ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΑΡΤΙΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Ε. ΛΥΚΟΥΡΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΨΑΡΑ ΑΝΘΟΥΛΑ

«ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ»

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΑΘΗΝΑ 2012

«...Ώσπερ οφθαλμούς άνευ κεφαλής ου δει επιχειρείν ιάσθαι ουδέ κεφαλήν άνευ σώματος, ούτως ουδέ σώμα άνευ ψυχής, αλλά τούτο και αίτιον είη του διαφεύγειν τους παρά τους Έλλησιν ιατρούς τα πολλά νοσήματα, ότι το όλον αγνοοίεν ου δέοι την επιμέλειαν ποιείσθαι, ου μη καλώς έχοντος αδύνατον είη το μέρος ευ έχειν. Πάντα γαρ εκ της ψυχής ωρμήσθαι και τα κακά και τα αγαθά τω σώματι και παντί τω ανθρώπω και εκείθεν επιρρείν ώσπερ εκ της κεφαλής επί τα όμματα...».

Σωκράτης, εις Χαρμίδην
(ή περί σωφροσύνης)

Πλάτωνος, Έκδ. Λειψ. Κεφ. 5, § Ε -157

Περιεχόμενα

Περίληψη 5

Abstract 6

Ευχαριστίες 7

Εισαγωγή 8

Βιβλιογραφική ανασκόπηση 9

Υλικό και μεθοδολογία μελέτης της βιβλιογραφικής ανασκόπησης 10

Κεφάλαιο 1

1.1 Αυτοκτονικότητα 11

1.2 Αυτοκτονικότητα και καρκίνος – επιδημιολογικά στοιχεία 12

1.3 Βιολογία του καρκίνου 17

1.4 Ιστορική ανασκόπηση 18

1.5 Ψυχαναλυτικές – Ψυχοδυναμικές θεωρήσεις 20

1.6 Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο 22

1.7 Βασικές αρχές του βιοψυχοκοινωνικού προτύπου 24

Κεφάλαιο 2

2.1 Ψυχοογκολογία 25

2.2 Σύντομη ιστορική ανασκόπηση 26

2.3 Συνήθεις ψυχολογικές απαντήσεις στον καρκίνο 27

2.4 Παράγοντες που παίζουν ρόλο στην προσαρμογή στον καρκίνο - Ψυχοκοινωνικά στάδια 28

Κεφάλαιο 3

3.1 Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα 31

3.2 Η ανεργία ως παράγοντας αυτοκτονικότητας 36

3.3 Η κατάθλιψη ως μείζων παράγοντας αυτοκτονικότητας στους ασθενείς με καρκίνο 37

3.4 Η επίδραση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο 40

3.5 Αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας 41

3.6 Φροντίδα των ασθενών που εντοπίστηκαν να διατρέχουν κίνδυνο 45
3.7 Οι ενοχές των ασθενών 46
3.8 Οι επιπτώσεις των θεραπειών 48

Κεφάλαιο 4
4.1 Αντιμετώπιση του ασθενούς με καρκίνο στο γενικό νοσοκομείο – ο ρόλος της διασυνδετικής συμβουλευτικής ψυχιατρικής (ΔΣΨ) 48
4.2 Τύποι ψυχοθεραπείας και προσέγγιση του ασθενή από τη ΔΣΨ 51
4.3 Κριτήρια πρώιμης παρέμβασης της ΔΣΨ 55
4.4 Θεραπεία συναισθηματικών αντιδράσεων και ψυχιατρικών διαταραχών 56
4.5 Καταληκτικός άρρωστος και ΔΣΨ 57

Συζήτηση 59
Συμπεράσματα 61
Βιβλιογραφία 64

Περίληψη

Σκοπός: Στόχος του παρόντος πονήματος είναι να αναδείξει την σχέση της αυτοκτονικής διάθεσης και συμπεριφοράς σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο (καρκίνο), όπως αυτή έχει καταγραφεί σε έρευνες και μελέτες στην Ελλάδα και στον υπόλοιπο κόσμο. Να επισημάνει σχετιζόμενους αιτιολογικούς παράγοντες και να προτείνει θέσεις για την ύφεση του φαινομένου.

Μεθοδολογία: Η μέθοδος που ακολουθείται είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση σε παγκόσμιες βάσεις επιστημονικών δεδομένων, (Cinahl, Medline, κ.α.), με λέξεις κλειδιά όπως: (cancer-suicidality, cuicidal ideation-cancer). Στη συνέχεια αναζητούνται στοιχεία ταυτίσεων ή αποκλίσεων των ερευνητικών αποτελεσμάτων και ανάλυση των σημαντικότερων για την προσπάθεια γενικευμένων συμπερασμάτων.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των ερευνών αναδεικνύει σημαντική θετική σχέση αυτοκτονικότητας και καρκίνου. Οι αυτοκτονίες και οι αυτοκτονικές συμπεριφορές είναι περίπου διπλάσιες στους καρκινοπαθείς από ότι στο γενικό πληθυσμό με επικράτηση στον ανδρικό πληθυσμό, τρίτης ηλικίας με κακής πρόγνωσης καρκίνο. Λόγω της εξάπλωσης της νόσου και των συνοδών προβλημάτων δημιουργείται ένα σύνθετο κοινωνικό πρόβλημα το οποίο καλούνται να διαχειριστούν οι θεραπευτές μαζί με τους ασθενείς και αυτούς που σχεδιάζουν ή παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

Συμπεράσματα: Η ψυχική απάντηση στη νόσο του καρκίνου τις περισσότερες φορές κινείται σε φάσμα σημαντικής παθολογίας, έτσι που γίνεται απαραίτητη η συμμετοχή των ειδικών από τον χώρο της ψυχιατρικής. Η ψυχοογκολογία είναι μια νέα διάσταση της ιατρικής επιστήμης και πρακτικής που προέκυψε από τις ανάγκες των καρκινοπαθών και τεκμηριώνει την πολυπλοκότητα των παρεμβάσεων με γνώμονα το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Abstract

Purpose: The purpose of this study is to show the relationship between suicidal mood and behaviour regarding patients with neoplastic disease (cancer), as this has been recorded in researches and studies in Hellas and the rest of the world, as well. It also means to point out all relevant causative and explanatory factors, and to suggest aspects for the easing off of this phenomenon.

Methodology: The methodology followed here is the one that concerns bibliography reviews from worldwide scientific data bases, (Cinhal, Medline etc), using keywords as: cancer - suicidality, suicidal, ideation cancer. Next are sought elements of identification, coincidence or divergence of research results. The most important ones are analyzed, trying to reach general conclusions.

Results: The majority of researches show that suicide and cancer are positively related. Suicides and suicidal attitudes appear twice as much in people suffering from cancer compared to the rest of the population. In particular, there is high percentage in male patients of older age, suffering from malignant cancer. A major social problem is created due to wide spreading of the disease and its accompanying problems. Therapists and healers are called to cope and deal with it, along with the patients themselves, and all the health providers.

Conclusions: The psychic answer to cancer has mainly got to do with signifying pathology. Consequently, there is high necessity and a demanding call for involvement and participation of psychiatrists. Tumor psychology is a new dimension of medicine and its practice. It has sprung up from the needs of cancer patients and documents the complex interventions that have been made a rule to the biopsychosocial model of the rendering services in health care.

Ευχαριστίες

Από τη θέση αυτή θέλω να ευχαριστήσω:

- Τον καθηγητή ψυχιατρικής κ. Λύκουρα Ε., που μου έδωσε την δυνατότητα συμμετοχής στο παρόν μεταπτυχιακό πρόγραμμα.
- Τον καθηγητή ψυχιατρικής κ. Κονταξάκη Β., που ως εισηγητής σ΄ αυτή την εργασία, με στήριξε απεριόριστα και με καθοδήγησε για την τελική διαμόρφωσή της.
- Τον επίκουρο καθηγητή ψυχιατρικής κ. Χριστοδούλου Χ., που ακούραστα και με ποιότητα με μύησε στα δρώμενα της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής εκπαίδευσης.
- Την κα Μαρκόγλου Ευαγγελία, η οποία χωρίς ωράρια και με παροιμιώδη ευγένεια και φροντίδα απαντούσε σε κάθε μου κάλεσμα και έδινε πάντα στοχευμένες και ανακουφιστικές λύσεις.
- Όλο το προσωπικό της Β΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής στο Νοσοκομείο Αττικό, που ήταν ιδιαίτερα φιλόξενο και υποστηρικτικό κατά την διάρκεια της εκπαίδευσής μου.
- Τους συνεργάτες και «συμμαθητές», κ. Κουρούμαλο Νίκο και κ. Γραικιώτη Θάνο για τις γόνιμες συζητήσεις περί της εργασίας και της εκπαίδευσής μας.
- Την οικογένειά μου, την αδελφή μου και τους φίλους μου, που μου στάθηκαν απεριόριστα σ΄ αυτή τη διαδρομή.
- Ευχαριστώ τέλος, την αγαπημένη μου φίλη Σταματία, η οποία μέσα από τον δικό της δρόμο, ο οποίος άνοιξε όταν διαγνώσθηκε με καρκίνο μαστού, ενώ εγώ βρισκόμουν στο τέλος της εκπαίδευσής μου, με οδήγησε μερικώς στην επιλογή του θέματος του παρόντος πονήματος, αλλά και στη αναθεώρηση της στάσης μου για την ζωή.

Εισαγωγή

Κίνητρο για την επιλογή του θέματος, αποτέλεσε η διάγνωση καρκίνου σε αγαπημένο άνθρωπο παράλληλα με την μετεκπαίδευσή μου στη Διασυνδετική Ψυχιατρική. Ευκαιρία για αναδίφηση γνώσεων των ψυχολογικών παραμέτρων που διακινεί η διάγνωση και η πορεία της νόσου του καρκίνου και η ανάληψη προσπαθειών για την διαμόρφωση εγχειρημάτων ψυχολογικής υποστήριξης των καρκινοπαθών.

Το κυρίαρχο θέμα λοιπόν είναι η κατανόηση των ψυχολογικών μηχανισμών ανάπτυξης της αυτοκαταστροφικής διάθεσης των καρκινοπαθών, τους πιθανούς χρόνους εμφάνισής της στην πορεία της νόσου και τι σχέδια προφύλαξης και υποστηρικτικής παρέμβασης μπορούν να σχεδιαστούν για αυτούς τους ασθενείς.

Στα επόμενα κεφάλαια διατυπώνονται οι σκοποί και οι στόχοι της μελέτης, και σκέψεις πάνω στα δεδομένα της σχετικής βιβλιογραφίας.

Σκοποί: να εξαχθούν ορισμένα συμπεράσματα για το αν υπάρχει πρόοδος ή όχι, στον τομέα αντιμετώπισης ή και πρόληψης των αυτοκτονικών τάσεων σε ασθενείς με καρκίνο και σε ποιο βαθμό μπορούν να συμβάλλουν οι ειδικοί της Ψυχικής Υγείας, μεταξύ αυτών και οι νοσηλευτές, σ' αυτή την προσπάθεια.

Στόχοι: Η παρουσίαση πληροφοριών από την ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, για να αναδειχθεί τι είναι γνωστό έως σήμερα σ' αυτό τον ειδικό τομέα της ψυχικής υγείας που εμπλέκεται στην φροντίδα ασθενών με καρκίνο, να διαπιστωθεί ποιες δράσεις έχουν αναπτύξει οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και στον υπόλοιπο κόσμο. Επίσης ανάλυση εννοιών όπως η διασυνδετική ψυχιατρική και ποιοι είναι οι παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξη αυτοκτονικού ιδεασμού σε ασθενείς με καρκίνο.

Το παρόν πόνημα αναπτύσσεται με την παρακάτω δομή. Συγκέντρωση πληροφοριών για το τι είναι ως τώρα γνωστό διεθνώς, πως εκδηλώνεται και πως αναγνωρίζεται ο αυτοκτονικός ιδεασμός σε ασθενείς με καρκίνο και στη συνέχεια παρατίθενται οι πληροφορίες, για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί παρατίθενται πληροφορίες, οι οποίες έχουν επιλεγεί μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης από έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Γίνεται αναφορά στην αυτοκτονικότητα και τον καρκίνο την συσχέτισή τους και στη συνέχεια καταγράφονται τα επιδημιολογικά στοιχεία. Ακολουθεί ιστορική ανασκόπηση και περιγράφονται τα δύο επιστημονικά μοντέλα που επικρατούν στην αντιμετώπιση ασθενών με

καρκίνο, το βιοϊατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό και αναλύονται τα θετικά και αρνητικά στοιχεία τους.

Στη συνέχεια, γίνεται αναφορά στην ψυχοογκολογία, που εστιάζει στην ψυχοκοινωνική φροντίδα των ασθενών, τους ψυχολογικούς παράγοντες που παίζουν ρόλο στην προσαρμογή στον καρκίνο, καθώς και στα ψυχοκοινωνικά στάδια.

Ακολούθως, εξετάζεται η αυτοκτονικότητα, οι παράγοντες που οδηγούν σ' αυτή, οι ενοχές των ασθενών, η κατάθλιψη στην οποία γίνεται εκτενέστερη αναφορά, γιατί έχει βαρύνουσα σημασία ως παράγοντας κινδύνου και επίσης παρατίθεται, το πώς αξιολογείται ο κίνδυνος αυτοκτονίας.

Τέλος, σ' αυτό το κεφάλαιο, υπάρχει η ενότητα για τη φροντίδα των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο, στην οποία σημαντικό ρόλο παίζει η διασυνδετική συμβουλευτική ψυχιατρική (ΔΣΨ).

Στα τελευταία κεφάλαια συζητούνται τα ευρήματα των μελετών και εξάγονται τα αναγκαία συμπεράσματα.

Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η κατακόρυφη αύξηση των νεοπλασματικών νόσων, τα σημαντικά ποσοστά θνητότητας των καρκινοπαθών - παρά τις νέες θεραπείες - και οι σημαντικές αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, οδήγησαν τους ειδικούς σε δράσεις, για την δημιουργία εξειδικευμένων υποστηρικτικών υπηρεσιών με αποκλειστικό στόχο την φροντίδα των καρκινοπαθών σε όλα τα επίπεδα των αναγκών τους. Η ψυχολογική επιβάρυνση της ανακοίνωσης της διάγνωσης και της μάχης που ξεκινά, αφορά τον ασθενή, τα μέλη της οικογένειας του και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του. Είναι εύκολο να αντιληφθεί κανείς τις πολλαπλές ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις που βαρύνουν όλους, σε διάφορους συνδυασμούς, με κορυφαία το να αρχίσει ο ασθενής να σκέφτεται ότι η ζωή του δεν έχει πλέον νόημα, παρακινούμενος ίσως και από στρεσσογόνα γεγονότα που αναπτύχθηκαν σε προηγούμενες φάσεις της ζωής του.

Εκτιμάται ότι το πλαίσιο που αφορά στην φροντίδα καρκινοπαθών, χρήζει διαρκούς εκτίμησης, αξιολόγησης και επαναπροσδιορισμού. Κάθε προσπάθεια συλλογής δεδομένων έχει τη σημασία της, ακόμη και αν χρησιμεύουν μόνον ως ενημέρωση. Η ψυχολογία και η ψυχιατρική βρίσκουν πεδίο έργου στον χώρο της ογκολογίας. Πρόκειται για μια διασύνδεση επιστημονικών πεδίων που ίσως αξίζει να πάρει επίσημη μορφή, με δεδομένο το γεγονός της αύξησης του ρυθμού επίπτωσης αλλά και του επιπολασμού όλων των μορφών καρκίνου.

Ως σημαντικό βήμα στη χώρα μας, πρέπει οπωσδήποτε ν' αναφερθεί το ξεκίνημα της διασυνδετικής ψυχιατρικής, μέσω της οποίας εντοπίζονται ήδη οι ανάγκες υποστήριξης των καρκινοπαθών, ενώ στο εξωτερικό έχουν διεξαχθεί μελέτες σε μεγάλα δείγματα πληθυσμού (ασθενών), με τις οποίες καταβάλλεται προσπάθεια για να διαπιστωθεί πόσο εκτεταμένος είναι ο αυτοκτονικός ιδεασμός και αν συνδέεται με συγκεκριμένους τύπους καρκίνου, ώστε να δοθεί στη συνέχεια προτεραιότητα στην ψυχολογική στήριξη των αντίστοιχων ασθενών.

Επομένως, αξίζει να γίνει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για να εντοπιστούν αυτά τα δεδομένα. Με τις διάφορες μελέτες γίνεται χρήση συγκεντρωτικών στοιχείων που κρατούνται για τους ασθενείς σε επίπεδο νοσοκομείου, αλλά και σε εθνική βάση, για καρκινοπαθείς που είχαν αυτοκτονικές τάσεις, ή είχαν κατάθλιψη, ή ακόμη έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας. Τέτοιο αρχείο δεν υπάρχει στην Ελλάδα, ή δεν είναι διαθέσιμο για μελέτη, ώστε να γίνουν κάποιες συγκρίσεις.

Υλικό και μεθοδολογία μελέτης της βιβλιογραφικής ανασκόπησης

Η βιβλιογραφία αναζητήθηκε στις διεθνείς βάσεις δεδομένων Cinahl, Medline, Wiley και Pubmed.

Οι λέξεις και φράσεις γι' αυτή την αναζήτηση ήταν οι "cuicidal ideation, cancer patient", "cuicidal ideation, cancer", "cuicidality, cancer", "cuicidal thoughts, cancer", "cuicidal, cancer", "cuicidal patient".

Αυτό που διαπιστώθηκε, είναι ότι υπάρχει αρκετή βιβλιογραφία, η οποία αυξάνεται κατά πολύ, αν αποδοθεί περισσότερη σημασία σε εργασίες που περιλαμβάνουν τη φράση, «κατάθλιψη ασθενών με καρκίνο», με τις λέξεις και φράσεις κλειδιά να διαφοροποιούνται σε "depression, cancer patient", "depression, cancer", ή ακόμη και "psychological disorder, cancer", ενώ άλλοι παρόμοιοι συνδυασμοί με οποιαδήποτε άλλα συνώνυμα, δεν οδηγούν σε περισσότερα αποτελέσματα.

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε και στα Ελληνικά με λέξεις – κλειδιά όπως «αυτοκτονικότητα, καρκίνος», «αυτοκτονικός ιδεασμός, καρκίνος», με ορισμένα αποτελέσματα να προκύπτουν από τα περιοδικά «Νοσηλευτική» και «Ψυχιατρική», καθώς και αποσπάσματα βιβλίων, χωρίς όμως να υπάρχει η πληθώρα μελετών που απαντάται στην αγγλική γλώσσα. Ήταν όμως χρήσιμη και αυτή, χάρη στα επιδημιολογικά δεδομένα και τις αναφορές στη διασυνδετική ψυχιατρική που αντλήθηκαν.

Κεφάλαιο 1

1.1 Αυτοκτονικότητα

Πριν από εκατό περίπου χρόνια ο διάσημος Γάλλος κοινωνιολόγος Ε. Durkheim έθεσε τις βάσεις της έρευνας με αντικείμενο την αυτοκτονικότητα. Ο ίδιος μάλιστα με μια ανατρεπτική θέση για την εποχή του θεώρησε την «αυτοκτονία» κοινωνικό φαινόμενο, παρ' όλο που είναι μία κατ' εξοχήν ατομική πράξη. Από τότε έχουν περάσει πολλά χρόνια, ωστόσο η πρόληψη μιας αυτοκτονικής πράξης παραμένει εξαιρετικά δύσκολη ακόμη και σήμερα.

Σύμφωνα με τον Shneidman, η αυτοκτονικότητα είναι μια πολυδιάστατη «κακή στιγμή» όπου εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχολογικοί, διαπροσωπικοί, κοινωνικοί, πολιτισμικοί, και φιλοσοφικοί – υπαρξιακοί παράγοντες.

Η αυτοκτονικότητα, το αν δηλαδή κάποιος εκδηλώνει ή μπορεί να εκδηλώσει αυτοκτονική συμπεριφορά, δεν περιλαμβάνεται ως νοσολογική οντότητα, ή διαταραχή συμπεριφοράς στο ICD-10, ούτε στο DSM-IV-TR. Στο ICD-10 γίνεται μνεία για αυτοκτονικές πράξεις στο κωδικό Ε και στο DSM-IV-TR αναφέρεται ως σύμπτωμα ή σημείο μεταξύ των συμπτωμάτων του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου και της μεθοριακής διαταραχής προσωπικότητας, (Μπεάτα Χαβάκη – Κονταξάκη, 2007).

Κατά τον Shneidman, η αυτοκτονία είναι η συνειδητή πράξη εξαφάνισης του εαυτού, ενός ατόμου που βρίσκεται σε πολλαπλή κακουχία (malaise). Δεν είναι μια τυχαία χωρίς νόημα πράξη. Αντίθετα, είναι ένας τρόπος εξόδου από μια προβληματική κατάσταση ή κρίση, που συνοδεύεται από αβάστακτο πόνο.(Ι. Τριποδιανάκης- Δ. Σαραντίδης, 2009).

Η αυτοκτονία σαν πρόθεση ή σαν πράξη, είναι μια από τις σοβαρότερες και πιο συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις της επείγουσας ψυχιατρικής, τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειές τους και τους κλινικούς . Τα άτομα που πλησιάζουν στην αυτοκτονία έχουν φθάσει σ΄ ένα στάδιο ανυπόφορης συναισθηματικής κατάστασης. Ο θυμός, η ήττα, η απελπισία και η ανημποριά που συναντά κανείς στους ανθρώπους αυτούς είναι τρομακτική. Τα άτομα με αυτοκαταστροφικές τάσεις, προκαλούν έντονα συναισθήματα στους ανθρώπους που βρίσκονται κοντά τους.

Περίπου τα τρία τέταρτα από αυτούς που αυτοκτονούν, έχουν συμβουλευτεί προηγουμένως έναν γιατρό (για ενοχλήσεις που έχουν συνήθως σχέση με την σωματική τους υγεία) μέσα στους έξι μήνες πριν τον θάνατό τους. Είναι επομένως σημαντικό, ο ψυχίατρος

να ρωτήσει τον ασθενή που βλέπει, αν έχει σκέψεις αυτοκτονίας, ακόμη κι όταν δεν υπάρχουν απόπειρες ή δεν έχουν αναφερθεί τάσεις αυτοκτονίας από τον ασθενή (Ν. Μάνος, 1988).

Ορισμοί:

Αυτοκτονία: Ο θάνατος από το ίδιο το χέρι του ατόμου με σαφή ή συγκαλυμμένη πρόθεση να θέσει τέρμα στη ζωή του.

Απόπειρα αυτοκτονίας: Η μη μοιραία για τη ζωή αυτοβλαπτική συμπεριφορά ενός ατόμου με σαφή η συγκαλυμμένη πρόθεση να θέσει τέρμα στη ζωή του.

Αυτοκτονικός ιδεασμός: Σκέψεις τερματισμού της ζωής. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός ποικίλει ως προς τη σοβαρότητα, η οποία εξαρτάται από το βαθμό επεξεργασίας των σχεδίων αυτοκαταστροφής και τη σοβαρότητα της πρόθεσης αυτοκαταστροφής (Ι. Τριποδιανάκης –Δ. Σαραντίδης, 2009).

1.2 Αυτοκτονικότητα και καρκίνος – επιδημιολογικά στοιχεία

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκαλύπτει ότι ένας στους δύο ασθενείς με καρκίνο υπόκειται σε ψυχιατρικές επιπτώσεις εξαιτίας της ασθένειάς του (Ρηγάτος, 2008). Εκτιμάται ότι 90% των αυτοκτονούντων εμφανίζουν ψυχική διαταραχή, ενώ παράλληλα περίπου 40% πάσχουν από κάποια σωματική νόσο με αυξητικές τάσεις στις μεγαλύτερες ηλικίες (Kontaxakis V., 1988, 2011).

Οι άνθρωποι που πάσχουν από καρκίνο και ταυτόχρονα εκδηλώνουν συναισθηματική δυσφορία ή σωματικό πόνο, είναι πιο πιθανό να κάνουν σκέψεις ότι θα κάνουν κακό στον εαυτό τους. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι υψηλότερος μεταξύ των ασθενών με καρκίνο από ότι στον γενικό πληθυσμό, ή μεταξύ ατόμων με άλλες ασθένειες, σύμφωνα με τρεις αναφορές που δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό «Journal of Clinical Oncology», (Spittler, 2008).

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας των καρκινοπαθών είναι 1,4 – 1,9 φορές μεγαλύτερος από αυτόν του γενικού πληθυσμού και οι απειλές ότι θα διαπράξουν αυτοκτονία είναι πολύ συχνές. Βρέθηκε ωστόσο, πως πάσχουν συχνότερα από κατάθλιψη και βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας όσοι εμφανίσουν καρκίνο του γαστρεντερικού, του μαστού και των γεννητικών οργάνων (Ηγουμένου, 2010).

Ο καρκίνος σχετίζεται θετικά με την αυτοκτονικότητα και τον αυτοκτονικό ιδεασμό όπως δείχνουν έρευνες σε μεγάλο δείγμα πληθυσμού σε Καναδά και Η.Π.Α., (Rasic D.T. et al, 2008, Misono S. et al, 2008), με σημαντικά υψηλούς δείκτες αυτοκτονικότητας.

Από όσους εκδηλώνουν ψυχιατρική νοσηρότητα, περίπου το 70% αναπτύσσει συναισθηματικές διαταραχές τύπου άγχους και κατάθλιψης. Μείζονα κατάθλιψη, εξάλλου, εκδηλώνει ποσοστό 10%-15% των ασθενών, ενώ ανάλογο ποσοστό παρουσιάζει οργανικό ψυχοσύνδρομο (Ρηγάτος, 2008).

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με καρκίνο αυτοκτονούν 2 φορές συχνότερα από το γενικό πληθυσμό και ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός στους καταληκτικούς ασθενείς είναι αυξημένος (8,5–17,5%) (Μουσσάς και συν. 2008). Ακόμη, οι έρευνες έχουν καταλήξει ότι οι χρόνιες σωματικές νόσοι συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, ιδίως σε ηλικιωμένους ασθενείς (Ηγουμένου, 2010). Είναι γνωστό ότι η επιτυχής απόπειρα αυτοκτονίας συνυπάρχει συχνά με την απώλεια της σωματικής υγείας ιδιαίτερα σε άνδρες. Βρέθηκε επίσης ότι οι βίαιες απόπειρες αυτοκτονίας σχετίζονται πιο συχνά με σοβαρή σωματική ασθένεια και κυρίως μεταξύ των ανδρών, (Kontaxakis V., et al, 1998).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η συχνότητα αυτοκτονίας σε καρκινοπαθείς είναι σχεδόν διπλάσια από αυτή στον γενικό πληθυσμό (31,4 έναντι 16,7 ανά 100.000 άτομα-έτη), όπως ανέφεραν οι γιατροί του Τμήματος Ωτορινολαρυγγολογίας - Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου στο Πανεπιστήμιο της Ουάσιγκτον στο Σιάτλ. Εξετάστηκαν τα χαρακτηριστικά του ασθενούς και της νόσου για 5.838 καρκινοπαθείς, οι οποίοι έχασαν τη ζωή τους εξαιτίας αυτοκτονίας, μεταξύ σχεδόν 3,6 εκατομμυρίων καρκινοπαθών του μητρώου που τηρείται σε εθνικό επίπεδο στις Η.Π.Α. Το άρρεν φύλο, η λευκή φυλή και η ηλικία κατά τη διάγνωση συσχετίστηκαν με υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν υψηλότερος στα πρώτα πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Επιπλέον, ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν υψηλότερος σε ασθενείς με καρκίνο των πνευμόνων και των βρόγχων, του στομάχου, της στοματικής κοιλότητας, του φάρυγγα και του λάρυγγα (Spittler, 2008).

Σε άλλη μελέτη, 8% των εξωτερικών ασθενών που παρακολουθούνται από ογκολογικές κλινικές, ανέφεραν σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα εάν ήταν νεκροί ή σκέψεις για να πληγώσουν τον εαυτό τους με κάποιο τρόπο, για αρκετές ημέρες, επί 2 εβδομάδες. Όταν οι δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές ελήφθησαν υπόψη, ως κλινικά σημαντικές αποδείχθηκαν η συναισθηματική δυσφορία και ο ουσιαστικός πόνος (και, σε μικρότερο βαθμό, η προχωρημένη ηλικία) (Walker et al., 2008).

Μια μελέτη από ένα μεγάλο δείγμα κοινότητας στη Νότια Αυστραλία, που χρησιμοποίησε το ερώτημα αρ. 9 του PHQ-9 (Patient Health Questionnaire, ερωτηματολόγιο

εννέα ερωτήσεων για την κατάθλιψη)[1], ανέφερε 2,6% επικράτηση της θετικής απάντησης, η

[1] Το PHQ-9 είναι η κλίμακα εννέα στοιχείων κατάθλιψης του Ερωτηματολογίου Υγείας του Ασθενούς. Το PHQ-9 είναι ένα ισχυρό εργαλείο στη διάθεση των γιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, για τη διάγνωση της κατάθλιψης, καθώς και την επιλογή και την παρακολούθηση της θεραπείας. Οι λόγοι για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα πρέπει να συζητηθούν με τον ασθενή. Αφού ο ασθενής έχει ολοκληρώσει την ερωτηματολόγιο, αυτό βαθμολογείται από τον γιατρό (Macarthur Initiative, 2012).

Υπάρχουν δύο συστατικά μέρη του PHQ-9:

• Η αξιολόγηση των συμπτωμάτων και λειτουργική ανεπάρκεια για να γίνει μια προκαταρκτική διάγνωση κατάθλιψης και

• Η εξαγωγή ενός αποτελέσματος για το βαθμό σοβαρότητας, για να γίνει επιλογή και παρακολούθηση της θεραπείας (Macarthur Initiative, 2012).

Το PHQ-9 βασίζεται άμεσα στα διαγνωστικά κριτήρια για τη μείζονα καταθλιπτική διαταραχή στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο, τέταρτη έκδοση (Diagnostic and Statistical Manual Fourth Edition, DSM-IV).

Το PHQ-9 έχει προσαρμοστεί από το 'PRIMEMDTODAY', που αναπτύχθηκε από τους Δρ. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke και συν., με εκπαιδευτική επιχορήγηση από την 'Pfizer Inc.' (Macarthur Initiative, 2012).

Ο γιατρός μπορεί να εφαρμόσει διαγνωστικούς αλγορίθμους που υπάρχουν στο κάτω μέρος της κάθε σελίδας. Το PHQ αξιολογεί 8 διαγνώσεις, που διαιρούνται σε διαταραχές ουδού (κατωφλίου, threshold disorders) (διαταραχές που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες διαγνώσεις βάσει του DSM-IV: μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, διαταραχή πανικού, άλλη αγχώδης διαταραχή και νευρική βουλιμία), και διαταραχές υπό τον ουδό (subthreshold disorders) [δηλ. διαταραχές των οποίων τα κριτήρια περιλαμβάνουν λιγότερα συμπτώματα από ότι είναι απαραίτητο για κάθε συγκεκριμένη διάγνωση βάσει του DSM-IV: άλλα καταθλιπτική διαταραχή, πιθανή κατάχρηση αλκοόλ/εξάρτηση, σωματόμορφες ασθένειες (δηλ. ψυχικές ασθένειες με σωματικά συμπτώματα που δεν αντιστοιχούν, όπως αναμενόταν, σε κάποια σωματική ασθένεια) και ευκαιριακή άμετρη διατροφική διαταραχή] (Kroenke et al. 2001).

Η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης γίνεται αν 5 ή περισσότερα από τα 9 κριτήρια για τα συμπτώματα κατάθλιψης υπήρχαν τουλάχιστον για «περισσότερες από τις μισές ημέρες» τις τελευταίες 2 εβδομάδες και ένα από τα συμπτώματα είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η ανηδονία. Διάγνωση άλλης κατάθλιψης γίνεται αν 2, 3, ή 4 συμπτώματα κατάθλιψης υπήρχαν τουλάχιστον για «περισσότερες από τις μισές ημέρες» τις τελευταίες 2 εβδομάδες και 1 από τα συμπτώματα είναι καταθλιπτική διάθεση ή ανηδονία. Ένα από τα 9 κριτήρια για τα συμπτώματα («σκέψεις ότι θα ήταν καλύτερα να πεθάνει ή να πληγώσει τον εαυτό του με κάποιο τρόπο»), λαμβάνεται υπόψη, όταν υπάρχει, ανεξάρτητα από τη διάρκεια. Όπως και με το αρχικό 'PRIME-MD', πριν γίνει η τελική διάγνωση, ο γιατρός αναμένεται να αποκλείσει τις φυσικές αιτίες της κατάθλιψης, το κανονικό πένθος και το ιστορικό ενός μανιακού επεισοδίου (Kroenke et al. 2001).

Ως μέτρο σοβαρότητας, τα αποτελέσματα του PHQ-9 μπορεί κυμαίνονται από 0 έως 27, δεδομένου ότι κάθε ένα από τα 9 ερωτήματα μπορούν να βαθμολογήθηκαν από 0 (καθόλου) έως 3 (σχεδόν κάθε μέρα). Ένα στοιχείο προστέθηκε επίσης στο τέλος του διαγνωστικού τμήματος του PHQ-9, ζητώντας από τους ασθενείς που σημείωσαν τα προβλήματά τους στο ερωτηματολόγιο, να απαντήσουν στην ερώτηση: «πόσο σας δυσκολεύουν

οποία, όπως αναμενόταν, είναι χαμηλότερη από αυτή που βρέθηκε στο δείγμα εξωτερικών ασθενών με καρκίνο. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς με καρκίνο διατρέχουν κίνδυνο να εμφανίσουν αυτοκτονικό ιδεασμό τρεις φορές μεγαλύτερο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Οι Walker et al. (2008) αναφέρουν ότι σε μια μελέτη ασθενών που παρακολουθούνταν σε νευρολογική κλινική και συμπλήρωσαν το ερώτημα 9 του PHQ-9, ενώ ακολούθησε και μια κλινική συνέντευξη, βρέθηκε ότι το 9% των ασθενών παρουσίασε σημαντικό αυτοκτονικό ιδεασμό - ένας αριθμός παρόμοιος με το 8% που βρέθηκε στη δική τους μελέτη.

Έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο (Μ. Βρετανία), έδειξε ότι το 38% των μονάδων παρηγορητικής φροντίδας είχαν τουλάχιστον μια περίπτωση αυτοκτονίας ασθενή και το 71% είχαν απόπειρες αυτοκτονίας. Από την άλλη πλευρά, μεθοδολογικές δυσκολίες για την αποσαφήνιση των λεπτομερών υποκείμενων αιτίων της αυτοκτονίας καρκινοπαθών, περιορίζουν τα ευρήματα από τα ερωτήματα «γιατί αυτοκτονούν οι καρκινοπαθείς;» και «είναι ορθολογικό να αυτοκτονούν ανίατοι καρκινοπαθείς;». Απ' όσα είναι γνωστά, υπήρξαν μόνο δύο ψυχολογικές μελέτες αυτοψίας για τη διερεύνηση των θυμάτων αυτοκτονίας μεταξύ καρκινοπαθών και πρότειναν ότι πολλές σωματικές, ψυχολογικές και υπαρξιακές αγωνίες, συμπεριλαμβανομένου του πόνου, της μείωσης της σωματικής λειτουργίας, της κατάθλιψης, της απώλειας της ανεξαρτησίας και της απώλειας της αυτονομίας προκαλούν την αυτοκτονία σε καρκινοπαθείς (Akechi et al. 2002).

Βέβαια οι αυτοκτονίες συνολικά είναι λίγες, ο κίνδυνος όμως είναι διπλάσιος. Όπως για τα περισσότερα παιδιά που δέχονται σήμερα αγωγή για τον καρκίνο, οι περισσότερες γυναίκες που υποβάλλονται σε θεραπεία για τον καρκίνο του μαστού μπορούν να αναμένουν να ζήσουν για πολλά χρόνια -η τρέχουσα 10ετής σχετική επιβίωση για τον καρκίνο του μαστού στην Αμερική είναι 78%. Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν ότι ο κίνδυνος αυτοκτονίας μειώνεται αρκετά χρόνια μετά τη διάγνωση για τις περισσότερες μορφές καρκίνου, αλλά αρκετές μικρές μελέτες στον Καναδά και τη Σκανδιναβία έχουν δείξει αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας σε επιζώντες του καρκίνου του μαστού, παρά τα εξίσου ευοίωνα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα για τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού στις χώρες αυτές (Twombly, 2006).

Για να προσδιοριστεί αν υπάρχει το ίδιο επίπεδο κινδύνου στις Ηνωμένες Πολιτείες, μια ομάδα με επικεφαλής τους ερευνητές του NCI (National Cancer Institute, Εθνικό Ινστιτούτο

αυτά τα προβλήματα να κάνετε τη δουλειά σας, να φροντίσετε θέματα του σπιτιού, ή να συμβιώσετε ομαλά με άλλους ανθρώπους;» (Kroenke wt al. 2001).

Καρκίνου των ΗΠΑ) συνέλλεξαν στατιστικά στοιχεία για 723.810 επιζώντες από καρκίνο του μαστού που έλαβαν θεραπεία στις Ηνωμένες Πολιτείες, τη Σουηδία, τη Δανία, τη Φινλανδία και τη Νορβηγία, μεταξύ των ετών 1953 και 2001. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι σε όλες αυτές τις χώρες, ο αριθμός των αυτοκτονιών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού ήταν κατά 37% υψηλότερος από τον αναμενόμενο, βάσει των ποσοστών στον γενικό πληθυσμό. Ο αριθμός αυτός μεταφράζεται σε τέσσερις επιπλέον αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα-έτη[2], σύμφωνα με την επικεφαλής συγγραφέα της μελέτης, Catherine Schairer (2006), του τμήματος γενετικής επιδημιολογίας του καρκίνου του NCI. «Στις Ηνωμένες Πολιτείες, 245 επιζώντες του καρκίνου του μαστού αυτοκτόνησαν, καθιστώντας τον κίνδυνο κατά 50% μεγαλύτερο από ότι θα έπρεπε κανονικά να αναμένεται», (Twombly, 2006).

Η συχνότητα εμφάνισης της αυτοκτονίας στους ασθενείς με καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι σχεδόν διπλάσια από εκείνη στον γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με μια νέα μελέτη. Τα υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών βρέθηκαν σε ηλικιωμένους λευκούς άνδρες. Βρέθηκε επίσης ότι τα ποσοστά αυτοκτονίας μεταβάλλονταν ανάλογα με τη θέση του καρκίνου, με τα υψηλότερα ποσοστά που παρατηρούνται σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα (81,7), ακολουθούμενος από καρκίνο του στομάχου (71.1), του στόματος και του φάρυγγα (53.1) και του λάρυγγα (46.8).

Σύμφωνα με τους ερευνητές, η συστηματική εξέταση και θεραπεία για αυτοκτονικές σκέψεις είναι απαραίτητη, ειδικά σε περιόδους μετάβασης, όταν η ασθένεια επιδεινώνεται, αυξάνονται τα συμπτώματα, ή ο ασθενής εισέρχεται σε μια πιο σοβαρή φάση της ασθένειας (Misono et al., 2008).

Στην τελευταία μεγάλη επιδημιολογική μελέτη EUROSAVE (European review of suicide and violence epidemiology) που έγινε με σκοπό να εξεταστούν οι τάσεις της θνησιμότητας από την αυτοκτονία και την προμελετημένη αυτοπροκαλούμενη βλάβη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, τα αποτελέσματα δείχνουν μείωση των δεικτών για τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες.

Η Ελλάδα με δείκτη 3,3 θανάτους από αυτοκτονίες για κάθε 100.000 ανθρώπους ήταν το 1984 η χώρα με τον χαμηλότερο δείκτη στην Ε.Ε. Τα τέλη της δεκαετίας του ΄90 η Ελλάδα παρέμεινε στην τελευταία θέση με δείκτη 2,8/100.000. Στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. υπήρξε επίσης μείωση των δεικτών, εκτός από την Ιρλανδία, την Ισπανία, και την Φιλανδία που είναι στην πρώτη θέση του χάρτη.

[2] Το γινόμενο του πολλαπλασιασμού των ετών επί τον αριθμό των μελών ενός πληθυσμού που έχουν επηρεαστεί από μια παθογένεια (ή ετών συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής).

Για την επιδημιολογία της απόπειρας αυτοκτονίας δεν υπάρχουν συγκεντρωτικά δεδομένα σε επίπεδο κρατών. Οι μελέτες βασίζονται στα αρχεία των εισαγωγών που γίνονται στις υπηρεσίες υγείας με αίτιο την απόπειρα αυτοκτονίας.

Μελέτη του ΠΟΥ αποκάλυψε, ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερους δείκτες αποπειρών αυτοκτονίας από τους άνδρες, ενώ οι συντελεσθείσες αυτοκτονίες είναι περισσότερες στους άνδρες (Χαβάκη-Κονταξάκη, 2007).

1.3 Βιολογία του καρκίνου

Ο καρκίνος, η ομάδα αυτή των τόσο διαφορετικών νοσημάτων ως προς την αιτιολογία, πορεία, πρόγνωση και θεραπεία, οφείλεται σε βλάβες του γονιδιώματος σωματικών κυττάρων και προσβάλλει τις βασικές διαδικασίες της κυτταρικής ζωής, της ανάπτυξης και του θανάτου του κυττάρου (Ιακωβίδης & Καρκανιάς, 2009).

Εξαιτίας της ιδιότητας των καρκινικών κυττάρων για μη ελεγχόμενη ανάπτυξη και μειωμένη προσκόλληση μεταξύ τους, δημιουργείται ιστός και μάζα καρκινικών κυττάρων συνεχώς αναπτυσσόμενη, με τάση για μετανάστευση μέσω της κυκλοφορίας του αίματος ή της λέμφου (Ιακωβίδης & Καρκανιάς, 2009).

Ο θάνατος των φυσιολογικών ιστών και του οργανισμού μπορεί, επομένως, να προέλθει λόγω της απορρόφησης όλων των θρεπτικών συστατικών από τα καρκινικά κύτταρα. Είναι επίσης δυνατόν ο οργανισμός να οδηγηθεί στο θάνατο και από μια απλή λοίμωξη, καθώς η υπέρμετρη ανάπτυξη ενός είδους εξαλλαγμένων κυττάρων μειώνει τα κύτταρα του αίματος που ανοσοεπιτηρούν τη συγκεκριμένη λοίμωξη (Ιακωβίδης & Καρκανιάς, 2009).

Η ιονίζουσα ακτινοβολία, οι καρκινογόνες ουσίες, οι ογκογόνοι ιοί και η γενετική προδιάθεση είναι παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα μεταλλαγής.

Περιοχή δράσης των δύο κύριων θεραπειών, της χημειοθεραπείας και της ακτινοθεραπείας, είναι ο πυρήνας, όπου προκαλείται θραύση της αλυσίδας του μορίου DNA, με αποτέλεσμα την άμεση, ή στις αμέσως επόμενες διαιρέσεις, θανάτωση των καρκινικών κυττάρων. Μετά από κάθε κύκλο χημειοθεραπείας ή δόση ακτινοβολίας, επιβιώνει πάντα ένας αριθμός καρκινικών κυττάρων, καθιστώντας αναγκαία τη στρατηγική των επαναλαμβανόμενων δόσεων ακτινοβολίας ή κύκλων χημειοθεραπείας (Ιακωβίδης & Καρκανιάς, 2009).

1.4 Ιστορική ανασκόπηση

Στην αρχαιότητα, κυριαρχούν οι Ιπποκράτειες απόψεις περί χυμοπαθολογίας, οι οποίες ουσιαστικά θέτουν ένα πλαίσιο ψυχοσωματικής θεώρησης των νόσων. Στο "Περί χυμών", σημειώνεται ότι "με την ψυχή σχετίζεται και η κατάσταση του σώματος". Είναι δε γνωστή η Ιπποκράτεια αντίληψη για τη μελαγχολία, ως αποτέλεσμα της περίσσειας μέλανος χυμού.

Ο Γαληνός (2ος αιώνας μ.Χ.), συσχετίζει άμεσα τον "μελαγχολικό χυμό" με τον καρκίνο: «εναργών γαρ άπαντα τα τοιαύτα πάθη και μάλιστα ο καρκίνος υπό μελαγχολικού γίνεται χυμού". Το ότι, η έννοια του μελαγχολικού χυμού, έχει την έννοια της μελαγχολίας και ότι, οι δύο αυτές έννοιες ταυτίζονται, φαίνεται και από μία άλλη παρατήρηση του Γαληνού, που σε άλλο σημείο γράφει: "ούτω δε καν ο μελαγχολικός πλεονάοσει χυμός, όπως εν μελαγχολία και καρκίνω".

Η αντίληψη της ψυχοσωματικής ολότητας αναφέρεται και στον Πλάτωνα, στο διάλογο του με τον τίτλο "Χαρμίδης": "ώσπερ οφθαλμούς άνευ κεφαλής, ου δει επιχειρείν ιάσθαι, ουδέ κεφαλήν άνευ σώματος, ουδέ το σώμα άνευ ψυχής…".

Τις απόψεις αυτές ακολουθούν και οι γιατροί των επόμενων αιώνων και συγκεκριμένα ο Ορειβάσιος (325 -403 μ.Χ.) και ο Αλέξανδρος ο Τραλιανός, ο οποίος σημειώνει τον 6ο αιώνα: "... ο λεγόμενος μελαγχολικός χυμός... όγκον καρκινωματώδη ποιεί..." (Ρηγάτος,1985).

Τη σχέση μελαγχολίας και καρκίνου, περιγράφει και ο Πέρσης γιατρός Avicena (930 - 1037), αλλά και ο γνωστός Βυζαντινός λογοτέχνης και ιατρός Μιχαήλ Ψελλός (1018 -1078), (Κουζής, 1902).

Στην Αναγέννηση μέχρι τον 15ο αιώνα, πέρα από τις θεωρήσεις της κλασσικής αρχαιότητας και τη Μεσαιωνική δαιμονολογία, εμφανίζονται καινούργιες θεωρήσεις του καρκίνου. Ο Παράκελσος (1493 - 1541) θεωρεί ότι ο καρκίνος προκαλείται από περίσσεια μεταλλικού άλατος στον οργανισμό. Ο Helmont (1579 -1664) θεωρεί υπεύθυνο το "πνεύμα της ζωής" (spirit of life) το οποίο, όταν βρίσκεται εκτός ελέγχου, προκαλεί τη νόσο. Ο Καρτέσιος ,ενοχοποιεί διαταραχές της ροής της λέμφου, ως αίτιο του καρκίνου (Rigatos, 1992). Τα ανωτέρω ωστόσο, είναι μάλλον παραφράσεις της περίσσειας του μέλανος χυμού της Ιπποκράτειας παράδοσης, παρά νέες συνεισφορές.

Τον 18ο αιώνα, ο Johan Philip Berchelman (1764) διατυπώνει την άποψη ότι, ο καρκίνος οφείλεται σε βαριές διαταραχές των συναισθημάτων. Την ίδια περίοδο, ο Γάλλος γιατρός Gendron θεωρεί ότι, ο καρκίνος οφείλεται σε διαφοροποιήσεις στη σωματική λειτουργία, που προκαλούνται από πένθος, φόβους και στρες. Το 1759, ο Guy δημοσιεύει στο

Λονδίνο δύο ιστορικά ασθενών με καρκίνο του μαστού, που αναπτύχθηκε μετά από οξύ πένθος. Παρατηρεί μάλιστα ότι ο καρκίνος αναπτύσσεται συχνά σε νευρωτικές και υστερικές γυναίκες και συχνότερα σε μελαγχολικές (Rigatos, 1992).

Κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα, ένας σημαντικός αριθμός γιατρών, περιγράφουν διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, ως αιτία ανάπτυξης των καρκινωμάτων. Συγκεκριμένα, ο Laennec ενοχοποιεί την κληρονομικότητα σε άτομα τα οποία, κατά την περίοδο ανάπτυξης της νόσου, εμφανίζουν νευρωτικά, υστερικά και μελαγχολικά συμπτώματα. Ο Sir Astley Parton Cooper υποστηρίζει ότι, το πένθος και το στρες είναι μεταξύ των αιτιών για την ανάπτυξη του καρκίνου. Ο Γάλλος χειρουργός Baumes (1853) αποδίδει τη νόσο σε κάποια προδιάθεση, όρο στον οποίο συμπεριλαμβάνει και ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Κατά την ίδια περίοδο (1854), ο Jean Amussat, σε μία σημαντική μονογραφία του επί της θεραπείας του καρκίνου, σημειώνει ότι, τα συναισθήματα και τα στρεσσογόνα γεγονότα της ζωής παίζουν σημαντικό ρόλο στην καρκινογένεση (Rigatos, 1992).

Ο γνωστός για τη σημαντική προσφορά του στην ιατρική Sir James Paget (1870) γράφει ότι οι ματαιώσεις και η κατάθλιψη προκαλούν αύξηση των διαστάσεων των καρκινικών όγκων. Περί τα 23 χρόνια αργότερα, ο H. L Snow, σε έρευνα επί 250 καρκινοπαθών, διαπιστώνει ότι οι 156 έχασαν πρόσφατα ένα μέλος της οικογένειάς τους, οι 32 αντιμετώπιζαν σημαντικά προβλήματα σχετιζόμενα με την εργασιακή απασχόλησή τους και μόνο οι 19 δεν ανέφεραν ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα. Το 1885, ο Willard Parker στην Αμερική, σε μία μελέτη επί 397 περιπτώσεων, θεωρεί το πένθος, ως σημαντικό παράγοντα στην ανάπτυξη καρκίνου, ενώ ο Cutter (1887) γράφει ότι η κατάθλιψη είναι τόσο συχνή στον καρκίνο, που δεν μπορεί να αγνοηθεί (Ρασιδάκης, 1983).

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι κατά τη διάρκεια του 19ου αιώνα αναπτύσσονται διάφορες ψυχοκοινωνικές θεωρήσεις που συσχετίζουν τον καρκίνο:

- Με ψυχολογικά χαρακτηριστικά των καρκινοπαθών, για παράδειγμα καταθλιπτικές τάσεις.
- Με ψυχοτραυματικά γεγονότα ζωής, όπως απώλειες αγαπημένων προσώπων, αλλαγές στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή.
- Με συναισθήματα απελπισίας και απόγνωσης, (Ρηγάτος, 1985).

1.5 Ψυχαναλυτικές - Ψυχοδυναμικές Θεωρήσεις

Στη διάρκεια του 20ου αιώνα, αφ' ενός μεν έχουμε την τεράστια τεχνολογική εξέλιξη, αφ' ετέρου δε την ανάπτυξη από τις πρώτες δεκαετίες, του ψυχαναλυτικού κινήματος και αργότερα των διαφόρων ψυχοθεραπευτικών σχολών.

Από το 1926, ο Evans χρησιμοποιεί ψυχαναλυτικές τεχνικές στη μελέτη 100 καρκινοπαθών. Ένα από τα σημαντικά ευρήματα του είναι ότι, πριν την ανάπτυξη καρκίνου, εμφανίζεται απώλεια μιας σημαντικής προσωπικής σχέσης. Ένα δεύτερο εύρημά του επισημαίνει ότι οι ασθενείς αυτοί δεν μπορούν να απελευθερώσουν την ψυχική τους ενέργεια.

Το 1923, οι Scholtz και Pleiffer καθώς και ο Yaskin, το 1931, περιγράφουν διάφορες νευρωτικές εκδηλώσεις, που προηγούνται του καρκίνου του παγκρέατος. Έκτοτε παραμένει κλασσική ή ψυχιατρική συμπτωματολογία, που εμφανίζεται στο συγκεκριμένο τύπο νεοπλασιών.

Μεταξύ των ετών 1930 -1947, ο Willelm Reich, ο γνωστός "αιρετικός" του ψυχαναλυτικού κινήματος, αναπτύσσει τις απόψεις του για τη "Βιοπάθεια του Καρκίνου". Ο Reich περιγράφει ένα είδος ενδογενούς μόλυνσης, το ρόλο των αισθήσεων στη σεξουαλική δραστηριότητα καθώς και το ρόλο της κοσμικής ενέργειας που ονόμασε "οργόνη", προκειμένου να προσεγγίσει το θέμα της καρκινογένεσης. Οι απόψεις του Reich επηρέασαν ελάχιστα την ιατρική σκέψη, πιθανώς λόγω του αφορισμού του από την κλασσική ιατρική επιστήμη.

Ενδιαφέροντα δεδομένα προκύπτουν στη δεκαετία του 1950. Ο Bacon και οι συνεργάτες του (1952), μελετώντας 40 ασθενείς με καρκίνο του μαστού, διαπιστώνουν ότι, εμφανίζουν έντονα συναισθήματα ενοχής. Διατυπώνουν επίσης την άποψη ότι ο καρκίνος είναι ένα είδος "παθητικής αυτοκτονίας", ως αποτέλεσμα της κατάθλιψης και των ενοχών.

Το 1951, οι Tarlou και Smallheiser συνέκριναν γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του μαστού, με γυναίκες που έπασχαν από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Με βάση ψυχιατρικά - ψυχοδυναμικά δεδομένα, διαπίστωσαν ότι, οι πρώτες εμφάνιζαν βασικές ψυχολογικές συγκρούσεις κατά το στοματικό στάδιο, ενώ οι δεύτερες κατά το γεννητικό στάδιο ανάπτυξης.

Ψυχοδυναμικές συγκρούσεις των γυναικών με καρκίνο του μαστού αναγνωρίζει και ο Reznikoff (1955), ο όποιος παρατηρεί στις συγκεκριμένες ασθενείς, έκδηλη διαταραχή του γυναικείου ρόλου, με αυξημένες ευθύνες κατά την παιδική ηλικία. Ο Reznikoff (1955) διαπιστώνει επίσης, ότι οι ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και οι ασθενείς με

καρκίνο του μαστού, προέρχονται από οικογένειες με κυριαρχικές μητέρες, οι οποίες απορρίπτουν τον γυναικείο ρόλο τους και έχουν ανεπαρκείς σεξουαλικές σχέσεις.

Επίσης, από την ανάλυση πέντε γυναικών με καρκίνο του μαστού, ο Rennecker και οι συνεργάτες του (1963) υποστηρίζουν, και αυτοί, την ύπαρξη διαταραχής στις ετεροφυλικές σχέσεις, καθώς και την αύξηση των αναγκών, που εξαρτώνται από τη στοματική ψυχοδυναμική φάση.

Από τότε, αρκετές ακόμα μελέτες κινούνται σε ανάλογα πλαίσια. Το 1979 ο Becker, συγκρίνοντας γυναίκες με καρκίνο του μαστού χρονολογικής ηλικίας κάτω των 50 ετών, με άλλες, χρονολογικής ηλικίας άνω των 50 ετών, επιβεβαίωσε για τις νεότερες άρρωστες ,την παρουσία του χαρακτηριστικού της τυπικής απόρριψης του γυναικείου ρόλου. Αναφέρονται σ' αυτές, περισσότερα προβλήματα στη σεξουαλική τους ζωή, ενώ μόνο το 12% από τις νεότερες ασθενείς, εκφράζει μία σταθερά θετική στάση προς την κατεύθυνση αυτή.

Στις ασθενείς που μελέτησε ο Becker (1979), δεν επιβεβαιώθηκε η διαπίστωση του Beck και των συνεργατών του (1975), ότι υπάρχει ή τάση να μην κάνουν παιδιά. Διαπιστώθηκε αντιθέτως, ότι μεταξύ των μεγαλύτερων ασθενών υπήρξε περισσότερο θετική στάση για την απόκτηση παιδιών. Οι νεότερες γυναίκες ανέφεραν, συγκρινόμενες με τις μεγαλύτερες, περισσότερα προβλήματα στον τοκετό, καθώς και δυσκολίες κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Ο Becker (1979), αναλύοντας τα ευρήματά του, διατύπωσε την υπόθεση της ύπαρξης στις γυναίκες, οι οποίες έχουν την προδιάθεση να αναπτύξουν νεοπλασίες, μιας ειδικής κατάστασης, που την ονόμασε "σύμπλεγμα της Αμαζόνας", (Amazon - Complex), παραλληλίζοντας τις γυναίκες αυτές προς τις τυπικά απορριπτικές, προς το γυναικείο ρόλο, μυθικές Αμαζόνες.

Μία ομάδα Φιλανδών ερευνητών (Achte et al., 1970), αναφέρει τη συχνή ύπαρξη ψυχικής απομόνωσης και τη σταθερή τάση για αυτοκαταστροφή, στα άτομα που τελικά προσβάλλονται από καρκίνο. Οι Φιλανδοί ερευνητές διαπιστώνουν επίσης δυσχέρεια στις διαπροσωπικές σχέσεις και έντονες πρωκτοσαδιστικές τάσεις (Achte et al., 1970). Το τελευταίο αυτό στοιχείο, το διαπιστώνει και στις δικές του εργασίες ο Booth (1973a, b) ο όποιος αναφέρει πολύ χαρακτηριστικές απαντήσεις καρκινοπαθών στη δοκιμασία Rorschach.

Μία σημαντική έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε το 1964 στην Ουγγαρία από τους Nemeth και Mezei, με τη χρήση της δοκιμασίας Rorschach, καταλήγει στα έξης συμπεράσματα: Οι ασθενείς εμφανίζουν στοματικού τύπου ανάγκες, εξάρτηση, δυσκολία στην έκφραση επιθετικών συναισθημάτων και σημαντικές δυσχέρειες στην ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων. Τα αποτελέσματα μάλιστα, συγκρίνονται με αυτά υγειών πληθυσμών.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά οι κυριότερες ψυχαναλυτικές θεωρήσεις, για τη σημασία των ψυχολογικών χαρακτηριστικών στα άτομα που αναπτύσσουν καρκίνο.

Tarlou & Smallheiser, 1951	Συγκρούσεις κατά το στοματικό και γεννητικό στάδιο.
Bacon etal.,1952	Παθητική αυτοκτονία Κατάθλιψη - ένοχες.
Reznikoff, 1955	Διαταραχή του γυναικείου ρόλου.
Rennecker et al., 1963	Διαταραχή στις ετερόφυλες σχέσεις.
Nemeth & Mezei, 1964	Συγκρούσεις κατά το στοματικό στάδιο.
Achteetal., 1970	Ψυχική απομόνωση. τάση για αυτοκαταστροφή. Δυσχέρεια στις διαπροσωπικές σχέσεις.
Booth, 1973 a, b	Πρωκτοσαδιστικές τάσεις.
Beck etal., 1975	Τάση να μην κάνουν παιδιά.
Becker, 1979	Σύμπλεγμα Αμαζόνας.

Πίνακας 1: Ψυχαναλυτικές θεωρήσεις για τη σημασία των ψυχολογικών χαρακτηριστικών στα άτομα που αναπτύσσουν καρκίνο

1.6 Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και τις αρχές του 20^{ου}, οι μεγάλες κατακτήσεις της βιοϊατρικής και ειδικότερα της μικροβιολογίας, οδήγησαν σε εξασθένηση του κινήματος της κοινωνικής ιατρικής και σε αποδοχή μιας μονοδιάστατης ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, που στηρίζονταν κυρίως στα ευρήματα της εργαστηριακής και κλινικής ιατρικής. Βασισμένη στον καρτεσιανό διαχωρισμό σώματος - ψυχής και στη μηχανική θεώρηση του ανθρώπινου οργανισμού, η ιατρική ήταν σχεδόν αναπόφευκτο να στραφεί πρωτίστως στη θεραπεία, αξιοποιώντας όλο και περισσότερα τεχνολογικά επιτεύγματα. Έτσι, το ανθρώπινο σώμα αντιμετωπίστηκε ως «μηχανή», η υγεία ταυτίστηκε με την απουσία αρρώστιας και η ιατρική θεωρήθηκε ο θεματοφύλακάς της. Όμως, μια θεραπευτική και κατά βάση νοσοκομειακή ιατρική δεν ήταν από τη φύση της δυνατό να αντιληφθεί τον ανθρώπινο οργανισμό ολιστικά, δηλαδή ως αλληλοκαθοριζόμενη ενότητα ψυχής και σώματος. Ούτε

ήταν σε θέση να συνειδητοποιήσει τους ευρύτερους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, καθώς και τους παράγοντες συμπεριφοράς, που διαδραματίζουν αποφασιστικό ρόλο στην εμφάνιση και την έκβαση της αρρώστιας. Η επικράτηση της ιατροκεντρικής αντίληψης για την υγεία και η κυριαρχία ενός βιοϊατρικού μοντέλου σφράγισαν το μεγαλύτερο μέρος του 20^{ου} αιώνα (Τούντας, 2007).

Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος. Η φυσιολογική αυτή λειτουργία καθορίζεται κυρίως με βάση τους επιδημιολογικούς δείκτες και τις βιοστατιστικές μετρήσεις, οι οποίες ανιχνεύουν παθολογικές παρεκτροπές από το «φυσιολογικό». Το δε «φυσιολογικό» προσδιορίζεται, είτε σε αντιδιαστολή με την νόσο, είτε σε σχέση με τις αποκλίσεις από τη μέση τιμή διαφόρων βιολογικών παραμέτρων (Τούντας, 2007).

Η προσέγγιση αυτή, αφορά κυρίως τη σωματική διάσταση της υγείας, ενώ φαίνεται να αγνοεί την ύπαρξη της ψυχικής και της κοινωνικής διάστασης. Όμως, ακόμα και η σωματική λειτουργία, δύσκολα μπορεί να προσδιοριστεί ανεξάρτητα από το ευρύτερο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Όταν λοιπόν επιχειρείται να οριστεί η υγεία, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, όχι μόνο τα φαινόμενα που σχετίζονται με την αρρώστια και το θάνατο, αλλά και τα φαινόμενα τα οποία αντανακλούν τη θετική υγεία (ψυχική και κοινωνική ευεξία, φυσική κατάσταση, δεξιότητες, δυνατότητες, κ.ά.), όπως αυτά διαπλέκονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου «συστήματος». Σύμφωνα με τη Γενική Θεωρεία των Συστημάτων, κάθε σύστημα εντάσσεται μέσα σ' ένα άλλο σύστημα και κανένα δεν είναι απομονωμένο. Σ΄ αυτή τη δυναμική βασίζεται το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και ο ολιστικός προσδιορισμός της υγείας (Τούντας, 2007).

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο προτείνει, την αντικατάσταση του αμιγούς βιοΐατρικού μοντέλου, από έναν ενοποιημένο τρόπο σκέψης, που αντιμετωπίζει με ευρύτερη οπτική τη νόσο. Εφόσον υπάρχουν επιστημονικά δεδομένα που υποδεικνύουν ότι συναισθηματικές, συμπεριφορικές και κοινωνικές διεργασίες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη, στην πορεία και στην έκβαση της σωματικής νόσου, αυτά τα δεδομένα πρέπει να ληφθούν υπόψη και στην αντιμετώπιση της νόσου, προκειμένου να υπάρξει το βέλτιστο αποτέλεσμα. (Ζέρβας, Παπαγεωργίου, 2009).

Σύμφωνα μάλιστα με συγκλίνουσες εκτιμήσεις, η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού εξαρτάται κατά 20% από τους βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η κατανόηση της δράσης αυτών των παραγόντων, καθώς και του

τρόπου αλληλεπίδρασής τους, φωτίζει την ερμηνεία των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας. Κλασικό παράδειγμα αποτελεί η ίδια η χώρα μας. Οι Έλληνες είναι από τους μακροβιότερους λαούς του κόσμου, γεγονός που οφείλεται πρωτίστως στο φυσικό περιβάλλον, το κλίμα, τη μεσογειακή διατροφή, τους ισχυρούς κοινωνικούς θεσμούς, και δευτερευόντως στις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες, δημόσιες και ιδιωτικές, που παρά τις βελτιώσεις ,συνεχίζουν να υστερούν σε σύγκριση με τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες του κόσμου (Τούντας, 2007).

Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο έχει ιστορικά τις ρίζες του σε δύο πηγές στην Ψυχιατρική. Η πρώτη είναι η «ψυχοβιολογία» του ψυχιάτρου Adolf Meyer και η δεύτερη, και κυριότερη, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του παθολόγου George Engel..

Ο όρος «βιοψυχοκοινωνικό», συχνά χρησιμοποιείται καταχρηστικά, για να εκφράσει μια ασαφή ιδεολογία «ολιστικής» ιατρικής, από την οποία συχνά λείπουν οι μέθοδοι πρακτικής εφαρμογής. Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο στην πραγματικότητα, αφενός αποτελεί μια απαραίτητη προσαρμογή του βιοϊατρικού μοντέλου, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στην επιστημονική πολυπλοκότητα που απαιτεί η μελέτη και η αντιμετώπιση νοσολογικών καταστάσεων που αφορούν σε ανθρώπους, και αφετέρου, αντιστοιχεί στον τρόπο σκέψης τον οποίο οι έμπειροι κλινικοί γιατροί ακολουθούν στην πράξη (Ζέρβας & Παπαγεωργίου, 2009).

1.7 Βασικές αρχές και γνωστικό αντικείμενο του βιοψυχοκοινωνικού προτύπου

Συνοπτικά, το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο διέπεται από τις εξής βασικές αρχές:

1. Οι περισσότερες νόσοι, τόσο σωματικές όσο και ψυχικές, επηρεάζονται και καθορίζονται από βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά φαινόμενα.

2. Βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παράμετροι επηρεάζουν την προδιάθεση, την έκλυση, την πορεία και την πρόγνωση των περισσοτέρων νόσων.

3. Οι γιατροί που μπορούν να αξιολογήσουν τις σχέσεις των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων των νόσων των ασθενών τους, θα πρέπει να είναι σε θέση να αναπτύξουν πιο αποτελεσματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις και να επιτύχουν καλύτερα αποτελέσματα στις θεραπείες τους.

4. Προκειμένου οι γιατροί να αξιολογήσουν και να διαχειριστούν με επάρκεια τα ιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, θα πρέπει να είναι ικανοί να εγκαθιστούν

θεραπευτικές σχέσεις με πολλούς διαφορετικούς τύπους ασθενών (Ζέρβας & Παπαγεωργίου, 2009).

Η Βιοψυχοκοινωνική Ιατρική απαιτεί συγκεκριμένη ενημέρωση ως προς θέματα που αποτελούν μέρος του γνωστικού της αντικειμένου:

• Τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση, την πορεία και την έκβαση των νόσων.

• Τη χρήση ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων για τις σωματικές νόσους.

• Τα ευρήματα της ψυχιατρικής επιδημιολογίας, ειδικά στη σχέση τους με τη Γενική Ιατρική.

• Τις κοινωνικοπολιτισμικές επιδράσεις που επηρεάζουν τη νόσο και τη συμπεριφορά νόσου.

• Την εφαρμογή της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης και στις ψυχιατρικές διαταραχές.

• Την ανασκόπηση των ψυχοβιολογικών μηχανισμών που ενδέχεται να διαμεσολαβούν τις ψυχοκοινωνικές διεργασίες και τις βιολογικές τους επιδράσεις (Ζέρβας & Παπαγεωργίου, 2009).

Κεφάλαιο 2

2.1 Ψυχοογκολογία

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 έως και σήμερα, η Ψυχοογκολογία έχει να παρουσιάσει τεράστιο κλινικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό έργο. Αντικείμενό της είναι, η ψυχολογική υποστήριξη και ψυχιατρική φροντίδα των ογκολογικών ασθενών. Οι έρευνες γύρω από την ψυχοσωματική διάσταση του καρκίνου, ανέδειξαν την επίδραση των συναισθημάτων στην έναρξη της καρκινογένεσης και στην πορεία της νόσου σημαντική. Το ενδιαφέρον της Ψυχοογκολογίας επεκτείνεται από την πρόληψη και πρώιμη διάγνωση, μέχρι την επιβίωση, την αποκατάσταση και τις ανακουφιστικές θεραπείες για τον ασθενή. Εστιάζει επίσης, στις μακροπρόθεσμες ψυχικές αντιδράσεις των ασθενών, με στόχο τη διατήρηση μιας συναισθηματικής ισορροπίας και την προετοιμασία των ασθενών και των οικογενειών τους για το μέλλον (Β. Ιακωβίδης – Α. Καρκανιάς , 2009). Οι μελέτες έδειξαν ότι η στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης είναι το πλέον κρίσιμο σημείο αποσταθεροποίησης του ασθενή. Στο χρόνο που θ' ακολουθήσει, θα παρουσιαστούν προβλήματα προσαρμογής, κατάθλιψη και σημαντικός κίνδυνος αυτοχειρίας. Η ψυχολογική στήριξη πρέπει να παρέχεται στους

ασθενείς το συντομότερο δυνατό και πολλοί ψυχοογκολόγοι ασχολούνται με την πρώιμη διάγνωση προσαρμοστικών ανωμαλιών σε ασθενείς αυτού του είδους (Pélicier, 2006).

Η ψυχολογική βοήθεια μπορεί επίσης να δοθεί και από άλλους επαγγελματίες της υγείας, εκτός από τους ψυχοογκολόγους. Οι ασθενείς στρέφονται πρώτα προς τον ογκολόγο, τους νοσηλευτές ή το θεράποντα γιατρό. Η εξειδίκευση στη «διαδικασία στήριξης» του ασθενή κρίνεται απαραίτητη (Pélicier, 2006).

2.2 Σύντομη ιστορική ανασκόπηση

Η ψυχοογκολογία εμφανίστηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1970 ως υποειδικότητα της ογκολογίας, καθώς επίσης και εντός της ψυχιατρικής και της ψυχοσωματικής ιατρικής (psychosomatic medicine). Η ανάγκη για υποστηρικτική, ψυχολογικά προσανατολισμένη φροντίδα του ασθενή με καρκίνο, γίνονταν συνεχώς πιο επιτακτική για τρεις λόγους:

α. Δεδομένου του αυξανόμενου αριθμού των ασθενών και των οικογενειών τους που ενημερώνονταν για διαγνώσεις καρκίνου.

β. Της ολοένα μεγαλύτερης έμφασης στη βελτίωση της παρηγορητικής φροντίδας (palliative care) και της αντιμετώπισης του πόνου και

γ. της αναγνώρισης της σημασίας της ποιότητας ζωής, και των δικαιωμάτων των ασθενών.(Pelicier,2006).

Την δεκαετία του 1980 ιδρύθηκε η Διεθνής Ψυχοογκολογική Εταιρεία και καθιερώθηκαν δομημένα εκπαιδευτικά προγράμματα πάνω στην Ψυχοογκολογία για όλους τους ειδικούς που εμπλέκονται στη φροντίδα ασθενών με καρκίνο. Έτσι οι ψυχοκοινωνικές φροντίδες των ασθενών με καρκίνο, ενσωματώθηκαν, στη συνολική προσφερόμενη φροντίδα προς αυτούς (Ιακωβίδης- Καρκανιάς 2009). Την ίδια περίοδο άρχισαν να αναπτύσσονται μονάδες ψυχοογκολογίας στα μεγαλύτερα αντικαρκινικά κέντρα. Από νωρίς αναφέρθηκαν μελέτες επιπολασμού (prevalence) των ψυχιατρικών και ψυχολογικών επακόλουθων του καρκίνου. Τη δεκαετία του 1990 οι έρευνες γύρω από την τροποποίηση των συνηθειών (όπως το κάπνισμα), της διατροφής και του τρόπου ζωής, οδήγησε σε βελτιωμένη ενημέρωση του κοινού, σχετικά με την πρόληψη του καρκίνου. Οι σχετιζόμενες με την υγεία εκτιμήσεις της ποιότητας ζωής και οι αναφερόμενες από τους ασθενείς εκβάσεις έχουν γίνει πλέον πρότυπα μετρήσεων των εκβάσεων στις κλινικές μελέτες. Παρ' όλ' αυτά, αν και η ψυχοογκολογία οργανώνει και προσφέρει τις υπηρεσίες της σε ολοένα αυξανόμενους πληθυσμούς, η κουλτούρα που έχει διαμορφωθεί ιστορικά απέναντι στον καρκίνο, συνεχίζει να υπονομεύει την προθυμία των ασθενών και των οικογενειών τους να ανακαλύψουν και να εκφράσουν τα

συναισθήματά τους για την νόσο (Breitbart & Alici, 2009). Σήμερα δεν υπάρχει σχεδόν κανένα ογκολογικό νοσοκομείο ή ογκολογικό τμήμα γενικού νοσοκομείου που να μην αξιοποιεί κάποια ψυχοεκπαιδευτική ή ψυχοθεραπευτική προσέγγιση για τους ασθενείς με καρκίνο (Ιακωβίδης, Καρκανιάς, 319).

2.3 Συνήθεις ψυχολογικές απαντήσεις στον καρκίνο

Η διάγνωση του καρκίνου απαιτεί να προσαρμοστούν οι ασθενείς γρήγορα στα ολέθρια νέα, παρά την ψυχική τους δυσφορία (distress). Πέρα από το φόβο του θανάτου, οι κυριότερες ανησυχίες τους είναι, η πιθανή εξάρτησή τους από τους άλλους (dependency), ο φόβος της παραμόρφωσης, του πόνου, της αναπηρίας και της εγκατάλειψης (abandonment), καθώς επίσης και οι διασπάσεις (disruptions) των σχέσεών τους, της λειτουργικότητας του ρόλου τους και της οικονομικής τους κατάστασης. Οι ασθενείς εμφανίζουν μια αρχική, χαρακτηριστική απάντηση σοκ και άρνησης (denial), η διάρκεια της οποίας εξαρτάται από τον ασθενή, τις διαγνωστικές εξετάσεις που απαιτούνται, την πρόγνωση (prognosis), το χρόνο μέχρι την έναρξη της θεραπείας του καρκίνου και τις πιθανές επιπλοκές της. Οι ασθενείς προσπαθούν να ελέγχουν τα επίπεδα της συναισθηματικής τους δυσφορίας ενώ λαμβάνουν κρίσιμες αποφάσεις για τη θεραπεία τους. Η παρουσία ενός συγγενούς ή φίλου μπορεί να βοηθήσει στην επεξεργασία σημαντικών πληροφοριών στη φάση αυτή (Breitbart & Alici, 2009).

Η επικοινωνία των ασθενών με καρκίνο με τους θεράποντες, μπορεί να γίνει μία πρόσθετη πηγή άγχους τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους γιατρούς τους, γεγονός που ίσως δυσχεράνει ακόμη περισσότερο τη φροντίδα αυτών των ασθενών. Αυτό συμβαίνει γιατί η ενημέρωση του ασθενούς για τη σοβαρή οργανική νόσο αποτελεί μία εξαιρετικά δύσκολη διαδικασία, που σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να είναι τυπικά διεκπεραιωτική. Η ενημέρωση οφείλει να γίνεται στα πλαίσια μίας θεραπευτικής σχέσης, όπου ο ασθενής αισθάνεται εμπιστοσύνη, κατανοεί την ενημέρωση από τον γιατρό του και ενθαρρύνεται να εκφράσει τις απορίες, τους φόβους και τις ανησυχίες του. Εντούτοις, η αδυναμία πολλές φορές του θεράποντος να αναγνωρίσει τους δικούς του φόβους μπροστά σε μια απειλητική για τη ζωή ασθένεια, όπως είναι ο καρκίνος, προκαλεί αμηχανία δυσκολεύοντας την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Κυρίαρχος μεταξύ των φόβων, είναι εκείνος της υποτροπής ή επιδείνωσης της νόσου, που συχνά μοιάζει αναπόφευκτη, φόβος που οπωσδήποτε, χρήζει θεραπευτικής αντιμετώπισης (Μουσσάς & Παπαδοπούλου, 2012).

Η έρευνα έχει δείξει ότι, ο τρόπος με τον οποίο δίδονται τα νέα από τους κλινικούς γιατρούς νωρίς κατά τη διάγνωση, μπορεί να επηρεάσει τις πεποιθήσεις ενός ασθενούς και τις στάσεις του απέναντι στη μελλοντική θεραπεία και το ιατρικό προσωπικό. Υπάρχουν οδηγίες και συστάσεις σχετικά με το πώς πρέπει να γίνεται η ενημέρωση των καρκινοπαθών ασθενών για τη διάγνωση, το πλάνο θεραπείας και την πρόγνωση. Στα μεγαλύτερα αντικαρκινικά κέντρα έχουν γίνει με επιτυχία ενημερωτικές συναντήσεις με στόχο την ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας (communications skills) για εκπαιδευτές κλινικών γιατρών (Breitbart & Alici, 2009).

Η δεύτερη φάση της απάντησης στη διάγνωση χαρακτηρίζεται από μια περίοδο συναισθηματικής αναταραχής (turmoil), με ανάμικτα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, ευερεθιστότητας, αϋπνίας, ανεπαρκούς συγκέντρωσης και λειτουργικότητας. Τα συμπτώματα αυτά συνήθως αρχίζουν να εξαλείφονται με υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και το γιατρό που περιγράφει σε γενικές γραμμές ένα πλάνο θεραπείας. Η φάση αυτή συνήθως διαρκεί μια έως δυο εβδομάδες. Κατά την τρίτη φάση, ο ασθενής προσαρμόζεται στη διάγνωση και τη θεραπεία και επανέρχεται στις στρατηγικές αντιμετώπισης (coping strategies) που χρησιμοποιούσε πριν και είναι χρήσιμες στη μείωση του στρες (Breitbart & Alici, 2009).

2.4 Παράγοντες που παίζουν ρόλο στην προσαρμογή στον καρκίνο. Ψυχοκοινωνικά στάδια

Στη δεκαετία του 1960, στο Memorial Sloan - Kattering Hospital of Cancer and Allied Diseases της Νέας Υόρκης, ο Arthur M. Sutherland με την ερευνητική του ομάδα (1910 - 1971) πραγματοποίησε αρκετές έρευνες για τους ψυχολογικούς παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με την προσαρμογή των ασθενών μετά τη διάγνωση του καρκίνου. Μελέτησε γυναίκες που είχαν κάνει μαστεκτομή, αρρώστους με κολοστομία και ειλεοστομία, όπως επίσης και τους μηχανισμούς προσαρμογής των γονέων, που είχαν παιδιά με λευχαιμία. Στις πολλαπλές ανακοινώσεις του, επιχειρεί την κατανόηση των ψυχολογικών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν τους καρκινοπαθείς, καθώς και μεθόδους που θα βοηθήσουν τους ασθενείς στην αντιμετώπιση της νόσου (Bard & Sutherland, 1955).

Η στατιστική υποδεικνύει ότι ο καρκίνος αποτελεί πρωταρχικό πρόβλημα υγείας και επηρεάζει ένα μεγάλο ποσοστό του γενικού πληθυσμού. Εκτός από τον αντίκτυπο στη φυσική υγεία, ο καρκίνος έχει σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων. Πολλοί

ερευνητές επισημαίνουν ότι, το ψυχολογικό τραύμα, που δημιουργείται από τη διάγνωση και την θεραπεία του καρκίνου, είναι ισοδύναμο με την ίδια την ασθένεια (Peck, 1972).

Η έρευνα (Meyerowitz, 1980) υποστηρίζει ότι οι καρκινοπαθείς βιώνουν:

Συναισθηματική δυσφορία, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, του άγχους ή του θυμού.

Φυσική συμπτωματολογία, ως άμεσο αποτέλεσμα της ασθένειας και της θεραπείας.

Διαταραχή στην καθημερινή λειτουργικότητα, όπως στις συζυγικές σχέσεις και το γενικότερο επίπεδο ενεργητικότητάς τους.

Φοβίες που αφορούν στην έκβαση της ασθένειας και το θάνατο.

Τα ψυχοκοινωνικά στάδια, δια των οποίων διέρχονται οι καρκινοπαθείς, θα μπορούσαν να θεωρηθούν "φυσιολογικές" αντιδράσεις των ατόμων, προκειμένου να προσαρμοσθούν στη νόσο. Ποικίλλουν σημαντικά από ασθενή σε ασθενή και εξαρτώνται από το είδος και την εντόπιση του όγκου, την προσωπικότητα του ασθενούς, το πως έχει αντιδράσει σε προηγούμενα ψυχοτραυματικά γεγονότα, καθώς και την παρεχόμενη υποστήριξη από το οικογενειακό σύστημα και τους ειδικούς υγείας.

Σύμφωνα με την Elizabeth Kubler-Ross (1969) οι ασθενείς διέρχονται από πέντε συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά στάδια:

1. Άρνηση και Απομόνωση (Denial and Isolation)

Στο στάδιο αυτό, που ακολουθεί την αρχική έκπληξη της ανακοίνωσης του δυσάρεστου νέου, οι ασθενείς αρνούνται τη διάγνωση τους, θεωρούν ότι αυτό που τους λέγεται είναι λάθος και πολλές φορές, μέσω της άρνησης, καταλήγουν να πιστεύουν, ότι έχουν κάτι που εύκολα θεραπεύεται. Η ανάγκη για άρνηση υπάρχει σε κάθε ασθενή κατά περιόδους, αλλά κυρίως εμφανίζεται στην έναρξη μιας σοβαρής νόσου. Η άρνηση είναι συχνά τόσο ισχυρή, που δύσκολα ανατρέπεται και κάποιοι άρρωστοι δε ξεπερνούν αυτό το στάδιο.

2. Θυμός (Anger)

Σ' αυτό το στάδιο κυριαρχεί ο θυμός, που εκφράζεται με απογοήτευση, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα του ασθενή στην οικογένεια και στη θεραπευτική ομάδα.. Συναισθήματα οργής, ζήλειας και δυσφορίας κυριαρχούν, καθώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται, ότι τα πράγματα στη ζωή του δεν είναι πια ίδια. Τό κυρίαρχο ερώτημα που προβάλλει είναι: «γιατί σ΄ εμένα;». Η οργή μπορεί να κατευθύνεται προς το Θεό, τους συγγενείς, τους φίλους και να προκαλεί μια εξαιρετικά δυσάρεστη κατάσταση, που απομακρύνει τους οικείους του.

3. Διαπραγμάτευση (Bargaining)

Ο ασθενής διαπραγματεύεται με τους γιατρούς, τους φίλους, ακόμη και με το Θεό με τη μορφή ταμάτων.

4. Κατάθλιψη (Depression)

Σ' αυτό το στάδιο, ο ασθενής εμφανίζει σαφή κλινικά σημεία κατάθλιψης (απόσυρση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές ύπνου, απελπισία, εκφράζει ευχές θανάτου ακόμη και αυτοκτονικές ιδέες). Η κατάθλιψη προέρχεται, είτε από τις συνέπειες τής νόσου (απώλεια μελών ή λειτουργιών του σώματος, απώλεια οικονομική ή φίλων), είτε από την αίσθηση της πορείας προς τον θάνατο.

5. Αποδοχή (Acceptance)

Το άτομο αναλογίζεται το θάνατό του, ως ένα αναπόφευκτο γεγονός και αποδέχεται την παγκοσμιότητα αυτής της εμπειρίας. Σε ιδανικές συνθήκες, έχει αρκετό κουράγιο και θάρρος να μιλήσει για τον θάνατό του και να αντιμετωπίσει αυτή την κατάσταση. Συχνά παρατηρείται ο ασθενής να θέλει να μείνει μόνος, αναλογιζόμενος τη ζωή του. Είναι προφανές ότι, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις παίζουν σημαντικό ρόλο.

Τα στάδια αυτά δεν είναι απαραίτητο να τα περάσει κάθε ασθενής. Συχνά, αρκετοί άρρωστοι δεν ξεπερνούν την άρνηση ή τα στάδιο του θυμού και κάποιοι παλινδρομούν από ένα στάδιο σε προηγούμενο. Γι' αυτό και αποτελούν περισσότερο μία σχηματική αλληλουχία, ή γνώση των οποίων όμως, είναι χρήσιμη για κάθε ψυχοκοινωνική παρέμβαση.

Η θεωρία της Kübler-Ross (1969) έχει δεχτεί έντονες κριτικές από πολλούς ερευνητές (Weisman, 1976, Pattison, 1977, Schultz & Akerman, 1974). Ο Weisman (1976) παρατηρεί ότι είναι πολύ δύσκολο να απομονώσουμε ένα χαρακτηριστικό, όπως η άρνηση, η κατάθλιψη ή ο θυμός. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν, ή αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν, τα διάφορα προβλήματα και οι συναισθηματικές τους αντιδράσεις είναι ενδείξεις των προσωπικών συγκρούσεων και κρίσεων.

Οι Schultz και Akerman (1974) επισημαίνουν ότι, τα ευρήματα δημιουργούν αμφιβολίες για το αξιόλογο της θεωρίας των σταδίων. Δεν παρατηρούμε τους αρρώστους να περνούν μέσα από στάδια αλλά, να υιοθετούν μία μορφή συμπεριφοράς, που διατηρείται μέχρι την εμφάνιση του θανάτου.

Ωστόσο, παρά την έντονη κριτική στα στάδια της Kubler – Ross, ο Weisman (1979) έκανε άλλη μία προσπάθεια για τον καθορισμό κάποιων ψυχοκοινωνικών σταδίων. Διέκρινε τέσσερα στάδια στην πορεία των ασθενών προς το θάνατο:

- Υπαρξιακή συμφορά (Existential plight).
- Απάλυνση και συμβιβασμός (Mitigation and Accomodation).
- Εξασθένηση και επιδείνωση (Decline and Deterioration).
- Το προτελευταίο και το τελικό στάδιο (Preterminality and Terminality).

Έτσι, πολλές φορές στην κλινική καθημερινότητα, αναφερόμαστε περισσότερο στην προσαρμογή και την αντιμετώπιση της κακοήθους νόσου, παρά στην ύπαρξη ευδιάκριτων ψυχοκοινωνικών σταδίων.

Στη διαδικασία προσαρμογής παρεμβαίνουν πολλαπλοί παράγοντες, που η Holland (1990a) διαχωρίζει σε:

1. Ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

2. Νοσολογικούς και ιατρικούς παράγοντες.

Αναφορικά με τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν την προσαρμογή στην καρκινική νόσο, η Holland (1990a) διακρίνει τρεις επιμέρους:

α. Το εξελικτικό στάδιο της ζωής, στο όποιο βρίσκεται ο ασθενής. Διαφορετικά δηλαδή αντιδρά ο έφηβος από τον ενήλικο και διαφορετικά ο ηλικιωμένος.

β. Τις ενδοπροσωπικές δυνάμεις - δυνατότητες.

γ. Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική υποστήριξη που έχει ο ασθενής.

Στους νοσολογικούς και ιατρικούς παράγοντες, ή Holland (1990a) διακρίνει:

α. Την κλινική πορεία της συγκεκριμένης καρκινικής νόσου και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται.

β. Το είδος της θεραπείας, το οποίο εφαρμόζεται. Υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της χειρουργικής θεραπείας, ακτινοβολίες, χημειοθεραπεία...

γ. Τη θέση στην οποία εντοπίζεται η κακοήθης διεργασία.

Συμπερασματικά, στην προσαρμογή και αντιμετώπιση του καρκίνου, παρεμβαίνουν πολλαπλοί παράγοντες, που καθορίζουν, αλλά και καθορίζονται από την πορεία της νόσου. Η κατανόηση των παραγόντων, βάσει των οποίων προβλέπεται αναποτελεσματική η προσαρμογή στον καρκίνο σε διαφορετικά στάδια της νόσου και της θεραπείας, επιτρέπει την πρώιμη ταυτοποίηση και παρέμβαση για τα ευάλωτα (vulnerable) άτομα (Breitbart & Alici, 2009).

Κεφάλαιο 3

3.1 Παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα

Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα, δηλαδή την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού και τη συνεχή ενασχόληση με αυτόν, ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και επομένως με αυξημένη πιθανότητα αυτοκαταστροφής (Μουσσάς και συν. 2008).

Το άγχος που βιώνουν οι ασθενείς με καρκίνο επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι το είδος του καρκίνου ή το όργανο στο οποίο εκδηλώνεται, το στάδιο και η κλινική πορεία της νόσου, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους, καθώς και την ύπαρξη ή όχι υποστηρικτικού περιβάλλοντος (Αβραμίκα και συν., 2011).

Ακόμη και το είδος της θεραπευτικής παρέμβασης φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση άγχους. Οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο του λάρυγγα θεωρούν ότι ριζική θεραπεία είναι μόνο η χειρουργική επέμβαση, με αποτέλεσμα να βιώνουν άγχος όταν πρόκειται να υποβληθούν σε συνδυασμένη θεραπεία, όπως είναι η χειρουργική επέμβαση με χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, παρά τα υψηλά ποσοστά επιβίωσης σε αυτές τις περιπτώσεις. Το άγχος τους επίσης μπορεί να οφείλεται στην αδυναμία διαχείρισης των ανεπιθύμητων ενεργειών των συμπληρωματικών θεραπειών (π.χ. πόνος, ναυτία, εμετός), καθώς και στην ανάγκη συχνών επισκέψεων στους χώρους του νοσοκομείου προκειμένου να υποβληθούν σε χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία (Αβραμίκα και συν., 2011).

Σε ασθενείς με καρκίνο εκτιμάται ότι η επίπτωση των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (απόπειρα ή επιτυχής αυτοκτονία) είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Η αυτοκτονικότητα σε ασθενείς με καρκίνο είναι αυξημένη στους άνδρες, λίγο μετά την αρχική διάγνωση, σε ασθενείς υπό χημειοθεραπεία, σε ασθενείς με συνοδό κατάθλιψη (Kontaxakis V., 2011). Κλινικά σημαντική συναισθηματική δυσφορία, ουσιαστικός πόνος, και σε μικρότερη έκταση η ηλικία, είναι οι μόνες μεταβλητές που σχετίζονται με αυτοκτονικό ιδεασμό. Η συναισθηματική δυσφορία ξεπερνούσε κατά πολύ τις άλλες ως προς τη δύναμη συσχέτισης. Η συναισθηματική δυσφορία και η κατάθλιψη έχουν αναφερθεί στο παρελθόν ως παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονικές σκέψεις σε καρκινοπαθείς. Ο πόνος έχει συνδεθεί με υψηλή επιθυμία για θάνατο σε ασθενείς τελικού σταδίου, και είναι η πιο κοινή αιτία για αυτοκτονικές σκέψεις από τους ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι θεωρούσαν την αυτοκτονία ως μια πιθανή μελλοντική επιλογή. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου, η συναισθηματική δυσφορία και ο πόνος, είναι αλληλένδετοι. Τέλος, η μεγαλύτερη ηλικία έχει επίσης συσχετιστεί με αυτοκτονικό ιδεασμό σε καρκινοπαθείς με κατάθλιψη. Συμπερασματικά οι μελέτες έχουν δείξει ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι πιο συχνός στους ασθενείς με καρκίνο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό και ότι η συναισθηματική δυσφορία, ο πόνος και η ηλικία αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου (Akechi et al., 2004; Walker et al., 2008).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα σωματικά συμπτώματα και η ψυχολογική δυσφορία, μπορεί να αυξήσει ριζικά την επιθυμία για επίσπευση του θανάτου στους ασθενείς. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι, οι ασθενείς με χαμηλή επιθυμία για επίσπευση θανάτου, περιέγραψαν χαμηλότερο επίπεδο πόνου, ανέφεραν λιγότερη κόπωση

και έλλειψη όρεξης καθώς και μικρότερου βαθμού θλίψη ,σε σύγκριση με τα άτομα με μέτρια και έντονη επιθυμία για επίσπευση θανάτου αντίστοιχα (Mystakidou et al., 2006). Επιπλέον, υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ μέτριας και ισχυρής επιθυμίας για επίσπευση θανάτου, «έλλειψη όρεξης» και «αίσθησης θλίψης», αντίστοιχα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με γαστρεντερικό καρκίνο και καρκίνο του πνεύμονα ανέφεραν υψηλότερη επιθυμία για επίσπευση θανάτου, σε σύγκριση με ασθενείς που είχαν άλλο τύπο καρκίνου. Προηγούμενες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει, ότι οι ασθενείς με εμπειρία γαστρεντερικού καρκίνου και καρκίνου του πνεύμονα παρουσίαζαν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία και διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας από ότι οι ασθενείς με άλλο είδος καρκίνου. (Mystakidou et al., 2006).

Αρκετές μελέτες, (Akechi et al., 2002; Camidge et al., 2007; Howard et al., 2009), εντοπίζουν παράγοντες κινδύνου για την ολοκληρωμένη αυτοκτονία και για αυτοκτονικό ιδεασμό σε ασθενείς με καρκίνο, που κυμαίνονται ως προς την ψυχική υγεία, τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, την ασθένεια και γενικά φυσικά χαρακτηριστικά υγείας. Ωστόσο, ορισμένοι παράγοντες εντοπίστηκαν πιο συχνά από τους άλλους. Η κατάθλιψη, η απελπισία, η μειωμένη σωματική λειτουργία, ο χρόνος που πέρασε από τη διάγνωση και ο τύπος του καρκίνου έχουν επανειλημμένα αναφερθεί ως παράγοντες που συμβάλλουν στην αυτοκτονικότητα των ασθενών με καρκίνο. Εξίσου σημαντικοί παράγοντες κινδύνου οι οποίοι αναφέρονται λιγότερο περιλαμβάνουν την υγεία, τη συν-νοσηρότητα, τη φυλή, το φύλο, την κοινωνική υποστήριξη, τον πόνο, την πρόγνωση της νόσου και το στάδιο του καρκίνου κατά τη διάγνωση (Robson et al., 2010).

Ορισμένες ομάδες ασθενών με καρκίνο διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος ήταν υψηλότερος για τους άνδρες παρά για τις γυναίκες. Επίσης ο κίνδυνος αυτοκτονίας ήταν υψηλότερος στη διάρκεια του έτους μετά τη διάγνωση, αλλά παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα, ακόμη και μετά από 5 χρόνια από τη διάγνωση. Οι ασθενείς με καρκίνο που διαγνώστηκαν μεταξύ 50 και 79 ετών, διέπραξαν το μεγαλύτερο αριθμό αυτοκτονιών. Η διάγνωση καρκίνου με κακή πρόγνωση και καρκίνου με μεταστάσεις έδωσε, κατά τη στιγμή της διάγνωσης, έναν υψηλό σχετικό κίνδυνο αυτοκτονίας (Yousafet al., 2005).

Συνοπτικά το σύνηθες προφίλ του αυτοκτονικού ανθρώπου είναι:

- Ζει μόνος-η, χωρίς σύζυγο, σύντροφο ή παιδιά.
- Έχει αντιμετωπίσει μια πρόσφατη σοβαρή αλλαγή στον τρόπο ζωής του-ης (διαζύγιο, αλλαγή εργασίας ή και κατοικίας).
- Έχει παραμείνει για πολύ καιρό άνεργος-η.

- Βρίσκεται σε δεινή κοινωνικοοικονομική κατάσταση με όλα τα συνακόλουθα όπως χαμηλό εισόδημα, ανεργία, κ.α.
- Έχει κάνει προηγούμενες απόπειρες αυτοκτονίας.
- Έχει μια διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή (ιδίως κατάθλιψη).
- Έχει μια σοβαρή σωματική νόσο.
- Κάνει κατάχρηση οινοπνευματωδών ή άλλων ουσιών.
- Έχει πρόσβαση σε μέσο με το οποίο μπορεί να πραγματοποιήσει αυτοκτονία (όπλο, φάρμακα, κ.α.)

Ο συνδυασμός περισσοτέρων του ενός από τους παραπάνω παράγοντες, καθιστά την πρόγνωση για μελλοντική απόπειρα ή αυτοκτονία δυσμενέστερη (Χαβάκη-Κονταξάκη).

Σημαντικοί επίσης παράγοντες αυτοκτονικότητας είναι:

1. Διαγνωσμένη κατάθλιψη (25% όλων των ασθενών με καρκίνο έχουν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης και το ποσοστό αυξάνεται σε 48% σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο).
2. Πόνος ή αίσθημα αβοήθητου.
3. Αυξημένο άγχος.
4. Παρορμητικές συμπεριφορές που συνδυάζονται με κατάχρηση αλκοόλ, οργανικό ψυχοσύνδρομο και ψύχωση.
5. Δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις.
6. Το αίσθημα που μπορεί να έχει ο άρρωστος ότι εξαρτάται από τρίτους.
7. Σοβαρά οικογενειακά προβλήματα.
8. Διαταραχή προσωπικότητας.
9. Σοβαρό ψυχικό τραύμα στο παρελθόν.
10. Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας.
11. Θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.

Συνήθως οι ασθενείς που αυτοκτονούν ή αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν –μεταξύ αυτών και οι καρκινοπαθείς– παρουσιάζουν τα αναφερόμενα ως προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης, τα οποία σχετίζονται ιδιαίτερα με τη σοβαρότητα της απόπειρας και τη θανατηφόρα πρόθεση (Μουσσάς και συν., 2008).

Προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης είναι:

• Εσωτερίκευση.

• Ακεφιά.

• Κρίση ζωής ή τραύμα.

• Αλλαγή προσωπικότητας.

• Απειλή.

• Προσφορά δώρων και προσωπικών αντικειμένων.

• Κατάθλιψη.

• Επιθετικότητα ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά.

Οι ασθενείς με καρκίνο, που εν δυνάμει θα προβούν σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, χαρακτηρίζονται από τις προειδοποιήσεις που απευθύνουν στο στενό τους περιβάλλον, το οποίο δεν αντιλαμβάνεται πάντοτε τη βαρύτητα αυτών των προειδοποιήσεων. Επίσης, υπάρχουν και διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες, που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικότητας (Μουσσάς και συν., 2008).

Κοινωνικοί παράγοντες

• Περιορισμένη υποστήριξη από το σπίτι.

• Χαμηλή κοινωνική υποστήριξη.

• Έντονα εξαρτητικές σχέσεις.

• Σοβαρές οικογενειακές διαφωνίες.

• Έντονη ανησυχία του πάσχοντος για την οικογένεια και παιδιά.

• Σοβαρή πνευματική και ψυχική κρίση.

Το να εντοπίσουμε αυτούς τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες και κατά συνέπεια να αναγνωρίσουμε τους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας, είναι το πρώτο βήμα για σωστή θεραπευτική προσέγγιση. Οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ενοχή, να νιώθουν παγιδευμένοι, εγκαταλελειμμένοι και θυμωμένοι και είναι ανακουφιστικό να τους προτρέψουμε να μας μιλήσουν για τις σκέψεις αυτές.

Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη και το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι οι πιο συχνές διαγνώσεις των ασθενών με καρκίνο, με πρόθεση να αυτοκτονήσουν ή εκείνων που διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας. Ιδιαίτερα το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους ασθενείς τελικού σταδίου και ο συγκαλυμμένος αυτοκτονικός ιδεασμός ανήκει συχνά στα πλαίσια διαταραχών της διάθεσης.

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός, συνήθως παρουσιάζεται στα πλαίσια ψυχιατρικής διαταραχής και μια προσεκτική εκτίμηση και παρέμβαση είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της αυτοκτονικής πρόθεσης, σε αυτούς τους αρρώστους. Με την έγκαιρη ψυχιατρική παρέμβαση, μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος για αυτοκτονία, ακόμη και στους ασθενείς τελικού σταδίου (Μουσσάς και συν. 2008).

Συνοπτικά, η αυτοκτονία είναι πιθανότερη σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο που εμφανίζουν σοβαρή κατάθλιψη και απελπισία (hopelessness), όπως επίσης και όταν υπάρχουν

ανεπαρκώς ελεγχόμενα συμπτώματα, ιδίως πόνος. Οι κλινικοί γιατροί πρέπει να προσέχουν ιδιαίτερα, να αξιολογούν ως προς την απελπισία και την κατάθλιψη τους ασθενείς σε τελικό στάδιο νόσου, που εμφανίζουν είτε επίμονη επιθυμία θανάτου, είτε πρόθεση να αυτοκτονήσουν.. Το μη αντιμετωπιζόμενο με θεραπεία παραλήρημα, είναι δυνατό να οδηγήσει σε απρόβλεπτες απόπειρες αυτοκτονίας λόγω μειωμένης ικανότητας κρίσης και ελέγχου των παρορμήσεων. Οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς, τα άτομα με καρκίνο της κεφαλής και του λαιμού, του πνεύμονα, του μαστού, του ουρογεννητικού ή του γαστρεντερικού συστήματος ή με μυέλωμα, φαίνεται ότι διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας. Μια διεθνής, μεγάλης πληθυσμιακής βάσης μελέτη από τη Δανία, τη Φινλανδία, τη Νορβηγία, τη Σουηδία και τις Ηνωμένες Πολιτείες, έχει δείξει ένα μικρό, αλλά στατιστικά σημαντικό αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας 25 ή περισσότερα έτη μετά από διάγνωση καρκίνου του μαστού (Breitbart & Alici, 2009).

3.2 Η ανεργία ως παράγοντας αυτοκτονικότητας

Στη μελέτη των Lin et al. (2009), βρέθηκε ότι, περισσότερο από το 92% των ασθενών με καρκίνο που έλαβαν εξιτήριο και αυτοκτόνησαν, ήταν άνεργοι. Μια πιθανή εξήγηση για τον υψηλότερο κίνδυνο αυτοκτονίας μεταξύ εκείνων που δεν επέστρεψαν στην εργασία τους, είναι ότι μπορεί να έχουν πιο σοβαρά σωματικά συμπτώματα, όπως πόνο και κόπωση, πράγμα το οποίο δεν μπορεί, ωστόσο, να αναγνωριστεί στο σύνολο των δεδομένων της μελέτης. Η σύνδεση μεταξύ αυτοκτονικότητας και ανεργίας, έχει αναφερθεί στον γενικό πληθυσμό σε πολλές χώρες ,καθώς η ανεργία είναι πιο σημαντική από όσο άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως το μορφωτικό και το βιοτικό επίπεδο (Lewis & Sloggett, 1998). Η εργασία έχει σημασία για τους ασθενείς με καρκίνο, διότι συμβάλλει στην αυτοεκτίμηση και την θέση που κατέχουν τα άτομα στην τοπική κοινωνία και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής τους. Έτσι επιτρέπει στους ασθενείς να διατηρήσουν μια αίσθηση ομαλότητας και ελέγχου (Steiner et al., 2004). Η απώλεια της επαγγελματικής ταυτότητας,είναι μια σημαντική πηγή άγχους και κατάθλιψης. Μια μελέτη έδειξε ότι οι επιζώντες του καρκίνου, έλαβαν σημαντική υποστήριξη και συμπάθεια από τους συναδέλφους τους. Επιπλέον, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να ενισχύσει τη θέληση για ζωή των ασθενών με καρκίνο (Lin et al., 2009).

3.3 Η κατάθλιψη ως μείζων παράγοντας αυτοκτονικότητας στους ασθενείς με καρκίνο

Σε αντίθεση με όσα πιστεύουν πολλοί, οι ασθενείς τελικού σταδίου, που έχει γίνει αντιληπτό ότι έχουν τάση να αυτοκτονήσουν ή να ζητήσουν ευθανασία, συχνά υποφέρουν από μια θεραπεύσιμη ψυχική διαταραχή, συνήθως την κατάθλιψη. Όταν αυτοί οι ασθενείς λάβουν την κατάλληλη θεραπεία, συνήθως εγκαταλείπουν την επιθυμία να αυτοκτονήσουν (Labisi, 2006).

Σύμφωνα με τους Pirl et al. (2009), οι άνθρωποι που πάσχουν από καρκίνο, έχουν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες από το γενικό πληθυσμό και σχεδόν δύο φορές περισσότερες από ότι οι νοσηλευόμενοι σε νοσοκομείο ασθενείς, να αναπτύξουν μείζονα κατάθλιψη. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ογκολόγοι και το προσωπικό πρωτοβάθμιας φροντίδας, δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν συμπτώματα κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο (Labisi, 2006).

Τα άτομα που έχουν κάνει απόπειρα διαφέρουν από τα άτομα πού δεν έχουν κάνει σε δύο σημαντικά σημεία:

- Βιώνουν εντονότερη κατάθλιψη και απελπισία και εμφανίζουν πιο έντονο αυτοκτονικό ιδεασμό.
- Έχουν αυξημένη τάση για επιθετικότητα και παρορμητικότητα που χαρακτηρίζει όλη τους τη ζωή.

Τα άτομα αυτά διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν σε υποτροπή της νόσου ή σε εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού (Τριποδιανάκης, Σαραντίδης σελ. 168 , 2009).

Ενασχόληση με τον θάνατο υπάρχει στο 70% των ασθενών με μείζονα κατάθλιψη και τελικά 10-15% αυτοκτονούν (Δικαίος, σελ. 293 Σολδάτος 2006).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα που μπορεί να επηρεάσουν την πρόσβασή τους στις υγειονομικές υπηρεσίες, όπως προβλήματα μεταφοράς, γνωστικής δυσλειτουργίας, σωματικής αναπηρίας, οικονομικών περιορισμών και μειωμένης λειτουργικής ικανότητας για συμμετοχή σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Όλα τα παραπάνω επηρεάζουν το σχεδιασμό και το συντονισμό των υπηρεσιών υγείας. Στα επείγοντα περιστατικά, όπου οι γιατροί συναντούν τους ασθενείς για περιορισμένο χρονικό διάστημα δεν είναι σε θέση να διεξάγουν οποιαδήποτε μορφή προσυμπτωματικού ελέγχου για την κατάθλιψη ,επομένως οι παραπομπές σε ειδικούς ψυχικής υγείας καθίσταται επιτακτική ανάγκη (Labisi, 2006).

Η μελέτη των Akechi et al. (2002) εξέτασε τους σχετιζόμενους παράγοντες για απόπειρα αυτοκτονίας σε Ιάπωνες ασθενείς με καρκίνο, σε ψυχιατρικό περιβάλλον συμβουλευτικής. Αποδείχθηκε, ότι οι περισσότεροι ασθενείς που παραπέμφθηκαν για αυτοκτονικότητα, είχαν μεταστατικό ή υποτροπιάζοντα καρκίνο και πολλοί ασθενείς με καρκίνο και τάσεις αυτοκτονίας υπέφεραν από σωματική καταπόνηση, μειωμένη απόδοση, πόνο ή ψυχιατρικές διαταραχές. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι ασθενείς με καρκίνο και τάσεις αυτοκτονίας, υποφέρουν από περίπλοκη σωματική και ψυχολογική δυσφορία (Akechi et al., 2002).

Σχετικά με τις ψυχιατρικές διαταραχές, μόνο η μείζονα κατάθλιψη ήταν ένας σημαντικός συσχετιζόμενος παράγοντας, αποτέλεσμα που συμπίπτει με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών. Η μείζονα κατάθλιψη είναι γνωστό ότι είναι η πιο κοινή ψυχιατρική διαταραχή σε ασθενείς με καρκίνο και επίσης ένας από τους σημαντικούς συσχετιζόμενους παράγοντες που συνδέονται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό (Breitbart et al., 2000; Akechi et al., 2002).

Από την άλλη πλευρά, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο, είναι πιθανό να υποτιμηθεί από νοσηλευτές και γιατρούς. Οι προσπάθειες για έγκαιρη διάγνωση και η κατάλληλη διαχείριση της κατάθλιψης, μπορεί να είναι ένας από τους πιο σημαντικούς τρόπους πρόληψης της αυτοκτονίας. Ωστόσο, η διαχείριση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο, των οποίων το προσδόκιμο ζωής εκτιμάται ότι θα είναι εξαιρετικά σύντομο - π.χ. λιγότερο από 2 εβδομάδες - είναι δύσκολη, η δυνατότητα αντιμετώπισης της κατάθλιψης σε ασθενείς τελικού σταδίου θα πρέπει να διερευνηθεί σε μια μελλοντική μελέτη. Ένα άλλο ενδιαφέρον στοιχείο που αξίζει να διερευνηθεί, είναι οι ποσοτικές και ποιοτικές διαφορές της τάσης για απόπειρα αυτοκτονίας, μεταξύ ασθενών με καρκίνο και ασθενών χωρίς καρκίνο αλλά με μείζονα κατάθλιψη (Fallowfield et al., 2001; Akechi et al., 2002).

Τα συμπτώματα των ηλικιωμένων που πάσχουν από κατάθλιψη συχνά αποσιωπούνται και στη θέση τους εκφράζονται παράπονα για κόπωση, δυσκολία στη συγκέντρωση, μειωμένη μνήμη και έλλειψη πρωτοβουλίας (Hall et al., 2003). Αυτή η καλυμμένη παρουσίαση της κατάθλιψης μπορεί να οδηγήσει σε υποδιάγνωση ή μη διάγνωση της κατάθλιψης (Labisi, 2006).

Παρουσίαση σημείων και συμπτωμάτων συγκαλυμμένης κατάθλιψης:

- Απώλεια βάρους
- Εστίαση σε πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα
- Ανεξήγητα σωματικά ενοχλήματα

• Ελαχιστοποίηση ή άρνηση της παρουσίας συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη διάθεση

• Σωματική αδυναμία

• Ατονία

• Απελπισία

• Αδυναμία υποστήριξης του εαυτού

• Άγχος, ανησυχία, περισυλλογή

• Παράπονα για κάποιες απώλειες μνήμης

• Απώλεια συναισθημάτων ευχαρίστησης (ανηδονία)

• Επιβραδυνόμενη κίνηση

• Ευερεθιστότητα

• Έλλειψη προσωπικής φροντίδας (Labisi, 2006).

Η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης είναι ιδιαιτέρως επιτακτική. Οι πάσχοντες από αυτήν εμφανίζουν για περίοδο δύο εβδομάδων καταθλιπτική διάθεση ή έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης καθώς και τα συμπτώματα που ακολουθούν:

• Καταθλιπτικό συναίσθημα

• Σημαντική μείωση ενδιαφέροντος για κάθε δραστηριότητα

• Αξιοσημείωτη μεταβολή του σωματικού βάρους (μεγαλύτερη του 5% προς τα πάνω ή προς τα κάτω) κάθε μήνα

• Αϋπνία ή υπερβολικό ύπνο (υπερυπνία)

• Ψυχοκοινωνική ανησυχία ή αναβολή

• Κόπωση ή/και απώλεια της ενεργητικότητας

• Συναισθήματα αυτοϋποτίμησης ή ενοχής

• Δυσκολία στη συγκέντρωση κατά τη λειτουργία της σκέψης

• Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου.

Η παρουσία 5 συμπτωμάτων από τα 9 που προαναφέρθηκαν σημαίνει πως ο ασθενής έχει μείζονα κατάθλιψη. Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων συμβάλλει στην αντιμετώπιση του προβλήματος και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών (Ρηγάτος, 2008).

Οι ειδικοί επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα πρέπει να είναι προσεκτικοί όταν διαγιγνώσκουν κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο και να λαμβάνουν υπόψη τον πολιτισμό και την κουλτούρα από την οποία προέρχονται. Αυτό είναι απαραίτητο, καθώς σε ορισμένες κουλτούρες η κατάθλιψη εμφανίζεται διαφορετικά, όπως για παράδειγμα στην ασιατική

κουλτούρα, τα ψυχολογικά συμπτώματα παραγκωνίζονται και προεξάρχουν τα σωματικά (Ηγουμένου, 2010).

3.4 Η επίδραση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο

Η διάγνωση του καρκίνου δεν αλλάζει σημαντικά μόνο τη λειτουργία του σώματος .Μπορεί επίσης να μεταβάλλει την αίσθηση ενός ατόμου για τον εαυτό του. Μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη επηρεάζει περίπου 15-25% των ασθενών με καρκίνο. Αν και τα συμπτώματα για τη διάγνωση μείζονος κατάθλιψης, παραμένουν τα ίδια με εκείνα για το γενικό πληθυσμό, η διάγνωση της κατάθλιψης σε άτομα με καρκίνο μπορεί να είναι δύσκολη, λόγω του διλήμματος της διάκρισης μεταξύ βιολογικών ή φυσικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης και των συμπτωμάτων της ασθένειας, ή τοξικών παρενεργειών της θεραπείας (Labisi, 2006).

Προηγούμενες μελέτες των Akechi et al. (2002), έδειξαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μείωσης της σωματικής λειτουργικότητας και της αδυναμίας υποστήριξης του εαυτού ,αλλά και μεταξύ της μείωσης της σωματικής λειτουργικότητας και του αυτοκτονικού ιδεασμού, σε ασθενείς με καρκίνο και μείζονα κατάθλιψη. Άλλες μελέτες έδειξαν επίσης σημαντική συσχέτιση μεταξύ απελπισίας και αυτοκτονικού ιδεασμού, με την απελπισία να προκύπτει από τη μείωση της σωματικής λειτουργικότητας. Αυτό μπορεί να είναι ένα από τα σημαντικά αίτια του αυτοκτονικού ιδεασμού σε ασθενείς με καρκίνο (Breitbart et al., 2000; Akechi et al., 2002).

Ακολουθούν οι παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη σε άτομα με καρκίνο:

- Η κατάθλιψη κατά τη στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου.
- Ελλιπής έλεγχος του πόνου.
- Προχωρημένο στάδιο του καρκίνου.
- Πρόσθετοι, ταυτόχρονα, παράγοντες πίεσης της ζωής.
- Αυξημένη σωματική βλάβη ή δυσφορία.Καρκίνος του παγκρέατος.
- Η ασθενής είναι άγαμος και έχει καρκίνο κεφαλής και τραχήλου.
- Η θεραπεία με ορισμένους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες: π.χ., κορτικοστεροειδή, προκαρβαζίνη, L-ασπαραγινάση, ιντερφερόνη άλφα, ιντερλευκίνη-2 (Labisi, 2006).

3.5 Αξιολόγηση του κινδύνου αυτοκτονίας

Ο κίνδυνος αυτοκτονίας έχει αποδειχθεί ότι είναι υψηλότερος σε ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο που έχει κακή πρόγνωση (Yousaf et al, 2005) ή χαμηλό ποσοστό επιβίωσης. Οι Misono et al (2008) διαπίστωσαν ότι ο κίνδυνος είναι υψηλότερος για τον καρκίνο του πνεύμονα, του στομάχου ή κεφαλής και λαιμού, ενώ διαπιστώθηκε μεγαλύτερος κίνδυνος σε άνδρες με καρκίνο του οισοφάγου ή του παγκρέατος. Βρέθηκε επίσης σημαντικά υψηλότερος κίνδυνος που συνδέεται με καρκίνους σε θέσεις με υψηλά ποσοστά θνησιμότητας (Robinson et al., 2009).

Τα αποτελέσματα των Robinson et al. (2009) και άλλων μελετητών, δείχνουν ότι υπάρχει ένα κρίσιμο διάστημα αμέσως μετά τη διάγνωση, κατά το οποίο, ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε ασθενείς με καρκίνο είναι ιδιαίτερα υψηλός. Οι ασθενείς που επιβιώνουν αυτό το αρχικό διάστημα είναι πολύ λιγότερο πιθανό να διαπράξουν αυτοκτονία, αν και ο κίνδυνος μπορεί να παραμείνει σε υψηλά επίπεδα για πολλά χρόνια. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι ιδιαίτερα υψηλός σε αυτούς που διαγνώστηκαν με καρκίνο, όπως του πνεύμονα, του παγκρέατος ή του οισοφάγου, για τους οποίους η πρόγνωση είναι κακή και τα συμπτώματα επώδυνα, ή ενδέχεται να επηρεάσουν ζωτικές λειτουργίες, όπως η αναπνοή και το φαγητό (Robinson et al., 2009).

Η συχνότητα των αυτοκτονιών μεταξύ των ασθενών με καρκίνο είναι σχεδόν διπλάσια από εκείνη μεταξύ του γενικού πληθυσμού. Μια αναδρομική μελέτη διεξήχθη στο Fred Hutchinson Cancer Center του Σιάτλ και στο Πανεπιστήμιο της Μινεσότα, στη Μινεάπολη. Τα αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν στο περιοδικό Journal of Clinical Oncology. Η παρατηρηθείσα συχνότητα των αυτοκτονιών ήταν 31,4 ανά 100.000 άτομα-έτη (person-years) μεταξύ των ασθενών με καρκίνο. Το ποσοστό αυτοκτονίας στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ ήταν 16,7 ανά 100.000 άτομα-έτη (Shafer, 2008).

«Η ψυχολογική εμπειρία των επιζώντων του καρκίνου χρήζει μεγαλύτερης προσοχής, επειδή η κατάλληλη χρήση των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με καρκίνο μπορεί να ασκήσουν θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής», έγραψαν οι ερευνητές (Shafer, 2008).

Σύμφωνα με τον Walter Baile, MD, ψυχίατρο και καθηγητή της επιστήμης της συμπεριφοράς στο Αντικαρκινικό Κέντρο Anderson του Πανεπιστημίου του Τέξας και συντάκτη του τμήματος Υποστηρικτικής & Παρηγορητικής Φροντίδας του περιοδικού 'HemOnc Today', υπάρχει μια κοινή πεποίθηση ότι ο καρκίνος προκαλεί κατάθλιψη. Αν και

το ηθικό πολλών ασθενών πέφτει κατά τη διάρκεια της ασθένειάς τους, μόνο ένας μικρός πληθυσμός αναπτύσσει μείζονα κατάθλιψη (Shafer, 2008).

«Θα ήταν χρήσιμο για τους ογκολόγους να δώσουν προσοχή στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν παράγοντες κινδύνου, όπως πόνο που δεν ελέγχεται, αίσθημα απελπισίας, ανεπαρκή υποστήριξη από την οικογένεια και προηγούμενη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά και να τους θέσουν μερικά απλά ερωτήματα», είπε ο Baile στο 'HemOnc Today' (Shafer, 2008).

Η αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας γίνεται με την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με αυτήν. Η πρόληψη της αυτοκτονίας στην κατάθλιψη κατευθύνεται προς την θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ,καθώς ο αυτοκτονικός ιδεασμός υποχωρεί με την ύφεση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τόσο στη μονοπολική όσο και στη διπολική κατάθλιψη. Η χρήση αντικαταθλιπτικών συμβάλλει τα μέγιστα στην πρόληψη της αυτοκτονικότητας των καταθλιπτικών. Η φαρμακοθεραπεία μαζί με την ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση και τις ψυχοκοινωνικές υποστηρικτικές παρεμβάσεις αποτελούν τις βασικές αρχές της αντιμετώπισης. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει μια προσωρινή αλλά όχι μεγάλης διάρκειας αντιαυτοκτονική δράση (Χαβάκη-Κονταξάκη, σελ. 449-451, 2006).

Η ψυχιατρική παρέμβαση, έχει στόχο τη μείωση του κινδύνου της αυτοκτονίας. Η ενσυναίσθηση και η κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην εγκατάσταση θεραπευτικής σχέσης. Στις μονάδες νοσηλείας μπορούν να εφαρμοστούν μέτρα για την ασφάλεια του ασθενούς στην αυτοκαταστροφική κρίση, όπως, συνεχής παρακολούθηση, χρήση της απομόνωσης όταν είναι απαραίτητη, σωματική ή χημική καταστολή. Η ψυχιατρική νοσηλεία είναι η πλέον ενδεδειγμένη μετά:

- Από απόπειρα αυτοκαταστροφής, και
- Όταν υπάρχει ενεργός αυτοκτονικός ιδεασμός σε άτομα με ψύχωση ή κατάθλιψη, ιστορικό σοβαρών αποπειρών αυτοκτονίας, συνύπαρξη σωματικής νόσου (καρκίνος, οξείες νευρολογικές διαταραχές), απουσία αξιόπιστου υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ανάγκη για φαρμακοθεραπεία, ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή ψυχιατρική παρακολούθηση (Τριποδιανάκης, Σαραντίδης, σελ. 173, 2009).

Στη μελέτη των Strong et al. (2007), σχεδόν το ένα τέταρτο του δείγματος των εξωτερικών ασθενών που παρακολουθούνταν σε κλινικές , με καρκίνο του παχέος εντέρου, του μαστού, γυναικολογικών καρκίνων, ουρογεννητικού συστήματος, σαρκώματος,

μελανώματος και μικτού καρκίνου, είχαν κλινικά σημαντική συναισθηματική δυσφορία. Ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες ψυχικής καταπόνησης ήταν το θηλυκό γένος, η ενεργή νόσος και η ηλικία κάτω των 65 ετών (Strong et al., 2007).

Ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου, προκύπτουν ιδιαιτερότητες σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, για τις οποίες πρέπει να είναι ενήμερος ο ψυχίατρος, προκειμένου να βοηθήσει πιο αποτελεσματικά.

• Καρκίνος προστάτη: Οι ασθενείς βιώνουν απειλή στη σεξουαλικότητα και τον ανδρισμό τους και συχνά έχουν μεγάλη δυσκολία στο να εκφράσουν τις σχετικές ανησυχίες τους. Αφορά κυρίως μεγαλύτερες ηλικίες, κι αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς μπορεί να είναι περισσότερο αρνητικοί στη ψυχιατρική εκτίμηση και αντιμετώπιση. Διαπιστώθηκε σε μελέτες, αυξημένο ποσοστό ψυχιατρικών προβλημάτων στους ασθενείς με τη συγκεκριμένη εντόπιση του καρκίνου (32,6% άγχος, 15,2% κατάθλιψη), 40% δε από τους ασθενείς αυτούς αρνήθηκε ψυχιατρική συνέντευξη (Ηγουμένου, 2010).

• Καρκίνος μαστού: Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι στρεσσογόνα γεγονότα που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα της ασθενούς. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι συχνές ψυχολογικές αντιδράσεις στις ασθένειες αυτές. Η μαστεκτομή (ακρωτηριασμός), οι υποτροπές, η επέκταση της νόσου σε άλλα όργανα, η εικόνα του εαυτού και ο αντίκτυπος στις διαπροσωπικές σχέσεις της ασθενούς, είναι θέματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο γιατρός. Επίσης, οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας, όπως η αλωπεκία, η απώλεια βάρους, η κόπωση και η δυσχέρεια στη συγκέντρωση, καθώς και συμπτώματα όπως η αϋπνία και οι έντονες εξάψεις που οφείλονται στη θεραπεία με αντιοιστρογόνα και αναστολείς της αρωματάσης, παρουσιάζονται στις ασθενείς.

Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αντιπροσωπεύουν έναν στους πέντε επιζήσαντες από καρκίνο στις Ηνωμένες Πολιτείες, σε σύνολο περίπου 2 εκατομμυρίων ασθενών το 2001 (Mariotto et al. 2004). Δεδομένων των βιβλιογραφικών αναφορών για την δεκαετή επιβίωση, το 78% των ασθενών με καρκίνο του μαστού μπορούν να αναμένουν ότι θα ζήσουν για πολλά χρόνια. Στη Σκανδιναβία και τον Καναδά η διάγνωση του καρκίνου του μαστού έχει συνδεθεί με κίνδυνο αυτοκτονίας στο επίπεδο του 30%-50% των ασθενών. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας μεταξύ των ασθενών με καρκίνο του μαστού στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν είχε αξιολογηθεί, τουλάχιστον ως το 2006 (Hem et al., 2004; Schairer et al., 2006).

Η μελέτη των Schairer et al. (2006) αναδεικνύει ένα μικρό, αλλά στατιστικά σημαντικό αυξημένο μακροπρόθεσμο κίνδυνο αυτοκτονίας μετά τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Σε αντίθεση, ο κίνδυνος αυτοκτονίας για τους περισσότερους καρκίνους μειώνεται σε χαμηλά επίπεδα αρκετά χρόνια μετά τη διάγνωση. Αυτή η διαφορά μπορεί να αντανακλά τη μοναδική

χρόνια και νωθρή φύση των καταθλιπτικών τάσεων των ασθενών με καρκίνο του μαστού, με πιθανές υποτροπές και αυτοκτονικό ιδεασμό πολλά χρόνια μετά τη διάγνωση. Έτσι, αν και η αθροιστική πιθανότητα αυτοκτονίας είναι μικρή, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα μακροχρόνια προγράμματα παρακολούθησης των επιζώντων του καρκίνου του μαστού, θα πρέπει να περιλαμβάνουν πόρους για αντιμετώπιση ψυχοκοινωνικών ζητημάτων (Schairer et al., 2006), (Σπυροπούλου Α. –Ζέρβας Γ. 2009).

• Καρκίνος κόλου: Συχνά, οι ασθενείς αυτοί βιώνουν ενοχές, εξαιτίας των διατροφικών συνηθειών τους, αφού η κακή διατροφή με πολλά λιπαρά και λίγες φυτικές ίνες σχετίζεται με τη νόσο. Επίσης, οι κολοστομίες επηρεάζουν την εικόνα του εαυτού και προκαλούν αισθήματα ντροπής που μπορεί να οδηγήσουν σε ελαττωμένη λειτουργικότητα στο οικογενειακό και επαγγελματικό επίπεδο και αυξημένα ψυχολογικά προβλήματα.

• Καρκίνος πνεύμονα: Αποτελεί τη μορφή εκείνη ,που προκαλεί τη μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση σε σχέση με άλλες μορφές καρκίνου εξαιτίας: α): της φτωχής πρόγνωσης, β); των αισθημάτων ενοχής που μπορεί να έχουν οι ασθενείς, από τη συσχέτιση του καρκίνου του πνεύμονα με το κάπνισμα και γ): της «δραματικής» συμπτωματολογίας με την οποία εκφράζεται (αιμοπτύσεις, νευραλγία μετά από θωρακοτομία). Επίσης οι ελαττωμένες εφεδρείες του πνεύμονα και η δυσκολία στην αναπνοή έχουν σοβαρό ψυχικό αντίκτυπο για τους ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα.

• Καρκίνος ωοθηκών: Στις ασθενείς με καρκίνο ωοθηκών γίνεται μέτρηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα των καρκινικών δεικτών, οι οποίοι αποτελούν ένδειξη υποτροπής της νόσου. Κινητοποιούνται λοιπόν συχνά έντονα άγχη και επηρεάζεται σοβαρά η διάθεση στην αναμονή του ελέγχου αυτού. Η αφαίρεση των ωοθηκών με ή χωρίς υστερεκτομή, έχει σημαντική επίδραση στον ψυχισμό της ασθενούς, επηρεάζοντας τη σεξουαλική της λειτουργία και κατ' επέκταση την εικόνα του εαυτού. Η αδυναμία τεκνοποίησης ως αποτέλεσμα της αναπηρίας που προκύπτει, είναι ένα θέμα, που καλείται να διαχειριστεί η ασθενής, αντιμετωπίζοντας τη ματαίωση της απόκτησης απογόνου, γεγονός που ανάλογα με το στάδιο της ζωής της, την προσωπικότητα και τις φαντασιώσεις της, κινητοποιεί ζητήματα που καλείται να πραγματευθεί ο ειδικός. Επιπρόσθετα, ο πόνος και η απόφραξη του εντέρου χαρακτηρίζουν πολλές φορές την εντόπιση αυτή του καρκίνου, ζητήματα για τα οποία πρέπει να είναι ενήμερος ο ψυχίατρος.

• Καρκίνος παγκρέατος: Χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και σοβαρά σωματικά συμπτώματα. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, τα συμπτώματα επιδεινώνονται και χρειάζονται επεμβατικές μέθοδοι για την αντιμετώπισή τους, με σοβαρές επιπτώσεις στον ψυχισμό των αρρώστων. Μελέτες δείχνουν ότι, παρουσιάζονται σε υψηλά επίπεδα ψυχιατρικά προβλήματα

στους ασθενείς αυτούς, ενώ έγινε και συσχέτιση μεταξύ αυτών των προβλημάτων και των ενδοκρινολογικών αλλαγών που εμφανίζονται. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν σε αυξημένη συχνότητα, καταθλιπτικού τύπου διαταραχές και άγχος (Μουσσάς και συν. 2008).

3.6 Φροντίδα των ασθενών που εντοπίστηκαν να διατρέχουν κίνδυνο

Ο καρκίνος αποτελεί μία νόσο με ποικίλες ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαστάσεις. Προσβάλλει ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, γεγονός που καθιστά αναγκαία την δημιουργία δομών ψυχοκοινωνικής παρέμβασης για καρκινοπαθείς. Η αντιμετώπιση αυτών των ασθενών στα πλαίσια του εξωτερικού ιατρείου, αλλά και η νοσηλεία τους στο γενικό νοσοκομείο ακολουθείται από την ανάδειξη ποικίλων αιτημάτων για ψυχιατρική αντιμετώπιση (Μουσσάς & Παπαδοπούλου, 2012).

Σημαντικό ποσοστό των ασθενών με καρκίνο (έως και το 75%), πάσχει από μία ψυχική διαταραχή, με σημαντικότερες τις διαταραχές προσαρμογής, την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές και τα οργανικά ψυχοσύνδρομα. Η ψυχική διαταραχή, συχνά, συνυπάρχει με προβλήματα που προκύπτουν από τη κατάχρηση αλκοόλ και καπνού. Ακόμα και οι ασθενείς που δεν πληρούν τα κριτήρια συγκεκριμένης ψυχιατρικής διαταραχής εμφανίζουν συμπτώματα και σημεία ψυχικής κόπωσης που συνδέονται με τη νόσο, τη μυθολογία της, τις επικοινωνιακές δυσκολίες τους, και τα υπαρξιακά προβλήματά τους (Μουσσάς & Παπαδοπούλου, 2012).

Σε ένα σύστημα υγείας ανεπτυγμένο με πληρότητα, είναι αυτονόητο ότι ο άρρωστος θα έπρεπε να παρακολουθείται από ψυχολόγο ή ψυχίατρο κατά περίπτωση, όσο και από νοσηλευτή και κοινωνικό λειτουργό, που θα δραστηριοποιούνταν όλοι στα πλαίσια της θεραπευτικής ομάδας.

Επειδή όμως αυτό δεν συμβαίνει πάντα στον τόπο μας, πρέπει ο θεράπων ιατρός να παραπέμπει σε υπηρεσίες που λειτουργούν στα πλαίσια κοινωνικών φορέων (λ.χ. Αντικαρκινική Εταιρεία, Κέντρα Ημέρας της Εταιρείας Κοινωνικής Ψυχιατρικής, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής κ.λπ.) ή σωματεία πασχόντων και εθελοντών ή ακόμα και στις υποστελεχωμένες Κοινωνικές Υπηρεσίες των νοσοκομείων.

Επειδή όμως ούτε αυτό συμβαίνει πάντα, θα πρέπει οι ασθενείς και οι συγγενείς τους να ανακαλύπτουν τις δομές που μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους. Γιατί μόνο με την ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική αντιμετώπιση, μπορούμε να έχουμε τη καλύτερη αντιμετώπιση του καρκίνου, ανεξάρτητα από τον τύπο του και τη φάση στην οποία βρίσκεται η νόσος (Ρηγάτος, 2008).

Η φροντίδα των ασθενών που παρουσιάζουν αυτοκτονική συμπεριφορά ποικίλλει μεταξύ των διαφόρων δομών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Οι κατευθυντήριες γραμμές της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης για την αξιολόγηση και τη θεραπεία των ασθενών με αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζουν ότι η ψυχιατρική φροντίδα πρέπει να περιλαμβάνει:

α. τον καθορισμό ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για τη θεραπεία και

β. την εποπτεία και την παρακολούθηση της ασφάλειας των ασθενών. (Jacobs & Brewer, 2004).

Η προτεραιότητα στη θεραπεία αυτοκτονικών ασθενών, είναι να τους παρασχεθεί ένα ασφαλές περιβάλλον. Δυστυχώς, δεν υπάρχουν κατευθυντήριες γραμμές που να ορίζουν ποιοι είναι οι ασθενείς που μπορούν με ασφάλεια να ελέγχονται ως εξωτερικοί. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με μέτρια κατάθλιψη και συχνές σκέψεις αυτοκτονίας, τον οποίο όμως η οικογένεια υποστηρίζει, μπορεί με ασφάλεια να παρακολουθείται στα εξωτερικά ιατρεία, ενώ ένας ασθενής με πιο ήπια κατάθλιψη, με λιγότερο συχνές σκέψεις θανάτου, ο οποίος ζει μόνος με ελάχιστη κοινωνική στήριξη, ίσως χρειαστεί νοσοκομειακή νοσηλεία (Labisi, 2006).).

Οι ακόλουθες συστάσεις παρέχουν κατευθυντήριες γραμμές, με σκοπό τη διαχείριση των ασθενών που θεωρείται ότι διατρέχουν κίνδυνο για αυτοκτονία:

• Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου θα πρέπει να νοσηλευτούν, ειδικά εάν υπόκεινται σε τρέχουσα ψυχολογική πίεση και έχουν πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα.

• Οι ασθενείς σε μέτριο κίνδυνο μπορεί να αντιμετωπιστούν ως εξωτερικοί ασθενείς, ειδικά όταν έχουν καλή κοινωνική υποστήριξη και δεν έχουν πρόσβαση σε θανατηφόρα μέσα. Ωστόσο, ορισμένοι από αυτούς τους ασθενείς χρειάζονται νοσηλεία, ειδικά αν το περιβάλλον τους δεν προσφέρει επαρκή μέτρα ασφαλείας, όπως μια υπεύθυνη επίβλεψη.

• Οι ασθενείς χαμηλού κινδύνου θα πρέπει να αξιολογούνται προσεκτικά για ψυχοκοινωνικούς στρεσσογόνους παράγοντες. Μπορούν να υποβάλλονται σε αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα ως εξωτερικοί ασθενείς (Labisi, 2006, 2006).

3.7 Οι ενοχές των ασθενών

Ένα από τα πιο περίεργα συναισθήματα, που μπορεί να εμφανιστούν στον ασθενή και στους οικείους του είναι οι ενοχές.

Οι ασθενείς που έχουν αναπτύξει καρκίνο σχετιζόμενο με το κάπνισμα (όπως καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα ή της ουροδόχου κύστεως), συχνά αισθάνονται ενοχές, επειδή κατά κάποιον τρόπο προκάλεσαν οι ίδιοι τον καρκίνο στον εαυτό τους. Τα πράγματα γίνονται

ακόμα πιο δύσκολα γι' αυτούς, όταν οι γιατροί δίνουν έμφαση σε ερωτήσεις σχετιζόμενες με τη συνήθεια του καπνίσματος ή τους τονίζουν τον βλαπτικό του ρόλο.

Αισθήματα ενοχών παρατηρούνται συχνά και σε γυναίκες με καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, επειδή αυτός οφείλεται σε ιούς που μεταδίδονται με την σεξουαλική επαφή, αλλά και στους εφήβους ή νεαρούς ενήλικες με καρκίνο του όρχεως. Αρκετοί εξακολουθούν ακόμα και σήμερα να φορτώνονται με ενοχές για πραγματικές ή υποθετικές «αμαρτίες» που έκαναν και για «θεϊκή τιμωρία».

Ακόμη, άνθρωποι με ορισμένους τύπους καρκίνου, για τους οποίους υπάρχει οικογενής (κληρονομούμενη) προδιάθεση, αισθάνονται ενοχή για την κληρονομική «παρακαταθήκη» που αφήνουν στα παιδιά τους (λ.χ. γυναίκες με καρκίνο μαστού, άτομα με καρκίνο σε έδαφος οικογενούς πολυποδίασης κ.ά.).

Ωστόσο, ενοχές δεν νιώθουν οι ασθενείς μόνο για την αιτιολογία του καρκίνου τους, αλλά και για την καθυστερημένη διάγνωση: άργησαν να πάνε στον γιατρό παρ' ότι, είχαν επίμονο βήχα ή πτύελα με αίμα, που υποδήλωναν ότι κάτι δεν πάει καλά με τους πνεύμονές τους, ή αίμα στα κόπρανα που υποδήλωνε ότι «κάτι έχει» το παχύ έντερο. Οι γυναίκες που άργησαν να απευθυνθούν στον γιατρό όταν ψηλάφισαν ή είδαν κάτι στον μαστό τους ή καθυστέρησαν να πάνε για τον ετήσιο έλεγχο.

Ένας άλλος παράγοντας, που αποτελεί αιτία ενοχών στους ασθενείς με καρκίνο είναι η αίσθηση ότι ταλαιπωρούν οι συγγενείς τους εξαιτίας τους, γιατί διαθέτουν τον χρόνο τους και παραμελούν τη δουλειά και τις άλλες υποχρεώσεις τους, αλλά και γιατί τους επιβαρύνουν οικονομικά. Το γεγονός αυτό δημιουργεί επιπλέον στους ασθενείς ένα αίσθημα εξάρτησης και ανικανότητας να αυτοδιαχειριστούν τις υποθέσεις τους. Οι ενοχές για την ταλαιπωρία των άλλων μπορεί να οδηγήσουν σε αντιδραστική κατάθλιψη, αλλά κάποιες φορές και σε επιθετικότητα, η οποία μπορεί να προκαλέσει πρόσθετες ενοχές, οδηγώντας σε έναν ανατροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο (Ρηγάτος, 2008).

Στους συγγενείς των πασχόντων μπορεί επίσης να εμφανιστούν ενοχές. Ένα φαινόμενο που είναι ιδιαίτερα συχνό σε γονείς, των οποίων τα μικρά παιδιά διαγιγνώσκονται με την οποιαδήποτε μορφή καρκίνου.

Οι λόγοι που προκαλούν ενοχές και τα συνακόλουθα ψυχολογικά προβλήματα στους γονείς ποικίλλουν και, κατά κανόνα, δεν έχουν καμία σχέση με τους παιδιατρικούς καρκίνους. Ο γονιός μπορεί να αναφέρεται γενικώς και αορίστως σε αμαρτίες για τις οποίες τον τιμωρεί ο Θεός μέσω της αρρώστιας του παιδιού του και ιδίως στην περίπτωση της μητέρας, να βασανίζεται επειδή λ.χ. πήρε ορμονικά ή άλλα φάρμακα, κάπνιζε, παραμελούσε το παιδί ή το μάλωνε.

Επειδή ο καρκίνος στα παιδιά δεν είναι συνήθης, η διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει. Αυτό συχνά αποτελεί πρόσθετη πηγή ενοχών για τους γονείς. Άσχετα από το ποια είναι η αλήθεια, αισθάνονται ότι δεν αξιολόγησαν σωστά και εγκαιρα τα συμπτώματα του παιδιού, δεν πίστεψαν όσο έπρεπε τα αναφερόμενα συμπτώματα, δεν επέλεξαν τον σωστό γιατρό κ.ά.. Συχνά οι ενοχές αυτές τους οδηγούν σε αυτομομφή και κατάθλιψη. Άλλοτε όμως θεωρούν ως υπεύθυνους τους γιατρούς, εναντίον των οποίων εκφράζουν επιθετικότητα (Ρηγάτος, 2008).

3.8 Επιπτώσεις των θεραπειών

Την βεβαρημένη, λόγω της διάγνωσης, ψυχική κατάσταση του ασθενούς, επιδεινώνουν και οι επιπτώσεις που μπορεί να έχουν οι αντικαρκινικές θεραπείες.

Ο χειρουργικός ακρωτηριασμός (όπως λ.χ. η μαστεκτομή, η ορχεκτομή, η λαρυγγεκτομή ή ο ακρωτηριασμός ενός άκρου) αλλάζει την εικόνα του σώματος ,επιφέρει βαριά αναπηρία και επιβαρύνει πολύ τον ψυχισμό του ασθενούς.

Το ίδιο κάνουν και οι παρενέργειες των θεραπειών, όπως η ναυτία, ο εμετός, η κακουχία και η αδυναμία που συχνά παρατηρούνται στη διάρκεια της χημειοθεραπείας αλλά και της ακτινοθεραπείας, ή η αλλαγή της εικόνας του σώματος που οφείλεται στη λήψη ορμονών (λ.χ. γυναικομαστία που παρατηρείται σε άντρες, που κάνουν ορμονική θεραπεία για τον καρκίνο του προστάτη).

Πλήγμα για την ψυχή αποτελεί επίσης ο πόνος κατά τη διαδρομή του καρκίνου, ο οποίος δεν έχει μόνο σωματικές συνιστώσες αλλά και ψυχικές, καθώς σχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη. Ακόμη, έχει κοινωνικές συνιστώσες (προβλήματα, έλλειψη υποστήριξης, ανέχεια κ.λπ.), που επιβαρύνουν ως τρίτη διάσταση το σύνθετο φαινόμενο του πόνου (Ρηγάτος, 2008).

Κεφάλαιο 4

4.1 Αντιμετώπιση του ασθενή με καρκίνο στο γενικό νοσοκομείο. Ο ρόλος της διασυνδετικής συμβουλευτικής ψυχιατρικής (ΔΣΨ)

Η πρόοδος στην θεραπεία του καρκίνου έχει βελτιώσει την πρόγνωση και την ποιότητα της ζωής των ασθενών, αλλά ο καρκίνος εξακολουθεί να συνδέεται με αυξημένο ποσοστό αυτοκτονίας και απόπειρας αυτοκτονίας. Μια μέθοδος για την πρόληψη των αυτοκτονιών

είναι να εντοπιστούν οι ασθενείς που κάνουν σκέψεις, που ίσως οδηγήσουν σε απόπειρα αυτοκτονίας. Ασθενείς με παθογένειες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν αυτά τα είδη σκέψεων, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Σε ασθενείς με καρκίνο, ωστόσο, έχουν δημοσιευθεί μελέτες μόνο για υποομάδες του πληθυσμού τους, όπως εκείνες με καρκίνο τελικού σταδίου ή αυτές που παραπέμπονται σε ψυχιατρικές υπηρεσίες. Γι' αυτό δεν γνωρίζουμε τι ποσοστό των εξωτερικών ασθενών με καρκίνο κάνει τέτοιες σκέψεις και ποιοι από αυτούς τους ασθενείς είναι πιο πιθανό να κάνουν τέτοιες σκέψεις (Walker et al., 2008).

Ως Διασυνδετική Συμβουλευτική Ψυχιατρική (ΔΣΨ), ορίζεται ο κλάδος της Ψυχιατρικής ο οποίος παρέχει ψυχιατρικές υπηρεσίες σε νοσηλευόμενους παθολογικούς και χειρουργικούς ασθενείς και ταυτόχρονα καλύπτει εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες σε συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες. Η ΔΣΨ ασκείται στο πλαίσιο της λειτουργίας των γενικών νοσοκομείων από τα Ψυχιατρικά Τμήματα, τα οποία λειτουργούν μέσα σε αυτά, αλλά και στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Λύκουρας & Δουζένης, 2012).

Στο πλαίσιο της ΔΣΨ περιλαμβάνονται τα εξής:

α) Η διάγνωση και θεραπεία της ψυχικής διαταραχής σε σωματικά πάσχοντες και η αντιμετώπιση ψυχικών παθήσεων που εμφανίζονται με προεξάρχουσες σωματικές εκδηλώσεις

β) η πρόληψη (σε όλα τα στάδιά της)

γ) η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από σωματική νόσο

δ) η ευαισθητοποίηση και εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού στην ανίχνευση ψυχικής διαταραχής

ε) η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού

στ) η εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα επαγγελματικής εξουθένωσης και η φροντίδα του, όπου εμφανίζονται σημεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης

ζ) η έρευνα (Λύκουρας & Δουζένης, 2012).

Η ΔΣΨ έχει αναπτυχθεί τα τελευταία 50 χρόνια ως μια φυσική συνέπεια των ψυχιατρικών κλινικών των γενικών νοσοκομείων. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι στις ΗΠΑ, ενώ το 1932 υπήρχαν ψυχιατρικές κλινικές στο 2% των γενικών νοσοκομείων, το 1978 αυτές υπερέβαιναν το 33%. Η ανάπτυξη αυτή στα γενικά νοσοκομεία, αποτελεί ένα ορόσημο στην ιστορία της Ψυχιατρικής, το οποίο έχει οδηγήσει σε θεμελιώδεις μεταβολές, στο χειρισμό και την αντιμετώπιση γενικότερα των ψυχιατρικών ασθενών (Λύκουρας & Δουζένης, 2012).

Το έργο της ΔΣΨ εφαρμόζεται σε δύο άξονες. Η πρώτη αφορά στην καθημερινή (τακτική) επαφή μεταξύ της ΔΣΨ και της ομάδας των θεραπόντων ιατρών που καταθέτουν αίτημα υποστήριξης. Έχει ως στόχο την ανάπτυξη και προαγωγή της επικοινωνίας μεταξύ των αναφερόμενων ομάδων, με σκοπό την εξασφάλιση μιας βιο-ψυχο-κοινωνικής και ολιστικής προσέγγισης. Ο σύμβουλος ψυχίατρος, συμμετέχει στις συναντήσεις του προσωπικού των παθολογικών ή χειρουργικών κλινικών και προσπαθεί να ευαισθητοποιήσει τους συναδέλφους του σε θέματα ολιστικής αντιμετώπισης, επικοινωνίας με τον ασθενή και πρώιμης ανίχνευσης ψυχικών διαταραχών. Επίσης, καλείται να αναζητήσει τους λόγους έλλειψης συνεργασίας μεταξύ του ιατρού ή γενικότερα του προσωπικού και του ασθενούς, αναλαμβάνοντας συχνά και ενημερωτικό ή μεσολαβητικό ρόλο μεταξύ ασθενούς, ιατρικού προσωπικού και συγγενών (Λύκουρας & Δουζένης, 2012).

Στο πλαίσιο της Συμβουλευτικής, ο ψυχίατρος παρέχει τη γνώμη του για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ψυχικής διαταραχής ή κάποιας διαταραγμένης συμπεριφοράς ασθενούς, όταν ο θεράπων γιατρός το ζητήσει (Λύκουρας & Δουζένης, 2012).

Η Διασυνδετική Ψυχιατρική είναι μια υποειδικότητα της Ψυχιατρικής που ασχολείται με το κλινικό έργο, την εκπαίδευση και την έρευνα σε μη ψυχιατρικά ιατρικά περιβάλλοντα. Το κύριο αντικείμενό της είναι η βελτίωση της συνολικής ποιότητας φροντίδας για τους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν το χρόνο έναρξης, την πορεία και την έκβαση κάθε σωματικής νόσου, Επιπλέον, η Διασυνδετική Ψυχιατρική προσπαθεί να εστιάσει την προσοχή της στη σπουδαιότητα της σχέσης ασθενούς - θεράποντα, στον ψυχολογικό αντίκτυπο των διαφόρων ιατρικών εξετάσεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων, καθώς και στις εξειδικευμένες μονάδες, όπως για παράδειγμα τα ελεύθερα μικροβίων περιβάλλοντα. Η Διασυνδετική προϋποθέτει συχνή επαφή του ψυχιάτρου με τα μέλη των ιατρικών τμημάτων, η οποία στα ειδικά νοσοκομεία ή ειδικά τμήματα πρέπει να εντατικοποιείται. Σε αυτό τον κλασικό ορισμό της Διασυνδετικής, σχεδόν δεν υπάρχει λέξη που να μη βρίσκει την απόλυτη εφαρμογή της σε ογκολογικά περιβάλλοντα. (Ιακωβίδης, Καρκανιάς 2009).

Τα μέλη της ΔΣΨ πρέπει να καταγράφουν τους ασθενείς με καρκίνο, προκειμένου να υπάρχει πλήρης εικόνα του αριθμού των πασχόντων.

Όλοι οι καρκινοπαθείς χρειάζονται εκπαίδευση και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία (ακόμη και κατ' οίκον). Η ψυχοθεραπεία είναι χρήσιμη στο χειρισμό του καρκίνου και του πόνου, αλλά επειδή ο καρκίνος επηρεάζει και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, πρέπει να απευθύνεται και σε αυτούς. Η συμβουλευτική της οικογένειας του καρκινοπαθούς είναι απαραίτητη, προκειμένου να ενημερωθούν για τις συνήθεις ψυχικές

διαταραχές που συνοδεύουν τον καρκίνο, αλλά και να εκπαιδευτούν σε απλές τεχνικές δεξιότητες υποστήριξής τους (Ηγουμένου, 2010).

4.2 Τύποι ψυχοθεραπείας και προσέγγιση του ασθενή στα πλαίσια της ΔΣΨ

Βρέθηκε πως από όλες τις ψυχοθεραπείες (ατομική, ομαδική, γνωσιακή-συμπεριφορική, ψυχαναλυτική κ.λπ.), η πιο αποτελεσματική για τον ασθενή με καρκίνο είναι η ομαδική υποστηρικτική (ιδίως σε γυναίκες με μαστεκτομή, σε άνδρες με καρκίνο των γεννητικών οργάνων και σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο). Βρέθηκε επίσης , ότι η ψυχοθεραπεία όχι μόνο ανακουφίζει από τα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά και αυξάνει το χρόνο επιβίωσης των καρκινοπαθών. Ένα άλλο είδος θεραπείας που βρέθηκε να έχει θετικά αποτελέσματα είναι η εργοθεραπεία (Ηγουμένου, 2010).

Έχει γίνει αποδεκτό ότι η παρέμβαση της ΔΣΨ, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση των ψυχολογικών δεικτών, οι οποίοι επηρεάζουν την αντίδραση του ασθενούς στη διάγνωση, τη θεραπεία και την ικανότητά του για καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι νέες θεραπευτικές μέθοδοι των διάφορων μορφών καρκίνου φέρνουν ολοένα και συχνότερα τη ΔΣΨ αντιμέτωπη με το αίτημα της υποστήριξης ασθενών αυτού του είδους (Μουσσάς και συν., 2008).

Είναι σημαντικό τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας της ΔΣΨ να κατανοήσουν τις ψυχολογικές συγκρούσεις και τα ψυχιατρικά συμπτώματα των ασθενών με καρκίνο. Στο πλαίσιο αυτό:

– Απαιτείται τα μέλη της ΔΣΨ να γνωρίζουν τη βιολογική κατάσταση του ασθενούς και τις αναγκαίες θεραπείες.

– Επιβάλλεται ευέλικτη προσέγγιση σύμφωνα με την ιατρική κατάσταση του ασθενούς.

– Διερεύνηση των μηχανισμών άμυνας οι οποίοι αναπτύσσονται στη διάρκεια της νόσου.

– Ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

– Επίγνωση της αντιμεταβίβασης την οποία προκαλεί ο πολύ σοβαρά άρρωστος, δηλαδή όλων εκείνων των ασυνείδητων στάσεων απέναντι στον ασθενή και απέναντι στην ψυχική του πραγματικότητα, η οποία δοκιμάζεται υπό το βάρος της απειλής και της απώλειας (Μουσσάς και συν., 2008).

Εκτός από αυτά, διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες παρεμβαίνουν στην ανάπτυξη του καρκίνου, στην ποιότητα ζωής και στο χρόνο επιβίωσης των ασθενών. Είναι διαπιστωμένο ότι ο χρόνος επιβίωσης των ασθενών βελτιώνεται στις παρακάτω συνθήκες:

1. Ικανότητα συναισθηματικής έκφρασης.
2. Κοινωνική υποστήριξη.
3. Χαμηλά επίπεδα συναισθηματικού στρες.
4. Αγωνιστικότητα.

Χαρακτηριστικά, σε ανασκόπηση 17 μελετών που έκαναν οι Μουσσάς και συν. (2008), οι 12 έδειξαν μια σημαντική μείωση του άγχους μέσω της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά έχουν καθοριστεί, για την ψυχοθεραπεία των ασθενών με καρκίνο:

1. Κοινωνική υποστήριξη, ειδικά στην ομαδική ψυχοθεραπεία.
2. Συναισθηματική υποστήριξη.
3. Γνωσιακή αναδόμηση.
4. Εκπαίδευση στην ικανότητα να αντιμετωπίζει ο ασθενής τις διάφορες δυσκολίες.

Παράλληλα αναδείχθηκε με μελέτες, η ευνοϊκή επίδραση της ψυχοθεραπείας στην μακροημέρευση των ασθενών με καρκίνο (Μουσσάς και συν. 2008).

Το σημαντικότερο στην προσέγγιση του ασθενή είναι η ενσυναίσθηση της ψυχικής του κατάστασης. Συχνά το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, στην προσπάθειά του να υποστηρίξει τον άρρωστο, δεν του επιτρέπει την έκφραση των συναισθημάτων αδυναμίας και φόβου, για την αρρώστια και τον θάνατο, γιατί είναι και οι ίδιοι ευάλωτοι σε τέτοια συναισθήματα. Είναι εξαιρετικά σημαντικό στη θεραπευτική μας σχέση με τον άρρωστο, να ακούσουμε τα άγχη και τις αγωνίες του, όσο και να αντέξουμε τα δικά μας οδυνηρά συναισθήματα απέναντι στον πόνο και το θάνατο. Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει τη διευκρίνιση των ψυχολογικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων που αναπτύσσονται υπό το στρες της διάγνωσης της νόσου. Με τον τρόπο αυτό γίνεται κατανοητή η συμμόρφωση ή η μη συμμόρφωση του ασθενή στη συνιστώμενη θεραπεία, με όρους αντίστασης και μεταβίβασης και επομένως είναι δυνατή η κατανόηση του ασθενούς, με ψυχολογικούς όρους πλέον. Σε γενικότερο επίπεδο ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, ατομικές ή ομαδικές θεραπείες εφαρμόζονται. Οι ομαδικές θεραπείες, που στηρίζονται στην παροχή εκμάθησης νέων τρόπων αντιμετώπισης, στην ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων και στο μοίρασμα κοινών εμπειριών, έχουν εν δυνάμει σημαντικά οφέλη για τους ασθενείς με καρκίνο (Μουσσάς και συν., 2008).

Η επικοινωνία επίσης με τον ασθενή που έχει καρκίνο, πέραν του ότι είναι το μέσο για τη μετάδοση διαφόρων πληροφοριών, στηρίζει το ηθικό του, στοιχείο απαραίτητο για την επιβίωσή του.

Η ενημέρωση σε ότι αφορά την οργανική νόσο προκαλεί συχνά αμηχανία στο θεράποντα που αναλαμβάνει το ρόλο του αγγέλου κακών ειδήσεων, ενώ και οι ασθενείς είναι δυνατόν να παρουσιάσουν ποικίλες αντιδράσεις οι οποίες καθιστούν ακόμη πιο δύσκολο τον ρόλο αυτό. Συγκεκριμένα, μπορεί να είναι αμφιθυμικοί σχετικά με το τι ακριβώς επιθυμούν να γνωρίζουν ή να παρουσιάζουν άρνηση., Οι σύγχρονες απόψεις δεν εστιάζονται τόσο στο αν θα λέμε την αλήθεια στους ασθενείς, αλλά τι είδους σχέση δημιουργούμε με τον άρρωστο, ώστε να μας επιτρέπεται να του λέμε την αλήθεια για την ασθένεια του. Σε αυτό το πλαίσιο, η μεταφορά πληροφοριών σχετικά με τη νόσο διαμορφώνει τη θεραπευτική σχέση και καθορίζεται ταυτόχρονα από αυτή. Πολλές φορές, οι έντονες ανησυχίες της οικογένειας σχετικά με την πορεία του ασθενούς ή η εθελούσια αναζήτηση βοήθειας από τα μέλη της, οδηγούν στην αναζήτηση της ψυχιατρικής βοήθειας. Ο ρόλος των μελών της ΔΣΨ δεν ολοκληρώνεται με την ψυχιατρική αντιμετώπιση του ασθενούς, αλλά επεκτείνεται και στην εκπαίδευση των εμπλεκομένων επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών (Μουσσάς και συν., 2008).

Η ΔΣΨ στα πλαίσια της Ογκολογίας καλείται να εκτιμήσει συνολικά:

- Οφέλη και κίνδυνους από τη θεραπεία
- Συμπτώματα
- Ψυχοκοινωνικό στρες
- Προσωπικούς στόχους του ασθενούς
- Εκπαίδευση και αναγκαίες πληροφορίες
- Πρώιμη παρέμβαση (Μουσσάς και συν., 2008).

Είναι σημαντικό να αναγνωρίζονται και να υποβάλλονται σε επιθετική θεραπεία, οι ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας και να αντιμετωπίζεται ο κίνδυνος αυτοκτονίας με ψυχιατρική νοσηλεία, αν είναι απαραίτητο. Η διατήρηση μιας υποστηρικτικής σχέσης, ο έλεγχος των συμπτωμάτων (π.χ. του πόνου, της ναυτίας, της κατάθλιψης) και η εμπλοκή της οικογένειας ή των φίλων, είναι τα αρχικά βήματα στην αντιμετώπιση των αυτοκτονικών ασθενών. Ίσως θα πρέπει να υπενθυμίζεται στο ιατρικό προσωπικό και στην οικογένεια, το δικαίωμα του δικαιοπρακτικά ικανού (competent) ασθενή να αρνηθεί όλες τις θεραπείες, ακόμα και εκείνες που του σώζουν τη ζωή. Η προσεκτική αξιολόγηση του αυτοκτονικού ασθενή περιλαμβάνει διερεύνηση των λόγων για τις αυτοκτονικές σκέψεις και τη σοβαρότητα του κινδύνου, ενώ πρέπει να λαμβάνονται υπόψη

το στάδιο της νόσου και η πρόγνωση. Ο κλινικός γιατρός πρέπει να ακούει με έμφαση, χωρίς να φαίνεται ότι είναι επικριτικός ή να εκφέρει κρίση. Η δυνατότητα του ασθενούς να συζητά τις αυτοκτονικές σκέψεις, συχνά μειώνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας – παρά την κοινή πεποίθηση - ότι ισχύει το αντίθετο. Οι ασθενείς συχνά επανεξετάζουν και απορρίπτουν την ιδέα της αυτοκτονίας όταν ο γιατρός τους αναγνωρίζει τη νομιμότητα της επιλογής αυτής και την ανάγκη τους να διατηρούν μια αίσθηση ελέγχου ενώ πεθαίνουν (Breitbart, Alici, 2009).

Στην καθημερινή πρακτική του ογκολογικού τμήματος, κάθε ασθενής με θλίψη ασυνήθιστης έντασης ή διάρκειας, ο οποίος μάλιστα εκφράζει ευχές θανάτου ή στον οποίο δεν παρατηρείται αλλαγή της διάθεσης μετά από μια ευχάριστη ενασχόληση, έχει ανάγκη ψυχιατρικής συμβουλευτικής. Το μέλος της ψυχοογκολογικής ομάδας θα καθορίσει την ειδική διαταραχή της διάθεσης, π.χ. μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, άτυπη κατάθλιψη ή καταθλιπτική διάθεση στο πλαίσιο διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό γεγονός ή προϋπάρχουσα αγχώδη διαταραχή (Ιακωβίδης, Καρκανιάς, 2009).

Αντίθετα με την παραπλανητική μυθολογία που υφίσταται μέχρι σήμερα, λίγοι ασθενείς με καρκίνο επιχειρούν αυτοκτονία ως μια καθαρή επιλογή. Ανεξάρτητες έρευνες διαπιστώνουν ότι, η επικράτηση της αυτοκτονίας υπερέχει ελαφρώς μόνο εκείνης του γενικού πληθυσμού. Αυξημένο κίνδυνο παρουσιάζουν σι ασθενείς με προχωρημένη νόσο, όχι τόσο λόγω του προχωρημένου σταδίου, όσο λόγω της μετάδοσης του μηνύματος ότι δεν υπάρχει πλέον κάτι άλλο να προσφερθεί από την Ιατρική. Επίσης, αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας εμφανίζουν οι ασθενείς με ανεπαρκώς ελεγχόμενο πόνο, με ιστορικά προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας με πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου και με διαταραχή εγκεφαλικού μεταβολισμού ανεξαρτήτως αιτιολογίας (οξύ οργανικό παραλήρημα) (Ιακωβίδης, Καρκανιάς, 2009).

Το οξύ οργανικό παραλήρημα είναι η δεύτερη σε σημασία ψυχιατρική διαταραχή στην Ψυχοογκολογία. Πρόκειται βέβαια για μια διαταραχή του εγκεφαλικού μεταβολισμού με ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Η μεγάλη επικράτησή του, ιδίως στους ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας ή προχωρημένων σταδίων, τα πολλά διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα, ιδίως στα αρχικά στάδιά του, και το επείγον της αντιμετώπισής του είναι μερικοί από τους λόγους της σημαντικότητάς του (Ιακωβίδης, Καρκανιάς, 2009).

Όλες αυτές οι προσεγγίσεις έχουν δοκιμαστεί σε κάποιο βαθμό στη χώρα μας. Η πλέον συνηθισμένη είναι αυτή στην οποία το ενδιαφέρον εστιάζεται στον ασθενή. Ο ψυχίατρος καλείται να αξιολογήσει έναν ασθενή, ο οποίος εμφανίζει συμπτώματα ή συμπεριφορά που ανησυχεί τους θεράποντες, ή κάποιον άλλον, ο οποίος, όπως προκύπτει από το ιατρικό ιστορικό, έχει και ψυχιατρικό ιστορικό ή λαμβάνει ψυχιατρικά φάρμακα. Η προσέγγιση αυτή

θεωρείται ότι αυξάνει την αυτονομία του ψυχιάτρου, ο οποίος διατηρεί τα δικά του χαρακτηριστικά και αυτονομείται από την ιατρική ομάδα που παρακολουθεί τον ασθενή. Δεν πρέπει να λησμονείται η «πρακτικότητα» αυτής της προσέγγισης, καθώς οι ψυχιατρικές κλινικές δεν είναι επαρκώς επανδρωμένες, οι δε ψυχίατροι έχουν και άλλα, πολλές φορές πιεστικά, κλινικά καθήκοντα (Λύκουρας & Δουζένης, 2012).

4.3 Κριτήρια πρώιμης παρέμβασης της ΔΣΨ

Ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας μπορεί να αποβεί αποτελεσματικός για τους ασθενείς. Κάθε προτεινόμενη θεραπεία πρέπει να προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ασθενή και να σέβεται την κουλτούρα του, τις πνευματικές του ανάγκες και την προσωπικότητά του (Ηγουμένου, 2010).

Οι ασθενείς με καρκίνο συνήθως υποβάλλονται σε θεραπεία με χημειοθεραπευτικά σκευάσματα και ακτινοβολίες. Οι παρενέργειες αυτών, όπως είναι η απόπτωση των τριχών της κεφαλής, η ναυτία και η κόπωση, προκαλούν σημαντικές ψυχολογικές αντιδράσεις στους ασθενείς και εν δυνάμει μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμη, η έγκαιρη ψυχιατρική παρέμβαση. Ο πόνος που αντιστέκεται στη θεραπεία μπορεί, όπως αναφέρθηκε, να σχετίζεται με μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, όπως η κατάθλιψη, γεγονός που συνιστά ένδειξη πρώιμης ψυχιατρικής παρέμβασης. (Μουσσάς και συν., 2008). Συχνά, αυτοί οι ασθενείς εκφράζουν την επιθυμία να επισπευσθεί ο θάνατός τους, ιδιαίτερα εκείνοι που τα σωματικά συμπτώματά τους, όπως ο πόνος, δεν έτυχαν της δέουσας προσοχής και ανακούφισης. Για τη θεραπεία αυτών των ασθενών κρίνεται αναγκαία η διεπιστημονική παρέμβαση. Ο θεράπων ή το αντίστοιχο ειδικό ομαδικό «ιατρείο», όπως π.χ. το ιατρείο πόνου, θα επιληφθεί των σωματικών συμπτωμάτων. Το μέλος της ψυχοογκολογικής ομάδας (ψυχίατρος ή ψυχολόγος) στο πλαίσιο υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας θα παρέμβει για επανάκτηση του νοήματος και των στόχων του ασθενούς, καθώς και για τη διατήρηση της ελπίδας. (Ιακωβίδης, Καρκανιάς, 2009). Επίσης, το ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών σχετίζεται με δυσχερέστερη προσαρμογή στα νέα δεδομένα της ζωής του ασθενούς, μετά τη διάγνωση του καρκίνου (Μουσσάς και συν., 2008). Η νοσηλεία των καταληκτικών ασθενών εγείρει σημαντικά κλινικά ζητήματα. Ποικίλα συμπτώματα, όπως ο πόνος, η κόπωση, η αϋπνία και η ανορεξία επιβαρύνουν τον ασθενή, τα οποία πιθανόν να εμφανίζονται στα πλαίσια συννοσηρότητας καρκίνου - ψυχικών διαταραχών και η αντιμετώπισή τους είναι καταλυτική για την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής (Ιακωβίδης & Καρκανιάς, 2009˙ Μουσσάς & Παπαδοπούλου, 2012).

Αν ο πάσχων από καρκίνο έχει ιστορικό ψυχικής νόσου, είναι δυνατό το τραυματικό γεγονός του καρκίνου να αποτελέσει ισχυρό ψυχοπιεστικό παράγοντα και να οδηγήσει σε υποτροπή της νόσου. Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ψυχιατρική κλινική, αναγκαία είναι η επανεκτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής και η προσαρμογή της ανάλογα με τη σωματική του υγεία (Μουσσάς και συν., 2008).

Κάποιες φορές οι θεράποντες έρχονται αντιμέτωποι με αίτημα επίσπευσης ή υποβοηθούμενου θανάτου. Η διαχείριση του γεγονότος αυτού είναι εξαιρετικά δύσκολη, αποτελεί ένδειξη ψυχιατρικής παρέμβασης και θέτει στην ομάδα της Ψυχοογκολογίας σοβαρά διλήμματα. Πρέπει να γίνει σαφές, πως δεν οδηγούνται στο θάνατο όλοι οι ασθενείς με καρκίνο. Ορισμένοι καρκινοπαθείς θεραπεύονται, ορισμένα είδη καρκίνου έχουν καλή πρόγνωση στα αρχικά τους στάδια (καρκίνος μαστού, καρκίνος προστάτη), ενώ σε πολλούς άλλους υπάρχουν μακρές περίοδοι ύφεσης. Ακόμη όμως και αν η πρόγνωση δεν είναι τόσο καλή, ακόμη και αν ο ασθενής βρίσκεται στο τελικό στάδιο, οφείλουμε να κάνουμε την πορεία της νόσου του το λιγότερο δυνατό επώδυνη και περισσότερο αξιοπρεπή. Δε θα πρέπει εξάλλου να ξεχνάμε πως ο καρκίνος μπορεί να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία, ιδίως στο χρονικό διάστημα που ακολουθεί τη διάγνωση.

Ο Δρ Quill υποστηρίζει ότι υπάρχει ανάγκη να διαχωριστεί και να μελετηθεί το φάσμα των αυτοκτονικών σκέψεων, των προθέσεων, των δράσεων που πολλοί ασθενείς με καρκίνο και άλλες σοβαρές ασθένειες βιώνουν. Η διδαχή από την ταλαιπωρία των σοβαρά ασθενών μέσω της επιμελούς εφαρμογής παρηγορητικών μέτρων και η ανακούφιση της μοναξιάς και της απελπισίας τους, διατηρώντας μια ανοιχτή, συνεχή, δεκτική σχέση, ίσως είναι τα πιο σημαντικά προληπτικά μέτρα όσον αφορά στην αυτοκτονία (Spittler, 2008).

Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών που αναφέρουν αυτοκτονικές σκέψεις δεν θα αποπειραθεί να αυτοκτονήσει, απαιτείται περαιτέρω αξιολόγηση για να εντοπιστούν εκείνοι που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να το πράξουν. Η εκτίμηση αυτή μπορεί να πραγματοποιείται, από κατάλληλα εκπαιδευμένους κλινικούς στην ογκολογία, οι οποίοι θα καθοδηγούνται από ένα πρωτόκολλο και ένας ψυχίατρος θα τους εποπτεύει και θα τους συμβουλεύει (Walker et al., 2008).

4.4 Θεραπεία συναισθηματικών αντιδράσεων και ψυχιατρικών διαταραχών

Οι συναισθηματικές αντιδράσεις στο στρες του καρκίνου, εμφανίζονται κατά εξακολουθητικό τρόπο σε όλη την πορεία της νόσου. Κάθε ασθενής πρέπει να συμβιβαστεί όχι μόνο με το σωματικό του πρόβλημα αλλά και με το στίγμα της νόσου. Η διάγνωση του

καρκίνου συνδέεται πρωτογενώς με το φόβο ότι η ζωή του πρόκειται να αλλάξει κατά αμετάκλητο τρόπο, τέτοιο που οι αξίες, οι ρόλοι και η λειτουργικότητά του Θα μειωθούν (Ιακωβίδης, Καρκανιάς, 2009).

Σε τέτοιες στιγμές που το άτομο αισθάνεται τρωτό, ευάλωτο και υπό το κράτος απειλής, εξαιτίας πραγματικών ή προκαταβολικών φόβων, έχει ανάγκη υποστηρικτικής παρέμβασης από το θεράποντα και το κοντινό του κοινωνικά δίκτυο. Η συναισθηματική αβεβαιότητα, που προέρχεται από φαντασίες ή δυσκολίες «κατανόησης», χρειάζεται την διευκρινιστική υποστήριξη - παρέμβαση του θεράποντα. Κάτω από αυτό το πρίσμα, η αντιμετώπιση των αναμενόμενων και φυσιολογικών συναισθηματικών αντιδράσεων του ασθενούς δεν αποτελεί ψυχιατρικό πρόβλημα. Μπορεί όμως να αποτελέσει αφορμή για εκπαίδευση του προσωπικού των ογκολογικών μονάδων (Ιακωβίδης, Καρκανιάς, 2009).

Ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο της νόσου ή όσοι έλαβαν εσφαλμένα το μήνυμα ότι η Ιατρική δεν έχει να τους προσφέρει τίποτε, ανεξάρτητα της ύπαρξης ή όχι καταθλιπτικού συναισθήματος, είναι δυνατόν να παρουσιάσουν υπαρξιακή αποθάρρυνση με απώλεια του νοήματος, της ελπίδας και των στόχων. Ποικίλα συμπτώματα, όπως ο πόνος, η κόπωση, η αϋπνία και η ανορεξία επιβαρύνουν τον ασθενή, τα οποία πιθανόν να εμφανίζονται στα πλαίσια συννοσηρότητας του καρκίνου και ψυχικών διαταραχών και η αντιμετώπισή τους είναι καταλυτική για την εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας ζωής (Ιακωβίδης & Καρκανιάς, 2009˙ Μουσσάς & Παπαδοπούλου, 2012).

Επιπλέον, η ενίσχυση του ασθενούς στην έκφραση των συναισθημάτων του και η υποστήριξη της οικογένειας, ώστε να φροντίσει τον άρρωστο καθώς πλησιάζει το τέλος, αποτελούν κατεξοχήν θεραπευτικούς στόχους της ΔΣΨ. Το ιατρικό προσωπικό πρέπει να βοηθηθεί στην προσπάθειά του να διατηρήσει τις ισορροπίες στη θεραπευτική του προσέγγιση αποφεύγοντας την υπερεμπλοκή από τη μια, αλλά και την έλλειψη ενσυναίσθησης και κατανόησης, από την άλλη (Μουσσάς & Παπαδοπούλου, 2012).

4.5 Καταληκτικός άρρωστος και ΔΣΨ

Η εξατομικευμένη φροντίδα του πάσχοντος καρκινοπαθούς και η παράλληλη υποστήριξη των οικείων του, τις τελευταίες μέρες της ζωής του, είναι το κύριο μέλημα της ομάδας διασυνδετικής ψυχιατρικής.

Οι Gilbertsen και Wamgensteen σε μελέτες τους ανέφεραν ότι οι περισσότεροι ασθενείς και οι συγγενείς τους προτίμησαν την ευθεία και αληθινή ενημέρωση σε αυτή τη φάση της νόσου. Οι εμπειρικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η αλήθεια είναι επιθυμητή από τους ασθενείς

που βρίσκονται στις τελευταίες μέρες της ζωής τους και συνήθως δεν τους βλάπτει. Ωστόσο η ευθύτητα στην ανακοίνωση των ενημερώσεων δεν είναι κανόνας και χρειάζεται πάντα εξατομικευμένη προσέγγιση και εκτίμηση. Συνήθως η γνώση της αλήθειας για την σοβαρότητα της κατάστασης, είναι επιθυμία για τα πρώτα στάδια της νόσου και λιγότερο στο τελικό στάδιο. (Terry W, et al. 2006).

Μόνο μέσα από ειλικρινή διαπροσωπική σχέση, δίνεται η δυνατότητα να κατανοήσουμε συναισθηματικά την κατάσταση του θνήσκοντος και να «επικοινωνήσουμε» ακόμη και τα πιο δυσάρεστα μηνύματα στην πορεία του προς το τέλος της ζωής του. Ο χρόνος που θα διατίθεται για παρηγορητική ακρόαση στον ασθενή θα πρέπει να είναι σχεδόν «άνευ όρων» και να καλύπτει πάντα το αίτημά του. Οι Mager & Andry Kowski αναφέρουν ότι, σημασία δεν έχει τόσο η επικοινωνιακή δεινότητα του θεράποντος, όσο το εάν ο άρρωστος αισθάνεται ότι ο θεράπων τον κατανοεί.

Ο ασθενής παρά την σχετική προετοιμασία που μπορεί να είχε, όταν αρχίζει και διαισθάνεται ότι οι μέρες του λιγοστεύουν επικίνδυνα, είναι πιθανό να αρχίσει ξανά να κατακλύζεται από ανάμεικτα συναισθήματα θλίψης, πένθους, φόβου, απελπισίας, άγχους, απώλειας, μοναξιάς και κυρίως μεγάλης σύγχυσης. Η ανακούφιση των συμπτωμάτων του και η αποφυγή της ταλαιπωρίας του θα πρέπει να είναι ο κύριος στόχος της ομάδας διασυνδετικής ψυχιατρικής. Η εξασφάλιση άνετων συνθηκών νοσηλείας και οι στοχευμένοι διάλογοι για τον θάνατο, μπορούν να του απαλύνουν τον ψυχικό πόνο και να τον οδηγήσουν σε μια γενναία και αξιοπρεπή έξοδο από την ζωή. Η εύρεση χρόνου για να ρυθμίσει με ησυχία τις τελευταίες του κοινωνικές εκκρεμότητες θα τονώσει την αξιοπρέπειά του και θα μειώσει την ανησυχία του. Επίσης σημαντικός χρόνος και υποστήριξη, πρέπει να διατίθεται, για να συναντήσει ο ασθενής τους αγαπημένους του ανθρώπους και να προσπαθήσει να τους χαιρετήσει. Σε αυτό το σημείο μερικές φορές η διακριτική «διαιτησία» από μέλος της ομάδας μπορεί να είναι απαραίτητη.

Η φαρμακευτική υποστήριξη για την αντοχή στον πόνο δεν θα πρέπει να επηρεάζεται από την αμφιθυμία των θεραπευτών για πιθανή εξάρτηση από τα σχετικά σκευάσματα.

Ο ύπνος του ασθενή και η ποιότητά του, θα πρέπει να υποστηρίζονται με επιστημονική ευλάβεια, έτσι ώστε τις λίγες ώρες που θα είναι ξύπνιος, να έχει καλή επικοινωνία και να μπορεί να πάρει αποφάσεις, με ικανοποίηση και ευχαρίστηση.(Καρκανιάς Α.-Σολδάτος Κ.,2009)

Μια άλλη διάσταση στην φροντίδα του καταληκτικού ασθενή, που μπορεί να απασχολήσει τον ίδιο και την υποστηρικτική ομάδα και θα δοκιμάσει τα ανθρώπινα όρια σε πολλαπλά επίπεδα (συναισθηματικά, λογικά, επιστημονικά, νομικά κοινωνικά, κ.α.), είναι η

υπόθεση της υποβοηθούμενης αυτοκτονίας ή αλλιώς ευθανασία. Λίγες χώρες στην Ευρώπη έχουν προχωρήσει σε νομοθετικές ρυθμίσεις που να επιτρέπουν την ευθανασία: Η Αλβανία το 1999, η Ολλανδία και το Βέλγιο το 2002, το Λουξεμβούργο το 2009, ενώ η Ελβετία αποτελεί μια ειδική περίπτωση. Εκεί ο νόμος δεν επιτρέπει την ευθανασία, υπαγορεύει όμως την τιμωρία όποιου «με εγωιστικά κίνητρα, προκαλέσει ή βοηθήσει την αυτοκτονία άλλου». Άρα, εάν αποδειχτεί ότι κάποιος, γιατρός ή πολίτης, δεν είχε εγωιστικά κίνητρα, όταν προκάλεσε ή βοήθησε την αυτοκτονία κάποιου άλλου, τότε δεν θα καταδικαστεί. Οι ασθενείς που πάσχουν από ανίατες ασθένειες και θέλουν να έρθουν στην Ελβετία για να πεθάνουν, μπορούν να είναι μόνιμοι κάτοικοι οποιασδήποτε χώρας. Εκτός Ευρώπης, η Ταϊλάνδη το 2007, το βόρειο τμήμα της Αυστραλίας από το 1995, και η πολιτεία του Όρεγκον έχουν επιτρέψει με νόμο την ευθανασία.

Συζήτηση

Ένα θέμα που αναδεικνύεται από την βιβλιογραφική ανασκόπηση και συνήθως εμφανίζεται σε πολλές μελέτες για οποιοδήποτε επιστημονικό πεδίο, είναι η δυνατότητα των ερευνητών να εντάξουν στα υπό διερεύνηση θέματα και την τοπική κουλτούρα και οργάνωση μιας κοινωνίας, όπου κρίνεται ότι η παραμετροποίηση αυτή μπορεί να διαφοροποιήσει τα αποτελέσματα. Όταν δεν υπάρχουν αρκετές γνώσεις ή υποδομή, αναζητούμε γνώσεις από το εξωτερικό, όμως εκεί που υπάρχει πρόοδος οι μελετητές ενδέχεται να ξεκινούν από διαφορετική βάση, ή έχουν υπόψη τους διαδικασίες μέσα στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες δεν υπάρχουν εδώ, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι είναι καλύτερες ή χειρότερες από αυτές στην Ελλάδα.

Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί ότι δε γίνεται να εξαχθεί οριστικό συμπέρασμα, για το βαθμό στον οποίο αναμιγνύεται η ΔΣΨ στην φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενή με καρκίνο, τόσο εδώ, όσο και στο εξωτερικό. Η ανάπτυξη της ΔΣΨ ήταν περιορισμένη για αρκετά χρόνια στις πανεπιστημιακές υγειονομικές υπηρεσίες της Ελλάδας. Το πιθανότερο είναι ότι οφείλεται στην κουλτούρα των υγειονομικών υπηρεσιών της χώρας αλλά και στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, με ότι αυτό συνεπάγεται για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Εξ άλλου το πρώτο πρόγραμμα μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην Διασυνδετική Ψυχιατρική και την απαρτιωμένη φροντίδα στους νοσηλευτικούς χώρους ξεκίνησε μόλις το 2009. Θα ήταν ενδιαφέρον σε μελλοντικές μελέτες να περιγραφεί η

εμπλοκή της διασυνδετικής ψυχιατρικής στην φροντίδα καρκινοπαθών στο σύνολο της Ελληνικής επικράτειας.

Σε άλλες χώρες ενδέχεται ο ψυχίατρος να επισκέπτεται τον ασθενή στα πλαίσια μιας ρουτίνας εδραιωμένης εδώ και πολλά χρόνια, με αποτέλεσμα να μην αναφέρεται καν ως κάτι σημαντικό. Είναι πολύ δύσκολο λοιπόν να γίνουν συγκρίσεις μεταξύ συστημάτων υγείας στο συγκεκριμένο θέμα, δηλ. της αντιμετώπισης του αυτοκτονικού ιδεασμού σε καρκινοπαθείς.

Μπορούν όμως να αντληθούν επί μέρους ευρήματα μελετών, όπως αυτή που αναφέρεται στην ανεργία ως παράγοντα κινδύνου. Τέτοιου είδους πληροφορίες ενδιαφέρουν πολύ, ιδίως όταν οι ανάλογες μελέτες εδώ είναι πολύ λίγες ή λείπουν τελείως. Ακόμη μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει οποιαδήποτε νέα διαπίστωση που σχετίζεται με τις μορφές κατάθλιψης και το πως οδηγούν σε αυτοκτονικό ιδεασμό, αλλά και για το πως γίνεται η κατάθλιψη αντιληπτή σε περιβάλλον ογκολογικής κλινικής, ή ακόμη και από τους οικείους του ασθενούς στο σπίτι του, όταν πρόκειται για εξωτερικό ασθενή.

Θετικό είναι ακόμη και το στοιχείο της μετάδοσης της γνώσης. Για παράδειγμα, ενώ η ΔΣΨ παρουσιάζει μικρή ανάπτυξη στην Ελλάδα, σε ορισμένες κλινικές π.χ. στο νοσοκομείο «Μεταξά», όπως αναφέρεται από τους Ιακωβίδη & Καρκανιά (2009), ο ψυχίατρος συμμετέχει στην ενημέρωση-συζήτηση των ογκολόγων για τους ασθενείς, με πραγματικό όφελος, τόσο για τον ασθενή, όσο και για την ογκολογική ομάδα. Την πιο πάνω συνθήκη, είναι πιθανό ότι αρκετοί επαγγελματίες υγείας σε άλλους χώρους, σε άλλες περιοχές να μην την έχουν πάντα υπόψη τους. Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση όμως όπως αυτή, είναι σε θέση να τους το υπενθυμίσει και ίσως τους παρακινήσει να ασχοληθούν περισσότερο με το ζήτημα.

Ακόμη, υπάρχουν και πρακτικά θέματα που πρέπει να βελτιώνονται και σχετίζονται με τον έλεγχο και τη μείωση του κόστους νοσηλείας, τα οποία ίσως είναι σκληρό να συνδέονται με τη νοσηλεία καρκινοπαθών, αλλά έχουν τη σημασία τους. Αν λοιπόν αντιμετωπιστεί έγκαιρα η απαισιοδοξία ενός καρκινοπαθούς, το πιθανότερο είναι ότι δε θα πάθει κατάθλιψη και θα απασχοληθεί λιγότερο το προσωπικό για να κατασταλεί ένας αυτοκτονικός ιδεασμός. Επίσης οι φαρμακευτικές αγωγές αλλά και οι απαιτούμενες διεργασίες από το χώρο της ψυχιατρικής - και όχι μόνο - θα βρίσκονται σε εναρμονισμό κόστους - οφέλους. Όλα αυτά σημαίνουν λιγότερη αγωνία και λιγότερα έξοδα για την οικογένεια του ασθενή και περισσότερο οργανωμένες υπηρεσίες στις υγειονομικές δομές.

Συμπεράσματα

Η ψυχιατρική παρέμβαση, στοχεύει στην καλύτερη διαχείριση των ψυχοπιεστικών συνθηκών που δημιουργεί ο καρκίνος στον ασθενή και στην ψυχική ενδυνάμωση των μελών της οικογένειάς του. Επίσης στην ενίσχυση της προσπάθειας των θεραπόντων ιατρών και των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα σύνθετα και δυσεπίλυτα προβλήματα που προκαλεί μία νόσος επικίνδυνη για τη ζωή, όπως είναι ο καρκίνος.

Όταν η νόσος έχει μια μορφή που δεν υποχωρεί και η θεραπεία γίνεται λιγότερο αποτελεσματική, τότε αυξάνεται η ανάγκη για βοήθεια και παρέμβαση στον άρρωστο και την οικογένειά του. Είναι συνηθισμένη μια απλούστευση, ότι οι ασθενείς υποφέρουν κυρίως από σωματικό άλγος και αν αυτό αντιμετωπιστεί, θα απαλλαγούν από δυσάρεστα συναισθήματα. Στην πραγματικότητα, η ψυχική ταλαιπωρία είναι πολύπλοκη και αντανακλά την ενδόμυχη αγωνία του ασθενούς μπροστά στην απειλή του καρκίνου, που αφορά την ψυχική, σωματική και κοινωνική του υπόσταση. Ο φόβος του μέλλοντος, η προσωπική νοηματοδότηση του καθενός στην έννοια της ασθένειας, το τραυματικό γεγονός που επικάθεται σε μια ψυχική δομή με διαμορφωμένους μηχανισμούς άμυνας, η ιστορία και οι εμπειρίες του ασθενή, η απώλεια της λειτουργικότητας και το δυνητικό πλήγμα στις διαπροσωπικές σχέσεις, αποτελούν διαστάσεις του προβλήματος στις οποίες πρέπει να εντρυφήσει ο ψυχίατρος, προκειμένου να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ασθενή του.

Αυτή ακριβώς την επιθυμία καλείται να ενδυναμώσει ο ψυχίατρος και η ομάδα της Διασυνδετικής - Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής, προκειμένου να καταπολεμήσει την εντύπωση του αδυναμίας, της φθοράς και του ενδεχόμενου θανάτου. Στόχος της είναι να διευκολύνει την αναγνώριση των προβλημάτων, να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων και να βοηθήσει να βρει ο άρρωστος τους καλύτερους δυνατούς τρόπους για την επίλυσή τους. Ο Weisman έγραψε ότι, η επιθυμία να ζήσει κανείς είναι μια έκφραση της ελπίδας, σε συνδυασμό με τη διάθεση για αγώνα.

Ο ρόλος της ΔΣΨ στην ανίχνευση, εκτίμηση και αντιμετώπιση όλων αυτών των προβλημάτων είναι καθοριστικός. Στον χώρο του Γενικού Νοσοκομείου καθίσταται δυνατή η βελτίωση της συνολικής ποιότητας φροντίδας των ογκολογικών ασθενών.

Υπάρχει ανάγκη για φροντίδα της οικογένειας αμέσως μετά τον θάνατο, ιδιαίτερα αν υπάρχουν παιδιά και εξαρτώμενα μέλη. Αν ο ασθενής έχει αποβιώσει μέσα στο νοσοκομείο, οι οικείοι του χρειάζονται κάποιας μορφής άμεση ψυχολογική παρέμβαση, την οποία, πριν αναλάβουν οι ειδικοί, μπορούν να ξεκινήσουν οι θεράποντες και οι νοσηλευτές, αν βέβαια έχουν λάβει προηγουμένως την κατάλληλη εκπαίδευση. Αυτός βέβαια είναι ο ιδανικός

χειρισμός, ο οποίος στην εποχή που ζούμε, μάλλον θα συναντούσε τα γενικότερα εμπόδια που συναντά η παιδεία σε αυτόν τον τόπο.

Παρά την πίεση που ασκεί η μεγάλη πιθανότητα να καταλήξει ο ασθενής, οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν πρέπει να παραλείψουν να φροντίσουν και τους στενούς συγγενείς, οι οποίοι ενδέχεται να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου, συνιστώντας με έμφαση την προληπτική παρέμβαση που προβλέπεται σε κάθε περίπτωση.

Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη, θεωρείται συστατικό στοιχείο της ποιότητας ζωής των ασθενών για να ζουν με αξιοπρέπεια και όχι απλώς να επιβιώνουν. Πρέπει οπωσδήποτε να διευρυνθεί αυτός ο θεσμός μέχρι οι ασθενείς να καταφέρουν τελικά να κατακτήσουν ψυχικούς μηχανισμούς για να στηρίζουν τον εαυτό τους.

Η βοήθεια αυτή χρειάζεται και στην πιθανότητα ανάπτυξης αυτοκτονικού ιδεασμού που εκδηλώνεται πιο συχνά σε ασθενείς με καρκίνο, οι οποίοι έχουν συναισθηματική δυσφορία και έντονο πόνο. Η αναγνώριση και θεραπεία αυτών των συμπτωμάτων θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών, αλλά θα συμβάλει και στη μείωση του κινδύνου αυτοκτονίας.

Παρά το γεγονός ότι η αυτοκτονία σε καρκινοπαθείς και η κατάλληλη διαχείριση των καρκινοπαθών με αυτοκτονικό ιδεασμό είναι κρίσιμα ζητήματα στην κλινική ογκολογία, λίγες μελέτες έχουν γίνει με σκοπό την κατανόηση και αναγνώριση της αυτοκτονικότητας. Ο εντοπισμός ασθενών που διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να αυτοκτονήσουν και η αναγνώριση των υποκείμενων παραγόντων, είναι τα πρώτα βήματα για την πρόληψη της αυτοκτονίας και για να επιτραπεί η κατάλληλη παρηγορητική παρέμβαση.

Στη φροντίδα των ασθενών τελικού σταδίου, η σημασία του πόνου, η μείωση της όρεξης και τα δυνατά συναισθήματα της χρονικής περιόδου καθώς και η πρόβλεψη της επιθυμίας επίσπευσης θανάτου, πρέπει να τύχουν μεγαλύτερης ερευνητικής επεξεργασίας. Έτσι η αποτελεσματική διαχείριση των σωματικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων φαίνεται να είναι μια σημαντική πτυχή της παρηγορητικής φροντίδας, προκειμένου να αποτραπεί η επιθυμία επίσπευσης θανάτου.

Τα ευρήματα αυτά, υπογραμμίζουν την ανάγκη για τους επαγγελματίες υγείας, να κατανοούν καλύτερα τους παράγοντες κινδύνου που συμβάλλουν στην αυτοκτονικότητα των ασθενών με καρκίνο, έτσι ώστε, να μπορούν να τους εντοπίζουν και να τους αντιμετωπίζουν στο μέτρο του δυνατού. Σε πολλές από τις περιπτώσεις αυτοκτονίας που εξετάζονται στις μελέτες, οι ασθενείς επισκέφθηκαν το γιατρό τους τον τελευταίο μήνα της ζωής τους. Αν εδώ διαπιστωθεί η ψυχική δαταραχή και αντιμετωπιστεί επιτυχώς ο ψυχικός πόνος σε ασθενείς με

καρκίνο, μειώνεται σημαντικά η πιθανότητα εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού. Ο έγκαιρος εντοπισμός είναι επομένως το κλειδί για την πρόληψη και την παρέμβαση.

Οι ασθενείς με μειωμένη σωματική λειτουργία και μείζονα κατάθλιψη, θα πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά και να τους παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα για την πρόληψη των αυτοκτονιών. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα έχουν καλύτερα αποτελέσματα αν η ομάδα φροντίδας είναι διεπιστημονική, ιδίως για την πρόληψη των αυτοκτονιών σε ασθενείς τελικού σταδίου.

Βιβλιογραφία

Αβραμίκα Μ., Μπελλάλη Θ., Κυρίτση Ε., Μαστροκώστας Α., Πολυκανδριώτη Μ., Λειβαδίτης Μ. (2011). Άγχος, Κατάθλιψη και Ψυχοκοινωνική Στήριξη Ασθενών με Καρκίνο του Λάρυγγα. Νοσηλευτική, 50(4): 421–429. (http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=291)

Δικαίος Δ. (2006). Κεφ. Συναισθηματικές Διαταραχές , σελ. 293 στο : : Σολδάτος Κ.- Λύκουρας Λ. ,Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Πρώτος Τόμος ,εκδόσεις Βήτα.

Ζέρβας Γ., Παπαγεωργίου Χ. (2009). Κεφάλαιο 2. Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο και η διασύνδεση της Ψυχιατρικής με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες στο: Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. Διασυνδετική Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.

Ηγουμένου Α. (2010). Σχέση κατάθλιψης και καρκίνου. Ψυχιατρική 21 (3).

Ιακωβίδης Β., Καρκανιάς Α. (2009). Κεφάλαιο 4. Ψυχοογκολογία στο: Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. Διασυνδετική Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.

Ιπποκράτης, 5ος αιώνας π.Χ.. Περί χυμών. Αθήνα 1992, Κάκτος.

Καρκανιάς Α.- Σολδάτος Κ.(2009) . Κεφάλαιο : Ο θνήσκων ασθενής στο: Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. Διασυνδετική Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.

Κουζής Α. 1902. Ο καρκίνος παρά τοις Αρχαίοις Έλλησιν ιατροίς. Εν Αθήναις, Τύποις Α. Κωνσταντινίδου.

Λύκουρας Λ., Δουζένης Α. (2012). Η Διασυνδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική στην Ελλάδα. Ψυχιατρική, τόμος 18, τεύχος 2. (http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=422&Itemid=97&lang=el)

Μάνος Ν. (1988). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Κεφ. 19 Αυτοκτονία. University Studio Press.

Μουσσάς Ι. Γ., Καρκανιάς Π. Α., Παπαδοπούλου Α. (2008). Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς γενικού νοσοκομείου με καρκίνο. Ψυχιατρική, 19:124–144.

Μουσσάς Ι. Γ., Παπαδοπούλου Γ. Α. (2012). Ο Ψυχιατρικός Τομέας του Γενικού Νοσοκομείου και ασθενείς με καρκίνο. Ψυχιατρική, τόμος 23, τεύχος 3. (http://www.psych.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=530&Itemid=120&lang=el)

Ρασιδάκης Ν., 1983. Ψυχή και καρκίνος. Αθήνα.

Ρηγάτος Γ., 1985. Εισαγωγή στην ψυχοκοινωνική ογκολογία. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Ζήτα.

Ρηγάτος Α. Γ. (2008). Μετά το πρώτο σοκ, πέντε στάδια ως την αποδοχή. Πηγή: εφημερίδα «Τα Νέα», περιοδικό «Υγεία». Δημοσίευση: 27-10-2008, 23:05 Τελευταία ανανέωση: 29-10-2008, 11:27. (http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=264&articleID=4865&la=1)

Σολδάτος Κ. Η ψυχολογική αντίδραση στη σωματική αρρώστια. Αρχ .Ελλ. Ιατρ. 1984, 1:280

Σπυροπούλου Α.- Ζέρβας Γ. (2009). Κεφ. 2 Η γυναίκα ως ασθενής στο: Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. Διασυνδετική Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.

Τούντας Κ. Γ., Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας. Τελευταία αναθεώρηση : 10/2/2007. (http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=783)

Τριποδιανάκης Ι. – Σαραντίδης Δ.(2009) . Κεφ. 9 Αυτοκτονικότητα ,στο: : Λύκουρας Λ., Σολδάτος Κ., Ζέρβας Γ. Διασυνδετική Ψυχιατρική. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα.

Χαβάκη –Κονταξάκη Μ. ,Αυτοκαταστροφική και Βίαιη Συμπεριφορά στο: Σολδάτος Κ.- Λύκουρας Λ. ,Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Πρώτος Τόμος, (2006), εκδόσεις Βήτα.

Ιστορία και Θεωρία Δικαίου.
(http://istoriakaitheoriadikaiou.blogspot.gr/2008/12/blog-post_7457.html)

Achte A., Vaukhoven I., Vitamaki C., 1970. Cancer and psyche. Monographs Psychiatr. Clin. No 1. Helsinki.

Akechi T., Nakano T., Akizuki N., Nakanishi T., Yoshikawa E., Okamura H. and Uchitomi Y. (2002). Clinical Factors Associated with Suicidality in Cancer Patients. Jpn J Clin Oncol;32(12)506–511.

Akechi T., Okuyama T., Sugawara Y., Nakano T., Shima Y., Uchitomi Y. (2004). Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. Cancer 100:183-191. http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t357.pdf

Bacon L., Rennecker E., Cutler M., 1952. A psychosomatic survey of cancer of the breast. Psychosom. Med. 14, 453 – 460.

Bard M., Sutherland A. M. 1995. Psychological impact of cancer and its treatment. IV. Adaptation to radical mastectomy. Cancer, B, 656 – 672.

Beck M., et al, 1975. Zur Psychosomatic des Mamma – Carcinoms. Z. Psychosom. Med. Psychoanal. 21: cited by Becker H., (1979). Psychother. Psychosom. 32, 287 – 296.

Becker H., 1979. Psychodynamic aspects of breast cancer. Differences in younger and older patients. Psychother. Psychosom. 32, 287 – 296.

Booth G., 1973a. Psychological aspects of lung cancer. Presented at the 2nd European Symposium of Psychobiological, Psychophysiological, Psychosocial and psychosomatic aspects of Neoplastic Disease. Gram Gora (Yug.)

Booth G., 1973b. A comparative Rorschach study of lung cancer and cervix cancer patients. Ibid., Gram Gora (Yug.)

Breitbart S. W., and Alici Y. (2009). Psycho-Oncology. Harvard Rev Psychiatry, Vol. 17, No. 6, 361-376. http://www.pitsilidis.gr/magazine_gr.asp?id=2441&category=16

Breitbart W., Rosenfeld B., Pessin H., Kaim M., Funesti-Esch J., Galietta M., Nelson J. C., Brescia R. (2000). Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients with Cancer. JAMA; 284(22):2907-2911. (http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=193350)

Camidge R D, Stockton L D, Frame S, Wood R, Bain, M and Bateman N D (2007). Hospital admissions and deaths relating to deliberate self-harm and accidents within 5 years of a cancer diagnosis: a national study in Scotland, UK Br J Cancer; 96(5): 752–757.

Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V and Saul J (2001). Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. British Journal of Cancer 84(8), 1011–1015. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2363864/pdf/84-6691724a.pdf)

Gilbertsen VA, Wangensteen DH, Should the doctor tell the patient that the disease is cancer? Surgeon's recommendation. In :American Cancer Society (ed) The physician and the total care of the cancer patient. New York, American Cancer Society, 1962.

Hall, R.C.W., & Chapman, M.J. (2003). Identifying geriatric patients at risk for suicide and depression. Clinical Geriatrics, 11(10) 36-44.

(http://www.drrichardhall.com/Articles/Geriatric_Suicide.pdf)

Herng-Ching Lin, Chih-Hsiung Wu and Hsin-Chien Lee (2009). Risk factors for suicide following hospital discharge among cancer patients. Psycho-Oncology 18: 1038–1044.

Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. (2004). Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. J Clin Oncol; 22: 4209–16. (http://jco.ascopubs.org/content/22/20/4209.full.pdf+html)

Holland J. C., 1990a. Clinical course of cancer. In: Holland J. C., Rowland J. R., (Eds.). Handbook of Psychoongology, 75 – 100, New York: Oxford University Press.

Howard R A, Inskip P D, Travis L B. (2009). Suicide after childhood cancer. J Clin Oncol;25:731. http://jco.ascopubs.org/content/25/6/731.2.full.pdf

Jacobs, D., & Brewer, M. (2004). APA practice guideline. Psychiatric Annals, 34(5): 373-380.
(http://www.mentalhealthscreening.org/downloads/Media/Docs/reviewarticle_APAsuicidegdlns.pdf)

Kontaxakis V.P., Christodoulou G.N., Mavreas V.G., Havaki-Kontaxaki B.J. (1988). Attempted suicide in psychiatric outpatients with concurrent physical illness. Psychotherapy and Psychosomatics 1988; Vol. 50 (4), pp. 201-6.

Kontaxakis V.P. (2011). Suicidal Behaviour and physical illness. Psychiatriki, 2011:22(1):13-16

Kontaxakis V., Markidis M., Vaslamatzis G., loannidis H., Stefanis C. (1988). Attempted suicide by jumping: Clinical and social features. Acta Psychiatr. Scand. 1988:77:435-43

Kroenke K., Spitzer L., R. and Williams W. B. J. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure. J Gen Intern Med. September; 16(9): 606–613.
(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/)

Kubler – Ross E., 1969. On Death and Dying. New York: Macmillan.

Labisi O. (2006). Suicide Risk Assessment in the Depressed Elderly Patient with Cancer. Journal of Gerontological Social Work, Vol. 47(1/2).

Lewis G., Sloggett A. (1998). Suicide, deprivation, and unemployment: record linkage study. BMJ, 317:1283–6.
(http://www.bmj.com/content/317/7168/1283.pdf%2Bhtml)

Misono, S., Weiss, N.S., Fann, J.R., Redman, M., & Yueh, B. (2008). Incidence of suicide in persons with cancer. Journal of Clinical Oncology, 26(29), 4731–4738.

Mystakidou K., Parpa E., Katsouda E., Galanos A. and Vlahos L. (2006). The Role Of Physical And Psychological Symptoms In Desire For Death: A Study Of Terminally Ill Cancer Patients. Psycho-Oncology 15: 355–360.

Nemeth G., Mezei A., 1969. Prognostical aspects of cancer on the basis of clinical and psychological data. Acta Med. Psychosom (Roma) 1, 625.

Peck A., 1972. Emotional reactions to having cancer. American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine, 114, 591 – 599.

Pélicier N. (2006). Η ανακοίνωση της διάγνωσης στον ασθενή με καρκίνο. La Revue du Praticien, 56 (30 Novembre 2006), 1997-2003. Απόδοση στα ελληνικά: Βλαστός Φ.,

Πνευμονολόγος, Επιμελητής Α' ΚΑΑ-ΝΝΘΑ. Info Respiratory & Internal medicine. Σελ. 36-39.
http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_44/i_anakoinwsi.pdf

Pirl F. W., Greer J., Temel S. J., Yeap Y. B., and Gilman E. S. (2009). Major Depressive Disorder in Long-Term Cancer Survivors: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication. J Clin Oncol 27:4130-4134.
http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734424/pdf/zlj4130.pdf

Rasic D. T., Shay-Lee Belik, Bolton J. M., Chochinov H. M., J. Sareen (2008). Cancer, mental disorders, suicidal ideation and attempts in a large community sample. Psycho-Oncology 17: 660–667.

Renneker R., Cutler R., Hora J., Bacon C., Bradley G., Kearney J., Cutler M. 1963. Psychoanalytic exploration of emotional of cancer of breast. Psychosom. Med. 25, 106 – 112.

Reznikoff M., 1955. Psychological factors in breast cancer. Psychosom. Med. 17, 96 – 105.

Rigatos G. A., 1992. Psychosomatic Aspects in Cancer from antiquity to the 20th century. A special publication for the 6th International Congress of Psychoongology. Oct., France: Beaune.

Robson A., Scrutton F., Wilkinson L. and MacLeod F. (2010). The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. Psycho-Oncology 19: 1250–1258.

Robinson D, Renshaw C, Okello C, Møller H and Davies E A (2009). Suicide in cancer patients in South East England from 1996 to 2005: a population-based study. British Journal of Cancer 101, 198 – 201.

Rowland J, Mariotto A, Aziz N, Tesauro G, Feuer EJ, Blackman D, et al. (2004). Cancer survivorship — United States, 1971 – 2001. MMWR Morb Mortal Wkly Rep; 53: 526–9. (http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5324a3.htm)

Schulz R., Akerman D., 1974. Clinical Research and the stages of Dying. Omega. Vol. 5, 137 – 143.

Shafer E. (2008). Suicide risk almost double among patients with cancer. HemOnc today; September 10, p. 38.

Schairer C., Morris Brown L., Chen E. B., Howard R., Lynch F. C., Hall P., Storm H., Pukkala, E. Anderson A., Kaijser M., Andersson M., Joensuu H., Fosså D. S., Ganz A. P., Travis B. L. (2006). Suicide After Breast Cancer: an International Population- Based Study of 723 810 Women. Journal of the National Cancer Institute, Vol. 98, No. 19: 1416-1419. http://jnci.oxfordjournals.org/content/98/19/1416.full.pdf+html

Spittler L. K. (2008). Risk of Suicide and Suicidal Ideation Is Higher Among Patients with Cancer. NeuroPsychiatry Reviews. November; p.6

Steiner F. J., Cavender A. T., Main S. D., Bradley J. C. (2004). Assessing the Impact of Cancer on Work Outcomes What Are the Research Needs? CANCER / Volume 101 / Number 8.
(http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.20564/pdf)

Strong V., Waters R., Hibberd C., Rush R., Cargill A., Storey D., Walker J., Wall L., Fallon M. and Sharpe M. (2007). Emotional distress in cancer patients: the Edinburgh Cancer Centre symptom study. British Journal of Cancer 96, 868 – 874.

Tarlou M., Smallheiser I. 1951. Personality patterns in patients with malignant tumors of breast and cervix. Psychosom. Med. 13, 117.

Terry W, Olson LG, Wills L, Boulton - Lewis B, Experience of dying: concerns of dying patients and of cancers. Int Med J 2006, 36:338-346.

The Macarthur Initiative on Depression & Primary Care. Patient Health Questionnaire. 4 November, 2012.
(http://www.depression-primarycare.org/clinicians/toolkits/materials/forms/phq9/)

Twombly R. (2006). Decades After Cancer, Suicide Risk Remains High. Journal of the National Cancer Institute, Vol. 98, No. 19.

Walker J., Waters A. R., Murray G., Swanson H., Hibberd J. C., Rush W. R., Storey J. D., Strong A. V., Fallon T. M., Wall R. L., and Sharpe M. (2008). Better Off Dead: Suicidal Thoughts in Cancer Patients. Clin Oncol 26:4725-4730.

Weisman AD., Wodern JW., 1976. The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. Psychiatric Med. 7, 1 – 15.

Weisman A. D., 1979, Coping with Cancer. New York: McGraw – Hill Book Co.

Yousaf U., Christensen M.-LM., Engholm G. and Storm H. H. (2005). Suicides among Danish cancer patients 1971–1999. British Journal of Cancer 92(6), 995 – 1000.
(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2361949/)