

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: Γυναίκες με καρκίνο μαστού Ψυχοκοινωνική προσέγγιση



Όνοματεπώνυμο: Λυκούδη Σαπφώ

Εξάμηνο: Ζ' επανεγ.

A.M: 1646

Υπεύθυνη καθηγήτρια:Κα. Αναστασία – Βαλεντίνη Δ. Ρήγα

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2005-2006

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή - Ευχαριστίες.....	3
-----------------------------	---

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΙΣΤΟΡΙΑ ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ

Η ψυχοσωματική παράδοση στον καρκίνο: Από την αρχαιότητα έως τον 20 ^ο αιώνα.....	9
A. Η ολιστική αντίληψη στη θεραπεία των νοσημάτων και του καρκίνου κατά την αρχαιότητα.....	9
B. Από την Αναγέννηση έως τον 19 ^ο αιώνα.....	18
Γ. Ο εικοστός αιώνας	24
2. Ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην παθογένεια και την εξέλιξη του καρκίνου.....	31
3. Ψυχιατρικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου και της θεραπείας του.....	41
4. Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με καρκίνο.....	45
5. Χαλάρωση και οραματισμός της ανάρρωσης.....	48
6. Δημιουργία του μέλλοντος βάζοντας στόχους	60

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

1. Η αλήθεια και η ασθενής με καρκίνο μαστού.....	64
2. Το σοκ της διάγνωσης	72
3. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα σε άτομα τρίτης ηλικίας με καρκίνο μαστού.....	80
4. Αντιμετωπίζοντας την γυναίκα με καρκίνο μαστού που πεθαίνει.....	87

5. Το σύστημα οικογενειακής υποστήριξης.....	129
6. Επικοινωνία προσωπικού υγείας με τον άρρωστο.....	146

ΜΕΡΟΣ ΤΡΙΤΟ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Το πρόβλημα του πόνου στο καρκίνο.....	164
2. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο.....	171
3. Βελτίωση της ποιότητας ζωής της γυναίκας με καρκίνο μαστού.....	174
4. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στην αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού.....	176
5. Πρόληψη.....	182
Επίλογος.....	188
Βιβλιογραφία.....	189

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η προσφορά υπηρεσιών στον άνθρωπο που έχει καρκίνο είναι σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα αλλά και σπουδαιότερα καθήκοντα που δημιουργεί ευθύνες και υποχρεώσεις, στα άτομα που ασκούν το νοσηλευτικό επάγγελμα. Ο καρκίνος, από στατιστικά στοιχεία του 1979, αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στην Ελλάδα και τη δεύτερη όταν τα νοσήματα καρδιάς και αγγείων θεωρηθούν σαν μια αιτία. Δυο από τις τρεις οικογένειες και ένα στα τέσσερα άτομα του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών προσβάλλονται από καρκίνο.

Χιλιάδες άτομα, επομένως, πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρκίνο και σε μεγαλύτερο ακόμη αριθμό ατόμων ο καρκίνος υποχρεώνει αλλαγή στον τρόπο της ζωής τους.

Αν και τα στατιστικά στοιχεία σχετικά με τον καρκίνο είναι πολύ απαισιόδοξα, η προσεκτική όμως ματιά στο πολύ κουραστικό έργο των ερευνητών του καρκίνου, τα τελευταία χρόνια, μας δίνει πολλές ελπίδες. Στη δεκαετία του 1970 οι ερευνητές του καρκίνου έκαναν αληθινά μεγάλα βήματα προς την κατεύθυνση για τη διάλυση του μυστηρίου που κάλυπτε την αιτιολογία του και τα προβλήματα της θεραπείας του (Donovan 1976)

Το άτομο στο οποίο διαγνώστηκε ότι πάσχει από καρκίνο βρίσκεται κάτω από μεγάλο συναισθηματικό επηρεασμό, Η μάχη, λοιπόν, κατά του καρκίνου δεν είναι μόνο βιολογική αλλά και ψυχολογική, οι δε επιπτώσεις του επεκτείνονται πολύ περισσότερο από τη φυσική βλάβη που προκαλεί στο σώμα. Κι αυτό επειδή ο καρκίνος είναι συνώνυμος με έντονο φυσικό πόνο, ταλαιπωρία, πρόωρο θάνατο, αναπηρία, εγκατάλειψη ή παθητική κι αδιάφορη αντιμετώπιση της οικογένειας. Ακόμη και οι συγγενείς του συνήθως έχουν αισθήματα φόβου, ανησυχίας και αγωνίας. Παράλληλα ο άρρωστος πολλές φορές δοκιμάζει μελαγχολία, θυμό, αίσθημα μοναξιάς, ντροπής και απογοήτευσης.

Η οικογένεια, οι φίλοι του και δυστυχώς συχνό μορφωμένοι άνθρωποι, μεγαλώνουν την ιδέα ότι η διάγνωση του καρκίνου είναι ισοδύναμη με το θάνατο. Τις απόψεις αυτές, κι αν δεν γίνουν γνωστές, τις διαισθάνονται οι άρρωστοι και διέρχονται σταδία αβεβαιότητας.

Αλλά, γιατί τόσο φόβος για τον καρκίνο; Η διάγνωση ενός μεγάλου εμφράγματος μυοκαρδίου δεν είναι περισσότερο ελπιδοφόρα από τον καρκίνο, κι όμως ενώ αισιοδοξούμε για το έμφραγμα, απελπιζόμαστε για τον καρκίνο,

Είναι επιτακτική η ανάγκη να αναθεωρήσουμε τις απόψεις μας για την αρρώστια' η αναθεώρηση αυτή θα επηρεάσει τα συναισθήματά μας απέναντί της και τότε θα μπορέσουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο να ξεπεράσει τους φόβους του και να αντιμετωπίσει με πίστη και αισιοδοξία το μέλλον. Ακόμη, θα επιτύχουμε να βοηθήσουμε τον άρρωστο με καρκίνο, όταν κατορθώσουμε να μην εμβαθύνουμε στον πόνο του, αλλά να τον κατανοήσουμε και να τον συμπαθήσουμε, χωρίς παράλληλα να έχουμε απομακρυνθεί από τον άρρωστο και τον κόσμο του.

Συμβαίνει όμως να αρνούμαστε να ακούσουμε τον άρρωστο να περιγράφει τους φόβους του ή ακόμη συμβαίνει να του διηγούμαστε μια αστεία ιστορία, τη στιγμή που εκείνος βρίσκεται σε αγωνία. Είναι γνωστό ότι *άθελά μας απορρίπτουμε ο,τι δεν μπορούμε να χειρισθούμε με επιτυχία*. Αλλ' αυτός είναι λανθασμένος τρόπος αντιμετώπισης. Απλές, σαφείς ανακοινώσεις, διευκρινίσεις παρανοήσεων, σταθερό ενδιαφέρον ελαττώνουν τους φόβους και τις ανησυχίες.

Ακόμη όταν προσεκτικά αποφεύγουμε να πούμε τη λέξη «καρκίνος» στον άρρωστο που γνωρίζει την αρρώστια του, αυτό φανερώνει ότι φοβόμαστε αυτή την αρρώστια. Είναι πολύ σωστό αυτό που ειπώθηκε σε γιατρό *«αν εσένα σε φοβίζει ή σε σοκάρει η αρρώστιά μου, φοβίζεται και σοκάρει κι εμένα (άρρωστος)*. Αλλ' *εάν εσύ είσαι ήρεμος και έχεις τον έλεγχο της παρούσας κατάστασης, είμαι κι εγώ»*.

Η **άρνηση** της αποδοχής της διάγνωσης της αρρώστιας, όχι σπάνια αποτελεί την πρώτη αντίδραση του καρκινοπαθή σ' αυτή. Η άρνηση της αρρώστιας μπορεί να

χαρακτηριστεί σαν καλή αντίδραση του αρρώστου με καρκίνο κακής πρόγνωσης. Προσοχή χρειάζεται στη συμπεριφορά αυτή του αρρώστου, επειδή μπορεί να αρνηθεί τη θεραπεία και την παρακολούθησή του από γιατρό.

Μετά την άρνηση συνήθως εμφανίζεται ο **θυμός**, ο οποίος στρέφεται προς τα μέλη της οικογένειας του, τα μέλη της ομάδας υγείας κ.ά. Εκδηλώνεται κατά την Ross (1969), με αντίδραση, απαιτητική συμπεριφορά. Η τρίτη φάση που διέρχεται ο άρρωστος είναι της **συνδιαλλαγής** κατά την οποία συνήθως είναι ήρεμος και προσπαθεί με κάποιο αντάλλαγμα, κυρίως, με τον Θεό, να επιτύχει τη θεραπεία της αρρώστιας του ή την αναβολή του μοιραίου. Όταν όμως ο άρρωστος αρχίζει να αντιλαμβάνεται τις συνέπειες της αρρώστιας

και πως τίποτα πια δεν μπορεί να διαφοροποιηθεί τότε μελαγχολεί και η φάση αυτή ονομάζεται φάση της **κατάθλιψης**. Στην κατάθλιψη ο μοναδικός ή ο πιο κατάλληλος τρόπος βοήθειας του αρρώστου είναι να καθίσουμε κοντά του και να τον αφήσουμε να εκφράσει μόνος του τα αισθήματα λύπης που δοκιμάζει. Να τον ακούσουμε, να του δείξουμε κατανόηση και να μη .

προσπαθήσουμε να τον βγάλουμε από τον κόσμο της πραγματικότητας. Τέλος, ο άρρωστος, μπαίνει στη φάση της **αποδοχής**. Ο άρρωστος, στη φάση αυτή, έχει πλήρη επίγνωση ότι πρόκειται σύντομα να πεθάνει, περιορίζει πολύ τα ενδιαφέροντά του, περιορίζει τις επισκέψεις, σε πρόσωπα ιδιαίτερα αγαπητά και δικά του και αρκείται στη σιωπηλή παρουσία τους.

Η απώλεια λειτουργίας μερικών οργάνων, όπως της γεύσεως, αφής, ομιλίας κ.λ.π. και η δυσμορφία από την αρρώστια, αποτελούν ερεθίσματα ψυχικής έντασης. Ο ψυχολόγος καλείται να βοηθήσει τον άρρωστο να τα αντιμετωπίσει, όπως ήδη έχει αναφερθεί.

Ακόμη ο φόβος του αρρώστου ότι η οικογένεια και οι φίλοι του δεν τον αποδέχονται, πολλές φορές είναι πραγματικότητα. Εδώ καλείται ο ψυχολόγος να ενισχύσει και ψυχολογικά να στηρίξει τον άρρωστο, ώστε να μπορέσει να αποκτήσει τα αισθήματα εμπιστοσύνης, ελπίδας και αισιοδοξίας.

Το παρόν σύγγραμμα, αποτελεί την διπλωματική μου εργασία. Σκοπός του είναι η Ψυχοκοινωνική προσέγγιση των γυναικών με καρκίνο μαστού. Μέσα από αυτή την εργασία παρουσιάζεται η Ψυχοκοινωνική ταυτότητα των γυναικών με μαστεκτομή, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, καθώς επίσης και η προσπάθειά τους για κοινωνική επανένταξη. Ακόμα προσφέρει στον αναγνώστη ενημέρωση και γνώσεις. Η δημιουργία του, βασίζεται σε βιβλιογραφικές αναφορές και στατιστικά στοιχεία ερευνών, που συλλέχτηκαν από αρμόδιες υπηρεσίες και ιδρύματα. Το πρόβλημα των γυναικών με καρκίνο μαστού είναι αρκετά διαδεδομένο και έχουν γίνει πολλές έρευνες με αφορμή το θέμα αυτό.

Στην πρώτη ενότητα του πρώτου μέρους, θα αναφερθώ στην ψυχοσωματική παράδοση του καρκίνου. Επιχειρώ σε αυτό το μέρος της πτυχιακής μου μια ανάδρομη στο παρελθόν ξεκινώντας από την εποχή του Ασκληπιού. Παραθέτω το πρώτο γραπτό κείμενο στο οποίο για πρώτη φορά βρίσκεται γραμμένη η λέξη καρκίνος και φτάνω μέχρι και τον 20^ο αιώνα αναφέροντας τις σύγχρονες γνώμες για τον καρκίνο. Παρουσιάζω την ολιστική αντίληψη στη θεραπεία των νοσημάτων και του καρκίνου κατά την αρχαιότητα από εκεί μεταφέρομαι στην Αναγέννηση στις αλλαγές που έγιναν στις επιστήμες τον 19^ο αιώνα και φτάνω μέχρι το σήμερα παρουσιάζοντας τις πιο σύγχρονες παραδοχές για τον καρκίνο στον 20^ο αιώνα.

Στην συνέχεια παρουσιάζω τον ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην παθογένεια και την εξέλιξη του καρκίνου. Εδώ βλέπουμε τους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο του μαστού σε γυναίκες ανάλογα με τον τρόπο ζωής τους, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, την προσωπικότητα κ.α.

Οι ψυχιατρικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου και της θεραπείας του παρουσιάζονται αμέσως μετά μαζί με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε γυναίκες ασθενείς με καρκίνο μαστού. Δίνονται μάλιστα αναλυτικά δυο βασικές ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι βήμα-βήμα στον αναγνώστη. α) Η χαλάρωση και ο οραματισμός της ανάρρωσης και β) η δημιουργία του μέλλοντος βάζοντας στόχους. Με τους δυο παραπάνω τρόπους εκπαιδύουμε την ασθενή με καρκίνο

μαστού έτσι ώστε να μάθει να χαλαρώνει τον εαυτό της και να βάλει στόχους για το μέλλον όπου με την βοήθεια σωστά εκπαιδευμένων ψυχολόγων να μπορέσει να τους πετύχει κατακτώντας έτσι μια σημαντική νίκη απέναντι στην αρρώστια. Με αυτό τον τρόπο βάζει γερές βάσεις για το μέλλον και μαθαίνει να αντιμετωπίζει τα όποια προβλήματα παρουσιάζονται είτε αυτά έχουν προέλθει από την αρρώστια η όχι.

Στην δεύτερη ενότητα της πτυχιακής εργασίας παρουσιάζω και αναπτύσσω ειδικά θέματα. Όπως το πόσο σημαντικό είναι να γνωρίζει ο άρρωστος την αλήθεια για την ασθένειά του, καθώς και για τα ψυχολογικά στάδια που περνάει η γυναίκα όταν της ανακοινώνεται ότι πάσχει από καρκίνο του μαστού. Το σοκ της διάγνωσης. Δηλαδή πως η ασθενής βιώνει τον καρκίνο και ποιος ο ρόλος του ψυχολόγου σε αυτήν την φάση. Ακόμα δίνεται έμφαση στο ρόλο που παίζει η οικογένεια, πόσο υποστηρικτικός και βοηθητικός μπορεί να είναι ο ρόλος των ατόμων της οικογένειας ακόμα και σε πολύ δύσκολες στιγμές. Τέτοιες στιγμές είναι όταν η γυναίκα με καρκίνο μαστού βρίσκεται μπροστά σε έναν επικείμενο θάνατο. Στο δικό της θάνατο. Εδώ βλέπουμε τις προσπάθειες της οικογένειας αλλά και των ψυχολόγων ώστε το άτομο να δεχτεί όσο το δυνατόν καλύτερα μια τέτοια κατάσταση.

Στην τρίτη και τελευταία ενότητα της εργασίας γίνεται λόγος για την ποιότητα ζωής της ασθενούς με καρκίνο και την αποκατάστασή της. Αυτό είναι ένα πολύ μεγάλο και σοβαρό θέμα για τους καρκινοπαθείς. Οι άνθρωποι αυτοί βιώνουν με δυσκολία την καθημερινότητα από την στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας και μετά. Σε αυτή την ενότητα γίνεται λόγος για το πρόβλημα του πόνου που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο. Είναι γνωστό ότι οι θεραπείες που ακολουθούν οι καρκινοπαθείς είναι μακροχρόνιες και ως επί το πλείστον επώδυνες (ακρωτηριασμοί, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία κ.α). Σε αυτήν την περίπτωση λοιπόν μεγάλο ρόλο παίζει η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών καθώς και οι προσπάθειες που πρέπει να γίνονται για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Με την βοήθεια των ψυχολόγων οι γυναίκες με καρκίνο

μαστού μαθαίνουν τρόπους είτε οι ίδιες, είτε οι οικογένειές τους, όπου βελτιώνουν κατά πολύ την ποιότητα ζωής τους και τους βοηθούν να αντιμετωπίζουν τις επώδυνες καταστάσεις. Τέτοιοι τρόποι είναι η ύπνωση, η δραματοθεραπεία, η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης κ.α που βοηθούν την ασθενή να ανακτήσει τις δυνάμεις της, να πολεμήσει την νόσο και να έχει μια όσο το δυνατόν γίνεται καλύτερη ποιότητα ζωής. Τέλος δίνετε μεγάλη έμφαση στην πρόληψη. Η πρόληψη είναι η λέξη κλειδί στον καρκίνο του μαστού. Παραθέτονται μια σειρά από εικόνες οι οποίες δείχνουν αναλυτικά τον τρόπο αυτοεξέτασης των μαστών. Παρουσιάζονται 16 στάδια που δείχνουν απλά και κατανοητά τον τρόπο που κάθε γυναίκα μπορεί να εξετάζει το μαστό της μόνη της. Αυτό που θα ήθελα να τονίσω είναι ότι ο καρκίνος του μαστού είναι κάτι που αφορά όλες τις γυναίκες. Ο τρόπος που μπορεί να προληφθεί είναι εύκολος και γρήγορος. Γι αυτό καλό θα είναι να μην παραμελούμε τον εαυτό μας να αφιερώνουμε 10 λεπτά το μήνα για την ψηλάφηση του μαστού μας και αυτό θα είναι κέρδος για την υγεία μας!!.

Κλείνοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά, την Κοινωνική Ψυχολόγο και επόπτρια της διπλωματικής μου εργασίας, κα. Αναστασία-Βαλεντίνη Ρήγα, για τις βιβλιογραφικές της υποδείξεις, την βοήθεια, τον χρόνο και τη συνεργασία που μου προσέφερε, στη σύνταξη και τη διόρθωση της εργασίας. Την μητέρα μου Μαργαρίτα Λυκουδη, που στάθηκε η αφορμή να ασχοληθώ με το συγκεκριμένο θέμα και μου επέτρεψε να χρησιμοποιήσω κάποια λόγια της.

1. Η ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ: ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ ΤΟΝ 20ό ΑΙΩΝΑ*

Α. Η ολιστική αντίληψη στη θεραπεία των νοσημάτων και του καρκίνου κατά την αρχαιότητα

- *Πως ξεκινά κατά την προϊπποκρατική ελληνική αρχαιότητα η θεουργική και εμπειρική ιατρική των Ασκληπιείων.*

Όπως σε όλους τους αρχαίους λαούς, έτσι και στην αρχαίους λαούς, έτσι και στην αρχαιότατη ελληνική αντίληψη, η ιδέα της προστασίας από νοσήματα ή η θεραπεία από αυτά συνδέθηκε στενά με τη θρησκευτική πίστη. Στο αρχαίο ελληνικό δωδεκάθεο, τρεις θεοί αναδείχθηκαν ως οι κύριοι προστάτες της υγείας: ο Απόλλων ως Παίων, η Παλλάς Αθηνά ως Υγία και η Άρτεμις.

Ο Ασκληπιός εμφανίζεται αργότερα ως θεός προστάτης της ιατρικής. Στα Ομηρικά έπη, ο Ασκληπιός αναφέρεται ακόμα ως θνητός που μετέχει στον Τρωικό πόλεμο. Τον συνοδεύουν οι γιοί του Μαχάων και Ποδαλείριος ως γιατροί, συμμετέχοντας στο πανελληνικό εκστρατευτικό σώμα κατά της Τροίας. Φαίνεται ότι μετά από εκείνα τα χρόνια αναγνωρίζεται ο Ασκληπιός ως θεότητα. Η ελληνική Μυθολογία παραδέχεται τον Ασκληπιό ως γιο του θεού Απόλλωνα και τον εντάσσει στην τάξη των ημιθέων (Αραβαντινός, 1907). Στην τάξη αυτή είχαν εντάξει και άλλα πρόσωπα της Ελληνικής Μυθολογίας, τα οποία είχαν τον έναν από τους γονείς θνητό και τον άλλο αθάνατο.

Μετά τη θεοποίηση του Ασκληπιού, αρκετοί ναοί ιδρύονται στο όνομά του. Βεβαίως, υπήρχαν ναοί αφιερωμένοι και σε άλλους θεούς, όπου γίνονταν ιεροτελεστίες υπέρ της υγείας ή της θεραπείας νοσούντων.

(*) Στην αρχική μορφή του, αυτό το κείμενο εκδόθηκε στην αγγλική γλώσσα, σε μετάφραση της Μαρίας Σαμαρτζή, και κυκλοφόρησε σε αυτοτελή έκδοση στα πλαίσια του 6ου Διεθνούς Συνεδρίου Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας (Beaune, Οκτ. 1992).

Στα Ασκληπιεία, όμως, η θεουργική ιατρική αναμίχθηκε με τη φυσική ιατρική. Με την πάροδο των χρόνων, αθροίστηκε σ' αυτά σημαντική εμπειρία. Μικρές χειρουργικές επεμβάσεις γίνονταν σε συνδυασμό με επωδές (εξορκισμούς) και με υποβολή. Στις θεραπευτικές μεθόδους που ήταν σε χρήση στα Ασκληπιεία περιλαμβάνονταν ακόμα τα καθαρτήρια και τα "ιαματικά" λουτρά, η γυμναστική, η ερμηνεία των ονείρων, οι μάλαξεις, σκευάσματα από βότανα, ακόμα και η αρωματοθεραπεία! Συχνά, άτομα που είχαν θεραπευθεί, εκτός από διάφορες άλλες δωρεές, αφιέρωναν στο ναό και τάματα, με απεικόνιση των πασχόντων μελών του σώματος. Έχουν διασωθεί τέτοια ανάγλυφα αφιερώματα με χέρια, πόδια, μάτια, αυτιά, μαστούς και άλλα μέλη του σώματος (Ρηγατος. 1999).

Άλλοτε, οι ασθενείς αφιέρωναν στο ναό μαρμάρινες στήλες, όπου είχε γραφεί με σμίλη μια σύντομη περιγραφή της νόσου και της θεραπείας της. Όταν αυτό δεν γινόταν από τους ασθενείς, το έκαναν οι θεραπευτές-ιερείς του Ασκληπιείου. Από τέτοιες στήλες με επιγραφές που έχουν διασωθεί, πληροφορούμαστε για διάφορα "ιάματα", δηλαδή θεραπείες άλλοτε πραγματικές κι άλλοτε φανταστικές. Ανάμεσα στις πραγματικές αναφέρεται η θεραπεία αγκύλωσης των δακτύλων, οφθαλμικών παθήσεων, εκζέματος, λιθίασης της ουρήθρας, ασκίτη, παρασίτωσης του εντέρου, διαφόρων προβλημάτων γονιμότητας, μαιευτικών προβλημάτων κ.λ.π. (Prellwitz.1889).

Εκτός από τις δύο κύριες στήλες του Ασκληπιείου της Επίδαυρου, από τις οποίες η μία περιέχει 20 και η άλλη 23 "ιάματα", έχουν διασωθεί και ανάλογες επιγραφές-ατομικά αφιερώματα θεραπευμένων. Μία από αυτές αναφέρεται ως "χοιράδες" και ως "καρκίνος". Η θεραπεία, σύμφωνα με την επιγραφή, έγινε με εγχείρηση στη σταφυλή ("σταφυλοτομία") από τον ίδιο το Θεό που εμφανίστηκε στο όνειρο του ασθενούς. Για την ερμηνεία του αρκεί να θυμηθούμε όσα γράφει ο Αριστοφάνης στον "Πλούτο" (Αριστοφάνης. 1882). Ύστερα από την κατάλληλη θρησκευτική υποβολή, κατά τη διάρκεια της νύκτας, κάποιος από τους ιερείς εμφανιζόταν ως θεός με την ακολουθία του. Δεν θα μάθουμε, βέβαια, ποτέ αν επρόκειτο για παροχέτευση αμυγδαλικού αποστήματος ή για φυματιώδη αδενίτιδα ή για καρκίνο ή για άλλη πάθηση. Η επιγραφή

όμως αυτή μάς δείχνει πόσο αρχαίες είναι οι ρίζες της ολιστικής αντιμετώπισης του καρκίνου. Η περίπτωση του Ασκληπιείου συνδυάζει "εγκοίμηση" σε ιερό τόπο, ίσως και με τη βοήθεια βοτάνων, υποβολή και μια μικρή χειρουργική επέμβαση. Παραθέτω την επιγραφή (Baunack.1886):

*Ἄγαθὴ [τύχη]
 Τιβ ΚΑ-Σευῆρος
 Σινωπιεὺς Ἀπολ-
 λωνι Μαλεάτα καὶ
 Σωτήρι Ασκληπιῶ
 κατ' ὄναρ, ὃν ὁ θεός
 εἰάσατο ἐ[ν τ]ῷ ἐν-
 κοιμη[ρίῳ χοι-
 ράδας ἔχ[οντα] ἐπ[ὶ]
 τοῦ τρα[χήλου κ]αὶ
 καρκίνο[ν] ὁ δὲ. Θ.ε.οσ
 ἐπιστά[ς δὴ . αὐ]τῷ
 οἶος ἐστ[αφυλοτόμη
 ἐπὶ ἱερέ[ως] (.)
 Ἄρ Π Οὐ-
 ετουσ[τίου]
 ἔτου[ς δὲ] υ*

Με αγαθή τύχη, γράφει η επιγραφή, ο Τιβ. Σεβήρος από τη Σινώπη είδε στον ύπνο του τον Μαλεάτη Απόλλωνα και τον Σωτήρα Ασκληπιό. Και ο θεός τον εθεράπευσε στο εγκοιμητήριο από τις "χοιράδες" και τον "καρκίνο" που είχε στον τράχηλο, με τομή που έκανε στη σταφυλή του.

Με αυτή την προϊστορία ξεκινά η ψυχοσωματική αντίληψη στην αντιμετώπιση του

καρκίνου. Μίγμα μαγείας και εμπειρισμού κατ' αρχήν, ώσπου με το χρόνο και με τη βοήθεια της φιλοσοφίας να εξελιχθεί στη συνέχεια μέσα στα πλαίσια της ιατρικής επιστήμης.

- *Ο ρόλος της φιλοσοφίας και των φιλοσόφων στην εξέλιξη της ιατρικής και ιδιαίτερα στην αντίληψη της ψυχοσωματικής ολότητας.*

Εκτός από την ιατρική των Ασκληπιείων υπήρχε και η ιατρική των φιλοσόφων. Μυστικός φιλόσοφος και γιατρός(9^{ος} π.Χ αιώνας) ήταν ο Ζάλμοξις που, κατά τον Πλάτωνα, είναι ο θεμελιωτής της ψυχοσωματικής αντίληψης στην ιατρική. Η θεραπεία του πάσχοντος οργάνου προϋποθέτει, κατά τον Ζάλμοξις, θεραπεία ολόκληρου του σώματος και η θεραπεία του σώματος απαιτεί την ταυτόχρονη θεραπεία της ψυχής. Από οπαδό του Ζαλμόξιδος διδάχθηκε ο Σωκράτης τις ψυχοσωματικές αρχές που δίδαξε στους μαθητές του (Rigatos, Skarlos. 1997).

Και άλλοι φιλόσοφοι, όμως, συνεκτιμούν την επίδραση των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων σε σχέση με τη νόσο. Ο Θαλής ο Μιλήσιος (640-558 π.Χ.) εκτός από τη φυσική κατάσταση θεωρεί ως προϋποθέσεις ευημερίας την ψυχική διάθεση και την εκπαίδευση. Ο Σόλων, Αθηναίος φιλόσοφος σύγχρονος του Θαλή, θεωρεί ότι η καλή σχέση του ασθενούς με τον θεραπευτή είναι αποτελεσματικότερη από τα φάρμακα(Christodoulou. 1997). Ένα απλό άγγιγμα από τα χέρια του θεραπευτή, υποστηρίζει ο Σόλων, μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο καλύτερα από τα κατευναστικά και να ξανακάνει υγιή έναν που πάσχει από βαριά και οδυνηρή αρρώστια. *

(*) Αξίζει να αναφέρουμε εδώ τη δύναμη που αποδόθηκε στο άγγιγμα από τα χέρια του ελέω Θεού βασιλέως κατά τα μεσαιωνικά χρόνια. Σε ποικίλα χρονικά και σε διάφορες άλλες πηγές αναφέρονται θεραπείες των πιο απίθανων νοσημάτων. Αλλά και κατά τις σύγχρονες αντιλήψεις και τα ψυχολογικά δεδομένα, το άγγιγμα και το χέρι ασκούν σημαντικό ρόλο(Montagu A.,2001). Ο ρόλος αυτός είναι θετικός και έχει μελετηθεί σε φυσιολογικές καταστάσεις, όπως η ανάπτυξη του βρέφους, καθώς και σε διάφορες παθήσεις. Σε ασθενείς με καρκίνο, διάφορες εργασίες από νοσηλευτικές ομάδες επιβεβαιώνουν μείωση του άγχους με το άγγιγμα(Holland J., Plumb M., Yates J. Et al. 2001).

Ο Πυθαγόρας (6ος αιώνας π.Χ.) συνιστά φάρμακα για τους σωματικούς συντελεστές της νόσου, καθαρήριες τελετές και επωδές για τους ψυχικούς συντελεστές και ακόμα ασκήσεις, δίαιτα και ευμενή μεταβολή του περιβάλλοντος. Για τη μεταβολή αυτή, πολλά μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν. Η μουσική, όμως, κατά τον Πυθαγόρα, ασκεί πολύ σημαντική θεραπευτική επίδραση.

Ας μου επιτραπεί εδώ ακόμη μία παρένθεση. Δεν ήταν μόνον ο Πυθαγόρας, αλλά και ο Πλάτων και οι μαθητές τους που πίστευαν στη θεραπευτική δύναμη της μουσικής. Αιώνες αργότερα, ο J.F. Seneaux από το Montpellier θα συστήσει τη μουσικοθεραπεία για την αντιμετώπιση των πόνων στους καρκινοπαθείς(Schramm. 1997). Σήμερα ακόμα αρκετοί ερευνούν ή εφαρμόζουν τη μέθοδο αυτή για την ανακούφιση των ασθενών. Ειδικότερα, η μουσική έχει χρησιμοποιηθεί για τη χαλάρωση, την ανακούφιση των πόνων, την πρόληψη ή τη θεραπεία των εμετών από κυτταροστατικά. Ιδιαίτερα ασχολούνται οι J. Frank, J. Cook, A. Duignon κ.ά.(Frank. 1996). Η Eldri Steen από το Radium Hospital του Όσλο, υποστηρίζει τη χαλάρωση που επιφέρει η ακρόαση ορισμένων μουσικών συνθέσεων σε καρκινοπαθείς με πόνο(Steen. 1990). Η ίδια είχε χρησιμοποιήσει τη μουσικοθεραπεία πριν από την εφαρμογή των σετρονών, για την ανακούφιση των εμετών από χημειοθεραπεία, καθώς και για τη μείωση του άγχους, για την ανακούφιση από την αίσθηση της ξηροστομίας, για τον καλύτερο αυτοέλεγχο του ασθενούς και για τη βελτίωση της υποκειμενικής εμπειρίας του χρόνου των θεραπευτικών χειρισμών(Steen, Sollid, Jensen. 1998).

Αλλά, ας κλείσουμε εδώ την παρένθεση και ας επανέλθουμε στους Έλληνες φιλοσόφους της αρχαιότητας.

Τον 5ο αιώνα, η επίδραση του Ιπποκράτη και των αντιλήψεών του στο σύνολο των συγχρόνων και των μεταγενεστέρων του φιλοσόφων, θα δώσει σημαντική ώθηση στην ψυχοσωματική αντίληψη και θα συντελέσει στην εδραίωσή τους για πολλούς αιώνες.

Ο φιλόσοφος Πλάτων (427-348 π.χ.) εκφράζει τις ψυσωματικές απόψεις του κυρίως στο διάλογό του με τίτλο *Χαρμίδης* (Πλάτων. 1975). Θεωρεί πως η ψυχή επηρεάζει τις λειτουργίες του σώματος και ότι θεραπεία του σώματος χωρίς ταυτόχρονη θεραπεία της ψυχής είναι εμπειρισμός και όχι επιστημονική θεραπεία. Παραθέτουμε το παράδειγμα που αναφέρει ο Πλάτων:

"...Ὡσπερ οφθαλμοῦ ἀνευ Κεφαλῆς οὐ δεῖ ἐπιχειρεῖν ἰᾶσθαι οὐδέ Κεφαλὴν ἀνευ σώματος, οὕτως οὐδέ σώμα ἀνευ ψυχῆς..."

(Πλάτων, *Χαρμίδης*, 156 E)

Δηλαδή: Όπως δεν πρέπει να επιχειρούμε τη θεραπεία των ματιών χωρίς τη θεραπεία της κεφαλής και της κεφαλής χωρίς τη θεραπεία του σώματος, έτσι (δεν πρέπει να επιχειρούμε) και θεραπεία του σώματος, χωρίς τη θεραπεία της ψυχής.

Ανάλογες αντιλήψεις υποστηρίζει και ο μαθητής του Πλάτωνος Αριστοτέλης (384-323 π.χ.). "Μου φαίνεται", γράφει, "πως η ψυχή και το σώμα αλληλοεπηρεάζονται μεταξύ τους. Και η συνήθεια της ψυχής, αν αλλοιωθεί, αλλάζει και τη μορφή του σώματος. και πάλι, αν αλλοιωθεί η μορφή του σώματος, αλλάζει και τη συνήθεια της ψυχής." (Rigatos, Skarlos. 1997).

Σ' αυτά τα πλαίσια και αξεχώριστα από τα άλλα νοσήματα εξετάζοταν και ο καρκίνος, νόσημα σπάνιο μεν τότε, αλλά υπαρκτό και αρχαιότατο. Τις ιδιαίτερες αντιλήψεις για την ψυχοσωματική φύση του καρκίνου στους αρχαίους συγγραφείς θα τις εξετάσουμε αμέσως πιο κάτω, ασχολούμενοι με το έργο των αρχαίων Ελλήνων γιατρών.

- ***Ποιον ρόλο άσκησε στην εξέλιξη των αντιλήψεων και στη θεραπευτική πρακτική ο Ιπποκράτης ο Γαληνός και οι επίγονοι.***

Ο Ιπποκράτης ο Κώος (460;-377; π.Χ.), θεμελιωτής της επιστημονικής αντίληψης στην ιατρική, διδάχθηκε την τέχνη στο Ασκληπιείο της Κω από τον παππού του, Ιπποκράτη επίσης, καθώς και από τον πατέρα του τον Ηρακλείδη. Συμπλήρωσε τις σπουδές

του με φιλοσοφία στην Αθήνα, κυρίως με τον σοφιστή Γοργία και άλλους. Με τη βαθιά του γνώση φιλοσοφίας συνειδητοποίησε πόσο σημαντικό ρόλο μπορούσε αυτή να παίξει στη συγκρότηση του γιατρού(Πουρναρόπουλος. 1967-1970) Θεωρούσε πως ο φιλόσοφος γιατρός ήταν ισοδύναμος με τη θεότητα ("Ιητρός φιλόσοφος ισόθεος").

Μία από τις βασικές θεωρίες του Ιπποκράτη είναι εκείνη της χυμοπαθολογίας. Πίστευε, δηλαδή, πως η υγεία είναι κατάσταση που οφείλεται στην ισορροπία των τεσσάρων χυμών του σώματος. Οι χυμοί αυτοί ήταν το αίμα, το φλέγμα, η κίτρινη χολή και η μαύρη ("μέλαινα") χολή. Κάθε διαταραχή στην αναλογία και την ισορροπία των χυμών αυτών συνεπαγόταν νόσο. Βεβαίως, αναγνώριζε ότι παράγοντες του κλίματος, της διατροφής και άλλοι μπορούν, επίσης, να προκαλούν νόσο(Ρηγατος. 1999). Σε όλους αυτούς τους παράγοντες ο Ιπποκράτης έχει αφιερώσει ιδιαίτερα βιβλία του.

Σύμφωνα με τις αντιλήψεις της χυμοπαθολογίας, η περίσσεια μελαγχολικού χυμού προκαλεί καρκίνο. Γι' αυτό οι μελαγχολικές γυναίκες παθαίνουν καρκίνο συχνότερα από τις αιματώδεις. Ο μελαγχολικός χυμός εθεωρείτο πολύ οξύς και ερεθιστικός. Γι' αυτό, όταν επιδρούσε μακροχρονίως, προκαλούσε βλάβες στο σώμα και τελικά καρκίνο, που ανάλογα με την εντόπιση ήταν κρυπτός (στα εσωτερικά όργανα) ή επιφανειακός και ανάλογα με την εμφάνισή του εξελκωμένος ή ανέλκωτος. Εξ αιτίας τού ότι απαιτείται μακροχρόνια επίδραση, ο καρκίνος θεωρείται από τον Ιπποκράτη ως νόσημα της γεροντικής ηλικίας. Τους καρκίνους που εμφανίζονται σε νεαρή ηλικία, πριν την ήβη, τους θεωρεί ως συμφύτους, δηλαδή εκ γενετής ή κληρονομικούς και τους ξεχωρίζει από τους άλλους(Hippocrate. 1839-1861).

Αξίζει να αναφέρουμε εδώ πως στα έργα του Ιπποκράτη χρησιμοποιείται για πρώτη φορά η λέξη καρκίνος με την ιατρική της έννοια: "... Γυναικι εν Αβδήροισι καρκίνωμα εγένετο περί το στήθος ... ", γράφει. Δηλαδή: Σε μια γυναίκα από τα Άβδηρα βγήκε καρκίνος στο στήθος. Παλαιότερες περιγραφές, όπως στον Ηρόδοτο για τον γιατρό Δημοκλήδη, αναφέρουν την κατάσταση περιγραφικά, λ.χ. "... επί του μαστού έφυ φύμα..."

Τις αντιλήψεις του Ιπποκράτη διατήρησαν και οι επίγονοι. Ανάμεσά τους και ο Πε-

δάνιος Διοσκουρίδης (1ος αιώνας μ.Χ.), ο Αρεταίος ο Καππαδόκης και ο Ρούφος ο Εφέσιος (2ος αιώνας μ.Χ.)(Κούζης. 1902). Ιδιαίτερα, όμως, διαδίδονται και διευρύνονται με το έργο του δεύτερου μεγάλου γιατρού της αρχαιότητας, του Γαληνού (2ος αιώνας μ.Χ.). Με τον Γαληνό, οι ιπποκρατικές αντιλήψεις - αλλά και οι απόψεις άλλων αρχαίων γιατρών - διατηρήθηκαν αναμφισβήτητες έως την Αναγέννηση.

Γράφει χαρακτηριστικά ο Γαληνός(Galeni. 1964):

"... *εναργώς γαρ άπαντα τα τοιαύτα πάθη και μάλισθ' ο καρκίνος υπό μελαγχολικού γίνεται χυμού ...* "

(... διότι, καθαρά όλες αυτές οι αρρώστιες και κυρίως ο καρκίνος δημιουργούνται από τον μελαγχολικό χυμό ...)

Από το σημείο αυτό γίνεται σαφές πως, όταν οι αρχαίοι μιλούσαν για περίσσεια της μέλαινας χολής, εννοούσαν τις καταστάσεις μελαγχολίας, την παρουσία της οποίας συνδύαζαν με συχνότερη εμφάνιση καρκίνου

- ***Πως διαμορφώνονται οι αντιλήψεις κατά την βυζαντινή περίοδο***

Ανάλογες αντιλήψεις με εκείνες του Ιπποκράτη και του Γαληνού εκφράζει και ο Ορειβάσιος (325-403 μ.Χ.), φημισμένος γιατρός και συγγραφέας(Darembert, Bussemaker. 1992). Ο Αλέξανδρος ο Αφροδισιεύς ή Τραλλιανός (6ος αιώνας μ.Χ.) υποστηρίζει και αυτός ότι "... Ο λεγόμενος μελαγχολικός χυμός [] όγκον καρκινώδη ποιεί ... "

Η ρωμαϊκή ιατρική διατηρεί τις ίδιες ιπποκρατικές αντιλήψεις της χυμοπαθολογίας, καθώς στηρίζεται στην ελληνική παράδοση.

Οι ίδιες αντιλήψεις μεταφέρονται από το Βυζάντιο και στην Ανατολή και επηρεάζουν σοβαρά την ιατρική των Περσών. Ο μεγάλος γιατρός Αβικένας (980-1037 μ.Χ.) αποδίδει και αυτός τον καρκίνο στη μελαγχολία, τον θεωρεί ως ιάσιμο μόνο στα αρχικά στάδια και συνιστά θεραπευτικούς διάφορα παρασκευάσματα με αρσενικό, αλλά και τη δίαιτα με γαλακτοκομικά προϊόντα (Κούζης. 1902).

Στο Βυζάντιο, ο Μιχαήλ Ψελλός (1018-1078), διάσημος γιατρός που έγραψε ιατρικά

βιβλία σε ιαμβικούς στίχους, υποστηρίζει ότι ο φοβερός αυτός μελαγχολικός χυμός, όταν δεν έχει σαπίσει, προκαλεί τον σκίρρο καρκίνο, ενώ σαπισμένος προκαλεί γαγγραινώδη και εξελκωμένο καρκίνο(Ideler. 1841-42).

- *Εκτός από την μελαγχολική διάθεση ποιοι άλλοι παράγοντες συσχετίζονται ιστορικά με την παθογένεια του καρκίνου.*

Εκτός από τη μελαγχολική διάθεση, πρώιμα συσχετίστηκαν με την παθογένεια του καρκίνου και τα γεγονότα της ζωής. Ο Δίων ο Κάσσιος, Ιστορικός συγγραφέας (155-235 μ.Χ.), μάς αναφέρει ότι η Ιουλία, μητέρα του Ταράντου, όταν έμαθε το θάνατο του παιδιού της, χτυπούσε το στήθος της κι έκανε έτσι να υποτροπιάσει ο καρκίνος του μαστού της, ο οποίος μέχρι τότε ησύχαζε από πολλά χρόνια(Κούζης. 1902).

Προσωπικότητα, γεγονότα της ζωής, ενδογενείς παράγοντες ενοχοποιούνται, παράλληλα με την κληρονομικότητα και εξωγενείς παράγοντες, στην παθογένεια του καρκίνου από την αρχαία ελληνική ιατρική σκέψη. Η παράδοση αυτή της ιατρικής βάρυνε καθοριστικά και για αιώνες τόσο στην ιατρική της Δύσης, όσο και σ' εκείνη των χωρών της Ανατολής(Rigatos, Kappou- Rigatou. 1997). Έτσι, το αρχαιότατο τούτο νόσημα(Retsas. 1996) συνδέθηκε νωρίς με την ψυχοσωματική αντίληψη κι εξακολουθεί να παραμένει συνδεδεμένο μαζί της έως τα χρόνια μας.

- *Πως διαμορφώνεται με βάση τις πιο πάνω αντιλήψεις οι πρακτικές της θεραπείας του καρκίνου.*

Οι θεωρίες της χυμοπαθολογίας και η υπόθεση γένεσης του καρκίνου από τον μελαγχολικό χυμό στήριζαν μερικές θεραπευτικές παρεμβάσεις, που σήμερα κρίνονται αξιοπερίεργες. Για την ανακούφιση ή τη θεραπεία του καρκίνου- όταν δεν ήταν "κρυφός" και ανίατος, έπρεπε να γίνουν ενέργειες που θα μείωναν την πλεονάζουσα μέλαινα χολή και θα αποκαθιστούσαν την ισορροπία των χυμών. Ο Γαληνός λ.χ. αναφέρει ότι είχε θεραπεύσει καρκίνους στα αρχικά στάδια με καθαρτικά, που βοηθούσαν στην αποβολή της μέλαινας χολής. Σε πιο προχωρημένες καταστάσεις, η κάθαρση έπρεπε να συνδυασθεί με φλεβοτομία, ώστε να ενισχυθεί η αποβολή της μέλαινας χολής. Στο συνολικό φιλοσοφικό στοχασμό της αρχαιοελληνικής παράδοσης, η κάθαρση έπρεπε να συνδυασθεί με φλεβοτομία, ώστε να ενισχυθεί η αποβολή της μέλαινας χολής. Η "κάθαρση" του Γαληνού εμφανίζει σημαντικές αναλογίες προς την κατ' Αριστοτέλη κάθαρση, όπως αυτή ορίζεται στην "Ποιητική". Άλλωστε - και κατά τον Αριστοτέλη - η συμμετρία (ισορροπία, αρμονία) "θερμού" και "ψυχρού" είναι η απαραίτητη προϋπόθεση για την καλή υγεία (Sarantoglou, Rigatos. 1998).

B. Από την Αναγέννηση έως τον 19^ο αιώνα.

- *Πως και ποτέ αρχίζει η κριτική και η αμφισβήτηση των αρχαιοελληνικών απόψεων για την παθογένεια του καρκίνου.*

Μετά την Αναγέννηση, κυρίως τον 15^ο και τον 16^ο αιώνα, εκτός από τις κλασικές θεωρίες για την αιτιολογία και την παθογένεια του καρκίνου, θ' ακουστούν και κάποιες νεώτερες απόψεις. Από αυτές, οι περισσότερες θα αμφισβητήσουν το κύρος των απόψεων του Ιπποκράτη και του Γαληνού και, αντί της "μέλαινης χολής", θα υποδείξουν άλλες υπόλογες αιτίες.

Ο πρώτος που θα τολμήσει μια τέτοια αμφισβήτηση είναι ο Theophrastus Bombastus Paracelsus von Hohenheim (1493-1541), γνωστότερος ως Παράκελσος. Κατά τη θεωρία

του Παράκελσου, ο καρκίνος οφείλεται στην περίσσεια ενός μεταλλικού άλατος στο σώμα. Ο όγκος δημιουργείται, όταν ο οργανισμός επιχειρήσει να αποβάλει αυτό το άλας(Κουζης. 2001).

Ο Johan Baptista van Helmont (1579-1644) θα ενοχοποιήσει για την καρκινογένεση το "πνεύμα της ζωής" (Lebensgeist der Archaus), το οποίο έχει εξαγριωθεί και βρίσκεται εκτός ελέγχου(Schramm. 1997).

Γύρω στα 1640, ο Descartes θα αναφέρει ως αίτιο του καρκίνου τη λέμφο, έναν άλλο "χυμό" του σώματος, που όμως τώρα έχει ανακαλυφθεί ως μέρος της κυκλοφορίας του αίματος. Σύμφωνα με την αντίληψη αυτή, εξαγγείωση και πήξη της λέμφου δίνει τον "σκίρρο", ενώ ζύμωση ή αλλοίωση της λέμφου δίνει τον καρκίνο(Κουζης. 2001). Η "νέα" αυτή άποψη θυμίζει πολύ την αντίληψη του Βυζαντινού Μιχαήλ Ψελλού για τους διαφορετικούς τύπους καρκίνου, ανάλογα αν η μέλαινα χολή ήταν "σεσημμένη" ή όχι.

Αν δούμε κριτικά τις πιο πάνω απόψεις, θα κατανοήσουμε ότι στην πραγματικότητα δεν απέχουν πολύ από τα αρχαία πρότυπα: Αντί της μέλαινας χολής, το άλας του σώματος ή το πνεύμα της ζωής ή η λέμφος - όλα ενδογενή στοιχεία του ατόμου-, εξαγριωμένα και εκτός ελέγχου από τις εξισορροπητικές δυνάμεις του οργανισμού, γεννούν τον καρκίνο.

- ***Πως επηρεάζονται οι αντιλήψεις από την εξέλιξη των θετικών επιστημών.***

Τον 18ο αιώνα, η πρόοδος της χημείας επηρεάζει τη σκέψη σε όλους τους κλάδους των επιστημών. Έτσι και η χυμοπαθολογία αποκτά νέες εκφράσεις: περίσσεια οξέων (van Helmont και Willis), "πάλη" οξέων και αλκάλων (Sylvius) ή μεταβολή των χυμών από διάφορα "acrimonia" (οξέα, αλκάλια, άλατα) προτείνονται ως αίτια του καρκίνου(Κουζης. 2001). Οι αντιλήψεις όμως αυτές δεν γίνονται καθολικά αποδεκτές.

Την ίδια εποχή πολλοί εξακολουθούν να πρεσβεύουν τις απόψεις των κλασικών, μερικοί δε τις επαναφέρουν στο προσκήνιο με νεώτερη φρασεολογία. Ανάμεσά τους ο Johan Philipp Berchermann (1764), που υποστηρίζει ότι ο καρκίνος εκλύεται υπό την επίδραση έντονων διαταραχών του θυμικού(Schramm. 1997). Τον ίδιο καιρό, από άλλη

μεριά της Ευρώπης ο Γάλλος Gendron, καθηγητής στο Montpellier, εκφράζει την άποψη πως ο καρκίνος οφείλεται σε μεταβολές της σωματικής λειτουργίας που προκαλούνται από τα συχνά πένθη, τον φόβο και το άγχος(Ρασιδάκις Ν. 1983).

Περίπου ταυτόχρονα ο Guy, το 1759, στη μονογραφία του *‘An essay on Scirrhus Tumors and Cancers’* που εκδόθηκε στο Λονδίνο(Guy. 1759), περιγράφει δύο περιπτώσεις καρκίνου του μαστού, οι οποίες εκδηλώθηκαν μετά από μεγάλη στενοχώρια! Στη μία γυναίκα ο όγκος είχε εκδηλωθεί μετά το θάνατο του παιδιού της και στην άλλη μετά από τη φυλάκισή της. Ο ίδιος παρατηρεί πως οι όγκοι αυτοί είναι συχνότεροι σε γυναίκες με νευρωτικά και υστερικά ενοχλήματα και, κυρίως, σε μελαγχολικές.

- **Οι θεραπευτικές προεκτάσεις των νεώτερων θεωριών.**

Με βάση τις θεωρίες που αναφέραμε, κατά τη χρονική περίοδο από την Αναγέννηση έως τον 18ο αιώνα, θα δοκιμαστούν και διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι, πέρα από τις γνωστές, που ήταν η απόπειρα χειρουργικής αφαίρεσης του όγκου, η ανακούφιση των συμπτωμάτων και οι τοπικές θεραπείες.

Ο γιατρός Hans von Gersdorf θα προτείνει (1517) την τοποθέτηση ζαφειριών και σμαραγδιών πάνω στον καρκίνο (Schramm. 1997). Αυτή η ενέργεια αποτελούσε ίσως ένα δείγμα διαβεβαίωσης του ασθενούς για το ενδιαφέρον των συγγενών του και ταυτόχρονα δήλωση της επιθυμίας τους να τον βοηθήσουν με κάθε τίμημα. Ο William Clowes (1540-1604), γιατρός της βασίλισσας Ελισάβετ Α', θα υποστηρίξει τη θεραπευτική δύναμη του αγγίγματος με τα χέρια της βασίλισσας. Το θεραπευτικό αυτό αγγίγμα αποτελεί για τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο μία επίσημη και πολύ διαδεδομένη πρακτική. Εφαρμογή του βρίσκουμε σε ολόκληρο τον κεντροευρωπαϊκό χώρο, σύμφωνα με πολλές γραπτές και εικαστικές πηγές. Για τη θεραπευτική αυτή μέθοδο – όσο τουλάχιστον αφορά άλλες παθήσεις - έχουν γραφεί πολλά και έχουν επιχειρηθεί πολλαπλές ερμηνείες.

Ο Johan Baptista van Helmont (1577-1644) θα προτείνει την ψυχική υποστήριξη σε

συνδυασμό με την κατάλληλη διαίτα. Και οι δύο αυτές ενέργειες αποσκοπούσαν στην εξημέρωση του "πνεύματος της ζωής" (Atchais).

Ένα πλήθος ακόμα θεραπειών του 17ου και του 18ου αιώνα απέβλεπαν στην κάθαρση του σώματος από τους καρκινογόνους χυμούς. Νηστεία, ακόμα και απόλυτη αποχή από την τροφή (Claude Puteau από τη 1783), καθαρτικά, υποκλυσμοί, αφαιμάξεις με βδέλλες ή νυστέρι ήταν θεραπείες σύμφωνες με το πνεύμα της κάθαρσης των κακών χυμών.

Ενδιαφέρουσα είναι και η θεραπεία που προτείνει ο γιατρός J.F. Seneaux από το Montpellier (1789): για τους πόνους των καρκινοπαθών συνιστά τη μουσικοθεραπεία, με κατάλληλα επιλεγμένες συνθέσεις που βοηθούν στη σωματική και την ψυχική χαλάρωση.

- ***Οι θεωρίες που αναπτύσσονται κατά τον 19^ο αιώνα σχετικά με την παθογένεια του καρκίνου.***

Τον 19ο αιώνα, κυρίως δύο θεωρίες επικρατούν σχετικά με την καρκινογένεση, η θεωρία των διαθέσεων και η κυτταρική θεωρία. Οι Γάλλοι J. Delpech, J.B. Cayol και G.L. Bayle, γύρω στα 1812, είναι μεταξύ των κύριων υποστηρικτών της θεωρίας των διαθέσεων (Κουζης, 2001). Σύμφωνα με αυτήν, ορισμένα άτομα χαρακτηρίζονται από μια σύμφυτη, αυξημένη ετοιμότητα για την ανάπτυξη καρκίνου ή μία ευαλωτότητα από τον καρκίνο, που εκλύεται όμως υπό την επίδραση ποικίλων εσωτερικών ή/ και εξωτερικών αιτιών που επιδρούν χρονίως στα ευάλωτα αυτά άτομα.

Υποστηρικτής αυτής της άποψης είναι και ο εισηγητής της ακρόασης και εφευρέτης του στηθοσκοπίου Laennec, που παραδέχεται την κληρονομούμενη προδιάθεση, ενώ τα άτομα αυτά είναι συγχρόνως νευρωτικά, υστερικά ή μελαγχολικά. Ο Sir Ascley Paston Cooper, γύρω στα 1826, γράφει ότι ανάμεσα στα συχνότερα αναφερόμενα από τους ασθενείς αίτια του καρκίνου του μαστού είναι η θλίψη και το άγχος (Tyrrell, 1826).

Στα μέσα του ίδιου αιώνα ανάλογες αντιλήψεις υποστηρίζει πλειάδα γιατρών. Ο

Γάλλος χειρουργός P. Baumes, που ελάχιστα έχει αναφερθεί στη σχετική με το θέμα βιβλιογραφία, μπορεί εν τούτοις να χαρακτηριστεί ως ένας από τους πρωτοπόρους στην ψυχοσωματική του καρκίνου(Sarantoglou, Rigatos. 1991). Το 1853, ο Baumes εκδίδει το βιβλίο "*Precis theoretique et pratique sur les diatheses*"(Baumes P. 1853), με το οποίο επαναφέρει την αντίληψη της καρκινικής διάθεσης (diathese cancreux). Σύμφωνα με τον Baumes, ο όρος διάθεση περικλείει τις επιμέρους συνιστώσες ψυχοσύνθεση, χαρακτήρα ή προσωπικότητα και ιδιοσυγκρασία. Συνολικά, περιγράφει είκοσι δύο διαθέσεις πλην της καρκινικής (φυματιώδη, συφιλιδική, νευρωτική, ρευματική κ.λπ.).

Με τον όρο *διάθεση* νοείται το σύνολο των κληρονομικών, ανατομικών, φυσιολογικών, ψυχολογικών χαρακτηριστικών, τα οποία ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί να παραθέσει στη νόσο(Littre, Robin. 1858). Μιλώντας με τις σύγχρονες αντιλήψεις και λέξεις, είναι φανερό πως στην έννοια περιλαμβάνονται στο σύνολό τους οι ανοσολογικοί μηχανισμοί, αλλά όχι μόνον αυτοί. Ακόμα, ο Baumes θεωρεί πως για τη θεραπεία του καρκίνου δεν αρκεί να αντιμετωπίσουμε το σύνολο των συμπτωμάτων, αλλά χρειάζεται να δοθεί θεραπευτική αγωγή που να απευθύνεται στον οργανισμό ως σύνολο(Baumes. 1853).

Την ίδια εποχή (1854), ο Jean Amussat γράφει στη μονογραφία του για τη θεραπευτική του καρκίνου πως οι συγκινήσεις και τα γεγονότα της ζωής παίζουν παθογενετικό ρόλο στον καρκίνο(Amussat. 1854).

Στην Αγγλία ο γνωστός και για πολλές άλλες συνεισφορές του στην ιατρική επιστήμη Sir James Paget περιλαμβάνει παρόμοιες απόψεις στο σύγγραμμά του χειρουργική, παθολογία (1870). Ο ίδιος γράφει πως η ματαιώση των ελπίδων και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση στις διαστάσεις των κακοηθών νεοπλασμάτων(Paget. 1870).

Λίγα χρόνια αργότερα, ο Snow (1893) διαπιστώνει ότι μεταξύ 250 ασθενών με καρκίνο, 156 είχαν σημαντικά επηρεασθεί από το θάνατο ενός μέλους της οικογένειας, 32 αντιμετώπιζαν σημαντικές επαγγελματικές δυσκολίες και μόνο 19 δεν ανέφεραν ψυχολογικούς ή κοινωνικούς συντελεστές για την αρρώστια τους(Snow. 1983).

Τα ίδια περίπου χρόνια αξιόλογοι Αμερικανοί γιατροί πρεσβεύουν ανάλογα σε επίπεδο κλινικής ιατρικής, παρά την έκφραση άλλων θεωριών στο κυτταρικό επίπεδο. Τη θλίψη ενοχοποιεί ο διακεκριμένος στην εποχή του Dr. Willard Parker (1885), μετά από μελέτη 397 περιπτώσεων καρκίνου του μαστού(Parker W. 1885). Ο E. Cutter, επίσης Αμερικανός, σε άρθρο του (1887) για το ρόλο της δίαιτας στον καρκίνο, γράφει πως η κατάθλιψη είναι πολύ κοινό στοιχείο για να μπορέσει κάποιος να το αγνοήσει(Cutter. 1887).

Στον αιώνα αυτόν, ιδίως προς τα τέλη του, θα σημειωθούν και κάποιες πρόοδοι, τόσο στη χειρουργική όσο και στη φαρμακευτική θεραπεία, με την εισαγωγή διαφόρων χημικών ενώσεων. Εξακολουθούν, όμως, να εφαρμόζονται οι αφαιμάξεις (με βδέλλες ή μεγάλες σύριγγες ή με βεντούζες ή με νυστέρι), η χορήγηση καθαρτικών, οι δίαιτες με γάλα ή φρούτα, αλλά και μέχρι την απόλυτη αποχή από τροφές, η ενίσχυση της ανοσίας με ενέσεις κυρίως διαφόρων μικροβιακών ουσιών κ.λ.π. Παράλληλα - σπανιότερα- εφαρμόζονται θεραπείες μεταφυσικής έμπνευσης, αλλά και υποστηρικτικές ψυχοθεραπευτικές πρακτικές.

- ***Οι αντιλήψεις που εκφράστηκαν κατά τον 19^ο αιώνα.***

Ο 19ος αιώνας τελειώνοντας, μέσα από ένα σύνολο προσωπικών αντιλήψεων, πολύχρονης κλινικής εμπειρίας και δημοσιεύσεων, παραδίδει στον 20ό αιώνα ένα παγιωμένο σύνολο αντιλήψεων, σχετικών με τη συμμετοχή ψυχολογικών και κοινωνικών συντελεστών στον καρκίνο. Οι απόψεις αυτές, μιλώντας με τη σημερινή ιατρική γλώσσα και ορολογία, μπορούν να συνοψισθούν ως εξής(Ρηγάτος. 1995):

1. Παράγοντες της ψυχικής δομής του ατόμου, όπως μελαγχολική διάθεση, κατάθλιψη, αδιέξοδο άγχος, διαπιστώνονται συχνά μεταξύ των καρκινοπαθών.
2. Συχνή είναι η αναφορά ψυχοτραυματικών γεγονότων, όπως η απώλεια αγαπημένων προσώπων (θάνατος ή αποχωρισμός), η μεταβολή της κοινωνικής θέσης, επαγγελματικά και άλλα σημαντικά προβλήματα.

3. Τα άτομα αυτά έχουν το κοινό χαρακτηριστικό να αντιδρούν με απελπισία και απογοήτευση σε κάθε απώλεια ή ματαίωση.

Γ. Ο εικοστός αιώνας

- *Πως εντάσσονται κατά τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα τα νεότερα θεωρητικά και τεχνολογικά επιτεύγματα στον τομέα της Ψυχο-Ογκολογίας.*

Ο 20ός αιώνας ανατέλλει εν μέσω σημαντικών ανακαλύψεων, τεχνολογικών επιτευγμάτων και συνολικής ανάπτυξης. Οι ρυθμοί γίνονται ολοένα και ταχύτεροι, όσο οι δεκαετίες προχωρούν. Εκτός όμως από την τεχνολογική ανάπτυξη, ο 20ός αιώνας φέρνει και επαναστάσεις στον τρόπο της ανθρώπινης σκέψης. Ανάμεσα στις επαναστάσεις αυτές είναι και η ψυχανάλυση, εργαλείο χρήσιμο για τη μελέτη όχι μόνο των νευρώσεων, αλλά και πλήθους άλλων νοσημάτων, φυσικά και του καρκίνου.

Το 1926, ο Evans μελέτησε με την ψυχαναλυτική τεχνική εκατό καρκινοπαθείς και αποκάλυψε την απώλεια σημαντικής συναισθηματικής σχέσης πριν την ανάπτυξη του νεοπλάσματος. Ο συγγραφέας επισημαίνει ακόμα την αδυναμία των ασθενών να δώσουν διέξοδο στην ψυχική τους ενέργεια (Evans. 1926).

Μεταξύ των ετών 1920-1930 μελετώνται ακόμα οι ψυχικές εκδηλώσεις σε καρκινοπαθείς, ιδιαίτερα σε πάσχοντες από καρκίνο του παγκρέατος. Οι Scholtz και Pfeiffer (1923) και ο Yaskin (1931) περιγράφουν πλήθος νευρωτικών εκδηλώσεων, που συχνά προηγούνται της διάγνωσης του καρκίνου του παγκρέατος. Τα στοιχεία αυτά ήταν ακόμα ένα στοιχείο βοηθητικό της διάγνωσης, τότε που δεν υπήρχαν οι σημερινές δυνατότητες απεικόνισης. Το ενδιαφέρον αυτό φαινόμενο και όλες τις συναφείς παρατηρήσεις, αλλά και τις απόπειρες ερμηνείας, έχουν ανασκοπήσει οι Fras και συν. (1967).

Το φαινόμενο αυτό των ψυχικών συμπτωμάτων σε καρκινοπαθείς έφερε κοντά ογκολόγους (χειρουργούς και παθολόγους) και ψυχιάτρους, άλλοτε όμως απέτελεσε και αφορμή έριδας μεταξύ τους, καθώς οι πρώτοι θεωρούσαν πως οι δεύτεροι ήταν υπόλογοι για την καθυστέρηση παραπομπής και καθυστέρηση της οργανικής διάγνωσης.

Ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις προκύπτουν και από εργασίες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη δεκαετία του 1950. Διαπιστώθηκε λ.χ. ότι οι καρκινοπαθείς συχνά βιώνουν αισθήματα ενοχής, (Bacon, Renneker, Cutter. 1952). Καθώς και εργασίες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα ακόμα και αν βρίσκονται στα πρώτα βήματα στον χώρο της Κοινωνικής Ψυχολογίας αλλά κατά καιρούς (Ρήγα Α-Β. 2005). Με ψυχολογικές δοκιμασίες μεταξύ ασθενών με καρκίνο τραχήλου της μήτρας και καρκίνο μαστού διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς αυτές προέρχονται από σπίτια με μητρική επικράτηση, που απορρίπτουν τον γυναικείο ρόλο και έχουν κακή σεξουαλική προσαρμογή (Reznikof. 1955). Άλλοι διαπίστωσαν στις ασθενείς με καρκίνο μήτρας και μαστού τάση προς μαζοχισμό, αναστολή σεξουαλικών αισθημάτων, αναστολή των μητρικών αισθημάτων, αδυναμία εκφόρτισης του θυμού και άλυτες συγκρούσεις προς τη μητέρα (Stephenson, Grace. 1954).

- *Η συμβολή του ψυχιάτρου Arthur Sutherland στην ανάπτυξη των νεώτερων αντιλήψεων της Ψυχο-Ογκολογίας*

Κατά τη δεκαετία του 1950, στο "Memorial SloanKettering Hospital of Cancer and Allied Diseases" της Νέας Υόρκης, ο Arthur M. Sutherland (1910-1971) έδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους ψυχολογικούς μηχανισμούς προσαρμογής των ασθενών στη μετά τη διάγνωση του καρκίνου κατάσταση. Στα πλαίσια αυτά, ο Sutherland εμελέτησε ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε μαστεκτομή ή άλλες μεγάλες και ακρωτηριαστικές επεμβάσεις (Dyk, Sutherland. 1956). Μελέτησε ακόμα τους μηχανισμούς προσαρμογής γονέων με λευχαιμικά παιδιά.

Αποτέλεσμα της συστηματικής αυτής εργασίας είναι περί τις 70 δημοσιεύσεις (Braun. 1981). Απώτερος στόχος του ερευνητή ήταν, μετά την κατανόηση των μηχανισμών, η μεθόδευση τρόπων, με τους οποίους ο ψυχολόγος θα μπορούσε να οδηγήσει τον ασθενή σε αποκατάσταση ή να τον βοηθήσει να φθάσει μόνος του στην αποκατάσταση. Ο Sutherland δημιούργησε παράδοση στο Memorial κι άφησε πίσω του αξιόλογους συνεργάτες που συνέχισαν και συνεχίζουν με το ίδιο πνεύμα. Ανάμεσά τους ση-

μειώνουμε τους M. Bard, I Bieber, M. Drellich, F.W Foote, S. Henderson, A. Holleb, Ch. Orbach κ.ά. Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει για τη συνεργάτιδά του Jimmy Holland, την μετέπειτα και επί χρόνια διευθύντρια στο Memorial Sloan Kettering Cancer Center, πρόεδρο της Διεθνούς Εταιρείας Ψυχο-Ογκολογίας (IPOS) και συντονίστρια της έκδοσης ενός σημαντικού συγγράμματος Ψυχο-Ογκολογίας.

- ***Σε ποια συμπεράσματα σχετικά με την συμβολή ψυχοκοινωνικών συντελεστών στην παθολογία του καρκίνου κατέληξε με τις μελέτες του ο L. Leshan.***

Μια άλλη ομάδα εργασιών υποστηρίζει την υψηλή επίπτωση απωλειών σημαντικής σχέσης, παθητικότητα και αδυναμία έκφρασης του θυμού, ενώ επιβεβαιώνει τις ανεπίλυτες ψυχοσυγκρούσεις προς τη μητέρα. Ο LeShan, σ' ένα σύνολο εργασιών(Leshan. 1969). - ατομικών του ή με συνεργάτες που δημοσιεύθηκαν μεταξύ των ετών 1956 και 1966, χρησιμοποιεί τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και αυτό προσδίδει στις εργασίες του σημαντικό κύρος. Ο ίδιος βρίσκει στατιστικά σημαντικές τις ακόλουθες διαφορές σε καρκινοπαθείς συγκριτικά προς υγιείς:

1. Απώλεια σημαντικού αντικειμένου έξι μήνες έως οκτώ χρόνια πριν τη διάγνωση του καρκίνου.
2. Ανικανότητα έκφρασης των αισθημάτων θυμού.
3. Υπαρξη έντασης για το θάνατο του ενός από τους δύο γονείς σε παρωχημένο χρόνο.
4. Βασική συγκινησιακή στάση των καρκινοπαθών είναι η απελπισία και η αίσθηση του αβοήθητου.

- ***Τα συμπεράσματα των εργασιών του πρώτου μισού του 20^{ου} αιώνα.***

Τη βιβλιογραφία από τις αρχές έως τα μέσα του 20ού αιώνα (1903-1959) ανασκόπησαν κριτικά οι Perrin και Pierce(Ρηγάτος. 1999). Τα συμπεράσματά τους είναι τα ακόλουθα:

1. Σύμφωνα με πολυάριθμες μελέτες που συγκρίνουν τη θνησιμότητα από καρκίνο ανάμεσα σε νοσηλευόμενους ψυχωτικούς και στο γενικό πληθυσμό διαπιστώνεται ένας ελαφρά αυξημένος ρυθμός στους ψυχωτικούς. Ερμηνεία για το φαινόμενο δεν υπάρχει, ενώ το εύρημα δεν αποκλείεται να οφείλεται και στην ανεπάρκεια των στατιστικών μεθόδων.
2. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις και οι αμυντικοί μηχανισμοί που αναπτύσσονται στους καρκινοπαθείς εμφανίζουν πολλές αναλογίες με εκείνες των νευρωτικών, με κυριότερα στοιχεία την κατάθλιψη και την ενοχή.
3. Μερικοί από τους συγγραφείς περιγράφουν ανάπτυξη καρκίνου μετά από έντονο συγκινησιακό ερέθισμα ή πιστεύουν ότι η νόσος εμφανίζεται σε άτομα με ειδικούς ανώριμους τύπους προσωπικότητας.
4. Μερικές από τις εργασίες αναφέρουν ότι εγκατεστημένα νεοπλάσματα αναπτύσσονται με βραδύτερο ρυθμό σε άτομα με λιγότερες αναστολές.

- *Οι σημαντικότερες μελέτες κατά την διάρκεια του 1960*

Κατά τη δεκαετία του 1960, οι Schmale και Iker, σε τουλάχιστον δύο εργασίες τους, 62,63 διαπιστώνουν θεμελιώδη μείωση των αντιστάσεων στους καρκινοπαθείς και αισθήματα απελπισίας και αβοήθητου. Μειωμένη εκτόνωση της συγκινησιακής φόρτισης διαπιστώνει ο Kissen (Kissen. 1963) σε ασθενείς με καρκίνο μαστού ενώ οι Bahnson και Bahnson διαπιστώνουν ισχυρή χρήση των μηχανισμών της καταπίεσης και της άρνησης (Bahnson, Bahnson. 1969).

Διερεύνηση της προσωπικότητας των καρκινοπαθών πραγματοποίησαν στην Ουγγαρία οι Nemeth και Mezei (Nemeth, Mezei. 1964) και Οο και συνεργάτες (Οο, Csirszka, Hegedus. 1964) με τη χρήση της δοκιμασίας Rorschach. Οι ερευνητές συμφωνούν στις διαπιστώσεις ότι τα άτομα αυτά χαρακτηρίζονται από καθήλωση στη στοματική φάση, μειωμένη επιθετικότητα, αδυναμία έκφρασης των εχθρικών αισθημάτων και δυσχέρεια στις κοινωνικές σχέσεις. Οι εργασίες είχαν και σύγκριση με ομάδα μαρτύρων και αυτό κάνει τα αποτελέσματα ιδιαίτερος αξιόπιστα.

Ένα πολύ σημαντικό όσο και πρακτικό βήμα όσον αφορά την κοινωνική αντιμετώπιση των ασθενών τελικού σταδίου γίνεται στα τέλη της δεκαετίας του 1960. Πρόκειται για τη λειτουργία του νοσηλευτικού οργανισμού St. Christopher's Hospice, στο Sydenham, Νοτιοδυτικό Λονδίνο. Ψυχή του "Hospice" ήταν η Sicily Saunders, νοσηλεύτρια, ψυχολόγος και γιατρός (Anonymous. 1991). Η λειτουργία του ιδρύματος ήταν εξαιρετικά' αποτελεσματική. Τον Ιούνιο του 1980, δεκαέξι χώρες έστειλαν 68 αρμόδια πρόσωπα για εκτίμηση της καταστάσεως, αλλά και των μελλοντικών προοπτικών. Μέχρι το τέλος του 1980 υπήρχαν 58 "Hospices", δυναμικότητας 1300 εσωτερικών ασθενών, ενώ εξετιμάτο ότι οι ανάγκες ήταν κατά πολύ μεγαλύτερες, ίσως 40 κλίνες ανά εκατομμύριο πληθυσμού μόνο για τους καρκινοπαθείς.

Το 1969 εκδίδεται στις ΗΠΑ το βιβλίο της Elisabeth Kubler-Ross *"On Death and Dying"*. Ο θάνατος, τα αισθήματα του θνήσκοντος καρκινοπαθούς, αλλά και των ε-

παγγελματιών υγείας, οι ανάγκες καθενός, απετέλεσαν αντικείμενο οξυδερκούς παρατήρησης και επιστημονικής μελέτης(Kubler-Ross. 1999). Τα επόμενα χρόνια, το βιβλίο γνώρισε σημαντική διάδοση σε όλο τον κόσμο και επηρέασε σημαντικά τη στάση απέναντι στους ασθενείς που πεθαίνουν. Επιπλέον, ακολούθησε η συγκρότηση προγραμμάτων υποστήριξης, τόσο για τους τελικούς ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας.

- **Οι σημαντικότερες μελέτες της δεκαετίας του 1970**

Η δεκαετία του 1970 αρχίζει με την έκδοση του βιβλίου "*Cancer and Psyche*" των Achte και συνεργατών από τη Φιλανδία (Achte, Vaukhonen, Viitamaki, Hels. 1970). Η έρευνα της περιόδου αυτής σε καρκινοπαθείς από διάφορους ερευνητές διαπιστώνει μεταξύ των ασθενών αυτοκαταστροφική διάθεση, άρνηση και καταπίεση των μη επιτρεπτών αισθημάτων, δυσχέρεια στις διαπροσωπικές σχέσεις(Ρηγάτος. 1995). Ιδιαίτερα σε γυναίκες με καρκίνο μαστού διαπιστώνονται προβλήματα στη σεξουαλική ζωή, την εγκυμοσύνη, τον τοκετό (σύμπλεγμα Αμαζόνας κατά τον Becker)(Becker. 1999). Ορισμένες εργασίες διαπιστώνουν, επίσης, διαταραγμένη οικογενειακή ζωή και έλλειψη πραγματικής προσέγγισης προς τους γονείς.

Μέσα στη δεκαετία του 1970 θα διαδοθεί η αυτοοργάνωση των ασθενών σε ομάδες αλληλοβοήθειας και σε συλλόγους ομοιοπαθών. Σταδιακά ιδρύονται σε όλο τον κόσμο σύλλογοι γυναικών με μαστεκτομή, σύλλογοι ατόμων με κολοστομία ή λαρυγγεκτομή, σύλλογοι γονέων καρκινοπαθών παιδιών(Ρηγάτος. 1995). Η διάγνωση του καρκίνου ανακοινώνεται ήδη στους πάσχοντες στις ΗΠΑ και τις περισσότερες από τις χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης. Δεν ανακοινώνεται όμως ακόμα στις νότιες χώρες της Ευρώπης ούτε στις χώρες της (τότε) Ανατολικής Ευρώπης.

Την ίδια δεκαετία, ο H.J.F. Baltrusch ιδρύει την EUPSYCA (European Working Group for Psychosomatic Cancer Research) για συντονισμό, κοινή δράση και ανταλλαγή ερευνητικής εμπειρίας στην ψυχοσωματική του καρκίνου.

- *Πως διαμορφώνεται η κατάσταση κατά τη δεκαετία του 1990*

Κατά τη δεκαετία του 1990, η Ψυχο-Ογκολογία μετατοπίζει τα ενδιαφέροντά της από το χώρο της αιτιοπαθογένειας στο χώρο της αντιμετώπισης. Είναι πια γενικά αποδεκτή η πολυπαραγοντική αιτιολογία του καρκίνου με την εμφανή επίδραση εξωτερικών παραγόντων και τον καθοριστικό ρόλο εσωτερικών, συχνά και γονιδιακών, παραγόντων. Εξ άλλου, έχει γενικότερα γίνει αποδεκτή η αλληλεπίδραση των βιολογικών με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Έτσι, κατά τη δεκαετία αυτή, το ενδιαφέρον στρέφεται στη βελτίωση της ποιότητας ζωής με τη χρήση λιγότερο βλαπτικών νοσογόνων θεραπευτικών μεθόδων, με τη χρήση φαρμάκων που προλαβαίνουν ή αμβλύνουν ης ανεπιθύμητες ενέργειες κ.λ.π. Τις νεώτερες από ης αντιλήψεις και τα δεδομένα από ης έρευνες του χώρου της Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας θα εξετάσουμε αναλυτικότερα στα επιμέρους κεφάλαια, καθώς δεν αποτελούν ιστορικά στοιχεία, αλλά την τρέχουσα επιστημονική γνώση(Rigatos. 2001).

2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος είναι νόσημα πολυπαραγοντικής αιτιολογίας, στην παθογένεση του οποίου υπεισέρχονται εσωτερικοί και εξωτερικοί συντελεστές, περισσότερο ή λιγότερο γνωστοί - ή και άγνωστοι. Μεταξύ των εσωτερικών παραγόντων περιλαμβάνονται π.χ. ορισμένα γονίδια που καλούνται ογκογονίδια, η ύπαρξη των οποίων συνεπάγεται την ανάπτυξη καρκίνου συχνότερα από ό,τι σε άτομα που δεν φέρουν αυτά τα γονίδια. Σε άλλες περιπτώσεις ενοχοποιείται η απουσία ή η καταστολή γονιδίων που αναστέλλουν την καρκινογένεση. Ακόμη, μεταξύ των εσωτερικών παραγόντων αναφέρονται διάφορα οικογενή σύνδρομα, η απουσία ενζύμων που αδρανοποιούν καρκινογόνα κ.λ.π.

Οι εξωτερικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται ως καρκινογόνοι είναι πολλοί, ορισμένοι από τους οποίους είναι ήδη αρκετά μελετημένοι, άλλοι βρίσκονται υπό μελέτη και άλλοι διαφεύγουν. Μεταξύ των εξωτερικών παραγόντων περιλαμβάνονται η υπερϊώδης ακτινοβολία, η φυσική ραδιενέργεια, ορυκτά όπως ο αμίαντος και ορισμένα μέταλλα, χημικές οργανικές ή ανόργανες ενώσεις, ακτινοβολίες από μη φυσικές πηγές, καθημερινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, παράγοντες της διατροφής, ιοί, μύκητες και πλήθος άλλων παραγόντων. Ο αριθμός των εξωτερικών καρκινογόνων αυξάνεται σταθερά, καθώς νέοι συνθετικοί παράγοντες εισάγονται κάθε χρόνο κατά μεγάλους αριθμούς στην κατανάλωση. Υπό τις συνήθειες συνθήκες,* για την έναρξη των διαδικασιών της καρκινογένεσης απαιτείται η σύμπραξη περισσότερων του ενός παραγόντων, π.χ. η επίδραση ενός εξωτερικού παράγοντος σε γενετικώς δεκτικό έδαφος.

(*) Η διάκριση γίνεται γιατί σε έκτακτα γεγονότα, π.χ. σε πυρηνικό βομβαρδισμό ή σε πυρηνικό ατύχημα, η καρκινογόνος δράση της ιοντίζουσας ακτινοβολίας μπορεί να αποτελεί τον μοναδικό προφανή παράγοντα για την ανάπτυξη ορισμένου τύπου νεοπλασίας σε (περίπου) ορισμένο χρονικό διάστημα.

- *Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που ενδέχεται να συμμετέχουν στις διαδικασίες της καρκινογένεσης*

Από την πλευρά της ψυχοκοινωνικής αντίληψης της Ογκολογίας, τέσσερις παράγοντες εξετάζονται ως προς τη συμμετοχή τους στις καρκινογενετικές διαδικασίες (Fox, 2003). Πρόκειται:

α. Για τις λεγόμενες συμπεριφορές υψηλού κινδύνου, δηλαδή για συνήθειες της καθημερινής ζωής που αυξάνουν τον κίνδυνο για την ανάπτυξη καρκίνου.

β. Για την επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών.

γ. Για συντελεστές της προσωπικότητας, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί υπό την επίδραση εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων.

δ. Για τους άμεσους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο διαχωρισμός αυτός είναι σε αρκετό βαθμό σχηματικός, περισσότερο για διδακτικούς λόγους, καθώς κάθε ένας από τους αναφερόμενους παράγοντες επηρεάζει, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, και τους άλλους, ενώ επίσης επηρεάζεται από αυτούς. Λόγου χάριν, η ανάπτυξη βλαπτικών για την υγεία συμπεριφορών είναι (και) συνάρτηση στοιχείων της προσωπικότητας και των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών και ψυχολογικών παραγόντων Κ.Ο.Κ.

α. Το πιο κοινό παράδειγμα συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου είναι το κάπνισμα. Η έναρξη ή όχι του καπνίσματος, η συχνότητά του, ο τρόπος καπνίσματος και γενικά οι καπνισματικές συνήθειες συνδέονται με ορισμένη ψυχοδομή και επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες. Ενδιαφέρον είναι επίσης το γεγονός ότι το κάπνισμα συνεχίζεται, παρά τη σαφή και τεκμηριωμένη γνώση των βλαπτικών επιδράσεών του. Ένα άλλο παράδειγμα συμπεριφοράς υψηλού κινδύνου είναι ορισμένοι τρόποι ερωτικής ζωής. Είναι πλέον καλά γνωστή η σχέση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας με τον ιό του θηλώματος του ανθρώπου (human papilloma virus, HPV), σχέση που εξηγεί την επιδημιολογία «αφροδισίου νοσήματος» που έχει ο συγκεκριμένος τύπος καρκίνου. Η ερωτική συμπεριφορά, όμως, συναρτάται στενά τόσο με στοιχεία της προσωπικότητας

όσο και με ψυχολογικά χαρακτηριστικά, ακόμη δε, σε αρκετές περιπτώσεις, και με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες.

β. Η επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων μπορεί να εκδηλώνεται σε διάφορες φάσεις της νόσου. Μπορεί να αναφέρεται στην παθογένεση, όπως π.χ. με εργασία σε ανθυγιεινές συνθήκες σε χώρους με καρκινογόνες ουσίες, στη μη εφαρμογή μέτρων πρόληψης λόγω άγνοιας ή στην υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών διαβίωσης. Μπορεί επίσης να αναφέρεται στη μη έγκαιρη διάγνωση, είτε επειδή δεν αξιολογήθηκαν τα συμπτώματα είτε λόγω δυσχερειών πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Ρηγάτος, 2001). Τέλος, η επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων μπορεί να αναφέρεται στην εφαρμογή ανεπαρκούς ή όχι της άριστης θεραπείας για λόγους κόστους (Παπαχριστόπουλος, Καλαποθάκη, Κουμεντάκη και συν. 2002).

γ. Οι συντελεστές της προσωπικότητας αποτελούν τα τελευταία χρόνια, ένα ενδιαφέρον αντικείμενο συζητήσεως. Παρότι η ύπαρξή τους δεν γίνεται καθολικά αποδεκτή, αρκετοί είναι εκείνοι που συζητούν για προσωπικότητα με ροπή προς τον καρκίνο (cancer prone personality) ή για προσωπικότητα τύπου C, κατ' αναλογία προς τους γνωστούς τύπους προσωπικότητας A και B. Με την πιθανή συμβολή της προσωπικότητας στην καρκινογένεση θα ασχοληθούμε αναλυτικότερα πιο κάτω.

δ. Η συμβολή των άμεσων ψυχοκοινωνικών παραγόντων στις διαδικασίες της καρκινογένεσης είναι η πιο αμφιλεγόμενη. Ο ρόλος διαφόρων ψυχολογικών συντελεστών, του stress, των γεγονότων της ζωής, της βίωσης σημαντικών απωλειών κ.λ.π. αποτελούν ενδιαφέρον και πολυσυζητημένο θέμα.

- ***Η προσωπικότητα τύπου C και τα χαρακτηριστικά της***

Η ιατρική της συμπεριφοράς στον τομέα των καρδιαγγειακών νοσημάτων υπήρξε απολύτως εύστοχη, περιγράφοντας, επί τη βάσει και εκτεταμένων επιδημιολογικών ερευνών, την προσωπικότητα τύπου A ή προσωπικότητα με ροπή προς τη στεφανιαία νόσο (coronary prone personality). Τα άτομα με προσωπικότητα τύπου A απαντούν

στα στρεσογόνα ερεθίσματα με υπερδραστηριότητα, ενώ εκδηλώνουν και αυξημένη ψυχολογική αποκριτικότητα στο γνωστικό και συναισθηματικό επίπεδο, ιδίως ως απάντηση σε αυξημένο άγχος. Τα άτομα που δεν έχουν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τύπου Α χαρακτηρίζονται ως προσωπικότητες τύπου Β.

Από το 1985, ορισμένοι ογκολόγοι, ψυχίατροι και ψυχολόγοι (Greer, Watson. 2003) υποστηρίζουν ότι τα άτομα που νοσούν από καρκίνο εμφανίζουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία περιγράφονται ως εξής:

- Καταπίεση των αρνητικών αισθημάτων.
- Αδυναμία έκφρασης των αισθημάτων, ιδιαιτέρως της οργής.
- Αποφυγή συγκρούσεων, εξομαλυσμένη συμπεριφορά - Αυξημένη επιθυμία να είναι κοινωνικά αποδεκτοί και επιθυμητοί.
- Κοινωνική συμβατικότητα, καρτερικότητα, διάθεση συμμόρφωσης, αισθήματα ανασφάλειας (Ρήγα Α. Β. 1997).

Δηλαδή, τα άτομα με αυτό τον τύπο προσωπικότητας ακυρώνουν τις προσωπικές ανάγκες τους προς όφελος των άλλων, καταπιέζουν τα αρνητικά αισθήματά τους για τους άλλους, γίνονται συνεργάσιμοι και κατευναστικοί, αποδέχονται δε ό,τι ευχαριστεί τους άλλους. Αυτός ο τρόπος προσαρμογής είναι αποτελεσματικός για την ψυχική ομοίωση του ατόμου και του εμπνέει την αναγκαία αυτοεκτίμηση, όσο αυτό γίνεται αποδεκτό και κερδίζει τη συμπάθεια του περιβάλλοντος. Αλλά, αυτό το χρόνιο «κλείδωμα» της έκφρασης των αναγκών και των συναισθημάτων έχει αρνητικές ψυχοφυσιολογικές επιπτώσεις, όσο κι αν τα άτομα με προσωπικότητα τύπου C καλύπτονται με ένα πρόσωπο ευτυχίας και ευχαρίστησης. Σ' ένα περιβάλλον με αυξημένο stress, με μείωση της αποδοχής, με αντιδράσεις που προκαλούν την αίσθηση απελπισίας κ.λ.π., απαντούν με αύξηση της συμπεριφοράς τύπου C, αλλά σε τέτοιες συνθήκες πιθανολογείται ότι γίνεται η εκτροπή προς την κατεύθυνση της νόσου.

Κατά τον Temoshok (Temoshok. 1997), η προσωπικότητα κάποιου διαμορφώνεται προς την κατεύθυνση αυτή υπό την επίδραση γενετικής προδιάθεσης, οικογενειακών αλληλεπιδράσεων, παιδικών ψυχοτραυματικών εμπειριών που βιώνονται με ορισμένο

τρόπο και άλλων παραγόντων.

Όσο για τα ψυχοβιολογικά / ψυχοφυσιολογικά επακόλουθα του πιο πάνω τύπου συμπεριφοράς έχουν διατυπωθεί διάφορες απόψεις(Baltrusch, Waltz. 1994) από ερευνητές που μελέτησαν είτε καρκινοπαθείς γενικά είτε καρκινοπαθείς με ορισμένου τύπου νεόπλασμα. Μεταξύ των πιθανολογούμενων μηχανισμών πυροδότησης των καρκινογενετικών διαδικασιών έχουν αναφερθεί:

- Μείωση της δραστηριότητας των κυττάρων φυσικών φονέων (natural killers, NK)(Levy, Herberman , et al. 1995)

- Βλάβη των μηχανισμών επανόρθωσης του DNA στα ανθρώπινα λεμφοκύτταρα(Glaser, Rice , et al. 2003).

- Αλλαγές στη λειτουργία των φυσικών (ενδογενών) οπιούχων(Zagon, McLaughlin. 2001).

- Μείωση της συγκέντρωσης αμινών στον υποθάλαμο, με επακόλουθα ανεπάρκεια των ομοιοστατικών μηχανισμών και μεταβολική αλλαγή, με προαγωγή της χρησιμοποίησης ελεύθερων λιπαρών οξέων (FFA) ως καυσίμου. Συνέπεια της πιο πάνω μεταβολικής αλλαγής είναι η μείωση της λειτουργικότητας των μακροφάγων, με επακόλουθη προαγωγή της διαίρεσης των κακοηθών κυττάρων και αναστολή της δραστηριότητας του συστήματος επιδιόρθωσης του DNA (Dilman, Ostroumova. 1999).

- Ποικίλου τύπου μεταβολές στο ανοσοποιητικό σύστημα και ανάπτυξη καρκίνου σε άτομα, τα οποία, σε κατάσταση stress, αντιδρούν με αισθήματα απελπισίας και αμηχανίας(Herbert, Cohen. 1993).

Παλαιότερες μελέτες(Ρηγάτος. 2001) σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο έδειξαν τα εξής:

α. Βρέθηκε στατιστικώς σημαντική μείωση στην έκφραση της εξωστρεφούς (ή αλλοτιμωρού) επιθετικότητας, συγκριτικά προς μάρτυρες, ενώ δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στην έκφραση της ενδοστρεφούς (αυτοτιμωρού) και της καταπιεζόμενης επιθετικότητας. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε η εικονογραφημένη δοκιμασία (carroon type) του Rosenzweig(Ρηγάτος, Παντελή. 2003).

β. Σε άλλη μελέτη (Ρηγάτος, Κατσένης, Παντελή, Δοντάς. 2004), βρέθηκε ότι υπολείπεται συγκριτικώς προς τους μάρτυρες η έκφραση θετικών ή αρνητικών αισθημάτων προς τους γονείς, ενώ διαπιστώθηκε ότι τα αισθήματα απελπισίας και αβοήθητου ήταν συχνότερα μεταξύ των ασθενών. Στην εργασία αυτή χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ελεύθερης συνέντευξης σε προκαθορισμένους άξονες.

Εσωστρέφεια βρέθηκε σε άλλη εργασία με διαφορετική μεθοδολογία, σε 65% των ασθενών έναντι 31 % των μαρτύρων, ενώ, αντιστρόφως, εξωστρέφεια βρέθηκε σε 24% των ασθενών και σε 67% των μαρτύρων. Οι διαφορές αυτές είναι στατιστικώς σημαντικές. Μεταξύ γυναικών με καρκίνο του μαστού ή των γεννητικών οργάνων, που συγκρίθηκαν με ομάδα μαρτύρων, βρέθηκαν αντιστοίχως (Samartzi, Rigatos. 2000):

		Μάρτυρες
Ενδροστρέφεια (ασθενείς)	60%	23%
Εξωστρέφεια	40%	77%
Καταπίεση Θυμού	71%	26%
Μη έκφραση αρνητικών συναισθημάτων	80%	37%
Κοινωνικότητα	14%	51%
Μοναξιά	77%	43%

Τέλος, με τη χρήση του ερωτηματολογίου Eysenck, μελετήσαμε συγκριτικώς χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε τρεις ομάδες: σε καρκινοπαθείς, σε πάσχοντες από χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και σε υγιείς. Διαπιστώθηκε ότι όλοι οι ασθενείς και ειδικότερα οι καρκινοπαθείς εμφάνιζαν συγκινησιακή αστάθεια, νευρωτισμό και χαμηλότερη προς τα έξω έκφραση των συναισθημάτων συγκριτικώς προς τους μάρτυρες (Marinakos, Rigatos, Politis, et al. 2002).

Παρότι η υπόθεση της προσωπικότητας τύπου C εξακολουθεί να απασχολεί τους ερευνητές και τη βιβλιογραφία, οριστική απάντηση δεν έχει δοθεί ακόμα, συχνά δε τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι αντιφατικά.

Όπως όμως και να έχει το ζήτημα, η υπόθεση της προσωπικότητας τύπου C παραμένει θεωρητικώς ενδιαφέρουσα και ενδέχεται να ανακύψουν νέα σημαντικά στοιχεία στο μέλλον.

- **Ο ρόλος του stress και των γεγονότων της ζωής στην παθογένεση του καρκίνου.**

Η ψυχολογική, ψυχοκοινωνική και ψυχιατρική νοσηρότητα που εκδηλώνεται με τη διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου είναι και γενικά αποδεκτή και καλά μελετημένη(Watson, Beaune. 2002). Αντιθέτως, ο πιθανός ρόλος τέτοιων παραγόντων στην παθογένεση και την εξέλιξη του καρκίνου είναι ακόμη αμφιλεγόμενος και αμφισβητούμενος(Watson, Beaune. 2002). Περισσότερο προσφιλή θέματα στη συναφή βιβλιογραφία είναι εκείνα που αναφέρονται στο ρόλο του stress και στα γεγονότα της ζωής (life events), καθώς και στις ψυχολογικές απαντήσεις, τις οποίες αυτά κινητοποιούν. Βεβαίως, πρέπει και εδώ να τονισθεί ότι καθένα από τα πιο πάνω στοιχεία δεν είναι αυτοτελές και ότι καθένα επηρεάζει διαρκώς τα άλλα και επηρεάζεται από αυτά. Ο διαχωρισμός που ακολουθείται εξυπηρετεί, και εδώ, διδακτικές σκοπιμότητες.

Πειράματα για την επίδραση του stress έχουν πραγματοποιηθεί από πολλούς ερευνητές τις δεκαετίες 1970 και 1980 σε ζώα του εργαστηρίου, κυρίως σε είδη τρωκτικών, τα οποία αναπτύσσουν αυτομάτως διάφορους τύπους όγκων. Οι περισσότερες από τις σχετικές εργασίες συμφωνούν ότι το stress μπορεί να επηρεάσει αυξητικά την επίπτωση των όγκων, ενώ μπορεί και να επιταχύνει την πρόοδό τους. Το stress, το οποίο οι ερευνητές προκαλούν στα πειραματόζωα είναι διαφόρων τύπων. το απλούστερο είναι η μεταβολή των συνθηκών διαβίωσής τους(Steplewski, Robinson-Goldman, Vogel. 2000). Από ορισμένους τύπους του προκαλούμενου stress το ζώο μπορεί να διαφύγει, βρίσκοντας την αναγκαία διέξοδο, ενώ άλλοι τύποι stress είναι αδιέξοδοι. Εκτός του stress των συνθηκών διαβίωσης, έχει μελετηθεί στα πειραματόζωα και το stress των θεραπευτικών διαδικασιών (αναισθησίας, εγχειρήσεως, ακτινοθεραπείας, χημειοθεραπείας)(Vogel. 2001). Οι εργασίες έδειξαν επίσης ότι το stress αυτό αυξάνει και τη με-

ταστατική διασπορά του όγκου(Justice. 2004). Επίσης, έχει μελετηθεί ο ρόλος του ψυχολογικού stress, όπως π.χ. το προκαλούμενο από την απομόνωση ή τον υπερπληθυσμό των ζώων. Από τις εργασίες αυτές(Justice, 2004), άλλες διαπιστώνουν αύξηση της επίπτωσης και επιτάχυνση του ρυθμού εξέλιξης μιας νεοπλασίας υπό την επίδραση του stress, ενώ άλλες δεν διαπιστώνουν θετικές συσχετίσεις. Έτσι, συνολικά, η εικόνα παραμένει θολή και τα συμπεράσματα προκαλούν σχετική σύγχυση.

Στους ανθρώπους, η πιθανή επίδραση του stress μπορεί να μετρηθεί μόνο σε αναδρομικές μελέτες με ψυχοτραυματικά γεγονότα που προκάλεσαν stress, όταν βιώθηκαν. Βεβαίως και εδώ υπάρχουν σοβαρά μεθοδολογικά προβλήματα, καθώς δεν υπάρχει ομοφωνία ούτε ως προς τον καθορισμό του χρονικού διαστήματος που θα εκτιμηθεί ούτε ως προς την ένταση του συναισθήματος σε καθέναν από ανάλογα γεγονότα. Αυτό που για κάποιον συνεπάγεται μέτρια ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση, για κάποιον άλλο μπορεί να συνεπάγεται πολύ μικρότερη και για κάποιον άλλο πολύ μεγαλύτερη επιβάρυνση. Έτσι, οι καθορισμένες κλίμακες στην πραγματικότητα λειτουργούν με αμφίβολη αξιοπιστία και με βάση τη θεώρηση ως ομοιογενούς και ομότιμης για όλους μιας ψυχοτραυματικής εμπειρίας, που πιθανότατα έχει για καθέναν άλλη πραγματική και συμβολική σημασία.

Παραθέτουμε ορισμένες, από τις πιο γνωστές εργασίες που αναφέρονται στη συσχέτιση του stress, το οποίο προκαλούν ορισμένα γεγονότα της ζωής, με την εκδήλωση μιας κακοήθους νεοπλασίας:

1984	Γεγονότα που προκαλούν stress, κυρίως η απώλεια προσώπων, συσχετίζονται με την ανάπτυξη καρκίνου του μαστού.	Cooper (Cooper. 1984)
1989	Σε γυναίκες με καρκίνο μαστού διαπιστώθηκε συχνή ανάπτυξη του συνδρόμου "hopelessness and helplessness". Δύσκολες συνθήκες ζωής στις ασθενείς (ποσοστό 54% έναντι 6,9% των μαρτύρων). Σημαντικές απώλειες. Άγχος, κατάθλιψη κ.α. ψυχολογικά χαρακτηριστικά.	Forsen (Forsen. 1989)
2000	Σε γυναίκες με καρκίνο μαστού την πενταετία πριν τη νόσηση (ή αντίστοιχο διάστημα, έως πριν 6 μήνες από την ερευνά για τις μάρτυρες), σημειώνονται διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις, σοβαρή νόσος, θάνατος ή άλλο μείζον ψυχοτραυματικό γεγονός (συνολικά 77% έναντι 37%)	Samartizi & Rigatos (Samartzi , Rigatos. 2000)

- **Ο ρόλος της οικογένειας στη δημιουργία και την εξέλιξη του καρκίνου**

Ο ρόλος της οικογένειας εμπλέκεται βεβαίως και στη διαμόρφωση του χαρακτήρα και στους παράγοντες του ψυχοκοινωνικού stress. Αν εδώ εξετάζεται (και) χωριστά, είναι ακριβώς και μόνο για να εκτεθεί ο ρόλος αυτός ακόμα πιο ευδιάκριτα.

Η οικογένεια μπορεί να παρεμβαίνει στην καρκινογενετική διαδικασία σε πολλές χρονικές στιγμές από τη σύλληψη, κατά την οποία μεταβιβάζεται το γενετικό υλικό και, πιθανώς, αρκετά ογκογονίδια, την πρώιμη παιδική ηλικία με θετικά και αρνητικά βιώματα, την ανατροφή και τη διαμόρφωση του χαρακτήρα με χαλαρό ή αυστηρό υπερεγώ, τις έξεις και τους τρόπους ζωής, έως την ανάπτυξη της νέας οικογένειας και το κλίμα που θα δημιουργηθεί για τον ίδιο και τα άλλα μέλη.

Αρκετές εργασίες διερευνούν τον ρόλο που παίζει η οικογένεια σε διάφορες χρο-

κές φάσεις. Τα αποτελέσματά τους εμφανίζουν αρκετές συγκλίσεις, αν και, όπως είναι αναμενόμενο, δεν υπάρχει σε όλες ταύτιση απόψεων και συμπερασμάτων.

Παραθέτουμε στη συνέχεια τα πορίσματα από τις κυριότερες σχετικές εργασίες:

1955	Αυξημένες ευθύνες κατά την παιδική ηλικία σε γυναίκες με καρκίνο. Διαταραχή γυναικείου ρόλου.	Reznikoff(Reznikoff. 1955)
1967	Από καρκινοπαθείς γυναίκες αναφέρεται συχνότερα η ανάπτυξη σε οικογένειες με μητρική επικράτηση και απόρριψη του γυναικείου ρόλου	Goldfarb και συν (Goldfarb. 1967)
1979	Σε γυναίκες με καρκίνο, προβλήματα σεξουαλικής ζωής. Αυξημένα προβλήματα και παθολογία κατά τον τοκετό και κατά τον θηλασμό. Περιγράφεται το σύνδρομο "σύμπλεγμα Αμαζόνας"	Becker(Becker. 1979)
1986	Σε γυναίκες με καρκίνο μαστού, που προσέρχονται στο γιατρό με καθυστέρηση μεγαλύτερη των τριών μηνών, βρέθηκαν διαταραγμένες οικογενειακές σχέσεις πολύ συχνότερα από ό,τι σε γυναίκες που πήγαν εγκαίρως στον γιατρό. Στις γυναίκες με έγκαιρη προσέλευση, διαπιστώθηκαν συχνότερα προβλήματα κατά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και την γαλουχία.	Ρηγάτος και συν.(Ρηγάτος, Γκαράς , Μαρινάκης, Γκαρά.1986)
2000	Αρνητικές οικογενειακές συνθήκες διαπιστώνονται συχνότερα σε γυναίκες με καρκίνο μαστού σε σύγκριση με μάρτυρες (37% έναντι 17%). Επίσης αίσθημα μοναξιάς (77% ενάντια 43%).	Samartizi & Rigatos (Samartzi , Rigatos. 2000)

3. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ

- *Ποια ψυχιατρική νοσηρότητα εμφανίζεται σε ασθενείς με καρκίνο και πόσο συχνά.*

Παρότι είναι συζητήσιμο και αμφιλεγόμενο το εάν και κατά πόσον ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν αιτιολογικά στη γένεση και την εξέλιξη ενός κακοήθους νεοπλασματος, ουδείς αμφιβάλλει σήμερα για το αντίθετο: Ότι, δηλαδή, ο καρκίνος ευθύνεται για την πρόκληση ψυχιατρικής νοσηρότητας σε μεγάλη αναλογία ασθενών (Watson. 2002).

Σε εργασίες μεταξύ γυναικών με καρκίνο μαστού, που πραγματοποιήθηκαν μεταξύ των ετών 1970 και 1981, ψυχιατρική νοσηρότητα διαπιστώθηκε σε ποσοστά από 20% έως 30% (Morris, Green, White. 1999). Σύμφωνα με μία από τις πιο καλά γνωστές εργασίες επί του θέματος (Derogatis και συν.), οι μισοί περίπου από τους ασθενείς με καρκίνο θα εμφανίσουν κατά τη διαδρομή της νόσου και ψυχιατρική σημειολογία. Συγκεκριμένα, Οι συγγραφείς εκτιμούν ότι ποσοστό 53% δεν εμφανίζει ενδείξεις διαγνωσίσιμης ψυχικής νόσου. Το υπόλοιπο 47% εμφανίζει κλινική ψυχιατρική διαταραχή. Από αυτούς, 68% εμφανίζουν αντιδραστικό άγχος και κατάθλιψη (συναισθηματική διαταραχή με καταθλιπτική ή αγχώδη διάθεση), ενώ 13% εμφανίζουν μείζονα κατάθλιψη και 8% οργανικό ψυχοσύνδρομο. Η αναφερόμενη εργασία βασίστηκε σε 215 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε τρία αντικαρκινικά νοσοκομεία. Για τη διάγνωση, χρησιμοποιήθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια που προβλέπονται από το DSM III

Ενδιαφέρουσα είναι, επίσης στην πιο πάνω εργασία, η συσχέτιση της ψυχικής νόσου με την ύπαρξη πόνου από τον καρκίνο. Από αυτούς που εμφάνιζαν ψυχιατρικά σύνδρομο, σοβαρό πόνο ανέφεραν 39%, ενώ από εκείνους που δεν είχαν ψυχιατρικό σύνδρομο πόνο εμφάνιζαν μόνον 19%. Μεταξύ των ασθενών με πόνο, οι ψυχιατρικές διαγνώσεις ήταν καταθλιπτική ή μικτή διάθεση σε 69% και μείζονα κατάθλιψη σε 15%. Ανάλογες παρατηρήσεις με αυτές της εργασίας των Derogatis και συν. για αύξηση της

ψυχιατρικής νοσηρότητας με την παρουσία πόνου, έχουν γίνει και από τους Woodforde και Fielding (1970) (Woodforde, Fielding. 1970) και από τον Ahles (1983)(Ahles. 1983). Μεταγενέστερες εργασίες υπολογίζουν την ψυχιατρική νοσηρότητα σε μικρότερα ποσοστά, συμφωνούν όμως ως προς τον τύπο των εκδηλώσεων(Massie, Holland, 2001). Οι Massie και Holland(Massie, Holland. 2001) προσδιορίζουν ως εξής τους τύπους των ψυχιατρικών εκδηλώσεων στους καρκινοπαθείς:

Διαταραχές προσαρμογής	68%
Μείζονες συναισθηματικές διαταραχές	13%
Παραλήρημα-οργανικό ψυχοσύνδρομο	8%
Διαταραχές της προσωπικότητας	7%
Αγχώδεις διαταραχές	4%

Παραπλήσια ήταν η κατανομή του τύπου των εκδηλώσεων και μεταξύ Ελλήνων ασθενών αντικαρκινικού νοσοκομείου, που είχε ανακοινωθεί το 1997(Καρκανίας, Ιακωβίδης. 1997). Όσο για τη συχνότητα των ψυχιατρικών συνδρόμων φαίνεται ότι και στον τόπο μας κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με τη νοσηρότητα άλλων χωρών (Ιακωβίδης, Μπεντενίδης. 2002).

- ***Πόσο συχνές είναι οι διαταραχές του συναισθήματος και πως διαγιγνώσκετε και αντιμετωπίζεται η κατάθλιψη***

Από τις διαταραχές του συναισθήματος σε καρκινοπαθείς σημαντικότερη είναι η κατάθλιψη, η οποία, σύμφωνα με τις πρόσφατες αναθεωρήσεις των ταξινομικών συ-

στημάτων(Χριστδούλου. 2002) (DSM-IV και ICD-10) χαρακτηρίζεται ως «διαταραχή του συναισθήματος, που οφείλεται σε γενική σωματική πάθηση». Οι ασχολούμενοι με καρκινοπαθείς πρέπει να έχουν ετοιμότητα για τη διάγνωση της κατάθλιψης και να είναι σε θέση να εντοπίζουν τους ασθενείς που έχουν μεγάλη πιθανότητα να την αναπτύξουν(Ζουμπλιός, Σταυρακάκης, Ρηγάτο, Σαραντόγλου. 2003). Στη διάγνωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής θα βοηθήσει η ύπαρξη πέντε εκ των ακόλουθων συμπτωμάτων σε μεγάλο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα(Τρικόκας. 2004):

- Καταθλιπτικό συναίσθημα
- Αξιοσημείωτη μείωση ενδιαφέροντος για κάθε δραστηριότητα
- Σημαντική μεταβολή του βάρους (> 5% κάθε μήνα)
- Αϋπνία ή υπερευπνία
- Ψυχοκινητική ανησυχία ή αναστολή
- Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας
- Συναισθήματα αυτοϋποτίμησης ή ενοχής
- Δυσκολία στη συγκέντρωση και τη λειτουργία της σκέψης
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου

Η συχνότητα της κατάθλιψης ποικίλλει στους διαφόρους συγγραφείς και εξαρτάται από την ειδικότητα του ερευνητή, το ειδικό ενδιαφέρον του, το είδος και το στάδιο της βασικής νόσου (καρκίνος), την εφαρμοζόμενη θεραπεία, την ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικών συστημάτων κ.λ.π. (Ζουμπλιός, Σταυρακάκης, Ρηγάτος, Σαραντόγλου. 2003). Οι Bukberg και συν. (Bukberg, Penman, Holland. 1994). υπολογίζουν τη συχνότητά της σε 25% των καρκινοπαθών, ενώ στα τελικά στάδια μπορεί να φθάσει και το 17% των ασθενών.

Ως προς τη βαρύτητα, η κατάθλιψη μπορεί να είναι ελαφρά, μέτρια ή έντονη. Η θεραπεία της μπορεί να είναι φαρμακευτική, ψυχαναλυτική ή γνωσιακή(Αλεβίζος. 2002).

- *Οι επιπτώσεις της θεραπείας από ψυχοκοινωνικής πλευράς*

Εκτός από τη νόσο, ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις έχουν και όλες οι αντικαρκινικές θεραπευτικές μέθοδοι. Η χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου συχνά συνεπάγεται ακρωτηριασμούς, αναπηρία, αλλαγή της εικόνας του σώματος, ανάγκη αλλαγής επαγγέλματος, διαταραχή του ρόλου στην οικογένεια, μείωση της κοινωνικής συμμετοχής κ.λ.π.

Η ακτινοθεραπεία προκαλεί τοπικές βλάβες, αλλά και συστηματικές, όπως λευκοπενία, θρομβοπενία, εμέτους, καταστολή της ανοσίας κ.λ.π. Όλα αυτά, εκτός από το βιολογικό σκέλος, έχουν και ψυχοκοινωνικό. Η χημειοθεραπεία επηρεάζει σοβαρά την καθημερινή ζωή με συχνές νοσηλείες, φλεβοκεντήσεις, αλωπεκία, λευκοπενία (και τους επακόλουθους πυρετούς από λοιμώξεις), αναιμία (που προκαλεί και αίσθημα κόπωσης), βλάβες των βλεννογόνων, αλλά και ειδικές (κατά περίπτωση) τοξικές εκδηλώσεις. Η ορμονοθεραπεία συχνά προκαλεί αλλαγή της εικόνας του σώματος, π.χ. μεταβολή βάρους, τριχοφυΐα κ.ά., με επακόλουθες επιδράσεις στον ψυχισμό.

4. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

- *Ποτέ γίνονται οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε καρκινοπαθείς*

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι δυνητικώς αναγκαίες σε ολόκληρη τη διαδρομή μιας νεοπλασίας, από την αρχική διάγνωση έως την ίαση και την αποκατάσταση ή, σε αρνητική έκβαση, έως τον θάνατο. Οι παρεμβάσεις αυτές έχουν διαφορετική σκοπιμότητα σε κάθε στάδιο της νόσου. Ότι ακολουθεί, δεν είναι δυστυχώς ό,τι γίνεται στα νοσοκομεία μας, αλλά ό,τι θα έπρεπε να γίνεται διότι πολλά νοσοκομεία, μεταξύ των οποίων και ορισμένα αντικαρκινικά, δεν διαθέτουν ψυχιατρική υπηρεσία ούτε ψυχολόγους, ενώ άλλα διαθέτουν περιορισμένο αριθμό θέσεων ψυχολόγων (συνήθως μόνο μία) που συνήθως δεν έχουν (ή δεν έχει) καλυφθεί. Έτσι, σημαντικές υπηρεσίες παραμελούνται ή παρέχονται ανεπαρκώς ή από μη αρμόδια πρόσωπα. Η κατάσταση αυτή θα πρέπει να αντιμετωπισθεί με συνεχή πίεση προς τους αρμοδίους από τους ογκολόγους, τους ψυχιάτρους, τους ψυχολόγους και τα επιστημονικά ή /και τα επαγγελματικά σωματεία τους. Σημαντική πίεση μπορεί να ασκηθεί προς την κατεύθυνση αυτή και από τα σωματεία ασθενών (Aring. 1999).

Κατά την αρχική φάση της νόσου, η ψυχολογική παρέμβαση είναι αναγκαία για:

- την ανακοίνωση της διάγνωσης ή, εφόσον αυτή γίνει από τον θεράποντα χειρουργό ή παθολόγο, για την υποστήριξη κατά τη φάση του shock της διάγνωσης,
- τη βοήθεια για την αποδοχή της κατάλληλης, ενδεχομένως όμως ακρωτηριαστικής, επέμβασης,
- τη βοήθεια για την αποδοχή της νέας εικόνας του σώματος, όπως διαμορφώθηκε μετά την εγχείρηση,
- την υποστήριξη κατά την εφαρμογή της αναγκαίας συμπληρωματικής θεραπείας (χημειο-ακτινοθεραπείας).

■ την εκπαίδευση για τον, πιθανώς, νέο ρόλο που ο ασθενής καλείται να παίξει στην οικογένεια,

■ τη βοήθεια για πιθανό επαγγελματικό επαναπροσανατολισμό.

Σημαντικό ρόλο έχουν να παίξουν οι αναφερόμενοι επαγγελματίες /λειτουργοί υγείας και κατά τη φάση της (πιθανής) υποτροπής της νόσου. Στη φάση αυτή, ο ασθενής αισθάνεται ότι έχει προδοθεί, καθώς η νόσος επανεμφανίσθηκε, παρότι ήδη εφάρμοσε ό,τι του συστήθηκε, δέχθηκε κάθε θεραπευτική αγωγή στην οποία υποβλήθηκε, είχε δε ήδη μεσολαβήσει και ένα διάστημα που του έδωσε την ελπίδα ότι η πάθησή του είχε θεραπευθεί. Κατά τη φάση αυτή, έχει να αντιμετωπίσει και πάλι τα προβλήματα υγείας, αλλά και τα προβλήματα της θεραπείας, η οποία ενδέχεται να είναι αυτή τη φορά επιθετικότερη(Bard, Sutherland. 1997). Η ανάμνηση των προηγούμενων βιωμάτων, αλλά και ο κλονισμός της εμπιστοσύνης του προς την επιστήμη, τους γιατρούς του κ.λ.π. δυσχεραίνουν την κατάσταση. Η εμφάνιση πόνου αποτελεί ένα διαρκές φόβητρο, ενώ η - πολύ πιθανή - ύπαρξη πόνου αυξάνει την πιθανότητα ψυχιατρικής νοσηρότητας, όπως ήδη εκτέθηκε(Barrios. 1999)

Πρόσθετα προβλήματα στη φάση αυτή αντιμετωπίζει όχι μόνον ο ασθενής, αλλά και τα μέλη της οικογενείας του που τον φροντίζουν. Η εξάρτησή του από αυτά και οι ενοχές του για την επιβάρυνσή τους τον οδηγούν είτε σε καταθλιπτική αντίδραση είτε σε επιθετικότητα. Ανάλογα προβλήματα, βέβαια, αντιμετωπίζουν και τα μέλη της οικογένειας, που κι αυτά χρειάζονται πολύ συχνά την υποστήριξη του ειδικού επαγγελματία(Chesser, Anderson. 1995).

Επιτακτική είναι η ανάγκη παρέμβασης και κατά το στάδιο της γενίκευσης της νόσου. Κατά το στάδιο αυτό, η θεραπευτική δυνατότητα περιορίζεται στην ανακουφιστική και συμπτωματική αγωγή. Οι πόνοι, εξαιρετικά συχνοί στη φάση αυτή, η αδυναμία, το αίσθημα κακουχίας, η κατάθλιψη, το άγχος, οι συνεχείς διαψεύσεις των θεραπευτικών υποσχέσεων απαιτούν πολύπλευρη αντιμετώπιση με φαρμακευτικούς και μη φαρμακευτικούς τρόπους(Greile. 2000). Οι ασθενείς τελικού σταδίου πρέπει να υποστηρίζονται απέναντι στον φόβο του θανάτου, όπως πρέπει να υποστηρίζονται και οι

συγγενείς, συχνά δε και το προσωπικό που αντιμετωπίζει ασθενείς τελικού σταδίου.

- *Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που ασκούνται*

α. Πρέπει, κατ' αρχήν, να τονισθεί ότι ένα είδος ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, ανεπίσημο και ερασιτεχνικό, όμως πολύ συχνό και αρκετές φορές επαρκές, είναι η καθημερινή επικοινωνία του ασθενούς με τους θεράποντες γιατρούς, τις νοσηλεύτριες, τις κοινωνικές λειτουργούς, εκπαιδευμένους ή απλώς ευαισθητοποιημένους εθελοντές, αλλά και φίλους-επισκέπτες. Η ανθρώπινη επικοινωνία (πέρα από την όποια θεραπευτική παρέμβαση) αποτελεί υποστήριξη, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους (Ρήγα Α.Β. 2001).

β. Ιδιότυπη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση αποτελεί, για άτομα με ανεπτυγμένο θρησκευτικό συναίσθημα, η παρουσία ιερέως, ιδίως αν αυτός έχει και κατάλληλη εκπαίδευση ή εμπειρία στην ποιμαντική ψυχολογία, όπως συμβαίνει με ιερείς που υπηρετούν σε μεγάλα νοσοκομεία.

γ. Οι πιο αξιόπιστες και αποτελεσματικές μορφές ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι βεβαίως εκείνες που γίνονται από ειδικούς και κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, δηλαδή από ψυχολόγους. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι είτε ατομικές είτε ομαδικές.

I. Από τους πρώτους που εφαρμόζουν συστηματική ατομική ψυχοθεραπεία σε καρκινοπαθείς είναι ο L. Le Shan (δεκαετίες 1960 και 1970)(Le Shan. 1977) και ο Renneker (1963)(Renneker, Cutler, Hora, et al. 1963). Και οι δύο αναφέρουν μακροχρόνιες υφέσεις, σαφώς μεγαλύτερες εκείνων του εθνικού μέσου όρου επιβίωσης, χωρίς όμως να υπάρχουν συγκρίσιμες ομάδες ασθενών. Άλλοι θεραπευτές σημειώνουν επίδραση της παρέμβασής τους στο άγχος, το επίπεδο κατάθλιψης, την ποιότητα ζωής ή άλλες παραμέτρους. Στα πλαίσια των ατομικών παρεμβάσεων, εφαρμόζονται ψυχαναλυτικής αρχής τεχνικές, γνωσιακές μέθοδοι ή θεραπείες συμπεριφοράς. Άλλοι(Holland, Morrow, Schmale, et al. 1987)εφαρμόζουν τεχνικές χαλάρωσης ή χορηγούν φαρμακευτικά

σκευάσματα, ορισμένα των οποίων αναφέρονται ως αποτελεσματικότερα των τεχνικών χαλάρωσης.

II. Η πρώτη προσπάθεια ομαδικής ψυχοθεραπείας γίνεται το 1976 με ασθενείς τελικού σταδίου, αρχικά με συζητήσεις για την τοξικότητα της θεραπείας και σταδιακά με συζητήσεις για άλλα θέματα, προσωπικά ή οικογενειακά (Franzino, Geren, Meiman, 1976). Διάφορες εργασίες που ακολούθησαν (Νικολής Ι. 2004) διαπιστώνουν:

- δυνατότητα απορρόφησης των οδυνηρών συναισθημάτων και τόνωση του ηθικού,
- μείωση του άγχους,
- μεγαλύτερη ικανοποίηση (συγκριτικά προς μάρτυρες) από την εφαρμοζόμενη θεραπεία και την αύξηση της εμπιστοσύνης προς τους θεράποντες,
- μείωση της δυσανεξίας,
- δυνατότητα συζήτησης θεμάτων, όπως ο θάνατος,
- μείωση της κατάθλιψης,
- προσφορά νοήματος και ενδιαφέροντος για τη ζωή.

Στην Ελλάδα, προγράμματα ομαδικής ψυχοθεραπείας έχουν κατά καιρούς εφαρμοσθεί σε διάφορα νοσοκομεία, χωρίς όμως συνέχεια. Υποστηρικτικά ομαδικά ψυχοθεραπευτικά προγράμματα έχουν επίσης εφαρμοστεί για ομάδες ασθενών και για συζύγους ασθενών η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία και ορισμένα σωματεία πασχόντων.

5. ΧΑΛΑΡΩΣΗ ΚΑΙ ΟΡΑΜΑΤΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ

Το πρώτο βήμα για να γίνετε καλά είναι να καταλάβετε ότι τα πιστεύω και οι συναισθηματικές σας αντιδράσεις έχουν συνεισφέρει στην ασθένειά σας. Το επόμενο βήμα είναι να βρείτε τρόπους να επηρεάσετε αυτές τις αντιδράσεις για να υποστηρίξετε τη θεραπεία σας. Σε αυτό το κεφάλαιο θα μιλήσουμε για τη διαδικασία της χαλάρωσης, ώστε να μπορέσετε να μειώσετε το στρες και την ένταση στο σώμα σας. Το στρες έχει σχέση με την έναρξη της ασθένειας, όπως και με το φόβο της ασθένειας,

όπου από μόνος του γίνεται μεγάλη πηγή στρες. Θα δείξουμε επίσης πώς να χρησιμοποιείτε τη νοητική εικονοπλασία όταν χαλαρώνετε, για να δημιουργείτε τα θετικά πιστεύω που θα ενεργοποιήσουν την άμυνα του σώματος ενάντια στην ασθένεια (Greer, Morris T. 2001).

Πολλοί καρκινοπαθείς βλέπουν το σώμα τους σαν εχθρό. Αφού αρρώστησε, τους πρόδωσε, και έτσι απειλεί τη ζωή τους. Αισθάνονται αποξενωμένοι από αυτό και δυσπιστούν για τις ικανότητές του να καταπολεμήσει την ασθένεια. Μαθαίνοντας να χαλαρώνουν και να επηρεάζουν το σώμα τους, βοηθούνται να το αποδεχτούν ξανά καθώς και τις ικανότητές του να εργαστεί προς την κατεύθυνση της υγείας. Το σώμα γίνεται πηγή ευχαρίστησης και άνεσης καθώς και σπουδαία πηγή μαρτυρίας για τον τρόπο με τον οποίο ζουν οι αποτελεσματικοί άνθρωποι τη ζωή (Holland. 2000).

Η χαλάρωση βοηθάει επίσης στη μείωση του φόβου ο οποίος γίνεται μερικές φορές καταπιεστικός όταν υπάρχει ασθένεια που απειλεί τη ζωή. Οι καρκινοπαθείς συχνά, τρομοκρατούνται στη σκέψη ότι θα πεθάνουν με ένα οδυνηρό μακρόχρονο τρόπο, ότι θα μείνει στο δρόμο η οικογένειά τους και το ότι θα κάνουν ψυχολογικό κακό στα παιδιά τους αφού θα βιώσουν την απουσία ενός γονιού. Αυτοί οι φόβοι κάνουν σχεδόν αδύνατη την ανάπτυξη μιας θετικής προσδοκίας για το αποτέλεσμα της ασθένειάς τους. Μαθαίνοντας να χαλαρώνουν σωματικά, σπάζουν τον κύκλο της έντασης και του φόβου. Τουλάχιστον για λίγες στιγμές, ο καρκίνος χάνεται από το προσκήνιο δεν είναι η επισκιάζουσα πραγματικότητα της ζωής τους. Πολλοί ασθενείς αναφέρουν ότι βλέπουν μια διαφορετική προοπτική και ανανεώνονται μετά την άσκηση της χαλάρωσης. Φαίνεται πως και αυτή είναι ένας τρόπος να ξαναγεμίζουν τις μπαταρίες τους. Με μειωμένο το φόβο είναι ευκολότερο να αναπτύξουν πιο θετική προσδοκία, πράγμα που μειώνει και το φόβο τους (Hutshneker. 2003).

Να σημειωθεί πως η χαλάρωση με κλινικούς όρους δε σημαίνει να περάσουμε ένα απόγευμα μπροστά στην τηλεόραση, πίνοντας μερικά ποτά ή μιλώντας με φίλους. Αν και μπορεί να είναι σίγουρα ευχάριστες δραστηριότητες, οι εργαστηριακές μελέτες δείχνουν ότι αυτές οι μορφές «χαλάρωσης» δεν αποβάλλουν επαρκώς τα σωματικά

αποτελέσματα του στρες.

Η σωματική προσπάθεια σε τακτά χρονικά διαστήματα βοηθάει την εκτόνωση του στρες. Η εξάσκηση λειτουργεί σαν το ισοδύναμο της αντίδρασης «πολέμα ή φεύγα» επιτρέπει στο σώμα να αποβάλλει τη συσσώρευση της έντασης. Δεν είναι τυχαίο ότι πολλοί ασθενείς που τα έχουν καταφέρει πολύ καλά ασχολούνται με κάποια μορφή συχνής σωματικής άσκησης. Πολλοί ασχολούνται με το τρέξιμο και λένε ότι αυτό είναι το «γιατρικό» τους τρέχοντας αντιλαμβάνονται μια άποψη των προβλημάτων τους που δεν μπορούσαν να την αντιληφτούν όταν κάθονταν και τα σκέφτονταν(Newtoh. 1999).

Βέβαια, οι ασθενείς δεν είναι δυνατό να ασχοληθούν με τη σωματική δραστηριότητα κάθε φορά που αισθάνονται στρες. Η σύγχρονη ζωή απαιτεί συχνά τόση προσπάθεια, που δεν περισσεύει χρόνος να διευθετηθούν οι αναγκαίες για το σώμα δραστηριότητες. Ευτυχώς οι ερευνητές ανέπτυξαν μια ποικιλία απλών τεχνικών χαλάρωσης, ορισμένες μορφές διαλογισμού και προοδευτικής χαλάρωσης, αυτογενή εκπαίδευση και αυτοϋπνωτισμό. Οι περισσότερες από αυτές τις τεχνικές απαιτούν κάποια μορφή διανοητικής συγκέντρωσης. Οι άνθρωποι πρέπει να εστιάσουν την προσοχή τους σε ένα σύμβολο ή σε μια σειρά νοητικών εικόνων σχεδιασμένων να ηρεμούν το νου, ή μπορεί να δώσουν μια σειρά οδηγιών στο νου για να χαλαρώσει το σώμα.

Ο Δρ. Χέρμπερτ Μπένσον (Dr. Herbert Benson) του Πανεπιστημίου του Χάρβαρντ έχει αποδείξει το σωματικό όφελος πολλών τεχνικών μείωσης του στρες στο βιβλίο του *Η Ανταπόκριση στη Χαλάρωση* (The Relaxation Response). Αν και δεν μπορούν να κατανοηθούν όλες οι φυσιολογικές αντιδράσεις του σώματος σε αυτές τις τεχνικές νοητικής χαλάρωσης, η έρευνα απέδειξε ότι αποβάλλουν το στρες σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι οι δραστηριότητες που συμβατικά θεωρούνται χαλαρωτικές(Benson. 1999).

- *Η τεχνική της χαλάρωσης*

Η τεχνική της χαλάρωσης που αναπτύξαμε, καθώς εργαζόμαστε με τους ασθενείς βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στο πρόγραμμα του Δρ. Έντμοντ Τζέικομπσον (Dr. Edmond Jacobson) ο οποίος αποκαλεί την τεχνική του «προοδευτική χαλάρωση». Στην πραχτική μας συνδυάζουμε αυτή την τεχνική με τη διαδικασία της νοητικής εικονοπλασίας. Εδώ θα περιγράψουμε τη διαδικασία χαλάρωσης λεπτομερειακά, έτσι ώστε να διαπιστώσουμε την αξία της. “Συνιστούμε” στους ασθενείς μας να κάνουν το συνδυασμό χαλάρωσης και νοητικής εικονοπλασίας τρεις φορές την ημέρα για δέκα με δεκαπέντε λεπτά κάθε φορά. Οι περισσότεροι αισθάνονται χαλαρωμένοι την πρώτη φορά που κάνουν αυτή την τεχνική. Βέβαια, αφού η χαλάρωση είναι κάτι που μπορούμε να το μάθουμε και αργότερα να το βελτιώσουμε, θα ανακαλύψετε ότι επαναλαμβάνοντας τη διαδικασία χαλαρώνετε όλο και πιο πολύ (Brown, Versais, Toews, Shane. 2001).

Για να κάνουμε πιο εύκολη την εκμάθηση της διαδικασίας της χαλάρωσης και της νοητικής εικονοπλασίας, μπορούμε να δώσουμε μια κασέτα με οδηγίες. Μπορείτε πάντως να βάλετε κάποιο φίλο σας να σας διαβάσει τις οδηγίες ή να σας τις ηχογραφήσει σε μια κασέτα. Αφήστε αρκετό χρόνο μέχρι να συμπληρώσετε το κάθε στάδιο με άνετο χαλαρωμένο τρόπο.

1. Πηγαίνετε σε ένα ήσυχο δωμάτιο με απαλό φωτισμό. Κλείνετε την πόρτα και κάθεστε σε μια αναπαυτική καρέκλα με τα πόδια χαλαρά στο δάπεδο και τα μάτια κλειστά.
2. Αποκτάτε συνείδηση της αναπνοής σας.
3. Παίρνετε μερικές βαθιές αναπνοές και καθώς εκπνέετε, λέτε νοητικά τη λέξη «χαλάρωσε».
4. Συγκεντρώνεστε στο πρόσωπό σας και αισθάνεστε την οποιαδήποτε ένταση στους μύς του προσώπου και των ματιών. Απεικονίζετε νοητικά αυτή την ένταση -ίσως σαν ένα σχοινί δεμένο κόμπους ή σαν σφιγμένη γροθιά- και μετά τη βλέπετε να χαλαρώνει και να γίνεται σαν μαλακό λάστιχο.

5. Αισθάνεστε το πρόσωπο και τα μάτια σας να χαλαρώνουν. Καθώς γίνεται αυτό, νιώθετε ένα κύμα χαλάρωσης να απλώνεται μέσα από το σώμα σας.
6. Σφίξτε τα μάτια και το πρόσωπό σας δυνατά, μετά χαλαρώστε τα και αισθανθείτε τη χαλάρωση να απλώνεται σε ολόκληρο το σώμα σας.
7. Εφαρμόστε τις προηγούμενες οδηγίες και στα άλλα μέρη του σώματός σας. Μετακινηθείτε σιγά -σιγά προς τα κάτω. σαγόني, λαιμός, ώμοι, πλάτη, βραχίονες, χέρια, στήθος, κοιλιά, μηροί, γάμπες, αστράγαλοι, πόδια, δάχτυλα, μέχρις ότου χαλαρώσει κάθε μέρος του σώματός σας. Για κάθε τμήμα απεικονίζετε νοητικά την ένταση και μετά τη βλέπετε να διαλύεται. Σφίξτε την περιοχή και μετά χαλαρώστε την.
8. Όταν έχετε χαλαρώσει κάθε μέρος του σώματος, ξεκουραστείτε ήσυχα σ' αυτή την αναπauτική κατάσταση για δύο έως πέντε λεπτά.
9. Κατόπιν αφήστε τους μυς των βλεφάρων σας να χαλαρώσουν, ετοιμαστείτε να ανοίξετε τα μάτια σας και αποκτήστε συνείδηση του χώρου στον οποίο βρίσκεστε.
10. Τώρα ανοίξτε τα μάτια σας. Είστε έτοιμοι να συνεχίσετε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες.

Μερικές φορές οι άνθρωποι στις πρώτες τους προσπάθειες δυσκολεύονται να δουν τη νοητική εικόνα ή να εστιάσουν το νου τους και να μην πλανιέται εδώ και εκεί.

Στη συνέχεια δίνονται οδηγίες για άμεση μετάβαση από τη διαδικασία της χαλάρωσης στη διαδικασία της νοητικής εικονοπλασίας. Αν και η τεχνική της χαλάρωσης είναι από μόνη της πολύτιμη, όπως είπαμε και πριν, τη χρησιμοποιούμε κύρια σαν εισαγωγή στη νοητική εικονοπλασία, γιατί η σωματική χαλάρωση μειώνει την ένταση που θα μπορούσε να αποσπάσει την προσοχή από τη συγκέντρωση στον οραματισμό. Η τεχνική της χαλάρωσης είναι επίσης εισαγωγική στο νοητικό οραματισμό και με άλλη έννοια μαθαίνουμε να την χρησιμοποιούμε ώστε να μάθουμε τον ασθενή με καρκίνο να καθοδηγεί το νου για να χαλαρώνει σωματικά και αυτό ενδυναμώνει την πίστη του ότι μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το νου για να υποστηρίξετε το σώμα του.

- *Χαλάρωση και νοητική εικονοπλασία*

Η χαλάρωση και η νοητική εικονοπλασία είναι ανάμεσα στα πολυτιμότερα εργαλεία που έχουμε βρει για να βοηθήσουμε τους ασθενείς να πιστέψουν στην ικανότητά τους να αναρρώσουν από τον καρκίνο. Ανακαλύψαμε ότι η νοητική εικονοπλασία δεν είναι μόνο αποτελεσματικό εργαλείο ώθησης στο να γίνει κανείς ξανά καλά, αλλά και σπουδαίο εργαλείο αυτοανακάλυψης και πρόκλησης δημιουργικών αλλαγών σε άλλους τομείς της ζωής(Selye. 2000).

Την ανακάλυψη της χαλάρωσης και της διαδικασίας της νοητικής εικονοπλασίας την οφείλουμε στις ψυχαναλυτικές γνώσεις. Από εκείνη μάθαμε ότι αυτή η διαδικασία (για τη μεταστροφή των προσδοκιών) είχε χρησιμοποιηθεί από διάφορους ανθρώπους σε πολλές και διαφορετικές σχολές χτισμένες με πειθαρχία. Το κοινό νήμα που διαπερνούσε όλες αυτές τις μορφές πειθαρχίας ήταν ότι οι άνθρωποι δημιουργούσαν νοητικές εικόνες των επιθυμητών συμβάντων. Δημιουργώντας μια εικόνα, το άτομο φτιάχνει μια ξεκάθαρη νοητική παράσταση του τι επιθυμεί να συμβεί. Με την επανάληψη αυτής της παράστασης αρχίζει γρήγορα να περιμένει ότι το επιθυμητό γεγονός πράγματι θα συμβεί. Αποτέλεσμα αυτής της θετικής προσδοκίας είναι να αρχίσει το άτομο να δρα για να προκαλέσει το επιθυμητό αποτέλεσμα και στην πραγματικότητα το βοηθά να εκδηλωθεί(Wheeler, Caldwell. 1995).

Ένας παίχτης του γκολφ για παράδειγμα, θα μπορούσε να οραματιστεί ένα όμορφο μπαστούνι του γκολφ με το μπαλάκι να πηγαίνει στον επιθυμητό στόχο. Ένας επιχειρηματίας θα μπορούσε να οραματιστεί μια επιτυχημένη επαγγελματική συνάντηση, ένας ηθοποιός θεάτρου μια επιτυχημένη πρεμιέρα. Ένα άτομο με καρκίνο θα οραματιζόταν τον όγκο να συρρικνώνεται και το σώμα του να γίνεται ξανά υγιές(Ulene. 1999).

Καθώς μαθαίναμε διάφορα στοιχεία για την αποτελεσματικότητα της χαλάρωσης και της νοητικής εικονοπλασίας, μαθαίναμε ταυτόχρονα και τις

ενδείξεις που συσσωρεύαν οι ερευνητές της βιοανάδρασης για το πώς θα μπορούσαν να μάθουν να ελέγχουν οι άνθρωποι τις εσωτερικές φυσιολογικές λειτουργίες όπως τον καρδιακό ρυθμό, την πίεση του αίματος και τη θερμοκρασία του δέρματος. Όταν ρωτούνταν αυτοί οι άνθρωποι, δήλωναν συχνά ότι δεν μπορούσαν να διατάξουν το σώμα τους να αλλάξει την εσωτερική του λειτουργία. Αντί για αυτό είχαν μάθει μια οπτική και συμβολική γλώσσα με την οποία επικοινωνούσαν με το σώμα.

Για πρώτη φορά την τεχνική της νοητικής εικονοπλασίας χρησιμοποιήθηκε το 1971 με ένα ασθενή του οποίου ο καρκίνος θεωρείτο ιατρικά ανίατος. Ο ασθενής τρεις φορές την ημέρα οραματιζόταν τον καρκίνο του, τη θεραπεία που ερχόταν και τον διέλυε, τα λευκά του αιμοσφαίρια που επιτίθεντο στα καρκινικά κύτταρα και τα έδιώχναν έξω από το σώμα του και τελικά οραματιζόταν τον εαυτό του να ανακτά την υγεία του. Τα αποτελέσματα ήταν θεαματικά: Ο «ανέλπιδος» ασθενής ξεπέρασε την ασθένειά του και είναι ακόμη ζωντανός και υγιής (Newton, 1999).

- ***Η διαδικασία της νοητικής εικονοπλασίας***

Τη διαδικασία της χαλάρωσης και της νοητικής εικονοπλασίας, μπορεί να θελήσετε να ηχογραφήσετε σε κασέτα τις οδηγίες, αν τις διαβάζετε εσείς στον ασθενή σας ή σε κάποιον άλλον σιγουρευτείτε ότι διαβάζετε αργά. Διαθέστε στο άλλο άτομο αρκετό χρόνο για να ολοκληρώσει το κάθε στάδιο. Θυμηθείτε ότι οι ασθενείς αφιερώνουν δέκα με δεκαπέντε λεπτά για να ολοκληρώσουν τη διαδικασία και ότι την κάνουν τρεις φορές την ημέρα (Snow, 1990).

Καλό θα ήταν οι ψυχολόγοι που ασχολούνται θεραπευτικά με ασθενείς με καρκίνο να κάνουν μια φορά τον οραματισμό του καρκινοπαθή ώστε να αποκτήσουν συναισθηματική κατανόηση τόσο της διαδικασίας όσο και του πώς νιώθει ο καρκινοπαθής.

1. Πηγαίνετε σε ένα ήσυχο δωμάτιο με απαλό φωτισμό. Κλείνετε την πόρτα και κάθεστε σε μια αναπαυτική καρέκλα με τα πόδια χαλαρά στο δάπεδο και τα μάτια κλειστά.
2. Αποκτήστε συνείδηση της αναπνοής σας.
3. Πάρτε μερικές βαθιές αναπνοές και καθώς εκπνέετε πείτε νοητικά τη λέξη «χαλάρωσε».
4. Συγκεντρωθείτε στο πρόσωπό σας και αισθανθείτε οποιαδήποτε ένταση σε αυτό. Απεικονίστε νοητικά αυτή την ένταση -π.χ. ένα σχοινί δεμένο σε κόμπο ή μια σφιγμένη γροθιά- και μετά δείτε τη να χαλαρώνει.
5. Αισθανθείτε τους μυς του προσώπου και των ματιών σας να χαλαρώνουν. Καθώς χαλαρώνουν, αισθανθείτε ένα κύμα χαλάρωσης να απλώνεται μέσα στο σώμα σας.
6. Σφίξτε δυνατά τους μυς του προσώπου σας καθώς κι εκείνους που βρίσκονται γύρω από τα μάτια σας. Μετά χαλαρώστε τους και αισθανθείτε τη χαλάρωση να απλώνεται σε όλο σας το σώμα.
7. Πιο σιγά στο σαγόνι, λαιμό, πλάτη, βραχίονες, χέρια, στήθος, κοιλιά μηρούς, γάμπες, αστράγαλους, πατούσες, δάχτυλα -μέχρις ότου να χαλαρώσει αρκετά κάθε μέρος του σώματός σας. Για κάθε τμήμα απεικονίζετε νοητικά την ένταση και μετά τη βλέπετε να διαλύεται και να επιτρέπει τη χαλάρωση.
8. Τώρα δείτε τον εαυτό σας σε ευχάριστο, φυσικό περιβάλλον, οπουδήποτε αισθάνεστε αναπαυτικά. Γεμίστε τον νοητικά με λεπτομέρειες χρώματος, ήχου και αφής.
9. Συνεχίστε να βλέπετε νοητικά τον εαυτό σας πολύ χαλαρωμένο σε αυτό το φυσικό μέρος για δύο με τρία λεπτά.
10. Μετά απεικονίστε νοητικά τον καρκίνο, είτε όπως είναι πραγματικά είτε με συμβολική γλώσσα. Σκεφτείτε τον καρκίνο να αποτελείται από πολύ ασθενή κύτταρα που τα έχουν χαμένα. Θυμηθείτε ότι τα σώματά μας καταστρέφουν

καρκινικά κύτταρα χιλιάδες φορές στη διάρκεια μιας ζωής. Καθώς απεικονίζετε τον καρκίνο σας, αντιληφτείτε ότι η ανάρρωσή σας απαιτεί από την άμυνα του σώματός σας να βρίσκεται σε φυσιολογική, υγιή κατάσταση.

11. Αν κάνετε τώρα τη θεραπεία σας, δείτε τη να μπαίνει στο σώμα σας με έναν τρόπο που σας είναι κατανοητός. Αν εξασκείτε θεραπεία ακτινοβολίας, απεικονίστε την σαν ακτινοβολία εκατομμυρίων σφαιρών ενέργειας που χτυπάνε οποιοδήποτε κύτταρο βρουν στο δρόμο τους. Τα φυσιολογικά κύτταρα είναι ικανά να επισκευάσουν οποιαδήποτε βλάβη συμβεί, αλλά τα καρκινικά δεν μπορούν, γιατί είναι αδύναμα. (Αυτός είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες επάνω στους οποίους στηρίζεται η θεραπεία με ακτινοβολία). Αν παίρνετε χημειοθεραπεία, απεικονίστε το φάρμακο να φτάνει στο σώμα σας και να μπαίνει στο αίμα σας. Απεικονίστε το να δρα σαν δηλητήριο. Τα φυσιολογικά κύτταρα είναι έξυπνα και δυνατά και έτσι δεν παίρνουν το δηλητήριο τόσο γρήγορα. Το καρκινικό κύτταρο όμως είναι αδύναμο και έτσι χρειάζεται μικρή προσπάθεια για να θανατωθεί. Απορροφά το δηλητήριο, πεθαίνει και αποβάλλεται από το σώμα σας.

12. Απεικονίστε τα λευκά αιμοσφαίρια του σώματος να έρχονται στην καρκινοπαθή περιοχή, να αναγνωρίζουν τα ανώμαλα κύτταρα και να τα καταστρέφουν. Υπάρχει ένας πολύ μεγάλος στρατός λευκών αιμοσφαιρίων. Είναι πολύ δυνατά και επιθετικά. Επίσης είναι πολύ έξυπνα. Ουσιαστικά δεν υπάρχει αγώνας ανάμεσα σε αυτά και στα καρκινοκύτταρα. Τα λευκά θα κερδίσουν τη μάχη στα σίγουρα.

13. Δείτε τον καρκίνο να συρρικνώνεται. Δείτε τα νεκρά κύτταρα να μεταφέρονται από τα λευκά αιμοσφαίρια μακριά και να αποβάλλονται από το σώμα σας, μέσω του ήπατος και των νεφρών, στα ούρα και στα κόπρανα.

- ✦ Αυτή είναι η προσδοκία σας σχετικά με το τι θέλετε να συμβεί.
- ✦ Συνεχίστε να βλέπετε τον καρκίνο να συρρικνώνεται μέχρις ότου χαθεί.
- ✦ Δείτε τον εαυτό σας πιο ενεργητικό και με καλύτερη όρεξη. Δείτε τον ικανό να αι-

σθάνεται άνετα και να αγαπιέται από την οικογένειά σας καθώς ο καρκίνος συρρικνώνεται και τελικά εξαφανίζεται.

14. Αν νιώσετε πόνο οπουδήποτε στο σώμα σας, δείτε το στρατό των λευκών αιμοσφαιρίων να καταφτάνει στην περιοχή και να μαλακώνει τον πόνο. Όποιο κι αν είναι το πρόβλημα, δώστε στο σώμα σας τη διαταγή να αυτοθεραπευτεί. Οραματιστείτε το σώμα σας να αναρρώνει.

15. Φανταστείτε τον εαυτό σας να είναι καλά, ελεύθερος από ασθένεια και γεμάτος ενέργεια.

16. Απεικονίστε τον εαυτό σας να πετυχαίνει τους στόχους του στη ζωή. Δείτε το σκοπό σας στη ζωή να εκπληρώνεται, τα μέλη της οικογένειάς σας να τα καταφέρνουν καλά, τις σχέσεις με τους γύρω σας να αποκτούν περισσότερο νόημα. Να θυμάστε ότι έχοντας σοβαρούς λόγους να είστε καλά, βοηθάτε την ανάρρωση. Έτσι χρησιμοποιείτε αυτό το χρόνο για να εστιαστείτε στις προτεραιότητες της ζωής σας.

17. Συγχαρείτε τον εαυτό σας για τη συμμετοχή του στην ανάρρωση. Δείτε τον να κάνει αυτή την -εργασία οραματισμού τρεις φορές την ημέρα παραμένοντας ξύπνιος και σε εγρήγορση καθώς την εκτελεί.

18. Αφήστε τώρα τους μυς των βλεφάρων σας να χαλαρώσουν, ετοιμαστείτε να ανοίξετε τα μάτια σας και αποκτήστε συνείδηση του φυσικού χώρου σας.

19. Τώρα ανοίξτε τα μάτια σας. Είστε έτοιμοι να αναλάβετε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες.

Μη στενοχωρηθείτε αν δεν κατορθώσατε να «δείτε» τον οραματισμό, αν μπορέσατε μόνο να τον «αισθανθείτε» ή να τον «φανταστείτε» ή να τον «σκεφτείτε». Η λέξη που περιγράφει τι κάνατε είναι λιγότερο σπουδαία από το γεγονός ότι το κάνατε. Αν ο νους σας περιπλανιόταν κατά τη διάρκεια της εργασίας, την επόμενη φορά ανακαλέστε τον απαλά πίσω στην εικονοπλασία, χωρίς να τον κατακρίνετε. Αν κατά τη διάρκεια της διαδικασίας νιώθετε ότι δεν είσατε ικανοί να ακολουθήσετε ορισμένες από τις οδηγίες επειδή δεν τις πιστεύετε ή δεν τις δεχόσαστε, τότε έχετε αρχίσει να ανα-

γνωρίζετε τη στάση σας γύρω από τον καρκίνο ή την ανάρρωση. Προς το παρόν γνωρίζετε πόσο σπουδαία είναι αυτή η αναγνώριση.

- ***Η αξία της χαλάρωσης και της νοητικής εικονοπλασία***

Για να δώσουμε μια καλύτερη ιδέα του τι πρέπει να περιμένετε από αυτές τις ασκήσεις, ο παρακάτω κατάλογος περιέχει μερικά από τα οφέλη της διαδικασίας της χαλάρωσης και της νοητικής εικονοπλασίας.

☺ Η διαδικασία μπορεί να μειώσει το φόβο. Οι περισσότεροι φόβοι προέρχονται από την αίσθηση ότι είσαι εκτός ελέγχου -στην περίπτωση του καρκίνου αισθάνεσαι το σώμα σου να χειροτερεύει ενώ εσύ είσαι αδύναμος. Η χαλάρωση και η νοητική εικονοπλασία βοηθάει να δείτε το ρόλο σας στην ανάκτηση της υγείας, ώστε έτσι να αρχίσετε να αντιλαμβάνεστε τον έλεγχό σας.

☺ Η διαδικασία μπορεί να αλλάξει τη διάθεσή σας και να ενισχύσει τη «θέληση για ζωή».

☺ Μπορεί να προκαλέσει σωματικές αλλαγές, να ενισχύσει το ανοσοποιητικό σύστημα και να μεταβάλλει την πορεία ενός κακοήθους όγκου. Επειδή οι νοητικές διαδικασίες έχουν άμεση επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα και στις ορμονικές ισορροπίες του σώματος, οι σωματικές αλλαγές μπορούν να αποδοθούν άμεσα σε αλλαγές του τρόπου σκέψης.

☺ Η διαδικασία μπορεί να χρησιμεύσει σαν μέθοδος αξιολόγησης των πιστεύω σας και της πιθανής αλλαγής τους αν το επιθυμείτε. Μεταβολές στα σύμβολα και στις εικόνες που χρησιμοποιείτε μπορούν να αντικαταστήσουν δυναμικά τα πιστεύω σας με κάποια άλλα που είναι περισσότερο συμβατά με την υγεία.

☺ Η διαδικασία μπορεί να γίνει εργαλείο για επικοινωνία με το ασυνείδητο -όπου πολλά από τα πιστεύω σας είναι εντελώς ή εν μέρει θαμμένα.

☺ Μπορεί να γίνει ένα εργαλείο για τη μείωση της έντασης και του στρες. Η διαδικασία της χαλάρωσης σε τακτά χρονικά διαστήματα μπορεί από μόνη της να μειώσει την

ένταση και το στρες και να έχει θετικό αποτέλεσμα στις υποκείμενες σωματικές λειτουργίες.

🌀 Η διαδικασία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αναγνωριστεί και να αλλάξει η αίσθηση απελπισίας και ανικανότητας. Έχουμε ξαναδεί ότι αυτή η υποκείμενη κατάσταση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη του καρκίνου. Καθώς οι άνθρωποι αρχίζουν να βλέπουν νοητικά τα σώματά τους να ανακτούν την υγεία τους, η ικανότητά τους να επιλύουν τα προβλήματα που προϋπήρχαν του καρκίνου αποδυναμώνει την αίσθηση της απελπισίας και της ανικανότητάς τους. Πράγματι, καθώς οι ασθενείς προχωρούν προς την ανάρρωση, αναπτύσσουν μια αίσθηση εμπιστοσύνης και αισιοδοξίας(Steiner. 2002).

- *Ξεπερνώντας πιθανά προβλήματα με την διαδικασία της νοητικής εικονοπλασίας*

Μερικοί άνθρωποι είναι περισσότερο οπτικοί τύποι από άλλους και σκέφτονται ευκολότερα με εικόνες. Μερικοί έχουν την τάση να αισθάνονται τα πράγματα. Άλλοι τα νιώθουν. Μερικοί σκέφτονται με λέξεις. Λόγω αυτών των ατομικών διαφορών, η χρησιμοποίηση του ρήματος «βλέπω» στις οδηγίες μας για τη διαδικασία της νοητικής εικονοπλασίας θα μπορούσε να αντικατασταθεί με το «αισθάνομαι». Όταν λέμε «δες τον εαυτό σου να γίνεται καλά», εννοούμε ότι ο ασθενής πρέπει να νιώσει την αίσθηση της ενέργειας και της υγείας. Είναι ολοφάνερο ότι κάθε άτομο θα πρέπει να ακολουθεί τη διαδικασία ή τον τρόπο σκέψης με τον οποίο αισθάνεται πιο ταυτισμένος παρά να προσπαθεί να γίνει κύρια οπτικός. Στην μακριά πορεία που ακολουθούν, όλοι οι τύποι σκέψης έχουν την τάση να συγκλίνουν. Ένα άτομο που είναι κύρια οπτικό θα αρχίσει να γίνεται περισσότερο αισθαντικό και ένα άτομο που είναι πιο αισθαντικό θα αρχίσει να γίνεται περισσότερο οπτικό. Άλλο ένα κοινό πρόβλημα είναι η τάση του νου να περιπλανιέται Αυτό οφείλεται συχνά σε έλλειψη συγκέντρωσης και μπορεί να επιδεινωθεί από ορισμένα φάρμακα, από τον πόνο ή το φόβο. Από καιρό σε καιρό αυτό το πρόβλημα απασχολεί όσους χρησιμοποιούν αυτή τη διαδικασία σε τακτικά χρονικά δια-

στήματα. Ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης του προβλήματος είναι να σταματήσετε τη διαδικασία και να ρωτήσετε τον εαυτό σας τι τρέχει. «Γιατί περιπλανιέται το μυαλό μου;» Ακολουθήστε αυτή τη γραμμή σκέψης για λίγο χρόνο, ίσως πέντε λεπτά. Τότε εστιαστείτε ξανά πίσω στην άσκηση και κάντε την άσχετα με το βαθμό επιτυχίας που θα έχετε (Nunn, 1992).

Μια τρίτη δυσκολία είναι το συναίσθημα που γεννιέται όταν λέτε «ο καρκίνος συρρικνώνεται». Στην πραγματικότητα νιώθετε ότι κοροϊδεύετε τον εαυτό σας. Έχουμε ακούσει δηλώσεις όπως «έχω ένα καρκίνο που αναπτύσσεται στον ώμο μου, μπορώ να τον αισθανθώ, δεν είναι δυνατό να τον δω να συρρικνώνεται όταν ξέρω ότι μεγαλώνει». Το πρόβλημα εδώ είναι η σύγχυση για το σκοπό του νοητικού οραματισμού. Προσπαθούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να οραματιστεί το επιθυμητό αποτέλεσμα και όχι το τι μπορεί να του συμβαίνει εκείνη τη στιγμή. Είναι δυνατό να απεικονίσετε τον καρκίνο να συρρικνώνεται ακόμη και όταν στην πραγματικότητα μπορεί να μεγαλώνει. Απεικονίζετε στο μυαλό σας εκείνο που επιθυμείτε να συμβεί. Κατανοήστε αυτή τη διάκριση, είναι πολύ σημαντική. Η νοητική εικονοπλασία δεν είναι μέθοδος αυταπάτης, είναι μέθοδος αυτοκαθοδήγησης.

Τώρα που γνωρίζετε τη βασική διαδικασία της χαλάρωσης και της νοητικής εικονοπλασίας, το επόμενο κεφάλαιο θα σας βοηθήσει να ερμηνεύσετε και να αναπτύξετε ειδικές νοητικές εικόνες, έτσι ώστε να μπορείτε να κατανοήσετε τα βαθιά σας πιστεύω για τον καρκίνο και να δημιουργήσετε μια θετικότερη προσδοκία ανάρρωσης.

6. ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΜΕΛΛΟΝΤΟΣ ΒΑΖΟΝΤΑΣ ΣΤΟΧΟΥΣ

Όλοι οι καρκινοπαθείς που ανταποκρινόντουσαν πολύ καλά στις θεραπείες αποδείχτηκε ότι είχαν πολύ σοβαρούς λόγους να θέλουν να ζήσουν, μπορούσαν να επεξεργαστούν τους λόγους τους λεπτομερειακά και αισθάνονταν ότι αυτή η έντονη προσκόλληση σε ένα σκοπό ήταν η εξήγηση για την ασυνήθιστα θετική πρόοδό τους.

Αυτοί οι λόγοι ή στόχοι ποικίλλουν από μια δυνατή επιθυμία να ολοκληρώσουν

επαγγελματικό ή να επιβλέψουν και να τελειώσουν το θέρισμα της εποχιακής συγκομιδής, μέχρι μια έντονη ανάγκη να δώσουν ορισμένα μηνύματα στα παιδιά τους, μηνύματα που θα μπορούσαν να τα βοηθήσουν να λειτουργήσουν σαν ανεξάρτητοι ενήλικες. Όποιοι και αν ήταν οι στόχοι, είχαν για τους ασθενείς ειδικό νόημα -αρκετά δυνατό, προφανώς, για να ενισχύσει σημαντικά τη θέλησή τους για ζωή. Από αυτές τις εμπειρίες και τις παρόμοιες παρατηρήσεις άλλων συναδέλφων ήταν πια ξεκάθαρο ότι η δυνατή προσκόλληση σε σημαντικούς σκοπούς θα μπορούσε να είναι σημαντική πηγή εσωτερικής δύναμης -δύναμη που έχει ανάγκη ο καρκινοπαθής για να ξαναγίνει υγιής(Hutshneke. 2003).

Αναμφίβολα, θέλει κουράγιο για να ζήσεις καλά μετά από τη διάγνωση του καρκίνου. Θέλει κουράγιο γιατί αν αξίζει να ζει κανείς τη ζωή, τότε είναι πολλά αυτά που μπορεί να χάσει. Οι περισσότεροι νομίζουν ότι αν τους έλεγαν πως έχουν μια ασθένεια που απειλεί τη ζωή τους, θα πραγματοποιούσαν όλα όσα είχαν αναβάλλει και θα ζούσαν τους μήνες που τους απέμεναν όσο πιο έντονα μπορούσαν. Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι κάνουν ακριβώς το αντίθετο σταματούν να ζουν. Η ζωή γίνεται ουδέτερη και βιώνεται υπό όρους. Αυτό, ως ένα βαθμό, μπορεί να είναι υποσυνείδητη προετοιμασία για το θάνατο, γιατί όταν η ζωή δε βιώνεται έντονα, τότε η απώλειά της δε φαίνεται τόσο μεγάλη.

Όταν οι καρκινοπαθείς φοβούνται ότι σύντομα θα πεθάνουν, σκέφτονται ότι οι οικονομικοί πόροι της οικογένειας θα έπρεπε να χρησιμοποιηθούν για κάποιον «που θα είναι εδώ πιο πολύ καιρό». Οι καρκινοπαθείς οι οποίοι «είναι εδώ πιο πολύ καιρό» είναι ακριβώς όσοι κάνουν τη ζωή να αξίζει τον κόπο για να τη ζει κανείς, δίνοντας στους εαυτούς τους ένα σημαντικό κίνητρο να ζήσουν.

- **Τα οφέλη του στόχου**

Το πιο αποτελεσματικό εργαλείο που έχουμε βρει για να ωθούμε τους ασθενείς με καρκίνο να αναλαμβάνουν θετική δράση, είναι να τους ζητάμε να βάζουν νέους στόχους στη ζωή τους. Μερικοί από αυτούς, είναι η πρώτη φορά που διατυπώνουν συνει-

δητά τους δικούς τους λόγους να ζουν(Brown,Versais, Toews , Shane. 2001).

Ζητώντας από τους καρκινοπαθείς να βάλουν στόχους, τους βοηθούμε να αντιληφθούν τους λόγους που έχουν να ζήσουν και να επανασυνδεθούν με τη ζωή. Είναι ένας τρόπος να πουν στον εαυτό τους ότι υπάρχουν πράγματα που θέλουν να πάρουν από τη ζωή και ότι θα κάνουν μια προσπάθεια να τα αποκτήσουν. Είναι ένας τρόπος να εκδηλώσουν τις συναισθηματικές, νοητικές και σωματικές ανάγκες σε μια συμπεριφορά που θα επιβεβαιώνει τη ζωή έτσι ώστε να επενδύσουν ξανά σ' αυτήν.

Η θέληση για ζωή είναι πιο δυνατή όταν υπάρχει κάποιος ιδιαίτερος λόγος για το οποίο ζείτε.

Η δημιουργία στόχων έχει πάρα πολλά άλλα οφέλη:

➤ Βάζοντας στόχους, προετοιμάζεστε νοητικά και συναισθηματικά να εκπληρώσετε την υποχρέωσή σας να ξαναφτιάξετε την υγεία σας. Είναι σαν να λέτε ότι περιμένετε να αναρρώσετε.

➤ Βάζοντας στόχους εκφράζετε εμπιστοσύνη στην ικανότητά σας να εκπληρώσετε τις ανάγκες σας. Επιβεβαιώνετε ότι έχετε πάρει τη ζωή στα χέρια σας και μπορείτε να πραγματοποιήσετε ορισμένα πράγματα. Τώρα δράτε στη ζωή και δε σας σέρνουν εδώ και εκεί δυνάμεις που δεν ελέγχετε. Η σπουδαιότητα αυτής της θετικής σας στάσης είναι ότι δρα αντίθετα στην τάση της απελπισίας και ανικανότητας -τάση που συμβάλλει στις φυσιολογικές καταστάσεις που επιτρέπουν την ανάπτυξη καρκίνου.

➤ Η αίσθηση ότι κατευθύνετε τη ζωή σας, οικοδομεί μια θετική εικόνα του εαυτού σας. Θέτοντας στόχους και ενεργοποιώντας τον εαυτό σας για την ολοκλήρωσή τους, επιβεβαιώνετε τη δική σας σημασία και τη σημασία των αναγκών σας. Αποδεχόμενοι να εργάζεστε για την εκπλήρωση των αναγκών σας, δηλώνετε ότι είστε άτομο που αξίζει, άτομο που είναι σημαντικό.

➤ Η τοποθέτηση στόχων παρέχει μια εστία για την ενέργειά σας. Καθορίζει προτεραιότητες. Όταν η ζωή φαίνεται οροθετημένη, τότε η ύπαρξη στόχων δίνει κατεύθυνση και κίνητρα.

Μερικές φορές συναντάμε ασθενείς που αντιστέκονται στην τοποθέτηση στόχων. Μπορεί να αμφιβάλλουν για την ικανότητά τους να εκπληρώσουν τους στόχους τους και φοβούνται την «αποτυχία». Μπορεί να γνώρισαν άτομα «προσανατολισμένα σε στόχους» που φαίνονταν ψυχρά και κινούνταν μόνο από τους σκοπούς τους. Μπορεί επίσης να αισθάνονται ότι δεν έχει νόημα να βάζουν στόχους αφού δεν πιστεύουν ότι θα ζήσουν αρκετά για να τους εκπληρώσουν (Newton. 1999).

Σε αυτούς τους ασθενείς λέμε: Η πρωταρχική αξία των επιδιώξεων είναι να συμμετέχετε ενεργά στην καθημερινή σας ζωή και να είστε αφιερωμένοι σε σκοπούς που αξίζουν, είτε τους πετύχετε είτε όχι. Η διαδικασία της προσπάθειας για την εκπλήρωση των σκοπών δίνει νόημα στη ζωή και όχι η εκπλήρωση αυτή καθαυτή. Όσον αφορά τη δεύτερη αντίρρηση, το άτομο που έχει επιδιώξεις δεν είναι ψυχρό και με έμμονες ιδέες επειδή έχει στόχους, αλλά μάλλον επειδή οι σκοποί του δεν είναι ισορροπημένοι, και μπορεί να αφήνουν λίγο χρόνο για τις ανθρώπινες αξίες. Και τελικά, η πεποίθηση ότι δε θα ζήσει πολύ ώστε να πετύχετε τους στόχους του, όπως έχουμε δει ξανά και ξανά, μπορεί να αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στην ανάρρωσή (Snow. 1990).

Αυτό που μπορούμε να πούμε στους καρκινοπαθείς είναι ότι οι στόχοι είναι απλά εργαλεία για να εστιάσουν την ενέργειά τους σε θετικές κατευθύνσεις. Μπορούν να τους αλλάξετε καθώς αλλάζουν οι προτεραιότητές τους, νέοι σκοποί μπορούν να προστεθούν και άλλοι να εγκαταλειφθούν. Ο στόχος δεν είναι τίποτε περισσότερο από μια δήλωση των σημερινών τους αναγκών, όπως τις αντιλαμβάνονται. Οι ίδιοι είναι υπεύθυνοι για την κατανόηση των αναγκών τους και για την τοποθέτηση λογικών επιδιώξεων. "Καθώς αναλαμβάνετε δράση για την πραγματοποίηση εκείνου που έχει νόημα, δίνετε νόημα στη δική σας ζωή -αυτό είναι το μοναδικό και το πιο σπουδαίο βήμα προς την κατεύθυνση της υγείας".

1. Η ΑΛΗΘΕΙΑ ΚΑΙ Η ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

- *Τι υποστηρίζουν τα ιστορικά στοιχεία και τα φιλοσοφικά ρεύματα για την αλήθεια*

Η Αλήθεια, σύμφωνα με την αρχαία ελληνική παράδοση που μας διασώζει ο ποιητής Πίνδαρος (518-438 π.Χ.), ήταν κόρη του πατέρα των θεών και των ανθρώπων, του Δία. Σύμφωνα με τη ρωμαϊκή παράδοση, η Αλήθεια (Veritas) ήταν κόρη του θεού Κρόνου (Saturnus), που ήταν πατέρας και του Δία. Βλέπουμε, λοιπόν, ότι στις αντιλήψεις των αρχαίων λαών που δημιούργησαν το σύγχρονο πολιτισμό η Αλήθεια είχε μια πολύ τιμητική θέση στο Πάνθεον των αρχαίων θεών και θεαινών. Πολύ σύντομα, επίσης, η Αλήθεια συνδέθηκε και με την ιατρική. Από τον Πλούταρχο αναφέρεται ως τροφός του Απόλλωνα, θεού του φωτός, της ποίησης, της μουσικής, αλλά και της ιατρικής. Ας θυμηθούμε εδώ ότι ο όρκος του Ιπποκράτη πρώτον αυτόν επικαλείται: "Ὁμνυμι Απόλλωνα ιντόν..." Εξ άλλου, κατά τον Φιλόστρατο, στις απεικονίσεις της η Αλήθεια εμφανιζόταν πάντα δίπλα στον Όνειρο και το μυθικό μάγο και θεραπευτή Αμφιάραο, φορώντας μιαν απλή, χωρίς στολίδια, λευκή, μακριά μέχρι τα πόδια εσθήτα:

"... Υράφει και το φροντιστήριον Αμφιάρεω, ρήγμα ιερόν και θειώδες. Αυτού και Αλήθεια λευχειμονούσα αυτού [] και Όνειρο αυτός εν ανειμένω τω είδει γέγραπται και εσθήτα έχει λευκήν επί μελαίνη ..."

(Pandora / TLG Ξ, Philostratus Magor,
Imagines 1, 27, 3, 4)

Ετυμολογικός, η λέξη αλήθεια προέρχεται από το στερητικό α- και τη λέξη λήθος (στη δωρική διάλεκτο λάθος) ή από το στερητικό α- και τη λέξη λήθη. Στην αρχική της έννοια, λοιπόν, η λέξη σημαίνει το ορθό, το σωστό ή αυτό που, ως αληθές, δεν μπορεί

να ξεχαστεί.

Από φιλοσοφικής πλευράς, έχουν αναπτυχθεί πλήθος θεωρίες για την αλήθεια. Η θεωρία της αντιστοιχίας ανάγεται στον Πλάτωνα (427-347 π.Χ.) και, κυρίως, στον Αριστοτέλη (384-323 π.Χ.) και υποστηρίζει ότι αλήθεια είναι η συμφωνία της γνώσης με το αντικείμενο ή η αντιστοιχία ανάμεσα σ' αυτό που σκεφτόμαστε ή ισχυριζόμαστε και σ' αυτό που υπάρχει. Κατά τον Μεσαίωνα επικρατεί η αριστοτελική άποψη, δηλαδή της συμφωνίας της νόησης με τα πράγματα ή, όπως εκφραζόταν στα λατινικά, της *"adequatio intellectus et rei"*. Από τους μεταγενέστερους, την άποψη αυτή υποστήριξαν ο Θωμάς ο Ακινάτης (1225-1274), οι νεώτεροι B. Russel, G.E. Moore και ο πρώιμος Wittgenstein. Από τις άλλες θεωρίες, αναφέρουμε (α) τη σημαντική θεωρία της κοινής συγκατάθεσης των W. Kamlah και P. Lorenzen, (β) τη θεωρία της συνοχής με ρίζες στον Hegel, (γ) την κοινωνιολογική θεωρία (κ. Mannheim, M. Scheller κ.ά.), (δ) τη μαρξιστική θεωρία, όπως υποστηρίχθηκε από τον Marx (αντιστοιχία ή συμφωνία της γνώσης με την αντικειμενική πραγματικότητα, όπως και κατά τον Αριστοτέλη) και από τον Λένιν (δυναμική κοινωνική λειτουργία, συνδεδεμένη με το σύνολο των εφαρμογών της επιστήμης και με την πολιτική δράση)(Hosper J. 1967),(Skirbekk G., Ed. 1977).

- **Τι ισχύει κατά τη δεκαετία του 1990 στην Ελλάδα**

Κατά τη συζητούμενη δεκαετία του 1990, η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία πραγματοποίησε έρευνα των αντιλήψεων και των στάσεων του κοινού έναντι του καρκίνου. Ένα από τα ερωτήματα αναφερόταν στο αν θα ήθελαν οι (υγιείς) ερωτώμενοι να ενημερωθούν για την αληθινή διάγνωση, αν νοσούσαν από καρκίνο(Achte K.A., Vaukhone M.C., Viitamaki R.O. and Sonkin L. 1990). Τα αποτελέσματα παρατίθενται στον πίνακα 1

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι τουλάχιστον 71,5% από τον υγιή και ανεπίλεκτο ελληνικό πληθυσμό δεν επιθυμούσε κατά τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του 1990 να γνωρίζει την αλήθεια. Οι αντίστοιχες αντιλήψεις και στάσεις των γιατρών μετρήθηκαν για

πρώτη φορά στην Ελλάδα το 2000 και ανακοινώθηκαν σε συνέδριο, ενώ την ίδια χρονιά η εργασία δημοσιεύθηκε και σε διεθνές περιοδικό (Novack D.H., Plumer R., Smith R.L., et al. 2000). Έντυπο ερωτηματολόγιο δόθηκε σε 110 γιατρούς εργαζόμενους σε αντικαρκινικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Απάντησαν 71 γιατροί, οι μισοί (37/71) από τους οποίους παθολόγοι-ογκολόγοι και αιματολόγοι-ογκολόγοι. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ποσοστό 73% ανακοίνωνε τη διάγνωση του καρκίνου σπανίως ή ποτέ. Το ποσοστό ανέβαινε στο 95% σχετικά με τον επερχόμενο θάνατο (Πίνακας 2). Παρότι οι ερωτηθέντες επικαλούνται λόγους του ασθενούς για τη στάση τους αυτή (προστασία από πιθανή ψυχολογική κατάρρευση, έλλειψη επιθυμίας των ασθενών να ενημερωθούν κ.λ.π.), νομίζω ότι το κύριο πρόβλημα ανάγεται σε σχετική αδυναμία και έλλειψη της κατάλληλης εκπαίδευσης των γιατρών όπως και την ανυπαρξία των ειδικά εκπαιδευμένων ψυχολόγων.

<u>Απάντηση</u>	<u>Αστικές περιοχές</u>		<u>Αγροτικές περιοχές</u>		<u>Σύνολο</u>	
	N	%	N	%	N	%
Ναι	639	27,1	108	13,5	747	23,7
Όχι	1652	70,2	603	75,5	2255	71,5
Δεν ξέρω	64	2,7	88	11	152	4,8
Σύνολο	2355	100	799	100	3154	100

Πίνακας 1. Τα αποτελέσματα της έρευνας της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας (Σαρφατής και Χριστοδούλου. 1990)

<u>Ανακοίνωση της αλήθειας για την νόσο</u>		<u>Ανακοίνωση της αλήθειας για τον επερχόμενο θάνατο</u>	
N	%	N	%
37	52	58	82
15	21	9	13
14	20	4	5
5	7	-	-
71	100	71	100

Πίνακας 2. Τα αναλυτικά αποτελέσματα της έρευνας των Χριστάκη και Μάνου (2000)

- *Οι μεταβολές που σημειώνονται με την πάροδο του χρόνου στο συγκεκριμένο ζήτημα*

Εν τω μεταξύ, στα πλαίσια της κοινωνικής και οικονομικής προόδου, της βελτίωσης του μορφωτικού επιπέδου του κοινού, της ανάπτυξης των μέσων μαζικής επικοινωνίας και γενικά των μεταβολών που έχουν συντελεσθεί, οι αντιλήψεις και οι στάσεις του κοινού άρχισαν να αλλάζουν. Μαζί με τα άλλα που μεταβλήθηκαν, μεταβλήθηκε και ο τρόπος με τον οποίο αντιμετωπίζει το κοινό την ανακοίνωση της αλήθειας. Ενώ το 1990 μόνο 23,7% δήλωνε ότι επιθυμεί να ξέρει την αλήθεια, το 1997 το ποσοστό ανέβηκε στο 45% και το 2003 στο 51,9% (HCS 1988). Αναλυτικά, οι μεταβολές των αντιλήψεων στα διάφορα επί μέρους τμήματα παρατίθενται στον πίνακα 3.

Ας συγκρίνουμε όμως τα ποσοστά του πληθυσμού που επιθυμεί να γνωρίζει την αλήθεια σε δύο διαφορετικές χώρες την ίδια περίπου χρονική περίοδο. Ενώ στην Ελλάδα, σύμφωνα με την έρευνα που αναφέραμε πιο πάνω, μόνο το 45% θέλει την αλήθεια, το 2003 στις ΗΠΑ το ποσοστό είναι πολύ μεγαλύτερο. Συγκεκριμένα, σε έρευνα των Blumenfield και συν. (2003)(Σαρφατής Δ. και Παπαχριστοδούλου Γ. 2000), από 1518 υγιείς ερωτηθέντες το ποσοστό που ήθελε να ξέρει την αλήθεια κυμαινόταν στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες από 82% έως 92%. Κι ακόμα βλέπουμε ότι το 2003 το ποσοστό των Ελλήνων που

Δείγμα	Πληθυσμού	Έτος	<u>ΝΑΙ</u>		<u>ΟΧΙ</u>		<u>ΑΓΝΩΩ</u>	
			N	%	N	%	N	%
Σύνολο χώρας	1990		747	23,7	2255	71,5	152	4,8
	1997		1457	45,0	1570	48,5	213	6,5
	2003		1766	51,9	1143	33,6	491	14,4
Αστικές περιοχές	1990		639	27,1	1652	70,2	64	2,7
	1997		1121	46,0	1190	48,7	129	5,3
	2003		1171	41,7	1143	40,8	491	17,5
Ημιαστικές περιοχές	1990		-	-	-	-	-	-
	1997		-	-	-	-	-	-
	2003		440	44,0	399	39,9	161	16,1
Αγροτικές περιοχές	1990		108	13,5	603	75,5	88	11,0
	1997		336	41,6	380	47,8	84	10,6
	2003		155	48,0	134	41,5	34	10,5

Πίνακας 3. Μεταβολές των αντιλήψεων στον ελληνικό πληθυσμό

θα ήθελε να το γνωρίζει όταν έπασχε από καρκίνο (51,9%) πολύ απέχει από το ποσοστό της αμερικανικής έρευνας του 2002.

Αλλά, ενώ στον γενικό πληθυσμό φαίνεται ότι υπερδιπλασιάστηκε το ποσοστό εκείνων που ευνοούν την ανακοίνωση της αλήθειας στους ασθενείς, η στάση των γιατρών δεν φαίνεται να έχει μεταβληθεί. Στην τελευταία σχετική έρευνα, που έγινε το 2001, ρωτήθηκαν 120 γιατροί(Hellenic Anticancer Society 2001). Παραθέτουμε ορισμένα στοιχεία από την έρευνα:

Άνδρες	110 από τους 120	91,6%
Ηλικία 31-50	98 από τους 120	81,7%
Ειδικότητα		
Χειρουργική	75 από τους 120	62,5%
Παθολογία	40 από τους 120	33,3%

Σημειώνουμε ακόμα ότι 109 από τους ερωτηθέντες ασκούσαν στην πρωτεύουσα (90,8%) και ότι 78 (65%) είχαν σπουδές μόνο στην Ελλάδα. Από τους 120 ερωτηθέντες γιατρούς, 15 (12,5%) δήλωσαν ότι συνήθως λένε στον καρκινοπαθή την αλήθεια και από αυτούς ένας (0,8%) ότι τη λέει πάντα. Οι άλλοι 105 (87,5%) συνήθως δεν λένε την αλήθεια. Από αυτούς τους 105, οι 32 (26,6% του συνόλου) δεν αποκαλύπτουν την αλήθεια σε κανέναν απολύτως ασθενή, ενώ οι υπόλοιποι ακολουθούν πιο ευέλικτη πολιτική. Από τους γιατρούς ηλικίας άνω των 50 ετών (6,7% του δείγματος), ουδείς αναφέρει την αλήθεια, ενώ το ίδιο συμβαίνει και με τις γυναίκες γιατρούς (ποσοστό 8,4% του δείγματος).

- *Η δική μου θέση σχετικά με την ανακοίνωση της αλήθειας*

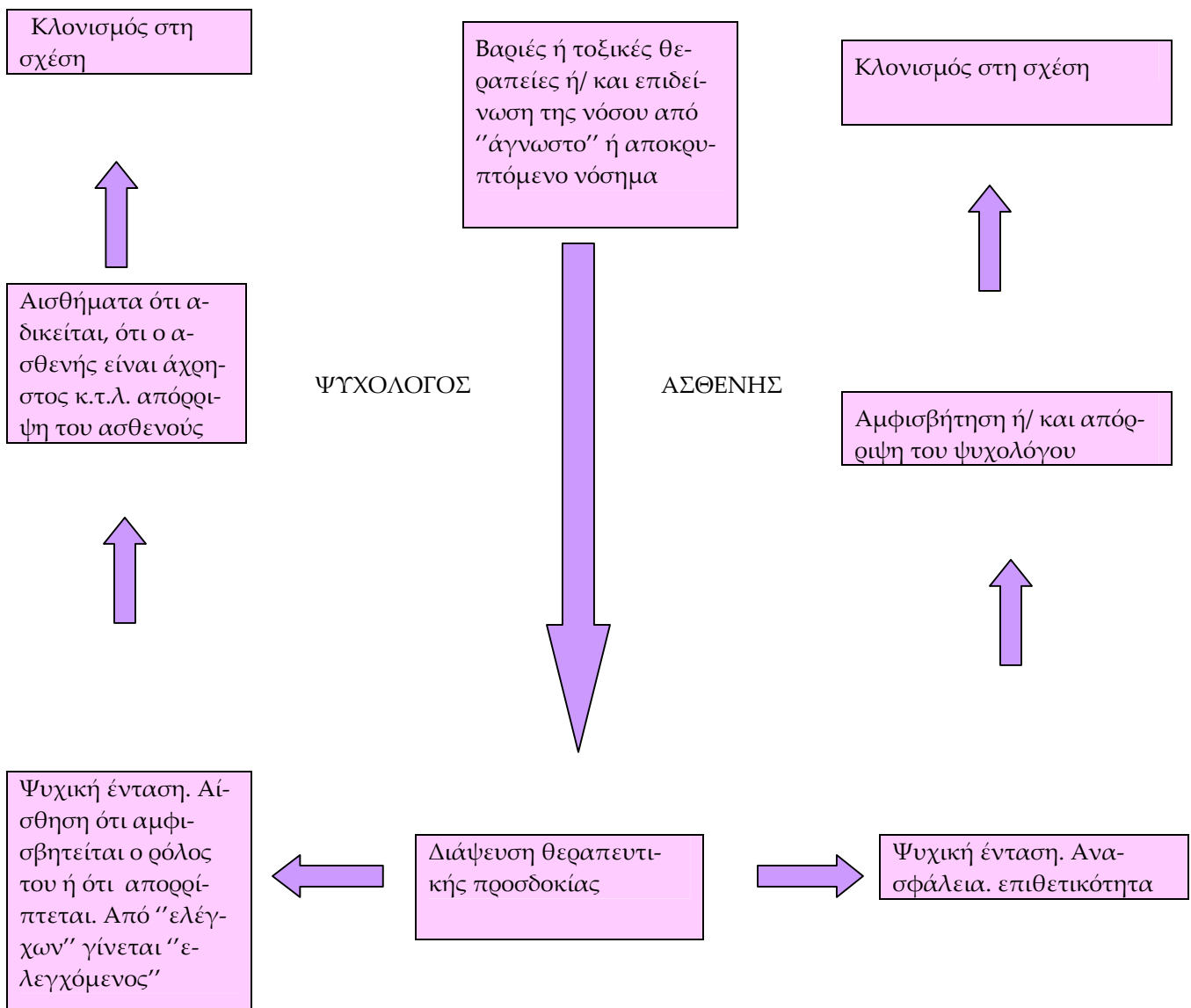
Προσωπικά, υποστηρίζω τη θέση ότι για το πρόβλημα η στάση μας δεν πρέπει να είναι δογματική. Υποστηρίζω ότι η αλήθεια πρέπει να ανακοινώνεται στο μεγαλύτερο μέρος των ασθενών, εφόσον το ζητήσουν και θέλουν να γνωρίζουν την αλήθεια. Επειδή όμως η αλήθεια δεν είναι ίσως αυτοσκοπός, αλλά μέσον που αποσκοπεί στο καλό του ασθενούς, θα πρέπει να σεβόμαστε εκείνους που επιζητούν την άγνοια και δεν θα μπορούσαν να αντέξουν το βάρος της αλήθειας(Blumenfield M., LevyN.B., KaufmanD.2002).Βεβαίως, η αποκάλυψη της αλήθειας συνεπάγεται αυξημένες ευθύνες για τον ψυχολόγο. Όχι μόνο για να εκπαιδευτεί στον τρόπο, με τον οποίο πρέπει να προσεγγίσει τον ασθενή και να μάθει λεπτομέρειες για την προσωπικότητα και την ψυχολογική κατάστασή του, πριν συζητήσει μαζί του τη διάγνωση ή / και την πρόγνωση της αρρώστιας(Δρόσος Θ., Μαρκόπουλος Χ., Βλάχος Ι., Λιάτσος Π. 2002). Αλλά και γιατί λέγοντας την αλήθεια επωμίζεται την ευθύνη της ολιστικής υποστήριξή του για την κάλυψη των βιολογικών, ψυχικών και κοινωνικών προβλημάτων του - μέχρι το τέλος. Θεωρούμε ακόμα πως η απόκρυψη της αλήθειας συνεπάγεται, κατά κανόνα, επιδείνωση της επικοινωνίας με τον ασθενή, που αποβαίνει αρνητική και για τους δύο.

Την εξέλιξη της διαταραχής δείχνω στο σχήμα 1.

Σήμερα, η Ελλάδα βρίσκεται σε μια φάση κινητικότητας γενικότερα σε σχέση με διάφορες κοινωνικές μεταβολές. Δικαιώματα διεκδικούνται, η ενημέρωση για τις θεραπευτικές εξελίξεις και τις αντιλήψεις είναι ταχεία, η αγωγή και ενημέρωση του κοινού για υγειονομικά και άλλα θέματα είναι πλατιά. Η επιτάχυνση των ρυθμών για την εξομίωση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ασφαλώς θα επιφέρει μεταβολές στον τρόπο άσκησης της ψυχολογίας. Όλα αυτά επιδρούν ευνοϊκά προς την κατεύθυνση της ανακοίνωσης της αλήθειας προς τον καρκινοπαθή υπό τις εξής προϋποθέσεις:

1. Να γίνει νέα έρευνα σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ψυχολογικού σώματος σχετικά με τις αντιλήψεις για την αποκάλυψη της αλήθειας στον καρκινοπαθή.
2. Να αυξηθούν οι θέσεις των ψυχολόγων στα αντικαρκινικά νοσοκομεία και, φυσικά, και στα γενικά νοσοκομεία, επειδή και αυτά νοσηλεύουν μεγάλο αριθμό καρκινοπαθών.
3. Να αυξηθούν θέσεις ψυχιάτρων στα αντικαρκινικά νοσοκομεία.
4. Να εισαχθεί στα πανεπιστήμια η διδασκαλία της τεχνικής της επικοινωνίας με τον ασθενή.
5. Να συστηματοποιηθεί και να επεκταθεί η διδασκαλία της κλινικής και κοινωνικής ψυχολογίας.

Αν όλα αυτά δεν συμβούν, η διάσταση ανάμεσα στις αντιλήψεις και τις στάσεις του κοινού και σε εκείνες των ψυχολόγων θα μεγαλώνει και η διαταραχή των σχέσεων θα γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη.



Σχήμα 1. Διάγραμμα που δείχνει τη διατάραξη της σχέσης ψυχολόγου ασθενή κατά την απόκρυψη της διάγνωσης.

2. ΤΟ ΣΟΚ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ *

*Καταστροφή που δεν την φανταζόμεθα
εξαφνική, ραγδαία πέφτει επάνω μας
κι ανέτοιμους - πού πια καιρός; -
μας συνεπαίρνει ..."*
Κων. Καβάφης

- *Τι σημαίνει στην αντίληψη ενός ανθρώπου η ανακοίνωση της διάγνωσης ενός καρκίνου.*

Αν και γραμμένοι για άλλο ζήτημα, οι στίχοι αυτοί του Κων. Καβάφης ήταν θα έλεγα προφητικοί, καθώς και ο ίδιος βίωσε το σοκ της διάγνωσης ενός καρκίνου, την ταιπωρία μιας χειρουργικής επέμβασης, την απομόνωση εξαιτίας των επιπτώσεων της θεραπείας του και πόνους, για να καταλήξει λίγους μήνες αργότερα, τον Απρίλη του 1933, από την πολυώδυνη ασθένειά του.

Καταστροφή, είναι μια λέξη που έρχεται συνέχεια στο στόμα των ατόμων που παθαίνουν καρκίνο. Ένα ολόκληρο οικοδόμημα, εκείνο της αδιατάρακτης καθημερινότητας με την αγωνία της επιβίωσης, τις χαρές και τα προβλήματα του οικογενειακού βίου, τη λαχτάρα της διατήρησης των ρόλων, την οικονομική προαγωγή, την κοινωνική αποδοχή - όλα καταρρέουν, γκρεμίζονται με το καινούργιο γεγονός που παρεμβάλλεται.

(*) Το άρθρο με τίτλο "The shock of cancer diagnosis" δημοσιεύτηκε αρχικά στην αγγλική γλώσσα, στο περιοδικό European journal of Gynaecologic Oncology, 17:424-426, 1996.

Και ξαφνική . Μέχρι χθες όλα ήταν αλλιώς. Το άτομο μπορούσε ν' αποφασίσει για τον εαυτό του, να χειριστεί τις υποθέσεις του, να προγραμματίσει το μέλλον του, να κάνει όνειρα. Με την αναγγελία του νέου γεγονότος, ξαφνικά, όλα αυτά αλλάζουν. Οι αποφάσεις για το τι μέλλει να γίνει θα ληφθούν από τον γιατρό ή /και τους οικείους, οι υποθέσεις θα αναβληθούν, να ανατεθούν σε άλλους ή, πολλές, θα ματαιωθούν. Δεν προγραμματίζει το μέλλον, το μέλλον που φαίνεται βραχύ, και δεν τολμά να κάνει όνειρα.

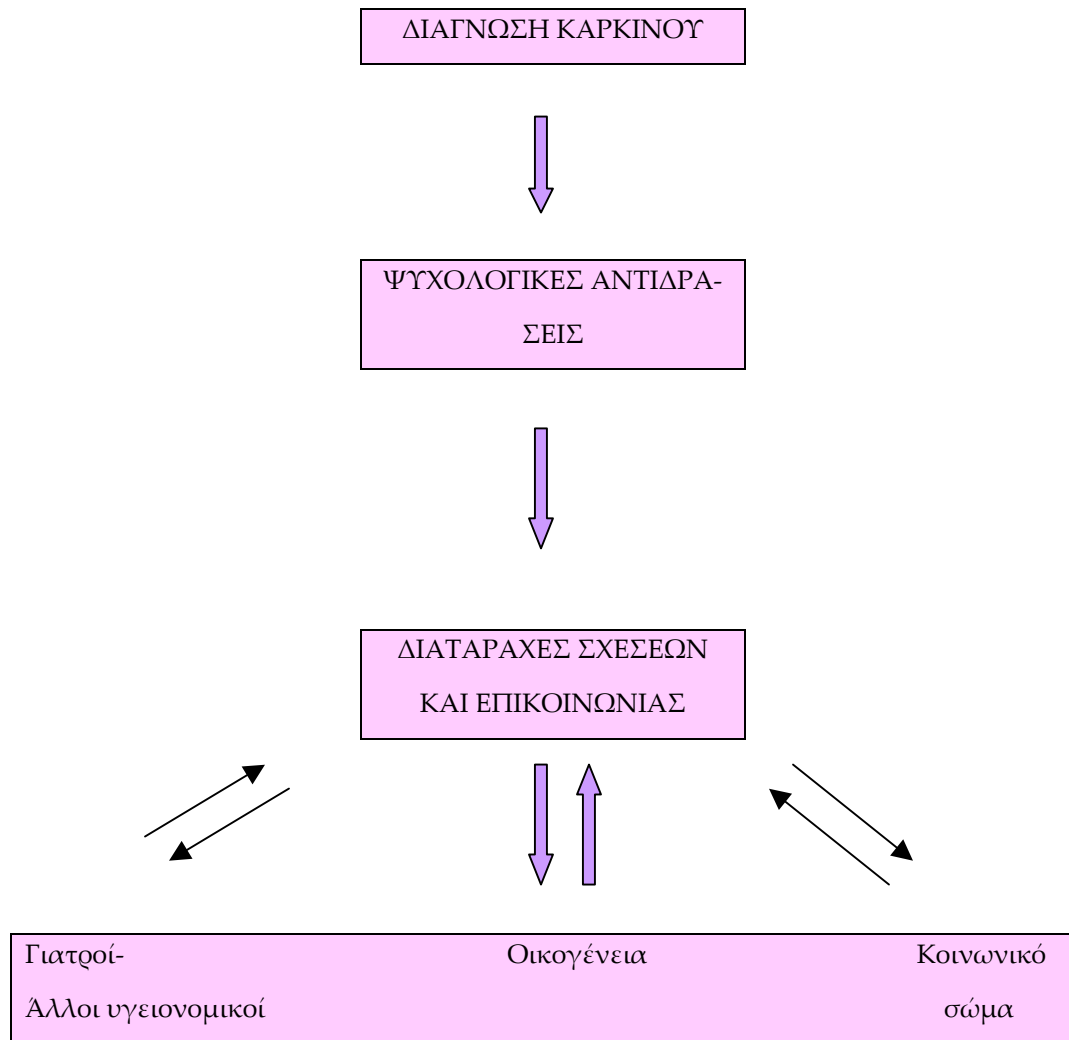
Ραγδαία πέφτει επάνω μας το βάρος ενός γεγονότος που, παρά τις προόδους που έχουν συντελεσθεί, εξακολουθεί να είναι συνυφασμένο στην κοινή αντίληψη με νοσοκομεία, πολύπλοκες θεραπείες, αναπηρία, πόνο και θάνατο. Και το βάρος αυτό δεν αντέχεται. Η απομόνωση είναι μια άμυνα, καθώς η ανίατη αρρώστια συχνά, ακόμα κι ως τις μέρες μας, λογίζεται ως ντροπή. Η περίπτωση μας, ο καρκινοπαθής ποιητής, κλείνεται στο δωμάτιό του. Δεν θέλει ούτε φως - μόνο το φως κάποιων κεριών. "Το σπίτι μου τα έχει όλα", έλεγε σε φίλους. "Είμαι κοντά στο Νοσοκομείο όπου πεθαίνουμε και κοντά στον Άγιο Σάββα, την εκκλησία που θα με ψάλλουν"(Ρηγάτος Γ.2004).

Κι από τον επώνυμο στους ανώνυμους. Η Σπυρούλα Α., νέα με καρκίνο μαστού, αφηγείται: "Όταν έμαθα ότι έχω καρκίνο ένιωσα ένα μεγάλο σοκ. Τα πάντα γύρω μου είχαν γκρεμιστεί. Για μένα, λόγω της προκατάληψης μου, ο καρκίνος σήμαινε θάνατο. Με γέμισε μαυρίλα... "

- ***Πόσο σύνθετο πρόβλημα είναι η διάγνωση ενός καρκίνου***

Το σοκ της διάγνωσης, λοιπόν, δεν κλονίζει μόνο τον ασθενή. Κλονίζει τον ψυχολόγο καθώς και τον γιατρό που θα το ανακοινώσει, τους συγγενείς και ολόκληρο το κοινωνικό σώμα. Γι' αυτό και η αντιμετώπιση του ασθενούς μόνο δεν αρκεί. Όπως δεν αρκεί μόνο η βιολογική αντιμετώπιση του ασθενούς. Χρειάζεται η ολοκληρωμένη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενούς. Και ταυτόχρονα η υποστήριξη του γιατρού και της οικογένειας και η προετοιμασία του κοινωνικού σώματος για

την επανένταξη και την πλήρη αποδοχή του ασθενούς με τη διάγνωση του καρκίνου(Σχήμα 2).



Σχήμα 2. Η διαταραχή σχέσεων και επικοινωνίας με τη διάγνωση του καρκίνου.

- *Ποιες είναι οι ψυχολογικές αντιδράσεις του ασθενούς*

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις εμφανίζουν ένα ευρύ φάσμα, που κυμαίνεται από την απλή αγχώδη αντίδραση μέχρι τις παρανοειδείς εκδηλώσεις(Σολδάτος Κ.Ρ., Σακκάς Π.Ν., Μπεργιαννάκης Ι.Δ.2002). Συγκεκριμένα, την ανακοίνωση της διάγνωσης μπορεί να ακολουθούν το άγχος, ο φόβος, η κατάθλιψη, οι παρανοειδείς εκδηλώσεις. Ακόμα

και όταν δεν ανακοινώνεται η διάγνωση, ψυχολογικές αντιδράσεις εμφανίζονται. Ο ασθενής προσλαμβάνει ένα πλήθος μη λεκτικών μηνυμάτων που του απευθύνει το περιβάλλον, αλλά και ο οργανισμός του. Μεταξύ αυτών των μη λεκτικών μηνυμάτων αναφέρουμε τα εξής:

- ▣ *Γιατροί:* Μισόλογα. Ατελείς, απλοϊκές ή αφελείς απαντήσεις. Αποφυγή συζητήσεων. Ανακολουθία μεγέθους επέμβασης και υποθετικής πάθησης κ.λ.π.
- ▣ *Συγγενείς:* Μισόλογα. Υπερπροστασία. Ιδιαίτερες επαφές με γιατρούς. Μεταβολές της συμπεριφοράς σε σχέση με τα πριν τη νόσο ισχύοντα.
- ▣ *Οργανισμός:* Ποικίλα συμπτώματα. Άλγος. Δυσφορία. Ανορεξία, καταβολή, απώλεια βάρους, δυσχέρειες ανάρρωσης μετά την επέμβαση κ.λ.π.

Οι ψυχολογικές αντιδράσεις είναι ανάλογες εκείνων που εμφανίζουν και οι γνωρίζοντες τη διάγνωση. Η κατεύθυνση, προς την οποία θα εξελιχθούν, θα εξαρτηθεί και από την προ νοσηρή προσωπικότητα και από την εξέλιξη της βασικής νόσου, τα υποστηρικτικά συστήματα κ.λ.π. Οι κοινότεροι ψυχολογικοί μηχανισμοί άμυνας είναι οι ακόλουθοι:

1. *Αρνηση.* Ο ασθενής απορρίπτει τη διάγνωση. Φράσεις, όπως "Δεν μπορεί. Κάτι λάθος έχει γίνει", είναι ενδεικτικές του μηχανισμού αυτού. Επίσης, ο ασθενής με τον μηχανισμό αυτόν υποβαθμίζει τα ενοχλήματά του ή τα ερμηνεύει ως προερχόμενα από άλλες αιτίες. Εξ αιτίας του ίδιου μηχανισμού, σε μερικές περιπτώσεις ο ασθενής αδιαφορεί για τα ενοχλήματά του, ως εάν αυτά να αφορούν κάποιο άλλο άτομο. Είναι ο πιο συχνός αμυντικός ψυχολογικός μηχανισμός και σ' αυτόν οφείλονται και αρκετές καθυστερημένες προσελεύσεις σε περιπτώσεις υποτροπής της νόσου ή μεταστάσεων.
2. *Απόθηση.* Με τον μηχανισμό αυτόν, που συχνά λειτουργεί μαζί με την άρνηση, ο καρκινοπαθής γνωρίζει και αναγνωρίζει τα συμπτώματα της νόσου, αδιαφορεί όμως γι' αυτά και δεν ασχολείται μαζί τους, ωθώντας τα στο περιθώριο της συνείδησής του.

3. *Υπεραναπλήρωση.* Ο ψυχολογικός αυτός μηχανισμός βοηθάει τον ασθενή να ανακτήσει τη χαμένη του αυτοεκτίμηση. Στο βαθμό που μπορεί, προσπαθεί να εμφανίσει αυξημένη δραστηριότητα, κάνει μακροπρόθεσμα σχέδια και γενικά προσπαθεί να αναπληρώσει αυτά, τα οποία χάνει εξ αιτίας της νόσου.
4. *Προβολή.* Με τον μηχανισμό αυτόν, ο καρκινοπαθής επιδιώκει ασυνείδητα να προβάλλει σε άλλους, ως δικές του, ιδέες μομφής και ενοχής, γίνεται εριστικός και επιθετικός προς τα έξω, ώστε να μη στρέψει την επιθετικότητά του εναντίον του ίδιου του τού εαυτού. Στη φάση αυτή, ο ασθενής μπορεί να στραφεί και εναντίον του γιατρού ή των συγγενών του.

- ***Οι αντιδράσεις των ασθενών τελικού σταδίου***

Οι ασθενείς τελικού σταδίου περνούν από ανάλογες φάσεις αντιδράσεων, τις οποίες η Kubler-Ross έχει ταξινομήσει ως εξής:

- I. Άρνηση
- II. Παζάρεμα
- III. Εξέγερση
- IV. Κατάθλιψη
- V. Αποδοχή

Για την κατανόηση των φάσεων αυτών, δίνουμε τις χαρακτηριστικές γι' αυτά φράσεις-κλειδιά.

- I. Δεν είναι δυνατόν. Κάποιο λάθος θα έγινε.
- II. Να ζήσω, ώσπου να μεγαλώσω τα παιδιά (να παντρεύω την κόρη μου κ.λ.π.).
- III. Γιατί εγώ; Έκαναν λάθος οι γιατροί - Με φάγανε οι γιατροί κ.λ.π.
- IV. Θα αυτοκτονήσω. Είναι όλα τόσο μαύρα ...
- V. Ας γίνει ό,τι είναι να γίνει ... Τουλάχιστον ας ζήσω τη ζωή μου.

- *Πως επηρεάζει η διάγνωση τη σχέση γιατρού- ψυχολόγου με τον ασθενή.*

Αλλά δεν είναι μόνον οι ψυχολογικές αντιδράσεις που πυροδοτούνται με τη διάγνωση. Σημαντικό ρόλο παίζει η διάγνωση και στις σχέσεις με τους γιατρούς, το νοσηλευτικό προσωπικό κ.λ.π. Όσον αφορά στο πρώτο μέρος, τον ασθενή, η κατάσταση διαμορφώνεται ως εξής: Η σχέση με τον γιατρό είναι σχέση υποχρεωτική, σχέση την οποία ο ασθενής δεν επέλεξε, αλλά υποχρεώθηκε να ακολουθήσει (Σολδάτος Κ.Ρ., Σακκάς Π.Ν., Μπεργιαννάκης Ι.Δ.2002). Είναι, επιπλέον, σχέση συναισθηματικά φορτισμένη, πολύ συχνά δε φορτισμένη αρνητικά, καθώς η εξέλιξη στον καρκίνο μαστού δεν είναι πάντα καλή. *“Ουδείς στέργει άγγελον κακόν”* και έτσι τα αρνητικά αισθήματα της διάγνωσης προβάλλονται στον γιατρό καθώς και στον ψυχολόγο που τον παρακολουθεί. Η σχέση διαταράσσεται ακόμα περισσότερο, καθώς οικονομικές δυσκολίες μπορεί να μεσολαβήσουν, ιδίως αν ο ασθενής ευρίσκεται σε φάση εξέγερσης.

Από πλευράς γιατρού και ψυχολόγου η σχέση επίσης συνεπάγεται φόρτιση. Ο γιατρός ευρίσκεται από τη φύση της δουλειάς του σε θέση ελέγχοντος. Στην περίπτωση του ασθενούς με καρκίνο και λόγω των θεραπευτικών αδυναμιών, ο γιατρός από τη θέση του ελέγχοντος βρίσκεται στη θέση του ελεγχομένου(Ρηγάτος Γ. 1995). Αυτό θέτει σε αμφισβήτηση στα μάτια του ασθενούς το κύρος του και δημιουργεί αρνητικά αισθήματα ή/ και επιθετικότητα.

Στη μεταξύ των δύο μερών σχέση παρεμβαίνουν τα τελευταία χρόνια και άλλα στοιχεία. Είναι φανερή η μεταβολή των κοινωνικών αντιλήψεων και η αμφισβήτηση των καθιερωμένων. Στην ιατρική, η υπάρχουσα μέχρι πριν λίγα χρόνια πατερναλιστική αντίληψη έχει μεταβληθεί υπέρ των αντιλήψεων ισοτιμίας και συνεργασιμότητας των δύο μερών. Η ενημέρωση έχει κατακτηθεί ως δικαίωμα του ασθενούς, όπως και η συμμετοχή του στη λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων. Το ανεξέλεγκτο δικαίωμα του γιατρού για την πλήρη θεραπευτική δικαιοδοσία έχει πάψει να υφίσταται. Συχνά, λοιπόν, υπάρχουν μεταξύ των δύο μερών σχετικές συγκρούσεις,

- *Πως επηρεάζεται η οικογένεια του καρκινοπαθούς και οι σχέσεις της με τους υγειονομικούς*

Η παράμετρος *οικογένεια* συμμετέχει επίσης στο σοκ της διάγνωσης. Συχνά, οι συγγενείς περνούν από τις ίδιες φάσεις, όπως και οι ασθενείς, αντιμετωπίζουν δε το πρόβλημα με τους ίδιους ψυχολογικούς αμυντικούς μηχανισμούς που ήδη αναφέρθηκαν (Ρηγάτος Γ. 1995). Τα μέλη της οικογένειας φορτίζονται από τη νόσο του αγαπημένου τους προσώπου και η φόρτιση αυτή προστίθεται στα προσωπικά τους καθημερινά προβλήματα, ενώ έχουν ν' αντιμετωπίσουν και τα πρόσθετα προβλήματα που δημιουργεί η νόσος: Αυξημένη φροντίδα, ξενύχτια, παραμέληση της δουλειάς ή των άλλων υποχρεώσεων, οικονομική επιβάρυνση κ.λ.π. είναι μερικά από τα καινούργια προβλήματα (Τζωρτζίνη Ι. 2004). Συχνά, η κατάσταση κατακλύζεται από αντιφατικά αισθήματα. Ενοχές για πραγματικές ή όχι πραγματικές ενέργειες ή αμέλειες εκφράζονται συνήθως ως επιθετικότητα, που μπορεί να στρέφεται εναντίον των γιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού ή και του ίδιου του ασθενούς (Καρανάσιος Δ., Κοραντζής Ι., Νικολής Ι. και συν. 2004).

Συχνά, η οικογενειακή ζωή διαταράσσεται έντονα και για μακρό διάστημα (Τζωρτζίνη Ι. 2004), ενώ σε κάποιες περιπτώσεις απαιτείται, μετά το τέλος των θεραπευτικών διαδικασιών, οικογενειακή θεραπεία ή ουσιαστική Ψυχοκοινωνική παρέμβαση (Καρανάσιος Δ., Κοραντζής Ι., Νικολής Ι. και συν. 2004).

Ο ρόλος των ψυχολόγων στο νοσοκομείο εκτός από την ψυχολογική υποστήριξη που παρέχει στην ασθενή με καρκίνο μαστού είναι και η στήριξη της οικογένειας της ασθενούς, η οποία μπορεί να είναι πολύτιμος σε αυτές τις διαταραχές, ιδίως αν υπάρχει κατάλληλη ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση (Τσατσαρώνη Σ. 2004).

- *Πως επηρεάζεται οι σχέσεις με το κοινωνικό σώμα*

Πρόσθετα προβλήματα πυροδοτεί η διάγνωση του καρκίνου και στην επικοινωνία του ασθενούς με την κοινωνία. Σε πολλά μέρη, ακόμα και σήμερα, η διάγνωση αποκρύπτεται, καθώς το κοινό αντιμετωπίζει τη νόσο σαν ντροπή ή σαν αμαρτία. Άλλοι αποφεύγουν την επικοινωνία με τους καρκινοπαθείς, ίσως προβάλλοντας ενδόμυχους φόβους για τη δική τους υγεία στο πρόσωπο του ασθενούς. Άλλοι αντιμετωπίζουν με συμπάθεια τον βασανισμένο και άτυχο ασθενή ή ακόμα και με οίκτο βλέποντάς τον ως μελλοθάνατο. Άλλοι, τέλος, προσπαθούν να εξορκίσουν το φόβο τους, εμφανίζοντας επιθετική συμπεριφορά προς τον ασθενή, σαν να αντιμετώπιζαν τον εχθρό-καρκίνο ή τον ίδιο το θάνατο.

Γράφει ενδεικτικά για κάποιες στάσεις ο πεζογράφος

Βασ. Αλεξάκης:

"Η αρρώστια τον έχει ήδη απομονώσει από τον υπόλοιπο κόσμο. Κατά κάποιο τρόπο έχει ήδη πεθάνει, κατάντησε ένα φάντασμα, είναι ένας νεκρός με άδεια κυκλοφορίας ..."

Κι αλλού:

"Ο κόσμος τον φοβάται. Κανέναν πια δεν συναντάει στο προαύλιο της πολυκατοικίας, τις σπάνιες φορές που βγαίνει έξω. Ούτε καν τη θυρωρό δεν βλέπει πια, αυτή που άλλοτε πεταγόταν κάθε φορά μπροστά του και προσπαθούσε να του πιάσει κουβέντα..." (Αλεξάκης Β. 1982).

Το σοκ της διάγνωσης, λοιπόν, δεν κλονίζει μόνο τον ασθενή. Κλονίζει και τον ψυχολόγο που θα το ανακοινώσει, τους συγγενείς και ολόκληρο το κοινωνικό σώμα. Γι' αυτό και η αντιμετώπιση του ασθενούς μόνο δεν αρκεί. Όπως δεν αρκεί μόνο η βιολογική αντιμετώπιση του ασθενούς. Χρειάζεται η ολοκληρωμένη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του ασθενούς. Και ταυτόχρονα η υποστήριξη του γιατρού και της οικογένειας και η προετοιμασία του κοινωνικού σώματος για την επανένταξη και την πλήρη αποδοχή του ασθενούς με τη διάγνωση του καρκίνου.

3. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

- *Μεθοδική εξέταση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σε ηλικιωμένους με καρκίνο.*

Το θέμα απαιτεί, για μια μεθοδική του εξέταση, τη συγκέντρωση δεδομένων για τρεις διαφορετικές παραμέτρους. Η πρώτη από αυτές είναι η κοινωνική θέση των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Η δεύτερη είναι η διαμόρφωση των ψυχολογικών τους γνωρισμάτων. Η τρίτη, τέλος, αναφέρεται στις μεταβολές που επιφέρει στις προηγούμενες η ανάπτυξη μιας κακοήθους νεοπλασίας. Η εξέταση του σύνθετου αυτού προβλήματος είναι όχι μόνον αναγκαία, αλλά και επείγουσα, καθώς είναι ήδη δεδομένη η δημογραφική γήρανση σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Μερίκας Γ. 2004). Εξ άλλου, είναι γνωστή και ήδη τεκμηριωμένη με αρκετές δημοσιεύσεις η αυξημένη επίπτωση του καρκίνου στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

- *Σε τι ποσοστό του συνολικού πληθυσμού ανέρχεται η τρίτη ηλικία και ποια η επίπτωση των νεοπλασιών.*

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελούν στις ημέρες μας σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού. Το μικρότερο ποσοστό ηλικιωμένων στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 11,3% ή 400.000 άτομα, αναφέρεται στην Ιρλανδία, ενώ το μεγαλύτερο, 15,6% ή 8.970.000 άτομα, αναφέρεται στο Ηνωμένο Βασίλειο. Στην Ελλάδα, το 1951 οι άνω των 65 ετών ήταν το 6,8% του πληθυσμού, ενώ το 1999-2000 το ποσοστό αυτό είχε διπλασιαστεί (Πίνακας 1) (Εμκε- Πουλοπούλου Η. 2001).

	1951	1991	2000
Ποσοστό	6,8%	2,7%	13,9%
Αριθμός	-	1.238.000	1.399.400

Πίνακας 1. Η δημογραφική γήρανση του ελληνικού πληθυσμού (Έμκε 2001)

Όσο για την επίπτωση του καρκίνου, η κατανομή των πέντε συχνότερων νεοπλασμάτων στους άνδρες, αφορά σε άτομα της τρίτης ηλικίας ως εξής (Πίνακας 2)(Ρηγάτος Γ. 2002):

Τύπος καρκίνου	Περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού	Ποσοστό ατόμων > 65 ετών
Ca προστάτου	635	80%
Ca πνεύμονος	438	55%
Ca παχέος εντέρου	279	68%
Ca ουρ. κύστεως	186	64%
Ca ορθού	126	62%

Πίνακας 2. Η αναλογία των πέντε συχνότερων νεοπλασμάτων (70% του συνόλου σε άνδρες τρίτης ηλικίας)(Ρηγάτος 2002, στοιχεία U.S. Dept. Health 2000).

Στις γυναίκες τα πέντε συχνότερα νεοπλάσματα προσβάλλουν άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών στα ακόλουθα ποσοστά (Πίνακας 3):

Τύπος καρκίνου	Περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού	Ποσοστό ατόμων > 65 ετών
Ca μαστού	332	73%
Ca παχέος εντέρου	216	45%
Ca πνεύμονος	128	50%
Ca σώματος μήτρας	102	45%
Ca ορθού	73	67%

Πίνακας 3. Η κατανομή των πέντε συχνότερων νεοπλασμάτων σε γυναίκες τρίτης ηλικίας (Ρηγάτος 2002, στοιχεία U.S. Dept. Health, 2000).

Με δεδομένη λοιπόν τη γήρανση του πληθυσμού και την υψηλή επίπτωση νεοπλασιών στα άτομα αυτά, γίνεται εύκολα αντιληπτό το μέγεθος του προβλήματος και οι επιπτώσεις του στη δημόσια υγεία, τις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας, τους ασφαλιστικούς φορείς, τα νοσηλευτικά ιδρύματα και το κοινωνικό σύνολο.

- *Οι βιοψυχοκοινωνικές μεταβολές που εμφανίζονται σε ηλικιωμένους με καρκίνο.*

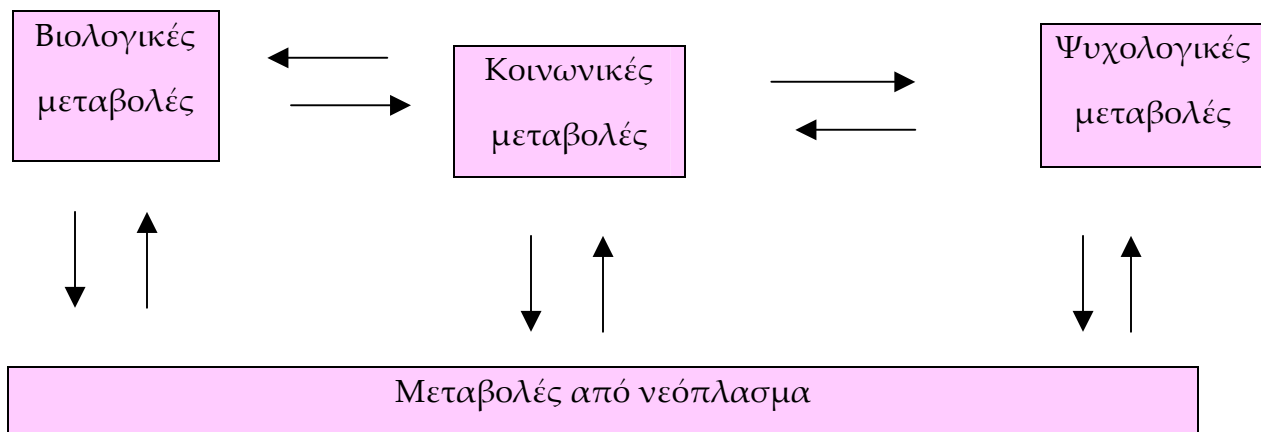
Από την άλλη πλευρά, όμως, έντονο και πολυσύνθετο είναι και το πρόβλημα των ηλικιωμένων που μαζί με πλήθος κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών μεταβολών του γήρατος έχουν να αντιμετωπίσουν και ένα κακόηθες νεόπλασμα. Ας δούμε αναλυτικότερα τις διαστάσεις του προβλήματος, τις οποίες απεικονίζουμε με ένα κυβερνητικό μοντέλο στο Σχήμα 1.

α. Οι βιολογικές μεταβολές αναφέρονται σε πλήθος οργάνων και συστημάτων. Συχνές είναι οι μεταβολές του καρδιαγγειακού συστήματος με εκδηλώσεις όπως η υπέρταση, οι διαταραχές του ρυθμού, οι διαταραχές της αιμάτωσης κ.λ.π. Το ερειστικό σύστημα εμφανίζει εκφυλιστικά φαινόμενα ή μεταβολικές διαταραχές. Το ουροποιητικό, το αναπνευστικό, το πεπτικό εμφανίζουν άλλα προβλήματα. Υπάρχει κάμψη στη σεξουαλική δραστηριότητα, ενώ εμφανίζονται σε αυξημένη συχνότητα μεταβολικές διαταραχές, όπως διαβήτης, υπερουριχαιμία, ουραιμία, υπερχοληστεριναίμια κ.λ.π. Τα προβλήματα αυτά επιδρούν και στον ψυχισμό και στην κοινωνική συμμετοχή των ατόμων και τα επηρεάζουν αρνητικά.

β. Μεταξύ των κοινωνικών μεταβολών πρωτεύουσα θέση κατέχει η απομάκρυνση από την εργασία, με τη συνταξιοδότηση. Η μεταβολή αυτή συνεπάγεται μείωση της όποιας ισχύος και της κοινωνικής θέσης, αλλά και της οικονομικής κατάστασης, καθώς επέρχεται μείωση του εισοδήματος (Ziomas D., Bouzas N. 2002). Επιπλέον, συνεπάγεται την αίσθηση ότι ο συνταξιοδοτούμενος παύει να αποτελεί παραγωγικό μέλος της κοινωνίας και αυτή η αίσθηση φορτίζει το άτομο συναισθηματικά (Comfort A. 1977). Σημα-

ντική επίσης θέση στη δέσμη των κοινωνικών προβλημάτων κατέχει η μεταβολή στην οικογενειακή κατάσταση. Στην ηλικία αυτή συνήθως έχει συντελεσθεί ή συντελείται η διάλυση της πρωτογενούς οικογένειας, με την αποχώρηση ή το γάμο των παιδιών. Η απώλεια του γονικού ρόλου προκαλεί αρνητικά αισθήματα στον ηλικιωμένο.

Εάν συμπέσει και απώλεια του ή της συζύγου, η κατάσταση γίνεται πολύ δυσκολότερη. Η μοναξιά και η απομόνωση είναι επώδυνες καταστάσεις, όπως επώδυνη είναι και η εξάρτηση από άλλους, είτε για λόγους υγείας είτε για οικονομικούς ή κοινωνικούς λόγους.



Σχήμα 1. Μεταβολές που επισυμβαίνουν σε ηλικιωμένους με καρκίνο.

γ. Οι ψυχολογικές μεταβολές που εμφανίζονται κατά το γήρας είναι, σύμφωνα με ορισμένες απόψεις, αποτέλεσμα βιολογικών αλλοιώσεων που απέρχονται συν τω χρόνω στον εγκέφαλο. Σύμφωνα όμως με άλλες απόψεις, η οργανική κατάσταση του εγκεφάλου μικρό ρόλο παίζει, ενώ εξωγενείς παράγοντες είναι υπεύθυνοι για τις ψυχολογικές μεταβολές. Κατά τον Comfort, μόνο 25% των μεταβολών έχει οργανική αρχή, ενώ το 75% έχει εξωγενή αιτία(Comfort A.1977).Μεταξύ των εξωγενών παραγόντων αναφέρονται τα κοινωνικά, τα συναισθηματικά, τα οικονομικά και άλλα προβλήματα.

Μεγάλη είναι η σημασία της προσωπικότητας, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί ως τότε. Θα μπορούσε συνοπτικά να λεχθεί πως καθένας ως προς τα ψυχολογικά του χαρακτηριστικά γερνά ανάλογα με το πώς ήταν νέος(Γουρνάς Γ.2004). Άνθρωπος που ως νέος ήταν εριστικός θα συμπεριφερθεί ανάλογα και ως ηλικιωμένος, άλλος με εύκολη την κοινωνική επικοινωνία, θα διατηρεί τη δυνατότητα να επικοινωνεί. Αν ήταν μεθοδικός ως νέος, θα εξακολουθήσει να είναι, καλύπτοντας έτσι τις αδυναμίες της μνήμης. Αν είχε ενδιαφέροντα έξω από τα στενά επαγγελματικά, αυτό θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει τη δοκιμασία της συνταξιοδότησης. Αυτό το οποίο φαίνεται να αλλάζει είναι η τάση για εσωστρέφεια, καθώς ο ρόλος του ατόμου περιορίζεται, οι δυνατότητες λιγοστεύουν, ο κοινωνικός κύκλος στενεύει, η διάσταση με τις τρέχουσες κοινωνικές αντιλήψεις γίνεται μεγαλύτερη. Τα προβλήματα αυτά οξύνονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής, καθώς η κοινωνική συναναστροφή είναι περιορισμένη, η οικογένεια έχει μεταβληθεί και οι δεσμοί έχουν χαλαρώσει, τα υποστηρικτικά συστήματα από φίλους κ.λ.π. έχουν αποδυναμωθεί(Ρήγα Α.Β 2001).

δ. Μεταβολές από το νεόπλασμα: Η βιολογική, η ψυχολογική και η κοινωνική κατάσταση κάθε ασθενούς υφίσταται σημαντικές μεταβολές κατά την εκδήλωση μιας κακοήθους νεοπλασίας. Η αποκάλυψη της διάγνωσης του καρκίνου συνεπάγεται για τον ασθενή άγχος, οργή, κατάθλιψη, ανασφάλεια, αγωνία, φόβους για την εξέλιξη, ερωτήματα για τη ζωή και τον θάνατο(Ρηγάτος Γ.995). Συχνά, οι ασθενείς αναπτύσσουν προς την κατεύθυνση αυτή διάφορους μηχανισμούς άμυνας του εγώ, που σχηματικά έχουν ταξινομηθεί από την Kubler-Ross(Kubler-Ross E.1999), (Kubler-Ross E.1995) σε πέντε στάδια και τους οποίους έχουμε δει και σε άλλο σημείο. Πρόκειται δηλαδή για:

- Άρνηση της πραγματικότητας (I)
- Οργή /εξέγερση (II)
- Παζάρεμα (III)
- Κατάθλιψη (IV)
- Ήρεμη αποδοχή της πραγματικότητας (V)

- *Η κατάσταση από τις εφαρμοζόμενες θεραπείες*

Οι εφαρμοζόμενες για τη θεραπεία του καρκίνου μέθοδοι έχουν όλες τις δικές τους παρ ενέργειες. Η χειρουργική έχει τις βαρείες ακρωτηριαστικές επεβάσεις. Η χημειοθεραπεία έχει τις ενοχλητικές φλεβοκεντήσεις, τις αιματολογικές διαταραχές και τα επακόλουθά τους, την αλωπεκία, τους εμέτους, την τοξικότητα. Η φάση αυτή είναι ιδιαίτερα δύσκολη, καθώς από διάφορους παράγοντες (νόσο, παρενέργειες θεραπειών, κακή επικοινωνία κλπ.) μπορεί να διαταραχθεί σοβαρά η σχέση γιατρού-ασθενούς.

Η τρίτη ηλικία είναι φυσικό να έχει μεγαλύτερη επιβάρυνση από το συνδυασμό των εκφυλιστικών βιολογικών φαινομένων, των ψυχολογικών και των κοινωνικών μεταβολών σε σύγκριση με εκείνα που συνεπάγεται η κακοήθης νεοπλασία. Είναι τεκμηριωμένο ότι η ηλικία αυτή καθ' εαυτή δεν αποτελεί κριτήριο επιλογής ή αποκλεισμού μιας θεραπευτικής μεθόδου (Ganz P.A. 2002). Όμως, η θεραπευτική απόφαση πρέπει να συνεκτιμά την έκταση της νόσου, τις αναστολές του ασθενούς, τα συνυπάρχοντα νοσήματα, τις δυνατότητες

κ.λ.π. (Blanchard C.G., Labreque M.S., Ruckedeschel J.C., et al. 1998). Η εκτίμηση της σωματικής ικανότητας κατά Karnofski είναι μία μέθοδος ιδιαίτερα χρήσιμη για τη λήψη της θεραπευτικής απόφασης για άτομα της τρίτης ηλικίας. Έχει όμως το μειονέκτημα ότι στηρίζεται αποκλειστικά σε σωματικά δεδομένα, αγνοώντας οτιδήποτε άλλο πέρα από αυτά (Ρηγάτος Γ. 2004).

- ***Ο πόνος σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο***

Πρόσθετη μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται στα ηλικιωμένα άτομα για το πρόβλημα του πόνου, παρόλο που φαίνεται ότι η συχνότητα του πόνου μειώνεται στους ηλικιωμένους ακόμα και για περιπτώσεις γενικευμένης νόσου. Όταν όμως υπάρχει ο πόνος, βιώνεται πολύ εντονότερα εξ αιτίας της συνύπαρξης και των άλλων προβλημάτων. Μεταξύ αυτών η απομόνωση, η μοναξιά, η αίσθηση της μη συμμετοχής στις διαδικασίες, η κατάθλιψη κ.λ.π. ασφαλώς βοηθούν στο να επιτείνεται το πρόβλημα του πόνου. Η αντιμετώπιση της ψυχολογικής και της κοινωνικής συνιστώσας σίγουρα θα κάνει αποτελεσματικότερη και την όποια φαρμακευτική αγωγή. Όσο για τα αναλγητικά, ο Portenou (Portenou K.R. 2002). συνιστά:

1. Να χρησιμοποιούνται φάρμακα με μικρό χρόνο ημιζωής.
2. Να δίνεται ένα φάρμακο τη φορά.
3. Το φάρμακο να περιέχει μόνο μια δραστική ουσία.
4. Να έχουμε αυξημένη εγρήγορση έναντι πιθανής αθροιστικής δράσης.
5. Να συνεχίσουμε με το ίδιο φάρμακο για επαρκές διάστημα, πριν αποφασίσουμε αλλαγή της αγωγής.

- ***Ο πόνος σε ηλικιωμένους ασθενείς με καρκίνο***

Από τα στοιχεία που εκτέθηκαν, είναι σαφή τα ακόλουθα συμπεράσματα:

1. Τα ψυχολογικά προβλήματα είναι εντονότερα στους ηλικιωμένους με καρκίνο λόγω της ταυτόχρονης ύπαρξης των προβλημάτων του γήρατος.
2. Η κοινωνική τους θέση είναι υποβαθμισμένη, ενώ συχνά συνοδεύεται και από οικονομική υποβάθμιση.

3. Τα υποστηρικτικά τους συστήματα είναι μειωμένα ή χαλαρωμένα ή γενικώς ανεπαρκούν.

4. Η πολυπλοκότητα και ο μικτός χαρακτήρας των προβλημάτων απαιτεί για την αντιμετώπισή τους τη συνεργασία του γιατρού με άλλους επαγγελματίες υγείας, όπως ο ψυχολόγος, ο κοινωνικός λειτουργός, η κατ' οίκον επισκέπτρια νοσοκόμος κ.λ.π.

Μόνο με αυτό τον τρόπο θα μπορέσει να αντιμετωπίσει η κοινωνία ένα σημαντικό πρόβλημα που όσο θα περνά ο καιρός θα γίνεται και εντονότερο και συχνότερο.

4. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙ ΠΟΥ ΠΕΘΑΙΝΕΙ

*"Ο θάνατος ανήκει στη ζωή, όπως η γέννηση
και το περπάτημα με το σήκωμα
των ποδιών και το κατέβασμά του."*

Ραμπιντρανάθ Ταγκόρ

- *Πως διαμορφώνεται σήμερα η θνησιμότητα από καρκίνο.*

Ο θάνατος αποτελεί ένα μεγάλο βιοϊατρικό ζήτημα, που έπρεπε ίσως να απασχολεί τη βιβλιογραφία περισσότερο από κάθε άλλο. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), του 1979, υπό τις συνήθεις συνθήκες συνέβαιναν περί τα 50 εκατομμύρια θάνατοι το χρόνο. Από αυτούς, την περίοδο εκείνη, τα 5 εκατομμύρια οφείλονταν στον καρκίνο. Την περίοδο εκείνη, επίσης, υπολογιζόταν ότι στις χώρες της Ευρώπης και στις ΗΠΑ το 1/5 του πληθυσμού κατέληγε από καρκίνο!

Στοιχεία της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για τη δεκαετία του 1990 (ενδεικτικό έτος 1992) έδωσαν την εξής εικόνα: Σύνολο θανάτων: 3.270.173 Θάνατοι από καρκίνο: 726.444 ή ποσοστό 22,2% Την ίδια χρονιά για την Ελλάδα οι αντίστοιχοι αριθμοί είναι οι ακόλο-θοι: Σύνολο θανάτων: 86.349 Θάνατοι από καρκίνο: 17.035 ή ποσοστό 19,7%

Στις αρχές της δεκαετίας του 2000, οι θάνατοι από καρκίνο εξακολουθούν να αποτελούν τη δεύτερη αιτία θανάτου, υπολειπόμενοι μόνο των θανάτων από καρδιοαγγειακές αιτίες. Στις ΗΠΑ, υπολογίζεται ότι οι διάφορες μορφές καρκίνου ευθύνονται για το 22% επί του συνόλου των θανάτων, δηλαδή για περισσότερους από 500.000 θανάτους ετησίως. Ενδιαφέρον είναι ότι πάνω από το ένα τέταρτο αυτών των θανάτων (ποσοστό 28%) προκαλούνται από τον καρκίνο του πνεύμονος (Fraumeni J.F., Devesa S.S., Hoover R.N., Kinlen L.J. 2003). Βλέπουμε δηλαδή ότι, παρά τις επιμέρους προόδους που σημειώνονται, η συνολική εικόνα παραμένει αμετάβλητη. Οι προοπτικές, τουλάχιστον για τις πρώτες δεκαετίες του 21ου αιώνα, δεν είναι ενθαρρυντικές. Πολλοί προβλέπουν ότι οι θάνατοι από καρκίνο θα καταλάβουν την πρώτη θέση και θα ξεπεράσουν σε αριθμό τους καρδιοαγγειακούς θανάτους.

- *Τι χαρακτηρίζεται ως σύνδρομο τελικού σταδίου.*

Για να χαρακτηριστεί η κατάσταση του καρκινοπαθούς ως σύνδρομο τελικού σταδίου, πρέπει να εκπληρώνονται οι πιο κάτω προϋποθέσεις (Apilanez R.V., Gonzales de Langarica L.R., Arribas E.G. 1997):

- α. Προοδευτική εξέλιξη του αιτιολογικού παράγοντος
- β. Η επιβίωση να υπολογίζεται σε ημέρες ή εβδομάδες
- γ. Η κατάσταση Karnofsky να είναι κάτω του 40%
- δ. Να υπάρχει έκπτωση της λειτουργίας ενός ή περισσότερων οργάνων
- ε. Να έχουν αποτύχει οι αποδεκτές θεραπευτικές μέθοδοι
- στ. Να μην υπάρχει προς εφαρμογή άλλη δοκιμασμένη ή πειραματική θεραπεία
- ζ. Να εμφανίζονται προοδευτικώς μη ανατάξιμες επιπλοκές

- *Κύρια συμπτώματα καρκινοπαθών τελικού σταδίου.*

Τα συχνότερα συμπτώματα που εμφανίζονται σε καρκινοπαθείς τελικού σταδίου έχουν καταγραφεί σε διάφορες εργασίες. Οι Norton και Lack(Norton W.S. and Lack S.A. 1990) το 1990 κατέγραψαν τα ακόλουθα συμπτώματα στη συχνότητα που αναγράφεται δίπλα:

Πόνος	75%
Έμετοι	24%
Αδυναμία	71%
Δύσπνοια	21%
Δυσκοιλιότητα	49%
Επώδυνες κατακλίσεις	12%
Κατάθλιψη	46%
Δυσφαγία	10%
Ανορεξία	38%
Διάρροιες	6%
Ναυτία	28%
Ξηρό στόμα	5%

Οι Brescia και συν. το 2000, σε ασθενείς τελικού σταδίου κατέγραψαν τα ακόλουθα συμπτώματα(Brescia F. J., Adler D., Gray G. Et al. 2000):

Σοβαρός πόνος	38%
Σύγχυση	33%
Ανορεξία	31%
Δύσπνοια	27%
Δυσφαγία	22%
Ναυτία	19%

Τα συμπτώματα αυτά παραμένουν περίπου σταθερά στην εξέλιξη της νόσου, με δυνατότητα παρέμβασης κυρίως στον πόνο. Οι Coyle και συν(Coyle N., Adelhardt J., Foley K. M. Et al. 2000) κατέγραψαν τα συμπτώματα ασθενών τελικού σταδίου τέσσερις εβδομάδες πριν το θάνατο και πάλι μία εβδομάδα πριν. Η συχνότητα των συμπτωμάτων είχε ως εξής:

	4 εβδομάδες	1 εβδομάδα
Αδυναμία	58%	52%
Πόνος	54%	34%
Απίσχνανση	43%	49%
Διανοητική σύγχυση- άγχος	21%	18%
Βήχας	7%	6%

Η σημασία της ανακούφισης των συμπτωμάτων είναι προφανής για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Επιπλέον, παρέχει στον ετοιμοθάνατο την ελπίδα ότι η ζωή που του απομένει δεν θα είναι βασανιστική, αλλά άνετη, κι αυτό σημαίνει έναν θάνατο με αξιοπρέπεια. Την ποιότητα ζωής βελτιώνει επίσης η ψυχολογική συμβουλευτική συμπαράσταση, καθώς αρκετά είναι και τα προβλήματα από την ψυχοσυναισθηματική σφαίρα.

- **Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ετοιμοθάνατου.**

Ο ασθενής του τελικού σταδίου νοιώθει τον θάνατο που πλησιάζει, ακόμα κι όταν κανείς δεν του μιλάει γι' αυτόν. Τον νοιώθει από τα μηνύματα που παίρνει από το σώμα του, την εξάντληση, την ανορεξία, την απίσχνανση, τη δύσπνοια και τις άλλες δυσάρεστες εκδηλώσεις της κατάστασής του. Συχνά, ούτε ο ίδιος ο ετοιμοθάνατος μιλάει

για τον επερχόμενο θάνατο, παρά τα μηνύματα από τον οργανισμό του. Σ' αυτή τη φάση, το κύριο συναίσθημά του είναι ο φόβος, που μπορεί να διακριθεί σε φυσικό και σε μεταφυσικό .

Ο φυσικός φόβος αναφέρεται στην πιθανή επιδείνωση των συμπτωμάτων του, κυρίως του πόνου. Αναφέρεται ακόμα στην εξάρτηση από συγγενείς, νοσηλευτικό προσωπικό και γιατρούς, στην αδυναμία του να χειριστεί τις υποθέσεις του και να αποφασίσει για τα προβλήματά του. Συχνότατα συνυπάρχει άγχος που πυροδοτείται από τα αισθήματα του αποχωρισμού, από τους απραγματοποίητους στόχους, από τις εκκρεμότητες. Συχνά, υπάρχουν ενοχές από πραγματικές ή υποθετικές πράξεις ή παραλείψεις, από τις σκέψεις της όχλησης που προκαλεί σε συγγενείς από την ψυχοσύγκρουση, όταν εμφανίζει εριστική συμπεριφορά.

Η υποστηρικτική-συμβουλευτική ψυχολογική παρέμβαση με ή χωρίς τη χρήση αγχολυτικών ή/ και αντικαταθλιπτικών φαρμάκων μπορεί να αποβούν χρήσιμα σε πολλές περιπτώσεις.

- *Η ψυχολογικά στάση του ασθενούς τελικού σταδίου απέναντι στο δραματικό γεγονός του επερχόμενου θανάτου.*

Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς τελικού σταδίου έχει μελετηθεί λεπτομερώς από την E. Kubler-Ross, ήδη από το 1969. Η τυποποίηση των σταδίων είναι αρκετά εύστοχη, ώστε να γίνεται αποδεκτή ακόμα έως σήμερα. Η ταξινόμηση της Kubler-Ross έχει ισχύ και για τον ασθενή τελικού σταδίου, αλλά και για τις αντιδράσεις στη διάγνωση του καρκίνου(Kubler-RossE.1969) (Kubler-Ross E.1975). Κι ακόμα έχει ισχύ και για τον ίδιο τον ασθενή, αλλά και για τους συγγενείς του που και στις δύο περιπτώσεις (διάγνωση και τελικό στάδιο) περνούν από ανάλογες ψυχικές καταστάσεις(Kubler-RossE.1969).

- *Στάδιο I. Άρνηση της πραγματικότητας. Ο ασθενής αμφισβητεί την αλήθεια που του ανακοινώνεται. Υποθέτει λάθη των γιατρών, ζητάει άλλες γνώμες, δεν α-*

ξιολογεί ενοχλήματα και συμπτώματα, κάνει μακροπρόθεσμους σχεδιασμούς. Σε άλλες περιπτώσεις, βλέπει με αδιαφορία το πρόβλημά του ως εάν αυτό αφορούσε τρίτο πρόσωπο.

● **Στάδιο II. Οργή ή εξέγερση.** Ο ασθενής επαναστατεί κατά των γεγονότων, συχνά και κατά των γιατρών, είτε για τη διάγνωση είτε για καθυστέρηση της διάγνωσης. Επαναστατεί ακόμα κατά των οικείων του, κατά της κοινωνίας ή κατά του θεού.

● **Στάδιο III. Διαπραγμάτευση ή παζάρεμα.** Ο ασθενής, έχοντας αποδεχθεί την πραγματικότητα, προσπαθεί να εξασφαλίσει τις μεγαλύτερες δυνατότητες θεραπείας και τις καλύτερες συνθήκες αντιμετώπισής του. Υπόσχεται αμοιβές και δώρα, προσεύχεται και τάζει στα θεία, εκφράζει την ευγνωμοσύνη προς τους οικείους του κ.λ.π.

● **Στάδιο IV. Κατάθλιψη.** Ο πάσχων, έχοντας δει ότι το πρόβλημά του δεν έχει αντιμετωπισθεί επαρκώς και ικανοποιητικά, παρά τη μέχρι τότε θεραπεία και παρά τη δική του συνεργασία και στάση, καταλαμβάνεται από δευτερογενή κατάθλιψη, συχνά και με αυτοκτονικό ιδεασμό, που όμως σπάνια πραγματοποιείται.

● **Στάδιο V. Ηρεμη αποδοχή της αλήθειας.** Μετά τη μακρά διαδρομή της νόσου και με την εμπειρία των θεραπειών, των υποτροπών, των νέων συμπτωμάτων κ.λ.π., ο ασθενής προσπαθεί να συμφιλιωθεί με την κατάσταση, αντλώντας από τη ζωή τις τελευταίες χαρές, και να ετοιμαστεί για τον επερχόμενο θάνατο.

Είναι αυτονόητο ότι ούτε όλοι οι ασθενείς περνούν από όλα τα στάδια, ούτε η διαδοχή των σταδίων είναι πάντα η τυπική, ενώ υπάρχουν συχνά παλινδρομήσεις ή και αναμίξεις αντιδράσεων. Πάντως, η ταξινόμηση αυτή εξακολουθεί να διευκολύνει για τη συστηματική κατανόηση των ψυχολογικών αντιδράσεων των βαρέως πασχόντων(θα τα δούμε όμως όλα αυτά πιο κάτω αναλυτικά).

- *Η στάση των συγγενών απέναντι στον ασθενή που πεθαίνει.*

Δεν πρέπει να παραγνωρίζουμε ότι η οικογένεια παραμένει στην Ελλάδα το πιο ουσιαστικό υποστηρικτικό σύστημα του ασθενούς γενικά και του καρκινοπαθούς ιδιαίτερα. Αυτό δεν είναι μόνο καθημερινή κλινική και κοινωνική διαπίστωση, αλλά έχει προκύψει και από σχεδιασμένη μελέτη μεταξύ γυναικών με καρκίνο σε όλα τα στάδια της νόσου (Ρηγάτος Γ.2000). Αλλά και σε άλλες χώρες, όπου οι οικογενειακοί δεσμοί δεν είναι τόσο σφιχτοί, ακόμα υπάρχει ρόλος για την οικογένεια.

Μελετώντας τη στάση της οικογένειας και των συγγενών απέναντι στον ετοιμοθάνατο, διαπιστώνουμε ότι αυτή ποικίλλει και περιλαμβάνει, με όλα τα ενδιάμεσα στάδια, αντιδράσεις από την υπερπροστασία μέχρι την πλήρη απόρριψη. Την αναγγελία του επικείμενου τραγικού γεγονότος ακολουθούν μια σειρά από αντιδράσεις, από την άρνηση: ("δεν είναι δυνατόν", "κάτι λάθος κάνουνε") και την εξέγερση ("οι γιατροί τον φάγανε") μέχρι την τελική αποδοχή. Η εχθρότητα, αντί να στρέφεται προς αυτό το γεγονός, στρέφεται κατά του κομιστή της είδησης. Άλλωστε, είναι από την αρχαιότητα γνωστό πως "ουδείς στέργει άγγελον κακών". Κατά την καταθλιπτική αντίδραση της περιόδου αυτής, οι συγγενείς ανακαλούν αισθήματα ενοχών για πράξεις ή παραλείψεις. Τελικά, επέρχεται αποδοχή του γεγονότος και εκλογίκευση της πραγματικότητας.

Σ' όλο αυτό το διάστημα, μια "συνωμοσία σιωπής" περιβάλλει τον ασθενή. Ένας από τους πρώτους όρους των συγγενών προς τους γιατρούς είναι η απόκρυψη της αλήθειας. Μια σιωπή που, για τον ευαίσθητο πάσχοντα και ήδη, μέσα του, γνώστη της αλήθειας, προοιωνίζει την επερχόμενη σιωπή του θανάτου.

- *Ο άρρωστος που πεθαίνει και το άμεσο περιβάλλον του.*

Ο θάνατος αποτελεί μέρος της καθημερινής μας ζωής, μια αναπόφευκτη πραγματικότητα που όλοι θα αντιμετωπίσουμε κάποια στιγμή. Στις αναπτυγμένες χώρες σήμερα η πλειοψηφία των θανάτων οφείλεται σε μια χρόνια και απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Χάρη στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, οι αιτίες που οδηγούν στο θάνατο και οι συνθήκες μέσα στις οποίες πεθαίνει το άτομο έχουν διαφοροποιηθεί πολύ από τις αρχές του αιώνα (Nuland, 1994). Ταυτόχρονα επικρατούν διαφορετικές απόψεις σχετικά με το πότε ένας άρρωστος θεωρείται ότι «πεθαίνει». Μερικοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι το άτομο πεθαίνει όταν ο γιατρός, βασιζόμενος στις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, θέτει τη διάγνωση μιας σοβαρής και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας. Άλλοι θεωρούν βασική προϋπόθεση την ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τη διάγνωση και πρόγνωση της αρρώστιας του, και ορισμένοι εκτιμούν ως απαραίτητη τη συνειδητοποίηση και αποδοχή της θανατηφόρου ασθένειας από το ίδιο το άτομο. Τέλος, μια πιο σύγχρονη άποψη υποστηρίζει ότι ο άρρωστος πεθαίνει όταν κανένα θεραπευτικό δεν είναι πλέον σε θέση να αντιστρέψει τη διαρκώς φθίνουσα κατάσταση της υγείας του, ούτε επαρκεί για να τον διατηρήσει στη ζωή (Kastenbaum & Kastenbaum, 1989).

Ίσως να μην είναι τόσο σημαντικός ο προσδιορισμός του πότε ένα άτομο θεωρείται ότι πεθαίνει, όσο απαραίτητη είναι η κατανόηση τι βιώνει και τι περιλαμβάνει η πορεία του προς το θάνατο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη του Pattison (1977) ο οποίος ορίζει την περίοδο μεταξύ της διάγνωσης μιας ασθένειας μέχρι την τελική στιγμή του θανάτου ως "το μεσοδιάστημα μεταξύ ζην και θνήσκειν» («Living-dying interval»). Στα πλαίσια αυτού διακρίνει τρεις σημαντικές φάσεις: (α) τη φάση της οξείας κρίσης, (β) τη χρόνια μεταβατική φάση από τη ζωή στο θάνατο και γ) την τελική φάση που οδηγεί στο θάνατο. Οι φάσεις αυτές αντιστοιχούν με εκείνες που περιγράφει και ο Doka (1993α).

Δύο από τους σημαντικότερους επιστήμονες που έχουν συμβάλει ουσιαστικά στην

κατανόηση και φροντίδα των αρρώστων που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους είναι η Cicely Saunders και η Elisabeth Kübler-Ross. Στα τέλη της δεκαετίας του 1960, άρχισαν να ευαισθητοποιούν το προσωπικό υγείας στις ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει και να μιλούν ανοιχτά για το θάνατο που αποτελούσε ως τότε απαγορευμένο θέμα για συζήτηση. Και οι δύο περιγράφουν μια βιο-ψυχο-κοινωνική διεργασία που βιώνει ο ασθενής αλλά και το περιβάλλον του εν όψει του επικείμενου θανάτου.

Η Cicely Saunders, με σπουδές στη νοσηλευτική και κατόπιν στην ιατρική, ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την αντιμετώπιση του πόνου, τονίζοντας όχι μόνο τις οργανικές, αλλά και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του αρρώστου που υποφέρει. Έδωσε ιδιαίτερη έμφαση στην ολιστική παρέμβαση στα τελικά στάδια της ζωής κάθε ατόμου και το 1967 ίδρυσε στο Λονδίνο τον πρώτο ξενώνα, το γνωστό St. Christopher Hospice, όπου ακόμα και σήμερα νοσηλεύονται άτομα που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Στόχος του διεπιστημονικού προσωπικού που εργάζεται σ' αυτό τον ξενώνα δεν είναι η θεραπεία, αλλά η ανακούφιση του αρρώστου από ενδεχόμενο πόνο και η Ψυχοκοινωνική του φροντίδα μέσα σε συνθήκες που προωθούν την ποιότητα ζωής (Saunders, 1990). Το St. Christopher Hospice λειτούργησε ως πρότυπο και σήμερα έχουν ιδρυθεί παρόμοιοι ξενώνες σε πολλές χώρες του κόσμου.

Την ίδια περίπου εποχή στην Αμερική, μια ελβετικής καταγωγής ψυχίατρος, η Elisabeth Kübler-Ross, προσκαλούσε τους πάσχοντες από μια απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια να συζητήσουν μαζί της, μπροστά σε ακροατήριο επαγγελματιών υγείας, τις εμπειρίες, τις αγωνίες και τις ανάγκες τους. Το 1969 δημοσίευσε το βιβλίο "On Death and Dying», ένα από τα γνωστότερα και πιο πολυσυζητημένα βιβλία σε ολόκληρο τον κόσμο. Σύμφωνα με την Elisabeth Kübler-Ross (1969), η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο, καθώς πορεύεται προς το θάνατο, χαρακτηρίζεται από πέντε στάδια: (1) το στάδιο της *άρνησης*, (2) το στάδιο του *θυμού*, (3) το στάδιο της *διαπραγμάτευσης* ή του *παζαρέματος*, (4) το στάδιο της *κατάθλιψης* και (5) το στάδιο της *αποδοχής*. Η Kübler-Ross ισχυρίζεται ότι στην πορεία αυτή ο άρρωστος διατηρεί κάποια ελπίδα, η

φύση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιούνται οι συνθήκες και εμπειρίες που βιώνει με την εξέλιξη της υγείας του.

- **Στάδιο της άρνησης.**

“ Όχι Αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει σε μένα.

Κάποιο λάθος θα έγινε στη διάγνωση...”

Στην αρχική αυτή φάση η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται την απροσδόκητη πραγματικότητα ως απειλητική ή οδυνηρή. Έτσι λοιπόν αρνείται το γεγονός της αρρώστιας ή/ και των επιπτώσεων της, διαστρεβλώνοντας την αντίληψη που έχει από την πραγματικότητα.

Σύμφωνα με τον Weisman (1972) αλλά και τον Lazarus(1981), υπάρχουν διάφορα επίπεδα άρνησης.: Σε ένα πρώτο επίπεδο η άρνηση αφορά τα γεγονότα (first order denial). Για παράδειγμα, στη προ διαγνωστική φάση, το άτομο αρνείται τα συμπτώματά του με αποτέλεσμα να καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Άλλες φορές, αρνείται τη διάγνωση, ενώ αργότερα μπορεί να αρνείται τις ενδείξεις πιθανής υπότροπης ή αναπηρίας.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο, η άρνηση αφορά την πιθανότητα του θανάτου (second order denial). Ο άρρωστος αναγνωρίζει τη διάγνωση, αλλά αρνείται τις επιπτώσεις. Για παράδειγμα, επικεντρώνεται στην προτεινόμενη αγωγή και αρνείται τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η αρρώστια και η θεραπεία της στη ζωή του.

Σε ένα τρίτο επίπεδο, η άρνηση αφορά την πιθανότητα του θανάτου (third order denial). Ενώ το άτομο συνειδητοποιεί ότι πάσχει από μια ανίατη ασθένεια, αρνείται ότι η ζωή του απειλείται και φαντασιώνει ότι θα ζήσει μέχρι τα βαθιά γηρατειά.

Στις αρχικές φάσεις της αρρώστιας, η άρνηση αποτελεί μια συχνή και φυσιολογική αντίδραση. Μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων και της πιθανότητας του θανάτου

μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή του αρρώστου, καθώς του επιτρέπει, παρ' όλη την αβεβαιότητα που χαρακτηρίζει την εξέλιξή του, να θέτει μακροπρόθεσμους στόχους, να προγραμματίζει τη ζωή του, να διατηρεί τις σχέσεις με το περιβάλλον του και να αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως λιγότερο απειλητική. Όταν όμως η άρνηση αφορά τα ίδια τα γεγονότα και παρατείνεται μέσα στο χρόνο, τότε μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές συνέπειες για την υγεία του ατόμου, αφού αυτό δεν τηρεί τις ιατρικές συμβουλές ή περιφέρεται από τον ένα γιατρό στον άλλο, αποφεύγοντας να δεχθεί τη διάγνωση της αρρώστιας, της ενδεχόμενης αναπηρίας ή της επιδείνωσης της υγείας του.

- **Στάδιο του θυμού.**

«Γιατί; Γιατί να τύχει σε μένα αυτό το κακό;»

Αυτή η έκφραση συνοδεύεται από θυμό και πικρία που πηγάζουν από μια βαθύτερη αίσθηση αδικίας, αδυναμίας και έλλειψης ελέγχου. Αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση ενός ατόμου το οποίο είναι υποχρεωμένο να δεχθεί ότι ξαφνικά η ζωή του αλλάζει ριζικά και το μέλλον του χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα.

Κάθε «γιατί» κρύβει πίκρα και θυμό. Πολλοί άρρωστοι νιώθουν ότι «προδόθηκαν» από το ίδιο τους το σώμα και δυσκολεύονται να αποδεχθούν ότι ο οργανισμός τους είναι τρωτός, ευάλωτος και αδύναμος.

Κι ενώ θυμώνουν με το γεγονός της αρρώστιας ή /και των επιπτώσεών της, συχνά μεταθέτουν το θυμό τους προς άλλες κατευθύνσεις: προς τους οικείους, τους συγγενείς και φίλους(ιδιαίτερα προς εκείνους που δεν εκτιμούν ούτε προσέχουν την υγεία τους), ή /και προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι αποδίδουν σε μερικούς επαγγελματίες το ρόλο του «καλού» γιατρού, νοσηλευτή κ.λ.π., ενώ σε άλλους το ρόλο του «κακού», προβάλλοντας με αυτό τον τρόπο τα συναισθήματά τους. Άλλες φορές πάλι

στρέφουν το θυμό τους ενάντια στο Θεό αναθεωρώντας τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις.

Όταν διοχετεύουν το θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό, βιώνουν έντονες ενοχές. Ο Doka (1993α) διακρίνει τρεις μορφές ενοχών: (α) Το άτομο αισθάνεται ενοχή επειδή με τη συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του προκάλεσε την αρρώστια ή την επιδείνωση της υγείας του (causation guilt). (β) Το άτομο νιώθει ένοχο όταν ερμηνεύει την αρρώστια του ως «Τιμωρία» για συγκεκριμένες μη αποδεκτές ή /και μη ηθικές πράξεις του, τις οποίες αξιολογεί αρνητικά (moral guilt). (γ) Επίσης, μπορεί να βιώνει ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασε στη ζωή του (π.χ. να κάνει παιδιά) και για στόχους που δεν θα προλάβει να ολοκληρώσει στον περιορισμένο χρόνο που του απομένει. Συχνά οι ενοχές του συνδέονται με το γεγονός ότι αρρώστησε, ότι αποτελεί «βάρος» για την οικογένεια και ότι προκαλεί πόνο και θλίψη στα αγαπημένα του άτομα (role guilt).

Παρόλο που ο θυμός είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα, ταυτόχρονα δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, με αποτέλεσμα να αποξενώνει τον άρρωστο σε μια περίοδο κατά την οποία έχει ανάγκη της υποστήριξης του περιβάλλοντος.

Όταν δεν αναγνωρίζονται οι βαθύτερες αιτίες του θυμού, τα μέλη του προσωπικού υγείας, οι συγγενείς και φίλοι εμπλέκονται σε μια προσωπική διαμάχη με τον άρρωστο που σε καμία περίπτωση δεν, συμβάλλει την αποτελεσματική αντιμετώπιση της πραγματικότητας. Μερικές φορές, όμως, ο θυμός χρησιμοποιείται εποικοδομητικά από τον άρρωστο' ο πάσχων είτε διεκδικεί ενημέρωση...καλύτερη φροντίδα, ενεργό συμμετοχή στη θεραπεία του ή κινητοποιείται σε κοινωνικές δραστηριότητες που ευαισθητοποιούν το κοινό και προωθούν τα συμφέροντα των ομοιοπαθώντων.

- **Στάδιο της διαπραγμάτευσης.**

«Ναι μεν ... αλλά ...»

Η διαπραγμάτευση ή το «παζάρεμα» παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας ή και το θάνατο. Οι διαπραγματεύσεις συνή-

θως γίνονται με κάποιο άτομο κύρους ή με το Θεό. Για παράδειγμα, μπορεί ο άρρωστος να υπόσχεται στο γιατρό απόλυτη συμμόρφωση με της οδηγίες ή /και πλήρη αποχή από συνήθειες που συνέβαλαν στο πρόβλημα της υγείας του, για να εξασφαλίσει την πολυπόθητη ίαση ή την αποφυγή αναπηρίας. Μπορεί της να κάνει «τάματα», να ντύνεται στα μαύρα και να, υπόσχεται στο Θεό πλήρη αφοσίωση, με την ελπίδα να εισακουστεί. Στα αρχικά στάδια της αρρώστιας, οι διαπραγματεύσεις αποβλέπουν στην αποθεραπεία του αρρώστου, ενώ όταν η υγεία του επιδεινώνεται, οι διαπραγματεύσεις αφορούν την παράταση της ζωής, την ποιότητά της ή /και την εξασφάλιση της «καλού» θανάτου.

Η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές αλλά και αρνητικές επιπτώσεις. Από τη μια πλευρά μπορεί να διευκολύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών που προωθούν την υγεία και τη συμμόρφωση του ατόμου στη θεραπεία. Παράλληλα η πίστη του ατόμου στο Θεό μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή τηςριξης, από την οποία αντλεί δύναμη και κουράγιο. Από την άλλη πλευρά της αυξάνονται οι πιθανότητες να βιώσει συναισθήματα προδοσίας, απογοήτευσης και θυμού, όταν ο γιατρός ή ο Θεός ή οποιοσδήποτε της, με τον οποίο διαπραγματεύεται, δεν ανταποκρίνονται της τηςδοκίες του και εγκαταλείπουν τον άρρωστο σε μια φθίνουσα πορεία που οδηγεί στο θάνατο. Ο αγώνας του παύει να έχει νόημα και συχνά σταματά να συμμορφώνεται με της οδηγίες ή βιώνει έντονο άγχος και κατάθλιψη.

- **Στάδιο της κατάθλιψης.**

«Ναι.. η ζωή μου απειλείται, μπορεί να πεθάνω»

Ο άρρωστος αρχίζει πλέον να δέχεται ότι πρόκειται να πεθάνει και θρηνηί. Η κατάθλιψη του μπορεί να είναι «αντιδραστική», όταν οφείλεται σε απώλειες που βιώνει μέσα στο παρόν, καθώς συγκρίνει πώς ήταν στο παρελθόν και πώς έχει αλλάξει όσον αφορά την εμφάνισή του, την ενεργητικότητά του, ορισμένα χαρακτηριστικά της

προσωπικότητάς του κ.λ.π. Μπορεί όμως η κατάθλιψη του να είναι και «προπαρασκευαστική», όταν αναλογίζεται τις επικείμενες απώλειες εν όψει της πιθανότητας του θανάτου.

Η κατάθλιψη του αρρώστου εκδηλώνεται με ποικίλα συμπτώματα, όπως θλίψη, απώλεια ενέργειας, αισθήματα αναξιότητας, απαισιοδοξίας, απόγνωσης, απόσυρση από κοινωνικές σχέσεις, μείωση ενδιαφερόντων και συμμετοχής στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής κ.λ.π. Οι φυσιολογικές αυτές αντιδράσεις είναι παροδικές και όταν το άτομο ενθαρρύνεται να εκφράσει τα συναισθήματά του, έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να τα κατανοήσει, να τα αποδεχθεί και να λάβει την υποστήριξη που χρειάζεται. Στην ουσία, η κατάθλιψη του επιτρέπει να θρηνήσει (να «αποχαιρετήσει») την απώλεια μιας προηγούμενης κατάστασης, πριν αποδεχθεί και προσαρμοστεί στη νέα.

- **Στάδιο της αποδοχής.**

«.....»

Στο στάδιο αυτό ο άρρωστος διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία. Παύει να αγωνίζεται για να σωθεί και προοδευτικά συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου, χωρίς να παραιτείται από την επιδίωξη συνθηκών που του εξασφαλίζουν αξιοπρέπεια και ποιότητα στις τελευταίες μέρες της ζωής του. Έχοντας τακτοποιήσει εκκρεμείς υποθέσεις, νιώθει ψυχολογικά ήρεμος και έτοιμος να πεθάνει. Η λεκτική επικοινωνία με το περιβάλλον είναι συνήθως περιορισμένη, ενώ το βλέμμα και η συμπεριφορά του εκφράζουν την αποδοχή της κατάστασής του.

Η Kübler-Ross ισχυρίζεται ότι τα προαναφερθέντα στάδια δεν διαδέχονται αυστηρά το ένα το άλλο, αλλά συχνά συνυπάρχουν ή επανεμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της αρρώστιας. Μπορεί, για παράδειγμα, ένα άτομο να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο στάδιο του θυμού, χωρίς ποτέ να μπορέσει να αποδεχθεί το γεγονός ότι πεθαίνει. Άλλο άτομο, ενώ έχει αποδεχθεί ότι πάσχει από μια αρρώστια

που απειλεί τη ζωή του, αρνείται το γεγονός ότι η επανεμφάνιση ορισμένων συμπτωμάτων αποτελεί ένδειξη υποτροπής. Στην ουσία, εκείνο που ισχυρίζεται η Kübler-Ross είναι ότι ένα άτομο που πεθαίνει βιώνει μια στρεσογόνο κατάσταση που προκαλεί έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Κάθε άτομο χρησιμοποιεί γνώριμες στρατηγικές που το βοηθούν να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα. Διαφορετικά άτομα χρησιμοποιούν διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Τρία σημαντικά μηνύματα που προκύπτουν από τη θεωρία της είναι τα ακόλουθα:

1. Κάθε άτομο που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του και πεθαίνει δεν παύει να είναι ένας ζωντανός οργανισμός που έχει ανάγκες, μεταξύ των οποίων και την ανάγκη να επιλύσει ορισμένες εκκρεμείς υποθέσεις πριν πεθάνει,
2. Για να είμαστε αποτελεσματικοί στη φροντίδα που παρέχουμε στο άτομο που πεθαίνει, πρέπει να είμαστε σε θέση ακούσουμε προσεκτικά αυτό που εκφράζει άμεσα, έμμεσα ή συμβολικά, και να καθοδηγούμαστε από τον ίδιο τον αρρώστο, αντί να τον οδηγούμε εμείς στην πορεία του. Κοντά σε άτομα που απειλείται η ζωή τους ή που πεθαίνουν μας δίνεται η ευκαιρία να γνωρίσουμε βαθύτερα τον εαυτό μας, συνειδητοποιώντας τις αξίες και προτεραιότητες που θέτουμε στην προσωπική μας ζωή. Επίσης έχουμε την ευκαιρία να ανακαλύψουμε τόσο τις δυνάμεις, όσο και τα όριά μας, όταν αναλαμβάνουμε τη φροντίδα αυτών των αρρώστων.
- 3 Η ελπίδα του αρρώστου δεν χάνεται μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. Παίρνει νέα μορφή. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να μην ελπίζει πλέον ότι θα γίνει καλά, αλλά ότι θα έχει τις απαραίτητες δυνάμεις ώστε να υποδεχθεί τα παιδιά του που θα τον επισκεφθούν στο Νοσοκομείο ή ότι θα προλάβει να γυρίσει σπίτι του να πεθάνει ή ότι θα χαρεί μια οικογενειακή συγκέντρωση κ.λ.π. Αυτές οι "μικρές ελπίδες" δίνουν νόημα και προοπτική στη ζωή που του απομένει.

Δυστυχώς το θεωρητικό μοντέλο της Kübler-Ros παρερμηνεύθηκε, και σήμερα ακόμα χρησιμοποιείται με αναποτελεσματικό τρόπο από μέλη του προσωπικού υγείας που επιδιώκουν να ταξινομήσουν τη συμπεριφορά και τις αντιδράσεις κάθε αρρώστου στο

ανάλογο στάδιο, παραβλέποντας πόσο μοναδικός και ανεπανάληπτος είναι κάθε άνθρωπος.

Μερικοί επιστήμονες, που κατά καιρούς έχουν ασκήσει κριτική στο μοντέλο της Kübler-Ross, ισχυρίζονται ότι δεν έχουν γίνει έρευνες που να επαληθεύουν τα στάδια που περιγράφει, ενώ η κλινική πράξη δεν επιβεβαιώνει ότι οι ασθενείς διέρχονται από το ένα στάδιο στο άλλο. Παράλληλα, η προσωπική ζωή κάθε ατόμου καθώς και τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο βιώνει την πορεία του προς το θάνατο παραγνωρίζονται (Kastenbaum, 1991 Corr, 1993). Στην πραγματικότητα, τα πέντε στάδια που περιέγραψε η Kübler-Ross δεν αποτελούν "στάδια", αλλά μόνο μερικές αντιδράσεις στα πλαίσια μιας ευρύτερης διεργασίας' η διεργασία αυτή περιλαμβάνει μια πληθώρα συναισθημάτων και στρατηγικών αντιμετώπισης που ενεργοποιούν κάθε άτομο το οποίο επηρεάζεται από τις εμπειρίες που βιώνει, τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσει και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πεθαίνει.

Ο Edwin Shneidman (1978) προσπάθησε να αναδείξει την πολυπλοκότητα των αντιδράσεων του αρρώστου εν όψει του θανάτου, προτείνοντας ένα μοντέλο συναισθηματικών αντιδράσεων και μεταπτώσεων (The hive of affect model). Σύμφωνα με τον Shneidman, το άτομο ταλαντεύεται ανάμεσα σε πολλές, συχνά αντιφατικές, συναισθηματικές αντιδράσεις. Για παράδειγμα, τη μια μέρα μπορεί να ελπίζει στη θετική εξέλιξη της υγείας του, με αποτέλεσμα να κάνει όνειρα και να θέτει συγκεκριμένους στόχους που επιθυμεί να υλοποιήσει, ενώ την επομένη προετοιμάζεται για το θάνατό του τακτοποιώντας εκκρεμείς υποθέσεις και αποχαιρετώντας αγαπημένα του άτομα. Τόσο ο Shneidman (1978), όσο και ο Weisman (1984) ισχυρίζονται ότι στην ουσία κάθε άτομο αντιμετωπίζει το θάνατο με τρόπο ανάλογο με αυτόν που αντιμετωπίζει τα γεγονότα και την ίδια του τη ζωή. Αντιδρά, ενεργοποιεί μηχανισμούς και στρατηγικές που χρησιμοποιούσε και στο παρελθόν, όταν ερχόταν αντιμέτωπο με κάποια απειλή ή σημαντική απώλεια. Κατά συνέπεια, κάθε μορφή υποστήριξης προς τον άρρωστο που πεθαίνει πρέπει να στηρίζεται στην κατανόηση και στο σεβασμό της ιδιαιτερότητάς του, καθώς και της ικανότητάς του να επιλέγει πώς θέλει να ζει και να πεθαίνει.

Μια πιο σύγχρονη θεώρηση σχετικά με την αντιμετώπιση της πορείας του ατόμου προς το θάνατο είναι αυτή που προτείνει ο Charles Corr (1992), σύμφωνα με την οποία κάθε άτομο που πεθαίνει καλείται να αντιμετωπίσει ορισμένα καθήκοντα έργα ή στόχους (tasks) σε τέσσερις βασικούς τομείς: (α) τον οργανικό, (β) τον ψυχολογικό, (γ) τον κοινωνικό και (δ) τον πνευματικό. Αυτή η προσέγγιση (task-based approach) ουσιαστικά υποστηρίζει ότι το άτομο που παθαίνει είναι ενεργό, ικανό να αποφασίζει ποιους στόχους θα θέσει, πότε και πώς θα διευθετήσει τις προκλήσεις που προβάλλουν, ενώ ταυτόχρονα αναγνωρίζει την πολυπλοκότητα των αναγκών του άρρωστου.

- Στον *οργανικό τομέα* καλείται να ικανοποιήσει τις βασικές του ανάγκες (π.χ. διατροφής, ενυδάτωσης κ.λ.π.), αλλά και τον ενδεχόμενο πόνο ή άλλη οργανική δυσφορία (π.χ. ναυτία, έμετο κ.λ.π.) που παρεμβαίνουν επηρεάζοντας τις παράλληλες ανάγκες του στον ψυχοκοινωνικό και πνευματικό τομέα. Η ικανοποίηση των οργανικών του αναγκών εξαρτάται από τις αξίες και τις προτεραιότητές του. Για παράδειγμα, ένας άρρωστος μπορεί να ανεχθεί σε μεγαλύτερο βαθμό τη δυσφορία ή τον πόνο, όταν πιστεύει ότι τα παραπάνω συμβάλλουν στην εξιλέωσή του από αμαρτήματα που διέπραξε κατά τη διάρκεια της ζωής του, ή όταν επιλέγει να παραμείνει και να πεθάνει στο σπίτι του αντί να νοσηλευτεί στο Νοσοκομείο.

- Στον *ψυχολογικό τομέα* οι στόχοι, που το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει συχνά αφορούν την εξασφάλιση, στο μέτρο του εφικτού, της αίσθησης της ασφάλειας, της αυτονομίας και της ικανοποίησης από μικροχαρές της καθημερινής ζωής που ενισχύουν την αυτοεκτίμησή του.

- Στον *κοινωνικό τομέα* οι στόχοι περιλαμβάνουν την εξασφάλιση, διατήρηση ή ανάπτυξη σχέσεων που είναι σημαντικές για το συγκεκριμένο άτομο στη φάση αυτή της ζωής του. Παράλληλα, καλείται να ανταποκριθεί σε ορισμένες προσδοκίες ή απαιτήσεις που προβάλλει το κοινωνικό σύστημα μέσα στο οποίο ζει και ταυτόχρονα να ωφεληθεί από τις παροχές που του προσφέρει το σύστημα.

- Στον πνευματικό τομέα οι στόχοι του είναι άμεσα συνδεδεμένο, με την άντληση ελπίδας και ενέργειας από πηγές που βοηθούν τον άρρωστο να δώσει νόημα στη ζωή του καθώς και στις εμπειρίες που βιώνει στην τελική αυτή φάση.

Ο Corr (1992) υποστηρίζει ότι ο άρρωστος δεν είναι υποχρεωμένος να αντιμετωπίσει τους συγκεκριμένους στόχους. Απλώς περιγράφει μερικούς από αυτούς, παρέχοντας έτσι ένα πλαίσιο κατανόησης των συναισθημάτων, σκέψεων και ενεργειών ενός ατόμου, που μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του συμμετέχει ενεργά και επιλέγει πώς θα βιώσει την πορεία του προς το θάνατο. Ουσιαστικά αυτό το μοντέλο προσφέρει κατευθυντήριες γραμμές, χρήσιμες για όσους φροντίζουν ασθενείς που πεθαίνουν, καθώς εντοπίζει πιθανούς στόχους και προκλήσεις που αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα με την υποστήριξη ενός περιβάλλοντος ευαισθητοποιημένου στις ανάγκες του αρρώστου.

Το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ο άνθρωπος πεθαίνει επηρεάζει τη φύση των εμπειριών που βιώνει και τις ερμηνείες που δίνει σ' αυτές. Καθώς βρίσκεται σε διαρκή συνδιαλλαγή και επικοινωνία με το περιβάλλον, επηρεάζεται από τον τρόπο που τον αντιμετωπίζουν συγγενείς, φίλοι, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, ενώ ταυτόχρονα τους επηρεάζει με τη δική του στάση. Οι πρακτικές και συμπεριφορές τις οποίες υιοθετεί το σύστημα υγείας που του παρέχει φροντίδα αντανακλούν ευρύτερες κοινωνικές αξίες, πεποιθήσεις και συμπεριφορές απέναντι στο άτομο που πεθαίνει και στο θάνατο γενικότερα.

- *Η φροντίδα του αρρώστου που πεθαίνει.*

Ο ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που φροντίζει το άτομο που πεθαίνει είναι πρωταρχικά υποστηρικτικός συνοδεύει τον άρρωστο στην πορεία του και συχνά, με την παρουσία και τη διαθεσιμότητά του, μπορεί να παρέχει τόσο στον ασθε-

νή όσο και στην οικογένειά του την απαραίτητη ασφάλεια που χρειάζονται σ' αυτές τις δύσκολες στιγμές. Δυστυχώς, μερικές φορές, επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι ο ρόλος του προσωπικού υγείας συνίσταται στο να προστατεύσει του άρρωστο από τη συνειδητοποίηση του επικείμενου θανάτου του. Άλλοτε πάλι, ενισχύεται η πεποίθηση ότι ρόλος του είναι να οδηγήσει τον άρρωστο σε αποδοχή και συμφιλίωση με την πραγματικότητα ή να τον «βοηθήσει να πεθάνει». Στην ουσία, όμως, το σημαντικότερο που μπορεί να προσφέρει το προσφέρει υγείας είναι "να βοηθήσει τον -ασθενή να ζήσει μέχρι να πεθάνει", εξασφαλίζοντας το απαραίτητο κλίμα αξιοπρέπειας και την ποιότητα στις συνθήκες διαβίωσής του (Kübler-Ross, 1969). Κανείς δεν μπορεί να "πίεσει" τον άρρωστο να αποδεχτεί το θάνατο. Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι ασθενείς που βρίσκονται στην τελική φάση της ζωής τους αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, αλλά συχνά απωθούν και αρνούνται - σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό - το γεγονός ότι σύντομα θα πεθάνουν.

Για μερικούς αρρώστους ο θάνατος είναι καλοδεχούμενος και γίνεται αντιληπτός ως «λύτρωση», ιδιαίτερα όταν έχουν υποφέρει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για άλλους πάλι η συνειδητοποίηση ότι «...ήρθε ο καιρός πια...» συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο, θυμό, κατάθλιψη και μια πληθώρα συναισθημάτων που συχνά αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης διεργασίας θρήνου εν όψει του επικείμενου θανάτου (Rando, 1986).

Το προσωπικό υγείας παρέχει ουσιαστική στήριξη, όταν αποδέχεται τόσο την οργανική και ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής σε μια δεδομένη στιγμή, όσο και το θάνατο γενικότερα. Την αποδοχή του την εκφράζει όταν προσφέρεται να συνοδεύσει τον άρρωστο στην πορεία του αφήνοντας τον ίδιο να καθοδηγήσει τον επαγγελματία της υγείας. Με τη διακριτική του παρουσία, το προσωπικό υγείας εκπέμπει το μήνυμα ότι δεν τον εγκαταλείπει, ακόμα και όταν δεν διαθέτει τα μέσα για να τον θεραπεύσει. Μερικές φορές ένα χέρι, η σιωπηλή συντροφιά, μια ματιά, ένας φιλικός λόγος αρκούν για να στηρίξουν ακόμα και ένα άτομο που βρίσκεται σε κώμα και το οποίο διατηρεί επαφή με το περιβάλλον μέσω της ακοής, που θεωρείται η τελευταία

από τις αισθήσεις που χάνει ο άνθρωπος. Σύμφωνα με κλινικούς επιστήμονες, όταν αποδεχόμαστε ότι ο ασθενής πρόκειται να πεθάνει, έμμεσα του μεταφέρουμε το μήνυμα ότι " μπορεί... να είναι φυσικό πια να πεθάνει", χωρίς να παραμένει στη ζωή μόνο και μόνο επειδή το περιβάλλον του δυσκολεύεται να τον αποχωριστεί ή αρνείται το θάνατό του (KüblerRoss, 1969 Levine, 1982).

Η αποδοχή της πραγματικότητας ότι ο άρρωστος πεθαίνει προϋποθέτει αυτογνωσία και προσωπική επεξεργασία των συναισθημάτων και αντιλήψεων που έχει ο επαγγελματίας της υγείας γύρω από το θάνατο καθώς και των στόχων που θέτει στα πλαίσια της φροντίδας που παρέχει στο τελικό στάδιο της ζωής του ασθενή.

Δυστυχώς όμως, στα πλαίσια του επικρατούντος βιοϊατρικού μοντέλου υγείας, ο θάνατος απωθείται και συχνά ιατροκοποιείται, καθώς το προσωπικό υγείας επιδιώκει μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ατόμου να παρέμβει για να το «σώσει». Τα τελευταία χρόνια έχει αναπτυχθεί μια νέα προσέγγιση – γνωστή ως hospice approach - που αναγνωρίζει και ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες των αρρώστων που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους. Στην πραγματικότητα, ο όρος «hospice», αναφέρεται: (α) σε μια φιλοσοφία που διέπει τη φροντίδα που παρέχεται στα τελικά στάδια ζωής και (β) σε ένα οργανωμένο, σύστημα υπηρεσιών που επιδιώκει να εφαρμόσει τις αρχές αυτής της φιλοσοφίας (Corr & Corr 1983 Corr, Nabe & Corr 1994 Saunders, 1990). Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της προσέγγισης είναι η επικύρωση της ζωής και όχι του θανάτου. Αναγνωρίζει τις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που πεθαίνει και προωθεί εκείνες τις συνθήκες που θα του εξασφαλίσουν, στο μέγιστο δυνατό βαθμό, άνεση, αξιοπρέπεια και ποιότητα ζωής. Οι υπηρεσίες απευθύνονται τόσο στον ασθενή, όσο και στα μέλη της οικογένειάς του, ενώ υποστήριξη εξακολουθεί να παρέχεται στην οικογένεια και κατά την περίοδο του πένθους. Η φροντίδα στα τελικά στάδια ζωής προϋποθέτει τη διεπιστημονική συνεργασία ανάμεσα σε ειδικούς που διαθέτουν εξειδικευμένες γνώσεις αλλά και «ανθρωπιά». Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης: ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην υποστήριξη του προσωπικού υγείας που επενδύει και συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του αρρώστου

και της οικογένειάς του (International Work Group on Death, Dying, and Bereavement, 1993).

Όταν στόχος κάθε παρέμβασης δεν είναι πλέον η «θεραπεία» του αρρώστου, αλλά η επιδίωξη ανακούφισης και μέγιστης δυνατής άνεσης, τότε οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες του ατόμου που εκδηλώνονται στο οργανικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο.

- *φροντίδα στο οργανικό επίπεδο*

Όπως αναφέρει ο Corr (1992), η φροντίδα είναι σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βιολογικές ανάγκες του αρρώστου, στη μείωση ή τον έλεγχο του πόνου, καθώς και σε οποιαδήποτε κατάσταση του δημιουργεί δυσφορία. Όταν ο ασθενής πονά, κρίνεται απαραίτητη η κατανόηση και αξιολόγηση του πόνου που βιώνει. Σύμφωνα με τους McCaffery και Bebee (1989), «πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο λέει ότι βιώνει και υπάρχει οποτεδήποτε αναφέρει ότι υπάρχει». Με άλλα λόγια, αποτελεί μια υποκειμενική εμπειρία που επηρεάζεται από ένα σύνολο ψυχολογικών παραγόντων. Μερικοί από αυτούς περιλαμβάνουν:

(α) Την *ερμηνεία* που το άτομο δίνει στον πόνο του, η οποία με τη σειρά της επηρεάζει την ανοχή και τον τρόπο που αντιδρά σ' αυτόν.

(β) Την *προσοχή* που επικεντρώνει στον πόνο του ή την απόσπαση της προσοχής με την ενασχόληση με δραστηριότητες ή /και ενδιαφέροντα που μειώνουν την αίσθηση του πόνου.

(γ) Το *άγχος* και την *αίσθηση ελέγχου* που πιστεύει ότι μπορεί να ασκήσει πάνω στον πόνο.

(δ) Τις *προσδοκίες* που έχει σχετικά με τις επιπτώσεις του πόνου και τη δυνατότητα ανακούφισης από αυτόν.

(ε) Τους *πολιτισμικούς και κοινωνικούς παράγοντες* που επηρεάζουν την αντίληψη, ερ-

μηνεία και ανοχή στον πόνο.

(ζ) Τη στάση του ατόμου απέναντι στον πόνο που συχνά πηγάζει από παιδικές εμπειρίες και από μια διαδικασία μάθησης που προέκυψε στα πλαίσια αυτών των εμπειριών.

Η μελέτη που πόνου έχει απασχολήσει τους επιστήμονες τα τελευταία χρόνια. Διακρίνουν δύο μεγάλες κατηγορίες πόνου: τον οξύ πόνο και το χρόνιο πόνο.

Ο οξύς πόνος είναι συνήθως παροδικός και οφείλεται σε κάποιο συγκεκριμένο τραυματισμό ή οργανική βλάβη. Μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμος, καθώς άλλοτε συμβάλλει στον προσδιορισμό της διάγνωσης και θεραπευτικής παρέμβασης και άλλοτε προστατεύει το άτομο από την έκθεσή του σε κάποιο κίνδυνο ή απειλή. Ακόμα και στα τελικά στάδια ζωής, ένα άτομο μπορεί να βιώσει οξύ πόνο - που είναι ή δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένος με την αρρώστια του - και ο οποίος απαιτεί άμεση παρέμβαση. Ένας πονόδοντος, για παράδειγμα, μπορεί να είναι εξίσου οδυνηρός ακόμα και όταν κανείς πεθαίνει.

Σε αντίθεση, ο χρόνιος πόνος δεν εξυπηρετεί τις ίδιες λειτουργίες με τον οξύ. Παρεμβαίνει στην καθημερινή ζωή του ατόμου για μεγάλο χρονικό διάστημα και προκαλεί μια σειρά από Ψυχοκοινωνικά προβλήματα που απαιτούν ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα. Συνήθως συνοδεύεται από αυξημένο άγχος και κατάθλιψη η που με τη σειρά τους μεγεθύνουν την αίσθηση του πόνου και μειώνουν τα επίπεδα ανοχής σ' αυτόν. Συχνά, στο τελικό στάδιο, ο χρόνιος πόνος είναι άμεσα συνδεδεμένος με την αρρώστια που οδηγεί στο θάνατο, αλλά εντείνεται και από την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου. Κατά συνέπεια, η αντιμετώπισή του πρέπει να είναι ολιστική. Η σύγχρονη κλινική πράξη επιβεβαιώνει ότι ο χρόνιος πόνος μπορεί, σε μεγάλο βαθμό, να ελεγχθεί και παράλληλα να μειωθεί η δυσφορία που ο άρρωστος βιώνει εξαιτίας του (Baines, 1981 Lipman, 1980 TwycrOsS & Lack, 1983). Πρόκληση για το προσωπικό υγείας είναι να γνωρίζει τις πρόσφατες εξελίξεις στο χώρο αυτό και να επιλέγει το κατάλληλο φάρμακο, στην κατάλληλη δόση, ώστε να ανταποκρίνεται στις εξατομικευμένες ανάγκες κάθε αρρώστου, από φεύγοντας την υπερ-

βολική, άσκοπη ή ανεπαρκή χορήγηση φαρμάκων. Μελέτες αποδεικνύουν ότι άτομα που πεθαίνουν μπορούν να ανεχθούν ισχυρά αναλγητικά-ναρκωτικά (Twy-cross, 1982). Ο φόβος της εξάρτησής τους από αυτά δεν ισχύει, ενώ ο προγραμματισμός της χορήγησής τους πρέπει να έχει ταυτόχρονα προληπτικό και ανακουφιστικό χαρακτήρα. Στόχος οποιασδήποτε αγωγής δεν πρέπει να είναι η "αναισθησία" (με την έννοια της έλλειψης νοητικής διαύγειας), αλλά η «αναλγησία» στα πλαίσια της οποίας ο άρρωστος ανακουφίζεται, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί επαφή και επικοινωνία με το περιβάλλον.

Στη σύγχρονη ιατρική πράξη, το προσωπικό υγείας έχει συχνά την τάση να ιατροκοποιεί τον πόνο, πιστεύοντας ότι αρκεί να ελέγξει τα συμπτώματα του αρρώστου και να τον ανακουφίσει από την οργανική οδύνη, για να εξασφαλίσει τη μυθοποιημένη έννοια της «Αξιοπρέπειας» εν όψει του επικείμενου θανάτου. Οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή (αναλγητικά, ναρκωτικά, ηρεμιστικά κλπ.) είναι αποτελεσματικότερη όταν συνοδεύεται από ολιστική παρέμβαση, καθώς ορισμένες φορές ο ψυχικός, κοινωνικός ή /και πνευματικός πόνος που βιώνει το άτομο εν όψει του επικείμενου θανάτου μπορεί να είναι ακόμη πιο οδυνηρός από τον οργανικό.

- **Φροντίδα στο ψυχολογικό επίπεδο.**

Συχνά ο ψυχικός πόνος του αρρώστου φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δεν γνωρίζει πώς να ανταποκριθεί σ' αυτόν. Αισθήματα θυμού, θλίψης, άγχους, κατάθλιψης είναι απόλυτα φυσιολογικά. και αποτελούν μέρος μιας ευρύτερης ψυχικής διεργασίας θρήνου που στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως «διεργασία προπαρασκευαστικού θρήνου» (process of anticipatory grief). Ο όρος όμως αυτός έχει συχνά αμφισβητηθεί, καθώς δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα που είναι πολύπλοκη. Το άτομο δεν θρηνεί μονάχα «προπαρασκευαστικά»: Τις απώλειες που επίκεινται στο άμεσο μέλλον (π.χ. την επιδείνωση της υγείας του, τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα κ.λ.π.), καθώς και απώλειες που αναφέρονται στο παρελθόν του (π.χ. ένα

όνειρο που ποτέ δεν πρόλαβε να υλοποιήσει κ.λ.π.) (Rando, 1986).

Αυτή η διεργασία θρήνου είναι ιδιαίτερα χρήσιμη και σημαντική, επειδή επιτρέπει στο άτομο να προετοιμαστεί ψυχικά για τον επικείμενο θάνατό του.

Τα μέλη του προσωπικού υγείας παρέχουν ουσιαστική στήριξη στον άρρωστο που πεθαίνει, όταν αναγνωρίζουν τη διεργασία θρήνου και ενθαρρύνουν την έκφραση των συχνά οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων και προβληματισμών που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν, χωρίς να κρίνουν, να συμβουλεύουν ή να επιβάλουν τις προσωπικές τους απόψεις. Πολλές φορές επικρατεί η εσφαλμένη αντίληψη ότι κάθε συζήτηση η οποία φέρνει στην επιφάνεια το άγχος, την κατάθλιψη, την οργή ή άλλα συναισθήματα είναι ανεπιθύμητη και αρνητική για τον ασθενή. Στην περίπτωση αυτή γίνεται μια συστηματική προσπάθεια να αποφευχθούν παρόμοιες συζητήσεις και να απωθηθούν τα συναισθήματα του αρρώστου. Κάτω από παρόμοιες συνθήκες, το προσωπικό υγείας δεν εξυπηρετεί τον άρρωστο, αλλά προστατεύει τον εαυτό του από την προσωπική δυσφορία που του προκαλεί η ψυχική κατάσταση του ασθενή. Στην πραγματικότητα, ο μόνος τρόπος για να μπορέσει ο άρρωστος να ανακουφιστεί από τον ψυχικό πόνο που βιώνει είναι να αναγνωρίσει και να συμφιλιωθεί με τα συναισθήματά του, εκφράζοντάς τα σε κάποιον που είναι πρόθυμος να τον ακούσει και ενδιαφέρεται να τον καταλάβει.

Στο τελικό στάδιο, το άγχος και οι φόβοι του αρρώστου σε σχέση με το θάνατο αυξάνονται (Pattison, 1977 Rando, 1984). Το αδιαφοροποίητο και διάχυτο συναίσθημα άγχους συχνά κρύβει ένα σύνολο συγκεκριμένων φόβων που συνδέονται με το θάνατο και διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Το προσωπικό υγείας μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να εντοπίσει, να εκφράσει, να επεξεργαστεί και να αποδεχθεί τους φόβους του, ώστε να μπορέσει να τους ελέγξει αποτελεσματικότερα. Πολλοί επιστήμονες έχουν επιδιώξει να ταξινομήσουν αυτούς τους φόβους .

Μεταξύ αυτών, οι Leming και Dickinson (1985) διακρίνουν δύο κατηγορίες φόβων: στην πρώτη κατηγορία περιλαμβάνονται οι φόβοι που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την περίοδο που οδηγεί στο θάνατο (*process of dying*), ενώ στη δεύτερη κατηγορία οι

φόβοι αφορούν κυρίως το γεγονός του θανάτου και την κατάσταση του νεκρού (state of being dead).

Ο φόβος της ταπείνωσης και της απώλειας της αξιοπρέπειας χαρακτηρίζουν το άτομο που ανησυχεί μήπως παραμορφωθεί ή μήπως υποστεί πρόσθετες αναπηρίες που θα επηρεάσουν τη λειτουργικότητά του και κυρίως την εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την αυτοεκτίμηση και τον αυτοσεβασμό του.

Ο φόβος της εξάρτησης είναι ιδιαίτερα έντονος για το άτομο που έχει μάθει να είναι αυτόνομο και αυτόρχεις στη ζωή του. Αντιμέτωπο με την απώλεια αυτοελέγχου και τον περιορισμό των ικανοτήτων και δραστηριοτήτων του, το άτομο φοβάται μην εξαρτηθεί και γίνει «βάρος» για τους άλλους.

Ο φόβος του πόνου, της δύσπνοιας ή της οποιασδήποτε άλλης οργανικής δυσφορίας αυξάνεται όταν ο, ασθενής πιστεύει ότι δεν υπάρχουν τα μέσα ή τα χρονικά περιθώρια που θα του επιτρέψουν να ανακουφιστεί.

Ο φόβος της απόρριψης, της εγκατάλειψης και της μοναξιάς είναι ιδιαίτερα συχνός όταν το προσωπικό υγείας αποσύρεται, γιατί νιώθει ότι δεν έχει πλέον «τίποτα» να προσφέρει στον ασθενή και οι συγγενείς απομακρύνονται ή τον «ξεγράφουν» πρόωρα, επειδή υποφέρουν όταν βλέπουν τον αγαπημένο τους να πεθαίνει

Ο φόβος του αποχωρισμού εκφράζεται συχνά μέσα από τον έντονο προβληματισμό του ατόμου σχετικά με το τι θα απογίνουν οι συγγενείς του, πώς θα τα βγάλουν πέρα, ιδιαίτερα μάλιστα εάν ο ασθενής αποτελούσε σημαντικό συναισθηματικό, και οικονομικό στήριγμα για τα μέλη της οικογένειας ή συνέβαλε στη συνοχή της.

Ο φόβος για τη μετά θάνατο ζωή ή άλλη κατάσταση. Μπροστά στο «άγνωστο» που είναι ο θάνατος, κάθε άνθρωπος δίνει τη δική του ερμηνεία. Έτσι μερικοί ασθενείς μπορεί να φοβούνται τη «θεία δίκη» που τους περιμένει στη μετέπειτα ζωή, άλλοι μπορεί να φοβούνται πνεύματα ή μεταφυσικές δυνάμεις και ορισμένοι να πανικοβάλλονται στη σκέψη ότι μετά το θάνατο δεν υπάρχει τίποτα.

Ο φόβος μπροστά στην οριστικότητα του θανάτου συνοδεύεται από υπαρξιακά

ερωτήματα και ανησυχίες: «Τι θα απογίνουν όλα τα ανεκπλήρωτα σχέδια και οι στόχοι που έχω βάλει στη ζωή μου;», «Θα χάσω την ταυτότητά μου;», «Υπάρχει ζωή μετά το θάνατο;», «Κι όλα τα αγαπημένα μου πρόσωπα δεν θα τα ξαναδώ ποτέ;».

Ο φόβος για την τύχη του σώματος, η ταφή και η αποσύνθεση του, η εικόνα του φέρετρου κάτω από το χώμα, είναι ζητήματα που προκαλούν έντονο φόβο σε μερικά άτομα.

Χωρίς αμφιβολία, η ταξινόμηση αυτή δεν εξαντλεί όλους τους φόβους που μπορεί να βιώσει ένα άτομο σε σχέση με το θάνατο. Κάθε ασθενής βιώνει έναν ή περισσότερους φόβους, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, στις διάφορες φάσεις της αρρώστιας του. Συνήθως οι προβληματισμοί και οι ανησυχίες του επικεντρώνονται περισσότερο στο «πώς» θα πεθάνει, γεγονός που επιτρέπει στο ευαισθητοποιημένο προσωπικό υγείας να συμβάλει στην απομυθοποίηση ή μείωση των φόβων που συνδέονται με την πορεία του αρρώστου προς το θάνατο.

Η ψυχολογική φροντίδα που παρέχεται στον άρρωστο είναι επίσης σημαντικό να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες του για ασφάλεια, αυτονομία και αυτοέλεγχο, μέσα από τις οποίες μπορεί να διατηρήσει μια θετική εικόνα για τον εαυτό του και αξιοπρέπεια εν όψει του επικείμενου θανάτου.

Η αίσθηση ασφάλειας καλλιεργείται όταν το προσωπικό υγείας βρίσκεται στη διάθεση του αρρώστου όχι μόνο με τη φυσική του παρουσία, αλλά και με το ουσιαστικό ενδιαφέρον και την εξατομικευμένη φροντίδα που παρέχει τόσο στον ίδιο, όσο και στο άμεσο περιβάλλον του. Παράλληλα θεωρείται αναγκαίο να προγραμματίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ρουτίνας, έτσι ώστε να υπάρχει μια σταθερότητα στη διαδοχή των γεγονότων. Μ' αυτό τον τρόπο δίνεται στον άρρωστο η δυνατότητα να προβλέψει όσα πρόκειται να συμβούν και να προσαρμοστεί σε συνθήκες που προϋποθέτουν μειωμένες απαιτήσεις.

Η καλλιέργεια της αυτονομίας και του **αυτοελέγχου** επιτυγχάνεται με πολλαπλούς τρόπους μεταξύ των οποίων είναι: (α) η ενημέρωση του αρρώστου που επιθυμεί να γνωρίζει την κατάσταση και εξέλιξη της υγείας του και την αγωγή που του παρέχεται,

(β) η προετοιμασία του για ενδεχόμενες σωματικές αλλαγές ή άλλες ιατρονοσηλευτικές διαδικασίες που πρόκειται να υποστεί, (γ) η προώθηση της αυτοφροντίδας στο μέτρο που είναι εφικτό - (π.χ. διατροφή, καθαριότητα, υγεία κ.λ.π.) και της ενασχόλησης του αρρώστου με πράγματα που τον ενδιαφέρουν και (δ) η δυνατότητά του να αποφασίζει για θέματα που αφορούν την υγεία του και τη φροντίδα που δέχεται, αλλά και τις συνθήκες μέσα στις οποίες επιθυμεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του.

- **Φροντίδα στο κοινωνικό επίπεδο.**

Έχει παρατηρηθεί ότι όταν το άτομο πλησιάζει τις το τρινατο, αρχίζει να αποσύρεται συναισθηματικά και να αποδεσμεύεται σταδιακά από τις σχέσεις του με αγαπημένα πρόσωπα. Κι ενώ έχει ανάγκη να νιώθει τις τις γύρω του, μειώνει την επικοινωνία μαζί τις, κοιμάται περισσότερο, δεν μιλάει πολύ και περιορίζει την επαφή του διατηρώντας μονάχα ελάχιστες στενές σχέσεις. Συχνά οι συγγενείς παρερμηνεύουν αυτή την εσωστρέφεια και νομίζουν ότι «δεν τις θέλει», δεν τις αγαπά πλέον ή τις απορρίπτει. Σύμφωνα με την Kübler-Ross (1969), αυτή η προοδευτική συναισθηματική και κοινωνική απόσυρση αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του αρρώστου που συνειδητοποιεί το γεγονός ότι πρόκειται να πεθάνει και προετοιμάζεται γι' αυτό, ενώ ταυτόχρονα μειώνει τον ψυχικό πόνο που του προκαλεί ο επικείμενος αποχωρισμός από πολλά πρόσωπα που έπαιξαν σημαντικό ρόλο στη ζωή του. Αυτή η απόσυρση τις δεν φτάνει απαραίτητα στην πλήρη διακοπή τις επικοινωνίας του αρρώστου με το περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Levine (1982), άτομα που πραγματικά αποδέχονται το θάνατό τις περιορίζουν μεν τις σχέσεις τις, αλλά επιδιώκουν παράλληλα μια βαθιά επικοινωνία με λίγα αγαπημένα πρόσωπα. Συγχρόνως εκπέμπουν μια εσωτερική ηρεμία, δεν διατηρούν ψεύτικες ελπίδες και επικεντρώνονται στο παρόν, αντί να τις απασχολεί το μέλλον. Η ανάγκη τις συναισθηματικής απόσυρσης συνυπάρχει με την ανάγκη κάθε αρρώστου να ανήκει σ' ένα περιβάλλον που τον αποδέχεται μέχρι την τελευταία στιγμή τις ζωής του.

Παρ' όλα αυτά, τις φορές ο άρρωστος ωθείται σε κοινωνική απομόνωση, καθώς δεν υπάρχει κανείς στο περιβάλλον πρόθυμος να τον ακούσει ή να επικοινωνήσει μαζί του με ειλικρίνεια, ή όλοι προσποιούνται ότι το πρόβλημα της υγείας του δεν είναι σοβαρό. Σ' αυτή την περίπτωση νιώθει εγκαταλελειμμένος από τις συγγενείς και τα μέλη του προσωπικού υγείας που αποσύρονται επειδή η κατάσταση του αρρώστου τις δημιουργεί έντονο άγχος. Μέσα σ' αυτές τις συνθήκες ο ασθενής που πεθαίνει βιώνει έναν «κοινωνικό θάνατο» ο οποίος τις φορές είναι οδυνηρότερος από τον επικείμενο βιολογικό.

Δυστυχώς, το σύστημα υγείας αλλά και ευρύτερα η σύγχρονη κοινωνία συχνά αντιμετωπίζουν τον άρρωστο που πεθαίνει με φόβο, αποστροφή, περιθωριοποιώντας τον μέσα στον ίδιο το χώρο που τον νοσηλεύει. Παράλληλα, οι πόρτες των Μονάδων Εντατικής Νοσηλείας παραμένουν τις περισσότερες φορές κλειστές τις συγγενείς, με αποτέλεσμα ο άρρωστος να νιώθει ότι εγκαταλείπεται τις τελευταίες ημέρες ή ώρες της ζωής του στα χέρια εξειδικευμένου προσωπικού που τον γνωρίζει ελάχιστα ή καθόλου.

Τις βασικές κοινωνικές ανάγκες του ασθενή που πεθαίνει περιλαμβάνουν τη διευθέτηση εκκρεμών υποθέσεων οι οποίες πηγάζουν από το ρόλο και τη θέση του στην οικογένεια, στο χώρο εργασίας και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η συζήτηση γύρω από προβληματισμούς του σχετικά με το πώς θα τα βγάλει πέρα η οικογένεια μετά το θάνατό του, πώς θα ολοκληρωθεί ένα σημαντικό έργο που έχει αρχίσει, ποιος θα αναλάβει την επιχείρηση κ.λ.π., μπορεί να αποβεί ουσιαστική, όταν του παρέχει τη στήριξη και τη δυνατότητα να υλοποιήσει τις επιθυμίες του. Τα μέλη του προσωπικού υγείας μπορούν να διαμορφώσουν το κατάλληλο κλίμα που θα επιτρέψει στον άρρωστο να εκφράσει τις αγωνίες του, ενώ ταυτόχρονα μεσολαβούν ή λειτουργούν εκ μέρους του, ώστε να καλυφθούν τις από τις κοινωνικές του ανάγκες.

- *Φροντίδα στο πνευματικό επίπεδο.*

Όταν ο άρρωστος συνειδητοποιεί ότι πεθαίνει, συχνά βιώνει μια βαθιά υπαρξιακή κρίση. Στην προσπάθειά του να επιλύσει την κρίση και να μειώσει το έντονο άγχος που του προκαλεί, επιδιώκει να δώσει νόημα στη ζωή και στο θάνατό του. Αντιμέτωπος με μια πραγματικότητα που μοιάζει παράλογη, άδικη ή δύσκολη, αναρωτιέται διαρκώς «γιατί» Π.χ. «γιατί εγώ;», «γιατί τώρα;» γιατί να υποφέρω;», «γιατί να πεθάνω;», «γιατί να γεννηθώ;»). Σύμφωνα με τον Kauffman (1994), κάθε «γιατί» αποτελεί έκφραση ενός βαθύτερου εσωτερικού τραύματος, καθώς θέτει σε αμφισβήτηση ολόκληρο το σύστημα των πεποιθήσεων του ατόμου και το νόημα της ύπαρξής του. Ανακινεί μια ψυχική διεργασία θρήνου, παρόμοια με εκείνη που βιώνει κανείς όταν χάνει κάποιο αγαπημένο του πρόσωπο. Όμως στην προκειμένη περίπτωση ο άρρωστος θρηνηνεί διότι νιώθει ότι χάνει τον ίδιο του τον εαυτό, το σκοπό και το νόημα της ζωής του. Ο Stephenson (1994) ονομάζει αυτό το θρήνο «υπαρξιακό θρήνο» που πηγάζει από την αναγνώριση του ατόμου ότι είναι ευάλωτο, τρωτό και θνητό. Ταυτόχρονα όμως, με τη συνειδητοποίηση ότι η ζωή του φθάνει σε ένα τέλος, αναζητά τρόπους για να υπερβεί αυτό το τέλος (Becker, 1973). Αυτή την υπέρβαση επιδιώκει μέσα από την ικανοποίηση τριών βασικών πνευματικών αναγκών που βιώνει στο τελικό στάδιο της ζωής του (Doka, 1993β). Αυτές είναι οι ακόλουθες:

(α) Ανάγκη να δώσει νόημα στη ζωή του. Στην ανάγκη αυτή το άτομο ανταποκρίνεται ολοκληρώνοντας την ανασκόπηση της ζωής του. Σ' ένα συμβολικό επίπεδο «ξεαναγράφει» την ιστορία της ζωής του, ερμηνεύοντας το παρελθόν υπό το πρίσμα μιας νέας οπτικής, όπου θετικές και ιδιαίτερα αρνητικές εμπειρίες αποκτούν νέο νόημα. Η ανασκόπηση ζωής του επιτρέπει να νιώσει ότι ήταν «σημαντικός», ότι η ζωή του είχε «αξία» και ότι συνέβαλε σε ένα ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, υπερβαίνοντας τα όρια της ατομικής του ύπαρξης (Morgan, 1988). Ταυτόχρονα του επιτρέπει να αντλήσει δύναμη από μια προσωπική κοσμοθεωρία, από την πίστη του στη θρησκεία, από κοινωνικοπολιτισμικές επιρροές κ.λ.π. Είναι λοιπόν ιδιαίτερα σημαντικό το προσωπικό υγεί-

ας να στηρίζει τον άρρωστο στην πνευματική αυτή διεργασία, χωρίς να του επιβάλλει θεωρίες, απόψεις ή προσωπικές πεποιθήσεις.

Η διεργασία της απόδοσης νοήματος είναι δυνατό να αποτελέσει πολύ κρίσιμη εμπειρία για μερικούς ασθενείς που βρίσκουν, στα πλαίσιά της, μια αίσθηση πληρότητας και εσωτερικής ηρεμίας εν όψει του επικείμενου θανάτου. Μελέτες επισημαίνουν ότι ο άρρωστος που αποδίδει νόημα και σκοπό στη ζωή του βιώνει λιγότερο άγχος θανάτου (Aronow et al., 1980' Bolt, 1978' Durlak, 1972).

Άλλοτε πάλι η ανασκόπηση ζωής φέρνει στην επιφάνεια πίκρα, θυμό, ενοχές για ορισμένες αποφάσεις και πράξεις, απογοήτευση για τις χαμένες ευκαιρίες και τους στόχους που δεν ολοκληρώθηκαν ή για τις συγκρούσεις που παρέμειναν άλυτες. Όταν το άτομο δεν είναι σε θέση να αποδεχθεί αυτές τις εμπειρίες δίνοντάς τους μια νέα ερμηνεία, τότε μπορεί να οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι όλα ήταν μάταια και η ζωή του δεν είχε νόημα, με αποτέλεσμα να βιώνει έντονη κατάθλιψη και απελπισία.

(β) Ανάγκη να έχει έναν «καλό» θάνατο. «Καλός» είναι εκείνος ο θάνατος τον οποίο ορίζει ο ίδιος ο ασθενής. Θεωρεί «καλό» ή «κατάλληλο» το θάνατο, όταν μπορεί να ζήσει τις τελευταίες μέρες της ζωής του μέσα σε συνθήκες που είναι σύμφωνες με τις αξίες, πεποιθήσεις και τον τρόπο που πάντα αντιμετώπιζε τις προκλήσεις της ζωής. Για μερικούς αρρώστους ο θάνατος είναι «αξιοπρεπής», όταν επέρχεται στο χώρο του σπιτιού, για άλλους όταν συμβαίνει στο χώρο του Νοσοκομείου, για ορισμένους όταν περιβάλλονται από συγκεκριμένα αγαπημένα πρόσωπα κλπ. Και ενώ πολλοί επιστήμονες επισημαίνουν πόσο σημαντικό είναι το κάθε άτομο να επιλέγει πώς θα ζήσει τις τελευταίες ημέρες της ζωής του, ο Nuland (1994) υποστηρίζει ότι, πολλές φορές, οι επιλογές και αποφάσεις του αρρώστου μπορεί να είναι περιορισμένες, ανάλογα με την κλινική και βιολογική πραγματικότητα που διακρίνει την πορεία της συγκεκριμένης ασθένειας από την οποία πεθαίνει.

(γ) Ανάγκη για ελπίδα... πέρα από το θάνατο. Σημαντική πνευματική ανάγκη κάθε αρρώστου που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του είναι να βρει ή να διατηρήσει ζωντανή την ελπίδα υπάρχει ζωή μετά το θάνατο η, ακόμα και όταν δεν πιστεύει στη

μετά θάνατο ζωή ότι αφήνει κάτι πίσω του που θα εξακολουθεί να υπάρχει όταν εκείνος δεν θα ζει (π.χ. απόγονους, έργα, επιτεύγματα, αντικείμενα κ.τ.λ.). Για πολλούς ασθενείς η πίστη στο Θεό και στη μετά θάνατο ζωή αποτελεί πηγή ανακούφισης, καθώς μειώνει το άγχος τους σχετικά με το θάνατο και παρέχει μια αίσθηση ασφάλειας μπροστά στο μεγάλο «Άγνωστο» που είναι ο θάνατος. Η ανάγκη όμως για ελπίδα είναι εξίσου έντονη και στους ασθενείς που δεν πιστεύουν στη μετά θάνατο ζωή. Την ελπίδα αυτή αντλούν από την ίδια τη ζωή τους, από τα έργα και τις πράξεις τους. Έτσι διατηρούν ένα αίσθημα «κοινωνικής ~"αθανασίας». Για άλλους πάλι ασθενείς, η συμμετοχή σε πειραματικά θεραπευτικά πρωτόκολλα συμβολίζει ένα είδος «ιατρικής αθανασίας», καθώς συμβάλλει στην προώθηση της ιατρικής γνώσης και προσφοράς στους συνανθρώπους τους.

Είναι πολύ σημαντικό να αντιμετωπίζεται κάθε άρρωστος μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του ως άτομο που ΖΕΙ... ένα άτομο που σε καμία περίπτωση δεν βρίσκεται στο περιθώριο της ζωής επειδή πεθαίνει, ένα άτομο που έχει ανάγκες, ελπίδες και δεν παύει ποτέ να επιδιώκει να δώσει νόημα στις εμπειρίες και στη ζωή του.

- *Αντιδράσεις συγγενών.*

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα «σύνολο». Ως εκ τούτου, κάθε γεγονός που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη του συνόλου αυτού έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια. Και αντίστροφα, όταν ένα γεγονός επιδρά στο σύνολο της οικογένειας, όλα τα μέλη της επηρεάζονται από αυτό. Όταν ο άρρωστος πεθαίνει, μαζί του πεθαίνει συμβολικά και η οικογένεια, όπως την ήξεραν τα μέλη στο σύνολό της. Το πένθος είναι διπλό. Απαιτείται επομένως μια νέα ανακατανομή ρόλων και ευθυνών στα πλαίσια της «νέας» οικογένειας που διαμορφώνεται και η οποία δεν είναι όμοια με αυτήν που προϋπήρξε (Παπαδάτου, 1986).

Στην τελική φάση της ζωής του αρρώστου τα μέλη της ,οικογένειας βιώνουν μια διεργασία θρήνου παρόμοια με εκείνη που βιώνει ο άρρωστος που προετοιμάζεται ψυχολογικά για τον επικείμενο θάνατο του. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά αυτής της διεργασίας περιλαμβάνουν (Futterman et al., 1972' Fulton & Gottesman, 1980 Rando, 1986):

(α) Αυξημένο άγχος που οφείλεται στην αίσθηση αδυναμίας και ανημποριάς των ανθρώπων να ανατρέψουν τις συνθήκες που οδηγούν στο θάνατο. Το άγχος αυτό συχνά συνοδεύεται από οργή, ενοχές και κατάθλιψη.

(β) Διαρκή ενασχόληση με σκέψεις που αφορούν το θάνατο του αρρώστου, αλλά και προβληματισμούς σχετικά με το δικό τους θάνατο.

(γ) Έντονα αμφιθυμικά συναισθήματα που εκδηλώνονται, για παράδειγμα, με την επιθυμία να επιβιώσει ο άρρωστος αλλά και την ευχή να πεθάνει για να μην υποφέρει. Άλλοτε πάλι οι συγγενείς έχουν την τάση να προσεγγίζουν και να εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή, ενώ παράλληλα επιθυμούν να απομακρυνθούν εξαιτίας του πόνου που τους προκαλεί η κατάσταση της υγείας του και ο επικείμενος θάνατός του.

(δ) Προοδευτική συναισθηματική απο-επένδυση (de-cathexis) από τα όνειρα, τις ελπίδες και τις προσδοκίες που είχαν για το άτομο και τη σχέση τους μαζί του. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυτή η φυσιολογική απο-επένδυση δεν οδηγεί απαραίτητα στην εγκατάλειψη του αρρώστου που πεθαίνει. Δεν απο-επενδύεται ο ίδιος ο άρρωστος, αλλά η εικόνα ενός ατόμου που δεν θα γιατρευτεί ποτέ, ενός ατόμου που μελλοντικά δεν θα αποτελεί πλέον μέλος της οικογένειας και δεν θα συμπεριλαμβάνεται στα σχέδια και τα όνειρά της.

(ε) Έντονο προβληματισμό και προγραμματισμό σχετικά με τις άμεσες ή απώτερες συνθήκες ζωής που θα προκύψουν μετά Το θάνατο του αρρώστου (π.χ. «πώς θα αντιδράσω στην κηδεία;», «πώς θα είναι η ζωή μας από εδώ και εμπρός;», «πώς θα ξεπεράσω τον πόνο μου;», «άραγε θα αρχίσω πάλι να δουλεύω;» κ.λπ.). Αυτές οι σκέψεις ενώ προκαλούν ενοχές αυξάνοντας τον ψυχικό πόνο των συγγενών, στην ουσία αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις της διεργασίας του θρήνου εν όψει

του επικείμενου θανάτου.

Άλλες εκδηλώσεις θρήνου περιλαμβάνουν συζητήσεις μεταξύ συγγενών και φίλων όσον αφορά το θάνατο του αρρώστου, αναμνήσεις από τη σχέση τους μαζί του, ανταπόκριση στις ανάγκες και τελευταίες επιθυμίες του, λήψη αποφάσεων και προετοιμασίες σχετικά με την κηδεία ή άλλες τελετουργίες που συνδέονται με το θάνατο κ.λ.π.

Στην αρχή της διεργασίας του θρήνου, ο πόνος και η θλίψη των συγγενών μοιάζουν αβάσταχτο ι και μερικές φορές συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα όπως, για παράδειγμα, πόνο στο στήθος ή στο στομάχι, ζαλάδες, μούδιασμα κ.λ.π. Προοδευτικά ο έντονος ψυχικός πόνος μετατρέπεται σε μελαγχολία και σταδιακή συμφιλίωση με τη σκέψη ότι ο άρρωστος θα πεθάνει Στην πραγματικότητα, η διεργασία του θρήνου επιτρέπει στα μέλη της οικογένειας, από τη μια πλευρά, να αφομοιώσουν και να αποδεχθούν την πραγματικότητα και, από την άλλη, να αναπτύξουν μια ουσιαστική σχέση με τον άρρωστο που πεθαίνει, ολοκληρώνοντας ενδεχόμενες «συναισθηματικές εκκρεμότητες» που μπορεί να τους χώριζαν στο παρελθόν. Καθώς η κατάσταση του αγαπημένου τους προσώπου επιδεινώνεται, οι ελπίδες τους περιορίζονται Οι συγγενείς δεν προσδοκούν ότι ο ασθενής θα σωθεί, αλλά εύχονται να μην υποφέρει τις τελευταίες μέρες της ζωής του. Θέτουν βραχυπρόθεσμους στόχους και μαθαίνουν να ζουν “μέρα με τη μέρα.”

Επιστήμονες παρατηρούν ότι η διεργασία του θρήνου μειώνει την ένταση των συναισθηματικών αντιδράσεων των συγγενών τη στιγμή του θανάτου. Με άλλα λόγια, παρατηρούνται λιγότερο δραματικές και έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Ορισμένοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι η διεργασία του θρήνου συμβάλλει θετικά και στη μετέπειτα προσαρμογή των συγγενών στο πένθος (Fulton & Fulton, 1971 Parkes & Weiss, 1983 ,Vachon et al., 1982), ενώ άλλοι πιστεύουν ότι η διεργασία αυτή εν όψει του επικείμενου θανάτου είναι ανεξάρτητη από την προσαρμογή των συγγενών στο πένθος που ακολουθεί(Maddison & Viola, 1968). Τα αντιφατικά ευρήματα οφείλονται σε μια σειρά μεθοδολογικών προβλημάτων και στην έλλειψη ενός αποδεκτού ορισμού

του θρήνου (ή “προπαρασκευαστικού θρήνου”) εν όψει του επικείμενου θανάτου (Fulton & Gottesman, 1980' Rando, 1986).

Παρότι η διεργασία του θρήνου υ προετοιμάζει ψυχολογικά τους συγγενείς και φίλους για το θάνατο του αρρώστου, μερικές φορές μπορεί να έχει και αρνητικές επιπτώσεις. Αυτό συμβαίνει όταν ο θρήνος εκδηλώνεται *πρώιμα* ή με μεγάλη ένταση και φόρτιση. Σ' αυτή την περίπτωση, απορροφημένοι από δικά τους συναισθήματα, οι συγγενείς απομακρύνονται από τον άρρωστο, δεν είναι σε θέση να τον στηρίξουν και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες του.

Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις όπου, ενώ επίκειται άμεσα ο θάνατος του ατόμου, εκείνο συνέρχεται και συνεχίζει να ζει. Αυτό το φαινόμενο είναι γνωστό ως «σύνδρομο του Λαζάρου». Οι ψυχολογικά προετοιμασμένοι συγγενείς νιώθουν ανίκανοι να επανασυνδεθούν συναισθηματικά μαζί του, ενώ παράλληλα βιώνουν έντονο θυμό, απογοήτευση και ενοχές για τα συναισθήματά τους, που μερικές φορές αναπληρώνουν ασχολούμενοι υπερβολικά με τη φροντίδα του αρρώστου.

Άλλες φορές πάλι η έλλειψη της διεργασίας θρήνου μπορεί να δημιουργήσει σοβαρές δυσκολίες προσαρμογής, τόσο κατά την περίοδο της πορείας προς το θάνατο, όσο και κατά την περίοδο του πένθους. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν συγγενείς αρνούνται τον επικείμενο θάνατο και προσπαθούν με άσκοπα ιατρικά ταξίδια και μη καθιερωμένες θεραπευτικές μεθόδους «να τον σώσουν...». Στην προσπάθειά τους να ξεπεράσουν τη δική τους αίσθηση αδυναμίας ή ενοχής, ανταποκρίνονται μεν στις προσωπικές τους ανάγκες, αλλά παραβλέπουν τις ανάγκες του αρρώστου.

Άλλοτε πάλι, θέλοντας να προστατεύσουν ορισμένα μέλη της οικογένειας (ιδιαίτερα τα παιδιά), αποφεύγουν να τα ενημερώνουν σχετικά με τον επικείμενο θάνατο. Μ αυτό τον τρόπο τους στερούν την ευκαιρία να προετοιμαστούν ψυχολογικά και δεν τους δίνουν τη δυνατότητα να αποχαιρετήσουν τον αγαπημένο τους ή να νιώσουν ότι συνέβαλαν με οποιοδήποτε τρόπο στη φροντίδα του τις τελευταίες στιγμές.

Η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχουν στον άρρωστο οι συγγενείς και το προ-

σωπικό υγείας είναι ανεκτίμητη, όταν τον ενθαρρύνουν να ζήσει "ολοκληρωμένα" τις σχέσεις του με τους ανθρώπους που αγαπά μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του. Σημαντική επίσης είναι η συμβολή τους όταν αποδέχονται τον οριστικό επικείμενο αποχωρισμό με τον άρρωστο, χωρίς να . του δημιουργούν ενοχές επειδή πεθαίνει αφήνοντάς τους μέσα στη θλίψη και στην οδύνη. Η σχέση και επικοινωνία με τον άρρωστο επηρεάζουν τις συνθήκες μέσα στις οποίες πεθαίνει.

Σύμφωνα με τους Glaser 1965), το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η επικοινωνία μεταξύ αρρώστου και περιβάλλοντος εξαρτάται από το πλαίσιο επίγνωσης (context of awareness) που προσδιορίζεται από το "ποιος" ξέρει "τί" σχετικά με την εξέλιξη της αρρώστιας και τις πιθανότητες θανάτου. Οι συγγραφείς περιγράφουν τα παρακάτω πλαίσια μέσα στα οποία εξελίσσεται η επικοινωνία:

(α) Το πλαίσιο αποκλεισμένης επίγνωσης όπου ο άρρωστος δεν γνωρίζει ότι πεθαίνει, ενώ όλοι γύρω του το γνωρίζουν αλλά του κρύβουν τη διάγνωση και πρόγνωση της ασθένειας και συμπεριφέρονται σαν να είναι όλα φυσιολογικά. Μέσα σ' αυτό το κλίμα το προσωπικό υγείας διευκολύνεται σημαντικά στην επαφή και επικοινωνία με τον άρρωστο, καθώς δεν έρχεται στη δύσκολη θέση να συζητήσει θέματα που αφορούν το θάνατο και την πορεία προς αυτόν. Αυτό όμως έχει αρνητικές επιπτώσεις στον άρρωστο που στερείται κάθε δυνατότητας να τακτοποιήσει ενδεχόμενες εκκρεμείς υποθέσεις και να αποχαιρετήσει αυτούς που αγαπά.

(β) Το πλαίσιο υποψιαζόμενης επίγνωσης όπου ο άρρωστος υποψιάζεται αυτό που όλοι οι άλλοι γνωρίζουν. Επιδιώκει με κάθε τρόπο να επιβεβαιώσει ή να διαψεύσει τις υποψίες του, ενώ κανείς δεν είναι διατεθειμένος να συζητήσει μαζί του ανοιχτά όσα τον απασχολούν. Η επικοινωνία γίνεται πολύ δύσκολη, καθώς ο ασθενής ζει διαρκώς σε μια κατάσταση αβεβαιότητας, σύγχυσης ή ανασφάλειας, ενώ το περιβάλλον του βρίσκεται σε συνεχή υπερένταση από φόβο μήπως διαρρεύσει η αλήθεια ή μήπως έρθει σε δύσκολη θέση εξαιτίας των ερωτήσεων του αρρώστου.

(γ) Το πλαίσιο αμοιβαίας προσποίησης όπου το άτομο γνωρίζει καλά, όπως και όλοι γύρω του, ότι απειλείται άμεσα η ζωή του. Στα πλαίσια όμως μιας σιωπηλής συμ-

φωνίας αποφεύγονται οι συζητήσεις γύρω από το θάνατο και καλλιεργείται η ψευδαίσθηση ότι "όλα θα περάσουν και ο άρρωστος θα γίνει γρήγορα καλά". Δυστυχώς και στα πλαίσια της αμοιβαίας προσποίησης ο ασθενής βρίσκεται συχνά συναισθηματικά απομονωμένος μπρος στο θάνατό του.

(δ) Το πλαίσιο επίγνωσης και ανοιχτής επικοινωνίας όπου το ενδεχόμενο θανάτου αναγνωρίζεται και συζητείται ανοιχτά, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο άρρωστος και το περιβάλλον του αποδέχονται την πραγματικότητα, ούτε ότι η επικοινωνία μεταξύ τους είναι εύκολη υπόθεση. Παρ' όλα αυτά, δίνεται στο άτομο η δυνατότητα να βρει υποστήριξη στο περιβάλλον του, να ολοκληρώσει τα σχέδιά του, να τακτοποιήσει τις υποθέσεις του και να αποχαιρετήσει τους αγαπημένους του. Όταν καλλιεργείται ένα κλίμα ανοιχτής επικοινωνίας, το προσωπικό υγείας αναπτύσσει στενότερες σχέσεις με τον άρρωστο και θρηνεί όταν εκείνος πεθαίνει.

Η επικοινωνία μεταξύ του αρρώστου και όσων βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον του επηρεάζει σημαντικά τις εμπειρίες που βιώνει καθένας τους στην τελική φάση της ζωής του αρρώστου. Η ουσιαστική επικοινωνία συμβάλλει θετικά στην ποιότητα της ζωής που απομένει. Τρεις από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μεταξύ αρρώστου και περιβάλλοντος περιλαμβάνουν:

(α) Τη συχνότητα της επικοινωνίας που εξαρτάται από τη συχνότητα με την οποία συγγενείς, φίλοι και προσωπικό υγείας επισκέπτονται τον άρρωστο ή /και παραμένουν στο πλευρό του.

(β) Το περιεχόμενο της επικοινωνίας που καθορίζεται από την άνεση με την οποία ο άρρωστος και όσοι βρίσκονται κοντά του συζητούν ή αποφεύγουν θέματα που αφορούν το θάνατο, την τακτοποίηση εκκρεμών υποθέσεων κ.λ.π. υπάρχουν συνήθως ορισμένοι άτυποι κανόνες που προσδιορίζουν ποιες συζητήσεις θεωρούνται «επικίνδυνες» και ποιες «ανώδυνες».

(γ) Τον τρόπο επικοινωνίας και ανταλλαγής μηνυμάτων. Στα τελικά στάδια της ζωής του, το άτομο συχνά εκφράζεται έμμεσα και συμβολικά, γι' αυτό και είναι ιδιαίτερα

σημαντικό να διαθέτει το προσωπικό υγείας εξειδικευμένες γνώσεις ώστε να κατανοεί και να ανταποκρίνεται στα βαθύτερα συναισθήματα και στις ανάγκες του αρρώστου.

- *Αντιδράσεις μελών του προσωπικού υγείας.*

Τα μέλη του προσωπικού υγείας βιώνουν πολλές και σημαντικές απώλειες όταν φροντίζουν άτομα, η ζωή των οποίων απειλείται από μια σοβαρή ασθένεια. Όταν μάλιστα δένονται με των άρρωστο συναισθηματικά, συχνά εμφανίζουν συμπτώματα όμοια μ' εκείνα που βιώνουν. οι συγγενείς και φίλοι που θρηνούν. Έτσι, με αφορμή την επιδείνωση της υγείας ενός ασθενή ή το θάνατό του, μπορεί να αισθανθούν την ανάγκη να κλάψουν, νιώθουν θλίψη, δυσκολεύονται να αυτοσυγκεντρωθούν, βιώνουν θυμό, ενοχές, άγχος, γενική κούραση ή αδυναμία να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της δουλειάς τους, έχουν πονοκεφάλους, αϋπνίες κ.λ.π.

Παρ' όλα αυτά, ένα σημαντικό σημείο που διαφοροποιεί το θρήνο του προσωπικού υγείας από εκείνον των συγγενών είναι ότι ο θρήνος του προσωπικού δεν παραγνωρίζεται μονάχα από την κοινωνία, αλλά και από τον ίδιο τον εργαζόμενο. Και αυτό συμβαίνει γιατί λανθασμένα πιστεύει ή έχει διδαχθεί ότι "Δεν Πρέπει" να έχει προσωπικές ανάγκες, αντιδράσεις και συναισθήματα, όταν φροντίζει τον άρρωστο. Αντίθετα, πρέπει να είναι "δυνατός», να αντέχει στον πόνο, στην αρρώστια και στο θάνατο, και να διατηρεί τις αποστάσεις του ώστε να μην επηρεάζεται από τις καταστάσεις αυτές!... Αλλά ακόμα κι αν επηρεαστεί, επιβάλλεται να ελέγχει τα συναισθήματά του για να μην εκτεθεί στα μάτια των συναδέλφων ή και στα δικά του. Όλες αυτές οι παράλογες προσδοκίες δυσχεραίνουν την αναγνώριση και την αποδοχή του θρήνου που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, καθώς στερούνται της υποστήριξης που συχνά έχουν ανάγκη όταν έρχονται αντιμέτωποι με τη σοβαρή αρρώστια, τον πόνο και το θάνατο αρρώστων (Παπαδάτου, 1995).

Ο Kalish (1985) υποστηρίζει ότι ο θάνατος των αρρώστων επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το ιατρικό από το νοσηλευτικό προσωπικό. Συνήθως οι περισσότεροι γιατροί ε-

πιδιώκουν στόχους προσανατολισμένους στη θεραπεία του αρρώστου, με αποτέλεσμα να βιώνουν το θάνατο ως προσωπική αποτυχία και ήττα. Απορροφημένοι από την πρόκληση της ίασης, αναλώνονται συχνά σε άσκοπες παρεμβάσεις που παρατείνουν τη ζωή του αρρώστου που πεθαίνει, χωρίς να παρέχουν ποιότητα σ' αυτήν. Όταν συνειδητοποιούν ότι δεν έχουν πλέον "τίποτα" να προσφέρουν, απομακρύνονται από τον ασθενή, καθώς νιώθουν ότι αμφισβητείται η παντοδυναμία τους, ενώ ταυτόχρονα δοκιμάζουν αισθήματα αδυναμίας, ενοχών, οργής, ματαίωσης ή /και κατάθλιψης.

Οι νοσηλευτές, από την άλλη πλευρά, είναι περισσότερο προσανατολισμένοι στη γενικότερη φροντίδα του αρρώστου. Και βρίσκονται κοντά του στις διάφορες φάσεις της πορείας του με αποτέλεσμα να τον γνωρίζουν καλύτερα, να συνδέονται μαζί του και να επηρεάζονται από την εξέλιξη της κατάστασής του. Η επιδείνωση της υγείας του αρρώστου ανακινεί στο νοσηλευτή μια εσωτερική σύγκρουση που εκδηλώνεται μέσα από την τάση του να προσεγγίσει τον ασθενή προκειμένου να του παράσχει απαιτούμενη φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα απομακρύνει από αυτόν για να προστατεύσει τον εαυτό του από τα έντονα και οδυνηρά συναισθήματα που προκαλεί ο επικείμενος θάνατός του. Κάθε θάνατος οδηγεί σε σκέψεις-φαντασιώσεις ενός προσωπικού θανάτου και προκαλεί την αναβίωση παλαιότερων εμπειριών - άμεσα συνδεδεμένων με την απώλεια, το θάνατο και το πένθος - που παραμένουν άλυτες (Λαζαράτου, 1990).

Στην προσπάθειά του να ελέγξει και να μειώσει το άγχος που δημιουργεί ο θάνατος, κάθε μέλος του προσωπικού υγείας ενεργοποιεί ασυνείδητα ορισμένους φυσιολογικούς μηχανισμούς άμυνας και συμπεριφορές. Το φάσμα των αμυντικών-μηχανισμών ποικίλλει αναλόγως με το άτομο. Όταν ορισμένοι μηχανισμοί άμυνας χρησιμοποιούνται συνεχώς και χωρίς διάκριση, μετατρέπονται σε ανασταλτικούς παράγοντες που έχουν σοβαρές συνέπειες στην επικοινωνία και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στον άρρωστο. Ενδεικτικά παρακάτω αναφέρονται μερικοί από τους μηχανισμούς αυτών.

- Ο μηχανισμός της **άρνησης** συνίσταται στην αδυναμία του ατόμου να αναγνωρίσει την πραγματικότητα μιας τραυματικής κατάστασης. Μέσα από την άρνηση μειώνει το

άγχος του και αποφεύγει την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, αργοπορεί να ανταποκριθεί στο κάλεσμα του αρρώστου, γιατί δεν αξιολογεί ως «κρίσιμη» την κατάστασή του, ασχολείται με τις τεχνικές λεπτομέρειες που αφορούν τη φροντίδα του ή με πρωτόκολλα θεραπείας που αποβλέπουν στον έλεγχο της ασθένειας ή τη θεραπεία.

- Ο μηχανισμός της **εκλογίκευσης** επιτρέπει στο προσωπικό υγείας να αναλύει «λογικά» την παρούσα κατάσταση, απωθώντας έτσι τα οδυνηρά συναισθήματά του. Για παράδειγμα, ο γιατρός αποφεύγει να επισκεφτεί τον άρρωστο προβάλλοντας

λογικά επιχειρήματα: “Έτσι και αλλιώς δεν καταλαβαίνει”, „Δεν μπορώ να του προσφέρω τίποτε άλλο», «Δεν έχει νόημα, σύντομα θα πεθάνει» κλπ.

- Ο μηχανισμός της **προβολής** αφορά την απόδοση προσωπικών οδυνηρών συναισθημάτων, σκέψεων ή προθέσεων σε άλλα άτομα, αντικείμενα ή καταστάσεις. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής που νιώθει αδύναμος και αμήχανος μπροστά στον άρρωστο, χωρίς να ξέρει τι να πει ή πώς να συμπεριφερθεί, προβάλλει τα αισθήματά του στον άρρωστο, αντί να τα αναγνωρίσει ως δικά του. Έτσι τον αποφεύγει, ισχυριζόμενος ότι ο ασθενής δεν επιθυμεί να του μιλούν, να τον ενοχλούν ή να τον επισκέπτονται.

- Ο μηχανισμός της **μετάθεσης** επιτρέπει στον εργαζόμενο να μεταβιβάσει τα συναισθήματα που του προκαλεί ένα συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση σε κάποιο άλλο πρόσωπο, αντικείμενο ή κατάσταση. Για παράδειγμα, ο ψυχολόγος που νιώθει θυμό για το άδικο της υποτροπής ενός αρρώστου, με τον οποίο είναι συνδεδεμένος, μεταθέτει την οργή του και «εκτονώνεται» πάνω στους συναδέλφους ή /και στα μέλη της οικογένειάς του.

Πολλοί από τους προαναφερόμενους μηχανισμούς χρησιμοποιούνται και σε συλλογικό επίπεδο από τα μέλη μιας Μονάδας που επιδιώκει να προστατευθεί από το άγχος που προκαλούν οι συχνοί θάνατοι ασθενών. Έτσι, μερικές φορές, τα μέλη του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δένονται μεταξύ τους και αλληλοϋποστηρίζονται. Άλλες φορές, όμως, συσπειρώνονται για να εκφράσουν το θυμό, την απελπισία και την επιθετικότητά τους προς κάποιο στόχο. Αναζητούν διαρκώς έναν «αποδιοπομπαίο τράγο» που εναλλακτικά μπορεί να είναι ένας «δύσκολος» συγγενής; άλλοτε

ένας συνάδελφος, η διοίκηση, η πολιτεία ή οποιοσδήποτε άλλος. Ο στόχος αυτός, στην ουσία, τους επιτρέπει να εκφορτίσουν τα έντονα συναισθήματά τους αυτά όμως παραμένουν ανεπεξέργαστα, γιατί δεν αναγνωρίζονται οι πραγματικές τους αιτίες που είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη φύση μιας δύσκολης δουλειάς, όπου η απειλή του θανάτου ή της αναπηρίας αποτελούν καθημερινή πραγματικότητα (Papadatou, 1991).

Μια άλλη κοινή αντίδραση που χρησιμοποιείται ως μέθοδος εκτόνωσης είναι το **χιούμο**. Όταν όμως γίνεται σε βάρος Του ασθενούς, είναι κυνικό ή μακάβριο, εκφράζει μια βαθύτερη επιθετικότητα. Η λεκτική αυτή βία χρησιμοποιείται από το προσωπικό που επιδιώκει να αντεπεξέλθει στην πραγματική βία του θανάτου και συμβάλλει στη «διασκέδαση» των αισθημάτων αδυναμίας που βιώνουν οι επαγγελματίες της υγείας, όταν δεν μπορούν να ανατρέψουν το αναπόφευκτο του θανάτου.

Μια άλλη συνήθης αντίδραση αφορά το «**παιχνίδι των πιθανοτήτων**». Τα μέλη του προσωπικού υγείας βάζουν στοιχήματα όσον αφορά τη διάγνωση, θεραπεία, πρόγνωση και πιθανότητα επιβίωσης του αρρώστου. Αυτές οι αντιδράσεις συχνά εκδηλώνουν το βαθύτερο άγχος τους μπροστά στην αβεβαιότητα που προκαλεί η κατάσταση της υγείας του αρρώστου ή /και ο επικείμενος θάνατός του.

Μια ακόμα αμυντική συμπεριφορά αφορά τη **διαρκή υπερδραστηριότητα ή ακατάπαυστη ομιλία** του προσωπικού υγείας που δεν επιτρέπουν στον άρρωστο να αναπτύξει τις προσωπικές σκέψεις και συναισθήματά του, ενώ ταυτόχρονα προστατεύουν τα μέλη του προσωπικού από την άμεση επαφή με τα δικά τους συναισθήματα.

Όλοι οι θάνατοι που συμβαίνουν μέσα σ' ένα τμήμα δεν προκαλούν την ίδια ψυχική ένταση στα μέλη του προσωπικού υγείας. Κάθε άρρωστος επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο το προσωπικό. Όταν προϋπάρχει μακρόχρονη και στενή σχέση και όταν η ταύτιση με τον άρρωστο είναι έντονη (λόγω ηλικίας, χαρακτηριστικών ή τρόπου ζωής), τότε η διεργασία θρήνου που βιώνει ο επαγγελματίας είναι ιδιαίτερα οδυνηρή. Επίσης, όταν οι θάνατοι είναι συχνοί και αλληπάλληλοι, τότε το προσωπικό υγείας

βιώνει μια «υπερφόρτιση πένθους» (bereavement overload) που συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση. Αντιμέτωπο με πολλαπλές απώλειες, χωρίς να έχει το χρόνο ούτε τη δυνατότητα να αφομοιώσει και να αποδεχθεί καθεμιά χωριστά, απωθεί μαζικά τα συναισθήματά του, με αποτέλεσμα να δυσκολεύεται όλο και περισσότερο να βιώσει και να επεξεργαστεί ένα σύνολο οδυνηρών εμπειριών (Παπαδάτου, 1995).

Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα σημαντικό το νοσοκομειακό πλαίσιο να παρέχει μια συστηματική και οργανωμένη υποστήριξη στα μέλη του προσωπικού υγείας (μέσα από ομάδες ή /και εποπτεία με την καθοδήγηση ψυχολόγου ή ψυχιάτρου), ώστε να επεξεργάζονται τις εμπειρίες που βιώνουν στην καθημερινή κλινική πράξη. Εξίσου σημαντική είναι και η παροχή συνεχιζόμενης" εκπαίδευσης στα πλαίσια της οποίας, πέρα από την απόκτηση γνώσεων, είναι σημαντικό να αναθεωρούνται στόχοι και να διαμορφώνεται μια φιλοσοφία που να διέπει τη φροντίδα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους και των οικογενειών τους.

- *Δικαιώματα του αρρώστου που πεθαίνει.*

1. Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται με σεβασμό και αξιοπρέπεια.
2. Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης της φροντίδας και προσοχής των μελών του προσωπικού υγείας, ακόμα και όταν ο στόχος δεν είναι πλέον η θεραπεία, αλλά η ανακούφιση και η υποστήριξη.
3. Το δικαίωμα να είναι αποδέκτης εξειδικευμένης φροντίδας που του παρέχει ικανό προσωπικό, ευαισθητοποιημένο τόσο στις ανάγκες του αρρώστου που πεθαίνει, όσο και στις ανάγκες του συγγενικού και φιλικού του περιβάλλοντος.
4. Το δικαίωμα να ανακουφίζεται - όσο είναι εφικτό - από ενδεχόμενο οργανικό πόνο.
5. Το δικαίωμα να μην εγκαταλείπεται για να πεθάνει μόνος.
6. Το δικαίωμα να παίρνει ειλικρινείς απαντήσεις στις ερωτήσεις που υποβάλλει και να

συμμετέχει στη λήψη των αποφάσεων που τον αφορούν.

7. Το δικαίωμα να διατηρεί την ατομικότητά του, έχοντας τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις σκέψεις του σχετικά με το θάνατο, χωρίς να κρίνεται γι' αυτά.

8. Το δικαίωμα να διατηρεί την ελπίδα του, οποιαδήποτε κι αν είναι η μορφή και το περιεχόμενό της.

9. Το δικαίωμα να βρίσκει κατάλληλη ανταπόκριση στις ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές του ανάγκες.

10. Το δικαίωμα να αντιμετωπίζεται ως άτομο που ΖΕΙ, που έχει συναισθήματα, σκέψεις, ανάγκες και επιθυμίες μέχρι την τελευταία στιγμή της ζωής του.

5. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ

Όταν ζητάμε από τους ασθενείς να αλλάξουν τη στάση τους γύρω από την ασθένειά τους ή να υιοθετήσουν προγράμματα τακτικής νοητικής εικονοπλασίας ή εξάσκησης, η υποστήριξη του ή της συζύγου και της οικογένειας μπορεί να προσδιορίσει το βαθμό στον οποίο θα ακολουθήσουν οι ασθενείς αυτές τις οδηγίες.

Δεύτερον και όχι λιγότερο σημαντικό, οι σύζυγοι και τα μέλη της οικογένειας των ασθενών έχουν συχνά την ίδια ανάγκη υποστήριξης και καθοδήγησης με τους ασθενείς για να τα βγάλουν πέρα συναισθηματικά. Η εμπειρία που έχετε όταν βλέπετε κάποιον αγαπημένο σας να κινδυνεύει σας κάνει να νιώθετε σύγχυση, ανεπάρκεια και έλλειψη συμπόνιας και κατανόησης. Όμως αυτή η εμπειρία μπορεί επίσης να σας αφήσει να νιώσετε πιο γεμάτοι και πιο ανθρώπινοι με ένα τρόπο που δεν είχατε ποτέ άλλοτε βιώσει στην καθημερινή ζωή. Μερικές μέρες μπορεί να νιώθετε αισθήματα σπάνιας αγάπης. Άλλες μέρες μπορεί να νιώθετε μια βουβή αίσθηση ανεκδήλωτου και δυνατού θυμού.

- *Αποδεχόμενοι τα συναισθήματα των άλλων και τα δικά σας.*

Αν υπάρχει ένα μήνυμα που θέλουμε να μεταδώσουμε με αυτό το κεφάλαιο, είναι η αναγκαιότητα αποδοχής αυτού του καλειδοσκοπίου συναισθημάτων. Αυτή η περίοδος της ζωής σας θα είναι γεμάτη συναίσθημα για σας και τον αγαπημένο σας και πολλά από αυτά τα συναισθήματα μπορεί να σας φανούν «απαράδεκτα» ή «ακατάλληλα». Μπορεί να θυμώνετε, μπορεί να πιάνετε τον εαυτό σας να εύχεται εκείνος ή εκείνη να ήταν ήδη νεκρή ή να φαντάζεστε ότι δραπετεύετε από όλα αυτά. Το δύσκολο μάθημα που πρέπει να πάρετε δεν είναι να επικρίνετε τον εαυτό σας για τα συναισθήματά του. Αντίθετα, αποδεχτείτε το γεγονός ότι τα νιώθετε και προσπαθήστε να ανακόψετε την κρίση.

Στην περίπτωση μιας ασθένειας που απειλεί τη ζωή, όπως είναι ο καρκίνος, δεν υπάρχουν «κατάλληλα» ή «ακατάλληλα», «ώριμα» ή «ανώριμα» συναισθήματα. Αυτά είναι μόνο συναισθήματα. Έτσι είναι ανώφελο να λέτε στον εαυτό σας τι «θα έπρεπε» ή «οφείλατε» να αισθάνεστε. Το θέμα είναι να ανακαλύψετε πώς μπορείτε να ανταποκριθείτε πιο ωφέλιμα για τον εαυτό σας και για το πρόσωπο που αγαπάτε. Το πρώτο βήμα είναι να αποδεχτείτε τόσο τα δικά σας συναισθήματα όσο και του ασθενή και να κατανοήσετε ότι είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση της πιθανότητας του θανάτου.

Είναι διαμφισβήτηση η ανάγκη να καταλαβαίνετε, να αντέχετε και να αποδέχεστε τον ασθενή. Το ίδιο ισχύει και για τον εαυτό σας. Όπως μπορείτε να καταλάβετε το φόβο, τον τρόμο και τον πόνο του αγαπημένου σας, κατανοήστε και το δικό σας φόβο, τρόμο και πόνο! Κατανοήστε επίσης τον εαυτό σας. Κανείς δεν αντικρίζει ποτέ το θάνατο εκείνου που αγαπάει χωρίς να αντικρίζει το δικό του τελικό θάνατο. Αποδεχτείτε τον εαυτό σας και γίνετε τρυφερός.

Τα άτομα ποικίλουν πολύ στην αντιμετώπιση της κρίσης. Ο τρόπος που χειρίζεστε μια διάγνωση καρκίνου στην οικογένειά σας, είναι πιθανό να μοιάζει με τον τρόπο που έχετε αντιμετωπίσει διάφορες κρίσεις στο παρελθόν. Μη δημιουργήσετε το φανταστικό πρότυπο μιας οικογένειας έτσι όπως «θα έπρεπε» να χειριστεί το θέμα της διάγνωσης καρκίνου σε έναν αγαπημένο και μη νιώσετε ενοχή για το πώς θα μπορούσε να είχε αντιμετωπιστεί μια προηγούμενη ασθένεια στην οικογένεια. Δεν είναι καθόλου ρεαλιστικό να περιμένετε από τον εαυτό σας να μάθει ένα εντελώς νέο τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων κάτω από την πίεση μιας μεγάλης αναστάτωσης. Όσα ακολουθούν, στοχεύουν να ενθαρρύνουν τις οικογένειες να αποδεχτούν και να εκτιμήσουν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν και θα προσφέρουμε μερικά εργαλεία που ίσως τα βρουν χρήσιμα.

- *Καθιερώνοντας μια ανοιχτή, αποτελεσματική επικοινωνία.*

Οι άνθρωποι στους οποίους έγινε διάγνωση καρκίνου ή άλλης απειλητικής ασθένειας γίνονται κυκλοθυμικοί. Νιώθουν φόβο, οργή, αυτολύπηση, μια αίσθηση ότι δεν ορίζουν τη ζωή τους. Αυτές οι συναισθηματικές διακυμάνσεις συνήθως τους τρομάζουν. Στην αρχή, ίσως και η οικογένεια αντιδράσει με φόβο σε αυτές τις αλλαγές της συναισθηματικής κατάστασης του αγαπημένου της. Μπορεί να θέλετε να αποφύγετε την επικοινωνία, γιατί τη βρίσκετε οδυνηρή και αιτία σύγχυσης.

Αλλά ακόμη και αν τα συναισθήματα είναι οδυνηρά, έχει σημασία στη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων μετά τη διάγνωση του καρκίνου, να καθιερώσετε μια βάση για τίμια, ανοιχτή επικοινωνία. Ο ασθενής έχει την ανάγκη να του επιτραπεί, -και να ενθαρρυνθεί- να εκφράζει τα συναισθήματά του. Εσείς και όλα τα μέλη της οικογένειας πρέπει να είστε πρόθυμοι να τον ακούτε, ακόμη και αν ένα κομμάτι του εαυτού σας αντιδρά. Αν αρνηθείτε στον ασθενή την ευκαιρία να συζητήσει τι τον προβληματίζει πιο πολύ - ο φόβος, ο πόνος ή ο θάνατος - τότε θα αισθανθεί απομονωμένος. Όταν αυτό που πραγματικά μετράει για εσάς είναι αυτό ακριβώς που δεν μπορείτε να συζητήσετε, τότε πραγματικά είστε πολύ μοναχικός.

Ένα κλειδί για να γίνει αυτή η περίοδος κάπως ευκολότερη, είναι να ενθαρρύνετε την ανοιχτή έκφραση των συναισθημάτων, να ακούτε χωρίς να κρίνετε, και να αποδέχεστε τόσο τα δικά σας συναισθήματα όσο και του ασθενή σαν φυσιολογικά και αναγκαία. Προσπαθήστε να ερμηνεύσετε το πραγματικό νόημα μιας απαίτησής του και ικανοποιήστε όσο περισσότερες ανάγκες του μπορείτε, χωρίς να χάσετε τη δική σας ακεραιότητα. Τι να θυσιάσετε άλλα μέλη της οικογένειας. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι αυτό θα απαιτήσει ασυνήθιστη υπομονή, ευαισθησία και κατανόηση από μέρους ολόκληρης της οικογένειας. Αλλά γνωρίζοντας τι μπορείτε να περιμένετε και με μερικές συμβουλές για το πώς θα μπορούσατε να αντιμετωπίσετε το όλο θέμα, ίσως βοηθηθείτε να περάσετε μέσα από αυτήν την εμπειρία σώοι.

- *Ενθαρρύνετε την Έκφραση των Συναισθημάτων.*

Αφού ακούσουν ότι έχουν καρκίνο, οι ασθενείς μπορεί να κλάψουν πολύ. Θρηνούν για την περίπτωση να πεθάνουν και για την απώλεια του συναισθήματος ότι θα ζούσαν για πάντα. Θρηνούν που χάνουν την υγεία τους και την εικόνα που είχαν φτιάξει για το άτομο τους σαν ζωντανό πανίσχυρο άνθρωπο. Η θλίψη είναι φυσιολογική αντίδραση. Η οικογένεια πρέπει να Προσπαθήσει να την αποδεχτεί να διατηρεί κανείς την αταραξία του στην προοπτική του θανάτου, δε σημαίνει γενναιότητα. Γενναιότητα είναι να είστε το ανθρώπινο πλάσμα που είστε, ακόμη και όταν οι άλλοι επιβάλλουν εξωτερικές συνθήκες για το πώς «θα έπρεπε» να συμπεριφέρεστε.

Το μοναδικό και σπουδαιότερο που μπορεί να προσφέρει η οικογένεια είναι η προθυμία να περάσει αυτή την εμπειρία μαζί με τον αγαπημένο της. Εκτός και αν ο ίδιος ο ασθενής ζητήσει να μείνει μόνος, σταθείτε κοντά του, χαϊδέψτε τον, αγκαλιάστε τον, διατηρείστε μαζί του στενή επαφή. Μοιραστείτε -τα συναισθήματα του χωρίς να σκέφτεστε ότι πρέπει να τα αλλάξετε. Τα λεγόμενα «ακατάλληλα συναισθήματα» θα αλλάξουν με τον καιρό, καθώς θα αλλάζει η κατανόηση ή η αντίληψή σας. Θα αλλάξουν όμως πολύ πιο γρήγορα αν επιτρέψετε στον εαυτό σας και στον ασθενή να τα νιώσει, παρά αν ένας από τους δύο τα αρνηθεί. Η άρνηση των συναισθημάτων βραχυκυκλώνει το ισχυρό δίδαγμα που προσφέρουν, γιατί τα συναισθήματα προμηθεύουν μια βάση εμπειρίας από την οποία μπορεί να αναπτυχθεί μια νέα κατανόηση.

Επιπλέον, τίποτε δεν εξασφαλίζει περισσότερη διάρκεια σε ένα «ακατάλληλο συναίσθημα», από την προσπάθεια να το αρνηθείτε. Όταν ο συνειδητός σας νους αρνείται το συγκεκριμένο συναίσθημα, αυτό δρα υπόγεια και συνεχίζει να επηρεάζει τη συμπεριφορά σας με υποσυνείδητους τρόπους τους οποίους δεν μπορείτε να ελέγξετε. Καθώς τα συναισθήματα γίνονται αποδεχτά, είναι πολύ πιο πιθανό να αλλάξουν και να ελευθερωθείτε από αυτά.

Οτιδήποτε αισθάνεστε εσείς και η οικογένειά σας είναι εντάξει. Οτιδήποτε νιώθει ο ασθενής είναι εντάξει. Αν προσπαθείτε να αλλάξετε τα αισθήματα των άλλων, σταματήστε, γιατί θα προκαλέσετε πόνο και θα υψωθεί φράγμα επικοινωνία. Τίποτε δεν μπορεί να βλάψει μια ,σχέση περισσότερο από την αίσθηση των ανθρώπων ότι δεν μπορούν να είναι ο εαυτός τους.

- *Ακούστε και ανταποκριθείτε, διατηρώντας την-ακεραιότητά σας.*

Όταν ο αγαπημένος σας είναι συναισθηματικά αναστατωμένος, μπορεί να θέλετε απεγνωσμένα να κάνετε κάτι~ σχεδόν οτιδήποτε για να τον βοηθήσετε. Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, η καλύτερη προσέγγιση είναι να τον ρωτήσετε, «Υπάρχει τίποτε που θα ήθελες να κάνω;» Τότε ακούστε τον προσεκτικά. Αυτή η στιγμή έχει μεγάλες πιθανότητες να οδηγήσει σε παρανοήσεις. Προσπαθήστε να ακούσετε το πραγματικό νόημα της παράκλησης του ασθενή.

Αν αισθάνεται αυτολύπηση, τότε μπορεί να πει κάτι σαν «Άσε με μονάχο. Ό, τι χειρότερο μπορούσε να μου συμβεί, ήδη μου συνέβη». Αυτό το μήνυμα είναι μπερδεμένο. Θ-α μ'ορούσα1'ε να επαναλάβετε αυτό που πιστεύετε ότι καταλάβατε («Θα ήθελες να σε αφήσω μόνο; Δεν είμαι βέβαιος αν θέλεις να μείνω ή να φύγω») για να βεβαιωθείτε ότι καταλάβατε σωστά και έτσι ο ασθενής γνωρίζει αν κατανοήσατε την παράκλησή του.

Άλλες φορές θα δεχτείτε παρακλήσεις που δεν είναι δυνατόν να εκπληρωθούν ή θα βρεθείτε απέναντι σε μια έκρηξη παγιδευμένων συναισθημάτων. Στην ερώτησή σας «Υπάρχει τίποτε που 'θα ήθελες να κάνω;» μπορεί να πάρετε, μια απάντηση όπως, -«Ναι, μπορείς να πάρεις, αυτή την καταραμένη ασθένεια και να ζήσω κανονικά όπως εσύ>>. Τέτοιες αντιδράσεις σας πληγώνουν και σας θυμώνουν. Πιστεύετε ότι έχετε κάνει μια χειρονομία αγάπης και κατανόησης, μόνο και μόνο για

να σας δείρουν. Νιώθετε την τάση είτε να ανταποδώσετε θυμωμένα το χτύπημα ή να αποσυρθείτε.

Η απόσυρση είναι η πιο καταστρεπτική αντίδραση από όλες. Αν συγκρατήσετε τη θλίψη και τον πόνο σας σχεδόν αναπόφευκτα θα αρχίσετε να αποσύρεστε συναισθηματικά από τη σχέση πράγμα που θα προκαλέσει ακόμα περισσότερη θλίψη και πόνο. Ακόμη και μια-πιεσμένη αντίδραση να κρατηθεί ανοιχτή η επικοινωνία, θα ήταν καλύτερη και για τους δύο μακροπρόθεσμα. Για παράδειγμα, δοκιμάστε την ακόλουθη απόκριση, «Γνωρίζω ότι πρέπει να αισθάνεσαι ματαιότητα και θυμό, συναισθήματα που δεν μπορώ να προβλέψω. Αλλά πραγματικά με πληγώνεις όταν τα εκφράζεις με αυτό τον τρόπο». Αυτή η αντίδραση δείχνει αποδοχή για τα συναισθήματα του αγαπημένου σας και ειλικρίνεια για τα δικά σας.

Είναι σημαντικό να προσπαθήσετε να διατηρήσετε την ακεραιότητά σας. Αν προσφερθείτε να βοηθήσετε και να δεχτείτε μη λογικά αιτήματα, τότε θα πρέπει να δώσετε στον άλλον να καταλάβει τα όριά σας. «Θέλω να βοηθήσω, αλλά δεν μπορώ να κάνω ό,τι ζητάς. Υπάρχει κανένας άλλος τρόπος να βοηθήσω;» Αυτό κρατάει ανοιχτή την επικοινωνία και φανερώνει αγάπη και φροντίδα, βάζοντας όμως όρια στο τι θέλετε και τι μπορείτε να κάνετε.

Ένα άλλο πρόβλημα που μπορεί να προκύψει είναι κάποιο αίτημα του ασθενή που θα απαιτούσε να θυσιάσουν οι ανάγκες άλλων μελών της οικογένειάς σας. Αυτό το πρόβλημα μπορεί να λυθεί και μέσα από μια προσεκτική επικοινωνία, μέχρις ότου και τα δύο μέρη ξεκαθαρίσουν τι επακόλουθα έχει η ικανοποίηση του αιτήματος.

Η ανοιχτή επικοινωνία που στηρίζει τον ασθενή απαιτεί ευαισθησία στο τι λέτε και ακούτε. Οι υποδείξεις που ακολουθούν μπορεί να σας βοηθήσουν να στηρίξετε το αγαπημένο σας πρόσωπο.

Προσπαθήστε όσο μπορείτε να αποφεύγετε φράσεις που αρνούνται ή απορρίπτουν τα συναισθήματα του ασθενή, όπως «Μην είσαι ανόητος, δεν πρόκειται να πεθάνεις» ή «Πρέπει να πάψεις να λυπάσαι τον εαυτό σου». Να θυμάστε ότι δεν πρέπει να κάνετε τίποτε για τα συναισθήματα των ασθενών, εκτός από το να τους ακούτε προσεκτικά.

Δεν είναι ανάγκη να τους κατανοείτε ή να τους κάνετε να αλλάζουν. Αν προσπαθήσετε να τους αλλάξετε, το μόνο που θα καταφέρετε, θα είναι να νιώσει χειρότερα ο αγαπημένος σας, αφού θα του μεταδώσετε την ιδέα ότι δεν αποδέχεσθε τα συναισθήματά του.

Δεν πρέπει να βρίσκετε λύσεις για τα προβλήματα του ασθενή ή να τον «διασώζετε» από συναισθήματα κατάπτωσης. Απλά, αφήστε τον να εκφράζει τέτοια συναισθήματα. Δεν πρέπει να του προμηθεύετε «θεραπείες», γιατί οι προσπάθειές σας μάλλον θα μεταδώσουν την έλλειψη αποδοχής από μέρους σας και το μήνυμα ότι τα συναισθήματά του θα έπρεπε να ήταν διαφορετικά. Το καλύτερο που έχετε να προσφέρετε, είναι η αποδοχή και η αναγνώριση όσων αισθάνεται ο ίδιος ο ασθενής. Αν μπορείτε, συνοψίστε σύντομα την ερμηνεία σας για τα συναισθήματα του ασθενή με τη φράση, «Είσαι αναστατωμένος έτσι όπως έγιναν όλα» ή «Δεν είναι δίκαιο το ξέρω». Ακόμη και ένα νεύμα ή μια λέξη «καταλαβαίνω», μπορεί να είναι καλύτερη από το να πείτε πράγματα που θα μπορούσαν να σημαίνουν μη αποδοχή.

Ρωτήστε τον εαυτό σας αν μιλάτε πιο πολύ από ό, τι ακούτε ή αν τελειώνετε εσείς τις προτάσεις που αρχίζει να συντάσσει ο ασθενής. Σε οποιαδήποτε περίπτωση σκεφτείτε αν εκείνος που μιλάει είναι το δικό σας άγχος και μήπως θα ήταν πιο χρήσιμο να αφήσετε τον ασθενή να οδηγήσει ο ίδιος τη συζήτηση.

Αν μιλάτε λιγότερο, μπορεί να υπάρξουν μεγάλες περιοδοί σιωπής. Αναγκαστικά ο ασθενής βυθίζεται σε ενδοσκόπηση στη διάρκεια αυτού του χρονικού διαστήματος. Έτσι είναι πολύ φυσικό να εμβαθύνετε και οι δύο στις σκέψεις σας, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι απορρίπτετε ο ένας τον άλλο. Η σιωπή μπορεί ακόμη και να ενθαρρύνει ένα άτομο που ήταν πάντα απομονωμένο να αρχίσει να μοιράζεται συναισθήματα που δεν είχε εκφράσει για πολύ καιρό.

Αν δε συνηθίζετε να αφήνετε περιόδους σιωπής στη συζήτησή σας -και οι περισσότεροι αισθανόμαστε υποχρεωμένοι να γεμίζουμε την οποιαδήποτε παύση- μπορεί να βρείτε τη σιγή αγχωτική. Προσπαθήστε να νιώσετε άνετα στη σιωπή. Δύο άνθρωποι που νιώθουν άνετα σε τέτοιες παύσεις, μπορεί να εκτιμήσουν πιο πολύ τη συζήτησή

τους επειδή δεν αισθάνονται ότι πρέπει να μιλήσουν αναγκαστικά, παρά μόνον όταν έχουν πραγματικά κάτι να πουν. Ένας τρόπος να χειριστείτε το άγχος σας, είναι να μιλήσετε για αυτό. Συζητήστε πώς αισθάνεστε για τη .σιωπή και μετά ακούστε προσεκτικά την αντίδραση του αγαπημένου σας προσώπου.

Συνειδητοποιήστε ότι πολλά συναισθήματά σας μπορεί να είναι πολύ διαφορετικά από εκείνα του αγαπημένου σας. Μπορεί να προσπαθείτε να ασχοληθείτε με τη δουλειά σας και να συνεχίζετε κανονικά την καθημερινή σας ζωή, ενώ αντίθετα ο ασθενής μπορεί να είναι απορροφημένος στο φόβο του θανάτου και στην αναθεώρηση του νοήματος της ζωής του. Σε κάποιο σημείο, μπορεί να νομίζετε ότι έχετε αρχίσει να κατανοείτε τα συναισθήματα του άλλου και τότε ανακαλύπτετε ότι η διάθεσή του έχει αλλάξει πάλι ριζικά, και σας είναι ξανά ακατανόητη. Αυτό είναι λογικό. Έχετε δύο πολύ διαφορετικές εμπειρίες και φυσικά θα αντιδράσετε διαφορετικά σε αυτές.

Πολλές οικογένειες πιστεύουν ότι η ταυτόσημη αντίδραση στις εμπειρίες είναι απόδειξη αγάπης και αφοσίωσης. Οι γυναίκες αισθάνονται τους συζύγους τους απόμακρους ή βλέπουν τα παιδιά σαν αντάρτες επειδή ουσιαστικά αντιδρούν διαφορετικά σε μια εμπειρία. Η απαίτηση να έχει ο καθένας τα ίδια «αποδεκτά συναισθήματα εξαντλεί τις σχέσεις κάτω από κανονικές συνθήκες, ενώ βάζει ένα σχεδόν ανυπέρβλητο φραγμό στην επικοινωνία κατά τη διάρκεια αυτής της πολύ πιο δύσκολης. Περιόδου των μεγάλων συναισθηματικών απογοητεύσεων. Προσπαθήστε λοιπόν να επιτρέψετε τις διαφορές

- *Να υποστηρίζετε χωρίς να προσπαθείτε να διασώσετε τον ασθενή.*

Ένα άλλο πρόβλημα είναι να του συμπαραστέκεστε χωρίς να γίνεστε «σωτήρας». Ο ρόλος του σωτήρα, τον οποίο υποσυνείδητα υιοθετούν οι άνθρωποι, βασίζεται τους θεωρίες του Δρ. Έρικ Μπερν (Dr. Eric Berne), του πατέρα τους διαδρασιακής ανάλυσης και αναπτύχθηκε πιο πολύ από τον Δρ. Κλοντ Στάνινερ (Dr. Clau de Steiner) στα βιβλία του *Τα παιχνίδια που παίζουν οι αλκοολικοί*

και Οι Ρόλοι που παίζουν οι άνθρωποι. Έχουμε την τάση να παίζουμε αυτό το ρόλο όταν ασχολούμαστε με ανθρώπους που είναι ασθενείς, αβοήθητοι, αδύναμοι ή ανίκανοι να πάρουν τη ζωή τους στα χέρια τους. Η «διάσωση» μπορεί να φαίνεται σαν βοήθεια τους κάποιον, ενώ στην πραγματικότητα ενισχύετε την αδυναμία του.

Οι οικογένειες των καρκινοπαθών πέφτουν εύκολα στην παγίδα του ρόλου του σωτήρα με τους αγαπημένους τους, γιατί ο ασθενής υιοθετεί συχνά τη στάση του θύματος, λέγοντας: «Είμαι αβοήθητος και απελπισμένος, προσπαθήστε να με βοηθήσετε». Η στάση του σωτήρα είναι: «Είσαι αβοήθητος και απελπισμένος παρόλα αυτά θα προσπαθήσω να σε βοηθήσω». Τους φορές ο σωτήρας μπορεί να παίξει το ρόλο του κριτούς, υιοθετώντας τη στάση: «Είσαι αβοήθητος και απελπισμένος και ο μόνος που φταίει είσαι εσύ ο τους».

Ο Στάινερ χαρακτήρισε αυτού του είδους τους σχέσεις «Παιχνίδι του Σωτήρα». Αυτοί που συμμετέχουν μπορούν να συνεχίσουν να αλλάζουν ρόλους σχεδόν απεριόριστα. Όποιος γνωρίζει ένα ρόλο του «έργου» γνωρίζει και τους τους. Το πρόβλημα είναι ότι τους τα περισσότερα ψυχολογικά παιχνίδια, έτσι και αυτό είναι καταστροφικό. Απαιτεί ένα βαρύ τίμημα από τα θύματα, τους κλέβει τη δύναμη να επιλύσουν τα δικά τους προβλήματα και τους κρατάει σε παθητική στάση.

Σύμφωνα με τη δική τους άποψη, τίποτε δε θα μπορούσε να είναι πιο καταστροφικό για την ανάγκη του ασθενή να πάρει στα χέρια την υγεία του. Το παιχνίδι θα μπορούσε να αρχίσει με παράπονα του θύματος για τους πόνους του, την έλλειψη ενεργητικότητας και την ανικανότητά του να ασχοληθεί με φυσιολογικές δραστηριότητες. Ο σωτήρας τότε είναι πιθανό να προσπαθήσει να βοηθήσει, κάνοντας διάφορα πράγματα για λογαριασμό του θύματος, σώζοντάς τον από την ευθύνη να προσέχει τον εαυτό του. Ο σωτήρας μπορεί να φέρει στον ασθενή τροφή ή ποτά, ακόμη και όταν ο ασθενής μπορεί να τα πάρει μόνος του. Ο σωτήρας μπορεί να προσφέρει συμβουλές (που συνήθως απορρίπτονται) και μπορεί να επιτελεί δυσάρεστες ενέργειες χωρίς να του το ζητάει κανείς.

Ο σωτήρας μπορεί να δείχνει ότι αγαπάει και φροντίζει το θέμα, ενώ στην πραγματικότητα «βοηθάει» τον ασθενή να γίνει ακόμη πιο ανήμπορος τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Τελικά ο ασθενής μπορεί να θυμώσει και να δυσαρεστηθεί για αυτή τη μεταχείριση. Επιπλέον, ο σωτήρας που απαρνήθηκε τους δικές του ανάγκες και φροντίζει μόνο για τους ανάγκες του ασθενή, μπορεί να αρχίσει να αισθάνεται εχθρικά απέναντί του και τότε θα αισθανθεί ενοχή για το θυμό του. Είναι ξεκάθαρο ότι κανείς δεν ωφελείται από αυτή τη σχέση.

Αντίθετα, αυτές οι σχέσεις εξυπηρετούν στην απομόνωση του ασθενή. Όταν κάποιος είναι σε θέση ισχύος και προσπαθεί να προστατέψει τον ασθενή (και άλλα μέλη τους οικογένειας) από επώδυνα θέματα –και ειδικά το θέμα του θανάτου- το αποτέλεσμα είναι να κόψει τα κανάλια τους επικοινωνίας του ασθενή γύρω από τα θέματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν από τον ίδιο και την οικογένειά του. Επιπλέον, αυτή η τακτική αναστέλλει την ικανότητα των μελών τους οικογένειας να εκφράζουν τα συναισθήματά τους.

Τους είναι βλαβερό να «προστατεύετε» τον ασθενή από άλλα οικογενειακά προβλήματα, τους είναι οι δυσκολίες του παιδιού στο σχολείο. Υιοθετώντας τη στάση, «ο ασθενής έχει ήδη πολλά προβλήματα», τον απομονώνετε από την οικογένεια εκείνη ακριβώς την περίοδο που του είναι περισσότερο απαραίτητη για να κρατηθεί στη ζωή. Η στενή σχέση προέρχεται από το μοίρασμα των συναισθημάτων' τα στιγμιαία συναισθήματα τους κρατούνται και η στενή σχέση αρχίζει να χάνεται.

Μπορεί και ο ασθενής να πάρει το ρόλο του σωτήρα, «προστατεύοντας» συχνά τα μέλη τους οικογένειάς του με το να μην εκφράζει φόβους και άγχη. Με αυτό τον τρόπο ο άρρωστος τους μονώνει όλο και πιο πολύ από την οικογένεια. Αντί να την προστατεύει στην πραγματικότητα την αποκλείει δείχνοντας έλλειψη εμπιστοσύνης τους αγαπημένους του. Όταν «σώζουμε» τους ανθρώπους από τα συναισθήματά τους, τους στερούμε την ευκαιρία να τα νιώσουν και να τα διαλύσουν. Σαν αποτέλεσμα, τα τους μελών τους οικογένειας μπορεί να συνεχίζουν να έχουν συναισθηματικά προβλήματα πολύ καιρό αφότου έχει αναρρώσει ή πεθάνει ο ασθενής.

Τους η οικογένεια δεν πρέπει να σώζει τον ασθενή από τους χαρές και τους πόνους τους καθημερινής οικογενειακής ζωής, έτσι και ο ασθενής δεν πρέπει να σώζει την οικογένειά του από οδυνηρά συναισθήματα. Μακροπρόθεσμα η ψυχολογική υγεία των, ανθρώπων βελτιώνεται όταν τα συναισθήματά τους συζητούνται ανοιχτά και επιλύονται.

- ***Βοηθώντας μάλλον, παρά διασώζοντας.***

Είναι εύκολο να δείτε πώς θα μπορούσε να αρχίσει το Παιχνίδι Διάσωσης ανάμεσα σε έναν καρκινοπαθή και τη σύζυγό του ή το αντίστροφο. Ολόκληρη η πολιτιστική μας διαπαιδαγώγηση λέει ότι ο τρόπος που θα έπρεπε να ανταποκριθούν σε μια ασθένεια οι άνθρωποι που αγαπιούνται, είναι να αναλάβουν την ευθύνη των ασθενών, κάνοντας οτιδήποτε για αυτούς, βοηθώντας τους μέχρι του σημείου να μη χρειάζεται να κάνουν τίποτε οι ίδιοι. Αυτό δε δίνει στους ασθενείς την υπευθυνότητα για το δικό τους «καλώς έχειν». Το κλειδί είναι να τους είστε χρήσιμοι και όχι να τους πνίγετε στην αγκαλιά σας. Εντούτοις, υπάρχει μερικές φορές ανάμεσα σε αυτά τα δύο μια λεπτή διαχωριστική γραμμή. Το κρίσιμο στοιχείο στην παροχή βοήθειας είναι κάτι που θέλετε να κάνετε, επειδή σας κάνει να αισθάνεστε καλά, και όχι γιατί περιμένετε κάτι από το πρόσωπο που βοηθήσατε. Μπορεί να πιάσετε τον εαυτό σας να μνησικακεί ή να θυμώνει, επειδή κάνατε κάτι περιμένοντας από τον άλλο να ανταποκριθεί με ένα ορισμένο τρόπο. Η συνήθεια μπορεί να είναι βαθιά ριζωμένη. Για να τη σπάσετε, πρέπει να δώσετε μεγάλη προσοχή στα συναισθήματά σας.

Ο Στάινερ προτείνει άλλα τρία σημεία που θα σας βοηθήσουν να αναγνωρίσετε τη «συμπεριφορά διάσωσης». Διασώζετε κάποιον αν:

1. Κάνετε κάτι για χάρη του άλλου ενώ δε θέλετε να το κάνετε και χωρίς να λέτε ότι δε σας αρέσει.
2. Αρχίζετε να βοηθάτε ένα άλλο πρόσωπο και ανακαλύπτετε ότι σας τα έχει φορτώσει σχεδόν όλα.

3. Δεν αφήνετε τους ανθρώπους να καταλάβουν τι θέλετε εσείς. Φυσικά, δίνοντάς τους να καταλάβουν δε σημαίνει απαραίτητα ότι θα πάρετε αυτό που θέλετε, αλλά με τη σιωπή σας τους εμποδίζετε να αντιδράσουν σωστά στις ανάγκες σας.

Αν πιάσετε τον εαυτό σας μάλλον να διασώζει παρά να βοηθάει, θυμηθείτε ότι η ζωή του ασθενή μπορεί να εξαρτάται από τη χρήση των δικών του πηγών.

1. Ανταμείβοντας την υγεία και όχι την ασθένεια.

Επειδή οι ασθενείς πρέπει να ασκήσουν κάποιο έλεγχο πάνω στη ζωή τους για να ξαναγίνουν υγείς, πολλοί σύζυγοι ή φίλοι επιβραβεύουν υποσυνείδητα την ασθένεια. Οι οικογένειες συχνά δείχνουν πιο πολύ αγάπη, υποστήριξη και φροντίδα όταν οι ασθενείς είναι αδύναμοι και αβοήθητοι. Αρχίζουν να ξεχνούν αυτά τα βραβεία μόλις οι ασθενείς γίνουν καλά.

Τα μέλη της οικογένειας και οι φίλοι πρέπει να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να κάνουν ο, τι μπορούν για τον εαυτό τους και να τους δώσουν αγάπη και στοργή ώστε να είναι ανεξάρτητοι και όχι αδύναμοι. Αν όλες οι ανταμοιβές πηγάζουν από το γεγονός ότι ο άνθρωπός μας είναι αδύναμος, τότε ο ασθενής θα θεωρήσει καλύτερο να είναι άρρωστος παρά να γίνει καλά.

Κάτι τέτοιο είναι πιθανότερο να συμβεί όταν τα μέλη της οικογένειας υπ<?τάσσουν σταθερά τις δικές τους ανάγκες στις ανάγκες των ασθενών. Αν καλλιεργηθεί μια ατμόσφαιρα στην οποία σπουδαίες είναι οι ανάγκες όλων -και όχι μόνο των ασθενών- ο ασθενής θα ενθαρρυνθεί να χρησιμοποιήσει τις δικές του πηγές για να προχωρήσει στην ανάρρωση.

Οι παρακάτω υποδείξεις θα σας βοηθήσουν να ανταμείβετε την υγεία:

1. Να ενθαρρύνετε τις προσπάθειες του ασθενή να φροντίζει τον εαυτό του. Πολλά μέλη της οικογένειας σπεύδουν να αναλάβουν τις ευθύνες του ασθενή και του αρνούνται έμπρακτα την ευκαιρία να φροντίζει τον εαυτό του. Συνήθως αυτό συνοδεύεται

από σχόλια όπως, «Είσαι άρρωστος, δεν πρέπει να στέκεσαι όρθιος και να γυροφέρνεις έτσι. Άσε να το κάνω εγώ αυτό». Έτσι απλά ενισχύετε την ασθένεια. Στους άρρωστους θα έπρεπε να επιτρέπεται να κάνουν πολλά πράγματα για τον εαυτό τους. Τα μέλη της οικογένειας θα έπρεπε τότε να σχολιάζουν τη δύναμη του αγαπημένου τους, «Είσαι σπουδαίος έτσι όπως φροντίζεις τον εαυτό σου» ή «Πραγματικά ευχαριστούμαστε όταν συμμετέχεις στις οικογενειακές δραστηριότητες».

2. Να σχολιάζετε τη βελτίωση του ασθενή. Οι άνθρωποι μερικές φορές είναι τόσο εστιασμένοι στην ασθένεια, που δε σχολιάζουν τα συμπτώματα βελτίωσης. Θυμηθείτε να παρατηρήσετε τα συμπτώματα βελτίωσής σας και πείτε στο αγαπημένο σας πρόσωπο πόσο ευχαριστηθήκατε για αυτό.

3. Αφιερώστε μέρος του χρόνου σας με τον ασθενή σε δραστηριότητες που δε σχετίζονται με την ασθένεια. Μερικές φορές φαίνεται πως οι επισκέψεις στο γιατρό, οι θεραπείες, η χορήγηση φαρμάκων και η απασχόληση με τους σωματικούς περιορισμούς, δεν αφήνουν άλλες δραστηριότητες εκτός από εκείνες που σχετίζονται με την ασθένεια. Αλλά για να δώσετε έμφαση στη ζωή και στην υγεία, πρέπει να αφιερώσετε χρόνο στην ενασχόληση με ευχάριστα πράγματα μαζί με τον ασθενή. Επειδή κάποιος έχει καρκίνο δε σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσει να περνάει καλά. Ακριβώς το αντίθετο. Όσο πιο ευχάριστη είναι η ζωή κάποιου καρκινοπαθή, τόσο περισσότερο νοιάζεται να μείνει ζωντανός.

4. Συνεχίστε να αφιερώνετε χρόνο στον ασθενή μέχρις ότου γίνει καλά. Όπως ειπώθηκε, πολλές οικογένειες προσφέρουν αγάπη και προσοχή στους ασθενείς όσο καιρό είναι άρρωστοι, ενώ τους αγνοούν όταν αρχίζουν να γίνονται καλά. Σε όλους μας αρέσει να μας προσέχουν. Αυτό σημαίνει ότι παίρνουμε την ανταμοιβή της προσοχής όταν είμαστε άρρωστοι μόνο και μόνο για να τη χάσουμε μόλις γίνουμε καλά. Έτσι, προσέξτε να δίνετε συνέχεια προσοχή και φροντίδα στη διάρκεια της ανάρρωσης.

Για να βεβαιωθεί ο ασθενής ότι το οικογενειακό του περιβάλλον ανταμείβει την υγεία και αποφεύγει τη διάσωση, πρέπει να δίνει προσοχή στις συναισθηματικές του ανάγκες. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι είναι δύσκολο και σίγουρα αντιβαίνει στον «μη

εγωιστικό» ρόλο που ενθαρρύνει η κοινωνία σαν ανταπόκριση στην ασθένεια. Αλλά αν παραιτηθείτε από τις ανάγκες σας για να εκπληρώσετε τις ανάγκες κάποιου άλλου, θα γεννηθεί μέσα σας μνησικακία και θυμός. Μπορεί να μη συνειδητοποιείτε αυτά τα συναισθήματα. Στην πραγματικότητα, η γυναίκα του ασθενή θα νουθετήσει με απότομο τρόπο τα παιδιά επειδή παραπονιούνται ότι πρέπει να αλλάξουν τη ζωή τους εξαιτίας της ασθένειας του πατέρα, αλλά ένα μέρος αυτής της τραχύτητας προέρχεται από το ότι η ίδια αποφεύγει τα δικά της συναισθήματα ματαιότητας και μνησικακίας.

Πολλές οικογένειες βάζουν πρώτα τις ανάγκες του ασθενή γιατί περιμένουν, ίσως υποσυνείδητα, ότι θα πεθάνει. Αυτή η προσδοκία εκφράζεται με σχόλια όπως, «Αυτοί μπορεί να είναι οι λίγοι τελευταίοι μήνες μου μαζί του και θέλω να είμαι βέβαιος ότι όλα θα είναι τέλεια». Αυτή η στάση έχει δύο σοβαρές συνέπειες, μνησικακία και αρνητική προσδοκία. Όπως έχουμε πει, η οικογένεια αρχίζει τελικά να μνησικακεί για τη μη αναγκαία αυτοθυσία, ενώ ο ασθενής μνησικακεί λόγω της ανάγκης να αισθάνονται ευγνωμοσύνη για την αυτοθυσία της οικογένειας του. Η ικανότητα της οικογένειας να διατηρεί λίγο πολύ φυσιολογικά ενδιαφέροντα χωρίς να κολακεύει τον ασθενή, θα μειώσει τη μνησικακία σε όλους.

Επιπλέον, η αυτοθυσία της οικογένειας δείχνει την πεποίθησή της ότι ο ασθενής θα πεθάνει. Αναβάλλοντας συζητήσεις ή μην κάνοντας μακροπρόθεσμα σχέδια ή αποφεύγοντας τις αναφορές στη σοβαρή ασθένεια ή στο θάνατο κάποιου γνωστού δείχνει επίσης την προσδοκία του θανάτου. Εκείνο που αποφεύγει κανείς είναι συνήθως εκείνο που φοβάται. Έτσι, με τις «παραλείψεις» τους οι οικογένειες εκφράζουν τις προσδοκίες τους. Και επειδή ο ρόλος που μπορούν να παίξουν οι προσδοκίες στην εξέλιξη του καρκίνου ή άλλων ασθενειών είναι σοβαρός, οι αρνητικές προσδοκίες της οικογένειας μειώνουν σοβαρά την ικανότητα του ασθενή να διατηρήσει μέσα του την ελπίδα.

Για αυτό μεταχειρίζεστε τον ασθενή σαν να περιμένετε να ζήσει. Η οικογένεια δεν είναι απαραίτητο να πιστεύει ότι ο ασθενής θα αναρρώσει οπωσδήποτε. Είναι απαραίτητο μόνο να πιστεύει ότι μπορεί να αναρρώσει.

Αλλά πιστεύω που μπορεί να μεταδίδουν οι οικογένειες στους ασθενείς είτε φανερά είτε με λεπτό τρόπο, είναι η αξιολόγησή τους για τη θεραπεία και την ικανότητα των γιατρών. Μπορεί να χρειαστεί να επανεξετάσετε τις δικές σας προσδοκίες και να προσπαθήσετε να αλλάξετε τα πιστεύω σας έτσι ώστε να γίνουν «υποστηρικτές» της όλης προσπάθειας της ανάρρωσης. Είστε μέρος του «συστήματος υποστήριξης» του ασθενή και για αυτό είναι σημαντικό να υποστηρίξετε την υγεία και την ανάρρωσή του.

Το ιδανικό είναι να τρέφει η οικογένεια θετικές προσδοκίες για τον ασθενή, ότι μπορεί να γίνει καλά και ότι η θεραπεία είναι ένας δυνατός, πανίσχυρος σύμμαχος. Αντιλαμβανόμαστε ότι μοιάζει να ζητάμε πάρα πολλά όταν η οικογένεια, όπως και ο ασθενής, έχουν αποδεχτεί τον κοινωνικό προγραμματισμό που λέει πως ο καρκίνος ισοδυναμεί με το θάνατο. Αλλά τα πιστεύω σας έχουν τεράστια σημασία.

2. Συμπληρώνοντας τις απαιτήσεις μιας ασθένειας μεγάλης διάρκειας.

Οι υποδείξεις που κάναμε για ξεκάθαρη, ειλικρινή επικοινωνία και τη διευθέτηση των αναγκών τόσο της οικογένειας όσο και του ασθενή βασίστηκαν στην εμπειρία συμβίωσης με καρκινοπαθείς επί πολλούς μήνες ή χρόνια. Το τίμημα για οποιαδήποτε άλλη επικοινωνία εκτός από την ειλικρινή ή τη σταθερή προσπάθεια διάσωσής του, είναι μια ζωή με ψεύτικους ρόλους. Η προσπάθεια να δράσετε θετικά ενώ δεν το αισθάνεστε, συνεπάγεται μια φοβερή απώλεια ενέργειας. Η ανειλικρινής στάση, όσον αφορά την πιθανότητα της υποτροπής ή του θανάτου, θα δημιουργήσει αποστάσεις και αδεξιότητα στη σχέση σας.

Η ανειλικρινής στάση καθρεφτίζεται και στη σωματική υγεία των μελών της οικογένειας. Το στρες της αντιμετώπισης μιας μακρόχρονης ασθένειας που απειλεί τη ζωή του ασθενή, μπορεί να απειλήσει και τη δική σας υγεία, εκτός και αν δείτε το πρόβλημα ανοιχτά. Φυσικά, η ειλικρίνεια συνεπάγεται πόνο, αλλά η εμπειρία μας έδειξε ότι είναι πολύ μικρός σε σύγκριση με τον πόνο της αναπόφευκτης απομόνωσης και την απόσταση που δημιουργείται όταν ο άνθρωπος δεν μπορεί να είναι ο εαυτός του.

Η οικογένεια μπορεί επίσης να ,δυσκολεύεται να στηρίξει συναισθηματικά τον ασθενή, πράγμα που οφείλεται στην ένταση της σχέσης σε αυτή τη φάση και στον παράγοντα ότι τα μέλη της οικογένειας έχουν και αυτά τις δικές τους ανάγκες. Όμως δεν υπάρχει κανόνας που να περιορίζει τη ζεστασιά και την υποστήριξη στο στενό οικογενειακό περιβάλλον αποκλειστικά και πολλοί ασθενείς ωφελούνται καθιερώνοντας φιλίες και δημιουργώντας σχέσεις με ανθρώπους έξω από την οικογένεια, που μπορούν να τους δώσουν ένα μέρος της αναγνώρισης που χρειάζονται. Η προσπάθεια του ασθενή να αντλήσει αγάπη και έξω από την οικογένεια δεν πρέπει να ερμηνεύεται σαν αποτυχία της οικογένειας. Δεν είναι λογικό να περιμένει κανείς από τα μέλη μιας οικογένειας να καλύψουν όλες τις συναισθηματικές ανάγκες του ασθενή και ταυτόχρονα να προσέχουν και τις δικές τους.

Τόσο ο ασθενής όσο και τα μέλη της οικογένειας μπορούν να ωφεληθούν από περιοδικές επισκέψεις σε συμβούλους για να επιλύσουν τις δυσκολίες ή να βρουν στήριγμα στην προσπάθειά τους να εκπληρώσουν τις ανάγκες τους, μια κατάσταση που μπορεί να δημιουργεί ενοχές. Όλο και πιο πολλοί ψυχολόγοι και σύμβουλοι εκπαιδεύονται στο να συμβουλεύουν καρκινοπαθείς και τις οικογένειές τους και οι περισσότερες κοινότητες έχουν για αυτό το θέμα ειδικούς ιερείς και θεραπευτές.

Η οικογενειακή συμβουλευτική είναι συχνά χρήσιμη στην επικοινωνία και στη δημιουργία ενός κλίματος ασφάλειας για την αντιμετώπιση των ζητημάτων που προκαλούν ένταση. Μπορεί επίσης να βοηθήσει τους ασθενείς να ασχοληθούν με μερικούς από τους παράγοντες που μπορεί να έχουν συνεισφέρει στην επιδεκτικότητά τους προς τον καρκίνο.

Το σχεδόν αναπόφευκτο οικονομικό βάρος που συνεπάγεται η παρατεταμένη ασθένεια είναι ένα δύσκολο θέμα που απαιτεί ειλικρίνεια. Το οικονομικό βάρος μπορεί να δημιουργεί ενοχές στα μέλη της οικογένειας επειδή ξοδεύουν χρήματα για τις δικές τους ανάγκες. Η κοινωνική αγωγή μας υποβάλλει την ιδέα ότι όσα διαθέσιμα χρήματα δεν έχουν ήδη δοθεί για τις διάφορες ανάγκες του ασθενή, θα πρέπει να αποταμιευτούν για τις κατοπινές ανάγκες του. Όμως και οι ασθενείς αισθάνονται ενοχή ξοδεύο-

ντας χρήματα, αφού η αιτία της οικονομικής στενότητας της οικογένειάς τους είναι η δική τους ασθένεια.

Όλα αυτά τα συναισθήματα μεγιστοποιούνται όταν τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του φτάνουν να πιστεύουν ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Η οικογένεια συχνά σπρώχνει τον ασθενή να ξοδέψει χρήματα, ενώ ο ασθενής μπορεί να αισθάνεται ότι «πετάνε» τα λεφτά για χάρη του ενώ θα έπρεπε να διοχετεύονται στα μέλη της οικογένειας «που έχουν ακόμη μια ολόκληρη ζωή μπροστά τους». Λίγες οικογένειες ισορροπούν εύκολα τις οικογενειακές . ανάγκες όλων των μελών τους, γιατί κάτι τέτοιο προϋποθέτει δημιουργική επίλυση του προβλήματος και ανοιχτή συζήτηση.

3. Μαθαίνοντας και αναπτύσσοντας.

Παρά τα πολύ σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζετε, αν θελήσετε να ασχοληθείτε ανοιχτά και ειλικρινά με την ασθένεια που απειλεί την ζωή του αγαπημένου σας, θα δείτε ότι αυτή η εμπειρία θα' συνεισφέρει και στη δική σας προσωπική ανάπτυξη. Πολλοί ασθενείς μας και οι οικογένειές τους ανέφεραν ότι η επικοινωνία που είχαν κατά τη διάρκεια της ασθένειας, έκανε τις σχέσεις τους πιο στενές και βαθιές.

Μια άλλη συνέπεια της ανοιχτής αντιμετώπισης της πιθανότητας θανάτου ενός αγαπημένου μας, είναι ότι αναγνωρίζουμε και αποδεχόμαστε τα δικά μας συναισθήματα γύρω από το θάνατο. Έχοντας αντικρίσει το θάνατο έμμεσα δε μας τρομάζει πια.

Παρατηρήσαμε σε προηγούμενα κεφάλαια ότι μερικοί ασθενείς που αντιμετώπισαν τον καρκίνο ανοιχτά και εργάστηκαν για να επηρεάσουν την πορεία της ασθένειάς τους, ανέπτυξαν μια ψυχολογική δύναμη μεγαλύτερη από εκείνη που είχαν πριν από την ασθένεια -ένιωθαν «καλύτερα από καλά». Το ίδιο ισχύει και για τις οικογένειές τους. Εκείνοι που αντικρίζουν τον καρκίνο με ειλικρίνεια και ανοιχτό μυαλό, μπορούν επίσης να γίνουν «καλύτερα από καλά». Είτε αναρρώσει ο ασθενής είτε όχι, η οικογένειά του μπορεί να αποκτήσει μια ψυχολογική δύναμη με την οποία θα ζήσει την υπόλοιπη ζωή της.

6. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΑΡΡΩΣΤΟ

Ο βαθμός της ικανοποίησης του αρρώστου από τη φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από, τη σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία της υγείας. Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες αφορούν: (α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον άρρωστο και (β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή (DiMatteo *et al.*, 1978 Korsch *et al.*, 1968' Wolf *et al.*, 1978' Ley 1988).

Εδώ θα δούμε: (α) την περιγραφή ορισμένων βασικών δεξιοτήτων ενεργητικής ακρόασης (*active listening skills*) μέσω των οποίων το προσωπικό υγείας ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφραστεί και ταυτόχρονα επιδιώκει να κατανοήσει τις εμπειρίες που αυτός βιώνει, (β) την περιγραφή των φραγμών που το προσωπικό υγείας χρησιμοποιεί κατά την επικοινωνία του με τον ασθενή και (γ) την αναφορά ορισμένων βασικών σταδίων που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αποτελεσματικότερη ενημέρωση του αρρώστου, ιδιαίτερα όταν αυτή περιλαμβάνει «δυσάρεστες ειδήσεις» σχετικά με την υγεία.

- **Ενεργητική ακρόαση.**

Συχνά το προσωπικό υγείας αναλαμβάνει το ρόλο του «ειδικού» που γνωρίζει, συμβουλεύει, ελέγχει και κατευθύνει τον άρρωστο. Σπάνια αφιερώνει χρόνο για να ακούσει τις εμπειρίες και τις ανησυχίες του. Ακόμα και όταν το κάνει, γρήγορα περιορίζει τη συζήτηση προσφέροντας συμβουλές, λύσεις, την προσωπική του άποψη σχετικά με την εξέλιξη της υγείας του αρρώστου ή τη στάση που «πρέπει» να τηρήσει στα θέματα που τον απασχολούν.

Η ενεργητική ακρόαση βάζει τον επαγγελματία της υγείας στο ρόλο του προσεκτικού «ακροατή». Και ενώ φαινομενικά μοιάζει απλή και εύκολη, στην πραγματικότητα, είναι μια πολύπλοκη διαδικασία που απαιτεί δεξιότητες τέτοιες ώστε ο «ακροατής» να καταλάβει το βαθύτερο νόημα όσων εκφράζει ο συνομιλητής του και ταυτόχρονα να του μεταδώσει το μήνυμα ότι τον κατανοεί και τον αποδέχεται.

Ο Carl Rogers (1961), εμπνευστής της προσωποκεντρικής προσέγγισης (person-centered approach), έδωσε ιδιαίτερη σημασία στα χαρακτηριστικά του επαγγελματία της ψυχικής υγείας τα οποία του επιτρέπουν να διαμορφώσει ένα «θεραπευτικό κλίμα» μέσα στο οποίο αναπτύσσεται μια σχέση εμπιστοσύνης με τον «πελάτη». Αυτά τα χαρακτηριστικά, που είναι εξίσου βασικά για τη σχέση που διαμορφώνει το προσωπικό υγείας με τον άρρωστο, περιλαμβάνουν:

☉ Την άνευ όρων αποδοχή του ατόμου (unconditional positive regard) η οποία εκφράζεται μέσα από το πηγαίο ενδιαφέρον του επαγγελματία της υγείας που δέχεται τον άρρωστο με όλες του τις ικανότητες, αδυναμίες ή ανεπάρκειες, χωρίς να θέτει όρους (π.χ. «μονάχα εάν θα είσαι έτσι ή αλλιώς ... θα σε αποδεχθώ»).

☉ Την ενσυναίσθηση (empathy) που εκφράζεται με την προσπάθεια του επαγγελματία να αντιληφθεί την πραγματικότητα μέσα από το πρίσμα από το οποίο τη βιώνει ο άρρωστος, μεταφέροντάς του το μήνυμα ότι τον κατανοεί.

☉ Την αυθεντικότητα (congruence or genuineness) η οποία προϋποθέτει τη «διαφάνεια» και «ειλικρίνεια» από την πλευρά του επαγγελματία ο οποίος συνειδητοποιεί πώς επηρεάζεται από τη σχέση με το συνομιλητή του, ενώ αποφεύγει να εκπέμπει «διπλά μηνύματα», προβάλλοντας κάτι διαφορετικό από αυτό που βιώνει.

Στην ουσία, ο επαγγελματίας της υγείας είναι σημαντικό να λειτουργεί ως «καταλύτης». Χωρίς να είναι ιδιαίτερα κατευθυντικός, ενθαρρύνει τον άρρωστο να εκφραστεί, να κατανοήσει και να αποδεχτεί τις εμπειρίες που βιώνει και επιπλέον να αξιοποιήσει τις δυνατότητές του. Οι δεξιότητες της ενεργητικής ακρόασης, που βρήκαν εφαρμογή στο χώρο της υγείας περιγράφηκαν αναλυτικά από τους συνεργάτες και μαθητές του Rogers (Cormier & Cormier, 1991 Egan, 1986 Ivey,

Gluckstern, Bradford-Ivey, 1993 Jessop, 1979 Lauver & Harvey, 1995 TΓvax & Mitchell, 1971). Αυτές περιλαμβάνουν ποικίλες δεξιότητες(Παπαδάτου, 1988-1994) που περιγράφονται συνοπτικά αμέσως παρακάτω.

- **1. Δεξιότητες που προσκαλούν και ενθαρρύνουν το άτομο να εκφραστεί.**

Οι δεξιότητες αυτές αποσκοπούν να ενθαρρύνουν τον άρρωστο να εκφραστεί και μεταδίδουν το μήνυμα ότι ο επαγγελματίας ενδιαφέρεται να το ακούσει. Ο επαγγελματίας εκφράζει τις προθέσεις και τη διαθεσιμότητά του τόσο μη λεκτικά (μέσω της «σωματικής γλώσσας»), όσο και λεκτικά.

▶ Στο μη λεκτικό επίπεδο η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Η συχνότητα με την οποία ο επαγγελματίας της υγείας και ο άρρωστος κοιτάζουν ο ένας τον άλλο εξαρτάται από την άνεση που νιώθουν στη σχέση που διαμορφώνουν, από το περιεχόμενο της συζήτησης και από τη συναισθηματική κατάσταση του καθενός. Όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη αναπτύσσεται μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια και η συχνότητα της αμοιβαίας οπτικής επαφής.

Η απόσταση μεταξύ δύο ατόμων, η θέση του καθενός και ο προσανατολισμός τους μέσα στο χώρο επηρεάζουν τις αντιλήψεις που διαμορφώνουν ο ένας για τον άλλο. Εξίσου σημαντική είναι και η συμβολική χρήση του χώρου - για παράδειγμα, το πώς ένα μέλος του προσωπικού παρεμβαίνει στο φυσικό και σωματικό χώρο του αρρώστου.

Η στάση, οι κινήσεις του σώματος και οι χειρονομίες δηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή αποφυγής. Ταυτόχρονα εκφράζουν τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου τη δεδομένη στιγμή. Όταν η συναισθηματική διάθεση βρίσκεται σε συμφωνία με το λεκτικό περιεχόμενο, ενισχύονται τα λεγόμενα του ομιλητή, ενώ όταν διαφέρει, τα μηνύματα που μεταδίδονται είναι αντιφατικά, «διπλά» (double messages) και λειτουργούν συγχυτικά στην επικοινωνία. Όταν το προσωπικό υγείας προσεγγίζει τον άρρωστο και ταυτόχρονα εκφράζει μέσα από το σώμα και τις κινήσεις του μια άνεση, τότε ενισχύει την αίσθηση εμπιστοσύνης και ασφάλειας του αρρώστου.

Είναι σημαντικό να παρατηρήσει κανείς τον τρόπο με τον οποίο ένας γιατρός, νοσηλευτής, ψυχολόγος ή άλλο μέλος του προσωπικού υγείας μπαίνει στο δωμάτιο του αρρώστου. Στέκεται όρθιος στο προσκέφαλο του κρεβατιού; Κάθεται δίπλα στον άρρωστο; Τον πλησιάζει ή διατηρεί αποστάσεις; Ασχολείται με νοσηλευτικές πράξεις αποφεύγοντας κάθε οπτική και φυσική επαφή ή τον κοιτάζει στα μάτια; Τα μηνύματα που ο επαγγελματίας εκπέμπει με το σώμα του δηλώνουν πόσο ενδιαφέρεται να ακούσει και πόσο προσεκτικά παρακολουθεί όσα εκφράζει ο άρρωστος.

▶ Στο λεκτικό επίπεδο οι δεξιότητες επικοινωνίας αποβλέπουν να προσκαλέσουν τον άρρωστο να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Ο επαγγελματίας της υγείας του παρέχει τον κατάλληλο «θεραπευτικό χώρο» για να εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς να κατακλύζεται από ερωτήσεις, να διακόπτεται ή να καθοδηγείται.

Αρχικά, οι ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν στον άρρωστο την ευκαιρία να οργανώσει, να αναπτύξει τις σκέψεις του και να απαντήσει περιγράφοντας προσωπικές εμπειρίες. Οι κλειστές ερωτήσεις αντίθετα, οδηγούν το άτομο να απαντήσει με μια ή δύο προκαθορισμένες λέξεις (ναι ή όχι) και μ' αυτό τον τρόπο περιορίζουν τη συζήτηση. Σε μερικές περιπτώσεις οι κλειστές ερωτήσεις είναι χρήσιμες, όπως, για παράδειγμα, για τον προσδιορισμό ή τη λήψη συγκεκριμένων πληροφοριών. Όταν όμως ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μοιραστεί ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις του, είναι σημαντικό οι ανοιχτές ερωτήσεις να διατυπώνονται με εκφράσεις που αρχίζουν με το «πώς» ή «τι», και σπανιότερα με το «γιατί» που δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση ότι ανακρίνεται, ιδιαίτερα όταν η έκφραση επαναλαμβάνεται. Για παράδειγμα, η ερώτηση «Πώς άλλαξε η ζωή σας από τότε που αρρωστήσατε;» προσκαλεί τον άρρωστο σε συζήτηση, σε αντίθεση με την κλειστή ερώτηση «Άλλαξε η ζωή σας από τότε που αρρωστήσατε;» που ωθεί τον ασθενή να δώσει μονολεκτική απάντηση.

Επίσης, οι ερωτήσεις πρέπει να είναι απλές και σύντομες, δίνοντας γενικές κατευθύνσεις στη συζήτηση και παρέχοντας την ευκαιρία επικέντρωσης σ' ένα συγκεκριμένο θέμα. Αντίθετα, όταν τίθενται ταυτόχρονα δύο ή περισσότερες "πότε έχετε πονο-

κεφάλους, πόσο διαρκούν και τι κάνετε για να τους αντιμετωπίσετε”, τότε οι απαντήσεις μπορεί να είναι συγκεχυμένες.

Πολλές φορές, οι επαγγελματίες της υγείας αναρωτιούνται «τι να πρέπει να πουν” ή «τι να ρωτήσουν,>. Ωστόσο, στα πλαίσια της ενεργητικής ακρόασης δεν είναι τόσο σημαντικό τι λέει ο επαγγελματίας, όσο τι επιτρέπει στον άρρωστο να πει. Οι ερωτήσεις, που θέτει πρέπει να επικεντρώνονται στο περιεχόμενο των θεμάτων που εκφράζει ο ασθενής. Τηρώντας μια λεκτική ακολουθία, αποφεύγει να εισαγάγει νέα θέματα προς συζήτηση.

Η χρήση ενθαρρυντικών προτροπών (π.χ. «Ναι..», «Πέστε μου περισσότερα γι' αυτό», «Αλήθεια;», «Δηλαδή;», «Και τότε...» «Χμ...» κ.λπ.) ενθαρρύνουν τον άρρωστο να εκφραστεί και δηλώνουν το ενδιαφέρον του επαγγελματία.

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διατηρείται ουδετερότητα σε όσα λέει ο άρρωστος και να αποφεύγονται σχόλια όπως «Τι φοβερό...», «Μπράβο, φερθήκατε όπως έπρεπε», «Καταπληκτικά!», «Έχετε απόλυτο δίκιο, στη συγκεκριμένη περίπτωση έφταιγε ο...

Παρόμοια σχόλια επηρεάζουν το άτομο και προκαταλαμβάνουν την κατεύθυνση της συζήτησης.

Τέλος, η αποδοχή της σιωπής του αρρώστου μπορεί να έχει θεραπευτικές επιπτώσεις. Παρέχει στο άτομο το χρόνο και την ευκαιρία να έρθει σε επαφή με βαθύτερα συναισθήματα ή σκέψεις. Συχνά, όμως, η σιωπή φέρνει σε αμηχανία το προσωπικό υγείας που δυστυχώς παρεμβαίνει με ερωτήσεις ή σχόλια για να καλύψει το «κενό»

- **2. Δεξιότητες που παρέχουν την αίσθηση κατανόησης και αποδοχής.**

Η αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει την κατανόηση του αρρώστου και των εμπειριών που εκφράζει. Απαιτεί δεξιότητες και ταυτόχρονα την ειλικρινή πρόθεση του επαγγελματία της υγείας να καταλάβει όσα απασχολούν τον άρρωστο. Δεν αρκεί όμως μόνο να τον καταλάβει, αλλά ταυτόχρονα πρέπει και να του μεταδώσει το μήνυμα ότι είναι κατανοητός και αποδεκτός. Ο στόχος αυτός επιτυγχάνεται μέσω της δεξιότητα της επανάληψης (restatement), της δεξιότητας της παράφρασης (paraphrase), της αντανάκλασης του συναισθήματος και της σύνοψης του περιεχομένου της συζήτησης

(α) *Επανάληψη.* Ο επαγγελματίας επαναλαμβάνει μια λέξη ή μέρος από τα λεγόμενα του ασθενή που εκφράζουν τη συναισθηματική φόρτιση της στιγμής.

Άρρωστη: «Έχω φοβερό άγχος και αγωνία για την αυριανή εγχείρηση. Ξέρετε, μου είναι αδύνατο να κοιμηθώ. Μόλις σβήσω το φως, αυτές οι τρομακτικές σκέψεις με κρατούν ξάγρυπνη.»

Νοσηλεύτης: «...αυτές οι τρομακτικές σκέψεις...»

Η τεχνική της επανάληψης πρέπει να χρησιμοποιείται πολύ σπάνια και με στόχο να τονίσει μερικά σημεία από την ομιλία του ατόμου ή προκειμένου να ενθαρρύνει τη συνέχιση της συζήτησης προς μια συγκεκριμένη ,κατεύθυνση. Όταν όμως χρησιμοποιείται συστηματικά, εμποδίζει και περιορίζει την πορεία της συζήτησης.

(β) *Παράφραση.* Ο επαγγελματίας της υγείας εκφράζει με δικά του λόγια το νόημα όσων, μοιράστηκε μαζί του ο συνομιλητής του. Προσπαθεί να κατανοήσει την ουσία και να μεταδώσει περιληπτικά αυτό που κατάλαβε. Ο ασθενής, με τη σειρά του, έχει τη δυνατότητα να διορθώσει τυχόν παρερμηνείες, ενώ παράλληλα αισθάνεται ότι έχει γίνει κατανοητός. Η εισαγωγή μιας παραφραστικής απάντησης μπορεί να διατυπωθεί

με τον ακόλουθο τρόπο: «Δηλαδή, αυτό που λέτε είναι...», ή «Εκείνο που ακούω ότι σας απασχολεί είναι...», «Φαίνεται ότι...», «Με λίγα λόγια...».

Άρρωστος: «Δεν κοιμήθηκα όλο το βράδυ! Σκεφτόμουν αν έπρεπε να δεχθώ να υποβληθώ σε έναν ακόμη κύκλο χημειοθεραπείας ή να αρνηθώ εφόσον τα φάρμακα δεν έχουν πια κανένα θετικό αποτέλεσμα... Εσείς τι με συμβουλεύετε να κάνω;»

Γιατρός: «Δείχνετε να αμφισβητείτε την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και αντιμετωπίζετε το δίλημμα αν θα τη , συνεχίσετε ή θα τη διακόψετε.»

Η χρησιμότητα της παράφρασης είναι ανεκτίμητη, όταν η συζήτηση στρέφεται σε δύσκολα και συναισθηματικά φορτισμένα θέματα. Μ' αυτό τον τρόπο, ο επαγγελματίας δεν οδηγείται σε αυθαίρετες υποθέσεις ή συμπεράσματα σχετικά με το τι βιώνει το άτομο. Η παράφραση επιτρέπει στους δύο συνομιλητές να διαπιστώσουν ότι βρίσκονται στο «ίδιο μήκος κύματος» και προτρέπει τον άρρωστο να επεκτείνει τη συζήτηση καθώς νιώθει ότι γίνεται κατανοητός.

(γ) *Αντανάκλαση συναισθήματος.* Ο επαγγελματίας της υγείας αναγνωρίζει και ανατροφοδοτεί τον άρρωστο με την υποκειμενική του συναισθηματική εμπειρία. Επικεντρώνεται στα συναισθήματα που εκφράζει ο ασθενής και λειτουργεί ως «Καθρέφτης» των συναισθημάτων αυτών. Μ' αυτό τον τρόπο, ο άρρωστος συνειδητοποιεί καλύτερα τη συναισθηματική του κατάσταση και ενθαρρύνεται να εκφραστεί ελεύθερα.

Άρρωστος: «Άλλη φορά, όταν χτυπώ το κουδούνι, να έρχεστε πιο γρήγορα... μπορεί να μου συμβαίνει κάτι σοβαρό.» *Νοσηλεύτης:* «Μοιάζει να φοβάστε μήπως μείνετε αβοήθητος άμα σας συμβεί κάτι σοβαρό.»

Ο επαγγελματίας της υγείας παρατηρεί και διακρίνει τα συναισθηματικά στοιχεία που ενυπάρχουν σε όσα εκφράζει ο άρρωστος στο λεκτικό ή στο μη λεκτικό επίπεδο (με τη χροιά της φωνής, την έκφραση του προσώπου, τη στάση του σώματος κ.λ.π.) και τα συνοψίζει με ακρίβεια.

(δ) *Σύνοψη του περιεχομένου της συζήτησης.* Στο τέλος της συζήτησης, ο επαγγελματίας της υγείας διατυπώνει εν συντομία τα κυριότερα θέματα ή συναισθήματα που εκφράστηκαν και απασχόλησαν τον άρρωστο στη διάρκεια όλης της συζήτησης. Η διαδι-

κασία της σύνοψης δεν περιλαμβάνει νέες ιδέες, αλλά οργανώνει το περιεχόμενο όσων συζητήθηκαν, ώστε να είναι κατανοητά για τον ασθενή. Με τον τρόπο αυτό του παρέχεται η ευκαιρία να έχει μια σφαιρική εικόνα των εμπειριών που βιώνει.

Συμπερασματικά, οι παραπάνω δεξιότητες αποτελούν χρήσιμα «εργαλεία» στη διάθεση των μελών του προσωπικού υγείας και συμβάλλουν στην κατανόηση του αρρώστου ή /και των συγγενών. Παρ' όλα αυτά, η χρήση τους είναι αποτελεσματική μόνο όταν συνοδεύεται από την πηγαία και ειλικρινή διάθεση του επαγγελματία να λειτουργήσει ως «ακροατής» και να κατανοήσει πως ο άρρωστος βιώνει την αρρώστια και τις επιπτώσεις που έχει στη ζωή του. Μερικές φορές, η ενεργητική ακρόαση αποτελεί μια οδυνηρή διαδικασία, καθώς φέρνει στην επιφάνεια τα βαθύτερα συναισθήματα, τις αναπαραστάσεις και τους προβληματισμούς του αρρώστου. Όταν συμβαίνει αυτό, είναι σημαντικό να αποφεύγονται οι συμβουλές και λύσεις. Η απλή «ακρόαση» και "συνοδεία» του αρρώστου είναι συχνά αρκετή, για να τον κάνει να νιώσει ότι "ξαναβρίσκει» τον εαυτό του σε μια περίοδο που απειλείται με αποδιοργάνωση. Προϋποθέτει την ενεργό παρουσία του προσωπικού υγείας που σέβεται τον ασθενή και έχει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του να χειριστεί δύσκολες εμπειρίες.

- **Φραγμοί επικοινωνίας.**

Μια από τις βασικότερες αιτίες που το προσωπικό υγείας δυσκολεύεται ή /και αποτυγχάνει να ακούσει και να κατανοήσει τον άρρωστο είναι η χρήση φραγμών επικοινωνίας. Οι φραγμοί επικοινωνίας πηγάζουν τόσο από κάποιες κοινωνικές ή προσωπικές συνήθειες, όσο και από τις προσωπικές ανάγκες του επαγγελματία της υγείας να λειτουργήσει ως "δάσκαλος», «σύμβουλος», "γονέας», «σωτήρας», με αποτέλεσμα να συμβουλευεί, να καθοδηγεί, να ηθικολογεί και να κρίνει τη συμπεριφορά του συνομιλητή του (Lauver & Harvey, 1995). Έτσι πολύ σύντομα από «ακροατής» μετατρέπεται σε «ομιλητή», εμποδίζοντας τον άρρωστο να εκφράσει αυτό που τον απασχολεί. Ορισμένοι από τους συνηθέστερους φραγμούς περιλαμβάνουν:

1. *Αλληπάλληλες ερωτήσεις.* Συχνά επικρατεί η λανθασμένη πεποίθηση ότι όσες περισσότερες ερωτήσεις θέσει ο επαγγελματίας της υγείας, τόσες περισσότερες πληροφορίες θα συλλέξει για να κατανοήσει τον άρρωστο. Οι πολλές ερωτήσεις δίνουν την αίσθηση της ανάκρισης και εμποδίζουν την ελεύθερη έκφραση.
2. *Κήρυγμα, ηθικολογία.* Συχνά το προσωπικό υγείας ηθικολογεί καθοδηγώντας τον άρρωστο στο πώς «πρέπει» να νιώθει, να σκέπτεται ή να συμπεριφέρεται.
3. *Κριτική.* Η κριτική μειώνει τον άρρωστο και εμποδίζει την ανεπιφύλακτη αποδοχή του, και συγχρόνως έχει ως αποτέλεσμα να ενισχύει την αμυντική ή την επιθετική στάση Του ασθενή. Μερικές φορές η κριτική συνοδεύεται από αρνητικούς χαρακτηρισμούς που τον υποβιβάζουν (π.χ. «Είστε πολύ δύσκολος και απαιτητικός ασθενής»).
4. *Συμβουλή, καθοδήγηση.* Η ευκολία με την οποία το προσωπικό υγείας δίνει συμβουλές, συστάσεις, απαντήσεις ή λύσεις στα προβλήματα του αρρώστου είναι εντυπωσιακή. Η καθοδήγηση δρα αρνητικά στη διαπροσωπική σχέση και δημιουργεί στον ασθενή την αίσθηση ότι δεν ορίζει τις καταστάσεις και δεν είναι ικανός να αντεπεξέλθει στις δυσκολίες.
5. *Εφησυχασμός, παρηγοριά.* Συχνά με τη χρήση πρόωρου εφησυχασμού (π.χ. «Μην ανησυχείτε, όλα θα πάνε καλά»), το προσωπικό υγείας αποφεύγει να αναγνωρίσει και να συζητήσει τα οδυνηρά συναισθήματα ή τις δυσάρεστες σκέψεις του αρρώστου, με αποτέλεσμα να παραγνωρίζονται οι βαθύτερες αιτίες των προβληματισμών του.

6. *Εκλογίκευση ή ελαχιστοποίηση των ανησυχιών.* Όταν ο άρρωστος βρίσκεται σε συναισθηματική φόρτιση, το προσωπικό υγείας επιδιώκει με λογικά επιχειρήματα να τον «συνετίσει», αγνοώντας τα συναισθήματά του ή /και υποτιμώντας τις ανησυχίες του.
7. *Απειλή, προειδοποίηση.* Με την απειλή το προσωπικό υγείας επιδιώκει να ελέγξει τη συμπεριφορά του αρρώστου, γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συνεργασία μαζί του.
8. *Αποφυγή ή αλλαγή στο θέμα της συζήτησης.* Όταν ο επαγγελματίας νιώθει αμηχανία σε κάποιο σημείο της συζήτησης ή αδυναμία να χειριστεί τις αντιδράσεις του αρρώστου, αποφεύγει συχνά το θέμα, θέτει ερωτήσεις που αποπροσανατολίζουν τον άρρωστο ή αρχίζει να μιλά ο ίδιος.

Αν και οι παραπάνω φραγμοί μπορεί να μοιάζουν ανώδυνη στην πραγματικότητα αποτελούν «συμπεριφορές υψηλού κινδύνου», καθώς παρεμποδίζουν την επικοινωνία και αποξενώνουν τους συνομιλητές

- ***Ενημέρωση του αρρώστου.***

Πολύ συχνά ο άρρωστος που ενημερώνεται σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την εξέλιξη της υγείας του, δεν κατανοεί ή παρερμηνεύει την πληροφόρηση που δέχεται Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Ley, 1988), οι αιτίες είναι πολλές:

(α) το προσωπικό υγείας παρέχει πληροφορίες που είναι δυσνόητες, (β) ο άρρωστος διστάζει να θέσει ερωτήσεις, ακόμα και όταν επιθυμεί να μάθει περισσότερα για την κατάσταση της υγείας του και (γ) ο άρρωστος βασίζεται σε μια προσωπική υποκειμενική θεώρηση για την αρρώστια του, μέσα από την οποία επεξεργάζεται και συχνά παρερμηνεύει τις πληροφορίες που δέχεται.

Η αποφυγή της ενημέρωσης του αρρώστου εμφανίζεται συχνότερα στις περιπτώσεις όπου η ασθένεια από την οποία πάσχει θεωρείται μη κατανοητή, κατά συνέπεια μ-

στηριώδης, και συνοδεύεται από κοινωνικές προκαταλήψεις. Στη χώρα μας, για παράδειγμα, η διάγνωση του καρκίνου γνωστοποιείται, τις περισσότερες φορές, στην οικογένεια και όχι στον ίδιο τον ασθενή. υιοθετείται μια τακτική αοριστολογίας που πηγάζει από την πεποίθηση ότι ο άρρωστος πρέπει να προφυλαχθεί από τη γνώση ότι μπορεί να πεθάνει. Ωστόσο, σύμφωνα με τη Sontag (1993), η σύγχρονη άρνηση του θανάτου δεν δικαιολογεί τη συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και των συγγενών που αποκρύπτουν την αλήθεια ή ψεύδονται. Οι αιτίες της μη ενημέρωσης είναι πολύ βαθύτερες και άμεσα συνδεδεμένες με τους συμβολισμούς που αποδίδονται σε ορισμένες ασθένειες. Για παράδειγμα, ένα άτομο που έχει υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου μπορεί να έχει τις ίδιες πιθανότητες να πεθάνει μέσα σε λίγα χρόνια από ένα νέο επεισόδιο με αυτές που έχει και ένα άτομο που πάσχει από καρκίνο. Παρ' όλα αυτά, κανείς δεν κρύβει την αλήθεια από τον καρδιοπαθή, καθώς το έμφραγμα δεν θεωρείται γεγονός που προκαλεί ντροπή. Υποδηλώνει αδυναμία, οργανική βλάβη ή βιολογική ανεπάρκεια. Αντίθετα η διάγνωση του καρκίνου αποκρύπτεται από τον άρρωστο, γιατί είναι μια ασθένεια που στην αντίληψη της ευρύτερης κοινωνίας ισοδυναμεί με θανατική καταδίκη και ταυτόχρονα θεωρείται αποτρόπαια και «κακιά» αρρώστια. Οι αναπαραστάσεις που περιβάλλουν ασθένειες όπως ο καρκίνος ή το AIDS είναι συχνά οδυνηρότερες για τον άρρωστο και την οικογένειά του από την ίδια την πραγματικότητα της νόσου (Sontag, 1993).

Όμως πέρα από τις κοινωνικές προκαταλήψεις που επικρατούν σε σχέση με ορισμένες αρρώστιες, ένα σύνολο παραγόντων άμεσα συνδεδεμένων με τις δυσκολίες του προσωπικού υγείας~ παρεμποδίζουν την ανακοίνωση «δυσάρεστων πληροφοριών» (Αναγνωστόπουλος & Ιακωβίδης, 1993' Buckman, 1992). Μερικοί από τους σημαντικότερους παράγοντες περιλαμβάνουν:

- Το φόβο της πρόκλησης ψυχικού πόνου από την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό έχει εκπαιδευτεί να ανακουφίζει ή να ελαττώνει τον πόνο του αρρώστου και συχνά είναι διστακτικό και απρόθυμο να τον υποβάλει σε μια ψυχική δοκιμασία.

● Την αδυναμία χειρισμού των αντιδράσεων του αρρώστου Συχνά το προσωπικό υγείας δεν διαθέτει τις γνώσεις και τις δεξιότητες να χειριστεί τις έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις του αρρώστου (κλάμα, οργή, απελπισία, πανικός κ.λ.π.). Βιώνει αμηχανία και συχνά αποφεύγει να αναστατώσει τον άρρωστο. Μια από τις συνηθέστερες αντιδράσεις των ασθενών είναι η εκδήλωση επιθετικότητας, με την απόδοση κατηγοριών, στο μέλος του προσωπικού υγείας που

αναγγέλλει τις δυσάρεστες ειδήσεις. Οι πληροφορίες «προσωποποιούνται», παίρνουν «μορφή», και ο /η γιατρός, ή η /ο νοσηλεύτρια /τής που εκπροσωπεί την εξουσία, τη γνώση και την επιστήμη, γίνεται στόχος της οργής του αρρώστου. Η δυσκολία επομένως του επαγγελματία υγείας αφορά κυρίως το χειρισμό των κατηγοριών και της επιθετικότητας που του απευθύνει ο ασθενής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο επαγγελματίας φοβάται ότι με την αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων, ο άρρωστος θα αρνηθεί την προτεινόμενη αγωγή ή θα διακόψει τη συνεργασία.

● Το Φόβο της έκφρασης προσωπικών συναισθημάτων μπροστά στην ψυχική οδύνη που βιώνει ο άρρωστος. Το προσωπικό υγείας έχει εκπαιδευτεί να πιστεύει ότι πρέπει να συμπεριφέρεται με αυτοκυριαρχία και ψυχραιμία, να τηρεί αποστάσεις από τους ασθενείς και να καταπνίγει ενδεχόμενα συναισθήματα συμπάθειας, θυμού ή λύπης. Η πεποίθηση ότι οι εμπειρίες των αρρώστων δεν πρέπει να επηρεάζουν τους επαγγελματίες της υγείας εντείνουν την απώθηση συναισθημάτων που παραμένουν ανεπεξέργαστα και τους απειλούν. Παράλληλα, η σοβαρότητα της κατάστασης του αρρώστου και η πιθανότητα θανάτου ανακινούν έντονα συναισθήματα που πηγάζουν από τις προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες που έχει ο επαγγελματίας σχετικά με την αρρώστια, το θάνατο και την πορεία προς αυτόν. Όταν αναβιώνουν προϋπάρχοντα άλυτα προσωπικά βιώματα σε σχέση με τα θέματα αυτά, τότε παρεμποδίζεται η αποτελεσματική λειτουργία και παροχή υπηρεσιών.

● Το φόβο της αμφισβήτησης του «παντοδύναμου» που το προσωπικό υγείας υιοθετεί. Η εντυπωσιακή πρόοδος της ιατρικής έχει ενισχύσει την ψευδαίσθηση ότι όλες σχεδόν οι ασθένειες θεραπεύονται. Η επιστήμη μοιάζει να διαθέτει απαντήσεις και λύσεις για

όλα τα προβλήματα υγείας, γεγονός που ενισχύει την αντίληψη της παντοδυναμίας του προσωπικού υγείας. Κι ενώ ο /η γιατρός και η /ο νοσηλεύτρια /τής επιστρατεύονται για να θεραπεύσουν τον άρρωστο, έρχονται σε αντίθεση με τους στόχους τους όταν καλούνται να τον πληροφορήσουν ότι δεν διαθέτουν πλέον τα μέσα για να τον κάνουν καλά ή ότι η πορεία της υγείας του «δεν ελέγχεται». Ο φόβος της θεραπευτικής αποτυχίας βρίσκει το προσωπικό υγείας ανέτοιμο να χειριστεί τις επιπτώσεις. Επιπρόσθετα, η αβέβαια η πρόγνωση, η άγνωστη αιτιολογία μιας αρρώστιας και οι “δύσκολες” ερωτήσεις που θέτει ο ασθενής αυξάνουν το άγχος του προσωπικού υγείας που αποφεύγει να ενημερώσει ή να ομολογήσει ότι «δεν γνωρίζει», γεγονός που προσβάλλει το κύρος, την παντογνωσία και την Παντοδυναμία του.

Το δίλημμα εάν «πρέπει ή δεν πρέπει» να ενημερώνεται ο άρρωστος αποτελεί ψευτοδίλημμα, αφού η πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμά του. Τόσο η «πλήρης», χωρίς ευαισθησία ενημέρωση, όσο και η παντελής απόκρυψη της αλήθειας έχουν σοβαρές αρνητικές συνέπειες και είναι εξίσου τραυματικές. Και στις δύο περιπτώσεις ανταποκρίνονται περισσότερο στις ανάγκες του προσωπικού υγείας και λιγότερο σ' εκείνες του αρρώστου.

Για να δεχθεί ο ασθενής την αρρώστια του, πρέπει να την ονομάσει, να την κατανοήσει και να διορθώσει τις εσφαλμένες αναπαραστάσεις που ενδεχόμενα τη συνοδεύουν. Το πραγματικό λοιπόν ερώτημα που τίθεται είναι «πώς» το προσωπικό υγείας θα ενημερώσει το συγκεκριμένο ασθενή.

Η αναγγελία «δυσάρεστων ειδήσεων» πρέπει να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να διευκολύνεται η κατανόηση και αποδοχή τους, ενώ ταυτόχρονα να μειώνεται η πιθανότητα αντιδράσεων άρνησης, αποδιοργάνωσης, αμφιθυμίας ή η υιοθέτηση παράλογων προσδοκιών (Faulkner, Maguire, Regnard, 1994). Όταν ο επαγγελματίας της υγείας εξατομικεύει την ενημέρωση, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ένα σύνολο παραγόντων που περιλαμβάνουν την ηλικία, το κοινωνικομορφωτικό επίπεδο, τις ανάγκες του αρρώστου για πληροφόρηση, την ψυχολογική του κατάσταση και τη διαθεσιμότητα του υποστηρικτικού του δικτύου.

Η ανακοίνωση των «δυσάρεστων πληροφοριών» προϋποθέτει τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας και τη διαθεσιμότητα των επαγγελματιών που υποστηρίζουν τον άρρωστο όταν εκφράζει φόβους, ανησυχίες, θυμό ή άλλα οδυνηρά συναισθήματα. Ο Buckman (1992,) προτείνει ένα μοντέλο έξι διαδοχικών σταδίων που μπορούν να καθοδηγήσουν το προσωπικό υγείας στην αναγγελία «δυσάρεστων» ειδήσεων όσον αφορά τη διάγνωση την υποτροπή, τα αποτελέσματα ιατρικών εξετάσεων ή άλλες «δύσκολες» ερωτήσεις στις οποίες καλείτε να απαντήσει.

➡ **Στόχος 1: Διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης.**

Ο πρώτος στόχος αφορά την εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που επιτρέπει τη διεξαγωγή μιας συζήτησης, μεταξύ ειδικού και αρρώστου, χωρίς διακοπές ή διασπάσεις. Η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων από το τηλέφωνο ή «στο πόδι» μέσα στους διαδρόμους του νοσοκομείου περιορίζει κάθε δυνατότητα ουσιαστικής επικοινωνίας. Απαιτεί χρόνο και διαθεσιμότητα, καθώς όσο σημαντικό είναι το τι θα πει ο γιατρός ή ο νοσηλευτής, άλλο τόσο σημαντικό είναι το τι επιθυμεί να ρωτήσει ή να εκφράσει ο άρρωστος. Πριν δοθεί οποιαδήποτε πληροφορία, είναι χρήσιμο να ενθαρρύνεται ο ασθενής να προσκαλέσει οποιονδήποτε επιθυμεί να παρευρίσκεται στην ενημέρωση. Το προσωπικό υγείας πρέπει να αποφεύγει να αναθέτει στον άρρωστο την ευθύνη της πληροφόρησης του άμεσου συγγενικού περιβάλλοντος και αντιστρόφως.

➡ **Στόχος, 2: Διερεύνηση των γνώσεων του αρρώστου σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.**

Ο δεύτερος στόχος αποβλέπει στη διερεύνηση των αντιλήψεων που έχει το άτομο για την κατάσταση της υγείας του, δηλαδή πόσο ευάλωτο αξιολογεί τον εαυτό του, πώς ερμηνεύει τα συμπτώματά του και πόσο σοβαρά ή απειλητικά τα θεωρεί. Μ' αυτό τον τρόπο, ο επαγγελματίας της υγείας εκτιμά κατά πόσο η αντίληψη που έχει ο άρρωστος για την κατάσταση της υγείας Του απέχει από την πραγματικότητα και ποιο είναι το επίπεδο των γνώσεών του. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στον τρόπο με τον Οποίο εκφράζει ή αποφεύγει να εκφράσει τις ανησυχίες του, Ποιες λέξεις χρησιμοποιεί όταν μιλά για το σώμα ή την ασθένειά Του Και πώς εκδηλώνει τα συναισθήματά του.

➡ **Στόχος 3: Εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σχετικά με την πληροφόρησή του.**

Είναι σημαντικό να ρωτάται ευθέως το άτομο «πόσα» και «τι» επιθυμεί να γνωρίζει τη συγκεκριμένη στιγμή σχετικά με την αρρώστια, τη θεραπεία και την πρόγνωση. Έρευνες επισημαίνουν ότι ακόμα και όταν τα νέα είναι δυσάρεστα, οι περισσότεροι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες οι οποίες, αν και παροδικά αυξάνουν το άγχος, ωστόσο παρέχουν μια αίσθηση ελέγχου (Joubert & Lasagna, 1975' Fleckenstein, 1977). Ο φόβος των επαγγελματιών υγείας, ότι η «πλήρης» ενημέρωση μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, δεν επαληθεύεται σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα (Morris & Kanouse, 1982' Ley, 1988).

➡ **Στόχος 4: Παροχή πληροφοριών.**

Έχοντας υπόψη τις ανάγκες του αρρώστου, το προσωπικό υγείας αρχίζει την ενημέρωσή του τονίζοντας πρώτα τα σημεία που έχει ήδη επισημάνει ο ασθενής που περιγράφει την κατάσταση της υγείας του και αναφέρει τις ανησυχίες του. Οι πληροφορίες που παρέχει ο επαγγελματίας προσαρμόζονται στο επίπεδο των γνώσεων του αρρώστου, ενώ ταυτόχρονα γίνεται μια συνειδητή προσπάθεια εκπαίδευσής του. Οι ια-

τρικοί όροι αποφεύγονται ή επεξηγούνται. Η συνήθης ορολογία που χρησιμοποιείται από το προσωπικό υγείας (π.χ. λοίμωξη, ύφεση, υποτροπή, μετάσταση κ.λ.π.) δεν είναι αυτονόητα κατανοητή από τους περισσότερους ασθενείς. Τα «θετικά» αποτελέσματα μιας εξέτασης μπορεί να παρερμηνευθούν ως «καλά» από τον άρρωστο. Έρευνες επισημαίνουν ότι οι γνώσεις σχετικά με τη λειτουργία και τον εντοπισμό των οργάνων του σώματος είναι λανθασμένες σε υψηλό ποσοστό (Boyle, 1970). Το ίδιο ισχύει για τις διαγνώσεις κοινών ασθενειών (π.χ. αρθρίτιδα, βρογχίτιδα, ίκτερος, υπέρταση κ.λ.π.), αλλά και για την πρόγνυσή τους (Tring & Hayes-Allen, 1973).

Οι φράσεις και λέξεις που χρησιμοποιεί το προσωπικό υγείας, όταν πληροφορεί τον άρρωστο, αποτυπώνονται βαθιά στη μνήμη του τελευταίου και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την προσαρμογή του στην αρρώστια και τις επιπτώσεις της, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσει με το μέλος του προσωπικού υγείας που του ανακοινώνει τις «δυσάρεστες ειδήσεις».

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αποφεύγονται λέξεις συναισθηματικά φορτισμένες (π.χ. «Αυτή είναι μια "κακιά" αρρώστια», «Τα πράγματα είναι άσχημα ακροβατούμε...», «Δυστυχώς, θα είστε ανάπηρος» κ.λ.π.). Παράλληλα, είναι βοηθητικό να τονίζονται οι δυνατότητες του αρρώστου (τι θα μπορεί να κάνει), χωρίς η πληροφόρηση να εστιάζεται αποκλειστικά στους περιορισμούς και τα προβλήματα που θα προκύψουν από την αρρώστια, από ενδεχόμενη αναπηρία και από τη θεραπεία του.

Το ίδιο σημαντικό είναι και η αποφυγή ποσοσטיαίων προγνωστικών εκτιμήσεων όσον αφορά τις πιθανότητες ίασης ή τη χρονική διάρκεια επιβίωσης. Οι στατιστικές ενδείξεις (π.χ. «Έχετε πιθανότητες 60% να θεραπευθείτε» ή «Ο μέσος όρος επιβίωσης για τη συγκεκριμένη αρρώστια είναι δύο χρόνια»), μπορεί να μην ανταποκρίνονται στην περίπτωση του αρρώστου ή να τον αποθαρρύνουν. Άλλοτε, πάλι, τον προκαταβάλλουν και τον προδιαθέτουν αρνητικά, με αποτέλεσμα να εκπληρώνονται οι φόβοι του και ταυτόχρονα οι προβλέψεις του γιατρού.

Όταν η πληροφόρηση παρέχεται σε μικρές δόσεις, τότε ελέγχεται η κατανόησή της και διευκρινίζονται τυχόν ασάφειες, παρερμηνείες ή απορίες. Η συχνή επανάληψη των κυριότερων σημείων, συνοδευόμενη από έντυπο ενημερωτικό υλικό, γραπτές οδηγίες ή διαγράμματα, ενισχύει την αφομοίωση των πληροφοριών και συμβάλλει στην απομνημόνευσή τους.

Κι ενώ ο επαγγελματίας της υγείας έχει ένα νοητικό πλάνο σχετικά με τα βασικά σημεία που επιδιώκει να περιλάβει στην ενημέρωση του αρρώστου, ταυτόχρονα ακούει προσεκτικά τις ερωτήσεις και αγωνίες του και προσαρμόζει ανάλογα και την πληροφόρηση του. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να δίνει ψεύτικες ελπίδες και επιφανειακού εφησυχασμούς, διότι έτσι παρεμποδίζεται η συνειδητοποίηση της πραγματικότητας και η προσαρμογή του αρρώστου σ' αυτή.

➡ **Στόχος 5: Αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών.**

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η ικανοποίηση του αρρώστου από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται' εξαρτάται και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικά γι' αυτόν. Οι ανησυχίες μπορεί να ποικίλλουν. Σε ορισμένες περιπτώσεις δεν αφορούν τον ίδιο, αλλά σημαντικά άτομα στο περιβάλλον του. Αν και δεν μπορούν να επιλυθούν όλες, τουλάχιστον ο άρρωστος που «εισακούεται» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν. Οι αντιδράσεις των ασθενών στην ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων ποικίλλουν, γι' αυτό και το προσωπικό πρέπει να τις αναγνωρίζει, να τις κατανοεί και να τις αντιμετωπίζει χωρίς να κρίνει ή να συμβουλεύει τον άρρωστο σχετικά με το πώς πρέπει να νιώθει, να σκέπτεται ή να ενεργεί.

➡ **Στόχος 6: Προγραμματισμός και υποστήριξη.**

Ο προγραμματισμός περιλαμβάνει τον προσδιορισμό άμεσων βραχυπρόθεσμων στόχων που θέτουν από κοινού ο ασθενής με το γιατρό ή το νοσηλευτή. Όταν οι στόχοι αφορούν τη θεραπεία, απαραίτητη είναι η συναίνεση του αρρώστου. Με τον όρο «συναίνεση» νοείται η συγκατάθεση που δίνει ο άρρωστος προκειμένου να πραγματοποιηθούν στον ίδιο ορισμένες ιατρικές πράξεις που κρίνονται αναγκαίες από το γιατρό (Κουτσελίνης & Μιχαλοδημητράκης, 1984). Προϋποθέτει την ειλικρινή ενημέρωση του αρρώστου σχετικά με τη φύση της αρρώστιας και την προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή. Ο άρρωστος διατηρεί πάντα το δικαίωμα της ανάκλησης της συναίνεσης. Ο νόμος του δίνει το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία ή μέρος αυτής.

Τέλος, η υποστήριξη του αρρώστου ισοδυναμεί με τη συνοδεία του στην πορεία και εξέλιξη της υγείας του. Προϋποθέτει διαθεσιμότητα, ενεργητική ακρόαση και κατανόηση, ακόμα και αν οι απόψεις ή τα συναισθήματα του αρρώστου διαφέρουν από εκείνα του επαγγελματία.

Συμπερασματικά, η ενημέρωση δεν αποτελεί ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά μια συνεχή διαδικασία πληροφόρησης που προσαρμόζεται στις διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες του αρρώστου. Δεν είναι απλή, καθώς απαιτεί δεξιότητες και πείρα. Απλοϊκές δικαιολογίες όπως «ο άρρωστος δεν θέλει να ξέρει», «Καλύτερα να μην γνωρίζει τη σοβαρότητα της κατάστασής του, γιατί μπορεί να καταρρεύσει ή να αυτοκτονήσει», «Δεν αντέχω να του στερήσω τη μοναδική του ελπίδα...» κ.λ.π. εκφράζουν συχνά το άγχος του προσωπικού υγείας μπροστά στην αρρώστια, τον πόνο και τη δυσμενή εξέλιξη της υγείας του ασθενή. Αποβλέπουν να προστατεύσουν τον ίδιο τον εργαζόμενο και οδηγούν τον άρρωστο σε συναισθηματική απομόνωση.

1. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

- *Τι είναι πόνος.*

Για τον πόνο έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί. Ο πιο πλατιά αποδεκτός είναι εκείνος της Διεθνούς Εταιρείας για τη Μελέτη του Πόνου (International Association for the Study of Pain, IASP). Σύμφωνα με τον ορισμό αυτόν «πόνος είναι η αισθητηριακή και συγκινησιακή εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστού ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης»(De Conno F., Foley K. 2004).

- *Πως διακρίνεται ο καρκίνος πόνος.*

Είναι καλά γνωστό πως στην αντίληψη του κοινού δύο είναι οι πιο συχνές πίστεις, με τις οποίες συνδέεται ο καρκίνος: ο πόνος και ο θάνατος. Οι δύο αυτές αντιλήψεις παραμένουν σταθερές, παρά τις προόδους που σημειώνονται στη θεραπευτική αντιμετώπιση των νεοπλασιών.

Ο καρκινικός πόνος διακρίνεται αδρά στον οξύ και τον χρόνιο, καθένας από τους οποίους μπορεί να οφείλεται είτε σε αυτή καθ' αυτή τη νόσο (όγκος και μεταστάσεις του) είτε στις ακολουθούμενες θεραπευτικές πρακτικές. Για τον οξύ πόνο, η αντιμετώπιση γίνεται κυρίως με την άρση του αιτίου που τον προκαλεί, λ.χ. με την αφαίρεση της εστίας ή την ακτινοβολήσή της ή με τη χορήγηση της κυτταροστατικής αγωγής. Ο ρόλος των αναλγητικών φαρμάκων είναι προσωρινός μόνον και περιορίζεται ως την εφαρμογή της αιτιολογικής θεραπείας. Αντιθέτως, χρόνιος είναι ο πόνος που εμφανίζεται κατά τα προχωρημένα στάδια της νόσου και για τον οποίο δεν υπάρχει δυνατότητα αιτιολογικής θεραπείας, αλλά μόνον συμπτωματικής ανακούφισης, κυρίως με τα αναλγητικά φάρμακα, μεταξύ των οποίων εξέχουσα θέση κατέχουν τα οπιοειδή.

- Η συμμετοχή ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων στην αντίληψη του πόνου.

Ήδη από τον ορισμό που έχει δοθεί για τον πόνο, γίνεται σαφές ότι - εκτός από τη βιολογική - έχει και ψυχολογική και κοινωνική συνιστώσα. Οι συνιστώσες αυτές μάλιστα αλληλοεπηρεάζονται και δημιουργούν έναν φαύλο κύκλο (Ρηγάτος Γ. 1995) που μεγεθύνει το πρόβλημα. Ανάμεσα στις ψυχοκοινωνικές συνιστώσες μπορούμε να υπενθυμίσουμε τις ακόλουθες:

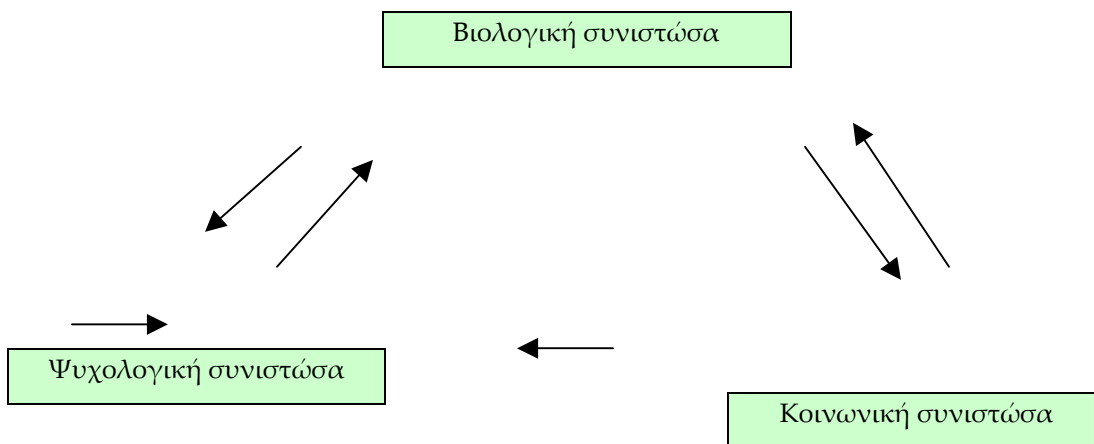
α. Άγχος-, ανησυχία, ανασφάλεια σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία, την πιθανή αλλαγή της εικόνας του σώματος, την αλλαγή της κοινωνικής θέσης του ατόμου κ.λ.π.

β. Αισθήματα ενοχής για πράγματα που έγιναν και για πράγματα που δεν έγιναν, κατάθλιψη για την πιθανότητα θεραπευτικής αδυναμίας, για τον κίνδυνο της ζωής κ.λ.π.

γ. Έλλειψη υποστηρικτικών συστημάτων, όπως μέλη της οικογένειας, φίλοι, συνασθενοείς κ.λ.π.

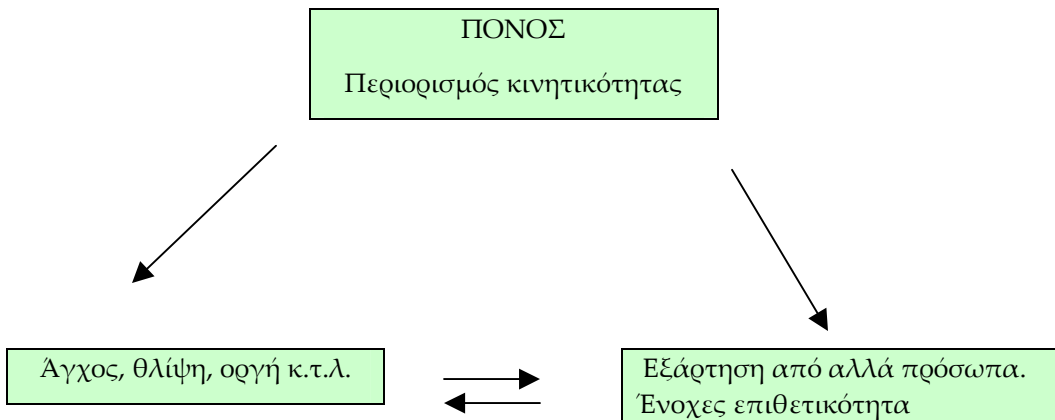
δ. Προβλήματα εργασιακά, οικονομικές επιπτώσεις-, κοινωνική μείωση, περιορισμός συμμετοχής και απαγορεύσεις κ.λ.π.

Η ύπαρξη και η αλληλεπίδραση των συνιστωσών του πόνου παριστάνεται στο σχήμα που ακολουθεί:



Ένας ασθενής λ.χ. έχει, εξ αιτίας του πόνου, περιορισμένη δυνατότητα κίνησης(Ahmedzai S. 2004). Αυτό του προκαλεί άγχος, κατάθλιψη, οργή και τον εξαρτά

από άλλα άτομα. Η εξάρτηση αυτή επιδεινώνει την ψυχολογική κατάστασή του και δημιουργεί ενοχές, που εκφράζονται με επιθετικότητα, γεγονός που επιδεινώνει τις ψυχολογικές αντιδράσεις. Καθώς δε το αίτιο του πόνου δεν είναι δυνατόν να αρθεί αιτιολογικός, το όλο κύκλωμα ανατροφοδοτείται (Ρηγάτος Γ. 2004).



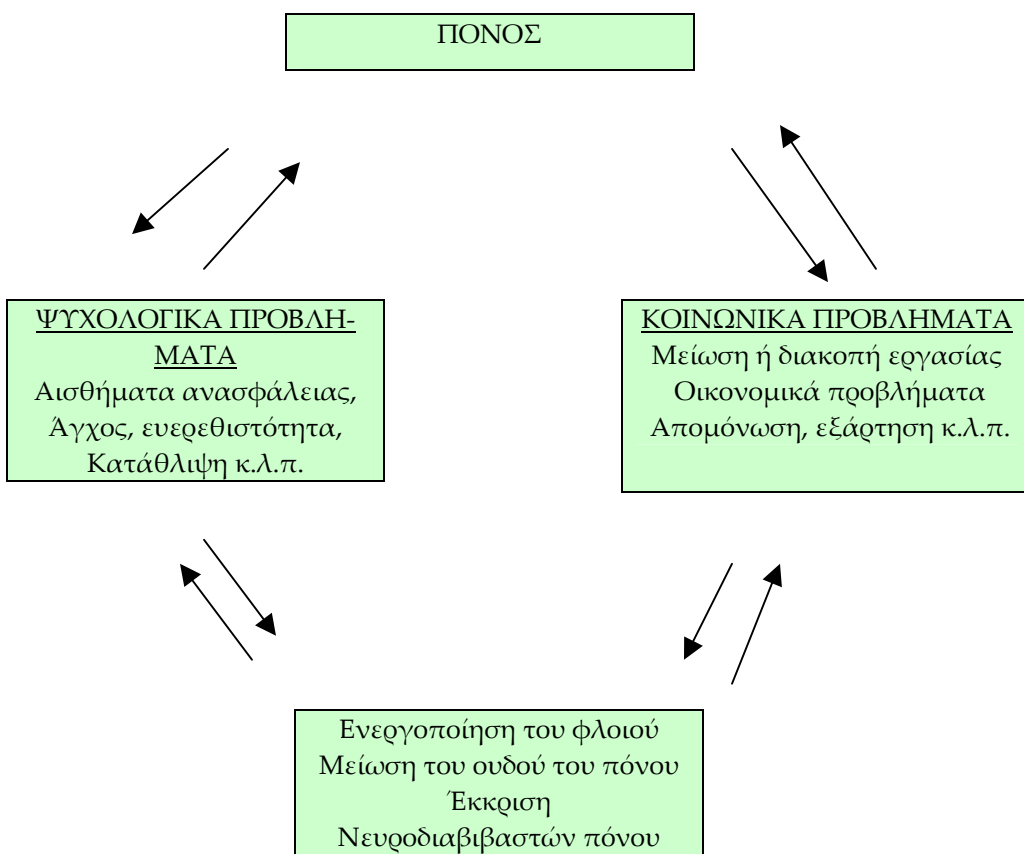
Ανάλογα ανατροφοδοτούμενα κυκλώματα μπορούν να δημιουργηθούν και με άλλες συνέπειες του πόνου, όπως οι διαταραχές του ύπνου, οι γαστρεντερικές διαταραχές κ.λ.π. Είναι λοιπόν σαφές ότι για την αντιμετώπιση του πόνου πρέπει να αντιμετωπίζονται όλες οι συνιστώσες του.

Οι Ahles και συν (Ahles T.A., Blanchard E.B., Ruckdeschel J.C. 1995). διακρίνουν πέντε συνιστώσες του πόνου σε καρκινοπαθείς:

- α. Φυσιολογική συνιστώσα (οργανική αιτιολογία)
- β. Αισθητηριακή συνιστώσα (ένταση, εντόπιση, ποιότητα του πόνου)
- γ. Συγκινησιακή συνιστώσα (κατάθλιψη, άγχος)
- δ. Αντιληπτική συνιστώσα (το νόημα που καθένας συνδέει με τον πόνο του)
- ε. Συμπεριφορική συνιστώσα (επίπεδο δραστηριότητας, λήψη αναλγητικών κ.λ.π.)

- Η επίδραση του πόνου στην ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση του καρκινοπαθούς.

Εκτός από το γεγονός ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες προκαλούν ή επιδεινώνουν υφιστάμενο πόνο, υπάρχει και η αντίστροφη οπτική της συνάρτησης: ο πόνος που υπάρχει μπορεί να επιδεινώσει τα ψυχολογικά προβλήματα και την κοινωνική κατάσταση του ασθενούς, όπως φαίνεται στο ακόλουθο σχήμα:



Η Ψυχοκοινωνική Συνεργαζόμενη Ογκολογική Ομάδα καθόρισε τη συχνότητα των ψυχιατρικών εκδηλώσεων μεταξύ καρκινοπαθών από τρία ογκολογικά νοσοκομεία, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια του DSM-III.6 Από τους ασθενείς, 53% έδειξαν φυσιολογική προσαρμογή στο stress του καρκίνου. Οι υπόλοιποι (47%) παρουσίασαν κλινικές ενδείξεις ψυχικής διαταραχής. Η πιο συχνή διαταραχή ήταν η αγχώδης κατάσταση με αντιδραστική κατάθλιψη (32%). Ακολουθούσε η μείζων κατάθλιψη (6%), το οργανικό ψυχοσύνδρομο (4%) και η αγχώδης νεύρωση (2%). Μεταξύ των καρκινοπαθών με πόνο, οι ψυχικές διαταραχές ήταν πολύ συχνότερες, πλησιάζοντας ακόμη και το διπλάσιο. Σύμφωνα με άλλη προσέγγιση, μεταξύ καρκινοπαθών με ψυχιατρική νοσηρότητα, ποσοστό 39% ανέφερε έντονο πόνο, ενώ μεταξύ καρκινοπαθών χωρίς πόνο η ψυχιατρική νοσηρότητα έπεφτε στο 19%(Derogatis L.R., Marrow G.R., Fetting G. et al. 1995). Όσο το στάδιο της νόσου προχωρεί και αυξάνεται η αναλογία ασθενών με πόνο, αυξάνεται και η ψυχιατρική νοσηρότητα' π.χ., μεταξύ καρκινοπαθών γενικά η κατάθλιψη ανευρίσκεται σε ποσοστό 25%, ενώ μεταξύ ασθενών τελικού σταδίου ανέρχεται σε 77%(Woodforde J.R., Fielding J.R.1995).

- *Η συχνότητα του πόνου σε ασθενείς με καρκίνο.*

Ο πόνος είναι συχνό πρόβλημα του καρκίνου, που συναρτάται με τον τύπο του νεοπλασματος, την έκταση της νόσου, την ακολουθούμενη κύρια θεραπευτική αγωγή, την προσωπικότητα του ασθενούς, τα υποστηρικτικά συστήματά του κ.λ.π.(Ρηγάτος Γ.2003).

Η συχνότητα του πόνου προσδιορίζεται σε διάφορα ποσοστά, που κυμαίνονται ανάλογα με διάφορες μεταβλητές από αυτές άλλες έχουν να κάνουν με τη νόσο, άλλες με τον ασθενή, άλλες με τον θεράποντα και τα ενδιαφέροντά του, αλλά και με τη φύση του νοσηλευτικού ιδρύματος. Αρκετά αντιπροσωπευτική παραμένει η μελέτη της Foley(Foley K. 1995) για τη συχνότητα του πόνου. Σύμφωνα με αυτήν, πόνο θα εμφανί-

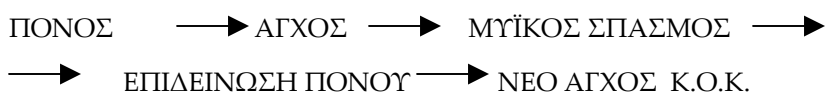
σουν 5% των ασθενών με λευχαιμία, 20% με λέμφωμα, 40% με γαστρεντερικό καρκίνο, 45% με πρωτοπαθή καρκίνο του πνευμονος , με καρκίνο του μαστού 85% των ασθενών με καρκίνο των οστών.

Εκτός από τη φύση του νεοπλασματος, σημασία για την εκδήλωση του πόνου έχει και το στάδιο της νόσου. Σε ανεπίλεκτο υλικό, με ασθενείς όλων των σταδίων, ο Twycross(Twycross R.G. 1995) αναφέρει εμφάνιση πόνου σε ποσοστό 38%. Σε αρχικά στάδια, τα ποσοστά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία κυμαίνονται από 30% έως 45%, ενώ ανάλογα ποσοστά (30-40%) αναφέρονται και για τα ενδιάμεσα στάδια της νόσου(Bonica J.J. 1997). Για τα τελικά στάδια, ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες κάθε σειράς, πόνος αναφέρεται σε ποσοστά από 58% έως 87%. Σε πρόσφατη ανασκόπησή του, ο Ahmedzai υπολογίζει τον μέτριο ή σοβαρό πόνο σε ποσοστό 50% των ασθενών με προχωρημένη νόσο. Ως ιδιαίτερος σοβαρό χαρακτηρίζει τον πόνο σε καρκίνο του προστάτη, γυναικολογικό καρκίνο και καρκίνο κεφαλής-τραχήλου. Στην Ελλάδα, τα στοιχεία δεν διαφοροποιούνται από εκείνα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Από υλικό αντικαρκινικού νοσοκομείου, ο πόνος αναφέρεται ως αρχικό σύμπτωμα σε ποσοστό 30%, ενώ σε προχωρημένα στάδια σε 55%. Από αντικαρκινικό ίδρυμα με ασθενείς προχωρημένου σταδίου, πόνος αναφέρθηκε - αναλόγως του πάσχοντος οργάνου και άλλων παραμέτρων - σε ποσοστά από 30% έως 89%(Κορδιολής Ν., Καρατζάς Π., Καζαντζής Δ., Ρηγάτος Γ. 2003).

Παρά τα αριθμητικά αυτά δεδομένα, υπάρχουν ακόμη πολλοί που υποστηρίζουν ότι ο πόνος και υποεκτιμάτε και υποθεραπεύεται. Η διαπίστωση αυτή αναφέρεται ακόμη και σε υγειονομικός προηγμένες χώρες και φθάνει χρονικά έως τις ημέρες μας. Την υποθεραπεία του χρόνιου καρκινικού πόνου επεσήμανε, πριν δύο μόλις χρόνια, και ο Martin Aapro(Aapro M. 2004). Τα αίτια για την ατελή αυτή αντιμετώπιση είναι πολλά και θα προσπαθήσουμε να τα εντοπίσουμε και να τα αναφέρουμε, ξεχωρίζοντας τις διαφορετικές συνιστώσες που μπορεί να εμπλέκονται στο πρόβλημα.

- *Εκτός από τα φάρμακα ποιες άλλες ψυχοθεραπευτικές μεθόδους συμβάλουν στην αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου.*

Στην αντιμετώπιση του πόνου έχουν χρησιμοποιηθεί τακτικές θεραπείας της συμπεριφοράς, μέθοδοι βιοανάδρασης (biofeedback), τεχνικές χαλάρωσης, γνωσιακές θεραπείες και ύπνωση (Breitbart W. 2003). Οι τεχνικές χαλάρωσης π.χ. είναι χρήσιμες, γιατί διακόπτουν τον φαύλο κύκλο:



Επιπλέον, η επίτευξη ελέγχου επί του πόνου βοηθάει στην ανάκτηση της εκτίμησης του εαυτού, που επαυξάνει τον έλεγχο των συμπτωμάτων. Η ύπνωση (Liossi Chr. and Hatira P. 1994), αν και δεν γίνεται γενικά αποδεκτή, έχει αποδειχθεί χρήσιμη σε αρκετές περιπτώσεις χρόνιου πόνου.

Σε ακραίες καταστάσεις ασθενών τελικού σταδίου, ο πόνος μπορεί να αποτελεί το μόνο σημείο που αποδεικνύει στον ασθενή ότι εξακολουθεί να ζει. Ο «αναγκαίος» αυτός πόνος δεν αντιμετωπίζεται με φάρμακα ούτε με άλλες παρεμβάσεις (Rigatos G.A. and Kappou-Rigatou I. 2004).

2. ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

- *Τι εννοούμε με τον όρο αποκατάσταση.*

Με τον όρο αποκατάσταση εννοούμε την επαναφορά του καρκινοπαθούς στην πριν από τη διάγνωση του νεοπλασματος κατάσταση σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας. Αντίστοιχα, μπορούμε να μιλάμε για σωματική, ψυχική και κοινωνική αποκατάσταση, ενώ καθεμιά από αυτές μπορεί να περιέχει πλήθος από διαφορετικές συνιστώσες. Είναι όμως αυτονόητο ότι καθεμιά συνδέεται άμεσα με τις άλλες, τις επηρεάζει και επηρεάζεται από αυτές έτσι, που η διάκρισή τους να εξυπηρετεί πρακτικά μόνο εκπαιδευτικές σκοπιμότητες. Η αποκατάσταση προϋποθέτει τη συνεργασία ενός πλήθους συντελεστών, δείχνοντας από μία ακόμα σκοπιά ότι ο καρκίνος είναι αντικείμενο ομαδικής εργασίας.

- *Ποτέ αρχίζουν οι διαδικασίες αποκατάστασης ενός ασθενούς με καρκίνο.*

Η εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης αρχίζει σύμφωνα με αρκετούς από τους ασχολούμενους με το θέμα ήδη από τη διάγνωση (Raven 1986, Fink και συν. 1986). Αυτό έχει την έννοια της σταδιοποιημένης και τεκμηριωμένης διάγνωσης, της ενημέρωσης του ασθενούς, της επιλογής σε συνεννόηση μαζί του των καλύτερων γι' αυτόν θεραπευτικών μεθόδων. Στη συνέχεια έρχεται η άρση των συνεπειών της νόσου, αλλά και των συνεπειών της θεραπείας, ώστε ο καρκινοπαθής σωματικά και ψυχικά ισορροπημένος να επανενταχθεί ισότιμα στο κοινωνικό σύνολο.

- *Πως και ποτέ άρχισαν να εμφανίζονται οι αντιλήψεις για αποκατάσταση και από ποιους λόγους.*

Οι αντιλήψεις της αποκατάστασης άρχισαν πρώτα στις πιο προηγμένες χώρες εδώ και 35 χρόνια. Τα τελευταία χρόνια, η κατάσταση εξελίσσεται ακόμα πιο ευνοϊκά γι' αυτές τις αντιλήψεις. Η Διεθνής Ένωση κατά του Καρκίνου(UICC), λ.χ., έχει καταρτίσει σχετικά προγράμματα, ειδικοί συγκροτούν ομάδες αποκατάστασης (rehabilitation teams) και ιδρύονται ειδικά τμήματα σε αντικαρκινικά κέντρα(Ρηγάτος Γ.1994).

Πώς όμως φτάσαμε στο σημείο αυτής της νέας αναγκαιότητας; Για να έλθει ο καιρός αυτής της νέας αντίληψης στην καθημερινή πράξη έπρεπε να επιτευχθούν υψηλά ποσοστά υφέσεων, μεγάλα μεσοδιαστήματα ελεύθερα νόσου και ιάσεις((Ρηγάτος Γ.1995). Μετά από αυτά, η ανάγκη της αποκατάστασης ήταν η φυσική εξέλιξη, καθώς διαφορετικά οι καρκινοπαθείς θα παρέμεναν μια ομάδα ευάριθμη, αλλά περιθωριοποιημένη, ιδιαίτερα δαπανηρή, με τάσεις απομόνωσης, που θα απέβλεπε μόνο στην ατομική φιλανθρωπία και θα προκαλούσε στάσεις και ενέργειες οίκτου(Γιδοπούλου- Στραβολαίμου Κ., Κόκκαλης Γ., Μπεσμπέας Σ., Παπαδάτου Δ., Κορδιολής Ν., Αναγνωστοπούλου Φ. 2002).

- *Τα προβλήματα που έχουν ανάγκη αποκατάστασης.*

Τα προβλήματα προς αποκατάσταση προέρχονται είτε από την ίδια τη νόσο (και τις τυχόν μεταστάσεις της) είτε από τους θεραπευτικούς χειρισμούς. Παραθέτουμε ενδεικτικά ορισμένα από τα προβλήματα, προκειμένου να δείξουμε τη μεγάλη ποικιλία που εμφανίζουν.

Τα προβλήματα από τη νόσο είναι είτε γενικά, αναφερόμενα στον οργανισμό ως σύνολο, είτε τοπικά. Τα γενικά προβλήματα μπορεί να είναι: (α) σωματικά, όπως το αίσθημα κακουχίας, η ελαττωμένη θρέψη, ο πόνος κ.λ.π., (β) ψυχολογικά, όπως το άγ-

χος, η κατάθλιψη, ο φόβος, (γ) κοινωνικά, όπως οι διαταραχές στην οικογένεια, επαγγελματικές δυσκολίες, οικονομική δυσπραγία, δυσχέρειες επικοινωνίας κ.λ.π. Τα τοπικά προβλήματα αναφέρονται σε ένα όργανο ή οργανικό σύστημα ή σε μια ανατομικο-λειτουργική ενότητα του σώματος. Αναφέρουμε ενδεικτικώς τα προβλήματα που μπορεί να οφείλονται σε κάταγμα ενός σκέλους, σε δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης ή του ορθού, σε παραλύσεις μεμονωμένων νεύρων κ.λ.π.

Τα προβλήματα από τη θεραπεία είναι και πάλι σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά και είναι διαφορετικά, ανάλογα με το όργανο, τη θεραπευτική μέθοδο που ακολουθήθηκε κ.λ.π. Η χειρουργική θεραπεία μπορεί να συνεπάγεται ακρωτηριασμούς άκρων ή ακρωτηριασμό του μαστού, εκτομές εσωτερικών οργάνων, στομίες, εκτομές ή/και βλάβες μαλακών μοριών κ.λ.π. Η φαρμακευτική θεραπεία /χημειοθεραπεία μπορεί να προκαλεί μερική ή πλήρη, αναστρέψιμη όμως, αλωπεκία, βλάβη των φλεβών, βλάβες των ιστών και του δέρματος, εξαρτημένη έμμεση (anticipatory vomiting) κ.λπ. Η ακτινοθεραπεία πολύ συχνά προκαλεί βλάβες του δέρματος (υπέρχρωση, εγκαύματα, σπανίως νέκρωση), βλάβες οργάνων (λ.χ. ακτινική κυστίτιδα, ακτινική κολίτιδα), διαταραχές της κινητικότητας, παραμορφώσεις κ.λ.π. Τα ψυχολογικά και τα κοινωνικά προβλήματα που προκαλούνται από τις διάφορες θεραπείες και απαιτούν αποκατάσταση αναφέρονται σε προβλήματα της ερωτικής ζωής, σε μεταβολές του ρόλου στην οικογένεια, σε επαγγελματικές ανεπάρκειες, σε οικονομικές δυσχέρειες κ.λ.π.

Παραθέτουμε δύο ενδεικτικά παραδείγματα για να δείξουμε το μεγάλο εύρος των αναγκών για αποκατάσταση.

Μια γυναίκα, μεσήλικα, με μαστεκτομή σε πρώιμο στάδιο, έχει μεγάλο διάστημα παραγωγικής ζωής, στο οποίο τα κύρια προβλήματα οφείλονται συχνότερα στη θεραπευτική παρέμβαση παρά στην ίδια τη νόσο. Η γυναίκα αυτή μπορεί σύντομα να επιστρέψει στην ίδια ή σε άλλη εργασία, να ζήσει μια φυσιολογική οικογενειακή και κοινωνική ζωή. Κι αντίθετα, μπορεί να κυλήσει μεγάλο διάστημα με αναρρωτικές άδειες,

να δει την οικογενειακή της ζωή να γκρεμίζεται, να ζήσει στο άγχος, την ανασφάλεια και την αίσθηση αναπηρίας.

3. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

- *Τρόποι και μέσα για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών.*

Η ΠΖ εξαρτάται από πλήθος παραγόντων που σχετίζονται με τη νόσο, τη θεραπεία, την προσωπικότητα και την ψυχολογία του πάσχοντος, την οικογενειακή στήριξη, την επαγγελματική ζωή, την κοινωνική αποδοχή κ.λ.π. Συντελεστές από τη νόσο είναι π.χ. η ύπαρξη και η ένταση διαφόρων συμπτωμάτων, η ευχέρεια ή η δυσχέρεια στην αντιμετώπισή τους κ.λ.π. Συντελεστές από τη θεραπεία είναι η αποτελεσματικότητα ή η αποτυχία της, το είδος και η έκταση μιας χειρουργικής επέμβασης, η αναπηρία την οποία αυτή συνεπάγεται, οι τυχόν αλλαγές στην εικόνα του σώματος κ.λ.π. Ειδικότερα για τις φαρμακευτικές θεραπείες, η ΠΖ επηρεάζεται από την τοξικότητα άμεσα (π.χ. έμετοι, αιματολογικά προβλήματα), μεσοπρόθεσμα (π.χ. αλωπεκία, εγκατάσταση αναιμίας, νευροπάθεια) ή σε απώτερο χρόνο (π.χ. καρδιοτοξικότητα, νεφρικές βλάβες). Επηρεάζεται ακόμη από τις επιδράσεις της θεραπείας στη φυσική δραστηριότητα του ατόμου, αλλά και από αλλαγές του σώματος, όπως π.χ. επί χορηγήσεως ορμονών (μεταβολές στο βάρος του σώματος, την τριχοφυία κ.λ.π.).

Τα πολλαπλά αυτά στοιχεία, που από διάφορες πλευρές συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ΠΖ, δείχνουν συγχρόνως και πόσο πολύπλοκη πρέπει να είναι η παρέμβαση, για να είναι αποτελεσματική (Καρβούνης Ν.2003). Απαιτεί τη συνεργασία όχι μόνον υγειονομικών ή/ και άλλων επαγγελματιών υγείας, αλλά και της οικογένειας, του ε-

παγγελματικού περιβάλλοντος, του κοινωνικού συνόλου. Τα τελευταία δεν αρκεί να γίνονται στη βάση της ατομικής ή της συλλογικής ευαισθησίας, αλλά και να κατοχυρώνονται νομικά.

- ***Η συμβολή τεχνικών βοηθημάτων στην καλύτερη ποιότητα ζωής.***

Ορισμένα τεχνικά βοηθήματα μπορεί να διευκολύνουν την κίνηση, έστω και σε κλειστό και περιορισμένο χώρο, και να δώσουν στον ασθενή αυτονομία για τις πιο στοιχειώδεις ατομικές ανάγκες (σίτιση, τουαλέτα κ.λ.π.). Τυπικά παραδείγματα είναι διάφοροι τύποι ελαφρών και σταθερών μπαστουνιών με μικρή ή με ευρύτερη επιφάνεια στήριξης, ταπι, κηδεμόνες και νάρθηκες μελών κ.λ.π. Για άτομα καθηλωμένα, το αναπηρικό αμαξίδιο (καροτσάκι) μπορεί να δώσει αρκετή αυτονομία και ικανοποίηση αναγκών στοιχειώδους μετακίνησης και επικοινωνίας.

Στα βοηθήματα κατατάσσονται και τα τεχνητά μέλη, τα οποία μπορεί να κοινωνικοποιήσουν πλήρως έναν θεραπευμένο με ακρωτηριαστική επέμβαση.

Ειδικού τύπου βοηθήματα είναι και ο τεχνητός μαστός, για περιπτώσεις μαστεκτομής, ακόμη και ειδικά μαγιά με πρόσθετο τεχνητό μαστό στη θέση του ακρωτηριασμένου (Ensmiger W.D. 2002).

Η περούκα για την αλωπεκία από χημειοθεραπεία ή για τη μόνιμη αλωπεκία από την ακτινοθεραπεία του κρανίου είναι πολύτιμη και παρέχει στον /στην ασθενή τη δυνατότητα δημόσιας εμφάνισης χωρίς την πρόκληση δυσάρεστων καταστάσεων.

- ***Μέσα τα οποία διευκολύνουν την διεξαγωγή θεραπειών.***

Οι φλεβοκεντήσεις, ιδίως σε πολυθεραπευμένους ασθενείς με βλάβες και θρομβώσεις, αλλά και σε παχύσαρκους και ηλικιωμένους ασθενείς, μπορεί να είναι μερικές φορές βασανιστικές γι' αυτούς και ψυχοφθόρες για τους γιατρούς. Για την αντιμετώ-

πιση του προβλήματος, έχουν αναπτυχθεί συστήματα και συσκευές για την απλή περιοδική ενδοφλέβια χημειοθεραπεία, είτε με συστήματα ηπαρινιζόμενων καθετήρων είτε με εμφυτευόμενες συσκευές. Υπάρχουν επίσης συστήματα, τόσο εξωτερικά όσο και εμφυτευόμενα, για συνεχή ενδοφλέβια έγχυση με τη βοήθεια φορητής αντλίας έγχυσης ή αντλιοσύριγγας (autosyringe). Η ενεργειακή πηγή των συστημάτων αυτών μπορεί να είναι μπαταρία, ελαστομερικό μπαλόνι ή πτητικό υγρό(Carlson R.W.2004).

Έχουν επίσης αναπτυχθεί συστήματα καθετήρων για την ενδαρτηριακή χημειοθεραπεία, που τοποθετούνται είτε χειρουργικό είτε υπό ακτινολογική παρακολούθηση. Υπάρχουν ακόμη εμφυτευόμενες αντλίες για ενδαρτηριακή χορήγηση φαρμάκων (Ensmiger W.D. 2002)

Τέλος, να αναφερθεί η ύπαρξη εξωτερικών ή εμφυτευόμενων καθετήρων και συσκευών για υποδόρια ή ενδορραχιαία χορήγηση οπιοειδών για αναλγησία, αν και τα τελευταία χρόνια η χρήση τους φαίνεται να μειώνεται(Roschuck J.R. 2003).

Όλα τα πιο πάνω μέσα περιορίζουν την ταλαιπωρία των ασθενών, ενώ ευκολύνουν και το ιατρικό προσωπικό, συμβάλλοντας κατ' αυτό τον τρόπο όχι μόνο στην καλύτερη ΠΖ των ασθενών, αλλά και στη διατήρηση καλών σχέσεων μεταξύ ασθενούς και γιατρού(Abrams S. 2003).

4. Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

- *Η βιολογική ίαση του ασθενούς με καρκίνο και το τίμημα.*

Στόχος οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με καρκίνο παραμένει η επίτευξη βιολογικής ίασης(Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bullinger M. 2001). Με το πνεύμα αυτό, έχουν εφαρμοσθεί ριζικές και υπερριζικές εγχειρήσεις, έχουν δοθεί μεγάλες δόσεις ακτινοβολίας και έχουν χορηγηθεί εντατικά σχήματα χημειοθεραπείας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το αποτέλεσμα ήταν ικανοποιητικό, με την επίτευξη ίασης

ή μακροχρόνιας ύφεσης της νόσου. Συχνά, όμως, ακόμη και στις περιπτώσεις αυτές, η θεραπεία είχε ανεπιθύμητες επιπτώσεις, οι οποίες δημιουργούσαν προβλήματα στην καθημερινή ζωή του θεραπευθέντος.

Όμως, τα πράγματα γίνονται ακόμη χειρότερα, αν η εφαρμογή τέτοιων ριζικών μεθόδων θεραπείας δεν ακολουθείται από την ίαση του καρκίνου ή από παράταση της επιβίωσης και της ελεύθερης νόσου επιβίωσης.

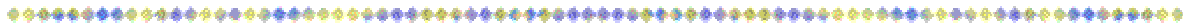
Στον χώρο της φαρμακευτικής θεραπείας του καρκίνου, για την επίτευξη του άριστου θεραπευτικού αποτελέσματος έχουν ερευνηθεί η αύξηση του αριθμού των φαρμάκων που απαρτίζουν ένα σχήμα, η αύξηση των δόσεών τους, η σμίκρυνση του χρονικού διαστήματος μεταξύ των κύκλων θεραπείας κ.λ.π. Επειδή, όμως, η απόσταση μεταξύ του θεραπευτικού και του τοξικού αποτελέσματος των κυτταροστατικών είναι μικρή, συχνά υπάρχουν δυσμενείς επιπτώσεις, που ωθούν τους ασθενείς σε άρνηση των επιθετικότερων και πιθανώς αποτελεσματικότερων θεραπευτικών σχημάτων(Skeel R.T. 1997).

- ***Η έννοια της ποιότητας ζωής στην Ογκολογία.***

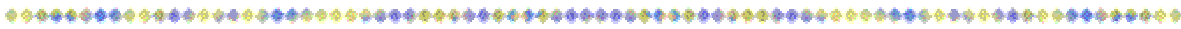
Η αναζήτηση λιγότερο δυσμενών επιπτώσεων από τις θεραπείες, δηλαδή η αναζήτηση καλύτερης ποιότητας ζωής (ΠΖ), τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας όσο και μετά από αυτήν, είναι μια εξέλιξη των τελευταίων χρόνων. Η αντίληψη αυτή δεν ήλθε μόνον ως αποτέλεσμα των προόδων στην ιατρική και την τεχνολογία. Αποτελεί, εξ ίσου, αποτέλεσμα σημαντικών μεταβολών στις στάσεις και τις αντιλήψεις του κοινωνικού σώματος και αποτέλεσμα της διακήρυξης και της νομοθετικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων των ασθενών(Ρηγάτος Γ. 2003)

Για την έννοια της ΠΖ έχουν γίνει πολλές συζητήσεις, χωρίς να επιτυγχάνεται ομοφωνία, λόγω των διαφορετικών για τον καθένα κριτηρίων. Αυτό έκανε σαφές ότι οποιαδήποτε προσπάθεια ορισμού της θα έπρεπε να περιλαμβάνει την υποκειμενικότητα της έννοιας και τη μεταβλητότητά της στο χώρο και το χρόνο(Ρηγάτος Γ. 1995). Η

ομάδα του Π.Ο.Υ που ασχολείται με το θέμα αυτό έχει δώσει ως βάση τον ακόλουθο ορισμό:



Ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη του ατόμου, που αφορά την κατάσταση της ζωής του στα πολιτισμικά πλαίσια και στα πλαίσια του συστήματος αξιών, εντός των οποίων ζει και σε σχέση με τις επιδιώξεις, προσδοκίες, πρότυπα, ενδιαφέροντα και στόχους που το άτομο αυτό θέτει.



- ***Τα στάδια της νόσου που αναφέρεται η ποιότητα ζωής.***

Η ΠΖ αναφέρεται, βέβαια, σε όλα τα στάδια της νόσου, από την αρχική διαγνωστική διαδικασία, τη θεραπευτική εγχείρηση, την ακτινο- ή /και ορμονο- ή /και χημειοθεραπεία, έως τις διαδικασίες αποκατάστασης - σωματικής και ψυχολογικής - και την κοινωνική επανένταξη. Αναφέρεται ακόμη και στα τελικά στάδια, με την αναγκαιότητα της εφαρμογής υποστηρικτικής αγωγής και ψυχολογικής υποστήριξης εν όψει του επικείμενου θανάτου. Κλασικά βιβλία, όπως η Κλινική Ογκολογία των De Vita, Hellman και Rosenberg, εξετάζουν από κοινού την ΠΖ και την υποστηρικτική θεραπεία, αναφερόμενοι στα εξής επί μέρους προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπισθούν, ώστε να επιτευχθεί όσο είναι εφικτό καλύτερη ποιότητα ζωής:

Χειρισμός /διαχείριση καρκινικού πόνου

Αντιμετώπιση ψυχολογικών, κοινωνικών και ηθικών προβλημάτων

Αντιμετώπιση σεξουαλικών προβλημάτων

Διατροφική υποστήριξη - αντιμετώπιση καχεξίας

Φροντίδα τελικού σταδίου (De Vita V.T., Hellman S., Rosenberg S.A. 2003)

- *Πως μπορεί να εκτιμηθεί και να μετρηθεί η ΠΖ.*

Ένα από τα κύρια μεθοδολογικά προβλήματα στην εκτίμηση της ΠΖ αποτελεί η επιλογή του προσώπου το οποίο θα καταγράψει τις πληροφορίες, αν δηλαδή θα είναι ένας λειτουργός της υγείας ή ο ίδιος ο ασθενής. Επιχειρήματα υπάρχουν, τόσο υπέρ όσο και κατά, και προς τις δύο κατευθύνσεις, καθώς, αδιαμφισβήτητα, μεταξύ τους υπάρχουν διαφοροποιήσεις που βασίζονται στη διαφορά αντιλήψεων (Kaasa S. 2003).

Η εκτίμηση της ΠΖ είναι έννοια πολυδιάστατη, με συνιστώσες βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές, οι μέθοδοι που έχουν αναπτυχθεί είναι πολλές και διάφορες, εξετάζουν δε ποικίλους συνδυασμούς παραγόντων και προς τις τρεις πιο πάνω κατευθύνσεις. Συχνά συντάσσονται από τους ερευνητές αυτοσχέδια ερωτηματολόγια, τα οποία καλύπτουν τις ανάγκες μιας συγκεκριμένης έρευνας. Όσο για την ποσοτική εκτίμηση των μετρούμενων παραμέτρων, χρησιμοποιούνται διαβαθμίσεις τριών ή πέντε βαθμίδων του τύπου «Λίγο / Μέτρια / Πολύ» ή «Καθόλου / Λίγο / Μέτρια / Πολύ / Πάρα πολύ». Αν το μελετώμενο αντικείμενο είναι ο πόνος

(ή άλλη ενοχλητική εκδήλωση), ορισμένοι χρησιμοποιούν απεικόνιση προσώπων με χαρακτηριστική έκφραση (μορφασμός πόνου / ήρεμη έκφραση / χαμόγελο). Χρησιμοποιείται επίσης η γραμμική αναλογική κλίμακα, δηλαδή γραμμή 10 εκατοστόμετρων, πάνω στην οποία ο ασθενής τοποθετεί στο αντίστοιχο σημείο την ένταση του ενοχλήματος ή τον βαθμό της ικανοποίησής του. Το σημείο 0 αντιστοιχεί, όπως είναι αυτονόητο, στην απουσία της παραμέτρου (θετικής ή αρνητικής) και το σημείο 10 στη μέγιστη ένταση.

Παλαιότερα, ήταν σε χρήση και το ερωτηματολόγιο Lanham-Giannantonio (*Oncology* 1988,45:1), το οποίο χρησιμοποιούσε τις ακόλουθες παραμέτρους:

1. Αίσθημα ευεξίας
2. Ψυχική διάθεση
3. Φυσική δραστηριότητα

4. Πόνος
5. Ναυτία
6. Όρεξη
7. Ικανότητα εργασίας
8. Κοινωνικές δραστηριότητες
9. Άγχος
10. Δραστηριότητα της θεραπείας
11. Βαθμός ενημέρωσης

Η βαθμολόγηση των παραμέτρων γινόταν από 0-10, με τη χρήση της αναλογικής γραμμικής κλίμακας.

Την κλίμακα αυτή είχαμε χρησιμοποιήσει παλαιότερα για την εκτίμηση της ΠΖ ασθενών της Α' Παθολογικής Ογκολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Άγιος Σάββας». Στη μελέτη(Αλεξόπουλος Α., Σταυρινίδης Η., Κάπου- Ρηγάτου Ι. και συν.2000) είχαν περιληφθεί 139 ασθενείς (85 γυναίκες, 54 άνδρες) μέσης ηλικίας 53,3 ετών, που υποβάλλονταν σε χημειοθεραπεία. Ως μάρτυρες είχαμε χρησιμοποιήσει 59 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (44 γυναίκες, 15 άνδρες) μέσης ηλικίας 54,9 ετών, που νοσηλεύονταν στη Ρευματολογική Κλινική του «Ευαγγελισμού». Η μέση τιμή ΠΖ ήταν 6,8 για τους καρκινοπαθείς έναντι 5,7 για τους ρευματοπαθείς. Οι κύριες διαφορές σημειώθηκαν στο αίσθημα ευεξίας και τον πόνο, που ελέγχονταν καλύτερα στους καρκινοπαθείς ($p < 0,001$), και στο άγχος που σε αυτούς ήταν μεγαλύτερο εκείνου των ρευματοπαθών ($p < 0,05$). Η μέση τιμή ΠΖ στους ασθενείς μας ήταν συγκρίσιμη με εκείνη αμερικανικών εργασιών(Hoon –Kyo, Kyung Shik Lee, Jim Hyoung Kang, Dong Jip Kim. 2002). Οι κύριες διαφορές μεταξύ Ελλήνων και Αμερικανών ασθενών βρέθηκαν στο άγχος (που ήταν μεγαλύτερο στους Έλληνες), ενώ για τους Αμερικανούς τα κύρια προβλήματα ήταν ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας και η μείωση της ικανότητας για εργασία

- Τα γενικά συμπεράσματα σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στα ακόλουθα συμπεράσματα:

1. Η ποιότητα ζωής είναι μια νέα παράμετρος, η οποία πρέπει να συνεκτιμάται μαζί με τις άλλες παραμέτρους κατά την αντιμετώπιση του καρκίνου.
2. Η έννοια της ΠΖ έχει μεγάλη υποκειμενικότητα και εξαρτάται από το άτομο, τις αντιλήψεις του, το πολιτιστικό επίπεδό του, το συνολικό κοινωνικό πλαίσιο κ.λ.π.
3. Παρά την υποκειμενικότητα και παρά τα ποικίλα μεθοδολογικά προβλήματα, έχουν αναπτυχθεί «εργαλεία» που καταγράφουν με τρόπο αντικειμενικό και αξιόπιστο την ΠΖ κατά μία δεδομένη χρονική περίοδο ή για συγκεκριμένο νεόπλασμα ή για κάποια θεραπευτική περίοδο.
4. Οι αντιλήψεις για ΠΖ έδωσαν ώθηση για τη βελτίωση των χειρουργικών και ακτινοθεραπευτικών τεχνικών, για τη σύνθεση φαρμάκων με μικρότερη τοξικότητα, για τη χρησιμοποίηση παραγόντων που προλαμβάνουν ή μειώνουν ή αντιμετωπίζουν τις τοξικές εκδηλώσεις.
5. Επί ισοδυνάμων αποτελεσμάτων στην επιβίωση, η ΠΖ αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα στη λήψη της απόφασης για την επιλογή της θεραπείας,
6. Πρέπει όμως να τονισθεί ότι αυτό που χαρακτηρίζεται ως ΠΖ δεν είναι δεδομένο ούτε υπακούει στην απλή λογική και την πιθανολογική αντίληψη. Είναι ένα σταθερό ζητούμενο, καθώς μπορεί να μεταβάλλεται μαζί με τον άνθρωπο και το κοινωνικό πλαίσιο, στο οποίο αυτός ζει.
7. Παρότι βασικός στόχος πρέπει να παραμένει η ίαση, η μέριμνα για την ΠΖ δεν πρέπει να παραβλέπεται και επιδίωξή μας πρέπει να είναι η ταυτόχρονη επίτευξη της μακρότερης επιβίωσης με την καλύτερη ΠΖ.

5. ΠΡΟΛΗΨΗ

- *Αυτοεξέταση των μαστών.*

Η προληπτική μέθοδος για των καρκίνο του μαστού είναι η εξέταση των μαστών από την ίδια την γυναίκα έχει σκοπό την έγκαιρη διάγνωση των ψηλαφητών μαζών.

Στηρίζεται στο γεγονός ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 90% των διογκώσεων του μαστού ανακαλύπτεται από τις ίδιες τις ασθενείς.

Η αυτοεξέταση πρέπει να συνιστάται σε γυναίκες ηλικίας μεγαλύτερης των 30 ετών με μεγάλη προσοχή προς αποφυγή του κινδύνου καρκινοφοβίας. Πρέπει δε να γίνεται κάθε μήνα, σε γυναίκες δε που έχουν έμμηνο ρύση, λίγες μέρες μετά την αρχή της.

Στην αρχή, η γυναίκα κάθεται μπροστά στον καθρέπτη και παρατηρεί τους μαστούς της με σκοπό την ανεύρεση των ευρημάτων που περιγραφή σαν παραπάνω. π.χ. ανώδυνη μάζα, εισολκή θηλής, φλοιός πορτοκαλιού κ.ά. Μετά κατακλίνεται σε ύπτια θέση και τοποθετεί κάτω από την μια ωμοπλάτη της μικρό μαξιλάρι.

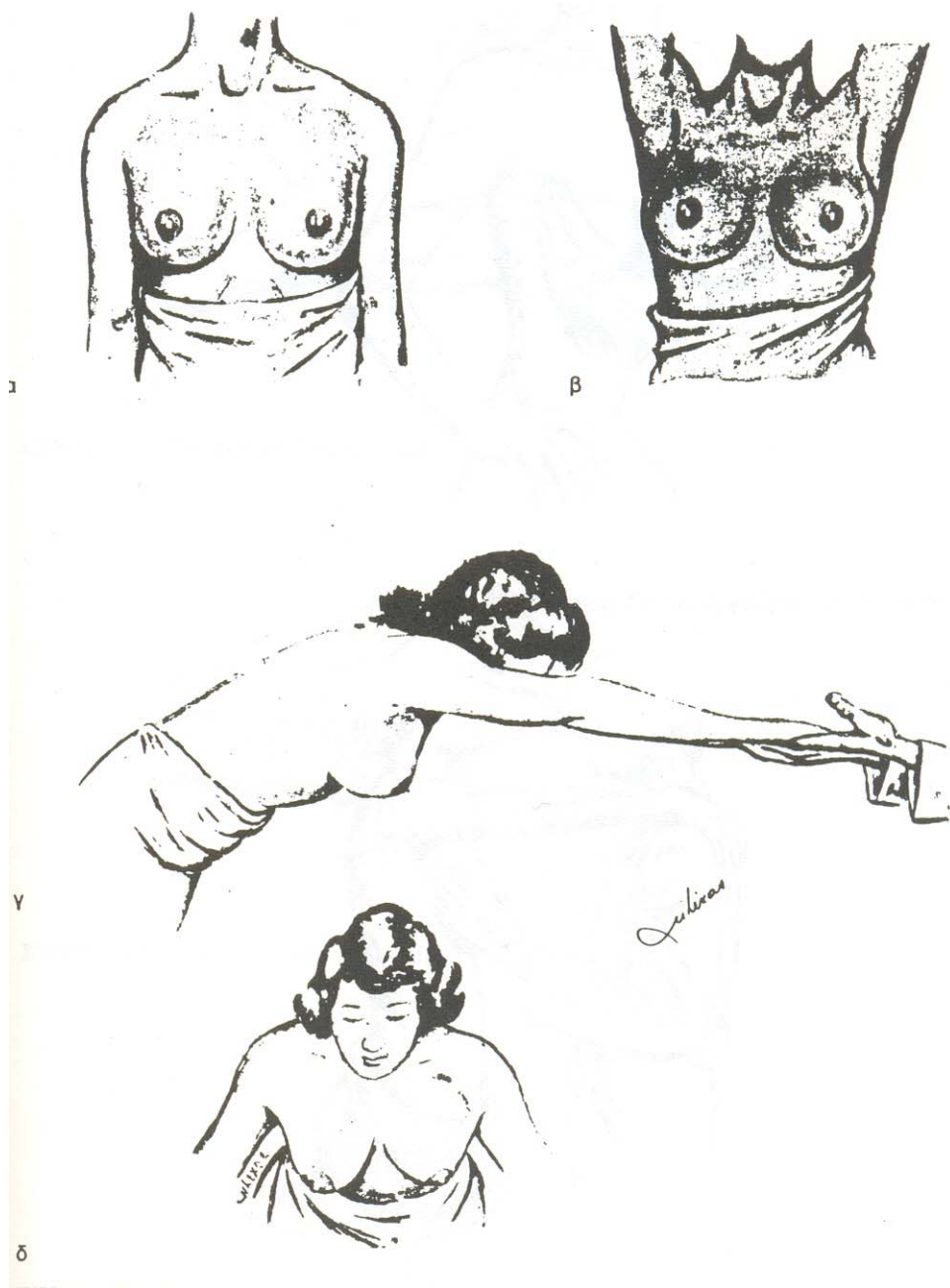
Η ψηλάφηση του έσω ημιμορίου του μαστού γίνεται αφού τοποθετηθεί το σύστοιχο πάνω άκρο πάνω από το κεφάλι, το άλλο δε χέρι ψηλαφά την περιοχή με διαδοχικές και λεπτές κινήσεις που αρχίζουν από το μέσο της κλείδας προς το χείλος του στέρνου.

Η ψηλάφηση του έξω ημιμορίου του μαστού γίνεται αφού η ασθενής τοποθετήσει το σύστοιχο πάνω άκρο της χαλαρό επί της κλίνης, και παράλληλα προς τον κορμό. Μετά με το άλλο χέρι ψηλαφά διαδοχικά όλη την έκταση του μαστού από το μέσο της κλείδας μέχρι την μασχαλιαία γραμμή.

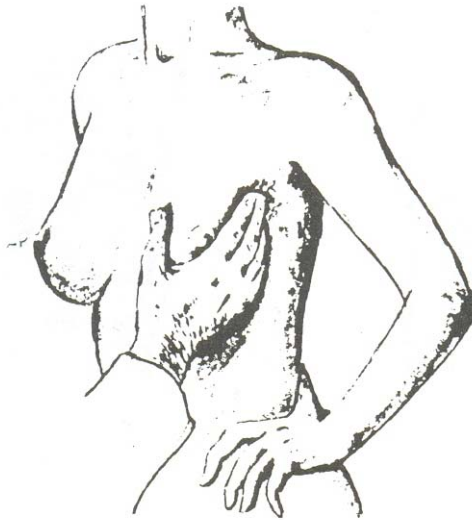
Έτσι με την συνεχή αυτοεξέταση του μαστού οι γυναίκες εξοικειώνονται με την φυσιολογική υφή των μαστών και μπορούν έγκαιρα να αντιληφθούν παθολογικές μεταβολές.

Τα παρακάτω σχήματα δείχνουν τα στάδια της ψηλάφησης των μαστών.

(Σχήματα 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, και 9).



ΣΧΗΜΑ 1: Επισκόπηση του μαστού με τα χέρια στο πλάγιο του κορμού (α) σε ανάταση (β) και σε θέση επικύψεως (γ, δ).



ΣΧΗΜΑ 2: Ψηλάφηση με το χέρι σε θέση μεσολαβής .



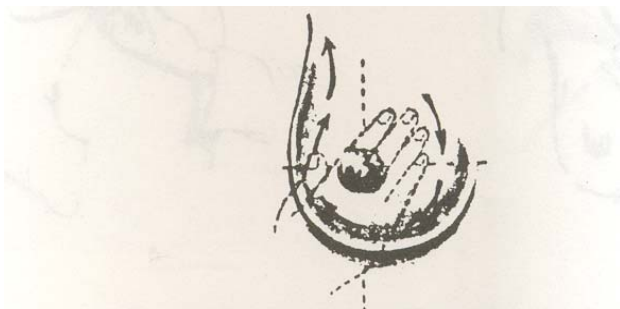
ΣΧΗΜΑ 3: Εξέταση προς ανεύρεση διηθήσεως του πρόσθιου οδοντωτού μυός.



ΣΧΗΜΑ 4: Ψηλάφηση έσω ημιμορίου.



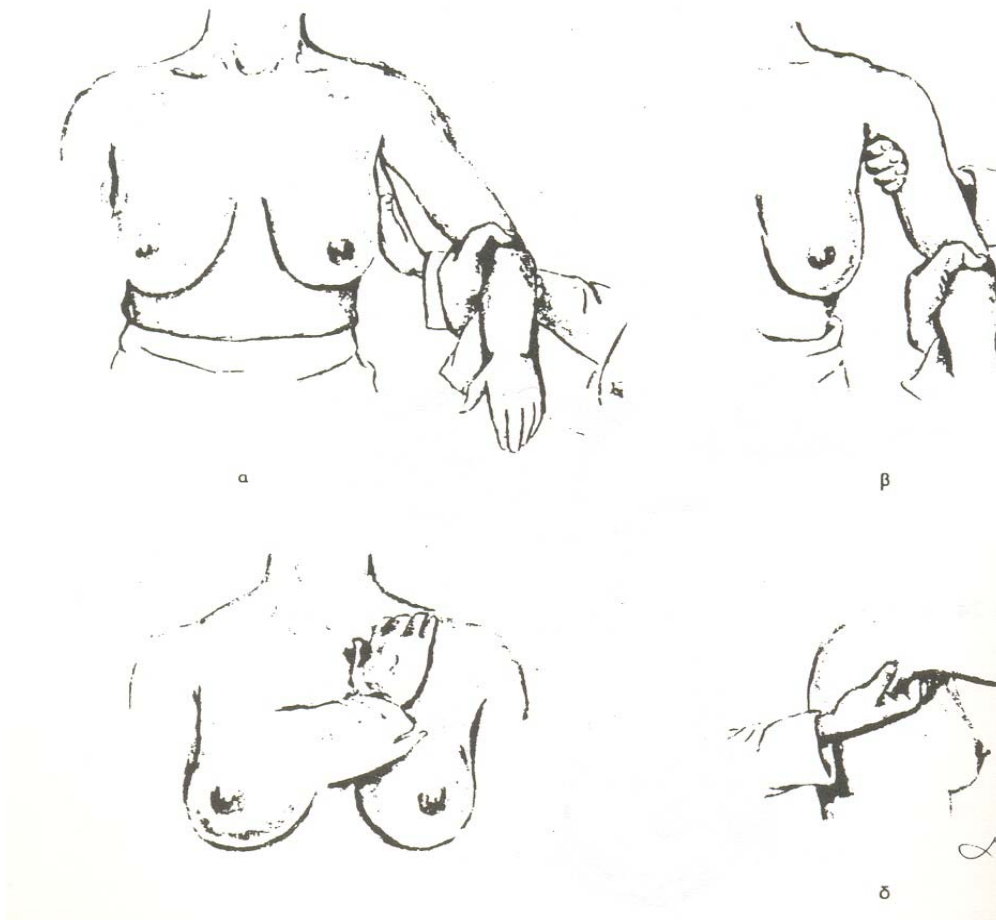
ΣΧΗΜΑ 5: Ψηλάφηση έξω ημιμορίου.



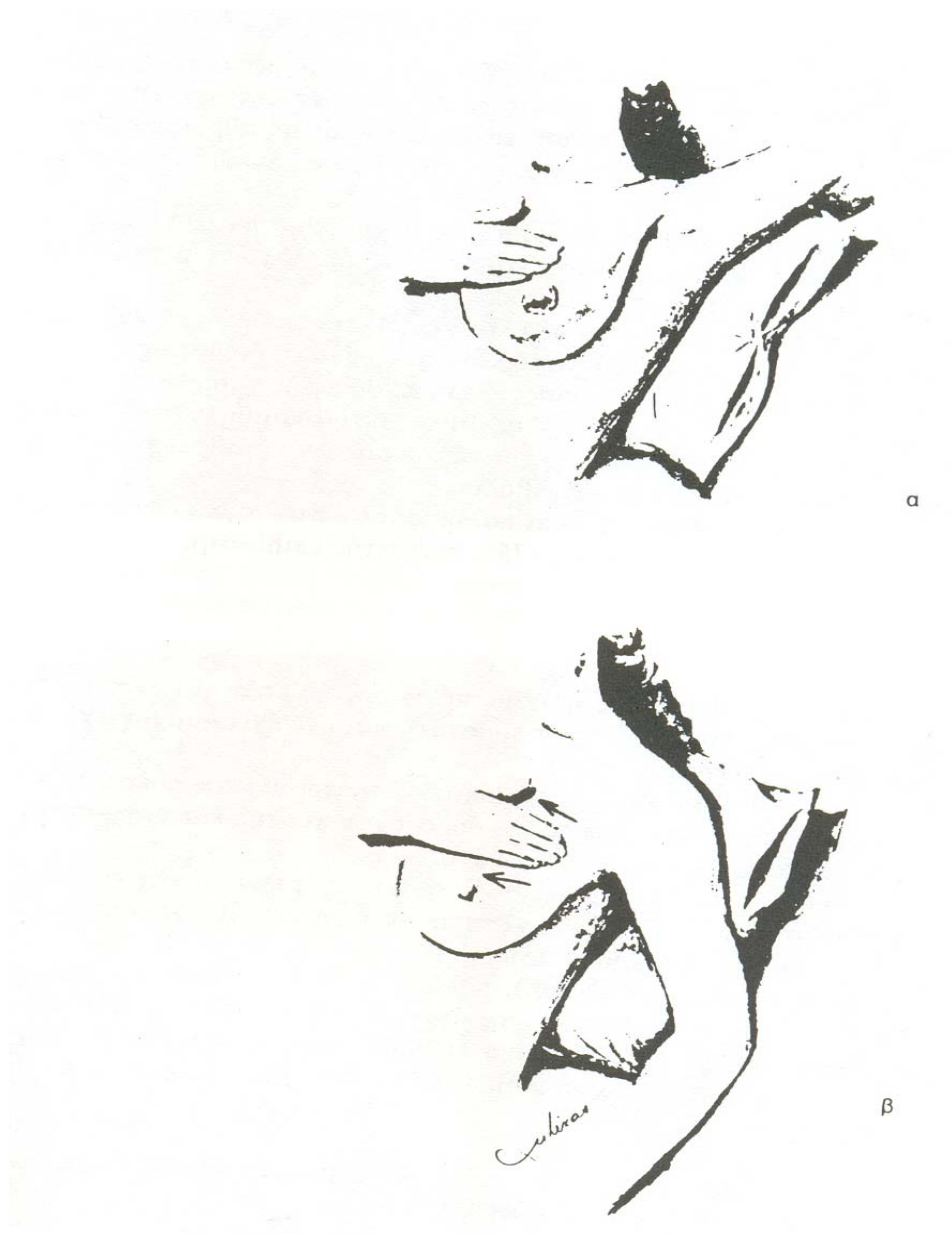
ΣΧΗΜΑ 6: Η πορεία της ψηλάφησης του μαστού.



ΣΧΗΜΑ 7: Δακτυλική συμπίεση για την ανεύρεση ρύσεως της θηλής



ΣΧΗΜΑ 8: Ψηλάφηση μασχαλιαίων λεμφαδένων α) έσω θωρακικής και κεντρικής ομάδος β) της έξω ομάδος γ) των υπερκλειδίων και δ) των υποπλατίων.



ΣΧΗΜΑ 9: Αυτοεξέταση του μαστού. Ψηλάφηση έσω ημιμορίου (α) και έξω ημιμορίου (β).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχολογική φροντίδα του αρρώστου με καρκίνο έχει ήδη γίνει ειδικότητα της ψυχολογίας διεθνώς, χωρίς αυτό να σημαίνει πως όλες οι χώρες έχουν αναπτύξει επίσημα προγράμματα ειδίκευσης. Η ανάγκη της ειδίκευσης αυτής των ψυχολόγων δημιουργήθηκε από το γεγονός ότι όλοι (επαγγελματίες υγείας, κοινωνία γενικά) αντιλαμβάνονται πως,

- . Το ψυχολογικό προσωπικό που έχει εξειδικευμένες γνώσεις και ανάλογη πείρα στη ψυχολογική στήριξη του αρρώστου με καρκίνο, ικανοποιεί πολύ μεγάλο φάσμα όχι μόνο βιολογικών αλλά και ψυχοκοινωνικών αναγκών του αρρώστου με καρκίνο.
- . Οι ευθύνες του ψυχολόγου στη ψυχολογική φροντίδα του αρρώστου στην οποία περιλαμβάνεται και η αποκατάσταση, δεν περιορίζονται μόνο στο νοσοκομείο, αλλά επεκτείνονται και στο σπίτι του αρρώστου.
- . Ο ρόλος του ψυχολόγου, εκτός από τον άρρωστο, επεκτείνεται στην προσφορά σωστής βοήθειας (υποβάσταξης) και στα μέλη της οικογένειας του αρρώστου και στους οικείους του, και
- . Ο ρόλος του ψυχολόγου στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας είναι πολύ ουσιαστικός.

Η ανάγκη της καλύτερης ενημέρωσης του ψυχολογικού προσωπικού στην ογκολογική οδήγησε στην ίδρυση Ψυχοκοινωνικής Ογκολογικής με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων και αλληλοβοήθειας. Παράλληλα συνέχεια γίνονται ψυχολογικές έρευνες για μια πιο ολοκληρωμένη ψυχολογική στήριξη και φροντίδα στον άρρωστο με καρκίνο. Βέβαια, σήμερα είναι αδύνατον όλοι οι άρρωστοι που πάσχουν από καρκίνο να νοσηλεύονται και να παρακολουθούνται από ειδικευμένο ψυχολόγο στην ογκολογία, είναι όμως δυνατόν όλες οι ψυχολόγοι που νοσηλεύουν αρρώστους με καρκίνο να γνωρίζουν ότι καινούργιο υπάρχει για την ψυχολογική φροντίδα αρρώστου με καρκίνο.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aapro M.: Pain undertreated. Depression underrecognized in cancer patients. In: New Clinical Strategies for Symptom Management and Quality of Life Enhancement in Cancer Patients. Faculty International Abstracts, Paris, 2004, p. 2-3.
2. Aaronson N.K., Ahmedzai S., Bullinger M.: The EORTC core quality of life questionnaire. Interim results of an international field study. In: Osoba D. (ed.): Effects of Cancer in Quality of Life. CRC Press, Boca Raton, 2001, p. 169-184.
3. Abrams S.: Long term epidural catheter implantation for cancer pain. In: Patt R.B. (ed), op. cit., 2003, p. 603-611.
4. Achte K.A., Vaukhonen M.C., Viitamaki R.o. and Sonkin L.: Cancer and Psyche. Monogr. Psychiatr. Clin. Helsinki Univ. Cent. Hosp., Helsinki, 1990.
5. Achte K.A., Vaukhonen M.I. and Viitamaki R.C.: Cancer and Psyche. Monography. Psychiat. Clin. Helsinki, No 1, 1970.
6. Ahles T.A., Blanchard E.B., Ruckdeschel J.C.: The multidimensional nature of cancer related pain. *Pain* 17:277-284, 1983.
7. Ahmedzai S.: Approaches to pain control in cancer patients. In: New Clinical Strategies for Symptom Management and Quality of Life Enhancement in Cancer Patients. Faculty International Abstracts, Paris, 2004, p. 16.
8. Amussat J.Z.: Quelques reflexions sur la curabilite du cancer. Ed. E. Thunot, Paris 1854
9. Amytville, NY: Baywood Publ. Co.
10. Anonymous: The life of a hospice. *The Economist*, 26 Dec. 1991, p. 23.
11. Apilanez R.V., Gonzales de Langarica L.R., Arribas E.G.: Terminal illness

- Syndrome. 4th Europ. Conf. Clin. Oncol. and Cancer Nurs. Madrid, Federation of European Cancer Societies, 1997, p.193.
12. Aring C.D. Ο καρκίνος του στήθους. **Jama**, 1999.
 13. Arisrophanis: Comoedias. Edidit Theodorus Bergk. Plutum. Vol II, p. 277-325, Teubneri, Lipsiae, 1882 [Αριστοφάνους:Πλούτος, Εκδ. Λειψίας, 1882]
 14. Aronow, E., Ranchway, A., Peller, M. & Devitto, A. (1980). The value of self in relation to the fear of death. *Omega*, 11: 37-44.
 15. Bacon C.L., Renneker R.E. and Cutter M.: A psychosomatic survey of cancer of the breast. *Psychosom. Med.* 14:453-460, 1952.
 16. Bahnson C.B. and Bahnson. M.B.: Ego defenses in cancer patients. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 164:546, 1969.
 17. Baines, M. (Ed.) (1981). Drug control of common symptoms. *WorldMedicine*, 17: 47-60.
 18. Baltrusch H.-J.F., Waltz M.: Cancer from a biobehavioral and social epidemiologic perspective. *Soc. Sci. Med.* 20:789-794, 1995.
 19. Bard M., Sutherland A.M. Η Ψυχολογική επίδραση του καρκίνου και η θεραπεία του. IV Προσαρμογές στη ριζική μαστεκτομή. *Cancer*, 1997.
 20. Barrios A.A. Υπνοθεραπεία: Μια επανεκτίμηση. *Psychotherapy: Theory, Research, and practice*, 1999.
 21. Baumes P.: *Precis theoretique et pratique sur les diatheses*. Ed. Bailliere et Labe, Paris, Ch. Sary, Lyon et Montpellier 1853, p. 374-396.
 22. Baunack: *Studien auf den Gebiete des Griechischen and der Arischen Sprachen*. Leipzig, 1886.
 23. Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Macmillan.
 24. Becker H.: Psychodynamic aspects of breast cancer. Differences in younger and older patients. *Psychother. Psychosom.* 32:287, 1999.
 25. Benson H. Τα εσωτερικά σας στοιχεία για την καταπολέμηση της έντασης. *Harvard Business Review*, 1999.

26. Blanchard C.G., Labreque M.S., Ruckedeschel J.C., et al: information and decision making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc. Sci. Med.* 27:1139-1145, 1998.
27. Blumenfeld M., Levy N.B., Kaufman D.: Do patients want to be told? *N. Engl.J. Med.* 299:1138, 2002.
28. Bolt, M. (1978). Purpose in life and death concerns. *Journal of Geriatric Psychology*, 132:159-160.
29. Bonica J.J.: Importance of the problem. In: Swerdlow M., Ventafridda V. (eds): *Cancer Pain*. MTP Press Ltd., Lancaster, 1997, p. 3-8.
30. Boyle, C.M. (1970). Differences between patients and doctor's interpretation of common medical terms. *British Medical Journal*, 2: 286-289.
31. Braun M.: Portrait of Arthur M. Sutherland, M.D. *CA - Cancer Journal for Clinicians* 31:157-171, 1981
32. Breitbart W: Diagnosis and treatment of psychiatric complications in the cancer patient with pain. In: Patt R. (ed): *Cancer Pain*. J.B. Lippincott, Philadelphia, 2003, p. 209-233.
33. Brescia F.J., Adler D., Gray G. et al: Hospitalized advanced cancer patients: A profile. *J. Pain Symptom Management* 5:221-227, 2000
34. Brown J.H., Versamis M.B., Toews J., Shane. Ψυχιατρική και ογκολογία: Μια μελέτη. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 2001.
35. Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.
36. Bukberg J., Penman D., Holland J.: Depression in hospitalised cancer patients. *Psychosom. Med.* 43:199-205, 1994.
37. *Cancer and Immunity*. Hogrefe, Toronto, 2001, p. 58-85
38. Carlson R.W: Continuous intravenous infusion chemotherapy. In: Perry M.C. (ed): *The Chemotherapy Source Book*, 2nd ed. Williams and Wilkins, Baltimore, etc., 2004, p. 225-252.
39. Chesser E.S., Anderson J.L. *Η θεραπεία του καρκίνου του στήθους*: Ο

- Γιατρός, Ο Ασθενής, η επικοινωνία τους και οι ψυχοκοινωνικές επι-
πλοκές. Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1995.
40. Chrisrodoulou G.: Preface. In: Psychosomatic Medicine. Past and Future. G.N. Chrisrodoulou editor. Plenum Press, New York and London, 1997, p. vii-ix.
 41. Comfort A.: Proceedings: Governor's conference on the quality of life for our senior citizens. N.C. Dept. of Human Resources, Raleigh, N.C., 1977.
 42. Cooper C.L.: Psychosocial stress and cancer. Wiley and Sons, New York, 1984
 43. Cormier, W. & Cormier, I. (1991)./interviewing Strategies for Helpers. (3rd edition) Monterey, CA: Brooks/Cole Publishers.
 44. Corr, C.A. (1992). A task-based approach to coping with dying. *Omega*, 24: 81-94.
 45. Corr, C.A. (1993). Coping with dying: Lessons that we should and should not learn from the work of Elisabeth Kübler-Ross. *Death Studies*, 17: 69-83.
 46. Corr, C.A. & Corr, O.M. (Eds.) (1983). *Hospice Care: Principles and Practice*. New York: Springer.
 47. Corr, C.A., Nabe, C.M., Corr, O.M. (1994). *Death and Dying, Life and Living*. Pacific Grove, CA: Brooks Cole Publ. Co.
 48. Coyle N., Adelhardt J., Foley K.M. et al: Character of terminal illness in the advanced cancer patient: Pain and other symptoms during the last 4 weeks of life. *J. Pain Symptom Management* 5:83-93, 2000.
 49. Cutter E.: Diet on Cancer. *Albany Medical journal* 18:218-251, 1887.
 50. Daremberg Ch., Bussemaker C.: Oeuvres d' Oribase. vol. 16, Paris 1851-1876. Reprint Amsterdam 1992.
 51. De Conno F, Foley K: Cancer Pain Relief. Kluwer Academic Publ., Dordrecht/Boston/London, 2004.
 52. Derogatis L.R., Marrow G.R., Fetting G., et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249:751-756, 1995.

53. De Vita V.T., Hellman S., Rosenberg S.A.: Cancer. Principles and Practice of Oncology, 4th ed. J.B. Lippincott, Philadelphia, 2003.
54. Dilman V.M., Ostroumova M.: Hypothalamic, metabolic and immune mechanism of the influence of stress and the tumor process. In: Impact of the Psychoendocrine Systems in cancer and Immunity. Hogrefe , Toronto, 1984, p. 58-85
55. DIMatteo, M.A., Prince, I.M. & Taranta, A. (1978). Patients' perceptions of physician behaviour. *Journal of Community Health*, 4: 280-289.
56. Doka, K. (1993a). *Living with Life Threatening Illness*. New York:Lexington Books - Macmillan Inc.
57. Doka, K. (1993b). The spiritual needs of the dying. Στο Κ. Doka & J.O. Morgan (Eds.) *Death and Spirituality*. Amityville, N.Y.: Baywood Publ. Co.
58. Durlak, K. (1972). Relationship between individual attitudes toward life and death. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 38: 463.
59. Dyk R.B. and Sutherland A.M.: Adaptation to spouse and other family members to the colostomy patient. *Cancer* 9:123-138, 1956.
60. Egan, G. (1986). *The Skilled Helper*. (3rd edition) Monterey, CA: F Brooks/Cole Publishers
61. Ensmiger WD.: Intraarterial therapy. In: Perry M.C. (ed), op. cit., 2002, p. 253-270.
62. Evans E.: A psychological study of cancer. Dodd, Mead and Co., New York 1926
63. Faulkner, A., Maguire, P. & Regnard, C. (1994). Breaking bad news A flow diagram. *Palliative Medicine*, 8: 145-151.
64. Fink D.J., Knauer W.H., Charrette E.E., et al: Rehabilitation of the cancer patient. In: Cancer Manual, 7th ed., American Cancer Society, Massachusetts Division, Boston, 1986, p. 428
65. Fleckenstein, L. (1977). Attitudes towards patient package inserts *Drug Information Journal*, 11: 23-29.

66. Foley K Pain syndromes in patients with cancer. In: Swerdlow M., Ventafridda V. (eds): Cancer Pain. MTP Press Ltd., Lancaster, 1995, p. 45-56.
67. Fox B.H.: Current theory of psychogenic effects on cancer incidence and prognosis. *J. Psychosoc. Oncol.* 1: 17-31, 2003
68. Frank J.: The effects of music therapy and guided visual imagery on chemotherapy induced nausea and vomiting. *Oncology Nursing Forum* 12:42-52, 1996.
69. Franzino M.A., Geren J.J., Meiman G.L.: Group psychotherapy among the terminally ill. *Inr. J. Group Psychother.* 269:43-48, 1976.
70. Fras I. , Litin E.M. and Pearson J.S.: Comparison of psychiatric symptoms in carcinoma of the pancreas with those in some other intra-abdominal neoplasms. *Am. J. Psychiatry* 123: 1553-1562, 1967.
71. . Fraumeni J.F., Devesa S.S., Hoover R.N., Kinlen L.J.: Epidemiology of cancer. In: V.T. De Vita, J. Hellman, S.A. Rosenberg (editors): "Cancer. Principles and Pracrice of Oncology", 4th edition, J.B. Lippincott, 2003, p. 150-181.
72. Fulton, R. & Fulton, J. (1971). A Psychosocial Aspect of Terminal Care: Anticipatory Grief. *Omega*, 2: 91-99.
73. Fulton, R. & Gottesman, D.J. (1980). Anticipatory grief: A psychosocial concept reconsidered. *British Journal of Psychiatry*, 137: 45-54.
74. Futterman, E.H., Hoffman, I. & Sabshin, M. (1972). Parental anticipatory mourning. Στο B. Schoenberg, A.C. Carr, O. Peretz & A-H. Kutscher (Eds.) *Psychosocial/ Aspects of Terminal/ Care*. New York: Columbia Press.
75. Galeni CI.: Opera omnia. vol 1-22. Ed. K.G. Kuhn, Leipzig 1821-1833. Reprillt Hildesheim 1964 [Greek and Latin text].
76. Ganz P.A.: Does (or should) chronologic age influence the choice of cancer of treatment? *Oncology* 6:S45-49, 2002.
77. Gerber, I. (1974). Anticipatory Bereavement. Στο B. Schoenberg, Carr, A.

- Kutscher, D. Peretz & I. Goldberg (Eds.) *Anticipatory Grief*. New York: Columbia University Press.
78. Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1965). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine. International Work Group on Death, Dying, and Bereavement (1993). *Statements on Death, Dying, and Bereavement*. Ontario, Canada: International Work Group on Death, Dying, and Bereavement.
79. Glaser R., Rice J., Sheridan J., et al: Stress related immune suppression: health implications. *Brain, Behavior, Immunity* 1:7-20, 2003.
80. Goldfarb C., Driesen J., Cole D.: Psycho physiologic aspects of malignancy. *Am.J. Psychiatry* 123:1545-1552, 1967.
81. Greer S., Morris T. *Η ψυχολογική στάση των γυναικών με καρκίνο του στήθους*. *Journal of Psychosomatic Research*, 2001.
82. Greer S., Watson M.: Towards a psychobiological model of cancer: psychological considerations. *Soc. Sci. Med.* 20:773-777, 2003.
83. Greile G. Jr. *Τι θα έπρεπε να ξέρει κάθε γυναίκα για τον καρκίνο του στήθους*. New York: Macmillan, 2000.
84. Guy R.: *An Essay on Scirrhus Tumors and Cancers*. J. and A. Churchill, London 1759.
85. Hellenic Anticancer Society: Sampling research on public attitude and behaviour towards cancer (2000), Athens, 2001.
86. Hippocrate: *Oeuvres Completes*. Introduction, traduction, commentaires medicaux, variantes et notes philologiques (par) E. Littré, Ed. J.B. Bailliere, vol. 1-10, 1v839-1861.
87. Hoon-Koy, Kyung Shik Lee, Jim Hyounng Kang, Dong Jip Kim: Influence of chemotherapy on Karnofsky Performance Scale (KPS) and quality of life in patients with head and neck cancer. *Proc. ASCO* 11:409, 2002.
88. Holland J.C., Morrow G., Schmale A., et al: Reduction of anxiety and depression in cancer patients by alprazolam or by a behavioral technique. *Proc. ASCO* 6:258, 1987.

89. Holland J.C. *Ψυχολογικές όψεις του καρκίνου*. Philadelphia 2000.
90. Holland J., Plumb M., Yates J. et al.: Psychological response of patients with acute leukemia to germ-free environment. *Cancer* 40:871-879, 2001.
91. Hospers J.: *An Introduction to Philosophical Analysis*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1967.
92. Hutshneker A.A. *Η Θέληση για Ζωή*. New York: Thomas Y. Crowell Company, 2003.
93. Ideler J.L.: *Physici et Medici Graeci Minores*. vol. 1-2, Berlin 1841-42.
94. Ivey, A. E., Gluckstern, N.B. & Bradford-Ivey M. (1993). *Συμβουλευτική: Μέθοδος Πρακτικής Προσέγγισης*. Μετάφραση-Επιμέλεια: Μ. Μαλικιώση-Λοίζου. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
95. Jessop, A. (1979). *Nurse-Patient Communication*. North Amherst Mass.: Microtraining Associates.
96. Joubert, P. & Lasagna, L. (1975). Patient package inserts. I: Nature notions and needs. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 18:507-513.
97. Justice A.: Review of the effects of stress on cancer in laboratory animals: importance of time of stress application and type of tumor. *Psychol. Bull.* 98:108-138, 2004.
98. Kaasa S.: Using quality of life assessment in patients with advanced cancer. A clinical perspective. *Eur. J. Cancer* 31A: 515-517, 2003.
99. Kalish, A.A. (1985). *Death, Grief, and Caring Relationships*. Monterey, Ca: Brooks/Cole.
100. Kastenbaum, R. & Kastenbaum, J. (Eds.) (1989). *Encyclopaedia of Death*. Phoenix, Az: Oryx Press.
101. Kastenbaum, R. (1991). *Death, Society and Human Experience* (4th edition). New York: Macmillan.
102. Kauffman, J. (1994). Spiritual perspectives on suffering the pain of death. Στο KJ. Doka & J.D. Morgan (Eds.) *Death and Spirituality*.
103. Kissen D.: Personality factors in males conducive to lung cancer

- patients. *Br.J.: Med. Psychol.* 136:27, 1963.
104. Korsch, B.M., Gozzi, E.K & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication. *Pediatrics*, 42: 855-871.
 105. Kubler-Ross E.: *On death and dying*, Mc Millan Co, New York 1969.
Ελληνική έκδοση με τον τίτλο "Αυτός που πεθαίνει". Μετάφραση Δρ. Κ Μιχαηλίδης, Εκδόσεις Ταμασός, Λευκωσία, 1979,
 106. Kubler-Ross E.: *Questions and answers on death and dying*, Collier Book, New York, 1975.
 107. Lauver, P. & Harvey, D. (1995). *Foundations Of Professional Counseling: A Handbook*
 108. Lazarus, R. (1981). The costs and benefits of denial. Στο J. Spinetta & P. Deasy-Spinetta (Eds.) *Living with Childhood Cancer*. St. Louis: Mosby Co.
 109. Leming, M.R. & Dickinson, G.E. (1985). *Understanding Dying, Death and Bereavement*. New York: C8S Publ. Holt, Rinehart and Winston Press.
 110. LeShan L.: An emotional life-history pattern associated with neoplastic disease. *Ann. N.Y. Acad. Sci* 164:546-557,1969.
 111. Le Shan L.L.: *You can fight for your life*. Evans, New York, 1977.
 112. Ley, P. (1988). *Communicating with Patients*. London: Chapman & Hall.
 113. Levine, S. (1982). *Who Dies?* Bath: Gateway Books.
 114. Levy S., Herberman Malnish A., et al: Prognostic risk assessment in primary breast cancer by behavioral and immunologic parameters. *Health Psychology* 4:99-113, 1995.
 115. Lioffi Chr. and Hatira P.: Hypnosis in the control of cancer pain. A review. *PsychoOncology Letters* 5:7-81, 1994.
 116. Lipman, A.G. (1980). *Drug therapy in cancer pain*. *Cancer Nursing*, 3:39-46.
 117. Litre E., Robin Ch.: *Dictionaire de Medicine*, Ed. 11eme, Bailliere et fils, Paris 1858.
 118. Maddison, D. & Viola, A. (1968). The health of widows in the year

- following bereavement. *Journal of Psychosomatic Research*, 12: 297-306.
119. Manos N. and Christakis I: Attitudes of cancer patients in Greece. *Int. J. Psychiatry Med.* 10:305-313, 1999-2000.
 120. Marinakis Th., Rigaros G., Politis G., et al: A comparative study of personality traits among lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients and healthy controls. *PsychoOncology Letters* 1:12-15, 2002.
 121. Massie M.J., Holland J.C.: Overview of normal reaction and prevalence of psychiatric disorders. In: Holland J.C., Rowland J.R. (eds): *Handbook of PsychoOncology*. Oxford University Press, New York, 2001, p. 273-282.
 122. McCaffery, M. & Seebe, A. (1989). *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. St Louis: C.v. Mosby.
 123. Montagu A.: *Touching. The human significance of the skin*. Columbia University Press, New York, 2001
 124. Morgan, J. (1988). Death and bereavement: Spiritual, ethical and pastoral issues. *Death Studies*, 13: 85-89.
 125. Morris, L.A. & Kanouse, D.E. (1981). Consumer reactions to the tone of written drug information. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 38: 667-671.
 126. Morris T., Greer S., White P.: Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. *Cancer* 40:2381-2387, 1999.
 127. Nemerh G. and Mezei A: Personality traits of cancer patients compared with benign tumor patients. In: Kissen D.M. and LeShan L.L., editors: *Psychosomatic Aspects of Neoplastic Disease*. J.B. Lippincott, Philadelphia 1964, p. 12-17
 128. Newton G. *Σύγχρονη εμπειρία και αντίσταση στην ανάπτυξη του όγκου*. Lippincott, 1999.
 129. Norton W.S. and Lack S.A.: Control of Symptoms other than pain. In: R.G. Twycross and V. Ventafridda (editors): "The continuing care of

- terminal cancer patient", Pergamon Press, Oxford, etc., 1990, p, 167-175.
130. Novack D.H., Plumer R., Smith R.L., et al: Changes in physician's attitude toward telling the cancer patient. *JAMA* 241:897-900, 2000.
 131. Nuland, S.S. (1994). *How We Die*. New York: Alfred A. Knopf.
 132. Nunn T.H. *Ο καρκίνος του στήθους*. London J. & A Churchill, 1992.
 133. Paget J.: *Surgical Pathology*. 2nd edition. Longmans Green, London 1870.
 134. Papadatou, D. (1991). Working with dying children: A professional's personal journey. Στο D. Papadatou & C. Papadatos (Eds.) *Children and Death*. Washington D.C.: Hemisphere Publishing Co.
 135. Parker W: *Cancer, A Study of 397 cases of Cancer of Female Breast*. G.P. Putnam and Sons, New York 1885.
 136. Parkes, C.M. & Weiss, R.S. (1983). *Recovery from Bereavement*. New York: Basic Books.
 137. Pattison, E.M. (Ed.) (1977). *The Experience of Dying*. Englewood Cliffs N.J.: Prentice-Hall.
 138. Portenoy KR.: Pain management in the older cancer patients. *Oncology* 6:586-88, 2002.
 139. Prellwitz: *Griechische Dialeck - Inschriften*. Vol III, Gottingen, 1889.
 140. Publ. Hellenic Society of Psychosocial Oncology, Athens/Beaune 1992.
 141. Rando, T.A. (1984). *Grief, Dying and Death* (σελ. 232-239). Champaign III: Research Press.
 142. Rando, T.A. (Ed.) (1986). *Loss and Anticipatory Grief*. Massachussetts: Lexington Books.
 143. Raven R.W: *Rehabilitation Care in Cancer*. Parthenon Publishing, Lancashire and New York, 1986.
 144. Renneker R.E., Cutler R., Hora J., et al: Psychoanalytic exploration of emotional correlates of cancer of the breast. *Psychosom. Med.* 25:106-112, 1963.

145. Retsas S.: On the antiquity of cancer; from Hippocrates to Galen. In: Palaeo-Oncology. The antiquity of cancer. S. Retsas editor. Farrand Press, [London] 1996, p. 41-58.
146. Reznikoff M. *Ψυχολογικοί παράγοντες στον καρκίνο του στήθους*. Psychosomatic Medicine, 2002.
147. Rigatos G.A.: Psychosomatic aspects in cancer. From Antiquity to the 20th century.
148. Rigatos G.A. and Kappou-Rigatou I.: Psychosomatic tradition till the end of the nineteenth century. In: Psychosomatic Medicine. Past and Future. G.N. Christodoulou editor. Plenum Press, New York and London 1997, p. 337-340.
149. Rígatos G.A. and Skarlos D.B.: Psychosomatic concepts in writings of ancient Greek philosophers. In: Psychosomatic Medicine. Past and Future. G.N. Chrisrodoulou ediror. Plenum Press, New York and London, 1997, p. 43-46
150. Rigatos G.A. and Kappou-Rigarou I: A qehavioural aspect about permanent cancer pain. *PsychoOncology Lettets* 5: 115 -118, 2004.
151. Rogers, C. {1961}. *On Becoming a Person*. 80ston: Houghton Mifflin.
152. Roschuck J.R.: Needles, catheters, and syringes: Design, development, and selection. In: Patt R.B. (ed): Cancer Pain. J.B. Lippincott, Philadelphia, 2003, p. 592-602.
153. Samartzi M., Rigaros G.: The link between life events, personality traits and cultural influences and the development of malignant neoplasia in women with advanced gynaecological and/or breast cancer. *PsychoOncology Letters* 1:9-12, 1990.
154. Sarantoglou G.E., Rigatos G.A.: La guerison par la catharsis du cancer chez les anciens medecin grecs. *Psychologie Medicale* 20: 1247-1248, 1998.
155. Sarantoglou G.E. and Rigatos G.A.: Psychosomatic aspects included in P. Baumes (1853) cancerous disposition ("diathese cancreux"). *Psycho-*

- Oncology Letters* 2:12-14, 1991.
156. Saunders, C.M. (Ed.) (1990). *Hospice and Palliative Care: An interdisciplinary Approach*. London: Edward Arnold.
 157. Schramm P.: Krebs. Eine Krankheit im Spiegel der Jahrtausende. Ed. Rarissima, Taunusstein 1997.
 158. Scholtz T. and Pfeiffer E: Roenrgenologic diagnosis of carcinoma of the tail of the pancreas. *JAMA* 81 :275-277, 1923.
 159. SeIye H. *Η ένταση της ζωής*. New York: McGraw-Hill, 2000.
 160. Shneidman, E.S. (1978). Some aspects of psychotherapy with the dying patient. Στο C. Garfield (Ed.) *Psychosocial Care of the Dying Patient*. New York: McGraw-Hill.
 161. Skeel R.T.: Quality of life assessment in cancer clinical trials. It's time to catch up. *JNCL* 81:472-473, 1997.
 162. Skirbekk G., Ed.: *Wahrheitstheorien*. Frankfurt am Main, 1977.
 163. Snow H.L.: *Cancer and Cancer Process*. Churchill, London, 1893.
 164. Snow H. *Η επανεμφάνιση του καρκίνου μετά τη φαινομενική του εξολόθρευση* J. & A Churcill, 1990.
 165. Sontag, S. (1993). *Η Νόσος ως Μεταφορά - Το AIDS και οι Μεταφορές του*. Αθήνα: Εκδόσεις Ύψιλον /Βιβλία.
 166. Srephenson J.H. and Grace W.J.: Life stress and cancer of the cervix. *Psychosom. Med.* 16:287-294, 1954.
 167. Steplewski Z., Robinson-Goldman P., Vogel W.H.: Effects of housing stress on the formation and development of tumor in rats. *Cancer Lerrers* 34:257-261, 1987.
 168. Steen E.: Mozart against pain. *Cancer Magazine*, Spring 1990, p. 20-22.
 169. Steen E., Sollid R., Jensen A.: Music and its influences on the side effects of chemotherapy. Paper presented at the 5th International Conference of Cancer Nursing. Unpublished manuscript, 1998.
 170. Steiner C. *Σενάρια της ανθρώπινης ζωής*. New York: Bantam, 2001.

171. Stephenson, J.S. (1994). Grief and mourning. Στο R. Fulton & R. Bendiksen (Eds.) *Death and identity* (3rd edition). Philadelphia: The Charles Press Publ.
172. Temoshok L.: Personaliry, coping sryle, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surv.* 6:545-567, 1997.
173. Tring, F.C. & Hayes-Allen, M.C. (1973). Understanding and misunderstanding of some medical terms. *British Journal/ of Medical Education*, 7: 53-59.
174. Truax, C.B. & Mitchell, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome.
175. Twycross R.G.: Incidence and assessment of pain in terminal cancer. In: Twycross R.G., *Continuing Care of Terminal Oxford*, 1995, p. 65-74.
176. Twycross, R.G. (1982). Principles and practice of pain relief in terminal cancer. *Cancer Forum*, 6: 23-33.
177. Twycross, R.G. & Lack, S.A. (1983). *Symptom control in far advanced cancer: Pain relief*. London: Pitman.
178. Tyrrell F.T.: The lectures of Sir Astley Cooper on Principles and Practice of Surgery. A. Sherman, Philadelphia 1826.
179. Ulene A. Πώς να αισθάνεστε καλά. Los Angeles: J.P. Tarcher, 1999.
180. Vachon, M.L.S., Rogers, J., Lyall, W.A., Sheldon, A.R. & Freeman, S.J. (1982). Predictors and correlates of high distress in adaptation to conjugal bereavement. *American Journal of Psychiatry*, 139: 9981002.
181. Vassiliades, G. "Εμφαση στον άνθρωπο, και όχι στο πρόβλημα!", 1ο Διεθνές Συνέδριο Θεραπείας μέσω της Τέχνης" (Βουδαπέστη, Απρίλιος 2003).
182. Vogel W.H.: Stress: The neglected variable in experimental pharmacology and toxicology. *T:PS* 8:35-37, 2001.
183. Watson M.: Psychosocial consequences of cancer disease and treatment. In: Zittoun R. (ed.): *Quality of life of cancer patients. A review*.

- International Congress of Psychosocial 1 Oncology, Beaune, 2002, p. 27-30
184. Watson M.: Role of psychosocial factors in carcinogenesis and course of disease. in: Zittoun R. (ed.), op. cit., Beaune, 2002, p.31-40.
185. Weisman, A.D. (1972). *On Dying and Denying: A Psychiatric Study of Terminality*. New York: Behavioral Publications.
186. Weisman, A.D. (1984). *The Coping Capacity: on the Nature of Being Mortal*. New York: Human Sciences Press.
187. Wheeler J.I. Jr., Caldwell B.M. *Μια ψυχολογική εκτίμηση των γυναικών που πάσχουν από καρκίνο του στήθους και του νωτιαίου*. Psychosomatic Medicine, 1995.
188. Wolf, M.H., Putnam, S.M., James, S.A. &Stiles W.B.(1978): The Medical Interview Satisfaction Scale: Development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1: 391-401.
189. Woodforbe J.M., Fielding J.R.: Pain and cancer. *J. Psychosom. Res.* 14:365-370, 1970.
190. Yaskin J.C.: Nervous symptoms as earliest manifestations of carcinoma of the pancreas. *JAMA* 96:1664-1668, 1931.
191. Zavalloni M.Guerin C.L.(1996). *Κοινωνική Ταυτότητα και Συνείδηση , εισαγωγή στην εγω-οικολογία*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
192. Ziomas D., Bouzas N.: Social and economic policies and older people in Greece. National Report. Revised version. Athens, 2002

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεβίζος Α.: Βιολογικές θεραπείες της κατάθλιψης. Εις: Χριστοδούλου Γ. (συντονισμός-επιμέλεια): Κατάθλιψη. Β' έκδοση. Εκδ. Βήτα, Αθήνα, 2002, σελ. 141-151.
2. Αλεξόπουλος Α., Σταυρινίδης Η., Κάππου-Ρηγάτου Ι. και ,/ συν.: Ποιότητα ζωής σε καρκινοπαθείς υπό χημειοθεραπεία. *Ελληνική Ογκολογία* 29:109-111,2000.
3. Αναγνωστόπουλος, Φ. & Ιακωβίδης, Β. (1993). Εμπόδια στην επικοινωνία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ογκολογικών νοσοκομείων με τον ασθενή που πεθαίνει και η εκπαίδευση σε θέματα θανάτου. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 43: 73-77.
4. Αραβαντινός Α.Π.: Ασκληπιός και Ασκληπιεία. Τύποις Β. Δρουγουλίνου, Λειψία, 1907.
5. Γιδοπούλου-Στραβολαίμου Κ, Κόκκαλης Γ., Μπεσμπέας Σ., Παπαδάτου Δ., Κορδιολής Ν., Αναγνωστόπουλος Φ: Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο: Η αποκατάσταση του καρκινοπαθούς. Εισηγήσεις. Έκδοση 5ου Πανελληνίου Αντικαρκινικού Συμποσίου, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2002.
6. Γουρνάς Γ.: Ψυχική υγεία και τρίτη ηλικία. Στον τόμο: Υγεία και κοινωνική προστασία στην τρίτη ηλικία. Επιστ. επιμελητές Γ. Κυριόπουλος, Ευγ. Γεωργούση, Γ. Σκουτέλης. Εκδ. Κέντρου Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 2004 σελ. 161-168.
7. Δόσιος Θ., Μαρκόπουλος Χ., Βλάχος Ι, Λιάτσος Π.: Οι απόψεις των Ελλήνων γιατρών επί του εάν πρέπει ο καρκινοπαθής να γνωρίζει την αρρώστια του. *Ιατρικά Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων* 20:309-315, 2002.
8. Έμκε-Πουλοπούλου Η.: Δημογραφική γήρανση, φτώχεια και εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, σελ.- 331-359.

9. Ζουμπλιός Χ., Σταυρακάκης Ι., Ρηγάτος Γ., Σαραντόγλου Γ.: Αυτοαναφερόμενη κατάθλιψη σε καρκινοπαθείς. *Ελληνική Ογκολογία* 29:143-145, 2003
10. Ιακωβίδης Β., Μπεντενίδης Χ.: Ψυχιατρική υποστήριξη ασθενών με κακοήθεις νεοπλασίες. Εισ: Καλλινίκου-Μανιάτη Α., Σεϊτανίδη Β., Τσιγαλίδου-Μπάλλα Β. (επιμ.): Υποστηρικτική αγωγή σε αρρώστους με νεοπλασματικά νοσήματα του αίματος. Εκδ. Ζήτα, Αθήνα, 2002, σελ 205-222.
11. Καρκανιάς Α., Ιακωβίδης Β.: Συμβουλευτική-διασυνδετική Ψυχιατρική στο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο "Μεταξά". Πρακτικά 11ου Πανελλ. Συν. Ογκολογίας, Αθήνα, 1997.
12. Καρανάσιος Δ., Κοραντζής Ι., Νικολής Ι. και συν.: Ψυχοκοινωνική παρέμβαση σε 4 οικογένειες καρκινοπαθών. *Ελληνική Ογκολογία* 30:136-138, 2004.
13. Κορδιολής Ν., Καρατζάς Π., Καζαντζής Δ., Ρηγάτος Γ.: Στοιχεία για τη συχνότητα του πόνου σε Έλληνες καρκινοπαθείς. 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Πρόγραμμα-Περιλήψεις. Αθήνα, 2003, σελ. 41.
14. Κούζης Α.Π.: Ο καρκίνος. Ιστορία των περι της νόσου ερευνών. Αιτιολογία του καρκίνου. Παθογένεια του καρκίνου. Πυρσός, Αθήναι 2001.
15. Κούζης Α.Π.: Ο καρκίνος παρά τοις αρχαίοις Έλλησιν ιατροίς. Τυπ. Α. Κωνσταντινίδου, Αθήναι 1902.
16. Κουτσελίνης, Α. & Μιχαλοδημητράκης, Μ. (1984). *Ιατρική Ευθύνη*. Αθήνα: Εκδόσεις Guttenberg
17. Λαζαράτου, Ε. (1990). Το stress του νοσηλευτικού προσωπικού στην αντιμετώπιση του θανάτου. *Ιατρική*, 58(5): 453-457.
18. Μερίκας Γ: Προβλήματα υγείας κατά το γήρας. Στον τόμο: Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην τρίτη ηλικία. Επιστ. επιμελητές: Γ.

- Κυριόπουλος, Ευγ. Γεωργούση, Γ. Σκουτέλης. Εκδ. Κέντρου Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 2004, σελ 9-15.
19. Νεστορος.Ι.Ν.(1996)Συνθετική ψυχοθεραπεία. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
 20. Νικολής Ι: Διερεύνηση των αποτελεσμάτων της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες. Διδακτορική διατριβή, Θεσσαλονίκη, 2004.
 21. Παπαδάτου, Δ. (1988-1994). Δεξιότητες επικοινωνίας. Διδακτικές σημειώσεις Δ. Παπαδάτου στο *Επικοινωνία και Διαπροσωπικές Σχέσεις*. Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών.
 22. Παπαδάτου, Δ. (1986). Ο άρρωστος που πεθαίνει και η οικογένειά του. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος & Δ. Παπαδάτου (Επιμ.) *Ψυχολογική Προσέγγιση Ατόμων με Καρκίνο*. Αθήνα: Εκδόσεις Ζήτα.
 23. Παπαδάτου, Δ. (1995). Ο «κρυφός» θρήνος του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος του ασθενή με AIDS. *Ελληνικά Αρχεία AIDS*
 24. Παπαστάμου Σ, (1989). *Σύγχρονες έρευνες στην Κοινωνική Ψυχολογία – Η Κοινωνική Επιρροή*, Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας. Από τις σημειώσεις που δόθηκαν από τον Κο. Σφακιανάκη.
 25. Παπαχριστόπουλος Γ., Καλαποθάκη Β., Κουμεντάκη Υ. και συν.: Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και επιβίωση καρκινοπαθών του μαστού. *Mat. Med. Gteca* 10:251-256, 1982.
 26. Πλάτων: Χαρμίδης. Εκδ. Πάπυρος, Αθήνα 1975.
 27. Πουρναρόπουλος Γ.: Εισαγωγή Εις τον Ιπποκράτη. Εις: Ιπποκράτους Έργα. Μετάφρασις Κ. Εμμανουήλ. Εκδ. Μαρτίνου, Αθήναι, 1967-1970.
 28. Ρασιδάκις Ν.: Ψυχή και καρκίνος. Αθήνα 1983
 29. Ρήγα Α.-Β. (1997).*Καρκίνος:από τη μητέρα στην κόρη .Η δυναμική της επανάληψης .*Αθήνα :Μαυρομάτη .

30. Ρήγα Α.-Β.(1997) *.Μαρία Τ. Ιστορία ζωής. Ψυχοβιογραφική προσέγγιση* Αθήνα :Μαυρομάτη.
31. Ρήγα Α.-Β.(2005)*σημειώσεις μαθήματος κοινωνική ψυχολογία ΙΙΙ*
32. Ρήγα Α.-Β.(2001).*Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις σε οργανισμούς , ομάδες και άτομα .θεωρία ,έρευνα, εφαρμογές .Αθήνα :Ελληνικά Γράμματα*
33. Ρηγάτος Γ.: Αποκατάσταση καρκινοπαθών. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 1 :408-410, 1994.
34. Ρηγάτος Γ., Γκαράς Ι, Μαρινάκης Θ., Γκαρά Αιμ.: Ψυχοκοινωνικοί συντελεστές υπόλογοι για καθυστερημένη προσέλευση σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. *Αρχ. Ελλην. Ιατρ.* 3:186-188, 1986.
35. Ρηγάτος Γ.: Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία. Εκδ. Ζήτα, Αθήνα, 1995.
36. Ρηγάτος Γ.: Εγκόλπιο Ογκολογίας. Ascent, Αθήνα 2004.
37. Ρηγάτος Γ.: Η αρχαία ιατρική στη λαϊκή μας παράδοση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1999.
38. Ρηγάτος Γ.: Καρκίνος και ποιότητα ζωής. *Ελληνική Ογκολογία* 29:20-21, 1995.
39. Ρηγάτος Γ.: Καρκίνος και κοινωνικές ανισότητες. *Αρχ. Ελλην. Ιατρ.* 8:331-333, 2001.
40. Ρηγάτος Γ.: Νεοπλάσματα σε άτομα της τρίτης ηλικίας. *Ό.π.π., σε .* 129-139.
41. Ρηγάτος Γ., Κατσένης Α., Παντελή Σ., Δοντάς Ν.: Διερεύνηση ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων σε ασθενείς με καρκίνο. *Ελληνική Ογκολογία* 20:233-246, 2004.
42. Ρηγάτος Γ., Παντελή Σ.: Μελέτη της εξωστρεφούς, της ενδοστρεφούς και της καταπιεζόμενης επιθετικότητας μεταξύ καρκινοπαθών με τη χρήση εικονογραφημένης δοκιμασίας(Rosenzweig P-F study). *Αρχ. Ιατρ. Ετ.* 9:733-736, 2003.

43. Ρηγάτος Γ.: Το πρόβλημα του χρόνιου πόνου. Στο: Χρόνιος πόνος στον καρκίνο. Νέοι ορίζοντες. Συντονιστής εκδ.: Γ. Ρηγάτος. Έκδοση Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα, 2004, σελ. 17-22.
44. Ρηγάτος Γ.: Ο πόνος στον καρκινοπαθή. Στο: Πόνος. Κλινικές εικόνες και αντιμετώπιση. Επιμ.: Κ Σολδάτος. Έκδοση Ιατρικής Ετωρείας Αθηνών, Αθήνα, 2003, σελ. 67-80.
45. Ρηγάτος Γ.: Πρόσωπα και ζητήματα. 21 κείμενα για την ιατρική στη λογοτεχνία. Εκδ. Σελίδα, Αθήνα 2004.
46. Ρηγάτος Γ.: Η Ψυχοκοινωνική Ογκολογία στην Ελλάδα. Η σημερινή κατάσταση. *Ελληνική Ογκολογία* 27:196-204, 2001.
47. Ρηγάτος Γ.: Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ασθενών με καρκίνο. <<Θέματα Παθολογίας-Ογκολογίας>>. Εκδ. ΕΟΠΕ, Αθήνα, 2003, σελ 265-271.
48. Ρηγάτος Γ.Α.: Ψυχοσωματικές απόψεις πάνω στον καρκίνο. *Νοσοκομειακά χρονικά* 42:410-416, 1999.
49. Ρηγάτος Γ.Α.: Φροντίδα για τη γυναίκα με καρκίνο, Τα αποτελέσματα του Ελληνικού δείγματος Πανευρωπαϊκής μελέτης για εμπειρίες και προοπτικές ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο. 9^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας. Πρόγραμμα-Περιλήψεις, Αθήνα, 2004, σελ. 11-18.
50. Σαρφατής Δ. και Παπαχριστοδούλου Γ.: Έρευνα επί της στάσεως και της συμπεριφοράς του κοινού έναντι του καρκίνου. Εκδόσεις Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, Αθήναι, 2000.
51. . Σολδάτος ΚΡ., Σακκάς Π.Ν., Μπεργιαγγάκη Ι.Δ.: Ψυχολογικές αντιδράσεις του καρκινοπαθούς και η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Στο βιβλίο "Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο". Επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος και Δ. Παπαδάτου. Εκδ. "Φλόγα" 2002, σελ. 41-46.

52. Τζωρτζίνης Ι.: Οι ανάγκες της οικογένειας που υποστηρίζει ασθενή με καρκίνο. *Ελληνική Ογκολογία* 30:123-125, 2004.
53. Τρίκκας Γ.: Κλινικές μορφές κατάθλιψης. Εισ: Χριστοδούλου Γ. (συντονισμός-επιμέλεια): Κατάθλιψη. Β' έκδοση. Εκδ. Βήτα, Αθήνα, 2004, σελ. 13-22.
54. Τσατσαρώνη Σ.: Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην "επικοινωνία" με τους καρκινοπαθείς και τις οικογένειές τους. *Ελληνική Ογκολογία* 30:145-149, 2004.
55. Χριστοδούλου Γ. (συντονισμός-επιμέλεια): Κατάθλιψη. Β' έκδοση. Εκδ. Βήτα, Αθήνα, 2002.