

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

**«ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΧΡΟΝΙΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ»**

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: Τραυματικές εμπειρίες καρκινοπαθών ασθενών μετά από
χειρουργική επέμβαση**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Dea Dilo
Α.Μ 20150687

ΑΘΗΝΑ 2020

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Τραυματικές εμπειρίες καρκινοπαθών ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : Ντέα Ντίλο

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Άννα Ζυγογιάννη

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Μυστακίδου Κυριακή, Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Κουλουλίας Βασίλειος, Καθηγητής Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

Ζυγογιάννη Άννα, Επίκουρη Καθηγήτρια Ακτινοθεραπευτικής Ογκολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, της σχετιζόμενης με τις τραυματικές εμπειρίες ασθενών με καρκίνο μετά από χειρουργικές επεμβάσεις. Το ερευνητικό ερώτημα το οποίο τίθεται είναι το ποιός είναι ο ρόλος της αρχικής διάγνωσης του καρκίνου, και ποιός ο ρόλος της χειρουργικής επέμβασης στην εμφάνιση και το μέγεθος του μετεγχειρητικού τραύματος και των εξ αυτού παραγομένων ψυχικών διαταραχών.

Μέθοδος : Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες Pubmed, Wiley, Taylor and Francis και Igenta C με τελευταία αναζήτηση στις 14/10/20. Ως κριτήρια αποκλεισμού ετέθησαν τα εξής: όχι χειρουργική επέμβαση, όχι ψυχική διαταραχή, όχι μη-ενήλικο δείγμα, όχι πρωτογενής μελέτη. Για την αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις-κλειδιά: τραύμα, τραυματική εμπειρία, μετατραυματική διαταραχή του στρες, ασθενείς με καρκίνο, μετεγχειρητικά.

Αποτελέσματα : Η ανασκόπηση των μελετών έδειξε άμεση συσχέτιση της ογκολογικής χειρουργικής θεραπείας με την εμφάνιση ψυχικού τραύματος σε μεγάλο ποσοστό των ασθενών . Μετρήσεις πριν και μετά την χειρουργική επέμβαση , έδειξαν ότι η διάγνωση της καρκινικής νόσου αποτελεί παράγοντα ψυχικού τραύματος *per se*, αλλά επίσης και αυξημένα επίπεδα άγχους στους ασθενείς άμεσα προ της επέμβασης, γεγονός το οποίο αποκαλύπτει πως η ιδέα και μόνο του χειρουργείου αποτελεί τραυματική εμπειρία.

Συμπεράσματα : Προκύπτει το συμπέρασμα ότι μετεγχειρητικά ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με καρκίνο εμφανίζει ψυχικό τραύμα ή και σχετιζόμενη με αυτό ψυχική διαταραχή, λόγω της διάγνωσης του καρκίνου , του αποτελέσματος της χειρουργικής θεραπείας αναλογα με το είδος της θεραπείας και του καρκίνου . Προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης μεταξύ αποτελεσμάτων της επέμβασης και μετεγχειρητικού τραύματος (ανά είδος επέμβασης,είδος καρκίνου και σταδίου). Προτείνεται επίσης και η διερεύνηση προς μία περισσότερο εστιασμένη πρόληψη του ψυχικού τραύματος στα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τον καρκίνο γενικά, αλλά και ειδικότερα στα ογκολογικά χειρουργικά θεραπευτικά πρωτόκολλα. Σε αυτήν την προσέγγιση θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των θεραπόντων της ασθένειας ιατρών, των κοινωνικών υποστηρικτικών δομών και των λειτουργών της Ανακουφιστικής Αγωγής.

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this dissertation is to review the literature related to the traumatic experiences of cancer patients after surgery. The research question which arises questions the role of the cancer diagnosis, and the role of the surgical treatments of cancer in the appearance and size of postoperative trauma and the mental disorders produced by it.

Method: The literature reviewed was published on the online databases Pubmed, Wiley, Taylor and Francis and Igenta C with the last online search taking place on the 14/10/2020. The exclusion criteria were: no surgery, no mental disorder, no non-adult sample, no primary study. Keywords used for the search: trauma, traumatic experience, post-traumatic stress disorder, cancer patients, postoperative

Results: The literature review showed a direct correlation between the oncological surgical treatment and the occurrence of mental trauma in a large percentage of patients. Measurements before and after the surgery showed that the diagnosis of cancer is a factor of mental trauma per se, but also the increased levels of stress in patients right before surgery, revealed that the idea of the surgical treatment alone is a traumatic experience for the patient.

Conclusion: Postoperatively a significant number of cancer patients develop mental trauma or related mental disorder, due to the diagnosis of cancer and the outcome of the surgical treatment, depending on the type of treatment, depending on the type of treatment and type of cancer. Further investigation on the relationship between the results of the operation and the postoperative trauma (depending on type of surgery, type of cancer and stage) is proposed. The investigation towards a more focused prevention of mental trauma in cancer treatment protocols in general, and in surgical cancer treatment protocols in particular is also proposed. This approach should emphasize the promotion of the collaboration between medical practitioners, social support structures and Palliative Care providers.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους συντελεστές και υπευθύνους καθηγητές του ΜΠΣ , και ιδιαίτερα την κ. Κυριακή Μυστακίδου και την κ.Ελισάβετ Πατηράκη για τις ευκαιρίες που μου έδωσαν ώστε να διευρύνω τους ορίζοντες μου προς μια πιο ανθρωποκεντρική και ολιστική προσέγγιση των ασθενών. Η διδασκαλία τους καθ' όλο το διάστημα ήταν πολυ εποικοδομητική, με ωφέλησε ιδιαίτερα και πιστεύω πως θα συνεχίσει να αποδίδει καρπούς και στη μετέπειτα στην κλινική μου σταδιοδρομία, μετά το πέρας αυτής της μεταπτυχιακής εκπαίδευσης.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κ. Ζυγογιάννη για τη βοήθεια, την υπομονή και την κατανόησή της κατά την επιτέλεση της έρευνας και την γραφή της εργασίας αυτής.

Θερμές ευχαριστίες χρωστώ και στην κ. Ευαγγελία Λιονή όχι μόνον για την άριστη συνεργασία και την υποστήριξη σε κάθε προκύπτον ζήτημα, αλλά και για την ειλικρινή συμπαράστασή της η οποία μου έδινε κουράγιο και η οποία πραγματικά με συγκίνησε βαθιά.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγο και συνάδελφό μου , Ζιάντ Αλμεζραπ, την αδερφή μου Ίβα Ντίλο και την κουμπάρα μας, Τατιάνα Ρενιέρη, για τις ατελείωτες ώρες δημιουργικής απασχόλησης της μικρής μου Γιασμίν, ώστε να παραμείνω δίχως έγνοια προσηλωμένη στην έρευνα ως την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας!

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΝΟΤΗΤΑ Α' ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ σελ.8

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ σελ .8

1.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ σελ 9

1.3 ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ σελ 10

1.4 ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ σελ 11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ σελ 12

2.1 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ σελ 12

2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ σελ 13

2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ σελ 13

2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ σελ 14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗΣ, ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΥΔΙΑΣΜΑ σελ 16

3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗΣ σελ 16

3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟΣΥΝΔΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ σελ 16

3.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΥΔΙΑΣΜΑ σελ 18

3.3.1 ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

3.3.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΥΔΙΑΣΜΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Ο ΠΟΝΟΣ σελ 20

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ σελ 20

4.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ σελ 20

4.3 Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ σελ 21

4.4. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ σελ 21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΚΑΡΚΙΝΟΣ σελ 23

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ σελ 23

5.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ σελ 23

5.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ σελ 23

5.4 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ σελ 25

5.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ σελ 25

5.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ σελ 25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ σελ 26

6.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ σελ 26

6.2 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ σελ 28

6.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ σελ 29

Β' ΕΝΟΤΗΤΑ ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΜΕΘΟΔΟΣ σελ 30

7.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ σελ 30

7.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ σελ 31

7.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ σελ 31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ σελ 33

8.1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ σελ 33

8.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ σελ 37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ σελ 45

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ 47

ΕΝΟΤΗΤΑ Α' ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Το ψυχικό τραύμα αποτελεί μία από εκείνες τις επιστημονικές έννοιες οι οποίες έχουν ενσωματωθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό στον καθημερινό, λαϊκό λόγο του δυτικού πολιτισμού. Ένα από τα αποτελέσματα αυτής της ενσωμάτωσης είναι το γεγονός πως η ίδια η έννοια του ψυχικού τραύματος έχει αποκτήσει μία μεγαλύτερη ευρύτητα στην ευκολία χρήσης της, αλλά και μία ευρύτητα νοήματος ή νοημάτων. Όμως στην προκειμένη περίπτωση δεν είναι η καθημερινή χρήση μόνον η οποία κάνει μεγαλύτερη την ανοικτότητα της συγκεκριμένης έννοιας· η ανοικτότητα αυτή μπορεί να ανιχνευθεί και στο παρελθόν, έως την πρώιμη χρήση της στον τομέα της ψυχολογίας και της ψυχανάλυσης. Ο Ζίγκμουντ Φρόυντ, στα πρώτα ακόμη χρόνια της νέας επιστήμης εισάγοντας τον νέο ψυχαναλυτικό όρο, θα δώσει ο ίδιος περισσότερους του ενός ορισμούς του ψυχικού τραύματος¹.

Ο Φρόυντ θα μεταφέρει την ελληνική λέξη τραύμα (γερμ. Trauma, αγγ. trauma, γαλλ. trauma) από τον επιστημονικό τομέα της ιατρικής στον επιστημονικό τομέα της ψυχολογίας χωρίς κάποια λεξιλογική αλλαγή, ή ιδιαίτερη ερμηνευτική οδηγία. Η απ' ευθείας αυτή μεταφορά της λέξης καθιστά τη νέα έννοια φορέα της ουσίας της αρχικής έννοιας. Ως παράγωγο είτε του ρήματος “τριπύσκω” είτε του “τείρω” στην ουσία του το τραύμα μιλά για “λύση της συνέχειας”², τρύπημα, διάρρηξη.

Πρόκειται λοιπόν για μία βίαιη ρήξη του κόσμου όπως τον γνώριζε έως τώρα το άτομο, για μία απρόβλεπτη αλλαγή της πραγματικότητας η οποία διαρρηγνύει τα όριά του. Αυτή η βίαιη διάρρηξη των ορίων μπορεί να λάβει χώρα ξαφνικά ή να εξελίσσεται σταδιακά μέσα στο χρόνο, δεν παύει όμως και στις δύο περιπτώσεις να έχει τον χαρακτήρα και τη σημασία του απρόβλεπτου. Και αυτό διότι η βίαιη ρήξη του κόσμου του αποτελεί ένα γεγονός για το οποίο το άτομο δεν μπορεί ποτέ να είναι προετοιμασμένο συναισθηματικά.

Αν και οι ερμηνείες και οι αναλύσεις για το τραύμα, ιδίως στον ψυχαναλυτικό τομέα, ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό, υπάρχει μία κοινή αποδεκτή σταθερά: πως το άτομο αισθάνεται απροστάτευτο και εκτεθειμένο απέναντι σε δυνάμεις τις οποίες αντιλαμβάνεται ως ανεξέλεγκτες και των οποίων τη λειτουργία δεν μπορεί να κατανοήσει, καθώς επίσης πως η πίστη του κλονίζεται, αλλοιώνοντας την αντίληψή του για τον ίδιο του τον εαυτό. Μπορεί να αντιλαμβάνεται τον εαυτό ως μηδαμινό, ανήμπορο, κατεστραμμένο, άνευ αξίας, ή να έχει χάσει την αίσθηση της ολότητας του εαυτού του, αντιλαμβανόμενο την ύπαρξή του ως μία σειρά αποσπασματικών χρονικών γεγονότων και σκέψεων, βιώνοντας έναν κατακερματισμό της ύπαρξής του².

Αυτές τις σκέψεις συναντούμε και στον ορισμό που δίνει για το τραύμα (trauma) το διαδικτυακό λεξικό της Αμερικανικής Εταιρείας Ψυχολογίας (APA) (η παρακάτω μετάφραση δική μας):

“τραύμα

1. οποιαδήποτε ενοχλητική εμπειρία η οποία έχει ως αποτέλεσμα κάποιον ιδιαίτερο φόβο, αίσθηση αδυναμίας, αποσύνδεση, σύγχυση, ή άλλα αρκετά έντονα αισθήματα διαταραχής ώστε να έχουν μία μακροπρόθεσμη αρνητική επίδραση στις διαθέσεις, τη συμπεριφορά, και σε άλλες πλευρές της λειτουργικότητας ενός ατόμου. Τα τραυματικά γεγονότα περιλαμβάνουν εκείνα τα οποία έχουν προκληθεί εξ' αιτίας της ανθρώπινης συμπεριφοράς (π.χ. βιασμός, πόλεμος, βιομηχανικά ατυχήματα) καθώς και αυτά τα οποία έχουν προκληθεί από τη φύση (π.χ. σεισμοί) και συχνά θέτουν υπό αμφισβήτηση την εικόνα του κόσμου ως ενός δίκαιου, ασφαλούς και προβλέψιμου τόπου, την οποία έχει ένας άνθρωπος.”³

Οι περισσότεροι συνήθεις αντιδράσεις στην τραυματική εμπειρία, οι πρώτες συμπεριφορικές εκφράσεις και συναισθηματικές εκδηλώσεις δηλαδή του ψυχικού τραύματος, είναι ο ισχυρός κλονισμός (σοκ) και η άρνηση⁴. Όταν το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση σοκ, αισθάνεται συναισθηματικά μουδιασμένο, αποκομμένο από τον εσωτερικό και τον εξωτερικό κόσμο και συχνά εμφανίζει αδυναμία στις διανοητικές διεργασίες. Όταν το άτομο βρίσκεται στο στάδιο της άρνησης δεν αποδέχεται πως το τραυματικό συμβάν έχει πραγματικά υπάρξει, και συμπεριφέρεται σα να μην είχε γίνει ποτέ διακοπή στη ροή της κανονικότητας της ζωής του. Συχνά η άρνηση γίνεται αντιληπτή ως ψυχική αντοχή, με αποτέλεσμα το τραύμα να κρύβεται.

Τα μακροπρόθεσμα συμπτώματα του ψυχικού τραύματος μπορεί να εμφανίζονται και όταν το άτομο σταδιακά αναρρώνει, αλλά και όταν το τραύμα σταδιακά μετατρέπεται σε ψυχική διαταραχή. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν τα ξαφνικά απρόβλεπτα συναισθήματα, τις επαναλαμβανόμενες ανεξέλεγκτες σκέψεις για το τραυματικό συμβάν ή σκέψεις που το συμβολίζουν, ψυχοσωματικές εκδηλώσεις όπως το ανεξήγητο άλγος, και η αδυναμία, καθώς και αλλαγές στις διαπροσωπικές σχέσεις, στη συμμετοχή στα κοινά, αλλά και στην επαγγελματική ή σχολική απόδοση. Η συμβολή του κοινωνικού περιβάλλοντος στην επούλωση του συναισθηματικού τραύματος έχει πολύ μεγάλη σημασία και βαρύτητα⁵.

Η ανάρρωση μετά την τραυματική εμπειρία μπορεί να χρειαστεί ή να μη χρειαστεί εξωτερική παρέμβαση για να επιτευχθεί. Ο μηχανισμός ο οποίος θα επιτρέψει την επάνοδο σε μία ζωή δίχως τραύμα διαφέρει από άνθρωπο σε άνθρωπο, μα συνήθως έχει μία διάρκεια στο χρόνο ποσοτικώς ανάλογη προς το μέγεθος του ψυχικού τραύματος. Η θετική ψυχική εξέλιξη του ατόμου μετά την τραυματική εμπειρία, ως αποτέλεσμα της εσωτερικής επεξεργασίας αυτής, μελετάται υπό την ονομασία Μετατραυματική Ανάπτυξη (Post Traumatic Growth). Η μελέτη της μετατραυματικής ανάπτυξης τα τελευταία χρόνια έχει εμφανίσει αρκετά αισιόδοξα και σημαντικά αποτελέσματα σχετικά με τις εσωτερικές λειτουργίες της ψυχικής ανάρρωσης του τραυματισμένου ατόμου, γεγονός το οποίο προσελκύει όλο και περισσότερο το ερευνητικό ενδιαφέρον από πολλούς και διαφορετικούς μεταξύ τους επιστημονικούς τομείς.

1.2 ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΟΡΟΥ

Το τραύμα μπορεί να απαντηθεί συχνά ως “τραύμα”, “ψυχικό τραύμα”, “συναισθηματικό τραύμα”, “ψυχολογικό τραύμα”. Επειδή η χρήση του όρου “τραύμα”, δίχως επιθετικό ή άλλον προσδιορισμό, στην ελληνική βιβλιογραφία παραπέμπει σε μία περισσότερη ψυχαναλυτική προσέγγιση, ίσως μάλιστα Φροϋδικής βάσης, και λιγότερο σε σύγχρονά μας κείμενα ψυχολογίας και ψυχιατρικής, στην παρούσα εργασία επιλέξαμε να αποφύγουμε τη

χρήση του μη προσδιοριζόμενου όρου, όσο και όπου αυτό είναι δυνατό. Καθώς βέβαια στα βρετανικά και αμερικανικά εγχειρίδια αναφοράς χρησιμοποιείται ο όρος trauma χωρίς προσδιορισμό, ενίοτε θα υιοθετούμε φυσικά και το “τραύμα” ως έχει. Προς αποφυγήν επιπρόσθετων ερμηνευτικών παρεξηγήσεων, αλλά και με σκοπό το να υπάρχει μία ενότητα λεξιλογική στο σώμα του παρόντος κειμένου, η οποία θα προωθή την δυνατότητα συγκέντρωσης του αναγνώστη, από τους ελληνικούς προσδιορισμούς έχουμε επιλέξει να διατηρήσουμε το “ψυχικό τραύμα”.

1.3 ΟΙ ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΨΥΧΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Η κατηγοριοποίηση του ψυχικού τραύματος γίνεται με βάση την μορφή και την ένταση της ρήξης της πραγματικότητας. Ο διαχωρισμός σε δύο Τύπους (I και II) μπορεί να λειτουργήσει ως βοηθητικό εργαλείο στην εκτίμηση της συνολικής επίπτωσης του τραύματος στην ψυχική υγεία του ατόμου⁶.

ΤΡΑΥΜΑ ΤΥΠΟΥ I (TTI)

Ως Τραύματα Τύπου I θεωρούνται τα τραύματα εκείνα τα οποία προκαλούνται από ένα μοναδικό συμβάν ή επεισόδιο στη ζωή του ατόμου διακόπτοντας απρόοπτα την ομαλή ή και συνήθη συναισθηματική του πορεία (ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η ανακάλυψη μίας σοβαρής ασθένειας, ένας μείζων σωματικός τραυματισμός, μία ιατρική διάγνωση τελικού σταδίου κλπ.). Απαντάται και ως “σοκ”, “big T trauma”, ή και “οξύ τραύμα”. Η ανάρρωση μπορεί να επιτευχθεί μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα δίχως κάποια εξωτερική παρέμβαση, όμως η ισχύς του τραύματος μπορεί να είναι τόσο μεγάλη ώστε ο ψυχισμός του ατόμου να κλονιστεί έως του σημείου συντριβής του, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις ατόμων επιβαρυνμένων με ιστορικό προηγούμενων τραυμάτων το ένα επιπλέον τραύμα μπορεί να προξενήσει σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Η εμφάνιση Διαταραχής Μετατραυματικού Στρες (Post traumatic Stress Disorder) είναι μία συχνή επιπλοκή του TTI.

Τραύμα Τύπου II (TTII)

Το τραύμα αυτό είτε έχει μία συνεχή μεγάλη διάρκεια μέσα στο χρόνο, είτε αποτελείται από μία σειρά επεισοδίων διασκορπισμένων χρονικά μα σχετιζόμενων συναισθηματικά μεταξύ τους. Νέα μεμονωμένα τραύματα, Τύπου I, μπορεί να ενσωματωθούν στο προϋπάρχον TTII, ακόμη και αν τα εξωτερικά τους χαρακτηριστικά δεν μοιάζουν με το αρχικό γεγονός. Το TTII αποκαλείται Σύνθετο Τραύμα (Complex Trauma) λόγω της πολυπαραγοντικότητας των επιμέρους στοιχείων τα οποία το αποτελούν όταν έχει τις ρίζες του σε γεγονότα του παρελθόντος, ή Επαναλαμβανόμενο (Repetitive) εάν είναι το αποτέλεσμα της επαναλαμβανόμενης έκθεσης στην τραυματική εμπειρία σε μία χρονική περίοδο. Συχνές αιτίες για TTII είναι η μακροχρόνια λανθασμένη διάγνωση ενός προβλήματος υγείας, η συναισθηματική αδιαφορία, η εγκατάλειψη, η σωματική αδιαφορία κλπ. Το Σύνθετο Τραύμα συχνά αποτελεί ένα βρεφικό ή παιδικό τραύμα, με αφετηρία την προδοσία σε μία πρωταρχική σχέση, ή εμφανίζεται αργότερα μέσα σε μία σχέση με το ειδικό βάρος της πρωταρχικής (π.χ. σύζυγοι, σύντροφοι κλπ.), είτε σε μία σχέση ειδικής συναισθηματικής εξάρτησης (π.χ. αφέντης-δούλος). Το Επαναλαμβανόμενο Τραύμα μπορεί να ξεκινήσει οποτεδήποτε και συνήθως λαμβάνει χώρα μέσα σε μία σχέση στην οποία το άτομο είναι παγιδευμένο. Αυτή η αθέλητη δέσμευση μπορεί να είναι πέρα για πέρα πραγματική (π.χ. κάποιος έχει απαχθεί), ή μονάχα συναισθηματική (π.χ. ερωτική εξάρτηση), ή ένας συνδυασμός των δύο (π.χ. ασθενής-φροντιστής). Το κοινό στοιχείο των Σύνθετων και των Επαναλαμβανόμενων Τραυμάτων είναι ο τρόπος με τον οποίον επιφέρεται μία θεμελιώδης ρήξη στην δυνατότητα εμπιστοσύνης στον συνάνθρωπο.

Η ανάρρωση από Τραύμα Τύπου II συχνά είναι δύσκολη διότι απαιτεί από μέρους του ασθενούς την ενεργοποίηση της εμπιστοσύνης στους ανθρώπους ώστε να ξεκινήσει και να γίνει αποδεκτή η θεραπευτική διαδικασία, είτε αυτή ξεκινά μέσα στο σύνηθες κοινωνικό πλαίσιο της ζωής του (οικογένεια, εκκλησία, σχολείο, επαγγελματικό -φιλικό περιβάλλον κ.α.), είτε μέσα σε ένα πιο εξειδικευμένο θεσμικό πλαίσιο (όπως τα “community centers”(κέντρα κοινότητας) στην αγγλόφωνη Δύση, το ιατρείο, το ψυχαναλυτικό ντιβάνι). Μία πολύ συχνή κατάληξη της μη-θεραπείας, ή της μη επιτυχημένης θεραπευτικής προσέγγισης για τα άτομα που έχουν υποστεί Τραύμα Τύπου II είναι πως αναπτύσσουν Σύνθετη Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (Complex-Post Traumatic Stress Disorder), αλλά και ένα πλήθος άλλων ψυχικών διαταραχών.

1.4 ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΜΕ ΤΟ ΨΥΧΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ

Το ψυχικό τραύμα, είτε Τύπου I είτε Τύπου II, μπορεί να παράξει ή να σχετίζεται με την εμφάνιση μίας σειράς ψυχικών διαταραχών, περισσότερο ή λιγότερο συνήθων. Οι διαταραχές αυτές έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό το γεγονός πως ανάμεσα στα διαγνωστικά τους κριτήρια βρίσκεται με τρόπο ρητό και ξεκάθαρο η έκθεση σε κάποιο τραυματικό γεγονός πριν από την ή και ταυτόχρονα με την εμφάνιση της ψυχικής διαταραχής⁷. Σημαντικές διαταραχές οι οποίες σχετίζονται με το τραύμα είναι οι ακόλουθες: η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες (PTSD), η διαταραχή άμεσου ή οξέος τραυματικού στρες (Acute Stress Disorder), η Αντιδραστική Διαταραχή Συναισθηματικού Δεσμού ή Διαταραχή Αντιδραστικής Προσκόλλησης (Reactive Attachment Disorder), η Διαταραχή Ανεσταλμένης Κοινωνικής Δέσμευσης (Disinhibited Social Engagement Disorder) και οι διαταραχές προσαρμογής (Adjustment Disorders). Υπάρχουν επίσης σχετιζόμενες με το ψυχικό τραύμα διαταραχές οι οποίες δεν έχουν όλη τη συμπτωματολογία κάποιας συγκεκριμένης διαταραχής, οι Διαφορετικά Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Τραύματος ή Στρες (Other Specified Trauma- and Stressor- Related Disorders) όπως και διαταραχές οι οποίες ούτε εμφανίζουν πλήρη συμπτωματολογία, ούτε έχουν γνωστή αιτιολογία της διαταραχής, οι Μη Προσδιοριζόμενες Διαταραχές Τραύματος ή Στρες (Unspecified Trauma- and Stressor- Related Disorders). Αυτές είναι επιγραμματικά εκείνες οι ψυχικές διαταραχές οι οποίες σχετίζονται με την τραυματική ή στρεσογόνο εμπειρία, κατά την πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-5). Η εγκυρότητα του εγχειριδίου έχει δεχτεί ισχυρή κριτική και μετά την τελευταία αυτή έκδοση του 2013, όμως παρά τις ατέλειές του το εγχειρίδιο δεν παύει να έχει χρησιμότητα ως “αναγκαία γέφυρα/διεπιφάνεια (interface) μεταξύ κλινικής και ερευνητικών δεδομένων, ως κοινή κλινική γλώσσα”⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ

2.1 ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες(ΔΜΤΣ) είναι μία πολυσυμπτωματική ψυχιατρική διαταραχή η οποία μπορεί να εμφανισθεί σε ένα άτομο που έχει υποστεί μία συγκλονιστική τραυματική εμπειρία, ή μία σειρά τέτοιων εμπειριών. Στην γραπτή ιστορία της ανθρωπότητας, ακόμη και στα αρχαιότερα σωζόμενα κείμενα, η επιρροή μίας τραυματικής εμπειρίας στην ψυχοσωματική κατάσταση του ατόμου αποτελεί ένα θέμα το οποίο περιγράφεται εκτενώς και αναλύεται. Από το Έπος του Γκιλγκαμές ως τη Δευτερονομία, από τον Όμηρο ως τον Goethe⁹ η σημαντικότητα του ψυχικού τραυματισμού απασχολεί την ανθρωπότητα και δεν έχει πάψει έως και σήμερα. Οι πιο συχνές αρχαίες περιγραφές αναφέρονται στο τραύμα το οποίο προκαλεί η συμμετοχή ή η μαρτυρία του πολέμου. Η περιγραφή του Αχιλλέα στην Ιλιάδα, όπου ο Όμηρος θα καταγράψει μία προς μία εκείνες τις ψυχικές καταστάσεις και συμπεριφορές τις οποίες αναγνωρίζουμε σήμερα ως συμπτώματα της ΔΜΤΣ, καθώς και την περίοδο της επούλωσης του τραύματος και επανασυμμετοχής του ατόμου στην κοινωνική ζωή¹⁰. Η απώλεια της βεβαιότητας και η προδοσία της ηθικής τάξης βρίσκονται εδώ στο επίκεντρο της ανάλυσης.

Οι υποθέσεις για την αργοπορία της μελέτης του φαινομένου είναι πολλές και η διαφωνία για τον ορισμό του ψυχικού τραύματος ακόμη δεν έχει έρθει σε τέλος· ίσως πράγματι η αργοπορία να σχετίζεται με τις εκάστοτε πολιτικές και κοινωνικές ισορροπίες, τις φιλοσοφικές δηλαδή διαφωνίες για το τί είναι ηθικό. Βλέπουμε φερ' ειπείν πως οι κοινωνίες που πιστεύουν στην αναγκαιότητα του πολέμου αποστρέφουν το βλέμμα στο τραύμα του πολέμου – έτσι έκαναν οι αρχαίοι Έλληνες¹¹ και έτσι έκαναν και οι ΗΠΑ με τον πόλεμο του Βιετνάμ. Η ΔΜΤΣ στον 19ο αιώνα θα αποκαλεσθεί “άνεμος της οβίδας” (“vent du boulet”), “καρδιά του στρατιώτη”, “καρδιοαναπνευστική νεύρωση”, “υστερία μάχης”, “νευρασθένεια μάχης”, “τραυματική νεύρωση”, “νοσταλγία”, “τραυματική υστερία”¹², και ο 20ος θα ακολουθήσει με τους όρους, “shell shock”(σοκ οβίδων), “νεύρωση πολέμου”, “ύπνωση μάχης” μέχρι τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο όταν και θα χρησιμοποιηθούν τα : “εξάντληση”, “σύνδρομο επιζώντος” και “επιχειρησιακή κούραση/εξάντληση”¹³. Το ερώτημα που ετίθετο ήταν: πρόκειται για σωματική ή ψυχολογική αιτιολογία; και αν είναι ψυχολογική μήπως σχετίζεται με προϋπάρχουσες διαταραχές; Η έλευση των κοινωνικών κινημάτων για την ισότητα και τη δικαιοσύνη και ο αριθμός των ψυχικά τραυματισμένων από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και των τραυματισμένων βετεράνων των αμερικανικών πολέμων μετά το 1950, θα επιβάλλει την αναγκαία πολιτική πίεση για την αναγνώριση του ψυχικού τραύματος ως ικανής αιτίας για όλο το εύρος της συμπτωματολογίας της ΔΜΤΣ. Ο όρος θα αναγνωριστεί ως ξεχωριστή ψυχική διαταραχή στο DSM-3 το 1980, 5 χρόνια μετά τη λήξη του πολέμου και 18 χρόνια μετά από την πρώτη μαζική αποστολή αμερικανικών στρατιωτικών δυνάμεων στο Βιετνάμ.

2.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ, ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Οι καταστάσεις οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν ΔΜΤΣ σε έναν άνθρωπο δεν είναι δυνατό να περιορισθούν σε μία καταγραφή, όμως συγκεκριμένα τραυματικά γεγονότα προκαλούν ΔΜΤΣ σε μεγάλο αριθμό ανθρώπων που τα βίωσαν ή παρέστησαν μάρτυρές τους. Γεγονότα σχετιζόμενα με την εμφάνιση ΔΜΤΣ συχνά είναι τα παρακάτω: φυσική καταστροφή, βιομηχανική καταστροφή, στρατιωτική μάχη, σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση, θάνατος αγαπημένου προσώπου, σοβαρή ασθένεια, ιατρικό τραύμα, πολύ έντονος πόνος κ.α. Προσωπικοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν πιθανώς να καταστήσουν το άτομο περισσότερο ευάλωτο στο τραύμα είναι η χρόνια χρήση ή/και εξάρτηση από ουσίες¹⁴, ιστορικό άλλης ψυχικής διαταραχής, ή πρόσφατο άλλο αρνητικό γεγονός. Οι γυναίκες έχουν κοντά στις διπλάσιες πιθανότητες να εκδηλώσουν ΔΜΤΣ από ότι οι άνδρες¹⁵. Όπως και σε άλλες ψυχιατρικές διαταραχές η κοινωνική και οικονομική θέση παίζουν έναν ρόλο σημαίνων όχι μόνο για την εμφάνιση της διαταραχής αλλά και για τη διάγνωσή της¹⁶. Η συννοσηρότητα της ΔΜΤΣ με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές είναι αρκετά έως πολύ συχνή, με κάποιες έρευνες να εμφανίζουν επίπεδα συννοσηρότητας έως και 80% στους ασθενείς με ΔΜΤΣ¹⁷. Η δυσκολία της διάγνωσης της ΔΜΤΣ όταν τα συμπτώματά της καλύπτονται από τα συμπτώματα άλλων διαταραχών μπορεί να οδηγήσει στην υποδιάγνωση ή ακόμη και στον αποκλεισμό της εάν δεν ληφθεί λεπτομερώς ιστορικό τραυμάτων¹⁸. Διαταραχές πιο συχνά συνεμφανιζόμενες με τη ΔΜΤΣ είναι οι καταθλιπτικές, οι αγχώδεις, οι αποσυνδεδετικές, οι διαταραχές σωματοποίησης και η κατάχρηση ουσιών.

Σε μία σειρά ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο για το ψυχικό τραύμα και τη ΔΜΤΣ που διεξήχθη από τον ΠΟΥ, κατά τα στατιστικά στοιχεία ερευνών σε 24 χώρες, 70.4% του δείγματος είχαν την εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος με μέσο όρο 3,2 τραύματα ανά άτομο, ενώ η επιβάρυνση με ΔΜΤΣ, ήταν 77,7 άτομα-έτη / 100 ερωτηθέντες. Τα τρία μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης ΔΜΤΣ ανά τραύμα ήταν 13.1% για το βιασμό, 15.1% για άλλη σεξουαλική παρενόχληση, 11.6% για το θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου, 9,8% για την καταδίωξη. Το 42,7% των συνολικών εμφανίσεων ΔΜΤΣ ανήκουν στο ευρύ φάσμα των ψυχικών τραυμάτων των σχετιζόμενων με τη σεξουαλική κακοποίηση μεταξύ ερωτικών συντρόφων¹⁹. Η σύγκριση μεταξύ εθνικών κρατών δείχνει ότι οι πολίτες χωρών με χαμηλότερα εισοδήματα έχουν υψηλότερη έκθεση σε ψυχικά τραύματα, όμως σε αυτές τις χώρες οι παράγοντες κινδύνου του τραύματος και της ΔΜΤΣ έχουν διαφορετική κατανομή απ' ότι στις χώρες με υψηλό εισόδημα. Αντίθετα οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες παίζουν μικρότερο ρόλο ως παράγοντες κινδύνου στις χώρες αυτές, από ότι στις χώρες υψηλού εισοδήματος²⁰.

2.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η συμπτωματολογία της ΔΜΤΣ όπως προειπώθηκε εμφανίζει πολλά κοινά στοιχεία με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές και η διάγνωσή της απαιτεί μία προσεκτική και λεπτομερή κλινική εξέταση από τον θεράποντα στον τομέα της ψυχικής υγείας. Την ίδια προσοχή και οξυδέρκεια όμως πρέπει να επιδεικνύουν και λειτουργοί από άλλες ιατρικές ειδικότητες (χειρουργοί, ογκολόγοι, αναισθησιολόγοι, παθολόγοι κλπ) όπως και οι επαγγελματίες στον τομέα της νοσηλείας, καθώς ο ασθενής με ΔΜΤΣ μπορεί να απευθυνθεί πρώτα σε αυτούς πιστεύοντας πως τα συμπτώματά του έχουν κάποια οργανική αιτία. Ανάλογα προετοιμασμένοι οφείλουν να είναι οι ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί και σύμβουλοι υγείας (health counselors) ώστε να υπάρχει έγκαιρη διάγνωση προς όφελος της καλής πορείας της ψυχικής υγείας του ασθενούς.

Τα συμπτώματα της ΔΜΤΣ (κατά DSM-5) χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: στα παρεμβατικά, τα συμπτώματα αποφυγής, τα συμπτώματα γνωστικής λειτουργίας και διάθεσης, τα συμπτώματα διέγερσης και αντιδραστικότητας, κοινωνικής-επαγγελματικής δυσλειτουργίας και συμπτώματα αποσυνδεδετικής διαταραχής. Στα παρεμβατικά συμπτώματα ανήκουν οι επαναλαμβανόμενες ενοχλητικές ακούσιες αναμνήσεις του γεγονότος, η επαναληπτικότητα ονείρων με αναφορές στο γεγονός, οι αναδρομικές χρονικές αποσυνδεδετικές αντιδράσεις με αναδρομή στο γεγονός, η ιδιαίτερη ψυχολογική δυσφορία και οι σωματοποιημένες αντιδράσεις σε στοιχεία που σχετίζονται πραγματικά ή συμβολικά με αυτό. Η αποφυγή στη ΔΜΤΣ έγκειται στην αποφυγή ή προσπάθεια αποφυγής ερεθισμάτων σχετικών με το τραυματικό συμβάν. Τα ερεθίσματα αυτά χωρίζονται σε εσωτερικά (σκέψεις, συναισθήματα, αναμνήσεις) και σε εξωτερικά (αντικείμενα, τόποι, άνθρωποι, συνομιλίες, δραστηριότητες, καταστάσεις). Η αδυναμία ενθύμησης πτυχών του τραυματικού γεγονότος, η διαρκής αλλοιωμένη νοητική διεργασία σχετικά με τα αίτια και/ή τις συνέπειες του γεγονότος, η επίμονη αρνητική οπτική για τον κόσμο ή το εαυτό, η διαρκής αρνητική συγκινησιακή κατάσταση, η μειωμένη διάθεση για ή/και συμμετοχή σε σημαίνουσες δραστηριότητες, τα αποσυνδεδετικά και αποξενωτικά συναισθήματα και η αδυναμία βίωσης θετικών συναισθημάτων αποτελούν τα συμπτώματα γνωστικής λειτουργίας και διάθεσης. Οι αλλαγές στην διεργετική λειτουργία και την αντιδραστικότητα μπορεί να είναι η αδυναμία συγκέντρωσης, ο ξαφνικός θυμός και η ευερεθιστότητα, αυτοκαταστροφικές ή παράτολμες συμπεριφορές, η υπερεπαγρύπνηση, η υπερεκπληξία και οι διαταραχές ύπνου.

Για να γίνει η διάγνωση για ΔΜΤΣ σε ανθρώπους από έξι ετών και άνω θα πρέπει να εμφανίζουν τουλάχιστον: ένα παρεμβατικό σύμπτωμα, ένα σύμπτωμα αποφυγής, δύο συμπτώματα αλλαγής γνωστικής λειτουργίας/διάθεσης, και δύο σημαντικές αλλαγές διέγερσης και αντιδραστικότητας. Σημασία διαγνωστική έχει η διάρκεια της διαταραχής (των συμπτωμάτων) η οποία θα πρέπει να υπερβαίνει το χρονικό διάστημα του ενός μηνός. Επιπλέον η διαταραχή πρέπει να προκαλεί δυσλειτουργία σε σημαντικές πτυχές της ζωής του ανθρώπου (επαγγελματική, κοινωνική, οικογενειακή κ.α.). Θα πρέπει επίσης να αποκλεισθεί η πιθανότητα η διαταραχή να οφείλεται σε χρήση ουσιών (ναρκωτικά, αλκοόλ, φαρμακευτική αγωγή) ή σε άλλο πρόβλημα υγείας. Φυσικά για να διαγνωσθεί η ΔΜΤΣ θα πρέπει να έχει υπάρξει κάποιο συμβάν το οποίο να έχει φέρει το άτομο αντιμέτωπο με πραγματικό ή πολύ πιθανό θάνατο, σοβαρό τραυματισμό ή σεξουαλική βία, είτε άμεσα, μεθύμα το ίδιο το άτομο, είτε έμμεσα. Οι έμμεσοι τρόποι βιώματος του τραυματικού γεγονότος είναι η αυτοπτική μαρτυρία του συμβάντος, η γνώση πως ένα κοντινό πρόσωπο υπέστη το γεγονός (στην περίπτωση του θανάτου ή πολύ πιθανού θανάτου το συμβάν πρέπει να είναι βίαιο ή/και τυχαίο) και η επαναλαμβανόμενη ή ακραία έκθεση σε πολύ απεχθείς πλευρές τραυματικών συμβάντων. Μετά την αρχική επιβεβαίωση διάγνωσης για ΔΜΤΣ πρέπει να προσδιορισθεί εάν η διαταραχή εκφράζεται με χρονική καθυστέρηση (πλήρη διαγνωστικά κριτήρια πληρούνται από έξι μήνες και πλέον από το συμβάν) και εάν το άτομο εμφανίζει συμπτώματα διαταραχής αποσύνδεσης. Τα συμπτώματα αυτά είναι η αποπροσωποποίηση (αίσθημα απόστασης από τον ψυχισμό και το σώμα) και η αποπραγματοποίηση (αίσθηση του κόσμου ή/και του χρόνου ως μη-πραγματικού).

2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σε όλο το εύρος της ζωής του ατόμου το οποίο υποφέρει από ΔΜΤΣ και σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, οι επιπτώσεις της διαταραχής είναι πολύ σημαντικές και μπορεί κάποιες φορές να είναι μη-αντιστρέψιμες. Οι διαπροσωπικές, οικογενειακές, επαγγελματικές και άλλες κοινωνικές του σχέσεις βρίσκονται σε κίνδυνο, όπως και η υγεία του, η κοινωνική του θέση, η οικονομική του κατάσταση και η επαγγελματική του θέση και εξέλιξη. Αυξημένος

είναι ο κίνδυνος για την υγεία, την ελάττωση του προσδόκιμου ζωής του και ακόμη και για την ίδια του την ελευθερία. Η σωματική εκδήλωση της ΔΜΤΣ συμπεριλαμβάνει μα δεν περιορίζεται στα ακόλουθα σωματικά συμπτώματα: πόνος διαφόρων τύπων (π.χ. πόνος στον αυχένα, στις αρθρώσεις, στην πλάτη, κεφαλαλγία κ.α.) , χρόνιος πόνος, μυϊκή ένταση, ναυτία, αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένος καρδιακός ρυθμός, μεγάλη ή υπερβολική κόπωση. Ο χρόνιος πόνος μπορεί να λειτουργεί ως ενθύμηση του τραυματικού συμβάντος με αποτέλεσμα να εντείνει την ένταση των συμπτωμάτων ΔΜΤΣ, να καθυστερεί την αναρρωτική διαδικασία, ή και να επιδεινώνει την κατάσταση του ασθενούς. Ο χρόνιος πόνος έχει συνδεθεί με την εμφάνιση κατάθλιψης και την κατάχρηση αλκοόλ και συνταγογραφούμενων φαρμάκων στους ασθενείς με ΔΜΤΣ. Στην περίπτωση της εκδήλωσης σωματοποίησης της διαταραχής δεν πρέπει να θεωρηθεί πως το σύμπτωμα θα υποχωρήσει και θα πρέπει να παραπέμφθει ο ασθενής στον ειδικευμένο ιατρό, ώστε να μην επιβαρυνθεί περαιτέρω η σωματική υγεία του. Ειδικά ως προς την εκδήλωση των συμπτωμάτων πόνου, ή του χρόνιου πόνου, θα πρέπει να γίνει άμεση παραπομπή. Η έγκαιρη παραπομπή στους ειδικούς διαχείρισης του πόνου μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση καταχρήσεων, εξαρτήσεων, και την πιθανή διακοπή της θεραπείας, αφού θα ενδυναμώσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς στον θεράποντα και στην ιατρική επιστήμη .

Οι ασθενείς με ΔΜΤΣ έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν άλλα ψυχιατρικά ή ψυχολογικά προβλήματα. Συχνή είναι και η εργασιακή απόλυση ή παραίτηση, η μακροχρόνια ανεργία, η αλλαγή εργασίας η οποία πλείστες των φορών είναι υποαμοιβόμενη,²¹. Στην προσωπική ζωή η δυσκολία επικοινωνίας με τα παιδιά, η εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς μεταξύ ερωτικών συντρόφων και η λύση των οικογενειακών δεσμών, η εμφάνιση εξαρτήσεων, κατάχρησης και η αύξηση της πιθανότητας νομικών παραβάσεων. Για όλους τους παραπάνω λόγους φαίνεται πως η έγκαιρη θεραπεία και αποκατάσταση του ασθενούς με ΔΜΤΣ είναι όχι μόνο ένα προσωπικό ιατρικό ζήτημα, αλλά και μία κοινωνική ανάγκη. Η θεραπεία δεν είναι αναγκαία για όλους τους ανθρώπους με ΔΜΤΣ, αλλά πολλοί ασθενείς χρειάζονται εξωτερική βοήθεια. Για κάποιους η ικανή βοήθεια θα έρθει από την οικογένεια, την θρησκεία, τον φιλικό κύκλο,, για άλλους από τους επαγγελματίες υγείας ή και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Οι ευρύτερα αποδεκτές θεραπευτικές προσεγγίσεις της ΔΜΤΣ είναι η Θεραπεία Παρατεταμένης Έκθεσης, η Θεραπεία Εμβολιασμού του Στρες, η Γνωστική-Εξελικτική Θεραπεία και η Θεραπεία Ομάδας. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να δράσει ως υποστηρικτικός παράγοντας της ψυχοθεραπείας μειώνοντας την εκδήλωση των συμπτωμάτων και επιταχύνοντας την ανάρρωση. Η θεραπεία είτε θα επιταχύνει την αναρρωτική διαδικασία, είτε θα προσφέρει ένα επιπλέον πλαίσιο υποστήριξης, και η συμβολή της δε μπορεί να είναι παρά θετική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗΣ, ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΥΔΙΑΣΜΑ

3.1 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΠΟΣΥΝΔΕΣΗΣ

Οι διαταραχές αποσύνδεσης έχουν ως κοινό χαρακτηριστικό τους το στοιχείο του διαχωρισμού. Λειτουργούν ως αμυντικός μηχανισμός της ψυχής χωρίζοντας απειλητικές ιδέες και συναισθήματα από την υπόλοιπη ψυχή ή κρατώντας χωριστά παρορμήσεις οι οποίες βρίσκονται σε σύγκρουση μεταξύ τους. Κατά την αποσυνδεδετική διαδικασία το άτομο μπορεί να διακόψει την επαφή του με τις φυσικές αισθήσεις, την αντίληψη της ταυτότητάς του, τις αναμνήσεις, τις συμπεριφορές, τις σκέψεις, τα συναισθήματά του, ή και με συνδυασμό αυτών. Η αποσύνδεση έχει συσχετισθεί με την αντιμετώπιση της πίεσης από εσωτερικούς ή εσωτερικούς παράγοντες, και πολύ συχνά με την αντιμετώπιση ενός τραυματικού συμβάντος (ή περισσότερων) είτε κατά την πρώιμη παιδική και παιδική ηλικία, είτε αργότερα μέσα στη ζωή του ατόμου. Όταν ισχύει ο δεύτερος συσχετισμός η αποσύνδεση μπορεί να θεωρηθεί ως διανοητική απόδραση στις περιπτώσεις που το άτομο δεν μπορεί να διαφύγει φυσικά της στρεσογόνου καταστάσεως (π.χ. ιδία ασθένεια, οικονομική αδυναμία, ηθική υποχρέωση, αιχμαλωσία, φυλακή), αλλά και στην περίπτωση που το άτομο δεν αντέχει πλέον την κατάσταση και δεν έχει πια καμία άλλη αντίδραση σε αυτήν. Η χρονική διάρκεια και η ένταση των συμπτωμάτων των διαταραχών αποσύνδεσης εξαρτάται από το τραύμα. Συνήθως οι αποσυνδεδετικές διαταραχές έχουν μικρής διάρκειας επεισόδια, τα οποία εάν δεν επαναλαμβάνονται συχνά δεν θεωρούνται ανησυχητικά φαινόμενα. Όσο πιο σοβαρό είναι το τραύμα και όσο μεγαλύτερη η επανάληψή του (εάν ανήκει στα επαναλαμβανόμενα τραύματα) τόσο μεγαλύτερης διάρκειας και έντασης θα είναι η διαταραχή.

3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟΣΥΝΔΕΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η αποσυνδεδετική διαταραχή έχει επτά βασικές μορφές οι οποίες περιγράφονται συνοπτικά παρακάτω. Στην αποπροσωποποίηση το άτομο αποσπάται σε μεγάλο βαθμό ψυχικά από το σώμα του ή από τον εαυτό του. Μπορεί να υπάρχει η αίσθηση μουδιάσματος, έξωσης από το σώμα, προβολή του σώματος από ψηλά ή πίσω, πως κάποια μέλη του σώματος εξαφανίζονται, αλλάζουν μορφή ή είναι ψεύτικα.

Αποπραγματοποίηση είναι η αίσθηση πώς το εξωτερικό περιβάλλον, άμεσο ή έμμεσο δεν είναι πραγματικό ή πως αλλάζει με κάποιον τρόπο ό οποίος αντικειμενικά δεν υφίσταται. Κάποιες φορές υπάρχουν παραισθητικές αλλοιώσεις του ήχου. Το άτομο έχει την εντύπωση ότι παρακολουθεί από μακριά ή ως θεατής τα γεγονότα, όπως στο θέατρο ή το σινεμά, ακόμη και αν λαμβάνει μέρος σε αυτά. Η *αποσυνδεδετική αμνησία* έχει ως αιτία την αδυναμία συναισθηματικής και γνωσιακής ενσωμάτωσης των πληροφοριών οι οποίες σχετίζονται με το τραύμα. Τα συμπτώματα που σχετίζονται άμεσα με αυτό μπορεί να είναι κενά μνήμης, θολή ανάμνηση του τραύματος, αίσθηση πώς αυτό δεν συνέβη πραγματικά κ.α., μπορούν όμως να επεκταθούν πέρα από το χρόνο και τα θέματα που σχετίζονται με το τραύμα. Η αίσθηση αποξένωσης από τον εαυτό λόγω αυτών των κενών προκαλεί αίσθηση ανασφάλειας και μη εμπιστοσύνης στις διανοητικές και εγκεφαλικές λειτουργίες. Στην *αποσυνδεδετική διαταραχή ταυτότητας* το άτομο μπορεί να έχει δύο ή και περισσότερες ξεχωριστές ταυτότητες, με ξεχωριστή συμπεριφορά, γνωστική λειτουργία και μνήμη. Οι εναλλαγές ταυτοτήτων δημιουργούν διακοπή στην συνέχεια της αντίληψης του κόσμου και του εαυτού, και μπορεί να προκαλέσουν κενά μνήμης. Οι επιπτώσεις των εναλλαγών της

ταυτότητας στην κοινωνική και προσωπική ζωή του ατόμου και ενίοτε στη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησής του μπορεί να γίνουν πολύ σημαντικές. Η δυσκολία αντίληψης της διαταραχής από τον ασθενή ή το περιβάλλον του είναι σημαντική διότι σε πολλές περιπτώσεις τα εξωτερικά σημάδια είναι ελάχιστα παρατηρήσιμα. Δύσκολη είναι και η διάγνωση καθώς τα συμπτώματα διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο. Η *μερική αποσυνδεδετική διαταραχή ταυτότητας* (ΜΑΔΤ) έχει τα ίδια χαρακτηριστικά συμπτώματα με την αποσυνδεδετική διαταραχή ταυτότητας. Η διαφορά τους είναι πως στην ΜΑΔΤ ο ασθενής έχει μία ταυτότητα η οποία είναι επικρατέστερη των άλλων. Συνήθως οι εισβολές άλλων ταυτοτήτων σχετίζονται με κάποια τραυματική εμπειρία. Η *αποσυνδεδετική διαταραχή μετατροπής* αφορά σε άτομα των οποίων η διαταραχή σχετίζεται με τραυματική εμπειρία και εμφανίζει μία πληθώρα σωματοποιημένων εκδηλώσεων. Πρόκειται για αλλαγές στην λειτουργικότητα, την κίνηση και την αισθητηριακή λειτουργία του σώματος, όπως αλλαγές στην ομιλία, δυσκολία στην κατάποση, αλλαγές ή απώλεια των αισθήσεων, ξαφνικά έντονα επιθετικά επεισόδια ασθένειας, αδυναμίας ή ακόμη και μερική παράλυση. Λόγω της φύσεως των συμπτωμάτων η διάγνωση απαιτεί συνήθως αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα ώσπου να αποκλειστούν άλλες διαταραχές αλλά και η αιτιολόγηση οργανικής αιτίας.

Η *αποσυνδεδετική διαταραχή με άλλο καθορισμό* ονομάζεται η αποσυνδεδετική διαταραχή η οποία δεν πληρεί τα διαγνωστικά κριτήρια μίας εκ των άλλων αποσυνδεδετικών διαταραχών. Χωρίζεται σε τέσσερις δευτερεύοντες τύπους, οι οποίοι προσδιορίζουν τη συγγένειά της με τις άλλες αποσυνδεδετικές διαταραχές. Τα συμπτώματα του πρώτου παρουσιάζουν αλλαγές της ταυτότητας, αλλά δεν υπάρχουν τόσο σαφώς διαχωρισμένες προσωπικότητες ούτε και περιστασιακή αμνησία. Οι επιπτώσεις στην καθημερινότητα είναι σημαντικές, έχουν μορφή επεισοδιακών κρίσεων μεγάλης έντασης δημιουργώντας ένα κυκλικό μοτίβο συναισθηματικής ανασφάλειας και επανόδου στην κανονικότητα, τόσο στο άτομο όσο και στο περιβάλλον του. Στο δεύτερο τύπο η διαταραχή προκύπτει εξ' αιτίας της υποβολής του ατόμου για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα σε έντονο καταναγκαστικό έλεγχο του ίδιου και σε συνεχή υποβολή σε μη δημοκρατικές μεθόδους πειθούς. Οι περιπτώσεις αυτές αναφορικά μπορεί να είναι π.χ. η φυλάκιση, η πολιτική φυλάκιση, οι κλειστές θρησκευτικές ομάδες, τα φυσικά και ψυχολογικά βασανιστήρια. Το άτομο παύει να έχει εμπιστοσύνη στον ίδιο του το νου, τις σωματικές και αισθητηριακές του λειτουργίες και μπορεί να αμφισβητήσει την ταυτότητά του. Στον τρίτο τύπο ο ασθενής εμφανίζει ιδιαίτερα οξείες αποσυνδεδετικές αντιδράσεις όταν προκύπτει κάποιο στρεσογόνο γεγονός. Η διάρκεια των επεισοδίων ποικίλει αλλά είναι σπάνιο να ξεπερνά τον έναν μήνα. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι η αποπροσωποποίηση, η προσωρινή μικρής διάρκειας αμνησία, αλλαγές στις αισθητηριακές ή και κινητικές λειτουργίες κλπ. Ο τέταρτος τύπος εμφανίζεται όταν το άτομο βιώνει την εμπειρία της αποσυνδεδετικής έκστασης, όπου ο άνθρωπος παύει να έχει την αντίληψη του εξωτερικού περιβάλλοντος και χάνει τη δυνατότητα απόκρισης στα εξωτερικά ερεθίσματα. Αυτή η αποσύνδεση γίνεται ακούσια και ο ασθενής δεν δύναται να ασκήσει κάποιο έλεγχο επάνω σε αυτήν. Κατά τη διάρκεια της εκστατικής κρίσης το άτομο μπορεί να έχει επίγνωση του εσωτερικού του περιβάλλοντος αλλά μπορεί και να απωλέσει πλήρως τη συνείδησή του. Έχουν επίσης συχνά παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια των εκστατικών κρίσεων συμπτώματα παράλυσης τα οποία μπορεί να έχουν διάρκεια μικρότερη ή ίση αυτής της κρίσης. Σημαντικό στοιχείο της διαφορικής διάγνωσης είναι η βεβαιότητα αποκλεισμού της εμφάνισης εκστατικού επεισοδίου με την αιτιολογία κάποιας θρησκευτικής πρακτικής (ή και πολιτιστικής), ή της χρήσης (ή σύγχρονης με τα προηγούμενα χρήσης) τοξικών ουσιών.

3.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΥΔΙΑΣΜΑ

3.3.1 ΤΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ

Κατά τον ορισμό τον οποίον δίνει η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία, το συναίσθημα είναι:

“ένα σύνθετο μοτίβο αντίδρασης, το οποίο εμπλέκει βιωματικά, συμπεριφορικά και φυσιολογικά στοιχεία, μέσω των οποίων το άτομο αποπειράται να αντιμετωπίσει ένα σημαίνον προσωπικό ζήτημα ή συμβάν. Η ακριβής ποιότητα του συναισθήματος (π.χ. φόβος, ντροπή) καθορίζεται από την ακριβή σημασία του συμβάντος. Παραδείγματος χάριν, εάν η σημασία εμπεριέχει απειλή, είναι πιθανό να ενεργοποιηθεί ο φόβος. Εάν η σημασία εμπεριέχει απόρριψη από κάποιον άλλον, είναι πιθανόν να ενεργοποιηθεί η ντροπή. Το συναίσθημα κατά κανόνα εμπεριέχει το αίσθημα, αλλά διαφέρει από το αίσθημα διότι έχει μία φανερή ή υπόρρητη εμπλοκή με τον κόσμο.”²²

Τα συναισθήματα αποτελούν έναν καθοριστικό παράγοντα της σκέψης και των πράξεων του ανθρώπου. Τον ωθούν σε συμπεριφορές, επηρεάζουν τις αποφάσεις του, τον ενεργοποιούν ώστε να αναλάβει δράση, να εμφανίσει κινητικότητα στη φυσική και μη σχέση του με τον κόσμο. Είναι αυτό το στοιχείο της κίνησης το οποίο τα κάνει να διαφέρουν από το αίσθημα όχι μόνον ως προς το αίτιον αλλά και ως προς το αιτιατόν.

Το συναίσθημα μπορεί να θεωρηθεί πως αποτελείται από τρία δομικά συστατικά στοιχεία. Το πρώτο είναι το υποκειμενικό στοιχείο, η εμπειρία της βίωσης του συναισθήματος από το άτομο, το δεύτερο είναι το φυσιολογικό στοιχείο, δηλαδή ο τρόπος με τον οποίον το σώμα αντιδρά στην εμπειρία του συναισθήματος, και το τρίτο είναι το εκφραστικό στοιχείο, δηλαδή η σύνθεση όλων των συμπεριφορικών συνιστωσών οι οποίες θα αποτελέσουν την αντίδραση-κίνηση μέσα στον και προς τον εξωτερικό κόσμο. Τα τρία αυτά δομικά συστατικά στοιχεία είναι εκείνα τα οποία καθορίζουν τη λειτουργία και τον σκοπό κάθε συναισθηματικής αντίδρασης του ατόμου. Δίχως την πλήρη κατανόηση των σχέσεων και λειτουργίας των τριών αυτών στοιχείων δεν μπορεί να αναλυθεί πραγματικά ένα συναίσθημα. Η χρονική διάρκεια των συναισθημάτων μπορεί να είναι βραχεία ή μακρά, ανάλογα με την εκάστοτε σύνθεση των συστατικών τους στοιχείων και τα τεκταινόμενα στο περιβάλλον του ατόμου.

Τα συναισθήματα είναι πολύ σημαντικά για την ψυχοσωματική υγεία του ασθενούς και για την ποιότητα της ζωής του. Δίχως τα συναισθήματα το άτομο δεν έχει ικανό εσωτερικό κίνητρο για να αναλάβει δράση και να προσπαθήσει να βελτιώσει μία κατάσταση δική του ή/και κάποιου άλλου, ή για να προσπαθήσει μέσω της επίτευξης κάποιων στόχων να αποφύγει τα αρνητικά συναισθήματα και να αυξήσει τα θετικά. Μέσω της συναισθηματικής αντίληψης το άτομο αυτομάτως λαμβάνει σήματα, όπως π.χ. ο κίνδυνος, για την εμφανή και υπόρρητη κατάσταση του εξωτερικού περιβάλλοντος. Σημαντική είναι λοιπόν η λειτουργία τους ως προς την προσαρμοστικότητα, μέσω της παρακίνησης προς την άμεσο δράσης και προς την ανάληψη ενεργειών οι οποίες αυξάνουν τις πιθανότητες του ατόμου για επιβίωση και επιτυχία.

Τα συναισθήματα επιτρέπουν στο άτομο να κατανοήσει τους συνανθρώπους του αλλά και να μπορέσει να μοιραστεί τον εσωτερικό του κόσμο μαζί τους, είναι δηλαδή απαραίτητα για την κατανόηση και επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων. Αποτελούν το σώμα εκείνου του ψυχονοητικού οργάνου το οποίο αποκαλείται συναισθηματική νοημοσύνη, το οποίο ορίζει την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται, να κατανοεί και να διαχειρίζεται τις

συναισθηματικές παραμέτρους της ζωής, ωθώντας στη λήψη περισσότερο σοφών, από εξελικτικής άποψης, δράσεων και αποφάσεων.

3.3.2 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΜΟΥΔΙΑΣΜΑ

Οι περισσότεροι άνθρωποι σε κάποιο στάδιο ή στιγμή της ζωής τους αντιδρούν αμυντικά σε τραυματικά γεγονότα μουδιάζοντας τα συναισθήματά τους για ένα μικρό χρονικό διάστημα. Αυτή θεωρείται μία υγιής αντίδραση του ψυχισμού, εφ' όσων λειτουργεί μονάχα ως μία προσωρινή “εμπροσθοφυλακή” ώσπου να βρει το άτομο εκείνους τους αναγκαίους μηχανισμούς αντιμετώπισης της έκτακτης κατάστασης. Το συναισθηματικό μούδιασμα (emotional numbing) δεν πρέπει να το συγχέουμε με το ψυχικό μούδιασμα (psychic numbing) το οποίο αναφέρεται σε κοινωνική ψυχική διαταραχή²³.

Όταν αυτή η προσωρινή “λύση” μονιμοποιείται επειδή η εύρεση άλλου μηχανισμού επεξεργασίας του τραύματος δεν επιτυγχάνεται το συναισθηματικό μούδιασμα μετατρέπεται σε βασική ψυχική λειτουργία, κατά την ενεργοποίηση της οποίας το άτομο παύει τα συναισθήματά του μέσω μίας συναισθηματικής αλλά και διανοητικής διαδικασίας. Παύει να έχει ψυχική αντιδραστικότητα και απόκριση, ή υπολείπεται σε μεγάλο βαθμό αυτών, και ως εκ τούτου αποκτά περιορισμούς στην ικανότητα και δυνατότητα έκφρασης, επικοινωνίας, και επαφής και με τα αισθήματά του και διακόπτεται και η επικοινωνία του ατόμου με τα θετικά του συναισθήματα. Χάνει τη δυνατότητα να αισθάνεται ευχαρίστηση, να αντλεί ικανοποίηση και να αλληλεπιδρά με θετικό τρόπο διαπροσωπικά και κοινωνικά, να αντιμετωπίζει, επεξεργάζεται και να επιλύει ζητήματα συναισθηματικά φύσεως και διανοητικά. Η αλλοίωση στην προσωπικότητα του ατόμου μπορεί να είναι σημαντική, ενσωματώνοντας ως στοιχεία της την απόρριψη, την άρνηση, την αποσύνδεση, την αποφυγή, τις αναχωρητικές τάσεις.

Οι συνήθεις αιτίες που προξενούν το συναισθηματικό μούδιασμα είναι ο μεγάλος σε διάρκεια ή/και ένταση σωματικός πόνος, η φαρμακευτική αγωγή, το πένθος, η ΔΜΤΣ, το υπερβολικό άγχος, η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση, η συναισθηματική κακοποίηση, η εξάρτηση ή κατάχρηση ουσιών, η κατάθλιψη, η ξαφνική αρνητική αλλαγή οικονομικής, κοινωνικής, επαγγελματικής φύσεως, η ξαφνική αρνητική αλλαγή στις διαπροσωπικές σχέσεις. Το μακροχρόνιο ή μόνιμο συναισθηματικό μούδιασμα έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις σε όλο το φάσμα των προσωπικών και κοινωνικών σχέσεων, αλλά και στην σωματική και ψυχική υγεία, με πιθανό τον κίνδυνο ακόμη και της αυτοχειρίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Ο ΠΟΝΟΣ

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο πόνος είναι “μία δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή βλάβη των ιστών ή περιγράφεται με τους όρους μίας τέτοιας βλάβης”²⁴. Η αίσθηση του πόνου είναι υποκειμενική και οι διαφορές στην αντίληψη και έκφρασή του έχουν πολύ μεγάλο εύρος. Μεγάλο εύρος συνηθίζει επίσης να έχει και η περιγραφή της έντασης ή του μεγέθους του, αλλά και των ποιοτικών και προσδιοριστικών χαρακτηριστικών του.

Ο πόνος μπορεί να έχει μικρή ή μακρά διάρκεια. Στη δεύτερη περίπτωση αποκαλείται χρόνιος πόνος εάν η διάρκειά του ξεπερνά τους τρεις μήνες, ή εάν επαναλαμβάνεται για διάστημα πέραν των τριών μηνών. Ο χρόνιος πόνος πόνος κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) θεωρείται σύνδρομο. Οι παράγοντες οι οποίοι προκαλούν ή επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου αυτού δεν περιορίζονται στις οργανικές του αιτίες, αλλά είναι, επιπλέον των βιολογικών, κοινωνικοί και ψυχολογικοί²⁵.

4.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Πέρα από τον διαχωρισμό σε οξύ και χρόνιο πόνο, ο πόνος κατηγοριοποιείται και ως νευροπαθητικός ή αλγαισθητικός. Ο νευροπαθητικός πόνος εμφανίζεται όταν δυσλειτουργούν οι υποδοχείς του πόνου στους ιστούς του σωματοαισθητικού νευρικού συστήματος. Αυτό μπορεί να γίνει περιφερικά, οπότε και λέγεται περιφερικός νευροπαθητικός πόνος και κεντρικά, οπότε και λέγεται κεντρικός νευροπαθητικός πόνος²⁶. Ο αλγαισθητικός πόνος εμφανίζεται όταν ενεργοποιούνται οι υποδοχείς του πόνου σε όλους του άλλους ιστούς του σώματος και μπορεί να είναι σπλαχνικός, δηλαδή να είναι αισθητός στα εσωτερικά όργανα του σώματος, ή σωματικός, δηλαδή να γίνεται αισθητός στο δέρμα και στο μυϊκό σύστημα. Μετά από έναν πρωτοπαθή τραυματισμό τα δύο είδη πόνου μπορεί να βιωθούν κατά την ίδια στιγμή ή ίδια χρονική περίοδο, λόγω της δευτερογενούς επίδρασης του πρωτοπαθούς τραύματος.

Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να προκληθεί από βλάβη, τραυματισμό, ή δυσλειτουργία νευρικών ινών του νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα την δυσλειτουργία της επεξεργασίας του πόνου. Η δυσλειτουργία αυτή προξενεί τη υπερευαισθησία των νευρικών ινών και έχει τις εξής επιπτώσεις: μειώνεται αισθητά το όριο ανοχής και αντοχής στον πόνο, εμφανίζεται αύξηση της ευαισθησίας στον πόνο και εμφανίζεται αύξηση αυτής είτε με είτε χωρίς την παρουσία κάποιου ερεθίσματος. Αυτό το τελευταίο χαρακτηριστικό του, η ξαφνική εμφάνιση δίχως εξωτερικό ερέθισμα δηλαδή του νευροπαθητικού πόνου, μπορεί να έχει μία σειρά από ψυχολογικές αλλά και κοινωνικές επιπτώσεις στο άτομο, καθώς συχνά δεν έχει τη δυνατότητα να προβλέψει την έλευση του πόνου με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ελέγξει τη διαχείριση και την αντίδρασή του. Επιπλέον βρίσκεται υπό την μόνιμη απειλή της εμφάνισής του ανά πάσα στιγμή, με αποτέλεσμα να υπάρχουν αισθήματα ανασφάλειας για τις καθημερινές και άλλες συνήθειες λειτουργίες του.

Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να προκληθεί από μία σειρά αιτιών όπως η μεθερπητική νευραλγία, η αυχενική, θωρακική ή οσφυοϊερή νευροπάθεια, οι νευροπάθειες λόγω παγίδευσης περιφερικών νεύρων, αλλά υπάρχει και ο νευροπαθητικός πόνος μέλους-φαντάσματος, ο πόνος μετά από μαστεκτομή ή θωρακοτομή, και ο μετατραυματικός και μετεγχειρητικός πόνος.

Ο αλγαισθητικός πόνος όταν είναι σπλαχνικός προξενείται από τη συμπίεση, ή την φλεγμονή σε κάποιο, ή γύρω από κάποιο εσωτερικό όργανο, ή βέβαια σε περισσότερα του ενός. Η δυσκολία εντοπισμού και περιγραφής του είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει παρατηρηθεί συχνά και καθιστά ένα στοιχείο αρνητικό για την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. Όταν ο αλγαισθητικός πόνος είναι σωματικός δύναται να είναι είτε επιφανειακός, είτε βαθύς. Ο επιφανειακός σωματικός πόνος εντοπίζεται στο δέρμα, τους ιστούς και τους μύες, ενώ ο βαθύς σωματικός πόνος εντοπίζεται στους τένοντες, τις αρθρώσεις, τα οστά και τους μύες. Παρατηρούμε πως οι μύες υπάγονται και στον επιφανειακό και στον βαθύ σωματικό πόνο. Η δυσκολία εντοπισμού του σωματικού πόνου συνήθως δεν είναι τόσο μεγάλη καθώς συνηθίζει ή να διεγείρεται από κάποια κίνηση, ή συνδυασμό συγκεκριμένων κινήσεων, ή να στέλνει ένα σταθερό σήμα από συγκεκριμένο σημεία, η πληθώρα αυτών.

Ο αλγαισθητικός πόνος είναι πιο συχνά εμφανιζόμενος από τον νευροπαθητικό και συνήθως προκαλείται από κάποιον φυσικό τραυματισμό (αθλητικό τραύμα, εγχειρητική διαδικασία κλπ) ή κάποια άλλη βλάβη στους σωματικούς ιστούς (πως π.χ. αρθρίτιδα). Η υποχώρηση του συνηθίζει να είναι σταδιακή και η εμφάνισή του (στην περίπτωση του τραύματος μετά παό την πρώτη ταυτόχρονη του τραύματος εμφάνιση) μπορεί πολύ συχνά να υπαχθεί σε κάποιο μοντέλο πρόβλεψης, αντίθετα με τα όσα αναφέρθηκαν για τον νευροπαθητικό πόνο. Δεν παύει όμως να αποτελεί μία πηγή επιβάρυνσης για το άτομο.

4.3 Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Ο τρόπος με τον οποίον κάθε άνθρωπος βιώνει την εμπειρία της αντίληψης του πόνου είναι υποκειμενικός και προσωπικός. Δεν μπορεί να ειπωθεί πως υπάρχει μία κοινή αντίληψη για την αίσθηση του πόνου, είτε ως προς τις ποιότητές του, είτε ως προς τα μεγάθη του. Εικάζεται πως ίσως ένας από τους λόγους οι οποίοι καθορίζουν αυτήν την πολυποικιλότητα στην αντίληψη να είναι η νευροφυσιολογική οδός του πόνου.

Ο πόνος γίνεται αντιληπτός μέσα από δύο διαφορετικές και ξεχωριστές μεταξύ τους οδούς του νευρικού συστήματος. Η πρώτη διαδρομή ξεκινά με ένα σήμα το οποίο μπορεί να έχει το σημείο εντοπισμό του σε οποιοδήποτε μέρος του ανθρώπινου σώματος. Το σήμα αυτό φθάνει και ενεργοποιεί τον πρόσθιο φλοιό του εγκεφάλου, που σχετίζεται με την αντίληψη του πόνου. Στη δεύτερη διαδρομή ενεργοποιούνται ο μεσαίος προμετωπιαίος φλοιός και ο επικλινής πυρήνας οι οποίοι σχετίζονται με τα συναισθήματα και τα κίνητρα²⁷. Αυτή η δεύτερη διαδρομή καθορίζει την αντίδραση του ατόμου, και με τη σειρά της καθορίζεται από μία σειρά μη-μετρήσιμων και εντοπίσιμων παραγόντων, στους οποίους περιλαμβάνονται η προσωπικότητα, οι πεποιθήσεις, το κοινωνικό περιβάλλον, οι διαπροσωπικές σχέσεις, οι γνώσεις, η πολιτισμική ταυτότητα και η θρησκευτική πίστη.

4.4. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Η αντιμετώπιση και ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, το οποίο είναι αναφαίρετο. Για πολλούς αιώνες οι γνώσεις και τα μέσα για την αντιμετώπιση του πόνου ήταν λιγοστά και η ιατρική και χειρουργική εστίαζαν στην θεραπεία του ασθενούς και και τη διάσωση της ζωής του. Στις μέρες μας τα διαθέσιμα όπλα που

διαθέτει ο άνθρωπος για την αντιμετώπιση του πόνου είναι δραματικά αυξημένα σε σύγκριση με το παρελθόν, αλλά όμως εξακολουθεί να παρατηρείται μία επιβράδυνση στην αντιμετώπιση του, αναλογικά με την ταχύτητα με την οποία κατακτά η ιατρική επιστήμη, και με τη βοήθεια των νέων τεχνολογιών, τις νέες γνώσεις και επιλογές²⁸.

Η αντιμετώπιση και η ανακούφιση του πόνου βρίσκονται, και οφείλουν να βρίσκονται στον πυρήνα της ιατρικής ηθικής. Ανεξάρτητα από πολιτιστικές αναφορές, πολιτικές πεποιθήσεις, θρησκευτικές δοξασίες, και προσωπικές αντιλήψεις ο ιατρός πρέπει να θέτει ως ένα βασικό του μέλημα την ανακούφιση του ασθενούς από το άχθος του άλγους και την βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Ο ιατρικός τομέας ο οποίος ασχολείται αποκλειστικά με την αντιμετώπιση και την ανακούφιση του πόνου είναι εκείνος της Ανακουφιστικής Φροντίδας. Είναι πολύ σημαντικό σε ετούτη τη μελέτη η οποία εστιάζει στους ασθενείς με καρκίνο να γίνει κατανοητή η έννοια της Ανακουφιστικής Φροντίδας. Με βάση τον ορισμό του WHO (2002) ως Ανακουφιστική Φροντίδα (ΑΦ) ορίζεται η ολιστική προσέγγιση στη φροντίδα ασθενών με απειλητική για τη ζωή ασθένεια και των οικογενειών τους, μέσω της πρόληψης και της ανακούφισης από το «υποφέρειν» που επιτυγχάνεται με την έγκαιρη αναγνώριση, την ορθή αξιολόγηση και την αντιμετώπιση του πόνου και των λοιπών οργανικών, ψυχοκοινωνικών και πνευματικών προβλημάτων. Κύριο μέλημα της ΑΦ είναι η ανακούφιση του πόνου και των άλλων οργανικών καθώς και ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων, όπως και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, επηρεάζοντας με αυτόν τον τρόπο θετικά την πορεία της νόσου. Είναι θετικό για τον ασθενή να γίνεται προσπάθεια για εφαρμογή της το συντομότερο δυνατόν, από την διάγνωση κίολας, σε συνδυασμό με τις άλλες θεραπείες που προορίζονται για να παρατείνουν τη ζωή, όπως η χειρουργική θεραπεία, η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία, και περιλαμβάνει εκείνες τις πρακτικές και αναλυτικές μεθόδους οι οποίες απαιτούνται για την καλύτερη κατανόηση και διαχείριση οδυνηρών επιπλοκών. Η παροχή Α.Φ. είναι ζωτικής σημασίας σε ασθενείς οι οποίοι βιώνουν συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης ή και αποστασιοποίησης, ως επακόλουθο διάγνωσης απειλητικής για την ζωή ή διάγνωσης χρόνιας νόσου. Οι θεράποντες ιατροί οφείλουν να παραπέμπουν τους ασθενείς σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας από τα αρχικά στάδια της νόσου, ώστε τυχόν υποκλινικά συμπτώματα να μην διελαύνουν της προσοχής και δημιουργηθούν στην συνέχεια κλινικά σύνδρομα μετατραυματική διαταραχής με δυσμενή επακόλουθα στην καθημερινότητα των ασθενών και των οικείων του. Σημαντική θεωρείται και η συμβολή των θρησκευτικών λειτουργών, καθώς κάποιοι ασθενείς επωφελούνται περισσότερο από την πνευματική καθοδήγηση, ή από την παράλληλη ύπαρξη πνευματικής καθοδήγησης και ψυχολογικής ή ψυχιατρικής παρακολούθησης. Συχνά ο πνευματικός λειτουργός βρίσκεται σε αγαστή συνεργασία με τον θεράποντα της ψυχικής υγείας με στόχο και σκοπο την καλύτερη και αποτελεσματικότερη υποστήριξη του ατόμου το οποίο υποφέρει.

Από την άλλη πλευρά, ο σωματικός πόνος είναι πιο εύκολα αναγνωρίσιμος από τους λειτουργούς υγείας, καθώς είναι ένα από τα κυριότερα ενοχλητικά συμπτώματα για τον ασθενή. Κάποιες φορές όμως, κυρίως λόγω της υπερφόρτωσης του συστήματος υγείας, οι ασθενείς αυτοί δεν παραπέμπονται στις αναλόγως ενδεδειγμένες ειδικότητες, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την κακή χρήση της φαρμακευτικής φαρέτρας την οποία διαθέτουν οι ιατροί με εξειδίκευση ή εμπειρία στον πόνο. Είναι ωφέλιμο ασθενείς με διάγνωση κακοήθους ή χρόνιας νόσου τους οποίους δεν καλύπτουν επαρκώς τα συνήθη αναλγητικά και που ο πόνος αποτελεί συχνό κομμάτι της καθημερινότητάς τους, να παραπέμπονται στα ιατρεία πόνου ή κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας ώστε να γίνει σωστή διαχείριση των συμπτωμάτων τους σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες επίσημων φορέων (WHO,

IASP, ESRA). Η σωστή διαχείριση του πόνου έχει άμεσα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των ασθενών, μειώνει τα επίπεδα άγχους και δυσφορίας και βοηθάει στην σωστή διαχείριση φαρμακευτικών ουσιών ή επεμβατικών παρεμβάσεων αξιοποιώντας τα οφέλη και μειώνοντας κατά το μέγιστο δυνατό τις επιπλοκές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΚΑΡΚΙΝΟΣ

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Με τον όρο καρκίνος αναφερόμαστε σε ένα μεγάλο εύρος ασθενειών οι οποίες ως κοινό χαρακτηριστικό τους έχουν αφύσικο ή ανεξέλεγκτο διαχωρισμό μη φυσιολογικών κυττάρων ο οποίος δεν συντονίζεται με τις απαιτήσεις ενός οργανισμού για φυσιολογική ανάπτυξη, αντικατάσταση ή επισκευή ιστών²⁹. Τα κύτταρα αυτά έχουν τη δυνατότητα εισβολής σε οργανικούς ιστούς εγγείς χωρικά, αλλά είναι δυνατό να μεταφερθούν μέσω των λεμφικών συστημάτων και του αίματος σε μακρινά σημεία του σώματος. Ο αριθμός των τύπων είναι εξαιρετικά μεγάλος (πλέον των 120)³⁰ και μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε εκδήλωση συμπτωμάτων ή σημάτων δυσλειτουργίας του οργανισμού³¹.

5.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος θεωρείται μία από τις περισσότερες επιβαρυντικές ασθένειες για την υγεία, την κοινωνία και την οικονομία, και αποτελεί την δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως³². Αν και η τεχνολογική εξέλιξη και οι έρευνες για την διάγνωση και τη θεραπεία του καρκίνου έχουν εμφανίσει μεγάλες προόδους τον 20ο και στις αρχές του 21ου αιώνα με θετικό αντίκτυπο στην αντιμετώπιση της νόσου, εξακολουθεί να είναι μία από τις πιο επιθετικές νόσους. Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του έτους 2018 ο αριθμός των ασθενών οι οποίοι υπέφεραν από αυτή τη νόσο υπολογιζόταν πως είναι σε παγκόσμιο επίπεδο 18 εκατομμύρια άνθρωποι.

Το 2018 τα συνηθέστερα είδη της ασθένειας ήταν ο καρκίνος του πνεύμονα και ο καρκίνος του μαστού, με τον πρώτο να είναι ο πιο συχνά διαγνωσμένος (11,6% επί συνόλου θετικών διαγνώσεων) και η πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο (18,4% επί συνόλου θανάτων). Ως προς τον ποσοστιαίο δείκτη θετικής διάγνωσης επί συνόλου οι ακόλουθοι δείκτες με σειρά φθίνουσα είναι ο καρκίνος του μαστού των γυναικών (11,6%), ο καρκίνος του προστάτη (7,1%) και ο καρκίνος του παχέος εντέρου (6,1%). Ως προς τον ποσοστιαίο δείκτη θνησιμότητας επί συνόλου με σειρά φθίνοντος ποσοστού ακολουθούν τον καρκίνο του πνεύμονα ο καρκίνος του παχέος εντέρου (9,2%), ο καρκίνος του στομάχου (8,2%) και ο καρκίνος του ήπατος (8,2%)³³. Υπάρχουν τρεις τύποι του καρκίνου οι οποίοι είναι ο λόγος για το εν τρίτο των θετικών διαγνώσεων και θνησιμότητας από καρκίνο σε παγκόσμιο επίπεδο, όμως οι αποκλίσεις της γεωγραφικής κατανομής των επομένων δεκατριών πιο κοινών τύπων αποτελούν ένα υπολογίσιμο στοιχείο για τη σημασία των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην εμφάνιση και πορεία της νόσου³⁴.

5.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι προκαλούν ή επιταχύνουν την εμφάνιση της ασθένειας ή την επιδείνωσή της είναι πολλοί και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Καθώς ο καρκίνος

αποτελεί τον όρο με τον οποίον ομαδοποιείται ένα εξαιρετικά ετερόκλητο και πολυμορφικό σύνολο σύνθετων ασθενειών, η ανεύρεση των αιτιών που οδηγούν στην εμφάνιση συνολικά της νόσου είναι περίπλοκη και δύσκολη. Κάποιοι παράγοντες επηρεάζουν την έκβαση της πορείας της υγείας του ασθενούς με τέτοιο τρόπο ώστε να μην σχετίζεται η επιρροή τους σε ειδικό βαθμό με το είδος του καρκίνου. Οι κοινωνικοί, οικονομικοί, δημογραφικοί παράγοντες παίζουν έναν πολύ μεγάλο ρόλο συνολικά στην ποιότητα ζωής και την υγεία του ατόμου. Σχεδόν το 70% της θνησιμότητας από καρκίνο συνέβη σε χώρες χαμηλού ή μεσαίου οικονομικού εισοδήματος³⁵.

Όμως οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορεί να παίξουν και έναν πιο ειδικό ρόλο ως προς τα είδη του καρκίνου. Η κατανομή των ποσοστών μεταξύ των ειδών καρκίνου στις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από καρκίνο (χώρες χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος) δείχνει πως το 25% των καρκινικών διαγνώσεων στις χώρες αυτές αφορά σε τύπους καρκίνου οι οποίοι προκαλούνται από λοιμώξεις (όπως η ηπατίτιδα Β, η ηπατίτιδα Γ και ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων)³⁶. Η πρώτη σημαντική γραμμή αντιμετώπισης του καρκίνου πλήττεται: η έλλειψη δυνατότητας ενημέρωσης και ή ένδεια ή απουσία μέσων για την πρόληψη αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου. Λόγω των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών, η αδυναμία πρόσβασης ακόμη και στην πρωτοβάθμια αγωγή υγείας καθυστερεί και τη διάγνωση, αλλά ακόμη και όταν η διάγνωση γίνει, η πρόσβαση στη θεραπεία και την παρακολούθηση της υγείας του ασθενούς (follow-up) δεν εφικτή. Οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι συμβάλουν στη εμφάνιση και πορεία α του καρκίνου, και οι οποίοι αφορούν στις διατροφικές συνήθειες/πρακτικές, τη συνήθη διαβίωση της καθημερινότητας και την χρήση ουσιών, έχουν σε μεγάλο βαθμό σχέση με τα κοινωνικά και οικονομικά δεδομένα στα οποία διαβιεί το άτομο, αλλά όμως δεν καθορίζονται πλήρως από αυτά (αν και στις περιπτώσεις εξαιρετικά χαμηλού ή μηδενικού οικονομικού εισοδήματος η διερεύνηση περαιτέρω αιτιών δεν συνηθίζεται, προτού τουλάχιστον οι πρακτικοί παράγοντες αυτοί απαλειφθούν).

Οι παράγοντες οι οποίοι ανήκουν στον τρόπο ζωής του ατόμου και οι οποίοι φαίνεται πως ευθύνονται για το εν τρίτο των θανάτων από καρκίνο παγκοσμίως είναι μόνον πέντε στον αριθμό. Με την απλή αλλαγή ή αποφυγή αυτών των πέντε συνηθειών/πρακτικών της καθημερινότητας μπορεί να αποφευχθεί η αύξηση, ή να επιτευχθεί και η μείωση ακόμη των ανθρωπίνων απωλειών από καρκίνο. Είναι οι : χρήση καπνικών προϊόντων, στην οποία αποδίδεται το 22% των θανάτων από καρκίνο σε όλον τον κόσμο, ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος, ο οποίος εμφανίζεται πιο συχνά σε χώρες υψηλού ή μεσαίου εισοδήματος, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας (κίνηση), η χρήση αλκοόλ και η χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών³⁷. Η έκθεση σε βιολογικούς, χημικούς και φυσικούς καρκινογόνους παράγοντες μέσω του περιβάλλοντος αποτελεί έναν ακόμη λόγο αύξησης των πιθανοτήτων της εμφάνισης καρκίνου. Η εργασία σε περιβάλλον διαχείρισης ή έκθεσης σε τοξικές ουσίες ή ακτινοβολία αποτελεί ένα περιβαλλοντικό προδιαθεσιακό παράγοντα³⁸. Η τοξικότητα ουσιών που βρίσκονται σε φυτοφάρμακα, λιπάσματα, απορρυπαντικούς και απολυμαντικούς παράγοντες έχουν άμεση σχέση με την εμφάνιση παιδικών καρκίνων, όπως και η διαμονή πλησίον ηλεκτροφόρων καλωδίων υψηλής τάσης. Κάποιες θεραπείες (χημειοθεραπεία, ακτινοβολία) οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί για να θεραπευθεί ένα άτομο στην παιδική ηλικία, μπορεί να αλλοιώσουν κύτταρα ή και το ανοσοποιητικό σύστημα, με αποτέλεσμα να εμφανιστεί δευτερογενής κακοήθεια. Υπάρχουν επιπλέον φυσιολογικοί και γενετικοί παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με κάποιες από τις καρκινικές ασθένειες. Για ένα μικρό ποσοστό καρκίνων οι γενετικές μεταλλάξεις οι οποίες κληρονομούνται από τους γονείς στα παιδιά αυξάνουν για τα άτομα που τις φέρουν την πιθανότητα εμφάνισης της έναρξης πολλαπλασιασμού των καρκινικών κυττάρων. Το οικογενειακό ιστορικό καρκίνου

θεωρείται επίσης παράγοντας . Μία σειρά γενετικών διαταραχών τα οποία διαταράσσουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και κάποιοι ιοί θεωρείται πως αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου.

5.4 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Συχνά στον καρκίνο η συννοσηρότητα δεν εμφανίζεται ταυτόχρονα με την ασθένεια ή την θεραπεία, αλλά αργότερα. Μεταξύ των ασθενών με καρκίνο παρατηρείται υψηλότερη συχνότητα κάποιων παθήσεων, χρόνια μετά τη νόσηση τους. Οι βασικότερες είναι η υπέρταση (64,3% επί του συνόλου των ασθενών), η υπερλιπιδαιμία (56,1%), η οστεοαρθρίτις (34,3%), ο υποθυρεοειδισμός (21,8%), ο σακχαρώδης διαβήτης (21,8%) και η στεφανιαία νόσος (21,8%)³⁹.

5.5 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Ο καρκίνος, ως δεύτερη αιτία θανάτου παγκοσμίως έχει πολύ σημαντικές επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο, σε κοινοτικό, κρατικό και παγκόσμιο επίπεδο. Μέχρι σήμερα δεν έχει επιτευχθεί η ευκταία ριζική αλλαγή στις συνήθειες και τις συνθήκες ζωής του κόσμου, ώστε να αποτραπεί η συνέχεια αυτής της ζημιογόνου κατάστασης. Η επιβάρυνση από τον καρκίνο είναι έντονα αντιληπτή στην παγκόσμια οικονομία και αυξάνεται με γοργούς ρυθμούς. Το 2010 υπολογίσθηκε πως οι δαπάνες για τον καρκίνο έφθασαν τα 1,16 εκατομμύρια δολάρια δίχως να συνυπολογίζεται η μείωση της παραγωγικότητας των ασθενών και τα παραϊατρικά έξοδα⁴⁰. Οι μελέτες έδειχναν μία επερχόμενη αύξηση αυτού του κόστους⁴¹. Το 2018 είχε ξεπεράσει τις πιο απαισιόδοξες προβλέψεις των μελετών αυτών, ενώ αναμένεται αύξησή του μέσα στην επόμενη δεκαετία⁴². Το οικονομικό κόστος αποτελεί ένα μεγάλο βάρος για τους ασθενείς και το στενό περιβάλλον τους. Το κόστος, η έλλειψη ασφάλισης υγείας, η μείωση του εισοδήματός του ασθενούς, προκαλεί ένα απεχθές οικονομικό άγχος στον ασθενή και το περιβάλλον του, και μπορεί να πυροδοτήσει μία σειρά από νέα πρακτικά προβλήματα προβλήματα που θα επιφέρουν μείωση στην ποιότητα ζωής. Το 2003, σχεδόν ένα στα πέντε άτομα με χρόνιες παθήσεις στις Η.Π.Α. ζούσε σε οικογένειες που είχαν δυσκολίες με την πληρωμή ιατρικών δαπανών, 63% αυτών των ατόμων ανέφεραν επίσης προβλήματα στην πληρωμή άλλων βασικών εξόδων λόγω του ιατρικού χρέους⁴³. Το οικονομικό άγχος μπορεί και να επιβαρύνει σημαντικά την κατάσταση της υγείας του ασθενούς, η οποία είναι ήδη κλονισμένη. Οι σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές που αποτελούν συνέπειες του καρκίνου, μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε σημαντικά κοινωνικά προβλήματα, όπως η αδυναμία εργασίας ή εκπλήρωσης άλλων κανονιστικών κοινωνικών ρόλων. Οι μελέτες δείχνουν σταθερά ότι σημαντικοί αριθμοί ατόμων σταματούν να εργάζονται ή βιώνουν μια αλλαγή στην απασχόληση μετά τη διάγνωση ή/και τη θεραπεία, και επιπλέον παύουν να έχουν τον κοινωνικό ρόλο τον οποίον είχαν προηγουμένως.

5.6 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Το συναισθηματικό άγχος μετά τη διάγνωση του καρκίνου και τη θεραπεία, ο φόβος της επανεμφάνισης και η δυσφορία από τα καθημερινά σωματικά προβλήματα μπορούν να δημιουργήσουν νέα ή να επιδεινώσουν προϋπάρχουσα ψυχολογική δυσφορία. Οι ψυχολογικές καταθλιπτικές διαταραχές είναι συχνές σε άτομα με καρκίνο. Ο επιπολασμός της ψυχολογικής δυσφορίας ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου, τον χρόνο από τη διάγνωση, τον βαθμό σωματικής αλλαγής, της διαταραχής ρόλου, τον πόνο, την πρόγνωση

και άλλες μεταβλητές. Σε μια ολοκληρωμένη μελέτη του καρκίνου των ΗΠΑ για 4.500 ασθενείς ηλικίας 19 ετών και άνω, ο επιπολασμός σημαντικής ψυχολογικής δυσφορίας κυμαινόταν από 29 έως 43 τοις εκατό για ασθενείς με τους 14 πιο κοινούς τύπους καρκίνου. Αυτά τα ποσοστά είναι συνεπή με εκείνα που βρέθηκαν σε μεταγενέστερες μελέτες διαφορετικών πληθυσμών με καρκίνο που έχουν αναφέρει υψηλά ποσοστά ψυχολογικών συμπτωμάτων που πληρούν κριτήρια για τέτοιες κλινικές διαγνώσεις όπως κατάθλιψη, διαταραχές προσαρμογής και άγχος⁴⁴. Μελέτες έχουν επίσης τεκμηριώσει την παρουσία συμπτωμάτων που πληρούν τα κριτήρια για διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) σε ενήλικες και παιδιά με καρκίνο, καθώς και στους γονείς παιδιών που έχουν διαγνωστεί με καρκίνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

6.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Όταν ο άνθρωπος έρθει αντιμέτωπος με ένα τραυματικό γεγονός, ή με μία σειρά τέτοιων γεγονότων, ο κόσμος τον οποίον γνώριζε έως τότε διαταράσσεται και διαφαίνονται με αδρό τρόπο η δομή του και τα δομικά του χαρακτηριστικά και στοιχεία. Ανεξάρτητα από τη θέλησή του το άτομο θα αναγκαστεί να επαναδιατυπώσει τις θεμελιώδεις αρχές πάνω στις οποίες βάσιζε τις αντιλήψεις του για το γίνεσθαι εν γένει και ειδικώς, ούτως ώστε να μπορέσει να εξηγήσει την θέση και την εμφάνιση του τραυματικού γεγονότος μέσα στη ζωή του. Οι αντιδραστικές αλλαγές οι οποίες θα προκληθούν μέσα από αυτήν τη διαδικασία είναι βιολογικές, γνωστικές και συναισθηματικές, την αρνητική πλευρά των οποίων αναφέραμε και εν τάχει περιγράψαμε σε προηγούμενα κεφάλαια. Μέσα από τη διαδικασία του πένθους για την πραγματικότητα που καταστράφηκε, τις βεβαιότητες που χάθηκαν, μέσα από το σοκ και την πιθανή διαταραχή, οι αλλαγές στο γνωστικό και συναισθηματικό πεδίο, η εμπειρία της τραυματικής και μετατραυματικής εσωτερικής πορείας μπορεί να αποβεί συνολικά θετική για την συναισθηματική, νοητική και συνολικά προσωπική και κοινωνική εξέλιξη του ατόμου. Αυτήν την θετική ψυχολογική εξέλιξη μετά από το τραύμα την αποκαλούμε Μετατραυματική Ανάπτυξη (ΜΑ). Καθώς το άτομο αντιμετωπίζει τις πολυεπίπεδες επιπτώσεις του τραύματος αναγκάζεται να εξελίξει τις λειτουργίες προσαρμοστικότητάς του, και να αναπτύξει τις ικανότητες συναισθηματικής επιβίωσης, διαχωρίζοντας τα ουσιώδη από τα επιφανειακά στοιχεία τα οποία συνθέτουν τον κόσμο του, αναγνωρίζοντας τα πραγματικά του όρια αλλά και αυτά των συνανθρώπων του. Μέσα από αυτήν την διαδικασία μαθαίνει να βλέπει με ευρύτερη αντίληψη τον κόσμο και τις σχέσεις συνολικότερα, αλλά και ειδικά τον δικό του μικρόκοσμο και τους δικούς του δεσμούς με τους ανθρώπους.

Η σχέση του τραύματος με την αλλαγή, την κάθαρση και την θετική εξέλιξη, η λειτουργία του τραύματος δηλαδή ως μέσου ή αιτίας για την συναισθηματική ωρίμανση του ατόμου είναι όπως και η σχέση τραύματος και ρήξης με τον κόσμο, ζήτημα το οποίο απαντάται από τους χρόνους της αρχαιότητας, και διέπει μεγάλο μέρος της φιλοσοφικής σκέψης της Δύσης, του Χριστιανισμού και του Ισλαμισμού. Η επιστημονική μελέτη όμως του φαινομένου της εξέλιξης μέσα και μετά από την κρίση ξεκίνησε μόνο από τα μισά του 20ου αιώνα, με έμφαση στα αρνητικά παράγωγα του τραύματος, και μόνο προς το τέλος του άρχισε να δίδεται μεγαλύτερη έμφαση στην ανάπτυξη μετά από το τραύμα, με αποτέλεσμα την εισαγωγή του όρου Μετατραυματική Ανάπτυξη⁴⁵.

Η ΜΑ μπορεί να χωριστεί σε πέντε διαφορετικές παραμέτρους. Η πρώτη παράμετρος, η *αλλαγή στην αντίληψη αλλά και την εμπειρία της σχέσης με τους ανθρώπους*, μέσα από και μετά το τραυματικό συμβάν ή την τραυματική κατάσταση, αναφέρεται κυρίως στις σχέσεις τις οποίες έχει το άτομο στο άμεσο περιβάλλον του, αυτές δηλαδή οι οποίες υφίστανται στο φυσικό κόσμο, αλλά όμως μπορεί να και συχνά επεκτείνεται και στην αντίληψη του ατόμου για τις υπερδιαπροσωπικές σχέσεις τις οποίες έχει με τον κόσμο. Η αλλαγή στις διαπροσωπικές σχέσεις συμβαίνει με δύο τρόπους. Καθώς το άτομο αποζητά στήριγμα ή συνομιλητή και το περιβάλλον του αντιδρά με θετικό ή αρνητικό τρόπο σε αυτήν τη πρόσκληση για βοήθεια και διαχωρίζονται οι υποστηρικτικοί άνθρωποι από τους αδιάφορους ή αμέτοχους, αυξάνεται η ανοικτότητα και οικειότητα μέσα από την κοινή πορεία αντιμετώπισης του τραύματος, δημιουργούνται δεσμοί περισσότερο ανθεκτικοί στις αντιξοότητες, σχέσεις εμπιστοσύνης, αλληλοπεριχώρησης και βαθιάς κατανόησης. Ο άλλος τρόπος με τον οποίον αλλάζει το άτομο στις διαπροσωπικές του σχέσεις είναι το ότι αυξάνεται η ικανότητά του για συμπόνοια και συναίσθηση. Αυτό συμβαίνει και εξ' αιτίας της δικής του εμπειρίας του τραύματος, των νέων οδυνηρών δηλαδή συναισθημάτων τα οποία γνώρισε μέσα από την εμπειρία και τα οποία μπορεί πλέον να αντιληφθεί και να κατανοήσει όταν τα αισθάνονται οι άλλοι, αλλά και επειδή μέσα από τον πρώτο τρόπο, έχει βιώσει, ή βιώνει, ποια είναι η αξία της συμπαράστασης και ποιες είναι οι συνιστώσες της (πρακτική, ηθική, συναισθηματική, πνευματική...) και οι έμπρακτες εκδηλώσεις της. Η αλλαγή στις υπερδιαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου αποτελεί θετικό παράγωγο όσων αναφέρθηκαν στην προηγούμενη παράγραφο. Μπορεί να παρουσιαστεί μία αύξηση για το ενδιαφέρον της πορείας του κόσμου συνολικότερα, μία μεγαλύτερη διάθεση ενασχόλησης με τα κοινά και μία περισσότερο ανοικτή και ειλικρινής συναισθηματική σύνδεση με τους ανθρώπους που υποφέρουν.

Η δεύτερη παράμετρος, η *αίσθηση αύξησης ή συνειδητοποίησης της εσωτερικής δύναμης*, είναι αποτέλεσμα της επαναθεώρησης του κόσμου ως έχει και της θέσης του ατόμου μέσα σε αυτόν. Αναγνωρίζοντας την εσωτερική ισορροπία του παραδόξου πως ταυτόχρονα με την πιο ευάλωτη ευθραυστότητα του ψυχισμού του εμφανίζεται και η μεγαλύτερη ψυχική του δύναμη, το άτομο αντιλαμβάνεται πως έχει βρει μία πηγή συναισθηματικού αποθέματος τον μηχανισμό της ανανέωσης του οποίου μπορεί να κατανοήσει και να επαναχρησιμοποιήσει εάν προκύψει αυτή η ανάγκη στο μέλλον. Αυτό το χαρακτηριστικό μπορεί να αποκαλεστεί "ετοιμότητα". Μέσα από την απώλεια του κόσμου ως είχε και την απειλητική (που σημαίνει:πιθανή απώλεια) για τον κόσμο και την ύπαρξη γενικότερα εμπειρία του τραύματος, το άτομο μπορεί να αντιληφθεί την *αξία και τη σημασία της ζωής* με ένα καινούριο βλέμμα, μία μεγαλύτερη εκτίμηση. Πολύ εμφανής έκφραση αυτής της αλλαγής είναι η διαφορά στην αντίληψη της σχέσης με το χρόνο, συγκριτικά με την αντίληψη αυτή πριν από το τραυματικό συμβάν. Ο χρόνος γίνεται κατανοητός ως ένα από τα πιο πολύτιμα πράγματα πλέον στη ζωή και η ανούσια ροή του παύει να γίνεται αποδεκτή με ευκολία από το τραυματισμένο άτομο. Συνεπεία αυτού οι προτεραιότητες του ατόμου ανακατατάσσονται και γίνεται, στο μέτρο του εφικτού επανασχεδιασμός των δομικών στοιχείων της καθημερινότητάς του (π.χ. μικρότερες οικονομικές απολαβές και περισσότερος χρόνος με την οικογένεια).

Τέταρτη παράμετρος είναι η *πνευματική ή υπαρξιακή αλλαγή*, η οποία μπορεί να έχει ή να μην έχει και θρησκευτικό χαρακτήρα. Η αναζήτηση απαντήσεων στα πρωταρχικά ερωτήματα για τον εαυτό, τον κόσμο και το δίκαιο (με τη συχνή μορφή του ερωτήματος "Γιατί αυτό, τώρα ,σε εμένα;") θα ωθήσει το άτομο σε ένα υπαρξιακό ταξίδι, μία πνευματική αναζήτηση για την αιτία, τη σημασία, το φέρον νόημα των όσων συνέβησαν μέσα στη ζωή του, με συχνό αποτέλεσμα την επαναγραφή ή συμπλήρωση της ίδιας του της ιστορίας και

τον ρόλο τους μέσα στον κόσμο . Η εμβάθυνση στην πνευματική ζωή ενδέχεται να προκαλέσει μία σειρά αλλαγών στις φιλοσοφικές, υπαρξιακές, ή και θρησκευτικές πεποιθήσεις του ατόμου, οι οποίες μπορεί με τη σειρά τους να επηρεάσουν την πρώτη παράμετρο μετατραυματικής ανάπτυξης που προαναφέρθηκε.

Τέλος, η *προοπτική νέων δυνατοτήτων*, το άνοιγμα δηλαδή καινών οπτικών και πιθανοτήτων για την προσωπική πορεία του ατόμου, συνήθως εμφανίζεται ως αποτέλεσμα ή μάλλον, παράγωγο όλων των προηγούμενων παραμέτρων, είτε χωριστά ,είτε σε συνδυασμό. Με τις νέες δυναμικές των διαπροσωπικών σχέσεων, τις αναθεωρημένες ιδέες για τα σημαντικά ζητήματα της ζωής, και μία νέα πνευματική οδό με περισσότερο σαφές ηθικό πλαίσιο και πιο εναργείς πνευματικούς στόχους , το άτομο βλέπει νέες πιθανότητες αλλαγών στην προσωπική, επαγγελματική, και κοινωνική του θέση και κατάσταση, όπως βέβαια και κάποιες παλαιές να “κλείνουν τις πόρτες τους”.

6.2 Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Για να επέλθει η έναρξη της λειτουργίας της μετατραυματικής ανάπτυξης πρέπει να υπάρξει ρήξη στην αντίληψη που έχει ένα άτομο για τον εαυτό του ή/και για το περιβάλλον ή/και τον κόσμο του. Ανάλογα της εντάσεως της ρήξης αυτής θα είναι το μέγεθος και η ταχύτητα της μετατραυματικής ανάπτυξης, αποκλείοντας βέβαια τις περιπτώσεις όπου το τραύμα προκαλεί ανήκεστο, ή εξαιρετικά μεγάλη βλάβη στην ψυχική υγεία του ατόμου. Η μετατραυματική ανάπτυξη είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού μίας γνωστικής και μίας συναισθηματικής επεξεργασίας του τραυματικού γεγονότος, των επιμέρους στοιχείων που το συνθέτουν, και όλων εκείνων των στοιχείων με τα οποία το συνδέει ακούσια ή εκούσια το άτομο, τα οποία μπορεί να μην σχετίζονται πραγματικά με το γεγονός. Η σχέση αλληλεξάρτησης και αλληλεπίδρασης των δύο επεξεργασιών είναι η συνήθης, αν και ανάλογα με το διάστημα απόστασης χρονικής από το συμβάν μπορεί να υπερισχύει είτε η μία είτε η άλλη⁴⁶.

Συνήθως την πρώτη περίοδο μετά το συμβάν υπάρχει μία ακούσια συνεχής ενασχόληση του νου με αυτό, μία γνωστική δηλαδή λειτουργία, την ενεργοποίηση της οποίας τροφοδοτεί και ορίζει ο συναισθηματικός κόσμος του ατόμου, σηματοδοτώντας έτσι την παύση της περιόδου αρνήσεως ή αποφυγής και την έναρξη των συναισθηματικών διαδικασιών αποδοχής. Εάν η γνωστική επεξεργασία δεν είναι ιδιαίτερα παραγωγική την αρχική αυτή περίοδο, η λειτουργία της είναι πολύ σημαντική διότι ανατροφοδοτεί με τη σειρά της τις συναισθηματικές διεργασίες αποδοχής, προστατεύοντας τη διαδικασία της αρχικής επούλωσης από μερική ή ξαφνική διακοπή, και ταυτόχρονα θέτει σε κίνηση όλους τους συνειδητούς μηχανισμούς προστασίας και αντιμετώπισης τους οποίους διαθέτει το άτομο (π.χ. την έκκληση σε βοήθεια προς το υποστηρικτικό του πλαίσιο, ενώ ακόμη συναισθηματικά δεν είναι έτοιμο να έλθει σε στενή επαφή, διευθέτηση απαραίτητων πρακτικών ζητημάτων κλπ.).

Με τη σταδιακή χρονική απομάκρυνση από τα αρνητικά τεκταινόμενα το άτομο αποκτά σιγά-σιγά την δυνατότητα να σκέπτεται κατά βούλησιν περί του τραυματικού γεγονότος και των συν αυτώ εμπλεκόμενων ζητημάτων, έχοντας ικανό έλεγχο της γνωστικής διαδικασίας. Στόχος της γνωστικής αυτής επεξεργασίας, από την αρχή, είναι η απάντηση στα θεμελιώδη ερωτήματα τα οποία τέθηκαν αυτόματα άμα τη ενάρξει του τραύματος. Η όλη διαδικασία δηλαδή μπορεί να παρομοιασθεί με τα ακούσια και εκούσια στάδια της γνωστικής διαδικασίας όταν το άτομο έρθει αντιμέτωπο με τη δυσκολία επιλύσεως ενός μαθηματικού προβλήματος. Το εύρος της χρονικής διάρκειας της γνωστικής επεξεργασίας του τραύματος

δεν μπορεί να εκτιμηθεί παρά μόνον κατά περίπτωση, και όχι με μεγάλη βεβαιότητα για τις εκτιμήσεις. Γνωρίζουμε όμως πως εάν το τραύμα ή οι επιπτώσεις του έχουν μακρά διάρκεια μέσα στο χρόνο (π.χ. χρόνια ασθένεια, χρόνιος πόνος, μετεγχειρητικές επιπλοκές, μακρόχρονες θεραπείες, επαναλαμβανόμενη κακοποίηση κλπ.) τότε είναι πολύ πιθανόν η επαναληπτικότητα του τραύματος ή των συμπτωμάτων που το ενθυμίζουν να διακόπτει ή να θέτει σε πιο αργή ταχύτητα τη γνωστική επεξεργασία και κατ' επέκτασιν την μετατραυματική ανάπτυξη του ατόμου, χωρίς αυτό να σημαίνει βεβαίως πως αυτή δεν θα επιτευχθεί με θετικά, κατά την κρίση του ατόμου, αποτελέσματα.

6.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΡΡΟΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Η μετατραυματική ανάπτυξη είναι ένα πολυπαραγοντικό παράγωγο ποικίλων συνιστωσών. Η εξάντληση των συνιστωσών αυτών δεν είναι δυνατή, και παρακάτω θα περιγραφούν κάποιες από εκείνες οι οποίες θεωρούνται και κοινές σε όλες τις περιπτώσεις ύπαρξης μετατραυματικής ανάπτυξης και καθοριστικές για την εμφάνιση και εξέλιξή της. Όπως αναλύθηκε παραπάνω, από τη στιγμή κατά την οποία το άτομο θα ξεπεράσει το στάδιο της άρνησης και θα αποδεχθεί το συμβάν ως πραγματικό, θα ξεκινήσουν να ενεργοποιούνται οι μηχανισμοί προστασίας και αντιμετώπισης τους οποίους διαθέτει. Τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά αυτών των μηχανισμών και η μεταξύ τους εύρυθμη λειτουργία αποτελούν την “επιχειρησιακή” στρατηγική αντιμετώπισης του ατόμου, η οποία είναι ένας από τους καθοριστικότερους παράγοντες της μετατραυματικής του ανάπτυξης.

Όσο δηλαδή περισσότερο προετοιμασμένο ήταν το άτομο για μία έκτακτη κατάσταση, τόσο πιο αποτελεσματικά θα μπορέσει να αντιμετωπίσει το τραυματικό γεγονός και να προχωρήσει στο δρόμο της ανάπτυξης. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που διαθέτει μπορεί να είναι εξωτερικές και εσωτερικές. Στις εσωτερικές μπορεί να αναφερθούν και συχνά εντάσσονται η χρήση αναμνήσεων με θετικό πρόσημο, η σχέση με το Θεό, ή η πίστη σε κάποιες ηθικές αρχές ή έναν σκοπό, η δυνατότητα αλλαγής της οπτικής για τα γεγονότα, η ικανότητα οργάνωσης της σκέψης, αλλά και η ειλικρινής πνευματική αγάπη για ανθρώπους του στενού περιβάλλοντος (π.χ. τέκνα, σύζυγοι, ερωτικοί σύντροφοι, φίλοι). Στις εξωτερικές μπορούν να συγκαταλέγονται και συχνά αναφέρονται, το διαπροσωπικό υποστηρικτικό πλαίσιο, η συμμετοχή σε ομάδες με κοινούς στόχους και σκοπούς, η συμμετοχή σε λατρευτικές κοινότητες (π.χ. ενορία), η οικονομική ασφάλεια (στην οποία περιλαμβάνεται και η ύπαρξη ιατρικής ασφαλιστικής ικανότητας ή ικανής οικονομικής ευχέρειας ισοδύναμης της ασφαλιστικής ικανότητας), το στέρεο επαγγελματικό περιβάλλον.

ΕΝΟΤΗΤΑ Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΜΕΘΟΔΟΣ

7.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, της σχετιζόμενης με τις τραυματικές εμπειρίες μετά από χειρουργικές επεμβάσεις ασθενών με καρκίνο, και συγκεκριμένα η εύρεση και ανάλυση δημοσιευμένων δεδομένων τα οποία αφορούν στην σχέση της αρχικής διάγνωσης του καρκίνου αλλά και τη σχέση της χειρουργικής επέμβασης με το μετεγχειρητικό ψυχικό στρες και το μετεγχειρητικό ψυχικό τραύμα.

Οι τραυματικές εμπειρίες ασθενών με καρκίνο μετά από χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν ένα κύριο παράγοντα της όλης θεραπευτικής διαδικασίας, καθώς και της διαδικασίας αποκατάστασης, στον οποίο για ποικίλους λόγους μπορεί να μην δίδεται η δέουσα σημασία από το ιατρικό, νοσηλευτικό και υποστηρικτικό περιβάλλον του ασθενούς. Πρόκειται όμως για ένα σημαντικό στοιχείο της συνολικότερης πορείας της ψυχικής υγείας του ασθενούς μετά τη χειρουργική επέμβαση, το οποίο εάν δεν αντιμετωπισθεί εγκαίρως μπορεί να προκαλέσει μία σειρά αρκετά σημαντικών επιπλοκών στο διαπροσωπικό, οικογενειακό, κοινωνικό και επαγγελματικό περιβάλλον του ασθενούς, στη σχέση θεράποντος-ασθενούς, αλλά και στην συνολική πορεία της σωματικής υγείας του ασθενούς, είτε με τη μορφή μίας ψυχοσωματικής εκδήλωσης του ψυχικού πόνου ή του στρες, είτε με τη μορφή της κακής ανταπόκρισης ή και συμμόρφωσης του ασθενούς στις ιατρικές συστάσεις και οδηγίες.

Το συνολικό κοινωνικό αντίκτυπο της μη-ενασχόλησης με το ψυχικό τραύμα του ασθενούς άμεσα και οργανωμένα μετά το χειρουργείο είναι όπως παραστάθηκε παραπάνω εξαιρετικά επιβαρυντικό για την κοινότητα μακροπρόθεσμα. Σε αυτό το συνολικό αντίκτυπο περιλαμβάνονται οι τομείς οι οποίοι προαναφέρθηκαν, αλλά και το οικονομικό κόστος της μετέπειτα επιβάρυνσης του ασθενούς, (και εάν υπάρχει αυτός, του ασφαλιστικού φορέα του ασθενούς) για την επούλωση του ψυχικού τραύματος το οποίο συν τω χρόνω έχει βαθύνει, όπως και για τη πιθανή μη-θετική εξέλιξη της πορείας της υγείας του εξ' αιτίας της τραυματικής εμπειρίας.

Αναλύοντας τους συσχετισμούς μεταξύ διάγνωσης καρκίνου, εγχείρησης, ψυχικού τραύματος και των επιπλοκών αυτού, επιχειρείται να διερευνηθεί εάν υπάρχουν δεδομένα τα οποία να δείχνουν ότι ο καρκίνος ως διαγνωσμένη νόσος αποτελεί μία αρχική τραυματική εμπειρία η οποία αιτιολογεί το ή συμβάλλει στο μετεγχειρητικό ψυχικό τραύμα του ασθενούς, και εάν υπάρχουν δεδομένα τα οποία να δείχνουν πως αυτή καθ' αυτή η χειρουργική επέμβαση αποτελεί την αιτία για το μετεγχειρητικό ψυχικό τραύμα του ασθενούς.

Ένας ενδεχόμενος αυξημένος πιθανός συσχετισμός μεταξύ αρχικού τραύματος από τη διάγνωση και μετεγχειρητικού ψυχικού τραύματος θα μπορούσε να ωθήσει προς τη διερεύνηση προτάσεων για την αύξηση της προληπτικής φροντίδας για την ψυχική υγεία

των ασθενών με καρκίνο από τη στιγμή της διάγνωσης, ως πάγιου μέρους του θεραπευτικού σχήματος του ασθενούς.

Μία ενδεχόμενη ένδειξη για μεγαλύτερη ποσοστιαία μετεγχειρητικά ψυχικά τραυματική επιρροή της χειρουργικής επέμβασης εν συγκρίσει με την επιρροή της αρχικής διάγνωσης, θα μπορούσε να οδηγήσει σε αντίστοιχη διερεύνηση με εστίαση στο άμεσα προεγχειρητικό και μακροπρόθεσμα στο μετεγχειρητικό στάδιο. Επιπλέον θα μπορούσε να οδηγήσει σε αλλαγή των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, στην εισαγωγή δηλαδή, στην κλινική πρακτική, της παραπομπής των ασθενών άμεσα προεγχειρητικά και μακροπρόθεσμα μετεγχειρητικά σε προληπτικά θεραπευτικά σχήματα ψυχικής υγείας και σε εγκαίριότερη παραπομπή στον τομέα της Ανακουφιστικής Φροντίδας γενικά.

7.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε μέσω ηλεκτρονικών βιβλιοθηκών. Οι ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι Pubmed, Wiley, Taylor and Francis και Igenta, όπου αναζητήθηκαν στην αγγλική γλώσσα οι όροι trauma, traumatic experience, post traumatic stress disorder, cancer patients, after surgery, post operative σε συνδυασμό μεταξύ τους. Στην αναζήτηση των άρθρων δεν χρησιμοποιήθηκε κάποια περιοριστική σταθερά (έτος δημοσίευσης, είδος δημοσίευσης κ.ο.κ.). Η τελευταία αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες έγινε στις 14 Οκτώβρη 2020.

Αρχικά κριτήρια επιλογής των μελετών ήταν το να αφορούν στην ψυχική υγεία ασθενών με καρκίνο μετά από χειρουργική επέμβαση και να είναι δημοσιευμένες στην αγγλική ή στην ελληνική γλώσσα. Αποκλείστηκαν εν αρχή εκείνα τα άρθρα τα οποία δεν ήταν πρωτογενείς μελέτες και τα οποία εκ του τίτλου και της περίληψης δεν αφορούσαν σε ασθενείς με καρκίνο, σε ψυχικό τραύμα ή ψυχική διαταραχή, σε χειρουργική επέμβαση, σε ενήλικο ηλικιακά δείγμα πληθυσμού. Στο επόμενο στάδιο της διαλογής μελετήθηκαν τα πλήρη κείμενα των άρθρων και αφαιρέθηκαν εκείνα τα άρθρα τα οποία δεν ήταν γραμμένα στην ελληνική ή την αγγλική γλώσσα, και δεν πληρούσαν τα προαναφερθέντα κριτήρια, πλην ενός (δεν υπήρξε αποκλεισμός για μη σχετικότητα με ασθενείς με καρκίνο).

7.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Στην αρχική αναζήτηση ο όγκος των άρθρων τα οποία βρέθηκαν ήταν 3.525 άρθρα. Μέσα από την διαδικασία του αποκλεισμού έμειναν 94 άρθρα των οποίων μελετήθηκαν τα πλήρη κείμενα. Εν τέλει βρέθηκαν 8 άρθρα τα οποία πληρούσαν όλα τα τιθέμενα κριτήρια επιλογής.

ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ

Άρθρα που προέκυψαν από την αναζήτηση n=3.525	Pubmed=198 Wiley=481 Taylor and Francis=2.844 Igenta C=2
---	---

ΕΛΕΓΧΟΣ

Άρθρα αφού αφαιρέθηκαν τα διπλά και τα reviews n=2.068	Pubmed: reviews 32, διπλά άρθρα 24 Wiley: reviews 52, διπλά άρθρα 41 Taylor and Francis: reviews 674, διπλά άρθρα 634
--	---

Άρθρα που ελέγχθηκαν n=2.068

Άρθρα που αποκλείστηκαν n=1974
Pubmed=101 Wiley=350 Taylor and Francis=1521 Igenta C=2

ΔΙΑΛΟΓΗ

Πλήρη άρθρα στα οποία έγινε διαλογή n=94
--

Πλήρη άρθρα που αποκλείστηκαν n=86 όχι σωστή γλώσσα n=2 όχι χειρουργική επέμβαση n=11 όχι ψυχική διαταραχή μετά n=26 όχι σωστή ηλικιακή ομάδα n=28 όχι πρωτογενής μελέτη n=19
--

ΕΠΙΛΟΓΗ

Άρθρα που επελέχθηκαν n=8

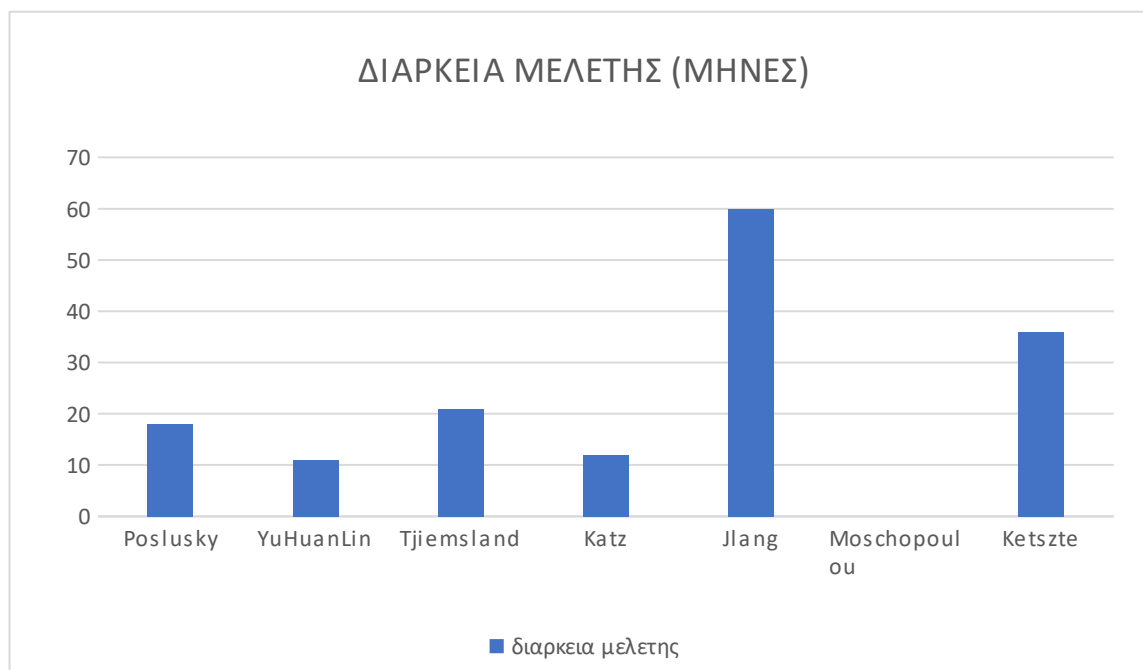
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

8.1 ΣΥΓΚΡΙΣΗ-ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ

Τα στοιχεία των οκτώ μελετών συνεκρίθησαν αρχικά με βάση τις μεταβλητές του παρακάτω πίνακα.

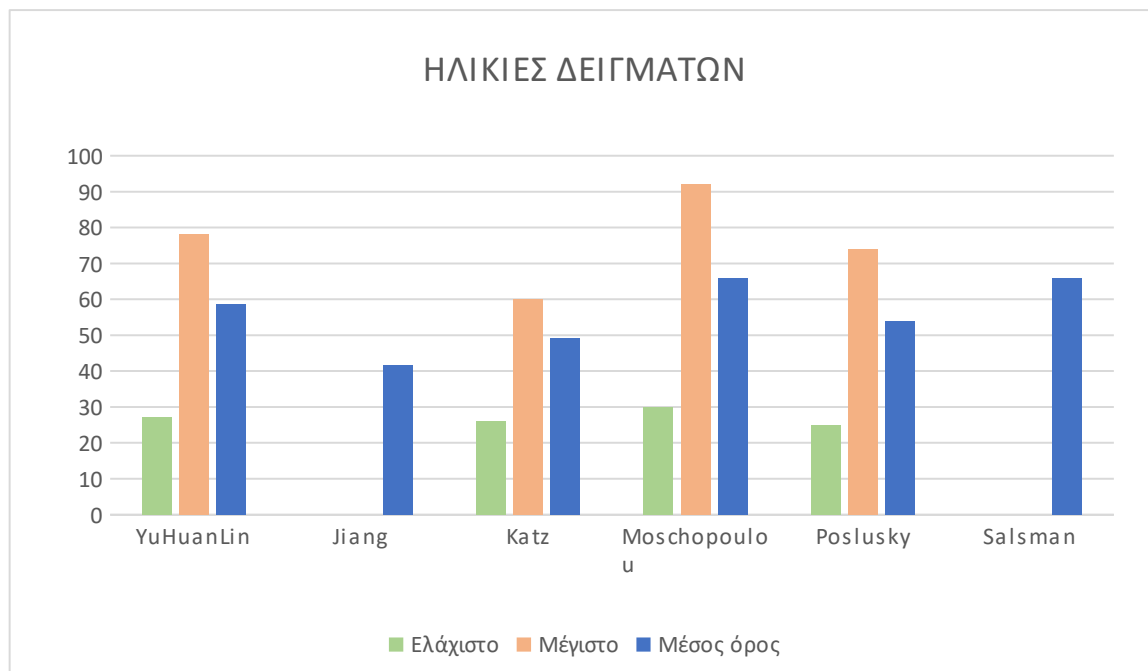
	ΜΕΘΟΔΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ	ΔΙΑΡΚΕΙΑ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ
Poslusky	Ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια 3 φορές	100 50+50	25 υγιείς γυναίκες	18 μήνες	Διαχρονική (3x Εγκάρσιας τομής)
Salsman	Ερωτηματολόγια	55	-	Εγκάρσιας τομής	Αναδρομική
YuHuanLin	Συγχρονική μελέτη	188 από 360 επιλέξιμα	-	11 μήνες	Εγκάρσιας τομής και follow up
Tjiemslan	Ψυχιατρική συνέντευξη και ερωτηματολόγια	106	-	21 μήνες	Εγκάρσιας τομής και μία Follow up
Katz	Ερωτηματολόγια	36 από 136 επιλέξιμα	-	12 μήνες	Εγκάρσιας τομής και δύο Follow up για 12 μήνες (6+6)
Jlang	Συνέντευξη από ανεξάρτητο sr νευροψυχίατρο	219	-	5 έτη	Εγκάρσιας τομής και follow up για 5 χρόνια ανα εξάμηνο
Moschopoulou	Ερωτηματολόγια	93 από 221 επιλέξιμα ασθενείς και σύντροφοι	-	Εγκάρσιας τομής	Αναδρομική
Ketszte	Πολυκεντρική προοπτική μελέτη περιλαμβάνουσα 6 συνεντεύξεις	171 από 427 επιλέξιμα	-	3 έτη	Αναδρομική

Παρατηρήθηκε πως μονάχα μία μελέτη είχε συμπεριλάβει στην διαδικασία μία ομάδα ελέγχου, μονάχα δύο ήταν εγκάρσιας τομής χωρίς follow up, και πως στις έξι από τις οκτώ το ελάχιστο δείγμα ήταν τα 93 άτομα με το μέγιστο να φθάνει τα 219 . Η πιο εντυπωσιακή διαφορά μεταξύ τους όμως ήταν η χρονικές διάρκειες, όπως αναπαριστούνται γραφικά στο παρακάτω γράφημα. Φαίνεται να υπάρχει συσχετισμός μεταξύ των αποτελεσμάτων των μελετών και της χρονικής διάρκειας της έρευνας.



Σημαντικά είναι και τα ευρήματα της σύγκρισης των δημογραφικών στοιχείων των μελετών. Παρατηρείται πως αν και όπως αποδεικνύεται από την θεωρητική έρευνα οι πολιτισμικοί και προσωπικοί παράγοντες όπως το εισόδημα και η θρησκεία επηρεάζουν και σε μεγάλο βαθμό καθορίζουν την δυνατότητα του ατόμου να αποφύγει ή να ξεπεράσει το συναισθηματικό τραύμα, όπως και τις όποιες διαταραχές σχετίζονται με αυτό, από τις οκτώ αυτές μελέτες μονάχα μία έχει λάβει υπ όψιν της τη θρησκεία και μονάχα δύο από τις οκτώ το ετήσιο εισόδημα. Ενώ το ίδιο ισχύει για την επιρροή την οποία έχει στον ασθενή η ύπαρξη, ή μη, τέκνων και πάλι μονάχα μία μελέτη αναφέρει αυτόν τον παράγοντα.

Έχει ερευνητική αξία να αναφερθεί πως η μελέτη η οποία συμπεριλαμβάνει τον παράγοντα της θρησκείας δεν είναι και η μελέτη η οποία θέτει το ερώτημα της ύπαρξης τέκνων. Επιπλέον άξιο λόγου εύρημα είναι και το ότι, ενώ το αυξημένο σωματικό βάρος αποτελεί έναν από τους πέντε παράγοντες της καθημερινότητας οι οποίοι ευθύνονται για το εν τρίτο των θανάτων από καρκίνο παγκοσμίως, και συχνά συσχετίζεται με την ψυχική διαταραχή με *vice versa* σχέσεις αίτιου και αιτιατού, μονάχα σε μία από τις οκτώ έρευνες εισήχθη ως ερώτημα προς το δείγμα.



Η τελευταία παρατήρηση η οποία αφορά στα δημογραφικά στοιχεία των ερευνών έχει να κάνει με το ηλικιακό εύρος. Όπως φαίνεται και παραστατικά στο παραπάνω διάγραμμα δύο από τις μελέτες εμφανίζουν ελλείψεις ως προς τα στοιχεία τους, ενώ στις υπόλοιπες η διαφορά μεταξύ του μέσου όρου ηλικίας δείγματος με την ελάχιστη αριθμητικά αναφερόμενη ηλικία, είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από την αριθμητική διαφορά μεταξύ του μέσου όρου ηλικίας δείγματος και της μέγιστης αναφερόμενης ηλικίας.

	YuHuanLin	Jiang	Katz	Keszte
Φύλο	-	Γυναίκες 83 Άντρες 136	50% Γυναίκες 50% Άνδρες	19 Γυναίκες 152 Άνδρες
Ηλικία	27-78 Μέσος όρος 58,7	Μέσος όρος 41,5±10,9	26-60 Μέσος όρος 49,1	≤65 70% >65 30%
Βάρος	-	-	47-172,5 Μέσος όρος 76	-
Επίπεδο μόρφωσης	Χαμηλό 57,7%	Λύκειο 53%	Λύκειο 36,5% Πανεπιστήμιο 36,5	≤9έτη 57%
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμοι 89,4%	Σε σχέση/Έγγαμοι 84%	-	-
Εργαζόμενοι	Ναι 91,5%	Ναι 62%	Ναι 71,2%	-
Θρησκευόμενοι	Ναι 61,2%	-	-	-
Εθνικότητα	-	-	-	-
Εισόδημα	-	-	-	-

	Moschopoulou	Posluský	Salsman	Tjemsland
Φύλο	Άνδρες 58,1% Γυναίκες 41,9%	Μόνο γυναίκες	Γυναίκες 58,9	-
Ηλικία	30-92 Μέσος όρος 66	Προχωρημένο στάδιο (50-75) μέσος όρος 63 Πρώιμο στάδιο (38-74) μέσος όρος 58 Καλοήθης όγκος (25-74) Μέσος όρος 50 Υγιείς (25-72) μέσος όρος 45	Μέσος όρος 65,9	33-70 Μέσος όρος 50
Βάρος	-	-	-	-
Επίπεδο μόρφωσης	Τουλάχιστον λύκειο 51,9%	-	Τριτοβάθμια εκπαίδευση 52,7%	-
Οικογενειακή κατάσταση	Σε σχέση 68%	81/111 είχαν παιδιά	Σε σχέση 62,5%	-
Εργαζόμενοι	Άνεργοι 66%	47/111	Συνταξιούχοι 50,9	-
Θρησκευτικές πεποιθήσεις	-	-	-	-
Εθνικότητα/Φυλή	Πλειονότητα: Βρετανοί 84,8%	105/111 Ευρωπαίοι/Αμερικάνοι	Καυκάσιοι 98,2%	-
Εισόδημα	-	<30K-36 30K<*<70K-44 >70K-18	<20K\$ 25,5% 41K-60K\$ 25,5%	-

8.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Στην έρευνα των Posluszny και συνεργάτες⁴⁷, μελετήθηκαν συνολικά 111 γυναίκες διαγνωσμένες με καρκίνο αναπαραγωγικού συστήματος ή καλοήθεις γυναικολογικές παθήσεις, στις οποίες μετρήθηκαν τα επίπεδα αντιληπτικής απειλής (Perceived threat), και τα συμπτώματα τραυματικού στρες. Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε σε τρεις χρονικές περιόδους: φάση I, 1 εβδομάδα πριν την εγχείρηση, Φάση II 7 εβδομάδες μετά την εγχείρηση, και Φάση III 16 μήνες μετά. Στην μελέτη συμμετείχαν γυναίκες, που χωρίστηκαν σε 4 κατηγορίες με βάση το υποκείμενο νόσημα: 22 με προχωρημένου σταδίου γυναικολογικό καρκίνο, 31 με καρκίνο αρχικού σταδίου, 33 με καλοήγη γυναικολογικό νόσημα, και τέλος 25 γυναίκες χωρίς νόσο, που είχαν πάει για προγραμματισμένο ετήσιο γυναικολογικό έλεγχο.

Από την έρευνα αποκλείστηκαν γυναίκες με διαγνωσμένο καρκίνο τραχήλου της μήτρας, καθώς περιλαμβάνει διαφορετικό πρωτόκολλο θεραπευτικής αντιμετώπισης, από τους καρκίνους που συμπεριλήφθηκαν, δηλαδή καρκίνο ενδομητρίου, ωοθηκών και αιδίου.

Οι γυναίκες με καλοήγη νοσήματα συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα λόγω του ενδεχόμενου κινδύνου κακοήθους μετάλλαξης της νόσου τους ή θετικού οικογενειακού ιστορικού κακοήθειας.

Στις ομάδες με τις κακοήθεις γυναικολογικές νόσους και με τα καλοήγη νοσήματα, δόθηκαν ερωτηματολόγια μία εβδομάδα από το προγραμματισμένο χειρουργείο τους, ενώ στην ομάδα που ήταν ελεύθερας νόσου, τα ερωτηματολόγια δόθηκαν στην προγραμματισμένη τους ετήσια γυναικολογική εξέταση. Η χειρουργική επέμβαση στις δύο πρώτες ομάδες, διενεργήθηκε υπό γενική αναισθησία, χωρίς αναφερόμενες επιπλοκές, και περιελάμβανε είτε ολική υστερεκτομή είτε απλώς αφαίρεση των εξω- ή ενδομήτριων μορφωμάτων (κύστες ή ινομυώματα).

Στην δεύτερη φάση της μελέτης δόθηκαν τα ίδια ερωτηματολόγια μετά από επτά εβδομάδες από την χειρουργική επέμβαση, ενώ στην ομάδα των γυναικών χωρίς νόσο, στάλθηκαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Τέλος, ακολούθησε και τρίτη φάση της μελέτης, όπου στάλθηκαν τα ίδια ερωτηματολόγια, πάλι με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, μετά από την πάροδο 14 με 18 μηνών από την αρχική συμπλήρωσή τους.

Στην μελέτη αυτή μετρήθηκαν τρεις διαφορετικοί παράμετροι, ίδιοι κάθε φορά:

- 1) η αντιληπτική απειλή (Perceived threat), αξιολογήθηκε με την χρήση τριών στοιχείων, προσαρμοσμένο από τους Witt και τους συνεργάτες του.
- 2) κλίμακα αντικτίπου συμβάντων (IES) και,
- 3) λίστα ελέγχου του PTSD, (PTSD Checklist)

Κατά την διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης δεν κατέστη δυνατό, να γίνει επανέλεγχος όλων των συμμετεχόντων, καθώς με κάποιες ήταν δύσκολο να έρθουν σε επαφή οι ερευνητές, ενώ κάποιες άλλες, απεβίωσαν κατά το χρονικό αυτό διάστημα (κυρίως οι ασθενείς με τον καρκίνο προχωρημένου σταδίου).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι και οι τρεις ομάδες των ασθενών γυναικών είχαν αυξημένα επίπεδα αντιληπτικής απειλής, συμπτωμάτων PTSD καθόλη την διάρκεια διεξαγωγής της, σε αντίθεση με την ομάδα γυναικών ελεύθερας νόσου, που παρουσίαζαν τα ίδια χαμηλά επίπεδα κατά τον χρόνο διεξαγωγής της μελέτης.

Η έρευνα αυτή κατέδειξε μεγάλη συσχέτιση μεταξύ διάγνωσης νόσου αναπαραγωγικού συστήματος είτε κακοήθους είτε καλοήθους και επικείμενης χειρουργικής αντιμετώπισης , με αύξηση της αντιληπτικής απειλής και συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες , με μεγαλύτερα επίπεδα στις γυναίκες με προχωρημένο καρκίνο.

Στην έρευνα των Salsman και συνεργατών ⁴⁸ , έλαβαν μέρος 55 ασθενείς μετά από θεραπευτική αντιμετώπιση καρκίνου του παχέος εντέρου. Η επιλογή των ασθενών έγινε με βάση το στάδιο της νόσου (0-3 κατά την διάγνωση) και πρόσφατη θεραπεία , η οποία περιελάμβανε χειρουργική αντιμετώπιση, μόνη της ή σε συνδυασμό με συνεδρίες χημειοθεραπείας ή/και ακτινοθεραπείας σε διάστημα 6 με 18 μήνες μετά την διάγνωση . Κριτήρια αποκλεισμού ασθενών στην συγκεκριμένη μελέτη ήταν το προηγούμενο ιστορικό καρκινικής νόσου και ενδεχόμενη υποτροπή από την αρχή της διάγνωσης . Στους συμμετέχοντας στάλθηκαν ηλεκτρονικά πληροφορίες σχετικά με την έρευνα και τα ερωτηματολόγια, και στην συνέχεια διενεργήθηκε προγραμματισμένη τηλεφωνική επικοινωνία ώστε να γίνει η συνέντευξη – απάντηση των ερωτηματολογίων . Μετά το πέρας 3 μηνών , ακολούθησε ξανά μια τηλεφωνική συνέντευξη, όπου οι συμμετέχοντες απάντησαν στα ακριβώς ίδια ερωτηματολόγια. Η συμμετοχή στην έρευνα , περιελάμβανε αμοιβή (20 \$ για κάθε τηλεφωνική συνέντευξη).

Με βάση τα ερωτηματολόγια , εξετάστηκαν, τα δημογραφικά στοιχεία, οι μεταβλητές διάθεσης, μεταβλητές γνωστικής επεξεργασίας και μεταβλητές ψυχολογικής προσαρμογής . Για τον έλεγχο των μεταβλητών διάθεσης, αξιολογήθηκε κυρίως η επιθυμία κοινωνικότητας με βάση το Marlowe- Crowne Form C .Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 13 θέματα που αξιολογεί την τάση των συμμετεχόντων να συμμετέχουν στην διαχείριση των εντυπώσεων_

Οι μεταβλητές γνωστικής επεξεργασίας αξιολογήθηκαν με βάση την κλίμακα αντικτύπου των συμβαμάτων(Impact Event Scale, IES) και τη κλίμακα επαναλαμβανόμενων σκέψεων Rumination Measure.

Το IES είναι μια αυτοαναφορική κλίμακα 15 στοιχείων που καταγράφει την παρεμβατική και αποφευγτική γνωστική λειτουργία και χρησιμοποιείται συχνά για την αξιολόγηση των αντιδράσεων του στρες μετά από τραυματικές εμπειρίες .Ενώ η κλίμακα επαναλαμβανόμενων σκέψεων (Rumination Scale)είναι περιέχει 10 στοιχεία και εξετάζει τις συνειδητές, επαναλαμβανόμενες και επίμονες σκέψεις.

Για την αξιολόγηση των μεταβλητών ψυχολογικής προσαρμογής χρησιμοποιήθηκαν :

- Η καταγραφή μετατραυματικής ανάπτυξης (Posttraumatic Growth Inventory) : περιέχει συνολικά 21 θέματα-ερωτήσεις και εξετάζει τις θετικές αλλαγές που παρατηρούνται μετά από τις τραυματικές εμπειρίες .

- Κλίμακα Απογραφής Ψυχικής Υγείας (Mental Heath Inventory): η οποία αποδίδει βαθμολογίες υποκλινικής κατάθλιψης, άγχους και θετικής συναισθηματικότητας μεταξύ άλλων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες είναι ενδεικτικές καλύτερης ψυχικής υγείας και πιο θετικής ψυχολογικής προσαρμογής .

- Λίστα ελέγχου μετατραυματικού στρες (PTSD Checklist Civilian Version) : αποτελείται από 17 στοιχεία , χρησιμοποιείται για αξιολόγηση συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες , με αναφορά στην διάγνωση του καρκίνου .

Τα αποτελέσματα των μετρήσεων έδειξαν ότι η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 65.9 έτη , το 58.9% ήταν γυναίκες , 62% έγγαμοι και 52.7% είχαν πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης. Σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά , στο διάστημα της βασικής μελέτης , είχε περάσει χρονικό διάστημα περίπου ενός έτους από την στιγμή της διάγνωσης με τους συμμετέχοντες να βρίσκονται σε διάφορα στάδια της καρκινικής νόσου, ενώ κατά ποσοστό 66% είχαν υποβληθεί μόνο σε χειρουργική θεραπεία.

Η υπόθεση της μελέτης ότι η κοινωνική επιθυμία δεν συσχετίζεται σημαντικά με τα βασικά αποτελέσματα ή τις βαθμολογίες της κλίμακας μετατραυματικής ανάπτυξης του πρώτους 3 μήνες, επιβεβαιώθηκε . Παρομοίως , επιβεβαιώθηκε και η υπόθεση σχετικά τις υποκατηγορίες της Κλίμακας Ψυχικής Υγείας (άγχος , κατάθλιψη), ότι δηλαδή σχετίζονται σημαντικά με την λίστα ελέγχου μετατραυματικού στρες (PCL-C) , αλλά όχι με τις βαθμολογίες της μετατραυματικής ανάπτυξης (PTGI) .Ως εκ τούτου, οι συμμετέχοντες που ανέφεραν λιγότερο άγχος, λιγότερη κατάθλιψη και πιο θετική συναισθηματικότητα ήταν πιο πιθανό να παρουσιάσουν χαμηλότερες βαθμολογίες PCL-C. Όπως ήταν αναμενόμενο, οι συμμετέχοντες οι βαθμολογίες στο PCL-C δεν συσχετίστηκαν με τα αποτελέσματα για το PTGI

Στην έρευνά των Yu Hua Lin και συνεργατών ⁴⁹ , μελετήθηκαν 188 ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο του ορθού, 126 άνδρες - 62 γυναίκες , και επακολούθησα χειρουργική επέμβαση μετά από 24 μήνες . Το διάστημα μελέτης των ασθενών αφορούσε χρονική περίοδο από Μάιο 2004 μέχρι Απρίλιο 2013. Η μελέτη αφορούσε κυρίως την συχνότερη εμφανιζόμενη επιπλοκή της χειρουργικής επέμβασης για τον συγκεκριμένο καρκίνο , που είναι οι διαταραχές λειτουργίας κατώτερου ουροποιητικού συστήματος, την ψυχική αντοχή και η συσχέτιση των επιπλοκών αυτών με διαταραχές μετατραυματικού στρες στους ασθενείς αυτούς.

Αφού ελέγχθηκαν τα ιστορικά των ασθενών στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο και τέθηκαν τα κριτήρια αποκλεισμού του μελετώμενου πληθυσμού , στάλθηκε ερωτηματολόγιο σε 360 ασθενείς , ενώ 188 απάντησαν . Το βασικότερο στοιχείο αποκλεισμού αποτέλεσε η διάγνωση συναισθηματικής ή ψυχικής διαταραχής πριν από την διάγνωση της κακοήθους νόσου.

Για τις δυσλειτουργίες κατώτερου ουροποιητικού συστήματος χρησιμοποιήθηκε το International prostate symptom score (IPSS) , κατά βάση για τους άνδρες , αρκετές μελέτες όμως αναφέρουν αξιόπιστα αποτελέσματα για διάγνωση διαταραχών κατώτερου ουροποιητικού και στις γυναίκες .

Χρησιμοποιήθηκε το Resilience scale (RS), για να μελετήσει την ψυχική ανθεκτικότητα , το οποίο μελετά πέντε βασικά χαρακτηριστικά : την ουσιαστική ζωή,την επιμονή,την αυτοπεποίθηση,την ηρεμία και την υπαρξιακή μοναξιά .Τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες μελετήθηκαν χρησιμοποιώντας την Κινέζικη εκδοχή του Davidson Trauma Scale.Άλλοι παράμετροι που αξιολογήθηκαν στην έρευνα είναι : ηλικία κατά την διάρκεια της διάγνωσης , το φύλο , επάγγελμα , μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση , θρησκευτικές πεποιθήσεις.

Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν : μέση ηλικία ασθενών ήταν τα 58 έτη (διακύμανση από 27 έως 78), μέση χρονική περίοδος από την διάγνωση μέχρι την χειρουργική επέμβαση ήταν 50 μήνες , ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών είχε λάβει

χημειοθεραπεία μετά την χειρουργική θεραπεία .Βρέθηκε μια σημαντική διαφορά μεταξύ της ηλικίας κατά τη διάγνωση, το φύλο, τη λήψη χημειοθεραπείας μετά από χειρουργική επέμβαση και τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες.

Παρατηρήθηκε μια αξιοσημείωτη θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας αξιολόγησης των δυσλειτουργιών κατώτερου ουροποιητικού(International prostate symptom score -IPSS-) και της κλίμακας αξιολόγησης των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες (Posttraumatic stress symptoms -PTSS-), όσο πιο έντονα είναι τα δυσουρικά συμπτώματα τόσο πιο έντονη είναι η εμπειρία των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες . Παράλληλα υπήρχε ιδιαίτερα αρνητική συσχέτιση μεταξύ ψυχικής αντοχής , φυσικής κατάστασης , ικανοποίησης από την ανάρρωση και των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες, κάτι που δηλώνει ότι οι ασθενείς με την υψηλότερη κλίμακα στην ψυχική αντοχή , που είχαν καλύτερη φυσική κατάσταση ή μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ανάρρωσή τους , βίωναν σε χαμηλότερο βαθμό συμπτώματα μετατραυματικού στρες.

Στην μελέτη αυτή διαπιστώθηκε , κάτι που επιβεβαιώνεται από την διεθνή βιβλιογραφία και σε άλλα ήδη καρκίνων , ότι οι ασθενείς με με διεγνωσμένη καρκινική νόσο του ορθού υπέφεραν από συμπτώματα μετατραυματικού στρες ακόμα και 24 μήνες μετά το από την θεραπεία .

Σε έρευνα που έγινε στην Νορβηγία , από τους Tjemsland και συνεργάτες⁵⁰ , μελετήθηκαν τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες σε συνολικά 106 γυναίκες με διαγνωσθέν χειρουργήσιμο καρκίνο του μαστού. Η μελέτη διενεργήθηκε σε τρεις φάσεις : Φάση I μία μέρα πριν το προγραμματισμένο ογκολογικό χειρουργείο , φάση II 6 εβδομάδες μετεγχειρητικά και Φάση III 1 χρόνο μετά την επέμβαση .

Η μελέτη έλαβε μέρος κατά το χρονικό διάστημα 1992 έως 1994 και ο εξεταζόμενος πληθυσμός ανήκε στο ίδιο νοσοκομείο, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 53 έτη .

Για την εκτίμηση της ψυχολογικής δυσφορίας χρησιμοποιήθηκε το Impact of Event Scale και το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (General Health Questionnaires ,GHQ-28).

Το IES αξιολογεί μέσω 15 ερωτήσεων πως ο ασθενής αισθάνεται μετά από ένα τραυματικό γεγονός , ενώ το GHQ_28 δίνει έμφαση στην δυσφορία και την υποκειμενική ευημερία κατά τις τελευταίες 14 ημέρες χωρίς να κρίνει το αίτιο τους.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με μορφή προσωπικής συνέντευξης.

Θεωρήθηκε σκόπιμο να ξεκινήσει η έρευνα από την φάση I , διότι η διάγνωση καρκινικής νόσου και ένα επικείμενο χειρουργείο θεωρούνται από μόνα τους ένα βαρύ τραυματικό γεγονός .

Στην συνέχεια ακολούθησε η δεύτερη συνέντευξη , 6 εβδομάδες μετά το χειρουργείο, διάστημα κατά το οποίο οι ασθενείς είχαν ήδη ενημερωθεί για συμπληρωματικές θεραπείες στις οποίες θα υποβάλλονταν .Στην φάση αυτή αξιολογήθηκαν ξανά η απάντηση στο τραυματικό στρες .Στην τρίτη και τελική φάση της μελέτης , τα ερωτηματολόγια στάλθηκαν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και δεν υπήρξε επαφή δια ζώσης με τους ερευνητές . Κατά την περίοδο αυτή, ένα χρόνο δηλαδή μετά την χειρουργική επέμβαση , οι ασθενείς είχαν ολοκληρώσει συμπληρωματικές συνεδρίες ακτινοθεραπείας ή /και χημειοθεραπείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα συμπτώματα δυσφορίας και μετατραυματικού στρες ήταν πιο αυξημένα 6 εβδομάδες μετεγχειρητικά συγκριτικά με την πάροδο ενός έτους. Πιο συγκεκριμένα , μόνο μία στις πέντε γυναίκες εμφάνισαν υψηλά επίπεδα ενοχλητικών αισθημάτων ή αίσθησης συναισθηματικής δυσφορίας , συγκριτικά με την μέτρηση μετά από ένα έτος , όπου ήταν μόνο μία στις δέκα ασθενείς .Ποσοστό 12% των ασθενών

παρουσίασαν συμπτώματα συμβατά με διαταραχή μετατραυματικού στρες μετά από πάροδο ενός έτους , ενώ αντίθετα το ποσοστό 6 εβδομάδες μετεγχειρητικά ήταν 14%.

Η έρευνα των Katz και συνεργατών⁵¹ που διεξήχθη στον Καναδά το 2008, είχε σαν αντικείμενο τον συσχετισμό μεταξύ συναισθηματικού μούδιασματος και επικείμενου μετατραυματικού στρες ως επακόλουθο χρόνιου πόνου μετά από πλάγιες θωρακοτομές. Οι πλειονότητα των ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις δεν αναπτύσσουν χρόνια νευροπαθητικό άλγος. Υπάρχει όμως ένα μικρό ποσοστό που ο μετεγχειρητικός αυτός πόνος αποτελεί σοβαρή ενόχληση.

Η πλάγια θωρακοτομή, για αντιμετώπιση καρκίνου του πνεύμονα αποτελεί μια από τις βασικές επεμβάσεις που είναι υπεύθυνες για την δημιουργία μετεγχειρητικού νευροπαθητικού πόνου .

Στην συγκεκριμένη μελέτη , ερευνήθηκε κατά πόσο ο υπολειπόμενος πόνος μετεγχειρητικά σχετίζεται με συναισθηματική αποστασιοποίηση / μούδιασμα και κατά πόσο αυτά αντιπροσωπεύουν ξεχωριστές εκδηλώσεις συνδρόμου μετατραυματικού στρες .

Για την υλοποίηση της μελέτης , συμμετείχαν συνολικά 54 ασθενείς με διαγνωσμένη ενδοθωρακική κακοήγη νόσο και επικείμενη πλάγια θωρακοτομή . Η προσέγγιση των ασθενών έγινε 1 εβδομάδα πριν την χειρουργική επέμβαση, στο νοσοκομείο νοσηλείας τους ,έγινε ενημέρωση του σκοπού της μελέτης , και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια , μεταξύ των οποίων και προεγχειρητική εκτίμηση του πόνου .

Η χειρουργική επέμβαση εκτελέστηκε υπό συνδυασμένη αναισθησία , γενική και επισκληρίδιο με την τοποθέτηση καθετήρα στον επισκληρίδιο χώρο για μετεγχειρητική χορήγηση φαρμάκων με την χρήση αντλίας (Patient Control Epidural Analgesia). Στον ασθενή παρασχέθηκε ακόμη και αντλία αναλγησίας ελεγχόμενη από τον ίδιο (PCA- Patient Control Analgesia), για ενδοφλέβια χορήγηση των αναλγητικών φαρμάκων . Οι αντλίες PCEA και PCA χρησιμοποιήθηκαν για 48 ώρες μετεγχειρητικά , όπου υπολογίστηκε και το συνολικό ποσό των χορηγηθέντων φαρμάκων .

Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν ξανά στα ίδια ερωτηματολόγια 6 και 12 μήνες μετεγχειρητικά , μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης . Παράλληλα μέσω της τακτικής παρακολούθησης από τους θεράποντες ιατρούς , αντλήθηκαν πληροφορίες σχετικά με την εξέλιξη της κακοήθους νόσου , για τυχόν μεταστάσεις ή υποτροπή .

Για την διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αξιολόγησης του πόνου :

1. η κλίμακα αριθμητικής βαθμολογίας (NRS, 0-10)
2. μέσος όρος αριθμητικής βαθμολογίας (NRS-A)
3. αριθμητική βαθμολογία του προκαλούμενου με την κίνηση πόνου (NRS M)
4. δείκτης αναπηρίας πόνου (PDI) : ερωτηματολόγιο αυτοαναφορών που μετρά το βαθμό στον οποίο ο πόνος παρεμβαίνει σε επτά καθημερινές, ψυχοκοινωνικές δραστηριότητες και τομείς ζωής, συμπεριλαμβανομένης της οικογένειας / σπιτιού, ευθύνες, αναψυχή, κοινωνική δραστηριότητα, επάγγελμα, σεξουαλική συμπεριφορά, αυτο-φροντίδα και δραστηριότητα υποστήριξης της ζωής.
5. λίστα ελέγχου μετατραυματικής διαταραχής (Post traumatic stress disorder checklist).

Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνουν άλλες εργασίες που δείχνουν αυξημένα ποσοστά μετεγχειρητικού πόνου σε ασθενείς μετά από θωρακοτομή . Η επίπτωση του πόνου μετά το πέρας 6 μηνών είναι 68% , ενώ μετά από 12 μήνες είναι 61%. Η ένταση του πόνου ήταν μετρίου βαθμού και εμφανίστηκε καθημερινά , τουλάχιστον στην πλειονότητα

των ασθενών .Οι βαθμολογίες αναπηρίας πόνου ήταν, κατά μέσο όρο, χαμηλές , και στις τρεις εκτιμήσεις, συγκρινόμενες με βαθμολογίες ασθενών με χρόνιο πόνο . Από την άλλη όμως η σχέση μεταξύ συναισθηματικού μούδιασματος και αναπηρίας πόνου γινόνταν πιο δυνατή .

Μια πιθανή εξήγηση αυτού του ευρήματος είναι το γεγονός ότι ο πόνος από μόνος του δρα ως ένα τραυματικό στρεσογόνο γεγονός που προκαλεί αυξημένο συναισθηματικό μούδιασμα. Ο πόνος της θωρακοτομής μπορεί να λειτουργεί ως μια σταθερή υπενθύμιση της διάγνωσης του καρκίνου ή σε κάποιους μπορεί και να ερμηνευτεί και ως σημάδι επανεμφάνισης της νόσου , κάτι που τελικά θα οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα συναισθηματικού μούδιασματος και αναπηρίας πόνου .

Τα αποτελέσματα της μελέτης υποστηρίζουν πρόσφατες προτάσεις ότι η αποφυγή και το συναισθηματικό μούδιασμα αποτελούν ξεχωριστό σύμπλεγμα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες.

Σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Κίνα από τους Jiang και Wang ⁵² το διάστημα 2011 εχω 2013 , διερευνήθηκαν η συχνότητα εμφάνισης μετατραυματικού στρες σε ασθενείς που είχαν διαγνωστεί με Γλοιώμα χαμηλής διαφοροποίησης (LGG) 3 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση , και η σχέση του με 5 ετή επιβίωση.

Συνολικά πήραν μέρος 219 ασθενείς (83 γυναίκες και 136 άνδρες) οι οποίοι είχαν πρόσφατα διαγνωσθεί με LGG και υποβληθεί σε κρανιοτομή με αφαίρεση της εξεργασίας. Κριτήρια αποκλεισμού στην μελέτη ήταν η σοβαρή γνωστική / νευρολογική βλάβη που εμποδίζει την επικοινωνία , διάγνωση ψυχιατρικής νόσου πριν από την διάγνωση του εγκεφαλικού όγκου και το πέρας χρονικού διαστήματος μεγαλύτερο από 3 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση .

Οι ασθενείς προσεγγίστηκαν κατά τον τακτικό έλεγχο από τους θεράποντες ιατρούς τους και τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν με μορφή προσωπικής συνέντευξης.

Για την αξιολόγηση χρησιμοποιήθηκαν δημογραφικά και κλινικά στοιχεία , το DSM-IV για τυχόν ύπαρξη PTSD, η αναθεωρημένη κλίμακα αντικτύπου συμβαμάτων (Impact of Event Scale -Revised), Νοσοκομειακή κλίμακα άγχους και κατάθλιψης (HADS) , ερωτηματολόγιο σχετιζόμενο με την υγεία (Health Related QoL).

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι 3 μήνες μετεγχειρητικά , 16% των ασθενών παρουσίασε συμπτώματα μετατραυματικού στρες (PTSD). Οι ασθενείς αυτοί ήταν νεότεροι σε ηλικία και η εντόπιση του όγκου ήταν στο 80% των περιπτώσεων στον μετωπιαίο λοβό. Ο μέσος χρόνος επιβίωσης ήταν πάνω από 60 μήνες και στις δύο περιπτώσεις ασθενών (με PTSD ή χωρίς). Οι αναλύσεις κατέδειξαν ότι η διάγνωση μετατραυματικού στρες συσχετίστηκε με βραχύτερη συνολική επιβίωση στους ασθενείς αυτούς με LGG.

Η συσχέτιση του μετατραυματικού στρες με χειρότερη πρόγνωση μπορεί εν μέρει να εξηγηθεί με μικρότερη συμόρφωση των ασθενών στις οδηγίες παρακολούθησης και λήψης των ενδεδειγμένων φαρμάκων από τους θεράποντες και σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ενδοεγκεφαλικές και καρδιαγγειακές παθήσεις, και συνολικότερα σε ανθυγιεινές καθημερινές συμπεριφορές .

Σε έρευνα που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Moschoroulou και συνεργάτες⁵³ ,μελετήθηκαν 93 ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου ως προς τους συσχετισμούς της κλινικής διαταραχής μετατραυματικού στρες(PTSD) και των υποκλινικών

συμπτωμάτων άγχους (PTSS), των ασθενών αλλά και των συντρόφων τους μετά από επιβίωση 2 ετών μετά την χειρουργική θεραπεία.

Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες εντοπίστηκαν μέσω μητρώου ογκολογικών ασθενών σε μεγάλο νοσοκομείο του Λονδίνου . Τα κριτήρια επιλογής περιλάμβαναν διάγνωση με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου , ολοκλήρωση βασικής θεραπείας και διάστημα $\geq$ των 2 ετών από την διάγνωση .Στους ασθενείς και τους συντρόφους τους που δέχθηκαν να συμμετέχουν στην μελέτη στάλθηκαν ξεχωριστοί φάκελοι με τα ερωτηματολόγια. Για την διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που προσέφεραν δημογραφικά στοιχεία (φύλο , εθικότητα , οικογενειακή κατάσταση και εργασία) και κλινικές πληροφορίες (εντοπισμός και στάδιο καρκίνου, μέθοδος θεραπείας και παρερχόμενο χρονικό διάστημα , κι αν υπήρχαν υποτροπές).

Για την μελέτη των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν :

- 1.η Νοσοκομειακή Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης (HADS)
- 2.η απογραφή κοινωνικής υποστήριξης (ENRICH Social Support Inventory -ESSI
3. ερωτηματολόγιο φόβου επανεμφάνισης καρκίνου (FoR),
4. ερωτηματολόγιο εκτίμησης της απειλής για την ζωή και ένταση της θεραπείας.
5. ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής (global QoL scale of the EORTC QLQ-C30 Version 3)
6. κλίμακα εμφάνισης του Derriford (Appearance Scale DAS24).

Για την μελέτη του μετατραυματικού στρες χρησιμοποιήθηκε το PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) το οποίο αντικατοπτρίζει το Διαγνωστικό και Στατιστικό εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών (DSM IV)

Τα αποτελέσματα τελικά αφορούσαν σύνολο 93 ασθενών , ενώ η δυαδική ανάλυση έγινε από σύνολο 39 ασθενών -συντρόφων τους. Η μέση ηλικία τους ήταν 66έτη , 68% είχαν σύντροφο , ο μέσος χρόνος μετά την χειρουργική θεραπεία ήταν 6,3 έτη, η πλειονότητα των ασθενών είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο σε αρχικό στάδιο (στάδιο I ή II). Η θεραπεία στο 87% των ασθενών ήταν χειρουργική , είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία ή/και ακτινοθεραπεία. 15% ανέφεραν ιστορικό άγχους ενώ 26% ιστορικό κατάθλιψης.

Η μελέτη αυτή ήταν πρωτότυπη στην διερεύνηση μετατραυματικού στρες σε μακροχρόνιους επιζώντες από καρκίνο κεφαλής και τραχήλου και τους συντρόφους τους . Στο εξεταζόμενο δείγμα , το 13% των ασθενών πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια για διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), με επιπλέον 33% να αντιμετωπίζει κάποιο PTSS.

Τα αποτελέσματα αυτά είναι πολύ υψηλότερο σε σύγκριση με εκείνο του γενικού πληθυσμού ενηλίκων στο Ηνωμένο Βασίλειο (4,4%) αλλά παρόμοια με άλλους πληθυσμούς επιζώντων από καρκίνο, όπως αιματολογικές κακοήθειες νόσοι ή καρκίνος μαστού. Σε άλλες έρευνες (Posluszny et al. 2015) αναφέρεται 12% επικράτηση PTSD σε ασθενείς με HNC περίπου 2 μήνες μετά τη διάγνωση, ενώ στην παρούσα μελέτη το χρονικό διάστημα που εξετάστηκε μετά την θεραπεία είναι περίπου τα 6 έτη , κάτι που υποδηλώνει ότι τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες μπορεί να επιμένουν για πολλά χρόνια μετά την διάγνωση .

Τέλος, η προοπτική μελέτη κοόρτης που έγινε στο Leipzig της Γερμανίας , από 2001 έως 2011 από τους Keszte και συνεργάτες ⁵⁴, αφορούσε την μελέτη ψυχικών διαταραχών και ψυχοκινωνικής υποστήριξης κατά τον πρώτο χρόνο μετά από λαρυγγεκτομή .

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 171 ασθενείς με διάγνωση καρκίνου κεφαλής και τραχήλου στους οποίους είχε προγραμματιστεί ολική λαρυγγεκτομή ή είχαν ήδη υποβληθεί στην συγκεκριμένη επέμβαση τους τελευταίους 3 μήνες. Η συμμετοχή στην έρευνα είχε την μορφή προσωπικής συνέντευξης για τους ασθενείς που διέμεναν κοντά , ενώ σε αυτούς που δεν μπορούσαν να παραβρεθούν , τα ερωτηματολόγια σταλθηκαν ταχυδρομικώς . Ορίστηκε χρονοδιάγραμμα 3 ετών για τον κάθε ασθενή όπου έγιναν συνολικά 6 συνεντεύξεις : πριν από την χειρουργική επέμβαση , 2 εβδομάδες μετεγχειρητικά , 3 μήνες μετά την επέμβαση ή την ολοκλήρωση της θεραπείας αποκατάστασης . Άλλες 3 συνεντεύξεις διεξήχθησαν 1 έτος , 2 (24μήνες) και 3έτη (36 μήνες) μετά την ολική λαρυγγεκτομή. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν τηλεφωνικά ή μέσω ταχυδρομείου για το καθορισμένο ραντεβού για την συνέντευξη , και κάθε φορά έπρεπε να επιβεβαιώνουν αν επιθυμούσαν να συνεχίσουν την διαδικασία . Στην συγκεκριμένη μελέτη υπολογίστηκαν τα αποτελέσματα που αφορούσαν τον 1ο χρόνο μετά από λαρυγγεκτομή .

Για την εκτίμηση ψυχιατρικής συννοσηρότητας χρησιμοποιήθηκε η Δομημένη Κλινική Συνέντευξη για DSM IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV -SCID).

3 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση, οι ασθενείς ρωτήθηκαν αν είχαν κάνει χρήση των ψυχολογικών υπηρεσιών υγείας μέσω παροχής συμβουλών ή ψυχοθεραπείας. Κατά την διάρκεια των συνεντεύξεων ο τύπος φωνής των συμμετεχόντων καταγράφηκε από τους ερευνητές.

Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι 25% των συμμετεχόντων διαγνώστηκαν με ψυχικές διαταραχές 3 μήνες μετά την χειρουργική επέμβαση , και 22% 1 έτος μετά την επέμβαση. Οι γυναίκες υπέφεραν περισσότερο από συμπτώματα μετατραυματικού στρες (3 μήνες μετά) και γενική αγχώδη διαταραχή (1 χρόνο μετεγχειρητικά)σε σχέση με τους άνδρες. Η κατάχρηση αλκοόλ ήταν πιο συχνή στο ανδρικό φύλο , ενώ μικρό ποσοστό συνέχιζε την κατανάλωση αλκοόλ ακόμα και 1 έτος μετεγχειρητικά . Οι ασθενείς που δεν είχαν ανακτήσει τρόπο ομιλίας μετά από 1 έτος από την χειρουργική επέμβαση υπέφεραν συχνότερα από ψυχικές διαταραχές σε σύγκριση με τους ασθενείς με επιτυχή αποκατάσταση ομιλίας.

Δεν υπήρχε συσχέτιση με το φύλο , για το εάν χρειάστηκαν να λάβουν ή όχι συμβουλευτική ή ψυχοθεραπεία ,ή ακόμα και ψυχιατρική φαρμακευτική θεραπεία .Επίσης , δεν υπήρχε διαφορά στους ασθενείς που είχαν διαγνωσθεί με ψυχική νόσο πριν την διάγνωση σε σχέση με αυτούς που είχαν ελεύθερο προηγούμενο ιστορικό , αναφορικά με το αν χρειάστηκαν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

Σχετικά με την χρήση αλκοόλ , δεν βρέθηκαν δημογραφικά στοιχεία ή ιατρικά στοιχεία εξέλιξης της νόσου ένα χρόνο μετά την χειρουργική επέμβαση , αλλά από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της μη ανάκτησης ομιλίας και της κατάχρησης αλκοόλ. Από τους 45 ασθενείς που δεν κατάφεραν να αναπτύξουν νέα φωνή , οι 36 βρέθηκε ότι υπέφεραν από εξάρτηση από το αλκοόλ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις τραυματικές εμπειρίες καρκινικών ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση προκύπτει το συμπέρασμα ότι ένα σχετικά υπολογίσιμο ποσοστό ασθενών αντιμετωπίζει μετά το χειρουργείο ψυχικό τραυματισμό, συμπτώματα μετατραυματικού στρες, ΔΜΤΣ, αποσυνδεδετικά συμπτώματα, συναισθηματικό μούδιασμα, τραυματική αγωνία, άγχος επανεμφάνισης της κακοήθους νόσου⁵⁵, φόβος επικείμενου θανάτου και μία πληθώρα άλλων συμπτωμάτων ή/και ψυχικών διαταραχών.

Σύμφωνα με την διεξαχθείσα ανασκοπική μελέτη δεν είναι σαφές το εάν το μετεγχειρητικό τραύμα και οι συν αυτω διαταραχές οφείλονται σε αυτήν καθ αυτήν εμπειρία του ασθενούς κατά την χειρουργική επέμβαση. Προκύπτει όμως το συμπέρασμα πως το αποτέλεσμα που έχει αυτή η διαδικασία, ανάλογα και με το είδος της επέμβασης, παίζει μεγάλο ρόλο στην εμφάνιση και στα μεγέθη και τις ποιότητες του μετεγχειρητικού ψυχικού τραύματος. Δηλαδή η χειρουργική θεραπεία μπορεί να συνοδεύεται από κάποια σωματική δυσμορφία⁵⁶, επιπλοκή ή χρόνιο (νευροπαθητικό) μετεγχειρητικό άλγος⁵⁷, καταστάσεις⁵⁸ που επιβαρύνουν την καθημερινότητα του καρκινοπαθούς ασθενούς και του υπενθυμίζουν καθημερινά την ασθένεια με την οποία ήρθε αντιμέτωπος, ή ακόμα και μια επικείμενη υποτροπή της νόσου ή και τυχόν μεταστάσεις που μπορεί να κάνουν την εμφάνισή τους.

Σαν παράδειγμα τέτοιων επεμβάσεων μπορεί να αναφερθούν τα χειρουργεία για καρκίνο κεφαλής και τραχήλου, όπου στην πλειονότητα των περιπτώσεων παραμορφώνονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών, κάτι που έχει ευνόητο αντίκτυπο στην ψυχολογία τους. Στις εκτεταμένες μαστεκτομές για κακοήγη νόσο, οι ασθενείς καταβάλλονται από συμπτώματα δυσφορίας, και ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες είναι και το γεγονός ότι προσβάλλεται η εικόνα σώματος πέρα από το τραύμα που ήδη έχει προκληθεί από την διάγνωση της νόσου⁵⁹. Σε χειρουργεία στα οποία υπάρχει κάποια επιπλοκή, όπως είναι οι δυσουρικές διαταραχές μετά από χειρουργική αντιμετώπιση καρκίνου του ορθού ή του προστάτη στους άνδρες, η καθημερινή αυτή ενοχλητική συνέπεια, έχει ως αποτέλεσμα τη δυσχέρεια των ασθενών.

Σε πολλά από τα άρθρα γίνεται εκτενής αναφορά της σημαντικότητας της διάγνωσης του καρκίνου⁶⁰ στην μετέπειτα της διάγνωσης ψυχολογική κατάσταση⁶¹ των ασθενών. Ο καρκίνος είναι από μόνος του ένα τραυματικό γεγονός που πυροδοτεί μια σωρεία συμπτωμάτων, τα οποία ακολουθούν τον ασθενή σε πολλά είδη καρκίνου και ανεξαρτήτως της μεθόδου της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Συνολικά, το αρχικό τραύμα, το προερχόμενο από τη διάγνωση, προκύπτει πως επηρεάζει σε ένα ικανό ποσοστό την πιθανότητα εμφάνισης ή/και την ένταση του μετεγχειρητικού ψυχικού τραύματος και των ψυχικών διαταραχών.

Πλέον, χάρη στην εξέλιξη της ειδικότητας της Αναισθησιολογίας και της Φαρμακολογίας, η χειρουργική επέμβαση αυτή καθ αυτή έχει σταματήσει να είναι ένα σοκαριστικό γεγονός για τους ασθενείς, πολλοί από τους οποίους δεν έχουν καμία ανάμνηση της όλης διαδικασίας. Η εξάλειψη του πόνου αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της χειρουργικής επέμβασης. Σκοπός είναι η ισορροπία μεταξύ καλύτερου αναλγητικού αποτελέσματος και μείωσης τυχόν παρενεργειών από τις φαρμακευτικές ουσίες. Ένας από τους βασικότερους στόχους του επιβλέποντα του χειρουργείου Αναισθησιολόγου είναι να μην υπάρχει η εμπειρία του πόνου τόσο κατά την διάρκεια του χειρουργείου, όσο και μετεγχειρητικά, γιατί αυτό από

μόνο του προκαλεί δυσφορία στον ασθενή και επιτείνει την μετατραυματική διαταραχή του στρες.

Εξαίρεση στην υπόθεση ότι η χειρουργική επέμβαση στις μέρες δεν αποτελεί τόσο τραυματικό γεγονός όσο ήταν παλιότερα, λόγω έλλειψης φαρμάκων, αποτελεί η αφύπνιση κατά την διάρκεια του χειρουργείου υπό γενική αναισθησία⁶², που σε πολλούς ασθενείς μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής. Οι περισσότεροι ασθενείς που βιώνουν αφύπνιση κατά την διάρκεια της γενικής αναισθησίας δεν αναφέρουν καθόλου πόνο, ωστόσο, η εμπειρία μπορεί να είναι αρκετά ενοχλητική και τραυματική, και ορισμένοι ασθενείς μπορεί ακόμη να χρειαστούν ψυχοσυμβουλευτική υποστήριξη μετά τη χειρουργική επέμβαση για να μειώσουν τα συναισθήματα σύγχυσης, στρες ή να επουλώσουν το ψυχικό τραύμα που σχετίζεται με την εμπειρία.

Είναι πολύ σημαντική η υποστήριξη των καρκινοπαθών ασθενών που αντιμετωπίζουν συμπτώματα συμβατά με μετεγχειρητικό ψυχικό τραύμα, μετατραυματικό στρες και άλλες διαταραχές, ή ταλαιπωρούνται από ενοχλητικό χρόνιο μετεγχειρητικό άλγος. Η σύνδεση της αύξησης της Μετατραυματικής Ανάπτυξης με την Ανακουφιστική Αγωγή και το υποστηρικτικό πλαίσιο του ασθενούς προκύπτει από την παρούσα έρευνα. Η αντιμετώπιση και ανακούφιση από τον πόνο αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμά των ασθενών αυτών καθώς και ηθική και επαγγελματική υποχρέωση των λειτουργών της υγείας. Με βάση τα ευρήματα της ανασκόπησης προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση της σχέσης των αποτελεσμάτων της χειρουργικής επέμβασης στο μετεγχειρητικό τραύμα ανά είδος επέμβασης, καρκίνου και σταδίου. Επιπλέον προτείνεται η μελέτη για την εισαγωγή μίας περισσότερο εστιασμένης πρόληψης του ψυχικού τραύματος στα θεραπευτικά πρωτόκολλα για τον καρκίνο γενικά, αλλά και ειδικά στα χειρουργικά θεραπευτικά πρωτόκολλα που αφορούν σε ασθενείς με καρκίνο. Αυτή η εστιασμένη πρόληψη προτείνεται να προωθεί τη συνεργασία μεταξύ των θεραπόντων της ασθένειας ιατρών, των κοινωνικών υποστηρικτικών δομών και των λειτουργών της Ανακουφιστικής Αγωγής.

Βιβλιογραφία

- 1 Keiser S. Freud's Concept of Trauma and a Specific Ego Function. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1967;15(4):781-794.
- 2 Τσελέπη, Μ. (2011) , Ψυχικό τραύμα και εξάρτηση από ουσίες: η σχέση τους στην ζωή των γυναικών , (Μεταπτυχιακή εργασία) , Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης , Θεσσαλονίκη 2011
- 2 Loewenstein R. J. (2018). Dissociation debates: everything you know is wrong. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(3), 229–242.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/rloewenstein>
- 3 American Psychological Association. (n.d.). Trauma. In APA dictionary of psychology. Retrieved October 3,2020, from <https://dictionary.apa.org/trauma>
- 4 Mental Health Finland MIELI, Traumatic Crises, Retrieved October 1,2020, from <https://mieli.fi/en/home/mental-health/crises/traumatic-crises>
- 5 Stephens Ch., Long N., Miller I, 1997, The impact of trauma and social support on Posttraumatic Stress Disorder: A study of New Zealand police officers, *Journal of Criminal Justice*, Volume 25, Issue 4, Pages 303-314, [https://doi.org/10.1016/S0047-2352\(97\)00015-9](https://doi.org/10.1016/S0047-2352(97)00015-9).
- 6 Conrad, D., Wilker, S., Pfeiffer, A., Lingenfelder, B., Ebalu, T., Lanzinger, H., Elbert, T., Kolassa, I. T., & Kolassa, S. (2017). Does trauma event type matter in the assessment of traumatic load?. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1344079.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1344079>
- 7 American Psychiatric Association. (2013). Trauma and Stressor related Disorders . In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.dsm07>
- 8 Mitropoulos GB. The DSM-ICD diagnostic approach as an essential bridge between the patient and the "big data". *Psychiatriki*. 2018 Jul-Sep;29(3):249-256.
doi: 10.22365/jpsych.2018.293.249.
- 9 Crocq, M. A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 47–55. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq>

- 10 Shay, J. , 1991 , Learning about combat stress from Homer's *Iliad* . *J Trauma Stress* 4, 561–579 <https://doi.org/10.1007/BF00974590>
- 11 Ustinova, Yulia & Cardeña, Etzel. (2014). Combat Stress Disorders and Their Treatment in Ancient Greece. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 6. 10.1037/a0036461.
- 12 Crocq, M. A., & Crocq, L. (2000). From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues in clinical neuroscience*, 2(1), 47–55. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2000.2.1/macrocq>
- 13 Kinzie, J.D., Goetz, R.R. , 1996 , A century of controversy surrounding posttraumatic stress-spectrum syndromes: The impact on DSM-III and DSM-IV. *J Trauma Stress* 9, 159–179 . <https://doi.org/10.1007/BF02110653>
- 14 Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B., & Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS neuroscience & therapeutics*, 14(3), 171–181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- 15 Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull*. 2006 Nov;132(6):959-92. doi: 10.1037/0033-2909.132.6.959. PMID: 17073529.
- 16 Parto, J. A., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2011). Symptoms of posttraumatic stress disorder among urban residents. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(7), 436–439. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182214154>
- 17 Brady KT. , 1997 , Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry*. ;58 Suppl 9:12-5. PMID: 9329446.
- 18 Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S., 2000 Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. , 61 Suppl 7:22-32. PMID: 10795606.
- 19 Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J. P., Levinson, D., Navarro-Mateu, F., ... Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European journal of psychotraumatology*, 8(sup5), 1353383. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383>
- 20 Atwoli, L., Stein, D. J., Koenen, K. C., & McLaughlin, K. A. (2015). Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current opinion*

in *psychiatry*, 28(4), 307–311. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000167>

21 Keane, Terence & Marshall, Amy & Taft, Casey. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Epidemiology, and Treatment Outcome. Annual review of clinical psychology. 2. 161-97. 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095305.

22 American Psychological Association. (n.d.). Emotion. In APA dictionary of psychology. Retrieved September 22,2020, from <https://dictionary.apa.org/emotion>

23 Lifton, R. J. (1982). Beyond psychic numbing: A call to awareness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 619–629. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01451.x>

24 International Association for the Study of Pain, (Aug 7, 2019), IASP's Proposed New Definition of Pain Released for Comment, Retrieved September 29,2020, from <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218>

25 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 09/2020), MG30 Chronic pain, Retrieved October 2,2020, from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1581976053>

26 Jensen, Troels S.*;1; Baron, Ralf2; Haanpää, Maija3; Kalso, Eija4; Loeser, John D.5; Rice, Andrew S.C.6; Treede, Rolf-Detlef7 A new definition of neuropathic pain, *Pain*: October 2011 - Volume 152 - Issue 10 - p 2204-2205 doi: 10.1016/j.pain.2011.06.017

27 Yam, M. F., Loh, Y. C., Tan, C. S., Khadijah Adam, S., Abdul Manan, N., & Basir, R. (2018). General Pathways of Pain Sensation and the Major Neurotransmitters Involved in Pain Regulation. *International journal of molecular sciences*, 19(8), 2164. <https://doi.org/10.3390/ijms19082164>

28 Brennan, F., Lohman, D., & Gwyther, L. (2019). Access to Pain Management as a Human Right. *American journal of public health*, 109(1), 61–65. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304743>

29 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 09/2020), 02 Neoplasms, Retrieved October 2,2020, from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1630407678>

- 30 National Cancer Institute, Cancer Types, Retrieved October 2,2020, from <https://www.cancer.gov/types>
- 31 American Cancer Society, Signs and Symptoms of Cancer, Retrieved October 2,2020, from <https://www.cancer.org/cancer/cancer-basics/signs-and-symptoms-of-cancer.html>
- 32 World Health Organization(9 December 2020), The top 10 causes of death,Retrieved October 2,2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
- 33 Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492. Epub 2018 Sep 12. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2020 Jul;70(4):313. PMID: 30207593.
- 34Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018 Nov;68(6):394-424. doi: 10.3322/caac.21492. Epub 2018 Sep 12. Erratum in: *CA Cancer J Clin*. 2020 Jul;70(4):313. PMID: 30207593.
- 35 World Health Organization , Cancer resources Key Statistics, Retrieved October 2,2020, from <https://www.who.int/cancer/resources/keyfacts/en/>
- 36 Plummer M, de Martel C, Vignat J, Ferlay J, Bray F, Franceschi S. Global burden of cancers attributable to infections in 2012: a synthetic analysis. *Lancet Glob Health*. 2016 Sep;4(9):e609-16. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30143-7. Epub 2016 Jul 25. PMID: 27470177.
- 37 GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016 Oct 8;388(10053):1659-1724. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8. Erratum in: *Lancet*. 2017 Jan 7;389(10064):e1. PMID: 27733284; PMCID: PMC5388856.
- 38 Institution of Occupational Safety and Health, Occupational cancer, Retrieved October 2,2020, from <https://iosh.com/resources-and-research/our-resources/occupational-health-toolkit/occupational-cancer/>
- 39 Roy, S., Vallepu, S., Barrios, C., & Hunter, K. (2018). Comparison of Comorbid Conditions Between Cancer Survivors and Age-Matched Patients Without Cancer. *Journal of clinical medicine research*, 10(12), 911–919. <https://doi.org/10.14740/jocmr3617w>
- 40 Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014. [Stewart BW, Wild CP, editors. World cancer report 2014](#)σελ 17-22
- 41 Mariotto, A. B., Yabroff, K. R., Shao, Y., Feuer, E. J., & Brown, M. L. (2011). Projections of the cost of cancer care in the United States: 2010-2020. *Journal of the National Cancer*

Institute, 103(2), 117–128. <https://doi.org/10.1093/jnci/djq495>

42 Hofmarcher Th., Lindgren P., Wilking N., Jönsson B., The cost of cancer in Europe 2018, *European Journal of Cancer*, Volume 129, 2020, Pages 41-49, doi.org/10.1016/j.ejca.2020.01.011

43 Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Adler NE, Page AEK, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2008. PMID: 20669419.

44 Institute of Medicine (US) Committee on Psychosocial Services to Cancer Patients/Families in a Community Setting. *Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs*. Adler NE, Page AEK, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2008. PMID: 20669419.

45 Tedeschi, R. G., Blevins, C. L., & Raffle, O. M. (2017). *Posttraumatic growth: A brief history and evaluation*. In M. A. Warren & S. I. Donaldson (Eds.), *Scientific advances in positive psychology* (p. 131–163). Praeger/ABC-CLIO

46 Davis, Christopher. (2004). Theoretical and Methodological Issues in the Assessment and Interpretation of Posttraumatic Growth. *Psychological Inquiry*. 15. 60-64.

47 Posluszny DM, Edwards RP, Dew MA, Baum A. Perceived threat and PTSD symptoms in women undergoing surgery for gynecologic cancer or benign conditions. *Psychooncology*. 2011 Jul;20(7):783-7.

48 Salsman JM, Segerstrom SC, Brechting EH, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. *Psychooncology*. 2009 Jan;18(1):30-41.

49 Lin YH, Kao CC, Pan IJ, Liu YH. Lower urinary symptoms, resilience, and post-traumatic stress symptoms among rectal cancer patients after surgery. *Jpn J Nurs Sci*. 2020 Jul;17(3):e12320.

50 Tjemsland, L., Søreide, J.A. and Malt, U.F. (1996), Traumatic distress symptoms in early breast cancer. II: Outcome six weeks post surgery. *Psycho-Oncology*, 5: 295-303.

51 Katz J, Asmundson GJ, McRae K, Halket E. Emotional numbing and pain intensity predict the development of pain disability up to one year after lateral thoracotomy. *Eur J Pain*. 2009 Sep;13(8):870-8.

52Jiang C, Wang J. Post-traumatic stress disorders in patients with low-grade glioma and its association with survival. *J Neurooncol*. 2019 Apr;142(2):385-392.

53 Moschopoulou E, Hutchison I, Bhui K, Korszun A. Post-traumatic stress in head and neck cancer survivors and their partners. *Support Care Cancer*. 2018 Sep;26(9):3003-3011.

54Keszte J, Danker H, Dietz A, Meister E, Pabst F, Vogel HJ, Meyer A, Singer S. Mental disorders and psychosocial support during the first year after total laryngectomy: a prospective cohort study. *Clin Otolaryngol*. 2013 Dec;38(6):494-501.

55Custers JAE, Gielissen MFM, Janssen SHV, de Wilt JHW, Prins JB. Fear of cancer recurrence in colorectal cancer survivors. *Support Care Cancer*. 2016 Feb;24(2):555-562. doi: 10.1007/s00520-015-2808-4.

56Adachi Y, Kimura H, Sato N, Nagashima W, Nakamura K, Aleksic B, Yoshida K, Fujimoto Y, Nakashima T, Ozaki N. Preoperative level of depression is a predictor of postoperative levels of depression in patients with head and neck cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2014 Apr;44(4):311-7. doi: 10.1093/jjco/hyu002.

57Alkan A, Guc ZG, Senler FC, Yavuzsen T, Onur H, Dogan M, Karci E, Yasar A, Koksoy EB, Tanriverdi O, Turhal S, Urun Y, Ozkan A, Mizrak D, Akbulut H. Breast cancer survivors suffer from persistent postmastectomy pain syndrome and posttraumatic stress disorder (ORTHUS study): a study of the palliative care working committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Support Care Cancer*. 2016 Sep;24(9):3747-55. doi: 10.1007/s00520-016-3202-6.

58 Jeantieu M, Gaillat F, Antonini F, Azoulay E, Martin C, Thomas P, Leone M. Postoperative pain and subsequent PTSD-related symptoms in patients undergoing lung resection for suspected cancer. *J Thorac Oncol*. 2014 Mar;9(3):362-9. doi: 10.1097/JTO.0000000000000084.

59Brandberg Y, Sandelin K, Erikson S, Jurell G, Liljegren A, Lindblom A, Lindén A, von Wachenfeldt A, Wickman M, Arver B. Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. *J Clin Oncol*. 2008 Aug 20;26(24):3943-9. doi: 10.1200/JCO.2007.13.9568.

60 O'Connor, M., Christensen, S., Jensen, A. B., Møller, S., & Zachariae, R. (2011). How traumatic is breast cancer? Post-traumatic stress symptoms (PTSS) and risk factors for severe PTSS at 3 and 15 months after surgery in a nationwide cohort of Danish women treated for primary breast cancer. *British journal of cancer*, 104(3), 419–426. <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6606073>

- 61 Powell-Chandler A., Boyce K., James O., Scourfield L., Torkington J., Bisson J., Cornish J.A. , (2020), Psychological sequelae of colonic resections , Colorectal Disease, doi.org/10.1111/codi.14986
- 62 Messina AG, Wang M, Ward MJ, Wilker CC, Smith BB, Vezina DP, Pace NL. Anaesthetic interventions for prevention of awareness during surgery. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Oct 18;10(10):CD007272. doi: 10.1002/14651858.CD007272.pub2.