

## Ψυχολογία της υγείας: οι ψυχολογικές παράμετροι της ανιάτης ασθένειας

Γρ. Ποταμιάνος<sup>1</sup> και Γ. Σηφακάκη<sup>2</sup>

Στην εργασία αυτή παρουσιάζονται οι ψυχολογικές παράμετροι της ανιάτης ασθένειας: το θέμα της ανακοίνωσης στον ασθενή, όσον αφορά στη διάγνωση και στην πρόγνωση της ασθένειας (αν πρέπει, σε τι βαθμό και με τι τρόπο να ενημερώνεται ο ασθενής) και ποια είναι η ψυχική διεργασία που βιώνει το άτομο ενόψει του επικείμενου προσωπικού του θανάτου. Παρουσιάζεται το θεωρητικό μοντέλο της Kübler – Ross και η κριτική που ασκήθηκε σε αυτό. Εξετάζεται το πως αντιμετωπίζει το νοσοκομείο, ως θεσμός, την ανιάτη ασθένεια και πως αντιδρούν τα μέλη του προσωπικού υγείας απέναντι στον ασθενή που πάσχει από ανιάτη ασθένεια. Επίσης, παρουσιάζονται τα ψυχολογικά συμπτώματα που συνδέονται με την ανιάτη ασθένεια και τέλος, διατυπώνονται προτάσεις για τη φροντίδα του ασθενή που πεθαίνει, σε οργανικό επίπεδο όσον αφορά το χειρισμό του πόνου και σε ψυχολογικό επίπεδο όσον αφορά τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ατομικό και ομαδικό πλαίσιο.

### Ψυχολογία και Υγεία

Η σχέση μεταξύ ψυχολογίας και υγείας ήταν γνωστή στους αρχαίους πολιτισμούς των Κινέζων, Αιγυπτίων και Ελλήνων. Η σύγχρονη ιατρική επιστήμη ανακαλύπτει για μια ακόμα φορά το σημαντικό ρόλο που μπορεί να παίζουν ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες αφενός στην εμφάνιση και την εξέλιξη, και αφετέρου στην πρόληψη και την θεραπεία των περισσότερων νόσων.

Η συντήρηση και διαίωσιση του “βιοϊατρικού” ή “ιατροκεντρικού” μοντέλου της νόσου είχε σχεδόν αποκλείσει τη συμμετοχή των κοινωνικών επιστημών, όπως η ψυχολογία και η κοινωνιολογία, στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Ο ρόλος των κοινωνικών επιστημών είχε περιοριστεί στην μελέτη ορισμένων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, σε βιοϊατρικές και επιδημιολογικές έρευνες, οι οποίες προβάλλονταν σαν “φτωχοί συγγενείς” των “αντικειμενικών” ιατρικών κριτηρίων (π.χ. αιματο-

---

1. Καθηγητής Κλινικής Ψυχολογίας, Πάντειο Πανεπιστήμιο.  
2. Ψυχολόγος.

λογικές εξετάσεις, μετρήσεις με ειδικά μηχανήματα κ.λπ). Εξαιρέση σ' αυτόν τον κανόνα αποτελούσε η επιστήμη της ψυχιατρικής, με την ανάπτυξη μη φαρμακολογικών θεραπειών, όπως η ψυχανάλυση και οι θεραπείες συμπεριφοράς.

Η ραγδαία εξέλιξη των κοινωνικών ερευνών, ιδιαίτερα κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες, η σχετική αλλαγή νοοτροπίας απέναντι στα θέματα της υγείας, η αμφισβήτηση της αποτελεσματικότητας της παραδοσιακής ιατρικής επιστήμης, η φθίνουσα οικονομία, η αναζήτηση χαμηλού κόστους θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς επίσης και σειρά άλλων παραγόντων, οδήγησαν στην ανάπτυξη της ψυχολογίας της υγείας, κυρίως στις προηγμένες χώρες της Ευρώπης και των ΗΠΑ. (Marks 1994; Adler & Matthews 1994, McPherson 1992).

Στην Ελλάδα, η ψυχολογία της υγείας ως επιστημονικός κλάδος της ιατρικής ουσιαστικά απουσιάζει από τα εκπαιδευτικά προγράμματα της ιατρικής και της ψυχολογίας, παρά τη σχετικά πρόσφατη εμφάνισή της στον ελληνικό πανεπιστημιακό χώρο. Εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, η ψυχολογία της υγείας ούτε διδάσκεται, ούτε αποτελεί μέρος των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο παροχής εφαρμοσμένης ψυχολογίας, όπως για παράδειγμα η κλινική ή η κοινωνική ψυχολογία.

Η έλλειψη εκπαιδευτικών προγραμμάτων με στόχο την ανάπτυξη και εφαρμογή του αντικείμενου της ψυχολογίας της υγείας δεν εμφανίζεται μόνο στην Ελλάδα. Αρκετά κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης χαρακτηρίζονται από σημαντική καθυστέρηση στην ανάπτυξη του αντικείμενου, αλλά και στην παροχή σχετικών υπηρεσιών υγείας.

Είναι γνωστό ότι η Παγκόσμια Οργάνωση

Υγείας δεν θεωρεί ένδειξη καλής υγείας μόνο την απουσία της νόσου. Απαραίτητη προϋπόθεση για καλή υγεία θεωρείται επίσης η συναισθηματική, η κοινωνική και η οικονομική κάλυψη των αναγκών του ατόμου. Σ' αυτή τη βάση, η υγεία συνιστά ένα πολυπαραγοντικό κοινωνικό φαινόμενο με σαφείς κοινωνικές, ψυχολογικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους. Είναι ακριβώς αυτή η σύγχρονη αντίληψη για την υγεία, η οποία επιβάλλει την ύπαρξη της ψυχολογίας της υγείας όχι μόνο ως αντικείμενο ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος, αλλά και ως εφαρμοσμένη προσέγγιση στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Φαίνεται να είναι γενικά αποδεκτό πως οι οργανικές (π.χ. βιοχημικές, ορμονικές, ανατομικές κ.λ.π) αλλαγές στον άνθρωπο ακολουθούνται απαραίτητα από αντίστοιχες ψυχολογικές διαδικασίες. Με αυτό το δεδομένο, είναι λογικό κάθε "οργανική" θεραπευτική παρέμβαση (ανεξάρτητα από τη φύση του προβλήματος) να περιλαμβάνει εξίσου κατάλληλα στοιχεία ψυχολογικής υποστήριξης για μια ολοκληρωμένη προσπάθεια επίλυσης των ιατρικών προβλημάτων.

### **Ανίατη ασθένεια και ο επικείμενος θάνατος**

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση του Wilson (1989), προκύπτει ότι οι άνθρωποι γενικά επιθυμούν να ενημερώνονται για τον επικείμενο θάνατό τους μολονότι κάτι τέτοιο δεν είναι πάντα αναμενόμενο - και τούτο αφορά και στα άτομα που πάσχουν από ασθένειες που θεωρούνται ανίατες. Παρά την επιθυμία τους για ενημέρωση όμως, οι ιατροί φαίνεται πως είναι μάλλον

απρόθυμοι προς τούτο. Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς, ανεξάρτητα από την επίσημη ενημέρωση που τους είχε παρασχεθεί, γνώριζαν με αρκετή ακρίβεια την κατάστασή τους (Kubler - Ross 1979). Τα μισόλογα στους διαδρόμους, το ξαφνικό υπερβολικό ενδιαφέρον και ο υπερπροστατευτισμός που εκδηλώνεται από οικείους και φίλους, τα ποικίλα σωματικά συμπτώματα, το είδος θεραπείας και ο χώρος νοσηλείας αποτελούν έμμεσες πηγές πληροφορησης για τον ασθενή.

Για τον Carr (1981), είναι αξιοσημείωτο το πόσο λίγη έμφαση δίνεται στις επιθυμίες του ασθενούς. Είναι σαφές ότι οι πιο πολλοί άνθρωποι - συμπεριλαμβανομένων των ιατρών - λένε ότι θα ήθελαν να τους πληροφορήσουν σχετικά με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, ωστόσο, στην πλειοψηφία των ασθενών δεν λέγεται η αλήθεια.

Πρέπει λοιπόν να ανακοινωθεί στον ετοιμοθάνατο ασθενή η αλήθεια σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση της ασθένειάς του; Είναι ένα ερώτημα που προβληματίζει κατά κύριο λόγο το ιατρό - αλλά απασχολεί επίσης το νοσοκομειακό προσωπικό και την οικογένεια. Θα μπορούσαμε να συνοψίσουμε τις τάσεις που επικρατούν ως εξής: α) Ο ασθενής δεν πρέπει να ενημερώνεται για την κατάστασή του, αλλά αντίθετα να καθησυχάζεται. β) Στον ασθενή πρέπει να δίνεται αληθής και ακριβής διάγνωση και πρόγνωση της ασθένειας του και γ) Οι πληροφορίες να δίνονται ανάλογα με την προσωπικότητα και την επιθυμία του ασθενούς να μάθει την αλήθεια.

Όπως προκύπτει από ανασκόπηση του Ρηγάτου στο βιβλίο του Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία (1985), στις Η.Π.Α. καθώς και σε πολλές χώρες της Δ. Ευρώπης αυξάνεται ο αριθμός των γιατρών

που υποστηρίζει την συστηματική ανακοίνωση της διάγνωσης στον ασθενή, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ασθενειών που οδηγούν συνήθως στο θάνατο. Στο ίδιο βιβλίο, στοιχεία που αφορούν την ελληνική πραγματικότητα προέρχονται από την εργασία των Χριστάκη και Μάνου (1980). Σε σύνολο εβδομήντα ενός ιατρών από αντικαρκινικά νοσοκομεία της Αθήνας, του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης, το 73% δεν αποκαλύπτει στον ασθενή την αληθινή διάγνωση, αλλά ποσοστό 41% υποστηρίζει ότι η πολιτική αυτή πρέπει να αλλάξει. Επίσης, το 95% των γιατρών δεν ομολογεί την πρόγνωση της ασθένειας.

Επιχειρήματα υπέρ της ενημέρωσης του ασθενούς υποστηρίζουν ότι έτσι εξασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή συνεργασία του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία, δημιουργούνται σχέσεις εμπιστοσύνης με τον ιατρό και δίνεται η δυνατότητα στο άτομο να τακτοποιήσει έγκαιρα οικονομικές, νομικές, συναισθηματικές α άλλης φύσης εκκρεμότητες.

Επιπλέον, η απόκρυψη της διάγνωσης της νόσου από τον ασθενή δημιουργεί μείζον ηθικό πρόβλημα, καθώς αντιβαίνει στο δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει και να λαμβάνει ο ίδιος αποφάσεις για τη θεραπεία του. Ίσως η θέληση και οι αποφάσεις του ασθενούς, όσον αφορά στην υγεία του, διαφέρουν κατά πολύ από αυτές του ιατρού ή της οικογένειάς του. Άλλωστε, πώς μπορούμε να είμαστε βέβαιοι ότι στη λήψη ορισμένων αποφάσεων, εν αγνοία του ασθενούς, δεν εμπλέκονται διάφορων ειδών συμφέροντα, για παράδειγμα οικονομικά;

Οι υποστηρικτές της απόκρυψης της αλήθειας από τον ασθενή, επικαλούνται την αδυναμία του να αντέξει τη γνώση του επικείμενου θανάτου του, η οποία μπορεί

να τον οδηγήσει και στην αυτοκτονία. Ωστόσο, φαίνεται πως τέτοιου είδους φόβοι δεν αντανακλούν την πραγματικότητα, αλλά στηρίζονται περισσότερο σε ένα μύθο που τροφοδοτεί τα στερεότυπα περί ανικανότητας του ασθενούς να αντιμετωπίσει την προοπτική του θανάτου του και δικαιολογεί κατά συνέπεια, έναν υπερπροστατευτισμό απέναντί του. Η επιλεκτική ανακοίνωση της αλήθειας ανάλογα με την προσωπικότητα και την επιθυμία του ασθενούς να την αποδεχτεί, υποστηρίζεται πλέον όλο και περισσότερο, καθώς μάλιστα φαίνεται να υπηρετεί καλύτερα τις ανάγκες του. Αυτός ο τρόπος ενημέρωσης, αν και συνδυάζει τα περισσότερα πλεονεκτήματα λόγω της εξατομικευμένης αντιμετώπισης κάθε περίπτωσης, συνεπάγεται μεγαλύτερη δυσκολία για το θεράποντα ιατρό, ο οποίος καλείται να διακρίνει ποιοι ασθενείς και σε πιο βαθμό είναι ώριμοι να δεχθούν την αλήθεια της διάγνωσης. Ο ιατρός αντιμετωπίζει το κόστος μιας διλημματικής κατάστασης, καθώς υπόκειται στον κίνδυνο της λανθασμένης εκτίμησης. Σε αυτή τη διαδικασία λήψης απόφασης, υπεισέρχονται τέσσερις παράγοντες: α) η προσωπικότητα του ιατρού, οι απόψεις του για τη νόσο, η εμπειρία και ο βαθμός στον οποίο έχει επεξεργαστεί τους δικούς του φόβους και το άγχος γύρω από το θάνατο, β) ο τρόπος εκπαίδευσής του, ο οποίος τον προσανατολίζει κυρίως στη θεραπεία και την αποκατάσταση, υποβαθμίζοντας τη φροντίδα των ψυχολογικών αναγκών ενός ετοιμοθάνατου ατόμου, γ) το βιοϊατρικό μοντέλο εκπαίδευσης, που οδηγεί το γιατρό στο να ασχολείται με είδη ασθενειών και όχι με ασθενείς και δ) η σκόπιμη ασάφεια του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας που υποχρεώνει τον ιατρό να πάρει θέση με προσωπική του ευθύνη.

Με ποια κριτήρια θα αποφασίσει ο θεράπων ιατρός; Όσο λειτουργούσε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν υπήρχε τόσο έντονα αυτό το πρόβλημα. Κι αυτό, επειδή ο οικογενειακός ιατρός γνώριζε τον ασθενή και μπορούσε να καταλάβει τις δυνατότητες ενημέρωσης και τις επιθυμίες του. Αλλά και στις συνθήκες του απρόσωπου νοσοκομείου και του “άγνωστου” ασθενούς, ο ιατρός μπορεί να καταλήξει σε συμπεράσματα προς όφελος του ασθενούς, αφιερώνοντας αρκετό χρόνο σε διερευνητική συζήτηση με τον ασθενή, μεταφράζοντας τη συμβολική γλώσσα που χρησιμοποιεί για τους σχετικούς με τη νόσο και το θάνατο φόβους του, ερμηνεύοντας τους κώδικες μη λεκτικής επικοινωνίας και αξιοποιώντας πληροφορίες του περιβάλλοντός του σχετικά με τον τρόπο που αντιμετώπισε προηγούμενες αγχογόνες καταστάσεις. Δεν χρειάζονται ιδιαίτερες γνώσεις, καθώς όλοι μας σε ένα βαθμό, κωδικοποιούμε σε καθημερινή βάση ένα πλήθος λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων που υπονοούνται έμμεσα.

Μερικές φορές όμως, ο ιατρός χρησιμοποιεί, έστω ασυνείδητα, την κάλυψη που του παρέχει η ασάφεια του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας σχετικά με τη συγκεκριμένη επιλογή. Άδικα άραγε η Kubler - Ross (1979), ήταν πεπεισμένη ότι η «ανακάλυψη» ασθενών ανίκανων να αντιμετωπίσουν το γεγονός του επικείμενου δικού τους θανάτου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ανάγκη του ιατρού να συναντήσει άρνηση;

Μια μέθοδος που θα βοηθούσε το ιατρό να ανακαλύψει το βαθμό αλήθειας επιθυμεί και αντέχει ο ασθενής, μειώνοντας τις πιθανότητες λάθους, είναι η σταδιακή ενημέρωση. Ο ιατρός δίνει αρχικά κάποιες πληροφορίες στον ασθενή κι έπειτα διαθέ-

τει χρόνο σε αρκετές συναντήσεις, λύνοντας τις απορίες του και περιμένοντας να εκφράσει ο ίδιος τα ερωτήματα, τους φόβους, το άγχος και την επιθυμία να ενημερωθεί. Λαμβάνοντας υπόψη αφενός τη δυσκολία να εξασφαλιστεί η δυνατότητα συναντήσεων σε καθημερινή βάση και αφετέρου τα προβλήματα που μπορεί να προκαλέσει η παρεμβολή μεγάλων διαστημάτων ανάμεσα τους, ο ιατρός μπορεί να εφαρμόσει σε περιορισμένο βαθμό αυτή τη μέθοδο, λαμβάνοντας υπόψη του ότι είναι καλύτερο για τον ασθενή να αποφευχθεί η πλήρης και ενδεχομένως τραυματική ενημέρωσή του σε μία συνάντηση.

Ο Parkes (1991), αναφέρει ότι το θέμα δεν είναι τόσο το αν ο ιατρός θα έπρεπε να το πει όσο το πόσα, πότε και πώς πρέπει να τα πει. Οι ασθενείς μπορεί να αποδεχθούν την αλήθεια με ανακούφιση, όταν από καιρό την υποπτεύονταν και τελικά μαθαίνουν σε ποιο σημείο βρίσκονται. Υπάρχουν όμως άλλοι ασθενείς, που, ενώ φαινομενικά επιζητούν την αλήθεια, προσπαθούν εναγωνίως να την αποφύγουν. Κλειστές ερωτήσεις του τύπου: “Δεν είναι καρκίνος γιατρέ, έτσι δεν είναι;” και στη συνέχεια δηλώσεις όπως: “αν πίστευα ότι ήταν καρκίνος, θα αυτοκτονούσα”, δείχνουν ότι ο ασθενής δεν θέλει, πιθανόν γιατί δεν είναι έτοιμος, να μάθει την αλήθεια.

Στην ίδια κατεύθυνση και η Kubler - Ross (1979), λέει ότι το ερώτημα που πρέπει να απασχολεί τον ιατρό δεν είναι: “Να το πω στον άρρωστό μου;” αλλά “Πώς θα συμμεριστώ τη γνώση αυτή με τον άρρωστό μου;” Η ίδια υποστηρίζει ότι σε κανένα δεν πρέπει να ειπωθεί ότι πρόκειται να πεθάνει. Εντούτοις, όλοι πρέπει να μαθαίνουν - αν όχι όλη την αλήθεια, τουλάχιστον ότι είναι σοβαρά άρρωστοι. Όταν ο ασθενής εί-

ναι έτοιμος να εγείρει το θέμα του θανάτου, ο ιατρός οφείλει να τον ακούσει προσεκτικά και να του δώσει τις απαραίτητες απαντήσεις, χωρίς όμως να του στερήσει την ελπίδα. Γενικά, θεωρείται ότι ο πιο ακατάλληλος χειρισμός είναι να δοθεί συγκεκριμένο χρονικό όριο για την ζωή που απομένει στον ασθενή. Επιπρόσθετα, ο ιατρός που θα έλεγε στον ασθενή πως δεν έχει καμία ελπίδα ή πως δεν μπορεί να τον βοηθήσει άλλο, εκτός από το σφάλμα που θα διέπραττε από ψυχολογική άποψη, θα υποστήριζε κι ένα ιατρικό ψεύδος. Οι ατομικές διαφορές αναφορικά με την ανταπόκριση στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι επιζώντες πέρα από κάθε ιατρική στατιστική πρόβλεψη, τα φαινόμενα ίασης - έστω και σπάνια - ασθενειών που θεωρούνται ανίατες, σε συνδυασμό με τα όρια της επιστημονικής γνώσης στο συγκεκριμένο χρόνο, πρέπει να καθιστούν το ιατρικό προσωπικό τουλάχιστον επιφυλακτικό και προσεκτικό σε θέματα πρόγνωσης.

### **Η ψυχολογική αντίδραση στη γνώση του επικείμενου προσωπικού θανάτου**

Ποικιλία απόψεων έχουν διατυπωθεί για να εξηγήσουν πώς αλλάζει σε ένα άτομο η επίγνωση και η αποδοχή του επικείμενου δικού του θανάτου, από τη στιγμή που μαθαίνει ότι πάσχει από μια ασθένεια που θεωρείται ανίατη και καθ' όλη τη διάρκεια της εξέλιξής της.

Γνωστή είναι η άποψη της Kubler - Ross (1979). Η προσέγγιση της βασίστηκε σε παρατηρήσεις 200 ασθενών που έπασχαν από ασθένειες που θεωρούνταν ανίατες. Η άποψη που διατύπωσε ήταν ότι το άτομο που πεθαίνει, καθώς εξελίσσεται η ασθέ-

νειά του, προχωρεί διαμέσου ενός συγκεκριμένου προτύπου συναισθηματικών αντιδράσεων, το οποίο περιλαμβάνει πέντε στάδια. Τα στάδια αυτά τα οποία περιγράφονται αναλυτικά στο βιβλίο της Αυτός που πεθαίνει συνοψίζονται ως εξής:

### 1) Σοκ - Άρνηση

Όταν κάποιος μαθαίνει ότι η ασθένειά του τον οδηγεί στο θάνατο η αρχική αντίδραση είναι αυτή του σοκ και μουνιάσματος. Ακολουθεί η άρνηση “Όχι, όχι, εγώ, δεν μπορεί να είναι αλήθεια.”. Ο ασθενής ενδέχεται να αμφισβητήσει την ορθότητα της διάγνωσης, να απευθυνθεί σε διάφορους γιατρούς και επίδοξους θεραπευτές ή να υποβληθεί σε επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, με την ελπίδα να διαψεύσει τη μοιραία διάγνωση. Η άρνηση μπορεί να διαρκέσει από μερικά λεπτά, μέχρι το υπόλοιπο της ζωής του. Τρεις είναι οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η βαθμιαία εγκατάλειψη της άρνησης και η προσφυγή σε λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας: α) από τον τρόπο που έγινε η ανακοίνωση της διάγνωσης στον ασθενή β) από το χρόνο που έχει για να αναγνωρίσει βαθμιαία τον επικείμενο θάνατό του και γ) από το πώς, κατά τη διάρκεια της ζωής του είχε προετοιμαστεί να αντιμετωπίζει αγχογόνες καταστάσεις. Σε καμία περίπτωση δεν θα ωφελούσε να αποτραβήξουμε βίαια τον ασθενή από το στάδιο της άρνησης. Αντίθετα, πρέπει να παρατηρούμε τη συμβολική γλώσσα που χρησιμοποιεί, όταν μιλάει για το θάνατό του, και να μοιραζόμαστε τις αγωνίες του ή να επικοινωνούμε για την κρισιμότητα της κατάστασης του μέσω αυτής της συμβολικής γλώσσας.

### 2) Οργή

Την άρνηση του ασθενούς διαδέχονται συναισθήματα ματαιώσης, οργής, θυμού, φθόνου και μανίας. Όταν οι άλλοι γύρω του παραμένουν ζωντανοί ενώ ο ίδιος πεθαίνει το ερώτημα που αναδύεται είναι “Γιατί εγώ;”. Ο θυμός του ασθενούς έχει σαν κύριο στόχο το Θεό, αλλά μπορεί να απευθύνεται και στη μοίρα, κάποιο φίλο ή μέλος της οικογένειας, τον ιατρό και το προσωπικό του νοσοκομείου. Το προσωπικό και η οικογένεια δυσκολεύονται τότε ιδιαίτερα να αντιμετωπίσουν τον ασθενή, χωρίς να εμπλακούν σε ένα παιχνίδι προσωπικής ανταπόδοσης της οργής. Το να αποφεύγουν τον ασθενή οι συγγενείς του ή να παραπέμπεται από τον ιατρό σε άλλο συνάδελφο δεν αποτελεί τη δέουσα λύση σε αυτό το στάδιο. Η ενσυναίσθηση (empathy) και όχι η κριτική ή εχθρική στάση, είναι αυτή, η οποία θα δημιουργήσει το αναγκαίο πλαίσιο ανεκτικότητας, αποδοχής και κατανόησης, επιτρέποντας έτσι στον ασθενή να απελευθερωθεί από την οργή που τον βαραίνει και να παρουσιάσει πιθανόν την θετική πλευρά του χαρακτήρα του. Η οικογένεια και κυρίως το νοσοκομειακό προσωπικό, αν επιθυμούν να βοηθήσουν αποτελεσματικά τον πάσχοντα, πρέπει να έχουν ήδη αντιμετωπίσει τους σχετικούς με το θάνατο φόβους τους και να είναι συνακόλουθα σε θέση να ελέγχουν τους δικούς τους αντίστοιχους μηχανισμούς άμυνας σε σχέση με τον ασθενή.

### 3) Διαπραγμάτευση

Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής κάνοντας ένα είδος συμφωνίας προσπαθεί να αναβάλει το αναπόφευκτο. Δίνει μια υπόσχε-

ση, όπως λ.χ. μια ζωή αφιερωμένη στην εκκλησία, και ζητάει ένα αντάλλαγμα για αυτή την καλή συμπεριφορά σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η επιθυμία του αφορά σχεδόν πάντα στην παράταση της ζωής, απαλλαγμένης από τον πόνο ή τη φυσική στενοχώρια, για λίγο καιρό. Οι περισσότερες διαπραγματεύσεις γίνονται με το Θεό (χωρίς να αποκλείονται ο ιατρός, το προσωπικό, η οικογένεια και οι φίλοι) και είναι μυστικές, υπονοούνται α γίνονται αντικείμενο εκμυστηρεύσεων στον ιερέα και εμπεριέχουν τη σιωπηλή δέσμευση ότι ο ασθενής δεν θα ζητήσει άλλη αναβολή. Απ' ό,τι πάντως δείχνει η εμπειρία, ανάλογες δεσμεύσεις δεν τηρούνται. Θα βοηθούσε βεβαίως τον ασθενή, αν ο ιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό α ο ιερέας, διερευνούσαν την πιθανότητα οι υποσχέσεις του (π.χ. για αφέρωση στο Θεό) να συνδέονται με ενοχή, εξαιτίας της προηγούμενης συμπεριφοράς του ή ακόμα, αν βαθύτερες, εχθρικές επιθυμίες προηγούνται αυτής της ενοχής. Γενικά, θα ήταν θετικό, αφού αναζητήσουν το κίνητρο και το βαθύτερο νόημα αυτών των συμπεριφορών, τα πρόσωπα που περιβάλλουν τον ασθενή να συμβάλλουν στην αποενοχοποίησή του, στην απαλλαγή του από παράλογους φόβους και την αυτοτιμωρητική του διάθεση - κάτι, που γίνεται εντονότερο από την εμπλοκή σε περαιτέρω διαπραγματεύσεις και υποσχέσεις, των οποίων η αθέτηση, μετά τη λήξη της διορίας, είναι βέβαιη.

#### 4) Κατάθλιψη

Η άρνηση, η οργή, οι διαπραγματευτικές πράξεις του ασθενούς, αντικαθίστανται κάποια στιγμή από το συναίσθημα μιας μεγάλης απώλειας, το οποίο μπορεί να εκδη-

λώνεται ποικιλοτρόπως: απώλεια της εργασίας, οικονομικές δυσκολίες, απομόνωση από φίλους και συγγενείς, απώλεια της γυναικείας ταυτότητας για μια γυναίκα που έχει υποβληθεί σε υστερεκτομή ή αφαίρεση μαστού κ.λπ. Ο ασθενής παρουσιάζει κλινικές ενδείξεις κατάθλιψης (απόσυρση, ψυχοκινητική καθυστέρηση, διαταραχές ύπνου, απελπισία και πιθανόν τάσεις αυτοκτονίας). Η Kubler Ross διακρίνει την κατάθλιψη αυτού του σταδίου σε αντιδραστική και προπαρασκευαστική. Η προπαρασκευαστική κατάθλιψη δεν σχετίζεται τόσο με περασμένες απώλειες, όσο με τις απώλειες που ο ασθενής αναλογίζεται ότι πρόκειται να έρθουν. Τότε, η ενθάρρυνση και η επιβεβαίωση ότι θα διευθετηθούν οι όποιες εκκρεμότητες του δημιουργούν ανησυχία, μολονότι μπορεί να αποτελούν χρησιμη προσέγγιση για τον πρώτο τύπο κατάθλιψης, δεν έχουν κανένα νόημα. Στην προπαρασκευαστική κατάθλιψη, ο ασθενής χρειάζεται μάλλον τη σιωπηλή συντροφιά και την σωματική επαφή, ενώ η λεκτική επικοινωνία αποκτά δευτερεύουσα σημασία. Η δυσκολία να ανταποκριθούμε σε αυτού του είδους την ανάγκη του ασθενούς αντανακλά την ανικανότητά μας να αντέξουμε την παρατεταμένη θλίψη του άλλου χωρίς ενοχή και χωρίς να προσπαθούμε να την ανατρέψουμε.

#### 5) Αποδοχή

Αν ο ασθενής είχε αρκετό χρόνο για να προετοιμαστεί και πέρασε από τα στάδια που προαναφέρθηκαν, ενώ του δόθηκε η ευκαιρία να εκφράσει τα ανάλογα συναισθήματα, φτάνει στην αποδοχή. Συνειδητοποιεί λοιπόν ότι ο θάνατος είναι αναπόφευκτος και αποδέχεται την καταληκτική

εμπειρία. Το στάδιο αυτό δεν βιώνεται σαν ευτυχία ή κατάθλιψη, αλλά είναι σχεδόν άδειο από συναισθήματα. Ο ασθενής γίνεται λιγότερο ομιλητικός, έχει την ανάγκη να κοιμάται αρκετά, συχνά ζητά τον περιορισμό του αριθμού των ανθρώπων που τον επισκέπτονται κι επιθυμεί οι επισκέψεις αυτές να είναι σύντομες. Ωστόσο, αν η οικογένεια ερμηνεύσει τη στάση του ως δειλή εγκατάλειψη του αγώνα για ζωή ή απόρριψη, δεν θα του επιτρέψει να αποσπάσει τον εαυτό του σταδιακά από όλες τις σημαντικές σχέσεις της ζωής του και να προσεγγίσει το θάνατο με αξιοπρέπεια, σε κατάσταση γαλήνης κι εσωτερικής ειρήνης. Ο ασθενής παροτρύνεται τότε να συμπεριφέρεται με τρόπο που να ικανοποιεί τις ανάγκες της οικογένειας ή μερικές φορές και του ιατρού ή του νοσοκομειακού προσωπικού, οι οποίοι, στην προσπάθειά τους να παρατείνουν τη ζωή του ασθενούς παρά το κόστος που κάτι τέτοιο μπορεί να συνεπάγεται, δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις θελήσεις του. Υπό αυτές τις συνθήκες ο ασθενής αντιδρά συνήθως παλινδρομώντας στα προηγούμενα στάδια της κατάθλιψης και της οργής. Το ιδανικό θα ήταν πριν από το θάνατο ο ασθενής και οι συγγενείς να έχουν φτάσει στο στάδιο της αποδοχής, γεγονός που θα διευκόλυνε περαιτέρω τους επιζώντες.

Σε πρόσφατο άρθρο του Wilson (1989), επιχειρείται κριτική στο μοντέλο της Kubler - Ross μέσω της παράθεσης μιας σειράς μελετών και σχολίων. Η ιδέα των ξεχωριστών σταδίων αποτελεί τον κύριο λόγο για τον οποίο δέχτηκε κριτική το μοντέλο της - μολονότι η ίδια δεν θεώρησε αυτά τα στάδια ως απολύτως στεγανά μεταξύ τους και παρατήρησε ότι οι άνθρωποι κινούνται παλινδρομικά ανάμεσά τους ή ότι

τα στάδια μπορεί να συνυπάρχουν την ίδια στιγμή, δίχως να ακολουθείται η σειρά με την οποία διακρίνονται αναλυτικά. Τα άτομα που πεθαίνουν, βιώνουν ένα μεγάλο εύρος συναισθημάτων, τα οποία εμφανίζονται κι εξαφανίζονται, κι απορρίφθηκε η ιδέα ότι πολλοί άνθρωποι φτάνουν στο στάδιο της αποδοχής που περιέγραψε η Kubler Ross. Το μοντέλο δεν περιλάμβανε βεβαίως επαρκείς μετρήσεις για τη φύση ποικίλων διαταραχών, για τις διαφορές φύλου και ηλικίας, για το πολιτιστικό υπόβαθρο, καθώς και για άλλες προσωπικές μεταβλητές. Φαίνεται ότι μόνο η κατάθλιψη εμφανίζεται ομοιόμορφα στη διαδικασία του θανάτου. Επιπλέον, ένα μοντέλο τέτοιου είδους είναι κατασκευασμένο περισσότερο για να δώσει ένα πλαίσιο ψυχολογικής κατανόησης στους επαγγελματίες υγείας παρά για να βοηθήσει αυτόν που πεθαίνει. Η αντίδραση του ατόμου απέναντι στο θάνατό του δεν είναι μοναδική, υπό τη έννοια ότι συνιστά βίωση μιας απώλειας. Αρκετοί ερευνητές, συσχέτισαν την αντίδραση του ετοιμοθάνατου απέναντι στην κατάστασή του, με την αντίδραση σε παρελθούσες εμπειρίες. Βασιζόμενος κανείς στην προηγούμενη, σχετική με το στρες εμπειρία του ατόμου και στις συνθήκες της ανίατης ασθένειάς του, θα μπορούσε να περιμένει μία ολόκληρη κλίμακα συναισθηματικών αντιδράσεων και στρατηγικών αντιμετώπισης από το ετοιμοθάνατο άτομο. Μερικοί θα αγωνιστούν να επιζήσουν, άλλοι θα προσπαθήσουν να μάθουν όσα περισσότερα μπορούν για την ασθένειά τους προκειμένου να διατηρήσουν κάποιον έλεγχο επί της κατάστασής τους, μερικοί θα είναι παθητικοί και συμβιβαστικοί, άλλοι θα προσπαθήσουν να μείνουν ανεξάρτητοι, μερικοί θα μείνουν στο κρεβάτι τους, θα εγκα-



ταλείψουν κάθε προσπάθεια και θα βιώσουν κατάθλιψη, ενώ άλλοι θα επιτύχουν θετικότερη αποδοχή της κατάστασής τους. Ο Wilson (1989) προτείνει συστηματική κλινική έρευνα για να στηριχθεί το μοντέλο, αλλά και περαιτέρω επιστημονική ανάλυση, καθώς οι παρούσες θεωρίες βασίζονται σε μεγάλο βαθμό σε ανέκδοτες αναφορές και στην προσωπική εμπειρία.

Σχετικά με το φαινόμενο της άρνησης του ατόμου που μαθαίνει απέναντι στον επικείμενο θάνατό του, ο Carr (1981), επισημαίνει ότι δεν θα πρέπει να θεωρούμε ως άρνηση την αποτυχία του ατόμου να κατανοήσει ή να επαναλάβει την αρχική έκθεση της πρόγνωσης. Εάν κάποιος δεν υποψιαζόταν προηγουμένως ότι μπορεί να πάσχει από μία “μοιραία” ασθένεια, είναι πιθανό να είναι ανίκανος να δεχτεί τη διάγνωση. Χρειάζεται μια ριζική αναθεώρηση της άποψης του ατόμου για τον κόσμο και μια τέτοιου είδους ψυχολογική προσαρμογή, παίρνει χρόνο. Αρχικά, αυτά τα νέα δεν αντιμετωπίζονται με δυσπιστία, όμως από την άλλη πλευρά δεν ταιριάζουν με την αντίληψη του ατόμου για τον κόσμο. Η τροποποιημένη άποψη για τον κόσμο χρειάζεται να ελεγχθεί, να διορθωθεί και να σταθεροποιηθεί στο φως περαιτέρω πληροφόρησης, την οποία το άτομο θα αναζητήσει στα λεγόμενα των ανθρώπων, στον τρόπο που συμπεριφέρονται, καθώς και στο πώς αισθάνεται στο σώμα του. Μόνο όταν το άτομο νιώσει ότι η τροποποιημένη άποψη για τον κόσμο του ταιριάζει, με την έννοια ότι δεν παραβιάζεται από τις νέες παρατηρήσεις ή την καινούργια πληροφόρηση, τότε είναι πλήρως ικανό να χειριστεί τις αλήθειες που του έχουν λεχθεί. Η Parry (1993), θεωρεί ότι μια από τις σημαντικές αιτίες που προκαλούν ψυχολογική κρίση, είναι η

αίσθηση ότι ο οργανισμός μας λόγω ασθένειας ή τραυματισμού μας προδίδει, για παράδειγμα, αμφισβητεί την ατομική μας πεποίθηση ότι έχουμε ένα υγιές, ελκυστικό σώμα και απεριόριστο μέλλον.

Η Kubler- Ross (1979) υποστηρίζει ότι η ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας στη μαζική κοινωνία τοποθέτησε τον σημερινό άνθρωπο καταμεσής ενός αυξανόμενου φόβου καταστροφής και, κατά συνέπεια, ενός φόβου για το θάνατο. Επειδή όμως ο άνθρωπος αδυνατεί να μένει συνέχεια στην άρνηση και να προσποιείται ότι είναι ασφαλής, προσπαθεί να κυριαρχήσει στην ιδέα του θανάτου. Ο πόλεμος, για παράδειγμα, αποτελεί ένα πεδίο εκδήλωσης της άρνησης της προοπτικής να πεθάνουμε και η επιβίωση σε αυτόν ικανοποιεί την ανάγκη κατάκτησης και κυριαρχίας επί του θανάτου. Καθώς πιστεύουμε σε ασυνείδητο επίπεδο στην προσωπική αθανασία, τα νέα για τον αριθμό των ατόμων που σκοτώνονται σε πολέμους, δυστυχήματα και άλλες μαζικές καταστροφές, ενισχύουν την ασυνείδητη πίστη περί αθανασίας και μας επιτρέπουν να χαρούμε –ασυνείδητα– “όχι εγώ, αλλά ο άλλος”.

### **Η αντιμετώπιση της ανιάτης ασθένειας στο νοσοκομείο**

Το νοσοκομείο, αναπτύχθηκε αρχικά για να εξυπηρετήσει τους φτωχούς, ανήμπορους κι ετοιμοθάνατους ανθρώπους. Έως το πρόσφατο παρελθόν, οι άνθρωποι στην πλειονότητά τους πέθαιναν στο σπίτι, περιτριγυρισμένοι από συγγενείς και φίλους. Ωστόσο, η εξέλιξη της ιατρικής γνώσης και τεχνολογίας, καθώς και οι αλλαγές στη δομή της οικογένειας, συνέβαλαν στη ριζική

αλλαγή αυτής της κατάστασης. Οι περισσότεροι άνθρωποι, πεθαίνουν πλέον στο απρόσωπο περιβάλλον του νοσοκομείου, ενώ το νοσοκομείο αναπροσδιόρισε τους σκοπούς του θέτοντας ως βασικό στόχο της λειτουργίας του τη θεραπεία, την ανάρρωση και την αποκατάσταση των ασθενών.

Ο Goffman (1961), κάνει λόγο για τη μέθοδο της απογύμνωσης, προκειμένου να περιγράψει πώς με την ένταξη του ατόμου σε ιδρύματα όπως φυλακές, άσυλα, στρατώνες κ.λπ., αναπτύσσονται διάφορες διαδικασίες με σκοπό να απογυμνώσουν το άτομο από την αυτονομία, την ταυτότητα και τις ιδιαιτερότητές του. Η αρχιτεκτονική σχεδίαση του νοσοκομείου, καθώς και ο τρόπος λειτουργίας του (από την αποθάρρυνση του ασθενούς να αναπτύξει σχέσεις με άλλους ασθενείς και την αναμονή για την εξασφάλιση της υγειονομικής εξυπηρέτησης μέχρι τον κλητήρα που τον οδηγεί στο δωμάτιο για να γδυθεί εκεί και να φορέσει τη “στολή” του νοσοκομείου) αντανακλούν την εφαρμογή της μεθόδου απογύμνωσης, όπως εφαρμόζεται σε ένα βαθμό, στο νοσοκομείο.

Ο ασθενής φτάνει στο νοσοκομείο με τη θέληση και την ελπίδα να γίνει καλά. Συντομα καταλαβαίνει ότι πρέπει να επιβιώσει στο νοσοκομείο και προσπαθεί να ανακαλύψει ποιες συμπεριφορές αμείβονται και ποιες τιμωρούνται. Στη συνέχεια καλείται να διακρίνει τη σοβαρότητα της ασθένειάς του. Η σχέση εξάρτησης του ασθενούς από το προσωπικό και το νοσοκομείο τραυματίζει την αίσθηση που ο ίδιος έχει για την μοναδικότητα και την αξία του ως άνθρωπος. Το νοσοκομείο ως ίδρυμα μπορεί να ανεχθεί την άρνηση του ασθενούς (στα κατά Kubler - Ross στάδια), και σε ένα βαθμό εξυπηρετείται από αυτήν.

Όμως είναι δύσκολο να δεχτεί και να χειριστεί το θυμό, τη θλίψη και την εν γένει συμπεριφορά του ασθενούς. Γενικά, το νοσοκομείο ως θεσμός, ανταποκρίθηκε στην πρόκληση της θεραπευτικής αντιμετώπισης, εις βάρος όμως της αξιοπρέπειας και της εκπλήρωσης των συνολικών αναγκών των ασθενών, κυρίως των ετοιμοθάνατων.

Σύμφωνα με τον Ziegler (1982), το νοσοκομειακό περιβάλλον επηρεάζεται από τρεις ανταγωνιστικούς και περιστασιακά συμπληρωματικούς “λόγους”: α) τον πανίσχυρο λόγο του ιατρού, β) το σημαντικό λόγο του νοσηλευτικού προσωπικού και γ) τον ανίσχυρο λόγο του ανθρώπου που αντιμετωπίζει τον επικείμενο θάνατό του, καθώς και το λόγο των συγγενών και των φίλων του.

Η ολοκληρωμένη φροντίδα που αφορά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία του ασθενούς, προϋποθέτει καταρχήν την ύπαρξη μιας διεπιστημονικής ομάδας αποτελούμενης από ιατρικό, νοσηλευτικό και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό (ψυχολόγο, ψυχίατρο, κοινωνικό λειτουργό). Έπειτα, η στάση του θεράποντος ιατρού ως συντονιστή και όχι ως ηγέτη της ομάδας, η συνεργασία όλων και η αμοιβαία αναγνώριση και σεβασμός του έργου του καθενός εξασφαλίζουν την ομαλή λειτουργία της ομάδας και κατά συνέπεια την ολιστική αντιμετώπιση του πάσχοντος.

Παρόλο που στην ιεραρχική οργάνωση του νοσοκομείου η αυτονομία του νοσηλευτή αναφορικά με την λήψη αποφάσεων είναι μικρή, ο νοσηλευτής δεσμεύεται και τυπικά από τις αποφάσεις του ιατρού (π.χ να ενημερώσει ή όχι τον ασθενή για τον επικείμενο θάνατό του). Εντούτοις, κανένας δεν μπορεί να τον εμποδίσει να βρίσκεται κοντά του και να του συμπαραστέκεται στις αγωνίες και τους φόβους του.

Εμπειρικές έρευνες του Τομέα της Υγείας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών (1994) σε νοσοκομεία της Πρωτεύουσας αλλά και άλλων επιστημόνων (Potamianos et al. 1985), έδειξαν ότι τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρούσαν πως το φιλικό και συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς παρέμβαινε στις σχέσεις τους με τον ασθενή. Μάλιστα, αυτή η παρέμβαση, εκλαμβάνόταν ως αμφισβήτηση και αντίδραση στο έργο τους.

Όπως προκύπτει από βιβλιογραφική ανασκόπηση των Firth και Field (1991), η αντιμετώπιση των ετοιμοθάντων ασθενών και των συγγενών τους ήταν μία από τις πιο αγχογόνες καταστάσεις που αναφέρονταν από γιατρούς και νοσηλευτές. Για τους ιατρούς ο θάνατος συνδεόταν συχνά με συναισθήματα έντονου άγχους και η αποφυγή, η απομάκρυνση και η συναισθηματική απόσυρση, αποτελούσαν κοινές στρατηγικές για την αντιμετώπισή του.

Τα αποτελέσματα αρκετών αναδρομικών ερευνών για την αξιολόγηση της νοσοκομειακής φροντίδας στο τελικό στάδιο της ζωής έδειξαν καταρχήν τη γενική ικανοποίηση από την ιατρική θεραπεία. Τούτο όμως δεν σημαίνει ότι απουσίαζαν εντελώς σοβαρές ενδείξεις ατελειών στην προσφορά των υπηρεσιών, όπως ο ελλιπής έλεγχος των συμπτωμάτων και η αποτυχία της συνολικής αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενούς. Οι πιο πρόσφατες μελέτες έχουν τονίσει το έντονο άγχος που βιώνεται από τον ασθενή και την οικογένειά του. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η ολοκληρωμένη φροντίδα του ετοιμοθάνατου ασθενούς εκτείνεται πέρα από την ικανοποίηση των σωματικών αναγκών, καθώς τα συναισθηματικά, κοινωνικά και πνευματικά προβλήματα που αυτός αντιμετωπίζει αποτελούν

αναπόσπαστο μέρος της σχετικής φροντίδας (Mills και συν., 1994).

Σύμφωνα με τον Maguire (1985), οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό υιοθετούν τακτικές απομάκρυνσης από τον ετοιμοθάνατο ασθενή, επειδή, αν ενθαρρύνουν τον ανοιχτό διάλογο ενδέχεται να δεχθούν ερωτήματα που δεν μπορούν ν' απαντήσουν. Επιπλέον, αν ο ασθενής τους θυμίζει κάποιον που αγαπούν ή έχουν χάσει, τα αισθήματα θυμού και λύπης που μπορεί να νιώσουν εξαιτίας του άδικου και πρόωρου θανάτου του είναι δυσβάστακτα. Με δεδομένη τη δυσχέρεια να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα που τους ανακινούνται, όταν συνδέονται στενά με τους ασθενείς, καθώς και την ανησυχία μήπως μεταφέροντας τα συναισθήματά τους στο σπίτι μπορεί να επηρεάσουν τις στενές προσωπικές τους σχέσεις, οι ιατροί παραδέχονται ότι η επικέντρωση στον έλεγχο του πόνου και την ανακούφιση των συμπτωμάτων θα μπορούσε να συνιστά πράγματι αποτελεσματική τεχνική απομάκρυνσης.

Ο ετοιμοθάνατος ασθενής δεν πρέπει να εγκαταλείπεται, καθώς επιδεινώνεται η υγεία του. Η ανάγκη μιας ανοιχτής και ειλικρινούς επικοινωνίας με τον ιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει πολύ σημαντική μέχρι το τέλος. Ωστόσο, ο ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό αντιμετωπίζουν μερικές φορές τον ετοιμοθάνατο ασθενή με τέτοιο τρόπο, ώστε η μεταξύ τους επικοινωνία να αναστέλλεται (Maguire, 1985). Για παράδειγμα, προβαίνουν σε υπερβολικά θετικές δηλώσεις, που δεν δικαιολογούνται από τις συνθήκες ή στρέφουν την προσοχή τους μόνο στα σωματικά προβλήματα, παρόλο που ο ασθενής αναφέρεται και σε ψυχολογικά προβλήματα.

Ο ιατρός θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τον κίνδυνο της ακούσιας παρεμβολής μηνυμάτων, που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά, σχεδόν μεθυστικά, την εξέλιξη της ασθένειας. Σε αυτή την κατηγορία μηνυμάτων ανήκουν τα φραστικά ολισθήματα που διαπράττουν πολλοί ιατροί είτε από απαισιοδοξία είτε από υπερβολική εμπιστοσύνη στην πρόγνωση που έχουν κάνει (Watzlawick, 1986). Για παράδειγμα, η άμεση ερώτηση: “Φοβάστε το θάνατο;” σ’ ένα άτομο που έχει κληθεί για συνέντευξη πριν βγουν τα αποτελέσματα του επαναληπτικού τεστ για AIDS όταν το πρώτο τεστ ήταν θετικό, μπορεί να προκαλέσει αντιδράσεις που κυμαίνονται από την οδύνη έως την κρίση πανικού. Αντίθετα, η ερώτηση: “τι θα σήμαινε για σας ένα θετικό αποτέλεσμα στο τεστ;” όντας πιο διακριτική και ουδέτερη, επιτρέπει στο άτομο να θίξει από μόνο του, αν δεν είναι πολύ πρώιμο για το ίδιο, το θέμα των φόβων του γύρω από το θάνατο.

Οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα του πληθυσμού ενός γενικού νοσοκομείου. Ο θάνατός τους δεν θα έπρεπε να εκλαμβάνεται σαν αποτυχία. Η μόνη αποτυχία έγκειται στο να πεθαίνει κάποιος και ο θάνατός του να μην είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αξιοπρεπής και γαλήνιος (Mills, και συν., 1994).

Το νοσοκομείο ως θεσμός καταφεύγει σε διάφορους τρόπους για να εξοστρακίσει από το περιβάλλον του τον θάνατο. Ένας από αυτούς είναι η επείγουσα μεταφορά του ασθενούς σε άλλο δωμάτιο, όταν διαπιστώνεται ότι πλησιάζει ο θάνατός του, καθώς και η εξαφάνιση του νεκρού σώματος όσο γίνεται πιο γρήγορα και αθόρυβα. Ωστόσο, η πιλοτική φάση μιας έρευνας, η οποία σχεδιάστηκε για να εξετάσει την

επίδραση που ασκούσε ο θάνατος ενός ασθενούς στους υπόλοιπους ασθενείς ενός ιδρύματος έδειξε ότι όσοι παρίσταντο στο θάνατο του άλλου παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και αξιολογούσαν το θάνατο ενός άλλου ασθενούς ως γεγονός, μάλλον παρηγορητικό παρά αγχογόνο. Επιπλέον, οι περισσότεροι ασθενείς ένιωθαν ότι θα ήταν χειρότερο γι’ αυτούς εάν ο ετοιμοθάνατος μεταφερόταν από το δωμάτιό τους σε άλλο δωμάτιο ή πτέρυγα (Honeybun και συν., 1992).

Για να ανταποκριθούν οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό στις ανάγκες μιας ουσιαστικής, ειλικρινούς επικοινωνίας με τον ετοιμοθάνατο ασθενή, συμβάλλοντας συγχρόνως στη συνολική ικανοποίηση των αναγκών του, πρέπει να τηρούνται ορισμένες προϋποθέσεις, ώστε η αλλαγή στις στάσεις και συμπεριφορές των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού να αποβαίνουν προς όφελος του ασθενούς, χωρίς όμως να κινδυνεύουν οι ίδιοι από συναισθηματική κατάρρευση. Έτσι πρέπει: α) να γίνεται προσεκτική επιλογή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που ορίζεται να εργαστεί με ετοιμοθάνατους ασθενείς β) να συμπεριληφθούν στα προγράμματα σπουδών των γιατρών, ψυχολόγων, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών, μαθήματα για την αντιμετώπιση του ετοιμοθάνατου ασθενούς, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο (παίξιμο ρόλων, βιντεοταινίες, πρακτική εξάσκηση, εποπτεία κ.λπ). γ) να υπάρχει ευέλικτο σχήμα στην κατανομή αρμοδιοτήτων στον εργασιακό χώρο, ώστε να αποφεύγεται η επαφή αποκλειστικά με ετοιμοθάνατους ασθενείς και δ) οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό να ανταλλάσσουν σε ειδικές ομάδες εργασίας τις απόψεις και τις εμπειρίες τους (Maguire, 1985).

## Ψυχολογικά συμπτώματα σε ανίατες ασθένειες

Μεγάλος αριθμός μελετών δείχνει ότι τα άτομα που πάσχουν από ασθένειες που θεωρούνται ανίατες, υποφέρουν από υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης πριν φτάσουν στην τελική φάση της ασθένειάς τους. Διάφορες θεραπευτικές μέθοδοι, όπως η ακτινοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και οι χειρουργικές επεμβάσεις, που προηγούνται συχνά από το τελικό στάδιο της ασθένειας, συνεπάγονται μια σειρά ανεπιθύμητων παρενεργειών σε βιολογικό και συναισθηματικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση του Ρηγάτου (1985) και του Wilson (1989), έχουν αναφερθεί υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς που ακολουθούσαν ραδιοθεραπεία. Μια από τις συχνές παρενέργειες της ακτινοθεραπείας, η ναυτία κι ο εμετός επιδρούν αρνητικά στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Εκτός από τη συναισθηματική επιβάρυνση, οι εμετοί συχνά οδηγούν τους ασθενείς στο να αρνούνται τη συνέχιση της θεραπείας. Επίσης, η επίδραση της ακτινοβολίας στην τριχοφυΐα της κεφαλής, οδηγεί στην άρνηση αυτής της θεραπευτικής μεθόδου ή κλονίζει τη σχέση ιατρού - ασθενούς. Παρόλο που είναι γνωστό ότι η εμετική επίδραση των κυτταροστατικών αρχίζει μία έως δύο ώρες μετά τη χορήγησή τους και διαρκεί από δύο έως εικοσιτέσσερις ώρες - πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν εξαρτημένη αντανεκλαστική αντίδραση, έχοντας ναυτία ή κάνοντας εμετό στα πρώτα δύο με τρία λεπτά της χορήγησης, ή ακόμα και με την αναγγελία της χημειοθεραπείας, την απλή εισαγωγή στο νοσοκομείο ή την ανακοίνωση της θεραπείας. Έχει επισημανθεί

ότι η επίδραση της χημειοθεραπείας δεν έχει απλώς μονομερείς σωματικές επιδράσεις, αλλά δημιουργεί και σοβαρό άγχος, κατάθλιψη και σεξουαλικές δυσκολίες.

Πολλές μελέτες αναφέρουν υψηλά επίπεδα κατάθλιψης σε άτομα που πάσχουν από ασθένειες που θεωρούνται ανίατες. Ένα είδος κριτικής που έχει ασκηθεί στις έρευνες που σχετίζουν το άγχος και την κατάθλιψη με την ανίατη ασθένεια, αφορά σε μεγάλο βαθμό, στον τρόπο που υπολογίζεται η ψυχολογική ενόχληση και ιδιαίτερα η κατάθλιψη. Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι θα μπορούσε να δημιουργηθεί σύγχυση αναφορικά με τις σωματικές πλευρές της κατάθλιψης, καθώς οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς μπορεί να βιώνουν αλλαγές στην όρεξη, απώλεια βάρους και αϋπνία, ως αποτελέσματα της ασθένειάς τους και όχι της κατάθλιψης. Προτείνεται λοιπόν τα διαγνωστικά κριτήρια να περιοριστούν στα ψυχολογικά συμπτώματα (δυσφορία, αίσθηση αδυναμίας, απόσυρση, ενοχή κ.λ.π.) και να μην περιλαμβάνουν σωματικά συμπτώματα. Επιπλέον, ο κλινικός επιστήμονας πρέπει να είναι προσεχτικός και ενημερωμένος, ώστε να μπορεί να διαχωρίσει τη θλίψη του ασθενούς από την αληθινή κατάθλιψη, να λαμβάνει υπόψη του το προσωπικό και το οικογενειακό ιστορικό κ.λπ. (Block & Billings, 1994).

Το έντονο άγχος, το οποίο αποτελεί κοινή αντίδραση στην ανίατη ασθένεια, δεν περιορίζεται στον ασθενή: αυτοί οι οποίοι είναι κοντά στον ασθενή δικαιούνται να λάβουν αποτελεσματική φροντίδα και υποστήριξη όχι μόνο για ανθρωπιστικούς λόγους, αλλά και επειδή η οδύνη του ασθενούς μπορεί να μεγαλώσει σαν απόρροια του έντονου άγχους των συγγενών και των φίλων.

Είναι σαφές ότι σχεδόν όλες οι πιθανές πηγές έντονου άγχους είναι ψυχολογικής φύσης. Ακόμα και μερικά από τα σωματικά συμπτώματα, είναι αγχογόνα εξαιτίας των αντιλήψεων και των προσδοκιών μας. Το έντονο άγχος αυξάνεται, όταν ένα μελλοντικό γεγονός εκτιμάται ως απειλητικό. Ένα ετοιμοθάνατο άτομο έχει έντονο άγχος, στο βαθμό που τα αναμενόμενα γεγονότα είναι πιθανά και ζημιογόνα σύμφωνα με τους δικούς του όρους: αν δεν τα αντιλαμβάνονταν ως πιθανά ή ζημιογόνα, τότε δε θα του προκαλούσαν έντονο άγχος. Οι νεότεροι ενήλικες αναμένεται να είναι έντονα αγχωμένοι από τον πόνο και από τον επερχόμενο χωρισμό με άτομα που αγαπούν, εκεί όπου οι μεγαλύτεροι φοβούνται να γίνουν εξαρτημένοι και να χάσουν τον έλεγχο των εντερικών λειτουργιών. Επίσης, έντονο άγχος παρατηρείται συχνότερα στους ανθρώπους με μακροχρόνια ανίατη ασθένεια.

Είναι σαφές ότι μερικές πηγές άγχους είναι ουσιαστικά ανεξέλεγκτες, ενώ άλλες αντιγράφουν τις πειραματικές διαδικασίες που αναπαράγουν το συναίσθημα αδυναμίας (helplessness) π.χ. ακράτεια ούρων και εμετός. Επιπλέον, πολλοί ασθενείς υφίστανται εξετάσεις ή υποβάλλονται σε θεραπείες που δεν τις καταλαβαίνουν, τις βρίσκουν δυσάρεστες ή επώδυνες και δεν έχουν μεγάλα περιθώρια εκλογής από το να τις δεχθούν παθητικά. Δεν πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι η κατάθλιψη συναντάται συχνά στον ετοιμοθάνατο ασθενή (Carr, 1981).

Είναι αναγκαίο να τονιστεί η αλληλεπίδραση των σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων. Τα επαναλαμβανόμενα δυσάρεστα σωματικά συμπτώματα παίζουν καταθλιπτικό ρόλο, αλλά και τα συναισθη-

ματα κατάθλιψης και έντονου άγχους αυξάνουν τον πόνο και τις άλλες σωματικές ενοχλήσεις.

Η πολλαπλότητα και σοβαρότητα των επιδράσεων που ασκούν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στους πάσχοντες από τις λεγόμενες ανίατες ασθένειες επιβάλλουν την εδραίωση μιας ανοιχτής, ειλικρινούς και ανθρώπινης επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Είναι πιθανό οι αρχικές θεραπευτικές επιλογές να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν τη πορεία τους προς το θάνατο. Έτσι, επιβάλλεται, να συμμετέχουν στις αρχικές θεραπευτικές αποφάσεις όσο αυτό είναι δυνατό. Μερικά άτομα υπομένουν με ψυχική γαλήνη τις θεραπείες που σχετίζονται με ενοχλητικά συμπτώματα τόσο καιρό όσο νιώθουν ότι αγωνίζονται ενάντια στο πικρό τέλος. Άλλοι, επιλέγουν θεραπείες οι οποίες είναι λιγότερο πιθανό να παρατείνουν τη ζωή τους, αλλά μπορεί να πολλαπλασιάσουν τις ευκαιρίες επίτευξης άλλων στόχων. Αυτού του είδους οι διαφορές, υποχρεώνουν τους ιατρούς, όταν λαμβάνουν και εφαρμόζουν αποφάσεις σχετικές με τη θεραπεία του ασθενούς, να σέβονται τον ορισμό που δίνει ο ασθενής στην ποιότητα της ζωής. Συνεπώς, οι θεραπευτικές επιλογές πρέπει να παρουσιάζονται με καταληπτό τρόπο, ανοιχτά και χωρίς κρυφές παραμέτρους. Οι ασθενείς πρέπει να προστατεύονται από το να δέχονται με μυστηριώδη πειθώ εξετάσεις που δεν τους ενδιαφέρουν. Επιπλέον, πρέπει να ληφθεί μέριμνα, ώστε τα πρόσκαιρα, ακραία συναισθηματικά ξεσπάσματα να μην ενεργοποιούνται όταν λαμβάνονται αποφάσεις με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, επειδή επεμβαίνουν στην ικανότητα των ασθενών να παίρνουν τις κατάλληλες αποφάσεις.

## Ψυχολογικές παρεμβάσεις στις ασθένειες που θεωρούνται ανίατες

### *Χειρισμός του πόνου*

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, προκύπτει ότι ο πόνος είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ετοιμοθάνατοι ασθενείς. Αρκετοί μελετητές δίνουν έμφαση στο διαχωρισμό των σωματικών διαστάσεων από τις ψυχολογικές πλευρές του πόνου.

Οι ατομικές διαφορές, το πολιτισμικό μόρφωμα, όπως και η ομάδα στην οποία ανήκει κάποιος κοινωνικά, επηρεάζουν την αντίδραση στον πόνο. Έχει υποστηριχθεί ότι ο ετοιμοθάνατος ασθενής είναι δύσκολο να ανεχτεί τον πόνο, διότι τον θεωρεί περιττό και απαράδεκτο. Για τον Frank (1987), εκπρόσωπο του υπαρξιστικού μοντέλου, δεν είναι ο πόνος καθ' αυτός που προξενεί απελπισία, αλλά η αίσθηση ότι ο πόνος δεν έχει νόημα.

Το μεγαλύτερο μέρος του έργου που αφορά σε ψυχολογικές τεχνικές για τον έλεγχο του πόνου στον ετοιμοθάνατο ασθενή εστιάζεται στην αντιμετώπιση του πόνου. Χρησιμοποιείται η εκπαίδευση στην βιοανάδραση, η ύπνωση α συνδυασμός των δύο αυτών μεθόδων. Ωστόσο, πρόκειται για τεχνικές που χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση, για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα των επιδράσεών τους.

Ο Αναγνωστόπουλος (1986), αναφέρεται σε μερικές τεχνικές ύπνωσης, οι οποίες μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αποκτήσει έλεγχο στην αντίληψη του πόνου, όπως η υπνοευαισθησία με την ανάκληση αναμνήσεων σωματικής αναισθησίας, η επικέντρωση της προσοχής σε μέρος του σώματος που δεν πονά, η μετάθεση

του πόνου σε άλλο σημείο του σώματος όπου ο πόνος είναι πιο υποφερτός, η απόσπαση της προσοχής, η ανάμνηση ευτυχισμένων περιόδων της ζωής του ασθενούς.

Θα μπορούσαν επίσης να χρησιμοποιηθούν: α) προγράμματα που θα στοχεύουν στην ανάπτυξη των θετικών συμπεριφορών και στη μείωση των συμπεριφορών πόνου, (σε ομαδική ή ατομική βάση) β) γνωστικές - συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις που τείνουν να χρησιμοποιούν συνδυασμό λειτουργικών και γνωστικών τεχνικών, καθώς και εκπαίδευση στη χαλάρωση. Οι τεχνικές αυτές χρησιμοποιούνται κυρίως για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Σύμφωνα με τον Leshan (1981) και τον Simonton και συν. (1988), όταν ο πόνος είναι υπερβολικός σε ένταση και διάρκεια, παρότι έχει προηγηθεί παρέμβαση για τον έλεγχό του, τότε υπάρχει πιθανότητα να συνδέεται με δευτερογενή οφέλη. Ενδέχεται λ.χ. να αποφέρει στον ασθενή προσοχή, φροντίδα και αγάπη από το περιβάλλον του.

Οι γνώσεις μας αναφορικά με τη χρήση των ψυχολογικών τεχνικών στην αντιμετώπιση άλλων συμπτωμάτων ψυχολογικής αναστάτωσης που βιώνει ο ετοιμοθάνατος ασθενής είναι περιορισμένες. Πιθανόν όμως μερικές προσεγγίσεις που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο των συμπτωμάτων ναυτίας και εμετού στη θεραπεία του καρκίνου, να συμβάλλουν επίσης στον έλεγχο διαφόρων συμπτωμάτων του ετοιμοθάνατου ασθενούς, όπως π.χ. στις περιπτώσεις όπου η ναυτία σχετίζεται με ειδικές συνθήκες φαγητού, θεραπείας κ.ο.κ. Έχει αναφερθεί η επιτυχής χρησιμοποίηση της συστηματικής απευαισθητοποίησης στον έλεγχο της προκαταβολικής ναυτίας που ένιωθαν ασθενείς που ακολουθούσαν χημειοθεραπεία. Επίσης, έχει χρησιμοποιηθεί

επιτυχώς η τεχνική της χαλάρωσης σε ασθενείς που έκαναν χημειοθεραπεία και ένιωθαν ναυτία (Wilson, 1989).

Ο Whitthead (1989) αναφέρεται στην εφαρμογή της τεχνικής της αυτοϋπνωσης σε νέα άτομα που έπασχαν από καρκίνο. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν το φαγητό και τα υγρά που έπαιρνε ο οργανισμός, ο ευκολότερος ύπνος, η αντίδραση στη φαρμακευτική αγωγή και στις ακτινοβολίες. Επιπρόσθετα, αναφέρεται στην εφαρμογή της ύπνωσης, προκειμένου να αντιμετωπιστούν η δυσκαταποσία των χαπιών, η ναυτία, ο εμετός, το άγχος για θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η χορήγηση ενδοφλέβιων ενέσεων, ο πόνος των μελών, η ανορεξία και το γενικευμένο άγχος που συνδέεται με νέα κρίση της ασθένειας.

Ο Sachs (1982) υποστηρίζει ότι η ύπνωση είναι μια μοναδική ευκαιρία για να βοηθηθούν οι ασθενείς να αλλάξουν στάσεις. Έτσι π.χ., με τις τεχνικές της ύπνωσης μπορεί να καταπολεμήσουν το άγχος που συνδέεται με τη διάγνωση ή τις καταθλιπτικές αντιδράσεις, το άγχος και τους φόβους που βιώνουν οι καρκινοπαθείς και οι οικογένειές τους κ.ο.κ

Σχετικά με την ατομική και ομαδική εργασία που αφορούν τον ετοιμοθάνατο ασθενή, ο Wilson (1989), επισημαίνει την έλλειψη βιβλιογραφίας ως προς τις εφαρμογές ψυχολογικών τεχνικών στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του ετοιμοθάνατου ασθενούς, τόσο σε σωματικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Συγκεκριμένα, υπάρχουν λίγες επιστημονικά τεκμηριωμένες μελέτες για την αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων.

### *Ατομικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις*

Σύμφωνα με την ανασκόπηση του Wilson (1989), το μεγαλύτερο μέρος της σχετικής βιβλιογραφίας αναφέρεται στις ανάγκες των ετοιμοθάντων ατόμων για ψυχοθεραπευτική βοήθεια. Επειδή οι θεραπευτικοί στόχοι στην περίπτωση ενός ετοιμοθάνατου και ενός υγιούς ατόμου διαφέρουν, ο ψυχοθεραπευτής πρέπει να εστιάζει το ενδιαφέρον του στα ζητήματα που θέτει ο ετοιμοθάνατος ασθενής. Οι στόχοι της θεραπείας πρέπει να τίθενται σύμφωνα με το επίπεδο της σωματικής επιδείνωσης του ασθενούς και να επικεντρώνονται στην ψυχολογική ανακούφιση και σταθερότητά του. Έχει τονιστεί ότι αυτό το είδος υποστήριξης καθιστά ικανό το άτομο να αποδεχτεί θετικότερα την κατάστασή του. Έχει επίσηςδειχθεί ότι η ανοιχτή επικοινωνία και η υποστήριξη από το γιατρό μπορεί να βοηθήσει τον ετοιμοθάνατο ασθενή. Έχει, τέλος, αναφερθεί ότι οι άνθρωποι που αντιδρούν με απαισιοδοξία και κατάθλιψη στην ασθένειά τους, είναι πιθανόν να πεθάνουν νωρίτερα από εκείνους που αισθάνονται θετικότερα, οπότε η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη μπορεί να συμβάλει στην παράταση της ζωής. Πριν μερικές δεκαετίες ο Leshan (1981) άρχισε να εφαρμόζει ψυχοθεραπευτικές μεθόδους σε καρκινοπαθείς. Οι Simonton και συν. (1988), υποστηρίζοντας ότι ο καρκίνος είναι αποτέλεσμα αμοιβαίας επίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, εφάρμοσαν σε καρκινοπαθείς ψυχοθεραπευτική αγωγή, σε συνδυασμό με άλλες θεραπευτικές πρακτικές. Αξιολογώντας τα αποτελέσματα της προσέγγισής τους, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη, έζησαν, κατά μέσο όρο, διπλάσιο χρό-



νο από όσους ακολούθησαν μόνο την ιατρική θεραπεία. Επίσης, πολύ μεγάλο ποσοστό από αυτούς, διατήρησε υψηλό επίπεδο δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά από αυτήν.

Σύμφωνα με τον Tagpower (1984), όταν αναφερόμαστε στην υποστηρικτική διάσταση της ψυχοθεραπείας, εννοούμε μια σχέση που δίνει στον ασθενή ένα αίσθημα άνεσης και ανακούφισης, μια αίσθηση αυτοεκτίμησης και τη συνείδηση ότι είναι σεβαστός, χρήσιμος και επιθυμητός.

#### *Ομαδική εργασία και ο ετοιμοθάνατος ασθενής*

Βάσει της βιβλιογραφικής ανασκόπησης του Wilson (1989) και των γενικών συμπερασμάτων που ο ίδιος συνάγει, οι ομάδες υποστήριξης για ετοιμοθάνατους ασθενείς δίνουν έμφαση σε διαδικασίες όπως η αντιμετώπιση ενός προβλήματος το οποίο επεξεργάζεται συνολικά η ομάδα, η έκφραση των συναισθημάτων, η αυξημένη γνώση σχετικά με την ασθένεια κ.ο.κ., ενώ έχουν στόχο να αυξηθεί η αίσθηση του ελέγχου στα άτομα και να ζήσουν πληρέστερα το υπόλοιπο της ζωής τους. Από τις μελέτες

που εξετάστηκαν, φάνηκε ότι τέτοιου είδους παρεμβάσεις είναι βοηθητικές και αποτελεσματικές.

Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήγουν και οι Αναγνωστόπουλος και Βελισσαρόπουλος (1986), όσον αφορά στην ομαδική ψυχοθεραπεία σε καρκινοπαθείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο.

Αν και υπάρχει μερική τεκμηρίωση, καθώς η βιβλιογραφία στην πλειοψηφία της περιλαμβάνει μελέτες σε μεγάλο βαθμό περιγραφικές και ανεκδοτολογικές στη φύση τους, φαίνεται ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο λειτουργούν θετικά στο άτομο που αντιμετωπίζει τον επικείμενο θάνατό του. Είναι καλύτερα η επεξεργασία της αγωνίας, του φόβου και γενικά των συναισθημάτων του ασθενούς να αρχίζει όσο το δυνατόν συντομότερα μετά τη διάγνωση. Καθώς η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώνεται, ο "σύμβουλος" χρειάζεται να επικεντρώσει την προσοχή του στην οικογένεια και στους φίλους. Μπορεί, κατά μία έννοια, ο θάνατος να δίνει τέλος σε μία σχέση (Βογ και συν., 1992), αλλά οι αναμνήσεις και σκέψεις για τον αποθανόντα θα συνεχιστούν και θα επηρεάσουν αυτούς που έμειναν πίσω.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

- Adler N. and Matthews K. Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 1994, 45, 229-259
- Αναγνωστόπουλος Φ. Θεραπεία συμπεριφοράς σε περιπτώσεις καρκινοπαθών. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος και Δ. Παπαδάτου (Επιμ.), *Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με Καρκίνο*. Αθήνα, Φλόγα, 1986.
- Αναγνωστόπουλος Φ. και Βελισσαρόπουλος Χ. Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς. Στο Φ. Αναγνωστόπουλος και Δ. Παπαδάτου (Επιμ.), *Ψυχολογική Προσέγγιση ατόμων με Καρκίνο*. Αθήνα, Φλόγα, 1986.
- Block S.D. and Billings A. Patient requests to hasten death - Evaluation and management in terminal care. *Archives of Internal Medicine*, 1994, 154, 2039 - 2047.
- Bor R., Miller R. and Goldman E. *Theory and Practice of H.I.V Counselling - A Systemic Approach*. London, Cassell, 1992.
- Carr A.T. Dying and Bereavement. In D. Griffiths (Ed.), *Psychology and Medicine*. London, B.P.S and the MacMillan Press, 1981.
- Firth J. and Field D. Fear of death and strategies for coping with patient death among medical trainees. *British Journal of Medical Psychology*, 1991, 64, 3, 263-271.
- Frank V.E. *Ψυχοθεραπεία και Υπαρξισμός*. (Η Λογοθεραπεία στην πράξη). (μετάφραση - σχόλια Μαίρη Π. Σταύρου, επιμέλεια Μ. Αβραάμ). Αθήνα, Ταμασός (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1967), 1987.
- Goffman E. *Asylums*. Harmondsworth, Penguin, 1961.
- Honeybun J., Johnston M., Tookman A. The impact of a death on fellow hospice patient. *British Journal of Medical Psychology*, 1992, 65, 1, 67-72.
- Kubler - Ross E. *Γι' αυτόν που Πεθαίνει: ερωτήσεις - απαντήσεις*. (μετάφραση Φρ. Π. Βράχα μετάφραση): Αθήνα, Ταμασός (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1974), 1979.
- Leshan L. *Μπορείς ν' Αγωνιστείς για τη Ζωή σου;* (μετάφραση Εύη Νάτσου, επιμέλεια - διορθώσεις Θάνος Γραμμένος). Αθήνα, Θυμάρι, (έτος πρωτότυπης α' έκδοσης 1977), 1981.
- Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *British Medical Journal*, 1985, 291, 1711 - 1713.
- Marks D.F. Special Issue on health psychology. *The Psychologist*, March 1994, 7, 3, 113.
- McPherson I. General practice: The contribution of clinical psychology. In A. Broome (Ed.), *Health psychology: Processes and Applications*. London, Chapman & Hall, 1992.
- Mills M., Davies H.T.O., Macrae W.A. Care of dying patients in hospital. *British Medical Journal*, 1994, 309, 583 - 586.
- Parkes C. M. *Bereavement: Studies of grief in adult life*. Harmondsworth, Penguin Books, 1991.
- Parry G. *Ψυχολογικές Κρίσεις και η Αντιμετώπισή τους*. (μετάφραση Ντενίς Ρώντα, επιμέλεια Νίκος Ε. Δέγλερης). Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1990), 1993.
- Potamianos G. et al. Attitudes and treat-

- ment expectancies of patients and general hospital staff in relation to alcoholism. *British Journal of Medical Psychology*, 1985, 58, 63-66.
- Ρηγάτος Γ. *Εισαγωγή στην Ψυχοκοινωνική Ογκολογία*. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Ζήτα, 1985.
- Sachs B. C. Coping with cancer. *Stress Medicine*, 1982, 8, 167-170.
- Simonton O., Mathews - Simonton S., Creighton J. L. *Γίνε ξανά καλά* - μία ολιστική προσέγγιση στη θεραπεία του καρκίνου. (μετάφραση Λύσανδρος Μιγιάκης). Αθήνα, Ιάμβλιχος (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1978), 1988.
- Tarnower W. Psychotherapy with cancer patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1984, 342 - 350.
- Τομέας της Υγείας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών. Στάσεις, γνώσεις, συμπεριφορές και απόψεις των επαγγελματιών υγείας. Στο: *Οι ανθρώπινοι πόροι στον υγειονομικό τομέα*. Αθήνα: Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994.
- Watzlawick P. *Η Γλώσσα της Αλλαγής - Στοιχεία Θεραπευτικής Επικοινωνίας*. (μετάφραση Άγγελος Νίκας): Αθήνα, Κέδρος (έτος πρωτότυπης έκδοσης 1981), 1986.
- Whitehead N. Paediatrics and childhood cancer. In A. Broome (Ed.), *Health Psychology: Processes and Applications*. London, Chapman and Hall, 1989.
- Wilson C. Terminal care: using psychological skills with the terminally ill. In A Broome (Ed.), *Health Psychology: Processes and Applications*. London, Chapman and Hall, 1989.
- Ziegler J. *Οι ζωντανοί κι ο Θάνατος*. (μετάφραση Βασ. Παπαβασιλείου, επιμ. Θόδ. Ιωαννίδης): Μαλλιάρης - Παιδεία (έτος πρωτ. έκδοσης 1975), 1982.