



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΕΘΝΙΚΟΝ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ**

ΚΟΥΓΙΟΥΜΖΟΓΛΟΥ Π. ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
(Thematic Apperception Test): ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ, 2019

**Σε όσους κλήθηκαν και κατάφεραν
να αποχαιρετήσουν...**

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
(Thematic Apperception Test): ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΘΕΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ
(Thematic Apperception Test): ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΘΗΝΑ, 2019

ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. **ΜΥΣΤΑΚΙΔΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ**, Καθηγήτρια Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας της Ιατρικής Σχολής, του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (επιβλέπουσα)
2. **ΧΑΤΗΡΑ ΚΑΛΙΟΠΗ**, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Σχολής Κοινωνικών Επιστήμων του Τμήματος Ψυχολογίας, Πανεπιστημίου Κρήτης (μέλος)
3. **ΣΑΚΚΑΣ ΠΑΥΛΟΣ**, Καθηγητής Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (μέλος)

«Η έγκρισις μεταπτυχιακής διατριβής υπό της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών δεν υποδηλοί την αποδοχή των γνωμών του συγγραφέως". (Ν. 5343/32, άρθρο 202/2)».

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	13
ABSTRACT	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
1.1 Ανακουφιστική και Υποστηρικτική Φροντίδα	17
1.2. Συναφείς Έρευνες	20
1.3 Παρουσίαση Ερευνητικής Πρότασης	23
1.4 Στοιχεία Μεθοδολογίας	25
Α. Δείγμα	25
Β. Ερευνητικά Ερωτήματα	27
Γ. Ανάλυση Δεδομένων	28
Δ. Εργαλεία Έρευνας	29
Ε. Περιγραφή Εργαλείων Έρευνας	29
Ι. Ημιδομημένη Κλινική Συνέντευξη Ψυχολογικού Προφίλ Ογκολογικών Α-σθενών	29
ΙΙ. Δοκιμασία Θεματικής Αντίληψης (Thematic Apperception Test)	33
ΣΤ. Η Επιλογή της Ποιοτικής Μεθόδου της Παρούσας Έρευνας: Μνεία στην Εγκυρότητα και στην Αξιοπιστία των Ποιοτικών Εργαλείων της Μελέτης	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
2.1 Διενέργεια Συνεντεύξεων και Κλινικών Αξιολογήσεων (TAT)	45
2.2 Αποτελέσματα ημιδομημένης κλινικής συνέντευξης	47
Α. Συναισθηματικές εκδηλώσεις και ανάγκες κατά την ανακοίνωση των δυσάρεστων διαγνωστικών ειδήσεων	47
Β. Η σημαντικότητα της «Συνοδείας»	50
Γ. Οι όγκοι αγωνίας στο «εδώ και τώρα», ανάδυση επιθυμιών και αμυντικότητα	51
Δ. Γνωσιακές εμπαγιδεύσεις συνδεόμενες με την ασθένεια	54
2.3 Δεδομένα Ανάλυσης Δοκιμασίας Θεματικής Αντίληψης	58
Case 1	58
Case 2	60
Case 3	64
Case 4	66
Case 5	69

Case 6	72
Case 7	76
2.4 Ανάδυση του Κλινικού Ψυχολογικού Προφίλ των Α-σθενών	80
Α. Απαρτίωση της εικόνας του σώματος και του Εγώ	80
Β. Επίπεδα οργάνωσης των Ψυχοσυγκρούσεων	83
Γ. Ανάγκες, συναισθήματα, αμυντικές λειτουργίες και άγχη	84
2.5. Συζήτηση	90
2.6 Ερευνητικοί Περιορισμοί	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	111

Ευχαριστίες

Επιθυμώ να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, αρχικά στην επιβλέπουσα μου Κυριακή Μυστακίδου, η οποία με ενέπνευσε ήδη από τα πρώτα μεταπτυχιακά σεμινάρια, με βοήθησε, με καθοδήγησε και με στήριξε ουσιαστικά σε όλα τα στάδια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, επιδεικνύοντας υπομονή, κατανόηση και εμπιστοσύνη στο πρόσωπό μου.

Εκτείνω, επίσης, θερμές ευχαριστίες προς την Καλλιόπη Χατήρα για το ειλικρινές ενδιαφέρον της κατά την πορεία συγγραφής της παρούσας, τα ενθουσιώδη σχόλια αναφορικά με το υπό μελέτη υλικό, την ανατροφοδότηση σε καίρια σημεία, και την πίστη της στη σημαντικότητα του εγχειρήματος αυτού. Ούσα πολλά περισσότερα από καλή γνωστής του συγκεκριμένου κλινικού πεδίου, η ακαδημαϊκή μας συνάντηση υπήρξε ευλογία ως προς την εξέλιξη της σκέψης μου...

Επίσης, ευχαριστίες στον Παύλο Σακκά για την ουσιαστική συμβολή του ως προς την λειτουργικότερη δομική παρουσίαση της διπλωματικής εργασίας. Τα επιμέρους σχόλιά τους απετέλεσαν πυξίδες προσανατολισμού κατά τη διαχείριση του ογκώδους κλινικού υλικού. Από ψυχής τους ευχαριστώ!

Θέλω, επίσης, να ανατρέξω λίγο πιο πίσω ακαδημαϊκά και να υποβάλω δεσμούς ευχαριστιών προς εκείνη που μου έδωσε το πρώτο κλινικό εναρκτήριο λάκτισμα. Οι ευχαριστίες εδώ συγκεκριμένα για την Αντζυ Παλαιολόγου, χωρίς την συμβολή της οποίας δύσκολα θα βρισκόμουν εδώ που βρίσκομαι σήμερα ως κλινικός... Ομόλογες ευχαριστίες οφείλω να υποβάλω και στη Ντόνα Παπαστυλιανού για την ίδια πρώιμη τότε εμπιστοσύνη στην ικανότητα εξέλιξης της σκέψης μου και για την ουσιαστική αρωγή της σε διάφορες φάσεις ζωής.

Για τις αγωνίες που μοιραστήκαμε, για τα γόνιμα σχόλια, για τις ευχάριστες στιγμές, για τη ουσιαστική υποστήριξη, και, κυρίως για τη συνοδεία, θερμά ευχαριστώ τους συνάδελφους Μάνο Παπαδάκη, Έφη Πάρπα, Τζοβάννα Μπιτχαβά, Ελένη Τσίλικα, Νικολέττα Λαβδά, Μαρία Παπανικολάου.

Ευχαριστώ θερμότατα τη σύζυγο μου Σιμόνα και την κόρη μου Μαριάνδρεα που λειτουργεί σταθερά ως φάρος της έμπνευσής μου, καθώς και τους γονείς μου

Παντελή και Μαρία, την αδερφή μου Κατερίνα, οι οποίοι καρτερικά υπομένουν τις απουσίες μου. Το ευχαριστώ για τη συνεχή ηθική και ψυχολογική τους στήριξη σε όλη τη διάρκεια ολοκλήρωσης αυτού του μακροχρόνιου εγχειρήματος είναι λίγο.

Το μεγαλύτερο, ωστόσο, ευχαριστώ ανήκει στους α-σθενείς μου στους οποίους συνειδητά επιλερώ να αφιερώσω την παρούσα μεταπτυχιακή εργασία. Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς το Ίδρυμα Δωδεκανησιακών Υποτροφιών, του οποίου έχω την τιμή να τυγχάνω υπότροφος για τη φοίτησή μου σε αυτό το ΠΜΣ και ως εκ τούτου είχα τη δυνατότητα να αφοσιωθώ απερίσπαστος στη συγγραφή του παρόντος πονήματος, περατώνοντας «εν αριστεία» τις μεταπτυχιακές μου σπουδές.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μελέτη του κλινικού ψυχολογικού προφίλ των α-σθενών με καρκίνο έχει έλξει επιστημονικό ενδιαφέρον σε επίπεδο ερευνητικών απολογισμών ποσοτικού κυρίως προσανατολισμού. Η ποιοτική μελέτη της ψυχολογικής φυσιολογίας των α-σθενών της συγκεκριμένης διαγνωστικής κατηγορίας, παρά το γεγονός ότι δεν απουσιάζει εντελώς, ωστόσο τα ευρήματά της δείχνουν να επιδέχονται εμπλουτισμού, επικαιροποίησης και – γιατί όχι- επιβεβαίωσης και αναθεώρησης. Η ανά χείρας μελέτη στοχεύει στην ανάδειξη του ψυχολογικού προφίλ μέσα από ποιοτικά φίλτρα, συγκεκριμένα μέσα από τη χρήση μίας ειδικά κατασκευασμένης για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης ημιδομημένης κλινικής συνέντευξης, καθώς επίσης και μέσα από τη χρήση της προβολικής δοκιμασίας θεματικής αντίληψης, αξιοποιώντας τις αρχές ανάλυσης της θεμελιωμένης θεωρίας. Η ημιδομημένη κλινική συνέντευξη φάνηκε να αναδεικνύει επαρκώς τα συναισθηματικά φορτία και τις ανάγκες των α-σθενών κατά την ανακοίνωση των δυσάρεστων διαγνωστικών ειδήσεων, πριν τη λήψη υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας, καθώς και τους μετέωρους όγκους αγωνίας τους στο «εδώ και τώρα», τις επιθυμίες και τις εκδηλώσεις αμυντικότητας. Βρέθηκαν, επίσης, από τις αφηγήσεις των υποκείμενων, για πρώτη φορά στο οικείο ερευνητικό πεδίο (ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας) τρεις (3) γνωσιακού τύπου εμπαιγδύσεις συνδεόμενες άρρηκτα με την εκδήλωση της ασθένειας. Η ολοκλήρωση της σκιαγράφησης του ψυχολογικού προφίλ των συμμετεχόντων καθίσταται εφικτή με τη χρήση της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης, καθώς βρέθηκε καταλληλότερη από το πρώτο εργαλείο να αναδείξει πιο εσωτερικές, πιο άρρητες, πιο αθέατες και αρά πιο παγιωμένες συναισθηματικές και νοητικές διεργασίες, αλλά και καταλληλότερη για την εκτίμηση των επίπεδων αμυντικών λειτουργιών. Τα ευρήματα αμφοτέρων των εργαλείων υπέστησαν επεξεργασία με βάση τις μεθοδολογικές αρχές της θεμελιωμένης θεωρίας και με αμιγώς ψυχοδυναμικά ερείσματα. Τέλος, γίνεται αναφορά στην αξιοποίηση των ευρημάτων της μελέτης τόσο στην κλινική πράξη με τους ογκολογικούς α-σθενείς, όσο και στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, χωρίς να απουσιάζει η αναφορά στους ερευνητικούς περιορισμούς που μοιραία «συντροφεύουν» κάθε μελέτη.

ABSTRACT

The study of the clinical psychological profile of the cancer patients has received increasing attention and interest in the scientific community, however, more often under the light of quantitative rather than qualitative research studies, while vast opportunities for using qualitative methods exist within cancer patients research as far as the palliative care concept is concerned. Generally, it could be stated that qualitative methods, although presented in a few studies, can be served as a versatile set of tools and a necessary complement to quantitative analysis in the field of palliative care, especially for the patients of this diagnostic category. This study shows, inter alia, how qualitative research is uniquely positioned to contribute to ongoing clinical trial development and analysis and provides a demystifying introduction to qualitative methods for interested palliative care clinicians, clinical psychologists, and investigators. The purpose of the present study is to highlight the psychological profile of the group of the cancer patients throughout certain qualitative “filters”, that is to say applying a semi-structured clinical interview, designed especially for the needs of the present study, as well as throughout the use of a theoretical conceptual framework based on the axioms of analysis of the Grounded Theory. Semi-structured clinical interview aimed not only to describe phenomena, rather than report statistics, but also to understand the views and feelings of patients in palliative care settings (early palliative care) towards the “bad news” and explore their opinions regarding the timing of its discussion as well, and, consequently, each analyzed item provides a wealth of data, for example the emotional labor, the prolonged agony, the desires of the patient, and, finally, the silent acting-out. Additionally, throughout the subjects’ narrative interventions, for the first time in this research field (palliative care), three (3) “*cognitive entrapments*”, linked to the onset of the disease, were found and emerged, simultaneously. The final completion of the outline of the participants’ psychological profile it has been made possible by using the Thematic Apperception Test (T.A.T), as it was not only more appropriate than the first psychological tool so as to bring out more internal, more insidious, more obscure and more entrenched emotional and mental processes, but also more suitable for the assessment of the diversity of the defense functions and their levels as well. The findings of both psychological tools were analyzed on the basis of the methodological principles and axioms of the Grounded Theory and on purely psychodynamic terminology. Finally, a reference is made to the use of these findings of the study, both on the clinical practice with oncological patients and on the education of the health professionals. Last but not least, reference is made to the research constraints that are fatally “accompanying” each study.

1.1. ΑΝΑΝΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Ο τυπικός ορισμός της ανακουφιστικής φροντίδας (ΑΦ), παρά τις επιμέρους ήσσονες διαφοροποιήσεις, αποτυπώνεται ως εξής, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας: «η προσέγγιση εκείνη που επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των α-σθενών¹ (Παλαιολόγου, 2001) με επαπειλητικό για τη ζωή νόσημα καθώς και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης του «υποφέρειν», η οποία και επιτυγχάνεται με την έγκαιρη αναγνώριση και ορθή αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου, καθώς και των λοιπών οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων ²».

Ο ορισμός του ΠΟΥ για την ΑΦ προσδιορίζει παρεμβάσεις σε κλινικές συνθήκες όπως:

1. Την ανακούφιση από τον πόνο και τα έτερα συμπτώματα που προκαλούν δυσφορία στο πάσχον πρόσωπο
2. Επικυρώνει τη ζωή, θεωρώντας το θνήσκειν ως φυσιολογική διεργασία
3. Δεν έχει ως στόχο ούτε να επιταχύνει, αλλά ούτε και να αναβάλει το θάνατο
4. Καταφέρνει να ενσωματώσει τις Ψυχολογικές και τις Πνευματικές όψεις της φροντίδας των α-σθενών
5. Παρέχει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει τους α-σθενείς να ζήσουν όσο το δυνατόν πιο ενεργά μέχρι το θάνατο
6. Προσφέρει ένα σύστημα υποστήριξης για να βοηθήσει την οικογένεια να αντεπεξέλθει κατά τη διάρκεια που ο α-σθενής νοσεί, καθώς και (μετέπειτα) με το δικό τους πένθος
7. Χρησιμοποιεί μία ομαδική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών των α-σθενών και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλευτικής πένθους, εφόσον ενδείκνυται

8. Δύναται να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και μπορεί επίσης να επηρεάσει θετικά την πορεία της νόσου
9. Εφαρμόζεται στα πρώιμα στάδια της νόσου, σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες που προορίζονται να παρατείνουν τη ζωή, όπως η χημειοθεραπεία ή η ακτινοθεραπεία, και περιλαμβάνει τις έρευνες που απαιτούνται για την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση των δυσάρεστων κλινικών επιπλοκών.

Ιστορικά, η ΑΦ συνδέθηκε ευθέως με την φροντίδα α-σθενών με καρκίνο, τελικού σταδίου, όταν δηλαδή δεν υπήρχαν περιθώρια άσκησης ιαματικής ιατρικής (Dalal et al., 2001). Ωστόσο, προϊόντος του χρόνου και των ερευνητικών προσεγγίσεων στο χώρο της ΑΦ, σήμερα η ΑΦ επιδιώκεται να ξεκινάει όσο το δυνατόν ενωρίτερα, συμπληρώνοντας όλο το χρονικό φάσμα της νόσου, από διάγνωση μέχρι ύφεσης ή υποτροπής, καθώς και μέχρι τελικού σταδίου. Είναι η προσέγγιση εκείνη που με επιστημονική και κλινική υποχρέωση προς το Πρόσωπο που νοσεί και προς τους σημαντικούς του άλλους (significant others) αγκαλιάζει αρμονικά την περίοδο του πένθους και τις διεργασίες θρήνου (Kissane et al., 2006; Thomas et al., 2014) αμφοτέρων (α-σθενούς και σημαντικών άλλων).

Ένα ακόμη σημείο βελτίωσης της προσέγγισης της ανακουφιστικής φροντίδας είναι η προοδευτική διεύρυνση του κλινικού της πεδίου, καθώς σήμερα δεν αφορά αποκλειστικά σε α-σθενείς με καρκίνο, καίτοι συνιστούν την πλειοψηφία, άλλα και α-σθενείς με χρόνια νοσήματα, καρδιολογικού, αναπνευστικού, μεταβολικού, νεφρολογικού και νευρολογικού τύπου (Murray et al., 2005). Η διεύρυνση αυτή δεν επήλθε τυχαία καθώς φαίνεται να υπαγορεύεται από τη σταδιακή γήρανση του πληθυσμού.

Επιπροσθέτως, πρωταρχικό χαρακτηριστικό της ΑΦ είναι ο ανθρωποκεντρικός της χαρακτήρας, καθώς επίκεντρο του ενδιαφέροντός της είναι ο α-σθενής και οι οικογένειά του και μάλιστα σε επίπεδο εξατομικευμένης φροντίδας. Αυτό σημαίνει ότι κάθε πρόσωπο είναι και θεωρείται μοναδικό, με ιδιαίτερες ανάγκες και προτεραιότητές, με ιδιαίτερες επιθυμίες και προτιμήσεις, και έτσι η δυναμική των τυποποιημένων παρεμβάσεων δεν έχει χώρο στην ανακουφιστική φροντίδα. Ομολόγα, στην ΑΦ, τόσο ο α-σθενής όσο και οι σημαντικοί του άλλοι εμπλέκονται ενεργά στη λήψη κλινικών αποφάσεων για την

τελική διαμόρφωση του ατομικού πλάνου φροντίδας (Barry & Edgman-Levitan, 2012), το οποίο μάλιστα δεν είναι άκαμπτο, καθώς επιδέχεται αλλαγών και τροποποιήσεων, κατόπιν αξιολόγησης και επαναξιολόγησης.

Για αυτούς δε τους μείζονες λόγους η ΑΦ παρέχεται στον α-σθενή μέσω μίας συνεργατικής διεπιστημονικής και όχι πολυεπιστημονικής ομάδας (Akseme et al., 2016), η οποία συνήθως περιλαμβάνει ειδικότητες εξειδικευμένες στην ΑΦ, όπως ιατρό, νοσηλεύτη, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, φυσιοθεραπευτή, ιερέα, με κοινό στόχο την κάλυψη των επιμέρους πολυεπίπεδων αναγκών του α-σθενούς και της οικογένειάς του. Βέβαια, ιστορικά, η πυρηνική ομάδα της ανακουφιστικής φροντίδας περιελάμβανε μόνο την ειδικότητα του ιατρού και του νοσηλεύτη. Ωστόσο, η σημερινή διεύρυνσή της αποτυπώνει τη φιλοσοφία της ΑΦ, αλλά και την ιδιαίτερα οξεία αντίληψή της να αφουγκράζεται τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του α-σθενούς.

Στη χώρα μας, δυστυχώς, το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν προσφέρει κλίνες ανακουφιστικής φροντίδας, ξενώνες και προγράμματα στήριξης των οικογενειών κατά τη διάρκεια της ασθένειας, ενώ παράλληλα οι λειτουργούσες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν επαρκούν για την κάλυψη των επιβεβαιωμένων αναγκών.

Παρά τον αυξημένο όγκο ερευνητικής παραγωγής στο κλινικό πεδίο της ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας, δεν φαίνεται να έχει απασχολήσει τον επιστημονικό ενδιαφέρον η ενδελεχής ποιοτική διερευνητική προσέγγιση του ψυχολογικού προφίλ των ογκολογικών α-σθενών, παρά τις αξιόλογες προσπάθειες που έχουν κατά καιρούς πραγματοποιηθεί (Cassileth et al., 1985; Dolbeault et al., 2010; Hudson et al., 2011), οι οποίες όμως διακρίνονται ως προς τη μεθοδολογία και τα εργαλεία έρευνας που χρησιμοποιούνται από την παρούσα έρευνα. Το γεγονός αυτό ενισχύει την επιστημονική αναγκαιότητα και την πρωτοτυπία της παρούσας μελέτης.

1.2. ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Οι μελέτες γύρω από τον κλινικό ψυχολογικό έλεγχο του προφίλ των α-σθενών με καρκίνο, διεκδικούν, όχι άδικα, ένα αρκετά ικανό ποσοστό του επιστημονικού ενδιαφέροντος, ήδη από τη δεκαετία του '50 (Reznikoff, 1955; Orbach et al., 1955; Schon, 1958). Στις μέρες μας εξακολουθούν αμείωτα να εκπονούνται συναφείς μελέτες, καθώς περίπου κάτι περισσότερο από το μισό των διαγνωσθέντων α-σθενών με καρκίνο δεν θα τύχουν ίασης και θα χρειαστούν οργανωμένες υπηρεσίες ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας (Brescia et al., 1990).

Στο φόντο αυτό, έχουν χρησιμοποιηθεί μοναδιαία ή συνδυαστικά [ενδεικτικά: Mizuguchi et al. (1981)] πλείστες κλίμακες αξιολόγησης των επιμέρους χαρακτηριστικών του προφίλ των προσώπων αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας, ποσοτικού ή ποιοτικού προσανατολισμού, ενώ επίσης έχουν κατασκευαστεί και εξειδικευμένα εργαλεία για τις ιδιαίτερες ανάγκες [ενδεικτικά: Mystakidou et al. (2005)] και την ολιστική εκτίμηση αυτού του πληθυσμού. Από τις νέες αυτές ποιοτικές δοκιμασίες, που εμπίπτουν στο φάσμα των προβολικών δοκιμασιών, ξεχωρίζει η ελληνικής επινόιας *ειδική προβολική δοκιμασία*³(HPT), η οποία απευθύνεται σε παιδιά και εφήβους χρονίως πάσχοντες (Hatira, 1998).

Πράγματι, εξίσου ικανός είναι και ο αριθμός ερευνητικών μελετών σε τέτοια δείγματα α-σθενών με τη χρήση εν γένει προβολικών τεχνικών, αλλά και συγκεκριμένα με τη δοκιμασία θεματικής αντίληψης ενηλίκων (TAT). Ωστόσο, αφενός η μεθοδολογική τους προσέγγιση δε φαίνεται να συνάδει με τον τρόπο που προτείνεται στην παρούσα αναφορά, αφετέρου τα ίδια τα ευρήματα τείνουν να επιδέχονται εμπλουτισμού, επικαιροποίησης, ίσως μάλιστα και αναθεωρήσεων, μέσα από πιο σύγχρονα και θεμελιωμένα ερευνητικά φίλτρα.

Επί παραδείγματι, οι Weisman & Worden (1976) διερευνήσαν ό,τι σήμερα νοείται ως υπαρξιακή αναζήτηση νοήματος (existential plight), η οποία μάλιστα φαίνεται να εκκινεί ως διεργασία ήδη από τη φάση της διάγνωσης. Χορηγώντας δοκιμασίες όπως το MMPI και το TAT προκειμένου να συγκεντρώσουν

πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τα προβλήματα, τις στρατηγικές του αντεπεξέρχεται (coping strategies) καθώς και τις συναισθηματικές εκδηλώσεις σε 120 νεοδιαγνωσθέντες α-σθενείς, υποστήριξαν ότι η κατανόηση της σημαντικότητας αυτής ακριβώς της υπαρξιακής αναζήτησης – αγωνίας φαίνεται να υποδεικνύει με επάρκεια τα σημεία-κλειδιά για αποτελεσματικότερη ψυχολογική φροντίδα των ογκολογικών α-σθενών. Εφάμιλλα, αλλά με σημείο εστίασης ενδιαφέροντος τα υγιή αδέλφια παιδιών με καρκίνο αυτή τη φορά, οι Cairns et al. (1979) εξέτασαν τη συναισθηματική καταπόνηση του πληθυσμού αυτού (n=71), βρίσκοντας, κυρίως μέσα από τις αφηγήσεις τους στο TAT από κοινού ωστόσο με άλλες δοκιμασίες, ότι βίωναν ακόμη περισσότερο άγχος και αυξημένη καταθλιπτική συμπτωματολογία σε σχέση με τα νοσούντα αδέλφια. Ο λόγος εδώ συγκεκριμένα για τον θρήνο των «συνήθων λησμονημένων» αδελφών (πρβλ Uskas, 1981).

Στο ίδιο ερευνητικό πνεύμα, ο Worden (1983) αξιολόγησε νεοδιαγνωσθέντες α-σθενείς με καρκίνο (n=120) με διάφορες δοκιμασίες ψυχομετρικού ελέγχου, συμπεριλαμβανομένου του TAT, προκειμένου για τη διερεύνηση των ψυχολογικών αναγκών των πρώτων, ώστε να γίνεται εκ των προτέρων λειτουργικότερος θεραπευτικός σχεδιασμός, πόρρω απέχοντος του συχνά αμετάβατου «βλέποντας και κάνοντας» (wait-and-see). Αυτός ο σχεδιασμός εναρμονίζεται τελικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενούς, και μάλιστα πριν την εκδήλωση των συναισθηματικών φορτίων που συχνά ρισκάρουν επικινδυνότητες ψυχοβιονοητικής εξάντλησης σε ασθενή πρόσωπα.

Από την άλλη πλευρά η Rundin et al. (1988), με αρκετή εγγύτητα στη λογική που διαπνέει την παρούσα συγγραφή, διερεύνησε (n=7) σε ποιοτικούς όρους την απαντητικότητα εφήβων α-σθενών στον καρκίνο. Χορήγησαν μία ημιδομημένη συνέντευξη καθώς και το TAT με στόχο να ταυτοποιήσουν και να συγκρίνουν τις αγωνίες και τις ανησυχίες, όπως αυτές αναδύονται σε καθένα από τα δύο αυτά εργαλεία. Βρέθηκε ότι η ημιδομημένη συνέντευξη παρείχε περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τη γνώση, την αντίληψη, και την κατανόηση της νόσου, όπως επίσης ανησυχίες γύρω από τις ενδοοικογενειακές δυναμικές, τις σχέσεις με τους συνομήλικους καθώς και τα αναπτυξιακά ζητήματα. Αντίθετα, αλλά συμπληρωματικά προς τον κλινικό ψυχολογικό έλεγχο

του προφίλ αυτών των α-σθενών, το TAT παρείχε πληροφορίες σε σχέση με τις πιο εσωτερικές –ίσως και πιο άρρητες- ανησυχίες των συμμετεχόντων για τον θάνατο, την επιβίωση από τον θάνατο, τον αποχωρισμό, την απώλεια, την ευαλωτότητα και την κατάθλιψη. Έτσι, η ημιδομημένη συνέντευξη βρέθηκε περισσότερο επαρκής ως προς την πληροφόρηση για τις υιοθετούμενες τεχνικές ελέγχου εστιασμένων στο πρόβλημα, εν αντιθέσει με το TAT που ανέδειξε υλικό γύρω από τις τεχνικές ελέγχου (ή μη) του συναισθήματος, σε σχέση πάντα με τα ρεπερτόρια απαντητικότητας αυτών των α-σθενών στην συγκεκριμένη διαγνωστική συνθήκη.

Πιο πρόσφατα, οι Hunter et al. (2006), όντες γνώστες των εξελίξεων στις ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, διερεύνησαν την επιρροή του τύπου δεσμού και της συναισθηματικής υποστήριξης επί των αρνητικών συναισθημάτων 67 α-σθενών τελικού σταδίου, μέσω αυτοαναφορικών κυρίως κλιμάκων. Ωστόσο, για την αξιολόγηση των ασύνειδων φόβων χρησιμοποίησαν το TAT, παρά τις έντονες – ζέουσες ακόμα- επιστημονικές έριδες γύρω από την εγκυρότητα⁴ των προβολικών δοκιμασιών (βλ. ενδεικτικά: Wierzbicki, 1993). Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων έδειξε ότι ο ανασφαλής τύπος δεσμού επηρέαζε σημαντικά το φόβο θανάτου, ακριβώς διότι ο θάνατος σηματοδοτεί την απώλεια του δεσμού που δεν εσωτερικεύθηκε. Εύλογα, αυτός ο φόβος βρέθηκε να επηρεάζει ομοίως σημαντικά την ικανότητα των προσώπων να επενδύσουν στην επικοινωνία με τους σημαντικούς άλλους, η οποία θα μπορούσε να ενισχύσει την συναισθηματική υποστήριξη στο πλαίσιο διεργασιών συνοδείας προς τον θάνατο.

1.3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ποιοτική διερεύνηση του κλινικού ψυχολογικού προφίλ ενηλίκων α-σθενών με καρκίνο δεν φαίνεται να έχει απασχολήσει ενδελεχώς την έρευνα, τουλάχιστον με τον τρόπο που προτείνεται εδώ, δεδομένων των σύγχρονων εξελίξεων σε επίπεδο ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας⁵ (palliative and supportive care). Από την άλλη πλευρά η ψυχοδυναμική προσέγγιση

φαίνεται να μπορεί να προσφέρει πολλά στην ουσιαστική κατανόηση και στη Ψυχοθεραπευτική αρωγή έναντι των ψυχολογικών συγκρούσεων και των συμπτωμάτων των ογκολογικών α-σθενών (Straker, 1998), αλλά και των δυναμικών μεταβιβαστικών και αντιμεταβιβαστικών φαινομένων (Renneker, 1957) που λαμβάνουν χώρα εντός του αναλυτικού πλαισίου.

Παρόλα αυτά η χρήση ψυχοδυναμικών καταβολών εργαλείων ελέγχου τύπου TAT, για την ιδιογραφική κατανόηση της συγκεκριμένης διάγνωσης με προσωποκεντρική μέριμνα, συχνά αντιμετωπίζεται με επιφυλακτικότητα, αν όχι καχυποψία⁶, όχι μόνον λόγω του κατεξοχήν ποιοτικού τους -κατά το μάλλον-υλικού, αλλά κυρίως λόγω των αντικρουόμενων δεικτών αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Ο Bech (1993) αμφισβητεί ευθέως την άποψη αυτή και υποβάλλει αυστηρά ότι είναι σαφώς προτιμότερη και λειτουργικότερη η χρήση του TAT για τη δυναμική μελέτη των ενδοψυχικών διεργασιών στους α-σθενείς με επαπειλητικά της ζωής νοσήματα, εν συγκρίσει προς τις δοκιμασίες αυτοαναφοράς, ιδίως όταν ο ερευνητικός στόχος είναι η προσέγγιση εννοιολογικών δομών όπως η άρνηση, η απώθηση, η προβολή, η παλινδρόμηση ή οι στρατηγικές του αντεπεξέρχεται του προσώπου που ασθενεί.

Οι συνθήκες αυτές ενισχύουν την επιστημονική και θεραπευτική φιλοδοξία επίτευξης του κύριου στόχου αυτής της ερευνητικής εργασίας που αφορά στην ανάδειξη μίας συγκροτημένης ψυχοδυναμικής κατανόησης και εξήγησης των κυρίων και επιμέρους δυναμικών που διαμορφώνεται στους α-σθενείς με καρκίνο, έτσι όπως αυτές θα αναδειχθούν από τη φωνή και τις αφηγήσεις των ίδιων των υποκειμένων, μέσω της ημιδομημένης συνέντευξης και του TAT. Εστιάζοντας σε αυτά τα δεδομένα η έρευνα αυτή στοχεύει:

1. Να ενισχύσει την κατανόηση γύρω από το βιωματική εμπειρία της συγκεκριμένης διαγνωστικής κατηγορίας
2. Να εμπλουτίσει γόνιμα την ποιοτική έρευνα και να συμβάλει προς την κατεύθυνση ανάδειξης μία σφαιρικότερης αντίληψης αναφορικά με το πώς λειτουργούν αθέατοι, αδιερεύνητοι ή/και λανθάνοντες ιδιογραφικοί παράγοντες σε αυτά τα διαγνωστικά πλαίσια.

Επειδή το πεδίο αυτό δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς για τα ελληνικά δεδομένα και επειδή οι τρόποι διαχείρισης του ανθρώπινου «ψυχο-βιο-νοητικού» δυναμικού δεν έχουν αναδειχθεί ευκρινώς σε ογκολογικούς α-σθενείς, με προσωποκεντρική μάλιστα μέριμνα, η ανίχνευση αυτών των διαστάσεων μπορεί να αξιωθεί πρωτοτυπία.

Αυτό, σε συνδυασμό με τις ερευνητικές οδηγίες που αντλούνται από τα πεδία της κλινικής Ψυχολογίας, και της Ανακουφιστικής και Υποστηρικτικής Φροντίδας μπορεί να προσφέρει τα εχέγγυα ύπαρξης γενικότερου προβληματισμού, άρα και για το αξιόλογο μίας απόπειρας διερεύνησης, αλλά και για την πρωτοτυπία της ιδέας.

1.4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑΣ

Το παρόν εγχείρημα μπορεί να καλύψει επιστημονικές, μεθοδολογικές, ερευνητικές, εν γένει δε επιστημολογικές προτεραιότητες, και σαφέστερα, ανάγκες κλινικής ψυχολογικής αξιολόγησης και υποστηρικτικής φροντίδας ογκολογικών α-σθενών.

A. Δείγμα

Σύμφωνα με τη Marshall (1996:523) «το κατάλληλο μέγεθος δείγματος για μία ποιοτική μελέτη είναι αυτό που απαντάει επαρκώς στην ερευνητική ερώτηση». Ωστόσο, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν το μέγεθος του δείγματος: το εύρος της μελέτης, η φύση του θέματος, η ποιότητα των δεδομένων, το σχέδιο της μελέτης (για παράδειγμα, οι επαναλαμβανόμενες συνεντεύξεις παράγουν περισσότερα δεδομένα) και η ερευνητική μέθοδος (ημιδομημένες συνεντεύξεις κ.α.).

Ομόλογα, ο Patton (2002:244) υποβάλλει ότι το μέγεθος του δείγματος εξαρτάται από «το τι θέλουμε να μάθουμε, γιατί θέλουμε να το μάθουμε, πώς θα χρησιμοποιηθούν τα ευρήματα καθώς και από τους πόρους (συμπεριλαμβανομένου του χρόνου) που διαθέτουμε στη μελέτη». Με γνώμονα

τις παραπάνω παρατηρήσεις για τις ποιοτικές μεθόδους έρευνας, κρίθηκε σκόπιμο το δείγμα να αποτελέσουν επτά (n=7) ενήλικες α-σθενείς με καρκίνο, οι οποίοι επισκέπτονται τη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής «Τζένη Καρέζη». Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκαν τρεις (3) συνεδρίες για κάθε ασθενή (γνωριμία – συνέντευξη, αξιολογή με τη χορήγηση του TAT, κλείσιμο⁷⁾).

Κριτήρια Εισαγωγής

1. Να συναινούν οι α-σθενείς κατόπιν ενημέρωσης για τους σκοπούς και τη φύση της έρευνας
2. Να είναι ενήλικες και να μπορούν να δεσμευτούν για τουλάχιστον 3 προκαθορισμένες συναντήσεις
3. Να βρίσκονται στο στάδιο I ή II της νόσου
4. Η λειτουργική τους κατάσταση να αξιολογείται **από 0 - 2** στην κλίμακα ECOG (Oken et al., 1982), όπου ο ασθενής αξιολογείται με βαθμολογία από το 0 έως το 5, ως εξής:
 - **0** = Πλήρως ενεργός, ικανός να επιτελεί τις συνήθεις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς
 - **1** = Περιορισμένος σε φυσικές δραστηριότητες που απαιτούν προσπάθεια, αλλά περιπατητικός και ικανός να επιτελεί ελαφρά εργασία
 - **2** = Περιπατητικός και ικανός προς αυτοϋπηρέτηση, αλλά ανίκανος να επιτελεί εργασία. Περισσότερο από 50% της ημέρας εκτός κρεβατιού
 - **3** = Ικανός προς μερική μόνο αυτοϋπηρέτηση. Περιορισμένος στο κρεβάτι ή την καρέκλα για περισσότερο από 50% της ημέρας
 - **4** = Πλήρως ανενεργός. Ανίκανος προς αυτοϋπηρέτηση. Πλήρως κατάκοιτος
 - **5** = Θάνατος.

Κριτήρια Αποκλεισμού

1. Να πληροί διαγνωστικά κριτήρια: Νοητικής Υστέρησης (F.70, F.71, F.72, F.73, F.78, F.79)
2. Ψυχωσικής Διαταραχής (F.16.5)

3. Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής (F84.0, F84.1, F. 84.2, F84.3, F84.4, F84.5, F84.8, F84.9)
4. Ψυχικής Διαταραχής και Διαταραχής Συμπεριφοράς που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών (F.10 – F.19)
5. Σχιζοφρένειας, Σχιζοτυπικής και Παραληρηματικής Διαταραχής (F.20, F.21, F.22, F.23, F.24, F.25, F. 28, F.29).

B. Ερευνητικά Ερωτήματα

Σύμφωνα με τις Brown και Lloyd (2001) η εξασφάλιση ποιοτικών δεδομένων επιδιώκεται κυρίως:

1. σε περιπτώσεις διερεύνησης μίας διαγνωστικής συνθήκης, μίας θεωρίας, μίας παρέμβασης,
2. σε περιπτώσεις ανίχνευσης τυχόν ανομοιογένειας, ανωμαλιών, ή διαφοροποιήσεων (π.χ., ανάμεσα σε ατομικές-ιδιογραφικές ιδιαιτερότητες, ή ανάμεσα σε διακριτά ενδεχόμενα
3. σε περιπτώσεις (διαφόρων) εφαρμογών (π.χ., μίας πολιτικής, μίας τακτικής, ενός μοντέλου) και
4. σε περιπτώσεις (εκτενούς, διεξοδικής) συλλογής εξατομικευμένων απόψεων.

Έτσι, στην ποιοτική έρευνα τα ερωτήματα οδηγούν απλώς στον περιορισμό του ευρύτερου ερευνητικού πεδίου σε μία η περισσότερες όψεις του ή, όπως εύστοχα αναφέρει η Mason (2009), σε ένα «νοητικό γρίφο» προς στοχασμό. Τα ερευνητικά ερωτήματα εδώ είναι ευρύτερα από τις υποθέσεις στην ποσοτική έρευνα και γι' αυτό ακριβώς το λόγο είναι ευέλικτα, τροποποιούνται ή επαναδιατυπώνονται κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας αν χρειαστεί, ώστε τελικά να επιτρέπουν τη σύλληψη απρόσμενων πτυχών του υπό διερεύνηση φαινομένου. Για την προκείμενη έρευνα τα ερωτήματα – υποθέσεις διαμορφώνονται ενδεικτικά ως εξής:

1. Πώς ανταποκρίνονται και πώς διαμορφώνεται το κλινικό προφίλ των ασθενών με καρκίνο στη συνέντευξη και πώς στη δοκιμασία θεματικής αντίληψης

2. Πώς αναδύονται οι συναισθηματικές τους δυσκολίες – αγωνίες και τα επίπεδα οργάνωσης των αμυντικών τους λειτουργιών από τη δοκιμασία θεματικής αντίληψης ενηλίκων
3. Ποιες στρατηγικές αντιμετώπισης χρησιμοποιούν για να αντεπεξέλθουν στην ασθένεια.

Γ. Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων αντλεί ιδέες εφαρμογών από τις αρχές της θεμελιωμένης θεωρίας (grounded theory) [Glaser & Strauss, 1967], οι οποίες παρέχουν ένα «δομημένο πακέτο» στρατηγικών για τη διεξαγωγή αυστηρής ποιοτικής έρευνας (Charmaz, 1995). Η τελευταία (ο.π.: σ.27) ορίζει την θεμελιωμένη θεωρία ως *«σετ συλλογής δεδομένων και διαδικασιών ανάλυσης που έχουν εσωτερική συνοχή και που στοχεύουν στην ανάπτυξη της θεωρίας...συνίστανται σε επαγωγικές στρατηγικές...που σημαίνει ότι ξεκινά κανείς με ατομικά περιστατικά ή εμπειρίες και προοδευτικά αναπτύσσει πιο αφηρημένες εννοιολογικές κατηγορίες, για να συνθέσει, να εξηγήσει και να κατανοήσει τα δεδομένα του, αλλά και να αναγνωρίσει σχήματα (patterns) σχέσεων μέσα σε αυτά»*.

Η θεμελιωμένη θεωρία επελέγη ακριβώς διότι συνιστά μία ασφαλή μέθοδο η οποία δύναται να παράξει ένα θεωρητικό σχήμα για την ερμηνεία της εμπειρίας μίας συγκριμένης κατάστασης ή συνθήκης. Διακρίνεται δε από τρία χαρακτηριστικά:

1. Την εφαρμογή κωδικοποίησης, πόρρω απέχουσας της απλής συστηματικής ταξινόμησης, αφού ο στόχος είναι η προώθηση μία διεργασίας θεωρητικοποίησης ή εννοιολόγησης. Πιο συγκεκριμένα, αφορά στον εντοπισμό των «μονάδων πληροφορίας» (units of information), δηλαδή της μικρότερης αυτοτελούς πληροφορίας, η οποία είναι κατανοητή από το πρόσωπο που γνωρίζει πλήρως το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας, δίχως να απαιτείται επιπλέον πληροφόρηση. Με άλλα λόγια, τα σημεία-κλειδιά σημειώνονται με μία σειρά κωδικών και εξάγονται αυτολεξεί από το κείμενο. Οι κωδικοί ομαδοποιούνται σε παρόμοιου περιεχομένου

έννοιες, από τις οποίες στη συνέχεια σχηματίζονται κατηγορίες, οι οποίες χρησιμεύουν για την παραγωγή μίας θεωρίας.

2. Τη θεωρητική δειγματοληψία, ως στρατηγικού σχεδιασμού επιλογής περιστατικών. Εδώ ο ερευνητής ταυτόχρονα: συλλέγει, κωδικοποιεί και αναλύει τα δεδομένα του, ώστε να αναπτύξει τη θεωρία, όπως αυτή αναδύεται (για αυτό δεν σχεδιάζεται ποτέ με ακρίβεια εκ των προτέρων, καθώς οι κομβικές αποφάσεις για την δειγματοληψία εξελίσσονται κατά την πορεία της έρευνας) [Glaser & Strauss 1967; Strauss & Corbin, 1990].
3. Τη διαρκή σύγκριση των δεδομένων (constant comparative method). Εδώ ο βασικός κανόνας διαμορφώνεται ως εξής: «ενώ κωδικοποιείς ένα γεγονός (μονάδα πληροφορίας) για μία κατηγορία, σύγκρινέ το με προηγούμενα γεγονότα που είναι κωδικοποιημένα στην ίδια κατηγορία» (Glaser & Strauss, 1967:106).

Δ. Τα Εργαλεία της Έρευνας

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιούνται δύο εργαλεία:

1. Μία κατασκευασμένη ημιδομημένη κλινική συνέντευξη για το ψυχολογικό προφίλ των ογκολογικών α-σθενών, η οποία περιλαμβάνει εκφωνήματα ανοικτού τύπου άλλα και κλίμακας likert (0-3). Ενσωματώνει δε κλίμακα δημογραφικών χαρακτηριστικών, άλλα και ερωτήσεις που αφορούν στη διάγνωση (4), στη «συνοδεία» - υποστηρικτικό δίκτυο (2), στη ροή του συναισθήματος (8) στο αντεπεξέρχεται (3), στις προτεραιότητες - ανάγκες (3) και στην εκτίμηση της (πρωτογενούς) αμυντικής λειτουργίας (5: εξιδανίκευση - υποτίμηση, πρωτογενής άρνηση, προβολική ταύτιση, φαντασία, μετατροπή)
2. Η Δοκιμασία Θεματικής Αντίληψης (TAT), η οποία συνιστά ένα από τα δημοφιλέστερα και πιο έγκυρα προβολικά εργαλεία, προσμετρώντας ήδη περισσότερα από 80 έτη κλινικής ζωής. Η μέθοδος ανάλυσης και ερμηνείας έγινε βάσει του συστήματος Bellak (1993), ως ακραιφνώς ψυχοδυναμικού.

Ε. Περιγραφή των Εργαλείων Έρευνας

Ι) Ημιδομημένη Κλινική Συνέντευξη Ψυχολογικού Προφίλ Ογκολογικών Α-σθενών

Ζέουσα παραμένει η επιστημονική συζήτηση γύρω από την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου συνέντευξης όταν πρόκειται για κλινικές αξιολογήσεις (Noble & Smith, 2015). Ανεξαρτήτως σκοπού μελέτης ωστόσο, κάθε κλινική συνέντευξη συνιστά ερευνητική διεργασία. Διακρίνονται τρεις (3) τύποι συνέντευξης, οι οποίοι περιλαμβάνουν:

1. Τη *μη δομημένη συνέντευξη*, η οποία είναι εντελώς ανοικτή και δεν περιλαμβάνει προκαθορισμένες ερωτήσεις, αλλά ευρείες θεματικές και στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να μιλήσουν ελεύθερα επ' αυτών. Διακρίνεται για την ιδιαίτερη ικανότητά της να αναδεικνύει νέες βιωματικού τύπου θεματικές, που δεν είχαν προηγουμένως καθοριστεί από τον κλινικό (Mason, 2009; Robson, 2007). Άλλωστε, η ίδια η ψυχοδυναμική προσέγγιση και δη η ακραιφνής ψυχανάλυση απέδωσε μείζονα σημασία στις έμμεσες τεχνικές συνέντευξης και στην μάλλον ελεύθερα εξελισσόμενη ροή της επικοινωνίας μεταξύ κλινικού και ασθενούς παρά στην τυποποιημένη. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη της λεγόμενης **μη δομημένης ή αδόμητης συνέντευξης**, η οποία συνιστά ένα είδος «αυθόρμητης» συζήτησης μεταξύ κλινικού και ασθενούς και επιτρέπει στον πρώτο να παρακολουθήσει την εξέλιξη του ειρμού σκέψης του δευτέρου.
2. Την *πλήρως δομημένη συνέντευξη*, η οποία βρίσκεται στον θεωρητικό και μεθοδολογικό αντίποδα της πρώτης και σχετικά σπανιότερα επιλέγεται στην ποιοτική έρευνα. Βασίζεται σε αυστηρά κριτήρια ως προς το περιεχόμενο, τη διατύπωση των εκφωνημάτων, τη σειρά εκφώνησής τους και έτσι δεν επιτρέπει την ανάδειξη νέων ιδιογραφικών θεματικών. Η θεμελιώδης διαφορά της με ένα δομημένο ερευνητικό ερωτηματολόγιο αφορά στη δυνατότητα αξιοποίησης ανοικτών ερωτήσεων (Robson, 2007).

3. Την *ημιδομημένη συνέντευξη εις βάθος*, η οποία θα μπορούσε να ειπωθεί ότι συνιστά τον εύλογο συγκερασμό των παραπάνω, αξιοποιώντας τα πλεονεκτήματά τους και αποφεύγοντας παράλληλα τις βασικές τους αδυναμίες. Ενώ, δηλαδή, προσφέρει τη δυνατότητα συλλογής συγκεκριμένων πληροφοριών για ορισμένα βασικά θέματα, ταυτόχρονα προσφέρει τη δυνατότητα στον ασθενή να μιλήσει για το θέμα που τον απασχολεί. Οι περισσότεροι θεωρητικοί προτείνουν οι συνεντεύξεις αυτές να ξεκινούν με ανοικτές ερωτήσεις και να ολοκληρώνονται με κλειστού τύπου εκφωνήματα (Segal et al., 2006) – λογική την οποία ακολουθήσε και η παρούσα ημιδομημένη κλινική συνέντευξη. Ο λόγος δε επιλογής αυτής της μεθόδου συνέντευξης από τον γράφοντα συνδέεται άρρηκτα με το γεγονός ότι η κλινική εμπειρία τείνει να υποβάλει πως εγγυάται ευελιξία τόσο ως προς τη λειτουργική τροποποίηση του περιεχομένου των ερωτήσεων αναλόγως προς τον εκάστοτε ερωτώμενο, όσο και ως προς την γόνιμη εμβάθυνση σε συγκεκριμένες θεματικές με «κατάλληλους» ερωτώμενους ή την προσθαφαίρεση θεμάτων για συζήτηση με «δύσκολους» ερωτώμενους.

Η *ημιδομημένη κλινική συνέντευξη για το Ψυχολογικό προφίλ των ογκολογικών α-σθενών* σχεδιάστηκε προκειμένου να συγκεντρώσει ανησυχίες ενήλικων σχετικά με τη διαγνωστική και θεραπευτική διεργασία, την αντίληψη των α-σθενών ως προς την πρόγνωση καθώς και τα επίπεδα του αντεπεξέρχεσθαι (πρβ. Rudin et al., 1988) κ.α. Πιο συγκεκριμένα, δομείται υπό το κράτος επτά (7) αξόνων:

1. κλίμακα δημογραφικών χαρακτηριστικών
2. «διαγνωστικές» ερωτήσεις ανοικτού τύπου
3. ερωτήσεις διερεύνησης υποστηρικτικού δικτύου και συνθηκών «συνοδείας» από τη διάγνωση μέχρι και την παρούσα χρονική στιγμή
4. ανοικτά εκφωνήματα εστιασμένα στη διερεύνηση της συναισθηματικής λειτουργίας
5. εκφωνήματα αναφορικά με τη διερεύνηση του αντεπεξέρχεσθαι μετά την διάγνωση και τις πιθανές ιατρικές παρεμβάσεις

6. ερωτήματα εντοπισμού των ιδιογραφικών προτεραιοτήτων και των εξειδικευμένων αναγκών του ασθενούς
7. εκφωνήματα σε κλίμακα τύπου Likert αναφορικά με την εκτίμηση της πρωτογενούς αμυντικής λειτουργίας του ΕΓΩ, ώστε να προσδιοριστεί ο βαθμός παλινδρόμησης των συγκεκριμένων α-σθενών **(βλ. παράτημα Ι)**, στο ίδιο πνεύμα με τη λογική που διαπνέει τα οικεία εκφωνήματα της ημιδομημένης συνέντευξης για τα επίπεδα οργάνωσης της Προσωπικότητας (STIPO) των Clarkin et al. (2007).

Για μία σειρά από σημαίνοντες λόγους προτάθηκε και επελέγη ως ελκυστικότερη και καταλληλότερη μέθοδος η χρήση της ημιδομημένης συνέντευξης ως ικανού εργαλείου διερεύνησης των παραπάνω ιδιογραφικών χαρακτηριστικών των Προσώπων που απετέλεσαν το δείγμα της παρούσας μελέτης καθώς:

1. edύnato να υπερκεράσει αδυνατότητες ποσοστών πλημμελούς ανταπόκρισης σε έρευνα μέσω ερωτηματολογίου (Austin, 1981)
2. έχει βρεθεί (Richardson et al., 1965; Smith, 1975) ενδεδειγμένη μέθοδος για τη διερεύνηση στάσεων, πεποιθήσεων, αξιών, κίνητρων και αυταναφορών
3. προσφέρει τη δυνατότητα αξιολόγησης της εγκυρότητας των απαντήσεων των ερωτωμένων μέσω της παρατήρησης (και) της μη λεκτικής συμπεριφοράς τους, γεγονός που συνιστά πολύτιμο δείκτη ιδίως όταν συζητούνται ευαίσθητα ή τραυματικά ζητήματα (Gordon, 1975). Η ανυπέρβλητη αξία της παρατήρησης της μη λεκτικής επικοινωνίας ως επίρρωση εγκυρότητας ενισχύεται από τον ψυχοδυναμικό προσανατολισμό της παρούσας μελέτης.
4. δύναται να διευκολύνει ουσιαστικά τη συγκρισιμότητα (comparability) εξασφαλίζοντας ότι όλες οι ερωτήσεις απαντώνται από όλους τους ερωτωμένους
5. εγγυάται τη μη δυνατότητα επιρροής από άλλους κατά τη διατύπωση μίας απάντησης (Bailey, 1987).

Πέραν, ωστόσο, των προαναφερθέντων, η ημιδομημένη συνέντευξη ικανοποιεί άλλες δύο, ομοίως σημαντικές, παραμέτρους: **α)** είναι πολλαπλώς

καταλληλότερη για την εμπειριστατωμένη διερεύνηση κατεξοχήν σύνθετων, ιδιαζόντως περίπλοκων και ψυχολογικά δύσοιστων όψεων του ζην, προσφέροντας την ευκαιρία στον κλινικό να ζητήσει περαιτέρω πληροφόρηση και διευκρινίσεις επί των απαντήσεων, και, **β)** οι ετερογενείς επαγγελματικές, εκπαιδευτικές και εν τέλει προσωπικές ιστορίες του δείγματος απέκλειαν εξ ορισμού τη χρήση τυποποιημένων συνεντεύξεων.

Σαφώς δε, στο συγκεκριμένο είδος συνεντεύξεων, η **εγκυρότητα** και η **αξιοπιστία** εξαρτάται όχι από την επαναλαμβανομένη χρήση των ίδιων λέξεων σε κάθε ερώτηση, αλλά από τη δυνατότητα μεταφοράς της ισοδυναμίας της σημασίας τους (Denz, 1989). Είναι ακριβώς αυτή η ισοδυναμία του νοήματος που συνιστά αρωγό στη στάθμιση της ημιδομημένης συνέντευξης, ενώ παράλληλα διευκολύνει τη συγκρισιμότητα των απαντήσεων (Barriball & While, 1994).

II) Η Δοκιμασία Θεματικής Αντίληψης (Thematic Apperception Test)

Η Δοκιμασία Θεματικής Αντίληψης του Harvard, συνιστά ένα από τα δημοφιλέστερα και πιο έγκυρα προβολικά test, και προσμετρά ήδη περισσότερα από 80 έτη κλινικής ζωής. Σήμερα, εξακολουθεί να χρησιμοποιείται αμείωτα στην κλινική πράξη αλλά και σε δικανικά πλαίσια αναφοράς. Η σημαντικότητά του ενισχύεται από το γεγονός ότι αναδύει ροπές και εγγενείς τάσεις, οι οποίες, μολονότι υπάρχουν, είτε αναχαιτίζονται επιτυχώς, είτε δεν αναγνωρίζονται συνειδητά από το υποκειμένου.

Ο Bellak (1997) υποβάλλει ότι ο όρος «apperception», συνδέεται άρρηκτα με την έννοια της προβολής, αλλά τείνει να διακρίνεται σημασιολογικά από ό,τι περιγράφεται συνοπτικά στο πρώιμο φροϋδικό πόνημα περί *ερμηνείας ονείρων* ως ασύνειδο ψυχικό εγχείρημα με αμυντική προοπτική έναντι των ψυχοσυγκρούσεων⁸ και άρα φαίνεται να βρίσκεται εγγυτέρα προς το μεθύτερο έργο του ίδιου δημιουργού *Τοτέμ και Ταμπού* (Freud, 1913), όπου ο όρος αφορά σε μία ενδοψυχική διεργασία συνύπαρξης αντίληψης και μνήμης, καθώς η τελευταία επηρεάζει σημαντικά την αντίληψη νέων ερεθισμάτων.

Για τον Bellak (1997) ο όρος τελικά αποδίδει την νοητική και ψυχική διεργασία, βάσει της οποίας μία νέα εμπειρία προστίθεται σε μία ήδη

διαμορφωμένη αντιληπτική μάζα (apperceptive mass), αφομοιώνεται μεταλλάσσεται και εξομοιώνεται με αυτή, ώστε τελικά να διαμορφώσει ένα νέο σύνολο. Με άλλα λόγια, περιγράφει την ιδιογραφική δυναμική ερμηνεία που δίνουν τα Πρόσωπα σε, κατά τα άλλα, «αντικειμενικά» θεματικά περιεχόμενα.

Ιστορικά, η δοκιμασία συνιστά επίνοια των Morgan & Murray (1935) στην κλινική του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ (Psychological Clinic of Harvard University), ωστόσο ήδη από την περίοδο της Αναγέννησης υπήρξε ενδιαφέρον καλλιτεχνικό ως προς το πώς ερμηνεύουν τα Πρόσωπα μία ημιδομημένη κατάσταση συμφώνως προς τις βιωματικές τους εμπειρίες (Groth-Marnat, 1990). Μεταξύ αυτών ο Leonardo Da Vinci και ο Botticelli. Ο ίδιος δε ο ιθύνων νουν της Ψυχανάλυσης, βασιζόμενος στη μελέτη του Burckhardt (1860), θεώρησε ότι τα καλλιτεχνικά έργα αντανakλούν μοιραία πλευρές της προσωπικότητας των δημιουργών τους και μάλιστα ήδη από τα 1907 προσέγγισε ψυχαναλυτικά τη νουβέλα του Jensen «Γκραντίβα», άλλα και στα 1910, με εφελτήριο ένα όνειρο του Da Vinci, προχώρησε ψυχοϊστορικά⁹ στην ανάλυση της προσωπικότητάς του.

Πρόδρομοι για την δοκιμασία θεματικής αντίληψης θεωρήθηκαν τόσο η δοκιμασία εφήβων που χρησιμοποίησε η Brittain (1907) για τη διερεύνηση της φαντασίας, όσο και η δοκιμασία του Schwartz (1932) για τον έλεγχο προβλημάτων παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς σε έφηβους (Sergent, 1945). Οι Binet & Henri (1895-6) στη νοομετρική τους δοκιμασία χρησιμοποίησαν κηλίδες μελάνης για τη μελέτη της οπτικής δημιουργικής φαντασίας, ενώ παράλληλα χρησιμοποίησαν τις αντιδράσεις των παιδιών σε εικόνες ως μέσον μέτρησης της ευφυΐας και έτσι διατηρούν μέχρι και σήμερα την διαρκή αναφορά ως προς την επιστημονική προσέγγιση των προβολικών δοκιμασιών.

Εφελτήριο για τη δημιουργία του TAT στάθηκε η παρατήρηση της Robert προς τον ακαδημαϊκό της δάσκαλο Murray, αναφορικά με το γεγονός ότι όταν επέστρεψε στο σπίτι της βρήκε το γιο της να δημιουργεί ιστορίες βλέποντας διάφορες εικόνες ενός περιοδικού. Ο καθηγητής μοιράστηκε την παρατήρηση με τη συνεργάτιδά του Morgan, η οποία, παρεμπιπτόντως, είχε άριστες επιδόσεις και στα καλλιτεχνικά. Η τελευταία μαζί με τον εικαστικό Thal εξέτασαν τις εικόνες που ήδη είχαν συγκεντρώσει, ζωγραφίζοντάς τις εκ νέου, διαφοροποιώντας τις ριζικά ή δημιουργώντας νέες. Η εργασία αυτή διήρκεσε εννέα (9) χρονιά και

δοκιμάστηκαν εκατοντάδες εικόνες πριν την τελική επιλογή (Μήλιου, 2013). Το πρώτο σύγγραμμα για τη δοκιμασία των Morgan & Murray δημοσιεύτηκε στα 1935, με τα δικαιώματα να «αποδίδονται» αρχικά στην πρώτη, αλλά λόγω μίας εν τω βάθει συγκρουσιακής σχέσης με τον δευτερο της αφαιρέθηκαν ανεπιστρεπτί, ώστε αρκετοί συνάδελφοι να υπογραμμίσουν ότι επρόκειτο για μία ακραία ευνουχιστική και ευθέως επιθετική περίπτωση ανδρικού σωβινισμού (Douglas, 1993).

Η παρούσα μορφή της δοκιμασίας ολοκληρώθηκε στα 1943, ενώ βρισκόταν ήδη στην τρίτη έκδοσή της. Στην αρχική έκδοσή οι κάρτες ήταν είκοσι (20), δέκα (10) επί καθημερινών και δέκα (10) επί ασυνήθιστων θεμάτων, ενώ η χορήγηση συνέβαινε σε δύο διακριτούς χρόνους. Στην περί ης ο λόγος τρίτη έκδοση, μετά από εμπειριστατωμένη πρόταση του Wyatt (1947), οι κάρτες αυξήθηκαν σε τριάντα μία (31). Παραδοσιακά, για την ερμηνεία της δοκιμασίας ακολουθούνται είτε η αγγλοσαξονική σχολή με κυρίους εκπροσώπους τους Bellak & Abrams (1997), είτε η γαλλική σχολή με κύριο εκπρόσωπο την Shentoub (1987), ενώ δεν απουσιάζουν και άλλα συστήματα ερμηνείας, μικρότερης ή μεγαλύτερης εμβέλειας.

Το TAT γρηγορά κέρδισε έδαφος στην κλινική ψυχοδιαγνωστική και εντάχθηκε στην εργαλειοθήκη των κλινικών ως μία από τις δημοφιλέστερες προβολικές τεχνικές (Watkins et al., 1995). Στην παρούσα εργασία έχει επιλεγεί η μέθοδος ερμηνείας του Bellak, η οποία αναλύει σε αδρές γραμμές τις σχέσεις του ΕΓΩ με το ΑΥΤΟ και το ΥΠΕΡΕΓΩ¹⁰. Η μέθοδος τους Bellak περιλαμβάνει στην διαδικασία τις ερμηνείας αρκετές επιμέρους διαστάσεις, όπως:

- τις βασικές υποθέσεις του Lindzey (1952) περί ενδοψυχικών και περιβαλλοντικών συνθήκων, που επηρεάζουν τις αφηγήσεις των εξεταζόμενων
- τις βασικές εσωτερικές ανάγκες των εξεταζόμενων σύμφωνα με τη θεώρηση του Murray (1943)
- την εγγενή ανάγκη των προσώπων για επιτεύγματα (achievement motive) και κατορθώματα των (McClelland et al., 1953)
- το εσωτερικό αίτημα των Προσώπων για δύναμη (power motive) και αυτεπάρκεια του Winter (1973)

- τα επίπεδα διαμόρφωσης αντικειμενοτρόπων σχέσεων του Western (1991), εκτιμώμενα σε πέντε (5) επίπεδα
- τη γνωσιακο-συμπεριφορική μέθοδο για τις τεχνικές επίλυσης προσωπικών προβλημάτων (personal problem solving) των Roman et al. (1995)
- τα δεδομένα από την μέθοδο αξιολόγησης της παρεκκλίνουσας επικοινωνίας (communication deviances) των Singer & Wynne (1966) και του Jones (1977).

Επιστημολογικά, η δοκιμασία θεματικής αντίληψης εμπίπτει στην κατηγορία των προβολικών δοκιμασιών (projective test), όπως αυτές προσδιορίστηκαν αρχικά από τον Frank (1939), και οι οποίες φέρουν κοινό παρονομαστή την προβολική υπόθεση. Σύμφωνα με την τελευταία, τα Πρόσωπα τείνουν να προβάλουν πάνω σε αμφίσημα ερεθίσματα διάφορες αποκαταστασιακού τύπου προσπάθειες, ώστε να τα καταστήσουν λιγότερο ανοίκεια, λιγότερο ξένα σύμφωνα με τα προσωπικά τους κίνητρα, τις φαντασιώσεις και τις επιθυμίες (Tuber & Meehan, 2015). Η προβολική υπόθεση συνδέεται ευθέως με τον ίδιο το αρχαϊκό μηχανισμό άμυνας¹¹ της προβολής, ο οποίος περιγράφει την αυτόματη, ασύνειδη απόδοση απαγορευτικών ορμών, σκέψεων προθέσεων, πράξεων ή/και αναγκών σε εξωτερικούς υποτιθεμένους αυτουργούς ή ερεθίσματα. Σχηματικά, στην προβολή ο αμυνόμενος αντικαθιστά το εγώ με το εσύ. Η Παλαιολόγου (2001), πολύ εύστοχα σημειώνει ότι ο μηχανισμός της **προβολής έχει εγγενώς διττή φύση:**

- η πρώτη αφορά στην πιο γνώριμη **αποκηρυκτικού τύπου προβολή**, όπου το Πρόσωπο αποκηρύσσει τις αγχογόνες ορμές, επιθυμίες, σκέψεις του μη αναγνωρίζοντάς τες ως δικές του
- η δεύτερη αφορά στη λιγότερο οικεία – κλαϊνικής επίνοιας- **αφομοιωτικού τύπου προβολή**, η οποία είναι ουσιαστικά το έτερο μισό της αποκηρυκτικής προβολής.

Οι σημαντικότερες σύγχρονες, επικαιροποιημένες και εξελιγμένες επιστημονικά θέσεις της προβολικής υπόθεσης, όπως αυτές αναδείχθηκαν μέσα από την έρευνα για τη χορήγηση των οικείων δοκιμασιών (Cramer, 1996) μπορούν να αποτυπωθούν στα εξής:

1. Τα χορηγούμενα κάθε φορά ερεθίσματα θεωρούνται ουδέτερα, αδόμητα και άρα διαφορούμενα, σε όρους «προβολικής αμφισημίας» (Πατεράκης, 2007)
2. Οι απαντήσεις των εξεταζόμενων αντανακλούν προσωπικά κίνητρα, επιθυμίες, προσδοκίες και φαντασιώσεις τους
3. Ο θεμελιώδης ψυχολογικός μηχανισμός, ο οποίος εμπλέκεται στην παρούσα διεργασία, είναι η προβολή, έτσι ώστε ο ιδιωτικός κόσμος του εξεταζόμενου να προβάλεται στην εξωτερική πραγματικότητα
4. Οι εξεταζόμενοι αγνοούν το γεγονός ότι αποκαλύπτουν πτυχές της προσωπικότητάς τους μέσα από τις αφηγήσεις τους σχετικά με το προβολικό υλικό των δοκιμασιών
5. Το γεγονός ότι οι εξεταζόμενοι εστιάζουν σε ερεθίσματα που τους παρέχονται από τον εξεταστή, καθώς και η επικέντρωσή τους σε κάτι που βρίσκεται έξω από τον εαυτό τους, συνιστά ένα ασφαλές πλαίσιο που διευκολύνει την παραγωγή απαντήσεων
6. Το γεγονός ότι κάποιος άλλος έχει «ζωγραφίσει» τα ερεθίσματα στις κάρτες και κάποιος άλλος τις παρουσιάζει ζητώντας αφηγηματικές απαντήσεις, συνιστά διευκολυντικό παράγοντα, καθώς η εστίαση του εξεταζόμενου στην εν λόγω εξωτερική συνθήκη λειτουργεί ενθαρρυντικά ως προς την ενεργοποίηση της προβολής
7. Ακόμη και αν ο εξεταζόμενος είναι διστακτικός, βιώνοντας εσωτερικές συγκρούσεις ή αμφιθυμία σε σχέση με την εξέταση, οι απαντήσεις του εκπληρώνουν το κριτήριο της εξωτερικής απαίτησης και αυτό συμβαίνει χωρίς να αισθάνονται ότι μιλούν για τον εαυτό τους.

Οι προβολικές δοκιμασίες εν γένει, αλλά και συγκεκριμένα το TAT δεν εμπίπτουν στα ψυχομετρικά εργαλεία που υπακούν στη **νομοθετική** (nomothetic) προσέγγιση. Αντίθετα, υπάγονται στην **ιδιογραφική** (idiographic) προσέγγιση. Η πρώτη χρησιμοποιεί αυστηρούς στατιστικούς ελέγχους, ώστε να καταλήξει τελικά στην εξαγωγή νορμών, δηλαδή στην παροχή υψηλών συχνοτήτων παρουσίας ενός ή περισσότερων ιδιοτήτων ή χαρακτηριστικών στο γενικό πληθυσμό, καθώς και το εύρος των αποκλίσεων από αυτές.

Έτσι, δύναται: **α)** να προσδιοριστεί ο βαθμός διαφορετικότητας ενός ατόμου ή μίας ομάδας από την πλειοψηφία των υπολοίπων ατόμων του γενικού πληθυσμού, **β)** να προσδιοριστεί ο βαθμός σοβαρότητας μίας συμπτωματολογίας, **γ)** να προσδιοριστεί ο βαθμός αποτελεσματικότητας μίας θεραπευτικής προσέγγισης έναντι μίας άλλης, **δ)** να προσδιοριστούν συγκριτικές εκτιμήσεις μεγεθών στην υπηρεσία του πάσχοντος Προσώπου.

Ωστόσο, προϊόντος του χρόνου, τείνει να αναφαίνεται όλο και πιο επιτακτικά ότι η διερεύνηση αυτή καταφανώς δεν επαρκεί, αφού μοιάζει να της λείπει η «προσωπική σφραγίδα» του ίδιου του Προσώπου που αναζητεί βοήθεια, καθώς και η αποτύπωση του δικού του μοναδικού «δακτυλικού αποτυπώματος» (Παλαιολογου, 2001). Υπό τις συνθήκες αυτές, κατόπιν οποιουδήποτε ποσοτικού υπολογισμού ή τυχόν αθροιστικών στοιχείων, η θεραπευτική πράξη οφείλει να δει το Πρόσωπο εναρμονιζόμενη πλέον με την ιδιογραφική προσέγγιση, ως ιδιαίτερο, ξεχωριστό και εν τέλει μοναδικό και μόνον έτσι να φροντίσει τα προβλήματά του.

Μία άλλη, ομοίως σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο προσεγγίσεων είναι η διαδικασία στάθμισης καθεμίας δοκιμασίας. Η Χατήρα (2007:18) εύστοχα υπογραμμίζει την απόκλιση των απόψεων γύρω από την ανάγκη στάθμισης ή όχι των ψυχομετρικών εργαλείων, σημειώνοντας ότι «υπάρχουν τεστ που μπορούν να σταθούν στο πεδίο της Ψυχοδιαγνωστικής χωρίς την τυπική διαδικασία της στάθμισης, τα οποία μέσα από το γενικό τύπο τους, την εμπειρία της εφαρμογής τους, τη μελέτη και την έρευνα εξασφαλίζουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους».

Επί παραδείγματι, οι αυστηρές νοομετρικές δοκιμασίες ποσοτικού χαρακτήρα (IQ test) οφείλουν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους, καθώς και την εμβέλεια αποδοχής τους, αποκλειστικά στη διαδικασία στάθμισής τους σε ένα κατεξοχήν αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού δυνάμει εφαρμογής του τεστ, ακολουθώντας έτσι πιστά τη νομοθετική παράδοση.

Βέβαια, όπως επισημαίνει η Χατήρα (2007), η διαδικασία στάθμισης διαφοροποιείται αναλόγως της δομικής φύσης κάθε δοκιμασίας. Έτσι, η στάθμιση των προβολικών τεστ τύπου TAT¹², «γίνεται μέσα από την έρευνα και

τη μελέτη της εμπειρικής εφαρμογής τους στη διαδρομή του χρόνου», γεγονός που υπάγει τα πρώτα κατά κανόνα στην ιδιογραφική παράδοση, εξασφαλίζοντάς τους ταυτόχρονα το ιδιαίτερο προνόμιο να έχουν πρόσβαση στις αθέατες δυναμικές διεργασίες, όχι μόνον ως προς τον επεισοδιακό κάθε φορά έλεγχο της περιγεγραμμένης συμπτωματολογίας, αλλά και ως προς την ουσιαστική και σφαιρική ανάδειξη των Ψυχο-Βιο-Νοητικών αναστατώσεων και των μετεώρων όγκων συναισθηματικής αγωνίας των α-σθενών, απ' όπου και αν αυτοί εκπηγάζουν (νοσολογικής ή ιδεολογικής, ιδεαλιστικής ή υπαρξιακής, πραγματιστικής ή ηθικής προέλευσης).

Τόσο οι επικριτές του TAT, όσο και οι ένθερμοι χρήστες του θα συμφωνούσαν σε ένα σημείο: η εν λόγω δοκιμασία συνιστά τη μείζονα χαρά του έμπειρου κλινικού και ταυτόχρονα τη χειρότερη σπαζοκεφαλιά για κάθε στατιστικολόγο (πρβλ Vane, 1981).

ΣΤ. Η Επιλογή Ποιοτικής Μεθόδου της Παρούσας Έρευνας: Μνεία στην Εγκυρότητα και στην Αξιοπιστία των Ποιοτικών Εργαλείων της Έρευνας

Οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας εν γένει, αλλά και συγκεκριμένα η τεχνική των ημιδομημένων συνεντεύξεων βάθους και η δοκιμασία TAT, συχνά έρχονται αντιμέτωπες με την σκληρή κριτική ότι παρουσιάζουν εγγενή μεθοδολογικά ελλείμματα ως προς την απαιτούμενη επιστημονική αυστηρότητα, με πτωχούς συνήθως ερευνητικούς απολογισμούς αναφορικά με τις υιοθετούμενες μεθόδους, ή ακόμη – ακόμη ότι στερούνται επαρκούς διαφάνειας στις αναλυτικές διεργασίες (analytical procedures), ώστε εν τέλει τα οικεία ευρήματα να συνιστούν απλώς «απαύγασμα» προσωπικών απόψεων που υπόκεινται με τη σειρά τους σε προκαταλήψεις (bias) των ίδιων των ερευνητών (Sandelowski, 1993; Deem, 2001; Rolfe, 2006).

Στο φόντο αυτό, υποβάλλουν αυστηρά οι Long & Johnson (2000), είναι ακατάλληλη η χρήση των ποσοτικών ερευνητικών όρων της **αξιοπιστίας** (reliability), της **εγκυρότητας** (validity) αλλά και της **γενικευσιμότητας** (generalisability), καθώς οι δύο διακεκριμένες, κατά τα αλλά, ερευνητικές μέθοδοι, αφορμώνται από εντελώς διαφορετικά θεωρητικά, φιλοσοφικά αλλά

και επιστημολογικά θέσφατα. Αντιθέτως, οι Lincoln & Guba (1985) είχαν ήδη προτείνει ως καταλληλότερους τους όρους πραγματική αξία (true value), συνέπεια (consistency) και ουδετερότητα (neutrality), καθώς και μεταβιβασιμότητα (applicability).

Σχηματικά, οι διάφορες των δύο προσεγγίσεων έρευνας αποτυπώνονται ως εξής:

ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ
Validity (εγκυρότητα) = ο βαθμός στον οποίο μετριέται, αυτό που συνιστά το μετρήσιμο	Truth value (πραγματική αξία) = αναγνωρίζει το γεγονός ότι υπάρχουν πολλές πραγματικότητες (ερευνητή – συμμετεχόντων).
Reliability (αξιοπιστία) = ο βαθμός στον οποίο οι ερευνώμενες διαστάσεις είναι απαλλαγμένες από σφάλματα μέτρησης	Consistency (συνέπεια) = αφορά στη φερεγγυότητα επιλογής των μεθόδων. Ένας ανεξάρτητος ερευνητής θα πρέπει να μπορεί να φτάσει σε παρόμοια ή συγκρίσιμα ευρήματα μέσα από τα ίδια μονοπάτια έρευνας. Neutrality (ουδετερότητα) = επιτυγχάνεται όταν η πραγματική αξία και η συνέπεια έχουν εφαρμοστεί.
Generalisability (γενικευσιμότητα) = ο βαθμός στον οποίο τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να γενικευθούν στον υπόλοιπο πληθυσμό	Applicability (μεταβιβασιμότητα) = με τη λεπτομερή περιγραφή τόσο της όλης διεργασίας και του περιβάλλοντος διεξαγωγής της μελέτης όσο και των πληροφοριών και προϊόντων που προκύπτουν καθίσταται δυνατό σε κάθε ενδιαφερόμενο αναγνώστη να καταλήξει σε συγκεκριμένο συμπέρασμα σχετικά με το αν τα στοιχεία αυτά είναι δυνατό να του φανούν χρήσιμα.

Για την εξασφάλιση των παραπάνω ποιοτικών δεικτών στην *Ημιδομημένη Κλινική Συνέντευξη Ογκολογικών Α-σθενών*, υπήρξε μέριμνα (Madill et al., 2000; Morse et al., 2002; Slevin, 2002) ώστε να διασφαλιστούν, πριν, κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων και μετά, τα εξής:

1. Παρατεταμένη ενασχόληση με το υπό μελέτη κλινικό πεδίο, ώστε να ο κλινικός να αποβάλει τυχόν λανθασμένες πληροφορίες που είχε από πριν και να εξασφαλιστεί η εμπιστοσύνη αυτών που θα μελετήσει.
2. Επίμονη παρατήρηση. Ο σκοπός της επίμονης παρατήρησης ήταν: (α) να εντοπιστούν εκείνα τα χαρακτηριστικά στοιχεία της ομάδας που συνδέονταν με την υπό μελέτη θεματική, και, (β) η παρατήρηση επιμέρους λεπτομερειών.
3. Λεπτομερή εξέταση από συνάδελφο. Περιγράφει το γεγονός ότι όλη η έρευνα (σχεδιασμός συνέντευξης, συλλογή δεδομένων, ανάλυση και συμπεράσματα) εξετάζετο συστηματικά και από έναν άλλο συνάδελφο, ικανού γνώστη του κλινικού πεδίου και της μεθόδου έρευνας, αλλά μη συνδεδεμένου με τη συγκεκριμένη έρευνα. Η διαδικασία αυτή προτάθηκε, μεταξύ άλλων, προκειμένου να εντοπιστούν αδυναμίες, προκαταλήψεις, μεροληψίες από την πλευρά του εκπονούντος. Ο συνάδελφος που κλήθηκε να βρεθεί σε αυτό το ρολό υπέβαλε στον εκπονούντα ουσιαστικές ερωτήσεις σε θέματα μεθοδολογικά, ηθικά, ερμηνευτικά.
4. Ανάλυση αρνητικής περίπτωσης. Είναι η διαδικασία κατά την οποία επανεξετάζεται το συμπέρασμα μετά την ολοκλήρωση της έρευνας. Με αυτόν τον τρόπο ο ερευνητής ψάχνει στα δεδομένα του για στοιχεία που διαψεύδουν τα συμπεράσματά του.
5. Γίνεται παρακάτω λεπτομερής περιγραφή τόσο της όλης διεργασίας και του περιβάλλοντος διεξαγωγής της συνέντευξης όσο και των πληροφοριών που προκύψαν (μεταβιβασιμότητα)
6. Ημερολόγιο καταγραφής στοχασμού και αναστοχασμού: σημειώσεις που αφορούν σε προσωπικές σκέψεις ή εντυπώσεις που δημιουργούνται σε κάθε επιμέρους φάση των συνεντεύξεων. Καταγράφονταν, επίσης, σημεία κλειδιά κλινικής προσοχής, εντυπώσεις από τη διαδικασία, στοιχεία που θα βοηθήσαν στις ερμηνείες. Οι σημειώσεις αυτές ήταν στη διάθεση του αξιολογητή.

Για την εξασφάλιση των ίδιων ποιοτικών δεικτών σε ό,τι αφορά στη δοκιμασία Θεματικής Αντίληψης (TAT), υπήρξε μέριμνα ώστε να διασφαλιστούν τα εξής:

1. Επαρκής εκπαίδευση του εξεταστή στη χορήγηση και την αξιολόγηση μέσω της δοκιμασίας TAT, ήδη από τα 2013, με συνεχή ενασχόληση έκτοτε με το πεδίο
2. Μακρά εμπειρία του εξεταστή στη χρήση προβολικών μέσων αξιολόγησης της προσωπικότητας σε κλινικό και μη κλινικό πληθυσμό
3. Συνεξέταση του υλικού της δοκιμασίας από έμπειρο συνάδελφο - επόπτη, ικανού γνώστη του κλινικού πεδίου και της μεθόδου έρευνας, αλλά μη συνδεδεμένου με τη συγκεκριμένη έρευνα.
4. Λεπτομερής περιγραφή της όλης διεργασίας και του περιβάλλοντος διεξαγωγής της χορήγησης της δοκιμασίας.

Υπό τις προϋποθέσεις αυτές κρίθηκε ότι η παρούσα ημιδομημένη συνέντευξη, καθώς και η χορηγούμενη δοκιμασία TAT, τείνουν να καλύπτουν, στο μετρώ του εφικτού, σημαίνουσες πτυχές «εγκυρότητας» και «αξιοπιστίας», όπως αυτές υιοθετούνται και εφαρμόζονται στις ποιοτικές μεθόδους έρευνας, ως προς τη σύνταξη, τη δομή, τη χορήγηση και την ανάλυση των δεδομένων αναφοράς.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 2^ο: ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

2.1. Διενέργεια Συνεντεύξεων και Κλινικών Αξιολογήσεων (TAT)

Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν αρχικά για τη διεξαγωγή της έρευνας από την επιστημονικά υπεύθυνη της Μονάδας Ανακουφιστικής Αγωγής και εν συνεχεία, εφόσον υπήρχε επιθυμία συμμετοχής τους, ενημερωθήκαν από τον γράφοντα για τον ακριβή σκοπό της μελέτης. Όλοι ενημερωθήκαν λεπτομερώς για την καταγραφή της συνέντευξης και των συνεδριών, αλλά και για τις φάσεις της έρευνας (αριθμός συναντήσεων, χώρος, ώρα, επεξεργασία δεδομένων, πρόσβαση στα αποτελέσματα) και συναίνεσαν προφορικά, αφού προηγουμένως είχε υπογραμμιστεί η αποκλειστική και εμπιστευτική χρήση των επιμέρους κλινικών πληροφοριών. Τα δημογραφικά δεδομένα από την οικεία κλίμακα της ημιδομημένης συνέντευξης παρουσιάζονται συνοπτικά παρακάτω στον πίνακα Ι.

ΠΙΝΑΚΑΣ Ι

Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων (N=7)

α/α case	Ημ. Εξέτασης	Ηλικία	Φύλο	Οικ. κατάσταση	Διάγνωση	Άλλη ΧΝ	Εθνικότητα	Εκπαίδευση	Χειρουργική Επέμβαση	ΧΜΘ	ΑΚΤΘ	Οπιοειδή (Η/Ι)	ΨΘ πριν
1	21/01/19	56	Θ	ΕΓΓΑΜΗ	CA (endom.)	ΟΧΙ	ΡΩΣΙΚΗ	ΑΕΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ (Η)	ΟΧΙ
2	19/11/18	61	Θ	ΧΗΡΑ	CA (Lung)	ΟΧΙ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	ΔΕ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
3	05/11/18	56	Α	ΕΓΓΑΜΟΣ	CA (χΠΕ)	ΝΑΙ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	ΥΕ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
4	03/12/18	62	Θ	ΕΓΓΑΜΗ	CA (Trer.)	ΝΑΙ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	ΔΕ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ(Η)	ΟΧΙ
5	04/11/18	57	Θ	ΔΙΑΖΕΥΓ	CA (Col.)	ΟΧΙ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	ΔΕ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ(Ι)	ΟΧΙ
6	04/12/18	65	Θ	ΔΙΑΖΕΥΓ	CA (Brt)	ΟΧΙ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	ΔΕ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ
7	07/07/18	66	Α	ΕΓΓΑΜΟΣ	CA (Lung)	ΟΧΙ	ΕΛΛΗΝΙΚΗ	ΔΕ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ (Η)	ΟΧΙ
α/α case	ΨΧ ιστορικό	Μετάστ αση	ECOG	Στάδιο νόσου	Ιστολογική επιβεβαίωση	Τέκνα	Εργασία	Υποστηρικτικό δίκτυο	Συγγενείς	Φίλοι	Σύντρο -φοι	Διάρκεια εξέτασης	Παραπο -μπή
1	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2	II	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	60'	Μ.Α.Α.
2	ΝΑΙ	ΟΧΙ	1	I	ΝΑΙ	2♀	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	64'	Μ.Α.Α.
3	ΟΧΙ	ΟΧΙ	1	I	ΝΑΙ	2♀	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	60'	Μ.Α.Α.
4	ΝΑΙ	ΟΧΙ	1	I	ΝΑΙ	2♂	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	62'	Μ.Α.Α.
5	ΝΑΙ	ΟΧΙ	1	I	ΝΑΙ	2♂	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	65'	Μ.Α.Α.
6	ΝΑΙ	ΝΑΙ	2	II	ΝΑΙ	3†, 1♂	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	61'	Μ.Α.Α.
7	ΟΧΙ	ΝΑΙ	2	II	ΝΑΙ	1♂&1♀	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	58'	Μ.Α.Α.

Με εγγύτητα προς τις αρχές της θεωρητικής δειγματοληψίας, το δείγμα απετέλεσαν τελικά επτά (7) α-σθενείς (μέσος όρος ηλικίας: 60,4 έτη, τυπική απόκλιση: 4,1 έτη), οι οποίοι ολοκλήρωσαν τις τρεις προβλεπόμενες συνεδρίες. Η δειγματοληψία έλαβε χώρα σε διαφορετικές χρονικές φάσεις και παράλληλα με τη διαδικασία επεξεργασίας των δεδομένων. Ο τελικός αριθμός των περιπτώσεων δεν ήταν εκ των προτέρων με απόλυτη ακρίβεια προσδιορισμένος και κατέστη σαφής μόνον όταν έτεινε να επιτευχθεί ένας πρώτος θεωρητικός κορεσμός.

ΠΙΝΑΚΑΣ II

Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση Δείγματος (N=7)

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean (M.O.)	Std. Deviation (S.D.)
VAR AGE	7	56,00	66,00	60,4286	4,19750
Valid N (listwise)	7				

Ως προς τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων και των αξιολογήσεων με το TAT, υπήρξε μέριμνα ώστε αυτές να έχουν κατεξοχήν εξατομικευμένο χαρακτήρα και διεξήχθησαν όλες στη Μονάδα Ανακουφιστικής Αγωγής, εντός ειδικά διαμορφωμένου πλαισίου, χωρίς διασπαστικά ηχητικά ερεθίσματα. Η συνέντευξη με το διαμορφωμένο εργαλείο έρευνας είχε μέγιστο χρόνο διάρκειας τα 65 λεπτά και ελάχιστο χρόνο τα 55 λεπτά, ενώ με το TAT 62 λεπτά και 51 λεπτά, αντιστοίχως.

Και για τους 7 α-σθενείς χρησιμοποιήθηκε ειδική συσκευή μαγνητοφώνησης, η οποία ελέγχεται κάθε φορά πριν την έναρξη της διαδικασίας ως προς τη χωρητικότητα μνήμης και τα αποθέματα μπαταρίας, ενώ τοποθετείτο σε χώρο που να μην προκαλεί δυσφορία ως εμπόδιο επικοινωνίας στους συνεντευξιαζόμενους. Μετά την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων αυτές απομαγνητοφωνούνται κατά σειρά ολοκλήρωσης. Η εκφορά των ερωτήσεων ακολουθήσε την τυπική δομή του εργαλείου για την διατήρηση συγκεκριμένης ροής κατά τη συζήτηση (Diefenbach, 2009), καθώς και η ακολουθία καρτών για το TAT, η οποία διαφοροποιείτο αναλόγως του φύλου.

Τα δεδομένα της συνέντευξης αναλυθήκαν συμφώνως προς τα τρία στάδια της διαδικασίας κωδικοποίησης των Strauss και Corbin (1998). Η ανάλυση των δεδομένων του TAT έγινε σύμφωνα με το πρωτόκολλο ερμηνείας του Bellak και εν συνέχεια τα αποτελέσματα ερμηνείας υπέστησαν εκ νέου κωδικοποίηση. Αμφότερες οι διαδικασίες υπέστησαν πρώτα ανοικτή κωδικοποίηση, προκειμένου να ανευρεθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι κωδικοί, σε όρους αμεροληψίας, τηρουμένων των αναλογιών.

2.2 Αποτελέσματα Ημιδομημένης Κλινικής Συνέντευξης

A. Συναισθηματικές εκδηλώσεις και Ανάγκες κατά την ανακοίνωση των δυσάρεστων διαγνωστικών ειδήσεων

Οι δυσάρεστες ειδήσεις ορίζονται στην ιατρική βιβλιογραφία ως αφορούσες σε μία διεργασία με πολλά επιμέρους βήματα, όπου δημιουργείται μία κατάσταση η οποία απειλεί ευθέως το αίσθημα της ελπίδας. Η απειλή αυτή μπορεί να συνδέεται είτε με την ψυχολογική είτε με τη σωματική ευεξία, αλλά και με έναν κίνδυνο να διαταραχθεί ο ισχύων τρόπος ζωής, ή να περιορίζονται οι επιλογές ζωής (Barnett, 2004; Bor et al., 1993). Οι δυσάρεστες ειδήσεις στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας αναφέρονται σε οποιαδήποτε πληροφορία σηματοδοτεί μία αρνητική όψη εξέλιξης της υγείας του προσώπου (Buckman, 1984).

Η ανακοίνωση τέτοιων ειδήσεων έχει ευθέως συνδεθεί κλινικά κυρίως με τις διαγνώσεις χρόνιων και πάντως επαπειλητικών για τη ζωή νοσημάτων, καίτοι μπορεί να εκτείνεται και σε άλλες διαγνωστικές συνθήκες (επί παραδείγματι: Hoy, 1985).

Στην παρούσα έρευνα οι α-σθενείς, έχοντας υποβληθεί στις ενδεδειγμένες κάθε φορά ιατρικές εξετάσεις, βρέθηκαν στην αναμονή ανακοίνωσης των ειδήσεων για την υγείά τους. Ο τρόπος με τον οποίο τους δόθηκε η διάγνωση καταδεικνύει τη σημαντικότητα της διαδικασίας, η οποία συχνά υποτιμάται, παρά το γεγονός ότι επιβεβαιώνει τη βίωση δυσάρεστων συναισθηματικών αντιδράσεων, αρκετά εφάμιλλα του δριμέως θρήνου (acute grief).

[...] έπαθα σοκ δεν ήθελα να το πιστέψω. Φοβήθηκα, συρρικνώθηκα εκεί μες στο διάδρομο που μου το είπε λύγισαν τα πόδια μου, ξέσπασα σε κλάματα (6)

[...] ένιωσα χάλια, κομμάτια, είχα ήδη κάνει αρκετά χειρουργεία πιο παλιά, είχα γενικά προβλήματα υγείας (4)

[...] στην αρχή δεν είχα συνειδητοποιήσει τι ακριβώς μου λέει, σοκαρίστηκα, είχα μουδιάσει (2)

[...] δεν κατάλαβα και πολλά. Πάγωσα αλλά δεν το έδειξα (7)

[...] φοβήθηκα αμέσως ότι θα πεθάνω, ποιος γλυτώνει από τέτοια πράγματα. Μου είπε διάφορα ιατρικά που δεν τα καταλάβαινα και αυτό με έκανε να φοβάμαι πιο πολύ (3)

Η βίωση εντόνων συναισθηματικών αντιδράσεων, συγκεκριμένα, αισθημάτων φόβου, εντόνου στρες, απόγνωσης, αβεβαιότητας και δυσφορίας εν γένει, δεν είναι ανοίκεια στην οικεία βιβλιογραφία (Harrison et al., 1994; Walter et al., 2001; Harvey et al., 2007).

Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον για την παρούσα συζήτηση ότι αυτές οι έντονες δυσφορικές συνθηματικές αντιδράσεις συνοδεύονταν από - μετέωρες τελικά - ανάγκες κατάλληλης ανακοίνωσης για τα αποτελέσματα των προηγηθεισών εξετάσεων, πληροφόρησης σχετικά με το είδος της νόσου, το εύρος των παρεμβάσεων και τα θεραπευτικά αποτελέσματα (βλ. σχήμα Ι).

[...] έχεις ακανθοκυτταρικό καρκίνο, αυτή είναι η όλη ιστορία. Μία μικρή βλάβη μέσα στο δέρμα. Θα στο χειρουργήσω και η θα με αγαπήσεις ή θα με μισήσεις. Δεν κατάλαβα και πολλά. (7)

[...] δεν μου έλεγαν, ότι πρέπει να κάνω αυτό για να γίνει εκείνο, δεν μου εξηγούσαν οι γιατροί. Μου είπε σε κάποια φάση «δεν βγήκε καλή η βιοψία, πρέπει να κάνεις ότι σου λένε» χωρίς να ξέρω τι ακριβώς έχω (5)

[...] έχεις καρκίνο, μου είπε χύμα. Το τι και πώς το κατάλαβα στην πορεία (6)

[...] μου είπε ο γιατρός μόλις βγήκαν οι εξετάσεις «κυρία Κ. σας έτυχε το τζόκερ». Είναι καρκίνος, θέλει αφαίρεση, μέχρι εκεί (2)

[...] μου το είπε ευθέως «έχεις καρκίνο».... Μου είπε διάφορα ιατρικά που δεν τα καταλάβαινα και αυτό με έκανε να φοβάμαι πιο πολύ. Κατάλαβα όμως ότι έπρεπε να χειρουργηθώ άμεσα (3)

[...] είχα έντονη αιμορραγία. Αρχικά μου είπαν αναιμία είναι, μου έκαναν την απόξεση και μετά βιοψία. Μόλις βγήκε μου είπε «έχεις νεοπλασία και θα χρειαστείς χειρουργείο». Δεν είχα καμία πληροφορία περαιτέρω, αυτό είναι το παράπονό μου, δεν έκατσε κάνεις να μου μιλήσει τι είναι αυτό και όταν κάτι δεν το ξέρεις το φοβάσαι πολύ (1).

Φάνηκε, λοιπόν ότι η ανακοίνωση της δυσάρεστης είδησης βιώθηκε με πολύ έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, οι οποίες δεν φάνηκε να έτυχαν κατάλληλου θεραπευτικού ελέγχου.

Η πληροφόρηση υπήρξε περιορισμένη, παρά τις ανάγκες των α-σθενών για το αντίθετο, πριν τη θεραπεία (βλ. σχήμα Ι). Επιβεβαιώνεται, επίσης, ότι η ανακοίνωση συνιστά περισσότερο μία δυναμική διεργασία, και όχι ένα μεμονωμένο γεγονός αποκομμένο από την ευρύτερη καταστασιακή συνθήκη (πρβλ και Tobin & Begley, 2008).

[...] Θα μπορούσα να είχα παραπάνω πληροφορίες για όλη αυτή τη διαδικασία (7)

[...] Δεν είχα απαντήσεις συγκεκριμένες για όλη τη θεραπεία που έπρεπε να κάνω, τι ρίσκα έχει, τι παρενέργειες, τι μέθοδο, απλά τους άκουγα «θα κάνουμε αυτό» (6)

[...] Είχα μισόλογα, μέσα μου όμως ήξερα, νομίζω όμως γενικά αποφεύγουν...ίσως και αυτοί δεν αντέχουν (4)

[...] Δεν είχα πληροφορίες για το αδenoκαρκίνωμα, ούτε για τις παρενέργειες από τις θεραπείες, είπαν μόνο πρέπει να γίνει έτσι (5).

B. Η σημαντικότητα της «συνοδείας»

Αρκετά πρωτόκολλα και μοντέλα ανακοίνωσης δυσάρεστων ειδήσεων τονίζουν την ανάγκη παρουσίας σημαντικών άλλων κατά τη ανακοίνωση της διάγνωσης, κάνοντας λόγο σαφή για την αδήριτη προϋπόθεση παρουσίας μέλους της οικογένειας ή άλλου οικείου υποστηρικτικού προσώπου (Holland, 1977; Fallowfield, 1993), κατ' αντίστιξη εξίσου αναγνωρίσιμα μοντέλα που εξαίρουν την ιδιωτικότητα της στιγμής (Roberts et al., 1994; Omne-Ponten, 1993). Από τα σχετικά εκφωνήματα της ημιδομημένης συνέντευξης διαφάνηκε η σημαντικότητα της συνοδείας κατά τη διάρκεια της ανακοίνωσης της διάγνωσης αλλά και κατά την πορεία της θεραπείας (Papadatou, 2009).

[...] δόξα τω θεώ ήταν μαζί μου τότε η κόρη μου και ο γαμπρός μου...τους είχα τόσο ανάγκη (2)

[...] ο γιος μου και ο σύζυγός μου βοήθησαν πολύ που ήταν μαζί εκεί. Ήταν σε όλο αυτό και ευτυχώς γιατί πραγματικά τους χρειαζόμουν (4)

[...] η σύζυγός πιο πολύ, ήταν από την αρχή εκεί. Αλλά και τα παιδιά μου με υποστηρίζουν (3)

[...] στη διάγνωση δυστυχώς ήμουν μόνη, έτσι έτυχε. Στο χειρουργείο, στις χημειοθεραπείες και τις ακτινοθεραπείες ευτυχώς ήταν ο πρώην άνδρας μου που με ψιλοϋποστήριξε, αν ήμουν εντελώς μόνη θα είχα τρελαθεί (5)

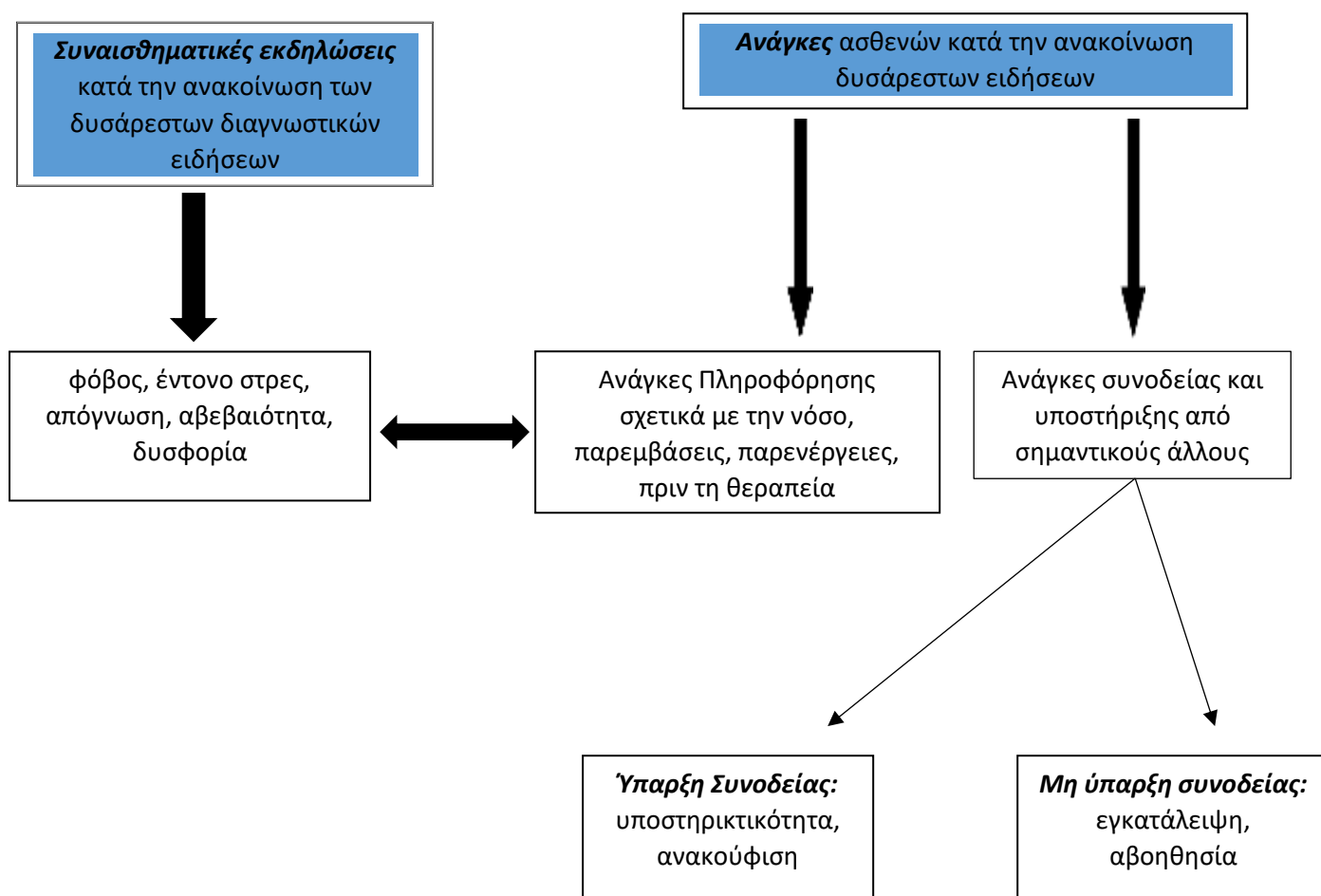
[...] ήμουν μονή, δύσκολη η μοναξιά... ήθελα κάποιον... ο γιος μου προσπάθησε, αλλά πώς να το μοιραστείς αυτό και με ποιον; (6)

[...] από την αρχή μέχρι τώρα ο σύζυγός να' ναι καλά. Οι φίλοι δεν έδωσαν και πολλή σημασία, μάλιστα δύο φίλες μου απομακρυνθήκαν αμέσως μόλις το έμαθαν, ενώ εγώ ήμουν τόσο ευάλωτη (1)

[...] η σύζυγός μου και ο μικρότερος γιος μου ευτυχώς ήταν εκεί και με στήριξαν και με στηρίζουν... η οικογένειά μου δηλαδή, οι υπόλοιποι δεν ήθελαν να μπουν στο ψητό (7)

Είναι φανερό ότι η προϋπόθεση της συνοδείας και η απουσία της φέρουν η καθεμιά στο προσκήνιο τη βίωση είτε συναισθημάτων ανακούφισης μέσω της υποστήριξης, είτε της εγκατάλειψης και αβοηθησίας, αντιστοίχως (βλ. σχήμα Ι). Στην πρώτη περίπτωση μέσω του συναισθηματικού μοιράσματος διευκολύνεται ουσιαστικά η προσαρμογή στα δεδομένα της νόσου, ενώ ενθαρρύνεται και η επεξεργασία των όγκων αγωνίας των Προσώπων.

Σχήμα Ι: Συναισθηματικές εκδηλώσεις και Ανάγκες Α-σθενών κατά την ανακοίνωση των δυσάρεστων ειδήσεων



Γ. Οι όγκοι αγωνίας στο «εδώ και τώρα», ανάδυση επιθυμιών και αμυντικότητα

Έχοντας ήδη ολοκληρώσει αρκετούς κύκλους ιατρικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, οι α-σθενείς του συγκεκριμένου δείγματος μοιράστηκαν κατά την ημιδομημένη συνέντευξη αφηγήσεις που προσδιορίζουν ουσιαστικά τις αγωνίες

τους σχετικά με την ασθένεια. Από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων αναδύονται έντονα αισθήματα φόβου αναφορικά με την εμπειρία του πόνου καθώς και ανησυχίες συνδεδεμένες με το θάνατο (διεργασίες θρήνου).

[...] Φοβάμαι, πάντα φοβόμουν τις μεταστάσεις, δεν αντέχω τον πόνο, δεν θα το αντέξω, θα κάνω καμία ενδοφλέβια να πεθάνω (5)

[...] Νιώθω ότι βασανίστηκα, πόνεσα με τις θεραπείες (3)

[...] δεν αντέχω να πονάω άλλο, αυτό φοβάμαι πιο πολύ, δεν θέλω να υποφέρω. Θα ήθελα να μην πονάω. (1)

[...] δε μπορώ να πω ότι τώρα πονάω πολύ όπως πριν. Πέρασα πολύ πόνο, τώρα με τα φάρμακα είναι πιο ok (7).

Παρά την ανομοιογένεια των διαγνώσεων ως προς το είδος του καρκίνου ή/και το επίπεδο της νόσου, η δυσάρεστη εμπειρία του πόνου φαίνεται να συνιστά κοινό παρονομαστή μεταξύ των συμμετεχόντων. Ο πόνος συνιστά τον πιο συχνά αναφερόμενο παράγοντα φυσικής εξασθένισης, λειτουργικού περιορισμού και συναισθηματικής καταπόνησης (Karin et al., 1989; Weiss et al., 2001). Το συναισθηματικό φορτίο που συνδέεται με την εμπειρία του πόνου και τη συνοδό έκπτωση της λειτουργικότητας φέρει στην επιφάνεια φόβους και ανησυχίες σχετικές με το θάνατο.

[...] είμαι λυπημένος και ανησυχώ κατά βάθος. Ο φόβος μου είναι η οικογένειά μου, πιο πολύ οι γυναίκα μου και ότι θα τους λείψω και θα μου λείψουν (7)

[...] Αρρωσταίνω πολύ εύκολα, πλέον έχει πέσει το ανοσοποιητικό μου, ανησυχώ πολύ για αυτό. Με κάνει να φοβάμαι, να περιορίζομαι καθημερινά, δεν είναι ωραίο να φοβάσαι (4)

[...] νιώθω τώρα αδύναμος και ξαφνικά γερασμένος και άρα πιο κοντά στο θάνατο (3)

[...] νιώθω αδυναμία να το ελέγξω, να το σταθεροποιήσω κάπως, τόσες μεταστάσεις... Προσπαθώ αλλά είναι δύσκολο... Δεν φοβάμαι μην πεθάνω, δεν με ενδιαφέρει, τι να τρομάξω με τόσα που έχω (6)

[...] μπερδεμένη ακόμα, δεν γνωρίζω πολλά... φόβος, αγωνία, ανασφάλεια ότι σήμερα είμαι, αύριο δεν είμαι. Είμαι δύσκολα κλαίω συχνά. Κατά διαστήματα με πιάνει έντονη θλίψη, αναπολώ πως ήμουν παλιά και νιώθω πολλή μοναξιά, έχει πολλή μοναξιά ο θάνατος (2)

[...] έχω συμφιλιωθεί με την ιδέα και την ιστορία που έχω. Η όλη μου ζωή εξαρτάται από αυτή την αρρώστια. Ψυχολογικά, έχω προσαρμόσει τη ζωή μου στην αρρώστια. Εμένα δεν με πειράζει ότι μπορεί να γίνει κάτι. Φοβόμουν μην πεθάνω, τώρα όχι τόσο. Έχω πολλές μαύρες μέρες, γκριζες μέρες και λιγότερες άσπρες. Την λυπάμαι την Ι. (μιλάει στο 3^ο ενικό για τον εαυτό της), είμαι ανήμπορη, έχω αλλάξει εμφανισιακά και με πειράζει, ήμουν δραστήρια η ψυχή της παρέας, τώρα έχω γίνει μουντρούχα, κλαίω συχνά, εκνευρίζομαι δεν αντέχω τις παρέες. Μάλλον τον φοβάμαι πολύ ακόμα, έτσι; (1)

Οι παραπάνω ανησυχίες σχετικά με την πιθανότητα του θανάτου, προκαλούν στους α-σθενείς ψυχικές κινήσεις – τέτοιες που να τους οδηγούν στην έκφραση επιθυμιών επανορθωτικού χαρακτήρα και ακύρωσης της παρούσας κατάστασης.

[...] απ' ό,τι έχω ακούσει οι δερματικοί καρκίνοι έχουν καλή κατάληξη (7)

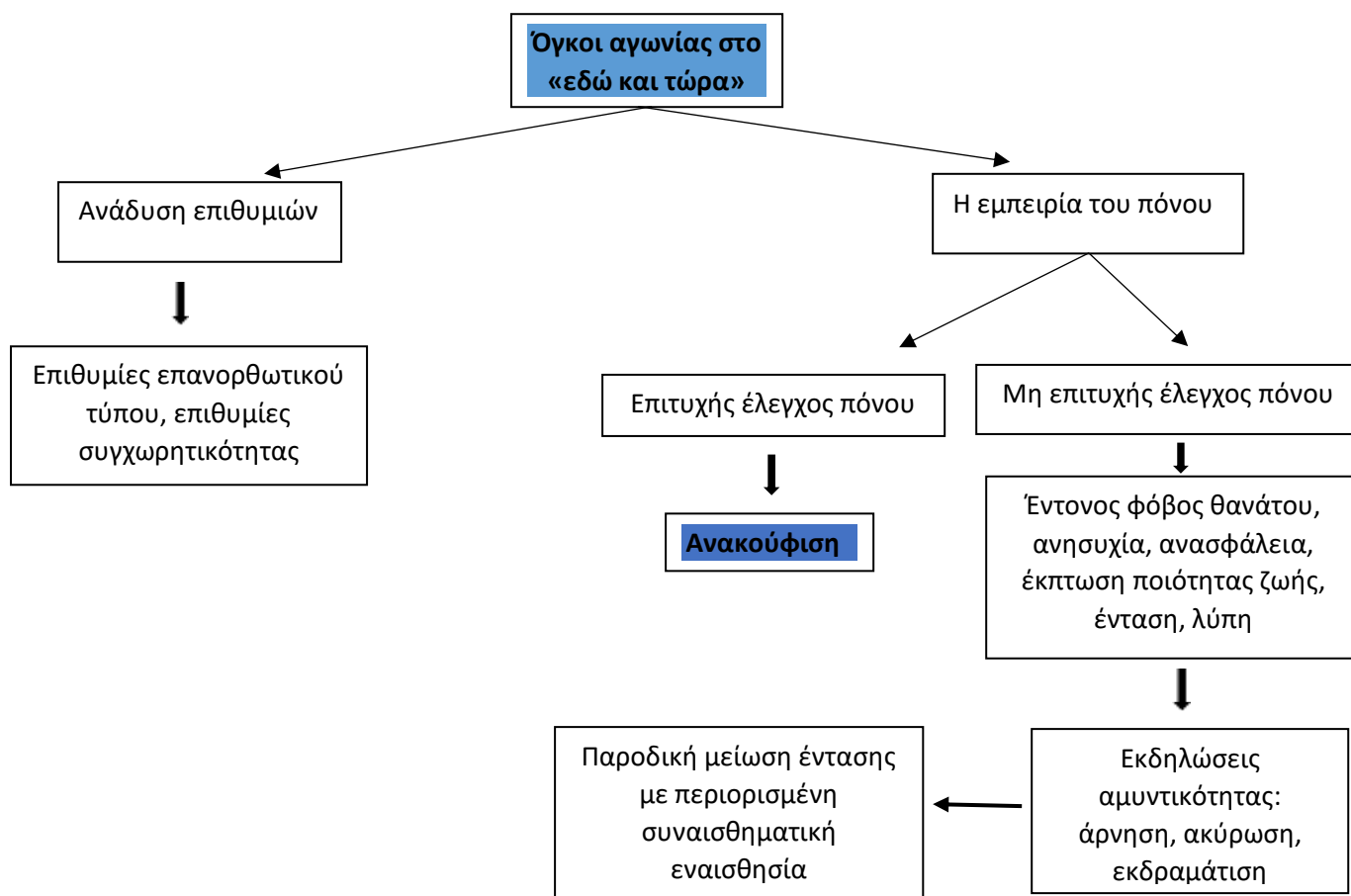
[...] Εκείνο που μου την δίνει είναι που δεν έχω προλάβει να συγχωρήσω γαμώτο... τους γονείς μου, τον πρώην άνδρα μου, έχω θυμό (6)

[...] θέλω να προλάβω να έρθω ξανά σε επαφή με το παιδί μου (2)

[..] έχω νευρά στο άσχετο και ξεσπάω έντονα. Θέλω να γινώ καλά, να είμαι όπως ήμουν πριν, να μην με βρει τίποτα άλλο (3)

[...] δε θα ήθελα να ζήσω ακόμα χειρότερα να είμαι τελείως ανήμπορη. Θέλω να ξεγίνει, γίνεται; (1).

Σχήμα II: όγκοι αγωνίας στο «εδώ και τώρα», ανάδυση επιθυμιών, αμυντικές λειτουργίες



Δ. Γνωσιακές εμπαιγδεύσεις συνδεόμενες με την ασθένεια

Σε γενικές γραμμές, τα γνωσιακά γεγονότα αφορούν σε διανοητικές διεργασίες που περιλαμβάνουν σκέψεις, μνημονικές αναπαραστάσεις, δημιουργικές φαντασίες, φαντασιώσεις, αναμονές και γενικά βραχυπρόθεσμες νοητικές ακολουθίες που είναι, αν και όχι ευθέως συνειδήτες, πάντως διαθέσιμες ανά πασα στιγμή στο υποκείμενο, συναρτήσε των διαθέσιμων ερεθισμάτων που η τρέχουσα βιωματική εμπειρία προσφέρει (Παλαιολόγου, 2001).

Είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον το γεγονός ότι εδώ για τους συμμετέχοντες της έρευνας αναδύονται τρεις μείζονες γνωσιακές λειτουργίες εν είδει εμπαιγδεύσεων, οι οποίες τείνουν να περιορίζουν, με μόνη ίσως εξαίρεση τις προσδοκίες ελπίδας, τους α-σθενείς σε μία δίνη αλλοτρίωσης, συχνά αναμυρηκαστικού χαρακτήρα. Ο λόγος συγκεκριμένα για τις εξής τρεις

γνωσιακές εμπαιγιδεύσεις: τις προσδοκίες, τις αποδόσεις, και τις συγκρίσεις του εαυτού με τους άλλους.

Πιο συγκεκριμένα, οι προσδοκίες (expectations) αφορούν σε νοητικές συλλήψεις, οι οποίες εκφράζουν αναμονή μελλοντικών εξελίξεων, είτε σχετικά με το αποτέλεσμα των πράξεων του υποκειμένου, είτε αναφορικά με την αποτελεσματικότητα μελλουσών ενεργειών του, είτε, τέλος ως προς την έκβαση συγκεκριμένων καταστασιακών συνθήκων ζωής.

[...] Νομίζω ότι θα πάει καλύτερα, έχω μία μικρή ελπίδα (2)

[...] Έχω ακούσει ότι οι δερματικοί καρκίνοι έχουν καλή κατάληξη, εγώ θα είμαι η εξαίρεση; (7)

[...] Δεν είμαι αισιόδοξη ότι αυτό θα περάσει, νιώθω ότι θα εξελιχθεί άσχημα (1)

[...] Με ανησυχεί όταν σκέφτομαι το θάνατο και το πόνο, πιο πολύ ανησυχώ μην πονέσω ακόμα πιο πολύ ή το ίδιο όπως πριν. Θέλω να πιστεύω όμως ότι τα δύσκολα πέρασαν (3)

[...] Μακάρι να πάω καλύτερα, να γινώ καλά, να ζήσω (4)

[...] Φοβόμουν για τις μεταστάσεις και ανησυχώ μην χειροτερέψει η ποιότητα ζωής μου. Όμως το παλεύω ελπίζοντας ότι δεν θα με νικήσει (5)

[...] Έχω περάσει τόσα, έχω κάνει τέσσερις γέννες, μεγάλωσα τρία και έμεινα με ένα, οπότε καταλαβαίνεις έμαθα να ζω με δύο πληγές μέσα μου να καίνε, ο καρκίνος δεν με νοιάζει ιδιαίτερα, ίσως να μην φύγω από αυτό, αυτόν θα τον κερδίσω (6)

Από την άλλη πλευρά, οι αποδόσεις (attributions) συνιστούν διανοήματα, τα οποία επιχειρούν να δώσουν πρώιμες ή όψιμες απαντήσεις στο γιατί ένα – κατά κανόνα θεωρούμενο ως «καταστροφικό» - γεγονός συνέβη στο υποκείμενο.

Η θεωρητική σύλληψη των αποδόσεων ανήκει εν μέρει στον Rotter (1966), ιδίως σε ό,τι συνδέεται με την εσωτερική έναντι εξωτερικής

απόδοσης της ευθύνης, ενώ, κατά το έτερο ήμισυ, η κλινική της εφαρμογή οφείλεται στις μελέτες του Seligman και των συνεργατών του (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), ιδίως ως προς την έννοια της επίκτητης αβοηθησίας (learned helplessness).

[...] Ίσως δεν έμαθα ποτέ τι θα πει αγάπη ή συγχώρεση και ο καρκίνος έρχεται να μου το θυμίσει αυτό (6)

[...] Δεν τα έχω με τον εαυτό μου καθόλου, είμαι οκ με τα λάθη μου. Ίσως κάποια από αυτά να με έφεραν εδώ με τόσα τσιγάρα που κάπνιζα σαν φουγάρο (7)

[...] Ώρες ώρες σκέφτομαι ξανά και ξανά πώς γίνεται να μην πήρα είδηση τόσο καιρό πριν, μέσα στο νοσοκομείο ήμουν, φταίω που δεν πήρα μπρος πιο γρηγορά να πάω να το δω (5)

[...] Τόσες αρρώστιες είχα, αρκετά χειρουργεία, τόσα προβλήματα πριν με την υγεία μου και ήρθε και αυτό και έδεσε που λένε, δε με λυπήθηκε ο Θεός (4)

[...] Θέλω να το ξεπεράσω να μην βρεθεί τίποτα πάλι. Πέρασα πολλά με τόσες μαλακίες που έκανα (3)

[...] Δεν μπορώ να ξέρω τι έφταιξε, αλλά γιατί Θεέ μου σε μένα (1).

Οι γνωσιακές διαστάσεις των συγκρίσεων, στις οποίες καθημερινά καταφεύγουμε οι άνθρωποι, αφού ήδη από πολύ ενωρίς αναπτυξιακά «εντρυφούμε» σε αυτές μέσα από άτυπες και τυπικές πηγες εκπαίδευσης, ως εσφαλμένων παραμέτρων αυταξιολόγησης και αυτοεκτίμησης, μόνο πρόσφατα έχει έλξει το επιστημονικό ενδιαφέρον (επί παραδείγματι: Παλαιολόγου, 2012).

[...] Με βασανίζουν οι άλλοι, διπλό παιχνίδι, διπροσωπία, αυτές είναι οι φίλες μου και εκείνες είναι καλά, εγώ όχι (2)

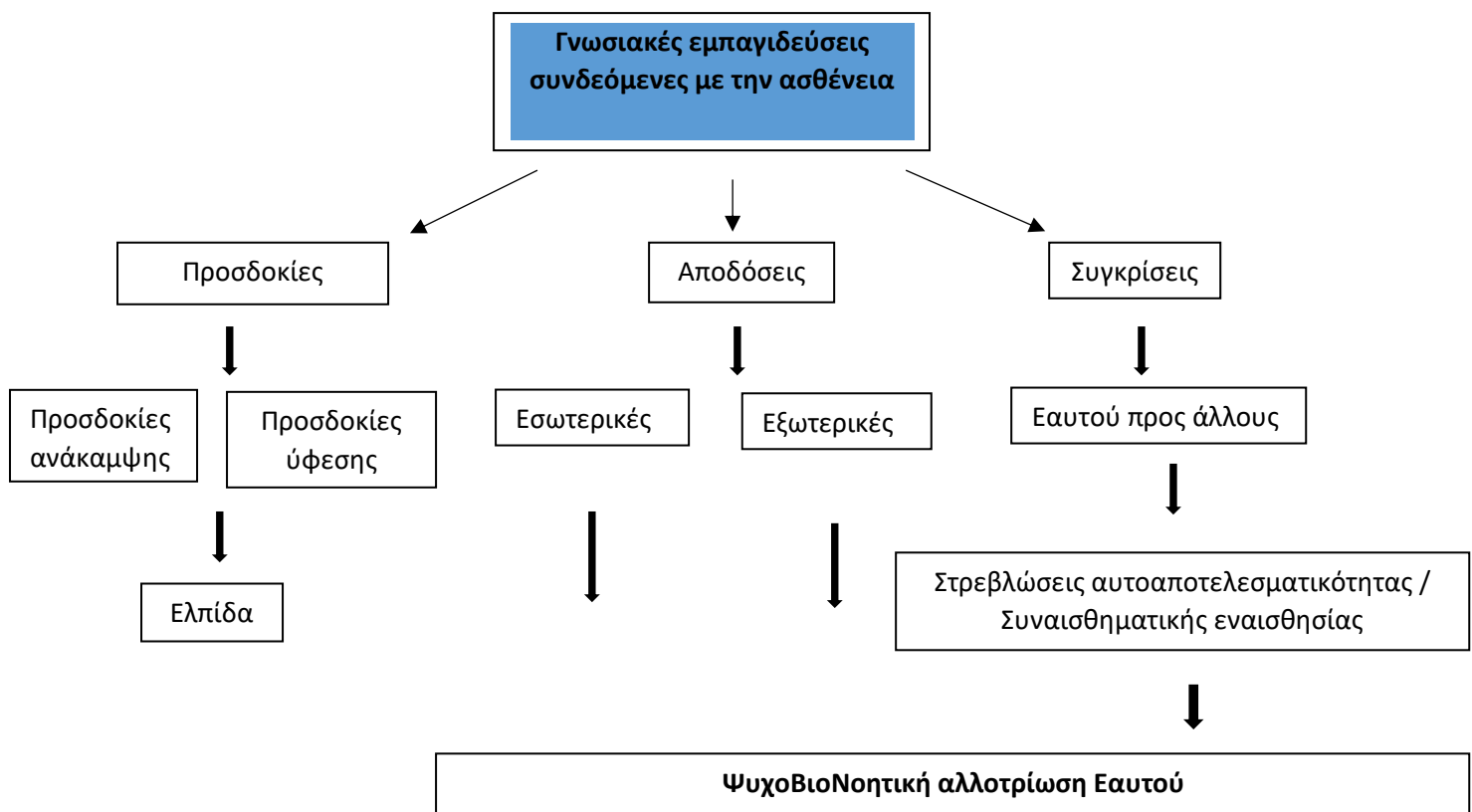
[...] Δεν μπορώ να ξέρω τι φταίει, αλλά γιατί Θεέ μου σε μένα. Αλλά, εδώ που τα λέμε, μήπως και οι άλλοι αυτό δε θα έλεγαν; Μακάρι να ήμουν καλά και εγώ (1)

[...] Οι φίλοι μου πάνε ακόμα στο καφενείο, είναι καλά όλοι τους, εγώ δεν πάω πια ντρέπομαι να με δουν σε τέτοια χάλια, ενώ πριν κρατιόμουν καλύτερα από εκείνους (3)

[...] Οι υπόλοιποι είναι αμέτοχοι, δεν θέλουν να έρθουν, δεν ξέρω τι, μήπως κολλήσουν;... θέλουν πράγματα να χαίρονται και εγώ δεν χαίρομαι τώρα σαν αυτούς (7)

Οι παραπάνω γνωσιακές εμπαιδεύσεις (βλ. σχήμα III) τείνουν να δύνανται να στρεβλώσουν ουσιαστικά τις αυτοαναφορές των α-σθενών ως προς την αυτοαποτελεσματικότητα και τη συναισθηματική τους κατάσταση (συναισθηματική εναισθησία¹³), καλλιεργώντας σταθερά συνθήκες ανοικτού «φλερτ» με την ψυχοβιονοητική τους αλλοτρίωση.

Σχήμα III: Γνωσιακές εμπαιδεύσεις συνδεόμενες με την ασθένεια



2.3. Δεδομένα Ανάλυσης Δοκιμασίας Θεματικής Αντίληψης

Case 1

Από την ανάλυση της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης αναδεικνύεται ο τρόπος με τον οποίο η ασύνειδη δομή και οι ενορμήσεις της εξεταζόμενης οργανώνονται αμυντικά επί σημαινουσών δυσκολιών αναφορικά με την επεξεργασία πρώιμων ναρκισσιστικών πληγμάτων και του άγχους εγκατάλειψης, απόρριψης ή απώλειας του αντικειμένου.

Η σχέση με το σώμα παρουσιάζει προβλήματα απαρτίωσης, καθώς καθίσταται αντιληπτό ως η πηγή της εμπειρίας του πόνου, αλλά και ως ο χώρος που «φιλοξενεί» τη νόσο. Η αντίληψή του γίνεται σε όρους παθητικότητας και έντονης ελλειμματικότητας (1, 3BM). Οι σεξουαλικές ενορμήσεις απωθούνται (6GF) μέσα από αφηγήσεις με περιεχόμενο σαγήνης, αποπλάνησης και αιφνιδιασμού, στις οποίες ενδίδει αντιφοβικά, αφήνοντας στο περιθώριο του ενδιαφέροντός της την ικανοποίηση. Η ευθεία επικοινωνία ζητημάτων σεξουαλικότητας δυσκολεύει την εξεταζόμενη και συνοδεύεται από αίσθημα ενοχής (4).

Η ψυχρούγκρουση υποταγής/ συμμόρφωσης προς τις επιθυμίες των γονεϊκών φιγούρων έναντι επανάστασης/ υπεράσπισης των προσωπικών επιθυμιών επιλύεται με την υποταγή του υποκειμένου στις γονεϊκές οδηγίες, δημιουργώντας στο τελευταίο έντονο ενδοβαλλόμενο θυμό. Τα πρώιμα ναρκισσιστικά πλήγματα και οι ευνουχιστικές τάσεις προς τις αληθείς επιθυμίες του υποκειμένου οδηγούν σε καταθλιπτικές τοποθετήσεις (1).

Οι ενδοοικογενειακές σχεσιοδυναμικές υπήρξαν πτωχές, χωρίς συναισθηματικό τόνο και ουσιαστικό ενδιαφέρον. Η μητρική φιγούρα παρουσιάζεται από τις αφηγήσεις ανεπαρκής να φροντίσει και εξαιρετικά αυτοαπορροφημένη στις δικές της ανάγκες. Συχνά, οι υπευθυνότητες της σε όρους ενδοοικογενειακής φροντίδας της πρώτης εκχωρούνται στην κόρη, μέσα από μία έντονη σύγχυση ρόλων, με αποτέλεσμα η εξεταζόμενη να υποτάσσεται στις μητρικές ανάγκες, οι οποίες τείνουν να λειτουργούν επιβεβαιωτικά προς την ελλειμματικότητά της (7GF). Η μη παροχή φροντίδας οδηγεί στην απόρριψη της

μητέρας και σε προσπάθειες για αυτονομία, με συνοδά συναισθηματικά φορτία το θυμό για την πλημμελή επιμέλεια και την ενοχή (2, 7GF). Παρόμοιες μετέωρες ανάγκες φροντίδας εκφράζονται και προς την πατρική φιγούρα (9GF) που όμως, σε ρεαλιστικούς όρους, τείνουν να αναπληρώνονται μέσα από τη λειτουργία του συντρόφου.

Επίσης, στις αφηγήσεις της εξεταζόμενης γίνονται ασύνειδες αναφορές σε φαντασιώσεις ενδομητρίου ζωής, τραυματικού προσανατολισμού, με αίσθημα πνιγμονής και εγκλωβισμού (11). Έχει εξαιρετικό ενδιαφέρον το γεγονός ότι στην κάρτα 11 αφηγείται ένα όνειρο ως εγκιβωτισμένη ιστορία, όπου βρίσκεται και πάλι εγκλωβισμένη σε ένα άγνωστο περιβάλλον, χωρίς περιθώρια διαφυγής, χωρίς προσανατολισμό, χωρίς δυνατότητα επικοινωνίας, που συνδέεται άρρηκτα και με τα αισθήματα από την παρούσα διαγνωστική της κατάσταση, σε όρους μάλιστα δυσπροσαρμοστίας («νιώθω χαμένη, δεν μπορώ να βγω από εδώ»).

Η απόστασή της από το προβολικό υλικό δεν διατηρείται εύκολα (11, 3BM, 13MF), δίνοντας αφορμή να μοιραστεί την τραυματική εμπειρία του πόνου και όψεις του θρήνου της για την αβοηθησία που βιώνει. Η φροντίδα που της παρέχεται από τον σύντροφο βιώνεται ενοχικά (13MF), αφήνοντας τελικά μετέωρες τις ανάγκες της για ανοικτή συναισθηματική συνοδεία και ανακούφιση.

Τα κυρίαρχα άγχη που εκφράζονται στις αφηγήσεις της εξεταζόμενης αφορούν σε άγχη απώλειας του αντικειμένου, άγχη εγκατάλειψης, απόρριψης, απώλειας της αγάπης και αβοηθησίας που είναι άγχη υπαγόμενα στα οριακό φάσμα (1, 3BM, 7GF, 11, 13MF, 18GF). Τα επίπεδα λειτουργίας του Εγώ τείνουν σε προ-οιδιπόδεια οργάνωση (απουσία σταθερών αντικειμένων, διχοτόμηση, αντιδράσεις πανικού) και ο έλεγχος των ενορμήσεων είναι μέτριος. Ο δείκτης υστερίας ενισχύεται από την παρούσα κατάσταση υγείας και εξικνείται σε έμμεση υποβολή αιτημάτων φροντίδας, μέσω εντόνων εκδηλώσεων όψεων του υποφέρειν της, προκειμένου ωστόσο να υπερκεράσει βαθύτερες απλαισώτες ανάγκες φροντίδας. Οι θεμελιώδεις αμυντικές λειτουργίες που επιστρατεύονται είναι η απόσυρση, η δραματοποίηση, η απώθηση, η μετάθεση, η διχοτόμηση, η

ενδοβολή, η προβολή, η άρνηση, η προβολική ταύτιση και λιγότερο ο παντοδύναμος έλεγχος.

Σε επίπεδο εκτίμησης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, σύμφωνα με το σύστημα των Western et al. (1990), η εξεταζόμενη σημειώνει την εξής βαθμολογία:

Εκτίμηση Αντικειμενότροπων Σχέσεων

A. Πολυπλοκότητα των αναπαραστάσεων	Επίπεδο II: απλές μονοδιάστατες αναπαραστάσεις, με εστίαση στις πράξεις. Τα χαρακτηριστικά είναι συνολικά και μονοδιάστατα.
B. συναισθηματικός τόνος των σχέσεων	Επίπεδο II: αναπαράσταση των σχέσεων ως εχθρικών, κενών ή ασταθών, όχι όμως βαθιά κακοηθών, μοναχικών ή απογοητευτικών.
Γ. Ικανότητα για συναισθηματική επένδυση στις σχέσεις και αποδοχή των ηθικών κανόνων	Επίπεδο III: επένδυση στους ανθρώπους και στις ηθικές αξίες με συμβατικό τρόπο. Στερεοτυπή στάση αμοιβαιότητας, συμπαράστασης και αρωγής προς τους άλλους. Ενοχή σε περιπτώσεις ηθικών παραβάσεων.
Δ. Κατανόηση της κοινωνικής αιτιότητας	Επίπεδο II: στοιχειώδης κατανόηση των αιτιών που διέπουν τις πράξεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Αδικοιολόγητες μεταβάσεις από την αιτία στο αποτέλεσμα ή η αιτιότητα ερεθίσματος – αντίδρασης δικαιολογείται απλοϊκά.

Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν τους τρόπους με τους οποίους το υποκείμενο συναλλάσσεται και αλληλεπιδρά στην καθημερινότητα του με άλλα πρόσωπα.

Case 2

Από την ανάλυση της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης αναδεικνύεται ο τρόπος με τον οποίο η ασύνειδη δομή και οι ενορμήσεις της εξεταζόμενης οργανώνονται αμυντικά επί σημαινουσών δυσκολιών αναφορικά με την επεξεργασία πρώιμων ναρκισσιστικών πληγμάτων και του άγχους εγκατάλειψης ή απώλειας του αντικειμένου.

Η διαφοροποίηση των γενεών είναι επαρκής, ωστόσο μικρής εμβέλειας είναι η ενδελεχής επεξεργασία της οιδιπόδειας προβληματικής. Διαφαίνονται

σαφείς δυσκολίες στην αναπαράσταση του σώματος ως ικανοποιητικώς λειτουργούντος και παράλληλες δυσκολίες σε όρους επεξεργασίας της σεξουαλικότητας (1, 4). Η τελευταία, μάλιστα, συχνά αναστέλλεται (13MF) ή τυγχάνει αντιφοβικής επεξεργασίας, όπως και η ευθεία επικοινωνία τέτοιων ζητημάτων. Η θεμελιώδης ψυχοσύγκρουση μεταξύ εξάρτησης/υποταγής έναντι ανεξαρτησίας/αυτονομίας μερικώς επιλύεται με βήματα προς την αυτονομία, μα με κυρίαρχα το καταθλιπτικό συναίσθημα, καθώς και ένα επίμονο άγχος εγκατάλειψης (3BM).

Από τις αφηγήσεις του υποκειμένου αναδεικνύονται έντονες ασύνειδες φαντασιώσεις μητροκτονίας (3BM, 18GF), οι οποίες απωθούνται πρωτογενώς, αφήνοντας ωστόσο ένα έντονο αίσθημα ενοχής (9GF). Η σχέση με τη μητρική φιγούρα διαγράφεται σε όρους ανταγωνιστικότητας, ενώ όταν η εξεταζόμενη έρχεται αντιμέτωπη με προβολικό υλικό που ευνοεί τη λειτουργία της παλινδρόμησης αναδύονται παιδικοί φόβοι και προγεννητικές φαντασιώσεις (φαντασιώσεις ενδομήτριου ζωής¹⁴) σχετιζόμενες με το *imago* της αρχαϊκής μητέρας, οι οποίες εγείρουν άγχος αβοηθησίας και τελικά έντονο καταδιωκτικό άγχος (11).

Η επιθετικότητα λαμβάνει κυρίως παθητικό χαρακτήρα και συνοδεύεται από έντονες ενοχές, ενώ όταν εκδραματίζεται (3BM, 13MF, 18GF), αφορά κατά το μάλλον σε στοματικού τύπου επιθετικότητα. Η μητρική φιγούρα φαίνεται αποστερητική, δίχως επαρκή εμπεριέχουσα λειτουργία ως προς τα πρώιμα άγχη του υποκειμένου, ενώ η επιθετικότητα προς την πρώτη λαμβάνει συχνά χαρακτήρα φαντασιώσεων μητροκτονίας, με συνοδά άγχη απώλειας του αντικειμένου (10, 3BM), αισθήματα θλίψης και έντονη αμφιθυμία.

Οι πρώιμες στοματικές ανάγκες της εξεταζόμενης δεν έχουν τύχει φροντίδας και προσοχής (18GF, 13MF) αφήνοντας ένα απροσδιόριστο διαρκές αίτημα παροχής προς τους άλλους, εφάμιλλα της έννοιας της απομυζητικής στοματικής καθήλωσης. Οι ανεπεξέργαστες οιδιπόδειες δυσκολίες εγείρουν έντονες φαντασιώσεις σαγήνης – αποπλάνησης¹⁵ (13MF) οι οποίες εκδραματίζονται αντιφοβικά με κυρίαρχο συναίσθημα την εντροπή και το φθόνο.

Η εξεταζόμενη χρησιμοποιεί συχνά ναρκισσιστικές άμυνες και μάλιστα με αρκετή εγγύτητα προς το προφίλ μίας υπεράγρυπνης ναρκισσιστικής επένδυσης (Gabbard, 1989) της προσωπικότητας, με μεγάλη ευαισθησία στο πώς οι άλλοι αντιδρούν σε αυτήν, ευρισκόμενη συνεχώς σε μία υπερ-ετοιμότητα έναντι των άλλων. Ο δείκτης υστερίας βρέθηκε υψηλός και φαίνεται να οδηγεί συχνά την εξεταζόμενη σε συμπεριφορές χειριστικού τύπου. Οι θεμελιώδεις αμυντικές λειτουργίες που επιστρατεύονται είναι η εκδραμάτιση, η ερωτικοποίηση, η διχοτόμηση, η εξιδανίκευση - υποτίμηση, η προβολή, η ενδοβολή, η προβολική ταύτιση, η απώθηση και η ηθικοποίηση.

Τα άγχη της εξεταζόμενης αφορούν κυρίως σε πρώιμα ευνουχιστικά άγχη και άγχη απώλειας του αντικειμένου ή άγχη εγκατάλειψης (οριακά άγχη), ενώ η υπερεγωτική λειτουργία φάνηκε αυστηρή. Σε γενικές γραμμές, το Εγώ δεν φαίνεται απαρτιωμένο και οι διεργασίες ταυτίσεων και εσωτερικεύσεων των αντικειμένων είναι σημαντικά διαταραγμένες. Πιο συγκεκριμένα, η λειτουργία του Εγώ κινείται σε προ-οιδιπόδειους άξονες (αντιδράσεις πανικού, διχοτόμηση, απουσία σταθερών αντικειμένων).

Σε επίπεδο εκτίμησης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, σύμφωνα με το σύστημα των Western et al. (1990), οι αφηγήσεις της εξεταζόμενης βαθμολογούνται ως εξής:

Εκτίμηση Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων

A. Πολυπλοκότητα των αναπαραστάσεων	Επίπεδο III: αναπαραστάσεις με ελάχιστη επεξεργασία της πνευματικής ζωής ή της προσωπικότητας
B. συναισθηματικός τόνος των σχέσεων	Επίπεδο III: μικτές αναπαραστάσεις με ήπια αρνητικό τόνο
Γ. Ικανότητα για συναισθηματική επένδυση στις σχέσεις και αποδοχή των ηθικών κανόνων	Επίπεδο II: περιορισμένη επένδυση στους ανθρώπους, στις σχέσεις και στις ηθικές αξίες. Συγκρουσιακά ενδιαφέροντα, αλλά η ικανοποίηση παραμένει πρωταρχικός στόχος. Ηθικές αξίες σε πρώιμο επίπεδο, μη ολοκληρωμένες ή ακολουθούμενες από την προσπάθεια αποφυγής της συνέπειας.
Δ. Κατανόηση της κοινωνικής αιτιότητας	Επίπεδο II: στοιχειώδης κατανόηση των αιτιών που διέπουν τις πράξεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Αδικοιολόγητες μεταβάσεις από την αιτία στο αποτέλεσμα ή η αιτιότητα ερεθίσματος - αντίδρασης δικαιολογείται απλοϊκά.

Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν τους τρόπους με τους οποίους το υποκείμενο συναλλάσσεται και αλληλεπιδρά στην καθημερινότητα του με άλλα πρόσωπα

Case 3

Η ανάλυση των δεδομένων της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης αναδεικνύει τις δυσκολίες του εξεταζόμενου ως προς την επεξεργασία της οιδιπόδειας προβληματικής, τη διαχείριση των πρώιμων αλλά και των όψιμων ναρκισσιστικών πληγμάτων, καθώς και αναφορικά με τον έλεγχο του έντονου άγχους εγκατάλειψης ή απώλειας του αντικειμένου που βιώνει.

Η διαφοροποίηση των γενεών φαίνεται επαρκής ενώ η διαφοροποίηση των φύλων τείνει να παρουσιάζει δυσκολίες (10). Η παρούσα κατάσταση υγείας έχει επιφέρει έντονα ναρκισσιστικά πλήγματα στο υποκείμενο πέραν των πρώιμων και καθιστά εγωδυστονική τη σχέση με το σώμα με έκδηλες δυσκολίες αποδοχής του τελευταίου. Οι σεξουαλικές του ενορμήσεις, καίτοι υπάρχουσες, μετουσιώνονται σε πνευματική δραστηριότητα και ενασχόληση (1). Η θεμελιώδης ψυχοσύγκρουση μεταξύ συμμόρφωσης έναντι επανάστασης τείνει προς την πρώτη, αλλά με μία έντονα καταθλιπτική τοποθέτηση του εξεταζόμενου με στοιχεία έντονης αμφιθυμίας (1, 7BM).

Οι οικογενειακές σχεσιοδυναμικές τείνουν να διαγράφονται με προκλητικά απύσχα τη συναισθηματική επένδυση και οι γονεϊκές φιγούρες φαίνονται αδιάφορες, «αφοσιωμένοι ο καθένας στο έργο του» (2), αποστερητικές και εν γένει απόμακρες σε σχέση με τις συναισθηματικές ανάγκες των αφηγηματικών ηρώων του εξεταζόμενου (2). Οι στοματικές ανάγκες του υποκειμένου δεν έτυχαν προσοχής, αναγνώρισης και σταθερής φροντίδας, γεγονός που προσδιορίζει έντονες στοματικού τύπου καθηλώσεις στον ενήλικο βίο (13MF, 2, 6BM). Η παρούσα διαγνωστική συνθήκη, πέραν του γεγονότος ότι ανέδειξε την πρωτογενώς απωθημένη κακή εικόνα σώματος που μέχρι πρότινος αντισταμιζόταν υπό το κράτος ενός αντιδραστικού σχηματισμού ναρκισσιστικής προοπτικής, ανακινεί στον εξεταζόμενο ευνοχιστικά άγχη σε όρους παθητικότητας και ταύτισης με το γυναικείο φύλο (3BM).

Η οιδιπόδεια προβληματική έχει τύχει ελάχιστης επεξεργασίας από το υποκείμενο. Η σχέση με τη μητρική φιγούρα χαρακτηρίζεται από απουσία συναισθηματικού τόνου και μέσα από τις αφηγήσεις του υποκειμένου η ίδια διαγράφεται ως αποστερητική με περιορισμένη ικανότητα παροχής φροντίδας και υποστήριξης. Στην αντίστοιχη πατρική φιγούρα τείνουν συνειδητά να προσγράφονται πιο υποστηρικτικές ποιότητες, μα και πάλι υπό όρους και προϋποθέσεις κυριαρχικής υποταγής στην πατρική εξουσία («μιλάει και απλά ακούει, τι άλλο να κάνει» 7BM), οι οποίες έλκουν αισθήματα αμφιθυμίας. Ασύνειδα, ο θυμός προς την πατρική φιγούρα λαμβάνει διαστάσεις φαντασιώσεων πατροκτονίας (8BM, 3BM), η οποία ωστόσο δημιουργεί ψυχικές κινήσεις στο υποκείμενο σε όρους απόλυτης ενοχής. Η ενοχή είναι γενικά συνοδό συναίσθημα κατά την ανοικτή έκφραση της επιθετικότητας και της σεξουαλικότητας του εξεταζόμενου, που ανακινεί ηθικά άγχη και καταθλιπτικές τοποθετήσεις (13MF, 3BM).

Ο έλεγχος των παρορμήσεων κρίνεται ανεπαρκής (3BM, 8BM, 4) και οδηγεί το υποκείμενο σε εκδραματίσεις, οι οποίες αφορμώνται από την αμφιθυμική του τοποθέτηση απέναντι στα αντικείμενα, καθώς και από τις δυσκολίες που παρουσιάζει ως προς το δεσμεύεσθαι. Η υπερεγωτική του λειτουργία κρίνεται χαλαρή, καθώς απουσιάζει στις αφηγήσεις του η έννοια της συνέπειας για τις πράξεις των ηρώων του.

Ο εξεταζόμενος χρησιμοποιεί συχνά πρωτογενείς και δευτερογενείς αμυντικές λειτουργίες όπως η εκδραμάτιση, η απώθηση, η άρνηση, η εξιδανίκευση – υποτίμηση, ο αντιδραστικός σχηματισμός, η προβολή, η ενδοβολή, καθώς και ο παντοδύναμος έλεγχος και η διχοτόμηση. Ο δείκτης υστερίας κρίνεται μέτριος και κινητοποιεί κυρίως συμπεριφορές ικανοποίησης της έντονης ανάγκης παρουσίας των άλλων στη ζωή του, για τους οποίους όμως η αγάπη και η αφοσίωσή του κινείται σε όρους ρηχότητας.

Από τις αφηγήσεις του εξεταζόμενου προκύπτουν έντονα οιδιπόδεια άγχη, άγχη απώλειας της αγάπης ή του αντικειμένου, καθώς και άγχη ασθένειας κινητοποιούμενα από την παρούσα οργανική διάγνωση. Οι διεργασίες ταυτίσεων και εσωτερικεύσεων των αντικειμένων παρουσιάζουν προβλήματα και το Εγώ δεν φαίνεται να λειτουργεί με επάρκεια, καθώς ο εξεταζόμενος δεν

βρίσκεται σε καλή επαφή με την αναγνώριση και την έκφραση των θεμελιωδών αναγκών του.

Σε επίπεδο εκτίμησης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, σύμφωνα με το σύστημα των Western et al. (1990), ο εξεταζόμενος σημειώνει την εξής βαθμολογία:

Εκτίμηση Αντικειμενότροπων Σχέσεων

A. Πολυπλοκότητα των αναπαραστάσεων	Επίπεδο III: αναπαραστάσεις με ελάχιστη επεξεργασία της πνευματικής ζωής ή της προσωπικότητας
B. συναισθηματικός τόνος των σχέσεων	Επίπεδο II: αναπαράσταση των σχέσεων ως εχθρικών, κενών ή ασταθών, όχι όμως βαθιά κακοηθών, μοναχικών ή απογοητευτικών
Γ. Ικανότητα για συναισθηματική επένδυση στις σχέσεις και αποδοχή των ηθικών κανόνων	Επίπεδο II: περιορισμένη επένδυση στους ανθρώπους, στις σχέσεις και στις ηθικές αξίες. Συγκρουσιακά ενδιαφέροντα, αλλά η ικανοποίηση παραμένει πρωταρχικός στόχος, Ηθικές αξίες σε πρώιμο επίπεδο, μη ολοκληρωμένες ή ακολουθούμενες από την προσπάθεια αποφυγής της συνέπειας.
Δ. Κατανόηση της κοινωνικής αιτιότητας	Επίπεδο II: στοιχειώδης κατανόηση των αιτιών που διέπουν τις πράξεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Αδικοιολόγητες μεταβάσεις από την αιτία στο αποτέλεσμα ή η αιτιότητα ερεθίσματος – αντίδρασης δικαιολογείται απλοϊκά.

Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν τους τρόπους με τους οποίους το υποκείμενο συναλλάσσεται και αλληλεπιδρά στην καθημερινότητα του με άλλα πρόσωπα.

Case 4

Από την ανάλυση των αφηγηματικών δεδομένων της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης της εξεταζόμενης αναδεικνύονται ο τρόπος οργάνωσης της προσωπικότητας, καθώς και οι ασύνειδες ενορμητικές διεργασίες, οι οποίες οργανώνονται αμυντικά επί εδάφους δυσκολιών επεξεργασίας πρώιμων οιδιπόδειων συνθηκών και εντόνου άγχους εγκατάλειψης ή απώλειας του αντικειμένου.

Η σχέση με το σώμα είναι κακή, όπως άλλωστε και η εικόνα της εξεταζόμενης για αυτό σε όρους αδυναμίας – ασθενικότητας. Οι σεξουαλικές ενορμήσεις αναστέλλονται (13MF) και όταν εκδραματίζονται αυτό γίνεται αντιφοβικά. Οι γονεϊκές φιγούρες καθίστανται αντιληπτές ως επιβλητικές και κυριαρχικές και το υποκείμενο υποτάσσεται στις επιθυμίες τους, γεγονός που έλκει στο τελευταίο καταθλιπτικές τοποθετήσεις. Η θεμελιώδης ψυχοσύγκρουση εξάρτησης έναντι ανεξαρτησίας τείνει τελικά να επιλύεται προς την κατεύθυνση της ανεξαρτησίας από τις γονεϊκές φιγούρες, χωρίς ωστόσο να απουσιάζει το στοιχείο της ενοχής.

Από τις αφηγήσεις της εξεταζόμενης αμφότερες οι φιγούρες παρουσιάζονται αποστερητικές ως προς τις πρώιμες στοματικές ανάγκες και τις ανάγκες για φροντίδα, αλλά ιδίως η μητρική φιγούρα γίνεται αντιληπτή ως αυτοαπορροφημένη (1,2). Οι ανάγκες αυτές για τρυφερότητα, ζεστασιά και ενδιαφέρον ματαιωθήκαν πρώιμα, μα εξακολουθούν να είναι υπάρχουσες εν είδει αιτημάτων, τα οποία απευθύνονται σε πατρικά υποκατάστατα, συγκεκριμένα προς το σύζυγο και εν συνεχεία προς τον υιό (10) και ενισχύονται δυναμικά όταν ο εαυτός της γίνεται αντιληπτός σε όρους λειτουργικής παθητικότητας.

Η επεξεργασία της οιδιπόδειας συνθήκης έχει τύχει ελάχιστης επεξεργασίας και στις αφηγήσεις της υπάρχουν νοσταλγικές αναφορές ως προς τις οιδιπόδειες επιθυμίες (2). Η επιθετικότητα προς το μητρικό αντικείμενο λαμβάνει τη μορφή φαντασιώσεων μητροκτονίας («χμμ την έπνιξε τη μάνα της ε;» 18GF) εκφράζοντας ταυτόχρονα ενοχές για τον έντονο θυμό προς τη μητέρα επειδή της αποστέρησε τη φροντίδα. Οι ενοχές αυτές και ο θυμός ενδοβάλλονται και δημιουργούν αισθήματα θλίψης, καθώς η έντονη αμφιθυμία δεν επιλύεται. Ο θυμός για αντι-φροντίδα της μητέρας, έλκει καταστάσεις αδελφικής αντιζηλίας στη διεκδίκηση αυτής ακριβώς της φροντίδας και τελικά απολήγει –και πάλι- σε αφηγήσεις επιθυμιών εξόντωσης της μητέρας (9GF).

Η επιθετικότητα της εξεταζόμενης για τους ανεπεξέργαστους ρεαλιστικούς και συμβολικούς θρήνους που τη συνοδεύουν ενδοβάλλεται και εκφράζεται εν είδει άγχους απώλειας (3BM). Τα κυρίαρχα άγχη της αφορούν σε άγχη απώλειας του αντικειμένου, άγχη εγκατάλειψης, απόρριψης και απώλειας

της αγάπης, που είναι άγχη υπαγόμενα στα οριακό φάσμα (2, 3BM, 4, 9GF, 11, 10).

Ο δείκτης υστερίας αναφάνεται πολύ υψηλός και προσδιορίζει την αντιφοβικότητα με την οποία αντιμετωπίζει τα αντικείμενα και τις καταστάσεις. Στις αφηγήσεις της συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την απόσταση από το προβολικό ερέθισμα, ενώ εξίσου συχνά, δεδομένης της κατάλυσης της απόστασης, παράγει εαυτοϊστορίες (9GF, 3BM, 4). Επάλληλα, κατά την επαφή της με το προβολικό υλικό εκλύονται υστερικές εκδηλώσεις, δραματοποιήσεις (6GF, 13MF) – ακόμα και όταν εκφράζονται φαντασίωσης σαγήνης - και αντιδράσεις πανικού. Σαφής διαγράφεται και αστάθεια των ορίων εαυτού - άλλων.

Το Εγώ δεν φαίνεται απαρτιωμένο, για την ακρίβεια πρόκειται για προ-οιδιπόδειο Εγώ (αντιδράσεις πανικού, διχοτόμηση, αστάθεια αντικειμένων) και έλεγχος των παρορμήσεων κρίνεται ανεπαρκής, ενώ η υπερεγωτική λειτουργία κινείται σε προ-οιδιπόδεια επίπεδα, προσδιορίζοντας μία αρκετά παλινδρομημένη συνθήκη.

Σε όρους Kernberg (1984) θα μπορούσε να γίνει λόγος για προσωπικότητα που λειτουργεί ως ψευδοϋστερικά νηπιακή, εμπίπτουσα δηλαδή στο μεταιχμιακό φάσμα. Μεταξύ των θεμελιωδών αμυντικών λειτουργιών που επιστρατεύει η εξεταζόμενη είναι η προβολή, η ενδοβολή, η προβολική ταύτιση, η δραματοποίηση, η εκδραμάτιση, η απώθηση, η διχοτόμηση και ο αντιδραστικός σχηματισμός.

Σε επίπεδο εκτίμησης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, σύμφωνα με το σύστημα των Western et al. (1990), η εξεταζόμενη σημειώνει την εξής βαθμολογία:

Εκτίμηση Αντικειμενότροπων Σχέσεων

A. Πολυπλοκότητα των αναπαραστάσεων	Επίπεδο II: απλές μονοδιάστατες αναπαραστάσεις, με εστίαση στις πράξεις. Τα χαρακτηριστικά είναι συνολικά και μονοδιάστατα.
B. συναισθηματικός τόνος των σχέσεων	Επίπεδο II: αναπαράσταση των σχέσεων ως εχθρικών, κενών ή ασταθών, όχι όμως βαθιά κακοηθών, μοναχικών ή απογοητευτικών

Γ. Ικανότητα για συναισθηματική επένδυση στις σχέσεις και αποδοχή των ηθικών κανόνων	Επίπεδο III: επένδυση στους ανθρώπους και στις ηθικές αξίες με συμβατικό τρόπο. Στερεοτυπή στάση αμοιβαιότητας, συμπαράστασης και αρωγής προς τους άλλους. Ενοχή σε περιπτώσεις ηθικών παραβάσεων.
Δ. Κατανόηση της κοινωνικής αιτιότητας	Επίπεδο II: στοιχειώδης κατανόηση των αιτιών που διέπουν τις πράξεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Αδικοιολόγητες μεταβάσεις από την αιτία στο αποτέλεσμα ή η αιτιότητα ερεθίσματος – αντίδρασης δικαιολογείται απλοϊκά.

Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν τους τρόπους με τους οποίους το υποκείμενο συναλλάσσεται και αλληλεπιδρά στην καθημερινότητα του με άλλα πρόσωπα.

Case 5

Η ανάλυση των δεδομένων της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης από τις αφηγήσεις της εξεταζόμενης αναδεικνύει τον τρόπο με τον οποίο η ασύνειδη δομή και οι εννομήσεις της εξεταζόμενης οργανώνονται πρωτογενώς και αμυντικά επί σημαινουσών δυσκολιών αναφορικά με την επεξεργασία πρώιμων ναρκισσιστικών πληγμάτων και του άγχους εγκατάλειψης ή απώλειας του αντικειμένου.

Η σχέση με το σώμα παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα απαρτίωσης, καθώς αναγνωρίζεται σε όρους μόνον ελλειμματικότητας και λανθάνουσας δυσφορίας (1). Η εικόνα του εαυτού παρουσιάζει αλλοιώσεις και ο ίδιος δεν φαίνεται να μπορεί να λειτουργήσει με ικανοποιητική επάρκεια ως προς τις καθημερινές απαιτήσεις λήψεως αποφάσεων, αντιπαραθέσεων, προοπτικών σχεδιασμού κτλ. Οι σεξουαλικές εννομήσεις εκφράζονται αντιφοβικά, εφάμιλλα των υστερικών κινήσεων. Η θεμελιώδης ψυχοσύγκρουση εξάρτησης έναντι ανεξαρτησίας τείνει να επιλύεται με αντιδραστικού τύπου βήματα προς την αυτονομία με συνοδά χαρακτηριστικά τις ενοχές και το θυμό προς τις γονεϊκές φιγούρες.

Η διαφοροποίηση των γενεών είναι επαρκής, ωστόσο οι διεργασίες ταυτίσεων και εσωτερικεύσεων των αντικειμένων είναι εξαιρετικά ασταθείς.

Αμφιθυμικές είναι και οι αναπαραστάσεις της εξεταζόμενης ως προς τη μητρότητα (2). Οι γονεϊκές φιγούρες αναπαρίστανται ως εξαιρετικά απόμακρες και μη υποστηρικτικές και η ανεξαρτησία από αυτές είναι αμιγώς αντιδραστικής και τιμωρητικής πνοής, για αυτό και φέρουν έντονες ενοχές. Από τις αφηγήσεις της εξεταζόμενης προκύπτει ένα έντονο αίσθημα ασύνειδης νοσταλγίας των οιδιπόδειων απαγορεύσεων (υστερικού τύπου) καθώς και σαφείς ενδείξεις αποκλεισμού σε όρους φαντασιώσεων πρωταρχικής σκηνής¹⁶ (2). Το γονεϊκό περιβάλλον βιώθηκε ως αποστερητικό και απορριπτικό (3BM) εν σχέσει προς τις ανάγκες της εξεταζόμενης για προσοχή και φροντίδα. Η επαφή της εξεταζόμενης με την επιθετικότητά της δεν είναι επαρκής, καθώς η τελευταία είτε αποκηρύσσεται (3BM), είτε εκδραματίζεται χωρίς καμία ανάληψη ευθύνης (6GF).

Πιο συγκεκριμένα, ανικανοποίητες υπήρξαν οι πρώιμες στοματικές ανάγκες της εξεταζόμενης στο φόντο ενός περιβάλλοντος επιθετικού και αποστερητικού χαρακτήρα, με έντονη συναισθηματική απουσία της μητέρας («μάννα δεν υπάρχει πουθενά» 7GF, «δεν υπάρχει φαγητό» 11). Η επιθετικότητα προς τη μητρική φιγούρα λαμβάνει διαστάσεις ασύνειδων και μάλιστα βίαιων φαντασιώσεων μητροκτονίας (18GF), οι οποίες αφορμώνται από ένα συναισθηματικό αμάλγαμα βαθύ θυμού και έντονης αμφιθυμίας προς την πρώτη. Ωστόσο, υπάρχει το αίτημα – ανάγκη για κάθαρση αναφορικά με την ανεπάρκεια του μητρικού αντικείμενο ως προς το ενδιαφέρον, την επιμέλεια και τη φροντίδα (9GF), που όμως εκδηλώνεται σε όρους συμβολικής και ρεαλιστικής φυγής από αυτό, διατηρώντας ως «παρακαταθήκη» ανεπεξέργαστα συναισθηματικά φορτία θυμού και ενοχών.

Η επαφή με προβολικό υλικό που ανακινεί οιδιπόδειες προβληματικές αναδεικνύει έντονες φαντασιώσεις σαγήνης – αποπλάνησης, αμιγώς υστερικού τύπου, σε όρους διεκδίκησης πρωτογενών και δευτερογενών οφελών (6GF), και προσδιορίζει ελάχιστη επεξεργασία της οικείας προβληματικής. Αντισταθμιστικά, η εξεταζόμενη προβαίνει σε επιθετικές εκδραματίσεις φαλλικών προεκτάσεων με έντονη ανάγκη για δύναμη και έλεγχο των άλλων. Η πρωκτικότητα που εκδηλώνει τείνει να προσδιορίζει τις καθημερινές

σχεσιοδυναμικές με τα πρόσωπα του αμέσου περιβάλλοντός της, ακόμη και όταν εκφράζονται αιτήματα φροντίδας, συντροφικότητας ή συνοδείας (9GF).

Ο έλεγχος των παρορμήσεων κρίνεται ανεπαρκής και η υπερεγωτική λειτουργία κινείται σε προ-οιδιπόδεια επίπεδα, προσδιορίζοντας μία αρκετά παλινδρομημένη συνθήκη. Από τις συνολικές σχεδόν αφηγήσεις της εξεταζόμενης ανακύπτουν έντονα οριακά άγχη εγκατάλειψης, απόρριψης, απώλειας της αγάπης ή του αντικειμένου (6GF, 11, 18GF, 10). Θεμελιώδεις αμυντικές λειτουργίες που επιστρατεύει η εξεταζόμενη είναι η ενδοβολή, η προβολή, η προβολική ταύτιση, διχοτόμηση, ο παντοδύναμος έλεγχος η δραματοποίηση, εκδραμάτιση, ο αντιδραστικός σχηματισμός, η άρνηση και η απώθηση.

Ο δείκτης υστερίας παρουσιάζεται υψηλός και οδηγεί το υποκείμενο στην υιοθετήσει χειριστικών συμπεριφορών (ακόμη και αυτοτραυματιστικού τύπου) για να εξασφαλίσει την ικανοποίηση των αναγκών της, αλλά και σε με μία διεκδικητικότητα σε όρους αντιφοβικούς στην καθημερινότητά της. Ο υψηλός δείκτης υστερίας ενισχύεται από το γεγονός ότι, κατά την επαφή με το προβολικό υλικό, συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την απόσταση από το ερέθισμα. Το Εγώ λειτουργεί ανεπαρκώς και βρίσκεται σε προ-οιδιπόδειο επίπεδο (διχοτόμηση, απουσία σταθερών αντικειμένων, προ-οιδιπόδειο υπερεγώ).

Σε επίπεδο εκτίμησης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, σύμφωνα με το σύστημα των Western et al. (1990), η εξεταζόμενος «σκοράρει» ως εξής:

Εκτίμηση Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων

A. Πολυπλοκότητα των αναπαραστάσεων	Επίπεδο II: απλές μονοδιάστατες αναπαραστάσεις, με εστίαση στις πράξεις. Τα χαρακτηριστικά είναι συνολικά και μονοδιάστατα.
B. συναισθηματικός τόνος των σχέσεων	Επίπεδο I: κακοήθεις αναπαραστάσεις. Αδικαιολόγητη βία ή ακραία παραμέληση των αναγκών από τους σημαντικούς άλλους.
Γ. Ικανότητα για συναισθηματική επένδυση στις σχέσεις και αποδοχή των ηθικών κανόνων	Επίπεδο I: προσανατολισμός σε ανάγκες ικανοποιήσεις. Βαθιά αυτοενασχόληση - αυτοαπορρόφηση

Δ. Κατανόηση της κοινωνικής αιτιότητας

Επίπεδο II: στοιχειώδης κατανόηση των αιτιών που διέπουν τις πράξεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Αδικοιολόγητες μεταβάσεις από την αιτία στο αποτέλεσμα ή η αιτιότητα ερεθίσματος – αντίδρασης δικαιολογείται απλοϊκά.

Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν τους τρόπους με τους οποίους το υποκείμενο συναλλάσσεται και αλληλεπιδρά στην καθημερινότητα του με άλλα πρόσωπα.

Case 6

Από την ανάλυση των αφηγηματικών δεδομένων της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης της εξεταζόμενης αναδεικνύονται ο τρόπος οργάνωσης της προσωπικότητας, καθώς και οι ασύνειδες ενορμητικές διεργασίες, οι οποίες οργανώνονται αμυντικά επί εδάφους δυσκολιών επεξεργασίας πρώιμων ναρκισσιστικών πληγμάτων και εντόνου άγχους εγκατάλειψης ή απώλειας του αντικειμένου.

Η σχέση με το σώμα παρουσιάζει προβλήματα («χαλασμένο βιολί») και η απαρτίωσή του δεν είναι ικανοποιητική, όπως άλλωστε και η λειτουργία του Εγώ. Οι γονεϊκές φιγούρες γίνονται αντιληπτές ως αυστηρές και καταπιεστικές ως προς τις επιθυμίες του υποκειμένου («του πήραν τις νότες και τις έσκισαν» 1), ιδίως η πατρική, η οποία διαγράφεται ως ιδιαιτέρως ευνουχιστική. Από τις αφηγήσεις της αναφέρονται έντονες ψυχοσυγκρούσεις μεταξύ ενδοβεβλημένων γονεϊκών απαιτήσεων και προσωπικών επιθυμιών. Η μητρική φιγούρα φαίνεται ανίκανη να σταθεί με επάρκεια στον φροντιστικό της ρόλο, καθώς και η ίδια υποτάσσεται στη φαλλική εξουσία της ανδρικής φιγούρας (1, 9GF).

Οι ενδοοικογενειακές δυναμικές υπήρξαν βαθιά συγκρουσιακές («εσωτερικά αλληλοσκοτώνονται», 2) και οι σχεσιοδυναμικές της εξεταζόμενης διαγράφονται σε φόντο ενός επιθετικού περιβάλλοντος που δεν προσφέρει προστασία και στοργή. Η θεμελιώδης ψυχοσύγκρουση εξάρτησης έναντι ανεξαρτησίας τείνει να ολοκληρώνεται με προοπτικές ανεξαρτησίας, μέσω της

αρωγής ενός μητρικού υποκατάστατου («θα χρειαστεί βοήθεια για να το κάνει...μία συμπαράσταση γιατί όλες οι μάνες δεν έχουν την υπομονή να συμπαρασταθούν...θα μιλήσει στη δασκάλα της, θα ζητήσει βοήθεια από αυτήν», 2). Η δασκάλα εισάγεται για να λειτουργήσει συμπληρωματικά και υποστηρικτικά ως βοηθητικό Εγώ. Η κίνηση προς την ανεξαρτησία συνοδεύεται από έντονα αισθήματα θυμού προς τον αυταρχικό πατέρα (7GF).

Ο θυμός προς τη μητέρα είναι πιο άρρητος και πιο βαθύς, καθώς η τελευταία δεν φαίνεται να ξέρει πώς να σταθεί απέναντι στη σύγκρουση κόρης και πατέρα «να βοηθήσει την κόρη ή να δραπετεύσει και αυτή;» (9GF). Η έντονη αμφιθυμία προς τη μητρική φιγούρα αφορμάται από την τραυματική ματαίωση του αιτήματος μητρικής προστασίας έναντι της πατρικής αυθαιρεσίας και αυστηρότητας. Η έντονη αμφιθυμία προς τη μητέρα εκφράζεται μέσα από ασύνειδες φαντασιώσεις μητροκτονίας, αλλά επειδή ακριβώς πρόκειται για αμφιθυμική τοποθέτηση, αμέσως μετά στην ίδια αφήγηση αναστέλλεται με φαντασιώσεις διάσωσης αυτής (18GF).

Ωστόσο, ο θυμός προς την πατρική φιγούρα είναι περισσότερο έκδηλος και ανεπεξέργαστος, καθώς σκιαγραφείται ως τιμωρητικός, συναισθηματικά κακοποιητικός, απόμακρος, άκαμptos και ανίκανος να συγχωρήσει. Ο θυμός δε είναι τέτοιας έντασης που προκαλεί αναστολή της φαντασιωσικής λειτουργίας της εξεταζόμενης (9GF). Η δεδηλωμένη αμφιθυμία προς τη μητρική φιγούρα δημιουργεί συχνά αισθήματα αποστροφής στην εξεταζόμενη, ακριβώς επειδή η πρώτη φαίνεται να έχει άλλους στόχους, ανάγκες και προτεραιότητες και να μην δύναται να «ακούσει» και να εμπεριέξει τα αντίστοιχα αιτήματα της κόρης, ώστε η τελευταία τελικά να δείχνει αδιαφορία (7GF).

Οι αφηγήσεις της εξεταζόμενης, όταν έρχεται σε επαφή με υλικό που παραπέμπει στην έκφραση των σεξουαλικών ενορμήσεων, οργανώνονται υπό το κράτος αντιδράσεων πανικού (11), στο φόντο μίας πρώιμης και αρχετυπικής αναζήτησης της σεξουαλικότητας («δάσος, άνδρας, παιδάκι, φίδι, δάγκωμα»). Η διερεύνηση της σεξουαλικότητας υπήρξε εξαιρετικά τραυματική για την εξεταζόμενη, πιθανότατα φέροντας μία ανεπιθύμητη (;) εγκυμοσύνη και έναν πρόωρο τερματισμό της, καθώς και την οργίλη απόρριψη της πατρικής φιγούρας (3BM). Ο παραγκωνισμένος θρήνος της (Doka, 1989) δεν έτυχε αναγνώρισης

από τις γονεϊκές φιγούρες αλλά και το λοιπό σχεσιοδυναμικό πλαίσιο της εξεταζόμενης, οργανώνοντας με τη σειρά του ένα έντονο άγχος αβοηθησίας και εγκατάλειψης, καθώς και έντονα αισθήματα θυμού. Οι ανάγκες για φροντίδα και προστασία προβάλλονται σε πιο αρχετυπικές φιγούρες προστασίας μητρικού (Παναγία) και πατρικού (Χριστός) τύπου (11). Η αναζήτηση της σεξουαλικότητας, τελικά, και η μη εμπερίεξη από τις γονεϊκές φιγούρες δημιουργούν έντονα αισθήματα ενοχής στην εξεταζόμενη γύρω από οικεία ζητήματα.

Η επιθετικότητα του υποκειμένου συχνά εκδραματίζεται ως παθητική επιθετικότητα (4, 3BM), ιδίως όταν πρόκειται για ανδρικές φιγούρες, ή ενδοβάλλεται (18GF), ενώ εκφράζεται ως ανοικτή επιθετικότητα όταν πρόκειται για παράβαση ηθικών κανόνων («μοιχεία», 13MF), με ασύμβατη τιμωρητικότητα (αυστηρή υπερεγωτική λειτουργία) και απουσία προοπτικών συγχωρητικότητας.

Ο έλεγχος των παρορμήσεων κρίνεται μέτριος και οδηγεί το υποκείμενο σε εκδραματίσεις, οι οποίες αφορμώνται από την αμφιθυμική του τοποθέτηση απέναντι στα αντικείμενα, καθώς και από την καχυποψία ή την συναισθηματική μόνωση με την οποία ατενίζει τις επαφές με το αντίθετο φύλο (4). Η υπερεγωτική του λειτουργία κρίνεται αυστηρή, καθώς οι συνέπειες για τις πράξεις των ηρώων είναι συχνά ασύμπτωτες με το παράπτωμα. Οι θεμελιώδεις αμυντικές λειτουργίες που χρησιμοποιεί το υποκείμενο αφορούν στην προβολή, στην ενδοβολή, στον παντοδύναμο έλεγχο, στον αντιδραστικό σχηματισμό, στην απώθηση, στη μόνωση και στην ηθικοποίηση.

Ο δείκτης υστερίας κρίνεται μέτριος και κινητοποιεί κυρίως συμπεριφορές ικανοποίησης της έντονης ανάγκης για παροχή αγάπης από τους άλλους, ειλικρινούς ενδιαφέροντος και ανοικτής έκφρασης των συναισθημάτων (10). Το Εγώ δεν φαίνεται απαρτιωμένο, για την ακρίβεια πρόκειται για προ-οιδιπόδειο Εγώ (αντιδράσεις πανικού, διχοτόμηση, αστάθεια αντικειμένων, μερικά έναντι ολικών αντικειμένων, προ-οιδιπόδειο υπερεγώ) και τα άγχη της εξεταζόμενης αφορούν κυρίως σε άγχη εγκατάλειψης, απόρριψης, απώλειας της αγάπης και αβοηθησίας.

Σε επίπεδο εκτίμησης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, σύμφωνα με το σύστημα των Western et al. (1990), η εξεταζόμενη σημειώνει την εξής βαθμολογία:

Εκτίμηση Αντικειμενότητων Σχέσεων

A. Πολυπλοκότητα των αναπαραστάσεων	Επίπεδο II: απλές μονοδιάστατες αναπαραστάσεις, με εστίαση στις πράξεις. Τα χαρακτηριστικά είναι συνολικά και μονοδιάστατα.
B. συναισθηματικός τόνος των σχέσεων	Επίπεδο I: κακοήθεις αναπαραστάσεις. Αδικαιολόγητη βία ή ακραία παραμέληση των αναγκών από τους σημαντικούς άλλους.
Γ. Ικανότητα για συναισθηματική επένδυση στις σχέσεις και αποδοχή των ηθικών κανόνων	Επίπεδο II: περιορισμένη επένδυση στους ανθρώπους, στις σχέσεις και στις ηθικές αξίες. Συγκρουσιακά ενδιαφέροντα, αλλά η ικανοποίηση παραμένει πρωταρχικός στόχος, Ηθικές αξίες σε πρώιμο επίπεδο, μη ολοκληρωμένες ή ακολουθούμενες από την προσπάθεια αποφυγής της συνέπειας.
Δ. Κατανόηση της κοινωνικής αιτιότητας	Επίπεδο II: στοιχειώδης κατανόηση των αιτιών που διέπουν τις πράξεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Αδικαιολόγητες μεταβάσεις από την αιτία στο αποτέλεσμα ή η αιτιότητα ερεθίσματος – αντίδρασης δικαιολογείται απλοϊκά.

Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν τους τρόπους με τους οποίους το υποκείμενο συναλλάσσεται και αλληλεπιδρά στην καθημερινότητα του με άλλα πρόσωπα.

Case 7

Από την ανάλυση της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης αναδεικνύεται ο τρόπος με τον οποίο η ασύνειδη δομή και οι ορμές του εξεταζόμενου οργανώνονται αμυντικά επί σημαινουσών δυσκολιών αναφορικά με την επεξεργασία της οιδιπόδειας προβληματικής και του άγχους εγκατάλειψης ή απώλειας του αντικειμένου.

Η απαρτίωση του εαυτού τείνει να παρουσιάζει σημαντικά ελλείμματα σε όρους λειτουργικότητας και οι ήρωες των αφηγήσεών του δεν παρουσιάζουν

ικανοποιητική αυτονομία και επάρκεια στην επίτευξη στόχων (1, 3BM, 7BM). Η εικόνα του σώματος ως «διαλυμένου» και μάλιστα με έντονες μετέωρες ανησυχίες αποκατάστασης της λειτουργικής του βλάβης προσδιορίζουν αλλοιώσεις στην αναπαράσταση του σώματος και δυσκολίες προσαρμογής στην τρέχουσα διαγνωστική συνθήκη, με συνοδά κυρίαρχα συναισθήματα τη δυσφορία και την αποστροφή, μέσα από συγκρίσεις σε χρονικούς όρους παρελθόντος έναντι παρόντος (1).

Η διαφοροποίηση των φύλων και των γενεών τείνει να παρουσιάζει προβλήματα (κάρτα 2, 4, 10) με σαφείς δυσκολίες επικοινωνίας σε επίπεδο ενδοοικογενειακών σχέσεων, οι οποίες δεν έχουν τύχει επαρκούς επεξεργασίας. Η αρρώστια στην παρούσα φάση φαίνεται να έχει πυροδοτήσει δριμείες συναισθηματικές αναστατώσεις («συναισθηματικό μπαμ» 3BM) σε όρους θρήνου και να κινητοποιεί άγχη αβοηθησίας και απώλειας του αντικειμένου (3BM). Η γυναικεία φιγούρα, όταν εισάγεται ως σύντροφος – καλό μητρικό αντικείμενο, καλείται να λειτουργήσει ως βοηθητικό Εγώ και να εκπληρώσει έτσι τις φαντασιώσεις διάσωσης¹⁷ του εαυτού.

Η επιθετικότητα, σε κάρτες με έκδηλο τέτοιο περιεχόμενο, αποκηρύσσεται, αρνείται και τελικά ενδοβάλλεται (3BM, 8BM) ενώ στις αφηγήσεις του οι ήρωες βιώνουν έντονο θυμό, ιδίως σε σχέση με το μητρικό αντικείμενο (6BM, 7BM, 1013MF), αλλά και ελλοχεύουσες ανεπίλυτες ενοχές, οι οποίες κατατρύχουν ασύνειδα τον εξεταζόμενο και αμβλύνονται μέσα από ναρκισσιστικές άμυνες παντοδύναμου ελέγχου, καθώς και μέσα από συμπεριφορές σε όρους πρωκτικότητας.

Η μητρική φιγούρα γίνεται αντιληπτή ως εξαιρετικά αυστηρή, αποστερητική, αδύναμη να αφουγκραστεί και να αναγνωρίσει τις ανάγκες του εξεταζόμενου, υιοθετώντας εν γένει μία αδιάφορη και ταυτόχρονα παντοδύναμη στάση. Προσδιοριστικός παράγοντας της μεταξύ τους δυναμικής αναδεικνύεται ο έντονος θυμός (6BM, 10) με σαφείς δυσκολίες επανόρθωσης της σχέσης τους και με μία αυτονομιστική τάση από πλευράς εξεταζόμενου, η οποία όμως αυτονομία έχει ευνουχιστικό κόστος («θα φύγει με σκυμμένο το κεφάλι» 6BM) με πλείστα ναρκισσιστικά πλήγματα και φαντασιώσεις ευνουχισμού¹⁸. Τα

τελευταία αντιμετωπίζονται μέσα από πρώιμες αμυντικές λειτουργίες αντισταθμιστικού τύπου.

Οι στοματικές και προ-στοματικές ανάγκες του υποκειμένου για φροντίδα, αποδοχή, προσοχή και «θρέψη» έτυχαν βίαιης ματαίωσης, ενώ η πατρική φιγούρα φαίνεται να έχει βιωθεί ως πιο βοηθητική και με κατανόηση ως προς τις ανάγκες του, αλλά εξίσου αδύναμη και ευνουχισμένη ενώπιον της φαλλικότητας της μητρικής φιγούρας. Ο θυμός προς τον πατέρα που δεν τον υπερασπίστηκε είναι πιο άρρητος σε σχέση με αυτόν προς τη μητέρα, ενώ η λύτρωση της αναγνώρισης και της συγχωρητικότητας συναντά ως εμπόδιο την έντονη αμφιθυμία του υποκειμένου και τη διχοτόμηση («ουφ είναι δύσκολη αυτή η σχέση...και καλό και κακό ή θα συγχωρήσει...ή δεν θα συγχωρήσει και θα του δώσει δρόμο»).

Τα άγχη του υποκειμένου αφορούν σε πρώιμα ευνουχιστικά άγχη και άγχη απώλειας του αντικειμένου ή της αγάπης (οριακά άγχη), ενώ η υπερεγωτική λειτουργία κρίνεται αυστηρή. Η λειτουργία του Εγώ φαίνεται να κινείται σε προ-οιδιπόδειο επίπεδο (διχοτόμηση, μερικά αντικείμενα, έλλειψη σταθερότητας αντικειμένου). Οι αμυντικές λειτουργίες που επιστρατεύει αφορούν στον παντοδύναμο έλεγχο, στη διχοτόμηση, στην απόσυρση, στην ενδοβολή, στην προβολή, στην άρνηση, στην απώθηση και στον αντιδραστικό σχηματισμό. Σε επίπεδο εκτίμησης των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, σύμφωνα με το σύστημα των Western et al. (1990), ο εξεταζόμενος σημειώνει τις εξής βαθμολογία:

Εκτίμηση Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων

A. Πολυπλοκότητα των αναπαραστάσεων	Επίπεδο II: απλές μονοδιάστατες αναπαραστάσεις, με εστίαση στις πράξεις. Τα χαρακτηριστικά είναι συνολικά και μονοδιάστατα.
B. συναισθηματικός τόνος των σχέσεων	Επίπεδο II: αναπαράσταση των σχέσεων ως εχθρικών, κακών ή ασταθών, όχι όμως βαθιά κακοηθών, μοναχικών ή απογοητευτικών
Γ. Ικανότητα για συναισθηματική επένδυση στις σχέσεις και αποδοχή των ηθικών κανόνων	Επίπεδο II: περιορισμένη επένδυση στους ανθρώπους, στις σχέσεις και στις ηθικές αξίες. Συγκρουσιακά ενδιαφέροντα, αλλά η ικανοποίηση παραμένει πρωταρχικός στόχος, Ηθικές αξίες σε πρώιμο επίπεδο, μη ολοκληρωμένες ή

	ακολουθούμενες από την προσπάθεια αποφυγής της συνέπειας.
Δ. Κατανόηση της κοινωνικής αιτιότητας	Επίπεδο II: στοιχειώδης κατανόηση των αιτιών που διέπουν τις πράξεις, τις σκέψεις και τα συναισθήματα. Αδικοιολόγητες μεταβάσεις από την αιτία στο αποτέλεσμα ή η αιτιότητα ερεθίσματος – αντίδρασης δικαιολογείται απλοϊκά.

Τα παραπάνω ευρήματα αναδεικνύουν τους τρόπους με τους οποίους το υποκείμενο συναλλάσσεται και αλληλεπιδρά στην καθημερινότητα του με άλλα πρόσωπα. Τέλος, ο δείκτης υστερίας (Shentoub, 1990) κρίνεται μέτριος, με συχνές δραματοποιήσεις στις αφηγήσεις του, γεγονός που σε όρους καθημερινότητας έλκει συμπεριφορές με στόχο τη φροντίδα και την προσοχή από τους άλλους με ηπία τάση σωματικής έκφρασης των ψυχολογικών του αναγκών – αιτημάτων.

2.4. Η Ανάδυση του Κλινικού Ψυχολογικού Προφίλ των Α-σθενών

Η διεργασία ολοκλήρωσης ενός ψυχολογικού προφίλ συνιστά μία απόπειρα περιγραφής των επιμέρους δομικών χαρακτηριστικών της προσωπικότητας ενός συγκεκριμένου δείγματος, ενός μεμονωμένου περιστατικού, ή μίας ομάδας με κοινά χαρακτηριστικά. Στην παρούσα αναφορά η προσπάθεια γίνεται για την ολοκληρωμένη και εμπεριστατωμένη περιγραφή του κλινικού ψυχολογικού προφίλ των ογκολογικών α-σθενών που απετέλεσαν τη δεξαμενή δείγματος της ανά χείρας μελέτης.

Παρόμοιες ποιοτικές απόπειρες έχουν με φειδώ σημειωθεί διεθνώς (επί παραδείγματι: Lee et al., 2011), καθώς η ανάδειξη του ψυχολογικού προφίλ των ογκολογικών α-σθενών, μέσα από ποιοτικά μεθοδολογικά φίλτρα δύναται να ενισχύσει την ιδιογραφική κατανόηση των επιμέρους δυναμικών του πάσχοντος προσώπου και τελικά -μόνον έτσι ιδιογραφικά- να φροντίσει τα αιτήματά τους. Οι ποσοτικές μελέτες για τη διερεύνηση του ψυχολογικού προφίλ α-σθενών με καρκίνο απαντώνται συχνότερα (επί παραδείγματι: Gilbar & Florian, 1991; Lilja

et al., 2003; Davidson, 2005; Tabaei & Sohrabi, 2013) και συνήθως ολοκληρώνουν την αποτύπωση του ψυχολογικού προφίλ με τη χρήση ποσοτικών ψυχομετρικών κλιμάκων. Για του επτά α-σθενείς της παρούσας μελέτης οι όψεις του ψυχολογικού τους προφίλ διαμορφώνονται ως ακολούθως.

A. Απαρτίωση της εικόνας σώματος και του Εγώ

Οι έρευνες αναφορικά με την εικόνα του σώματος σε ογκολογικούς α-σθενείς έχει απασχολήσει την οικεία ποσοτική ερευνητική παραγωγή, ιδίως ως προς την αρνητική εικόνα σώματος ως σχετιζόμενης με την αποφυγή καταστάσεων, την ανησυχία για την εμφάνιση κτλ. (Rosen et al., 1991; Mullis et al., 1992). Ο συγκεκριμένος θεματικός άξονας έχει αποτελέσει και αντικείμενο ποιοτικής διερεύνησης (Wasserman et al., 1987; Bredin, 1999) με ενδιαφέροντα ευρήματα φαινομενολογικής ανάλυσης της εμπειρίας, ενώ έχει επίσης βρεθεί πως η εικόνα του σώματος επηρεάζει εν γένει τη λειτουργικότητα του προσώπου (Carver, 1998).

Η διαφοροποίηση της παρούσας έρευνας δεν αφορά μόνο στη μεθοδολογία και στα εργαλεία διερεύνησης της συγκεκριμένης κατηγορίας, αλλά και στο γεγονός ότι φέρει στην επιφάνεια ευρήματα για την εικόνα του σώματος σε α-σθενείς με καρκίνο, ανεξαρτήτως διαγνωστικού εντοπισμού (στήθους, πνεύμονα, δέρματος, ενδομητρίου κτλ.). Μάλιστα, από την ανάλυση των αφηγήσεων των συμμετεχόντων, ανακύπτουν προβλήματα απαρτίωσης της εικόνας του σώματος που σαφώς ενισχύθηκαν από τη διαγνωστική συνθήκη, αλλά φαίνεται ότι το σώμα δεν είχε υπάρξει ποτέ αντικείμενο πλήρους απαρτιωτικής λειτουργίας.

Τα ζητήματα απαρτίωσης του σώματος από την ανάλυση της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης φάνηκε να «κουβαλούν» την ιστορία τους, δηλαδή να έχουν ξεκινήσει να δομούνται πριν την εμφάνιση της νόσου, έστω ως απωθημένες ανεπίλυτες θεματικές ενασχόλησης σε όρους ελλειμματικότητας. Εκείνο που μοιάζει να ενισχύεται δυναμικά στο εδώ και τώρα της εικόνας σώματος είναι η παθητικότητα με την οποία επενδύεται, ως μη ικανοποιητικός λειτουργούντος.

Η σχέση με το σώμα διαγράφεται σε όρους εγωδυστονικότητας με έκδηλες δυσκολίες αποδοχής του και μη επαρκή απαρτίωση, οδηγώντας στην έκφραση ανοικτής ή λανθάνουσας δυσφορίας. Η ιστορία της εικόνας τους σώματος φαίνεται, με άλλα λόγια, να ανάγεται σε πρώιμα ναρκισσιστικά πλήγματα, τα οποία αναπυροδοτούνται στο εδώ και τώρα, επηρεάζοντας τη λειτουργικότητα των α-σθενών.

Από την άλλη πλευρά, το Εγώ των α-σθενών του δείγματος δεν διαγράφεται επαρκώς απαρτιωμένο. Οι Bellak & Abrams (1997) υποβάλλουν ότι η απαρτίωση του Εγώ συνιστά σημαίνουσα όψη της εκτίμησης της λειτουργικότητας και της αυτο-επάρκειας του εξεταζόμενου και αφορά στην ικανότητά του να διαφοροποιείται από τους άλλους, καθώς και στον επιτυχή συμβιβασμό των εσωτερικών αναγκών με τις απαιτήσεις της εξωτερικής πραγματικότητας και αυτές του Υπερεγώ. Στο TAT η εκτίμηση της απαρτίωσης του Εγώ αποκαλύπτεται μέσα από την επάρκεια του υποκειμένου να ανταποκριθεί επιτυχώς στην «ανάληψη έργου» υπό πιεστικές εξωτερικές και εσωτερικές συνθήκες, με αποδεκτό νοητικά, συναισθηματικά, κοινωνικά τρόπο, αλλά και από την επάρκεια των αφηγηματικών ηρώων να σκέφτονται ταυτόχρονα λογικά και συναισθηματικά, ελέγχοντας τις παρορμήσεις τους.

Για τους α-σθενείς του συγκεκριμένου δείγματος η λειτουργία του Εγώ κινείτο ως επί το πλείστον σε προ-οιδιπόδειο έναντι της οιδιπόδειου επιπέδου. Η συνθήκη αυτή απαντάται αρκετά συχνά σε α-σθενείς που είναι πιο παλινδρομημένοι και σηματοδοτεί μία σειρά από καταστάσεις, οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του Εγώ και την ικανότητά του ως προς το αντεπεξέρχεται, ήτοι:

1. Ο έλεγχος των παρορμήσεων μέσα από τις αφηγήσεις των υποκειμένων είναι συχνά μέτριος με εξεύρεση πρόχειρων λύσεων εκφόρτισης, ή ανεπαρκής με έντονες εκδραματίσεις της παρόρμησης.
2. Στις αφηγήσεις υπήρξαν συχνά παρούσες αντιδράσεις πανικού, όπου παρουσιάζονταν απροσδόκητες αντιδράσεις, με υπερβάλλοντα φόβο.
3. Ο μηχανισμός της διχοτόμησης συνιστά άξονα πλοήγησης των αφηγήσεών τους και είναι αυτός που ευθύνεται για τη διατήρηση

ακραίων συναισθημάτων αγάπης και μίσους ή ακραίων ενορμήσεων ως σαφώς διακεκριμένων.

4. Αφηγήσεις με πρόδηλη την απουσία σταθερότητας των αντικειμένων, η οποία κινητοποιεί άμεσα άγχη εγκατάλειψης και απώλειας της αγάπης.
5. Παρουσία μερικών και όχι ολικών αντικειμένων, με ακραίες θέσεις καλού ή κακού, με απουσία σύνθεσης των συναισθημάτων και των ενεργειών και χωρίς αποδοχή της αμφιθυμίας. Η τελευταία διακρίνεται εννοιολογικά και σημασιολογικά από την διχοτόμηση, καθώς η τελευταία προϋποθέτει την ύπαρξη πόλωσης, ήτοι δύο αντικρουόμενων θεάσεων, σκέψεων, επιθυμιών ή συναισθημάτων, ενώ η πρώτη αφορά σε αντιθετικές πιο ήπιες ή ώριμες εκφορές τύπου «θέλει να φύγει αλλά το σκέφτεται, επειδή νιώθει όμορφα αλλά και φόβο» (6).
6. Προ-οιδιπόδεια Υπερεγωτική λειτουργία, η οποία σε όρους αφηγήσεων, αναδεικνύεται από τη ασυμβατότητα μεταξύ «παράβασης» και «τιμωρίας».

B. Επίπεδα Οργάνωσης των Ψυχοσυγκρούσεων

Η έννοια της ψυχοσύγκρουσης είναι θεμελιώδους σημαντικότητας στη ψυχαναλυτική σκέψη και στη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία για την κατανόηση των ενδοψυχικών διεργασιών. Η ψυχοσύγκρουση αναδύεται όταν στο εσωτερικό του υποκειμένου υπάρχουν αντιτιθέμενες, αντιθετικές, ασύμπτωτες και πάντως ασυμβίβαστες απαιτήσεις ή επιθυμίες. Η σύγκρουση αυτή μπορεί να είναι είτε έκδηλη (επί παραδείγματι: ηθική αρχή έναντι επιθυμίας) είτε λανθάνουσα (επί παραδείγματι: οιδιπόδειες ψυχοσυγκρούσεις).

Η θεματική αυτή δεν έχει απασχολήσει ενδελεχώς την οικεία έρευνα παρά τις γόνιμες προσπάθειες μερίδας του ψυχοδυναμικού χώρου (ενδεικτικά: Renneker, 1952; King & Emmons, 1990). Στην παρούσα έρευνα ο τρόπος με τον οποίο αναδύονται οι θεμελιώδεις ψυχοσυγκρούσεις των υποκειμένων παρουσιάζει αρκετή εγγύτητα προς τις οικείες θέσεις του Alexander (1987), ο οποίος αξιοποίησε ψυχοδυναμικές συλλήψεις, όπως η έννοια της απώθησης, της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης και της σχέσης με τα αντικείμενα, στην ερμηνεία οργανικών καταστάσεων υγείας, κατά την εκφορά και τη χρήση του όρου

παλινδρομική ενόχληση (regressive innervation) με αρκετή εγγύτητα προς το όρο των Bahnson & Bahnson (1964) της σωματικής παλινδρόμησης (somatic regression).

Για το δείγμα της ανά χείρας έρευνας η λειτουργία των ψυχοσυγκρούσεων φαίνεται να διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο τόσο στην προσαρμογή στη νόσο, όσο και στη σκιαγράφηση του ψυχολογικού τους προφίλ (νευρωσικό, μεταιχμιακό ή ψυχωσικό φάσμα). Πιο συγκεκριμένα, οι πιο θεμελιώδεις ψυχοσυγκρούσεις που αναφέρονται ως κοινός παρονομαστής του συγκεκριμένου δείγματος είναι οι εξής:

1. *Εξάρτησης έναντι ανεξαρτησίας* από τις γονεϊκές φιγούρες, η οποία τείνει να επιλύεται με κινήσεις προς την ανεξαρτησία, αλλά με παράλληλη αναφορά σε πιο καταθλιπτικές τοποθετήσεις για τα ίδια τα υποκείμενα. Η οικεία ψυχοσύγκρουση είναι νευρωτικής φύσεως και αμιγώς οιδιπόδειας πνοής.
2. *Έκφραση έναντι απώθησης ή αναστολής των σεξουαλικών ενορμήσεων*. Η ψυχοσύγκρουση αυτή ενισχύεται δυναμικά από τη σχέση με την εικόνα του σώματος πριν και μετά τη διαγνωστική συνθήκη. Σε αρκετές περιπτώσεις η ψυχοσύγκρουση αυτή εκφράζεται σε επίπεδο αντιφοβικών αφηγήσεων (επιθυμία για αυτό που ταυτόχρονα συνιστά αντικείμενο φόβου).
3. *Επιθετικές ενορμήσεις του Αυτού έναντι του Υπερεγώ*. Οι επιθετικές αυτές ενορμήσεις απωθούνται πρωτογενώς άλλα τείνουν να κάνουν αισθητή την ασύνειδη δυναμική παρουσία τους μέσα από λεκτικές παραδρομές ή μέσα από επιθετικές φαντασιώσεις πατροκτονίας, μητροκτονίας κτλ. Σε ορισμένους πιο πρώιμους α-σθενείς του δείγματος οι φαντασιώσεις αυτές εκφράζονταν πιο επιθετικά και περισσότερο «ανοιχτά».
4. *Ψυχοσυγκρούσεις σε επίπεδο πρώιμων ψυχικών καταστάσεων*, όπου οι πρώτες λαμβάνουν χώρα εντός ενός ήδη διχοτομημένου Εγώ. Η ψυχοσύγκρουση αυτή βρίσκεται εγγυτέρα στις οριακές καταστάσεις.

Γ. Ανάγκες, Συναισθήματα, Αμυντικές Λειτουργίες και Άγχη

Οι ερευνητικές προσπάθειες ανάδειξης των συναισθημάτων και των αναγκών των α-σθενών με καρκίνο παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις στη σύγχρονη βιβλιογραφική παραγωγή ποιοτικής προοπτικής (ενδεικτικά: Knåle, 2007; Kronenwetter et al., 2005; Murray et al., 2004; Thewes et al., 2004). Με εγγύτητα στη λογική που διαπνέει την έρευνα των Rudin et al (1988), η παρούσα αναφορά αναδεικνύει τις ανάγκες, τα συναισθηματικά φορτία, τα επίπεδα οργάνωσης των μηχανισμών άμυνας και τα άγχη που συντροφεύουν τους α-σθενείς αυτής της μελέτης, όπως αυτά ανακύπτουν από τις αφηγήσεις των υποκειμένων στη δοκιμασία θεματικής αντίληψης.

Οι ανάγκες που προέκυψαν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

1. **εαυτοανάγκες:** στην πρώτη κατηγορία εμπίπτουν η ανεπαρκής, απύσχα ή πλημμελής φροντίδα προ-στοματικών και στοματικών αναγκών σε όρους αποστέρησης («δεν υπάρχει φαγητό πουθενά»). Οι έντονες στοματικές καθηλώσεις στις αφηγήσεις τους, συχνά συνδυάζονται με μερικά πρωκτικά χαρακτηριστικά άσκησης ελέγχου και κτητικότητας. Οι *ανάγκες παροχής φροντίδας, θρέψης, αρωγής και προστασίας* είναι επίσης παρούσες και συχνά αφορμώνται από στοματικά θέματα. Σαφείς είναι και οι αναφορές σε *ανάγκες αποφυγής της βλάβης*, όπου οι ήρωες προσπαθούν να αποφύγουν το σωματικό πόνο, αποσύρονται και καταβάλουν προσπάθειες αποφυγής αντικειμένων που προκαλούν σωματικό ή ψυχικό άλγος. Εδώ εμπίπτουν αφηγήσεις γύρω από αντιδράσεις αιφνιδιασμού και φόβου. Τέλος, στην ίδια κατηγορία υπάγονται και οι *ανάγκες κτητικότητας* που εκφράζονται κατά την επαφή με το προβολικό υλικό, όπου οι ήρωες αρνούνται να αφήσουν κάτι ή κρατιούνται από κάτι, είναι κτητικοί και δυσκολεύονται να δώσουν στοργή στους άλλους. Πιο άρρητη και ταυτόχρονα ρητά εγγεγραμμένη εσωτερικά είναι η *ανάγκη επεξεργασίας συμβολικών και ρεαλιστικών πενθών*.
2. **ανάγκες επανόρθωσης:** αναφέρονται γενικά σε προσπάθειες διόρθωσης ή επανόρθωσης προηγούμενων βιωματικών αστοχιών ή απογοητεύσεων. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται κυρίως *ανάγκες μοιράσματος* με τους άλλους, αλλά και *ανάγκες αναγνώρισης* από τους άλλους. Οι τελευταίες

περιλαμβάνουν την αιτιολογημένη προσοχή των άλλων και περιέχουν την τάση εκ μέρους των υποκειμένων για δραματοποίηση. Περιλαμβάνονται, επίσης, *ανάγκες υποστήριξης – συναισθηματικής συνοδείας*, όπου οι ήρωες αναζητούν βοήθεια ή παραμυθία, ενθάρρυνση, προστασία, συμπάθεια. Τέλος, πιο άρρητη μα υπάρχουσα ανάγκη είναι αυτή της *ανάγκης για συγχωρητικότητα*.

Ως προς τις επιμέρους συναισθηματικές εκδηλώσεις, κατά τις αφηγήσεις των ιστοριών τα μείζονα συναισθήματα που ανακινούνται είναι ο θυμός, η ενοχή, η εχθρότητα και η θλίψη. Έχει ενδιαφέρον ότι τα υποκείμενα δεν φαίνονται να διατηρούν καλή επαφή με τα τρία πρώτα συναισθήματα. Από τα παραπάνω συναισθήματα ο θυμός έχει τύχει ενδελεχούς μελέτης ως θεμελιακός διαμεσολαβητικός παράγοντας σε α-σθενείς με καρκίνο (ενδεικτικά: Greer & Morris, 1975; Julkunen, 2009; Barinková & Mesárošová, 2013).

Μάλιστα, οι περισσότερες ερευνητικές μελέτες υπερθεματίζουν στην καταστολή, απώθηση και αντίσταση ως προς την έκφραση του θυμού και υπογραμμίζουν τη σημαντικότητά του και για την ίδια τη θεραπευτική πορεία μετά τη λήψη της διάγνωσης ή των ιατρικών θεραπειών (Thomas et al., 2000). Εκείνο, ωστόσο, που δεν φαίνεται να αναδεικνύεται επαρκώς στις οικείες έρευνες είναι αφενός το σχήμα που δημιουργεί, διατηρεί και ενισχύει το θυμό, και αφετέρου οι παρεμπόπτουσες διεργασίες που επηρεάζουν και καθορίζουν την έκφραση ή την αποκήρυξή του. Οι διεργασίες αυτές τείνουν να φωτίζονται πληρέστερα με το υλικό της προβολικής δοκιμασίας.

Ο θυμός φαίνεται να έχει ήδη διαμορφώσει ικανές βάσεις με σημείο αφετηρίας την αμφιθυμική σχέση με το πρωταρχικό αντικείμενο και την πλημμελή του φροντίδα, εν συνέχεια τη σχέση με αμφότερες τις γονεϊκές φιγούρες, και το τέλος με την αντίληψη του ευρύτερου περιβάλλοντος των υποκειμένων ως εχθρικό, αποστερητικό και αδιάφορο. Πιο συγκεκριμένα η πρώιμη σχέσει με τη μητέρα παρουσιάζει προβλήματα σε όλες τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις επρόκειτο για προκλητικές μητέρες που κινητοποιούν ανάγκες χωρίς να τις ικανοποιούν, συνιστώντας -σε όρους Fairbairn (1963)- «ερεθιστικό αντικείμενο» (exciting object ή libidinal object), ή για μητρικά αντικείμενα που είναι απορριπτικά, θυμωμένα,

απολυταρχικά και εν τέλει αντιλιβιδινικά, αρνούμενα να παράξουν ικανοποίηση, προσδιοριζόμενα με τον όρο «απορριπτικό αντικείμενο» (rejecting antilibidinal object). Επικαλούμαι εδώ τη φράση α-σθενούς του δείγματος «μητέρα δεν υπάρχει πουθενά» (7GF).

Η συνολική σχέση με τις γονεϊκές φιγούρες τείνει να περιπλέκει περισσότερο τα πράγματα καθώς ενισχύει τα αισθήματα θυμού και εχθρότητας, διότι η μεταξύ τους αλληλεπίδραση εισπράττεται ως απόρριψη και μη αναγνώριση - αποδοχή των αναγκών του. Δεν είναι τυχαίο ότι οι ενδοοικογενειακές δυναμικές περιγράφονται ως ρηχές και τα πρόσωπα δεν δείχνουν ουσιαστικό ενδιαφέρον το ένα για το άλλο, ούτε υπάρχει ειλικρινής επικοινωνία και συναισθαντικότητα μεταξύ τους. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το κάθε μέλος είναι απορροφημένο στον εαυτό του και στις προτεραιότητές του. Αυτό με τη σειρά του διαμορφώνει το ευρύτερο περιβάλλον εντός του οποίου το πρόσωπο συναλλάσσεται και αλληλοεπιδρά, συχνά επιλέγοντας ταυτίσεις σε όρους ομόλογης εχθρότητας και απόρριψης.

Το περιβάλλον αυτό αναγνωρίστηκε ως επιθετικό με συναισθηματική και λεκτική επιθετικότητα, κυριαρχικό με καταπιέσεις των εσωτερικών επιθυμιών, απορριπτικό προς τις ανάγκες του υποκειμένου και συχνά με αποξενωμένα αντικείμενα (alien objects). Έτσι, ερμηνεύεται και η σχετικά χαμηλή βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κλίμακα εκτίμησης αντικειμενοτρόπων σχέσεων για το TAT των Western et al. (1990), η οποία κυμαίνεται από το επίπεδο I μέχρι και, πιο σπάνια, το επίπεδο III.

Απέναντι σε αυτές τις συνθήκες ο θυμός είτε εσωτερικεύεται, ενδοβάλλεται και τελικά «καταπίνεται», είτε πάλι, υπό συγκριμένες καταστασιακές συνθήκες και πιεστικές περιβαλλοντικές επιρροές, εξωτερικεύεται παρορμητικά, προβάλλεται και τελικά «ξερνάται» υπό μορφή ανοιχτής επιθετικότητας ή παθητικής επιθετικότητας. Ωστόσο, ο θυμός δεν είναι απλώς μία αντίδραση στη βιωμένη ματαίωση των επιθυμιών ή στην απόρριψη των αναγκών τους (πρβλ Suttie, 1935). Είναι ένα συνεχές αίτημα που απευθύνει συμβολικά το βρέφος προς τους άλλους – αρχικά βέβαια προς τη μητέρα - για να απομακρύνουν ή να απομακρύνει την πηγή της ματαίωσης. Έτσι, ο θυμός δεν είναι μία συμπεριφορά που αποσκοπεί στην καταστροφή των πρωταρχικών

αντικειμένων, αλλά μία συνεχιζόμενη διαμαρτυρία για την άστοργη συμπεριφορά τους.

Ομόλογα, το αίσθημα τις ενοχής, το οποίο έχει οιδιπόδεια προέλευση, έχει έλξει μικρότερο αλλά υπαρκτό ερευνητικό ενδιαφέρον (π.χ. Angelopoulos, 1995), ποσοτικού ως πλείστον προσανατολισμού στο βαθμό που έχει υπόψιν του ο γράφων. Για το δείγμα της παρούσας έρευνας η ενοχή συνιστά βασικό συναίσθημα κινητοποιούμενο από τις κινήσεις των υποκειμένων αναφορικά με τη «διευθέτηση» θεμελιωδών ψυχοσυσκορυσιακών πλεγμάτων. Η ενοχή βρέθηκε να είναι το αποτέλεσμα της ψυχοσύγκρουσης εξάρτησης έναντι ανεξαρτησίας, όταν αυτή επιλύεται με βήματα προς την αυτονομία αλλά με συνοδά χαρακτηριστικά την ενοχή για την έμφυτη ανάγκη για ανεξαρτησία και την υιοθέτηση πιο καταθλιπτικών τοποθετήσεων. Η ενοχή, επίσης, συντροφεύει την έκφραση της επιθετικότητας των υποκειμένων, καθώς και την ενδοβολή της.

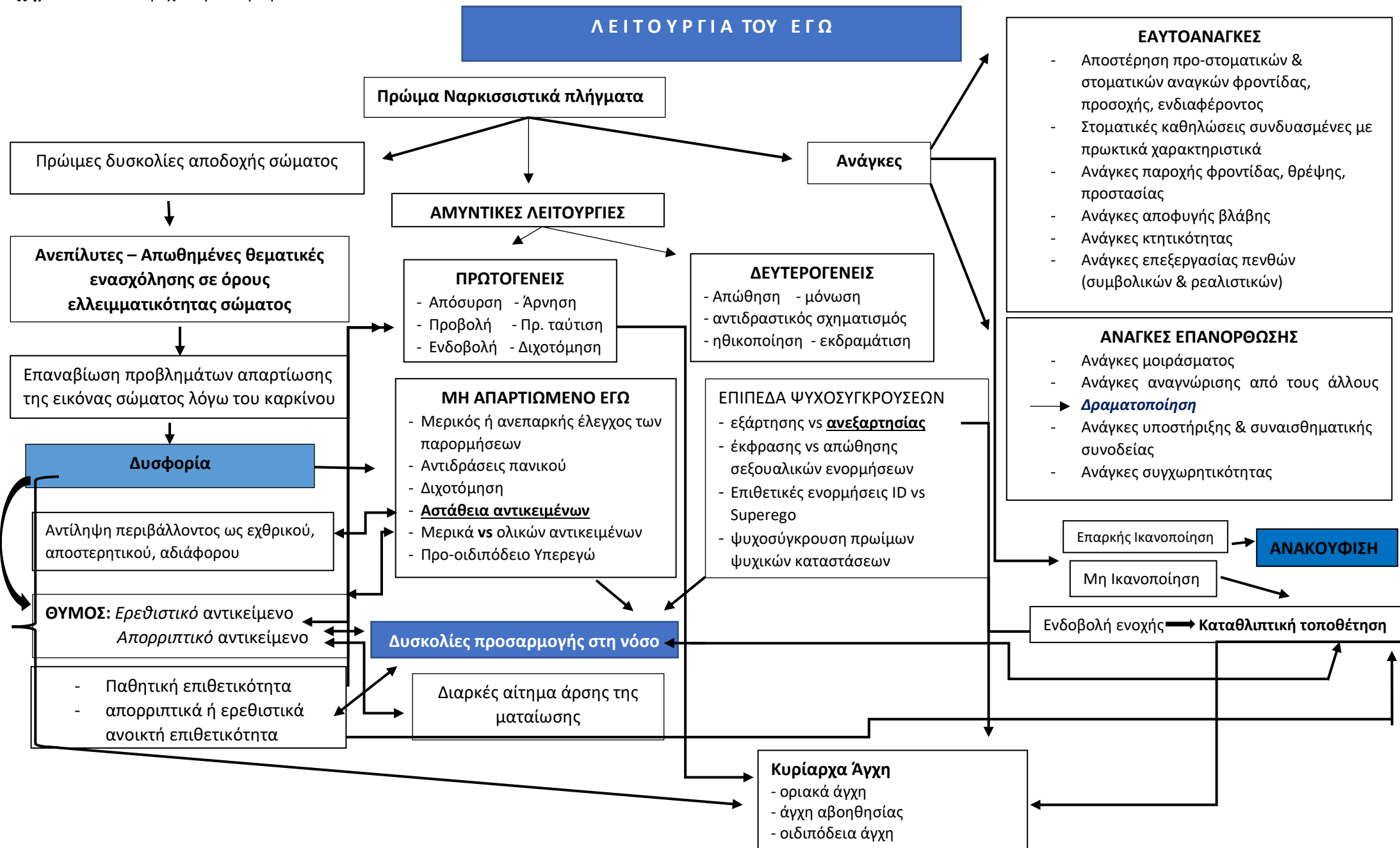
Ο τρόπος με τον οποία αντεπεξέρχονται και διαχειρίζονται την καθημερινότητα τους ασύνειδα επηρεάζεται από τα παραπάνω, ωστόσο τείνει να ολοκληρώνεται λιγότερο ή περισσότερο επιτυχώς, δια της επιστράτευσης συγκεκριμένων αμυντικών λειτουργιών. Ο λόγος συγκεκριμένα για πρωτογενείς και δευτερογενείς αμυντικές λειτουργίες. Οι πιο ευρύτερα χρησιμοποιούμενες πρωτογενείς λειτουργίες υπήρξαν η απόσυρση, προβολή, η ενδοβολή, η διχοτόμηση, η άρνηση και η προβολική ταύτιση. Μεταξύ των δευτερογενών αμυντικών λειτουργιών συχνή είναι η χρήση της απώθησης, του αντιδραστικού σχηματισμού, της ηθικοποίησης, της μόνωσης και της εκδραμάτισης. Ο δείκτης υστερίας για τους συμμετέχοντες της έρευνας βρέθηκε από μέτριος ως υψηλός και φαίνεται να έχει ως στόχο την ικανοποίηση αιτημάτων φροντίδας και προσοχής. Τα παραπάνω ευρήματα γύρω από τις συναισθηματικές εκδηλώσεις, τις αμυντικές λειτουργίες, τα επίπεδα απαρτίωσης του Εγώ και τις υφιστάμενες ασύνειδες ψυχοσυσκορούσεις επηρεάζουν θεμελιακά τα επίπεδα προσαρμογής στη νόσο για τους ασθενείς της παρούσας έρευνας.

Το ψυχολογικό προφίλ των συμμετεχόντων ολοκληρώνεται με αναφορά στα κυρίαρχα άγχη, όπως αυτά αναδύονται στις αφηγήσεις των συμμετεχόντων. Τα άγχη αυτά αφορούν κυρίως σε άγχη απώλειας του αντικειμένου ή της αγάπης, άγχη εγκατάλειψης, άγχη απόρριψης, τα οποία συνιστούν κατεξοχήν

άγχη του μεταιχμιακού φάσματος, και λιγότερο σε άγχη αβοηθησίας. Υπάρχουν μικρότερης εμβέλειας αναφορές σε ευνουχιστικά άγχη και άγχη σωματικής βλάβης, που εμπίπτουν στο νευρωσικό συνεχές, ενώ σπάνια (μία φορά) έγινε αναφορά σε άγχη διωκτικά, αφανισμού ή κατακερματισμού, που υπάγονται στο ψυχωσικό φάσμα.

Η σαφής προτεραιοποίηση των αγχών του οριακού φάσματος συνάδει με τις συνιστώσες της προ-οιδιπόδειας λειτουργίας. Το εύρημα αυτό έχει επιβεβαιωθεί και σε παλαιότερες έρευνες (Bahnsen, 1980; Cooper et al. 1986; Kune et al., 1991) στις οποίες η έμφαση δίδεται στην οργάνωση των πρώιμων σχέσεων με τους σημαντικούς άλλους, υπό το κράτος του άγχους απώλειας ή εγκατάλειψης των αντικειμένων, και στη «κακή» επαφή και έλεγχο των δυσάρεστων συναισθημάτων που άφευκτα συνοδεύουν μέρος των βιωματικών εμπειριών.

Σχήμα IV: Κλινικό ψυχολογικό προφίλ α-σθενών



2.5 Συζήτηση

Με την ολοκλήρωση της έρευνας φάνηκε ότι μέρος των αποτελεσμάτων που αυτή δύναται να προσκομίσει επιβεβαιώνονται και σε άλλες ερευνητικές προσπάθειες στο χώρο της κλινικής ψυχολογίας και της ανακουφιστικής φροντίδας, η μεθοδολογία των οποίων δεν συγκλίνει ως προς την επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης. Το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολο εγχείρημα τη συγκριτική αντιπαραβολή των αποτελεσμάτων, καθώς οι δύο μεθοδολογικές προσεγγίσεις αφορμώνται από εντελώς διακριτά επιστημονικά και επιστημολογικά θέσφατα.

Έχει ενδιαφέρον, ωστόσο, πέραν του διλήμματος ποιοτικής ή ποσοτικής έρευνας, ότι υπάρχουν και ευρήματα τα οποία για πρώτη φορά αναδεικνύονται εδώ και αυτό ενισχύει τη σημαντικότητά της. Συναφείς προσπάθειες που έχουν γίνει, χρησιμοποιώντας αντίστοιχα ποιοτικά εργαλεία (Rudin et al., 1988), παρουσιάζουν αποτελέσματα τα οποία φάνηκαν να επιδέχονται εμπλουτισμού, επικαιροποίησης και αναθεώρησης. Υπάρχει, ωστόσο, συμβατότητα μεταξύ της προαναφερόμενης έρευνας και της παρούσας, ως προς το γεγονός ότι η συνέντευξη τείνει να αναδεικνύει ζητήματα γύρω από πιο συνειδήτες ανησυχίες για την ασθένεια, ενώ η δοκιμασία θεματικής αντίληψης φωτίζει πιο ασύνειδες εσωτερικές διεργασίες και συναισθήματα.

Πιο συγκεκριμένα, η ημιδομημένη κλινική συνέντευξη για το ψυχολογικό προφίλ των ογκολογικών α-σθενών βρέθηκε να αναδεικνύει επαρκώς τις συναισθηματικές εκδηλώσεις και τις ανάγκες κατά την ανακοίνωση της δυσάρεστης διαγνωστικής είδησης. Επιβεβαιωθήκαν και στους επτά ασθενείς του δείγματος συναισθήματα φόβου, εντόνου στρες, απόγνωσης, αβεβαιότητας και δυσφορίας. Στο ίδιο πλαίσιο, διττές υπήρξαν οι ανάγκες τους κατά την ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων και αφορούσαν:

1. σε ανάγκες πληροφόρησης από το ιατρικό προσωπικό κατά τη διάγνωση της νόσου, σχετικά με τις προτεινόμενες παρεμβάσεις και τις παρενέργειες πριν την έναρξη της θεραπείας. Η πλημμελής πληροφόρηση αφορούσε τη διαδικασία της διάγνωσης, πριν τη λήψη υπηρεσιών ανακουφιστικής και υποστηρικτικής φροντίδας.

2. σε ανάγκες συνοδείας και υποστήριξης από τους σημαντικούς άλλους.

Η μη ικανοποίηση ή ανταπόκριση με επάρκεια στις ανάγκες πληροφόρησης στην αρχική φάση της διάγνωσης της νόσου ευθύνεται για τη βίωση δυσάρεστων συναισθηματικών εκδηλώσεων, ενώ η *ματαιώση των αναγκών συνοδείας* οδηγούσε στη βίωση *αισθήματος εγκατάλειψης και αβοηθησίας*. Η ακριβώς αντίθετη συνθήκη, δηλαδή η επαρκής, έγκαιρη και σαφής πληροφόρηση κατά τη λήψη υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας, φάνηκε να συνδέθηκε για τους ιδίους με ενίσχυση του *αισθήματος ύπαρξης υποστηρικτικότητας* και την *ανακούφιση*. Το εύρημα αυτό καταδεικνύει ένα σημαντικό διάκενο στις πρώτες φάσεις διάγνωσης της νόσου, το οποίο θέτει στο περιθώριο τις υπάρχουσες συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών.

Στο ίδιο πνεύμα, κατά την επεξεργασία των δεδομένων της ημιδομημένης κλινικής συνέντευξης αναδείχθηκαν οι όγκοι αγωνίας των α-σθενών στο εδώ και τώρα, οι επιθυμίες του και οι εκδηλώσεις σε όρους αμυντικότητας. Οι *όγκοι αγωνίας* τους αφορούσαν σε δύο κατηγορίες:

1. Στην *ανάδυση των επιθυμιών επανορθωτικού τύπου και συγχωρητικότητας*
2. Στην *εμπειρία του πόνου*.

Βρέθηκε ότι ο *επιτυχής έλεγχος του πόνου* οδηγεί με ακρίβεια στην *ανακούφιση*, ενώ η *αναποτελεσματική διαχείριση του πόνου* στη βίωση εντόνου φόβου θανάτου, ανησυχίας, ανασφάλειας, έντασης, λύπης και εν τέλει στην *έκπτωση της ποιότητας ζωής*. Οι συναισθηματικές επιπτώσεις του μη επιτυχούς ελέγχου του πόνου τείνουν να περιορίζονται μέσα από εκδηλώσεις αμυντικότητας, οι οποίες φάνηκε να οδηγούν στην πρόσκαιρη μείωση της συνεπαγόμενης συναισθηματικής έντασης, αλλά παράλληλα να περιορίζουν τη συναισθηματική *εναισθησία των α-σθενών*.

Είναι απαραίτητο να σημειωθεί εδώ η λεπτή εννοιολογική διαφοροποίηση μεταξύ των εκφορών «μηχανισμοί άμυνας» και «αμυντικότητα» για την αποφυγή σημαντικών παρανοήσεων. Οι πρώτοι αφορούν στην ασύνειδη, ανεπίγνωστη, ακούσια, αυτόματη λειτουργία, η οποία λαμβάνεται ως μέτρο πρόληψης και διατήρησης της σταθερότητας του Εγώ και την υιοθετεί για την αυτοπροστασία

του έναντι της ανεξέλεγκτης τάσης του Αυτό να εξωτερικεύσει και να ικανοποιήσει επιθυμίες απαράδεκτες από το Υπερεγώ. Η αμυντικότητα, από την άλλη, πιθανώς να εξυπηρετείται κάποτε από κάποιον αμυντικό μηχανισμό, αλλά «τείνει να συμπεριλαμβάνει, ως ευρεία κατηγορία, τόσο τους μηχανισμούς άμυνας, όσο και άλλες συμπεριφορές στις οποίες καταφεύγει το πρόσωπο συνειδητά, προκειμένου για τη μείωση του άγχους» (Cramer, 2006:10).

Το γεγονός, ωστόσο, ότι οι όγκοι αγωνίας των α-σθενών φάνηκαν να αφορούν από τη μία στην εμπειρία του πόνου και από την άλλη στην ανάδυση επιθυμιών επανορθωτικού τύπου, **δικαιώνει την ολιστική προσέγγιση της ανακουφιστικής φροντίδας, η οποία διαφοροποιείται ουσιαστικά ως προς το εύρος των παρεμβάσεων της από τα ιατρεία πόνου, φροντίζοντας και τις δύο διαστάσεις της εκφραζόμενης εδώ ανθρώπινης αγωνίας.**

Το πιο ενδιαφέρον ίσως εύρημα της ημιδομημένης συνέντευξης αφορά στις αναδυόμενες γνωσιακού τύπου *εμπαγιδεύσεις* που *συνδέθηκαν με την ασθένεια*. Ο λόγος συγκεκριμένα για τις νοητικές εμπαγιδεύσεις των *Προσδοκιών*, των *Αποδόσεων* και των *Συγκρίσεων*. Οι προσδοκίες των α-σθενών συνδέθηκαν με *προσδοκίες ανάκαμψης* και *προσδοκίες ύφεσης* των συμπτωμάτων και αμφότερες βρέθηκαν να ενισχύουν, φαινομενικά τουλάχιστον, το αίσθημα της *ελπίδας*.

Αντίθετα, οι διττές αποδόσεις εσωτερικές έναντι εξωτερικών και οι συγκρίσεις του εαυτού προς τους άλλους, φάνηκε να ενισχύουν την *οργάνωση στρεβλωμένων αναφορών των προσώπων για την αυτοαποτελεσματικότητα* σε σχέση με την ασθένεια και να υπονομεύουν ευθέως τη συναισθηματική τους εναισθησία, «ενθαρρύνοντας» έτσι τη *ψυχοβιονοητική αλλοτρίωση του εαυτού*. Η συγκεκριμένη σημαίνουσα πτυχή δεν έχει απασχολήσει επαρκώς την συναφή έρευνα, παρά το γεγονός ότι υπάρχουν μελέτες (Παλαιολογου, 2012) που επισημαίνουν ξεκάθαρα τη συγκεκριμένη προτεραιότητα σε όρους ψυχοσωματικής υγείας.

Η ολοκλήρωση του κλινικού ψυχολογικού τους προφίλ καθίσταται εφικτή μέσα από τη χρήση της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης, καθώς αυτή βρέθηκε καταλληλότερη για την ανάδειξη πιο εσωτερικών, πιο αρρήτων, πιο αθέατων και

άρα πιο παγιωμένων συναισθηματικών και νοητικών διεργασιών, αλλά καταλληλότερη και για τη λεπτομερή σκιαγράφιση και εκτίμηση της αμυντικής τους λειτουργίας σε σχέση με τη συνέντευξη. Ένα πρώτο στοιχείο στο ψυχολογικό προφίλ των α-σθενών που εμφανίστηκε με συνέπεια σε ολόκληρο το δείγμα της έρευνας είναι η κακή εικόνα σώματος, σε όρους μη απαρτίωσης. Το εύρημα αυτό δε συνιστά παράγοντα που δεν έχει προσδιοριστεί επαρκώς και σε άλλες ερευνητικές μελέτες (Fingeret et al., 2014) και μάλιστα, όπως άλλωστε και στην παρούσα, ανεξαρτήτως σημείου εντοπισμού των καρκινικών κυττάρων, των μεταστάσεων, ή των θεραπειών (Bahrami et al., 2017). Εκείνο στο οποίο συμβάλλει ίσως η παρούσα αναφορά είναι το γεγονός ότι αυτή η μη απαρτιωμένη εικόνα του σώματος «έλκει ιστορία» και συνδέεται με πρώιμα ναρκισσιστικά πλήγματα και ματαιώσεις.

Ομόλογα, η απαρτίωση του Εγώ, όπως αυτή προσδιορίζεται στη συγκεκριμένη προβολική δοκιμασία μέσα από τις αφηγήσεις των Υποκειμένων, δε φαίνεται να είναι επαρκής για το σύνολο του δείγματος, με επιμέρους βέβαια διακυμάνσεις ως προς το συνεχές της επάρκειας. Το εύρημα αυτό συνδέεται με την εκτίμηση της λειτουργικότητας και της αυτοεπάρκειας των εξεταζόμενων. Εφάμιλλα, η λειτουργία του Εγώ βρέθηκε να είναι σε προ-οιδιπόδειο επίπεδο, φωτίζοντας, έτσι, πτυχές της οργάνωσης της προσωπικότητας αλλά και συνθήκες παλινδρόμησης.

Ως προς τα επίπεδα ψυχοσυγκρούσεων, όπως αυτά προσδιορίστηκαν μέσα από την οικεία δοκιμασία για τους ασθενείς του δείγματος, αναδείχθηκαν με σαφήνεια τέσσερις ψυχοσυγκρουσιακές όψεις:

1. *Εξάρτηση έναντι ανεξαρτησίας*, με διαφοροποιούμενης ποιότητας βήματα προς την ανεξαρτησία για ολόκληρο το δείγμα, αλλά με παράλληλη αναφορά σε πιο καταθλιπτικές τοποθετήσεις ως συνοδό συναίσθημα αυτής της ανεξαρτησίας (ανεξαρτησία με συναισθηματικό κόστος)
2. *Έκφραση έναντι απώθησης ή αναστολής των σεξουαλικών ενορμήσεων*, με συχνές αντιφοβικές αφηγήσεις

3. *Επιθετικές ενορμήσεις του Αυτού έναντι του Υπερεγώ, με ποιοτικά διαφοροποιούμενες αναφορές επιθετικών φαντασιώσεων μητροκτονίας ή πατροκτονίας*
4. *Ψυχοσυγκρούσεις σε επίπεδο πρώιμων ψυχικών καταστάσεων, οι οποίες λαμβάνουν χώρα εντός ενός ήδη διχοτομημένου Εγώ, για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος.*

Από την ανάλυση των δεδομένων για το προφίλ των α-σθενών αναδυθήκαν δύο μείζονες κατηγορίες αναγκών:

1. *Οι εαυτοανάγκες, που περιλαμβάνουν ανάγκες φροντίδας στοματικών ελλειμμάτων και ανεπαρκειών σε όρους πρώιμης αποστέρησης, συνδυασμένων με πρωκτικά χαρακτηριστικά ελέγχου και κτητικότητα, ανάγκες αποφυγής βλάβης, καθώς και πιο άρρητες ανάγκες επεξεργασίας συμβολικών και ρεαλιστικών πενθών.*
2. *Οι ανάγκες επανόρθωσης, με χαρακτηριστικότερες τις ανάγκες μοιράσματος και αναγνώρισης από τους άλλους, ανάγκες υποστήριξης και συναισθηματικής συνοδείας, καθώς και ανάγκες συγχωρητικότητας. Έχει δε ιδιαίτερο ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι ανάγκες επανόρθωσης επισημαίνονται και με τη χρήση της ημιδομημένης συνέντευξης και με τη δοκιμασία θεματικής αντίληψης. Αυτό ορίζει και προσδιορίζει τη σημαντικότητά τους (και) στην κλινική πράξη.*

Από τις πιο έντονες συναισθηματικές εκδηλώσεις που διακρίθηκαν κατά τις αφηγήσεις υπήρξαν ο *θυμός*, η *ενοχή*, η *εχθρότητα* και η *θλίψη*, με τις οποίες η επαφή των υποκειμένων σε όρους συνειδητότητας δεν υπήρξε πάντα η καλύτερη δυνατή. Παρά το γεγονός ότι αυτές οι συναισθηματικές εκδηλώσεις έχουν επισημανθεί σε επίπεδο ερευνητικών μελετών, ποσοτικού και ποιοτικού προσανατολισμού, παραμένει απροσδιόριστο το σχήμα που δημιουργεί, συντηρεί και ενισχύει τα συναισθήματα αυτά, καθώς και την ανοιχτή ή συγκεκαλυμμένη έκφρασή τους. Ως προς αυτό η προβολική δοκιμασία φαίνεται να μπορεί να φωτίσει επαρκώς τις οικίες διεργασίες και να προσφέρει μία επαρκή, έλλογη και τεκμηριωμένη ψυχοδυναμική κατανόηση των επιμέρους φαινομένων.

Αυτή ακριβώς η ψυχοδυναμική κατανόηση φαίνεται να απολήγει στο γεγονός ότι ο θυμός, όπως και αν εκδηλώνεται, ρητά ή άρρητα, συνειδητά ή ασύνειδα, με επίγνωση ή ανεπίγνωστα, συνιστά ένα διαρκές αίτημα – αρχικά προς το ερεθιστικό ή απορριπτικό μητρικό αντικείμενο και εν συνεχεία προς τους άλλους – απομάκρυνσης και άρσης της πηγής που φέρει τη ματαίωση, με άλλα λόγια είναι μία όψιμη διαμαρτυρία για αυτή καθαυτή τη ματαίωση. Στο ίδιο πνεύμα, η ενοχή συνιστά βασικό συναίσθημα που πυροδοτείται από τις κινήσεις των υποκειμένων για τη «διευθέτηση» θεμελιωδών ψυχοσυγκρούσεων και ενισχύεται από την έκφραση της επιθετικότητας ή την ενδοβολή της.

Επιπροσθέτως, τα επίπεδα οργάνωσης των αμυντικών λειτουργιών προσδιορίζονται επιτυχέστερα και πιο ολοκληρωμένα με τη δοκιμασία θεματικής αντίληψης ενήλικων συγκριτικά με τα οικεία εκφωνήματα της ημιδομημένης συνέντευξης. Βρέθηκε ότι οι επιστρατευόμενες πρωτογενείς αμυντικές λειτουργίες αξιοποιούνται πρωταρχικά, συνδυαστικά ωστόσο με κάποιες δευτερογενείς αμυντικές εκδηλώσεις που ολοκληρώνουν την άμυνα του Εγώ και επηρεάζουν τα επίπεδα προσαρμογής στην νόσο. Οι δυσκολίες προσαρμογής στην ασθένεια συνδέθηκαν, όχι μόνον με το είδος των αμυνών, αλλά και με τα επίπεδα απαρτίωσης του Εγώ, με τα επίπεδα οργάνωσης των ψυχοσυγκρούσεων και, βέβαια, με τα συναισθηματικά φορτία των πασχόντων.

Τέλος, τα ευρήματα αναφορικά με την προτεραιοποίηση των οριακών αγχών σε ασθενείς αυτής της διαγνωστικής κατηγορίας έχουν επισημανθεί σε αρκετές έρευνες. Στην παρούσα έρευνα, ωστόσο, παρά τη σαφή εκδήλωση αγχών εγκατάλειψης, απώλειας του αντικειμένου ή της αγάπης και απόρριψης, υπήρξαν αρκετές αναφορές σε άγχη αβοηθησίας, καθώς και αναφορές σε οιδιπόδεια άγχη.

Τόσο τα ευρήματα της ημιδομημένης κλινικής συνέντευξης, όσο και τα ευρήματα της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης έχουν κλινική σημαντικότητα και δύνανται να αξιοποιηθούν στην εκπαιδευτική και στην κλινική πράξη. Πιο συγκεκριμένα, από τα δεδομένα της κλινικής συνέντευξης αναφαίνονται μετέωρες συναισθηματικές ανάγκες των α-σθενών συνδεόμενες με την ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων.

Οι συγκεκριμένες συναισθηματικές εκδηλώσεις θα μπορούσαν να τύχουν βελτιωμένου ελέγχου αν συνιστούσε εκπαιδευτική προτεραιότητα η κατάρτιση γύρω από τις συναφείς θεματικές στα ακαδημαϊκά προγράμματα των επαγγελματιών υγείας. Η κατάλληλη εκπαίδευση στην ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων και στις συναισθηματικές εκδηλώσεις που τη συνοδεύουν προ(σ;)κλητικά απουσιάζει από προπτυχιακά (ιατρικής, ψυχολογίας, νοσηλευτικής κτλ.) και μεταπτυχιακά προγράμματα επαγγελματιών υγείας (ψυχοογκολογίας, ανακουφιστικής φροντίδας, κλινικής ψυχολογίας υγείας κτλ.).

Σε επίπεδο αμιγούς κλινικής πράξης η έγκαιρη, έγκυρη και σαφής ενημέρωση γύρω από τις ενδεικνυόμενες θεραπείες, τις πιθανές παρενέργειες και της προοπτικές αποκατάστασης φαίνεται ότι συνιστά προτεραιότητα για τον ασθενή, η οποία συχνά παραβλέπεται, επιτείνοντας την αγωνία τους. Στα πεδία της ιατροκεντρικής μέριμνας επιβεβαιώνεται η αναγκαιότητα επιτυχούς ελέγχου του πόνου για την ανακούφιση του ασθενούς (Mystakidou et al., 2006; Qaseem et al., 2008), που όμως από μόνη της δεν είναι επαρκής καθώς αφήνει στο περιθώριο του θεραπευτικού ελέγχου τα συναισθήματα.

Ανακύπτουν όμως και ψυχολογικές πολλαπλές ανάγκες έκφρασης επιθυμιών και θεραπευτικής φροντίδας των συνοδών συναισθημάτων, καθώς και επεξεργασίας των γνωσιακών εμπαγιδεύσεων που συνδέονται με την διαγνωστική συνθήκη των α-σθενών. Αυτό συνιστά σημαίνουσα απόκλιση από την ολιστική φιλοσοφία της ανακουφιστικής φροντίδας, που αναγνωρίζει και «αγκαλιάζει» σύμπασες τις εκδηλώσεις του υποφέρειν.

Η επάρκεια ανάδειξης του ψυχολογικού προφίλ α-σθενών με καρκίνο ενισχύει και προωθεί την κλινική χρήση της δοκιμασίας θεματικής αντίληψης ως εργαλείου ικανού να αναδείξει ρητές και άρρητες πτυχές της προσωπικότητας, φέροντας σφαιρικά στο φως ειδικό ψυχονοητικό υλικό που χρήζει θεραπευτικής επιμέλειας και φροντίδας.

Το γεγονός ότι ως κλινική δοκιμασία καταφέρνει να προσδιορίσει τα επίπεδα απαρτίωσης του Εγώ, τις ιδιαίτερες ανάγκες, τα άγχη, τις ψυχοσυγκρούσεις, αλλά και τα βαθιά - και ενίοτε αθέατα- συναισθηματικά φορτία τέτοιων α-σθενών, ενισχύει σημαντικά την προοπτική αξιοποίησης

αυτών των δεδομένων προς την κατεύθυνση ορθότερου και ιδιογραφικά προσαρμοσμένου σχεδιασμού καταλληλότερων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, στο πλαίσιο της ανακουφιστικής φροντίδας.

Από την άλλη πλευρά, ο εντοπισμός συγκεκριμένων κάθε φορά αδυναμιών, ανεπαρειών, ελλειμμάτων, ή εν τελευταία αναλύσει «δυσκολεμένων» πτυχών του Εγώ, μέσα από τη δοκιμασία θεματικής αντίληψης, ενθαρρύνει την εφαρμογή αρχών ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας και συγκεκριμένα της υποστηρικτικής του Εγώ έκφρασης αυτής, η οποία τείνει να επιλέγεται σε πιο περιορισμένο εύρος έναντι άλλων προσεγγίσεων, παρά την τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητά της προς όφελος τέτοιων α-σθενών (Straker, 1998; Postone, 1998; Beutel et al., 2013).

2.6 Ερευνητικοί Περιορισμοί

Τα αποτελέσματα που κομίζει η παρούσα έρευνα εμπίπτουν σε συγκεκριμένους ερευνητικούς περιορισμούς που πιθανώς να επηρεάζουν την πιστότητα και τη μεταβασιμότητα τους. Ως προς το πρώτο, υπήρξε μέριμνα ώστε να γίνει προσεκτική απόδοση δεδομένων που εμφανίζονται ως ευρήματα σε όλους τους συμμετέχοντες. Ωστόσο, επειδή η ιδιογραφική αναγωγή των δεδομένων του κάθε α-σθενούς παρουσιάζει εύρος ποιοτικών διακυμάνσεων (επί παραδείγματι, ένα οριακό άγχος ή μία συναισθηματική εκδήλωση έχει αδιαμφισβήτητα ένα συνεχές έντασης στο οποίο τοποθετείται) είναι δυνατό να έχει αποδοθεί διαφορετικό νόημα στις κατατιθέμενες εμπειρίες.

Ένας έτερος, ομοίως σημαντικός παράγοντας είναι η χρονική στιγμή διενέργειας των συνεντεύξεων και των διαγνωστικών συνεδριών, οι οποίες μπορεί να έλαβαν μοιραία χώρα σε στιγμή εμφάνισης κόπωσης στους συμμετέχοντες από προηγούμενες συναντήσεις με τους επαγγελματίες υγείας της μονάδας, είτε σε στιγμές που η ένταση του οργανικού τους πόνου ήταν περιορισμένου ελέγχου. Αμφότερες οι συνθήκες πιθανώς να επηρέασαν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Επίσης, η σχετικά ισχνή παρουσία του ανδρικού φύλου στην ανά χείρας έρευνα πιθανώς να επηρεάζει τα αποτελέσματα σε

επίπεδο αντιστοιχίας τους σε ανδρικό πληθυσμό, ενώ η ύπαρξη μίας μόνο συμμετέχουσας με διαφορετική εθνικότητα δεν ευνοεί τις διαπολιτισμικές ψυχολογικές συναγωγές.

Τέλος, ως προς τη έννοια της μεταβασιμότητας των αποτελεσμάτων της έρευνας, ο μικρός αριθμός του δείγματος, δεδομένων των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζει η ποιοτική έρευνα εν γένει, δε συνιστά περιορισμό που συνοδεύει αποκλειστικά την παρούσα ερευνητική προσπάθεια, καθώς οφείλεται ακριβώς σε αυτή την ποιοτική της προοπτική και στον όγκο των δεδομένων που καλείται να επεξεργαστεί.

Η ύπαρξη αυτών των ερευνητικών περιορισμών δεν αναστέλλει το αξιόλογο του όλου εγχειρήματος, καθώς μπορεί να εμπλουτίσει γόνιμα το διεπιστημονικό διάλογο αναφορικά με την οικεία θεματική, αλλά και να αναδείξει ολιστικά τις ανάγκες θεραπευτικής φροντίδας των α-σθενών με καρκίνο στην Ελλάδα, καλύπτοντας αρκετές μεθοδολογικές, επιστημονικές, επιστημολογικές, και σαφέστερα, ψυχοθεραπευτικές προτεραιότητες ενόψει των νέων εξελίξεων στο πεδίο της διαχείρισης της ανθρώπινης αγωνίας στην ανακουφιστική και υποστηρικτική φροντίδα και μάλιστα με προσωποκεντρική μέριμνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Akçeşme, B., Baktir, H., Steele, E. (Eds), (2016). *Interdisciplinarity, multidisciplinary and transdisciplinarity in humanities*. UK, Newcastle: Cambridge Scholars Publishing.
- Alexander, F. (1987). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications* (2nd ed.). New York, London: Norton.
- Angelopoulos, N. V., Tzivaridou, D., Nikolaou, N., & Pavlidis, A. N. (1995). Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(1), 44–50.
- Arnold, M. B. (1962). *Story sequence analysis*. New York: Columbia University Press.
- Austin E.K. (1981). *Guidelines for the Developing of Continuing Education Offering for Nurses*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Bahnson, C. B. (1976). Emotional and personality characteristics of cancer patients. In A. I. Sutnick and P. F. Engstrom (eds), *Oncologic Medicine* (pp. 357-378). University Park Press: Baltimore.
- Bahnson, C., M. Bahnson. (1964). Cancer as an Alternative to Psychosis: A Theoretical Model of Somatic and Psychologic Regression. In D. M. Kissen & L. L. LeShan (Eds.), *Psychosomatic Aspects of Neoplastic disease* (pp. 184-202). Pitman. London, England.).
- Bahrami, M., Mohamadirizi, M., Mohamadirizi, S., & Hosseini, S. A. (2017). Evaluation of body image in cancer patients and its association with clinical variables. *Journal of education and health promotion*, 6, 81.
- Bailey, K. D. (1987). *Methods of social research* (3rd ed.). New York: Free Press.
- Barinková, K., & Mesarosova, M. (2013). Anger, coping, and quality of life in female cancer patients. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 41(1), 135-142.
- Barnett, M. (2004). A G.P. guide to breaking bad news. *The Practitioner*, 2, 392-404.
- Barriball, K. and While, A. (1994) Collecting data using a semi-structured interview: a discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*, 19(2), 328-335.
- Barry, M.J., Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *The New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781.

- Bech, P. (1993). Quality of Life Measurements in Chronic Disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 59(1), 1-10.
- Becket, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Free Press.
- Bellak, L. (1993). *The Thematic Apperception Test, Children's Apperception Test, and Senior Apperception Test in clinical use* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Bellak, L., Abrams, D.M. (1997). *The Thematic Apperception Test, the Children's Apperception Test and the Senior Apperception Technique in clinical use* (6th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Beutel, M. E., Weißflog, G., Leuteritz, K., Wiltink, J., Haselbacher, A., Ruckes, C., Brähler, E. (2013). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. *Annals of Oncology*, 25(2), 378–384.
- Binet, A., Henry, V. (1895-1896). La psychologie individuelle. *Annae Psychologique*, 2, 411-465.
- Bor, R., Miller, R., Goldman, E., & Scher, I. (1993). The meaning of bad news in HIV disease: Counseling about dreaded issues revisited. *Counsel Psychological Quarterly*, 6, 69-80.
- Bredin, M. (1999), Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of women's experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1113-1120.
- Brescia, F.J., Adler, D., Gray, G., Ryan, M.A., Cimino, J., Mamtani, R. (1990). Hospitalized advanced cancer patients: a profile. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5(4), 221-227.
- Brittain, H.L. (1907). A study in imagination. *Pediatric Seminars*, 14, 137-207.
- Brown, C., Lloyd, K. (2001). Qualitative methods in psychiatric research. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(5), 350–356.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: Why is it still so difficult? *British Medical Journal*, 288, 1597-1599.
- Burckhardt, J. (1860). *Die Cultur der Renaissance in Italien* [The Civilization of the Renaissance in Italy]. Ein Versuch. Basel.
- Cairns, N., Clark, G., Smith, S., Lansky, S. (1979). Adaptation of siblings to childhood Malignancy. *Journal of Pediatrics*, 95(3), 484–487.
- Carver, C. S., Pozo-Kaderman, C., Price, A. A., Noriega, V., Harris, S. D., Derhagopian, R. P., Moffatt, F. L. (1998). Concern About Aspects of Body Image and

- Adjustment to Early Stage Breast Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60(2), 168-174.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Strouse, T. B., Miller, D. S., Brown, L. L., & Cross, P. A. (1985). A psychological analysis of cancer patients and their next-of-kin. *Cancer*, 55(1), 72-76.
- Chamberlain, D. (1990). The expanding boundaries of memory. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 4(3), 171-189.
- Charmaz, K. (1995). Grounded Theory. In J. A. Smith, R. Harr & L. van Langenhove (Eds.), *Rethinking Methods in Psychology* (pp. 27-49). London: Sage.
- Clarkin, J., Caligor, E., Stern, B., Kernberg, O. (2007). *Structured Interview of Personality Organization (STIPO)*. Personality Disorders Institute. Weill Medical College of Cornell University, New York.
- Cooper, C. L., Cooper, R. F. D. & Faragher, E. B. (1986). A prospective study of the relationship between breast cancer and life events, type A behaviour, social support and coping skills. *Stress Medicine* 2, 271-277.
- Corbin, J., Strauss, A. (1990). Grounded Theory Research: Procedures, Canons, and Evaluative Criteria. *Qualitative Sociology*, 13(1), 3-21.
- Cramer, P. (1996). *Clinical psychology: A Guilford series. Storytelling, narrative, and the Thematic Apperception Test*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Cramer, P. (2006). *Protecting the Self: Defense mechanisms in action*. New York, NY: Guilford Press.
- Cramer, P. (2008). Seven Pillars of Defense Mechanism Theory. *Social and Personality Psychology Compass*, 2(5), 1963-1981.
- Dalal, S., Palla, S., Hui, D., Nguyen, L., Chacko, R., Li, Z., Fadul, N., Scott, C., Thornton, V., Coldman, B., Amin, Y., Bruera, E. (2011). Association between a name change from palliative to supportive care and the timing of patient referrals at a comprehensive cancer center. *The oncologist*, 16(1), 105-11.
- Dana, R. H. (1959). Proposal for objective scoring of the TAT. *Perceptual and motor skills*, 9, 27-43.
- Davidson, R., Geoghegan, L., McLaughlin, L., Woodward, R. (2005). Psychological characteristics of cancer patients who use complementary therapies. *Psycho-Oncology*, 14, 187-195.
- Deem, R. (2001). Globalization, new managerialism, academic capitalism and entrepreneurialism in universities: is the local dimension still important? *Comp. Educ.* 37(1), 7-20.

- Denzin, N. K. (1989). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods* (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Diefenbach, T. (2009). Are case studies more than sophisticated storytelling?: Methodological problems of qualitative empirical research mainly based on semi-structured interviews. *Quality & Quantity: International Journal of Methodology, Springer*, 43(6), 875-894.
- Doka, K. J. (1989). Disenfranchised grief. In K. J. Doka (Ed.), *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow* (pp. 3-11). Lexington, MA, England: Lexington Books/D. C. Heath and Com.
- Dolbeault, S., Flahault, C., Baffie, A., & Fromantin, I. (2010). Psychological profile of patients with neglected malignant wounds: a qualitative exploratory study. *Journal of Wound Care*, 19(12), 513-521.
- Douglas, C. (1993). *Translate this darkness: The life of Christiana Morgan*. New York: Simon & Schuster.
- Ellis, A. (1963). Toward a More Precise Definition of "Emotional" and "Intellectual" Insight. *Psychological Reports*, 13(1), 125-126.
- Eron, L. D. (1950). A normative study of the Thematic Apperception Test. *Psychological Monographs*, 64, No. 315.
- Fairbairn, W.D. (1963). Synopsis of an Object-Relations Theory of the Personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 224-225.
- Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton: New York.
- Fingeret, M. C., Teo, I., & Epner, D. E. (2014). Managing body image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120(5), 633-641.
- Frank, L.K. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology*, 8, 389-413.
- Freud, S. (1900). *The interpretation of dreams*. In Complete Psychological Works (Vols. 4 & 5). Hogarth: London.
- Freud, S. (1913). *Totem und Tabu: Einige Übereinstimmungen im Seelenleben der Wilden und der Neurotiker*. Vienna: Hugo Heller und Compagnie.
- Freud, S. (1918). *From the history of an infantile neurosis*. In Complete Psychological Works (Vol. 17). Hogarth: London.
- Freud, S. (1926). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. In Standard Edition, 20, pp. 77-175. London: Hogarth Press, 1959.

- Fulmer, R. H. (2008), 'Don't save her' – Sigmund Freud meets Project Pat: The rescue motif in hip-hop1. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(4), 727-742.
- Gilbar, O., & Florian, V. (1991). Do Women with Inoperable Breast Cancer have a Psychological Profile? *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 23(3), 217–226.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Gordon, R. L. (1975). *Interviewing: Strategy, techniques, and tactics*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Greer, S., & Morris, T. (1975). Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *Journal of Psychosomatic Research*, 19(2), 147-153.
- Groth-Marnat, G. (1990). *Handbook of Psychological Assessment* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Guntrip, H. (1968). *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self*. London: Hogarth Press.
- Hatira, P. (1988). The role of Drawings in Diagnosis and Therapy of the Child with a Chronic Disease: Hatira's Projective Technique (HPT). *Bulletin Prelude*, 5, 56-62.
- Holland, J. C. (1977). Psychological management of cancer patients and their families. *Practical Psychology*, 3, 14:20.
- Hoy, A. M. (1985). Breaking bad news to patients. *British Journal of Hospital Medicine*, 34, 96-99.
- Hoyt, F. M. (1979). Primal-scene experiences: Quantitative assessment of an interview study. *Archives of sexual behavior*. 8(3), 225-45.
- Hudson, P. L., Thomas, K., Trauer, T., Remedios, C., & Clarke, D. (2011). Psychological and Social Profile of Family Caregivers on Commencement of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(3), 522–534.
- Hunter, M. J., Davis, P.J., Tunstall, J. R. (2006). The influence of attachment and emotional support in end-stage cancer. *Psychooncology*, 15(5), 431-444.
- Jones, J. E. (1977), Patterns of Transactional Style Deviance in the TAT's of Parents of Schizophrenics. *Family Process*, 16(3), 327-337.

- Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support, and quality of life in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(3), 235–244.
- Karon, B. P. (2000). The Clinical Interpretation of the Thematic Apperception Test, Rorschach, and Other Clinical Data: A Reexamination of Statistical Versus Clinical Prediction. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(2), 230-233.
- Kernberg, O. E. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Heaven, CT: Yale University Press.
- King, L. A., & Emmons, R. A. (1990). Conflict over emotional expression: Psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 864-877.
- Kissane D. W., McKenzie, M., Bloch, S, Moskowitz, C., McKenzie, D.P., O'Neill, I. (2006). Family focused grief therapy: a randomized, controlled trial in palliative care and bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1208-18.
- Kronenwetter, C., Weidner, G., Pettengill, E., Marlin, R., Crutchfield, L., McCormac, P., Ornish, D. (2005). A Qualitative Analysis of Interviews of Men With Early Stage Prostate Cancer. *Cancer Nursing*, 28(2), 99-107.
- Kune, G. A., Kune, S., Watson, L. F., & Bahnson, C. B. (1991). Personality as a risk factor in large bowel cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychological Medicine*, 21(1), 29.
- Kvåle, K. (2007). Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(4), 320–327.
- Laing, R.D. (1976). *The Facts of Life*. New York: Pantheon Books.
- Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse* (New Foundations for Psychoanalysis). Paris: PUF.
- Laplanche, J., Pontalis, J. B. (1986). *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης* (μτφ. Β. Καψαμπέλης, Α. Χαλκούση, Α. Σκουλικά, Π. Αλούπης). Αθήνα: Κέδρος.
- Lee, H. T., Wu, W. Y., & Hu, S. C. (2011). A psychological profile of middle-age cancer patients' terminal experience in hospice home care. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(1), 102–102.
- Lilja, Å., Smith, G., Malmström, P., Salford, L. G., Idvall, I., & Horstman, V. (2003). Psychological Profile in Patients with Stages I and II Breast Cancer: Associations of Psychological Profile with Tumor Biological Prognosticators. *Psychological Reports*, 92(3_suppl), 1187–1198.

- Lindzey, G. (1952). Thematic Apperception Test: interpretative assumptions and related empirical evidence. *Psychological Bulletin*, 49(1), 1-25.
- Long, T., Johnson, M. (2000). Rigour, reliability and validity in qualitative research. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4, 30-37.
- Marshall, M. N. (1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-525.
- Mason, J. (2009). *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας* (8^η εκδ.) (μτφρ. Ε. Δημητριάδου, επιμ. Ν. Κυριαζή). Αθήνα: Πεδίο.
- McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A., Lowell, E.L. (1953). *The Achievement Motive*. New York: Irvington.
- McClelland, D.C., Atkinson, J.W., Clark, R.A., Lowell, E.L. (1976). *The Achievement Motive*. New York: Willy.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Mizuguchi, K. et al. (1981). Studies on terminal care of late stage patients with cancer from both physical and psychological aspects. *Annual report of the cancer research Ministry of Health and welfare*, pp. 717-720.
- Morgan, C. D, Murray, H.A, (1935). A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology & Psychiatry*, 34, 289-306.
- Mullis, R. L., Mullis, A. K., & Kerchoff, N. F. (1992). The effect of leukemia and its treatment of self-esteem of school-age children. *Maternal-Child Nursing Journal*, 20, 155-165.
- Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test Manual*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Murray, S. A., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. F. (2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine*, 18(1), 39-45.
- Murray, S.A., Boyd, K., Sheikh, A. (2005). Palliative care in chronic illness. We need to move from prognostic paralysis to active total care. *BMJ*, 330(19), 611-12.
- Murstein. B.L. (1972). Normative written TAT responses for a college sample. *Journal of Personality assessment*, 36, 104-147.
- Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Katsouda E., Sakkas P. & Soldatos C. (2005). Life before death: Identifying preparatory grief through the development of a

- new measurement in advanced cancer patients (PGAC). *Supportive Care in Cancer*, 13(10), 834–841.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Katsouda, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2006). Psychological Distress of Patients with Advanced Cancer. *Cancer Nursing*, 29(5), 400–405.
- Noble, H., & Smith, J. (2015). Issues of validity and reliability in qualitative research. *Evidence-Based Nursing*, 18(2), 34-5.
- Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C, Horton, J., Davis, T., McFadden, E., Carbone, P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649–55.
- Omne-Ponten, M. (1993). Psychosocial adjustment after breast cancer in stages 1/11: a longitudinal study including assessments of women and husbands. *Acta Universitatis Upsaliensis*, Uppsala.
- Orbach, C.E., Sutherland, A.M., Bozeman, J.F. (1955). Psychological Impact of cancer and its treatment. The adaptation of mothers to the threatened loss of their children through Leukemia: Part II. *Cancer*, 8(1), 20-33.
- Papadatou, D. (2009). *In the Face of Death Professionals Who Care for the Dying and the Bereaved*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* (3rd ed.). Thousand Oaks: Sage
- Pendley, J., & Dahlquist, L., Dreyer, Z. (1997). Body Image and Psychosocial Adjustment in Adolescent Cancer Survivors. *Journal of pediatric psychology*. 22(1). 29-43.
- Ploye, P. (1973) Does prenatal mental life exist? *International Journal of Psychoanalysis*, 54, 241-246.
- Postone, N. (1998). Psychotherapy with Cancer Patients. *American Journal of Psychotherapy*, 52(4), 412 -424.
- Qaseem A., Snow, V., Shekelle, P., Casey, D.E., Cross, J.T., Owens, D.K., et al. (2008). Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), 141–146.
- Rank, O. (1922). *The myth of the birth of the hero: A psychological exploration of myth* [expanded and updated edition: Richter G and Lieberman E J, translators]. Baltimore, MD: Johns Hopkins, 2004.

- Renneker, R. (1952). Psychological Problems if Adjustment to Cancer of the Brest. *The Journal of the American Medical Association*, 148(10), 833-838.
- Renneker, R. (1957). Countertransference Reactions to Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 19(5), 409-418.
- Reznikoff, M. (1955). Psychological Factors in Breast Cancer: A Preliminary Study of Some Personality Trends in Patients with Cancer of the Breast. *Psychosomatic Medicine*, 17(2), 96-108.
- Richardson, S. A., Dohrenwend, B. S., & Klein, D. (1965). *Interviewing: Its forms and functions*. New York: Basic Books.
- Roberts, C.S., Cox, C.E., Reintgen, M.D., Baile, W.F., Gibertini, M. (1994). Influence of doctor communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74(suppl), 336-41.
- Rolfe, G. (2006). Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 53(3), 304-310.
- Roman, G. F., Date, A. L. Weisbrod, M. (1995). Personal Problem-Solving Scoring of the TAT: Sensitivity to Training. *Journal of Personality Assessment*, 64(1), 119-131.
- Rosen, J. C , Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 3, 32-37.
- Rudin, M.M., Martinson, I.M., Gilfiss, C.L. (1988). Measurement of psychosocial concerns of adolescents with cancer. *Cancer Nursing*, 11(3), 144-149.
- Sabbadini A (2003). 'Not something destroyed but something that is still alive': Amores Perros at the intersection of rescue fantasies. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 755 – 64.
- Sandelowski, M. (1993). Rigor or rigor mortis: The problem of rigor in qualitative research revisited. *Advanced Nursing Science*, 16(2), 1-8.
- Schon, M. (1958). Psychological effects of hypophysectomy in women with metastatic breast cancer. *Cancer*, 11(1), 95-98.
- Schwartz, L.A. (1932). Social-situation pictures in the psychiatric interview. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2, 124-133.
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., O'Riley, A., & Heinz, B. A. (2006). Structured and semi-structured interviews. In M. Hersen (Ed.), *Clinician's handbook of adult behavioral assessment* (pp. 121- 144). Boston, MA: Elsevier Academic Press.
- Sergent, H. (1945). Projective methods: their origins, theory and application in Personality research. *Psychological Bulletin*, 42(5), 257-293.

- Shentoub, V. (1987). Thematic Apperception Test (T.A.T.). Théorie et méthode [Thematic Apperception Test (TAT): Theory and methodology]. *Psychologie Française*, 32(3), 117-126.
- Shentoub, V. (1990). *Manuel d'utilisation du TAT*. Approche psychanalytique. Paris: Dunod.
- Singer, J. L. (1973). *The Child's World of Make-Believe*. New York: Academic Press.
- Singer, M. T., & Wynne, L. C. (1966). Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT scoring manuals. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 29(3), 260-288.
- Smith, H.W. (1975). *Strategies of Social Research, the Methodological Imagination*. London: Prentice-Hall International.
- Straker, N. (1998). Psychodynamic Psychotherapy for Cancer Patients. *Journal for Psychotherapy Practice and Research*, 7(1), 1-9.
- Straker, N. (1998). Psychodynamic Psychotherapy for Cancer Patients. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(1), 1-9.
- Suttie, I. D. (1935). *The origins of love and hate*. Oxford, England: Kegan Paul.
- Tabaei, S. M. Y., & Sohrabi, R. (2013). Comparing the Personality Profile of Patients Suffering from Cancer Disease. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1801-1803.
- Thewes, B., Butow, P., Girgis, A., & Pendlebury, S. (2004). The psychosocial needs of breast cancer survivors; A qualitative study of the shared and unique needs of younger versus older survivors. *Psycho-Oncology*, 13(3), 177-189.
- Thomas, K., Hudson, P., Trauer, T., Remedios, C., Clarke, D. (2014). Risk Factors for Developing Prolonged Grief during Bereavement in Family Carers of Cancer Patients in Palliative Care: A Longitudinal Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(3), 531-541.
- Thomas, S. P., Groer, M., Davis, M., Droppleman, P., Mozingo, J., & Pierce, M. (2000). Anger and Cancer. An Analysis of the Linkages. *Cancer Nursing*, 23(5), 344-349.
- Tomkins, S. S. (1962-1963). *Affect, Imagery, Consciousness* (Vols. 1 & 2). New York: Springer.
- Tuber, S., Meehan, K. B. (2015). Projective Measures of Personality / Psychopathology. In: R. L. Cautin and S. O. Lilienfeld (eds) *The Encyclopedia of Clinical Psychology*.

- Uskas, B. Z. (1981). Siblings: The Forgotten Grievors. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 5(1), 45-52.
- Vane, J. R. (1981). The Thematic Apperception Test: A review. *Clinical Psychology Review*, 1(3), 319-336.
- Wasserman, A. L., Thompson, E. I., Wilimas, J. A., & Fairclough, D. L. (1987). The psychological status of survivors of childhood/adolescent Hodgkin's disease. *American Journal of Diseases of Childhood*, 141, 626-631.
- Watkins, C.E., Campbell, V.L., Nieberding, R., Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 54-60.
- Weisman, A. D., Worden, J. W. (1976). The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 7(1), 1-15.
- Westen, D., Klepser, J., Ruffins, S.A., Silverman, M, Lifton, N., & Boekamp, J. (1991). Object Relations in Childhood and Adolescence: The Development of Working Representations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 400-409.
- Wierzbicki M. (1993). *Issues in Clinical Psychology: Subjective Versus Objective Approaches*. Allyn & Bacon: Boston.
- Winter, D.G. (1973). *The Power Motive*. New York: Free Press.
- Worden, J. W. (1983). Psychosocial Screening of Cancer Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1(4), 1-10.
- Wyatt, F. (1947). The scoring and the analysis of Thematic Apperception Test. *Journal of Psychology*, 24, 319-330.
- Μήλιου, Κ. (2013). *Οι προβλητικές δοκιμασίες θεματικής αντίληψης ενηλίκων και παιδιών. Εγχειρίδιο για τη χορήγηση και την ερμηνεία σύμφωνα με το σύστημα αξιολόγησης του L. Bellak*. Αθήνα: ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις.
- Παλαιολογού, Α.-Μ. (2001). *Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παλαιολόγου, Α.-Μ. (2012). “*META-TA-ΓΝΩΣΙΑΚΑ*”: Νέα Μεθοδολογία Αυτό-Αποτελεσματικότητας με Ανοδική Ευρωστία για μέση Ψυχοθεραπευτική Αποτελεσματικότητα. Ανακοίνωση στο 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γνωστικής Ψυχολογίας. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ιωάννινα.
- Πατεράκης, Μ. (2016). *Στοιχεία Ψυχοδυναμικής Κατανόησης της Ψυχοπαθολογίας Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και στις Κλινικές Εφαρμογές των*

Ψυχομετρικών Προβολικών Δοκιμασιών Rorschach, T.A.T., Rotter. Αθήνα: Ε.Ψ.Μ.

Ποταμιάνου, Α. (2007). *Μονοπάτια θανάτου – Στίξεις και αντιστίξεις.* Αθήνα: Ίκαρος.

Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., Μίσσιου, Α. (2015). *Εισαγωγή στη Γενική Ιατρική. Η χρήση τεκμηρίων για την επίλυση προβλημάτων στην πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.* Αθήνα: ΣΕΑΒ.

Χατήρα, Κ. (2007). *Η Τεχνική του Τεστ των Κηλίδων Μελάνης του Rorschach: Κλινικές Εφαρμογές.* Αθήνα: Τυπωθήτω.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ημερομηνία εξέτασης:	Κωδικός Ασθενούς:
Χρόνος εξέτασης:	Παραπομπή:

ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Ι. Κλίμακα Δημογραφικών Χαρακτηριστικών

Ηλικία:	Φύλο:	Οικογενειακή κατάσταση:
ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Άλλη Χρόνια Νόσος: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____ Αν ΝΑΙ, ΠΟΙΑ:	Εθνικότητα:	Επίπεδο εκπαίδευσης: Χειρουργική Επέμβαση: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____
ΧΜΘ: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____	ΑΚΤΘ: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____	Οπιοειδή αναλγητικά: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____ Ηπία Ισχυρά ____
Εμπειρία ΨΘ: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____	ΨΧ Ιστορικό: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____ ΑΙΤΗΜΑ: _____	Μήνες από τη διάγνωση Ca: _____ Μετάσταση: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____ Αν ΝΑΙ, ΠΟΥ:
ECOG: 0 ____ 1 ____ 2 ____	Στάδιο Νόσου: I ____ II ____	Ιστολογικά επιβεβαιωμένη νόσος: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____
Τέκνα: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____ Αριθμός: _____	Εργασία: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____	Είδος εργασίας:
Υποστηρικτικό Δίκτυο: Ναι ____ ΟΧΙ ____	Συγγενείς: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____	Φίλοι: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____ Σύντροφοι: ΝΑΙ ____ ΟΧΙ ____

II. Ερωτήσεις Διάγνωσης

- Θα θέλατε να μου πείτε λίγα λόγια για τη διάγνωση και τη θεραπεία σας έως σήμερα;

2. Με ποιο τρόπο σας δόθηκε η διάγνωσή σας;

3. Είχατε όλες τις πληροφορίες που χρειαζόσασταν;

4. Τι σκέπτεσθε σχετικά με την πρόγνωσή σας;

III. Ερωτήσεις «Συνοδείας» – Υποστηρικτικού Δικτύου

5. Ποιος/α σας συνοδεύσαν εκείνη τη στιγμή;

6. Τι ή ποιος/α/οι διευκολύναν ή, αντίθετα παρεμπόδισαν την προσπάθειά σας να το διαχειριστείτε όλο αυτό;

IV. Ερωτήσεις ροής Συναισθήματος

7. Πώς νιώσατε εκείνη τη στιγμή;

8. Πώς επιδρά όλη αυτή η κατάσταση σε εσάς;

9. Πώς νιώθετε τώρα σωματικά;

10. Πώς είναι συνολικά το ηθικό σας;

11. Πώς αισθάνεστε με τον εαυτό σας βαθιά μέσα σας;

12. Ποια/ες από αυτές τις λέξεις περιγραφεί καλύτερα το πώς αισθάνεστε αυτή τη στιγμή;
(Θυμωμένος/η, χαρούμενος/η, τρομαγμένος/η, απογοητευμένος/η, ευτυχισμένος/η,
μόνος/η απομονωμένος/η, ταραγμένος/η, πικραμένος/η, λυπημένος/η, ανήσυχος/η)

13. Αν ήταν σκόπιμο να μοιραστείτε τη/ις μεγαλύτερη/ες επιθυμία/ες σας τώρα, ποια/ες θα ήταν αυτή/ες;

14. Αν ήταν σκόπιμο να μοιραστείτε το/ους μεγαλύτερο/ους φόβο/ους σας τώρα, ποιος/οι θα ήταν αυτός/οι;

V. Ερωτήσεις ως προς το Αντεπεξέρχεται

15. Σε μία κλίμακα από το 0-10, πόσο πιστεύετε ότι τα καταφέρνετε σε σχέση με την ασθένειά σας;

--

16. ΑΠΩΘΗΣΗ (COPING STRATEGY)

0= Ικανότητα απώθησης των αγχογόνων σκέψεων που αδυνατεί να αλλάξει. Χρήση απώθησης ως γενικής στρατηγικής διαχείρισης καταστάσεων
1= Μερική ικανότητα να απωθεί τέτοιες σκέψεις, όχι με την ίδια συνέπεια και αποτελεσματικότητα όπως στο 0.
2= Σπάνια ή/και αναποτελεσματική χρήση απώθησης. Ανίκανος να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά το στρες δια της απωθήσεως. Η διαχείριση εμπλέκει ιδεοληπτικό μηρυκασμό και πιθανώς να σχετίζεται με έντονο άγχος και δυσφορία
3= Υψηλά επιφανειακή απόκριση, ασυνέπεια, δεν κατανόησε την ερώτηση ή την απάντησε λάθος.

ΣΚΟΡ:

Όταν έχετε να αντιμετωπίσετε μία στρεσογόνο συνθήκη, την οποία αδυνατείτε να αλλάξετε, είστε αυτά σε θέση να το βγάλετε από το μυαλό σας και να το αφήσετε για αργότερα, ή μένει να σας απασχολεί συνεχώς;

Για παράδειγμα:

1. αν υποβάλλετε αίτηση σε μία νέα θέση εργασίας και αναμένετε απάντηση, ή
 2. αν αναμένετε αποτέλεσμα από εξετάσεις ή
 3. αν έχετε πει σε κάποιον φίλο σας κάτι κακόβουλο που θα θέλατε να το πάρετε πίσω,
- είστε σε θέση να το βγάλετε από το μυαλό σας και να συνεχίσετε την ημέρα σας ή αυτό είναι δύσκολο για εσάς;

Αν απαντήσουν ότι μπορούν να το βγάλουν από μυαλό τους:

A. Μπορείτε να θυμηθείτε ένα παράδειγμα όπου καταφέρατε να βγάλετε από το μυαλό σας τέτοιες ενοχλητικές σκέψεις;

B. Είναι αυτό το παράδειγμα τυπικό (αντιπροσωπευτικό) για το πώς χειρίζεστε καταστάσεις, στις οποίες δεν μπορείτε να κάνετε τίποτα προς το παρόν για να αλλάξετε το αποτέλεσμα;

0

1

2

3

**17. ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ
(COPING STRATEGY)**

0 = Μπορεί να ελέγχει και να λειτουργήσει καλά υπό στρεσογόνες συνθήκες

1 = υπάρχουν δυσκολίες ανταπόκρισης σε συνθήκες στρεσογόνες

2 = Σημαντική ή σοβαρή δυσκολία. Απώλεια ικανότητας να σκέφτεται καθαρά. Απόσυρση από την αντιμετώπιση της στρεσογόνου συνθήκης

3 = Υψηλά επιφανειακή απόκριση, ασυνέπεια, δεν κατανόησε την ερώτηση ή την απάντησε λάθος.

ΣΚΟΡ:

Είστε ο τύπος ανθρώπου που αντιμετωπίζει ή αντέχει την πίεση;

Θα λέγατε δηλαδή ότι σκέφτεστε καλά και καθαρά ακόμα και υπό πίεση ή χρειάζεστε χρόνο για να οργανώσετε τις σκέψεις σας και να εξετάσετε ξανά τις επιλογές σας πριν προβείτε σε δράση;

Αν απαντήσουν ότι με τρόπο που να φανερώνει χαμηλή απαντητικότητα στο στρες:

A. Μπορείτε να μου αναφέρετε ένα πρόσφατο παράδειγμα που συνέβη κάτι τέτοιο;

B. Θα λέγατε ότι αυτό είναι πολύ χαρακτηριστικός τρόπος με τον οποίο διαχειρίζεστε στρεσογόνες καταστάσεις;

0

1

2

3

VI. Ερωτήσεις Προτεραιοτήτων – Αναγκών

18. Ποιες θα σημειώνετε ως θεμελιώδεις ανάγκες σας σε αυτή τη φάση;

19. Ποιες είναι οι βασικές ανησυχίες σας σήμερα;

20. Τι θα χρειαζόσασταν για να καλύψετε αυτές σας τις ανάγκες

VII. Ερωτήσεις Εκτίμησης (πρωτογενούς) Αμυντικής Λειτουργίας

21. ΕΞΙΔΑΝΙΚΕΥΣΗ - ΥΠΟΤΙΜΗΣΗ

0 = Καμία ένδειξη εξιδανίκευσης – υποτίμησης
1 = Κάποια τάση προς Ε – Υ, η οποία περιορίζεται σε πρόσωπα ή σε συγκεκριμένες στρεσογόνους καταστάσεις
2 = Ασταθής θέαση των σχέσεων, απρόβλεπτες εναλλαγές στην θέαση των άλλων σε όρους Υ – Ε σε πολλές σχεσιοδυναμικές του ασθενούς και σε πολλές καταστάσεις, χωρίς διαφοροποιήσεις ως προς το πόσο στρεσογόνες αυτές είναι
3 = Υψηλά επιφανειακή απόκριση, ασυνέπεια, δεν κατανόησε την ερώτηση ή την απάντησε λάθος.

ΣΚΟΡ:

Έχετε την τάση να κοιτάζετε τους ανθρώπους σαν να βρίσκονται ψηλά, δηλαδή σαν να τους βάζετε σε ένα βάθρο;

Υπάρχουν άνθρωποι για τους οποίους θα λέγατε ότι τους εξιδανικεύετε, για τους οποίους δηλαδή έχετε μία μη ρεαλιστική μεγάλη εκτίμηση;

Αν **ΝΑΙ**:

Μήπως κάποιες φορές πέφτουν από το βάθρο τους;

Πιάνετε τον εαυτό σας σε κάποιες στιγμές να θυμώνει ή να απογοητεύετε από ανθρώπους όταν δεν καταφέρνουν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες σας;

Αυτό συμβαίνει συχνά στις σχέσεις σας: το να βάζετε δηλαδή κάποιον/α ψηλά σε ένα βάθρο και να αναμένετε πολλά από αυτόν/ην, αλλά κάπου παρακάτω τελικά αυτός ο άνθρωπος να σας απογοητεύει;

0

1

2

3

22. ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΑΡΝΗΣΗ	0 = Δεν παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα, όπως τα περιγραφόμενα. Μπορεί να αναβάλει ή να καθυστερεί ορισμένα ζητήματα, αλλά με ελάχιστες συνέπειες. 1 = Κάποια τάση αγνόησης ή παράβλεψης επίπονων ρεαλιστικών συνθηκών. Η τάση δεν παρεμποδίζει τήρηση προθεσμιών, δεν επιδείνωσε ιατρικά προβλήματα και δεν επέφερε μείζονα προβλήματα στη ζωή του ασθενούς 2 = Σημαίνουσα διάχυτη αποφυγή επίπονων και δύσκολων ρεαλιστικών συνθηκών ζωής, με σοβαρές συνέπειες στην υγεία, στις προθεσμίες, στα νομικά ζητήματα κ.τ.λ. 3 = Υψηλά επιφανειακή απόκριση, ασυνέπεια, δεν κατανόησε την ερώτηση ή την απάντησε λάθος.	ΣΚΟΡ:
------------------------------	--	--------------

Τείνετε συχνά να αρνείστε ή να αγνοείτε σημαντικές καταστάσεις στη ζωή σας, οι οποίες είναι επίπονες ή σας προξενούν φόβο;

Για παράδειγμα:

- Αν έχετε μία σοβαρή σύγκρουση με ένα φιλικό σας πρόσωπο – μπορείτε απλώς να το ξεχάσετε και να μην το αντιμετωπίσετε για μερικές εβδομάδες ή μήνες;
- Αν έχετε ένα σημαντικό ιατρικό πρόβλημα – μπορεί να αγνοήσετε τη θεραπεία του ή τη στενή παρακολούθησή του

Με καθένα από αυτά τα είδη προβλημάτων ή συναφών προβλημάτων που σας είναι επίπονα και σας τρομάζουν, είστε από τα άτομα που μπορεί να αντιδράσουν σαν αυτά τα προβλήματα να μην υπήρχαν και απλώς να μην ασχοληθείτε καθόλου μαζί τους;

ΑΝ ΝΑΙ:

Μπορείτε να θυμηθείτε ένα παράδειγμα από τη ζωή σας;

Μέχρι τώρα αυτή σας η τάση έχει προκαλέσει προβλήματα στη ζωή σας; για παράδειγμα έχει αποτελέσει εμπόδιο στην τήρηση καταληκτικών προθεσμιών ή στο να πέτυχετε σημαντικούς στόχους στη ζωής σας ή στο να παρακολουθήσετε στενά και σωστά προβλήματα υγείας σας;

0

1

2

3

23. ΠΡΟΒΟΛΙΚΗ ΤΑΥΤΙΣΗ	0 = Ανθεκτικότητα σε συμπεριφορές έλλειψης σεβασμού ή παραβίασης, βιώνονται ενοχλητικά αλλά το πρόσωπο τείνει να λέει «αυτό να πάει». Αποσύρεται από τέτοιες καταστάσεις, δεν απαντούν απαραίτητα με θυμό. 1 = Ευαισθησία στην έλλειψη σεβασμού, περιορισμός σε συγκεκριμένες ωστόσο συγκρουσιακές σχέσεις 2 = Ευάλωτος και ευαίσθητος στην έλλειψη σεβασμού. Τείνει να βρίσκει προσβολές σε πολλές καταστάσεις, δείχνει εχθρότητα, φυσική και λεκτική επιθετικότητα σε ορισμένες σχέσεις. Επιβεβαιωμένες δυσκολίες με την εξουσία. 3 = Ασυνήθιστες απαντήσεις, δεν κατανόησε την ερώτηση, δεν απαντά, δεν κατανοεί.	ΣΚΟΡ:
------------------------------	---	--------------

Όλοι οι άνθρωποι έχουμε ζήσει καταστάσεις όπου κάποιοι άλλοι μας αγνοήσαν, μας παραβίασαν ή μας αντιμετώπισαν όχι όπως μας άξιζε.

Είναι αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης από τους άλλους ανθρώπους κάτι που έχετε βιώσει περιστασιακά ή συχνά;

Θα λέγατε ότι είστε ευαίσθητος/η στις προσβολές ή ότι αισθάνεστε ότι οι άλλοι μπορούν να σας προσβάλουν εύκολα;

Αν **ΝΑΙ**, αυτό σας συμβαίνει πιο συχνά από ό,τι στους περισσότερους ανθρώπους;

Όταν αισθάνεστε παραβιασμένος/η από την έλλειψη σεβασμού στο πρόσωπό σας ή προσβεβλημένος/η από κάποιον/α, τότε τείνετε να αποσύρεστε (να αποτραβιέστε), ή έχετε την τάση να θυμώνετε και να ανταποδίδετε την προσβολή αμέσως;

Οι άνθρωποι λένε ότι είστε προκλητικός/η, ή έχετε ήδη ο/η ίδιος/α συνείδηση του γεγονότος ότι πυροδοτείτε συχνά τους άλλους ανθρώπους;

Έχετε διαπιστώσει ότι είναι απαραίτητο να είστε πολύ προσεκτικός/η ως προς τους άλλους ανθρώπους, οι οποίοι προσπαθούν να σας ελέγξουν ή να σας χειραγωγήσουν;

0

1

2

3

24. ΦΑΝΤΑΣΙΑ

0 = Η ονειροπόληση είναι ελάχιστη, χωρίς απώλεια χρόνου, μη σημαίνουσα ενασχόληση

1 = Κάποια ενασχόληση με την ονειροπόληση, με μικρή αίσθηση ότι λαμβάνει τη θέση δράσης

2 = Σημαντική ενασχόληση με τις φαντασίες και εκτεταμένη κατανάλωση χρόνου σε αυτές σε όρους μεγαλοπρέπειας και επιτυχίας.

3 = Ασυνήθιστες απαντήσεις, δεν κατανόησε την ερώτηση, δεν απαντά, δεν κατανοεί.

ΣΚΟΡ:

Τείνετε συχνά να ονειροπολείτε; Για παράδειγμα «παίζετε νοερά» σκηνές από φαντασιώσεις που είναι ωραίες και ευχάριστες, όπως να έχετε πολλά χρήματα, ή να συναντάτε τον/ην τέλειον/α σύντροφο, να γίνεστε διευθυντές στο χώρο εργασίας σας κ.τ.λ. ;

Είστε ο τύπος ανθρώπου που διαβάζει το ίδιο βιβλίο ή βλέπει ξανά και ξανά την ίδια ταινία;

ΑΝ **ΝΑΙ**,

Σας έρχεται κάποιο τέτοιο παράδειγμα ονειροπόλησης στο μυαλό σας;

Χάνετε αρκετό χρόνο σκεπτόμενοι πράγματα που σας κάνουν να αισθάνεστε ωραία, ή μήπως αυτή η τάση παρεμβαίνει με άλλους τρόπους στην καθημερινή σας ζωή ;

Έχετε συνομιλίες με τον εαυτό σας (εσωτερικούς διάλογους) στους οποίους φαντάζεστε με το μυαλό σας και παίζετε αυτές τις φαντασιώσεις;

Έχετε την τάση να καταφεύγετε σε αυτές τις φαντασιώσεις, όταν για παράδειγμα νιώθετε εξαιρετικά αγχωμένος/η ή όταν επιθυμείτε να αποφύγετε συγκεκριμένες όψεις της ζωής σας, έτσι ώστε αυτές οι φαντασιώσεις να απορροφούν τον περισσότερο χρόνο σας;

0

1

2

3

25. ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

- ΥΣΤΕΡΙΑ (μετατροπή)

0 = Δεν εκδηλώνει σωματικά συμπτώματα ως απάντηση στο στρες, αν και μερικές φορές ίσως παρουσιάσει ήσσονος σημασίας παροδικά συμπτώματα. Ελάχιστη έως καθόλου παρέμβαση στη λειτουργικότητά του/ης.
1 = Εκδηλώνει σωματικά συμπτώματα ως απάντηση στο στρες με μία κανονικότητα/ τακτικότητα. Μερικά εξ' αυτών παρεμβαίνουν στην καθημερινή λειτουργικότητα ή στις σχεσιοδυναμικές του/ης.
2 = Σημαίνουσα τάση ως προς την εκδήλωση ήπιων ή σοβαρών σωματικών συμπτωμάτων ως «συνεπούς» απάντησης στο στρες. Σημαντική παρέμβαση σε όρους έκπτωσης λειτουργικότητας και σχεσιοδυναμικών με σημαντικά πρόσωπα.
3 = Ασυνήθιστες απαντήσεις, δεν κατανόησε την ερώτηση, δεν απαντά, δεν κατανοεί.

ΣΚΟΠ:

Αρρωσταίνετε σωματικά όταν βρίσκεστε κάτω από στρεσογόνες συνθήκες; Όταν για παράδειγμα αισθάνεστε πιεσμένοι ή βιώνετε στρες είτε στις κοινωνικές σας σχέσεις, είτε στην εργασία σας είτε στις σπουδές σας, τείνετε να παρουσιάζετε σωματικά συμπτώματα;

ΑΝ **ΟΧΙ**, είστε ο τύπος ανθρώπου που συχνά ή πάντα έχει σωματικά συμπτώματα ή ενοχλήσεις, όπως χρόνιους πόνους στο στομάχι, αϋπνίες και πονοκέφαλους;

ΑΝ **ΝΑΙ**, τι είδους σωματικά συμπτώματα έχετε;

Έχετε την τάση όταν βρίσκεστε κάτω από τέτοιες συνθήκες να αποσύρεστε από τους άλλους και να εστιάζετε στο σώμα σας και στο πώς αυτό λειτουργεί;

Πόσο αυτή η τάση παρεμβαίνει στην καθημερινή σας λειτουργικότητα ή στις σχέσεις σας με τους σημαντικούς σας άλλους;

0

1

2

3

ΥΠΟΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ

¹ Παρά την διαγνωστική κατηγορία του δείγματος της μελέτης, που συνίσταται σε ασθενή οργανικά κλινικό πληθυσμό, λόγω της φύσης της έρευνας προωθείται η ιδέα ότι ισχύει όλο και πιο επιτακτικά η επιστημονική υποχρέωση να θεωρηθεί το ενδεές πρόσωπο και έτσι, α-σθενές, δηλαδή ελλείψεως σθένους και δη μόνο σε περιορισμένο κι όχι ολοκληρωτικό εύρος ως προς το ποιόν, το ποσόν και τις προοπτικές του, και όχι όπως παραδοσιακά θεωρείται μόνον με νοσολογικές συνδηλώσεις των τυχόν αδυναμιών του σε τάχα αδήριτα βιο-κεντρικό καθορισμό. Η παρούσα θεώρηση υπογραμμίζει εύστοχα τη δύναμει επιρρέπεια οποιουδήποτε Προσώπου σε συνθήκες στέρησης ψυχικού σθένους, ενώ παράλληλα κομίζει ευοίωνα την αντίληψη περί τη δύναμει ανάκαμψη από αυτές.

² Ανάκτηση (09/02/2018) από τον ισότοπο:
<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

³ Η δοκιμασία έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να εκτιμά σφαιρικά την προσωπικότητα των παιδιών με χρόνιο νόσημα (καρκίνο), ηλικίας 6-14 ετών. Διερευνώνται, επίσης, οι σημαντικότερες συνθήκες ζωής, τα προβλήματα σχετικά με γνώση της ασθένειας και των επιπλοκών της, οι φόβοι και οι ανησυχίες για την έκβασή της, ο φόβος μπροστά στο άγνωστο και στο θάνατο, η εικόνα του σώματος και του εαυτού κ.α. Η δημιουργία της δοκιμασίας στηρίχθηκε σε εκτενές δείγμα 820 ασθενών (6-14 ετών) με επαπειλητικό νόσημα για τη ζωή.

⁴ Η ζωνρή συζήτηση γύρω από το πώς διαμορφώνονται οι δείκτες εγκυρότητας και αξιοπιστίας στις προβολικές δοκιμασίες, καίτοι ενδιαφέρουσα, για λόγους οικονομίας χώρου και χρόνου δεν θα αναφερθεί εδώ, αλλά παρακάτω στην οικεία ενότητα περιγραφής των εργαλείων της έρευνας.

⁵ Ακόμη και η ίδια η απόδοση του όρου palliative care στην ελληνική γλώσσα συνάντησε προβλήματα: αρχικά, αποδόθηκε ως παρηγορική ή παρηγορητική φροντίδα / αγωγή (επί παραδείγματι: Τατσιώνη και συν., 2015), ρισκάροντας ωστόσο να συνδεθεί αποκλειστικά με την παρηγοριά (ως προς τα συμπτώματα) και την παραμυθία (ως προς τις ψυχολογικές εκδηλώσεις) και μάλιστα αποκλειστικά, ει μη αφοριστικά, σε α-σθενείς τελικού σταδίου. Σήμερα, κατόπιν ζωνρών επιστημονικών ερίδων, επιλέγεται ο όρος *ανακουφιστική και υποστηρικτική φροντίδα* ως περιεκτικότερος και πάντως ορθότερος, καθώς δύναται να περιγράψει εναργέστερα το ποιόν και το ποσόν καθώς και το εύρος των οικείων παρεμβάσεων της ανακουφιστικής φροντίδας.

⁶ Το θέμα αυτό τείνει να ανακινείται επαρκώς στην εμπνευσμένη μελέτη του Karon (2000), αναφορικά με την «προτεραιοποίηση» του στατιστικού ή του κλινικού

κριτήριου. Ο λόγος συγκεκριμένα υπέρ των ποιοτικών κλινικών διαστάσεων των προβολικών δοκιμασιών. Άλλωστε, οι εισηγητές της θεμελιωμένης θεωρίας (Glaser & Strauss, 1967) αντιτάχθηκαν σθεναρά στις παγιωμένες, θετικιστικών καταβολών, αντιλήψεις, οι οποίες: **(α)** επεφύλασσαν στην εμπειρική έρευνα τον περιορισμένο ρόλο του ελέγχου (της επιβεβαίωσης ή της διάψευσης) προδιατυπωμένων κατά τα άλλα υποθέσεων, **(β)** πρέσβευαν ότι αποτελεί μία ελαχίστως συστηματική διαδικασία, που βασίζεται κυρίως στη διαίσθηση και στην απλή καταγραφή των εντυπώσεων του ερευνητή και μπορεί να αξιοποιηθεί μόνο ως «προπομπός» της ποσοτικής έρευνας, **(γ)** υποστήριζαν ότι περιορίζεται σε περιγραφικές και ιδιογραφικές μελέτες, χωρίς δυνατότητα θεωρητικοποίησης, αφαίρεσης ή γενίκευσης.

⁷ Σε περιπτώσεις βέβαια αιτήματος και επιθυμίας για ψυχοθεραπευτική αρωγή, υπήρξε μέριμνα ώστε οι ασθενείς αυτοί να λάβουν υποστηρικτική του ΕΓΩ ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.

⁸ Στη Ψυχαναλυτική προσέγγιση η έννοια χρησιμοποιείται για να περιγράψει την κατάσταση όπου «στο εσωτερικό του Υποκείμενου αντιτάσσονται αντιθετικές απαιτήσεις» (Laplanche & Pontalis, 1986:555). Ο λόγος συγκεκριμένα για πάλες μεταξύ ενορμήσεων, ενστικτικών vs αντιενστικτικών δυνάμεων, εκδήλων επιθυμιών vs ηθικών επιταγών, επιθυμιών vs αμυνών, καθώς και μεταξύ οιδιπόδειων συγκρούσεων, όπου μάλιστα υπεισέρχεται έντονα και το στοιχείο της απαγόρευσης.

⁹ Τον όρο *ψυχοϊστορία* τείνουν όψιμα να επικαλούνται και σήμερα παραδοσιακοί, κατά τα αλλά, ιστορικοί ή ψυχολόγοι, προκειμένου για τη μελέτη κοινωνιών, ιστορικών προσώπων αλλά και λογοτεχνικών έργων, μέσω μίας αναδρομικής Ψυχανάλυσης, μία πρακτική στην οποία φαίνεται να είχε ήδη μνηθεί ο ίδιος ο Φρόυντ. Ωστόσο, εξακολουθούν να εγείρονται σημαίνοντα ερωτήματα γύρω από τα ερευνητικά, μεθοδολογικά, επιστημονικά, εν γένει δε, επιστημολογικά ερείσματα των οικείων προσεγγίσεων.

¹⁰ Πολύ σχηματικά, η διάκριση εμπίπτει στη δεύτερη τοπική ή τοπογραφική υπόθεση του ακραιφνούς ψυχαναλυτικού μοντέλου για το ψυχικό όργανο, σύμφωνα με την οποία εντοπίζονται στο τελευταίο τρεις (3) «διαμερισματοποιήσεις»: το Εγώ (Ego), το Αυτό (Id) και το Υπερεγώ (Superego). Αυτές δε συνδιαμορφώνουν και από κοινού επηρεάζουν δομικά και δυναμικά την προσωπικότητα του ατόμου. Το Id περιλαμβάνει όλες τις ενορμήσεις και κίνητρα, που συντροφεύουν το άτομο από γεννήσεώς του και που συνιστούν ό,τι η Φροϋδική προσέγγιση περιέγραψε ως ψυχική ενέργεια και ένστικτα. Το Id είναι πρωτόγονο, άχρονο, άτοπο, ανώριμο, αηθές, άλογο, άνομο, άφοβο, ανεργάτιστο ως προς τα δικαιώματα των άλλων, και λειτουργεί πάντα σύμφωνα με την *αρχή της ευχαρίστησης* (pleasure principle), Το Ego συνιστά τον διαιτητή ή ρυθμιστή, ή, κατά τον

εισηγητή του μοντέλου, τον δούλο δύο ισχυρών αφεντών, δηλαδή του Id και του Superego. Χαρακτηρίζεται από λογική σκέψη, δυνατότητα μνημονικών ανακλήσεων, αξιολόγηση των εμπειριών και των επιθυμιών με προοπτικές σχεδιασμού μελλοντικών κατευθύνσεων επίτευξης, και ανταποκρίνεται στις *αρχές της πραγματικότητας*, αντίθετα από το Id. Η δόμησή του οφείλεται σε μέρος της ψυχικής ενέργειας που μέχρι πρότινος φάνηκε στο Id, και αν αναπτυχθεί ισχυρό θα είναι ικανό να μετασχηματίζει και να καθυστερεί τις απαιτήσεις του Id, επιτρέποντας μεμονωμένα και επιλεκτικά την ικανοποίηση κάποιων, όταν -και μόνον όταν- οι συνθήκες το επιτρέπουν, βάσει της *δευτερογενούς διεργασίας λογικού ελέγχου* της πραγματικότητας. Το Υπεργώ περιλαμβάνει τις κοινωνικά προσδιορισμένες επιταγές, ή επί το απλούστερον, ότι ο κοινός νους θα αποκαλούσε συνείδηση («η φωνή των γονέων εντός μας»). Ενώ διαθέτει όμοιες ποιότητες με το ΑΥΤΟ, όπως το γεγονός ότι είναι άχρονο, άφοβο, ωστόσο αυτές εμφανίζονται στην αντίστροφή τους εκδοχή: ότι καθίσταται αντιληπτό ως υπερ-ηθικό, υπέρ-νομο, υπερ-δεοντολογικό, υπερ-μοραλιστικό, άτεγκο, καταπιεστικό και συχνά τελειοθηρικό (Παλαιολόγου, 2001).

¹¹ Οι μηχανισμοί άμυνας αφορούν στην ασύνειδη, ανεπίγνωστη, ακουσία, αυτόματη λειτουργία, η οποία λαμβάνεται ως μέτρο πρόληψης και διατήρησης της σταθερότητας του Εγώ και την υιοθετεί για την αυτοπροστασία του έναντι της ανεξέλεγκτης τάσης του Αυτό να εξωτερικεύσει και να ικανοποιήσει επιθυμίες απαράδεκτες από το Υπερεγώ. Συχνά, φέρονται ως «μηχανισμοί άμυνας του Εγώ», ενώ κατ' ουσίαν ανήκουν στο χώρο του ασύνειδου. Σήμερα, η έρευνα γύρω από τους μηχανισμούς έχει προσδιορίσει επτά **(7) θεμελιώδεις λειτουργίες τους**: **1.** Λειτουργούν ασύνειδα, δηλαδή πέραν κάθε αντίληψης με επίγνωση από πλευράς υποκειμένου, **2.** Εξελίσσονται, αναπτυξιακά, με συγκεκριμένο και άρα προβλεπόμενο τρόπο κατά τη διαδικασία ωρίμανσης του Προσώπου, **3.** Είναι σαφής η παρουσία τους σε ό,τι καταχρηστικά αποκαλούμε «φυσιολογική» προσωπικότητα, **4.** Τείνουν, ασύνειδα, να επιστρατεύονται συχνότερα ως απαντητικότητα έναντι στρεσογόνων καταστάσεων, **5.** Μειώνουν ή ελαχιστοποιούν την συνειδητή επίγνωση τραυματικών βιωματικών συνθηκών ή δυσάρεστων συναισθημάτων, **6.** Η επιτυχής, ολική ή μερικά, λειτουργία τους επιβεβαιώνεται μέσω της δράσης του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, **7.** Η υπερβάλλουσα, κατά το ποσόν ή το ποιόν, επιστράτευσή τους σχετίζεται θετικά με ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις στα πρόσωπα (Cramer, 2008). Διακρίνονται δε σε πρωτογενείς (ή πρωίμους) και δευτερογενείς (McWilliams, 1994).

¹² Ήδη από τα 1950, ο Eron (1950) αποπειράθηκε να προβεί σε μία πρώιμη ποσοτική στάθμιση, προσδιορίζοντας 6,210 περιγραφόμενα θέματα. Εφάμιλλης πνοής προσπάθειες έγιναν και από τον Murstein (1972) για 20 από τις 31 συνολικά κάρτες του

TAT. Η Dana (1959) διαφοροποιήθηκε ουσιαστικά, καθώς στις έρευνες στάθμισής της χρησιμοποίησε μόλις πέντε (5) κάρτες: 2, 3BM, 4, 6BM, 7BM, και ανέδειξε τρεις (3) μείζονες θεματικές κατηγορίες: οργάνωσης της αντίληψης (perceptual organization), αντιληπτικής εμβέλειας (perceptual range) και εξατομικευμένης αντίληψης (perceptual personalization). Από την άλλη πλευρά, οι McClelland & Atkinson (1968) ενδιαφέρθηκαν τόσο για τη στάθμιση του TAT ως κλινικού εργαλείου, αλλά περισσότερο για τη χρήση του ως εργαλείου μέτρησης της κινητοποίησης για κατορθώματα (achievement motive). Τέλος, η μέθοδος της Arnold (1962) με τίτλο «story sequence analysis» προτείνει τη χρήση δεκατριών (13) καρτών, συγκεκριμένα των: 1, 2, 3BM, 4MF, 6BM, 7BM, 8BM, 10, 11, 13MF, 14, 16, 20.

¹³ Ο όρος «συναισθηματική εναισθησία» (emotional insight) προσδιορίζει ένα ουσιαστικότερο επίπεδο κατανόησης, συναίσθησης και επίγνωσης, που δύναται να επηρεάσει θεμελιωδώς αλλαγές στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά. Αντίθετα, ο όρος «διανοητική εναισθησία» (intellectual insight) αναφέρεται στην ακριβή επίγνωση της πραγματικότητας μίας κατάστασης, χωρίς απαραίτητα να δύναται το Πρόσωπο να τη χρησιμοποιήσει επιτυχώς, ώστε να φέρει προσαρμοστικές τροποποιήσεις στη συμπεριφορά (Ellis, 1963).

¹⁴ Ο Freud (1926:138) ισχυριζόταν ότι «κατά τη διάρκεια της ενδομήτρου ζωής η μητέρα δεν υπήρξε αντικείμενο για το έμβρυο και κατά τη διάρκεια εκείνη δεν υπήρχαν καθόλου αντικείμενα». Η πιο σύγχρονη έρευνα σχετικά με την προγεννητική ανάπτυξη έχει απορρίψει αυτή τη θέση, καθώς έχει καταφέρει να διακρίνει τις αντιληπτικές ικανότητες του εμβρύου και προτείνει ότι ο δεσμός μεταξύ μητέρας και αγέννητου βρέφους είναι πολύ πιο σημαντικός από ό,τι είχε μέχρι τότε υποτεθεί. Ο Ploye (1973) δίνει στοιχεία για τις φυσιολογικές και ψυχολογικές διόδους, μέσω των οποίων τα συναισθήματα μίας μητέρας μπορούν να επηρεάσουν το αγέννητο παιδί. Ο Laing (1976) διέκρινε τη διαδικασία της ενδομήτριας κύησης σε τρεις (3) φάσεις, καθεμιά από τις οποίες αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο είδος υπαρξιακής εμπειρίας. **1^η:** Η φάση από τη σύλληψη μέχρι την εμφύτευση εκφράζεται με εικόνες όπως θόλοι, σφαιρικά περιστρεφόμενα σχήματα, μπαλόνια, πλανήτες, βλαστούς, σήραγγες, εικόνες όπως να παρασύρεται κανείς από τον ποταμό, να περπατά κατά μήκος διαδρόμων (πρβλ σάλπιγγες), να ξεβράζεται κάπου μακριά, καθώς και οι ενδόμυχοι φόβοι μη ύπαρξης (ανυπαρξίας). **2^η:** Η φάση από την εμφύτευση μέχρι την γέννηση αποδίδεται μέσα από μεταφορές αναρρόφησης (σαν να ρουφιέται κανείς από κάτι), να καλωσορίζεται, να πεθαίνει κανείς από την κόπωση, να λιμοκτονεί, να πνίγεται, θέματα με βούρκο ή κινουμένη άμμο, βάλτους και πλημμύρες, αισθήματα αδυναμίας ανάκτησης ελέγχου, φόβους να γίνεται κανείς μεταμορφικός (changeling) ή φόβους να μην αισθάνεται ποτέ κανείς επαρκώς συνδεδεμένος. **3^η** Η φάση

της γέννησης, η οποία αντιπροσωπεύεται από αισθήματα ασφυξίας, εμπαιγμής, πίεσης, «κύματα τρομοκρατίας», αβοηθησίας έναντι της ισχύος των εξωτερικών δυνάμεων. Επιπλέον, ο Chamberlain (1990) θεωρεί ότι αναπαραστάσεις από σωλήνες, δέντρα, σημαίες και ιστούς σημαίας συμβολίζουν τον ομφάλιο λώρο και τον πλακούντα, που συνιστούν τους αγωγούς σύνδεσης μητέρας - εμβρύου. Από την άλλη πλευρά, όλες οι μητέρες δεν είναι όμοιες και έτσι τα ενδομήτρια περιβάλλοντα που παρέχουν επίσης διαφέρουν. Η υπόθεση ότι η ζωή στη μήτρα είναι ουσιαστικά ασφαλής, ζεστή, θρεπτική και προστατευτική (Guntrip, 1968) μπορεί να ισχύει μόνο για μερικά έμβρυα σε μερικές μητέρες. Αν μία μητέρα γεννήθηκε από μία ανοργονική -σε όρους Ράιχ- μήτρα, δηλαδή μία μήτρα ανίκανη να θρέψει επαρκώς, δύσκολα θα παράξει η ίδια ένα φροντιστικό ενδομήτριο περιβάλλον.

¹⁵ Στο πλαίσιο της φροϋδικής θεωρίας, η σαγήνη αφορά στην τραυματική συνθήκη, στο πλαίσιο μίας πραγματικής ή φαντασιωσικής σκηνής, όπου το πρόσωπο υφίσταται παθητικά προτάσεις ή συμπεριφορές γενετήσιου σεξουαλικού χαρακτήρα από ένα πιο ώριμο σεξουαλικά άτομο. Ο J. Laplanche (1979-1980) θεωρεί ότι βρίσκουμε στην αναλυτική συνθήκη επαναδραστηριοποίησης της πρωταρχικής σαγήνης, κάτι το οποίο θα επέτρεπε την επαναθεμελίωση του υποκειμένου. Σε ασθενείς με πρώιμες καθηλώσεις, και κυρίως με δυσκολίες αντικειμενότροπου επένδυσης, εξαιτίας ναρκισσιστικών καθηλώσεων αυτή η τελευταία μπορεί να ευνοήσει, υπό προϋποθέσεις, την ενεργοποίηση του σεξουαλικού και τη συνακόλουθη λιβιδινική επένδυση όψεων του ψυχικού γίνεσθαι. Στο πλαίσιο μίας ανάλογης οπτικής, η Ποταμιάνου (2005:207) προτείνει τη χρήση μίας βέλτιστης σαγήνης, ως αναλυτικής στρατηγικής με σκοπό την κινητοποίηση των επενδύσεων, σε ασθενείς στους οποίους αυτές υπολείπονται.

¹⁶ Έχουν διαμορφωθεί τρεις (3) υποθέσεις για την αντίδραση στην ΠΣ (Hoyt, 1979), καθεμία από τις οποίες εστιάζει σε διαφορετικές πτυχές του όρου: **1. Η κλασική ψυχαναλυτική** εστιάζει σε θέματα ερωτικοποίησης και ασχολείται περισσότερο με ζητήματα σεξουαλικότητας, όπως αυτά εμφανίζονται στα έργα του Ιθύνοντος νου της προσέγγισης (ενδεικτικά: Freud 1900; 1918) και του Fenichel (1945). Η προσέγγιση εξετάζει τις αντιδράσεις στην ΠΣ σε όρους εμπρόθετου σεξουαλικού ενθουσιασμού, ο οποίος σταδιακά μετασχηματίζεται σε άγχος, έπειτα σε σαδομαζοχιστικού τύπου παρανοήσεις σχετικά με τη σεξουαλική πράξη και, τέλος σε ταυτίσεις με έναν ή και τους δύο σεξουαλικούς συντρόφους (αμφιφυλοφιλία). **2. Η δεύτερη** εκπορεύεται από την **υπαρξιακή αναλυτική** παράδοση με εκπρόσωπο τον Backer (1973), ο οποίος υποβάλλει ότι το οδυνηρό στην ΠΣ δεν είναι η σεξουαλικότητα για την σεξουαλικότητα, αλλά το γεγονός ότι η τόσο εγγύς σωματική εμπλοκή των γονέων υποδηλώνει ότι αυτοί είναι θνητοί και όχι παντοδύναμοι προστάτες της ευημερίας του παιδιού. Εδώ, το κλειδί της

ερμηνείας είναι η ασφάλεια, καθώς ο αποκλεισμός του παρατηρητή ανακινεί αισθήματα του πρώτου ότι θα εγκαταλειφθεί έτσι ευάλωτος στους πολλαπλούς κίνδυνους αυτού του κόσμου, αφού η φαντασίωση (ή η εικόνα) αυτή καθαυτήν της εγγύτητας των πρωταγωνιστών εντείνει και τα αισθήματα - φόβους ότι θα αποχωριστεί τελικά από αυτούς. **3. Η γνωσιο-συναισθηματική** προσέγγιση εστιάζει στην έκπληξη και στη σύγχυση, με τις αντίστοιχες συναισθηματικές εκδηλώσεις, που βιώνει κάποιος όταν φαντασιώνει ή θεάται τους γονείς του να δρουν -εντελώς απροσδόκητα- εκτός των παραδοσιακών τους ρόλων. Όψεις σεξουαλικότητας και φόβοι εγκατάλειψης εμπλέκονται δυναμικά στην περίπτωση αυτή, καθώς το θεμελιώδες στην προσέγγιση αυτή (Tomkins, 1963; Singer, 1973) είναι η ασυνέχεια μεταξύ γενικευμένων προσδοκιών ως προς τη γονεϊκή συμπεριφορά και αυτού που παρατηρείται ή φαντασιώνεται.

¹⁷ Ως όρος απαντάται συχνά ως επιθυμία, φαντασίωση αλλά και κίνητρο διάσωσης, πάρα το γεγονός ότι όλες οι παραπάνω εκδοχές εκπορεύονται από την ίδια αρχική θεωρητική σύλληψη. Προτάθηκε και από τον Rank (1922), στην περιγραφή του μύθου για τη γένεση του ήρωα, ως ψυχολογικού σχεδίου της εφηβικής ηλικίας. Αυτός ο ήρωας, ο οποίος οφείλει τη ζωή του στο γεγονός ότι διεσώθη ως βρέφος, εν συνεχεία, ως ενήλικας πια, σώζει άλλους ή επιθυμεί να σώζεται συνεχώς από άλλους (Fulmer, 2008). Ερειζόμενος στο μύθο του Ορφέα (ανεπιτυχής έκβαση της προσπάθειας του πρωταγωνιστή να διασώσει την αγαπημένη του Ευρυδίκη) ως δομικού μοντέλου, ο Sabbadini (2003) σημειώνει ότι πολλές διασώσεις δεν θα έχουν επιτυχή έκβαση, κάποτε λόγω της αντίστασης του εν κινδύνω προσώπου, άλλοτε πάλι ακριβώς επειδή η επιθυμία μπορεί να έλκει την καταγωγή της από μία υπαρξιακά μάταιη επιθυμία για αθανασία.

¹⁸ Οι φαντασιώσεις ευνουχισμού εμπίπτουν στην ψυχαναλυτική προβληματική των πρωταρχικών φαντασιώσεων – όρος που επιλέγεται προκειμένου να περιγράψει τις «ειδικές φαντασιωσικές δομές (ενδομήτριος ζωή, πρωταρχική σκηνή, ευνουχισμός, αποπλάνηση) οι οποίες, σύμφωνα με την ΨΑ θεωρία, οργανώνουν τη φαντασιωσική προβληματική, ανεξάρτητα από τις προσωπικές εμπειρίες του υποκειμένου. Κατά τον Φρόυντ, ο οικουμενικός χαρακτήρας τους εξηγείται από το γεγονός ότι συγκροτούν ένα είδος προγονικής παρακαταθήκης, που μεταβιβάζεται φυλογενετικά» (Laplanche & Pontalis, 1986:532). Η ασύνειδη λειτουργία τους είναι εξαιρετικής σημαντικότητας καθώς είναι εκείνες που επιστρατεύονται -και πάλι ασύνειδα και φυλογενετικά- προκειμένου να παράξουν εξηγήσεις σε διαφορά θεμελιώδη αινίγματα αναφορικά προς την προέλευση των πράγματων. Έτσι στην πρωταρχική σκηνή απεικονίζεται η προέλευση του υποκειμένου, στις φαντασιώσεις αποπλάνησης η καταγωγή και η ανάδυση της σεξουαλικότητας και στις φαντασιώσεις ευνουχισμού, η προέλευση της διαφοράς των φύλων. Ο Freud αναφέρθηκε ρητά σε τρεις πρωταρχικές φαντασιώσεις:

αυτή της αποπλάνησης, του ευνουχισμού και της πρωταρχικής σκηνής. Η αποπλάνηση (ή σαγήνη) έχει σαφώς τις ρίζες της στην πρώιμη σχέση μεταξύ μητέρας – βρέφους, όπως τονίστηκε στο πόνημα *Three Essays on the Theory of Sexuality* (1905) και διατηρήθηκε και από τον Ferenczi (1932). Στηριζόμενος σε αυτές τις παρατηρήσεις, αλλά και σε άλλων μελετητών, όπως η Klein και ο Winnicott, ο Jean Laplace δόμησε τη θεωρία της γενικευμένης αποπλάνησης, τονίζοντας ότι αυτό που έχει πιο σημαίνοντα ρόλο είναι το διάκενο μεταξύ αναγκαίου αντικειμένου και επιθυμητού (Laplanche, 1987).