

Οι συναισθηματικές διακυμάνσεις που βιώνει ο ογκολογικός ασθενής σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο

Patient's biological and psychological fluctuations toward cancer

Author: Λογοθέτη Μαρία

ΤΕ Νοσηλεύτρια Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ"

Περίληψη

Η νόσος του καρκίνου περιλαμβάνεται μεταξύ των πιο οδυνηρών ασθενειών που μαστίζουν και προβληματίζουν την ανθρωπότητα. Ο πάσχων οργανισμός βρίσκεται σε μια ιδιάζουσα κατάσταση σωματική και ψυχική. Στον προσβεβλημένο ασθενή από τη νόσο του καρκίνου δημιουργούνται πολλαπλές διαταραχές που έχουν επιπτώσεις τόσο στο σώμα, όσο και στη σκέψη και τη συμπεριφορά του ανθρώπου που τη βιώνει, γεγονός που κάνει την κατάστασή του ακόμη πιο δύσκολη.

Στην παρούσα εργασία κάνουμε μια προσπάθεια κατανόησης των συμπτωμάτων και των ψυχικών μηχανισμών που χαρακτηρίζουν τον καρκινοπαθή. Ο καρκίνος δεν εμφανίζεται μόνο στο πάσχον όργανο, αλλά επηρεάζει και την ψυχολογία του ασθενούς. Η δυσθυμία, η κατάθλιψη και η άρνηση εμφανίζονται κλιμακούμενες από μια απλή αποχή στα κοινωνικά δρώμενα ως την οργή εναντίον της ζωής, της κοινωνίας, του Θεού, των γιατρών και νοσηλευτών και τέλος εναντίον του οικογενειακού του περιβάλλοντος (Labordec, 1956).

Οι ογκολογικοί ασθενείς βιώνουν τις ψυχολογικές τους μεταπτώσεις ο καθένας με το δικό του τρόπο. Η επικοινωνία με τους ασθενείς θεωρείται απαραίτητη και η ψυχολογική υποστήριξή τους από ψυχολόγους είναι επιβεβλημένη τόσο προ, όσο και μετά τη θεραπεία. Η νοσηλευτική παρέμβαση στον τομέα της αποκατάστασης του καρκινοπαθούς συμβάλει θετικά στην ανακούφιση του ασθενή και τον βοηθάει στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής

ABSTRACT

The illness of cancer is included between the most painful illnesses that plague and puzzle the humanity. Eaters organism finds itself in a being peculiar situation bodily and mental. In the offended patient by the illness of cancer are created multiple disturbances that have repercussions so much in the body, what in the thought and the behavior of person that experiences him, make that makes the situation still difficult.

In the present work we make a effort of comprehension of symptoms and mental mechanisms that they characterize the cancer patient. The cancer is not presented only in the suffering body, but influences also the psychology of patient. The dejection, the depression and the refusal are presented escalated from a simple abstention in social in society as the rage against the life, the society, the God, the doctors and nurses and finally against his familial environment (Labordec, 1956).

The oncology patients experience their psychological precessions each one with his own way. The communication with the patients is considered essential and their psychological support from psychologist is imposed so much pre, what afterwards the treatment. The nursing intervention in the sector of re-establishment cancer patients contributes positively in the alleviation of patient and helps him in the improvement of quality of his life.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος είναι αναμφισβήτητα μια από τις πιο σοβαρές ασθένειες των καιρών μας. Η ανακοίνωση της νόσου του καρκίνου σε έναν άνθρωπο αποτελεί πολύ επώδυνη διεργασία στην ψυχική του σφαίρα. Στο άκουσμά της ο υποψήφιος καρκινοπαθής κατακλύζεται από συναισθήματα φόβου, απογοήτευσης και απομόνωσης. Νιώθει φόβο για το άγνωστο, φόβο απώλειας ελέγχου του εαυτού του, φόβο για τον επικείμενο πόνο που θα αντιμετωπίσει καθώς και για τις επιδράσεις της νόσου στο σώμα του, τέλος φόβο θανάτου. Ο θάνατος αποτελεί τον τελικό προορισμό όλων μας και είναι φυσικό η αποδοχή του να είναι μία δύσκολη υπόθεση, όταν πρόκειται για άλλους ανθρώπους και πολύ δε περισσότερο όταν πρόκειται για το δικό μας (Kubler-Ross, 2000).

Ο φόβος σε συνδυασμό με τον πόνο, τις παρενέργειες των θεραπειών, τις χειρουργικές επεμβάσεις που θα προκαλέσουν σωματικές αλλαγές, καθιστούν αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι ο καρκινοπαθής (Corr & Corr, 1972), θα παρουσιάσει βασικές σωματικές και ψυχολογικές διακυμάνσεις,

τις οποίες καλείται να αντιμετωπίσει (Lamerton, 1973) (Μπαζίνης, 1996).

Στόχος αυτής της εργασίας είναι η επισήμανση των αλλαγών που επιφέρει ο καρκίνος τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Αρχικά, στον οργανικό τομέα καλείται ο ασθενής σε πρώτο στάδιο βασικές ανάγκες διατροφής και συντήρησης, ενώ σε δεύτερο στάδιο την αλωπεκία ή πιθανό ακρωτηριασμό, τον πόνο. Οι τρόποι αντιμετώπισης ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή.

Σε κάποιες περιπτώσεις η χειρουργική επέμβαση κρίνεται απολύτως απαραίτητη και σε κάποιες άλλες όχι. Στα περιστατικά που κρίνονται ανεγχείρητα για να επιτευχθεί η καλύτερη ποιότητα και να αυξηθεί ο χρόνος ζωής, κρίνεται απαραίτητη μόνο η παρηγορική χημειοθεραπεία ή ακτινοβολία (Ρηγάτος, 2000).

Οι ασθενείς που θα αντιμετωπίσουν τη χειρουργική επέμβαση παρουσιάζουν αρχικά απώλεια βάρους, η οποία πιθανόν να είχε σημειωθεί και πριν από αυτή, ως σύμπτωμα της νόσου. Ο καρκινοπαθής χάνει δυνάμεις, αποκτά χλωμό πρόσωπο, κύρτωση του κορμού κατά τη βάδιση, ηλεκτρολυτικές

διαταραχές κ.ά. Μειώνεται η επιθυμία για σίτιση και σε συνδυασμό με τον μετεγχειρητικό πόνο ελαχιστοποιείται η ψυχική του αντοχή (Sharp & Freeman, 1993). Στις περιπτώσεις που οι κακοήθεις όγκοι παρουσιάζονται σε εμφανή σημεία του σώματος ή του δέρματος όπως για παράδειγμα όγκοι μαστού, προσώπου κ.λ.π, προκαλούνται αναπόφευκτα ψυχολογικά προβλήματα στον άρρωστο μειώνοντας την αυτοεκτίμηση του αφού σε πολλές περιπτώσεις ο ακρωτηριασμός είναι αναπόφευκτος (Watson, 1992 σελ.31-39). Αυτό μετεγχειρητικά επηρεάζει βασικό μέρος της ψυχολογίας του και προκαλεί σοβαρές καταθλιπτικές κρίσεις, ιδιαίτερα στις γυναίκες (Πε-νταράκη, 2012). Επίσης θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι ο καρκινοπαθής λαμβάνει μεγάλες ποσότητες κορτιζονούχων σκευασμάτων, ορμονοθεραπειών, καθώς και κυτταροστατικών σκευασμάτων τα οποία έχουν μεγάλη επίδραση στην σωματική του και κατ' επέκταση στην ψυχολογική του ισορροπία.

Αυτόματα μεταπηδούμε στον ψυχολογικό τομέα όπου ο ασθενής παρουσιάζει ψυχολογικές διακυμάνσεις (Pinel, 2007). Σημαντικό εμπόδιο στην παρακολούθηση του αρρώστου αποτελεί η δυσκολία στο διαχωρισμό της καθαυτής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από τα συμπτώματα που οφείλονται στον καρκίνο και στις επιπλοκές από τη θεραπεία (Μπαζίνης, 1996). Στα διαγνωστικά κριτήρια συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα και σημεία που συχνά αποδίδονται στη νόσο αυτή καθαυτή όπως π.χ απώλεια βάρους, απώλεια όρεξης, αύπνια, έλλειψη ενδιαφερόντων, μειωμένη ενεργητικότητα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επικεντρωνόμαστε στη σωματική συμπτωματολογία και να μας διαφεύγει η προσέγγιση και επίλυση των ψυχικών διαταραχών του ασθενή. Εκτός από τα σωματικά του προβλήματα ο άρρωστος καλείται πια να καλύψει τις ανάγκες του για το συναίσθημα της ανασφάλειας της αυτοάμυνας, αλλά και την ανάγκη του να αντλήσει δύναμη από μικρές καθημερινές χαρές κάτι που θα τον βοηθήσει να ενισχύσει την αυτοεκτίμησή του (Ρηγάτος, 2000).

Ο καρκινοπαθής μετά την ανακοίνωση της νόσου έρχεται αντιμέτωπος με τις έντονες αλλαγές που κατακλύζουν τον ψυχικό του κόσμο. Κατακυριεύεται από συναισθήματα απογοήτευσης και απομόνωσης. Έρχεται αντιμέτωπος με το θάνατο, νιώθει ανήμπορος και αβοήθητος από την ανίατη ασθένεια νιώθει ότι το σώμα του είναι εκτός του συνειδητού ελέγχου, και ότι ο ίδιος δεν έχει τις δυνάμεις να ανατρέψει την εξέλιξη της ασθένειάς του (Ιω-αννίδης, 2009). Σύμφωνα την ψυχίατρο Kubler Ross, ο άνθρωπος με μια ανίατη ασθένεια περνάει πέντε στάδια γνωστά ως "Τα πέντε στάδια του θανάτου" έως ότου αποδεχτεί αυτήν και το τέλος της.

Αυτά είναι:

1. Η άρνηση: "Αποκλείεται δεν μπορεί να συμβαίνει αυτό σε μένα!"

Η πρώτη αντίδραση μετά το άκουσμα των τραγικών ειδήσεων για τη νόσο του καρκίνου είναι η άρνηση. Ο όρος άρνηση περιγράφει την γνωστική εκείνη κατάσταση κατά την οποία αναπτύσσεται ένα είδος αντίστασης απέναντι

στην ανίατη ασθένεια και στην αναπόφευκτη έκβαση της, απορρίποντάς την ως μη αληθινή. Όταν κάποιος βρίσκεται σε αυτό το στάδιο απλά δεν θα μπορεί να πιστέψει ότι το μέλλον του επιφυλάσσει τη δύσκολη πορεία'μίας νόσου που οδηγηθεί στο θάνατο. Για να καταλάβουμε την άρνηση αρκεί να σκεφτούμε την παρακάτω χαρακτηριστική στιχομυθία μεταξύ του γιατρού και ενός ασθενή: «Αδύνατον να συμβαίνει αυτό σε μένα, δεν μπορεί κάποιο λάθος έχει γίνει!» Φυσικά η άρνηση τις περισσότερες φορές δεν είναι ουσιαστική. Δηλαδή ο ασθενής δεν χάνει την επαφή με την πραγματικότητα, νομίζοντας ότι έχει κάποια ασθένεια που σε κάποιο εύλογο χρονικό διάστημα θα γίνει καλά. Αντίθετα, επειδή ακριβώς έρχεται σε επαφή με την σκληρή πραγματικότητα, ενεργοποιείται αυτόματα αυτός ο μηχανισμός άμυνας, ο οποίος συνήθως κρατάει από λίγα δευτερόλεπτα έως λίγα λεπτά και σκοπό έχει να προστατεύσει το άτομο από την συναισθηματική καταρράκωση. Σε ορισμένες περιπτώσεις ισχυρού σοκ η άρνηση μπορεί να είναι βαθιά και ουσιαστική και το άτομο να χάσει την επαφή με την πραγματικότητα για μεγαλύτερο διάστημα. Για παράδειγμα κάποιος μπορεί να συνεχίσει να είναι ήρεμος, καθησυχάζοντας τον εαυτό του επαναλαμβάνοντας φράσεις όπως «Δεν συμβαίνει αυτό. Δεν έχω τίποτα σίγουρα έχει γίνει λάθος». Από τον αρχικό κλονισμό και τη μαζική άρνηση ο καρκινοπαθής βαθμιαία θα συνειδητοποιήσει την κατάσταση του. Το πότε θα εγκαταλείψει την άρνησή του για να χρησιμοποιήσει άλλους μηχανισμούς άμυνας εξαρτάται από το πώς ανακοινώθηκε στον άρρωστο η ασθένειά του, το πώς προετοιμαζόταν για να αντιμετωπίσει καταστάσεις έντασης κατά τη διάρκεια της ζωής του και ποιος θα είναι κοντά του να του συμπαρασταθεί (Hammer, 1986). Ακολουθεί η φάση του θυμού της οργής.

2. Ο θυμός: "Είναι άδικο, γιατί σε εμένα; Δεν έχω ζησει τίποτα" ή "Είμαι πολύ μικρός/μικρή γιατί μου συμβαίνει αυτό;" (Εδώ είτε αναφέρεται στο θεό, είτε στον εαυτό του, είτε σε οποιονδήποτε θεωρεί υπεύθυνο για την κατάσταση του/της). Μετά το πρώτο σοκ, η ανακοίνωση του καρκίνου μετατρέπεται σε θυμό και επιθετικότητα, στρεφόμενη κατά δικαίων και αδικών. Σε αυτή τη φάση ο ασθενής προσπαθεί να βρει κάποια υπαιτιότητα πίσω από τη σκληρή νόσο, για να ρίξει το βάρος της ευθύνης κάπου (Johanson, 1994). Άλλωστε ο ανθρώπινος εγκέφαλος είναι έτσι κατασκευασμένος ώστε να ψάχνει δεσμούς αίτιου-αιτιατού πίσω από τα φαινόμενα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος. Το στάδιο αυτό είναι ιδιαίτερα συναισθηματικά φορτισμένο και οι συναισθηματικές εκρήξεις είναι κάτι περισσότερο από αναμενόμενες. Ο θυμός όμως μπορεί να μην στρέφεται αποκλειστικά εναντίον κάποιου φυσικού ή νομικού προσώπου (π.χ. το Δ.Ν.Τ. φταίει για την αρρώστια μου εξαιτίας της συνεχόμενης στεναχώριας). Σε αυτή τη φάση θα πρέπει να αφήσουμε τον άρρωστο να εκτονώνεται έτσι ώστε να μπορέσει να δείξει άλλες πλευρές του εαυτού του, ευαίσθητες, ευχάριστες, αποδεκτές. Ο άρρωστος θα ηρεμήσει και θα περάσει μεθοδικά στο τρίτο στάδιο που είναι η διαπραγμάτευση.

3. Η Διαπραγμάτευση: "Τουλάχιστον άσε με να δω τα

παιδιά μου να μεγαλώνουν" ή "Θα είμαι καλύτερος, θα αλλάξω, απλώς άσε με να ζήσω λίγο παραπάνω." Το τρίτο στάδιο της θεωρίας (Kubler-Ross, 1981) είναι ένα μεταβατικό στάδιο μεταξύ του πρώτου σοκ και της αποδοχής του θανάτου. Σε αυτή τη φάση το άτομο αρχίζει να συνειδητοποιεί με την «καινούργια του ζωή», η οποία αυτή καθαυτή γίνεται αντικείμενο γνωστικής επεξεργασίας. Είναι σημαντικό να σημειώσουμε πως αυτό που διαχωρίζει το παρόν στάδιο από τα δύο προηγούμενα είναι πως η προσοχή του ατόμου στρέφεται στο γεγονός της ασθένειας του και την πορεία της προς το αναπόφευκτο και όχι στα συναισθήματα που αυτή πυροδότησε. Κάποιοι που διαπραγματεύεται την μη αντιστρεψιμότητα του θανάτου για πρώτη φορά αρχίζει να συνειδητοποιεί πως δεν υπάρχει κάτι που μπορεί να κάνει για να αλλάξει αυτή την κατάσταση και πως σε αυτή τη χρονική στιγμή δεν έχει ιδιαίτερο νόημα να ψάχνει για το ποιος ευθύνεται. Αυτές οι δύσκολες στιγμές οδηγούν σταδιακά το άτομο στο προτελευταίο επίπεδο της πένθιμης κατάστασης που βιώνει, αυτό της κατάθλιψης (Beck, 2000).

4. Η Κατάθλιψη: "Είμαι τόσο λυπημένος, γιατί να προσπαθήσω να κάνω οτιδήποτε;" ή "Δεν έχω ελπίδες, απλώς θα περιμένω να πεθάνω." Έχοντας ξεσπάσει συναισθηματικά και αφού έχει συνειδητοποιήσει την σκληρή πραγματικότητα η οποία δεν αλλάζει, ο καρκινοπαθής νιώθει αδύναμος να επέμβει στο οτιδήποτε. Όπως και σε κάθε στιγμή κατά την οποία δεν έχουμε τον έλεγχο, έτσι και τώρα το αίσθημα του αβοήθητου αρχίζει να κάνει την εμφάνισή του. Η φάση της κατάθλιψης μπορεί να διαρκέσει από λίγες ώρες/ημέρες, έως και μερικούς μήνες. Πρόκειται φυσικά για μια ψυχοφθόρα διαδικασία η οποία όμως είναι ιδιαίτερα σημαντική στη βίωση της έκβασης της ασθένειας. Για όσο χρονικό διάστημα κρατάει αυτό το στάδιο το άτομο βρίσκει το χρόνο να «πενθήσει» για το επικείμενο θάνατο του και για όλα τα όνειρα που δεν θα μπορούσε να πραγματοποιήσει. Οι μορφές που μπορεί να πάρει η κατάθλιψη είναι πολλές, αλλά η πιο συνηθισμένη είναι η κατατονία, η απόσυρση από τις κοινωνικές εκδηλώσεις και το κλείσιμο στον εσωτερικό κόσμο για όσο καιρό χρειαστεί. Αν το στάδιο της κατάθλιψης διαρκέσει πολύ τότε ο ασθενής περνάει μέσα από άλλα στάδια που χαρακτηρίζουν την καταθλιπτική του πορεία. Με αφορμή την παραπάνω κατάσταση κινητοποιεί συγκεκριμένους Μηχανισμούς Άμυνας μέσα από τους οποίους περιεργάζεται την κατάστασή του προσπαθώντας να νικήσει τον καρκίνο και στο τέλος να τον αποδεχτεί (Kubler-Ross, 1981).

Αυτοί είναι:

1. Η άρνηση αποδοχής της ασθένειας.
2. Η μετάθεση των εσωτερικών ανησυχιών του για τη νόσο του σε άλλους.
3. Η προβολή των φόβων του στον εξωτερικό κόσμο με αποτέλεσμα να γίνεται επιθετικός για να αντιμετωπίσει εξωτερικούς διώχτες, δηλαδή δυσπιστεί και αμφιβάλλει για τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση.
4. Η εξιδανίκευση, επενδύει στον θεράποντα ιατρό του με χαρακτηριστικά και ιδιότητες παντοδυναμίας, ενάντια στη δική του αδυναμία, και

5. Η σχάση, η οποία είναι η συνύπαρξη δύο αντιφατικών καταστάσεων ή ιδεών, χωρίς να νιώθει ότι αυτές είναι ασυμβίβαστες μεταξύ τους. Πιστεύει, δηλαδή σε αντίθεση με αυτό που συμβαίνει ότι οι γιατροί έκαναν λάθος και ότι γρήγορα θα γίνει καλά και οργανώνει το μέλλον του σαν να μη του συμβαίνει τίποτα.

Αναλυτικότερα οι ασθενείς με καρκίνο ή κάποια χρόνια νόσο που απειλεί τη ζωή τους παρουσιάζουν:

Μανιακή άρνηση της ασθένειάς τους με εκλογίκευση των συμπτωμάτων και αμφισβήτηση της διάγνωσης, μέχρι του επιπέδου αρνήσεως της συνεργασίας με τους θεράποντες γιατρούς και τους νοσηλευτές. Στην κλινική πράξη το κυρίαρχο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν και οι γιατροί και οι νοσηλευτές με αυτούς τους ασθενείς είναι η επιθετικότητα τους. Αυτοί εκφράζεται προς το υγειονομικό προσωπικό με δύο τρόπους:

α. Ο ένας είναι με επίθεση εξιδανίκευσης, δηλαδή ζητούν από τους νοσηλευτές σε ένα εξωπραγματικό επίπεδο, να τους σώσουν από το αναπότρεπτο του θανάτου, γεγονός που τους επιφορτίζει με μεγάλη ευθύνη, η οποία μπορεί να τους δημιουργήσει αμφιβολίες ακόμη και για την επιστημονική τους επάρκεια!

β. Ο άλλος τρόπος είναι η ενοχοποιητική επιθετικότητα απέναντι στους νοσηλευτές, η οποία τους δημιουργεί συναισθήματα απορρίψεως και αποφυγής τους, π.χ τους κατηγορούν για καθυστέρηση στη διάγνωση και στη παροχή νοσηλευτικών ενεργειών, λάθη στη θεραπεία και στις νοσηλευτικές πράξεις, κ.ά.

Το τελευταίο στάδιο είναι η αποδοχή.

5. Η Αποδοχή: "Εντάξει όλα θα πάνε καλά". Όπως στο τέλος κάθε αρχαιοελληνικής τραγωδίας υπάρχει η λύτρωση, έτσι και η διαδικασία της αποδοχής του καρκίνου -όταν κινηθεί σε φυσιολογικά επίπεδα- καταλήγει στην αποδοχή του θανάτου. Φυσικά το ότι αποδέχομαι ότι πάσχω από κάποια βαριά ασθένεια και ότι κατά πάσα πιθανότητα να πεθάνω από αυτή, δεν σημαίνει πως η ζωή έχει τελειώσει πριν φτάσω στο τελικό στάδιο. Μέχρι εκείνη τη στιγμή θα προσπαθήσω να κάνω όσα πιο πολλά πράγματα προλάβω. Απλά, σε αυτό το στάδιο ο θάνατος ως γεγονός έχει περάσει από επεξεργασία και έχει γίνει κτήμα μας. Μπορώ να συνεχίσω να ζω, αλλά έχοντας αποδεχτεί τον θάνατο μου και έχοντας ρίξει τα συναισθηματικά τείχη που με εμπόδιζαν να το αντιμετωπίσω (Συμεωνίδης, 1972).

Σ' αυτό το επίπεδο ο άρρωστος καλείται να αντιμετωπίσει τη ζωή κατάματα. Γίνεται κατανοητό πως περνάμε στον κοινωνικό τομέα. Εδώ ο καρκινοπαθής προσαρμόζει την κοινωνική του ζωή ανάλογα με τις ανάγκες της ασθένειας και όχι με τις προσωπικές του (Τσιλιγκίρογλου- Φαχαντίδου, 1991). Η ασθένεια θα τον αναγκάσει να απομονωθεί λόγω σωματικών συμπτωμάτων. Δεν θα είναι σε θέση να είναι παρών σε όλες τις δραστηριότητες που κάποτε μοιράζονταν μαζί με φίλους και συγγενείς, όπως όταν ήταν υγιής. Αναγκάζεται να απουσιάζει από την εργασία του και να μη μπορεί να ανταποκριθεί σε οικονομικές ανάγκες διότι η ασθένεια τον κρατά μέσα στο νοσοκομείο. Δημιουργούνται προβλήματα οικογενειακά, οικονομικά, κοινωνικά ([http://ogologiki-nosileytiki_blogspot, net](http://ogologiki-nosileytiki_blogspot_net)).

Η Kubler Ross εφάρμοσε αρχικά αυτά τα στάδια σε οποιαδήποτε μορφή καταστροφικής προσωπικής απώλειας (εργασία, εισόδημα, ελευθερία). Αυτό περιλαμβάνει επίσης το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, το διαζύγιο, τον εθισμό στα ναρκωτικά, ή τη στειρότητα. Εεπι- σήμανε επίσης, ότι αυτά τα βήματα δεν έρχονται απαραίτητως στη σειρά που σημειώνεται ανωτέρω, ούτε βιώνονται όλα τα βήματα από όλους τους ασθενείς, αν και ένα πρόσωπο θα δοκιμάσει πάντα τουλάχιστον δύο (Γα- παδάτου, 1986).

Συμπεράσματα

Το υγειονομικό προσωπικό που εργάζεται με καρκινοπαθείς βιώνει και το ίδιο αυτά τα στάδια της ψυχικής τους σφαίρας. Έτσι γίνεται κατανοητό ότι είναι ανάγκη να βοηθήσουμε τον καρκινοπαθή να ενστερνιστεί την ιδέα του καρκίνου και να καταλάβει πως ο ίδιος θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της πορείας της νόσου. Η σύγχρονη ογκολογική ιατρική μας υποχρεώνει να επανεξετάσουμε ολοκληρωτικά τον άρρωστο στο οικείο περιβάλλον του, με το οποίο αλληλεπιδρά επιτυχώς ή ανεπιτυχώς, με όσο το δυνατόν πιο οικίες συνήθειες (Αναγνωστόπουλος, 1986) διότι ο καρκίνος είναι κάτι πολύ περισσότερο από μία απλή συνάντηση των καρκινικών κυττάρων και ενός ανθρώπου. Έτσι προσαρμόζοντας τον καρκίνο στην παραπάνω αναφορά θα λέγαμε πως ο καρκίνος είναι μία οργανική διαταραχή που επηρεάζεται σαφώς και από τον τρόπο ζωής του ατόμου, το κάπνισμα, τις διατροφικές του συνήθειες, τις ψυχολογικές του ανάγκες ακόμη και από την οικονομικοκοινωνική του θέση. Δεν είναι μία απλή συνάντηση των καρκινικών κυττάρων και ενός ανθρώπου. Γίνεται σαφές πως η προσέγγιση και η θεραπεία ενός καρκινοπαθούς δεν αφορά μόνο τα σωματικά του συμπτώματα. Ο καρκινοπαθής θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σφαιρικά και στο σώμα και στην ψυχή.

Ο θεράπων ιατρός και το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να συνεργάζεται και με τους ψυχολόγους ή τους ψυχιάτρους προκειμένου να επιτευχθεί μία ολοκληρωμένη θεραπεία στον καρκινοπαθή. Αυτό το μοντέλο αντιμετώπισης του καρκίνου είναι ακόμη ανώριμο στα ελληνικά νοσοκομεία. Θα πρέπει όμως να το αναπτύξουμε και οι νοσηλευτές ας είναι οι πρωτοπόροι. Θα πρέπει να υποδεικνύουμε πρώτοι στο ιατρικό προσωπικό πως είναι απαραίτητη η παρουσία ψυχολόγου στο θεραπευτικό σχήμα των αρρώστων. Μέσω λοιπόν της ψυχοθεραπείας σε περιπτώσεις καρκινοπαθών, μπορούμε να παρέμβουμε κυρίως στα πρώτα στάδια της ασθένειας και να βοηθήσουμε τον ασθενή να ξαναβρεί την πίστη του στον εαυτό του και τη θέληση για ζωή!

Ένα είναι σίγουρο, πως πίσω από όλα τα στάδια κρύβεται κάτι που μέχρι την τελευταία στιγμή δεν σβήνει, η ελπίδα. Θα πρέπει να προσέξουμε να μην απελπίσουμε τον άρρωστο ενώ χρειάζεται ακόμη την ελπίδα. Αν

εγκαταλείψουμε έναν τέτοιο άρρωστο και παρατηθούμε, μπορεί να εγκαταλείψει και ο ίδιος τον εαυτό του και η περαιτέρω ιατρική βοήθεια θα μπορούσε να έρχεται πολύ αργά, βρίσκοντάς τον απροετοίμαστο για να νικήσει το θάνατο και να κερδίσει τη ζωή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Beck, S. J., 2000. Εισαγωγή στη Γνωστική θεραπεία. 3η επιμ. Αθήνα: Πατάκη. Corr, C. A. & Corr, D. M., n.d. Death and Dying Live and Lining. 7th επιμ. University of Southern Illinois, Saint Louis Community College at Forest Park: Edwards. Hammer, R. G., 1986. Krebs eine Krankheit der seele Kurzsh- luss im Gehirnden Compater unseres Organismus.. Παρασκήνιο επιμ. s.Ls.n.

http://ogologiki-nosileytiki_blogspot, c., n.d. s.l.: s.n.

Johanson, A. G., 1994. Στο: Physician's handbook of symptom relief in terminal care. Sonoma Country (Ca: Home Hospital of Sonoma country): s.n. Kubler-Ross, E., 1981. Living with Death and Dying. 2η επιμ. London (London): Souvenir Press (E&A) Ltd 1991. Kubler-Ross, E., 2000. "Θάνατος μία αλλαγή ζωτικής

σημασίας". Έσοπτρον επιμ. s.Ls.n. Kubler-Ross, E. & Beth, E., 1969. On death and Dying. 2η 1973 επιμ. London: Tavistock/Roudledge. Lamerton, R., 1973. Care of the dying. 1th επιμ. London:

Penguin books. Pinel, J., 2007. Biopsychology. Boston: Allyn and Bacon. Sharp, C. W. & Freeman, C., 1993. The medical complications of anorexia nervosa. Britich Journal of Phychi- atry, p. 452-463. Watson, U., 1992. Role of psychosocial Factors in carcinogenesis and course of disease.. Beaune, s.n., p. 31-39.

Αναγνωστόπουλος, Φ., 1986. Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Στο: Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο. Αθήνα: Βήτα, σελ. 47-66.

Ιωαννίδης, Γ., 2009. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου. Από τη σκοπιά του παθολόγου- ογκολόγου.. Ελληνική Ογκολογία, Ιανουάριος-Μάρτιος, Τόμος 45, σελ. 61-66. Μπαζίνης, Α., 1996. Καρκίνος και κατάθλιψη. Αρχεία ΕΨΨΕΠ τ. 11, σελ. 92-93. Παπαδάτου, Δ., 1986. Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων

με καρκίνο. Εκδ.: Παπαζήσης. Πενταράκη, Α. Δ, 2012. Σπάζοντας τα δεσμά της γυναικείας κατάθλιψης. Εκδ. Brain Matters Institute, Θεσσαλονίκη: σελ. 1-168.

Ρηγάτος, Γ., 2000. Στο: Ψυχοκοινωνική Ογκολογία. Αθήνα: Ascent.

Συμεωνίδης, Α., 1972. Στο: Μη φοβάστε τον καρκίνο. Πως να τον αντιμετωπίσετε αποτελεσματικά.. Αθήνα: s.n., σελ. 1-80.

Τσιλιγκιρόγλου-Φαχαντίδου, Α., 1991. Στο: Προληπτική και κοινωνική ιατρική. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.