολική πίεση πάνω του. Πέρα από τις εξωτερικές απειλές οι

οποίες μπορούν να δημιουργήσουν τραύματα, ορίζει επίσης και τις απώλειες του αντικειμένου ή της αγάπης, της προστασίας και της φροντίδας του. Το τραύμα λοιπόν πήρε διαφορετικές διαστάσεις συμπεριλαμβάνοντας τόσο φαντασιωσικά όσο και πραγματικά στοιχεία στους γενεσιουργούς του παράγοντες, διατηρώντας όμως στον πυρήνα του την αναβίωση των οιδιποδιακών φαντασιώσεων.

Ο Kelman το 1946 δίνει μια διαφορετική οντότητα του τραύματος περιγράφοντάς το ως μια ασυνείδητη αίσθηση του ατόμου, ότι απέτυχε να ανταποκριθεί σε μια εξιδανικευμένη εικόνα εαυτού.

Η P.Greenacre το 1967 αναφερόμενη στο τραύμα θεωρώντας το αναπόσπαστο στοιχείο μιας φυσιολογικής ανάπτυξης συνέδεσε την τραυματογόνο επίδραση ενός συμβάντος με τη φάση ανάπτυξης του ατόμου και την ένταση και ποιότητα του ερεθίσματος. Επισήμανε ότι σημαντικό ρόλο δεν διαδραματίζει μόνο η φαντασίωση ή το εξωτερικό γεγονός, αλλά η επικύρωση της φαντασίωσης με τη μορφή της τραυματογόνου εμπειρίας, που συντελεί στην ανάπτυξη καθήλωσης και ακολούθως στη δυνατότητα να είναι το άτομο εύτρωτο σε επόμενο ή επαναλαμβανόμενο τραυματογόνο ερέθισμα.

Από την άλλη μεριά Αμερικανοί αναλυτές όπως οι Edith Jacobson το 1959, καθώς και οι Bach & Schwartz που την ακολούθησαν το 1972, ερμήνευσαν το τραύμα σαν ναρκισσιστική διαταραχή εντός του *Εγώ*, η οποία αφορά συγκρούσεις μεταξύ διαφορετικών αναπαραστάσεων του εαυτού. Η σύγκρουση συμβαίνει εντός του *Εγώ*, μεταξύ μιας αναπαράστασης εαυτού οργανωμένης γύρω από μια παθογόνο παιδική φαντασίωση και μιας μη τραυματικής αναπαράστασης εαυτού.

Ο H.Krystal, η οποία εργάστηκε με πρώην έγκλειστους των ναζιστικών στρατοπέδων συγκέντρωσης, το 1971 διαχώρισε το «σχεδόν τραύμα» από το «καταστροφικό τραύμα». Στην πρώτη εμφάνιση του τραύματος η προσωπικότητα δεν κατακλύζεται, αλλά μπορούν να εκλυθούν κάποιες μορφές ψυχοπαθολογίας, ενώ στη δεύτερη εμφάνιση του τραύματος μπορούν να εκλυθούν μόνιμες ψυχικές βλάβες λόγω της απελπισίας που μπορεί να βιώσει το άτομο. Ο Krystal προσδιορίζει το τραύμα ως μια ενεργή κατάσταση υποκειμενικής αγωνίας και αποδιοργάνωσης, όπου τα συναισθήματα κατακλύζουν συντριπτικά το άτομο κινητοποιώντας αμυντικούς μηχανισμούς. Έτσι, η θεώρηση του τραύματος του

Krystal διαμορφώνεται ως μια υποκειμενική εμπειρία, που καθορίζεται από την ψυχική πραγματικότητα ή το ασυνείδητο νόημα της.

Το 1982 οι Bergmann & Jucovy επισήμαναν ότι η έκλυση ενός τραύματος προϋποθέτει ένα εύθραυστο, ανώριμο *Εγώ* και μια προϋπάρχουσα πραγματικότητα.

Μετέπειτα αναπτυξιακές έρευνες (όπως του Furst το 1986), έδειξαν τον συσχετισμό ανάμεσα στην αρνητική ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού και την τάση ευάλωσης του «*Εγώ*» σε τραυματογένεση. Άλλοι παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν στην εκδήλωση ενός τραύματος είναι ιδιοσυστασιακοί, έντονες καθηλώσεις και παλινδρομήσεις, ή ακόμη και παρεμπόδιση της ανάπτυξης του *«Εγώ»* και του *«υπερεγώ»*. Αντίστοιχα, το τραύμα μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη διαδικασία της συναισθηματικής ανάπτυξης.

Ο Blum το 1986, θεωρεί ότι καθοριστικοί παράγοντες ευαλώτητας στην έννοια της τραυματογένεσης διαδραματίζουν η προοιδιποδιακή δομή ή φάση ανάπτυξης. Διακρίνει και διαχωρίζει το οξύ ψυχικό τραύμα και τις καταστάσεις υπερέντασης (strain) από αντίξοες εμπειρίες ή βλαπτικούς αναπτυξιακούς παράγοντες. Η υπερένταση δημιουργείται από παθογενετικές συνιστώσες, που δρουν χρόνια σε στρεβλούς τρόπους ανάπτυξης, σε προδιάθεση και σε ευπάθεια. Θεωρεί ότι κατ' αυτόν τον τρόπο λειτουργεί ως υπόβαθρο που διευκολύνει την ανάπτυξη οξέως τραύματος, όπως και οι μακρόχρονες σιωπηρές επιδράσεις. Η έννοια που ανέπτυξε ο Khan το 1974 του *«αθροιστικού τραύματος»* είναι συγγενής με αυτήν την κατάσταση υπερέντασης.

Το 1988 οι Ulman & Brothers διερεύνησαν την έννοια του τραύματος βασιζόμενοι σε μελέτη περιστατικών βιασμού, αιμομιξίας και πολέμου, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι όλα τα τραύματα είναι ναρκισσιστικά και αποκτούν για το άτομο το νόημα της συντριβής και της ψευδούς αναστήλωσης των αρχαϊκών ναρκισσιστικών φαντασιώσεων. Σύμφωνα λοιπόν με αυτή τη θεώρηση, το τραυματικό προκύπτει, όταν ένα γεγονός προσβάλει τις προϋπάρχουσες αρχαϊκές ναρκισσιστικές φαντασιώσεις, που έχουν κεντρική θέση στην οργάνωση και διατήρηση της εικόνας του εαυτού.

Το 1989 ο Sandler εξετάζει τις καταστάσεις υπερέντασης που ο καθένας αναπόφευκτα βιώνει κατά τη διάρκεια της ζωής του και υποστηρίζει ότι ένα πλήθος παραγόντων συμβάλλουν στη κατάσταση υπερέντασης ή ψυχικού τραύματος, που μπορούν να επηρεάσουν αποφασιστικά την ψυχική εξέλιξη.

Ανακεφαλαιώνοντας την έννοια του ψυχικού τραύματος μπορούμε να θεωρήσουμε, ότι η έκλυσή του απαιτεί αφενός το υποκείμενο να βρίσκεται σε μια ιδιαίτερη σχέση με το εξωτερικό ή εσωτερικό αντικείμενο, κι' αφετέρου το περιβάλλον να βιώνεται ως κακό ή αφοπλιστικά εχθρικό αντικείμενο. Ως άμεσες συνέπειες διαπιστώνουμε ένα είδος ρήξης του ψυχολογικού προστατευτικού περιβλήματος του ατόμου, μια μαζική παλινδρόμηση και σύγχυση της διάκρισης μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίωσης, και τέλος την αίσθηση ότι το άτομο είναι απροστάτευτο στην ανάδυση αρχαϊκών αγχών και ιδίως άγχους αφανισμού.

2.5. Ο ρόλος του αισθήματος του αβοήθητου και της απελπισίας

Πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με το ρόλο μίας ψυχολογικής κατάστασης αντιδραστικής ή όχι, που αντιστοιχεί στην απώλεια της ζωτικότητας του ατόμου, στην απουσία ελπίδας για τη ζωή, στην απογοήτευση και στην παραίτηση. Περιγράφεται ως μια μοιρολατρική-παθητική στάση απέναντι στον καρκίνο καθώς και μεταξύ της συγκράτησης του θυμού και της αίσθησης του αβοήθητου. Οι πρώτες έρευνες γύρω από αυτό το θέμα έγιναν από τους Schmale και Iker που μελέτησαν την παρουσία αυτών των συναισθημάτων σε εξήντα γυναίκες, που παραπέμφθηκαν για βιοψία μαστού και με βάση την ύπαρξη αυτών των συναισθημάτων προσπάθησαν να προβλέψουν τα αποτελέσματα της βιοψίας πριν ακόμη αυτά ανακοινωθούν. Εντέλει, οι ερευνητές είχαν προβλέψει σωστά για τις οκτώ από τις δεκατέσσερις γυναίκες που διαγνώστηκαν με κακοήθεια.

Σε μία έρευνα οι Bahnson και Bahnson οι οποίοι μελέτησαν τη δράση των μηχανισμών άμυνας, ενέταξαν την ύπαρξη και το ρόλο της κατάθλιψης, της απώλειας και των αισθημάτων απελπισίας στις καταστάσεις που προηγούνται της εμφάνισης καρκίνου και οι οποίες συχνά χαρακτηρίζονται ως καταστάσεις αυτοεγκατάλειψης του ασθενούς και παραίτησής του από κάθε προσπάθεια διατήρησης στη ζωή.

Ωστόσο, επεσήμαναν ότι πολλοί άνθρωποι έχουν στη ζωή τους πολλές επιβαρυντικές συναισθηματικές καταστάσεις, αλλά δεν εμφανίζουν ποτέ καρκίνο.

Στην ανασκόπησή τους οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα άτομα, τα οποία εμφανίζουν καρκίνο, εξαιτίας ορισμένων μηχανισμών άμυνας έχουν οδηγηθεί σε πρώιμους τρόπους ψυχικής λειτουργίας γεγονός που προκαλεί ταυτόχρονες φυσιολογικές και βιοχημικές παλινδρομήσεις σε σωματικό επίπεδο. Θα σταθούμε λίγο στις βιοχημικές παλινδρομήσεις, οι οποίες διενεργούνται σε αυτό το επίπεδο. Σε όλα τα σπονδυλωτά έμβια φαίνεται να υπάρχει μία συνεχής αλληλεπίδραση ανάμεσα στο νευρικό και το ανοσολογικό σύστημα. Τόσο το νευρικό όσο και το ανοσολογικό, «διεγείρονται» από κάποιο ερέθισμα, το οποίο «επεξεργάζονται», «ανταποκρίνονται» σε αυτό και τις περισσότερες φορές διατηρούν «μνήμη». Σαν «διέγερση» ας φαντασθούμε κάποιο ακουστικό ή οπτικό ερέθισμα, για το νευρικό σύστημα κάποιο αντιγονικό ερεθισμό από μικρόβιο ή αλλεργιογόνο για το ανοσολογικό σύστημα, ενώ σαν «επεξεργασία», την διαδικασία μεταβίβασης του ερεθίσματος μέσα από τους διάφορους κυτταρικούς ή χημικούς σχηματισμούς· σαν «ανταπόκριση», την τελική ολοκληρωμένη λειτουργία με τη μορφή κάποιας ψυχικής αντίδρασης ή μυϊκής κίνησης από τη μεριά του νευρικού συστήματος ή με τη δημιουργία κυτταροτοξικών λεμφοκυττάρων ή την παραγωγή αντισωμάτων από τη μεριά του ανοσολογικού. Τέλος σαν «μνήμη» του νευρικού μεν συστήματος αναφέρουμε τη δυνατότητα διαφύλαξης εμπειριών και γνώσεων για την παραπέρα διανοητική εξέλιξη του ατόμου, του δε ανοσολογικού την ικανότητα διατήρησης συγκεκριμένων κυτταρικών κλώνων («μνημονικά κύτταρα») με σκοπό την παρουσία του ατόμου από την απειλή του περιβάλλοντος. Η υπόθεση λοιπόν για τα άτομα που εμφανίζουν καρκίνο είναι ότι ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας οδηγούν σε πρώιμους τρόπους ψυχικής λειτουργίας, γεγονός που προκαλεί ταυτόχρονες φυσιολογικές και βιοχημικές παλινδρομήσεις σε σωματικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα της οργανικής παλινδρόμησης είναι η εμφάνιση καρκίνου, και οι μηχανισμοί άμυνας που έχουν οδηγήσει σε ένα πρώιμο τρόπο ψυχικής λειτουργίας είναι η άρνηση και η απώθηση των συναισθημάτων. Η σύγχρονη άποψη, που υποστηρίζεται ευρέως σήμερα σχετικά με τη γένεση της νόσου του καρκίνου, επικεντρώνεται στη σωματική μεταλλαγή (somatic mutation), σύμφωνα με την οποία η γενετική αλλοίωση ή μεταλλαγή ενός μόνο κυττάρου, είναι δυνατό να προκαλέσει αλυσιδωτά την ανάπτυξη ενός συνόλου από ανάλογα

καρκινικά κύτταρα. Επισημαίνεται ωστόσο ότι η ανάπτυξη της νόσου εξαρτάται από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε ανθρώπινου οργανισμού, όπως λόγου χάρη η λειτουργία των ορμονών και γενικότερα του ανοσοποιητικού συστήματος.

Παράλληλα, η άρνηση ως μηχανισμός άμυνας στρεσογόνων καταστάσεων μελετήθηκε ως παράγοντας κινδύνου τόσο για την εμφάνιση καρκίνου, όσο και για την εξέλιξη του, συνδέοντάς την με την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών έδειξαν ότι οι ασθενείς, που πάσχουν από καρκίνο, διακατέχονται από μια έντονη τάση να απωθούν τις παρορμήσεις τους και τις εσωτερικές τους συγκρούσεις σε σχέση με άλλα άτομα. Ο μηχανισμός της *απώθησης* βέβαια περικλείει και την *επιστροφή του απωθημένου*, δηλαδή την αδιάκοπη επανεμφάνιση των απωθημένων στοιχείων σε παραμορφωμένη μορφή. Ο Φρόυντ περιγράφοντας την διαδικασία αυτή επισημαίνει ότι η επιστροφή του απωθημένου πραγματοποιείται με μετάθεση, συμπύκνωση, (σωματο)μετατροπή κ.τ.λ.

2.6. Ο ρόλος της συναισθηματικής αναστολής

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες γύρω από την περιορισμένη συναισθηματική εκφραστικότητα, που περιλαμβάνει τη μη έκφραση συναισθημάτων και κυρίως αρνητικών συναισθημάτων, όπως του θυμού, των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και η σημασία που αυτό το χαρακτηριστικό έχει στην πρόγνωση της νόσου. Τα άτομα με συναισθηματική αναστολή περιγράφονται ως συνεργατικά, μη διεκδικητικά, που απωθούν αρνητικά συναισθήματα και τα οποία αποδέχονται και συμμορφώνονται. Το 1963 οι Γάλλοι ψυχαναλυτές Marty και de M'Uzan περιγράφοντας την κλινική τους εμπειρία σχολίαζαν ότι πολλοί ασθενείς τους εμφάνιζαν αδυναμία παραγωγής φαντασιώσεων και κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων το περιεχόμενο των συνειρμών των ασθενών ήταν φτωχό, χωρίς φαντασία και προσδεδεμένο στην πραγματικότητα. Υπάρχουν επίσης αναφορές από άλλους ερευνητές, ότι «κάποιο γεγονός ή μια σοβαρή εσωτερική πίεση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχοσωματικής νόσου, όταν επιπρόσθετα το άτομο έχει κάποιο ευάλωτο όργανο ή σωματική λειτουργία (Χαρτοκόλλης 1991)».

Παράλληλα, το μη-λεχθέν, (ένα κομμάτι της συναισθηματικής αναστολής), είναι αυτό που εκτείνεται ανάμεσα στο απωθημένο και στο εκδηλωμένο, ανάμεσα σε όσα οδυνηρά κρύβουμε από τους ίδιους τους εαυτούς μας και τις λέξεις που μας κρύβουν από τους άλλους, το ανείπωτο και το ανήκουστο. Οι λειτουργίες καθώς και οι μεταμορφώσεις του μη λεχθέντος είναι αυτές που έχουν απασχολήσει και εξακολουθούν να απασχολούν τους ψυχαναλυτές. Το μη λεχθέν είναι αυτό που φοβάται το ασυνείδητο του φροϋδικού υποκειμένου, μιας πολύπλοκης ψυχικής λειτουργίας. Ο *Λόγος*, υποστηρίζει ο Λίποβατς, (1990) «ως λέγειν και ως λογική είναι το διαπερατό σύνορο ανάμεσα στο Ασυνείδητο και στη Συνείδηση ή ανάμεσα στην ορμή του έρωτα και του θανάτου...».

Κατά τη δεκαετία του 1950 έγιναν οι πρώτες συγκριτικές αναφορές γύρω από την επιβίωση των ασθενών με καταπιεσμένα καταθλιπτικά συναισθήματα και μία τάση να αποφεύγουν εντάσεις και συγκρούσεις, σε σχέση με ασθενείς οι οποίοι εξέφραζαν αρνητικά συναισθήματα, όπως ο θυμός. Οι ασθενείς λοιπόν με μικρότερο ποσοστό επιβίωσης ήσαν αυτοί που χαρακτηρίζονταν ως συναισθηματικά ανεσταλμένοι.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, με κάπως ανάλογο τρόπο διεξήχθησαν έρευνες σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού, λόγω της υψηλής συχνότητας εμφάνισης αυτής της μορφής κακοήθειας. Η διερεύνηση ύπαρξης, συσχέτισης μεταξύ ψυχολογικών παραμέτρων και εμφάνισης καρκίνου, μελετήθηκε από δύο ερευνητές τους S.Greer και T.Morris, οι οποίοι διεξήγαγαν λεπτομερείς συνεντεύξεις και σταθμισμένες δοκιμασίες σε εκατόν εξήντα γυναίκες, την ημέρα της εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο για βιοψία όγκου στο μαστό. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι οι συνεντεύξεις έγιναν πριν ακόμη γίνει η διάγνωση και οι πληροφορίες των ασθενών επιβεβαιώθηκαν από ξεχωριστές συνεντεύξεις με τους συζύγους κι' άλλους στενούς συγγενείς τους.

Τα ευρήματά τους βασίστηκαν σε συγκρίσεις μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή των εξήντα εννέα γυναικών, που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού και των υπολοίπων ενενήντα μιας γυναικών που διαγνώστηκαν με καλοήθη όγκο. Φάνηκε ότι υπήρξε μία σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάγνωσης καρκίνου του μαστού κι' ενός συγκεκριμένου τρόπου συμπεριφοράς, που περιελάμβανε τη μη έκφραση συναισθημάτων και κυρίως τη μη έκφραση θυμού.

Με σκοπό να διερευνηθεί επίσης η μοναχικότητα ή αντιθέτως η ενεργητικότητα και η συναισθηματική εκφραστικότητα, σε σχέση με την εμφάνιση καρκίνου, παρακολουθήθηκαν ενιακόσιοι-εβδομήντα-δύο γιατροί για τριάντα ολόκληρα χρόνια. Οι μοναχικοί γιατροί είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν καρκίνο απ' ότι αυτοί που ήσαν πιο εξωστρεφείς. Ανάλογα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας των Temoshok και Heller, οι οποίοι θεωρητικοποίησαν έναν τύπο C ως ένα συμπεριφοριστικό σχήμα, βασιζόμενοι στις μεταβλητές "εκφραστικότητα", "αναστολή". Τα άτομα με συμπεριφορά τύπου C περιγράφονται ως κομφορμιστικά, τα οποία απωθούν αρνητικά συναισθήματα. Η συμπεριφορά τύπου C περιλαμβάνει χαρακτηριστικά αντίθετα από αυτά του τύπου A, που έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Θα σταθούμε όμως λίγο σε μια έρευνα που έγινε στον ελληνικό χώρο γύρω από την ύπαρξη συναισθηματικής αναστολής των ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και στην οποία συμμετείχαν εκατό ασθενείς (πενήντα-εννέα άνδρες και σαράντα μία γυναίκες) καθώς και υγιείς μάρτυρες.

Συγκρίνοντας τις δύο ομάδες ως προς τις εκδηλώσεις εχθρικότητας, τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης καθώς και τα στρεσογόνα γεγονότα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες ασθενείς παρουσίαζαν χαμηλότερες τιμές στη συνολική εχθρικότητα, σε σχέση με τις υγιείς, ενώ οι άνδρες ασθενείς παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές σε σχέση με την αντίστοιχη ομάδα των υγιών ατόμων. Η εσωστρεφής εχθρικότητα (κυρίως με τη μορφή ενοχών) ήταν αυξημένη τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες ασθενείς. Οι γυναίκες ασθενείς, σε σχέση με τις υγιείς, εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές κατάθλιψης και άγχους, ενώ οι ασθενείς άνδρες, οι οποίοι παρουσίαζαν επίσης αντίστοιχες υψηλές τιμές, δεν είχαν σημαντική διαφορά από τους υγιείς.

Έχει αναφερθεί ότι βασικό κοινό χαρακτηριστικό των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο είναι η τάση για έλεγχο των συναισθηματικών αντιδράσεων και το αίσθημα του αβοήθητου και της απελπισίας. Στα πλαίσια της επανάληψης των αναγκών, όπως αναφέρει ο Daniel Lagache, υπάρχουν ανάγκες επανάληψης, ριζικά διαφορετικές και πολύ πιο θεμελιώδεις. Ο Φρόυντ υποστήριζε ότι «η επανάληψη παλαιότερων εμπειριών το πρωτότυπο των οποίων διαφεύγει στο άτομο» δεν μπορεί να εντοπισθεί σε «καθαρή κατάσταση», αλλά συναντάται

συνήθως ενισχυμένη από παράγοντες που υπακούουν στην αρχή της ηδονής. Στο έργο του «Αναστολή, Σύμπτωμα, Άγχος» ο Φρόυντ θα θεωρήσει τον ψυχαναγκασμό επανάληψης ως τον χαρακτηριστικότερο τύπο αντίστασης του ασυνειδήτου «... που συντελείται μέσω της προσέλκυσης ασυνειδήτων πρωτοτύπων προς την απωθημένη ενορμητική διεργασία».

Σε μια έρευνα του M. Watson, που είχε ως κύριο στόχο τη διερεύνηση πιθανής σχέσης μεταξύ συναισθηματικού ελέγχου, ψυχολογικής δυσανεξίας και αντιμετώπισης του καρκίνου, στην οποία συμμετείχαν τριακόσιες πενήντα εννέα γυναίκες σε αρχικό στάδιο καρκίνου του μαστού, οι οποίες εξετάστηκαν ένα με τρεις μήνες μετά τη διάγνωση, φάνηκε μια υψηλή συσχέτιση μεταξύ της τάσης για έλεγχο των συναισθηματικών αντιδράσεων και μίας μοιρολατρικής-παθητικής στάσης απέναντι στον καρκίνο, καθώς και μεταξύ της συγκράτησης του θυμού και της αίσθησης του αβοήθητου.

Βάσει των παρατηρήσεων αυτών και με σκοπό να διερευνηθεί μία ιδιαίτερη έκφραση του χαρακτηριστικού της συναισθηματικής αναστολής μέσα από τον κοινωνικό κομφορμισμό, τη συμβατικότητα και τη συμμόρφωση στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, διεξήχθη από τους Marcia Ratcliffe και τους συνεργάτες τους μία έρευνα αναφορικά με την ύπαρξη και την ένταση των συναισθηματικών αποχρώσεων. Ασθενείς με Hodgkin και Non-Hodgkin Lymphoma, οι οποίοι παρακολουθήθηκαν για πέντε χρόνια ακριβώς, φάνηκε πως είχαν πολύ υψηλή τιμή στην κλίμακα L του ερωτηματολογίου προσωπικότητας του Eysenck, κλίμακα που υποδεικνύει τη συμβατικότητα και τη στάση απέναντι στις επιθυμίες και τις απαιτήσεις των άλλων. Σύμφωνα με τους ερευνητές, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες είναι πιθανό μία υψηλή τιμή στην κλίμακα L να δεικνύει ένα συγκεκριμένο μοντέλο αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, γεγονός που σχετίζεται με την εμφάνιση και την πορεία του καρκίνου μέσω νευρο-ενδοκρινο-ανοσολογικών μηχανισμών.

Επιπλέον, από τις στατιστικές αναλύσεις σχετικά με την πρόγνωση προέκυψε, ότι οι μεταβλητές που αποτελούσαν ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα ήταν το στάδιο της ασθένειας, η τιμή στην κλίμακα L και το επίπεδο της κατάθλιψης. Εμβαθύνοντας στα αποτελέσματα φάνηκε ότι τα άτομα τα οποία είχαν πολύ υψηλή τιμή στην κλίμακα L είχαν δεκαέξι φορές περισσότερες πιθανότητες

να πεθάνουν κατά τη διάρκεια της πενταετίας, ενώ τα άτομα, που παρουσίαζαν υψηλή τιμή κατάθλιψης, είχαν έντεκα φορές περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν στην πενταετία, σε σχέση με τους ασθενείς, που το επίπεδο της κατάθλιψής τους ήταν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκαν από τους Bleiker E. M. και τους συνεργάτες τους, οι οποίοι από το 1989 έως το 1990 έστειλαν ένα ερωτηματολόγιο προσωπικότητας και καταγραφής δημογραφικών στοιχείων σε 28,940 γυναίκες, κάτοικους του Άμστερνταμ, με το οποίο τις καλούσαν να πάρουν μέρος σε ένα πρόγραμμα πρόληψης του καρκίνου του μαστού. Εκ των πολλών παραγόντων, οι οποίοι μελετήθηκαν, τρεις βρέθηκαν ότι συσχετίζονται θετικά με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού: α) η ύπαρξη κληρονομικότητας στον καρκίνο του μαστού β) η μη τεκνοποίηση (κυρίως πριν από την ηλικία των τριάντα ετών γ) και τέλος υψηλή τιμή στην κλίμακα του ελέγχου και της αδυναμίας έκφρασης των συναισθημάτων.

Ακόμη και πιο πρόσφατες σχετικά έρευνες σε σχέση με το ψυχολογικό προφίλ ασθενών με καρκίνο μαστού, συγκρινόμενο με τα αποτελέσματα των ιστοπαθολογικών τους εξετάσεων, φάνηκε πως οι γυναίκες που είχαν σαφώς διαφοροποιημένους κακοήθεις όγκους, χαρακτηρίζονταν από συναισθηματική ανασταλτικότητα και αδυναμία στην έκφραση αρνητικών συναισθημάτων.

Μία αντίστοιχη έρευνα που διεξήχθη από τον C.Jasmin, εξετάζοντας γυναίκες ηλικίας τριανταπέντε έως εξήντα πέντε, είχε ως σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ψυχοσωματικών χαρακτηριστικών και εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Πραγματοποιώντας μία ημιδομημένη συνέντευξη, όπου διερευνήθηκαν πολλοί ψυχολογικοί παράμετροι πριν από τη διάγνωση, ο ειδικευμένος σε θέματα ψυχοσωματικής συνεντευκτής έκανε μία εκτίμηση για το αν κάθε μία από τις γυναίκες που εξετάστηκαν διέτρεχε ή όχι υψηλό κίνδυνο να έχει μια κακοήθη ασθένεια. Ο δείκτης κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του μαστού προέκυψε από τη συνεκτίμηση πολλών παραγόντων, καθώς και παραγόντων όπως η ηλικία κατά την περίοδο της συνέντευξης, το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, η τεκνοποιία και η ηλικία του πρώτου τοκετού. Τελικά, δεκαεννέα από τις εβδομήντα επτά γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, φάνηκε από τα αποτελέσματα των

ιστολογικών εξετάσεων ότι έπασχαν από καρκίνο του μαστού. Από την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων βρέθηκε μία υψηλή συσχέτιση μεταξύ της ψυχοσωματικής πρόγνωσης και του δείκτη κινδύνου για καρκίνο του μαστού, ενώ ο ερευνητής επισημαίνει επίσης ότι ένα πρόσφατο άλυτο πένθος και ένα υστερικό υπόβαθρο, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου, συσχετιζόταν σημαντικά με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού.

Ωστόσο, παρά το πλήθος των μεθοδολογικά προσεγμένων και έγκυρων ερευνών, εντούτοις άλλοι ερευνητές διατηρούν μία κριτική στάση απέναντι στα θετικά και στα αρνητικά ευρήματα, υποστηρίζοντας ότι η χαρακτηριζόμενη ως προσωπικότητα με προδιάθεση για καρκίνο, υπάρχει, αλλά θα πρέπει να θεωρείται ως αποτέλεσμα και όχι ως αιτία της νόσου.

Άλλες εξίσου σημαντικές έρευνες υποστηρίζουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν περισσότερο την εξέλιξη παρά την εμφάνιση του καρκίνου. Πιο συγκεκριμένα μέρος ερευνών προσανατολίστηκαν στη μελέτη του ρόλου της συναισθηματικής δυσανεξίας, των αισθημάτων απελπισίας και της κατάθλιψης στην πορεία του καρκίνου και διαπίστωσαν ότι ασθενείς που διακατέχονταν από αγωνιστικό πνεύμα είχαν μεγαλύτερη διάρκεια επιβίωσης σε σχέση με ασθενείς που είχαν δεχθεί στωικά την κατάστασή τους ή εκδήλωναν το αίσθημα του αβοήθητου και της απελπισίας.

2.7. Αλεξιθυμική προσωπικότητα και αλεξι-ερεθιστική λειτουργία

Η έννοια της *αλεξιθυμίας* περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Π. Σιφναίο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και ορίζεται ως η ανικανότητα αποκωδικοποίησης και έκφρασης των συναισθημάτων. Αν και η αλεξιθυμία δεν αποτελεί μια σαφή παθολογική παράμετρο, ωστόσο έχει υποστηριχθεί ότι διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση σωματικών ασθενειών. Οι θεωρίες για τις ψυχοσωματικές νόσους αναφέρουν την αλεξιθυμία ως ένα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών που πάσχουν από αυτές τις ασθένειες συμπεριλαμβανομένου και της νόσου του καρκίνου. Σύμφωνα μάλιστα με τον Eysenck το άτομο που έχει περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξει καρκίνο χαρακτηρίζεται από μια καταστολή των συναισθημάτων του και μια ανικανότητα να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά το άγχος που προέρχεται από τις διαπροσωπικές

του σχέσεις ή από κάποια γεγονότα. Επίσης ο Eysenck είχε περιγράψει τον τύπο προσωπικότητας με προδιάθεση στον καρκίνο, που χαρακτηρίζεται από υποδιέγερση, έλλειψη αυτονομίας και δυσκολία να προσεγγίσει ένα στόχο ή ένα πρόσωπο με μεγάλη συναισθηματική αξία για το ίδιο, παραμένοντας απόμακρος από αυτό και απομονωμένος. Επιχειρώντας μια ετυμολογική ανάλυση της έννοιας της αλεξιθυμίας έχουμε το εξής: α + λέξ (=λόγος) + θυμός =συναισθήματα.

- τη δυσκολία αναγνώρισης και λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων,
- τη δυσκολία διαφοροποίησης μεταξύ συναισθημάτων και συγκινησιακών εντάσεων στο σώμα,
- την έλλειψη ικανότητας συμβολοποίησης, που έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία δημιουργίας φαντασιώσεων και εικονοπλαστικών διεργασιών και
- την ενασχόληση με εξωτερικά γεγονότα και όχι με εσωτερικές εμπειρίες.

Για τον Σιφναίο τα συναισθήματα (feelings) και οι συγκινήσεις (emotions) έχουν εντελώς διαφορετικό νόημα. Διαφοροποιεί τις ενστικτώδεις συγκινήσεις που αποτελούν τη βιολογική πλευρά των συναισθημάτων, η οποία τοποθετείται στο μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου, κάπου στον ιππόκαμπο και την αμυγδαλή και τα συγκινησιακά συναισθήματα, που αποτελούν την ψυχολογική πλευρά των συναισθημάτων και υποστηρίζει ότι τα ζώα βιώνουν τις ενστικτώδεις συγκινήσεις, ενώ μόνο οι άνθρωποι βιώνουν τα συγκινησιακά συναισθήματα.

Η Γαλλική Σχολή της Ψυχοσωματικής του Παρισιού με επικεφαλείς τους Marty και de M' Uzan συνέδεσαν την αλεξιθυμία με τα άτομα των οποίων ο τρόπος σκέψης τους θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως χρηστικός (pensée operatoire), εννοώντας τα άτομα εκείνα που αδυνατούν να διασυνδέουν τα συναισθήματά τους με τις διανοητικές τους αναπαραστάσεις. Κατά συνέπεια τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους και περιορίζονται σε μια απλή περιγραφή σκέψεων ή καταστάσεων χωρίς καμία συναισθηματική χροιά ή φόρτιση.

Έτσι, οι σύγχρονες προσπάθειες κατανόησης της αλεξιθυμίας εστιάζονται στις θεωρίες για τις επικοινωνιακές λειτουργίες των συναισθημάτων, λειτουργίες οι

οποίες καθορίζονται από ποικίλους γνωστικούς μηχανισμούς. Τα ευρήματα αυτών των προσπαθειών δείχνουν ότι στα άτομα με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά ορισμένοι γνωστικοί μηχανισμοί είτε δεν υφίστανται είτε δεν τίθενται σε λειτουργία, γεγονός που σημαίνει ότι δυσκολίες στη γνωστική επεξεργασία των συναισθημάτων καθιστούν τα άτομα αυτά πιο ευάλωτα στην εμφάνιση ασθενειών, ως προς τον σωματικό αντίκτυπο. Κι' αυτό, γιατί το σύνολο της συναισθηματικής έντασης, λόγω της απουσίας επεξεργασίας των συγκινήσεων, διοχετεύεται μέσα από τις σωματικές λειτουργίες και αισθήσεις.

Αντίστοιχο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η θεώρηση του M.Fain στην οποία περιγράφει την ελλειπτική παρουσία της μητέρας στον αλεξιερεθιστικό της ρόλο και σε γενικότερες γραμμές την αμβλύτητα του αλεξιερεθισμού στο περιβάλλον του βρέφους.

Ψυχοφυσιολογικές έρευνες γύρω από το στρες επισημαίνουν τη σημαντικότητα της γνωστικής μεσολάβησης στην ερμηνεία των ερεθισμάτων, θεωρώντας ότι οι γνωστικές διεργασίες μπορούν να προκαλέσουν διαφορετική συναισθηματική και ψυχοφυσιολογική απάντηση στο ίδιο ερέθισμα. Η εκτίμηση των γνωστικών διεργασιών ενός ατόμου αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την κατανόηση της φύσης των ψυχολογικών και συμπεριφοριστικών απαντήσεων. Η έκθεση ενός ατόμου με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, δηλαδή χωρίς καμία ουσιαστική επεξεργασία των όσων συμβαίνουν, σε αγχογόνους παράγοντες, απαντά σε μία επιπρόσθετη αύξηση της δραστηριοποίησης, γεγονός που προστίθεται στο αρχικό άγχος και το οποίο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ενεργοποίηση ποικίλων βιολογικών λειτουργιών. Η αλεξιθυμία λοιπόν, θεωρείται ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ της ενεργοποίησης λειτουργιών του συμπαθητικού συστήματος και της ανικανότητας γνωστικής επεξεργασίας των συναισθημάτων που βιώνει το άτομο. Οι ερευνητές στην προσπάθεια εντοπισμού και αιτιολόγησης των δυσκολιών στη γνωστική επεξεργασία καταλήγουν είτε σε διαταραχές της εγκεφαλικής οργάνωσης είτε σε δυσλειτουργικά μοντέλα επικοινωνίας των συναισθημάτων κατά την παιδική ηλικία. Οι Hoppe K. και Bogen J. παρατήρησαν ότι τα άτομα, που εκδήλωναν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, παρουσίαζαν ελλιπή διασύνδεση των δύο ημισφαιρίων. Έτσι, αναπτύχθηκε έντονο ενδιαφέρον γύρω από τυχόν διασύνδεση μεταξύ ορισμένων νευρολογικών

διαταραχών και αλεξιθυμίας, ένα ενδιαφέρον που συντονίστηκε με τη σύγχρονη προσπάθεια χαρτογράφησης του εγκεφάλου και διασύνδεσής του με την ανθρώπινη συμπεριφορά. Πολλές έρευνες προσανατολίστηκαν στην αναζήτηση νευρολογικών δυσλειτουργιών που πιθανά προκαλούσαν εμφάνιση ανάλογων χαρακτηριστικών και κατέληξαν σε συμπεράσματα που καθιστούσαν τον τρόπο διασύνδεσης των δύο ημισφαιρίων και ορισμένες δυσλειτουργίες του δεξιού ημισφαιρίου ως υπεύθυνες για την εμφάνιση αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών.

Από την άλλη μεριά, μέσα από μία διαφορετική προσέγγιση του θέματος, η αλεξιθυμία θεωρήθηκε αποτέλεσμα ανεπαρκούς ανάπτυξης της ικανότητας συμβολισμού, συνδεόμενη με τη νηπιακή προσωπικότητα, η οποία έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη ψυχοσωματικών νόσων. Αυτό το θεώρημα μας παραπέμπει στο αλεξιδιεγερτικό σύστημα, όρος που χρησιμοποιήθηκε από τον Φρόυντ, ο οποίος τον εισήγαγε στο έργο του *«Πέρα από την αρχή της ηδονής»*, και επί λέξει σημαίνει προστασία από τον ερεθισμό. Προκειμένου να αποδώσει μια προστατευτική λειτουργία, καθορίζοντας ταυτόχρονα ένα εξειδικευμένο σύστημα, ο Φρόυντ μέσα στο πλαίσιο ενός ψυχοφυσιολογικού μοντέλου υποστηρίζει την ύπαρξη προστατευτικών συστημάτων ως προς τους εξωτερικούς ερεθισμούς. Η ανάπτυξη της συμβολικής λειτουργίας στο παιδί γίνεται μέσα από τον τρόπο που η μητέρα μιλάει στο παιδί από τη βρεφική ηλικία για οτιδήποτε συμβαίνει, συνθέτοντας τη σχέση σύμβολο-συμβολιζόμενο. Διερευνώντας τις συνθήκες μέσα από τις οποίες ο αλεξιθυμικός ασθενής, ως βρέφος, επικοινωνούσε με τη μητέρα του, παρατηρούμε ότι η μητέρα του δεν μπορούσε να κατανοήσει τα συναισθήματα που βίωνε το βρέφος έτσι ώστε να του τα περιγράφει λεκτικά, αλλά αντιθέτως ανταποκρινόταν με ένα μαζικό και κατακλυσμικό τρόπο μη αφήνοντας στο βρέφος το χρόνο που του ήταν απαραίτητος για να επεξεργαστεί όλα αυτά τα ερεθίσματα.

Ο D. W. Winnicott (1896-1971), παιδίατρος και ψυχαναλυτής αναζήτησε και σκιαγράφησε με μεγάλη γλαφυρότητα την πρώιμη ψυχική λειτουργία και τον σημαντικό ρόλο της μητέρας, η οποία ανταποκρινόμενη και προσαρμοσμένη στις ανάγκες του βρέφους της, επιτελεί έτσι με επιτυχία τη λειτουργία του «κρατήματος» (holding), η οποία είναι το κύριο έργο της «αρκετά καλής και αφοσιωμένης μητέρας». Η λειτουργία του «κρατήματος» σύμφωνα με τον ίδιο είναι φυσική στη μητέρα από την *πρωταρχική μητρική της έγνοια* (1956) και βασίζεται

στη μητρική διαίσθηση μάλλον παρά στην κατανόηση. Το «κράτημα» συνδέεται άμεσα με την ικανότητα της μητέρας να ταυτοποιείται με το βρέφος της και αποτελεί βασικό συστατικό της φροντίδας του παιδιού.

Στην ανασκόπηση της έννοιας της αλεξιθυμίας, ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν, ότι σε ορισμένες περιπτώσεις κάποια από τα χαρακτηριστικά της μπορεί να εμφανιστούν σαν ένας ομοιοστατικός μηχανισμός, σαν μια μορφή άμυνας σε συναισθήματα, όπως η κατάθλιψη, τα οποία έπονται έντονων ψυχοτραυματικών γεγονότων ή σε καταστάσεις, όπου το άτομο βομβαρδίζεται από συναισθήματα που δεν προλαβαίνει να τα επεξεργαστεί. Στις περιπτώσεις αυτές, όσο βελτιώνεται η κατάσταση του ατόμου κι' όσο επιτυγχάνεται η επεξεργασία και η αντιμετώπιση των ερεθισμάτων, τόσο εξασθενεί και η εκδήλωση ανάλογων χαρακτηριστικών.

Έρευνες που έχουν γίνει μεταξύ της αλεξιθυμίας, ανοσοποιητικού συστήματος και εμφάνισης καρκίνου, παρατήρησαν ότι έχουν θετική συσχέτιση μεταξύ αλεξιθυμίας και χαμηλής δράσης του ανοσοποιητικού συστήματος, καθώς και μεταξύ αλεξιθυμίας και ενδοεπιθυλιακής τραχηλικής νεοπλασίας. Η στατιστική ανάλυση κατέδειξε, ότι τα άτομα με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σε μία στρεσογόνο κατάσταση «ενεργοποιούν» ένα μηχανισμό, τη λεγόμενη συμπαθητικό-αδρεναλινική δραστηριότητα.

Από μία αντίστοιχη έρευνα που έγινε στον Ελλαδικό χώρο, σε γυναίκες που ελέγχονταν για καρκίνο του μαστού, με στόχο τη διερεύνηση παραγόντων όπως η αλεξιθυμία και η εχθρικότητα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού αντιλαμβάνονταν και αντιδρούσαν σε διάφορα γεγονότα και καταστάσεις με μια σπάνια εξωτερίκευση των συναισθημάτων τους για τους άλλους σε σύγκριση με τον υγιή γυναικείο πληθυσμό. Άλλοι ερευνητές εστιάστηκαν περισσότερο στην εκτίμηση της πορείας και της έντασης των συναισθημάτων σε συνάρτηση με την αλεξιθυμία, σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο. Παρατήρησαν ότι τα άτομα με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά υπέφεραν από έντονους και μακροχρόνιους πόνους σε σχέση με τους ασθενείς που δεν είχαν τα ανάλογα χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Ωστόσο, αρνητικές κριτικές παρουσιάζουν, ότι η ανασταλτικότητα στη συναισθηματική αντίδραση αποτελεί αντίδραση στη νόσο κι' όχι χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που πιθανά να προδιαθέτει ένα άτομο σε καρκίνο. Επίσης, κριτικές ασκήθηκαν για την βεβαιότητα ύπαρξης ακριβές λεκτικού αναλόγου για κάθε είδος συναισθήματος (όπως υποστηρίζεται ότι οι ογκολογικοί ασθενείς έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό), ενώ άλλοι ερευνητές απέδωσαν τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σε κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες και σε πολιτισμικές διαφορές.

Εν συντομία θα μπορούσε κανείς να πει ότι η αλεξιθυμία αποτελεί χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, το οποίο είναι αλληλένδετο με το σύνολο της προσωπικότητας ενός ατόμου.

Πρόκειται λοιπόν για ένα άτομο που δίνει την εντύπωση μίας σωστής κοινωνικής προσαρμογής και δεν παρουσιάζει νευρωσική η ψυχωσική οργάνωση. Για τον ψυχοσωματικό ασθενή το σώμα του είναι ένα θύμα, υποφέρει στη σάρκα του.

Η απουσία φαντασιωτικής ελευθερίας, σύμφωνα με την IPSO (Ψυχοσωματική Σχολή των Παρισίων) αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά. Οι ονειροπολήσεις όπως και η ονειρική ζωή είναι φτωχές, υπάρχει πτώχευση των διαπροσωπικών ανταλλαγών, η οποία συνδέεται με αποξήρανση και σκλήρυνση της έκφρασης με τον λόγο, κατά τέτοιο τρόπο ώστε τα ασυνείδητα κύματα δεν φαίνεται να ταράζουν συνήθως τη λεία επιφάνεια ενός φαινομενικά απλού συνειδητού.

Με μία λέξη έχουμε την εντύπωση ότι το άτομο έχει αποκοπεί από το ασυνείδητό του: το φαντασιωσικό υπόστρωμα της πρώτης παιδικής ηλικίας, μείγμα αισθήσεων και συναισθημάτων, ξένο προς τη λογική, αδιάφορο σε μεγάλο βαθμό για την πραγματικότητα, κρατιέται σε απόσταση ή μοιάζει σαν να απουσιάζει. Εξετάζοντας συνολικά την εξέλιξη της προσωπικότητας έχουμε την εντύπωση ότι μια αδιαπέραστη δια-τείχιση έχει εγκατασταθεί μεταξύ των διαφόρων επιπέδων της. Από αυτό προκύπτει αυτή η αδυναμία του ασυνειδήτου να εκφρασθεί με τη μορφή αναπαραστάσεων.

Η ψυχοσωματική νοσογραφία του ενηλίκου αφορά στις δομές της προσωπικότητας που διαχωρίζονται από τις κλασικές ψυχικοποιημένες και καλά συγκροτημένες οργανώσεις, του τύπου της νεύρωσης ή της ψύχωσης. Αυτές οι ποικίλες δομές χαρακτηρίζονται από την ευθραυστότητά τους απέναντι σε τραυματισμούς που υπό την επίδρασή τους παράγεται η σωματική αποδιοργάνωση.

Όπως σε κάθε ψυχοσωματική μέθοδο, πρέπει να φωτισθούν η προσωπικότητα των ασθενών, η ποιότητα των παθογενετικών αλληλενεργειών και γεγονότων, και οι ψυχολογικές διαδικασίες της σωματοποίησης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΡΧΕΓΟΝΟΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΥΡΗΝΕΣ

Ο τρόπος που ο άνθρωπος αντιμετωπίζει το θάνατο,
τον διαφοροποιεί από το ζώο ακόμη πιο θεαματικά,
από ότι, η χρήση των εργαλείων, ο εγκέφαλος, η γλώσσα.
L'homme et la mort
Edgar Morin

3.1. Σχέσεις μητέρας-βρέφους σύμφωνα με τη "θεωρία του δεσμού" του Bowlby, και άλλων θεωρητικών σχημάτων

Η ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου εξαρτάται σύμφωνα με τον Bowlby από τα πρώτα χρόνια ζωής ενός παιδιού του οποίου η σχέση με ένα αντικείμενο, ακόμη και αν αυτό είναι ανεπαρκές, είναι προτιμότερη από την καθολική απουσία αντικειμένου, η οποία οδηγεί σε αποδιοργανωτικό άγχος. Γι' αυτό και οι θεωρητικές αναζητήσεις γύρω από την αιτιολογία της κατάθλιψης υποδηλώνουν ότι είναι το αποτέλεσμα μιας σχέσης που ξαφνικά κενώνεται από τη συναισθηματική της πληρότητα κατά τη διάρκεια της ζωής ενός παιδιού.

Προτού προσπαθήσουμε να ερευνήσουμε την έννοια «δεσμός» καθώς και άλλα θεωρητικά σχήματα, ας δούμε τι εννοούμε ακριβώς χρησιμοποιώντας τη λέξη βρέφος. Η λέξη βρέφος, η οποία προέρχεται από το λατινικό infans, υποδηλώνει το «μη ομιλούν», και κατά συνέπεια η βρεφική ηλικία είναι η περίοδος, η οποία προηγείται της αναπαράστασης λέξεων και της χρήσης λεκτικών συμβόλων. Ως εκ τούτου, αυτή η περίοδος αναφέρεται σε μια φάση που το βρέφος είναι εξαρτημένο από τη μητρική φροντίδα η οποία βασίζεται στο ότι η μητέρα συμμερίζεται μάλλον παρά κατανοεί τι εκφράζει το βρέφος ή μπορεί να εκφράζει λεκτικά.

Τι όμως εννοεί ο Bowlby αναφερόμενος στην έννοια δεσμός; Παραμένοντας στο πλαίσιο των σχέσεων αντικειμένου έδωσε μεγάλη έμφαση στη σπουδαιότητα των πρώτων εμπειριών προσκόλλησης του βρέφους, για την ανάπτυξη καταθλιπτικής προδιάθεσης αργότερα στη ζωή του. Τα νεογέννητα, σύμφωνα πάντα με τον ίδιο, έχουν μια έμφυτη τάση να αναζητούν κίνητρα και διέγερση και ενθαρρύνουν την προσκόλληση σε σημαντικά αντικείμενα, τα οποία μπορούν να προσφέρουν προστασία και υποστήριξη. Ο δεσμός λοιπόν προϋποθέτει

πάντα κάποιο αγαπητό πρόσωπο με το οποίο το παιδί μπορεί να ταυτισθεί και να ανταποκριθεί στις ανάγκες του. Ας δούμε λοιπόν πώς εγκαθιδρύεται, αναπτύσσεται ή και υπολειτουργεί η σχέση ανάμεσα στο βρέφος και τη μητέρα του, καθώς και την μετέπειτα εξέλιξη του.

Η περίοδος κυοφορίας του εμβρύου, καθώς και οι πρώτοι μήνες ζωής του βρέφους, είναι πολύ σημαντικοί λόγω της ολοκληρωτικής εξάρτησής του από το περιβάλλον. Το νεογέννητο, το οποίο διαθέτει στοιχειώδη ψυχισμό, είναι πιο κοντά στο φυσιολογικό παρά στο ψυχολογικό, εφόσον η εκπλήρωση των στοιχειωδών αναγκών του, πείνα, ύπνος, σωματική φροντίδα, αντλούνται από τη σχέση με τη μητέρα του (ή με ένα ενήλικο σταθερό πρόσωπο). Εντούτοις, το νεογέννητο δεν είναι ένας παθητικός αποδέκτης αλλά ενεργός εταίρος, ικανό να αλληλεπιδρά και να συναισθάνεται τις ψυχικές διακυμάνσεις και επενδύσεις της μητέρας του. Γι αυτό πολύ πιθανά τα βρέφη αναπτύσσουν συμπεριφορές, όπως το κλάμα, το χαμόγελο, το πιπίλημα και το τονικό αντανακλαστικό σύλληψης (grasping reflex), τα οποία λειτουργούν με στόχο να αποσπάσουν φροντίδα και να εξασφαλίσουν την ανάπτυξη των δεσμών προσκόλλησης με τους ενήλικες.

Παράλληλα, ένας άλλος ψυχαναλυτής, ο W.Bion, αναφερόμενος στην αρχαϊκή σχέση μητέρας-βρέφους, θεωρεί ότι το σημαντικότερο κομμάτι στη λειτουργία της σχέσης αυτής είναι να φτιαχτεί αυτός ο ψυχισμός εκ μέρους της μητέρας, που θα σκέφτεται και θα περικλείει τις σκέψεις του βρέφους. Αυτήν την επικοινωνία ο Bion την ονόμασε με μια μεταφορά ως «περιέχον» (container)/ «περιεχόμενο» (contained). Η διπολική αυτή θέση αφορά στην πολύ πρώιμη σχέση του βρέφους με το στήθος της μητέρας, μέσα από την οποία το βρέφος κατευθύνει τα άγχη του στο στήθος. Σε περίπτωση που το στήθος της μητέρας είναι καλό, δηλαδή είναι μια μητέρα που έχει την ικανότητα να αντέχει τα άγχη του βρέφους της, τότε διασφαλίζεται μια καθησυχαστική επικοινωνία · σε περίπτωση που μια μητέρα είναι πολύ αγχώδης και αδύναμη να κρατήσει τις επιθετικές και αγχώδεις πλευρές του βρέφους της, τότε οι προβολές της, ανεπεξέργαστες πια, επιστρέφουν στο ίδιο το βρέφος αυξημένες κατακλύζοντας το αρχαϊκό του *Εγώ*.

Ο D. W. Winnicott, ένας προοδευτικός παιδίατρος για την εποχή του, και ένας μεταγενέστερος σύγχρονος ψυχαναλυτής, θέλοντας να διατυπώσει τη σπουδαιότητα στη φροντίδα του βρέφους, τονίζοντας τη σημαντικότητα στο ρόλο

της μητέρας (περιβάλλον), διατύπωσε την περίφημη φράση: «...δεν υπάρχει αυτό που ονομάζουμε βρέφος...» και ακολούθως, «όταν έχουμε ένα βρέφος έχουμε συγχρόνως και τη μητρική φροντίδα και χωρίς τη μητρική φροντίδα δεν θα υπήρχε βρέφος». Η *«υποστήριξη-του-Εγώ»* της μητρικής φροντίδας δίνει στο βρέφος τη δυνατότητα να ζήσει και να αναπτύξει, ότι καλό και κακό υπάρχει στο περιβάλλον, παρόλο που δεν είναι ακόμη ικανό να το ελέγξει ή να νιώσει υπεύθυνο. Κύριο χαρακτηριστικό στην περίοδο ανάπτυξης του *«Εγώ»* είναι η *«απαρτίωση»*, σύμφωνα με την οποία το *Εγώ* κυριαρχεί στο *αυτό*, έτσι ώστε οι *ικανοποιήσεις-του-αυτό* να γίνονται *ενισχυτές-του-Εγώ*. Έτσι το βρέφος γίνεται ικανό για την εμπειρία του άγχους, που συνδέεται με τον κατακερματισμό. Αυτό συνιστά επίτευξη υγιούς ανάπτυξης και στη βρεφική ηλικία υπάρχουν πολλές παραλλαγές ανάλογα με τη σχετική αποτυχία αυτής της επίτευξης.

Η θεωρία της «σχέσης γονέα-βρέφους» (1960), σύμφωνα πάντα με τον Winnicott, αφορά κατά το ένα ήμισυ το βρέφος και κατά το άλλο ήμισυ τη φροντίδα της μητέρας δηλαδή την ανταπόκρισή της στις ειδικές και αναπτυσσόμενες ανάγκες του βρέφους προς τις οποίες είναι προσανατολισμένη. Η θεωρία της σχέσης αυτής αφορά επίσης τη διαδρομή από την απόλυτη εξάρτηση, μέσω της σχετικής εξάρτησης, στην ανεξαρτησία, και παράλληλα τη πορεία από την *«αρχή της ευχαρίστησης»* στην *«αρχή της πραγματικότητας»* και από τον *«αυτοερωτισμό»* στις *«σχέσεις αντικειμένου»*.

Εάν λοιπόν για κάποιους λόγους δεν ανέπτυξαν ισχυρούς δεσμούς προσκόλλησης στα πρώτα στάδια της ζωής τους, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν αργότερα ψυχικές διαταραχές.

Ο R. Spitz, υποστηρικτής της λεγόμενης γενετικής ψυχανάλυσης, περιγράφει τρεις στιγμές κρίσιμες για την οργάνωση και την ανάπτυξη τόσο της προσωπικότητας βρέφους όσο και για την εμφάνιση μίας παθολογίας: ο τρίτος μήνας, $6^{ος}$-$8^{ος}$ μήνας, και μέσα του δεύτερου έτους. Η μετάβαση πραγματοποιείται από την πλήρη εξάρτηση σε μία συμβιωτική σχέση, στη σταδιακή αυτονόμηση.

Για το βρέφος λοιπόν, του οποίου η ψυχική οργάνωση είναι ανολοκλήρωτη, η αλληλενεργούσα λειτουργία εξασφαλίζει την ψυχοσωματική του ισορροπία.

Ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα των σχέσεων μητέρας-βρέφους δόθηκε κι' από τον Marty, ο οποίος υποστήριξε, ότι η μορφή και ο βαθμός της ψυχικοποίησης (mentalisation) θα εξαρτηθεί μέγιστα από την καλή ή κακή συναισθηματική συνοδεία (accompagnement affectif) με την οποία θα τροφοδοτηθεί το παιδί από την μητέρα του. Η εν λόγω συναισθηματική συνοδεία πληροί ναρκισσιστικά το υποκείμενο, με αποτέλεσμα την προαγωγή των σχέσεων με το αντικείμενο.

Παράλληλα, ενδιαφέρον έχουν οι έννοιές του περί «προγραμματισμού» και «αυτοματισμού». Η πρώτη ορίζει την ικανότητα του παιδιού να επενδύει στη μητέρα του, αναγνωρίζοντάς την μέσα στα πλαίσια των έμφυτων προγραμματισμών. Ο αυτοματισμός υποδεικνύει τις αλλεπάλληλες λειτουργίες που πραγματοποιούνται η μία δίπλα στην άλλη σε μία σχετική ανεξαρτησία. Αυτός ο συντονισμός κατοχυρώνεται από την ομαλή διαχείριση των μητρικών φροντίδων.

Φαίνεται λοιπόν ότι η ενέργεια την οποία ασκεί το παιδί στην μητέρα του είναι εξίσου σημαντική με την ενέργεια η οποία ασκείται στο ίδιο το παιδί από τη μητέρα του.

Η ποιότητα λοιπόν των σχέσεων μητέρας-παιδιού, η ευλυγισία, και η σταθερότητα, προάγουν μια ψυχική λειτουργία χωρίς ανεπάρκειες, κατέχοντας έτσι μια ουσιαστική θέση μεταξύ των αμυνών που θα αναπτυχθούν, έτσι ώστε να αντιτίθενται στην ψυχοσωματική αποδιοργάνωση. Ας δούμε λοιπόν πώς η ψυχική οικονομία του παιδιού συνδέεται με την ψυχική τρωσιμότητα του αυριανού ενήλικα.

3.2. Η ψυχοσωματική του παιδιού και η σχέση του με τον ψυχοσωματικό ενήλικα

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγχρονη ψυχοσωματική θεωρία του βρέφους και του παιδιού, η οποία υποστηρίζει ότι οι πρώιμες φάσεις της παιδικής ηλικίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τις ενδεχόμενες ρήξεις της οργάνωσης του μελλοντικού ενήλικα.

Η συνεισφορά της ψυχοσωματικής θεωρίας στηρίζεται κυρίως στην διερεύνηση τριών παράλληλων οδών που επιτρέπουν τη κατανόηση της:

(i) τις ιδιαίτερες συνθήκες του περιβάλλοντος και τον πιθανό τραυματικό ρόλο που διαδραματίζουν,

(ii) τις ψυχοσυναισθηματικές δομές, οι οποίες είναι καθοριστικές λόγω της πιθανής ευαλώτητας της προσωπικότητας των ατόμων απέναντι σε μια ψυχοσυναισθηματική αποδιοργάνωση,

(iii)και τους ψυχικούς μηχανισμούς σωματοποίησης, που συνίστανται στη κατάθλιψη (ενός ειδικού τύπου) αφενός και στις εξάρσεις της διέγερσης αφετέρου.

Τα παιδιά λοιπόν που πλήττονται περισσότερο από σωματικές αποδιοργανώσεις, σύμφωνα πάντα με τη ψυχοσωματική θεωρία, είναι αυτά που εμφανίζουν σοβαρές ελλείψεις στην ψυχική τους οργάνωση. Αυτές οι καταστάσεις απουσίας οργάνωσης, λόγω του ελλείμματος (τραύματος), συγγενεύουν με τη γενική εικόνα των πολύ σοβαρών συναισθηματικών ελλείψεων. Γι' αυτό, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη σωματική παθολογία της ελλιπούς σχέσης και της συναισθηματικής στέρησης· πιο συνηθισμένοι όσο αφορά τις επώδυνες επιπτώσεις τους είναι:

- οι επαναλαμβανόμενοι χωρισμοί στα μικρά παιδιά, οι οποίοι είναι καθοριστικοί για το μέλλον της ψυχικής τους ισορροπίας, επειδή αγγίζουν το συναίσθημα της ψυχικής τους ασφάλειας, το οποίο είναι θεμελιώδες
- αλλεπάλληλες δυσμενείς εμπειρίες, οι οποίες οξύνουν το άγχος αποχωρισμού το οποίο αντί να ελαττώνεται κατά την επανάληψη του, ενισχύεται.
- επιπρόσθετα, οι ρήξεις ακρωτηριάζουν ή στρεβλώνουν το δεσμό με τη μητέρα μέσα στο σύστημα των σχέσεων όπου η συνέχεια είναι η βασική προϋπόθεση για μια αρμονική εξέλιξη και η ασυνέχεια η αφετηρία για μια αποδιοργάνωση.

Οι πρώιμες λοιπόν φάσεις ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του βρέφους είναι βασικές για τη μετέπειτα εξέλιξη του.

Σε αντίθεση λοιπόν με την ομαλή εξέλιξη του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και στο βρέφος, μέσω του οποίου εν συνεχεία το άτομο επιζητά την αγάπη και τη

φροντίδα των άλλων, στην αντίπερα όχθη συναντάμε ένα πρότυπο συμπεριφοράς δεσμού διαμετρικά αντίθετο, το οποίο συνδέεται με μία καταναγκαστική αυτοδυναμία ή (και) καταναγκαστική προσφορά και φροντίδα. Τα άτομα που εμφανίζουν ένα τέτοιο πρότυπο συμπεριφοράς έχουν βαθιά έλλειψη εμπιστοσύνης στις στενές σχέσεις, αισθανόμενα τρομοκρατημένα μόνο και στην ιδέα ότι θα βασιστούν σε κάποιον άλλον, λόγω του ασυνείδητου φόβου απόρριψής τους από τους άλλους και του συνεπαγόμενου πόνου. Τα άτομα αυτά είναι συνήθως άκαμπτα και φλεγματικά, με μία ψεύτικη πεποίθηση ότι μπορούν να κάνουν τα πάντα ανεξάρτητα από συνθήκες. Αυτά τα άτομα είναι επιρρεπή σε κατάρρευση υπό το κράτος της έντασης, με επακόλουθα ψυχοσωματικά συμπτώματα ή κατάθλιψη.

Η μη εκφρασμένη επιθυμία για αγάπη και υποστήριξη πηγάζει επίσης σύμφωνα με τον Bowlby, από τη σχέση τους με μια μητέρα, η οποία εξαιτίας της κατάθλιψης της ή άλλης ανικανότητας δεν ήταν σε θέση να φροντίσει το παιδί, ενώ ταυτόχρονα η ίδια επιζητούσε να τη φροντίζουν. Η μητέρα παρουσιάζεται συχνά να θέλει την αποκλειστικότητα, υποκινούμενη από την ανάγκη να κρατήσει το παιδί υπό προστατευτική κυριαρχία, η οποία απομακρύνει τον πατέρα.

Έτσι το παιδί μεγαλώνοντας αποκομίζει την πεποίθηση ότι, για να δημιουργήσει συναισθηματικό δεσμό, πρέπει το ίδιο να παράσχει φροντίδα, και ότι η μόνη φροντίδα που μπορεί να έχει είναι από τον ίδιο του εαυτό. Επιπρόσθετα, σε αυτές τις περιπτώσεις συναντάμε μεγάλη ποσότητα λανθάνοντος θυμού εναντίον των γονιών, επειδή δεν πρόσφεραν την αγάπη και την φροντίδα που χρειάζονταν. Ταυτόχρονα τα άτομα αυτά βιώνουν πολύ άγχος και ενοχή για την έκφραση αυτών των επιθυμιών. Ο Winnicott υποστήριξε ότι τα άτομα αυτά έχουν αναπτύξει ένα «ψεύτικο εαυτό» λόγω της ελλείπουσας μητρικής φροντίδας που δέχθηκαν ως παιδιά.

Η γνώση λοιπόν της ψυχοσωματικής οικονομίας του παιδιού και η σχέση του με τον αυριανό ενήλικα προέρχεται από δύο πηγές, οι εκβολές των οποίων όμως συναντιούνται: αφενός από την ψυχοσωματική παθολογία των ενηλίκων, μέσω μίας ανάστροφης διαδικασίας που πηγαίνει από το καλύτερα οργανωμένο προς το λιγότερο συγκροτημένο, και αφετέρου από την άμεση παρατήρηση του παιδιού που βρίσκεται σε ψυχοσωματική δυσχέρεια. Αυτό συμβαίνει γιατί η

ανακατασκευή του παρελθόντος, που είναι το αποτέλεσμα της ψυχανάλυσης του ενήλικα ασθενούς θα πρέπει να προσαρμοστεί στο παρόν του.

Η σχετική βιβλιογραφία αναφέρεται στην ύπαρξη της κλινικής εμπειρίας με παιδιά που βρίσκονται σε θεραπεία, αποδεικνύοντας τη συχνότητα και τη βαρύτητα των διαταραχών σε περιπτώσεις όπου έχουν προκύψει ρήξεις στο παρελθόν κατά την πρώιμη παιδική ηλικία· το παιδί, το οποίο συχνά τοποθετείται κάπου καταχρηστικά, επανατοποθετείται, ή και μετατίθεται, σύγχρονη μορφή εξορίας και υφίσταται ανεξήγητες ή υποχρεωτικές αλλαγές των προσώπων που το φροντίζουν, επειδή οι γονείς δεν σκέφτηκαν σωστά ή δεν έλαβαν τα κατάλληλα μέτρα, καθώς και επαναλαμβανόμενες νοσηλείες. Όλες αυτές οι συνθήκες ασυνέχειας, αποτελούν μερικούς από τους σημαντικότερους ψυχοπαθογενείς παράγοντες. Συνιστούν σήματα κινδύνου κοινωνικής αδυναμίας, οικογενειακών δυσκολιών και ψυχικής ανεπάρκειας των γονιών.

3.3. Αντικειμενότροπες σχέσεις και αυτορυθμιστική ομοιόσταση

Μία θεμελιακή μοναδικότητα στην προσωπικότητα ενός ατόμου είναι ο τρόπος σύναψης σχέσης με τον άλλο και οι παρεκκλίσεις τις οποίες παρουσιάζει. Αυτές οι ανωμαλίες τις αντικειμενοτρόπου σχέσης σύμφωνα με τον Marty, βρίσκουν την έκφραση τους στην χρηστική σκέψη και στον τρόπο συμπεριφοράς αυτών των ατόμων απέναντι στη πραγματικότητα.

Η σκέψη είναι σαν μια διαδοχή λειτουργιών κολλημένων στην υλικότητα των γεγονότων, αποκομμένων από το ασυνείδητο. Η χρηστική ζωή είναι ένας τρόπος λειτουργίας μερικές φορές διαρκής, αλλά τις περισσότερες φορές επεισοδιακός, πρόκειται για "προσωρινά περάσματα", δείκτες μίας αποδιοργάνωσης, ιδιαίτερα υπό τη μορφή της πρωτογενούς κατάθλιψης. Εξαιτίας αυτής της χρηστικής σκέψης, προκύπτει μία ανικανότητα προβολής, η οποία διαποτίζει την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων. Ο ψυχοσωματικός ασθενής περιγράφεται κλεισμένος σε ένα όστρακο υλικότητας, ανίκανος να αντιληφθεί τον άλλο διαφορετικά παρά μόνο με τη μορφή ενός αναδιπλασιασμού του εαυτού του.

3.4. Ανεπαρκείς ψυχικές δομές και σωματική τρωσιμότητα

Τα απωθημένα συναισθήματα και ενορμήσεις θεωρούνται η σωματική συνέπεια μίας ψυχοσωματικής διαταραχής. Για τον ψυχοσωματικό ασθενή το σώμα του είναι ένα θύμα, υποφέρει στη σάρκα του.

Η Ajuriaguerra θεωρεί ότι οι ψυχοσωματικές ασθένειες χαρακτηρίζονται από παροδική ή διαρκή σωματική αποδιοργάνωση, της οποίας η γέννηση ή η ανάπτυξη περιλαμβάνει μια αιτιολογία ψυχολογικής τάξης είτε εν ενεργεία είτε παλινδρομικής φύσης, που καθιστά εμφανείς πρώιμες ψυχοβιολογικές οργανώσεις.

Στο υπόβαθρο αυτής της ποικιλίας μπορούμε να αναγνωρίσουμε ορισμένα κοινά σημαντικά χαρακτηριστικά: μεγάλη συναισθηματική ευθραυστότητα, ένταση αναγκών, μη ανοχή απέναντι σε συγκρουσιακές καταστάσεις, απώθηση των επιθετικών ενορμήσεων και άρνηση της επιθετικότητας στον άλλο.

Αυτή η συναισθηματική διάθεση μπορεί να αποκτηθεί πολύ νωρίς υπό παθογενετικές επιδράσεις που σημαδεύουν τις σχέσεις του παιδιού με το περιβάλλον του (όπως ήδη προαναφέρθηκε).

Η διαταραχή με σωματική έκφραση εξαιτίας της ψυχολογικής της διάστασης παρουσιάζεται σαν ένας πίνακας με δύο όψεις, μία οργανική και μία ψυχολογική, όπως αυτά τα έργα ζωγραφικής σε δίπτυχο, όπου η κάθε όψη διαφωτίζει την έννοια της άλλης, κι' αν επισκιαστεί η μία, το έργο χάνει το νόημά του.

Η σωματική έκφραση κατατάσσεται ως μία εκδήλωση ενός κλινικού σκηνικού, της παθολογίας του ατόμου. Οι άλλες δύο πολύ σημαντικές εκδηλώσεις είναι αφενός η συμπεριφορά, και αφετέρου η ψυχική οδός, μέσα από μία ψυχικοποιημένη έκφραση νευρωτικού τύπου. Στην ψυχοσωματική θεώρηση, με τον όρο "ψυχικοποίηση" (mentalisation), εννοούμε τους μηχανισμούς μέσω των οποίων ο ψυχισμός διασφαλίζει την ανάδυση και επιτυγχάνει τη ρύθμιση των ασυνείδητων, ενορμητικών και ενστικτωδών, λιβιδινικών και επιθετικών μορφών ενέργειας.

Η συνδεόμενη λοιπόν με συναισθήματα και συγκινήσεις εκφόρτιση, η οποία μεταφέρεται "άσχημα" και είναι ελάχιστα ή καθόλου επεξεργασμένη από τις ψυχικές λειτουργίες, φαίνεται ότι δεσμεύεται ταχέως στη σωματική οδό.

Τα πάντα λοιπόν συμβαίνουν, ως το σώμα να είναι το σημείο της άμεσης επίπτωσης αποχαλινωμένων ενορμητικών φαινομένων, ως οι ενορμήσεις, στερούμενες τη δυνατότητα να μεταβολισθούν σε μια ψυχική έκφραση, να υιοθετούν την υπόγεια οδό των οργάνων.

Μεταξύ των μηχανισμών αυτών κυριαρχεί και η απουσία ικανότητας αναπαράστασης, και, όταν υφίσταται, οι ενορμητικές αναδύσεις μετατρέπονται σε συμβολικές απεικονίσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η αξιολόγηση της ψυχικοποίησης να στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην εκτίμηση των ικανοτήτων αναπαράστασης.

Παράλληλα γνωρίζουμε ότι οι λειτουργικές διαταραχές αποτελούν τη συγκρουσιακή έκφραση της πρώιμης ψυχοπαθολογίας, ενώ η άλλη της πλευρά συνίσταται στη στέρηση και στην έλλειψη, στο κενό σχέσεως.

Είναι εμφανές ότι η μορφή και η σοβαρότητα της ποιότητας των σωματικών αντιστάσεων ενός υποκειμένου απέναντι στις επιθέσεις που δέχεται, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη σταθερότητα της ψυχικής του συγκρότησης. Η αποδιοργάνωση των ψυχικών αμυνών προκαλεί και την αποδιοργάνωση των βιολογικών αντιστάσεων.

Αυτή η τελευταία έννοια μάς οδηγεί στην προσπάθεια να διακρίνουμε τις ευάλωτες ψυχικές δομές, που είναι επιρρεπείς στη σωματική αποδιοργάνωση, όταν δέχονται διάφορες επιθέσεις. Εφόσον δεν είναι δυνατόν να επιτευχθεί η αποκατάσταση μέσα από την ψυχική διεργασία, αυτού του είδους τα άτομα εκπίπτουν στη σωματική αποδιοργάνωση.

Μία δομή προσωπικότητας, που καταφεύγει στη λύση μέσα από την εκτονωτική συμπεριφορά κατ' αυτόν τον τρόπο, σηματοδοτεί την ύπαρξη ψυχοσωματικής παθολογίας, την ανεπιτυχή οργανωμένη προσωπικότητα

βρισκόμενη στον πυρήνα της στέρησης και της έλλειψης, με την εξασθένηση των ικανοτήτων φαντασιωτικής και ονειρικής επεξεργασίας.

Η ψυχοσωματική παθολογία αφορά στις οργανικές αποδιοργανώσεις, ανατομικές και λειτουργικές, των οποίων η γένεση και η εξέλιξη μαρτυρούν την προεξάρχουσα θέση της ψυχολογικής συμμετοχής. Σε όλες τις ηλικίες, μία επαρκής ψυχική λειτουργία, η οποία πηγάζει από μία πλήρη συναισθηματική ιδιοσυστασία, ισορροπημένη και σταθερή, κατέχει θεμελιώδη θέση μεταξύ των αμυνών, που αντιτίθενται στην ψυχοσωματική αποδιοργάνωση. Αυτή η πολύ σημαντική θέση προκύπτει από την αναγνώριση στον ενήλικα ευάλωτων ψυχικών δομών ως προς τη σωματική αποδιοργάνωση. Προέρχεται επίσης από τη διασαφήνιση των μηχανισμών της ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης και κυρίως της κατάθλιψης. Η πρώτη περιγραφή μίας τέτοιου είδους δομικής λειτουργίας, ήταν η περιγραφή της χρηστικής σκέψης (pensée opératoire)· δηλαδή η ανικανότητα φαντασιωτικής ελευθερίας και ονειρικής ζωής, μία λευκή σχέση που παγώνει τις διαπροσωπικές συναλλαγές, συνθήκες, που αποδεικνύουν την ανικανότητα του ασυνειδήτου να αναδυθεί μέσω των αναπαραστάσεων. Έτσι, η φόρτιση που συνδέεται με τις λιβιδινικές και επιθετικές ενορμήσεις, οι οποίες δεν υφίστανται διεργασία και δεν βρίσκουν ψυχική διέξοδο μέσω του ψυχισμού, περνάει πολύ γρήγορα στη σωματική διέξοδο.

Η χρηστική σκέψη, ή καλύτερα χρηστική ζωή, δεν αφορά στο είδος της προσωπικότητας, αλλά σε ένα τρόπο λειτουργίας, ο οποίος ενίοτε είναι δομημένος, ωστόσο τις περισσότερες φορές παραμένει περιστασιακός, υπό μορφή λειτουργικών διακυμάνσεων που επισημαίνουν μία αποδιοργάνωση, κυρίως όσον αφορά στη θεμελιώδη κατάθλιψη. Η βάση της χρηστικής ζωής συνίσταται σε μία ανεπάρκεια της λειτουργίας του προσυνειδητού μέσω του οποίου απομονώνεται, αμπαρώνεται, σφραγίζεται το ασυνείδητο.

Το προσυνειδητό δεν είναι μόνο ένα θεωρητικό αξίωμα αλλά και μία ατομική κλινική πραγματικότητα, η επισήμανση της οποίας τοποθετείται στο επίκεντρο της ψυχοσωματικής συνέντευξης. Οι σημαντικότερες ιδιότητες του προσυνειδητού είναι οι ακόλουθες:

- η πάχυνση, της οποίας η διάταξη των στρωμάτων περιέχει συγχρόνως τα διάφορα επίπεδα αναπαράστασης και την ένταση της κίνησης των συναισθημάτων,
- η διαπερατότητα, η οποία δίνει τη δυνατότητα κυκλοφορίας ανάμεσα στα άλλα δύο συστήματα, το ασυνείδητο και το συνειδητό, και η οποία διασφαλίζει μέσα στο προσυνειδητό την κινητικότητα των μορφών των αναπαραστάσεων μεταξύ των διαφόρων αυτών στρωμάτων,
- η μονιμότητα, δηλαδή η σταθερότητα της ψυχικής λειτουργίας και της ψυχοσωματικής ισορροπίας.

Πάνω σε αυτές τις βάσεις θεμελιώνονται αφενός η διάκριση των δομών που εκτίθενται στην ψυχοσωματική αποδιοργάνωση και αφετέρου η ερμηνεία των ψυχικών φαινομένων που διέπουν αυτού του είδους την αποδιοργάνωση.

Στις νευρώσεις συμπεριφοράς, το ουσιώδες μίας παθολογικής διεργασίας οφείλεται σε μία μόνιμη ανεπάρκεια της λειτουργίας του προσυνειδητού, του οποίου οι κλινικές εκφράσεις είναι πολύμορφες κυρίως χρηστικού τύπου. Στις νευρώσεις χαρακτήρα, η ψυχοσωματική αδυναμία οφείλεται στην αστάθεια και την ανωμαλία της λειτουργίας ενός ευάλωτου προσυνειδητού, στο πλαίσιο μιας νευρωτικής δομής, η οποία ενδέχεται να είναι πλούσια αλλά όχι επιτυχώς οργανωμένη και χαρακτηρίζεται από μία εξέλιξη χωρίς συνέχεια. Η νεύρωση χαρακτήρα παρουσιάζει μεγάλη ποικιλομορφία, μεταξύ άλλων τη λεγόμενη "αλλεργική" προσωπικότητα, η οποία εμφανίζει τέτοιου είδους ιδιομορφίες.

Η κατάρρευση των σωματικών αμυνών συντελείται μέσω διαφόρων ψυχικών μηχανισμών, η πιο σοβαρή μορφή των οποίων είναι η θεμελιώδης κατάθλιψη, όπου ο ασθενής ολισθαίνει σε μια λειτουργία χρηστικού τύπου. Η θεμελιώδης κατάθλιψη αποτελεί μία από τις μείζονες κλινικές εκδηλώσεις των ενορμήσεων θανάτου. Στην περίπτωση αυτή εμφανίζεται μία προσωρινή νέκρωση της σχέσης, φαντασιωτική και ονειρική απώλεια, ωστόσο οι υπόλοιπες σχέσεις και επαγγελματικές δραστηριότητες μπορούν να συνεχιστούν. Το υποκείμενο συνεχίζει την ενεργό ζωή του, όμως αυτή η ζωή είναι συναισθηματικά κενή, χωρίς πόνο, ούτε ικανοποίηση. Ο χρηστικός τρόπος λειτουργίας της συμπεριφοράς είναι το πρώτο σήμα κινδύνου και το πρώτο σύμπτωμα αποδιοργάνωσης.

Το χαρακτηριστικό της ψυχοσωματικής παθολογίας είναι ότι περικλείει τις ελλείψεις, τις ανεπάρκειες, το κενό της συναισθηματικής σκέψης και στην περίπτωση ενός μωρού, την αλληλεπίδραση μητέρας- παιδιού που προκαλεί κενά στις σχέσεις ή ελλείψεις που δημιουργούν ρήξεις στην αντικειμενότροπη σχέση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΝΟΣΗΜΑ

«Μα επιτέλους, τι είναι αυτό που
μεταμορφώνεται σε σωματικό πόνο;"
Με προσοχή θα απαντήσουμε:κάτι που θα μπορούσε
και θα έπρεπε να γεννήσει έναν ψυχικό πόνο»
(Freud,, 1915)

4.1. Κοινά χαρακτηριστικά (μηχανισμοί άμυνας, διαπροσωπικές σχέσεις, στοιχεία προσωπικότητας) των ατόμων που νοσούν από καρκίνο

Τα άτομα με ψυχοσωματικές διαταραχές παρουσιάζονται σε γενικές γραμμές να έχουν από τους πιο άκαμπτους και αρχαϊκούς μηχανισμούς άμυνας, την *«άρνηση»*[43] (dé-négation) και τον *«αντιδραστικό σχηματισμό»*[44] (formation réactionnelle), που λειτουργούν εις βάρος της εμπειρίας του συναισθήματος ή ακόμη παρουσιάζουν αδυναμία να βιώσουν αρνητικά συναισθήματα και ιδιαίτερα θυμό. Οι περιγραφόμενοι μηχανισμοί άμυνας είναι τόσο ανθεκτικοί στις ψυχολογικές παρεμβάσεις, που τα άτομα αυτά αποφεύγουν κάθε σύνδεση των συμπτωμάτων τους με ψυχολογικά αίτια. Επιπλέον δεν μπορούν να αντέξουν τη συναισθηματική σύγκρουση και τις συνοδούς ενστικτώδεις ενορμήσεις. Αντίστοιχα, ο Paul MacLean το 1949, επισήμανε ότι ένα μεγάλο μέρος των ψυχοσωματικών ασθενών παρουσιάζουν μια καταφανή διανοητική ανικανότητα να ρηματοποιήσουν τα συναισθήματα τους.

Ο Jurgen Ruesch το 1948 παρατήρησε και περιέγραψε μια παρόμοια διαταραχή της λεκτικής και της συμβολικής έκφρασης, την *«παιδική*

---

[43] Ψυχαναλυτικός όρος που δηλώνει τη «διεργασία με την οποία το υποκείμενο, τη στιγμή ακριβώς που διατυπώνει επιθυμίες, σκέψεις ή συναισθήματα που ήταν μέχρι τότε απωθημένα, επιμένει να αμύνεται απέναντι σ'αυτά, αρνούμενο να αναγνωρίσει ότι του ανήκουν». Jean Laplanche et J.-B. Pontalis, *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης* εκδ. Κέδρος, σ. 74-75.

[44] Ψυχαναλυτικός όρος που δηλώνει την «ψυχική στάση με την οποία υιοθετούνται προσανατολισμοί που αντιτίθενται στην απωθημένη επιθυμία. Συγκροτείται σαν αντίδραση στην επιθυμία αυτή...]. Με οικονομικούς όρους, ο αντιδραστικός σχηματισμός αποτελεί αντιεπένδυση ενός συνειδητού στοιχείου, ίσης ισχύος με την ασυνείδητη επένδυση και αντίθετης κατεύθυνσης». Jean Laplanche et J.-B. Pontalis, *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης* εκδ. Κέδρος, σ. 474-475.

προσωπικότητα». Το κυριότερο χαρακτηριστικό της αφορά μια τάση προς καταφυγή στην άμεση σωματική πράξη ή σε σωματικούς διαύλους με στόχο την έκφραση, την εξάρτηση και την παθητικότητα, τους παιδικόμορφους τρόπους σκέψης, μια τάση να βασίζονται στη μίμηση, μια ιδιαίτερη σκληρή συνείδηση, υψηλές και πολλές φορές εξωπραγματικές φιλοδοξίες και κοινωνικό κομφορμισμό. Επιπρόσθετα, ο λόγος και η εξωλεκτική τους συμπεριφορά είναι αποκομμένα από κάθε συναισθηματική και συγκινησιακή απόχρωση.

Σε συμφωνία με τα ανωτέρω έχει περιγραφεί ένας *«ειδικός ψυχοσωματικός χαρακτήρας»,* που χαρακτηρίζει κυρίως τις σοβαρές και δύσκολες περιπτώσεις κλασικών ψυχοσωματικών ασθενών και περιλαμβάνει: διαταραγμένες αντικειμενότροπες σχέσεις, (λ.χ. κενές απρόσωπες και μηχανικές σχέσεις) αδυναμία φαντασιωσικής παλινδρόμησης, πτωχή χρήση της γλώσσας, αποσπασματική και πραγματολογική σκέψη, έλλειψη νευρωτικών συμπτωμάτων (άγχος, ενοχή, ντροπή, αποστροφή) στη θέση των οποίων υπό πιεστικές συνθήκες βλέπει κανείς χειρονομίες, αισθητικοκινητικές εκφράσεις προσώπου, κινήσεις σώματος και σωματικούς πόνους (σύμφωνα με τον Marty, M'Uzan, David 1963). Οι προαναφερόμενοι Γάλλοι ψυχαναλυτές ανέφεραν ότι πολλοί από τους ασθενείς τους εμφάνιζαν αδυναμία παραγωγής φαντασιώσεων και κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων το περιεχόμενο των συνειρμών των ασθενών ήταν φτωχό, χωρίς φαντασία και προσδεδεμένο στην πραγματικότητα. Γι' αυτό ονόμασαν και όρισαν *«pensée opératoire» «χρηστική σκέψη»* αυτόν τον ωφελιμιστικό τρόπο σκέψης. Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά, παρουσιάζουν κομφορμιστική συμπεριφορά ή ψευδοομαλότητα, αποδοχή των άλλων μόνο ως πιστό αντίγραφο του εαυτού τους (προβλητικός αναδιπλασιασμός). Οι παρατηρήσεις των Peter Sifneos και John Nemiah ήρθαν να επιβεβαιώσουν όσα ειπώθηκαν από τους Marty, M'Uzan, David μέσα από έρευνες που διεξήγαγαν κατά το 1970, ότι ο επικοινωνιακός τρόπος των ασθενών ήταν στείρος και άχρωμος.

Βάσει των παρατηρήσεων αυτών, οι Peter Sifneos και John Nemiah επινόησαν τον όρο *«αλεξιθυμία»,* μια επικοινωνιακή διαταραχή στην οποία απέδωσαν κάποια χαρακτηριστικά τα οποία είναι τα ακόλουθα: «η προσωπικότητα των αλεξιθυμικών ασθενών χαρακτηρίζεται ως ναρκισσιστική, αποσυρμένη, παθητική-επιθετική ή παθητική-εξαρτητική, ψυχοπαθητική, οι διαπροσωπικές τους

σχέσεις φτωχές, με μια τάση είτε για έντονη εξάρτηση ή για προτίμηση της μοναξιάς και της αποφυγής των ανθρώπων, η στάση τους είναι άκαμπτη, το συναίσθημα απρόσφορο, τα όνειρα τους όπως και το κλάμα τους σπάνια, καθώς επίσης και μεγάλη δυσκολία στην εύρεση των κατάλληλων λέξεων για την περιγραφή των συναισθημάτων τους. Εξίσου σημαντικά θεωρούνται το περιεχόμενο της σκέψης τους στο οποίο κυριαρχεί μια εντυπωσιακή απουσία φαντασιώσεων και μια εκτενής περιγραφή περιβαλλοντικών λεπτομερειών (pensée operatoire), καθώς επίσης και μια ατέρμονη περιγραφή σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία κατά καιρούς είναι άσχετα με την υποκείμενη σωματική νόσο»[45].

4.2. Η Έννοια του σωματικού και του ψυχικού πόνου μέσα από μία καταληκτική ασθένεια

Ένα θέμα το οποίο επανέρχεται μέσα από την ιατρική διάγνωση και πρακτική είναι ότι, ενώ λόγου χάρη ο ογκολόγος, προσπαθεί να διορθώσει ένα βιολογικό σώμα που ασθενεί, διαπιστώνει ταυτόχρονα ότι ο πόνος του ασθενούς του διαφεύγει των θεραπευτικών του δυνατοτήτων.

Τι είναι όμως ο πόνος και πώς προσδιορίζεται; Πώς καθορίζεται ο ψυχικός πόνος και πώς διαφοροποιείται από τον σωματικό;

Καταρχάς οφείλουμε να προσδιορίσουμε ότι για τον κάθε άνθρωπο ο πόνος, όπως και η απόλαυση, είναι διαφορετικός, εφόσον τοποθετείται μέσα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο υποκειμενικότητας. Η αντανάκλαση του πόνου σχετίζεται με τις ψυχαναλυτικές έννοιες, όπως ενόρμηση θανάτου, άγχος, κατάθλιψη, ή στον αντίθετο πόλο, δύναμη, απόλαυση, ενόρμηση ζωής.

Ο θεραπευτής, ως συχνός αποδέκτης του πόνου, εννοώντας τον ψυχικό και τον σωματικό, οδηγείται στο συμπέρασμα, ότι ο πόνος είναι τόσο υποκειμενικός όσο και το υποκείμενο που υποφέρει.

Ο πόνος διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: ο πόνος ως σύμπτωμα, ως έσχατο συναίσθημα, και ως αντικείμενο και σκοπός της ευχαρίστησης.

---

[45] Απόσπασμα από Γκρέιμ Τζ. Τέιλορ, «*Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση*», εκδ. Καστανιώτη, Σύγχρονη βιβλιοθήκη για την ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, Αθήνα 1999, σ.110-111.

Ας δούμε πρώτα τον πόνο ως συναίσθημα. Ο φροϋδικός όρος του συναισθήματος "Affekt" δηλώνει τις μεταβολές της ασυνείδητης έντασης, οι οποίες ξεφεύγουν από την αρχή της ευχαρίστησης. Ο ψυχικός πόνος, αφορά στην απώλεια μίας χαμένης φαντασίωσης, που την συνέδεε με το αντικείμενο, μίας πολύ σημαντικής φαντασίωσης για τη δομή του υποκειμένου. Στην περίπτωση λοιπόν που το άτομο βιώνει μια πολύ δυνατή δυσαρέσκεια, λόγου χάρη μία ρήξη με ένα αγαπημένο πρόσωπο, η ρυθμιστική αρχή της ευχαρίστησης αδρανεί. Η αναστάτωση των ενορμήσεων προκαλεί πόνο στο *Εγώ*, το οποίο δεν δύναται να κυριαρχήσει. Η ένταση του πόνου είναι τόσο μεγάλη που απορυθμίζει τον ψυχισμό. Και όπως επισημαίνει ο Nasio, ο πόνος είναι ενδεικτικός μιας απορρύθμισης του ψυχικού οργάνου και μίας ανεξέλεγκτης έντασης, που ξεφεύγει από την αρχή της ευχαρίστησης. Ο πόνος είναι λοιπόν στο επίκεντρο της ύπαρξης μας, γι' αυτό είναι καθοριστικός για τη ζωή μας.

Ο πόνος εκτός από συναίσθημα είναι ένα σημάδι που δείχνει ότι η εμπειρία, μέσα από την οποία βιώνει κανείς αυτό το επώδυνο συναίσθημα, είναι μία δοκιμασία. Αυτό το βίωμα μπορεί να ωριμάσει το άτομο μέσα από ένα είδος αναδιοργάνωσης και αλλαγής του ψυχισμού ή την εγκατάλειψη κάθε ανθρώπινης επαφής και ανταλλαγής με το περιβάλλον, που μπορεί να οδηγήσει και μέχρι το θάνατο. «Ο ψυχικός πόνος, είναι πόνος αποχωρισμού, όταν ο αποχωρισμός συνιστά εκρίζωση και απώλεια ενός αντικειμένου με το οποίο είμαστε τόσο στενά συνδεδεμένοι, ένα αγαπημένο πρόσωπο, ένα υλικό αντικείμενο, μια αξία ή η ακεραιότητα του σώματος μας, ώστε αυτός ο δεσμός να μάς συγκροτεί. Διαπιστώνουμε λοιπόν πόσο το ασυνείδητό μας είναι η λεπτή κλωστή, που συνδέει τους διάφορους αποχωρισμούς της ύπαρξής μας»[46].

Η έννοια του πόνου εμφανίζεται πάντα στο όριο ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή, ανάμεσα στη φυσιολογική λειτουργία του ψυχισμού και τον παθολογικό ψυχισμό, ανάμεσα στο *Εγώ* και τον έξω κόσμο, ανάμεσα στο *Εγώ* και τον *άλλο*. Ο πόνος λοιπόν δεν ορίζεται μόνο ως μία νευροφυσιολογική αντίδραση του οργανισμού, αλλά ως μία γενικότερη αίσθηση που προκαλεί συγκίνηση.

---

[46] Nasio J.-D, Le livre de la douleur et de l'amour, Paris, Payot, 1996.

Αναζητώντας τη σχέση ή τη διαφορά ανάμεσα στο σωματικό και τον ψυχικό πόνο διαπιστώνουμε ότι, ίσως να μην υπάρχει διαφορά και αυτός ο διαχωρισμός είναι μόνο φαντασιακός. Ο πόνος είναι ένα μικτό φαινόμενο εφόσον, όταν το σώμα πονά, υποφέρει και η ψυχή και αντιστρόφως ανάλογα. Ο Freud έχει εξομοιώσει τον σωματικό με τον ψυχικό πόνο επαναλαμβάνοντας το ίδιο μοντέλο για τον ψυχικό πόνο όπως για το σωματικό. Στην ψύχωση θεωρείται ότι, πριν από την εμφάνιση της, το άτομο βίωσε ένα πολύ ισχυρό πόνο, τον οποίο επεξεργάστηκε με μηχανισμούς απόκλεισης και σχάσης.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1979 όρισε τον πόνο ως «ένα υποκειμενικό φαινόμενο, μια αίσθηση και μία δυσάρεστη συγκίνηση, μία εμπειρία που βιώνουμε, η οποία συνδέεται με τραύματα των ιστών, παρόντα ή εν δυνάμει, ή που παρουσιάζονται με αυτούς τους όρους».

Ο πόνος ως σύμπτωμα θεωρείται ο πόνος, ψυχικός ή σωματικός, που προκαλείται μέσα από μία ασυνείδητη σύγκρουση. Στην ιατρική ο πόνος αυτός ονομάζεται ψυχογενής ενώ στη ψυχανάλυση πόνος-σύμπτωμα. Ο ψυχογενής πόνος είναι ένας πόνος σωματικός, μικρός ή μεγάλος. Αυτό που είναι σημαντικό είναι ότι είναι ψυχικής προελεύσεως. Είναι ένας σωματικός πόνος που δεν δικαιολογείται από οργανικά αίτια και ο οποίος αποδίδεται σε μία άγνωστη ψυχολογική αιτία. Αυτός ο πόνος είναι αυτός που περιγράφεται πολύ χαρακτηριστικά από τον Freud ως σωματο-μετατρεπτική υστερία. Τι εννοούσε με αυτόν τον ορισμό ο Freud; Ότι υπάρχει ένα φαινόμενο μετατροπής ψυχικών φαινομένων και ενορμήσεων που μετατρέπονται σε σωματικές εκδηλώσεις. Και στη συγκεκριμένη περίπτωση οι σωματικές εκδηλώσεις είναι το σύμπτωμα του πόνου· αυτή η εκδήλωση στο σώμα είναι μία ασυνείδητη σύγκρουση που ο ασθενής δεν κατανοεί και που η ψυχανάλυση ονοματίζει πόνο-σύμπτωμα.

Ο σωματικός πόνος όμως, προτού εγκατασταθεί στο ασυνείδητο, περνάει από κάποια στάδια γένεσης: τραυματισμός-αναστάτωση-αντίδραση. Ο τραυματισμός είναι η ρήξη του προστατευτικού περιβλήματος, η οποία προκαλείται είτε από ένα εξωτερικό ατύχημα, λόγου χάρη ένα τραύμα στο δέρμα, είτε από κάτι πιο επώδυνο, όπως η προσβολή των εσωτερικών οργάνων. Σε κάθε περίπτωση μία μαζική ενέργεια εισβάλλει στο *Εγώ* και το πλημμυρίζει, ώστε να αισθάνεται τον τραυματισμό φαντασιακά ως προσβολή του περιβλήματος της περιφέρειας. Η

οδύνη κάνει το άτομο να πιστεύει ότι ο πόνος βρίσκεται στην έδρα της πληγής και ότι αυτή η περιοχή που υποφέρει αποτελεί απειλή και αντιμετωπίζεται ως εχθρικό κομμάτι για το *Εγώ*. Ο πόνος όμως βρίσκεται στον εγκέφαλο κι' όχι στη περιοχή της πληγής.

Έτσι, ο πόνος είναι ένα συναίσθημα που προκαλείται από ένα εξωτερικό ή εσωτερικό ερέθισμα, το οποίο εν συνεχεία προκαλεί μια μαζική εισροή ενέργειας και κατά συνέπεια καταλαμβάνει το κέντρο του ψυχισμού.

Σύμφωνα λοιπόν με την ψυχαναλυτική θεωρία ο πόνος του τραυματισμού έχει τρεις όψεις: πραγματική, συμβολική και φαντασιακή. Η πραγματική αφορά την σωματο-αισθητηριακή αντίληψη ενός ερεθισμού των οργανικών ιστών, η συμβολική αφορά στον σχηματισμό μίας νοητικής και συνειδητής αναπαράστασης του χώρου όπου προκλήθηκε ο πόνος και τέλος η φαντασιακή αφορά στην οδυνηρή αίσθηση που προέρχεται από τον τραυματισμό.

Ας δούμε τώρα το δεύτερο στάδιο γένεσης του σωματικού πόνου, την αναστάτωση. Η αναστάτωση ή αλλιώς αιφνιδιασμός είναι μία απρόοπτη εισβολή ενέργειας στον ψυχισμό, η οποία δεν αφομοιώνεται από τον οργανισμό και ονομάζεται τραύμα. Το *Εγώ* μη μπορώντας να συμβιβαστεί με αυτή την εισβολή ενέργειας, βρίσκεται σε μία τραυματική κατάσταση. Η αρχή της ευχαρίστησης (le principe de plaisir), η οποία είναι βασική για τη ρύθμιση του ψυχικού συστήματος, ακυρώνεται. Παρότι το *Εγώ* τραυματίζεται με όλη αυτήν την αναστάτωση, εντούτοις καταφέρνει να αντιληφθεί αυτή την κατάσταση κλονισμού και εν συνεχεία αυτή η αντίληψη δημιουργεί το οδυνηρό συναίσθημα. Αυτή η εσωτερική οδυνηρή εικόνα εγγράφεται όχι μόνο στο συνειδητό, ως η εικόνα του τραυματισμού αλλά και στο ασυνείδητο με ένα διαφορετικό τρόπο. Αυτή η μνημονική εικόνα, που δεν αντιλαμβάνεται το συνειδητό, έχει οριστικά συνδεθεί με την οδυνηρή εμπειρία, και μπορεί να ενεργοποιηθεί και από πολύ ελαφριές διεγέρσεις των νευρικών κυττάρων που έχουν ευαισθητοποιηθεί. Έτσι, και μόνο με την ανάμνηση ενός δυσάρεστου γεγονότος, επιστρέφει η οδύνη του κλονισμού. Επιστρέφει ως σωματικός πόνος που έχει μετατραπεί ή ως ψυχοσωματικό σύμπτωμα ή ακόμη και ως παραπτωματική πράξη. Γι' αυτό και έναν παλιό σωματικό πόνο που επανέρχεται στο παρόν αλλαγμένος, μπορούμε να τον ονομάσουμε «ασυνείδητο πόνο». Και

όπως έλεγε ο πατέρας της ψυχανάλυσης Sigmunt Freud «το υποκείμενο επαναλαμβάνει χωρίς να γνωρίζει ότι πρόκειται για επανάληψη»[47].

Έτσι, θεωρώντας ότι ένας σωματικός πόνος είναι η επανάληψη ενός παλιού πόνου που μετατράπηκε σε ασυνείδητο, μπορούμε να εκλάβουμε την εξής θεώρηση: μία πρώιμη αρχαϊκή οδυνηρή εμπειρία είναι σε θέση να φέρει στην επιφάνεια ένα σωματικό ή ψυχικό πόνο. Ο Freud υποστήριξε σχετικά με αυτό: «το να βρίσκεις το αντικείμενο είναι κατά βάθος το να το ξαναβρίσκεις»[48]. Με άλλα λόγια δεν υπάρχει καινούργιο συναίσθημα, εφόσον το συναίσθημα αυτό είναι ο απόηχος ενός παλιού γνώριμου συναισθήματος. Ο Lacan λέει ότι ένα σημαίνον είναι πάντα η επανάληψη ενός άλλου σημαίνοντος. Αυτό σημαίνει όπως λέει ο Nasio, ότι δεν υπάρχει συναίσθημα παρά μόνο επαναλαμβανόμενο.

Οδηγούμενοι στο τρίτο και τελευταίο στάδιο της γένεσης του πόνου, την αντίδραση, θα δούμε πώς ενεργεί το *Εγώ* στη μη αφομοιώσιμη ενέργεια. Σε αυτήν την μαζική είσοδο ενέργειας, το *Εγώ* αδύναμο και προσπαθώντας να μειώσει αυτή την εισροή, θα προσπαθήσει να δημιουργήσει ένα προστατευτικό όριο, σαν φράγμα. Σε αυτήν την περίπτωση το *Εγώ* δεν θα επενδύσει την πληγή του αλλά την ψυχική αναπαράσταση της πληγής του. Και η επένδυση αυτή θα γίνει σε υπερβολικό βαθμό, δηλαδή μια ναρκισσιστική υπερεπένδυση. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα, ο πόνος να εξακολουθεί να υφίσταται και μάλιστα με μεγαλύτερη ένταση. Ο πόνος λοιπόν εντείνεται από την αντίδραση που προκαλείται σε αυτό που χάθηκε και δεν επιστρέφει. Επομένως, όλη αυτή η συναισθηματική επένδυση προκαλεί μεγάλη οδύνη εξαιτίας του απολεσθέντος αντικειμένου είτε αυτό είναι μέρος του σώματος είτε αγαπημένο πρόσωπο.

Επιπλέον, υπερεπενδύοντας μια ψυχική αναπαράσταση αυτό σημαίνει, ότι όλη η ψυχική ενέργεια επενδύει μία και μοναδική ψυχική αναπαράσταση, η οποία επιβαρημένη υπέρ το δέον απομονώνεται από όλες τις άλλες αναπαραστάσεις που δομούν το *Εγώ*. Η υπερτροφική επένδυση του αναπαραστημένου αντικειμένου μετατρέπεται σε ξένο σώμα, που σχίζει τις ίνες τού *Εγώ* προκαλώντας έτσι πόνο. Η ψυχική φύση του σωματικού πόνου διαφαίνεται από την προσπάθεια της υπερεπένδυσης της αναπαράστασης της πληγής. Η διατάραξη του ψυχισμού

[47] Freud S., De la technique psychanalytique, Paris, P.U.F., 1988, σ.108.
[48] Freud S., De la technique psychanalytique, Paris, P.U.F., 1988, σ.112.

θεωρείται υπεύθυνη για την απορρύθμιση του εσωτερικού συστήματος, η οποία διαταράσσεται από τον πόνο.

Ας δούμε τώρα τη διαδικασία και τη λειτουργία του ψυχικού πόνου. Η ψυχική οδύνη προκαλείται και αυτή με τη σειρά της από μία εσωτερική ρήξη τού «*Εγώ*», η οποία προέρχεται ακολούθως από έναν εσωτερικό κλονισμό εξαιτίας ενός ερεθίσματος. Το τραύμα αυτό δεν εστιάζεται στο εξωτερικό περίβλημα τού «*Εγώ*» αλλά στην σχέση αγάπης με τον άλλο. Ο τραυματισμός είναι η ρήξη αυτού του δεσμού και η οδύνη αυτή προκαλείται από την αντίληψη αυτής της ρήξης. Ο πόνος αυτός οφείλεται σε μια πραγματική απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου και το άγχος είναι ο «προστατευτικός πυρήνας» μίας πιθανής απώλειας. Το άγχος λοιπόν είναι μία πολύ καλή άμυνα απέναντι στο τραύμα, εφόσον προετοιμάζει το υποκείμενο να αμυνθεί απέναντι σε μία πιθανή απώλεια. Σε αντίθεση, το τραύμα δημιουργείται όταν δεν υπάρχει άγχος για να προστατευθεί από κάτι ισχυρό, δηλαδή να προβλέψει τον κίνδυνο. Σε γενικές γραμμές λοιπόν η πρόβλεψη του κινδύνου προκαλεί άγχος. Όταν όμως ο κίνδυνος δεν μπορεί να προβλεφθεί, το υποκείμενο παγώνει, παραλύει και δεν μπορεί να αντιδράσει. Ο πόνος σε αυτή τη περίπτωση έπεται της φρίκης και έτσι, ενώ το άγχος είναι "θετικό", ο πόνος επειδή υφίσταται παθητικά απορυθμίζει και κλονίζει το υποκείμενο.

Τι συμβαίνει όμως και πώς αντιδρά το *Εγώ* στην απώλεια ενός αγαπημένου αντικειμένου ή λόγου χάρη ενός μέρος του σώματος; Σε αυτή την περίπτωση το τραύμα, η απώλεια, δημιουργεί ένα χάσμα ανάμεσα στο *Εγώ* και στη ρήξη του αντικειμένου.

Η ενέργεια που κατακλύζει το *Εγώ* λόγω του κλονισμού, δηλαδή του τραύματος, απορυθμίζει όλες τις εσωτερικές ισορροπίες. Το *Εγώ* σε αντίθεση με τον σωματικό πόνο που επενδύει το ρήγμα ή την αναπαράσταση του μέρους του σώματος, στον ψυχικό πόνο θα επενδύσει την ψυχική αναπαράσταση του άλλου. Το *Εγώ* δηλαδή αμύνεται στο τραύμα υπερεπενδύοντας την εικόνα ενός αγαπημένου άλλου, η οποία αυτή εικόνα είναι εσωτερικευμένη. Ο πόνος είναι η αντίδραση ενός κλονισμένου *Εγώ*. Το *Εγώ* στη προσπάθειά του να αναπληρώσει την απουσία του χαμένου αντικειμένου, επενδύει όλη του την ενέργεια σε μία προσπάθεια να διατηρήσει ζωντανή την εικόνα του άλλου. Η εικόνα όμως αυτή

γίνεται τελικά ξένη, γιατί δεν μπορεί να συμβιβαστεί με τις άλλες εικόνες που έχουν αποεπενδυθεί.

Έτσι, η αντίδραση του *Εγώ* στην απώλεια συμπεριλαμβάνει δύο όψεις: μία υπερεπένδυση της αναπαράστασης ενός αγαπημένου ατόμου που δεν υπάρχει πια, και ταυτόχρονα ολική αποεπένδυση όλων σχεδόν των άλλων αναπαραστάσεων. Ο πόνος προκαλείται και από τις δύο αυτές κινήσεις, με τη διαφορά ότι ο πόνος που προκαλείται από την υπερεπένδυση είναι οξύς, ενώ ο πόνος της αποεπένδυσης των υπολοίπων αντικειμένων παίρνει τη μορφή μίας παραλύουσας αναστολής. Το *Εγώ* αγαπά με τόση έμφαση και απελπισία το απολεσθέν, που η αγάπη αυτή μαζί με τη θλίψη που τη συνοδεύει, συγχωνεύονται σε ένα καθαρό πόνο. Αυτός ο πόνος προκαλείται από την ένταση της αγάπης που το αντικείμενό της δεν υπάρχει πια. Δεν είναι λοιπόν η ίδια η απώλεια αυτού που αγαπήσαμε και απωλέσαμε που πονά, αλλά η δύναμη της αγάπης αυτής, η οποία τροφοδοτείται από την ανυπαρξία του άλλου. Μέσα σε αυτό το θρήνο το έργο της αποεπένδυσης, δηλαδή του πένθους, δεν πραγματοποιείται και έτσι το πένθος γίνεται χρόνιο και παθολογικό.

Ενώ αντιθέτως όταν η διεργασία του πένθους συνιστάται στην σταδιακή αποεπένδυση του απολεσθέντος αντικειμένου, παράλληλα διανέμεται η ψυχική ενέργεια σε όλες τις αναπαραστάσεις ούτως ώστε η ψυχική ενέργεια η οποία ήταν συγκεντρωμένη σε μία αναπαράσταση, να μπορεί να συμφιλιωθεί με τις άλλες αναπαραστάσεις. Έτσι το απολεσθέν αντικείμενο διατηρείται μέσα μας, χωρίς να υφίσταται πια η ανάγκη να υπάρχει έξω από μας.

Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι ο ψυχικός πόνος προκαλείται γιατί η απώλεια φέρνει στο προσκήνιο την στέρηση, μία από τις πηγές διέγερσης και τροφοδότησης της δύναμης της επιθυμίας του ατόμου.

4.3. Η έννοια του θανάτου και η *ενόρμηση του θανάτου* στον καταληκτικό ασθενή

Παραμονές θανάτου πως υποφέρεται – πέστε μου – ένα σώμα;
Παραμονές θανάτου – πέστε μου – πως γράφεται μια λευκή φωνή;
Οδυσσέας Ελύτης, «Ανοιχτά χαρτιά»

Η αναφορά του Freud στην έννοια του *«ενστίκτου θανάτου»* το 1920, δεν έπαψε να διχάζει τους ψυχαναλυτές και τις διάφορες ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις.

Η θεώρηση αυτή επιβεβαιώνει τη Χριστιανική άποψη σύμφωνα με την οποία το άτομο καταλήγοντας στον θάνατο επιστρέφει στην ανόργανη ύλη από την οποία προέρχεται (εννοώντας το σώμα το οποίο ο Χριστιανισμός διαχωρίζει από την ψυχή). Ο Freud αντιμετωπίζοντας κλινικά ορισμένες μορφές μαζοχισμού διαπιστώνει πόσο δύσκολο είναι το άτομο να ξεφύγει από αυτή τη δύναμη αυτοκαταστροφής που το μαστίζει και έτσι προτείνει τη θεωρία της ενόρμησης θανάτου. Υπό αυτή την έννοια ο μαζοχισμός φαίνεται μη αναστρέψιμος και το άτομο γίνεται αντικείμενο μιας αμείωτης αυτοεπιθετικότητας, ενός αυτόνομου ενστίκτου που το σπρώχνει προς τον θάνατο.

Η σχολή της *«ψυχολογίας του Εγώ»* υποστηρίζει την άποψη μιας «πρωτογενούς έμφυτης επιθετικής ενόρμησης» προς ουδετεροποίηση ή αποεπιθετικοποίηση. Σε αυτή τη γραμμή σκέψης συγκλίνει και η σχολή της M.Klein, που θεωρεί ότι το ένστικτο του θανάτου συνυπάρχει μαζί με το ένστικτο ζωής από την αρχή της ύπαρξης του ατόμου.

Η ενόρμηση αυτή λοιπόν δεν χρειάζεται να εγγραφεί μέσα στο ψυχικό όργανο του ατόμου, εφόσον η μετάβαση προς το θάνατο είναι αναπόφευκτη. Εν αντιθέσει, η ενόρμηση ζωής, στην οποία συμπεριλαμβάνεται τόσο η αναπαραγωγή του είδους αλλά και η διατήρηση της ζωής, διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι περιλαμβάνει την ανάγκη μίας προγραμματισμένης ενόρμησης, της οποίας η αξία βρίσκεται στην προστασία της αυτοσυντήρησης του βρέφους του οποίου η ζωή είναι σε άμεση συνάρτηση με το περιβάλλον. Η εξέλιξη αυτής της αναπαράστασης συνιστά μία ψυχική δύναμη διαφοροποιημένη, που εκδηλώνεται με την επιθετικότητα μεταξύ άλλων. Ο σκοπός λοιπόν της *ενόρμησης θανάτου* (οριακή μεταξύ βιολογικού και ψυχικού σύμφωνα με τον Freud) είναι η εκπλήρωση μίας *αποαντικειμενοποίησης* μέσω λύσεως.

Ο M. Fain αντιτίθεται στη θεωρία της M. Klein ότι το ένστικτο θανάτου είναι πρώιμο και θορυβώδες και όχι σιωπηλό, όπως υποστήριζε ο Freud, σχολιάζοντας το εξής: *«στο σιωπηλό έργο του Εγώ και της λιβιδούς η επεξεργασία του ενστίκτου θανάτου για πολύπλοκους λόγους ελευθερώνεται. Η πρωκτική προσήλωση επιτρέπει μια λιβιδινική σύνδεση του ενστίκτου θανάτου με τον σαδισμό μειώνουσα έτσι τη βλάβη (dégâts)».* Σύμφωνα με τις απόψεις του M.Fain ότι η καταστροφικότητα συνδέεται λιβιδινικά με τον σαδισμό, για να περιορίσει τις

βλάβες και να εξασφαλίσει την επιβίωση του ατόμου, η ετερο- ή αυτοκαταστροφικότητα είναι στην υπηρεσία της ενόρμησης της ζωής (επιβίωσης). Λόγω της πάλης για επιβίωση οι κίνδυνοι για αποσεξουαλικοποίηση και εξασθένιση της λιβιδούς εγκυμονούν, έχοντας την ικανότητα να προκαλέσουν μια στάσιμη και επαναληπτική αυτονομία, περιορίζοντας τα όρια της δράσης του ατόμου. Αυτές οι οριακές εκδηλώσεις ακαμψίας και απουσίας της ηδονής θυμίζουν τη *«χρηστική σκέψη»*, η οποία σηματοδοτεί μια *αντιεξελικτική αποδιοργάνωση*. Παράλληλα, είναι σημαντικό να διευκρινίσουμε, ότι ο M.Fain αναφέρεται στο *«ένστικτο θανάτου»* κι' όχι στην *«ενόρμηση θανάτου»* του Freud η οποία «ωθεί προς το θάνατο». Η λειτουργία-δράση της *«αρχής της ευχαρίστησης»* μπορεί να μετατρέψει έναν εξωτερικό ερεθισμό σε *λιβιδώ* ή αντιθέτως να ενδυναμώσει το ένστικτο θανάτου. Ο θάνατος λοιπόν σύμφωνα πάντα με τον ίδιο, προκύπτει όχι επειδή προγραμματίσθηκε αλλά γιατί η αρχή της ευχαρίστησης παρεκκλίνουσα ως προς το σκοπό της το ένστικτο ζωής, εγκλείεται μέσα στα όρια της, αποσεξουαλικοποιείται, φθάνοντας στην επιθετικότητα-καταστροφικότητα.

Οι παραπάνω συλλογισμοί αποδεικνύουν μια διαφοροποιημένη θέση ως προς τη θέση *«ενόρμηση θανάτου»*.

Ο Βίλχελμ Ράϊχ καθορίζει ένα επιθετικό ένστικτο που το αποκαλεί *«καταστρεπτικό»* ή *«ένστικτο του θανάτου»*. Θεωρεί ότι ο σαδισμός, το επιθετικό, καταστρεπτικό *ένστικτο θανάτου* στέκεται σαν ίσο με τον Έρωτα.

Ποια είναι όμως η σχέση ανάμεσα στην ενόρμηση θανάτου και στα σεξουαλικά ένστικτα; Θεωρώντας ότι οι επιθετικές ενορμήσεις αποτελούν μέρος του ενστίκτου του *Εγώ*, και η αυτοκαταστροφή βασικό μέρος της ενόρμησης θανάτου, ο Freud κατέληξε λέγοντας *ότι «το σεξουαλικό ένστικτο και τα ένστικτα του Εγώ, αναπτύσσουν μία αντίθεση η οποία επαναλαμβάνει την αντίθεση αγάπης-μίσους»*.

Ό Φρόυντ υποστήριζε ότι η ζωντανή ουσία κυβερνιέται από δύο αντιθετικές ενστικτικές δυνάμεις που τις εξίσωνε με το σεξουαλικό ένστικτο *(«Έρως»)* και με το *«ένστικτο του θανάτου»* (θάνατος). Για να θέσει αξιωματικά την ύπαρξη ενός ενστίκτου θανάτου στηριζόταν στον *«αυτοματισμό επανάληψης»*, στον οποίο αναγνώριζε ότι υπάρχει το καθαρότερο ενορμητικό, το πιο «δαιμονικό» και το πιο

παλινδρομικό σε κάθε ενόρμηση, δηλαδή η απόλυτη εκφόρτιση, ανεξάρτητη από την αρχή της ηδονής. Αυτός ο παλινδρομικός κι απόλυτος χαρακτήρας διαφαινόταν στην ενόρμηση θανάτου. Η κατάσταση στην οποία παραπέμπει είναι αυτή του άψυχου, του ανόργανου. Κατά τον ίδιο, πίσω από το ένστικτο («Έρως») που ενώνει τη ζωή σε όλο μεγαλύτερες μονάδες, λειτουργεί το σιωπηλό, αλλά πολύ πιο σοβαρό ένστικτο του θανάτου, του οποίου η τάση είναι να περιορίσει το ζωντανό σε δίχως ζωή, στην κατάλυση όλων των σχέσεων, στο τίποτα, στη Νιρβάνα. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, (Νιρβάνα), η ζωή πραγματικά δεν είναι τίποτα άλλο από μια διαταραχή της αιώνιας σιωπής, του τίποτα.

Στις νευρώσεις, κατ' αναλογία, η θετική ζωή ή οι σεξουαλικές δυνάμεις αντιτάσσονταν στο ένστικτο του θανάτου. Παρόλο που το ένστικτο του θανάτου από μόνο του δεν μπορεί να γίνει αντιληπτό, υποστηριζόταν ότι οι εκδηλώσεις του, όπως οι αυτοκαταστροφικές τάσεις, γίνονται έκδηλες μέσα από τις μαζοχιστικές τάσεις. Οι τάσεις αυτές βρίσκονται στο βάθος του ασυνείδητου αισθήματος ενοχής, που θα μπορούσε κανείς να αποκαλέσει και ανάγκη για τιμωρία. Οι οπαδοί της θεωρίας του ενστίκτου του θανάτου απέδιδαν την νευρωτική αυτοτιμωρητική τάση ενός άρρωστου οργανισμού σ' ένα βιολογικό πρωταρχικό ένστικτο της ζωντανής ουσίας.

Στη δεύτερη τοπική της θεωρίας του Freud αναπτύσσεται η άποψη, ότι υπάρχει μια αέναη διαμάχη ανάμεσα στα ένστικτα ζωής και θανάτου. Αυτή η ενδοψυχική σύγκρουση ή αλλιώς αμφιθυμία επισκιάζει το ανθρώπινο γένος, λαμβάνει χώρο ανάμεσα στο σεξουαλικό ένστικτο *«ενορμήσεις ζωής»* και στα *ένστικτα του Εγώ «επιθετικές ενορμήσεις»*. Ο A. Green πιστεύει ότι η αυτοκαταστροφικότητα διαδραματίζει ένα ρόλο που έχει να κάνει με την ενόρμηση θανάτου, όπως αντίστοιχα διαδραματίζει ένα ρόλο και η σεξουαλική λειτουργία με την *ενόρμηση Έρως*. Τονίζει αντιθέτως την διαφωνία του στην πρωτογενή, αυθόρμητη και αυτόματη έκφραση της αυτοκαταστροφικής λειτουργίας. Η συγχώνευση λοιπόν των ενστίκτων ζωής και θανάτου είναι βασική για την εσωτερική ισορροπία του ατόμου και η αποτυχία της οδηγεί στην αμφιθυμία.

Ο Oscar Wilde περιγράφοντας πολύ γλαφυρά αυτή την αμφιθυμία ανάμεσα στην αγάπη και στο μίσος, αναφέρει:

« Κι' όμως, κάθε άνθρωπος σκοτώνει ό,τι αγαπά,
ας το ακούσει ο καθένας,
κάποιοι το κάνουν με δηλητήριο στη ματιά,
άλλοι με κολακεία,
ο δειλός με ένα φιλί,
ο γενναίος με ένα ξίφος!».

Μία από τις δυσκολότερες ανθρώπινες εμπειρίες, που μπορεί να αντιμετωπίσει κανείς στη ζωή του, είναι μια σοβαρή ασθένεια με επικείμενο θάνατο. Η Φρανσουάζ Ντολτό, μια διάσημη ψυχαναλύτρια που εργάστηκε κυρίως με παιδιά, υποστηρίζει όπως και ο αρχαίος Έλληνας φιλόσοφος Επίκουρος, ότι δεν θα χρειαστεί ποτέ να ζήσουμε το θάνατό μας. Γιατί ο θάνατός μας, όπως η ίδια λέει, δεν είναι ένα γεγονός, όπως η γέννηση μας.

Κι' όμως ο θάνατος εξακολουθεί να τραυματίζει και να πονά όσο καμία άλλη εμπειρία. Όχι μόνο ο θάνατος ενός προσφιλούς αγαπημένου ατόμου, αλλά και ο θάνατος ή μάλλον καλύτερα η αναμονή του θανάτου μέσα από μία καταληκτική νόσο.

Η μεγαλύτερη ίσως αντίφαση έγκειται στο γεγονός ότι η ίδια η γέννηση μας είναι συνυφασμένη με το θάνατο. Από τη στιγμή που ξεκινάει η ίδια η ζωή αρχίζει και η αντίστροφη μέτρηση.

Κι' όμως ο θάνατος δεν υπάρχει για το ασυνείδητο, υπάρχουν πιθανές αναπαραστάσεις σχετικές με το θάνατο προσφιλών ατόμων ή ακόμη και ζώων, το να φαντασιώνει κανείς το θάνατο είναι μόνο ένα αποκύημα της φαντασίας.

Τι είναι λοιπόν ο θάνατος πέραν από μια απώλεια ζωτικότητας και ανταλλαγής με το περιβάλλον; Τι προκαλεί η σήψη και η αποσύνθεση ενός σώματος που, προτού ασθενήσει και εν συνεχεία πεθάνει, είχε ανταλλαγές με τους άλλους γύρω του; Τι είναι και πώς ορίζεται ένα σώμα που δεν αναπνέει, επιθυμεί και μοιράζεται τίποτα άλλο πια, παρά παραμένει η εικόνα μίας ανάμνησης;

Το σώμα παραμένει ο πιο πιστός διαμεσολαβητής των συμβολικών μας σχέσεων. Για να μπορέσουμε ίσως να δώσουμε απάντηση για το τι είναι θάνατος, θα πρέπει να ορίσουμε και να προσδιορίσουμε τι ορίζει και τι ορίζεται από τον θάνατο.

Ο θάνατος δεν είναι απειλητικός από μόνος του· αυτό που είναι απειλητικό για το ανθρώπινο είδος είναι ο φόβος προς το ά-γνωστο που τον συνοδεύει, καθώς και ο πόνος του αποχωρισμού από τα αγαπημένα μας πρόσωπα. Ίσως γι' αυτό η αναπαράσταση του θανάτου να προκαλεί πολλές φορές την ανάγκη της μεγαλύτερης απόλαυσης τού εδώ και τώρα. Η ζωή και ο θάνατος είναι λοιπόν αλληλένδετα μεταξύ τους και αυτό που τους συνδέει είναι το όριο που υπάρχει στη ζωή.

4.4. Η έννοια του *ναρκισσισμού* και η σχέση του με τον ογκολογικό ασθενή

«Ο Νάρκισσος δεν πέθανε γιατί καθρεφτίστηκε στα νερά
μιας πηγής στην Ελλάδα, πέθανε γιατί θεώρησε
την αντανάκλαση του ως σώμα»..
«Καθρέφτη, αν ποτέ σε ξεχάσω, είτε είμαι Νάρκισσος
είτε Περσέας, θα χαθώ».
P. –C. Racamier

Ο όρος «*ναρκισσισμός*» εμπνεύστηκε από την ελληνική μυθολογία (από τον Νάρκισσο που ερωτεύθηκε τον ίδιο του τον εαυτό), στην οποία η αγάπη του υποκειμένου απευθυνόταν στο ίδιο του το σώμα και πήρε τη σημασία και τη θέση, που του αρμόζει, από τον Φρόυντ μέσω της ψυχανάλυσης. Ο *ναρκισσισμός* που σε γενικές γραμμές σημαίνει την αγάπη του εαυτού στις διάφορες παραλλαγές της, διακρίνεται στον *πρωτογενή* και στον *δευτερογενή ναρκισσισμό*, *κεντρομόλο και φυγόκεντρο ναρκισσισμό*, *φυσιολογικό* και *παθολογικό ναρκισσισμό*, *ναρκισσισμό* ταυτιζόμενο με την ενορμητική συνιστώσα ή αντιτιθέμενο σ' αυτή.

Ποια είναι όμως η σχέση του *ναρκισσισμού* και των *ενστικτωδών ενορμήσεων*;

Ο *ναρκισσισμός*, που ορίζεται και από την κατεύθυνση των ενορμήσεων, αναπαριστά καθ αυτός μια *αυτόνομη ενέργεια*, που επενδύει τις ενορμήσεις, όποια κι' αν είναι η κατεύθυνσή τους: ενορμήσεις που κατευθύνονται προς τα αντικείμενα ή προς το *Εγώ*. Αλλά ο *ναρκισσισμός*, αντίθετα με τις *ενορμήσεις*, δεν

έχει ειδικό σωματικό υπόβαθρο και οφείλει, για να εκφραστεί, να στηριχθεί στον ενορμητικό παράγοντα. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο είναι δύσκολο ν' απονεμηθεί στις εκδηλώσεις τους αυτό που αναλογεί στον ναρκισσισμό κι' αυτό που αναλογεί στις ενορμήσεις.

Στο εύλογο ερώτημα πώς επιτελείται η *ναρκισσιστική πληρότητα* που σύμφωνα με τον Γκρούνμπεργκερ αποτελεί μια πετυχημένη σύνθεση των ενορμήσεων και του ναρκισσισμού, η απάντηση είναι ότι επιτυγχάνεται όταν το *Εγώ* σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης του, πετυχαίνει να ενσωματώνει τις ενορμήσεις, ενώ συγχρόνως επενδύει ναρκισσιστικά το περιεχόμενό του με κατάλληλο τρόπο.

Η ενορμησιακή ικανοποίηση αυτή καθεαυτή που επιτυγχάνεται χάρη στην πράξη η οποία μειώνει την ένταση και η ναρκισσιστική επένδυση αυτής της ίδιας της πράξης, που θα της προσδώσει αξία και αξιοπρέπεια, είναι αυτή που συμβάλλει στην εδραίωση του αισθήματος της αυτοεκτίμησης. Η αυτοεκτίμηση βρίσκεται σ' εξάρτηση από τη λιμπιντική επένδυση του ολοκληρωμένου *Εγώ*. Αυτή η επένδυση είναι που ορίζει τον φυσιολογικό ναρκισσισμό όντας υπό την επιρροή πολλών ενδοψυχικών δομών. Η αντίληψη λοιπόν ενός συγκροτημένου «εαυτού», σύμφωνα με τον Κέρνμπεργκ, (δηλαδή η αντίληψη που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του στις αλληλεπιδράσεις του με τα αντικείμενα), αποτελεί το αίσθημα του εαυτού.

Σε αντίθεση με τον έρωτα, που όλη η λιβιδινική επένδυση μεταφέρεται στο αγαπημένο πρόσωπο, το οποίο εξιδανικεύεται παραμερίζοντας το ερωτευμένο άτομο στην άκρη τις προσωπικές του ανάγκες, στην ασθένεια όλη η προσοχή και η φροντίδα στρέφεται στον ίδιο τον εαυτό, αψηφώντας τις ανάγκες των άλλων, οδηγούμενο από τον εγωισμό του και τις απαιτήσεις του. Η συστολή της λίμπιντο επί του υποκειμένου από τα εξωτερικά αντικείμενα ήταν, κατά τον Freud, μία προφανής κλινική εκδήλωση, που έβλεπε στην οργανική ασθένεια. Στην παθολογία, η λιμπιντική απόσυρση, όποια κι' αν είναι η ένταση της απόσυρσης, πάντοτε παραμένει μια σχέση με τον κόσμο. Η οργανική ασθένεια λοιπόν, που συνοδεύεται από οξείς ή χρόνιους πόνους, αποστρέφει το ενδιαφέρον που σε άλλες περιπτώσεις έχει ο ασθενής για τον εξωτερικό κόσμο, στο μέτρο που δεν έχει κάποια σχέση με τον πόνο του. Ο ασθενής παραμελεί τα συνηθισμένα ερωτικά του αντικείμενα. Η σκέψη του συγκεντρώνεται στον πόνο που διαταράσσει την ηρεμία στις συναισθηματικές του σχέσεις με τους άλλους. Όλα συμβαίνουν, αναφέρει ο

Ναχτ, *«ως ο άνθρωπος να μην αγαπούσε αρκετά τον εαυτό του για να αγωνιστεί και να κρατηθεί στη ζωή. Ο φύλακας της ζωής φαίνεται να έχει παραιτηθεί, να έχει απαρνηθεί τη λειτουργία του»*. Ο Ναχτ εξομοιώνει αυτό που έχει σημασία στο επίπεδο ολόκληρου του σώματος, με αυτό που έχει ισχύ στο επίπεδο του οργάνου, του ιστού και του κυττάρου. Η μείωση του *πρωτογενούς ναρκισσισμού*, δηλαδή της ανάγκης του για ζωή, καθιστά το άτομο ευάλωτο και μπορούν να δημιουργηθούν ρωγμές, μέσω των οποίων οι εχθροί της ζωής του θα μπορέσουν να διεισδύσουν για να το καταστρέψουν. Έτσι θα μπορούσε να εξηγηθεί ο παράγων προδιάθεση στην ασθένεια. Όλα θα συνέβαιναν σαν ο άνθρωπος που δεν αγαπά πια τη ζωή του να έπαυε να είναι προσκολλημένος σ' αυτήν και να μην του απέμενε παρά να αφεθεί στο θάνατο.

Οι P.Marty και M.Fain, οι οποίοι μελέτησαν τις πρώιμες αποστερήσεις κατά τη διάρκεια των οργανικών ασθενειών, διαπίστωσαν ότι επέφεραν την ιδρυματοποίηση του βρέφους. Ο Φρόυντ αντίστοιχα είχε περιγράψει κατά τη διάρκεια της οργανικής ασθένειας την απόσυρση της λίμπιντο των αντικειμένων που αναδιπλώνεται επί του *Εγώ*.

Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι το άτομο που ασθενεί παλινδρομεί, όπως στην αρχή της ζωής, που όλη η αγάπη κατευθύνεται προς τον εαυτό, μη μπορώντας το βρέφος να διαχωρίσει τον εαυτό του από το πρωταρχικό αντικείμενο, τη μητέρα του δηλαδή. Καθώς όμως ο *πρωτογενής ναρκισσισμός* (όπου η αγάπη του εαυτού προηγείται της αγάπης των άλλων), αποτελεί *«φύλακα της ζωής»*, όπως υποστήριξε ο Nacht, συντελεί στην αναγκαία προστασία του εύθραυστου σωματο-ψυχικού οργανισμού του ατόμου. Έτσι, αποτελεί τη δύναμη συνοχής, που επιτρέπει στο άτομο «να προσκολληθεί» στη ζωή θεωρώντας τον εαυτό του ως ενότητα, επιτελώντας μια προστατευτική λειτουργία. Γι' αυτό ο *πρωτογενής ναρκισσισμός* είναι η μόνη *«εσωτερική προστασία, που δρα στο επίπεδο των πιο εκλεπτυσμένων εκδηλώσεων της ζωής και στο πλάνο της φυσιολογίας, ίσως ακόμα και στο κυτταρικό επίπεδο»*.

Στο *δευτερογενή ναρκισσισμό*, ο οποίος στην προκειμένη περίπτωση εδώ θα ήταν ο υπερασπιστής όχι της ζωής αλλά του οργάνου, που είναι το ίδιο πηγή ζωής, κάθε απειλή κατά της σωματικής ακεραιότητας θα ήταν κατ' επέκταση αισθητή ως απειλή ευνουχισμού. Ο *δευτερογενής ναρκισσισμός*, ο οποίος δεν υπεισέρχεται για

να αντικαταστήσει τον *πρωτογενή*, εμπεριέχει την *ενδοβολή του αντικειμένου* και την *ταύτιση* με αυτό, καθώς το παιδί θα μπορέσει να αγαπήσει τον εαυτό του, αφού έχει εσωτερικεύσει την αγάπη της μητέρας του, την οποία έχει αναγνωρίσει ως άλλο πρόσωπο, που αποτελεί το θεμέλιο της εκτίμησης για τον ίδιο τον εαυτό. Αν η επένδυση παρέμενε αποκλειστικά ναρκισσιστική, το υποκείμενο δεν θα μπορούσε να στραφεί προς το ζωτικό αντικείμενο και αυτό θα το οδηγούσε στο θάνατο.

Το καλά ρυθμισμένο παιγνίδι των αποστερήσεων και των επιβραβεύσεων επιτρέπει τη διαδικασία ωρίμανσης. Το *ιδεώδες του Εγώ* της ωρίμανσης πρέπει να παρέχει στο παιδί τις επιβραβεύσεις που του επιτρέπουν να μην επιθυμεί να επιστρέψει στην πρότερη κατάσταση, αλλά και αρκετές αποστερήσεις για να μην επιθυμεί να σταματήσει στο στάδιο αυτό.

Αναρωτιόμαστε μήπως ο ασθενής που ασθενεί επιθυμεί ασυνείδητα να επιστρέψει σε αυτή τη πρότερη κατάσταση, σε αυτή τη ναρκισσιστική συγχώνευση μητέρας-εμβρύου.

Ο F.Pasche στο έργο του το 1964 *«L'anti-narcissisme»* (ο *αντι-ναρκισσισμός*) τοποθετεί το λόγο του στην διαλεκτική *Έρως-θάνατος*, η οποία άρχει της σωματοψυχικής ενότητας του ατόμου από τη γέννηση μέχρι τον θάνατο. Θα υπήρχαν εξαρχής μια άμεση κεντρομόλος επένδυση (π.χ. αντίστοιχή του πρωτογενούς ναρκισσισμού, όπως τον θεωρεί ο Grunberger B.) και μια φυγόκεντρος επένδυση, που στο βιολογικό επίπεδο εξεικονίζει η διαίρεση των κυττάρων, ο αριθμός των οποίων αυξάνει για να σχηματιστούν πολυκυτταρικές ομάδες. Ο Πας θεωρεί αυτή την αποποίηση ουσίας και αγάπης ως μια εκδήλωση θανάτου, διότι υπάρχει *«χωρισμός και διασκορπισμός»*.

Ως εκ τούτου κάθε *αντικειμενότροπος σχέση* συνεπάγεται κανονικά μιαν ορισμένη διάχυση ναρκισσιστικής λίμπιντο. Αυτό που δίνει το υποκείμενο, είναι αυτό που αποσπά από τον εαυτό του. Ο Πας θέλοντας να το τονίσει αναφέρει *«Δεν είμαστε για την ύπαρξη του κόσμου, παρά μόνο διότι τον ποτίζουμε διαρκώς με το ίδιο μας το αίμα. Το ότι παραμένει επενδεδυμένος, όπως λέμε, αυτό σημαίνει ότι αφήνουμε σ' αυτόν κάτι από μας τους ίδιους, που όσο διαρκεί η επένδυση δεν το διαθέτουμε πια. Η πρόσβαση στο κόσμο δεν γίνεται δωρεάν»*. Συνοπτικά, σύμφωνα με τον ίδιο θα υπήρχε στο άτομο ένας «πρωταρχικός προκαθορισμός» της σχέσης

υποκειμένου-αντικειμένου. Ο *ναρκισσισμός* και ο *αντιναρκισσισμός*, τα δύο λιμπιντικά ρεύματα, συσχετίζονται συγχρόνως με τον έρωτα και τον θάνατο, «διότι η επένδυση δεν μπορεί να κατευθυνθεί προς τον ένα πόλο (αντικείμενο ή υποκείμενο) χωρίς ν' απομακρυνθεί από τον άλλο».

Παρομοίως ο Serge Lebovisi (Σ. Λεμποβισί) αναφέρει ότι το αντικείμενο είναι επενδεδυμένο, προτού ακόμα να γίνει αντιληπτό. Αντίστοιχα ο D.Lagache θεωρεί την ενόρμηση ως μια «εν δυνάμει αντικειμενότροπο σχέση» που θα προϋπήρχε των μετέπειτα πραγματικών αντικειμενότροπων σχέσεων.

Οι ναρκισσιστικοί ασθενείς λοιπόν έχοντας ζήσει με μεγάλη ένταση την οιδιποδειακή φάση και τις συγκρούσεις που συνεπάγονταν, δεν κατάφεραν να ξεπεράσουν τα άγχη της πρώιμης ναρκισσιστικής τους φάσης.

Έτσι, μέσω των εμπειριών αυτών με ευνουχιστικό νόημα οδηγούνται συχνά στην πλήρη ναρκισσιστική κατάρρευση και στην σοβαρή κατάθλιψη. Παράλληλα είναι άτομα που παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στο διαπροσωπικό επίπεδο, που αισθάνονται δυστυχή και ανολοκλήρωτα, βιώνουν αισθήματα κενού και κατάθλιψης και παρουσιάζουν μεγάλη αστάθεια στον κοινωνικό τους βίο παρά τα προσόντα που συχνά διαθέτουν.

Σύμφωνα με τον Γκρούνμπεργκερ, οι περισσότερες ανθρώπινες πράξεις, αν όχι όλες, θα αντιπροσώπευαν διαρκώς επαναλαμβανόμενες προσπάθειες του ανθρώπου για να πραγματοποιήσει την ναρκισσιστική του επανασυγκρότηση, για να καλύψει το κενό της πρωταρχικής ναρκισσιστικής πληγής του.

Εν κατακλείδι, ο *ναρκισσισμός* είναι η κινητήρια δύναμη της ζωής, μια ζωτική ορμή: ο *ναρκισσισμός*, καθαρή αγάπη χωρίς ενορμησιακό υπόβαθρο, προγενετήσιας καταγωγής, θεωρείται ως μια δύναμη της οποίας η αυτόνομη και ποιοτικά διαφορετική των ενορμήσεων ενέργεια μετέχει στη δόμηση του *Εγώ*.

Έτσι, η αποκατάσταση του πρωταρχικού ναρκισσιστικού τραυματισμού φαίνεται να είναι μια αναγκαιότητα για τον άνθρωπο, ο οποίος επιδιώκει ασταμάτητα την επανασύσταση της χαμένης του πληρότητας. Σύμφωνα με το στάδιο της ενορμησιακής ωρίμανσης η ναρκισσιστική αποκατάσταση

πραγματοποιείται (όταν είναι φυσιολογικά δυνατή) με τους ανάλογους σε κάθε στάδιο τρόπους.

ΜΕΡΟΣ Β.

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στη μεθοδολογία που ακολουθήσαμε στην έρευνα μας για την διερεύνηση των ψυχολογικών παραγόντων που συμβάλλουν σε μια σωματική αποδιοργάνωση. Πιο συγκεκριμένα θα αναλύσουμε:

1) τα προβλήματα ηθικής και δεοντολογίας στην κλινική έρευνα
2) το αντικείμενο και σκοπός
3) τον ερευνητικό σχεδιασμό
4) την αξιοπιστία της έρευνας
5) την επιλογή μεθοδολογικής προσέγγισης - παρουσίαση της μελέτης περίπτωσης
6) τις προοπτικές και τα ερωτήματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της έρευνας
7) τις εγγενείς δυσκολίες και τους περιορισμούς της ερευνητικής μεθοδολογίας

5.1. Προβλήματα ηθικής και δεοντολογίας στην κλινική έρευνα

Η κλινική έρευνα στον άνθρωπο διαφέρει τόσο δεοντολογικά και ηθικά, όσο και εργαστηριακά, στη μελέτη και στην τεκμηρίωση δεδομένων. Γι' αυτό, για λόγους επιστημονικής δεοντολογίας και ηθικής είναι αδύνατο να θέσουμε τα άτομα αυτά (τα οποία νοσούν από διάφορες μορφές καρκίνου) υπό εργαστηριακά και αναπαραγωγικά δεδομένα και αποτελέσματα. Η εκλογή της κατάλληλης μεθόδου είναι λοιπόν πολύ σημαντική, γιατί είναι αυτή που θα επιτρέψει στον ερευνητή, να μελετήσει διεξοδικά το θέμα προς διερεύνηση, δίνοντας απαντήσεις στις ερωτήσεις του επικείμενου προβλήματος, χωρίς να θίγει τα προσωπικά δεδομένα των εμπλεκομένων στην έρευνα. Στην περίπτωση αυτή, οι εκτιμήσεις και οι παρατηρήσεις μας προέρχονται από τα κλινικά ευρήματα από την εμφάνιση και την εξέλιξη της ασθένειας των μελών του δείγματος μας.

5.2. Αντικείμενο και σκοπός της ερευνητικής διαδικασίας

Σύμφωνα με τον Παπαναστασίου «η βαθειά γνώση του προβλήματος υποβοηθά τον ερευνητή στο να διατυπώσει το σκοπό της έρευνας, ο οποίος είναι στενά συνδεδεμένος με τη διατύπωση του προβλήματος. Ο καθορισμός του προβλήματος πρέπει να εκφράζει την επιδίωξη του τέλους που αποσκοπεί η έρευνα»[49].

Στόχος της παρούσας διδακτορικής διατριβής αποτελεί η μελέτη ενός πολυπαραγοντικού φαινομένου της εμφάνισης της καρκινικής νεοπλασίας και της εξέλιξης της. Συγκεκριμένα θα διερευνηθούν οι ψυχολογικοί παράγοντες που δρουν καταλυτικά στην εμφάνιση της νόσου και θα μελετηθεί η αλληλεπίδραση τους. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στη συσχέτιση της ελλειμματικής ψυχικής οργάνωσης με τη ποιότητα των πρώιμων σχέσεων μητέρας παιδιού, προκειμένου να διαπιστωθεί το αν και σε ποιο βαθμό επηρεάζεται η ψυχική ομοιόσταση του μελλοντικού ενήλικα.

5.3. Ερευνητικός σχεδιασμός

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούμε στον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας αυτής· θα εκθέσουμε δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο έγινε η επιλογή των ατόμων τα οποία αποτέλεσαν τη μεθοδολογική μας προσέγγιση - τη *μελέτη περίπτωσης*, (case study, études de cas) καθώς επίσης και την ερευνητική διαδικασία. Ο σχεδιασμός της έρευνας αποσκοπεί στη διασταύρωση των τελικών δεδομένων και συμπερασμάτων με τα αρχικά ερωτήματα της έρευνας.

(α) Η επιλογή των μελών του δείγματος

Από τους ασθενείς που παραπέμφθηκαν σε εμάς από τους ογκολόγους ιατρούς τους, δια μέσου της υπηρεσίας «Κατ' οίκον φροντίδας»[50] του Αντικαρκινικού Συνδέσμου Κύπρου, επτά εξ' αυτών αποτέλεσαν το δείγμα της

---

[49] Παπαναστασίου Κ., *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Theopress Ltd, Λευκωσία 1996, σ.42.

[50] Υπηρεσία Κατ' Οίκον Φροντίδας – Πολυθεματική ομάδα του *Αντικαρκινικού Συνδέσμου Κύπρου*, που αποτελείται από Γιατρούς, Νοσηλευτές, Φυσιοθεραπευτές, Ψυχολόγους, Κοινωνικούς Λειτουργούς, η οποία προσφέρει σφαιρική φροντίδα στους καρκινοπαθείς ασθενείς και στις οικογένειες τους. Στην υπηρεσία αυτή, οι ασθενείς παραπέμπονται από τον θεράποντα γιατρό τους, από τις οικογένειες τους, ή από τους ιδίους, ζητώντας να ενταχθούν στο πρόγραμμα αυτό ανάλογα με τις ανάγκες τους.

παρούσας έρευνας. Η εκλογή του δείγματος δεν ήταν σκόπιμη αλλά τυχαία, ωστόσο το δείγμα δεν ήταν πολυπληθές και κατά συνέπεια ούτε κι' αντιπροσωπευτικό. Η επιλογή του δείγματος αφορούσε αφενός άτομα τα οποία εξέφρασαν την επιθυμία για μια θεραπευτική παρέμβαση, αφετέρου η έκβαση της ασθένειας τους αλλά και γενικότερα της εσωτερικής τους πορείας, «επέτρεψε» τη διάρκεια των συναντήσεων και την εκμαίευση των πορισμάτων μας. Είναι σημαντικό να προσθέσουμε, ότι στο πεδίο της σωματικής ασθένειας εργαζόμαστε πάντα εκ των υστέρων. Ο ασθενής έρχεται να μας επισκεφθεί, γιατί αφενός εισπράττει την νόσο του ως ένα εξωτερικό τραυματικό γεγονός, αφετέρου γιατί οι αλλαγές στο σώμα του, ο πόνος, και οι παρενέργειες από τη φαρμακευτική αγωγή, αποτελούν για τον ίδιο ένα σημαντικό σημείο αναφοράς. Η επιλογή λοιπόν των περιπτώσεων καθώς και των νόσων δεν ήταν εφικτή. Το δείγμα μας επίσης δεν εξισορροπήθηκε ως προς το φύλο, την ηλικία, τη μόρφωση και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, γιατί όπως ήδη προαναφέραμε, δεν ήταν δυνατή η επιλογή των ασθενών. Ωστόσο, αν και το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού στο οποίο ανήκει αλλά αποτελείται από μια ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά, – στη παρούσα έρευνα από μια σοβαρή ασθένεια, ορίσαμε τα κύρια χαρακτηριστικά κάθε μέλους έτσι, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα επανάληψης της έρευνας με δείγμα που να έχει τα ίδια στοιχεία, στην περίπτωση που υπάρχει η επιθυμία για επαναβεβαίωση των ευρημάτων ή που υπάρχουν αμφιβολίες για τα ευρήματα της έρευνας.

Επομένως το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται από επτά γυναίκες τις οποίες για την παρούσα έρευνα ονομάσαμε:

- Δανάη, 36 ετών, με ολική θυρεοειδεκτομή, έντονη προηγούμενη υπερδραστηριότητα, με μοναδική ενασχόληση τα σωματικά της προβλήματα και παρουσία κατάθλιψης.
- Ελπίδα, 44 ετών, με αφαίρεση του ενός μαστού, υπερδραστήρια, με έντονη ενασχόληση με τους άλλους και με συγκαλυμμένη κατάθλιψη.
- Αθηνά, 45 ετών, καρκίνος μαστού, αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, έντονη προηγούμενη υπερδραστηριότητα, και παρουσία κατάθλιψης.

- Χρυσηίδα, 67 ετών, με αφαίρεση του ενός μαστού, αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, μεταστάσεις στον πνεύμονα, έντονη προηγούμενη υπερδραστηριότητα, και παρουσία κατάθλιψης.
- Θεοδοσία, 45 ετών, καρκίνος μαστού, αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, έντονη προηγούμενη υπερδραστηριότητα, και παρουσία κατάθλιψης.
- Κλειώ, 45 ετών, καρκίνος μαστού, με αφαίρεση του ενός μαστού, αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων, έντονη προηγούμενη υπερδραστηριότητα, και παρουσία κατάθλιψης.
- Λήδα, 42 ετών, καρκίνος μαστού, μεταστάσεις στα οστά, μετέπειτα στον εγκέφαλο, έντονη προηγούμενη υπερδραστηριότητα, και παρουσία συγκαλυμμένης κατάθλιψης.

(β) Η ερευνητική διαδικασία

Με κάθε μέλος του δείγματος, ορίσαμε μετά τη πρώτη συνεδρία, το πλαίσιο των συναντήσεων μας. Οι συνεδρίες είχαν προγραμματισθεί να γίνονται με συχνότητα δύο φορές την εβδομάδα (την ίδια μέρα και ώρα), με διάρκεια 45-50 λεπτά. Οι συναντήσεις γίνονταν πάντα στον ίδιο χώρο· για τις πέντε εξ' αυτών σε ένα χώρο ειδικά διαμορφωμένο του Αντικαρκινικού Συνδέσμου, ενώ για τις άλλες δύο στο σπίτι τους, εξαιτίας της έκβασης της νόσου τους. Οι κλινικές συνεντεύξεις οι οποίες μαζί με τη παρατήρηση αποτελούν τον κύριο τρόπο συλλογής πληροφοριών της ποιοτικής έρευνας, είχαν ένα εξελικτικό χαρακτήρα, στηρίζονταν δηλαδή κάθε φορά στις γνώσεις που είχαν αποκτηθεί από τις προηγούμενες συνεδρίες του συγκεκριμένου ατόμου και κατά αυτόν τον τρόπο συνέθεταν την προσωπική του ιστορία. Ο ερευνητής σε αυτή τη μεθοδολογική προσέγγιση διερευνά, ανακαλύπτει και περιγράφει το υπό εξέταση ζήτημα. Γι' αυτό εστιάζεται κυρίως στα ερωτήματα του «πως» και «γιατί» ώστε να μελετήσει εις βάθος αυτό που αναζητά. Το πρώτο χρονικό διάστημα κάναμε ανοιχτές ερωτήσεις, επιτρέποντας κατ' αυτόν τον τρόπο την ανάδυση ασυνείδητου υλικού. Στη συνέχεια οι επόμενες συνεντεύξεις ήταν περισσότερο εστιασμένες από τις πρώτες, προκειμένου να φωτισθούν τα πιο σκοτεινά σημεία της προσωπικής τους ιστορίας, και κατά συνέπεια να εξεταστούν οι υποθέσεις που ξεπρόβαλλαν μέσα από τη διήγηση τους. Είναι σημαντικό δε ο ερευνητής να δίνει σημασία σε όσα το άτομο

δεν λέει και τα οποία αισθάνεται ότι κρύβονται πίσω από τα λεγόμενα του. Παράλληλα η παρατήρηση αποσκοπούσε στη λήψη των μη λεκτικών ερεθισμάτων των ασθενών μας, όπως τις εκφράσεις του προσώπου, το βλέμμα, τη στάση του σώματος, τον τόνο και τη χροιά της φωνής, τη ροή της ομιλίας κλπ. στοιχεία τα οποία αποτέλεσαν μια σημαντική πηγή υλικού προς επεξεργασία.

Τα σημεία τα οποία διερευνήθηκαν ενδελεχώς ήταν τα ακόλουθα:

- η σχέση τους ως παιδιά με τους γονείς τους και ιδιαίτερα με τη μητέρα τους,
- τραυματικά γεγονότα,
- ψυχικές άμυνες και τρόποι αντιμετώπισης των δυσκολιών,
- συναισθηματικές δυσκολίες και τρόποι έκφρασης των,
- αντικειμενότροπες σχέσεις,
- εκδήλωση της νόσου (χρονικά και ψυχικά).

Μετά από κάθε συνεδρία καταγράφαμε τις εντυπώσεις μας και τις διερευνητικές ερωτήσεις που προέκυπταν. Οι διερευνητικές ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν για την καθοδήγηση της συνέντευξης. Η επιλογή της καταγραφής κάποιων αποσπασμάτων είναι υποκειμενική και επηρεάσθηκε σημαντικά από το περιεχόμενο των λεχθέντων σε σχέση με την δημιουργία της ψυχικής δομής των υποκειμένων και την εκκόλαψη της νόσου τους. Στη συνέχεια τα αποσπάσματα αυτά σχολιάσθηκαν και αναλύθηκαν μέσα από ένα ψυχαναλυτικό πρίσμα. Αφού συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν τα δεδομένα κατά περίπτωση, καθορίσαμε κατά τη γνώμη μας τον καλύτερο τρόπο παρουσίασης των αποτελεσμάτων της έρευνας. Σύμφωνα με αυτόν, παρουσιάζεται πρώτα το ιστορικό κάθε μέλους του δείγματος προκειμένου ο αναγνώστης να σχηματίσει μια εικόνα της προσωπικότητας κάθε ασθενούς, και μια σφαιρική θεώρηση κάθε κατάστασης, που πιστεύουμε ότι κατά αυτόν τον τρόπο θα κατανοήσει βαθύτερα τα όσα θα αναφέρουμε στη συνέχεια.

Η Προβολική Δοκιμασία Τ.Α.Τ, και η Γραφοπροβλητική Δοκιμασία SAT9, δεν χορηγήθηκαν σε όλο το δείγμα για δύο λόγους: σε ορισμένα άτομα δημιουργούσε ένα αίσθημα καχυποψίας και άρνησης ταυτόχρονα, σε άλλα άτομα, η ψυχική και η σωματική εξάντληση εξαιτίας της έκβασης της ασθένειας τους, δεν

επέτρεπε μια επιπρόσθετη ταλαιπωρία. Εν αντιθέσει το Ψυχοσωματικό Ερωτηματολόγιο B.I.Q. (Beth Israel Questionnaire) συμπληρώθηκε από μας για όλους τους ασθενείς του δείγματος, παρέχοντας χρήσιμες πληροφορίες για τα *αλεξιθυμικά* τους χαρακτηριστικά καθώς επίσης και τη γενικότερη ψυχική τους δομή.

5.4. Η αξιοπιστία της έρευνας

Η αξιοπιστία της έρευνας αφορά αφενός τον έλεγχο στην ποιότητα του τρόπου και αφετέρου στη διαδικασία διεξαγωγής της μελέτης περίπτωσης. Η διαδικασία αξιολόγησης της αξιοπιστίας της μελέτης περίπτωσης, λόγω της φύσης του ερευνητικού θέματος και τους περιορισμούς του ερευνητικού πεδίου, προσπαθήσαμε να τα αντισταθμίσουμε δια μέσου της «*τριγωνοποίησης* (triangulation), ως την καλύτερη μεθοδολογική αντικειμενική επιβεβαίωση των συμπερασμάτων της ανάλυσης περιεχομένου (Patton 1980, Rosenblatt 1981, Hakim 1987)[51]». Η τριγωνοποίηση είναι μια από τις τεχνικές που αποσκοπεί στον έλεγχο, στη διασταύρωση των δεδομένων της έρευνας, με την χρησιμοποίηση πολλαπλών πηγών άντλησης των δεδομένων. Ο ερευνητής δηλαδή προσπαθεί να βρει και άλλες πηγές δεδομένων προκειμένου να επικυρώσει την αλήθεια των ισχυρισμών του.

Η τριγωνοποίηση στοχεύει στην ελαχιστοποίηση του ενδεχομένου της παρερμηνείας, μέσα από την σύγκληση άλλων μεθόδων ανάλυσης. Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, υπάρχουν οι παρακάτω τύποι τριγωνοποίησης:

α) η ερμηνεία ενός συνολικού συμπεράσματος δια μέσου μιας θεωρητικής τριπλής προσέγγισης

β) η σύγκλιση πολλαπλών μεθόδων ανάλυσης δεδομένων για τη μελέτη μιας περίπτωσης

γ) η στήριξη στις μελέτες άλλων ερευνητών

δ) η χρήση πολλών ανεξάρτητων πηγών πληροφόρησης όπως η συνέντευξη, η παρατήρηση και το ερωτηματολόγιο

[51] Wadeley A., Δεοντολογία της έρευνας και πρακτικής στην ψυχολογία, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2007, σελ. 14.

Ως τύπο *τριγωνοποίησης* επιλέξαμε τη σύγκλιση πολλών ανεξάρτητων πηγών πληροφόρησης, όπως τη Προβολική Δοκιμασία Τ.Α.Τ.[52], το Ψυχοσωματικό ερωτηματολόγιο BIQ[53] (Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire), τη Δοκιμασία SAT9[54], την παρατήρηση, το λεχθέν και μη λεχθέν μέσα από τις

---

[52] Το Τ.Α.Τ., Thematic Apperception Test του H. Murray, (Δοκιμασία Θεματικής Αντίληψης), θεωρείται το πλέον αντιπροσωπευτικό τεστ προβολής εικόνων αυτής της κατηγορίας. Τα προβολικά τεστ «εξασφαλίζουν απαντήσεις που ανεπηρέαστες από ξένους παράγοντες, αντιστοιχούν στην ψυχική αυθεντικότητα» του υποκειμένου. (Ν. Ν. Δρακουλίδης 1976). Η δοκιμασία αυτή, η οποία απευθύνεται όσο σε παιδιά τόσο και σε ενήλικες (των δύο φύλων), αποτελείται από είκοσι εικόνες που παριστάνουν σκηνές της καθημερινής ζωής. Το υποκείμενο καλείται από τον εξεταστή να διηγηθεί «αυτό που βλέπει και αυτό που σκέφτεται» μέσω του περιεχομένου αυτών των εικόνων. Από τη διήγηση επί όλων των εικόνων του Τ.Α.Τ. , ο εξεταστής συνάγει περί των επιθυμιών, των αντιστάσεων, των αμυνών, των σχέσεων, των ψυχικών συγκρούσεων κ.τ.λ. οι οποίες αποκαλύπτουν ένα πλούσιο μέρος της ασυνείδητης ζωής του. Η αντίληψη την οποία διαμορφώνουν τα πρόσωπα που παρατηρούν την εικόνα είναι υποκειμενική. Άλλα άτομα παρατηρούν τη λεπτομέρεια, ενώ άλλα αδιαφορούν ή εστιάζονται σε αυτήν με ένα εντελώς διαφορετικό τρόπο. Σύμφωνα με τον Δρακουλίδη «αυτή η αντιληπτική διαφορά που απορρέει, αφενός, από τα βιώματα του υποκειμένου και, αφετέρου από τη νοημοσύνη του, εμφανίζεται μ' έναν τρόπο πιο αποκαλυπτικό του ψυχισμού του όταν η σύνθεση της εικόνας δεν περιορίζει την αντίληψη της δομής της, αλλά επιτρέπει μια πιο ελεύθερη σύλληψη, πέρα από αυτό που παρουσιάζεται στην εικόνα, μια αποδέσμευση με την υποκειμενικότητα του παρατηρητή, καθώς αυτό μπορεί να γίνει με μια αφηρημένη σχετικά σύνθεση» (Βλ. Παράρτημα ΙΙΙ).

[53] Το ευρύτερα χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο για την ποσοτικοποίηση της αλεξιθυμίας με δεκαεπτά ερωτήματα και υποχρεωτική επιλογή απαντήσεων, το οποίο ολοκληρώνεται από τον εξεταστή.

The Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ) was developed by Sifneos (1973) in an attempt to quantify differences he had observed in the cognitive-affective style between psychoneurotic patients and patients with "classical" psychosomatic diseases. It is a 17-item, forced choice questionnaire (1 = presence; 0 = absence) completed by an interviewer or observer. Of these 17 questions, Sifneos (1973) selected eight "key" items that best assess alexithymic characteristics; higher scores on these items indicate higher degrees of alexithymia. The method of interviewing, as outlined by Nemiah et al. (1976), involves an initial period of unstructured conversation followed by repeated exploration of the patient's ability to describe feelings and to report fantasies and dreams. Following Sriram et al. (1988), Bagby et al. (1994b) recently developed a modified version of the BIQ by adding four new items for rating alexithymia and eliminating nine of the original 17 items that are less relevant to the construct. In addition, the rating scale was changed from a dichotomous format to a 7-point Likert type format to enhance the reliability. The resulting 12 item questionnaire comprises six items pertaining to the ability to identify and verbally communicate feelings (i.e., affect awareness), and six items pertaining to imaginal activity and externally-oriented thinking (i.e., operatory thinking) in J.D.A. Parker and R. Bar-On (Eds.). *The handbook of emotional intelligence*, San Francisco, CA: Jossey Bass, 2000, (p.p. 301-319). (Βλ. Παράρτημα Ι).

[54] Πρόκειται για μια γραφοπροβλητική δοκιμασία με ένα σύστημα ποσοτικής βαθμολόγησης, Σύμφωνα με τον Graeme J. Taylor η αρχετυπική δοκιμασία 9 (SAT9) αποτελεί «το πλέον υποσχόμενο εργαλείο για την ποσοτικοποίηση της αλεξιθυμίας, την οποία εισήγαγε το 1982 η Demers-Desrosiers και οι συνεργάτες της, που την υιοθέτησαν από τη θεωρία της φαντασίας του Durand (1967-1971)». Ζητείται από τον ασθενή να φτιάξει μια ζωγραφιά στην οποία θα συνδέει εννέα σύμβολα και στη συνέχεια να απαντήσει ένα συνοδό ερωτηματολόγιο και να γράψει μια μικρή ιστορία εξηγώντας τη ζωγραφιά. Τα εννέα συμβολικά ερεθίσματα (ένας καταρράκτης, ένα σπαθί, ένα καταφύγιο, ένα καταβροχθιστικό τέρας, κάτι κυκλικό το οποίο περιστρέφεται ή προχωρεί, ένας ήρωας, νερό, ένα ζώο και φωτιά) έχουν επιλεγεί, έτσι ώστε να προκαλούν άγχος και να υποβάλλουν τρόπους για την επίλυση του. Στις περιπτώσεις που όπου η συμβολική λειτουργία είναι παραβεβλαμμένη, ο ασθενής δεν μπορεί να δημιουργήσει κάποιο μύθο· δεν μπορεί να αμυνθεί απέναντι στο άγχος και δεν μπορεί να απαρτιώσει το νόημα (ιστορία) και την εικόνα (ζωγραφιά) των συμβόλων. Κατ' επέκταση όσο αυξάνει το επίπεδο της αλεξιθυμίας, το περιεχόμενο και η μορφή των ζωγραφικών εικόνων και των ιστοριών χάνουν την περιπλοκότητα, την αυθεντικότητα και την συνοχή τους. (Βλ. Παράρτημα Ι).

εβδομαδιαίες συνεδρίες (κλινικές συνεντεύξεις) και τις πληροφορίες από τους θεράποντες ιατρούς των περιπτώσεων μας.

5.5. Επιλογή μεθοδολογικής προσέγγισης - Παρουσίαση της μελέτης περίπτωσης

Το θέμα το οποίο επιλέξαμε να μελετήσουμε δεν μπορούσε να μετρηθεί με έναν στατικό τύπο ποσοτικής, δηλαδή αριθμητικής καταμέτρησης ενός κατά βάση ψυχικο-σωματικού φαινομένου, αυτού της σωματικής αποδιοργάνωσης. Μέσα από τον ερευνητικό σχεδιασμό, επιχειρήθηκε η διασάφηση μιας κατάληξης, αυτής του καρκίνου, καθώς και μια προσπάθεια διερεύνησης κυρίως του τρόπου και της αιτίας δημιουργίας του. Θελήσαμε να εντοπίσουμε τους παράγοντες οι οποίοι «οδήγησαν» στην παρουσία ενός όγκου, στην «κυτταρική αταξία των οργάνων», διερευνώντας τις ρίζες της ψυχολογικής τοποθέτησης του ατόμου, που κατευθύνουν ασυνείδητα την έκλυση και ενδεχομένως εγκατάσταση μιας ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης.

Γι' αυτό η επιλογή της μεθοδολογικής μας προσέγγισης στηρίχθηκε στην *ποιοτική ανάλυση,* στη μελέτη περίπτωσης η οποία βασίζεται στην επιτόπια παρατήρηση και στις κλινικές συνεντεύξεις (βάθους). Η συνέντευξη βάθους αποσκοπεί αφενός στη συλλογή πληροφοριών και παρατηρήσεων· εμπλέκονται δε σε αυτήν τρεις διαδικασίες: η διάγνωση, η υποστήριξη και η θεραπευτική διαδικασία μέσω της παρέμβασης.

Η ποιοτική ανάλυση λοιπόν, βασίζεται στο λόγο στην ομιλία του υποκειμένου, δια μέσου της οποίας ψηλαφίζονται τα ψυχικά δρώμενα της ανθρώπινης πορείας. Το βάθος και η ποιότητα (εξ' ού και η ονομασία της έρευνας ποιοτική), αυτής της προσέγγισης, οφείλονται στην εις βάθος ανάλυση του λόγου του υποκειμένου. Έτσι, ο ερευνητής οφείλει να διεισδύει στην αφηγηματική συνέντευξη του υποκειμένου και στην παρατήρηση, δύο απαραίτητα εργαλεία της ποιοτικής ανάλυσης.

Η ποιοτική έρευνα λοιπόν, διακρίνεται από την ποσοτική στο σκοπό που εξυπηρετεί· η ποιοτική έχει ως βασικό στόχο την κατανόηση των φαινομένων και

μελετά συνήθως *ατομικές περιπτώσεις*, γιατί υπάρχει η πεποίθηση ότι κάθε άτομο και κάθε ξεχωριστή μονάδα έχουν τις ιδιαιτερότητες τους, τις αξίες και τα συναισθήματα τους και η ανεύρεση τους προκύπτει διαμέσου της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ερευνητή και των ατόμων ή των μονάδων αυτών.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι στην ποιοτική έρευνα ο ερευνητής αποτελεί ο ίδιος το μέσο συλλογής δεδομένων, αλληλεπιδρά με τα άτομα τα οποία εμπλέκονται στην έρευνα, στηρίζεται στον εαυτό του και στις κρίσεις του στη συλλογή των δεδομένων, καθώς επίσης και στις ερμηνείες που δίνει για να επεξηγήσει τα δεδομένα και τέλος παρουσιάζει την έκθεση αποτελεσμάτων σε περιγραφική μορφή. Παράλληλα οι έρευνες ταξινομούνται σε υποκατηγορίες όπως: ιστορικές, εθνογραφικές, περιπτωσιακές κ.α.

Στη μέθοδο της *μελέτης περίπτωσης* (η οποία είναι η μεθοδολογική μας επιλογή), έμφαση δίνεται στο λόγο των υποκειμένων της ερευνητικής διαδικασίας, ο οποίος ενσωματώνεται αρχικά στη θεωρία, στη συνέχεια στο υπό μελέτη ζήτημα, για να δομηθεί κατόπιν μια καινούργια θεωρία. «Η μελέτη περίπτωσης λοιπόν ορίζεται ως μια από τις στρατηγικές διεξαγωγής επιστημονικής έρευνας, δια της οποίας δίδονται απαντήσεις σε ερωτήματα που αφορούν τον τρόπο και την αιτία εμφάνισης του φαινομένου ή της κατάστασης...»[55].

Ως εκ τούτου, η μελέτη περίπτωσης επιλέχθηκε, καθότι το θέμα το οποίο θελήσαμε να προσεγγίσουμε χρειαζόταν παράλληλα με τη βιβλιογραφική μελέτη, μια προσπάθεια κλινικής διερεύνησης εις βάθος του τρόπου και της αιτίας δημιουργίας του. Γι' αυτό και η απεικόνιση της τελική έκθεσης *της μελέτης περίπτωσης* έγινε υπό μορφή παρουσίας όλων των περιπτώσεων του δείγματος σε ξεχωριστά κεφάλαια, όπου η κάθε μια οδηγεί σε «συμπεράσματα» που συνθέτουν την τελική έκθεση (*«έκθεση πολλαπλών περιπτώσεων»*). Τα αποτελέσματα αυτά καταγράφονται συνήθως σε αφηγηματικό ύφος.

Είναι αξιοσημείωτο ότι η μελέτη περίπτωσης (étude de cas, case study), αποτελεί μια τις πιο παλαιές μεθόδους ποιοτικής έρευνας (όπως λ.χ. αξιόλογες αναλύσεις περιπτώσεων των S.Freud, J.Piaget, F.Dolto E.Erikson, Lacan κ.ά.).

---

[55] Αναστασία-Βαλεντίνη Δ. Ρήγα, *Καρκίνος:από τη μητέρα στην κόρη, η δυναμική της επανάληψης*, Τόμος Α'- Μελέτη περιπτώσεων εκδ. Παπαζήζη, σ.15.

Η προσπάθειά μας βασίστηκε κυρίως στην εμβάθυνση της προσωπικής τους ιστορίας, στη σκιαγράφηση των σημαντικότερων γεγονότων της ζωής τους και στην εντόπιση των παραγόντων εξαιτίας των οποίων νόσησαν από καρκίνο. Παράλληλα, προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε τους λόγους δια τους οποίους δεν αξιοποιήθηκαν οι ψυχικές δυνατότητες αντίστασης στην έκλυση της νόσου, καθώς επίσης και σε ορισμένες περιπτώσεις την «προδιαγραμμένη καταληκτική πιθανότητα».

Είναι σημαντικό να προσθέσουμε, ότι στη προσπάθειά μας να τηρηθεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα του πρωτογενούς υλικού, αλλοιώσαμε πολλά από τα προσωπικά δεδομένα των ατόμων, (τα ονόματα, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και άλλες λεπτομέρειες του κλινικού υλικού), προσπαθώντας να διατηρήσουμε ανέπαφη την ουσία του εν λόγω υλικού. Για την ανάλυση του βιογραφικού υλικού μέσα από τις αποσπασματικές συνεντεύξεις των υποκειμένων, βασιστήκαμε σε ερμηνευτικές ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις (στο μέτρο των δυνατοτήτων μας).

Οι εκτιμήσεις μας λοιπόν, εστιάστηκαν στην εμβάθυνση-μελέτη των περιπτώσεων (μέσα από μια θεραπευτική διαδικασία), από τη στιγμή της παραπομπής μέχρι και την εξέλιξη της ασθένειας τους. Θα πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψη μας ότι η διάρκεια, ο ρυθμός και γενικότερα το πλαίσιο της εργασίας με τους καρκινοπαθείς ασθενείς μας, εξαρτήθηκαν από την πορεία της ασθένειας και τη σωματο-ψυχική τους κατάσταση.

Με αφετηρία λοιπόν τον πυρήνα της ψυχικής οικονομίας ενός ατόμου που νοσεί, προσπαθήσαμε να προσεγγίσουμε την αποδιοργανωτική δυναμική των λειτουργιών του, στο κλινικό μέρος αυτής της μελέτης, διαμορφώνοντας έτσι, τις ακόλουθες υποθέσεις.

5.6. Προοπτικές και ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της έρευνας

Προοπτική της έρευνας αυτής, ήταν όχι μόνο η διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που συμβάλλουν στην εκδήλωση μίας σοβαρής σωματικής ασθένειας, αλλά και η ανεύρεση της τυχόν αλληλεπίδρασης του ψυχικού τραύματος με κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων που νόσησαν. Πιο συγκεκριμένα, θα

αναλύσουμε τα επιμέρους ερωτήματα που συνέβαλαν στην επιβεβαίωση των αρχικών μας προβληματισμών και ερωτημάτων.

Για τον άνθρωπο που εμφανίζει μια καταληκτική νόσο όπως ο καρκίνος, μπορούμε να υποθέσουμε ως κυρίαρχο στρεσογόνο παράγοντα, που επηρεάζει την εξέλιξη του και συμβάλλει στη διατήρηση ή τη διαταραχή των ισορροπιών, ένα σημαντικό γεγονός ή τραυματικό συμβάν στη ζωή του. Τι εκφράζει όμως η έννοια του τραυματικού γεγονότος; Ποιος είναι ο ρόλος του στην εξέλιξη του ατόμου; Μέσα από ποιες οδούς και συνθήκες επηρεάζει την ισορροπία ενός συστήματος και τα διάφορα επίπεδα λειτουργίας του;

Ο ρόλος του ψυχικού τραύματος καθώς και άλλων παραγόντων που υπεισέρχονται, όπως η κατάθλιψη και η συναισθηματική αναστολή, επηρεάζουν δυσμενώς τη ψυχική οργάνωση του ατόμου. Παράλληλα, η συναισθηματική αναστολή, χαρακτηριστικό της αλεξιθυμικής προσωπικότητας, δυσχεραίνει τις αντικειμενοτρόπες σχέσεις του. Οι επιπτώσεις οι οποίες είναι κατά κύριο λόγο ψυχικές, επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αυτά διαχειρίζονται τα προβλήματα, τα κρίσιμα συμβάντα, τη λήψη αποφάσεων και τις εσωτερικές τους συγκρούσεις.

Βάσει των παρατηρήσεων αυτών, μπορούμε να πούμε ότι το εξωτερικό γεγονός (όπως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, ή ενός σοβαρού Κρατικού συμβάντος όπως η εισβολή στη Κύπρο), συνέργησε ασυνείδητα με την εσωτερική ψυχική δομή και φαντασίωση του ατόμου, επαναδραστηριοποιώντας το χάσμα που επιφέρει η μη δυνατότητα επούλωσης του τραύματος.

Η δυσκολία απεγκλωβισμού της σκέψης από τα τραυματικά συμβάντα καθώς και η μη δυνατότητα επεξεργασίας τους, καθιστά τη διεργασία του πένθους ανεπιθύμητη και κατά συνέπεια αδύνατη.

Η αμφισβήτηση της οριστικής απώλειας, συντηρώντας συνάμα μια ψευδαισθητική στάση απέναντι στη ζωή, δημιουργεί τη σταδιακή αποεπένδυση της ίδια της ζωής.

Η κλινική προσέγγιση των περιπτώσεων μας, ανέδειξε ότι η ανυπαρξία υποστηρικτικού περιβάλλοντος ως ψυχικού σημείου αναφοράς αλλά και ανατροφοδότησης, διαδραμάτισε καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου.

5.7. Εγγενείς δυσκολίες και περιορισμοί της ερευνητικής μεθοδολογίας

Όπως ήδη αναφέραμε, το κύριο ερευνητικό μέσο που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα αυτή ήταν η μελέτη περίπτωσης, μια εις βάθος ανάλυση των σημαινόντων εκείνων σημείων που αναδύθηκαν μέσα από τις εβδομαδιαίες συνεδρίες των ατόμων που παραπέμφθηκαν σε εμάς από τους ογκολόγους ιατρούς τους. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι λόγω της ψυχικής δομής των ασθενών μας (οριακών, σωματικών) αλλά και λόγω της ασθένειας τους, υπήρξαν πολλές δυσκολίες σε ότι αφορούσε την τήρηση του θεραπευτικού πλαισίου αλλά και την διεξαγωγή των Ψυχολογικών δοκιμασιών.

Η προσέγγιση μας ήταν κυρίως εμπνευσμένη από τη Ψυχαναλυτική θεωρία και τοποθέτηση λόγω της Πανεπιστημιακής μας κατάρτισης αλλά και της μεγάλης βιβλιογραφικής και κλινικής έρευνας στο πεδίο της Ψυχοσωματικής, από τη Ψυχοσωματική Σχολή του Παρισιού με κύριο εκπρόσωπο τον P. Marty.

Η δειγματοληψία είναι τυχαία εφόσον αφορά άτομα τα οποία εξέφρασαν την επιθυμία τους για μια θεραπευτική παρέμβαση. Επομένως τα υποκείμενα τα οποία επιλέχθηκαν προς μελέτη δεν ήταν αντιπροσωπευτικά του πληθυσμού και ακολούθως και οι νόσοι τους. Το δείγμα μας επίσης δεν εξισορροπήθηκε ως προς το φύλο ή την ηλικία του δείγματος, γιατί όπως ήδη προαναφέραμε, δεν ήταν δυνατή η επιλογή των ασθενών.

Αντίστοιχα, το Ψυχοσωματικό Ερωτηματολόγιο (BIQ) και η δοκιμασία SAT9 δεν έχουν σταθμιστεί και πολιτισμικά προσαρμοσθεί στον Ελληνικό πληθυσμό. Πάρα ταύτα και τα δύο έχουν μεταφρασθεί στα Ελληνικά μέσα από το βιβλίο του Graeme J.Taylor, *Psychosomatic medecine and Contemporary psychoanalysis,* από τον Κώστα Ζερβό, στις εκδόσεις Καστανιώτη το 2001, με τον τίτλο *Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση.* Ως εκ τούτου, σύμφωνα με την Μόττη-Στεφανίδη «ένα μη προσαρμοσμένο και σταθμισμένο τεστ μπορεί να

χρησιμοποιηθεί κυρίως ως μια δομημένη συνέντευξη και πρέπει να επισημαίνονται οι περιορισμοί που προκύπτουν από αυτή τη χρήση»[56].

Έτσι, τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την έρευνα μας, αποτελούν μια εκτίμηση των όσων επιδρούν και συνθέτουν την καρκινική διεργασία, δεν γενικεύονται σε ολόκληρο τον πληθυσμό, αλλά σε περιορισμένο αριθμό ατόμων που έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με τα άτομα της παρούσας μελέτης. Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα γενικεύονται όσον αφορά τις θεωρητικές προτάσεις και όχι σε ότι αφορά τον πληθυσμό, εφόσον το συγκεκριμένο είδος μελέτης δεν αντιπροσωπεύει ένα δείγμα του πληθυσμού αλλά μια ομάδα με κοινά χαρακτηριστικά.

[56] Μόττη-Στεφανίδη, Φ. *Αξιολόγηση της νοημοσύνης παιδιών σχολικής ηλικίας και εφήβων,* Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 1999, σελ. 66.

ΜΕΡΟΣ Γ:
ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Η ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΩΝ ΕΠΤΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

«Το κλειδί της αποτελεσματικής θεραπείας είναι η ευελιξία».
Wolff

6.1. Δανάη- Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία-εφηβεία-οικογενειακή ζωή)

«Η τελική ανταμοιβή των νεκρών είναι ότι δεν ξαναπεθαίνουν»
Νίτσε

Η Δανάη είναι το δεύτερο παιδί μιας πενταμελούς οικογένειας. Έχει μια μεγαλύτερη κατά τρία χρόνια αδελφή και έναν αδελφό ένα χρόνο μικρότερό της. Η Δανάη σπούδασε Διοίκηση Επιχειρήσεων στην Ευρώπη και εργάστηκε σε μια υπεράκτια εταιρεία για δεκατέσσερα χρόνια.

Γόνος ενός πατέρα Δικαστικού Λειτουργού και μητέρας νοσοκόμας, με μια διαφορά ηλικίας μεταξύ του ζεύγους δεκαπέντε ετών, μεγάλωσε σε μία μεγαλοαστική οικογένεια με αρκετές απαιτήσεις. Η μητέρα της Δανάης, η οποία γεννήθηκε και μεγάλωσε στο Κάιρο, ήρθε στην Κύπρο για να εργαστεί σε ιδιωτική κλινική και εν συνεχεία γνωρίζει τον πατέρα της Δανάης. Οι συγγενείς του πατέρα της Δανάης και ιδιαίτερα οι αδελφές του αρνούνταν να δεχθούν τη μητέρα της στους κόλπους της ευρύτερης οικογένειας, λόγω του ότι δεν ανήκε στην ίδια κοινωνική τάξη με αυτούς. Όταν η μητέρα της επέστρεψε στην Ν. Αφρική μετά τη λήξη του συμβολαίου της, ο πατέρας της Δανάης την ακολούθησε για να τη φέρει πίσω.

Από τα παιδικά της χρόνια η Δανάη θυμάται έντονα να ακολουθεί αναγκαστικά τη μεγάλη της αδελφή σε όλες τις ψυχαγωγικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Δεν υπήρχε χρόνος και τρόπος μεταφοράς της, έτσι ώστε να συμμετέχει σε τάξη παιδιών ίδιας ηλικίας. Αυτό η Δανάη το βίωσε αρκετά μειονεκτικά, γιατί προσπαθούσε να «φτάσει» στην τάξη χορού και στα μαθήματα αγγλικών την μεγαλύτερη αδελφή της. Με τον αδελφό της έκανε πολύ περισσότερο παρέα και έπαιζαν μαζί τον ελεύθερό τους χρόνο.

Μία ανάμνηση που αναδύθηκε σε μία από τις συναντήσεις μας ήταν, ότι σε μια επίπληξη που της έκανε ο πατέρας της, όταν ήταν πολύ μικρή, γύρω στα πέντε, η ίδια του λέει ότι αν χρειασθεί, θα γυρίσει και το άλλο της μάγουλο για να την χαστουκίσει. Και τότε ο πατέρας της αναφώνησε ότι αυτό το παιδί δεν πρέπει να το χτυπάνε!. Ο πατέρας της Δανάης χρησιμοποιούσε ως μεθόδους πειθαρχίας την επιτίμηση και την ενοχοποίηση παράλληλα με την ακαμψία που διέπνεε τη στάση του απέναντι στα παιδιά του.

Από τα φοιτητικά της χρόνια θυμάται ότι, ενώ η οικογένειά της είχε μεγάλη οικονομική άνεση, εντούτοις ο πατέρας της ήθελε να είναι ολιγαρκής και της έστελλε πολύ λίγα χρήματα. Γι' αυτό η ίδια εργαζόταν ως φοιτήτρια και μετέπειτα πήρε μερική υποτροφία από το Πανεπιστήμιο λόγω της υψηλής βαθμολογίας που είχε. Η Δανάη όσο ήταν φοιτήτρια αρκέστηκε στα απολύτως απαραίτητα, γεγονός που έκανε τη διαφορά ανάμεσα στην ίδια και τους υπόλοιπους φοιτητές πολύ μεγάλη.

Γνώριζε επίσης ότι ο πατέρας της χρηματοδοτούσε το γιο της αδελφής του, παρόλο που τον θεωρούσε κακομαθημένο και άσωτο, υποστηρίζοντας ότι τα δικά του τα παιδιά δεν ήθελε να τού μοιάσουν. Η Δανάη δεχόμενη μία υποτροφία το δεύτερο πανεπιστημιακό έτος, από ένα άλλο Βρετανικό Πανεπιστήμιο, αναγκάζεται να μετακομίσει ξανά χάνοντας τους φίλους της και το γνώριμο περιβάλλον. Στη δική μας ερώτηση, αν αυτό την επιβάρυνε ψυχολογικά, μας απάντησε πως «αν και της στοίχιζε δεν μπορούσε να κάνει αλλιώς».

Το δυσκολότερο όμως συμβάν για τη Δανάη ήταν ο αποχωρισμός από τον τότε σύντροφο της. Διατηρούσε δεσμό για αρκετό χρονικό διάστημα με ένα συμφοιτητή της μουσουλμανικής καταγωγής, ο οποίος ήταν πολύ προσηλωμένος στην ίδια και προστατευτικός στη σχέση τους. Αφήνοντας τις αναμνήσεις να αναδυθούν, η Δανάη θυμάται πόσο κτητικός και ζηλιάρης ήταν ο σύντροφός της. Κάποια στιγμή η Δανάη μένει έγκυος και η απόφασή της να κάνει έκτρωση, ήταν χωρίς δεύτερη σκέψη, γιατί, όπως η ίδια χαρακτηριστικά λέει, δεν είχε άλλη επιλογή.

Η εγκυμοσύνη και η έκτρωση κρατήθηκαν μυστικές μέχρι την αποκάλυψή τους σε μία από τις συναντήσεις μας, κάτι που την αναστάτωσε τόσο πολύ, αφού

μη αντέχοντας την ένταση των συναισθημάτων της, μου ζήτησε να φύγει πριν από το τέλος της συνεδρίας. Ολοκληρώνοντας τις σπουδές της η Δανάη επιστρέφει στην Κύπρο και στην οικογένειά της. Η επικοινωνία με τον τότε σύντροφό της περιορίζεται σε κάποιες τηλεφωνικές συνδιαλέξεις και σε αλληλογραφία, μέχρι που ο ίδιος αποφασίζει να έρθει στην Κύπρο και να της ζητήσει επίσημα να παντρευτούν.

Η Δανάη αναστατώνεται, αισθανόμενη τον ερχομό του φίλου της ως εισβολή. Η συνάντησή τους γίνεται λίγο πιο μακριά από το σπίτι της, και του απαντάει αρνητικά στην πρόταση του, λόγω των διαφορετικών αντιλήψεων των κόσμων στους οποίους ανήκουν. Ήταν βέβαιη ότι η σχέση τους μόνο προβλήματα θα προκαλούσε και ότι ο σύντροφος της δεν θα μπορούσε να προσαρμοστεί στις παραδόσεις και τα ήθη του νησιού.

Η έκτρωση και ο αποχωρισμός από τον τότε σύντροφό της τής προκαλούν μεγάλη αναστάτωση. Η ίδια ρίχνεται αρχικά στη μελέτη και αργότερα στην καριέρα της δουλεύοντας ασταμάτητα.

Λίγα χρόνια αργότερα γνωρίζει τον σημερινό της σύζυγο και παντρεύονται. Οι εργασιακοί της ρυθμοί είναι πολύ έντονοι και οι ψυχαγωγικές αποδράσεις του ζευγαριού γίνονται πάντα βάση προγράμματος. Αυτό που σπάει διαδοχικά όλη αυτή την ψυχική στενότητα είναι η διάγνωση ενός κακοήθους όγκου[57] στον θυρεοειδή.

Η Δανάη έβλεπε για μεγάλο χρονικό διάστημα το εξόγκωμα να μεγαλώνει, αλλά το έκρυβε με τα ρούχα της. Η ιατρική επίσκεψη πραγματοποιήθηκε μετά από την έντονη επιμονή του συζύγου της και μετά την προτροπή μιας παθολόγου που το πρόσεξε ενόσω εξέταζε τη μητέρα της!.

Ο καρκίνος παρουσιάστηκε στον θυρεοειδή και αφαιρέθηκε σε δύο στάδια: Στο πρώτο στάδιο διενεργήθηκε μία πρώτη εγχείρηση για αφαίρεση ενός μέρους

[57] Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Ογκολογικών Νοσημάτων "ICD-0" τα δύο σημαντικότερα ιατρικά στοιχεία για έναν καρκινοπαθή είναι η πρωτοπαθής θέση και ο μορφολογικός ή ιστολογικός τύπος του όγκου, σύμφωνα με τη διάγνωση που θέτει μικροσκοπικώς ο παθολογοανατόμος. Πρωτοπαθής θεωρείται ο καρκίνος που αναπτύσσεται σε πρωτοπαθή εστία ή ιστό και δεν αποτελεί επέκταση ούτε υποτροπή ή μετάσταση. Εξίσου σημαντικός είναι και ο τρόπος διάγνωσης με την οποία θα αποσαφηνίζεται αν έγινε βάσει μικροσκοπικών, κυτταρολογικών, ακτινολογικών ή κλινικών μεθόδων.

του θυρεοειδούς, και στο δεύτερο μετά από τη βιοψία έγινε ολική αφαίρεση και θεραπεία με ιώδιο. Λόγω της ραδιενέργειας του ιωδίου δεν μπορούσε να έρθει σε επαφή με άτομα και παρέμεινε στην απομόνωση για κάποιες μέρες. Μετά ακολούθησαν αρκετοί περιορισμοί, που έπρεπε να ακολουθήσει ώστε να επιτευχθεί η αναμενόμενη αποβολή του ιωδίου από τον οργανισμό της.

Η υπάρχουσα μορφή θεραπείας εστιάζεται στην συνεχή παροχή θυροξίνης και στον ετήσιο έλεγχο των καρκινικών κυττάρων μέσω του ιωδίου.

Η απουσία των άλλων από τη ζωή της και γενικότερα όλη αυτή η εμπειρία τής δημιούργησε ένα συναίσθημα ανασφάλειας και κλείστηκε ακόμη περισσότερο στον εαυτό της. Ταυτόχρονα συνεχίζονται και οι αλλεπάλληλες σιωπηλές συγκρούσεις με τον ιδιοκτήτη της εταιρείας στην οποία εργαζόταν η Δανάη για δεκατέσσερα χρόνια. Το αποτέλεσμα ήταν να απολυθεί αδίκως, σύμφωνα με την ίδια, αναζητώντας τη δικαιοσύνη σε μία επώδυνη δικαστική διαμάχη, η οποία μέχρι σήμερα δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί. Αναπτύσσει μία εμμονή με τη καθαριότητα, η οποία την κάνει να νιώθει «φρικιό» όπως λέει η ίδια χαρακτηριστικά. Οι ανθρώπινες επαφές και επισκέψεις περιορίστηκαν στο μηδέν, εξαιτίας εμμονής της να αποφεύγει ακόμη και τα σημεία που ακούμπησαν ή ήρθαν σε επαφή κάποιοι τρίτοι. Ακόμη και οι έξοδοί της περιορίστηκαν στο απειροελάχιστο.

Περίπου σε αυτό το σημείο και μετά από την επιμονή ενός πυρηνικού γιατρού, που την παρακολουθούσε, αποφασίζει να μας τηλεφωνήσει για να διευθετήσει μία πρώτη συνάντηση μαζί μας.

Ανάλυση περιστατικού

C'est un soulagement de pouvoir pleurer.
La tristesse est emportée par le flot des larmes.
(Είναι ανακούφιση το να μπορεί να κλαίει κανείς.
Η θλίψη παρασύρεται από το κύμα των δακρύων).
Ovide.

Η Δανάη, μια νέα έγγαμη γυναίκα 36 ετών, ήρθε να μας συμβουλευθεί μετά από πολλές αντιστάσεις, γιατί αντιμετώπιζε μια αρκετά σοβαρή ασθένεια και πολλές δυσκολίες στις σχέσεις της. Το κίνητρο για να ζητήσει βοήθεια τότε δεν

ήταν ξεκάθαρο. Δεν θεωρούσε τον εαυτό της καρκινοπαθή, (εφόσον ο Θυρεοειδής είχε αφαιρεθεί) κι' όταν ο θεράπων ιατρός (ο οποίος ανέλαβε ένα μέρος της θεραπείας της), της συνέστησε να μας δει, η ίδια αναφώνησε ότι δεν είχε πια καρκίνο! Όταν αποφάσισε να μας τηλεφωνήσει για να διευθετήσει μία πρώτη συνάντηση, μας έθεσε υπόψη την προσοχή στο γεγονός ότι δεν είχε καρκίνο και άρχισε να αναφέρει πρωτίστως τα σωματικά της συμπτώματα, τα οποία μετά από ένα χρόνο θεραπείας με τον ψυχίατρο που την παρακολουθούσε, δεν παρουσίαζαν καμία απολύτως αλλαγή.

Η Δανάη γνώριζε με κάποιο τρόπο, όχι τόσο συνειδητό ότι θα μας συμβουλευόταν για τις ψυχικές της δυσκολίες. Αυτό που φοβόταν κι' αναγνώρισε αρκετά αργότερα κατά τη διάρκεια των συναντήσεων μας, ήταν ο φόβος για την πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στη παρουσία του όγκου και τα ψυχολογικά της προβλήματα, τα οποία στην αρχή δεν αναγνώριζε καθόλου.

Η Δανάη ζούσε με το σύζυγό της αρκετά απομονωμένα από ουσιαστικές συναισθηματικές σχέσεις. Η μέχρι τότε εργασία της την είχε απορροφήσει σε τέτοιο βαθμό, που όλα γίνονταν βάσει προγράμματος χωρίς να αναζητά αυθόρμητες ψυχαγωγικές δραστηριότητες.

Τα ψυχοσωματικά προβλήματα για τα οποία διαμαρτυρόταν η Δανάη ήταν τα ακόλουθα: συχνοί πονοκέφαλοι, αδιαθεσία, κόπωση, κατάθλιψη. Στην πορεία διαφάνηκαν κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως μια ψυχαναγκαστική μανία να καθαρίζει συγκεκριμένα αντικείμενα στην οικία της, τα οποία είχαν χρησιμοποιήσει άλλα άτομα, μια στερεότυπη χρήση της γλώσσας, έλλειψη λέξεων για την έκφραση των συναισθημάτων (σε αντίθεση με το μορφωτικό της επίπεδο που είναι υψηλό), σκέψη χωρίς φαντασία, τυπική ομιλία που επιμένει στη λεπτομέρεια χωρίς συναισθηματικό βάθος και διαταραγμένες αντικειμενοτρόπες σχέσεις.

Σχόλια

Η Δανάη μιλούσε με μεγάλη δυσκολία για τα προβλήματα της και ιδιαίτερα για το τι είχε συμβεί στη ζωή της. Αν και η Δανάη ήταν ειλικρινής, η διάθεσή της να μιλά ελεύθερα και άμεσα δεν ήταν σταθερή. Ο λόγος της, περιγραφικός τις

περισσότερες φορές, με ανούσιες λεπτομέρειες, κατακλυζόταν κάποιες φορές από έντονα συναισθήματα, τα οποία δεν μπορούσε να εκφράσει καθαρά και να αντέξει. Πολλές φορές αναρωτιόμασταν γιατί δεν ανοίγεται, γιατί ο ψυχισμός της δεν ανοίγει «ασυνείδητες ρωγμές» (έκφραση του J. Lacan- parole vide) στο λόγο της, λόγο που ήταν μονότονος και πληκτικά επαναληπτικός πολλές φορές.

Ο ασθενής με σωματική νόσο έχει κίνητρο για τη θεραπεία κυρίως των παθολογικών προβλημάτων του και όχι για να γνωρίσει τα ψυχολογικά του προβλήματα. Έτσι, δυσκολεύεται να αποδεχθεί τη βοήθεια ενός ειδικού δημιουργώντας μια παραγωγική σχέση θεραπευτού-θεραπευομένου· αλλά κι' αν ακόμη την εγκαθιδρύσει, συχνά δυσκολεύεται να παρακολουθήσει και να αντέξει την ψυχολογική πλευρά της ασθένειας.

Επιπλέον, ενώ η αρρώστια εμφανίζεται κάτω από στρεσογόνες καταστάσεις του περιβάλλοντος ή της εσωτερικής ζωής του ατόμου· (στην παρούσα κλινική μελέτη η Δανάη όχι μόνο δεν είχε επεξεργαστεί τα συναισθήματά της γύρω από την έκτρωση και τον χωρισμό από τον πρώην σύντροφο της, δηλαδή ένα άλυτο πένθος, αλλά ζούσε σαν να μη βίωνε η ίδια αυτό που της συνέβαινε), ο ασθενής δεν είναι ενήμερος των σχέσεων που υπάρχουν ανάμεσα στα στρεσογόνα γεγονότα και τα συμπτώματά του ή απουσιάζει η κοινώς λεγόμενη ψυχολογική σκέψη. Κατά τη διάρκεια του πένθους, αναφέρει ο Freud, ο κόσμος που δεν εμπεριέχει πια το αντικείμενο εμφανίζεται φτωχός και κενός, ενώ στη μελαγχολία είναι το *Εγώ* του ασθενούς που είναι κενό, γιατί η απώλεια αφορά στο *Εγώ* του. Σύμφωνα με τον Grunberger η εργασία του πένθους, που ακολουθεί μια απώλεια, δεν συνίσταται στην ενσωμάτωση αυτής της έλλειψης στο ασυνείδητο, αλλά στην επανεπεξεργασία της σχέσης του με το αντικείμενο. Στο ασυνείδητο, η απούσα μητέρα δεν είναι η έλλειψη της μητέρας αλλά η κακή μητέρα.

Δ*: *«Δεν ξέρω πώς νιώθω, ίσως γιατί.... δεν αντέχω τη δύναμη των συναισθημάτων μου», μας αποκαλύπτει αυθόρμητα κάποια στιγμή η Δανάη μέσα από τις συναντήσεις μας».*

Παρατηρούμε ότι η Δανάη αρχίζει να αναγνωρίζει δειλά-δειλά τα συναισθήματά της και να διερευνά τις συναισθηματικές της συγκρούσεις.

---

* Όπου Δ= Δανάη κ.ο.κ.

Άμεσα συνδεδεμένο με το χαμηλό κίνητρο για οποιαδήποτε μορφή θεραπείας είναι το γεγονός ότι πολλοί ψυχοσωματικοί ασθενείς θεωρούν την ψυχολογική σύγκρουση ως ένδειξη αδύναμου χαρακτήρα, τα συναισθηματικά προβλήματα ανύπαρκτα, τη δε αποκάλυψη των αναγκών τους ως ντροπή. Ενώ αντιθέτως η ψυχική επεξεργασία επιτρέπει φυσιολογικά στο ψυχικό όργανο να ελέγχει τις διεγέρσεις που φτάνουν σε αυτό και που δεν μπορούν, για διάφορους λόγους, να εκφορτιστούν άμεσα, οπότε η συσσώρευσή τους δε θα μπορούσε να είναι παθογενής.

Πολλές βιβλιογραφικές πηγές θεωρούν ότι τα άτομα με ψυχοσωματικές διαταραχές χαρακτηρίζονται από τους πιο άκαμπτους και αρχαϊκούς μηχανισμούς άμυνας, την άρνηση και την αντισταθμιστική συμπτωματολογία, που λειτουργούν εις βάρος της εμπειρίας του συναισθήματος, ή είναι ανίκανοι να βιώσουν και να εκφράσουν αρνητικά συναισθήματα και ιδιαίτερα θυμό. Οι μηχανισμοί που προαναφέρθηκαν είναι ανθεκτικοί στις ψυχολογικές παρεμβάσεις και καλύπτουν την ανάγκη του ασθενούς να αποφύγει την ψυχολογική πλευρά και την αυτεπίγνωση, εφόσον δεν μπορεί να αντέξει τη συναισθηματική σύγκρουση και τις συνοδούς ενστικτώδεις ενορμήσεις.

Μας έκανε ιδιαίτερη εντύπωση το γεγονός ότι η Δανάη δεν εξέφραζε ποτέ θυμό για κανένα· ίσως γιατί η κομφορμιστική συμπεριφορά που τη χαρακτήριζε καθώς επίσης και η ανυπαρξία ενός εσωτερικού διαλόγου με τον εαυτό της να την απομάκρυνε από κάθε είδους επικίνδυνο συναίσθημα.

Η Δανάη σε μία από τις προκαθορισμένες εβδομαδιαίες συνεδρίες μας ζητάει να μειώσουμε τον αριθμό των συναντήσεων από δύο σε μία διπλασιάζοντας τον χρόνο της διάρκειας της κάθε συνάντησής μας. Τη ρωτήσαμε τους λόγους για τους οποίους θα ήθελε να μειώσει τις συναντήσεις μας επεξηγώντας της την σπουδαιότητα της συχνότητας κι΄ όχι της διάρκειας της κάθε συνάντησής μας. Το συνδέσαμε λίγο με το γεγονός ότι στις τελευταίες συναντήσεις μας η ίδια ένιωσε μεγάλο πόνο και έκλαψε αρκετά. Όπως η ίδια μας είχε αναφέρει, κάθε φορά που έφευγε από τη συνάντηση μας ένιωθε πολύ αναστατωμένη.

Συζητάμε λίγο λοιπόν για τις πιθανές δυσκολίες που ένιωσε μέσα από την ανάδυση πολλών συνειρμών και συναισθημάτων με τη συχνότητα των

συναντήσεων μας. Τη ρωτήσαμε να μας πει πώς αισθάνεται απέναντι σε όλη αυτή την ανάδυση των επώδυνων αναμνήσεων. Είναι σκεφτική και αρκετά προβληματισμένη. Αποδέχεται το γεγονός ότι το ξύπνημα όλων αυτών των αναμνήσεων τής επέφερε μεγάλο πόνο. Παραμένουμε στο ίδιο πλαίσιο συμφωνίας.

Στην επόμενη συνάντησή μας, τηλεφωνεί λέγοντας ότι δεν μπορεί να έρθει στη συνάντηση επειδή πρέπει να προσέχει τα παιδιά του αδελφού της, γιατί υπάρχουν δυσκολίες στη σχέση του αδελφού της με τη σύζυγό του. Η συνάντησή μας ακυρώνεται. Στην επόμενη συνάντηση γίνεται προσπάθεια από την ίδια σύνδεσης της πρόφασής της για αποφυγή της συνεδρίας με την επιθυμία της για αλλαγή του πλαισίου.

Οι ασθενείς με «ψυχοσωματικό χαρακτήρα» δίνουν την εντύπωση ενός υπεράνθρωπου συναισθηματικού ελέγχου, πίσω από τον οποίο κρύβεται μια απέραντη μοναξιά και βαθύτατη ανασφάλεια. Στο βάθος, υπάρχει η άρνηση της αποκάλυψης των αναγκών τους, της εξάρτησης, της απογοήτευσης, του θυμού, της απελπισίας, της αδυναμίας ή της αποτυχίας. Ο Weisman υποστηρίζει ότι αυτά τα χαρακτηριστικά ανήκουν στα άτομα των οποίων το *«ιδεώδες του εγώ»* είναι πολύ υψηλό.

Αυτά τα συγκαλυμμένα συναισθήματα θυμού και απελπισίας, ο μηχανισμός της άρνησης, προκαλούν τεράστια συναισθηματική φόρτιση στην Δανάη και περιγράφονται από την Kubler-Ross στα κλασικά έκτοτε πέντε ψυχοκοινωνικά στάδια των ασθενών με καρκίνο (άρνηση- μόνωση- θυμός – διαπραγμάτευση – κατάθλιψη – αποδοχή).

Σκεφτόμαστε ότι η Δανάη είχε υποστεί πολλούς ψυχικούς τραυματισμούς στην παιδική της ηλικία. Οι γονείς της, απαιτητικοί και ταυτόχρονα απόμακροι, ανέμεναν να συμπεριφέρεται ως ενήλικο άτομο, χωρίς παράπονα και αντιρρήσεις. Το γεγονός αυτό επιβεβαιωνόταν με τη διαταραγμένη επικοινωνία μαζί τους και επισφραγιζότανε με την τοποθέτησή της σε απογευματινά μαθήματα και δραστηριότητες, στα οποία συμμετείχαν παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας (καθώς και η αδελφή της). Οι συγγραφείς μας υπενθυμίζουν την καταστροφική συμπεριφορά των γονιών προς τα παιδιά τους, η οποία εκφράζεται δια μέσου είτε ενεργητικών είτε παθητικών στάσεων.

Η ίδια η Δανάη δε θυμάται κανένα αληθινό συναίσθημα δικό της σε σχέση με ότι συνέβαινε τότε. Ζούσε ανάμεσά τους σε όποιο χώρο περίσσευε για την ίδια αναπτύσσοντας εξαιρετικές διανοητικές δραστηριότητες, για να ελέγξει την κατάσταση πιθανά και για να γίνει αποδεκτή ίσως με αυτό τον τρόπο.

Κατά τον Sifneo, οι ψυχοσωματικοί ασθενείς δεν έχουν πολλά να πουν και είναι ανίκανοι να εξηγήσουν γιατί βρίσκουν τόσο δύσκολη τη μεταβιβαστική κατάσταση με τη βοήθεια του θεραπευτή.

Οι συναντήσεις μας με τη Δανάη ήταν ιδιαίτερα κουραστικές κι' αυτό με προβλημάτισε ιδιαίτερα. Αναρωτιόμασταν γιατί μετά από κάθε συνάντηση μαζί της νιώθαμε τόση μεγάλη κόπωση, ήμασταν σχεδόν άδειοι. Η Δανάη εξαντλούσε ένα μεγάλο μέρος της ενέργειας και της αντοχής μας. Ο τρόπος που σχετιζόταν η Δανάη μαζί μας, ο φτωχός και μη παραγωγικός της λόγος, καθώς και η ενασχόληση της με ασήμαντες λεπτομέρειες της καθημερινότητας της, σε συνδυασμό με την αδυναμία της να εκφράσει συναισθήματα, μας οδηγούσε σε μία συναισθητική εξάντληση. Οι συνεδρίες κυλούσαν αργά και μαρτυρικά κάποιες φορές. Χρειάστηκε να κοιτάξουμε βαθύτερα μέσα μας, για να μπορέσουμε να δούμε όχι μόνο τι είδους συναισθήματα μας προκαλούσε αυτή η σχέση αλλά και την αιτία τους (θυμό-συναισθηματική εξάντληση-άρνηση ίσως).

Διακρίνοντας καλύτερα τους πιθανούς φόβους και τις δικές της αδυναμίες σχετικά με τη ρύθμιση των διαπροσωπικών της σχέσεων, μπορέσαμε να συνθέσουμε όλο αυτό που γινόταν. Νιώθαμε ότι μεγαλύτερη πίεση ή βιασύνη από μέρους μας θα είχε αντίθετα αποτελέσματα, απομακρύνοντας τη Δανάη. Διατεθειμένοι να αφιερώσουμε το απαιτούμενο χρονικό διάστημα που εκείνη χρειαζόταν, ακολουθώντας τους δικούς της ψυχικούς ρυθμούς, νιώσαμε ότι η «σχέση» μας πήρε μία μικρή ώθηση. Παραμένοντας υποστηρικτικοί μαζί της, τολμούμε να πούμε ότι η αλλαγή της εσωτερικής μας στάσης επέτρεψε την ανάδυση μίας άλλης ιδιότητας, τόσο ρυθμιστικής όσο και πιο περιεκτικής.

Η δική μας η προσπάθεια εστιάστηκε στην εδραίωση της σχέσης μας μέσα από την αποδοχή, την υποστήριξη και αρκετές φορές την έκφραση των προσωπικών μας συναισθημάτων για το πρόσωπο της, βοηθώντας την έτσι στην διεργασία ή αναγνώριση των συναισθημάτων της.

Τα θέματα τα οποία άρχισε δειλά-δειλά να διαπραγματεύεται η Δανάη, όταν η μεταβιβαστική μας σχέση «βελτιώθηκε», αφορούσαν κατά κυρίαρχο μέρος, στη διαδικασία που ακολούθησε πριν από την απόλυσή της, προβλήματα σχέσεων (ιδιαίτερα με το σύζυγο και την μητέρα της), ζητήματα επικοινωνίας με τα στενά πρόσωπα της ζωής της, τη διεργασία ενός πένθους–θανάτου, που δεν επεξεργάστηκε μέχρι τότε, τη σχέση και τον «αναγκαστικό» χωρισμό με το σύντροφό της κατά τη διάρκεια των σπουδών της, την εγκυμοσύνη και την έκτρωση την ίδια χρονική περίοδο, και τέλος τον ξαφνικό θάνατο του πατέρα της.

Η Δανάη είχε απολυθεί πρόσφατα από την εταιρεία στην οποία εργαζόταν για 14 περίπου χρόνια, στην οποία κατείχε διευθυντική θέση. Οι «βουβές» αντιπαραθέσεις ανάμεσα στην ίδια και στον γιο του ιδιοκτήτη της (ο οποίος ανέλαβε την ηγεμονία της εταιρείας τα τελευταία χρόνια), κράτησαν περισσότερο από ένα χρόνο. Στο διάστημα αυτό δεν αντάλλαξαν σχεδόν κουβέντα. Παρακινούμενη από τον πατέρα της (συνταξιοδοτημένο Δικαστικό Λειτουργό) συμβουλεύτηκε ένα Δικηγόρο, ο οποίος τής συνέτασσε τις επιστολές με τις οποίες απαντούσε στις γραπτές προκλήσεις του εργοδότη της. Οι έντονες αντιπαραθέσεις ξεκίνησαν λίγο μετά την επιστροφή της Δανάης (από την ενός μηνός απουσία εξαιτίας της αφαίρεσης του όγκου) στον εργασιακό χώρο. Η Δανάη θεωρούσε ότι την αδικούσε απροκάλυπτα με τις παρατηρήσεις και τη συμπεριφορά του κι' όλη αυτή η διαμάχη κατέληξε στα γρανάζια μιας δικαστικής διαμάχης, που τρία χρόνια αργότερα δεν είχε ολοκληρωθεί. Το θέμα αυτό, γύρω από τη συμπεριφορά του ιδιοκτήτη της εταιρείας απέναντί της, επανερχόταν για πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα στις μεταξύ μας συναντήσεις.

Ένα άλλο θέμα το οποίο επανερχόταν συχνά ήταν το θέμα της εργασιακής της επιλογής. Η Δανάη μετά από την προτροπή ενός μέλους του οικογενειακού της περιβάλλοντος ξεκινά να εργάζεται σε ένα μεγάλο ασφαλιστικό όμιλο. Περνάει πολλές ώρες διαβάζοντας για τις εξετάσεις, οι οποίες θα της επιτρέψουν να εξασφαλίσει την νομική άδεια και η οποία, όπως έλεγε επί λέξει, θα της άνοιγε άλλους δρόμους. Παρά την μεγάλη επιτυχία της στις εξετάσεις, εντούτοις δεν παρουσιάζει κανένα απολύτως ενδιαφέρον για την δουλειά της. Περνάει, όπως λέει, από το γραφείο, κάνει μερικά τηλεφωνήματα και φεύγει. Όταν δεν νιώθει πολύ καλά, κι' αυτό είναι πολύ συχνό, δεν πηγαίνει. Η στάση της δημιουργεί έντονα

προβλήματα στην εταιρεία και τα στελέχη της εταιρείας την πιέζουν για να αυξήσει την παραγωγή και το ενδιαφέρον της. Παρόλα αυτά, δεν μπορεί να συνδέσει καθόλου τη συμπεριφορά της με την εργασιακή της επένδυση.

Αναρωτιόμαστε κατά πόσο της ταιριάζει το συγκεκριμένο εργασιακό πλαίσιο το οποίο επέλεξε. Η ίδια λέει ότι της αρέσει (!), και θέλει να δώσει άλλη μια ευκαιρία στον επαγγελματικό της προσανατολισμό. «Φοβάμαι μήπως πέσω στα ίδια» λέει συχνά, εννοώντας τις ώρες εργασίας στις οποίες ξόδευε τον εαυτό της παλαιότερα. Λίγους μήνες αργότερα μένει έγκυος και η παντελής απόσυρση της από το χώρο εργασίας της είναι «δικαιολογημένη».

Ο ξαφνικός θάνατος του πατέρα της έρχεται απροσδόκητα προκαλώντας ανάμικτα συναισθήματα και κυρίως μια ανακούφιση, όπως η ίδια μας ανέφερε. Ο πατέρας της, ο οποίος έπασχε από καρδιακό νόσημα ήταν απειθάρχητος στις οδηγίες των ιατρών για την ιατρική του φροντίδα. Έτσι, η Δανάη δέχτηκε με μεγάλη ηρεμία το θάνατο του όχι όμως και τις αλλαγές που επέφερε ο θάνατος του πατέρα της στη ζωή της μητέρας της.

Ένα άλλο θέμα που δειλά ξεπροβάλλει είναι η σχέση με τη μητέρα της. Βρίσκεται σε μια παθητική σύγκρουση μαζί της, γιατί η μητέρα της δεν φροντίζει τον εαυτό της παρά τις υποδείξεις των γιατρών για φυσιοθεραπεία και φαρμακευτική αγωγή λόγω οστεοπόρωσης, κόπωσης, αδυναμίας και έλλειψης ύπνου. Παρόλο που ο πατέρας της ήταν αρκετά μεγαλύτερος από τη μητέρα της εντούτοις είχε εξ' ολοκλήρου την ευθύνη για τη φροντίδα της υγείας της.

Την ρωτήσαμε γιατί την εξοργίζει τόσο πολύ η συμπεριφορά της μητέρας της κι' αν αυτή η έλλειψη κατανόησης από τη μητέρα της των αναγκών του ιδίου της του εαυτού, της θυμίζει ίσως κάτι γνώριμο· το ότι δηλαδή η ίδια αδιαφορούσε πεισματικά για τις προσωπικές της ανάγκες δουλεύοντας άπειρες ώρες και αναβάλλοντας συνεχώς τη διερεύνηση του όγκου που είχε ξεπροβάλει στο λαιμό της. Δεν αντέχει αυτή την ευθύνη μας λέει με δυσκολία κάποια στιγμή.

Αναρωτιόμαστε γιατί θεωρεί ότι αυτή η ευθύνη της ανήκει. Γιατί άραγε θεωρεί τον εαυτό της πάντα υπεύθυνο για όλα; Ποιο ρόλο παίζει η μητέρα της και ποιον τα αδέλφια της σε όλο αυτό που διαδραματίζεται; Αποφασίζει να μιλήσει με

τα αδέλφια της, αφού πρώτα συζητήσει το όλο θέμα με τη μητέρα της. Η έκφραση αυτών των συναισθημάτων και η τοποθέτηση των αδελφών της στο όλο ζήτημα την ανακουφίζει αρκετά. Η μητέρα της εξακολουθεί να αρνείται τη πρέπουσα, ιατρική βοήθεια αλλά αυτό δεν την τρομάζει όπως παλαιότερα.

Η Δανάη σε μια από τις μεταγενέστερες συναντήσεις μας είναι πολύ αναστατωμένη. Δεν μπορεί να κατανοήσει τι είναι αυτό που της συμβαίνει. Τη ρωτάμε αν μπορεί να συνδέσει την ψυχική αυτή αναστάτωση με οτιδήποτε. Θυμάται ότι είναι η επέτειος της ημερομηνίας του θανάτου μιας εφηβικής της φίλης, κάτι το οποίο είχε ξεχάσει. Της ξυπνάει άσχημες αναμνήσεις και φαίνεται τρομαγμένη. Μας αναφέρει ότι πίστευε πως το είχε ξεχάσει μετά από τόσα χρόνια. Μας διηγείται ότι η φίλη της είχε δολοφονηθεί από τον πατέρα της σε ηλικία δεκαεπτά ετών με πολύ άγριο τρόπο. Η Δανάη είναι συντετριμμένη, το πρόσωπό της είναι παγωμένο. Κουβαλούσε πολλές ενοχές που δεν μπόρεσε να τη στηρίξει όσο ήταν συμμαθήτριες και απομακρύνθηκε συνειδητά με δικαιολογία την μετακόμιση της οικογένειάς της σε άλλη περιοχή. Όσο η Δανάη πήγαινε από το σπίτι της φίλης της και τη συνόδευε είτε στο δικό της σπίτι είτε σε άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες, η οικογένεια της φίλης της επέτρεπε στη κόρη τους να βγαίνει. Όταν η Δανάη απομακρύνθηκε, γιατί είχε βαρεθεί να συνοδεύει πάντα με τον ίδιο τρόπο τη φίλη της, διακόπηκε και η μεταξύ τους επικοινωνία. Μας αναφέρει επίσης ότι η φίλη της είχε εξαιρετικές σχολικές επιδόσεις και ότι ήταν πολύ ανταγωνιστική με τη Δανάη.

Η Δανάη είχε νιώσει πολύ άσχημα όταν έμαθε για τη δολοφονία της φίλης της. Δεν πήγε όμως ούτε στην κηδεία της ούτε επισκέφθηκε ποτέ τον τάφο της. Κι' όμως θυμόταν κάθε χρόνο την «επέτειο» της ημερομηνίας του θανάτου της και όλες αυτές οι αναμνήσεις την κατέβαλαν τόσο πολύ ψυχολογικά σαν να την πολιορκούσαν σιωπηλά.

Αναρωτιόμασταν τι είναι αυτό που την κάνει να αισθάνεται τόσο ένοχη απέναντι στο θάνατο της φίλης της. Της μεταφέρουμε τον προβληματισμό μας καθώς και την αίσθηση που μας έδωσε η μέχρι τότε μεταξύ μας επικοινωνία, ότι κουβαλάει πολλές φορές τις ευθύνες άλλων. Θυμάται ότι η μητέρα της πάντοτε μάλωνε την ίδια και τον αδελφό της ακόμη κι' όταν δεν έφταιγαν, όταν ήταν μικροί. Τους έλεγε πάντα ότι η συμπεριφορά των άλλων παιδιών δεν την ενδιέφερε

και τιμωρούσε πάντα τα παιδιά της για τις ζημιές που έκαναν τα άλλα παιδιά στη παρέα τους. Η Δανάη είναι σκεφτική· αισθανόμαστε ότι οποιαδήποτε άλλη παρέμβαση στο θέμα της προσωπικής ευθύνης θα είναι άτοπο και την αφήνουμε να το επεξεργαστεί μόνη της. Παράλληλα συζητάμε λίγο το θέμα του θανάτου της φίλης της. Νιώθει μεγάλη ντροπή που δεν επισκέφθηκε τον τάφο της φίλης της εδώ και τόσα χρόνια μετά από το θάνατό της. Την προτρέπουμε να το κάνει. Στην επόμενή μας συνάντηση μας διηγείται πολύ φορτισμένη την επίσκεψή της στο νεκροταφείο και το πόσο εύκολα και ενστικτωδώς ανακάλυψε τον τάφο της. Οι επισκέψεις στο νεκροταφείο είναι πολύ συχνές στην αρχή και αραιώνουν στη συνέχεια. Η Δανάη δειλά -δειλά πιθανά διανύει ένα πένθος που δεν επεξεργάστηκε μέχρι τότε.

Οι αναμνήσεις της Δανάης ξετυλίγονταν σταθερά πλέον ωσάν κάτι να τις ωθούσε προς τα έξω μη αντέχοντας το βάρος της οδύνης των θαμμένων συναισθημάτων της.

Η Δανάη ξετυλίγει κι' άλλες αναμνήσεις ιδιαίτερα σε σχέση με την έκτρωση στην πρώτη φάση της ενήλικης ζωής της. Δεν γνώριζε κανείς γι' αυτό το «μυστικό» όπως το αποκαλούσε, και η ανάκληση των γεγονότων και των καταπιεσμένων συναισθημάτων τής προκάλεσε μεγάλη ταραχή. Οι λυγμοί κάλυπταν τα λόγια της, μου ζήτησε να διακόψουμε τη συνεδρία και να αποχωρήσει. Η εξιστόρηση εκείνης της χρονικής περιόδου και των συναισθημάτων που την αφορούσαν κράτησε ένα μεγάλο μέρος των συναντήσεών μας. Ένα μέρος του εαυτού της ήθελε να κρατήσει το παιδί. Γρήγορα όμως κυριάρχησε η λογική πνίγοντας τα συναισθήματα πόνου και την επιθυμία της για τεκνοποίηση. Ο σύντροφός της επιθυμούσε και ο ίδιος να κρατήσουν το παιδί και να παντρευτούν αμέσως. Η Δανάη προσπάθησε να εστιαστεί μόνο στις σπουδές της παραμερίζοντας σιγά-σιγά τη σχέση της. Μας αποκαλύπτει παράλληλα επίσης τους φόβους της για τη μη δυνατότητα εγκυμοσύνης λόγω της διακοπής της. Από την ημέρα της έκτρωσης δεν έκανε καμία γυναικολογική εξέταση φοβούμενη ότι ο γυναικολόγος θα ανακαλύψει μέσα από την εξέταση την έκτρωση και παράλληλα κάποιο «τραύμα» που θα της άφηνε τη μη δυνατότητα της μήτρας της να κρατήσει το έμβρυο.

Μέσα από τις συζητήσεις μας και κατόπιν της δικής μας προτροπής η Δανάη επισκέπτεται ένα γυναικολόγο. Συζητάει μαζί του το όλο θέμα. Όλες οι εξετάσεις αποδεικνύουν ότι όλα είναι φυσιολογικά και τίποτα δεν μαρτυράει την έκτρωση που έγινε πριν από 15 χρόνια. Οι εξετάσεις του συζύγου της είναι επίσης φυσιολογικές. Το θέμα αυτό επανέρχεται πολλές φορές κατά τη διάρκεια των συναντήσεών μας.

Οκτώ μήνες αργότερα η Δανάη μένει έγκυος. Η καθυστέρηση στη περίοδό της σηματοδοτεί μια εγκυμοσύνη. Η γυναικολογική εξέταση το επιβεβαιώνει. Τα συναισθήματά της είναι αρνητικά, φόβοι και ανησυχίες για το αν θα μπορέσει να κυοφορήσει το παιδί μέχρι τέλους και επιπρόσθετα πώς θα αντεπεξέλθει ως μητέρα με την εμμονή που εξακολουθεί να τη διακατέχει σε σχέση με τη καθαριότητα. Παράλληλα την διακατέχουν φόβοι εγκλωβισμού από το παιδί που πρόκειται να γεννήσει και επιθυμία να συνεχίσει τη ζωή της ως έχει.

Μας κάνει εντύπωση που δεν διαφαίνεται καμία στοργική σκέψη στο λόγο της, κι' όμως μιλάει για το παιδί....σαν να είναι κάτι άψυχο. Μας λέει πώς βρίσκει υπερβολικές τις προτροπές των γύρω της να αγοράσει ρούχα εγκυμοσύνης καθώς και να προετοιμάζεται για την υποδοχή του μωρού. Αρνείται επίσης πεισματικά να πάρει ρούχα και μικρό-έπιπλα που θέλουν να της δώσουν τα αδέλφια της, όχι γιατί θέλει να τα αγοράσει καινούργια, αλλά γιατί είναι πολύ νωρίς και όλα αυτά τα θεωρεί υπερβολικά. Αντιθέτως, σκέπτεται συχνά πώς θα «απαλλαγεί» από αυτό, με το να τοποθετήσει το παιδί σε ένα βρεφονηπιακό σταθμό λίγους μήνες μετά τη γέννησή του. Παρότι μαθαίνει το φύλο του παιδιού, εντούτοις δεν αναφέρεται σε αυτό ανάλογα με το φύλο του. Οι συνειρμοί της Δανάης γύρω από το παιδί της είναι αντιφατικοί. Όλα όσα την απασχολούν γύρω από την εγκυμοσύνη αφορούν τις σωματικές δυσκολίες που της δημιουργεί το έμβρυο. Μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης της δεν αναφέρεται με καμία στοργική διάσταση στο παιδί που κυοφορεί.

Από την άλλη πλευρά, γύρω στο τέταρτο μήνα της εγκυμοσύνης της σε μια από τις συναντήσεις μας, αναφέρει ότι δεν θέλει να το αποκαλεί έμβρυο αλλά μωρό, γιατί βιολογικά έχει ήδη αναπτυχθεί ...!

Μαζί με την εγκυμοσύνη αυξάνονται και οι ανησυχίες της για τη σχέση της με το σύζυγό της. Έχουν συχνές συγκρούσεις με κύρια πάντα αιτία την εμμονή της με τη καθαριότητα. Η Δανάη είναι απογοητευμένη. Φοβάται μήπως τα συχνά αυτά ξεσπάσματα του συζύγου της επηρεάσουν τη ψυχική υγεία του μωρού. Η Δανάη βλέπει ένα όνειρο το οποίο μου διηγείται: Βρίσκεται σε ένα σπίτι του οποίου η εξώπορτα δεν κλείνει. Κάνει μεγάλες προσπάθειες να την κλείσει αλλά ο αέρας είναι τόσο δυνατός που δεν παραμένει κλειστή. Νιώθει φόβο σαν να υπάρχει κάτι απειλητικό που μπορεί να εισέλθει εντός. Την προτρέπουμε να κάνει συνειρμούς. Σκέφτεται ότι το όνειρο έχει να κάνει με το σύζυγό της· φοβάται όλα όσα απειλούν τη σχέση της, η εμμονή της με την καθαριότητα κι' ίσως ακόμη και το ίδιο το παιδί τους.

Σε αυτή τη χρονική περίοδο η Δανάη φέρνει στο κόσμο το πρώτο της παιδί και έτσι οι συναντήσεις μας διακόπτονται για ένα χρονικό διάστημα.

6.2. Ελπίδα – Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία-εφηβεία-οικογενειακή ζωή)

Η Ελπίδα, 44 ετών, είναι το τρίτο παιδί μιας πολυμελούς πατριαρχικής οικογένειας, με δύσκαμπτα ήθη και παραδόσεις. Τα άλλα τρία παιδιά της οικογένειας είναι αγόρια, και το κορίτσι μεγαλώνει σε ένα πολύ αυστηρό και πατριαρχικό περιβάλλον, όπου η γυναίκα είναι υποτιμημένη. Όλα περνούν από τη δικαιοδοσία του πατέρα της ή των αδελφών της· δεν έχει το δικαίωμα να ντύνεται όπως θέλει και για κάθε της έξοδο πρέπει να έχει τη σύμφωνη γνώμη του πατέρα της. Το πατρικό πρότυπο διαδραματίζει τον πρωταρχικό ρόλο μέσα στην οικογένεια της. Ο πατέρας είναι αυτός που εργάζεται πολύ σκληρά για να θρέψει την οικογένεια του. Σύζυγος αφοσιωμένος, σοβαρός, οικονόμος, που παρόλη την αυστηρότητα του, είναι στοργικός με τα παιδιά του. Αντίθετα η μητέρα της παρουσιάζεται άχρωμη χωρίς καθόλου τρυφερότητα απέναντι της. *«Μόνο με τους αδελφούς μου ασχολιότανε η μητέρα, δεν θυμάμαι ποτέ να με έχει αγκαλιάσει».* Είναι μια μητέρα αυστηρή, υπεραπασχολημένη, χωρίς συναισθηματισμούς. Δεν την ενημερώνει καθόλου σε ότι αφορά τη γυναικεία φύση, *«σεξουαλική διαπαιδαγώγηση δεν μου έγινε ποτέ, η μητέρα μου, μου απηύθυνε το λόγο μόνο όταν χρειαζότανε κάτι».* Σημειώνεται ότι μέσα από τις βιβλιογραφικές αναφορές διαβάζουμε ότι η πρώιμη ή η επανειλημμένη εγκατάλειψη, η ψυχική ή η σωματική

τιμωρία, η σκληρότητα, οι σωματικές ή οι λεκτικές επιθέσεις και η αδιαφορία στον πόνο, περιγράφουν την βλαπτική συμπεριφορά των γονιών προς τα παιδιά τους. Είναι σημαντικό να προσθέσουμε ότι το παιδί ενδοβάλει τις εμπειρίες αυτές ως εσωτερικά καταδιωκτικά αντικείμενα, τα οποία όντως συνδέονται με τους πραγματικούς γονείς και όχι μόνο με τους φαντασιακούς.

Σε ηλικία 13 με 14 ετών (δεν μπορούσε να το προσδιορίσει χρονικά), ένας συγγενής από το οικογενειακό της περιβάλλον τη ξεμοναχιάζει και τη κατευθύνει να προβεί σε ερωτικές πράξεις. Θυμάται ότι ένα μέρος του εαυτού της ένιωθε αηδία και ένα άλλο της κομμάτι δεν μπορούσε να πει όχι. Αυτό διήρκεσε για αρκετό χρονικό διάστημα μέχρι που η ίδια έδωσε ένα τέλος. Αισθανόταν επιπλέον πολύ άσχημα απέναντι στην σύζυγο του αναφερόμενου (!) και έτσι του είπε ότι αυτό δεν μπορούσε να συνεχιστεί πια. Δεν ανέφερε αυτό το γεγονός ποτέ και σε κανένα. Στο δικό μου προβληματισμό γιατί δεν το ανέφερε στη μητέρα της, η ίδια μου απάντησε χαρακτηριστικά *«δεν θα με πίστευε ποτέ, αντιθέτως θα θύμωνε πολύ μαζί μου».*

Οι ασχολίες της, μετά την ενηλικίωση της, περιορίζονται στη φροντίδα του σπιτιού και την περιποίηση των αδελφών της. Ο πατέρας της είναι κατηγορηματικός απέναντι στην επιθυμία της για σπουδές *«εσύ είσαι γυναίκα, θα φύγεις από το σπίτι μόνο όταν παντρευτείς!».* Και αυτό κάνει! Παρότι δεν είχε την ευκαιρία να γνωριστεί πολύ καλά με το σύζυγο της, εντούτοις η επιθυμία της να ξεφύγει από την καταπίεση και τη στενότητα του οικογενειακού της περιβάλλοντος είναι μεγάλη. Έτσι παίρνει τη μεγάλη απόφαση, επισφραγίζοντας τη δέσμευση αυτή με την έναρξη ερωτικών σχέσεων ανάμεσα τους. Θυμάται ότι ο πατέρας της δυσφορούσε που η κόρη του κοιμόταν στο ίδιο δωμάτιο με τον αρραβωνιαστικό της γιατί δεν είχαν ακόμη κατά τον ίδιο, νομιμοποιήσει τη σχέση τους, εννοώντας το γάμο. Ο αρραβωνιαστικός της αντιτίθεται στις επικρίσεις και σχόλια του πεθερού του σχετικά με το λιγότερο συντηρητικό ντύσιμο της γυναίκας του. «Είναι δικιά μου πια» του λέει. Έτσι η Ελπίδα μεταθέτει ασυνείδητα τη σκυτάλη της ευθύνης του εαυτού της από τον πατέρα της στον σύζυγο της, παραμένοντας στο ίδιο πατριαρχικό πλαίσιο.

Ο σύζυγος της περιγράφεται στοργικός και τρυφερός απέναντι της. Οι σχέσεις τους είναι καλές και ομαλές. Το μόνο σύννεφο στη σχέση τους είναι η απουσία δυνατότητας τεκνοποίησης. Μετά από εφτά επώδυνες αποτυχημένες

εξωσωματικές γονιμοποιήσεις συζητάνε το ενδεχόμενο υιοθεσίας. Έτσι, καταφεύγουν στην υιοθεσία παιδιού από το εξωτερικό (εφόσον δεν υπάρχουν παιδιά προς υιοθεσία στην Κύπρο), ως λύση στην απόκτηση παιδιού. Οι διαδικασίες είναι χρονοβόρες και η γραφειοκρατία τους επιτρέπει να φέρουν το παιδί δύο χρόνια μετά (παρότι το παιδί βρισκόταν εγκαταλελειμμένο σε ίδρυμα του εξωτερικού). Η προσαρμογή του παιδιού τόσο στην οικογένεια όσο και σε μια ξένη χώρα είναι πολύ δύσκολη και δυσχεραίνει την οικογενειακή κατάσταση. Παράλληλα, λίγους μήνες μετά τον ερχομό του παιδιού μένει έγκυος ενώ ταυτόχρονα το παιδί της αρρωσταίνει σοβαρά και νοσηλεύεται για ένα διάστημα σε νοσοκομειακή μονάδα. Θυμάται ότι σε όλους φαινόταν περίεργο που έμενε συνεχώς δίπλα στο παιδί της στο νοσοκομείο και αδιαφορούσε σχετικά με την εγκυμοσύνη της. *«Αυτό που μ' ενδιέφερε ήταν το παιδί που ήδη είχα, όχι αυτό που επρόκειτο να γεννηθεί· αυτό για μένα δεν υπήρχε».*

Μια Αμερικανίδα ψυχαναλύτρια η D. Pines κάνει μια σημαντική παρατήρηση· επισημαίνει τη *«σαφή ψυχική διαφορά ανάμεσα στην επιθυμία να μείνεις έγκυος και στην επιθυμία να φέρεις στον κόσμο ένα ζωντανό παιδί και να γίνεις μητέρα».* Τι ήταν αυτό που παρεμπόδιζε την Ελπίδα να συλλάβει και συνέλαβε εντέλει όταν η μητρότητα είχε επιτευχθεί μέσα από την υιοθεσία; Η Raphael-Leff σχολιάζει το εξής: *«Η εγκυμοσύνη, όπως όλα τα μεταβατικά στάδια, αφυπνίζει στη γυναίκα πρώιμες άλυτες συγκρούσεις και ανησυχίες. Αφυπνίζει την αρχαϊκή σύγκρουση μεταξύ των εσωτερικών δυνάμεων που δίνουν ζωή και αυτών που φέρνουν το θάνατο, προκαλώντας και τις ανάλογες φαντασιώσεις. Η σύγκρουση αυτή επανατοποθετείται τώρα στα πεδία της γέννας, μιας δοκιμασίας που καταλήγει σε έμπρακτη απόδειξη της δημιουργικότητας ή της καταστροφικότητας της γυναίκας».*

Τελικά το παιδί της ξεπερνάει το κίνδυνο και αυτό που εγκυμονούσε γεννιέται φυσιολογικά. Η ίδια δεν διαχωρίζει τα δύο παιδιά στην αγάπη και στη φροντίδα τους, το κάνει όμως η μητέρα της κάτι που την ενοχλεί ιδιαίτερα. Θεωρεί ότι η στάση της μητέρας της, πληγώνει το υιοθετημένο της παιδί και είναι αδικαιολόγητη.

Ο καρκίνος του μαστού παρουσιάστηκε «ξαφνικά» όπως η ίδια λέει, μετά από μια γυναικολογική εξέταση, λίγα χρόνια μετά το θάνατο του πατέρα της. Διαπιστώθηκε από τη βιοψία κακοήθης όγκος, και σχεδόν αμέσως μετά έγινε

μαστεκτομή. Η ασθένεια της τους φόβισε πολύ αρχικά, αλλά ταυτόχρονα τους έκανε να έρθουν ακόμη πιο κοντά ο ένας στον άλλο. Η ίδια πιστεύει ότι τα ορμονικά φάρμακα που έπαιρνε στην προσπάθεια να μείνει έγκυος, συνέβαλαν στη δημιουργία του καρκίνου. Η Ελπίδα ξεκινάει τον πρώτο κύκλο από χημειοθεραπείες και στη συνέχεια ένα άλλο κύκλο με ακτινοθεραπείες. Σε αυτήν περίπου τη χρονολογική περίοδο (λίγο μετά τη μαστεκτομή), η Ελπίδα διευθετεί μια πρώτη συνάντηση μαζί μου.

Ανάλυση περιστατικού

Όταν συναντάμε την Ελπίδα για πρώτη φορά μας κάνει εντύπωση το παρουσιαστικό της· ένας εύθυμος ευδιάθετος άνθρωπος, με αρκετή ενέργεια που τίποτα εξωτερικά δεν φαίνεται να δηλώνει τη παρουσία ενός καρκίνου ή την απειλή μιας θανατηφόρας νόσου. Λεπτή, ψηλή, με καστανό δέρμα, γύρω στα 45, μια γλυκιά παρουσία. Είναι έγγαμη με δύο παιδιά εκ των οποίων το πρώτο προήλθε μέσα από μια χρονοβόρα υιοθεσία. Αυτός ήταν και ο λόγος για τον οποίο θέλησε να μας συμβουλευθεί. Αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες με ένα εκ των δύο παιδιών της, οι οποίες αυξήθηκαν μετά από την ασθένεια της. Τα παιδιά της γνωρίζουν μερικώς για την αρρώστια που παρουσίασε η μητέρα τους. Για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, οι συζητήσεις μας περιστρέφονται γύρω από τα παιδιά της, ακόμη και για πράγματα ανούσια με κάθε παραμικρή λεπτομέρεια.

Αισθανόμαστε ότι κάτι θέλει να αποφύγει και ότι ο πραγματικός λόγος που ζήτησε να μας δει δεν ήταν αυτός, ή έστω δεν ήταν ο μοναδικός. Παρατηρούμε ότι ενώ χειρίζεται πολύ καλά ότι έχει να κάνει με τα παιδιά της, ενώ συνηθίζει να μας μιλάει με άπειρες λεπτομέρειες ότι αφορά τις δραστηριότητες των παιδιών της αποφεύγει να κάνει το ίδιο για τον εαυτό της. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τα προσωπικά της ενδιαφέροντα. Ενώ φαίνεται να της αρέσουν αρκετά πράγματα εντούτοις δεν ασχολείται με τίποτα.

Η μοναδική της ασχολία περιστρέφεται γύρω από την φροντίδα των παιδιών και του σπιτιού της. Ποιος άραγε έχει επιβάλει αυτήν την οικογενειακή αξία; Μέσα στις αναφορές της Ελπίδας αυτό που διαφαινόταν ξεκάθαρα ήταν ότι η μητέρα της ήταν μια πολύ αφοσιωμένη σύζυγος και μητέρα, ιδιαίτερα σε ότι αφορούσε τις καθημερινές ασχολίες. Αναρωτιόμαστε αν υπήρχε ως γυναίκα· τίποτα μέσα από

τον λόγο της ασθενούς μας δεν μαρτυρούσε ενδιαφέροντα ή άλλες ασχολίες της μητέρας της. Παράλληλα, όπως οι έξοδοι του γονεϊκού ζεύγους της Ελπίδας ήταν μηδαμινές, έτσι και οι δικοί της έξοδοι, ακόμα και οι συναναστροφές τους εντάσσονται γύρω από τον στενό οικογενειακό κύκλο.

Σχόλια

Μας κάνει ιδιαίτερη εντύπωση που η Ελπίδα αποφεύγει συστηματικά να συζητάει το θέμα του καρκίνου και της εξέλιξης του. Ίσως γιατί δυσκολεύεται να αποδεχθεί τις αλλαγές που έχουν επέλθει στο σώμα της και γενικότερα στη ζωή της. Της το αναφέρουμε και δεν φαίνεται καθόλου να εκπλήσσεται-αντιθέτως μας λέει ότι αυτό πέρασε και από τη δική της τη σκέψη.

Μας αναφέρει ότι ο καρκίνος κρατιέται μυστικός ακόμα και στην ίδια της τη μητέρα που μένουν σχεδόν στο ίδιο σπίτι. Πιστεύει όμως ότι η μητέρα της το γνωρίζει, αφού την έχει δει μετά από τις παρενέργειες της χημειοθεραπείας (το πέσιμο των μαλλιών, τους εμετούς, την αναγκαστική μεταφορά της στο νοσοκομείο για τις χημειοθεραπείες κ.ο.κ.). Φοράει σχεδόν πάντα τη περούκα της γιατί έχουν πέσει εντελώς τα μαλλιά της-τα παιδιά της, της το επιβάλουνε με τον τρόπο τους. Το μεγαλύτερο παιδί εκφράζει τις ανησυχίες του για την ασθένεια της μητέρας του, καθώς επίσης και έντονους φόβους μήπως πεθάνει. Με ρωτάει πως να το χειριστεί-φοβάται και η ίδια μήπως ο καρκίνος κάνει μετάσταση.

Συζητάμε αρκετά τι είναι αυτό που την έχει κάνει να έχει αφήσει τη μητέρα της έξω από όλα αυτά και πόσο δύσκολο είναι για την ίδια να υποδύεται πως δεν συμβαίνει τίποτα, διατηρώντας ματαίως αυτό το μυστικό μέσα της. Μας λέει ότι η μητέρα της είναι για την ίδια μία απόμακρη φιγούρα, η οποία δεν εκφράζει ποτέ τα συναισθήματα και την αγάπη της. Θυμάται πόσο της έλειψαν τα χάδια, γι' αυτό και η ίδια ήθελε να κτίσει μια διαφορετική σχέση με τη κόρη της. Την ενοχλεί πολύ επίσης που η μητέρα της *«ξεχωρίζει»* τα δύο παιδιά δείχνοντας περισσότερη αδυναμία στο φυσικό παιδί της οικογένειας. Αναγνωρίζει ότι είναι όχι μόνο πικραμένη από τη μητέρα της αλλά και πολύ θυμωμένη· θυμωμένη που δεν τη στήριξε όσο ήταν παιδί και τη χρειαζότανε, και που τώρα πια αδικεί το υιοθετημένο της παιδί. Επιπρόσθετα, η μητέρα της αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας τα οποία επιδεινώθηκαν με τη πάροδο των ετών. Παρόλα αυτά αποφασίζει να της μιλήσει

ξεκάθαρα. Νιώθει πια ότι η στάση αυτή πληγώνει λιγότερο, και δημιουργεί μικρότερες βλάβες από ότι το ψέμα και η ανειλικρίνεια.

Ε: *«Βαρέθηκα να κρύβομαι τόσα χρόνια, και τι κέρδισα που το έκανα;»*

Η μητέρα της κλαίει γοερά μαθαίνοντας την διάγνωση και όλα όσα της έκρυψε γύρω από την ασθένεια της.

Ε: *«Ένιωσα για πρώτη φορά ότι η μητέρα μου νοιαζόταν πραγματικά για μένα, πρώτη φορά την είδα να κλαίει-με άφησε άναυδη η συμπεριφορά της». Και συνεχίζει, « ήξερα ότι στο βάθος μ' αγαπούσε αλλά ποτέ δεν μου το έδειχνε...».*

Η διήγηση της Ελπίδας αρχίζει να ξετυλίγεται σταδιακά με μερικά «πισωγυρίσματα». Τα όνειρα και οι φαντασιώσεις έμοιαζαν πιο προσιτά πλέον.

Μας μιλάει για τις δύσκολες ερωτικές συνευρέσεις με τον σύζυγο της, ιδιαίτερα μετά τις χημειοθεραπείες. Το συζήτησε με τον θεράποντα ιατρό της, ο οποίος τη συμβούλευσε να χρησιμοποιήσει μια κολπική κρέμα για αποφυγή της ξηρότητας του κόλπου. Το πρόβλημα παρέμεινε το ίδιο· φοβάται μήπως μετά τη μαστεκτομή ο σύζυγος της δεν εξακολουθεί να την επιθυμεί το ίδιο· τη ρωτάω πως νιώθει η ίδια με τις αλλαγές που έχουν επέλθει στο σώμα της. Θυμάται ότι πριν τη μαστεκτομή δεν πρόσεχε τόσο πολύ την εξωτερική της εμφάνιση, βάζοντας πάντα σε προτεραιότητα τις ανάγκες των υπολοίπων μελών της οικογένειας. Αυτό δεν συμβαίνει πια- *«η ζωή είναι πολύτιμη και πρέπει να τη χαιρόμαστε»* λέει συχνά.

Θα παραθέσουμε μερικά σχόλια από τις προβολικές διαδικασίες του Τ.Α.Τ. (Thematic Apperception Test) του H.Murray, που μας φάνηκαν αρκετά αποκαλυπτικά.

Εικόνα 1

Ε: *«Μου θυμίζει το γιο μου που διαβάζει αλλά ταυτόχρονα να μην θέλει να διαβάσει. Να είναι σκεπτικός σαν να θέλει κάτι και ταυτόχρονα προβληματισμένος. Οι εκφράσεις του προσώπου του μου θυμίζει το γιο μου. Είναι κάτι που κάνει συχνά ο Δημήτρης. Πιστεύω ότι θα βρει λύση σε αυτό που αναζητά, ίσως να είναι σε εκείνο που διαβάζει, το πρόβλημα του. Ταυτόχρονα μου φαίνεται ότι θέλει βοήθεια κάτι*

στην έκφραση των χειλιών του δείχνει να ζητά. Πιστεύω ότι θα το βρει. Πιστεύω ότι αυτό που ζητά θα το βρει με τη βοήθεια της μάνας του, του πατέρα του, κάποιου μέσα στο σπίτι. Νομίζω ότι νιώθει μοναξιά δεν ξέρω γιατί, μου δίνει αυτή την εντύπωση. Νομίζω ότι με τη συμπαράσταση των δικών του θα το ξεπεράσει αν είναι. Θα ήθελα να μπορούσα να βοηθούσα πιο πολύ αυτό το αγόρι (όπως κάνω με το γιο μου)».

Η Ελπίδα προβάλλει τον εαυτό της στη ζωή του γιού της.

Εικόνα 2

Ε: « *Η ζωή σε πιο παλιά χρόνια, η ζωή του '50 με τον πατέρα να οργώνει το χωράφι και τη μητέρα σε προχωρημένη εγκυμοσύνη. Παρά τις αντιδράσεις του πατέρα για τη κόρη να σπουδάσει, η κόρη πηγαίνει. Αν συγκρίνουμε με το δικό μου πατέρα που δεν ήθελε η κόρη του, να συνεχίσει τις σπουδές. Πιστεύω ότι η κόρη θα καταφέρει μια μεγάλη καριέρα. Κάτι στο βλέμμα της δείχνει αποφασιστικότητα και δύναμη· μια δύναμη που παίρνει από τη μητέρα της. Ταυτόχρονα είναι λυπημένη από την αντίδραση του πατέρα σε εκείνο που η ίδια δεν θέλει να κάνει».*

Ακόμη και εδώ φαίνεται η ανεπαρκής σχέση με τη μητέρα της· δεν της είχε αναφέρει ότι η ασθένεια της είναι καρκίνος για να μη την πληγώσει όπως η ίδια διηγείται.

Εικόνα 3GF

Ε: *«Μια κοπέλα που πονάει και βλέπω τον εαυτό μου...σαν να θέλω να κλείσω τη πόρτα με όλα τα προβλήματα απ' έξω... είναι μερικές φορές που νιώθω απόγνωση και έτσι νιώθω και την κοπέλα. Όμως ταυτόχρονα θα στηριχθεί και θα βρει τον εαυτό της. Η συσχέτιση είναι και για μένα, γιατί έτσι νιώθω».*

Η Ελπίδα προβάλλοντας τον εαυτό της εκφράζει την απόγνωση και μια μικρή δόση αισιοδοξίας· θα στηριχθεί, που ή σε ποιον δεν το αναφέρει. Η εικόνα αυτή της ξυπνάει μια σκηνή ανάμεσα σε αυτήν και στη μητέρα της. Η μητέρα της η οποία έχει σοβαρά προβλήματα υγείας (εμφύσημα καρδιάς), έχει ένα πολύ δυνατό πόνο στο στήθος· εντούτοις αρνείται να επισκεφθεί τον γιατρό.

Εικόνα 4

Ε: *«Βλέπω ένα ζευγάρι με τη γυναίκα να θέλει να πλησιάσει τον άντρα, χωρίς να δέχεται ο ίδιος τη βοήθεια της. Η αγάπη που εκπέμπει το πρόσωπο της κοπέλας πιστεύω ότι θα τη βοηθήσει να λυθούν τα προβλήματα τους. Ίσως ακόμη και να την αφήσει να φύγει. Πιστεύω ότι εκείνος είναι αλλού δεν είναι μαζί της. Η ίδια όμως τον λατρεύει».*

Περιγράφει μια σαδομαζοχιστική σχέση· μήπως αυτή η σχέση παραπέμπει στη σχέση με τη μητέρα της;

Εικόνα 5

Ε: *«Ένα ανήσυχο βλέμμα για κάποιον που πιθανόν να βρίσκεται στο δωμάτιο εκείνο-είναι τρομερή η ανησυχία σε έναν όμορφο χώρο. Νομίζω ότι μπαίνοντας στον χώρο εκείνο θα διαλυθεί η οποιαδήποτε ανησυχία έχει, βλέποντας τα όμορφα πράγματα που θα την περιβάλλουν».*

Τα συναισθήματα φόβου και αγωνίας μεταμφιέζονται αμέσως πίσω από τον μανδύα των *όμορφων πραγμάτων*. Μήπως είναι ο χώρος στον οποίο βρίσκεται, ο χώρος του γραφείου μου; Εκεί που εναποθέτει τις ανησυχίες της και τους φόβους της; Ποια είναι αυτή η αγωνία; Αγωνία της επικείμενης αρρώστιας της ίδιας και της μητέρας της; Φόβος θανάτου που δεν λεκτικοποιήθηκε ποτέ;

Εικόνα 6GF

Ε: *«....ένα ζευγάρι, ο άντρας θέλει να βοηθήσει τη κοπέλα, αυτή να είναι ανήσυχη για κάτι και τον ίδιο να τη βοηθά. Νομίζω είναι ένα αγαπημένο ζευγάρι..».*

Η ίδια αγωνία εκφράζεται και σε αυτή την εικόνα.

Εικόνα 7GF

Ε: *«Ένα κοριτσάκι λυπημένο να κρατά τη κούκλα της αγκαλιά, και δίπλα η μητέρα της να της διαβάζει κάτι, με τη φαντασία της, να είναι μακριά. Είναι σαν να μην απολαμβάνει τη παρέα της μητέρας της-σαν να μην υπάρχει αγάπη μεταξύ τους-το ύφος της μικρής μου δείχνει κάτι. Και το γεγονός ότι η μητέρα δεν σηκώνει πάνω τα*

μάτια να δει την κόρη της ή έστω να δώσει ένα χάδι στη κόρη της....σαν κάτι να έχασε το κοριτσάκι, κάτι να ψάχνει, ή σαν κάτι να περιμένει.. μπορεί τον πατέρα της»

Η περιγραφή αυτή παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον. Ξαναπροβάλεται η πεινασμένη σχέση με τη μητέρα της.

Εικόνα 8GF

Ε: *«Είναι πολύ σκεφτική ενώ ταυτόχρονα βλέπω και μία αισιοδοξία στο βλέμμα. Σαν να κάτι να την προβληματίζει αλλά και κάτι να περιμένει ευχάριστο. Η όλη στάση της μου φέρνει στο μυαλό τον εαυτό μου -που είχα συζητήσει με το γιο μου- είχα ακριβώς την ίδια στάση. Ταυτόχρονα σκέφτηκα ότι είναι άνοιξη και όλα θα περάσουν».*

Η αγωνία και οι φόβοι της Ελπίδας είναι έκδηλοι και σε αυτή την εικόνα. *«Είναι πολύ σκεφτική...Σαν να κάτι να την προβληματίζει...Η όλη στάση της μου φέρνει στο μυαλό τον εαυτό μου»*

Εικόνα 9GF

Ε: *«Μια μαμά με τη κόρη της, ή δύο αδελφές. Ίσως σαν κάτι να περιμένουν. Στην μία ειδικά βλέπω μια ανυπομονησία, ενώ στην άλλη κάτι σαν θλίψη και ταυτόχρονα να είναι το ίδιο πρόσωπο. Οι δύο κοπέλες σαν αντικαθρέφτισμα η μια με την άλλη...δεν ξέρω τι είναι αυτό που μου δίνει την εντύπωση για το αντικαθρέφτισμα, παρόλο που φαίνονται να είναι δύο διαφορετικές. Ειδικά η μια σαν να αγωνιά για το άλλο πρόσωπο που βλέπει, σαν να είναι για τον εαυτό της. Σαν να βλέπεις στον καθρέπτη τον εαυτό σου και να βλέπεις τον εαυτό σου πίσω από τον καθρέφτη, μέσα μου κατά κάποιο τρόπο. Σαν να περιμένεις κάτι και ταυτόχρονα να σε φοβίζει το κάτι που περιμένεις. Είναι κάτι που έκανα εγώ τις τελευταίες μέρες, στάθηκα στο καθρέφτη για να χτενιστώ και αντί να βλέπω το πρόσωπο μου, έβλεπα μέσα μου. Σε μια στιγμή απαισιοδοξίας και όμως εκείνο που είδα μέσα μου με χαροποίησε στο τέλος. Ένιωσα ευτυχία δεν ξέρω γιατί».*

Διαφαίνεται η ψυχική αποδιοργάνωση της Ελπίδας καθώς και ο μηχανισμός του *προβλητικού αναδιπλασιασμού.*

Εικόνα 10

Ε: *«Μια πολύ ζεστή αγκαλιά, ένα χαμόγελο από τον άντρα και μία εγκατάλειψη από τη γυναίκα (στο να αφήνεται εξ' ολοκλήρου στον άλλον), σαν να φεύγει το βάρος από πάνω σου και πάει στον άλλο, ότι έχεις κάποιον να σε στηρίζει. Ότι αυτό που περνάς δεν το περνάς μόνη».*

Επιθυμία συγχώνευσης με τον Άλλο;

Εικόνα 11

Ε: *«Ένα άγριο τοπίο αλλά ταυτόχρονα όμορφο. Δεν ξέρω που βλέπω την ομορφιά στην κατολίσθηση των βράχων ή στο φως που εκπέμπει πίσω από τους βράχους».*

Αυτή η αντίφαση επικρατεί σχεδόν σε όλες τις προβολές και τις ταυτίσεις της ασθενούς. Αναρωτιόμαστε μήπως η κατολίσθηση συμβολίζει την εσωτερική της κατάρρευση. Κι' όμως υπάρχει και κάποια ελπίδα που αχνοφαίνεται στο βάθος.

Εικόνα 12F

Ε: *«Μια μητέρα που έχει μεγάλη αγωνία για το παιδί τη για την κόρη της που είναι μπροστά. Αν προσθέσεις στη μητέρα λίγα δάκρυα βλέπω τη μητέρα μου, τότε που πήγα να κάνω την χημειοθεραπεία. Το βλέμμα της μητέρας όταν πήγα τις πρώτες φορές για χημειοθεραπεία έτσι κοιτούσε· ενώ η κοπέλα είναι πολύ αποφασιστική στο βλέμμα της, μου δείχνει μια αποφασιστικότητα, δεν ξέρω από που αντλεί τη δύναμη της, ίσως από την αγάπη της μητέρας της. Εγώ αντλώ δύναμη από τους γύρω μου-κι' αυτή η κοπέλα αντλεί δύναμη από τους γύρω της».*

Αναρωτιόμαστε γιατί ενώ η Ελπίδα επιθυμεί αφενός να βασιστεί στη μητέρα της *«δεν ξέρω από που αντλεί τη δύναμη της, ίσως από την αγάπη της μητέρας της»*, εντούτοις το αναιρεί αμέσως μετά *«εγώ αντλώ δύναμη από τους γύρω μου. Κι' αυτή η κοπέλα αντλεί δύναμη από τους γύρω της».*

Εικόνα 13MF

Ε: *«Ένα άντρα που προσπαθεί να καλύψει το πρόσωπο του και τον πόνο που νιώθει...διότι η στάση του σώματος του μου δείχνει πόνο. Η κοπέλα πρέπει να είναι*

μικρή και ο ίδιος να μην μπορεί να το δεχτεί, να μην μπορεί να δεχτεί το γεγονός ότι την έχασε. Ταυτόχρονα το γεγονός ότι είναι ημίγυμνη δεν μου δείχνει κάτι, δεν μπορώ να καταλάβω τι θα μπορούσε να είναι».

Αναρωτιόμαστε μήπως εδώ απωθεί οτιδήποτε παραπέμπει στη γυναικεία σεξουαλικότητα και σε μια πιθανή ερωτική συνεύρεση.

Εικόνα 13G

Ε: *«Μία σκάλα που οδηγεί στο άγνωστο και ταυτόχρονα στο φως...ένα πρόσωπο ανεβαίνει τη σκάλα, θα έλεγα με σιγουριά και χωρίς φόβο».*

Προβάλλεται η πάλη ανάμεσα στις *ενορμήσεις ζωής* και στα *ένστικτα θανάτου*.

Εικόνα 14

Ε: *«Σε ένα χώρο σκοτεινό όπου υπάρχει πάντα το φως. Είναι σαν να έχεις τη ψυχή σου κλειστή κι' όταν μιλήσεις με κάποιον νιώθεις πιο ήρεμα, πιο ξαλαφρωμένος· είναι σαν να λέμε μετά το σκοτάδι έρχεται το φως».*

Μήπως εκφράζει το υλικό που αναδύεται μέσα από τις συναντήσεις μας;

Εικόνα 15

Ε: *«Ένας άνθρωπος σε ένα κοιμητήριο που νιώθει απέραντο πόνο. Νιώθει σαν να κρατάει μεγάλο φορτίο με τον θάνατο του προσώπου που έχει χάσει και σαν να μην υπάρχει λόγος για να ζήσει, σαν να νιώθει ότι τον έχει εγκαταλείψει ο άνθρωπος που πέθανε. Σαν να φταίει εκείνος που έχει πεθάνει που έμεινε ο ίδιος μόνος. Τα χέρια του...σαν κάτι να κρατάει...σα να καταριέται εκείνον που τον άφησε. Πιστεύω ότι ο φόβος προς το άγνωστο του προκαλεί αυτόν τον πόνο και την θλίψη».*

Σε αυτή την εικόνα η Ελπίδα ταυτίζεται πιθανώς με τον εναπομείναντα ενός θλιβερού θανάτου. Ο χωρισμός προκαλεί τεράστιο πόνο γι' αυτόν και καταριέται τον νεκρό που τον εγκατέλειψε.

Εικόνα 16

Η εικόνα την αφήνει έκπληκτη.

Ε: *«Μα τι είναι αυτό»;*

Γυρνάει την εικόνα από την άλλη πλευρά και την ξανακοιτάει.

Ε: «*Τι να πω εδώ; το απόλυτο κενό! Σαν να κοιμάμαι και ονειρεύομαι κάτι που δεν μπορώ να δω τι είναι, χωρίς να προσδιορίζω· φως, σκόνες, σχήματα, πρόσωπα, το απόλυτο κενό. Κι' όμως να ξυπνήσω και να είμαι πλήρης».*

Από τη μια η πραγματικότητα *«το απόλυτο κενό»*, από την άλλη η επιθυμία *«να ξυπνήσω και να είμαι πλήρης».*

Εικόνα 17GF

Ε: *«Σαν να σε βλέπει κάποιος από ψηλά, να παρατηρεί τη κάθε σου κίνηση και ταυτόχρονα, με το φως που ρίχνει πάνω σου ο ήλιος, να σου δίνει δύναμη. Κάτω από εκεί που είσαι να βλέπεις σκοτάδι, αλλά ταυτόχρονα ενώ εσύ είσαι στο φως, βλέπεις τους άλλους να τρέχουν και σένα να μη σε νοιάζει τίποτα γιατί έχεις κάποιον κοντά σου, τον θεό ίσως;».*

Οι προσδοκίες της Ελπίδας προβάλλονται και πάλι σε αυτήν την εικόνα· για μια ανώτερη δύναμη η οποία στηρίζει και δίνει δύναμη. Πολλές φορές η Ελπίδα στις αναφορές της εναποθέτει τις ελπίδες της στο Θεό.

Εικόνα 18GF

Ε: *«Μια κοπέλα η οποία πονάει πολύ για κάποια άλλη. Σαν να προσπαθεί να τη βοηθήσει αλλά δεν μπορεί. Νιώθει απόγνωση που δεν μπορεί να την βοηθήσει. Προσπαθεί να την ταρακουνήσει ευχόμενη ότι ίσως αυτό τη βοηθήσει. Θα ήθελα κάποιον να με ταρακουνήσει σε κάτι, να είχα κάποιον σαν αυτή η κοπέλα». Και συνεχίζει .... «Σε κάτι που έχει σχέση με τα παιδιά ίσως. Δεν θα ήθελα να δω το βλέμμα αυτό στο πρόσωπο κάποιου που αγαπώ, οποιοσδήποτε κι' αν είναι αυτός».*

Υποθέτουμε ότι εδώ αναφέρεται στη σχέση με τη μητέρα της, που ενώ αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υγείας εντούτοις δεν προσέχει τον εαυτό της. Η Ελπίδα νιώθει απόγνωση που δεν μπορεί να την ταρακουνήσει.

Εικόνα 19

Ε: *«Πολύ αφηρημένο... ένα σπίτι, κάτι σαν σπίτι με δύο παράθυρα, σαν να στέκεται κάποιος στο ένα παράθυρο, να ατενίζει να βλέπει κάτι και ταυτόχρονα ένα τοπίο τρομαχτικό, κάτι σαν θάλασσα. Είναι σαν να είναι η ψυχή ενός ανθρώπου με πολλές φουρτούνες, δυσκολίες, και ταυτόχρονα ένα φως τα παράθυρα. Τίποτα άλλο. Αν είναι να την σκεφτώ διαφορετικά παραμερίζοντας τα σύννεφα που υπάρχουν είναι μία όμορφη εικόνα, έρχεται η ηρεμία».*

Εικόνα 20

Ε: *«Έναν άνθρωπο τον οποίο τον περιβάλλει το σκοτάδι και ταυτόχρονα τον λούζει το φως. Μου θυμίζει τη φράση που μου είχαν πει κάποτε - μετά τη καταιγίδα, η ξαστεριά. Αυτή τη φράση μου την είπε η καθηγήτρια μου στο γυμνάσιο. Σαν να έρχεται από κάτω το φως προς τα πάνω. Σαν να πηγάζει από τον ίδιο το φως.»*

Οι δύο τελευταίες εικόνες εκφράζουν την ζωή της Ελπίδας η οποία κυμαίνεται ανάμεσα στους φόβους και τις δυσκολίες αλλά κάπου στο βάθος υπάρχει η ελπίδα, το φως.

6.3. Αθηνά – Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία-εφηβεία-οικογενειακή ζωή)

Κανείς δεν μπορεί, για χάρη σου,
να χτίσει τη γέφυρα που, πάνω της ακριβώς,
πρέπει να βαδίσεις, πάνω από το ποτάμι της ζωής·
κανείς, εκτός από σένα και μόνο.
Νίτσε

Η Αθηνά είναι το τέταρτο παιδί μιας πενταμελούς αγροτικής οικογένειας από ένα ορεινό χωριό του νησιού. Τα παιδικά της χρόνια ήταν πολύ δύσκολα, με έντονους καβγάδες ανάμεσα στο γονεϊκό ζεύγος και πολύ δύσκολες συνθήκες επιβίωσης. Η μητέρα της εργαζόταν σκληρά για να μπορέσει να θρέψει την οικογένεια τους. Ο πατέρας της αδιάφορος και ακαμάτης χρωστούσε χρήματα σε

όλο το χωριό κι' όπως η Αθηνά θυμάται όλοι έλεγαν *«να οι κόρες του ακαμάτη...και τρέχαμε να κρυφτούμε από την ντροπή»*. Η μητέρα της δούλευε στην καλλιέργεια της γης και όταν δεν υπήρχε δουλειά στο χωριό έφευγε για τη πόλη. Αυτό γινόταν αρκετά συχνά και η Αθηνά το βίωνε σαν εγκατάλειψη. *«Υπήρχαν φορές που δεν είχαμε ούτε να φάμε, θυμάμαι ότι ο πατέρας μου μια φορά είχε κλειδώσει το σπίτι και τριγυρνούσε στα καπηλειά, και εγώ και η μικρότερη αδελφή μου τον ψάχναμε μέσα στη βροχή, κι' όταν τον βρίσκαμε γελούσε και μας κορόιδευε. Το μόνο ευχάριστο που θυμάμαι ήταν όταν επέστρεφε η μαμά με τις τσάντες στα χέρια, αυτό σήμαινε ότι έστω και για λίγο θα ήμασταν καλά, χωρίς γκρίνιες και φωνές»*.

Θυμάται πάλι πολύ έντονα ότι σε ένα τσακωμό των γονιών της η μητέρα της χτύπησε τον πατέρα της με ένα μαχαίρι. Μας διηγείται *«Δεν ήθελε να τον σκοτώσει αλλά την είχε θυμώσει πάρα πολύ...»*. Η μητέρα της είχε φύγει για το εξωτερικό για ένα μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εκεί που βρίσκονταν οι δύο μεγαλύτερες αδελφές της που φοιτούσαν σε Πανεπιστημιακές σχολές. Αυτό θυμάται να έχει συμβεί 2-3 φορές. Η Αθηνά και η μικρότερη αδελφή της που έμεναν στο νησί, δεν γνώριζαν ούτε για πόσο θα απουσίαζε η μητέρα τους ούτε έκανε τις απαραίτητες διευθετήσεις για τη φροντίδα τους.

Η Αθηνά στα 13 της χρόνια αρχίζει να εργάζεται σε ένα εργοστάσιο παράλληλα με τη φοίτηση της στο σχολείο. *«Ήθελα να έχω δικά μου λεφτά, ήξερα πια ότι μόνο έτσι μπορούσα να φροντίσω τον εαυτό μου»*. Στα 14 της χρόνια μετακομίζει στη πόλη μόνη της, και λίγο αργότερα παίρνει μαζί της και τη μεγαλύτερη αδελφή της. Η μητέρα τους αποφασίζει να τις πάρει μαζί της στο εξωτερικό, (χωρίς να γνωρίζουν γιατί) εκεί που φοιτούν οι μεγαλύτερες αδελφές της. Η προσαρμογή στα σχολεία είναι δύσκολη και ένα χρόνο αργότερα επιστρέφουν πίσω. Η Αθηνά συνεχίζει να εργάζεται και να φοιτά στο σχολείο. Την ενοχλεί ιδιαίτερα ότι η *«κακή» φήμη της οικογένειας της την κυνηγάει παντού»*. Μετά την αποφοίτηση της από την Δευτεροβάθμια εκπαίδευση δίνει εξετάσεις για την εισαγωγή της σε Πανεπιστήμια αλλά δεν τα καταφέρνει. Εργάζεται σε διάφορους τομείς αλλά τίποτα δεν την ικανοποιεί πλήρως. Λίγο μετά την αποφοίτηση από το σχολείο γνωρίζει κάποιον και παντρεύονται. Αποκτούν μαζί τρία παιδιά η ζωή τους όμως είναι αρκετά δύσκολή. Η ανάγκη της να γίνει αποδεκτή και να ανήκει σε μια οικογένεια είναι μεγάλη, αλλά τα πράγματα δεν

εξελίσσονται έτσι όπως τα ονειρεύτηκε. Η σχέση της με την οικογένεια του συζύγου της είναι κακή, έτσι τη χαρακτηρίζει η ίδια. Δεν δείχνουν το ενδιαφέρον που η ίδια αναζητούσε, ούτε όταν οι οικονομικές δυσκολίες του ζεύγους βρίσκονται σε αδιέξοδο. Ο σύζυγος της δεν εργάζεται και η Αθηνά δουλεύει ακατάπαυστα για να μεγαλώσει τα δύο της παιδιά. Ακόμα και η μικρή τους επιχείρηση με τη παραγωγή φρέσκων προϊόντων ενώ είναι κερδοφόρα εντούτοις δεν κρατάει για πολύ γιατί ο σύζυγος της δεν πληρώνει τα χρέη και τις οφειλές τους. Ξοδεύει μεγάλα ποσά σε τυχερά παιγνίδια και το αποτέλεσμα είναι η οικονομική πτώχευση. Μετά την απόκτηση και του τρίτου τους παιδιού τα πράγματα δυσκολεύουν ακόμη περισσότερο. Η σχέση τους φθάνει σε ένα τέλμα και κάποιες σπασμωδικές προσπάθειες για να χωρίσουν παραμένουν στα λόγια.

Επισκέπτεται τις αδελφές της που έχουν εγκατασταθεί μόνιμα στο εξωτερικό μετά το πέρας των σπουδών τους, για να σκεφτεί όπως η ίδια έλεγε τι θα έκανε με τον γάμο της· τα παιδιά της ήταν μικρά και τα άφηνε στο σύζυγο της. Μας διηγείται *«κάθε φορά που επέστρεφα μου υποσχόταν ότι θα άλλαζε...με επηρέαζαν και οι αδελφές μου σε αυτό...μου έλεγαν πως θα μεγαλώσουν τα παιδιά σου χωρίς πατέρα. Αυτό συνέβηκε περίπου τρεις φορές. Τελικά χώρισα όταν δεν πήγαινε άλλο, μια φορά μου είπε ο γιος μου ο μεγάλος, γιατί δεν τον χωρίζεις μαμά, και αυτό έκανα!»*. Μετά από το διαζύγιο κάνει άλλες δύο προσπάθειες να εγκατασταθεί και να εργαστεί στο εξωτερικό, εκεί που βρίσκεται μια από τις αδελφές της. Στη πρώτη προσπάθεια μένει για λίγους μήνες, δεν βρίσκει δουλειά και επιστρέφει πίσω. Στη δεύτερη προσπάθεια εγκαθίσταται στο εξωτερικό με ένα από τα ανήλικα παιδιά της το οποίο μπλέκει με διάφορες συμμορίες και γι' αυτό το λόγο επιστρέφουν στο νησί. Οι σχέσεις της με τους άντρες είναι και αυτές καταστροφικές. Κάθε σχέση είναι ακόμη μια πληγή που ρέει. Απασχολείται σε διάφορες εταιρείες ως ιδιωτική υπάλληλος εκεί όπου υπάρχει ελεύθερο ωράριο. Σε μια προσπάθεια πώλησης μιας οικίας (ως μεσίτριας), ενεπλάκη σε ένα τροχαίο ατύχημα και έτσι δεν εισπράττει το μερίδιο από την πώληση. Από εκείνο το χρονικό διάστημα και μετά όλες οι πωλήσεις της μειώνονται στο απειροελάχιστο και το ίδιο και τα ποσοστά της. Σε εκείνο το χρονικό διάστημα η ίδια ψηλαφώντας το στήθος της ανακαλύπτει ένα μικρό ογκίδιο. Μετά τη διάγνωση από τη βιοψία υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Παρόλο πού ο καρκίνος είναι σε πλήρη ύφεση μετά από τον κύκλο των θεραπειών, ο ογκολόγος ιατρός της την παραπέμπει σε εμάς λόγω

«ψυχοκοινωνικών και προβλημάτων σχέσεων». Μετά από την διάγνωση η Αθηνά αρνείται να επιστρέψει στην ενεργό ζωή και εργάζεται περιστασιακά. Αυτή η στάση δεν της επιτρέπει να πληρώνει δάνεια και οφειλές τα οποία εκκρεμούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η ίδια και τα δυο ενήλικα παιδιά της συντηρούνται σε ένα πολύ μεγάλο βαθμό από τις αδελφές της που ζουν και εργάζονται στο εξωτερικό.

Ανάλυση περιστατικού

Η Αθηνά είναι μια αέρινη γυναίκα με έντονα τα χαρακτηριστικά στο πρόσωπο. Η ηλικία της, γύρω στα 45 δεν αρμόζει την εξωτερική της εμφάνιση. Το σώμα της κινείται με τέτοιο τρόπο που αντανακλά την εύθραυστο της προσωπικότητας της. Το πρόσωπο της, άλλοτε παγερό και ανέκφραστο, και άλλοτε με έντονες συσπάσεις. Στη πρώτη μας συνάντηση είναι τόσο φορτισμένη συναισθηματικά, σε τόση ψυχική ένταση που μας φοβίζει αν υπάρχει υποβόσκων αυτοκτονικός ιδεασμός. Η πρώτη μας συνάντηση ήταν πολύ αποκαλυπτική· επιφυλακτική, καχύποπτη και ανασφαλής. Κάθισε στην άκρη της πολυθρόνας και με τρεμάμενη φωνή, μας ρωτούσε τι θα έπρεπε να μας πει! Όλα συνηγορούσαν στην εγκατάσταση μιας μηχανικής και μονότονης επικοινωνίας.

Θα αναφερθούμε σε ορισμένα γεγονότα της ζωής της Αθηνάς επιγραμματικά, επικεντρώνοντας σε αυτά που θεωρήσαμε ότι διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στη ζωή της, και καθόρισαν τον διαταραγμένο τρόπο επικοινωνίας της με τους άλλους.

Η Αθηνά είχε υποστεί πολλούς ψυχικούς τραυματισμούς στη παιδική της ηλικία: γονεϊκή αποστέρηση, αδιαφορία, εγκατάλειψη, και μια χαοτική επικοινωνία. Οι διαταραγμένες σχέσεις των γονέων της δημιούργησαν ένα αίσθημα ανασφάλειας και παντοδυναμίας ταυτόχρονα. *«Ήξερα ότι αν κέρδιζα δικά μου χρήματα δεν θα τους είχα ανάγκη πια».* Ο αγώνας για την εξασφάλιση των απαραίτητων για την επιβίωση τους σκιαγράφησε ένα μεγάλο μέρος της ζωής της. Το ίδιο πρότυπο επικοινωνίας και συμπεριφοράς υπήρχε και στη δική της οικογένεια, *«μετρούσα τα ψιλά για να αγοράσω ένα ρύζι, να φάμε όλη η οικογένεια».* Οι σχέσεις του ζεύγους είναι ανύπαρκτες μέχρι που ο χωρισμός επιβεβαιώνει την ανυπαρξία σχέσεων. Μέσα σε αυτόν τον κυκεώνα δημιουργεί μια σημαντική

ακίνητη περιουσία η οποία μένει ανεκμετάλλευτη και της οποίας ένα μέρος της είναι χρεωμένο.

Σχόλια

Στις αρχικές μας συναντήσεις κλαίει με λυγμούς· μέσα από τα αναφιλητά της μας μιλάει για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει σε όλους τους τομείς, κυρίως στον οικονομικό και παράλληλα στις σχέσεις της με τα παιδιά της. Η ίδια ζει στο ίδιο σπίτι με τους δύο της ενήλικους γιους, η κόρη της ζει με τον πατέρα της και τη μητριά της γιατί δεν υπάρχουν καθόλου καλές σχέσεις ανάμεσα τους, και η ίδια θεωρεί ότι η εμφάνιση καρκίνου διαδραμάτισε ολέθριο ρόλο στη σχέση με τη κόρη της. Πιστεύει ότι η κόρη της δεν της αναγνωρίζει τίποτα από ότι έκανε γι' αυτήν, και ο πατέρας της που ήταν πάντα ανεύθυνος, χαίρεται την μεγαλωμένη πια κόρη του. Μας λέει ότι θέλει να την τιμωρήσει για την αδιαφορία που της δείχνει. Ο μεγαλύτερος της γιος μένει κλεισμένος σε ένα δωμάτιο και δεν της μιλάει καθόλου. Θυμώνει που τα παιδιά της χαραμίζουν όπως η ίδια λέει τη ζωή τους, και δεν προσπαθούν να βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσης τους. Θεωρούν, όπως και η ίδια ότι αυτό που τους καθηλώνει στο σπίτι είναι η απουσία οικονομικών δυνατοτήτων. Η αμυντική αυτή θέση να αποδίδει όλα της τα προβλήματα σε εξωγενείς παράγοντες δείχνει την αδυναμία της να αναλάβει την ευθύνη των προσωπικών της επιλογών. Το ίδιο συμβαίνει και στον εργασιακό τομέα. Θεωρεί ότι όλοι οι εργοδότες τείνουν να εκμεταλλεύονται τους εργαζόμενους και γι' αυτό αρνείται να προσαρμοστεί σε κάποιο είδος εργασία.

Η Αθηνά δούλευε μέχρι που ένα ατύχημα προσδιόρισε την επαγγελματική της εξέλιξη. Η κάθοδος που επήλθε στον εργασιακό της χώρο την καταρράκωσε σε τέτοιο βαθμό που αποσύρθηκε εντελώς. Λίγο καιρό μετά παρουσιάστηκε ο καρκίνος του μαστού και όλα στη ζωή της άλλαξαν προς το χειρότερο. Θεωρεί ότι ο πρώην σύζυγος της ευθύνεται για ότι άσχημο της συμβαίνει. Δυσκολεύεται πάρα πολύ να κοιτάξει λίγο μέσα της αναλαμβάνοντας την ευθύνη των επιλογών και των πράξεων της. Νιώθει και πιστεύει ότι όλοι της οφείλουν και ότι αυτή αδικήθηκε τόσο πολύ από την ίδια τη ζωή, που τίποτα και κανείς δεν θα μπορέσει να καλύψει αυτό το κενό. Η μεγάλη κτηματική περιουσία την οποία δημιούργησε δεν αξιοποιήθηκε γιατί κανείς δεν της έκανε την προσφορά που της άξιζε.

Μας περιγράφει σχέσεις από τις οποίες ένιωσε να γίνεται αντικείμενο εκμετάλλευσης πιστεύει, ότι όλοι θέλουν να την χρησιμοποιήσουν και να αρπάξουν κάτι από αυτήν.

Κάνει δύο προσπάθειες να εργαστεί στο εξωτερικό και τις δύο με διάφορες προφάσεις επιστρέφει πίσω. Ακόμη κι' εκεί πιστεύει ότι την φιλοξένησαν για να αρπάξουν κάτι από την ίδια. Στη δεύτερη της προσπάθεια να παραμείνει μόνιμα στο εξωτερικό φεύγει γιατί η κόρη της είχε μπλέξει με σατανιστικά κυκλώματα.

Η όλη συμπεριφορά της Αθηνάς μας θυμίζει τον τραγικό ήρωα Νάρκισσο, ο οποίος ως ματαιόδοξος και αλαζόνας αναζητούσε συνεχώς μια αίσθηση αυτοεπάρκειας και παντοδυναμίας, για να ξεπεράσει τη βαθύτερη του ευθραυστότητα, όπως ακριβώς και η Αθηνά. Πολλές φορές μέσα στην απελπισία των ανικανοποίητων σχέσεων που βιώνει, αναφέρει: *«Ούτε τα παιδιά μου χρειάζομαι, ούτε κανέναν»*. Στις σχέσεις της με τους άλλους η Αθηνά ψάχνει μάταια την δίδυμη αδελφή-ψυχή της, γιατί έτσι μόνο αντέχει τον άλλο, ως καθρέπτη του εαυτού της. Δεν αναγνωρίζει καμία αξία ή υποκειμενική ιδιαιτερότητα στον άλλο. Ο θυμός της για τις ανικανοποίητες σχέσεις της είναι τόσο μεγάλος και μαζικός που προβάλλει συνεχώς σε εμάς συχνά όλα τα κακά κομμάτια του εαυτού της.

Κάποιες φορές στις συναντήσεις μας γίνεται πολύ αποστασιοποιημένη και μιλάει σαν να μονολογεί με τον ίδιο της τον εαυτό. Άλλες φορές έχει τη φαντασίωση ότι δεν χρειάζεται κανέναν (ούτε ακόμη και τα ίδια τα παιδιά της), και προφασίζεται μια ψευδαίσθηση πλήρους αυτάρκειας. Και όταν η ίδια κάποιες φορές αισθάνεται προφανώς πιο κοντά μας, στην επόμενη συνάντηση δεν έρχεται άνευ προφανούς λόγου και αιτίας (δεν μας ενημερώνει καν για την απουσία της). Είχαμε εξοργιστεί μαζί της από τις συχνές απροειδοποίητες απουσίες της. Οι άμυνες της προκαλούσαν πολύ περισσότερα προβλήματα παρά οφέλη. Νιώθαμε πως το καλύτερο για την ίδια ήταν να την φέρουμε προ των ευθυνών της. Πάντα ξεχνούσε το περιεχόμενο της τελευταίας μας συνάντησης (δεν παρέλειπε ποτέ να μας το τονίσει) και επιπρόσθετα έμενε η ίδια και απαράλλαχτη. Το δυσκολότερο ίσως κομμάτι για μας ήταν η ίδια η απόσταση που δημιουργούσε ανάμεσα μας. Αυτή η ματαιωτική αλληλεπίδραση μπορούσε να ήταν ενδεικτική των σχέσεων που έμαθε να φτιάχνει, αλλά δεν εξυπηρετούσε σε τίποτα. Αναρωτιόμαστε αν αυτό που

φοβόταν μέσα από τη δημιουργία μιας αυθεντικής και γνήσιας σχέσης είναι η εγγύτητα και η σημαντικότητα του άλλου για την ίδια.

Καθ' όλη την διάρκεια αυτών των συναντήσεων αναρωτιόμασταν τι ήθελε να μας πει και ποια ήταν η δικιά μας θέση σε όλη αυτή τη διαδικασία. Πολλές φορές δεν καταλαβαίναμε τίποτα περισσότερο και ουσιαστικότερο από αυτά που περιέγραφε. Οι ασάφειες και οι αγχώδεις περιγραφές της εμπόδιζαν κάποια άλλη σημασία των λεγομένων της, και περιέπλεκαν τις δικές μας ψυχικές διαδικασίες.

Νιώθαμε πολλές φορές ότι δεν είχε συνδεθεί ουσιαστικά μαζί μας και συνάμα να γίνεται επιθετική, προβάλλοντας μας όλα τα συναισθήματα απόγνωσης και αποκλεισμού από τις σχέσεις που η ίδια έφτιαχνε. Δεν ξέραμε τι περίμενε από μας. Ήταν άραγε αυτός ο τρόπος που η ίδια έβρισκε για να επικοινωνήσει μαζί μας; Παράλληλα, ενώ πολλές φορές αναζητούσε μέσα από τη σχέση μας αυτό που της έλειπε, μια σταθερή ειλικρινή σχέση, εντούτοις επαναλάμβανε ασυνείδητα αυτό που ήδη γνώριζε. Έτσι μετέφερε μέσα στη σχέση συναισθήματα, πρότυπα και προσδοκίες που προέρχονταν πιθανώς από την εμπειρία της με άλλα πρόσωπα της ζωής της.

Όταν προσπαθούσαμε να συνδέσουμε τις πράξεις με τις σκέψεις και τα συναισθήματα της, διέκοπτε τη δική μας σκέψη αναιρώντας αυτό που προσπαθούσαμε να ερμηνεύσουμε χωρίς κανένα δισταγμό. Το μόνο που μπορούσαμε να κάνουμε ήταν να αποδεχτούμε το άγχος και την αγωνία της, λειτουργώντας ως καθησυχαστικό πρόσωπο.

Το ναρκισσιστικό άτομο φοβάται τη σύνδεση μ' ένα πραγματικό «άλλο» πρόσωπο (που διαθέτει τόσο καλά όσο και κακά στοιχεία, ή χαρακτηριστικά που ικανοποιούν και άλλα που ματαιώνουν), στρεφόμενο σε μια ναρκισσιστική σχέση που φαίνεται να είναι για το άτομο-η σωτηρία του. Στις διαπροσωπικές του σχέσεις το άτομο βιώνει ένα αδιέξοδο, ένα μεγάλο πλήγμα, εφόσον κανείς πραγματικός άλλος δεν μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως στο ναρκισσιστικό ρόλο που του ανατίθεται να παίξει. Όταν το ναρκισσιστικό άτομο αντιληφθεί τη διαφορετικότητα του άλλου, επέρχεται η απόγνωση συνοδευόμενη με ένα μεγάλο θυμό *«Όλοι ήθελαν να πάρουν κάτι από μένα - να με εκμεταλλευθούν, κανείς δεν μ' αγάπησε πραγματικά».*

Αρνιόταν πεισματικά να συνειδητοποιήσει ότι η θέση στην οποία είχε βρεθεί δεν ήταν το αποτέλεσμα μιας προκαθορισμένης μοίρας, αλλά των ίδιων της των επιλογών. Εάν συνειδητοποιούσε ότι αυτήν την κατάσταση την είχε όχι μόνο δημιουργήσει η ίδια αλλά την τροφοδοτούσε κιόλας, τότε μπορούσε να συνειδητοποιήσει ότι είχε τη δύναμη να ξεμπλέξει. Γι' αυτό πολλές φορές χρειαζόταν απεριόριστος χρόνος για να αναλύουμε τα πισωγυρίσματα της σε σχέση με την στάση της απέναντι στους ανθρώπους.

Θα παραθέσουμε μερικά από τα σχόλια από τη προβολική δοκιμασία του Τ.Α.Τ. τα οποία είναι ενδεικτικά της ψυχολογικής της κατάστασης.

Εικόνα 1

Α: *«Το παιδάκι σκέφτεται, είναι ένας βιολιστής, έχει το βιολί μπροστά του και σκέφτεται να δημιουργήσει κάτι δικό του και είναι σε βαθιά σκέψη. Σκέφτεται να δημιουργήσει ένα τραγούδι το οποίο να τον εκφράζει και να νιώσει ικανοποιημένος γι' αυτό που γράφει (έχει μια κόλλα από κάτω). Γράφει και τους φθόγγους και νιώθει ικανοποίηση για το τραγούδι που έφτιαξε».*

Ένα παιδί που τα βγάζει πέρα με ένα αντικείμενο ενηλίκων. Η ίδια προβάλλει τον εαυτό της στην εικόνα – ενός παιδιού που μεγάλωσε απότομα;

Εικόνα 2

Α: *«Είναι μια αγροτική οικογένεια που οι γονείς ασχολούνται με τα χωράφια κι' έχουν μια κόρη και ζουν σε ένα απόμερος μέρος. Η κόρη της θέλει να ξεφύγει από αυτή τη ζωή κι' αποφασίζει να πάει να σπουδάσει για να κάνει κάτι άλλο στη ζωή της. Τελειώνει το σχολείο και τις σπουδές και αναπολεί...όχι κάθεται και σκέφτεται τα χρόνια τα παλιά που ζούσε με τους γονείς της στο χωράφι. Όμως η κοπέλα είναι μια επιτυχημένη επιστήμονας».*

Προβολή της έντονης επιθυμίας της να αποδεσμευτεί από το γονεϊκό ζεύγος, διαφοροποιώντας την δική της ζωή στέφοντας την με επαγγελματική καταξίωση.

Εικόνα 3GF

Α: *«Εδώ είναι μια κακοποιημένη γυναίκα που ζει με έναν άντρα που τη χτυπά, μεθύστακα, έχει και μωρά μαζί του και είναι σε απόγνωση γιατί δεν ξέρει τι να κάνει, δεν ενδιαφέρεται για την οικογένεια του. Η ίδια είναι ράκος και δεν ξέρει από που να κρατηθεί για να γλιτώσει από αυτήν την κατάσταση. Ζει μέσα στο χάος».*

Ψ: «Τι ακολουθεί μετά»;

Α: *«Δεν δείχνει κάτι που να είναι αισιόδοξη. Δεν δείχνει τίποτα η εικόνα. Μένει έτσι όπως είναι, δεν μπορεί να ξεφύγει από αυτήν την κατάσταση, ώσπου μια μέρα αρρωσταίνει, πεθαίνει και μένουν τα παιδιά της ορφανά».*

Η ασθενής μας επαναβιώνει μέσα από την εικόνα την εξέλιξη της σχέσης της και την λύτρωση μέσα από τον θάνατο. Υποθέτουμε ότι αναδύονται οι ενορμήσεις θανάτου.

Εικόνα 4

Α: *«Εδώ δείχνει ένα ερωτευμένο ζευγαράκι. Ο άντρας φαίνεται δυναμικός και η γυναίκα, γυναίκα – κρατούν τους ρόλους τους. Ο άντρας φέρνει τα χρήματα, αυτή μαγειρεύει προσέχει την οικογένεια της, είναι εξαρτώμενη του άντρα της. Ο κύριος μπορεί να ξενοκοιτάζει αν και φαίνονται αγαπημένοι γιατί θέλει να δείξει ότι είναι άντρας και εκείνη υπομένει. Δείχνει ότι δεν την ενοχλεί ή να καταλαβαίνει ότι ξενοκοιτάζει ο άντρας της. Έχουν μια ωραία οικογένεια, θυσιάζονται και οι δύο για την οικογένεια τους, πάνω απ' όλα μεγαλώνουν τα παιδιά τους και μένουν ως στο τέλος της ζωής τους μαζί».*

Ταύτιση με έναν ρόλο περισσότερο κοινωνικό παρά πραγματικό. Και στη δική της οικογένεια αλλά και στη πατρική της, η γυναίκα μητέρα ήταν αυτή που τροφοδοτούσε την οικογένεια της. Στην εικόνα αυτή παλεύει ανάμεσα στην αμφιθυμία της απέναντι σε έναν άντρα, αγάπη ή μίσος.

Εικόνα 5

Α: *«Εδώ μιλάμε για μια πατριαρχική οικογένεια του παλαιού καιρού, για μια πλούσια οικογένεια που ο σύζυγος είχε το δικό του το γραφείο μέσα στο ίδιο του το σπίτι και ακόμη και η γυναίκα του για να τον δει χτυπούσε την πόρτα και έπρεπε να της δώσει την άδεια. Η γυναίκα αυτή είναι στεναχωρημένη γιατί ο άντρας της εκμεταλλεύεται τον κόσμο, έχει φιλενάδες και όποιος τον ενοχλεί τον σκοτώνει και δεν αφήνει ίχνη πίσω του – και η γυναίκα που ξέρει κάποια πράγματα δεν μπορεί να μιλήσει. Παθαίνει μαρασμό που ζει με ένα δολοφόνο και με τον φόβο να σκοτώσει και την ίδια, πεθαίνει από μαρασμό».*

Εδώ το περιεχόμενο της εικόνας αναφέρεται στην πρωταρχική φαντασίωση όπως οι ερωτικές σχέσεις ανάμεσα στους γονείς. Η ασθενής μας φαντασιώνει την παράνομη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων εκτός του γονεϊκού ζεύγους και την απειλή μέσα από την αποκάλυψη τους.

Εικόνα 6GF

Α: *«Είναι ένας μεγάλος έρωτας αλλά απαγορευμένος. Είναι παντρεμένοι και οι δύο με διαφορετικούς ανθρώπους. Τρέφουν τρομερά συναισθήματα ο ένας για τον άλλο. Αν και έχουν τις δικές τους οικογένειες αυτά που νιώθουν είναι τόσο δυνατά και φεύγουν μαζί και αφήνουν πίσω τους δυστυχία. Ενώ είναι μαζί κι' είναι ευτυχισμένοι, νιώθουν βαθιά θλίψη και οι δύο γιατί δημιούργησαν προβλήματα σε κάποιους άλλους αλλά η πορεία που επέλεξαν δεν έχει επιστροφή. Ζουν σε μια κοινωνία που δεν μπορεί να τους αποδεχτεί, μένουν μαζί, γερνούν μαζί, πεθαίνουν μαζί και παίρνουν και τη θλίψη μαζί τους, τον πόνο τους».*

Η φαντασίωση της αποπλάνησης ελλοχεύει το τίμημα του ευνουχισμού.

Εικόνα 7GF

Α: *«Α! Παναγιά μου τι είναι τούτο; Μου βάζετε δύσκολα.....εδώ είναι μια μάνα και μια κόρη· η κόρη είναι ανήλικη αλλά κάποιος την άφησε έγκυο και γέννησε ένα μωράκι. Η κόρη είναι γύρω στα 15-16 ετών και οι γονείς της αποφάσισαν να κρατήσει το μωρό για να μην της δημιουργήσουν πρόβλημα γυναικολογικό εκ των υστέρων. Οι γονείς της την αγκαλιάζουν με αγάπη, προσπαθούν να προστατεύσουν*

την ίδια και το μωρό της για να μπορέσει να συνεχίσει τη ζωή της φυσιολογικά, άσχετα με αυτό που της συνέβηκε. Η μικρή δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει ότι έγινε μάνα λόγω του νεαρού της ηλικίας της, αλλά όταν βρίσκεται με τις φίλες της δεν νιώθει την ανεμελιά που ένιωθε προηγουμένως. Ενώ θέλει να ζήσει την ηλικία με τους συνομηλίκους της κάτι που την τραβά πίσω, είναι η μητρότητα και αρχίζει και γίνεται ένα δυστυχισμένο πλάσμα. Στη συνέχεια μεγαλώνει η μικρή, φεύγει για σπουδές ενώ το μωρό μένει με τους γονείς της. Σπουδάζει, αποκαθίσταται επαγγελματικά, αμείβεται αρκετά καλά, αλλά με το μωρό της νιώθει μια αποξένωση. Δεν μπορεί να το αγκαλιάσει ή να το νιώσει σαν δικό της μωρό νιώθει πίκρα μέσα της, κάτι σαν να λέει του μωρού εσύ είσαι υπεύθυνο για αυτά που νιώθω και το έχει σε απόσταση. Το μωρό μεγαλώνει με τους γονείς της και φωνάζει μαμά και μπαμπά τους παππούδες της. Το ίδιο το μωρό βιώνει αυτή την αποξένωση, δεν μπορεί να τη νιώσει ως μητέρα του. Η μικρή συναντά κάποιον άντρα στη ζωή της, παντρεύεται, κι' ενώ ο άντρας της την αγαπά, εκείνο που νιώθει μέσα της γίνεται η αιτία να διαλύσει το γάμο της (εκείνη η πικρία). Με το σύζυγο της δεν έκανε άλλα παιδιά, και αποφασίζει να ζήσει μόνη της – δεν πρόκειται να ευτυχήσω- και έτσι κάνει. Όταν μεγάλωσε αρκετά και οι γονείς της γέρασαν ξεκίνησε να έχει επαφές με το μωρό της που στην αρχή ήταν σαν δύο ξένοι, και στη συνέχεια έχουν γίνει σαν δύο αδελφάκια, ασχέτως αν ήταν μάνα και παιδί. Δηλαδή σε προχωρημένη ηλικία άρχισε να έχει μητρικά συναισθήματα. Μετά αυτός όλος ο πόνος, η μοναξιά την έκαναν και αρρώστησε και πέθανε».

Εδώ η εικόνα προβάλει τις σχέσεις μητέρας κόρης. Διαφαίνονται στοιχεία μέσα από την απουσία θετικής σχέσης με τη δική της μητέρα, αλλά και από την δική της σχέση με την κόρη της. Κρατάμε δύο στοιχεία μέσα από την διήγηση της, την απουσία των γενεών («σαν δύο αδέλφια»), και την μετάθεση ευθύνης για ότι της συμβαίνει («εσύ είσαι υπεύθυνο για αυτά που νιώθω και το έχει σε απόσταση»). Όλα αυτά τα στοιχεία τα βλέπουμε και μέσα από τη σχέση με τη δική της μητέρα: γονείς που συμπεριφέρονται ανώριμα χωρίς να αναλαμβάνουν τις ευθύνες τους μέσα από την κατάργηση των γενεών.

Εικόνα 8GF

Α: *«Αυτή είμαι εγώ που μια ζωή είμαι σκεφτική, μια ζωή είναι μπλεγμένη με τα συναισθήματα της... άλλα θέλει αλλά κι' άλλα..... παντρεύτηκα ε...μικρή χωρίς να*

συνειδητοποιήσω τι έκανα. Κάνει τρία παιδιά, τα παιδιά της είναι πλήρως εξαρτημένα από την ίδια, χωρίζει και τα δύο της παιδιά στην εφηβεία και το άλλο τεσσάρων χρονών. Αρχίζει ένας αγώνας επιβίωσης, ένας αγώνας για το πως θα μεγαλώσει τα παιδιά της, οι δυσκολίες στη ζωή της ουκ ολίγες, μια νιώθει ότι είναι δυνατή και κάνει τα μωρά της να νιώθουν καλά και μετά νιώθει αδύναμη χωρίς να μπορεί να κάνει τίποτα. Προσπαθεί να δει πως θα ξεπεράσει τα προβλήματα, αυτές τις αδυναμίες που έχει. Τα παιδία της μεγάλωσαν αλλά πάλι περιμένουν από τη μάνα τους, δεν τολμούν να κάνουν βήμα στη ζωή τους. Όποτε νιώθει η μάνα καλά νιώθουν καλά και τα παιδιά, και το αντίστροφο. Και απεγνωσμένα η μάνα θέλει τα παιδιά της να ανοίξουν τα φτερά τους αλλά τίποτα δεν γίνεται, τα παιδιά είναι εξαρτημένα. Είναι συνέχεια προβληματισμένη η μάνα σκέφτεται λύσεις, αλλά είναι παγιδευμένη. Δεν ξέρει το μέλλον τι επιφυλάσσει».

Περνάει με μεγάλη ευκολία από το πρώτο πρόσωπο στο τρίτο. Προβάλλονται οι δυσκολίες των σχέσεων με τα παιδιά της και μια συγχωνευτική παθολογική σχέση που δεν αφήνει κανένα να προχωρήσει στη ζωή του.

Εικόνα 9GF

Α: *«Εδώ είναι μια κοπέλα η οποία της αρέσει να βγαίνει στο δάσος να διαβάζει. Κάθεται κάτω από ένα δέντρο και ώρες ατελείωτες διαβάζει. Μάλλον είναι φοιτήτρια, την εμπνέει το δάσος και διαβάζει. Εκεί στο δάσος συναντά και μία άλλη γυναίκα πολύ προβληματισμένη- δείχνει μια αγριάδα στο πρόσωπο της – πρέπει να είσαι πολύ θυμωμένη και τρέχει στο δάσος να εκτονωθεί- να ξεφύγει από μία κατάσταση. Κάτι τι βασανίζει και θέλει να φύγει η μία- η προβληματισμένη. Ενώ τρέχει μέσα στο δάσος φτάνει σε ένα κατασκηνωτικό χώρο, είναι χειμώνας, ο κατασκηνωτικός χώρος είναι άδειος βρίσκει ένα σπίτι και μπαίνει μέσα, ανάβει το τζάκι, πεινασμένη βρίσκει κάτι μέσα στο σπίτι και τρώει, ξεκίνησε να της αρέσει στον κατασκηνωτικό χώρο-δεν θέλει να φύγει από εκεί- μόνη της με τον εαυτό της ώσπου μία μέρα έρχονται οι δασονόμοι και βρίσκουν το σπίτι, βγαίνει καπνός, μπαίνουν μέσα βρίσκουν την κοπέλα προσπαθούν να την πείσουν να επιστρέψει πίσω από εκεί που έφυγε. Η ίδια δεν θέλει να επιστρέψει, δεν θέλει να θυμάται, αλλά τελικά την έπεισαν να επιστρέψει πίσω. Όταν επέστρεψε πίσω, πάλι μπήκε στα ίδια προβλήματα που ήταν και πριν και έτσι ότι όσο προσπαθεί να ξεφύγει δεν μπορώ, αυτό είναι το πεπρωμένο μου και συνεχίζει τη ζωή της όπως ήταν πριν. Η άλλη κοπέλα του*

καθόταν στο δέντρο και διάβαζε είχε να κάνει με μια μελέτη για μια διαμάχη και την έζησε στη φαντασία της σαν να ήταν πραγματική ιστορία, η ιστορία που διηγήθηκα. Και το αποτέλεσμα είναι ότι από τα προβλήματα μας δεν ξεφεύγουμε με το να το σκάσουμε».

Η εικόνα παραπέμπει στον γυναικείο ανταγωνισμό, ανάμεσα σε δύο γυναίκες, η μια εκ των οποίων πραγματοποιεί το όνειρο της για σπουδές ενώ η άλλη προσπαθεί να ξεφύγει μέσα από τις ματαιωτικές σχέσεις. Η φυγή της είναι προσωρινή (κατασκηνωτικός χώρος), και η αρχή της πραγματικότητας (οι δασονόμοι) την καλούν να επιστρέψει πίσω.

Εικόνα 10GF

Α: *«Ήταν ένα ζευγάρι που νιώθει ότι υπάρχει πολύ αγάπη, τρυφερότητα, κατανόηση. Περνάει μια πολύ δύσκολη στιγμή, κάτι έχασαν (δεν μπορώ να διευκρινίσω). Ο άντρας με πολύ στοργή συμπαραστέκεται στη γυναίκα του και της υπόσχεται ότι όλα θα πάνε καλά. Και πράγματι μένουν ενωμένοι, αγαπημένοι με συμπαράσταση κατάφεραν και ξεπέρασαν το πρόβλημα και συνεχίζουν».*

Παρατηρούμε ότι όταν στην προηγούμενη εικόνα προβάλει τη ματαίωση μέσα από μια συντροφική σχέση, στην αμέσως επόμενη επιστρατεύονται οι μηχανισμοί άμυνας της απώθησης και της άρνησης.

Εικόνα 11GF

Α: *«Πορεία της ζωής»- μπορώ να βάλω πρωταγωνίστρια τον εαυτό μου; Ξεκινάς τη πορεία σου μέσα σε στενά δρομάκια προχωράς μέσα στο δάσος (που είναι μία πορεία άγνωστη) στο δρόμο συναντάς πολλά εμπόδια πάρα πολλά εμπόδια και ελπίζεις ότι αυτό το μονοπάτι μπορεί να σε βγάλει σε κανένα ξέφωτο. Προχωράς στο δάσος το οποίο πυκνώνει ακόμα παραπάνω, παρουσιάζονται πιο πολλά εμπόδια και το ξέφωτο δεν το βλέπεις. Προχωράς και ελπίζεις να βρεις ανοιχτοσύνη και πλατιούς δρόμους αλλά αντί αυτού πέφτεις μέσα σε ζούγκλα με άγρια θηρία που σε κατασπαράζουν και δεν έχεις τη δύναμη να προχωρήσεις. Και η πορεία σου τελειώνει στα μέσα του δρόμου».*

Εδώ αναδύονται τα αρχαϊκά ένστικτα- φόβοι αγωνίες κ.ο.κ.

Εικόνα 12F

Α: *«Είναι μία κυρία που βρήκε τη φωτογραφία της στο τοίχο όταν ήταν νέα και πως έχει γίνει. Βλέπει τον εαυτό της στο καθρέφτη- απογοητευμένη. Έχασε τα νιάτα της χωρίς να συνειδητοποιήσει αν έζησε ευτυχισμένη γιατί η ζωή της ήταν πάρα πολύ δύσκολη πέρα από αντίξοες συνθήκες, επιβίωνε και κάθεται και σκέφτεται και τα βάζει με τον εαυτό της, γιατί να μου συμβεί αυτό. Θα ήθελε να γύριζε το χρόνο πίσω και να ξεκινούσε μια νέα αρχή αλλά στο παρόν στάδιο δεν μπορεί να κάνει τίποτα και ζει με μια ελπίδα ότι αν ξαναέρθει πίσω (με μετεμψύχωση) θα ξέρει τι θα κάνει».*

Η συνειδητοποίηση μιας ζωής άδειας και η επιθυμία μιας αλλαγής μέσω μιας δεύτερης ηλικίας.

Εικόνα 13MF

Α: *«Εδώ είναι μια μάνα και ένας γιος. Αν και η μάνα του παιδιού δεν είναι πολύ μεγάλη πάσχει από μία πολύ σοβαρή ασθένεια και είναι στο κρεβάτι για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα και τη φροντίζει ο γιος της. Μία μέρα ξεψυχά η μάνα και ο γιος είναι στεναχωρημένος που έχασε τη μάνα του. Προβληματίζεται πως θα είναι η ζωή του μετά χωρίς τη μάνα του αλλά μέσα του υπάρχει μια ανακούφιση που γλίτωσε από τα βασανιστήρια (η μάνα του) και συνεχίζει την πορεία του μόνος του».*

Εδώ απωθούνται τα σεξουαλικά και επιθετικά ένστικτα μέσα από τον θάνατο.

Εικόνα 14

Α: *«Αυτή είμαι εγώ- μια ζωή- όλα μαύρα τα βλέπω και ξαφνικά ανοίγει η μεγάλη πόρτα και μπαίνει φως και σκαρφαλώνω στο παράθυρο και πετάγομαι έξω στο φως, χαρούμενη για νέες αναζητήσεις».*

Η ανάγκη μιας απόλυτης αλλαγής. Η ασθενής παλεύει μέσα από ένστικτα ζωής και θανάτου.

Εικόνα 15

Α: *«Είναι η γυναίκα εδώ, είναι μεσήλικας όχι αρκετά μεγάλη που έχασε τους δικούς της ανθρώπους και η καθημερινή της δουλειά είναι να πηγαίνει στο κοιμητήριο και*

να αναζητά τις ρίζες τις μέσα στο κοιμητήριο κάνοντας ερωτήσεις στους δικούς της πεθαμένους αλλά απάντηση δεν παίρνει από πουθενά. Μια σκέτη δυστυχία».

Ο ένας εκ των δύο της γονέων έχει ήδη φύγει από τη ζωή. Μήπως η ασθενής μας ψάχνει το νόημα της δικής της ζωής μέσα από τον θάνατο;

Εικόνα 16

Α: *«Πάλι είναι η πορεία της ζωής εδώ, ξεκινάς τη ζωή σου είσαι καθαρός περνάς μια διαδικασία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής σου, με μαυρίλες, στεναχώριες, χαρές προβληματισμούς, γερνάς, πεθαίνεις και καθαρίζουν τα πάντα. Από μηδέν ξεκινήσαμε στο μηδέν καταλήξαμε».*

Η ανακούφιση και η ηρεμία ψάχνεται μέσα από την ανυπαρξία τον θάνατο.

Εικόνα 17GF

Α: *«Μετά το θάνατο που γινόμαστε παρατηρητές της ζωής. Είμαστε μέσα στο φως και παρατηρούμε τον κόσμο την εξέλιξη του κόσμου. Τώρα έχουμε συνειδητοποιήσει, περάσαμε ήδη τη διαδικασία της ζωής και βλέποντας τον κόσμο σκεφτόμαστε αν ξέρατε ή αν μπορούσανε να καταλάβετε τι είναι η ζωή, θα μπορούσατε να περάσετε μια ήρεμη διαδικασία μέχρι το θάνατο γιατί κανένας δεν παίρνει τίποτα μαζί του. Όπως ήρθε φεύγει».*

Από το πρώτο πρόσωπο περνάει στο τρίτο. Η ταύτιση με αυτό που η ίδια βλέπει είναι μεγάλη. Αναδύεται και πάλι η επιθυμία για την επιστροφή στην ανυπαρξία.

Εικόνα 18GF

Α: *«Εδώ είναι η μάνα που κρατά το νεογέννητο βρέφος της και συνειδητοποιεί ότι κρατά ένα θαύμα, ένα ανήμπορο πλάσμα που εξαρτάται αποκλειστικά από την ίδια και κάνει τις προσπάθειες να το μεγαλώσει όσο πιο καλά γίνεται, να του δώσει ότι εφόδια μπορεί να του προσφέρει, για να το ετοιμάσει να ξεκινήσει τη ζωή του από μόνο του. Οι προσπάθειες που κάνει είναι να του μεταφέρει ότι γνώσεις έχει, που προσπαθεί και που πιστεύει είναι σωστές και θα δείξει η πορεία».*

Επαναβιώνεται η σχέση με τα δικά της παιδιά και τους γεννήτορες της. Αναρωτιέται ποιος είναι ο ρόλος ενός γονέα;

Εικόνα 19

Α: *«Αυτό είναι ακαταλαβίστικο. Δεν καταλαβαίνω τίποτα. Είναι μία έρημος – (είναι δύσκολο). Μέσα στην έρημο φαίνεται να έχει κάτι χτισμένο, είναι χωμένο μέσα στην άμμο φαίνεται μόνο η στέγη του. Στη στέγη του φαίνονται δύο είσοδοι. Στη πρώτη τη πόρτα υπάρχει κάτι σαν λαβύρινθος που κατεβαίνει, είναι μαύρα σκοτεινά, δεν υπάρχει φως να δεις κάτι, από την άλλη είσοδο πας ευθεία, βγαίνεις από την απέναντι πλευρά του κτιρίου και συναντάς παράξενα αγάλματα. Τα αγάλματα βλέπουν προς την ίδια κατεύθυνση λες και περιμένουν κάτι. Πάνω στη στέγη υπάρχει κάτι σαν φουγάρο μέσα από αυτό βγαίνουν διαλυμένα πράγματα ζεστά που απλώνονται στη στέγη και είναι μαύρα».*

Αναδύεται μια σύγχυση ανάμεσα στο μέσα και στο έξω.

Εικόνα 20

Α:*«Είμαστε μέσα σε ένα δάσος πολύ πυκνοφυτεμένο, σε ένα μονοπάτι υπάρχει ένας φάρος που βγάζει ένα φως άσπρο και φωτίζει πάνω τον ουρανό. Εγώ βλέπω ένα άνθρωπο να είναι δεμένος στο φάρο ή να τον σκότωσαν. Κρέμεται πάνω στο φάρο, είναι κάπως δεμένος από τη μέση».*

Ψ: Τι γίνεται μετά;

Α:*«Τίποτα ο άνθρωπος είναι πεθαμένος, υπάρχει απόλυτη ηρεμία ούτε ίχνος ζωής».*

Και πάλι εκφράζεται η ηρεμία μέσα από τον θάνατο και από τα επιθετικά ένστικτα.

6.4. Χρυσηίδα- Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία- εφηβεία- οικογενειακή ζωή)

«Κλειστή για μένα κάθε πόρτα της χαράς
Της λύπης κάθε πόρτα ανοιχτή για μένα
Γι' αυτό είναι όλα γύρω μου θλιμμένα
Γι' αυτό και με κοιτάζουν ζοφερά.

Στα χείλη μου το γέλιο δεν ανθίζει
και όλα είναι λυπημένα και νεκρά
και η καρδιά μου όλο θλίψη ζωγραφίζει
και όλα μου φαίνονται τριγύρω μου πικρά».

Δίχως χαρά, Ευαγόρας Παλληκαρίδης.

Η Χρυσηίδα προερχόταν από μια πολυμελή αγροτική οικογένεια η οποία αντιμετώπιζε οικονομικές δυσκολίες. Οι γονείς της οι οποίοι ασχολούνταν με τη καλλιέργεια της γης δεν είχαν χρόνο για την ιδιαίτερη φροντίδα των παιδιών και υπήρχε το καθεστώς να φροντίζουν τα μεγαλύτερα παιδιά (τα κορίτσια), τα μικρότερα. Παράλληλα, επικρατούσε ο πατριαρχικός τρόπος ζωής με τον άνδρα και τους αδελφούς της απόλυτους ρυθμιστές της οικογενειακής ζωής.

Σχολείο πήγε μόνο στις πρώτες τάξεις του Δημοτικού γιατί έπρεπε να βοηθάει στη καθαριότητα του σπιτιού και των αδελφών της. *«Δεν είναι όπως σήμερα που τα παιδιά μορφώνονται όλα. Εκείνα τα χρόνια δεν μπορούσαμε να κοιτάξουμε στα μάτια τον πατέρα, ούτε μπορούσαμε να φέρουμε αντίρρηση. Κανείς δεν αψηφούσε τον λόγο του, ούτε καν τα αγόρια»* μας λέει. Από το πατρικό της έφυγε όταν παντρεύτηκε μετά από ένα συνοικέσιο. Η συζυγική της ζωή δε ήταν καθόλου εύκολη, παρόλα αυτά έφερε στο κόσμο πέντε παιδιά, τέσσερα αγόρια και ένα κορίτσι. Ο άντρας της περιγράφεται ως βίαιος και αδιάφορος με εκείνη και τα παιδιά τους. *«Το μόνο που τον ενδιέφερε ήταν το ποτό, έπινε και μετά αφού γυρνούσε σπίτι μεθυσμένος, με χτυπούσε. Πως να τα βγάλω πέρα μόνη με πέντε παιδιά; Δεν φτάνει που δεν δούλευε, μου έπαιρνε και ότι έβγαζα. Τι να έκανα, δεν άντεχα άλλο. Τα παιδιά μόνο φωνές και ξύλο έμαθαν από τον πατέρα τους. Αποφάσισα να χωρίσω. Πήγα στους γονείς μου να τους ρωτήσω. Η μητέρα της, της είπε· αφού τον παντρεύτηκες να μείνεις μαζί του. Η θέση σου δεν είναι πια εδώ. Να πας πίσω στον άντρα σου, εδώ πάντως δεν μπορείς να επιστρέψεις».* Την ίδια περίπου χρονική περίοδο γίνεται και η εισβολή στη Κύπρο. *«Ξαφνικά, τα χάσαμε όλα, από τη μια στιγμή στην άλλη βρεθήκαμε πρόσφυγες στην ίδια μας την πατρίδα. Μετά τον ξεριζωμό τα πράγματα χειροτέρεψαν. Όλα έγιναν δυσκολότερα ακόμα και τα προς το ζην ήταν ένας αγώνας».*

Ο ξεριζωμός, η βία, και κυρίως το να χάνει κάποιος κάτι που του ανήκει από αιώνες χωρίς να μπορεί να αντισταθεί (γι' αυτό αναφερόμαστε στην εισβολή και όχι σε πόλεμο), βιώθηκε σαν μια ιδιαίτερα ταπεινωτική εμπειρία, με όλες τις συνέπειες που αυτό μπορεί να σημαίνει.

Η Χρυσηίδα εγκαθίσταται στο νότιο μέρος του νησιού εφόσον το βόρειο βρίσκεται υπό κατοχή. Η ζωή της είναι λιτή και παλεύει να θρέψει τα παιδιά της. Αποφασίζει να χωρίσει, γιατί όπως λέει η ίδια *«ήμουν άγνωστη μεταξύ αγνώστων, τα πράγματα ήταν πιο εύκολα σε αυτό το επίπεδο, και έτσι τον έδιωξα από το σπίτι»*. Η κατάσταση αυτή δεν νομιμοποιήθηκε ποτέ με ένα διαζύγιο. Η ίδια δικαιολογεί την μη έκδοση διαζυγίου στην έλλειψη χρημάτων και χρόνου. Περιμένει ματαίως την επιστροφή του γιου της μετά το πέρας του πολέμου και την νέα τάξη πραγμάτων. Κάποιοι της λένε ότι τον είδανε, ότι ήταν καλά, τίποτα όμως δεν προήλθε από τις επίσημες αρχές του Κράτους. Ούτε στις ανταλλαγές αιχμαλώτων που έγιναν δεν επέστρεψε. *«Στην αρχή άκουγα τα βήματα του κάθε βράδυ κι' έτρεχα στη πόρτα. Ήταν όμως όλα παιγνίδια του μυαλού μου»*. Και έτσι συνέχισε να κρύβει τον πόνο και τη θλίψη, για να μην πληγώσει τα άλλα της παιδιά όπως έλεγε. Μου κάνει εντύπωση που στις αναφορές για τον γιο της, ποτέ δεν συγκινείται. Το πρόσωπο της παραμένει παγερό, όπως και η στάση του σώματος της. Η μόνη της συντροφιά είναι η κόρη της, η οποία για να έχει μια καλύτερη ζωή πηγαίνει σε ιδιωτικό σχολείο θηλέων. Εκεί οι καλογριές είναι αυστηρές και απαιτητικές με τα κορίτσια, όχι μόνο σε ότι είχε σχέση με τη μελέτη τους αλλά και με την συμπεριφορά τους. Όλα τα παιδιά λίγο μετά την ενηλικίωση τους φεύγουν από το σπίτι. Αυτό της κοστίζει ψυχικά πολύ. Και το μεγαλύτερο της παράπονο είναι ότι τα παιδιά της όχι μόνο απομακρύνθηκαν αλλά αδιαφορούν πλήρως για τη μητέρα τους. Εκτός από τη κόρη της η οποία την βλέπει που και που, οι γιοι της δεν την επισκέπτονται. Μόνο κατά την περίοδο των εορτών τη θυμούνται. Η αρρώστια ήρθε επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο τη ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς μας. Ο καρκίνος του μαστού βιώθηκε σαν το αποκορύφωμα των προβλημάτων της. Η ίδια μας είχε πει επιγραμματικά *«από το μαράζι μου το έπαθα, που αγνοείται ο γιος μου. Ξέρεις τι είναι να περιμένεις μια ολάκερη ζωή να επιστρέψει.... ;»*.

Ανάλυση περιστατικού

Η Χρυσηίδα είναι μια μεσήλικη κυρία 67 ετών. Το παρουσιαστικό της και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του προσώπου της αποκαλύπτουν μια καταθλιπτική διάσταση. Αυτό που εισπράττουμε ως πρώτη εικόνα από την Χρυσηίδα είναι ενός ανθρώπου που δεν περιμένει τίποτα πια από την ίδια τη ζωή· σαν να παραιτήθηκε εντελώς. Ο ογκολόγος που διέγνωσε τη μετάσταση του καρκίνου από τον μαστό στο ήπαρ, μας παρέπεμψε την ασθενή λόγω κατάθλιψης, ατονίας, και έλλειψης ζωτικότητας. Η ίδια ενώ στην αρχή ήταν λίγο αδιάφορη απέναντι μας, στη πορεία αναπτύξαμε μια αρκετά καλή σχέση όταν άρχισε να μας εμπιστεύεται μετά από μια πολύ μικρή παρέμβαση. Της είχαμε αναφέρει ότι ίσως να ήταν βοηθητικό να έχει κανείς κάποιον, με τον οποίο να μπορεί να συζητάει οτιδήποτε οδυνηρό ή τις σκέψεις της χωρίς αποδοκιμασίες και κριτική.

Μας εντυπωσίασε το γεγονός ότι η μόνη της ασχολία ήταν η επαφή της με το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Στη διήγηση της όλο παραπονιόταν ότι η φροντίδα δεν ήταν επαρκής, ότι δεν ενδιαφέρονταν αρκετά γιατί την θεωρούσαν ξεγραμμένη. Έτσι για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα η ασθενής μας μιλούσε μόνο για τα σωματικά της συμπτώματα. Η σχέση μας πήρε μια μικρή ώθηση όταν κάποια στιγμή της φέραμε στην επιφάνεια το γεγονός ότι δεν μας μιλάει για τίποτα άλλο, (σαν να υπάρχει μόνο αυτό το κομμάτι στη ζωή της) εκτός από τα σωματικά της συμπτώματα. Ήταν σαν να αφυπνίστηκε κάτι.

Σχόλια

Ψ: Αναρωτιόμασταν γιατί η Χρυσηίδα μας περιέγραφε με κάθε λεπτομέρεια όλες τις ιατρικές εξετάσεις (μεθόδους, αναλύσεις, φάρμακα), καθώς επίσης και τη στάση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού απέναντι της. Αναγνωρίζαμε ότι η ύπαρξη όγκου, η μαστεκτομή και η μετάσταση του όγκου στο ήπαρ δεν ήταν λίγα για να τα διαπραγματευθεί η ασθενής μας. Παρόλα αυτά αισθανόμασταν ότι η λεπτομερής ενασχόληση της με τα παθολογικά της προβλήματα επισκίαζε ασυνείδητα τα ψυχολογικά της προβλήματα, αποσπώντας της έτσι τη προσοχή. Μας εντυπωσίασε συνάμα η προσπάθεια της μέσα από όλες αυτές τις διαδικασίες να φτιάξει μια σχέση με το ιατρικό προσωπικό. Τι ήταν αυτό που αναζητούσε πιθανά; Ποια ήταν η σχέση της με τους δικούς της γονείς και στη συνέχεια με τα παιδιά της; Γιατί άραγε απομακρύνθηκαν από την ίδια; Τι ρόλο διαδραμάτισε στη ζωή της και πως επηρέασαν την ψυχολογική της εξέλιξη ο ξεριζωμός, η προσφυγιά

και το αγνο-ούμενο παιδί της; Πότε εμφανίστηκε ο καρκίνος και ποια η τοποθέτηση του μέσα στην ενδοψυχική της ζωή;

Αυτά ήταν μερικά από τα εύλογα ερωτήματα που μας απασχολούσανε σε σχέση με την ασθενή μας. Θα προσπαθήσουμε να εντοπίσουμε μερικά από τα πιο σημαντικά σημεία της ψυχικής της πορείας, για να αναδυθεί το νόημα και η σχέση ανάμεσα στα γεγονότα και στην ενδοψυχική της ζωή.

Η μητέρα της Χρυσηίδας περιγράφεται ως μια υπεραπασχολημένη γυναίκα η οποία δεν είχε χρόνο να ασχοληθεί ούτε με τα παιδιά της. Οι δύσκολες συνθήκες επιβίωσης «δεν επέτρεπαν» την αφιέρωση χρόνου στις ανάγκες και ιδιαίτερα στις μεταβατικές περιόδους της ζωής των παιδιών της. Η Χρυσηίδα ένιωσε τη μητέρα της απούσα από τη ζωή της, *«σαν να μην υπήρχαμε γι' αυτήν»*, μας λέει η ίδια. Έτσι θα τολμούσαμε να πούμε ότι ο πυρήνας του τραύματος βρίσκεται στην πρώιμη παιδική ηλικία της Χρυσηίδας.

Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα στο πρώιμο περιβάλλον του παιδιού όπου το παιδί έχει ανάγκη από το έξω για να υπάρξει, από μια δηλαδή γονεϊκή σταθερή παρουσία και φροντίδα, μια υπερβολική απουσία (εγκατάλειψη) θα μπορούσε να το τραυματίσει αφήνοντας τα ίχνη του για την υπόλοιπη ζωή του. Και όταν η Χρυσηίδα ενήλικη πια, σε μια δύσκολη περίοδο της ζωής της, ζήτησε στήριξη από τη μητέρα της για να αποδεσμευτεί από τον βίαιο και αλκοολικό σύζυγο της, η ίδια της απάντησε με εμφανή σκληρότητα ότι η θέση της είναι εκεί δίπλα στον νόμιμο σύζυγο της. Θεωρούμε λοιπόν ότι η ψυχρότητα με την οποία την αντιμετώπισε η μητέρα της, ήρθε να επιβεβαιώσει και να αφυπνίσει το πρώιμο τραυματικό γεγονός, μιας μητέρας απούσας ψυχικά από τη ζωή της κόρης της. Η αναβίωση του πρώιμου τραύματος έφερε επιπρόσθετα στην επιφάνεια την αδιαφορία και την έλλειψη κατανόησης των ιδιαίτερων αναγκών της ασθενούς μας από τη μητέρα της.

Ο M. Khan το 1974 ανέπτυξε την έννοια του συσσωρευτικού τραύματος εξαιτίας της αποτυχίας της μητέρας να λειτουργήσει ως προστατευτική ασπίδα για το παιδί. Υποστηρίζεται ότι ο δεσμός που αναπτύσσεται μεταξύ τους βασίζεται σε ταυτοποίηση ενσωματικού και προβλητικού τύπου που παρεμβάλλεται σε κάθε

αφομοίωση και ενδοβολή νέων αναπαραστάσεων αντικειμένων και λειτουργεί οργανωτικά για τον ψυχισμό.

Σε σύντομο χρονικό διάστημα γίνεται η εισβολή στο νησί και όλα ανατρέπονται. Ο ξεριζωμός, η προσφυγιά φέρνουν άλλες ανακατατάξεις όχι μόνο εξωτερικά αλλά και εσωτερικά. Τι άραγε σημαίνει για έναν άνθρωπο να γίνεται πρόσφυγας στην ίδια του την πατρίδα; Να ξεριζώνεται βίαια από την πατρογονική γη που γεννήθηκε, μεγάλωσε και έφτιαξε δεσμούς;

Η μητέρα γη, οι ρίζες είναι ένα πολύ σημαντικό σημαίνον για τους Έλληνες. Από την αρχαία ελληνική μυθολογία η γη περιγράφεται ως η αρχαιότερη από όλες τις ελληνικές θεότητες, η Μητέρα-Γη όλων των ανθρώπων, των θεών και των αγαθών. Γενικά θεωρείτο η θεά από την οποία προέρχεται όλη η ζωή και σε αυτήν επιστρέφει. Το να χάνει λοιπόν κάποιος κάτι που του ανήκει από αιώνες χωρίς να μπορεί να αντισταθεί, βιώνεται σαν μια ιδιαίτερα ταπεινωτική εμπειρία. Αυτή η αδυναμία αντίδρασης δημιουργεί το αίσθημα του αβοήθητου (helpleness) και της απελπισίας, που βρίσκεται στη βάση κάθε τραύματος. Είναι σαν να μην έχει την εκ των υστέρων τουλάχιστον δυνατότητα για επανόρθωση (reparation), δεν έχει τη δυνατότητα να αντισταθμίσει την καταστροφή με κάτι που να βεβαιώνει τη δύναμη του *Εγώ*.

Μπορούμε να υποθέσουμε λοιπόν ότι ο ξεριζωμός δημιουργεί μια τελική ρήξη με τους γονεϊκούς δεσμούς; Δεν είναι τυχαίο που η ασθενής μας παίρνει την απόφαση να χωρίσει αφού (απο)χωρίστηκε την πατρογονική γη. Και δεν φτάνει μόνο αυτό, ένα από τα παιδιά της το οποίο καλέστηκε για επιστράτευση δεν επιστρέφει ποτέ· οι επίσημες Αρχές του κράτους τον κηρύττουν αγνοούμενο. Η απουσία του και η συνεισφορά του στην προσπάθεια προστασίας του νησιού από τον Τουρκικό ζυγό δημιουργούν ένα κλίμα εξιδανίκευσης. Μετατρέπεται στο «καλό παιδί, τον άξιο υιό ο οποίος δεν θα εγκατέλειπε ποτέ τη μητέρα του» όπως μας διηγείται η Χρυσηίδα συγκρίνοντας τα παιδιά της μεταξύ τους. Όπως ο ίδιος δεν εγκατέλειψε πιθανά την πατρογονική εστία, συνεισφέροντας ίσως και την ίδια του την ζωή για να τη διαφυλάξει.

Τίθεται έτσι το ερώτημα μήπως πιθανά η ίδια μέσα στον πόνο, την ανασφάλεια και τον κλονισμό των δεσμών με τους δικούς της γονείς, εγκατέλειψε

η ίδια τα παιδιά της; Η ίδια θυμάται και λέει: *«ένιωθα τόσο μουδιασμένη, σαν να μην ζούσα. Έτρωγα από συνήθεια και δούλευα σκληρά για να θρέψω τα ανήλικα παιδιά μου. Η δουλειά με βοηθούσε να μην σκέφτομαι».*

Πως επηρέασαν αυτές οι καινούργιες τραυματικές εμπειρίες καθώς και η μη δυνατότητα θρήνου του αγνοούμενου παιδιού;

Για τη δημιουργία ενός τραύματος το εξωτερικό γεγονός συνεργεί με την εσωτερική ψυχική δομή και φαντασίωση. Το πόσο επηρεάστηκε κανείς από το τραύμα και ότι ακολουθεί αυτό, έχει να κάνει από την περίοδο της ζωής και ανάπτυξης του ατόμου. Όπως είχαμε αναφέρει στο θεωρητικό κομμάτι αυτής της εργασίας, τα ψυχικά τραύματα θα μπορούσαμε να τα διαχωρίσουμε σε δύο κατηγορίες: (α) σε εκείνα που προκαλούνται από την έκθεση των ατόμων σε οξέα τραυματικά γεγονότα και (β) σε εκείνα που προκαλούνται από την παρατεταμένη και επανειλημμένη έκθεση σε μακροχρόνιας διάρκειας τραυματικά γεγονότα.

Η Χρυσηίδα όχι μόνο έζησε την εισβολή των Τούρκων στη Κύπρο το 1974 με όλες τις συνέπειες που σηματοδοτεί αυτό, όπως τον ξεριζωμό από το σπίτι της και τον αποχωρισμό από την πατρογονική γη και τα γνώριμα της πρόσωπα, αλλά βίωσε έντονα την απειλή ενός πραγματικού τραυματισμού από τις στρατιωτικές επιθέσεις των Τούρκων. Μια ακόμη τραγική συνέπεια της εισβολής και την έως σήμερα κατοχής της Μεγαλονήσου από τους Τούρκους, ήταν η «απώλεια» ενός από τα παιδιά της, του οποίου η τύχη αγνοείται μέχρι σήμερα.

Αυτό μας κάνει να αναρωτηθούμε κατά πόσο ένας ψυχικός τραυματισμός που ανήκει στην πρώτη κατηγορία τραυμάτων (που προαναφέραμε άνωθεν) μπορεί να μεταπέσει στη δεύτερη.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι εκτός από τις άμεσες τραυματικές συνέπειες που βίωσε η Χρυσηίδα κατά τη διάρκεια των στρατιωτικών επιχειρήσεων στην εισβολή, ζει όπως και όλοι μας τις μεταπολεμικές τραυματικές εμπειρίες, που εξακολουθούν να υφίστανται μέχρι σήμερα· ο ψυχικός πόνος από την απώλεια αγαπημένων προσώπων και της κατεχόμενης γης, η διαχωριστική γραμμή και η μη δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης της (χωρίς όρους και προϋποθέσεις), η

συνεχιζόμενη επαπειλούμενη ειρήνη με την Τουρκική αδιαλλαξία και υπεροψία, καθώς επίσης και ο σιωπηλός θρήνος από την «απώλεια» των αγνοουμένων.

Τι σηματοδοτεί ο αγνοούμενος για τους συγγενείς και τα αγαπημένα του πρόσωπα; Θα προσπαθήσουμε να ψηλαφίσουμε τις εσωτερικές διακυμάνσεις της ασθενούς μας σε σχέση με την μη δυνατότητα διεργασίας ενός πένθους.

Ο αγνοούμενος είναι μια μείζονος και ιδιάζουσας σημασίας απώλεια για τα μέλη της οικογένειας του. Ως εκ τούτου δεν οδηγεί σε μια ψυχική επεξεργασία αντίστοιχη προς εκείνη της εργασίας του πένθους, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί μια ακραία τραυματική εμπειρία που θέτει σε σοβαρό κίνδυνο τον ψυχισμό τους, τόσο ως περιεχόμενο όσο και ως περιέχον.

Ένας αντικειμενικά βεβαιωμένος θάνατος οδηγεί συνήθως στην υποκειμενική αποδοχή του. Αυτό που συνήθως ακολουθείται μιας εξωτερικής απώλειας είναι μια εσωτερική διαδικασία, η οποία επιχειρεί μέσα από την οδύνη και τον πόνο, τη συναισθηματική απόσυρση από το απολεσθέν αντικείμενο. Η ασυνείδητη αυτή ενδοψυχική διεργασία καταλήγει προοδευτικά στην αποδοχή της απώλειας και στον ψυχικό αποχωρισμό από τον εκλιπόντα. Τι γίνεται όμως στην περίπτωση του αγνοούμενου παιδιού της που μαρτυρικά τον περιμένει να γυρίσει από το 1974. *«Βλέπω οράματα» μας λέει συχνά, «να ανοίξει η πόρτα και να τον δω, αυτό θέλω μόνο και ας πεθάνω»*, συμπληρώνει. Ο αγνοούμενος[58], εφόσον η τύχη του αγνοείται όπως λέει και η ίδια η λέξη (πρόσωπο του οποίου τα ίχνη έχουν χαθεί μετά από στρατιωτική επιχείρηση, ναυάγιο, κ.λ.π. του οποίου αγνοείται η τύχη), ως ένας μη πιστοποιημένος νεκρός, διατηρεί τον διπλό χαρακτήρα του ζωντανού – νεκρού ή αμφισβητεί την οριστική απώλεια συντηρώντας την ελπίδα και καθιστώντας συνάμα τη διεργασία του πένθους ανεπιθύμητη και κατά συνέπεια αδύνατη. Έτσι στη περίπτωση της Χρυσηίδας ο δεσμός μαζί με τον αγνοούμενο γιο της όχι μόνο δεν ατόνησε αλλά παραμένει σταθερά επενδεδυμένος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καθίστανται αδύνατες νέες ψυχικές επενδύσεις και η ζωή της να μην έχει ξαναβρεί το δρόμο της.

---

[58] Αγνοούμενοι (οι) οι σχεδόν δισχίλιοι Έλληνες της Κύπρου που συνελήφθησαν από τους Τούρκους κατά τη διάρκεια της εισβολής του 1974 στην Κύπρο και έκτοτε αγνοείται η τύχη τους (ανάμεσά τους και αιχμάλωτοι που μεταφέρθηκαν στην Τουρκία και βρίσκονταν αποδεδειγμένα εκεί μετά τη λήξη της επιχείρησης «Αττίλα», αλλά και γυναίκες και παιδιά), Γ. Δ. Μπαμπινιώτη, *Λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας*,Κέντρο Λεξικολογίας Ε.Π.Ε., Αθήνα 2002, σ.58.

Η Χρυσηίδα ζει με την ανάμνηση και την ελπίδα του *«χαμένου»* της γιου. Μας αναφέρει μέσα από τις διηγήσεις της: *«έχω τη φωτογραφία του σε κάθε δωμάτιο του σπιτιού, μόνο αυτό μου έμεινε και η εικόνα του χαραγμένη στο μυαλό μου καθώς έφευγε για την επιστράτευση. Αυτή ήταν και η τελευταία φορά που τον είδα».*

Υποθέτουμε λοιπόν ότι τα ψυχικά τραύματα που δημιουργήθηκαν στην ασθενή μας εξαιτίας της εισβολής, ανέσυραν στην επιφάνεια παλαιότερους τραυματισμούς όπως την σκληρότητα που δέχθηκε από τη μητέρα της, την ανεπαρκή προστασία, τη βιαιότητα μέσα από μια συντροφική σχέση και την ανάγκη εξιδανίκευσης ενός παιδιού που θα επούλωνε τις πληγές φαντασιακά από την ικανότητα του να την αγαπήσει και να την προστατεύσει μέσα από μια συγχωνευτική σχέση. Ο καρκίνος παρουσιάστηκε ένα χρονικό διάστημα μετά από την ανακάλυψη οστών, τα οποία θεωρήθηκαν από τη Κυπριακή Δημοκρατία ότι θα μπορούσαν να ανήκαν σε αγνοούμενους. Η διαδικασία γενετικής ταυτοποίησης την ανησύχησε πάρα πολύ και περίμενε εναγωνίως την απάντηση στο ερώτημα «ζει ή πέθανε». Η διαδικασία δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί και δεν δόθηκαν επίσημες απαντήσεις. Αναρωτιόμαστε λοιπόν κατά πόσο οι ενέργειες αυτές αναζωπύρωσαν το συναίσθημα του αβοήθητου και της ανημπορίας που βίωσε μέσα από την τραυματική εμπειρία της εισβολής. Όχι μόνο το κράτος δεν μπόρεσε να προστατεύσει τους πολίτες του από την απειλή αφανισμού μέσα από τον Τουρκικό επεκτατισμό, αλλά ούτε μετά από 33 χρόνια δεν έχει τη δυνατότητα να αντισταθμίσει την καταστροφή δίνοντας σαφής απαντήσεις για την τύχη των αγνοουμένων.

Έτσι η συμβολική δυνατότητα για επανόρθωση καταλύεται μέσα από την μακροχρόνια αναμονή και προσμονή για τη τύχη του παιδιού της. Άραγε αυτό συνέβαλε στην ανακατάταξη των κυττάρων και τη δημιουργία κακοηθών μορφών; Μπορεί το ερώτημα μας να φαίνεται τολμηρό. Αυτό που με σιγουριά μπορούμε να πούμε είναι ότι ιατρικά ο καρκίνος θεωρείται το αποτέλεσμα της απώλειας ελέγχου επί του κυτταρικού κύκλου και της προοδευτικής γενετικής αστάθειας. Μήπως η απώλεια ελέγχου επί του κυτταρικού κύκλου συνδέεται με τις καταστροφικές ενορμήσεις; Η Χρυσηίδα έψαχνε ασυνείδητα την αγάπη και τη πληρότητα μέσα από την συγχώνευση της εικόνας ενός ζωντανού-νεκρού, του αγνοούμενου παιδιού

της. Κάτι που πολλές φορές και η ίδια παρουσίαζε μέσα από τον λόγο και την φυσική της παρουσία *«έτρωγα από συνήθεια...»*, *«ήμουν μουδιασμένη...»*, *«δεν ένιωθα τίποτα»* κ.ο.κ .

6.5. Θεοδοσία - Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία- εφηβεία- οικογενειακή ζωή)

«Πλησίον μια μικρή βροχή μ' όλους των άκοπων ακόμη
Οπωροφόρων τους στενούς συγγενείς και τα παιδιά
Μαζί μοβ ανθόλια όλα στραμμένα
Δυτικά της λύπης».

Οδυσσέας Ελύτης

Η Θεοδοσία προέρχεται από μια πενταμελή μεσοαστική οικογένεια, της οποίας είναι το δεύτερο παιδί. Ο πατέρας της εργαζόταν ως ιδιωτικός υπάλληλος και η μητέρα της δεν εργάστηκε ποτέ· η θέση της ήταν στο σπίτι για το μεγάλωμα και τη φροντίδα των παιδιών. Οι γονείς της περιγράφονται ως αυστηροί με έντονες ηθικές αρχές. Τα παιδικά της χρόνια περιγράφονται ως ήσυχα και ήρεμα. Μετά την ολοκλήρωση της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης η Θεοδοσία παρακολούθησε μαθήματα σε ένα τοπικό κολέγιο γιατί δεν ήταν αποδεκτό από την οικογένεια της να σπουδάσει στο εξωτερικό. Μετά την απόκτηση του διπλώματος της εργάζεται ως ιδιωτικός υπάλληλος σε μια τουριστική δομή. Τα χρόνια κυλάνε ευχάριστα και η ίδια είναι ικανοποιημένη από το εργασιακό της πλαίσιο. Παράλληλα ερωτεύεται και έναν συνάδελφο της ο οποίος την φλερτάρει διακριτικά, ωστόσο δεν εξομολογείται από κανέναν ο έρωτας αυτός. Η ίδια μας αφηγείται *«ο μόνος άνθρωπος που γνώριζε για τον έρωτα αυτόν ήταν μια συνάδελφος μου. Κανείς άλλος δεν το ήξερε, κι' ούτε λόγος να εξέφραζα με οποιοδήποτε τρόπο τον έρωτα μου. Δεν ήταν κοινωνικά αποδεκτό».* Αντίστοιχα, η μητέρα της (η οποία δεν γνώριζε τίποτα) την πίεζε να παντρευτεί. Όλο της έλεγε *«όλες οι εξαδέλφες σου παντρεύονται η μια μετά την άλλη, μόνο εσύ μένεις πίσω».* Στο διάστημα αυτό παντρεύεται και ο συνάδελφος της μια κοπέλα με την οποία διατηρούσε δεσμό για ένα χρονικό διάστημα. Η ίδια νιώθει βαθιά πληγωμένη και αποφασίζει να αρραβωνιαστεί έναν παιδικό της γνώριμο στα 23 της. Ένα χρόνο αργότερα παντρεύονται και η ζωή τους κυλάει ήσυχα, ο σύζυγος της είναι στοργικός και τρυφερός απέναντι της. Περιγράφεται ως ένας πολύ καλός οικογενειάρχης ο οποίος εργάζεται και φροντίζει

την οικογένεια του. Μετά τον ερχομό του πρώτου παιδιού οι συνθήκες της ζωής της αλλάζουν ριζικά· η πεθερά της παραπονιέται συνεχώς που κρατάει το παιδί τα πρωινά ενόσω η ίδια εργάζεται, και ο σύζυγος της επιβάλλει την απόφαση του να εγκαταλείψει την δουλειά της και να αφοσιωθεί στο μεγάλωμα του παιδιού της. Μερικά χρόνια αργότερα γεννάει και το δεύτερο παιδί της. Η προσωπική και η κοινωνική της ζωή παραγνωρίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό και η ίδια νιώθει δυστυχισμένη. Αρχίζει να έχει σωματικά συμπτώματα όπως ταχυκαρδίες τα οποία την οδηγούν σε πολλές και ανώφελες ιατρικές εξετάσεις. Η ζωή της κυλάει στους ίδιους ρυθμούς με το ενδιαφέρον της να είναι στραμμένο στη φροντίδα των παιδιών της αγνοώντας τις προσωπικές της ανάγκες. Η ίδια μας εξομολογείται με μια προφανή ενοχή, *«Μου έλειψε πολύ η δουλειά μου, έπαιρνα μεγάλη ικανοποίηση αλλά δεν το είπα ποτέ σε κανέναν· ένιωθα πολύ άσχημα που προτιμούσα να βρίσκομαι στη δουλειά παρά μαζί με τα παιδιά μου».* Οι ιατρικές εξετάσεις για την ατονία και διάφορα άλλα συμπτώματα συνεχίζονται χωρίς αποτέλεσμα *«Όλοι οι γιατροί μου έλεγαν το ίδιο, δεν έχεις τίποτα. Μόνο κάποιος γαστρεντερολόγος μου είπε να ψαχθώ αλλού, εκτός της ιατρικής επιστήμης. Τον κοίταξα γεμάτη απορία· μου λέει τότε ξεκάθαρα, δεν πας να δεις κανέναν ψυχολόγο;».* Οκτώ χρόνια αργότερα παρουσιάζεται μια κύστη σε έναν εκ των δύο μαστών. *«Το σοκ ήταν μεγάλο....αμέσως σκέφτηκα ότι θα πεθάνω».*

Ανάλυση περιστατικού

«Ο καρκίνος είναι μια πληγή που ρέει..»

Η Θεοδοσία είναι μια έγγαμη γυναίκα 45 ετών. Ζει με τον σύζυγο και τα δύο τους παιδιά εκ των οποίων το ένα είναι ανήλικο. Η ογκολόγος γιατρός της η οποία και μας την παρέπεμψε, ανησυχεί ιδιαίτερα για την ψυχολογική της κατάσταση. Τη πρώτη φορά που τη συναντάμε μας κάνει εντύπωση το παρουσιαστικό της και όλη της η συμπεριφορά· είναι πολύ τρομαγμένη, κάθεται στην άκρη της πολυθρόνας με τη τσάντα στον ώμο και τα κλειδιά του αμαξιού της! Είναι έτοιμη να φύγει. Τη ρωτάμε τι είναι αυτό που την έφερε κοντά μας, όχι γιατί περιμέναμε ότι θα γνώριζε συνειδητά γιατί ήρθε σε εμάς, αλλά για να συνειδητοποιήσει, ότι πέρα από τις παρακινήσεις της ιατρού της ίσως κάτι η ίδια να αναζητά. Μας λέει ότι δεν γνωρίζει αλλά ψελλίζει ένα *«φοβάμαι...»*. Νιώθουμε ότι το μόνο που μπορούμε να κάνουμε σε αυτήν την περίπτωση είναι να της αφήσουμε

χώρο για να επεξεργαστεί όχι μόνο τα συναισθήματα της αλλά και χρόνο για να αξιολογήσει αν αξίζει τον κόπο μια νέα συνάντηση.

Μετά από δύο εβδομάδες μας τηλεφωνεί για την διευθέτηση μιας νέας συνάντησης.

Οι πρώτες μας συναντήσεις είναι αξιοπερίεργες. Μας ζητάει να κρατάει σημειώσεις για ότι συζητάμε για να τα ξαναδιαβάζει αργότερα: *«τα λόγια σας μου δίνουν θάρρος και κουράγιο....»*. Την παρακινούμε να εστιαστεί σε αυτό που γίνεται ανάμεσα μας, στην μεταξύ μας επικοινωνία.

Σχόλια

Η στάση της και η όλη της συμπεριφορά είναι ενδεικτικά ενός χρηστικού τρόπου σκέψης. Παρά τη στενότητα της σκέψης της και την απουσία συνειρμών σε σχέση με ότι μας έλεγε ή ένιωθε, εντούτοις ο τρόπος που κινιόταν αποκάλυπτε μια βαθιά κατάθλιψη. Αρχικά οι πρώτες μας συναντήσεις κυμαίνονταν ανάμεσα σε ανούσιες κοινωνικές κουβέντες τις οποίες προσπαθούσε να παρατείνει κάθε φορά. Ήταν προφανές ότι κάτι ήθελε να αποφύγει· όσο η κουβέντα παρέμενε σε τόσο επιφανειακά επίπεδα κανένα συναίσθημα δεν θα αποκαλυπτόταν. Γαντζωνόταν με τόση θέρμη σε λεπτομέρειες της καθημερινής της ζωής που το πιο αποκαλυπτικό απ' όλα ήταν οι σωματικές της ενοχλήσεις. Δεν έβλεπε ποτέ όνειρα όπως η ίδια λέει και οι σκέψεις της ήταν μπλοκαρισμένες. Η ψυχική της ζωή παρέμενε ένα εφτασφράγιστο μυστικό. Γι' αυτό της προτείνουμε να δουλέψουμε με τη προβολική δοκιμασία του Τ.Α.Τ., με τη σκέψη ότι ως *μεταβατικό αντικείμενο*[59] θα κάμψει ένα μέρος των *αντιστάσεων*[60] της. Το αποδέχεται χωρίς δεύτερη σκέψη.

---

[59] «Όρος που εισήγαγε ο D.W. Winnicott για να προσδιορίσει ένα υλικό αντικείμενο ιδιαίτερης αξίας για το βρέφος ή το μικρό παιδί, που χρησιμοποιείται κυρίως τη στιγμή επέλευσης του ύπνου (για παράδειγμα μια άκρη κουβέρτας ή μια πετσέτα που το παιδί πιπιλίζει). Η ενασχόληση με τα αντικείμενα αυτού του τύπου είναι κατά τον συγγραφέα φυσιολογικό φαινόμενο και επιτρέπει στο παιδί να πραγματοποιήσει τη μετάβαση από την πρώτη στοματική σχέση με τη μητέρα στην «πραγματικά αντικειμενοτρόπο αγάπη». Laplanche, J., Pontalis, J.-B., *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης*, Αθήνα, Κέδρος, 1986, σ.55-56.

[60] «Κατά τη διάρκεια της ψυχαναλυτικής αγωγής ονομάζεται αντίσταση οτιδήποτε μέσα στις πράξεις και τους λόγους του αναλυομένου, αντιτίθεται στην πρόσβαση στο ασυνείδητο του. Κατ' επέκταση, ο Φρόυντ μίλησε για αντίσταση στην ψυχανάλυση ορίζοντας έτσι μια αρνητική στάση προς τις ανακαλύψεις του, στον βαθμό που αυτές απεκάλυπταν τις ασυνείδητες επιθυμίες και επέβαλλαν στον άνθρωπο μια ψυχολογική ταπείνωση». Laplanche, J., Pontalis, J.-B., *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης*, Αθήνα, Κέδρος, 1986, σ.58.

Εικόνα 1

Θ: «*Βλέπω ένα παιδί γύρω στα οκτώ-δέκα, μπορεί και δώδεκα ετών μαζί με το βιολί του, τον βλέπω πολύ προβληματισμένο ίσως ο λόγος που είναι προβληματισμένο είναι γιατί αγαπά το βιολί και σκέφτεται με ποιους τρόπους θα το μάθει, και πως να το αποκτήσει. Είναι σε βαθύ προβληματισμό, πως να το αποκτήσει και πως να το μάθει. Ίσως είναι το όνειρο του να γίνει ένας διάσημος βιολιστής*».

Ψ: Τι ακολουθεί μετά;

Θ: «*Πιστεύω ότι τελικά θα εκπληρωθεί το όνειρο του, θα βρει τρόπο να μάθει βιολί και να γίνει και διάσημος στο τέλος*».

Βλέπουμε μέσα από τη διήγηση της την δυσκολία της Θεοδοσίας να αφεθεί στην εικόνα, το φτωχό λεξιλόγιο, τις συχνές επαναλήψεις λέξεων όπως «*προβληματισμό*», «*αποκτήσει*», και σκέψη χωρίς φαντασία.

Εικόνα 2

Θ: «*Αυτή είναι μια οικογένεια. Οι γονείς είναι στη δουλειά, ο πατέρας εργάζεται, η μητέρα δεν μπορώ να καταλάβω, είναι σκεφτική, ίσως κάτι την προβληματίζει. Η κόρη ασχολείται με το διάβασμα έχει όνειρα θέλει να γίνει κάτι στη ζωή της και να ξεφύγει από αυτό το περιβάλλον της οικογένειας. Η μητέρα της φαίνεται βαθιά κουρασμένη και πολύ σκεφτική, ενώ η κόρη φαίνεται και αυτή προβληματισμένη, αλλά θέλει να αλλάξει τη ζωή της να γίνει κάτι άλλο. Βλέπουμε την αντίθεση του πατέρα και της μητέρας της που είναι βασανισμένοι ενώ η κόρη θέλει να αλλάξει τη ζωή της. Η κοπέλα είναι προβληματισμένη ίσως σκέφτεται τους γονείς της. Είναι φτωχή οικογένεια και σκέφτεται πως θα τελειώσει τις σπουδές της. Πάντως είναι πολύ προβληματισμένη και η μάνα και η κόρη*».

Και εδώ η Θεοδοσία επανέρχεται και πάλι με έναν προβληματισμό. Εδώ ο προβληματισμός συνδέεται με μια πιθανή αλλαγή. Η σκηνή που περιγράφει μας μεταφέρει στα δικά της εφηβικά χρόνια όπου η επιθυμία δεν στηρίχθηκε τόσο ώστε να πραγματοποιηθεί.

Εικόνα 3GF

Θ: *«Εδώ το μόνο που μου έρχεται στο μυαλό είναι ότι είναι πολύ στεναχωρημένη, είναι σε μεγάλη απόγνωση κάτι κακό συμβαίνει, κάτι πολύ σοβαρό. Παρόλο που δεν φαίνεται το πρόσωπο της, το διαισθάνομαι είναι πολύ σοβαρό το πρόβλημα της. Ο τρόπος που ακουμπά πάνω στη πόρτα δείχνει ότι χρειάζεται κάποια βοήθεια, κάποια συμπαράσταση, φαίνεται βαθιά προβληματισμένη, ίσως ζητά βοήθεια από την στάση της. Κάτι της συμβαίνει πολύ δυσάρεστο, ίσως να είναι ο χαμός κάποιου δικού της ανθρώπου, ή να έχει έρθει σε σύγκρουση με τον σύζυγο της. Πάντως είναι πολύ άσχημα».*

Η Θεοδοσία προβάλει τα δικά της συναισθήματα απόγνωσης και στεναχώριας στην γυναικεία παρουσία της εικόνας. Αναγνωρίζει ότι χρειάζεται συμπαράσταση από την στάση του σώματος. Αναρωτιόμαστε κατά πόσο ένιωσε αυτό που αισθανθήκαμε σε σχέση με το δικό της σώμα. Εδώ ο θάνατος απωθείται και μεταφέρεται σε κάποιο άλλο άτομο.

Εικόνα 4

Θ: *«Εδώ βλέπω ένα ζευγάρι, ο άντρας είναι πολύ απομακρυσμένος από τη κοπέλα, αν και εκείνη προσπαθεί με κάθε τρόπο να πλησιάσει το σύζυγο της, προσπαθεί να τον τραβήξει κοντά της και να τον καθησυχάσει. Φαίνεται ανήσυχος, νευρικός και προσπαθεί να φύγει εκείνος, προσπαθεί να την αντιμετωπίσει, ίσως να της κρύβει κάτι, θέλει να ξεφύγει, φαίνεται από τον τρόπο και τη στάση του σώματος του. Ίσως να κρύβει κάποιο μυστικό, ή κάτι τον προβληματίζει και δεν θέλει να της το πει. Εκείνον τον βλέπω με την διαίσθηση μου. Είναι τόσο καλή που θα τον βοηθήσει για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα του. Φαίνεται στοργική και υπομονετική ενώ εκείνος το αντίθετο».*

Η Θεοδοσία ταυτίζεται με ένα καλό και υπομονετικό πρόσωπο στην εικόνα. Η παθητικότητα της είναι έκδηλη. Είναι ένας άνθρωπος που τυγχάνει χειρισμού από όλους αδιαμαρτύρητα.

Εικόνα 5

Μένει άφωνη στην εικόνα

Θ: *«Δεν μπορώ να καταλάβω τίποτα. Βλέπω μια γυναίκα που ανοίγει τη πόρτα του σπιτιού της, είναι ξαφνιασμένη, ίσως είναι κουρασμένη, δεν μπορώ να καταλάβω τι συναισθήματα νιώθει. Στο πρόσωπο της υπάρχει κάτι το μη φυσιολογικό. Βλέπει κάτι παράξενο στο σπίτι της που την προβληματίζει. Ίσως μπήκε σε ακατάλληλη ώρα, είδε τον άντρα της ή τα παιδιά της, κάτι παράξενο, διότι φαίνεται στο πρόσωπο της κάτι τη προβληματίζει».*

Ψ: Φανταστείτε τι είναι αυτό που την προβληματίζει.

Θ: *«Πήγε δουλειά και επέστρεψε πιο νωρίς κι' ανοίγοντας την πόρτα είδε κάτι που δεν της άρεσε. Δεν είναι χαρούμενο το πρόσωπο της κάτι άλλο συμβαίνει. Αυτή μπαίνοντας μέσα είναι προβληματισμένη. Ίσως βλέπει κάτι που δεν περίμενε, ίσως είδε τον άντρα της να κάνει κάτι που δεν της άρεσε. Ή τα παιδιά της κάτι να της κάνουν. Ή να της συνέβηκε κάτι στο δρόμο, ένα δυστύχημα και φαίνεται τρομαγμένη. Ίσως προηγήθηκε μια άσχημα στιγμή ή είναι αυτό που βλέπει μπροστά της, ένα από τα δύο».*

Προβληματισμός και μια αμφιθυμική στάση απέναντι σε αυτό που συμβαίνει. Η αποκάλυψη ενός γεγονότος την τρομάζει γι' αυτό καταφεύγει στον αμυντικό μηχανισμό της *απώθησης*.

Εικόνα 6GF

Θ: *«Γιατί είναι παλιές οι εικόνες; Εδώ είναι ένα ζευγάρι που κατά τη γνώμη μου υπάρχει μια έντονη συζήτηση, βρίσκεται σε κάποια φάση δύσκολη, με τον τρόπο που κοιτάζει ο ένας τον άλλο. Βλέπω την κοπέλα σαν κοιτάζει τον σύντροφο της. Βλέπω μια αντίδραση έντονη. Ίσως είναι σε διαμάχη μεταξύ τους. Βλέπει μια αντίδραση από μεριάς της κοπέλας. Προσπαθεί να έρθει κοντά της προσπαθεί να την πλησιάσει ενώ εκείνη αντιδρά, υπάρχει έντονη συζήτηση μεταξύ τους. Πιστεύω ότι εκείνος προσπαθεί να την καλοπιάσει, ίσως της ζητά να συνεχίσουν τον δεσμό τους, ενώ εκείνη σαν να προσπαθεί να τον αποφύγει. Το ντύσιμο τους όλα αυτά φαίνονται ωραία, είναι από καλή οικογένεια αυτή η κοπέλα, είναι ωραίο το ντύσιμο της τα χαρακτηριστικά της, είναι όμορφη κοπέλα, ίσως της ζητά να συνεχίσουν τον δεσμό τους, ίσως της ζητά να συνεχίσουν την σχέση τους».*

Υποθέτουμε ότι η σχέση στην οποία αναφέρεται είναι συμβολική και δεν έχει να κάνει με τη δική της συζυγική σχέση.

Η Θεοδοσία με διάφορες προφάσεις αρνείται να συνεχίσει τη διαδικασία της προβολικής δοκιμασίας. Ίσως κάτι να τη φόβισε. Πάρα ταύτα, έχει ανοιχθεί ένα μικρό κανάλι ψυχικής επικοινωνίας.

Στην επόμενη μας συνάντηση, μας λέει πόσο άσχημα νιώθει που βρίσκεται εκεί μαζί μας. *«Όταν είπα στον γιο μου ότι χρειάζομαι το αμάξι για να πάω στη ψυχολόγο με κοίταξε με απορία και μου είπε, αφού δεν είσαι τρελή».* Τα πρώτα συναισθήματα που ξεπροβάλλουν είναι της ενοχής και της ντροπής. Θεωρεί ότι είναι ένοχη και ντρέπεται συνάμα επειδή πιστεύει ότι είναι ένας αδύναμος άνθρωπος που δεν έχει καταφέρει να αντεπεξέλθει μόνη της και ότι το θέμα του καρκίνου την κατέβαλε εντελώς. Μας μιλάει για όλες τις ιατρικές εξετάσεις που έχει υποστεί, καθώς επίσης για τις χημειοθεραπείες που έκανε, και για τις ακτινοθεραπείες που αναγκαστικά θα κάνει. Εστιάζεται στα σωματικά της συμπτώματα τα οποία και μας τα περιγράφει με κάθε λεπτομέρεια: νιώθει καθημερινά ατονία, έχει πονοκεφάλους και κάποιες φορές έχει υπέρταση· δεν σκέφτεται τίποτα άλλο παρά μόνο το θάνατο. Τα βράδια δεν μπορεί να κοιμηθεί και είναι ένα μαρτύριο για την ίδια να στριφογυρίζει στο κρεβάτι. Κλαίει συχνά χωρίς προφανή λόγο και δεν αναγνωρίζει την αιτία. Σε άλλες συναντήσεις βρίσκει τρόπο να παραμερίσει τους φόβους της για τον πιθανό θάνατο της, πιστεύοντας στην προσωπική της ιδιαιτερότητα και στον υπέρτατο σωτήρα, τον Θεό.

Ο καρκίνος κλόνισε την ύπαρξη της σε τέτοιο βαθμό που είναι σαν να η ζωή της είναι ήδη αρνητικά προδιαγραμμένη, χωρίς κανένα νόημα και σκοπό. Πολλές φορές μας μιλάει για τα ενδιαφέροντα της (χορός, αγιογραφία) των οποίων την εκμάθηση ποτέ δεν πραγματοποιεί. Νιώσαμε ότι η απροθυμία της να εισχωρεί σε πιο προσωπικά της θέματα καθώς επίσης και η παθολογική της ανάγκη για απόλυτη μυστικότητα δεν είχε να κάνει μόνο με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της. Μέσα από τις αναφορές της υποθέσαμε ότι όλες οι σχέσεις της παρέμεναν επιφανειακές γιατί φοβόταν την εγγύτητα μέσα από τους δεσμούς της, τον φόβο αν ο άλλος της γίνει απαραίτητος. Παράλληλα είχαμε την αίσθηση ότι αν την πιέζαμε περισσότερο, θα εξαφανιζόταν ή θα έκλεινε αυτήν την μικρή δίοδο επικοινωνίας.

Παρότι δεν θυμάται ιδιαίτερα πράγματα να μας διηγηθεί από τα παιδικά της χρόνια διαφάνηκε εντούτοις μια σχετική απουσία στενών σχέσεων με τους γονείς της,. Δεν έφερνε ποτέ αντιρρήσεις στη μητέρα της, ούτε ακόμη και σήμερα, παρότι όπως η ίδια λέει διαφωνεί μαζί της σε διάφορα θέματα. Η ίδια μας αναφέρει *«Δεν της έχω μιλήσει για το θέμα του καρκίνου....αφού ξέρω ότι δεν μπορεί να με βοηθήσει...αν ήμουν αγόρι θα ήταν αλλιώς τα πράγματα».* Η επιθυμία, η πρωτοβουλία και η προσωπική ευθύνη των επιλογών της, ήταν λέξεις που δεν ανήκαν στο δικό της λεξιλόγιο.

Τι σηματοδοτεί άραγε ο καρκίνος για την ίδια και που βρίσκεται το τραύμα; Υποθέτουμε ότι ο τραυματικός πυρήνας βρίσκεται στην παντελή απούσα μητέρα στην ενδοψυχική ζωή της κόρης της. *«Δεν θυμάμαι να είχα χάδια ποτέ, καμιά φορά σκέφτομαι πως δεν με κράτησε ποτέ στα χέρια της ενόσω ήμουν βρέφος».* Μια μητέρα που ψυχικά δεν ήταν διαθέσιμη να ακούσει το παιδί της ούτε όταν ενηλικιώθηκε. Ακόμη και ο γάμος της ήταν απόφαση της μητέρας της. Ο καρκίνος παρουσιάστηκε μετά από μια σταδιακή καταθλιπτική περίοδο από την οποία απουσίαζε κάθε είδους ικανοποίησης. Ιατρικά μέσα από τις πειραματικές έρευνες γνωρίζουμε από καιρό ότι στον καρκίνο η διακυττάρια επικοινωνία είναι μειωμένη· τουτέστιν η συσχέτιση του βαθμού μείωσης της διακυττάριας επικοινωνίας με την πρόοδο του όγκου. Η μείωση ή απώλεια λοιπόν της έκφρασης των γονιδίων όπως της Ε-καντερίνης, α-, β- και γ-κατενίνης, ιντεγκρίνης και κοννεξίνης που ρυθμίζουν τη διακυττάρια επικοινωνία, έχει συσχετισθεί με την ανάπτυξη διαφόρων κακοήθων όγκων. Αναρωτιόμαστε μήπως ο καρκίνος του μαστού ο οποίος προσέβαλε τις έξι από τις επτά ασθενείς μας συμβολίζει τον πρωταρχικό δεσμό ανάμεσα στην μητέρα και στο παιδί. Διαβάζουμε στο Λεξικό Γ. Δ. Μπαμπινιώτη, *Λεξικό της νέας Ελληνικής γλώσσας,* στη σελίδα 1054, ότι η ετυμολογία της λέξης μαστός προέρχεται από την αρχαία ελληνική ρίζα μαστός/ μαζός και η λέξη περιέγραφε αρχικώς τη διαδικασία του θηλασμού. Αν το στήθος συμβολίζει την μητρότητα και την επιβίωση του βρέφους μέσω του αρχέγονου δεσμού με τη μητέρα τροφό, τότε πως τοποθετείται συμβολικά η αφαίρεση ολική ή μερική του μαστού; Υποθέτουμε ότι η προσβολή του μαστού έχει να κάνει με την αναβίωση επιθετικών συναισθημάτων απέναντι στη μητέρα. Σύμφωνα με τον Knauss η ψυχοσωματική διαταραχή αποτελεί αντίδραση στην αποτυχία ανάπτυξης ταυτότητας λόγω της παθολογικής συμβιωτικής σχέσης «παθογενετικής μητέρας»

και παιδιού, και τοποθετείται ως μία μορφή προ-οιδιπόδειας αρχαϊκής διαταραχής του *Εγώ*.

6.6. Κλειώ - Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία- εφηβεία- οικογενειακή ζωή)

«Και είδα, και ιδού άλογο χλωμό, κι' ο καβαλάρης
το όνομα του θάνατος· κι ο Άδης ακολουθούσε· και
τους δόθηκε εξουσία να ξολοθρέψουν το τέταρτο μέρος της γης
με το σπαθί και με την πείνα και με το θανατικό και με τα θεριά της γης»

Απόσπασμα από την μετάφραση του Γιώργου Σεφέρη 'Η αποκάλυψη του Ιωάννη'.

Η Κλειώ προέρχεται από μια πολυμελή αγροτική οικογένεια η οποία κατάγεται από ένα χωριό της κατεχόμενης Κύπρου. Τα παιδικά της χρόνια κύλησαν δύσκολα, ανάμεσα στη φροντίδα των μικρότερων παιδιών και στις γεωργικές εργασίες της οικογένειας. Η Κλειώ ήταν το μεγαλύτερο από τα έξι παιδιά της οικογένειας και οι μεγαλύτερες ευθύνες βάραιναν την ίδια. Αναλάμβανε τη φροντίδα των μικρότερων παιδιών καθώς επίσης το μαγείρεμα και τη καθαριότητα του σπιτιού. Η ίδια θυμάται «δεν θυμάμαι ποτέ να έχω παίξει με κούκλες, οι κούκλες μου ήταν τρόπο τινά τα μικρότερα αδέλφια μου. Δεν παραπονέθηκα ποτέ για όλες αυτές τις ευθύνες, το θεωρούσα φυσιολογικό». Η Κλειώ τελείωσε το Δημοτικό σχολείο, Γυμνάσιο δεν πήγε λόγω των ευθυνών και των απαιτήσεων της οικογένειας της. Οι γονείς της καβγάδιζαν συχνά είτε με πρόφαση τις οικονομικές δυσκολίες της οικογένειας είτε από την κούραση και την σωματική εξάντληση. Ο πατέρας της περιγράφεται ως ήσυχος και ήρεμος άνθρωπος, δουλευτής και λιγομίλητος. Αντιθέτως η μητέρα της περιγράφεται ως νευρική, οξύθυμη και αυταρχική. Όταν η Κλειώ ήταν δεκατριών ετών οι γονείς της έφυγαν ξαφνικά για το εξωτερικό παίρνοντας μαζί τους μόνο το μικρότερο παιδί της οικογένειας που ήταν οκτώ μηνών. Η απόφαση αυτή γνωστοποιήθηκε στα παιδιά το προηγούμενο βράδυ πριν από το ταξίδι. Η ίδια θυμάται *«Δεν μας είχαν πει τίποτα, ούτε μας ανέφεραν ποτέ ότι σκέφτονταν κάτι τέτοιο. Δεν πολυκατάλαβα τι έγινε. Την επόμενη μέρα το πρωί έφυγαν για το εξωτερικό και εγώ έμεινα να φροντίζω τα μικρότερα αδέλφια μου. Το πέμπτο παιδί της οικογένειας με φώναζε μαμά, αφού εγώ τα μεγάλωσα»*. Σε ερώτηση μας πως τα έβγαζαν πέρα οικονομικά μου ανέφερε ότι κάποια θεία της, της έδινε αυγά και γάλα από τη δική της κτηνοτροφική παραγωγή. Κάποια άλλα οπωροκηπευτικά είδη τα καλλιεργούσαν στο χωράφι τους. Οι γονείς

της επέστρεψαν περίπου εφτά μήνες αργότερα και πήραν μαζί τους τα υπόλοιπα παιδιά εκτός από την Κλειώ και το δεύτερο παιδί της οικογένειας. Σε ερώτηση μας γιατί δεν έφυγε όλη η οικογένεια μαζί, μας απάντησε «Δεν ξέρω, δεν ρωτήσαμε ποτέ, τώρα που το σκέφτομαι ίσως για να προσέχουμε το σπίτι». Οι γονείς της που είχαν εγκατασταθεί μόνιμα στο εξωτερικό, συνεχίζουν τους καβγάδες τους και εντέλει χωρίζουν. Σε αυτό το χρονικό διάστημα εμπλέκεται και η Πρόνοια η οποία αναλαμβάνει τη φροντίδα των μικρότερων παιδιών. Δύο χρόνια αργότερα οι γονείς της επιστρέφουν με τα παιδιά αλλά η μεταξύ τους κατάσταση δεν αλλάζει. Ο πατέρας της ξαναφεύγει μόνος του αυτή τη φορά για το εξωτερικό. Στα δεκαέξι της χρόνια η Κλειώ αρραβωνιάζεται ένα αγόρι με τον οποίο ήταν ερωτευμένοι από πολύ μικρά παιδιά. Ο ίδιος προέρχεται από εύπορη και επιφανή οικογένεια του χωριού και οι γονείς του έχουν έντονες αντιρρήσεις για τη σχέση τους. Παρά τις απειλές για την αποκλήρωση του γιου τους εάν δεν διαλύσει τον αρραβώνα τους, οι δυο νέοι αποφασίζουν να μείνουν μαζί και να παντρευτούν. Εκείνο το χρονικό διάστημα γίνεται η εισβολή στο νησί και γίνονται πρόσφυγες. Η οικογένεια του άντρα της χάνει όλη της την περιουσία μέσα σε μια μέρα. Η ίδια θυμάται και μας διηγείται: *«...όλοι έτρεχαν να φύγουν....δεν ξέραμε προς τα που να πάμε....παντού ακούγονταν πυροβολισμοί. Δεν ξέραμε ποιος ζούσε ποιος πέθανε....ψάχναμε τους δικούς μας ανθρώπους μέσω του Ερυθρού σταθμού».* Η Κλειώ βρίσκει τους γονείς και τα αδέλφια της μετά τη λήξη του πολέμου. Η ίδια και ο σύζυγος της μετακομίζουν προσωρινά σε μια πόλη του νησιού· αργότερα μεταναστεύουν στις Η.Π.Α. Η προσαρμογή είναι πολύ δύσκολη τα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Παρότι βιώνουν αρκετές δυσκολίες σε σχέση με τη προσαρμογή και τη γλώσσα, εντούτοις το ζευγάρι είναι πολύ αγαπημένο και ζει αρμονικά. Ο σύζυγος της εργάζεται αδιάκοπα και η ίδια μεγαλώνει τα παιδιά τους. Μετά την ενηλικίωση των τεσσάρων τους παιδιών ο σύζυγος της νοσταλγεί το νησί και της ζητά να επιστρέψουν πίσω. Η επιστροφή τους σημαδεύεται από δύο γεγονότα πολύ κοντινά μεταξύ τους: τη νοσταλγία και την αγάπη προς τα παιδιά τους και την ασθένεια των γονέων της Κλειώς. Οι γονείς της οι οποίοι δεν μιλάνε μεταξύ τους μετά τον τελευταίο χωρισμό αρρωσταίνουν ο ένας μετά τον άλλο. Ακόμη και όταν συναντούνται στο νοσοκομείο αποστρέφουν τα πρόσωπα τους. Η μητέρα της Κλειώς προσπαθεί να την επηρεάσει αρνητικά απέναντι στον πατέρα της και της ζητά να μην τον επισκέπτεται. Η Κλειώ προσπαθεί να κρατήσει τις ισορροπίες φροντίζοντας και τους δύο εξίσου, κάνοντας την νοσοκόμα πότε στον ένα και πότε

στον άλλο. Ο πατέρας της ξαφνικά πεθαίνει από ένα οξύ καρδιακό επεισόδιο και η μητέρα της η οποία έχει καρκίνο στο παχύ έντερο γίνεται ακόμη πιο απαιτητική και αυταρχική απέναντι της. Η ζωή της γίνεται μονότονη και έξω από κάθε παραγωγική και δημιουργική δραστηριότητα. Ένα χρόνο αργότερα εμφανίζεται μια κύστη στο στήθος της· η διάγνωση και η πρόγνωση του καρκίνου του μαστού δεν είναι πολύ καλή και χειρουργείται με ολική μαστεκτομή. Σε αυτή το χρονικό διάστημα γνωρίζουμε την ασθενή μας μετά από την παραπομπή του γιατρού που την παρακολουθεί.

Ανάλυση περιστατικού

Η Κλειώ είναι μια λεπτοκαμωμένη γυναίκα με διάφανο δέρμα και μαύρα μαλλιά. Το σώμα της είναι κυρτωμένο προς τα μπρος δίνοντας μια αίσθηση ενός τεράστιου βάρους στις πλάτες της. Το ανέκφραστο πρόσωπο της μας δίνει την εικόνα της παραίτησης και της πλήρους απελπισίας. Στη πρώτη μας συνάντηση περιγράφει τις παρενέργειες από τις χημειοθεραπείες και τα πολλά φάρμακα. Αυτό που αναζητά είναι η ανακούφιση από διάφορα σωματικά ενοχλήματα. Κι' όμως αρνείται πεισματικά στις υποδείξεις του ιατρού να πάρει οτιδήποτε που να διευκολύνει τον ύπνο και να καταστείλει το άγχος της. Αν και η Κλειώ δεν μπορούσε να περιγράψει μια καταθλιπτική κατάσταση αισθανόταν να ζει σαν σε λήθαργο, να μην αισθάνεται χαρά για τίποτα, ούτε ακόμη και για εκείνα που με τη λογική της αντιλαμβανόταν ότι θα έπρεπε να την χαροποιούσαν, και συχνά έκλαιγε χωρίς να ξέρει το λόγο. Παρότι είναι πολύ συγκρατημένη συναισθηματικά, εντούτοις δεν έχει καθόλου ενδοιασμούς να ανεβάσει την μπλούζα της ξαφνικά και να μας υποδείξει το απών μέλος του σώματος της, την αφαίρεση του ενός μαστού. Είναι σαν να χρειάζεται έναν εξωγενή μάρτυρα του τραύματος της (το οποίο τραύμα της υποθέτουμε είναι συμβολικό όχι μόνο πραγματικό).

Η ζωή του ζευγαριού είναι πολύ μοναχική. Ο σύζυγος της βρίσκεται συνέχεια κοντά της και τη φροντίζει με ιδιαίτερη στοργή και τρυφερότητα. Για να βρίσκεται συνέχεια κοντά της σταματάει να εργάζεται αλλά αρχίζει να πλήττει. Μετά την μαστεκτομή η ζωή του ζευγαριού έγινε ακόμη πιο περιορισμένη. Επισκέπτονται μόνο πολύ στενά πρόσωπα του οικογενειακού τους κύκλου κι' αυτό συμβαίνει μόνο τις πρωινές ώρες· όταν δύσει ο ήλιος θέλει να βρίσκεται πάντα στο σπίτι με το σύζυγο της. Μας αναφέρει ότι της λείπουν πολύ τα παιδιά της αλλά

είναι ευχαριστημένη που έχουν φτιάξει τη ζωή τους και ζούνε καλά. Παρόλα αυτά φαίνεται να μην έχει διαχωριστεί η ζωή της από την ζωή τους. Μας περιγράφει τα σωματικά συμπτώματα που άρχισε να έχει μετά την επανεγκατάσταση της από το εξωτερικό και τα στηρίζει στις κλιματολογικές συνθήκες (!) του νησιού. Δεν μπορεί καθόλου να τα συνδέσει με το ενδοψυχικό κομμάτι της ζωής της.

Σχόλια

Θεωρούμε ότι η ασθενής μας έχει υποστεί πολλούς τραυματισμούς στη ζωή της οι οποίοι διαδραμάτισαν καταλυτικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Η παιδική της ζωή στιγματίστηκε από την έλλειψη της εν-συναισθητικής και δεσποτικής φιγούρας, της μητέρας της. Μια μητέρα που με τη πρόφαση να βρει μια καλύτερη ζωή για εκείνη και την οικογένεια της, την εγκαταλείπει αφήνοντας στη θέση της ένα παιδί στο ρόλο μιας μητέρας. Εδώ οι ρόλοι όχι μόνον έχουν καταλυθεί αλλά δια μέσου αυτής της πράξης (εγκατάλειψη ενός παιδιού στην εφηβεία με την ευθύνη το μεγάλωμα και την φροντίδα των άλλων τεσσάρων παιδιών) διαφαίνεται μια επιθετική στάση και η απόρριψη απέναντι στα παιδιά της. Όχι μόνο δεν φρόντισε για την ασφάλεια και την επιβίωση τους, αλλά ούτε καν τα προετοίμασε για αυτή την τεράστια αλλαγή.

Η Κλειώ συμμορφωνόταν πάντα με την απαίτηση της μητέρας της για χρόνια εξάρτηση από αυτήν, ικανοποιώντας κατ' αυτόν τον τρόπο ορισμένες ζωτικές ψυχικές και σωματικές ανάγκες της μητέρας της. Αυτή η αυταρχική και απαιτητική φιγούρα (η μητέρα της Κλειώς) είναι οργανωμένη κυρίως από ναρκισσιστικές στάσεις, κίνητρα και συμπεριφορές, πράγμα στο οποίο οφείλεται και η περιορισμένη της ικανότητα να είναι και ευαίσθητη στις ανάγκες του παιδιού της.

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η μητέρα προκειμένου να διατηρήσει το συμβιωτικό δεσμό, συμπεριφέρεται με έναν έκδηλα ή συγκαλυμμένα απορριπτικό τρόπο όποτε το παιδί δείχνει να παίρνει κάποια πρωτοβουλία διαφορετική από τις δικές της. Εν αντιθέσει, ο ρόλος του πατέρα της ήταν λιγότερο σαφής, αλλά σε αρκετές μελέτες αυτοί οι πατέρες περιγράφονταν ως παθητικοί, ανίκανοι, κάτω από τη δεσποτεία της μητέρας και σχετικά μη εμπλεκόμενοι με το παιδί.

Γνωρίζουμε ότι αν η μητέρα είναι ασυνεπής στην παροχή ικανοποίησης, ή αν υπάρχουν παρατεταμένες απώλειες της ικανοποίησης, το βρέφος βιώνει ένα αίσθημα αβοήθητου και κατ' αυτόν τον τρόπο μπορεί να μην συντελεστεί η περαιτέρω διαφοροποίηση του εαυτού από το αντικείμενο. Κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας και της ενήλικης ζωής, ένα τέτοιο άτομο παραμένει ιδιαίτερα ευαίσθητο στις διακυμάνσεις της δυνατότητας άντλησης ικανοποίησης από τα εξωτερικά αντικείμενα και, σε καιρούς πραγματικής ή επαπειλούμενης απώλειας αντικειμένου, επανεμφανίζονται αισθήματα αβοήθητου και με ένα αίσθημα αδυναμίας του ατόμου να κάνει κάτι γι' αυτό.

Η ασθενής μας έπεσε σε βαριά κατάθλιψη όταν μια τραυματογόνος ενέργεια, η μετεγκατάσταση της στη Κύπρο χωρίς τα παιδιά της, αναζωπύρωσε μια πραγματική απώλεια αντικειμένου· την εγκατάλειψη της ιδίας και των αδελφών της από την οικογένεια της σε πολύ μικρή ηλικία. Συνάμα η ασθένεια των γονέων της «την τοποθετεί» και πάλι στο ρόλο του φροντιστή και του «βαστάζων τα βάρη». Ο θάνατος του πατέρα της (πραγματική απώλεια αντικειμένου) και ο φόβος μιας επαπειλούμενης απώλειας αντικειμένου (ο θάνατος της μητέρας της) έφεραν στην επιφάνεια αρχαϊκά άγχη θανάτου και κατακερματισμού.

Τα καταπνιγμένα συναισθήματα θυμού, η αδιάκοπη λύπη, η έλλειψη ενέργειας και ενεργητικότητας, η απουσία του γνώριμου περιβάλλοντος και τέλος η δική της ασθένεια, δημιουργούν ένα αίσθημα πλήρους παραίτησης. Οι Schmale και Engel αναφέρουν: *«Η φάση «παραιτούμαι» εισάγεται από μια αποτυχία των αμυνών και των επινοήσεων αντιμετώπισης προβλημάτων, που παλαιότερα είχαν χρησιμεύσει για τη διασφάλιση ικανοποίησης, και χαρακτηρίζεται από την επίγνωση της ανικανότητας να επιτευχθεί και πάλι ικανοποίηση. Το στάδιο 'έχω παραιτηθεί', το οποίο μπορεί να επακολουθήσει, αλλά μπορεί και όχι, χαρακτηρίζει το φαινομενικά τελεσίδικο της απώλειας της ικανοποίησης ως μια ψυχική πραγματικότητα, η οποία, τουλάχιστον για ένα χρονικό διάστημα, θα πρέπει να γίνει ανεκτή, δεδομένου ότι δε φαίνονται να υπάρχουν διαθέσιμες άλλες αποθεματικές πηγές»*[61].

---

[61] Τέιλορ Γ.Κ., *Ψυχοσωματική Ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση*, σειρά: Σύγχρονη βιβλιοθήκη για την ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 2001.

Ποιος είναι ο ρόλος του νέου τραύματος συμβολικού και πραγματικού (της απώλειας ενός μαστού); Μήπως αυτή η πρώιμη ματαίωση καθώς και ένα πλήθος άλλων ευνουχισμών που βίωσε μέσα σε αυτό το διαταραγμένο οικογενειακό σύστημα ανέστειλαν τις ικανότητες προσαρμογής της στο περιβάλλον; Και μήπως αυτή η ανικανότητα της προσαρμογής στο περιβάλλον συνέβαλε κι' αυτή με τη σειρά της στην επαναβίωση ενός γνώριμου κομματιού του εαυτού, αυτού που είναι υποταγμένου στην μητέρα με τις επιθετικές ώσεις;

Υποθέτουμε ότι ο καρκίνος παρουσιάζεται σε μια φάση της ζωής της που τα πρώιμα τραύματα επαναβιώνονται, και η ασθενής παλινδρομεί μέσα σε ένα πλήθος από χαοτικά νοήματα (όταν ήταν ανήλικη φρόντιζε τα αδέλφια της και ενήλικη γυναίκα πια φροντίζει τους γονείς της). Ο ερχομός της, που συμπίπτει με την μεταστατική εξέλιξη της ασθένεια της μητέρας της δημιουργεί συναισθήματα βαθιάς ενοχής και μίσους προς τον εαυτό της. Η ίδια μας λέει επιγραμματικά *«ήρθα κι' έφερα τον θάνατο...»*. Αναρωτιόμαστε λοιπόν μήπως όλος αυτός ο καταπιεσμένος θυμός στρέφεται με επιθετικό τρόπο προς τον ίδιο της τον εαυτό; Οι αυτοκαταστροφικές ενορμήσεις διαδραματίζουν ένα ισχυρό πλέγμα σε σχέση με μια ακραία καταθλιπτική τάση απέναντι στη ζωή. Λίγους μήνες μετά η ασθενής μας διαγνώστηκε με μετάσταση στους λεμφαδένες. Η ίδια βρίσκεται σε μια κατάσταση πλήρους απόσυρσης. Ο σύζυγος της ο οποίος είναι πολύ χαμηλών τόνων ανησυχεί ιδιαίτερα για τη σύζυγο του. Η γνωστοποίηση της μετάστασης της νόσου της Κλειώς από τα παιδιά της, αποδεικνύεται πολύ σημαντική. Την προτρέπουν έντονα να γυρίσει πίσω ωσότου γίνουν οι απαραίτητες εξετάσεις και η θεραπεία. Εκείνη τη φορά που έρχεται να μας το ανακοινώσει είναι και η τελευταία που τη βλέπουμε. Η ασθενής μας επιστρέφει πίσω στα παιδιά της και στην φιλοξενούσα πατρίδα της.

6.7. Λήδα - Ιστορία ζωής (παιδική ηλικία- εφηβεία- οικογενειακή ζωή)

«Χώματα θα βουλώσουν το στόμα μου
και τα μάτια μου ρίζες θα τα ρουφήξουν.
Δύο Σκελετοί πριονίζουν το Δέντρο της Ζωής.
Η στιγμή της θανής είναι το διαρκέστερο δευτερόλεπτο,
καθότι το συντομότερο χρονικό διάστημα της ζωής μας.
Ο θάνατος δίνει μόνον ένα πλήγμα,
εγκαταλείποντας επί τόπου το ανώφελο πτώμα».
Απόσπασμα από το ποίημα *"Ιδού ο θάνατος"*, του ζωγράφου και ποιητή Δ. Σουλιώτη.

Η Λήδα, ανύπανδρη γυναίκα σαράντα δύο ετών, παραπέμφθηκε σε εμάς λόγω της επιδείνωσης του μεταστατικού καρκίνου. Η ογκολόγος ιατρός της η οποία ανησύχησε από την έκβαση του καρκίνου της ασθενούς της, ζήτησε τη βοήθεια μας για να αντιμετωπίσει η Λήδα τις ψυχικές επιπτώσεις, λόγω της διάγνωσης και της έλλειψης υπάρχουσας ουσιαστικής αντιμετώπισης της ασθένειας της. Μας ενημέρωσε επίσης ότι η ασθενής της βρισκόταν σε αντικαταθλιπτική αγωγή, πολύ πριν την εμφάνιση του καρκίνου. Η ίδια η ασθενής, επικοινώνησε μαζί μας, ζήτησε βοήθεια για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες στη σχέση με τη μητέρα της, εφόσον η μεταξύ τους συγκατοίκηση γινόταν ολοένα και πιο στενάχωρη.

Η Λήδα προέρχεται από μια πολυμελή ευκατάστατη οικογένεια τριών παιδιών. Είναι το πρωτότοκο παιδί και στη συνέχεια ακολουθεί ο αδελφός της, δύο χρόνια νεότερος της, και μια μικρότερη αδελφή. Ο πατέρας της διατηρούσε διάφορες επιχειρήσεις και η μητέρα της έμενε στο σπίτι για τη φροντίδα των τριών παιδιών. Η ζωή της οικογένειας στιγματίστηκε από την ασθένεια που έφερε ο αδελφός της, τη μεσογειακή αναιμία, εξαιτίας της οποίας έκανε συχνές μεταγγίσεις αίματος και ήταν φιλάσθενος. Όλο το ενδιαφέρον της οικογένειας εστιάστηκε στην προστασία και στην υποστήριξη του ασθενούς παιδιού, παραγκωνίζοντας τη Λήδα που ήταν η μεγαλύτερη από τα τρία παιδιά. Η μητέρα της, με την γέννηση του δεύτερου παιδιού, παύει να ασχολείται με το μεγάλωμα της Λήδας, και την φροντίζουν διάφορες γκουβερνάντες. Το τρίτο παιδί, κορίτσι, κλέβει εντελώς τη παράσταση από τη Λήδα, έρχεται όμως να επανορθώσει το τραύμα της οικογένειας. Η απουσία της μητέρας της λόγω της φροντίδας του άλλου παιδιού την καταθλίβει και προσπαθεί να κλέψει μάταια *«λίγο προσοχή, λίγο αγάπη»*. Η μόνη της παρηγοριά ήταν ο πατέρας της τον οποίο θαύμαζε και από τον οποίο λαχταρούσε τα χάδια και τα φιλιά του. Η στενή αυτή σχέση κρατάει μέχρι που μια ίωση του αδελφού της βάζει την ζωή του σε κίνδυνο και γλυτώνει από βέβαιο θάνατο. Ο πατέρας της αλλάζει ξαφνικά τη στάση του απέναντι της. Κατηγορείται από τη σύζυγο του για έλλειψη ενδιαφέροντος προς τον γιο του και οι ενοχές πιθανά τον απομακρύνουν από την πρωτότοκη κόρη του. Αυτή η ρήξη προκάλεσε νέο τραυματισμό ο οποίος βιώνεται πολύ έντονα από την Λήδα, σε μια περίοδο ήδη πολύ ευάλωτη για την ίδια, την εφηβεία. Αισθάνεται ένα τεράστιο κενό και η μοναξιά είναι ανυπόφορη. *«Κλεινόμουνα πάντα στο υπνοδωμάτιο, αφού δεν είχε σημασία για κανέναν που βρισκόμουν, φτάνει να ήμουν στο σπίτι»*. Ζηλεύει τα

μικρότερα αδέλφια της διότι νιώθει ότι μονοπωλούν τους γονείς. Μετά την ενηλικίωση της, αποφασίζει να ασχοληθεί με τη δημιουργία επιχειρήσεων, όπως ο πατέρας της. Εργάζεται έντονα και η μόνη της διέξοδος είναι η άμεση εκφόρτιση μέσω της συμπεριφοράς κάνοντας διάφορες ερωτικές σχέσεις. Ο πατέρας της πεθαίνει ξαφνικά και αυτό την καταθλίβει ακόμη περισσότερο. Δεν σταματάει όμως να εργάζεται, ούτε να μειώνει τους ρυθμούς, ακόμη κι' όταν εμφανίζεται όγκος στον ένα της μαστό. Η ζωή της περιστρέφεται ανάμεσα σε έντονους εργασιακούς ρυθμούς και βραδινή ζωή. Όταν ο καρκίνος κάνει μετάσταση στα οστά αναγκάζεται να μετακομίσει στο πατρικό της, να εγκαταλείψει τις επιχειρήσεις της και να αλλάξει ριζικά τον τρόπο ζωής της. Η μητέρα της προσλαμβάνει μια αλλοδαπή βοηθό, (όπως ακριβώς έκανε για τη Λήδα όταν ήταν παιδί), η οποία έχει την ευθύνη για κάθε είδους βοήθεια που αφορά την μετακίνηση της, εφόσον βρίσκεται σε αναπηρικό καροτσάκι. Η Λήδα επαναβιώνει, την ίδια απούσα επιθετική μητέρα των παιδικών της χρόνων. Οι συγκρούσεις είναι καθημερινές ανάμεσα τους και η ένταση αυτή δεν εξομαλύνεται. Στη συνέχεια, ο καρκίνος κάνει μετάσταση και στον εγκέφαλο. Η μητέρα της Λήδας, χαρίζει σταδιακά μερικά από τα πράγματα της κόρης της στην οικιακή βοηθό και η Λήδα αναφερόμενη στο συμβάν λέει επιγραμματικά: *«είναι σαν να με έχει ήδη θάψει»*. Η ομιλία και η κίνηση της μειώνονται σε μεγάλο βαθμό, αλλά ακόμη και αυτό το χρονικό διάστημα μοιάζει να ακυρώνει κάθε ιδέα θανάτου. Κάνει αλλεπάλληλες προσπάθειες για την αναχώρηση της στο εξωτερικό και την ένταξη της σε διάφορες Ερευνητικές Νοσοκομειακές Μονάδες. Η θεραπεία και η ίαση της γίνονται έμμονη ιδέα και αποτρέπουν την επεξεργασία οποιουδήποτε συναισθήματος φόβου. Παράλληλα προσπαθεί να κρατήσει με νύχια και με δόντια τη διατήρηση των επιχειρήσεων της. Προσλαμβάνει επιπρόσθετο προσωπικό και η επικοινωνία γίνεται μέσω τηλεφώνου. Η υποτροπή του καρκίνου, καθώς επίσης και η αντιμετώπιση του με ακτινοθεραπεία και χημειοθεραπεία την εξαντλούν σωματικά και ψυχικά δυσχεραίνοντας την διαχείριση των επιχειρήσεων της. Η μητέρα της την πιέζει να πουλήσει τις επιχειρήσεις της και μετά από αρκετούς ενδοιασμούς το αποδέχεται. Η βίαιη αποεπένδυση από τα όσα δημιούργησε και μέσω των οποίων διατηρούσε έναν αμυδρό δεσμό με τον νεκρό πατέρα της, προκαλούν μια νέα ψυχική πραγματικότητα. Η απώλεια της εργασίας της λειτουργεί αρνητικά και η ίδια καταθλιμμένη μας λέει *«τα έχω χάσει όλα τώρα, δεν έχω τίποτα»*.

Ανάλυση περιστατικού

Στην πρώτη συνεδρία βρεθήκαμε μπροστά σε μια «ψυχρή» γυναίκα που το πρόσωπο και οι κινήσεις της μαρτυρούσαν σύγχυση και άγχος. Στον ψυχισμό της δέσποζε το πρόσφατο «τραύμα» που προκάλεσε η επιδείνωση της ασθένειας της· η μετακόμιση από το δικό της χώρο και η αναγκαστική συγκατοίκηση με τη μητέρα της (σε πλήρη εξάρτηση) στο πατρικό της σπίτι. Το άγχος και η αγωνία βάραιναν στον λόγο της και η απουσία συναισθηματικής απόχρωσης – έκφραση της ανεπαρκούς *ψυχικοποίησης* (όρος του P.Marty) - έμοιαζε με ψυχικό κενό. Η Λήδα σε μεγάλο βαθμό απωθούσε ή διέψευδε την κατάσταση στην οποία βρισκόταν, καθώς επίσης και την προοπτική του θανάτου. Νιώσαμε άγχος και αμηχανία μπροστά σε αυτήν την ζοφερή πρόγνωση του μεταστατικού καρκίνου – από το κακόηθες νεόπλασμα μαστού, στα οστά και εν συνεχεία στον νωτιαίο μυελό. Παράλληλα η ασθενής μας δεν έκανε καμία αναφορά στην ασθένεια της, το γεγονός αυτό μας δημιουργούσε μεγαλύτερη σύγχυση. Αναρωτιόμασταν μήπως αυτό που ίδια έψαχνε ήταν η νοηματοδότηση των λεγομένων της. Σκεφτόμασταν επίσης τι θα μπορούσε να συμβάλει στην ποιότητα της υπόλοιπης ζωής της.

Σύμφωνα με το ιστορικό διαπιστώσαμε ότι η Λήδα επιβαρύνεται με μια ιδιάζουσα οικογενειακή κατάσταση. Ο αδελφός της δύο χρόνια μικρότερος, γεννιέται με μεσογειακή αναιμία με αποτέλεσμα τη συχνή ιατρική παρακολούθηση του και την προσοχή όλης της οικογένειας να πέφτει απάνω του. Αυτή η τραυματική για την οικογένεια πραγματικότητα προκάλεσε τη ρήξη της σχέσης της Λήδας με τη μητέρα της, αφού εκείνη αφοσιώθηκε αποκλειστικά στον μικρότερο αδελφό της, εναποθέτοντας τη φροντίδα της Λήδας σε γκουβερνάντες. Η τραυματική αυτή πραγματικότητα έδωσε την αίσθηση στην ασθενή μας, ότι η μητέρα της ενδιαφερόταν και έτρεφε συναισθήματα μόνο για τον αδελφό της. Η Λήδα βίωσε με ενοχή την «αναπηρία» του αδελφού της, σαν αυτή να προκάλεσε με την σκέψη της την πραγμάτωση των επιθετικών της επιθυμιών· *«ζήλευα τόσο πολύ που ήθελα να πεθάνει»*. Η απομάκρυνση της μητέρας της και η συναισθηματική ατροφία την οδήγησαν στην υπερεπένδυση του πατέρα της, τον οποίο όπως η ίδια μας λέει *«υπεραγαπούσε»* και βίωνε ως το μοναδικό της στήριγμα ακόμη και μετά την ενηλικίωση της. Μια επιπλοκή στην ασθένεια του αδελφού της μετά από ένα κρύωμα, τον φέρνει κοντά στον θάνατο και ο πατέρας της απομακρύνεται από την

ίδια. Η ίδια αναφέρει *«ήταν συνέχεια προβληματισμένος και σκεφτικός είχε κλειστεί στον εαυτό του, μπορεί να ένιωθε ένοχος.....σχεδόν να χάναμε τον αδελφό μου...»*. Αυτή η απομάκρυνση- δεύτερη ρήξη έγινε κοντά στην εφηβεία και ίσως προκάλεσε ένα βαθύ κενό στην Λήδα *«...κανείς δεν ενδιαφερόταν πραγματικά για μένα, ο πατέρας μου κλεινόταν συχνά στο γραφείο του...εγώ ένιωθα μια απέραντη μοναξιά»*. Είναι ενδιαφέρον το σχόλιο που κάνει η Λήδα για τον τραυματισμό που βίωσε με την απόσταση στη σχέση με τον πατέρα της: *«σκεφτόμουνα ότι για να τους τραβήξω την προσοχή μήπως έπρεπε να αρρωστήσω και εγώ;»*. Ο πατέρας της πεθαίνει λίγα χρόνια αργότερα ξαφνικά και ο θάνατος του την καταθλίβει. Με τη μητέρα της διατηρεί τυπικές σχέσεις όλο αυτό το χρονικό διάστημα. Από τον πατέρα της κληρονομεί ένα μεγάλο μέρος της περιουσίας και των επιχειρήσεων του, τα οποία χειρίζεται με μεγάλη επιδεξιότητα. Αυτά που βρίσκονται εκτός ελέγχου είναι οι αλλεπάλληλες ερωτικές σχέσεις από τις οποίες κάθε φορά επαναβιώνει ένα αίσθημα κενού. Κατακλυζόμενη από τις ενορμήσεις και τις διεγέρσεις προσέφευγε σε *εκδραματίσεις* (περάσματα στην πράξη), κάτι που διεύρυνε το ψυχικό της κενό. Υποθέτουμε ότι έτσι επαναλάμβανε τον ίδιο τύπο σχέσης που διατηρούσε με τη μητέρα της από τον οποίο ωστόσο επιθυμούσε να διαφύγει. Η στενή σχέση και η εγγύτητα περιείχε πολύ μεγαλύτερο ρίσκο από ότι μια προδιαγραμμένη χωρίς συναισθήματα σχέση. Ωστόσο αναρωτιόμαστε, αν μέσα από την επανάληψη των ερωτικών σχέσεων επιχειρούσε να δημιουργήσει ένα δεσμό, αφού βίωνε δραματικά κάθε αποχωρισμό από τον ερωτικό σύντροφο. Αν και σε κάθε είδους ερωτική σχέση αισθανόταν αρχικά το πλεονέκτημα ότι διατηρούσε τον έλεγχο μέσα από την αποφυγή συναισθηματικού δεσμού, εντούτοις τροφοδοτούσε μια πλάνη, αφού η ψευδαίσθηση αυτή διαλυόταν από την κενότητα που ακολουθούσε.

Σχόλια

Ο ψυχισμός της Λήδας σημαδεύτηκε από πρώιμους τραυματισμούς οι οποίοι έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική της οργάνωση και στο γίγνεσθαι της ψυχοσωματικής της ενότητας. Η πλήρης αφοσίωση της μητέρας της στον άρρωστο αδελφό της και στη συνέχεια η απομάκρυνση του πατέρα της όταν η Λήδα ήταν στην εφηβεία, αυτές οι δύο ρήξεις διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στην έκβαση των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Η ανάγκη να απεξαρτηθεί από τα γονεϊκά αμφιθυμικά αντικείμενα την ωθούσαν σε σχέσεις χωρίς συναισθηματική

απόχρωση, από τις οποίες όμως ήταν εξαρτημένη. Επαναλάμβανε έτσι τον ίδιο καταστροφικό τύπο σχέσης που διατηρούσε με τους γονείς της, κάτι που παρέπεμπε στον πόνο και στον θυμό που ένιωσε από την απομάκρυνση τους. Μη μπορώντας να αντιμετωπίσει τη καταστροφικότητα μόνο με ψυχικές διεργασίες, υιοθετούσε συμπεριφορά αποφυγής στις σχέσεις με τα αντικείμενα. Μέσα από τις αλλεπάλληλες σαδομαζοχιστικές ερωτικές σχέσεις, ψάχνει μια ναρκισσιστική επανόρθωση του πρώιμου ελλείμματος-της ψυχικής απούσας μητέρας της. Η έκβαση της νόσου της Λήδας την αναγκάζει να επιστρέψει στο πατρικό της σπίτι διεκδικώντας τη φροντίδα και τη προσοχή της μητέρας της, ως το πλέον ασθενές παιδί της οικογένειας. Αρχικά υιοθετεί μια παθητική στάση απέναντι στη μητέρα της γεγονός που πιθανά διαδραματίζει επανοργανωτικό ρόλο για τον ψυχισμό της. Η ταύτιση με τον φιλάσθενο και ευάλωτο αδελφό της, επαναδραστηριοποιεί παιδικές ανάγκες και ψυχικούς τραυματισμούς. Η αναζήτηση μητρικής στήριξης είναι εμφανής, δυσφορεί όμως γιατί νιώθει πως το ενδιαφέρον της μητέρας της ακόμη μονοπωλείται από τον αδελφό της. Αναρωτιόμαστε, μήπως αυτή η προβληματική την εμπόδισε να δημιουργήσει μια αξιόπιστη στενή σχέση και να αποκτήσει παιδιά. Παράλληλα η εναλλαγή, κατάθλιψη-θυμός που βιώνει, υποδηλώνει ότι η επιθετικότητα που κατευθυνόταν στο αντικείμενο (μητέρα/ ερωτικοί σύντροφοι), λόγω του αποχωρισμού γίνεται επιθετικότητα προς τον εαυτό της, γιατί εξαρτήθηκε από το αντικείμενο-ερωτικός σύντροφος. Η σταδιακά αυξανόμενη τάση της μητέρας της Λήδας, μετά την υποτροπή της νόσου της κόρης της να χαρίζει τα προσωπικά αντικείμενα της κόρης της, έχει επίπτωση όχι μόνο στη ψυχική της διάθεση αλλά και στην υγεία της. Η νέα τροπή στην ήδη δύσκολη κατάσταση, κάνει τη Λήδα να γίνεται πιο απαιτητική συναισθηματικά μαζί μας. Ανταποκρινόμαστε στις όλο και αυξανόμενες ανακλητικές τις ανάγκες όντας περισσότερη στηρικτική προσπαθώντας να νοηματοδοτήσουμε τα όσα της συμβαίνουν. Ένα πολύ μεγάλο ψυχικό κομμάτι παραμένει σκοτεινό και ανεξιχνίαστο εξ' ού και η σχέση της με κάθε προοπτική θανάτου. Όσο η ασθένεια υποτροπιάζει τόσο αυτή αρνείται πεισματικά να επεξεργαστεί τα συναισθήματα φόβου και θυμού που τη συνοδεύουν. Ο De M' Uzan, υποστηρίζει, ότι πριν τον θάνατο η ενορμητική ώση και η παλινδρομική δίψα στο επίπεδο των σχέσεων είναι τόσο μεγάλες που αναφέρεται σε *παρανάλωμα επιθυμίας*[62]. Οι προσπάθειες της να

[62] M. De M' Uzan, «Le travail du trèpas», *De l'art à la mort,* Paris, Gallimard.

ξαναβρεί τη ζωή, εκεί που την άφησε (πριν τις εγκεφαλικές μεταστάσεις), αποβαίνουν μάταιες. Προσπαθεί να διευθετήσει βραδινές εξόδους αλλά «κανένας πρώην δεν είναι διαθέσιμος πια, αφού σεξουαλική επαφή δεν μπορεί να υπάρξει». Και συνεχίζει: «κανείς δεν μ' αγάπησε, θα φύγω από τη ζωή και ούτε η ίδια μου η μάνα δεν θα νοιαστεί». Η αποκάλυψη των συναισθημάτων της, μας είναι οδυνηρή. Οι επενδύσεις της τροποποιούνται· διακόπτει τη σχέση της με την φυσιοθεραπεύτρια της, χωρίς προφανή λόγο και η σχέση της μαζί μας χαρακτηρίζεται από έντονη αμφιθυμία. Προφανώς μέσα από αυτήν την αποκάλυψη βίωνε ότι καμία σχέση δεν ήταν και τόσο χρήσιμη. Θεωρούμε ότι κάποια τραυματικά γεγονότα όπως η μη ναρκισσιστική επανόρθωση της σχέσης της με τη μητέρα της καθώς επίσης και η απώλεια του μόνου αντικειμένου (τις επιχειρήσεις της) από το οποίο στήριζε πιθανά τη ψυχοσωματική της ενότητα, ενέχονται στην υποτροπή της ασθένειας της.

Υποθέτουμε λοιπόν, ότι η ανεπαρκής ψυχική συγκρότηση της ασθενούς μας είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση σωματικών διαταραχών. Οι δομικοί και συγκρουσιακοί παράγοντες, καθώς επίσης και οι ψυχικοί τραυματισμοί, είχαν ως αποτέλεσμα μιαν άλλη εσωτερική ψυχοσωματική «λογική», την καρκινική νεοπλασία. Η νόσος εμφανίστηκε σε μια περίοδο της ζωής της που οι ερωτικές σχέσεις δεν διατελούσαν πια το έργο τους-την εκτόνωση, και διέψευδαν οποιαδήποτε μορφή συνοχής, ακόμη και της ερωτικής. Η ανάγκη να επανεπενδύσει τη μητέρα της, να ξαναβρεί το χαμένο πρωταρχικό αντικείμενο, έγινε εφικτή λίγο μετά τον θάνατο του πατέρα της και την έκλυση της νόσου. Ωστόσο η διάψευση για μια ναρκισσιστική επούλωση και η επιθετικότητα της μητέρας της προκάλεσαν ένα νέο τραύμα-πλήγμα το οποίο δεν πήρε μόνο ψυχικές διαστάσεις αλλά και σωματικές· την εκδήλωση άλλων μεταστάσεων. Υποθέτουμε λοιπόν ότι η ενστικτώδης ενέργεια και οι διεγέρσεις, μη μπορώντας να συνδεθούν και να μεταβολιστούν, ούτε μέσα από την διαχείριση των δημιουργημάτων της (των επιχειρήσεων της) ούτε μέσα από την ερωτική εκτόνωση, συνδέονται στο πάσχων σώμα. Αντίστοιχα οι ψυχικοί τραυματισμοί και η μη δυνατότητα επεξεργασίας τους, συνέβαλαν σε μια *χρηστική* επένδυση των αντικειμένων όπου η καταθλιπτική της διάθεση επιτείνεται. Συνεπώς πιστεύουμε ότι ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων άφησαν το σώμα εκτεθειμένο στην επέλαση της κακοήθους νεοπλασίας.

6.8. Κοινά χαρακτηριστικά ανάμεσα στις επτά γυναίκες

1) Δεν ήταν ξεκάθαρη η θέση και ο ρόλος τους ως παιδιά μέσα στις οικογένειες τους. Όλες βίωσαν το συναίσθημα ενός παραγκωνισμένου παιδιού που έψαχνε να βρει χώρο για να επιβιώσει.
2) Είχαν μια αμφιθυμική μητέρα η οποία τις καταπίεζε και τις χρησιμοποιούσε.
3) Όλες δήλωσαν ότι είχαν μια πιο στοργική σχέση με τον πατέρα τους.
4) Προέρχονταν από πολυμελής οικογένειες.
5) Δεν εξέφρασαν αρνητικά συναισθήματα και δεν επαναστάτησαν ποτέ ούτε ως παιδιά ούτε ως έφηβες.
6) Επέτρεπαν στους άλλους να έχουν (με σχετική αδιαφορία) τον έλεγχο της ζωής τους.
7) Η «απόρριψη» από τη μητέρα τους, τους δημιούργησε ένα αίσθημα εγκατάλειψης, ενοχών και μεγάλης εσωστρέφειας.
8) Οι αντικειμενοτρόπες σχέσεις παρουσιάζονται διαταραγμένες.
9) Απουσία φαντασιωτικής και ονειρικής ζωής-στραμμένες προς έντονη εργασιακή ζωή με τάσεις απομόνωσης.
10) Μαζοχιστικές προσωπικότητες με τάση να θυσιάζονται εύκολα για τους άλλους χωρίς να έχουν καθόλου επίγνωση της στάσης τους αυτής.
11) «Καλή» σχέση με το σύζυγο τους.

ΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ

Στόχος της μελέτης αυτής ήταν η διερεύνηση των ψυχολογικών παραγόντων που αλληλεπιδρούν με ψυχοβιολογικούς μηχανισμούς και διαταράσσουν την ψυχοσωματική ομοιόσταση. Σε αυτή τη μελέτη των επτά περιπτώσεων, χρησιμοποιώντας διαφορετικά εργαλεία παρέμβασης (κλινικές συνεντεύξεις, Προβολικές Δοκιμασίες, Ερωτηματολόγια, πληροφορίες από το Ιατρικό και Παραϊατρικό προσωπικό που τις παρακολουθούσε), καταλήξαμε στο ότι τα ακόλουθα γεγονότα, δημιούργησαν ένα ευάλωτο υπόστρωμα για την εκδήλωση της νόσου:

1. Μια πρώιμη απώλεια χαρακτηρίζει την παιδική ηλικία των ασθενών με καρκίνο· η απώλεια αυτή είναι μια μορφή ψυχολογικής κακοποίησης, πιο εσωτερική και λιγότερο εμφανής. Αναφερόμαστε στην πίεση που άσκησαν οι γονείς τους στις γυναίκες αυτές, φροντίζοντας να απαρνηθούν τις συμπεριφορές εξάρτησης προτού κατακτήσουν το εξελικτικό στάδιο στο οποίο θα ήταν συναισθηματικά έτοιμα να πράξουν κάτι τέτοιο.

2. Οι παιδικές αναμνήσεις είναι στιγματισμένες από την ψυχική απουσία του οικογενειακού περιβάλλοντος, είτε με εμφανή είτε με λιγότερο συγκαλυμμένο τρόπο. Καταπιεσμένα παιδικά χρόνια, και εξωπραγματικές προσδοκίες εκ μέρους των γονέων κατά τη διάρκεια της παιδικής και εφηβικής ηλικίας αναλύονται μέσα από τον λόγο τους.

3. Δυσμενείς συναισθηματικές εμπειρίες που δεν εξωτερικεύονται και ούτε επεξεργάζονται. Γι' αυτό και χαρακτηρίζονται από εσωτερικές εντάσεις και αναστολές λόγω της εσωστρέφειας και της έλλειψης έκφρασης των συναισθημάτων τους.

4. Εξαιρετικά προσαρμοστικές προσωπικότητες, με μια απόλυτη υποταγή σε κοινωνικούς κανόνες και σε πρότυπα που διαμόρφωσαν κυρίως οι μητέρες τους. Δεν διεκδίκησαν συναισθηματικές απολαβές από το περιβάλλον τους, αλλά ήταν «ικανοποιημένες» με ότι «χώρο» περίσσευε στην οικογένεια τους.

5.Εστιάζονταν περισσότερο στην οργανική πλευρά του εαυτού τους και κατ' επέκταση στην ασθένεια τους, εξαιτίας της περιορισμένης τους ικανότητας για πρόσβαση στην ενδοψυχική τους ζωή.

Παραθέτουμε τον πιο κάτω πίνακα (σχήμα Ι) ο οποίος παρουσιάζει τους σημαντικότερους εκλυτικούς παράγοντες στην εκδήλωση της νόσου.

ΣΧΗΜΑ Ι	Δανάη	Ελπίδα	Αθηνά	Χρυσηίδα	Θεοδοσία	Κλειώ	Λήδα
Ψυχικοί τραυματισμοί	Μητρική αποστέρηση	Μητρική Αποστέρηση	Μητρική Αποστέρηση	Μητρική Αποστέρηση	Μητρική αποστέρηση	Μητρική αποστέρηση	Μητρική αποστέρηση
Στρεσογόνα Γεγονότα	Υπερβολικές σχολικές απαιτήσεις γονέων	- Υπερβολικές απαιτήσεις γονέων (ανάληψη ευθυνών για τη καθαριότητα και το φαγητό όλης της οικογ.) -Σεξουαλική κακοποίηση -υιοθεσία παιδιού και δυσκολίες αποδοχής από το περιβάλλον της	Υπερβολικές απαιτήσεις γονέων (συντήρηση του εαυτού της από 12 ετών) Έντονοι οικογ.καυγάδες του γονεικού ζεύγους	-Φτώχια, δύσκολες οικογεν. συνθήκες Κακοποίηση από σύζυγο -Εισβολή -προσφυγιά	Καταπίεση από τη μητέρα	-Υπερβολικές απαιτήσεις γονέων (ανάληψη ευθυνών για το μεγάλωμα των αδελφών της.) -Εγκατάλειψη από τους γονείς -Εισβολή -προσφυγιά	-Ασθένεια αδελφού, Καταπιεστική δεσποτική μητέρα
Απώλεια	-Δολοφονία παιδικής φίλης -Χωρισμός από τον σύντροφο -Έκτρωση	-Επτά αποτυχημένες εξωσωματικές γονιμοποιήσεις -Μαστεκτομή	-Πέντε εκτρώσεις -Οικονομικές δυσκολίες λόγω χρεών -αφαίρεση λεμφαδένων	- Αγνοούμενο παιδί -Ξεριζωμός εξαιτίας της εισβολής - Μαστεκτομή	Δυνατότητα Πανεπιστημ. Εκπαίδευσης	-Εγκατάλειψη από γονείς -Κατοχή Πατρογονικής γης	-Συναισυημ απομακρυν. του πατέρα -Απουσία μητρικής στήριξης
Άλυτο πένθος	- Αποχωρισμός -Έκτρωση	-Σεξουαλική κακοποίηση -Μεγάλες δυσκολίες στη μητρότητα, -Μαστεκτομή	-Αποτυχημένος γάμος, -Έντονες συγκρούσεις με τα παιδιά	-Σχέσεις με τους γονείς της - Αγνοούμενο παιδί	Η εξιδανίκευση ενός έρωτα	-Εγκατάλειψη -Προσφυγιά	Διάψευση ναρκισσισ. επενδύσεων

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα αποτελέσματα από την γραφοπροβλητική δοκιμασία SAT9. Παρότι οι επιφυλάξεις των γυναικών ήταν πολύ έκδηλες όσον αφορούσε τη χορήγηση των δοκιμασιών Τ.Α.Τ. και SAT9, (όσες αποδέχτηκαν την χορήγηση τους) παρουσιάζονταν ενοχλημένες, χρησιμοποιώντας ως πρόσχημα «είναι παλαιές οι φωτογραφίες... δεν έχετε άλλες, τι να πω τώρα...δεν ξέρω τίποτα, κουράστηκα, δεν μου άρεσε...δεν ξέρω να ζωγραφίζω...δεν καταλαβαίνω τι σημαίνουν όλα αυτά τα στοιχεία....».

Στη γραφοπροβλητική δοκιμασία SAT9, τα εννέα στοιχεία παρουσιάζονται αποσυνδεδεμένα, απουσιάζει η οργάνωση και η δομή του σχεδίου, παραθέτοντας τον κατάλογο των συμβόλων χωρίς καμία αλληλουχία μεταξύ τους. Υποθέτουμε ότι στη προσπάθεια τους να αμυνθούν απέναντι στο άγχος που δημιούργησε η δοκιμασία, κατέφυγαν σε μια σχολαστική απαρίθμηση των εννέα στοιχείων αντί να φαντασθούν μια ιστορία. Στο σχέδιο και στην ιστορία της Θεοδοσίας παρατηρήσαμε την πρωτόγονη άμυνα της *σχάσης* [1] (τον διαχωρισμό των στοιχείων σε καλά και κακά). Η ασθενής λειτουργώντας αμυντικά επιτυγχάνει τη μείωση του άγχους της και τη διατήρηση μια ψευδευσθητικής καλής λειτουργίας. Τα σύμβολα ήταν αποκομμένα μεταξύ τους, γεγονός που υποδηλώνει τη παραβεβλαμμένη *συμβολική*[2] λειτουργία.

Είναι σημαντικό να προσθέσουμε ότι ο βαθμός στον οποίο είχε επηρεασθεί η συμβολική λειτουργία αυτών των ασθενών, είναι ανεξάρτητος της ευφυΐας και της ικανότητας για συνειδητοποίηση των ερεθισμάτων από τις δοκιμασίες.

---

[1] Σχάση ή διχοτόμηση είναι μια διεργασία με έντονη επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις η οποία πηγάζει από την προγλωσσική περίοδο, προτού το βρέφος αποκτήσει την ικανότητα να εκτιμά ότι τα άτομα που το φροντίζουν έχουν καλές και κακές ιδιότητες και ότι αυτές σχετίζονται με καλές και κακές εμπειρίες.

[2] Ο δεύτερος συμβολισμός είναι σύμφωνα με τους Laplanche και Pontalis «ένας τρόπος έμμεσης εικαστικής αναπαράστασης ιδεών, ψυχικών συγκρούεων και ασυνειδήτων επιθυμιών. Με τη στενή έννοια, τρόπος αναπαράστασης που χαρακτηρίζεται κυρίως από τη σταθερότητα της σχέσης σύμβολο – ασυνείδητο συμβολιζόμενο, όχι μόνο σε ένα και το αυτό άτομο, αλλά και σε διαφορετικά άτομα, σε ποικίλα σχέδια αναφοράς κ.λ.π.».

Παράλληλα, παρουσιάζουν ψυχολογικά ελλείμματα στη συγκρότηση του *Εγώ*, η στάση τους είναι άκαμπτη, το περιεχόμενο της σκέψης τους χαρακτηρίζεται από την προσκόλληση σε ανούσιες λεπτομέρειες, χωρίς ίχνη φαντασιωτικής ζωής.

Στον πιο κάτω πίνακα (σχήμα ΙΙ) παρουσιάζουμε τα κύρια χαρακτηριστικά τους.

ΣΧΗΜΑ ΙΙ	Δανάη	Ελπίδα	Αθηνά	Χρυσηίδα	Θεοδοσία	Κλειώ	Λήδα
Δομή Προσωπικότητας	Μαζοχιστική	Εξαρτητική	Ναρκισσιστική	Καταθλιπτική	Καταθλιπτική	Αποσυρμένη	Ψυχοπαθητ.
Αμυντικοί Μηχανισμοί	Άρνηση, αντισταθμιστική συμπτωματολογία Υψηλό *«ιδεώδες του Εγώ»*, Στροφή της επιθετικότητας ενάντια στον εαυτό	Ηθικο-ποίηση, άρνηση	Προβλητική ταύτιση, εκδραμάτιση	Εξιδανίκευση, Στροφή της επιθετικότητας ενάντια στον εαυτό	Εξιδανίκευση, υποτίμηση	Στροφή της επιθετικότητ. ενάντια στον εαυτό	Εκδραμάτ. Διεργασ. Διάσχισης
Αντικειμενοτρ. Σχέσεις	Φτωχές, προτίμηση της Μοναξιάς	Διαταραγ. Επιφανειακές χωρίς βάθος	Διαταραγμένες, Οι άλλοι λειτουργούν ως εαυτοαντικείμενα ή ναρκισσιστικές προεκτάσεις	Διαταραγμένες, Τάση για έντονη εξάρτηση	Διαταραγμ., Προτίμηση της μοναξιάς	Διαταραγμ., Αποφυγή των ανθρώπων	Διαταραγ., Οι άλλοι λειτουργούν ως εαυτοαντικείμενα
Ψυχοσωματικά προβλήματα	Πονοκέφαλοι Αδιαθεσία Κόπωση	διέγερση	Κατάθλιψη, νευρικότητα, Ανησυχία	Ματαίωση, Πόνος, Αίσθημα κενού	Ανηδονία, Διαταραχές ύπνου	Αίσθημα κενού	Ευερεθι-στότητα, διέγερση

Αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα του Ψυχοσωματικού ερωτηματολογίου BIQ (Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire) για τη ποσοτικοποίηση της αλεξιθυμίας (σχήμα ΙΙΙ).

ΣΧΗΜΑ ΙΙΙ

	Απαντήσεις	
	Ναι	Όχι
Ερώτηση 1*	7	0
Ερώτηση 2*	0	7
Ερώτηση 3	1	6
Ερώτηση 4	3	4
Ερώτηση 5	3	4
Ερώτηση 6*	0	7
Ερώτηση 7*	5	2
Ερώτηση 8*	7	0
Ερώτηση 9	3	4
Ερώτηση 10	3	4
Ερώτηση 11	5	2
Ερώτηση 12*	7	0
Ερώτηση 13*	7	0
Ερώτηση 14	4 (ιστ), 1 (β)	2
Ερώτηση 15	1	6
Ερώτηση 16*	-	1
Ερώτηση 17	5	2

Οι ερωτήσεις με το σύμβολο * αποτελούν τις λέξεις κλειδιά για την αλεξιθυμία (βλ. Παράρτημα Ι). Παρότι μια ποσοτική προσέγγιση του χαρακτηριστικού της αλεξιθυμίας δεν υποδηλώνει από μόνη της τον μοναδικό εκλυτικό παράγοντα, εντούτοις είναι ενδεικτική του μεγέθους της έκφρασης των συναισθημάτων και των φαντασιώσεων των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

«Ο Άνθρωπος δεν έχει Σώμα χωριστό από την Ψυχή του.
Αυτό που λέμε Σώμα είναι ένα μέρος της Ψυχής
αγροικιμένο από τις πέντε Αισθήσεις,
τα τελευταία κανάλια της Ψυχής όπου απομένουνε σε τούτο τον καιρό».

William Blake, Οι Γάμοι του Ουρανού και της Κόλασης.

Η παρούσα εργασία είχε στόχο να διερευνήσει την ψυχολογική αιτιολογία ως προς την έκλυση της κακοήθους νεοπλασίας, έξω από μια σχέση αιτίου-αποτελέσματος.

Η θεωρητική και ερευνητική μελέτη του πεδίου της ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης, μέσα από τις επτά μελέτες περιπτώσεων, ξετύλιξε και ανέδειξε τις σχέσεις ψυχής-σώματος μέσα από την ψυχική οργάνωση, τη συμπεριφορά και την εκδήλωση της νόσου των περιπτώσεων. Ως εκ τούτου, τα συμπεράσματα που απορρέουν από τη μελέτη πολυάριθμων διεθνών ερευνών καθώς και διαφόρων ψυχοσωματικών θεωρήσεων, επιβεβαιώνουν τις ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώθηκαν, οι οποίες επαληθεύονται ως ισχύουσες και από τα κλινικά πορίσματα. Στη βάση αυτή, διατυπώνονται τα ακόλουθα συμπεράσματα ως απόρροια της θεωρητικής και ερευνητικής προσέγγισης του θέματος:

▪ Η ποιότητα των πρώιμων σχέσεων μητέρας-παιδιού, δηλαδή η κακή συναισθηματική συνοδεία με την οποία τροφοδοτήθηκαν ως παιδιά από την μητέρα τους, επηρέασε, όχι μόνο τους ψυχικούς μηχανισμούς που ανέπτυξαν μεταγενέστερα, δημιουργώντας βασικά ψυχικά ελλείμματα στο *Εγώ*, αλλά και τις αντικειμενοτρόπες σχέσεις τους. Οι ψυχικές ελλείψεις διαφαίνονται και εκδηλώνονται μέσα από την δυσκολία να διαχειριστούν τα άγχη και τις εμπειρίες τους, την απουσία ικανοποιητικών σχέσεων με τους άλλους, την ακαμψία, και τη καταθλιπτική στάση απέναντι στη ζωή.

Ο κίνδυνος της οργάνωσης ενός ελλιπούς ψυχικού υποστρώματος ενισχύεται και από τις θέσεις παλαιότερων και σύγχρονων ψυχαναλυτών. Ο Bowlby, εμπνευστής των *σχέσεων αντικειμένου,* έδωσε μεγάλη έμφαση στη

σπουδαιότητα των πρώτων εμπειριών προσκόλλησης του βρέφους, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη καταθλιπτικής προδιάθεσης αργότερα στη ζωή του. Αντίστοιχα ο W.Bion υποστήριξε τη θέση, ότι η απουσία μιας *εμπεριέχουσας λειτουργίας* της μητέρας, όταν δεν στηρίζει και δεν ανέχεται τις εσωτερικές διεργασίες και τις προβολές του βρέφους, τότε η μεν μητέρα ταυτίζεται με ένα αντικείμενο ανίκανο να καταλάβει, το δε βρέφος κατακλύζεται από την πίεση των καταστροφικών του ενορμήσεων, από αρχαϊκά άγχη δίωξης και εκμηδενισμού. Αντίστοιχα ο D.W. Winnicott θεωρεί ως κύριο χαρακτηριστικό στην περίοδο ανάπτυξης του «*Εγώ*» του βρέφους την «*απαρτίωση*», σύμφωνα με την οποία το βρέφος γίνεται ικανό για την εμπειρία του άγχους που συνδέεται με τον κατακερματισμό. Αυτό συνιστά επίτευξη υγιούς ανάπτυξης και στη βρεφική ηλικία υπάρχουν πολλές παραλλαγές ανάλογα με τη σχετική αποτυχία αυτής της επίτευξης. Ιδιαίτερη έμφαση στη ποιότητα των σχέσεων μητέρας-βρέφους δόθηκε κι' από τον Marty, ο οποίος υποστήριξε, ότι αν η εν λόγω συναισθηματική συνοδεία πληρεί ναρκισσιστικά το υποκείμενο, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την προαγωγή των σχέσεων με το αντικείμενο.

- Η μη δυνατότητα επεξεργασίας των απωλειών (πραγματικών, φαντασιακών και συμβολικών) καθώς επίσης και των πρώιμων τραυματικών εμπειριών (εξαιτίας των ναρκισσιστικών ελλειμμάτων) αποτέλεσαν συνιστώσες σωματικής ευαλότητας και ψυχικής αποδιοργάνωσης, εφόσον δεν επενδύθηκαν συναισθηματικά και έτσι δεν απέκτησαν ψυχικό νόημα για το άτομο.

- Η ασθένεια εκκολάφθηκε, όταν οι ψυχικές άμυνες των ασθενών απέτυχαν να επεξεργασθούν την επαναβίωση μιας απώλειας (συμβολικής, πραγματικής ή φαντασιωτικής) με αποτέλεσμα την κυριαρχία των ενορμήσεων θανάτου, δηλαδή την ολοκληρωτική μείωση των εντάσεων και την επαναφορά τους στην ανόργανη κατάσταση.

Οι απόψεις πολλών ερευνητών ενισχύουν τις θέσεις αυτές· ο LeShan υποστήριξε, ότι η έντονη συγκινησιακή στάση που επιφέρει μια απώλεια, μέσα από μια αδυναμία έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων, συγκαταλέγεται στους παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου. Οι Berkman και Syme καθώς και οι Snell και Graham, διαπίστωσαν, μέσα από έρευνες που διεξήγαγαν το 1980, ότι η καταστροφική δυναμική της απώλειας έγκειται στον τρόπο

επεξεργασίας. Επιπρόσθετα, οι υποστηρικτές της ψυχοδυναμικής, δίνουν έμφαση στη σπουδαιότητα της έννοιας της «απώλειας» κατά την πρώτη παιδική ηλικία.

▪ Οι επτά ασθενείς χαρακτηρίζονται από *αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά*· το περιεχόμενο της σκέψης τους είναι προσκολλημένο σε ανούσιες λεπτομέρειες, χωρίς ίχνη φαντασιωτικής και ονειρικής ζωής, με περιορισμένη ικανότητα ψυχικής επεξεργασίας και λεκτικής έκφρασης, σύνδεσης παραστάσεων και συναισθημάτων, με αποτέλεσμα το ψυχικό μέρος των ενορμήσεων τους να είναι αποδυναμωμένο. Η αποτυχία της εσωτερικής ισορροπίας οδήγησε στην ανάπτυξη σωματοποιήσεων.

Η *αλεξιθυμία,* όρος που επινοήθηκε από τον Π. Σιφναίο, έδωσε μεγάλη ώθηση στη σύνδεση συναισθηματικών με σωματικών διαταραχών. Η ονομασία αυτή προσδιορίζει την ανικανότητα αποκωδικοποίησης και έκφρασης των συναισθημάτων· τα άτομα με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά δυσκολεύονται να μιλήσουν για τα συναισθήματα τους και περιορίζονται σε μια απλή περιγραφή σκέψεων ή καταστάσεων, χωρίς καμία συναισθηματική χροιά ή φόρτιση. Αυτοί οι ευάλωτοι άνθρωποι μπορεί να εμφανίζονται ως υπερπροσαρμοσμένοι στην πραγματικότητα, αλλά να είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε οποιεσδήποτε μεταβολές λόγω της ατροφικής εσωτερικής τους διεργασίας.

Παράλληλα οι θέσεις του P. Marty ενισχύουν την άποψη περί ελλειπών ψυχικών οργανώσεων και σωματικής αποδιοργάνωσης· η αποτυχία δημιουργίας παραστάσεων, αναμνήσεων, ονείρων, συνειρμών, καθώς και η ανάπλαση, διασύνδεση και ο μετασχηματισμός τους μέσα από τη σκέψη και τον λόγο, (λόγω της ανάπτυξης των συγκεκριμένων ψυχικών μηχανισμών), ανοίγουν τον δρόμο στη σωματική ασθένεια.

▪ Η εκδήλωση μιας σοβαρής ψυχοσωματικής ασθένειας όπως ο καρκίνος αποτελεί μια ασυνείδητη προσπάθεια ένταξης των, σε μια νέα τάξη πραγμάτων «καρκινική νεο-πλασία». Η ασθένεια αποτελεί το έναυσμα για επαναπροσδιορισμό του τρόπου (απο)επένδυσης της ζωής τους. Ο καρκίνος παρουσιάστηκε σε μια περίοδο της ζωής τους, όπου η εκτόνωση της διέγερσης μη μπορώντας να συνδεθεί και να μεταβολισθεί, απέτυχε να διατηρήσει την ψυχοσωματική ομοιόσταση.

Η λιβιδινική αποεπένδυση της ζωής, περιγράφεται μέσα από την *πρωτογενή κατάθλιψη* του P.Marty· είναι η ίδια η ουσία της κατάθλιψης, δηλαδή η πτώση του τόνου των ενορμήσεων ζωής, μία αποδιοργανωτική διαδικασία, με υψηλό σωματικό κίνδυνο, λόγω της διάρρηξης των αμυνών τόσο ψυχικών όσο και βιολογικών.

Ως κύρια υπόθεση εργασίας θεωρούμε τη συμβολή μιας ισχυρής τραυματογόνου δράσης, ανεπεξέργαστης, η οποία σε συνδυασμό με τα ναρκισσιστικά ελλείμματα, οδήγησαν σε μια παρατεταμένη καταθλιπτική στάση απέναντι στη ζωή. Αυτός ο βουβός εσωτερικευμένος θρήνος βρίσκει διέξοδο στο σώμα, όταν η διοχέτευση της εκτόνωσης μέσω της συμπεριφοράς αποτυγχάνει. Στις επτά περιπτώσεις που μελετήσαμε, η νόσος εμφανίστηκε, όταν η δραστηριότητα (έντονοι εργασιακοί ρυθμοί, ψυχαναγκασμοί, ερωτικές σχέσεις) δεν διατελούσε πια το έργο της - την εκτόνωση - με αποτέλεσμα να διαψευσθεί οποιαδήποτε μορφή ψευδαισθητικής συνοχής.

Η έννοια του τραύματος και οι επιπτώσεις του, έχουν αναλυθεί και επεξεργαστεί από διάφορα ψυχαναλυτικά ρεύματα. Το ψυχικό τραύμα, αόρατο σε μεγάλο βαθμό, είναι αναπαραστάσιμο μόνο όσο και εφόσον το ακούμε. Το τραύμα αρχίζει να υπάρχει σαν μια εικόνα, σαν κάτι που μορφοποιείται αποκτώντας αντικειμενική υπόσταση μέσα από τα λόγια των καρκινοπαθών ασθενών. Η N. Tracey περιγράφει πολύ περιεκτικά την έννοια του τραύματος· *«τραύμα είναι μια ψυχική πληγή εξαιτίας μιας βίαιης διείσδυσης. Ένας υπέρμετρος ψυχικός πόνος κατακλύζει το Εγώ. Η προβλητική ταύτιση αποτυγχάνει ως περιέχον. Η ψυχική οδύνη είναι αφόρητη, εξ ου ο φόβος κατακερματισμού και θανάτου. Τα εσωτερικά αντικείμενα καταστρέφονται, η παντοδυναμία παίρνει τη θέση τους ένεκα της ανυπαρξίας πένθους. Υπάρχει ένας αδιανόητος φόβος, ο οποίος προέρχεται από την απουσία σκέψης και συμβολοποίησης. Η εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων είναι μεγαλύτερη από εκείνη των θετικών, προκαλώντας αρχαϊκή άρνηση και παλινδρόμηση στη πρωτογενή διαδικασία, αντί για απώθηση της δευτερογενούς διαδικασίας. Αυτό που αφήνει είναι ένας χώρος μη – ζωής – όπου το γνωρίζειν θα υπήρχε, εάν μπορούσε να είναι γνωστό, όπου η σκέψη θα υπήρχε, εάν μπορούσε να σκεφθεί (τον εαυτό της)».* Τραύμα λοιπόν δεν θεωρείται μόνο αυτή καθ' αυτή η πράξη-δράση και επίδραση ενός γεγονότος, αλλά και ο τρόπος με τον οποίο

βιώνεται από το άτομο. Ο P.Marty θέλοντας να τονίσει τη σημαντικότητα της προϋπάρχουσας ευτρώτητας ενός ατόμου, λέει, ότι και μια κουκκίδα σκόνης είναι ικανή να προκαλέσει. τραυματογόνο δράση αν υπάρχει το ψυχικό υπόβαθρο.

Η παρούσα εργασία απέχει πολύ από το εγχείρημα να μπορεί να υποστηρίξει πως αποτελεί μια πλήρη προσέγγιση των όσων υπόκεινται της σωματικής νόσου. Πρόκειται για μια προσπάθεια κατανόησης των όσων έχουν διαδραματιστεί σε ενδοψυχικό επίπεδο, μέσα από μια κλινική προσέγγιση, αφού έχει προηγηθεί μια νόσος. Αντίστοιχα, (όπως αναφέραμε στην εισαγωγή), έχοντας ήδη υπόψη την έλλειψη οργανωμένων ερευνών στον ευρύτερο ελληνικό χώρο και γνωρίζοντας τις σχετικές έρευνες με τον καρκίνο που έχουν διεξαχθεί στην Ψυχοσωματική Σχολή του Παρισιού, θελήσαμε να δούμε κατά πόσο ισχύουν οι ίδιοι ψυχολογικοί παράγοντες στην έκλυση της νόσου. Παράλληλα, μελετήσαμε ενδελεχώς μια άλλη έννοια (μεταβλητή), τον ρόλο και τις επιπτώσεις του ψυχικού τραύματος, τον οποίο θεωρούμε ως τον κυριότερο εκλυτικό παράγοντα της σωματικής αποδιοργάνωσης. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της έρευνας, ένας καινούργιος προβληματισμός προέκυψε και «επισκίασε» τα αρχικά ερωτήματα· σε ποια χρονική στιγμή και μέσα από ποια ψυχική τοποθέτηση εκδηλώνεται μια νόσος, μέσα από ποιες ψυχικές διαδικασίες εκκολάφθηκε ο καρκίνος; Γνωρίζοντας, ότι οι ψυχοβιολογικοί μηχανισμοί είναι εξ ορισμού πολύπλοκοι, χρονοβόροι και αθέατοι, θελήσαμε να εντοπίσουμε και να συνδέσουμε μέσα από την κλινική μας προσέγγιση, την χρονική έκλυση της νόσου με ένα γεγονός, αλλαγή που προέκυψε στη ζωή των ασθενών. Διαπιστώσαμε, ότι ένα μικρό χρονικό διάστημα πριν την εκδήλωση της ασθένειας, ένα γεγονός τραυματικό, αναζωπύρωσε όλο το χάσμα που δημιούργησε το αρχικό τραύμα και μη έχοντας την ικανότητα το ψυχικό όργανο να το εμπεριέξει, δημιουργήθηκε η τελική ρήξη στην συνολική δομή του ψυχισμού.

Εν κατακλείδι, καταλήξαμε σε δύο βασικά συμπεράσματα:

1- η νόσος εμφανίζεται όταν η δραστηριότητα (έντονοι εργασιακοί ρυθμοί, ψυχαναγκασμοί, ερωτικές σχέσεις) δεν διατελεί πια το έργο της, την εκτόνωση
2- όταν μια τραυματική εμπειρία, αναγόμενη σε κάποιο προϋπάρχον ατομικό υπόστρωμα, ανασύρει το αρχικό τραύμα και μη έχοντας την

ικανότητα το ψυχικό όργανο να την εμπεριέξει, δημιουργείται η τελική ρήξη στην συνολική δομή του ψυχισμού.

Ως εκ τούτου, θεωρούμε, ότι η έρευνα αυτή είναι σημαντική και πρωτότυπη, λόγω της ανυπαρξίας μεθοδευμένων παρόμοιων ερευνών στον ευρύτερο ελληνικό χώρο, της σύγκρισης της ισχύος των ευρημάτων που απορρέουν μέσα από τις μελέτες της Ψυχοσωματικής Σχολής του Παρισιού, σε ξένο περιβάλλον και τη συμπλήρωση θεωρητικών γνώσεων όσον αφορά τη χρονική έκλυση της νόσου μέσα από μια ψυχική επαν(α)ποδιοργάνωση.

Ωστόσο, η παρούσα εργασία βασίζεται κυρίως στις μελέτες περιπτώσεων, οι οποίες όπως έχουμε ήδη αναφέρει δεν αντιπροσωπεύουν ένα δείγμα του πληθυσμού, αλλά μια ομάδα με όμοια χαρακτηριστικά. Στην περίπτωση αυτή, τα αποτελέσματα δεν γενικεύονται σε ότι αφορά τον πληθυσμό αλλά τις ερευνητικές προτάσεις. Γι' αυτό δεν καταλήγουμε σε μια στατιστική γενίκευση αλλά σε αναλυτική, επεκτείνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη θεωρία.

Κατ' επέκταση, η ψυχοσωματική έρευνα είναι πολυδιάστατη, αλληλενεργούσα και ανεξάντλητη. Στο επόμενο υποκεφάλαιο εισηγούμαστε παρεμβάσεις και έρευνες που άπτονται της μελέτης και δεν διερευνήθηκαν.

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

7.1. Στο επίπεδο του σχεδιασμού Κοινωνικών Προγραμμάτων

-Έγκαιρη παρέμβαση

Η αντιμετώπιση μιας σοβαρής νόσου (όπως της κακοήθους νεοπλασίας) απαιτεί τη συνεργασία, για συμπληρωματική παρέμβαση, διαφόρων τομέων που εμπλέκονται στη μελέτη μιας νόσου εξ' ορισμού πολυπαραγοντικής και σοβαρής στις περισσότερες μορφές της, όπως ο καρκίνος, ούτως ώστε, να διερευνηθούν τρόποι έγκαιρης παρέμβασης, προκειμένου τα άτομα αυτά να διατηρήσουν την ομοιοστατική τους ισορροπία. Χρειάζεται λοιπόν ενημέρωση και εκπαίδευση των γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, ούτως ώστε να ευαισθητοποιηθούν σε θέματα ψυχικής υγείας, παραπέμποντας τα άτομα αυτά για ψυχοθεραπεία, εφόσον καλούνται πολλές φορές να αντιμετωπίσουν ψυχογενείς ασθένειες. Οι γενικοί γιατροί θα πρέπει να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν έγκαιρα την ψυχική οργάνωση των ασθενών σε σωματικά νοσήματα, αναπτύσσοντας μια εν-συναισθητική, υποστηρικτική σχέση με αυτά τα άτομα.

Μέσα από την εμπειρία μας εντοπίζεται το μέγεθος του προβλήματος, όπου σε ειδικότητες όπως στην Ογκολογία, παραμερίζεται και αποσιωπάται κάποιες φορές ο ψυχολογικός παράγοντας, με αποτέλεσμα να παραμελείται η ψυχολογική υπόσταση του ασθενούς και της οικογένειας του.

Σε αυτή τη γραμμή σκέψης, θεωρούμε ότι η εγκατάσταση μιας σταθερής, θεραπευτικής, υγιούς σχέσης με τα άτομα αυτά, βελτιώνει τη ψυχική τους κατάσταση και τη ποιότητα της ζωής τους.

-Πρόληψη

Σχεδιασμός στον τομέα της ψυχικής υγείας των Δημόσιων και Ιδιωτικών Υπηρεσιών για την πρόληψη μιας ψυχοσωματικής οργάνωσης στο παιδί. Σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές έρευνες, όσο πιο μικρό είναι το παιδί, τόσο πιο συχνά χρησιμοποιεί τον σωματικό δρόμο, για να εκφράσει τη δυσφορία του.

Ίδρυση υποστηρικτικών πλαισίων για ευάλωτα Κοινωνικά στρώματα και παιδιά που μεγαλώνουν μέσα σε Κρατικά Ιδρύματα. Σύμφωνα με την εμπειρία μας, τα παιδιά που είναι πιο επιρρεπή στις ψυχοσωματικές νόσους, είναι αυτά που έχουν βιώσει σοβαρές συναισθηματικές στερήσεις, που συνοδεύονται συχνά από άσχημες οικογενειακές ή κοινωνικές συνθήκες (κακοποίηση, παραμέληση, συγκρουσιακές οικογενειακές καταστάσεις, παιδιά που μεγαλώνουν σε Κρατικά Ιδρύματα κ.λ.π).

7.2. Για περαιτέρω επιστημονική έρευνα

Η αποκρυπτογράφηση της ψυχοσωματικής διαταραχής στηρίζεται στην έρευνα. Αυτή έχει πολυάριθμες πρωτοτυπίες όχι μόνο σε σχέση με τον ενήλικα, αλλά και στην ψυχιατρική του παιδιού λόγω της βαρύτητας της σωματικής νόσου, των αιτιολογικών παραγόντων της και των δευτερευουσών συνεπειών της για το παιδί και την οικογένεια του. Η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών επιβάλλει τη διενέργεια ερευνητικών μελετών για τη διερεύνηση άλλων διαστάσεων του θέματος και στη συνέχεια τη συνεργασία των αρμόδιων φορέων στη διατύπωση στρατηγικών και προτάσεων, για την πρόληψη και αντιμετώπιση του φαινομένου. Συγκεκριμένα προτείνονται οι ακόλουθες έρευνες:

- Σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων με εμφάνιση καρκίνου και σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο φύλων
- Στη διερεύνηση γενετικής προδιάθεσης και ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτών των ατόμων
- Στα χρόνια νοσήματα όπως το πεπτικό έλκος, το βρογχικό άσθμα, την ελκώδη κολίτιδα, την ιδιοπαθή υπέρταση
- Στη ψυχοσωματική του παιδιού και του έφηβου (άσθμα, έκζεμα, ψυχογενής νανισμός, ψυχογενής ανορεξία κλπ.)
- Στις μικροβιακές και ιογενείς ασθένειες (λοιμώδης μονοπυρήνωση, ζωστήρ)
- Στις πολύ πρώιμες ψυχοσωματικές παθολογίες στα παιδιά (σπασμοί από λυγμούς, ψυχογενές έκζεμα, άσθμα, κοιλιακοί πόνοι)
- Στις καρδιαγγειακές παθήσεις (υπέρταση, έμφραγμα του μυοκαρδίου)

Η παρούσα διατριβή ολοκληρώθηκε δίνοντας έμφαση προς την κατεύθυνση της περαιτέρω διερεύνησης του υπό μελέτη θέματος, με στόχο να

πραγματοποιηθούν συγκριτικές έρευνες, αλλά και να καταδειχθούν νέες διαστάσεις, που ενδεχόμενα συμβάλλουν στη ψυχοσωματική αποδιοργάνωση.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αριστοτέλης, Άπαντα 40, *Περὶ ψυχῆς,* Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1997.

Ayache L., *Ο Ιπποκράτης,* τι-ξέρω; Δαίδαλος-Ι.Ζαχαρόπουλος, Αθήνα, 1999.

Βασιλιάς Α., *Ενορμητική διαδικασία, έρωτας και θάνατος,* Αθήνα, εκδ. Γαβριηλίδης, 2002.

Βίννικοτ Ντ., *Το παιδί, το παιχνίδι και η πραγματικότητα,* Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 2000.

Βίννικοτ Ντ., *Το παιδί, η οικογένεια και ο εξωτερικός του κόσμος,* Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 2001.

Βίννικοτ Ντ., *Από την παιδιατρική στη ψυχανάλυση,* Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 2002.

Βοναπάρτη Μ., *Ταύτιση κόρης και πεθαμένης μητέρας,* Αθήνα, Εκδ. Άγρα, 2003.

Γαλανάκη Ε., *Η νεκρή μητέρα,* Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 2003.

Γαληνός, *Περί κράσεων,* Άπαντα 4, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 2000.

Γαληνός, *Περί μαρασμού, Περί των παρά φύσιν όγκων, Περί ανωμάλου δυσκρασίας,* Άπαντα 7, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 2002.

Γιαννίτση Γ. Σ., *Ψυχοσωματική και ομαδική ψυχοθεραπεία,* Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 1997.

Γκυρ Ζ., *Ψυχοσωματική και καρκίνος*, Αθήνα, εκδ. Χατζηνικολή, 1993.

Διεθνής Ταξινόμηση Ογκολογικού Νοσήματος, *ICD-O*, Δεύτερη έκδοση, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 1995.

Dessuant P., *Ο ναρκισσισμός*, Αθήνα, εκδ. Χατζηνικολή, 1992.

Επίκουρος, *Άπαντα*, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1994.

Επίκουρος, *Κείμενα – Πηγές της Επικούρειας Φιλοσοφίας και Τέχνης του Ζην,* Θεσσαλονίκη, εκδ. Θύραθεν, 2000.

Έρικσον Ε., *Η παιδική ηλικία και η κοινωνία,* Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 1990.

Golse B., Messerschmitt P., *Το παιδί σε κατάθλιψη,* Αθήνα, εκδ. Χατζηνικολή, 1987.

Ιγκρα Λ., *Αντικειμενοτρόπες σχέσεις και ψυχοθεραπεία*, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 1998.

Ιεροδιακόνου Σ. Χ., *Ψυχολογικά θέματα στον Αριστοτέλη*, Θεσσαλονίκη, εκδ. Μαστορίδης, 2004.

Ιπποκράτης, *Γενική Ιατρική,* Άπαντα 1, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1993.

Ιπποκράτης, *Παθολογία-Οφθαλμολογία,* Άπαντα 3, Αρχαία Ελληνική Γραμματεία "Οι Έλληνες" Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1992.

Κανελλοπούλου Β., *Ψυχαναλυτική θεώρηση του πόνου*, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 2000.

Κούζης Π. Αριστοτέλης., *Ο καρκίνος παρά τοις αρχαίοις Έλλησιν Ιατροίς,* Βιβλιοθήκη Ιστορίας της Ιατρικής αρ. 2, Αθήνα, επανεκδ. Αθ. Σταμούλης, 2004.

Kreisler L., *Η σύγχρονη ψυχοσωματική του βρέφους και του παιδιού,* σειρά: Ψυχαναλυτική βιβλιοθήκη για το παιδί και τον έφηβο, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 2001.

Kreisler L., *Η ψυχοσωματική του παιδιού,* Αθήνα, εκδ. Ι.Δ. Χατζηνικολή, 1994.

Kubler-Ross E., *Για τη ζωή μετά το θάνατο*, Αθήνα, εκδ. Δίοδος, 1999.

Kubler-Ross E., *Ο τροχός της ζωής*, Αθήνα, εκδ. Δίοδος, 1998.

Kubler-Ross E., *Θάνατος μια αλλαγή ζωτικής σημασίας*, Αθήνα, εκδ. Έσοπτρον, 2001.

Kubler-Ross E., *Θάνατος το τελικό στάδιο της εξέλιξης*, Αθήνα, εκδ.Δίοδος, 1998.

Kubler-Ross E., *Μαθήματα ζωής*, Αθήνα, εκδ.Europubli, 2004

Kubler-Ross E., *Το φως της ζωής*, Αθήνα, εκδ.Europubli, 2004

Laplanche J., *Ζωή και θάνατος στην Ψυχανάλυση*, Αθήνα, εκδ. Νεφέλη-Ψυχανάλυση, 1988.

Μπόλμπυ Τ., *Δημιουργία και διακοπή των συναισθηματικών δεσμών*, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 1995.

Μίλερ Λ., *Κατανοώντας το βρέφος σας,* Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 2000.

Νικολαίδης Ν., *Γλώσσα, Ενόρμηση, Συμβολισμός,* Αθήνα, εκδ. Ίκαρος, 2005.

Ντολτό Φ., *Μιλώντας για το θάνατο*, Αθήνα, εκδ. Πατάκη, 2000.

Ντολτό Φ., *Σεμινάριο ψυχανάλυσης παιδιών*, Α΄ τόμος, Αθήνα, εκδ. Βιβλιοπωλείο της Εστίας, 1989.

Ντολτό Φ., *Σεμινάριο ψυχανάλυσης παιδιών*, Β΄ τόμος, Αθήνα, εκδ. Βιβλιοπωλείο της Εστίας, 1999.

Ντολτό Φ., *Σεμινάριο ψυχανάλυσης παιδιών, Ασυνείδητο και πεπρωμένα*, Γ΄ τόμος, Αθήνα, εκδ. Βιβλιοπωλείο της Εστίας, 1999.

Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, *Ογκολογική ενημέρωση, Εξελίξεις στη Γενετική,* Τόμος 7ος, τεύχος 3, Αθήνα, 2005.

Παπαναστασίου Κ., *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Λευκωσία, 1996.

Πλάτων, *Φαίδων η περί ψυχής,* Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, Οι Έλληνες ν° 180, Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1993.

Πλάτων, *Ίππαρχος, Θεάγης, Χαρμίδης,* Αρχαία Ελληνική Γραμματεία, Οι Έλληνες ν° 186, Αθήνα, εκδ. Κάκτος, 1993.

Ραιμπώ Ζ., *Το παιδί και ο θάνατος*, Αθήνα, εκδ. Κέδρος, 1996.

Ράιχ Β., *Το ένστικτο του θανάτου*, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 1990.

Ρήγα Α.Β., *Καρκίνος : από τη μητέρα στην κόρη η δυναμική της επανάληψης*, Αθήνα, εκδ. Παπαζήση, 2005.

Ρήγα Α.Β., *Μαρία Τ.. Ιστορία ζωής, ψυχοβιογραφική προσέγγιση*, Αθήνα, εκδ. Παπαζήση, 2005.

Τέιλορ Γ.Κ., *Ψυχοσωματική Ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση,* σειρά: Σύγχρονη βιβλιοθήκη για την ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 2001.

Τσεκουράκης Δ., *Ιπποκράτης, Περί αρχαίης ιητρικής,* Δαίδαλος-Ι.Ζαχαρόπουλος, Αθήνα 2001.

Τσιάντης Γ., Δραγωνά Θ., *Μωρά και μητέρες,* Αθήνα, Δεύτερη έκδοση, εκδ. Καστανιώτη, 2000.

Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ., *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, δεύτερος τόμος,, πρώτο μέρος,,* Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 1988.

Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ., *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, δεύτερος τόμος,, δεύτερο μέρος,,* Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 1988.

Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος Σ., *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, τρίτο μέρος,,* Αθήνα, εκδ. Καστανιώτη, 1988.

Τσιάντης Γ., Ξυπολητά-Ζαχαριάδη Α., *Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών*, Αθήνα, εκδ., Καστανιώτη, 2001.

Φρόυντ Σ., *Πέραν της αρχής της ηδονής*, Αθήνα, εκδ. Επίκουρος, 2001.

Φρόυντ Σ., *Εισαγωγή στη ψυχανάλυση*, Αθήνα, Σύγχρονη Βιβλιοθήκη, εκδ. Γκοβόστη.

Ψυχαναλυτικά κείμενα, *Ελληνική ψυχαναλυτική Εταιρεία*, Αθήνα, εκδ. Νεφέλη, 1990.

Ψυχαναλυτικό περιοδικό, *Ο θάνατος στη ζωή*, Εκ των υστέρων, Αθήνα, Ιούνιος ν 7, εκδ. Εξάντας, 2002.

Ψυχαναλυτικό περιοδικό, *Πεπρωμένα του τραυματικού ΙΙ*, Εκ των υστέρων, Αθήνα, Ιούνιος ν 12, εκδ. Εξάντας, 2004.

Ψυχαναλυτικό περιοδικό, *Απώλειες και η εργασία του πένθους*, Εκ των υστέρων, Αθήνα, Ιούνιος ν 13, εκδ. Εξάντας, 2005.

McWilliams N., *Ψυχαναλυτική Διάγνωση*, Αθήνα, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 2000.

Winnicott W.D., *Διαδικασίες Ωρίμανσης & Διευκολυντικό Περιβάλλον*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2003.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aisentein M. et al, *Les rêves chez les somatisants,* Actualités psychosomatiques n° 4, Paris, Georg, 2001.

Amar N., Couvreur C., Hanus M., *Le deuil*, Paris, P.U.F, 2002.

Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, *Suivi psychologique des patientes ayant été traitées pour un cancer du sein non métastasé*, Paris, E.d.k., 2000.

Bolger N., Foster M., Vinokur A., *Close relationships and adjustment to a life crisis: the case of breast cancer,* J Pers Soc Psychol 70 (2): 283-294. 1996.

Bokanowski T. et al, *Trammatismes,* Actualités psychosomatiques n° 3, Paris, Georg, 2000.

Boubli M., et al., *Somatisation à l'adolescence,* Actualités psychosomatiques n° 6, Paris, Georg, 2003.

Bourgeois M.L. *Deuil normal, deuil pathologique : clinique et psychopathologie*, Paris, Références en Psychiatrie, Doin, 2003.

Bowlby J., *Attachement et perte, « L'attachement »,* Paris, P.U.F., 2002.

Bowlby J., *Attachement et perte, « La séparation angoisse et colère »,* Paris, P.U.F., 1998.

Bowlby J., *Attachement et perte, « La perte »,* Paris, P.U.F., 2002.

Cady S., Roseau C., *Les métamorphoses du corps,* Paris, L'Harmattan, 1996.

Célérier M.C., *Psychothérapie des troubles somatiques,* Paris, Dunod, 2003.

Champ Psychosomatique, *Douleurs et souffrances*, n° 19, Paris, L'esprit du temps, 2000.

Cooper D., *Mort de la famille,* Paris, Du Seuil, 1972.

Cyrulnik B., *Les nourritures affectives*, Paris, Odile Jacob, 2000.

Cyrulnik B., *Un merveilleux malheur*, Paris, Odile Jacob, 2002.

Dantzer R., *L' illusion psychomatique,* Paris, Odile Jacob, 1989.

Debray R., *Pierre Marty Psychanalystes d'aujourd hui,* Paris, Puf, 1998.

Debray R., Dejours C., Fédida P., *Psychopathologie de l'expérience du corps,* Paris, Dunod, 2002.

De Franceschi E., *Amor artis : pulsion de mort, sublimation et création,* L'œuvre et la psyché, Paris, L'Harmattan, 2000.

Dejours C. et al. *Somatisation psychanalyse et sciences du vivant*, Paris, Eshel, 1994.

Dejours C., *Le corps, d'abord : corps biologique, corps érotique et sens moral,* Paris, Payot, 2003.

Deschamps D. *Psychanalyse et cancer : au fil des mots... un autre regard,* Paris, L'Harmattan, 1997.

Dolto F., *La vague et l'océan, Séminaire sur les pulsions de mort (1970-1971)*, Paris, Gallimard, 2003.

Dolto F., *La difficulté de vivre*, Paris, Vertiges du Nord/Carrere, 1986.

Dumet N., *Clinique des troubles psychosomatiques*, Paris, Dunod, 2002.

Feissel-Leibovici A., *Le gène et son génie: patient, médecin, psychanalyse face à l' hérédité et au cancer*, Paris, Érès, 2001.

Ferragut E. et al, *Le corps dans la prise en charge psychosomatique*, Paris, Masson, 2003.

Ferro A., *Facteurs de maladie facteurs de guérison*, Paris, In press, 2004.

Filliozat I., Roubeix H., *Le corps messager*, La Méridienne édition, 2003.

Freud S., *L'avenir d'une illusion*, Paris, Quadrige, Puf, 1995.

Freud S., *Le malaise dans la culture*, Paris, Quadrige, Puf, 1995.

Freud S., *Névrose, psychose et perversion*, Paris, Puf, 1992.

Freud S., *La vie sexuelle*, Paris, Puf, 1992.

Freud S., *Cinq psychanalyses*, Paris, Puf, 1995.

Freud S., *Essais de psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1981.

Freud S., *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1992.

Freud S., *Psychopathologie de la vie quotidienne*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1992.

Freud S., *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1991.

Freud S., *Inhibition, symptŏme et angoisse*, Paris, Quadrige, Puf, 1993.

Freud S., *Le mot d'esprit et sa relation à l' inconscient*, Paris, Gallimard, 1992.

Freud S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Paris, Gallimard, 1992.

Groddeck G., *La maladie l' art et le symbole, Connaissance de L' Inconscient*, Callimard, 1969.

Groddeck G., *Le livre du ça*, Paris, Gallimard, 1973.

Guir J. *Psychosomatique et cancer*, Paris, Points hors ligne, 1983.

Kamieniecki H., *Histoire de la psychosomatique*, Paris, Puf, Que sais-je, 1994.

Keller P.H., La médecine psychosomatique en question, Paris, Odile Jacob, 1997.

Kernberg O., *La personnalité narcissique*, Paris, Dunod, 1997.

Kreisler L., Fain M., Soulé M., *L'enfant et son corps,* Paris, Le fil rouge, Puf, 1999.

Kreisler L., *La psychosomatique de l'enfant,* Paris, Puf, Que sais-je, 1989.

Kristeva J., *Soleil noir*, dépression et mélancolie, Paris, Gallimard, 1987.

Le Goues G., Pragier G., *Cliniques Psychosomatiques*, Monographies de la Revue Française de Psychanalyse, Paris, Puf, 1997.

LeShan L., Psychological states as factors in the development of malignant disease: A critical review. *J. Nat. Cancer Institute,* 22:1-18.

LeShan L., An emotional life history pattern associated with neoplastic disease. *Ann.N.Y. Acad.Sci.,* 125:780-782.

Marty P., *La psychosomatique de l'adulte,* Paris, Puf, Que sais-je, 2000.

Marty P., De M'Uzan M., David C., *L'investigation psychosomatique,* Paris, Quadrige, Puf, 2003.

Marty P., *Les mouvements individuels de vie et de mort /1. Essai d'économie psychosomatique/1*, Paris, Payot, 1998.

Marty P., *L'ordre psychosomatique. Les mouvements individuels de vie et de mort /2,* Paris, Payot, 1998.

Nabati M., *La dépression : une maladie au une chance?*, Fayard, 2005.

Nicolaïdis N. et Press J., *La psychosomatique, hier et aujourd'hui*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1995.

Olievenstein C., *Le non- dit des émotions*, Paris, Odile Jacob, 2000.

Pavlidis N., Chirigos M., *Psychosomatic Medecine,* 1980.

Pedinielli J.L., *Psychosomatique et alexithymie*, Paris, P.U.F., 1992.

Phillips A., *La mort qui fait aimer la vie : Darwin et Freud*, Paris, Désir/Payot, 2000.

Popesco – Athanassiou C., *Le narcissisme de soi à l'autre*, Dellachaux et niestle, Paris, 2003.

Popesco – Athanassiou C. et al, *Winnicott insolite*, Paris, Puf, 2004.

Raimbault G., *L'enfant et la mort*, Paris, Privat, 1990.

Razavi D., Delvaux N., *Interventions psycho-oncologiques : la prise en charge du patient cancéreux,* Paris, Masson 2002.

Razavi D., Delvaux N., *Psycho-oncologie : le cancer, le malade et sa famille*, Paris, Masson 2002.

Revue française de psychosomatique, *Maladies à crises,* n°12, 1997, Paris, Puf, 1998.

Revue française de psychosomatique, *Interpréter,* n°16, Paris, Puf, 1999.

Revue française de psychosomatique, *Masochismes et maladie,* n°18, 2000, Paris, Puf, 2001.

Revue française de psychosomatique, *Mentalisation démentalisation I,* n°19, Paris, Puf, 2001.

Revue française de psychosomatique, *Mentalisation démentalisation II,* n°20, 2001, Paris, Puf, 2002.

Revue française de psychosomatique, *Symbolisme organique,* n°21, Paris, Puf, 2002.

Revue française de psychosomatique, *La question de l'immunité,* n°23, Paris, Puf, 2003.

Sami-Ali, Bensoussan M, Boque P. et al *Le cancer* Edk.

Sami-Ali et al, *Manuel des thérapies psychosomatiques*, Paris, Dunod, 2001.

Sami-Ali, *Corps réel Corps imaginaire*, Paris, Dunod, 1998.

Sami-Ali, *Le rêve et l'affect, Une théorie du somatique*, Paris, Dunod, 1997.

Schmidt-Hellereau C., *Pulsion de vie, pulsion de mort*, Libido et Léthé, Delachaux et Niestlé, 2000.

Shentoub V., et Coll, *Manuel d'utilisation du T.A.T. (approche psychanalytique)*, Paris, Dunod, 1998.

Simonton O. C., et al *Getting Well Again,* United States, Mass Market Paperback, 1992.

Taylor G.J., Bagby R. M., Luminet O. assessment of alexithymia: self-report and observer-rated measures In J.D.A. Parker and R. Bar-On (Eds.). *The handbook of emotional intelligence.* (pp. 301- 319). San Francisco, CA: Jossey Bass. 2000Tisseron S., *Vérités et mensanges de nos émotions,* Albin Michel, 2005.

Winnicott W. D., L' enfant et sa famille, Paris, Payot, 2002.

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ

Α) Πρακτικά του 2ου Πανελλήνιου Ιατρικού Συνεδρίου, *Ανάτυπον - Μεθοδολογία της ιατρικής επίσκεψης,* Αθήνα 1976.

Β) Πρακτικά του 5ου Συμποσίου Ψυχο-Ογκολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Οκτώβριος 2003.

Γ) Πρακτικά του 9ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα, Οκτώβριος 2005.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

http://psy.psychiatryonline.org/cgi/content/full/43/6/472

http://health.ana-mpa.gr/articleview3.php?id=450

http://users.med.auth.gr/~dmallis/

http://www.stress.gr/article.php?id=5

www.aide-emploi.net

www.levillage.org

http://www.ipa.org.uk/

http://www.associationpsychanalytiquedefrance.org/

http://www.apsa.org/

Παράρτημα Ι

Ψυχοσωματικό Ερωτηματολόγιο του Beth Israel Hospital

(Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire)

Όνομα ασθενούς :

Όνομα του θεραπευτή :

Ημερομηνία :

Ο ασθενής:

	Απαντήστε με	Ναι	Όχι
1)*	Μιλάει για άπειρες λεπτομέρειες και όχι για συναισθήματα;	☐	☐
2)*	Χρησιμοποιεί τις σωστές λέξεις για να περιγράψει ένα συναίσθημα;	☐	☐
3)	Έχει πλούσιο λεξιλόγιο;	☐	☐
4)	Έχει τελειώσει το Κολέγιο;	☐	☐
5)	Προέρχεται από χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης ομάδα;	☐	☐
6)*	Έχει πλούσια φαντασιωτική ζωή;	☐	☐
7)*	Χρησιμοποιεί τη πράξη για να εκφράσει συναίσθημα;	☐	☐
8)*	Χρησιμοποιεί τη πράξη για να αποφύγει συγκρούσεις;	☐	☐
9)	Κλαίει εύκολα;	☐	☐
10)	Το κλάμα του συνδέεται με χαρά; Λύπη; Ματαίωση;	☐	☐

11) Εμφανίζει απρόσφορο συναίσθημα; ☐ ☐

12)* Τείνει να περιγράψει τις περιστάσεις γύρω από κάποιο γεγονός και όχι τα συναισθήματα; ☐ ☐

13)* Έχει δυσκολίες στην επικοινωνία; ☐ ☐

14) Χρησιμοποιεί κάποια από τις παρακάτω λέξεις

α) θυμός	☐	β) ταραχή	☐
γ) άγχος	☐	δ) ενόχληση	☐
ε) ανησυχία	☐	στ) κενό	☐
ζ) φόβος	☐	η) ματαίωση	☐
θ) δυστυχία	☐	ι) αβοήθητος	☐
ια) απελπισία	☐	ιβ) ευέξαπτος	☐
ιγ) χαρά	☐	ιδ) νευρικότητα	☐
ιε) μνησικακία	☐	ιστ) λύπη	☐

15) Ονειρεύεται; ☐ ☐

16)* Το ονειρικό περιεχόμενο συνδέεται περισσότερο με τα εξωτερικά γεγονότα και λιγότερο με φαντασιώσεις και συναισθήματα; ☐ ☐

17) Η εμφυΐα του ασθενούς είναι πάνω από το μέσο όρο; ☐ ☐

---

*= ερώτηση-κλειδί για την αλεξιθυμία

Παράρτημα ΙΙ

Δοκιμασία SAT9

Οδηγίες προς ασθενή: Χρησιμοποιώντας τα υλικά που σας παρέχονται (χαρτί και μολύβι δίχως γόμα) και μέσα σε 30 λεπτά, κάντε ένα σχέδιο που να συνδέεται με τα εξής 9 θέματα:

Ένας καταρράκτης, ένα σπαθί, ένα καταφύγιο, ένα καταβροχθιστικό τέρας, κάτι κυκλικό (το οποίο περιστρέφεται, αναπαράγεται, προοδεύει), ένας ήρωας, νερό, ένα ζώο (πουλί, ψάρι, ερπετό ή θηλαστικό) και φωτιά. Στην συνέχεια γράψτε μια μικρή ιστορία εξηγώντας το σχέδιο σας.

.....
.....
.....
.....
.....

Ερωτηματολόγιο SAT9

Ι. Απαντήστε στις ερωτήσεις που ακολουθούν:

Α. (α) Ποία ήταν η βασική ιδέα γύρω από την οποία φτιάξατε το σχέδιο σας;

(β) Διστάσατε μεταξύ κάποιων διαφορετικών λύσεων;

(γ) Εάν ναι, ποιες ήταν αυτές;

Β. Από πού αντλήσατε την έμπνευση σας για αυτό το σχέδιο; (βιβλίο, κινηματογραφική ταινία κτλ.)

Γ. Μεταξύ των εννέα στοιχείων που χρησιμοποιήσατε στο σχέδιο σας, σημειώστε:

1. Το βασικό στοιχείο γύρω από το οποίο φτιάξατε το σχέδιο σας

2. Τα στοιχεία που θα θέλατε να παραβλέψετε. Γιατί;

Δ. Πως φαντάζεστε να τελειώνει η σκηνή που απεικονίσατε:

Ε. (α) Εάν επρόκειτο να συμμετάσχετε στην σκηνή πού ζωγραφίσατε, που θα ήσασταν;

(β) Τι θα κάνατε;

ΙΙ. Στο πίνακα που ακολουθεί σημειώστε:

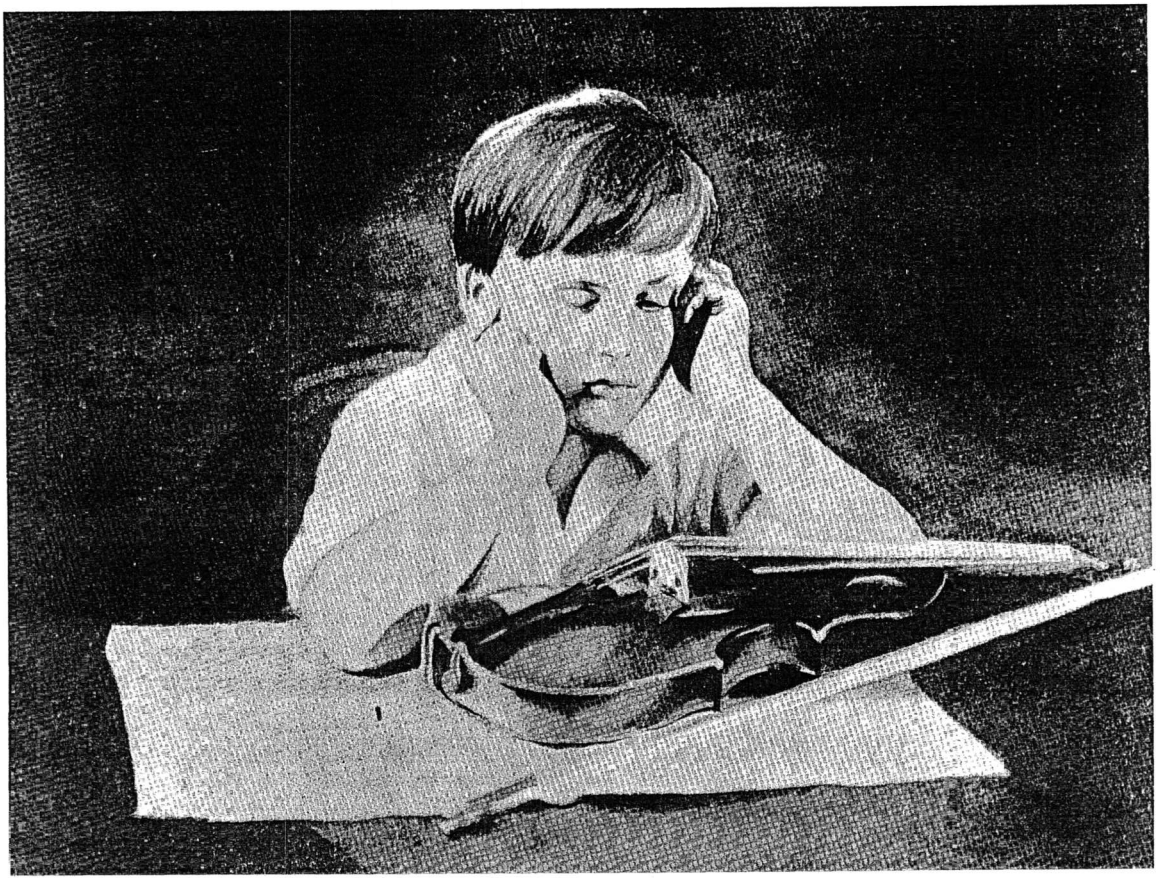
1) Στη στήλη Α, τι επιλέξατε να αντιπροσωπεύει τα 9 στοιχεία.
2) Στη στήλη Β, το ρόλο που παίζουν τα 9 στοιχεία που έχουν επιλεγεί.
3) Στη στήλη Γ, το προσωπικό νόημα που έχετε αποδώσει και 9 επιλεγμένα στοιχεία.

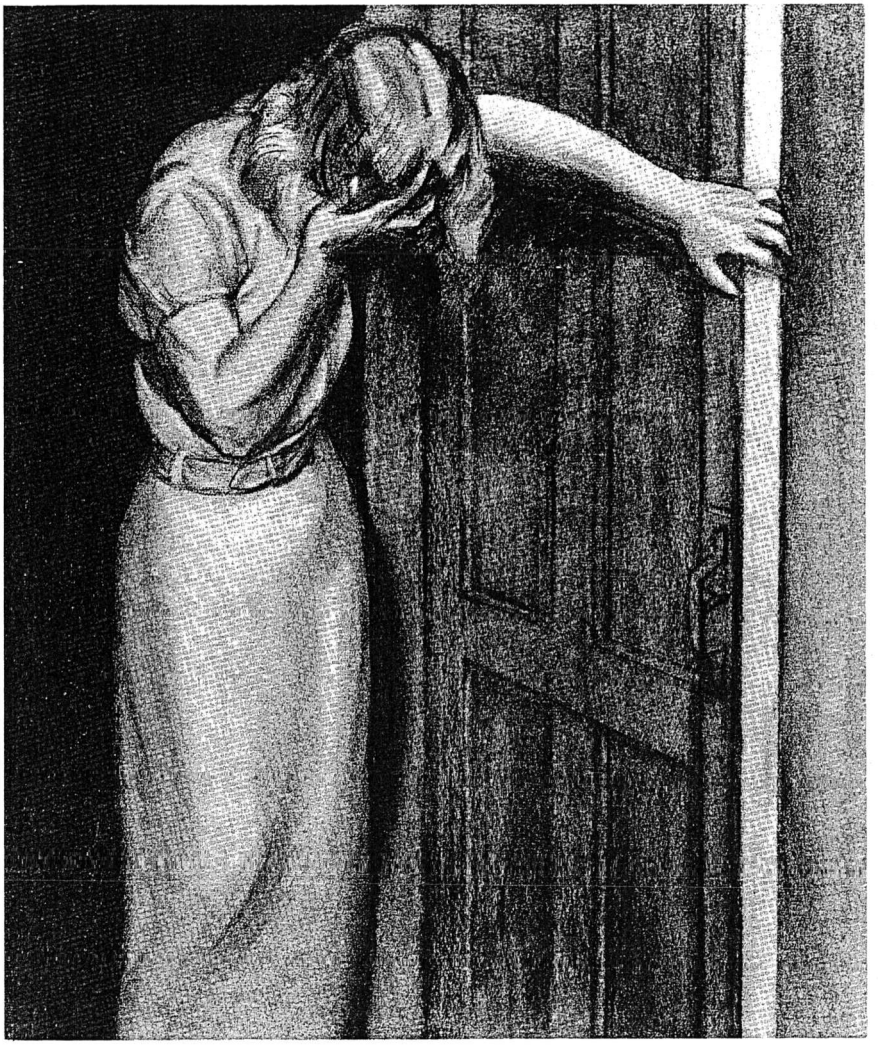
ΘΕΜΑΤΑ	Α Αντιπροσωπεύεται από	Β Ρόλος	Γ Νόημα
1. Καταρράκτης			
2. Σπαθί			
3. Καταφύγιο			
4. Τέρας			
5. Κυκλικό			
6 Ήρωας			
7. Νερό			
8. Ζώο			
9. Φωτιά			

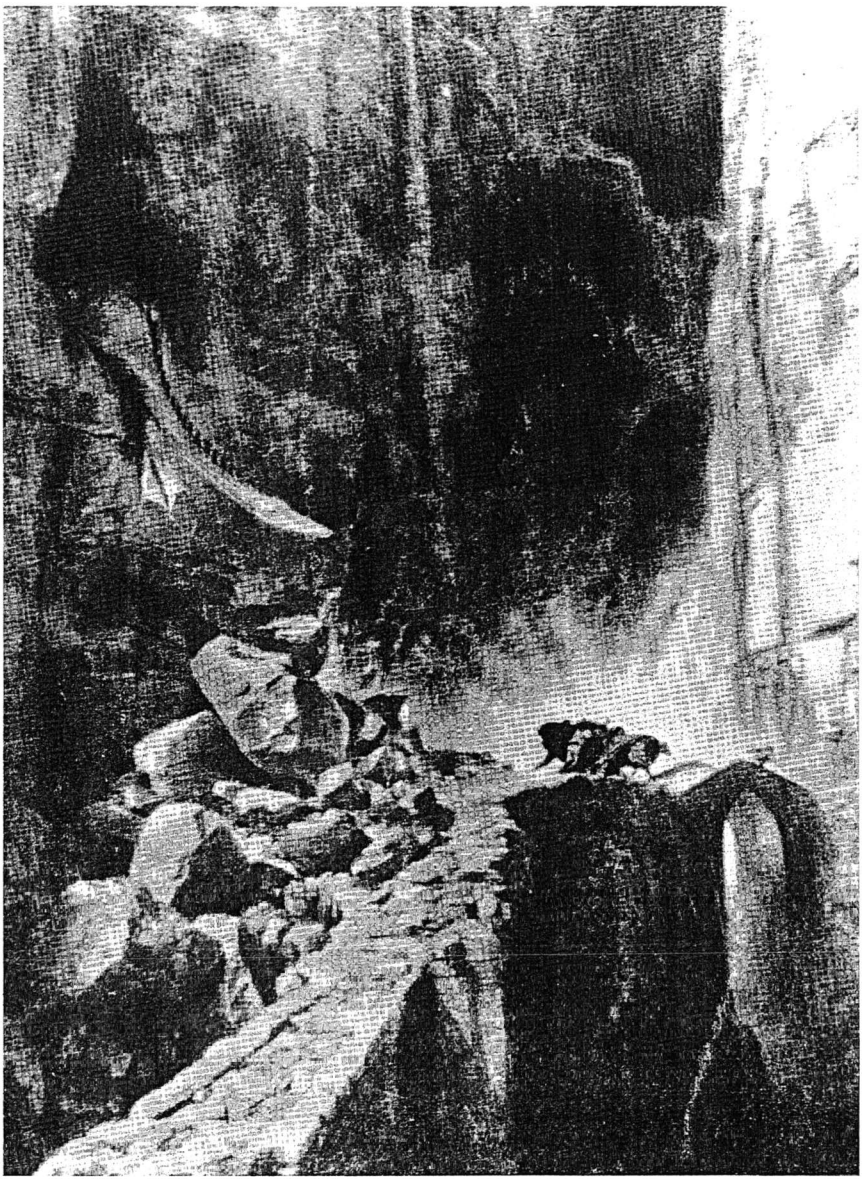
Παράρτημα ΙΙΙ

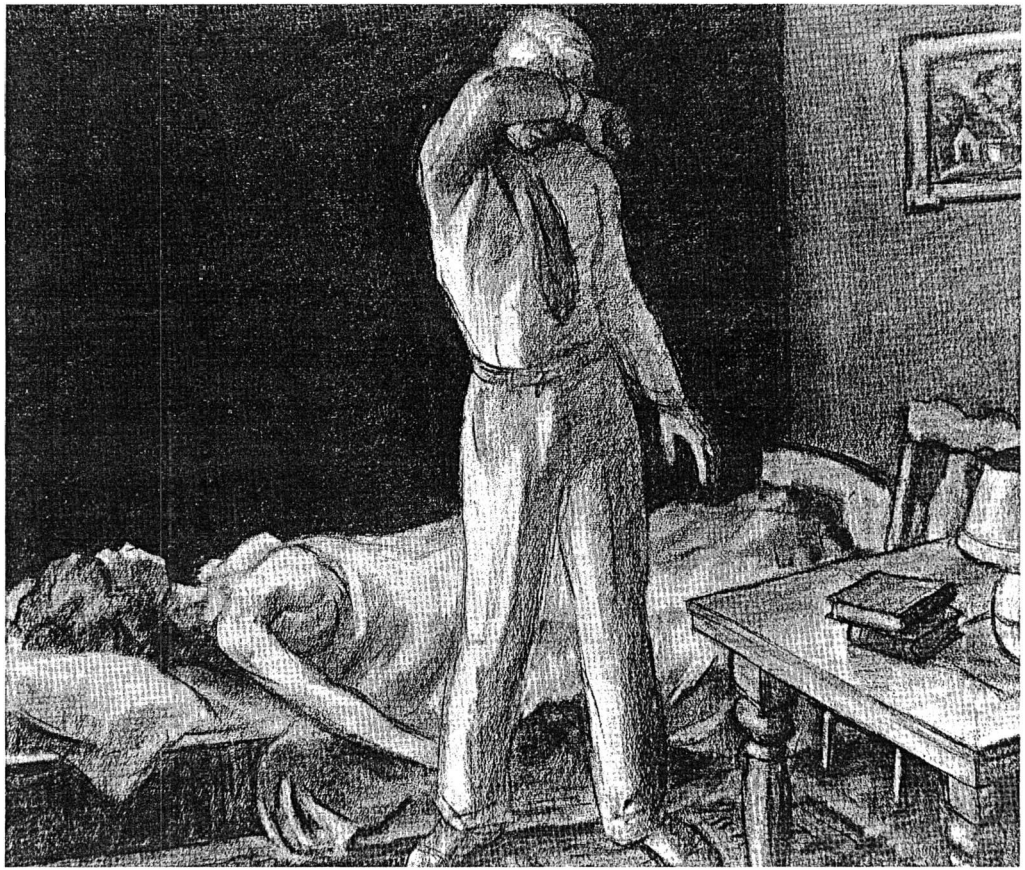
Δοκιμασία Θεματικής Αντίληψης

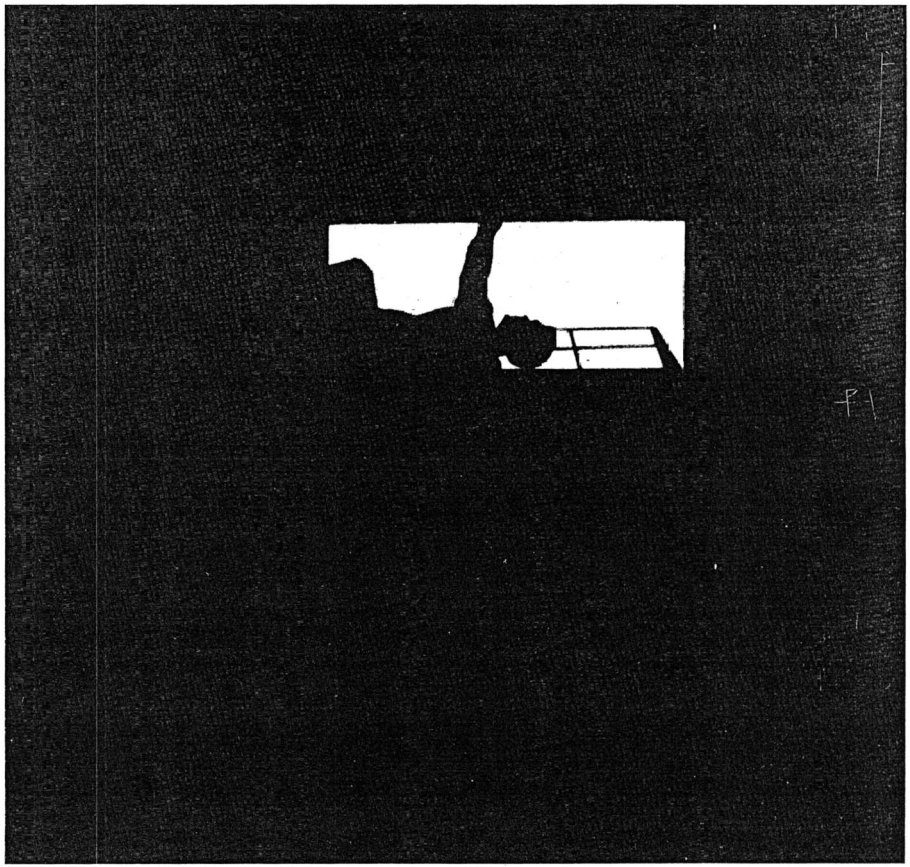
Thematic Apperception Test - Henry A. Murray, M.D

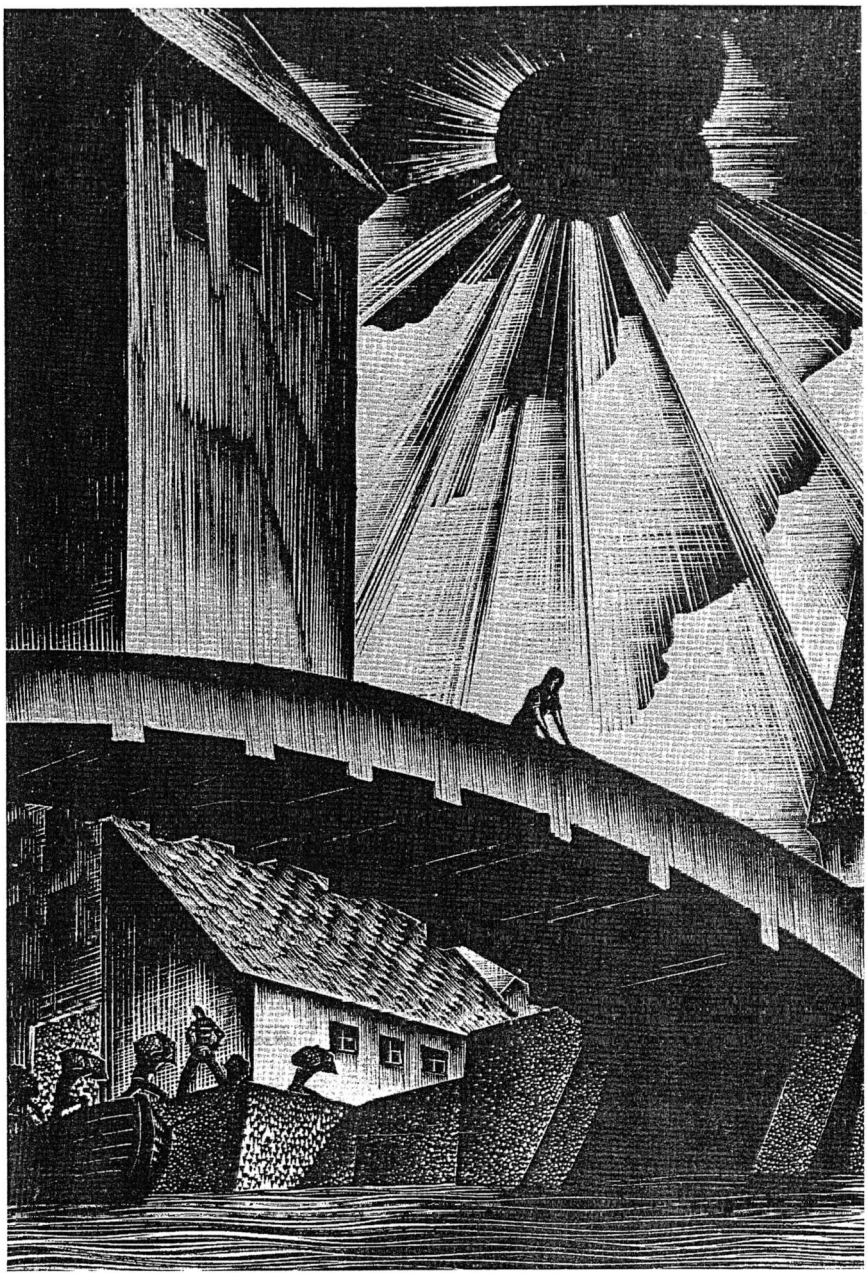












Παράρτημα IV

Σχέδιο SAT9

Vapo