Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Το σώμα της γυναίκας στον καρκίνο:

Βιοϊατρικές μεταβολές και συστημικές αναπαραστάσεις

The Female Body in Cancer:

Biomedical Changes and Systemic Representations

Αντιγόνη Νικολάου

Σχολή Επιστημών Υγείας - Τμήμα Ιατρικής

ΠΜΣ Βασικές Βιοϊατρικές Επιστήμες

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Πατρώνα Αγγελίδου Βεζυράκη, MD, PhD

Ομότιμη Καθηγήτρια Φυσιολογίας

Ιωάννινα, Ιούνιος 2026

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Ιωάννινα, 23 Ιουνίου 2026

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπουσα καθηγήτρια:
Πατρώνα Αγγελίδου Βεζυράκη, MD, PhD
Ομότιμη Καθηγήτρια Φυσιολογίας

2. Μέλος επιτροπής
Χαράλαμπος Αγγελίδης
Καθηγητής Βιολογίας

3. Μέλος επιτροπής
Περικλής Παππάς
Καθηγητής Φαρμακολογίας

© Νικολάου, Αντιγόνη, 2026.
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Νικολάου, Αντιγόνη

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη βιωματική αναμέτρηση με τη νόσο, γι' αυτό και οφείλω τις θερμότερες ευχαριστίες μου σε εκείνους που υπήρξαν ο φάρος μου.

Ευχαριστώ από καρδιάς την οικογένειά μου, ιδιαίτερα τον σύζυγό μου Γρηγόρη και τον γιό μας Αναστάση, για την άνευ όρων αγάπη, την υπομονή και την ψυχική ενδυνάμωση που μου παρείχαν, ειδικά στις πιο απαιτητικές στιγμές. Η στήριξή σας υπήρξε το ισχυρότερο αντίδοτο στην αβεβαιότητα.

Στο πλαίσιο αυτής της διαδρομής, θα ήταν παράλειψη να μην εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια, κ. Πατρώνα Βεζυράκη, για την υποστήριξη, την ανθρωπιά και τη θετική της ενίσχυση. Η καθοδήγησή της ήταν καθοριστική για την επιστημονική ολοκλήρωση ενός τόσο ευαίσθητου θέματος.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά τα μέλη της τριμελούς εξεταστικής επιτροπής, τον κ. Αγγελίδη Χαράλαμπο και τον κ. Παππά Περικλή, που μου έκαναν την τιμή να αξιολογήσουν την παρούσα εργασία.

Τέλος, αυτή η εργασία αφιερώνεται σε όλες τις γυναίκες που έχουν βιώσει ή βιώνουν τη νόσο. Η δύναμη και η ανθεκτικότητά τους υπήρξαν για μένα διαρκής πηγή έμπνευσης, ώστε να προσεγγίσω το σώμα τους όχι ως παθολογία, αλλά ως πεδίο αγώνα και επαναπροσδιορισμού.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία εξετάζει το σώμα της γυναίκας στον καρκίνο υπό το πρίσμα των βιοϊατρικών μεταβολών και των συστημικών αναπαραστάσεων. Μέσα από διεπιστημονική βιβλιογραφική ανασκόπηση, διερευνώνται τόσο οι σωματικές αλλαγές που επιφέρει η νόσος όσο και οι ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές επιπτώσεις που την πλαισιώνουν. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις γυναικολογικές μορφές καρκίνου και στον καρκίνο του μαστού, καθώς πρόκειται για παθήσεις που σχετίζονται άμεσα με τη θηλυκότητα, τη μητρότητα και την ταυτότητα του φύλου.

Η εργασία αναλύει τη διπλή διάσταση του σώματος ως βιολογικού και βιωματικού φορέα, εστιάζοντας σε έννοιες όπως η ενσώματη εμπειρία (embodiment), η εικόνα σώματος, ο πόνος, η απώλεια και η ανθεκτικότητα. Συνδυάζοντας τη φεμινιστική θεωρία, τη φαινομενολογία του σώματος και τη συστημική θεραπευτική προσέγγιση, φωτίζονται τα πολλαπλά νοήματα που προσδίδονται στην εμπειρία της ασθένειας.

Στο δεύτερο μέρος, διερευνάται πώς η ασθένεια επηρεάζει τις οικογενειακές σχέσεις και τις διαγενεακές αφηγήσεις, ενώ εξετάζονται οι θεραπευτικές διαστάσεις του καρκίνου, δίνοντας έμφαση στην ψυχοθεραπευτική σχέση, στις συστημικές παρεμβάσεις και στην αφήγηση ως εργαλείο νοηματοδότησης. Το σώμα παρουσιάζεται όχι μόνο ως τόπος πόνου και τραύματος, αλλά και ως πεδίο μετασχηματισμού, προσωπικής ενδυνάμωσης και θεραπευτικής ανασυγκρότησης.

Η μελέτη φιλοδοξεί να συμβάλει στην ευρύτερη κατανόηση του καρκίνου ως βιοψυχοκοινωνικού φαινομένου, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για μια ολοκληρωμένη προσέγγιση που να αναγνωρίζει τη γυναίκα όχι μόνο ως ασθενή, αλλά ως ολότητα που βιώνει, πονά, αντιστέκεται και αναδομεί την ταυτότητά της.

Λέξεις-κλειδιά: Καρκίνος**,** Γυναικείο σώμα**,** Ενσώματη εμπειρία**,** Εικόνα σώματος**,** Συστημική θεραπεία

ABSTRACT

This thesis explores the female body in cancer through the lens of biomedical transformations and systemic representations. Through an interdisciplinary literature review, it investigates both the physical changes brought by the disease and the psychosocial and family dynamics that accompany it. Special emphasis is placed on gynecological cancers and breast cancer, as these conditions are intimately tied to femininity, motherhood, and gender identity.

The study analyzes the dual nature of the body as both biological and experiential, focusing on concepts such as embodiment, body image, pain, loss, and resilience. By integrating feminist theory, the phenomenology of the body, and systemic therapeutic approaches, the thesis highlights the multiple meanings attributed to the illness experience.

The second part examines how cancer affects family relationships and intergenerational narratives, exploring the therapeutic dimensions of the disease. Special attention is given to the psychotherapeutic alliance, systemic interventions, and narrative as a tool of meaning-making. The body is portrayed not only as a site of suffering and trauma but also as a field of transformation, empowerment, and therapeutic reconstruction.

This study aims to contribute to the broader understanding of cancer as a biopsychosocial phenomenon, emphasizing the importance of a holistic approach that recognizes the woman not only as a patient but as a whole person who experiences, resists, and redefines her identity through illness.

Keywords: Cancer, Female body, Embodiment, Body image, Systemic therapy

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΡΟΟΙΜΙΟ..... 11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ 12
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ..... 13
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ..... 14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1..... 16
1.1 Ο Καρκίνος ως Βιοϊατρική Διαδικασία 16
Πίνακας Όρων – Κεφάλαιο 1.1: Ο Καρκίνος ως Βιοϊατρική Διαδικασία 18
1.1.1 Οι βιοδείκτες στον καρκίνο: ορισμός και ρόλος 21
1.1.2 Ο γυναικείος καρκίνος ως βιοψυχοκοινωνικό γεγονός: σώμα, φύλο και σεξουαλικότητα 23
1.2 Το σώμα της γυναίκας ως βίωμα: Ενσώματη εμπειρία, εικόνα σώματος και συμβολισμοί της θηλυκότητας στον καρκίνο..... 25
1.2.1 Η έννοια της ενσώματης εμπειρίας (embodiment)..... 28
1.2.2 Η εικόνα του σώματος στον καρκίνο……..……...27
1.2.3 Η βιωματική εμπειρία της ασθένειας και η ταυτότητα του σώματος……...28
1.2.4 Το σώμα στην ψυχοθεραπευτική και συστημική ματιά……..…….29
1.2.5 Το σώμα ως φορέας συλλογικής μνήμης και διαγενεακής εμπειρίας..... 32
1.2.6 Το σώμα ως πεδίο ανθεκτικότητας και μετασχηματισμού..... 34
1.3 Η βιωματική επεξεργασία της ασθένειας και η αναζήτηση νοήματος……..33
1.4 Σώμα, ποιότητα ζωής και ψυχοκοινωνική προσαρμογή..... 37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2..... 38
2.1 Ο καρκίνος ως γεγονός του οικογενειακού συστήματος 38
2.2 Σχέσεις φροντίδας, ενοχής και εξουσίας.Η ασθενής ως «περιβάλλον» των άλλων 40
2.3 Η αναπαράσταση του καρκίνου στη διαγενεακή ιστορία και τα σύμβολα του συστήματος..... 41
2.4 Το σώμα ως εργαλείο θεραπευτικού μετασχηματισμού……42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3..... 48
Θεραπευτικά πλαίσια και συστημικές παρεμβάσεις στον καρκίνο 48
3.1 Εισαγωγή: Θεραπευτικά πλαίσια στην ψυχοκοινωνική ογκολογία 48
3.2 Συστημική Θεραπεία και Καρκίνος..... 48

3.3 Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις και Ανθεκτικότητα……47
3.4 Αφήγηση και Θεραπευτικός Αναστοχασμός……48
3.5 Ολιστικές και Ενσώματες Προσεγγίσεις στην εμπειρία του καρκίνου…….49
3.6 Συστημική οπτική στην ιατρική συνεργασία 54
3.7 Ψυχολογική υποστήριξη στην ογκολογία 55
3.7.1 Ψυχική δυσφορία και ανάγκη κλινικής ανίχνευσης 55
3.7.2 Επίπεδα ψυχολογικής παρέμβασης (stepped care) 56
3.7.3 Η συστημική διάσταση της υποστήριξης..... 58
3.7.4 Η σημασία της έγκαιρης ενσωμάτωσης ψυχολογικής φροντίδας 58
3.7.5 Ψυχολογική φροντίδα στη φάση επιβίωσης (survivorship)……55
3.7.6 Ψυχολογική και συστημική φροντίδα σε προχωρημένη νόσο και παρηγορητικό πλαίσιο (palliative care)……..…56
3.7.7 Ψηφιακές και υβριδικές παρεμβάσεις στην ψυχοκοινωνική ογκολογία..... 62
3.8 Συστημικές παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας, ζεύγους και κοινωνικού πλαισίου..... 63
3.8.1 Η έννοια του «νοσούντος συστήματος» 64
3.8.2 Θεραπευτικοί στόχοι της συστημικής παρέμβασης..... 64
3.8.3 Εργαλεία και τεχνικές της συστημικής θεραπείας 65
3.8.4 Η νόσος ως αφήγημα και ως διαγενεακή κληρονομιά..... 67
3.8.5 Συστημικός διάλογος: από τη σιωπή στη συμπερίληψη 67
3.8.6 Παρεμβάσεις στο οικογενειακό πλαίσιο: στόχοι και εφαρμογές 68
3.8.7 Παρεμβάσεις στο πλαίσιο του ζεύγους..... 70
3.8.8 Παρεμβάσεις σε κοινωνικό και κοινοτικό επίπεδο..... 71
3.8.9 Φύλο και ανθεκτικότητα 73
3.9 Η ψυχοθεραπευτική σχέση ως παράγοντας θεραπείας..... 74
3.9.1 Η σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας……71
3.9.2 Η θεραπευτική σχέση ως «μεταβατικός χώρος»……72
3.9.3 Θεραπευτική ενσυναίσθηση, συν-ρύθμιση και παρουσία στον καρκίνο……74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4..... 79
Συμπεράσματα και προτάσεις..... 80
4.1 Συμπεράσματα……...76
4.1.1 Βιοϊατρική διάσταση..... 80
4.1.2 Ενσώματη εμπειρία και ταυτότητα..... 81
4.1.3 Συστημική προσέγγιση και οικογενειακές αναπαραστάσεις..... 81

4.1.4 Η ψυχοθεραπευτική σχέση..... 82
4.1.5 Σύνθεση: το σώμα της γυναίκας στον καρκίνο ως συστημική εμπειρία……78
4.2 Προτάσεις για την κλινική πράξη και τη μελλοντική έρευνα..... 83
4.2.1 Προτάσεις για την κλινική πράξη..... 83
4.2.2 Προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα..... 85
4.2.3 Προτάσεις σε επίπεδο πολιτικής υγείας και διεπιστημονικής εκπαίδευσης…..81
ΕΠΙΛΟΓΟΣ..... 87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α..... 89
Α. Τοπικές και περιφερειακές δομές στην Ήπειρο..... 89
Β. Εθνικές δομές με δυνατότητα πρόσβασης από την Ήπειρο..... 90
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 92

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Θυμάμαι την ημέρα που άκουσα τη λέξη.
Καρκίνος.

Όλα πάγωσαν. Όχι μόνο το σώμα μου. Όλα. Οι σκέψεις, οι φωνές, τα βλέμματα.
Ήθελα να το πω, αλλά δεν έβγαινε.
Ήθελα να κλάψω, αλλά δεν ήξερα από πού να αρχίσω.

Οι δικοί μου άνθρωποι με κοιτούσαν όπως κοιτά κανείς έναν σεισμό,
με φόβο, με σιωπή, με την ελπίδα να περάσει γρήγορα.

Μα εγώ ήμουν εκεί. Μέσα στο επίκεντρο.
Και ήξερα πως έπρεπε να σταθώ. Όχι για να σώσω τους άλλους. Αλλά εμένα.

Να δώσω χώρο στη λύπη. Να αποχαιρετήσω ό,τι χάνεται.
Και να κρατήσω σφιχτά ό,τι μένει.

Το σώμα μου.
Τη ζωή μου.
Τη δύναμη που δεν ήξερα πως έχω.

Ο καρκίνος.
Μια λέξη που έμοιαζε πάντα ξένη. Που ανήκε σε άλλους.
Μέχρι που έγινε δική μου.

Τότε όλα αλλάζουν. Το σώμα, οι σχέσεις, ο χρόνος.
Δεν έχεις έλεγχο. Δεν έχεις απαντήσεις.
Και οι δικοί σου άνθρωποι, όσο κι αν θέλουν να σε βοηθήσουν,
στέκονται αμήχανοι, παγωμένοι κι αυτοί απ' τον φόβο.

Μα εσύ πρέπει να σταθείς.
Να κρατήσεις τον εαυτό σου, να του επιτρέψεις να λυγίσει,
και ύστερα να τον σηκώσεις.

Να μείνεις.
Να προχωρήσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπάρχουν εκφράσεις που κουβαλούν βάρος πριν καν ειπωθούν. Λέξεις που μεταβάλλουν τον ρυθμό της αναπνοής, τον παλμό της σκέψης και τη σχέση του ανθρώπου με το σώμα του. Μία από αυτές είναι η λέξη «καρκίνος». Για όσους τη βιώνουν, δεν αποτελεί μόνο έναν ιατρικό όρο, αποτελεί ρήξη στη νοηματοδότηση της ζωής, μια ριζική όχι μόνο βιολογική, αλλά και υπαρξιακή, βιωματική και σχεσιακή.

Ο καρκίνος είναι μια παθολογική διεργασία που αναπτύσσεται μέσα από διαταραχές στη φυσιολογική και μοριακή οργάνωση του οργανισμού και χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό, αναστολή της απόπτωσης, αγγειογένεση και δυνατότητα μετάστασης (Hanahan & Weinberg, 2011). Παρότι η νόσος περιγράφεται με ακρίβεια μέσα από την κυτταρική βιολογία, το ανοσολογικό σύστημα και τη γονιδιακή έκφραση (Kumar, Abbas & Aster, 2020), δεν περιορίζεται στη βιολογική της διάσταση. Αντίθετα, διατρέχει και διαταράσσει τον ψυχισμό, τις διαπροσωπικές σχέσεις και το νόημα της ζωής, επηρεάζοντας συνολικά την εμπειρία του ατόμου.

Όταν η νόσος εμφανίζεται σε μια γυναίκα, και ιδιαίτερα όταν προσβάλλει τον μαστό, τις ωοθήκες ή τη μήτρα, αγγίζει όργανα με βαρύτητα όχι μόνο βιολογική, αλλά και πολιτισμική, ψυχική και συμβολική. Τα όργανα αυτά είναι άρρηκτα συνδεδεμένα με τη θηλυκότητα, τη σεξουαλικότητα, τη μητρότητα και την εικόνα εαυτού (Fobair & Spiegel, 2018; Bray et al., 2018). Η απώλεια ή η μεταμόρφωσή τους δεν σηματοδοτεί απλώς την πρόοδο της ασθένειας, αλλά μεταβάλλει την ίδια την εμπειρία του σώματος και της ταυτότητας της γυναίκας.

Το σώμα, το οποίο υπό φυσιολογικές συνθήκες βιώνεται ως κάτι δεδομένο, κατά την εμπειρία της ασθένειας καθίσταται κεντρικό, φορτισμένο με φόβο, ανασφάλεια και ερωτήματα. Δεν αποτελεί πλέον μόνο το «μέσο» της λειτουργικότητας, αλλά αναδεικνύεται σε φορέα νοημάτων, σύμβολο απώλειας και ενίοτε, αφορμή επαναπροσδιορισμού του εαυτού (Charmaz, 1991). Οι σωματικές αλλαγές που προκαλούνται από χειρουργικές επεμβάσεις, ορμονοθεραπείες ή χημειοθεραπείες επηρεάζουν βαθιά την εικόνα σώματος και την ψυχοσυναισθηματική ισορροπία των γυναικών (Μπαμπάλη, 2011).

Σε αυτό το πλαίσιο, η συστημική θεωρία προσφέρει μια ιδιαίτερα χρήσιμη οπτική κατανόησης της ασθένειας. Η γυναίκα που νοσεί δεν αντιμετωπίζεται ως απομονωμένο άτομο, αλλά ως μέλος ενός ευρύτερου οικογενειακού και κοινωνικού

συστήματος. Η ασθένεια δεν αφορά μόνο το σώμα που πάσχει, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται, ερμηνεύεται και μοιράζεται μέσα στις σχέσεις, επηρεάζοντας ρόλους, ισορροπίες και συναισθηματικές δυναμικές (Χατζηχρήστου, 2012; Μπέγιογλου, 2017).

Η εμφάνιση του καρκίνου διαταράσσει αυτό που τόσο η βιοϊατρική όσο και η συστημική θεωρία περιγράφουν ως «ομοιόσταση», δηλαδή τη δυναμική ισορροπία του οργανισμού ή του συστήματος. Είτε πρόκειται για την κυτταρική σταθερότητα είτε για την ισορροπία των οικογενειακών ρόλων και συναισθημάτων, η νόσος εισάγει κλυδωνισμούς που απαιτούν νέες μορφές προσαρμογής στο σώμα, στην ψυχική εμπειρία και στις σχέσεις. Η διπλή αυτή θεώρηση, βιοϊατρική και συστημική, αποτελεί βασικό άξονα της παρούσας μελέτης και αναπτύσσεται εκτενέστερα στα επόμενα κεφάλαια.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εντάσσεται σε ένα διεπιστημονικό πλαίσιο, συνδυάζοντας τη βιοϊατρική προσέγγιση του καρκίνου με τη φαινομενολογική κατανόηση της ενσώματης εμπειρίας και τη συστημική προσέγγιση των σχέσεων. Στο πλαίσιο αυτό, το σώμα προσεγγίζεται όχι μόνο ως βιολογικός οργανισμός, αλλά και ως βιωματικός και σχεσιακός τόπος, όπου εγγράφονται οι επιπτώσεις της νόσου σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι η διερεύνηση της γυναικείας σωματικότητας στον καρκίνο με έμφαση στις φυσιολογικές και βιολογικές μεταβολές που επιφέρει η ασθένεια, στον τρόπο με τον οποίο αυτές επηρεάζουν την αυτοαντίληψη και τις διαπροσωπικές σχέσεις, καθώς και στη συμβολή της συστημικής θεραπείας στη στήριξη και την επανανοηματοδότηση της σχέσης της γυναίκας με το σώμα της.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί βιβλιογραφική μελέτη με διεπιστημονικό και ερμηνευτικό χαρακτήρα**,** η οποία εστιάζει στη διερεύνηση της γυναικείας σωματικότητας, στην εμπειρία του καρκίνου μέσα από τη σύνθεση της βιοϊατρικής επιστήμης, της ψυχολογίας της υγείας, της φαινομενολογίας του σώματος και της συστημικής θεραπευτικής προσέγγισης.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε σε διεθνείς επιστημονικές βάσεις δεδομένων, όπως PubMed, Scopus και Google Scholar**,** καθώς και σε επιλεγμένα επιστημονικά βιβλία και συλλογικούς τόμους. Το χρονικό εύρος των πηγών εκτείνεται

κυρίως από το 2010 έως το 2025, με εξαίρεση κλασικά θεωρητικά έργα (π.χ. Frank, Charmaz, Leder, McDaniel et al), τα οποία κρίθηκαν απαραίτητα για τη θεμελίωση της εννοιολογικής προσέγγισης.

Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν περιλάμβαναν συνδυασμούς των όρων: *cancer, female body, embodiment, body image, systemic therapy, psychosocial oncology, biomarkers, gender identity*.

Κριτήρια ένταξης των πηγών αποτέλεσαν:

- η επιστημονική εγκυρότητα και αναγνωρισιμότητα των περιοδικών ή εκδοτικών οίκων,
- η θεματική συνάφεια με τη γυναικεία εμπειρία του καρκίνου,
- η σύνδεση βιοϊατρικών δεδομένων με ψυχοκοινωνικές και συστημικές διαστάσεις.

Αποκλείστηκαν μελέτες που εστίαζαν αποκλειστικά σε τεχνικά ιατρικά δεδομένα, χωρίς αναφορά στη βιωματική ή ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου.

Η ανάλυση των πηγών ακολούθησε ερμηνευτική και θεματική προσέγγιση, με στόχο τη σύνθεση των βιολογικών, βιωματικών και συστημικών όψεων του καρκίνου σε ένα ενιαίο θεωρητικό πλαίσιο κατανόησης του γυναικείου σώματος ως οργανισμού, εμπειρίας και φορέα νοήματος (Frank, 1995; Charmaz, 1991; McDaniel et al., 2013).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Η διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων αποτελεί θεμέλιο λίθο κάθε επιστημονικής εργασίας, καθώς καθορίζει τη μεθοδολογική της κατεύθυνση και θέτει το πλαίσιο εντός του οποίου θα αναπτυχθεί η θεωρητική και αναλυτική διερεύνηση του θέματος (Robson & McCartan, 2016). Στην παρούσα μελέτη, τα ερωτήματα εστιάζουν στην πολύπλευρη επίδραση του καρκίνου στο σώμα και την ψυχοσυναισθηματική ταυτότητα της γυναίκας, εντάσσοντας την ανάλυση στο πλαίσιο της συστημικής θεωρίας.

Η ογκολογική εμπειρία συνιστά όχι μόνο μια βιοϊατρική πρόκληση, αλλά και μια υπαρξιακή ανατροπή, η οποία επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα νοηματοδοτεί το σώμα της, τις σχέσεις της και τον ρόλο της στο οικογενειακό και κοινωνικό σύστημα (Little et al., 2002;Frank, 1995). Η ασθένεια διαταράσσει την

ομοιόσταση τόσο σε φυσιολογικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο (Tsilika, 2010), ενώ οι συνέπειες της θεραπείας επηρεάζουν άμεσα την εικόνα σώματος, την αυτοεκτίμηση και τη διαπροσωπική σύνδεση.

Παράλληλα, η συστημική θεωρία προσφέρει ένα πολύτιμο εργαλείο κατανόησης της εμπειρίας του καρκίνου ως φαινομένου που εκτυλίσσεται όχι μόνο εντός του ατόμου, αλλά και στο πλέγμα των σχέσεών του. Εστιάζει στην αλληλεπίδραση των μελών του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος, αναδεικνύοντας τον ρόλο τους στη διαχείριση της ασθένειας, στην υποστήριξη της γυναίκας και στην επανακατασκευή του νοήματος του σώματος (McDaniel, Hepworth & Doherty, 2013).

Με βάση τα παραπάνω, τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι τα εξής:

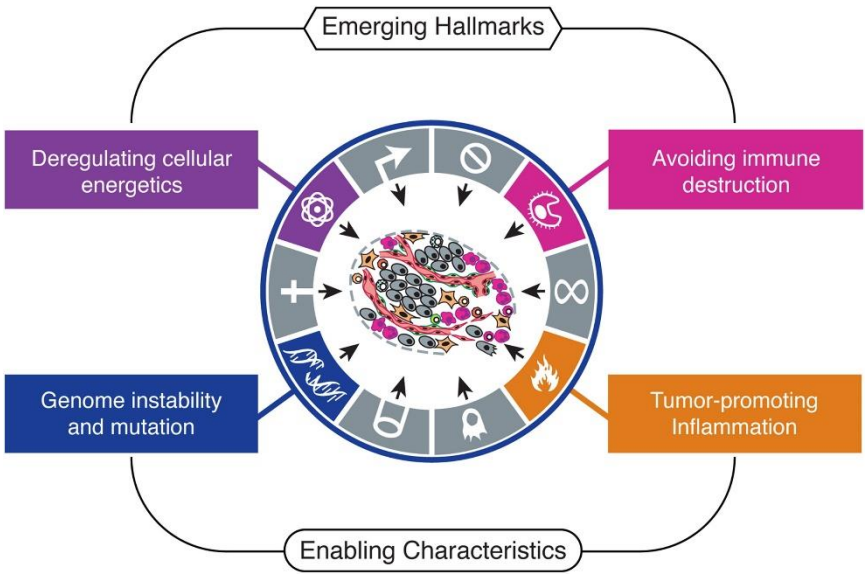
1. Ποιες είναι οι κύριες βιοϊατρικές μεταβολές που επιφέρει ο καρκίνος στο γυναικείο σώμα;
2. Πώς επηρεάζουν αυτές οι αλλαγές την ψυχολογική ταυτότητα και τις σχέσεις της γυναίκας με το περιβάλλον της;
3. Με ποιον τρόπο η συστημική θεωρία και η συστημική θεραπευτική πρακτική μπορούν να συμβάλουν στην αποδοχή, την ενδυνάμωση και την επανανοηματοδότηση του σώματος;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ο καρκίνος και το σώμα της γυναίκας: Βιοϊατρικές και βιωματικές διαστάσεις

1.1 Ο Καρκίνος ως Βιοϊατρική Διαδικασία

Ο καρκίνος συνιστά μια σύνθετη εξελικτική βιολογική διεργασία, η οποία χαρακτηρίζεται από σωρευτικές γενετικές και επιγενετικές μεταβολές που επηρεάζουν βασικούς μηχανισμούς ρύθμισης της κυτταρικής ζωής, όπως τον κυτταρικό κύκλο, την απόπτωση και την επιδιόρθωση του DNA (Hanahan & Weinberg, 2011; Kumar, Abbas & Aster, 2020). Οι μεταβολές αυτές οδηγούν σε απώλεια του φυσιολογικού ελέγχου της κυτταρικής ανάπτυξης, με αποτέλεσμα τον ανεξέλεγκτο πολλαπλασιασμό, την αγγειογένεση και τη δυνατότητα μετάστασης. Η κατανόηση της ογκογένεσης βασίζεται σε αυτά τα θεμελιώδη χαρακτηριστικά του καρκίνου (Hallmarks of Cancer), τα οποία περιγράφουν τις αποκτώμενες λειτουργικές ικανότητες των καρκινικών κυττάρων κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του όγκου, όπως αποτυπώνεται στο παρακάτω σχήμα (Hanahan & Weinberg, 2011).



Τα χαρακτηριστικά ορόσημα του καρκίνου (The Hallmarks of Cancer) κατά Hanahan και Weinberg, όπου αναδεικνύονται οι κρίσιμες διεργασίες της αγγειογένεσης (inducing angiogenesis), της μετάστασης και της κυτταρικής επιβίωσης.

Η θεωρία της κλωνικής εξέλιξης (Nowell, 1976) προσφέρει ένα δυναμικό μοντέλο κατανόησης της καρκινογένεσης, σύμφωνα με το οποίο τα καρκινικά κύτταρα υφίστανται διαδοχικές γενετικές μεταλλάξεις που τους προσδίδουν πλεονεκτήματα επιβίωσης και ανάπτυξης. Η διαδικασία αυτή αναδεικνύει τον καρκίνο ως ένα εξελικτικό φαινόμενο σε κυτταρικό επίπεδο, όπου επιλέγονται οι κλώνοι με τη μεγαλύτερη

ικανότητα προσαρμογής στο μεταβαλλόμενο μικροπεριβάλλον τους. Καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της νόσου διαδραματίζει το μικροπεριβάλλον του όγκου (tumor microenvironment), το οποίο περιλαμβάνει κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, ινοβλάστες, αιμοφόρα αγγεία και την εξωκυττάρια μήτρα. Το μικροπεριβάλλον αυτό δεν αποτελεί ουδέτερο περιβάλλον, αλλά συμμετέχει ενεργά στη ρύθμιση της ανάπτυξης, της διήθησης, της μετάστασης και της αντοχής του όγκου στη θεραπεία (Quail & Joyce, 2013).

Η χρόνια φλεγμονή αποτελεί σημαντικό παράγοντα καρκινογένεσης, καθώς δημιουργεί ένα περιβάλλον που ευνοεί τη γενετική αστάθεια και τον αυξημένο κυτταρικό πολλαπλασιασμό, μέσω φλεγμονωδών ουσιών όπως οι κυτταροκίνες IL-6 και TNF-α (Coussens & Werb, 2002). Παράλληλα, τα καρκινικά κύτταρα εμφανίζουν μεταβολικές αλλαγές, γνωστές ως φαινόμενο Warburg, κατά τις οποίες βασίζονται κυρίως στη γλυκόλυση, ακόμη και όταν υπάρχει οξυγόνο, προκειμένου να υποστηρίξουν την ταχεία ανάπτυξή τους (Pavlova & Thompson, 2016).

Η γενετική ετερογένεια των όγκων και οι επιγενετικές τροποποιήσεις συνιστούν σημαντικές προκλήσεις για τη θεραπευτική αντιμετώπιση, καθώς συμβάλλουν στην ανάπτυξη αντοχής στις θεραπείες και καθιστούν αναγκαία την εφαρμογή εξατομικευμένων θεραπευτικών στρατηγικών (McGranahan & Swanton, 2017). Η κατανόηση των βιοϊατρικών αυτών μηχανισμών αποτελεί θεμέλιο της σύγχρονης ογκολογίας και προϋπόθεση για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων.

Η καρκινική νόσος συνιστά ταυτόχρονα μια βαθιά διατάραξη της βιολογικής ομοιόστασης του οργανισμού. Η φυσιολογική ισορροπία που διατηρείται μέσω πολύπλοκων ρυθμιστικών μηχανισμών, όπως η κυτταρική σηματοδότηση, η ανοσολογική επιτήρηση και η ορμονική ρύθμιση, αποσταθεροποιείται, οδηγώντας σε απώλεια ελέγχου της κυτταρικής λειτουργίας και της σωματικής συνοχής (Guyton & Hall, 2021). Η διατάραξη αυτή δεν αφορά μόνο μεμονωμένες βιολογικές διεργασίες, αλλά επηρεάζει το σύνολο του οργανισμού ως δυναμικού συστήματος.

Η έννοια της ομοιόστασης, όπως διατυπώθηκε από τον Cannon (1932), προσφέρει ένα κρίσιμο θεωρητικό πλαίσιο για την κατανόηση της νόσου όχι ως στατικού γεγονότος, αλλά ως διαδικασίας απορρύθμισης και αναζήτησης νέας ισορροπίας. Στο πλαίσιο του καρκίνου, η βιολογική αυτή απορρύθμιση αποτελεί το υπόστρωμα πάνω στο οποίο εγγράφονται οι βιωματικές, ψυχολογικές και σχεσιακές επιπτώσεις της νόσου. Ιδιαίτερα στις γυναίκες, όταν η νόσος προσβάλλει όργανα με έντονο συμβολικό φορτίο, οι βιοϊατρικές μεταβολές αποκτούν υπαρξιακή και ψυχοκοινωνική σημασία, γεγονός που

καθιστά αναγκαία τη σύνδεση της βιοϊατρικής γνώσης με τη βιωματική και συστημική κατανόηση του σώματος που νοσεί.

Η σύγχρονη έρευνα αναδεικνύει ότι οι βιοϊατρικές μεταβολές που συνοδεύουν τον καρκίνο του μαστού και τους γυναικολογικούς καρκίνους δεν περιορίζονται στις σωματικές λειτουργίες, αλλά επηρεάζουν ουσιαστικά τη βιωματική σχέση της γυναίκας με το σώμα της. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως η χειρουργική αντιμετώπιση και οι συστηματικές θεραπείες, μεταβάλλουν την αίσθηση σωματικής ακεραιότητας και την καθημερινή εμπειρία του σώματος, οδηγώντας σε αναδιαμόρφωση της σωματικής ταυτότητας (Mateu et al., 2025; Cernikova et al., 2024).

Οι μεταβολές αυτές συχνά βιώνονται ως απώλεια ελέγχου και προβλεψιμότητας, καθώς το σώμα παύει να λειτουργεί ως αυτονόητο μέσο δράσης και καθίσταται πεδίο συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης και παρέμβασης. Η μετατόπιση αυτή μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση αποστασιοποίησης από το σώμα και να επηρεάσει συνολικά την ψυχοσωματική εμπειρία της νόσου (Liu et al., 2022).

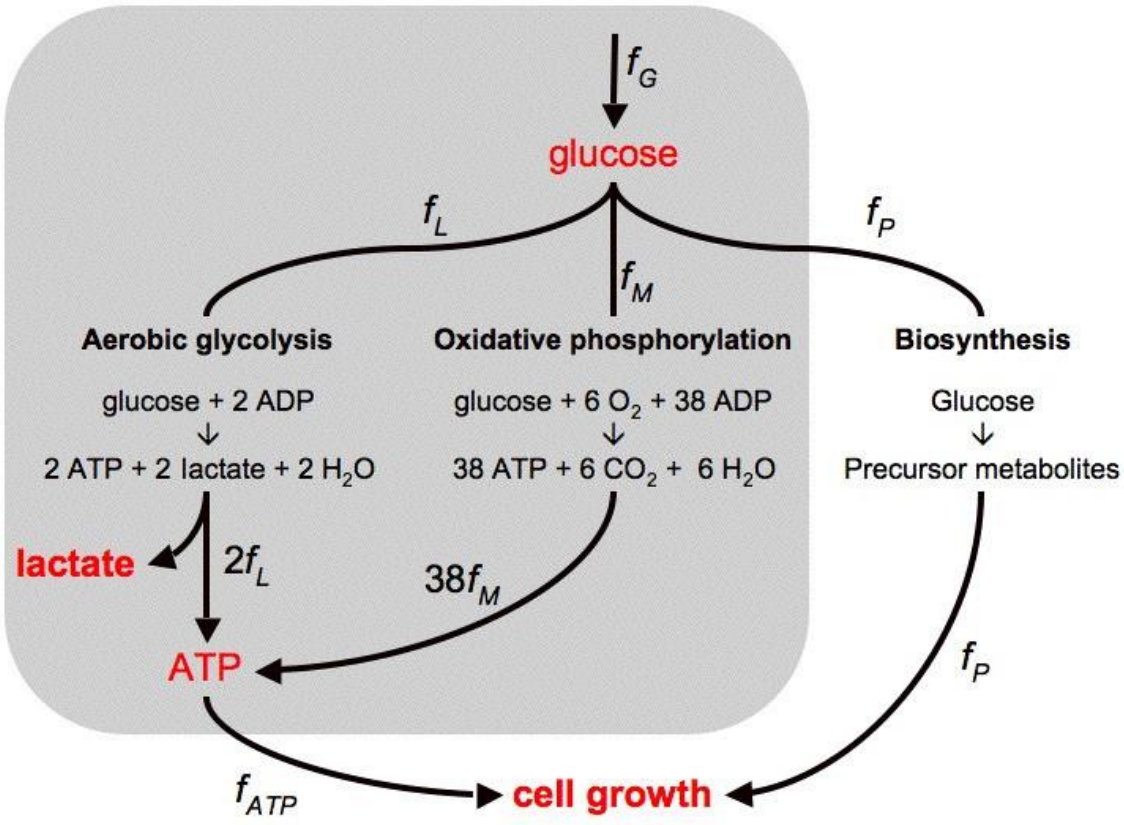
Πίνακας Όρων – Κεφάλαιο 1.1: Ο Καρκίνος ως Βιοϊατρική Διαδικασία

Όρος / Έννοια	**Επεξήγηση σε απλή γλώσσα**
Κυτταρικός κύκλος	Η φυσιολογική διαδικασία κατά την οποία ένα κύτταρο αναπτύσσεται, αντιγράφει το DNA του και διαιρείται.
Απόπτωση	Ο φυσικός θάνατος ενός κυττάρου, όταν δεν είναι πια χρήσιμο ή είναι βλαβερό.
Γενετική μετάλλαξη	Μόνιμη αλλαγή στο DNA ενός κυττάρου, που μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργία.
Επιγενετικές μεταβολές	Αλλαγές στον τρόπο που ενεργοποιούνται ή απενεργοποιούνται τα γονίδια, χωρίς να αλλάζει το DNA.

Αγγειογένεση	Η δημιουργία νέων αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν τον όγκο με οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά.
Μικροπεριβάλλον όγκου	Το άμεσο περιβάλλον ενός όγκου, με κύτταρα και δομές που επηρεάζουν την ανάπτυξή του.
IL-6, TNF-α	Φλεγμονώδεις ουσίες που ευνοούν την ανάπτυξη του καρκίνου.
Φαινόμενο Warburg	Όταν τα καρκινικά κύτταρα χρησιμοποιούν τη γλυκόζη με διαφορετικό τρόπο, ώστε να παράγουν ενέργεια ακόμη και παρουσία οξυγόνου.
Μεθυλίωση DNA	Επιγενετική τροποποίηση κατά την οποία προστίθενται μεθυλομάδες στο DNA, επηρεάζοντας τη γονιδιακή έκφραση, συνήθως μέσω καταστολής συγκεκριμένων γονιδίων.
Ιστονικά πρωτεϊνικά σύμπλοκα	Πρωτεΐνες γύρω από τις οποίες οργανώνεται το DNA και οι οποίες επηρεάζουν το ποια γονίδια είναι ενεργά ή ανενεργά.
Γενετική ετερογένεια όγκου	Η παρουσία πολλών διαφορετικών κυττάρων με διαφορετικά χαρακτηριστικά μέσα στον ίδιο όγκο.
Βιοδείκτες (Biomarkers)	Βιολογικά στοιχεία που βοηθούν στη διάγνωση ή την παρακολούθηση της νόσου.
Κλωνική εξέλιξη	Η θεωρία ότι ο καρκίνος προκύπτει από συνεχείς γενετικές αλλαγές που ευνοούν την επιβίωση συγκεκριμένων κυττάρων.

Εξατομικευμένη θεραπεία	Θεραπεία προσαρμοσμένη στα μοναδικά χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς ή κάθε όγκου.
Ομοιόσταση	Η ισορροπία και σταθερότητα που χρειάζεται το σώμα για να λειτουργεί σωστά.

Η μεταβολική αυτή ιδιαιτερότητα, γνωστή ως φαινόμενο Warburg, αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό της ογκογένεσης. Αντίθετα με τα φυσιολογικά διαφοροποιημένα κύτταρα που βασίζονται στην οξειδωτική φωσφορυλίωση των μιτοχονδρίων, τα καρκινικά κύτταρα επαναπρογραμματίζουν τον μεταβολισμό τους προτιμώντας την αερόβια γλυκόλυση για την ταχεία παραγωγή ενέργειας και βιομάζας, όπως οπτικοποιείται σχηματικά στο παρακάτω Σχήμα.



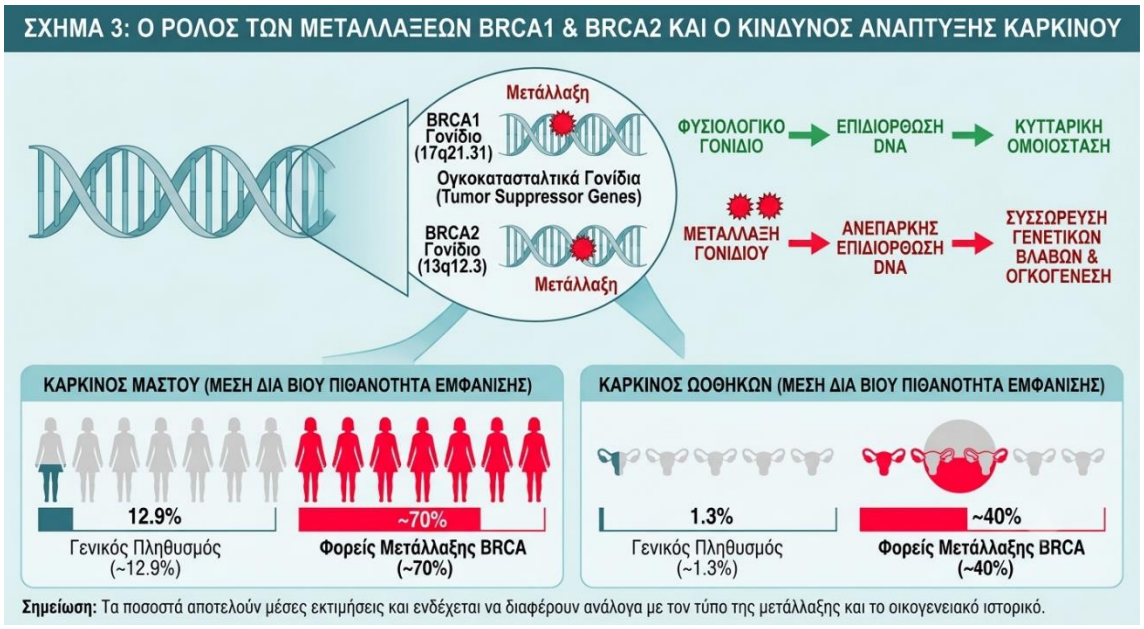
Μεταβολικές οδοί παραγωγής ενέργειας στα καρκινικά κύτταρα. Το φαινόμενο Warburg περιγράφει την αυξημένη χρήση της αερόβιας γλυκόλυσης έναντι της οξειδωτικής φωσφορυλίωσης για την παραγωγή ενέργειας και τη στήριξη της κυτταρικής ανάπτυξης

1.1.1 Οι βιοδείκτες στον καρκίνο: ορισμός και ρόλος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization [WHO], 2022), οι βιοδείκτες (biomarkers) ορίζονται ως «αντικειμενικά μετρούμενοι δείκτες βιολογικών διεργασιών, παθολογικών καταστάσεων ή φαρμακολογικών αποκρίσεων σε θεραπευτικές παρεμβάσεις». Στην ογκολογία, οι βιοδείκτες διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στη διάγνωση, την πρόγνωση, την παρακολούθηση της πορείας της νόσου και τον σχεδιασμό εξατομικευμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Με βάση τη λειτουργία τους, οι βιοδείκτες διακρίνονται σε διαγνωστικούς, οι οποίοι συμβάλλουν στην πρώιμη ανίχνευση της νόσου, προγνωστικούς, οι οποίοι εκτιμούν την πιθανή εξέλιξη και την επιβίωση, καθώς και προβλεπτικούς (predictive), οι οποίοι καθοδηγούν τη θεραπευτική στρατηγική ανάλογα με τα μοριακά χαρακτηριστικά του όγκου (Ludwig & Weinstein, 2005).

Στους γυναικολογικούς καρκίνους, η αξιοποίηση συγκεκριμένων βιοδεικτών έχει βελτιώσει σημαντικά την κλινική λήψη αποφάσεων. Στον καρκίνο του μαστού, βιοδείκτες όπως οι ορμονικοί υποδοχείς ER και PR, η υπερέκφραση του HER2 και οι μεταλλάξεις των γονιδίων *BRCA1/BRCA2* χρησιμοποιούνται τόσο για την πρόγνωση όσο και για την επιλογή στοχευμένων θεραπειών. Οι μεταλλάξεις *BRCA* συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού και ωοθηκών, καθιστώντας τη γενετική ανάλυση κρίσιμο εργαλείο πρόληψης και θεραπευτικού σχεδιασμού (DeSantis et al., 2019).



Ο μηχανισμός δράσης των ογκοκατασταλτικών γονιδίων BRCA1/BRCA2 και η συγκριτική διά βίου πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού και των ωοθηκών μεταξύ του γενικού πληθυσμού και των φορέων μετάλλαξης. Πηγή: Προσαρμογή από διεθνή δεδομένα γενετικής της ογκολογίας και οδηγίες του National Cancer Institute (NCI)

Στον καρκίνο των ωοθηκών, οι βιοδείκτες CA-125 και HE4 χρησιμοποιούνται κυρίως στην κλινική πράξη για την παρακολούθηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία και την ανίχνευση υποτροπών, ενώ στον καρκίνο του ενδομητρίου, μοριακοί δείκτες όπως *PTEN, p53* και η μικροδορυφορική αστάθεια (MSI) συνδέονται με συγκεκριμένα προγνωστικά και θεραπευτικά μοτίβα (Bast et al., 2005; Dinh et al., 2021).

Η ενσωμάτωση των βιοδεικτών στην κλινική πρακτική έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη της εξατομικευμένης ιατρικής (personalized medicine), η οποία επιδιώκει την προσαρμογή της θεραπείας στα μοναδικά μοριακά χαρακτηριστικά κάθε όγκου και κάθε ασθενούς. Παράλληλα, νεότερες τεχνολογικές εξελίξεις, όπως οι υγρές βιοψίες (liquid biopsies) και η ανοσοθεραπεία, διευρύνουν συνεχώς τις δυνατότητες έγκαιρης διάγνωσης και δυναμικής παρακολούθησης της νόσου (Duffy et al.,2010;Murtaza et al., 2020;Cortes et al., 2022).

Πρόσφατες εξελίξεις στη μοριακή ογκολογία έχουν ενισχύσει περαιτέρω τον ρόλο των βιοδεικτών στη δυναμική παρακολούθηση της νόσου. Ιδιαίτερη σημασία αποκτούν οι υγρές βιοψίες (liquid biopsies), οι οποίες επιτρέπουν την ανίχνευση κυκλοφορούντος καρκινικού DNA (ctDNA) και άλλων μοριακών δεικτών μέσω μη επεμβατικών μεθόδων. Οι τεχνικές αυτές προσφέρουν τη δυνατότητα έγκαιρης

ανίχνευσης υποτροπών, αξιολόγησης της ανταπόκρισης στη θεραπεία και προσαρμογής της θεραπευτικής στρατηγικής σε πραγματικό χρόνο (Chang, 2020; Schiavone et al., 2025).

Παράλληλα, οι εξελίξεις στη μοριακή ταξινόμηση των γυναικολογικών καρκίνων, και ειδικότερα του καρκίνου του ενδομητρίου, έχουν καταστήσει δυνατή τη διάκριση μοριακών υποτύπων με διαφορετική βιολογική συμπεριφορά, πρόγνωση και θεραπευτικές ανάγκες. Η ενσωμάτωση δεικτών όπως οι μεταλλάξεις TP53, οι ανωμαλίες του μονοπατιού PI3K/PTEN και η μικροδορυφορική αστάθεια αντανακλά τη σταδιακή μετάβαση από την τυποποιημένη θεραπευτική προσέγγιση σε πιο εξατομικευμένα μοντέλα ογκολογικής φροντίδας (Corr et al., 2022; Nagel et al., 2024).

1.1.2 Ο γυναικείος καρκίνος ως βιοψυχοκοινωνικό γεγονός: σώμα, φύλο και σεξουαλικότητα

Ο όρος *γυναικείος καρκίνος* χρησιμοποιείται για να περιγράψει τύπους καρκίνου που προσβάλλουν όργανα άμεσα συνδεδεμένα με το γυναικείο σώμα και με τον τρόπο που μια γυναίκα αντιλαμβάνεται και βιώνει το φύλο της, τόσο σε βιολογικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Στις μορφές αυτές περιλαμβάνονται κυρίως ο καρκίνος του μαστού, της μήτρας, του τραχήλου της μήτρας, των ωοθηκών και του αιδοίου. Οι ασθένειες αυτές δεν επηρεάζουν μόνο τη σωματική υγεία, αλλά παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ψυχική ισορροπία, την αυτοεικόνα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη σεξουαλική ζωή της γυναίκας (World Health Organization, 2023; Ματζουράνη κ.ά., 2018).

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί τη συχνότερη μορφή γυναικείου καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο, με σημαντικό αριθμό νέων περιστατικών κάθε χρόνο. Αντίθετα, οι γυναικολογικοί καρκίνοι εμφανίζονται λιγότερο συχνά, ωστόσο συχνά συνοδεύονται από πιο έντονες ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις, καθώς επηρεάζουν όργανα που σχετίζονται άμεσα με τη γονιμότητα, τη σεξουαλική ζωή και τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βιώνει και νοηματοδοτεί τη θηλυκή της ταυτότητα (World Health Organization, 2023; Chang et al., 2022).

Για τη γυναίκα, η στιγμή της διάγνωσης ενός γυναικείου καρκίνου βιώνεται συχνά ως ένα ισχυρό ψυχικό σοκ. Συνοδεύεται από έντονο άγχος, φόβο για το μέλλον και την αίσθηση απώλειας ελέγχου τόσο πάνω στο σώμα όσο και στη ζωή συνολικά (Ματζουράνη κ.ά., 2018). Πολλές γυναίκες περιγράφουν τη διάγνωση ως ένα καθοριστικό σημείο ρήξης, μετά το οποίο η καθημερινότητα, οι σχέσεις και η αυτοαντίληψή τους δεν είναι πλέον οι ίδιες. Ο καρκίνος δεν επηρεάζει μόνο τη σωματική

υγεία, αλλά αγγίζει βαθιά την ταυτότητα της γυναίκας, τον ρόλο της ως συντρόφου, μητέρας ή εργαζόμενης, καθώς και τη σχέση της με τη σεξουαλικότητα και την επιθυμία.

Οι αλλαγές αυτές δεν παραμένουν σε αφηρημένο ή γνωστικό επίπεδο, αλλά βιώνονται καθημερινά μέσα από το σώμα της γυναίκας. Το σώμα μετατρέπεται σε κεντρικό πεδίο εμπειρίας της ασθένειας, καθώς πάνω σε αυτό εγγράφονται οι ιατρικές παρεμβάσεις, οι σωματικές απώλειες, οι λειτουργικές μεταβολές και οι συναισθηματικές αντιδράσεις. Η εμπειρία του γυναικείου καρκίνου αναδεικνύει έτσι το σώμα ως σημείο συνάντησης της βιοϊατρικής πραγματικότητας με την ταυτότητα, το φύλο και τη σεξουαλικότητα (Frank, 2013; Ussher et al., 2012).

Η σεξουαλικότητα, σε αυτό το πλαίσιο, δεν αφορά αποκλειστικά τη σωματική λειτουργία, αλλά συνδέεται με την εικόνα σώματος, την επιθυμία, την οικειότητα και τη συναισθηματική σύνδεση με τον Άλλο. Οι σωματικές μεταβολές, ο πόνος, η κόπωση και οι αλλαγές στη θηλυκή αυτοαντίληψη συχνά επηρεάζουν τη σεξουαλική έκφραση και τη σχέση με τον σύντροφο, εντείνοντας συναισθήματα ντροπής, φόβου απόρριψης ή απόσυρσης (Ussher et al., 2012; Chang et al., 2022). Ωστόσο, η εμπειρία αυτή δεν είναι ομοιόμορφη και σε αρκετές περιπτώσεις ανοίγει τον δρόμο για νέους τρόπους εγγύτητας και επαναπροσδιορισμού της σεξουαλικότητας μέσα από την επικοινωνία και τη συναισθηματική ασφάλεια.

Σύγχρονες μελέτες αναδεικνύουν ότι οι σεξουαλικές δυσκολίες μετά τον καρκίνο του μαστού ή τους γυναικολογικούς καρκίνους συνδέονται στενά με την εικόνα σώματος, τη σωματική κόπωση και τις συναισθηματικές μεταβολές. Οι γυναίκες συχνά βιώνουν μειωμένη σεξουαλική επιθυμία και αίσθηση ελκυστικότητας, γεγονός που επηρεάζει τη σχέση με τον σύντροφο και την αίσθηση οικειότητας (Franzoi et al., 2024).

Ωστόσο, αναδεικνύεται ολοένα και περισσότερο η σημασία μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων, όπως η ψυχοεκπαίδευση και οι παρεμβάσεις επικοινωνίας στο ζευγάρι, οι οποίες μπορούν να ενισχύσουν τη σεξουαλική ευεξία και να υποστηρίξουν τον επαναπροσδιορισμό της σεξουαλικότητας μετά την ασθένεια (Kennedy et al., 2024; Liu et al., 2025)

Η προσέγγιση του γυναικείου καρκίνου ως βιοψυχοκοινωνικού γεγονότος καθιστά σαφές ότι η νόσος δεν μπορεί να κατανοηθεί αποκλειστικά μέσα από τη βιοϊατρική της διάσταση. Το σώμα της γυναίκας λειτουργεί ως κόμβος όπου συναντώνται η ασθένεια, το φύλο, η ταυτότητα και οι σχέσεις, δημιουργώντας ένα σύνθετο πλέγμα βιωμάτων και νοημάτων. Για τον λόγο αυτό, στη συνέχεια δίνεται έμφαση στο πώς το

σώμα της γυναίκας επηρεάζεται και αποκτά νέο νόημα μετά την εμπειρία του γυναικείου καρκίνου, αναδεικνύοντας την ενσώματη, βιωματική και συμβολική του διάσταση.

1.2 Το σώμα της γυναίκας ως βίωμα: Ενσώματη εμπειρία, εικόνα σώματος και συμβολισμοί της θηλυκότητας στον καρκίνο

Η εμπειρία του καρκίνου, ιδίως όταν αφορά γυναικολογικούς καρκίνους ή τον καρκίνο του μαστού, δεν περιορίζεται μόνο σε μια βιολογική πραγματικότητα, αλλά επεκτείνεται σε όλα τα επίπεδα του εαυτού στο σώμα, στη σχέση με τον εαυτό και τους άλλους, στην ταυτότητα και στο νόημα που αποδίδεται στην ασθένεια. Η ασθένεια επηρεάζει το σώμα όχι απλώς ως υλικό οργανισμό, αλλά ως πεδίο εμπειρίας και συμβολισμού**.** Στην παρούσα ενότητα, το ενδιαφέρον μετατοπίζεται από τη βιολογική περιγραφή της νόσου στη βιωματική και νοηματοδοτική εμπειρία του σώματος που νοσεί.

Σύμφωνα με τον Drew Leder (1990), στην καθημερινότητα, το σώμα λειτουργεί «διαφανώς», δηλαδή περνά απαρατήρητο όσο λειτουργεί φυσιολογικά. Ωστόσο, στην ασθένεια, και ιδιαίτερα στον καρκίνο, το σώμα «παρουσιάζεται» απότομα και δραματικά, απαιτώντας την προσοχή του ατόμου. Το άτομο καθίσταται και πάλι «ενσώματο», αναγκασμένο να αντιμετωπίσει το σώμα ως πεδίο πόνου, αδυναμίας και αλλαγής. Η επανεμφάνιση του σώματος στη συνείδηση, ωστόσο, δεν είναι ουδέτερη διαδικασία, καθώς το σώμα των γυναικών φέρει ήδη κοινωνικές και πολιτισμικές εγγραφές.

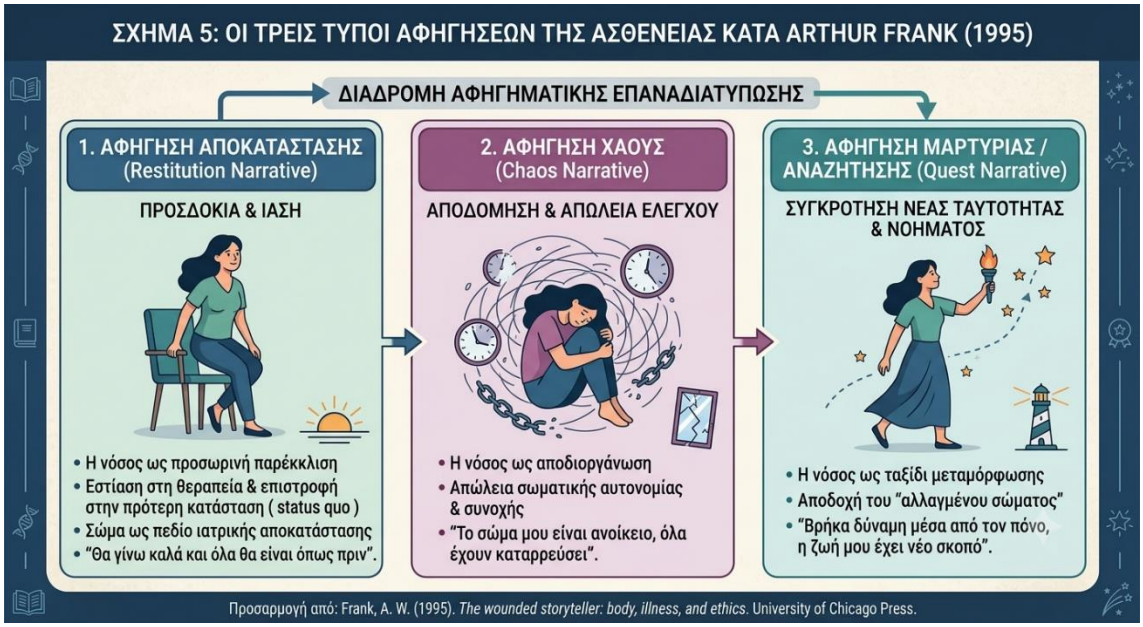
Η Susan Bordo (1993) επισημαίνει ότι το σώμα των γυναικών δεν είναι ποτέ απλώς βιολογικό, είναι ένα πολιτισμικά κατασκευασμένο σώμα, φορτισμένο με κοινωνικές προσδοκίες και ιδεώδη θηλυκότητας. Όταν η ασθένεια πλήττει όργανα όπως ο μαστός ή η μήτρα, σύμβολα μητρότητας, θηλυκότητας και σεξουαλικότητας, η απώλεια ή η μεταμόρφωσή τους βιώνεται ως πλήγμα στην ταυτότητα.

Η εικόνα σώματος διαταράσσεται βαθιά. Όπως αναφέρει η Kathy Charmaz (1995), η χρόνια ασθένεια μεταμορφώνει το «εγώ» μέσα από τη διάβρωση της σωματικής αυτονομίας. Οι γυναίκες συχνά περιγράφουν ότι δεν αναγνωρίζουν το σώμα τους μετά τη θεραπεία όχι μόνο εξαιτίας των ουλών ή της απώλειας μαλλιών, αλλά λόγω της αίσθησης ανοικειότητας που προκαλεί το νέο αυτό σώμα. Η απώλεια της σωματικής οικειότητας δεν εκδηλώνεται μόνο ως αλλοίωση της εικόνας σώματος, αλλά συχνά συνοδεύεται από σωματικό πόνο, ο οποίος δυσχεραίνει τη λεκτική και συναισθηματική επεξεργασία της εμπειρίας της ασθένειας.

Η Elaine Scarry (1985), στο έργο της *The Body in Pain*, αναλύει πώς ο σωματικός πόνος αποδομεί τη γλώσσα και την υποκειμενικότητα. Ο πόνος μπορεί να απομονώσει

το άτομο, δυσχεραίνοντας την επικοινωνία τόσο με τους άλλους όσο και με τον ίδιο του τον εαυτό. Μέσα σε αυτή την απομόνωση, η γυναίκα με καρκίνο καλείται να αναδομήσει μια νέα αφήγηση για το σώμα της.

Ο Arthur Frank (1995) υποστηρίζει ότι η εμπειρία της ασθένειας αναγκάζει το άτομο να επαναδιατυπώσει τη ζωή του μέσα από νέες αφηγηματικές μορφές. Η πορεία αυτή μπορεί να ξεκινήσει από την «αφήγηση αποκατάστασης» (restitution narrative), όπου κυριαρχεί η προσδοκία επιστροφής στην προηγούμενη κατάσταση υγείας, να συνεχιστεί με την «αφήγηση χάους» (chaos narrative), όταν η νόσος αποδομεί κάθε αίσθηση συνέχειας και ελέγχου, και να καταλήξει στην «αφήγηση μαρτυρίας» ή αναζήτησης (quest narrative), μέσα από την οποία η εμπειρία της ασθένειας αποκτά νόημα μέσω της κοινοποίησής της και τη συγκρότηση μιας νέας ταυτότητας. όπως οπτικοποιείται ανάλογα με τα στάδια βίωσης της νόσου στο Σχήμα 5.



Σχήμα 5: Οι τρεις τύποι αφηγήσεων της ασθένειας (Illness Narratives) κατά τον Arthur Frank (1995): Από την προσδοκία της ίασης (Restitution) και τη βίωση της αποδόμησης (Chaos), στην εύρεση νέου υπαρξιακού νοήματος και τη συγκρότηση νέας ταυτότητας (Quest).

Από τη σκοπιά της φεμινιστικής θεωρίας, η Sandra Bartky (1990) υπογραμμίζει πώς το γυναικείο σώμα, ήδη υπό διαρκή επιτήρηση, γίνεται ακόμη περισσότερο αντικείμενο ελέγχου και παθολογικοποίησης όταν νοσεί. Υπό το πρίσμα του καρκίνου, η θηλυκότητα επαναπροσδιορίζεται σε συνθήκες αυξημένου κοινωνικού και ιατρικού ελέγχου, συχνά υπό το βάρος της απώλειας ή της ντροπής.

Η συστημική προσέγγιση προσθέτει ένα ακόμη επίπεδο, το σώμα της γυναίκας δεν ανήκει μόνο σε εκείνη είναι ενταγμένο στο οικογενειακό και κοινωνικό δίκτυο. Η νόσος τροποποιεί τους ρόλους, τις σχέσεις, τη δυναμική της φροντίδας. Η θεραπεία, οι αποφάσεις, οι αντιδράσεις των άλλων ενσωματώνονται στην προσωπική εμπειρία του σώματος. Οι McDaniel, Hepworth και Doherty (1992) τονίζουν ότι το σώμα νοσεί μέσα στο σύστημα δεν είναι μόνο ο βιολογικός οργανισμός που πλήττεται, αλλά και οι σχέσεις που τον περιβάλλουν.

Τέλος, η εμπειρία της ασθένειας συχνά φέρει διαγενεακές αναφορές. Ιδίως στις γυναίκες με μεταλλάξεις BRCA, οι οποίες προχωρούν σε προληπτικές επεμβάσεις, αναδύεται η αίσθηση ενός μοιρασμένου τραύματος με τη μητέρα ή τη γιαγιά, καθώς η κληρονομικότητα της μετάλλαξης φέρει ένα βαρύ ιστορικό απώλειας και φόβου (Landsbergen et al., 2019). Έρευνες έχουν δείξει ότι η βιοϊατρική γνώση για τον γενετικό κίνδυνο δεν λειτουργεί μεμονωμένα, αλλά εντάσσεται σε μια συλλογική μνήμη που επηρεάζει την ταυτότητα και τις αποφάσεις των γυναικών (d'Agincourt-Canning, 2001; Hesse-Biber, 2014). Με αυτόν τον τρόπο, η νόσος εγγράφεται στο σώμα όχι μόνο ως ατομική εμπειρία, αλλά και ως φορέας οικογενειακής μνήμης και προσδοκίας, όπου το προσωπικό τραύμα αναμειγνύεται με διαγενεακές αφηγήσεις και συμβολισμούς (Kenen, Ardern-Jones & Eeles, 2003).

Η ενσώματη εμπειρία του καρκίνου δεν είναι ποτέ ουδέτερη, καθώς μεταφέρει βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και συμβολικές συνδηλώσεις (Leder, 1990; Frank, 1995). Η κατανόησή της αποτελεί αναγκαία βάση για τη συστημική προσέγγιση που ακολουθεί, δεδομένου ότι το σώμα της γυναίκας νοσεί και νοηματοδοτείται πάντοτε μέσα στο πλέγμα των σχέσεων, των οικογενειακών δυναμικών και των κοινωνικών πλαισίων (Charmaz, 1995; McDaniel et al., 1992).

Πρόσφατες ποιοτικές μελέτες μας δείχνουν ότι η εικόνα σώματος των γυναικών με καρκίνο μεταβάλλεται δυναμικά κατά τη διάρκεια των διαφορετικών σταδίων της νόσου. Οι γυναίκες περιγράφουν το σώμα τους ως «αλλαγμένο» και «μη αναγνωρίσιμο», ενώ η εμπειρία της ασθένειας εγγράφεται βαθιά στη σωματική μνήμη, επηρεάζοντας τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η καθημερινότητα και η προσωπική ταυτότητα (Mateu et al., 2025).

Ιδιαίτερα μετά από μαστεκτομή, η απώλεια ή η αλλοίωση του μαστού βιώνεται όχι μόνο ως σωματική απώλεια, αλλά και ως πλήγμα στη θηλυκή αυτοαντίληψη και στη σχέση με τον εαυτό. Οι γυναίκες συχνά αναφέρουν αίσθηση αποξένωσης από το σώμα

τους, καθώς και δυσκολία στην αποδοχή της νέας σωματικής εικόνας, γεγονός που επηρεάζει την αυτοεκτίμηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Wulandari et al., 2023).

Η διεθνής βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι οι διαταραχές της εικόνας του σώματος δεν αποτελούν απλώς συνοδό φαινόμενο της νόσου, αλλά συνδέονται άμεσα με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία και μειωμένη ποιότητα ζωής. Η αντίληψη του σώματος αναδεικνύεται έτσι ως βασικός άξονας ψυχοκοινωνικής προσαρμογής στη βιωμένη εμπειρία του καρκίνου (Yao et al., 2024; Liu et al., 2022).

Νεότερες ποσοτικές και ποιοτικές μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η εικόνα σώματος δεν αποτελεί στατικό χαρακτηριστικό, αλλά μεταβάλλεται δυναμικά κατά τη διάρκεια της νόσου και της θεραπείας. Οι γυναίκες περιγράφουν μια συνεχή διαδικασία διαπραγμάτευσης με το «αλλαγμένο σώμα», όπου συνυπάρχουν αισθήματα απώλειας, αποξένωσης αλλά και σταδιακής επανοικειοποίησης (Battistello et al., 2025).

Επιπλέον, παρεμβάσεις που εστιάζουν στο σώμα, όπως η σωματική άσκηση, έχουν συσχετιστεί με βελτίωση της εικόνας σώματος, της αυτοεκτίμησης και της ποιότητας ζωής, υπογραμμίζοντας ότι η ενσώματη εμπειρία μπορεί να λειτουργήσει όχι μόνο ως πεδίο τραύματος αλλά και ως πεδίο αποκατάστασης και ενδυνάμωσης (Chan et al., 2023; Casuso-Holgado et al., 2024).

1.2.1 Η έννοια της ενσώματης εμπειρίας (embodiment)

Ο όρος *ενσώματη εμπειρία* (embodiment) αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν το σώμα τους όχι ως αντικείμενο, αλλά ως μέσο μέσω του οποίου το άτομο αντιλαμβάνεται, αισθάνεται και νοηματοδοτεί τον κόσμο**.** (Merleau-Ponty, 1962; Csordas, 1990). Το σώμα δεν αποτελεί απλώς ένα βιολογικό περίβλημα ή εργαλείο λειτουργικότητας, αλλά τον πρωταρχικό τόπο μέσα από τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται, νοηματοδοτεί και σχετίζεται με τον κόσμο (Leder, 1990). Με αυτή την έννοια, το σώμα δεν είναι κάτι που «έχουμε», αλλά κάτι που «είμαστε» (Merleau-Ponty, 1962).

Σύμφωνα με τον Drew Leder (1990), στην καθημερινή εμπειρία το σώμα βρίσκεται σε μια κατάσταση *φαινομενολογικής απουσίας* (phenomenological absence), καθώς λειτουργεί αθόρυβα και απαρατήρητα όσο ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της ζωής. Ωστόσο, όταν εμφανιστεί ο πόνος, η ασθένεια ή η σωματική δυσλειτουργία, το σώμα «επανεμφανίζεται» απότομα στη συνείδηση. Καθίσταται αντικείμενο προσοχής,

ελέγχου και ιατρικής παρακολούθησης, μεταβάλλοντας ριζικά τη σχέση του ατόμου με τον εαυτό του.

Η Elaine Scarry (1985) επισημαίνει ότι ο σωματικός πόνος έχει την ικανότητα να «ακυρώνει» τη γλώσσα και να αποδομεί την υποκειμενικότητα, καθιστώντας δύσκολη την έκφραση της εμπειρίας με λόγια. Ο πόνος απομονώνει το άτομο, διαταράσσει τη συνέχεια της εμπειρίας και περιορίζει την επικοινωνία τόσο με τους άλλους όσο και με τον ίδιο τον εαυτό. Στο πλαίσιο αυτό, ο καρκίνος δεν συνιστά απλώς μια βιοϊατρική διάγνωση, αλλά μια εμπειρία που μεταβάλλει ριζικά την ενσώματη ύπαρξη.

Στην εμπειρία του καρκίνου, η ενσώματη ύπαρξη μετασχηματίζεται ουσιαστικά, καθώς το σώμα παύει να αποτελεί αυτονόητο φορέα δράσης και γίνεται συνεχές σημείο ελέγχου, παρακολούθησης και ιατρικής παρέμβασης. Οι επαναλαμβανόμενες εξετάσεις, οι θεραπείες και οι σωματικές παρενέργειες επανακαθορίζουν τη σχέση της γυναίκας με το σώμα της, το οποίο βιώνεται συχνά ως απρόβλεπτο ή «ξένο». Η ενσώματη εμπειρία του καρκίνου δεν αφορά μόνο τον πόνο, αλλά και την απώλεια εμπιστοσύνης προς το ίδιο το σώμα, καθώς και την ανάγκη επαναδιαπραγμάτευσης της σχέσης μαζί του (Leder, 1990;Frank, 1995).

1.2.2 Η εικόνα του σώματος στον καρκίνο

Η έννοια της εικόνας σώματος περιλαμβάνει τις αντιλήψεις, τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις στάσεις που διαμορφώνει το άτομο απέναντι στο σώμα του. Δεν αφορά αποκλειστικά την εξωτερική εμφάνιση, αλλά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο βιώνει τη σωματική του παρουσία και την ενσωματώνει στην ταυτότητά του. Στην εμπειρία του καρκίνου, η εικόνα σώματος συχνά διαταράσσεται βαθιά, καθώς οι σωματικές αλλαγές που προκαλούνται από τη νόσο και τις θεραπείες επηρεάζουν τη συνοχή της αυτοεικόνας.

Η Susan Bordo (1993) υπογραμμίζει ότι το γυναικείο σώμα δεν είναι ποτέ ουδέτερο ή αμιγώς βιολογικό, αλλά αποτελεί προϊόν πολιτισμικών κατασκευών και κοινωνικών προσδοκιών. Ιδεώδη ομορφιάς, νεότητας, γονιμότητας και σεξουαλικής διαθεσιμότητας εγγράφονται πάνω στο σώμα των γυναικών, δημιουργώντας πιέσεις συμμόρφωσης σε συγκεκριμένα πρότυπα. Όταν η ασθένεια πλήττει όργανα όπως ο μαστός ή η μήτρα, φορείς ισχυρού συμβολικού φορτίου, η απώλεια ή η αλλοίωσή τους βιώνεται συχνά ως πλήγμα όχι μόνο στη σωματική ακεραιότητα, αλλά και στη θηλυκή ταυτότητα.

Η Sandra Bartky (1990) αναλύει τους μηχανισμούς μέσα από τους οποίους το γυναικείο σώμα τίθεται υπό διαρκή κοινωνική επιτήρηση και έλεγχο, οδηγώντας τις

γυναίκες να εσωτερικεύουν το βλέμμα των άλλων. Στο πλαίσιο του καρκίνου, η θηλυκότητα επαναπροσδιορίζεται υπό συνθήκες αυξημένου κοινωνικού και ιατρικού ελέγχου, συχνά συνοδευόμενη από αισθήματα απώλειας, ντροπής ή αποξένωσης. Το σώμα παύει να αποτελεί πηγή αυτονόητης ταυτότητας και γίνεται πεδίο αμφισβήτησης και αναστοχασμού.

Οι μεταβολές στην εικόνα σώματος επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση, τη σεξουαλικότητα και τη διαπροσωπική σύνδεση. Η γυναίκα μπορεί να αποσύρεται κοινωνικά ή ερωτικά, να αποφεύγει την έκθεση του σώματός της και να βιώνει δυσκολία στην αποδοχή της νέας σωματικής πραγματικότητας. Η εικόνα σώματος, επομένως, δεν συνιστά στατικό χαρακτηριστικό, αλλά μια δυναμική διεργασία που επαναδιαπραγματεύεται καθ' όλη τη διάρκεια της ασθένειας και της θεραπείας, σε άμεση συνάρτηση με τις κοινωνικές προσδοκίες και τις προσωπικές αφηγήσεις (Bordo, 1993; Bartky, 1990).

1.2.3 Η βιωματική εμπειρία της ασθένειας και η ταυτότητα του σώματος

Πέρα από τις άμεσες σωματικές και αισθητηριακές μεταβολές που επιφέρει ο καρκίνος, η ασθένεια εγγράφεται βαθιά στη βιογραφία του ατόμου, διαταράσσοντας τη συνέχεια της ζωής και την αίσθηση προσωπικής ταυτότητας. Το σώμα που νοσεί δεν αποτελεί μόνο πεδίο ενσώματης εμπειρίας ή κοινωνικού συμβολισμού, αλλά μετατρέπεται σε σημείο καμπής, μέσα από το οποίο το άτομο καλείται να επαναπροσδιορίσει το ποιος είναι, πώς σχετίζεται με τους άλλους και πώς νοηματοδοτεί την ίδια του την ύπαρξη.

Η Kathy Charmaz (1991), μέσα από τη θεωρία της για τη χρόνια ασθένεια, περιγράφει πώς η νόσος μπορεί να οδηγήσει σε «διάβρωση του εαυτού» (loss of self), καθώς το σώμα παύει να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες λειτουργικότητας και αυτονομίας. Το σώμα βιώνεται συχνά ως «προδοτικό», αποδιοργανώνοντας τη βεβαιότητα της καθημερινότητας και τη συνέχεια του βίου. Η εμπειρία αυτή δεν περιορίζεται στη σωματική δυσφορία, αλλά επεκτείνεται σε βαθιές υπαρξιακές αμφισβητήσεις, που αφορούν τον ρόλο, την αξία και τη θέση του ατόμου στον κόσμο.

Ο Arthur Frank (1995) προσεγγίζει την ασθένεια ως αφηγηματικό γεγονός και διακρίνει τρεις βασικές μορφές αφήγησης, την αφήγηση της αποκατάστασης

(restitution narrative) όπου κυριαρχεί η προσδοκία επιστροφής στην προηγούμενη κατάσταση υγείας, την αφήγηση του χάους (chaos narrative), κατά την οποία η εμπειρία της νόσου βιώνεται ως αποδιοργανωτική και χωρίς νόημα και την αφήγηση της μαρτυρίας ή αναζήτησης (quest narrative), μέσα από την οποία το άτομο επιχειρεί να προσδώσει νόημα στην εμπειρία της ασθένειας και να ενσωματώσει τη δοκιμασία στη βιογραφία του.

Στην εμπειρία του καρκίνου, πολλές γυναίκες κινούνται ανάμεσα σε αυτές τις αφηγηματικές μορφές, συχνά με μη γραμμικό τρόπο. Η διάγνωση, οι θεραπείες και οι σωματικές απώλειες μπορεί να προκαλέσουν φάσεις χάους και απώλειας ελέγχου, ενώ παράλληλα αναδύεται η ανάγκη αφήγησης της εμπειρίας ως μέσο κατανόησης και ψυχικής επεξεργασίας. Η γυναίκα δεν παραμένει παθητικό υποκείμενο της νόσου, αλλά δύναται να αναδειχθεί ως αφηγήτρια της εμπειρίας της, διεκδικώντας χώρο για τη φωνή, το βίωμα και την προσωπική της αλήθεια.

Η βιωματική διάσταση της ασθένειας αποκτά ιδιαίτερη ένταση όταν ο καρκίνος προσβάλλει όργανα με ισχυρό συμβολικό και πολιτισμικό φορτίο, όπως ο μαστός ή η μήτρα. Η απώλεια αυτών των οργάνων δεν βιώνεται μόνο ως βιολογική μεταβολή, αλλά ως ρήξη στη γυναικεία ταυτότητα, επηρεάζοντας την αίσθηση θηλυκότητας, γονιμότητας και σεξουαλικότητας. Η ανασυγκρότηση της ταυτότητας περνά μέσα από τη διαπραγμάτευση αυτών των απωλειών και τη σταδιακή επανεγγραφή του σώματος και του εαυτού σε ένα νέο αφηγηματικό πλαίσιο.

Η αφήγηση της ασθένειας, επομένως, λειτουργεί όχι μόνο ως μέσο επικοινωνίας, αλλά και ως θεραπευτικός μηχανισμός, μέσω του οποίου το άτομο προσπαθεί να αποκαταστήσει τη συνοχή της εμπειρίας και να επανασυνδέσει το παρόν με το παρελθόν και το μέλλον. Η βιωματική διάσταση του καρκίνου δεν εξαντλείται στη σωματική δοκιμασία, αλλά συνιστά μια διαδικασία υπαρξιακού μετασχηματισμού, κατά την οποία το σώμα και η ταυτότητα επαναδιαπραγματεύονται μέσα από το βίωμα, τη σχέση και την αφήγηση.

1.2.4 Το σώμα στην ψυχοθεραπευτική και συστημική ματιά

Η συστημική προσέγγιση αντιλαμβάνεται το σώμα όχι ως απομονωμένο βιολογικό οργανισμό, αλλά ως αναπόσπαστο μέρος ενός πλέγματος σχέσεων, αλληλεπιδράσεων και νοημάτων. Το σώμα που νοσεί εντάσσεται στο οικογενειακό και κοινωνικό σύστημα και συχνά λειτουργεί ως φορέας επικοινωνίας, εκφράζοντας εντάσεις, μεταβολές ρόλων και συναισθηματικές διεργασίες που δεν μπορούν να αρθρωθούν λεκτικά (McDaniel,

Hepworth & Doherty, 2013). Στο πλαίσιο αυτό, η ασθένεια δεν νοείται μόνο ως ατομικό γεγονός, αλλά ως εμπειρία που αφορά ολόκληρο το σύστημα (Rolland, 2006).

Στη συστημική ψυχοθεραπεία, το σώμα μπορεί να προσεγγιστεί ως «φορέας μηνύματος», μέσα από τον οποίο το σύστημα επιχειρεί να διατηρήσει ή να επαναδιαπραγματευτεί την ισορροπία του. Η εμφάνιση της νόσου ενδέχεται να αναδιατάξει τις οικογενειακές σχέσεις, να τροποποιήσει ρόλους φροντίδας και εξάρτησης και να επανακαθορίσει τη θέση του ατόμου μέσα στο σύστημα (Minuchin, Rosman & Baker, 1978; Rolland, 2006). Η προσοχή του θεραπευτή δεν εστιάζει μόνο στα συμπτώματα, αλλά και στον τρόπο με τον οποίο αυτά νοηματοδοτούνται από τα μέλη του συστήματος και ενσωματώνονται στη συλλογική αφήγηση της οικογένειας (White & Epston, 1990).

Ο διάλογος γύρω από το σώμα στο θεραπευτικό πλαίσιο δεν περιορίζεται στην ανακούφιση του πόνου ή της δυσλειτουργίας, αλλά συνιστά ευκαιρία αναστοχασμού και μετασχηματισμού. Μέσα από τη θεραπευτική σχέση, το σώμα μπορεί να επανανοηματοδοτηθεί όχι αποκλειστικά ως πηγή απώλειας ή περιορισμού, αλλά και ως πεδίο ανθεκτικότητας, προσαρμογής και προσωπικής δύναμης (Frank, 1995; Walsh, 2016). Η συστημική ματιά επιτρέπει τη σταδιακή επανασύνδεση της γυναίκας με το σώμα της, όχι μόνο σε ατομικό επίπεδο, αλλά και μέσα στις σχέσεις που τη στηρίζουν ή την επιβαρύνουν (McGoldrick, Carter & Garcia-Preto, 2016).

Η κατανόηση του σώματος ως φορέα νοήματος και σχέσης προετοιμάζει το έδαφος για την ανάπτυξη συστημικών παρεμβάσεων που λαμβάνουν υπόψη τόσο τη βιολογική πραγματικότητα της ασθένειας όσο και τη βιωματική και σχεσιακή της διάσταση. Με τον τρόπο αυτό, το σώμα εντάσσεται ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία, όχι ως παθητικό πεδίο συμπτωμάτων, αλλά ως δυναμικό στοιχείο θεραπευτικού μετασχηματισμού (Rolland, 2006;McDaniel et al., 2013).

1.2.5 Το σώμα ως φορέας συλλογικής μνήμης και διαγενεακής εμπειρίας

Η ενσώματη εμπειρία της ασθένειας δεν περιορίζεται στο «εδώ και τώρα» του ατόμου. Ιδίως στον καρκίνο, όπου συχνά συνυπάρχει κληρονομικότητα ή ισχυρό οικογενειακό ιστορικό, το σώμα μετατρέπεται σε φορέα μιας μνήμης που υπερβαίνει τη βιολογική διάσταση και αγγίζει τη συλλογική και διαγενεακή εμπειρία. Η γυναίκα δεν φέρει μόνο τη δική της αγωνία απέναντι στη νόσο, αλλά και το αποτύπωμα

προηγούμενων γενεών, μητέρων, γιαγιάδων και συγγενών, των οποίων οι εμπειρίες ασθένειας, απώλειας και φροντίδας εγγράφονται στο οικογενειακό αφήγημα (Rolland, 2006; McGoldrick, Gerson & Petry, 2008).

Σε περιπτώσεις μεταλλάξεων των γονιδίων BRCA1 και BRCA2, πολλές γυναίκες προχωρούν σε προληπτικές επεμβάσεις, όπως μαστεκτομή ή ωοθηκεκτομή, βιώνοντας τη σωματική απώλεια όχι ως άμεση θεραπευτική ανάγκη, αλλά ως διαχείριση ενός αναμενόμενου κινδύνου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το σώμα φαίνεται να ενσωματώνει το αναμενόμενο τραύμα πριν από την κλινική εκδήλωση της νόσου, λειτουργώντας ως τόπος πρόληψης αλλά και συμβολικής αναμέτρησης με ένα απειλητικό οικογενειακό παρελθόν (Kenen et al., 2007; Landsbergen et al., 2019). Το σώμα μετατρέπεται έτσι σε αποθετήριο οικογενειακής μνήμης και σε πεδίο όπου η βιοϊατρική γνώση συναντά τον φόβο, την προσδοκία και την απώλεια.

Από τη σκοπιά της συστημικής θεωρίας, η έννοια των γενεογραμμάτων και των συναισθηματικών διεργασιών που διατρέχουν τις γενιές προσφέρει ένα χρήσιμο ερμηνευτικό πλαίσιο για την κατανόηση της ασθένειας ως διαγενεακού φαινομένου (Bowen, 1978). Η νόσος μπορεί να λειτουργήσει ως σύμπτωμα ενός ευρύτερου οικογενειακού αφηγήματος, μέσα στο οποίο μεταβιβάζονται άρρητα μηνύματα φόβου, ευαλωτότητας ή υποχρέωσης. Σε αυτό το πλαίσιο, έχουν περιγραφεί μορφές «διαγενεακής πιστότητας», όπου οι επιλογές μιας γυναίκας όπως η προληπτική χειρουργική παρέμβαση, βιώνονται ως τρόπος τιμής ή συνέχειας της εμπειρίας της μητέρας, ακόμη και όταν αυτές οι επιλογές συνοδεύονται από σημαντικό ψυχικό κόστος (Lerner & Buckelew, 2013).

Οι αφηγήσεις αυτές δεν μεταδίδονται πάντοτε μέσω ρητής μνήμης ή λεκτικής αφήγησης. Η Marianne Hirsch (2012), μέσα από την έννοια της *postmemory*, περιγράφει πώς τραυματικές εμπειρίες προηγούμενων γενεών βιώνονται από τα επόμενα μέλη της οικογένειας ως «δανεισμένες μνήμες», οι οποίες εγγράφονται στο σώμα και το συναίσθημα χωρίς να αποτελούν άμεσες προσωπικές αναμνήσεις. Στην περίπτωση του καρκίνου, η postmemory εκδηλώνεται μέσα από σιωπές, βλέμματα, φόβους, αλλά και μέσα από ιατρικές αποφάσεις και σωματικές παρεμβάσεις, καθιστώντας το σώμα τόπο συνάντησης προσωπικής και συλλογικής ιστορίας (d'Agincourt-Canning, 2001; Hesse-Biber, 2014).

Σε αυτό το πλαίσιο, η ψυχοθεραπευτική και συστημική προσέγγιση καλείται να αναγνωρίσει ότι το σώμα δεν αποτελεί μόνο το παρόν του ατόμου, αλλά και τον τόπο κατοίκησης του οικογενειακού παρελθόντος. Η επεξεργασία αυτών των ενσώματων και

διαγενεακών αφηγήσεων μπορεί να συμβάλει στην αποφόρτιση του φόβου, στην απονοηματοδότηση της κληρονομικής απειλής και στην ενίσχυση της αίσθησης αυτονόμησης της γυναίκας από το βάρος της οικογενειακής μνήμης (McDaniel, Hepworth & Doherty, 2013).

Η κατανόηση του σώματος ως φορέα συλλογικής μνήμης και διαγενεακής εμπειρίας ολοκληρώνει τη βιωματική προσέγγιση του καρκίνου και προετοιμάζει το έδαφος για τη συστημική ανάλυση που ακολουθεί. Η ασθένεια δεν αφορά αποκλειστικά το άτομο, αλλά εγγράφεται σε ένα ευρύτερο πλέγμα σχέσεων, ιστοριών και νοημάτων, καθιστώντας αναγκαία τη μελέτη και την παρέμβαση σε επίπεδο οικογενειακού και κοινωνικού συστήματος.

1.2.6 Το σώμα ως πεδίο ανθεκτικότητας και μετασχηματισμού

Παρά την έντονη σωματική και ψυχική δοκιμασία που συνεπάγεται η εμπειρία του καρκίνου, πολλές γυναίκες περιγράφουν τη νόσο όχι μόνο ως τραυματικό γεγονός, αλλά και ως αφετηρία βαθιών υπαρξιακών και ταυτοτικών μετασχηματισμών. Το σώμα, παρότι έχει υποστεί απώλειες, επεμβάσεις και λειτουργικές αλλαγές, μπορεί να επαναπροσεγγιστεί όχι με όρους επιστροφής στην προηγούμενη κατάσταση, αλλά ως φορέας μιας νέας, επανανοηματοδοτημένης ταυτότητας (Frank, 1995; Walsh, 2016).

Η έννοια της ψυχολογικής ανθεκτικότητας (*resilience*) δεν παραπέμπει στην απουσία πόνου, φόβου ή θλίψης, αλλά στην ικανότητα του ατόμου να επεξεργάζεται νοηματικά την απώλεια, να αντέχει τη ρήξη και να ανασυγκροτεί την αίσθηση του εαυτού μέσα από νέες αφηγήσεις ζωής (Walsh, 2016). Στο πλαίσιο αυτό, ο Arthur Frank (1995) περιγράφει την «αφήγηση μαρτυρίας» (*quest narrative*), μέσα από την οποία η εμπειρία της ασθένειας δεν αποσιωπάται ούτε ακυρώνεται, αλλά ενσωματώνεται στη βιογραφία του ατόμου ως πηγή νοήματος και υπαρξιακής γνώσης. Η γυναίκα δεν επιδιώκει να «ξεχάσει» τη νόσο, αλλά να συνυπάρξει με το νέο της σώμα, αναγνωρίζοντας τη φθορά, αλλά και τη δύναμη που προκύπτει από την επιβίωση.

Από την οπτική της ψυχοτραυματολογίας, ο Bessel van der Kolk (2014) υπογραμμίζει ότι το τραύμα εγγράφεται στο σώμα, επηρεάζοντας τη σωματική επίγνωση, τη ρύθμιση του συναισθήματος και την αίσθηση ασφάλειας. Ωστόσο, επισημαίνει επίσης τη δυνατότητα επαναδιαμόρφωσης της σχέσης με το σώμα μέσα από διαδικασίες επίγνωσης, αποδοχής και επανασύνδεσης με τις αισθήσεις. Στην

περίπτωση των γυναικών που έχουν βιώσει τον καρκίνο, η επανοικειοποίηση του σώματος μπορεί να αποτελέσει θεραπευτική διεργασία, κατά την οποία το σώμα παύει να βιώνεται αποκλειστικά ως πηγή πόνου ή απειλής και αναγνωρίζεται ως χώρος ζωής, ιστορίας και ανθεκτικότητας (van der Kolk, 2014).

Η φεμινιστική θεωρία προσθέτει μια κρίσιμη διάσταση, επισημαίνοντας ότι ο μετασχηματισμός της σχέσης με το σώμα συνδέεται συχνά με την αμφισβήτηση των κυρίαρχων κοινωνικών προτύπων θηλυκότητας, όπως αυτά της ομορφιάς, της νεότητας και της σεξουαλικής διαθεσιμότητας. Η Judith Butler (2004), μέσα από την έννοια της σωματικής επιτελεστικότητας (*bodily performativity*), υποστηρίζει ότι η ταυτότητα δεν είναι σταθερή ή προκαθορισμένη, αλλά διαμορφώνεται και αναδιαπραγματεύεται μέσα από τη δράση, την ορατότητα και την αφήγηση. Στο πλαίσιο του καρκίνου, η αποδοχή ενός σώματος με ουλές, απώλειες ή διαφοροποιημένη λειτουργικότητα μπορεί να αποτελέσει πράξη αντίστασης και ενδυνάμωσης, καθώς επαναπροσδιορίζει το τι σημαίνει «θηλυκό σώμα» πέρα από κανονιστικά πρότυπα (Bordo, 1993; Butler, 2004).

Από συστημική σκοπιά, η ανθεκτικότητα δεν αφορά μόνο το άτομο, αλλά και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό σύστημα. Η υποστήριξη, οι σχέσεις φροντίδας και οι συλλογικές αφηγήσεις επηρεάζουν καθοριστικά τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα επανασυνδέεται με το σώμα της και ενσωματώνει την εμπειρία της ασθένειας στη ζωή της (Walsh, 2016; McDaniel, Hepworth & Doherty, 2013). Το σώμα, μέσα σε αυτό το πλαίσιο, μετατρέπεται από τόπο τραύματος σε τόπο δυναμικού μετασχηματισμού, όπου η απώλεια συνυπάρχει με την ελπίδα και την ανασυγκρότηση.

Συνοψίζοντας, η κατανόηση του σώματος στον καρκίνο απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση που υπερβαίνει το βιολογικό επίπεδο και ενσωματώνει τη βιωματική, ψυχολογική, κοινωνική και διαγενεακή του διάσταση. Η γυναίκα δεν βιώνει τη νόσο μόνο ως σωματική δοκιμασία, αλλά και ως ρήγμα στην ταυτότητα, στις σχέσεις και στο νόημα της ζωής. Μέσα από τη φαινομενολογική, φεμινιστική και συστημική θεώρηση, το σώμα αναδεικνύεται όχι μόνο ως τόπος τραύματος, αλλά και ως πεδίο επανανοηματοδότησης, ανθεκτικότητας και υπαρξιακού μετασχηματισμού.

Η ολοκλήρωση της ανάλυσης του σώματος ως βιωματικού, συμβολικού και διαγενεακού τόπου αναδεικνύει ότι η εμπειρία του καρκίνου δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς σε ατομικό επίπεδο. Το σώμα της γυναίκας νοσεί, νοηματοδοτείται και μετασχηματίζεται πάντοτε μέσα σε ένα πλέγμα σχέσεων, ρόλων και οικογενειακών αφηγήσεων. Καθίσταται, επομένως, αναγκαία η μετατόπιση της εστίασης από το άτομο στο σύστημα, προκειμένου να διερευνηθεί πώς η ασθένεια εγγράφεται στις οικογενειακές

δυναμικές, πώς επηρεάζει τις ισορροπίες και πώς αναπαρίσταται συλλογικά. Το παρόν κεφάλαιο επιχειρεί αυτή τη μετάβαση, εξετάζοντας τη γυναικεία εμπειρία του καρκίνου μέσα από τη συστημική οπτική των οικογενειακών σχέσεων και των κοινωνικών πλαισίων (Rolland, 2006; McDaniel, Hepworth & Doherty, 2013).

1.3 Η βιωματική επεξεργασία της ασθένειας και η αναζήτηση νοήματος

Η εμπειρία του καρκίνου ενεργοποιεί διαδικασίες βιωματικής επεξεργασίας και αναζήτησης νοήματος, μέσω των οποίων οι γυναίκες επιχειρούν να ενσωματώσουν τις σωματικές και ψυχικές μεταβολές σε ένα συνεκτικό αφήγημα ζωής. Σύγχρονες συστηματικές ανασκοπήσεις καταδεικνύουν ότι η ικανότητα νοηματοδότησης (meaning-making) σχετίζεται με καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή, ενισχυμένη ανθεκτικότητα και υψηλότερη ποιότητα ζωής σε άτομα με καρκίνο (Almeida et al., 2022).

Η αναζήτηση νοήματος στον καρκίνο σπάνια ακολουθεί μια ευθύγραμμη πορεία. Αντίθετα, είναι μια δυναμική και συχνά αντιφατική εμπειρία, όπου η απώλεια, η αβεβαιότητα και η ανάγκη ανασύνθεσης της ζωής συνυπάρχουν και αλληλοδιαπλέκονται. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι, όταν τα άτομα καταφέρνουν να αποδώσουν νόημα στην εμπειρία τους (meaning-making), βιώνουν λιγότερο άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα και εμφανίζουν μεγαλύτερη ψυχολογική ανθεκτικότητα (Almeida et al., 2022).

Η διαδικασία αυτή ενσωματώνεται στη βιωματική σχέση με το σώμα, καθώς η αποδοχή των σωματικών αλλαγών και η επανανοηματοδότησή τους ως μέρος της προσωπικής ιστορίας διευκολύνει την ψυχική προσαρμογή και την αίσθηση συνέχειας του εαυτού (Quinto et al., 2022).

Η διαδικασία αυτή δεν αφορά μόνο γνωστικές διεργασίες, αλλά ενσωματώνεται στη βιωματική σχέση με το σώμα. Όταν οι σωματικές αλλαγές νοηματοδοτούνται ως μέρος μιας ευρύτερης πορείας ζωής και όχι αποκλειστικά ως απώλεια, διευκολύνεται η ψυχική προσαρμογή και η αποδοχή του «νέου σώματος» (Shabanloei et al., 2025).

Μέσα από αυτή την οπτική, το σώμα της γυναίκας στον καρκίνο παύει να βιώνεται μόνο ως πεδίο παθολογίας και αναδύεται ως τόπος εμπειρίας, επαναδιαπραγμάτευσης της ταυτότητας και ενδεχόμενου μετασχηματισμού.

1.4 Σώμα, ποιότητα ζωής και ψυχοκοινωνική προσαρμογή

Η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο επηρεάζεται ουσιαστικά από τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται και νοηματοδοτείται το σώμα μετά τη διάγνωση και τη θεραπεία. Το σώμα δεν αποτελεί απλώς φορέα των σωματικών συνεπειών της νόσου, αλλά γίνεται χώρος εμπειρίας, συναισθημάτων και αυτοαξιολόγησης. Έρευνες δείχνουν ότι η αρνητική εικόνα σώματος συνδέεται με αυξημένη ψυχολογική δυσφορία, ενώ η παρουσία υποστηρικτικών σχέσεων και η θετική επαναπροσέγγιση της σωματικής εμπειρίας μπορούν να λειτουργήσουν προστατευτικά για την ψυχική υγεία των γυναικών (Yao et al., 2024).

Παράλληλα, η ψυχοκοινωνική προσαρμογή δεν καθορίζεται αποκλειστικά από την αντικειμενική βαρύτητα της νόσου ή τα ιατρικά της χαρακτηριστικά, αλλά επηρεάζεται βαθιά από την υποκειμενική εμπειρία του σώματος και τον τρόπο με τον οποίο νοηματοδοτείται η ασθένεια. Το πώς μια γυναίκα αντιλαμβάνεται το σώμα της, τις αλλαγές που αυτό υφίσταται και τη σχέση του με την ταυτότητά της διαμορφώνει σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογική της πορεία. Η αναγνώριση και κατανόηση αυτής της διάστασης αποτελεί βασικό πυλώνα μιας ολιστικής και ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στη φροντίδα των γυναικών με καρκίνο (Arthur et al., 2022).

Η παραπάνω ανάλυση αναδεικνύει, τέλος, ότι το σώμα της γυναίκας στον καρκίνο δεν αφορά μόνο την ατομική εμπειρία, αλλά εντάσσεται σε ένα ευρύτερο πλέγμα σχέσεων, ρόλων και οικογενειακών αλληλεπιδράσεων. Η ασθένεια επηρεάζει και επηρεάζεται από τις δυναμικές του οικογενειακού συστήματος, τα μοτίβα φροντίδας, τις προσδοκίες και τις συλλογικές αναπαραστάσεις της νόσου. Η κατανόηση του καρκίνου προϋποθέτει, επομένως, μια μετατόπιση της εστίασης από το άτομο στο σύστημα, ώστε να διερευνηθεί πώς η εμπειρία της ασθένειας αναδιαμορφώνει τις οικογενειακές σχέσεις και τις κοινές νοηματοδοτήσεις (Harrison et al., 2021; Petermann-Meyer et al., 2024). Το επόμενο κεφάλαιο εστιάζει ακριβώς σε αυτή τη συστημική διάσταση της εμπειρίας.

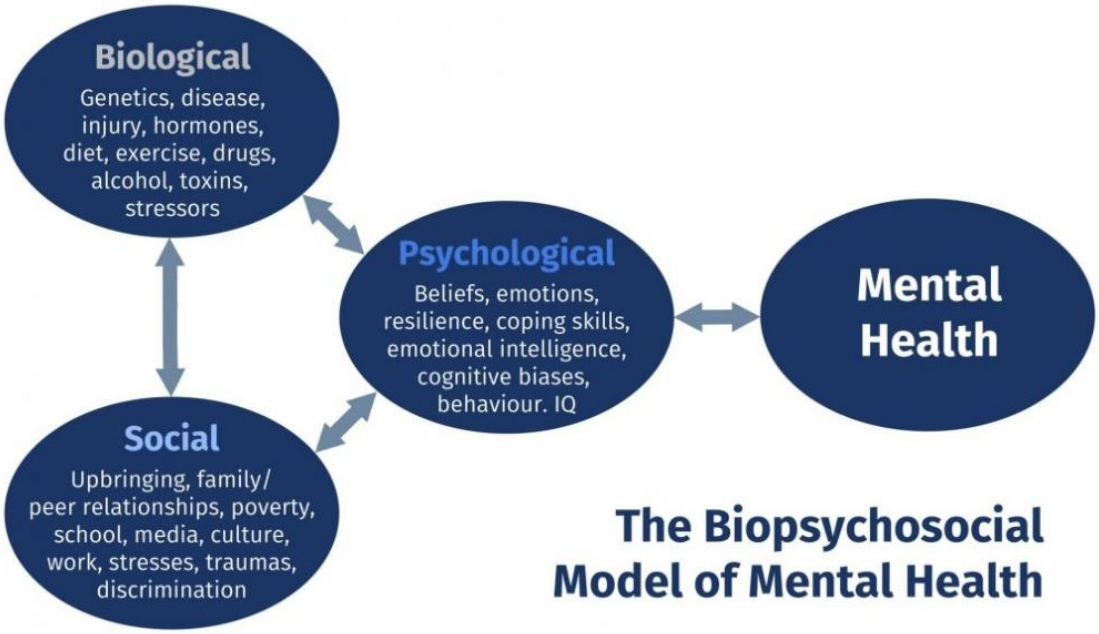
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ο καρκίνος ως συστημικό γεγονός: Οικογένεια, σχέσεις και διαγενεακές αναπαραστάσεις

2.1 Ο καρκίνος ως γεγονός του οικογενειακού συστήματος

Η εμπειρία της ασθένειας δεν αποτελεί ποτέ αποκλειστικά ατομικό γεγονός, αλλά αναδύεται, βιώνεται και νοηματοδοτείται μέσα στο πλαίσιο των διαπροσωπικών σχέσεων. Από τη σκοπιά της συστημικής θεωρίας, κάθε μεταβολή στη ζωή ενός μέλους επηρεάζει το σύνολο του συστήματος, καθώς τα μέλη συνδέονται μέσω σχέσεων αλληλεξάρτησης και αμοιβαίας επίδρασης (Minuchin, 1974). Ο καρκίνος, επομένως, δεν αφορά μόνο τη γυναίκα που νοσεί, αλλά εγγράφεται στο πλέγμα των ρόλων, των προσδοκιών και των συναισθηματικών ανταλλαγών που συγκροτούν την οικογενειακή της ζωή (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992). Η προσέγγιση αυτή ευθυγραμμίζεται πλήρως με το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο, το οποίο αναδεικνύει ότι η υγεία και η ασθένεια δεν αποτελούν αποκομμένα βιολογικά συμβάντα, αλλά το αποτέλεσμα μιας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ οργανικών, ψυχοσυναισθηματικών και κοινωνικών συνιστωσών, όπως οπτικοποιείται στο Σχήμα 1.»

Σχήμα 1: *Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο (Biopsychosocial Model): Η αλληλεπίδραση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών/συστημικών παραγόντων στην εμπειρία της νόσου*



Πηγή: Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129-136

Η εμφάνιση της νόσου λειτουργεί ως γεγονός διατάραξης της οικογενειακής ομοιόστασης, προκαλώντας αναταράξεις στην υπάρχουσα ισορροπία και οδηγώντας συχνά σε ανακατανομή ρόλων, ευθυνών και συναισθηματικών φορτίων. Η καθημερινότητα της οικογένειας αναδιοργανώνεται γύρω από τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αβεβαιότητα της έκβασης, αναδεικνύοντας τόσο ευαλωτότητες όσο και δυνατότητες συνοχής και αλληλεγγύης (Goldenberg & Goldenberg,2020; Rolland, 2006). Ιδιαίτερα σε οικογένειες όπου η γυναίκα κατέχει τον ρόλο του βασικού συναισθηματικού ρυθμιστή, η νόσος εγείρει κρίσιμα υπαρξιακά και πρακτικά ερωτήματα για το ποιος αναλαμβάνει τις λειτουργίες φροντίδας, πώς αναδιαμορφώνονται οι ρόλοι, και με ποιον τρόπο διατηρείται η συνοχή του συστήματος υπό συνθήκες απειλής.

Σύμφωνα με τη θεωρία της σχεσιακής ηθικής, το τραύμα ή η ασθένεια ενός μέλους ενεργοποιεί τα λεγόμενα «λογιστικά» συστήματα δικαιοσύνης της οικογένειας, μέσα από τα οποία αναδύονται παλαιότερα βιώματα άνισης φροντίδας, ανεκπλήρωτες προσδοκίες και συναισθήματα αδικίας (Boszormenyi-Nagy, 1986). Υπό αυτό το πρίσμα, η ασθένεια μπορεί να λειτουργήσει ως καθρέφτης των οικογενειακών δυναμικών, φέρνοντας στο προσκήνιο σιωπές, συγκρούσεις ή συναισθηματικές εκκρεμότητες που μέχρι πρότινος παρέμεναν ανομολόγητες.

Σύγχρονες εμπειρικές μελέτες δείχνουν ότι η εμπειρία του καρκίνου δεν βιώνεται αποκλειστικά από τη γυναίκα, αλλά γίνεται κοινή υπόθεση για ολόκληρη την οικογένεια, επηρεάζοντας συλλογικά τις σχέσεις, τους ρόλους και τις μορφές φροντίδας. Ιδιαίτερα στον καρκίνο του μαστού, η ασθένεια περιγράφεται ως μια «κοινή εμπειρία» (shared experience), κατά την οποία τα μέλη της οικογένειας καλούνται να προσαρμοστούν σε νέες συνθήκες, να αναλάβουν διαφορετικές ευθύνες και να επαναδιαπραγματευτούν τα συναισθηματικά τους όρια. Η νόσος, επομένως, δεν περιορίζεται στη βιοϊατρική πορεία της γυναίκας, αλλά αναδιαμορφώνει τη συνολική λειτουργία του οικογενειακού συστήματος, αναδεικνύοντας τόσο σημεία ευαλωτότητας όσο και δυνατότητες συνοχής, αλληλεγγύης και αμοιβαίας υποστήριξης (Malmström et al., 2024).

Ωστόσο, η συστημική προσέγγιση δεν αντιλαμβάνεται τη νόσο αποκλειστικά ως αποδιοργανωτικό παράγοντα, αλλά και ως δυνητική ευκαιρία αναστοχασμού και μετασχηματισμού. Στο θεραπευτικό πλαίσιο, η εμπειρία του καρκίνου μπορεί να συμβάλει στην επαναδιαπραγμάτευση των σχέσεων, στην ενίσχυση της επικοινωνίας και στην αναδόμηση της θέσης της γυναίκας μέσα στο σύστημα. Στο συστημικό πλαίσιο, η γυναίκα δεν ορίζεται μόνο από την ιδιότητα της ασθενούς, αλλά αναγνωρίζεται ως ενεργό

μέλος του συστήματος, με προσωπική ιστορία και ρόλους, ικανό να συμβάλει στη συλλογική ανασύνθεση του νοήματος της ασθένειας. (Rolland, 1994;Walsh, 2016).

2.2 Σχέσεις φροντίδας, ενοχής και εξουσίας. Η ασθενής ως «περιβάλλον» των άλλων

Η διάγνωση του καρκίνου δεν μεταμορφώνει μόνο τη βιολογική κατάσταση της γυναίκας, αλλά επηρεάζει βαθιά και τη θέση της μέσα στο σύστημα των σχέσεων. Ιδίως σε οικογένειες όπου η γυναίκα κατείχε ενεργούς ρόλους φροντίδας και συναισθηματικής ρύθμισης, η ασθένεια επιφέρει ανατροπές στην ισορροπία μεταξύ αυτονομίας και εξάρτησης, προκαλώντας αναδιαμόρφωση ρόλων και προσδοκιών (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992; Rolland, 2006).

Η γυναικεία ταυτότητα έχει συχνά συγκροτηθεί γύρω από τον «δοτικό εαυτό», δηλαδή την ικανότητα προσφοράς, φροντίδας και συναισθηματικής διαθεσιμότητας προς τους άλλους (Gilligan, 1982; Bartky, 1990). Όταν η γυναίκα νοσεί, καλείται να μετακινηθεί από τον ρόλο της φροντίστριας στον ρόλο της φροντιζόμενης, γεγονός που συχνά βιώνεται ως αντιστροφή της ταυτότητας. Η μετάβαση αυτή μπορεί να συνοδεύεται από έντονα συναισθήματα ενοχής, ντροπής ή αίσθησης ανεπάρκειας, καθώς η εξάρτηση έρχεται σε σύγκρουση με εσωτερικευμένες κοινωνικές και οικογενειακές προσδοκίες (Charmaz, 1991).

Έρευνες δείχνουν ότι πολλές γυναίκες με καρκίνο προσπαθούν να αποκρύψουν τη σωματική και ψυχική τους επιβάρυνση, να «μην φαίνονται άρρωστες» και να διατηρούν τη λειτουργικότητά τους, προκειμένου να μην επιβαρύνουν το οικογενειακό τους περιβάλλον (Broom & Kenny, 2017). Στο πλαίσιο αυτό, η ενοχή λειτουργεί ως δευτερογενές σύμπτωμα της ασθένειας, συνδεδεμένο όχι μόνο με τη σωματική αδυναμία, αλλά και με την αίσθηση ότι η γυναίκα «γίνεται βάρος» λόγω της ανάγκης για φροντίδα και υποστήριξη (Arman & Rehnsfeldt, 2002).

Από την οπτική των συγγενών, η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή συνοδεύεται συχνά από έντονη συναισθηματική φόρτιση, αβεβαιότητα και βαθύ αίσθημα ευθύνης για τη ζωή και την ασφάλεια της γυναίκας. Η ανάγκη προστασίας, αν και πηγάζει από φροντίδα και αγάπη, μπορεί σε ορισμένες περιπτώσεις να εκφραστεί ως υπερπροστατευτική στάση, η οποία σταδιακά περιορίζει την αυτονομία της ασθενούς και μεταβάλλει τις ισορροπίες εξουσίας μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Σε τέτοιες συνθήκες, η γυναίκα ενδέχεται να δυσκολεύεται να διατηρήσει ενεργό ρόλο στις αποφάσεις που αφορούν το σώμα και την καθημερινή της ζωή, βιώνοντας τη φροντίδα

όχι ως υποστήριξη, αλλά ως απώλεια της φωνής και της υποκειμενικότητάς της (Bijnsdorp et al., 2020).

Η δυναμική αυτή επιφέρει συχνά μετατόπιση της εξουσίας μέσα στην οικογένεια. Οι οικείοι, στην προσπάθειά τους να προστατεύσουν τη γυναίκα, ενδέχεται να υιοθετήσουν υπερπροστατευτικούς ή πατερναλιστικούς ρόλους, περιορίζοντας άθελά τους τη φωνή, την αυτονομία και τη συμμετοχή της ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν το σώμα και τη ζωή της (McDaniel et al., 1992; Rolland, 2006). Η γυναίκα κινδυνεύει έτσι να βιώσει περιθωριοποίηση ή απώλεια νοήματος, καθώς η ταυτότητά της συρρικνώνεται στον ρόλο της «ασθενούς» (Charmaz, 1991; McDaniel et al., 1992).

Από συστημική σκοπιά, η ενδυνάμωση της γυναίκας μέσα στην εμπειρία της ασθένειας προϋποθέτει τη μετάβαση από τη μονόπλευρη φροντίδα προς μια σχέση αμοιβαιότητας και αναγνώρισης. Όπως υπογραμμίζει ο Boszormenyi-Nagy (1986), η ισορροπία στις σχέσεις δεν επιτυγχάνεται μέσω της υπεροχής ή του ελέγχου, αλλά μέσα από τη δικαιοσύνη, την αμοιβαία ανταπόκριση και την αναγνώριση των αναγκών όλων των μελών του συστήματος. Η γυναίκα χρειάζεται να αντιμετωπίζεται όχι ως παθητικό αντικείμενο φροντίδας, αλλά ως ενεργό υποκείμενο σχέσης, με δικαίωμα λόγου, επιλογής και νοηματοδότησης της εμπειρίας της ασθένειας.

2.3 Η αναπαράσταση του καρκίνου στη διαγενεακή ιστορία και τα σύμβολα του συστήματος

Η εμπειρία της ασθένειας εγγράφεται όχι μόνο στο σώμα της γυναίκας, αλλά και στο συλλογικό αφήγημα της οικογένειας. Η διαγενεακή μετάδοση νοημάτων, φόβων και προσδοκιών διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα αντιλαμβάνεται, βιώνει και νοηματοδοτεί την εμπειρία του καρκίνου, εντάσσοντάς την σε μια ευρύτερη οικογενειακή ιστορία (Bowen, 1978; McGoldrick & Carter, 1999). Στο πλαίσιο αυτό, ο καρκίνος δεν βιώνεται ως μεμονωμένο βιολογικό γεγονός, αλλά ως συνέχεια μιας οικογενειακής διαδρομής που συχνά χαρακτηρίζεται από μνήμες απώλειας, σιωπές και ισχυρούς συμβολισμούς.

Σε οικογένειες με ιστορικό καρκίνου, η διάγνωση μπορεί να προσλαμβάνεται ως «συνέχεια οικογενειακής μοίρας», ενεργοποιώντας φόβους και προσδοκίες που έχουν μεταδοθεί διαγενεακά. Οι εμπειρίες απώλειας μητέρας, γιαγιάς ή αδελφής αποκτούν συμβολικό βάρος και επηρεάζουν τη στάση της γυναίκας απέναντι στο σώμα της, τη φροντίδα και τις ιατρικές αποφάσεις (Broom & Kenny, 2017). Σε αυτό το πλαίσιο, οι

προληπτικές παρεμβάσεις, όπως η μαστεκτομή ή η ωοθηκεκτομή, αποκτούν διττό νόημα αφενός βιοϊατρικό, ως στρατηγικές μείωσης κινδύνου, και αφετέρου συμβολικό, είτε ως απόρριψη ενός προκαθορισμένου πεπρωμένου είτε ως τιμητική αναδιατύπωση της εμπειρίας των προηγούμενων γενεών με διαφορετική έκβαση (King, 2012).

Η συστημική θεωρία προσφέρει εργαλεία για την κατανόηση αυτών των διαγενεακών μοτίβων. Το γενεόγραμμα, ως μέσο χαρτογράφησης τριών τουλάχιστον γενεών, επιτρέπει την ανάδειξη επαναλαμβανόμενων μοτίβων ασθένειας, ηλικιών διάγνωσης, πένθους και «άγραφων κανόνων» που σχετίζονται με τη σιωπή, την αντοχή ή την αναζήτηση βοήθειας (McGoldrick, Gerson & Petry, 2008). Μέσα από αυτή τη διαδικασία, η ασθένεια παύει να βιώνεται ως ατομική αποτυχία και επαναπλαισιώνεται ως μέρος μιας οικογενειακής ιστορίας, διευκολύνοντας τον διάλογο γύρω από τις προσδοκίες, τις ευθύνες και τα συναισθήματα των μελών.

Κεντρικό ρόλο στη διαγενεακή εμπειρία του καρκίνου διαδραματίζει το δίλημμα της αποκάλυψης έναντι της σιωπής. Η επιλογή του τι θα ειπωθεί, σε ποιον και με ποιον τρόπο, αποτελεί κρίσιμη οικογενειακή διεργασία. Η «ευγενική απόκρυψη» συχνά υιοθετείται ως μηχανισμός προστασίας, μπορεί όμως να ενισχύσει το άγχος και το αίσθημα απομόνωσης της γυναίκας. Αντίθετα, η διαφάνεια με ευαισθησία προς την ηλικία, τον ρόλο και τη συναισθηματική ανθεκτικότητα κάθε μέλους συμβάλλει στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης και στη μείωση της ψυχικής επιβάρυνσης (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992).

Οι διαγενεακές αφηγήσεις του καρκίνου δεν μεταφέρονται μόνο μέσα από λόγια ή συνειδητές αναμνήσεις, αλλά εγγράφονται και σε καθημερινές πρακτικές φροντίδας, σε σιωπές, σε στάσεις απέναντι στο σώμα και τον πόνο, καθώς και στους τρόπους με τους οποίους λαμβάνονται αποφάσεις μέσα στην οικογένεια. Έτσι, το οικογενειακό σύστημα λειτουργεί ως φορέας άτυπης γνώσης και συναισθηματικής μνήμης, η οποία διαμορφώνει σε βάθος τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βιώνει την ασθένεια και νοηματοδοτεί τη θέση της μέσα στη διαγενεακή οικογενειακή ιστορία (Bowen, 1978; McGoldrick et al., 2008).

Η εμπειρία του καρκίνου συνοδεύεται συχνά από μορφές «αμφίσημης απώλειας», καθώς η γυναίκα είναι παρούσα στο οικογενειακό σύστημα αλλά όχι όπως πριν, έχοντας χάσει λειτουργικότητες, ρόλους ή πτυχές της προηγούμενης ταυτότητάς της (Boss, 1999). Η συνθήκη αυτή δημιουργεί χρόνιο στρες και δυσκολεύει τη διαδικασία πένθους, καθώς δεν υπάρχει σαφές τέλος ή τελετουργική ολοκλήρωση της απώλειας.

Μικρές συμβολικές πρακτικές, όπως γράμματα, αφηγήσεις ή οικογενειακές συναντήσεις, μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά στη συναισθηματική επεξεργασία της εμπειρίας.

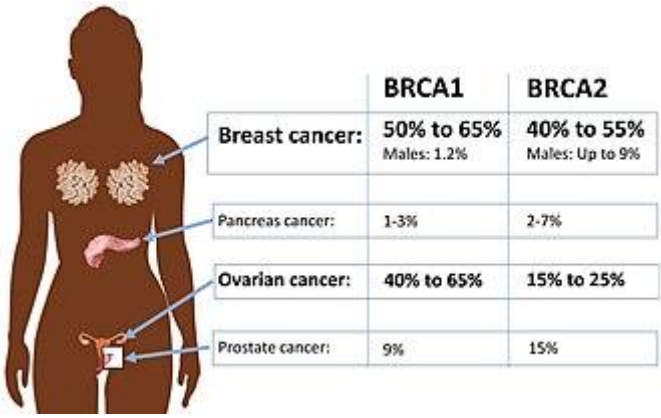
Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η σχέση μητέρας και κόρης, μέσω της οποίας μεταδίδονται νοήματα που αφορούν τη θηλυκότητα, τη γονιμότητα, το σώμα και τις ουλές. Οι αφηγήσεις γύρω από την ασθένεια και την αντοχή διαμορφώνουν διαγενεακά την εικόνα του γυναικείου σώματος και επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο η κόρη αντιλαμβάνεται τη δική της σωματικότητα και ευαλωτότητα (Bordo, 1993).

Ο γενετικός έλεγχος για μεταλλάξεις όπως οι BRCA1 και BRCA2 εντείνει τη συστημική διάσταση της νόσου, μετατρέποντας τον καρκίνο σε οικογενειακή υπόθεση. Οι αποφάσεις γύρω από τον έλεγχο και τις προληπτικές παρεμβάσεις εμπλέκουν ζητήματα ευθύνης, ενοχής και ελευθερίας επιλογής, τα οποία δεν αφορούν μόνο την ασθενή, αλλά ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα (King, 2012).

Οι αποφάσεις που αφορούν τον γενετικό έλεγχο και τις προληπτικές παρεμβάσεις σπάνια λαμβάνονται ως αμιγώς προσωπικές επιλογές. Αντίθετα, διαμορφώνονται μέσα σε ένα πλαίσιο οικογενειακής διαπραγμάτευσης, όπου συνυπάρχουν φόβοι, ενοχές, προσδοκίες και άρρητες υποχρεώσεις απέναντι τόσο στις προηγούμενες όσο και στις επόμενες γενιές. Για πολλές γυναίκες, η επιλογή μιας προληπτικής χειρουργικής παρέμβασης βιώνεται ως πράξη ευθύνης και φροντίδας προς την οικογένεια, ενώ ταυτόχρονα συνοδεύεται από το συναισθηματικό βάρος της συνέχειας ή της ρήξης με τη διαγενεακή ιστορία της νόσου (Fisher et al., 2023).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, παρά την κοινή πεποίθηση ότι οι μεταλλάξεις αυτές αφορούν αποκλειστικά τον γυναικείο πληθυσμό, η συστημική απειλή επεκτείνεται και στα άρρενα μέλη του οικογενειακού συστήματος. Όπως αποτυπώνεται στο Σχήμα 3, ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου του μαστού για τους άνδρες-φορείς αυξάνεται στο 1,2% για τη μετάλλαξη BRCA1 και αγγίζει το 9% για τη μετάλλαξη BRCA2, ενώ παράλληλα αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη. Η ανάδειξη των ανδρών ως ενεργών φορέων ή ασθενών επαναπροσδιορίζει τις δυναμικές της οικογένειας, καταρρίπτει το έμφυλο στίγμα της νόσου και διευρύνει το πεδίο της διαγενεακής αγωνίας και του γενετικού ελέγχου σε ολόκληρο το συγγενικό δίκτυο (Giri et al., 2022).

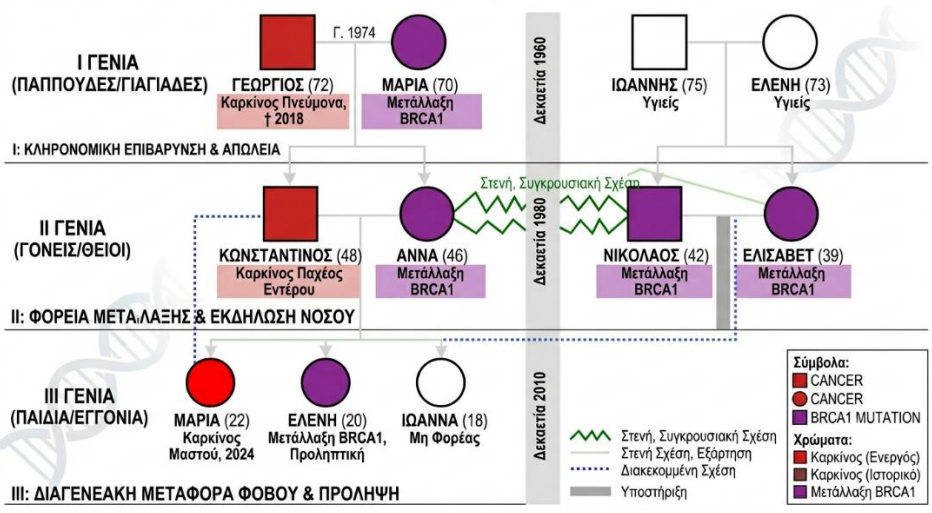
Σχήμα 3: *Συγκριτικός πίνακας πιθανοτήτων εμφάνισης νεοπλασιών σε φορείς των μεταλλάξεων BRCA1 και BRCA2.*



Πηγή: Προσαρμογή από δεδομένα γενετικής συμβουλευτικής για τον κληρονομικό καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών.

Παράλληλα, οι οικογενειακές αναπαραστάσεις του καρκίνου διαμορφώνονται από πολιτισμικά και θρησκευτικά σενάρια, τα οποία προσδίδουν στη νόσο νοήματα «δοκιμασίας», «τιμωρίας» ή «μάχης». Η γλώσσα που χρησιμοποιείται και τα ταμπού γύρω από την ασθένεια επηρεάζουν καθοριστικά τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βιώνει το σώμα της και τη νόσο (Satir, 1988).

Η συστημική θεραπεία καλείται να ανιχνεύσει και να αναδείξει αυτά τα συμβολικά ίχνη, αξιοποιώντας εργαλεία όπως το γενεόγραμμα, την αφήγηση και τις τεχνικές εξωτερίκευσης, όπου η ασθένεια αποσυνδέεται από την προσωπική ενοχή και επαναπλαισιώνεται ως οικογενειακή εμπειρία (Carter & McGoldrick, 1999; Frank, 1995). Με τον τρόπο αυτό, η γυναίκα αποκτά τη δυνατότητα να επανεγγράψει την ιστορία της μέσα σε ένα συλλογικό αλλά ταυτόχρονα απελευθερωτικό πλαίσιο.



Στο παραπάνω σχήμα παρουσιάζεται ενδεικτικά ένα γενεόγραμμα τριών γενεών (Goldenberg & Goldenberg, 1994), το οποίο αξιοποιείται ως διαγενεακός χάρτης νοημάτων της νόσου. Η οπτική αυτή

επιτρέπει τη διερεύνηση της οικογενειακής ιστορίας απωλειών, των μοτίβων επικοινωνίας και σιωπής, καθώς και των διαγενεακών αφηγήσεων που μεταδίδονται μεταξύ μητέρας και κόρης και συγκροτούν το νόημα της εμπειρίας του καρκίνου.

2.4 Το σώμα ως εργαλείο θεραπευτικού μετασχηματισμού

Παρά τις βαθιές σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές προκλήσεις που συνοδεύουν την εμπειρία του καρκίνου, πολλές γυναίκες περιγράφουν τη νόσο ως αφετηρία υπαρξιακού αναστοχασμού και προσωπικού μετασχηματισμού. Το σώμα, από φορέας πόνου, απώλειας και περιορισμού, μπορεί να αναπλαισιωθεί ως πεδίο θεραπευτικής διεργασίας και συμβολικού μετασχηματισμού, όταν υποστηρίζεται η διαδικασία νοηματοδότησης της εμπειρίας (Mezirow, 1991;Frank, 1995).

Κεντρικό ρόλο στη διαδικασία αυτή διαδραματίζει η αφήγηση της ασθένειας. Όπως υποστηρίζει ο Arthur Frank (1995), η αφήγηση επιτρέπει στη γυναίκα να επανεγγράψει την ταυτότητά της πέρα από την παθολογία και να επανενταχθεί στο κοινωνικό πλαίσιο ως ενεργό υποκείμενο. Μέσα από τη λεκτική και συμβολική επεξεργασία της εμπειρίας, το σώμα παύει να νοείται αποκλειστικά ως «φορέας καρκίνου» και μετατρέπεται σε φορέα ιστορίας, νοήματος και αντίστασης απέναντι στην αποπροσωποποίηση της νόσου.

Η αποκατάσταση της σχέσης με το σώμα μπορεί να ενισχυθεί μέσω ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων που δίνουν έμφαση στην ενσώματη εμπειρία. Θεραπευτικές πρακτικές που αξιοποιούν τη σωματική επίγνωση, την αναπνοή, την κίνηση και την προσεκτική επαφή με τις αισθήσεις έχουν συνδεθεί με τη μείωση των τραυματικών συμπτωμάτων και την ενίσχυση της αίσθησης σωματικής κυριότητας (*body ownership*) (Levine, 2010; van der Kolk, 2014; Davis, 2009). Μέσα από αυτές τις διαδικασίες, η γυναίκα μπορεί να επανασυνδεθεί με το σώμα της όχι ως απειλή, αλλά ως ζωντανό τόπο εμπειρίας και παρουσίας.

Στο πλαίσιο αυτό, το σώμα λειτουργεί και ως αφήγηση ανθεκτικότητας. Η γυναίκα μετακινείται από το ερώτημα «τι μου συνέβη» προς το «ποια γίνομαι μέσα από αυτό». Όπως επισημαίνουν η Charmaz (1991) και οι Broom και Kenny (2017), οι σωματικές αλλαγές και οι ουλές μπορούν να επανανοηματοδοτηθούν όχι ως σημεία ντροπής ή απώλειας, αλλά ως μνήμες επιβίωσης και προσωπικής δύναμης. Η ενσωμάτωση αυτής της νέας αφήγησης επιτρέπει τη σταδιακή αποκατάσταση της συνοχής του εαυτού.

Η συστημική διάσταση του σωματικού μετασχηματισμού είναι καθοριστική. Ο μετασχηματισμός του σώματος δεν αφορά μόνο το άτομο, αλλά και το οικογενειακό και

κοινωνικό σύστημα στο οποίο αυτό ανήκει. Όταν η γυναίκα επαναδιεκδικεί τη σχέση με το σώμα της, το σύστημα καλείται να αναγνωρίσει και να σεβαστεί αυτήν τη νέα υποκειμενικότητα, επαναδιαπραγματευόμενο ρόλους, όρια και μορφές φροντίδας (Weingarten, 2001; McDaniel, Hepworth & Doherty, 2013). Η θεραπευτική αλλαγή, επομένως, λαμβάνει συλλογικό χαρακτήρα και δεν περιορίζεται στην ατομική ψυχική διεργασία.

Η εμπειρία του καρκίνου μπορεί να αφήσει βαθιά τραυματικά ίχνη, ωστόσο έχει επίσης συσχετιστεί με φαινόμενα μετατραυματικής ανάπτυξης. Η θεωρία της μετατραυματικής ανάπτυξης υποστηρίζει ότι μέσα από κρίσιμες εμπειρίες ζωής το άτομο μπορεί να αναπτύξει νέες μορφές νοήματος, ταυτότητας και ανθεκτικότητας (Tedeschi & Calhoun, 2004;Stanton, Bower & Low, 2006). Η διαδικασία νοηματοδότησης της εμπειρίας, όπως επισημαίνει η Park (2010), επιτρέπει τη μετατροπή της απώλειας σε πηγή αυθεντικότητας και προσωπικής ανασυγκρότησης, ενώ η «εύρεση οφέλους» έχει συσχετιστεί με καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή και αίσθηση ενδυνάμωσης (Helgeson, Reynolds & Tomich, 2006).

Συνολικά, το σώμα αναδεικνύεται όχι μόνο ως τόπος τραύματος, αλλά και ως εργαλείο θεραπευτικού μετασχηματισμού. Η αλλαγή δεν συνίσταται στην επιστροφή στο «πριν», αλλά στη συγκρότηση μιας νέας σχέσης με το σώμα, τις σχέσεις και το νόημα της ζωής. Μέσα από τη συστημική, αφηγηματική και ενσώματη προσέγγιση, η γυναίκα μπορεί να αναδυθεί ως υποκείμενο με ανανεωμένη αυτοεκτίμηση, ανθεκτικότητα και εσωτερική δύναμη.

Ο θεραπευτικός μετασχηματισμός της σχέσης με το σώμα δεν μπορεί να υποστηριχθεί ουσιαστικά χωρίς τη συμμετοχή και την προσαρμογή του οικογενειακού συστήματος. Όταν η οικογένεια αναγνωρίζει τη νέα υποκειμενικότητα της γυναίκας και επαναδιαπραγματεύεται ρόλους, όρια και τρόπους φροντίδας, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις ώστε η σωματική εμπειρία να μετακινηθεί από πεδίο τραύματος σε χώρο νοηματοδότησης και ενδυνάμωσης. Υπό αυτή την έννοια, η θεραπευτική αλλαγή αποκτά συλλογικό χαρακτήρα και δεν περιορίζεται στην ατομική ψυχική διεργασία, αλλά αφορά το σύνολο των σχέσεων μέσα στις οποίες η γυναίκα ζει και νοηματοδοτεί το σώμα της (Xu et al., 2024; Duke et al., 2020).

Η ανάλυση των συστημικών αναπαραστάσεων, των οικογενειακών δυναμικών και της ενσώματης εμπειρίας του καρκίνου ανέδειξε ότι η ασθένεια δεν περιορίζεται σε επίπεδο συμπτώματος, αλλά συγκροτεί μια πολυεπίπεδη εμπειρία που αφορά το άτομο, το σώμα και το σύστημα των σχέσεων. Από τη στιγμή που ο καρκίνος

νοηματοδοτείται ως βίωμα και ως συλλογική διεργασία, καθίσταται αναγκαία η διερεύνηση των θεραπευτικών πλαισίων που μπορούν να υποστηρίξουν αυτή τη σύνθετη πραγματικότητα. Το παρόν κεφάλαιο εστιάζει στα θεραπευτικά και συστημικά μοντέλα παρέμβασης στον καρκίνο, εξετάζοντας τον ρόλο της ψυχοθεραπευτικής σχέσης και των συστημικών παρεμβάσεων στην ενδυνάμωση της γυναίκας και του οικογενειακού της πλαισίου (McDaniel, Hepworth & Doherty, 2013; Rolland, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Θεραπευτικά πλαίσια και συστημικές παρεμβάσεις στον καρκίνο

3.1 Εισαγωγή: Θεραπευτικά πλαίσια στην ψυχοκοινωνική ογκολογία

Η εμπειρία του καρκίνου, όπως φάνηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, δεν περιορίζεται στις βιοϊατρικές διαστάσεις της νόσου, αλλά διαπερνά τη σωματικότητα, την ταυτότητα και τη δυναμική του οικογενειακού και κοινωνικού πλαισίου στο οποίο ανήκει η γυναίκα. Η ασθένεια λειτουργεί ταυτόχρονα ως ρήξη στη μέχρι τότε συνέχεια της ζωής και ως πρόσκληση για επαναδιαπραγμάτευση των νοημάτων που αφορούν τη ζωή, τον εαυτό και τις σχέσεις (Frank, 1995; Charmaz, 1991).

Στο πλαίσιο αυτό, η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη και οι συστημικές παρεμβάσεις αναδεικνύονται ως ουσιαστικά μέσα για την αποκατάσταση της αίσθησης συνέχειας του εαυτού, την ενίσχυση του νοήματος και την επαναδιαπραγμάτευση της σχέσης της γυναίκας με το σώμα της και τους σημαντικούς άλλους. Τα σύγχρονα μοντέλα ψυχοκοινωνικής ογκολογίας τονίζουν ότι η έγκαιρη ενσωμάτωση ψυχολογικής και οικογενειακής υποστήριξης συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, στη διευκόλυνση της θεραπευτικής συμμόρφωσης και στη συναισθηματική προσαρμογή των ασθενών κατά τη διάρκεια της ογκολογικής πορείας (Holland et al., 2015; Xu et al., 2024).

Το παρόν κεφάλαιο εστιάζει στα βασικά θεραπευτικά πλαίσια της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας, με ιδιαίτερη έμφαση στη συστημική θεραπεία και σε παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τη σύνθετη σχέση ανάμεσα στο σώμα, την αφήγηση και τη δυναμική της οικογένειας. Στόχος είναι να αναδειχθεί πώς η θεραπευτική διαδικασία μπορεί να υπερβεί τη διαχείριση των συμπτωμάτων και να λειτουργήσει ως χώρος νοηματοδότησης, σχέσης και υποστήριξης μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο ζωής της γυναίκας.

3.2 Συστημική Θεραπεία και Καρκίνος

Η συστημική προσέγγιση αντιλαμβάνεται τον καρκίνο όχι μόνο ως ένα βιοϊατρικό γεγονός, αλλά ως μια εμπειρία που «εγγράφεται» στις σχέσεις και στη δυναμική του οικογενειακού συστήματος (McDaniel et al., 1992). Η διάγνωση της νόσου συχνά ενεργοποιεί προϋπάρχοντα μοτίβα φροντίδας, σιωπής, ενοχής ή υπερεμπλοκής, τα οποία διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο τόσο η γυναίκα όσο και το οικογενειακό της περιβάλλον βιώνουν και διαχειρίζονται την εμπειρία της ασθένειας.

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι η εμπειρία του καρκίνου βιώνεται ως ένα «συστημικό στρεσογόνο γεγονός», το οποίο δεν αφορά μόνο την ασθενή, αλλά επηρεάζει ταυτόχρονα τους φροντιστές και τη συνολική λειτουργία της οικογένειας. Υπό αυτή την οπτική, καθίσταται σαφές ότι η θεραπευτική παρέμβαση χρειάζεται να στρέφεται στο επίπεδο των σχέσεων και των αλληλεπιδράσεων, και όχι αποκλειστικά στη διαχείριση ατομικών συμπτωμάτων (Cincidda et al., 2022).

Η συστημική θεραπεία δεν περιορίζεται στην αντιμετώπιση του συμπτώματος ή στο άτομο που νοσεί, αλλά στρέφεται στη συνολική αναδιοργάνωση του συστήματος, αναγνωρίζοντας ότι κάθε αλλαγή σε ένα μέλος επηρεάζει αναπόφευκτα το σύνολο των σχέσεων. Στο πλαίσιο της ογκολογικής εμπειρίας, ο θεραπευτικός στόχος δεν εξαντλείται στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας, αλλά διευρύνεται ώστε να περιλαμβάνει την ενίσχυση της επικοινωνίας, την αποκατάσταση της αίσθησης συνοχής και τη δημιουργία ενός ασφαλούς πλαισίου μέσα στο οποίο τα συναισθήματα όλων των μελών μπορούν να εκφραστούν, να ακουστούν και να νοηματοδοτηθούν (Rolland, 1994; Goldenberg & Goldenberg, 2020).

Ειδικότερα, η συστημική θεραπευτική παρέμβαση στον καρκίνο επικεντρώνεται στην ενίσχυση μιας ανοιχτής και ταυτόχρονα προστατευτικής επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, στη διαπραγμάτευση των ρόλων και των ευθυνών που αναδιαμορφώνονται λόγω της ασθένειας, καθώς και στην αναγνώριση και επικύρωση των συναισθημάτων όλων των μελών του συστήματος. Κεντρικός άξονας της παρέμβασης αποτελεί η στήριξη της γυναίκας ως ενεργού υποκειμένου, με φωνή και ουσιαστική συμμετοχή στις αποφάσεις που αφορούν το σώμα και τη ζωή της (McDaniel et al., 1992; Rolland, 2006).

Με τον τρόπο αυτό, η συστημική θεραπεία λειτουργεί ως ένα πλαίσιο ενδυνάμωσης και επανανοηματοδότησης της εμπειρίας του καρκίνου, υποστηρίζοντας όχι μόνο τη γυναίκα, αλλά και το οικογενειακό της σύστημα στη διαχείριση της ασθένειας και των συνεπειών της.

Στη συνέχεια, η συστημική λογική εξειδικεύεται σε διαφορετικά επίπεδα παρέμβασης όπως η οικογένεια, το ζευγάρι, καθώς και το ευρύτερο κοινωνικό και ιατρικό πλαίσιο, προκειμένου να αναδειχθεί πώς η θεραπεία μπορεί να λειτουργήσει ως οργανωμένη φροντίδα των σχέσεων και όχι απλώς ως ατομική ψυχολογική υποστήριξη.

3.3 Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις και Ανθεκτικότητα

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη ψυχική προσαρμογή των γυναικών με καρκίνο, μειώνοντας το άγχος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το αίσθημα απομόνωσης που συχνά συνοδεύει την ασθένεια (Spiegel et al., 1989; Classen et al., 2001). Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη, σε αυτό το πλαίσιο, δεν αποτελεί ένα απλό συμπλήρωμα της ιατρικής θεραπείας, αλλά αναπόσπαστο μέρος μιας ολιστικής φροντίδας που αναγνωρίζει τη συναισθηματική, κοινωνική και υπαρξιακή διάσταση της εμπειρίας του καρκίνου.

Η ψυχοκοινωνική φροντίδα αναγνωρίζεται πλέον διεθνώς ως αναπόσπαστο μέρος της ογκολογικής θεραπείας, με έμφαση στην έγκαιρη αναγνώριση της ψυχικής δυσφορίας, την πρόληψη μακροχρόνιων ψυχολογικών επιπτώσεων και την ενίσχυση της προσαρμοστικής ικανότητας των ασθενών (Grassi et al., 2017· Xu et al., 2024). Στο πλαίσιο αυτό, η ψυχοκοινωνική παρέμβαση δεν περιορίζεται στη διαχείριση μεμονωμένων συμπτωμάτων, αλλά στοχεύει στη διατήρηση της ψυχικής συνοχής και της αίσθησης νοήματος μέσα στη βιωμένη εμπειρία της ασθένειας.

Η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης προσφέρει στις γυναίκες έναν ασφαλή χώρο κοινής εμπειρίας, όπου η ασθένεια παύει να βιώνεται ως ατομική απομόνωση και μετατρέπεται σε συλλογικό βίωμα. Μέσα από την ανταλλαγή προσωπικών αφηγήσεων, την αναγνώριση κοινών φόβων και την αμοιβαία επικύρωση των συναισθημάτων, ενισχύεται η αίσθηση του ανήκειν και μειώνεται το υπαρξιακό άγχος που συχνά συνοδεύει τη διάγνωση (Classen et al., 2001). Η αφήγηση της εμπειρίας αποκτά θεραπευτική λειτουργία, επιτρέποντας στη γυναίκα να επαναπροσδιορίσει τη σχέση της με το σώμα, τον χρόνο και το μέλλον.

Κεντρική έννοια στις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις αποτελεί η ανθεκτικότητα (resilience), η οποία δεν ταυτίζεται με την απουσία πόνου ή δυσφορίας, αλλά με την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται, να αντλεί νόημα και να διατηρεί ψυχική συνοχή μέσα σε συνθήκες κρίσης (Bonanno, 2004). Στο πλαίσιο του καρκίνου, η ανθεκτικότητα συνδέεται με τη δυνατότητα της γυναίκας να ενσωματώνει την εμπειρία της ασθένειας στη βιογραφική της αφήγηση, χωρίς να ταυτίζει την ταυτότητά της αποκλειστικά με τη νόσο.

Οι γυναίκες με καρκίνο μπορούν να αναπτύξουν ποικίλες στρατηγικές ανθεκτικότητας, όπως η διατήρηση της ελπίδας, η αναζήτηση υποστηρικτικών σχέσεων, η νοηματοδότηση της εμπειρίας και, σε ορισμένες περιπτώσεις, η χρήση του χιούμορ ως μέσου ψυχικής αποφόρτισης. Οι στρατηγικές αυτές δεν αποτελούν ατομικά

χαρακτηριστικά, αλλά διαμορφώνονται μέσα στο πλαίσιο των σχέσεων και της κοινωνικής υποστήριξης που περιβάλλουν τη γυναίκα.

Από συστημική σκοπιά, η ανθεκτικότητα δεν νοείται ως ατομικό γνώρισμα, αλλά ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που ενισχύουν τη συνεργασία, την ανοιχτή επικοινωνία και την ευελιξία των ρόλων συμβάλλουν στη δημιουργία ενός πλαισίου όπου η γυναίκα μπορεί να βιώσει την ασθένεια χωρίς να απογυμνωθεί από την ταυτότητα, την αξία και την ενεργό συμμετοχή της στη ζωή του συστήματος (Walsh, 2016).

Με τον τρόπο αυτό, οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις λειτουργούν ως πεδίο υποστήριξης, νοηματοδότησης και ενδυνάμωσης, προετοιμάζοντας το έδαφος για την ανάπτυξη πιο εξειδικευμένων μορφών ψυχολογικής φροντίδας στο πλαίσιο της ογκολογίας, οι οποίες εξετάζονται στις επόμενες ενότητες.

3.4 Αφήγηση και Θεραπευτικός Αναστοχασμός

Η αφήγηση της εμπειρίας της ασθένειας αποτελεί κεντρικό εργαλείο ψυχοθεραπευτικής επεξεργασίας στον καρκίνο, καθώς επιτρέπει στη γυναίκα να επαναδιαπραγματευτεί την ταυτότητά της πέρα από τη διάγνωση και τα σωματικά συμπτώματα. Σύμφωνα με την αφηγηματική θεραπεία (narrative therapy), το άτομο δεν ταυτίζεται με το πρόβλημα, αλλά καλείται να το «εξωτερικεύσει», επανατοποθετώντας τον εαυτό του ως ενεργό υποκείμενο της ιστορίας του (White & Epston, 1990).

Στο πλαίσιο της ογκολογικής εμπειρίας, η αφήγηση λειτουργεί ως μέσο αποκατάστασης της συνέχειας του εαυτού, η οποία συχνά διαρρηγνύεται από τη διάγνωση και τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η γυναίκα καλείται να συνδέσει το «πριν», το «κατά τη διάρκεια» και το «μετά» της ασθένειας σε μια νέα αφήγηση ζωής, όπου το σώμα δεν αποτελεί μόνο πεδίο απώλειας, αλλά και φορέα εμπειρίας και αντοχής (Charmaz, 1991).

Ο Arthur Frank (1995) περιγράφει την αφήγηση της «μαρτυρίας» (quest narrative) ως μια διαδικασία μέσα από την οποία η ασθένεια μετατρέπεται σε πηγή νοήματος και κοινωνικής σύνδεσης. Η μαρτυρία της εμπειρίας επιτρέπει στη γυναίκα να μιλήσει για το τραυματισμένο σώμα χωρίς ντροπή, να μοιραστεί την απώλεια αλλά και την επιβίωση, και να επανατοποθετηθεί στο κοινωνικό πλαίσιο όχι ως παθητική ασθενής, αλλά ως φορέας γνώσης και εμπειρίας.

Σύγχρονες ποιοτικές μελέτες δείχνουν ότι η αφηγηματική επεξεργασία της εμπειρίας της ασθένειας μπορεί να ενισχύσει την αίσθηση της ταυτότητας, να μειώσει το

υπαρξιακό άγχος και να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στην αποπροσωποποίηση που συχνά συνοδεύει την ιατρική εμπειρία (Charon, 2006; Broom & Kenny, 2017).

Η αφηγηματική επεξεργασία έχει ιδιαίτερη σημασία και για το σώμα. Μέσα από τη γλώσσα, το σώμα παύει να είναι ένα «σιωπηλό» ή «εχθρικό» αντικείμενο και μετατρέπεται σε αφηγηματικό τόπο, όπου εγγράφονται μνήμες, ουλές, φόβοι αλλά και ανθεκτικότητα. Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στη συμφιλίωση με τις σωματικές αλλαγές και στη σταδιακή αποκατάσταση της αίσθησης ιδιοκτησίας και οικειότητας με το σώμα (Frank, 1995).

Από συστημική σκοπιά, η αφήγηση δεν αφορά μόνο το άτομο αλλά και το οικογενειακό σύστημα. Οι ιστορίες που λέγονται ή δεν λέγονται για την ασθένεια επηρεάζουν τις σχέσεις, τη συναισθηματική εγγύτητα και τη συλλογική νοηματοδότηση της εμπειρίας. Η κοινή αφήγηση μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά, επιτρέποντας στην οικογένεια να μετακινηθεί από τη σιωπή, τον φόβο ή την υπερπροστασία προς την αμοιβαία κατανόηση και τη συναισθηματική σύνδεση (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992).

Ο θεραπευτικός αναστοχασμός, μέσα από την αφήγηση, δεν στοχεύει στην «ακύρωση» της ασθένειας, αλλά στην ενσωμάτωσή της στην ιστορία ζωής με τρόπο που δεν καταλύει την ταυτότητα. Μέσα από τη διαδικασία αυτή, η γυναίκα μπορεί να επαναπροσδιορίσει τον εαυτό της, να αναγνωρίσει τις απώλειες, αλλά και να αναδείξει τις εσωτερικές της δυνάμεις, μετατρέποντας το τραυματικό βίωμα σε στοιχείο προσωπικής και σχεσιακής εξέλιξης (White & Epston, 1990;Frank, 1995).

3.5 Ολιστικές και Ενσώματες Προσεγγίσεις στην εμπειρία του καρκίνου

Παράλληλα με τις λεκτικές ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερη σημασία στη στήριξη των γυναικών με καρκίνο έχουν οι ολιστικές και ενσώματες προσεγγίσεις, οι οποίες εστιάζουν στην αποκατάσταση της σχέσης με το σώμα. Η εμπειρία της ασθένειας, όπως έχει ήδη αναδειχθεί, συχνά συνοδεύεται από αποξένωση, φόβο ή εχθρικότητα απέναντι στο σώμα. Οι ενσώματες πρακτικές λειτουργούν ως γέφυρα επανασύνδεσης με την αίσθηση της παρουσίας και της σωματικής ασφάλειας.

Οι ενσώματες παρεμβάσεις εντάσσονται πλέον σε τεκμηριωμένα μοντέλα ψυχοκοινωνικής φροντίδας, καθώς έχει φανεί ότι συμβάλλουν όχι μόνο στη μείωση του

άγχους, αλλά και στην ενίσχυση της σωματικής επίγνωσης και στη βελτίωση της σχέσης με το σώμα μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας (Zhang et al., 2021; Cramer et al., 2017).

Πρακτικές όπως το mindfulness, η yoga και οι δημιουργικές σωματικές παρεμβάσεις, όπως η χοροθεραπεία και οι εκφραστικές μορφές κίνησης, έχουν μελετηθεί εκτενώς στο πλαίσιο της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Έρευνες δείχνουν ότι συμβάλλουν στη μείωση του άγχους, των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της σωματικής έντασης, ενώ βελτιώνουν συνολικά την ποιότητα ζωής των ασθενών (Carlson & Garland, 2005;Cramer et al., 2017). Η ενσυνειδητότητα επιτρέπει στη γυναίκα να παρατηρεί το σώμα της χωρίς κριτική, μειώνοντας την αποφυγή και την υπερεπαγρύπνηση που συχνά συνοδεύουν τον καρκίνο.

Η yoga και οι ήπιες σωματικές πρακτικές ενισχύουν την αίσθηση σωματικής κυριότητας (body ownership) και αυτορρύθμισης, προσφέροντας μια εμπειρία ελέγχου και εμπιστοσύνης προς το σώμα. Το σώμα παύει να είναι αποκλειστικά πεδίο ιατρικών παρεμβάσεων και μετατρέπεται σε ενεργό συμμετέχοντα στη διαδικασία της φροντίδας και της αποκατάστασης (Cramer et al., 2017).

Ιδιαίτερη σημασία έχουν και οι δημιουργικές ενσώματες πρακτικές (χοροθεραπεία, κίνηση, εικαστική έκφραση), οι οποίες επιτρέπουν την εξωλεκτική επεξεργασία της εμπειρίας. Όταν ο πόνος ή το τραύμα δυσκολεύονται να εκφραστούν με λόγια, το σώμα μπορεί να λειτουργήσει ως εναλλακτικό μέσο αφήγησης, συμβάλλοντας στη συναισθηματική αποφόρτιση και στη νοηματοδότηση της εμπειρίας (van der Kolk, 2014).

Από συστημική σκοπιά, οι ενσώματες προσεγγίσεις δεν αφορούν μόνο το άτομο, αλλά και το πλαίσιο των σχέσεων. Η αλλαγή στη στάση της γυναίκας απέναντι στο σώμα της συχνά επηρεάζει τη δυναμική της οικογένειας, τον τρόπο που ζητά ή δέχεται φροντίδα και τα όρια που θέτει. Η ενσώματη ενδυνάμωση λειτουργεί έτσι ως καταλύτης μετασχηματισμού όχι μόνο της ατομικής εμπειρίας, αλλά και του συστήματος στο οποίο ανήκει (Weingarten, 2001).

Οι ολιστικές παρεμβάσεις, επομένως, δεν έρχονται να αντικαταστήσουν την ιατρική ή ψυχοθεραπευτική φροντίδα, αλλά να τη συμπληρώσουν. Εντάσσονται σε ένα διεπιστημονικό μοντέλο φροντίδας, όπου το σώμα, ο ψυχισμός και οι σχέσεις αντιμετωπίζονται ως αλληλένδετες διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας. Μέσα από αυτές τις πρακτικές, η γυναίκα μπορεί να επαναπροσεγγίσει το σώμα της όχι ως εχθρό ή υπενθύμιση της ασθένειας, αλλά ως τόπο παρουσίας, ανθεκτικότητας και ζωής.

3.6 Συστημική οπτική στην ιατρική συνεργασία

Η συστημική θεώρηση δεν περιορίζεται αποκλειστικά στο θεραπευτικό δωμάτιο, αλλά επεκτείνεται στο σύνολο των πλαισίων φροντίδας που περιβάλλουν τη γυναίκα με καρκίνο. Στο πλαίσιο αυτό, η συνεργασία με την ιατρική ομάδα αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η εμπειρία της ασθένειας διαμορφώνεται όχι μόνο από τη νόσο καθαυτή, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο αυτή επικοινωνείται, αντιμετωπίζεται και νοηματοδοτείται στο ιατρικό περιβάλλον (Rolland, 1994).

Μελέτες στον χώρο της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας δείχνουν ότι η ποιότητα της επικοινωνίας και η ουσιαστική αναγνώριση της υποκειμενικής εμπειρίας της γυναίκας επηρεάζουν άμεσα την εμπιστοσύνη της προς το θεραπευτικό σύστημα και τη συνέπειά της στη θεραπευτική διαδικασία (Back et al., 2009; Holland et al., 2015).

Η ιατρική πράξη, όπως έχει αναδείξει ο Foucault (1976), ενσωματώνει λόγους εξουσίας και γνώσης, οι οποίοι συχνά τοποθετούν το σώμα του ασθενούς ως αντικείμενο παρέμβασης και ελέγχου. Στην ογκολογία, όπου το σώμα γίνεται πεδίο επαναλαμβανόμενων εξετάσεων, θεραπειών και επεμβάσεων, η γυναίκα ενδέχεται να βιώσει αποπροσωποποίηση ή απώλεια φωνής. Η συστημική οπτική επιδιώκει να αντισταθμίσει αυτή την εμπειρία, προωθώντας την αναγνώριση της γυναίκας ως υποκειμένου σχέσης και όχι μόνο ως φορέα διάγνωσης.

Η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ ιατρών, ψυχολόγων, ψυχοθεραπευτών, νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών συμβάλλει στη δημιουργία ενός συνεκτικού πλαισίου φροντίδας, στο οποίο λαμβάνονται υπόψη τόσο οι βιοϊατρικές ανάγκες όσο και οι ψυχοκοινωνικές και υπαρξιακές διαστάσεις της ασθένειας (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992). Η ενσωμάτωση της συστημικής σκέψης στην ιατρική συνεργασία επιτρέπει την κατανόηση των αντιδράσεων της γυναίκας όχι ως «μη συμμόρφωση» ή «αντίσταση», αλλά ως εκφράσεις φόβου, απώλειας ελέγχου ή ανάγκης για νόημα.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ποιότητα της επικοινωνίας γύρω από τη διάγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές και την πρόγνωση. Έρευνες δείχνουν ότι η ενσυναισθητική και συμμετοχική επικοινωνία ενισχύει την αίσθηση ασφάλειας, μειώνει το άγχος και διευκολύνει την ενεργή συμμετοχή της ασθενούς στις αποφάσεις που αφορούν το σώμα και τη ζωή της (Rolland, 1994). Από συστημική σκοπιά, η γυναίκα δεν αντιμετωπίζεται ως παθητικός αποδέκτης οδηγιών, αλλά ως ενεργό μέλος ενός δικτύου φροντίδας.

Η συστημική συνεργασία με την ιατρική ομάδα δημιουργεί, επομένως, τις προϋποθέσεις για μια ολιστική αντιμετώπιση του καρκίνου, όπου η σωματική ανακούφιση, η ψυχολογική υποστήριξη και η υπαρξιακή νοηματοδότηση συνυπάρχουν. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, το σώμα παύει να αποτελεί μόνο αντικείμενο θεραπείας και αναγνωρίζεται ως φορέας εμπειρίας, σχέσεων και ιστορίας, ενισχύοντας την αίσθηση αξιοπρέπειας και συνοχής της γυναίκας μέσα στην ασθένεια.

3.7 Ψυχολογική υποστήριξη στην ογκολογία

Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου αποτελούν γεγονότα ζωής με έντονο ψυχοσυναισθηματικό και κοινωνικό αντίκτυπο, τα οποία απαιτούν οργανωμένη και συστηματική ψυχολογική φροντίδα. Η ψυχολογική υποστήριξη στην ογκολογία δεν αποτελεί συμπληρωματική παρέμβαση, αλλά θεμελιώδες στοιχείο της ολοκληρωμένης αντιμετώπισης της νόσου. Η ψυχο-ογκολογία (psycho-oncology) έχει καθιερωθεί διεθνώς ως διακριτό πεδίο που εστιάζει στις ψυχικές, κοινωνικές, συμπεριφορικές και υπαρξιακές διαστάσεις της εμπειρίας του καρκίνου (Holland et al., 2015).

Σε αντίθεση με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις που εστιάζουν στη νοηματοδότηση και την ανθεκτικότητα (ενότητα 3.3), η παρούσα ενότητα επικεντρώνεται στην **κλινική οργάνωση της ψυχολογικής φροντίδας**, δηλαδή στα επίπεδα παρέμβασης, στις διαδικασίες ανίχνευσης ψυχικής δυσφορίας και στη λειτουργική ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο ογκολογικό πλαίσιο.

Τα τελευταία χρόνια, διεθνείς οργανισμοί και επιστημονικές εταιρείες προτείνουν την καθολική ανίχνευση της ψυχικής δυσφορίας (distress screening) ως «πέμπτο ζωτικό σημείο» στην ογκολογική φροντίδα, υπογραμμίζοντας ότι η έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση μειώνει τον κίνδυνο χρονιότητας της ψυχικής επιβάρυνσης (Holland et al., 2015; Grassi et al., 2017). Η ψυχολογική φροντίδα οφείλει να είναι συνεχής, προσαρμοσμένη στο στάδιο της νόσου και ενσωματωμένη στη συνολική θεραπευτική διαδρομή της γυναίκας.

3.7.1 Ψυχική δυσφορία και ανάγκη κλινικής ανίχνευσης

Οι γυναίκες με καρκίνο εμφανίζουν αυξημένα ποσοστά άγχους, καταθλιπτικών συμπτωμάτων, διαταραχών εικόνας σώματος και υπαρξιακής αγωνίας, τόσο κατά τη διάγνωση όσο και σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου (Bultz & Carlson, 2006; Mehnert et al., 2013). Η ψυχική δυσφορία δεν ακολουθεί πάντα γραμμική πορεία και συχνά

κορυφώνεται σε φάσεις όπως η ολοκλήρωση της θεραπείας, οι επανέλεγχοι και ο φόβος υποτροπής (Mehnert et al., 2021; Zhu et al., 2023).

Η έννοια του *total pain* (Saunders, 1978) παραμένει κεντρική στην ψυχο-ογκολογία, καθώς περιγράφει τη συνύπαρξη σωματικού, ψυχολογικού, κοινωνικού και πνευματικού πόνου. Σύγχρονες προσεγγίσεις αναδεικνύουν ότι η εμπειρία αυτή απαιτεί διεπιστημονική και ψυχοκοινωνικά ευαίσθητη παρέμβαση, ιδιαίτερα στον γυναικείο καρκίνο όπου το σώμα συνδέεται στενά με την ταυτότητα και τις σχέσεις (Zimmermann et al., 2020).

3.7.2 Επίπεδα ψυχολογικής παρέμβασης (stepped care)

Η ψυχολογική φροντίδα στην ογκολογία οργανώνεται συχνά βάσει μοντέλων κλιμακωτής φροντίδας (*stepped care*), τα οποία προσαρμόζουν την ένταση, τη διάρκεια και το είδος της παρέμβασης στο επίπεδο της ψυχικής δυσφορίας, στο στάδιο της νόσου και στις ιδιαίτερες ανάγκες της γυναίκας και του περιβάλλοντός της (Faller et al., 2019). Η λογική του *stepped care* επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση, την αποφυγή υπο- ή υπερθεραπείας και τη λειτουργική αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων.

Στο πλαίσιο αυτό, διακρίνονται τα ακόλουθα βασικά επίπεδα και μορφές ψυχολογικής παρέμβασης:

Ατομική ψυχοθεραπεία: Η ατομική ψυχοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις μέτριας έως σοβαρής ψυχικής δυσφορίας και εστιάζει στη διαχείριση του άγχους, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, του φόβου υποτροπής, του υπαρξιακού πένθους και των αλλαγών στην εικόνα σώματος και την ταυτότητα. Στο ογκολογικό πλαίσιο αξιοποιούνται διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, όπως η γνωσιακή-συμπεριφορική, η ψυχοδυναμική και η υπαρξιακή–νοηματική θεραπεία, προσαρμοσμένες στη σωματική επιβάρυνση και τη φάση της νόσου (Kissane, 2012). Η ατομική παρέμβαση παρέχει έναν ασφαλή χώρο επεξεργασίας της εμπειρίας, χωρίς την απαίτηση λειτουργικότητας ή «θετικής στάσης».

Ομαδική ψυχοθεραπεία και ομάδες υποστήριξης: Η ομαδική ψυχοθεραπεία και οι δομημένες ομάδες υποστήριξης αποτελούν σημαντικό επίπεδο παρέμβασης για γυναίκες με καρκίνο, ιδιαίτερα όταν η αίσθηση απομόνωσης, η ντροπή ή η απώλεια ταυτότητας είναι έντονες. Από κλινική σκοπιά, οι ομάδες λειτουργούν ως πλαίσιο κανονικοποίησης της εμπειρίας, ενίσχυσης της συναισθηματικής έκφρασης και επανασύνδεσης με τη συλλογικότητα. Έρευνες δείχνουν ότι η συμμετοχή σε ομάδες

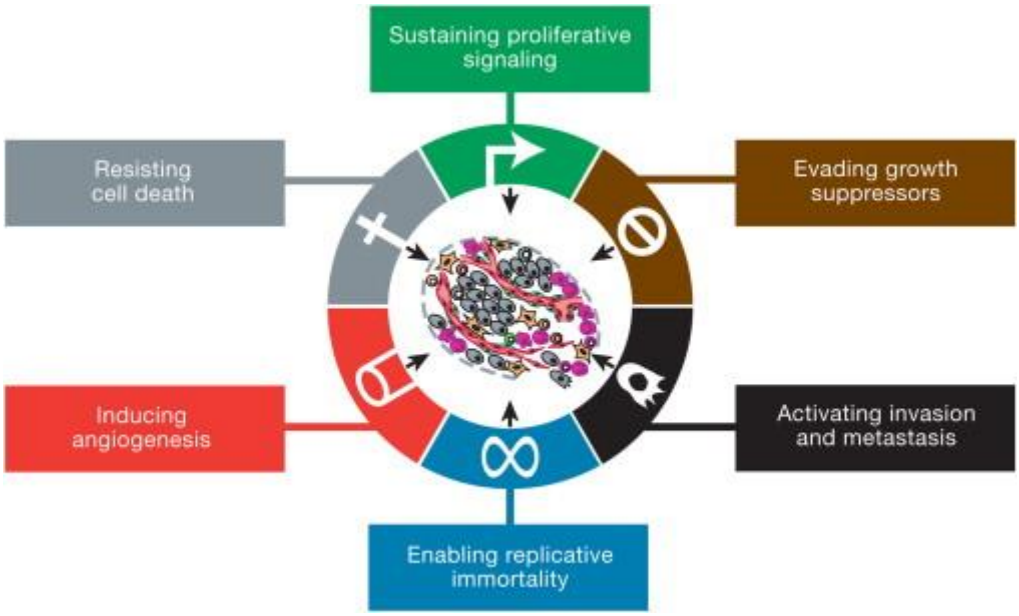
σχετίζεται με μείωση της ψυχικής δυσφορίας και βελτίωση της ποιότητας ζωής, όταν εντάσσεται σε κατάλληλο χρονικό σημείο της θεραπευτικής διαδρομής (Yalom, 2005· Classen et al., 2001). Η επιλογή της ομαδικής παρέμβασης προϋποθέτει κλινική εκτίμηση της ετοιμότητας της γυναίκας και σαφές θεραπευτικό πλαίσιο.

Υποστήριξη φροντιστών και οικογενειακή συμβουλευτική: Οι οικογενειακοί φροντιστές συχνά βιώνουν αυξημένα επίπεδα άγχους, εξάντλησης και συναισθηματικής επιβάρυνσης, τα οποία επηρεάζουν τόσο τη δική τους ψυχική υγεία όσο και τη συνολική λειτουργία του συστήματος φροντίδας. Η ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών, μέσω ατομικών ή οικογενειακών συνεδριών, συμβάλλει στη μείωση της επιβάρυνσης, στη σαφέστερη διαπραγμάτευση ρόλων και στη διατήρηση της συναισθηματικής διαθεσιμότητας προς τη γυναίκα που νοσεί (Northouse et al., 2010). Από συστημική σκοπιά, η φροντίδα του φροντιστή αποτελεί προϋπόθεση για τη βιωσιμότητα της φροντίδας του ασθενούς.

Ολιστικές και ενσώματες παρεμβάσεις: Οι ολιστικές και ενσώματες παρεμβάσεις, όπως η ενσυνειδητότητα (*mindfulness*), η επίγνωση του σώματος (*body awareness*), η yoga και η θεραπεία μέσω της τέχνης, εντάσσονται ολοένα και συχνότερα στα πολυεπίπεδα μοντέλα ψυχολογικής φροντίδας. Κλινικά, οι παρεμβάσεις αυτές λειτουργούν υποστηρικτικά στη ρύθμιση του άγχους, στη μείωση της σωματοποιημένης δυσφορίας και στην αποκατάσταση της σχέσης με το σώμα, ιδιαίτερα μετά από επεμβατικές θεραπείες (Carlson & Speca, 2011; Cramer et al., 2017). Η ένταξή τους στο θεραπευτικό πλάνο προϋποθέτει συνεργασία με την ιατρική ομάδα και σαφή οριοθέτηση του ρόλου τους ως συμπληρωματικών παρεμβάσεων.

Συνολικά, το μοντέλο *stepped care* επιτρέπει τη δυναμική προσαρμογή της ψυχολογικής φροντίδας στις μεταβαλλόμενες ανάγκες της γυναίκας κατά τη διάρκεια της νόσου, διασφαλίζοντας ότι κάθε μορφή παρέμβασης εντάσσεται λειτουργικά και όχι αποσπασματικά στο συνολικό θεραπευτικό πλαίσιο, όπως αποτυπώνεται γραφικά στη διαβάθμιση των επιπέδων φροντίδας του παρακάτω σχήματος.

Σχήμα 4: *Το Μοντέλο Διαβάθμισης Φροντίδας (Stepped Care Model) για την ψυχοκοινωνική υποστήριξη και παρέμβαση σε ογκολογικούς ασθενείς.*



Πηγή: Προσαρμογή από τις κατευθυντήριες οδηγίες των National Breast Cancer Centre & National Cancer Control Initiative (2003) και Howell κ.συν., (2011) για τη διαχείριση της ψυχολογικής δυσφορίας (distress).

3.7.3 Η συστημική διάσταση της υποστήριξης

Η ασθένεια δεν αφορά μόνο τη γυναίκα που νοσεί, αλλά επηρεάζει ολόκληρο το οικογενειακό σύστημα. Η ένταξη της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία μειώνει τη σύγχυση ρόλων, ενισχύει την αλληλεγγύη και περιορίζει το αίσθημα ενοχής της γυναίκας ότι «γίνεται βάρος» για τους άλλους (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992; Northouse et al., 2010). Μέσα από τη συστημική οπτική, η ψυχολογική υποστήριξη στοχεύει όχι μόνο στη διαχείριση των ατομικών συμπτωμάτων, αλλά και στη συλλογική επεξεργασία των συναισθηματικών και υπαρξιακών επιπτώσεων του καρκίνου, λειτουργώντας ως συνδετικός κρίκος μεταξύ του ατόμου, του σώματος και του οικογενειακού συστήματος.

3.7.4 Η σημασία της έγκαιρης ενσωμάτωσης ψυχολογικής φροντίδας

Η έγκαιρη ενσωμάτωση της ψυχολογικής υποστήριξης από τα πρώτα στάδια της διάγνωσης έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει την προσκόλληση στη θεραπεία, μειώνει τα

ψυχιατρικά συμπτώματα και ενισχύει την ποιότητα ζωής των ασθενών (Grassi et al., 2017). Η έγκαιρη ψυχολογική παρέμβαση έχει συνδεθεί όχι μόνο με καλύτερη ψυχική προσαρμογή, αλλά και με βελτιωμένη σωματική ευεξία, μειωμένη ανάγκη χρήσης υπηρεσιών υγείας και ενισχυμένη αίσθηση ελέγχου της ασθένειας από την πλευρά της γυναίκας (Andersen et al., 2008; Traeger et al., 2020). Επιπλέον, μελέτες δείχνουν ότι η ψυχολογική παρέμβαση μπορεί να επηρεάσει και βιολογικούς δείκτες, όπως η μείωση των επιπέδων κορτιζόλης και η ενίσχυση της ανοσολογικής απόκρισης (Andersen et al., 2008). Η International Psycho-Oncology Society (IPOS) προτείνει την τακτική ψυχολογική αξιολόγηση όλων των ασθενών με καρκίνο και τη διασύνδεσή τους με ειδικούς ψυχικής υγείας εντός του ίδιου θεραπευτικού πλαισίου (Holland et al., 2015).

Συνοψίζοντας, η ψυχολογική υποστήριξη στην ογκολογία δεν αποτελεί προαιρετικό συμπλήρωμα της ιατρικής θεραπείας, αλλά ουσιώδες μέρος της συνολικής φροντίδας. Μέσα από μια πολυεπίπεδη και συστημικά ευαισθητοποιημένη προσέγγιση, η γυναίκα μπορεί να ανακτήσει την αίσθηση συνοχής και ελέγχου απέναντι στη νόσο, ενώ ταυτόχρονα ενδυναμώνεται το οικογενειακό σύστημα που τη στηρίζει, δημιουργώντας χώρο για νέες μορφές νοήματος, ανθεκτικότητας και ζωής.

3.7.5 Ψυχολογική φροντίδα στη φάση επιβίωσης (survivorship)

Η ολοκλήρωση της ενεργούς ογκολογικής θεραπείας δεν σηματοδοτεί το τέλος των ψυχολογικών αναγκών της γυναίκας, αλλά συχνά την έναρξη μιας νέας, ιδιαίτερα απαιτητικής φάσης προσαρμογής, γνωστής ως φάση επιβίωσης (*survivorship*). Κατά τη μεταθεραπευτική περίοδο, πολλές γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με αυξημένο φόβο υποτροπής, αβεβαιότητα για το μέλλον, σωματική κόπωση, καθώς και δυσκολίες επαναπροσδιορισμού της ταυτότητας και της σχέσης με το σώμα (Mehnert et al., 2021).

Σε αντίθεση με την περίοδο της ενεργούς θεραπείας, όπου η φροντίδα είναι δομημένη και συνεχής, η φάση επιβίωσης χαρακτηρίζεται συχνά από αίσθηση «κενού», σταδιακή υποχώρηση της υποστήριξης και αυξημένες προσδοκίες κοινωνικής επανένταξης. Η γυναίκα καλείται να επιστρέψει σε ρόλους και ρυθμούς ζωής, ενώ ταυτόχρονα συνεχίζει να βιώνει σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις της νόσου και των θεραπειών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα αποξένωσης ή αποτυχίας (Zhu et al., 2023).

Κεντρική ψυχολογική πρόκληση στη φάση αυτή αποτελεί ο φόβος υποτροπής (*fear of cancer recurrence*), ο οποίος μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και τη συμμόρφωση στους επανελέγχους. Μελέτες δείχνουν ότι ο φόβος υποτροπής δεν σχετίζεται απαραίτητα με την ιατρική πρόγνωση, αλλά με την

υποκειμενική εμπειρία απειλής, τις σωματικές αισθήσεις και τις προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες θεραπείας (Mehnert et al., 2021).

Η ψυχολογική φροντίδα στη φάση επιβίωσης εστιάζει στην υποστήριξη της επανανοηματοδότησης της εμπειρίας του καρκίνου, στη διαχείριση του φόβου υποτροπής και στην αποκατάσταση της αίσθησης συνέχειας του εαυτού. Ιδιαίτερη σημασία έχει η επεξεργασία της μεταβαλλόμενης εικόνας σώματος και της ενσώματης ταυτότητας, καθώς το σώμα συχνά λειτουργεί ως μόνιμη υπενθύμιση της ασθένειας μέσα από ουλές, σωματικές αλλαγές ή χρόνιες επιπτώσεις των θεραπειών.

Από συστημική σκοπιά, η φάση επιβίωσης επηρεάζει εκ νέου το οικογενειακό σύστημα, καθώς οι ρόλοι φροντίδας επαναδιαπραγματεύονται και οι προσδοκίες «επιστροφής στην κανονικότητα» μπορεί να έρθουν σε σύγκρουση με τη βιωμένη πραγματικότητα της γυναίκας. Η ψυχολογική παρέμβαση συμβάλλει στη δημιουργία ενός πλαισίου όπου η επιβίωση δεν νοείται ως απλή λήξη της ασθένειας, αλλά ως δυναμική διαδικασία προσαρμογής, ανθεκτικότητας και επαναπροσδιορισμού της ζωής (Park, 2020).

Στο πλαίσιο της ψυχο-ογκολογίας, η ενσωμάτωση ψυχολογικής φροντίδας στη φάση επιβίωσης αναγνωρίζεται πλέον ως αναγκαία συνιστώσα της συνολικής θεραπευτικής διαδρομής, με στόχο τη μακροπρόθεσμη ποιότητα ζωής, τη συναισθηματική ισορροπία και τη διατήρηση της αίσθησης νοήματος πέρα από τη νόσο (Grassi et al., 2017).

3.7.6 Ψυχολογική και συστημική φροντίδα σε προχωρημένη νόσο και παρηγορητικό πλαίσιο (palliative care)

Σε περιπτώσεις προχωρημένης ή μη ιάσιμης νόσου, η ψυχολογική φροντίδα εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της παρηγορικής φροντίδας (*palliative care*), η οποία δεν στοχεύει στην ίαση, αλλά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής της ασθενούς και του οικογενειακού της συστήματος. Η παρηγορική προσέγγιση αναγνωρίζει ότι η εμπειρία της ασθένειας περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές διαστάσεις, οι οποίες απαιτούν διεπιστημονική και συστημικά ευαίσθητη παρέμβαση (Zimmermann et al., 2020).

Στο παρηγορικό πλαίσιο, η ψυχολογική υποστήριξη εστιάζει στη διαχείριση της ψυχικής δυσφορίας, του υπαρξιακού άγχους, του φόβου θανάτου και της απώλειας ελέγχου, χωρίς να επιχειρεί την άρνηση ή την «εξομάλυνση» της πραγματικότητας της νόσου. Κεντρικός στόχος δεν είναι η απομάκρυνση του πόνου, αλλά η συνοδεία

της γυναίκας μέσα στην εμπειρία της, με σεβασμό στην αξιοπρέπεια, την αυτονομία και τις προσωπικές της αξίες (Saunders, 1978).

Η έννοια του *total pain* αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα σε αυτό το στάδιο, καθώς ο σωματικός πόνος συνυπάρχει και αλληλεπιδρά με την ψυχολογική οδύνη, τις κοινωνικές απώλειες και τα πνευματικά ή υπαρξιακά ερωτήματα που αναδύονται. Σύγχρονες μελέτες υπογραμμίζουν ότι η ουσιαστική παρηγορική φροντίδα προϋποθέτει τον συντονισμό της ιατρικής ανακούφισης με την ψυχολογική και την κοινωνική υποστήριξη, ώστε η γυναίκα να μη βιώνει την ασθένεια ως μια μοναχική ή απομονωμένη εμπειρία, αλλά ως μια διαδικασία φροντίδας μέσα σε σχέσεις και πλαίσια στήριξης (Zimmermann et al., 2020).

Από συστημική σκοπιά, η προχωρημένη νόσος επηρεάζει σε βάθος το οικογενειακό σύστημα, ενεργοποιώντας φόβους, πένθος εν εξελίξει (*anticipatory grief*), μετατοπίσεις ρόλων και δυσκολίες στην επικοινωνία. Η ψυχολογική παρέμβαση δεν αφορά αποκλειστικά τη γυναίκα, αλλά επεκτείνεται και στους φροντιστές, οι οποίοι συχνά έρχονται αντιμέτωποι με συναισθηματική εξάντληση, ενοχές και αίσθηση ανεπάρκειας. Η συστημική θεραπεία προσφέρει έναν ασφαλή χώρο όπου αυτά τα συναισθήματα μπορούν να εκφραστούν και να επεξεργαστούν συλλογικά, επιτρέποντας την προσέγγιση της απώλειας με σεβασμό στον χρόνο, τις ανάγκες και τα νοήματα κάθε μέλους, χωρίς βιασύνη ή επιβολή ερμηνειών (Rolland, 1994).

Ιδιαίτερη σημασία έχει η ποιότητα της επικοινωνίας γύρω από τη νόσο, τις θεραπευτικές αποφάσεις και τις επιθυμίες της γυναίκας. Η ενσυναισθητική και συμμετοχική επικοινωνία συμβάλλει στη διατήρηση της αίσθησης ελέγχου και αξιοπρέπειας, επιτρέποντας στη γυναίκα να συμμετέχει ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν το σώμα και τη ζωή της, ακόμη και σε συνθήκες αυξημένης ευαλωτότητας (Back et al., 2009).

Στο παρηγορικό πλαίσιο, η ψυχοθεραπευτική σχέση αποκτά χαρακτήρα συνοδοιπορίας. Ο θεραπευτής λειτουργεί ως σταθερή παρουσία που «αντέχει» την αβεβαιότητα, τον φόβο και τη σιωπή, χωρίς να επιδιώκει την επίλυση ή τη θετική αναπλαισίωση με κάθε κόστος. Η θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να περιλαμβάνει την επεξεργασία αποχαιρετισμών, τη νηματοδότηση της ζωής που έχει ήδη βιωθεί και τη διατήρηση της σχέσης με τους σημαντικούς άλλους, στοιχεία που έχουν συνδεθεί με μειωμένη ψυχική δυσφορία και αυξημένη αίσθηση πληρότητας στο τέλος της ζωής (Kissane, 2012).

Η παρηγορική φροντίδα, επομένως, δεν αποτελεί αποτυχία της θεραπείας, αλλά μετάβαση σε μια διαφορετική μορφή φροντίδας, όπου το σώμα, οι σχέσεις και το νόημα

παραμένουν στο επίκεντρο. Μέσα από μια συστημικά οργανωμένη και ψυχολογικά ευαίσθητη προσέγγιση, η γυναίκα και το οικογενειακό της σύστημα μπορούν να βιώσουν την προχωρημένη νόσο όχι ως απογύμνωση της ταυτότητας, αλλά ως χώρο ανθρώπινης παρουσίας, αξιοπρέπειας και σύνδεσης.

3.7.7 Ψηφιακές και υβριδικές παρεμβάσεις στην ψυχοκοινωνική ογκολογία

Τα τελευταία χρόνια, και ιδιαίτερα μετά την εμπειρία της πανδημίας COVID-19, οι ψηφιακές και υβριδικές μορφές ψυχολογικής υποστήριξης έχουν αναδειχθεί ως σημαντικά μέσα φροντίδας στον χώρο της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Η τηλεψυχοθεραπεία, οι διαδικτυακές ομάδες υποστήριξης και τα ψηφιακά εργαλεία αυτοφροντίδας έχουν δώσει τη δυνατότητα σε πολλές γυναίκες να παραμείνουν συνδεδεμένες με υποστηρικτικές υπηρεσίες, ακόμη και όταν η φυσική παρουσία είναι δύσκολη ή αδύνατη. Με τον τρόπο αυτό, διευρύνεται ουσιαστικά η πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για γυναίκες που αντιμετωπίζουν γεωγραφικούς, σωματικούς ή χρονικούς περιορισμούς (Traeger et al., 2020).

Από κλινική σκοπιά, οι ψηφιακές παρεμβάσεις δεν προορίζονται να αντικαταστήσουν τη δια ζώσης θεραπευτική σχέση, αλλά να τη συμπληρώσουν ή να τη στηρίξουν με υβριδικό τρόπο. Ιδιαίτερα σε φάσεις όπου η φυσική παρουσία είναι δύσκολη λόγω κόπωσης, ανοσοκαταστολής ή κινητικών περιορισμών, η τηλεψυχοθεραπεία μπορεί να προσφέρει συνέχεια στη φροντίδα και αίσθηση σταθερότητας. Σύγχρονες μελέτες δείχνουν ότι, όταν εφαρμόζεται μέσα σε σαφές θεραπευτικό πλαίσιο και από κατάλληλα εκπαιδευμένους επαγγελματίες, η τηλεψυχοθεραπεία μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη μείωση του άγχους, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και του φόβου υποτροπής (Wang et al., 2020).

Οι ψηφιακές ομάδες υποστήριξης και οι διαδικτυακές κοινότητες προσφέρουν, επιπλέον, τη δυνατότητα σύνδεσης με άλλες γυναίκες που μοιράζονται παρόμοιες εμπειρίες, ενισχύοντας την αίσθηση ότι η ασθένεια δεν βιώνεται σε απομόνωση. Ωστόσο, η έλλειψη μη λεκτικής επικοινωνίας και η πιθανότητα συναισθηματικής υπερέκθεσης καθιστούν αναγκαία την επαγγελματική εποπτεία και τη σαφή οριοθέτηση του ρόλου αυτών των παρεμβάσεων.

Από συστημική σκοπιά, η ψηφιακή φροντίδα εντάσσεται στο ευρύτερο δίκτυο υποστήριξης της γυναίκας, επηρεάζοντας τις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις, τους ρόλους φροντίδας και την ισορροπία μεταξύ ιδιωτικού και θεραπευτικού χώρου. Παράλληλα, αναδεικνύονται ζητήματα ψηφιακών ανισοτήτων, καθώς η πρόσβαση σε

τεχνολογία, ψηφιακές δεξιότητες και ασφαλές περιβάλλον χρήσης δεν είναι δεδομένη για όλες τις γυναίκες.

Συνεπώς, η ενσωμάτωση ψηφιακών και υβριδικών παρεμβάσεων στην ψυχοκοινωνική ογκολογία απαιτεί συστημικό σχεδιασμό, δεοντολογική ευαισθησία και συνεχή αξιολόγηση της καταλληλότητάς τους για κάθε γυναίκα. Όταν χρησιμοποιούνται με τρόπο συμπληρωματικό και εξατομικευμένο, μπορούν να ενισχύσουν τη συνέχεια της φροντίδας και να μειώσουν τα εμπόδια πρόσβασης, χωρίς να υποκαθιστούν τη σημασία της θεραπευτικής σχέσης.

3.8 Συστημικές παρεμβάσεις σε επίπεδο οικογένειας, ζεύγους και κοινωνικού πλαισίου

Η συστημική θεραπεία προσεγγίζει τον άνθρωπο όχι ως απομονωμένη οντότητα, αλλά ως μέλος ενός ευρύτερου δικτύου σχέσεων. Ο καρκίνος δεν αφορά αποκλειστικά τη γυναίκα που νοσεί, αλλά συνιστά ένα γεγονός ζωής που επηρεάζει, δοκιμάζει και συχνά αναδιοργανώνει ολόκληρο το οικογενειακό και κοινωνικό σύστημα (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η θεραπευτική παρέμβαση καλείται να αγκαλιάσει όχι μόνο το σώμα και τον ψυχισμό της γυναίκας, αλλά και τις σχέσεις, τους ρόλους και τις αλληλεπιδράσεις που τη συνοδεύουν.

Σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι οι συστημικές παρεμβάσεις στον καρκίνο συμβάλλουν ουσιαστικά στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας τόσο της ασθενούς όσο και των φροντιστών, ενώ παράλληλα ενισχύουν τη συνοχή, την ποιότητα της επικοινωνίας και την αίσθηση κοινής αντιμετώπισης της νόσου. Η ασθένεια προσεγγίζεται ως ένα «κοινό γεγονός ζωής» (*shared illness experience*), το οποίο απαιτεί παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τη δυναμική των σχέσεων, τις μετατοπίσεις ρόλων και τις αλληλεπιδράσεις στο οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο (Rolland, 1994; Walsh, 2016; Cincidda et al., 2022).

Έτσι, η συστημική παρέμβαση δεν περιορίζεται στη στήριξη του ατόμου, αλλά αγκαλιάζει το σύνολο των σχέσεων μέσα στις οποίες βιώνεται η ασθένεια, ενισχύοντας τη συλλογική ανθεκτικότητα και τη δυνατότητα κοινής νοηματοδότησης της εμπειρίας.

3.8.1 Η έννοια του «νοσούντος συστήματος»

Όταν ένα μέλος της οικογένειας νοσεί, το σύνολο του συστήματος υφίσταται μεταβολές. Αναδύονται συναισθηματικές εντάσεις, μεταβάλλονται οι ρόλοι και συχνά προκύπτουν ανισορροπίες φροντίδας, εξάρτησης και προσδοκιών. Η έννοια του «νοσούντος συστήματος» (Rolland, 1994) αναδεικνύει ότι η φροντίδα του ασθενούς δεν μπορεί να αποσπαστεί από το πλαίσιο στο οποίο αυτός ζει. Ο καρκίνος λειτουργεί ως τραυματικό γεγονός που διαταράσσει την οικογενειακή ομοιόσταση, φέρνοντας στην επιφάνεια παλαιότερα άλυτα ζητήματα, σιωπές, ενοχές και μοτίβα σχέσεων (Minuchin, 1974).

Πρόσφατη βιβλιογραφία επισημαίνει ότι οι αντιδράσεις της οικογένειας απέναντι στη διάγνωση του καρκίνου διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο της νόσου, τη διάρκεια και την ένταση της θεραπευτικής πορείας, καθώς και τη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης. Οι φροντιστές συχνά έρχονται αντιμέτωποι με αυξημένο άγχος, συναισθηματική κόπωση και έντονη αίσθηση ευθύνης, εμπειρίες που επηρεάζουν τη συνολική λειτουργία του οικογενειακού συστήματος και αναδεικνύουν την ανάγκη για συστημική θεραπευτική παρέμβαση (Northouse et al., 2010; Cincidda et al., 2022).

Στο πλαίσιο του γυναικείου καρκίνου, η αποσταθεροποίηση αυτή είναι συχνά εντονότερη, καθώς η νόσος ανατρέπει παραδοσιακούς έμφυλους ρόλους φροντίδας, παραγωγικότητας και συναισθηματικής διαθεσιμότητας. Το οικογενειακό σύστημα καλείται να αναδιαπραγματευτεί ποιος φροντίζει ποιον και τι σημαίνει να είσαι γυναίκα, μητέρα ή σύντροφος μέσα στη συνθήκη της ασθένειας (Αθανασιάδου, 2016; Rolland, 1994; Kadieva et al., 2021).

3.8.2 Θεραπευτικοί στόχοι της συστημικής παρέμβασης

Η συστημική θεραπεία στον καρκίνο δίνει έμφαση στη βελτίωση της επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, ώστε τα μέλη της να μπορούν να μιλούν ανοιχτά και με ασφάλεια για όσα βιώνουν. Όταν υπάρχει χώρος για ειλικρινή έκφραση, τα συναισθήματα δεν χρειάζεται να κρύβονται ή να εκφράζονται έμμεσα, μέσα από ενοχή ή φόβο. Η ποιότητα της επικοινωνίας παίζει καθοριστικό ρόλο στην προσαρμογή στην ασθένεια, καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο η οικογένεια κατανοεί τη νόσο και

οργανώνει τη φροντίδα και την υποστήριξη προς τη γυναίκα (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992; Rolland, 1994).

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην αναγνώριση συναισθημάτων που συχνά παραμένουν σιωπηλά ή καλύπτονται από υπερπροστατευτικές συμπεριφορές. Παρότι αυτές οι στάσεις προκύπτουν συνήθως από πρόθεση φροντίδας, μπορεί να επιβαρύνουν τις σχέσεις και να περιορίσουν την αυτονομία της γυναίκας, δημιουργώντας ένταση μέσα στο οικογενειακό σύστημα (Walsh, 2016).

Παράλληλα, η συστημική παρέμβαση βοηθά την οικογένεια να διερευνήσει τις βαθύτερες ιστορίες και τα νοήματα που συνοδεύουν την ασθένεια, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις κληρονομικού καρκίνου. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το σώμα και η νόσος συνδέονται συχνά με μνήμες, φόβους και εμπειρίες προηγούμενων γενεών, που επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο βιώνεται η ασθένεια στο παρόν (McGoldrick & Carter, 1999). Στόχος είναι να αποκατασταθεί μια πιο ισορροπημένη κατανομή ρόλων φροντίδας και ευθύνης και να ενισχυθεί η φωνή της γυναίκας, ώστε να συμμετέχει ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν το σώμα, τη θεραπεία και την καθημερινή της ζωή (Rolland, 2006).

Όταν αυτοί οι στόχοι επιτυγχάνονται, παρατηρείται καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή της γυναίκας, λιγότερες συγκρούσεις μέσα στην οικογένεια και μεγαλύτερη συλλογική ανθεκτικότητα. Η μετάβαση από τη σιωπή ή την υπερπροστασία προς μια πιο συνεργατική μορφή φροντίδας δημιουργεί συνθήκες συναισθηματικής ασφάλειας, εμπιστοσύνης και κοινής κατανόησης της εμπειρίας της ασθένειας (Walsh, 2016; Rolland, 2006).

Τελικός στόχος της συστημικής παρέμβασης είναι το οικογενειακό σύστημα να αποτελέσει πηγή στήριξης, νοήματος και ανθεκτικότητας, και όχι επιπλέον πίεσης, ενοχής ή σιωπής γύρω από τον πόνο. Με αυτόν τον τρόπο, η γυναίκα και οι οικείοι της μπορούν να προσαρμοστούν μαζί στην εμπειρία της ασθένειας, μέσα από σχέση, κατανόηση και κοινή πορεία (McGoldrick & Carter, 1999).

3.8.3 Εργαλεία και τεχνικές της συστημικής θεραπείας

Η συστημική θεραπεία αξιοποιεί μια σειρά από κλινικά εργαλεία και τεχνικές που βοηθούν την οικογένεια και τη γυναίκα να κατανοήσουν βαθύτερα τις σχέσεις, τα μοτίβα και τα νοήματα που ενεργοποιούνται μέσα στην εμπειρία της ασθένειας. Κεντρικός στόχος των παρεμβάσεων αυτών δεν είναι μόνο η ανακούφιση από τη ψυχική δυσφορία, αλλά και ο μετασχηματισμός του τρόπου με τον οποίο η νόσος εντάσσεται στη συλλογική οικογενειακή αφήγηση.

Ένα βασικό εργαλείο της συστημικής προσέγγισης είναι το **γενεόγραμμα (genogram)**, το οποίο επιτρέπει τη χαρτογράφηση της διαγενεακής πορείας της νόσου και των σχέσεων που τη συνοδεύουν. Μέσα από το γενεόγραμμα αναδεικνύονται μοτίβα φροντίδας, απωλειών, σιωπών ή επαναλαμβανόμενων εμπειριών ασθένειας, τα οποία συχνά επηρεάζουν ασυνείδητα τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα και η οικογένεια βιώνουν τον καρκίνο στο παρόν (Bowen, 1978). Η οπτική αυτή αναπαράσταση βοηθά τα μέλη να συνδέσουν την τρέχουσα εμπειρία με την οικογενειακή ιστορία, μειώνοντας την αίσθηση μοναξιάς ή «μοίρας».

Ιδιαίτερη θέση στη συστημική θεραπεία κατέχουν οι **κυκλικές ερωτήσεις**, οι οποίες ενθαρρύνουν τα μέλη να εξετάσουν την εμπειρία της ασθένειας μέσα από διαφορετικές οπτικές. Αντί να εστιάζουν σε γραμμικές αιτιότητες, οι ερωτήσεις αυτές ανοίγουν τον διάλογο γύρω από το πώς οι συμπεριφορές, τα συναισθήματα και οι αντιδράσεις του ενός επηρεάζουν τους άλλους, ενισχύοντας την κατανόηση και τη συναισθηματική εγγύτητα μέσα στο σύστημα (Tomm, 1987).

Παράλληλα, η **αφήγηση της εμπειρίας της ασθένειας** αποτελεί ένα ισχυρό θεραπευτικό εργαλείο. Μέσα από την αφήγηση, η γυναίκα και η οικογένεια καλούνται να δώσουν λόγο στην εμπειρία του καρκίνου, να εκφράσουν φόβους, απώλειες και ελπίδες, και να συν-δημιουργήσουν ένα πλαίσιο νοήματος που δεν περιορίζεται αποκλειστικά στη νόσο. Η διαδικασία αυτή συμβάλλει στη μετατόπιση από μια αφήγηση τραύματος σε μια αφήγηση ανθεκτικότητας και συνέχειας της ζωής (Frank, 1995).

Στη συστημική πρακτική αξιοποιούνται επίσης **συμβολικές παρεμβάσεις**, όπως η συγγραφή επιστολών προς τη νόσο, η χρήση αντικειμένων με προσωπικό ή οικογενειακό νόημα ή η δημιουργία μικρών τελετουργιών μετάβασης. Οι παρεμβάσεις αυτές επιτρέπουν τη συμβολική έκφραση συναισθημάτων που δύσκολα αποτυπώνονται με λόγια και βοηθούν τη γυναίκα και την οικογένεια να σηματοδοτήσουν αλλαγές, απώλειες ή νέες φάσεις στη θεραπευτική και βιογραφική πορεία (White & Epston, 1990).

Τέλος, οι **ανοιχτές οικογενειακές συνεδρίες** δίνουν χώρο στην έκφραση όλων των μελών του συστήματος, συμπεριλαμβανομένων των φροντιστών και των παιδιών. Μέσα σε ένα προστατευμένο θεραπευτικό πλαίσιο, αναγνωρίζεται ότι κάθε μέλος βιώνει την ασθένεια με διαφορετικό τρόπο και ότι η κατανόηση αυτών των εμπειριών ενισχύει τη συνοχή, τη συναισθηματική ασφάλεια και τη συλλογική προσαρμογή της οικογένειας.

Με τη χρήση αυτών των εργαλείων, η συστημική θεραπεία συμβάλλει στη μετατροπή της εμπειρίας του καρκίνου από ατομικό βάρος σε κοινή διεργασία κατανόησης, σχέσης και νοηματοδότησης.

3.8.4 Η νόσος ως αφήγημα και ως διαγενεακή κληρονομιά

Η εμπειρία του καρκίνου συχνά εγγράφεται ως συμβολική μνήμη σε διαγενεακό επίπεδο. Γυναίκες με μεταλλάξεις BRCA1 ή BRCA2 που επιλέγουν προληπτικές επεμβάσεις κουβαλούν όχι μόνο τη βιολογική απειλή, αλλά και τη συμβολική κληρονομιά της απώλειας και του φόβου (Jordan, 2010). Σε αυτές τις περιπτώσεις, η συστημική θεραπεία διευκολύνει τη μετατροπή του τραύματος από παθητική εμπειρία σε ενεργή στάση ζωής και σε συλλογική αφήγηση ανθεκτικότητας (Broom & Kenny, 2017).

Σύγχρονες ποιοτικές μελέτες αναδεικνύουν ότι οι αποφάσεις που αφορούν τον γενετικό έλεγχο και τις προληπτικές παρεμβάσεις σπάνια λαμβάνονται από τη γυναίκα μόνη της. Αντίθετα, διαμορφώνονται μέσα σε ένα πλαίσιο οικογενειακής διαπραγμάτευσης, όπου συνυπάρχουν φόβοι, ενοχές και προσδοκίες που σχετίζονται τόσο με τις προηγούμενες όσο και με τις επόμενες γενιές. Στο πλαίσιο αυτό, η συστημική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει ώστε αυτές οι αποφάσεις να μετακινηθούν από πηγή έντονου άγχους σε μια διαδικασία ενδυνάμωσης και ανάληψης συλλογικής ευθύνης (Broom & Kenny, 2017; Fisher et al., 2023).

Η φράση «είμαστε η γενιά που θα το αλλάξει» αποκτά θεραπευτικό νόημα όταν η οικογένεια αναγνωρίσει ότι μπορεί να επαναπλαισιώσει τη νόσο, όχι ως κατάρα, αλλά ως αφορμή συνειδητότητας, φροντίδας και πρόληψης.

3.8.5 Συστημικός διάλογος: από τη σιωπή στη συμπερίληψη

Σε πολλές οικογένειες, η σιωπή γύρω από τη νόσο λειτουργεί αρχικά ως μηχανισμός προστασίας. Η αποφυγή δύσκολων συζητήσεων, η απόκρυψη φόβων ή η αποσιώπηση της σοβαρότητας της κατάστασης συχνά αποσκοπούν στο να «μην επιβαρυνθούν» τα υπόλοιπα μέλη ή να διατηρηθεί μια αίσθηση κανονικότητας. Ωστόσο, η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η παρατεταμένη σιωπή, αντί να προστατεύει, συχνά εντείνει το άγχος, την αβεβαιότητα και την αίσθηση συναισθηματικής απομόνωσης, τόσο για τη γυναίκα όσο και για τους φροντιστές (Rolland, 1994; Kissane, 2012).

Από συστημική σκοπιά, η σιωπή δεν θεωρείται απουσία επικοινωνίας, αλλά μια ενεργή μορφή σχέσης, η οποία επηρεάζει τη λειτουργία ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Όταν τα δύσκολα συναισθήματα δεν βρίσκουν χώρο να εκφραστούν, συχνά μεταφέρονται έμμεσα μέσα από σωματική ένταση, υπερπροστατευτικές συμπεριφορές ή

συναισθηματική απόσυρση, δημιουργώντας περαιτέρω αποστάσεις μεταξύ των μελών (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992).

Ο ρόλος του συστημικού θεραπευτή είναι να δημιουργήσει ένα ασφαλές και μη επικριτικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο το «μη ειπωμένο» μπορεί σταδιακά να αποκτήσει λόγο. Μέσα από τον θεραπευτικό διάλογο, ενθαρρύνεται η έκφραση φόβων, θλίψης, θυμού και αμφιθυμίας, χωρίς την ανάγκη άμεσων λύσεων ή καθησυχασμών. Η διαδικασία αυτή επιτρέπει στα μέλη να αναγνωρίσουν ότι οι διαφορετικές εμπειρίες και αντιδράσεις συνυπάρχουν και είναι όλες θεμιτές (Walsh, 2016).

Όταν η γυναίκα, οι φροντιστές και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας αρχίζουν να αναγνωρίζουν τον εαυτό τους μέσα στη θεραπευτική διαδικασία, αποκαθίσταται σταδιακά η αίσθηση σύνδεσης και κοινής πορείας. Η εμπειρία της ασθένειας παύει να βιώνεται ως ατομικό βάρος ή μυστικό που πρέπει να διαχειριστεί κανείς μόνος του και μετατρέπεται σε συλλογικό βίωμα, το οποίο μπορεί να νοηματοδοτηθεί μέσα από τη σχέση και τον διάλογο (Kissane, 2012; Rolland, 2006).

Με αυτόν τον τρόπο, ο συστημικός διάλογος συμβάλλει στον μετασχηματισμό της εμπειρίας του καρκίνου από μια κατάσταση σιωπής και απομόνωσης σε μια διαδικασία συμπερίληψης, συναισθηματικής εγγύτητας και κοινής προσαρμογής. Η θεραπευτική δυνατότητα δεν εντοπίζεται μόνο στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας, αλλά και στη δημιουργία ενός πλαισίου όπου η ασθένεια μπορεί να ενταχθεί στη ζωή της οικογένειας χωρίς να διαλύει τους δεσμούς της.

3.8.6 Παρεμβάσεις στο οικογενειακό πλαίσιο: στόχοι και εφαρμογές

Η εμπειρία του καρκίνου δεν περιορίζεται στον ψυχισμό του ατόμου που νοσεί, αλλά διαχέεται στο σύνολο του οικογενειακού και κοινωνικού του περιβάλλοντος, επηρεάζοντας τις σχέσεις, τους ρόλους και τους τρόπους επικοινωνίας. Η διάγνωση και η θεραπευτική πορεία συχνά διαταράσσουν τη μέχρι τότε «φυσική ροή» της οικογενειακής ζωής, δημιουργώντας νέες ανάγκες, ανισορροπίες και συναισθηματικές εντάσεις. Για τον λόγο αυτό, οι συστημικές παρεμβάσεις δεν στοχεύουν αποκλειστικά στη στήριξη της γυναίκας, αλλά στη συνολική αναδιοργάνωση της σχέσης της με το οικογενειακό της πλαίσιο, με στόχο την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και της συνοχής του συστήματος (Rolland, 1994).

Η οικογένεια αποτελεί τον πρωτογενή χώρο μέσα στον οποίο νοηματοδοτείται η εμπειρία της ασθένειας. Από συστημική σκοπιά, προσεγγίζεται ως «συν-πάσχον

σύστημα», καθώς όλα τα μέλη επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από τη νόσο και καλούνται να προσαρμοστούν στις αλλαγές που αυτή επιφέρει (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992). Οι παρεμβάσεις στο οικογενειακό πλαίσιο αποσκοπούν στη στήριξη αυτής της προσαρμογής, βοηθώντας τα μέλη να επανεκτιμήσουν τους ρόλους φροντίδας και ευθύνης, να εκφράσουν φόβους και συναισθήματα με ασφάλεια και να διαχειριστούν την αβεβαιότητα και τις συνεχείς μεταβολές της ασθένειας.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη μετακίνηση της οικογένειας από μοτίβα παθητικότητας, σιωπής ή υπερπροστασίας προς μια πιο συνεργατική μορφή φροντίδας. Παρότι η υπερπροστασία συχνά απορρέει από αγάπη και αγωνία, μπορεί να περιορίσει την αυτονομία της γυναίκας και να εντείνει την ψυχική της επιβάρυνση. Η συστημική παρέμβαση στοχεύει στη δημιουργία μιας ισορροπίας, όπου η φροντίδα συνυπάρχει με τον σεβασμό της υποκειμενικότητας και της ενεργού συμμετοχής της γυναίκας στη θεραπευτική και καθημερινή της ζωή (McDaniel et al., 1992).

Οι οικογενειακές συνεδρίες δίνουν τη δυνατότητα στη γυναίκα και στα μέλη της οικογένειάς της να συναντηθούν μαζί στον θεραπευτικό χώρο και να μιλήσουν ανοιχτά για την εμπειρία της ασθένειας. Εκεί μπορούν να εκφραστούν σκέψεις και συναισθήματα που συχνά μένουν ανείπωτα στην καθημερινότητα, όπως φόβοι, ανησυχίες ή ενοχές. Στόχος δεν είναι η απόδοση ευθυνών, αλλά η κατανόηση των διαφορετικών βιωμάτων και η ενίσχυση της αίσθησης ότι η ασθένεια αντιμετωπίζεται από κοινού και όχι ατομικά (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992).

Σημαντικό ρόλο στις συστημικές παρεμβάσεις διαδραματίζουν και οι τεχνικές αναστοχασμού (reflecting teams). Μέσα από αυτές, ο θεραπευτής ή μια μικρή ομάδα επαγγελματιών μοιράζεται σκέψεις, παρατηρήσεις και ερωτήματα με έναν προσεκτικό και μη επικριτικό τρόπο. Η διαδικασία αυτή δεν αποσκοπεί στην παροχή έτοιμων λύσεων, αλλά στο να ανοίξει νέους δρόμους κατανόησης και να προσφέρει εναλλακτικές οπτικές πάνω στην εμπειρία της ασθένειας. Όταν η οικογένεια ακούει τον εαυτό της «απ' έξω», συχνά αναγνωρίζει μοτίβα επικοινωνίας, υπερεμπλοκής ή σιωπής που μέχρι τότε περνούσαν απαρατήρητα. Με αυτόν τον τρόπο μειώνεται η ένταση, ενισχύεται η ενσυναίσθηση και διευκολύνεται ο ουσιαστικός διάλογος μεταξύ των μελών (Andersen, 1995).

Παράλληλα, τα αφηγηματικά εργαλεία επιτρέπουν στη γυναίκα και στην οικογένεια να μιλήσουν για την ασθένεια μέσα από ιστορίες ζωής. Αντί ο καρκίνος να κυριαρχεί σε κάθε πτυχή της ταυτότητας, δίνεται χώρος να αναδειχθούν στιγμές δύναμης, ανθεκτικότητας και συνέχειας. Με τον τρόπο αυτό, η εμπειρία της ασθένειας μπορεί να

ενταχθεί στην πορεία ζωής χωρίς να ορίζει αποκλειστικά τη γυναίκα ή την οικογένεια (White & Epston, 1990; Frank, 1995).

Συνολικά, τα εργαλεία αυτά συμβάλλουν στη βελτίωση της επικοινωνίας, στην ενίσχυση της συναισθηματικής εγγύτητας και στη μετατροπή της εμπειρίας του καρκίνου από ατομικό βάρος σε κοινή διαδικασία κατανόησης και προσαρμογής (Rolland, 1994). Κεντρική θέση στις παρεμβάσεις στο οικογενειακό πλαίσιο κατέχει η έννοια της αμοιβαιότητας στη φροντίδα, σύμφωνα με την οποία η γυναίκα δεν αντιμετωπίζεται αποκλειστικά ως αποδέκτης φροντίδας, αλλά ως ενεργό υποκείμενο με φωνή, δικαιώματα και ικανότητα λήψης αποφάσεων. Η αναγνώριση αυτής της αμοιβαιότητας συμβάλλει στη μείωση των ενδοοικογενειακών εντάσεων, στην ενίσχυση της αξιοπρέπειας της γυναίκας και στη διαμόρφωση σχέσεων που βασίζονται στον σεβασμό και τη συνεργασία (Boszormenyi-Nagy, 1986).

Με τον τρόπο αυτό, οι παρεμβάσεις στο οικογενειακό πλαίσιο δεν περιορίζονται στη διαχείριση της κρίσης, αλλά υποστηρίζουν μια διαδικασία κοινής προσαρμογής και νοηματοδότησης της ασθένειας, μέσα στην οποία η οικογένεια μπορεί να λειτουργήσει ως πηγή σταθερότητας, ανθεκτικότητας και συναισθηματικής ασφάλειας.

3.8.7 Παρεμβάσεις στο πλαίσιο του ζεύγους

Η εμπειρία του καρκίνου επηρεάζει βαθιά τη συντροφική σχέση, καθώς μεταβάλλει τις ισορροπίες, τους ρόλους και τη συναισθηματική εγγύτητα μεταξύ των συντρόφων. Συχνά, ο ένας σύντροφος καλείται να αναλάβει τον ρόλο του φροντιστή, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε μετατόπιση της σχέσης από μια ισότιμη συντροφική δυναμική σε μια σχέση «ασθενή – φροντιστή». Αυτή η αλλαγή, αν και συχνά αναγκαία σε πρακτικό επίπεδο, μπορεί να επιβαρύνει τη συναισθηματική σύνδεση και να δημιουργήσει αίσθηση απόστασης, μοναξιάς ή ενοχής και για τα δύο μέλη του ζεύγους (Kayser et al., 2007).

Ιδιαίτερες δυσκολίες συχνά αναδύονται στον τομέα της σεξουαλικότητας και της σωματικής εγγύτητας, ειδικά όταν η νόσος και οι θεραπείες επηρεάζουν το σώμα, την εικόνα σώματος και την αίσθηση θηλυκότητας της γυναίκας. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η αποφυγή της σωματικής επαφής, η αμηχανία ή η σιωπή γύρω από τις αλλαγές μπορεί να ενισχύσουν την απομάκρυνση και να επιβαρύνουν τη σχέση. Παράλληλα, και οι δύο σύντροφοι μπορεί να αποφεύγουν να εκφράσουν τις ανάγκες ή τους φόβους τους, προκειμένου να «προστατεύσουν» ο ένας τον άλλον, γεγονός που τελικά εντείνει τη συναισθηματική απομόνωση (Kayser et al., 2007; Manne & Badr, 2008).

Στο πλαίσιο αυτό, οι συστημικές παρεμβάσεις στο ζεύγος στοχεύουν στη δημιουργία ενός ασφαλούς χώρου διαλόγου, όπου μπορούν να αναγνωριστούν και να νοηματοδοτηθούν οι αλλαγές που επιφέρει η ασθένεια στη σχέση. Η **ψυχοεκπαίδευση** γύρω από τις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου βοηθά τους συντρόφους να κατανοήσουν ότι πολλές δυσκολίες δεν αποτελούν ένδειξη απομάκρυνσης ή έλλειψης αγάπης, αλλά φυσικές αντιδράσεις σε μια ιδιαίτερα απαιτητική συνθήκη ζωής. Με τον τρόπο αυτό, μειώνονται οι παρερμηνείες και ενισχύεται η αμοιβαία κατανόηση και ενσυναίσθηση (Manne & Badr, 2008).

Κεντρικός στόχος των παρεμβάσεων στο επίπεδο του ζεύγους είναι η μετάβαση από τη δυάδα «ασθενής–φροντιστής» σε μια σχέση συνεργασίας, όπου οι σύντροφοι αναγνωρίζονται ως **συμμέτοχοι στη θεραπευτική διαδρομή**. Η έννοια του **dyadic coping** αναφέρεται ακριβώς σε αυτή τη συνεργατική διαχείριση του στρες, κατά την οποία το ζεύγος αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της ασθένειας ως κοινό πρόβλημα και όχι ως ατομικό βάρος (Bodenmann, 2005). Μέσα από τον ανοιχτό διάλογο, τη συναισθηματική υποστήριξη και τη συντονισμένη αντιμετώπιση των δυσκολιών, ενισχύεται η αίσθηση του «μαζί» και της κοινής πορείας.

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η συνεργατική διαχείριση του στρες στο ζεύγος συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας, καλύτερη ποιότητα επικοινωνίας και ενίσχυση της συναισθηματικής και σωματικής εγγύτητας. Τα οφέλη αυτά είναι ιδιαίτερα εμφανή όταν η νόσος αφορά άμεσα το σώμα και τη σεξουαλικότητα της γυναίκας, καθώς η υποστήριξη του συντρόφου λειτουργεί προστατευτικά για την αυτοεκτίμηση και την ψυχολογική προσαρμογή και των δύο μελών του ζεύγους (Bodenmann, 2005; Kayser et al., 2007; Manne & Badr, 2008).

Με τον τρόπο αυτό, οι παρεμβάσεις στο πλαίσιο του ζεύγους δεν αποσκοπούν μόνο στη διαχείριση της κρίσης, αλλά στη διατήρηση και ενδυνάμωση της σχέσης ως πηγής στήριξης, εγγύτητας και νοήματος μέσα στην εμπειρία του καρκίνου.

3.8.8 Παρεμβάσεις σε κοινωνικό και κοινοτικό επίπεδο

Πέρα από το οικογενειακό και συντροφικό πλαίσιο, η εμπειρία του καρκίνου εγγράφεται και σε ένα ευρύτερο κοινωνικό και κοινοτικό περιβάλλον, το οποίο επηρεάζει ουσιαστικά τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βιώνει και νοηματοδοτεί την ασθένεια. Σε κοινωνικό επίπεδο, πολλές γυναίκες έρχονται αντιμέτωπες με τη σιωπή, το στίγμα και την απομόνωση, καθώς ο καρκίνος εξακολουθεί να συνδέεται με φόβο, προκαταλήψεις και αμηχανία στον δημόσιο λόγο. Οι κοινωνικές αφηγήσεις γύρω από την ασθένεια επηρεάζουν όχι μόνο τον τρόπο που οι άλλοι ανταποκρίνονται στη γυναίκα, αλλά και τον

τρόπο με τον οποίο η ίδια αντιλαμβάνεται το σώμα, την ταυτότητα και το μέλλον της (Goffman, 1963; Charmaz, 1991).

Η απουσία ανοιχτού διαλόγου γύρω από την ασθένεια συχνά οδηγεί σε κοινωνική απόσυρση και αίσθηση μοναξιάς, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου η γυναίκα βιώνει αλλαγές στην εμφάνιση, στη λειτουργικότητα ή στη συμμετοχή της στην εργασία και την κοινωνική ζωή. Από αυτή την οπτική, οι παρεμβάσεις σε κοινωνικό και κοινοτικό επίπεδο αποκτούν ιδιαίτερη σημασία, καθώς στοχεύουν στη δημιουργία πλαισίων όπου η εμπειρία του καρκίνου μπορεί να εκφραστεί, να ακουστεί και να αναγνωριστεί χωρίς στιγματισμό.

Κεντρικό ρόλο σε αυτό το επίπεδο διαδραματίζουν οι **ομάδες υποστήριξης**, οι οποίες προσφέρουν έναν χώρο κοινής εμπειρίας και αλληλεγγύης. Μέσα σε αυτές τις ομάδες, η γυναίκα έχει τη δυνατότητα να μοιραστεί βιώματα, φόβους και ερωτήματα με άλλες γυναίκες που αντιμετωπίζουν παρόμοιες προκλήσεις, γεγονός που μειώνει την αίσθηση απομόνωσης και ενισχύει την αίσθηση του «ανήκειν». Η συλλογική αυτή εμπειρία συμβάλλει στη νοηματοδότηση της ασθένειας όχι ως ατομικής αποτυχίας, αλλά ως ανθρώπινης εμπειρίας που μπορεί να μοιραστεί και να υποστηριχθεί (Frank, 1995).

Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία έχει η **εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην ενσυναισθητική επικοινωνία**, καθώς ο τρόπος με τον οποίο μεταδίδονται οι πληροφορίες, ακούγονται οι ανησυχίες και αναγνωρίζεται η υποκειμενική εμπειρία της γυναίκας επηρεάζει άμεσα τη σχέση εμπιστοσύνης και τη συμμόρφωση στη θεραπεία. Η καλλιέργεια δεξιοτήτων επικοινωνίας που σέβονται τη συναισθηματική κατάσταση και την αξιοπρέπεια της γυναίκας συμβάλλει στη μείωση της αποπροσωποποίησης της ιατρικής εμπειρίας και ενισχύει την αίσθηση φροντίδας και ασφάλειας (Back et al., 2009).

Σε κοινοτικό επίπεδο, η **ενίσχυση τοπικών δικτύων φροντίδας** και η συνεργασία με συλλόγους ασθενών, κοινωνικές δομές και φορείς ψυχοκοινωνικής υποστήριξης μπορεί να προσφέρει πρακτική και συναισθηματική βοήθεια, ιδιαίτερα σε περιφερειακές περιοχές όπου οι διαθέσιμες υπηρεσίες είναι περιορισμένες. Τα δίκτυα αυτά λειτουργούν ως γέφυρα ανάμεσα στο άτομο, το σύστημα υγείας και την κοινότητα, ενισχύοντας τη συνέχεια της φροντίδας και τη δυνατότητα κοινωνικής επανένταξης.

Τέλος, οι **αφηγήσεις μαρτυρίας** και οι αφηγηματικές πρακτικές σε συλλογικό επίπεδο συμβάλλουν στη μετατροπή της ατομικής εμπειρίας της ασθένειας σε κοινωνικό λόγο με θεραπευτική αξία. Όταν οι γυναίκες αποκτούν δημόσια φωνή μέσα από προσωπικές αφηγήσεις, δράσεις ευαισθητοποίησης ή καλλιτεχνικές και εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες, το στίγμα μειώνεται και η εμπειρία του καρκίνου αναγνωρίζεται ως μέρος

της κοινωνικής πραγματικότητας. Η διαδικασία αυτή ενδυναμώνει τις γυναίκες, ενισχύει την αίσθηση νοήματος και συμβάλλει στη συλλογική κατανόηση της ασθένειας (Frank, 1995; Charon, 2006).

Με τον τρόπο αυτό, οι παρεμβάσεις σε κοινωνικό και κοινοτικό επίπεδο δεν λειτουργούν μόνο υποστηρικτικά, αλλά και μετασχηματιστικά, συμβάλλοντας στη δημιουργία ενός κοινωνικού πλαισίου που αναγνωρίζει, σέβεται και συμπεριλαμβάνει την εμπειρία των γυναικών που ζουν με καρκίνο.

3.8.9 Φύλο και ανθεκτικότητα

Στον γυναικείο καρκίνο, η εμπειρία της ασθένειας δεν μπορεί να αποκοπεί από το φύλο, καθώς το σώμα, η ταυτότητα και οι κοινωνικοί ρόλοι της γυναίκας βρίσκονται συχνά στο επίκεντρο των βιοϊατρικών και ψυχοκοινωνικών μεταβολών. Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου μπορεί να ανατρέψουν καθιερωμένους έμφυλους ρόλους φροντίδας, μητρότητας και συντροφικότητας, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα αντιλαμβάνεται τη θηλυκότητα και την αξία της. Για τον λόγο αυτό, οι παρεμβάσεις στον γυναικείο καρκίνο καλούνται να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο τις ιατρικές ανάγκες, αλλά και τη βαθύτερη επαναδιαπραγμάτευση της έμφυλης ταυτότητας που συχνά συνοδεύει την εμπειρία της ασθένειας (Αθανασιάδου, 2016; Rolland, 1994).

Οι σωματικές αλλαγές, οι επιπτώσεις στη σεξουαλικότητα και η απειλή της απώλειας αναπαραγωγικών λειτουργιών μπορούν να κλονίσουν την εικόνα σώματος και την αίσθηση θηλυκότητας, ενισχύοντας συναισθήματα ντροπής, αμφιθυμίας ή αποστασιοποίησης από το σώμα. Παράλληλα, οι κοινωνικές προσδοκίες που συνδέουν τη γυναίκα με τη φροντίδα των άλλων συχνά δυσκολεύουν την αποδοχή της ανάγκης για βοήθεια, οδηγώντας σε υπερπροσπάθεια ή συναισθηματική απομόνωση. Σύγχρονες μελέτες υπογραμμίζουν ότι η αναγνώριση αυτών των έμφυλων διαστάσεων είναι κρίσιμη για την αποτελεσματικότητα των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στον γυναικείο καρκίνο (Kadieva et al., 2021).

Από συστημική σκοπιά, η ανθεκτικότητα δεν νοείται ως ατομικό χαρακτηριστικό, αλλά ως δυναμική διαδικασία που αναπτύσσεται μέσα στις σχέσεις και στο οικογενειακό σύστημα. Η οικογενειακή ανθεκτικότητα ενισχύεται όταν το τραύμα της ασθένειας αναγνωρίζεται και επεξεργάζεται συλλογικά, και όταν αναδεικνύονται οι υπάρχουσες δυνάμεις, οι δεσμοί και οι τρόποι αλληλοϋποστήριξης του συστήματος. Η μετάβαση από την εστίαση στην απώλεια προς την αναγνώριση της ανθεκτικότητας επιτρέπει στη

γυναίκα και στο περιβάλλον της να επαναπροσδιορίσουν την εμπειρία του καρκίνου όχι μόνο ως κρίση, αλλά και ως πεδίο μετασχηματισμού (Walsh, 2003).

Στο πλαίσιο αυτό, οι συστημικές παρεμβάσεις στον καρκίνο ευθυγραμμίζονται με το σύγχρονο αίτημα της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας να υπερβεί τη λογική της απλής «ανίχνευσης και παραπομπής». Η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η τυπική ανίχνευση ψυχικής δυσφορίας δεν επαρκεί από μόνη της, εάν δεν συνοδεύεται από πραγματικά προσβάσιμα και οργανωμένα πλαίσια φροντίδας, τα οποία ενσωματώνονται στη ροή των υπηρεσιών υγείας και απευθύνονται τόσο στη γυναίκα όσο και στους σημαντικούς άλλους της (Dekker et al., 2021).

Η συστημική προσέγγιση, με την έμφαση που δίνει στις σχέσεις, στο φύλο και στη συλλογική ανθεκτικότητα, προσφέρει ένα τέτοιο πλαίσιο φροντίδας. Μέσα από αυτή τη λογική, η γυναίκα δεν αντιμετωπίζεται μόνο ως φορέας νόσου, αλλά ως υποκείμενο με ιστορία, φύλο, ρόλους και σχέσεις, ενισχύοντας την ψυχοκοινωνική της προσαρμογή και την ποιότητα ζωής σε όλα τα στάδια της ασθένειας.

3.9 Η ψυχοθεραπευτική σχέση ως παράγοντας θεραπείας

Στην εμπειρία του καρκίνου, η ψυχοθεραπευτική σχέση δεν αποτελεί απλώς ένα τεχνικό εργαλείο παρέμβασης, αλλά αναδεικνύεται σε θεραπευτικό γεγονός από μόνη της. Σε ένα πλαίσιο όπου το σώμα απειλείται, η προβλεψιμότητα κλονίζεται και το μέλλον τίθεται υπό αμφισβήτηση, η σταθερή και αξιόπιστη παρουσία του θεραπευτή λειτουργεί ως σημείο αναφοράς και ασφάλειας. Ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής σχετίζεται με τη γυναίκα που νοσεί, το βλέμμα, η στάση, η ικανότητα ακρόασης και αποδοχής, συμβάλλει καθοριστικά στη δημιουργία ενός χώρου όπου η τραυματική εμπειρία μπορεί να αναδυθεί, να ονοματιστεί και να αποκτήσει νόημα (Norcross & Lambert, 2011).

Ιδιαίτερα στον καρκίνο, όπου η εμπειρία συχνά συνοδεύεται από φόβο θανάτου, απώλεια ελέγχου και υπαρξιακή αγωνία, η θεραπευτική σχέση προσφέρει ένα πλαίσιο συγκράτησης (holding), μέσα στο οποίο η γυναίκα μπορεί να μιλήσει χωρίς να χρειάζεται να «προστατεύσει» τους άλλους ή να αποσιωπήσει τον πόνο της. Η δυνατότητα να βιωθεί η σχέση ως ασφαλής και μη επικριτική επιτρέπει τη σταδιακή επεξεργασία δύσκολων συναισθημάτων, όπως ο θυμός, η θλίψη, η ενοχή ή η αίσθηση αδυναμίας, τα οποία συχνά παραμένουν μη εκφρασμένα στο οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον.

Η σημασία της θεραπευτικής σχέσης στον καρκίνο επιβεβαιώνεται και από σύγχρονες εμπειρικές μελέτες, οι οποίες δείχνουν ότι η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας συνδέεται άμεσα με τη μείωση της ψυχικής δυσφορίας, τη βελτίωση της συναισθηματικής ρύθμισης και την ενίσχυση της προσαρμογής σε άτομα με σοβαρή σωματική νόσο. Όπως επισημαίνουν οι Flückiger et al. (2020), η θεραπευτική συμμαχία διατηρεί ισχυρή προγνωστική αξία ακόμη και σε πλαίσια υψηλής υπαρξιακής απειλής, γεγονός που υπογραμμίζει ότι η ποιότητα της σχέσης μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στην ψυχική κατάρρευση.

Από συστημική οπτική, η θεραπευτική σχέση δεν περιορίζεται στη δυαδική αλληλεπίδραση θεραπευτή–ασθενούς, αλλά λειτουργεί ως πρότυπο σχέσης που μπορεί να επηρεάσει και άλλες διαπροσωπικές δυναμικές. Μέσα από την εμπειρία μιας σχέσης που βασίζεται στην ενσυναίσθηση, τον σεβασμό και τη σαφή οριοθέτηση, η γυναίκα μπορεί να επαναδιαπραγματευτεί τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με το σώμα της, με τους σημαντικούς άλλους και με την ίδια την ασθένεια. Η θεραπευτική σχέση, επομένως, δεν λειτουργεί μόνο υποστηρικτικά, αλλά και μετασχηματιστικά.

Συνολικά, η ψυχοθεραπευτική σχέση στον καρκίνο αποτελεί θεμέλιο της θεραπευτικής διαδικασίας και όχι δευτερεύον στοιχείο της παρέμβασης. Η παρουσία ενός θεραπευτή που αντέχει να «μείνει» με τον πόνο, την αβεβαιότητα και τις υπαρξιακές ερωτήσεις της γυναίκας δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την αποκατάσταση της ψυχικής συνέχειας και την ενίσχυση της αίσθησης νοήματος, ακόμη και μέσα σε συνθήκες σοβαρής απειλής της ζωής (Norcross & Lambert, 2011; Flückiger et al., 2020).

3.9.1 Η σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας

Η θεραπευτική συμμαχία αναγνωρίζεται διαχρονικά ως ένας από τους ισχυρότερους προβλεπτικούς παράγοντες για την έκβαση της ψυχοθεραπείας, ανεξαρτήτως θεωρητικής προσέγγισης ή τεχνικών που χρησιμοποιούνται (Horvath & Symonds, 1991; Safran & Muran, 2000). Σύμφωνα με τον κλασικό ορισμό του Bordin (1979), η θεραπευτική συμμαχία συγκροτείται μέσα από τη συνεργασία θεραπευτή και θεραπευόμενου σε τρεις αλληλένδετες διαστάσεις: την κοινή κατανόηση των στόχων της θεραπείας, τη συμφωνία ως προς τα καθήκοντα και τις διαδικασίες της θεραπευτικής δουλειάς και, κυρίως, τον συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ τους.

Στο πλαίσιο του καρκίνου, η θεραπευτική συμμαχία αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα, καθώς η γυναίκα βρίσκεται αντιμέτωπη με μια εμπειρία που απειλεί τη σωματική

ακεραιότητα, την αίσθηση ελέγχου και τη συνέχεια της ζωής της. Η ύπαρξη μιας σταθερής και αξιόπιστης θεραπευτικής σχέσης μπορεί να λειτουργήσει ως σημείο ασφάλειας μέσα σε ένα περιβάλλον έντονης αβεβαιότητας. Η συμμαχία προσφέρει έναν χώρο όπου η εμπειρία της ασθένειας μπορεί να αναγνωριστεί και να γίνει αποδεκτή χωρίς εξιδανικεύσεις, πιέσεις για «θετική σκέψη» ή φοβικές αποσιωπήσεις του πόνου και του φόβου.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η δυνατότητα που προσφέρει η θεραπευτική συμμαχία για **επανανοηματοδότηση της ασθένειας** μέσα από έναν μη επικριτικό και συνεργατικό διάλογο. Μέσα στη θεραπευτική σχέση, η γυναίκα μπορεί να επεξεργαστεί το νόημα που αποδίδει στη διάγνωση, στις σωματικές αλλαγές και στις απώλειες που βιώνει, χωρίς να χρειάζεται να προσαρμοστεί σε εξωτερικές προσδοκίες ή κοινωνικούς ρόλους. Η συνεργασία με τον θεραπευτή διευκολύνει τη μετακίνηση από την παθητική αποδοχή της ασθένειας προς μια πιο ενεργή και υποκειμενική στάση απέναντι στην εμπειρία.

Η γυναίκα με καρκίνο συχνά ζει μέσα σε πλαίσια όπου άλλοι μιλούν για εκείνη, αποφασίζουν για εκείνη ή σιωπούν γύρω από εκείνη, με αποτέλεσμα η δική της φωνή να περιορίζεται. Στο θεραπευτικό πλαίσιο, η συμμαχία λειτουργεί ως χώρος αποκατάστασης της φωνής και της agency της γυναίκας. Ο θεραπευτής δεν κατέχει θέση εξουσίας, αλλά συνοδοιπόρου, επιτρέποντας στη γυναίκα να μιλήσει για την εμπειρία της με τους δικούς της όρους, χωρίς να χρειάζεται να συμμορφωθεί με έμφυλες, οικογενειακές ή ιατρικές προσδοκίες (Gilligan, 1982).

Σύγχρονες μελέτες στην ψυχο-ογκολογία επιβεβαιώνουν ότι η ενσυναισθητική θεραπευτική στάση και η αναγνώριση της υποκειμενικής εμπειρίας της γυναίκας συνδέονται με μειωμένη αποφυγή, ενισχυμένη αίσθηση ασφάλειας και μεγαλύτερη ενεργό συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία. Τα ευρήματα αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά σε περιπτώσεις καρκίνου που επηρεάζουν άμεσα το σώμα, την εικόνα σώματος και την ταυτότητα, όπου η θεραπευτική συμμαχία λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας ψυχικής προσαρμογής (Grassi et al., 2020).

Συνολικά, η θεραπευτική συμμαχία στον καρκίνο δεν αποτελεί απλώς προϋπόθεση για την εφαρμογή τεχνικών, αλλά βασικό θεραπευτικό μηχανισμό. Μέσα από τη σχέση, η γυναίκα μπορεί να βιώσει αποδοχή, ασφάλεια και νόημα, στοιχεία που υποστηρίζουν τη ψυχική ανθεκτικότητα και τη δυνατότητα επαναδιαπραγμάτευσης της εμπειρίας της ασθένειας.

3.9.2 Η θεραπευτική σχέση ως «μεταβατικός χώρος»

Εμπνευσμένος από τον Winnicott (1971), ο όρος «μεταβατικός χώρος» αναφέρεται σε έναν ενδιάμεσο ψυχολογικό χώρο, όπου το άτομο μπορεί να κινηθεί με σχετική ασφάλεια ανάμεσα στο παλιό και το νέο, στο γνωστό και το άγνωστο. Πρόκειται για έναν χώρο πειραματισμού, φαντασίας και δημιουργίας νοήματος, μέσα στον οποίο το υποκείμενο μπορεί να δοκιμάσει νέες ταυτότητες και τρόπους ύπαρξης χωρίς τον φόβο της διάλυσης ή της κριτικής. Στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας, και ιδιαίτερα σε συνθήκες σοβαρής ασθένειας, η θεραπευτική σχέση μπορεί να λειτουργήσει ως ένας τέτοιος μεταβατικός χώρος.

Για τη γυναίκα που βιώνει τον καρκίνο, η ψυχοθεραπευτική σχέση προσφέρει ένα πλαίσιο όπου δεν χρειάζεται να ταυτιστεί αποκλειστικά με τον ρόλο της «ασθενούς». Μέσα στον θεραπευτικό χώρο, μπορεί να υπάρξει ταυτόχρονα ως επιζώσα, αφηγήτρια της εμπειρίας της, αλλά και ως ενεργό υποκείμενο που επαναδιαπραγματεύεται τη σχέση με το σώμα, τον χρόνο και το μέλλον. Η θεραπευτική σχέση επιτρέπει τη συνύπαρξη αντιφατικών συναισθημάτων φόβου και ελπίδας, απώλειας και δύναμης, χωρίς την ανάγκη άμεσης επίλυσης ή εξιδανίκευσης της εμπειρίας (Winnicott, 1971).

Ο Frank (1995) περιγράφει την ασθένεια ως ένα γεγονός που προκαλεί ρήξη στο βιογραφικό αφήγημα του ατόμου, διακόπτοντας τη συνέχεια της ζωής όπως αυτή ήταν μέχρι τότε νοηματοδοτημένη. Από αυτή την οπτική, η ψυχοθεραπευτική σχέση λειτουργεί ως χώρος όπου το παλιό αφήγημα μπορεί να θρηνηθεί, να αναγνωριστεί και σταδιακά να αποχαιρετιστεί, χωρίς να διαγραφεί. Παράλληλα, δημιουργούνται οι συνθήκες ώστε ένα νέο αφήγημα να αρχίσει να αναδύεται, το οποίο ενσωματώνει την εμπειρία της ασθένειας χωρίς να ταυτίζει ολοκληρωτικά την ταυτότητα της γυναίκας με αυτήν.

Σύγχρονες ποιοτικές έρευνες σε γυναίκες με καρκίνο επιβεβαιώνουν ότι η ψυχοθεραπευτική σχέση μπορεί να λειτουργήσει ως βασικός χώρος επανασύνδεσης της βιογραφικής συνέχειας, ιδιαίτερα μετά από θεραπείες που αλλοιώνουν το σώμα, την εικόνα σώματος και την καθημερινή λειτουργικότητα. Η δυνατότητα αφήγησης της εμπειρίας σε ένα ασφαλές και μη επικριτικό πλαίσιο φαίνεται να συμβάλλει στη μετατροπή της ασθένειας από εμπειρία αποκλειστικής ρήξης σε εμπειρία νοηματοδότησης και ψυχικής ανθεκτικότητας (Park, 2020; Zhu et al., 2023).

Μέσα σε αυτόν τον μεταβατικό χώρο, η γυναίκα μπορεί να επαναπροσδιορίσει τη σχέση της με το σώμα της, να επεξεργαστεί τις απώλειες και τις αλλαγές που επέφερε η νόσος και να δοκιμάσει νέους τρόπους κατανόησης του εαυτού της. Η θεραπευτική σχέση

δεν λειτουργεί απλώς ως χώρος «επεξεργασίας συμπτωμάτων», αλλά ως πλαίσιο όπου η εμπειρία του καρκίνου μπορεί να ενταχθεί σε μια συνεκτική αφήγηση ζωής, ενισχύοντας την αίσθηση συνέχειας, νοήματος και προσωπικής ανθεκτικότητας.

3.9.3 Θεραπευτική ενσυναίσθηση, συν-ρύθμιση και παρουσία στον καρκίνο

Η παρουσία του θεραπευτή στη θεραπευτική σχέση με γυναίκες που ζουν με καρκίνο ενεργοποιεί ουσιαστικούς μηχανισμούς συναισθηματικής συν-ρύθμισης (co-regulation), ιδίως όταν χαρακτηρίζεται από αυθεντικότητα, συναισθηματική διαφάνεια και σταθερότητα. Η θεραπευτική ενσυναίσθηση δεν περιορίζεται στη γνωστική κατανόηση της εμπειρίας της ασθενούς, αλλά εκδηλώνεται ως βιωμένη παρουσία, μέσα από την οποία το άτομο αισθάνεται ότι δεν είναι μόνο απέναντι στον πόνο και την αβεβαιότητα (Safran & Muran, 2000).

Μέσα σε αυτό το σχεσιακό πλαίσιο, η επαναδιαπραγμάτευση της εικόνας του εαυτού, η αποκατάσταση της ελπίδας και η εμπιστοσύνη στη δυνατότητα για ζωή και νόημα δεν προκύπτουν ως τεχνικά αποτελέσματα, αλλά ως εμπειρίες που γεννιούνται από τη συμμετοχική συνάντηση του «είμαι μαζί σου». Η θεραπευτική σύνδεση δεν ακυρώνει τον πόνο της ασθένειας, αλλά τον περιβάλλει με παρουσία, επιτρέποντας στη γυναίκα να τον αντέξει και να τον νοηματοδοτήσει χωρίς να καταρρεύσει ψυχικά. Όπως επισημαίνει η Willig (2009), ένα από τα πιο θεραπευτικά στοιχεία της σχέσης είναι η ικανότητα του θεραπευτή να «αντέχει» την εμπειρία του άλλου χωρίς να αποσύρεται, να αποστασιοποιείται ή να βιάζεται να δώσει λύσεις.

Η σύγχρονη ψυχο-ογκολογική βιβλιογραφία επιβεβαιώνει ότι η θεραπευτική σχέση δεν δρα μόνο σε ψυχολογικό επίπεδο, αλλά επηρεάζει συνολικά τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βιώνει την ασθένεια. Η ποιότητα της θεραπευτικής συμμαχίας έχει συνδεθεί με μείωση της ψυχικής δυσφορίας, ενίσχυση της αίσθησης αξιοπρέπειας και αποκατάσταση της υποκειμενικότητας σε γυναίκες που έρχονται αντιμέτωπες με σωματικές απώλειες, υπαρξιακούς φόβους και κοινωνικές σιωπές γύρω από τον καρκίνο (Flückiger et al., 2020; Grassi et al., 2020).

Στο πλαίσιο αυτό, η ψυχοθεραπευτική σχέση στον καρκίνο μπορεί να ιδωθεί ως μια μορφή επανορθωτικής εμπειρίας απέναντι στους λόγους εξουσίας, την αντικειμενοποίηση και τις σιωπές που συχνά περιβάλλουν τη γυναίκα που νοσεί. Λειτουργεί ως χώρος όπου ο πόνος, η απώλεια και η αβεβαιότητα μπορούν να εκφραστούν χωρίς να ακυρώνουν τη δυνατότητα για νόημα και συνέχεια ζωής (Frank, 1995). Εντός αυτής της σχέσης, η γυναίκα ανακτά την αυθεντική της φωνή και τη

δυνατότητα να γίνει ενεργή αφηγήτρια της ιστορίας της, μετατρέποντας την παθητική εμπειρία της ασθένειας σε ενσυνείδητη στάση ζωής και ψυχική ανθεκτικότητα (Willig, 2009).

Με τον τρόπο αυτό, η θεραπευτική συμμαχία δεν αποτελεί απλώς προϋπόθεση της θεραπείας, αλλά το πρώτο και ουσιαστικότερο πεδίο μέσα στο οποίο μπορεί να αρχίσει η συστημική αλλαγή του ατόμου σε σχέση με το σώμα, τις σχέσεις και το περιβάλλον του.

Το Κεφάλαιο 3 ανέδειξε ότι ο καρκίνος επηρεάζει συνολικά τη σωματική, ψυχική και σχεσιακή ζωή της γυναίκας. Στο επόμενο κεφάλαιο συνοψίζονται τα βασικά συμπεράσματα της εργασίας και διατυπώνονται προτάσεις για την κλινική πρακτική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Συμπεράσματα και προτάσεις

Η παρούσα εργασία επιχείρησε να προσεγγίσει τον καρκίνο στη γυναίκα όχι μόνο ως βιοϊατρική νόσο, αλλά ως μία σύνθετη, πολυεπίπεδη εμπειρία που διαπερνά το σώμα, την ταυτότητα και το πλέγμα των σχέσεων. Μέσα από μία διεπιστημονική και συστημική οπτική, αναδείχθηκε ότι η ασθένεια δεν εγγράφεται αποκλειστικά σε κυτταρικές και μοριακές διεργασίες, αλλά ενσωματώνεται στο βίωμα της γυναίκας ως ψυχοσωματικό, κοινωνικό και συμβολικό γεγονός. Το σώμα καθίσταται ταυτόχρονα τόπος πόνου και απώλειας, αλλά και φορέας νοήματος, μνήμης, ανθεκτικότητας και μετασχηματισμού (Frank, 1995;Charmaz, 1991;Rolland, 1994).

Η ανάλυση των θεραπευτικών πλαισίων ανέδειξε τη σημασία της ψυχολογικής και συστημικής υποστήριξης, καθώς και τον καθοριστικό ρόλο της ψυχοθεραπευτικής σχέσης ως θεραπευτικού παράγοντα. Η φροντίδα της γυναίκας με καρκίνο οφείλει να υπερβαίνει τη στενά ιατρική αντιμετώπιση και να αγκαλιάζει το άτομο μέσα στο οικογενειακό, κοινωνικό και πολιτισμικό του πλαίσιο, αναγνωρίζοντας τη μοναδικότητα της ενσώματης εμπειρίας και των αφηγήσεών της (McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992; Holland et al., 2015).

4.1 Συμπεράσματα

Η παρούσα εργασία ανέδειξε ότι ο γυναικείος καρκίνος δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς μέσα από μία μόνο οπτική. Για τον λόγο αυτό, τα συμπεράσματα που ακολουθούν παρουσιάζονται σε τέσσερις βασικούς θεματικούς άξονες, ενώ ολοκληρώνονται με μια συνθετική ενότητα που ενοποιεί τα επιμέρους επίπεδα ανάλυσης.

4.1.1 Βιοϊατρική διάσταση

Ο καρκίνος, ως βιοϊατρικό φαινόμενο, χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτο κυτταρικό πολλαπλασιασμό, γενετικές/επιγενετικές αλλοιώσεις και παθολογικές διεργασίες όπως η αγγειογένεση και η μετάσταση (Hanahan & Weinberg, 2011). Ωστόσο, η παρούσα εργασία ανέδειξε ότι η βιοϊατρική διάγνωση, παρότι αναγκαία, δεν είναι επαρκής για την κατανόηση της συνολικής εμπειρίας της νόσου. Η διάγνωση συνοδεύεται συχνά από υπαρξιακές ανησυχίες, φόβο, πένθος και ανάγκη αναδόμησης

νοήματος, ιδίως όταν η ασθένεια πλήττει τη συνέχεια της ζωής και την αίσθηση ελέγχου (Frank, 1995; Mehnert et al., 2013).

Συμπέρασμα: Ο καρκίνος χρειάζεται να κατανοείται όχι μόνο ως βιολογικό γεγονός, αλλά και ως υποκειμενικό και υπαρξιακό βίωμα που απαιτεί ολιστική προσέγγιση (Holland et al., 2015).

4.1.2 Ενσώματη εμπειρία και ταυτότητα

Η νόσος μετατρέπει το σώμα από «αόρατο υπόβαθρο» της καθημερινότητας σε αντικείμενο ελέγχου, πόνου ή/και ντροπής (Leder, 1990; Scarry, 1985). Στον καρκίνο του μαστού και στους γυναικολογικούς καρκίνους, οι γυναίκες βιώνουν συχνά ρήξη στην εικόνα σώματος, στη σεξουαλικότητα και στην ταυτότητα φύλου, καθώς προσβάλλονται όργανα με ισχυρό πολιτισμικό και συμβολικό φορτίο (Bordo, 1993; Bartky, 1990; Charmaz, 1991).

Η εμπειρία αυτή δεν αφορά μόνο την εξωτερική εμφάνιση, αλλά τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα κατοικεί το σώμα της και το ενσωματώνει στην ταυτότητά της. Μέσα από αφηγηματικές διεργασίες (restitution, chaos, quest), το σώμα μπορεί σταδιακά να επανανοηματοδοτηθεί ως «φορέας ιστορίας» και όχι αποκλειστικά ως «φορέας ασθένειας» (Frank, 1995).

Συμπέρασμα: Η εμπειρία του καρκίνου μετασχηματίζει τη σχέση της γυναίκας με το σώμα της, επηρεάζοντας την εικόνα σώματος, τη σεξουαλικότητα και την ταυτότητα. Ωστόσο, μέσα από αφηγηματικές και νοηματοδοτικές διεργασίες, το σώμα δύναται να επανενταχθεί στην ταυτότητα ως φορέας εμπειρίας και προσωπικής ιστορίας, πέρα από τον ρόλο της ασθένειας (Charmaz, 1991; Frank, 1995)

4.1.3 Συστημική προσέγγιση και οικογενειακές αναπαραστάσεις

Η ασθένεια δεν αφορά μόνο το άτομο που νοσεί, αλλά αναδιατάσσει ρόλους, σχέσεις και ισορροπίες μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Ενεργοποιεί διαγενεακά μοτίβα σιωπής, ενοχής, φροντίδας ή ανθεκτικότητας και επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα νοηματοδοτεί το σώμα και τη νόσο (Rolland, 1994; McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992). Παράλληλα, η ασθένεια μπορεί να εντείνει φαινόμενα υπερπροστασίας ή πατερναλισμού, περιορίζοντας τη φωνή και την αυτονομία της γυναίκας, αν δεν υπάρξει συνειδητή συστημική επαναδιαπραγμάτευση (Rolland, 2006).

Συμπέρασμα: Η θεραπευτική προσέγγιση στον καρκίνο οφείλει να συμπεριλαμβάνει το οικογενειακό σύστημα ως ενεργό υποκείμενο της διαδικασίας νόσου και θεραπείας,

ενισχύοντας την επικοινωνία, την ευελιξία ρόλων και τη συλλογική νοηματοδότηση (McDaniel et al., 1992; Rolland, 1994).

4.1.4 Η ψυχοθεραπευτική σχέση

Η σχέση με τον θεραπευτή αναδείχθηκε ως κεντρικός θεραπευτικός παράγοντας. Η θεραπευτική συμμαχία λειτουργεί ως χώρος ασφάλειας, ενσυναίσθησης και επανακατασκευής της αφήγησης της ζωής, επιτρέποντας στη γυναίκα να μετασχηματίσει την παθητική εμπειρία της νόσου σε ενεργή νοηματοδότηση (Bordin, 1979; Horvath & Symonds, 1991; Frank, 1995). Επιπλέον, η έννοια του «μεταβατικού χώρου» υπογραμμίζει ότι η ψυχοθεραπευτική σχέση μπορεί να γίνει τόπος πειραματισμού με νέα νοήματα, ρόλους και ταυτότητες μέσα στη συνθήκη της ασθένειας (Winnicott, 1971).

Συμπέρασμα: Η ψυχοθεραπευτική σχέση αποτελεί φορέα θεραπευτικής μεταμόρφωσης και ενίσχυσης της ανθεκτικότητας, συμβάλλοντας στην αποκατάσταση της αίσθησης συνέχειας της ταυτότητας και στην επανασύνδεση της γυναίκας με το σώμα και τις σχέσεις της (Norcross & Lambert, 2011; Frank, 1995).

4.1.5 Σύνθεση: το σώμα της γυναίκας στον καρκίνο ως συστημική εμπειρία

Η παρούσα εργασία, μέσα από τη σύνθεση των βιοϊατρικών, βιωματικών και συστημικών προσεγγίσεων, ανέδειξε ότι ο καρκίνος στη γυναίκα συνιστά μια πολυδιάστατη εμπειρία, η οποία δεν μπορεί να κατανοηθεί επαρκώς όταν απομονώνεται σε ένα μόνο επίπεδο ανάλυσης. Το σώμα της γυναίκας δεν αποτελεί απλώς το πεδίο εκδήλωσης της νόσου, αλλά τον κεντρικό τόπο όπου διασταυρώνονται οι βιολογικές μεταβολές, οι ψυχικές διεργασίες, οι κοινωνικές προσδοκίες και οι σχεσιακές δυναμικές.

Η βιοϊατρική γνώση προσφέρει αναγκαία εργαλεία κατανόησης και θεραπευτικής παρέμβασης, ωστόσο, όταν αποσυνδέεται από την ενσώματη εμπειρία και το πλαίσιο των σχέσεων, κινδυνεύει να περιορίσει τη γυναίκα στον ρόλο του «φορέα διάγνωσης». Αντίθετα, η ενσωμάτωση της βιωματικής διάστασης αναδεικνύει το σώμα ως υποκείμενο εμπειρίας, το οποίο φέρει μνήμες, φόβους, τραύματα αλλά και δυνατότητες ανθεκτικότητας και μετασχηματισμού (Leder, 1990; Frank, 1995; Charmaz, 1991).

Παράλληλα, η συστημική προσέγγιση κατέδειξε ότι η εμπειρία της νόσου δεν βιώνεται σε ατομικό κενό, αλλά εγγράφεται στο οικογενειακό και κοινωνικό σύστημα,

επηρεάζοντας και επηρεαζόμενη από τις σχέσεις, τους ρόλους και τις διαγενεακές αφηγήσεις. Το σώμα της γυναίκας, μέσα σε αυτό το πλαίσιο, μετατρέπεται σε σημείο συμβολικής φόρτισης, όπου συνυπάρχουν προσδοκίες φροντίδας, ενοχές, σιωπές αλλά και αφηγήσεις ανθεκτικότητας και συνέχειας (Rolland, 1994; McDaniel, Hepworth & Doherty, 1992).

Η σύνθεση αυτών των επιπέδων αναδεικνύει τον καρκίνο ως γεγονός που διαρρηγνύει τη βιογραφική συνέχεια, αλλά ταυτόχρονα δημιουργεί τις προϋποθέσεις για επαναδιαπραγμάτευση της ταυτότητας και του νοήματος. Μέσα από την ψυχοθεραπευτική σχέση και τις αφηγηματικές διεργασίες, η γυναίκα μπορεί να μετακινηθεί από μια παθητική εμπειρία απώλειας προς μια ενεργή διαδικασία ενσωμάτωσης της ασθένειας στην ιστορία ζωής της, χωρίς η ταυτότητά της να εξαντλείται στον ρόλο της ασθενούς (Winnicott, 1971; Frank, 1995).

Συνολικά, η εργασία αυτή υποστηρίζει ότι το σώμα της γυναίκας στον καρκίνο αποτελεί έναν κατεξοχήν συστημικό τόπο εμπειρίας, όπου η βιολογία, η ψυχολογία και οι σχέσεις συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν. Η κατανόηση αυτή καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη θεραπευτικών πλαισίων που δεν αποσκοπούν μόνο στη διαχείριση της νόσου, αλλά στη στήριξη της γυναίκας ως υποκειμένου με ιστορία, φωνή και δυνατότητα νοηματοδότησης, μέσα και πέρα από την εμπειρία του καρκίνου.

4.2 Προτάσεις για την κλινική πράξη και τη μελλοντική έρευνα

Με βάση τα θεωρητικά συμπεράσματα και τις συνθετικές διαπιστώσεις της παρούσας εργασίας, προκύπτει η ανάγκη διατύπωσης συγκεκριμένων προτάσεων που αφορούν τόσο την κλινική πράξη όσο και τη μελλοντική ερευνητική και εκπαιδευτική κατεύθυνση στον χώρο της ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. Οι προτάσεις που ακολουθούν οργανώνονται σε τρεις άξονες: (α) την κλινική πρακτική, (β) τη μελλοντική έρευνα και (γ) την πολιτική υγείας και τη διεπιστημονική εκπαίδευση.

4.2.1 Προτάσεις για την κλινική πράξη

Τα ευρήματα και οι θεωρητικές συνθέσεις της παρούσας εργασίας αναδεικνύουν την ανάγκη μετάβασης από ένα στενά βιοϊατρικό μοντέλο φροντίδας σε ένα ολιστικό και συστημικά ευαισθητοποιημένο πλαίσιο αντιμετώπισης του γυναικείου καρκίνου. Στο πλαίσιο αυτό, η κλινική πράξη καλείται να ενσωματώσει παρεμβάσεις που λαμβάνουν

υπόψη το σώμα, τον ψυχισμό και το δίκτυο των σχέσεων της γυναίκας ως αλληλένδετες διαστάσεις της εμπειρίας της ασθένειας.

Ολιστική φροντίδα στις ογκολογικές μονάδες: Η συστηματική ενσωμάτωση ψυχοκοινωνικής και ψυχοθεραπευτικής υποστήριξης στις ογκολογικές μονάδες, ήδη από τα πρώτα στάδια της διάγνωσης, κρίνεται απαραίτητη. Η παρουσία επαγγελματιών ψυχικής υγείας ως οργανικό μέρος της θεραπευτικής ομάδας συμβάλλει στην έγκαιρη ανίχνευση ψυχικής δυσφορίας, στη μείωση του άγχους και στη βελτίωση της προσαρμογής στη θεραπεία (Holland et al., 2015). Η ψυχολογική φροντίδα δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως επικουρική, αλλά ως ισότιμος άξονας της συνολικής φροντίδας.

Θεραπευτικά προγράμματα ειδικά σχεδιασμένα για γυναίκες: Η ανάπτυξη εξειδικευμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για γυναίκες με καρκίνο, ιδίως μαστού και γυναικολογικούς καρκίνους, μπορεί να ενισχύσει την επεξεργασία ζητημάτων εικόνας σώματος, σεξουαλικότητας, θηλυκότητας και ταυτότητας. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι σημαντικό να αναγνωρίζουν το πολιτισμικό και συμβολικό φορτίο του γυναικείου σώματος και να προσφέρουν ασφαλείς χώρους αφήγησης και επανανοηματοδότησης της εμπειρίας (Bultz & Carlson, 2006; Mehnert et al., 2013).

Συστημική παρέμβαση σε επίπεδο οικογένειας και ζεύγους: Η θεσμοθέτηση συστημικών παρεμβάσεων που περιλαμβάνουν την οικογένεια και το ζεύγος μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη διαχείριση των αλλαγών ρόλων, της συναισθηματικής απόστασης και των επικοινωνιακών δυσκολιών που συχνά αναδύονται κατά τη διάρκεια της νόσου. Η ένταξη της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία μειώνει τη μοναξιά της γυναίκας και ενισχύει τη συλλογική ανθεκτικότητα του συστήματος (Kayser et al., 2007; Manne & Badr, 2008).

Διαγενεακή στήριξη και γενετική συμβουλευτική: Σε περιπτώσεις κληρονομικού κινδύνου, όπως οι μεταλλάξεις BRCA, κρίνεται αναγκαίος ο συνδυασμός γενετικής συμβουλευτικής με ψυχολογική και συστημική υποστήριξη. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει την επεξεργασία συναισθημάτων φόβου, ενοχής και ευθύνης απέναντι στις προηγούμενες και τις επόμενες γενιές, μετατρέποντας την εμπειρία του κινδύνου σε διαδικασία ενδυνάμωσης και πρόληψης (d'Agincourt-Canning, 2001; Jordan, 2010).

Ενσώματες και αφηγηματικές πρακτικές αποκατάστασης: Η ένταξη ενσώματων και δημιουργικών πρακτικών, όπως η ενσυνειδητότητα, η yoga, η δημιουργική κίνηση, η εικαστική θεραπεία και το θεραπευτικό journaling, μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά στη ψυχοθεραπεία. Οι παρεμβάσεις αυτές συμβάλλουν στην επανασύνδεση με το σώμα, στη μείωση της σωματοποιημένης δυσφορίας και στην ενίσχυση της αίσθησης κυριότητας και οικειότητας με το σώμα, όταν εφαρμόζονται με σαφή όρια και σε συνεργασία με την ιατρική ομάδα (Carlson & Garland, 2005; Cramer et al., 2017; van der Kolk, 2014).

4.2.2 Προτάσεις για τη μελλοντική έρευνα

Η παρούσα εργασία αναδεικνύει την ανάγκη περαιτέρω ερευνητικής εμβάθυνσης σε πεδία που αφορούν τη βιωματική, συστημική και ενσώματη διάσταση του γυναικείου καρκίνου. Ιδιαίτερη σημασία έχει η ανάπτυξη ποιοτικών μελετών που διερευνούν τη διαδικασία ανασύνθεσης της εικόνας σώματος και της ταυτότητας μετά από καρκίνο μαστού και γυναικολογικούς καρκίνους, δίνοντας χώρο στη φωνή των ίδιων των γυναικών και στις αφηγήσεις τους (Charmaz, 1991).

Παράλληλα, κρίνεται σημαντική η διερεύνηση των συστημικών οικογενειακών αφηγήσεων γύρω από τη νόσο, όπως η σιωπή, η αποκάλυψη, η ενοχή και η υπερπροστασία, και του τρόπου με τον οποίο αυτές επηρεάζουν την ψυχολογική προσαρμογή, τη συμμετοχή στις θεραπευτικές αποφάσεις και τη μακροχρόνια ανθεκτικότητα της γυναίκας και του οικογενειακού συστήματος (Rolland, 1994; McDaniel et al., 1992).

Επιπλέον, απαιτείται αξιολόγηση ολοκληρωμένων και διεπιστημονικών μοντέλων παρέμβασης που συνδυάζουν την ιατρική φροντίδα με την ψυχοθεραπεία, τη συστημική συμβουλευτική και τις ενσώματες πρακτικές, τόσο ως προς την αποτελεσματικότητά τους στη μείωση της ψυχικής δυσφορίας όσο και ως προς την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των γυναικών που ζουν με τον καρκίνο (Holland et al., 2015; Cramer et al., 2017).

Τέλος, η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει τον ρόλο των ψηφιακών και υβριδικών παρεμβάσεων στην ψυχοκοινωνική ογκολογία, εστιάζοντας τόσο στις δυνατότητες ενίσχυσης της πρόσβασης στη φροντίδα όσο και στα όρια και τις ανισότητες που ενδέχεται να αναπαράγονται μέσω της ψηφιακής τεχνολογίας.

4.2.3 Προτάσεις σε επίπεδο πολιτικής υγείας και διεπιστημονικής εκπαίδευσης

Τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας καταδεικνύουν την ανάγκη για μια ουσιαστική αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται η φροντίδα στον γυναικείο καρκίνο. Η αντιμετώπιση της νόσου δεν μπορεί να περιορίζεται σε ένα αποσπασματικό και κυρίως βιοϊατρικό μοντέλο, αλλά χρειάζεται να ενταχθεί σε ένα ολιστικό και διεπιστημονικά οργανωμένο σύστημα υγείας, όπου η ψυχοκοινωνική και υποστηρικτική φροντίδα αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ογκολογικής πρακτικής (Caminiti et al., 2021; Scotté et al., 2023). Η αναγνώριση της ψυχολογικής, ενσώματης και συστημικής διάστασης της ασθένειας προϋποθέτει αντίστοιχες δομικές αλλαγές τόσο στον σχεδιασμό των υπηρεσιών όσο και στον τρόπο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας (Caminiti et al., 2021; Hickmann et al., 2025).

Σε επίπεδο πολιτικής υγείας, καθίσταται αναγκαία η θεσμική ενσωμάτωση υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης στις ογκολογικές δομές, με τη συγκρότηση διεπιστημονικών ομάδων που περιλαμβάνουν ψυχολόγους, ψυχοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς ως οργανικό μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας (Caminiti et al., 2021; Ke et al., 2023). Η ψυχολογική φροντίδα δεν θα πρέπει να εξαρτάται από την ατομική αναζήτηση βοήθειας από τη γυναίκα ή από περιστασιακές παραπομπές, αλλά να παρέχεται συστηματικά και ισότιμα καθ’ όλη τη διάρκεια της ογκολογικής διαδρομής (Caminiti et al., 2021; Scotté et al., 2023).

Παράλληλα, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας χρειάζεται να εμπλουτιστεί με δεξιότητες που αφορούν την ενσώματη εμπειρία της ασθένειας, την επικοινωνία γύρω από δύσκολα και φορτισμένα ζητήματα, όπως η διάγνωση, η πρόγνωση και η απώλεια, καθώς και τη συστημική κατανόηση των οικογενειακών δυναμικών. Η καλλιέργεια ενσυναισθητικής στάσης και η αναγνώριση της γυναίκας ως υποκειμένου με φωνή, ιστορία και δικαίωμα συμμετοχής στις αποφάσεις ενισχύουν τη θεραπευτική συμμαχία και μειώνουν την αποπροσωποποίηση που συχνά παρατηρείται στην κλινική πράξη (Caminiti et al., 2021; Hickmann et al., 2025).

Ιδιαίτερη σημασία έχει επίσης η ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας σε ζητήματα φύλου, εικόνας σώματος και σεξουαλικότητας στον γυναικείο καρκίνο. Παρότι τα ζητήματα αυτά επηρεάζουν ουσιαστικά την ψυχική ευεξία και την ποιότητα ζωής των γυναικών, συχνά υποτιμώνται ή παραμένουν αόρατα στην καθημερινή κλινική φροντίδα (Sebri et al., 2021; Yao et al., 2024). Η ανάπτυξη στοχευμένων ψυχολογικών παρεμβάσεων για την εικόνα σώματος μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία ενός πλαισίου

φροντίδας που σέβεται τη μοναδικότητα της γυναικείας εμπειρίας και υποστηρίζει ολιστικά την προσαρμογή στη νόσο (Sebri et al., 2021).

Τέλος, η ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ νοσοκομειακών και κοινοτικών δομών, καθώς και η ανάπτυξη διεπιστημονικών πρωτοκόλλων συνέχειας της φροντίδας, μπορούν να υποστηρίξουν τη γυναίκα όχι μόνο κατά τη διάρκεια της ενεργού θεραπείας, αλλά και στη φάση της επιβίωσης ή της παρηγορικής φροντίδας. Μοντέλα ολοκληρωμένης και ενσωματωμένης υποστηρικτικής φροντίδας συμβάλλουν στη μετατόπιση της έμφασης από τη διαχείριση της νόσου στη φροντίδα του προσώπου μέσα στο σύνολο της ζωής του (Ke et al., 2023; Lisy et al., 2020; Scotté et al., 2023).

Σε αυτό το πλαίσιο, είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση των γυναικών με καρκίνο σε δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ιδίως σε περιφερειακές περιοχές όπου οι διαθέσιμες υπηρεσίες είναι περιορισμένες. Η ενίσχυση της διασύνδεσης με κοινοτικές υπηρεσίες μπορεί να μειώσει γεωγραφικούς και οργανωτικούς φραγμούς και να συμβάλει σε μια πιο δίκαιη και ανθρώπινη φροντίδα. Για τον λόγο αυτό, στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας παρατίθενται ενδεικτικά φορείς και δομές που προσφέρουν δωρεάν ή υποστηρικτικές υπηρεσίες σε γυναίκες με καρκίνο, σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

Τα συμπεράσματα και οι προτάσεις που προηγήθηκαν συγκλίνουν στην ανάγκη μιας πιο ανθρώπινης, ολιστικής και συστημικά ευαίσθητης κατανόησης του γυναικείου καρκίνου, η οποία ανοίγει τον δρόμο για μια συνολική αποτύπωση του νοήματος της εμπειρίας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο καρκίνος αποτελεί εμπειρία ριζικής μετάβασης που αγγίζει σώμα, ταυτότητα και σχέσεις. Η παρούσα εργασία ανέδειξε τη σημασία μιας πολυεπίπεδης προσέγγισης, η οποία ενσωματώνει τη βιοϊατρική γνώση με την ψυχολογική και τη συστημική κατανόηση της ασθένειας. Η γυναίκα που βιώνει τον καρκίνο δεν είναι απλώς ασθενής· είναι πρόσωπο, ιστορία και σχέση. Το σώμα της, παρά την πληγή και τη μεταβολή, παραμένει φορέας αυθεντικότητας, νοήματος και δύναμης (Leder, 1990; Charmaz, 1991).

Η μελέτη του καρκίνου μέσα από το πρίσμα της ενσώματης εμπειρίας ανέδειξε ότι η ασθένεια δεν εγγράφεται μόνο στο επίπεδο της βιολογικής δυσλειτουργίας, αλλά

μετασχηματίζει τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βιώνει, κατοικεί και νοηματοδοτεί το σώμα της. Οι σωματικές μεταβολές, οι ιατρικές παρεμβάσεις και οι κοινωνικές προσδοκίες συνυφαίνονται σε ένα πλέγμα εμπειριών που επηρεάζουν βαθιά την εικόνα σώματος, τη σεξουαλικότητα και την αίσθηση ταυτότητας. Ωστόσο, το σώμα μπορεί να μετατραπεί από πεδίο απώλειας σε τόπο αφήγησης, μνήμης και ανθεκτικότητας, όταν η εμπειρία της ασθένειας βρει χώρο να ειπωθεί και να νοηματοδοτηθεί (Frank, 1995; Charmaz, 1991).

Η συστημική οπτική κατέστησε σαφές ότι ο καρκίνος δεν αποτελεί ατομικό γεγονός, αλλά εμπειρία που διαπερνά το οικογενειακό και κοινωνικό σύστημα. Οι σχέσεις, οι ρόλοι και οι διαγενεακές αφηγήσεις επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα βιώνει τη νόσο, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο νοηματοδοτεί το σώμα και το μέλλον της. Μέσα από αυτή τη θεώρηση, η φροντίδα μετατοπίζεται από την απομόνωση προς τη σύνδεση και από τη σιωπή προς τη συλλογική επεξεργασία της εμπειρίας (Rolland, 1994).

Κεντρικό ρόλο σε αυτή τη διαδικασία κατέχει η ψυχοθεραπευτική σχέση, η οποία λειτουργεί ως χώρος ασφάλειας, ενσυναίσθησης και μετασχηματισμού. Στον θεραπευτικό διάλογο, η γυναίκα μπορεί να ανακτήσει τη φωνή της, να επανασυνδεθεί με το σώμα της και να επαναδιαπραγματευτεί την ταυτότητά της πέρα από τον ρόλο της ασθενούς, ενσωματώνοντας την εμπειρία της νόσου στην ιστορία ζωής της χωρίς αυτή να την καθορίζει απόλυτα (Frank, 1995).

Η εργασία αυτή δεν φιλοδοξεί να δώσει οριστικές απαντήσεις. Επιδιώκει, ωστόσο, να συμβάλει σε μια πιο ανθρώπινη, ολιστική και συστημικά ευαίσθητη κατανόηση του γυναικείου καρκίνου, όπου η επιβίωση δεν ταυτίζεται αποκλειστικά με τη βιολογική παράταση της ζωής, αλλά συνδέεται με την αποκατάσταση του νοήματος, της αξιοπρέπειας και της σχέσης με τον εαυτό και τους άλλους (Frank, 1995; Rolland, 1994). Σε αυτό το πλαίσιο, το σώμα της γυναίκας αναγνωρίζεται όχι μόνο ως πεδίο θεραπείας, αλλά ως ζωντανός τόπος εμπειρίας, ιστορίας και δυνατότητας για ζωή, ακόμη και μέσα στη συνθήκη της ασθένειας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ενδεικτικές δομές ψυχοκοινωνικής υποστήριξης γυναικών με καρκίνο στην Ελλάδα

(Το παρόν Παράρτημα έχει ενημερωτικό χαρακτήρα και δεν υποκαθιστά την ιατρική ή ψυχοθεραπευτική φροντίδα.)

Εισαγωγή

Η ανάγκη για ψυχοκοινωνική και συστημική υποστήριξη των γυναικών που βιώνουν καρκίνο αναγνωρίζεται ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία ως κρίσιμος παράγοντας ψυχικής προσαρμογής, ποιότητας ζωής και ανθεκτικότητας. Ωστόσο, η πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχολογικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας παραμένει άνιση, ιδιαίτερα σε περιφερειακές περιοχές, όπου οι διαθέσιμες δομές είναι περιορισμένες.

Το παρόν Παράρτημα παραθέτει ενδεικτικά φορείς και δομές στην Ελλάδα και, ειδικότερα στην Ήπειρο, που παρέχουν δωρεάν ή υποστηρικτικές υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής φροντίδας σε γυναίκες με καρκίνο και στα οικογενειακά τους συστήματα. Η καταγραφή αυτή αποσκοπεί στην ανάδειξη της σημασίας της συνέχειας της φροντίδας και της πρακτικής διασύνδεσης θεωρητικών προσεγγίσεων με την κλινική και κοινωνική πραγματικότητα.

Α. Τοπικές και περιφερειακές δομές στην Ήπειρο

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων–Θεσπρωτίας

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων–Θεσπρωτίας παρέχει υπηρεσίες ψυχιατρικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης σε ενήλικες και οικογένειες που αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν συμβουλευτική υποστήριξη, ψυχιατρική αξιολόγηση και διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Παρότι η μονάδα δεν εξειδικεύεται αποκλειστικά στην υποστήριξη ατόμων με καρκίνο, μπορεί να λειτουργήσει υποστηρικτικά για γυναίκες και οικογένειες στην περιοχή της Ηπείρου που βιώνουν σοβαρή σωματική νόσο και τις ψυχοκοινωνικές της συνέπειες.

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 26510 33532

Ιστοσελίδα: https://epropsi.gr

Β. Εθνικές δομές με δυνατότητα πρόσβασης από την Ήπειρο

Άλμα Ζωής – Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού

Το «Άλμα Ζωής» αποτελεί πανελλήνιο σύλλογο που παρέχει ψυχοκοινωνική υποστήριξη, ενημέρωση και ενδυνάμωση σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. Μεταξύ των δράσεών του περιλαμβάνονται τηλεφωνική γραμμή ψυχολογικής υποστήριξης, ομάδες υποστήριξης και προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.

Οι υπηρεσίες του συλλόγου είναι διαθέσιμες και σε γυναίκες που διαμένουν εκτός Αττικής μέσω τηλεφωνικής και εξ αποστάσεως επικοινωνίας.

Τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης: 210 8253253

Ιστοσελίδα: https://almazois.gr

Κ.Ε.Φ.Ι. – Σύλλογος Καρκινοπαθών, Εθελοντών, Φίλων και Ιατρών Αθήνας

Ο σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι. παρέχει δωρεάν ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε άτομα με καρκίνο και στα μέλη των οικογενειών τους. Οι υπηρεσίες του περιλαμβάνουν συμβουλευτική υποστήριξη, ενημέρωση, δράσεις ενδυνάμωσης και υποστήριξη φροντιστών.

Η δυνατότητα τηλεφωνικής και διαδικτυακής επικοινωνίας καθιστά τις υπηρεσίες του συλλόγου προσβάσιμες και σε γυναίκες που διαμένουν σε περιφερειακές περιοχές, όπως η Ήπειρος.

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 210 6468222

Ιστοσελίδα: https://greekpatient.gr

ΕΛΛΟΚ – Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου

Η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου (ΕΛΛΟΚ) αποτελεί δευτεροβάθμιο φορέα που εκπροσωπεί συλλόγους ασθενών με καρκίνο σε εθνικό επίπεδο. Ο ρόλος της περιλαμβάνει τη δικτύωση συλλόγων, την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών, την ενημέρωση και τη συμμετοχή στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας.

Η ΕΛΛΟΚ λειτουργεί ως κόμβος πληροφόρησης και παραπομπής σε δομές υποστήριξης, συμβάλλοντας στη διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών σε υπηρεσίες φροντίδας.

Ιστοσελίδα: https://ellok.org

Τελική επισήμανση

Η παράθεση των παραπάνω δομών αποσκοπεί στην ενίσχυση της ορατότητας των διαθέσιμων πόρων ψυχοκοινωνικής φροντίδας και στην ανάδειξη της σημασίας της συνέχειας της υποστήριξης για τις γυναίκες που ζουν με καρκίνο. Η αξιοποίηση τέτοιων δομών μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά προς την ιατρική και ψυχοθεραπευτική φροντίδα, υποστηρίζοντας τη γυναίκα ως υποκείμενο εμπειρίας, σχέσεων και νοήματος μέσα στη διαδρομή της ασθένειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αθανασιάδου, Κ. (2016). Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του καρκίνου στις γυναίκες: Μια φεμινιστική προσέγγιση. *Ελληνική Επιθεώρηση Ψυχολογίας, 23*(1), 87–104.
2. Δημητρίου, Μ. (2018). Η συστημική θεραπεία στον καρκίνο. *Περιοδικό Συστημικής Θεραπείας, 15*(2), 45–61.
3. Καλοβυρνάς, Λ. (2019). *Μητέρα μηδέν παιδιών*. Εκδόσεις Κέλευθος.
4. Ματζουράνη, Ε., Παπαδοπούλου, Α., & Σταματίου, Ε. (2018). Ψυχολογικές επιπτώσεις γυναικολογικών καρκίνων. *Ελληνικό Περιοδικό Ογκολογίας, 24*(3), 145–152.
5. Μπαμπάλη, Ε. (2011). Εικόνα σώματος και καρκίνος του μαστού. *Ψυχολογία, 18*(2), 67–82.
6. Χατζηχρήστου, Χ. (2012). *Συστημική προσέγγιση στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη*. Gutenberg.
7. Andersen, B. L. (1995). Psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 552–560. https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.4.552
8. Bartky, S. L. (1990). *Femininity and domination*. Routledge.
9. Bast, R. C., Hennessy, B., & Mills, G. B. (2005). The biology of ovarian cancer. *International Journal of Gynecological Cancer, 15*(Suppl 3), 1–7. https://doi.org/10.1111/j.1525-1438.2005.15302.x
10. Belenky, M. F., et al. (1986). *Women's ways of knowing*. Basic Books.
11. Bijnsdorp, F. M., et al. (2020). Informal caregiving in cancer. *Psycho-Oncology, 29*(5), 867–875. https://doi.org/10.1002/pon.5356
12. Bordo, S. (1993). *Unbearable weight*. University of California Press.
13. Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson.
14. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68*(6), 394–424. https://doi.org/10.3322/caac.21492
15. Caminiti, C., et al. (2021). Psychosocial care for adult cancer patients. *Cancers, 13*(19), 4878. https://doi.org/10.3390/cancers13194878
16. Cannon, W. B. (1932). *The wisdom of the body*. W. W. Norton.
17. Chang, Y. (2020). Liquid biopsy in cancer. *Cancers, 12*(11), 3320. https://doi.org/10.3390/cancers12113320

18. Corr, B., et al. (2022). Molecular classification of endometrial cancer. *Cancers, 14*(3), 712. https://doi.org/10.3390/cancers14030712
19. Cortes, J., et al. (2022). Biomarkers in personalized oncology. *The Lancet Oncology, 23*(5), e217–e229. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00663-5
20. Coussens, L. M., & Werb, Z. (2002). Inflammation and cancer. *Nature, 420*, 860–867. https://doi.org/10.1038/nature01322
21. Dekker, J., Graves, K. D., Badger, T. A., & Diefenbach, M. A. (2020). *Management of distress in patients with cancer — Are we doing the right thing? Annals of Behavioral Medicine, 54*(12), 978–984. https://doi.org/10.1093/abm/kaaa091
22. DeSantis, C. E., et al. (2019). Breast cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 69*(6), 438–451. https://doi.org/10.3322/caac.21583
23. Dinh, P., et al. (2021). Endometrial cancer biomarkers. *Journal of Clinical Medicine, 10*(4), 721. https://doi.org/10.3390/jcm10040721
24. Duffy, M. J., et al. (2010). Tumor markers in cancer. *European Journal of Cancer, 46*(15), 2716–2726. https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.06.023
25. Frank, A. W. (1995). *The wounded storyteller*. University of Chicago Press.
26. Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Textbook of medical physiology* (14th ed.). Elsevier.
27. Hanahan, D., & Weinberg, R. A. (2011). Hallmarks of cancer. *Cell, 144*(5), 646–674. https://doi.org/10.1016/j.cell.2011.02.013
28. Hesse-Biber, S. (2014). *Feminist research practice*. Sage.
29. Ke, Y., et al. (2023). Multidisciplinary supportive care model. *International Journal of Integrated Care, 23*, Article 14. https://doi.org/10.5334/ijic.6480
30. Kennedy, V., et al. (2024). Sexual wellbeing after breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology, 42*(1), 1–18. https://doi.org/10.1080/07347332.2023.2269147
31. Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2020). *Robbins & Cotran pathologic basis of disease* (10th ed.). Elsevier.
32. Leder, D. (1990). *The absent body*. University of Chicago Press.
33. Lisy, K., et al. (2020). Cancer survivorship care. *Journal of Clinical Medicine, 9*(9), 2991. https://doi.org/10.3390/jcm9092991
34. Mateu, M., et al. (2025). Embodiment in breast cancer survivors. *Frontiers in Psychology, 16*, 1187423. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1187423

35. McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. (1992). *Medical family therapy*. Basic Books.
36. McGranahan, N., & Swanton, C. (2017). Tumor heterogeneity. *Cell*, *168*(4), 613–628. https://doi.org/10.1016/j.cell.2017.01.018
37. Merleau-Ponty, M. (1962). *Phenomenology of perception*. Routledge.
38. Nagel, C., et al. (2024). Molecular pathways in gynecological cancer. *Cancers*, *16*(2), 388. https://doi.org/10.3390/cancers16020388
39. Nowell, P. C. (1976). The clonal evolution of tumor cell populations. *Science*, *194*(4260), 23–28. https://doi.org/10.1126/science.959840
40. Pavlova, N. N., & Thompson, C. B. (2016). The emerging hallmarks of cancer metabolism. *Cell Metabolism*, *23*(1), 27–47. https://doi.org/10.1016/j.cmet.2015.12.006
41. Quail, D. F., & Joyce, J. A. (2013). Microenvironmental regulation of tumor progression. *Nature Medicine*, *19*(11), 1423–1437. https://doi.org/10.1038/nm.3394
42. Scarry, E. (1985). *The body in pain*. Oxford University Press.
43. Scotté, F., et al. (2023). Supportive care in oncology. *Cancers*, *15*(15), 3860. https://doi.org/10.3390/cancers15153860
44. Sebri, V., et al. (2021). Psychological intervention on body image. *Frontiers in Psychology*, *12*, 611954. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.611954
45. Ussher, J. M., et al. (2012). Sexuality after cancer. *Cancer Nursing*, *35*(3), 216–226. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31822e5703
46. World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on cancer biomarkers*. WHO Press.
47. World Health Organization. (2023). *Cancer care and survivorship*. WHO Press.
48. Yao, H., et al. (2024). Body image and distress in breast cancer. *Frontiers in Psychology*, *15*, 1411647. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1411647
49. Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Working alliance in psychotherapy. Journal of Counseling Psychology, 38(2), 139–149. https://doi.org/10.1037/0022-0167.38.2.139
50. Joffe, H. (2012). Thematic analysis. Frontiers in Psychology, 3, Article 20. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00020

51. Jordan, J. V. (2010). Relational resilience in girls and women. In J. Worell & C. D. Goodheart (Eds.), Handbook of girls' and women's psychological health (pp. 73–82). Oxford University Press.

52. Kayser, K., Watson, L. E., & Andrade, J. T. (2007). Cancer as a "we-disease". Families, Systems & Health, 25(4), 404–418. https://doi.org/10.1037/1091-7527.25.4.404

53. Kenen, R., Ardern-Jones, A., & Eeles, R. (2003). Living with chronic genetic risk. Health, Risk & Society, 5(3), 241–256. https://doi.org/10.1080/1369857031000160698 6

54. Kumar, V., Abbas, A. K., & Aster, J. C. (2020). Robbins & Cotran pathologic basis of disease (10th ed.). Elsevier.

55. Lavdaniti, M., Zyga, S., Vlachou, E., Sapountzi-Krepia, D., & Malliarou, M. (2019). Quality of life in breast cancer patients. Diseases, 7(2), Article 32. https://doi.org/10.3390/diseases7020032

56. Leder, D. (1990). The absent body. University of Chicago Press.

57. Manne, S. L., & Badr, H. (2008). Intimacy processes and psychological distress among couples coping with cancer. Psycho-Oncology, 17(6), 578–587. https://doi.org/10.1002/pon.1270

58. Marano, G., & Mazza, M. (2024). Psychological burden and quality of life in gynecological cancer patients. World Journal of Psychiatry, 14(9), 1294–1306. https://doi.org/10.5498/wjp.v14.i9.1294

59. McDaniel, S. H., Hepworth, J., & Doherty, W. J. (2013). Medical family therapy and integrated care (2nd ed.). American Psychological Association.

60. Mehnert, A., Koch, U., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Faller, H., & Härter, M. (2013). Prevalence of mental disorders in cancer patients. Journal of Clinical Oncology, 31(23), 274–281. https://doi.org/10.1200/JCO.2011.40.8923

61. Murray, M., McMillan, J., & Moore, L. (2021). Illness narratives and identity reconstruction: A psychosocial perspective. Frontiers in Psychology, 12, Article 650560. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.650560

62. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. Psychotherapy, 48(1), 4–8. https://doi.org/10.1037/a0022161

63. Oveisi, S., Rahmani, A., & Hassankhani, H. (2023). Identity reconstruction and resilience in women with cancer. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(3), Article 1892. https://doi.org/10.3390/ijerph20031892

64. Rolland, J. S. (1994). Families, illness, and disability. Basic Books.

65. Rolland, J. S. (2006). Families, illness, and disability: An integrative treatment model. Basic Books.

66. Scarry, E. (1985). The body in pain. Oxford University Press.

67. Spagnoletti, G., Gagliardi, M., Fabbri, F., et al. (2022). Sexual health and quality of life in women with gynecological cancer: A systematic review. Reproductive Health, 19(1), Article 84. https://doi.org/10.1186/s12978-022-01369-y

68. Tomm, K. (1987). Interventive interviewing. Family Process, 26(2), 167–183. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00167.x

69. Ussher, J. M., Perz, J., & Rosser, G. (2020). Threat of biographical disruption: The gendered impact of cancer stigma. Sexual and Relationship Therapy, 35(3), 379–394. https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1768631

70. van der Kolk, B. (2014). The body keeps the score. Viking.

71. Walsh, F. (2016). Strengthening family resilience (3rd ed.). Guilford Press.

72. White, M., & Epston, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. Norton.

73. World Health Organization. (2025). Breast cancer. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

74. Yalom, I. D. (2005). The theory and practice of group psychotherapy (5th ed.). Basic Books.