



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΑΡΤΙΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ  
ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΛΕΝΗ ΠΑΣΤΡΑ (Α.Μ.: 20170552)

ΤΙΤΛΟΣ

Μελέτη ψυχοπαθολογικών χαρακτηριστικών ασθενών με  
νεοπλάσματα που εκτιμήθηκαν από την ομάδα της Διασυνδετικής –  
Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής

**Μέλη Επιτροπής:**

Καθηγητής: Ρ.Γουρνέλλης, Επιβλέπων

Καθηγητής: Αθ. Δουζένης

Αναπλ. Καθηγητής: Ι. Μιχόπουλος

Αθήνα, 2021

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον αναπληρωτή καθηγητή της Β΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του ΠΓΝ "Αττικόν" και επιβλέποντα καθηγητή μου, κύριο Γουρνέλλη Ρωσσέτο για την πολύτιμη υποστήριξη και συμπαράστασή που έδειξε από την αρχή μέχρι το τέλος και το πολύ καλό κλίμα συνεργασίας που διαμόρφωσε συμβάλλοντας τα μέγιστα για την κατάρτιση της διπλωματικής μου εργασίας.

Επιπλέον, ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στην Ψυχίατρο, Επιμελήτρια Α' και υπεύθυνη του τμήματος Διασυνδεδετικής- Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής στην Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική του ΠΓΝ "Αττικόν" κυρία Παπαδοπούλου Αθανασία για τις εποικοδομητικές της υποδείξεις και την πολύτιμη συμβολή της στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας καθώς και για τη συνεχή υποστήριξη και βοήθειά της, καθ' όλη τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τον αναπληρωτή καθηγητή, κύριο Μιχόπουλο Ιωάννη και τον καθηγητή, κύριο Δουζένη Αθανάσιος, για την συμπαράσταση και το ενδιαφέρον τους, σε όλη τη διαδικασία της έρευνας, ως μέλη της τριμελούς επιτροπής.

Τέλος, θα ήθελα εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου για τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η νόσος του καρκίνου αποτελεί στην εποχή μας μια από τις πιο σημαντικές ασθένειες παγκοσμίως καθώς πολλοί άνθρωποι ταλαιπωρούνται από αυτήν και έρχονται αντιμέτωποι με δύσκολα συναισθήματα καθώς νιώθουν να απειλείται η ζωή τους. Πληθώρα ερευνών υπογραμμίζει τον σημαντικό ρόλο διαφόρων παραγόντων που σχετίζονται με το περιβάλλον και τον σύγχρονο τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η διατροφή, οι γενετικοί παράγοντες, η γήρανση και το προσδόκιμο της ζωής, οι ιοί και μικροοργανισμοί, οι ακτινοβολίες και οι επαγγελματικές συνθήκες στην εμφάνιση και διατήρηση της νόσου του καρκίνου. Επιπλέον, η επίδραση του καρκίνου στην ψυχική υγεία των ατόμων και συγκεκριμένα στις ψυχικές διαταραχές που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο όπως είναι η κατάθλιψη, το στρες, η σχιζοφρένεια, η χρήση ουσιών και το οργανικό ψυχοσύνδρομο καθώς και οι τρόποι διαχείρισής τους αποτελούν συχνό αντικείμενο μελέτης των ερευνητών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και εξετάστηκαν από την ομάδα της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής το διάστημα 2016-2017 ώστε να εκτιμηθεί η ψυχολογική τους κατάσταση και να λάβουν την κατάλληλη ολιστική ιατρική φροντίδα τόσο σωματικά όσο και ψυχικά μέσω της πολύτιμης συνεργασίας της ομάδας της Διασυνδεδετικής με τις υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες.

**Μέθοδος:** Τα ιστορικά 178 ασθενών με καρκίνο, 82 ανδρών και 96 γυναικών ηλικίας 17-96 ετών (Μ.Ο = 65,82, Τ.Α = 14,49) που νοσηλεύτηκαν στο «ΑΤΤΙΚΟ» νοσοκομείο συλλέχθηκαν από την ομάδα της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής και χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Τα ιστορικά των ασθενών καταχωρήθηκαν στη βάση δεδομένων Redcap στο γραφείο της Διασυνδεδετικής όπου στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε η περιγραφική τους ανάλυση, εξετάζοντας μεταβλητές όπως τα δημογραφικά στοιχεία, τα αιτήματα παραπομπής, το ψυχιατρικό ιστορικό, την ψυχιατρική διάγνωση, την φαρμακευτική αγωγή και τα ψυχοπιέστικα γεγονότα.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας ως κύριο αίτημα παραπομπής αναφέρθηκε η εκδήλωση ψυχιατρικών προβλημάτων με ποσοστό ασθενών (55,6%, n=99) και ως δευτερεύον η λήψη ψυχιατρικού ιστορικού (31,8%, n=14). Όσον αφορά το ψυχιατρικό ιστορικό 75 ασθενείς (46,3%) δεν ανέφεραν κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας στο ιστορικό τους, ενώ 19 ασθενείς (11,7%) δήλωσαν ότι έπασχαν από υποτροπιάζουσα

καταθλιπτική διαταραχή. Σημαντικός αριθμός ασθενών βρέθηκε να έχει βιώσει ως ψυχοπιεστικό γεγονός την ύπαρξη ενός σοβαρού τραυματισμού ή την διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας με ποσοστό 71,6% (n=53). Επιπλέον σημαντική υπήρξε η αναφορά στη συμπτωματολογία που εκδήλωσαν οι ασθενείς κατά την εξέταση τους από τους ψυχιάτρους με 56 ασθενείς (31,5%) να έχουν παρουσιάσει αγχώδη και αποσυνδεδετικά συμπτώματα και 79 ασθενείς (44,4%) καταθλιπτικά συμπτώματα. Αναφορικά με τη ψυχιατρική διάγνωση βρέθηκε ότι 24 ασθενείς (17,5%) έπασχαν από οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, 16 ασθενείς (11,7%) διαγνώστηκαν με κάποια αγχώδη διαταραχή και 13 ασθενείς (9,5%) με υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή.

**Συμπεράσματα:** Περαιτέρω έρευνα χρειάζεται προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στην νόσο του καρκίνου και την ψυχική υγεία των ασθενών καθώς επίσης και ο ρόλος και η συνεισφορά της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής σε αυτό το έργο.

**Λέξεις κλειδιά:** καρκίνος, ψυχική υγεία, σωματική υγεία, Διασυνδεδετική ψυχιατρική

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Cancer in nowadays is considered to be one of the most important diseases worldwide since many people suffer from it and struggle with difficult feelings as it constitutes a serious threat for their lives. Numerous studies highlight the important role of various factors related to the environment and modern lifestyle, such as smoking, alcohol, diet, genetic factors, aging and life expectancy, virus and microorganisms, radiation and occupational conditions in the manifestation, maintenance and prevalence of cancer disease. In addition, the effect of cancer on people's mental health and in particular on the mental disorders that cancer patients may experience such as depression, stress, schizophrenia, substance use and organic psychosyndrome and the coping strategies that patients usually adopt constitute the focus of interest for many researchers.

**Purpose:** The purpose of the present research work was to study cancer patients who have been examined by the Liaison Psychiatry team during the period 2016 - 2017 with the aim to provide patients with a full assessment of their psychological state and offer them an appropriate holistic medical care both physically and mentally through the valuable cooperation of the Liaison team with the other medical specialties.

**Method:** The case histories of 178 cancer patients, 82 men and 96 women with an age range between 17 to 96 years (Mean = 65.82, SD = 14.49) who have been hospitalized at the

"ΑΤΤΙΚΟ" hospital were collected by the Liaison Psychiatry team and used for the needs of the present study. Patients' histories were recorded in the Redcap database at the Liaison Psychiatry office where their descriptive analysis was carried out, subsequently, examining variables such as demographics, referral requests, psychiatric history, psychiatric diagnosis, medication and life stressors events.

**Results:** According to the results of this survey, the main referral request was the occurrence of psychiatric problems with a percentage of patients (55.6%, n=99) and the secondary intake of psychiatric history (31.8%, n=14). In terms of psychiatric history, 75 patients (46.3%) did not report any form of psychopathology in their history, while 19 patients (11.7%) reported that they were suffering from recurrent depressive disorder. A significant number of patients (71.6% n=53) reported the experience of a serious injury or the diagnosis of a serious illness as a stressful- life event. In addition, an important reference was made to the symptomatology expressed by patients during their examination by psychiatrists where 56 patients (31.5%) reported anxiety and disconnective symptoms and 79 patients (44.4%) depressive symptoms, respectively. Regarding psychiatric diagnosis, it was found that 24 patients (17.5%) suffered from acute organic psychosyndrome, 16 patients (11.7%) diagnosed with an anxiety disorder and 13 patients (9.5%) with recurrent depressive disorder.

**Conclusions:** Further research is needed to investigate the relationship between cancer disease and patients' mental health as well as the role and contribution of Liaison Psychiatry in this work.

**Keywords:** cancer, mental health, physical health, Liaison Psychiatry

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι νεοπλασίες αποτελούν αντικείμενο έντονης συζήτησης στον ιατρικό τομέα , καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι νοσούν από καρκίνο στις μέρες μας παρά την ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης. Σύμφωνα με ευρήματα ποικίλων μελετών όσον αφορά την ψυχική και

σωματική διάσταση του καρκίνου, σωματικοί, συναισθηματικοί αλλά και περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν κυρίαρχο ρόλο στην ανάπτυξη των καρκινογόνων κυττάρων.

Σε μια σύντομη αναδρομή, διαπιστώνεται ότι ο καρκίνος πριν από έναν αιώνα περίπου αντιμετωπιζόταν μόνο χειρουργικά και συχνά συμπορευόταν με το στίγμα της «ανίκητης νόσου» και θεωρούνταν ισάξιος με το θάνατο. Τα τελευταία 50 χρόνια τα ποσοστά επιβίωσης του καρκίνου αυξάνονται όλο και περισσότερο, αφού η εξέλιξη των ογκολογικών θεραπειών είναι όλο και πιο ακμάζουσα, συμβάλλοντας στην ανάγκη για παροχή ψυχιατρικής υποστήριξης των ασθενών αυτών. Κατά συνέπεια, λοιπόν, οι ογκολογικοί ασθενείς και η ψυχική φροντίδα αυτών αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής, η οποία κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος τα τελευταία χρόνια.

#### Περιβαλλοντικοί και σχετιζόμενοι με τον τρόπο ζωής παράγοντες ως αίτια εμφάνισης καρκίνου

Όσον αφορά το περιβάλλον, οι παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής δεν αποτελούν από μόνοι τους αιτία καρκινογένεσης αλλά παράγοντες υψηλού κινδύνου για την πρόκληση αυτής, κυρίως μέσω των επαγγελματικών συνθηκών που εκτίθενται τα άτομα και συνηθειών που σχετίζονται με εξάρτηση από καρκινογόνες ουσίες (Irigaray, Newby, Lacomme & Belhomme, 2007). Παρόλο που οι παράγοντες που αφορούν τον τρόπο ζωής είναι καλά προσδιορισμένοι εξαιτίας της φύσης και της πολυπλοκότητάς τους είναι δύσκολο να εντοπιστούν ως αποδεικτικά στοιχεία επιδημιολογικής μεθοδολογίας. Για αυτό το λόγο, η καλύτερη εξήγηση της επίδρασης των περιβαλλοντικών παραγόντων οφείλει να περιλαμβάνει και την ερμηνεία των γονιδιακών παραγόντων, που ενδέχεται να ασκούν επιρροή (Irigaray, et al., 2007).

Με βάση λοιπόν τα παραπάνω έχουμε μια ερμηνεία στην οποία, δίνεται έμφαση στους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής για την εμφάνιση καρκίνου, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η διατροφή (Irigaray, et al., 2007). Σε μια διαφορετική προσέγγιση, υποστηρίζεται ότι η έκθεση σε φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες που υπάρχουν στο περιβάλλον επηρεάζουν περισσότερο στην εμφάνιση της νόσου, συνδυαστικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής όπως αναφέρθηκαν προηγουμένως (Irigaray, et al., 2007). Συνεπώς, είναι ευρέως αποδεκτό ότι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ ακόμα και σε ελάχιστο επίπεδο, η μη ισορροπημένη διατροφή, η παχυσαρκία και η έλλειψη φυσικής άσκησης μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου στις ανεπτυγμένες χώρες (Irigaray et al., 2007).

### Κάπνισμα

Το κάπνισμα αποτελεί έναν από τους σοβαρότερους παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου. Πρόσφατες μελέτες σχετικά με τους κινδύνους του καρκίνου σε άτομα στο Ηνωμένο Βασίλειο, τις ΗΠΑ και την Ιαπωνία που ξεκίνησαν να καπνίζουν στην εφηβεία ή την αρχή της ενηλικίωσης δείχνουν απώλεια 10 ετών από το προσδόκιμο ζωής τους αν συνεχίσουν ενώ αν σταματήσουν πριν την ηλικία των 40 έχουν 90% περισσότερες πιθανότητες να αποφύγουν αυτή την απώλεια (IARC, 2014). Οι καπνιστές που δεν ξεκίνησαν το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία φαίνεται ότι εμφανίζουν μικρότερους κινδύνους για εμφάνιση καρκίνου στα μέσα της ζωής τους προς το γήρας (IARC, 2014). Ως εκ τούτου, καθώς το κάπνισμα αποτελεί μια συνήθεια περισσότερο μεταξύ των νέων χρειάζεται πάνω από μισό αιώνα να φανούν οι επιπτώσεις του καπνίσματος στις μεγαλύτερες ηλικίες του πληθυσμού (IARC, 2014). Περίπου 30 εκατομμύρια άτομα ετησίως ξεκινούν το κάπνισμα (50% των νέων ανδρών και 10% των νέων γυναικών) ενώ πάνω από τα 2/3 θα το συνεχίσουν επειδή στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες, η διακοπή του καπνίσματος έχει πιο χαμηλά ποσοστά (Giovinio, Mirza,

Samet, Gupta, Jarvis, Bhala & Palipudi, 2012). Από τους νέους καπνιστές που συνεχίζουν το κάπνισμα περίπου οι μισοί εκτιμάται ότι πεθαίνουν από τη συνήθεια τους αυτή κι ως εκ τούτου αν πάνω από 20 εκατομμύρια από τα 30 εκατομμύρια των νέων καπνιστών δεν σταματήσουν το κάπνισμα, εκτιμάται ότι θα πεθάνουν από κάπνισμα περίπου 10 εκατομμύρια άτομα ετησίως (Peto, Lopez, Boreham, Thun, Heath & Doll, 1996). Στις χώρες υψηλού εισοδήματος, το ποσοστό των καπνιστών συμπεριλαμβανομένων και των 2 φύλων εκτιμάται ότι ανέρχεται 25-30% το οποίο σχετίζεται με τη θνησιμότητα από καρκίνο (Levi, 1999). Αν τα πρότυπα του καπνίσματος παραμείνουν οι θάνατοι αναμένεται να υπερβούν τους 100 εκατομμύρια ανά δεκαετία κατά τη διάρκεια του δεύτερου μισού του αιώνα (IARC, 2014).

Λαμβάνοντας υπόψη όλες τις χώρες παγκοσμίως, το κάπνισμα είναι μακράν η σημαντικότερη αιτία καρκίνου, αν και η θνησιμότητα από καρκίνο λόγω του καπνίσματος μειώνεται σε ορισμένους πληθυσμούς, στις αναπτυσσόμενες χώρες σε όλο τον κόσμο αυξάνεται. Το κάπνισμα μπορεί να προκαλέσει θάνατο όχι μόνο από τον καρκίνο του πνεύμονα (ο κύριος νεοπλαστικός κίνδυνος), αλλά και από τον καρκίνο του στόματος, του φάρυγγα, του λάρυγγα, του παγκρέατος, του οισοφάγου, του ήπατος, του στομάχου, των νεφρών, της ουροδόχου κύστης ή του τραχήλου ( IARC, 2004).

Επιπρόσθετα, η εισπνοή καπνού χωρίς να είναι κάποιος καπνιστής ή η κατανάλωση αλκοόλ και καπνίσματος μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου της στοματικής κοιλότητας (Wogan, Hecht, Felton, Conney & Loeb, 2004). Μεγάλο ενδιαφέρον αποτελεί το εύρημα ότι ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η δεύτερη αιτία καρκίνου οφειλόμενη στο κάπνισμα παγκοσμίως (Greenwald, Anderson & McDonald, 2002). Ωστόσο έχει βρεθεί ότι τα προϊόντα καπνού που δεν εισπνέονται αποτελούν αιτία εμφάνισης καρκίνου της στοματικής κοιλότητας (Wu, Loh, Hsieh, Liu, Chen & Liou, 2004). Η νικοτίνη ως κύριο συστατικό του τσιγάρου δεν αποτελεί από μόνη της καρκινογόνο ουσία αλλά κάθε τσιγάρο ή δοκιμή καπνού περιέχει πολλές καρκινογόνες ουσίες, οι οποίες λειτουργούν ως προαγωγείς



όγκων ή ως συν-καρκινογόνοι παράγοντες (Hecht, 2003). Η καρκινογόνος δράση του καπνού έγκειται στο γεγονός ότι τα στοιχεία από τα οποία αποτελείται απαιτούν μεταβολική διαδικασία και κατά αυτόν τον τρόπο ενεργοποιούνται οι καρκινογόνες επιδράσεις του. Ωστόσο οι άνθρωποι διαφέρουν στο βαθμό ευαισθησίας για την ανάπτυξη καρκίνου από το κάπνισμα λόγω των γενετικών παραλλαγών των καρκινογόνων ουσιών του καπνού (Hecht, 2003).

Όσον αφορά στους μη καπνιστές, η έκθεση σε καπνό του περιβάλλοντος είτε ως αποτέλεσμα νοικοκυριού είτε επαγγελματικής έκθεσης, η εισπνοή και ο μεταβολισμός των στοιχείων που περιλαμβάνει ο καπνός έχουν βρεθεί να σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου του πνεύμονα (Greenwald, et al., 2002). Ο κίνδυνος φαίνεται να σχετίζεται και με τον αριθμό τσιγάρων που καπνίζει κάποιος ανά ημέρα αλλά και με τον αριθμό των ετών που καπνίζει κάποιος, η χαρτογράφηση αυτή αντανακλά τον τρόπο που καπνίζει κάποιος (διάρκεια καπνίσματος, αριθμός εισπνοών καπνού ανά τσιγάρο) (Shields, 2000).

Πράγματι το κάπνισμα θεωρείται καθοριστικός παράγοντας για την εμφάνιση του καρκίνου. Ο καπνός του τσιγάρου περιέχει 3.500 ουσίες από τις οποίες τουλάχιστον 50 είναι καρκινογόνες (Hecht, 1999). Καθώς ο καπνός του τσιγάρου και η πίσσα περιέχουν χιλιάδες ενώσεις συμπεριλαμβανομένων πολλών μεταλλαξιογόνων όπως οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες και οι νιτροζαμίνες όπως επίσης και άλλα παράγωγα, καθιστούν το τσιγάρο ένα μείγμα πλήρως καρκινογόνο (Belpomme, Lauweyrs, Belpomme, Christophe & Montagnier, 2005). Τα τελευταία σαράντα χρόνια η πίσσα, η περιεκτικότητα σε νικοτίνη και οι πολυκυκλικοί αρωματικοί υδρογονάνθρακες έχουν μειωθεί περίπου στο τριπλάσιο, ενώ η νιτροζαμίνη έχει αυξηθεί (Hoffmann, 1997). Παρόλο που η χρήση νικοτίνης έχει μειωθεί, οι καπνιστές τείνουν να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα προκειμένου να διατηρήσουν στο αίμα τους τα επίπεδα νικοτίνης που χρειάζονται, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η έκθεση σε καρκινογόνους παράγοντες (Shields, 2000).

## Κατανάλωση αλκοόλ

Το αλκοόλ παίζει μεγάλο και περίπλοκο ρόλο στην ανθρώπινη κοινωνία και την υγεία, καθώς η κατανάλωσή του επικρατεί εδώ και χιλιάδες χρόνια κι έχει αποκτήσει έναν ιδιαίτερο ρόλο στην καθημερινότητα των ανθρώπων (Dudley, 2000). Η παρατήρηση αυτή προκλήθηκε από μια μελέτη που υποδεικνύει ότι τα άτομα που ενδέχεται να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ (π.χ. άτομα που εργάζονται σε χώρους διανομής ποτών) έχουν πιο αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του κεφαλιού και του λαιμού, σε σύγκριση με άτομα που απέχουν από το αλκοόλ, τα οποία εμφανίζουν αξιοσημείωτη μείωση της εμφάνισης αυτών των μορφών καρκίνου (IARC, 1988). Οι τύποι καρκίνου που προκαλούνται από την κατανάλωση αλκοόλ είναι του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του ήπατος, της στοματικής κοιλότητας, του παχέος εντέρου και του μαστού, ενώ δεν υπάρχουν στοιχεία καρκινογένεσης εξαιτίας της κατανάλωσης αλκοόλ για τον καρκίνο των νεφρών και του μη Hodgkin λεμφώματος (IARC, 2012; IARC 2010). Έρευνες υποστηρίζουν την ύπαρξη θετικών συσχετίσεων ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και την εμφάνιση καρκίνου του παγκρέατος και του γαστρικού ιστού (World Cancer Research Fund, & American Institute for Cancer Research, 2007; LoConte, Brewster, Kaur, Merrill & Alberg, 2018). Τα επιδημιολογικά δεδομένα πολλών μελετών που ερευνούν την φύση της σχέσης ανάμεσα στην κατανάλωση αλκοόλ και του καρκίνου (Rothman, Greenland & Lash, 2008) επιβεβαιώνουν την αιτιώδη σχέση της κατανάλωσης οινοπνεύματος και του καρκίνου του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου, του ήπατος, του παχέος εντέρου και του μαστού (IARC, 2012; IARC, 2010; Rehm & Shield, 2013).

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε τεράστια αναστάτωση στην φυσική και κοινωνική ευημερία παγκοσμίως. Συνολικά, δεν υπάρχει κάποια απόδειξη που να υποστηρίζει ότι υπάρχει κάποιο επίπεδο κατανάλωσης κάτω από το οποίο δεν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος καρκίνου. Ο κίνδυνος για καρκίνο του στόματος, του φάρυγγα και του λάρυγγα φτάνει περίπου το 25% με ένα ποτό την ημέρα και για τον καρκίνο του οισοφάγου το

αποτέλεσμα είναι παρόμοιο (World Cancer Research Fund, & American Institute for Cancer Research, 2007).

Ο καρκίνος του ήπατος αν και σπάνιος έχει μελετηθεί σε πολλούς πληθυσμούς της Αμερικής, της Ευρώπης και της Ιαπωνίας και έχει βρεθεί ότι η κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με κίρρωση του ήπατος, η οποία προδιαθέτει για εμφάνιση καρκίνου (Mukamal & Rimm, 2008).

Ο κίνδυνος για τον καρκίνο του παχέος εντέρου είναι λιγότερο έντονος καθώς δεν έχουν βρεθεί στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα εφόσον η κατανάλωση δεν ξεπερνά τα 2 ποτά σε ημερήσια βάση (Mukamal & Rimm, 2008). Όσον αφορά τον καρκίνο του μαστού έχει βρεθεί ότι υπάρχει 10% κίνδυνος με την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, χωρίς να υπάρχει διαφορά για την προτίμηση του ποτού (Mukamal & Rimm, 2008). Η εξήγηση για τον αυξημένο κίνδυνο του μαστού είναι η επίδραση του αλκοόλ σε στεροειδείς ορμόνες του φύλου και σε εξαρτώμενες από το φολικό οξύ μεταβολικούς οδούς (Chiuve, Giovannucci, Hankinson, Hunter, Stampfer, Willett & Rimm, 2005; Hankinson, Willett, Manson, Hunter, Colditz, Stampfer & Speizer, 1995). Επιπλέον υπάρχει σύνδεση μεταξύ του καρκίνου του οισοφάγου και της κατανάλωσης αλκοόλ σε μεγάλο βαθμό ειδικά για το πλακώδες καρκίνωμα (IARC, 2012) και όσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση αλκοόλ για μεγάλο χρονικό διάστημα τόσο περισσότερο αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου ειδικά του κεφαλιού και του αυχένα (Scoccianti, Cecchini, Anderson, Berrino, Boutron-Ruault, Espina & Wiseman, 2016). Το αλκοόλ αποτελεί επικίνδυνο παράγοντα για πολλές κακοήθειες λόγω της συσχέτισης του και με άλλους παράγοντες κινδύνου αλλά δεν είναι ξεκάθαρο αν λειτουργεί ανεξάρτητα, όπως για παράδειγμα στο καρκίνο του πνεύμονα, στον οποίο οι ασθενείς μπορεί πέρα από καπνιστές να είναι και καταναλωτές μεγάλων ποσοτήτων ποτών (Alberg, Brock, Ford, Samet & Spivack, 2013). Ο συνδυασμός κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος αυξάνει την εμφάνιση καρκίνου του φάρυγγα, του λάρυγγα και του οισοφάγου (Chuang, Jenab, Heck, Bosetti, Talamini, Matsuo & La Vecchia, 2012).

Σε σύγκριση με τα καρκινογόνα μόρια που βρίσκονται στο καπνό του τσιγάρου και στην πίσσα, η αιθυλική αλκοόλη δεν είναι καθεαυτή μεταλλαξιογόνα, αλλά ενεργεί κυρίως ως συν-καρκινογόνο. Με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα, το αλκοόλ έχει ταξινομηθεί ως ανθρώπινο καρκινογόνο, καθώς μπορεί να ενισχύσει τις καρκινογόνες επιδράσεις που σχετίζονται με το κάπνισμα ή άλλους παράγοντες (Pöschl & Seitz, 2004; IARC, 1988), αλλά συνολικά η δράση του δεν είναι σαφής. Λόγω της μείωσης της κατανάλωσης του αλκοόλ τα τελευταία 20 χρόνια, έχει βρεθεί ότι οι καρκίνοι που σχετίζονται με το αλκοόλ είναι μόνο 4% στις αναπτυγμένες χώρες με υψηλότερα ποσοστά στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, δημιουργώντας την ανάγκη να αποσαφηνιστεί περισσότερο ο μηχανισμός του αλκοόλ στην εμφάνιση του καρκίνου (Irigary et al., 2007; Danaei, Vander Hoorn, Lopez, Murray, Ezzati & Comparative Risk Assessment collaborating group Cancers, 2005).

#### Διατροφή, παχυσαρκία και καρκίνος

Το υπερβολικό βάρος, η παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης έχουν βρεθεί να επιδρούν σημαντικά στην εμφάνιση του καρκίνου. Η προώθηση μιας σωστής διατροφής η οποία περιλαμβάνει αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών ολικής αλέσεως και μειωμένη κατανάλωση κόκκινου κρέατος έχει βρεθεί να συσχετίζεται αρνητικά με την εμφάνιση καρκίνου (IARC, 2014).

Το πιο σημαντικό εύρημα που προκύπτει από έρευνες που εξετάζουν τον ρόλο της διατροφής στην εμφάνιση του καρκίνου είναι ότι το υπερβολικό βάρος κι η παχυσαρκία αποτελούν αιτίες πολλών κοινών καρκίνων, έχοντας τα ίδια περίπου ποσοστά θνησιμότητας με τον καρκίνο που προκαλείται εξαιτίας του καπνίσματος (Van Dam, Li, Spiegelman, Franco & Hu, 2008). Η σωματική αδράνεια θεωρείται παράγοντας κινδύνου εμφάνισης καρκίνου και σε συνδυασμό με τις κακές συνήθειες στη διατροφή και το κάπνισμα συμβάλλει στην αύξηση του βάρους και στην αύξηση του κινδύνου που σχετίζεται με την εμφάνιση προβλημάτων υγείας (IARC,

2014). Μεγάλος αριθμός μελετών υποστηρίζει ότι η κατανάλωση μιας μη ισορροπημένης διατροφής, πλούσιας σε θερμίδες και ζωικά λιπαρά, χαμηλή σε ίνες, λαχανικά και φρούτα, αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση κάποιων συγκεκριμένων ειδών καρκίνου όπως του προστάτη, του ενδομήτριου, του στήθους και του εντέρου, ενώ η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, βιταμινών A, C και E, φολικού οξέος, ασβεστίου και σεληνίου μειώνουν την εμφάνιση καρκίνου και αποτελούν προστατευτικό παράγοντα (π.χ. βιταμίνη E και σελήνιο για καρκίνο του προστάτη) (Greenwald et al., 2002; Block, Patterson, & Subar, 1992; Weisburger, 2002). Η θνησιμότητα φαίνεται να φτάνει περίπου το 3% στις Δυτικές χώρες, καθιστώντας κατά αυτόν τον τρόπο, την μη ισορροπημένη διατροφή ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου στην εμφάνιση καρκίνου (Danaei, et al., 2005).

Η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος μπορεί να τροποποιήσουν το ορμονικό σύστημα και μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη του καρκίνου μέσω της προοδευτικής συσσώρευσης καρκινογόνων ουσιών στους λιπώδεις ιστούς και την σταδιακή απελευθέρωσή τους στον υπόλοιπο οργανισμό (Hutcheon, Kantrowitz, Van Gelder, & Flynn, 1983; Irigaray, et al., 2007).

#### Γενετικοί εναντίον περιβαλλοντικοί παράγοντες- έμφυτη και επίκτητη ευαισθησία στον καρκίνο

Ο καρκίνος αποτελεί μια ασθένεια πολλών σταδίων με πολλές μεταλλάξεις και εξαιτίας των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γονιδίων και του περιβάλλοντος, ο καρκίνος θεωρείται εν μέρει περιβαλλοντική ασθένεια (Loeb, & Loeb, 2000; Mucci, Wedren, Tamimi, Trichopoulos & Adami, 2001). Δεδομένα βασισμένα στην ανάλυση της ταυτόχρονης εμφάνισης καρκίνου σε έρευνες με μονοζυγωτικά δίδυμα απέδειξαν ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επικρατούν έναντι των γενετικών ως αιτιολογία για τον καρκίνο, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν την εμφάνιση του καρκίνου (Lichtenstein, Holm, Verkasalo, Pliadou, Kaprio, Koskenvuo, &

Hemminki, 2000). Επίσης, κάποιες χημικές ουσίες έχει υποστηριχθεί ότι εξαιτίας της ανοσοκαταστολής που προκαλούν όπως για παράδειγμα τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην μεταμόσχευση οργάνων ή στην θεραπεία της ασθένειας του HIV μπορεί να συμβάλλουν με αυτόν τον τρόπο στην ευαλωτότητα απέναντι τον καρκίνο (Penn, 1998, Euvrard, Kanitakis & Claudy, 2003).

Από την άλλη πλευρά κληρονομικοί παράγοντες για την εμφάνιση του καρκίνου περιλαμβάνουν και γονίδια που εμπλέκονται στην ενεργοποίηση καρκινογόνων ουσιών, βλάβης και μεταλλάξεων του DNA (Mucci, et al., 2001). Για παράδειγμα, ο καρκίνος του μαστού στην ηλικία των 50 ετών ήταν 24% για τις γυναίκες που γεννήθηκαν πριν το 1940, ενώ 67% για όσες γεννήθηκαν μετά (King, Marks & Mandell, 2003). Αυτό σημαίνει ότι ο τελευταίος Παγκόσμιος Πόλεμος, ως νέο φαινόμενο έχει επηρεάσει τον τρόπο ζωής (ορμονικές θεραπείες, εγκυμοσύνη σε μεγαλύτερη ηλικία κτλ.) και το περιβάλλον και κατά συνέπεια επηρέασε και τις αλλαγές που συμβαίνουν στον οργανισμό μέσα από τις γονιδιακές και κυτταρικές αλλαγές.

### Γήρανση και παρατεταμένο προσδόκιμο ζωής

Ένα σημαντικό επιχείρημα στην περιβαλλοντική θεωρία, με βάση την οποία οι περιβαλλοντικές αλλαγές σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και κατά συνέπεια όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνονται τα κρούσματα καρκίνου (Ershler & Longo, 1997; Newby & Mountford, 2005). Μια βασική υπόθεση, η οποία υποστηρίζει το ρόλο της ηλικίας στην εμφάνιση καρκίνου είναι ότι σύμφωνα με τη θεωρία των Armitage και Doll (1954) οι άνθρωποι που ζουν περισσότερο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα συγκέντρωσης των μεταλλάξεων κι έτσι είναι πιο επικίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο. Η παραπάνω θεωρία δεν είναι ασύμβατη με την αυξημένη εμφάνιση του καρκίνου που σχετίζεται με την ηλικία, αν υποθέσουμε ότι πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι καρκινογόνοι και

το αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής συμβάλλει στην έκθεση σε αυτούς τους παράγοντες καθιστώντας ακόμα πιο επικίνδυνη την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου. Από αυτά τα δεδομένα δεν προκύπτει ότι η γήρανση αποτελεί από μόνη της αιτιολογικό παράγοντα καρκινογένεσης, αλλά μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση καρκίνου αν υποθέσουμε ότι πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες προκαλούν γενετική μετάλλαξη και ο κίνδυνος σχετίζεται σαφώς με την ηλικία, δηλαδή με τη διάρκεια έκθεσης σε αυτούς τους παράγοντες.

### Ιοί και άλλοι μικροοργανισμοί

Εκτιμάται ότι οι ιοί που προκαλούν καρκίνο εμπλέκονται σε παγκόσμιο επίπεδο σε περίπου 16% των περιστατικών καρκίνου (Pisani, Parkin, Muñoz & Ferlay, 1997), με εύρος λιγότερο από 10% στις Δυτικές χώρες έως 25% στις χώρες της Αφρικής (Parkin, Bray, Ferlay & Pisani, 2001; Talbot & Crawford, 2004). Στις Δυτικές κοινωνίες, ο ιός των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) και της ηπατίτιδας Β (HBV) είναι οι συχνότεροι ιοί που προκαλούν τη γένεση του καρκίνου DNA. Ο HPV είναι υπεύθυνος για άμεσες μεταλλάξεις των κυττάρων (Song, Pitot & Lambert, 1999), ενώ ο HBV προκαλεί έμμεσα μεταλλάξεις μέσω της πρόκλησης χρόνιων φλεγμονών (Blumberg, Larouze, London, Werner, Hesser, Millman & Payet 1976; Jackson, & Loeb, 2001). Στους RNA ιούς που προκαλούν καρκινογένεση ανήκει ο ιός της ηπατίτιδας C, ο οποίος είναι ο μοναδικός ρετροϊός που θεωρείται καρκινογόνος για τον ανθρώπινο οργανισμό. Μεταξύ των μικροοργανισμών που προκαλούν καρκίνο, οι ογκογόνοι ιοί είναι ο ισχυρότερος και ο πιο καθιερωμένος για την γένεση καρκινικών κυττάρων, καθώς επίσης και κάποιοι άλλοι μικροοργανισμοί όπως το ελικοβακτηρίδιο pylori (Belpromme et al., 2007).

### Ακτινοβολίες

Οι καρκίνοι που προκαλούνται από ακτινοβολία, είναι αποτέλεσμα ιονίζουσας ή μη ιονίζουσας ακτινοβολίας. Περιλαμβάνουν διάφορα είδη λευχαιμιών, λεμφώματα, καρκίνους του

θυρεοειδούς, καρκίνους δερμάτων, μερικά σαρκώματα και ορισμένους καρκίνους των πνευμόνων και του μαστού (Dode, Leão, de AF Tejo, Gomes, Dode, Dode & Caiaffa, 2011). Η έκθεση σε προϊόντα ραδονίου τόσο σε οικιακούς χώρους όσο και σε χώρους εργασίας αποτελεί την πιο κοινή έκθεση σε ιονίζουσα ακτινοβολία, καθώς ευρήματα βασισμένα στη μελέτη θανάτων από καρκίνο του πνεύμονα που συνδέονται με την έκθεση σε ραδόνιο, ενοχοποιούν τα χαμηλά επίπεδα ραδονίου ως 10% στο περιβάλλον του σπιτιού ως αιτία καρκίνου των πνευμόνων και σε μεγαλύτερη αναλογία στους υπόγειους ανθρακωρύχους (Lubin & Boice, 1997; Darby, Hill, Auvinen, Barros-Dios, Baysson, Bochicchio & Heid, 2005; Axelson, Fredrikson, Åkerblom & Hardell, 2002). Αντίθετα, η έκθεση του γενικού πληθυσμού σε ακτινοβολία, η οποία οφείλεται σε πυρηνικές δραστηριότητες αν και εκτιμάται ότι είναι μικρή παρόλα αυτά σε μελέτες που διεξάχθηκαν για τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου έπειτα από ατυχήματα σε πυρηνικούς σταθμούς καταγράφηκε αυξημένη συχνότητα καρκινογένεσης μετά το πυρηνικό ατύχημα στο Τσερνομπίλ (Tondel, Lindgren, Hjalmarsson, Hardell & Persson, 2006; Charles, 2001; Lubin, 1994). Μια ακόμα πηγή ακτινοβολίας οφείλεται στη χρήση ακτινών X, που χρησιμοποιούνται στην ιατρική για θεραπευτικούς και διαγνωστικούς σκοπούς. Επίσης, η έκθεση σε υπεριώδεις ακτινοβολίες (UV) έχει βρεθεί ότι είναι καρκινογόνος παράγοντας και μπορεί να προκαλέσει παράγοντα κινδύνου για καρκίνο του δέρματος, καρκίνο βασικών κυττάρων και πλακωδών κυττάρων (Henriksen, Dahlback, Larsen & Moan, 1990; Foliart, Pollock, Mezei, Iriye, Silva, Ebi, & Kavet, 2006). Έχει παρατηρηθεί ότι το παλμικό ηλεκτρομαγνητικό πεδίο μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πρόκλησης καρκίνου μέσω διάσπασης του DNA που να σχετίζεται με καρκίνους του εγκεφάλου και του μαστού (Irigaray et al. 2007; Feychting, Forssén & Floderus, 1997; Euvrard, et al., 2003). Σε μια μετα-ανάλυση των Hardell και συνεργατών, βρέθηκε ότι η παρατεταμένη χρήση κινητού τηλεφώνου για δέκα ή και περισσότερα χρόνια αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο



για εμφάνιση καρκίνων του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένων του νευρώματος και του γλοιώματος (Hardell, Carlberg, Söderqvist, Mild & Morgan, 2007).

### Επαγγελματικοί καρκίνοι

Στις μέρες μας, οι καρκίνοι που σχετίζονται με το επάγγελμα αντιπροσωπεύουν το 2 ως 10% όλων των καρκίνων με το ποσοστό αυτό να εκτιμάται ότι μπορεί να φτάσει από 15 ως 20% κυρίως στους άνδρες (Greenwald, 1995). Στην Ευρώπη εκτιμάται ότι μπορεί να υπάρχουν 32 εκατομμύρια άνθρωποι που εκτίθενται σε καρκινογόνες χημικές ουσίες στην εργασία τους (Kauppinen, Toikkanen, Pedersen, Young, Ahrens, Boffetta & de la Orden-Rivera, 2000). Πολλές περιπτώσεις καρκίνου του πνεύμονα έχουν σημειωθεί σε μεταλλωρύχους και περιπτώσεις καρκίνου της ουροδόχου κύστης σε εργάτες σε εργοστάσιο που παράγει χρωστικές ουσίες από λιθανθρακόπισσα (IARC, 2014). Υψηλός αριθμός καρκίνου του αναπνευστικού συστήματος παρουσιάζεται σε ποικίλες διεργασίες διύλισης νικελίου, επεξεργασίας άνθρακα, παραγωγή χρωστικών ουσιών και κατασκευή προϊόντων αμιάντου (Siematycki, Richardson, Straif, Latreille, Lakhani, Campbell, & Boffetta, 2004). Οι καρκινογόνες ουσίες που σχετίζονται με έκθεση σε επαγγελματικά περιβάλλοντα αποτελούν κίνδυνο τόσο για τα άτομα που εκτίθενται σε αυτές τις ουσίες αλλά και για τους υπόλοιπους ανθρώπους που έρχονται σε επαφή με προϊόντα που παράγονται εκεί., όπως για παράδειγμα τα τρόφιμα, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν καρκινογόνες ουσίες (IARC, 2014).

Επιπλέον, στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις έχουν σημειωθεί ανάμεσα στην έκθεση σε ενώσεις από αμιάντο, βενζίνη κι άλλα πετρελαϊκά προϊόντα από μόλυβδο, κάδμιο και τριχλωροαιθυλένιο και την εμφάνιση καρκίνου. Για παράδειγμα, το τριχλωροαιθυλένιο έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με καρκίνους των νεφρών, του ήπατος, του οισοφάγου και του λεμφώματος μη Hodgkin (Hayes, 1996; Raaschou-Nielsen, Hansen, McLaughlin, Kolstad,

Christensen, Tarone & Olsen, 2003). Ομοίως, οι καρκίνοι που σχετίζονται με τη σκόνη του ξύλου, αν και φαίνεται να έχουν περιορισμένη εμφάνιση αφορούν περισσότερο τους κατασκευαστές επίπλων (Hayes, Gerin, Raatgever & Bruyn, 1986; Blot, Chow & McLaughlin, 1997). Μετά την εμφάνιση του αποτελέσματος ότι το βενζόλιο επιδρά στην πρόκληση λευχαιμίας, αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά, η συνεισφορά των διαλυτών αυτών στις μεταλλάξεις (Goguel, Cavigneaux & Bernard, 1967; Surralles, Autio, Nylund, Järventaus, Norppa, Veidebaum & Peltonen, 1997). Προϊόντα βαφής και αρωματικών αμινών βρέθηκαν να συνδέονται με καρκίνους της ουροδόχου κύστης (Kane, Ladon, Holdsworth & Weaver, 1984) και πετρελαιοειδή λιπαντικά βρέθηκαν να συνδέονται με καρκίνους όπως του λάρυγγα, του δέρματος και της ουροδόχου κύστης (Kane, et al., 1984; Mackerer, Griffis, Grabowski Jr & Reitman, 2003).

Στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που αφορούν την ανάπτυξη του καρκίνου ανήκει κι ο αντίκτυπος της ρύπανσης καθώς επηρεάζει όλα τα άτομα στην κοινότητα, όπως επίσης και παράγοντες που είναι διάχυτοι στο περιβάλλον, για παράδειγμα μέταλλα, φαρμακευτικές ουσίες, φυτοφάρμακα και προσθετικά τροφίμων. Η έκθεση στη ρύπανση συμβαίνει μέσα από την χημική ρύπανση του αέρα που εισπνέεται και μέσω της ρύπανσης του νερού, του εδάφους, των επιφανειακών και των υπόγειων υδάτων που περιβάλλουν το ζωτικό χώρο (IARC, 2014).

Κάποιοι αρωματικοί πολυκυκλικοί υδρογονάνθρακες που παράγονται από την καύση των ορυκτών καυσίμων, του καπνού του τσιγάρου ή εργοστασίων και ρυπαίνουν την ατμόσφαιρα μπορεί να προκαλέσουν μεταλλάξεις (IARC, 2014). Το διοξείδιο του αζώτου (NO<sub>2</sub>) μπορεί επίσης να αποτελεί έναν ακόμα ατμοσφαιρικό ρύπο που μπορεί να εμπλέκεται στην πρόκληση του καρκίνου, καθώς αποτελεί ένα δείκτη μείξης σωματιδίων και αερίων που σχετίζονται με την κυκλοφορία, τους σταθμούς ηλεκτροπαραγωγής και την εκπομπή αποβλήτων από αποτεφρωτήρες (Takamichi, Keiji & Masaru, 1991; Ohyama, Ito & Kanisawa, 1999).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2004, το ποσοστό των καρκίνων του πνεύμονα βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με την ύπαρξη ατμοσφαιρικών ρύπων και καπνού που εντοπίζονται στην ατμόσφαιρα και που οφείλονται σε εργασιακούς παράγοντες και εκτιμάται ότι σε πρώην καπνιστές τα ποσοστά επικινδυνότητας εμφάνισης της νόσου είναι από 16 ως 25% και σε άτομα που δεν υπήρξαν ποτέ καπνιστές από 5 ως 7%. Οι πρώην καπνιστές φαίνεται να είναι περισσότερο επιρρεπής στην εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα λόγω της έκθεσης τους σε καπνό που διαχέεται στο περιβάλλον εξαιτίας της εργασίας τους (Vineis, Hoek, Krzyzanowski, Vigna-Taglianti, Veglia, Airolidi & Boeing, 2007).

Η έκθεση σε φυτοφάρμακα σχετίζεται με μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης λευχαιμιών, καρκίνου του κεντρικού νευρικού συστήματος, του μαστού, του προστάτη, καθώς επίσης και σαρκωμάτων (Ma, Buffler, Gunier, Dahl, Smith, Reinier & Reynolds, 2002; Cordier, Mandereau, Preston-Martin, Little, Lubin, Mueller & Choi, 2001; Hardell, Eriksson, Axelson & Flesch-Janys, 2003). Επίσης, διοξίνες που παράγονται από την αποτέφρωση των παρασιτοκτόνων μπορούν να μολύνουν τα τρόφιμα και το πόσιμο νερό και να προκαλέσουν ενδοκρινικές διαταραχές επηρεάζοντας την αναπτυξιακή διαδικασία στη μήτρα προκαλώντας καρκίνο ενώ συμβάλλουν και στην εμφάνιση σαρκωμάτων και λεμφώματος (Mandal, 2005; Mukerjee, 1998; Floret, Mauny, Challier, Cahn, Tourneux & Viel, 2004).

Επικίνδυνοι παράγοντες για την εμφάνιση του καρκίνου θεωρούνται επίσης τα προσθετικά τροφίμων και τα νιτρικά άλατα που μπορούν να μολύνουν το πόσιμο νερό και τα τρόφιμα, προκαλώντας μεταλλάξεις από την πεπτική βακτηριακή μικροχλωρίδα μέσω της μετατροπής τους σε νιτρώδη άλατα (Tannenbaum, Young, Green & Ruiz, 1980; Ward, DeKok, Levallois, Brender, Gulis, Nolan & VanDerslice, 2005). Στους ενήλικες, μερικές επιδημιολογικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η υπερβολική κατανάλωση νιτρικών αλάτων αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης γαστρικών και ρινοφαρυγγικών καρκίνων, την αυξημένη εμφάνιση μη Hodgkin

λεμφώματος και καρκίνο του παχέος εντέρου (Schottenfeld & Fraumeni 2006; De Roos, Ward, Lynch & Cantor, 2003; Kasim, Levallois, Johnson, Abdous & Auger, 2005).

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι αρκετά μέταλλα και μεταλλοειδή μπορούν να είναι επικίνδυνα για εμφάνιση καρκίνου, όπως η εισπνοή αρσενικού οξειδίου μπορεί να συνδεθεί με εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα αλλά σε περίπτωση κατάποσης υπάρχει κίνδυνος καρκίνου της ουροδόχου κύστης, των νεφρών, του ήπατος και των πνευμόνων (Szymanska-Chabowska, Antonowicz-Juchniewicz & Andrzejak, 2002). Επιπλέον, η έκθεση σε χρώμιο ή νικέλιο έχει σχετιστεί με ρινοφαρυγγικούς καρκίνους, η έκθεση σε μόλυβδο ή υδράργυρο με όγκους του εγκεφάλου, η έκθεση σε καδμίου με καρκίνο των νεφρών και σε κάδμιο με καρκίνο του προστάτη (Hayes, 1997; Waalkes, 2003). Μπορούν να δράσουν ως συν-καρκινογόνες ουσίες ενεργοποιώντας καρκινογόνα κύτταρα στο ήπαρ καθώς επίσης και μέσω της αύξησης του προωθητικού αποτελέσματος των οιστρογόνων (Schottenfeld & Fraumeni 2006; Hayes, 1997; Gurpide, Blumenthal & Fleming, 1984). Επιπλέον μπορούν να αντικαταστήσουν το φυσικό ένζυμο που είναι συνδεδεμένο με μέταλλο απενεργοποιώντας το μεταβολισμό των βασικών ενζύμων και να βλάψουν την πρωτεΐνη επισκευής DNA, το οποίο θεωρείται αιτία καρκινογένεσης (Witkiewicz-Kucharczyk & Bal, 2006).

Αρκετές φαρμακευτικές ουσίες και καλλυντικά θεωρούνται επίσης περιβαλλοντικοί παράγοντες εκδήλωσης καρκίνου, όπως για παράδειγμα τα αντισυλληπτικά που αποτελούν φαρμακευτικά ορμονικά προϊόντα και άλλα σκευάσματα ορμονικής θεραπείας, καθώς επειδή δρουν ως υποκινητές καρκινικών κυττάρων έχει αποδειχθεί ότι σχετίζονται με μικρό αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού ειδικά όταν λαμβάνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα (Kumle, Weiderpass, Braaten, Persson, Adami & Lund, 2002; IARC, 1996). Άλλα καρκινογόνα φάρμακα περιλαμβάνουν πολλούς αντικαρκινικούς χημειοθεραπευτικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν καθυστερημένη εμφάνιση δευτερογενών καρκίνων σε καρκινοπαθείς εξαιτίας των μεταλλάξεων που προκαλούν (Belpomme, Carde,

Oldham, Mathe, Jacquillat, Chelloul & Bernard, 1974; Zahm & Devesa, 1995). Τα parabens στα υποσυνθετικά προϊόντα που περιέχονται σε ορισμένα καλλυντικά αναφέρεται ότι αποτελούν αιτιολογικό παράγοντα για καρκίνο του μαστού, όπως επίσης και οι βαφές μαλλιών θεωρούνται επικίνδυνες για εμφάνιση οξείας λευχαιμίας σε ενήλικες γυναίκες που κάνουν χρήση πάνω από 15 χρόνια (Darbre, 2001; Darbre, 2003; Gago-Dominguez, Castelaο, Yuan, Yu & Ross, 2001; Rauscher, Shore & Sandler, 2004).

### Επίπτωση και θνησιμότητα

Τα αποτελέσματα από το Global Cancer Observatory (2012) φανερόνουν ότι 14,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου διαγνώστηκαν παγκοσμίως (με εξαίρεση το μη-μελάνωμα καρκίνο του δέρματος) και εκτιμάται ότι ανήλθαν στα 8,2 εκατομμύρια οι θάνατοι από καρκίνο (Ferlay, Autier, Boniol, Heanue, Colombet & Boyle, 2007). Υποστηρίζεται ότι βάσει των παγκόσμιων δεδομένων υπάρχουν περισσότερες περιπτώσεις κρουσμάτων (53% από το σύνολο) και θανάτων (57%) ανάμεσα στους άνδρες από ότι στις γυναίκες (IARC, 2014).

Μεταξύ των ανδρών, οι 5 πιο κοινοί τύποι καρκίνου που διαγνώστηκαν το 2012 ήταν του πνεύμονα (16,7% του πληθυσμού από το σύνολο), του προστάτη (15%), του παχέος εντέρου (10%), του στομάχου (8,2%) και του ήπατος (7,5%) (IARC, 2014). Ο καρκίνος του πνεύμονα έχει τα υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης και θνησιμότητας (34,2% και 30% ανά 100.000 αντίστοιχα) (IARC, 2014). Ο καρκίνος του προστάτη έχει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό επίπτωσης (31,1% ανά 100.000), το οποίο δεν είναι πολύ χαμηλότερα από τον καρκίνο του πνεύμονα και το ποσοστό θνησιμότητας από τον καρκίνο του προστάτη (7,8% ανά 100.000) είναι πολύ πιο χαμηλά από τον καρκίνο του πνεύμονα (IARC, 2014). Η σημαντικότητα του καρκίνου του πνεύμονα αυξήθηκε στο 23,6% του συνόλου, ακολουθούμενη από τον καρκίνο του ήπατος (11,2%) και του στομάχου (10,1%) κάνοντας τις δύο τελευταίες μορφές καρκίνου

να αποτελούν τη δεύτερη και τρίτη αιτία θανάτου από καρκίνο (IARC, 2014). Οι καρκίνοι του στομάχου, του ήπατος και του οισοφάγου έχουν όμως κακή πρόγνωση και ως εκ τούτου τα ποσοστά θνησιμότητας και της επίπτωσης είναι κοντά (επίπτωση και θνησιμότητα 17,4% και 12,7% ανά 100.000 αντίστοιχα για τον καρκίνο του στομάχου, 15,3% και 14,3% ανά 100.000 άτομα για τον καρκίνο του ήπατος και 9,0% και 7,7% ανά 100.000 άτομα για τον καρκίνο του οισοφάγου) (IARC, 2014).

Μεταξύ των γυναικών, οι 5 πιο συνηθεις τύποι καρκίνου είναι του μαστού (25,2% του συνόλου), του παχέος εντέρου (9,2%), του πνεύμονα (8,7%), του τραχήλου (7,9%) και του στομάχου (4,8%) (IARC, 2014). Ο καρκίνος του μαστού έχει την υψηλότερη επίπτωση (43,3 % ανά 100.000) από οποιονδήποτε άλλο καρκίνο. Ο επόμενος υψηλότερος καρκίνος είναι του παχέος εντέρου (14,3% ανά 100.000), μετά του τραχήλου (14%), του πνεύμονα (13,6%), της μήτρας (8,2%) και του στομάχου (7,2%) (IARC, 2014). Όπως και στους άνδρες το ποσοστό θνησιμότητας από καρκίνο του στομάχου (5,7% ανά 100.000) δεν είναι πιο χαμηλό από το ποσοστό επίπτωσης, ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας από άλλους καρκίνους στις γυναίκες όπως του παχέος εντέρου (6,9% ανά 100.000), του τραχήλου (6,8%) και της μήτρας (1,8%) είναι συγκριτικά πιο χαμηλά από τα αντίστοιχα ποσοστά επίπτωσης (IARC, 2014). Η σημαντικότητα θανάτου από καρκίνο του μαστού μειώθηκε σε (14,7% του συνόλου), ακολουθούμενη από τον καρκίνο του πνεύμονα (13,8%) ως δεύτερη πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο. Σε συνδυασμό και των 2 φύλων οι πέντε πιο συνηθισμένοι καρκίνοι είναι του πνεύμονα (13% του συνόλου), του μαστού (11,9%), του παχέος εντέρου (9,7%), του προστάτη (7,9%) και του στομάχου (6,8%). Οι πέντε αυτοί τύποι καρκίνου αποτελούν το ήμισυ της συνολικής επιβάρυνσης από καρκίνο σε παγκόσμιο επίπεδο (IARC, 2014).

## Επιπολασμός

Ένα επιπλέον κριτήριο όσον αφορά στην επιβάρυνση από καρκίνο στον πληθυσμό είναι ο επιπολασμός : ο αριθμός των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο αλλά εξακολουθούν να ζουν εντός συγκεκριμένου χρονικού ορίου (Bray, Ren, Masuyer & Ferlay, 2013). Με 6,3 εκατομμύρια επιζώντες που διαγνώστηκαν με καρκίνο τα προηγούμενα πέντε χρόνια, ο καρκίνος του μαστού έχει μακράν τη μεγαλύτερη επικράτεια ακόμα και στο συνδυασμό των δύο φύλων (IARC, 2014). Ο δεύτερος πιο διαδομένος καρκίνος είναι του προστάτη με εμφάνιση σε 3,9 εκατομμύρια, ακολουθεί ο καρκίνος του παχέος εντέρου με 3,5 εκατομμύρια (1,9 εκατομμύρια άνδρες και 1,6 εκατομμύρια γυναίκες) και καρκίνο του πνεύμονα με 1,9 εκατομμύρια (1,3 εκατομμύρια άνδρες και 0,6 γυναίκες), (IARC, 2014).

## Επίπτωση ανά ηλικία

Σύμφωνα με τα στοιχεία που προέρχονται από το GLOBOCAN, ο καρκίνος συσχετίζεται σημαντικά με την ηλικία (IARC, 2014). Οι τιμές στις νεότερες ηλικιακές ομάδες δείχνουν ότι από (0-14 ετών) η επίπτωση είναι περίπου 10 ανά 100.000 άτομα, αυξανόμενη σε περίπου 150 ανά 100.000 από (40-44 ετών) και είναι πάνω από 500 ανά 100.000 για τα άτομα από (60-64 ετών). Μετά την εφηβική ηλικία τα ποσοστά είναι υψηλότερα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 50 ετών, ενώ τα ποσοστά των ανδρών αυξάνονται πολύ παραπάνω από των γυναικών μετά την ηλικία των 60 ετών (IARC, 2014). Το γεγονός ότι οι γυναίκες νοσούν περισσότερο από καρκίνο πριν τα 50 έτη οφείλεται στην πρόιμη ηλικία έναρξης των καρκίνων του μαστού και του τραχήλου της μήτρας και πάνω από την ηλικία των 60 ετών ο καρκίνος του προστάτη και του πνεύμονα είναι πιο κοινός για τους άνδρες (IARC, 2014).

## Ευρώπη

Στην Ευρώπη, ο καρκίνος του προστάτη για τους άνδρες και του μαστού για τις γυναίκες κυριαρχεί μαζί με τον καρκίνο του πνεύμονα και του παχέος εντέρου. Όσον αφορά τη θνησιμότητα, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η κύρια αιτία θνησιμότητας από καρκίνο στους άνδρες λόγω της κακής πρόγνωσης του (IARC, 2014). Επίσης ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης, του στομάχου και των νεφρών συμβάλουν σημαντικά στην επιβάρυνση από καρκίνο στους άνδρες με ποσοστό εμφάνισης από 10 ανά 100.000 άτομα, ενώ για τις γυναίκες οι καρκίνοι της μήτρας και του τραχήλου είναι οι πιο κοινοί με ποσοστό εμφάνισης πάνω από 10 ανά 100.000 άτομα. Οι καρκίνοι του μαστού, του προστάτη και του παχέος εντέρου είναι οι πιο κοινοί και οι τρεις αυτοί τύποι καρκίνου μαζί αποτελούν το ήμισυ του συνόλου των τελευταίων πιο συνηθισμένων πενταετών περιπτώσεων καρκίνου στην Ευρώπη (IARC, 2014).

## Στρεσογόνα γεγονότα και η επίδρασή τους στην εμφάνιση καρκίνου

Αρκετές τραυματικές εμπειρίες κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής ή και πριν μπορούν να αποτελέσουν στρεσογόνους παράγοντες και να συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση του καρκίνου (Fox, 1978). Ο καρκίνος μπορεί να σχετίζεται με στρεσογόνες εμπειρίες ζωής όπως είναι η απώλεια ενός σημαντικού ατόμου από τη ζωή του ατόμου, σοβαρός τραυματισμός ή ασθένεια, αλλαγή στην υγεία ενός στενού μέλους της οικογένειας, οικονομικά προβλήματα και προβλήματα στο γάμο (Fox, 1978). Οι μετα-αναλύσεις 165 μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί για να αποδείξουν τη σχέση μεταξύ των στρεσογόνων γεγονότων και της πρόκλησης καρκίνου αναφέρουν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση κι αποτελούν επικίνδυνο παράγοντα για εκδήλωση καρκίνου (Chida, Hamer, Wardle & Steptoe, 2008).

Επιπλέον σημαντικές τραυματικές εμπειρίες πριν την ενηλικίωση μπορούν να συσχετιστούν με την εκδήλωση κακοήθους νεοπλασίας στη μετέπειτα ζωή (Duszynski, Shaffer & Thomas, 1981). Εμπειρίες πριν την ενηλικίωση μπορεί να περιλαμβάνουν την απώλεια ενός γονέα ή τη



συναισθηματική απόσταση από το γονέα με μια μη στοργική μητέρα κι έναν αυταρχικό πατέρα (Duszynski et al., 1981).

### Ψυχιατρικές διαταραχές σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο

Ο καρκίνος αποτελεί μια ασθένεια που μπορεί να ταλαιπωρήσει τους ασθενείς για πολλά χρόνια, δημιουργώντας αισθήματα στρες, ματαίωσης, απειλής για τη ζωή και αβεβαιότητας για το αν θα καταφέρουν να είναι λειτουργικοί ώστε να αντιμετωπίσουν τη δύσκολη καθημερινότητα (Μουσσάς, Καρκανιάς, & Παπαδοπούλου, 2008). Σύμφωνα με τη θεωρία της Kubler Ross (1969) για τη διαχείριση του πένθους μπροστά σε επικείμενο θάνατο λόγω της νόσου ο ασθενής κι ειδικά ο καταληκτικός περνά από διάφορα στάδια, στην προσπάθεια του να συμφιλιωθεί και να προσαρμοστεί με τη νόσο και τις συνέπειες της. Το πρώτο στάδιο αφορά την άρνηση, κατά την οποία ο ασθενής δέχεται το αρχικό σοκ από την ανακοίνωση της νόσου και των δυσάρεστων νέων και δεν είναι σε θέση να αποδεχτεί την πραγματικότητα και την απειλή της νόσου, πράγμα που τον ανακουφίζει από το άγχος που βιώνει εκείνη τη στιγμή. Στην συνέχεια περνάει στο δεύτερο στάδιο της οργής, όπου ο ασθενής θυμώνει με τη νόσο και την κατάσταση που αντιμετωπίζει, κατά το οποίο ο ασθενής νιώθει απογοήτευση και ευερεθιστότητα καθώς και μια ανεξέλεγκτη επιθετικότητα προς τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και της οικογένειας του. Συνεχίζοντας, έπεται το τρίτο στάδιο της διαπραγμάτευσης, στο οποίο ο ασθενής προσπαθεί με μη επιστημονικούς τρόπους να καθυστερήσει το τέλος και συνήθως διαπραγματεύεται με το περιβάλλον του και με το Θεό με τη μορφή των ταμάτων. Προτελευταίο στάδιο αποτελεί η κατάθλιψη, κατά το οποίο ο ασθενής με αφορμή τον επερχόμενο θάνατο και την αποκοπή από τις δραστηριότητες του (π.χ. απώλεια εργασίας), αποσύρεται, έχει διαταραχές ύπνου, καταθλιπτικό συναίσθημα και αυτοκτονικό ιδεασμό με ευχές θανάτου. Τέλος στο πέμπτο στάδιο ο ασθενής βιώνει το στάδιο της αποδοχής, στο οποίο

νιώθει απομονωμένος με αίσθημα κενού, δίνοντας την εντύπωση ότι έχει παραιτηθεί από οποιαδήποτε προσπάθεια κι περιμένει το τέλος, καθώς συμφιλιώνεται με την ιδέα του θανάτου αφού μοιάζει να είναι πλέον αναπόφευκτη (Μουσσάς, Καρκανιάς, & Παπαδοπούλου, 2008; Kubler-Ross, 1969).

Τόσο οι ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο όσο και οι φροντιστές τους νιώθουν τρομαγμένοι απέναντι στις συνέπειες της νόσου και την κακή πρόγνωση της και αναφέρεται ότι το 65% των ασθενών διαχειρίζεται ικανοποιητικά τα αρνητικά του συναισθήματα ενώ περίπου το 3% αναφέρουν αυτοκτονικό ιδεασμό, το οποίο αποτελεί δείκτη δυσφορίας (van der Lee, Swarte, van der Bom, van den Bout, 2006; Lloyd-Williams, 2002). Ορισμένοι ασθενείς έχουν διαγνωστεί ήδη με προϋπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές, οι οποίες συχνά επιδεινώνονται στο πλαίσιο της προχωρημένης νόσου, ενώ άλλοι αναπτύσσουν νέα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης κατά την πορεία της ασθένειάς τους, ενώ η προετοιμασία όλων για τον επικείμενο θάνατο, αποτελεί επίσης ένα γεγονός που επιδεινώνει την ποιότητα ζωής τους (Grabsch, Clarke, Love, McKenzie, Snyder, Bloch & Kissane, 2006; Wilson, Chochinov, Skirko, Allard, Chary, Gagnon & Fainsinger, 2007).

Επίσης, πολλά μοντέλα έχουν προταθεί για να εξηγήσουν μέσα από πολλαπλά επίπεδα την υγεία και τη συμπεριφορά και κατ' επέκταση την επίδραση τους σε μια ασθένεια όπως ο καρκίνος. Ένα εξ αυτών, είναι το κοινωνικό οικολογικό μοντέλο του McLeroy και των συνεργατών του (1998), κατά το οποίο η συμπεριφορά της υγείας ορίζεται σε 5 επίπεδα, τα οποία επηρεάζουν τη στάση του ασθενούς και την αντιμετώπιση της νόσου. Αρχικά και σε πρώτο επίπεδο ορίζονται οι ενδοπροσωπικοί παράγοντες όπως η συμπεριφορά, η γνώση, οι στάσεις και οι ιδέες που καθορίζουν το άτομο. Σε δεύτερο επίπεδο, λαμβάνονται υπόψη οι διαπροσωπικές σχέσεις όπως η κοινωνική δικτύωση του ατόμου, η οικογένεια και οι φίλοι του, που μπορεί να επηρεάσουν το άτομο στη διαχείριση της συμπεριφοράς απέναντι στη νόσο. Το τρίτο επίπεδο αποτελούν οι θεσμικοί παράγοντες, όπως οι κοινωνικοί θεσμοί που έχουν

οργανωτικό χαρακτήρα και επίσημους κανόνες λειτουργίας. Στο τέταρτο επίπεδο βρίσκονται οι κοινοτικοί παράγοντες, που περιλαμβάνουν τις σχέσεις μεταξύ των οργανώσεων και άτυπων δικτύων εντός καθορισμένων ορίων και στο τελευταίο η δημόσια πολιτική, η οποία περιλαμβάνει τους τοπικούς και κρατικούς νόμους και πολιτικές (McLeroy, Bibeau, Steckler & Glanz, 1988). Οι παραπάνω παράγοντες μπορεί να επιδράσουν είτε θετικά είτε αρνητικά στην εξέλιξη της νόσου καθώς έχουν άμεσο αντίκτυπο στην υγεία και τη συμπεριφορά του ατόμου.

#### Επιδημιολογία ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου

Δεδομένα για την επιδημιολογία των ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο καρκίνου και σε ασθενείς που είναι αρκετά επιβαρυνμένοι από τα συμπτώματα (όπως σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του αυχένα και στους ασθενείς που αντιμετωπίζουν μεταμόσχευση μυελού των οστών) φανερώνουν ότι περίπου το 50% των ασθενών πληροί τα κριτήρια εκδήλωσης μιας ψυχιατρικής διαταραχής κυρίως της διαταραχής προσαρμογής σε συνδυασμό με μια κοινή ψυχιατρική συννοσηρότητα. (Grabsch, et al., 2006; Wilson, et al., 2007; Kadan, Lottick, Vanderwerker, Block, Zhang & Prigerson, 2005)

Ο καρκίνος αποτελεί μια νόσο που επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία των ασθενών. Συχνά έρχονται οι ασθενείς αντιμέτωποι με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους, ενώ ορισμένες φορές η ψυχική νόσος μπορεί να προϋπάρχει και να επιδεινώνει ακόμα πιο πολύ την κατάσταση της υγείας τους. Οι σημαντικές διαταραχές που αντιμετωπίζουν συχνά είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η χρήση ουσιών, η σχιζοφρένεια, η διαταραχή προσαρμογής και το οργανικό ψυχοσύνδρομο.

## Μείζων κατάθλιψη

Σύμφωνα με το DSM-IV, μείζων κατάθλιψη ορίζεται η διαταραχή με τα παρακάτω κριτήρια:

A. Πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα συνυπάρχουν κατά τη διάρκεια μίας περιόδου 2 εβδομάδων και συνιστούν αλλαγή από την προηγούμενη λειτουργικότητα. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης. Τα συμπτώματα είναι τα εξής : καταθλιπτική διάθεση τις περισσότερες ώρες της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως καταδεικνύεται είτε από υποκειμενικές αναφορές (π.χ. νιώθει θλίψη, κενό, απελπισία) ή από την παρατήρηση των άλλων (π.χ. εμφανίζεται δακρυσμένος/η), δραστική μείωση ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, σχεδόν καθημερινά (όπως καταδεικνύεται είτε από υποκειμενικές αναφορές είτε από παρατήρηση), σημαντική απώλεια βάρους χωρίς δίαιτα ή αύξηση βάρους (π.χ. μεταβολή > 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα 1 μήνα) ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά, αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά, ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους, όχι μόνο υποκειμενικά αισθήματα νευρικότητας ή βραδύτητας), ευκοπωσία ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά, αισθήματα αναξιοτιότητας ή υπερβολικής ή παθολογικής ενοχής (τα οποία μπορεί να είναι παραληρητικού τύπου) σχεδόν καθημερινά (όχι μόνο αυτομομφή και ενοχή σχετικά με το ότι είναι ασθενής, μειωμένη ικανότητα σκέψης, συγκέντρωσης της προσοχής ή αναποφασιστικότητα σχεδόν καθημερινά (είτε από υποκειμενικές αναφορές είτε όπως παρατηρείται από άλλους), επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο για απόπειρα αυτοκτονίας.

B. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική δυσφορία ή παραβλάπτουν τον κοινωνικό, εργασιακό ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας.

Γ. Το επεισόδιο δεν μπορεί να αποδοθεί σε παθο-φυσιολογικές επιδράσεις μίας ουσίας ή μιας άλλης γενικής ιατρικής κατάστασης. Δ. Η επέλευση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου δεν μπορεί να εξηγηθεί καλύτερα από υπάρχουσα σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή αλλιώς προσδιορισμένη ή μη προσδιοριζόμενη διαταραχή του φάσματος σχιζοφρενικών και άλλων ψυχωτικών διαταραχών.

Ε. Δεν υπήρξε ποτέ στο παρελθόν μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο.

Δεδομένης της αμφίδρομης σχέσης της κατάθλιψης και της κόπωσης σε ασθενείς με καρκίνο πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως η κόπωση, η απώλεια βάρους, η διαταραχή στην όρεξη και τον ύπνο, συνυπάρχουν τόσο στην κατάθλιψη όσο και στον καρκίνο καθιστώντας ακόμα πιο δύσκολη τη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο (Derogatis & Melisaratos, 1983).

### Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη αποτελεί το μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου για τους ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, για ασθενείς νεότερης ηλικίας, για εκείνους με φτωχό κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο, για τους ασθενείς με επίμονο πόνο καθώς και για τους ηλικιωμένους οι οποίοι λόγω της επιβαρυσμένης υγείας εκδηλώνουν συχνότερα αυτοκτονικό ιδεασμό (Kadan-Lottick, et al., 2005; Potash & Breitbart, 2002; Labisi, 2006). Όσον αφορά τη διαφορά μεταξύ των 2 φύλων, η κατάθλιψη φαίνεται να είναι περισσότερο κυρίαρχη στις γυναίκες καθώς σε έρευνα που διεξάχθηκε το 1988 από το Penttigale και τους συνεργάτες του ανάμεσα σε 168 ασθενείς με καρκίνο του μαστού ή λέμφωμα αναφέρεται ότι υφίσταται διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην εμφάνιση κατάθλιψης καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες με λέμφωμα είχαν πιο αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους συγκριτικά με τους άνδρες ασθενείς με λέμφωμα και τις γυναίκες με καρκίνο του μαστού (Pettingale, Burgess & Greer, 1988). Επιπλέον υψηλά ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονται σε ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο κι

υψηλά επίπεδα πόνου καθώς παλαιότερη έρευνα έδειξε ότι η κατάθλιψη ανέρχεται σε ποσοστό περίπου 33% συγκριτικά με ασθενείς με χαμηλά επίπεδα πόνου όπου το ποσοστό είναι 13% (Spiegel, Sands & Koopman, 1994).

Έρευνες υποστηρίζουν ότι το 4,4% του συνολικού παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από μείζων κατάθλιψη και αναφέρουν την συνύπαρξη κατάθλιψης και καρκίνου σε ποσοστό από 20% ως 50% (World Health Organization, 2000). Επιπλέον, τα ποσοστά επικράτησης της κατάθλιψης σε ασθενείς σε νοσοκομειακό περιβάλλον ανέρχονται από 20%-30% ενώ σε έρευνα στην οποία συμμετείχαν 263.000 ασθενείς από 237 νοσοκομεία υποστηρίζεται ότι το 24% των ασθενών που αντιμετώπισε συναισθηματική δυσφορία και ζήτησε ψυχιατρική συμβουλή από την ομάδα της Διασυνδευτικής ψυχιατρικής είχε κατάθλιψη (Massie, 2004; Wallen, Pincus, Goldman & Marcus, 1987).

Ο καρκίνος του μαστού αποτελεί έναν από τους συχνότερους και θανατηφόρους καρκίνους στις Δυτικές χώρες, καθώς στην Ευρώπη η συχνότητα εμφάνισης είναι περίπου 28,9% σε σύγκριση με τους άλλους καρκίνους ενώ το ποσοστό θνησιμότητας του βρέθηκε να ανέρχεται περίπου στο 7,8% του συνόλου όλων των θανάτων κατά το 2006 (Ferlay, et al., 2007). Σήμερα τα δεδομένα δείχνουν ότι η θεραπεία για τη νόσο δίνεται με περισσότερη προτεραιότητα στους ασθενείς με υψηλά ποσοστά επιβίωσης αν και αυτοί οι ασθενείς διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο για εκδήλωση ψυχικών διαταραχών (Porter, Clayton, Belyea, Mishel, Gil & Germino, 2006; Deshields, Tibbs, Fan & Taylor, 2006). Ωστόσο σε έρευνα που διεξήγαγε η Ell και οι συνεργάτες της (2005) σε γυναίκες με καρκίνο του μαστού και χαμηλό εισόδημα βρέθηκε ότι το ποσοστό επικράτησης της κατάθλιψης είναι 24% (Ell, Sanchez, Vourlekis, Lee, Dwight-Johnson, Lagomasino & Russell, 2005). Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού έρχονται συχνά αντιμέτωποι με αλλαγές στην εικόνα τους λόγω των συνεπειών της νόσου κι εκδηλώνουν συχνά κατάθλιψη και διαταραχές άγχους, χαμηλή αυτοεκτίμηση, φόβο για επικείμενο θάνατο (Meyerowitz, 1980; Baucom, Porter, Kirby, Gremore & Keefe, 2006). Επιπλέον η πρώτη

υποτροπή στον καρκίνο του μαστού αποτελεί ένα κρίσιμο σημείο και συχνά συνδέεται με υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ως και πάνω από 40% (Okamura, Watanabe, Narabayashi, Katsumata, Ando, Adachi & Uchitomi, 2000).

Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονται σε ασθενείς με στοματοφαρυγγικό καρκίνο, ασθενείς με καρκίνο στην περιοχή του κεφαλιού, του λαιμού, του πνεύμονα και του παγκρέατος (Grabsch et al., 2006; McDaniel, Musselman, Porter, Reed & Nemeroff, 1995). Επίσης, έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου που εκδηλώνουν κατάθλιψη, έχουν περισσότερες πιθανότητες να μην ακολουθήσουν τη θεραπεία τους αυξάνοντας την διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο, ενώ το 56% αναφέρεται ότι διακατέχεται από αυτοκτονικό ιδεασμό (Breitbart, Bruera, Chochinov & Lynch, 1995; Pelletier, Verhoef, Khatri & Hagen, 2002 Van der Lee, van der Bom, Swarte, Heintz, de Graeff & van den Bout, 2005).

#### Η κατάθλιψη και άλλοι παράγοντες ως επικίνδυνοι παράγοντες για τον καρκίνο

Υπάρχουν αρκετοί παράγοντες που επιβαρύνουν την ασθένεια του καρκίνου και σε πολλές περιπτώσεις ο καρκίνος αποτελεί μια χρόνια κατάσταση όπου ο ανθρώπινος οργανισμός δεν είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει εκ των προτέρων και ως συνέπεια καθίσταται δύσκολη η διάγνωση σε αυτόν τον πληθυσμό (Dantzer, 2005). Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες με μελαγχολική διάθεση έχουν την τάση να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού (Jacques, 1998). Σε μελέτη του McKenna και των συνεργατών του, οι οποίοι διεξήγαγαν 46 έρευνες λαμβάνοντας υπόψη τα κριτήρια α) του άγχους- κατάθλιψης, τη δομή προσωπικότητας, στρεσογόνα γεγονότα ζωής, την απώλεια και την καταστολή/άρνηση των αρνητικών συναισθημάτων και β) το μέγεθος της επίδρασης της άρνησης/καταστολής των αρνητικών συναισθημάτων και των στρεσογόνων γεγονότων ζωής ή απώλειας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μέτρια συσχέτιση μεταξύ των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και εμφάνισης καρκίνου του μαστού

ειδικά αν λάβουμε υπόψη την άρνηση/καταστολή των αρνητικών συναισθημάτων και τις εμπειρίες αποχωρισμού ή απώλειας (McKenna, Zevon, Corn & Rounds, 1999).

Επιπλέον παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού είναι οι εξής: η εθνική μειονότητα, το χαμηλό εισόδημα, ο πόνος, το άγχος και η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Ένα φτωχό κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον για αυτή την κατηγορία ασθενών μπορεί να είναι αιτία κατάθλιψης, η οποία τους οδηγεί να μην αναζητούν νωρίτερα υποστήριξη και εξέταση και κατά συνέπεια να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά κινδύνου για εκδήλωση της νόσου. Αντιθέτως, υψηλά ποσοστά κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης συνδέονται με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο του μαστού (Helgeson & Cohen, 1999).

Ορισμένοι ακόμη παράγοντες όπως τα κορτικοστεροειδή, ασθένειες όπως ο υποθυρεοειδισμός, ο υπερθυρεοειδισμός, η αναιμία, οι όγκοι του εγκεφάλου, ορμόνες όπως η ταμοξιφένη ή η ιντερφερόνη, οι μεταστάσεις κι ορισμένοι χημειοθεραπευτικοί παράγοντες (π.χ. βινκριστίνη) μπορούν να προδιαθέσουν τους ασθενείς με καρκίνο να παρουσιάσουν κατάθλιψη (Skarstein, Bjelland, Dahl, Laading & Fosså, 2005; Mainio, Hakko, Niemelä, Koivukangas & Räsänen, 2005). Οι παρενέργειες της θεραπείας (ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία) όπως η ναυτία, η κόπωση κι ο πόνος μπορούν να σχετιστούν με καταθλιπτικά συμπτώματα, όμως εκδηλώσεις όπως η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η απώλεια αυτονομίας εμφανίζονται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο της νόσου του καρκίνου του μαστού (Coates, Glasziou & McNeil, 1990; Smith, Gomm & Dickens, 2003). Υποστηρίζεται ότι τα επίπεδα δυσφορίας ποικίλουν σε ένταση ανάλογα με το επίπεδο σοβαρότητας της ασθένειας και οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά δυσφορίας και κατάθλιψης σε σύγκριση με τους μεγαλύτερους (Simonton & Sherman, 1998). Η κόπωση είναι η πιο συχνή παρενέργεια που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με καρκίνο κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους με ποσοστά επικράτησης από 25% ως 99% και συνήθως σε ασθενείς που



κάνουν χημειοθεραπεία λαμβάνεται ως σύμπτωμα κατάθλιψης (Servaes, Verhagen & Bleijenberg, 2002; Portenoy & Itri, 1999).

### Η κατάθλιψη ως προγνωστικός παράγοντας για τη θνησιμότητα από καρκίνο

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να προβλέψουν το προσδόκιμο ζωής σε αρκετά είδη καρκίνων καθώς επηρεάζουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, την επαγγελματική απόδοση και τις αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και τα σωματικά συμπτώματα και ως εκ τούτου έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών (Deshields et al., 2006; Park & Hwang, 2009). Σε πρόσφατη έρευνα βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης είχαν 2,6% πιο αυξημένο κίνδυνο να πεθάνουν από καρκίνο μέσα σε 19 μήνες μετά τη διάγνωση της νόσου (Stommel, Given & Given, 2002). Σε παρακολούθηση που έλαβε χώρα σε ασθενείς που ήταν απαλλαγμένοι από τη νόσο για μια σχεδόν πενταετία, φάνηκε ότι το αγωνιστικό πνεύμα για την αντιμετώπιση της νόσου δεν έδωσε κάποιο πλεονέκτημα για την επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής καθώς αυτοί οι ασθενείς εξακολουθούσαν να έχουν αισθήματα αβοηθητότητας και απελπισίας (Watson, Homewood, Haviland & Bliss, 2005).

Επιπλέον σε έρευνα του Prieto, ο οποίος μελέτησε 199 ασθενείς με αιματολογικό καρκίνο μετά από μεταμόσχευση ανακάλυψε ότι οι ασθενείς με σοβαρά επίπεδα κατάθλιψης μπορεί να έχουν αυξημένη θνησιμότητα από καρκίνο από 1 ως 3 χρόνια συγκριτικά με αυτούς που είχαν πιο χαμηλά επίπεδα (Prieto, Atala, Blanch, Carreras, Rovira, Cirera & Gasto, 2005). Ο Faller και οι συνεργάτες του (1999) υποστήριξαν ότι οι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα και καταθλιπτική διάθεση έχουν πιο χαμηλό προσδόκιμο ζωής ενώ σε πιο πρόσφατες μελέτες υποστηρίζεται ότι η στάση των ασθενών να μη μεγιστοποιούν την ασθένεια και να έχουν μια πιο αισιόδοξη στάση βοηθά στην καλύτερη αντιμετώπιση της (Faller, Bülzebruck, Drings & Lang, 1999; Butow, Coates & Dunn, 2000).

Υπάρχουν κάποια επιχειρήματα για την υποστήριξη της άποψης ότι η κατάθλιψη επηρεάζει τη θνησιμότητα από καρκίνο του μαστού και ένα από αυτά είναι πως η μείζων κατάθλιψη μειώνει τα κίνητρα για συμμόρφωση στη θεραπεία όπως για παράδειγμα τη χημειοθεραπεία και δυσχεραίνει την ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης ασθενούς με το ιατρικό προσωπικό (Baucorn, et al., 2006; Badger, Braden & Mishel, 2001). Αναφέρεται επίσης ότι οι καρκινοπαθείς γυναίκες που έρχονται αντιμέτωπες με το παρηγορητικό ή το τελικό στάδιο της νόσου αναπτύσσουν αυτοκτονικό ιδεασμό και οι απόπειρες αυτοκτονίας μπορούν να επιταχύνουν το θάνατο (Chochinov, Wilson, Enns & Lander, 1998; Schairer, Brown, Chen, Howard, Lynch, Hall & Andersson, 2006). Επιπλέον, μπορεί να επηρεάσει το κίνητρο για αναζήτηση θεραπείας και υποστηρικτικού περιβάλλοντος, να αυξήσει το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ και να μειώσει την άσκηση όταν οι ασθενείς έρχονται αντιμέτωποι με συμπτώματα καρκίνου και κατά αυτόν τον τρόπο η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει τη θνησιμότητα των ασθενών με καρκίνο του μαστού (Watson, Haviland, Greer, Davidson & Bliss, 1999; Wulsin, Vaillant & Wells, 1999).

### Θεραπεία

Η κατάθλιψη υποστηρίζεται ότι είναι θεραπεύσιμη ακόμα και για ασθενείς τελικού σταδίου αν και αρκετές φορές οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται ως καταθλιπτικοί χωρίς πραγματικά να είναι λόγω των σωματικών συμπτωμάτων τους τα οποία πολλές φορές συγχέονται με τα συμπτώματα της νόσου του καρκίνου (π.χ. ναυτία, πόνος, δυσκοιλιότητα κλπ.) (Kadan-Lottick et al., 2005; Block, 2000). Λαμβάνοντας υπόψη τον φαρμακευτικό παράγοντα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους καρκινοπαθείς χρησιμοποιούνται κυρίως αντικαταθλιπτικά φάρμακα όπως επίσης ορισμένες φορές και κάποιες διεγερτικές ουσίες όπως η μεφυλφαινυδάτη, οι οποίες μπορεί να συμβάλουν στην παρηγορητική φροντίδα και να βελτιώσουν τη διάθεση, την όρεξη και την γνωστική εγρήγορση (Sood, Barton & Loprinzi, 2006; Hanna, Sledge, Mayer, Hanna, Einhorn, Monahan & Bhatia, 2006).

Ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος αντιμετώπισης της κατάθλιψης σε ασθενείς τελικού σταδίου εκτός από την φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ο συνδυασμός της με ψυχοθεραπεία. Έχει υποστηριχθεί ότι αρκετές δοκιμές βραχείας ψυχοθεραπείας (CBT) ή και ομαδικής θεραπείας βελτιώνουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και του άγχους σε ασθενείς με καρκίνο (Williams & Dale, 2006; Von Essen, Enskär, Kreuger, Larsson & Sjöden, 2000). Η παρακολούθηση ομαδικής ψυχοθεραπείας για ένα έτος υποστηρίζεται ότι μειώνει την κατάθλιψη και το άγχος και βελτιώνει τις στρατηγικές αντιμετώπισης και τον πόνο στους μεταστατικούς ασθενείς (Spiegel & Bloom, 1983). Επίσης αποτελεσματικές στη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους θεωρούνται οι στρατηγικές χαλάρωσης, συμπεριλαμβανομένου του διαλογισμού, της μυϊκής χαλάρωσης και της ψυχοεκπαίδευσης γύρω από θέματα που αφορούν την νόσο (Barsevick, Sweeney, Haney & Chung, 2002).

Η ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική σε αυτούς τους ασθενείς καθώς βοηθάει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών μέσα από αναδόμηση του τρόπου σκέψης και αντιμετώπισης των καταστάσεων (Spiegel, 1994). Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας του Bandura οι πεποιθήσεις των ανθρώπων σχετικά με τις ικανότητες τους να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις δυσκολίες παίζει εξέχοντα ρόλο στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς, των μοντέλων σκέψης και της συναισθηματικής διέγερσης. Οι ασθενείς, οι οποίοι έχουν ισχυρή πίστη στην αποτελεσματικότητά τους για την αντιμετώπιση των δυσκολιών τους ξεπερνούν ευκολότερα τους κινδύνους, ενώ από την άλλη πλευρά όταν υπάρχει δυσπιστία στις ικανότητες τους αυτό μειώνει τη συναισθηματική τους διέγερση προκαλώντας τους στρες. Επιπλέον, η αίσθηση χαμηλής αυτό-αποτελεσματικότητας και απώλειας ελέγχου οδηγεί τους ασθενείς με καρκίνο σε καταθλιπτική αντίδραση με συναισθήματα απελπισίας και απόγνωσης (Bandura, 1982).

## Στρες

Ο κλασικός ορισμός του στρες είναι του Cannon (1936), ο οποίος θεωρούσε το στρες ως ερέθισμα, το οποίο οδηγεί σε βιολογικές ή σωματικές αντιδράσεις μέσω περιβαλλοντικών απαιτήσεων. Το στρες ενεργοποιεί το συμπαθητικό σύστημα καθώς αυξάνει τους καρδιακούς ρυθμούς, την πίεση, προκαλεί βραχεία αναπνοή, έκκριση αδρεναλίνης, διαστέλλει την κόρη του ματιού, αναστέλλει την έκκριση σάλιου και της χώνεψης (Cannon, 1936). Γεγονότα που προκαλούν στρες μπορεί να αποτελούν σημαντικά συμβάντα ζωής όπως ο θάνατος συζύγου ή μια σοβαρή νόσος αλλά και λιγότερο σοβαρά όπως η υπερβολική επαγγελματική φόρτιση ή η απώλεια αντικειμένων καθημερινής χρήσης (π.χ. κλειδιά του σπιτιού) (Sarafino, 1990).

Τα αυξημένα επίπεδα άγχους έχει αποδειχθεί ότι συνδέονται με υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης τόσο ψυχικών διαταραχών όπως κατάθλιψης κι αγχώδων διαταραχών όσο σωματικών, καθώς σε έρευνες που διεξάχθηκαν και στις οποίες οι ασθενείς εκτίθονταν σε ιούς, όπως το κοινό κρυολόγημα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από άγχος είναι πιο ευάλωτοι σε σύγκριση με εκείνους που βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους (Cohen, Tyrrell & Smith, 1991; DeLongis, Folkman & Lazarus, 1988). Όσον αφορά τον καρκίνο, τα συμπτώματα του στρες επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες όπως η σοβαρότητα της νόσου, ο τύπος και το στάδιο του καρκίνου, το κοινωνικό δίκτυο του ασθενούς, η προσωπικότητα του και οι στρατηγικές που χρησιμοποιεί ο ασθενής προκειμένου να διαχειριστεί το άγχος του.

## Επιδημιολογία

Έρευνες υποστηρίζουν την εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους σε περίπου 25% με 48% των ασθενών με καρκίνο ενώ 2% ως 14% των ασθενών με προχωρημένη νόσο ανταποκρίνονται θετικά στα συμπτώματα μιας αγχώδους διαταραχής (Derogatis, Morrow, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale & Carnicke, 1983; Stark, Kiely, Smith, Velikova, House & Selby, 2002).

Ο καρκίνος αποτελεί μια αρκετά επιβαρυντική νόσο με σοβαρές επιπτώσεις και απαιτητική

θεραπεία, η οποία προκαλεί πολλές φορές υψηλά επίπεδα στρες καθώς θεωρείται μια τραυματική εμπειρία και υπολογίζεται ότι το ποσοστό μετατραυματικού στρες σε ασθενείς σε πρώιμο στάδιο ανέρχεται στο 20% και σε ασθενείς με υποτροπή της νόσου σε 80% αντίστοιχα (Cella, Mahon & Donovan, 1990).

### Ο καρκίνος ως στρεσογόνος παράγοντας

Ο καρκίνος είναι μια σχετικά κοινή ασθένεια αλλά παραμένει ένας τραυματικός στρεσογόνος παράγοντας όχι λόγω της σπανιότητας του αλλά λόγω της ικανότητας του να εξασθενεί σημαντικά τις προσαρμοστικές δεξιότητες του ατόμου, ενισχύοντας το αίσθημα του αναπόφευκτου (Baum & Posluszny, 2001; Green, Epstein, Krupnick & Rowland, 1997). Τα στάδια της θεραπείας, η διάγνωση και ο κίνδυνος για υποτροπή της νόσου και απώλειας της ζωής, όπως επίσης, οι αλλαγές στον κοινωνικό και επαγγελματικό χώρο και το συναίσθημα απώλειας ελέγχου μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία των ασθενών και να τους δημιουργήσουν συναισθήματα έντονου φόβου κι αδυναμίας (Green, et al., 1997; Irvine, Brown, Crooks, Roberts & Browne, 1991).

Η διάρκεια της νόσου αποτελεί μια κατάσταση η οποία μπορεί να δημιουργήσει έντονο αίσθημα στρες στους ασθενείς και το οποίο μπορεί να συγκριθεί με το βίωμα πολέμου ή οικογενειακής βίας. Στην περίπτωση της ασθένειας του καρκίνου, οι υποτροπές της νόσου και τα επεισόδια με υφέσεις και εξάρσεις που απαιτούν ανακούφιση, δημιουργούν την αίσθηση ότι η «συνάντηση με το θάνατο» караδοκεί συνεχώς παρατείνοντας το αίσθημα του άγχους καθώς η καθυστέρηση της θεραπείας προκαλεί κατά συνέπεια περισσότερο στρες (Green et al., 1997).

### Αντίδραση στρες στον καρκίνο: προστατευτικοί και παράγοντες κινδύνου

Οι δημογραφικοί παράγοντες, η ασθένεια ως στρεσογόνος παράγοντας, το ιστορικό προηγούμενου τραυματικού γεγονότος και διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες δρουν ως σημαντικοί παράγοντες που επιδρούν στην απόκριση του στρες (Yehuda, 1999; Spiegel, 2000; Solomon & Smith, 1994). Όσον αφορά τα δημογραφικά δεδομένα, σε ορισμένες έρευνες έχει αποδειχθεί η σημαντική επίδραση του άγχους στις γυναίκες, οι οποίες φαίνεται να βιώνουν πιο αυξημένα επίπεδα άγχους συγκριτικά με τους άντρες καθώς επίσης και στους νεότερους ασθενείς συγκριτικά με τους ηλικιωμένους (Baider, Perry, Sison, Holland, Uziely & DeNour, 1997; Andrykowski, Cordova, Mcgrath, Sloan & Kenady, 2000).

Ωστόσο σε ορισμένες μελέτες έχουν βρεθεί ευρήματα που σχετίζουν τα υψηλά επίπεδα άγχους με χαμηλό οικονομικό στάτους και τα χρόνια εκπαίδευσης, αποδίδοντας αυτή τη συσχέτιση στο γεγονός ότι τα άτομα που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα με χαμηλή εκπαίδευση έχουν εκτεθεί σε περισσότερες προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες και κατά συνέπεια είναι περισσότερο καταπονημένοι (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991; Kornblith, Anderson, Cella, Tross, Zuckerman, Cherin & Leone, 1992). Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι η οικογενειακή κατάσταση παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση της νόσου, καθώς βρέθηκε ότι οι ανύπαντρες γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν πιο αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, πράγμα που υποδηλώνει την άμεση σχέση της οικογενειακής κατάστασης και την έκβαση της νόσου (Neale, Tilley & Vernon, 1986). Επίσης έχει βρεθεί ότι οι άγαμοι ασθενείς είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν μεταστατικό καρκίνο και να δεχθούν μη επαρκή θεραπεία με αποτέλεσμα να έχουν πιο αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας εν συγκρίσει με τους ασθενείς που είναι έγγαμοι (Aizer, Chen, McCarthy, Mendu, Koo, Wilhite & Hu, 2013).

Όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με την νόσο και τη θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι η απαιτητική θεραπεία, η διάρκεια της ασθένειας, ο βαθμός απειλής για τη ζωή και οι υποτροπές της νόσου συμβάλλουν στα αυξανόμενα επίπεδα αντίδρασης του στρες (Spiegel, 2000; Hampton & Frombach, 2000). Τα αποτελέσματα από την έρευνα σε δείγμα 82 γυναικών με καρκίνο του μαστού, φανέρωσαν υψηλότερα επίπεδα στρες όταν η νόσος βρισκόταν σε προηγμένο στάδιο (Andrykowski & Cordova, 1998). Αντίθετα, σε πολλές έρευνες δεν έχει βρεθεί συσχέτιση μεταξύ του σταδίου της νόσου και των συμπτωμάτων του άγχους. Για παράδειγμα, σε έρευνα του Alter και των συνεργατών του (1996), όπου εξέτασαν 27 γυναίκες που νόσησαν από καρκίνο δεν βρέθηκε συσχέτιση του σταδίου της νόσου και του άγχους μετά από 4.6 χρόνια από τη θεραπεία και 5.6 χρόνια από τη διάγνωση (Alter, Pelcovitz, Axelrod, Goldenberg, Harris, Meyers & Kaplan, 1996).

Η έκθεση σε προηγούμενα τραυματικά γεγονότα επηρεάζει τα επίπεδα αντοχής στο στρες αφού μπορεί να λειτουργήσει ως «διοργανωτής» σε μια επικείμενη αντίδραση άγχους (Lorensini, 2005; Andrykowski et al., 2000). Ωστόσο τα ευρήματα φαίνεται να είναι αντιφατικά με ορισμένες έρευνες να μην υποστηρίζουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ στρες και καρκίνου και με άλλες να συμφωνούν με την ύπαρξη μιας τέτοιας συσχέτισης, με το στρες να αυξάνεται στο πρώιμο στάδιο του καρκίνου και στο μεταστατικό στάδιο για τους ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Alter et al., 1996; Andrykowski & Cordova, 1998; Butler, Koopman, Classen & Spiegel, 1999).

Η υποστήριξη του κοινωνικού δικτύου αποτελεί προστατευτικό παράγοντα όσον αφορά την αντίδραση στο άγχος, καθώς μειώνει τα επίπεδα στρες στους ασθενείς που βιώνουν την τραυματική εμπειρία της νόσου και λειτουργεί ως καλύτερος ρυθμιστής της ψυχολογικής τους κατάστασης σε αντίθεση με τους ασθενείς που δεν λαμβάνουν υποστήριξη, οι οποίοι βιώνουν κατακόρυφη αύξηση του άγχους (Young, 1997; Hobfoll & Freedy, 1995). Σε έρευνα 64 ασθενών που έχουν επιζήσει από καρκίνο του μαστού, σε βάθος επτά ετών μετά τη θεραπεία

φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη μείωσε το άγχος και τις ενοχλητικές σκέψεις τους (Lewis, Manne, DuHamel, Vickburg, Bovbjerg, Currie & Redd, 2001). Η υποστήριξη από το ιατρικό προσωπικό και η διαθεσιμότητα πληροφοριών σχετικά με την ασθένεια μπορεί να επηρεάσει το στρες που βιώνουν οι ασθενείς, με τους ασθενείς που δεν είχαν ικανοποιητική πληροφόρηση γύρω από την ασθένεια να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά άγχους σε σχέση με αυτούς που είχαν ικανοποιητική πληροφόρηση (Naidich & Motta, 2000).

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να συμβάλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του στρες που βιώνουν οι ασθενείς λόγω της νόσου. Σε ασθενείς με καρκίνο, η παρακολούθηση των σωματικών αλλαγών ως στρατηγική αντιμετώπισης μπορεί να προκαλέσει υπερδιέγερση του άγχους, όπως επίσης κι η αποφυγή αντιμετώπισης αγχωτικών καταστάσεων (Brewin, Watson, McCarthy, Hyman & Dayson, 1998; Eckhardt, 1999). Η υιοθέτηση μιας μαχητικής στάσης απέναντι στον καρκίνο έχει υποστηριχθεί ότι βοηθάει περισσότερο τους ασθενείς. Έρευνα που εξέτασε γυναίκες με καρκίνο του μαστού οι οποίες βίωναν έντονα το συναίσθημα της απελπισίας και της απόγνωσης 3 μήνες μετά τη μαστεκτομή, απέδειξε ότι είχαν αυξημένο κίνδυνο για υποτροπή της νόσου και θνησιμότητας μέσα σε 10 με 15 χρόνια συγκριτικά με εκείνες που είχαν ένα μαχητικό τρόπο αντιμετώπισης των καταστάσεων (Greer, Morris & Pettingale, 1979).

Η αισιόδοξη στάση απέναντι στη νόσο και το χιούμορ μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεση και να επιμηκύνουν το προσδόκιμο ζωής (Antoni & Lutgendorf, 2007). Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι η αισιόδοξία παίζει καθοριστικό ρόλο στην έκβαση του καρκίνου, καθώς αποτελεί έναν προστατευτικό παράγοντα (Allison, Guichard, Fung & Gilain, 2003). Έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε ασθενείς σε πρώιμο στάδιο μελανώματος και μεταστατικό καρκίνο έδειξαν ότι οι ασθενείς που παρέμεναν αισιόδοξοι και προσδοκούσαν σε πλήρη ίαση από τη νόσο ή την μακροπρόθεσμη παράταση ζωής παρουσίασαν αύξηση του προσδόκιμου ζωής χωρίς υποτροπή σε σχέση με τους ασθενείς που προσδοκούσαν απλά στη μείωση των



συμπτωμάτων της νόσου ή της αύξησης του βραχυπρόθεσμου διαστήματος επιβίωσης (Butow, Coates & Dunn, 1999; Brown, Butow, et al., 2000).

### Θεραπεία

Η παροχή εφησυχασμού δεν μειώνει το άγχος που νιώθουν οι ασθενείς, όμως αποτελεσματική δράση έχουν η αναγνώριση των ανησυχιών των ασθενών και το αίσθημα ότι οι γιατροί θα βρισκονται κοντά τους για ψυχιατρικές συμβουλές. Η υποστηρικτική- εκφραστική θεραπεία αποτελεί την καλύτερη προσέγγιση για τη θεραπεία άγχους σε καρκινοπαθείς ασθενείς καθώς καρκινοπαθείς γυναίκες που έκαναν για ένα χρόνο υποστηρικτική – εκφραστική θεραπεία με εκπαιδευτικά υλικά παρουσίασαν σημαντικές μειώσεις στα επίπεδα στρες και στην εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών σε σύγκριση με ασθενείς γυναίκες που έλαβαν μόνο το εκπαιδευτικό υλικό (Classen, Butler, Koopman, Miller, DiMiceli, Giese-Davis & Spiegel, 2001). Επιπλέον, οι εκπαιδευτικές τεχνικές γύρω από τη νόσο και το άγχος, η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία με ομαδικές προσεγγίσεις και οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να βοηθήσουν μειώνοντας τα συμπτώματα του άγχους (Fawzy, Fawzy, Arndt & Pasnau, 1995). Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή τα αντιψυχωτικά όπως οι φαινοθειαζίνες και βουτυροφαινόνες που χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του παραληρήματος, συμβάλλουν στην καταπολέμηση του άγχους.

### Διαταραχές προσαρμογής

Η διαταραχή προσαρμογής αποτελεί μια από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές σε ασθενείς με καρκίνο και σύμφωνα με το DSM-IV ορίζεται με τα παρακάτω συμπτώματα: Α) Η ανάπτυξη συναισθηματικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων ως αντίδραση σε

αναγνωρίσιμο στρεσογόνο παράγοντα (ή παράγοντες) που συμβαίνουν εντός 3 μηνών από την έναρξη του παράγοντα (ή παραγόντων). Β) Αυτά τα συμπτώματα ή οι συμπεριφορές είναι κλινικά σημαντικά, όπως φαίνεται από ένα ή αμφότερα τα ακόλουθα: 1. σοβαρή δυσφορία που είναι δυσανάλογη με τη βαρύτητα ή την ένταση του στρεσογόνου παράγοντα, λαμβάνοντας υπόψιν το εξωτερικό πλαίσιο ή τους πολιτισμικούς παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την εμφάνιση και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. 2. σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας. Γ) Οι διαταραχές που σχετίζονται με το στρες, δεν πληρούν τα κριτήρια μία άλλης ψυχικής διαταραχής και δεν είναι απλώς επιδείνωση μιας προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής. Δ) Τα συμπτώματα δεν αντιπροσωπεύουν φυσιολογικό πένθος. Ε) Από τη στιγμή που ο στρεσογόνος παράγοντας ή οι συνέπειές του έχουν πάψει, τα συμπτώματα δεν επιμένουν για πάνω από 6 επιπλέον μήνες (Segal, 2010).

Τα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης που αντιμετωπίζει το άτομο στη διαταραχή προσαρμογής προκαλούν δυσφορία όμως δεν πληρούν τα κριτήρια αγχώδους ή καταθλιπτικής διαταραχής (Mionic & Block, 2007). Τα αγχώδη συμπτώματα περιλαμβάνουν αϋπνία, ένταση, μυϊκή ένταση, δύσπνοια, τρέμουλο, αίσθημα παλμών, εφίδρωση κι αίσθημα ζάλης. Τα συμπτώματα κατάθλιψης περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, μεταβολές της διάθεσης, δακρύρροια, κακή συγκέντρωση, κοινωνική απόσυρση και περιοδικό αίσθημα απελπισίας ή αποθάρρυνσης. Οι δύο παραπάνω τύποι συμπτωμάτων μπορούν να προκαλέσουν αυξημένη εξάρτηση για συναισθηματική υποστήριξη από τους φροντιστές (Mionic & Block, 2007).

Η θεραπεία που προτείνεται είναι η υποστήριξη των ασθενών αυτών εκπαιδύοντας τους να ελέγχουν τα σωματικά τους συμπτώματα και να επικοινωνούν με τα κοντινά τους πρόσωπα για τις ανησυχίες τους, όπως για παράδειγμα τις μελλοντικές τους θεραπευτικές επιλογές ή ζητήματα σχετικά με το τέλος της ζωής τους (Mionic & Block, 2007) Οι βενζοδιαζεπίνες μπορούν να μειώσουν τα συμπτώματα άγχους και της αϋπνίας και η καλή συνεργασία και

επικοινωνία μεταξύ των φροντιστών υγείας και των ασθενών για ζητήματα της νόσου και τις ανησυχίες των ασθενών συμβάλλουν αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Επιπλέον η Γνωσιακή Συμπεριφοριστική Θεραπεία μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τις αρνητικές ή παράλογες γνωσίες που έχουν σχετικά με την ασθένεια και τον εαυτό τους και μέσω της θεραπευτικής διαδικασίας να τις μετατρέψουν σε πιο λειτουργικές και θετικές, καθώς επίσης και οι τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να συμβάλλουν θετικά στην αντιμετώπιση του άγχους ( Spiegel, Bloom & Yalom, 1981).

### Χρήση ουσιών

Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί ακατάλληλο πρότυπο χρήσης ουσιών και συνδέεται με αδυναμία υποχρεώσεων στο σπίτι, την εργασία, την οδήγηση και διαπροσωπικά προβλήματα που σχετίζονται με την ουσία. Σύμφωνα με το DSM-IV, οι συνδεδόμενες με τη χρήση ουσιών διαταραχές είναι η εξάρτηση από ουσίες και η κατάχρηση ουσιών.

Η εξάρτηση από ουσίες είναι η πιο σοβαρή μορφή και περιλαμβάνει τουλάχιστον 3 από τα ακόλουθα κριτήρια τα οποία λαμβάνουν χώρα σε μια περίοδο 12 μηνών: Α) επαναλαμβανόμενη χρήση που οδηγεί στην ανοχή, δηλαδή στην ανάγκη να αυξάνεται συνεχώς η ποσότητα της ουσίας προκειμένου να επιτευχθεί η τοξίκωση ή το επιθυμητό αποτέλεσμα. Β) Στέρηση, δηλαδή το χαρακτηριστικό στερητικό σύνδρομο για την ουσία, που περιλαμβάνει δυσάρεστα ή επώδυνα σωματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα όταν το άτομο διακόπτει τη χρήση. Γ) Έμμονη επιθυμία για την ουσία ή ανεπιτυχής προσπάθειες να ελεγχθεί ή να διακοπεί η χρήση της. Δ) Μεγάλο μέρος του χρόνου διατίθεται σε δραστηριότητες απαραίτητες για την απόκτηση της ουσίας. Ε) Σημαντική μείωση ή εγκατάλειψη κοινωνικών, επαγγελματικών ή ψυχολογικών δραστηριοτήτων εξαιτίας της χρήσης της ουσίας. Στ) Συνέχιση της λήψης της

ουσίας, ενώ υπάρχει επίγνωση των δυσμενών σημαντικών και ψυχολογικών επιπτώσεων λόγω της χρήσης.

Επιπλέον, η διάγνωση προσδιορίζεται είτε με σωματική εξάρτηση, όταν δηλαδή ισχύει το (α) ή το (β), είτε χωρίς σωματική εξάρτηση, δηλαδή όταν δεν ισχύει το (α) ή το (β).

Η δεύτερη μορφή της διαταραχής είναι η κατάχρηση ουσιών. Ορίζεται ως «ένα δυσπροσαρμοστικό πρότυπο χρήσης ουσίας, που οδηγεί σε κλινικά σημαντική έκπτωση ή ενόχληση σε ένα από τα ακόλουθα για μια περίοδο 12 μηνών». Α) Αποτυχία στην εκπλήρωση βασικών υποχρεώσεων στον επαγγελματικό τομέα, στο σχολείο ή το σπίτι. Β) Χρήση της ουσίας σε συνθήκες που ενέχουν κίνδυνο ζωής, για παράδειγμα οδήγηση οχήματος υπό την επήρεια της ουσίας. Γ) Προβλήματα με το νόμο που συνδέονται με τη χρήση της ουσίας. Δ) Συνεχιζόμενη χρήση παρά την ύπαρξη κοινωνικών ή διαπροσωπικών προβλημάτων που προκαλούνται ή επιδεινώνονται από τη χρήση της ουσίας.

Η χρήση ή κατάχρηση ουσιών συμπεριλαμβάνονται στα πιο σημαντικά προβλήματα της δημόσιας υγείας με σοβαρές κοινωνικές περιπτώσεις, καθώς έχουν συσχετιστεί με χαμηλή παραγωγικότητα, απουσία από το περιβάλλον εργασίας και οικονομικές δυσκολίες (Van Boekel, Brouwers, Van Weeghel & Garretsen, 2013). Τα προβλήματα που προκύπτουν από την κατάχρηση ουσιών επιβαρύνουν και το σύστημα υγείας, καθώς απαιτούν συγκεκριμένες παρεμβάσεις και εξασφάλιση οικονομικών πόρων (Moussas & Papadopoulou, 2017). Σε έρευνα του 1990 μόνο το 3% των νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών ασθενών ζήτησε βοήθεια για την χρήση ουσιών, ποσοστό πολύ χαμηλό συγκριτικά με το γενικό ιατρικό πληθυσμό (Burton, Lyons, Devens & Larson, 1991). Το χαμηλό ποσοστό της κατάχρησης ουσιών σε ασθενείς με καρκίνο που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία μπορεί να οφείλεται στον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων ή στην συμπεριφορά του ασθενή, ο οποίος μπορεί να μη δηλώνει την χρήση ουσιών υπό αυτές τις συνθήκες (Starr, Rogak & Passik, 2010).

## Επιδημιολογία

Ο επιπολασμός του αλκοολισμού κυμαίνεται από 7% ως 27% σε ασθενείς που λαμβάνουν παρηγορητική φροντίδα (Chow, Connolly, Wong, Franssen, Fung, Harth & Szumacher, 2001; Bruera, Neumann, Brenneis & Quan, 2000). Σε ασθενείς με καρκίνο του κεφαλιού και του αυχένα, υποστηρίζεται ότι το 33,6% έχει εξάρτηση από το αλκοόλ και το 6,5% κάνει κατάχρηση ενώ σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα βρέθηκε ότι το 13% έχει εξάρτηση από το αλκοόλ (Akechi, Okamura, Nishiwaki & Uchitomi, 2001).

## Οι ναρκωτικές ουσίες ως παράγοντες πρόκλησης καρκίνου

Τα οπιοειδή φαίνεται να αποτελούν τις πρώτες ουσίες που σχετίζονται με την εμφάνιση του καρκίνου και είναι υπεύθυνες για την αύξηση των καρκινικών κυττάρων και των μεταστάσεων. Τα ενδογενή και τα εξωγενή οπιοειδή που πολλές φορές δίνονται στους ασθενείς για την αντιμετώπιση του πόνου μπορούν να συντελέσουν στην πρόκληση του καρκίνου (Moussas & Papadopoulou, 2017).

Η κάνναβη, γνωστή κι ως μαριχουάνα είναι μια ψυχοδραστική και παράλληλα φαρμακευτική ουσία. Πολλές έρευνες αποδεικνύουν ότι το κάπνισμα μαριχουάνας μπορεί να προκαλέσει καρκίνο είτε ως ανεξάρτητος παράγοντας σε συνδυασμό με άλλους καρκινογόνους παράγοντες. Έχει φανεί ότι συνδέεται κυρίως με καρκίνους του αναπνευστικού και του γαστρεντερικού συστήματος και οι καπνιστές χασίς έχουν περισσότερες αλλοιώσεις στο βρογχικό ιστό από τους μη καπνιστές (Mao & Oh, 1998; Fligiel, Roth, Klerup, Barsky, Simmons & Tashkin, 1997). Σε μελέτη ανάμεσα σε ογκολογικούς ασθενείς, εκείνοι που είχαν ιστορικό χρήσης κάνναβης φάνηκε ότι είχαν διπλάσιες πιθανότητες εμφάνισης ορισμένων ιστολογικών τύπων καρκίνου με κακή πρόγνωση συγκριτικά με ασθενείς χωρίς ιστορικό χρήσης (Lacson, Carroll, Tuazon, Castelao, Bernstein & Cortessis, 2012).

Η κοκαΐνη είναι μια ουσία αρκετά επικίνδυνη για την ανθρώπινη υγεία καθώς μπορεί να προκαλέσει διαταραχές στη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών, εγκεφαλικές αλλοιώσεις, περιγεννητικές αλλοιώσεις και αμβλώσεις (Behnke & Smith, 2013; Cain, Bornick & Whiteman, 2013). Έχει βρεθεί ότι ο συνδυασμός κοκαΐνης και ισχυρών αντιφλεγμονωδών ουσιών όπως η λελαμισόλη, η οποία αποτελεί και αντικαρκινικό παράγοντα μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές όπως την ακοκκιοκυταραιμία και επιπλέον η χρήση κοκαΐνης μειώνει την απόκριση των χημειοθεραπευτικών παραγόντων σε ασθενείς με χρόνια μυελοειδή λευχαιμία (Wolford, McDonald, Eng, Hansel, Chen, Bauman & Kalgutkar, 2012; Breccia, Gentilini & Alimena, 2007).

#### Αντιμετώπιση του πόνου και κατάχρηση ουσιών

Έχει υποστηριχθεί ότι ο παράγοντας του πόνου στη νόσο του καρκίνου πολύ συχνά είναι υποβαθμισμένος κι έτσι υπάρχει αυξημένη συνταγογράφηση φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου, ιδίως των οπιοειδών (Starr, et al., 2010). Η κατηγορία των οπιοειδών είναι μια ιδιαίτερη ομάδα φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου καθώς απαιτείται να χορηγούνται κατόπιν συνταγής γιατρού ώστε να αποφεύγεται η άσκοπη χρήση τους για μη θεραπευτικούς λόγους (Starr et al., 2010). Επιπλέον για την αντιμετώπιση του πόνου θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη η αξιολόγηση της ποιότητας, της έντασης του πόνου, η επίδραση που έχει στον ύπνο και στη διάθεση του ατόμου ώστε να σχεδιάζεται η κατάλληλη μέθοδος ανακούφισης του (Starr et al., 2010).

Υπάρχουν περιπτώσεις που οι ειδικοί δεν ακολουθούν την συνηθισμένη συνταγογράφηση οπιοειδών για την αντιμετώπιση του πόνου (Starr et al., 2010). Παράγοντες που μπορούν συμβάλουν στη μη τυπική συνταγογράφηση χορηγώντας περισσότερα φάρμακα οπιοειδή για την ανακούφιση στον πόνο μπορεί να είναι η πρόοδος της οδυνηρής κατάστασης της νόσου, η ανοχή στα αναλγητικά-οπιοειδή, η ψευδοεξάρτηση δηλαδή η στάση των ασθενών που

επιζητούν επίμονα οπιοειδή φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου χωρίς όμως να είναι εξαρτημένοι και η συχνή συμπεριφορά λήψης φαρμάκων (Weissman & Haddox, 1989). Ο έντονος πόνος μπορεί να έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία καθώς εμφανίζεται σε ποσοστό από 50% ως 90% επιβαρύνοντας τους ασθενείς αυτούς τόσο οικονομικά όσο και ψυχολογικά αυξάνοντας το άγχος, τη δυσφορία και μειώνοντας την ανταπόκριση τους στα αναλγητικά φάρμακα (Portenoy, Payne & Jacobsen, 1999; Fortner, Okon & Portenoy, 2002).

### Θεραπεία

Η διαχείριση της κατάχρησης ουσιών είναι σημαντική για τους ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο καθώς μπορεί να χειροτερεύσουν τις ψυχιατρικές διαταραχές και να μειώσουν την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων. Ωστόσο οι ασθενείς που έχουν ιστορικό χρήσης ουσιών, παρορμητικής συμπεριφοράς και τείνουν να βρίσκονται σε πανικό απέναντι στον πόνο, δεν αποτελούν το κατάλληλο δείγμα για χορήγηση οπιοειδών αλλά χρειάζονται εναλλακτικές θεραπείες, καθώς η τακτική αυτή αποτελεί κίνδυνο για κατάχρηση (Hj, 1994). Η αποτελεσματική θεραπεία περιλαμβάνει συμμετοχή σε προγράμματα αποκατάστασης για το αλκοόλ και τα ναρκωτικά χρησιμοποιώντας φαρμακευτική αγωγή (Kirsh, & Passik, 2006) και οι βενζοδιαζεπίνες συνίστανται για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ.

### Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια ψυχωτική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από παραισθήσεις, αποδιοργανωμένη συμπεριφορά ή ομιλία, επίπεδο συναίσθημα και απάθεια (Segal, 2010). Σύμφωνα με το DSM-IV, για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας απαιτούνται δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα να είναι παρόντα τον περισσότερο καιρό για τουλάχιστον 1 μήνα και πρέπει ένα από αυτά να είναι το α, β ή γ που ακολουθούν. α) παραληρηματικές ιδέες

β) ψευδαισθήσεις γ)αποδιοργανωμένη ομιλία δ) βαριά αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ε) αρνητικά συμπτώματα (συναισθηματική άμβλυωση, συναισθηματική επιπέδωση ή αβουλία). Κατά τη διάρκεια σημαντικού μέρους από την έναρξη της νόσου μειώνεται το επίπεδο της λειτουργικότητας σε σημαντικούς ζώης του ατόμου. Για τη διάγνωση της νόσου απαιτείται επίσης η παρουσία των εκδηλώσεων της νόσου να υπερβαίνει τους 6 μήνες με 1 μήνα να υπάρχουν τα ενεργά συμπτώματα και να μην υπάρχει διάγνωση σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής, καταθλιπτικής ή διπολικής διαταραχής με ψυχωτικά γνωρίσματα. Επίσης θα πρέπει να μην αποδίδεται σε παθοφυσιολογικές επιδράσεις κάποιας φαρμακευτικής ουσίας και να μην υπάρχει διαταραχή αυτιστικού φάσματος, καθώς στην περίπτωση αυτή μπορεί να γίνει διάγνωση της σχιζοφρένειας αν πληρούνται τα κριτήρια των παραληρηματικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων για 1 μήνα.

### Επιδημιολογία και θνησιμότητα

Πολλά δεδομένα υποστηρίζουν ότι τα ποσοστά καρκίνου σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και σε άτομα που δεν αντιμετωπίζουν τη συγκεκριμένη νόσο είναι παρόμοια (Kisely, Sadek, MacKenzie, Lawrence & Campbell, 2008). Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν πιο αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου του πνεύμονα καθώς υπάρχουν αυξημένα ποσοστά καπνίσματος σε αυτό τον πληθυσμό τα οποία συμβάλλουν στην αύξηση αυτού του τύπου καρκίνου (Tran, Rouillon, Loze, Casadebaig, Philippe, Vitry & Limosin, 2009).

Ιστορικά έχει αποδειχθεί ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που πάσχουν κι από καρκίνο έχουν πιο αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας από τους ασθενείς που δεν έχουν σχιζοφρένεια κι αυτό πολλές φορές οφείλεται στη μη συμμόρφωση στη θεραπεία καθώς αντιμετωπίζουν και το στίγμα της νόσου. Υποστηρίζεται ότι ο κίνδυνος θνησιμότητας από καρκίνο για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι 1,5 και 2 φορές πιο αυξημένος συγκριτικά με τους ασθενείς που δεν



πάσχουν από κάποια ψυχική νόσο και ο μεγαλύτερος κίνδυνος αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα, του μαστού και παχέος εντέρου (Kisely, Crowe & Lawrence, 2013; Kisely et al., 2008). Σύμφωνα με έρευνα 11 ετών του Tran και των συνεργατών του, οι οποίοι μελέτησαν τη θνησιμότητα από καρκίνο σε 3470 καρκινοπαθείς ασθενείς με σχιζοφρένεια απέδειξαν ότι οι σχιζοφρενείς ασθενείς έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε σύγκριση με τους μη σχιζοφρενείς όσον αφορά τον καρκίνο του πνεύμονα για τους άνδρες (2,2%) και τον καρκίνο του μαστού για τις γυναίκες (2,8%) αντίστοιχα (Tran, et al., 2009).

#### Επικίνδυνοι παράγοντες εμφάνισης της νόσου

Το στίγμα αφορά σε ένα σύνολο πεποιθήσεων και προκατειλημμένων συμπεριφορών, που έχουν σκοπό να υποβιβάσουν αυτή την κατηγορία ασθενών δημιουργώντας συχνά δυσφορία στους ασθενείς (Hinshaw & Stier, 2008). Οι πιο κοινές στερεοτυπικές προκαταλήψεις περιλαμβάνουν ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν κακή υγεία, κακή συμμόρφωση στις ιατρικές συστάσεις, είναι βίαια και πολλές φορές αυτό-στιγματίζονται μόνοι τους υιοθετώντας αρνητικές πεποιθήσεις για τον ίδιο τον εαυτό τους (Corrigan, Larson & Ruesch, 2009). Οι ασθενείς με βαριά ψυχική νόσο συχνά βιώνουν διακρίσεις όσον αφορά την ιατρική περίθαλψη με αποτέλεσμα να μην έχουν καλή σωματική υγεία και να μην γίνεται έγκαιρα η διάγνωση για οποιαδήποτε νόσο ακόμα και του καρκίνου καταλήγοντας έτσι να αυτοστιγματίζονται (Thornicroft, 2011). Η κατάχρηση ουσιών και το κάπνισμα αποτελούν επικίνδυνους παράγοντες εμφάνισης καρκίνου για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Είναι γνωστή η σχέση καπνίσματος και καρκίνου όπως επίσης και της χρήσης ουσιών και υποστηρίζεται ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια τείνουν να καπνίζουν δυο φορές περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό και να έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάχρησης ουσιών (Kelly & McCreadie, 1999).

Έχει επίσης αναφερθεί ότι η έλλειψη άσκησης και η κακή διατροφή σχετίζονται με αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση του καρκίνου. Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια υποστηρίζεται ότι έχουν

κακή διατροφή και έλλειψη σωματικής άσκησης καθώς ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από σοβαρή ψυχική νόσο και ασκούνται είναι χαμηλός (Smith, Yeomans, Bushe, Eriksson, Harrison, Holmes & Sullivan, 2007).

Σε έρευνα του McCreadie και των συνεργατών του (1998), αναφέρεται ότι οι σχιζοφρενείς ασθενείς έχουν κακές διατροφικές συνήθειες και καταναλώνουν λιγότερες βιταμίνες C και E, φρούτα και λαχανικά (McCreadie, Elizabeth, Blacklock, Tilak-Singh, Wiles, Halliday & Paterson, 1998). Σε μια ακόμη έρευνα του Daumit και των συνεργατών του σε άτομα με σχιζοφρένεια αποδείχθηκε η έλλειψη σωματικής άσκησης σε αυτούς τους ασθενείς, καθώς η μόνη τους άσκηση ήταν το περπάτημα (Daumit, Goldberg, Anthony, Dickerson, Brown, Kreyenbuhl & Dixon, 2005).

Επιπλέον η ανοχή στον πόνο έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρκίνου στους ψυχικά ασθενείς με σχιζοφρένεια. Έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν μεγαλύτερη ανοχή στον πόνο και δεν παραπονιούνται συχνά για σωματική δυσφορία κι ως εκ τούτου δεν υποβάλλονται σε διαγνωστικές διεργασίες για την εντόπιση του καρκίνου, πράγμα που οδηγεί στην εξήγηση των χαμηλών ποσοστών καρκίνου (Watson, Gasser, Schaefer, Buranen & Wold, 1981).

### Ψυχιατρική φροντίδα και πρόσβαση στη θεραπεία

Πολύ συχνά οι ασθενείς με σχιζοφρένεια υποστηρίζεται ότι αντιμετωπίζουν ανισότητες και διακρίσεις όσον αφορά τη σωματική τους θεραπεία εν αντιθέσει με άτομα που δεν αντιμετωπίζουν ψυχική νόσο και έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε συστήματα θεραπείας και διάγνωσης με αποτέλεσμα να μη λαμβάνουν έγκαιρα φροντίδα (Thornicroft, 2006; Shipman, Gysels, White, Worth, Murray, Barclay & Peters, 2008). Επιπλέον αρκετές φορές το ιατρικό

προσωπικό δεν λαμβάνει υπόψη του τα σωματικά συμπτώματα της νόσου του καρκίνου των ψυχιατρικών ασθενών θεωρώντας ότι οφείλονται στη ψυχική τους κατάσταση και έτσι δε διερευνούν πλήρως τα συμπτώματα των νεοπλασιών, καθιστώντας ακόμα πιο δύσκολη τη διάγνωση και τη θεραπεία (Merrick & Merrick, 2007).

Έχει αναφερθεί ότι οι ασθενείς με ψυχική νόσο είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν προβλήματα στη φροντίδα της σωματικής τους υγείας σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό καθώς η κακή επικοινωνία μεταξύ των πρωτοβάθμιων δομών υγείας και των ψυχιατρικών αποτελεί σημαντικό λόγο (Miller, Lasser & Becker, 2007). Η καλή επικοινωνία των ψυχιάτρων της διασυνδεδετικής ομάδας με τους ογκολόγους και το περιβάλλον του ασθενούς παίζει καθοριστικό ρόλο στην άμεση πρόληψη της υγείας των ατόμων με σχιζοφρένεια και στην ποιότητα της θεραπείας. Επιπλέον η άμεση προτροπή των ασθενών με ψυχική νόσο να αξιοποιούν τις κατάλληλες δυνατότητες εξέτασης μέσω του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ώστε να εντοπιστεί άμεσα η όποια κακοήθεια υπάρχει πριν οδηγηθεί σε μη αναστρέψιμο στάδιο συμβάλλει στην αντιμετώπιση της κακοήθειας (Hodgson, Wildgust & Bushe, 2010).

#### Θεραπεία και παρενέργειες που μπορεί να συμβάλουν στην εμφάνιση του καρκίνου

Η θεραπεία και η φροντίδα των ασθενών με σοβαρή ψυχική νόσο έχει συχνά αρκετές προκλήσεις καθώς οι ασθενείς αυτοί έχουν φτωχή διορατικότητα, δεν ακολουθούν τις ιατρικές συστάσεις, είναι αρκετά απομονωμένοι, μπορεί να βρίσκονται σε δύσκολη οικονομική θέση και να κάνουν χρήση ουσιών. Ωστόσο είναι αρκετά συχνό το γεγονός ότι η διάγνωση του καρκίνου γίνεται σε τελικό στάδιο καθώς δεν έχουν καλή συμμόρφωση με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Damjanović, Ivković, Jasović-Gasić & Paunović, 2006). Συστήνεται η χρήση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και η συνεργασία με τους παρόχους ψυχικής υγείας, καθώς δεδομένα δείχνουν ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς συχνά δεν

είναι σε θέση να αποφασίσουν οι ίδιοι για τη θεραπεία του καρκίνου στο τέλος της ζωής τους, αν και έχουν τις ίδιες ανησυχίες για τη νόσο συγκριτικά με άτομα που δεν πάσχουν από σχιζοφρένεια (Foti, Bartels, Van Citters, Merriman & Fletcher, 2005).

Πολλά αντιψυχωτικά έχουν αντικαρκινικές ιδιότητες, όπως για παράδειγμα η θειοριδαζίνη, η πιμοζίδη και οι φαινοθειαζίνες μπορούν να σκοτώσουν τα καρκινικά κύτταρα και να εμποδίσουν τη σύνθεση ή τη μετακίνηση της χοληστερόλης στα κύτταρα αυτά (Strobl & Peterson, 1992; Motohashi, Kawase, Saito & Sakagami, 2000). Όμως σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά καθώς ο Hippisley-Cox και οι συνεργάτες του (2007) απέδειξαν μια σημαντική αύξηση της εμφάνισης του καρκίνου του παχέος εντέρου με τη χρήση αντιψυχωτικών (Hippisley-Cox, Vinogradova, Coupland & Parker, 2007). Επίσης αντιψυχωτικά όπως οι φαινοθειαζίνες και βουτυροφαινόνες συμβάλλουν στην αντιμετώπιση του άγχους καθώς χρησιμοποιούνται για τον έλεγχο του παραληρήματος. (Roth & Breitbart, 1996).

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα μπορεί να έχουν αντικαρκινικές ιδιότητες όμως έχει βρεθεί ότι έχουν και κάποιες παρενέργειες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του καρκίνου. Η υπερπρολακτιναιμία είναι μια κοινή παρενέργεια πολλών αντιψυχωτικών πρώτης γενιάς και κάποιων της δεύτερης η οποία είναι αιτία για αμηνόρροια, γαλακτόρροια, σεξουαλική δυσλειτουργία και οστεοπόρωση με κατάγματα ενώ αυξάνονται τα στοιχεία που συνδέουν την υπερπρολακτιναιμία με τον καρκίνο του μαστού (Abel, Heatlie, Howard & Webb, 2008; Tworoger, Eliassen, Rosner, Sluss & Hankinson, 2004). Ο Peveler και οι συνεργάτες του αναφέρουν ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη τα επίπεδα προλακτίνης κατά την έναρξη ενός αντιψυχωτικού σε μια γυναίκα με προσωπικό ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού (Peveler, Branford, Citrome, Fitzgerald, Harvey, Holt & Pariente, 2008).

Επίσης οι ασθενείς με σχιζοφρένεια, οι οποίοι λαμβάνουν αντιψυχωτική αγωγή μπορεί να αντιμετωπίζουν προβλήματα με το μεταβολισμό τους και να είναι παχύσαρκοι. Καθώς τα αντιψυχωτικά και τα αντικαταθλιπτικά υποστηρίζεται ότι προδιαθέτουν αυτούς τους ασθενείς να αυξήσουν το βάρος τους και είναι πιθανό η παχυσαρκία να αποτελέσει επικίνδυνο παράγοντα για την εμφάνιση ορισμένων τύπων καρκίνων όπως ο καρκίνος του εντέρου και του μαστού (Dai, Xu & Niu, 2007; Connolly, Barnett, Vogt, Li, Stone & Boyd, 2002).

### Οργανικό ψυχοσύνδρομο

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο, αποτελεί μια συχνή κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς με καρκίνο περισσότερο από άλλες κατηγορίες ασθενών και καθώς προχωράει η νόσος του καρκίνου αυξάνεται (Morrison, 2003). Η κλινική εικόνα του οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι η θόλωση της συνείδησης, με γνωσιακές και συμπεριφορικές διαταραχές. Επίσης ο ασθενής μπορεί να είναι καχύποπτος κάποιες φορές και να έχει παράξενη συμπεριφορά ή να εμφανίσει επιθετικότητα (Morrison, 2003). Επιπλέον μπορεί να συνοδεύεται από ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, ψυχοκινητική ανησυχία ή αντιθέτως από υπνηλία, απάθεια, φτωχό λόγο και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Έτσι λοιπόν έχουμε τρεις κατηγορίες οργανικού ψυχοσυνδρόμου: α) ψυχοκινητική ανησυχία, β) ψυχοκινητική επιβράδυνση, γ) μικτή κατάσταση.

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο μπορεί να προκληθεί από την αρχική νόσο, να συνδέεται με συνοδές παθήσεις (π.χ. μεταβολικές διαταραχές) καθώς επίσης κι από την θεραπεία για του καρκίνου (Ruiz, 2000). Παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εμφάνιση του είναι η μεγάλη ηλικία η οποία μπορεί να επιφέρει άνοια ή γνωσιακά ελλείμματα, οι οστικές μεταστάσεις,

ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ιστορικό χρήσης ουσιών ή αλκοόλ, αιματολογικές νόσοι, υπερπυρεξία ή υποθερμία (Breitbart & Strout, 2000).

Μεγαλύτερη δυσκολία στην ανάρρωση αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς καθώς έχουν αυξημένη έκπτωση των γνωστικών τους λειτουργιών με πιθανότητα ανοϊκής συνδρομής και μπορεί να μην επανέλθουν ποτέ στο προηγούμενο στάδιο. Αυτοί οι ασθενείς χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας όταν γυρίσουν στο σπίτι τους, καθώς μπορεί να μην είναι σε θέση να εξυπηρετήσουν οι ίδιοι τις ανάγκες τους (Ruiz, 2000). Ο θεραπευτικός στόχος έγκειται στην μείωση της σύγχυσης που νιώθουν οι ασθενείς έτσι ώστε να αισθάνονται ασφαλείς διαμορφώνοντας τις κατάλληλες συνθήκες και με την παραμονή κάποιου οικείου προσώπου κοντά τους. Από φαρμακευτική πλευρά συστήνεται αντιψυχωτικό και σε ορισμένες περιπτώσεις όταν υπάρχει επιθετικότητα μαζί με βενζοδιαζεπίνη (Ruiz, 2000).

#### Ψυχολογικές στρατηγικές αντιμετώπισης της ασθένειας

Η διάγνωση κι η θεραπεία του καρκίνου συχνά αποτελεί μια πολύ στρεσογόνο περίοδο στη ζωή του ατόμου με αποτέλεσμα να βιώνει έντονο άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα. Η προσαρμογή στη νόσο αποτελεί μια στρατηγική αντιμετώπισης τόσο ψυχοκοινωνική, περιλαμβάνοντας την αυτοαξιολόγηση του ατόμου όσο και συμπεριφορική περιλαμβάνοντας την αποδοχή που βιώνει το άτομο από το περιβάλλον του όταν βρίσκεται σε μη λειτουργική θέση ή όταν έχει υποστεί απώλεια τμήματος του σώματος εξαιτίας της νόσου (Matson & Brooks, 1977). Έχει υποστηριχθεί από έρευνες ότι οι σύζυγοι γυναικών που υποβλήθηκαν σε μαστεκτομή, οι οποίοι δεν ήταν υποστηρικτικοί και τις απέρριπταν δημιουργούσαν στη γυναίκα ένα συναίσθημα απόσυρσης και αναξιοσύνης για τον ίδιο τους τον εαυτό, μειώνοντας ακόμα περισσότερο την αυτοαξιολόγηση τους και την προσαρμογή στη νόσο και τη θεραπεία (Fitzmaurice & Ross, 1976; Grandstaff, 1976).

Επίσης η αντίδραση που υιοθετούν οι ασθενείς απέναντι στη νόσο, αποτελεί σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης που επηρεάζει τη ψυχολογική τους κατάσταση και τη θεραπεία (Pearlin & Schooler, 1978; Cohen & Lazarus, 1973). Έτσι λοιπόν υπάρχουν οι αντιδράσεις οι οποίες βοηθούν στην αλλαγή της κατάστασης μέσα από τη διαπραγμάτευση και την αναζήτηση πληροφοριών, αντιδράσεις που βοηθούν στον έλεγχο της κατάστασης με την επιλεκτική αποφυγή πληροφοριών ή με την θετική σύγκριση με άλλα άτομα (Pearlin & Schooler, 1978; Cohen & Lazarus, 1973). Τέλος μια ακόμα κατηγορία ανταπόκρισης στη νόσο που υιοθετούν οι ασθενείς δεν προσπαθούν να βρουν πληροφορίες και να διαπραγματευτούν για την κατάσταση της νόσου, καθώς επίσης δεν επιλέγουν και την αποφυγή γύρω από αυτή. Σε αυτή την κατηγορία οι ασθενείς νιώθουν ανήμποροι να ανταποκριθούν με οποιοδήποτε τρόπο και συχνά καταφεύγουν στη χρήση ουσιών και αγχολυτικών (Pearlin & Schooler, 1978; Cohen & Lazarus, 1973).

Το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον επηρεάζει τη στάση απέναντι στη νόσο και αποτελεί σημαντική πηγή ψυχολογικής στρατηγικής αντιμετώπισης στον καρκίνο. Όταν οι ασθενείς βιώνουν αρνητικά συναισθήματα λόγω της νόσου, η δυνατότητα να νιώθουν ότι υπάρχουν κι άνθρωποι δίπλα τους που αντιμετωπίζουν παρόμοια θέματα υγείας και μπορούν να καταλάβουν το συναίσθημα τους μειώνει το αίσθημα απομόνωσης και την αποδιοργάνωση του εαυτού που μπορεί να προκύπτει από τη διάγνωση της νόσου (Bloom, 1982). Η συναισθηματική υποστήριξη διαβεβαιώνει το άτομο ότι αγαπιέται κι εκτιμάται ανεξάρτητα από τα επιτεύγματα του κι είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα άτομα που νιώθουν δυσφορία ειδικά σε χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος (Bloom, 1982).

#### Διασυνδεδετική Ψυχιατρική και ασθενείς με καρκίνο

Η διασυνδεδετική ομάδα αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα στην υποστήριξη και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των καρκινοπαθών ασθενών, κατά τη διάγνωση, τη θεραπεία και την ποιότητα

ζωής τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο. Προκειμένου να βοηθήσει όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά τον ασθενή η διασυνδεδετική ομάδα χρειάζεται να γνωρίζει τη βιολογική κατάσταση του ασθενούς και τη θεραπεία, να δείχνοντας ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής του ασθενούς και της λειτουργίας του ψυχισμού του όσον αφορά την καταπολέμηση του άγχους και το βάρος της ασθένειας (Μουσσάς, Καρκανιάς, & Παπαδοπούλου, 2008).

Οι ψυχίατροι στη διασυνδεδετική ομάδα μέσω της ενσυναίσθησης είναι σε θέση να αντιληφθούν τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή και του οικογενειακού του περιβάλλοντος, το άγχος και τις ανησυχίες τους για την νόσο και να βοηθήσουν διαχείριση τους. Επίσης η διασυνδεδετική ομάδα μέσα από τη θεραπευτική σχέση που δημιουργεί με τον ασθενή είτε μέσω ατομικών είτε μέσω ομαδικών παρακολουθήσεων, τον ενισχύει να ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες και να δείχνει συμμόρφωση απέναντι στη θεραπεία (Spira & Casden, 2010).

Συχνά τα μέλη της διασυνδεδετικής έρχονται αντιμέτωπα με ένα δύσκολο κι επίπονο έργο, την αναγγελία των δυσάρεστων νέων στον ασθενή σχετικά με την νόσο και καλούνται να προσφέρουν ηθική στήριξη κι ανακούφιση (American Society of Clinical Oncology 1996). Στην συγκεκριμένη περίπτωση ορισμένοι ασθενείς μπορεί να μη θέλουν να ξέρουν όλη την αλήθεια σχετικά με τη νόσο και την εξέλιξη της, ενώ κάποιοι άλλοι μπορεί να θέλουν να έχουν πλήρη ενημέρωση όσο δυσάρεστα και να είναι η κατάσταση. Ως αποτέλεσμα αυτού ο θεράπων ιατρός μαζί με τον ψυχίατρο μπορούν να κρίνουν κατά πόσο είναι σε θέση ο ασθενής να διαχειριστεί το συναισθηματικό φορτίο των νέων πληροφοριών και τη διατήρηση μιας καλής θεραπευτικής συμμαχίας, η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο σε αυτό (Surbone, 2006).

Αρκετές φορές, κύριο μέλημα της διασυνδεδετικής ομάδας πέρα από την ανακούφιση του πάσχοντος μέσω φαρμακευτικής αγωγής ή συμβουλευτικής αποτελεί και η στήριξη της οικογένειας, την οποία προκειμένου να αντιμετωπίσει ψυχολογικά το βάρος της ασθένειας και



να μπορεί να στηρίξει με τη σειρά της τον άρρωστο (Μουσσάς, Καρκανιάς & Παπαδοπούλου, 2008). Επιπλέον η συνεκτίμηση της κλινικής πορείας του ασθενή με τα συμπτώματα, όπως για παράδειγμα το άγχος ή το προσδόκιμο ζωής επηρεάζει την παρέμβαση στην οποία τελικά θα προβεί η ομάδα (Razavi, Delvaux, Farvacques & Robaye, 1991).

Σε πολλές περιπτώσεις πολλές παρενέργειες της θεραπείας του καρκίνου, όπως είναι η ναυτία ή η απώλεια των μαλλιών ή απώλεια βάρους και αδυναμία προκαλούν τους ασθενείς ψυχική δυσφορία και πόνο. Κατά συνέπεια οι ασθενείς αυτοί αισθάνονται έντονο άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα και ίσως κάποιοι να ζητήσουν και υποβοηθούμενη αυτοκτονία. Τα μέλη της διασυνδεδετικής ομάδας, πολλές φορές έρχονται αντιμέτωπα με αυτά τα συμπτώματα και αιτήματα των ασθενών, τα οποία καθιστούν δύσκολη τη διαχείριση τους από την ομάδα και συχνά σχετίζονται με κατάθλιψη ή με την θεραπεία του ασθενή για τον πόνο (Mystakidou, Parga, Tsilika, Pathiaki, Galanos & Vlahos, 2007). Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας λοιπόν, είναι η περιγραφή των ασθενών με νεοπλάσματα που εξετάστηκαν από την ομάδα της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής το χρονικό διάστημα 2016-2017, ώστε να γίνει εκτίμηση της ψυχολογικής τους κατάστασης λόγω της ασθένειάς τους και η απαραίτητη διασύνδεση ανάμεσα στο σωματικό και το ψυχικό νόσημα, αν υπάρχει.

## **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Στην παρούσα έρευνα τα ιστορικά που καταχωρήθηκαν αφορούσαν ασθενείς που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟ» το διάστημα από τον Ιανουάριο του 2016 ως το Δεκέμβριο του 2017. Οι ασθενείς που καταγράφηκαν στο δείγμα της έρευνας συλλέχθηκαν από την ομάδα της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής, η οποία κλήθηκε να επισκεφτεί τους ασθενείς αυτούς στις κλινικές που νοσηλεύονταν για ψυχιατρική εξέταση. Τα ιστορικά των ασθενών που εξετάστηκαν από τη Διασυνδεδετική ομάδα καταχωρήθηκαν στη συνέχεια στη βάση

δεδομένων του Redcap στο γραφείο της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής από ομάδα φοιτητών του ΠΜΣ Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Οι ασθενείς στη βάση καταχώρησης του Redcap καταγράφηκαν με αύξοντα αριθμό και με τα δυο αρχικά γράμματα του ονόματος και του επιθέτου τους προκειμένου να διασφαλιστεί και τηρηθεί το ιατρικό απόρρητο. Στη συνέχεια αναφέρθηκαν τα δημογραφικά τους στοιχεία και συγκεκριμένα το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών, τα άτομα με τα οποία συζούν, τα έτη εκπαίδευσης, ο τόπος διαμονής, η εθνικότητα και το επάγγελμα τους. Στη συνέχεια καταχωρήθηκαν τα αίτια παραπομπής του ψυχιάτρου και της Διασυνδεδετικής ομάδας για τα οποία κλήθηκε η ομάδα να εξετάσει τον ασθενή. Υπήρχε η δυνατότητα να καταχωρηθούν ως και τέσσερα αίτια παραπομπής τα οποία αφορούν τις παρακάτω κατηγορίες: (ψυχιατρικές εκδηλώσεις, ρύθμιση φαρμακευτικής αγωγής, ψυχιατρικό ιστορικό, απόπειρα αυτοκαταστροφής, αλκοόλ-ουσίες, προβλήματα με προσωπικό, προ εγχειρητική εκτίμηση, δυσχέρεια θεραπευτικής συμμόρφωσης/ συνεργασίας, άρνηση μείζονος ιατρικής πράξης, άρνηση συνέχισης νοσηλείας, ακρωτηριασμός, χορήγηση ιατρικής γνωμάτευσης, ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης, πιθανή σωματική κακοποίηση- ενδοοικογενειακή βία, διαχείριση οικογενειακού περιβάλλοντος, πένθος, άρνηση λήψης τροφής, πρόκλητοι έμετοι, δικαιопρακτικά ζητήματα, αίτημα για ψυχιατρική εκτίμηση χωρίς περαιτέρω πληροφόρηση/ ασαφές αίτημα και άλλο.)

Ακολούθησε η καταγραφή των αιτιών νοσηλείας και υπήρχε κι εδώ η δυνατότητα αναφοράς ως και τέσσερις αιτίες, οι οποίες αφορούν τις εξής ακόλουθες κατηγορίες: (ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά, νεοπλάσματα, παθήσεις του αίματος κι ορισμένες του ανοσολογικού, ψυχικές διαταραχές, παθήσεις του νευρικού, παθήσεις του οφθαλμού, παθήσεις του ωτός, παθήσεις του κυκλοφορικού, παθήσεις του αναπνευστικού, παθήσεις του πεπτικού, παθήσεις του δέρματος, παθήσεις του μυοσκελετικού, παθήσεις του ουροποιογεννητικού, κύηση, τοκετός και λοχεία, τραυματισμοί από εξωγενείς αιτίες, απόπειρα αυτοκτονίας, χειρουργική

επέμβαση, συνεδρία χημειοθεραπείας, εξωνεφρική κάθαρση και θεραπεία, συμπτώματα που δεν ταξινομούνται άλλου, καταστάσεις με έναρξη στην περιγεννητική, συγγενείς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες, ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις, άλλο, και δεν υπάρχει πληροφόρηση). Αναφέρθηκαν έπειτα και τα λοιπά οργανικά προβλήματα με περιθώριο καταχώρησης μέχρι και τέσσερα οργανικά προβλήματα με τις ίδιες κατηγοριοποιήσεις με τα αίτια νοσηλείας.

Επίσης έγινε καταχώρηση του ιστορικού ψυχικής νόσου των ασθενών και της ψυχιατρικής διάγνωσης μετά την εξέταση από τον ψυχίατρο και την Διασυνδεδετική ομάδα με την δυνατότητα καταγραφής έως και τεσσάρων ψυχικών νόσων, από την παρακάτω κατηγοριοποίηση: (απουσία ψυχοπαθολογίας, οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, ανοϊκή συνδρομή- χρόνια οργανικό ψυχοσύνδρομο, delirium tremens, διαταραχή χρήσης ουσιών-αλκοόλ, διαταραχή χρήσης ουσιών-(εξαρτησιογόνες, ψυχότροπα), διπολική συναισθηματική διαταραχή, καταθλιπτικό επεισόδιο, επιλόχειες διαταραχές, υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές, οξείες και παρωδικές ψυχωτικές διαταραχές, επίμονες διαταραχές της διάθεσης (κυκλοθυμία, δυσθυμία), αγχώδεις διαταραχές, σωματόμορφες διαταραχές, αποσυνδεδετικές διαταραχές, πρωτοπαθής διαταραχή ύπνου, διαταραχές στη λήψη τροφής, διαταραχές της προσωπικότητας, νοητική υστέρηση, διαταραχές της ανάπτυξης, λειτουργικά συμπτώματα, διαταραχή προσαρμογής, μη προσδιοριζόμενο/ μη επαρκείς πληροφορίες από το έντυπο, άλλο). Αναφέρθηκε ο αριθμός των ψυχιατρικών νοσηλειών στην περίπτωση που έχουν πραγματοποιηθεί καθώς επίσης κι αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό ψυχικής νόσου.

Επιπλέον, έγινε αναφορά των πρόσφατων γεγονότων ζωής που έλαβαν χώρα τους τελευταίους 12 μήνες και επιβάρυναν ψυχικά τους ασθενείς. Δινόταν η δυνατότητα καταχώρησης μέχρι τέσσερα γεγονότα τα οποία είναι τα ακόλουθα: (θάνατος συζύγου, θάνατος ενός στενού μέλους της οικογένειας, διάσταση με τον/τη σύζυγο, διαζύγιο, εγκλεισμός σε φυλακή, βαρύς

τραυματισμός ή σοβαρή ασθένεια, γάμος, απόλυση από την εργασία, επανασύνδεση με τον/τη σύζυγο, συνταξιοδότηση, μείζων αλλαγή στην υγεία ή τη συμπεριφορά ενός στενού οικογενειακού μέλους, εγκυμοσύνη, απόκτηση νέου μέλους της οικογένειας (γέννηση, υιοθεσία, εγκατάσταση ηλικιωμένου κλπ.), μείζων αλλαγή στην οικονομική κατάσταση (σημαντική επιδείνωση ή βελτίωση, δάνειο), αλλαγή στο είδος εργασίας, απώλεια περιουσιακού στοιχείου (κατάσχεση, φυσικές καταστροφές), ο/η σύζυγος σταματά ή αρχίζει να εργάζεται έξω από το σπίτι, προβλήματα με τον προϊστάμενο η/και τους συναδέλφους, στράτευση, εξετάσεις/ τριτοβάθμια εκπαίδευση κλπ., απώλεια στέγης, σωματική κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση, μετανάστευση, εμπειρία φυσικής καταστροφής πολέμου, άλλο).

Επίσης, καταχωρήθηκαν και τα ψυχοπιεστικά γεγονότα πριν τα 18 εφόσον υπήρχαν και αφορούσαν τα εξής: (θάνατος γονέα, θάνατος ενός στενού μέλους της οικογένειας, εγκλεισμός γονέα ή στενού μέλους της οικογένειας στη φυλακή, διαζύγιο γονέων, απόλυση γονέων από την εργασία, βαρύς τραυματισμός ή σοβαρή ασθένεια, μείζων αλλαγή στην υγεία ή τη συμπεριφορά ενός στενού οικογενειακού μέλους, μείζων αλλαγή στην οικονομική κατάσταση (σημαντική επιδείνωση ή βελτίωση, δάνειο), απώλεια περιουσιακού στοιχείου (κατάσχεση, φυσικές καταστροφές), εμπειρία φυσικής καταστροφής πολέμου, μετανάστευση, άστεγος/η, κακοποίηση/ παραμέληση, σεξουαλική κακοποίηση, γάμος, εγκυμοσύνη, άλλο).

Μπορούσαν να αναφερθούν κι εδώ μέχρι τέσσερα γεγονότα από τα παραπάνω.

Συνεχίζοντας, αναφέρθηκε η συμπτωματολογία κατά την εξέταση με τα ακόλουθα συμπτώματα: (αγχώδεις εκδηλώσεις/ αποσυνδεδετικά συμπτώματα, καταθλιπτικές εκδηλώσεις, μανιακές εκδηλώσεις, ψυχωτικές εκδηλώσεις, ανοϊκή συνδρομή, delirium στερητικό σύνδρομο από αλκοόλ/ουσίες, τοξίκωση από αλκοόλ/ ουσίες, νοητική υστέρηση, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής, συμπτώματα που οφείλονται σε

αναπτυξιακές δ/χες, αυτοκαταστροφικότητα, επιθετικότητα, αρνητισμός) χωρίς περιορισμό καταχώρησης στον αριθμό.

Καταγράφηκαν επίσης οι συνήθειες του καπνίσματος με αναφορά σε αριθμό τσιγάρων ανά ημέρα, ηλικία έναρξης και χρονικό διάστημα διακοπής του καπνίσματος καθώς επίσης και οι συνήθειες του αλκοόλ με αναφορά στην ηλικία έναρξης και το είδος της κατανάλωσης (αποχή, ήπια, μέτρια, σοβαρή). Επιπλέον καταγράφηκε αν λάμβαναν ψυχιατρική αγωγή προ νοσηλείας και κατά την έξοδο (αντικαταθλιπτικά, αντιψυχωτικά, βενζοδιαζεπίνες, αντιεπιληπτικά, αντιπαρκινσονικά, λίθιο, αγχολυτικά – υπναγωγά, αντιανοϊκά, φάρμακα απεξάρτησης) και αν παρουσίασαν οργανικό ψυχοσύνδρομο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (ήπιο, μικτό, υπερκινητικό).

### **ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Σε διάστημα δύο ετών 178 ασθενείς με καρκίνο εκτιμήθηκαν από το τμήμα της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής της Β΄ Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α. εκ των οποίων, οι 82 ήταν άνδρες (46,1%) και οι 96 γυναίκες (53,9%) ηλικίας 17-96 ετών (Μ.Ο = 65,82, Τ.Α = 14,49) συλλέχθηκαν από την ομάδα της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής προκειμένου να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, το μεγαλύτερο ποσοστό (61,6%) δήλωσε ότι ήταν παντρεμένοι, 21 ασθενείς (16,8%) ανέφεραν ότι ο σύντροφος τους απεβίωσε, 12 ασθενείς (9,6%) δήλωσαν διαζευγμένοι ή ότι βρίσκονταν σε διάσταση με τον σύντροφο τους, 11 ασθενείς (8,8%) ανέφεραν ότι όταν ελεύθεροι κατά την περίοδο καταγραφής του ιστορικού τους, 4 ασθενείς (3,2%) δήλωσαν σε σχέση, ενώ λείπουν σχετικές πληροφορίες για 53 επιπλέον ασθενείς. Ως προς τον αριθμό των τέκνων στην οικογένεια, επαρκείς πληροφορίες αναφέρονται μόνο για 65 ασθενείς εκ των οποίων, το 50,8% ανέφερε ότι είχε 2 παιδιά, το 23,1% ανέφερε ότι είχε 1 παιδί, το 21,5% των ασθενών ανέφερε ότι είχε 3 παιδιά και το 4,6% των ασθενών ανέφερε ότι είχε 4 παιδιά. Σχετικά με το περιβάλλον

στο οποίο διαμένουν, πληροφορίες παρέχονται από 119 ασθενείς, εκ των οποίων οι 49 ασθενείς (41,2%) δήλωσαν ότι μένουν μαζί με τον/την σύζυγο/σύντροφο τους αντίστοιχα, 25 ασθενείς (21,0%) δήλωσαν ότι ζουν μόνοι τους, 14 ασθενείς (11,8%) ανέφεραν ότι ζουν μαζί με τον/την σύζυγο και τα παιδιά τους, 3 ασθενείς (2,5%) ανέφεραν ότι ζουν μαζί με τους γονείς τους και 28 ασθενείς (23,5%) ανέφεραν την επιλογή «άλλο». Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών, πληροφορίες συλλέχθηκαν από 63 ασθενείς, εκ των οποίων οι 26 ασθενείς (41,3%) δήλωσαν απόφοιτοι δημοτικού, 8 ασθενείς (12,7%) δήλωσαν απόφοιτοι γυμνασίου, 13 ασθενείς (20,6%) δήλωσαν απόφοιτοι λυκείου, ενώ 16 ασθενείς (25,4%) δήλωσαν ότι είχαν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, τον αριθμό των τέκνων στην οικογένεια, το περιβάλλον στο οποίο διαμένουν και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

#### Πίνακας 1

*Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, τον αριθμό των τέκνων στην οικογένεια, το περιβάλλον στο οποίο διαμένουν και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.*

---

	n	%
Οικογενειακή Κατάσταση (n=125):		
Παντρεμένοι	77	61,6
Χήρα/ος	21	16,8
Διαζευγμένοι/Σε Διάσταση	12	9,6
Ελεύθεροι	11	8,8
Σε Σχέση	4	3,2

Αριθμός τέκνων (n=65):

Ένα παιδί	15	23,1
Δύο παιδιά	33	50,8
Τρία παιδιά	14	21,5
Τέσσερα παιδιά	3	4,6

Μένουν με (n=119):

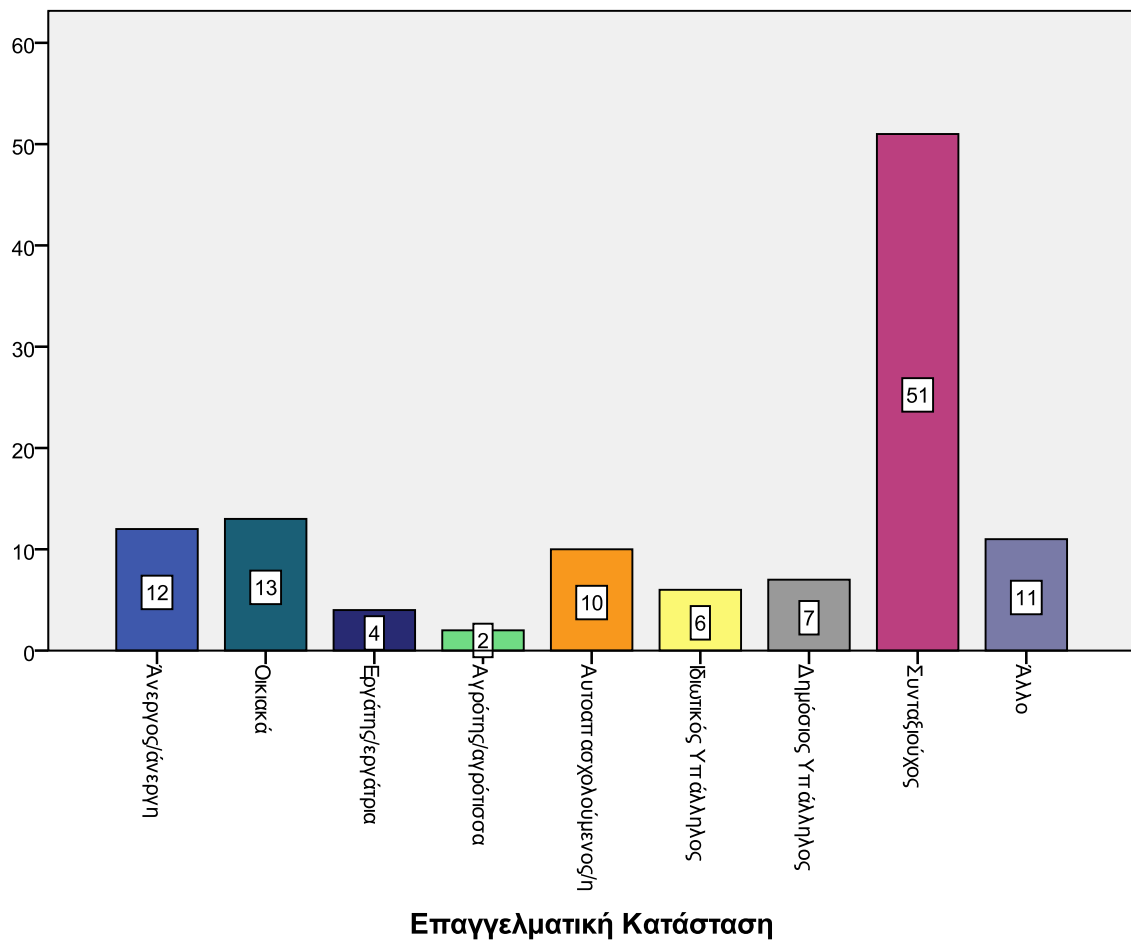
Σύζυγο/Σύντροφο	49	41,2
Μόνος/η	25	21,0
Σύζυγο και Παιδιά	14	11,8
Γονείς	3	2,5
Άλλο	28	23,5

Εκπαιδευτικό Επίπεδο (n=63):

Δημοτικό	26	41,3
Γυμνάσιο	8	12,7
Λύκειο	13	20,6
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	16	25,4

Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών, 51 άτομα (44%) δήλωσαν ότι είναι συνταξιούχοι, 13 άτομα (11,2%) ανέφεραν τα οικιακά ως κύρια ενασχόληση τους, 12 άτομα (10,3%) δήλωσαν ότι είναι άνεργοι, 10 άτομα (8,6%) ανέφεραν ότι εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες, 7 άτομα (6%) δήλωσαν ότι εργάζονται στον δημόσιο τομέα ενώ 6 άτομα (5,2%) δήλωσαν ότι εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, 4 άτομα (3,4%) ανέφεραν ότι είναι εργάτες, 2 άτομα (1,7%) δήλωσαν ότι είναι αγρότες και 11 άτομα (9,5%) ανέφεραν την επιλογή «άλλο» στην ερώτηση που αφορούσε την επαγγελματική τους κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, τα επαγγέλματα που σημειώθηκαν στην επιλογή «άλλο» ήταν τα ακόλουθα: αρχιτέκτονας (0,9%),

δασκάλα Αγγλικής γλώσσας (0,9%), δακτυλογράφος (0,9%), φωτογράφος (0,9%), γραμματέας (0,9%), ιατρός (0,9%), μηχανουργός (0,9%), πυροσβέστης στα ΕΜΑΚ (0,9%), πωλήτρια (0,6%), υδραυλικός (0,9%) και υπάλληλος σε βιοτεχνία (0,9%)(βλ. Σχήμα 1).



Σχήμα 1. Γράφημα που απεικονίζει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος αναφορικά με την επαγγελματική τους κατάσταση (n=116).

Όσον αφορά τον τόπο κατοικίας των ασθενών, το μεγαλύτερο ποσοστό (79,9%, n=107) των ατόμων δήλωσε ότι έμενε στην Αθήνα, ακολουθώντας ένα ποσοστό της τάξεως του 13,4%



(n=18) όπου δήλωσε την περιφέρεια ως τόπο διαμονής του και ένα ποσοστό της τάξεως του 6,7% (n=9) όπου δήλωσε το αστικό κέντρο ως τόπο κατοικίας του, αντιστοίχως. Τέλος και αναφορικά με την εθνικότητα του δείγματος, παρέχονται πληροφορίες μόνο για 44 ασθενείς, εκ των οποίων, οι 43 ασθενείς (97,7%) καταγόταν από την Ελλάδα, ενώ 1 ασθενής (2,3%) καταγόταν από άλλη χώρα, χωρίς ωστόσο να έχει αναφερθεί η ονομασία της συγκεκριμένης χώρας.

Εν συνεχεία, σχετικά με το κύριο αίτημα παραπομπής των ασθενών στην ομάδα της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής, η εκδήλωση ψυχιατρικών προβλημάτων αφορούσε το κύριο αίτημα παραπομπής για το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (55,6%, n=99), ακολουθώντας η ανάγκη για λήψη ψυχιατρικού ιστορικού (11,2%, n=20) καθώς επίσης και η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη (9,0%, n=16). Επίσης, για 14 ασθενείς (7,9%) η ρύθμιση φαρμακευτικής αγωγής αναφέρθηκε ως κύριο αίτημα παραπομπής τους, για 7 ασθενείς (3,9%) η απόπειρα αυτοκαταστροφής που επιχείρησαν, για 5 ασθενείς (2,8%) ένα ασαφές αίτημα για ψυχιατρική εκτίμηση χωρίς περαιτέρω πληροφόρηση, για 4 ασθενείς (2,2%) η δυσχέρεια στην θεραπευτική συμμόρφωση/συνεργασία αποτέλεσε το κύριο αίτημα παραπομπής τους, για 3 ασθενείς (1,7%) τα προβλήματα με το αλκοόλ και τις ουσίες που αντιμετώπιζαν, για 2 ασθενείς (1,1%) η άρνηση λήψης τροφής, για άλλους 2 ασθενείς (1,1%) θέματα που αφορούν δικαιοπρακτικά ζητήματα και για 2 ασθενείς ακόμη (1,1%) οι δυσκολίες που αντιμετώπιζαν στον ύπνο. Επιπλέον, τα προβλήματα με το προσωπικό (0,6%), η ανάγκη για εκτίμηση πριν το χειρουργείο (0,6%), η χορήγηση ιατρικής γνωμάτευσης (0,6%) και τα θέματα που σχετίζονται με τον ακρωτηριασμό κάποιου σημείου του σώματος ενός ασθενούς (0,6%) αποτέλεσαν το κύριο αίτημα παραπομπής για 4 ασθενείς ξεχωριστά.

Συνεχίζοντας στο ίδιο μήκος κύματος και αναφορικά με το δευτερεύον αίτημα παραπομπής των ασθενών στην ομάδα της Διασυνδεδετικής ψυχιατρικής, οι πληροφορίες που δίνονται αφορούν 44 ασθενείς στο σύνολο. Αναλυτικότερα, η εκδήλωση ψυχιατρικών προβλημάτων

αναφέρθηκε ως δευτερεύον αίτημα παραπομπής για 10 ασθενείς (22,7%) ακολουθώντας η ανάγκη για λήψη ψυχιατρικού ιστορικού (31,8%, n=14) καθώς επίσης και η ρύθμιση φαρμακευτικής αγωγής (18,2%, n=8). Επίσης, για 4 ασθενείς (9,1%) η άρνηση λήψης τροφής αναφέρθηκε ως δευτερεύον αίτημα παραπομπής τους, για 3 ασθενείς (6,8%) η ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, για 2 ασθενείς (4,5%) η άρνηση συνέχισης της νοσηλείας και για 3 ασθενείς ξεχωριστά, το ασαφές αίτημα (2,3%), τα προβλήματα με το αλκοόλ/ουσίες (2,3%) και η δυσχέρεια στην θεραπευτική συμμόρφωση/συνεργασία (2,3%) αποτέλεσαν το δευτερεύον αίτημα παραπομπής τους. Επιπλέον, για 4 ακόμη ασθενείς αναφέρθηκε και τρίτο αίτημα παραπομπής, με την εκδήλωση ψυχιατρικών προβλημάτων να αφορά έναν ασθενή (25,0%), την προ-εγχειρητική εκτίμηση να αφορά ακόμη έναν ασθενή (25,0%) και τα προβλήματα ύπνου να αποτελούν το τρίτο αίτημα παραπομπής για 2 ασθενείς (50,0%). Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται αναλυτικά οι πληροφορίες που σχετίζονται με τα αιτήματα παραπομπής του συνόλου των ασθενών στην Ψυχιατρική κλινική (N=178).

## Πίνακας 2

*Πίνακας κατανομής συχνοτήτων των αιτημάτων παραπομπής των ασθενών στην Ψυχιατρική κλινική(N=178).*

	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)	Συχνότητα (%)
	Αίτημα Παραπομπής_1 (N=178)	Αίτημα Παραπομπής_2 (n=44)	Αίτημα Παραπομπής_3 (n=4)
Ψυχιατρικές Εκδηλώσεις	99 (55,6)	10 (22,7)	1 (25,0)
Ρύθμιση Φαρμακευτικής Αγωγής	14 (7,9)	8 (18,2)	-
Ψυχιατρικό Ιστορικό	20 (11,2)	14 (31,8)	-
Απόπειρα Αυτοκαταστροφής	7 (3,9)	-	-

Αλκοόλ/Ουσίες	3 (1,7)	1 (2,3)	-
Προβλήματα με το Προσωπικό	1 (0,6)	-	-
Προ-εγχειρητική Εκτίμηση	1 (0,6)	-	1 (25,0)
Άρνηση Συνέχισης Νοσηλείας	-	2 (4,5)	-
Δυσχέρεια Θεραπευτικής Συμμόρφωσης	4 (2,2)	1 (2,3)	-
Ακρωτηριασμός	1 (0,6)	-	-
Χορήγηση Ιατρικής Γνωμάτευσης	1 (0,6)	-	-
Ανάγκη Ψυχιατρικής Υποστήριξης	16 (9,0)	3 (6,8)	-
Άρνηση Λήψης Τροφής	2 (1,1)	4 (9,1)	-
Δικαιοπρακτικά Ζητήματα	2 (1,1)	-	-
Ασαφές Αίτιμα	5 (2,8)	1 (2,3)	-
Προβλήματα Ύπνου	2 (1,1)	-	2 (50,0)

Παρόλο που οι ασθενείς στο σύνολό τους (N=178) πάσχουν από καρκίνο, τα νεοπλάσματα δεν αφορούν την κύρια αιτία νοσηλείας για όλους αφού μπορεί να εισήχθησαν στο νοσοκομείο για κάποια άλλη διαφορετική αιτία και παράλληλα να νοσούσαν από καρκίνο. Γενικά, για 121 ασθενείς τα νεοπλάσματα αποτέλεσαν σημαντικό παράγοντα για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα και σχετικά με την κύρια αιτία νοσηλείας των ασθενών, τα νεοπλάσματα αφορούν την κύρια αιτία νοσηλείας για το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (65,7%, n=117) και τη δεύτερη αιτία νοσηλείας για 4 ασθενείς (11,8%) αντίστοιχα. Συνεχίζοντας, ως κύρια αιτία νοσηλείας ακολουθούν τα συμπτώματα που δεν ταξινομούνται αλλού και που αφορούν 11 ασθενείς (6,3%) και οι παθήσεις του αναπνευστικού που αφορούν 8 ασθενείς (4,6%). Έπειτα, για 6 ασθενείς (3,5%) η απόπειρα αυτοκτονίας αναφέρθηκε ως κύρια αιτία νοσηλείας, για 5 ασθενείς (2,9%) οι παθήσεις του πεπτικού, για 4 ασθενείς (2,3%) οι παθήσεις του νευρικού, για άλλους 4 ασθενείς (2,3%) οι τραυματισμοί που προέρχονται από εξωγενείς παράγοντες, για 3 ασθενείς (1,7%) οι παθήσεις του κυκλοφορικού, για άλλους 3 ασθενείς (1,7%) οι παθήσεις του μυοσκελετικού, για ακόμη 3 ασθενείς (1,7%) οι παθήσεις του

ουροποιογεννητικού και για επιπλέον 3 ασθενείς (1,7%) οι «άλλες» παθήσεις. Τέλος, για 2 ασθενείς (1,1%) ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα αναφέρθηκαν ως κύρια αιτία νοσηλείας, για άλλους 2 ασθενείς (1,1%) οι παθήσεις του αίματος και ορισμένες παθήσεις του ανοσολογικού, για ακόμη 2 ασθενείς (1,1%) οι ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις ενώ για έναν ασθενή (0,6%) οι παθήσεις του δέρματος αποτέλεσαν την κύρια αιτία νοσηλείας του. Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται αναλυτικά οι πληροφορίες που σχετίζονται με τα αίτια νοσηλείας του δείγματος.

### Πίνακας 3

*Πίνακας κατανομής συχνότητων των αιτιών νοσηλείας του δείγματος (N=178).*

	Συχνότητα (%) Αιτία_1 (n=174)	Συχνότητα (%) Αιτία_2 (n=34)	Συχνότητα (%) Αιτία_3 (n=8)	Συχνότητα (%) Αιτία_4 (n=3)
Λοιμώδη & παρασιτικά	2 (1,1)	1 (2,9)	-	1 (33,3)
Νεοπλάσματα	117 (65,7)	4 (11,8)	-	-
Παθήσεις του αίματος & του ανοσολογικού	2 (1,1)	1 (2,9)	-	-
Παθήσεις του νευρικού	4 (2,3)	1 (2,9)	-	-
Παθήσεις του κυκλοφορικού	3 (1,7)	2 (5,9)	-	1 (33,3)
Παθήσεις του αναπνευστικού	8 (4,6)	6 (17,6)	-	-
Παθήσεις του πεπτικού	5 (2,9)	2 (5,9)	-	-
Παθήσεις του δέρματος	1 (0,6)	-	-	-
Παθήσεις του μυοσκελετικού	3 (1,7)	2 (5,9)	-	-
Παθήσεις του ουροποιογεννητικού	3 (1,7)	2 (5,9)	1(12,5)	-
Τραυματισμοί από εξωγενή αίτια	4 (2,3)	1 (2,9)	-	-
Απόπειρα αυτοκτονίας	6 (3,5)	-	-	-
Συμπτώματα που δεν ταξινομούνται αλλού	11 (6,3)	8 (23,5)	5(62,5)	1 (33,3)
Ενδοκρινικές διατροφικές & μεταβολικές παθήσεις	2 (1,1)	2( 5,9)	1(12,5)	-

Χειρουργική επέμβαση	-	2 (5,9)	1(12,5)	-
Άλλες παθήσεις	3 (1,7)	-	-	-

---

Όπως προαναφέραμε, τα νεοπλάσματα αποτέλεσαν βασική αιτία νοσηλείας για 121 ασθενείς. Οι υπόλοιποι 57 ασθενείς από το συνολικό αριθμό των ασθενών (N=178) που δεν αναφέρθηκαν, ενώ έπασχαν από κάποια μορφή καρκίνου δεν εισήχθησαν στο νοσοκομείο εξαιτίας του συγκεκριμένου οργανικού προβλήματος που αντιμετώπιζαν αλλά εξαιτίας κάποιας διαφορετικής αιτίας. Συγκεκριμένα και ως προς τα λοιπά οργανικά προβλήματα από τα οποία νοσούσαν οι ασθενείς, το μεγαλύτερο ποσοστό (21,7% , n=23) έπασχε από παθήσεις του κυκλοφορικού και ένα ποσοστό της τάξεως του 7,5% (n=8) έπασχε από ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις. Επιπλέον, 5 ασθενείς (4,7%) νοσούσαν από παθήσεις του ουροποιογεννητικού, 4 ασθενείς (3,4%) παρουσίαζαν ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα, ακόμη 4 ασθενείς (3,8%) έπασχαν από παθήσεις του αναπνευστικού και άλλοι 4 ασθενείς (3,8%) έπασχαν από παθήσεις του πεπτικού, 3 ασθενείς (2,8%) εκδήλωναν κάποια ψυχική διαταραχή, άλλοι 3 ασθενείς (2,8%) έπασχαν από παθήσεις του μυοσκελετικού ενώ ακόμη 3 ασθενείς (2,8%) έπασχαν από «άλλου» είδους παθήσεις. Επίσης, 2 ασθενείς (1,7%) έπασχαν από παθήσεις του αίματος και ορισμένες παθήσεις του ανοσολογικού, άλλοι 2 ασθενείς (1,9%) παρουσίαζαν συμπτώματα που δεν ταξινομούνται αλλού, ένας ασθενής (0,9%) έπασχε από κάποια πάθηση του οφθαλμού και ένας άλλος (0,9%) από κάποια πάθηση του δέρματος.

Ακολουθώντας το ίδιο μοτίβο περιγραφής του αρχείου μας και αναφορικά με τα δευτερεύοντα οργανικά προβλήματα που παρουσίαζαν οι ασθενείς, 15 ασθενείς (27,8%) έπασχαν από ενδοκρινικές, διατροφικές και μεταβολικές παθήσεις. Επίσης, 12 ασθενείς (22,7%) έπασχαν

από παθήσεις του κυκλοφορικού, 5 ασθενείς (9,3%) από παθήσεις του νευρικού, 3 ασθενείς (5,6%) από παθήσεις του αναπνευστικού, 2 ασθενείς (3,7%) από παθήσεις του αίματος και ορισμένες του ανοσολογικού και ακόμη 2 ασθενείς (3,7%) από παθήσεις του μυοσκελετικού . Τέλος, ορισμένα λοιμώδη και παρασιτικά νοσήματα (1,9%), οι παθήσεις του πεπτικού (1,9%), οι παθήσεις του ουροποιογεννητικού (1,9%), η εκδήλωση κάποιας ψυχικής διαταραχής (1,9%) και η εξωνεφρική κάθαρση και θεραπεία (1,9%) αναφέρονται ως δευτερεύοντα οργανικά προβλήματα για 5 ασθενείς ξεχωριστά. Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται αναλυτικά οι πληροφορίες που σχετίζονται με τα διάφορα οργανικά προβλήματα του δείγματος είτε ως πρωταρχικό οργανικό πρόβλημα είτε ως συνυπάρχων με κάποια άλλη νόσο.

#### Πίνακας 4

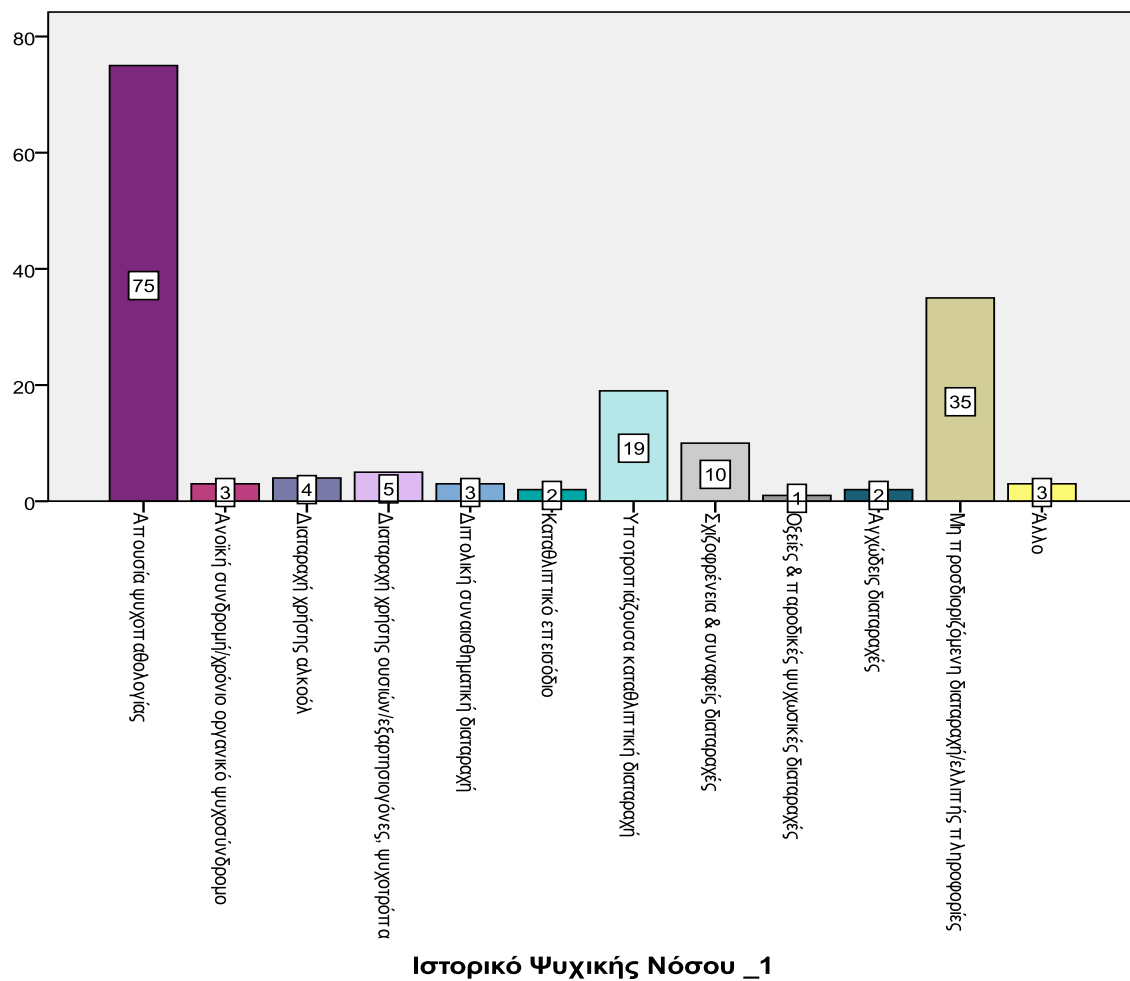
*Πίνακας κατανομής συχνότητας των λοιπών οργανικών προβλημάτων του δείγματος (N=178).*

	Συχνότητα (%) Οργανικό_1 (n=106)	Συχνότητα (%) Οργανικό_2 (n=54)	Συχνότητα (%) Οργανικό_3 (n=27)	Συχνότητα (%) Οργανικό_4 (n=9)
Λοιμώδη & παρασιτικά	4 (3,8)	1 (1,9)	-	-
Νεοπλάσματα	43 (40,6)	10 (18,5)	3 (11,1)	1 (11,1)
Παθήσεις του αίματος & του ανοσολογικού	2 (1,9)	2 (3,7)	1 (3,7)	-
Ψυχικές διαταραχές	3 (2,8)	1 (1,9)	1 (3,7)	1 (11,1)
Παθήσεις του οφθαλμού	1(0,9)	-	1 (3,7)	-
Παθήσεις του νευρικού	-	5 (9,3)	1 (3,7)	1 (11,1)
Παθήσεις του κυκλοφορικού	23 (21,7)	12 (22,7)	7 (25,9)	1 (11,1)
Παθήσεις του αναπνευστικού	4 (3,8)	3 (5,6)	2 (7,4)	-
Παθήσεις του πεπτικού	4 (3,8)	1 (1,9)	5 (18,5)	2 (22,2)
Παθήσεις του δέρματος	1 (0,9)	-	-	-

Παθήσεις του μυοσκελετικού	3 (2,8)	2 (3,7)	1 (3,7)	1 (11,1)
Παθήσεις του ουροποιογεννητικού	5 (4,7)	1 (1,9)	3 (11,1)	1 (11,1)
Συμπτώματα που δεν ταξινομούνται αλλού	2 (1,9)	-	-	-
Εξωνεφρική κάθαρση & θεραπεία	-	1 (1,9)	-	-
Ενδοκρινικές διατροφικές & μεταβολικές παθήσεις	8(7,5)	15( 27,8)	2 (7,4)	1 (11,1)
Άλλες παθήσεις	3 (2,8)	-	-	-

---

Εν συνεχεία και σχετικά με την περιγραφή του ψυχιατρικού ιστορικού του δείγματος μας, 75 ασθενείς (46,3%) δεν ανέφεραν κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας στο ιστορικό τους, 19 ασθενείς (11,7%) έπασχαν από υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, 10 ασθενείς (6,2%) έπασχαν από σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές, 5 ασθενείς (3,1%) έπασχαν από διαταραχή χρήσης ουσιών και συγκεκριμένα από εξαρτησιογόνες ουσίες και ψυχοτρόπα, 4 ασθενείς (2,5%) έπασχαν από διαταραχή χρήσης αλκοόλ, 3 ασθενείς (1,9%) έπασχαν από ανοϊκή συνδρομή /χρόνιο οργανικό ψυχοσύνδρομο, άλλοι 3 ασθενείς (1,9%) έπασχαν από διπολική συναισθηματική διαταραχή και ακόμη 3 ασθενείς (1,9%) από κάποια «άλλη» διαταραχή, 2 ασθενείς (1,2%) είχαν εκδηλώσει καταθλιπτικό επεισόδιο, άλλοι 2 ασθενείς (1,2%) έπασχαν από αγχώδεις διαταραχές, ένας ασθενής (0,6%) είχε παρουσιάσει οξεία και παροδική ψυχωσική διαταραχή, ενώ για 35 ασθενείς (21,6%) δεν υπήρχαν επαρκείς πληροφορίες στο έντυπο προκειμένου να προσδιοριστεί η διαταραχή (βλ. Σχήμα 2).



Σχήμα 2. Γράφημα που απεικονίζει το ιστορικό ψυχικής νόσου του δείγματος (n=162).

Επίσης, ο Πίνακας 5 παρουσιάζει επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη συννοσηρότητα στο ψυχιατρικό ιστορικό του δείγματος μας, με την διαταραχή χρήση ουσιών (εξαρτησιογόνες, ψυχοτρόπα) να αναφέρεται περισσότερες φορές στο ιστορικό των ασθενών.



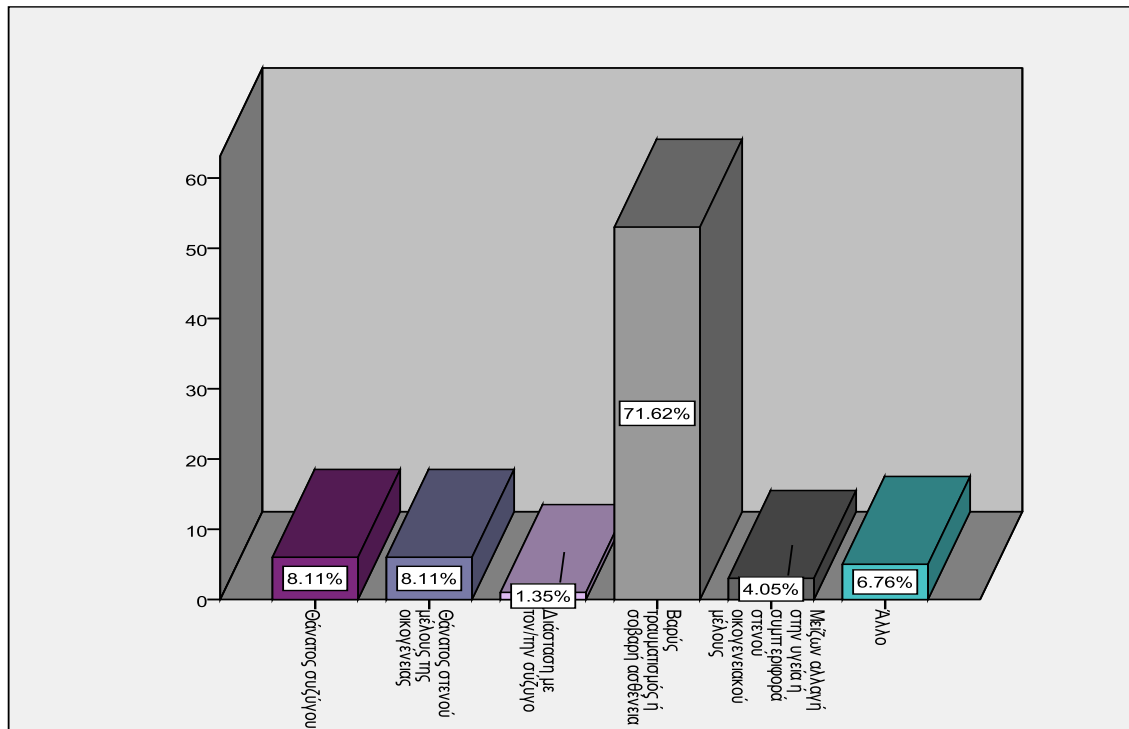
## Πίνακας 5

Πίνακας κατανομής συχνοτήτων της συννοσηρότητας του ψυχιατρικού ιστορικού του δείγματος (n=11).

	Συχνότητα (%) Ψυχιατρικό Ιστορικό_2 (n=8)	Συχνότητα (%) Ψυχιατρικό Ιστορικό_3 (n=2)	Συχνότητα (%) Ψυχιατρικό Ιστορικό_4 (n=1)
Διαταραχή χρήσης αλκοόλ	1 (12,5)	-	-
Διαταραχή χρήσης ουσιών	2 (25,0)	2 (100,0)	1 (100,0)
Διπολική συναισθηματική διαταραχή	1 (12,5)	-	-
Αγχώδεις διαταραχές	1 (12,5)	-	-
Μη προσδιοριζόμενη διαταραχή	2 (25,0)	-	-
Άλλο	1 (12,5)	-	-

Σχετικά με την βίωση πρόσφατων ψυχοπιεστικών γεγονότων στην ζωή του δείγματος, το 54,5% των ασθενών (n=72) ανέφερε ότι είχε βιώσει κάποιο πρόσφατο στρεσογόνο συμβάν που έλαβε χώρα σε διάστημα ίσου ή μικρότερου του ενός χρόνου από την περίοδο καταγραφής του ιστορικού τους σε αντίθεση με το 45,5% των ασθενών (n=60) που δήλωσε ότι δεν είχε ζήσει κάτι αντίστοιχο. Αναλυτικότερα, το 71,6% των ασθενών (n=53) ανέφερε ως ψυχοπιεστικό γεγονός την ύπαρξη ενός σοβαρού τραυματισμού ή την διάγνωση μιας σοβαρής ασθένειας, το 16,2% των ασθενών (n=16) τον θάνατο του/της συζύγου ή κάποιου στενού μέλους της οικογένειάς τους, το 4,1% (n=3) ανέφερε μια σημαντική αλλαγή στην υγεία ή συμπεριφορά κάποιου στενού οικογενειακού τους μέλους, το 1,4% (n=1) ανέφερε την διάσταση με τον/την σύζυγο και το 6,8% των ασθενών (n=5) ανέφερε κάποιο «άλλο» είδος στρεσογόνου γεγονότος. Πιο συγκεκριμένα, ανάμεσα στα «άλλου» είδους ψυχοπιεστικά γεγονότα, συμπεριλαμβάνονται οι οικονομικές δυσκολίες (1,4%), η επαγγελματική

εξουθένωση (1,4%), η κλοπή (1,4%), η μεταμόσχευση (1,4%) και τα επαναλαμβανόμενα χειρουργεία (1,4%) (βλ.Σχήμα 3).



Σχήμα 3. Γράφημα που απεικονίζει την εμφάνιση ψυχοπιεστικών γεγονότων (<=12 μήνες) στην ζωή του δείγματος (n=74).

Παρομοίως, στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται πληροφορίες για τα ψυχοπιεστικά γεγονότα που μπορεί να βίωσαν οι ασθενείς (n=14) για δεύτερη και τρίτη φορά σε διάστημα ίσου ή μικρότερου του ενός χρόνου από την περίοδο καταγραφής του ιστορικού τους.

#### Πίνακας 6

Πίνακας κατανομής συχνότητας της εμφάνισης ψυχοπιεστικών γεγονότων (<=12 μήνες) στην ζωή των ασθενών για 2<sup>η</sup> και 3<sup>η</sup> φορά (n=14).

---

Συχνότητα	Έγκυρο %
-----------	----------

---

Πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα \_ 2 (n=11):

Θάνατος συζύγου	1	9,1
Θάνατος στενού μέλους της οικογένειας	1	9,1
Διάσταση με τον/την σύζυγο	2	18,2
Βαρύς τραυματισμός ή σοβαρή ασθένεια	3	27,3
Μείζων αλλαγή στην υγεία/συμπεριφορά	1	9,1
Μείζων αλλαγή στην οικονομική κατάσταση	1	9,1
Άλλο	2	18,2

Πρόσφατα ψυχοπιεστικά γεγονότα\_ 3 (n=3):

Μείζων αλλαγή στην υγεία/συμπεριφορά	1	33,3
Άλλο	2	66,7

Συνεχίζοντας με την περιγραφή του ψυχιατρικού προφίλ των ασθενών, το μεγαλύτερο ποσοστό (97,7%) δήλωσε ότι επιθυμούσε μια ψυχιατρική εκτίμηση από την ομάδα της Διασυνδεδετικής ενώ το 2,3% ήταν αρνητικό απέναντι σε αυτήν την πρόταση. Αναφορικά με την συμπτωματολογία που εκδήλωσαν οι ασθενείς κατά την εξέταση τους από τους ψυχιάτρους, 56 ασθενείς (31,5%) παρουσίασαν αγχώδη και αποσυνδεδετικά συμπτώματα, 79 ασθενείς (44,4%) καταθλιπτικά συμπτώματα, 2 ασθενείς (1,1%) μανιακά συμπτώματα, 13 ασθενείς (7,3%) εκδήλωσαν ψυχωτικά συμπτώματα, 5 ασθενείς (2,8%) εμφάνισαν ανοϊκή συνδρομή, 29 ασθενείς (16,3%) παρουσίασαν παραληρητικά συμπτώματα, 1 ασθενής (0,6%) εμφάνισε τοξίκωση από το αλκοόλ/ουσίες, 6 ασθενείς (3,4%) εκδήλωσαν δυσκολίες στην πρόληψη τροφής, 7 ασθενείς (3,9%) παρουσίασαν τάσεις αυτοκαταστροφής, 3 ασθενείς (1,7%) παρουσίασαν συμπτώματα επιθετικότητας και 6 ασθενείς (3,4%) συμπτώματα αρνητισμού (βλ. Πίνακα 7).

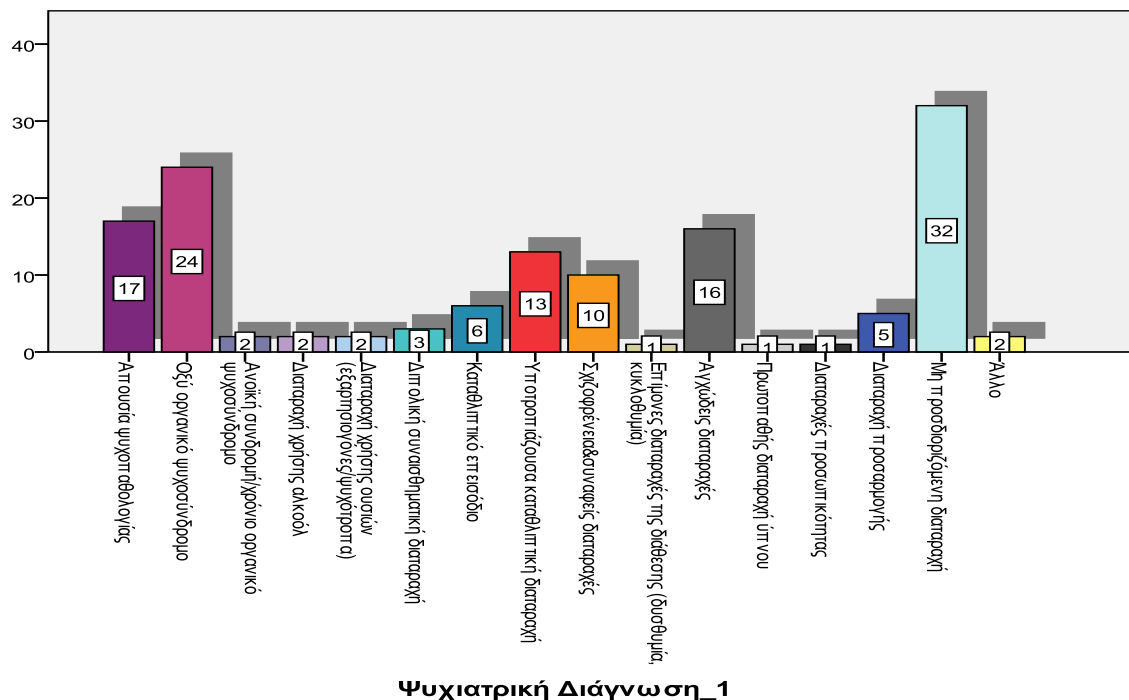
## Πίνακας 7

Πίνακας κατανομής συχνοτήτων της συμπτωματολογίας των ασθενών κατά την ψυχιατρική εξέταση από την ομάδα της Διασυνδευτικής (N=178).

	Συχνότητα	Έγκυρο %
Αγχώδεις εκδηλώσεις/Αποσυνδευτικά Συμπτώματα:	56	31,5
Καταθλιπτικά Συμπτώματα:	79	44,4
Μανιακά Συμπτώματα:	2	1,1
Ψυχωσική Συμπτώματα:	13	7,3
Ανοϊκή Συνδρομή:	5	2,8
Παραλήρημα:	29	16,3
Τοξίκωση από αλκοόλ ουσίες:	1	0,6
Δυσκολίες στην πρόληψη τροφής:	6	3,4
Αυτοκαταστροφικότητα:	7	3,9
Επιθετικότητα:	3	1,7
Αρνητισμός:	6	3,4

Σύμφωνα με την διάγνωση που δόθηκε από τους ψυχιάτρους της Διασυνδευτικής, 24 ασθενείς (17,5%) έπασχαν από οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, 17 ασθενείς (12,4%) δεν έπασχαν από κάποια διαταραχή, 16 ασθενείς (11,7%) διαγνώστηκαν με κάποια αγχώδη διαταραχή, 13 ασθενείς (9,5%) με υποτροπιάζουσα καταθλιπτική διαταραχή, 10 ασθενείς (7,3%) με σχιζοφρένεια και συναφείς διαταραχές, 6 ασθενείς (4,4%) παρουσίασαν ένα τουλάχιστον καταθλιπτικό επεισόδιο, 5 ασθενείς (3,6%) διαγνώστηκαν με διαταραχή προσαρμογής, 3 ασθενείς (2,2%) με διπολική συναισθηματική διαταραχή, 2 ασθενείς (1,5%) με ανοϊκή συνδρομή/χρόνιο οργανικό ψυχοσύνδρομο, άλλοι 2 ασθενείς (1,5%) με διαταραχή χρήσης

αλκοόλ, 2 ασθενείς ακόμη (1,5%) με διαταραχή χρήσης ουσιών, 1 ασθενής (0,7%) διαγνώστηκε με επίμονη διαταραχή της διάθεσης, 1 ασθενής ακόμη (0,7%) με πρωτοπαθής διαταραχή ύπνου και 1 επιπλέον ασθενής (0,7%) με διαταραχή προσωπικότητας. Επίσης, σε 32 ασθενείς (23,4%) δεν προσδιορίστηκε η διάγνωση εξαιτίας της έλλειψης πληροφοριών ενώ για 2 ασθενείς (1,5%) δόθηκε ως διάγνωση η ονομασία «άλλο» (βλ.Σχήμα 4).



Σχήμα 4. Γράφημα που απεικονίζει τις διαγνώσεις που δόθηκαν στους ασθενείς από τους ψυχιάτρους της Διασυνδετικής (n=137).

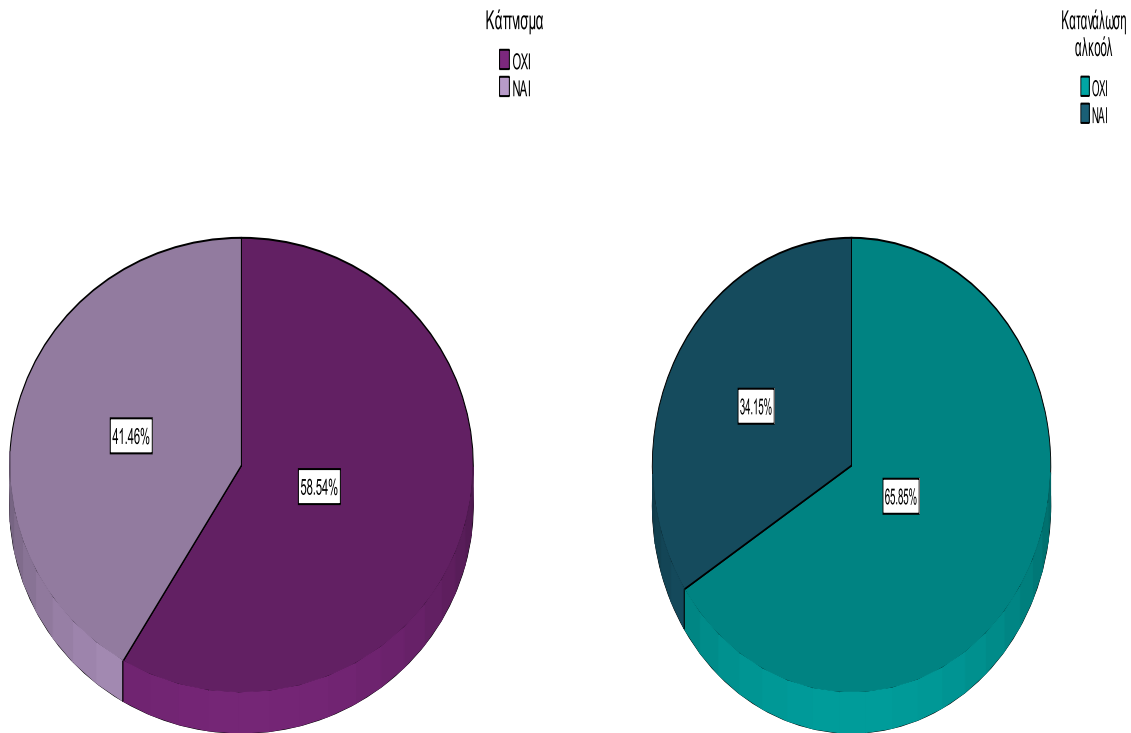
Επιπλέον, στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται επιπρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τις εκτιμήσεις των ψυχιάτρων της Διασυνδετικής, όπου σε ορισμένους ασθενείς (n=10) δόθηκε δεύτερη και τρίτη ψυχιατρική διάγνωση.

#### Πίνακας 8

Πίνακας κατανομής συχνότητας των επιπρόσθετων ψυχιατρικών διαγνώσεων που δόθηκαν στους ασθενείς (n=10).

	Συχνότητα (%) Ψυχιατρική Διάγνωση_2 (n=9)	Συχνότητα (%) Ψυχιατρική Διάγνωση _3 ( n=1)
Οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο	1 (11,1)	-
Διπολική συναισθηματική διαταραχή	1 (11,1)	-
Καταθλιπτικό επεισόδιο	1 (11,1)	-
Αγχώδεις διαταραχές	4 (44,4)	1 (100,0)
Πρωτοπαθής διαταραχή ύπνου	1 (11,1)	-
Μη προσδιοριζόμενη διαταραχή/Ανεπαρκείς πληροφορίες	1 (11,1)	-

Αναφορικά με τις πληροφορίες που δόθηκαν από τους ασθενείς σχετικά με τις συνήθειες που αφορούν το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ, υπάρχει ένας περιορισμένος αριθμός απαντήσεων. Συγκεκριμένα και όσον αφορά το κάπνισμα, επαρκείς πληροφορίες έχουμε μόνο για 41 ασθενείς, από τους οποίους οι 17 ασθενείς (41,5%) δήλωσαν ότι συνέχιζαν το κάπνισμα κατά την περίοδο καταγραφής του ιστορικού τους. Παρομοίως και ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, πληροφορίες διατίθενται και πάλι για 41 ασθενείς, από τους οποίους οι 14 ασθενείς (34,1%) ανέφεραν ότι καταναλώνουν αλκοόλ, με τους περισσότερους ασθενείς (n=8, 61,5%) να δηλώνουν ότι κάνουν ήπια χρήση αλκοόλ, με 2 ασθενείς (15,4%) να αναφέρουν ότι κάνουν μέτρια χρήση αλκοόλ και με 3 ασθενείς (23,1%) να αναφέρουν ότι κάνουν σοβαρή χρήση αλκοόλ (βλ.Σχήμα 5).



Σχήμα 5. Γραφήματα που απεικονίζουν τις συνήθειες καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ των ασθενών (n=41).

Σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή (ψυχιατρική αγωγή) που λάμβαναν οι ασθενείς κατά την είσοδο τους στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου, 89 ασθενείς (57,1%) ανέφεραν ότι ήδη ακολουθούσαν κάποια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή πριν και κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο ενώ 67 ασθενείς (42,9%) ανέφεραν ότι δεν λάμβαναν κάποια αγωγή. Αναλυτικότερα, 44 ασθενείς (41,1%) ανέφεραν ότι λάμβαναν αντικαταθλιπτικά, 28 ασθενείς (28,0%) δήλωσαν ότι λάμβαναν αντιψυχωτικά, 19 ασθενείς (19,2%) ανέφεραν ότι λάμβαναν αντιεπιληπτικά, 45 ασθενείς (43,7%) ανέφεραν ότι λάμβαναν βενζοδιαζεπίνες, 2 ασθενείς (2,2%) ανέφεραν ότι έπαιρναν φάρμακα κατά της άνοιας, 3 ασθενείς (3,3%) δήλωσαν

ότι λάμβαναν αντιπαρκινσονικά, άλλοι 3 ασθενείς (3,3%) ανέφεραν ότι έπαιρναν φάρμακα απεξάρτησης και 8 ασθενείς (8,6%) ανέφεραν ότι λάμβαναν αγχολυτικά/υπνάγωγα (βλ. Πίνακα 9).

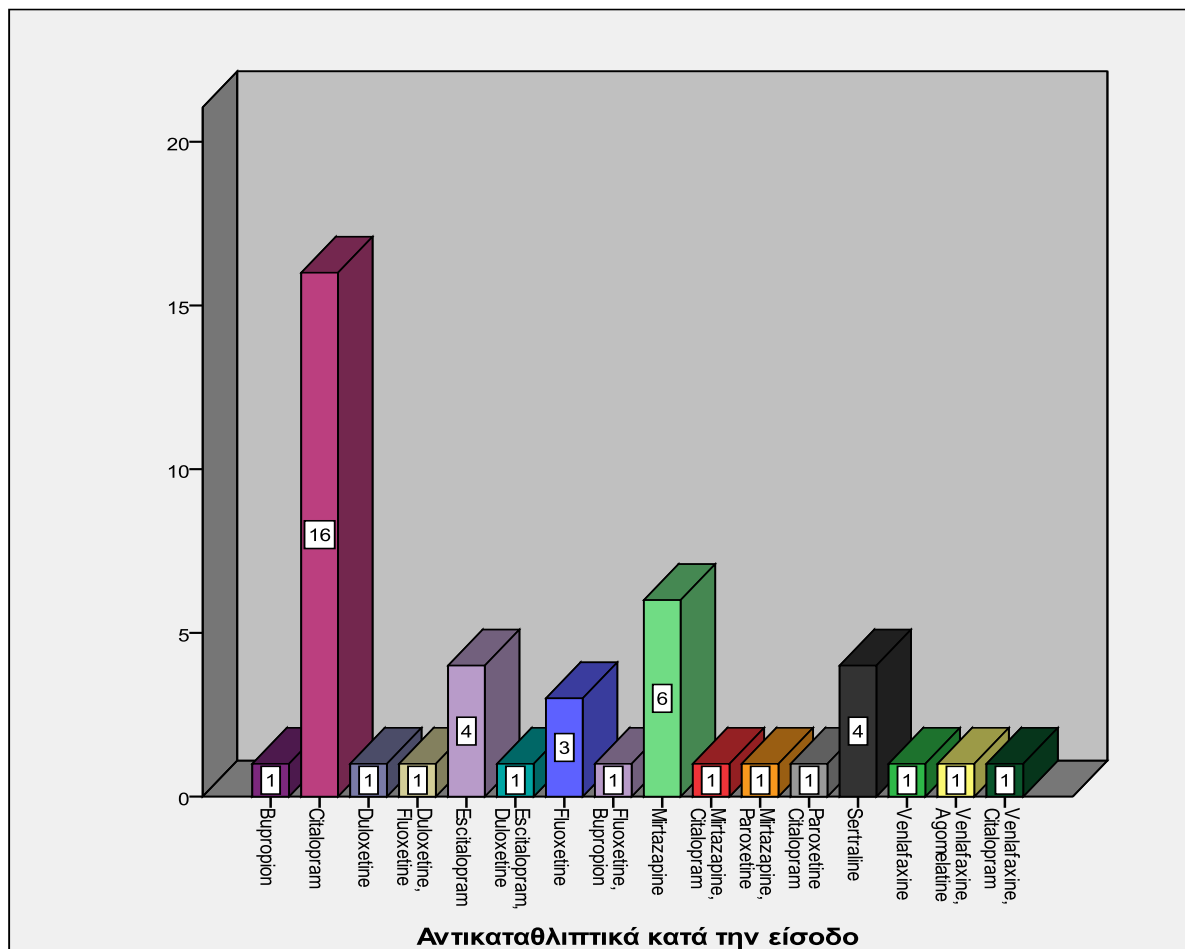
## Πίνακας 9

*Πίνακας κατανομής συχνοτήτων της φαρμακευτικής αγωγής που λάμβανε το δείγμα κατά την είσοδο του στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου.*

	Συχνότητα	Έγκυρο %
Ψυχιατρική Αγωγή κατά την Είσοδο (n=156):		
Ναι	89	57,1
Αντικαταθλιπτικά (n=107):		
Ναι	44	41,1
Αντιψυχωτικά (n=100) :		
Ναι	28	28,0
Αντιεπιληπτικά (n=99) :		
Ναι	19	19,2
Βενζοδιαζεπίνες (n=103):		
Ναι	45	43,7
Φάρμακα κατά της άνοιας (n=90):		
Ναι	2	2,2
Αντιπαρκινσονικά (n=90):		
Ναι	3	3,3
Φάρμακα απεξάρτησης (n=90):		
Ναι	3	3,3
Αγχολυτικά/Υπνάγωγα (n=93):		
Ναι	8	8,6

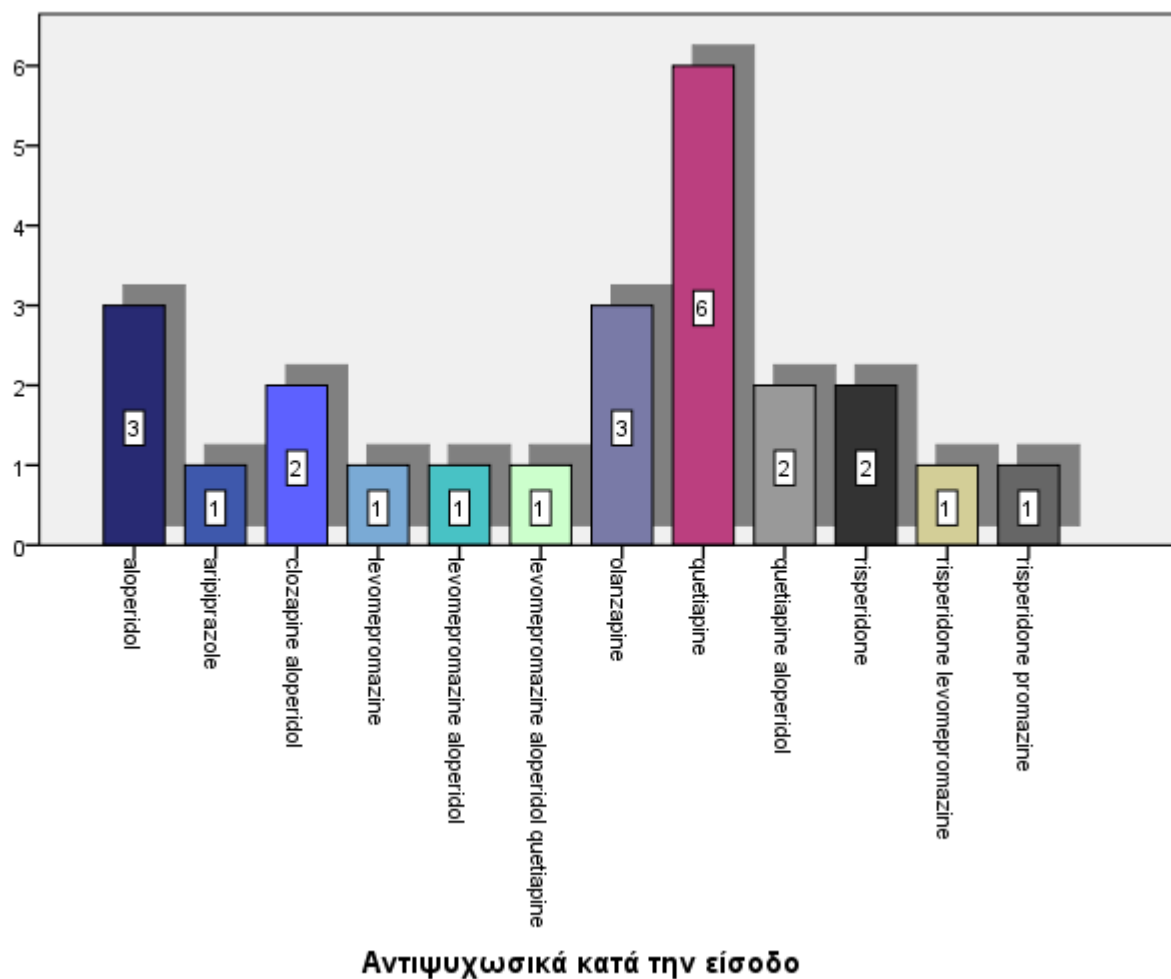


Στο Σχήμα 6 απεικονίζονται αναλυτικά οι πληροφορίες σχετικά με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα που λάμβαναν οι ασθενείς κατά την είσοδο τους στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου.



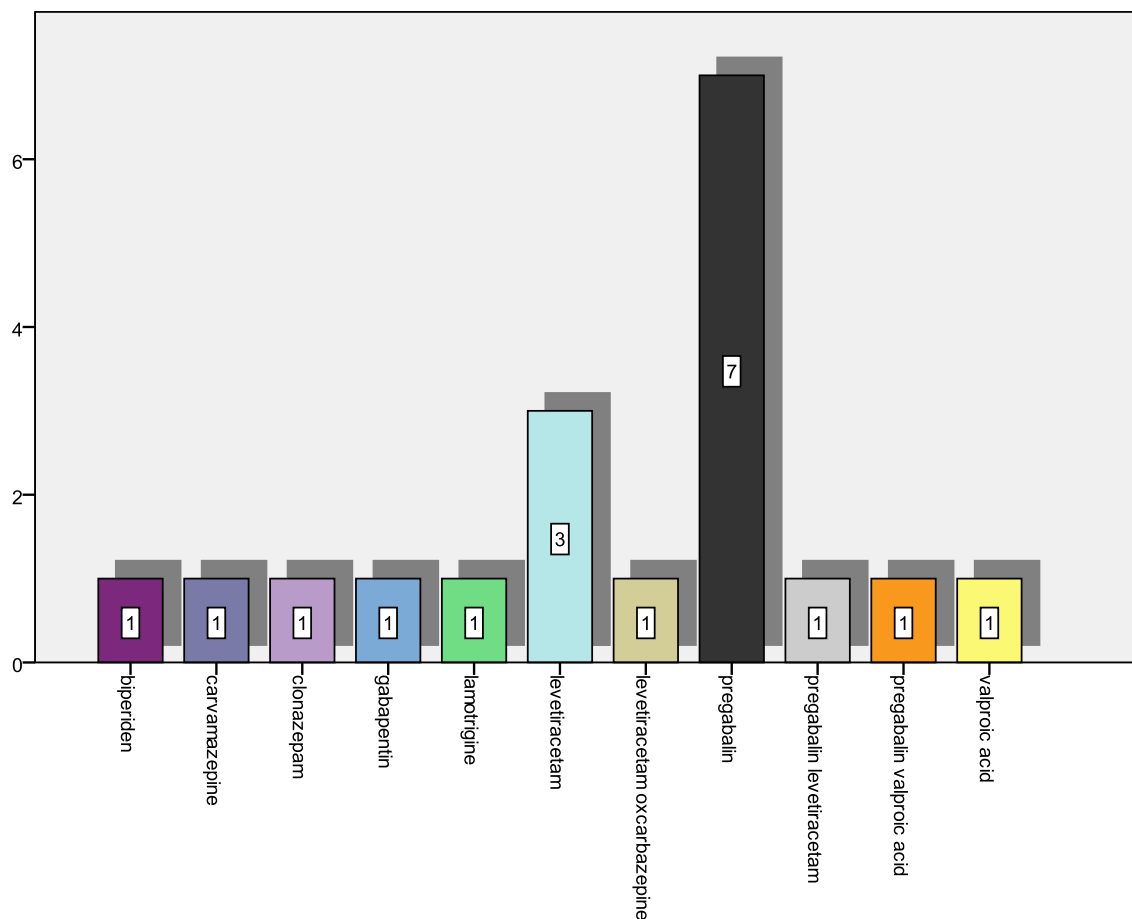
Σχήμα 6. Γράφημα που απεικονίζει την αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή των ασθενών κατά την είσοδο τους στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου.

Ομοίως, στο Σχήμα 7 απεικονίζονται αναλυτικά οι πληροφορίες σχετικά με τα αντιψυχωτικά φάρμακα που λάμβαναν οι ασθενείς κατά την είσοδο τους στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου.



Σχήμα 7. Γράφημα που απεικονίζει την αντιψυχωτική αγωγή των ασθενών κατά την είσοδο τους στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου.

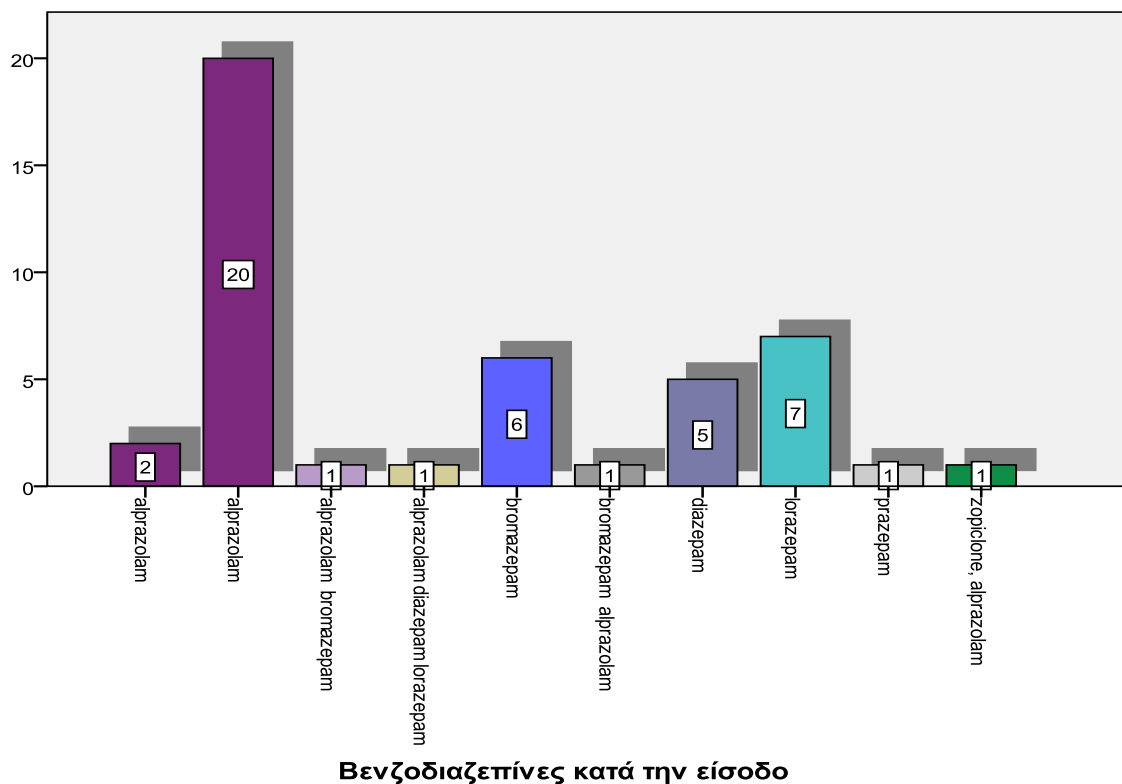
Συνεχίζοντας, στο Σχήμα 8 απεικονίζονται αναλυτικά οι πληροφορίες σχετικά με τα αντιεπιληπτικά φάρμακα που λάμβαναν οι ασθενείς κατά την είσοδο τους στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου.



**Αντιεπιληπτικά κατά την είσοδο**

Σχήμα 8. Γράφημα που απεικονίζει την αντιεπιληπτική αγωγή των ασθενών κατά την είσοδο τους στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου.

Παρομοίως, στο Σχήμα 9 απεικονίζονται αναλυτικά οι πληροφορίες σχετικά με τις βενζοδιαζεπίνες που λάμβαναν οι ασθενείς κατά την είσοδο τους στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου.



Σχήμα 9. Γράφημα που απεικονίζει την αγωγή με βενζοδιαζεπίνες που λάμβαναν οι ασθενείς κατά την είσοδο τους στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου.

Τέλος και αναφορικά με τα φάρμακα κατά της άνοιας, 1 ασθενής (0,6%) λάμβανε donepezil κατά την είσοδο του στην ψυχιατρική κλινική του «Αττικού» νοσοκομείου και άλλος ένας ασθενής (0,6%) ανέφερε ότι λάμβανε rivastigmine. Ως προς τα αντιπαρκινσονικά φάρμακα, 3 ασθενείς (1,7%) δήλωσαν ότι έπαιρναν biperiden και ως προς τα φάρμακα απεξάρτησης 3 ασθενείς (1,7%) ανέφεραν ότι λάμβαναν buprenorphine. Όσον αφορά την λήψη αγχολυτικών (υπνάγωγα), 4 ασθενείς (2,2%) ανέφεραν ότι λάμβαναν zolpidem και 4 ασθενείς ότι λάμβαναν ο καθένας τους ξεχωριστά, clomethiazole (0,6%), clonazepam (0,6%), hydroxyzine (0,6%) και melatonin (0,6%).

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Ο καρκίνος αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια που ταλαιπωρεί πολλούς ανθρώπους παγκοσμίως καθημερινά κι αφορά μια πολυπαραγοντική ασθένεια καθώς πολλοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνισή της. Όπως αναφέραμε και πιο πάνω σκοπός της έρευνας είναι η περιγραφή των ασθενών με νεοπλάσματα που εξετάστηκαν από την ομάδα της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής το χρονικό διάστημα 2016-2017, ώστε να εκτιμηθούν ως προς την ψυχική τους κατάσταση λόγω της ασθένειάς τους και να ανακουφιστούν από την όποια δυσφορία.

Πολλά στρεσογόνα γεγονότα που μπορεί να έχουν συμβεί στη ζωή του ασθενούς ενδέχεται να συμβάλλουν στην επιβάρυνση της ψυχικής και σωματικής υγείας του ασθενούς, όπως ο θάνατος ενός στενού μέλους της οικογένειας του ατόμου, η ίδια η νόσος και τα προβλήματα στο γάμο ή ο χωρισμός και τα οικονομικά προβλήματα. Στο δείγμα μας αρκετοί ασθενείς ανέφεραν ότι είχαν βιώσει ως ψυχοπιεστικό γεγονός την απώλεια συζύγου ή βρίσκονταν σε διάσταση. Όπως αναφέραμε και πιο πάνω μέσα από έρευνες που έχουν διεξαχθεί ότι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα επηρεάζουν την ψυχική κατάσταση του ατόμου και μπορούν να αποτελέσουν αιτίες για εμφάνιση καρκίνου αν σκεφτούμε την άρνηση ή καταστολή των συναισθημάτων που προκαλούν οι τραυματικές εμπειρίες (Fox, 1978; McKenna, et al., 1999).

Επιπλέον η νόσος του καρκίνου τα στάδια της θεραπείας, η διάγνωση και ο κίνδυνος για υποτροπή της νόσου, ο κίνδυνος απώλειας της ζωής και οι παρενέργειές της (ναυτία, κόπωση, πόνος) όπως ήδη αναφέρθηκε δυσχεραίνουν την κατάσταση του ατόμου σωματικά και ψυχικά (Coates, Glasziou & McNeil, 1990; Smith, Gomm & Dickens, 2003; Green, et al., 1997). Στην ερευνά μας αρκετοί ασθενείς δήλωσαν ότι βιώνουν ως ψυχοπιεστικό γεγονός βαρύ τραυματισμό ή σοβαρή ασθένεια, με συμπτώματα κυρίως κατάθλιψης και άγχους όταν

εξετάστηκαν από την ομάδα της Διασυνδετικής. Επίσης ο καρκίνος παραμένει ένας τραυματικός στρεσογόνος παράγοντας λόγω της ικανότητας του να εξασθενεί σημαντικά τις προσαρμοστικές δεξιότητες του ατόμου, ενισχύοντας το αίσθημα του αναπόφευκτου καθώς αποτελεί μια σοβαρή ασθένεια (Baum & Posluszny, 2001; Green, et al., 1997).

Σε μια νόσο όπως είναι ο καρκίνος, η οποία είναι αρκετά σκληρή και επώδυνη για το άτομο, οι τραυματικές εμπειρίες που μπορεί να συμβούν κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου επιδεινώνουν σε σημαντικό βαθμό τη ψυχική διάθεση. Μια ερμηνεία που μπορούμε να δώσουμε στην επίδραση των αρνητικών γεγονότων όπως για παράδειγμα είναι η απώλεια ενός στενού μέλους στην οικογένεια ή του συζύγου είναι ότι η οικογένεια και η σχέση μεταξύ των συντρόφων στο πλαίσιο του γάμου είναι αρκετά σημαντική πηγή για να αντέξει ο ασθενής το βάρος της νόσου και να παίρνει κουράγιο ώστε να μπορεί να συνεχίζει την πορεία για τη θεραπεία. Θεωρούμε ότι όταν το οικογενειακό περιβάλλον παρέχει κατανόηση στους ασθενείς σε αυτή τη δύσκολη καμπή της ζωής τους απαλύνονται τα αρνητικά συναισθήματα, καθώς όταν μοιράζονται τον πόνο και τις δυσκολίες είναι ευκολότερη η συναισθηματική διαχείριση της κατάστασης.

Η ίδια η ασθένεια του καρκίνου αναφέραμε ότι μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην υγεία των ασθενών καθώς τους εξαντλεί τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Θεωρούμε λοιπόν πως για τον ασθενή με καρκίνο η απειλή που αποτελεί η νόσος, το αίσθημα ότι δεν έχουν πολύ χρόνο μπροστά τους και το ναρκισσιστικό πλήγμα που προκαλείται, είναι ικανές συνθήκες ώστε να νιώθει ο ασθενής ότι είναι αβοήθητος και ανήμπορος μπροστά στη νόσο, μειώνοντας την ψυχική του ανθεκτικότητα. Μια πιθανή εξήγηση για το αίσθημα ανημποριάς που βιώνει ο ασθενής μπορεί να σχετίζεται με το σοκ που περνάει όταν μαθαίνει για τη νόσο και τα κλιμακωτά συναισθήματα που δημιουργούνται. Συχνά οι ασθενείς «πενθούν» για τις απώλειες που ήδη έχουν ή μπορεί να έχουν κατά τη διάρκεια της ασθένειας κι να περνούν σταδιακά τις φάσεις του πένθους από την άρνηση μέχρι την αποδοχή.

Επίσης αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος έχει καταχωρηθεί η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο. Οι περισσότεροι ασθενείς δήλωσαν ότι ήταν παντρεμένοι, ορισμένοι είχαν χάσει το σύντροφό τους και κάποιοι ήταν σε διάσταση. Η πλειοψηφία επίσης των ασθενών ήταν απόφοιτοι δημοτικού ενώ κάποιοι είχαν τελειώσει και τριτοβάθμια εκπαίδευση. Σε προηγούμενο σημείο της ερευνάς μας υποστηρίξαμε ότι η οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που μπορεί να βιώνουν. Πιο συγκεκριμένα έχουμε αναφέρει ότι τα έντονα συμπτώματα άγχους μπορεί να σχετίζονται με τα χρόνια εκπαίδευσης, καθώς έχει υποστηριχθεί ότι τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση ή κοινωνικό επίπεδο ενδέχεται να έχουν βιώσει περισσότερα τραυματικά γεγονότα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι πιο πολύ επιβαρυνμένοι είτε σωματικά είτε ψυχικά (Breslau, et al., 1991; Kornblith, et al., 1992).

Σύμφωνα με τα δεδομένα από τα δημογραφικά στοιχεία της ερευνάς μας τα οποία αναφέρθηκαν πιο πάνω, το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των ασθενών ενδέχεται να επηρεάσει την ένταση των συμπτωμάτων άγχους που βιώνουν. Μια εξήγηση που θα μπορούσαμε να δώσουμε είναι για το άγχος που βιώνουν τα άτομα που προέρχονται από πιο χαμηλά κοινωνικά στρώματα είναι ότι αντιμετωπίζουν περισσότερες στρεσογόνες καταστάσεις στην καθημερινότητά τους και πολλές φορές μπορεί να μην έχουν τη δυνατότητα να βρίσκονται σε ένα ικανοποιητικό υποστηρικτικό περιβάλλον, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στο ήδη έντονο στρες που βιώνουν. Επίσης λόγω του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου ενδέχεται να μην έχουν την κατάλληλη ενημέρωση γύρω από θέματα της ασθένειας ή γενικά για θέματα υγειονομικής περίθαλψης, πράγμα που μπορεί να τους οδηγεί στο να μην αναζητούν λύση στο οποιοδήποτε σωματικό πρόβλημα αντιμετωπίζουν επιτείνοντας ακόμα περισσότερο τα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης που υπάρχουν.

Αρκετοί ασθενείς της παρούσας έρευνας παρουσιάζουν οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο, το οποίο όπως έχουμε επισημάνει πιο πάνω αποτελεί μια συχνή διαταραχή στην οποία βρίσκονται οι

καρκινοπαθείς ασθενείς όσο προχωράει η ασθένεια περισσότερο από άλλες κατηγορίες ασθενών και είναι πιο επιβαρυντικό σε μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς (Morrison, 2003; Ruiz, 2000). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί να βρίσκονται σε κατάσταση θόλωσης της συνείδησης, με γνωσιακές και συμπεριφορικές διαταραχές κι ορισμένες φορές παρουσιάζουν καχυποψία ή επιθετικότητα (Morrison, 2003). Έχει επισημανθεί παραπάνω επίσης ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς που μπορεί να παρουσιάζουν και ανοϊκή συνδρομή η επιβάρυνση της υγείας τους λόγω του οργανικού ψυχοσυνδρόμου ίσως ακόμα πιο μεγάλη κι ενδέχεται να μην είναι σε θέση να επανέλθουν σε λειτουργική κατάσταση (Ruiz, 2000).

Πράγματι ο καρκίνος όσο εξελίσσεται μπορεί να επιφέρει αρκετές δυσλειτουργίες στη ζωή των ασθενών με αποτέλεσμα να μην είναι λειτουργικοί και επιπλέον να μην έχουν τη δυνατότητα να συνεργαστούν ομαλά στη διαδικασία της θεραπείας τους. Το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο αποτελεί μια μη λειτουργική κατάσταση, η οποία εξαιτίας των συμπτωμάτων που προκαλεί όπως ο αποπροσανατολισμός σε χώρο και χρόνο, η σύγχυση στη γνωστική λειτουργία και συμπεριφορά, τα οποία μπορεί να μην εξυπηρετούν την ομαλή εξέλιξη της νόσου και της θεραπείας. Επίσης είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η επιβάρυνση δεν αγγίζει μόνο τους ασθενείς αλλά και τον περίγυρο που είναι κοντά τους και τους φροντίζει σωματικά και ψυχολογικά, καθώς εφόσον δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν οι ασθενείς χρειάζονται ουσιαστική παροχή υποστήριξης και φροντίδας.

Στα αποτελέσματα της ερευνάς μας αποδεικνύεται ότι υπήρξε ένας μικρός αριθμός ασθενών που έκαναν χρήση ουσιών κι αλκοόλ. Η χρήση ουσιών όπως αναφέραμε και παραπάνω αποτελεί σημαντικό παράγοντα εμφάνισης καρκίνου, καθώς τα οπιοειδή φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο από τις υπόλοιπες ουσίες με την νόσο του καρκίνου και καθώς πολλές φορές συνταγογραφούνται για την αντιμετώπιση του πόνου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εξάρτησης (Leo, Nuydens & Meert, 2009; Starr et al., 2010). Επίσης η χρήση κάνναβης



προκαλεί αρκετούς τύπους καρκίνου, επειδή μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως φαρμακευτική ουσία (Mao & Oh, 1998).

Συχνά οι ασθενείς, οι οποίοι κάνουν χρήση ουσιών βρίσκονται σε πιο επικίνδυνο επίπεδο για εμφάνιση της νόσου. Στην παρούσα έρευνα δεν βρίσκουμε μεγάλο αριθμό ασθενών που να αναφέρουν ότι κάνουν χρήση ουσιών και να είναι καρκινοπαθείς, χωρίς όμως να είναι ξεκάθαρο αν η χρήση προηγούταν της νόσου και έπαιξε σημαντικό ρόλο ή αν επήλθε μετά. Μετά την ανακοίνωση της νόσου αρκετοί ασθενείς μπορούν να καταφύγουν στη χρήση ουσιών για να αντιμετωπίσουν το ψυχολογικό βάρος της νόσου ειδικά αν στο παρελθόν είχαν κάποιο ιστορικό χρήσης. Αξίζει να αναφέρουμε όμως ότι σε πολλές περιπτώσεις η εξάρτηση ουσιών μπορεί να επέλθει και μέσω της συνταγογράφησης φαρμάκων που περιέχουν ναρκωτικές ουσίες για την αντιμετώπιση του πόνου της ασθένειας.

Το αλκοόλ θεωρείται ένας επικίνδυνος παράγοντας όπως επισημάναμε και πιο πριν στην εμφάνιση του καρκίνου και στο δείγμα βρέθηκε ήπια κατανάλωση αλκοόλ. Η χρήση αλκοόλ είναι ένα γεγονός που έχει απασχολήσει σε παγκόσμιο επίπεδο την ανθρωπότητα όσον αφορά την κοινωνική και φυσική ευημερία, χωρίς ωστόσο να έχει γίνει ξεκάθαρο σε ποιο επίπεδο κατανάλωσης υπάρχει επικινδυνότητα για εμφάνιση καρκίνου, διότι σε ορισμένους τύπου καρκίνου και ένα ποτήρι την ημέρα αλκοόλ είναι αρκετό για την έναρξη της νόσου (World Cancer Research Fund, & American Institute for Cancer Research, 2007).

Το αλκοόλ αποτελεί την πιο δύσκολη μορφή εξάρτησης ανέκαθεν διότι είναι μια νόμιμη ουσία και σε ευρεία χρήση. Σε πολλές κοινωνικές περιστάσεις γίνεται χρήση του που πολλές φορές μπορεί να ξεφύγει από τα επιτρεπτά κοινωνικά όρια και να προκαλέσει προβλήματα. Επιπλέον με τη χρήση του αλκοόλ τα άτομα γίνονται πιο εξωστρεφή και κοινωνικά και σε καταστάσεις έντονου στρες βοηθά να ξεφύγουν από τη σκέψη των προβλημάτων που τους απασχολούν και να χαλαρώσουν. Αν υποθέσουμε ότι η ήπια κατανάλωση αλκοόλ που βρέθηκε στο δείγμα μας

ξεκίνησε μετά την έναρξη της νόσου μπορούμε να εξάγουμε το συμπέρασμα ότι το αλκοόλ ενδέχεται να βοήθησε στην αντιμετώπιση του άγχους που προκαλεί η νόσος βοηθώντας τους να απαλλαγούν έστω και προσωρινά από το έντονο στρες που βιώνουν.

Το κάπνισμα έχουμε ήδη δηλώσει παραπάνω στους περιβαλλοντικούς παράγοντες που προκαλούν καρκίνο είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες για την εμφάνιση αρκετών καρκίνων με κύριο τον καρκίνο του πνεύμονα (IARC, 2004). Στην έρευνα μας δεν παρουσιάστηκε σημαντικός αριθμός ασθενών, οι οποίοι καπνίζουν ή συνήθιζαν να καπνίζουν. Επίσης η δράση του καπνίσματος στην εκδήλωση του καρκίνου έγκειται στο γεγονός ότι οι καρκινογόνες ουσίες που περιέχει το τσιγάρο και κυρίως η νικοτίνη όπως έχουμε ήδη αναφέρει μπορούν να επιφέρουν την έναρξη του καρκίνου καθώς δρουν ως συν-καρκινογόνες ουσίες (Hecht, 2003). Επίσης είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι το κάπνισμα μαζί με τη χρήση αλκοόλ είναι ένας επικίνδυνος συνδυασμός που μπορεί να επιφέρει καρκίνο (Pöschl & Seitz, 2004).

Το τσιγάρο όπως και το αλκοόλ που αναφέραμε πιο πριν είναι νόμιμη ουσία και σε ευρεία χρήση κάνοντας πιο εύκολη την χρήση του και κατά συνέπεια την εξάρτηση από αυτό. Η συνήθεια του καπνίσματος έχει κατηγορηθεί πολλές φορές ότι σχετίζεται με την εμφάνιση πολλών νόσων όχι μόνο του καρκίνου καθώς πολλά ευρήματα πολλών ερευνών της ιατρικής κοινότητας έχουν αποδείξει αυτή πράγματι είναι μια επικίνδυνη για την υγεία συνήθεια. Αυτό που μπορούμε να εξάγουμε ως ίσως πιθανό συμπέρασμα με βάση την παρούσα έρευνα είναι ότι μπορεί πράγματι να επιβαρύνει ακόμα περισσότερο τους ασθενείς με καρκίνο όμως δεν μπορούμε να αποδώσουμε κάποια αιτιώδη σχέση.

Σημαντικός αριθμός ασθενών φάνηκε στην ερευνά μας να έχουν παρουσιάσει καταθλιπτικά συμπτώματα ή να έχουν διαγνωστεί με καταθλιπτική διαταραχή. Η σημαντικότητα της σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και του καρκίνου έχει αναφερθεί παραπάνω στην παρούσα έρευνα.

Ένα από τα πιο σημαντικά ευρήματα είναι ότι ο καρκίνος παρουσιάζει κάποια κοινά συμπτώματα με την κατάθλιψη όπως για παράδειγμα είναι ο πόνος ή η κόπωση με αποτέλεσμα να μη γίνεται διάγνωση της κατάθλιψης αποδίδοντας τα όποια συμπτώματα στη νόσο του καρκίνου (Derogatis & Melisaratos, 1983). Επιπλέον η σημαντικότητα των ψυχοπαιστικών γεγονότων στη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει τη διάθεση των ατόμων και αποτελώντας σημαντικό παράγοντα για επιβάρυνση από καρκίνο, όπως έχει φανεί κι από σχετικές μελέτες (McKenna, et al., 1999). Έχουμε επίσης αναφέρει ότι η κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να αυξήσει τη θνησιμότητα των ασθενών με καρκίνο εν συγκρίσει με άλλους ασθενείς (Stommel, et al., 2002).

Πολλές φορές ασθενείς με καρκίνο οι οποίοι παρουσιάζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν γίνεται διάγνωση για κατάθλιψη καθώς πολλά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι κοινά με τα συμπτώματα της νόσου του καρκίνου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μη λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί την κατάλληλη φροντίδα για την ψυχική του υγεία και να επιβαρύνονται ακόμα περισσότερο. Σε αυτή την περίπτωση θα ήταν πολύ αποτελεσματικό οι θεράποντες ιατροί να είναι σε επαγρύπνηση για τυχόν καταθλιπτικά συμπτώματα και να ζητήσουν βοήθεια από τον κατάλληλο συνάδελφο για την σωστή αντιμετώπιση του ασθενούς. Η Διασυνδεδετική ομάδα θα ήταν καλό να συνδράμει στην ολιστική θεραπεία του ασθενούς που αφορά και τα σωματικά και τα ψυχιατρικά συμπτώματα.

Ωστόσο αξίζει να επισημάνουμε ότι η κατάθλιψη σε συνδυασμό με τα στρεσογόνα γεγονότα που μπορεί να έχει βιώσει ο ασθενής επιδεινώνει ακόμα περισσότερο την σωματική κατάσταση που βρίσκεται από τη νόσο του καρκίνου. Αυτό μπορούμε να συμπεράνουμε ότι μπορεί να επηρεάσει τη θνησιμότητα από τη νόσο διότι η κακή ψυχολογική κατάσταση μαζί με ένα ιστορικό κατάθλιψης μειώνει το ανοσοποιητικό του ασθενούς αυξάνοντας ραγδαία τη θνησιμότητα. Μια πιθανή εξήγηση για την επίδραση της κατάθλιψης στην εμφάνιση καρκίνου είναι το γεγονός ότι η κατάθλιψη αυξάνει τα επίπεδα κορτιζόλης στον οργανισμό καθιστώντας

τον περισσότερο ευάλωτο, επιβεβαιώνοντας κατά κάποιο τρόπο τη λαϊκή ρήση «έβγαλα καρκίνο από τη στεναχώρια μου».

Ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με πολλές νέες πληροφορίες που πρέπει να διαχειριστεί και συχνά περνάει στάδια πένθους και βιώνει καταθλιπτικά συναισθήματα ειδικά όταν γνωρίζει ότι δεν έχει αρκετό περιθώριο επιβίωσης. Οι αλλαγές που λαμβάνουν χώρα είναι πολλές και συχνά δυσάρεστες γιατί ας μην ξεχνάμε ότι οι επιπτώσεις που έχει η νόσος όπως για παράδειγμα απώλεια μαλλιών ή σωματικού βάρους και αίσθημα αδυναμίας δεν είναι ευχάριστες. Ακόμα πιο δύσκολο βέβαια παραμένει το γεγονός του επικείμενου θανάτου που ενδέχεται να ακολουθήσει.

Με όλες τις αιφνίδιες αλλαγές που συμβαίνουν όταν ξεκινάει ο καρκίνος και τις επιπτώσεις που έχει να αντιμετωπίσει θεωρούμε πως ο ασθενής είναι αναμενόμενο να περάσει τη φάση όπου θα πενήσει για τις ακόλουθες συνέπειες. Έτσι λοιπόν, αρχικά αρνείται να δεχτεί ότι νοσεί και το τι μπορεί να ακολουθήσει. Στη συνέχεια λαμβάνει χώρα ο θυμός για τη νόσο και την κατάσταση που βιώνει, καθώς κι ευερεθιστότητα για το περιβάλλον του. Για να αντιμετωπίσει την κατάσταση ο ασθενής προσπαθεί με παράδοξους τρόπους να καθυστερήσει το τέλος συνήθως μέσω διαπραγματεύσεων με το περιβάλλον και με το Θεό. Η κατάθλιψη, είναι το επόμενο στάδιο που βιώνει ο ασθενής μπροστά στις επερχόμενες επιπτώσεις με τελικό στάδιο την αποδοχή της κατάστασης κι συμφιλίωσης με το αναπόφευκτο τέλος να πλησιάζει, δίνοντας την εντύπωση ότι έχει παραιτηθεί από οποιαδήποτε προσπάθεια κι περιμένει το τέλος.

Το στρες αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την πορεία της σωματικής και ψυχικής υγείας των ασθενών. Στην ερευνά μας βρήκαμε ότι αρκετοί ασθενείς παρουσιάζουν αγχώδη συμπτωματολογία χωρίς όμως να έχει γίνει σε όλους διάγνωση για κάποια αγχώδη διαταραχή. Το στρες επιβαρύνει τους ασθενείς με καρκίνο όπως ήδη αναφέραμε παραπάνω διότι από μόνη της η νόσος του καρκίνου αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός που δημιουργεί

αίσθημα αδυναμίας και ανασφάλειας για την ίδια τους τη ζωή (Green, et al., 1997). Ένα προηγούμενο στρεσογόνο γεγονός στο ιστορικό του ασθενούς μπορεί να επιφέρει ακόμα μεγαλύτερο άγχος και έχει αναφερθεί ότι οι γυναίκες και οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς βιώνουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους (Yehuda, 1999; Andrykowski, et al., 2000).

Η σχέση του άγχους και της σωματικής και ψυχικής επιβάρυνσης είναι αναμφισβήτητη. Το στρες καταπονεί σοβαρά τον οργανισμό καθώς μειώνει την αντοχή του ανοσοποιητικού συστήματος καθιστώντας τους ασθενείς πιο ευάλωτους σωματικά. Όταν ένα άτομο έρχεται σε επαφή με οποιαδήποτε ασθένεια τείνει να ανεβάζει τα επίπεδα του άγχους του διότι μια νόσος είναι ένας παράγοντας που προκαλεί αλλαγή στη ζωή του ατόμου και στην διατήρηση της ομοιόστασης του. Αυτό που μπορούμε να εξάγουμε ως πιθανό συμπέρασμα είναι ότι πράγματι στην ανακοίνωση ότι κάποιος νοσεί από κάποια ασθένεια και πόσο μάλλον από καρκίνο δεν είναι εύκολο να γίνει αποδεκτό.

Το στρες αποτελεί ένα σημαντικό μηχανισμό αντίδρασης σε πολλά εξωτερικά κι εσωτερικά ερεθίσματα που λαμβάνουμε καθημερινά. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι από μόνο του το άγχος δεν είναι κακό κι επικίνδυνο διότι χάρη σε αυτό μπαίνουμε σε κατάσταση πάλης και αντιμετώπισης των δύσκολων καταστάσεων και μπορούμε κι επιβιώνουμε. Το άγχος προκαλεί την αντίδραση πάλης ή αποφυγής μπροστά σε μια απειλή και αυτό έχει ως συνέπεια να καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα. Καθώς λοιπόν ο καρκίνος αποτελεί μια απειλή για την υγεία και τη ζωή του ατόμου, μια πιθανή ερμηνεία που μπορούμε να δώσουμε σχετικά με την εμφάνιση του καρκίνου και το άγχος είναι πως το παρατεταμένο άγχος που δημιουργείται μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης, μπορεί να επιβαρύνει την σωματική κατάσταση των ασθενών και ως εκ τούτου με την ανοσοκαταστολή που προκαλεί καθιστά τον οργανισμό περισσότερο ευάλωτο.

Στη σημερινή εποχή βιώνουμε όλο και περισσότερο άγχος λόγω του μοντέρνου τρόπου ζωής, ο οποίος είναι πιο έντονος και προκαλεί περισσότερο άγχος. Οι γρήγοροι ρυθμοί εντείνουν το καθημερινό άγχος το οποίο συσσωρεύεται στο οργανισμό είναι μια ακόμα πιθανή εξήγηση για την εμφάνιση του καρκίνου κι μπορεί να αποτελέσει επικίνδυνο παράγοντα για την υγεία. Ένας σημαντικός τρόπος για να καταπολεμήσουμε το έντονο στρες είναι η φροντίδα για τον εαυτό μας, να προσπαθούμε να βρίσκουμε χρόνο να χαλαρώνουμε μέσα στην ημέρα κάνοντας δραστηριότητες που μας ευχαριστούν όπως είναι η άθληση για παράδειγμα. Η φυσική άσκηση μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, καθώς βοηθάει στην εκτόνωση της έντασης και του άγχους και ενισχύει και το ανοσοποιητικό σύστημα.

Στην έρευνα μας ορισμένος αριθμός ασθενών διαγνώστηκαν με διαταραχή προσαρμογής καθώς δεν πληρούσαν κριτήρια για κάποια άλλη διαταραχή. Είναι πολλές φορές όπου οι ασθενείς με καρκίνο εκδηλώνουν μεν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης χωρίς όμως να πληρούν τα κριτήρια ώστε να διαγνωστούν με κάποια αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη (Mionis & Block, 2007). Χρειάζεται να αναφέρουμε ότι στα πρώτα στάδια μετά την αναγγελία ότι νοσούν με καρκίνο οι ασθενείς βρίσκονται σε ένα μεταβατικό στάδιο μέχρι να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα και να οργανώσουν την καθημερινότητα τους στην νέα πραγματικότητα. Πολλές φορές όλοι οι άνθρωποι όταν βρίσκονται σε σημαντικές αλλαγές στη ζωή τους περνάνε αρκετά στάδια μέχρι την τελική προσαρμογή τους και έχουν διαταραχή προσαρμογής και ίσως να μην έχουν διαγνωστεί.

Επιπλέον στην παρούσα έρευνα βρήκαμε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών με καρκίνο και σχιζοφρένεια. Όπως αναφέραμε και σε προηγούμενα σημεία της έρευνας μας υπάρχει αύξηση του καρκίνου σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, καθώς υποστηρίχθηκε ότι υπάρχει αυξημένη χρήση ουσιών και τσιγάρου σε αυτόν τον πληθυσμό και κατά συνέπεια δημιουργείται σημαντικός κίνδυνος για εμφάνιση καρκινογένεσης (Tran et al., 2009). Ωστόσο έχουμε επισημάνει ότι η κακή διατροφή και η έλλειψη άσκησης αποτελούν αίτια για καρκινογένεση

σε αυτούς τους ασθενείς και να επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο η σωματική τους κατάσταση (McCreadie et al., 1998; Daumit et al., 2005).

Ας μην ξεχνάμε ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν είναι συνεπείς σε ιατρικές οδηγίες και συχνά είναι κοινωνικά απομονωμένοι με αποτέλεσμα αρκετές φορές να μην τους δίνεται η δυνατότητα να προβούν σε έλεγχο της υγείας τους και να ελέγξουν τα όποια ανησυχητικά συμπτώματα αντιμετωπίζουν για την υγεία τους (Damjanović, et al., 2006). Αυτό συμβάλει συχνά στην αύξηση της καρκινογένεσης και όταν γίνεται αντιληπτός ο καρκίνος μπορεί να είναι δύσκολη η θεραπεία του. Επίσης αναφέραμε ότι ο κίνδυνος για εμφάνιση καρκίνου δημιουργείται κι από την ανοχή που έχουν αυτοί οι ασθενείς στον πόνο και την έλλειψη παραπόνων σε σωματικά συμπτώματα με αποτέλεσμα να μην υποβάλλονται συχνά σε διαγνωστικές διεργασίες και τεστ (Watson, et al., 1981).

Αναφορικά με την εκδήλωση του καρκίνου στους σχιζοφρενείς ασθενείς σημαντικό ρόλο παίζει και το στίγμα με το οποίο επιβαρύνονται αυτά τα άτομα. Ο στιγματισμός των ατόμων αυτών με πεποιθήσεις και προκαταλήψεις, όπως για παράδειγμα ότι είναι βίαια κι δεν συνεργάζονται για τη θεραπεία τους με κακή πρόγνωση για την υγεία τους συχνά υποβιβάζει τους ασθενείς αυτούς προκαλώντας τους δυσφορία. Όμως η παραπάνω αντιμετώπιση και ο στιγματισμός που υφίστανται δημιουργεί διακρίσεις όπως αναφέραμε παραπάνω και λιγότερες και άνισες ευκαιρίες για σωστή περίθαλψη και θεραπεία απέναντι σε οποιαδήποτε σωματικό νόσημα (Thornicroft, 2011).

Οι ασθενείς με βαριά ψυχική νόσο όπως είναι η σχιζοφρένεια συχνά αντιμετωπίζουν και σωματικά νοσήματα είτε αρκετά σοβαρά όπως ο καρκίνος είτε λιγότερο. Το σημαντικό όμως είναι ότι δεν αποτελούν ασθενείς ενός «κατώτερου Θεού» και θα ήταν καλό να περιοριστεί κι ιδανικά να εξαλειφθεί εντελώς ο στιγματισμός που υφίστανται.

Είναι εξίσου σημαντικό να υπάρχει μια σταθερή ιατρική συμμαχία μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων τόσο των ψυχιάτρων και των ογκολόγων ώστε να παρέχεται όσο το δυνατόν καλύτερη φροντίδα σε αυτή την κατηγορία ασθενών. Αυτό που χρειάζονται είναι ένα υποστηρικτικό πλαίσιο με κατανόηση να τους περιβάλλει χωρίς διακρίσεις ώστε να μην αισθάνονται δυσφορία και να μην αυτοστιγματίζονται περισσότερο. Επιπλέον καλό θα ήταν να παρέχεται υποστήριξη και φροντίδα και στο οικείο περιβάλλον του ασθενούς με σχιζοφρένεια καθώς το βάρος και οι ανάγκες που αναλαμβάνουν για τη φροντίδα του ασθενούς είναι μεγάλες και χρειάζονται κι οι ίδιοι μια υποστήριξη.

Η υποστήριξη που χρειάζονται οι ασθενείς με καρκίνο σε όλη τη διάρκεια της νόσου έχουμε ήδη αναφέρει και παραπάνω ότι είναι πολύ σημαντική. Ο καρκίνος είναι δύσκολη και σκληρή νόσος με αβέβαιες επιπτώσεις και βάζει το άτομο σε διαδικασία να διαπραγματευτεί πολλά θέματα της ζωής του. Το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμβάλλει στην συναισθηματική ενίσχυση του ασθενούς και στην αντιμετώπιση του τραυματικού γεγονότος της νόσου του καρκίνου.

Όσον αφορά την ψυχολογική αντιμετώπιση απέναντι στη νόσο και τις στρατηγικές που βοηθούν στο να ανταπεξέλθουν οι ασθενείς στις δυσκολίες που βιώνουν έχουμε αναφέρει ότι η θετική κι αισιόδοξη στάση και το χιούμορ μπορούν να συμβάλλουν (Antoni & Lutgendorf, 2007). Η αισιοδοξία μαζί με τη θετική σκέψη ότι θα καταφέρουν να ξεπεράσουν τη νόσο έχουμε επισημάνει ότι έχει βοηθήσει τους ασθενείς να έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής χωρίς υποτροπές της νόσου (Butow, et al., 1999; Brown, Butow, et al., 2000). Επιπλέον η μαχητική στάση απέναντι στη νόσο μέσα από τη διαπραγμάτευση και την αναζήτηση πληροφοριών γύρω από τη νόσο και τη θεραπεία, βοηθούν στον έλεγχο της κατάστασης επηρεάζοντας θετικά την ψυχολογία τους (Pearlin & Schooler, 1978; Cohen & Lazarus, 1973).



Το υποστηρικτικό περιβάλλον θεωρείται ότι αποτελεί βασικό τρόπο αντιμετώπισης του στρες για την καλύτερη πορεία της νόσου στους καρκινοπαθείς ασθενείς είναι η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Οι ασθενείς με καρκίνο έχουν ανάγκη να νιώθουν ότι βρίσκονται κοντά σε ανθρώπους που τους νοιάζονται και θα τους στηρίξουν να τα βγάλουν πέρα στη δύσκολη αυτή πορεία με τη νόσο ειδικό όταν αυτή θα επιδεινώνεται. Το αίσθημα απομόνωσης και εγκατάλειψης σε μια δύσκολη περίοδο της ζωής θα έχει ως αποτέλεσμα να καμφθεί ακόμα περισσότερο το ηθικό των ασθενών και κατά συνέπεια μια κακή ψυχολογία επιβαρύνει περισσότερο την υγεία.

Το ιατρικό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ασθενών. Οι θεράποντες ιατροί σε συνδυασμό με την ομάδα της Διασυνδετικής Ψυχιατρικής του εκάστοτε θεραπευτικού πλαισίου στο νοσοκομείο θα ήταν καλό να στέκονται δίπλα στους ασθενείς και να ακούνε με προσοχή και φροντίδα τους ασθενείς αυτούς σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Ας μην ξεχνάμε ότι η καλή σχέση των ασθενών με το ιατρικό προσωπικό είναι καταλυτικός παράγοντας για μια καλή θεραπευτική συνεργασία και δίνει κουράγιο και δύναμη στους ασθενείς.

Η κατανόηση και υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον του ασθενούς καθώς και από το ιατρικό προσωπικό θα δώσει στους ασθενείς αυτούς το κουράγιο να ανταπεξέλθουν απέναντι στην μάχη με τον καρκίνο και να διατηρήσουν την θετική τους στάση και τη μαχητικότητα τους. Η ψυχοεκπαίδευση του οικογενειακού περιβάλλοντος γύρω από θέματα της νόσου θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στην υιοθέτηση κατάλληλης στάσης και διαχείρισης της νόσου και των ασθενών. Επιπλέον η ομαδική ψυχοθεραπεία ατόμων που πάσχουν από καρκίνο είναι ένας εξίσου υποστηρικτικός παράγοντας που θα βοηθήσει τους ασθενείς να διαχειριστούν όσο το δυνατό καλύτερα τα όποια αρνητικά συναισθήματα έχουν και τις ανησυχίες τους. Ένα πλαίσιο όπως η ομαδική θεραπεία με καρκινοπαθείς ασθενείς, υπάρχει η ασφάλεια και το αίσθημα της εμπιστοσύνης να μιλήσουν περισσότερο άνετα για ό,τι

τους απασχολεί καθώς τους συνδέουν κοινές ανησυχίες και συναισθήματα γύρω από την ασθένεια.

Έχουμε ωστόσο αναφέρει ότι ο ρόλος της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής είναι αρκετά σημαντικός για τους ασθενείς που βρίσκονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον και ακόμα περισσότερο για τους καρκινοπαθείς ασθενείς. Η Διασυνδεδετική ομάδα έχει ως ρόλο την ανακούφιση του ασθενούς από τα ψυχιατρικά συμπτώματα που μπορεί να αντιμετωπίζει παράλληλα με τη σωματική νόσο και μέσα από την ενσυναίσθηση που επιδεικνύει είναι σε θέση να αναγνωρίσει την συναισθηματική κατάσταση των ασθενών και να συμβάλει αποτελεσματικά στην φροντίδα τους (Μουσσάς, κ.α., 2008).

Οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν αρκετούς προβληματισμούς και ανησυχίες σχετικά με τη νόσο και χρειάζονται ψυχολογική υποστήριξη για να ανταπεξέλθουν. Θεωρούμε λοιπόν, ότι ο ρόλος και η συνεισφορά των ειδικών της Διασυνδεδετικής ομάδας είναι απαραίτητος για να βοηθήσει τους ασθενείς αυτούς αλλά και το ιατρικό προσωπικό που βρίσκεται δίπλα στους ασθενείς στην θεραπευτική τους πορεία. Η πορεία της νόσου που βιώνουν οι καρκινοπαθείς ασθενείς είναι επίπονη σωματικά και ψυχικά, πράγμα που τους επιβαρύνει κάνοντας ακόμα πιο επιτακτική την ανάγκη για ψυχιατρική υποστήριξη.

Ο καρκίνος θεωρείται μια νόσος στην οποία οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν ώστε να εκδηλωθεί. Για αυτόν τον λόγο λοιπόν, θεωρούμε πως μια σφαιρική αντιμετώπιση, η οποία θα περιλαμβάνει πέρα από την σωματική φροντίδα και την ψυχολογική είναι απαραίτητη. Η ολιστική προσέγγιση γύρω από τη νόσο θα μπορέσει να βοηθήσει τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά πέρα από την οργανική διάσταση της νόσου αλλά και την ψυχολογική, καθώς στη σύγχρονη ιατρική η Διασυνδεδετική Ψυχιατρική θα αποτελέσει σημαντικό εφόδιο προς αυτήν την κατεύθυνση.

### Περιορισμοί της έρευνας

Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας υπήρχαν ορισμένοι σημαντικοί περιορισμοί, οι οποίοι δυσκόλεψαν αρκετά στην γενική διεξαγωγή της έρευνας και πιο συγκεκριμένα στο κομμάτι των αποτελεσμάτων. Παρακάτω θα γίνει αναφορά πιο αναλυτικά σε αυτούς ώστε να γίνουν πιο σαφείς οι δυσκολίες της έρευνας. Οι περιορισμοί στους οποίους θα γίνει αναφορά είναι οι ακόλουθοι:

- Αρχικά ένας πολύ σοβαρός περιορισμός είναι ότι δεν αποδίδεται σχέση αιτίου – αποτελέσματος μεταξύ της σωματικής νόσου, η οποία στην παρούσα έρευνα είναι ο καρκίνος και των ψυχικών νόσων που μπορεί να αντιμετωπίζει ο ασθενής. Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν μπορούμε να εξάγουμε συμπεράσματα για το αν ο καρκίνος προϋπήρχε ως νόσος και μετά εμφανίστηκε η ψυχική ασθένεια ή το αντίθετο αν δηλαδή προϋπήρχε η ψυχική νόσος και έπειτα εμφανίστηκε ο καρκίνος. Η σχέση ανάμεσα στον καρκίνο και τις ψυχικές ασθένειες που αναφέρονται στην έρευνα είναι αμφίροπη και μόνο υποθέσεις μπορούμε να εξάγουμε χωρίς κανένα ασφαλές συμπέρασμα, εφόσον δεν υπάρχει καμία έγκυρη απόδειξη για το αν υπάρχει κάποια αιτιώδης σχέση.
- Επιπλέον, το γεγονός ότι δεν χορηγήθηκαν καθόλου κλίμακες στους ασθενείς ώστε να υποστηριχθεί η οποιαδήποτε ψυχοπαθολογία αποτελεί έναν εξίσου σημαντικό περιορισμό στην έρευνα. Με τη χορήγηση κλιμάκων όπως για παράδειγμα η HADS (Hospital Anxiety Depression Scale) θα μπορούσαμε να μελετήσουμε πιο εμπειριστατωμένα την ψυχική κατάσταση του ασθενούς έτσι ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να υποστηριχθούν περισσότερο τα αποτελέσματα μας. Η χορήγηση

κλιμάκων πριν την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο θα μας έδινε περισσότερες πληροφορίες για την ψυχική τους υγεία.

- Το μικρό μέγεθος του δείγματος αποτελεί βασικό περιορισμό στην έρευνα καθώς δυσχεραίνει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων της έρευνας. Επίσης το ελλιπές ιστορικό σε αρκετά στοιχεία του δείγματος εξαιτίας της μη αρχικής καταγραφής του, δυσκόλεψε ακόμα περισσότερο την έκβαση της έρευνας μας διότι υπήρχαν αρκετά κενά στοιχεία και κατά συνέπεια δεν μπορούσαμε να βγάλουμε ασφαλή αποτελέσματα.

#### Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Παρακάτω θα παρουσιάσουμε κάποιες μελλοντικές προτάσεις για έρευνα ώστε να ερευνηθεί επιπλέον η νόσος του καρκίνου και οι παράμετροι της ψυχικής υγείας, η σχέση ανάμεσα τους ώστε να προκύψουν σαφή αποτελέσματα με ασφαλή συμπεράσματα.

Μια αρχική πρόταση είναι η διεξαγωγή διαχρονικών μελετών έτσι ώστε να μελετηθούν η κατεύθυνση της σχέσης μεταξύ του καρκίνου και των ψυχικών ασθενειών καθώς επίσης και να ληφθεί υπόψιν και ο διαμεσολαβητικός ρόλος που μπορεί να έχουν κι άλλοι παράγοντες και να επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ του καρκίνου και της ψυχικής υγείας. Οι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ψυχική υγεία είναι παραδείγματος χάρι η προσωπικότητα του ασθενούς, το κοινωνικό περιβάλλον, το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης και τα ψυχοτραυματικά γεγονότα που μπορεί να βίωσε πριν τη διάγνωση.

Επιπλέον η καταγραφή ενός πλήρους ιστορικού του ασθενούς και η χορήγηση κλιμάκων θα ήταν απαραίτητο και θα βοηθούσε περισσότερο σε μια πιο αναλυτική διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη σωματική νόσο και την ψυχική υγεία του ασθενούς. Η χορήγηση κλιμάκων θα

έδινε μια σαφέστερη εικόνα για τα ψυχικά συμπτώματα και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νόσου και θα συνέβαλε σε εξαγωγή ασφαλών αποτελεσμάτων.

Η διερεύνηση του ρόλου της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής ως προς την ανακούφιση και την υποστήριξη των ασθενών με σωματική νόσο, οι οποίοι αντιμετωπίζουν ψυχικά νοσήματα πριν την έναρξη ή παρουσιάζουν ψυχική δυσφορία μετά την ανακοίνωση ότι νοσούν σωματικά, θα μπορούσε να αποτελέσει μια ακόμα πρόταση για έρευνα. Η συνεισφορά της Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής στο νοσοκομειακό πλαίσιο είναι σημαντική, καθώς δεν έχουν διεξαχθεί πολλές έρευνες που να αποδεικνύουν τη χρησιμότητα και τη συμβολή της και θα ήταν καλό στο μέλλον να ερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της στη γεφύρωση μεταξύ των σωματικών και των ψυχικών ασθενειών.

### **BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Abel, K. M., Heatlie, H. F., Howard, L. M., & Webb, R. T. (2008). Sex-and Age-specific Incidence of Fractures in Mental Illness: a Historical, Population-Based Cohort Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1398.

Aizer, A. A., Chen, M. H., McCarthy, E. P., Mendu, M. L., Koo, S., Wilhite, T. J., ... & Hu, J. C. (2013). Marital Status and Survival in Patients with Cancer. *Journal of clinical oncology*, 31(31), 3869.

Akechi, T., Okamura, H., Nishiwaki, Y., & Uchitomi, Y. (2001). Psychiatric Disorders and Associated and Predictive Factors in Patients with Unresectable Nonsmall Cell Lung Carcinoma: A Longitudinal Study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 92(10), 2609-2622.

Alberg, A. J., Brock, M. V., Ford, J. G., Samet, J. M., & Spivack, S. D. (2013). Epidemiology of Lung Cancer: Diagnosis and Management of Lung Cancer: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, *143*(5), e1S-e29S

Allison, P. J., Guichard, C., Fung, K., & Gilain, L. (2003). Dispositional Optimism Predicts Survival Status 1 Year after Diagnosis in Head and Neck Cancer Patients. *Journal of clinical oncology*, *21*(3), 543-548.

Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., ... & Kaplan, S. (1996). Identification of PTSD in Cancer Survivors. *Psychosomatics*, *37*(2), 137-143.

American Society of Clinical Oncology. (1996). Statement of the American Society of Clinical Oncology. Genetic Testing for Cancer Susceptibility. *J Clin Oncol*, *14*, 1730.

Andrykowski, M. A., & Cordova, M. J. (1998). Factors Associated with PTSD Symptoms Following Treatment for Breast Cancer: Test of the Andersen model. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(2), 189-203.

Andrykowski, M. A., Cordova, M. J., Mcgrath, P. C., Sloan, D. A., & Kenady, D. E. (2000). Stability and Change in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Following Breast Cancer Treatment: a 1-year Follow-up. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *9*(1), 69-78

Antoni, M. H., & Lutgendorf, S. (2007). Psychosocial Factors and Disease Progression in Cancer. *Current Directions in Psychological Science*, *16*(1), 42-46.

Axelsson, O., Fredrikson, M., Åkerblom, G., & Hardell, L. (2002). Leukemia in Childhood and Adolescence and Exposure to Ionizing Radiation in Homes Built from Uranium-Containing alum Shale Concrete. *Epidemiology*, 146-150

Badger, T. A., Braden, C. J., & Mishel, M. H. (2001, April). Depression Burden, Self-help Interventions, and Side Effect Experience in Women Receiving Treatment for Breast Cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 28, No. 3)

Baider, L., Perry, S., Sison, A., Holland, J., Uziely, B., & DeNour, A. K. (1997). The Role of Psychological Variables in a Group of Melanoma Patients: An Israeli Sample. *Psychosomatics*, 38(1), 45-53.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanism in Human Agency. *American psychologist*, 37(2), 122.

Barsevick, A. M., Sweeney, C., Haney, E., & Chung, E. (2002). A Systematic Qualitative Analysis of Psychoeducational Interventions for Depression in Patients with Cancer. In *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]*. Centre for Reviews and Dissemination (UK).

Baucom, D. H., Porter, L. S., Kirby, J. S., Gremore, T. M., & Keefe, F. J. (2006). Psychosocial Issues Confronting Young Women with Breast Cancer. *Breast disease*, 23(1), 103-113.

Baum, A., & Posluszny, D. M. (2001). Traumatic Stress as a Target for Intervention with Cancer Patients.

Behnke, M., & Smith, V. C. (2013). Committee on Fetus and Newborn. *Prenatal Substance Abuse: Short-and Long-Term Effects on the Exposed Fetus*. *Pediatrics*, 131(3), e1009-e1024.

Belpomme, D., Carde, P., Oldham, R. K., Mathe, G., Jacquillat, C., Chelloul, N., ... & Bernard, J. (1974). Malignancies Possibly Secondary to Anticancer Therapy. In *Complications of Cancer Chemotherapy* (pp. 115-123). Springer, Berlin, Heidelberg.

Belpomme, D., Lauweyrs M., Belpomme, M., Christophe, M., & Montagnier, M. (2005). La Part de l'environnement Physico-chimique dans la Genèse des Cancers: Quelle Amplitude et

comment la mesurer? Discussion. *Bulletin et mémoires de l'Académie Royale de Médecine de Belgique*, 160(3-4), 163-182.

Block, S. D. (2000). Assessing and Managing Depression in the Terminally ill Patient. *Annals of Internal Medicine*, 132(3), 209-218.

Block, G., Patterson, B., & Subar, A. (1992). Fruit, Vegetables, and Cancer Prevention: A Review of the Epidemiological Evidence. *Nutrition and Cancer*, 18(1), 1-29.

Bloom, J. R. (1982). Social Support, Accommodation to Stress and Adjustment to Breast Cancer. *Social Science & Medicine*, 16(14), 1329-1338.

Blot, W. J., Chow, W. H., & McLaughlin, J. K. (1997). Wood Dust and Nasal Cancer Risk: A Review of the Evidence from North America. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 39(2), 148-156

Blumberg, B. S., Larouze, B., London, W. T., Werner, B., Hesser, J. E., Millman, I., & Payet, M. (1976). The Relation of Infection with the Hepatitis B-agent to Primary Hepatic Carcinoma (author's transl). *Leber, Magen, Darm*, 6(6), 309-315.

Bray, F., Loos, A. H., McCarron, P., Weiderpass, E., Arbyn, M., Møller, H., & Parkin, D. M. (2005). Trends in Cervical Squamous Cell Carcinoma Incidence in 13 European Countries: Changing Risk and the Effects of Screening. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 14(3), 677-686

Breccia, M., Gentilini, F., & Alimena, G. (2007). Cocaine Abuse may Influence the Response to Imatinib in CML Patients. *Haematologica*, 92(3), e41-e42.

Breitbart, W., Bruera, E., Chochinov, H., & Lynch, M. (1995). Neuropsychiatric Syndromes and Psychological Symptoms in Patients with Advanced Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(2), 131-141



- Breitbart, W., & Strout, D. (2000). Delirium in the Terminally ill. *Clinics in Geriatric Medicine*, *16*(2), 357-372
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic Events and Posttraumatic Stress Disorder in an Urban Population of Young Adults. *Archives of general psychiatry*, *48*(3), 216-222.
- Brewin, C. R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., & Dayson, D. (1998). Intrusive Memories and Depression in Cancer Patients. *Behaviour Research and Therapy*, *36*(12), 1131-1142.
- Bruera, E., Neumann, C., Brenneis, C., & Quan, H. (2000). Frequency of Symptom Distress and Poor Prognostic Indicators in Palliative Cancer Patients Admitted to a Tertiary Palliative Care Unit, Hospices, and Acute Care Hospitals. *Journal of palliative care*, *16*(3), 16-21.
- Burton, R. W., Lyons, J. S., Devens, M., & Larson, D. B. (1991). Psychiatric Consultations for Psychoactive Substance Disorders in the General Hospital. *General hospital psychiatry*, *13*(2), 83-87.
- Butler, L. D., Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1999). Traumatic Stress, Life Events, and Emotional Support in Women with Metastatic Breast Cancer: Cancer-Related Traumatic Stress Symptoms Associated with Past and Current Stressors. *Health Psychology*, *18*(6), 555.
- Butow, P. N., Coates, A. S., & Dunn, S. M. (1999). Psychosocial Predictors of Survival in Metastatic Melanoma. *Journal of Clinical Oncology*, *17*(7), 2256-2256.
- Butow, P. N., Coates, A. S., & Dunn, S. M. (2000). Psychosocial Predictors of Survival: Metastatic Breast Cancer. *Annals of Oncology*, *11*(4), 469-474.
- Cain, M. A., Bornick, P., & Whiteman, V. (2013). The Maternal, Fetal, and Neonatal Effects of Cocaine Exposure in Pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, *56*(1), 124-132

Cannon, W. B. (1936). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage* New York: Appleton-Century.

Cella, D. F., Mahon, S. M., & Donovan, M. I. (1990). Cancer Recurrence as a Traumatic event. *Behavioral Medicine, 16*(1), 15-22.

Charles, M. (2001). UNSCEAR Report 2000: Sources and Effects of Ionizing Radiation. *Journal of Radiological Protection, 21*(1), 83.

Chiuve, S. E., Giovannucci, E. L., Hankinson, S. E., Hunter, D. J., Stampfer, M. J., Willett, W. C., & Rimm, E. B. (2005). Alcohol Intake and Methylenetetrahydrofolate Reductase Polymorphism Modify the Relation of Folate Intake to Plasma Homocysteine—. *The American Journal of Clinical Nutrition, 82*(1), 155-162

Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., & Lander, S. (1998). Depression, Hopelessness, and Suicidal Ideation in the Terminally Ill. *Psychosomatics, 39*(4), 366-370

Chuang, S. C., Jenab, M., Heck, J. E., Bosetti, C., Talamini, R., Matsuo, K., & La Vecchia, C. (2012). Diet and the Risk of Head and Neck Cancer: A Pooled Analysis in the Inhance Consortium. *Cancer Causes & Control, 23*(1), 69-88.

Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miller, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., & Spiegel, D. (2001). Supportive-Expressive Group Therapy and Distress in Patients with Metastatic Breast Cancer: a Randomized Clinical Intervention Trial. *Archives of General Psychiatry, 58*(5), 494-501

Cordier, S., Mandereau, L., Preston-Martin, S., Little, J., Lubin, F., Mueller, B., & Choi, N. W. (2001). Parental Occupations and Childhood Brain Tumors: Results of an International Case–Control Study. *Cancer Causes & Control, 12*(9), 865-874.

- Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do Stress-Related Psychosocial Factors Contribute to Cancer Incidence and Survival. *Nature Clinical Practice Oncology*, 5(8), 466-475.
- Chow, E., Connolly, R., Wong, R., Franssen, E., Fung, K., Harth, T., & Szumacher, E. (2001). Use of the CAGE Questionnaire for Screening Problem Drinking in an Out-Patient Palliative Radiotherapy Clinic. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(6), 491-497.
- Coates, A. S., Glasziou, P. P., & McNeil, D. (1990). On the Receiving End—III Measurement of Quality of Life During Cancer Chemotherapy. *Annals of Oncology*, 1(3), 213-217.
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1973). Active Coping Processes, Coping Dispositions and Recovery from Surgery.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A., & Smith, A. P. (1991). Psychological Stress and Susceptibility to the Common Cold. *New England Journal of Medicine*, 325(9), 606-612.
- Connolly, B. S., Barnett, C., Vogt, K. N., Li, T., Stone, J., & Boyd, N. F. (2002). A Meta-Analysis of Published Literature on Waist-to-Hip Ratio and Risk of Breast Cancer. *Nutrition and Cancer*, 44(2), 127-138.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Ruesch, N. (2009). Self-stigma and the “Why Try” Effect: Impact on Life Goals and Evidence-Based Practices. *World psychiatry*, 8(2), 75-81.
- Dai, Z., Xu, Y. C., & Niu, L. (2007). Obesity and Colorectal Cancer Risk: A Meta-Analysis of Cohort Studies. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 13(31), 4199.
- Damjanović, A., Ivković, M., Jasović-Gasić, M., & Paunović, V. (2006). Comorbidity of Schizophrenia and Cancer: Clinical Recommendations for Treatment. *Psychiatria Danubina*, 18(1-2), 55-60.

- Danaei, G., Vander Hoorn, S., Lopez, A. D., Murray, C. J., Ezzati, M., & Comparative Risk Assessment Collaborating Group (Cancers. (2005). Causes of Cancer in The World: Comparative Risk Assessment of Nine Behavioural and Environmental Risk Factors. *The Lancet*, 366(9499), 1784-1793
- Dantzer, R. (2005). Somatization: A Psychoneuroimmune Perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10), 947-952.
- Darbre, P. D. (2001). Underarm Cosmetics Are A Cause of Breast Cancer. *European Journal of Cancer Prevention*, 10(5), 389-394
- Darbre, P. D. (2003). Underarm Cosmetics and Breast Cancer. *Journal of Applied Toxicology: An International Journal*, 23(2), 89-95
- Darby, S., Hill, D., Auvinen, A., Barros-Dios, J. M., Baysson, H., Bochicchio, F., & Heid, I. (2005). Radon in Homes and Risk of Lung Cancer: Collaborative Analysis of Individual Data from 13 European Case-Control Studies. *Bmj*, 330(7485), 223.
- Daumit, G. L., Goldberg, R. W., Anthony, C., Dickerson, F., Brown, C. H., Kreyenbuhl, J., & Dixon, L. B. (2005). Physical Activity Patterns in Adults with Severe Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(10), 641-646.
- DeLongis, A., Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 486.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An Introductory Report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., & Carnicke, C. L. (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Jama*, 249(6), 751-757

- De Roos, A. J., Ward, M. H., Lynch, C. F., & Cantor, K. P. (2003). Nitrate In Public Water Supplies and The Risk of Colon and Rectum Cancers. *Epidemiology*, *14*(6), 640-649.
- Deshields, T., Tibbs, T., Fan, M. Y., & Taylor, M. (2006). Differences in Patterns of Depression After Treatment for Breast Cancer. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, *15*(5), 398-406.
- Dode, A. C., Leão, M. M., de AF Tejo, F., Gomes, A. C., Dode, D. C., Dode, M. C., & Caiaffa, W. T. Mortality by Neoplasia and Cellular Telephone Base Stations in the Belo Horizonte Municipality, Minas Gerais State, Brazil. *Science of the Total Environment*, *409*(19), 3649-3665
- Dudley, R. (2000). Evolutionary Origins of Human Alcoholism in Primate Frugivory. *The Quarterly Review of Biology*, *75*(1), 3-15
- Duszynski, K. R., Shaffer, J. W., & Thomas, C. B. (1981). Neoplasm and Traumatic Events in Childhood: Are They Related? *Archives of General Psychiatry*, *38*(3), 327-331.
- Eckhardt, J. R. (1999). Coping Style and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Women with Primary Breast Cancer.
- Ell, K., Sanchez, K., Vourlekis, B., Lee, P. J., Dwight-Johnson, M., Lagomasino, I., & Russell, C. (2005). Depression, Correlates of Depression, and Receipt of Depression Care Among Low-Income Women with Breast or Gynecological Cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *23*(13), 3052.
- Ershler, W. B., & Longo, D. L. (1997). The Biology of Aging: The Current Research Agenda. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, *80*(7), 1284-1293

- Euvrard, S., Kanitakis, J., & Claudy, A. (2003). Skin Cancers After Organ Transplantation. *New England Journal of Medicine*, 348(17), 1681-1691.
- Faller, H., Bülzebruck, H., Drings, P., & Lang, H. (1999). Coping, Distress, and Survival Among Patients with Lung Cancer. *Archives of general psychiatry*, 56(8), 756-762.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical Review of Psychosocial Interventions in Cancer Care. *Archives of General Psychiatry*, 52(2), 100-113.
- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2007). Estimates of the Cancer Incidence and Mortality in Europe in 2006. *Annals of Oncology*, 18(3), 581-592.
- Feychting, M., Forssén, U., & Floderus, B. (1997). Occupational and Residential Magnetic Field Exposure and Leukemia and Central Nervous System Tumors. *Epidemiology*, 384-389.
- Fitzmaurice, A., & Ross, R. D. (1976). A Survey of Concerns of Breast Cancer Patients. In *DHEW Contract N01-CN-55313*. SRI Int'l Menlo Park, CA.
- Fligiel, S. E., Roth, M. D., Klerup, E. C., Barsky, S. H., Simmons, M. S., & Tashkin, D. P. (1997). Tracheobronchial Histopathology in Habitual Smokers of Cocaine, Marijuana, and/or Tobacco. *Chest*, 112(2), 319-326.
- Floret, N., Mauny, F., Challier, B., Cahn, J. Y., Tourneux, F., & Viel, J. F. (2004). Dioxin Emissions and Soft-Tissue Sarcoma: Results of A Population-Based Case-Control Study. *Revue d'epidemiologie et de sante publique*, 52(3), 213-220.
- Foliart, D. E., Pollock, B. H., Mezei, G., Iriye, R., Silva, J. M., Ebi, K. L., & Kavet, R. (2006). Magnetic Field Exposure and Long-Term Survival Among Children with Leukaemia. *British Journal of Cancer*, 94(1), 161
- Fortner, B. V., Okon, T. A., & Portenoy, R. K. (2002). A Survey of Pain-Related Hospitalizations, Emergency Department Visits, and Physician Office Visits Reported by

Cancer Patients with and without History of Breakthrough Pain. *The Journal of Pain*, 3(1), 38-44.

Foti, M. E., Bartels, S. J., Van Citters, A. D., Merriman, M. P., & Fletcher, K. E. (2005). End-of-life Treatment Preferences of Persons with Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 56(5), 585-591.

Fox, B. H. (1978). Premorbid Psychological Factors as Related to Cancer Incidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 45-133.

Gago-Dominguez, M., Castelao, J. E., Yuan, J. M., Yu, M. C., & Ross, R. K. (2001). Use of Permanent Hair Dyes and Bladder-Cancer Risk. *International Journal of Cancer*, 91(4), 575-579.

Giovino, G. A., Mirza, S. A., Samet, J. M., Gupta, P. C., Jarvis, M. J., Bhala, N., & Palipudi, K. M. (2012). Tobacco Use in 3 Billion Individuals from 16 Countries: An Analysis of Nationally Representative Cross-Sectional Household Surveys. *The Lancet*, 380(9842), 668-679

Goguel, A., Cavigneaux, A., & Bernard, J. (1967). Benzene leukemias in the Paris region between 1950 and 1965 (study of 50 cases). *Nouvelle revue française d'hématologie*, 7(4), 465.

Grabsch, B., Clarke, D. M., Love, A., McKenzie, D. P., Snyder, R. D., Bloch, S., & Kissane, D. W. (2006). Psychological Morbidity and Quality of Life in Women with Advanced Breast Cancer: A Cross-Sectional Survey. *Palliative & supportive care*, 4(1), 47-56.

Grandstaff, N. W. (1976). The Impact of Breast Cancer on The Family. In *Breast Cancer* (Vol. 11, pp. 146-156). Karger Publishers.

Green, B. L., Epstein, S. A., Krupnick, J. L., & Rowland, J. H. (1997). Trauma and Medical Illness: Assessing Trauma-Related Disorders in Medical Settings.

- Greenwald, P. (1995). Introduction: History of Cancer Prevention and Control Greenwald P. Kramer BS Weed DL eds. *Cancer Prevention and Control*: 2-3.
- Greenwald, P., Anderson, D. E., & McDonald, S. S. (2002). Cancer Risk Reduction (Diet/Smoking Cessation/Lifestyle Changes).
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. W. (1979). Psychological Response to Breast Cancer: Effect on Outcome. *The Lancet*, *314*(8146), 785-787.
- Gurpide, E., Blumenthal, R., & Fleming, H. (1984). Regulation of estrogen Receptor Levels in Endometrial Cancer Cells. *Progress in Clinical and Biological Research*, *142*, 145-165
- Hampton, M. R., & Frombach, I. (2000). Women's Experience of Traumatic Stress in Cancer Treatment. *Health Care for Women International*, *21*(1), 67-76
- Hankinson, S. E., Willett, W. C., Manson, J. E., Hunter, D. J., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., & Speizer, F. E. (1995). Alcohol, Height, and Adiposity in Relation to Estrogen and Prolactin Levels in Postmenopausal Women. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, *87*(17), 1297-1302
- Hanna, A., Sledge, G., Mayer, M. L., Hanna, N., Einhorn, L., Monahan, P., & Bhatia, S. (2006). A Phase II Study of Methylphenidate for The Treatment of Fatigue. *Supportive Care in Cancer*, *14*(3), 210-215.
- Hardell, L., Eriksson, M., Axelson, O., & Flesch-Janys, D. (2003). Epidemiological Studies on Cancer and Exposure to Dioxins and Related Compounds. *Dioxins and Health*, *2*, 729-764
- Hardell, L., Carlberg, M., Söderqvist, F., Mild, K. H., & Morgan, L. L. (2007). Long-Term Use of Cellular Phones and Brain Tumours: Increased Risk Associated with Use For  $\geq$  10 Years. *Occupational and Environmental Medicine*, *64*(9), 626-632



Hayes, R. B., Gerin, M., Raatgever, J. W., & Bruyn, A. D. (1986). Wood-Related Occupations, Wood Dust Exposure, and Sinonasal Cancer. *American Journal of Epidemiology*, 124(4), 569-577

Hayes, R. B. (1996). Dry Cleaning, Some Chlorinated Solvents and Other Industrial Chemicals IARC Monographs on The Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 63. *Cancer Causes and Control*, 7(2), 289-291

Hecht, S. S. (1999). Tobacco Smoke Carcinogens and Lung Cancer. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 91(14), 1194-1210

Hecht, S. S. (2003). Tobacco Carcinogens, Their Biomarkers and Tobacco-Induced Cancer. *Nature Reviews Cancer*, 3(10), 733.

Helgeson, V. S., & Cohen, S. (1999). Social Support and Adjustment to Cancer: Reconciling Descriptive, Correlational, and Intervention Research.

Henriksen, T., Dahlback, A., Larsen, S. H., & Moan, J. (1990). Ultraviolet-Radiation and Skin Cancer. Effect of An Ozone Layer Depletion. *Photochemistry and Photobiology*, 51(5), 579-582

Hinshaw, S. P., & Stier, A. (2008). Stigma as Related to Mental Disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 4, 367-393.

Hippisley-Cox, J., Vinogradova, Y., Coupland, C., & Parker, C. (2007). Risk of Malignancy in Patients with Schizophrenia or Bipolar Disorder: Nested Case-Control Study. *Archives of General Psychiatry*, 64(12), 1368-1376.

Hj, M. (1994). Jadad AR. Incident Pain. *Cancer Surv*, 21, 17-24

Hobfoll, S. E., & Freedy, J. R. (Eds.). (1995). *Traumatic Stress: From Theory to Practice*. Plenum Press.

Hodgson, R., Wildgust, H. J., & Bushe, C. J. (2010). Cancer and Schizophrenia: Is There a Paradox? *Journal of Psychopharmacology*, 24(4\_suppl), 51-60.

Hoffmann, D. H. I. (1997). The Changing Cigarette, 1950-1995. *Journal of Toxicology and Environmental Health Part A*, 50(4), 307-364.

Hutcheon, D. E., Kantrowitz, J., Van Gelder, R. N., & Flynn, E. (1983). Factors Affecting Plasma Benzo [a] Pyrene Levels in Environmental Studies. *Environmental Research*, 32(1), 104-110

IARC (International Agency for Research on Cancer). Alcohol Drinking. In: IARC Monographs on The Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans, vol. 44. Lyon: IARC Press; 1988

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, & International Agency for Research on Cancer. (1996). *Some pharmaceutical drugs* (Vol. 66). World Health Organization

IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. (2010). Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, 96, 3.

International Agency for Research on Cancer. (2002). IARC (2012). *Agents Classified by the IARC Monographs*, 1, 103.

IARC (International Agency for Research on Cancer). "World Cancer Report 2014", IARC, 2014

- Irigaray, P., Newby, J. A., Lacomme, S., & Belpomme, D. (2007). Overweight/Obesity and Cancer Genesis: More Than a Biological Link. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *61*(10), 665-678
- Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J., & Browne, G. (1991). Psychosocial Adjustment in Women with Breast Cancer. *Cancer*, *67*(4), 1097-1117.
- Jackson, A. L., & Loeb, L. A. (2001). The Contribution of Endogenous Sources of DNA Damage to the Multiple Mutations in Cancer. *Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis*, *477*(1-2), 7-21.
- Jacques, J. M. (1998). The Black Bile in Greek Antiquity: Medicine and Literature. *Rev Étud Anc*, *100*(1-2), 217-234
- Kadan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B., & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use in Patients with Advanced Cancer: A Report from the Coping with Cancer Study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, *104*(12), 2872-2881
- Kane, M. L., Ladov, E. N., Holdsworth, C. E., & Weaver, N. K. (1984). Toxicological Characteristics of Refinery Streams Used to Manufacture Lubricating Oils. *American Journal of Industrial Medicine*, *5*(3), 183-200
- Kasim, K., Levallois, P., Johnson, K. C., Abdous, B., & Auger, P. (2005). Chlorination Disinfection By-Products in Drinking Water and The Risk of Adult Leukemia in Canada. *American journal of epidemiology*, *163*(2), 116-126
- Kauppinen, T., Toikkanen, J., Pedersen, D., Young, R., Ahrens, W., Boffetta, P., & de la Orden-Rivera, V. (2000). Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union. *Occupational and Environmental Medicine*, *57*(1), 10-18.

- Kelly, C., & McCreadie, R. G. (1999). Smoking Habits, Current Symptoms, and Premorbid Characteristics of Schizophrenic Patients in Nithsdale, Scotland. *American Journal of Psychiatry*, *156*(11), 1751-1757
- King, M. C., Marks, J. H., & Mandell, J. B. (2003). Breast and Ovarian Cancer Risks Due to Inherited Mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science*, *302*(5645), 643-646
- Kirsh, K. L., & Passik, S. D. (2006). Palliative Care of the Terminally Ill Drug Addict. *Cancer Investigation*, *24*(4), 425-431.
- Kisely, S., Sadek, J., MacKenzie, A., Lawrence, D., & Campbell, L. A. (2008). Excess Cancer Mortality in Psychiatric Patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *53*(11), 753-761
- Kisely, S., Crowe, E., & Lawrence, D. (2013). Cancer-Related Mortality in People with Mental Illness. *JAMA Psychiatry*, *70*(2), 209-217.
- Kubler-Ross, E. *On Death and Dying*, New York, 1969.
- Kornblith, A. B., Anderson, J., Cella, D. F., Tross, S., Zuckerman, E., Cherin, E., & Leone, L. (1992). Hodgkin Disease Survivors at Increased Risk for Problems in Psychosocial Adaptation. *Cancer*, *70*(8), 2214-2224.
- Kumle, M., Weiderpass, E., Braaten, T., Persson, I., Adami, H. O., & Lund, E. (2002). Use of Oral Contraceptives and Breast Cancer Risk: The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, *11*(11), 1375-1381
- Labisi, O. (2006). Assessing for Suicide Risk in Depressed Geriatric Cancer Patients. *Journal of psychosocial oncology*, *24*(1), 43-50.
- Lacson, J. C. A., Carroll, J. D., Tuazon, E., Castela, E. J., Bernstein, L., & Cortessis, V. K. (2012). Population-Based Case-Control Study of Recreational Drug Use and Testis Cancer

Risk Confirms An Association Between Marijuana Use and Nonseminoma Risk. *Cancer*, 118(21), 5374-5383.

Leo, S., Nuydens, R., & Meert, T. F. (2009). Opioid-Induced Proliferation of Vascular Endothelial Cells. *Journal of Pain Research*, 2, 59.

Levi, F. (1999). Cancer Prevention: Epidemiology and Perspectives. *European Journal of Cancer*, 35(7), 1046-1058.

Lewis, J. A., Manne, S. L., DuHamel, K. N., Vickburg, S. M. J., Bovbjerg, D. H., Currie, V., & Redd, W. H. (2001). Social Support, Intrusive Thoughts, and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(3), 231-245.

Lichtenstein, P., Holm, N. V., Verkasalo, P. K., Iliadou, A., Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Hemminki, K. (2000). Environmental and Heritable Factors in the Causation of Cancer—Analyses of Cohorts of Twins from Sweden, Denmark, and Finland. *New England Journal of Medicine*, 343(2), 78-85.

Lloyd-Williams, M. (2002). How Common Are Thoughts of Self-Harm in a UK Palliative Care Population? *Supportive Care in Cancer*, 10(5), 422-424.

LoConte, N. K., Brewster, A. M., Kaur, J. S., Merrill, J. K., & Alberg, A. J. (2018). Alcohol and Cancer: A Statement of the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol*, 36(1), 83-93

Loeb, K. R., & Loeb, L. A. (2000). Significance of Multiple Mutations in Cancer. *Carcinogenesis*, 21(3), 379-385

Lorensini, S. (2005). *Traumatic Stress Disorders: Sociotropy, Autonomy and Social Support as Contributing Variables*. Bond University.

- Lubin, J. H. (1994). *Radon and Lung Cancer Risk: A Joint Analysis of 11 Underground Miners Studies* (No. 94). US Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health.
- Lubin, J. H., & Boice Jr, J. D. (1997). Lung Cancer Risk from Residential Radon: Meta-Analysis of Eight Epidemiologic Studies. *Journal of the National Cancer Institute*, 89(1), 49-57
- Ma, X., Buffler, P. A., Gunier, R. B., Dahl, G., Smith, M. T., Reinier, K., & Reynolds, P. (2002). Critical Windows of Exposure to Household Pesticides and Risk of Childhood Leukemia. *Environmental Health Perspectives*, 110(9), 955-960.
- Mackerer, C. R., Griffis, L. C., Grabowski Jr, J. S., & Reitman, F. A. (2003). Petroleum Mineral Oil Refining and Evaluation of Cancer Hazard. *Applied occupational and Environmental Hygiene*, 18(11), 890-901.
- Mandal, P. K. (2005). Dioxin: A Review of its Environmental Effects and its Aryl Hydrocarbon Receptor Biology. *Journal of Comparative Physiology B*, 175(4), 221-230.
- Mainio, A., Hakko, H., Niemelä, A., Koivukangas, J., & Räsänen, P. (2005). Depression and Functional Outcome in Patients with Brain Tumors: A Population-Based 1-Year Follow-Up Study. *Journal of Neurosurgery*, 103(5), 841-847
- Mao, L., & Oh, Y. (1998). Does Marijuana or Crack Cocaine Cause Cancer? *Journal of the National Cancer Institute*, 90(16), 1182-1183.
- Massie, M. J. (2004). Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *JNCI Monographs*, 2004(32), 57-71
- Matson, R. R., & Brooks, N. A. (1977). Adjusting to Multiple Sclerosis: An Exploratory Study. *Social Science & Medicine* (1967), 11(4), 245-250.

- McCreadie, R., Elizabeth, M., Blacklock, C., Tilak-Singh, D., Wiles, D., Halliday, J., & Paterson, J. (1998). Dietary Intake of Schizophrenic Patients in Nithsdale, Scotland: Case-Control Study. *Bmj*, *317*(7161), 784-785.
- McDaniel, J. S., Musselman, D. L., Porter, M. R., Reed, D. A., & Nemeroff, C. B. (1995). Depression in Patients with Cancer: Diagnosis, Biology, and Treatment. *Archives of General Psychiatry*, *52*(2), 89-99
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychosocial Factors and the Development of Breast Cancer: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, *18*(5), 520.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, *15*(4), 351-377
- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial Correlates of Breast Cancer and its Treatments. *Psychological Bulletin*, *87*(1), 108.
- Merrick, J., & Merrick, E. (2007). Equal Treatment: Closing the Gap. A Formal Investigation into Physical Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, *4*(1), 73-73.
- Miller, E., Lasser, K. E., & Becker, A. E. (2007). Breast and Cervical Cancer Screening for Women with Mental Illness: Patient and Provider Perspectives on Improving Linkages Between Primary Care and Mental Health. *Archives of Women's Mental Health*, *10*(5), 189-197.
- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric Disorders in Advanced Cancer. *Cancer*, *110*(8), 1665-1676.

Morrison, C. (2003). Identification and Management of Delirium in the Critically Ill Patient with Cancer. *AACN Advanced Critical Care*, 14(1), 92-111.

Motohashi, N., Kawase, M., Saito, S., & Sakagami, H. (2000). Antitumor Potential and Possible Targets of Phenothiazine-Related Compounds. *Current drug targets*, 1(3), 237-246.

Μουσσάς, Γ. Ι., Καρκανιάς, Α. Π., & Παπαδοπούλου, Α. Λέξεις-κλειδιά: Καρκίνος, Ψυχιατρικές Διαταραχές, Ψυχοτραυματικός Παράγοντας, Συμβουλευτική Διασυνδετική Ψυχιατρική, Καταληκτικός Άρρωστος ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ, 19 (2), 124-144, 2008-Ειδικό άρθρο

Moussas, G. I., & Papadopoulou, A. G. (2017). Substance Abuse and Cancer. *Psychiatriki*, 28(28), 234-241.

Mucci, L. A., Wedren, S., Tamimi, R. M., Trichopoulos, D., & Adami, H. O. (2001). The Role of Gene–Environment Interaction in the Aetiology of Human Cancer: Examples from Cancers of the Large Bowel, Lung and Breast. *Journal of Internal Medicine*, 249(6), 477-493.

Mukamal, K. J., & Rimm, E. B. (2008). Alcohol Consumption: Risks and Benefits. *Current Atherosclerosis Reports*, 10(6), 536-543

Mukerjee, D. (1998). Health Impact of Polychlorinated Dibenzo-p-Dioxins: A Critical Review. *Journal of the Air & Waste Management Association*, 48(2), 157-165.

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Pathiaki, M., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Depression, Hopelessness, and Sleep in Cancer Patients' Desire for Death. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 37(2), 201-211.

Naidich, J. B., & Motta, R. W. (2000). PTSD-Related Symptoms in Women with Breast Cancer. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1(1), 35-54.

Neale, A. V., Tilley, B. C., & Vernon, S. W. (1986). Marital Status, Delay in Seeking Treatment and Survival from Breast Cancer. *Social Science & Medicine*, 23(3), 305-312.



- Newby, J. A., & Mountford, V. A. (2005). Health and Mobility in the UK. In *Environmental Health Impacts of Transport and Mobility* (pp. 239-276). Springer, Dordrecht.
- Ohyama, K. I., Ito, T., & Kanisawa, M. (1999). The Roles of Diesel Exhaust Particle Extracts and the Promotive Effects of NO<sub>2</sub> and/or SO<sub>2</sub> Exposure on Rat Lung Tumorigenesis. *Cancer Letters*, *139*(2), 189-197
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I., & Uchitomi, Y. (2000). Psychological Distress Following First Recurrence of Disease in Patients with Breast Cancer: Prevalence and Risk Factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, *61*(2), 131-137
- Park, B. W., & Hwang, S. Y. (2009). Depression and Coping in Breast Cancer Patients. *Journal of Breast Cancer*, *12*(3), 199-209.
- Parkin, D. M., Bray, F., Ferlay, J., & Pisani, P. (2001). Estimating the World Cancer Burden: Globocan 2000. *International Journal of Cancer*, *94*(2), 153-156.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 2-21.
- Pelletier, G., Verhoef, M. J., Khatri, N., & Hagen, N. (2002). Quality of Life in Brain Tumor Patients: The Relative Contributions of Depression, Fatigue, Emotional Distress, and Existential Issues. *Journal of Neuro-oncology*, *57*(1), 41-49
- Penn, I. (1998). Occurrence of Cancers in Immunosuppressed Organ Transplant Recipients. *Clinical transplants*, 147-158
- Peto, R., Lopez, A. D., Boreham, J., Thun, M., Heath Jr, C., & Doll, R. (1996). Mortality from Smoking Worldwide. *British Medical Bulletin*, *52* (1), 12-21

- Pettingale, K. W., Burgess, C., & Greer, S. (1988). Psychological Response to Cancer Diagnosis—I. Correlations with Prognostic Variables. *Journal of Psychosomatic Research*, 32(3), 255-261.
- Peveler, R. C., Branford, D., Citrome, L., Fitzgerald, P., Harvey, P. W., Holt, R. I., & Pariente, C. M. (2008). Antipsychotics and Hyperprolactinaemia: Clinical Recommendations. *Journal of Psychopharmacology*, 22(2\_suppl), 98-103.
- Pisani, P., Parkin, D. M., Muñoz, N., & Ferlay, J. (1997). Cancer and Infection: Estimates of the Attributable Fraction in 1990. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, 6(6), 387-400
- Portenoy, R. K., & Itri, L. M. (1999). Cancer-Related Fatigue: Guidelines for Evaluation and Management. *Oncologist*, 4(1), 1-10.
- Portenoy, R. K., Payne, D., & Jacobsen, P. (1999). Breakthrough Pain: Characteristics and Impact in Patients with Cancer Pain. *Pain*, 81(1-2), 129-134.
- Porter, L. S., Clayton, M. F., Belyea, M., Mishel, M., Gil, K. M., & Germino, B. B. (2006). Predicting Negative Mood State and Personal Growth in African American and White Long-Term Breast Cancer Survivors. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 195-204
- Pöschl, G., & Seitz, H. K. (2004). Alcohol and Cancer. *Alcohol and Alcoholism*, 39(3), 155-165
- Potash, M., & Breitbart, W. (2002). Affective Disorders in Advanced Cancer. *Hematology/oncology Clinics of North America*, 16(3), 671-700.
- Prieto, J. M., Atala, J., Blanch, J., Carreras, E., Rovira, M., Cirera, E., & Gasto, C. (2005). Role of Depression as A Predictor of Mortality Among Cancer Patients after Stem-Cell Transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6063-6071

- Raaschou-Nielsen, O., Hansen, J., McLaughlin, J. K., Kolstad, H., Christensen, J. M., Tarone, R. E., & Olsen, J. H. (2003). Cancer Risk Among Workers at Danish Companies Using Trichloroethylene: A Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*, 158(12), 1182-1192
- Rauscher, G. H., Shore, D., & Sandler, D. P. (2004). Hair Dye Use and Risk of Adult Acute Leukemia. *American journal of epidemiology*, 160(1), 19-25
- Razavi, D., Delvaux, N., Farvacques, C., & Robaye, E. (1991). Brief Psychological Training for Health Care Professionals Dealing with Cancer Patients: A One-Year Assessment. *General Hospital Psychiatry*, 13(4), 253-260.
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2013). Global Alcohol-Attributable Deaths from Cancer, Liver Cirrhosis, and Injury in 2010. *Alcohol Research: Current Reviews*, 35(2), 174-183
- Roth, A. J., & Breitbart, W. (1996). Psychiatric Emergencies in Terminally Ill Cancer Patients. *Hematology/Oncology Clinics*, 10(1), 235-259.
- Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern Epidemiology* (Vol. 3). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Ruiz, P. (2000). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Vol. 1, 938-950). B. J. Sadock, & V. A. Sadock (Eds.). Philadelphia, PA: lippincott Williams & Wilkins
- Sarafino, E. P. (1990). Biopsychosocial Interactions. *Health Psychology*. New York: John Wiley and Sons
- Schairer, C., Brown, L. M., Chen, B. E., Howard, R., Lynch, C. F., Hall, P., & Andersson, M. (2006). Suicide After Breast Cancer: An International Population-Based Study of 723 810 Women. *Journal of the National Cancer Institute*, 98(19), 1416-1419.
- Schottenfeld, D., & Fraumeni Jr, J. F. (Eds.). (2006). *Cancer Epidemiology and Prevention*. Oxford University Press.

Scoccianti, C., Cecchini, M., Anderson, A. S., Berrino, F., Boutron-Ruault, M. C., Espina, C., & Wiseman, M. (2016). European Code Against Cancer 4th Edition: Alcohol Drinking and Cancer. *Cancer Epidemiology*, 45, 181-188.

Segal, D. L. (2010). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). *The Corsini Encyclopedia of Psychology*, 1-3.

Servaes, P., Verhagen, C., & Bleijenberg, G. (2002). Fatigue in Cancer Patients During and after Treatment: Prevalence, Correlates and Interventions. *European Journal of Cancer*, 38(1), 27-43.

Shields, P. G. (2000). Epidemiology of Tobacco Carcinogenesis. *Current Oncology Reports*, 2(3), 257-262

Shipman, C., Gysels, M., White, P., Worth, A., Murray, S. A., Barclay, S., & Peters, M. (2008). Improving Generalist End of Life Care: National Consultation with Practitioners, Commissioners, Academics, and Service User Groups. *Bmj*, 337, a1720

Siemiatycki, J., Richardson, L., Straif, K., Latreille, B., Lakhani, R., Campbell, S., & Boffetta, P. (2004). Listing Occupational Carcinogens. *Environmental Health Perspectives*, 112(15), 1447-1459

Simonton, S. S., & Sherman, A. C. (1998). Psychological Aspects of Mind-Body Medicine: Promises and Pitfalls from Research with Cancer Patients. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 4(4), 50-8.

Skarstein, J., Bjelland, I., Dahl, A. A., Laading, J., & Fosså, S. D. (2005). Is There An Association Between Haemoglobin, Depression, and Anxiety in Cancer Patients? *Journal of Psychosomatic Research*, 58(6), 477-483.

Smith, E. M., Gomm, S. A., & Dickens, C. M. (2003). Assessing the Independent Contribution to Quality of Life from Anxiety and Depression in Patients with Advanced Cancer. *Palliative Medicine*, 17(6), 509-513.

Smith, S., Yeomans, D., Bushe, C. J. P., Eriksson, C., Harrison, T., Holmes, R., & Sullivan, G. (2007). A Well-Being Programme in Severe Mental Illness. Baseline Findings in a UK Cohort. *International Journal of Clinical Practice*, 61(12), 1971-1977

Solomon, S. D., & Smith, E. M. (1994). Social Support and Perceived Control as Moderators of Responses to Dioxin and Flood Exposure

Song, S., Pitot, H. C., & Lambert, P. F. (1999). The Human Papillomavirus Type 16 E6 Gene Alone Is Sufficient to Induce Carcinomas in Transgenic Animals. *Journal of Virology*, 73(7), 5887-5893.

Sood, A., Barton, D. L., & Loprinzi, C. L. (2006). Use of Methylphenidate in Patients with Cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®, 23(1), 35-40.

Spiegel, D. (1994). *Living Beyond Limits*. Fawcett

Spiegel, D. (2000). War, Peace, and Posttraumatic Stress Disorder. *American Psychiatry after World War II (1944-1994)*, 37-51.

Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1983). Group Therapy and Hypnosis Reduce Metastatic Breast Carcinoma Pain. *Psychosomatic Medicine*.

Spiegel, D., Bloom, J. R., & Yalom, I. (1981). Group Support for Patients with Metastatic Cancer: A Randomized Prospective Outcome Study. *Archives of General Psychiatry*, 38(5), 527-533.

Spiegel, D., Sands, S., & Koopman, C. (1994). Pain and Depression in Patients with Cancer. *Cancer*, 74(9), 2570-2578.

Spira, J. L., & Casden, D. R. (2010). Group Psychotherapy for Persons with Cancer. *Psycho-Oncology*, 2nd edn. Oxford University Press, New York, 408-414.

Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A., & Selby, P. (2002). Anxiety Disorders in Cancer Patients: Their Nature, Associations, and Relation to Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 20(14), 3137-3148.

Starr, T. D., Rogak, L. J., & Passik, S. D. (2010). Substance Abuse in Cancer Pain. *Current Pain and Headache Reports*, 14(4), 268-275.

Stommel, M., Given, B. A., & Given, C. W. (2002). Depression and Functional Status as Predictors of Death Among Cancer Patients. *Cancer*, 94(10), 2719-2727.

Strobl, J. S., & Peterson, V. A. (1992). Tamoxifen-Resistant Human Breast Cancer Cell Growth: Inhibition by Thioridazine, Pimozide and the Calmodulin Antagonist, W-13. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 263(1), 186-193.

Surbone, A. (2006). Telling the Truth to Patients with Cancer: What Is The Truth? *The Lancet Oncology*, 7(11), 944-950.

Surralles, J., Autio, K., Nylund, L., Järventaus, H., Norppa, H., Veidebaum, T., & Peltonen, K. (1997). Molecular Cytogenetic Analysis of Buccal Cells and Lymphocytes from Benzene-Exposed Workers. *Carcinogenesis*, 18(4), 817-823.

Szymanska-Chabowska, A., Antonowicz-Juchniewicz, J., & Andrzejak, R. (2002). Some Aspects of Arsenic Toxicity and Carcinogenicity in Living Organism with Special Regard to its Influence on Cardiovascular System, Blood and Bone Marrow. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 15(2), 101-116.

- Takamichi, I., Keiji, F., & Masaru, S. (1991). Experimental Studies on Tumor Promotion by Nitrogen Dioxide. *Toxicology*, *67*(2), 211-225
- Talbot, S. J., & Crawford, D. H. (2004). Viruses and Tumours—an Update. *European Journal of Cancer*, *40*(13), 1998-2005
- Tannenbaum, S. R., Young, V. R., Green, L., & Ruiz, D. L. K. (1980). Intestinal Formation of Nitrite and N-nitroso Compounds. *IARC Scientific Publications*, (31), 2819.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness* (Vol. 301). Oxford: Oxford University Press.
- Thornicroft, G. (2011). Physical Health Disparities and Mental Illness: The Scandal of Premature Mortality. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 441-442.
- Tondel, M., Lindgren, P., Hjalmarsson, P., Hardell, L., & Persson, B. (2006). Increased Incidence of Malignancies in Sweden after the Chernobyl Accident—A Promoting Effect? *American Journal of Industrial Medicine*, *49*(3), 159-168
- Tran, E., Rouillon, F., Loze, J. Y., Casadebaig, F., Philippe, A., Vitry, F., & Limosin, F. (2009). Cancer Mortality in Patients with Schizophrenia: An 11-Year Prospective Cohort Study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, *115*(15), 3555-3562
- TwoRoger, S. S., Eliassen, A. H., Rosner, B., Sluss, P., & Hankinson, S. E. (2004). Plasma Prolactin Concentrations and Risk of Postmenopausal Breast Cancer. *Cancer Research*, *64*(18), 6814-6819.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma Among Health Professionals Towards Patients with Substance Use Disorders and its

Consequences for Healthcare Delivery: Systematic Review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35.

Van Dam, R. M., Li, T., Spiegelman, D., Franco, O. H., & Hu, F. B. (2008). Combined Impact of Lifestyle Factors on Mortality: Prospective Cohort Study in US Women. *Bmj*, 337, 1440.

Van der Lee, M. L., van der Bom, J. G., Swarte, N. B., Heintz, A. P., de Graeff, A., & van den Bout, J. (2005). Euthanasia and Depression: A Prospective Cohort Study Among Terminally Ill Cancer Patients. *J Clin oncol*, 23(27), 6607-6612.

Van der Lee, M. L., Swarte, N. B., Van der Bom, J. G., Van den Bout, J., & Heintz, A. P. M. (2006). Positive Feelings Among Terminally Ill Cancer Patients. *European Journal of Cancer Care*, 15(1), 51-55.

Vineis, P., Hoek, G., Krzyzanowski, M., Vigna-Taglianti, F., Veglia, F., Airoidi, L., & Boeing, H. (2007). Lung Cancers Attributable to Environmental Tobacco Smoke and Air Pollution in Non-Smokers in Different European Countries: A Prospective Study. *Environmental Health*, 6(1), 7.

Von Essen, L., Enskär, K., Kreuger, A., Larsson, B., & Sjöden, P. O. (2000). Self-Esteem, Depression and Anxiety Among Swedish Children and Adolescents on and off Cancer Treatment. *Acta Paediatrica*, 89(2), 229-236.

Waalkes, M. P. (2003). Cadmium Carcinogenesis. *Mutation Research/Fundamental and Molecular Mechanisms of Mutagenesis*, 533(1-2), 107-120.

Wallen, J., Pincus, H. A., Goldman, H. H., & Marcus, S. E. (1987). Psychiatric Consultations in Short-Term General Hospitals. *Archives of General Psychiatry*, 44(2), 163-168



- Ward, M. H., DeKok, T. M., Levallois, P., Brender, J., Gulis, G., Nolan, B. T., & VanDerslice, J. (2005). Workgroup Report: Drinking-Water Nitrate and Health—Recent Findings and Research Needs. *Environmental health perspectives*, *113*(11), 1607-1614.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J., & Bliss, J. M. (1999). Influence of Psychological Response on Survival in Breast Cancer: A Population-Based Cohort Study. *The Lancet*, *354*, 1331-1336.
- Watson, C. G., Gasser, B., Schaefer, A., Buranen, C., & Wold, J. (1981). Separation of Brain-Damaged from Psychiatric Patients with Ability and Personality Measures. *Journal of Clinical Psychology*, *37*(2), 347-353
- Watson, M., Homewood, J., Haviland, J., & Bliss, J. M. (2005). Influence of Psychological Response on Breast Cancer Survival: 10-Year Follow-Up of a Population-Based Cohort. *European Journal of Cancer*, *41*(12), 1710-1714.
- Weisburger, J. H. (2002). Lifestyle, Health and Disease Prevention: The Underlying Mechanisms. *European Journal of Cancer Prevention: The Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, *11*.
- Weissman, D. E., & Haddox, J. D. (1989). Opioid Pseudoaddiction—an Iatrogenic Syndrome. *Pain*, *36*(3), 363-366.
- Williams, S., & Dale, J. (2006). The Effectiveness of Treatment for Depression/Depressive Symptoms in Adults with Cancer: A Systematic Review. *British Journal of Cancer*, *94*(3), 372
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., Skirko, M. G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., & Fainsinger, R. L. (2007). Depression and Anxiety Disorders in Palliative Cancer Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, *33*(2), 118-129

Witkiewicz-Kucharczyk, A., & Bal, W. (2006). Damage of Zinc Fingers in DNA Repair Proteins, a Novel Molecular Mechanism in Carcinogenesis. *Toxicology Letters*, 162(1), 29-42.

Wogan, G. N., Hecht, S. S., Felton, J. S., Conney, A. H., & Loeb, L. A. (2004, December). Environmental and Chemical Carcinogenesis. In *Seminars in Cancer Biology* Academic Press.

Wolford, A., McDonald, T. S., Eng, H., Hansel, S., Chen, Y., Bauman, J., & Kalgutkar, A. S. (2012). Immune-Mediated Agranulocytosis Caused by the Cocaine Adulterant Levamisole: A Case for Reactive Metabolite (s) Involvement. *Drug Metabolism and Disposition*, 40(6), 1067-1075.

World Cancer Research Fund, & American Institute for Cancer Research. (2007). *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective* (Vol. 1). Amer Inst for Cancer Research

World Health Organization. (2000). International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-National Comparisons of the Prevalences and Correlates of Mental Disorders. *Bulletin of the WHO*, 78(4), 413-426

Wu, P. A., Loh, C. H., Hsieh, L. L., Liu, T. Y., Chen, C. J., & Liou, S. H. (2004). Clastogenic Effect for Cigarette Smoking but not Areca Quid Chewing as Measured by Micronuclei in Exfoliated Buccal Mucosal Cells. *Mutation Research/Genetic Toxicology and Environmental Mutagenesis*, 562(1-2), 27-38.

Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A Systematic Review of the Mortality of Depression. *Psychosomatic Medicine*, 61(1), 6-17.

Yehuda, R. (1999). Biological Factors Associated with Susceptibility to Posttraumatic Stress Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(1), 34-39.

Young, A. (1997). *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder* (Vol. 11). Princeton University Press

Zahm, S. H., & Devesa, S. S. (1995). Childhood Cancer: Overview of Incidence Trends and Environmental Carcinogens. *Environmental Health Perspectives*, 103, 177-184.