

Ειδικό άρθρο Special article

Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου με καρκίνο

Γ.Ι. Μουσσάς,¹ Α.Π. Καρκανιάς,² Α. Παπαδοπούλου³

¹Β΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών Γενικό Νοσοκομείο, «Αττικόν», ²Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», ³Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο», Αθήνα

Ψυχιατρική 2008, 19:124–144

Ο καρκίνος αποτελεί την πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιοπάθειες. Ο ασθενής με καρκίνο αντιμετωπίζει υψηλά επίπεδα άγχους, ενώ παράλληλα χρειάζεται να λάβει αποφάσεις κρίσιμης σημασίας για τη θεραπεία του. Ως νόσος απειλητική για τη ζωή, ο καρκίνος αποτελεί ψυχοτραυματικό παράγοντα, που πυροδοτεί στον πάσχοντα αισθήματα κινδύνου, ενώ συγχρόνως επηρεάζει τη λειτουργικότητά του. Η διάγνωση του καρκίνου μπορεί να προκαλέσει διάφορες ψυχολογικές αντιδράσεις, όπως ο φόβος, το άγχος και το αίσθημα του αβοήθητου. Το 50% των ασθενών παρουσιάζουν μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές όπως οι Αγχώδεις Διαταραχές (Διαταραχή Μετά Από Οξύ Στρες, Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες), η Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, οι Διαταραχές Προσαρμογής, το Οργανικό Ψυχοσύνδρομο. Τα μέλη της ομάδας της Διασυνδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής (ΔΣΨ) παρεμβαίνουν σε ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών αντιδράσεων και ψυχιατρικών διαταραχών, που παρουσιάζονται στους ασθενείς με καρκίνο. Επίσης, υπάρχουν ασθενείς με μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η Σχιζοφρένεια, και ο ψυχίατρος παρεμβαίνει προκειμένου να διευκολύνει την κατανόηση τη νόσου του καρκίνου από τον ασθενή και να ενισχύσει την ενεργό συμμετοχή του στη θεραπεία. Επιπρόσθετα κύριο στόχο αποτελεί η συνεργασία μεταξύ της ομάδας ΔΣΨ και των θεραπόντων ιατρών. Οι ψυχίατροι ευοδώνουν την καλύτερη κατανόηση της νόσου της σχιζοφρένειας από τους ογκολόγους πολεμώντας παράλληλα το στίγμα που σχετίζεται με αυτή. Ο κίνδυνος να προβεί ο ασθενής με καρκίνο σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά είναι υψηλότερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Σημαντικό βήμα για

την αντιμετώπιση της αυτοκτονικότητας είναι η ανεύρεση εκείνων των παραγόντων, που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας στους πάσχοντες από καρκίνο, όπως η μείζων κατάθλιψη, το ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και ο μη ελεγχόμενος πόνος. Όταν το τέλος της ζωής για τον ασθενή πλησιάζει, ο ψυχίατρος καλείται να αντιμετωπίσει σωματικά προβλήματα, ψυχολογικά συμπτώματα και υπαρξιακά θέματα. Συγκεκριμένα, στόχος του είναι να αντιμετωπίσει τον ψυχικό πόνο του ασθενούς του και να παροτρύνει την οικογένειά του να ακούσει τις επιθυμίες του. Η ενεργός παρουσία της Ψυχοογκολογίας παρατηρείται σ' όλο το συνεχές της πορείας του καρκίνου από το πρώτο στάδιο, την πρόληψη και τον προκλινικό καρκίνο, μέχρι την παρηγορητική φροντίδα και τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, παρεμβαίνοντας μέσω της διάγνωσης και της δραστικής θεραπείας.

Λέξεις ευρετηρίου: Καρκίνος, ψυχοτραυματικός παράγοντας, ψυχιατρικές διαταραχές, συμβουλευτική διασυνδετική ψυχιατρική, καταληκτικός άρρωστος.

Εισαγωγή

Η ψυχο-ογκολογία αποτελεί σημαντικό κλάδο της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής και τα τελευταία χρόνια έχει γνωρίσει τεράστια ανάπτυξη σε μικρό χρονικό διάστημα και αυτό σε μια εποχή που υπάρχει σχετική στασιμότητα της εν γένει διασυνδετικής ψυχιατρικής στο γενικό νοσοκομείο, καθώς η τελευταία δεν έχει ακόμα αποκτήσει σημαντική υπόσταση στα πλαίσια της ψυχιατρικής και ασκεί περιορισμένη επιρροή στην παροχή ιατρικής φροντίδας από τους ιατρούς των άλλων ειδικοτήτων.¹

Η Ψυχο-ογκολογία διέλυσε εσφαλμένες αντιλήψεις γύρω από τη σχέση των ψυχιατρικών διαταραχών και της νόσου ή των θεραπειών της. Τεκμηρίωσε με ομάδες ελέγχου και μετα-αναλύσεις το όφελος των διαφόρων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων για τους ασθενείς, αλλά και τις εκπαιδευτικές εκείνες στρατηγικές που αποδεδειγμένα θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη βελτίωση της συναισθηματικά φορτισμένης θεραπευτικής σχέσης ασθενούς/προσωπικού.² Οι κακοήθεις νεοπλασίες αποτελούν μια μεγάλη ομάδα παθήσεων, που περιλαμβάνει περισσότερους από 100 επιδημιολογικά και παθολογοανατομικά διαφορετικούς τύπους και είναι η δεύτερη πιο συχνή αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις.³ Ο κίνδυνος να εμφανίσει κάποιος καρκίνο είναι λίγο μικρότερος από 1:2 στους άνδρες και λίγο περισσότερος από 1:3 στις γυναίκες. Ο καρκίνος του προστάτη είναι ο πιο συχνός στους άνδρες ενώ ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες. Η εντόπι-

σή του καρκίνου στον πνεύμονα είναι η πιο θανατηφόρος και για τα δύο φύλα, επίσης υψηλά είναι τα ποσοστά του μελανώματος στο δέρμα. Η συχνότητα του καρκίνου του παχέος εντέρου ελαττώθηκε μετά την αξιοποίηση της κολονοσκόπησης, η οποία εκτός από διαγνωστικό εργαλείο χρησιμοποιείται και ως θεραπευτικό μέσο.⁴ Σημαντικές πρόοδοι επιτεύχθηκαν με την ανακάλυψη των καρκινικών δεικτών, την εξέλιξη της θεραπευτικής αντιμετώπισης (χειρουργικές τεχνικές, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) καθώς και με την αλλαγή στον τρόπο ζωής των ασθενών.

Τα τελευταία χρόνια με την πρόοδο της θεραπευτικής αντιμετώπισης, η επιβίωση των ασθενών με καρκίνο έχει αυξηθεί. Με τις εξελίξεις αυτές η ιατρική και ειδικότερα η ογκολογία άρχισε να στρέφεται και σε άλλες παραμέτρους του καρκίνου, όπως είναι η ψυχοκοινωνική διάσταση της νόσου και οι συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών στα πλαίσια της ολιστικής προσέγγισης, όπως άλλωστε αποδεικνύεται με την ανάπτυξη των ψυχιατρικών υπηρεσιών στα γενικά και ογκολογικά νοσοκομεία.⁵

Παρόλ' αυτά ακόμη στην Ελλάδα δεν υπάρχει επαρκής αριθμός υπηρεσιών ψυχικής υγείας για τους καρκινοπαθείς στην κοινότητα αναλογικά με τον πληθυσμό των ασθενών. Συγκεκριμένα, και ενώ το 1996, σύμφωνα με τον Μαδιανό, για τις ψυχικές διαταραχές υπήρχαν στην Ελλάδα 123 ενδιάμεσες δομές περιλαμβανόμενων των κέντρων ψυχικής υγείας ενηλίκων και παιδιών, των συμβουλευτικών σταθμών και των συμβουλευτικών για χρήστες ουσι-

ών, δεν υπήρχε μέχρι το 2004 όσον αφορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενδιάμεση δομή παροχής ψυχοκοινωνικών φροντίδων εστιασμένη στους ασθενείς και επιζώντες με καρκίνο.⁶

Ψυχολογικά προβλήματα στους ασθενείς με καρκίνο

Η διάγνωση του καρκίνου είναι ένα ψυχοτραυματικό γεγονός, το οποίο επηρεάζει βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα τη συνολική λειτουργικότητα του πάσχοντος⁷ και παρά το γεγονός ότι το άγχος, που συνοδεύει τον καρκίνο, μετριάζεται με την πάροδο του χρόνου, φαίνεται ότι επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του ασθενούς.⁸

Ο καρκίνος αποτελεί μια χρόνια νόσο απειλητική για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα του ασθενούς. Η διάγνωση, η θεραπεία και η εξέλιξη της νόσου συνθέτουν ένα πολύπλοκο και εξαιρετικά στρεσογόνο πεδίο για τον άρρωστο. Είναι ένα γεγονός, λοιπόν, χωρίς περιορισμένη και οριοθετημένη χρονική διάρκεια στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, που επεκτείνεται μέσα στο χρόνο και ανακινεί θέματα ψυχολογικής σημασίας για το άτομο. Τα στοιχεία της απειλής, της ματαιώσης, της ενδεχόμενης καταστροφής, ψυχικής και σωματικής σε φαντασιστικό ή σε πραγματικό επίπεδο, κινητοποιούν τους μηχανισμούς άμυνας, τις ψυχικές δηλαδή διεργασίες, που στόχο έχουν να ελέγξουν το άγχος που αναδύεται. Κάποιοι από αυτούς μπορεί να είναι αποτελεσματικοί και να αποκαθίσταται η ψυχική ισορροπία και η συνήθης λειτουργικότητα, ενώ άλλοι μπορεί να είναι δυσπροσαρμοστικοί και να επιπλέκουν την κατάσταση περισσότερο όπως π.χ. η άρνηση που μπορεί να οδηγήσει σε μη συμμόρφωση στη θεραπεία.

Η ψυχοσωματική προσέγγιση, σύμφωνα με τον Alexander, δέχεται ότι όταν ένα όργανο ή ένα σύστημα αναπτύσσει νόσο, τότε εξελίσσεται μια σειρά γεγονότων ικανών να κινητοποιήσουν βαθύτερα και πρώιμα εγκατεστημένες συγκρούσεις και να κλονίσουν τις πρωτογενείς άμυνες απέναντί τους. Αυτό θεωρείται ότι σχετίζεται με την ασυνείδητη «επιλογή νόσου» και στην ουσία ένα άτομο ψυχολογικά προδιατεθειμένο, είναι δυνατό να αντισταθμίσει την προδιάθεση αυτή, εάν η καθημερινή του λειτουργία έχει μηχανισμούς επαρκούς ρύθμισης.⁹

Το κατά πόσο μπορεί να διαχειριστεί σε σημαντικό βαθμό ο ασθενής τις ματαιώσεις που πηγάζουν από

τη νόσο, σχετίζεται με την ικανότητα του να πενήσει τις απώλειες που η νόσος συνεπάγεται. Αυτό δεν είναι εφικτό για όλους, γεγονός που καθιστά σημαντικό το να εκτιμήσουμε και να υποστηρίξουμε τον κάθε ασθενή ανάλογα με την ιδιαιτερότητα της ψυχικής του δομής.¹⁰

Διαπιστώνονται λοιπόν κλινικά φαινόμενα, που χαρακτηρίζουν την ανάπτυξη μετατραυματικού συνδρόμου, όπως η συνεχής ενασχόληση με τη νόσο, παραισφρύουσες βασανιστικές σκέψεις θανάτου και καταστροφής ή ακόμη και άρνηση, αποφυγή σε οτιδήποτε υπενθυμίζει τη νόσο, όπως π.χ. η θεραπεία. Οι υποτροπές της νόσου μπορεί να είναι ακόμη πιο τραυματικές από την αρχική εμφάνισή της και το άγχος που εκλύεται να αποδιοργανώνει ψυχικά τον ασθενή.¹¹ Το αν το άγχος και η ψυχολογική επιβάρυνση παίζουν ρόλο στην επέκταση της νόσου είναι ένα θέμα που δεν έχει σαφώς απαντηθεί. Το σίγουρο είναι ότι η στάση του ασθενούς απέναντι στη νόσο και ο τρόπος με τον οποίο χειρίζεται τις επαπειλούμενες απώλειες σχετίζονται άμεσα με τη συνεργασία του ίδιου με τον ιατρό του και στο βαθμό που αυτή η συνεργασία εμφυσά την αποδοχή της θεραπείας, επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της νόσου.

Η εκδήλωση άγχους σε ασθενείς με καρκίνο σχετίζεται με τη δομή της προσωπικότητας, διάφορους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, καθώς και με την ιατρική εκτίμηση, η σοβαρότητα της οποίας επηρεάζει την προσαρμογή του ασθενούς και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, η πιθανότητα εκδήλωσης έντονου άγχους αυξάνεται στις παρακάτω συνθήκες:

- Μικρή ηλικία
- Χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση,
- Άγαμος ασθενής και
- Έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης¹²

Οι στατιστικές αναφέρουν ότι ένα σημαντικό υψηλό ποσοστό, περίπου 50% των ασθενών καταλήγουν από τη νόσο.¹³

- Το 85% των ασθενών με προχωρημένη νόσο δέχεται χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία. Ωστόσο, ψυχιατρική εκτίμηση και συστηματική ψυχολογική υποστήριξη δέχεται μόνο ένα ελάχιστο ποσοστό. Η διάγνωση μιας ασθένειας όπως ο καρκίνος με τους φόβους που εμπεριέχει και την απειλή για την ίδια τη ζωή, καταλήγει σ' ένα σύνθετο σύνολο θεμάτων:

- Την αντιμετώπιση των φυσικών συμπτωμάτων (συμπεριλαμβανομένων αυτών που προκαλεί η θεραπεία)
- Την αναζήτηση τρόπου αντιμετώπισης της κατάστασης
- Την προσπάθεια αποδοχής της υπαρξιακής διάστασης της ασθένειας
- Το αίσθημα ανησυχίας για την οικογένεια που επηρεάζεται από τον καρκίνο και
- Την αναζήτηση μιας παρήγορης φιλοσοφικής, πνευματικής ή θρησκευτικής πίστης ή αξίας που δίνει νόημα στη ζωή και στο θάνατο.¹⁴

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι περισσότερες ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται σε ασθενείς με καρκίνο, είναι στην πραγματικότητα αντιδράσεις στη διάγνωση της νόσου, την πρόγνωση και τις θεραπευτικές τεχνικές. Οι θεραπείες του καρκίνου δημιουργούν ένα εύρος ψυχιατρικών και ψυχολογικών διαταραχών, από απλή κόπωση μέχρι διαταραχή στη διάθεση με επίπτωση στην ποιότητα ζωής.¹⁵ Η αντίδραση του αρρώστου στον καρκίνο εξαρτάται από:

- Την προσωπικότητά του
- Τους αμυντικούς ψυχικούς μηχανισμούς,
- Συσχετίζεται δε με τη φάση ζωής, την οποία ο ασθενής διέρχεται.

Κατά κάποιο τρόπο η ενδοψυχική ζωή του πάσχοντος –εσωτερική πραγματικότητα– δέχεται ένα σοβαρό πλήγμα που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σοβαρές ανατροπές της ψυχικής ισορροπίας. Ταυτόχρονα η κοινωνική ζωή του πάσχοντος –η εξωτερική πραγματικότητα– αλλάζει σημαντικά και επηρεάζεται από:

- Το οικογενειακό πλαίσιο, καθώς και την υποστήριξη που αυτό παρέχει
- Τη στάση που έχει απέναντι στον άρρωστο και τη νόσο
- Την εντόπιση του καρκίνου.¹⁴

Τα στάδια της νόσου είναι ιδιαίτερα σημαντικά γεγονότα, τα οποία επηρεάζουν το εξωτερικό πλαίσιο της ζωής του ασθενούς. Στο εξωτερικό πλαίσιο, εκτός από τις επιπτώσεις στην εργασία και την οικογένεια, σημαντικό ρόλο, που επηρεάζει την προσαρμογή του πάσχοντος, διαδραματίζει η σχετική μυθολογία, που αναπτύσσεται γύρω από τον καρκίνο. Απόρροια αυτού είναι οι διάφορες δυσλειτουργικές απόψεις και

στάσεις που αναπτύσσονται σε κοινωνικό επίπεδο και οι οποίες είναι οι παρακάτω:

- Ένα αίσθημα ότι ο καρκίνος είναι από τη φύση του φρικτός και αφύσικος
- Ο φόβος ότι ο καρκίνος είναι στίγμα, κάτι επαίσχυντο ίσως και τιμωρία
- Ο φόβος ότι ο καρκίνος θα μπορούσε να είναι και μεταδοτικός
- Υπερβολική απαισιοδοξία γύρω από τις ελπίδες επιβίωσης
- Ένα αίσθημα ότι μακροχρόνιες υφέσεις στην καρδιακή νόσο π.χ. είναι κάτι για το οποίο πρέπει να χαίρεται κάποιος, ενώ στον καρκίνο είναι κάτι για το οποίο πρέπει να λυπάται, λόγω της άμεσης σύνδεσης της νόσου με τον θάνατο
- Φόβος ότι ο καρκίνος είναι ο χειρότερος τρόπος θανάτου και περισσότερο επώδυνος και βασανιστικός από άλλες αιτίες. Αποτέλεσμα αυτής της μυθολογίας είναι τα ποσοστά ενημέρωσης στη χώρα μας, ακόμη και στις μέρες μας, να υπολείπονται.^{5,16}

Στη δεκαετία του 1960, σχετικά με το αν πρέπει να αποκαλύπτεται η διάγνωση του καρκίνου, άρχισαν οι πρώτες συζητήσεις στις ΗΠΑ. Οι ψυχίατροι ήταν υπέρ του να αποκαλύπτεται η διάγνωση, ή τουλάχιστον μέρος αυτής, ενώ οι ογκολόγοι ήταν αρνητικοί. Σε μια έρευνα του Oken το 1961, περισσότερο από 90% των ιατρών δεν απεκάλυπταν στον ασθενή τους τη διάγνωση.¹⁷

Στο ενδοψυχικό επίπεδο οι μελέτες οδήγησαν σε μια ιεράρχηση των μηχανισμών προσαρμογής για την αντιμετώπιση της νόσου.

Σύμφωνα λοιπόν με αυτή την ιεράρχηση:

- Η *αντιμετώπιση* είναι η πλέον ώριμη και αποτελεσματική διαδικασία
- Η *άμυνα* είναι μια νευρωτική διαδικασία με μερική επιτυχία
- Η *αποτυχία του Εγώ* είναι η πιο αρχαϊκή/ψυχωτική διαδικασία προσαρμογής.¹⁸

Εκείνη βεβαίως που ανατάρραξε τα λιμνάζοντα ύδατα ήταν το 1960 η ψυχίατρος Elizabeth Kubler-Ross. Μέχρι τότε εθεωρείτο ταμπού να συζητά κάποιος με άρρωστο που έχει καρκίνο για τον επικείμενο θάνατο. Αυτή προκάλεσε ιατρούς και νοσηλευτές να σταματήσουν να αποφεύγουν τους ασθενείς και ν' ακούν τις ανησυχίες τους, ν' αναγνωρίζουν τα αισθήματα

απομόνωσης των αρρώστων που πλησιάζουν τον θάνατο και την ανάγκη τους για διάλογο σχετικά με την κατάστασή τους.

Έτσι συνέβαλε στο να τροποποιηθεί η στάση μας και η φροντίδα μας για τον καταληκτικό άρρωστο, παρουσιάζουν δε ιδιαίτερο ενδιαφέρον τα στάδια ψυχολογικής προσαρμογής που η Elizabeth Kubler-Ross περιέγραψε.

Σύμφωνα με αυτή την περιγραφή, τα στάδια της συναισθηματικής προσαρμογής του ασθενούς είναι:

- *Άρνηση*, κατά την οποία ο ασθενής απορρίπτει την απειλητική μορφή της πραγματικότητας και αυτό του προσφέρει προσωρινή ισορροπία και ανακούφιση
- *Οργή*, όταν η άρνηση δίνει τη θέση της στον θυμό, που συμπυκνώνεται στο ερώτημα «Γιατί εγώ, είναι άδικο»
- *Διαπραγμάτευση*, στο στάδιο αυτό ο ασθενής προσπαθεί ν' απομακρύνει το τέλος με μεταφυσικές προσεγγίσεις και αναζητήσεις
- *Κατάθλιψη* που επικρατεί ως αποτέλεσμα της επίγνωσης από τον ασθενή των συσσωρευμένων απωλειών (εργασίας, υγείας, εικόνας σώματος κ.λπ.)
- *Αποδοχής*, όπου ο ασθενής είναι απομονωμένος, «άδειος από συναισθήματα» χωρίς συμμετοχή στην καθημερινότητα, και δίνει την εντύπωση ότι ο αγώνας τελείωσε και το τέλος επέρχεται.¹⁹

Τα μέλη της ΔΣΨ καλούνται όχι μόνο να αναγνωρίσουν τις ψυχικές διεργασίες των ασθενών που διέρχονται αυτά τα στάδια, αλλά και να διαμορφώσουν εκείνες τις συνθήκες στα πλαίσια της θεραπευτικής σχέσης, που θα επιτρέψουν την ανάδυση και αναγνώριση όλων εκείνων των σκέψεων και συναισθημάτων που ναρκοθετούν την ψυχική τους επιβίωση ενόσω μάχονται τον καρκίνο. Στόχος είναι να παρέμβουν με τρόπο αποτελεσματικό και εξατομικευμένο σε κάθε ασθενή που βάλλεται από τη νόσο και ότι αυτή συμβολίζει, αλλά και από τις ίδιες τις ψυχικές του αντιδράσεις, που σε αυτήν τη στιγμή της ζωής τους είναι επώδυνες και πολλές φορές δυσπροσαρμοστικές.

Ψυχιατρικές διαταραχές και καρκίνος

Σε ένα ογκολογικό τμήμα οι ψυχιατρικές διαταραχές συνήθως υποδιαγιγνώσκονται και υποθεραπεύονται. Ακόμα και οι ασθενείς που δεν πληρούν τα

κριτήρια για μία ψυχιατρική διαταραχή εμφανίζουν συμπτώματα και σημεία ψυχικής κόπωσης που συνδέεται με τη νόσο, τη μυθολογία της, τις επικοινωνιακές δυσκολίες τους με το προσωπικό, καθώς και με τα υπαρξιακά προβλήματά τους. Αυτή η ψυχολογική ευαισθησία των ογκολογικών ασθενών συχνά παραβλέπεται και δεν τυγχάνει της φροντίδας του προσωπικού, όχι τόσο λόγω ανεπαρκών γνώσεων όσο λόγω μιας ασυνείδητης στάσης συναισθηματικής αποστασιοποίησης. Στη φάση της αρχικής διάγνωσης του καρκίνου το 50% περίπου των ασθενών αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας και επιστρέφουν σε προηγούμενα επίπεδα λειτουργικότητας. Το υπόλοιπο 50% παρουσιάζει κάποια ψυχιατρική διαταραχή είτε σε προϋπάρχον έδαφος ψυχιατρικής διαταραχής, είτε από έλλειψη απαραίτητης υποστήριξης που θα τους βοηθήσει να ενισχύσουν τους υπάρχοντες ψυχικούς μηχανισμούς άμυνας.⁵

Οι ψυχιατρικές διαταραχές αφορούν πρωτίστως διαταραχές προσαρμογής, ενώ ακολουθούν η κατάθλιψη (20–45% ανάλογα με τα διαγνωστικά κριτήρια) και το οργανικό ψυχοσύνδρομο (15–75% στους ασθενείς με προχωρημένη νόσο), που όμως δεν ανιχνεύονται επαρκώς, παρότι είναι γνωστή η αυξημένη επίπτωση τους στους ασθενείς με καρκίνο.⁴

Σημαντικότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση ψυχιατρικής διαταραχής στους ασθενείς με καρκίνο αναφέρονται παράγοντες που σχετίζονται με:

- Τη νόσο, (η προχωρημένη νόσος, ο περιορισμός της λειτουργικότητας, ο πόνος, η εντόπιση της νόσου)
- Το ψυχιατρικό ιστορικό, (κατάθλιψη, πένθος, κακοποίηση, αγχώδεις διαταραχές)
- Τη θεραπεία της νόσου, (κορτικοστεροειδή, οπιοειδή, χημειοθεραπεία)
- Κοινωνικούς παράγοντες (απουσία υποστηρικτικού δικτύου, ιστορικό καρκίνου στην οικογένεια).²⁰

Διαταραχές προσαρμογής

Οι διαταραχές προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, με άγχος, με μικτή αγχώδη και καταθλιπτική διάθεση, που αποτελούν την πιο συχνή διάγνωση στον άξονα 1, βρίσκονται σε ένα συνεχές με οξείες αγχώδεις αντιδράσεις στη μία άκρη του φάσματος και στην άλλη άκρη με διαταραχές της διάθεσης και με αγχώδεις διαταραχές.⁴

Η νοσηλεία, η ασθένεια, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις προκαλούν έντονη ανησυχία και δυσπροσαρμοστικότητα στην καθημερινή πρακτική. Μπορεί λοιπόν να οδηγήσουν σε διαταραχές προσαρμογής εξαιτίας των συνοδών προβλημάτων του πόνου, της φυσικής αδυναμίας και της προβληματικής του ασθενούς σχετικά με το θάνατο. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με δυσκολίες στην εργασία και πιθανά οικονομικά προβλήματα επιβαρύνουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς.¹⁵

Αγχώδεις διαταραχές

Οι ανγχώδεις διαταραχές στους ασθενείς με καρκίνο χαρακτηρίζονται από ένα ευρύ κλινικό φάσμα και η αιτιολογία τους είναι πολυπαραγοντική. Γενικά, το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της ανγχώδους διαταραχής που οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση είναι κλινικά σημαντικό άγχος, το οποίο αποδίδεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της συγκεκριμένης ιατρικής κατάστασης. Συγκεκριμένα, ασθενείς με πρωτοπαθή νεοπλασμάτα στο ΚΝΣ, είναι δυνατό να παρουσιάζουν ψυχιατρικά συμπτώματα του τύπου των ανγχωδών διαταραχών τα οποία σχετίζονται με την εντόπισή τους στον εγκέφαλο. Επιπρόσθετα ενδοκρινολογικές διαταραχές όπως π.χ. στην περίπτωση του όγκου των καρκινοειδών, ευθύνονται για την εκδήλωση σοβαρού άγχους στους πάσχοντες.⁴ Σε προδιατεθειμένα άτομα, ανάλογα με την ψυχοδομή, με νευρωσικού τύπου σημαντικές καθηλώσεις, είναι δυνατόν η σοβαρότητα της διάγνωσης του καρκίνου να πυροδοτήσει κρίσεις άγχους, οι οποίες κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις μπορεί να μετατραπούν σε δομημένες κλινικές εικόνες όπως είναι η Διαταραχή Πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή.

Διαταραχή μετά από οξύ στρες

Πρόκειται για τη διαταραχή που εκδηλώνεται ως απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και διαρκεί λιγότερο από 30 ημέρες. Στη διαταραχή αυτή παρουσιάζονται παρεισφρητικά φαινόμενα, αποφυγή και συναισθηματικό μούδιασμα, αυξημένη διεγερσιμότητα, διασχιστικά συμπτώματα (αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, αμνησία).

Εφόσον λοιπόν τα συμπτώματα παραμείνουν για περισσότερο από 1 μήνα, και πληρούν τα κριτήρια για τη συγκεκριμένη διαταραχή, η διάγνωση αλλάζει

σε διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες.^{4,21} Οι Holland & Rowland²² περιγράφουν την αντίδραση των ασθενών που ακολουθεί τη διάγνωση του καρκίνου, η οποία χαρακτηρίζεται από αμηχανία, συναισθηματικό μούδιασμα και άρνηση, ενώ μπορεί να ελλοχεύουν αισθήματα απελπισίας και απόγνωσης. Οι μελέτες αυτές καταδεικνύουν τον καρκίνο ως ψυχοτραυματικό γεγονός, που κινητοποιεί ψυχικές διεργασίες, των οποίων η κλινική έκφραση συνάδει με τη διαταραχή μετά από οξύ στρες, εφόσον βέβαια πληρούνται τα χρονικά κριτήρια που αναφέρθηκαν παραπάνω.²²

Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες

Παρότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει μελετηθεί ο καρκίνος ως μία νόσος που πυροδοτεί αντιδράσεις στρες και ανάλογα σύνδρομα στους ενήλικες και στα παιδιά αλλά μόνο μετά την έκδοση των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV, η απειλή στη ζωή και στη σωματική ακεραιότητα που σχετίζεται με νόσο όπως ο καρκίνος, αναγνωρίστηκε ως ψυχοτραυματικός παράγοντας γι' αυτή τη διαταραχή.^{21,23} Η συχνότητα του πλήρους συνδρόμου κυμαίνεται από 3–4%²⁴ στους ασθενείς που βρίσκονται σε αρχικά στάδια του καρκίνου σε 35%²⁵ στους ασθενείς μετά τη θεραπεία. Τα επιμέρους μετατραυματικά συμπτώματα του καρκίνου έχουν μεγαλύτερη συχνότητα από 20%²⁴ σε 80%²⁶ προ και μετά τη θεραπεία.

Ο καρκίνος είναι ένα τραυματικό γεγονός^{27,28} που προκαλεί ανάλογες ψυχολογικές αντιδράσεις αποτελώντας το γενεσιουργό αίτιο πολλαπλών καταστάσεων απειλητικών για τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα. Η αρχική διάγνωση, η θεραπεία, η εξέλιξη της νόσου και οι υποτροπές μπορούν να αποτελούν κατεξοχήν τραυματικά γεγονότα.²⁷ Ο φόβος του θανάτου, της φυσικής αδυναμίας ή ακόμη του ακρωτηριασμού πυροδοτούν συναισθήματα ότι το άτομο βλάπτεται και κινδυνεύει.²¹ Σε αντίθεση με άλλα ψυχοτραυματικά γεγονότα όπως η σεξουαλική και σωματική κακοποίηση και οι φυσικές καταστροφές, που είναι εξωγενή για τον άνθρωπο, η οργανική νόσος όπως ο καρκίνος που τον απειλεί είναι ενδογενής²⁹ και προέρχεται από το ίδιο του το σώμα. Αυτή η διάσταση της «εκ των έσω» προέλευσης της εν δυνάμει καταστροφής επιδρά στην αντίληψη και το νόημα του κινδύνου για το άτομο. Συμπτώματα, μετεγχειρητικές ουλές, ο πόνος και οι φυσικοί περιορισμοί

από την ίδια την ασθένεια ή τη θεραπεία, «υπενθυμίζουν» συνεχώς τη νόσο²¹ και κρατούν σε εγρήγορση τον πάσχοντα.

Φάρμακα που προκαλούν συμπτώματα άγχους στους ασθενείς με καρκίνο

Τα φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της νόσου αποτελούν συχνή αιτία άγχους στους ασθενείς με καρκίνο στα πλαίσια της δράσης τους στο ΚΝΣ. Σε αυτά περιλαμβάνονται:

- Βρογχοδιασταλτικά στεροειδή (που χρησιμοποιούνται σε πολλά θεραπευτικά πρωτόκολλα),
- Ανοσοκατασταλτικές κυτταροκίνες,
- Αντιψυχωτικά που χρησιμοποιούνται ως αντιεμετικά (μετοκλοπραμίδη)
- Φάρμακα που προκαλούν εγκεφαλοπάθεια και οργανικό ψυχοσύνδρομο, μπορούν να προκαλέσουν άγχος.^{4,30}

Επίσης μερικές φορές η ίδια η νόσος, προκαλεί αγχώδη συμπτωματολογία μέσω βιολογικών μηχανισμών και συγκεκριμένα ορμονικών διαταραχών, όπως είναι γνωστό για τους ενδοκρινικούς όγκους και τα καρκινοειδή.⁴

Η θεραπεία των αγχωδών διαταραχών στους ασθενείς με καρκίνο προσανατολίζεται στην άμεση θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην αναζήτηση της αιτίας, η οποία αντιμετωπίζεται αν αυτό είναι δυνατόν. Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται περιλαμβάνει αγχολυτικά, όπως οι βενζοδιαζεπίνες, αντικαταθλιπτικά καθώς και νευροληπτικά σε ασθενείς με σύγχυση ή συμπτώματα ενός αρχόμενου οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Παράλληλα, εφαρμόζονται συμπεριφορικές τεχνικές, ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, δημιουργικές θεραπείες (τέχνη, μουσική, χορός), ενώ συγκροτούνται ομάδες στήριξης του ασθενούς που αποτελούνται από ασθενείς ή επιζήσαντες από τον καρκίνο. Η ψυχιατρική παρέμβαση, επιπλέον, στοχεύει στη διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τον ασθενή με καρκίνο, ενισχύοντας την ουσιαστική επικοινωνία του με τους θεράποντες ιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, προκειμένου να μειωθεί το άγχος, που σχετίζεται με την ενημέρωση του πάσχοντος για την πορεία της σωματικής του νόσου, και με την πορεία της θεραπείας του.^{20,21,30-33}

Σύνδρομα που σχετίζονται με τη διακοπή ουσιών

Το αλκοόλ είναι μια διαδεδομένη και νόμιμη εξαρτησιογόνος ουσία. Η κατάχρηση/εξάρτηση από αυτό αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα Δημόσιας Υγείας και συνδέεται με αρκετές μορφές καρκίνου. Συγκεκριμένα, η εντόπιση της νόσου σε περιοχές όπως η στοματική κοιλότητα,³⁴ ο φάρυγγας, ο λάρυγγας, ο οισοφάγος, το ήπαρ,³⁵ σχετίζεται άμεσα με την κατανάλωση αλκοόλ.³⁶

Στην αρχική φάση της διάγνωσης ή της θεραπείας του καρκίνου είναι δυνατό η διακοπή του αλκοόλ να πάρει οξεία μορφή, με αποτέλεσμα, να εμφανισθεί συμπτωματολογία κυμαινόμενη από την αρχική φάση του συνδρόμου στέρησης έως τη βαρύτερη εικόνα του delirium tremens. Εμφανίζεται στο 5-15% των ασθενών μετά τη διακοπή του αλκοόλ.³⁷ Σε αυτές τις περιπτώσεις, εκτός από τη θεραπεία της σωματικής νόσου, πρέπει να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα στέρησης και γενικότερα το πρόβλημα που σχετίζεται με το αλκοόλ. Η πρώτη ανίχνευση του προβλήματος αυτού είναι ουσιώδης παράγων για την αποτροπή σοβαρών επιπλοκών. Η καλή ενυδάτωση, η χρήση βενζοδιαζεπινών, ακόμα και νευροληπτικών σε μερικές περιπτώσεις, χρειάζονται για την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών από τη διακοπή του αλκοόλ.³⁵ Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι συχνά οι ασθενείς οι οποίοι κάθουν κατάχρηση αλκοόλ κάτω από την πίεση και το στρες της διάγνωσης του καρκίνου αυξάνουν την κατανάλωση του αλκοόλ, με όλες τις επιπτώσεις στη θεραπεία του καρκίνου και στον ψυχισμό του πάσχοντος, ο οποίος επιβαρύνεται σοβαρά κυρίως στο καταθλιπτικό φάσμα και κατά συνέπεια η ψυχιατρική υποστήριξη είναι απαραίτητη στην ομάδα των ασθενών αυτών.

Οι ασθενείς που διακόπτουν το τσιγάρο μετά τη διάγνωσή τους μπορεί να παρουσιάσουν διασχιστικά φαινόμενα, σοβαρό άγχος, αϋπνία και παράδοξη συμπεριφορά.^{4,38-40} Οι βενζοδιαζεπίνες είναι η θεραπεία εκλογής και μπορεί να χρειαστεί να συνεχιστεί για πολλές εβδομάδες. Υπάρχουν ψυχοθεραπευτικά προγράμματα, που συχνά προσφέρουν στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς «ένα παράθυρο ευκαιρίας» όπως λέγεται στη διακοπή του καπνίσματος, εφόσον έχουν κινητοποιηθεί οι ψυχικές άμυνες και το κίνητρο της διακοπής είναι σημαντικό.⁴

Στην περίπτωση που η διάγνωση του καρκίνου γίνει σε ασθενή που αναφέρει κατάχρηση τοξικών ουσιών, απαιτείται ψυχιατρική παρέμβαση η οποία προσανατολίζεται στην ασφαλή διακοπή της χρήσης, καθώς επίσης και στην αντιμετώπιση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων όπως το άγχος, η κατάθλιψη και οι διαταραχές του ύπνου, που είναι δυνατόν να εμφανίζονται ακόμα και εβδομάδες μετά την απεξάρτηση. Απαιτείται, ως εκ τούτου, αυξημένη εγρήγορση από τους θεράποντες, διότι οι ασθενείς με κατάχρηση/εξάρτηση από διάφορες ουσίες και πάσχοντες από καρκίνο αντιμετωπίζουν ένα διττό πρόβλημα, που επιβαρύνει σημαντικά την ψυχική τους υγεία και μειώνει την προσαρμογή τους.⁴¹

Κατάθλιψη και καρκίνος

Η κατάθλιψη συχνά συνοδεύει τις διάφορες σωματικές νόσους και κυρίως τις χρόνιες, οι οποίες προκαλούν σοβαρή ψυχική επιβάρυνση.^{42,43}

Τα κριτήρια διάγνωσης της κατάθλιψης σε ασθενείς με σωματική νόσο είναι τα παρακάτω:

A. Καταθλιπτικό συναίσθημα, αντικειμενικό ή υποκειμενικό.

- Αξιόλογη μείωση ενδιαφερόντων ή ικανοποίησης για δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
- Φοβισμένη ή καταθλιπτική εμφάνιση
- Ψυχοκινητική αναστολή ή ανησυχία
- Κοινωνική απόσυρση ή μείωση ομιλητικότητας
- Αισθήματα αναξιοσύνης ή αδικαιολόγητης ενοχής
- Αισθήματα οίκτου προς εαυτόν ή απαισιοδοξία
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή αυτοκαταστροφής
- Μείωση ή έλλειψη συναισθηματικής αντίδρασης.

B. Τα παρακάτω κριτήρια δεν είναι ασφαλή κριτήρια κατάθλιψης

- Σημαντική απώλεια βάρους η αύξηση βάρους (0,5 % του βάρους σώματος σε μηνιαία βάση)
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Κόπωση ή απώλεια μνήμης
- Αξιοσημείωτη μείωση της ικανότητας συγκέντρωσης ή λήψης αποφάσεων.⁴⁴

Όπως οι αγχώδεις διαταραχές, και οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να έχουν πολλαπλή αιτιολογία στους ασθενείς με καρκίνο. Ανάμεσα στους πιο ση-

μαντικούς ψυχοπνευματικούς παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο αναφέρονται:

- Η επίγνωση της διάγνωσης της νόσου
- Οι υποτροπές
- Η κακή πρόγνωση
- Ένας πιθανός ακρωτηριασμός
- Η απουσία υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου
- Ο ανεπαρκώς ελεγχόμενος πόνος και
- Ο φόβος του ασθενούς ότι θα γίνει λειτουργικά ανίκανος και θα εξαρτάται από το περιβάλλον του, καθώς και
- Ο φόβος ενός επικείμενου επώδυνου θανάτου.^{20,45,46}

Παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο

1. Ψυχιατρικό ιστορικό
 - α. Ιστορικό κατάθλιψης (ατομικό ή οικογενειακό)
 - β. Ιστορικό αλκοολισμού.
2. Παράγοντες που σχετίζονται με τον καρκίνο
 - α. Προχωρημένο στάδιο καρκίνου
 - β. Πλημμελώς αντιμετωπιζόμενος πόνος.
3. Φαρμακευτική αγωγή
 - α. Κορτικοστεροειδή (πρεδνιζόνη, δεξαμεθαζόνη)
 - β. Άλλες χημειοθεραπευτικές ουσίες (βινκριστίνη, βιπλαστίνη, L-ασπαραγινάση, ιντερφερόνη)
 - γ. Άλλα φάρμακα (σιμετιδίνη, διαζεπάμη, ινδομεθακίνη, λεβοντόπα, μεθυλντόπα, φαινοβαρβιτάλη, προπανολόνη, αλκαλοειδή, οιστρογόνα).
4. Άλλες ιατρικές καταστάσεις που προκαλούν κατάθλιψη
 - α. Μεταβολικές
 - β. Διατροφικές
 - γ. Ενδοκρινικές
 - δ. Νευρολογικές.⁴

Τα στεροειδή, εκτός από κατάθλιψη, μπορεί να προκαλέσουν υπομανία ή ακόμη και μανία με ψυχωτικά στοιχεία.⁴

Η παρουσία ιστορικού μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας, που σχετίζεται με την ευαλωτότητα ενός ασθενούς με καρκίνο να παρουσιάσει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της νόσου ή της θεραπείας.^{47,48} Το καταθλιπτικό συναίσθημα, η ανηδονία, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, τα αισθήματα αναξιοσύνης και ενοχής είναι καθορι-

στικά για να διακρίνουμε τους ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη.⁴⁹ Ωστόσο, τα σωματικά συμπτώματα όπως η ανορεξία,⁵⁰ η αύπνια, η κόπωση, η καταβολή, παρουσιάζονται τόσο στην κατάθλιψη όσο και στον καρκίνο, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής.^{4,45,51,52} Παρόλ' αυτά, μπορεί τα φυτικά συμπτώματα να συνεχίζονται για μεγάλο χρονικό διάστημα, μετά από χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία, γεγονός που πρέπει να αξιολογείται πάντα σε ασθενείς με αυτή τη κλινική εικόνα.⁴ Η ανορεξία και η ελαττωμένη ικανότητα σκέψης φαίνεται να είναι πιο χρήσιμες στη διάγνωση της κατάθλιψης στους ασθενείς με καρκίνο, σε σχέση με τις διαταραχές του ύπνου και την κόπωση.⁵¹

Στους ασθενείς με καρκίνο τα αισθήματα αναξιότητας και ενοχής είναι μέσης βαρύτητας και παροδικά, σε αντίθεση με τους καταθλιπτικούς ασθενείς που βιώνουν ένα ισχυρό αίσθημα απόρριψης του ίδιου τους του εαυτού.⁴ Επίσης, παρότι οι σκέψεις θανάτου είναι συχνές στους καρκινοπαθείς, δεν έχουν την ένταση και την επιθυμία που είναι χαρακτηριστική στους καταθλιπτικούς. Ωστόσο, ο αυτοκτονικός ιδεασμός από μόνος του δεν σημαίνει κατ' ανάγκη ότι έχουμε και διάγνωση κατάθλιψης.⁵³ Διαγνωστικά, εκτός από τις κλίμακες HAM-D (Hamilton Rating Scale for Depression) και BDI (Beck Depression Inventory), υπάρχει η κλίμακα HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), που είναι πλέον εξειδικευμένη και χρησιμοποιείται στους ασθενείς με οργανική νόσο και στην οποία εξαιρούνται τα φυτικά συμπτώματα. Τα αποτελέσματα από τις υποκλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους μπορούν να αθροιστούν, οπότε έχουμε μια χρήσιμη εκτίμηση της κλινικής εικόνας.⁵² Ιδιαίτερης αναφοράς αξίζει ο καρκίνος του παγκρέατος, ο οποίος μέσω παρανεοπλασματικού συνδρόμου και πιθανής αλλαγής της σερετονινεργικής λειτουργίας ή παραγωγής λανθασμένου νευρομεταβιβαστού, οδηγεί σε πολύ αυξημένη επικράτηση καταθλιπτικής διαταραχής ακόμα και πριν εμφανιστούν τα κλινικά συμπτώματα της νόσου του καρκίνου.⁵⁴

Λόγω των πολλών σωματικών συμπτωμάτων, η διάγνωση της κατάθλιψης χρήζει ιδιαίτερης προσοχής με συνεκτίμηση των διαφορετικών κριτηρίων.

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ασθενείς με καρκίνο περιλαμβάνει έναν συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής με αντικαταθλιπτικά, (εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, εκλεκτι-

κοί αναστολείς σεροτονινεργικών και αδρενεργικών υποδοχέων, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά) και ψυχοδιεγερτικά καθώς και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, γνωσιακές/συμπεριφορικές τεχνικές, ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.^{4,20,49}

Υπάρχουν πολλές παρανοήσεις σχετικά με τη συνταγογράφηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Θεωρείται ότι οι ασθενείς με καταληκτική ασθένεια δεν επωφελούνται από αυτά, καθώς έχουν προφανή λόγο να είναι καταθλιπτικοί. Υπάρχει πεποίθηση ότι οι ψυχολογικές θεραπείες είναι καλύτερες και ότι τα φάρμακα δεν συμβαδίζουν με τέτοιες θεραπείες. Επιπρόσθετα υπάρχει ο φόβος και η ανησυχία για εξάρτηση από τα φάρμακα (αβάσιμα στην πραγματικότητα). Ωστόσο, σύγχρονες μελέτες καταδεικνύουν ότι η χρήση τους μπορεί να είναι αποτελεσματική ακόμη και όταν το τέλος της ζωής πλησιάζει, ενώ ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης φαίνεται να έχει τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα.^{4,55-57}

Αυτοκτονικότητα και καρκίνος

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς με καρκίνο αυτοκτονούν 2 φορές συχνότερα από το γενικό πληθυσμό και ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός στους καταληκτικούς ασθενείς είναι αυξημένος (8,5-17,5%).^{53,58} Υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα, δηλαδή την εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού και τη συνεχή ενασχόληση με αυτόν, ασθενών που πάσχουν από καρκίνο. Εκτός από τους ψυχοπνευματικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοκτονικότητα ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και επομένως με αυξημένη πιθανότητα αυτοκαταστροφής.^{4,58-60}

Παράγοντες αυτοκτονικότητας στους ασθενείς με καρκίνο

1. Διαγνωσμένη κατάθλιψη (25% όλων των ασθενών με καρκίνο έχουν σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης και το ποσοστό αυξάνεται σε 48% σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο).
2. Πόνος/αίσθημα αβοήθητου.
3. Αυξημένο άγχος.
4. Παρορμητικές συμπεριφορές που συνδυάζονται με κατάχρηση αλκοόλ, οργανικό ψυχοσύνδρομο και ψύχωση.

5. Δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις.
6. Το αίσθημα που μπορεί να έχει ο άρρωστος ότι εξαρτάται από τρίτους.
7. Σοβαρά οικογενειακά προβλήματα.
8. Διαταραχή προσωπικότητας.
9. Σοβαρό ψυχικό τραύμα στο παρελθόν.
10. Προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης και απόπειρας αυτοκτονίας.
11. Θετικό οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας.^{4,61}

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

Προειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης

- Εσωτερική ευση
- Ακεφιά
- Κρίση ζωής ή τραύμα
- Αλλαγή προσωπικότητας
- Απειλή
- Προσφορά δώρων και προσωπικών αντικειμένων
- Κατάθλιψη
- Επιθετικότητα ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά⁶²

Οι ασθενείς με καρκίνο, που εν δυνάμει θα προβούν σε αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, χαρακτηρίζονται από τις προειδοποιήσεις που απευθύνουν στο στενό τους περιβάλλον,⁶³ το οποίο δεν αντιλαμβάνεται πάντοτε τη βαρύτητα αυτών των προειδοποιήσεων. Επίσης εκτός αυτών υπάρχουν και διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες, που αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκαταστροφικότητας.

Κοινωνικοί παράγοντες

- Περιορισμένη υποστήριξη από το σπίτι
- Χαμηλή κοινωνική υποστήριξη
- Έντονα εξαρτητικές σχέσεις
- Σοβαρές οικογενειακές διαφωνίες
- Έντονη ανησυχία του πάσχοντος για την οικογένεια και παιδιά
- Σοβαρή πνευματική και ψυχική κρίση.⁶⁰

Το να εντοπίσουμε αυτούς τους ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες και κατά συνέπεια να αναγνωρίσουμε τους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονικότητας, είναι το πρώτο βήμα για μια σωστή

θεραπευτική προσέγγιση. Οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ενοχή, να νιώθουν παγιδευμένοι, εγκαταλελειμμένοι και θυμωμένοι και είναι θεραπευτικό να τους προτρέψουμε να μας μιλήσουν για τις σκέψεις αυτές.^{4,60}

Διάφορες μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη και το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι οι πιο συχνές διαγνώσεις των ασθενών με καρκίνο με πρόθεση να αυτοκτονήσουν ή εκείνων που διέπραξαν απόπειρα αυτοκτονίας.^{64–66} Ιδιαίτερα, το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή στους ασθενείς τελικού σταδίου,^{67–69} και ο συγκεκαλυμμένος αυτοκτονικός ιδεασμός στους ασθενείς αυτούς ανήκει συχνά στα πλαίσια διαταραχών της διάθεσης.⁷⁰

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός συνήθως παρουσιάζεται στα πλαίσια ψυχιατρικής διαταραχής και μια προσεκτική εκτίμηση και παρέμβαση είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της αυτοκτονικής πρόθεσης, σε αυτούς τους αρρώστους. Με τη έγκαιρη ψυχιατρική παρέμβαση μπορεί να μειωθεί ο κίνδυνος για αυτοκτονία ακόμη και στους ασθενείς τελικού σταδίου.^{11,58}

Οργανικό ψυχοσύνδρομο

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι πιο συχνό στους ασθενείς με καρκίνο, περισσότερο από άλλες ομάδες ασθενών που είναι σοβαρά άρρωστοι, ειδικά σε ότι αφορά τους καταληκτικούς αρρώστους.⁶⁹ Η επίπτωσή του αυξάνει καθώς ο καρκίνος εξελίσσεται. Αρχικά είναι 10–27%, ενώ στα τελικά στάδια της νόσου και προς το τέλος της ζωής φθάνει το 85%.^{71,72} Οι πολύ νέοι, καθώς και οι ανοσοκατασταλμένοι από τη νόσο ή τη θεραπεία μπορεί να παρουσιάσουν λιγότερα συμπτώματα.^{69,71}

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορεί να προκληθεί από την αρχική νόσο (πρωτοπαθείς όγκοι του ΚΝΣ, μεταστάσεις κ.λπ.), να σχετίζεται με συνοδές οργανικές διαταραχές (μεταβολικές διαταραχές και παρανεοπλασματικά σύνδρομα, υποξία, πόνος, λοιμώξεις, αγγειακές διαταραχές, έκπτωση οργάνων κ.λπ.) ή ακόμα και τη θεραπεία του καρκίνου (ναρκωτικά, αναλγητικά, αντιχολινεργικά, αναισθητικά, αντιυπερτασικά, αντιβιοτικά, αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά, θεραπευτικά σκευάσματα για τον καρκίνο).⁴

Οι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι:

1. Η μεγάλη ηλικία (άνοια/γνωσιακή έκπτωση)
2. Προϋπάρχοντα νοσήματα του ΚΝΣ
3. Χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης στο αίμα
4. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές
5. Ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή άλλων ουσιών
6. Υπερπυρεξία ή υποθερμία
7. Οστικές μεταστάσεις
8. Αιματολογικές νόσοι.⁷²

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς, στους οποίους το οργανικό ψυχосύνδρομο συνδυάζεται με μια υποκείμενη μείωση των γνωσιακών λειτουργιών, πιθανώς στα πλαίσια ανοϊκής διαταραχής, μπορεί να μην επανέλθουν ποτέ στο προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας. Αυτοί οι ασθενείς όταν επιστρέψουν στο σπίτι, πιθανό να μη μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και να χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα για τις ανάγκες τους. Η ψυχιατρική συμβουλευτική μπορεί να υποστηρίξει την οικογένεια, διαμέσου σύνδεσης με ψυχιατρικές υπηρεσίες στην κοινότητα, προκειμένου να ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες τους.⁴

Το οργανικό ψυχосύνδρομο γενικά, κατηγοριοποιείται ανάλογα με το επίπεδο της ψυχοκινητικής κατάστασης του ατόμου:

- Ψυχοκινητική ανησυχία
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση
- Μικτή κατάσταση.

Ανεξάρτητα από την αιτία του, παρουσιάζει χαρακτηριστικά την ακόλουθη κλινική εικόνα. Αρχικά, ο άρρωστος μπορεί να εμφανίσει θόλωση της συνείδησης συνοδευμένη από γνωσιακές και συμπεριφορικές διαταραχές, τότε, είναι πιθανό να μην αξιολογηθεί σωστά η κλινική εικόνα του ασθενούς.⁶⁹ Ο άρρωστος εμφανίζεται καχύποπτος με εναλλαγές στη διάθεση και ίσως παράδοξη συμπεριφορά. Τα σημεία αυτά μπορεί να αποδοθούν σε άγχος, κατάθλιψη, στη δυσκολία να διαχειριστεί τα προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο, ή ακόμη και σε θυμό. Η οικογένεια και το προσωπικό μπορεί να βρίσκουν δικαιολογίες για τη συμπεριφορά του, να αρνούνται ότι ελλοχεύει μια σοβαρή διαταραχή ή να αποδίδουν στον ασθενή κακή συμπεριφορά.⁷³

Το οργανικό ψυχосύνδρομο μπορεί να συνοδεύεται από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ψυχοκινητική ανησυχία ή αντίθετα από απάθεια, υπνηλία, πτωχό λόγο και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Ο τελευταίος τύπος είναι και ο πιο δύσκολος στη διάγνωση

επειδή η κλινική εικόνα δεν είναι θορυβώδης, παρά τα αυτά βιώνεται δυσάρεστα από τον άρρωστο και η συμπτωματολογία ανταποκρίνεται θετικά στην αντιψυχωτική αγωγή. Αξίζει να σημειώσουμε ότι η επιθετικότητα είναι συχνή και παρουσιάζεται στο 67% των μορφών με ψυχοκινητική ανησυχία.⁷⁴ Οι βενζοδιαζεπίνες συχνά χρησιμοποιούνται ως αγχολυτικό με αποτέλεσμα την επιδείνωση της εικόνας του. Η διάγνωση λοιπόν απαιτεί ετοιμότητα για τη συνολική αξιολόγηση της κλινικής εικόνας.

Όταν φθάσουμε στο επίπεδο του οργανικού παραληρήματος, έχουμε μια κατάσταση που περιλαμβάνει μια σύνθετη κλινική εικόνα και η αντιμετώπιση είναι δύσκολη. Θεραπευτικά στόχος μας είναι να μειωθεί η σύγχυση και ο ασθενής να αισθανθεί ασφαλής, με την παραμονή οικείου προσώπου και τη διαμόρφωση ανάλογων περιβαλλοντικών συνθηκών π.χ. προστατευτικά κιγκλιδώματα στο κρεβάτι, νυχτερινός φωτισμός, περιορισμός ενοχλητικών ήχων. Παράλληλα συνιστούμε αντιψυχωτική αγωγή. Χρησιμοποιούνται η αλοπεριδόλη και άτυπα αντιψυχωτικά (ολανζαπίνη, ρισπεριδόνη, ζιπρασιδόνη) σε χαμηλές δόσεις.^{4,69,75-77} Αν τα αντιψυχωτικά αποτύχουν να ελέγξουν την επιθετικότητα, τότε μπορεί να γίνει παρεντερική χορήγηση λοραζεπάμης (σε συνδυασμό με τα αντιψυχωτικά). Ωστόσο, πρέπει κανείς να έχει υπόψη του ότι το οργανικό ψυχосύνδρομο μπορεί να είναι μέρος της εξέλιξης της νόσου⁷⁸ του ασθενούς, οπότε είναι πιθανό να μην βελτιώνεται, γεγονός μάλιστα που προκαλεί έντονο άγχος στα μέλη της οικογένειας. Η υποστηρικτική θεραπεία για τον άρρωστο και η εκπαίδευση της οικογένειας πρέπει να αξιοποιηθούν, προκειμένου να ελεγχθεί το άγχος των οικείων, με απώτερο σκοπό την καλύτερη φροντίδα του ασθενούς, γεγονός βέβαια που εμπεριέχει δυσκολίες, εφόσον αναγκαία συνθήκη αποτελεί η ουσιαστική συνεργασία της οικογένειας με τους θεράποντες, η οποία δεν είναι πάντοτε δεδομένη.⁷⁹

Σχιζοφρένεια και καρκίνος

Έχουν βρεθεί αντικρουόμενα αποτελέσματα στις μελέτες για την επίπτωση του καρκίνου στους ασθενείς με σχιζοφρένεια.⁸⁰ Σε μία πρόσφατη μεγάλη μελέτη πληθυσμού, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καρκίνου από τον υπόλοιπο πληθυσμό.⁴ Δεν είναι ξεκάθαρος όμως ο ρόλος ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτού του πληθυσμού όπως το κάπνισμα, η χρήση νευροληπτικών και οι

γενετικοί παράγοντες στη συχνότητα εμφάνισης της νόσου.^{81,82} Σε μελέτες, στις οποίες καταδεικνύεται μικρότερη συχνότητα εμφάνισης του καρκίνου από ότι στον γενικό πληθυσμό, έχουν συζητηθεί διάφοροι μηχανισμοί, όπως η υπερντοπαμινεργική λειτουργία, οι οποίοι μπορεί να ασκούν προστατευτική δράση σε αυτούς τους ασθενείς.⁸³

Πρόκειται για ασθενείς, που εξαιτίας της ψυχιατρικής διαταραχής επισκέπτονται λιγότερο συχνά τους ιατρούς οπότε παραμένουν αδιάγνωστοι και χωρίς θεραπεία για καιρό. Επίσης πολλές φορές ερμηνεύουν παραληρητικά τη συμπτωματολογία τους, αγνοώντας πρόδρομα συμπτώματα ή σημεία, με αποτέλεσμα να την υπομένουν χωρίς να παραπονεθούν. Όταν οι ασθενείς με σχιζοφρενική διαταραχή, που πάσχουν από καρκίνο, χρειαστεί να νοσηλευτούν στο πλαίσιο μιας παθολογικής, χειρουργικής ή άλλης κλινικής παρουσιάζονται δυσκολίες τόσο για τον άρρωστο, όσο και για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι άρρωστοι μπορεί να θεωρήσουν τις θεραπευτικές παρεμβάσεις απειλητικές γι' αυτούς και να τις επεξεργασθούν παραληρητικά, με αποτέλεσμα τη δυσχερή συνεργασία με τους θεράποντες, ακόμη και την άρνηση στη θεραπεία.⁸⁰

Παράλληλα, η φροντίδα αυτών των αρρώστων πολλές φορές διακινεί αρνητικά συναισθήματα στο προσωπικό, που πυροδοτούνται από την άγνοια και το φόβο γύρω από την ψυχική νόσο, καθώς και την προκατάληψη και το στίγμα που την ακολουθεί. Το αίτημα προς τη Συμβουλευτική – Διασυνδεδετική είναι να διασφαλιστεί η συνεργασία του ασθενούς και να υποστηριχθεί το προσωπικό στο χειρισμό παράδοξων συμπεριφορών, ακόμη και επεισοδίων επιθετικότητας. Ανακύπτει λοιπόν το ζήτημα της κατανόησης από τους θεράποντες των παραμέτρων της ψυχικής νόσου που επεμβαίνουν αρνητικά στις διαδικασίες της νοσηλείας. Αυτό απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων ιατρικών ειδικοτήτων και των ψυχιάτρων της Συμβουλευτικής Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο για τον άρρωστο. Καθοριστικής σημασίας είναι όταν οι σχιζοφρενείς νοσηλεύονται για καρκίνο να συνεχίσουν να λαμβάνουν την αντιψυχωτική τους αγωγή, αν είναι δυνατό διατηρώντας τις δοσολογίες στα επίπεδα πριν την εισαγωγή τους. Βέβαια, πάντα συνεκτιμώνται η οργανική νόσος (ο καρκίνος) και η

πιθανή επιβάρυνση της σωματικής κατάστασης του ασθενούς, οπότε γίνονται όπου επιβάλλεται κατάλληλες τροποποιήσεις.⁸⁴

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι σε ότι αφορά τους καρκινοπαθείς με σχιζοφρενική διαταραχή ο ψυχίατρος καλείται να αντιμετωπίσει ποικίλα ζητήματα όπως τη γνωστοποίηση της νόσου στον ασθενή, την κατανόηση από αυτόν της σοβαρότητας της ασθένειας και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, αλλά και τον κατευνασμό των φόβων του προσωπικού και των άλλων ασθενειών, με ταυτόχρονη υπεράσπιση του δικαιώματος νοσηλείας του ψυχικά ασθενούς χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς.

Αντιμετώπιση του ασθενούς με καρκίνο στο γενικό νοσοκομείο – Ο ρόλος της Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής (ΔΣΨ)

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

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

- Απαιτείται τα μέλη της ΔΣΨ να γνωρίζουν τη βιολογική κατάσταση του ασθενούς και τις αναγκαίες θεραπείες
- Επιβάλλεται ευέλικτη προσέγγιση σύμφωνα με την ιατρική κατάσταση του ασθενούς, καθώς και
- Διερεύνηση των μηχανισμών άμυνας οι οποίοι αναπτύσσονται στη διάρκεια της νόσου
- Ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής του ασθενούς
- Επίγνωση της αντιμεταβίβασης την οποία προκαλεί ο πολύ σοβαρά άρρωστος, δηλαδή όλων εκείνων των ασυνείδητων στάσεων απέναντι στον ασθενή και απέναντι στην ψυχική του πραγματικότητα η οποία δοκιμάζεται υπό το βάρος της απειλής και της απώλειας.

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

1. Ικανότητα συναισθηματικής έκφρασης.
2. Κοινωνική υποστήριξη.
3. Χαμηλά επίπεδα συναισθηματικού στρες.
4. Αγωνιστικότητα.⁸⁵

Χαρακτηριστικά, σε σύνολο 17 μελετών, οι 12 έδειξαν μια σημαντική μείωση του άγχους μέσω της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Μάλιστα ο Spiegel καθόρισε τα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά της ψυχοθεραπείας στους ασθενείς με καρκίνο.

1. Κοινωνική υποστήριξη – ειδικά στην ομαδική ψυχοθεραπεία.
2. Συναισθηματική υποστήριξη.
3. Γνωσιακή αναδόμηση.
4. Εκπαίδευση στην ικανότητα να αντιμετωπίζει ο ασθενής τις διάφορες δυσκολίες.⁸⁶

Παράλληλα κατέδειξε με μελέτες την ευνοϊκή επίδραση της ψυχοθεραπείας στην επιμήκυνση της επιβίωσης των ασθενών με καρκίνο.⁸⁷⁻⁸⁹

Η ικανότητα των ψυχιάτρων και των υπολοίπων μελών της ομάδας της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής να αντιληφθούν τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς και τις φαντασιώσεις που συνδέονται με τη νόσο καθιστά πλέον εύκολη την απάντηση στις διάφορες ερωτήσεις, δηλαδή στο πόσα πρέπει να ειπωθούν, καθώς και το τι πρέπει ν' αποφευχθεί. Το σημαντικότερο στην προσέγγιση του ασθενούς είναι η ενσυναίσθηση της ψυχικής του κατάστασης. Συχνά το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, στην προσπάθειά του να υποστηρίξει τον άρρωστο, τελικά δεν του επιτρέπει την έκφραση συναισθημάτων αδυναμίας και φόβου μπροστά στην αρρώστια και την απειλή θανάτου.⁹⁰ Είναι εξαιρετικά σημαντικό στη θεραπευτική μας σχέση με τον άρρωστο τόσο το να ακούσουμε τα άγχη και τις αγωνίες του, όσο και να αντέξουμε τα δικά μας οδυνηρά συναισθήματα απέναντι στον πόνο και το θάνατο. Η προσέγγιση αυτή διευκολύνει τη διευκρίνιση των ψυχολογικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων που αναπτύσσονται

υπό το στρες της διάγνωσης της νόσου. Με τον τρόπο αυτό είναι κατανοητή η συμμόρφωση ή η μη συμμόρφωση του ασθενούς στη συνιστώμενη θεραπεία με όρους αντίστασης και μεταβίβασης και επομένως είναι δυνατή η κατανόηση του ασθενούς, με πλέον ψυχολογικούς όρους. Σε γενικότερο επίπεδο ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, ατομικές ή ομαδικές θεραπείες εφαρμόζονται. Οι ομαδικές θεραπείες, που στηρίζονται στην παροχή εκμάθησης νέων τρόπων αντιμετώπισης, στην ενθάρρυνση έκφρασης συναισθημάτων και στο μοίρασμα κοινών εμπειριών έχουν εν δυνάμει σημαντικά οφέλη για τους ασθενείς με καρκίνο.⁹¹

Η επικοινωνία εν γένει με τον ασθενή που έχει καρκίνο, πέραν του ότι είναι το μέσον για τη μετάδοση διαφόρων πληροφοριών, στηρίζει το ηθικό του, στοιχείο απαραίτητο για την επιβίωσή του.^{92,93} Η ενημέρωση σε ότι αφορά την οργανική νόσο προκαλεί συχνά αμηχανία στο θεράποντα που αναλαμβάνει το ρόλο του αγγέλου κακών ειδήσεων, ενώ και οι ασθενείς είναι δυνατόν να παρουσιάσουν ποικίλες αντιδράσεις οι οποίες καθιστούν ακόμη πιο δύσκολο τον ρόλο αυτό. Συγκεκριμένα, μπορεί να είναι αμφιθυμικοί σχετικά με το τι ακριβώς επιθυμούν να γνωρίζουν, να παρουσιάζουν άρνηση ή ακόμη και στη περίπτωση που θέλουν να είναι πλήρως ενήμεροι ο ιατρός καλείται να συνυπολογίσει το προσδοκώμενο όφελος ή μη που θα έχουν οι ασθενείς του, εφόσον το μεταβιβαζόμενο μήνυμα είναι δυσάρεστο και πιθανά θα επηρεαστεί ο ψυχισμός τους. Οι σύγχρονες απόψεις δεν εστιάζονται τόσο στο αν θα λέμε την αλήθεια στους ασθενείς, αλλά τι είδους σχέση δημιουργούμε με τον άρρωστο, ώστε να μας επιτρέπεται να του λέμε την αλήθεια για την ασθένειά του. Σε αυτό το πλαίσιο, η μεταφορά πληροφοριών σχετικά με τη νόσο διαμορφώνει τη θεραπευτική σχέση και καθορίζεται ταυτόχρονα από αυτή. Η εγκατάσταση μιας θεραπευτικής σχέσης που χαρακτηρίζεται από την ενσυναίσθηση και την ουσιαστική επικοινωνία, που επιτρέπει στον ασθενή να αποκαλύψει φόβους και προβληματισμούς σχετικά με τον καρκίνο, αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ψυχική φροντίδα του αρρώστου.^{94,95}

Στους ογκολογικούς ασθενείς, το κύριο αντικείμενο της ΔΣΨ είναι η επαύξηση της συνολικής ποιότητας φροντίδας για τους ασθενείς, λαμβάνοντας υπόψη τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που

επηρεάζουν τον χρόνο έναρξης, την πορεία και την έκβαση κάθε σωματικής νόσου. Όσον αφορά τους ογκολογικούς ασθενείς, αρχικά τα μέλη της ΔΣΨ θα έπρεπε να καταγράψουν όλους τους ασθενείς με καρκίνο προκειμένου να υπάρχει πλήρης εικόνα του αριθμού των πασχόντων. Στη συνέχεια τους ενημερώνουν για τη δυνατότητα αυτής της παρέμβασης και τους ενθαρρύνουν να διαμορφώσουν αιτήματα σχετικά με το ψυχικό φορτίο που αντιμετωπίζουν, τα οποία και εκκινούν τη θεραπευτική σχέση. Η οικογένεια που συνήθως αποτελεί το άμεσο υποστηρικτικό πλαίσιο για τον ασθενή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία του. Η παρουσία της στο σχεδιασμό της ψυχιατρικής παρέμβασης συνάδει όχι μόνο με την καλύτερη αντιμετώπιση του πάσχοντος, αλλά και με την προοπτική της ΔΣΨ να ενσκήψουν στους προβληματισμούς και στις ανάγκες της οικογένειας. Πολλές φορές οι έντονες ανησυχίες της οικογένειας σχετικά με την πορεία του ασθενούς ή η εθελούσια αναζήτηση βοήθειας από τα μέλη της οδηγούν στην αναζήτηση της ψυχιατρικής βοήθειας. Ο ρόλος των μελών της ΔΣΨ δεν περατώνεται στην ψυχιατρική αντιμετώπιση του ασθενούς, αλλά επεκτείνεται και στην εκπαίδευση των εμπλεκόμενων επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των ασθενών αυτών. Επιπρόσθετα, ορισμένα χαρακτηριστικά στην κλινική πορεία του ασθενούς όπως είναι τα μη ελεγχόμενα συμπτώματα, η παρουσία μέτριου ή σοβαρού άγχους που σχετίζεται με τη διάγνωση του καρκίνου, σοβαρά φυσικά συμπτώματα, καθώς και προσδόκιμο επιβίωσης μικρότερο του ενός έτους επιβάλλουν παρέμβαση της ομάδας. Τέλος ανακύπτει το ζήτημα παρέμβασης όταν οι ψυχοκοινωνικές συνθήκες είναι διαμορφωμένες κατά τέτοιο τρόπο που επιβαρύνουν την πορεία του ασθενούς.⁹⁶

Η ΔΣΨ στα πλαίσια της Ογκολογίας καλείται να εκτιμήσει συνολικά:

- Οφέλη και κίνδυνους από τη θεραπεία
- Συμπτώματα
- Ψυχοκοινωνικό στρες
- Προσωπικούς στόχους του ασθενούς
- Εκπαίδευση και αναγκαίες πληροφορίες
- Πρώιμη παρέμβαση³²

Εντόπιση/Εξειδίκευση συμπτωμάτων

Ανάλογα με την εντόπιση του καρκίνου, προκύπτουν ιδιαιτερότητες σε σωματικό και ψυχικό επίπε-

δο για τις οποίες πρέπει να είναι ενήμερος ο ψυχίατρος προκειμένου να βοηθήσει πιο αποτελεσματικά.

- *Ca προστάτη*: Οι ασθενείς βιώνουν απειλή στη σεξουαλικότητα και τον ανδρισμό τους, με μεγάλη δυσκολία συχνά στο να εκφράσουν τις σχετικές ανησυχίες τους. Επίσης αφορά κυρίως μεγαλύτερες ηλικίες, γεγονός που σημαίνει ότι οι ασθενείς μπορεί να είναι περισσότερο αρνητικοί στη ψυχιατρική εκτίμηση και αντιμετώπιση. Διαπιστώθηκε σε μελέτες αυξημένο ποσοστό ψυχιατρικών προβλημάτων στους ασθενείς με τη συγκεκριμένη εντόπιση του καρκίνου (32,6% άγχος, 15,2% κατάθλιψη), 40% δε από τους ασθενείς αυτούς αρνήθηκε ψυχιατρική συνέντευξη.⁹⁷
- *Ca μαστού*: Η διάγνωση και η θεραπεία του καρκίνου του μαστού είναι στρεσογόνα γεγονότα που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα της ασθενούς. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι συχνές ψυχολογικές αντιδράσεις στις ασθενείς αυτές. Η μαστεκτομή (ακρωτηριασμός), υποτροπές, η επέκταση της νόσου σε άλλα όργανα, η εικόνα του εαυτού και ο αντίκτυπος στις διαπροσωπικές σχέσεις της ασθενούς είναι θέματα που καλείται να αντιμετωπίσει ο ιατρός. Επίσης οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας όπως η αλωπεκία, η απώλεια βάρους, η κόπωση και η δυσχέρεια στη συγκέντρωση καθώς και συμπτώματα όπως η αϋπνία και οι έντονες εξάψεις που οφείλονται σε θεραπεία με αντιοιστρογόνα και αναστολείς της αρωματάσης παρουσιάζονται στις ασθενείς αυτές.¹⁴
- *Ca κόλου*: Συχνά οι ασθενείς αυτοί βιώνουν ενοχές εξαιτίας των διατροφικών συνηθειών τους, αφού η κακή διατροφή με πολλά λιπαρά και λίγες φυτικές ίνες σχετίζεται με τη νόσο. Επίσης οι κολοστομίες επηρεάζουν την εικόνα του εαυτού και προκαλούν αισθήματα ντροπής που μπορεί να οδηγήσουν σε ελαττωμένη λειτουργικότητα σε οικογενειακό, επαγγελματικό επίπεδο και αυξημένα ψυχολογικά προβλήματα.⁵
- *Ca πνεύμονα*: Αποτελεί τη μορφή εκείνη που προκαλεί τη μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση σε σχέση με άλλες μορφές καρκίνου εξαιτίας: (α) της φτωχής πρόγνωσης⁴⁶ και (β) των αισθημάτων ενοχής⁹⁸ που μπορεί να έχουν οι ασθενείς εξαιτίας της συσχέτισης του καρκίνου του πνεύμονα με το κάπνισμα. Ο βήχας, η νευραλγία μετά από θωρακοτομία, οι ελαττωμένες εφεδρείες του πνεύμονα έχουν

σοβαρό ψυχικό αντίκτυπο για τους ασθενείς με καρκίνο πνεύμονα.

- *Ca ωοθηκών*: Σε ασθενείς με καρκίνο ωοθηκών γίνεται μέτρηση κατά τακτά χρονικά διαστήματα των καρκινικών δεικτών, οι οποίοι αποτελούν ένδειξη υποτροπής της νόσου. Κινητοποιούνται ως εκ τούτου συχνά έντονα άγχη και επηρεάζεται σοβαρά η διάθεση στην αναμονή του ελέγχου αυτού.²⁵ Η αφαίρεση των ωοθηκών με ή χωρίς υστερεκτομή έχει μείζονα επίδραση στον ψυχισμό της ασθενούς επηρεάζοντας την εικόνα του εαυτού και κατ'επέκταση τη σεξουαλική της λειτουργία. Η αδυναμία τεκνοποίησης που ακολουθεί είναι ένα θέμα, που καλείται να διαχειριστεί η ασθενής, αντιμετωπίζοντας τη ματαιώση της απόκτησης απογόνου, γεγονός που ανάλογα με το στάδιο της ζωής της και την προσωπικότητα και τις φαντασιώσεις της κινητοποιούνται ζητήματα, που πρέπει να εμπεριέξει η θεραπευτική σχέση. Επιπρόσθετα, ο πόνος και η απόφραξη του εντέρου χαρακτηρίζουν πολλές φορές την εντόπιση αυτή του καρκίνου, ζητήματα για τα οποία πρέπει να είναι ενήμερος ο ψυχίατρος.¹⁴
- *Ca παγκρέατος*: Χαρακτηρίζεται από έντονο άγχος και σοβαρά σωματικά συμπτώματα. Καθώς η νόσος εξελίσσεται τα συμπτώματα επιδεινώνονται και χρειάζονται επεμβατικές μέθοδοι για την αντιμετώπισή τους, με σοβαρές επιπτώσεις στον ψυχισμό των αρρώστων. Μελέτες δείχνουν ότι παρουσιάζονται σε υψηλά επίπεδα ψυχιατρικά προβλήματα στους ασθενείς αυτούς,^{54,99,100} ενώ έγινε και συσχέτιση μεταξύ αυτών και των ενδοκρινολογικών αλλαγών που εμφανίζονται. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν σε αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικού τύπου διαταραχές και άγχος.^{5,27,100}

Κριτήρια πρώιμης παρέμβασης της ΔΣΨ

Οι ασθενείς με καρκίνο συνήθως υποβάλλονται σε θεραπεία με χημειοθεραπευτικά σκευάσματα και ακτινοβολίες. Οι παρενέργειες αυτών, όπως είναι η απόπτωση των τριχών της κεφαλής, η ναυτία και η κόπωση, προκαλούν σημαντικές ψυχολογικές αντιδράσεις στους ασθενείς και εν δυνάμει μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές.¹⁰⁸ Κρίνεται λοιπόν, σκόπιμη η έγκαιρη ψυχιατρική παρέμβαση, προκειμένου να διασφαλιστεί η ψυχική θωράκιση του ασθενούς απέναντι στην επώδυνη, κάποιες φορές, θεραπευτική αντιμετώπιση του καρκίνου. Ο πόνος που αντιστέκεται στη थे-

ραπεία μπορεί, όπως αναφέρθηκε, να σχετίζεται με μείζονα ψυχιατρική διαταραχή, όπως η κατάθλιψη, γεγονός που συνιστά ένδειξη πρώιμης ψυχιατρικής παρέμβασης.¹⁰⁹ Επιπροσθέτως, το ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ και ουσιών σχετίζεται με δυσχερέστερη προσαρμογή στα νέα δεδομένα της ζωής του ασθενούς, μετά τη διάγνωση του καρκίνου.¹⁰¹ Η αντιμετώπιση μιας βαριάς ασθένειας όπως ο καρκίνος, σε συνδυασμό με την επιτακτική ανάγκη διακοπής της χρήσης, καθώς και η αυξημένη συννοσηρότητα ψυχιατρικών διαταραχών στους ασθενείς αυτούς αποτελούν παραμέτρους, τις οποίες πρέπει να εκτιμήσει συνολικά η ομάδα της Διασυνδεδετικής Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής.^{47,102} Επιβάλλεται αυξημένη ετοιμότητα από τον θεράποντα σε ότι αφορά την επιδείνωση των γνωσιακών λειτουργιών του ασθενούς. Σε αυτή την περίπτωση ο πάσχων πρέπει να εκτιμηθεί προκειμένου να διαπιστωθεί αν αυτή εμφανίζεται στα πλαίσια ψυχιατρικής διαταραχής.⁷⁴ Επίσης αν ο πάσχων από καρκίνο έχει ιστορικό ψυχικής νόσου, είναι δυνατό το τραυματικό γεγονός του καρκίνου να αποτελέσει ισχυρό ψυχοπρεστικό παράγοντα και να οδηγήσει σε υποτροπή της νόσου. Παράλληλα, εφόσον ο ασθενής βρίσκεται σε ψυχιατρική κλινική, αναγκαία είναι η επανεκτίμηση των δόσεων και η προσαρμογή τους ανάλογα και με τη σωματική του υγεία.⁸⁴

Κάποιες φορές οι θεράποντες έρχονται αντιμέτωποι με αίτημα επίσπευσης ή υποβοηθούμενου θανάτου. Η διαχείριση του γεγονότος αυτού είναι εξαιρετικά δύσκολη, αποτελεί ένδειξη ψυχιατρικής παρέμβασης και θέτει την ομάδα της Ψυχο-ογκολογίας σε σοβαρά διλήμματα. Η έκφραση της επιθυμίας του θανάτου από τον ασθενή συνήθως σχετίζεται με ψυχιατρικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, ακόμη δε και με την υποθεραπευτική αντιμετώπιση του πόνου.¹⁰³⁻¹⁰⁵

Καταθληκτικός άρρωστος και ΔΣΨ

Όταν πλησιάζει το τέλος της ζωής για τον ασθενή, ο ιατρός βρίσκεται αντιμέτωπος με σωματικά προβλήματα, ψυχολογικά συμπτώματα και υπαρξιακά θέματα, που διαπλέκονται μεταξύ τους, με τρόπο που ξεπερνάει τις απαιτήσεις της συνήθους καθημερινής κλινικής πρακτικής. Οι δυσκολίες είναι πολλαπλές για τον άρρωστο και τον θεράποντα. Ο πόνος, η κόπωση, η αϋπνία, η ανορεξία/καχεξία επιβαρύνουν τον ασθενή μας. Καθένα από αυτά τα συμπτώματα

πρέπει να διερευνηθεί διεξοδικά και να αντιμετωπιστεί άμεσα.^{106,107}

Οι ασθενείς με πόνο έχουν μεγαλύτερη συχνότητα κατάθλιψης και άγχους. Μάλιστα, ο χρόνιος πόνος μπορεί να είναι ένα ανάλογο της κατάθλιψης. Ο φόβος των ιατρών ότι θα εθίσουν τον άρρωστο σε ναρκωτικά αναλγητικά ή η αντίσταση της οικογένειας που φοβάται τις παρενέργειες (π.χ. βυθιότητα, σύγχυση, ζάλη) από την αναλγησία, οδηγούν στον να υποθεραπεύεται ο πόνος στους ασθενείς τελικού σταδίου. Ο ψυχίατρος, σε ότι αφορά τους αρρώστους με προχωρημένη νόσο, πρέπει να παροτρύνει τους θεράποντες να αντιμετωπίζουν τον πόνο επιθετικά, δίνοντας παράλληλα έμφαση στην αξία του να σεβαστεί κανείς τα όσα υποστηρίζει ο καταληκτικός άρρωστος που παραπονείται για πόνο, προκειμένου να μην υποτιμηθεί ως «κακός» και μη συνεργάσιμος ασθενής. Ο φόβος του εθισμού μπορεί να είναι ένας τρόπος άρνησης της σοβαρότητας της κατάστασης, ακόμη και καλυμμένος φόβος του θανάτου. Επίσης γνωσιακές-συμπεριφορικές τεχνικές μπορούν να αξιοποιηθούν προκειμένου να γίνει πιο αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου.^{108,109}

Η διάκριση μεταξύ της σωματικής κόπωσης και της κόπωσης που οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες είναι δυσχερής στον καταληκτικό άρρωστο, αφού ουσιαστικά συνυπάρχουν. Ψυχοδιεγερτικά φάρμακα, καθώς και αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται, ενώ παράλληλα προτείνεται προσεκτική κινητοποίηση του ασθενούς αν αυτό δεν του προκαλεί πόνο ή δεν θέτει τη ζωή του σε κίνδυνο.¹⁰⁶

Για τον καταληκτικό άρρωστο είναι πολύ σημαντικό να ανακουφίζεται από την επώδυνη κατάσταση στην οποία βρίσκεται με ικανοποιητικό ύπνο. Στόχος μας είναι να διατηρήσουμε ένα φυσιολογικό κιρκάδιο ρυθμό. Χρησιμοποιούνται αντικαταθλιπτικά για να ευοδώσουν τον ύπνο, ακόμη και χωρίς τη διάγνωση της κατάθλιψης. Χορηγούνται αναλγητικά για να αποφεύγεται η αφύπνιση κατά τη διάρκεια της νύχτας. Επίσης υπναγωγά και βενζοδιαζεπίνες οι οποίες έχουν αγχολυτική δράση, εξαιρώντας όμως τους ασθενείς που πάσχουν και από οργανικό ψυχοσύνδρομο.⁷²

Η ανορεξία και η καχεξία είναι συχνά συμπτώματα στο τέλος της ζωής και προκαλούν μεγάλη ανησυχία στην οικογένεια. Πολλές φορές, οι συγγενείς πιέζουν τον άρρωστο για περισσότερο φαγητό και για να

προσπαθήσει περισσότερο, ελπίζοντας ότι αν βελτιωθεί η θρέψη του, θα αποφευχθεί το μοιραίο.¹¹⁰ Με αυτόν τον τρόπο του προκαλούν ενοχές ότι ευθύνεται για την κατάστασή του, τη στιγμή που οι ήρεμες διαπροσωπικές σχέσεις^{50,75} και η ανθρώπινη επαφή είναι πολύτιμες. Η οικογένεια πρέπει να βοηθηθεί να καταλάβει ότι ο ασθενής δεν νοιώθει πείνα και δεν ωφελείται με το να πιέζεται να φάει. Μάλιστα, όταν η ανορεξία είναι μέρος της διαδικασίας του θανάτου έχει φανεί ότι η ολική παρεντερική διατροφή επιδεινώνει την ποιότητα ζωής του αρρώστου.¹⁰⁸

Ο ψυχίατρος καλείται να διαγνώσει και να αντιμετωπίσει ψυχιατρικές διαταραχές στον καταληκτικό άρρωστο, αλλά και να βοηθήσει την οικογένεια να διαχειριστεί το γεγονός ότι πλησιάζει το τέλος. Σημαντικό είναι επίσης να ενισχύσει το ιατρικό προσωπικό στην προσπάθειά του να διατηρήσει τις ισορροπίες στη θεραπευτική του προσέγγιση, αποφεύγοντας την υπερεμπλοκή από τη μια, αλλά και την έλλειψη ενσυναίσθησης από την άλλη.

Πάνω απ' όλα όμως ο ψυχίατρος συνοδεύει τον καταληκτικό άρρωστο στο θάνατο και αποτελεί μια σταθερή καθησυχαστική παρουσία για αυτόν, που θα αφουγκραστεί την αγωνία του, θα καταστείλει το άγχος του όσο είναι δυνατό και θα παροτρύνει το περιβάλλον να ακούσει τις επιθυμίες του.¹¹¹

Συμπέρασμα

Η ψυχιατρική παρέμβαση στοχεύει στην καλύτερη διαχείριση των ψυχοπνευματικών εκφάνσεων της οργανικής νόσου από τον ασθενή, στην ψυχική ενδυνάμωση των μελών της οικογένειάς του αλλά και στην ενίσχυση της προσπάθειας των θεράποντων ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα σύνθετα και δυσεπίλυτα προβλήματα που προκαλεί μία νόσος επικίνδυνη για τη ζωή, όπως είναι ο καρκίνος.

- Όσο η νόσος προχωρεί και η θεραπεία γίνεται λιγότερο αποτελεσματική, τόσο αυξάνεται η ανάγκη για βοήθεια και παρέμβαση στον άρρωστο και την οικογένειά του.
- Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους πρέπει να έχουν πρόσβαση σε μια διεπιστημονική ομάδα ειδικών οι οποίοι θα συνεργάζονται και θα τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν τον καρκίνο και την αναγκαία θεραπεία.

- Οι σημαντικές πληροφορίες πρέπει να δίνονται από το θεράποντα με ικανοποιητικό τρόπο επικοινωνιακά σε άνετο χώρο με και άνεση χρόνου.
- Υπάρχει ανάγκη για φροντίδα της οικογένειας μετά τον θάνατο, ιδιαίτερα αν υπάρχουν παιδιά και εξαρτώμενα μέλη.
- Οι συγγενείς με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου χρειάζονται υποστήριξη και φροντίδα (προληπτική παρέμβαση).
- Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη θεωρείται συστατικό στοιχείο της ποιότητας ζωής των ασθενών, αφού ασθενείς και επιζώντες πρέπει να ζουν με αξιοπρέπεια και όχι απλώς να επιβιώνουν.

Είναι σύνηθες να θεωρούμε ότι οι ασθενείς υποφέρουν κυρίως από το σωματικό άλγος και αντιμετωπίζοντάς το τους απελευθερώνουμε από τα δυσάρεστα συναισθήματα. Στην πραγματικότητα, το αίσθημα του «υποφέρειν»¹² είναι πολύπλοκο και αντανακλά την ενδόμυχη αγωνία του ασθενούς μας μπροστά στην απειλή του καρκίνου, που αφορά την ψυχική, σωματική και κοινωνική του υπόσταση. Το

επίφοβο του μέλλοντος, η προσωπική νοηματοδότηση του καθενός στην έννοια της ασθένειας, το τραυματικό γεγονός που επικάθεται σε μια ψυχική δομή με διαμορφωμένους μηχανισμούς άμυνας, η ιστορία και οι εμπειρίες του αρρώστου μας, η απώλεια της λειτουργικότητας, το δυνητικό πλήγμα στις διαπροσωπικές σχέσεις, αποτελούν διαστάσεις του προβλήματος στις οποίες πρέπει να εντρυφήσει ο ψυχίατρος, προκειμένου να βοηθήσει αποτελεσματικά τον ασθενή του. Στόχος του είναι να διευκολύνει την αναγνώριση των προβλημάτων, να ενισχύσει την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων και να βοηθήσει να βρει ο άρρωστος τους καλύτερους δυνατούς τρόπους για την επίλυσή τους.¹⁴ Ο Weisman έγραψε ότι η επιθυμία να ζήσει κανείς είναι μια έκφραση της ελπίδας σε συνδυασμό με τη διάθεση για αγώνα.¹³ Αυτήν ακριβώς την επιθυμία καλείται να ενδυναμώσει ο ψυχίατρος και η ομάδα της ΔΣ Ψυχιατρικής, προκειμένου να καταπολεμήσει την εντύπωση του τελολογικού της αδυναμίας, της φθοράς και του θανάτου.

Psychological and psychiatric problems in cancer patients in the general hospital

G.I. Moussas,¹ A.P. Karkanias,² A. Papadopoulou³

¹2nd Department of Psychiatry, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, "Attikon" General Hospital,

²Psychiatric Department "Sotiria" General Hospital of Chest Disease,

³"Dromokaitio" Psychiatric Hospital of Athens, Greece

Psychiatriki 2008, 19:124-144

Cancer is the most common cause of death after heart disease. The patient diagnosed with cancer confronts high levels of emotional distress, while he has to make crucial decisions about his treatment. As a life threatening illness, it is a traumatic stressor which triggers overwhelming feelings and affects the patient's functioning. There is a variety of psychological responses. Anger, fear, anxiety, hopelessness attend the diagnosis of cancer. Fifty percent of affected individuals develop psychiatric disorders, such as Stress Response Syndromes like Acute Response Syndromes, Post-

traumatic Stress Disorder, Major Depression, Adjustment Disorders, and Delirium. The members of consultation-liaison psychiatry intervene in a wide spectrum of psychiatric complications of cancer. Also, there are patients with major psychiatric disorders such as schizophrenia who develop cancer and the psychiatrist has to give them an understanding of the illness and to facilitate their active participation in the medical treatment. The main purpose is co-operation between consultation liaison psychiatrists and physicians. Psychiatrists make efforts to promote a better understanding of schizophrenia among physicians and to fight the stigma attached to the disease. The risk of suicide is higher in cancer patients, than in general population and the identification of patients at increased risk of suicide among affected individuals such as those with major depression, alcohol abusers, uncontrolled pain, advanced illness is a very important step in suicide prevention. When the end of life is approaching, psychiatrists have to face physical problems, psychological symptoms and issues of existence, which pose special challenges for the patient. The psychiatrist has to help him to reduce the psychological pain and to encourage his family to listen to his wishes. The consultation-liaison psychiatrists intervene at every stage of cancer from the prevention and the preclinical cancer, to palliative care and end-of-life, with diagnosis and effective therapy.

Key words: Cancer, traumatic stressor, psychiatric disorders, consultation-liaison psychiatry, end of life.

Βιβλιογραφία

- Lloyd GG, Mayou RA. Liaison psychiatry or psychological medicine? *Br J Psychiatry* 2003, 183:5-7
- Sheard T, Maguire P. The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *Br J Cancer* 1999, 80:1770-1780
- Μουτσόπουλος Χ. *Cecil Παθολογία*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1991
- Lederberg M. Psycho-Oncology. In: Sadock B, Sadock V (ed) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005
- Ιακωβίδης Β, Ιακωβίδης Α. *Αρχές Ψυχοογκολογίας. Ψυχοσωματική και Σωματοψυχική θεώρηση του καρκίνου*. Εκδόσεις Μαστορίδη, 2001
- Madianos MG. Preventive aspects of the mental health care system reform in Greece. In: Christodoulou GN, Lesic-Tosevski, Kontaxakis VP (eds) *Issues in Preventive Psychiatry*. Karger, Basel, 1999:47-54
- Sollner W, Maislinger S, Konig A. Providing psychosocial support for breast cancer patients based on screening for distress within a consultation-liaison service. *Psycho-Oncology* 2004, 13:893-897
- Massie MJ, Holland JC. Psychological reactions to breast cancer in the pre- and post-surgical period. *Semin Surg Oncol* 7:320-325
- Γκρεμ Τείλορ. *Ψυχοσωματική Ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση*. Μετάφραση: Ζερβός Κ. Εκδόσεις Καστανιώτη, 2001
- Σακελλάρης Δ. *Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία με ογκολογικούς ασθενείς. Προβλήματα και άγχη που αφορούν τους θεραπευτές*. Στο: *Ψυχοσωματική Ιατρική*. Επιστ. Επιμ. Σακελλαρόπουλος Π. Εκδόσεις Παπαζήση, 2007
- Akechi T, Kugua A, Okamura H, Nakano T, Okoyama T, Mikami I et al. Suicidal thoughts in cancer patients: Clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1999, 53:569-573
- Friedman IC, Kalidas M, Elledge R, Chant J, Romero C, Husain I et al. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2006, 15:595-603
- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thum M. Cancer Statistics 2007. *Ca Cancer J Clin* 2007, 57:43-66
- Greenberg D, Vitaglianno H, Pirl W, Abrams A, Murriel A, Rauch P. Patients with cancer and the evolution of the role of psychiatry in oncology. In: Stern T, Fricchione G, Cassem N, Jellinek M, Rosenbaum J (eds) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, Mosby, 2004:571-591
- Razavi D, Stiefel F. Common psychiatric disorders in cancer patients I. Adjustment disorders and depressive disorders. *Support Care Cancer* 1994, 2:223-232
- Brewin TB. Quality of survival-Can we measure it? Can we influence it? In: Stroll BA (ed) *Coping with Cancer Stress Dordrecht*, Martinus Nijhoff Publishers, 83-93
- Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitude. *JAMA* 1961, 175:1120-1128
- Ιεροδιακόνου Χ. Διαμόρφωση ψυχικών συμπτωμάτων και μηχανισμοί άμυνας. Στο: Ιεροδιακόνου Χ, Φωτιάδης Χ, Δημητρίου Ε (Συντ.) *Ψυχιατρική*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μαστορίδης, 1988
- Μπαλλής Θ. *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής. Απλή, πρακτική και εύκολη προσέγγιση της κλινικής εικόνας και θεραπείας των ψυχικών παθήσεων*, University Studio Press, 2000

20. Breitbart W. Identifying patients at risk for and treatment of major psychiatric complications of cancer. *Support Care Cancer* 1995, 3:45-60
21. Guverich M, Devins G, Rodin G. Stress response syndromes and cancer: conceptual and assessment issues. *Psychosomatics* 2002:259-281
22. Holland JC, Rowland JH. *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of Patient with Cancer*. New York, Oxford University Press, 1989
23. Lindberg N, Wellisch D. Identification of traumatic stress reactions in women at increased risk for breast cancer. *Psychosomatics* 2004, 45:7-16
24. Green B, Rowland J, Krupnick J, Epstein S, Stocton P, Stern N et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics* 1998, 39:102-111
25. Mundy EA, Blanchard EB, Cirenza E et al. Posttraumatic stress disorder in breast cancer patients following autologous bone marrow transplantation or conventional cancer treatments. *Behav Res Ther* 2000, 38:1015-1027
26. Cella DF, Mahon SM, Donovan MA. Cancer recurrence as a traumatic event. *Behav Med* 1990, 16:15-22
27. Smith M, Redd W, Peyser C, Vogl D. Posttraumatic stress disorder in cancer: A Review. *Psycho-Oncology* 1999, 8:521-537
28. Andrykowski M, Cordova M, Grath Mc, Sloan D, Kenady D. Stability and change in post-traumatic stress disorder symptoms following breast cancer treatment: A 1 year follow-up. *Psycho-oncology* 2000, 9:69-78
29. Green BL, Epstein SA, Krupnick JL, Rowland JH. Trauma and medical illness: assessing trauma-related disorders. In: Wilson JP, Keane TM (eds) *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York, Guilford Press, 1997:160-191
30. Posner JB. Nonmetastatic effects of cancer on the nervous system. In: Wyngaarden JB, Smith LH (eds) *Cecil's textbook of medicine*. Saunders, Philadelphia, 1988:1104-1107
31. Mazzocato C, Stiefel F, Buclin T, Berney A. Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician II. Neuroleptics. *Support Care Cancer* 2000, 8:89-97
32. NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology*. Distress management, version 1.2007, National Comprehensive Cancer Network
33. Buclin T, Mazzocato C, Berney A, Stiefel F. Psychopharmacology in supportive care of cancer: a review for the clinician IV. Other psychotropic agents. *Support Care Cancer* 2001, 9:213-222
34. Blot WJ, Mc Laughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S et al. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res* 1988, 48:3282-3287
35. Lundberg CJ, Passik DS. Alcohol and Cancer: A review for psycho-oncologists. *Psycho-oncology* 1997, 6:253-266
36. Λισσαίος Β, Δοντάς Ν, Ασημακόπουλος Γ. *Εγχειρίδιο Κλινικής Ογκολογίας*, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1991
37. Maxmen JS, Ward NG. Substance-related disorders. In: *Essential psychopathology and its treatment*. WW Norton and Company, New York, 132-172
38. Zhang S, Petro TM. The effect of nicotine on murine CD4 T cell responses. *Int J Immunopharmacol* 1996, 18:467-478
39. Giannakoulas G, Katramados A, Melas N, Diamantopoulos I, Chimonas E. Acute effects of nicotine withdrawal syndrome in pilots during flight. *Aviat Space Environ Med* 2003, 74:247-251
40. Yun A, Bazar K, Lee P, Gerber A, Daniel S. The smoking gun: many conditions associated with tobacco exposure may be attributable to paradoxical compensatory autonomic responses to nicotine. *Med Hypoth* 2005, 64:1073-1079
41. Jaffe J, Antony J. Substance-related disorders: introduction and overview. In: Sadock B, Sadock V (eds) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005:1133-1328
42. Cassen EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am* 1990, 13:597-612
43. Cassen NH, Bernstein JG. Depressed Patients. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassen WH, Jellinek MS, Rosenbaum JF (eds) *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital*. 5th ed. Philadelphia, PA: Mosby, Elsevier, 2004:25-68
44. Endicott J. Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 1984, 53:2243-2249
45. Ιακωβίδης Β. Κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο. *Psychiatriki*, 2006, 17:102-105
46. Zabora J, Brintzenhofesoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-oncology* 2001, 10:19-28
47. Massie MJ, Holland JC. Depression and the cancer patient. *J Clin Psychiatry* 1990, 51:12-17
48. Mermelstein HT, Lesko L. Depression in patients with cancer. *Psycho-oncology* 1992, 1:199-215
49. Angelino A, Treisman G. Major Depression and demoralization in cancer patients: diagnostic and treatment considerations. *Support Care Cancer* 2001, 9:344-349
50. Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: Current issues in research and management. *A Can J Clin* 2002, 52:72-91
51. Akechi T, Akizuki N, Sakuma K, Yoshikawa E. Somatic symptoms for diagnosing major depression in cancer patients. *Psychosomatics* 2003, 44:244-248
52. Brennan J. *Cancer in Context. A practical guide to supportive care*. Oxford University Press, 2004
53. Tatsuo A, Hitoshi O, Yataka N, Yosuke U. *Predictive factors for suicidal ideation in patients with unresectable lung carcinoma*. American cancer society, 2002:1085-1093
54. Passik SD, Breitbart WS. Depression on patients with pancreatic carcinoma. *Cancer* 1996, 78:615-627
55. Miller KE, Adams SM, Miller MM. Antidepressant medication use in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 2006, 23:127-133
56. Block SD. Psychological issues in end-of-life care. *J Palliat Med* 2006, 9:751-772
57. Miller K, Massie MJ. Depression and anxiety. *Cancer J* 2006, 12:388-397
58. Akechi T, Okuyama T, Suguwara Y, Nakano T, Shima Y, Uchitomi Y. Suicidality in terminally ill Japanese patients with cancer. Prevalence, patient perceptions, contributing factors, and longitudinal changes. *Am Cancer Soc*, 2003:183-191
59. Akechi T, Okamura O, Yamawaki S, Uchitomi Y. Why do some cancer patients with depression desire an early death and others do not. *Psychosomatics* 2001, 41:141-145
60. Massie M, Cagnon P, Holland C. Depression and suicide in patients with cancer. *J Pain Symp Manag* 1994, 9:325-340
61. Bukberg J, Penman D, Mc Callion S. Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med* 1984, 43:199-212

62. Μουσσάς Γ, Καρκανιάς Α, Κατσαρού Ν, Βλαχάκης Γ, Τσελεμπής Α, Περισσάκη Α. *Απόπειρες αυτοκαταστροφής και προ-ειδοποιητικά σημεία επαγρύπνησης*. 18ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 14–18 Μαΐου 2004, Κως
63. Rudd MD. Warning signs for suicide. *Suicide Life Threat Behav* 2003, 33:99–100
64. Chocinov HM, Wilson KG, Enns M et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry* 1995, 152:1185–2791
65. Baile WF, DiMaggio JR, Schapira DV, Janofsky JS. The request for assistance in dying. *Cancer* 1993, 72:1786–2791
66. Brown JH, Henteleff P, Barakat S, Rowe CJ. Is it normal for terminally ill patients to desire death? *Am J Psychiatry* 1986, 143: 208–211
67. Minagawa H, Uchitomi Y, Yamawaki S, Ishitani K. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients: A prospective study. *Cancer* 1996, 78:1131–1137
68. Akechi T, Uchitomi Y, Okamura H et al. Usage of haloperidol for delirium in cancer patients. *Support Care. Cancer* 1996, 4:390–392
69. Morrison C. Identification and Management of Delirium in the critically ill patient with cancer. *AACN clinical issues* 2003, 14:92–111
70. Holland JC. Psychological aspects of cancer. In: Holland JF, Frei E (eds) *Cancer Medicine*. 2nd ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 252–267
71. Massie MJ, Holland JC, Glass E. Delirium in terminally ill cancer patients. *Am J Psychiatry* 1983, 140:1048–1050
72. Ljubisavlevic V, Kelly B. Psychiatry and primary care. Risk factors for development of delirium among oncology patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2003, 25:345–352
73. Pereira J, Hanson J, Bruera E. The Frequency and clinical course of cognitive impairment in patients with terminal cancer. *Am Cancer Soc* 1997, 79:835–842
74. Liptzin B. Clinical diagnosis and management of delirium. In: Stoudemire A, Fogel BS, Greenberg DB (eds) *Psychiatric Care of the Medical Patient*. New York, Oxford University Press, 2000:581–596
75. NCCN *Clinical Practice Guidelines in Oncology*. Palliative Care, Version 1.2006, National Comprehensive Cancer Network
76. Lipowski ZJ. Delirium (acute confusional status). *JAMA* 1987, 258:1789–1792
77. Trzepacz P, Breitbart W, Franklin J, Levenson J, Martini DR. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry* 1999, 156(Suppl):1–20
78. Morita T, Tei Y, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Underlying Pathologies and their associations with clinical features in terminal delirium of cancer patients. *J Pain Symptom Managem* 2001, 22:997–1006
79. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Tsuneto S, Shima Y. Family-perceived distress from delirium-related symptoms of terminally ill cancer patients. *Psychosomatics* 2004, 45:107–113
80. Inagaki T, Yasukawa R, Okazaki S, Yasuda H, Kawamukai T, Utani E et al. Factors disturbing treatment for cancer patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006, 60:327–331
81. De Leon J, Dadvand M, Canuso C, White AO, Stanilla JK, Simpson GM. Schizophrenia and smoking: an epidemiological survey in a state hospital. *Am J Psychiatry* 1995, 152:453–455
82. Zammit S, Allebeck P, Dalman C, Lundberg I, Hemmingsson T, Lewis G. Investigating the association between cigarette smoking and schizophrenia in a cohort study. *Am J Psychiatry* 2003, 160:2216–2221
83. Basu S, Dasgupta PS. Role of dopamine on malignant tumour growth. *Endocrine* 2000, 12:237–241
84. Μουσσάς Γ. Διασυνδεδετική-Συμβουλευτική Ψυχιατρική. Στο: Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ (Συντ) *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής 2ος τόμος*. Αθήνα, ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, 2006:723–744
85. Norman S. Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. *J Psychother Pract Res* 1998, 7:1–9
86. Hill D, Kelleher K, Shamaker SA. Psychosocial interventions in adult patients with coronary heart disease and cancer: a literature review. *Gen Hosp Psychiatry* 1998, 14(Suppl 6):285–425
87. Spiegel D. Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Support Care Cancer* 1995, 3:252–256
88. Blake-Mortimer J, Gore-Felton C, Kimerling R, Turner-Cobb JM, Spiegel D. Improving the quality and quantity of life among patients with cancer: a review of the effectiveness of group psychotherapy. *Eur J Cancer* 1999, 35:1581–1586
89. Spiegel D. Effects of psychotherapy on cancer survival. *Nat Rev Cancer* 2002, 2:383–389
90. Consolli S. Το οικογενειακό και θεραπευτικό περιβάλλον ασθενών με καρκίνο. Στο: Σακελλαρόπουλος Π (Συντ.) *Ψυχοσωματική Ιατρική*. Εκδόσεις Παπαζήση, 2007
91. Spira JL. Group therapies. In: Holland JC (ed) *Psycho-Oncology*. Oxford University Press, New York, 1998:701–716
92. Warden JW. Communication: A critical factor surviving. Proceeding of the fifth national conference on human values and Cancer. *Am Cancer Soc*, 1987:11–13
93. Statement of the American Society of Clinical Oncology: genetic testing for cancer susceptibility. Adopted on February 20. *J Clin Oncol* 1996, 14:1730–1736 (Discussion 1737–1740)
94. Surbone A. Telling the truth to patients with cancer: what is the truth. *Lanc Oncol* 2006, 7:944–950
95. Καλλέργης Γ. *Οδηγός ενημέρωσης και επικοινωνίας με τον ασθενή: Εξατομίκευση, Θεραπευτική Σχέση, Χαρακτήρας, Οικογένεια*. Medical Graphics, 2000
96. Razavi D, Delavaux N, Farvacques C, Robaye E. Brief Psychological training for health care professionals dealing with cancer patients: a one-year assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 1991, 12:253–260
97. Kunkel E, Bakker J, Myers R, Oyesanmi O, Gomella L. Biopsychological aspects of prostate cancer. *Psychosomatics* 2000, 41:85–94
98. Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56:756–762
99. Fitzsimmons D, George S, Payne S, Johnson CD. Differences in perception of quality of life issues between health professionals and patients with pancreatic cancer. *Psycho-oncology* 1999, 8:135–143
100. Green AI, Austin CP. Psychopathology of pancreatic cancer: a psychobiologic probe. *Psychosomatics* 1993, 34:208–221
101. Weisman D. Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Sc* 1976, 271:187–196
102. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *J Am Med Ass* 1983, 249:717–757

103. Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Pathiaki M, Galanos A, Vlahos L, Depression, hopelessness, and sleep in cancer patients' desire for death. *Int J Psychiatry Med* 2007, 37:201-211
104. Wilson KG, Chochinov HM, McPherson CJ, Skirko MG, Allard P, Chary S et al. Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *Hth Psychol* 2007, 26:314-323
105. Kornfeld D. Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to medical practice. *Am J Psychiatry* 2002, 159:1964-1972
106. Fleishman S. Treatment of Symptom Clusters: Pain, Depression and Fatigue. *J Nat Cancer Inst Mon* 2004, 32:112-123
107. Flechtner H, Bottomley A. Fatigue and Quality of life: Lessons from the real world. *Oncologist* 2003, 8:5-9
108. Lederberg M, Joshi N and of Life and Palliative Care. In: Sadock B, Sadock V (eds) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, 2005
109. Cleary J. Cancer pain management. *Cancer Control* 2000, 7: 120-131
110. Ross D, Alexander C. Management of common symptoms on terminally ill patients: Part I. Fatigue, anorexia, cachexia, nausea and vomiting. *Am Fam Physicia* 2001, 64:807-814
111. Cohen T, Block S, Issues on psychotherapy with terminally ill patients. *Palliat Support Care* 2004, 2:181-189
112. Cassel E. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Eng J Med* 1982, 306:639-645
113. Weisman AD. *On Denying and Dying*, New York, NY Behavioral Publications, 1972

Αλληλογραφία: Γ.Ι. Μουσσάς, Νοσοκομείο «Αττικόν», Ψυχιατρική Κλινική, Ρίμνι 1, 124 62 Αθήνα