

## **Διασυνδεδετική Ψυχιατρική σε ογκολογικό νοσοκομείο: Εκπαίδευση του ογκολογικού προσωπικού**

Β. Ιακωβίδης, Γ. Καλλέργης, Β. Σπυροπούλου, Χ. Μπεντενίδης

Τομέας Ψυχικής Υγείας Ειδικού Αντικαρκινικού Νοσοκομείου «Μεταξά»

*Ψυχιατρική* 2004, 15:57–66

Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική σε ογκολογικό νοσοκομείο έχει σήμερα μια αποδεκτή θέση στην ογκολογική κοινότητα και αποτελεί μια σαφώς καθορισμένη υποειδικότητα της Διασυνδεδετικής. Με τον αυξανόμενο όγκο των γνώσεων της από την κλινική εμπειρία και την έρευνα, έχει στραφεί σε νέα ενδιαφέροντα, όπως η Ψυχονευροανοσολογία, η προσαρμογή του μεγάλου αριθμού των επιζώντων, τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αναφέρονται στα άτομα με γενετική προδιάθεση κ.ά. Η εκπαίδευση του μη ψυχιατρικού προσωπικού αποτελεί περιοχή μείζονος ενδιαφέροντος για τη Διασυνδεδετική Ψυχιατρική και έχει ως στόχο να εφιστήσει την προσοχή του ογκολογικού προσωπικού στην ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά και αυτών που τελείωσαν επιτυχώς τη θεραπεία τους. Επίσης, να εφιστήσει την προσοχή στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αναφέρονται στους ασθενείς που λαμβάνουν δραστική ή ανακουφιστική θεραπεία και την προσοχή στις ανθρωπίνες, πνευματικές και ηθικές αξίες της φροντίδας. Η διαγνωστική ενημέρωση και η εν γένει επικοινωνία κατά τη θεραπευτική σχέση ασθενούς/ογκολόγου αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ασθενούς είναι όμως ταυτόχρονα και η περιοχή του κλινικού έργου στα ογκολογικά τμήματα με τη μεγαλύτερη συναισθηματική φόρτιση και με τους περισσότερους φραγμούς στην επικοινωνία. Η στροφή του εκπαιδευτικού έργου στη χρήση βιωματικών διεργασιών στη σχέση ασθενούς/ογκολόγου φαίνεται αναγκαία στρατηγική της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής σε ογκολογικό νοσοκομείο και η πρόσφατη έρευνα δείχνει να επικυρώνει αυτή τη μέθοδο.

**Λέξεις ευρετηρίου:** Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Ψυχοογκολογία, εκπαίδευση, θεραπευτική σχέση.

## Εισαγωγή

Ο καρκίνος, μια δυνητικώς απειλητική για τη ζωή νόσος, εξακολουθεί να συνοδεύεται από μια παράξενη και άδικη μυθολογία, παρά τα σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα της σημερινής ογκολογίας.

Το εκπαιδευτικό έργο της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής στο ογκολογικό νοσοκομείο κατέχει σημαντική θέση στην όλη της δραστηριότητα, πλάι στο κλινικό και ερευνητικό, και έχει ως στόχο την ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών αρχών στην ολική φροντίδα του ασθενούς.

Ειδικότερα η θεραπευτική σχέση ασθενούς / ιατρού / νοσηλευτού αποτελεί περιοχή εστιασμού του εκπαιδευτικού της έργου στο μη ψυχιατρικό προσωπικό. Η διαγνωστική ενημέρωση και η εν γένει επικοινωνία κατά τη θεραπευτική σχέση αποτελεί αντικείμενο μεγάλης αρθρογραφίας και εκπαιδευτικών προσπαθειών λόγω των έντονων συναισθημάτων που αναπτύσσονται κατ' αυτήν, αλλά και των ασυνείδητων στάσεων και συμπεριφορών αποστασιοποίησης εκ μέρους του θεράποντος προς τον ασθενή.

## Διασυνδεδετική Ψυχιατρική σε ογκολογικό νοσοκομείο

Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική σε ογκολογικό νοσοκομείο, είκοσι πέντε μόλις χρόνια μετά την επίσημη εγκατάστασή της, έχει σήμερα μια αποδεκτή θέση στη Διασυνδεδετική Ψυχιατρική και στην ογκολογική κοινότητα.<sup>1</sup> Ο σημερινός όγκος των γνώσεων γύρω από την ψυχοσωματική και σωματοψυχική διάσταση του καρκίνου πλάτυνε και άλλαξε τα ενδιαφέροντά της, ενώ ταυτόχρονα αποτέλεσε τη βάση για πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αναφέρονται κατά τη φροντίδα των ασθενών με καρκίνο. Επίσης αποτέλεσε τη βάση για πιο τεκμηριωμένες αποδείξεις σχετικά με το ποιοι παράγοντες ψυχικοί ή συμπεριφοράς θα μπορούσαν να συμβάλουν στη γένεση, έναρξη ή πορεία ενός καρκίνου.<sup>2,3</sup>

Παρά την αθρόα ανάπτυξη ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά νοσοκομεία, ένας αριθμός μόνο από αυτές έχουν δείξει ότι έχουν ένα ικανοποιητικό έργο στην κλινική, ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα.<sup>4-6</sup> Αυτό φαίνεται να μην ισχύει τόσο για τις ψυχιατρικές υπηρεσίες στα ογκολογικά νοσοκομεία, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί με διάφορους τρόπους. Πρώτον, εγγενώς το ίδιο το αντικείμενο, ο καρκίνος, έχει απαίτηση μεγαλύτερης ψυχιατρικής διασύνδεσης και προσοχής στην ανθρώπινη διάστασή του. Δεύτερον, η εγκατάσταση της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής στα ογκολογικά νοσοκομεία συνέπεσε χρονικά με την αύξηση της επιβίωσης των ασθενών και τη στροφή των ογκολόγων και της κοινωνίας στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.<sup>7</sup> Τρίτον, σε ένα νόσημα όπως ο καρκίνος, που συνοδεύεται ακόμα από εσφαλμένες αντιλήψεις και αντιμετωπίζεται ως ένας ακατανίκητος άρπαγας από το ευρύ κοινό, η επικοινωνία και η θεραπευτική σχέση ασθενούς-ογκολόγου είναι ακόμα περισσότερο σημαντική και απαιτεί ειδική εκπαίδευση του μη ψυχιατρικού προσωπικού (από μέρους της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής).

## Κλινικό και ερευνητικό έργο

Αρχικά, το πρόγραμμα αγωγής της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής σε ογκολογικό νοσοκομείο διαφοροποιήθηκε από εκείνο της Διασυνδεδετικής στο γενικό νοσοκομείο. Προσανατολίσθηκε στα ειδικά προβλήματα των ασθενών, τα σχετικά με την απειλή ζωής, τον ακρωτηριασμό, τον πόνο, την κοινωνική απομόνωση, καθώς και σε αυτά που αφορούσαν την ενδοσκοπήσή τους και την εκδήλωση των συναισθημάτων τους.<sup>8</sup>

Με την αυξανόμενη κλινική εμπειρία και την έρευνα πάνω στην ποιότητα ζωής, την Ψυχονευροανοσολογία, τις μεταναλύσεις ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων κ.ά., το πρόγραμμα αγωγής στράφηκε σε νέα ενδιαφέροντα, μείωσε κάπως τον σκοτεινό α-

πόηχο και πλάτυνε τον χώρο του κλινικού του έργου δίνοντας έμφαση στη συνεχιζόμενη υποστήριξη.<sup>1</sup>

Η αύξηση της επιβίωσης με την ανακάλυψη νέων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, της χορήγησης συνδυασμού αυτών ή τη μέθοδο της μεταμόσχευσης του μυελού των οστών, έστρεψε το ενδιαφέρον της Διασυνδετικής στον μεγάλο αριθμό των επιζώντων.<sup>9</sup> Οι ασθενείς που περατώνουν επιτυχώς τη θεραπεία τους πρέπει να μπορούν να ζουν με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό και όχι απλώς να υπάρχουν.<sup>10</sup> Πρέπει να μπορούν να προσαρμοστούν όχι μόνο στις μακροπρόθεσμες σωματικές παρενέργειες των θεραπειών, αλλά και σε ένα αβέβαιο μέλλον με τον φόβο της υποτροπής και τις δυσκολίες επανένταξης στο οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό περιβάλλον.<sup>11,12</sup> Ταυτόχρονα, το ενδιαφέρον στράφηκε στις άμεσες παρενέργειες των νέων χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, όπως οι κυτταροκίνες, που παράλληλα με την επίδρασή τους στη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών έχουν επίδραση και στον εγκεφαλικό μεταβολισμό.<sup>13</sup>

Η ανακάλυψη γενετικής βάσης για έναν αριθμό καρκίνων ώθησε τη Διασυνδετική να μελετήσει περιπτώσεις ατόμων με γενετική προδιάθεση. Έρευνες αναζήτησαν την επίδραση αυτού του κινδύνου στη συναισθηματική κατάσταση και την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων.<sup>14</sup> Επιπροσθέτως, εκτιμήθηκε η επίδραση της προφυλακτικής αμφοτερόπλευρης μαστεκτομής ή ωθηκεκτομής στη συναισθηματική κατάσταση, την προσαρμογή και την εικόνα του σώματος τους.<sup>15,16</sup>

Η ανάδειξη μέσω της έρευνας του σημαντικού ρόλου που διαδραματίζει το ανοσοποιητικό σύστημα μέσω της "ανοσοεπιτήρησης" στην καρκινογένεση ή της επίδρασής του στην πορεία της νόσου και στις συνδέσεις του με τον εγκέφαλο αναζωπύρωσε τις ελπίδες για τον ρόλο των ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.<sup>15-18</sup> Αυτές θα μπορούσαν να αυξήσουν τη δραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος και μέσω αυτής την επιβίωση. Παράλληλα, αυτή η έρευνα στην ψυχονευροανοσολογία οδήγησε στη

καλύτερη κατανόηση της εξαρτημένης ναυτίας και εμέτου που μπορεί να βιώνουν οι ασθενείς και πολλά χρόνια μετά τη λήξη της χημειοθεραπείας. Συνέπεια αυτού ήταν η εφαρμογή σε πλατιά βάση συμπεριφορικών μεθόδων με ικανοποιητικά αποτελέσματα.<sup>19</sup>

Τέλος, η εκτεταμένη έρευνα πάνω στην ψυχιατρική νοσηρότητα ή τον συναισθηματικό αντίκτυπο χειρουργικών επεμβάσεων ή άλλων θεραπειών διέλυσε παλαιότερες εσφαλμένες αντιλήψεις που ήθελαν τις ψυχικές διαταραχές και τις απόπειρες αυτοκαταστροφής να εμφανίζονται με μεγαλύτερη συχνότητα από ό,τι σε άλλα χρόνια σωματικά νοσήματα.<sup>20,21</sup> Και, το σημαντικότερο, έστρεψε το ενδιαφέρον της όχι τόσο στον άμεσο αντίκτυπο και αντιμετώπιση ενός οξέος και δραματικού γεγονότος, όπως π.χ. η αναγγελία μιας διάγνωσης ή μιας θεραπείας, αλλά στην προσαρμογή του ασθενούς στην εις βάθος χρόνου πορεία του.<sup>22,23</sup>

### Εκπαιδευτικό έργο

Το εκπαιδευτικό έργο της Διασυνδετικής στο ογκολογικό νοσοκομείο καθ' όλη τη διάρκεια της πορείας της ήταν και είναι η πρώτη προτεραιότητα, αλλά και ο πυρήνας του συνολικού της έργου. Ο βασικός στόχος του είναι η ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικών αρχών στην ολική φροντίδα του ασθενούς από όλους τους ειδικούς και σε όλα τα επίπεδα.<sup>24</sup> Η συμμετοχή του ψυχιάτρου στο ενδοκλινικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα των τμημάτων, η συμμετοχή στις από αμφιθεάτρου ημερίδες του νοσοκομείου και η μετάδοση ψυχο-ογκολογικών αρχών επί τη ευκαιρία κάθε διασύνδεσης ή συμβουλευτικής κατά τη συμμετοχή του στη θεραπευτική ομάδα ενός τμήματος, είναι οι πιο συνήθεις τρόποι παρέμβασής του.

Η εγκατάσταση ομάδων αποκατάστασης για τα ειδικά προβλήματα του ασθενούς, όπως ο πόνος, η μαστεκτομή, η στομία κ.ά., αποτελεί επίσης μια σημαντική στρατηγική για τη μετάδοση ψυχοκοινωνι-

κών αρχών στο μη ψυχιατρικό προσωπικό.<sup>25</sup> Η ομάδα αποκατάστασης, αποτελούμενη από ένα μικρό αριθμό ειδικών (ογκολόγος, νοσηλεύτης, ψυχίατρος και κοινωνικός λειτουργός), παρέχει τη φροντίδα της στους ασθενείς και ταυτόχρονα ανακουφίζει το προσωπικό των τμημάτων από τα ειδικά και έντονα αυτά προβλήματα. Επιπροσθέτως, με την αυξανόμενη εξειδίκευσή της επιμορφώνει το υπόλοιπο προσωπικό και, το σημαντικότερο, αυτό πραγματώνεται υπό το πρίσμα της ψυχοσωματικής ενότητας που έχει επιτευχθεί κατά τη λειτουργία της.

### **Εκπαίδευση νέων ιατρών στη θεραπευτική σχέση**

Η διαγνωστική ενημέρωση κατέχει περίοπτη θέση στην επικοινωνία και την αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενούς και θεράποντος.<sup>26</sup> Σημαδεύει την αρχή της εμπειρίας του ατόμου σε μια απειλητική για τη ζωή νόσο και πιθανώς είναι η αρχή μιας μακράς σχέσης του ασθενούς με τον θεράποντά του. Πληθώρα άρθρων με οδηγίες για τη διαγνωστική ενημέρωση, αλλά και εκπαιδευτικών προσπαθειών, δεν απέφευγε ικανοποιητικό αποτέλεσμα στην αναγγελία των "δυσάρεστων νέων", στην αναγγελία της διάγνωσης ενός καρκίνου. Και αυτό φαίνεται από το ότι το ποσοστό των ενημερωμένων ασθενών διεθνώς απέχει πολύ από αυτό που επιθυμούν και οι θεράποντες και οι ασθενείς.<sup>27-31</sup> Τα ποσοστά αυτά ποικίλλουν από πολιτισμό σε πολιτισμό, από κράτος σε κράτος, από το κέντρο στην περιφέρεια, ακόμα και από τμήμα σε τμήμα του ίδιου νοσοκομείου.<sup>32</sup>

Για αρκετούς συγγραφείς, οι ασυνείδητοι φόβοι που έχουν ως άτομα οι θεράποντες ή που αποκτούν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους παίζουν σημαντικό ρόλο στην απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή και γενικότερα στην επικοινωνία της θεραπευτικής σχέσης.<sup>33</sup> Ο φόβος ανεξέλεγκτης αντίδρασης του ασθενούς, ο φόβος ότι θα κατηγορηθεί ο ίδιος ο θεράπων για τα άσχημα νέα, ο φόβος του να

πει δεν ξέρω είναι μερικές από τις πιο συνήθεις αιτίες που καθιστούν τη σχέση αυτή προβληματική. Σε βαθύτερο επίπεδο, όμως, ίσως να υποκρύπτεται ο φόβος του ίδιου του θεράποντος για τον θάνατο, ο οποίος έρχεται στην επιφάνεια μέσω της ενσυναίσθησης και κατ' επέκταση της εν μέρει ταύτισης του ιατρού με τον ασθενή του.<sup>37</sup>

Κατά τη θεραπευτική σχέση που αρχίζει με τη διαγνωστική ενημέρωση, ασθενής και θεράπων βρίσκονται σε δύσκολη συναισθηματική κατάσταση. Για τον ασθενή ο φόβος για τον ίδιο τον θάνατο παίρνει διάφορες μορφές, με επικρατέστερες τον φόβο για το άγνωστο, για τις πιθανές απώλειες ή για την κατάρπωση και εξάρτηση που θα βιώσει. Αισθάνεται ότι θα εξαρτάται όλο και περισσότερο από αυτούς που αγαπά ή τον φροντίζουν και ότι θα είναι περισσότερο ευάλωτος, με αποτέλεσμα να νοιώθει για αυτούς κακία, αλλά ταυτόχρονα και ενοχές. Για τον θεράποντα η πιθανότητα θανάτου του ασθενούς του, μπορεί να προκαλέσει ενοχή και εχθρότητα προς τον ασθενή, επειδή τίθεται σε δοκιμασία το ασυνείδητο αίσθημα παντοδυναμίας του και, εξ ίσου, η ανάγκη του να τον αγαπούν.

Αυτό το πολύπλοκο φάσμα συναισθημάτων άγχους, θυμού, ενοχής δημιουργεί συμπεριφορές αποστασιοποίησης, με τελικό αποτέλεσμα δυσκολίες στη διαγνωστική ενημέρωση και την εν γένει επικοινωνία στη θεραπευτική σχέση.

Τα τελευταία χρόνια, με την αυξανόμενη εκπαιδευτική εμπειρία στα ογκολογικά νοσοκομεία και την επίγνωση πια των δυσκολιών που αναφέρονται στην εκπαίδευση του μη ψυχιατρικού προσωπικού διάφορες Διασυνδεδετικές υπηρεσίες άρχισαν να αλλάζουν στρατηγική, αφ' ενός επικεντρώνοντας την προσοχή τους στους νεοπροσλαμβανόμενους ιατρούς και νοσηλευτές, όπως και σε τελειόφοιτους της Ιατρικής, αφ' ετέρου δίνοντας έμφαση στις βιωματικές διεργασίες με ομάδες εργασίας και με ρόλους που υποδύονται οι εκπαιδευόμενοι (role-playing).<sup>35,36</sup>

Η στροφή σε νέους ιατρούς και νοσηλευτές ή τελειοφοίτους Ιατρικής κρίθηκε αναγκαία, όχι μόνο για

τί οι παλαιότεροι "παγιώνουν" συμπεριφορές επικοινωνίας που παρουσιάζουν αντίσταση στην αλλαγή τους, αλλά και εκ του ότι οι ήδη εργαζόμενοι ογκολόγοι με τη συνήθη εκπαίδευση, ακόμα και με τη χρήση βιντεοταινιών, αποφεύγουν την εκπαίδευση λόγω ενοχών από τη σύγκριση των δικών τους συμπεριφορών με αυτές που διδάσκονται.

Πρόσφατη έρευνα ήλθε να επιβεβαιώσει αυτή τη στρατηγική για την εκπαίδευση του μη ψυχιατρικού προσωπικού, θέμα το οποίο — ενώ ήταν δημοφιλές στην αρθρογραφία — δεν είχε ερευνηθεί στο κατά πόσον η διαγνωστική ενημέρωση/επικοινωνία/θεραπευτική σχέση ασκεί επίδραση στην προσαρμογή του ασθενούς. Στην έρευνα των Mager και Andrykowski,<sup>37</sup> βρέθηκε θετική συσχέτιση στη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη ευπροσαρμογή των ασθενών και την ικανοποίησή τους από την επικοινωνία με τον θεράποντα. Το σημαντικότερο όμως στοιχείο που αναδείχθηκε ήταν ότι αυτή η θετική συσχέτιση δεν εντοπίζεται στη διάσταση του ενδιαφέροντος του θεράποντος και τις τεχνικές ικανότητες του όσο στον βαθμό της αμοιβαίας κατανόησης μεταξύ θεράποντος και ασθενούς, την έκταση στην οποία ο ασθενής κατανοούσε την πληροφόρηση μαζί με το αίσθημα ότι ο θεράπων καταλάβαινε καλά τα συναισθήματα και τις ανησυχίες που βίωνε ο ασθενής. Φάνηκε με λίγα λόγια ότι οι ασθενείς ήθελαν τους θεράποντες περισσότερο "ψυχοθεραπευτές" (ενσυναίσθηση και εναισθησία του θεράποντος ογκολόγου).

Η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική του Νοσοκομείου «Μεταξά» εκπαιδεύει από τετραετίας τους νεοπροσλαμβανόμενους ιατρούς και νοσηλευτές, με δύο πενήνθημερα σεμινάρια κατ' έτος, ένα εαρινό και ένα φθινοπωρινό. Σε κάθε σεμινάριο συμμετέχουν επίσης τελειόφοιτοι φοιτητές ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, καθώς και κοινωνικοί λειτουργοί.

Η πρώτη ημέρα του σεμιναρίου είναι αφιερωμένη στην προβολή και συζήτηση της εκπαιδευτικής βιντεοταινίας των Buckman και Maguire.<sup>38</sup> Η ταινία, δίωρης συνολικής διάρκειας, είναι χωρισμένη σε πέ-

ντε μέρη. Παρουσιάζει παραδείγματα με ρόλους ασθενών, ιατρών και συγγενών και διαπραγματεύεται τα βήματα και τις τεχνικές της διαγνωστικής ενημέρωσης, τα συναισθήματα που αναπτύσσονται εκ μέρους τους, την εν γένει επικοινωνία, τις ανοικτές ερωτήσεις, την ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων, την βήμα προς βήμα ενημέρωση ανάλογα με το πόσο θα ήθελε να μάθει ο ασθενής, καθώς και μερικά παραδείγματα έκφρασης θυμού εκ μέρους του ασθενούς, αλλά και συγγενούς προς τον θεράποντα.

Τη δεύτερη ημέρα γίνονται ομάδες εργασίας και η μία υποστηρίζει την ανάγκη ενημέρωσης, ενώ η άλλη την απόκρυψη της αλήθειας από τον ασθενή, για να τον "προστατέψει" από τη συναισθηματική αναστάτωση. Εν συνεχεία, δίνονται ρόλοι που θα υποδυθούν οι εκπαιδευόμενοι. Η ίδια τακτική ακολουθείται και τις επόμενες ημέρες για τα περαιτέρω ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα που αναφέρονται κατά τη φροντίδα ασθενών με καρκίνο, καθώς και για άλλα ψυχοογκολογικά θέματα. Κατά τη συμμετοχή στις ομάδες εργασίας και στους ρόλους παρατηρείται ενσυναίσθηση και εναισθησία από τους συμμετέχοντες, στόχο που προσδοκούσε αυτή η στρατηγική εκπαίδευσης στο μη ψυχιατρικό προσωπικό.

Ο αρχικός σκεπτικισμός για τις δυσκολίες που θα αναφύονταν από τις "διαμάχες" μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων όχι μόνο δεν επιβεβαιώθηκε, αλλά, τουναντίον, αυτή η διαφορετική συμμετοχή έδειξε να έχει θετικά αποτελέσματα από τις παρατηρήσεις των συμμετεχόντων στο τέλος των σεμιναρίων. "...από αυτές τις συναντήσεις φάνηκε πόσο παρεξηγημένες είναι κάποιες ειδικότητες στα νοσοκομεία", "...η ομάδα, αν συνεργάζεται και δουλεύει τότε μπορεί να δουλέψει σωστά", "...πρέπει κάθε ειδικότητα να μάθει το ρόλο του άλλου, να επικοινωνήσουν, να έχουν δηλαδή το αίσθημα του κοινού".

Ο αριθμός των νέων ιατρών που παρακολούθησε το σεμινάριο σε σύγκριση με τον αριθμό των νοσηλευτών ήταν πολύ μικρός, αλλά αυτό αντανάκλουσε

περισσότερο τις δυσκολίες που έθεταν οι προϊστάμενοί τους και όχι τόσο την έλλειψη ενδιαφέροντος από τους ίδιους. Η έλλειψη προσωπικού που προσδίδει μεγαλύτερη αγωνία στην προσπάθεια των ιατρών για την επίτευξη έστω και μιας μέρας παραπάνω επιβίωσης των ασθενών τους, ασφαλώς συνέβαλε ως παράγων για τον μικρό αυτό αριθμό των νέων ιατρών.

Σημαντικό εύρημα ήταν οι εσφαλμένες αντιλήψεις γύρω από τον καρκίνο και την ψυχοκοινωνική του διάσταση, μυθολογία που φαίνεται να επικρατεί όχι μόνο στο ευρύ κοινό, αλλά και στους νέους επαγγελματίες υγείας. Συγκεκριμένα, σε ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν πριν την έναρξη του σεμιναρίου και στην ερώτηση σχετικά με το ποιοι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ενημέρωση των ασθενών για τη φύση της νόσου τους, μόνο το 37% αυτών ανέφερε την επιθυμία του ασθενούς, ενώ το 35% ανέφερε την ευαισθησία του ασθενούς και το 18% την ηλικία του. Σήμερα, βέβαια, πιστεύεται ότι ο μόνος ικανός παράγονς ενημέρωσης ή απόκρυψης της αλήθειας είναι η επιθυμία του ασθενούς, ενώ όλοι οι άλλοι, όπως ευαισθησία, ηλικία του και επιθυμία οικογένειας, δεν πρέπει να καθορίζουν το καθήκον της ενημέρωσης.<sup>39</sup>

Στην ερώτηση για την επικράτηση των ψυχικών διαταραχών στους ασθενείς με καρκίνο και σε σύγκριση με εκείνη άλλων χρονίων σωματικών νοσημάτων, το 58% και το 41% ανέφεραν την επικράτηση μεγαλύτερη και ίδια, αντιστοίχως, ενώ μόνο το 1% ανέφερε την επικράτηση μικρότερη, όπως έχει αποδειχθεί με έρευνες. Αλλά και στην ερώτηση για την παραμονή σωματικών συμπτωμάτων σε ασθενείς τελικού σταδίου, μόνο το 30% των ερωτηθέντων απάντησε ότι είναι μικρότερη από εκείνη άλλων χρονίων νοσημάτων. Στην πραγματικότητα σε μια ομάδα ασθενών τελικού σταδίου διαφόρων νοσημάτων, η σωματική ταλαιπωρία έμεινε σταθερή στο 57% των ασθενών με καρδιακή ή νεφρική ανεπάρκεια, συγκρινόμενη με μόνο το 26% των ασθενών με καρκίνο.<sup>40</sup>

Οι παρατηρήσεις των εκπαιδευομένων κατά την αξιολόγηση του σεμιναρίου σχετικά με τις βιωματικές διεργασίες δείχνουν αρκετά τη σημαντικότητα στις συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις:

*"...έχει τύχει βέβαια κάποια πράγματα για τη συγκεκριμένη νόσο να τα έχω διαβάσει ή ακούσει, αλλά πρώτη φορά τα άκουσα ζωντανά".*

*"Επιβεβαιώθηκα για κάποιες γνώσεις που ήδη ήξερα. Τώρα νοιώθω καλά".*

*"Καλό αίσθημα σε προσωπικό επίπεδο από τον ρόλο που υποδύθηκα".*

*"Το θέμα που με άγγιξε περισσότερο ήταν οι ρόλοι και οι προσωπικότητες που αναδεικνύονται από αυτό το παίξιμο."*

*"Αυτό που χρησιμοποίησα ήταν να ανακοινώσω την αλήθεια στους συγγενείς με διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας. Νοιώθω ότι τα κατάφερα καλύτερα από ό,τι πριν παρακολουθήσω το σεμινάριο."*

*"Ναι. Ακόμα και σε μη ασθενείς, τους άφησα να εκφράσουν αυτό που θέλουν, να μιλήσουν παρά να πάρω βιαστικά τον λόγο. Τους ενθάρρυνα να μιλήσουν περισσότερο πριν απαντήσω ή πάρω θέση για κάποιο ζήτημα που τους απασχολεί."*

*"Η ενσυναίσθηση και η κατανόηση, το να μπεις στη θέση του άλλου και να δεις τα πράγματα όπως τα βλέπει εκείνος είναι για μένα μια σημαντική δεξιότητα που βοηθάει στην πληρέστερη κατανόηση."*

*"Ναι, σαφώς βοηθάει να έρχεται κάποιος σε επαφή με τα συναισθήματά του, όταν ο συνομιλητής τα αντανακλά."*

*"Νομίζω ότι προσωπικά κατάφερα να συνειδητοποιήσω κάποια πράγματα πάνω στον τομέα αυτόν, που πριν δεν είχα την ευκαιρία δυστυχώς να παρακολουθήσω από κοντά, κάποιες φορές μάλι-*

στα ένοιωσα ότι δεν παρακολουθώ ένα απλό σεμινάριο, αλλά αντιθέτως αισθάνθηκα ότι όλα αυτά γίνονται στην πραγματικότητα".

Η αξιολόγηση του προγράμματος από μεγαλύτερο αριθμό νέων ιατρών θα τεκμηριώνει τα οφέλη.

Αυτή η στρατηγική της εκπαίδευσης για το μη ψυχιατρικό προσωπικό, που χρησιμοποιεί μεθόδους της εκπαίδευσης των ειδικών ψυχικής υγείας, πιθανώς θα συμβάλει και στη μεγαλύτερη αποδοχή της ψυχοσωματικής ενότητας από τους ειδικούς της σωματικής Ιατρικής.

## Liaison Psychiatry in oncology: training of medical and non-medical oncology staff

V. Iacovides, G. Kallerghis, V. Spyropoulou, Ch. Bendenides

Department of Psychiatry, «Metaxa» Cancer Hospital, Piraeus

*Psychiatriki* 2004, 15:57–66

Cancer, a life-threatening disease, is still accompanied by a strange and unjust mythology, despite the significant progress of the current oncology treatment. Liaison Psychiatry in Oncology has an accepted place at the table within the oncology community. As a result of the increasing base of knowledge from both clinical practice and research, new areas of interest have appeared, such as psychoneuroimmunology, adaptation of cancer survivors to their new way of life, psychosocial problems that arise to people with genetic risk, etc. The educational function of Liaison Psychiatry in an oncology hospital is one of its most significant activities, in combination with the clinical and research work, and its objective is the incorporation of psychosocial guidelines to the total care of a patient. Training of non – psychiatric staff is of great importance to Liaison Psychiatry and has as its main purpose to focus the interest of the oncology staff on the patients quality of life, on the psychosocial problems that arise to patients that are under active treatment or palliative care and also to draw attention on the humanistic, moral and spiritual values of patient care. The educational contribution of non-psychiatric staff is focused especially on the relationship between patient / doctor / nurse staff. The diagnostic consultation and the communication in the doctor / patient relationship is an issue of major publication relevance and educational efforts. During the course of the doctor / patient relationship, both patient and doctor are in a difficult emotional status. For the patient

the fear of death itself is conceived in various forms, such as fear for the unknown, for the potential losses, or for the listlessness and the dependence he/she would experience. For the doctor the possibility of death of his/her patient can cause guilt and hostility against him/her because of his/her unconscious feelings of impotence and his need for loving. These complicated feelings of stress, anger and guilt can develop behaviours of detachment that make diagnostic consultancy and communication in doctor / patient relationship extremely difficult. During the recent years, following the increased educational experience in oncology hospitals and the understanding of the difficulties that arise during the training of non – psychiatric staff, various liaison services started to change their training policy by focusing on the recently employed doctors and nurse staff, as well as on graduates of medical schools, and by emphasising on experiential methods through team – works and role – playing. In 1999, the Liaison Psychiatry of “Metaxa” hospital initiated the training of new – employed doctors and nurse staff with two seminars per year. The first day of the seminar is dedicated to the presentation and discussion of the Buckman and Maguire’s educational video – tape. The second day of the training two groups are formed. One group supports the need for enlightenment whereas the other supports the idea of protecting the patient from emotional disturbance by suppressing the truth. The Role – playing exercise continues in the next few days for additional ethical and moral issues that arise during the care of patients suffering from cancer, as well as for other psycho-oncology issues. The trainees observations during the evaluation of the seminar regarding the experiential methods, express the significance of the emotional interactions: “...it may be the case that I heard or read some things regarding this issue before, however it is the first time I have actually heard them live”, “my knowledge was confirmed”, “I personally believe that I managed to understand some issues about this subject, which I was not able to comprehend. In fact, sometimes I believed that I was not simply attending a seminar, but that all these happened for real”. An evaluation of this programme by a greater number of new doctors would validate its benefits. The practise of training the non – psychiatric staff, which adopts methods from the educational programmes of the specialists in psychiatry, may contribute to a greater acceptance of the psychosomatic unity by the physicians.

**Key words:** *Liaison Psychiatry, Psychooncology, training, doctor/patient relationship.*

---

V. Iacovides, Botassi 51, 18537 Piraeus, Greece

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Holland JC. History of Psycho-Oncology: Overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 2002, 64: 206-221.
2. McKenna MC, Zevon MA, Corn B, et al. Psychosocial factors and the development of breast cancer: a meta-analysis. *Health Psychol* 1999, 18:520-531.
3. Cunningham AJ. Adjuvant psychological therapy for cancer patients: Putting it the on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psycho-Oncology* 2000, 9:367-371.
4. Lipowski ZJ. Consultation-Liaison Psychiatry. *Psychother Psychosom* 1991, 55:62-68.



5. Greed F. Liaison Psychiatry for the 21st century: a review. *J Roy Soc Med* 1991, 84:414-417.
6. Lipowski ZJ. Consultation-Liaison Psychiatry: The first half century. *Gen Hosp Psychiatry* 1986, 8:305-315.
7. Holland JC. Historical overview. In: Holland JC, Rowland JH (eds): *Handbook of Psychoncology*. Oxford University Press, New York, 1990:3-12.
8. Bahnson CB. Characteristics of a Psychotherapeutic Treatment Program for Cancer. *Prevention and Detection of Cancer* 1978, 2:2309-2312.
9. Stewart DE, Chenng AM, Duff S, et al. Long-term breast cancer survivors: confidentiality, disclosure, effects on work and insurance. *Psycho-Oncology* 2001, 10:259-263.
10. Holland JC. Directions for the Future. In: American Cancer Society (ed): *Proceedings of the Fifth National Conference on Human Value and Cancer*. American Cancer Society, 1987:129-132.
11. Kornblith AB. Psychosocial Adaptation of Cancer Survivors. In: Holland JC (ed): *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York, 1998:223-254.
12. Tomich PL, Helgeson VS. Five Years later: a cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology* 2002, 11:154-169.
13. Smith MJ, Khayat D. Residual acute confusional and hallucinatory syndromes by interleukin-2/a-interferon treatment. *Psycho-Oncology* 1992, 1:115-118.
14. Appleton S, Fry A, Rees G, et al. Effects of living with an increased risk of breast cancer: an exploratory study using telephone focus groups. *Psycho-Oncology* 2000, 9:511-521.
15. Hopwood P, Lee A, Shenton A, et al. Clinical follow-up after bilateral risk reducing (prophylactic) mastectomy: mental health and body image outcomes. *Psycho-Oncology* 2000, 9:462-472.
16. Meiser B, Tiller K, Gleesen MA, et al. Psychological impact of prophylactic oophorectomy in women at increased risk for ovarian cancer. *Psycho-Oncology* 2000, 9:496-503.
17. Spiegel D. Can Psychotherapy Prolong Cancer Survival? In: *Proceedings of the Postgraduate Course: Current Concepts in Psycho-Oncology IV*. Memorial Sloan - Kettering Cancer Center. New York, 1991:69-73.
18. Fawry FI, Cousins N, Fawry NW, et al. A structural Psychiatric Intervention for Cancer Patients. Changes Over Time in Methods of Coping and Affective Disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1990, 47:720-725.
19. Redd WH. Classical Conditioning Processes in Cancer Chemotherapy. In: *Proceedings of the Postgraduate Course: Current Concepts in Psycho-Oncology IV*. Memorial Sloan - Kettering Cancer Center. New York, 1991:41-45.
20. Mermelsstein HT, Lesko L. Depression in Patients with Cancer. *Psycho-Oncology* 1992, 1:199-215.
21. Fertig DL. Depression in Patients with Breast Cancer. *The Breast J* 1997, 3:292-302.
22. Silberfarb PM. Research in Adaptation to Illness and Psychosocial Intervention: an Overview. *Cancer* 1982, 50 (9 Suppl):1921-1925.
23. Jacobsen PB, Widows MR, Hann DM, et al. Posttraumatic Stress Disorder Symptoms after Bone Marrow Transplantation for Breast Cancer. *Psychosom Med* 1998, 60:366-371.
24. Die-Trill M, Holland JC. A Model Curriculum for Training in Psycho-Oncology. *Psycho-Oncology* 1995, 4:169-182.
25. McKenna RJ. Initiating the Process of Survival: The Hospital Rehabilitation Team. In: *Proceedings of the Fifth National Conference on Human Values & Cancer*. American Cancer Society. San Francisco, 1987:110-113.
26. Dowsett SM, Saul JL, Butow PN, et al. Communication Styles in the Cancer Consultation: Preferences for a Patient-Centred Approach. *Psycho-Oncology* 2000, 9:147-156.
27. Holland JC. Now We Tell - but How Well? (editorial) *J Clin Oncol* 1989, 7:557-559.
28. Lederberg MS. Common Ethical Dilemmas Confronting the Caregiver in Cancer. In: *Proceedings of the Postgraduate Course: Current Concepts in Psycho-Oncology IV*. Memorial Sloan - Kettering Cancer Center. New York, 1991:107-113.
29. Uchitomi Y, Sugihara J, Fukue M, et al. Psychiatric Liaison issues in cancer care in Japan. *J Pain Manag* 1994, 9:319-324.
30. Morasso G, Alberisio A, Capelli M, et al. Illness awareness in Cancer Patients: a Conceptual Framework and a Preliminary Classification Hypothesis. *Psycho-Oncology* 1997, 6:212-217.
31. Ιακωβίδης Β. Διερεύνηση της ψυχικής και ψυχοκοινωνικής προσαρμογής ασθενών με κακοήθεις νεοπλασίες του γεννητικού συστήματος. Διδακτορική διατριβή του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Θεσσαλονίκη, 1996.
32. Ιακωβίδης Β, Καρκανιάς Α, Σκούρτα Ι. Πόσο ενημερωμένος είναι ο ασθενής για τη νόσο στο νοσοκομείο μας. Ανακοίνωση στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ογκολογίας. Περίληψη 279, Αθήνα, 1987.
33. Buckman R. Why breaking bad news is difficult. In: Buckman R (ed): *How to Break Bad News. A Guide for Health Care Professionals*. Toronto University Press, Toronto, 1992:14-39.
34. Renneker RE. Cancer and psychotherapy. In: Goldberg J (ed): *Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients*. Free Press, New York, 1981:131-166.
35. Rancour P. Introducing Medical Students to Psycho-Oncology. *Psycho-Oncology* 1996, 5:55-57.
36. Raravi D, Delvaux N, Marchal S, et al. The effects of a 24h Psychological Training Program on Attitudes, Communication Skills and Occupational Stress in Oncology: a Randomized Study. *Eur J Cancer* 1993, 29A:1858-1863.
37. Mager WM, Andrykowski MA. Communication in the

- Cancer "Bad News" Consultation: Patient Perceptions and Psychological Adjustment. *Psycho-Oncology* 2002, 11:35-46.
38. Buckman R, Maguire P. Why Won't They Talk to Me? An Introductory course in Communication (5 tapes). Linkward Productions, Shepperton, Herts, England.
39. Schoene-Seifert B, Childress UF. How much should the cancer patient know and decide? *Ca-A Cancer J Clin* 1986, 36:7-16.
40. Brewin TB. Quality of Survival. Can we measure it? Can we influence it? In: Stoll BA (ed): *Coping with Cancer Stress*. Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, 1986:83-93.

---

B. Ιακωβίδης, Μπόττση 51, 18537 Πειραιάς