

Copyright c –All rights reserved Κίτσος Χ. Γκίκας.
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ' ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν στη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ ιδιαίτερα την γυναίκα μου Κατερίνα ,το φίλο και συνάδερφο Τάσο για την υποστήριξη και συμπαράσταση στη συγγραφή της διπλωματικής αυτής εργασίας και αφιερώνεται στη μνήμη του Μάνου και σε όσους αγωνίζονται με τη νόσο του καρκίνου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο καρκίνος είναι μια εντασιογονός νόσος με μακροχρόνια έκβαση και πορεία, όπως τις παρενέργειες από τη θεραπεία, την πιθανή εξέλιξη της νόσου, τη δυσλειτουργία οργάνων ή μελών του σώματος, τις επιπτώσεις στην κοινωνική και επαγγελματική του λειτουργικότητα και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Ορισμένοι ασθενείς ή και το οικογενειακό τους περιβάλλον θα εμφανίσουν πλήρη ή υποκλινική μορφή μετατραυματικού στρες εφόσον αντιμετωπίσουν την νόσο και την θεραπεία της με έντονο φόβο και ανικανότητα. Σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης ΔΜΤΣ είναι το ψυχολογικό προφίλ του ασθενούς με βάση το οποίο αντιδρά, προσαρμόζεται και αντιμετωπίζει τη νόσο.

Οι περισσότεροι άνθρωποι με καρκίνο επιβιώνουν χρόνια μετά την διάγνωση - θεραπεία και εμφανίζουν μετατραυματικό στρες που δεν μεταβάλλεται σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου.

Είναι πλέον αποδεκτό ότι η ποιότητα ζωής για κάθε άρρωστο με καρκίνο πρέπει να αντιμετωπίζεται με σωστές βάσεις από την αρχή της διάγνωσης της νόσου και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας γεγονός που σηματοδοτεί την έναρξη μιας μακράς σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Οι περισσότεροι κλινικοί ιατροί προτείνουν μια πολυπαραγοντική προσέγγιση της νόσου ανάλογα με τις προσωπικές ανάγκες του κάθε ασθενή (σωματική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση) λαμβάνοντας υπόψη την συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών και αγχώδεις διαταραχές).

«Θεωρώ πιο γενναίο εκείνον που κυριαρχεί στα πάθη του από εκείνον που κυριαρχεί στους εχθρούς του. Η δυσκολότερη νίκη είναι εκείνη ενάντια στον ίδιο σου τον εαυτό»

Αριστοτέλης

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ.....	7
2. ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	7
3. EUSTRESS ΚΑΙ DISTRESS.....	8
4. ΣΤΑΔΙΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ.....	9
5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ.....	12
6. ΑΛΛΟΣΤΑΣΗ.....	14
7. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ.....	15
8. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (ΔΜΤΣ).....	19
8.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	19
8.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ.....	20
DSM-IV.....	20
ICD-10.....	24
ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΥΟ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ.....	25
8.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	25
8.4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗ ΔΜΤΣ.....	26
9. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	27
10. ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ / ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....	28
11. ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	28
11.1. ΓΕΝΙΚΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	28
11.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	29
11.3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΔΜΤΣ.....	29
11.3.1. ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΜΟΝΤΕΛΛΟΥ ΤΟΥ HOLLAND ΣΤΟΝ 21ο	
ΑΙΩΝΑ.....	30
11.4. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ.....	33
11.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	35
11.6. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΝΤΕΛΙΡΙΟ.....	36
11.7. ΕΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ.....	36
11.8. Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ DR. ROSS.....	37
11.9. ΠΡΕΠΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΝΑ ΜΑΘΕΙ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ	
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ;.....	41
11.10. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	42
11.11. ΕΠΙΜΕΤΡΟ.....	44
11.12. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	47
12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	49

1. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ

Σε παγκόσμιο επίπεδο την ίδια χρονική στιγμή λαμβάνουν χώρα μια σειρά από ψυχοσωματικά τραυματικά γεγονότα σε διαφορετικές γεωγραφικές θέσεις, κοινωνικές ομάδες και πλαίσια. Η καθημερινότητά μας συνοδεύεται από γεγονότα όπως η απώλεια εργασίας, το διαζύγιο, τα σεξουαλικά προβλήματα, η οικονομική κρίση, η προσωπική ασθένεια, οι αλλαγές στις κοινωνικές δραστηριότητες, ο θάνατος στενού συγγενικού προσώπου, η κατάσχεση υποθηκευμένης περιουσίας κλπ, τα οποία προκαλούν μικρότερο ή μεγαλύτερο άγχος. Ο κοινός παρανομαστής των καταστάσεων αυτών είναι το άγχος που αποτελεί μια φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού κατά την απάντηση σε μια απειλή.

2. ΣΤΡΕΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Το στρες προκύπτει από τη σχέση και την δυναμική αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον¹.

Ο Hans Selye ήταν από τους πρώτους που μελέτησε το στρες στις αρχές τις δεκαετίας του 40' και εισήγαγε τον όρο "στρεσογόνος παράγοντας" ως μια έμφυτη δύναμη που είναι απάντηση σε ένα παράγοντα ικανό να διαταράξει την ομοιόσταση του οργανισμού ή να προκαλέσει αμυντική αντίδραση. Οι στρεσογόνοι παράγοντες διακρίνονται σε α) φυσικούς και β) ψυχολογικούς (γνωσιακό και συναισθηματικό).

Οι φυσικοί παράγοντες περιλαμβάνουν ερεθίσματα όπως το κρύο, την μυϊκή καταπόνηση, τις χειρουργικές επεμβάσεις, την ακτινοβολία κτλ. που μόνα τους ή σε συνδυασμό αποτελούν εντασιογόνους παράγοντες. **Οι ψυχολογικοί παράγοντες** αποτελούνται από ερεθίσματα που προκαλούν συγκρούσεις στο επίπεδο των βασικών κίνητρων και ορμών όπως το άγχος που προκαλείται εξαιτίας των υπερβολικών απαιτήσεων στην σχέση προσφοράς και ζήτησης του ατόμου με το περιβάλλον. Τα νέα άτομα, για παράδειγμα, κινητοποιούνται στην παραγωγή ωφέλιμου έργου αναζητώντας υπεύθυνες θέσεις εργασίας στην κοινωνία. Όταν όμως είναι άνεργοι ή υπεραπασχολούνται συσσωρεύεται ενέργεια, δημιουργούνται απογοητεύσεις, ανικανοποίητοι στόχοι και μεγαλώνει το άγχος τους.

Η συμπεριφορά που οφείλει να έχει το άτομο, επειδή κατέχει μια θέση σε μια κοινωνική ομάδα προσδιορίζει το κοινωνικό του ρόλο. Ο καθένας προσαρμόζει την συμπεριφορά του για κάθε ρόλο στην δική του προσωπικότητα. Κάθε άτομο ασκεί πολλούς ρόλους ταυτόχρονα (γονιός, σύζυγος, προϊστάμενος, παιδί, αδελφός/ή κτλ) κατά συνέπεια οι υποχρεώσεις που συνεπάγεται ένας ρόλος έρχονται σε σύγκρουση με τις υποχρεώσεις ενός άλλου. Οι στρεσογόνες αυτές καταστάσεις συντελούν στην εκδήλωση συμπτωμάτων υποχονδρίας, αισθημάτων αδυναμίας και δυσφορίας, ραγδαία μείωση της αυτοεκτίμησης, έκπτωση λειτουργικότητας, κατάθλιψη και απόσυρση, ενώ ταυτόχρονα αποτελούν μια γνωσιακή και συναισθηματική έκφραση του στρες. Η αντιμετώπιση του στρες ερμηνεύεται ως μια προσαρμοστική φυσιολογική αντίδραση στην απειλή που σκοπό έχει να προετοιμάσει το άτομο να αποφύγει την υπάρχουσα απειλή καθώς και τις μελλοντικές απειλές μέσω εξαρτημένης μάθησης του φόβου ("πάλης ή φυγής")².

3. EUSTRESS ΚΑΙ DISTRESS

Το άγχος επηρεάζει θετικά ή αρνητικά όλες τις ανθρώπινες διαστάσεις του ατόμου (σωματική, συναισθηματική, βιολογική, διανοητική, κοινωνική και πνευματική). Η θετική επίδραση συνδέεται άμεσα με την προσαρμογή και την απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα και η αντιμετώπισή τους συμβάλει στην εξέλιξη και ανάπτυξη του οργανισμού. Η επιτυχής λειτουργία ενός οργανισμού έγκειται στην ισορροπία μεταξύ των αγχογόνων ερεθισμάτων και των προσαρμοστικών ικανοτήτων ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον. Η «διαχείριση» αυτή έχει να κάνει με την κινητοποίηση στις προκλήσεις της καθημερινότητας, καθώς ανταποκρινόμαστε στα κίνητρα και τις επιδιώξεις μας, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την υγεία (καλύτερο ανοσοποιητικό, σωματική ευεξία, ταχύτερη ανάρρωση σε επεμβάσεις και καλύτερη ανταπόκριση σε θεραπείες ασθενειών). Όταν οι ψυχοσωματικές επιδράσεις του στρες είναι προσαρμοστικές και ενισχύουν την αποδοτικότητα τότε κάνουμε λόγο για ευ-στρες (**eustress**). Το ωφέλιμο στρες προκαλεί διαστολή στα αιμοφόρα αγγεία, αυξάνει τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο, στους μυς και τα άκρα βοηθώντας στον έλεγχο της εκάστοτε πρόκλησης.

Το επιβλαβές στρες (**distress**) συνοδεύεται από μη-προσαρμοστικές αντιδράσεις που απορυθμίζουν πλήρως και εξαντλούν ψυχοσωματικά τον οργανισμό (συμπεριφορά αποδιοργάνωσης, μειωμένη λειτουργικότητα, αύξηση καρδιακού ρυθμού και παρουσίαση συστολής των αιμοφόρων αγγείων γεγονός που προδιαθέτει την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων ισχαιμικού επεισοδίου)^{3,4}.

4. ΣΤΑΔΙΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΟ ΣΤΡΕΣ

Ο ενδοκρινολόγος Hans Selye (1956) περιέγραψε τρία στάδια προσαρμογής τα οποία σχετίζονταν με το στρες^{5,6}:

1. Το στάδιο εγρήγορσης, που πρόκειται για μια φάση κατά την οποία το σώμα κινητοποιεί τους ίδιους αμυντικούς μηχανικούς ανεξάρτητα από τον τύπο του στρεσογόνου παράγοντα. Μπροστά σε έναν κίνδυνο ή σε ένα σοκ φυσικό ή ψυχολογικό του σώματος ο εγκέφαλος ενεργοποιεί τον άξονα υποθάλαμο-υπόφυση-επινεφρίδια, ενεργοποιώντας το αυτόνομο νευρικό σύστημα και εκλύει ορμόνες προκαλώντας σωματικές αλλαγές στον οργανισμό (π.χ. αύξηση του καρδιακού ρυθμού και της αρτηριακής πίεσης, αγγειοσύσπαση, μυδρίαση, κλπ) ώστε να ανταπεξέλθει ο οργανισμός στο στρες. Όταν το στρεσογόνο ερέθισμα ενεργοποιήσει τον υποθάλαμο αρχίζει μια αλυσίδα νευροφυσιολογικών αντιδράσεων. Η υπόφυση εκλύει την αδρενοκορτικοτροφική ορμόνη και διεγερμένοι από αυτήν οι επινεφρίδιοι αδένες κινητοποιούν τους βασικούς μηχανισμούς άμυνας του σώματος για μια αντίδραση «μάχης ή φυγής». Οι μηχανισμοί αυτοί είναι αυτορυθμιζόμενοι και κινητοποιούνται ασυνείδητα.

2. Στάδιο αντίστασης ή προσαρμογής, όπου ο οργανισμός επιστρατεύει το σύνολο των συστημάτων για να διορθώσει τις βλάβες που προκαλεί το στρες μέχρι και την επάνοδο της φυσιολογικής ομοιόστασης. Ο μηχανισμός προσαρμογής είναι συνεχής και η λειτουργία του καταναλώνει ενέργεια η οποία είναι ζωτικής σημασίας για τις ανάγκες του οργανισμού. Σε περίπτωση που ο παράγοντας στρες συνεχίζει να υφίσταται αυξάνεται η ακαμψία των γνωστικών λειτουργιών και μειώνονται προοδευτικά οι δυνατότητες ψυχοκοινωνικής προσαρμογής. Τότε ο αμυντικός μηχανισμός παύει να λειτουργεί το άτομο θα μεταβεί στο επόμενο στάδιο.

3. Στο στάδιο της **εξάντλησης** οι μηχανισμοί προσαρμογής του ατόμου καταρρέουν στην προσπάθεια τους να υπερνικήσουν το στρες. Η αντίδραση του σώματος στο στρες περιορίζεται και το στρες καταβάλλει τον οργανισμό (π.χ. ανοσοκαταστολή, στομαχικές/ γαστρεντερικές διαταραχές, πεπτικά έλκη, κλπ) που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες. Στο στάδιο αυτό μπορεί να εμφανιστούν ξανά τα σημάδια της αντίδρασης συναγερμού, αλλά αν έχουν εξαντληθεί τα αποθέματα ενέργειας του οργανισμού η παράταση του στρες μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΓΕΓΟΝΟΤΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΑΓΧΟΣ ΟΠΩΣ ΤΟΝ ΣΥΝΕΤΑΞΑΝ ΟΙ HOLMES & RAHE	
ΣΥΜΒΑΝΤΑ	ΤΙΜΗ
Θάνατος ενός συζύγου	100
Διαζύγιο	73
Διάσταση ζεύγους(γάμος ,συμβίωση)	65
Θάνατος στενού συγγενικού προσώπου	63
Φυλάκιση (ο χρόνος που πέρασε στη φυλακή)	63
Τραυματισμοί, δυστύχημα ,προσωπική ασθένεια	53
Γάμος	50
Απώλεια εργασίας	47
Συμφιλίωση συζυγών	45
Συνταξιοδότηση	45
Ασθένεια γονέα	44
Εγκυμοσύνη	40
Σεξουαλικά προβλήματα	39
Αφιξη ενός καινούργιου μέλους στην οικογένεια	39
Προβλήματα εργασίας	39
Μεταβολή οικονομικής κατάστασης	38
Θάνατος επιστήθιου φίλου	37

Αλλαγή κατάστασης	36
Αύξηση συζυγικών διαφωνιών	35
Υποθήκη ή μεγάλο δάνειο	31
Κατάσχεση υποθηκευμένου ή λήξη προθεσμίας δανείου	30
Αλλαγή επαγγελματικών ευθυνών	29
Γιός ή κόρη που φεύγουν από το σπίτι	29
Προβλήματα με πεθερικά	29
Εξαιρετική επιτυχία ,προσωπικός άθλος	28
Σύζυγος που αρχίζει εργασία ή που τη σταματά	26
Αρχή ή τέλος σχολικής φοίτησης	26
Αλλαγή συνθηκών ζωής	25
Τροποποίηση των προσωπικών συνηθειών	24
Δυσκολίες με τον εργοδότη	23
Αλλαγή ωραρίου ,συνθηκών εργασίας	20
Μετακόμιση	20
Αλλαγή σχολείου	20
Αλλαγή ψυχαγωγίας	19
Θρησκευτικές αλλαγές	19
Αλλαγές στις κοινωνικές δραστηριότητες	18
Υποθήκη και δάνειο μετρίας σημασίας	17
Αλλαγές στις συνήθειες του ύπνου	16
Αλλαγές στο ρυθμό των οικογενειακών συγκεντρώσεων	15
Αλλαγές στις συνήθειες διατροφής	15
Διακοπές	13
Χριστούγεννα	12
Πρόστιμα και παραβάσεις	11

(TH Holmes and RH Rahe, 1967)⁷

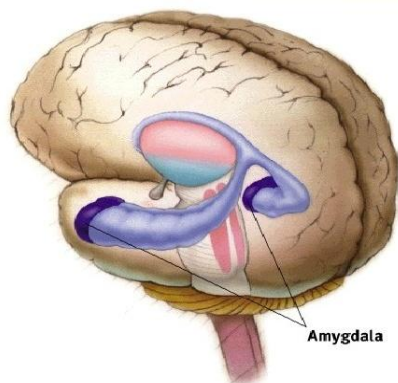
5. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΑΓΧΟΥΣ

Ένα άτομο βιώνει στρες όταν αντιλαμβάνεται πως δε διαθέτει τα βιοψυχοκοινωνικά αποθέματα για να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις μιας πιεστικής κατάστασης. Αν η απόκριση αυτή συμβαίνει χωρίς να υπάρχει πραγματική απειλή, δηλαδή χωρίς να υπάρχει ένας πραγματικός κίνδυνος ή μια αγχωτική κατάσταση, τότε περιορίζει την λειτουργικότητα του ατόμου και αποτελεί μια **αγχώδη διαταραχή**. Τα δυο κύρια χαρακτηριστικά συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών είναι το άγχος και ο φόβος που συνδέονται με το αίσθημα τις ανησυχίας. Το άγχος όπως και ο φόβος αποτελεί ένα προειδοποιητικό σήμα για επικείμενο κίνδυνο, αλλά σε αντίθεση με το φόβο, που αναφέρεται σε μια πραγματική απειλή, το άγχος αναφέρεται σε μια αόρατη απειλή, που δεν μπορεί να αποδοθεί στο ερέθισμα αυτό καθεαυτό, αλλά στην προσωπική ερμηνεία του ερεθίσματος. Τα νευρωνικά κυκλώματα του άγχος διαφέρουν από αυτά του φόβου.

Η απειλή της σωματικής υγείας και κατ'επέκταση της ζωής και ο φόβος θανάτου που βιώνει άμεσα ή έμμεσα ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων δημιουργεί μια ψυχοπιεστική εμπειρία. Η πλειοψηφία των ανθρώπων έχει έρθει σε επαφή με τουλάχιστον ένα ή και περισσότερα τραυματικά γεγονότα τα οποία διαμορφώνουν και επηρεάζουν την βιοψυχοκοινωνική τους ολότητα. Η διατάραξη αυτού του βιοψυχοκοινωνικού πλαισίου εκφράζεται είτε σωματικά, είτε ψυχικά και το σημείο έναρξης, αλλά και ο ρυθμός των αλλαγών διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο .

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (Π.Ο.Υ - WHO), «Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά επιτεύγματα». Δεν υπάρχουν όμως απόλυτα διακριτά διαγνωστικά κριτήρια που διαχωρίζουν την ψυχική υγεία από την ασθένεια και η οριοθέτηση αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία.

Experienced Emotion



- The Amygdala--a neural key to fear learning

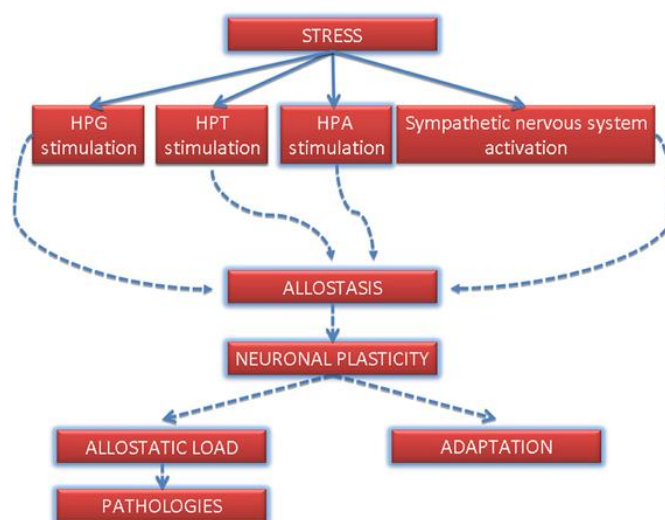
Εικόνα 1. ⁸

Η αμυγδαλή είναι από τις σημαντικότερες δομές του μεταιχμιακού συστήματος του εγκεφάλου με πολλαπλές λειτουργίες και συνήθως έχει έναν συντονιστικό ρόλο στο αίσθημα του φόβου, στη φυσιολογία του και στη φοβική συμπεριφορά⁹. Συγκεκριμένα ενεργοποιεί μέσω αμοιβαίων συνδέσεων με ανώτερες και κατώτερες περιοχές του προμετωπιαίου φλοιού το αίσθημα του φόβου. Ρυθμίζει την αντίδραση πάλης/ φυγής μέσω των αμοιβαίων συνδέσεων με τον υπομέλανο τόπο και προκαλεί αύξηση καρδιακού ρυθμού και αρτηριακής πίεσης. Συμβάλει έτσι στην φοβική αντίδραση, αυξάνοντας το αναπνευστικό ρυθμό μέσω της σύνδεσης με τον παραβραγχιακό πυρήνα¹⁰. Μια υπεραντίδραση αυτού του συστήματος συμβαίνει σε κρίση πανικού, όπου αυξάνεται η αναπνευστική συχνότητα και το αίσθημα πνιγμού. Η κινητική αντίδραση πάλης, φυγής ή ακινητοποίησης ρυθμίζεται από τις συνδέσεις της αμυγδαλής και της φαιάς ουσίας γύρω από τον υδραγωγό.

Το άγχος εξαρτάται όχι μόνο από εξωτερικά ερεθίσματα αλλά και από ενδογενείς παράγοντες, όπως είναι ο τραυματικές μνήμες που αποθηκεύονται στον ιππόκαμπο. Η αμυγδαλή ενεργοποιεί την εσωτερική αποθήκη φόβου του ιππόκαμπου και εκείνος με την σειρά κινητοποιεί άλλες περιοχές του εγκεφάλου μέχρι να επέλθει η φοβική αντίδραση⁹. Η λειτουργία αυτή είναι γνωστή ως αναβίωση και αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΔΜΤΣ¹⁰.

6. ΑΛΛΟΣΤΑΣΗ

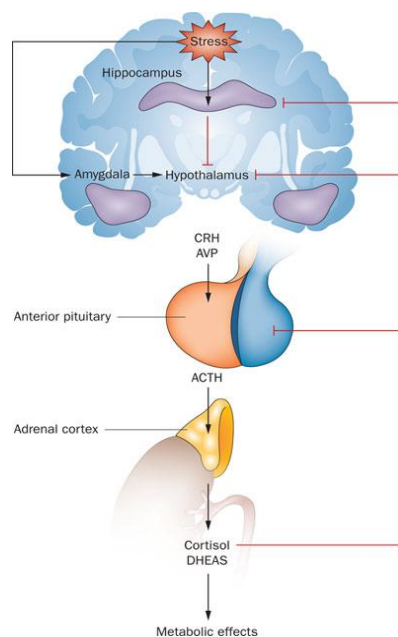
Τα τελευταία χρόνια έχει προταθεί μια νέα προσέγγιση στην έννοια του στρες, η "αλλόσταση" (allostasis), η οποία αποτελεί νέα ορολογία για να αποφευχθεί η ασάφεια που δημιουργεί η ερμηνεία του όρου στρες. Έτσι η αλλόσταση ορίζεται ως μια προσαρμοστική διαδικασία στην προσπάθεια του οργανισμού να διατηρήσει την σταθερότητα της ομοιόστασης, μέσω αλλαγών της λειτουργίας διαφόρων οργανικών συστημάτων και τη κινητοποίηση ειδικών μεσολαβητικών ουσιών της. Ο διαμεσολαβητής αυτής της απόκρισης είναι το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) το οποίο ελέγχει ταυτόχρονα όλους τους μηχανικούς και μπορεί να επιβάλλει μια υψηλή επιστασία, κινητοποιώντας ισχυρούς παράγοντες. Οι μεσολαβητές της αλλόστασης (ορμόνες, νευροδιαβιβαστές κτλ) συνδέονται με ειδικούς υποδοχείς ιστών, ώστε να παράγονται βραχυπρόθεσμα και θετικά προσαρμοστικά αποτελέσματα. Όταν οι μεσολαβητές αυτοί προκαλούν χρόνια υπερδραστηριότητα ή αδράνεια φυσιολογικών συστημάτων, που εμπλέκονται συνήθως σε απάντηση στην περιβαλλοντική πρόκληση, τότε δημιουργούν μια "αλλοστατική κατάσταση". Τέτοιες καταστάσεις όπως: α) οι επαναλαμβανόμενες προκλήσεις, β) η αδυναμία εξοικείωσης με τις επαναλαμβανόμενες προκλήσεις, γ) η αποτυχία διακοπής της απάντησης μετά από την απομάκρυνση του ερεθίσματος και δ) η αποτυχία δημιουργίας μια επαρκούς απάντησης, προκαλούν σωματικές και ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται ως "αλλοστατικό φορτίο"¹¹.



Εικόνα 2.⁶

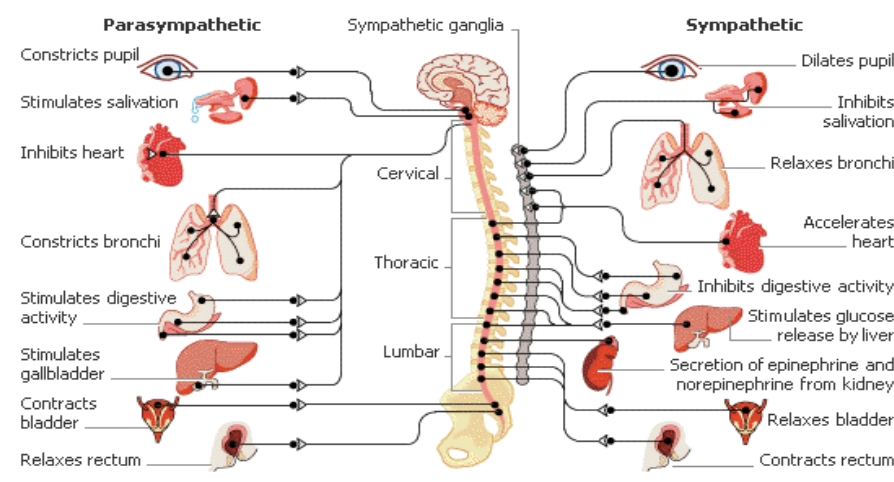
7. ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Το ΚΝΣ καταλαμβάνει από άποψη σπουδαιότητας την πρώτη θέση όσον αφορά τον μηχανισμό έναρξης της ορμονικής απάντησης που χαρακτηρίζει το άγχος. Ο άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων είναι υπεύθυνος για τις ενδοκρινικές ώσεις κατά τη διάρκεια της αντίδρασης σε ένα αγχογόνο ερέθισμα και ρυθμίζεται από την αμυγδαλή⁹. Το πολύπλοκο αυτό σύστημα προκαλεί την λογική σκέψη ότι ενοχοποιείται για τις αγχώδεις διαταραχές¹⁰. Η φυσιολογική απάντηση σε μια απειλή ρυθμίζεται από την αμυγδαλή, η οποία ενεργοποιεί τον υποθάλαμο και την επακόλουθη αύξηση του παράγοντα απελευθέρωσης κορτικοτροπίνης (CRF), ο οποίος στην συνέχεια διεγείρει την απελευθέρωση της αδενοκορτικοτροπίνης (ACTH) από την υπόφυση^{12, 13}. Η ACTH, μέσω της συστηματικής κυκλοφορίας, φτάνει στους υποδοχείς στο φλοιό των επινεφριδίων, διεγείροντας την αποδέσμευση της γλυκοκορτικοειδικής ορμόνης κορτιζόλης (για μικρό χρονικό διάστημα, όσο υφίσταται ο κίνδυνος) η οποία συνδέεται με υποδοχείς στον υποθάλαμο, στην υπόφυση και τον ιππόκαμπο. Τα γλυκοκορτικοειδή που συνδέονται με τον υποθάλαμο αναστέλλουν την έκκριση του CRF, διακόπτοντας την αντίδραση του στρες (αρνητική ανάδραση)^{9, 10, 12, 13}. Η αυξημένη απελευθέρωση γλυκοκορτικοειδών (κορτιζόλης) μπορεί να οδηγήσει σε ατροφία του ιππόκαμπου και να παρεμποδίσει την ανασταλτική δράση που ασκεί στον άξονα HPA¹⁴.



Εικόνα 3. ¹⁵

Σύμφωνα με μελέτες σε ενήλικες με ΔΜΤΣ συνδεδεμένη με κακοποίηση παρατηρείτε ελάττωση του όγκου του ιπποκάμπου, χωρίς ωστόσο να παρατηρείται κάτι αντίστοιχο σε παιδιά με ΔΜΤΣ που οφείλεται σε κακοποίηση. Παραμένει αδιευκρίνιστο, λοιπόν, το γεγονός ότι η μείωση του όγκου του ιπποκάμπου μπορεί να αποτελεί δείκτη προϋπάρχουσας ευαισθησίας στο στρες ή να προκύπτει ως δομική αλλαγή από την επίδραση του στρες ή συνδυασμός και των δυο¹⁰. Κατά την διάρκεια οξέος στρες η ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος συμβάλει στην διατήρηση της ομοιόστασης που προκύπτει από την αντίθετη δράση του συμπαθητικού και του παρασυμπαθητικού συστήματος και είναι σημαντική για την επιβίωση. Η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος οδηγεί σε παραγωγή κατεχολαμινών (επινεφρίνη, νορεπινεφρίνη, ντοπαμίνη) από τα κύτταρα του μυελού των επινεφριδίων και τις αδρενεργικές ίνες ^{9, 12, 13, 16}.



Εικόνα 4.¹⁷

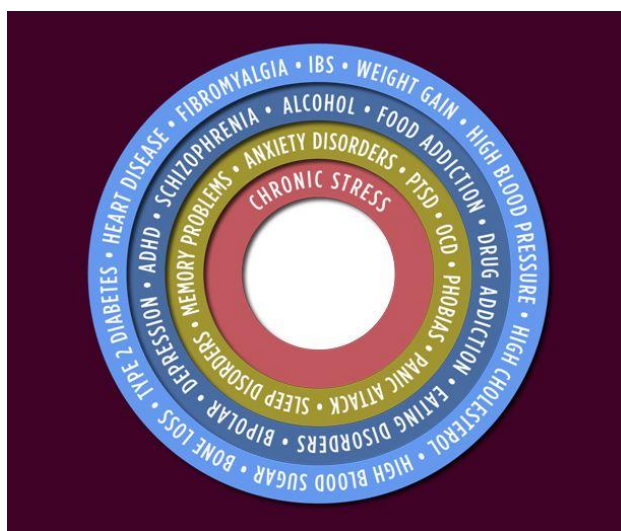
Οι ουσίες αυτές ενώνονται με αντίστοιχους υποδοχείς αδρεναλίνης (αδρενεργικούς υποδοχείς) και προκαλούν: στον οφθαλμό μυδρίαση, στον δακρυϊκό, στον υπογλώσσιο και στον υπογνάθιο αδένες και στην παρωτίδα προκαλεί αγγειοσυστολή και έκκριση, στην καρδιά προκαλεί αύξηση καρδιακού ρυθμού και διεύρυνση των στεφανιαίων αρτηριών, στους πνεύμονες προκαλεί βρογχοδιαστολή και αναστολή της έκκρισης, στον στόμαχο προκαλεί αναστολή του περισταλτισμού και της έκκρισης,

καθώς και σύσπαση των σφιγκτήρων, στο ήπαρ αύξηση γλυκογονόλυσης, στο πάγκρεας προκαλεί μείωση απελευθέρωσης ινσουλίνης και γλυκαγόνης, στο λεπτό και παχύ έντερο προκαλεί αναστολή του περισταλισμού και της έκκρισης, στον λιπώδη ιστό προκαλεί λιπόλυση, στους νεφρούς και στην ουροδόχο κύστη προκαλεί αγγειοσυστολή και διέγερση του έσω σφιγκτήρα μυ της κύστης, στα επινεφρίδια προκαλεί έκκριση αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης, στα γεννητικά όργανα του άνδρα προκαλεί αγγειοσυστολή και εκσπερμάτιση, στην μήτρα προκαλεί σύσπαση και στο δέρμα προκαλεί αγγειοσυστολή (ωχρότητα), έκκριση ιδρώτα (εφίδρωση) και ανόρθωση των τριχών. Το συμπαθητικό προκαλεί έντονη διέγερση του οργανισμού και ευθύνεται και για την αϋπνία. Επίσης προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης που με τη σειρά της αυξάνει την πίεση στα τριχοειδή του νεφρικού σπειράματος που οδηγεί σε αύξηση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης του νεφρού, με τελικό αποτέλεσμα την αύξηση της παραγωγής των ούρων (συχνουρία)^{9,17,18}.

Όταν το απειλητικό ερέθισμα παύσει να υπάρχει τα κυκλώματα επιστρέφουν στην φυσιολογική τους λειτουργία ενεργοποιείτε το παρασυμπαθητικό σύστημα. Η δράση του **παρασυμπαθητικού συστήματος** συνδέεται άμεσα με την ουσία ακετυλοχολίνη (χολινεργικούς υποδοχείς) η οποία παράγεται στις προγαγγλιακές και στις μεταγαγγλιακές ίνες του παρασυμπαθητικού και στις προγαγγλιακές ίνες του συμπαθητικού¹². Το παρασυμπαθητικό έχει αντίθετη δράση από εκείνη του συμπαθητικού συμβάλλοντας στην χαλάρωση όλων των συστημάτων που αναφέρθηκαν παραπάνω, ενώ ευθύνεται για την κινητοποίηση και την καλή λειτουργία του αναπαραγωγικού, του πεπτικού και του ανοσοποιητικού συστήματος. Όταν ασκείται συνεχές στρες και τα κυκλώματα υπερφορτώνονται μπορεί να δημιουργηθεί "στρεσογόνο ευαισθητοποίηση" με αποτέλεσμα να παραμένουν ενεργοποιημένα και μετά την άρση του στρεσογόνου παράγοντα^{10,18}.

Η υπο-/υπερ-λειτουργία του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης (ΥΥΕ) και το συστηματικό/επινεφριδικό-μυελικό συμπαθητικό σύστημα (ΣΝΣ) διαταράσσει την ομοιόσταση^{9,19}. Η μειωμένη απόκριση του άξονα μπορεί να προκαλέσει έλλειψη γλυκοκορτικοειδών (κορτιζόλης) και έτσι να οδηγήσει σε αντίσταση, σε λοιμώξεις και νεοπλασίες, αλλά και σε αυξημένη ευαλωτότητα σε αυτοάνοσες ή φλεγμονώδεις παθήσεις⁹. Σε διαφορετικές παθολογικές καταστάσεις που σχετίζονται με στρες όπως

είναι το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης, η ινομυαλγία, ο χρόνιος πνευλικός πόνος, το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, ο χαμηλός πόνος στην πλάτη, η επαγγελματική εξουθένωση, η άτυπη κατάθλιψη και η ΔΜΤΣ ανευρέθησαν χαμηλές τιμές κορτιζόλη, πιθανόν οφειλόμενη σε μειωμένη κεντρική έκκριση CRH¹³. Το σύνολο των διαταραχών αυτών συνοδεύονται από μια σειρά συμπτωμάτων όπως είναι η αυξημένη ευαισθησία στο στρες, ο πόνος και η κόπωση, γεγονός που μαρτυρεί ένα κοινό ενδοκρινολογικό μονοπάτι των παθήσεων αυτών. Σύμφωνα με τους διάφορους ερευνητές υπάρχει μεγάλη αλληλοεπικάλυψη των συμπτωμάτων μεταξύ των παθήσεων αυτών και συγκεκριμένα μεταξύ του άγχους, και των τραυματικών γεγονότων που σχετίζονται με τον πόνο και την κούραση. Χρήσιμη είναι η αναφορά ότι ασθενείς με χρόνια πόνο αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα του πόνου, όταν συνδιαγνωστεί με ΔΜΤΣ από ασθενείς με πόνο που δεν έχουν διαγνωστεί με ΔΜΤΣ¹³.



Εικόνα 5. ¹⁸

Αξίζει να σημειωθεί ότι η υποκορτιζολαιμία συνδέεται με χαμηλή απόκριση στα διαφορετικά επίπεδα του άξονα HPA και οφείλεται στην αυξημένη ευαισθησία σε γλυκοκορτικοειδή (αρνητική ανάδραση).

Από την άλλη πλευρά αυξημένη δραστηριότητα του ΥΓΕ άξονα συνδέεται με διαταραχές όπως: η μελαγχολική κατάθλιψη, ο χρόνιος ενεργός αλκοολισμός, το μεταβολικό σύνδρομο, η νευρογενής ανορεξία και η ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή⁹.

Το παράδοξο του άγχους εντοπίζεται στο διπλό του ρόλο, δηλαδή της

επωφελούς προσαρμογής αλλά και των πιθανών βλαβερών συνεπειών από μη επιτυχή προσαρμογή των αυτορρυθμιστικών μηχανισμών. Όπως καταφαίνεται, η υποκορτιζολαιμία που παρατηρείται σε ασθενείς με διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος οδηγεί σε αυξημένη απόκριση του ανοσοποιητικού εξαιτίας χαμηλών επιπέδων της ορμόνης κορτιζόλη^{9, 13, 16}. Η κορτιζόλη έχει ισχυρή αντιφλεγμονώδη δράση με αποτέλεσμα να αυξάνεται η φλεγμονώδης αντίδραση του ανοσοποιητικού⁹. Πέρα από τα αρνητικές συνέπειες που συνοδεύουν την ελαττωματική απάντηση του άξονα υπάρχουν και ωφέλιμα αποτελέσματα¹³. Το σύστημα του στρες και το αναπαραγωγικό σύστημα είναι αλληλένδετα μεταξύ τους. Έτσι σε καταστάσεις στρες για να εξοικονομήσει ενέργεια ο ΥΥΕ άξονας αναστέλλει τον ΥΥΓ άξονα. Σύμφωνα με έρευνα, χαμηλές τιμές κορτιζόλης σε έγκυες γυναίκες προστατεύουν την μητέρα και το παιδί από τον κίνδυνο του προώρου τοκετού, (η κορτιζόλη δρα ευοδωτικά στην έκκριση της πλακουντιακής CRH η οποία καθορίζει την εξέλιξη της κύησης και πιθανώς τον χρόνο του τοκετού)^{13, 20}.

Τα χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης ελαττώνουν το αλλοστατικό φορτίο σε ομάδες ατόμων που έχουν εκτεθεί επανειλημμένα σε έντονη ανοσολογική διέγερση γεγονός που μειώνει τη θνησιμότητα⁹.

Συμπερασματικά το ψυχολογικό στρες ενοχοποιείται για ένα πλήθος ασθενειών, όπως η καρδιακή νόσος, ο καρκίνος, η μειωμένη αντίσταση του ανοσοποιητικού συστήματος σε διάφορες παθογένειες και σχετίζεται με χαμηλή ποιότητα ζωής, με αυξανόμενους ρυθμούς κατάθλιψης και αυτοκτονιών και με αυξημένη κατάχρηση ουσιών.

8. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ (ΔΜΤΣ)

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΤΣ) ανήκει στις αγχώδης διαταραχές και αποτελεί μια από τις πιο αμφιλεγόμενες διάγνωσης στην ψυχιατρική²¹.

8.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η εμφάνιση του μετατραυματικού στρες τοποθετείται ήδη στα αρχαία χρόνια, όπου οι πόλεμοι ήταν συχνοί και μεγάλης διάρκειας, δημιουργώντας σοβαρές στρεσογόνες καταστάσεις. Όπως αναφέρουν ιστορικά κείμενα κατά την διάρκεια της εκστρατείας του Μεγάλου

Αλέξανδρου στην Περσία οι στρατιώτες του, κουρασμένοι από τις ατελείωτες πορείες και μάχες και τους πολλούς κινδύνους, εξέφρασαν νοσταλγία και την επιθυμία να επιστρέψουν στην Μακεδονία. Στο αμερικανικό εμφύλιο μεγάλο ποσοστό των στρατιωτών παρουσιάζει συμπτώματα που σχετίζονται με το στρες. Τα συμπτώματα αυτά ονομάστηκαν «η καρδιά του στρατιώτη» ή «ευερέθιστη καρδιά» και αναφέρονταν στην υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ταχυκαρδία, εφίδρωση, θωρακικά άλγη, νευρικότητα κ.ά). Μετά το πρώτο παγκόσμιο πόλεμο η ΔΜΤΣ σταματά να συνδέεται με εγκεφαλικές βλάβες, ενώ εξακολουθεί να αποτελεί και να εκφράζεται ως αδυναμία^{10,22}.

8.2. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ

DSM-IV

Το 1952 παρουσιάζεται η πρώτη έκδοση του DSM (διαγνωστικό σύστημα ψυχικών διαταραχών) όπου γίνεται αναφορά στην "έντονη αντίδραση στο στρες" στην κατηγορία "παροδικές περιστασιακές διαταραχές της προσωπικότητας", το οποίο όμως δεν αποτελεί πραγματική διάγνωση. Τα μετατραυματικά συμπτώματα και σημεία του στρες αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις, που δεν χαρακτηρίζουν το άτομο ως απώλεια, ούτε ως ασθενή. Η ανάπτυξη της Ψυχιατρικής επιστήμης σε συνδυασμό με την επιστροφή εκατοντάδων χιλιάδων στρατιωτών από το πόλεμο του Βιετνάμ με μετατραυματικό στρες οδήγησε στην τρίτη έκδοση του DSM το 1980. Η έκδοση αυτή του DSM (DSM-III) συμπεριλαμβάνει τη ΔΜΤΣ στα διαγνωστικά κριτήρια (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία). Στο πέρασμα του χρόνου έχουν γίνει διάφορες αναθεωρήσεις των κριτηρίων αυτών δημιουργώντας το DSM-IV και εν συνεχεία το DSM-V.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV-TR για τη διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματισμό είναι²³:

A. Το άτομο να έχει εκτεθεί σ'ένα τραυματικό γεγονός, κατά το οποίο συνέβησαν αμφότερα τα ακόλουθα:

(1) Το άτομο βίωσε, ήταν μαρτυράς, ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα γεγονός (ή γεγονότα) στο οποίο (ή στα οποία) υπήρξε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος, βαρύς τραυματισμός, ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ίδιου ή άλλων.

- (2) Η αντίδραση του άτομου περιελάμβανε έντονο φόβο, αίσθημα αβοήθητου ή αίσθημα φρίκης. **Σημείωση:** Στα παιδιά, αυτό μπορεί να εκφράζεται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά.
- B. Το τραυματικό γεγονός αναβιώνεται επίμονα με έναν (ή περισσότερους) από τους παρακάτω τρόπους:
- (1) Επαναλαμβανόμενες και παρείσακτες οδυνηρές ανακλήσεις του γεγονότος, όπως εικόνες, σκέψεις ή αντιληπτικές εμπειρίες. **Σημείωση:** Τα παιδιά μπορεί να εκφράζουν θέματα ή πλευρές του τραύματος μέσω επαναλαμβανόμενων παιχνιδιών.
- (2) Επανελημμένα ενοχλητικά όνειρα του γεγονότος. **Σημείωση:** Στα παιδιά, είναι δυνατόν να υπάρχουν τρομαχτικά όνειρα χωρίς αναγνώριση περιεχόμενο.
- (3) Το άτομο ενεργεί ή αισθάνεται σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός (με τρόπους όπως: αίσθηση αναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και αποσυνδεδεμένα επεισόδια αναβίωσης "flashbacks", συμπεριλαμβανομένων και αυτών που εμφανίζονται κατά την αφύπνιση ή σε κατάσταση τοξίκωσης) **Σημείωση:** Στα μικρά παιδιά μπορεί να παρατηρηθεί συμπεριφορά αναπαράστασης του τραύματος.
- (4) Έντονη ψυχική δυσφορία κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
- (5) Σωματική αντίδραση κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
- Γ. Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός και άμβλυση της γενικής απαντητικότητας (που δεν υπήρχε πριν το τραυματικό γεγονός), όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:
- (1) Το άτομο προσπαθεί να αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός.
- (2) Το άτομο προσπαθεί να αποφύγει δραστηριότητες, τόπους ή

ανθρώπους που του θυμίζουν το τραυματικό γεγονός.

- (3) Το άτομο αδυνατεί να ανακαλέσει μια σημαντική πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
- (4) Σαφής μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής του ατόμου σε σημαντικές δραστηριότητες.
- (5) Το άτομο αισθάνεται απομάκρυνση ή αποξένωση από τους άλλους.
- (6) Περιορισμός του εύρους του συναισθήματος (π.χ. αδυναμία βίωσης αισθημάτων αγάπης).
- (7) Αίσθημα περιορισμού του μέλλοντος (π.χ. το άτομο δεν προσδοκά ότι θα σταδιοδρομήσει επαγγελματικά, ότι θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει φυσιολογική διάρκεια ζωής).

Δ. Επίμονα συμπτώματα υπερεγρήγορης, που δεν υπήρχαν πριν το τραυματικό γεγονός όπως φαίνεται από δύο (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα:

- (1) Δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου.
- (2) Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις οργής.
- (3) Δυσχέρεια συγκέντρωσης.
- (4) Υπερεπαγρύπνηση.
- (5) Υπέρομετη αντίδραση στο ξάφνιασμα.

Ε. Η διάρκεια της διαταραχής (συμπτώματα των κριτηρίων Β, Γ και Δ) είναι μεγαλύτερη από ένα μήνα.

Ζ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική δυσφορία ή έκπτωση στον κοινωνικό, τον επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Για να θεωρηθεί κάποιος ότι πληρεί τα κριτήρια για ΔΜΤΣ θα πρέπει από την πρώτη κατηγορία να εμφανίζει τουλάχιστον ένα σύμπτωμα, από την δεύτερη τουλάχιστον τρία και από την τρίτη τουλάχιστον δύο.

Η ΔΜΤΣ διακρίνεται σε "Οξεία" ή "Χρόνια", ανάλογα με το αν τα συμπτώματα διαρκούν λιγότερο ή περισσότερο από 3 μήνες αντίστοιχα, και θεωρείται "καθυστερημένης έναρξης" όταν αυτά ξεκινούν τουλάχιστον 6 μήνες μετά το στρεσογόνο γεγονός.

Η τελευταία έκδοση του DSM-V διαφοροποιείται σε σχέση με το DSM-IV στο ότι²⁴:

- i) εντείνει το κριτήριο A1 (έκθεση ατόμου σε ψυχοτραυματικό γεγονός κατά το οποίο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπος με γεγονός/γεγονότα κατά το οποίο υπήρξε πραγματικός ή επαπειλούμενος θάνατος, σοβαρός τραυματισμός ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του ιδίου ή άλλων),
- ii) περιορίζει το κριτήριο A2 (έκθεση ατόμου σε ψυχοτραυματικό γεγονός κατά το οποίο η αντίδρασή του περιλάμβανε έντονο φόβο, αίσθημα αβοηθητότητας ή αίσθημα φρίκης),
- iii) περιλαμβάνει 4 αντί για 3 ομάδες συμπτωμάτων και
- iv) επεκτείνει το πεδίο εφαρμογής των υπόλοιπων κριτηρίων (B-E) πέρα από το πλαίσιο που στηρίζεται στο φόβο.

Signs & Symptoms: PTSD

- Efforts to avoid thoughts
- Avoids activities
- Poor memory
- Anhedonia
- Feeling detached
- Feeling 'flat'
- Sense of a foreshortened future
- Flash-backs
- Difficulty with sleep
- Irritability
- Outbursts of anger
- Hypervigilance
- Difficulty concentrating
- Exaggerated startle response
- Intrusive thoughts

Adapted from DSM-IV-TR (2009) p.468.

Εικόνα 6.

ICD-10

Πέρα από το σύστημα ταξινόμησης DSM που οργανώθηκε με βάσει τις ανάγκες της Δυτικής Ψυχιατρικής, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ. - WHO) ανέπτυξε ένα άλλο ταξινομικό σύστημα, το ICD-10 (Διεθνή Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας). Σύμφωνα με αυτό:

Η διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία (F43.1) εμφανίζεται ως μια καθυστερημένη και παρατεταμένη αντίδραση σε ένα ψυχοπιεστικό γεγονός ή κατάσταση (βραχείας ή μακράς διάρκειας), που έχει μια εξαιρετικά απειλητική ή καταστροφική φύση, η οποία μπορεί να προκαλέσει σημαντική ενόχληση σε σχεδόν οποιοδήποτε άτομο. Προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (π.χ. ψυχαναγκαστικός, ασθενικός) ή προηγούμενο ιστορικό νευρωσικής διαταραχής, μπορούν να ελαττώσουν την ουδό ανάπτυξης του συνδρόμου ή να επιδεινώσουν την πορεία του. Οι παράγοντες αυτοί δεν είναι ούτε αναγκαίοι ούτε ικανοί για την εξήγηση της εκδήλωσης της διαταραχής. Τα τυπικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν επεισόδια όπου ο ασθενής αναβιώνει κατ' επανάληψη το ψυχοτραυματικό γεγονός με τη μορφή παρέμβλητων αναμνήσεων ("flashbacks"), ονείρων ή εφιαλτών, που συμβαίνουν στο πλαίσιο μιας αίσθησης «μουδιάσματος» και συναισθηματικής επιπέδωσης, αποστασιοποίησης από άλλους ανθρώπους, έλλειψης απαντητικότητας στο περιβάλλον, ανηδονίας και αποφυγής δραστηριοτήτων και καταστάσεων που θα του θύμιζαν το τραύμα. Υπάρχει συνήθως μια κατάσταση υπερδιέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος με υπερεργήγορση, και αυξημένη αντίδραση στο ξάφνιασμα, και αϋπνία. Το άγχος και η κατάθλιψη συχνά σχετίζονται με τα παραπάνω συμπτώματα και σημεία, και δεν είναι σπάνιος ο αυτοκτονικός ιδεασμός. Η έναρξη των συμπτωμάτων ακολουθεί το τραυματικό γεγονός μετά από λανθάνουσα περίοδο που μπορεί να κυμαίνεται από μερικές εβδομάδες μέχρι μήνες. Η πορεία είναι κυμαινόμενη αλλά στις περισσότερες περιπτώσεις η ανάρρωση μπορεί να είναι αναμενόμενη. Σε μικρό ποσοστό των περιπτώσεων η κατάσταση μπορεί να ακολουθήσει χρόνια πολυετή πορεία και τελικά να καταλήξει σε μόνιμη μεταβολή της προσωπικότητας (F62.0)²⁵.

12 Steps of PTSD

Randy J. Hartman, Ph.D

Acute Anxiety	Panic/anxiety episodes
Depression	Self-esteem in a downward spiral
Resentment	Distrusting others
Anger	Fight or flight developing
Fear	PTSD is now forming
Anxiety	Mixed episodes occur
Self-Worth Dissipating	Feeling worthless
Shame	Filled with shame; who else knows?
Guilt	Feeling guilty; how responsible am I?
Confusion	Trying to remember; can I trust my memory?
Pain	Emotional, spiritual & physical pain
Activating Event(s)	Any event that causes distress

Εικόνα 7.²⁶

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΔΥΟ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ

Υπάρχουν ορισμένες διαφορές μεταξύ αυτών των συστημάτων DSM και ICD-10 σε ό, τι αφορά την ταξινόμηση, ωστόσο οι ορισμοί και τα κριτήρια στις περισσότερες περιπτώσεις είναι πανομοιότυπα. Η "ομοιότητα" αυτή των δυο συστημάτων δεν τα κάνει ίδια και αυτό δημιουργεί αντιθέσεις στη διεθνής επιστημονική ορολογία .

Στην Ευρώπη και σε πολλά άλλα μέρη του κόσμου η κλινική διάγνωση του μετατραυματικού στρες βασίζεται στην ταξινόμηση ICD-10. Ωστόσο σε εμπειρικές μελέτες επικράτησης της ΔΜΤΣ χρησιμοποιείται κυρίως η ταξινόμηση DSM-IV. Σε διεθνές επίπεδο τα συγκρίσιμα στοιχεία, όπως αυτά προκύπτουν από έρευνες που χρησιμοποιούν διαφορετικά συστήματα ταξινόμησης, δυσχεραίνουν την προσπάθεια αξιολόγησης και καταχώρησης των πληροφοριών στις βάσεις δεδομένων του Π.Ο.Υ και άλλων διεθνών οργανισμών.

8.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΣΥΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Μελέτες στον γενικό πληθυσμό, όπως και σε κλινικά δείγματα έχουν αποκαλύψει ότι οι ΔΜΤΣ συχνά συνεμφανίζονται με ψυχιατρικές ασθένειες, όπως μείζων καταθλιπτική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές, και διαταραχές προσωπικότητας, καθώς επίσης και με χρήση ναρκωτικών ουσιών και κατάχρηση αλκοόλ.

Το ψυχιατρικό ιστορικό φαίνεται να προϋπάρχει της έκθεσης στο τραυματικό γεγονός σε ασθενείς με ΔΜΤΣ και συνοδεύει την διάγνωση της οποίας τα συμπτώματα αλληλοκαλύπτονται. Η επίπτωση της ΔΜΤΣ στον γενικό πληθυσμό είναι 7-8% και ένα ποσοστό 5-15% εμφανίζει υποκλινικά επίπεδα PTSD^{10, 27, 28, 29}.

Πίνακας 2. Συνοσηρότητα κατά DSM-IV

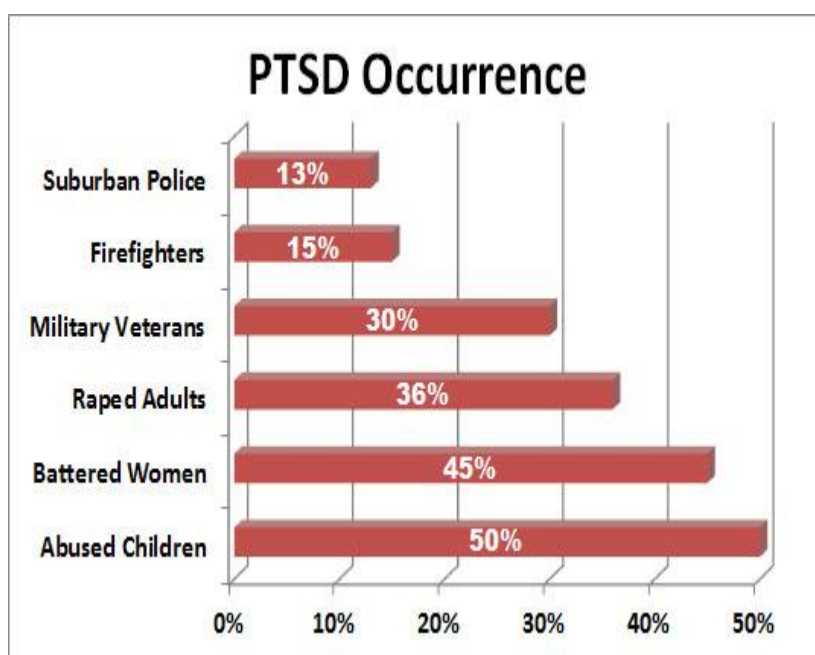
	ΔΜΤΣ (n=11) %
Διαταραχές Συναισθήματος	73%
Μείζων Κατάθλιψη Δυσθυμία	64% 27%
Ψυχωσική Διαταραχή	9%
Διαταραχή Διαγωγής	36.5%
Διαταραχές Άγχους	27%
Διαταραχές Διατροφής	9%
Διαταραχές Σωματοποίησης	45%

Ομάδες ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές καταστάσεις όπως πολέμους, φυσικές καταστροφές, σωματικές παθήσεις αλλά και σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση ανήκουν σε ομάδα υψηλού κίνδυνου με δια βίου επιπολασμό της τάξεως 5-75%²⁷. Τα άτομα με ΔΜΤΣ προδιαθέτουν στην εμφάνιση αυτοκτονικών ιδεών και στην εκδήλωση αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Ο κίνδυνος αυτός αυξάνεται όταν υπάρχει ιστορικό συνοσηρότητα με ψυχικές παθήσεις όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές(ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, φοβία) και η κατάχρηση ουσιών. Ωστόσο μόνο το 15% των εν δυνάμει αυτόχειρων προβαίνει σε ολοκληρωμένη πράξη αυτοκτονίας³⁰.

8.4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ ΣΤΗ ΔΜΤΣ

Όσον αφορά την επίδραση του φύλου στην εκδήλωση μετατραυματικού στρες οι γυναίκες εμφανίζουν διπλάσιο ποσοστό από τους άνδρες ³¹. Αν και οι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να βιώσουν ένα τραυματικό γεγονός όπως η μάχη, η παιδική παραμέληση και η παιδική σωματική κακοποίηση, φαίνεται να έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν μετατραυματικό στρες σε σχέση με το γυναικείο φύλο όταν αυτό εκτεθεί σε μορφές τραύματος όπως η σωματική κακοποίηση, ο βιασμός, η

σεξουαλική κακοποίηση και η απειλή με όπλο^{10, 27, 29}.



Εικόνα 8.³²

9. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να πραγματοποιηθεί μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση της ΔΜΤΣ σε χρόνιες παθήσεις όπως είναι ο καρκίνος, που να μπορεί να προτείνει μια κατεύθυνση για την έρευνα και την παρέμβαση.

Επίσης στοχεύει στο να ενημερώσει και να ευαισθητοποιήσει τόσο το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, το οικογενειακό περιβάλλον στήριξης των ασθενών που πάσχουν από καρκίνο όσο και το σύνολο των αρμόδιων κοινωνικών φορέων για τις δυσκολίες που προκύπτουν και τις πιθανές λύσεις που μπορούν να βοηθήσουν την κατάσταση.

10. ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ / ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Η αλματώδης ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας έχει αυξήσει το προσδόκιμο ζωής σε σοβαρές χρόνιες σωματικές παθήσεις. Η αύξηση του ποσοστού επιβίωσης με τα νέα θεραπευτικά μέσα, αλλά και η βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών επέτρεψαν στους επαγγελματίες υγείας να στρέψουν το ενδιαφέρον τους στη μακροχρόνια έκβαση των ασθενών και στις οργανικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας.

Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς θα μπορούσε να οδηγήσει σε ταχύτερη αποκατάσταση και σε βελτίωση της ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.

Το δικαίωμα στην πρόσβαση όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου (Φάρμακα, Ψυχίατρο, Ψυχολόγο Φυσιοθεραπευτή κ.ά.) και η ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων φαίνεται να είναι αναγκαία, ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου οι δομές οργανωμένης αντιμετώπισης και φροντίδας χρονίως και βαρέως πασχόντων είναι ανύπαρκτες και το βάρος της ευθύνης πέφτει εξ ολοκλήρου στο περιβάλλον του ασθενούς.

Οι χρονιές παθήσεις επηρεάζουν και διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών και ιδιαίτερα τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τον κόσμο και την πραγματικότητα³³.

Στην διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών αντιλαμβανόμαστε ότι η χειρουργική και η χημική ιατρική δεν είναι σε θέση να εκριζώσουν σοβαρές χρόνιες παθήσεις του σύγχρονου πολιτισμού όπως είναι ο καρκίνος, το AIDS, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η ινομυαλγία, ο χρόνιος πόνος και οι κακώσεις μετά από τραυματισμό.

11. ΚΑΡΚΙΝΟΣ

11.1. ΓΕΝΙΚΑ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο καρκίνος είναι μια νόσος ιδιαίτερα συχνή στις χώρες του αναπτυσσόμενο κόσμο (το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού θα εμφανίσει κάποια στιγμή στην ζωή του καρκίνο) και αποτελεί την

δεύτερη ποιο συχνή αίτια θανάτου στον δυτικό κόσμο μετά από τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Στην Ελλάδα οι δείκτες θνησιμότητας από καρκίνο δεν είναι αξιόπιστοι και συγκεκριμένα ο Π.Ο.Υ. βασίζει τις εκτιμήσεις στα δεδομένα άλλων γειτονικών χωρών της Νότιας Ευρώπης. Σε σύγκριση με χώρες της Δυτικής Ευρώπης η Ελλάδα εμφανίζει μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας από λευχαιμίες, καρκίνο του λάρυγγα, του πνεύμονα, της ουροδόχου κύστης και του στομάχου³⁴.

11.2. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΕ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Ο Καρκίνος οφείλεται σε γονιδιακές μεταλλάξεις ή χρωμοσωμικές ανωμαλίες στο DNA ενός τουλάχιστον κυττάρου που προσδίδουν στο καρκινικό κύτταρο μια ανεξέλεγκτη κυτταρική ανάπτυξη που δεν ακολουθεί τον προγραμματισμένο κύκλο ζωής ενός φυσιολογικού κύτταρου. Οι βλάβες αυτές κληρονομούνται στα θυγατρικά κύτταρα και τους επιτρέπουν να πολλαπλασιάζονται συνεχώς δημιουργώντας ένα αυξανόμενο τμήμα του ιστού (όγκος) του οργάνου προέλευσης τους και έχουν την ικανότητα να διηθούν παρακειμένους ιστούς-όργανα. Οι θεωρίες προέλευσης του καρκίνου ποικίλουν σε: γενετικής αιτιολογίας-κληρονομικότητα και σε περιβαλλοντική έκθεση σε φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες, ραδιενέργεια κλπ. Για παράδειγμα, η αυξημένη εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες τον εικοστό αιώνα συνδέεται άμεσα με την αύξηση της συχνότητας του καπνίσματος.

11.3. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΔΜΤΣ

Τα τελευταία χρόνια οι τραυματογενής στρεσογόνοι παράγοντες της διάγνωσης-θεραπείας του καρκίνου αποτελούν αντικείμενο κλινικού ενδιαφέροντος και μελέτης . Το ποσοστό της ΔΜΤΣ σε ασθενείς με καρκίνο κυμαίνεται 0 - 35% από το οποία το 3% - 4% παρατηρείται σε ασθενείς που έχουν διαγνωστεί στο αρχικό στάδιο της νόσου και το 5% - 13% αποτελούν την υποκλινική μορφή^{10, 27, 35}. Σε πολλές περιπτώσεις, ωστόσο, όλο και περισσότερο αποτελεσματικές και συγκεκριμένες θεραπείες έχουν επίσης τη δυνατότητα επαναπροσδιορισμού του καρκίνου ως μια χρόνια ασθένεια.

11.3.1. ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΜΟΝΤΕΛΛΟΥ ΤΟΥ HOLLAND ΣΤΟΝ 21ο ΑΙΩΝΑ

Η εξατομικευμένη υποκειμενική αντίληψη - εκτίμηση των εμπειριών ενός ατόμου για τον καρκίνο και την θεραπεία του μέσα στα ευρύτερα πολιτισμικά πλαίσια και των αξιών του είναι σημαντικός δείκτης για το εάν αυτός ή αυτή θα εμφανίσει ή όχι ΔΜΤΣ. Σύμφωνα με τον Holland (1990) η προσαρμογή και αντιμετώπιση της νόσου εξαρτάται από πολλαπλούς παράγοντες όπως:

1) Ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες :

α) την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει (διαφορετική αντιμετώπιση- συμπεριφορά έχει ένα παιδί, ένας έφηβος, ένας ενήλικας και ένα ηλικιωμένο άτομο),

β) τις ενδοπροσωπικές δυνάμεις – δυνατότητες και

γ) τις διαπροσωπικές σχέσεις και το κοινωνικό πλαίσιο υποστήριξης και

2) Τους νοσολογικούς και ιατρικούς παράγοντες:

α) την κλινική πορεία και το στάδιο ανάπτυξης της νόσου,

β) το είδος της θεραπείας (χειρουργική, χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία κ.λπ.) και

γ) τη θέση εντόπισης της νόσου.

(1) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ο κίνδυνος εμφάνισης μετατραυματικού στρες σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία, ωστόσο μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας η επιστροφή στις καθημερινές κοινωνικές δραστηριότητες, όπως ανατροφή παιδιών και εργασία, σε νεότερους ασθενείς μπορούν να ευνοήσουν την εμφάνισή του.

Σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης ΔΜΤΣ είναι το ψυχολογικό προφίλ του ασθενούς με βάση το οποίο αντιδρά, προσαρμόζεται και αντιμετωπίζει τη νόσο και όχι τα αντικειμενικά χαρακτηριστικά της³⁶.

Ο αριθμός και το είδος των προηγούμενων τραυματικών εμπειριών δεν συνδέονται με την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες στους καρκινοπαθείς, τα δεδομένα όμως αλλάζουν όταν επιδρούν και μειώνουν την κοινωνικότητα του ατόμου³⁶.

Η ικανότητα αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων, η σαφής εικόνα του εαυτού του (εσώτερες διαθέσεις, κίνητρα, επιθυμίες, συναισθήματα), η γνώση των δυνατών και αδύνατων σημείων του, η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση συμβάλλουν στην ανάπτυξη υγιών μηχανισμών και στοιχείων της προσωπικότητας του ατόμου.

Ασθενείς με κακοήθη νοσήματα έρχονται αντιμέτωποι με διάφορες ψυχοπιεστικές εμπειρίες, όπως ο φόβος θανάτου που προκαλεί η διάγνωση της νόσου και η θεραπεία της. Η ζωή με την παρούσα νόσο δημιουργεί το αίσθημα της κοινωνικής και ψυχικής απομόνωσης. Η αίσθηση αδυναμίας, απελπισίας (δεν υπάρχει κάποιο χρονικό τέλος της οδυνηρής αυτής εμπειρίας), ανικανότητας, γνωστικής αποφυγής και η αίσθηση του αβοήθητου αυξάνουν τον κίνδυνο ΔΜΤΣ.

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την εκδήλωση ΔΜΤΣ. Συγκεκριμένα, μελέτες σε γυναίκες με καρκίνο μαστού υποστηρίζουν ότι είναι πιθανότερο να εμφανίσουν ΔΜΤΣ όταν αυτές ανήκουν στην προσωπικότητα τύπου Γ (άτομα που θυσιάζουν τις προσωπικές τους επιθυμίες και στόχους για τους άλλους, που εφησυχάζονται από τους άλλους και δεν εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα) και αισθάνονται αβοήθητες και απελπισμένες³⁶.

Οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούν σημαντικό μέρος της ζωής του ανθρώπου, επειδή του δίνουν το αίσθημα ότι ανήκει σε μια ομάδα και γίνεται αποδεκτός από τους συνανθρώπους του. Με τον τρόπο αυτόν καλύπτει τις κοινωνικές και συναισθηματικές του ανάγκες. Η συναισθηματική συμπαράσταση, η ασφάλεια και η προστασία που παρέχει η οικογένεια, οι φίλοι και οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται να επιδρούν θετικά στην ψυχική υγεία του καρκινοπαθή και μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΤΣ. Η κοινωνική στήριξη σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για την εκδήλωση μετατραυματικού στρες. Ο καρκίνος είναι μια νόσος που διαταράσσει την ποιότητα ζωής και δημιουργεί πολλές εκδηλώσεις και

επιδράσεις στον άρρωστο, την οικογένεια του και το ευρύτερο περιβάλλον^{36,37}.

Ορισμένοι ασθενείς ή και το οικογενειακό τους περιβάλλον θα εμφανίσουν πλήρη ή υποκλινική μορφή μετατραυματικού στρες εφόσον αντιμετωπίσουν την νόσο και την θεραπεία της με έντονο φόβο και ανικανότητα.

Ασθενείς με προχωρημένου σταδίου καρκίνου όταν δέχονται κριτική από τον/την σύζυγο παρουσιάζουν αυξημένες ενοχλητικές σκέψεις. Σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο ή με προχωρημένο στάδιο ο σύντροφος έχει αυξημένη πιθανότητα εκδήλωσης ΔΜΤΣ λόγω της ενδεχόμενης απώλειας της συντρόφου. Όταν ο ένας από τους δυο γονείς πάσχει από καρκίνο και υπάρχουν προβλήματα στην επικοινωνία του ζεύγους αυξάνει τον κίνδυνο μετατραυματικού στρες στα παιδιά τους. Τα αδέλφια των παιδιών με καρκίνο είναι επιρρεπείς σε ΔΜΤΣ. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι γονείς των παιδιών που πάσχουν από καρκίνο είναι μάρτυρες και έρχονται αντιμέτωποι με ένα οδυνηρό γεγονός που απειλεί τη ζωή του. Έτσι το ποσοστό εμφάνισης ΔΜΤΣ είναι υψηλότερο στους γονείς από ότι στα παιδιά (σχεδόν διπλάσιο)³¹.

(2) ΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΙ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η επίγνωση της φύσης της νόσου εξαρτάται από τον έγκαιρο διάλογο μεταξύ ασθενούς και θεράποντα ιατρού. Οι διευκρινίσεις που δίνονται στον άρρωστο για την διάγνωση της νόσου, την θεραπεία και την πρόγνωση του σε συνδυασμό με την ψυχολογική υποστήριξη είναι καθοριστική σημασία τόσο για τον ασθενή όσο και την οικογένεια του. Η κακή επικοινωνία μεταξύ θεράποντα και ασθενεί αποτελεί προγνωστικό παράγοντα ΔΜΤΣ^{31,38}.

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αποτελεί παράγοντα μείζονος σημασίας στην προσαρμογή και αντιμετώπιση της νόσου. Άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή εισόδημα κάτω από το μέσο όρο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο μετατραυματικού στρες. Συγκεκριμένα το χαμηλό εισόδημα αποτελεί μεγαλύτερης βαρύτητας προγνωστικό δείκτη ΔΜΤΣ σε σχέση με την κλινική πορεία της νόσου και τη θεραπεία της. Σύμφωνα με μελέτη, άτομα που εντάσσονται στα χαμηλά οικονομικά

στρώματα και διαγνωστήκαν με επιθετικό λέμφωμα δευτέρου σταδίου και υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία ήταν πιο πιθανό να εκδηλώσουν περισσότερα συμπτώματα μετατραυματικού στρες 5 χρόνια αργότερα³⁹.

Η διάγνωση της νόσου δεν αποτελεί αυτή καθαυτή προγνωστικό παράγοντα για την εμφάνιση ΔΜΤΣ. Δεν υπάρχουν πολλά διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με την επίδραση του είδους του καρκίνου και της θεραπείας του στην εκδήλωση μετατραυματικού στρες. Ο χρόνιος φόβος θανάτου και η απειλή της σωματικής ακεραιότητας που προκύπτει από την πρώτη διάγνωση, της διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις σε συνδυασμό με τον φόβο υποτροπής της νόσου συμβάλουν στην εκδήλωση και διατήρησης του ΔΜΤΣ. Ο κίνδυνος υποτροπής της νόσου αναζωπυρώνει τον εσωτερικό φόβο θανάτου σαν άμεση απειλή της ζωής και αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ΔΜΤΣ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εκδήλωση αυξημένων επίπεδων μετατραυματικού στρες ως αντίδραση στον φόβο υπότροπης σε ασθενείς με κακοήθη νοσήματα του αίματος^{31, 35}.

11.4. ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Ο καρκίνος ως νόσος δοκιμάζει τις αντοχές του άτομου και αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται τον κόσμο και την θέση του σε αυτόν. Το αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών είναι διττό. Η εμπειρία αυτή συνδέεται τόσο με θετικές όσο και με αρνητικές αλλαγές στην ζωή και τα άτομα που αντιδρούν με αισιοδοξία αναπτύσσουν καλύτερη προσαρμογή⁴⁰.

Η μετατραυματική ανάπτυξη αφορά τις θετικές ψυχολογικές αλλαγές που παρουσιάζει ένας άνθρωπος, ως συνέπεια της πάλης του με την νόσο. Η βελτίωση είναι σε μερικούς ανθρώπους βαθιά και ουσιαστική, αλλάζει η φιλοσοφία της ζωής τους καθώς μαθαίνουν να εκτιμούν περισσότερο τη ζωή (ζουν περισσότερο στο "εδώ και τώρα"), αλλάζουν προτεραιότητες, δοκιμάζουν νέα πράγματα, επενδύουν και δημιουργούν πιο ουσιαστικές σχέσεις, έχουν μεγαλύτερη συμπόνια, και αποκτούν μεγαλύτερη συναίσθηση του εαυτού τους και του κόσμου που τους περιβάλλει.

Η μετατραυματική ανάπτυξη αυξάνει τις δεξιότητες αυτοδιαχείρισης του ασθενούς και την ικανότητα του να αντιμετωπίσει παρόμοιες δύσκολες

τραυματικές καταστάσεις.

Σύμφωνα με μελέτη που διεξήχθη από την Ιατρική Σχολή Αθηνών σε συνεργασία με Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία της Αθήνας σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο καρκίνου βρέθηκε ότι όσο μεγαλύτερη είναι η επίδραση των επιπτώσεων της νόσου τόσο μεγαλύτερη είναι η θετική αλλαγή που προκύπτει. Η μετατραυματική αυτή ανάπτυξη οδηγεί σε έναν επαναπροσδιορισμό του νοήματος της ζωής και την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων, αυξάνει την αυτοπεποίθηση και ενισχύει την αίσθηση της πνευματικότητας⁴¹.

Αξιοσημείωτο είναι ότι σε ασθενείς με αιματολογικό καρκίνο η αίσθηση συνοχής και η θετική αντίληψη για την ζωή βρέθηκε να σχετίζεται με χαμηλό φόβο υποτροπών και μικρότερα επίπεδα ΔΜΤΣ³¹.

Παρόλο που ο καρκίνος και η θεραπεία του διαφέρει σε σχέση με άλλες τραυματικές εμπειρίες τα επίμονα συμπτώματα της ΔΜΤΣ συνάδουν με εκείνα που προκύπτουν από θύματα καταστροφών και βίας^{31,39}.

Η αναπτυσσόμενη βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι με καρκίνο επιβιώνουν χρόνια μετά διάγνωση - θεραπεία και το μετατραυματικό στρες δεν μεταβάλλεται σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου^{31,36}.

Η χρόνια μορφή του καρκίνου φέρνει τον ασθενή αντιμέτωπο με δυσάρεστες ψυχολογικές καταστάσεις και διαταράσσει της διαπροσωπικές του σχέσεις. Η γνωστική αποφυγή που απορρέει από το μετατραυματικό στρες συχνά εμποδίζει ή καθυστερεί τα άτομα αυτά να αναζητήσουν βοήθεια σε ειδικούς επαγγελματίες υγείας. Από την άλλη κάθε θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου είναι ανεπαρκής όταν αποσκοπεί μόνο στην διόρθωση της σωματικής βλάβης και δεν υπολογίζει παράγοντες όπως: α)κοινωνική απομόνωση, β)χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, γ)προηγούμενη ψυχιατρική νόσο, δ)κατάχρηση ουσιών, ε)πεσιμιστική αντίληψη του κόσμου και στ)ιστορικό πρόσφατων απωλειών. Οι περισσότεροι κλινικοί ιατροί προτείνουν μια πολυπαραγοντική προσέγγιση της νόσου ανάλογα με τις προσωπικές ανάγκες του κάθε ασθενή (σωματική, κοινωνική και οικονομική κατάσταση) λαμβάνοντας υπόψη την συνοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών και αγχώδεις διαταραχές). Αν και δεν υπάρχει ειδική θεραπεία στις ΔΜΤΣ στον καρκίνο, εφαρμόζεται η θεραπεία που ισχύει γενικά για της αγχώδεις

μετατραυματικές διαταραχές σε συνδυασμό με ψυχοθεραπευτικές τεχνικές.

11.5. ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στο νοσοκομείο, στο θάλαμο και σε γραφείο από ιατρούς, ψυχολόγους νοσηλευτές, εθελοντές κ.λπ. μειώνουν τα συμπτώματα, ανακουφίζουν από την δυσφορία και συμβάλουν στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ασθενών. Σε αυτά τα μοντέλα ο θεραπευτής διαδραματίζει σημαντικό και δύσκολο έργο, παρέχοντας ένα ασφαλές ψυχοκοινωνικό πλαίσιο υποστήριξης, ενημερώνοντας για τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της νόσου, ενθαρρύνοντας και εκπαιδεύοντας τον ασθενή με συγκεκριμένες τεχνικές ώστε να αποδεχτεί και να αντιμετωπίσει τον καρκίνο. Συνδυασμός γνωσιακής – συμπεριφορικής θεραπείας, ανάλογα με τη φύση του προβλήματος, έχουν φανεί ιδιαίτερα χρήσιμες βοηθώντας τον ασθενή να κατανοήσει τα συμπτώματα, διδάσκοντας αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης και τεχνικές διαχείρισης του στρες (τεχνικές χαλάρωσης), αναδιοργάνωσης της γνώσης και της συστηματικής απευαισθητοποίησης. Η δημιουργία ψυχοθεραπευτικών ομάδων υποστήριξης μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς με συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Στις ομάδες αυτές οι ασθενείς μπορούν να λάβουν συναισθηματική υποστήριξη και μαθαίνουν μια μεγάλη ποικιλία στρατηγικών αντιμετώπισης και διαχείρισης ανταλλάσσοντας της εμπειρίες και εκφράζοντας τα συναισθήματά τους. Πέρα από της ψυχοθεραπευτικές τεχνικές σε ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα γίνεται χρήση και της φαρμακευτικής αγωγής^{42, 43}.

Τα φάρμακα πρώτης επιλογής για τη ΔΜΤΣ είναι οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και αδρεναλίνης (SNRIs), με την παροξετίνη και τη σερτραλίνη να είναι τα μόνα φάρμακα που έχουν έγκριση από τον οργανισμό φαρμάκων και τροφών των ΗΠΑ με αυτή την ένδειξη. Μια δράση με ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι ότι οι SSRIs μπορούν να αυξήσουν τα επίπεδα του νευροτροφικού παράγοντα, ο οποίος είναι ελαττωμένος στα άτομα που εκτέθηκαν σε έντονο στρες. Εκτός από το κοινό χαρακτηριστικό της αναστολής επαναπρόσληψης σεροτονίνης, κάθε SSRI έχει διαφορετικές δευτερεύουσες ιδιότητες ανάλογα με το

προφίλ των θεραπευτικών και ανεπιθύμητων ενεργειών του⁴³.

11.6. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΝΤΕΛΙΡΙΟ

Το ντελίριο αποτελεί μια διαταραχή του επιπέδου συνείδησης καθώς και ανώτερων γνωστικών λειτουργιών, κυρίως της προσοχής και της αντίληψης, και εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με καρκίνο προχωρημένου σταδίου και σε ευάλωτες ομάδες, όπως ηλικιωμένοι και ασθενείς με άνοια. Η δυσκολία που προκύπτει στην επικοινωνία συνοδεύεται από παραλήρημα προκαλώντας αγωνιά στον ίδιο και την οικογένειά του, ενώ αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν και εκτιμήσουν τον πόνο και άλλα συμπτώματα. Παρά το γεγονός ότι σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα υπάρχει φαρμακευτική θεραπεία για τον έλεγχο των συμπτωμάτων για τους περισσότερους ασθενείς με παραλήρημα, όπως αντιψυχωτικά φάρμακα και σε ορισμένους με ανθεκτικό παραλήρημα που μπορεί να χρειάζεται περισσότερη καταστολή τότε χρησιμοποιούμε το φάρμακα μιδαζολάμη (midazolam) που είναι ένα παράγωγο της ομάδος των ιμιδαζοβενζοδιαζεπινών⁴⁴.

11.7. ΕΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Οι σύγχρονες θεραπείες που εφαρμόζονται σήμερα δίνουν μια σημαντική επιβίωση σε μια ακόμη μεγάλη αναλογία ασθενών με καρκίνο. Ωστόσο υπάρχει ριζωμένη ακόμα η ιδέα του θανάτου που είναι συνυφασμένη με την ασθένεια. Μέσα στο ασυνείδητο ο θάνατος δεν είναι ποτέ δυνατός σε αναφορά με τον εαυτό μας, δεν μπορούμε να φανταστούμε ότι ο χρόνος της ζωής μας πάνω στην γη έχει ένα πραγματικό τέλος. Ενώ είναι αδιανόητο να πεθάνουμε από φυσικά αίτια, μπορούμε μόνο να σκοτωθούμε από κάποια κακόβουλη έξωθεν παρέμβαση. Ο φόβος θανάτου ταράζει την ψυχική ηρεμία του πάσχοντα και διαταράσσει την ποιότητα ζωής του και της οικογένειάς του.

Η Kay Toombs 1992 αναλύοντας το της αρρώστιας υποστηρίζει ότι η αρρώστια για τον ασθενή είναι κάτι παραπάνω από κλινικά σύμπτωμα και απεικονιστικά ευρήματα. Συγκεκριμένα βιώνεται ως **απώλεια της ολότητας**, δηλαδή διάσπαση της ενότητας μεταξύ σώματος και εαυτού,

σαν το σώμα να είναι ανεξάρτητο από τον έλεγχο του ατόμου. Επίσης υπάρχει μια απροθυμία του εαυτού να ταυτιστεί με το ελαττωματικό σώμα. Αυτό χαρακτηρίζεται ως **απώλεια της βεβαιότητας**, και ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι είναι θνητός και αδύναμος. Ο ασθενής επίσης αισθάνεται την **απώλεια του έλεγχου**, καθώς ο οικείος του κόσμος και ο εαυτός του είναι ανεξέλεγκτος και απρόβλεπτος. Η βιωμένη αρρώστια συνδέεται με την **απώλεια του οικείου κόσμου** και αλλάζει ο τρόπος που αντιλαμβάνεται τον χρόνο και τον χώρο. Η νόσος καθλώνει τον ασθενή στον παρόν (πόνος, επεμβάσεις, φάρμακα) και αλλοιώνει τα μελλοντικά του σχέδια. Ταυτόχρονα ο οικείος του χώρος περιορίζεται λόγω της απώλειας ορισμένων σωματικών ικανοτήτων του³³.

Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν την σωματική υπόσταση του καρκινοπαθή, με αποτέλεσμα να τον μεταχειρίζονται ως ένα αντικείμενο και οι αποφάσεις λαμβάνονται πολύ συχνά χωρίς την γνώμη του. Όταν εκείνος δυσανασχετήσει κάποια στιγμή και επαναστατήσει τότε τον καθησυχάζουν μέχρι να ακολουθήσει επόμενη επέμβαση. Η συνείδηση πολλών πρέπει να συγκλονίζεται από το γεγονός ότι όλοι προσπαθούμε να γίνουμε μερικές φορές υπεράνθρωποι, αλλά γινόμαστε όλο και πιο απάνθρωποι, καταπατώντας πνευματικές και ηθικές αξίες των ασθενών.

11.8. Η ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ DR. ROSS.

Σύμφωνα με την dr. Ross υπάρχουν πέντε ψυχοκοινωνικά στάδια, από τα οποία διέρχονται καταλυτικοί και μη καταλυτικοί ασθενείς⁴⁵.

Πρώτο στάδιο: **Άρνηση και Απομόνωση**. Η επίγνωση ότι η ασθένεια τους οδηγεί προς το τέλος της ζωής τους δημιουργεί μια άρνηση. Οι ασθενείς αρνούνται την διάγνωση τους γιατί πιστεύουν ότι έχει γίνει κάποιο λάθος, υποβάλλονται εκ νέου σε εξετάσεις και ιατρικές εκτιμήσεις αναζητώντας την επιβεβαίωση ή όχι της διάγνωσης. Η άρνηση ακολουθεί την ενημέρωση και βιώνεται με αγωνιά από τον άρρωστο όταν η νόσος ανακοινώνεται ξαφνικά ή απότομα από τον θεραπευτή, ο οποίος δεν έχει κτίσει μια σχέση εμπιστοσύνης μαζί με τον άρρωστο ή ενεργεί γρήγορα για να ολοκληρώσει αυτή την διαδικασία χωρίς να προετοιμάσει τον ασθενή για να το αποδεχτεί. Η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας στην αναμέτρηση με ένα οδυνηρό γεγονός και

λειτουργεί ως κυματοθραύστης στην συγκρουσιακές καταστάσεις που δημιουργεί η δυσάρεστη είδηση. Η ανάγκη για άρνηση εμφανίζεται σε ασθενείς ανά περιόδους, κατά την διάρκεια των πρώτων σταδίων έναρξης της νόσου ή και μετά την αντιμετώπιση της (υπότροπη, θεραπεία κτλ). Η άρνηση είναι μια προσωρινή άμυνα που σύντομα αντικαθιστάται από μια μερική αποδοχή του συμβάντος επιτρέποντας στον άρρωστο να κινητοποιήσει άλλους λιγότερο ριζικούς μηχανισμούς άμυνας. Συχνά ακόμη σε αυτό το στάδιο ενεργοποιούν το ψυχολογικό αμυντικό μηχανισμό της μόνωσης, μια διαδικασία που μπορεί να βοηθήσει το άτομο να προσαρμοστεί σε μία δύσκολη και ιδιαίτερα αγχογόνο κατάσταση. Ο διαχωρισμός των συναισθημάτων από το περιεχόμενο των σκέψεων τους δίνει τη δυνατότητα στα άτομα αυτά να προσαρμοστούν και να αντιμετωπίσουν ρεαλιστικά την πραγματικότητα. Σε λίγες περιπτώσεις είναι τόσο ισχυρή που δύσκολα ανατρέπεται και τα άτομα αυτά καθηλώνονται σε αυτό το στάδιο. Ο χρόνος παραμονής σε αυτό το στάδιο αντίδρασης καθορίζεται από τον τρόπο που έγινε η διάγνωση, πόσο χρόνο είχε για να αναγνωρίσει βαθμιαία το γεγονός και πως έχει προσαρμοστεί να αντιμετωπίσει καταστάσεις εντάσεως κατά την διάρκεια της ζωής του.

Δεύτερο στάδιο: **Θύμος**. Το πρώτο στάδιο της άρνησης αντικαθίσταται με αισθήματα οργής, μανίας, φόβου και μνησικακίας και είναι δύσκολο να αντιμετωπιστεί από την οικογένεια και το ιατρικό προσωπικό. Ο λόγος είναι ότι αυτή η οργή μετατίθεται προς όλες της κατεύθυνσης τυχαία κατά καιρούς. Συναισθήματα οργής, ζήλιας και δυσφορίας κυριαρχούν, καθώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται πως τα πράγματα στην ζωή του δεν θα είναι πια ίδια ενώ όλες οι δραστηριότητες της ζωής ξαφνικά διακόπτονται. Αντιδρά με μανία και οργή γιατί αισθάνεται αδυναμία και δεν ελέγχει ποια τον εαυτό του. Η οργή μπορεί πολλές φορές να κατευθύνεται στο γιατρό ρίχνοντας του ευθύνες (για τη θεραπεία και την εξέλιξη της νόσου) θεωρώντας ότι είναι αναξιόπιστος επαγγελματίας. Οποιαδήποτε ερεθίσματα αντιληφθεί στο περιβάλλοντα χώρο μπορεί να του διεγείρει την έκρηξη θύμου, από τον νοσηλευτή που θεωρεί ότι ανταποκρίθηκε ανεπαρκώς στο κάλεσμα του, το Θεό που είναι υπεύθυνος για όλη αυτήν την κατάσταση, μέχρι τον συγγενή του που τον κοίταξε με άσχημο καταυτόν τρόπο στο επισκεπτήριο. Καθώς η οικογένεια και το προσωπικό αντιδρούν προσωπικά με οργή σε αυτό τον θυμό πυροδοτούν ακόμη μεγαλύτερη έκρηξη στην συμπεριφορά του. Η δυσφορία που νιώθουν τους

οδηγεί σε μια αποφευκτική συμπεριφορά προς τον άρρωστο, μειώνοντας τις επισκέψεις ή αποφεύγοντας τον με έναν συγκεκριμένο τρόπο. Η επικοινωνία μας με τον άρρωστο συμβάλλει σημαντικά στην ανακούφιση του ίδιου από τον θυμό. Πρέπει να μάθουμε να ακούμε τους αρρώστους και ορισμένες φορές να αποδεχόμαστε την έκφραση της άλογης οργής τους. Για να βοηθήσουμε τον ασθενή να περάσει στο επόμενο στάδιο χρειάζεται να έχουμε αντιμετωπίσει τις δίκες μας φοβίες και ανησυχίες για τον θάνατο και να έχουμε συνειδητοποιήσει τους δικούς μας μηχανισμούς άμυνας.

Τρίτο στάδιο: Διαπραγμάτευση. Η διαπραγμάτευση είναι ένα μεταβατικό στάδιο με κατεύθυνση την αποδοχή του θανάτου με μικρότερη χρονική διάρκεια, όμως εξίσου βοηθητικό για τον άρρωστο. Αν δεν ήμασταν σε θέση να αντιμετωπίσουμε τα θλιβερά γεγονότα κατά την πρώτη περίοδο και ήμασταν θυμωμένοι με τον κόσμο και το Θεό, κατά την δεύτερη φάση ίσως μπορέσουμε να κάνουμε ένα είδος συμφωνίας που μπορεί να αναβάλλει το μοιραίο. "Παζαρεύει" με μια καλή συμπεριφορά να του γίνει μια χάρη η οποία τις περισσότερες φορές είναι μια προέκταση της ζωής, για λίγες μέρες χωρίς πόνο και στενοχώρια. Θυμίζει μια παιδική συμπεριφορά που ανήκει στις περασμένες εμπειρίες μας. Τα περισσότερα παζαρέματα για αναβολή, για μια μικρή διορία, ώστε να μπορέσει να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της αρρώστιας ή ακόμα και τον θάνατο γίνονται με τον Θεό για "μια ζωή αφιερωμένη στα θεία". Τέτοιου είδους υποσχέσεις μπορεί να συνδέονται με ενοχές και θα ήταν βοηθητικό αν το ιατρικό προσωπικό εκδήλωνε ενδιαφέρον και αξιολογούσε την σοβαρότητα τους.

Τέταρτο στάδιο: Κατάθλιψη. Στο στάδιο αυτό εμφανίζει σαφή συμπτώματα κατάθλιψης, όπως απόσυρση, ψυχοκοινωνική επιβράδυνση, διαταραχές ύπνου, απελπισία και πιθανό αυτοκτονικό ιδεασμό. Όταν ο άρρωστος που κατευθύνεται στο τέλος της ζωής του, δεν μπορεί να αρνηθεί την αρρώστια του, όταν είναι αναγκασμένος να υποστεί περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις ή όταν παραμένει εσώκλειστος στο νοσοκομείο μακριά από τους αγαπημένους του, όταν αρχίζει να νιώθει περισσότερα συμπτώματα (πόνος, αδιαθεσία, κούραση κτλ) και όταν γίνεται λεπτός και αδύναμος, δεν μπορεί να το κρύψει με ένα χαμόγελο. Όλα τα συναισθήματά του, όπως αγωνία, ανησυχία, θυμός, μανία και θλίψης γρήγορα θα αντικατασταθούν από την αίσθηση μιας

μεγάλης απώλειας. Μια παρατεταμένη θεραπεία με τεράστια νοσήλια δημιουργούν οικονομικά προβλήματα και διαταράσσουν της σχέσεις στην οικογένεια. Μια μητέρα που νοσεί αισθάνεται επιπλέον θλίψη και ένοχη όταν αφήνει τα παιδιά της στον παιδικό σταθμό, γιατί δεν είναι σε θέση να τα φροντίσει κατά την διάρκεια της ημέρας. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε την τελευταία διαδρομή που είναι η προπαρασκευαστική θλίψη μέσα από την οποία πρέπει να περάσει ο άρρωστος που βαδίζει προς τον θάνατο για να φτάσει στο τελικό του προορισμό του ταξιδιού. Υπάρχουν δυο ειδή κατάθλιψης: η πρώτη είναι η αντιδραστική και η δεύτερη η προπαρασκευαστική κατάθλιψη. Μια γυναίκα που ανησυχεί πως δεν θα είναι πια θελκτική, μπορεί να της γίνει μια φιλοφρόνηση για ένα ιδιαίτερο γυναικείο χαρακτηριστικό της και μπορεί να την βεβαιώσουμε ότι είναι τόσο γυναίκα όσο και πριν το χειρουργείο. Η προσθήκη στήθους μπορεί αυξάνει την αυτοεκτίμηση των γυναικών που υποβλήθηκαν σε αφαίρεση μαστού. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορεί να βοηθήσουν πολύ τη γυναίκα που νοσεί συμβάλλοντας στην αναδιοργάνωση του σπιτιού της, ιδιαίτερα όταν αυτό αφορά μικρά παιδιά για τα οποία πρέπει να ληφθεί πρόνοια.

Η δεύτερη μορφή κατάθλιψης είναι αυτή που συμβαίνει ως αποτέλεσμα του υπολογισμού των απωλειών που μέλλουν να έρθουν. Η αρχική μας στάση και έκφραση σε λυπημένα πρόσωπα είναι να τους κάνουμε ευτυχισμένους, να βλέπουν την φωτεινή πλευρά της ζωής. Αυτό συχνά είναι έκφραση των αναγκών μας, της ανικανότητας να υποστούμε ένα λυπημένο πρόσωπο γύρω μας. Μια τέτοια συμπεριφορά θα βοηθούσε τον πρώτο τύπο κατάθλιψης με τους αρρώστους που τελικά θα πεθάνουν. Ο άρρωστος βρίσκεται στην πορεία απώλειας του κάθε τί και όλων των αγαπημένων προσώπων και του επιτρέπουμε να εκδηλώσει την λύπη του και να βρει μια τελική αποδοχή πολύ πιο εύκολα. Στην προπαρασκευαστική λύπη χρειάζονται λίγα λόγια ή και καθόλου.

Πέμπτο στάδιο: **Αποδοχή**. Αν τελικά ο άρρωστος είχε αρκετό καιρό και του δόθηκε κάποια υποστήριξη ώστε να μπορέσει να περάσει μέσα από αυτά τα στάδια για να φτάσει στη λύτρωση, θα είχε την ευκαιρία να εκφράσει τα προηγούμενά του αισθήματα, τον φθόνο για τους ζωντανούς και υγιείς, την οργή για όσους δεν έχουν να αντιμετωπίσουν το τέλος τόσο σύντομα. Θα έχει επίσης θρηνήσει το επικείμενο χαμό αγαπημένων προσώπων και προορισμών και θα συμφιλιωθεί με το τέλος του που

έρχεται με την μορφή ήσυχης προσδοκίας. Κάτω από ιδανικές συνθήκες διακρίνεται από μια εσωτερική ηρεμία είναι κουρασμένος και αρκετά αδύναμος. Έχει ανάγκη να κοιμάται για σύντομα μικρά διαστήματα και ο ύπνος δεν είναι ανάπαυσης και ανακούφισης. Η αποδοχή είναι σχεδόν άδεια από αισθήματα, εκφράζεται σαν μια μικρή σιγή, σαν όλα να ακούγονται πιο καθαρά, ο χρόνος αισθάνεται κανείς πως δεν κυλά και έχει στην διάθεσή του πολύ. Αυτός είναι ο χρόνος που η οικογένεια χρειάζεται υποστήριξη και ενίσχυση. Ο "ταξιδιώτης", γιατί όπως κάποιοι το περιέγραψαν είναι σαν την ανάπαυση πριν το ταξίδι, νιώθει γαλήνη ενώ ο κύκλος του ενδιαφέροντος περιορίζεται. Νιώθει την ανάγκη να περιοριστεί μειώνοντας το χρόνο και τον αριθμό των επισκέψεων, δεν θέλει να μιλάει, θέλει να νιώθει την παρουσία μας κοντά του/της, κρατώντας το χέρι ή ανταλλάσσοντας μια ματιά. Οι οικογένεια νιώθει ικανοποίηση που είναι κοντά του μέχρι το τέλος, συνειδητοποιώντας ότι ο θάνατος δεν είναι κάτι τόσο το φοβερό.

Σύμφωνα με την Kubler-Ross τα στάδια δεν εμφανίζονται πάντα με την ίδια σειρά, δεν είναι απαραίτητο να περάσουν όλοι από όλα τα στάδια, δεν διαχωρίζονται σαφώς το ένα από το άλλο, συχνά απαντώνται φαινόμενα παλινδρόμησης σε στάδια που έχουν εμφανιστεί και τέλος δεν φτάνουν όλοι στην αποδοχή.

11.9. ΠΡΕΠΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΝΑ ΜΑΘΕΙ ΤΗΝ ΑΛΗΘΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ;

Ο θεράπων ιατρός έχει πολλά ηθικά διλήμματα να αντιμετωπίσει κατά τη διαχείριση ενός καρκινοπαθούς. Το αν, το πότε θ' αποκαλύψει την αλήθεια για τη διάγνωση στον ασθενή, το τι ποσοστό της αλήθειας θα αποκαλύψει, το αν θα δώσει ελπίδες σε διαγνωσθέντα σε τελικό στάδιο ασθενή και το αν θα οδηγήσει τον ασθενή σε ακρωτηριαστικά χειρουργεία και σε επιθετικές χημειοθεραπείες είναι μερικά απ' αυτά⁴⁶.

Κατά τους Lau *et al.* (1983) και Ditto *et al.* (1988), ένα όνομα για την ασθένεια, μια λίστα με συνέπειες της νόσησης, μια αιτία, μία θεραπεία και η πορεία που θα έχει η ασθένεια στο πέρασμα του χρόνου είναι τα στοιχεία που απαρτίζουν την "εικόνα" που εντυπώνεται στο μυαλό ενός μέσου ανθρώπου για μια κοινή ασθένεια όπως ο καρκίνος⁴⁶. Ο ασθενής κατά κανόνα, όταν πηγαίνει στο γιατρό υποφέροντας επιζητά τόσο την άμεση ανακούφιση των ενοχλημάτων του, όσο και γνώση για την

κατάστασή του, η οποία γνώση θεμελιώνει τη θεραπευτική σχέση γιατρού-ασθενούς. Η αποκάλυψη του ονόματος της ασθένειας (διάγνωση) την απογυμνώνει από το πέπλο της αοριστίας και σε συνδυασμό με τη γνωστοποίηση από το γιατρό της πρόγνωσης ως προς την έκβαση της θεραπείας, τοποθετεί την ασθένεια σε μια ιστορία με συγκεκριμένη πιθανολογούμενη εξέλιξη και ενδεχόμενο αίσιο τέλος (ίαση)⁴⁷. Βέβαια στις περιπτώσεις που η πρόγνωση είναι δυσμενής, υπάρχουν ασθενείς που κρίνουν εκ των υστέρων ότι θα προτιμούσαν να μην είχαν μάθει την αλήθεια. Για παράδειγμα, σε μία μελέτη (Delvin *et al.*, 1993), από τους 50 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, υπήρχαν 2 που θα προτιμούσαν να μην τους είχε γνωστοποιηθεί η διάγνωση ενώ σε μελέτη που αναλύεται παρακάτω (El-Ghazali, 1997) 25% των χειρουργών ανέφεραν ότι μερικοί από τους καρκινοπαθείς ασθενείς τους εύχονταν ακριβώς το ίδιο⁴⁶.

11.10. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι άνθρωποι που υποφέρουν από ενοχλητικά συμπτώματα έχουν την ακατανίκητη ανάγκη να εξωτερικεύουν τον σωματικό και ψυχικό πόνο που νιώθουν ώστε να μοιραστούν με τους άλλους το φορτίο που έχουν. Η δυσφορία που νιώθουν μεταφέρεται στον πάροχο της βοήθειας (ιατρό ή συγγενή) όχι μόνο με λεκτική επικοινωνία στην οποία μπορεί να περιλαμβάνονται και μεταφορές του λόγου, αλλά και με άλλα μέσα όπως μορφασμούς, κλάματα και ουρλιαχτά. Μεταξύ γιατρού και ασθενούς υπάρχει ένας κώδικας επικοινωνίας που περιλαμβάνει δυσνόητα πολλές φορές για τον παρατηρητή λεκτικά και μη λεκτικά μέσα επικοινωνίας με τα οποία καταστέλλεται ο φόβος του ασθενούς και αναπληρώνονται τα ψυχικά αποθέματά του για την προσαρμογή στα δεδομένα της νόσου και της αλλαγής του τρόπου ζωής. Ο γιατρός που αποκαλύπτει μια οδυνηρή αλήθεια στον ασθενή θα πρέπει να χειρίζεται καλά αυτόν τον κώδικα επικοινωνίας προσαρμοσμένο στην κουλτούρα του κάθε ασθενούς. Πέραν του επιστημονικού μέρους της αλήθειας, αυτή η αλήθεια μπορεί να σημαίνει για τον ασθενή μια τελείως διαφορετική πραγματικότητα για τη ζωή του⁴⁷.

Προϋπόθεση για τη γνωστοποίηση της αλήθειας είναι να υπάρχει ένα βασικό επίπεδο αμφίδρομης εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού-ασθενούς. Η αλήθεια του γιατρού θα τεθεί υπό αμφισβήτηση αν ο ασθενής δεν τον εμπιστεύεται και τότε ο δεύτερος δε θα λάβει τα πραγματικά δεδομένα σοβαρά υπόψιν του, ούτε θα ακολουθήσει τη θεραπευτική στρατηγική του γιατρού. Αντίστοιχα, αν ο γιατρός δεν εμπιστεύεται τον ασθενή ότι

μπορεί ν' αλλάξει τρόπο ζωής , να είναι συνεργάσιμος και να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις της θεραπείας τότε η ανακοίνωση της αλήθειας θα είναι τυπική, μια ψυχρή αναφορά στατιστικών (πχ ποσοστά 5ετούς επιβίωσης) και το μόνο που θα προκαλέσει στον ασθενή θα είναι άγχος και ψυχική οδύνη⁴⁷.

Μια ενδιαφέρουσα μελέτη (El-Ghazali, 1997) για το ποια στάση κρατούν οι γιατροί σε ηθικά διλήμματα όσον αφορά στην προσωπική τους επικοινωνία με καρκινοπαθείς ασθενείς τους διεξήχθη στην Αίγυπτο. Σε δείγμα 100 ανδρών χειρουργών του τομέα γενικής χειρουργικής ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου του Καΐρου δόθηκε να συμπληρωθεί ερωτηματολόγιο, αφού χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την εμπειρία τους στην άσκηση της χειρουργικής. Τα 50 άτομα είχαν λιγότερο από 10 χρόνια εμπειρίας και οι άλλοι 50 πιο έμπειροι συνάδελφοί τους περισσότερα από 20 χρόνια⁴⁶.

Το 70% των πιο έμπειρων χειρουργών έδιναν τη διάγνωση του καρκίνου στην πρώτη επίσκεψη του ασθενούς συγκριτικά με το 10% των λιγότερο έμπειρων (δεν ισχύουν τα ίδια ποσοστά για περιπτώσεις καρκίνου του μαστού). Οι πιο έμπειροι στόχευαν να κινητοποιήσουν εγκαίρως τους ασθενείς ώστε να μην αποφύγουν απαραίτητες περαιτέρω εξετάσεις, ενώ οι λιγότερο έμπειροι προτιμούσαν να οριστικοποιήσουν τη διάγνωση με επιπλέον εξετάσεις και να την ανακοινώσουν σε δεύτερο χρόνο, έχοντας ως τότε κερδίσει και την εμπιστοσύνη του ασθενούς. Παρά την πρακτική αυτή, το 95% των ασθενών των λιγότερο έμπειρων γιατρών αφού μάθαιναν τη διάγνωση, είτε παραπέμπονταν απ' τους ίδιους σε πιο έμπειρους συναδέλφους τους, είτε οι ασθενείς αναζητούσαν από μόνοι τους μια δεύτερη γνώμη. Να σημειωθεί εδώ ότι και οι δύο ομάδες χειρουργών προτιμούσαν να ενημερώνουν πρώτα στενούς συγγενείς παρά τον ασθενή⁴⁶.

Από τις απαντήσεις προκύπτει επίσης ότι η συντριπτική πλειοψηφία των γιατρών θεωρούσε πιο τραυματική για τον ασθενή τη γνωστοποίηση της διάγνωσης όταν αυτή γίνεται στην πρώτη επίσκεψη. Μάλιστα, την πλήρη αλήθεια περί της προγνώσεως αποκάλυπτε μόνο το 17% του συνόλου των γιατρών, εκ των οποίων σχεδόν όλοι ανήκαν στην ομάδα των πιο έμπειρων, κάτι λογικό λόγω καλύτερα εξελιγμένων επικοινωνιακών ικανοτήτων. Επιπλέον, κανείς χειρουργός δεν ήταν σε θέση να αρνηθεί

την ύπαρξη ελπίδας ακόμα και αν μιλούσε κατά πρόσωπο σε διαγνωσθέντες σε τελικό στάδιο ασθενείς⁴⁶.

Φαίνεται λοιπόν πως η εμπειρία έχει βαρύνοντα λόγο στη διαχείριση της αλήθειας από τη μεριά των γιατρών και στη δυνατότητά τους να εμπνέουν εμπιστοσύνη στους ασθενείς τους. Πάντως, όλοι οι γιατροί συμφώνησαν ότι η ψυχολογική παρέμβαση ως επικουρική θεραπεία του καρκίνου θα είχε θετικό αντίκτυπο στους ασθενείς⁴⁶.

Υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι ο γιατρός μπορεί να πει την αλήθεια στον ασθενή, τουλάχιστον το μέρος ή το ποσοστό της αλήθειας που μπορεί να αντέξει ο ασθενής. Προς τούτο όμως είναι χρήσιμο να οικοδομηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μέσα απ' το χρόνο που αφιερώνεται στον ασθενή και τον κατάλληλο τρόπο επικοινωνίας⁴⁶. Η αρχή της ευεργεσίας του ασθενούς -κατά την οποία ο γιατρός κάνει αυτό που κρίνει ότι είναι προς όφελος του ασθενούς- και η αρχή της αυτονομίας αυτού -κατά την οποία ο ασθενής δικαιούται να ξέρει τα πάντα για την κατάσταση της υγείας του και αφού ο γιατρός του εξηγήσει τις θεραπευτικές επιλογές και τις συνέπειές τους να παίρνει ο ίδιος της αποφάσεις- είναι εξίσου σημαντικές και ο θεράπων οφείλει να τις λαμβάνει υπόψιν⁴⁷.

11.11. ΕΠΙΜΕΤΡΟ

Σύμφωνα με το Κέντρο της Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρεία οι άρρωστοι για να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα ενίσχυσης, βοήθειας και υποστήριξης θα πρέπει να γνωρίζουν την ασθένειά τους. Στην Ελλάδα υπάρχει ακόμα μεταξύ των ιατρών η συζήτηση και οι διαφωνίες εάν πρέπει να αναφέρεται στον άρρωστο με καρκίνο η πραγματική αλήθεια. Η ανακοίνωση της νόσου κατέχει περίοπτη θέση στην σχέση μεταξύ του θεράποντα και του αρρώστου και πολλές φορές έχει τη μορφή γενικευμένου άγχους⁴⁸. Η ανακοίνωση των θετικών αποτελεσμάτων σε ασθενείς με γυναικολογικό καρκίνο ανεξάρτητα του σταδίου της νόσου και σε ασθενείς με καλοήγη νόσο αναφέρουν την εμφάνιση μετατραυματικού στρες μετά την διάγνωση⁴⁹. Σε αυτήν την περίπτωση τίθεται το ζήτημα της μετάδοσης της πληροφορίας με τέτοιο τρόπο ώστε να ευοδώνεται η κατανόηση αυτής, να αποφεύγονται οι παρερμηνείες, και να μην δημιουργούνται, εσφαλμένες

εκτιμήσεις από μέρους του ασθενούς, γεγονός που ενισχύει την ψυχική του υγεία.

Σε μια πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι το 23% των 1.139 γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, με πρόσφατα διαγνωσμένο εντοπισμένο καρκίνο του μαστού, εμφάνισαν συμπτώματα διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD)⁵⁰.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει μεγάλοι πρόοδοι στην αναπτυσσόμενη υποειδικότητα της ψυχο-ογκολογίας ώστε ν' ανταποκριθεί στις νέες προκλήσεις της ογκολογίας που αντανακλώνται στην επαγγελματική δεοντολογία και εκπαίδευση. Η ποιότητα ζωής είναι ένα θέμα επί του οποίου έχει εστιασθεί η ψυχοογκολογία τα τελευταία χρόνια. Η αυξανόμενη εκπαιδευτική εμπειρία στα ογκολογικά νοσοκομεία η ενημέρωση από ειδικά σεμινάρια και του υπόλοιπου μη ψυχιατρικού προσωπικού έρχονται σε σύγκρουση με παλαιότερες παγιωμένες προκαταλήψεις και στερεότυπα.

Κατά την διάρκεια εκπαιδευτικών σεμιναρίων της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής στο νοσοκομείο Μεταξά, όπου έλαβαν μέρος νεοπροσλαμβανόμενοι ιατροί, νοσηλευτές, απόφοιτοι Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου και κοινωνικοί λειτουργοί, τους τέθηκε το ερώτημα από ποιους παράγοντες εξαρτάται η ανακοίνωση της διάγνωσης της νόσο; Σε αυτήν την ερώτηση το 37% απάντησε στην επιθυμία του ασθενούς, το 35% στην ευαισθησία του ασθενούς και το 18% την ηλικία του³⁸.

Η στρατηγικές αντιμετώπισης στοχεύουν στην εκπαίδευση νέων ιατρών και νοσηλευτών, ψυχολόγων και των κοινωνικών λειτουργών οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά το είδος, την ποιότητα και την έκβαση της παρεχόμενης φροντίδας. Η αλματώδης εξέλιξη της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής σε επίπεδο νοσοκομείου έθεσε ως πρώτη προτεραιότητα να εκτιμηθούν τα φυσικά συμπτώματα και οι παρενέργειες των θεραπειών σε συνδυασμό με τη φυσική λειτουργικότητα, καθώς επίσης και την ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση του καρκινοπαθή. Τον τελευταίο καιρό πολλοί είναι αυτοί οι ιατροί, κυρίως οι ογκολόγοι που προωθούν στην ενημέρωση της διάγνωσης του καρκίνου στους ασθενείς για να μπορέσουν να έχουν την συγκατάθεση και την καλύτερη ανταπόκριση στην θεραπεία.

Η σχέση εμπιστοσύνης με τον θεραπευτή δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τις απορίες του και τον ενθαρρύνει να μοιραστεί μαζί του τις αγωνίες, τους φόβους, τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς του για την ζωή.

Η ασθένεια συντελεί στην αλλαγή της σωματικής εικόνας, η οποία δεν οφείλεται μόνο στην νόσο αλλά στη θεραπεία και στις παρενέργειές της.

Η θεραπευτική αποκατάσταση είναι πολύπλευρη και πολυμερής και η συμβολή στο σύνολο της ιατρικής ομάδας στο νοσοκομείο θεωρείται σημαντική και αναγκαία.

Η ομάδα αποκατάστασης απαρτίζεται από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς καθώς και το οικογενειακό περιβάλλον, και παρέχει σωματική, ψυχική και κοινωνική υποστήριξη στους ασθενείς. Ένα μεγάλο ποσοστό των επιζώντων αναφέρουν προβλήματα που σχετίζονται με την εικόνα του εαυτού τους, τον κίνδυνο υπότροπης της νόσου, διαταραχή μετατραυματικού στρες και σεξουαλικές διαταραχές για εύλογο χρονικό διάστημα μετά το τέλος της θεραπείας⁵¹. Η αποκατάσταση δεν σημαίνει μόνο μείωση και εξάλειψη στο αίσθημα του πόνου και της κόπωσης, αλλά και επιστροφή στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα και βελτίωση διαπροσωπικών σχέσεων. Για παράδειγμα σε μια γυναίκα με καρκίνο του μαστού η μετεγχειρητική της πορεία εξαρτάται από την προσωπικότητα της, την θεραπευτική σχέση με την ομάδα και την επίδραση που δέχεται από το οικογενειακό της περιβάλλον. Η διαπίστωση της αφαίρεσης του μαστού της προκαλεί αίσθημα μειονεκτικότητας, έλλειψη αυτοεκτίμησης, διαταραχές ύπνου, άγχος και κατάθλιψη. Η αλλαγή στο σώμα της αποτελεί απειλή για την εικόνα του σώματος με αποτέλεσμα να αισθάνεται ανάξια, απωθητική και αποκρουστική και να αποφεύγει κάθε είδους έκθεσης. Μέσα από την συζήτηση ο θεράπωντας στοχεύει στην προσαρμογή της τραυματικής αυτής κατάστασης, στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων και ενδυναμώνει την ασθενή να κινητοποιήσει τους δικούς του ψυχικούς μηχανισμούς, για να διαχειριστεί και να αντιμετωπίσει τα πολλαπλά προβλήματα που ανακύπτουν. Η ψυχολογική ομάδα ενημερώνει τον σύντροφο ώστε να διαχειριστεί σωστά την κατάσταση έτσι ώστε να νιώθει η ίδια πως είναι το ίδιο θελκτική.

11.12. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Ο καρκίνος είναι μια εντασιογονός νόσος με μακροχρόνια έκβαση και πορεία, όπως τις παρενέργειες από τη θεραπεία, την πιθανή εξέλιξη της νόσου, τη δυσλειτουργία οργάνων ή μελών του σώματος, τις επιπτώσεις στην κοινωνική και επαγγελματική του λειτουργικότητα και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Η χρόνια αυτή πάθηση

συνοδεύεται από ψυχιατρικές διαταραχές όπως ΔΜΤΣ, κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών, σεξουαλικές διαταραχές και άγχωδεις διαταραχές .

Η αύξηση της επιβίωσης που συνδέθηκε με την χρήση εξελιγμένων θεραπευτικών τεχνικών σε συνδυασμό με την βέλτιστη αποτελεσματικότητα των νέων φαρμάκων έστρεψε το ενδιαφέρον των μελετητών στον μεγάλο αριθμό των επιζώντων.

Ωστόσο ο σύγχρονος ιατρός και κυρίως ο ογκολόγος, έχει δυστυχώς απορροφηθεί σε τέτοιο βαθμό από την τεχνολογία, την πληροφορική και τις πολλαπλές σύνθετες μεθόδους αντιμετώπισης της νόσου ώστε παραμελεί της ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της νόσου στον άρρωστο και την οικογένειάς.

Είναι πλέον αποδεκτό ότι η ποιότητα ζωής για κάθε άρρωστο με καρκίνο πρέπει να αντιμετωπίζεται με σωστές βάσεις από την αρχή της διάγνωσης της νόσου και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας γεγονός που σηματοδοτεί την έναρξη μιας μακράς σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει την αναγκαιότητα να υπάρχει ψυχοκοινωνική στήριξη εκ παραλλήλου με της σωματικές θεραπευτικές επεμβάσεις από την αρχή της διάγνωσης στους καρκινοπαθείς και την οικογένεια του από την ειδική ομάδα αποκατάστασης (Οικολόγος, Νοσηλεύτης, Ψυχίατρος, Ψυχολόγος, Κοινωνικός λειτουργός). Η μεγάλη ανάπτυξη της Ψυχοογκολογίας και της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής συμβάλλει καθοριστικά στην ενσυναίσθηση των θεραπευτικών ομάδων για το σύνολο των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών του ασθενή.

Τίθενται λοιπόν, ανεξάρτητα από την συντονισμένη ανταπόκριση της

ομάδας αποκατάστασης η δυσκολία που προκύπτει από την γνωστική αποφυγή του αρρώστου που απορρέει από το μετατραυματικό στρες και συχνά εμποδίζει ή καθυστερεί τα άτομα αυτά να αναζητήσουν ή να δεχτούν βοήθεια από ειδικούς.

Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός της ΔΜΤΣ φαίνεται να συνδέεται με την λειτουργικότητα του ανοσολογικού και αυτόνομου νευρικού συστήματος και τη σχέση αυτής της αλληλεπίδρασης στην ανάπτυξη νεοπλασιών.

Οι κλινικοί και οι ερευνητές οφείλουν να μελετήσουν τον αντίκτυπο της διάγνωσης των διαφορετικών σταδίων του καρκίνου και την επίδραση των διαφόρων μορφών θεραπείας στην ανάπτυξη ΔΜΤΣ.

12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. H Selye. "A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents". *Nature* 1936; 138: 32.
2. Ε Καντέλ, Τ Σβαρτς και Τ Τζέσελ. "Νευροεπιστήμη και Συμπεριφορά". Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. Κρήτη 2011. Μέρος ΙΧ, Κεφ. 35 "Μάθηση και Μνήμη": 681-698.
3. M Le Fevre, J Matheny and GS Kolt. "Eustress, Distress, and Interpretation in Occupational Stress". *Journal of Managerial Psychology* 2003; 18(7): 726-744.
4. MM Matthieu and A Ivanoff. " Using Stress, Appraisal, and Coping Theories in Clinical Practice: Assessments of Coping Strategies After Disasters". *Brief Treatment and Crisis Intervention* 2006; 6(4): 337-348.
5. H Selye. "What is stress?". *Metabolism* 1956; 5: 525-530.
6. B Mazurek, H Haupt, H Olze and AJ Szczepek. "Stress and tinnitus—from bedside to bench and back". *Front Syst Neurosci* 2012; 6: 47.
7. TH Holmes and RH Rahe. "The social readjustment rating scale". *Journal of Psychosomatic research* 1967; 11(2): 213-221.
8. JA McCubbin. Myers' *PSYCHOLOGY* (7th Ed), Chapter 13 "Emotion". Worth Publishers. (www.slideshare.net/mstalbot/ch13-ppt).
9. Ε Καρανίκας και Ι Γκιουζέπας. "Νευρο-ενδοκρινολογία του stress και της φλεγμονής ανοσολογικής αρχής". *Ψυχιατρική* 2008; 19: 43–51.
10. SM Stahl and MM Grady. "Stahl's Illustrated Anxiety, Stress, and PTSD". Cambridge University Press 2010.
11. BS McEwen. "Interacting mediators of allostasis and allostatic load: Towards an understanding of resilience in aging". *Metabolism* 2003; 52:10-16.
12. Χ Μανές. "Αυτόνομο Νευρικό Σύστημα: Επίδραση στην ΄΄ κκριση Ινσουλίνης και Γλουκαγόνου στην Υπογλυκαιμία". *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* 1996; 9 (1): 11-16. (www.ngda.gr/innet/UsersFiles/Aftonomonevriko.pdf)
13. E Fries *et al.* "A new view on hypocortisolism". *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30(10): 1010-6.
14. C Tsigos and GP Chrousos. "Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis, Neuroendocrine Factors and Stress". *J Psychosom Res* 2002; 53(4): 865-71.
15. AS Papadopoulos and AJ Cleare. "Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysfunction in chronic fatigue syndrome". *Nature Reviews Endocrinology* 2012; 8: 22-32.
16. http://anesthesia.gr/download/TOMOS_5/tefhos_11/9.pdf
17. <http://medicalterms.info/anatomy/Autonomic-Nervous-System/>
18. N Marais. "The Dynamics of Stress, Anxiety and Fear in Modern Society and Strategies for Coping". Hawaii Naturopathic Retreat 2014. (<http://www.hawaiinaturopathicretreat.com/category/anxiety/>)

19. P Pervanidou and GP Chrousos. "Neuroendocrinology of Post-Traumatic Stress Disorder". *Prog Brain Res.* 2010; 182: 149-60.
20. Γ Μαστοράκος, Μ Μαρκόπουλος και Α Λινάρδη. "Υπερκορτιζολαιμία στην εγκυμοσύνη". (<http://e-endocrinology.gr/wp-content/uploads/2014/05/11-03.pdf>)
21. M Jakovljević. "Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): a Tailor-Made Diagnosis for an Age of Disenchantment and Disillusionment?". *Psychiatria Danubina* 2012; 24(3): 238-240.
22. S Galea, A Nandi and D Vlahov. " The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder after Disasters". *Epidemiol Rev* 2005; 27: 78–91.
23. "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition, Text Revision)". American Psychiatric Association. Washington, DC 2000.
24. MJ Friedman *et al.* "Considering PTSD From DSM-5". *Depress Anxiety.* 2011; 28(9): 750-769.
25. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. "ICD-10: Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας". Δέκατη Αναθεώρηση. Έκδοση 2008. Τόμος 1: Κατάλογος Κωδικών, Τεύχος Α.
26. <http://www.mtvmhc.org/families-and-ptsd/>
27. Γ Παπαδημητρίου, Ι Λιάππας και Ε Λύκουρας. "Σύγχρονη ψυχιατρική". Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2013.
28. TM Keane, AD Maershall and CT Taft. "Posttraumatic Stress Disorder: Etiology, Epidemiology, and Treatment Outcome". *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2: 161-97.
29. HB Rothenhäusler. "Mental disorders in general hospital patients". *Psychiatr Danub.* 2006;18(3-4): 183-192.
30. JL Gradus *et al.* " Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide". *Am J Epidemiol* 2010; 171(6): 721-727.
31. J de Groot. "Cancer, Trauma and Personal Growth. Addressing Subjectiv Responses to Cancer". *Oncology Exchange* 2008; 7 (1): 28-33.
32. <http://libraryschool.libguidescms.com/gibsonlab>
33. Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία. "Εταιρία Νοσηλευτικών Σπουδών. Μετεκπαιδευτικά Σεμινάρια Νοσηλευτικής Ογκολογίας και Ψυχο-ογκολογίας". Αθήνα 1998. Κεφ "Η Ψυχική Διάσταση του Πόνου" : 139-147.
34. Διαπανεπιστημιακή Ομάδα Παθολόγων Ογκολόγων Ελλάδας. "Εισαγωγή στην Κλινική Ογκολογία". Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία. Αθήνα 2004. Κεφ 1, "Επιδημιολογία και Πρόληψη Κακοηθών Νεοπλασιών": 19-44.
35. SB Thompson, L Eccleston and T Hickish. "Post-Traumatic Stress Disorder in Cancer Survivors: Recognising and Acknowledging the Symptoms". *WebmedCentral ONCOLOGY* 2011; 2(8): 1-16.
36. S Perez *et al.* "Posttraumatic Stress Symptoms in Breast Cancer Patients: Temporal Evolution, Predictors, and Mediation". *J Trauma Stress* 2014; 27(1):

- 1-8.
37. ΜΣ Βασιλειάδου. "Επίκτητος. Στρατηγικές Αξιολόγησης Γνωσιακής Εκπαίδευσης". Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2008.
 38. Β. Ιακωβίδης, Γ. Καλλέργης, Β. Σπυροπούλου και Χ. Μπεντενίδης. "Διασυνδεδετική Ψυχιατρική σε Ογκολογικό Νοσοκομείο. Εκπαίδευση του Ογκολογικού Προσωπικού". Ψυχιατρική 2004; 15(2): 57-66.
 39. SK Smith *et al.* "Post-Traumatic Stress Symptoms in Long-Term Non-Hodgkin's Lymphoma Survivors: Does Time Heal?". J Clin Oncol. 2011 Dec 1;29(34):4526-33.
 40. JM Salsman *et al.* "Posttraumatic Growth and PTSD Symptomatology among Colorectal Cancer Survivors: A Three-Month Longitudinal Examination of Cognitive Processing". Psychooncology. 2009 Jan;18(1):30-41.
 41. Κ Mystakidou *et al.* "Traumatic Distress and Positive Changes in Advanced Cancer Patients". Am J Hosp Palliat Care. 2007 Aug-Sep;24(4):270-6.
 42. L Varvogli and C Darviri. "Stress Management Techniques: evidence-based procedures that reduce stress and promote health". Health Science Journal 2011; 5(2): 74-89.
 43. NCBI Bookshelf. "Post-traumatic Stress Disorder (PDQ®). Health Professional Version". PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US) 2002. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65728/>)
 44. PG Lawlor and SH Bush. "Delirium in Patients with Cancer: Assessment, Impact, Mechanisms and Management". Nat Rev Clin Oncol. 2015; 12(2): 77-92.
 45. E Kubler-Ross. "On Death and Dying". Scribner. New York 1969: 51- 146.
 46. S el-Ghazali. "Is It Wise to Tell the Truth, the Whole Truth, and Nothing but the Truth to a Cancer Patient?" Ann N Y Acad Sci 1997; 809: 97-108.
 47. O Galeazzi. "Truth, Disease and Prognosis: An Historical-Anthropological Analysis". Ann N Y Acad Sci. 1997; 809: 40-55.
 48. ΓΙ Μουσσάς, ΑΠ Καρκανιάς και ΑΓ Παπαδοπούλου. "Ψυχολογική Διάσταση της Γενετικής του Καρκίνου: Επικοινωνία Γιατρού-Ασθενούς". Ψυχιατρική 2010; 21(2): 148-157.
 49. DM Posluszny, RP Edwards, MA Dew and A Baum. "Perceived threat and PTSD symptoms in women undergoing surgery for gynecologic cancer or benign conditions". Psychooncology. 2011; 20(7): 783-787.
 50. O Palesh and C Koopman. "Breast Cancer: Post-traumatic Stress Disorder—Prevalent and Persistent". Nat Rev Clin Oncol. 2013; 10(5): 252-254.
 51. AB Kornblith and J Ligibel. "Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer". Semin Oncol. 2003; 30(6): 799-813.