

Ειδικό άρθρο Special article

Ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα σε ασθενείς με καρκίνο: Σχέση με την εντόπιση της νόσου

Γ.Ι. Μουσσάς,¹ Α.Γ. Παπαδοπούλου,² Α.Γ. Χριστοδουλάκη,¹ Α.Π. Καρκανιάς¹

¹Ψυχιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Σωτηρία», Αθήνα

²B΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Αθήνα

Ψυχιατρική 2012, 23:46–60

Η εντόπιση του καρκίνου στις διάφορες περιοχές του σώματος δεν σχετίζεται μόνο με ιδιαίτερα ζητήματα θεραπείας και πρόγνωσης, αλλά και με την εμφάνιση ανάλογων ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων, όπως αυτά καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από την επίδραση στον ψυχισμό του προσβεβλημένου οργάνου. Η συμβολική αξία του οργάνου που πάσχει συνδέεται με την πυροδότηση συναισθημάτων και με την κινητοποίηση μηχανισμών άμυνας, προκειμένου να αντιμετωπισθεί η νέα ψυχική πραγματικότητα που διαμορφώνει ο καρκίνος. Επιπρόσθετα, οι ακρωτηριαστικές επεμβάσεις, οι οποίες επιβάλλονται για θεραπευτικούς λόγους, πολλές φορές οδηγούν σε παραμορφώσεις, εγείροντας τη ναρκισσιστική προβληματική του ατόμου, με μείζονες επιπτώσεις στην εικόνα του σώματος, τις οποίες ο ασθενής καλείται να διαχειρισθεί. Η φαινομενολογία, λοιπόν, των αγχωδών και καταθλιπτικών διαταραχών που παρουσιάζονται στους ασθενείς με καρκίνο συνδέεται άρρηκτα με την εντόπιση της νόσου στο σώμα. Επίσης, όχι μόνο όταν προσβάλλονται κατεξοχήν τα γεννητικά όργανα, αλλά και σε άλλες εντοπίσεις της νόσου, διαταράσσεται η σεξουαλική λειτουργικότητα και εμφανίζονται σεξουαλικές διαταραχές. Συγκεκριμένα, η κεφαλή και ο τράχηλος σχετίζονται με ζωτικές λειτουργίες, με αποτέλεσμα η περιοχή αυτή του σώματος να επενδύεται συναισθηματικά και να συνδέεται με ψυχικά γεγονότα από πολύ νωρίς στην ανθρώπινη ζωή. Σύνθετες ψυχικές λειτουργίες αποκτούν την αρχετυπική τους μορφή και έκφραση σε σχέση με τα όργανα που εδράζονται εκεί. Κατά συνέπεια, η εντόπιση του καρκίνου σε αυτή την περιοχή συνδέεται με ιδιαίτερα ψυχικά προβλήματα, αφού συχνά παραβλάπτονται οι λειτουργίες της πρόσληψης της τροφής και της αναπνοής, καθίσταται προβληματική η λεκτική επικοινωνία, αλλά και αλλοιώνεται η εικόνα του σώματος. Επίσης, η αυξημένη συχνότητα κατάχρησης αλκοόλ και καπνού σε αυτούς τους ασθενείς ακολουθείται από ιδιαίτερες δυσκολίες ψυχισμού και προσωπικότητας. Παράλληλα, τα σωματικά συμπτώματα που εμφανίζονται στον καρκίνο του πνεύμονα, σε συνδυασμό με την πτωχή πρόγνωση, σχετίζονται με αισθήματα αβοηθήτου και αδιεξόδου, με αποτέλεσμα την εμφάνιση υψηλής συχνότητας ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Στον γυναικολογικό καρκίνο, τόσο η ίδια η νόσος, που προσβάλλει όργανα όπως ο μαστός και τα εσωτερικά γεννητικά όργανα της γυναίκας, τα οποία σχετίζονται με τη θηλυκότητα, την ελκυστικότητα, αλλά και με τη σεξουαλική και αναπαραγωγική λειτουργία, όσο και οι χειρουργικές επεμβάσεις, που μπορεί να είναι ακρωτηριαστικές, έχουν ιδιαίτερο ψυχικό αντίκτυπο. Οι διατροφικές συνήθειες γίνονται συχνά αιτία ενοχών για τον ασθενή με γαστρεντερολογικό καρκίνο, ενώ η απόκτηση στομίας προκαλεί συναισθήματα αμηχανίας και επηρεάζει την εικόνα του σώματος, με σημαντικές συνέπειες στη λειτουργικότητα, στις διαπροσω-

πικές σχέσεις, καθώς και στη σεξουαλική ζωή. Επιπρόσθετα, αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικών διαταραχών εμφανίζεται στα πρόδρομα στάδια του καρκίνου του παγκρέατος. Η κατάθλιψη είναι μία συχνή διάγνωση στους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη και η προστατεκτομή μπορεί να βιώνεται ως απειλή στη σεξουαλικότητα, επηρεάζοντας αρνητικά την αυτοεκτίμησή τους. Η επικείμενη παραμόρφωση του σώματος εξαιτίας του ίδιου του καρκίνου ή μιας χειρουργικής επέμβασης σχετίζεται με κλινικά σημαντικά ψυχικά προβλήματα στους ασθενείς με δερματολογικό καρκίνο. Κατά συνέπεια, αποτελεί πρόκληση για τη σύγχρονη ψυχο-ογκολογία η αναγνώριση μεταξύ των ασθενών εκείνων που είναι ευάλωτοι στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων, η έγκαιρη διάγνωση του άγχους και της κατάθλιψης, αλλά και η εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων εστιασμένων στα ειδικά ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα ανάλογα με την εντόπιση της νόσου.

Λέξεις ευρετηρίου: Καρκίνος, εικόνα του σώματος, άγχος, κατάθλιψη, εντόπιση της νόσου, παραμόρφωση, ψυχοθεραπευτική παρέμβαση.

Εισαγωγή

Ο καρκίνος είναι μια χρόνια νόσος απειλητική για τη ζωή του ασθενούς.¹ Πρόκειται για ένα τραυματικό γεγονός, χωρίς περιορισμένη και οριοθετημένη χρονική διάρκεια στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, που επεκτείνεται μέσα στον χρόνο και ανακινεί θέματα ψυχολογικής σημασίας για το άτομο. Τα στοιχεία της απειλής της ζωής, της ματαίωσης, των προσδοκιών και της ενδεχόμενης καταστροφής-ψυχικής και σωματικής, σε φαντασιστικό ή πραγματικό επίπεδο κινητοποιούν τους μηχανισμούς άμυνας και τις ψυχικές εκείνες διεργασίες που θα μπορούσαν να ελέγξουν το άγχος που αναδύεται.² Η εντόπιση του καρκίνου σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος συνδέεται με ορισμένες ιδιαιτερότητες σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Ανάλογα με τη συμβολική αξία του οργάνου που προσβάλλεται και τη συναισθηματική επένδυση σε αυτό, ανακινούνται φόβοι απόρριψης, τιμωρίας, αδυναμίας και εξάρτησης, που επιπλέκουν την προσαρμογή στη νόσο. Ακρωτηριαστικές επεμβάσεις που προκαλούν παραμορφωτικές αλλοιώσεις του σώματος επηρεάζουν την εικόνα του Εαυτού και διαταράσσουν την ψυχική ισορροπία φέρνοντας στην επιφάνεια τη ναρκισσιστική προβληματική του ασθενούς. Η ευερεθιστότητα, η ανησυχία, το άγχος, η κατάθλιψη, η υποχονδρίαση, ακόμη και φοβικές συμπεριφορές, αποτελούν συνήθεις συναισθηματικές αντιδράσεις που ακολουθούν εκτεταμένες χειρουργικές παρεμβάσεις. Γενικά, λοιπόν, μπορεί να είναι γνωστό ότι ο επιπολασμός του άγχους και της κατάθλιψης είναι υψηλός σε κάθε μορφή καρκίνου, αλλά η μελέτη των ψυχικών λειτουργιών που επηρεάζονται και αφορούν στην περιοχή του σώματος η

οποία προσβάλλεται από τον καρκίνο, μας προσφέρει τη δυνατότητα μιας καλύτερης και πληρέστερης κατανόησης των ψυχικών δυσκολιών και ενδεχόμενα των ψυχιατρικών διαταραχών που μπορεί να εμφανιστούν στον ασθενή μας, και επομένως μιας πιο αποτελεσματικής ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Καρκίνος κεφαλής-τραχήλου

Η κεφαλή και ο τράχηλος σχετίζονται με ζωτικές λειτουργίες, όπως είναι η πρόσληψη τροφής, η αναπνοή και η ομιλία, με αποτέλεσμα η περιοχή να επενδύεται με συναισθήματα και να συνδέεται με ψυχικά γεγονότα, από τη βρεφική ακόμη ηλικία.³ Πρωταρχικός λοιπόν είναι ο ρόλος της σωματικής αυτής περιοχής στην οικοδόμηση της ψυχικής ζωής, αφού σύνθετες ψυχικές λειτουργίες, όπως είναι η επιθυμία, η ευχαρίστηση, η επικοινωνία, αποκτούν την αρχετυπική τους μορφή και έκφραση σε σχέση με τα όργανα που εδράζονται εκεί. Το άτομο αποκτά προοδευτικά τη συνείδηση της ατομικότητάς του, παράλληλα με μια δυναμική διαφοροποίηση του εαυτού από τους άλλους, μέσα από πολύπλοκες ψυχικές διεργασίες, μεταξύ των οποίων κυρίαρχη είναι η διαμόρφωση της εικόνας του σώματος.

Η εικόνα του σώματος συνδέεται όχι μόνο με την αντίληψη της εξωτερικής του εμφάνισης του, αλλά και με τη λειτουργία του. Περιλαμβάνει δε και τα συναισθήματα που αναδύονται.⁴ Επίσης, η φυσική κατάσταση του σώματος φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση της εικόνας του εαυτού, ενώ η διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας του ατόμου προστίθεται σε αυτή την οπτική.^{5,6} Μάλιστα, η ελκυστική εμφάνιση του προσώπου συ-

χνά σχετίζεται με συναισθήματα επάρκειας Εαυτού.^{7,8} Οι κύριες αλλαγές στην εικόνα του σώματος μετά το χειρουργείο σε ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής-τραχήλου προκαλούν πολλές φορές παραμόρφωση και δυσλειτουργία της σωματικής αυτής περιοχής.^{3,4} Πράγματι, όταν ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος και μόνο με την αυξημένη πιθανότητα παραμόρφωσης μετά το χειρουργείο, παρουσιάζει εξαιρετικά αυξημένα επίπεδα άγχους. Ωστόσο, η αποτελεσματική διαχείριση του γεγονότος ότι παραβλάπτεται η εικόνα του σώματος σε ασθενείς που παραμορφώθηκαν λόγω της χειρουργικής θεραπείας του καρκίνου στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, σχετίστηκε με τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής μετά το χειρουργείο και την καλύτερη φροντίδα του Εαυτού.⁹

Μείζονος σημασίας είναι επίσης το γεγονός ότι η παραμόρφωση του προσώπου είναι άμεσα ορατή στους άλλους. Στους ασθενείς αυτούς λοιπόν, εμφανίζεται αυτό που βιβλιογραφικά έχει καταγραφεί ως «άγχος της αλληλεπίδρασης», εξαιτίας της «ορατότητας» και του αντίκτυπού της στις διαπροσωπικές σχέσεις.^{10,11} Επιπρόσθετα, εκπίπτουν κοινωνικές δεξιότητες, όπως η επικοινωνία,¹² αφού παραβλάπτονται οι βασικές αρχές που τη χαρακτηρίζουν, όπως είναι η εκφορά του λόγου, η οποία καθορίζει το πλαίσιο και τη φύση της αλληλεπίδρασης με τους άλλους. Είναι λοιπόν κατανοητό το γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί μπορεί να νιώθουν απομονωμένοι, ότι απορρίπτονται, με αποτέλεσμα να χάνουν την αυτοπεποίθησή τους και να περιθωριοποιούνται.¹³

Η παραμόρφωση του προσώπου θεωρείται δυνητικά μία από τις πιο στρεσογόνες καταστάσεις που παρουσιάζονται στους ασθενείς με CA κεφαλής-καρκίνου και σχετίζεται άμεσα με τη δυνατότητα προσαρμογής στη νόσο.¹⁴ Παρότι η αρνητική αυτή σχέση είναι προφανής, γίνεται μια συστηματική προσπάθεια να μελετηθεί εάν η ψυχοκοινωνική επιβάρυνση που προκύπτει από την παραμόρφωση σχετίζεται και με άλλους παράγοντες, όπως είναι το φύλο και η ύπαρξη κοινωνικού δικτύου στήριξης για τον ασθενή. Οι γυναίκες θεωρείται ότι βιώνουν μεγαλύτερη δυσκολία, εξαιτίας του γεγονότος ότι εκτιμούν την ελκυστικότητα του προσώπου υψηλότερα από τους άνδρες, γεγονός που αφορά στους περισσότερους πολιτισμούς.¹⁵ Πράγματι, η επίδραση του φύλου στην ικανότητα προσαρμογής στη νόσο στους ασθε-

νείς αυτούς φάνηκε να είναι ισχυρότερη σε σχέση με άλλες ομάδες ασθενών με διαφορετική εντόπιση του καρκίνου, ενώ η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου φάνηκε να λειτουργεί προστατευτικά στην ψυχική ζωή γυναικών με σοβαρή παραμόρφωση, ενώ στους άνδρες δεν παρατηρήθηκε η ίδια σημαντική επίδραση. Οι γυναίκες που παραμορφώθηκαν μετά από ένα χειρουργείο και είχαν ασθενείς κοινωνικούς δεσμούς βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο για ψυχοκοινωνικά προβλήματα.¹⁶ Επίσης, η ικανότητα των ασθενών να προσαρμόζονται στα καινούργια δεδομένα που δημιουργεί στη ζωή τους μια απειλητική νόσο όπως είναι ο καρκίνος και να διαχειρίζονται τα ποικίλα προβλήματα που ανακύπτουν από αυτήν, σχετίζεται άμεσα με το άγχος που αναδύεται. Συγκεκριμένα, στους ασθενείς με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου, που είχαν αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, τα αισθήματα αυτομομφής και αποφυγής, ως τρόπος αντίδρασης και προσαρμογής στη νόσο, ήταν συχνότερα σε σύγκριση με εκείνους τους ασθενείς που είχαν λιγότερο άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα.³

Το αλκοόλ και ο καπνός είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου της κεφαλής και του τραχήλου και μάλιστα φαίνεται ότι η σχέση αυτή μεταξύ της κατάχρησης της ουσίας και της αύξησης του κινδύνου είναι δοσοεξαρτώμενη.¹⁷⁻¹⁹ Επίσης, οι συγκεκριμένοι ασθενείς έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής, αλλά και δυσμενέστερη πρόγνωση από ασθενείς χωρίς ιστορικό κατάχρησης, και σε αυτό συμβάλλουν ορισμένα ζητήματα που αφορούν στον ψυχισμό των εξαρτημένων ατόμων, όπως οι συναισθηματικές διαταραχές.²⁰ Πράγματι, ο καρκίνος του λάρυγγα εμφανίζεται πολύ συχνά σε ασθενείς με κατάχρηση αλκοόλ και καπνού, γεγονός που συνδέεται με την εμφάνιση συμπτωμάτων στέρησης από τον καπνό, καθώς και από το αλκοόλ, τα οποία μάλιστα μπορούν να πάρουν τη σοβαρή μορφή του *delirium tremens*. Οι θεράποντες πρέπει, λοιπόν, να είναι σε εγρήγορση για την αντιμετώπιση αυτού του τύπου ψυχιατρικών προβλημάτων, σε συνδυασμό μάλιστα με τις ιδιαίτερες δυσκολίες ψυχισμού και προσωπικότητας που έχουν οι ασθενείς με παθολογική σχέση με το αλκοόλ.²¹

Οι συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνή διάγνωση στους ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου, οι οποίοι πάσχουν από κατάθλιψη

σε ποσοστό περίπου 46% και άνω.²² Παράλληλα, οι αντιδράσεις πένθους και κατάθλιψης μπορούν να οδηγήσουν σε αποφυγή της κοινωνικής επαφής. Πράγματι, έχει φανεί ότι οι ασθενείς αυτοί ζητούν λιγότερο και δέχονται επίσης λιγότερη συναισθηματική στήριξη από τους οικείους τους. Επίσης, η ψυχοπαθολογία της κατάχρησης του αλκοόλ, που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη εμφάνιση του συγκεκριμένου καρκίνου, όπως αναφέρθηκε συχνά συνοδεύεται από πτωχό υποστηρικτικό δίκτυο.²³ Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη σχετίζεται με κακή διατροφή, η οποία και αποτελεί θνησιγενή παράγοντα στους ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου.²⁴

Επίσης, σε ό,τι αφορά στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου, η αλωπεκία είναι μία από τις πιο στρεσογόνες ανεπιθύμητες ενέργειες της χημειοθεραπείας, και μάλιστα θεωρείται μία από τις 3 σημαντικότερες ανεπιθύμητες ενέργειες στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού.²⁵ Μάλιστα, ορισμένοι ασθενείς αρνούνται τη θεραπεία λόγω του φόβου ότι θα χάσουν τα μαλλιά τους.²⁶ Η αντίδραση της ασθενούς στην αλωπεκία ποικίλλει και μπορεί να εξαρτάται από παράγοντες όπως είναι η υποκειμενική σημασία των μαλλιών για την κάθε ασθενή, ο βαθμός της αναμενόμενης τριχόπτωσης, οι πληροφορίες και η ψυχική προετοιμασία που έλαβε η ασθενής, καθώς και οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιεί.²⁷ Για κάποιες ασθενείς η αλωπεκία θεωρείται στιγματισμός και επηρεάζει δυσμενώς την εικόνα του σώματος, αφού αποτελεί τον πιο εμφανή τρόπο για να αποκαλυφθεί στον κοινωνικό τους περίγυρο ότι πάσχουν από καρκίνο, με όλες τις συνακόλουθες ψυχολογικές διαστάσεις της αμηχανίας, της ντροπής, της ενοχής, ακόμη και του αισθήματος του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ σχετίζεται και με αισθήματα απώλειας της σεξουαλικότητας και της ελκυστικότητας.²⁸ Επιπρόσθετα, η αλωπεκία αποτελεί τραυματικό γεγονός, ανεξάρτητα από τη διάγνωση του καρκίνου.²⁹ Πρόκειται, λοιπόν, για ένα ναρκισσιστικό πλήγμα, ιδιαίτερα για τις γυναίκες, αφού παραβλάπεται η εικόνα του σώματος, ενώ παράλληλα αποτελεί έναν συνεχή τρόπο υπενθύμισης για τον ασθενή ότι πάσχει από καρκίνο. Είναι λοιπόν πρωτεύουσας σημασίας η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, προκειμένου η ασθενής να διαχειρισθεί ψυχικά αυτή την ανεπιθύμητη ενέργεια, αφού όχι μόνο αποτελεί έναν λόγο άρνησης της θεραπείας, με τις σοβαρές συνέπειες που κάτι τέτοιο

εγκυμονεί, αλλά και επηρεάζει σοβαρά την ποιότητα ζωής της ασθενούς.^{30,31}

Καρκίνος του πνεύμονα

Το 87% των καρκίνων του πνεύμονα σχετίζονται με το κάπνισμα και έχει υπολογιστεί ότι 9 στους 10 ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα ήταν καπνιστές. Η προσωπικότητα του καπνιστή χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια, συναισθηματική αστάθεια και συχνά επιθετικότητα, ενώ το 13% παρουσιάζει παράλληλα εξάρτηση από αλκοόλ.³²

Το περιορισμένο χρονικό διάστημα επιβίωσης των ασθενών αυτών μειώνει τη δυνατότητα για μακροχρόνιες ψυχοκοινωνικές έρευνες, ενώ οι επιστήμονες της ψυχικής υγείας φαίνεται να προτιμούν να διεξάγουν μελέτες αναφορικά με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης. Η συμπτωματολογία που έχει κυρίως μελετηθεί επικεντρώνεται στην κατάθλιψη, το άγχος και τις επιμέρους εκδηλώσεις αυτών των διαταραχών, ενώ φαίνεται να υπάρχει έλλειμμα στην έρευνα της συννοσηρότητας με άλλες ψυχικές διαταραχές.

Μεταξύ των 14 τύπων καρκίνου που μελετήθηκαν, οι ασθενείς με τη διάγνωση του καρκίνου του πνεύμονα είναι αυτοί που έχουν τις περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν συνοδό ψυχιατρική συμπτωματολογία, με επικράτηση 43,4%, έναντι του 29,6% των γυναικολογικών καρκίνων.^{5,33}

Ως αρνητικός προδιαθεσικός παράγοντας έχει βρεθεί η μικρή ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση, καθώς μικρότερο κίνδυνο φαίνεται να διατρέχει η ομάδα των έγγαμων ασθενών, συγκριτικά με τους άγαμους ή τους διαζευγμένους.^{34,35}

Τα ποσοστά της ψυχιατρικής συννοσηρότητας που διαπιστώνουν οι μελέτες φαίνεται να ανεβαίνουν σημαντικά σε ασθενείς με μικρό προσδόκιμο και σε αυτούς που δεν επιδέχονται χειρουργικής επέμβασης. Ως εκ τούτου, ασθενείς με μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα έχουν πολύ αυξημένα ποσοστά ψυχολογικής επιβάρυνσης, συγκριτικά με αυτούς με μη μικροκυτταρικό.³⁶ Προκύπτει επίσης ότι ο χρόνος της αξιολόγησης μπορεί να είναι κρίσιμος για το ποσοστό κατάθλιψης και άγχους που διαπιστώνουν οι μελέτες, και φαίνεται ότι στα τελικά στάδια της νόσου τα ποσοστά κατάθλιψης ανεβαίνουν σημαντικά.³⁷

Η πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή σε ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο του πνεύμονα, φαίνεται στο σύνολο των μελετών να είναι η κατάθλιψη.³⁸

Εντούτοις, η διάγνωση της κατάθλιψης στους ασθενείς με καρκίνο είναι δύσκολη, δεδομένου ότι τα διαγνωστικά κριτήρια που περιλαμβάνονται στο DSM-IV συμπεριλαμβάνουν και σωματικά συμπτώματα (απώλεια όρεξης, απώλεια βάρους, αϋπνία, κόπωση, διάσπαση προσοχής και συγκέντρωσης), τα οποία ενδέχεται να οφείλονται στην υποκείμενη καρκινική νόσο.³⁹

Τα δεδομένα δείχνουν ότι η κατάθλιψη σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, όχι μόνο επιδεινώνει την ποιότητα ζωής, αλλά συχνά μειώνει τη συμμόρφωση καθώς και την ανταπόκριση στη θεραπεία, ενώ φαίνεται να παρατείνει τη νοσηλεία των ασθενών και να αυξάνει τη θνησιμότητα.⁴⁰⁻⁴³

Η εξωστρέφεια και η κοινωνική δραστηριότητα συνδυάζονται με μεγαλύτερη επιβίωση, ενώ η βελτίωση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων καθιστούν το άτομο πιο δραστήριο και συνεργάσιμο να ακολουθήσει θεραπείες.⁴⁴

Σε κάθε περίπτωση, ανεξάρτητα από τον ιστολογικό τύπο, τις περίπλοκες θεραπευτικές παρεμβάσεις και τις μελέτες επιβίωσης, ο πάσχων από καρκίνο του πνεύμονα, κυρίως εξαιτίας της φτωχής πρόγνωσης που συνοδεύει τη διάγνωση, παραμένει σε μια κατάσταση διαρκούς κρίσης όπου οι αμυντικοί μηχανισμοί προσπαθούν μέσω της διαδικασίας της προσαρμογής να ανταποκριθούν σε αυτήν. Το διαρκές στρες όμως, καθώς και τα ενδεχόμενα σωματικά συμπτώματα (δύσπνοια, βήχας, αιμόπτυση κ.ά.) που η νόσος περιλαμβάνει, τροφοδοτούν διαρκείς φαντασιώσεις καταστροφής, όπως έχει φανεί και στην περίπτωση των ασθενών με Χρονία Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια.⁴⁵ Έτσι ο πάσχων βιώνει το γεγονός ως μια απειλή τελεσίδικη και αναπόφευκτη, ενώ αυτό που φαντάζεται ως ένα πιθανό μελλοντικό ενδεχόμενο το βιώνει ως πραγματικό. Γιατί το πραγματικό, το επαπειλούμενο και το συμβολικό είναι σε διαρκή ανατροφοδότηση, που επιτείνει το αίσθημα αδιεξόδου και αβοήθητου. Αυτή η ομάδα ασθενών θα πρέπει να διερευνάται διεξοδικά ώστε να επιτυγχάνεται η γρήγορη αναγνώριση και θεραπεία της ψυχολογικής συννοσηρότητας, δεδομένου ότι φαίνεται να σχετίζεται τόσο με την ποιότητα ζωής όσο και με τη

θεραπευτική συμμόρφωση και την εξέλιξη της νεοπλασματικής νόσου.

Καρκίνος του μαστού

Η κατάθλιψη και το άγχος είναι συχνές διαγνώσεις που ακολουθούν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού.^{46,47} Αυτό οδήγησε στην αναζήτηση τρόπων ανίχνευσης των ασθενών εκείνων που βρίσκονται σε κίνδυνο για συναισθηματική διαταραχή, εκτιμώντας και ερευνώντας τις υποκείμενες πιθανές ψυχολογικές διεργασίες που συμβάλλουν στον κίνδυνο αυτό.

Στον καρκίνο του μαστού επηρεάζεται δυσμενώς η εικόνα του εαυτού, αφού οι γυναίκες με την απώλεια του στήθους, λόγω της μαστεκτομής, έχουν αισθήματα απώλειας της θηλυκότητας και της ελκυστικότητάς τους. Επίσης, ο αντίκτυπος στις διαπροσωπικές σχέσεις μετά τη μαστεκτομή, η οποία είναι και μία μορφή ακρωτηριασμού, σχετίζεται με την απώλεια της αυτοεκτίμησης της ασθενούς. Μερικές φορές, η απώλεια αυτή μπορεί να προβάλλεται στον σύντροφό της, θεωρώντας η ασθενής ότι εκείνος την απορρίπτει, ακόμα και όταν είναι στην πραγματικότητα υποστηρικτικός απέναντί της. Κατά συνέπεια, και λανθασμένα, η ασθενής αρχίζει να αντιμετωπίζει την ερωτική της σχέση ως διαταραγμένη εξ αρχής και φοβάται ότι θα χάσει τον σύντροφό της.⁴⁸ Μάλιστα φαίνεται ότι όσο πιο εκτεταμένο είναι το χειρουργείο για την αντιμετώπιση του καρκίνου τόσο περισσότερο επηρεάζεται η καλή αίσθηση του εαυτού.⁴⁹ Αναδύονται λοιπόν αισθήματα αναξιοσύνης, αυτομομφής και πολλές φορές και ντροπής, τα οποία σε ορισμένες ασθενείς μπορεί να αποτελούν τα πρώτα συμπτώματα μιας συναισθηματικής ψυχικής διαταραχής. Πράγματι, σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, οι οποίες παρακολουθήθηκαν για έναν χρόνο μετά τη διάγνωση, αισθήματα αυτομομφής συσχετίστηκαν με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.⁵⁰ Επίσης, σε μία μελέτη για την κατάθλιψη και το άγχος σε γυναίκες με CA μαστού έναν χρόνο μετά τη διάγνωση, αισθήματα αναξιοσύνης και ντροπής καταγράφηκαν σε ασθενείς με θετικό ψυχιατρικό ιστορικό σε ό,τι αφορά στο άγχος και στην κατάθλιψη.⁵¹

Είναι σημαντικό να αντιληφθεί κανείς ότι η απώλεια του μαστού δεν έχει ακριβώς τις ίδιες ψυχολογικές συνέπειες για όλες τις γυναίκες και εξαρτάται από την ψυχική δομή και από τους μηχανισμούς άμυνας της ασθενούς. Σε μία πρόσφατη μελέτη φά-

νηκε ότι οι μεγαλύτερες γυναίκες που χειρουργήθηκαν για καρκίνο του μαστού ήταν λιγότερο ευάλωτες στα συναισθηματικά προβλήματα σε σύγκριση με τις νεότερες σε ηλικία.⁵² Πρέπει εδώ, όμως, να συνεκτιμήσει κανείς το γεγονός ότι στις γυναίκες αυτές παρουσιάζεται μείωση της λίμπιντο λόγω της ηλικίας. Ωστόσο, η αντίληψη ότι οι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες, έχουν μια πιο ήρεμη, πιο εύκολα αποδεκτή αντιμετώπιση της μαστεκτομής σε σχέση με τις νεότερες γυναίκες θα μπορούσε να αμφισβητηθεί, δεδομένου του γεγονότος ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι πιθανόν ήδη επιβαρυνμένη λόγω των ιδιαίτερων ψυχοπαιστικών παραγόντων που συνδέονται με τη μεγαλύτερη ηλικία, όπως είναι η πάθηση από άλλες χρόνιες νόσους, η κοινωνική απομόνωση και η έκπτωση της σωματικής λειτουργικότητας ως αποτέλεσμα της φυσιολογικής διαδικασίας της γήρανσης.⁵³ Πράγματι, η επίδραση της μαστεκτομής στην ψυχική ζωή της ασθενούς, όπως προαναφέραμε, εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς άμυνας που έχει αναπτύξει. Πρόκειται για μια ακρωτηριαστική επέμβαση, που κινητοποιεί ψυχικά ζητήματα της ναρκισσιστικής προβληματικής και των παλαιότερων απωλειών της ασθενούς. Μάλιστα, μελέτες υποστηρίζουν ότι η ίδια η διάγνωση του καρκίνου του μαστού μπορεί να πυροδοτήσει γνωσιακές και συναισθηματικές απαντήσεις που συνδέονται με τις πρωταρχικές τραυματικές εμπειρίες.⁵⁴

Φαίνεται λοιπόν ότι η ευαλωτότητα σε ψυχιατρικά προβλήματα στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού αυξάνεται από παράγοντες που προϋπάρχουν της νόσου, όπως π.χ. η σεξουαλική κακοποίηση, που είναι ένας αποδεδειγμένος παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη στις γυναίκες αυτές.^{52,55} Οι τραυματικές εμπειρίες επηρεάζουν την ικανότητα οικοδόμησης συναισθηματικών δεσμών στην ενήλικη ζωή. Η διαμόρφωση λοιπόν μιας ουσιαστικής θεραπευτικής σχέσης με το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό παρουσιάζει περισσότερες δυσχέρειες σε αυτές τις ασθενείς, με αποτέλεσμα η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία να σχετίζεται τελικά με λιγότερη λαμβανόμενη στήριξη από το προσωπικό της κλινικής.⁵⁶ Παράλληλα, ψυχολογικές αντιδράσεις όπως ο πεσιμισμός, συνδέονται με αυξημένη συχνότητα άγχους και κατάθλιψης στις ασθενείς με καρκίνο του μαστού.⁵⁷ Επίσης, η νεαρή ηλικία έναρξης της νόσου

και η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού πριν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση συναισθηματικών διαταραχών σε αυτές τις ασθενείς.^{58,59} Οι μέθοδοι ανίχνευσης του καρκίνου, δηλαδή η αυτοεξέταση ή η μαστογραφία, δεν διαφοροποιούνται στον κίνδυνο για την εμφάνιση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας.⁶⁰ Επιπρόσθετα, σωματικά συμπτώματα που οφείλονται στον καρκίνο, όπως ο πόνος και η κόπωση, αυξάνουν τον κίνδυνο για την εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης.⁶¹ Τέλος, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να αυξάνει την ευαλωτότητα στις συναισθηματικές διαταραχές, ενώ το καλό υποστηρικτικό δίκτυο δρα προστατευτικά για το άγχος και την κατάθλιψη.⁶² Πράγματι, όπως φαίνεται σε μία μελέτη οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη και το άγχος πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση σχετίζονται περισσότερο με χαρακτηριστικά της ίδιας της ασθενούς, όπως η απώλεια μιας σοβαρής διαπροσωπικής σχέσης, η νεαρή ηλικία, το πτωχό υποστηρικτικό δίκτυο, η αντιμετώπιση ψυχοπαιστικών παραγόντων άλλων πλην του ιδίου του καρκίνου, καθώς και ένα παλαιότερο επεισόδιο κατάθλιψης ή άγχους, παρά με την ίδια την ασθένεια (πρόγνωση ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου) ή ακόμη και τη θεραπεία (τύπος χειρουργείου, ακτινοβολία κ.λπ.). Μάλιστα, η χημειοθεραπεία βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο για άγχος και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια, όχι όμως και μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας.⁶³

Η γνώση λοιπόν όλων των ιδιαίτερων ψυχικών συμβάντων που ακολουθούν τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, καθώς και μία ακρωτηριαστική επέμβαση όπως είναι η μαστεκτομή, απαιτούνται για τον σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, όχι μόνο για την αντιμετώπιση, αλλά και για την πρόληψη των ψυχιατρικών διαταραχών σε αυτές τις γυναίκες.

Γυναικολογικός καρκίνος (μήτρα-ωοθήκες)

Στις γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, η υστερεκτομή αποκτά αυτόματα την έννοια της απώλειας της ικανότητάς τους να τεκνοποιήσουν. Επίσης, όταν τα γεννητικά όργανα συνδέονται με αισθήματα ενοχής, η υστερεκτομή συχνά εκλαμβάνεται συμβολικά ως τιμωρία που σχετίζεται με τη σεξουαλικότητα. Η απώλεια της εμμήνου ρύσεως συνδέεται με πολλαπλές ψυχολογικές αντιδρά-

σεις. Λίγες εκφράζουν ανακούφιση από την απαλλαγή τους από μια επώδυνη εμπειρία, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών εκφράζουν δυσαρέσκεια και την αίσθηση ότι έχουν χάσει μια απαραίτητη και πολύτιμη λειτουργία για την υγεία του γυναικείου σώματος.⁶⁴ Επίσης, ένας πολύ συχνός φόβος είναι ότι η απώλεια της μήτρας θα οδηγήσει σε απώλεια της ικανότητας για ερωτική επαφή και της σεξουαλικής ευχαρίστησης. Πολλές μάλιστα ασθενείς φοβούνται ότι ο σύντροφός τους θα χάσει το ενδιαφέρον του για εκείνες και θα τις εγκαταλείψει, αφού η υποθετική εξαρχής απώλεια σεξουαλικής λειτουργίας μετά τη θεραπεία θα προκαλέσει προβλήματα στη σχέση τους.⁶⁵ Οι γυναίκες, λοιπόν, που αμφισβητούν τη σεξουαλική τους ικανότητα ανησυχούν και για την ποιότητα ζωής του συντρόφου τους, ενώ η διαταραχή της σεξουαλικής τους ζωής μοιάζει αναπόφευκτη.⁴⁸ Οι αλλαγές στη σεξουαλικότητα σχετίζονται με συναισθήματα αυτομομφής, απόρριψης, λύπης, θυμού και απώλειας σεξουαλικής ικανοποίησης.⁶⁶ Μάλιστα, σύγχρονες έρευνες έδειξαν την καθοριστική σημασία της αυτοεκτίμησης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο.⁶⁷

Η απώλεια των εσωτερικών γενετικών οργάνων συμβολίζει την απώλεια της αναπαραγωγικής περιόδου και τη μετάβαση σε μία περίοδο εμμηνόπαυσης, που είναι συνυφασμένη με μεγαλύτερες ηλικίες. Φαντασιωσικά είναι σαν να εκλείπει η ικανότητα της γυναίκας να δημιουργήσει, και αυτό αναπόφευκτα μοιάζει να οδηγεί στην παρακμή και την απόσυρση και κατά συνέπεια σε μερικές από τις ασθενείς φαίνεται να εκπίπτει η ικανότητά τους για εργασία. Σε αυτό το πλαίσιο είναι πιθανό να υπάρχουν αισθήματα ευαλωτότητας και ευθραυστότητας, ακόμη και ο φόβος του τραυματισμού.^{48,68}

Σε όλα τα στάδια της νόσου, περίπου το 30% των ασθενών με γυναικολογικό καρκίνο αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.⁵ Ειδικότερα, ο επιπολασμός του άγχους στον καρκίνο των ωοθηκών κυμαίνεται μεταξύ 22–47%, και της κατάθλιψης 17–38%.^{69–71} Η διάγνωση των συναισθηματικών διαταραχών είναι κοινή στις νέες ασθενείς με καρκίνο των ωοθηκών, ειδικότερα την περίοδο της αρχικής διάγνωσης. Ενδεικτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι το 60% των νέων γυναικών με επιθηλιακό καρκίνο των ωοθηκών στην αρχική διάγνωση και θεραπεία ήταν καταθλιπτικές ή/και αγχώδεις, και το 27% και 5% των

ασθενών αντίστοιχα ήταν αγχώδεις ή καταθλιπτικές μετά από χρόνια.⁷² Στους παράγοντες κινδύνου για την αυξημένη ψυχική επιβάρυνση στον καρκίνο των ωοθηκών περιλαμβάνονται το νεαρό της ηλικίας, η πρόσφατη διάγνωση, η προχωρημένη νόσος, καθώς και τα πολλά και επίμονα σωματικά συμπτώματα.^{73,74} Η ψυχική αυτή επιβάρυνση μπορεί να εξελιχθεί σε ψυχική διαταραχή, αν το άγχος δεν γίνει διαχειρίσιμο και οι μηχανισμοί άμυνας αποτύχουν να προστατεύσουν τον ψυχισμό του ασθενούς.⁷⁵ Ωστόσο, στην καθημερινή κλινική πράξη οι γυναίκες αυτές δεν λαμβάνουν τη φροντίδα εκείνη από τους επαγγελματίες υγείας, η οποία θα τους επέτρεπε να εκφράσουν τους φόβους και τις ανησυχίες τους σχετικά με τη νόσο, να λάβουν πληροφορίες για ζητήματα που αφορούν στην ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ποιότητας της ζωής τους και τελικά να νιώσουν περισσότερο ασφαλείς και ενδυναμωμένες.⁷⁶

Στον γυναικολογικό καρκίνο πολλές ασθενείς παρουσιάζουν τη Διαταραχή Γυναικείας Σεξουαλικής Διέγερσης κατά DSM-IV-TR (επίμονη ή υποτροπιάζουσα αδυναμία επίτευξης ή διατήρησης επαρκούς απάντησης λίπανσης-εξοίδησης της σεξουαλικής διέγερσης μέχρι την ολοκλήρωση της σεξουαλικής δραστηριότητας).⁷⁷ Η διαταραχή προκαλεί έκδηλη ενόχληση ή διαπροσωπικές δυσκολίες και μπορεί να οφείλεται σε χειρουργικές παρεμβάσεις, φαρμακευτικά αποτελέσματα ή ορμονολογικές διαταραχές.⁷⁸ Εξάλλου, η ψυχική επιβάρυνση των ασθενών αυτών, όπως σηματοδοτείται από το άγχος και την κατάθλιψη που εμφανίζουν, επηρεάζει αρνητικά τη σεξουαλική επιθυμία. Επιπρόσθετα, εμφανίζονται διαταραχές σεξουαλικού τύπου, οι οποίοι σχετίζονται με τον πόνο που οφείλεται στην κοιλική ξηρότητα και με την απώλεια οιστρογόνων, καθώς και τη θεραπεία για τον καρκίνο.⁷⁹

Το γεγονός ότι δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη σεξουαλικότητα και στη σεξουαλική λειτουργία μεταξύ διαφορετικών χρονικών περιόδων από την αρχική διάγνωση του γυναικολογικού καρκίνου, οδηγεί σε ερωτήματα σχετικά με την ανίχνευση άλλων παραγόντων που διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο, πλην εκείνων που σχετίζονται με την εξέλιξη της ίδιας της νόσου και τη θεραπεία.⁶⁷ Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι το εμμηνόπαυσιακό status στις γυναίκες με γυναικολογικό καρκίνο συμβάλλει στην εμφάνιση της σεξουαλικής διαταραχής.⁷⁹ Ωστόσο, μελέτες που

αφορούν στη σεξουαλική λειτουργία γυναικών σε εμμηνόπαυση καταδεικνύουν ότι οι ψυχοσεξουαλικοί παράγοντες, όπως είναι τα ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής, το ιστορικό της σεξουαλικής λειτουργικότητας, καθώς και το πιθανό ψυχιατρικό ιστορικό, είναι σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της σεξουαλικής ικανοποίησης σε αυτόν τον πληθυσμό.⁸⁰ Πράγματι, η αποδεκτή εικόνα του σώματος, η απόκτηση ουσιαστικής επικοινωνίας και συναισθηματικής εγγύτητας με τον σύντροφο, η ανακατασκευή λανθασμένων σεξουαλικών πεποιθήσεων που συνοδεύονται από άδηλα άγχη και συναισθήματα ντροπής, είναι μερικά μόνο από τα στοιχεία εκείνα που μπορούν να δράσουν καταλυτικά στη βελτίωση της σεξουαλικής ζωής των ασθενών αυτών.⁸¹

Οι θεράποντες σωματικής ιατρικής κάποιες φορές ίσως να θεωρούν δευτερεύουσας σημασίας τη σεξουαλική ζωή για μία ασθενή στην οποία έχει διαγνωσθεί γυναικολογικός καρκίνος και ίσως κινδυνεύει η ζωή της. Όμως, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η θεραπεία του καρκίνου πρέπει να συνδυάζεται με τη συστηματική προσπάθεια για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μας. Η σεξουαλική υγεία προοδευτικά αναγνωρίζεται ως μία σημαντική παράμετρος στην ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια και μετά από τη θεραπεία της νόσου. Μάλιστα, πολλές φορές υποθέτουμε ότι οι ασθενείς κατανοούν τις λειτουργίες του σώματος, ωστόσο κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει πάντα, ενώ παράλληλα οι διάφορες φαντασιώσεις τους σχετικά με το σώμα πιθανόν να δημιουργούν την αίσθηση του αδιεξόδου σχετικά με τη σεξουαλική λειτουργία. Σε αυτό το πλαίσιο, λανθασμένες αντιλήψεις ότι επηρεάζεται η ικανότητα για σεξ πρέπει να συζητώνται ανοικτά και να ανατρέπονται. Η ασθενής πρέπει να ενθαρρύνεται να συνεχίσει τη ζωή της και τις διαπροσωπικές της σχέσεις.⁸² Τις πρώτες ημέρες της διάγνωσης πολλοί ασθενείς μπορεί να ισχυρίζονται ότι η σεξουαλικότητα δεν είναι σημαντική και δεν επιθυμούν να μιλήσουν για τη σεξουαλική τους ζωή, ωστόσο το πιθανότερο είναι η στάση αυτή να αλλάξει στη συνέχεια και γι' αυτόν τον λόγο θα πρέπει να δίνονται πολλές ευκαιρίες στις ασθενείς να συζητώνται τέτοια ζητήματα.⁸³ Είναι, λοιπόν, απαραίτητη η σωστή μακροπρόθεσμη φροντίδα της ασθενούς η οποία εξασφαλίζει την επανάκτηση μιας φυσιολογικής σεξουαλικής και συναισθηματικής ζωής.

Γαστρεντερικός καρκίνος

Ο καρκίνος του εντέρου είναι μία από τις συχνότερες μορφές καρκίνου παγκοσμίως.⁸⁴ Μάλιστα, στην Ελλάδα, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, το 2007 το 6% των θανάτων αποδόθηκε στον γαστρεντερολογικό καρκίνο.⁸⁵ Η επιβίωση των ασθενών που προσβάλλονται ειδικότερα από τον καρκίνο του εντέρου έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ενώ ο καρκίνος του στομάχου έχει δυσμενέστερη πρόγνωση, γεγονός που καταδεικνύει χαρακτηριστικά τα ιδιαίτερα ζητήματα που προκύπτουν και τα οποία ο ασθενής καλείται να διαχειρισθεί ψυχικά, σχετικά με την εντόπιση του γαστρεντερικού καρκίνου, το προσδόκιμο επιβίωσης, την πιθανότητα υποτροπής, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, αλλά και την επίτευξη της μέγιστης δυνατής σωματικής λειτουργικότητας και την εξασφάλιση αντίστοιχης ποιότητας ζωής.^{84,86}

Συχνά οι ασθενείς με γαστρεντερικό καρκίνο βιώνουν ενοχές εξαιτίας των διατροφικών συνηθειών τους, αφού η κακή διατροφή με πολλά λιπαρά και λίγες φυτικές ίνες σχετίζονται με τη νόσο.^{64,87}

Ο γαστρεντερικός καρκίνος επιβάλλει πολλές φορές την αναγκαιότητα μιας κολοστομίας ή ειλεοστομίας. Η στομία είναι μία θεραπευτική παρέμβαση που οδηγεί σε μόνιμη φυσική βλάβη, παραμόρφωση και απώλεια σημαντικής λειτουργικότητας.⁸⁸ Αυτές οι φυσικές αλλαγές έχουν σημαντικές συνέπειες για τις συναισθηματικές και κοινωνικές σχέσεις, καθώς και τις δραστηριότητες του ασθενούς. Οι στομίες, λοιπόν, σχετίζονται με σοβαρές αλλαγές στην καθημερινότητα, πολλές παρενέργειες, δυσλειτουργίες, που φέρνουν σε δύσκολη θέση τον ασθενή και απαιτούν προσαρμοστικές δεξιότητες. Μάλιστα, κάποιες φορές ο ασθενής πρέπει να αποφασίσει εάν θα αποκαλύψει ότι φέρει στομία ή θα το αποκρύψει, αφού νιώθει αμηχανία σε σχέση με την εικόνα του σώματος. Οι σεξουαλικές σχέσεις είναι συχνά πηγές άγχους, ειδικότερα όταν ο ασθενής έχει νέους συντρόφους, και αυτό αφορά κυρίως στους νεότερους ασθενείς.⁸⁹

Το 17% των ασθενών με γαστρεντερικό καρκίνο πάσχουν από άγχος και το 21% από κατάθλιψη, ενώ πιο πρόσφατες μελέτες αναφέρουν καταθλιπτικά και αγχώδη συμπτώματα στο 47% και 57% αντίστοιχα.^{90,91} Επίσης, οι ασθενείς με καρκίνο του στομάχου έχουν μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση από τους

ασθενείς με καρκίνο του εντέρου.^{91,92} Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι το άγχος είναι περισσότερο κοινό σε νεότερους ασθενείς και η κατάθλιψη σε αυτούς που νοσηλεύονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα.⁹³ Μάλιστα, βελτιώσεις στις τεχνικές που εφαρμόζονται στις στομίες δεν είχαν την αναμενόμενη θετική επίπτωση στα ψυχοκοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν μετά το χειρουργείο.⁹⁴ Αυτό λοιπόν που φαίνεται να έχει σημασία είναι η βαθιά κατανόηση της φύσης της συναισθηματικής επένδυσης της κολοστομίας και της παράλληλης αποεπένδυσης στην εικόνα του σωματικού Εγώ, λόγω του ναρκισσιστικού πλήγματος που υφίσταται ο ασθενής, καθώς και των μηχανισμών άμυνας που κινητοποιεί για να διαχειριστεί το άγχος που προκύπτει. Η αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων στηρίζεται κατ' αρχάς στην κατανόηση αυτή από τον θεράποντα και στη συνέχεια σε κατάλληλα στοχευμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Επιπρόσθετα, υπάρχουν μελέτες στις οποίες διαπιστώνεται ότι η εξατομικευμένη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στους ασθενείς που χειρουργούνται για γαστρεντερικό καρκίνο, έχει θετική επίπτωση και στον χρόνο επιβίωσής τους.⁹⁵

Επιπλέον, αξίζει να σημειώσουμε ότι από όλες τις μορφές γαστρεντερικού καρκίνου, ο καρκίνος του παγκρέατος, ο οποίος χαρακτηρίζεται από υψηλή θνησιμότητα με πολλαπλά σοβαρά σωματικά συμπτώματα, σχετίζεται με πολύ υψηλά επίπεδα άγχους.⁹⁶ Οι επεμβατικές μέθοδοι, που χρησιμοποιούνται συχνά, είναι χειρουργικές επεμβάσεις εξαιρετικά εκτεταμένες, με σοβαρές επιπτώσεις στον ψυχισμό των αρρώστων. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν σοβαρά ψυχιατρικά προβλήματα και μάλιστα σε ποσοστά 10–33%, ενώ έχει γίνει συσχέτιση μεταξύ αυτών των προβλημάτων και των ενδοκρινολογικών αλλαγών που εμφανίζονται στον καρκίνο του παγκρέατος. Συγκεκριμένα, παρατηρούνται σε αυξημένη συχνότητα καταθλιπτικού τύπου διαταραχές και άγχος, και οι συναισθηματικές αυτές διαταραχές εμφανίζονται συχνά στο πρόδρομο στάδιο της νόσου.^{96,97} Μάλιστα, οι ασθενείς αυτοί έχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας, αφού σε μία μελέτη η πιθανότητα ήταν 11 φορές μεγαλύτερη από τον γενικό πληθυσμό και ιδιαίτερα στην περίοδο αμέσως μετά τη χειρουργική παρέμβαση.⁹⁸ Απαιτείται λοιπόν εγγύηση από τους θεράποντες όχι μόνο για την πιθανή πρόωγη ανίχνευση της νόσου, εφόσον τις περισ-

σότερες φορές προηγούνται στην εμφάνιση τα ψυχιατρικά συμπτώματα, αλλά και για την αντιμετώπιση των σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών.

Καρκίνος του προστάτη

Οι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη βιώνουν πολλές φορές μια σοβαρή απειλή στη σεξουαλικότητα και τον ανδρισμό τους, ενώ παράλληλα έχουν δυσκολία στο να εκφράσουν τις σχετικές ανησυχίες τους. Αξίζει να σημειώσουμε ότι ο καρκίνος του προστάτη αφορά σε μεγαλύτερες ηλικίες, γεγονός που σημαίνει ότι οι ασθενείς μπορεί να είναι περισσότερο αρνητικοί στην ψυχιατρική εκτίμηση και αντιμετώπιση.⁹⁹

Η κατάθλιψη είναι μια συχνή διάγνωση στους ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, η οποία τίθεται στο 7–48% των ασθενών.¹⁰⁰ Η χρονική περίοδος που μεσολαβεί από τη διενέργεια της διαγνωστικής βιοψίας μέχρι την ενημέρωση του ασθενούς χαρακτηρίζεται ως ιδιαίτερα στρεσογόνος, γεγονός βέβαια που συνδέεται με όλες τις επαπειλούμενες απώλειες σε φαντασιστικό και πραγματικό επίπεδο, που ακολουθούν τη διάγνωση του καρκίνου.^{101,102} Μάλιστα, οι νεότεροι ασθενείς με καρκίνο του προστάτη παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους μεγαλύτερους, γεγονός που αποτελεί συχνό εύρημα και σε άλλες μορφές καρκίνου, ενώ οι ασθενείς με προχωρημένη νόσο έχουν σοβαρότερα καταθλιπτικά συμπτώματα.^{103–105} Επίσης, μπορεί η στυτική δυσλειτουργία να αποτελεί, ορισμένες φορές, μια άμεση παρενέργεια της χειρουργικής εξαίρεσης του προστάτη, ωστόσο φαίνεται ότι η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και της αυτοεκτίμησης του ασθενούς μετά την προστατεκτομή, που συνδέεται με ψυχολογικές διεργασίες, επηρεάζει καθοριστικά και δυσμενώς τη στυτική και οργασμική λειτουργία, με αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας της σεξουαλικής ζωής των ασθενών αυτών.¹⁰⁶ Απαιτούνται λοιπόν ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες από τη μία να είναι στοχευμένες σε ομάδες ασθενών που πάσχουν από καρκίνο του προστάτη και έχουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας, π.χ. λόγω της ηλικίας τους ή του ψυχιατρικού ιστορικού τους, και από την άλλη, παρεμβάσεις που να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τις εξατομικευμένες ανάγκες του κάθε ασθενούς.¹⁰³ Πράγματι, η ψυχοεκπαίδευση και η συμβουλευτική

βελτιώνουν τη σεξουαλική ζωή των ασθενών αυτών και των συντρόφων τους.¹⁰⁷

Δερματολογικός καρκίνος

Ασθενείς με μελάνωμα βρίσκονται κάτω από το στρες μιας επικείμενης παραμόρφωσης εξαιτίας του χειρουργείου, ενώ παράλληλα πιθανές ουλές από την επέμβαση αποτελούν ένα σταθερό στον χρόνο σημείο υπενθύμισης της περιοχής του σώματος που έχει προσβληθεί. Η παραμόρφωση της σωματικής εμφάνισης μπορεί να απειλεί την αυτοεκτίμηση και την αυτοπεποίθηση των ασθενών αυτών, ειδικότερα των νεότερων ασθενών.¹⁰⁸

Πολλές μελέτες καταδεικνύουν ότι το ένα τρίτο των ασθενών με καρκίνο αντιμετωπίζουν κλινικά σημαντικά ψυχικά προβλήματα, γεγονός που ισχύει στα αντίστοιχα ποσοστά και για τους ασθενείς με μελάνωμα. Μάλιστα, οι ασθενείς αυτοί έχουν δυσχερέστερη προσαρμογή στη νόσο και χειρότερη ποιότητα ζωής.¹⁰⁹

Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικής διαταραχής σε ασθενείς με μελάνωμα, περιγράφονται:

1. Δημογραφικοί παράγοντες, όπως το γυναικείο φύλο, η νεότερη ηλικία, η έλλειψη συντρόφου, η ανεργία.
2. Κλινικοί παράγοντες, όπως η προχωρημένη νόσος, η εντόπιση του όγκου σε ορατά σημεία του σώματος, όπως το πρόσωπο και τα χέρια.
3. Ψυχολογικοί και Κοινωνικοί παράγοντες, όπως τα τελειοθηρικά στοιχεία του χαρακτήρα, σε συνδυασμό με ισχυρό αίσθημα ευθύνης σχετικά με τις συνέπειες της νόσου στην οικογένεια και το πτωχό υποστηρικτικό δίκτυο.¹¹⁰⁻¹¹²

Η έγκαιρη, λοιπόν, διάγνωση του άγχους ή της αναγνώρισης μεταξύ των ασθενών με μελάνωμα, οι οποίοι έχουν τη μεγαλύτερη ευαλωτότητα για να αναπτύξουν ψυχιατρικά συμπτώματα καθιστά περισσότερο αποτελεσματική την προσπάθεια των θεραπόντων να αντιμετωπίσουν τα σύνθετα ψυχικά προβλήματα, που ανακύπτουν. Είναι συστηματική, μάλιστα η προσπάθεια, όχι μόνο να κατασκευασθούν, αλλά και να χρησιμοποιηθούν ευρέως στους ασθενείς με μελάνωμα διαγνωστικά εργαλεία, όπως σύντομες αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες, που ανιχνεύουν τους ασθενείς με αυξημένη ψυχική επιβάρυνση.¹¹²

Συμπεράσματα

Η εντόπιση του καρκίνου στις διάφορες περιοχές του σώματος σχετίζεται με την εμφάνιση ιδιαίτερων ψυχολογικών και ψυχιατρικών προβλημάτων, τα οποία καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από την επίδραση στον ψυχισμό του ατόμου του προσβεβλημένου οργάνου.

Ο χειρισμός των ιδιαιτεροτήτων που αφορούν στις ψυχολογικές αντιδράσεις και στις ψυχιατρικές διαταραχές που αναφέρθηκαν, πρέπει να στηρίζεται πρωταρχικά σε μια θεραπευτική σχέση, στην οποία θα ενθαρρύνεται η ουσιαστική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς.^{13,48} Σε αυτό το πλαίσιο, ο ιατρός θα μπορέσει να βοηθήσει τον ασθενή του να εκφράσει τα συναισθήματα ντροπής, θυμού, άγχους, φόβου και ενοχής. Δεν πρέπει να ξεχνάμε επίσης ότι συναισθήματα απόρριψης και απομόνωσης μπορεί να είναι εξίσου απειλητικά με τον φόβο του θανάτου. Οι δυσκολίες στην επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών είναι μεγάλες λόγω και των ειδικών δεξιοτήτων που απαιτούνται για την αναγγελία δυσάρεστων νέων και για την οποία δεν υπάρχει ειδική εκπαίδευση. Γι' αυτόν τον λόγο, αν καταφέρει ο θεράπων να βοηθήσει τον ασθενή του να διαχειριστεί αυτά τα συναισθήματα, θα είναι πολύτιμο κέρδος γι' αυτόν.

Η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση είναι αναγκαία όχι μόνο πριν, αλλά και μετά τις ακρωτηριαστικές επεμβάσεις. Αυτή πρέπει να είναι εστιασμένη στα ειδικά ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα που ήδη περιγράψαμε, προκειμένου όχι μόνο να είναι ο ασθενής ψυχικά ενδυναμωμένος μετεγχειρητικά, αλλά και γιατί τα ψυχολογικά προβλήματα σε αυτή τη φάση της θεραπείας του καρκίνου έχουν ήδη ξεκινήσει. Είναι πολύ σημαντικό να κατανοηθεί ότι, ήδη από την ανακοίνωση του χειρουργείου, ο ασθενής ζει με τη φαντασίωση και τον φόβο των συνεπειών των θεραπευτικών επεμβάσεων. Αυτό απαιτεί εξειδικευμένη θεραπευτική προσέγγιση και ικανό και εκπαιδευμένο προσωπικό για να την υποστηρίξει. Εξάλλου, η αντιμετώπιση του καρκίνου δεν μπορεί να θεωρηθεί επαρκής εάν η ποιότητα ζωής του ασθενούς μετά τη θεραπεία που έλαβε δεν επανέλθει σε επίπεδα ανάλογα εκείνα προ της θεραπείας,^{113,114} οι ψυχολογικές δε προσεγγίσεις στον καρκίνο πρέπει πάντα να λαμβάνουν υπόψη τους ότι το τρωθέν σώμα αντικατοπτρίζει τον τρωθέντα ναρκισισμό, και αυτό από μόνο του απειλεί την επιβίωση.

Psychological and psychiatric problems in cancer patients: Relationship to the localization of the disease

G.I. Moussas,¹ A.G. Papadopoulou,² A.G. Christodoulaki,¹
A.P. Karkanias¹

¹Psychiatric Department, "Sotiria" General Hospital of Chest disease, Athens,

²2nd Psychiatric Department, University of Athens, "Attikon" General Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2012, 23:46–60

Cancer may be localized in a variety of areas in the human body. This localization is associated with significant issues concerning not only therapy and prognosis but also psychological and psychiatric problems that the patient may be confronted with. The psychic impact on the patient is determined to a significant degree by the symbolism the affected organ carries. The symbolic significance of a sick body area triggers emotions and sets in motion self-defence mechanisms. In this way, patients deal with the new psychic reality that cancer creates. Therapeutic choices may include interventions, involving mutilation, which cause disfigurement and major consequences in the body image which result in narcissistic injuries. The phenomenology of anxiety and depressive disorders is connected to the affected body area. The appearance of cancer not only in sexual organs but also in other body areas, may disturb sexual function and therefore lead to sexual disorders. Especially, head and neck are connected with vital functions. This area of the body has had a major impact on psychic reality since early life. Complicated psychic functions have developed in relation to organs of the head and neck. Therefore, localization of cancer in this area leads to individual psychological and psychiatric problems, since eating and breathing are harmed, verbal communication becomes difficult and body image alters. Also, increased incidence of alcohol and nicotine abuse in these patients reflects special aspects of psychic structure and personality. Because of severe somatic symptoms and poor prognosis, lung cancer patients feel hopelessness and helplessness. Patients with gynaecological cancer are confronted with a disease that affects organs like breast and internal female sexual organs associated with femininity, attractiveness and fertility. Dietary habits are often a source of guilt for patients who suffer from cancer of the gastrointestinal tract. Additionally, stomas, as colostomy, affect body image and cause feelings of embarrassment with severe consequences on the patient's sense of wellbeing, his or her daily activities, interpersonal relationships or sexuality. Depressive symptoms often occur in prodromal stages of pancreatic cancer. Depression is a common diagnosis in patients with prostate cancer. Prostatectomy negatively affects patient's self-esteem, because it might be experienced as a threat to his sexual life. Disfigurement is related to skin cancer because of both cancer and surgical procedures. Therefore, it is a challenge for modern psycho-oncology to identify those patients who are vulnerable in developing psychiatric symptoms, to early diagnose anxiety and depression and to use psychotherapeutic interventions targeting individual psychological and psychiatric problems in relation to the localization of disease in the human body.

Key words: Cancer, body image, anxiety, depression, localization of the disease, psychotherapeutic interventions

Βιβλιογραφία

- Lederberg MS. Psycho-Oncology. In: Sadock B, Sadock V (eds) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2005:2196-2225
- Moussas GI, Karkanas AP, Papadopoulou A. Psychological and psychiatric problems in cancer patients in the general hospital. *Psychiatriki* 2008, 19:124-144
- Elani HW, Allison PJ. *Coping and psychological distress among head and neck cancer patients*. Support Care Cancer 2010 Sep 26, DOI: 10.1007/s00520-010-1013-8 (Epub ahead of print)
- Dropkin MJ. Body image and quality of life after head and neck cancer surgery. *Cancer Pract* 1999, 7:309-313
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 2001, 10:19-28
- Cohen MZ, Kahn DL, Steeves Rh. Beyond body image: the experience of breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998, 5:835-841
- Fawzy NW, Secher L, Evans S, Giuliano AE. The positive appearance center. *Can Pract* 1994, 4:233-238
- Anderson MS, Johnson J. Restoration of body image and self-esteem for women after cancer treatment. *Can Pract* 1994, 5:345-349
- Dropkin MJ. Body Image and Quality of Life After Head and Neck Cancer Surgery. *Can Pract* 1999, 7:309-313
- Moadel AB, Ostroff JS, Schantz SP, Head and Neck cancer In: Holland JC (ed) *Psycho-Oncology*. Oxford Univ Press, New York, 1998:314-323
- Ensley J, Gutkind SJ, Jacobs JR, Lippman SM (eds) *Head and neck cancer: emerging perspectives*. Academic Press, San Diego, CA, 2003
- Mc Donough EM, Boyd JH, Varvares MA, Maves MD. Relationship between psychological status and compliance in a sample of patients treated for cancer of the head and neck. *Head Neck* 1996, 3:269-276
- Moussas GI, Karkanas AP, Papadopoulou A. Psychological dimension of cancer genetics: Doctor-Patient communication. *Psychiatriki* 2010, 21:148-157
- Katz MR, Irish JC, Devins GM, Rodin GM, Gullane PJ. Reliability and validity of an observer-rated disfigurement scale for head and neck cancer patients. *Head Neck* 2000, 22:132-141
- Dibble SL, Padilla GV, DoddMJ, Miaskowski C. Gender differences in the dimensions of quality of life. *Oncol Nurs Forum* 1998, 25:577-583
- Katz MR, Irish JC, Devins GM, Rodin GM, Gullane PJ. Psychosocial adjustment in head and neck cancer: The impact of disfigurement, gender and social support. *Head Neck* 2003, 25:103-112
- Trigg DJ, Lait M, Wenig BL. Influence of tobacco and alcohol on the stage of laryngeal cancer at diagnosis. *Laryngoscope* 2000, 110:408-411
- Boyle P, Macfarlane GJ, Zheng T, Maisonneuve P, Evstifeeva T, Scully C. Recent advances in epidemiology of head and neck cancer. *Curr Opin Oncol* 1992, 4:471-477
- Talamini R, Bosetti C, La Vecchia C, Dal Maso L, Levi F, Bidoli E et al. Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. *Canc Caus Contr* 2002, 13:957-964
- Deleyiannis FW, Thomas DB, Vaughan TL, Davis S. Alcoholism: independent predictor of survival in patients with head and neck cancer. *J Natl Cancer Inst* 1996, 88:542-549
- Duffy SA, Terrell JE, Valenstein M, Ronis DL, Copeland LA, Connors M. Effect of smoking, alcohol, and depression on the quality of life of head and neck cancer patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2002, 24:140-147
- Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M, Fowler KE, Lambert MT, Bishop C et al. Depressive symptoms, smoking, drinking and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics* 48:142-148
- Singer S, Krauß O, Keszte J, Siegl G, Papsdorf K, Severi E et al. Predictors of emotional distress in patients with head and neck cancer. *Head Neck* 2011 March 11, DOI: 10.1002/hed.21702 (Epub ahead of print)
- Britton B, Clover K, Bateman L, Odelli C, Wenham K, Zeman A, et al. Baseline depression predicts malnutrition in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Supp Care Can* 2011 Jan 14, DOI: 10.1007/s00520-011-1087-y (Epub ahead of print)
- Sitzia J, Huggins L. Side effects of cyclophosphamide, methotrexate, and 5-fluorouracil (CMF) chemotherapy for breast cancer. *Cancer Pract* 1998, 6:13-21
- Freedman TG. Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nurs* 1994, 17:334-341
- Batchelor D. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care-a literature study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2001, 10:147-63
- Baxley KO, Erdman LK, Henry EB, Roof BJ. Alopecia: effect on cancer patients' body image. *Cancer Nurs* 1984, 7:499-503
- Boehmke MM, Dickerson SS. Symptom, symptom experiences, and symptom distress encountered by women with breast cancer undergoing current treatment modalities. *Cancer Nurs* 2005, 28:382-389
- Lemieux J, Maunsell E, Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psycho-Oncology* 2008, 17:317-328
- McGarvey EL, Baum LD, Pinkerton RC, Rogers LM. Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Pract* 2001, 9:283-289
- Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable non-small-cell lung carcinoma. *Cancer* 2001, 92:2609-2622
- Brintzenhofe-Szoc KM, Levin TT, Li Y, Kissane DW, Zabora JR. Mixed Anxiety/Depression Symptoms in a Large Cohort: Prevalence by Cancer Type. *Psychosomatics* 2009, 50:383-391

34. Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med* 2009, 68:562–569
35. Goodwin JS, Hunt WC, Key CR, Samet JM. The effect of marital status on stage of treatment and survival of cancer patients. *JAMA* 1987, 258:3125–3130
36. Hopwood P, Stephens RJ. Depression in patients with lung cancer: prevalence and risk factors derived from quality of life data. *J Clin Oncol* 2000, 18:893–903
37. Van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytic review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997, 59:280–293
38. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *JNCI Monogr* 2004, 32:57–71
39. Akechi T, Nakano T, Akizuki N, Okamura M, Sakuma K, Nakanishi T et al. Somatic Symptoms for Diagnosing Major Depression in Cancer Patients. *Psychosomatics* 2003, 43: 244–248
40. Grassi L, Indelli M, Marzola M, Maestri A, Santini A, Piva E et al. Depressive symptoms and quality of life in homecare assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1996, 12:300–307
41. Colleoni M, Mandara M, Peruzzotti G, Robertson C, Bredart A, Goldhirsch A. Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 2000, 356:1326–1327
42. Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2002, 20:1907–1917
43. Doorenbos AZ, Given CW, Given B, Verbitsky N. Symptom Experience in the Last Year of Life Among Individuals with Cancer. *J Pain Symptom Manage* 2006, 32:403–412
44. Hislop TG, Waxler NE, Coldman AJ, Elwood JM, Kan L. The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *J Chronic Dis* 1987, 40:729–735
45. Tselebis A, Kosmas E, Bratis D, Moussas G, Karkanas A, Ilias I et al. Prevalence of alexithymia and its association with anxiety and depression in a sample of Greek chronic obstructive pulmonary disease (COPD) outpatients. *Ann Gen Psychiatry* 2010, 9:16
46. Fafouti M, Paparrigopoulos T, Zervas Y, Rabavilas A, Malamos N, Liappas I et al. Depression, anxiety and general psychopathology in breast cancer patients: a cross-sectional control study. *In Vivo* 2010, 24:803–810
47. Caplette-Gingras A, Savard J. Depression in women with metastatic breast cancer: a review of the literature. *Palliat Support Care* 2008, 6:377–387
48. Adsett CA. Emotional reactions to disfigurement from cancer therapy. *Can Med Assoc J* 1963, 8:385–391
49. Al-Ghazal, SK, Fallowfield L, Blamey RW. Does cosmetic outcome from treatment of primary breast cancer influence psychosocial morbidity? *Eur J Surg Oncol* 1999, 25:571–573
50. Bennett KK, Compas BE, Beckjord E, Glinder JG. Self-blame and distress among women with newly diagnosed breast cancer. *J Behav Med* 2005, 28:313–323
51. Hill J, Holcombe C, Clark L, Boothby MR, Hincks A, Fisher J et al. Predictors of onset of depression and anxiety in the year after diagnosis of breast cancer. *Psychol Med* 2010, 41:1429–1436
52. Salmon P, Hill J, Krespi R, Clark L, Fisher J, Holcombe C. The role of child abuse and age in vulnerability to emotional problems after surgery for breast cancer. *Eur J Cancer* 2006, 42:2517–2523
53. Ganz PA, Guadagnoli E, Landrum MB, Lash TL, Rakowski W, Silliman RA. Breast Cancer in Older Women: Quality of Life and Psychosocial Adjustment in the 15 Months After Diagnosis. *J Clin Oncol* 2003, 21:4027–4033
54. Goldsmith RE, Jandorf L, Valdimarsdottir H, Amend KL, Stoudt BG, Rini C et al. Traumatic stress symptoms and breast cancer: the role of childhood abuse. *Child Abuse Negl* 2010, 34:465–470
55. Hill J, Pickles A, Burnside E, Byatt M, Rollinson L, Davis R et al. Child sexual abuse, poor parental care and adult depression: evidence for different mechanisms. *Br J Psychiatry* 2001, 179:104–109
56. Salmon P, Holcombe C, Clark L, Krespi R, Fisher J, Hill J. Relationships with clinical staff after a diagnosis of breast cancer are associated with patients' experience of care and abuse in childhood. *J Psychosom Res* 2007, 63:255–262
57. Zenger M, Glaesmer H, Höckel M, Hinz A. Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *J Clin Oncol* 2011, 41:87–94
58. Shannon C, Smith IE. Breast cancer in adolescents and young women. *Eur J Cancer* 2003, 39:2632–2642
59. Morasso G, Costantini M, Viterbori P, Bonci F, Del Mastro L, Musso M et al. Predicting mood disorders in breast cancer patients. *Eur J Cancer* 2001, 37:216–223
60. Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA, Potts HW. Does the method of detection of breast cancer affect subsequent psychiatric morbidity? *Eur J Cancer* 2002, 38:1622–625
61. Vahdaninia M, Omidvari S, Montazeri A. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010, 45:355–361
62. Nosarti C, Roberts JV, Crayford T, McKenzie K, David AS. Early psychological adjustment in breast cancer patients: a prospective study. *J Psychosom Res* 2002, 53:1123–1130
63. Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA, Potts HW. Does the method of detection of breast cancer affect subsequent psychiatric morbidity? *Eur J Cancer* 2002, 38:1622–1625
64. Ιακωβίδης Β, Ιακωβίδης Α. *Αρχές Ψυχο-ογκολογίας*. Ψυχοσωματική και Σωματοψυχική θεώρηση του Καρκίνου. Εκδόσεις Μαστορίδη, 2001
65. Sun CC, Bodurka DC, Weaver CB, Rasu R, Wolf JK, Bevers MW et al. Rankings and symptom assessments of side effects from chemotherapy: insights from experienced patients with ovarian cancer. *Supp Care Cancer* 2005, 13:219–227
66. Hawkins Y, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in sexuality and intimacy after the diagnosis and treatment of cancer: the experience of partners in a sexual relationship with a person with cancer. *Cancer Nurs* 2009, 32:271–280

67. Gonçaves V. Long-term quality of life in gynecological cancer survivors. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010, 22:30–35
68. Wilmoth MC, Spinelli A. Sexual implications of gynecologic cancer treatments. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2000, 29: 413–421
69. Kornblith A, Thaler H, Wong G, Vlamis V, Lepore JM, Loseth JM et al. Quality of life of women with ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1995, 59:231–242
70. Hipkins J, Whitworth M, Tarrier N, Jayson G. Social support, anxiety and depression after chemotherapy for ovarian cancer: a prospective study. *Br J Health Psychol* 2004, 9:569–581
71. Norton TR, Manne SL, Rubin S, Carlson J, Hernandez E, Edelson MI et al. Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2004, 22:919–926
72. Bisseling KC, Kondalsamy-Chennakesavan S, Bekkers RL, Janda M, Obermair A. Depression, anxiety and body image after treatment for invasive stage one epithelial ovarian cancer. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009, 49:660–666
73. Bodurka-Bervers D, Basen-Engquist K, Carmack CL, Fitzgerald MA, Wolf JK, de Moor C, Gershenson DM. Depression, anxiety, and quality of life in patients with epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 2000, 78:302–308
74. Norton TR, Manne SL, Rubin S, Carlson J, Hernandez E, Edelson MI et al. Prevalence and predictors of psychological distress among women with ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2004, 22:919–926
75. Gonçalves V, Jayson G, Tarrier N. A longitudinal investigation of posttraumatic stress disorder in patients with ovarian cancer. *J Psychosom Res* 2011, 70:422–431
76. Schulman-Green D, Ercolano E, Dowd M, Schwartz P, McCorkle R. Quality of life among women after surgery for ovarian cancer. *Palliat Support Care* 2008, 6:239–247
77. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th, text rev. Washington, DC, 2000
78. Shifren JL. The role of androgens in female sexual dysfunction. *Mayo Clin Proc* 2004, 79(Suppl 4):S19–S24
79. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas* 2010, 66:23–26
80. Hartmann U, Philippsohn S, Heiser K, Röffer-Hesse C. Low sexual desire in midlife and older women: personality factors, psychosocial development, present sexuality. *Menopause* 2004, 11:727–740
81. Brotto LA, Heiman JR, Goff B, Greer B, Lentz GM, Swisher E et al. A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav* 2008, 37:317–329
82. Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N. Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: a qualitative insight. *Psycho-Oncology* 2003, 12:267–279
83. Katz A. Interventions for sexuality after pelvic radiation therapy and gynecological cancer. *Cancer J* 2009, 15:45–47
84. Cheah PY. Recent advances in colorectal cancer genetics and diagnostics *Crit Rev Oncol Hematol* 2009, 69:45–55
85. Geitona M, Kanavos P. Colocrectal cancer management and prevention policies in Greece. *Eur J Health Econ* 2010, 10(Suppl 1):S27–S33
86. Palli D. Epidemiology of gastric cancer: an evaluation of available evidence. *J Gastroenterol* 2000, 35(Suppl 12): S84–S89
87. Ahmed FE. Colon cancer: prevalence, screening, gene expression and mutation, and risk factors and assessment. *J Environ Sci Hlth C Environ Carcinog Ecotoxicol Rev* 2003, 21:65–131
88. Tomaselli M, Jenks J, Morin KH. Body image in patients with stomas: a critical review of the literature. *J ET Nurs* 1991, 18:95–99
89. Turns D. Psychosocial issues: pelvic exenterative surgery. *J Surg Oncol* 2001, 76:224–236
90. Tavoli A, Mohagheghi MA, Montazeri A, Roshan R, Tavoli Z, Omidvari S. Anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer: does knowledge of cancer diagnosis matter? *BMC Gastroenterol* 2007, 7:28
91. Nordin K, Glimelius B. Psychological reactions in newly diagnosed gastrointestinal cancer patients. *Acta Oncol* 1997, 36: 803–810
92. Nordin K, Glimelius B, Pahlman L, Sjoden PO. Anxiety, depression and worry in gastrointestinal cancer patients attending medical follow-up control visits. *Acta Oncol* 1996, 35:411–416
93. Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Anxiety and depression of patients with digestive cancer. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005, 59:576–583
94. Bekkers MJ, van Knippenberg FC, van den Borne HW, Poen H, Bergsma J, van BergeHenegouwen GP. Psychological adaptation to stoma surgery: a review. *J Behav Med* 1995, 18:1–31
95. Van Heijl M, Sprangers MA, de Boer AG, Lagarde SM, Reitsma HB, Busch OR et al. Preoperative and early postoperative quality of life predict survival in potentially curable patients with esophageal cancer. *Ann Surg Oncol* 2010, 17:23–30
96. Green AI, Austin CP. Psychopathology of pancreatic cancer: a psychobiologic probe. *Psychosomatics* 1993, 34: 208–221
97. Passik SD, Breitbart WS. Depression on patients with pancreatic carcinoma. Diagnostic and treatment issues. *Cancer* 1996, 78(Suppl 3):S615–S627
98. Turaga KK, Malafa MP, Jacobsen PB, Schell MJ, Sarr MG. Suicide in patients with pancreatic cancer. *Cancer* 2011, 117:642–647
99. Roth AJ, Kornblith AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma: a pilot study. *Cancer* 1998, 82: 1904–1908
100. Bennett G, Badger TA. Depression in men with prostate cancer. *Oncol Nurs Forum* 2005, 32:545–556
101. Jadhav SA, Sukumar S, Kumar G, Bhat SH. Prospective analysis of psychological distress in men being investigated for prostate cancer. *Indian J Urol* 2010, 26:490–493
102. Dale W, Bilir P, Han M, Meltzer D. The role of anxiety in prostate carcinoma. *Cancer* 2005, 104:467–478

103. Lintz K, Moynihan C, Steginca S, Norman A, Eeles R, Huddart R et al. Prostate cancer patients' support and psychological care needs: survey from a non-surgical oncology clinic. *Psycho-Oncology* 2003, 12:769–783
104. Dirksen SR, Epstein DR, Hoyt MA. Insomnia, depression, and distress among outpatients with prostate cancer. *Appl Nurs Res* 2009, 22:154–158
105. Roth, AJ, Kornblith, AB, Batel-Copel L, Peabody E, Scher HI, Holland JC. Rapid screening for psychologic distress in men with prostate carcinoma. *Cancer* 1998, 82:1904–1908
106. Messaoudi R, Menard J, Ripert T, Parquet H, Staerman F. Erectile dysfunction and sexual health after radical prostatectomy: impact of sexual motivation. *Int J Impot Res* 2011, 23:81–86
107. Wittmann D, Foley S, Balon R. A biopsychosocial approach to sexual recovery after prostate cancer surgery: the role of grief and mourning. *J Sex Marital Ther* 2011, 37:130–144
108. Kneir AW. Coping with melanoma: ten strategies that promote psychological adjustment. *Surg Clin North Am* 2003, 83:417–430
109. Trask PC, Paterson AG, Hayasaka S, Dunn RL, Riba M, Johnson T. Psychosocial Characteristics of Individuals With Non-Stage IV Melanoma. *J Clin Oncol* 2001, 19:2844–2850
110. Hamama-Raz Y, Solomon Z, Schachter J, Azizi E. Objective and subjective stressors and the psychological adjustment of melanoma survivors. *Psycho-Oncology* 2007, 16:287–294
111. Hamama-Raz Y. Does psychological adjustment of melanoma survivors differs between genders? *Psycho-Oncology* 2010 Dec 9, DOI: 10.1002/pon.1889 (Epub ahead of print)
112. Kasparian NA, Mcloone JK, Butow PN. Psychological responses and coping strategies among patients with malignant melanoma. *Arch Dermatol* 2009, 145:1415–1427
113. Brunner KW, Grundfragen der klinischen Onkologie an Lebensqualitätsstudien. *Akt Onkol* 1991, 63:54–61
114. Heidenreich A, Hofmann R, Quality-of-life issues in the treatment of testicular cancer. *World J Urol* 1999, 17:230–238

Αλληλογραφία: Γ.Ι. Μουσσάς, Διευθυντής Ψυχίατρος, Ψυχιατρικός Τομέας, Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η Σωτηρία», Λεωφ. Μεσογείων 152, 115 27 Αθήνα
Τηλ.: 210-77 63 108, 210-77 63 470, Fax: 210-77 09 424,
e-mail: gmpsua@gmail.com