

ΓΙΩΡΓΟΥ ΠΙΠΕΡΟΠΟΥΛΟΥ

**ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ:
ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΝΟΣ ΒΡΑΧΥΒΙΟΥ ΡΟΛΟΥ**

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

Περίληψη

Εισαγωγή

Ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις αντιμετώπισης της πραγματικότητας

Η θεματολογία του θανάτου

Το φάσμα του θανάτου στους καρκινοπαθείς τελικού σταδίου

Βιβλιογραφία

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκινοπαθής του τελικού σταδίου και οι συγγενείς του εξετάζονται μέσα από την ψυχοκοινωνική θεώρηση της εκμάθησης και διαδραμάτισης ενός βραχύβιου ρόλου. Μια τέτοια θεώρηση επιτρέπει την αναγωγή σε ψυχοκοινωνικές διαστάσεις ενός προβλήματος, που μέχρι σήμερα θεωρείται κατεξοχήν, εάν όχι και αποκλειστικά, ως ιατρονοσηλευτικό από τη φύση του. Στην εργασία αναλύονται και αξιολογούνται τα ψυχοσυναισθηματικά στάδια τα οποία διέρχεται ο ασθενής, γίνεται αναφορά στο επίμαχο θέμα του θανάτου και παρατίθεται μία ανάλυση του ρόλου που μπορούν να διαδραματίσουν οι επιστήμονες της συμπεριφοράς (ψυχολόγοι και κοινωνιολόγοι) προσφέροντας υπηρεσίες στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους συγγενείς καρκινοπαθών του τελικού σταδίου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πυρήνα της εργασίας μου αυτής απετέλεσε η εισήγηση που έκανα, μετά από ειδική πρόσκληση της Οργανωτικής Επιτροπής, στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, που έγινε στη Θεσσαλονίκη από τις 28.11 μέχρι και την 1.12.1991.

Παρουσιάζοντας τις σκέψεις μου πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, αναφέρθηκα στην απόφασή μου να αφιερώσω την εισήγησή μου στον επιστήμονα, συνάδελφο, συμπατριώτη και φίλο καθηγητή Σπύρο Ζευγαρίδη, που έφυγε τόσο νωρίς υποκύπτοντας στη ραγδαία φθορά του καρκίνου. Όπως εξήγησα τότε στο εκλεκτό ακροατήριο, η απόφασή μου αυτή δεν στηρίχθηκε μόνο στη βαθύτατη προσωπική εκτίμηση, που έτρεφα για τον δυναμικό και δημιουργικό αυτόν άνθρωπο, αλλά ιδιαίτερα στον εντυπωσιακά γενναίο και φιλοσοφημένο τρόπο με τον οποίο ο Σπύρος Ζευγαρίδης αντιμετώπισε τον γοργά επερχόμενο θάνατο. Αυτό είχα την ευκαιρία να το διαπιστώσω όταν τον συνάντησα για τελευταία φορά στο αεροδρόμιο Μακεδονίας, όπου είχε έρθει, μερικά μόνο 24ωρα πριν φύγει από κοντά μας, για να επισκεφθεί το Άγιο Όρος.

Επεκτείνοντας τώρα την εισήγησή που είχα κάνει στο 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας, αποτίω έναν απαραίτητο φόρο τιμής στον Σπύρο Ζευγαρίδη, προσφέροντας ταυτόχρονα μια ταπεινή υπηρεσία στις επιστήμες της συμπεριφοράς αλλά και στο ευρύτερο ελληνικό αναγνωστικό κοινό, που θα μελετήσει τον παρόντα τόμο, αφιερωμένο στη μνήμη του από το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Οι καρκινοπαθείς του τελικού σταδίου αποτελούν μια πραγματικά ιδιάζοντος ενδιαφέροντος περίπτωση για μελέτη από τον επιστήμονα της συμπεριφοράς, όπως ιδιάζον ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο στενός κύκλος των συγγενικών τους

προσώπων (σύζυγος και παιδιά, γονείς και αδέρφια). Οι ιδιαιτερότητες του ερευνητικού ενδιαφέροντος επικεντρώνονται στο γεγονός ότι και οι ασθενείς και οι συγγενείς τους θα χρειασθεί, για κάποιο σχετικά συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, να μάθουν ένα νέο -εμφανώς βραχύβιο χρονικά, αλλά έντονο στις ψυχοσυναισθηματικές του απαιτήσεις - κοινωνικό ρόλο, η ολοκλήρωση του οποίου θα συμπίπτει και με το τραγικό γεγονός του θανάτου του πρωταγωνιστή και της εισόδου των συγγενών του στην προδιαγραφμένη ψυχοκοινωνική κατάσταση που χαρακτηρίζεται ως περίοδος πένθους διεθνώς.

Η προσέγγιση της κατάστασης του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου μέσα από την ψυχοκοινωνική θεώρηση της εκμάθησης ενός ρόλου προσφέρει τη δυνατότητα να εκτιμηθεί ένα κατεξοχήν ιατρονοσηλευτικό πρόβλημα ως θέμα, που έχει όχι μόνο υπαρξιακές και φιλοσοφικές αλλά ιδιαίτερα ενδιαφέρουσες ψυχοκοινωνικές διαστάσεις.

Σε κάθε κοινωνικό σύστημα τα άτομα, υποβαλλόμενα στις προδιαγραφμένες επίσημες και ανεπίσημες, εμφανείς και λανθάνουσες διαδικασίες της κοινωνικοποίησης, μαθαίνουν κάποιους συγκεκριμένους ρόλους, οι οποίοι θα τα βοηθήσουν να ενταχθούν ομαλά και λειτουργικά στο κοινωνικό σύστημα και να παραγάγουν όσα οι διάφοροι ρόλοι τα έχουν προετοιμάσει να παράγουν. Αυτό αναφέρεται, φυσικά, τόσο σε συγκεκριμένες υπηρεσίες και αντικείμενα όσο και στο πλέγμα των διαπροσωπικών μας σχέσεων. Με άλλα λόγια, μαθαίνοντας τον ρόλο του "γιου" ή της "κόρης" το αγόρι ή το κορίτσι, αντίστοιχα, μαθαίνει πώς να συμπεριφερθεί στους γονείς του, ενώ μαθαίνοντας τους ρόλους του μαθητού ή της μαθήτριας τα παιδιά μαθαίνουν πώς θα συμπεριφερθούν στο σχολείο τους και στα σημαίνοντα πρόσωπα του σχολικού τους περιβάλλοντος. Οι κοινωνικοί μας ρόλοι είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με τη συμμετοχή μας σε ομάδες, ακριβώς επειδή εξαιτίας των συμμετοχικών διαδικασιών, που αναπτύσσονται

μέσα σε κάθε ομάδα, τα άτομα αποκτούν και διάφορους ρόλους που απορρέουν από τη συμμετοχή σε αυτές. Συγκεκριμένα, εμείς οι νεο-Έλληνες μαθαίνουμε ρόλους που σχετίζονται με ομάδες, όπως η οικογένεια, η παρέα ή η κλίκα, το σόι, επαγγελματικές ή συντεχνιακές ομάδες, ομάδες ελεύθερου χρόνου, θρησκευτικές ομάδες ή ομάδες πολιτικού ενδιαφέροντος, ομάδες σπορ κ.ο.κ. Στην κοινωνιολογική αλλά και στην κοινωνικο-ψυχολογική θεωρία έχουν επισημανθεί και διαφοροποιηθεί κάποιοι ρόλοι που είναι περισσότερο σημαντικοί από άλλους, όπως έχουν εντοπισθεί και κάποιοι ρόλοι οι οποίοι είναι περισσότερο βραχύβιοι από άλλους, που ενδέχεται να διαρκέσουν για μια ολόκληρη ζωή.

Όπως και αν το δούμε όμως το θέμα, είναι αλήθεια ότι κάνενα κοινωνικό σύστημα δεν προετοιμάζει τα άτομα-μέλη του για ένα συγκεκριμένο κοινωνικό ρόλο που έχει γίνει σε παγκόσμια κλίμακα, για ολόκληρη την ανθρωπότητα, μια πραγματικότητα με τεράστιες διαστάσεις, προεκτάσεις και επίπεδα κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Αναφέρομαι, συγκεκριμένα, στον ρόλο του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου και παίρνω υπόψη μου το στατιστικό δεδομένο ότι με την είσοδό μας στον 21ο αιώνα μέχρι και ένας στους τέσσερις, αλλά οπωσδήποτε ένας στους πέντε, συνανθρώπους μας (κατοίκους της Ελλάδας και άλλων χωρών-μελών της ΕΟΚ) θα πεθάνουν από κάποια ανίατη μορφή καρκίνου (πράγμα που ήδη συμβαίνει στις ΗΠΑ, με τεράστια κοινωνικο-οικονομικά μεγέθη κόστους, πέρα βέβαια από το υπαρξιακό και συναισθηματικό κόστος για άτομα και οικογένειες).

Βέβαια είναι ευρύτατα γνωστό και αποδεκτό το γεγονός ότι μέσα στα πλούσια ρεπερτόρια κοινωνικών ρόλων των σύνθετων βιομηχανικά αναπτυγμένων κοινωνικών συστημάτων της Δύσης, όπως και στα πενιχρότερα ρεπερτόρια πρωτόγων φυλών της Αυστραλίας και της Αφρικής, δεν εντοπίζεται ο κοινωνικός ρόλος του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου, μολονότι υπάρχει ο, υπαρξιακά τουλάχιστον, ανάλογος ρόλος

του μελλοθανάτου βαρυποινίτη ή του θύματος “μαύρης μαγείας”, το οποίο αργοπεθαίνει έχοντας αποδεχθεί τη δύναμη του κακού, την οποία έστρεψαν εναντίον του οι εχθροί του καταδικάζοντάς το σε θάνατο.

Εάν αποτολμούσαμε μια σχηματική παράσταση των ατόμων που είναι καρκινοπαθείς στο τελικό στάδιο, των συγγενών τους και των μελών του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, θα διαπιστώναμε ότι:

α) Στο κέντρο πολλών ομόκεντρων κύκλων βρίσκεται το ίδιο το άτομο, ενώ στις περιφέρειες των κύκλων αυτών βρίσκονται, ανάλογα όχι μόνο με τον βαθμό συγγένειας αλλά και με τον βαθμό “ταύτισης” με το άτομο, όλα τα συγγενικά του πρόσωπα και,

β) Σχεδόν στην ίδια τοπογραφικά θέση με τον καρκινοπαθή, σε μια άλλη συστοιχία ομόκεντρων κύκλων που αφορά το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου ή του αντικαρκινικού ιδρύματος, βρίσκονται όχι τόσο οι θεράποντες ιατροί όσο οι νοσηλεύτριες, που έχουν αναλάβει την περίπτωσή του. Αυτό το γεγονός περιγράφει την καθημερινή πραγματικότητα νοσοκομείων, αλλά μας παρέχει και την απαραίτητη ερμηνευτική διάσταση για την κατανόηση τόσο των ψυχοσυναισθηματικών αντιδράσεων όσο και των μηχανισμών άμυνας του “εγώ” που επιστρατεύουν, για τη δική τους ομαλή επιβίωση και διατήρηση ψυχικής ισορροπίας, οι νοσηλεύτριες και τα άλλα μέλη της ομάδας στήριξης του ασθενούς και των συγγενών του, που συνήθως αποτελείται από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο και την κοινωνική λειτουργό.

Εδώ θα χρειασθεί να προστεθεί και ένα πολύ ενδιαφέρον στην ιδιομορφία του γεγονός, που αφορά την αντιμετώπιση των ασθενών τελικού σταδίου από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, ενώ ο θεμελιακός ρόλος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι η διαφύλαξη ή η επανόρθωση της υγείας των ασθενών, στην περίπτωση των ασθενών τελικού σταδίου ο ρόλος αυτός περιορίζεται και συγκεκριμε-

νοποιείται στη διαπίστωση ότι οι επιστήμες της υγείας αδυνατούν να αποτρέψουν τον επερχόμενο θάνατο.

Από την παραπάνω διαπίστωση εγείρονται σε άμεση θεώρηση τρία θεμελιακά και συναφή ερωτήματα, που χρειάζεται να απαντηθούν στον ασθενή και τα συγγενικά του πρόσωπα από τα μέλη της ιατρονοσηλευτικής ομάδας και της ομάδας στήριξης, εφόσον αυτή υπάρχει στο νοσηλευτικό ίδρυμα, και συγκεκριμένα:

1. του τρόπου ανακοίνωσης του προβλήματος,
2. της συγκεκριμένης διάγνωσης και μαζί
3. της πρόγνωσης.

Ο αποκλεισμός κάθε ελπίδας για ζωή είναι σαφώς μια βάνουση αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου και των συγγενικών του προσώπων, αλλά μήπως και η παροχή ενός ψέματος δεν είναι, σε τελική απόληξη, μια κοροϊδία ίσως ακόμη πιο βάνουση από την αρχική (που δεν είναι ανάγκη να είναι και ωμή) παρουσίαση της στυγνής πραγματικότητας; Η πείρα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού αλλά και επισημόνων της συμπεριφοράς επιβεβαιώνει ότι τα περισσότερα άτομα διαθέτουν επαρκώς υγιείς δομές προσωπικότητας και αρκετά δυνατό "Εγώ" και έτσι μπορούν και να αντιμετωπίσουν ψύχραιμα την οδυνηρή πραγματικότητα και μαζί το διαγραφόμενο φάσμα του τέλους της ζωής τους, του επερχόμενου θανάτου.

Κλείνοντας την παρούσα ενότητα, όπου επιγραμματικά εξετάσαμε τον "ρόλο" του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου ως έναν ακόμη ρόλο μέσα στο πλούσιο ρεπερτόριο ρόλων, που το κάθε άτομο αποκτά καθώς κοινωνικοποιείται σε ένα σύγχρονο κοινωνικό σύστημα, θα χρειασθεί να προσδιορίσουμε ένα από τα θεμελιακά προβλήματα που σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου, αλλά και άλλων συγγενικών του προσώπων, να δεχθούν να "παίξουν" τον ρόλο πρωταγωνιστών και κομπάρσων στην τελευταία πράξη του καθημερινού δρά-

ματος της ζωής μας. Είναι συχνές οι παρατηρήσεις προσώπων που απαρτίζουν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τις ομάδες στήριξης ασθενών και συγγενών των “αντικαρκινικών ιδρυμάτων” ότι αντιμετωπίζουν ισχυρότερες αντιστάσεις και οδυνηρότερες αντιδράσεις από τους συγγενείς του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου απ’ ό,τι προβάλλει το ίδιο το άτομο, για το οποίο η μοίρα επιτάσσει τον “πρόωρο” τερματισμό της ζωής.

ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Έχει ήδη τεκμηριωθεί από κλινικές έρευνες ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και επιστημόνων της συμπεριφοράς, που ανήκουν στο δυναμικό αντικαρκινικών ιδρυμάτων ως μέλη της θεραπευτικής ομάδας ή διενεργούν ερευνητικό έργο ως επισκέπτες, ότι σε περιπτώσεις καρκίνων ανίατης μορφής το άτομο (από τη στιγμή που θα του ανακοινωθεί ή θα διαισθανθεί, εφόσον δεν του ανακοινωθεί, ότι βρίσκεται στο τελικό στάδιο ενός καρκίνου ανίατης μορφής) θα διέλθει από τρία συγκεκριμένα στάδια συναισθηματικών αντιδράσεων, που είναι τα παρακάτω:

Το πρώτο στάδιο, που αποδεικνύεται ουσιαστικά βραχύβιο, χαρακτηρίζεται από ισχυρό σοκ, φόβο και κατάθλιψη. Είναι αλήθεια ότι στη μετωπιαία αντιπαράθεση με τη στυγνή πραγματικότητα ότι “εδώ τελειώνει το γρήγορο ταξίδι μας” πάνω στη γη, η δημιουργία των παραπάνω συναισθηματικών αντιδράσεων είναι εύλογη για κάθε ένα και κάθε μία από εμάς.

Το δεύτερο στάδιο περιλαμβάνει εναλλασσόμενες συναισθηματικές αντιδράσεις άρνησης της πραγματικότητας και θρήνου και μαζί σπασμωδική συμπεριφορά “προγραμματι-

σμού” των τελικών φάσεων της ζωής του ατόμου ή ακόμη και μια φρενήρη δραστηριοποίηση και εκδήλωση ενεργειών, χωρίς όμως ουσιαστικό στόχο ή και νόημα. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι οι μηχανισμοί άμυνας του “εγώ”, όπως π.χ. αυτός της άρνησης της πραγματικότητας, ενεργοποιούνται για να μετριάσουν το σοκ της αποδοχής της πλέον σκληρής από όλες τις πραγματικότητες που αντιμετωπίζουμε εμείς οι άνθρωποι σε καθημερινή βάση -δηλαδή της πραγματικότητας ότι όντως είμεθα εφήμερα όντα- και πράγματι μας κατατρέχει η άδικη μοίρα μας, που επικεντρώνεται στο δραματικό γεγονός του προσωπικού μας θανάτου.

Στο τρίτο στάδιο επέρχεται μια αποδοχή του επερχόμενου μοιραίου και των απαραίτητων δραστικών αλλαγών που πρέπει να γίνουν στη ζωή του ατόμου και μαζί μια εμφανής εκ μέρους του ατόμου προθυμία και υπακοή στη θεραπευτική αγωγή που ασκεί το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Πολλά άτομα στο στάδιο αυτό δείχνουν εμφανή σημεία συμπεριφοράς την οποία θα περίμενε κανείς από “υπάκουα και φρόνιμα παιδιά”, συμπεριφοράς που, μέσα από την ποιητική άδεια μιας ψυχοδυναμικής ερμηνευτικής ανάλυσης, θα μπορούσε να εκλειφθεί ως έκφραση τελικής ελπίδας ότι “εφόσον είμεθα υπάκουοι, ενδέχεται να υπάρξει κάποια αμοιβή, γιατί όχι και με τη μορφή της σωτηρίας από κάποιο θαυματουργό φάρμακο που μπορεί να ανακαλυφθεί την τελευταία στιγμή προλαβαίνοντας το μοιραίο”.

Αναφορικά με το θέμα της αντιμετώπισης του μοιραίου, το θέμα του επικείμενου θανάτου από τους ασθενείς του τελικού σταδίου, η Dr Kubler-Ross, συνοψίζοντας και δικά της και άλλα ερευνητικά και στοχαστικά δεδομένα, διαφοροποίησε πέντε στάδια ψυχοσυναισθηματικής αντίδρασης, τα οποία είναι συγκεκριμένα:

1. η άρνηση
2. ο θυμός,

3. η συναλλαγή,
4. η κατάθλιψη και
5. η αποδοχή.

Κλινικές εμπειρίες με ασθενείς του τελικού σταδίου πιστοποιούν ότι τα πέντε παραπάνω στάδια ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης δεν έρχονται πάντοτε και σε όλους με τη σειρά που περιγράφονται από τη Dr Kubler-Ross. Επιπρόσθετα έχει παρατηρηθεί ότι πολλά άτομα επιδείχνουν στο συναισθηματικό τους φάσμα και άλλες αντιδράσεις, όπως π.χ. την απάθεια, τον φόβο, την αιφνίδια διαχυτικότητα και την έκφραση αγάπης προς τους γύρω τους, αλλά και εντυπωσιακές και άγνωστες πτυχές του εαυτού τους, όπου συχνά συμβαίνει να πρυτανεύουν ακόμη και κάποιες ισχυρές δόσεις καλόγουστου χιούμορ.

Η ΘΕΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ

Μέσα στον γενικότερο ορισμό της βιολογικής αλλά και της ψυχολογικοκοινωνικής πραγματικότητας, που αποκαλούμε και ορίζουμε ως ζωή, συμπεριλαμβάνεται και η διαπίστωση ότι ο καθένας και η καθεμιά μας, ως ζωντανοί οργανισμοί, σε κάποια συγκεκριμένη στιγμή θα σταματήσουμε να ζούμε. Είναι δεδομένο ότι ο θάνατος με τη βοήθεια της επιστήμης, με την εύνοια της τύχης και την ευλογία του Θεού μπορεί να αναβληθεί για κάποιο συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, όχι όμως και επ' άπειρον.

Σχετικά πρόσφατα κοινωνιολογικά στοιχεία μας δίνουν ως μέσο όρο ζωής την ηλικία των 79 χρόνων για γυναίκες και των 73 χρόνων για άνδρες σε βιομηχανικά αναπτυγμένες κοι-

ωνίες της Δύσης, όπως η Σουηδία, σε δραματική αντιδιαστολή με τον αντίστοιχο μέσο όρο ζωής στις Ινδίες, που είναι μόνο 46 χρόνια για τον άνδρα και 45 για τη γυναίκα¹.

Όπως και αν το δούμε όμως το θέμα του θανάτου, κανείς δεν μπορεί να αμφιβάλλει για το γεγονός ότι ανέκαθεν απασχόλησε και εσασί θα συνεχίσει να απασχολεί επιστήμονες, καλλιτέχνες και απλούς ανθρώπους, ακριβώς επειδή αποτελεί μια πανανθρώπινη, αναπόφευκτη, κοινή μοίρα.

Ο Weber, ανάμεσα σε άλλους ερευνητές, αναφέρει τουλάχιστον 20 στάσεις της ανθρωπότητας απέναντι στην πραγματικότητα που αποκαλούμε θάνατο καθώς και στα νοήματα που ο θάνατος έχει για το ανθρώπινο γένος συλλογικά και για το κάθε άτομο χωριστά. Ο Choron εξάλλου συνόψισε τις περισσότερες φιλοσοφικές τοποθετήσεις στο θέμα του θανάτου δηλώνοντας ότι τόσο ο θάνατος όσο και ο έρωτας είναι αντικείμενα ενδιαφέροντος για ποιητές και λογοτέχνες, ενώ ο θάνατος και οι μεταφυσικές ανησυχίες των ανθρώπων για φιλοσόφους και, τελικά, ο θάνατος και η μοίρα μας για θεολόγους.

Είναι αλήθεια αναμφισβήτητη ότι τόσο οι επιμέρους επιστήμες και οι επιστήμονες ειδικά, όσο και η ανθρωπότητα συλλογικά, δεν γνωρίζουμε τίποτε περισσότερο σήμερα σε σύγκριση με την αρχαιότητα για τη μετα-θάνατον, τη μεταφυσική τύχη και κατάσταση του ανθρώπου. Ουσιαστικά και εμείς, τα παράγωγα της επιστημονικής σκέψης του τέλους του εικοστού αιώνα, μπορούμε να αναρωτιόμαστε, μαζί με τον Άμλετ για εκείνη τη μεταφυσική πραγματικότητα, απ' όπου κανείς δεν επέστρεψε για να μας πληροφορήσει τι είναι σε τελική ανάλυση. Είναι όμως άξιο παρατήρησης το γεγονός ότι "ο φόβος του θανάτου", όπως διαπιστώνουμε με ιδιαίτερη έμφαση, ένταση και συχνότητα όσοι ασχολούμεθα με την παροχή ψυχοθεραπείας, οποιασδήποτε μορφής και θεω-

1. Ίδε σχετικά Townroe & Yates, *Sociology*, 1989.

ρητικής κατεύθυνσης και αν είναι αυτή, είναι ένα κοινό, ένα πανανθρώπινο χαρακτηριστικό.

Σε σχετικές έρευνες αποδεικνύεται ότι, άσχετα με τη φυσική τους κατάσταση και τη δηλωμένη αποδοχή της πανανθρώπινης μοίρας μας, τα πιο πολλά άτομα διακατέχονται από βαθύ άγχος - συχνά σε υποσυνείδητο επίπεδο, αλλά ενίοτε και σε συνειδητό - για τον θάνατο.

Ο φόβος του θανάτου γίνεται αισθητός από το άτομο αρκετά συχνά στη διάρκεια της ζωής του, χωρίς να σχετίζεται με άμεση απειλή της προσωπικής του ύπαρξης. Στη συνειδητοποίηση του φόβου του θανάτου το άτομο αισθάνεται απόγνωση καθώς αρχίζει να βυθίζεται στην ανωνυμία και να χάνει την επαφή του με την αντικειμενική πραγματικότητα.

ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΥΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΕΙΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ

Το άγχος του θανάτου φαίνεται να παίρνει τρεις αρκετά συγκεκριμένες μορφές στη διάρκεια του τελικού σταδίου της ανίατης ασθένειας, που είναι, συγκεκριμένα, η αλλοτρίωση, ο εκμηδενισμός και η αίσθηση της επικινδυνότητας, δηλαδή του επερχόμενου κινδύνου. Ας δούμε πολύ συνοπτικά το καθένα από τα τρία αυτά στάδια.

Η αλλοτρίωση χαρακτηρίζεται από το συναίσθημα της μοναξιάς, της απομόνωσης, της εγκατάλειψης και ακόμη ενέχει την αίσθηση ότι η αντικειμενική πραγματικότητα του άνδρα ή της γυναίκας ή του παιδιού αποσυντίθεται δραματικά. Το άτομο που διακατέχεται από το συναίσθημα της αλλοτρίωσης αισθάνεται τόσο αποξενωμένο, ώστε συχνά να παραπονείται

πως το έχουν εγκαταλείψει οι πάντες, ακόμη και όταν δίπλα του στο θάλαμο του Νοσοκομείου ή της κλινικής βρίσκονται τα συγγενικά του πρόσωπα.

Ο *εκμηδενισμός* αφορά το άγχος της ανυπαρξίας μας, αφορά το γεγονός ότι με τον θάνατο το άτομο παύει να υπάρχει, ανάγεται στο τίποτε, στο μηδέν. Ο κόσμος, τα πρόσωπα και τα αντικείμενα που στην ολότητά τους συνθέτουν την επίγεια αντικειμενική μας πραγματικότητα θα συνεχίσουν να υπάρχουν, αλλά το συγκεκριμένο άτομο, ο ή η ασθενής του τελικού σταδίου, θα πάψει να υπάρχει, θα εξαφανισθεί.

Η *αίσθηση της επικινδυνότητας*, η αίσθηση του επικείμενου κινδύνου, συνδυάζει τα συναισθήματα του φόβου και του θυμού στην υποκειμενική διαπίστωση του ατόμου πως μολοντί η ζωή του είναι σε άμεσο κίνδυνο, αυτό παραμένει ευάλωτο, εφήμερο, καταστρέψιμο, χωρίς προστασία ακόμη και από τους ειδικούς, από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που είναι ταγμένο να διαφυλάξει, να σώσει ζωές αποτρέποντας με τα μέσα και τις γνώσεις που διαθέτει τον κίνδυνο του θανάτου.

Στο τελικό στάδιο, πέρα από τις οποιεσδήποτε ψυχοκοινωνικές διαστάσεις του ρόλου, της κατάστασης του ασθενούς, δημιουργούνται και συγκεκριμένα οργανικά προβλήματα, που επικεντρώνονται στο θέμα του σωματικού (όχι μόνο του ψυχικού) πόνου και της ανάγκης ελέγχου του από την ιατρονοσηλευτική ομάδα, όπως και προβλήματα που σχετίζονται με την αρχικά βαθμιαία, αλλά αισθητή, και στη συνέχεια ραγδαία απώλεια ενέργειας και αντοχής από το άτομο.

Σίγουρα τα θέματα αυτά δεν απασχολούν εμάς εδώ, αν και σε πολλές κλινικές και εργαστήρια πόνου και ψυχολόγοι συνάδελφοι συνεργάζονται στενά με ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στην έρευνα και τον εντοπισμό φαρμακευτικών ουσιών (οπιούχων και άλλων), που βοηθούν στον έλεγχο και την καταπράυνση του πόνου του ασθενούς τελικού σταδίου, χωρίς να δημιουργούν επιπλοκές τοξικότητας στον ήδη επι-

βαρυμένο οργανισμό και τα υποσυστήματά του.

Επιστρέφοντας στη ροή του συγκεκριμένου μας προβληματισμού, μπορούμε να αναρωτηθούμε τι ακριβώς μπορεί να προσφέρει ο ειδικευμένος σε θέματα ψυχικής υγείας και παροχής ψυχοθεραπείας επιστήμονας της συμπεριφοράς στους καρκινοπαθείς τελικού σταδίου;

Φυσικά δεν μπορώ να απαντήσω για τους ψυχιάτρους, νευρολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς αλλά μόνο για τους ψυχολόγους και τους κοινωνιολόγους. Σαφώς δρώντας ως μέλος μιας ομάδας παροχής ψυχοθεραπείας, μιας ομάδας στήριξης των ασθενών και των συγγενικών τους προσώπων ή ακόμη δρώντας ως ανεξάρτητο άτομο στην παροχή ψυχοθεραπείας ο ψυχοθεραπευτής -όποια και αν είναι η σχολή ψυχοθεραπείας που ανήκει - μπορεί να προσφέρει χρήσιμες υπηρεσίες και συγκεκριμένα:

α) Στο άτομο βοηθώντας το να φτάσει στο τέλος της ζωής του, να αντιμετωπίσει το θάνατό του με μια αίσθηση αξιοπρέπειας. Συχνά η διαπίστωση ότι το άτομο προσεγγίζει ταχύτατα το θάνατό του, κάνει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να το χειρίζεται ως κάτι τι “λιγότερης αξίας απ’ ό,τι το άτομο θεωρεί υποκειμενικά τον εαυτό του ότι είναι”, δηλαδή ως μία ακόμη περίπτωση “καρκινοπαθούς τελικού σταδίου”, με δραματικά περιορισμένα περιθώρια ζωής σε μια ατέλειωτη αλυσίδα παρόμοιων περιπτώσεων.

Σταχυολογώντας μερικές περιπτώσεις από την προσωπική μου κλινική εμπειρία, μπορώ να πω ότι η χρησιμοποίηση της αναλυτικο-υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας (με πλήρη αναδρομή στο βιωματικό παρελθόν των ασθενών) βοήθησε αρκετά άτομα σε σημαντικό βαθμό, όπως επιβεβαιώνουν και οι μαρτυρίες τους. Ερμηνεύοντας τη συγκεκριμένη τακτική, χρειάζεται να διευκρινισθεί ότι σε κάθε προσπάθεια “ξεδιπλώματος” του παρελθόντος ενός ώριμου άνδρα ή μιας γυναίκας, η

προσπάθεια, όπως γνωρίζουν όλοι οι συνάδελφοι που ασκούν ψυχοθεραπεία, στοχεύει στον εντοπισμό μαθησιακών εμπειριών που ευθύνονται για σημερινά προβλήματα στις δομές του χαρακτήρα και της προσωπικότητας του ατόμου ή και για προβληματική συμπεριφορά και στην επανόρθωση μέσα από την προσπάθεια της αλλαγής.

Εμφανές είναι ότι στις περιπτώσεις ασθενών του τελικού σταδίου αποτελεί άχρηστη “πολυτέλεια”, αν όχι τίποτε χειρότερο, η “παλινδρόμηση” και η ενεργοποίηση μνημών από το παρελθόν τους, με στόχο τη διόρθωση της σημερινής και μελλοντικής τους πορείας. Και όμως στις περισσότερες περιπτώσεις η εστίαση του περιεχομένου των ψυχοθεραπευτικών συνεδριών στο παρελθόν και σε απωθημένο υλικό βοήθησε το άτομο να αντιμετωπίσει με μεγαλύτερη ευκολία και λιγότερες ψυχοσυναισθηματικές αντιστάσεις το οδυνηρό σήμερα και το ανύπαρκτο αύριο ενεργοποιώντας το πραγματικό χθες.

β) Στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε θέματα που αφορούν στη συχνά επαναλαμβανόμενη πραγματικότητα της απώλειας ασθενών. Αναμφίβολα “κοινή η τύχη και το μέλλον... αόρατον” για όλους, αλλά συχνά τα άτομα της ιατρονοσηλευτικής ομάδας διακατέχονται από συναισθήματα θυμού, ίσως και ανικανότητας, καθώς “χάνουν” τους ασθενείς τους. Δυστυχώς μέχρι σήμερα ελάχιστο είναι το ερευνητικό έργο που αφορά τις ψυχοσυναισθηματικές αντιδράσεις του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που εργάζεται αποκλειστικά με ασθενείς τελικού σταδίου.

Οι επιστήμονες της συμπεριφοράς θα μπορούσαν να βοηθήσουν τα άτομα μέλη της ιατρονοσηλευτικής ομάδας προσφέροντας τόσο ατομική όσο και ομαδική αναλυτική, ψυχοδυναμική ή άλλου τύπου ψυχοθεραπευτική υποστήριξη. Είναι γνωστό σε όλους εμάς που παρέχουμε ψυχοθεραπευτική υποστήριξη ότι συχνά “οι θεραπευτές χρειάζονται ... θεραπεία”, όχι μόνο σε περιπτώσεις όπου ο ψυχοθεραπευτής έχει

πραγματικά σημάδια του συνδρόμου της κόπωσης ή της ανάλωσης "burn-out" syndrome", αλλά και σε λιγότερο δραματικές περιπτώσεις.

Εάν δεχθούμε, λοιπόν, ότι τα άτομα που ειδικεύθηκαν στην παροχή ψυχοθεραπευτικών υπηρεσιών αντιμετωπίζουν συχνά ψυχολογικά και ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα, που πηγάζουν από τη δυναμική του επαγγέλματός τους ή εντείνονται από τον χώρο της εργασίας τους και τις ιδιομορφίες του, τότε γιατί να αγνοήσουμε το γεγονός ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, που χειρίζεται καρκινοπαθείς τελικού σταδίου, ουσιαστικά δρώντας με ελάχιστα αμυντικά εφόδια για το ψυχικό κόστος των καθημερινών περιστατικών θανάτου που αντιμετωπίζουν, μπορεί να χρειάζεται επίσης ικανή ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη από επιστήμονες της συμπεριφοράς.

Σε τελική ανάλυση η τεχνογνωσία όπως και ολάκερη η προπαρασκευαστική παιδεία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στα χρόνια της πανεπιστημιακής φοίτησης ή της σπουδής σε ΤΕΙ δεν συμπεριλαμβάνει μαθήματα ούτε και κλινικές για την απόκτηση ψυχολογικών γνώσεων και ψυχοθεραπευτικής θωράκισης.

Έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον τόσο για ψυχολόγους - κοινωνιολόγους όσο και για ψυχιάτρους η τοποθέτηση αρκετών χειρουργών, οι οποίοι διατείνονται ότι "ίσως να τα καταφέρνουν σε καθημερινή βάση αποφεύγοντας την ταύτιση με τους ασθενείς και χειριζόμενοι το άτομο όχι ως μία ολική οντότητα αλλά μάλλον την εκφυλιζόμενη κατάσταση ενός ή περισσότερων υποσυστημάτων, που θα οδηγούσαν, τελικά, σε θάνατο το όλο σύστημα που ταυτίζεται με το συγκεκριμένο πρόσωπο"².

Εδώ χρειάζεται να διευκρινισθεί ότι το νοσηλευτικό προσω-

2. Θέση που συζητήθηκε με τα μέλη στρογγυλής Τράπεζας και τους χειρουργούς κ.κ. Μπλάντζα, Μπούτη, Βακαλίκου του Θεαγένειου Νοσοκομείου το Σάββατο 30 Νοεμβρίου 1991 στη Θεσσαλονίκη, κατά τη διάρκεια του 6ου Πανελλήνιου Ογκολογικού Συνεδρίου στο Συνεδριακό Κέντρο Δ.Ε.Θ. Θα αποτελέσει και το αντικείμενο μελλοντικής εμπειρικής μας έρευνας.

πικό λειτουργεί κατά τον τρόπο αυτό κάτω από την πίεση συγκεκριμένων μηχανισμών άμυνας του “εγώ”, όπως είναι η απώθηση και η δικαιολογία, που βοηθούν το άτομο να προσαρμοσθεί στην ιδέα της καθημερινής αντιμετώπισης του θανάτου.

Ερευνώντας τις κοινωνιολογικές διαστάσεις του θανάτου, κάποιοι ερευνητές βρέθηκαν αντιμέτωποι με το γεγονός ότι, όπως ακριβώς ένας ιάσιμος ασθενής αναμένεται να ακολουθήσει τις οδηγίες της ιατρονοσηλευτικής ομάδας που τον παρακολουθεί και να γίνει καλά, ένας καρκινοπαθής τελικού σταδίου αναμένεται να ακολουθήσει τη δική του τροχιά και να “σβύσει” σε μια κατά προσέγγιση αναμενόμενη χρονική στιγμή. Όταν, όμως, για οποιονδήποτε λόγο ο ασθενής δεν πεθάνει “στην ώρα του”, τότε και οι συγγενείς, που βρίσκονται ήδη στο στάδιο του πένθους, αλλά και τα μέλη της ιατρονοσηλευτικής ομάδας επιδειχνουν συναισθήματα απογοήτευσης, συχνά δε ακόμη και θυμού απέναντι στον ασθενή.

γ) Στα *συγγενικά πρόσωπα* του ατόμου βοηθώντας τα να περάσουν από τα κλασικά στάδια ψυχοσυναισθηματικής αντίδρασης στο θάνατο, που μπορεί να συνοψισθούν στα ακόλουθα πέντε:

i. Η προκαταρκτική ή προληπτική θλίψη ή λύπη. Όταν ανακοινώνεται στους συγγενείς η ανίατη φύση της ασθένειας του ατόμου, αυτοί, κατά κανόνα, αντιδρούν πένθιμα, μολονότι ο θάνατος βρίσκεται ακόμη “μακριά”.

ii. Το πένθος, όπου συνήθως οι συγγενείς αντιμετωπίζουν το γεγονός του θανάτου με έντονη άρνηση, στη συνέχεια με λυγμούς και γοερό κλάμα. Υπάρχουν, βέβαια, οι περιπτώσεις ατόμων που δείχνουν μια στωικότητα και ψυχραιμία στο πένθος, αλλά επειδή η συμπεριφορά τους δεν έχει τα εμφανή στοιχεία δακρύων, λυγμών και σπαραγμού δεν πρέπει να εκλαμβάνονται ως περιπτώσεις ψυχρής αδιαφορίας.

iii. Η κατάθλιψη, η οποία συνήθως εμφανίζεται με αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς του ατόμου, με αϋπνίες και με εμφανή απώλεια των κοινωνικών, συναισθηματικών και οικονομικών-επαγγελματικών του ενδιαφερόντων.

iv. Το συναίσθημα της μοναξιάς, με όλα όσα σε υποκειμενικό επίπεδο συνεπάγεται αυτή η ανθρώπινη αίσθηση της πραγματικότητας, έρχεται στα συγγενικά πρόσωπα λίγες μέρες ή λίγες εβδομάδες μετά τον θάνατο του ατόμου (συζύγου, γονέα, παιδιού) και ακολουθείται από έντονα συναισθήματα εγκατάλειψης, άγχους, απόρριψης και συχνά απόγνωσης.

v. Η ανακούφιση και ο τερματισμός του πένθους έρχονται αργά ή γρήγορα σε συνάρτηση με τις δομές της προσωπικότητας του συγγενούς που επιβιώνει του ατόμου.

Στο σημείο αυτό και πριν κλείσουμε θα ήταν χρήσιμο να ειπωθεί ότι κάθε κοινωνικό σύστημα ορίζει με συγκεκριμένους ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς τα χρονικά διαστήματα της διάρκειας του πένθους. Εάν το άτομο διακόψει το πένθος του πολύ πιο νωρίς από τα προβλεπόμενα, η συμπεριφορά του θα χαρακτηριστεί ασεβής, απρεπής και προσβλητική για τη μνήμη του νεκρού ατόμου. Εάν, πάλι, η περίοδος πένθους επιμηκυνθεί πολύ πιο πέρα από τα προβλεπόμενα, τότε το άτομο που πενθεί θα θεωρηθεί ανώριμο, συναισθηματικά ασταθές και ίσως να έχει ανάγκη κάποιας, έστω βραχύχρονης, ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Κλείνοντας θα πρέπει, πολύ επιγραμματικά, να ειπωθεί ότι συχνά οι συγγενείς του καρκινοπαθούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο παρουσιάζουν την ιδιόμορφη και αξιοπαρατήρητη συμπεριφορά να θέλουν ο άνθρωπός τους να “πεθάνει ήσυχα στο Νοσοκομείο ή το αντικαρκινικό ίδρυμα”. Αυτή η επιθυμία του κύκλου των συγγενών πηγάζει από τα σύγχρονα κοινωνικο-οικονομικά και ψυχολογικά δεδομένα των αστικοβιομηχανι-

κών μας κέντρων, όπου πολλές οικογένειες δεν διαθέτουν τους απαραίτητους χώρους περίθαλψης ενός καρκινοπαθούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο της ζωής του σε παράλληλη πορεία με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Επιπρόσθετα πολλοί συγγενείς “ελπίζουν” ότι ο θάνατος μέσα στο νοσηλευτικό ίδρυμα θα είναι και περισσότερο αξιοπρεπής για τον άνθρωπό τους και ίσως λιγότερο οδυνηρός (δεδομένης της φαρμακευτικής κάλυψης του πόνου).

Η επιθυμία αυτή του κύκλου των συγγενών έρχεται σε άμεση αντίθεση με τα οικονομικά κάθε νοσηλευτικού ιδρύματος, ακριβώς επειδή στον ελλαδικό χώρο υπάρχει και η γνωστή σε όλους έλλειψη κλινών και έλλειψη προσωπικού και έλλειψη οικονομικών πόρων.

Προφανώς και αυτή η ιδιομορφία απαιτεί πολύ περισσότερη ενδελεχή μελέτη και αξιολόγηση, όπως απαιτεί και η συχνά επαναλαμβανόμενη από συγγενικά πρόσωπα του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου επίκληση, που συνοψίζεται στη φράση “ας τον αναπαύσει ο Θεός από το μαρτύριό του ... ώστε να αναπαυθούμε και εμείς από τον ψυχικό μας πόνο...”.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Choron J., *Modern Man and Mortality*, New York, McMillan 1964.
- Feifel H., *The Meaning of death*, New York, McGraw-Hill 1959.
- Fromm E. & Eisen M., "Self Hypnosis and Therapeutic Aid in the Mourning Process", *Amer. Journal of Clinical Hypnosis*, vol. 25, 3-14, 1982.
- Glaser B. G. & Straus A. L., *Aware of Dying*, Chicago, Aldine 1965.
- Glaser B. G. & Straus A. L., *Time for Dying*, Chicago, Aldine 1968.
- Gordon D., *Overcoming the Fear of Death*, Baltimore, Penguin 1972.
- Greenberg R. R. & Staller J., "Personal Therapy for Therapists", *Amer. Journal of Psychiatry*, 138, 1467-1471, 1981.
- Hartley E. & Hartley R., *Fundamentals of Social Psychology*, New York, Alfred Knopf 1961.
- Hermans H. J. M., "The Meaning of Life as an Organized Process", *Psychotherapy*, 26, 11-22, 1989.
- Kastenbaum R. & Aisenberg R., *The Psychology of Death*, New York, Springer 1972.
- Kubler-Ross E., *On Death and Dying*, London, McMillan 1969.
- Lief H. I., Lief V. F., Lief N. R., *The Psychological Basis of Medical Practise*, New York, Harper & Row 1963.
- Parkes C. M., *Bereavement: Studies of Grief in Adult Life*, New York, Int'l Univ. Press 1972.
- Πιπερόπουλος Γ., *Κοινωνιολογία*, Θεσσαλονίκη, Art of Text, 1993.
- Πιπερόπουλος Γ., *Ανθρώπινες Σχέσεις*, Θεσσαλονίκη, Art of Text, 1993.
- Sarbin T. R., *Narrative Psychology: The Storied Nature of Human Conduct*, N.Y. Praeger 1986.
- Sular L. S. & Amisman H., "Stress and Cancer", *Psychological Bulletin*, 89, 369-406, 1981.
- Townroe C. & Yates G., *Sociology*, London, Longman 1989.

U.S. DHHS, *Health-United States 1980*, PHS 81-12 Md. Dept of Health & Human Services.

Weber F., *Aspects of Death and Correlated Aspects of Life in Aert, Erigram & Poetry*, London, Lewis 1922.

Weisman A. D., *The Existential Core of Psychoanalysis*, Boston, Little, Brown, 1965.