

Στάδια προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία: Ο ρόλος της ψυχολογικής συμβουλευτικής

Γιώργος Κλεφτάρας*

Περίληψη

Η καθημερινότητα του ατόμου μετά την εμφάνιση της σωματικής δυσλειτουργίας αλλάζει ριζικά. Η ζωή, έτσι όπως τη γνώριζε, διακόπτεται και ακολουθεί μια μακρά περίοδος παραμονής σε νοσοκομειακό περιβάλλον, προσπάθειας προσαρμογής στη δυσλειτουργία και απόκτησης νέων δεξιοτήτων επιβίωσης και ανεξάρτητης διαβίωσης. Στο άρθρο αυτό, γίνεται προσπάθεια να παρουσιαστούν αναλυτικά: α) η εξελικτική διαδικασία της ψυχολογικής προσαρμογής ενός ατόμου στη σωματική του δυσλειτουργία και στη νέα κατάσταση που διαμορφώνεται μετά την εμφάνισή της και β) τα στάδια μέσα από τα οποία περνά αυτή η προσαρμογή, δηλαδή, το σοκ, η προσδοκία ανάρρωσης ή η άρνηση, ο θυμός και η οργή, η διαπραγμάτευση, το πένθος και η κατάθλιψη, η επικοδομητική αμυντική στάση ή αντίθετα η προβληματική αμυντική στάση, η αποδοχή και η προσαρμογή.

1. Εισαγωγή

Ο τρόπος αντίδρασης ενός ατόμου στη σωματική δυσλειτουργία δεν είναι δεδομένος ούτε σταθερός. Είναι πολλοί οι παράγοντες που την επηρεάζουν, όπως άλλωστε είναι πολλές και οι μεταβλητές που καθορίζουν, εν μέρει τουλάχιστον, την προσαρμογή του ατόμου στο σωματικό του πρόβλημα. Λαμβάνοντας υπόψη τις

* Ο Γιώργος Κλεφτάρας είναι αναπληρωτής καθηγητής στο Παιδαγωγικό Τμήμα Ειδικής Αγωγής στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

προόδους της ιατρικής επιστήμης, η ομάδα των ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες μπορεί να προσδοκά ότι θα ζήσει μια σχεδόν φυσιολογική σε διάρκεια ζωή, αλλά η ποιότητα αυτής της ζωής εξαρτάται και επηρεάζεται άμεσα από μια σειρά ψυχολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η καθημερινότητα του ατόμου μετά την εμφάνιση της δυσλειτουργίας αλλάζει ριζικά. Η ζωή, έτσι όπως τη γνώριζε, διακόπτεται και ακολουθεί μια μακρά περίοδος παραμονής σε νοσοκομειακό περιβάλλον και προσπάθειας απόκτησης νέων δεξιοτήτων επιβίωσης και ανεξάρτητης διαβίωσης. Το άτομο πρέπει να μάθει να ζει και να αντιμετωπίζει έναν κόσμο που έχει σχεδιαστεί και κυριαρχείται από άτομα χωρίς δυσλειτουργίες, τα οποία στην πλειοψηφία τους παρουσιάζουν χαμηλό βαθμό αποδοχής σε σχέση με όσους έχουν δυσλειτουργίες. Οι μέχρι τώρα φίλοι και γνωστοί μπορεί να απομακρυνθούν ή να αλλάξουν στάση και συνεπώς το άτομο θα πρέπει συστηματικά να αναζητά και να αναγνωρίζει τις ευκαιρίες που παρουσιάζονται για καινούργιες γνωριμίες και νέους φίλους. Βέβαια, σε αυτή την περίπτωση, θα βρεθεί συχνά στη δύσκολη θέση να διαπιστώσει ότι οι άλλοι δεν είναι και τόσο πρόθυμοι να εμπλακούν σε μια σχέση μαζί του, οπότε νέες δεξιότητες πρέπει να βρεθούν και να τεθούν σε λειτουργία, έτσι ώστε οι άλλοι να αισθάνονται άνετα και να μη δίνουν κεντρικό ρόλο στην ύπαρξη της δυσλειτουργίας (Trieschmann, 1988, 1989).

Επιπλέον, τα άτομα με δυσλειτουργίες θα χρειαστεί να μάθουν νέους τρόπους διασκέδασης, να αλλάξουν επαγγελματικό προσανατολισμό και να αντιμετωπίσουν τη δυσπιστία των εν δυνάμει εργοδοτών τους, που δεν οφείλεται στην έλλειψη προσόντων, αλλά στην ύπαρξη της δυσλειτουργίας. Τέλος, θα πρέπει να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά και την έννοια της προσωπικής τους αξίας και να αναπτύξουν την αίσθηση του χιούμορ, για να μπορέσουν καλύτερα να τα βγάλουν πέρα με τις αντιξοότητες και τις ματαιώσεις, που καθημερινά θα αντιμετωπίζουν εξαιτίας της δυσλειτουργίας τους. Με άλλα λόγια, γίνεται φανερό από τα παραπάνω ότι η προσαρμογή του ατόμου στη δυσλειτουργία του δεν είναι μια εύκολη υπόθεση και θα πρέπει όλοι, συγγενείς, οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον να συμβάλουν με τη στάση τους ή καλύτερα με την αλλαγή των αρνητικών στάσεων τους σε σχέση με τη δυσλειτουργία, στην επιτυχή κατάληξη της δύσκολης αυτής διαδικασίας (Atkinson and Hackett, 1998· Lee, 1999· Sue and Sue, 1999).

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονίσουμε ότι η προσαρμογή

του ατόμου στη σωματική του δυσλειτουργία, αντίθετα από ό,τι ίσως φαίνεται, δεν αποτελεί μια ατομική μόνο υπόθεση, αλλά εξαρτάται άμεσα και από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (αρχές, αξίες, στάσεις, στερεότυπα, νοοτροπία, κουλτούρα κ.λπ.). Είναι γνωστό το φαινόμενο του «πολιτισμικού ρατσισμού», που υπόκεινται τα άτομα με δυσλειτουργίες, λόγω του ότι αποτελούν μια πολιτισμική μειονότητα στα πλαίσια της κυρίαρχης πολιτισμικά ομάδας των ατόμων χωρίς δυσλειτουργίες. Ο πολιτισμικός ρατσισμός στην προκειμένη περίπτωση, αναφέρεται στο γεγονός ότι η κυρίαρχη πολιτισμικά ομάδα των ατόμων χωρίς δυσλειτουργίες θεωρεί ως κατώτερη την ομάδα των ατόμων με δυσλειτουργίες και έχει τη δύναμη να της επιβάλλει τις δικές της νόρμες και τα δικά της κοινωνικά δεδομένα (Atkinson and Hackett, 1998· Harsh, 1993· Κλεφτάρας, 2003· Murphy and Murphy, 1997· Sue and Sue, 1999· Tainter, Compisi and Richards, 1995).

Τέλος, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε και τη σημασία της διάθεσης και του βαθμού, που το ίδιο το φυσικό περιβάλλον θέλει και είναι έτοιμο να κάνει μια κίνηση προς τη μεριά των ατόμων με δυσλειτουργίες, με στόχο να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Στην προκειμένη περίπτωση αναφερόμαστε στον καθένα από μας και πρωτίστως σε όλους όσοι έχουν την ευθύνη του φυσικού περιβάλλοντος και είναι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωσή του, έτσι ώστε να είναι, για παράδειγμα, προσβάσιμο στα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες. Στο σημείο αυτό αναφερόμαστε στις επίμονες προσπάθειες αποκατάστασης και «ομαλοποίησης» των ατόμων με δυσλειτουργίες. Η βασική κοινωνική αντίληψη, πίσω από αυτή την προσπάθεια, είναι ότι το άτομο με δυσλειτουργίες γίνεται αντιληπτό ως ελλειμματικό και ανεπαρκές. Κατά συνέπεια, οι περισσότερες ουσιαστικά παρεμβάσεις σε ατομικό, αλλά και κοινωνικό επίπεδο δεν αποσκοπούν, όπως θα έπρεπε μεταξύ άλλων, και στην προσαρμογή του περιβάλλοντος στις ανάγκες των ατόμων με δυσλειτουργίες, αλλά αντίθετα, επικεντρώνονται σχεδόν αποκλειστικά, στην προσαρμογή του ατόμου στο περιβάλλον και τις ανάγκες της πολιτισμικά και αριθμητικά κυρίαρχης ομάδας των ατόμων χωρίς δυσλειτουργίες (Βλάχου, 2000· Nirje, 1985· Wolfensberger, 1972, 1989).

Στη συνέχεια αυτού του άρθρου, θα γίνει μια προσπάθεια να παρουσιαστεί αναλυτικά η εξελικτική διαδικασία της ψυχολογικής προσαρμογής ενός ατόμου στη δυσλειτουργία του και στη νέα κατάσταση που διαμορφώνεται μετά την εμφάνισή της, καθώς και στις φάσεις μέσα από τις οποίες αυτή περνά. Η διάρκεια, αλλά

και το ικανοποιητικό ή μη αποτέλεσμα της όλης διαδικασίας εξαρτάται οπωσδήποτε από ατομικούς παράγοντες (ιδιοσυγκρασία, προσωπικότητα, συναισθηματική κατάσταση, ωριμότητα κ.λπ.), από την ίδια τη φύση, το είδος, το βαθμό και το εύρος της σωματικής δυσλειτουργίας, αλλά και από τον τρόπο, που το περιβάλλον του ατόμου και ειδικά στην αρχή η ομάδα αποκατάστασης, θα χειριστούν το άτομο και την κατάστασή του. Σε αυτή τη φάση, τόσο εντός όσο και εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος, θεωρούμε ότι η συμβολή της ψυχολογικής συμβουλευτικής, που απευθύνεται τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στους συγγενείς και την οικογένειά του, αλλά και στην ομάδα αποκατάστασης, είναι καθοριστικής σημασίας για το βαθμό και την ποιότητα της προσαρμογής του ατόμου στη δυσλειτουργία του και στους περιορισμούς που αναπόφευκτα αυτή του επιβάλλει (Etherington, 2001, 2002· Κλεφτάρας, 2005).

2. Προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία

Η έκφραση «προσαρμογή στη σωματική δυσλειτουργία» αναφέρεται στη διαδικασία του να μάθει κανείς να ζει με τη δυσλειτουργία του μέσα στο δικό του περιβάλλον. Δεν πρόκειται για μια στατική, αλλά για μια δυναμική διεργασία που ξεκινά με την εμφάνιση της δυσλειτουργίας και συνεχίζεται για το υπόλοιπο της ζωής του ατόμου. Στην ουσία δεν υπάρχει ένα τελικό σημείο ή όριο, όπου ένα άτομο μπορεί να χαρακτηριστεί ως «προσαρμοσμένο», με την έννοια ότι, όπως όλοι οι άνθρωποι, έτσι και τα άτομα με δυσλειτουργίες έχουν ανάγκη συνεχούς προσαρμογής, με όλο και πιο λειτουργικούς και ικανοποιητικούς τρόπους, σε ένα περιβάλλον που διαρκώς μεταβάλλεται. Η διαδικασία αυτή στην περίπτωση των ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες είναι χρονοβόρα, γιατί μεταξύ άλλων περιλαμβάνει αλλαγές και απόκτηση νέων συμπεριφορών και δεξιοτήτων σε κοινωνικό, οικογενειακό, οικονομικό και επαγγελματικό επίπεδο και μπορεί να διαρκέσει μέχρι και δύο χρόνια, έως ότου οι νέες δραστηριότητες καθημερινής ζωής ή οι νεοαποκτηθείσες δεξιότητες μετακίνησης αυτοματοποιηθούν και ενσωματωθούν στην καθημερινότητά τους (Trieschmann, 1989).

Στον ευαίσθητο χώρο της αποδοχής και ειδικότερα της προσαρμογής του ατόμου στη δυσλειτουργία του έχουν γραφτεί πολλά, που στηρίζονται κυρίως σε κλινικές παρατηρήσεις παρά σε ε-

ρευνητικά δεδομένα. Ορισμένοι θεωρητικοί λοιπόν, ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '60 και τη δεκαετία του '70, έχουν προτείνει κάποιες θεωρίες σταδίων για την προσαρμογή στη δυσλειτουργία (Gunther, 1969· Hohmann, 1975· Kerr, 1977· Kerr and Thompson, 1974· Livneh, 1986· Rodriguez, 1985· Siller, 1969). Τα στάδια αυτά μοιάζουν με αυτά που περνά η οικογένεια του ατόμου (Callias, 1995· Humphry and Case-Smith, 1996· Marshak, Seligman and Prezant, 1999· Rape, Bush and Slavin, 1992) και είναι ανάλογα με αυτά που περιέγραψε η Kübler-Ross (1979α, 1979β, 1985) όσον αφορά τις αντιδράσεις και την προσαρμογή των ατόμων που πληροφορούνται, ότι σχετικά σύντομα πρόκειται να πεθάνουν, λόγω κάποιας ασθένειας.

Συνδυάζοντας τις παραπάνω θεωρίες, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η διαδικασία της προσαρμογής ενός ατόμου στη σωματική του δυσλειτουργία περνάει σε γενικές γραμμές μέσα από τα ακόλουθα επτά στάδια: α) σοκ, β) προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση, γ) θυμός και οργή, δ) διαπραγμάτευση, ε) πένθος και κατάθλιψη, στ) εποικοδομητική αμυντική στάση ή αντίθετα προβληματική αμυντική στάση και ζ) αποδοχή και προσαρμογή. Η σειρά με την οποία περνά κάποιος αυτά τα στάδια δεν είναι δεδομένη ούτε προκαθορισμένη, όπως θα μπορούσε ίσως, κανείς να υποθέσει. Τα στάδια αυτά θα πρέπει να ειπωθούν με έναν ευέλικτο τρόπο, τόσο λόγω της πολυπλοκότητας που παρουσιάζει η διαδικασία προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία, όσο και λόγω των ατομικών διαφορών που χαρακτηρίζουν τον κάθε άνθρωπο. Αναλυτικά τα στάδια αυτά έχουν ως εξής:

2.1. ΣΟΚ

Αμέσως μόλις το άτομο πληροφορηθεί τη διάγνωση σχετικά με τη σωματική του δυσλειτουργία ή αναπηρία, συνήθως αντιδρά με έναν τρόπο που δεν είναι εύκολα κατανοητός από το περιβάλλον. Αδυνατεί σε πρώτη φάση να συνειδητοποιήσει την έκταση και τη σοβαρότητα της κατάστασής του, έχει την αίσθηση ενός «συναισθηματικού μουνιάσματος», αισθάνεται ανήμπορο και σε κατάσταση συναισθηματικής αποδιοργάνωσης και μπορεί να δίνει την εντύπωση ότι δεν είναι αγχωμένο ή ότι βρίσκεται «εκτός πραγματικότητας». Βέβαια η κατάσταση δεν μπορεί να αγνοηθεί για πολύ και συνήθως η αντίδραση του ατόμου φαίνεται χαρακτηριστικά μέσα από εκφράσεις του τύπου: «Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα, δεν είναι αλήθεια», «Πρόκειται για ένα κακό όνειρο»,

«Θα ξυπνήσω και ο εφιάλης θα έχει εξαφανιστεί» (Hardy and Cull, 1999· Krueger, 1984· Marshak, Seligman and Prezant, 1999· Rybash, Roodin and Hoyer, 1995).

Εκείνο που είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψη, για να μπορέσουμε πραγματικά να βοηθήσουμε το άτομο αυτό, είναι να κατανοήσουμε, ότι προς το παρόν σε αυτή τη φάση, δεν έχουμε να κάνουμε με ένα άτομο που παρουσιάζει σωματικές δυσλειτουργίες, αλλά με το φυσιολογικό άτομο που ήταν πριν την εμφάνιση της δυσλειτουργίας. Πρόκειται για ένα άτομο, που λειτουργεί ακόμη με την εικόνα σώματος που είχε μέχρι τώρα και που απορρίπτει κάθε πληροφορία που έρχεται σε σύγκρουση με αυτήν. Σκέπτεται και κάνει ό,τι θα έκανε και πριν την κατάσταση που τον οδήγησε στη συγκεκριμένη δυσλειτουργία. Μάλιστα, το σοκ, που έχουν υποστεί τόσο οι ίδιοι όσο και οικογένειές τους, είναι τέτοιο, που μερικά άτομα σε αυτό το αρχικό στάδιο, δεν είναι καν σε θέση να ακούσουν την διάγνωση ή τις υπόλοιπες λεπτομέρειες, που αναφέρει ο γιατρός στην προσπάθειά του να τους ενημερώσει για τη σοβαρότητα και την πορεία της κατάστασής τους. Κυριολεκτικά δηλαδή, μπορεί να μην συγκρατούν τίποτε από όσα τους λέει. Η κατάσταση αυτή της άρνησης της δυσλειτουργίας, που θα δούμε αναλυτικότερα αμέσως στη συνέχεια, δεν είναι πάντα παροδική. Μερικές φορές κάποια άτομα παραμένουν καθηλωμένα σε αυτό το στάδιο (Kerr, 1977· Livneh, 1986· Marshak, Seligman and Prezant, 1999· Rodriguez, 1985· Rothrock, 1999).

2.2. Προσδοκία ανάρρωσης ή άρνηση

Το άτομο στη φάση αυτή δεν μπορεί πια να αρνηθεί την ύπαρξη του προβλήματος. Εκείνο όμως, που αρνείται είναι η σοβαρότητα και το μη αναστρέψιμο της κατάστασής του. Το άτομο πιστεύει και υποστηρίζει ότι η ανάρρωση θα είναι γρήγορη και τέλεια. Συνεχίζει λοιπόν να κάνει όνειρα για το μέλλον του, όνειρα στα οποία δεν λαμβάνει υπόψη τη σωματική του δυσλειτουργία, θεωρώντας ότι το σώμα θα λειτουργήσει και πάλι φυσιολογικά (Krueger, 1984· Taylor, Kemeny, Aspinwall, Schneider, Rodriguez, and Heubert, 1992). Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε, ότι η «άρνηση» αποτελεί έναν ασυνείδητο μηχανισμό άμυνας σε περιπτώσεις έντονης ψυχολογικής πίεσης και κινδύνου και είναι ιδιαίτερα χρήσιμος, ως μια πρόσκαιρη και μεταβατική μορφή προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία. Η άρνηση λειτουργεί σε ασυνείδητο επίπεδο και αποσκοπεί στην αποφυγή του ανυπό-

φορου άγχους, που βιώνει το άτομο, όταν αντιμετωπίζει ένα γεγονός τόσο σοβαρό όσο η σωματική δυσλειτουργία, που είναι σε θέση να αλλοιώσει ή και να ανατρέψει τον μέχρι τώρα τρόπο ζωής του (Hardy and Cull, 1999· Kübler-Ross, 1979β· Marshak, Seligman and Prezant, 1999).

Η άρνηση διευκολύνει το άτομο να σηκώσει το βάρος της πραγματικότητας και το προστατεύει από το σοκ και το υπερβολικά έντονο άγχος, που βιώνει λόγω της απώλειας. Με άλλα λόγια, η άρνηση που ακολουθεί αμέσως μετά την εμφάνιση ενός σωματικού προβλήματος, δίνει στον ασθενή το χρόνο να συλλογιστεί το τι του συμβαίνει και με τον καιρό να κινητοποιήσει άλλους, λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας, ώστε να ξεκινήσει η διαδικασία της σταδιακής αφομοίωσης της απώλειας και της δυσλειτουργίας με ένα ρυθμό που μπορεί να δεχτεί. Τις περισσότερες φορές, η άρνηση αποτελεί μια προσωρινή άμυνα και σύντομα αντικαθίσταται από μια μερική αποδοχή της δυσλειτουργίας. Το άτομο σε αυτή τη φάση, έχει ως μόνο και κύριο στόχο του να γίνει και πάλι καλά. Αμφισβητεί και αμφιβάλλει για το αν του προσφέρεται η κατάλληλη ιατρική φροντίδα και θεραπεία και κατηγορεί το νοσοκομείο και το ιατρικό προσωπικό για την ανικανότητά του. Συχνά λοιπόν ψάχνει τον «καλύτερο γιατρό στην αγορά» και για αυτό συνήθως, αλλάζει πολλούς γιατρούς και νοσοκομεία (Hardy and Cull, 1999· Kemp, 1985· Kerr, 1977· Monat and Lazarus, 1985· Rothrock, 1999· Weinberger and Schwartz, 1990).

2.3. Θυμός και οργή

Μετά την αρχική αντίδραση, όπου το άτομο δεν μπορεί να δεχτεί και ουσιαστικά αρνείται να κατανοήσει το εύρος και τη σοβαρότητα της σωματικής του δυσλειτουργίας, σταδιακά αρχίζει να αντιλαμβάνεται την όλη κατάσταση. Δεν μπορεί πια να αρνηθεί το γεγονός της δυσλειτουργίας του και σιγά-σιγά αρχίζει να συνειδητοποιεί ότι η κατάστασή του ίσως να μη βελτιωθεί σημαντικά. Κάτω από αυτή τη νέα κατανόηση, το προηγούμενο στάδιο δεν μπορεί πια να διατηρηθεί και αντικαθίσταται από αισθήματα θυμού και οργής και μερικές φορές από φθόνο και μνησικακία. Το άτομο αισθάνεται αδικημένο για αυτό που του συνέβη και το ερώτημα που κυριολεκτικά το βασανίζει είναι το «Γιατί εγώ;», «Γιατί ειδικά εγώ και όχι κάποιος άλλος;». Ο θυμός αυτός μπορεί να απευθύνεται οπουδήποτε, εύκολα μπορεί να αλλάζει στόχο και μπορούμε να πούμε, ότι κατά καιρούς προβάλλεται οπουδήποτε

σχεδόν τυχαία, όπως στο Θεό, στο ίδιο το άτομο ή στα μέλη της οικογένειάς του (Kerr, 1977· Lanyon, Almer and Maxwell, 2002· Livneh, 1986· Livneh and Antonak, 1991· Keysor, 2001· Marshak, Seligman and Prezant, 1999).

Ένας πάντως από τους συχνότερους στόχους αυτού του θυμού είναι τα μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τα οποία συνήθως κατηγορούνται ότι δεν έχουν καλή συμπεριφορά και πραγματικό ενδιαφέρον για το άτομο, ότι δεν είναι επαρκή και δεν κάνουν καλά τη δουλειά τους, ότι δεν ακολουθούν τις κατάλληλες θεραπείες ή δεν τις εφαρμόζουν σωστά και γενικά γιατί δεν θεραπεύουν τη δυσλειτουργία ή τουλάχιστον δεν βοηθούν το άτομο να βελτιώσει σημαντικά τη λειτουργικότητά του. Βέβαια στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε, ότι κάποια από αυτά τα παράπονα ίσως να μην είναι πάντα αστήρικτα. Μερικές φορές συμβαίνει ο θυμός των ατόμων με δυσλειτουργία να συνδέεται με ένα μη κατανοητικό και αδιάφορο περιβάλλον, με μη ευαίσθητους επαγγελματίες υγείας, με ανεπαρκείς υπηρεσίες, με την κόπωση λόγω της μακράς παραμονής τους στο νοσοκομείο και με άλλα αναλόγου τύπου προβλήματα και δυσκολίες. Ο θυμός αυτός μπορεί μερικές φορές να προσανατολιστεί εσωτερικά στο ίδιο το άτομο, όταν αυτό αποδίδει στον εαυτό του και στους άστοχους χειρισμούς του την αιτία ύπαρξης της σωματικής του δυσλειτουργίας (Kübler-Ross, 1979β· Keysor, 2001· Livneh and Antonak, 1990, 1991· Marshak, Seligman and Prezant, 1999· Westbrook and McIlwain, 1996).

2.4. Διαπραγμάτευση

Η φάση της διαπραγμάτευσης χαρακτηρίζεται από ένα είδος μαγικής και εγωκεντρικής σκέψης. Αν το άτομο δεν κατάφερε τίποτα με το να αρνείται να αποδεχθεί τη σωματική του δυσλειτουργία ή με το να είναι θυμωμένο με τους ανθρώπους και το Θεό, ίσως τα καταφέρει καλύτερα κάνοντας ένα είδος συμφωνίας που μπορεί να αναστρέψει ή να βελτιώσει σημαντικά την κατάσταση. Αν ο «παντοδύναμος και φιλεύσπλαχνος» Θεός δεν απάντησε στην οργισμένη του παράκληση, μπορεί ίσως να είναι πιο ευνοϊκός, αν τον ρωτήσει με ευγένεια ή του δώσει κάτι ως «αντάλλαγμα». Το άτομο που μαθαίνει ότι πρόκειται να ζήσει με μια σωματική δυσλειτουργία γνωρίζει από τη μέχρι τώρα εμπειρία του, ότι μερικές φορές κάποιος μπορεί να αμειφθεί αν επιδείξει καλή συμπεριφορά. Η διαπραγμάτευση, λοιπόν, τόσο του ίδιου

του ατόμου όσο και της οικογένειάς του, αποτελεί στην ουσία μια προσπάθεια εξευμενισμού ή εξαγοράς της σωματικής υγείας με το αντίτιμο της καλής συμπεριφοράς και ενέχει τη σιωπηλή υπόσχεση ότι το άτομο δεν θα ζητήσει τίποτα περισσότερο, αν του γίνει η συγκεκριμένη χάρη που ζητάει, υπόσχεση που συνήθως δεν τηρείται (Kübler-Ross, 1979β· Livneh, 1986· Marshak, Seligman and Prezant, 1999· Parry, 1986).

Στο στάδιο αυτό, παρά το γεγονός ότι το άτομο γνωρίζει το εύρος και την πρόγνωση της δυσλειτουργίας του, εντούτοις, προσπαθεί ακόμη να αλλάξει την κατάσταση μέσα από διαπραγματεύσεις και παζαρέματα, δίνοντας διάφορες προσωπικές υποσχέσεις (ηθικές ή υλικές) σε άτομα που νομίζει ή θέλει να πιστεύει ότι έχουν τη δύναμη και τη δυνατότητα να το βοηθήσουν να ξεπεράσει ή να βελτιώσει τη σωματική του δυσλειτουργία, όπως για παράδειγμα στους γιατρούς, τους θεραπευτές και το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι περισσότερες διαπραγματεύσεις όμως, συνήθως γίνονται με το Θεό. Κάποια άτομα λοιπόν, υπόσχονται μια ζωή αφιερωμένη στο Θεό και την εκκλησία και πολύ συχνά κάνουν «τάματα» που συνήθως χαρακτηρίζονται από κάτι δύσκολο ή επώδυνο για το άτομο και ενέχουν κάποια μορφή «θυσίας» ή κινδύνου. Προς αυτή την κατεύθυνση, ορισμένα άτομα με δυσλειτουργίες και οι οικογένειές τους στρέφονται συχνά σε αυτή τη φάση, προς τη θρησκεία, ελπίζοντας σε ένα «θαύμα». Κατ' αυτόν τον τρόπο και με τον ασυνείδητο στόχο να δείξουν τον καλό τους εαυτό, έτσι ώστε να αξίζουν το «θαύμα» ή τη χάρη που ζητούν (αποκατάσταση της υγείας), μπορεί να εμπλακούν σε σκέψεις, συζητήσεις, συμπεριφορές ή και δραστηριότητες, που δείχνουν ότι πραγματικά είναι ή έγιναν «καλοί άνθρωποι» και ότι ενδιαφέρονται και προσπαθούν ανιδιοτελώς για το καλό των άλλων (Kübler-Ross, 1979α, 1979β, 1985· Livneh, 1986· Marshak, Seligman and Prezant, 1999· Parry, 1986).

2.5. Πένθος και κατάθλιψη

Μετά από όλες τις αρχικές προσπάθειες του ατόμου να αρνηθεί το πρόβλημά του και στη συνέχεια να διαπραγματευτεί ανεπιτυχώς την εξαγορά του, μετά το θυμό και την οργή που βίωσε για την ακατανόητη αδικία που του συνέβη, έρχεται μια στιγμή που όλα αντικαθίστανται από τη βαθιά αίσθηση μιας μεγάλης απώλειας. Η εκδήλωση θυμού και οργής συχνά λειτουργεί «καθαριστικά», με την έννοια ότι εκφορτίζει το άτομο και μειώνει τις αρνη-

τικές επιπτώσεις των δυνατών συναισθημάτων. Όταν όμως, το άτομο συνειδητοποιήσει ότι ο θυμός του δεν αλλάζει την κατάστασή του και δεχτεί τη μονιμότητα της δυσλειτουργίας του και των συνεπειών της, τότε εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα κατάθλιψης και σιγά-σιγά αρχίζει η διαδικασία του «πένθους» για την κάθε μία από τις πολλαπλές απώλειες που συνοδεύουν τη σωματική δυσλειτουργία σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Η διαδικασία του πένθους είναι ιδιαίτερα οδυνηρή και στηρίζεται στο γεγονός ότι το άτομο λόγω της δυσλειτουργίας του αναγκάζεται να αναθεωρήσει ή και να εγκαταλείψει ουσιαστικές για το ίδιο θέσεις, συμπεριφορές και ίσως αρχές και αξίες και να αναπτύξει καινούργιες (Crzesiak, 1986· Etherington, 2001, 2002· Κλεφτάρας, 2005· Marshak, Seligman and Prezant, 1999· Segal, 2002).

Συνήθως, τα πρώτα σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζονται με την απομάκρυνση του ατόμου από το νοσοκομείο, οπότε και αρχίζει να ζει πιο φυσιολογικά. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν το άτομο: α) μετακινηθεί στη μονάδα αποκατάστασης, β) βρεθεί σε αναπηρική πολυθρόνα, γ) ολοκληρωθεί η όποια δυνατή θεραπεία για την αποκατάσταση του σωματικού προβλήματος, δ) αρχίσει η δύσκολη ψυχολογικά διαδικασία του να μάθει να ζει με τη δυσλειτουργία του και τέλος ε) του ειπωθεί καθαρά ότι η κατάσταση είναι μη αναστρέψιμη (Kerr, 1977). Η έναρξη, λοιπόν, του σταδίου αυτού συνδέεται με την επώδυνη συνειδητοποίηση, ότι η σωματική δυσλειτουργία θα είναι μόνιμη. Η κατάθλιψη που εμφανίζεται είναι συνήθως παροδική, με μια διάρκεια που συνήθως κυμαίνεται μεταξύ έξι μηνών και ενός έτους, με αυξομειούμενη ένταση συμπτωμάτων, αν και για να ενσωματωθεί μια απώλεια στον νέο τρόπο αντίληψης, που το άτομο αναπτύσσει για τον εαυτό του και τον κόσμο γύρω του, χρειάζονται περίπου δύο χρόνια. Σε γενικές γραμμές, πάντως, η κατάθλιψη που βιώνει το άτομο θεωρείται μια φυσιολογική αντίδραση στο τραυματικό γεγονός της σωματικής δυσλειτουργίας και κάτω από κανονικές συνθήκες θα πρέπει να της επιτρέπεται να κάνει τον κύκλο της (Krueger, 1984· Livneh and Antonak, 1990, 1991· Pedretti, 1990· Segal, 2002· Simon, 1971· Taylor et al., 1992· Versuys, 1983· Weinberger and Schwartz, 1990).

Το πένθος και η κατάθλιψη αποτελούν αναμενόμενες αντιδράσεις στην περίπτωση πολλαπλών και ταυτόχρονων απωλειών. Η παρουσία τους μπορούμε να πούμε ότι είναι απαραίτητη για την ανάπτυξη νέων μηχανισμών προσαρμογής και την αναδόμηση μιας νέας συμβιβασμένης εικόνας σώματος, η οποία αντικαθιστώ-

ντας την αλλοιωμένη εικόνα σώματος, που είχε προκύψει αμέσως μετά την εμφάνιση της σωματικής δυσλειτουργίας, αποτελεί την καλύτερη δυνατή εξέλιξη για την προσαρμογή του ατόμου. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε, ότι το άτομο σε αυτή τη φάση, δυσκολεύεται να «αναγνωρίσει» και να δεχτεί τον εαυτό του με τη νέα του μορφή και βρίσκεται στην ιδιαίτερα δύσκολη θέση να πρέπει να εγκαταλείψει ή να επαναπροσδιορίσει όλες εκείνες τις δεξιότητες και τους ρόλους, για την ανάπτυξη των οποίων σπατάλησε ένα μεγάλο μέρος της ζωής του (Ben-Tovim and Walker, 1995· Gutweniger, Kopp, Mur and Günther, 1999· Κλεφτάρας, 2004· McDaniel, 1969· Siller, 1969· Pedretti, 1990· Versluys, 1983).

Το άτομο σε αυτό το στάδιο, μπορεί να αισθάνεται ότι είναι βάρος στους άλλους και ότι όλα πια έχουν χαθεί. Οι μέχρι τώρα στόχοι φαντάζουν απρόσιτοι και χωρίς νόημα και συχνά το άτομο παρουσιάζει μια περιέργη αποστασιοποίηση που μερικές φορές ακολουθεί το θυμό και την οργή που είχε βιώσει προηγουμένως. Αναφέρει ότι αισθάνεται «άδειο και κενό», τίποτα δεν φαίνεται να έχει πια σημασία και αισθάνεται ότι η ζωή έχει χάσει το νόημά της. Αυτή η αντίδραση, που συναντάται τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην οικογένειά του, αντιμετωπίζεται από μερικούς ως μια κρίσιμη καμπή στη διαδικασία προσαρμογής, γιατί θεωρείται ότι αποτελεί ένδειξη ότι το άτομο και η οικογένειά του αρχίζουν απρόθυμα, σιγά-σιγά, να αποδέχονται την πραγματικότητα της δυσλειτουργίας (Hornby, 1994). Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως, η κατάσταση γίνεται ακόμη πιο δύσκολη και ίσως επικίνδυνη, όταν το άτομο δεν φαίνεται να έχει καμία διάθεση να ζήσει με τη δυσλειτουργία του, παραδίνεται, παύει να παλεύει, και συχνά σκέπτεται την αυτοκτονία ή έχει σκέψεις και ιδέες θανάτου (Cronin, 1996· Geis, 1977· Kerr, 1977· Krueger, 1984· Mayou, 1997· Robertson and Katona, 1997).

2.6. Αμυντική στάση

Σε αυτό το στάδιο, το άτομο έχει πια συνειδητοποιήσει την ύπαρξη και το μόνιμο χαρακτήρα της δυσλειτουργίας του και προσπαθεί να «αμυνθεί» κατά κάποιο τρόπο και να την αντιμετωπίσει, άλλοτε αλλάζοντας και προσαρμόζοντας ανάλογα τον ίδιο του τον εαυτό, άλλοτε προσαρμόζοντας κατάλληλα το περιβάλλον του και άλλες πάλι φορές χρησιμοποιώντας διάφορους μηχανισμούς άμυνας, έτσι ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στις καινούργιες ανάγκες που επιβάλλει η δυσλειτουργία του. Σύμφωνα με τον Kerr

(1977), το στάδιο αυτό μπορεί να εξελιχθεί θετικά ή αρνητικά, οπότε και έχουμε αντίστοιχα την «υγιή ή την παθολογική αμυντική στάση». Στη συνέχεια, αντί των λέξεων «υγιής» και «παθολογική», που παραπέμπουν έντονα στο ιατρικό μοντέλο και στον όχι πάντα εποικοδομητικό ρόλο, που αυτό έπαιξε, μέσα από την έννοια της ομαλοποίησης, στη διαμόρφωση των κοινωνικών αντιλήψεων σε σχέση με τη δυσλειτουργία (Borsay, 1986. Brisenden, 1986. Βλάχου, 2000. Κλεφτάρας, 2003. Nirje, 1985. Wolfensberger, 1972, 1989), θα χρησιμοποιήσουμε αντίστοιχα τις λέξεις «εποικοδομητική» και «προβληματική» στον προσδιορισμό της αμυντικής στάσης που υιοθετεί ένα άτομο.

Εποικοδομητική αμυντική στάση

Από τη στιγμή που το άτομο παύει να αρνείται τη δυσλειτουργία του και αρχίζει να την αντιμετωπίζει και να προχωρά παρά τους περιορισμούς, τα προβλήματα και τις δυσκολίες που του δημιουργεί, μπορούμε να θεωρήσουμε ότι το στάδιο αυτό εξελίσσεται θετικά και ότι το άτομο παρουσιάζει την «υγιή αμυντική στάση». Σταδιακά λοιπόν, αρχίζει να ξαναβρίσκει το ενδιαφέρον του για τη ζωή και θέλει όλο και περισσότερο να μάθει να ζει με το πρόβλημά του και να λειτουργεί όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά (Kerr, 1977). Η σωματική δυσλειτουργία εξακολουθεί βέβαια να θέτει σοβαρά εμπόδια, αλλά ο ασθενής αρχίζει να ανακαλύπτει καινούργιους τρόπους για να τα παρακάμπτει. Κάποιοι από τους παλιούς στόχους μπορούν ακόμη να επιτευχθούν, ενώ κάποιοι άλλοι έχει γίνει ξεκάθαρο πια, ότι δεν θα μπορέσουν ποτέ να γίνουν πραγματικότητα. Η πορεία προς την προσαρμογή γίνεται σταδιακά μέσα από ένα τροποποιημένο σύστημα αναγκών, ενώ η ανάγκη για ένα αρτιμελές σώμα γίνεται όλο και λιγότερο έντονη, καθώς το άτομο μπορεί να πετυχαίνει σημαντικούς στόχους παρά τη σωματική του δυσλειτουργία και τους περιορισμούς που αυτή του επιβάλλει (Kerr, 1977· Pedretti and Zoltan, 1990).

Προβληματική αμυντική στάση

Όταν το άτομο εξακολουθεί ασυνείδητα να χρησιμοποιεί τους διάφορους μηχανισμούς άμυνας, προκειμένου να αρνηθεί την ύπαρξη των εμποδίων, που υπόκειται λόγω της σωματικής του δυσλειτουργίας, θεωρούμε ότι στη συγκεκριμένη περίπτωση το στάδιο αυτό εξελίσσεται αρνητικά και είναι προβληματικό, οπότε και μιλάμε για «προβληματική αμυντική στάση». Στην προσπάθειά του

αυτή το άτομο επιχειρεί να πείσει τους άλλους, αλλά και τον ε-αυτό του, ότι έχει ξεπεράσει το πρόβλημά του και ότι έχει προσαρμοστεί. Μπορεί να υποστηρίξει, ότι δεν θέλει και δεν ενδιαφέρεται για πράγματα που παλαιότερα αποτελούσαν στόχους του και μερικές φορές μπορεί να προβάλει δικά του αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις στους άλλους, ισχυριζόμενο για παράδειγμα, ότι δεν είναι αυτό το ίδιο, αλλά οι άλλοι που δεν αποδέχονται το πρόβλημά του (Kerr, 1977· Taylor et al., 1992).

Αυτή η άρνηση του ατόμου να αναγνωρίσει τα εμπόδια, που του επιβάλλει η σωματική του δυσλειτουργία, κάνει αδύνατη την ανάπτυξη μίας νέας «συμβιβασμένης εικόνας σώματος», που όπως είδαμε, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα, με καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα, αλλά και το χρόνο που θα χρειαστεί για να καταφέρει τελικά το άτομο να προσαρμοστεί και να αποδεχθεί τη δυσλειτουργία του. Η προβληματική αμυντική στάση, όταν διαρκεί πολύ και είναι έντονη, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως παθητικότητα, παλινδρόμηση σε προηγούμενα αναπτυξιακά στάδια, εξάρτηση, έλλειψη ενδιαφέροντος και κινήτρων, εγκατάλειψη κάθε φιλοδοξίας και ορισμένες φορές ψυχωτικές αντιδράσεις (Simon, 1971).

2.7. Αποδοχή και προσαρμογή

Εφόσον σε μια πρώτη φάση, το άτομο περάσει με επιτυχία από τα προηγούμενα στάδια, ένα καινούργιο σύστημα αναγκών, νέοι ρόλοι, συνήθειες και νέες λειτουργίες αναπτύσσονται που οδηγούν στην προσαρμογή του ατόμου με βάση τις υπάρχουσες δυνατότητες και απαιτήσεις της ζωής του. Όταν το άτομο επιτύχει μια καλή προσαρμογή, αντιμετωπίζει τη δυσλειτουργία του ως ένα από τα πολλά ατομικά χαρακτηριστικά του. Το άτομο έχει πια αποδεχτεί τη δυσλειτουργία του, η οποία δε θεωρείται πια ουσιαστικό εμπόδιο, δεδομένου ότι άλλοι καινούργιοι τρόποι έχουν εν τω μεταξύ αναπτυχθεί για την ικανοποίηση των στόχων και των προσωπικών του αναγκών. Έτσι λοιπόν, ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά αυτού του σταδίου είναι το γεγονός της αποδοχής της σωματικής δυσλειτουργίας από το ίδιο το άτομο, ως ένα προσωπικό του χαρακτηριστικό, με το οποίο έχει πια μάθει να ζει και στο οποίο δε δίνει την υπερβολικά μεγάλη σημασία που έδινε στα προηγούμενα στάδια (Macdonald, 2002· Pedretti, 1990).

3. Επιφυλάξεις και περιορισμοί της θεωρίας των σταδίων προσαρμογής

Οι θεωρίες σταδίων προσαρμογής στη δυσλειτουργία έχουν γίνει κατά καιρούς αντικείμενο σοβαρών κριτικών και επιφυλάξεων (π.χ., Dunn, 1969· Goldiamond, 1976· Howell, Fullerton, Harvey and Klein, 1981· Richards, 1986· Taylor, 1967· Trieschmann, 1988, 1989). Μία σημαντική κριτική που έχουν δεχτεί, για παράδειγμα, οι θεωρίες των σταδίων προσαρμογής στη σωματική δυσλειτουργία αφορά την ίδια την ύπαρξη αυτή καθαυτή ορισμένων σταδίων. Για παράδειγμα, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων, που για πρώτη φορά παρουσιάζουν σωματικές δυσλειτουργίες, συμπεριφέρονται με τρόπο που δείχνει ότι δε συνειδητοποιούν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, όπως για παράδειγμα, ότι έχουν παραλύσει ή ότι το πρόβλημά τους είναι μόνιμο. Το ερώτημα που τίθεται είναι το αν αυτή η αντίδραση αποτελεί ένδειξη του ψυχολογικού μηχανισμού άμυνας της άρνησης ή μπορεί να εξηγηθεί με άλλον τρόπο. Μήπως πρόκειται δηλαδή για ελπίδα και όχι για άρνηση και πώς διαφοροποιούνται οι δύο αυτές έννοιες;

Υπάρχουν ενδείξεις, πάντως, ότι οι συνθήκες στις οποίες ζει το άτομο αμέσως μετά την εμφάνιση της δυσλειτουργίας, δεν ευνοούν τη συνειδητοποίηση της κατάστασής του. Για παράδειγμα, άτομα που έχουν υποστεί κακώσεις νωτιαίου μυελού, μένουν συχνά σε πλήρη ακινησία για λόγους ιατρικούς, που σε ορισμένες περιπτώσεις περιλαμβάνει και ακινητοποίηση του αυχένα, γεγονός που περιορίζει σημαντικά το οπτικό τους πεδίο για βδομάδες ή και μήνες. Επιπλέον, η φαρμακευτική αγωγή, που τους χορηγείται για την αντιμετώπιση του πόνου, του άγχους και της ανησυχίας που παρουσιάζουν, συχνά είναι υπεύθυνη για τη γενικότερη αισθητηριακή και νοητική σύγχυση μέσα στην οποία βρίσκονται για βδομάδες μετά το ατύχημα. Σε μερικές περιπτώσεις λοιπόν, το άτομο για μεγάλο διάστημα μετά την εμφάνιση της δυσλειτουργίας του μπορεί να βρίσκεται σε μια κατάσταση αισθητηριακής αποστέρησης, με την έννοια ότι λόγω των σωματικών του προβλημάτων και της ιατρικής και φαρμακευτικής τους αντιμετώπισης, δέχεται περιορισμένο αριθμό ερεθισμάτων. Η αισθητηριακή αυτή αποστέρηση σε συνδυασμό με την παρατεταμένη παραμονή του ατόμου στο μονότονο νοσοκομειακό περιβάλλον υποστηρίζεται ότι είναι ιδιαίτερα στρεσογόνα και συνδέεται με την αίσθηση έλλειψης νοήματος και κινήτρου που συχνά παρουσιάζει το άτομο, αλ-

λά και της αδυναμίας του να συγκεντρωθεί και να εμπλακεί σε στοχοκατευθυνόμενες δραστηριότητες.

Ουσιαστικά, κάτω από αυτήν την κριτική υποβόσκει ο φόβος ή η επιφύλαξη, ότι οι ψυχολόγοι και οι επαγγελματίες υγείας βλέπουν αυτό που προσδοκούν να δουν και όχι την πραγματικότητα, με αποτέλεσμα να υπερβάλουν τα ψυχολογικά προβλήματα, που παρουσιάζουν τα άτομα με δυσλειτουργίες. Παρά το γεγονός, ότι αυτή η κριτική έχει ενδεχομένως βάση, εντούτοις, θεωρούμε ότι είναι υπερβολική και στο βάθος υπάρχει, κατά τη γνώμη μας, μια σημαντική παρανόηση των σταδίων προσαρμογής στη δυσλειτουργία, κυρίως ως προς το στόχο ύπαρξής τους. Τα στάδια δεν υποκαθιστούν τους ειδικούς και την κρίση τους. Οι θεωρίες σταδίων λειτουργούν ενδεικτικά, δεν έχουν ως στόχο να εντάξουν ένα άτομο δια της βίας σε κάποιο από αυτά, αλλά να βοηθήσουν τους ψυχολόγους και τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν τα συναισθήματα, που ενδεχομένως βιώνει το άτομο μετά την εμφάνιση της δυσλειτουργίας του και έτσι να μπορέσουν καλύτερα να ανταποκριθούν στις ανάγκες του. Αυτό βέβαια προϋποθέτει, ότι λαμβάνεται υπόψη η σχετικότητα αυτών των σταδίων, αλλά και οι ατομικές διαφορές και η ιδιαίτερη ψυχολογική και σωματική κατάσταση του κάθε ατόμου. Σε αντίθετη περίπτωση το πρόβλημα δεν είναι στα στάδια, αλλά στον ψυχολόγο ή τον επαγγελματία υγείας που δεν τα κατανοεί σωστά και δεν τα χρησιμοποιεί προς όφελος των ατόμων με δυσλειτουργίες.

Προς αυτή την κατεύθυνση, μια άλλη επιφύλαξη που διατυπώνεται είναι ότι στις θεωρίες σταδίων αφήνεται πάντα να υπονοηθεί ότι υπάρχει γραμμικότητα. Αυτό βέβαια δεν ήταν πάντα στις προθέσεις των εμπνευστών τους με την έννοια, ότι, όπως ειπώθηκε και προηγουμένως, τόσο η σειρά, όσο και ο χρόνος παραμονής στο κάθε στάδιο μπορεί να διαφέρουν από άτομο σε άτομο, ενώ είναι δυνατόν ένα συγκεκριμένο άτομο να μην περάσει καθόλου από ορισμένα στάδια.. Επίσης, ένα άτομο μπορεί να βρίσκεται ταυτόχρονα σε περισσότερα από ένα στάδια ή να επιστρέψει σε ένα προηγούμενο χωρίς αυτό να θεωρείται αρνητικό ή ασυμβίβαστο με τις σχετικές θεωρίες. Είναι σημαντικό λοιπόν, στην προσπάθεια κατανόησης των ατόμων με δυσλειτουργίες, να έχουμε επίγνωση ότι δεν είναι όλα ίδια, διαφέρουν ως προς την προσωπικότητα, τα βιώματα και τις εμπειρίες, την κουλτούρα και ενδεχομένως την εθνότητα καταγωγής, την κοινωνική στήριξη που δέχονται κ.λπ. Συνεπώς, σε μερικά άτομα τα στάδια αυτά μπορεί να μην εμφανιστούν με τον αναμενόμενο τρόπο ή ένταση, είναι

δυνατόν να εκδηλώνονται με «κυκλικό τρόπο» και να επανεμφανίζονται σε κάθε νέα αναπτυξιακή καμπή ή κρίση που βιώνουν (π.χ., χειροτέρευση της κατάστασής τους). Αν και η κύρια αντίδρασή τους, για παράδειγμα, μπορεί να είναι ο θυμός, εντούτοις, είναι δυνατόν να βιώνουν ταυτόχρονα και κάποιο βαθμό άρνησης και κατάθλιψης.

Τέλος, παρά τις όποιες επιφυλάξεις και κριτικές που έχουν δεχτεί τα μοντέλα σταδίων, θεωρούμε ότι, αν κατανοηθούν σωστά και ειδωθούν με μια σχετικιστική και όχι απόλυτη ματιά, μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερα χρήσιμα για τους συμβούλους ψυχολόγους και τους επαγγελματίες υγείας στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν τα άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες να προσαρμοθούν στη νέα τους κατάσταση.

4. Στάδια προσαρμογής και ψυχολογική στήριξη

Ο ρόλος της ψυχολογικής συμβουλευτικής μπορεί να είναι ιδιαίτερα βοηθητικός στην προσπάθεια του ατόμου να προσαρμοστεί αποτελεσματικά στη σωματική του δυσλειτουργία. Ο ρόλος του όμως, θα πρέπει να ειδωθεί με έναν ευέλικτο και διευρυμένο τρόπο που απομακρύνεται κάπως από τα παραδοσιακά πρότυπα, έτσι ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί καλύτερα και αποτελεσματικότερα στις ανάγκες του ατόμου με σωματικές δυσλειτουργίες. Με άλλα λόγια, δεν θα πρέπει να αφορά αποκλειστικά και μόνο την ατομική συμβουλευτική με το ίδιο το άτομο που παρουσιάζει δυσλειτουργίες, αλλά να συμπεριλαμβάνει κατά περίπτωση και το οικογενειακό ή και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, που πολλές φορές έχει τις δικές του ανασφάλειες, αρνητικές στάσεις και στερεότυπα και συμβάλλει με τον τρόπο του στις σοβαρές προσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο με δυσλειτουργίες (Κλεφτάρας, 2003).

Προς αυτήν την κατεύθυνση, ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή του συμβούλου ψυχολόγου μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο, όπου το άτομο με σωματικές δυσλειτουργίες μπορεί αρχικά να παραμείνει επί μήνες. Η παρουσία του είναι καθοριστική στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των μελών του ιατρικού, θεραπευτικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ως προς το ποιες είναι οι ψυχολογικές ανάγκες και οι ψυχολογικές διεργασίες, που συνειδητά ή ασυνείδητα μπορεί να βιώνει ένα άτομο με σωματικές δυ-

σλειτουργίες και ειδικά το συγκεκριμένο άτομο. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφέρουμε ότι πολύ συχνά γιατροί, θεραπευτές και νοσηλευτές έχουν ελλιπή ή και καμία γνώση αυτών των διεργασιών με αποτέλεσμα να παρερμηνεύονται και να παρεξηγούνται οι αντιδράσεις των ατόμων με δυσλειτουργίες και να προσεγγίζονται με λάθος τρόπο και στάση, γεγονός με σοβαρό αρνητικό αντίκτυπο στη διαδικασία αποκατάστασης, προσαρμογής και αποδοχής της δυσλειτουργίας.

Στη συνέχεια θα δούμε κάποια σημαντικά σημεία από ψυχολογικής άποψης, έτσι ώστε η ψυχολογική συμβουλευτική να είναι ουσιαστικότερη και αποτελεσματικότερη και συνεπώς προσαρμοσμένη στο στάδιο προσαρμογής που βρίσκεται το κάθε άτομο.

4.1. Σοκ, άρνηση, διαπραγμάτευση και ψυχολογική συμβουλευτική

Το κύριο χαρακτηριστικό των σταδίων του σοκ, της άρνησης, αλλά και της διαπραγμάτευσης είναι, ότι με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο, το άτομο δεν μπορεί να συνειδητοποιήσει και συνεπώς να δεχτεί ότι η δυσλειτουργία του είναι μη αναστρέψιμη. Το περίεργο είναι ότι πολλές φορές η οικογένεια και οι φίλοι, αλλά και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνουν με τη συμπεριφορά τους αυτή την άρνηση του ασθενή. Συχνά λοιπόν τον συμβουλεύουν να μην σκέπτεται αυτό που συνέβη και μερικές φορές μάλιστα του δίνουν και ψεύτικες ελπίδες, ότι και πάλι θα γίνει όπως πριν. Η εναγώνια άρνηση της σωματικής δυσλειτουργίας, που μερικές φορές συναντάμε, αποτελεί συνήθως τυπικό παράδειγμα ατόμων που πληροφορούνται πρόωρα ή απότομα το γεγονός της κατάστασής τους από κάποιον, που δεν τα γνωρίζει καλά ή ενεργεί «γρήγορα» για να τελειώνει με αυτή τη δυσάρεστη υποχρέωση, χωρίς να λαβαίνει υπόψη το αν και πόσο δεκτικό είναι το άτομο στην παρούσα φάση της ζωής του. Είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας να συνειδητοποιήσουν, ότι μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης, το άτομο ίσως δεν είναι σε κατάλληλη συναισθηματική κατάσταση για να ακούσει όλες τις λεπτομέρειες για τη δυσλειτουργία του. Εξηγήσεις για την αιτιολογία, την πορεία και την πρόγνωση ίσως τελικά απωθηθούν και δεν κατανοηθούν, γεγονός που συχνά καθιστά αναγκαία μια μετέπειτα συνάντηση (Kübler-Ross, 1979α· Livneh and Antonak, 1990, 1991· Marshak, Seligman and Prezant, 1999· Rothrock, 1999).

Επίσης, θα πρέπει να τονίσουμε, ότι η άρνηση, όταν δεν ξεπερνάει κάποια όρια, αποτελεί έναν υγιή τρόπο αναμέτρησης και αντιμετώπισης της ιδιαίτερα στενάχωρης και οδυνηρής κατάστασης της σωματικής δυσλειτουργίας, με την οποία μερικά άτομα θα ζήσουν το υπόλοιπο της ζωής τους. Το στάδιο αυτό μπορεί να διαρκέσει από μερικές μέρες μέχρι και 2 ή 3 μήνες, αλλά η παρατεταμένη παρουσία του λειτουργεί αρνητικά στην όλη διαδικασία αποκατάστασης. Δεδομένου ότι αρνείται την ύπαρξη του προβλήματος, το άτομο δεν έχει ουσιαστικό κίνητρο για να μάθει να ζει και να λειτουργεί μαζί με τη δυσλειτουργία του. Επιπλέον, η παράταση της «άρνησης» καθυστερεί και την έναρξη της θεραπευτικής διαδικασίας του «πένθους» (Hughes, 1984).

Όσον αφορά το στάδιο της διαπραγμάτευσης, οι υποσχέσεις και η όλη προσπάθεια του ατόμου να φανεί καλύτερο και να εξευμενίσει τους ανθρώπους και κυρίως το Θεό, μπορεί να συνδέεται από ψυχολογικής πλευράς, με μια υποβόσκουσα ενοχική διάθεση. Είναι σημαντικό στα πλαίσια της συμβουλευτικής διαδικασίας, να μελετηθεί αυτή η διάσταση και να διερευνηθεί το αν το άτομο πραγματικά νοιώθει ένοχο και συνειδητά ή ασυνείδητα αποδίδει την σωματική του δυσλειτουργία στο ότι δεν πήγαινε, για παράδειγμα, όσο συχνά θα έπρεπε στην εκκλησία ή στο ότι έχει κάνει κάτι που θεωρεί κακό ή έζησε με τρόπο που το ίδιο κρίνει ανάρμοστο. Υπάρχει βέβαια και η περίπτωση της ύπαρξης βαθύτερων ασυνείδητων εχθρικών επιθυμιών, που ενδεχομένως προηγούνται και βρίσκονται πίσω από μια τέτοια ενοχή, οι οποίες και θα πρέπει να διερευνηθούν και να ληφθούν υπόψη. Η μη διερεύνηση και απαλλαγή του ατόμου από τους παράλογους φόβους του και την ασυνείδητη επιθυμία τιμωρίας, λόγω υπερβολικών ενοχών, είναι σε βάρος της προσαρμογής και αποδοχής της δυσλειτουργίας, και στην πορεία καταλήγει να ενδυναμώνει τη διαδικασία της διαπραγμάτευσης και των υποσχέσεων.

4.2. Θυμός και ψυχολογική συμβουλευτική

Ένα σοβαρό πρόβλημα που αντιμετωπίζουμε στο χειρισμό των ατόμων που βρίσκονται στη φάση του θυμού, στην αντιμετώπιση του οποίου μπορεί ουσιαστικά να συμβάλει ο σύμβουλος ψυχολόγος, είναι ότι ελάχιστοι από το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου με δυσλειτουργίες και κυρίως από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό βάζουν τον εαυτό τους στη θέση του. Αυτό βέβαια είναι οδυνηρό και ίσως γίνεται για λόγους αυτοπροστασίας. Ίσως

όμως ο καθένας από μας να θύμωνε ή και να οργιζόταν αν όλες οι δραστηριότητες της ζωής του διακόπτονταν πρόωρα και πολλά από τα μέχρι τώρα όνειρα και στόχοι του ακυρώνονταν απότομα, αναγκάζοντάς τον να συμβιβαστεί με την ιδέα και να αντιμετωπίσει το γεγονός ότι «πολλά από αυτά για τα οποία μέχρι τώρα πάσχιζε δεν είναι πια για αυτόν». Τι άλλο θα μπορούσε να κάνει από το να αφήσει την οργή και το θυμό του να πέσει πάνω σε αυτούς που πιθανότατα θα απολαύσουν αυτά που απαγορεύονται στον ίδιο;

Είναι σημαντικό για όλους όσοι βρίσκονται κοντά στο άτομο με δυσλειτουργίες να βοηθηθούν, έτσι ώστε να αναλογιστούν τους λόγους της οργής του και να μην παίρνουν προσωπικά αυτές τις εκρήξεις, γιατί σε αυτή τη φάση, αρχικά τουλάχιστον, έχουν ελάχιστη ή και καμία σχέση με τα άτομα στα οποία απευθύνονται. Όσο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ή η οικογένεια παίρνουν προσωπικά αυτή τη συμπεριφορά, τόσο αντιδρούν και οι ίδιοι με αυξανόμενο θυμό και τόσο πιο πολύ ενισχύουν την εχθρική συμπεριφορά του ατόμου με δυσλειτουργίες. Αντίθετα, μια στάση που χαρακτηρίζεται από ενσυναίσθηση, αποδοχή, κατανόηση και σεβασμό του ατόμου και της επώδυνης εμπειρίας που βιώνει, αλλά και από πραγματικό ενδιαφέρον και διάθεση να του αφιερωθεί λίγος χρόνος, θα το βοηθήσει να αισθανθεί ότι εξακολουθεί να είναι μια ανθρώπινη ύπαρξη με αξία, που αντιμετωπίζεται ως τέτοια, και γρήγορα θα χαμηλώσει ο τόνος της φωνής του και θα μειωθούν οι υπερβολικές και οργισμένες του απαιτήσεις.

4.3. Πένθος, κατάθλιψη και ψυχολογική συμβουλευτική

Όσον αφορά την αντιμετώπιση αυτής της κατάστασης μέσα στα πλαίσια του νοσοκομείου ή του κέντρου αποκατάστασης, το άτομο θα πρέπει να διαβεβαιωθεί ότι η θλίψη που βιώνει είναι φυσιολογική και να έχει όλη την ψυχολογική στήριξη και την απαραίτητη ενθάρρυνση, για να την εκφράσει και να τη συζητήσει. Συχνά οι ασθενείς σε αυτό το στάδιο, παράλληλα με την κατάθλιψη που νοιώθουν, μπορεί να εκδηλώσουν μια κάποια εχθρότητα προς το περιβάλλον τους και να αποδίδουν τη δυσλειτουργία και τις απώλειες που τη συνοδεύουν στην οικογένεια, στους φίλους, στους γιατρούς και στο προσωπικό αποκατάστασης. Άτομα που για διάφορους λόγους δεν εξωτερικεύουν αυτά τα αρνητικά συναισθήματα, καταλήγουν συνήθως να είναι «προβληματικοί ασθενείς», δεν συνεργάζονται και συνεχώς παραπονούνται (Kerr, 1977).

Όπως ειπώθηκε και προηγουμένως, το άτομο σε αυτή τη φάση, αισθάνεται ανήμπορο, εξαρτημένο και χωρίς προσωπική αξία (Creed, 1997· Mayou, 1997· Zegans, 1989). Οι δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης (Sheperd, Procter and Coley, 1996), στις οποίες κυρίως επικεντρώνεται η θεραπεία του, δεν του «λένε τίποτα» και δεν αποτελούν για αυτό σημαντικό στόχο, εφόσον μέχρι πρόσφατα τις είχε δεδομένες. Βέβαια το «πένθος» που βιώνει το άτομο δεν περιορίζεται στην απώλεια ή την αλλοίωση των σωματικών του μόνο χαρακτηριστικών, αλλά επίσης και των ψυχολογικών. Κάποια άτομα πιστεύουν ότι έχουν χάσει τη μαχητικότητα, την υπερηφάνεια και την αξιοπρέπεια τους, αλλά και την πίστη τους στον εαυτό τους και στις δυνατότητές τους γενικότερα. Σε αυτήν την περίπτωση, η καλύτερη ίσως αντιμετώπιση είναι η έκθεση του ατόμου σε καταστάσεις, όπου άτομα με σωματικές δυσλειτουργίες παρουσιάζουν τα συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά και έχουν κερδίσει το σεβασμό και την εκτίμηση των άλλων, μέσα από τη στάση και την πορεία τους ή και το θαυμασμό τους ακόμη, για τα σημαντικά επιτεύγματα που έχουν καταφέρει μέσα από προσωπική προσπάθεια και αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους (Kerr, 1977).

Στα πλαίσια της ψυχολογικής συμβουλευτικής είναι σημαντικό να προσεγγισθεί το θέμα των απωλειών, έτσι ώστε να βοηθηθεί το άτομο να αντιμετωπίσει τη ματαίωση που νοιώθει και να «πενθήσει» τις χαμένες ευκαιρίες, που ενώ μπορούσε δεν αξιοποίησε στο παρελθόν, καθώς επίσης και την απογοήτευση και τις ενοχές του, που αποτελούν σημαντικό χαρακτηριστικό της καταθλιπτικής διαταραχής, για πράγματα που αν μπορούσε δεν θα έκανε πια ή θα έκανε με διαφορετικό τρόπο (Etherington, 2001, 2002· Segal 2002· Heller, Flohr and Zegans, 1989). Προς αυτήν την κατεύθυνση, θα πρέπει να διερευνηθούν με προσοχή και ευαισθησία ορισμένα σημαντικά θέματα που απασχολούν το άτομο με σωματικές δυσλειτουργίες, που εν μέρει, τουλάχιστον, συμβάλλουν στην καταθλιπτική του διάθεση, όπως η σημασία που το ίδιο αποδίδει σε αυτό που του συνέβη, η μοναξιά και η αποξένωση που βιώνει, το νόημα και η σχετικότητα των εννοιών της εξάρτησης, της αλληλεξάρτησης και της ανεξαρτησίας, η αναζήτηση προσωπικού νοήματος ζωής στη δυσλειτουργία του, αλλά και κάποια γενικότερα ερωτήματα, όπως η αξία και το νόημα της ζωής και του θανάτου, η ύπαρξη του Θεού και ο ρόλος της θρησκείας κ.λπ. (Κλεφτάρας, 2005· Nosek and Fuhrer, 1998· Roberts, 1989· Schreurs, 2002· Segal, 2002· Strasser and Strasser, 1997· van Deurzen, 1998, 2002).

4.4. Αποδοχή, προσαρμογή και ψυχολογική συμβουλευτική

Όπως ειπώθηκε και προηγουμένως, η προσαρμογή ενός ατόμου είναι άμεσα συνυφασμένη με το αν και κατά πόσο έχει το ίδιο αποδεχτεί τη σωματική του δυσλειτουργία. Η έννοια της αποδοχής όμως, στην προκειμένη περίπτωση, δεν θα πρέπει να κατανοηθεί ως η διαδικασία μέσα από την οποία ένα άτομο καταλήγει να προτιμά τελικά τη δική του κατάσταση (δυσλειτουργία) συγκριτικά με άλλες, αλλά αναφέρεται στις συνθήκες εκείνες που διευκολύνουν την αποδοχή και αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας από το ίδιο το άτομο ως μη απαξιωτικής και μειωτικής. Στα πλαίσια λοιπόν της συμβουλευτικής διαδικασίας το άτομο θα πρέπει να ενθαρρυνθεί να εμπλακεί και να αναζητήσει ικανοποίηση σε δραστηριότητες που αρμόζουν και ταιριάζουν στα δικά του κυρίως χαρακτηριστικά, παρά σε αυτά ενός εξιδανικευμένου «φυσιολογικού» μέσου όρου και προτύπου. Η προσωπική αποδοχή της σωματικής δυσλειτουργίας είναι ένας πρωταρχικός στόχος της ψυχολογικής συμβουλευτικής και ουσιαστικά αποτελεί και το πρώτο βήμα προς την κατάκτηση της κοινωνικής αποδοχής (Wright, 1960).

Ο βαθμός αποδοχής της σωματικής δυσλειτουργίας από το ίδιο το άτομο φαίνεται μεταξύ άλλων α) από το αν μπορεί να μιλήσει γι' αυτήν και τους περιορισμούς της με σχετική άνεση, β) από το αν είναι σε θέση να συνεργαστεί με τους διάφορους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να θέσει βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους, γ) από το αν έχει προσωπικά ενδιαφέροντα, με τα οποία επιδιώκει να ασχολείται και δ) από το αν επιδιώκει, μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων του και των ιδιοτεροτήτων της δυσλειτουργίας του, να ανεξαρτητοποιηθεί και να αναπτύξει όλους τους τομείς της ζωής του, όπως επαγγελματικό, οικονομικό, συναισθηματικό κ.λπ. (Marshak, Seligman and Prezant, 1999). Ορισμένοι παράγοντες επηρεάζουν την αποδοχή της σωματικής δυσλειτουργίας από το ίδιο το άτομο και θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη στα πλαίσια της ψυχολογικής συμβουλευτικής, έτσι ώστε να επιταχυνθεί η διαδικασία προσαρμογής του (Belgrave, 1991· Heinemann and Shontz, 1982· Li and Moore, 1998· Linkowski and Dunn, 1974· Starr and Heiserman, 1977). Συγκεκριμένα αυτοί οι παράγοντες είναι η αυτοεκτίμηση, η κοινωνική στήριξη, οι αντιλαμβανόμενες κοινωνικές διακρίσεις και η εχθρότητα του περιβάλλοντος απέναντι στο άτομο και στη δυσλειτουργία γενικότερα, καθώς επίσης και το αν η δυσλειτουργία υπάρχει εκ γενετής ή είναι επίκτητη, η συνύπαρξη ή μη πόνου, αλ-

λά και η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το εισόδημα του ατόμου (για μια αναλυτική παρουσίαση αυτών των παραγόντων βλέπε Κλεφτάρας, υπό δημοσίευση).

Ο σκοπός της ψυχολογικής συμβουλευτικής και της αποκατάστασης στα αρχικά στάδια, προσανατολίζεται στη διαμόρφωση βασικών στόχων ζωής και στη συνέχεια στα απαραίτητα συναισθηματικά, οργανικά (σωματικά) και τεχνολογικά μέσα για την επίτευξή τους (Etherington, 2001, 2002. Siller, 1969). Αργότερα όμως, όπως είδαμε και προηγουμένως, υπάρχουν τρεις ακόμα σημαντικοί στόχοι που θα πρέπει ίσως να προσεγγιστούν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο: α) ο πρώτος αφορά τον τρόπο με τον οποίο θα φτάσει το άτομο σε ένα συναίσθημα «προσωπικής επάρκειας», β) ο δεύτερος αναφέρεται στη θρησκεία, με την έννοια του «να τα βρει» και να αισθανθεί το άτομο «καλά με το Θεό» και γ) ο τρίτος, που συνδέεται με τον προηγούμενο, επικεντρώνεται στην ψυχο-πνευματική ωρίμανση του ατόμου με έμφαση στην ανάπτυξη της πνευματικότητας ή της πνευματικής του διάστασης. Η επίτευξη των παραπάνω στόχων προϋποθέτει, ότι τα πιστεύω και οι πεποιθήσεις του συγκεκριμένου ατόμου που παρουσιάζει δυσλειτουργίες θα ληφθούν πολύ σοβαρά υπόψη (Kerr, 1977· Vargo, 1978· Workman, 2002).

Στα πλαίσια της ψυχολογικής συμβουλευτικής και με στόχο την προσαρμογή του, το άτομο μπορεί να δεχτεί πολύ σημαντική βοήθεια τόσο το ίδιο σε προσωπικό επίπεδο όσο και τα μέλη της ομάδας αποκατάστασης, τα οποία και θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν, να κατανοήσουν και να ανακαλύψουν τους μηχανισμούς άμυνας και προσαρμογής, που ασυνείδητα πολλές φορές χρησιμοποιεί το άτομο. Ειδικότερα, οι στρατηγικές προσαρμογής, στις οποίες στηρίζεται το άτομο, μπορούν σχετικά εύκολα να εκτιμηθούν αναζητώντας τους τρόπους με τους οποίους ο ασθενής συνήθως αντιμετώπιζε το άγχος και το στρες στη ζωή του πριν την εμφάνιση της σωματικής του δυσλειτουργίας. Η αποκάλυψή τους θα διευκολύνει και θα επιταχύνει τη διαδικασία αποκατάστασης. Τέλος, είναι σημαντικό τόσο ο σύμβουλος ψυχολόγος όσο και γενικότερα τα μέλη της ομάδας αποκατάστασης να βοηθήσουν με τη στάση και τις παρεμβάσεις τους το άτομο με δυσλειτουργίες να αισθανθεί ότι, ανεξάρτητα από την κατάσταση του σώματός του, για την οποία, ούτως ή άλλως, γίνεται ό,τι είναι ιατρικώς δυνατόν, το ίδιο, ως προσωπικότητα, συνεχίζει να υπάρχει.

4.5. Κίνητρα, κέντρο ελέγχου και ψυχολογική συμβουλευτική

Ένας παράγοντας που επηρεάζει και καθορίζει ουσιαστικά την πορεία και το αποτέλεσμα της όλης διαδικασίας προσαρμογής και θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στα πλαίσια της ψυχολογικής συμβουλευτικής των ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες είναι τα κίνητρα ή με άλλα λόγια το αν και σε ποιο βαθμό ένα άτομο έχει τελικά κίνητρο για να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση. Η ύπαρξη κινήτρου παίζει καθοριστικό ρόλο στο αν το άτομο με δυσλειτουργίες θα προσπαθήσει πραγματικά: α) να δουλέψει με τον εαυτό του ορισμένα σημαντικά θέματα που το αφορούν προσωπικά και να αναπτύξει νέες δεξιότητες (διαπροσωπικής επικοινωνίας, διεκδικητικής συμπεριφοράς κ.λπ.) στα πλαίσια της συμβουλευτικής διαδικασίας και β) να μάθει και να ενσωματώσει στον καθημερινό τρόπο ζωής του όλα όσα διδάσκεται από τα μέλη της ομάδας αποκατάστασης, όπως νέες τεχνικές, χρήση βοηθημάτων, νάρθηκων, προθέσεων, υπολογιστών και γενικά νέων τεχνολογιών. Τα κίνητρα σε γενικές γραμμές μπορεί να είναι εσωτερικά ή εγγενή, όταν έχουν κληρονομική βάση και εξωτερικά ή επίκτητα, όταν αποκτώνται μέσα από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1995).

Στο χώρο των ατόμων με δυσλειτουργίες έχει δοθεί παραδοσιακά έμφαση στην εσωτερική διάσταση των κινήτρων που αποτελεί όμως, μια περιορισμένη αντίληψη της σχετικά πολύπλοκης αυτής κατάστασης. Τα δεδομένα δείχνουν ότι άτομα μη κινητοποιημένα και χωρίς κίνητρο, άλλαζαν συμπεριφορά μετά από τη χρήση των κατάλληλων ενισχυτών και μεθόδων ή τεχνικών ενίσχυσης. Συνεπώς το περιβάλλον αποτελεί σημαντικό στοιχείο στην αξιολόγηση του κινήτρου για προσαρμογή ενός ατόμου με σωματικές δυσλειτουργίες. Με αυτή την έννοια η έλλειψη κινήτρου συχνά ισοδυναμεί με έλλειψη των κατάλληλων ενισχυτών και ενισχύσεων, που είναι σε θέση να κινητοποιήσουν ένα συγκεκριμένο άτομο (Elhessen, 2001· Fordyce, 1971· Trieschmann, 1988, 1989). Αν και η εύρεση των κατάλληλων ενισχύσεων είναι πολύ σημαντική, εντούτοις, δεν είναι αρκετή αν το άτομο δεν μπορεί να δει τη σχέση ή έχει μάθει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της συμπεριφοράς του και αυτού που του συμβαίνει. Αυτό το σκεπτικό σε συνδυασμό με το αν ένα άτομο θεωρεί τα αίτια μιας κατάστασης σφαιρικά ή συγκεκριμένα και τα αποδίδει σε εσωτερικούς (προσωπικούς) ή εξωτερικούς (περιβαλλοντικούς), σταθερούς ή α-

σταθείς παράγοντες μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, που οφείλεται στη κατάσταση της «μαθημένης ανικανότητας», της λανθασμένης «απόδοσης αιτιών» και της «έλλειψης ελπίδας ή απελπισίας» (Abramson, Metalsky and Alloy, 1989· Abramson, Seligman and Teasdale, 1978· Seligman, 1975).

Η περίπτωση των ατόμων με σωματική δυσλειτουργία, σύμφωνα με τη σοβαρότητά της, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού του τύπου κατάθλιψης, που μόλις περιγράψαμε, δεδομένου ότι, αν ο βαθμός της δυσλειτουργίας είναι μεγάλος (π.χ. παράλυση), το άτομο χάνει τον έλεγχο που είχε στο περιβάλλον και μπορεί να αισθανθεί ότι τίποτα και κανένας δεν είναι σε θέση να το βοηθήσει. Συνεπώς, η έννοια του ελέγχου και ειδικότερα του «κέντρου ελέγχου» είναι σημαντική και θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στα πλαίσια της ψυχολογικής συμβουλευτικής αυτών των ατόμων. Η έννοια του «κέντρου ελέγχου» ή αλλιώς του εσωτερικού-εξωτερικού ελέγχου των ενισχύσεων, αναφέρεται στο βαθμό με τον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι οι ενισχύσεις που δέχεται εξαρτώνται από τη δική του συμπεριφορά. Ο «εξωτερικός έλεγχος» περιγράφει τα άτομα που πιστεύουν ότι οι ενισχύσεις δεν έχουν σχέση με τους ίδιους, αλλά μάλλον με την τύχη και το πεπρωμένο ή με τον έλεγχο που ασκείται από άτομα που κατέχουν εξουσία (έχουν δύναμη). Αντίθετα, ο «εσωτερικός έλεγχος» αναφέρεται στα άτομα που πιστεύουν ότι οι ενισχύσεις εξαρτώνται από τις προσωπικές τους ικανότητες, δεξιότητες και συμπεριφορές (Rotter, 1966· Rotter, Chance and Phares, 1972).

Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα με εσωτερικό κέντρο ελέγχου, συγκρινόμενα με αυτά που έχουν εξωτερικό κέντρο ελέγχου, παρουσιάζουν σε γενικές γραμμές γρηγορότερη και καλύτερη προσαρμογή στη δυσλειτουργία τους. Συγκεκριμένα είναι λιγότερο καταθλιπτικά, έχουν καλύτερη έννοια εαυτού, η παραμονή τους στο νοσοκομείο είναι μικρότερη, αφιερώνουν περισσότερο χρόνο σε επαγγελματικές, εκπαιδευτικές ή άλλου τύπου δραστηριότητες εντός και εκτός σπιτιού και ενδιαφέρονται περισσότερο να μάθουν στοιχεία για τη δυσλειτουργία τους ως μέσο απόκτησης καλύτερου ελέγχου στη ζωή τους (Beugnot, 2002· Chan, Lee and Lieh-Mak, 2000· Dinardo, 1971· Martz, Livneh and Turpin, 2000· Partridge and Johnston, 1989· Seeman and Evans, 1962· Swenson, 1976).

Με βάση τα παραπάνω είναι φανερό ότι στα πλαίσια της συμβουλευτικής διαδικασίας θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερο βάρος στα κίνητρα και κατ' επέκταση και στο κέντρο ελέγχου με το οποίο

συνδέονται, δεδομένου ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στην προσαρμογή του ατόμου με σωματικές δυσλειτουργίες. Είναι σημαντικό όμως σε αυτό το σημείο να τονίσουμε ότι η έλλειψη κινήτρου δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως ένα προσωπικό μόνο πρόβλημα (ιατρικό μοντέλο), αλλά επίσης και ως ένα περιβαλλοντικό πρόβλημα. Συνεπώς, ο σύμβουλος ψυχολόγος πέρα από την ατομική δουλειά, που ούτως ή άλλως κάνει με το άτομο σε επίπεδο κινήτρων, θα πρέπει επίσης «να βγει από το γραφείο» και σε συνεργασία τόσο με το ίδιο το άτομο όσο και με την ομάδα αποκατάστασης (γιατροί, θεραπευτές, νοσηλευτές), την οικογένεια και την ευρύτερη κοινότητα να βελτιώσουν το έλλειμμα κινήτρων που παρουσιάζει το περιβάλλον. Γεγονός, που με άλλα λόγια σημαίνει τροποποίηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου με δυσλειτουργίες και του περιβάλλοντός του.

5. Συμπεράσματα

Η ψυχολογική συμβουλευτική έχει, αναμφισβήτητα, ένα πολύ σημαντικό ρόλο να παίξει στην αντιμετώπιση και στην προσαρμογή ενός ατόμου στη σωματική του δυσλειτουργία. Παρά τις όποιες κριτικές έχουν κατά καιρούς δεχτεί οι θεωρίες σταδίων, είναι πεποίθησή μας, ότι, όταν αυτά κατανοηθούν σωστά και ειδωθούν με ένα διευρυμένο και σχετικιστικό τρόπο, τότε μπορούν να αποτελέσουν πολλή σημαντική βοήθεια στην κατανόηση των σκέψεων, των συναισθημάτων, των αναγκών και των ψυχολογικών διεργασιών, που βιώνει ένα άτομο με δυσλειτουργίες στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου σταδίου. Αυτή η κατανόηση, που συχνά δεν είναι αυτονόητη, επιτρέπει στους ψυχολόγους και στους επαγγελματίες υγείας να ανταποκριθούν αποτελεσματικότερα στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου με δυσλειτουργίες, σύμφωνα με το στάδιο προσαρμογής στο οποίο βρίσκεται, και να το βοηθήσουν σταδιακά να προσαρμοσθεί στην νέα του κατάσταση. Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η παρουσία του συμβουλευτικού ψυχολόγου στο νοσοκομειακό πλαίσιο ή στο κέντρο αποκατάστασης, δεδομένου ότι πολύ συχνά οι ειδικοί της ομάδας αποκατάστασης (γιατροί, θεραπευτές, νοσηλευτές) έχουν ελλιπή ή και καμία γνώση της ύπαρξης των σταδίων προσαρμογής, της σχετικότητας με την οποία θα πρέπει να τα αντιμετωπίζουν, αλλά και των ψυχολογικών διεργασιών που συνοδεύουν τη σωματική δυσλειτουργία.

Αυτό οδηγεί σε παρερμηνείες και σε αδυναμία κατανόησης των αντιδράσεων του ατόμου, το οποίο προσεγγίζεται με λάθος τρόπο και στάση, γεγονός που όχι μόνο δεν ευνοεί, αλλά αντίθετα παρεμποδίζει τη διαδικασία προσαρμογής και αποδοχής της δυσλειτουργίας.

Επίσης και ο ίδιος ο ρόλος της ψυχολογικής συμβουλευτικής θα πρέπει να ειδωθεί με έναν πιο ευέλικτο και διευρυμένο τρόπο, έτσι ώστε, ενώ διατηρεί, παράλληλα να κρατάει και κάποιες αποστάσεις από τα παραδοσιακά πρότυπα συμβουλευτικής. Συγκεκριμένα, εκτός από την ατομική συμβουλευτική με το ίδιο το άτομο που παρουσιάζει δυσλειτουργίες, θα πρέπει, επίσης, να απευθύνεται κατά περίπτωση και στα άτομα του οικογενειακού, του γειτονικού, αλλά και του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντός, έτσι ώστε να αντιμετωπισθούν και οι δικές τους ανασφάλειες, αρνητικές στάσεις και στερεότυπα, που συχνά είναι υπεύθυνα για τις σοβαρές προσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το άτομο με δυσλειτουργίες. Τέλος, μέσα σε μια ευνοούμενη πολιτεία, όπως θα θέλαμε να είναι η δική μας, που χαρακτηρίζεται από ισονομία, ισοπολιτεία, ανθρωπισμό και αποδοχή της διαφορετικότητας, έμφαση θα πρέπει να δοθεί, στα πλαίσια της συμβουλευτικής διαδικασίας, στην ευθύνη που έχουμε όλοι τόσο ατομικά όσο και συλλογικά, για τη διασφάλιση της σωματικής και ψυχικής ευεξίας του ατόμου με δυσλειτουργίες, αλλά και της προσβασιμότητας του φυσικού περιβάλλοντος στο οποίο ζει και αναπτύσσεται.

Βιβλιογραφία

- Abramson L.Y., Metalsky G.I. and Alloy L.B., «Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression», *Psychological Review* 96, 1989, σελ. 358-372.
- Abramson L.Y., Seligman M.E.P. and Teasdale J., «Learned helplessness in humans: critique and reformulation», *Journal of Abnormal Psychology* 87, 1978, σελ. 49-74.
- Atkinson D.R. and Hackett G., *Counseling diverse populations*, 2d edition, McGraw-Hill, Boston, 1998.
- Belgrave F.Z., «Psychosocial predictors of adjustment to disability in African Americans», *Journal of Rehabilitation* 57, 1991, σελ. 37-40.
- Ben-Tovim D.I. and Walker M.K., «Body image, disfigurement and disability», *Journal of Psychosomatic Research* 39, 1995, σελ. 283-291.

- Beugnot S., «Pain beliefs, coping, and social support as predictors of physical and psychological adjustment in chronic pain patients», *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 63 (4-B), 2002, σελ. 2049.
- Borsay A., «Personal trouble or public issue? Towards a model of policy for people with physical and mental disabilities», *Disability, Handicap and Society* 1 (2), 1986, σελ. 179-195.
- Brisenden S., «Independent living and the medical model of disability», *Disability, Handicap and Society* 1 (2), 1986, σελ. 173-178.
- Βλάχου Α., «Ομαλοποίηση, κοινωνικές δομές και εκπαίδευση», *Εκπαιδευτική Κοινότητα* 54, 2000, σελ. 34-39.
- Callias M., «Δουλεύοντας με γονείς παιδιών με ειδικές ανάγκες», στο: Μ. Καΐλα, Ν. Πολεμικός και Γ. Φιλίππου (επιμ. έκδ.), *Άτομα με ειδικές ανάγκες*, τόμ. Α', εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995, σελ. 140-149.
- Chan R.C.K., Lee P.W.H. and Lieh-Mak F., «The pattern of coping in persons with spinal cord injuries», *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal* 22 (11), 2000, σελ. 501-507.
- Creed F., «Assessing depression in the context of physical illness», στο: M.M. Robertson and C.L.E. Katona (eds.), *Perspectives in psychiatry*, vol. 6, Depression and physical illness, Wiley, Chichester, UK, 1997, σελ. 3-19.
- Cronin A.F., «Psychosocial and emotional domains of behavior», στο: J. Case-Smith, A.S. Allen and P.N. Pratt (eds), *Occupational therapy for children*, 3rd edition, Mosby, Baltimore, 1996.
- Crzesiak R.C., «Psychotherapy in rehabilitation medicine: Population, process, and problems», *Psychotherapy Patient* 2 (4), 1986, σελ. 133-145.
- Dinardo Q., *Psychological adjustment to spinal cord injury*, Doctoral dissertation, University of Houston, Houston, Texas, 1971.
- Dunn D., *Adjustment to spinal cord injury in the rehabilitation hospital setting*, Doctoral dissertation, University of Maryland, Maryland, 1969.
- Elhessen S.S., «Self-efficacy and career choice among students with physical disabilities in postsecondary education», *Dissertation Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences* 62 (6-A), 2001, σελ. 2044.
- Etherington K. (ed.), *Counsellors in health settings*, Jessica Kingsley, London, 2001.
- Etherington K. (ed.), *Rehabilitation counselling in physical and mental health*, Jessica Kingsley, London, 2002.
- Fordyce W., «Behavioral methods of rehabilitation», στο: W. Neff (ed.), *Rehabilitation psychology*, American Psychological Association, Washington, DC, 1971.
- Geis H.J., «The problem of personal worth in the physically disabled patient», στο: R.P. Marinelli and A.E. Dell Orto (eds), *The psychologi-*

- cal and social impact of physical disability*, Springer, New York, 1977.
- Goldiamond I., «Coping and adaptive behaviors of the disabled», στο: G. Albrecht (ed.), *The sociology of physical disability and rehabilitation*, University of Pittsburgh Press, Pittsburgh, 1976.
- Gunther M., «Emotional aspects», στο: R. Reuge (ed.), *Spinal cord injuries*, C.C. Thomas, Springfield, IL, 1969.
- Gutweniger S., Kopp M., Mur E. and Günther V., «Body image of women with Rheumatoid Arthritis», *Clinical and Experimental Rheumatology* 17, 1999, σελ. 413-417.
- Hardy R.E. and Cull J.G., «A psychodynamic approach to acceptance and adjustment to disability», στο: G.L. Gandy and E.D.Jr. Martin (eds), *Counseling in the rehabilitation process: Community services for mental and physical disabilities*, 2nd edition, C.C. Thomas, Springfield, IL, 1999, σελ. 177-203.
- Harsh M., «Woman who are visually impaired or blind as psychotherapy clients: A personal and professional perspective», *Woman and Therapy* 14 (3-4), 1993, σελ. 55-64.
- Heinemann A.W. and Shontz F.C., «Acceptance of disability, self-esteem, sex role identity, and reading aptitude in deaf adolescents», *Rehabilitation Counseling Bulletin* 25, 1982, σελ. 197-203.
- Heller B.W., Flohr L.M. and Zegans L.S. (eds), *Psychosocial interventions with physically disabled persons*, Jessica Kingsley, London, 1989.
- Hohmann G., «Psychological aspects of treatment and rehabilitation of spinal injured person», *Clinical Orthopedics* 112, 1975, σελ. 81-88.
- Hornby G., *Counseling in child disability: Skills for working with parents*, Chapman and Hall, London, 1994.
- Howell T., Fullerton D., Harvey R. and Klein M., «Depression in spinal cord injured patients», *Paraplegia* 19, 1981, σελ. 284-288.
- Hughes F., «Reaction to loss: coping with disability and death», στο: R.P. Marinelli and A.E. Dell Orto (eds), *The psychological and social impact of physical disability*, Springer, New York, 1984.
- Humphry R. and Case-Smith J., «Working with Families», στο: J. Case-Smith, A.S. Allen and P.N. Pratt (eds), *Occupational Therapy for children*, Mosby, Baltimore, 1996.
- Kemp B., «Rehabilitation and the older adult», στο: J.E. Birren and K.W. Schaie (eds), *Handbook of the psychology of aging*, 2nd edition, Van Nostrand Reinhold, New York, 1985.
- Kerr W. and Thompson M., «Acceptance of disability of sudden onset in paraplegia», *Paraplegia* 10, 1974, σελ. 94-102.
- Kerr N., «Understanding the process of adjustment to disability», στο: J. Stubbins (ed.), *Social and psychological aspects of disability*, University Park Press, Baltimore, 1977.
- Keysor J.J., «Self-management, physical disability and emotions in rheumatoid arthritis», *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 61 (11-B), 2001, σελ. 6120.

- Krueger D.W., «Emotional rehabilitation: an overview», στο: D.W. Krueger (ed.), *Emotional rehabilitation of physical trauma and disability*, SP Medical and Scientific Books, New York, 1984.
- Kübler-Ross E., *Γι' αυτόν που πεθαίνει: Ερωτήσεις - απαντήσεις*, μτφρ. Φ.Π. Βράχα, εκδ. Ταμασός, Λευκωσία, 1979α.
- Kübler-Ross E., *Αυτός που πεθαίνει*, μτφρ. Κ. Μιχαηλίδης, εκδ. Ταμασός, Λευκωσία, 1979β.
- Kübler-Ross E., *La mort dernière étape de la croissance*, trans. P. Maheu, Editions du Rocher, Monaco, 1985.
- Κλεφτάρας Γ., «Η σημασία των πολιτισμικών παραγόντων στη συμβουλευτική ατόμων με σωματικές ή νοητικές δυσλειτουργίες», *Ψυχολογία: Το Περιοδικό της Ελληνικής Ψυχολογικής Εταιρείας* 10 (2, 3), 2003, σελ. 366-377.
- Κλεφτάρας Γ., «Η εικόνα σώματος και η σημασία της στην ψυχολογική συμβουλευτική ατόμων με σωματικές δυσλειτουργίες», *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού* 68-69, 2004, σελ. 43-64.
- Κλεφτάρας Γ., «Η έννοια της απώλειας και οι αντιδράσεις στη σωματική δυσλειτουργία: Η σημασία τους στην ψυχολογική συμβουλευτική», *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού* 72-73, 2005, σελ. 77-95.
- Κλεφτάρας Γ., «Αυτό-αποδοχή της σωματικής δυσλειτουργίας και ψυχολογική συμβουλευτική», *Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών* 44 (υπό δημοσίευση).
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., *Ψυχολογία κινήτρων*, εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1995.
- Lanyon R.I., Almer E.R. and Maxwell B.M., «Validation and norms of sentence completion: Task scales to assess misrepresentation during disability assessment», *American Journal of Forensic Psychology* 20 (4), 2002, σελ. 39-52.
- Lee W.M.L., *An introduction to multicultural counseling*, Accelerated Development, Philadelphia PA, 1999.
- Li L. and Moore D., «Acceptance of disability and its correlates», *The Journal of Social Psychology* 138, 1998, σελ. 13-25.
- Linkowski D.C. and Dunn M.A., «Self-concept and acceptance of disability», *Rehabilitation Counseling Bulletin* 17, 1974, σελ. 28-32.
- Livneh H. and Antonak R.F., «Reactions to disability: An empirical investigation of their nature and structure», *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 21 (4), 1990, σελ. 13-21.
- Livneh H. and Antonak R.F., «Temporal structure of adaptation to disability», *Rehabilitation Counseling Bulletin* 34 (4), 1991, σελ. 298-319.
- Livneh H., «A unified approach to existing models of adaptation to disability: I. A model adaptation», *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 17 (1), 1986, σελ. 5-16, 56.
- Macdonald K.C., «Making a habit of making habit happen», *Occupational Therapy Journal of Research* 22 (suppl. 1), 2002, σελ. 99S-100S.

- Marshak L.E., Seligman M. and Prezant F., *Disability and the family life cycle: Recognizing and treating developmental challenges*, Basic Books, New York, 1999.
- Martz E., Livneh H. and Turpin J., «Locus of control orientation and acceptance of disability», *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 31 (3), 2000, σελ. 14-21.
- Mayou R.A., «Depression and types of physical disorder and treatment», στο: M.M. Robertson and C.L.E. Katona (eds), *Perspectives in psychiatry*, vol. 6, Depression and physical illness, Wiley, Chichester, UK, 1997, σελ. 21-38.
- McDaniel J.S., *Physical disability and human behavior*, Pergamon Press, New York, 1969
- Monat A. and Lazarus R.S., *Stress and coping*, 2nd edition, Columbia University, New York, 1985.
- Murphy D.M. and Murphy J.T., «Enabling disabled students», *NEA Higher Education Journal* 13, 1997, σελ. 41-52.
- Nirje B., «The basis and logic of the normalization principle», *The Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities* 11, 1985, σελ. 65-68.
- Nosek M.A. and Fuhrer M.J., «Independence among people with disabilities: A heuristic model», στο: D.R. Atkinson and G. Hackett (eds), *Counseling diverse populations*, McGraw-Hill, New York, 1998, σελ. 141-154.
- Parry J., «AIDS as a handicapping condition: II», *Mental and Physical Disability Law Reporter* 10 (1), 1986, σελ. 2-9.
- Partridge C. and Johnston M., «Perceived control of recovery from physical disability: Measurement and prediction», *British Journal of Clinical Psychology* 28, 1989, σελ. 53-59.
- Pedretti L.W., «Psychological aspects of physical dysfunction», στο: L.W. Pedretti and B. Zoltan (eds), *Occupational Therapy-practice skills for physical dysfunction*, 3rd edition, Mosby, Baltimore, 1990.
- Pedretti L.W. and Zoltan B., *Occupational Therapy-practice skills for physical dysfunction*, 3rd edition, Mosby, Baltimore, 1990.
- Rape R.N., Bush J.P. and Slavin L.A., «Toward a conceptualization of the family's adaptation to a member's head injury: a critique of developmental stage models», *Rehabilitation Psychology* 37, 1992, σελ. 3-22.
- Richards J.S., «Psychological adjustment to spinal cord injury during first year after discharge from the rehabilitation hospital», *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 67, 1986, σελ. 362-365.
- Roberts E.V., «A history of the independent living movement: A founder's perspective», στο: B.W. Heller, L.M. Flohr and L.S. Zegans (eds), *Psychosocial interventions with physically disabled persons*, Jessica Kingsley, 1989, London, σελ. 231-244.
- Robertson M.M. and Katona C.L.E. (eds), *Perspectives in psychiatry*, vol. 6, Depression and physical illness, Wiley, Chichester, 1997.

- Rodriguez R.R., «Psychological crises of the ill and handicapped», *Emotional First Aid: A Journal of Crisis Intervention* 2 (1), 1985, σελ. 44-50.
- Rosenberg M., *Conceiving the self*, Basic Books, New York, 1979.
- Rothrock J.A., «A personal experience of acceptance and adjustment to disability», στο: G.L. Gandy and E.D.Jr. Martin (eds), *Counseling in the rehabilitation process: Community services for mental and physical disabilities*, 2nd edition, C.C. Thomas, Springfield IL, 1999, σελ. 204-217.
- Rotter J.B., «Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement», *Psychological Monographs* 80 (Whole no 609), 1966.
- Rotter J.B., Chance J. and Phares E.J., *Applications of a social theory of personality*, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1972.
- Rybash J.M., Roodin P.A. and Hoyer W.J., *Adult development and aging*, 3rd edition, Brown and Benchmark, Toronto, 1995.
- Schreurs A., *Psychotherapy and spirituality: Integrating the spiritual dimension into therapeutic practice*, Jessica Kingsley, London, 2002.
- Seeman M. and Evans J., «Alienation and learning in a hospital setting», *American Sociological Review* 27, 1962, σελ. 774-782.
- Segal J., «Counselling people with multiple sclerosis», στο: K. Etherington (ed.), *Rehabilitation counseling in physical and mental health*, Jessica Kingsley, London, 2002, σελ. 47-62.
- Seligman M.E.P., *Helplessness. On depression, development and death*, W.H. Freeman, San Francisco, 1975.
- Shepherd J., Procter S.A. and Coley I.L., «Self-Care and Adaptations for Independent Living», στο: J. Case-Smith, A.S. Allen and P.N. Pratt (eds), *Occupational therapy for children*, 3rd edition, Mosby, Baltimore, 1996.
- Siller J., «Psychological situation of the disabled with spinal cord injuries», *Rehabilitation Literature* 30 (10), 1969, σελ. 290-296.
- Simon J.I., «Emotional aspects of physical disability», *American Journal of Occupational Therapy* 25 (8), 1971, σελ. 408-410.
- Starr P. and Heiserman K., «Acceptance of disability by teenagers with oral-facial clefts», *Rehabilitation Counseling Bulletin* 20, 1977, σελ. 198-201.
- Strasser F. and Strasser A., *Existential time-limited therapy: The wheel of existence*, Wiley, Chichester UK, 1997.
- Sue D.W. and Sue D., *Counseling the culturally different: Theory and practice*, 3rd edition, Wiley, New York, 1999.
- Swenson E., *The relationship between locus of control expectancy and successful rehabilitation of the spinal cord injured*, Doctoral dissertation, Arizona State University, Temple, AZ, 1976.
- Tainter B., Compisi C. and Richards C., «Embracing cultural diversity in the rehabilitation system», στο: S. Walker (ed.), *Disability and diversity: New leadership for a new era*, President's Committee on

- Employment of People With Disabilities and the Howard University Research and Training Center, Washington DC, 1995, σελ. 28-32.
- Taylor G., *Predicted versus actual response to spinal cord injury: A psychological study*, Doctoral dissertation, University of Minnesota, Minneapolis MN, 1967.
- Taylor S.E., Kemeny M.E., Aspinwall L.G., Schneider S.G., Rodriguez R. and Henbert M., «Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)», *Journal of Personality and Social Psychology* 63, 1992, σελ. 460-473.
- Trieschmann R.B., *Spinal cord injuries: Psychological, social, and vocational rehabilitation*, Demos Publications, New York, 1988.
- Trieschmann R.B., «Psychosocial adjustment to spinal cord injury», στο: B.W. Heller, L.M. Flohr and L.S. Zegans (eds), *Psychosocial interventions with physically disabled persons*, Jessica Kingsley, London, 1989, σελ. 117-136.
- van Deurzen E., *Paradox and passion in psychotherapy: An existential approach to therapy and counseling*, Wiley, Chichester UK, 1998.
- van Deurzen E., *Existential counselling and psychotherapy in practice*, Sage, London, 2002.
- Vargo J.W., «Some psychological effects of physical disability», *American Journal of Occupational therapy* 32, 1978, σελ. 31.
- Versluys H.P., «Psychological Adjustment to Physical Disability», στο: C.A. Trombly (ed.), *Occupational therapy for physical dysfunction*, Williams and Wilkins, Baltimore, 1983.
- Weinberger D.A. and Schwartz G.E., «Distress and restraint on superordinate dimensions of adjustment: A typological perspective», *Journal of Personality* 58 (2), 1990, σελ. 381-417.
- Westbrook M. and McIlwain D., «Living with the late effects of disability: A five year follow-up survey of coping among post-polio survivors», *Australian Occupational Therapy Journal* 43 (2), 1996, σελ. 60-71.
- Wolfensberger W., *The principle of normalization in human services*, National Institute on Mental Retardation, Toronto, 1972.
- Wolfensberger W., «Human services policies: The rhetoric versus the reality», στο: L. Barton (ed.), *Disability and Dependency*, The Falmer Press, Lewes, 1989.
- Workman D.J., «The process of psychospiritual maturation in adult-acquired severe physical disability: A grounded theory», *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 62 (10-B), 2002, σελ. 4505.
- Wright B.A., *Physical disability: A psychological approach*, Harper and Row, New York, 1960.
- Zegans L.S., «The body and personal integration in health and illness», στο: B.W. Heller, L.M. Flohr and L.S. Zegans (eds), *Psychosocial interventions with physically disabled persons*, Jessica Kingsley, London, 1989, σελ. 5-28.