



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**«Στοιχεία ψυχοπαθολογίας και χαρακτηριστικά προσωπικότητας που
σχετίζονται με την έκβαση της νόσου και την ποιότητα ζωής των ασθενών
με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας»**

Ηλίας Παπαδημητρίου
Ιατρός

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ**

**«Στοιχεία ψυχοπαθολογίας και χαρακτηριστικά προσωπικότητας που
σχετίζονται με την έκβαση της νόσου και την ποιότητα ζωής των ασθενών
με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας»**

Ηλίας Παπαδημητρίου
Ιατρός

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2017

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν . 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος).

Ημερομηνία αίτησης του κ. Παπαδημητρίου Ηλία: 27-5-2010

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 690^α/30-6-2010

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Υφαντής Θωμάς Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής

Μέλη

Παυλίδης Νικόλαος Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας

Ασημακόπουλος Κωνσταντίνος Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 15-7-2010

«Στοιχεία ψυχοπαθολογίας και χαρακτηριστικά προσωπικότητας που σχετίζονται με την έκβαση της νόσου και την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας»

ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 794^α/31-1-2017

1. Παυλίδης Νικόλαος τ. Καθηγητής Παθολογίας-Ογκολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
2. Υφαντής Θωμάς Καθηγητής Ψυχιατρικής, του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
3. Ασημακόπουλος Κωνσταντίνος Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Πατρών
4. Πενθερουδάκης Γεώργιος Αναπληρωτής Καθηγητής Ογκολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
5. Γούσια Άννα Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
6. Πετρικής Πέτρος Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων
7. Τσιμιχόδημος Βασίλειος Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Παν/μίου Ιωαννίνων

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 2-3-2017

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Πασχόπουλος Μηνάς

Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας



Η πραγματοποίηση της εργασίας αυτής δε θα ήταν εφικτή χωρίς την βοήθεια πολλώνανθρώπων.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον κ. Θωμά Υφαντή, Καθηγητή Ψυχιατρικής, επιβλέποντα της διατριβής αυτής. Η εμπιστοσύνη του προς το πρόσωπο μου, η συμπαράσταση του και η καθοδήγηση του όλα αυτά τα χρόνια έκαναν εφικτή την ολοκλήρωση της διατριβής αυτής. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστησω θερμά τον κ. Νικόλαο Παυλίδη, Ομότιμο Καθηγητή Ογκολογίας, για την πολύπλευρη βοήθεια του, την επιστημονική του συμβολή και την άριστη συνεργασία που είχα μαζί του.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον κ, Ασημακόπουλο Κωνσταντίνο, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής, για την βοήθεια και υποστήριξη του στην ολοκλήρωση της διατριβής αυτής.

Ευχαριστώ τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής

κ. Γεώργιο Πενθερουδάκη, Αναπληρωτή Καθηγητή Ογκολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

κ. Πέτρο Πετρίκη, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,

κ. Βασίλειο Τσιμιχόδημο, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

κα. Άννα Γούσια, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογικής Ανατομίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα μέλη της Ογκολογικής κλινικής για την πρόθυμη συνεργασία τους και όλους τους ασθενείς της που συμμετείχαν στην μελέτη αυτή και μοιράστηκαν το βίωμα τους για τη νόσο.

Ευχαριστώ, τέλος, τους δικούς μου ανθρώπους που με συντροφευσαν και με στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια

Αφιερώνεται στην οικογένεια μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	15
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ	17
Η Φύση της Νόσου	17
<i>Τι είναι καρκίνος/ Ιστορική αναδρομή</i>	17
<i>Θεραπευτικές προσεγγίσεις</i>	18
<i>Η νόσος ως κοινωνικό στίγμα</i>	19
<i>Η εποχή της καρκινογένεσης</i>	22
<i>Η σύγχρονη εποχή</i>	23
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	25
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	25
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ	27
<i>Εισαγωγή</i>	27
<i>Επιδημιολογικά Δεδομένα</i>	28
<i>Ιστολογική Ταξινόμηση</i>	28
<i>Βιολογία της νόσου</i>	30
<i>ΚΑΠΕ: υπαρκτή ή τεχνητή νόσος;</i>	31
<i>Φυσική πορεία</i>	33
<i>Πρόγνωση</i>	34
<i>Θεραπεία</i>	34
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ	37
<i>Η στιγμή της ψυχανάλυσης</i>	38
<i>Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας του καρκίνου</i>	39
<i>Η γένεση της Ψυχο-ογκολογίας</i>	41
<i>Η διάγνωση ως μία στιγμή κρίσης</i>	42
<i>Η στιγμή της διάγνωσης ως ναρκισσιστικό πλήγμα</i>	44
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	46
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	50
<i>Η διαχείριση της ασθένειας</i>	54
<i>Οι μηχανισμοί άμυνας</i>	56
<i>Άλλοι μηχανισμοί άμυνας</i>	58
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	59
<i>Άλλοι παράγοντες που συμβάλουν στην ποιότητα ζωής</i>	62
<i>Η ποιότητα ζωής μέσα από τις αντιλήψεις για τη νόσο</i>	63
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ	
ΕΣΤΙΑΣ	65
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	71
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	73
ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ	74
ΘΕΜΑΤΑ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ – ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	75
ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	76

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ	86
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	89
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	133
<i>Περιορισμοί της έρευνας</i>	<i>146</i>
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	149
SUMMARY	157
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	163

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η Φύση της Νόσου

Τι είναι καρκίνος/ Ιστορική αναδρομή

Η Ιπποκρατική γραμματεία θεωρείται η πρώτη ενδελεχής μελέτη και ερμηνεία της νόσου που ονομάστηκε καρκίνος. Πολύ περισσότερο από μια πρακτική, αποτελεί μια επιστημολογική τομή, με την έννοια ότι εγκαθιδρύει ένα νέο παράδειγμα. Ο Τόμας Κουν (Kuhn T, 1962) ονόμασε παράδειγμα το πλαίσιο εντός του οποίου αναπτύσσεται κάθε φορά η επιστήμη, χαρακτηριζόμενο από την εγκατάλειψη μιας παλιάς θεωρίας και την αντικατάστασή της με μια νέα, πολλές φορές πλήρως ασύμβατη με την προηγούμενη. Η επιστημολογία του Κουν θεωρεί ότι η μετάβαση στο νέο παράδειγμα δεν οφείλεται σε σωρευτικές αλλαγές (που σχετίζονται με την γνώση του εξεταζόμενου αντικειμένου), αλλά γίνεται με ασυνεχή τρόπο. Ο βαθιά εννοιολογικός μετασχηματισμός που απαιτείται για να εγκαθιδρυθεί η δομή του νέου παραδείγματος δεν επικυρώνεται (κυρίως) από πειραματικές διαδικασίες, δεν είναι εγγενής στην φύση του επιστημονικού πεδίου αναφοράς, ούτε ευοδώνεται από την πρόοδο της λογικής σκέψης, αλλά, αντιθέτως, επισυμβαίνει συχνά χωρίς προειδοποίηση, στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην πειθώ και, τελικά, στον αντίκτυπο που θα έχει το νέο παράδειγμα στην επιστημονική κοινότητα. Με την σειρά τους, θα λέγαμε, ότι οι επιστήμονες εργάζονται στο πλαίσιο του ενός και μοναδικού νέου παραδείγματος, ενισχύοντας περαιτέρω την συνοχή του με τις ανακαλύψεις τους (Chalmers AF, 1999).

Απαιτείται λοιπόν μια έκκληση. Κάτι τέτοιο συνέβη με την Ιπποκρατική ερμηνεία περί γένεσης των ασθενειών, η οποία στηρίζονταν στην κυκλοφορία των τεσσάρων χυμών του σώματος (που ονομάστηκαν αίμα και φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή) και της ανισορροπίας τους. Η ερμηνεία αυτή αποτέλεσε την βασική εξήγηση και για την γένεση της ασθένειας που ο Ιπποκράτης ονόμασε καρκίνο, από την παρατήρηση επιδερμικά αναπτυσσόμενων όγκων και την εξωτερική συνάφεια τους με το καρκινοειδές μαλακόστρακο της τάξης των Δεκαπόδων και της υποτάξεως των βραχύουρων. Ήταν η πρώτη φορά που το ανθρώπινο σώμα θεάθηκε ως ένα φυσικό αντικείμενο, το οποίο υπόκειται σε νόμους που μπορούν να γίνουν γνωστοί. Το σημαντικό επίτευγμα, λοιπόν,

της ελληνικής πρωτο-επιστομονικής σκέψης είναι αναμφίβολα η διαπίστωση ότι οι ασθένειες προκαλούνται από φυσικά αίτια τα οποία μπορούν να διερευνηθούν, και δεν είναι αποτέλεσμα της θεϊκής οργής ή των νόμων της Μοίρας (Hajdu S.I, 2011) Η ελληνική αρχαιότητα, πέρα από αυτές τις αδρές σκιαγραφήσεις που σχετίζονταν με την ανισορροπία των τεσσάρων χυμών, δεν προχώρησε εντούτοις σε περαιτέρω έρευνες. Ο Ιπποκράτης, στην προσπάθειά του να ταξινομήσει τις νοσολογικές οντότητες σε μία κοινή κατηγορία, αναγνώρισε και ονόμασε διάφορους καρκινικούς τύπους, οι οποίοι ήταν ορατοί με γυμνό μάτι. Η θεραπεία που συνήθως προτεινόταν ήταν ένας συνδυασμός διαιτητικών μέτρων, ξεκούρασης και αφαιμάξεων. Οι Ρωμαίοι ιατροί, με σημαντικές προσωπικότητες όπως ο Κλαύδιος Γαληνός (130-200μ.Χ) και ο Κέλσος (περίπου 2^{ος} αιώνας μ.Χ), υπήρξαν πιο θαρραλέοι στην προσέγγιση τους, εν μέρει και επειδή η ρωμαϊκή σκέψη δεν έφερε τις προκαταλήψεις των Ελλήνων σχετικά με την παρέμβαση στο σώμα. Ο Γαληνός περιέγραψε πάνω από εκατό καρκινικούς τύπους, σχετίζοντας τους άμεσα με κάποια διαταραχή στην κυκλοφορία των τεσσάρων χυμών ή με την υπερίσχυση ενός τύπου έναντι κάποιου άλλου, ενώ ο Κέλσος συνέγραψε το *De Medicina*, προτείνοντας την επιθετική χειρουργική παρέμβαση (Hajdu SI, 2004).

Η στιγμή της απόρριψης της θεωρίας των χυμών προετοιμάστηκε από τρεις Γάλλους χειρουργούς, τους Lafranc (1252-1315), Henri de Mondeville (1260-1320) και Guy de Chauliac (1300-1368), οι οποίοι συμμετείχαν στην πρώτη δημόσια νεκροτομή δύο πτωμάτων το 1315 στην Μπολόνια, εκατό χρόνια αφότου ο πάπας είχε επισήμως απαγορεύσει οποιαδήποτε παρέμβαση στο νεκρό σώμα, αλλά και με την Γουτεμβούργια επανάσταση το 1450 στην Γερμανία. Με την τελευταία, το πρώτο ιατρικό βιβλίο εκδόθηκε το 1478 και περιείχε τα ιατρικά γραπτά του Κέλσου (*De Medicina*). Η πρώτη έκδοση ενός περιστατικού καρκίνου έγινε το 1507 και ήταν ένα 54σέλιδο φυλλάδιο με όνομα *De Abditis*. Μέχρι το 1553 όλα τα γνωστά γραπτά πάνω στην νόσο είχαν συγκεντρωθεί και εκδοθεί (Hajdu SI, 2011).

Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Η εισαγωγή της χημειοθεραπείας, παρότι μπορεί αναδρομικά να αποδοθεί στους Αιγυπτίους (η πρώτη γραπτή περιγραφή καρκινικής νόσου ανευρίσκεται στον πάπυρο Edwin Smith που χρονολογείται από το 3000π.Χ) (Hajdu S.I, 2011) και στους Έλληνες

ιατρούς της αρχαιότητας, έγινε εντέλει με συστηματικό τρόπο από τον Ελβετό ιατρό και χημικό Παράκελσο (1493-1541), ο οποίος στο έργο του *De Grandibus* (1562) (Senn ILJ, 1993) προτείνει νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις, εξατομικευμένες και λαμβάνοντας υπόψη την εστία που παρουσιάζεται η βλάβη. Επιπλέον, κάνει λόγο για δοσολογία, υπερδοσολογία και παρενέργειες φάρμακων, ενώ περιέγραψε πρώτος μια περίπτωση νόσησης σχετιζόμενη με περιβαλλοντική έκθεση, που παρατήρησε σε εργάτες μεταλλείων.

Η πρόοδος στην μελέτη και στην αντιμετώπιση της νόσου έκτοτε υπήρξε ραγδαία. Δυο ολλανδοί ιατροί, οι Zacutus Lusitani (με το έργο *Praxis Medical Admirand* του 1649) και Nicholas Tulp (με το *Observationes Medicae* του 1652), σχεδόν ταυτόχρονα και χωρίς γνώση του ενός για το έργο του άλλου, προτείνουν ότι η νόσος είναι μεταδιδόμενη, μια ιδέα η οποία είναι ριζοσπαστική για την εποχή της, δίνοντας γένεση σε σημαντικές εξελίξεις τους επόμενους αιώνες, μια εκ των οποίων είναι η θεωρία της "εσωτερικής" μετάδοσης της νόσου που προτάθηκε και συνηθίζουμε πλέον να αποκαλούμε μετάσταση. Παράλληλα, όμως, διογκώθηκε ο κοινωνικός στιγματισμός και αποκλεισμός των ασθενών, αφού η υποτιθέμενη μεταδοτικότητα της νόσου τους μετατρέπει σε εν δυνάμει κίνδυνο για την λοιπή κοινότητα (Hajdu SI, 2011).

Η νόσος ως κοινωνικό στίγμα

Ο 17^{ος} αιώνας είναι ο αιώνας της φυσικής επιστήμης, του πειράματος, της δοκιμής και της επαλήθευσης (Kenny A, 2006). Είναι η στιγμή που εμπειρικοί φιλόσοφοι όπως ο Francis Bacon και επιστήμονες όπως ο Robert Boyle εγκαινιάζουν το νέο παράδειγμα της επιστήμης, το οποίο σχετίζεται πλέον με την μέθοδο που θα χρησιμοποιείται. Αυτό που εφευρίσκεται, η καινοτομία που αλλάζει το σύνολο της κατανόησης της φύσης και των φυσικών φαινομένων, είναι η σημασία που δίνεται πλέον στον τρόπο που θα προσεγγιστούν. Οτιδήποτε δεν φέρει τις περγαμινές μιας αυστηρής αιτιολόγησης, την οποία μόνο η πειραματική διαδικασία μπορεί να προσφέρει, εξοβελίζεται δια παντός από αντικείμενο επιστημονικού ενδιαφέροντος και εγκαθίσταται σε χώρους που προσεγγίζει πλέον μόνο η θεολογία και η μεταφυσική. Η άνοδος της φιλοσοφίας του εμπειρισμού και η επιρροή της στην κοινότητα των επιστημόνων είναι αποφασιστική. Ό,τι υπάρχει και ό,τι αξίζει να μελετηθεί, βρίσκεται εκεί έξω για να αδραχθεί από τις αισθήσεις και να αναπαραχθεί στο εργαστήριο. Το τελευταίο μετατρέπεται σε χώρο αδρανοποίησης των

δογμάτων της θρησκείας και σε παρασκευαστήριο της σύγχρονης επανάστασης στην σχέση ανθρώπου-φύσης (Macmillan Encyclopedia of Philosophy, 1969).

Το λαϊκό αίσθημα όμως δεν συμμερίζεται αυτές τις ανησυχίες και την αισιοδοξία που σκορπάνε διακηρύξεις τέτοιου είδους. Αντιλαμβάνεται ακόμα την φύση ως μια εχθρική και άγνωστη δύναμη, ενώ η νόσος αποτελεί τις περισσότερες φορές μια μορφή κατάρας θεϊκής προελεύσεως ή δείγμα της ηθικής φαυλότητας του υποκειμένου (Sontag S, 1978). Οι ιδέες αυτές κυριάρχησαν στην σκέψη όλο τον 19^ο αιώνα, ο οποίος είδε την γένεση της μεγάλης του ασθένειας, της φυματίωσης, να συνδέεται κυρίως με ιδιοτροπίες του χαρακτήρα ή την πνευματική νωθρότητα. Η ιδέα αυτή, παραδόξως, έλκει την καταγωγή της από πολύ παλιά, και ειδικότερα από την εποχή του Γαληνού, ο οποίος στηριζόμενος στην θεωρία των τεσσάρων χυμών, ανέπτυξε παράλληλα την θεωρία των τεσσάρων ιδιοσυγκρασιών (αιματική, φλεγματική, χολερική και μελαγχολική) (Nutton V:Humoralism, 1993).

Η τροπικότητα του χαρακτήρα, λοιπόν, είναι ικανή να προξενήσει δυσαρμονίες που εμφανίζονται ως σωματικά συμπτώματα, ενώ η κατανόηση της νόσου ως αποτέλεσμα χαρακτηριστικών γνωρισμάτων ενισχύει αισθήματα αποδιοπομπαίου τράγου και μιάσματος στους νοσούντες. Η Susan Sontag στο έργο της "Illness as a metaphor" (Sontag S, 1978) μελέτησε την κατανόηση της νόσου μέσα από αυτήν την δυναμική και ανέδειξε την τάση σταδιακής ψυχολογικοποίησης της νόσου και τις εγγραφές αυτής της τάσης στο συλλογικό φαντασιακό μιας κοινωνίας: ο χαρακτήρας και η ψυχολογία ενός ανθρώπου είναι αυτό που τελικά προκαλεί τη νόσο και κυρίως η μη έκφραση καταπιεσμένων παθών. Όντας η ίδια πάσχουσα από καρκίνο κατά την συγγραφή του έργου της, στοχάστηκε πάνω σε αυτήν την εμμένουσα και κυρίαρχη αντίληψη, θεωρώντας επιπλέον ότι τέτοιοι μύθοι που περιβάλλουν τη νόσο προκαλούν περισσότερο πόνο στους ασθενείς, ενδεχομένως αποτρέποντας τους από την αναζήτηση κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. Αναφέρει τον Stendhal που, στη νουβέλα του Armance (1827), περιγράφει την μητέρα του ήρωα που πεισματικά αρνείται να πει τη λέξη "φυματίωση", λόγω του φόβου της ότι έτσι θα επισπεύσει την πορεία της ασθένειας του γιου της. Η ιδέα της ψυχολογικοποίησης της ασθένειας κυριάρχησε και στην ερμηνευτική του καρκίνου, την περίοδο που γράφει η Sontag, ενοχοποιώντας τον καρκινοπαθή για το ότι μπορεί ασυνείδητα να θέλησε την ασθένεια του, ή την μη ίαση του. Η στάση αυτή μπορεί σταδιακά να εγκαταλείφθηκε, παραμένουν όμως ίχνη της στην σύγχρονη "θετική σκέψη" απέναντι στην νόσο (Sontag S, 1978).

Η Sontag διακριτικά ασκούσε μια κριτική στους ψυχιατρικούς λόγους της εποχής της, οι οποίοι παρουσιάζονταν ως λόγοι αλήθειας, ως λόγοι ειδικών, και αναγνωρίζονταν ως τέτοιοι από την κοινή γνώμη, χωρίς όμως να φέρουν το βάρος των αποδείξεων. Συγχρόνως, επέκρινε την αλόγιστη χρήση των γλωσσικών ενεργημάτων που στηρίζονται στη μεταφορά και την αναλογία (στην περίπτωση μας της καρκινογόνου προσωπικότητας), αλλά και την φетиχοποίηση της γλώσσας (λέξεις-ταμπού), εφιστώντας την προσοχή στον κίνδυνο να πλαισιωθεί με τέτοιο τρόπο η κατανόηση της νόσου από εδώ και στο εξής (Donoghue D, 1978. Sontag S, 1978). Αναφορικά με την πρώτη ένσταση της Sontag και την σχέση που μπορεί να διαπιστωθεί μεταξύ της εξέλιξης της ασθένειας και δομικών χαρακτηριστικών προσωπικότητας, θα γίνει συζήτηση σε επόμενη ενότητα (Ψυχολογία, προσωπικότητα και καρκίνος).

Όσον αφορά στη δεύτερη ένσταση της, φαίνεται ότι είναι αδύνατον να λειτουργήσουμε χωρίς γλωσσικές αναφορές και κυρίως χωρίς τη μεταφορά, ως νοητικό πρότυπο το οποίο δομεί όχι μόνο τον τρόπο που επικοινωνούμε, αλλά και τον τρόπο που σκεφτόμαστε και δρούμε. Η σύγχρονη νευρογλωσσολογία, μέσα από το έργο των George Lakoff και Mark Johnson (Lakoff et al, 1980) αναδεικνύει ότι πολύ περισσότερο από το να αποτελεί μηχανισμό ποιητικής φαντασίας, η μεταφορά, όντας διάχυτη στην καθημερινή ζωή, οφείλεται στο γεγονός ότι το ίδιο το αντιληπτικό μας σύστημα είναι μεταφορικής φύσεως. Η θεωρία της σωματογενούς γλώσσας (embodied language) διερευνά παρόμοιες νοητικές μεταφορές, που χρησιμοποιούνται από πολιτισμούς ανεξάρτητους ο ένας από τον άλλον [πχ. "Είμαι ανεβασμένος" (μεταφορά για ευεξία/καλή διάθεση) και αντίστοιχη στάση του σώματος ή στην ιατρική η μεταφορά από τον πόλεμο -"η μάχη για να κρατηθεί στην ζωή" κτλ], κάνοντας λόγο για καθολικές έννοιες, οι οποίες αναδύονται από το κοινό νευρωνικό υπόστρωμα το οποίο μοιραζόμαστε ως μέλη του ίδιου είδους. Πέρα από αυτό, φαίνεται ότι η χρήση μεταφορών από τους κλινικούς, βοηθά στην εισαγωγή νέων εννοιών (για την ασθένεια και την διαχείριση αλλά και για την αποδόμηση παλαιών σχημάτων (σαν αυτά που κατήγγειλε η Sontag) και που είχαν αναμφισβήτητα αρνητική επιρροή πάνω στους ασθενείς (Gordon WJJ et al, 1973. Clow, 2001, Fricke C: Falsity, ambiguity and metaphors/in/www.Uqtruquebec.ca/AE/vol2/ fricke .html)

Η εποχή της καρκινογένεσης

Το 1775 ο Άγγλος χειρουργός Percivall Pott (1714-1788), μη συνειδητοποιώντας πλήρως ότι με την εργασία του έθετε ένα τέλος σε μια μακροχρόνια θεώρηση αναφορικά με την γένεση του καρκίνου, στο κείμενο του *Chirurgical Observations* συσχέτισε τον καρκίνο του οσχέου με το επάγγελμα του καπνοδοχοκαθαριστή, προτείνοντας ότι οφείλονταν στην χρόνια έκθεση στην αιθάλη, προετοιμάζοντας μια νέα εποχή στην κατανόηση της καρκινογένεσης. Περίπου την ίδια εποχή, ο Άγγλος χειρουργός John Hill (1706-1775) στο βιβλίο του *Cautions Against the Immoderate Use of Snuff*, συσχέτισε τον καπνό με την δημιουργία πρηξιμάτων και πολυπόδων στην ρινικό βλεννογόνο (Hajdu SI, 2011).

Το 1838 ο Theodor Schwann (1810-1882), εισήγαγε την κυτταρική θεωρία (στο έργο του "Ueber die Analogie in der Structur und dem Wachsthum der Thiere und Pflanzen") αναδεικνύοντας για πρώτη φορά ότι ιστοί ζωικής και ανθρώπινης προέλευσης δομούνται από μικροσκοπικές μονάδες: τα κύτταρα. Η ευρεία χρήση μικροσκοπικών μεθόδων έκανε την διάγνωση του καρκίνου υπόθεση ρουτίνας στα περισσότερα αναπτυγμένα κέντρα και έδωσε νέα πνοή στην ανακάλυψη των μηχανισμών των νόσων (Hajdu SI, 2011).

Ο Rudolph Virchow (1821-1902) έμεινε στην ιστορία με το έργο του *Die krankhaften Geschwulste (The Pathological Tumors)* (1862-1867/1863-1865), το οποίο παρότι παρέμεινε ημιτελές, έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της μοντέρνας ογκολογίας. Ο Virchow όρισε την υπερπλασία και την μεταπλασία ως πιθανές προκαρκινωματώδεις καταστάσεις. Βασιζόμενος στην κυτταρική θεωρία, διαχώρισε τα καλοήθη και τα κακοήθη κύτταρα ως προς το σχήμα τους και το μέγεθος τους. Θεώρησε ότι ο βασικός μηχανισμός της καρκινογένεσης στηρίζεται στην παραδοχή ότι χημικές ουσίες επάγουν την εξαλλαγή των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά. Στο βιβλίο του υπάρχει, επίσης, η πρώτη ταξινόμηση πολλών τύπου καρκίνου (Hajdu SI, 2011).

Στα τέλη του αιώνα, η απάντηση για την επέκταση της νόσου που προτάθηκε από τον Άγγλο χειρουργό Campbell De Morgan, ανάμεσα στα 1871 και 1874, με τη θεώρηση ότι ευοδώνεται μέσω της λεμφικής οδού, άνοιξε νέους δρόμους στην κατανόηση της ασθένειας (Grange JM et al, 2002). Στις αρχές του εικοστού αιώνα, ο σημαντικός Γερμανός ζωολόγος Theodor Boveri, έθεσε τις βάσεις για την κατανόηση της γενετικής της ασθένειας. Πρότεινε ότι στην κεντρική περιοχή του κυττάρου βρίσκονται δομές - τα χρωμοσώματα - οι οποίες παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ τους και είναι υπεύθυνες για την

κληροδότηση μοναδικών χαρακτηριστικών (που θα ονομαστούν γονίδια το 1909 από τον Δανό βοτανολόγο Wilhelm Johannsen), αν και ουσιαστικά η ύπαρξη τους είχε ανακαλυφθεί (ή υπαινιχθεί) μέσα από το έργο του Αυστριακού μοναχού Gregor Mendel πάνω στα κληρονομήσιμα χαρακτηριστικά μισό αιώνα νωρίτερα. Μεταλλάξεις σε αυτές τις περιοχές θα μπορούσαν να δημιουργήσουν κύτταρα τα οποία θα τα χαρακτήριζε η διαρκής ανάπτυξη, χαρακτηριστικό το οποίο θα μπορούσαν να το μεταβιβάσουν στους απογόνους τους (Boveri, 2008). Πρότεινε επίσης την ύπαρξη σημείων ελέγχου κατά την διάρκεια του κυτταρικού κύκλου, τα οποία το 1969 προτάθηκε ότι σχετίζονται με ειδικά γονίδια που ονομάστηκαν ογκοκατασταλτικά γονίδια και ογκογονίδια. Τα δεύτερα ορίστηκαν το 1969 από τους George Todaro και Robert Heubne (Mukherjee S, 2011), ενώ το 1976 αποδείχθηκε ότι αποτελούν ενεργοποιημένες μορφές "πρωτο-ογκογονιδίων" από τους Drs. Dominique Stehelin, J. Michael Bishop and Harold E. Varmus. Τέλος, ο Boveri είκασε ότι η ανάπτυξη του καρκίνου οφείλεται ή προωθείται από την ακτινοβολία, παθογενετικούς μικροοργανισμούς ή φυσικούς και χημικούς παράγοντες.

Η σύγχρονη εποχή

Οι πρόοδοι της μοριακής βιολογίας έχουν συμβάλει σημαντικά στη διασαφήνιση πολλών θεμάτων σχετικά με τη διαδικασία που οδηγεί στον καρκίνο. Η μελέτη των μηχανισμών του κυτταρικού κύκλου και πολλαπλασιασμού, οι μηχανισμοί που εμπλέκονται στην ρύθμιση τους, η ανεύρεση των πρωτοογκογονιδίων και των ογκοκατασταλτικών γονιδίων - η μετάλλαξη ή η υπερέκφραση των οποίων συμβάλει στην καρκινογένεση - η κατανόηση της διαδικασίας της νέκρωσης και της απόπτωσης, της διηθητικής διαδικασίας και της μετάστασης επέτρεψαν στον σχεδιασμό νέων φαρμάκων με στοχευμένη δράση σε αυτούς τους μηχανισμούς. (De Vita VT Jr et al, 1997).

Η ανακεφαλαίωση της σύγχρονης κατανόησης της νόσου έγινε σε ένα άρθρο στις αρχές της χιλιετίας. Οι Hanahan και Weinberg (Hanahan D et al, 2000) πρότειναν ένα πιο απλοποιημένο σχήμα για την καρκινογένεση, ανάγοντας την περιπλοκότητα της νόσου σε έξι βασικές αρχές ή χαρακτηριστικά, που κυριαρχούν στην μετατροπή των φυσιολογικών κυττάρων σε καρκινικά.

Οι αρχές αυτές είναι (για τα καρκινικά κύτταρα):

- Επάγουν μόνα τους την ανάπτυξη τους
- Αντιστέκονται σε ανασταλτικά σήματα που αποτρέπουν την ανάπτυξη τους
- Αντιστέκονται στον προγραμματισμένο κυτταρικό τους θάνατο (απόπτωση)
- Κινητοποιούν την ανάπτυξη αιμοφόρων αγγείων για την παροχή του αναπτυσσόμενου όγκου με θρεπτικά συστατικά (αγγειογένεση)
- Μπορούν να πολλαπλασιάζονται αιώνια
- Εισβάλλουν σε γειτονικούς ιστούς και εξαπλώνονται σε απομακρυσμένες εστίες (μετάσταση)

Οι Hanahan και Weinberg, το 2011 (Hanahan D et al, 2011), σε μια αναθεώρηση του άρθρου τους πρότειναν δυο επιπλέον βασικές αρχές για τα καρκινικά κύτταρα

- Ακολουθούν ανώμαλα μεταβολικά μονοπάτια
- Έχουν την ικανότητα εισβολής στο ανοσοποιητικό σύστημα

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), αναγνωρίζοντας τις προκλήσεις που σχετίζονται με τη νόσο, ίδρυσε την Παγκόσμια Υπηρεσία Μελέτης του Καρκίνου (International Agency for Research on Cancer, IARC), συντονίζοντας φορείς σε διεθνές επίπεδο και δουλεύοντας παράλληλα σε τομείς όπως η επιδημιολογία, οι εργαστηριακές επιστήμες και η βιοστατιστική, δίνοντας βάση συγχρόνως στην ταυτοποίηση πιθανών παραγόντων που σχετίζονται με την καρκινογένεση. Σύμφωνα με την IARC [<http://www.iarc.fr/>], με τον όρο καρκίνος ορίζουμε μια κατηγορία νοσημάτων, χαρακτηριστικό των οποίων είναι η ανώμαλη συνεχής κυτταρική ανάπτυξη η οποία δεν υπόκειται πλέον στον φυσιολογικό προγραμματισμό, καθώς και η τάση επέκτασης σε διάφορες περιοχές του οργανισμού μέσω της αιματικής ή της λεμφικής κυκλοφορίας.

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Οι καρκινικοί τύποι μπορούν περαιτέρω να κατηγοριοποιηθούν στις παρακάτω βασικές ομάδες (<http://www.cancer.gov/>):

- Καρκίνωμα: Νεοπλάσματα δέρματος ή επιθηλιακού ιστού. Στην κατηγορία αυτή ταξινομούνται το αδenoκαρκίνωμα, το βασικοκυτταρικό καρκίνωμα, το καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου και το μεταβατικό καρκίνωμα
- Σάρκωμα: Κακοήθης όγκος που προέρχεται από τα κύτταρα διαφόρων μαλακών ιστών του οργανισμού (μύες, τένοντες, λιπώδης ιστός, αιμοφόρα αγγεία, νεύρα και σύνδεσμοι)
- Κακοήθειες του λεμφοποιητικού συστήματος
 - Λευχαιμία: Καρκίνος του αίματος ή του μυελού των οστών που χαρακτηρίζεται από τη μη φυσιολογική αύξηση ανώριμων και πρόδρομων μορφών των λευκών αιμοσφαιρίων, που ονομάζονται «βλάστες»
 - Λέμφωμα και μυέλωμα: Προέρχεται από κύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Οι επιδημιολογικές υπηρεσίες της IARC (<http://www-dep.iarc.fr>) έχουν συλλέξει πληροφορίες για την επίπτωση της νόσου σε παγκόσμιο επίπεδο (<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>), υπολογίζοντας 14,1 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις καρκίνου μέσα στο 2012 και 8,2 εκατομμύρια θανάτους από καρκίνο, συγκρινόμενα με τα 12,7 εκ. και 7,6 εκ αντίστοιχα το 2008. Οι συχνότερες διαγνώσεις παγκοσμίως για το 2012 ήταν πνεύμονας (1,8 εκ, 13% του συνόλου), μαστός (1,7εκ, 11,9%) και παχύ έντερο (1,4εκ., 9,7%). Οι πιο συχνές αιτίες θανάτου από καρκίνο ήταν πνεύμονας (1,6 εκ., 19,4% του συνόλου του πληθυσμού), ήπαρ (0,8 εκ., 9,1%) και στόμαχος (0,7 εκ., 8,8%). Οι

προβλέψεις στηριγμένες στο Globocan 2012 δείχνουν μια σημαντική αύξηση στην επίπτωση της νόσου για το 2025 σε 19,3εκ. νέες διαγνώσεις, εν μέρει λόγω της αύξησης και της παράλληλης γήρανσης του πληθυσμού. Πάνω από τις μισές περιπτώσεις διαγνώσεων (56,8%) και θανάτων (64,9%) μέσα στο 2012 αναφέρονται στις αναπτυσσόμενες χώρες, μια τάση που προβλέπεται ότι θα ενισχυθεί μέχρι το 2025 (Bray F et al, 2013).

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ

Εισαγωγή

Ο όρος καρκίνος ή καρκίνωμα άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας ("ΚΑΠΕ") κωδικοποιεί μια ετερογενή ομάδα νεοπλασιών με χαρακτηριστικό την ιστολογικά αποδεδειγμένη μεταστατική εστία και την αδυναμία εξεύρεσης του πρωτοπαθούς όγκου, παρά την ολοκληρωμένη διερεύνηση (Pavlidis N et al, 2009) (βλ. Πίνακας 1).

Πίνακας 1

Διερευνητικές εξετάσεις που χρειάζονται για να γίνει η διάγνωση ΚΑΠΕ

- Λεπτομερές ιατρικό ιστορικό
- Κλινική εξέταση (συμπεριλαμβανομένων πυελικής και πρωκτικής εξέτασης)
- Ιστοπαθολογικές εξετάσεις (ανασκόπηση βιοπτικού υλικού με χρήση ανοσοϊστοχημείας)
- Βασικές εργαστηριακές εξετάσεις (γενική αίματος, βιοχημικές ρουτίνας, γενική ούρων, εξέταση κοπράνων για λανθάνουσα αιμορραγία)
- Απεικονιστικές εξετάσεις (ακτινογραφία θώρακος, CT θώρακος, άνω και κάτω κοιλίας)

Επιλεκτικές εξετάσεις

- Απεικονιστικές εξετάσεις (CT σπλαχνικού κρανίου – τραχήλου για νόσο λεμφαδένων
Μαστογραφία. Μαγνητική μαστογραφία)
- Ενδοσκοπήσεις (ΩΡΛ πανενδοσκόπηση, Βρογχοσκόπηση, Πρωκτοσκόπηση,
Κολποσκόπηση)
- PET scan
- Ορολογικές εξετάσεις (α-φετοπρωτεΐνη, β-χορειακή γοναδοτροπίνη, psa, CA 125, CA15-3)

Επιδημιολογικά Δεδομένα

Ο καρκίνος άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας αποτελεί το 3-5% (Levi F et al, 2002. Parkin DM et al, 1992. Parkin DM et al, 1991. Coates M et al, 1995) των κακοηθειών που εμφανίζονται στον άνθρωπο, με την συχνότητα οριακά μεγαλύτερη στους άντρες, κάνοντας τον μία εκ των οκτώ πιο συχνών περιπτώσεων καρκίνου και για τα δυο φύλα, ενώ αποτελεί την τέταρτη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο. Στη παιδική ηλικία αποτελεί το 1% του συνόλου των συμπαγών όγκων (Pavlidis N et al, 2009). Η ηλικία των ασθενών κατά την διάγνωση κυμαίνεται μεταξύ των 65 και 90 ετών (Pavlidis N et al, 2003).

Ιστολογική Ταξινόμηση

Ο καρκίνος άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας μπορεί να ταξινομηθεί ιστοπαθολογικά σε τέσσερις σημαντικές κατηγορίες (Greco FA et al, 1993)

- Αδενοκαρκίνωμα (καλής και μεσης διαφοροποίησης)
- Αδενοκαρκίνωμα (πτωχής διαφοροποίησης)
- Καρκινώματα από πλακώδες επιθηλίο
- Αδιαφοροποίητα καρκινώματα

Τα περισσότερα ΚΑΠΕ αντιστοιχούν σε αδενοκαρκινώματα μέσης ως καλής διαφοροποίησης (περίπου το 50%), με την δεύτερη πιο συχνή κατηγορία να είναι τα αδενοκαρκινώματα πτωχής διαφοροποίησης (30%). Τα καρκινώματα εκ πλακώδους επιθηλίου (επιδερμοειδή) αποτελούν μια ελάχισσα υποκατηγορία (15%), ενώ η υποκατηγορία των αδιαφοροποίητων νεοπλασμάτων (περίπου 5% των συνολικών ΚΑΠΕ) χωρίζεται περαιτέρω με την χρήση σύγχρονων μεθόδων ανοσοιστοχημείας (Πίνακας 2).

Πίνακας 2

Ιστοπαθολογικός Τύπος	Συχνότητα
Αδενοκαρκίνωμα	
Μέσης και καλής διαφοροποίησης	50.0%
Πτωχής διαφοροποίησης	30.0%
Καρκίνωματα από πλακώδες επιθηλίο	15.0%
Αδιαφοροποίητα καρκινώματα	5.0%
Νευροενδοκρινικοί όγκοι	
Λέμφωμα	
Μελάνωμα	
Όγκοι από γεννητικά (βλαστικά) κύτταρα	
Σάρκωμα	
Εμβρυική κακοήθεια	
Μη καθοριζόμενο καρκίνωμα	

Ο πίνακας 3 ανακεφαλαιώνει τους υπότυπους χωρίζοντας τους σε αυτούς με ευνοϊκή (που αποτελούν μόλις το 20% του συνόλου των ασθενών) και σε αυτούς με αρνητική πρόγνωση (80%). Προγνωστικά σημεία κακής εξέλιξης είναι: το άρρεν φύλο, performance status άνω του ένα¹, συννοσηρότητα, ηλικία άνω των 64, ιστορικό καπνίσματος (πάνω από 10 πακέτα/έτη²), απώλεια βάρους και συγκεκριμένοι εργαστηριακοί δείκτες (λεμφοπενία, υπαλβουμιναμία, αύξηση της LDH και της ALP) (Pavlidis N et al, 2009. Culine S, 2009. Pavlidis N et al, 2008).

¹ Το performance status χρησιμοποιείται ως δείκτης στην Ογκολογία (αλλά και σε άλλους κλάδους της Κλινικής Ιατρικής) στην προσπάθεια μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών, αλλά και για την αξιολόγηση του πόσο επηρεάζονται οι καθημερινές δραστηριότητες τους. Υπάρχουν διάφορα συστήματα μέτρησης (Karnofsky, ECOG/WHO/Zubrod). Το δεύτερο είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο, με μια κλίμακα από 0 έως 5. Στην περίπτωση μας, σκορ 2 ορίζει συμπτωματική νόσο, με τον ασθενή να καθιλώνεται στο κρεβάτι πάνω από το μισό της ημέρας (Oken MM et al, 1982)

² Ο αριθμός των πακέτων των τσιγάρων που καπνίζονται ανά ημέρα πολλαπλασιάζεται με τον αριθμό των ετών καπνίσματος

Πίνακας 3

Προγνωστική ταξινόμηση ασθενών με ΚΑΠΕ

Ευνοϊκή πρόγνωση (20%)

- Γυναίκες με θηλώδες αδеноκαρκίνωμα της περιτοναϊκής κοιλότητας
- Γυναίκες με αδеноκαρκίνωμα (καρκίνος μαστού) που εμφανίζεται ως μασχαλαία λεμφαδενοπάθεια
- Πτωχά διαφοροποιημένο καρκίνωμα με μέση διανομή (extragonadal germ cell syndrome)
- Πτωχά διαφοροποιημένο νευροενδοκρινικό καρκίνωμα
- Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου με συμμετοχή λεμφαδένων τραχηλικής μοίρας
- Άντρες με οστεοβλαστικές μεταστάσεις και ανεβασμένα επίπεδα PSA (αδеноκαρκίνωμα)
- Μεμονωμένη βουβωνική αδενοπάθεια (καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου)
- Ασθενείς με μοναδικό, μικρό και πιθανώς εξαιρετικό όγκο
- Αδеноκαρκίνωμα με προφίλ καρκίνου παχέος εντέρου (CK20+, CK7-, CDX2+)

Μη ευνοϊκή πρόγνωση (80%)

- Μεταστατικό αδеноκαρκίνωμα στο ήπαρ ή σε άλλα όργανα
- Μη θηλωματώδες αδеноκαρκίνωμα με παρουσία κακοήθους ασκίτη
- Πολλαπλές μεταστάσεις στον εγκέφαλο (αδеноκαρκίνωμα ή εκ πλακώδους επιθηλίου καρκίνωμα)
- Πολλαπλές μεταστάσεις σε πνεύμονα/πλευρές(αδеноκαρκίνωμα)

Βιολογία της νόσου

Η διερεύνηση της μοριακής βιολογίας της νόσου έχει αναδείξει μια σειρά ξεχωριστών και ενδιαφερόντων στοιχείων, χωρίς όμως να καταδεικνύει χαρακτηριστικά γνωρίσματα που θα μας έδιναν ένα απολύτως μοναδικό προφίλ. Σε μία από τις πρώτες έρευνες για την ανακάλυψη της γενετικής ταυτότητας του ΚΑΠΕ, το 1985, ο Hedley και οι συνεργάτες του μελέτησαν 152 ασθενείς, οι 106 εκ των οποίων εμφάνιζαν ανευπλοειδικά καρκινικά κύτταρα (Hedley DW et al, 1985), μια κατάσταση που συχνά όμως συνδέεται με τον καρκίνο και την άσχημη πρόγνωση (Rajagopalan H et al, 2004), ενώ άλλες σημαντικές

χρωμοσωμικές ανωμαλίες που έχουν αναφερθεί είναι ελλείμματα στα χρωμοσώματα 1, 6, 7 και 11 (Natoli C et al, 2011). Μελέτες εστίασαν επίσης στα ογκογονίδια MYC και RAS, αλλά και στην πρωτεΐνη του ανθρώπινου επιδερμικού παράγοντα και ανέφεραν υπερέκφραση στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών (Pentheroudakis G et al, 2007. Hedley DW et al, 1985). Αναφορικά με τον TP53, γνωστό και ως φύλακα του γονιδιώματος, η υπερέκφραση του (40-50%) ή τα ποσοστά μετάλλαξης που παρατηρήθηκαν (25-40%) δεν διαφέρουν από άλλες νεοπλασίες (Pavlidis N et al 2012). Τέλος, έρευνες στερεοχημείας εστιασμένες στο γονίδιο της πρωτεΐνης VEGFA – σχετιζόμενης με την επαγωγή της αγγειογένεσης, αλλά και με ενδοπεπτιδάσες της κατηγορίας των μεταλλινοπρωτεασών στρώματος (MMPs) (που παίζουν σημαντικό ρόλο στην αποδόμηση πρωτεϊνών, αλλά και στην επαγωγή σημαντικών διεργασιών όπως η κυτταρική διαφοροποίηση, η απόπτωση, η αγγειογένεση, κ.α.) δείχνουν ότι αμφότερες εκφράζονται, χωρίς αυτό, όμως, να αποτελεί ειδικό χαρακτηριστικό για το ΚΑΠΕ (Pentheroudakis G et al 2007).

Πρόσφατες μελέτες έχουν εστιάσει σε συγκεκριμένα ογκοκατασταλτικά γονίδια, στον ρόλο γονιδίων που σχετίζονται με την υποξία και εκφράζονται στο 25% των ασθενών, σε δείκτες επιθηλιακής-μεσεγχυματικής μετάδοσης και στην ενεργό αγγειογένεση που φτάνει σε ποσοστό 50-80%, χωρίς επίσης να έχουν μπορέσει μέχρι στιγμής να βρουν αν η ασθένεια έχει μια μοναδική ταυτότητα (Kamposioras K et al, 2013. Stoyianni A et al, 2012. Golfopoulos V et al, 2012), ενώ, ούτε με την χρήση microRNA για να διερευνηθούν διαφορές έκφρασης σε γονιδιακό επίπεδο δεν βρέθηκε διαφοροποίηση μεταξύ του ΚΑΠΕ και μεταστατικών νεοπλασμάτων γνωστής πρωτοπαθούς εστίας (Pentheroudakis G et al, 2013. Stoyianni A et al, 2014).

ΚΑΠΕ: υπαρκτή ή τεχνητή νόσος;

Η βιολογία της νόσου παραμένει για τους ερευνητές ένα αίνιγμα. Μία κυρίαρχη υπόθεση για την εξέλιξη της υποστηρίζει ότι η νόσος δεν μεταβαίνει από ένα προ-καρκινωματώδες σε ένα καρκινωματώδες στάδιο, αλλά, αντιθέτως ακολουθεί ένα ιδιότυπο μονοπάτι χωρίς την εμφάνιση πρωταρχικής εστίας εξάπλωσης. Από την άλλη πλευρά, ομάδα ερευνητών θεωρεί ότι το ΚΑΠΕ ακολουθεί ένα αντίστοιχο πρότυπο εξάπλωσης (με άλλα νεοπλάσματα) μόνο που οι μεταστάσεις εμφανίζονται πολύ νωρίς στην εξέλιξη της ασθένειας (Klein CA, 2009).

Η δυσκολία ανεύρεσης της πρωταρχικής εστίας οδήγησε κάποιους ερευνητές να

αμφισβητήσουν τα υπάρχοντα κριτήρια, θέτοντας ως προϋπόθεση για την διάγνωση την διεργασία της νεκροτομής. Η διάγνωση θα μπορούσε να γίνει μόνο post mortem ουσιαστικά (Neumann KH et al, 1982). Παρ' όλ' αυτά, σε μία μετανάλυση 12 εργασιών στις οποίες διερευνήθηκε η πρωταρχική εστία με την διενέργεια νεκροτομής, αυτή αναγνωρίστηκε μόνο (χαμηλή ευαισθησία) στο 73% των ασθενών (644 ασθενείς από ένα σύνολο 884). Οι πιο συχνές περιπτώσεις ήταν καρκίνος με εστία τον πνεύμονα (27%) και το πάγκρεας (24%). Στις άλλες περιπτώσεις αναφέρθηκαν όγκοι στο ήπαρ ή στην χοληδόχο κύστη (8%), σε νεφρούς και επινεφρίδια (8%), σε παχύ έντερο και ορθό (7%), στο γεννητικό σύστημα (7%) και στον στόμαχο (6%) (Pentheroudakis G et al, 2007).

Οι ερευνητές έχουν χωριστεί σε δύο τάσεις. Η μία κατανοεί τη νόσο ως απόκλιση από τον συνηθισμένο τύπο μεταστατικού καρκινώματος, η οποία απόκλιση οφείλεται είτε στο γεγονός ότι η πρωτοπαθής εστία δεν αναπτύσσεται τόσο γρήγορα όσο οι μεταστατικές, είτε ότι υποστρέφει, ή, τέλος, ότι οι παρούσες διαγνωστικές και απεικονιστικές προσεγγίσεις που διαθέτουν οι κλινικοί στην διάθεση τους δεν δύναται να εντοπίσουν μια πιθανολογούμενη μικρή σε μέγεθος εστία. Σε κάθε περίπτωση, η επιδημιολογία, η κλινική εικόνα, η θεραπεία και η πορεία της νόσου δεν θα διαφέρουν σημαντικά από ότι παρατηρείται στις τυπικές μεταστατικές νόσους (Kamposioras K et al, 2013). Η άλλη πλευρά αντιμετωπίζει την νόσο ως μια τελείως ξεχωριστή κλινική οντότητα, στηριζόμενη στο μοναδικό προφίλ της και στην κλινική της συμπεριφορά (την επιθετικότητα της και το απρόβλεπτο μεταστατικό της μοτίβο).

Διάσταση απόψεων υπάρχει και στο κατά πόσο η ανεύρεση της εστίας είναι σημαντική για τον κλινικό στην σχεδίαση της καλύτερης δυνατής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η μια πλευρά προτείνει την εντατικοποίηση των διαγνωστικών εξετάσεων, μέσω της οποίας η αναγνώριση της πρωτοπαθούς εστίας φτάνει στο 75-85%. Αυτό θα βελτιώσει, υποστηρίζεται, τις θεραπευτικές επιλογές, κάνοντας τις πιο στοχευμένες. Η κριτική που ασκείται σε αυτήν την στάση, επικεντρώνεται στην αμφισβήτηση των πλεονεκτημάτων που θα αποφέρει η ανακάλυψη της εστίας για το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών. Επιπλέον, δεν θα πρέπει να παραβλέπεται η σωματική και ψυχική ταλαιπωρία των ασθενών στο πλαίσιο όλων αυτών των διερευνητικών προσπαθειών (Levine MN et al, 1985).

Ο χρυσός κανόνας ίσως βρίσκεται στην αποφυγή εκτεταμένων διαγνωστικών διαδικασιών, μη θέτοντας παράλληλα σε κίνδυνο τον σχεδιασμό της κατάλληλης θεραπευτικής στρατηγικής (Abbruzzese JL et al, 1995. Briasoulis E et al, 1997).

Φυσική πορεία

Η νόσος συνήθως έχει ένα βραχύ πρώιμο στάδιο στο οποίο εμφανίζονται σημεία και συμπτώματα που σχετίζονται με την εστία εμφάνισης της μετάστασης. Τα πιο συχνά παρατηρούμενα συμπτώματα στους ασθενείς αποτελούν η γενική κατάπτωση και η απώλεια βάρους. Εμφάνιση γαστρικής δυσφορίας, συμπτωμάτων από το αναπνευστικό σύστημα, διόγκωσης του ήπατος, όζων του δέρματος, ασκίτη και οστικών αλγών αποτελούν ένδειξη ότι η ασθένεια έχει επεκταθεί σε αντίστοιχη περιοχή ειδική των συμπτωμάτων (Pavlidis N et al, 2012).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι η πρώιμη διασπορά της, το απρόβλεπτο μεταστατικό μοτίβο, η απουσία πρωτοπαθούς εστίας και η επιθετικότητα της (Πίνακας 4). Το απρόβλεπτο μεταστατικό μοτίβο έχει διαπιστωθεί σε μελέτες που ανευρέθηκε ο πρωτοπαθής όγκος και διαπιστώθηκε απόκλιση από την συνηθισμένη πορεία που θα αναμένονταν να έχει ακολουθηθεί. Ενδεικτικά, περιπτώσεις παγκρεατικών καρκίνων που εμφανίζονται ως ΚΑΠΕ είναι τέσσερις φορές πιθανότερο να προκαλέσουν οστικές μεταστάσεις σε σχέση με γνωστές περιπτώσεις μεταστατικών όγκων του παγκρέατος. Παρόμοιες παρατηρήσεις έχουν γίνει για "κρυμμένους" όγκους του πνεύμονα αλλά και του προστάτη (Nystrom JS et al, 1979). Χαρακτηριστικό της νόσου αποτελεί επίσης η ύπαρξη εξαρχής κακοήθους εξαλλαγής, σε αντίθεση με την πιο συχνά παρατηρούμενη προοδευτική διεργασία, από το προκαρκινωματώδες στάδιο στο καρκινωματώδες.

Πίνακας 4

Βασικά Κλινικά Χαρακτηριστικά ΚΑΠΕ
<ul style="list-style-type: none">• Πρώιμη Διασπορά• Κλινική Απουσία Πρωτοπαθούς Εστίας κατά την διάγνωση• Απρόβλεπτο Μεταστατικό Μοτίβο• Επιθετικότητα

Οι περισσότεροι ασθενείς (60%) τη στιγμή της διάγνωσης παρουσιάζουν μεταστάσεις σε τρία ή περισσότερα όργανα (Abbruzzese JL et al, 1995. Pavlidis N et al 2009. Pavlidis N et al, 2003) με συχνή συμμετοχή λεμφαδένων. Συχνές μεταστατικές εστίες αποτελούν ο πνεύμονας, το ήπαρ, τα οστά και οι πλευρές, χωρίς να αποκλείεται η ανεύρεση ασύνηθων περιοχών μετάστασης (μυελός των οστών, διάχυση κυττάρων όγκου στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό) (Ringenberg QS et al, 1986. Bigner SH et al, 1984).

Πρόγνωση

Η συνολική πρόγνωση των ασθενών με ΚΑΠΕ είναι φτωχή, με μέση επιβίωση τους πέντε με δέκα μήνες (Abbruzzese JL et al, 1994. Altman E et al, 1986). Ένα ποσοστό μικρότερο του 25% (γκρουπ με ευνοϊκό προφίλ) επιβιώνει πάνω από ένα έτος, με την επιβίωση να διαφοροποιείται ανάλογα με το ιστοπαθολογικό προφίλ της κάθε υποκατηγορίας.

Θεραπεία

Λόγω της μεγάλης ανομοιογένειας που εμφανίζεται ανάμεσα στις υποομάδες του ΚΑΠΕ, η θεραπεία συνήθως εξατομικεύεται. Ανάλογα με την υποπερίπτωση μπορεί να προσφερθεί τοπική θεραπεία, χειρουργική εκτομή ή ακτινοθεραπεία, συστηματική χημειοθεραπεία ή απλά υποστηρικτική θεραπεία (παρηγορητική).

Όπως έγινε λόγος παραπάνω, οι ασθενείς χωρίζονται ιστοπαθολογικά σε υποομάδες με διαφορετικό προγνωστικό προφίλ. Οι θεραπευτικές οδηγίες που εκπονήθηκαν από την ομάδα εργασίας της ευρωπαϊκής εταιρείας για την Ιατρική Ογκολογία (ESMO), περιγράφονται στον πίνακα 5 (Fizazi K et al, 2011).

Πίνακας 5. Θεραπεία ασθενών με ΚΑΠΕ σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESMO

ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΚΑΠΕ (με ευνοϊκό προφίλ)	ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
Πτωχά διαφοροποιημένο νευροενδοκρινικό καρκίνωμα	Χημειοθεραπευτικός συνδυασμός πλατίνας-ετοποσίδης
Γυναίκες με θηλώδες αδenoκαρκίνωμα της περιτοναϊκής κοιλότητας	Χειρουργική εξαίρεση ακολουθούμενη από χημειοθεραπεία πλατίνας-ταξάνης (όπως καρκίνος ωοθηκών)
Γυναίκες με αδenoκαρκίνωμα (καρκίνος μαστού) που εμφανίζεται ως μασχαλιαία λεμφαδένοπάθεια	Εκτομή μασχαλιαίων λεμφαδένων, μαστεκτομή, τοπική ακτινοβολήση και επικουρική χημειοθεραπεία
Καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου με συμμετοχή λεμφαδένων τραχηλικής μοίρας	Χειρουργικός καθαρισμός σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία. Σε προχωρημένα στάδια συνίσταται χημειοθεραπεία βασισμένη στην πλατίνα ή χημειοθεραπεία σε συνδυασμό με ακτινοθεραπεία
Αδenoκαρκίνωμα με προφίλ καρκίνου παχέος εντέρου (CK20+,CK7-,CDX2+)	Χημειοθεραπεία παχέος εντέρου
Άντρες με οστεοβλαστικές μεταστάσεις και ανεβασμένα επίπεδα PSA (αδenoκαρκίνωμα)	Θεραπεία με στέρηση ανδρογόνων ± Ακτινοθεραπεία (όπως σε προχωρημένο καρκίνο προστάτη)
Ασθενείς με μοναδικό, μικρό και πιθανώς εξαιρέσιμο όγκο	Εκτομή και/ή Ακτινοθεραπεία ± συστηματική χημειοθεραπεία
Μεμονωμένη βουβονική αδenoπάθεια (καρκίνωμα εκ πλακώδους επιθηλίου)	Εκτομή και/ή Ακτινοθεραπεία
Πτωχά διαφοροποιημένο καρκίνωμα με μέση διανομή	Χημειοθεραπεία βασισμένη στην πλατίνα

Πίνακας 5. Θεραπεία ασθενών με ΚΑΠΕ σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της ESMO

ΥΠΟΤΥΠΟΙ ΚΑΠΕ ΜΕ ΜΗ ΕΥΝΟΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ	Εμπειρική χημειοθεραπεία βασισμένη στη σισπλατίνη ή την ταξάνη
---	--

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟ-ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Η διάγνωση του καρκίνου επί πολλούς αιώνες αποτελούσε αναγγελία θανατικής καταδίκης για τον ασθενή. Ο 19^{ος} αιώνας, που είδε την γένεση μεγάλων επαναστάσεων όσον αφορά στην κατανόηση της νόσου, δεν μετέβαλε παρ' όλα αυτά την κυρίαρχη θεώρηση ότι η διάγνωση έπρεπε να παραμείνει μυστική στην προσπάθεια να αποφευχθεί επιπλέον επιβάρυνση του ασθενούς. Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, νέες εξελίξεις στον χώρο της χειρουργικής θεραπευτικής του καρκίνου με παράλληλη βελτίωση των συνθηκών της αντισηψίας και των τεχνικών αναισθησιολογίας, έγειραν την πλάστιγγα υπέρ της ίασης, με πολλές περιπτώσεις να θεραπεύονται πλήρως. Σημαντική προϋπόθεση, λοιπόν, ήταν η ασθένεια να διαγνωστεί έγκαιρα. Ως εκ τούτου, ήταν αποφασιστικής σημασίας ο γενικός πληθυσμός να εκπαιδευτεί για να μπορεί να αναγνωρίσει τα πρώτα απειλητικά συμπτώματα της ασθένειας και ο ασθενής να απευθυνθεί στον ιατρό του. Μια από τις πρώτες πρωτοβουλίες που αναλήφθηκαν ήταν η ίδρυση της Αμερικανικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, με στόχο την εκπαίδευση και ενημέρωση του κοινού το 1913, ενώ το 1937 εγκαινιάστηκε το Εθνικό Ινστιτούτο για τον Καρκίνο (National Cancer Institute, NCI), με σκοπό την έρευνα και την θεραπεία της νόσου (Holland JC, 2002).

Σημαντικό ρόλο στην αλλαγή του νομικού πλαισίου αναφορικά με την ουσιαστικότερη συμμετοχή του πολίτη στην λήψη αποφάσεων, έπαιξε το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου και όλα όσα ήρθαν στο φως στην Δίκη της Νυρεμβέργης. Η αποκάλυψη των πειραμάτων πάνω σε αιχμαλώτους στα στρατόπεδα συγκέντρωσης από Γερμανούς ιατρούς, επέφερε μια νέα συνειδητοποίηση και έναν μετασχηματισμό στο πως κατανοεί η παγκόσμια κοινότητα την ιατρική εξουσία και το δικαίωμα της παρέμβασης πάνω στο σώμα. Εισήχθη η έννοια της συναίνεσης ύστερα από ενημέρωση (informed consent), μετακινώντας το βάρος στα δικαιώματα των ασθενών. Μια τάση που ενισχύθηκε περαιτέρω τις δύο δεκαετίες κοινωνικών αναταράξεων στην Αμερική (1960-1970), στις οποίες αναδείχθηκαν αιτήματα που αφορούσαν στις φυλετικές μειονότητες, τις γυναίκες και τους ασθενείς. Η τελευταία κατηγορία πέτυχε την αναγνώριση του δικαιώματος να γνωρίζει την διάγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές και το δικαίωμα να τις απορρίψει. Μία αναγνώριση που κατοχυρώθηκε ύστερα από μια σειρά προσφυγών που έκαναν ασθενείς στην δικαιοσύνη (Katz J, 2014. Holland JC, 2002).

Η πρόοδος της ιατρικής γνώσης, η βελτίωση των ιατρικών μέσων και η

κατοχύρωση των δικαιώματος της ενημερωμένης συγκατάθεσης υπήρξαν αποφασιστικές στιγμές στην θεμελίωση της πλατφόρμας που θα στηριχτεί η διερεύνηση της εμπειρίας των ασθενών.

Η στιγμή της ψυχανάλυσης

Σημαντική ώθηση στη μελέτη της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με καρκίνο έδωσε η άνθιση της ψυχανάλυσης, η οποία κέρδισε την αμερικανική ήπειρο με την μετανάστευση των σημαντικών αναλυτών Franz Alexander και Helen Flanders Dunbar. Θεωρούμενοι, πλέον, ως οι πατέρες της Ψυχοσωματικής Ιατρικής (Asaad G, 1996), εστίασαν στην δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ νου και σώματος, στηριζόμενοι στο έργο του Sigmund Freud και στο ενδιαφέρον που ο τελευταίος ανέπτυξε για την θεραπεία σωματικών διαταραχών που θεωρούσε ότι οφείλονταν σε ενδοψυχικές συγκρούσεις, όπως παρουσίασε στις Μελέτες για την Υστερία (Freud S et al, 1895). Η πηγή αυτής της θεωρίας, που όμως στον Freud ήταν σε εμβρυικό στάδιο, είναι το έργο του Georg Groddeck «The Book of the It» (Groddeck G, 1923), στο οποίο επιχειρηματολογούσε ότι σωματικά συμπτώματα κάθε μορφής μπορούν να προκληθούν μέσω της καταπίεσης της ασύνειδης επιθυμίας ή του id, κατά την φροϋδική ορολογία, και ότι μάλιστα έφεραν νόημα - συνθήκη που ορίστηκε ως συμβολική αναπαράσταση. Ένας άλλος αναλυτής, ο Sandor Ferenczi, το 1926, έκανε λόγο για νεύρωση οργάνου (Ferenczi S, 1994), επεκτείνοντας την ιδέα ότι συγκεκριμένες συναισθηματικές καταστάσεις συνδέονται με συγκεκριμένες μορφές σωματικής παθολογίας.

Ο Alexander και οι συνεργάτες του ανέλαβαν ύστερα να ξεδιαλύνουν ποιες ακριβώς ψυχικές συγκρούσεις συνδέονται με τις αντίστοιχες σωματικές ασθένειες. Βασικές ιδέες της Ψυχοσωματικής αποτέλεσαν τόσο το γεγονός ότι το σωματικό σύμπτωμα αποτελεί συμβολική αναπαράσταση σκέψεων (ασύνειδων), όσο και ότι το σύμπτωμα αυτό κρύβει το νόημα της σύγκρουσης - που αφήνεται στην συνέχεια στον αναλυτή να ερμηνεύσει (Erwin E, 2002).

Οι θέσεις στις οποίες στηρίχτηκε η Ψυχοσωματική σχολή επεκτάθηκαν από την λεγομένη Γαλλική Ψυχοσωματική σχολή (Pierre Marty, Michel Fain, Michel de M'Uzan), που με ηγέτη τον Pierre Marty εστίασαν όχι στην ασθένεια σαν φαινόμενο, αλλά στον άνθρωπο στο σύνολο του. Ο Marty (Marty P, 1998) θεωρεί ότι ο άνθρωπος είναι εξ

ορισμού ψυχοσωματικός, προτάσσοντας μία, όπως χαρακτηρίστηκε, νεοβιταλιστική³ θεώρηση, η οποία ταυτίζει ψυχισμό και σώμα και ονομάζεται ψυχοσωματικός μονισμός. Η θέση της γαλλικής ψυχοσωματικής σχολής είναι αρκετά συναφής (αν και ξεκινά από διαφορετικές θεωρητικές βάσεις) με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel, όπως θα δούμε στη συνέχεια (<http://www.psychosomatic-society.gr/psychosomatique.html>).

Η μελέτη της ψυχοπαθολογίας του καρκίνου

Την δεκαετία του 1950 εμφανίζονται οι πρώτες έρευνες που εστιάζουν στις ψυχολογικές επιπτώσεις και αντιδράσεις που προκαλούνται από την ασθένεια, όπως αυτές των Blumberg και συν. (1954) με ασθενείς με ταχέως αναπτυσσόμενη νόσο, των Stephenson και συν. (1954) με ασθενείς με καρκίνο τραχήλου της μήτρας, των Reznikoff και συν. (1955) με ασθενείς με καρκίνο του μαστού, ή των Greene και συν. (1958) με παιδιά και εφήβους που έπασχαν από λευχαιμία (Blumberg et al, 1954. Stephenson JH et al, 1954. Reznikoff M, 1955, Greene WA et al, 1958). Το 1977, ο George L. Engel, στο Πανεπιστήμιο του Rochester της Νέας Υόρκης, παρουσίασε το βιοψυχοκοινωνικό του μοντέλο, επιχειρηματολογώντας ότι η βαθύτερη κατανόηση της φύσης της ασθένειας αποτελεί μία συνεκτίμηση τόσο της βιολογικής, όσο και της ψυχολογικής και της κοινωνικής παραμέτρου. Παράλληλα συγκρούστηκε με την κυρίαρχη βιολογική αναγωγιστική θέση της επιστημολογίας στην Ιατρική, η οποία προτείνει ότι κάθε ασθένεια μπορεί να εξηγηθεί ως μία παρέκκλιση από την κανονική κατάσταση (όπως πλέον ορίζεται η υγεία) και τα αίτια της να αποδοθούν αποκλειστικά σε βιολογικούς παράγοντες, όπως παθογόνοι μικροοργανισμοί, γενετικές και αναπτυξιακές ανωμαλίες, ή η παρουσία τραυματισμού (Engel G, 1982). Λίγα χρόνια πριν, στο τέλος της δεκαετίας του 1960, η

³ Ο Βιταλισμός (Vitalism), όρος που προέρχεται εκ της λατινικής "vita" (= ζωή), είναι μια φιλοσοφική θεωρία της Φυσιολογίας, η οποία υποστηρίζει ότι τα έμψυχα όντα διαφέρουν ουσιωδώς από τα άψυχα, λόγω της ύπαρξης μιας ζωτικής αρχής ή ζωτικής δύναμης, της vis vitalis, η οποία δημιουργεί όλες τις ζωτικές λειτουργίες των έμβιων οργανισμών (Bechtel W et al, 1998). Ο Marty σκέφτεται την σωματοψυχική λειτουργία, στην βάση της οποίας θέτει μία ζωτική αρχή η οποία κινεί τις φυσικές διεργασίες της ζωής, ως μια διαρκώς εξελισσόμενη κατάσταση, η οποία τείνει σε μια προοδευτική οργάνωση. Η δυναμική μορφή που θα προσλάβει κάθε ξεχωριστή σωματοψυχική οντότητα καθορίζεται από τις αρχικές εξελικτικές καθώς και από τις αντίρροπες αντί-εξελικτικές ή εκφυλιστικές κινήσεις που οφείλονται στις εγγενείς ή εξωγενείς αποτυχίες της εξελικτικής πορείας, όπως επίσης και από τις κινήσεις αποδιοργάνωσης και παλινδρόμησης. (<http://www.psychosomaticsociety.gr/psychosomatique.html>)

θανατολόγος Elisabeth Kübler-Ross αμφισβήτησε ένα επιπλέον taboo - το να αποφεύγεται η επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς τελικού σταδίου αναφορικά με το ζήτημα του επικείμενου θανάτου. Η Kübler-Ross κατάφερε, μέσα από το έργο της, να ατονήσει η στάση που οδηγούσε σε μία σταδιακή απομόνωση του θνήσκοντος υποκειμένου από το κοινωνικό σύνολο και να υπάρξει ουσιαστικότερη δέσμευση από των πλευρά των ιατρών και της οικογένειας (Kubler-Ross E, 1969).

Η Kubler-Ross επιχειρηματολογεί πάνω στην οριακή εμπειρία του θανάτου, βλέποντας σε αυτήν μια διαδικασία που περιλαμβάνει πέντε διακριτά στάδια που περνάνε όλοι οι ασθενείς μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης⁴.

- Άρνηση (Denial). Οι περισσότεροι ασθενείς αντιδρούν με δυσπιστία όσον αφορά την σοβαρότητα της κατάστασης τους
- Θυμός (Anger). Στο στάδιο αυτό, τα κύρια συναισθήματα που κυριαρχούν είναι ο θυμός, η πικρία, η επιθετικότητα λόγω του «άδικου» της διάγνωσης και πολύ συχνά ο ασθενής φτάνει να προβάλλει τα συναισθήματα αυτά προς τους άλλους
- Διαπραγμάτευση (Bargaining). Προσπάθεια διαχείρισης της κατάστασης. Ο ασθενής στην φάση αυτή προσπαθεί να διαχειριστεί την κατάσταση, να κερδίσει χρόνο, συνήθως ζητώντας βοήθεια από τον Θεό (σπιριτουαλιστική φάση)
- Κατάθλιψη (Depression). Σ' αυτό το στάδιο ο ασθενής νιώθει πλημμυρισμένος από αισθήματα απώλειας, ανημποριάς, ντροπής και ενοχής, ενώ μπορεί να βιώσει "προκαταρκτικό πένθος"
- Αποδοχή (Acceptance). Στο τελικό στάδιο πλέον, ο ασθενής συμβιβάζεται με την προοπτική του θανάτου

Μια εναλλακτική οπτική πάνω σ αυτήν την πορεία έχει δώσει το έργο του ψυχιάτρου Avery Weisman (Weisman AD, 1985). Ο Weisman προτείνει τέσσερα στάδια, τα οποία είναι αρκετά πιο ευέλικτα, ενώ δεν θεωρεί ότι είναι αναπόφευκτο κάθε ασθενής να περάσει από αυτά:

- Υπαρξιακή κρίση (Existential Plight). Το άτομο που πεθαίνει βιώνει ένα εξαιρετικά έντονο συναισθηματικό συμβάν καταπληξίας (σοκ) στην συνειδητοποίηση της θνητότητας του

⁴ Τα στάδια αυτά, ασφαλώς δεν αφορούν μόνον τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο, αλλά είναι τα στάδια διεργασίας του πένθους, που τα βιώνει κάθε άτομο όταν έρχεται αντιμέτωπο με μια σημαντική απώλεια.

- Απάλυνση και διευκόλυνση (Mitigation and Accomodation). Το άτομο προσπαθεί να επανέλθει σε μια φυσιολογική ζωή, μετά την ανακάλυψη της σοβαρότητας της κατάστασης του
- Παρακμή και χειροτέρευση (Decline and Deterioration). Όταν η ασθένεια ή η θεραπεία της αρχίζουν να υπερσχύουν και να καταβάλλουν τον ασθενή, όταν οι καθημερινές ασχολίες δεν είναι εφικτές λόγω δραματικής έκπτωσης της λειτουργικότητας, τότε αυτό το στάδιο ξεκινά
- Προ-τελικό και τελικό στάδιο (Pre-Terminality and Terminality). Το τελικό στάδιο αναφέρεται προς το τέλος της ζωής, όταν η θεραπεία δεν φαίνεται πλέον χρήσιμη και η αναμονή του θανάτου ξεκινά.

Η γένεση της Ψυχο-ογκολογίας

Οι απαρχές του κλάδου της Ψυχο-ογκολογίας βρίσκονται στα μέσα της δεκαετίας του 1970, όταν και η διάγνωση της νόσου άρχισε στην καθημερινή ιατρική πράξη να αποκαλύπτεται στους ασθενείς. Για πρώτη φορά άρχισαν να εξερευνούνται τα αισθήματα των ασθενών και διαπιστώθηκε ότι πολλές φορές ένιωθαν την απροθυμία των κλινικών να συζητηθούν ζητήματα που αφορούσαν την ψυχολογία τους και το αν μπορούσαν να αντεπεξέλθουν στην δοκιμασία της ασθένειας (Holland JC, 2002). Σταδιακά ο κλάδος εξελίχθηκε, μέχρις ότου έγινε υποειδικότητα της Ψυχιατρικής, που σαν σκοπό έχει την φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών τους, την εκπαίδευση του προσωπικού στον χειρισμό θεμάτων που αφορούν την ψυχολογική και πνευματική υγεία των ασθενών και την συνεργατική έρευνα στους κλάδους της Ψυχιατρικής και της Ογκολογίας, αναφορικά με θέματα που άπτονται της ψυχιατρικής νοσολογίας (Holland JC, 2002). Σημαντικό θέμα έχει αποτελέσει η προαγωγή της ποιότητας ζωής των ασθενών ανεξάρτητα από το στάδιο που βρίσκεται η ασθένεια. Πέρα από τους ασθενείς, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην αναγνώριση προβλημάτων που αφορούν συγγενείς ή φροντιστές του ασθενούς. Επίσης, ένα άλλο αντικείμενο ενδιαφέροντος είναι οι ίδιοι οι κλινικοί ιατροί και η διαχείριση εκ μέρους τους της ανακοίνωσης της διάγνωσης (Holland JC, 1998). Οι δυο διαστάσεις που μελετώνται είναι η ψυχοκοινωνική, που αναφέρεται στις ψυχολογικές αντιδράσεις των ασθενών στην διάγνωση, αλλά και αυτές των κοντινών τους ανθρώπων. Από την άλλη πλευρά, η δεύτερη διάσταση αφορά στις ψυχολογικές, συμπεριφορικές και

κοινωνικές παραμέτρους που αποτελούν παράγοντες κίνδυνου ή επηρεάζουν την επιβίωση του ασθενούς. Η αναδυόμενη έρευνα που γίνεται στον χώρο της νευροεπιστήμης, της ψυχοενδοκρινολογίας και της ψυχονευροανοσολογίας διερευνά πιθανές συσχετίσεις (Bovberg D et al, 1998. Fox BH, 1998).

Η διάγνωση ως μία στιγμή κρίσης

Η στιγμή της διάγνωσης του καρκίνου αποτελεί μια στιγμή κρίσης για τον ασθενή. Μια ψυχολογική όσο και μια υπαρξιακή κρίση. Πέρα από τον φόβο του θανάτου, οι ασθενείς ανησυχούν για την ίδια την θεραπεία, ταυτίζοντας την με πόνο, ταλαιπωρία και έντονες σωματικές αλλαγές (Holland JC et al, 1989). Το άρρωστο σώμα, η δυσλειτουργία του, δεν αποτελεί μόνο μια σωματική κατάσταση την οποία ο νους θεάται αποστασιοποιημένα. Η Julia Kristeva, στο έργο της Powers of Horror: An Essay on Abjection (1982) (Kristeva J, 1982), αναζητά στην εμπειρία της νόσου το ομόλογο πνευματικό αποτέλεσμα. Ή, ορθότερα, πως ο νους ενσωματώνει την εμπειρία της σωματικής νόσου. Οι παραδοχές αυτές αποτελούν κοινό τόπο στη σύγχρονη "επιστήμη του ενσώματου νου" (embodied cognition), κεντρική θέση της οποίας είναι ότι ο εγκέφαλος/νους υπερκαθορίζεται από την σωματική εμπειρία, παρά ότι αποτελεί μια ξεχωριστή σφαίρα η οποία δέχεται και επεξεργάζεται πληροφορίες (Lakoff G et al, 1999. Damasio A, 1999).

Έτσι, γίνεται κατανοητό ότι η διάγνωση του καρκίνου και η πρόσληψη της είναι μια σωματοποιημένη εμπειρία. Φέρει για πρώτη φορά τους ασθενείς μπροστά στον φάσμα του θανάτου και στην διαπίστωση του εφήμερου της ανθρώπινης ζωής και της δικής τους θνητότητας. Μια στρατηγική που φαίνεται ότι πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν, είναι αυτή που εστιάζει στην προστασία του Εαυτού, αποφεύγοντας οποιαδήποτε υπενθύμιση της νόσου και ό,τι αυτή σημαίνει για την καθημερινότητα τους (Arndt J et al, 1998). Η παραπάνω θέση στηρίζεται στην θεωρία διαχείρισης τρόμου (terror management theory), η οποία φωτίζει την σύγκρουση μεταξύ της επιθυμίας ενός να ζήσει και τη συνειδητοποίηση ότι ο θάνατος είναι κοντά. Η σύγκρουση προκαλεί τρόμο και θεωρείται ότι η αντίδραση αυτή αποτελεί μοναδικό χαρακτηριστικό στον άνθρωπο (Greenberg J et al, 1986). Η προαναφερθείσα ερμηνεία στηρίζεται στο έργο του ανθρωπολόγου Ernest Becker, «The Denial of Death», (Becker E, 1973) στο οποίο ο συγγραφέας υποστηρίζει ότι το σύνολο

της ανθρώπινης δραστηριότητας έχει σαν σκοπό να αποφευχθεί ή να αγνοηθεί η συνειδητοποίηση της θνητότητας. Μια ύστερη φροϋδική ανάλυση που εκτιμά ότι ολόκληρος ο πολιτισμός αποτελεί έναν μηχανισμό άμυνας απέναντι στο άγχος της γνώσης του θανάτου, αποτελώντας ουσιαστικά έναν προσαρμοστικό μηχανισμό ή μηχανισμό επιβίωσης, αρθρωμένο μέσω πολύπλοκων πνευματικών και συναισθηματικών ενασχολήσεων.

Οι Weisman και Wonder, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, προώθησαν αυτήν την άποψη αναφορικά με τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με καρκίνο (Weisman AD et al, 1976–77) περιγράφοντας την ανάδυση μιας συνθήκης οριζόμενης ως "υπαρξιακή κρίση" (existential plight), που ενισχύει τις σκέψεις κάποιου για την σημασία της ύπαρξης του, αλλά και για το φάσμα που ανοίγεται εμπρός του από το ενδεχόμενο της ανυπαρξίας. Μια διαδικασία που μια σειρά εργασιών αναδεικνύει ότι είναι ανεξάρτητη από πολιτισμικά κριτήρια και στηρίζεται κυρίως σε μια νευροβιολογικά εξαρτώμενη αντίδραση (Lee V, 2008). Εμπειρικές μελέτες που υποστηρίζουν τα παραπάνω έχουν διεξαχθεί στην Αυστραλία (Kissane DW, 2000), στην Ιαπωνία (Morita T et al, 2000), στη Νορβηγία (Landmark BT et al, 2001), στη Σουηδία (Bolmsjo I, 2000. Jensen KP et al, 2000), στο Ισραήλ (Blinderman et al, 2005), στη Μεγάλη Βρετανία (Griffiths CEM et al, 2002) και στη Βόρεια Αμερική (Taylor EJ, 2000. Lee V et al, 2006).

Η ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών ποικίλει από μια αναμενόμενη αντίδραση που, παρά την φόρτιση και την υπαρξιακή αγωνία, δεν θεωρείται (από τους ασθενείς) τόσο επώδυνη που να απαιτείται παρέμβαση (Blinderman CD et al, 2005), μέχρι την κυριάρχηση του ασθενούς από αισθήματα απαισιοδοξίας, απελπισίας, αρνητισμού και από σκέψεις μηδενιστικού περιεχομένου (Kissane DW, 2000). Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί και το ότι η ψυχολογική επιβάρυνση που βιώνουν οι ασθενείς δεν σχετίζεται άμεσα με την σοβαρότητα της νόσου (Laubmeier KK et al, 2004).

Οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται μπορούν να ερμηνευθούν από την θεωρητική εργασία της Suzanne Thomson και του Aris Janigian πάνω στα νοητικά σχήματα και στην θεωρία τους περί νοήματος (Thompson et al, 1988). Σύμφωνα με αυτήν, οι άνθρωποι φέρουν ένα προσωπικό νοητικό σχήμα, ικανό να προσδώσει νόημα και συνοχή σε κάθε πτυχή της καθημερινότητας (Park CL et al, 1997). Το σχήμα αυτό θεωρείται απαραίτητο για μια φυσιολογική ψυχολογική υγεία, παρότι μπορεί να στηρίζεται σε υπερεκτιμημένες απόψεις και διαστρεβλωμένες θεωρήσεις για την πραγματικότητα και τις σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους. Ένα τέτοιο σχήμα αποτελεί

σημαντική παράμετρο για την σκοποθεσία και την καθημερινή λειτουργικότητα. Το παραπάνω σχήμα είναι μια προσαρμοστική επιλογή του υποκειμένου, που πλέον γίνεται ικανό να ανταπεξέρχεται σε μια σειρά προκλήσεων του βίου του. Με την επέλευση της νόσου, όμως, το σύστημα πεποιθήσεων που έδινε οικειότητα, σταθερότητα και ασφάλεια αμφισβητείται. Οι στόχοι που είχαν τεθεί φαίνονται πλέον μη ρεαλιστικοί, ενώ παράλληλα ξεκινά μια νέα γνωσιακή διαδικασία, στην προσπάθεια να αναδομηθεί ένα νέο σχήμα, μια νέα κατανόηση του Εαυτού-με-τη-νόσο πλέον, ή πολλές φορές πυροδοτείται μια αποφευκτική συμπεριφορά, στα πλαίσια της ελάφρυνσης από το βάρος της ασθένειας (Taylor SE et al, 1988). Η διαδικασία της διάγνωσης ωθεί το υποκείμενο σε μία διευθέτηση των προτεραιοτήτων του, με την αναζήτηση παράλληλα ενός νέου σχήματος, το οποίο θα ενσωματώνει την απωθημένη μεταβλητή της θνητότητας. Ξεκινά αυτό που ο Frankl (Frankl V, 1959) είχε αναφέρει ως αναζήτηση νοήματος (Lee V, 2004. Park CL et al, 1997).

Η στιγμή της διάγνωσης ως ναρκισσιστικό πλήγμα

Ενσώματος νους, υπαρξιακή κρίση και εικόνα του σώματος αποτελούν μία ερμηνευτική τριάδα, που θεωρούμε κατάλληλη για να προσεγγίσουμε την εμπειρία της νόσου. Το σώμα, όντας τον περισσότερο χρόνο από την καθημερινότητα μας, γίνεται βασανιστικά παρόν όταν πλήττεται. Η νόσος οδηγεί στην διαρκή ενασχόληση με το σύμπτωμα, σηματοδοτεί την απώλεια ελέγχου πάνω στις φυσιολογικές λειτουργίες, ενώ αποδομεί σταδιακά μια εικόνα η οποία αποτελούσε για το άτομο τον τρόπο συμμετοχής του στο κοινωνικό σύνολο.

Το σώμα επενδύεται συναισθηματικά. Η κάθε ξεχωριστή περιοχή έχει διαφορετική σημασία (Cohen MZ et al, 1998. Dropkin MJ, 1999). Η νόσος βιώνεται ως τιμωρία, αδυναμία και εξάρτηση. Η πανίσχυρη αντίληψη για τον εαυτό διαλύεται. Το πλήγμα που δέχεται ο άρρωστος είναι μεγάλο. Είναι ντροπιασμένος και θυμωμένος. Αυτές τις συναισθηματικές διακυμάνσεις πρώτος περιέγραψε ο Heinz Kohut το 1972 ως ναρκισσιστική οργή, εμπνεόμενος από την ναρκισσιστική ανάγκη για έλεγχο του περιβάλλοντος, η οποία ματαιώνεται όταν το κυρίαρχο υποκείμενο αναγνωρίζει τα όρια του (Kohut H, 1972. Dropkin MJ, 1999).

Η οργή του αυτή μπορεί να γίνει δύσκαμπτη και να αποτελέσει το μεγαλύτερο

εμπόδιο στην αναγνώριση του προβλήματος του. Η άρνηση της ασθένειας, η μη συμμόρφωση με την θεραπεία, η δυσκολία συσχέτισης με τους άλλους, η μη αναζήτηση της υποστήριξης και, τελικά, η αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής φαίνεται ότι έχουν την ίδια αιτία. Η αιτία αυτή πρέπει να αναζητηθεί σε ένα ναρκισσιστικό πλήγμα, που γέννησε έναν θυμό, που το υποκείμενο αρνείται να μετριάσει, στερούμενο, έτσι, μια μετάβαση συν τω χρόνω από την ναρκισσιστική οργή στην διαπραγμάτευση, το έλεος και την αποδοχή της θνητότητας. (Hyphantis T et al, 2009).

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη είναι ίσως η πιο σοβαρή αντίδραση ενός ασθενούς σε μία επικίνδυνη για την ζωή νόσο, όπως ο καρκίνος. Παρότι όχι μία αναπόφευκτη συνθήκη, είναι εξαιρετικά σύνηθες αισθήματα ανημποριάς και αδυναμίας να χρωματίζουν την εμπειρία ασθενών με μία εν δυνάμει επικίνδυνη και καταληκτική νόσο. Η σωματική ανεπάρκεια που συνδέεται με τις πολύ σοβαρές ασθένειες, αλλά και με τις θεραπείες τους, επιβαρύνουν σίγουρα τα παραπάνω αισθήματα. Η όλη κατάσταση πολύ συχνά οδηγεί τον πάσχοντα στην απόσυρση και την αποξένωση από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Η κατάθλιψη σχετίζεται πολλές φορές και με την εμπειρία απώλειας του ελέγχου της ζωής ενός ανθρώπου. Καθώς ο θάνατος πλησιάζει, πολύ συχνά οι ασθενείς περνάνε/εκπίπτουν σε μια φάση παθητικής παραίτησης και απελπισίας. Η πιθανότητα της αυτοχειρίας είναι επίσης ένα εξαιρετικής ανησυχίας θέμα, αφού η αποκαρδίωση, η απόγνωση και ο σωματικός πόνος ενός καταληκτικού ασθενούς αυξάνουν τον κίνδυνο για απόπειρα αυτοκτονίας (Barraclough J, 1997. Irwin SA et al, 2008).

Η αναγνώριση της παρουσίας καταθλιπτικής διαταραχής στους ασθενείς με καρκίνο αποτελεί μια σημαντική ευθύνη για τους κλινικούς, αφού πέρα από την επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, μπορεί με δραματικό τρόπο να επηρεάσει κάθε παρηγορητικό μέσο που χρησιμοποιούμε. Μελέτες δείχνουν την αρνητική επιρροή που έχει στο προσδόκιμο επιβίωσης (Van CE et al, 2005), διερευνώντας παράλληλα την σχέση ψυχολογικής επιβάρυνσης και ανοσοποιητικού συστήματος και την επίδραση τους στην διάρκεια της νόσου (Greer S, 1983. Miller AH, 1998). Η Massie στην μονογραφία της αναφέρει περιπτώσεις στις οποίες η διάγνωση της κατάθλιψης δεν έγινε ή υπήρξε υποθεραπεία της διαταραχής με αποτέλεσμα σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα (Massie MJ, 2004).

Εξαιρετικά σημαντικό αντίκτυπο στην ζωή των ασθενών έχει και η εμφάνιση αγχώδους διαταραχής. Η σκέψη και η προοπτική του θανάτου προκαλεί σημαντικό φόβο και αυξημένο άγχος, που πολλές φορές μπορεί να φτάσει στον πανικό. Οι κεντρικές ανησυχίες των ασθενών μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

- **Άγχος σχετιζόμενο με την φυσική τους κατάσταση.** Ο πόνος, που μπορεί να φτάσει να γίνει βασανιστικός για τον ασθενή, αλλά και η σωματική εξάντληση του,

η οποία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής του, συμβάλουν αρκετά σε αισθήματα ανασφάλειας, stress και άγχους που μπορεί να βιώσει. Σωματικές αλλαγές όπως απώλεια μαλλιών ή βάρους, ενισχύουν το άγχος και την ντροπή.

- **Η κοινωνική πλευρά του άγχους** είναι και αυτή μια σημαντική διάσταση της εμπειρίας της ασθένειας, με τους ασθενείς συχνά να ανησυχούν για τις επιπτώσεις που θα έχει η ασθένεια στην οικογενειακή τους ζωή, στις φιλικές τους σχέσεις, σε επαγγελματικές δραστηριότητες κ.α.
- **Πνευματικές ή και υπαρξιακές πλευρές του άγχους θανάτου.** Ερωτήματα σχετικά με το νόημα της ζωής ή την πιθανότητα μιας μετά θάνατον ζωής είναι συχνές ανησυχίες σε καταληκτικούς ασθενείς. Δεν είναι ασύνηθες να υπάρχει έντονη ενασχόληση με θρησκευτικής φύσεως ζητήματα (Barraclough J, 1997).

Αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές είναι τα πιο συχνά παρατηρούμενα ψυχολογικά προβλήματα ανάμεσα σε ασθενείς με καρκίνο (Chapman CR, 1979. So WK et al, 2009). Η επίπτωση των διαταραχών αυτών κυμαίνεται από 25% έως 54% (Massie MJ, 2004. Zabora J et al, 2001).

Η επίπτωση της καταθλιπτικής διαταραχής εκτιμάται μεταξύ 3% και 45% (Rayner L et al, 2009), καθώς, όμως, θεωρείται μια μάλλον αναπόφευκτη συνέπεια σε μία σοβαρή και εν δυνάμει καταληκτική νόσο, πολλές φορές μένει αδιάγνωστη και συνεπώς μη θεραπευόμενη (Irwin SA et al 2008). Η μη διάγνωση της κατάθλιψης αποτελεί μια σοβαρή αβλεψία από την πλευρά των κλινικών, αφού πάντα υπάρχει ο κίνδυνος οι ασθενείς με καρκίνο τελικού σταδίου να προβούν σε κάποια αυτοκαταστροφική ενέργεια (Rayner L et al, 2009).

Μια μετανάλυση 58 μελετών έδειξε, παρ' όλα αυτά, ότι τα επίπεδα κατάθλιψης σε ασθενείς με καρκίνο μειώνονται τις τελευταίες δεκαετίες (van't Spijker A et al, 1997). Εν μέρει, αυτό μπορεί να οφείλεται στην μείωση της συχνότητας των επεμβάσεων που οδηγούσαν σε σημαντική σωματική δυσμορφία ή ακρωτηριασμό (πχ. Ολική μαστεκτομή στον καρκίνο μαστού) (Wellisch D et al, 1991. Pozo C et al, 1992), σε παράγοντες όπως η καλύτερη έκβαση της νόσου (Peto R et al, 2000), αλλά και στην ανάπτυξη ενός καλύτερου υποστηρικτικού δικτύου, ως αποτέλεσμα της άνθισης του κλάδου της Ψυχο-ογκολογίας και της ταυτόχρονης κοινωνικής απομυθοποίησης της ασθένειας με την εμφάνιση ομάδων αυτοβοήθειας (Spiegel D, 2001).

Χαρακτηριστικά, έχει βρεθεί ότι το 15-25% των καρκινοπαθών παρουσιάζει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Lloyd-Williams M et al, 2001. Derogatis LR et al, 1983) ενώ ο Evans και συνεργάτες υποστηρίζει ότι παρόμοια ποσοστά κατάθλιψης έχουν βρεθεί σε κατηγορίες ασθενών με αντίστοιχα σημαντικά και χρόνια προβλήματα υγείας (Evans DL et al, 1999).

Σε σοβαρότερες περιπτώσεις όπου το κυρίαρχο χαρακτηριστικό είναι ο πόνος, επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής, παρουσιάζονται ποσοστά μείζονος κατάθλιψης που μπορεί να ξεπεράσουν το 25%, και απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή και άμεση παρέμβαση (Massie MJ et al, 1987 Lynch ME, 1995). Ασθενείς τελικού σταδίου, σε μια έρευνα που έγινε από τον Καναδικό Εθνικό Οργανισμό Υγείας, πέρα από τα σημαντικά επίπεδα κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής που παρουσίασαν, φαίνεται ότι εμφάνισαν επίσης έντονη δυσκολία διαχείρισης των σωματικών ενοχλήσεων τους καθώς και κοινωνικές και υπαρξιακές ανησυχίες, με έντονο επηρεασμό όλων των πτυχών της κοινωνικής λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής (Wilson KG et al, 2007).

Επίσης, η παρουσία κατάθλιψης σε ασθενείς με προχωρημένη νόσο επηρεάζει, πέρα από την ποιότητα ζωής, και την έκβαση της νόσου. Μειώνει την συμμόρφωση με την θεραπεία και αυξάνει τον χρόνο που παραμένει ο ασθενής στο νοσοκομείο (Breitbart W et al, 1995. Lloyd-Williams M et al, 2009). Άλλες έρευνες σημειώνουν ότι ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με καρκίνο αυξάνεται όταν συνυπάρχουν συννοσηροί παράγοντες όπως διαβήτης, ιστορικό εγκεφαλικού επεισοδίου και καρδιακή νόσος (Polsky D et al, 2005). Άλλοι σημαντικοί παράγοντες επιβάρυνσης που έχουν αναγνωριστεί είναι το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, ο μη ελεγχόμενος πόνος, το περιορισμένο κοινωνικό δίκτυο υποστήριξης και η εμφάνιση καρκίνου σε νεαρή ηλικία (Potash M et al, 2002). Η Massie (2004) σε μία εκτενή ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας για την κατάθλιψη και τον καρκίνο (περίπου 1180 άρθρα) αναδεικνύει σημαντικές διαφοροποιήσεις στην επίπτωση της κατάθλιψης που κυμαίνονται μεταξύ 1.5% και 50%. Μια τέτοια εικόνα οφείλεται, επιχειρηματολογεί, στις σημαντικές διαφορές των ασθενών που μελετήθηκαν, στον τύπο του καρκίνου, στο στάδιο της ασθένειας, αλλά και στα κριτήρια που λήφθηκαν υπόψη για την διάγνωση της κατάθλιψης (Massie MJ, 2004. Thomas-Rich AM et al, 2008).

Διαταραχές άγχους παρουσιάζονται σε ποσοστό μεταξύ 25% και 48% σε ασθενείς με καρκίνο, ενώ το 2-14% των ασθενών τελικού σταδίου πληροί τα κριτήρια γενικευμένης διαταραχής άγχους (Derogatis LR et al, 1983. Stark D et al, 2002). Τα ευρήματα αυτά

συνδέονται με την παρατήρηση ότι η θεραπεία είναι δυνατόν να προκαλέσει σε πολλούς ασθενείς έντονο άγχος, λόγω της αναμονής συμπτωμάτων όπως πόνος, ναυτία, διαταραχές ύπνου και αλλαγές στο σώμα, συμπτώματα που μπορεί να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό και την σεξουαλική ζωή του ασθενούς (Glover J et al, 1995. Ferrell-Torry AT et al, 1993). Άλλες μελέτες με ασθενείς τελικού σταδίου αναφέρουν ότι σε ποσοστό που ξεπερνά πολλές φορές το 50% αναγνωρίζονται κριτήρια κάποιας ψυχιατρικής διαταραχής, με την ψυχιατρική συννοσηρότητα να είναι επίσης αρκετά συχνή (7.5%- 35%) (Grabsch B et al, 2006. Wilson KG et al, 2007). Μια συστηματική ανασκόπηση με ασθενείς προχωρημένου σταδίου ανέφερε ποσοστά κατάθλιψης κατά μέσο όρο στο 29% (Hotopf M et al, 2002). Αν και οι παραπάνω διαταραχές φαίνονται να παρουσιάζονται αρκετά συχνά, δυστυχώς υπό-διαγιγνώσκονται σε ασθενείς με καρκίνο προχωρημένου σταδίου (Delgado-Guay M et al, 2009).

Αναφορικά με τις επιδράσεις που έχει αυτή η ψυχιατρική συμπτωματολογία πάνω στους ασθενείς, μια πρόσφατη μετα-ανάλυση 31 προοπτικών μελετών βρήκε ένα ποσοστό γύρω στο 25% αυξημένης νοσηρότητας σε ασθενείς με καρκίνο και καταθλιπτικά συμπτώματα και ένα ποσοστό 39% αυξημένης νοσηρότητας στην παρουσία μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, μετά και την προσαρμογή που έγινε για άλλους προγνωστικούς δείκτες, συγκριτικά με ασθενείς που νοσούσαν αλλά δεν εμφάνιζαν κάποια ψυχοπαθολογία (Satin JR et al, 2009). Η ανάλυση αυτή προστίθεται στις παρατηρήσεις που είχαν γίνει από αρκετές μελέτες για τον ρόλο που παίζει η κατάθλιψη στην πορεία της νόσου (Giese-Davis J et al, 2003. Falagas ME et al, 2007. Spiegel D et al, 2003. Hilakivi-Clarke L et al, 1994).

Τα παραπάνω εφιστούν την προσοχή στην αναγνώριση από τους κλινικούς εκείνων των συμπτωμάτων τα οποία συνδέονται με μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές και την ετοιμότητα που θα πρέπει να δείξουν για την αντιμετώπιση των ζητημάτων αυτών.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ, ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Η προσπάθεια σύνδεσης ανάμεσα σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τον κίνδυνο νόσησης από καρκίνο έχει τις ρίζες της από πολύ παλιά. Έγινε ήδη λόγος στην εισαγωγή για την θεωρία των χυμών και την περαιτέρω ανάπτυξη εκ μέρους του Γαληνού μιας τυπολογίας ιδιοσυστασιών που στηρίζονται στην υπερίσχυση κάποιας εκ των τελευταίων στην ανάπτυξη της ασθένειας. Ο Γαληνός, σε αυτό το θεωρητικό μοντέλο, απέδιδε τον καρκίνο σε μια προδιάθεση προς τη μελαγχολία.

Η ελλιπής κατανόηση των μηχανισμών δημιουργίας και εξέλιξης των νόσων, έδωσε τον χώρο σε αυτές τις θεωρήσεις να παραμείνουν σε ισχύ και σε πλήθος καινούριες να προστεθούν. Πέρα από τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τόσο η παρουσία κατάθλιψης, όσο και σημαντικά ψυχοπαιστικά συμβάντα ζωής θεωρήθηκε κατά καιρούς ότι συμβάλουν στην πρόκληση καρκίνου (Maskarinec G et al, 2001. Dalton SO et al, 2002).

Ο Lawrence LeShan υπήρξε ένας από τους πρώτους θεωρητικούς που ασχολήθηκε με την τυπολογία της προσωπικότητας του καρκινοπαθούς. Εργάστηκε ψυχοθεραπευτικά με καρκινοπαθείς για περίπου δύο δεκαετίες, όντας πρωτοπόρος στον τομέα αυτό, και συγκέντρωσε υλικό που αφορούσε στο ιστορικό της νόσου, τη δομή της προσωπικότητας και τη συγκινησιακή απόκριση των ατόμων με κακοήγη όγκο, συνδυάζοντας τις παρατηρήσεις του και καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι με βάση τα στοιχεία αυτά, μπορεί κάποιος να κάνει λόγο για αιτιώδη συνάφεια ανάμεσα σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τον αυξημένο κίνδυνο νόσησης από καρκίνο (Leshan L, 1980). Διέκρινε τρεις αποφασιστικούς παράγοντες που μοιράζονταν οι πλειοψηφία των ασθενών με τους οποίους εργάστηκε. Ο πρώτος ήταν η έντονη τάση που εμφάνιζαν τα άτομα αυτά να μην αγαπούν τον εαυτό τους, να μην έχουν εμπιστοσύνη στις δυνάμεις τους και να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Ο δεύτερος παράγοντας που διέκρινε ήταν η αδυναμία έκφρασης αρνητικών συναισθημάτων και ο τελευταίος ένα γενικευμένο αίσθημα απόγνωσης που χρωματίζει την κοσμοεικόνα των ασθενών καθόλη την διάρκεια του βίου τους, πολύ πριν εκδηλωθεί η νόσος. Τέλος, αναφέρθηκε εκτεταμένα στα γεγονότα ζωής που θεωρούσε ότι αναμφίβολα παίζουν καθοριστικό ρόλο, στα οποία συμπεριελάμβανε την απώλεια σημαντικής συναισθηματικής σχέσης ή την φυσική απώλεια αγαπημένου προσώπου.

Μια σειρά αναδρομικών (Aarstad HJ et al, 2002. Kissen DM et al, 1962. Kissen DM et al, 1969. Morris T et al, 1981) μελετών φαίνεται ότι υποστηρίζουν την παραδοχή ότι υφίσταται μία σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών προσωπικότητας που ορίζονται ως νευρωτισμός και εξωστρέφεια και του κινδύνου νόσησης από καρκίνο.

Σε μια παλαιότερη έρευνα, οι Schapiro και συνεργάτες (2001) εξέτασαν εκτεταμένα την συσχέτιση του νευρωτισμού⁵ και της εξωστρέφειας⁶ με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου (Schapiro IR et al, 2001), στηριζόμενοι στην υπόθεση των Kissen και Eysenck (Kissen DM et al, 1962) πως μεγάλος βαθμός εξωστρέφειας και μικρός βαθμός νευρωτισμού συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο νόσησης. Παρ' όλα αυτά, καμία τέτοια συσχέτιση δεν μπόρεσε να τεκμηριωθεί.

Σε αντίθεση με τον Schapiro (2001), κάποιες προηγούμενες μελέτες βρήκαν αιτιώδη συνάφεια ανάμεσα στα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά και τον κίνδυνο νόσησης σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου, με καρκίνο του πνεύμονα και με καρκίνο του μαστού (Aarstad HJ et al, 2002. Kissen DM et al, 1962. Kissen DM et al, 1969. Morris T et al, 1981)

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως η διαπροσωπική ευαισθησία και η ανεπαρκής συναισθηματική έκφραση έχουν συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο νόσησης, σε ασθενείς με καρκίνο του τραχήλου (Antoni MH et al, 1988) και καρκίνο του μαστού (Bleiker EM et al, 1996) αντιστοίχως. Σε μία άλλη σχετική έρευνα βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στην επιθετική εχθρότητα, την φοβία και τον θρησκευτικό φονταμενταλισμό και τον κίνδυνο νόσησης από καρκίνο παχέος εντέρου (Kavan MG et al, 1995).

Μία σειρά άλλες μελέτες, όμως, έχουν αναδείξει αδύναμες συνδέσεις ανάμεσα στις δύο υπό εξέταση μεταβλητές (καρκίνος και χαρακτηριστικά προσωπικότητας), δημιουργώντας μια τάση αμφισβήτησης της αιτιώδους συνάφειας που διερευνάται (Jansen MA et al, 1984. Kavan MG et al, 1995. Kune GA et al, 1991. Liste KH, 1999. Temoshok L, 1987).

⁵ Ο νευρωτισμός είναι η τάση να νιώθει κανείς αρνητικά συναισθήματα όπως οργή, άγχος και κατάθλιψη. Συνδέεται με ό,τι θα λέγαμε ως συναισθηματική αστάθεια. Σύμφωνα με τον Eysenck (The Biological Basis of Personality, 1967), ο νευρωτισμός παρουσιάζεται ως χαμηλή ανοχή σε στρεσογόνες καταστάσεις. Οι νευρωτικοί συνηθίζουν να ερμηνεύουν κανονικές καταστάσεις ως απειλητικές και να αντιλαμβάνονται τις μικρές ενοχλήσεις ως εξαιρετικά άβολες.

⁶ Η εξωστρέφεια χαρακτηρίζεται από μια ιδιαίτερη τάση για αναζήτηση αισθητηριακών εμπειριών και από την επένδυση σε αυτές. Οι εξωστρεφείς απολαμβάνουν να αλληλεπιδρούν με άλλους ανθρώπους και είναι ιδιαίτερα ενεργητικοί αναλαμβάνοντας ποικίλες δραστηριότητες (Eysenck, 1967)

Οι περισσότερες από τις μελέτες που αναφέρθηκαν στηρίζονται κατά βάση στο μοντέλο του Eysenck, το οποίο αν και έχει αξιολογηθεί ως μεθοδολογικά έγκυρο (Viken R et al, 1994) βασίζεται στην προϋπόθεση ότι όντως οι άνθρωποι μπορούν να ταξινομηθούν αδρά σε κατηγορίες όπως αυτές που παρουσιάστηκαν (όπως του εξωστρεφή ή του νευρωτικού) και κυρίως ότι αυτά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα δεν υπόκεινται σε αλλαγές κατά την διάρκεια των ετών μέσω της αλληλοσυσχέτισης του ατόμου με άλλα άτομα του κοινωνικού του περιγύρου. Ίσως, λοιπόν, η οριστική απάντηση μπορεί να δοθεί από την εξέταση της αιτιότητας σε μελέτες οι οποίες παρακολουθούν υποκείμενα στην διάρκεια πολλών ετών.

Μια τέτοια έρευνα πραγματοποιήσαν οι Hansen και συν. (Hansen PE et al, 2005) σε μία από τις μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες με 29.595 διδύμους που έγινε στην Σουηδία, η οποία δεν ανέδειξε καμία πιθανή συσχέτιση μελετώντας την εξωστρέφεια και τον νευρωτισμό. Ανάλογες έρευνες που συμφωνούν με αυτά τα πορίσματα έχουν γίνει για τον νευρωτισμό και τον κίνδυνο νόσησης από καρκίνο του μαστού (Lillberg K et al, 2002¹. Lillberg K et al, 2002²) αλλά και για καρκίνους του αναπνευστικού συστήματος (Nakaya N et al, 2003. Schapiro IR et al, 2001).

Σύμφωνα με την σουηδική έρευνα, οι διάφορες συνδέσεις που έχουν παρατηρηθεί, πιθανόν οφείλονται σε συμπεριφορές υγείας (lifestyle) όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, που αποδεδειγμένα σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα νόσησης για διάφορα είδη καρκίνου σύμφωνα και με τις μονογραφίες του IARC (IARC, 1988. IARC, 1986. IARC, 1987). Οι συμπεριφορές αυτές πολύ πιθανόν να σχετίζονται επίσης και με κάποια ιδιοσυγκρασιακά στοιχεία, έτσι ώστε η θετική σύνδεση που ανακαλύπτουν οι ερευνητές να είναι μεθοδολογικά προκατειλημμένη, αφού έχουν αποκλείσει από τις ερευνητικές τους εικασίες τα παραπάνω.

Σαν υποστήριξη αυτής της άποψης, αρκετές νέες έρευνες διαυγάζουν την σχέση μεταξύ των χαρακτηριστικών προσωπικότητας και συμπεριφορικών μοτίβων όσον αφορά στην υγεία, αναφορικά με τις διαιτητικές συνήθειες, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, αλλά και την χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, όλα εκ των οποίων έχουν συνδεθεί με την δημιουργία κακοήθειας στον άνθρωπο (Heaven PC et al, 2001. Langinvainio H et al, 1981. Priestnall R et al, 1978. Vollrath M et al, 2002).

Επίσης, έχει εξεταστεί η έννοια της ψυχικής ευαλωτότητας, η οποία ορίζεται ως η αντίσταση του ατόμου απέναντι σε διάφορες ψυχοπαιστικές συνθήκες. Μια μελέτη

εξέτασε προοπτικά έναν πληθυσμό 5136 ατόμων για 14 χρόνια. Δεν παρουσιάστηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ψυχικής ευαλωτότητας και του κινδύνου νόσησης (Schariro IR, 2002).

Ο Temoshok, από την άλλη πλευρά, διερεύνησε τον τύπο προσωπικότητας που ορίζεται ως «Προσωπικότητα C», σχετικά με την πιθανότητα νόσησης και πρότεινε ότι τα άτομα που διακρίνονται από έναν τέτοιο χαρακτηριστικό τύπο τείνουν να είναι σεμνοί, να αποφεύγουν όσο μπορούν τις συγκρούσεις, ενώ προσπαθούν να συμμορφώνονται και να εναρμονίζουν τη συμπεριφορά τους με το περιβάλλον καθώς επιθυμούν να είναι κοινωνικά αποδεκτά και αγαπητά. Προεξέχον χαρακτηριστικό τους η δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων και ιδίως των αρνητικών όπως ο θυμός, η ένταση ή το άγχος (Temoshok L, 1987). Επιχειρηματολογεί μέσα από τις εργασίες του ότι ασθενείς που κατατάσσονται σε αυτήν την κατηγορία έχουν αυξημένο κίνδυνο νόσησης από διάφορους τύπους καρκίνου (Temoshok L, 1987).

Σε αντίθεση με τον τύπο C, ο συμπεριφορολογικός τύπος A, ο οποίος διακρίνεται από αυξημένη φιλοδοξία, ανυπομονησία, έντονη ανταγωνιστικότητα και επιθετικότητα, μελετήθηκε σε ένα δείγμα 11,272 γυναικών επί 20 έτη για τον κίνδυνο νόσησης από καρκίνο του μαστού, χωρίς να βρεθεί κάποια σημαντικά στατιστική συσχέτιση (Lillberg K et al, 2002¹).

Ως εκ τούτου τα αποτελέσματα μιας σειράς καλών σχεδιασμένων μελετών που εστίασαν σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας, στην επιθετικότητα, στον νευρωτισμό, στην εξωστρέφεια και στην ψυχική ευαλωτότητα, ανέτρεψαν την εικόνα που κυριαρχούσε, αφού δεν συσχέτισαν στοιχεία της προσωπικότητας με αυξημένο κίνδυνο νόσησης. Παρ' όλα αυτά, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να κριθούν ως οριστικά και περισσότερη διερεύνηση αξίζει να γίνει.

Η παρούσα μελέτη, καθώς δεν είναι προοπτική, δεν σχεδιάστηκε για να απαντήσει σε κάποιο από αυτά τα ερωτήματα, τα οποία παραμένουν ανοικτά. Οι συγχρονικές μελέτες μπορούν να μας δώσουν μια φωτογραφία στον χρόνο, ουσιαστικά δηλαδή να προσεγγίσουν την εμπειρία που αναδύεται από ένα ρευστό χρονοδιάστημα. Εστιάζοντας σε αυτό το μικρό "παράθυρο μελέτης", αναδεικνύονται μια σειρά δομικών χαρακτηριστικών μαζί με γνωσιακές, συναισθηματικές και συμπεριφορολογικές στρατηγικές που χρησιμοποιούνται από τα υποκείμενα στην διαχείριση καταστάσεων και συμβάντων ζωής και τα οποία μπορούν να μας δώσουν μία μη παραπλανητική σκιαγράφηση της εμπειρίας τους.

Η διαχείριση της ασθένειας

Θεωρούμε, όπως παρουσιάστηκε πιο πάνω, πως η ανακοίνωση της νόσου αποτελεί μια στιγμή κρίσης (Weisman AD et al, 1976–77) η οποία θα γίνει διαχειρίσιμη με έναν διαφορετικό τρόπο από τον κάθε ασθενή.

Αναφέρθηκε ήδη πως η Μείζων Κατάθλιψη θεωρείται ως η πιο σημαντική ψυχιατρική διαταραχή ανάμεσα στον πληθυσμό των ασθενών με καρκίνο (Massie MJ et al, 1994). Η επίπτωση της έχει καταμετρηθεί σε μία κλίμακα που κυμαίνεται μεταξύ του 5% - 6% (Lansky SB et al, 1985) και φτάνει σε κάποιες έρευνες λίγο περισσότερο από 40% (Aapro M et al, 1999). Αυτό το ακανόνιστο μοτίβο στην επίπτωση της που παρατηρείται, μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι ασθενείς εξετάζονται σε διαφορετικά κλινικά στάδια ή λόγω των ιδιαίτερων σωματικών προβλημάτων που παρουσιάζονται σε ορισμένους ασθενείς λόγω της εστίας που εμφανίζεται η νόσος (δύσπνοια, πόνος, κτλ). Πέρα από τα χαρακτηριστικά που μπορούμε να αποδώσουμε στην νόσο αυτή καθαυτή, ίσως συμβάλουν και μία σειρά από προσωπικά γνωρίσματα που μπορεί να επηρεάσουν την διαχείριση της εμπειρίας της. Μια τέτοια προσέγγιση θεωρεί ότι ο ασθενής φέρει έναν ιδιωτικό τρόπο (ασύνειδο) που θα διαχειριστεί την ψυχολογική ένταση, μέσω συγκεκριμένων μηχανισμών άμυνας (Sammallahti P et al, 1995. Akechi T et al, 1998).

Οι Lazarus και Folkman (Lazarus RS et al, 1984) όρισαν την διαχείριση ως μία συνεχή εναλλαγή γνωσιακών και συμπεριφορολογικών σχημάτων εκ μέρους του ασθενούς, στην προσπάθεια επαναδιαπραγμάτευσης των συγκρούσεων που προκαλούνται από εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες. Άλλοι ορίζουν την διαχειριστική στρατηγική ως μια σειρά από συνειδητές επιλογές που κάνει το υποκείμενο στην προσπάθεια του να αμυνθεί έναντι ενοχλητικών συμβάντων, προσαρμοζόμενο κάθε φορά στις απαιτήσεις της πραγματικότητας (Frydenberg E, 2002).

Η ψυχαναλυτική θεωρία εστιάζει κυρίως στο ασυνείδητο αυτών των διαδικασιών, θεωρώντας τις ως προσπάθειες να ελαχιστοποιηθεί η συνειδητοποίηση των αρνητικών εμπειριών, ενώ οι Hall και Lindsey διακρίνουν δύο κύρια χαρακτηριστικά των κύριων μηχανισμών άμυνας, την άρνηση (denial) ή διαστρέβλωση της πραγματικότητας και το ότι δρουν σε ένα ασυνείδητο επίπεδο (Hall CL et al, 1970).

Μία σειρά μελετών έχουν εξετάσει τον τρόπο που η διαχείριση του άγχους από τους ασθενείς αποτελεί προδείκτη για τη πορεία της νόσου. Οι Akechi και συνεργάτες (Akechi T et al, 1998) σημείωσαν ότι ένα μοντέλο απόγνωσης/απελπισίας προέβλεπε

χειροτέρευση της ψυχολογικής επιβάρυνσης σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Οι Faller και συνεργάτες (Faller H et al, 1999) έδειξαν ότι ένα μοντέλο διαχείρισης που στηρίζεται στην μελαγχολία, την αυτολύπηση, την μοιρολατρία, την προβολή επιθετικότητας σε άλλους και την κοινωνική απομόνωση σχετίζονταν με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης. Οι Sammallahti και συνεργάτες (Sammallahti P et al, 1995) έδειξαν ότι η ένταση των μηχανισμών άμυνας σε ασθενείς με καρκίνο ήταν πολύ μεγαλύτερη συγκρινόμενη με τον υγιή πληθυσμό. Δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί άμυνας, αγχώδης επαγρύπνηση και απελπισία, έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα στους ασθενείς με καρκίνο, όπως επίσης και με σημαντική αρνητική επίπτωση στις ψυχοκοινωνικές τους σχέσεις (Grassi L et al, 2004. Grassi L et al, 1996. Malkin-Pykh IG, 2005)

Οι Greer και συν. (Greer S et al, 1975) αναγνώρισαν ότι το "μαχητικό πνεύμα" είναι μια από τις συνήθεις στάσεις που οι ασθενείς με καρκίνο υιοθετούν, αντιμετωπίζοντας τη νόσο ως πρόκληση, διατηρώντας μια θετική στάση απέναντι στην εξέλιξη της, ενώ οι διαχειριστικές τακτικές τους περιλαμβάνουν την αναζήτηση πληροφοριών για τη νόσο, την ανάληψη ενεργού ρόλου κατά την θεραπεία και την προσπάθεια να διατηρήσουν μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή (Watson M, 1991). Μία διαχειριστική τακτική αυτού του είδους συνδέεται με μικρότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης (Moorey S et al, 2002), ενώ ασθενείς με προεξέχον χαρακτηριστικό την αίσθηση απελπισίας/ανημπορίας και την ανήσυχη επαγρύπνηση είναι πιο πιθανό να είναι αγχωμένοι ή καταθλιπτικοί (Osborne RH et al, 1999).

Αντίθετα, μία θετική άποψη για το μέλλον επηρεάζει θετικά και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Taylor SE et al, 1984. Epping-Jordan JE et al, 1999), καρκίνο κεφαλής και τραχήλου (Allison PJ et al, 2000) και καρκίνο του προστάτη (Roesch SC et al, 2005). Οι διαχειριστικές τακτικές που επικεντρώνουν στην εξεύρεση λύσεων οδηγούν σε καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή και λιγότερη επιβάρυνση, ενώ η αποφευκτικότητα έχει ακριβώς τα αντίθετα αποτελέσματα (Roesch SC et al, 2005. Heim E et al, 1997).

Οι μηχανισμοί άμυνας

Στους περισσότερους ανθρώπους, η απειλή του θανάτου προκαλεί πανίσχυρες αμυντικές διαδικασίες, και αν σε πρώτη φάση παρέχουν στον άνθρωπο σε κρίση κάποια περιορισμένη ανακούφιση από την συναισθηματική αναστάτωση που νιώθει, στο τέλος συχνά δυσχεραίνουν την αποτελεσματική διαχείριση της κρίσης (Heim E et al, 1978. Rakovec Z, 2002). Ως μηχανισμός άμυνας θεωρείται η ασυνείδητη εκείνη ενδοψυχική διεργασία που δρα για να ανακουφίσει το άγχος που προέρχεται από τις συγκρούσεις, τις ενομήσεις και τα ένστικτα ενός ατόμου (McWilliams N, 2011).

Η Kubler-Ross διαπίστωσε μέσα από την εργασία της με καρκινοπαθείς ότι η άρνηση είναι η πιο συνηθισμένη άμυνα που χρησιμοποιούν μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης τους, σημειώνοντας ότι δεν είναι ασύνηθες για τους ασθενείς ή τις οικογένειες τους να απορρίπτουν μια διάγνωση ή να εύχονται να είναι λανθασμένη. Η άρνηση στους ασθενείς με καρκίνο είναι ένας μηχανισμός άμυνας του ασθενή ή της οικογένειας ή και των δύο πολλές φορές, στο πλαίσιο της μη αποδοχής εκ μέρους τους της πραγματικότητας. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει σε καταστάσεις που ο ασθενής αρνείται να μιλήσει ανοιχτά για την ασθένεια του, ή να χρησιμοποιήσει ορολογία σχετική αυτήν. Μπορεί να παρουσιαστούν φαινόμενα μη-συμμόρφωσης με την θεραπεία (Kunkel EJ et al, 1997), άρνηση της ιατρικής παρέμβασης στην πορεία της νόσου, ή και έμμεσων αντιστάσεων με συχνές παραλείψεις των θεραπειών. Ο όρος άρνηση⁷, ιδωμένος μέσα από μια ψυχαναλυτική οπτική, αναφέρεται σε μια ασύνειδη και μη αποτελεσματική στρατηγική (μηχανισμός άμυνας) έναντι επώδυνων και πολύ πιεστικών πτυχών της πραγματικότητας (Vos MS et al, 2007). Όταν προσεγγίζεται, παρόλα αυτά, μέσω ενός γνωστικού μοντέλου και στα πλαίσια της διαχείρισης του stress της διάγνωσης, θεωρείται ως μια προσαρμοστική στρατηγική (συνειδητή ή και ασυνείδητη) που προστατεύει το υποκείμενο από επώδυνες πληροφορίες, αντιλήψεις, αισθήματα και, τελικά, συνειδητοποιήσεις (Vos MS et al, 2007. Hotopf M et al, 2009).

⁷ Ο Freud χρησιμοποίησε δυο παρεμφερείς όρους στα γερμανικά για να διαχωρίσει τον μηχανισμό της άρνησης, όταν αυτός χρησιμοποιείται στην ψύχωση και όταν χρησιμοποιείται στην νευρώση. Ο πρώτος "Verleugnung", μεταφράζεται σαν άρνηση/απάρνηση στα ελληνικά ενώ ο δεύτερος "Verneinung" ως αποποίηση, ενώ τελικά στην ψυχαναλυτική ελληνική βιβλιογραφία επικράτησε, ακολουθώντας την αγγλική μετάφραση ο όρος ψυχολογική απώθηση, ή απλά απώθηση. Τελικά, ο Freud επέκτεινε την έννοια της άρνησης ούτως ώστε να συμπεριλαμβάνεται και στις νευρωτικές άμυνες, με το βάρος να πέφτει στην ένταση και την συχνότητα που το υποκείμενο κάνει χρήση της άμυνας, για να αξιολογηθεί η οργάνωση του (νευρωτική, οριακή ή ψυχωτική) (McWilliams, 2011)

Από την ανασκόπηση των Vos και συνεργατών πάνω στην χρήση της άρνησης από ογκολογικούς ασθενείς, τα ποσοστά που εμφανίζεται κυμαίνονται από 4,3% (Watson M et al, 1984) μέχρι 46.7% (Chakravorty SG et al, 1993). Ο Silberfarb και συνεργάτες (1993), επιχειρηματολογώντας πάνω στους διαφορετικούς λόγους που γίνεται χρήση της από ασθενείς με διαφορετική διάγνωση (Silberfarb PM et al, 1993), πρότεινε ότι ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα μπορεί να χρησιμοποιούν την άμυνα αυτή λόγω του ρόλου που οι ίδιοι μπορεί να έπαιξαν στο να την προκαλέσουν, θέλοντας τελικά να προστατεύσουν τον εαυτό τους από αισθήματα ενοχής.

Δύο μελέτες αναζήτησαν την συσχέτιση άρνησης και είδους καρκίνου. Η πρώτη (Dunkel-Schetter C et al, 1992) δεν έδειξε διαφορά ανάμεσα σε καρκίνο του μαστού και άλλους πληθυσμούς ενώ η δεύτερη έδειξε ότι ασθενείς με λέμφωμα χρησιμοποιούν πιο συχνά την άρνηση (30%) συγκριτικά με ασθενείς με καρκίνο του μαστού (15%) (Morris T et al, 1992).

Ο Lazarus, δουλεύοντας πολλά χρόνια σε κλινικό περιβάλλον, θεωρεί ότι η άρνηση μπορεί να έχει ευνοϊκές πλευρές υπό συγκεκριμένες συνθήκες και πολύ αρνητικές υπό κάποιες άλλες (Lazarus RS, 1981). Σε τρεις μελέτες που διερευνήθηκε η σωματική λειτουργικότητα και η επίδραση της άρνησης πάνω της βρέθηκε θετική συσχέτιση. Κάτι που αναδεικνύει ότι μέσω της άρνησης οι ασθενείς βίωναν λιγότερα σωματικά συμπτώματα, ενώ όσοι δεν την χρησιμοποιούσαν τα βίωναν μεγεθυμένα (Butow PN et al, 2000. Brown JE et al, 2000). Η άρνηση έχει συνδεθεί, επίσης, με λιγότερη ψυχολογική επιβάρυνση και μεγαλύτερη ανοχή σε σωματικά συμπτώματα (Vos MS et al, 2007).

Οι Hyphantis και συνεργάτες (2010, 2011), στην μελέτη τους με ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, έδειξαν ότι η άρνηση σχετίζεται αρνητικά και η απώθηση θετικά με την ψυχολογική καταπόνηση, με την άρνηση να παίζει θετικό ρόλο στην προαγωγή της ποιότητας ζωής και αντίστροφα η απώθηση αρνητικά (Paika V et al, 2010. Hyphantis T et al, 2011). Η άρνηση, λοιπόν, φαίνεται πως σε πολλές περιπτώσεις παίζει θετικό ρόλο στην διαχείριση της ασθένειας από τους νοσούντες. Ασφαλώς, πρέπει να αναγνωρίζεται από τους κλινικούς και να υπάρχει κατάλληλη ψυχοθεραπευτική παρέμβαση, σε εκείνες τις περιπτώσεις που οδηγεί τους ασθενείς στο να πάρουν πολύ λάθος αποφάσεις σχετικά με την προαγωγή της υγείας τους. Σε αντίθετη περίπτωση, πρέπει να αξιολογείται κατά πόσο είναι μια διαχειριστική στρατηγική που δίνει στους ασθενείς την δυνατότητα να αντιμετωπίσουν την πρόκληση της ασθένειας στην ζωή τους με επιτυχημένο τρόπο.

Άλλοι μηχανισμοί άμυνας

Μέσω της μετάθεσης, ως μηχανισμού άμυνας, ο φόβος του θανάτου μετατρέπεται /μεταπίπτει σε άλλους φόβους, υποκατάστατους (και πιο διαχειρίσιμους). Συνήθη παραδείγματα εμφάνισης της μετάθεσης σε κλινικό πλαίσιο είναι η υπερβολική ανησυχία αναφορικά με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας και την δική τους υγεία, καθώς και με επαγγελματικές υποθέσεις ή θέματα του οίκου, στην (ασύνειδη) προσπάθεια να μειωθεί κάπως το άγχος που του προκαλεί η δική του ασθένεια.

Η προβολή, ως μηχανισμός άμυνας, πολύ συχνά εκδηλώνεται ως γενικευμένη εχθρότητα και πικρία απέναντι στους άλλους (πχ, γιατροί, νοσοκόμοι και μέλη του οικογενειακού και στενού φιλικού περιβάλλον). Το άτομο μπορεί να κατηγορεί παράλογα τους άλλους για την ασθένεια του ή να τους επιρρίπτει ευθύνες για το ότι δεν συμβάλλουν αρκετά στην θεραπεία του. (www.infiressources.ca)

Τέλος, η παλινδρόμηση παρουσιάζεται με αυξανόμενη ανωριμότητα, εξάρτηση, και περιστασιακά με συμπεριφορές και συνήθειες που στρέφονται εναντίον του εαυτού (Weisman AD, 1987). Είναι πολύ πιθανό και κάποιοι άλλοι μηχανισμοί άμυνας, πέρα από την άρνηση που έχει μελετηθεί καλύτερα, να παίζουν ένα ρόλο στην ψυχοκοινωνική προσαρμογή στον καρκίνο (Lindström B et al, 2005. Vaillant GE, 1992). Η ανασκόπηση του Garssen (2004) αναδεικνύει ένα τέτοιο πιθανό προφίλ για την απώθηση, αλλά επιπλέον έρευνα χρειάζεται να διεξαχθεί για πιο αξιόπιστα συμπεράσματα (Garssen B, 2004).

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής είναι μία έννοια όχι ιδιαίτερα εύκολο να οριστεί, ενώ η επιστημονική βιβλιογραφία έχει δώσει μια σειρά ορισμών, χωρίς κάποιος εκ των οποίων να έχει καθιερωθεί μέχρι στιγμής. Μερικοί από τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους είναι οι εξής:

- είναι μία κατάσταση που οριοθετείται από την ικανότητα να είναι λειτουργικός κάποιος στην καθημερινότητα του αντανακλώντας σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, ενώ σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενούς από το επίπεδο λειτουργικότητας του και του ελέγχου που έχει πάνω στην ασθένεια (Gotay CC et al, 1992)
- είναι μία υποκειμενική αξιολόγηση του ικανοποιητικού και αξιοπρεπούς χαρακτήρα του συνόλου του βίου (van Knippenberg FC et al, 1988)
- είναι το χάσμα μεταξύ των προσδοκιών του ασθενούς και των επιτευγμάτων του. Όσο μικρότερο το χάσμα τόσο καλύτερη θεωρείται η ποιότητα ζωής (Calman KC, 1984)
- αντιπροσωπεύει το λειτουργικό αποτέλεσμα μιας ασθένειας και της επακόλουθης θεραπείας πάνω στον ασθενή όπως προσλαμβάνεται από τον ίδιο (Schipper H et al, 1988)
- ορίζεται ως η συνολική ικανοποίηση ενός ατόμου από την ζωή του και η προσωπική του αντίληψη για την ευεξία (Schumacher M et al, 1991)
- είναι η αντίληψη του ατόμου για την θέση του στη ζωή μέσα στο πλαίσιο της κουλτούρας και του συστήματος αξιών στο οποίο διαβιοί και σχετικά με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του (WHOQOL, 1993)

Σε κλινικό επίπεδο, χρησιμοποιείται μια πιο εξειδικευμένη έννοια της ποιότητας ζωής, αυτή που έχει σχέση με την υγεία (Health-Related Quality of Life). Γενικά θα λέγαμε πως η ποιότητα ζωής σε αυτό το πλαίσιο καλύπτει την υποκειμενική αντίληψη των ασθενών σχετικά με την επίδραση που έχει η ασθένεια, τα συμπτώματα της (σωματικά, ψυχολογικά, γνωστικά και κοινωνικά) αλλά και τις παρενέργειες της θεραπείας (Lerplege A et al, 1997).

Πλέον, η έρευνα στην HRQoL σε μελέτες σχετικά με τον καρκίνο έχει ενισχυθεί πάρα πολύ, με το 10% των τυχαιοποιημένων μελετών πάνω στον καρκίνο να συμπεριλαμβάνει αξιολόγηση της (Sanders C et al, 1998), αφού έχει δειχθεί ότι μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση των θεραπευτικών επιλογών και να είναι ακόμα και προγνωστικός δείκτης (Montazeri A et al, 2003. Montazeri A et al, 2001).

Ασθενείς με καρκίνο βιώνουν μια σειρά από έντονα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα, ανεξαρτήτου πολλές φορές του σταδίου που βρίσκεται η νόσος. Κάποια προβλήματα είναι απόρροια του σταδίου της νόσου, κάποια των θεραπειών στις οποίες υποβάλλεται ο ασθενής, ενώ άλλα οφείλονται σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που έχουν συζητηθεί (διαχείριση της ασθένειας, ναρκισσιστικό πλήγμα, εικόνα του σώματος, υπαρξιακή κρίση) (Portenoy RK et al, 1994. Chang VT et al, 1995). Η βιβλιογραφία μας παρέχει μία σειρά στοιχείων που συσχετίζουν την ψυχολογική επιβάρυνση και την παρουσία κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής με την παρουσία προβλημάτων όπως ο πόνος και η χαμηλή λειτουργικότητα και την αποφασιστική επίπτωση που έχουν όλοι οι παράγοντες αυτοί στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής (Harter K, 2001, Hopwood et al, 2000. Akechi et al, 2001. Wilson et al, 2004. Kissane et al, 2004)

Συγκρινόμενοι με έναν πληθυσμό ασθενών με καρκίνο κεφαλής - τραχήλου, ασθενείς με καρκίνο μαστού είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής λόγω συμπτωμάτων όπως η αδυναμία, η ναυτία και η διάρροια (Scharloo M et al, 2010). Οι Siddigi και συνεργάτες (2009) έδειξαν ότι ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής (αναφορικά με την ένταση των συμπτωμάτων και την σωματική λειτουργικότητα) από ότι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο, οι οποίοι με την σειρά τους έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους ασθενείς με καρκίνο σε υποτροπή (Siddigi A et al, 2009). Όπως αναφέρουν οι Miller και Walsh (Miller R et al, 1991), ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο πολύ συχνά αντιμετωπίζουν συμπτώματα όπως σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση, οικογενειακές δυσκολίες, επαγγελματικά και οικονομικά προβλήματα, όλα εκ των οποίων επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Οι Simon και συνεργάτες (2008) έχουν δείξει ότι η προχωρημένη νόσος οδηγεί στην κατάθλιψη και την χειροτέρευση της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με την νόσο σε αρχικά στάδια (Simon A.E et al, 2008) και επιχειρηματολογούν ότι οι ασθενείς σε προχωρημένο στάδιο έχουν περισσότερα συμπτώματα, είναι πιο πιθανό να λάβουν χημειοθεραπεία και αυτό συμβάλει αποφασιστικά στην επιδείνωση της ποιότητας ζωής.

Μία άλλη μελέτη των Simon και συνεργατών (Simon AE et al, 2009) με ασθενείς

με προχωρημένο καρκίνο του παχέος εντέρου έδειξε ότι η ψυχολογική επιβάρυνση ήταν μεγαλύτερη, η κοινωνική και σωματική λειτουργικότητα μειωμένες και η ποιότητα ζωής χειρότερη από ότι σε ασθενείς με εντοπισμένη νόσο. Επιβεβαιώνοντας τα ευρήματα της έρευνας του Simon, οι Engel και συν. (2003) πραγματοποίησαν μια προοπτική μελέτη τεσσάρων ετών σε 329 ασθενείς με καρκίνο του ορθού. Οι ασθενείς με κολοστομία εμφάνισαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν (Engel J et al, 2003).

Πολλές έρευνες έχουν δείξει, λοιπόν, ότι η προχωρημένη ασθένεια συνδέεται με χειρότερη ψυχοκοινωνική ευεξία (Osborne RH et al, 2003. Gallagher J et al, 2002. Rosenfeld B et al, 2004), ενώ υπάρχουν και μελέτες με ασθενείς με καρκίνο του μαστού οι οποίες δεν έχουν βρει κάποια σύνδεση (Kissane DW et al, 2004. Bleiker EM et al, 2000). Μια μελέτη 368 ασθενών σε 12 αμερικανικά καρκινικά κέντρα έδειξε ότι η επίπτωση των ψυχολογικών προβλημάτων δεν διέφερε πολύ κατά το συνεχές της ασθένειας, μέχρι του ορίου που η νόσος θεωρείται πλέον προχωρημένη (μεταστάσεις) (Zabora JR et al, 1997).

Μια άλλη μελέτη με 508 ασθενείς με καρκίνο δεν βρήκε συσχέτιση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και την διάρκεια της ασθένειας, αλλά βρήκε ότι όσοι διαγνώστηκαν με μεταστατική νόσο είχαν σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με αυτούς που διαγνώστηκαν στα πρώιμα στάδια (Isikhan V et al, 2001).

Οι ασθενείς μπορεί να υποφέρουν, επίσης, και από μια σειρά σημαντικών σωματικών παρενεργειών οφειλόμενων στην θεραπεία που υποβάλλονται (Fallowfield LJ, 1993), παρενέργειες ικανές να μειώσουν κατά πολύ την ποιότητα ζωής, με συμπτώματα όπως η εξάντληση, η μειωμένη σωματική λειτουργικότητα και ο πόνος (Winningham ML, 1991). Ιδιαίτερα, η εξάντληση παίζει αποφασιστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Portenoy RK et al, 1999. Heim ME et al, 2002) επηρεάζοντας, επιπλέον, την συμμόρφωση με την θεραπεία και άλλες δραστηριότητες προωθητικές της γενικής ευεξίας, όπως η φυσική άσκηση. Μια μελέτη σε γυναίκες με μεταστατικό καρκίνο προέβλεψε τον πόνο και την κούραση ως παράγοντες μικρότερου προσδόκιμου επιβίωσης (Hakamies-Blomqvist L et al, 2003).

Η ποιότητα ζωής φαίνεται να επηρεάζεται και από τον τύπο του καρκίνου, αφού διαφορετικοί καρκίνοι εμφανίζουν διαφορετικό μοτίβο επιθετικότητας ή έντασης των συμπτωμάτων κτλ (Given C.W et al, 2000). Μια μεγάλη μελέτη 4496 ασθενών βρήκε μια συνολική επίπτωση ψυχολογικής επιβάρυνσης να κυμαίνεται στο 35.1% με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται στο καρκίνο του πνεύμονα (43.4%) και να ακολουθούν ο

καρκίνος του εγκεφάλου, το λέμφωμα Hodgkin, ο καρκίνος του πάγκρεατος, ο καρκίνος κεφαλής-τραχήλου, ο καρκίνος του μαστού, η λευχαιμία και το μελάνωμα. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν ένα μοτίβο υψηλότερης ψυχολογικής επιβάρυνσης σε ασθένειες με χειρότερη πρόγνωση και με μεγαλύτερη σωματική ταλαιπωρία (Zabora J et al, 2001).

Άλλοι παράγοντες που συμβάλουν στην ποιότητα ζωής

Η αίσθηση του ελέγχου πάνω στην ασθένεια συνήθως σχετίζεται θετικά με καλύτερα αποτελέσματα, ενώ η αίσθηση του φαταλισμού έχει συνδεθεί με αρνητικές συνέπειες (Fortune DG et al, 2002. Paschalides C et al, 2004). Οι ασθενείς που θεωρούσαν ότι η ασθένεια τους θα έχει ένα πολύ αρνητικό ρόλο στην ζωή τους και τα αποτελέσματα της θα είναι μοιραία, βρέθηκε ότι εμφάνιζαν μεγαλύτερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, που επηρεάζουν ανεξάρτητα την σωματική και την ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής (Thune'-Boyle IC et al, 2006. Rozema H et al, 2008).

Το φύλο των ασθενών δεν φαίνεται να είναι ένας καθοριστικός παράγοντας στην ποιότητα ζωής τους (Dibble SL et al, 1998). Προβλήματα όμως που σχετίζονται με την στυτική δυσλειτουργία επηρεάζουν την σεξουαλική ζωή στους άντρες και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής τους (αν και δεν έχει διευκρινιστεί σε τι βαθμό συμβάλει η θεραπεία που υποβάλλονταν) (Phipps E et al, 2008).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν φαίνεται επίσης να παίζει κάποιο ρόλο στην ποιότητα ζωής των ασθενών, παρά μόνον στον βαθμό που μπορεί να καθορίσει το εισόδημα (Lundy JJ et al, 2009). Η οικονομική κατάσταση των ασθενών έχει βρεθεί ότι μπορεί να επηρεάσει σωματικές, κοινωνικές και συναισθηματικές πλευρές της ποιότητας ζωής (Lundy JJ et al, 2009. Klemm P et al, 2000).

Οι μελέτες πάνω στην ηλικία και την ποιότητα ζωής έχουν παρουσιάσει αντικρουόμενα συμπεράσματα. Οι Forsberg και συν. (1996) μελέτησαν ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου και στομάχου και ανέφεραν ότι η ηλικία δεν παίζει κανένα ρόλο στην ποιότητα ζωής (Forsberg C et al, 1996). Οι Hamashima και συν. (2002) στην έρευνα τους με ασθενείς που είχαν καρκίνο του πρωκτού ανέφεραν ότι η ποιότητα ζωής αυξάνεται με την ηλικία (Hamashima C et al, 2002). Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα των Klemm και συνεργατών (2000) με ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου (Klemm P et al, 2000).

Από την άλλη πλευρά, άλλες μελέτες με ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής μειώνεται όσο αυξάνει η ηλικία (Sapp AL et al, 2003. Trentham-Dietz A et al, 2003). Η μελέτη των Hyphantis και συνεργατών (2013) σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού σε πρώιμο στάδιο της νόσου, έδειξε ότι μικρότερα επίπεδα άγχους και μικρότερα επίπεδα απώθησης προέβλεπαν καλύτερη σωματική ποιότητα ζωής (Hyphantis T et al, 2013) ενώ μια παλαιότερη έρευνα της ίδιας ερευνητικής ομάδας σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου, έδειξε ότι η ψυχολογική επιβάρυνση συσχετιζόταν με την ποιότητα ζωής, επηρεάζοντας αρνητικά την σωματική, την ψυχολογική και την κοινωνική πλευρά της, ενώ η απώθηση βρέθηκε και σε αυτή την μελέτη ότι σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής, όπως επίσης και η εχθρότητα-επιθετικότητα (Hyphantis T et al, 2011).

Τέλος, σε μια πρόσφατη ανασκόπηση, οι Sales και συνεργάτες ανέφεραν ότι η προσωπικότητα D (που χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα και κοινωνική αναστολή) σχετίζεται με αυξημένη ψυχολογική επιβάρυνση σε ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου (Sales PM et al, 2014). Περισσότερες μελέτες πρέπει να σχεδιαστούν μελλοντικά για την διερεύνηση δημογραφικών δεδομένων και χαρακτηριστικών προσωπικότητας για να διαυγαστεί η σχέση τους με την ποιότητα ζωής των ασθενών.

Η ποιότητα ζωής μέσα από τις αντιλήψεις για τη νόσο

Ένα μοντέλο το οποίο προσπαθεί να ερμηνεύσει την έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε από τους Cameron και Leventhal (2003) και ονομάζεται μοντέλο αυτορρύθμισης. Ουσιαστικά, το μοντέλο αυτό τονίζει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη νόσο και αντιδρούν έναντι της, των συμπτωμάτων που βιώνουν και των θεραπειών που υποβάλλονται, ώστε να μπορέσουν να τα διαχειριστούν και να διατηρήσουν μια κάποια ισορροπία και ποιότητα ζωής (Cameron LD et al, 2003). Σε αυτό το μοντέλο, οι ασθενείς ουσιαστικά αντικρίζονται στην προσπάθεια τους να νοσηματοδοτήσουν το τι τους συμβαίνει.

Σύμφωνα με τον Kleinman (1978), ανεξάρτητα από το πολιτισμικό περιβάλλον, τα ανθρώπινα όντα οργανώνουν τις εμπειρίες τις σχετιζόμενες με τη νόσο γύρω από μια σειρά από κύριες θεματικές (Kleinman A et al, 1978). Αυτές οι θεματικές είναι η ταυτότητα της νόσου (η ονομασία της και τα συμπτώματα της) (identity), οι επιπτώσεις

της στην υγεία (consequences), το χρονοδιάγραμμα της (οξεία ή χρόνια, θεραπεύσιμη ή ανίατη) (timeline), ο προσωπικός έλεγχος που θα μπορέσει να διατηρήσει ο ασθενής πάνω της (personal control), αλλά και πάνω στη θεραπεία της (treatment control), το πόσο ανυσηγεί (concern) και ο συναισθηματικός αντίκτυπος που έχει η ασθένεια πάνω του (emotional response) και τέλος η κατανόηση εκ μέρους του της νόσου (understanding) (Broadbent E et al, 2006. Moss-Morris R et al, 2002).

Η μελέτη πάνω στις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τη νόσο έχει γίνει σε μια σειρά μελετών, όπως φαίνεται με την εκτεταμένη έρευνα πάνω στον καρκίνο του μαστού (Anagnostopoulos F et al, 2012. Frith H et al, 2007. Hunter M.S et al, 2003. Rozema H et al, 2009. Thun'e-Boyle I.C.V. et al, 2006).

Μελέτες με ασθενείς με καρκίνο κεφαλής-τραχήλου έχουν δείξει ότι οι αντιλήψεις τους για την ασθένεια σχετίζονται με την σωματική, την συναισθηματική και την κοινωνική τους λειτουργικότητα, επηρεάζοντας τις περισσότερες υποκατηγορίες στα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής που συμπλήρωσαν (Scharloo M et al, 2005. Llewellyn C et al, 2007).

Ο Dein (Dein S, 2004) χρησιμοποίησε την έννοια "εξηγητικό μοντέλο" (explanatory model of illness) όπως εισήχθη από τον Kleinman (Kleinman A et al, 1978) για να υποστηρίξει, σε αντίθεση με τον τελευταίο, ότι το διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο επιβάλλει διαφορετικές αναπαραστάσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια και διαφωνώντας με τις λεγόμενες σταθερές θεματικές. Ο Dein θεωρεί ότι το εξηγητικό μοντέλο που συνειδητά ή ασυνείδητα επιλέγεται από τον ασθενή, αλλάζει την συναισθηματική απόκριση απέναντι στην ασθένεια, τη συμμόρφωση με την θεραπεία, αλλά και τη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τους θεράποντες ιατρούς.

Η ποιότητα ζωής, λοιπόν, είναι μία έννοια που έχει ένα υποκειμενικό χαρακτήρα, που επηρεάζεται από την γενική κατάσταση του ασθενούς, από την παρουσία ψυχοπαθολογίας (κατάθλιψη), από την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων (πόνος, εξάντληση, ναυτία), αλλά και που προσαρμόζεται σε ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά, δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά δεδομένα και, σύμφωνα με κάποιους μελετητές, στο πολιτισμικό πλαίσιο εντός του οποίου μελετάται.

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΑΓΝΩΣΤΗΣ ΠΡΩΤΟΠΑΘΟΥΣ ΕΣΤΙΑΣ

Μια μεταστατική νόσος αποτελεί μια ιδιαίτερη συνθήκη. Η μετάσταση αποτελεί για πολλούς την κωδικοποίηση μιας σειράς συμβολισμών: εγγύτητα του θανάτου, σωματική καταπόνηση, συνέχιση επίπονων θεραπειών, ματαίωση των ελπίδων για ανάρρωση και επιστροφή στην κανονική ζωή.

Η διάγνωση του ΚΑΠΕ πρέπει αρχικά και θεμελιωδώς να κατανοηθεί ως διάγνωση μεταστατικής νόσου και ως διάγνωση ασθένειας τελικού σταδίου (Darueto JJ et al, 2005). Σε αντίθεση, όμως, με τις μεταστατικές νόσους που ξεκινούν από γνωστή πρωτοπαθή εστία και που έχουν τραβήξει το εμπειρικό ενδιαφέρον κλινικών και ερευνητών, με τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις τους να έχουν διερευνηθεί εις μακρόν, το ΚΑΠΕ αποτελεί μια εξαίρεση, με ελάχιστες ερευνητικές εργασίες να έχουν γίνει και ως εκ τούτου να παραμένει ένα αίνιγμα η εμπειρία των ασθενών αυτών. Παρά τα κοινά σημεία που μοιράζεται και την κοινή βάση από όπου θα πρέπει να εκκινήσουμε κάθε προσπάθεια κατανόησης της εμπειρίας των ασθενών, υπάρχουν αρκετά μοναδικά χαρακτηριστικά της ασθένειας που την διακρίνουν και που πρέπει να διαυγαστούν.

Η πρώτη μελέτη που εξέτασε την ψυχολογική επίπτωση και την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας σε ασθενείς με ΚΑΠΕ παρουσιάστηκε μόλις το 2001 από τους Zabora και συνεργάτες (Zabora J et al, 2001) οι οποίοι μελέτησαν 4496 ασθενείς με 14 διαφορετικές διαγνώσεις καρκίνου, εκ των οποίων οι 129 είχαν διαγνωσθεί με ΚΑΠΕ (2.9% του συνόλου). Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο BSI (Brief Symptom Inventory) και βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ παρουσίασαν ψυχολογική επιβάρυνση σε ποσοστό 34,9%, αποτελώντας την 8^η κατά σειρά σε επίπτωση κατηγορία, με την πρώτη θέση να καταλαμβάνει ο καρκίνος του πνεύμονα.

Η άγνοια της πρωτοπαθούς εστίας ενισχύει το αίσθημα ανασφάλειας σχετικά με την νόσο και φαίνεται ότι είναι μια εξαιρετικά δύσκολη κατάσταση να αποδεχτούν οι ασθενείς (Shaw et al, 2007. Hoskin P et al, 2003). Οι Lucy Boyland και Carol Davis (2008) (Boyland L et al, 2008) παρουσίασαν μια ποιοτική ερευνητική μελέτη για να προσεγγίσουν την κατανόηση των ίδιων των ασθενών για την κατάσταση τους και με σκοπό να διερευνήσουν τις ανησυχίες που αναδύονται από την αβεβαιότητα της ασθένειας. Παράλληλα, εκτιμήθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών. Χρησιμοποιήθηκε το

ερωτηματολόγιο McGill για την μέτρηση της ποιότητας ζωής, ενώ πραγματοποιήθηκαν ήμι-δομημένες συνεντεύξεις διάρκειας 30 λεπτών για την διερεύνηση θεμάτων όπως η κατανόηση του ασθενούς για την φύση της ασθένειας. Το δείγμα παρ' όλ' αυτά ήταν σχετικά μικρό, με μόνο 10 ασθενείς τελικά να συμμετέχουν στην έρευνα. Οι μισοί εκ των ασθενών είχαν βαθμολογία στην κλίμακα McGill κάτω του μέσου όρου, παρουσιάζοντας σοβαρή έκπτωση σε πολλές πτυχές της ποιότητας ζωής τους. Οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν δυσκολία διαχείρισης της άγνωστης φύσης της νόσου. Ανησυχούσαν για την αδυναμία ουσιαστικά να γίνει μια εκτίμηση της πρόγνωσης ή της πιθανής επιτυχίας ή αποτυχίας μιας θεραπευτικής επιλογής. Θα προτιμούσαν μια πιο τυπική διαγνωστική ταξινόμηση, νιώθοντας ότι με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσαν να ταυτιστούν και να συνδεθούν με άλλους ασθενείς. Οι ερευνήτριες αναφέρουν διαφορές στην διαχείριση θεμάτων σχετικά με την νόσο, αναγνωρίζοντας, παρ' όλ' αυτά, ότι δεν έλαβαν υπόψη υποκατηγορίες της ασθένειας με καλύτερη πρόγνωση, ή την χρονική στιγμή που διενεργήθηκε η συνέντευξη σε σχέση με την στιγμή της διάγνωσης.

Οι πέντε πιο συχνές διαχειριστικές συμπεριφορές απέναντι στην διάγνωση που αναγνωρίστηκαν είναι: το μαχητικό πνεύμα, το αίσθημα απελπισίας/αημιπορίας, ο φатаλισμός (η πεποίθηση πως ότι συμβαίνει είναι προκαθορισμένο να συμβεί, υπονοώντας έτσι κάποια ανώτερη δύναμη που επικαθορίζει το συμβαν/η μοιρολατρία), η αποφυγή/άρνηση και η αγχώδης αναμονή.

Ένας ασθενής φαίνεται ότι αναγνώρισε στον θεράποντα ιατρό μια κάποια αμφιρρέπεια αναφορικά με το να δώσει μια οριστική διάγνωση, στάση που ενίσχυσε την δική του ανησυχία.

Συμπερασματικά, τα έξι θέματα τα όποια αναγνωρίστηκαν από τις ερευνήτριες ήταν:

- πτωχή κατανόηση του προβλήματος
- συνεχής ενασχόληση με την αβεβαιότητα της νόσου (σε αντίθεση με την στωική αναγνώριση του προβλήματος)
- δυσφορία λόγω της έκθεσης σε πολλαπλές διαγνωστικές εξετάσεις
- αίσθηση ότι η θεραπεία είναι ανέφικτη
- αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να εξηγήσουν το πρόβλημα ή να γίνουν κατανοητοί
- αδυναμία των ασθενών να κοινωνήσουν το πρόβλημα σε τρίτους με περαιτέρω δυσκολία σύνδεσης και αίσθημα κοινωνικής απομόνωσης

Σημαντικές μελέτες ενισχύουν την άποψη ότι η αβεβαιότητα αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην διαχείριση της ασθένειας, αλλά και ότι αποτελεί επίσης σημαντικό προγνωστικό δείκτη για την εμφάνιση προβλημάτων προσαρμογής (Mishel M, 1990. Shaha M et al, 2008). Μια εργασία που έγινε από τους Lenzi και συνεργάτες το 2004, (Lenzi R et al, 2004) έλεγξε την υπόθεση ότι οι ασθενείς εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα ψυχοκοινωνικής δυσφορίας, που συνδέονται με υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας, χαρακτηριστικό σχετιζόμενο με τη διάγνωση της νόσου. Χρησιμοποιήθηκαν μια σειρά από ερωτηματολόγια για να διαγνωσθεί πιθανή καταθλιπτική συμπτωματολογία (CES-D), συμπτώματα άγχους (STAI-state), αβεβαιότητα σχετιζόμενη με την νόσο (MUIS) και η αίσθηση συνεκτικότητας (SOC). Τα αποτελέσματα έδειξαν αυξημένη βαθμολογία στις κλίμακες CES-D (ένα ποσοστό 41% σκόραρε πάνω από 16) και στην κλίμακα αβεβαιότητας (MUIS score: 93,6) με παλαιότερες μελέτες στον καρκίνο του πνεύμονα να είναι MUIS:79,46 (Hsu TH et al, 2003) και στον καρκίνο του μαστού MUIS:76,48. Το σκορ της κλίμακας MUIS δείχνει την αυξημένη αβεβαιότητα συγκριτικά με άλλους ασθενείς με γνωστή πρωτοπαθή νόσο, ενώ το σκορ της κλίμακας CES-D αναδεικνύει την ύπαρξη ήπιας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ο αριθμός του δείγματος ήταν 72 ασθενείς, η έρευνα που παρουσιάστηκε όμως ήταν με την μορφή abstract και δεν επιτρέπει να εξαχθούν ορθά συμπεράσματα για την μεθοδολογία των ερευνητών (Diagnosis and Management of Metastatic Malignant Disease of Unknown Primary Origin. NICE Clinical Guidelines, No. 104. National Collaborating Centre for Cancer (UK). Cardiff (UK): National Collaborating Centre for Cancer (UK); 2010 Jul.)

Η αβεβαιότητα φαίνεται από αυτές τις προκαταρκτικές έρευνες να παίζει ένα σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική απόκριση των ασθενών και οι Symmons (Symmons J, 2008) και Ettinger (Ettinger DS, 2005) προτείνουν ότι η καλύτερη πληροφόρηση θα μειώσει την ανησυχία που προκαλείται και θα βελτιώσει την ψυχική τους υγεία.

Η Brintzenhofe-Szoc και συνεργάτες (Brintzenhofe-Szoc KM et al, 2009) μελέτησαν σε ένα μεγάλο πληθυσμό (N=8,265 ασθενείς με διάφορες διαγνώσεις) στο ογκολογικό κέντρο John Hopkins την συνύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής, τα οποία συνοδεύονται με χειρότερη ποιότητα ζωής και φτωχή απόκριση στην θεραπεία ενώ αυξάνουν τον κίνδυνο αυτοκτονιών. Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη χρησιμοποιώντας το Brief Symptom Inventory και συνολικά το 12,4% των ασθενών εμφάνισε συννοσηρότητα κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής, κυρίως κατάθλιψη το 18,3% και κυρίως αγχώδη διαταραχή το 24%. Ένα ποσοστό που έφτανε το 70% δεν

εμφάνισε καθόλου συμπτώματα. Τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηροτητας βρέθηκαν σε ασθενείς με καρκίνο του στομάχου (20,2%), του παγκρέατος (17,3%) και της κεφαλής-τραχήλου (15%), και τα χαμηλότερα ποσοστά σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (10,8%) Από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 186 είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας. Το 14,5% εμφάνισε μικτή διαταραχή, κάνοντας το μια από τις διαγνώσεις με την μεγαλύτερη επίπτωση μικτής συμπτωματολογίας.

Μια μελέτη του Πανεπιστήμιου του Sao Paolo (Citero V et al, 2003) που έγινε από το τμήμα διασυνδεδετικής ψυχιατρικής εξέτασε 319 ογκολογικούς ασθενείς οι οποίοι παραπέμφθηκαν για μια σειρά ψυχολογικά προβλήματα, εκ των οποίων 31 ασθενείς με ΚΑΠΕ. 18 ασθενείς με ΚΑΠΕ αναφέρεται ότι διεγνώσθησαν με κάποια ψυχιατρική διαταραχή, η οποία χρειάστηκε είτε φαρμακευτική είτε ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές ήταν διαταραχές διάθεσης, άγχους, σωματομετατρεπτικές διαταραχές και delirium. Δυστυχώς, οι ερευνητές δεν δίνουν περαιτέρω στοιχεία σχετικά με τις υποκατηγορίες των ασθενών.

Οι McCormick και συνεργάτες (2009) παρουσίασαν ένα poster που αναφέρονταν σε φροντιστές (νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς) που εργάζονται με ασθενείς με ΚΑΠΕ, θέτοντας τους μια σειρά από ερωτήσεις, σχετιζόμενες με την εμπειρία τους αυτή. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι φροντιστές ασθενών με ΚΑΠΕ έχουν μεγαλύτερη ψυχολογική επιβάρυνση συγκριτικά με τους φροντιστές ασθενών που έχουν μια συγκεκριμένη διάγνωση (McCormick et al, 2009). Επίσης, παρότι αναγνωρίζουν αυτήν την ψυχολογική επιβάρυνση και την σημασία της έγκαιρης παρέμβασης, οι περισσότεροι νιώθουν ότι δεν είναι ικανοί να διαχειριστούν αυτήν την δυσφορία των ασθενών για το αβέβαιο της κατάστασης τους, τον φόβο τους ότι μάχονται με κάτι το άγνωστο ή ακόμα και την οργή τους που ο καρκίνος τους δεν μπορεί να αναγνωριστεί. Ανακεφαλαιώνοντας, αναγνωρίζουν ασθενείς δύσπιστους, οργισμένους και φοβισμένους.

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις του ΚΑΠΕ ήταν το θέμα της παρουσίασης της Dr Penelope Schofield στο σεμινάριο για το ΚΑΠΕ που διοργανώθηκε στο Λονδίνο το 2014. Η Dr Schofield παρουσίασε μια έρευνα στην οποία συμμετείχαν δώδεκα ασθενείς με ΚΑΠΕ, ηλικίας μεταξύ 49 και 84 ετών και χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για την μέτρηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης, της ποιότητας ζωής και του ποσοστού των ακάλυπτων αναγκών. Η Schofield βρήκε υψηλά ποσοστά σωματοποίησης, κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής, ενώ συνέκρινε τα αποτελέσματα της με ένα ετερογενές δείγμα ασθενών με διάφορους καρκίνους που μελέτησαν οι Smith και συν. (Smith AB et al, 2006)

και βρήκε ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ εμφάνισαν χειρότερη λειτουργικότητα σε γνωσιακό, συναισθηματικό και σωματικό επίπεδο.

Οι περισσότερες μελέτες ομαδοποιούν το ΚΑΠΕ με προχωρημένους καρκίνους ή καρκίνους σε παρηγορητική θεραπεία, θεωρώντας ότι δεν υπάρχει κάποια ουσιαστική διαφοροποίηση στην ψυχιατρική συμπτωματολογία που ενδέχεται να διαπιστωθεί. Όπως είδαμε όμως, πολλοί παράγοντες, τόσο σχετιζόμενοι με το ΚΑΠΕ (επιθετικότητα νόσου, απουσία πρωτοπαθούς εστίας=κλινικό αίνιγμα), όσο και με τους ασθενείς (αναπαραστάσεις για την νόσο, επίδραση αισθήματος αβεβαιότητας, επίδραση απουσίας ελέγχου πάνω στη νόσο) μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά στην εμφάνιση ειδικής συμπτωματολογίας, στην πορεία της ασθένειας, στην διαχείριση της από την πλευρά του ασθενούς και στην ποιότητα ζωής τους.

Στις μελέτες που αναφέρουν το ΚΑΠΕ ως ένα χαρακτηριστικό δείγμα μιας μεταστατικής προχωρημένης νόσου είναι η μελέτη των Sallvo και συν. (2012) πάνω στην επίπτωση της κατάθλιψης και της αγχώδους διαταραχής σε ασθενείς με καρκίνο (Salvo N et al, 2012), των Wada και συν. (2010) για την επίπτωση του delirium (Wada T et al, 2010), των Kirkova και συν. (2010) πάνω στην ένταση της ψυχολογικής επιβάρυνσης σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο (Kirkova J et al 2010), των Kadan-Lottick και συν. (2005) πάνω σε μια σειρά ψυχιατρικών διαταραχών (Kadan-Lottick NS, et al 2005) των Atesci και συν. (2004) πάνω στην ψυχιατρική συμπτωματολογία και την επίγνωση που έχουν οι ασθενείς για αυτήν (Atesci FC et al, 2004) αλλά και των Herschbach και συν. (2004) που διερευνούν μια σειρά από ψυχολογικά προβλήματα και ζητήματα προσαρμογής (Herschbach P et al, 2004).

Οι Fallowfield και συν. (2001), εξετάζοντας ένα μεγάλο δείγμα ασθενών με καρκίνο εκ των οποίων οι 33 είχαν ΚΑΠΕ, για να ελέγξουν το κατά πόσο οι γιατροί μπορούσαν να αναγνωρίσουν την ψυχιατρική συμπτωματολογία, έδωσαν στους ασθενείς, πριν τις συνεντεύξεις τους με τους γιατρούς, να συμπληρώσουν το GHQ12, ένα ερωτηματολόγιο ειδικά σχεδιασμένο για να ελέγχει την ψυχοπαθολογία στο γενικό πληθυσμό. Από τους 33 ασθενείς με ΚΑΠΕ οι 16 (48,5%) εμφάνισαν κάποια ψυχιατρική συμπτωματολογία, κάνοντας τους μία από τις ομάδες με την μεγαλύτερη επίπτωση ψυχοπαθολογίας, σε ένα δείγμα ασθενών με 13 διαφορετικές διαγνώσεις (Fallowfield L et al, 2001)

Το ΚΑΠΕ έχει χαρακτηριστεί μια εξοντωτική διάγνωση για τον ασθενή και την οικογένεια του (Hoskin P et al, 2003). Ο Symmons (Symmons J, 2008) σχολιάζει ότι

πολλές φορές οι κλινικοί είναι απορροφημένοι σε αυτό που αναφέρει "κυνηγώντας την πρωτοπαθή εστία", με τους ασθενείς τελικά να υφίστανται εξοντωτικές και υπερβολικές διερευνητικές εξετάσεις (James N et al, 2010. Shaw P et al, 2007) και να νιώθουν σαν να είναι μπλεγμένοι σε μια κατάσταση συνεχιζόμενων διερευνήσεων χωρίς ένα προκαθορισμένο τέλος. Ή σε μια κατάσταση που η διάγνωση συνεχώς διαφεύγει. Σύμφωνα με τον Wiggins (1992), ακόμα και μια κακή διάγνωση είναι πολλές φορές προτιμότερη από μια απουσία διάγνωσης. Η απουσία διάγνωσης φαίνεται ότι αυξάνει κατά πολύ τα επίπεδα stress και άγχους (Wiggins S et al, 1992).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η εμπειρία της διάγνωσης καρκίνου άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας, πέρα από όσα έχουν συζητηθεί αναφορικά με την κινητοποίηση μιας αναμενόμενης ψυχολογικής απόκρισης στα πλαίσια της ταυτοποίησης της νόσου ως καρκίνου, περιπλέκεται και από την ιδιαιτερότητα μιας νόσου που χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα, πτωχή κατανόηση, επιθετικότητα, μικρό διάστημα προσαρμογής και δυσκολία επικοινωνίας της εμπειρίας στα πλαίσια εξέρευσης κοινωνικής υποστήριξης.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα μελέτη είχε τους εξής στόχους:

- Να γίνει μια πρώτη διερεύνηση των ψυχιατρικών εκδηλώσεων και των χαρακτηριστικών προσωπικότητας που πιθανώς σχετίζονται με την έκβαση της νόσου σε ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (ΚΑΠΕ) (psychological distress, personality traits)
- Να μελετηθούν οι αντιλήψεις (το υποκειμενικό βίωμα) των ασθενών αναφορικά με την νόσο τους καθώς και το πως αναδεικνύεται στον καθένα τους η εμπειρία της ασθένειας (illness perceptions)
- Να γίνει μια συσχέτιση με όσα είναι γνωστά για ασθενείς με νεοπλασματική νόσο στην οποία η πρωτοπαθής εστία είναι γνωστή, είτε αυτή είναι στα αρχικά της στάδια, είτε προχωρημένη (οι κατηγορίες ασθενών που μελετήθηκαν είχαν διαγνωσθεί με καρκίνο του μαστού και καρκίνο του παχέος εντέρου). Μια τέτοια συσχέτιση θα αναδείξει αν και κατά πόσο προκύπτει διαφορά στο ψυχολογικό προφίλ, ουσιαστικά δηλαδή τόσο στην "ψυχιατρική" νοσηρότητα, όσο και στους τρόπους που οι ασθενείς διαχειρίζονται αυτό που τους συμβαίνει (coping)
- Να μελετηθούν το πως επηρεάζουν οι παραπάνω παράγοντες την ποιότητα ζωής των ασθενών (quality of life)

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Η συλλογή του ερευνητικού υλικού της παρούσας συγχρονικής μελέτης πραγματοποιήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία της Ογκολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, το οποίο παρέχει δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας σε πληθυσμό περίπου 350.000 κατοίκων, σε ένα χρονικό διάστημα δύο ετών (Ιούλιος 2010 - Ιούλιος 2012). Η διάγνωση του καρκίνου άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας σε ασθενείς με μεταστατική νόσο έγινε μετά από ενδελεχή έλεγχο που περιελάμβανε λεπτομερές ιστορικό και κλινική εξέταση, βασικές αιματολογικές και βιοχημικές αναλύσεις, έλεγχο ούρων και κοπράνων για ύπαρξη αίματος, ανοσοιστοχημικές εξετάσεις σε βιοπτικό υλικό, ακτινογραφία θώρακος και, τέλος, αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας. Ως κριτήρια αποκλεισμού από τη συμμετοχή στην παρούσα μελέτη ορίστηκαν η ανεπαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας και ιστορικό σοβαρής ψυχικής νόσου, άνοιας ή χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών.

Αρχικά οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας από τον θεράποντα ιατρό τους. Από τους 56 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής, οι 50 δέχτηκαν να συμμετάσχουν. Για να ελεγχθεί το κατά πόσο το ψυχολογικό προφίλ των ασθενών με ΚΑΠΕ και η ποιότητας ζωής που απολαμβάνουν διαφοροποιούνταν από ασθενείς με γνωστή πρωτοπαθή εστία (με ή χωρίς μεταστάσεις), χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από την αντίστοιχη μελέτη της ίδιας ερευνητικής ομάδας με 162 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου (139 χωρίς μεταστάσεις) και 134 γυναίκες με διεγνωσμένο καρκίνο του μαστού (125 χωρίς μεταστάσεις) που παρόμοια χρονική περίοδο νοσηλεύτηκαν είτε στην ογκολογική κλινική είτε εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία της Ογκολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (Paika V et al, 2010. Hyphantis et al, 2013). Τα ίδια κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν και σε αυτήν την περίπτωση. Από τους 316 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου, οι 247 πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής και οι 162 δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα (ποσοστό συμμετοχής 65,6%). Η διάγνωση του καρκίνου παχέος εντέρου στηρίχτηκε σε θετική βιοψία μετά από κολonosκόπηση. Η σταδιοποίηση βασίστηκε στα κριτήρια της American Joint Committee on Cancer (AJCC) (American Joint Committee on Cancer, 2002. DeVita VT et al, 2008). Από τις 262 γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού, οι 218 πληρούσαν τα κριτήρια και οι 154 συμφώνησαν να συμμετάσχουν (ποσοστό συμμετοχής

70,6%). Η σταδιοποίηση στηρίχθηκε επίσης στα κριτήρια που έχει θέσει η AJCC.

Ελήφθη ένα ολοκληρωμένο κοινωνικό ιστορικό που αφορούσε στην ηλικία, στην εκπαίδευση και στην οικογενειακή κατάσταση των ασθενών καθώς και ένα κλινικό ιστορικό το οποίο περιελάμβανε την διάρκεια της νόσου, τον αριθμό των μεταστάσεων, τους ιστολογικούς υπότυπους στους οποίους κατατάσσεται η νόσος και, τέλος, την αγωγή που ελάμβανε ο ασθενής κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

ΘΕΜΑΤΑ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑΣ – ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Προϋπόθεση κάθε ερευνητικής προσπάθειας είναι η συγκατάθεση των συμμετεχόντων που θα βασίζεται σε σωστή τους πληροφόρηση (informed consent). Συγχρόνως, είναι εξαιρετικά σημαντικό να υπάρχει εχεμύθεια όσον αφορά ευαίσθητα προσωπικά τους στοιχεία. Ως εκ τούτου, η εμπιστευτικότητα των αποτελεσμάτων επισημαίνονταν ιδιαίτερα στους ασθενείς. Η έρευνα ήταν σε απόλυτη συμμόρφωση με όλες τις εθνικές και διεθνείς διατάξεις, συμβάσεις και κώδικες δεοντολογίας. Τέλος, κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων, η διαδικασία που ακολουθήθηκε βασίστηκε στο πρωτόκολλο ηθικής δεοντολογίας που έχει οριστεί από την παγκόσμια επιτροπή πειραματικών ερευνών (World Medical Association Helsinki Declaration). Η έρευνα είχε επίσης την έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η ψυχομετρική αξιολόγηση περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

- A) Δημογραφικές πληροφορίες
- B) Κλινικό ιστορικό
- Γ) Κλίμακες εκτίμησης Ψυχοπαθολογίας
- Δ) Κλίμακες εκτίμησης Προσωπικότητας
- E) Κλίμακα εκτίμησης του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών.
- Z) Κλίμακα διερεύνησης των σχετικών με τη νόσο αντιλήψεων των ασθενών

A. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν αφορούσαν:

- Φύλο
- Ηλικία
- Οικογενειακή κατάσταση: α) έγγαμος/η, β) χήρος/α, γ) διαζευγμένος/η, δ) άγαμος/η και ε) συζεί
- Εκπαίδευση: α) αναλφάβητος/η, β) στοιχειώδης (δημοτικό), γ) βασική (9ετής), δ) 12ετης (Λύκειο), ε) ΑΕΙ/ΤΕΙ

B. ΚΛΙΝΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν

- Αριθμό μεταστάσεων
- Διάρκεια νόσου (από την διάγνωση)
- Ιστολογικοί υπότυποι
- Θεραπεία
- Ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης

Στις ομάδες ελέγχου καταγράφηκαν στοιχεία σχετικά με:

- Τύπο του καρκίνου (μαστού ή παχέος εντέρου)
- Στάδιο του καρκίνου
- Διάρκεια νόσου (από την διάγνωση)
- Ύπαρξη χειρουργικής επέμβασης (κολοστομία ή ριζική μαστεκτομή)
- Θεραπεία

Γ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Για την ανίχνευση ύπαρξης κλινικά σημαντικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων επιλέχθηκε το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο CES-D 20 για την κατάθλιψη (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) ενώ για την εκτίμηση της έντασης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων η Κλίμακα SCL-90R.

Η **Center for Epidemiologic Studies Depression Scale** (CES-D) είναι μια κλίμακα αυτο-αναφοράς η οποία έχει σχεδιαστεί για τη διερεύνηση της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό και αξιολογεί τα κυριότερα καταθλιπτικά συμπτώματα (Radloff LS, 1977). Τα καταθλιπτικά συμπτώματα που καλύπτει είναι η καταθλιπτική διάθεση, τα συναισθήματα ενοχής και έλλειψης αξίας που βιώνει το άτομο, όπως και τα συναισθήματα απελπισίας και ανημποριάς, η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η απώλεια της όρεξης και οι διαταραχές στον ύπνο. Η κλίμακα αυτή, αποτελείται από είκοσι (20) θέματα, τα οποία προέρχονται από άλλες κλίμακες αυτό-αναφοράς, όπως το BDI και το SDS. Είναι αυτό-χορηγούμενη, αλλά μπορεί να χορηγηθεί και στα πλαίσια μιας κλινικής συνέντευξης. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης της είναι τα δώδεκα λεπτά. Τα στοιχεία της κλίμακας αναφέρονται στη συχνότητα με την οποία βίωσε το άτομο τα αναγραφόμενα συμπτώματα την τελευταία εβδομάδα, ενώ η απαντητική κλίμακα είναι τύπου Likert με τις απαντήσεις να κυμαίνονται μεταξύ 0 και 3. Υψηλότερο σκορ καταδεικνύει και σοβαρότερη μορφή κατάθλιψης. Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί τόσο στο γενικό όσο και σε κλινικό πληθυσμό, παρουσιάζοντας υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχουν μελετηθεί οι ψυχομετρικές της ιδιότητες στον ελληνικό πληθυσμό, με τεκμηριωμένη εγκυρότητα και αυξημένη εσωτερική αξιοπιστία (Fountoulakis K et al, 2001).

Η Κλίμακα εκτίμησης της έντασης των Ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων SCL-90R (Symptom Check List-90 Revised) (Derogatis LR, 1994). Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη πολυδιάστατη κλίμακα εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας που αποτελείται από 90 διαπιστώσεις, οι οποίες είναι έτσι διατυπωμένες ώστε να δίνουν ένα μέτρο για την ένταση της συμπτωματολογίας σε διάφορες διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας. Η παρουσιαζόμενη ψυχοπαθολογία προσεγγίζεται σε 9 μείζονες συμπτωματολογικές διαστάσεις ή υποκλίμακες:

- Σωματοποίηση (Somatization) (12 διαπιστώσεις): αιτιάσεις που αφορούν σωματικά συμπτώματα
- Ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα (Obsessive-Compulsive) (10 διαπιστώσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο
- Διαπροσωπική ευαισθησία (Interpersonal Sensitivity) (9 διαπιστώσεις): αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτουποτίμησης ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους και στις σχέσεις με άλλους
- Κατάθλιψη (Depression) (13 διαπιστώσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο
- Επιθετικότητα (Hostility) (6 διαπιστώσεις): εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού και επιθετικότητας
- Φοβικό άγχος (Phobic Anxiety) (7 διαπιστώσεις): απηχεί κυρίως τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία
- Παρανοειδής ιδεασμός (Paranoid Ideation) (6 διαπιστώσεις): αιτιάσεις και συμπεριφορά που αντιπροσωπεύουν παρανοειδή τρόπο σκέψης
- Ψυχωτισμός (Psychotism) (10 διαπιστώσεις): αντιπροσωπεύει μια σύμμειξη των συμπτωμάτων «α τάξης» της σχιζοφρένειας με χαρακτηριστικά κυρίως στοιχεία αλλοτρίωσης και απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις

Επίσης, έχουν ενσωματωθεί επτά διαπιστώσεις που αφορούν διάφορες αιτιάσεις (όρεξη, επέλευση ύπνου, πρωινή αφύπνιση, ανήσυχος ύπνος, πρόσληψη τροφής, σκέψεις θανάτου, αισθήματα ενοχής), οι οποίες δεν περιλαμβάνονται στις παραπάνω υποκλίμακες, αλλά συνυπολογίζονται κατά την εξαγωγή των δεικτών που αναφέρονται στη συνέχεια. Εκτός των 9 υποκλιμάκων εξάγονται και 3 συνολικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας:

- α) ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά
- β) το σύνολο θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ), που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων
- γ) ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης μόνο

Η βαθμολόγηση της κάθε υποκλίμακας γίνεται με την άθροιση των βαθμολογιών των επιμέρους διαπιστώσεων που την απαρτίζουν. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4) αντικατοπτρίζοντας την ψυχολογική τους επιβάρυνση τις τελευταίες επτά ημέρες. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα σε ογκολογικούς ασθενείς και έρευνες επιβεβαιώνουν ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την έγκυρη εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας (Derogatis LR et al, 1983. Derogatis LR, 1994. Recklitis CJ et al, 2007). Η προσαρμογή της κλίμακας στον Ελληνικό πληθυσμό από τους Ντόνια και συν. (1991) παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα με σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Donias S et al, 1991).

Δ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Μια βασική έννοια που προσεγγίσθηκε μέσα από την επιλογή των ερωτηματολογίων για την αξιολόγηση της προσωπικότητας ήταν αυτή των μηχανισμών άμυνας. Η ψυχοδυναμική θεωρία τους προσεγγίζει ως «μηχανισμούς» (προσαρμοστικούς ή μη) που "υιοθετεί" το υποκείμενο, και οι οποίοι λειτουργούν κυρίως με ασύνειδο τρόπο. Ως κύριο στόχο έχουν να προστατεύσουν από το άγχος που προκαλείται πιθανώς από μη κοινωνικά παραδεκτές ενορμήσεις (σεξουαλικού ή επιθετικού τύπου) αλλά και να παραμορφώσουν την πραγματικότητα για χάριν της εσωτερικής ψυχικής ζωής. Ανάλογα με το πως χειρίζεται κάποιος τους μηχανισμούς αυτούς, μπορεί να είναι βοηθητικοί (να προάγουν την υγεία) ή αντιθέτως να έχουν αρνητικές επιπτώσεις. Υπό αυτή την έννοια έχουν μεγάλη αξία ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας στην διαχείριση μιας στιγμής κρίσης, όπως είναι μια ασθένεια. Για την αξιολόγηση των μηχανισμών άμυνας του Εγώ επιλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια **Defense Style Questionnaire (DSQ)** και **Life Style Index (LSI)**.

Το **Defense Style Questionnaire (DSQ)**. Οι Vaillant & Vaillant ανέπτυξαν ένα σύστημα ιεραρχικής ταξινόμησης των αμυντικών μηχανισμών ανάλογα με το βαθμό ανωριμότητας ή ωριμότητας που τους διακρίνει. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, οι αμυντικοί μηχανισμοί βρέθηκαν να οργανώνονται σε τρεις κατηγορίες: Πρώτη κατηγορία, οι ανώριμες άμυνες. Σε αυτό το επίπεδο εντάσσονται εκείνοι οι μηχανισμοί οι οποίοι είναι συχνοί σε ενήλικες με κατάθλιψη, με εξαρτήσεις και με διαταραχές προσωπικότητας. Δεύτερη κατηγορία, οι νευρωτικές άμυνες. Οι άμυνες αυτές κυριαρχούν στους ασθενείς με νεύρωση και μπορούν να αλλάξουν με την ψυχοθεραπεία. Τρίτη και τελευταία κατηγορία είναι οι ώριμες άμυνες οι οποίες είναι πιο συχνές στα ώριμα και υγιή ενήλικα άτομα. Ο Bond (Bond M, 1992) έχοντας ως στόχο την αξιολόγηση των μηχανισμών άμυνας του Εγώ, όπως αυτοί συνάγονται μέσω της εκδηλούμενης συμπεριφοράς, προχώρησε στην ανάπτυξη του Defense Style Questionnaire (DSQ). Το **Ερωτηματολόγιο Μελέτης του Αμυντικού Προφίλ (Defense Style Questionnaire, DSQ)** αποτελείται από 88 διαπιστώσεις, οι οποίες περιγράφουν τα συνειδητά παράγωγα των μηχανισμών άμυνας του Εγώ. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων σε μια εννιάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Το DSQ αναπτύχθηκε με βάση την υπόθεση ότι οι άμυνες ακολουθούν μια ιεραρχική τάξη οργάνωσης στο συνεχές «ανωριμότητα-ωριμότητα», συγκροτώντας αμυντικά προφίλ. Η πρωτότυπη έκδοση προσδιορίζει 4 προφίλ και περιλαμβάνει 25 μηχανισμούς άμυνας του Εγώ:

- Το «*δυσπροσαρμοστικό προφίλ*» (*maladaptive style*), το οποίο αποκαλύπτει την αδυναμία των συμμετεχόντων να διαχειριστούν τις ενορμήσεις τους και την κινητοποίηση λιγότερο ώριμων αμυντικών μηχανισμών όπως: της απόσυρσης (withdrawal), της παλινδρόμησης (regression), της εκδραμάτισης (acting out), της αναστολής (inhibition), της παθητικο-επιθετικότητας (passive-aggressive) και της προβολής (projection).
- Το «*προφίλ της διαστρέβλωσης της εικόνας*» (*image-distorting style*), το οποίο χαρακτηρίζει τα άτομα εκείνα που διαχωρίζουν την εικόνα του εαυτού τους και των άλλων σε καλή και κακή. Οι αμυντικοί μηχανισμοί που περιλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία είναι: ο παντοδύναμος έλεγχος (omnipotence), η σχάση (splitting) και η αρχέγονη εξιδανίκευση (primitive idealization).
- Το «*προφίλ της αυτοθυσίας*» (*self-sacrificing style*), το οποίο απεικονίζει την ανάγκη του ατόμου να διατηρεί την εικόνα του καλού και ευγενικού που παρέχει

βοήθεια στους άλλους και που ποτέ δε θυμώνει. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται: ο ψευδοαλtruισμός (pseudo-altruism) και ο σχηματισμός εξ αντιδράσεως (reaction-formation).

- Το «προσαρμοστικό προφίλ» (*adaptive style*), αναφέρεται στους λεγόμενους «ώριμους» μηχανισμούς άμυνας, την καταστολή (suppression), τη μετουσίωση (sublimation) και το χιούμορ (humor).

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τον πληθυσμό των ΗΠΑ, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ολλανδίας και της Ιαπωνίας. Έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά με την μέθοδο της αμφίδρομης μετάφρασης (back-translation) από την ερευνητική ομάδα του κ. Υφαντή (Hyphantis T, 2010) και έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις, όπως σε καρκινοπαθείς, σε ασθενείς με γαστρεντερολογικές παθήσεις, σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, με Σκληρόδερμα, με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Εντερική Νόσο και με Ελκώδη Κολίτιδα (Hyphantis T et al, 2005, Hyphantis TN et al, 2007. Paika V et al, 2009. Hyphantis TN et al, 2005. Bai M et al, 2009. Hyphantis T et al, 2009).

Η **Κλίμακα Life Style Index (LSI)**, η οποία κατασκευάστηκε από τους Plutchik και συν. (Plutchik R et al, 1989) στηρίχτηκε πάνω στην ψυχο-εξελεγκτική θεώρηση τους για τα ανθρώπινα συναισθήματα, τα οποία αναγνωρίζονται ως βιολογικά αρχέγονα και συγχρόνως ως σημαντικές προσαρμοστικές στρατηγικές για την επιβίωση του ατόμου. Η θεωρία αναφέρει οκτώ βασικά συναισθήματα τα οποία αναπαριστώνται σε μία κυκλωτερή δομή, υπογραμμίζοντας ουσιαστικά ότι χωρίζονται σε 4 ζεύγη δίπολων. Πάνω στην θεωρία αυτή αναπτύχθηκαν 8 αμυντικοί μηχανισμοί που εξετάζονται από την κλίμακα Life Style Index, η οποία αποτελείται από 97 προτάσεις, που περιγράφουν τα συνειδητά παράγωγα αυτής της αμυντικής λειτουργίας. Οι αμυντικοί μηχανισμοί που εξετάζονται είναι:

- η επανόρθωση (compensation)
- η άρνηση (denial)
- η μετάθεση (displacement)
- η διανοητικοποίηση (intellectualization)
- η προβολή (projection)

- ο σχηματισμός εξ αντιδράσεως (reaction formation)
- η παλινδρόμηση (regression)
- η απόθεση (repression)

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για κάθε εξεταζόμενο, δηλώνοντας *Ναι* ή *Όχι* αντίστοιχα. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας. Η προσαρμογή της στον Ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από την ερευνητική ομάδα του κ. Υφαντή (Hyphantis T et al, 2011).

Η Κλίμακα Εκτίμησης της Αίσθησης Συνεκτικότητας (Sense of coherence, SOC) (Antonovsky H, 1993) βασίζεται στη θεωρία του A. Antonovsky περί «προαγωγής της υγείας» (salutogenesis) και περιγράφει αυτό που εκείνος ονόμασε «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence, SOC) (Geyer S, 1997). Η «αίσθηση συνεκτικότητας» (SOC) είναι ένα θεωρητικό μοντέλο που προσπαθεί να εξηγήσει γιατί μερικά άτομα αρρωσταίνουν κατά την αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, ενώ άλλα όχι. Η υγειογενετική προσέγγιση απορρίπτει τη διχοτομική ταξινόμηση των ανθρώπων σε υγιείς και ασθενείς και την αντικαθιστά με την τοποθέτηση των ανθρώπων σε ένα πολυδιάστατο συνεχές ασθένειας-υγείας. Προσπαθώντας να προσδιορίσει τους παράγοντες που ωθούν τον άνθρωπο προς τον υγιή πόλο του συνεχούς υγείας-ασθένειας, διατύπωσε την έννοια της «εσωτερικής συγκρότησης». Η εσωτερική συγκρότηση (sense of coherence) θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας, που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας (Καράλης I et al, 2004). Ο Antonovsky, δουλεύοντας σε κλινικό πλαίσιο, μελέτησε ασθενείς που είχαν ισχυρή εσωτερική συγκρότηση και τους συνέκρινε με αυτούς που βρίσκονταν στον αντίθετο πόλο και αναζήτησε θέματα που ήταν σταθερά παρόντα στη μία ομάδα και εξέλειπαν από την άλλη. Έτσι προσδιόρισε τρεις διαστάσεις της εσωτερικής συγκρότησης:

- την "*ικανότητα κατανόησης*" (comprehensibility) (τα ερεθίσματα που λαμβάνει από το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον στην πορεία της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και εξηγήσιμα)

- την *"ικανότητα χειρισμού"* (manageability) (υπάρχει η δυνατότητα να αντιμετωπίσει τις απαιτήσεις που προκύπτουν από τα συγκεκριμένα ερεθίσματα)
- την *"ικανότητα νοηματοδότησης"* (meaningfulness) (οι απαιτήσεις αυτές αποτελούν προκλήσεις, που αξίζουν να ασχοληθεί κάποιος και να επενδύσει πάνω τους)

Για την εκτίμηση της Αίσθησης Συνεκτικότητας διαμορφώθηκε μια κλίμακα που μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο είτε μέσω συνέντευξης. Η κλίμακα αποτελείται από 29 ερωτήματα· κάτω από κάθε ερώτημα υπάρχει μια επταβάθμια κλίμακα, στα άκρα της οποίας (1 και 7) αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις. Ο ερωτώμενος καλείται να κινηθεί σε αυτή την επταβάθμια κλίμακα και να επιλέξει το βαθμό που ανταποκρίνεται περισσότερο στις σκέψεις του. Τα ερωτήματα είναι διαμορφωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μετρούν και τα τρία βασικά στοιχεία της αίσθησης συνεκτικότητας. Το συνολικό άθροισμα από τη βαθμολογία και των 29 ερωτημάτων είναι εκείνο που εκφράζει ποσοτικά την SOC και όσο μεγαλύτερο είναι, τόσο ισχυρότερη θεωρείται η τελευταία.

Η κλίμακα έχει μεταφρασθεί σε πάνω από 50 γλώσσες, σε έρευνες σε 44 χώρες, (Chittem M et al, 2015) ενώ έχει επίσης χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με καρκίνο αρκετές φορές (Kenne Sarenmalm E et al, 2013. Bruscia K et al, 2008). Έχει σταθμιστεί και έχει υψηλό βαθμό εγκυρότητας και αξιοπιστίας (Carmel S et al, 1990. Coe RM et al, 1990). Η SOC έχει μεταφρασθεί για τον Ελληνικό πληθυσμό από τους Καραλή και συν. (Καραλής I et al, 2004).

E. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στην παρούσα έρευνα, για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής επιλέχθηκε η **Κλίμακα WHOQOL-BREF** (Ποιότητα Ζωής). Πρόκειται για τη συντομευμένη έκδοχή (26 ερωτήσεις) του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 (The WHOQOL Group. Psychol Med., 1998).

Παρέχει πληροφορίες για τέσσερις περιοχές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής:

- α) τη Σωματική Υγεία (απουσία ή παρουσία πόνου και κόπωσης, ποιότητα ύπνου κλπ.)
- β) τη Ψυχολογική Υγεία (θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, εικόνα εαυτού κλπ.)
- γ) τις Κοινωνικές Σχέσεις (προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική δραστηριότητα)
- δ) το Περιβάλλον (οικιστικό, φυσικό, κοινωνική και υγειονομική πρόνοια)

Δίνει επίσης ένα γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας. Υψηλότερη βαθμολογία δείχνει καλύτερη Ποιότητα ζωής. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4-5) και τα αποτελέσματα προσαρμόζονται σε μία κλίμακα από το 0 έως το 100. Θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο. Μάλιστα, η συντομευμένη αυτή μορφή θεωρείται περισσότερο χρήσιμη και ευέλικτη για μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και κλινικές δοκιμές. Η στάθμιση στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε από τους Ginieri-Coccosis και συν. (Ginieri-Coccosis MTE et al, 2001).

Z. ΚΛΙΜΑΚΑ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ

Το **Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Νόσο (Brief Illness Perception Questionnaire, B-IPQ)** αναπτύχθηκε από τους Broadbent και συν. (Broadbent E et al, 2006) για την ταχεία αξιολόγηση των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων για την ασθένεια και προέρχεται από το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για τη Νόσο (IPQ). Το B-IPQ αποτελείται από 9 λήμματα. Τα 8 βαθμολογούνται σε κλίμακα 11 βαθμών (0-10).

Πέντε από τα λήμματα αξιολογούν τις γνωσιακές αναπαραστάσεις της νόσου:

- τις «συνέπειες» (consequences) (λήμμα 1)
- τη «χρονική διάρκεια» (timeline) (λήμμα 2)
- το «βαθμό του προσωπικού ελέγχου στη νόσο» (personal control) (λήμμα 3)
- τον «θεραπευτικό έλεγχο» (treatmant control)(λήμμα 4)
- την «ταυτότητα» (identity) (λήμμα 5)

Δύο λήμματα αξιολογούν τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις:

- την «ανησυχία» (concern) (λήμμα 6)
- τον «συναισθηματικό αντίκτυπο» (emotional response) (λήμμα 8)

Ενώ ένα λήμμα αξιολογεί την «κατανόηση της νόσου» (understanding) (λήμμα 7).

Υψηλότερες τιμές στα παραπάνω λήμματα αναπαριστούν αντίστοιχα:

- **Συνέπειες:** Πεποίθηση ότι η νόσος είναι σοβαρή και έχει μεγάλες επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς.
- **Διάρκεια:** Πεποίθηση ότι η νόσος θα διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα
- **Προσωπικός έλεγχος:** Πεποίθηση ότι υπάρχει προσωπικός έλεγχος, δηλαδή ότι ο ασθενής μπορεί να ελέγξει τη νόσο και τα συμπτώματα.
- **Θεραπευτικός έλεγχος:** Πεποίθηση ότι η φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματική και μπορεί να ελέγξει τα συμπτώματα.
- **Ταυτότητα:** Ο ασθενής αποδίδει πολλά συμπτώματα στη νόσο και στην «ετικέτα» που χρησιμοποιεί για τη νόσο.
- **Ανησυχία:** Μεγάλη ανησυχία για τη νόσο.
- **Κατανόηση:** Ο ασθενής κατανοεί σε μεγάλο βαθμό τη νόσο.
- **Συναισθηματικός αντίκτυπος:** Η νόσος επηρεάζει συναισθηματικά σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή.

Χαμηλότερες τιμές στα παραπάνω λήμματα αναπαριστούν την αντίθετη πεποίθηση.

Η αξιολόγηση της *αιτιολογικής αναπαράστασης* προκύπτει από μια ανοιχτού τύπου ερώτηση όπου ο ασθενής καλείται να ονομάσει τους 3 πιο σημαντικούς παράγοντες που πιστεύει ότι ευθύνονται για τη νόσο. Σύμφωνα με τις οδηγίες των συγγραφέων, κωδικοποιήσαμε τις απαντήσεις στις αντίστοιχες κατηγορίες του πλήρους ερωτηματολογίου (IPQ). Οι κατηγορίες αυτές είναι 4: ψυχολογικοί παράγοντες (άγχος, στενοχώρια, οικογενειακά προβλήματα, υπερβολική εργασία, η προσωπικότητα), παράγοντες κινδύνου (κληρονομικότητα, διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, αλκοόλ, ηλικία), θέλημα Θεού (μοίρα, σπιριτουαλιστικές ερμηνείες) και ατύχημα ή τύχη (ατυχία, τραυματισμός). Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του B-IPQ (Karademas EC et al, 2008).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Social Package for Social Sciences) 15.0 για τα Windows [SPSS Inc., Chicago, IL, USA]. Για να αξιολογηθούν οι διαφορές μεταξύ των ασθενών, για τις κατηγορικές μεταβλητές διενεργήθηκε ανάλυση χ^2 (chi-square), ενώ για τις συνεχείς μεταβλητές έγινε ανάλυση συνδιακύμανσης (ANCOVA), μετά από προσαρμογή για τις κύριες δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές. Όλα τα αποτελέσματα ελέχθησαν με διορθώσεις Bonferroni.

Μία πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης διενεργήθηκε επίσης για να εξεταστεί το κατά πόσον η πιθανότητα ένας ασθενής να διαγνωσθεί με πιθανή κατάθλιψη ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα των ασθενών με ΚΑΠΕ σε σύγκριση με τις ομάδες των ασθενών με μη μεταστατικούς και με μεταστατικούς καρκίνους γνωστής πρωτοπαθούς εστίας, μετά και την προσαρμογή για άλλες συσχετίσεις. Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν 'πιθανή κατάθλιψη' (CES-D \geq 23) και ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η νόσος (ΚΑΠΕ, Μη-Μεταστατικός Καρκίνος, Μεταστατικός Καρκίνος), οι κύριες δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, φύλο και εκπαίδευση) και οι κύριες κλινικές μεταβλητές που μελετήθηκαν (χρόνος από τη διάγνωση, στάδιο του καρκίνου, θεραπεία και εάν είχαν υποβληθεί σε ριζική μαστεκτομή ή έχουν κολοστομία).

Για να μελετηθούν οι παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με την επιβίωση στο ΚΑΠΕ, χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο παλινδρόμησης κινδύνου Cox (Cox Regression Model), που διερευνά την σχέση ανάμεσα στην επιβίωση του ασθενούς και διάφορες ανεξάρτητες μεταβλητές. Η επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών βασίστηκε σε προηγούμενες μονοπαραγοντικές αναλύσεις με την χρήση two-tailed tests και δεικτών συνάφειας Pearson's ή Spearman.

Για να αξιολογηθεί κατά πόσο διάφοροι παράγοντες όπως η ψυχολογική επιβάρυνση, δημογραφικά και κλινικά στοιχεία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας και αντιλήψεις για την νόσο επηρεάζουν τις διάφορες πλευρές της ποιότητας ζωής των ασθενών πραγματοποιήθηκε Ιεραρχική Ανάλυση Παλινδρόμησης, με εξαρτημένες μεταβλητές τις τέσσερις υποκλίμακες της Ποιότητας Ζωής: τη σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ, τη σχετική με τη ψυχική υγεία ΠΖ, τη σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις ΠΖ και τη σχετική με το περιβάλλον ΠΖ. Επειδή οι αντιλήψεις για τη νόσο που εκτιμά το B-IPQ είναι πολλές, προκαταρκτικές αναλύσεις παλινδρόμησης διενεργήθηκαν με εξαρτημένες

μεταβλητές τις τέσσερις υποκλίμακες της ποιότητας ζωής και ανεξάρτητες όλους τους παράγοντες του B-IPQ, για να καθοριστούν οι πιο σημαντικές αντιλήψεις για τη νόσο που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και για να μειωθούν προβλήματα με την πολυσυγγραμικότητα (multicollinearity).

Στις αναλύσεις ιεραρχικής παλινδρόμησης, στο πρώτο βήμα εισήχθηκαν οι πιο σημαντικοί δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες, μαζί με συμπτώματα ψυχολογικής επιβάρυνσης και χαρακτηριστικά προσωπικότητας ενώ στο δεύτερο βήμα εισήχθηκαν οι συνιστώσες για την αντίληψη της νόσου.

Η συγγραμικότητα των ανεξάρτητων μεταβλητών ελέγχθηκε με τους συντελεστές διόγκωσης της διακύμανσης (VIFs) και ανοχής για κάθε μεταβλητή. Όλες οι τιμές ανοχής βρέθηκαν πάνω από 0,2, ενώ η τιμή του VIFs ήταν μικρότερη του 2, υποδεικνύοντας ότι η συγγραμικότητα δεν επηρέαζε μεθοδολογικά τα μοντέλα παλινδρόμησης (Miles J, 2001).

Σε όλους τους ελέγχους που διεξήχθησαν θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά αυτή στην οποία το p (probability factor) ήταν μικρότερο του 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Γενικά δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (N=50)

Μεταβλητές	N (%)
ΗΛΙΚΙΑ (έτη)	63.6±10.6
ΦΥΛΟ	
Γυναίκες	31 (62)
Ανδρες	19 (38)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Άγαμος	1 (2)
Χήρος	4 (8)
Έγγαμος	37 (74)
Διαζευγμένος	1 (2)
Συζεί	1 (2)
	(Missing 6)
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	
Αναλφάβητος	8 (16)
Στοιχειώδης	22 (44)
Βασική	3 (6)
12ετής	5 (10)
Ανώτερη (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	4 (8)
	(Missing 8)

Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας

Στη συγχρονική μας μελέτη συμμετείχαν 50 ασθενείς με ΚΑΠΕ εκ των οποίων 31 (62%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 63,6 έτη {Τυπική Απόκλιση (Standard Deviation, $SD \pm 10.6$)}. Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (44%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού (στοιχειώδης εκπαίδευση), ενώ το 16% δεν είχε λάβει καμία μόρφωση, το 10% είχαν ολοκληρώσει την 12-έτη εκπαίδευση, το 8% ήταν απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης και το 6% είχε ολοκληρώσει τη βασική εκπαίδευση (9 χρόνια). Αναφορικά, τέλος, με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών, η πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι (74%), ακολουθούσαν όσοι είχαν χηρέψει (8%), οι άγαμοι, οι διαζευγμένοι και όσοι συζούσαν (2%).

Πίνακας 2. Κλινικές παράμετροι των ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (N=50)

Μεταβλητές	N (%)
Διάρκεια Νόσου (μήνες) Mean ± SD <6μήνες (N%)	24.7 ±23.1 12 (24%)
Στάδιο Νόσου	
I	-
II	-
III	-
IV	50 (100)
Μεταστάσεις (Πολλαπλές)	
Όχι	13 (26)
Ναι	37 (74)
Θεραπεία	
Χημειοθεραπεία	42 (84)
Ακτινοθεραπεία	14 (28)
Ορμονική Θεραπεία	0 (0)
Θεραπεία follow up	1 (2)
Χειρουργική Επέμβαση	18 (36)

SD: Standard Deviation, Τυπική Απόκλιση

Κλινικές παράμετροι των ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας

Στον πίνακα 2 παρατίθεται η κατανομή του δείγματος ως προς το κλινικό προφίλ. Το χρονικό διάστημα που είχε μεσολαβήσει από τη διάγνωση της νόσου μέχρι την ημέρα της συνέντευξης για το μεγαλύτερο ποσοστό (24%) των ασθενών ήταν λιγότερο από έξι μήνες, η νόσος θεωρείται ότι είναι τετάρτου σταδίου (stage IV) αφού εμφανίζεται με μεταστάσεις, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (74%) εμφάνιζε πολλαπλές μεταστάσεις. Ένα ποσοστό της τάξης του 36% των ασθενών είχαν υποβληθεί σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση. Τη στιγμή της συνέντευξης, η πλειοψηφία των ασθενών (84%) υποβάλλονταν σε κάποιου είδους χημειοθεραπεία, ένα μικρότερο ποσοστό (28%) υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία, ενώ ένας ασθενής βρισκόταν σε θεραπεία follow-up.

Πινάκας 3. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΚΑΠΕ, των ασθενών με μ-ΜΚ (μη Μεταστατικό Καρκίνο) και αυτών με ΜΚ (Μεταστατικό Καρκίνο)

	ΚΑΠΕ (N=50)	μ-ΜΚ (N=264)	ΜΚ (N=52)	p-value
Ηλικία (έτη) (mean ± SD)	63.6 ±10.6	60.7 ± 11.0	62.6 ± 7.9	0.138 ^(a)
Εκπαίδευση, N (%)				0.014 ^(b)
Αναλφάβητος	8 (16.0)	16 (6.1)	6 (11.5)	
Στοιχειώδης (6 years)	22 (44.0)	148 (56.1)	25 (48.1)	
Βασική (9 years)	3 (6.0)	40 (15.1)	13 (25.0)	
12ετής	5 (10.0)	13 (4.9)	2 (3.8)	
Ανώτερη (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	4 (8.0)	47 (17.8)	6 (11.5)	
Θήλυ Φύλο, N (%)	31 (62.0)	169 (64.0)	38 (73.1)	0.406 ^(b)
Οικογενειακή Κατάσταση, N (%)				
Χήρος/Άγαμος/Διαζευγμένος	5 (10.0)	28 (10.6)	6 (11.5)	0.972 ^(b)
Διάρκεια Νόσου (μήνες)				
Mean± SD	24,7 ±23.2	22,4 ±29.0	61.2 ±69.4	0.001 ^(a)
<6μηνες	12 (24)	124 (49.9)	12 (23.1)	0.001 ^(b)
Στάδιο Καρκίνου				0.001 ^(b)
I	-	25 (9.5)	-	
II	-	160 (60.6)	-	
III	-	79 (29.9)	-	
IV	50 (100)	-	52 (100)	
Πολλαπλές Μεταστάσεις	37 (74)	-	(ΧΣ)	
Χειρουργική Επέμβαση	18 (36)	257 (97.3)	48 (92.3)	
Ριζική Μαστεκτομή	(ΧΣ)	95 (36)	23 (44.2)	
Κολοστομία	(ΧΣ)	15 (5.7)	3 (5.8)	
Παρούσα Θεραπεία				
Χημειοθεραπεία	42 (84)	129 (48.8)	48 (92.3)	0.001 ^(b)
Ακτινοθεραπεία	14 (28)	14 (1.1)	1 (1.9)	0.001 ^(b)
Ορμονική Θεραπεία	0	55 (20.8)	6 (11.5)	0.001 ^(b)
Θεραπεία follow up	1 (2)	121 (45.8)	3 (5.8)	0.001 ^(b)

a: One-way ANOVA b: Chi-square (χ^2) tests

Στον πίνακα 3 παρατίθενται συγκριτικά τα δημογραφικά και τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΚΑΠΕ (Πίνακας 1 και Πίνακας 2) και των ασθενών με μη μεταστατικό (μ-ΜΚ) και με μεταστατικό καρκίνο (ΜΚ). Η μέση ηλικία εμφάνισης του ΚΑΠΕ είναι τα 63.6 έτη (SD ±10.6), ενώ των μη μεταστατικών καρκίνων τα 60.7 έτη (SD± 11.0) και των ασθενών που εμφάνιζαν μεταστάσεις τα 62.6 έτη (SD ± 7.9).

Αναφορικά με την εκπαίδευση που έχουν λάβει, όπως αναφέραμε η πλειοψηφία των ασθενών με ΚΑΠΕ έλαβαν στοιχειώδη εκπαίδευση (44%), κάτι που ίσχυε και για τις δύο άλλες ομάδες. Πιο συγκεκριμένα, στην ομάδα των ασθενών με μη μεταστατικό καρκίνο, η πλειοψηφία είχε λάβει στοιχειώδη εκπαίδευση (56.1%), ενώ ακολουθούσαν όσοι είχαν τελειώσει κάποιο ΑΕΙ/ΤΕΙ (17,8%), αυτοί που είχαν λάβει βασική εκπαίδευση (15.1%), όσοι δεν είχαν τελειώσει το δημοτικό (6.1%) και τέλος όσοι είχαν λάβει 12ετή εκπαίδευση (4.9%). Στην ομάδα με μεταστατικό καρκίνο η πλειοψηφία είχε λάβει την στοιχειώδη εκπαίδευση (48.1%), ενώ ακολουθούσαν όσοι είχαν λάβει βασική εκπαίδευση (25%), οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και όσοι δεν είχαν ολοκληρώσει το δημοτικό (11.5%) και τέλος όσοι είχαν λάβει 12ετή εκπαίδευση (3.8%).

Και στις τρεις ομάδες, η πλειοψηφία των ασθενών ήταν θήλεος φύλου, με τους ασθενείς με ΚΑΠΕ το ποσοστό να είναι 62%, στους ασθενείς μη με μεταστατικό καρκίνο να είναι 64%, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό είχε η ομάδα με μεταστατικό καρκίνο που έφτανε το 73.1%.

Το χρονικό διάστημα που είχε μεσολαβήσει από τη διάγνωση της νόσου μέχρι την ημέρα της συνέντευξης για το μεγαλύτερο ποσοστό (24%) των ασθενών με ΚΑΠΕ ήταν λιγότερο από έξι μήνες, ποσοστό συγκρίσιμο με τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο (23.1%), σημαντικά μικρότερο όμως από τους ασθενείς με μη μεταπλαστικό καρκίνο (49.9%).

Αναφορικά με το στάδιο της νόσου η κατηγορία του ΚΑΠΕ και των μεταστατικών καρκίνων θεωρούνται κατηγορία IV, ενώ σχετικά με τους ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο η πλειοψηφία ήταν σε στάδιο II (60.6%). Μόλις το 36% των ασθενών με ΚΑΠΕ είχαν υποβληθεί σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ασθενών των δύο άλλων ομάδων (97.3% για τους ασθενείς με μ-ΜΚ και 92.3% για τους ασθενείς με ΜΚ).

Τη στιγμή της συνέντευξης, η πλειοψηφία των ασθενών (84%) με ΚΑΠΕ υποβάλλονταν σε κάποιου είδους χημειοθεραπεία, ένα μικρότερο ποσοστό (28%) υποβάλλονταν σε ακτινοθεραπεία, ενώ ένας ασθενής ήταν σε θεραπεία follow-up. Περίπου οι μισοί ασθενείς με μ-ΜΚ βρίσκονταν σε χημειοθεραπεία (48.8%), σε αντίθεση

με την συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών με ΜΚ (92.3%). Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με μ-ΜΚ βρίσκονταν σε θεραπεία follow-up (45.8%), ενώ ένα μικρότερο ποσοστό υποβάλλονταν σε ορμονική θεραπεία (20.8%). Αναφορικά με τους ασθενείς με ΜΚ, μόλις το 11.5% βρίσκονταν σε ορμονική θεραπεία, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό έκανε θεραπεία follow up (5.8%).

Πίνακας 4. Ψυχοπαθολογία (SCL-90), αίσθηση συνεκτικότητας (SOC) και μηχανισμοί άμυνας του Εγώ (LSI) των ασθενών με ΚΑΠΕ συγκριτικά με τις ομάδες ελέγχου μ-ΜΚ και ΜΚ

	ΚΑΠΕ (1) (N=50)	μ-ΜΚ (2) (N=264)	ΜΚ (3) (N=52)	<i>p-value</i>
Ψυχολογική Καταπόνηση				
Σωματοποίηση	1.04 ± 0.11 ^(2,3)	0.81 ± 0.04 ⁽¹⁾	0.62 ± 0.11 ⁽¹⁾	0.003
Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα	0.91 ± 0.11	0.78 ± 0.04	0.71 ± 0.11	0.216
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.82 ± 0.10	0.73 ± 0.04	0.65 ± 0.09	0.288
Επιθετικότητα	0.78 ± 0.11 ⁽²⁾	0.51 ± 0.04 ⁽¹⁾	0.54 ± 0.11	0.077
Άγχος	0.81 ± 0.11 ^(2,3)	0.56 ± 0.04 ⁽¹⁾	0.37 ± 0.11 ⁽¹⁾	0.002
Κατάθλιψη	1.16 ± 0.11 ^(2,3)	0.86 ± 0.05 ^(1,3)	0.99 ± 0.11 ^(1,2)	0.031
Φοβικό Άγχος	0.51 ± 0.10	0.41 ± 0.04	0.29 ± 0.09	0.101
Παρανοϊκός Ιδεασμός	0.92 ± 0.13	0.88 ± 0.05	0.66 ± 0.13	0.140
Ψυχωτισμός	0.43 ± 0.07	0.42 ± 0.03	0.34 ± 0.07	0.407
Global Symptom Index	0.87 ± 0.09 ^(2,3)	0.59 ± 0.03 ^(1,3)	0.70 ± 0.08 ^(1,2)	0.013
Αίσθηση Συνεκτικότητας	132.4 ± 4,7 ^(2,3)	138.6 ± 1,8 ⁽¹⁾	149.3 ± 4.5 ⁽¹⁾	0.032
Μηχανισμοί Άμυνας				
Άρνηση	60.9 ± 3,7	53.0 ± 17.5	59.3 ± 3,6	0.206
Απόθηση	43.1 ± 4,1 ⁽²⁾	30.7 ± 19.7 ⁽¹⁾	43.9 ± 3,9 ⁽²⁾	0.010
Παλινδρόμηση	32.1 ± 3,7	26.2 ± 17.5	28.7 ± 3,6	0.424
Επανόρθωση	39.3 ± 4,4	39.6 ± 20.2	36.7 ± 4,2	0.806
Προβολή	79.7 ± 3,9	76.6 ± 20.1	75.2 ± 3,8	0.557
Μετάθεση	19.3 ± 3,3	16.2 ± 16.1	16.5 ± 3,1	0.658
Διανοητικοποίηση	50.8 ± 3,4 ^(2,3)	58.6 ± 16.0 ⁽¹⁾	60.0 ± 3,2 ⁽¹⁾	0.028
Σχηματισμός εξ αντιθέτου	62.0 ± 4,4	60.5 ± 23.1	58.7 ± 4,3	0.768

Μέση τιμή μεταβλητών που προέκυψε μετά από ανάλυση συνδιακύμανσης ANCOVA. Οι αριθμοί στην παρένθεση δείχνουν ότι κάθε ξεχωριστό γκρουπ διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τουλάχιστον της τάξεως του 0.05 από το γκρουπ που αναφέρεται στην παρένθεση, μετά και από έλεγχο με Bonferroni tests. Οι p-values βασίζονται σε αναλύσεις συνδιακύμανσης ANCOVA μετά την προσαρμογή για ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, διάρκεια νόσου, στάδιο νόσου, τωρινή θεραπεία και αν έχει υποβληθεί σε ριζική μαστεκτομή ή έχει κολοστομία (ο ασθενής).

ΚΑΠΕ:Καρκίνος άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας, μ-ΜΚ: μη μεταστατικός καρκίνος, ΜΚ: μεταστατικός καρκίνο

Η ένταση της ψυχολογικής επιβάρυνσης στους ασθενείς με ΚΑΠΕ όπως μετρήθηκε από την χρήση της κλίμακας SCL-90 εμφανίστηκε αυξημένη σχεδόν σε όλες τις υποκλίμακες, συγκριτικά και με τις δύο άλλες ομάδες, όπως φαίνεται στον πίνακα 4. Ιδιαίτερα αυξημένη ήταν η σωματοποίηση, η ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα, η διαπροσωπική ευαισθησία, η επιθετικότητα, το άγχος, η κατάθλιψη και ο παρανοειδής ιδεασμός. Εξίσου αυξημένος ήταν και ο μέσος όρος του "γενικού δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων" (Global Symptom Index) του SCL-90 σε σύγκριση με τις δύο ομάδες ελέγχου.

Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ επίσης είχαν χειρότερη βαθμολογία στην κλίμακα SOC συγκριτικά και με τις άλλες δύο ομάδες. Σύμφωνα με την ανάλυση του Life Style Index (LSI), οι αμυντικοί μηχανισμοί που φαίνεται να επικρατούν στους ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας είναι αυτοί της «άρνησης» και της «απόθησης», ενώ μειωμένη είναι η «διανοητικοποίηση». Η «προβολή» και η «άρνηση» είναι δύο πιο συχνά χρησιμοποιούμενες άμυνες για τις άλλες δύο ομάδες, ενώ οι ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο φαίνεται πως κάνουν χρήση της «απόθησης» το ίδιο συχνά με τους ασθενείς με ΚΑΠΕ.

Πίνακας 5. Αμυντικό προφίλ και αμυντικοί μηχανισμοί σύμφωνα με το DSQ των ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (N=50)

Μεταβλητές	Mean±SD
DSQ Αμυντικά προφίλ	
Δυσπροσαρμοστικό προφίλ	3.74±1.30
Προφίλ Διαστρέβλωσης της Εικόνας	3.67±1.27
Προφίλ Αυτοθυσίας	4.63±1.44
Προσαρμοστικό προφίλ	4.62±1.70
DSQ Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ	
Παθητική επιθετικότητα	2.61±1.35
Προβολή	3.60±1.51
Παλινδρόμηση	3.74±2.11
Αναστολή	4.19±1.83
Προβλητική ταύτιση	2.34±2.20
Εκδραμάτιση	3.60±1.89
Σωματοποίηση	4.93±2.84
Απόσυρση	4.87±2.86
Σχιζοειδής φαντασίωση	4.27±3.04
Αναστροφή στον εαυτό	3.91±2.40
Καταναλωτικότητα-στοματικότητα	2.60±2.00
Ματαιώση	3.38±2.09
Παντοδυναμία	3.01±1.66
Άρνηση	3.59±1.64
Σχάση	4.48±1.99
Αρχέγονη εξιδανίκευση	3.85±2.57
Μόνωση	3.20±1.76
Ψευδοαλτρουισμός	7.80±1.80
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	4.35±1.71

Πίνακας 5. Αμυντικό προφίλ και αμυντικοί μηχανισμοί σύμφωνα με το DSQ των ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (N=50)

Μεταβλητές	Mean±SD
DSQ Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ	
Χιούμορ	3.09±2.57
Ανήκειν	5.56±3.38
Μετουσίωση	4.70±2.33
Καταστολή	4.62±2.24
Στοχοκατευθυνόμενη	5.69±2.77
Προβλέπειν-προσδοκάν	5.19±1.25

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας

Όπως έδειξε η ανάλυση του Defense Style Questionnaire, στους ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας κυριαρχεί το «αμυντικό προφίλ αυτοθυσίας», το οποίο απεικονίζει την ανάγκη του ατόμου να διατηρεί την εικόνα του καλού και ευγενικού που παρέχει βοήθεια στους άλλους και που ποτέ δε θυμώνει.

Οι κύριοι αμυντικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιούν είναι ο ψευδοαλτρουισμός (7.80 ± 1.80), η σωματοποίηση (4.93 ± 2.84) και η απόσυρση (4.87 ± 2.86).

Πίνακας 6. Αντιλήψεις για την νόσο των ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (N=50)

Αντιλήψεις για τη νόσο	Mean	SD
<i>Συνέπειες</i> (Πόσο πολύ επηρεάζει η ασθένεια σας τη ζωή σας;)	8.23	2.27
<i>Διάρκεια</i> (Πόσο πολύ πιστεύετε ότι θα διαρκέσει η ασθένεια σας;)	5.69	3.27
<i>Προσωπικός έλεγχος</i> (Πόσο πολύ έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στην ασθένεια σας;)	5.27	3.18
<i>Θεραπευτικός έλεγχος</i> (Πόσο πολύ πιστεύετε ότι η θεραπεία που ακολουθείτε μπορεί να βοηθήσει στην ασθένεια σας;)	6.60	2.82
<i>Ταυτότητα</i> (Πόσο πολύ αισθάνεστε συμπτώματα της ασθένειας σας;)	7.27	2.71
<i>Ανησυχία</i> (Πόσο ανησυχείτε σχετικά με την ασθένεια σας;)	7.89	2.65
<i>Κατανόηση</i> (Πόσο καλά αισθάνεστε ότι κατανοείτε την ασθένεια σας;)	6.41	3.23
<i>Συναισθηματική απόκριση</i> {Πόσο πολύ σας επηρεάζει η ασθένεια σας συναισθηματικά (πχ. Σας θυμώνει, φοβίζει, στεναχωρεί;)}	7.57	2.88
Αιτιολογική απόδοση	N (%)	
Ψυχολογικοί	16 (32.0%)	
Τρόπος ζωής (συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ)	9 (18%)	
Μοίρα/ θέλημα Θεού	6 (12%)	
Κληρονομικοί λόγοι	2 (4%)	
Άγνωστο	5 (10%)	
Άλλο	12 (24%)	

Mean: Μέση τιμή, SD: Standard Deviation, Τυπική Απόκλιση

Αντιλήψεις για την νόσο των ασθενών με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας

Ο Πίνακας 6 περιγράφει τα αποτελέσματα του Illness Perception Questionnaire που διερευνά τις αντιλήψεις των ασθενών για τη νόσο. Το πλέον σημαντικό για τους ασθενείς ήταν οι συνέπειες που θα έχει η νόσος στην υγεία τους (*συνέπειες*), το πόσο δηλαδή θα τους επηρεάζει στην καθημερινή τους ζωή, ενώ ήταν ιδιαίτερα ανήσυχοι και για την ίδια την εξέλιξη της ασθένειας (κατά πόσο θα υπάρξει ίαση) (*ανησυχία*). Το ερωτηματολόγιο έδειξε επίσης ότι πολλοί ασθενείς επηρεάζονταν σε σημαντικό βαθμό συναισθηματικά από την εμπειρία τους (*συναισθηματική απόκριση*), ενώ φαίνεται ότι βίωναν σωματικά συμπτώματα τα οποία απέδιδαν στην ασθένεια (*ταυτότητα*), ανεξάρτητα αν η συσχέτιση που έκαναν ήταν όντως δικαιολογημένη. Στο δεύτερο κομμάτι που αναφέρεται στις αίτιες που οι ίδιοι θεωρούν ότι έπαιζαν αποφασιστικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της ασθένειας τους, οι περισσότεροι (32%) δήλωσαν ότι οφείλεται σε ψυχολογικούς λόγους. Ένα μικρότερο ποσοστό (18%) απέδωσε την ασθένεια του στο τρόπο ζωής που ακολουθούσε (*lifestyle*), συμπεριλαμβανομένων συνηθειών όπως το κάπνισμα ή η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών, ενώ λιγότεροι ασθενείς απέδωσαν την εμφάνιση της ασθένειας στην μοίρα ή θεωρούσε ότι ήταν θέλημα Θεού (12%). Τέλος, ένα 4% θεωρούσε ότι είναι κληρονομικό, ενώ το 10% των ασθενών δήλωσε άγνοια για την αιτιοπαθογένεια της ασθένειας.

Πίνακας 7. Καταθλιπτικά συμπτώματα όπως εκτιμώνται με την κλίμακα CES-D

	ΚΑΠΕ (N=50)	μ-MK (N=264)	MK (N=52)
CES-D βαθμολογία ενδεικτική κατάθλιψης ≥ 23	20 (40.0%)	62 (23.5%)	15 (28.8%)

Pearson Chi-Square = 6.607, p= 0.037. Η p-value βασίζεται σε αναλύσεις συνδυακόμενης ANCOVA μετά την προσαρμογή για ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, διάρκεια νόσου, στάδιο νόσου, τωρινή θεραπεία και αν έχει υποβληθεί σε ριζική μαστεκτομή ή έχει κολοστομία (ο ασθενής)

ΚΑΠΕ:Καρκίνος άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας

μ-MK: μη μεταστατικός καρκίνος

MK: μεταστατικός καρκίνος

Η κλίμακα CES-D δείχνει πιθανή κατάθλιψη στους ασθενείς με ΚΑΠΕ που φτάνει το 40%, ένα ποσοστό σημαντικά μεγαλύτερο από τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο γνωστής πρωτοπαθούς εστίας (28,8%), αλλά και από αυτούς με μη μεταστατικό καρκίνο (23,5%).

Πίνακας 8. Ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΑΠΕ, μ-ΜΚ και ΜΚ

Ποιότητα Ζωής	ΚΑΠΕ	μ-ΜΚ	ΜΚ
Σωματική	44.1 ± 21.5 ^(2,3)	64.5 ± 17.9 ^(1,3)	53.3 ± 21.9 ^(1,2)
Ψυχολογική	52.1 ± 21.4 ^(2,3)	63.2 ± 16.8 ⁽¹⁾	59.1 ± 16.5 ⁽¹⁾
Κοινωνική	52.7 ± 21.6 ^(2,3)	64.1 ± 17.7 ⁽¹⁾	61.2 ± 19.1 ⁽¹⁾
Σχετιζόμενη με το περιβάλλον	62.7 ± 13.1	61.1 ± 14.9	61.0 ± 14.4

Οι μέσες τιμές των μεταβλητών (μαζί με την τυπική τους απόκλιση) προέκυψαν με την ανάλυση συνδιακύμανσης ANCOVA μετά την προσαρμογή για ηλικία, φύλο, στάδιο νόσου, θεραπεία και αν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε ριζική μαστεκτομή ή έχει κολοστομία. Οι αριθμοί στην παρένθεση δείχνουν ότι κάθε ομάδα διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό τουλάχιστον της τάξεως του 0.05 από το γκρουπ που αναφέρεται στην παρένθεση, μετά και από έλεγχο με Bonferroni tests.

ΚΑΠΕ:Καρκίνος άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας

μ-ΜΚ: μη μεταστατικός καρκίνος

ΜΚ: μεταστατικός καρκίνος

Ποιότητα ζωής ασθενών με ΚΑΠΕ, μ-ΜΚ και ΜΚ

Στον Πίνακα 8 φαίνεται ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ εμφάνισαν μικρότερες τιμές στην σωματική ΠΖ (44.1), την ψυχολογική ΠΖ (52.1) και στην κοινωνική διάσταση ΠΖ (52.7) συγκριτικά με την ομάδα των ασθενών με μη μεταστατικό καρκίνο (σωματική ΠΖ:64.5, ψυχολογική ΠΖ:63.2, κοινωνική ΠΖ:64.1) αλλά και συγκριτικά με τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο (σωματική ΠΖ:53.3, ψυχολογική ΠΖ:59.1, κοινωνική ΠΖ:61.2). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά την σχετιζόμενη με το περιβάλλον ΠΖ ανάμεσα στις τρεις ομάδες (ΚΑΠΕ:62.7, μη μεταστατικός καρκίνος:61.1, μεταστατικός καρκίνος:61.0)

Πίνακας 9. Πολυπαραγοντική λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την "πιθανή κατάθλιψη" και ανεξάρτητες μεταβλητές στην ασθένεια (ΚΑΠΕ, μ-ΜΚ, ΜΚ) μετά και την προσαρμογή για τις κύριες δημογραφικές και κλινικές παραμέτρους

	Odds ratio (95% διάστημα εμπιστοσύνης)	<i>P</i> - value
ΚΑΠΕ		0.043
μ-ΜΚ	0.2(0.037-0.904)	0.028
ΜΚ	0.3(0.054-0.998)	0.050
Ηλικία (Άρρεν:0, Θήλυ:1)	1.0(0.952-1.026)	0.540
Φύλο	1.6(0.416-6.055)	0.499
Μορφωτικό Επίπεδο	0.9(0.781-1.116)	0.449
Διάρκεια	1.0(0.984-1.005)	0.293
Στάδιο 4 (δείκτης)		0.633
Στάδιο 1	0.8(0.293-4.287)	0.867
Στάδιο 2	0.5(0.236-2.026)	0.502
Στάδιο 3	1.0(0.936-1.044)	0.952
Χημειοθεραπεία	1.1(0.150-7.552)	0.949
Ορμονική Θεραπεία	0.6(0.227-1.725)	0.365
Ακτινοθεραπεία	1.7(0.480-6.042)	0.410
Θεραπεία follow up	1.7(0.235-1.187)	0.609
Ριζική Μαστεκτομή	0.6(0.218-1.670)	0.331
Κολοστομία	1.0(0.924-1.254)	0.725

Η προγνωστική αξία υπολογίστηκε στη βάση της πιθανότητας ύπαρξης "πιθανής κατάθλιψης" (CES-D βαθμολογία ενδεικτική κατάθλιψης ≥ 23), ενώ το όριο τοποθετήθηκε στο 0.500. Η ανάλυση ταυτοποίησε σωστά το 72.9% των περιπτώσεων – Δείκτης Nagelkerke R square = 0.302.

Έγινε μια πολυπαραγοντική λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης για να διευκρινιστεί το κατά πόσο ένας ασθενής ήταν πιθανό να διαγνωσθεί με πιθανή κατάθλιψη, αν συγκαταλέγονταν στην κατηγορία ασθενών με ΚΑΠΕ, συγκριτικά με την κατηγορία ασθενών με μη μεταστατικό καρκίνο (μ-ΜΚ) και με αυτή των ασθενών με μεταστατικό καρκίνο (ΜΚ). Η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η "πιθανή κατάθλιψη" (CES-D ≥ 23) και οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η νόσος (ΚΑΠΕ, μ-ΜΚ, ΜΚ), οι κύριες δημογραφικές παράμετροι (ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο) και τα κύρια κλινικά χαρακτηριστικά (διάρκεια, στάδιο νόσου, θεραπεία που υποβάλλονται και αν είχαν υποβληθεί σε ριζική μαστεκτομή ή έφεραν κολοστομία). Η ομάδα των ασθενών με ΚΑΠΕ χρησιμοποιήθηκε ως ομάδα αναφοράς και ο σχετικός κίνδυνος υπολογίστηκε για την ομάδα των ασθενών με μ-ΜΚ και αυτών με ΜΚ σε σχέση με το ΚΑΠΕ. Η στατιστική σημαντικότητα καθορίστηκε ως $p < 0.5$. Η ανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς με μη μεταστατική νόσο ήταν (odds ratio) 0,2 φορές πιο πιθανό να διεγνωσθούν με πιθανή κατάθλιψη από ότι ασθενείς με ΚΑΠΕ ($p=0,028$), δηλαδή οι ασθενείς με ΚΑΠΕ ήταν 1/0.02 (5 φορές) πιο πιθανό να διαγνωσθούν με κατάθλιψη. Όσον αφορά τους ασθενείς με μεταστατική νόσο και γνωστή πρωτοπαθή εστία ήταν 0,3 φορές πιο πιθανό συγκριτικά με τους ασθενείς με ΚΑΠΕ ($p=0,05$), άρα οι ασθενείς με ΚΑΠΕ ήταν $1/0.3 = 3,3$ φορές πιο πιθανό να διαγνωσθούν με πιθανή κατάθλιψη.

Πίνακας 10. Δημογραφικές, κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι που σχετίζονται με το προσδόκιμο επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (n=50)

Προσδόκιμο επιβίωσης (μήνες)				
	Μονοπαραγοντικές αναλύσεις ¹	Cox regression ²		
Ανεξάρτητες μεταβλητές	p-value	Hazard ratio	p-value	95% Confidence Interval
Ηλικία	0.149	-	-	-
Φύλο (0=Θ, 1=Α)	0.004	1.25	0.713	0.37 - 4.21
Μορφωτικό Επίπεδο	0.018	1.01	0.967	0.55 - 1.86
Οικογενειακή Κατάσταση	0.740	-	-	-
Πρόγνωση (0=Φτωχή, 1=Ευνοική)	0.001	18.80	<0.001	4.30 - 82.20
Ψυχολογική επιβάρυνση				
Άγχος	0.107	-	-	-
Κατάθλιψη	0.124	-	-	-
Διαπροσωπική ευαισθησία	0.007	5.29	<0.001	2.02 – 13.84
Μηχανισμοί άμυνας				
Άρνηση	0.139	-	-	-
Απόθηση	0.768	-	-	-
Παλινδρόμηση	0.003	0.974	0.107	0.94 - 1.01
Επανόρθωση	0.110	-	-	-
Προβολή	0.223	-	-	-
Μετάθεση	0.574	-	-	-
Διανοητικοποίηση	0.629	-	-	-
Σχηματισμός εξ αντίδρασης	0.069	-	-	-
Αίσθηση συνεκτικότητας	0.017	0.966	0.016	0.94 - 0.99

Πίνακας 10. Δημογραφικές, κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι που σχετίζονται με το προσδόκιμο επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας (n=50)

Προσδόκιμο επιβίωσης (μήνες)				
	Μονοπαραγοντικές αναλύσεις ¹	Cox regression ²		
Ανεξάρτητες μεταβλητές	p-value	Hazard ratio	p-value	95% Confidence Interval
Αντίληψη για τη νόσο				
Συνέπειες	0.132	-	-	-
Διάρκεια	0.881	-	-	-
Προσωπικός έλεγχος	0.978	-	-	-
Θεραπευτικός έλεγχος	0.641	-	-	-
Ταυτότητα	0.699	-	-	-
Ανησυχία	0.516	-	-	-
Κατανόηση	0.472	-	-	-
Συναισθηματική απόκριση	0.984	-	-	-

1. Η στατιστική σημαντικότητα βασίστηκε σε συσχετίσεις Pearson ή Spearman και two-tailed t-tests
2. Ο σχετικός κίνδυνος (hazard ratios) αντιπροσωπεύει τον κίνδυνο θανάτου για μια συγκεκριμένη τιμή μίας μεταβλητής, συγκριτικά με την τιμή αναφοράς της μεταβλητής αυτής. Σε περίπτωση συνεχών μεταβλητών, ο σχετικός κίνδυνος υπολογίζει την αλλαγή στον κίνδυνο θανάτου όπως αντικατοπτρίζεται σε κάθε μοναδιαία αλλαγή της διευρυνόμενης μεταβλητής

Στον πίνακα 10 παρουσιάζεται μία ανάλυση επιβίωσης που έγινε χρησιμοποιώντας το μοντέλο αναλογικού κινδύνου Cox, για να εκτιμηθεί ο κίνδυνος (εδώ η πιθανότητα θανάτου ενός ασθενούς με ΚΑΠΕ, ως συνάρτηση του προσδόκιμου επιβίωσης, δοθέντος ότι το άτομο έχει επιζήσει ως μια δεδομένη στιγμή) -μετά και την προσαρμογή για άλλους παράγοντες που σχετίζονται με την πρόγνωση- για μια σειρά από μεταβλητές (Ψυχολογική Επιβάρυνση, Μηχανισμοί Άμυνας, Αντιλήψεις για την νόσο). Ο σχετικός κίνδυνος υπολογίζεται μέσω του κλασματος Hazard Ratio ως κίνδυνος με ενσωματωμένη την ανεξάρτητη μεταβλητή, ως προς τον κίνδυνο χωρίς την μεταβλητή. Όταν η τιμή του HR είναι 1 τότε δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στον κίνδυνο θανάτου πριν και μετά την ενσωμάτωση της εξεταζόμενης μεταβλητής. Όταν $HR > 1$, τότε η πιθανότητα αυξάνεται, ενώ όταν $HR < 1$, τότε η πιθανότητα μειώνεται. Πολύ σημαντικό είναι να παρατηρούμε το Confidence Interval (Διάστημα Εμπιστοσύνης) το οποίο μας παρουσιάζει ένα φάσμα εύλογων (πιθανών) τιμών της παραμέτρου, διότι αν συμπεριλαμβάνεται το 1 (πχ 0.9-3), τότε ανεξάρτητα από την τιμή του HR το αποτέλεσμα δεν αξιολογείται. Με την ανάλυση που έγινε αναγνωρίστηκε ένας προστατευτικός ψυχολογικός παράγοντας (SOC, Hazard ratio: $0.966 < 1$, CI: $0.94 - 0.99$, $p = 0.016$) και ένας ψυχολογικός παράγοντας κινδύνου (όπως φαίνεται από την κλίμακα SCL-90-R, η "διαπροσωπική ευαισθησία" έχει Hazard ratio: $5.28 > 1$, CI: $2.02 - 13.84$, $p < 0.001$).

Στον πίνακα 4, βρήκαμε ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά διαπροσωπικής ευαισθησίας και μειωμένη αίσθηση συνεκτικότητας, κάνοντας το εύρημα αυτό ενδεικτικό της συσχέτισης με μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης.

Πίνακας 11. Δημογραφικές κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι (χωρίς αντιλήψεις για τη νόσο) που σχετίζονται με την σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής (Σωματική ΠΖ) σε ασθενείς με ΚΑΠΕ (n=50)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σωματική ΠΖ		
	Μονοπαραγοντική Ανάλυση ¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση ²	
	p-value	beta †	p-value
Ηλικία	0.763		
Φύλο	0.242		
Μορφωτικό Επίπεδο	0.073	0.217	0.088
Οικογενειακή Κατάσταση	0.955		
Ψυχολογική επιβάρυνση			
Άγχος	0.001	-0.289	0.129
Κατάθλιψη	0.001	-0.384	0.045
Αμυντικοί Μηχανισμοί			
Άρνηση	0.137	0.097	0.464
Απόθηση	0.200	-0.113	0.393
Παλινδρόμηση	0.248		
Επανόρθωση	0.778		
Προβολή	0.331		
Μετάθεση	0.848		
Διανοητικοποίηση	0.856		
Σχηματισμός εξ αντίδρασης	0.694		
Αίσθηση Συνεκτικότητας	0.100	-0.235	0.148
Cumulative R ² Adj.		0.324	
ANOVA		F _(6,43) = 4.92, p<0.001	

1. Pearson ή Spearman συσχετίσεις και two-tailed t-tests
2. Ανεξάρτητη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη "Σωματική ΠΖ". Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι πιο σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις † Standardized beta coefficients

Στον πίνακα 11 έγινε μια πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης σε εξαρτημένη μεταβλητή την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ΚΑΠΕ και ανεξάρτητες μεταβλητές δημογραφικές (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση), κλινικές (άγχος, κατάθλιψη) και ψυχολογικές παραμέτρους (αίσθηση συνεκτικότητας, μηχανισμοί άμυνας). Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής σχετίζεται κυρίως με την **καταθλιπτική** τους συμπτωματολογία (**b:-0.384**, p-value:0.045). Το αρνητικό πρόσημο του beta, υποδεικνύει τον αρνητικό συσχετισμό μεταξύ της ανεξάρτητης μεταβλητής και της εξαρτημένης που μελετάμε. Ουσιαστικά όταν αυξάνεται η μία, μειώνεται η άλλη.

Πίνακας 12. Δημογραφικές κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι (χωρίς αντιλήψεις για τη νόσο) που σχετίζονται με την ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής (Ψυχολογική ΠΖ) σε ασθενείς με ΚΑΠΕ (n=50)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Ψυχολογική ΠΖ		
	Μονοπαραγοντική Ανάλυση ¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση ²	
	p-value	beta †	p-value
Ηλικία	0.967		
Φύλο	0.717		
Μορφωτικό Επίπεδο	0.010	0.254	0.036
Οικογενειακή Κατάσταση	0.825		
Ψυχολογική επιβάρυνση			
Άγχος	0.001	-0.191	0.282
Κατάθλιψη	0.001	-0.365	0.034
Αμυντικοί Μηχανισμοί			
Άρνηση	0.039	0.098	0.443
Απόθεση	0.238		
Παλινδρόμηση	0.002	-0.093	0.507
Επανόρθωση	0.345		
Προβολή	0.321		
Μετάθεση	0.225		
Διανοητικοποίηση	0.658		
Σχηματισμός εξ αντίδρασης	0.959		
Αίσθηση Συνεκτικότητας	0.001	0.021	0.885
Cumulative R ² Adj.		0.427	
ANOVA		F _(6,43) = 7.09, p<0.001	

1. Pearson ή Spearman συσχετίσεις και two-tailed t-tests
2. Ανεξάρτητη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη "Ψυχολογική ΠΖ". Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι πιο σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις † Standardized beta coefficients.

Στον πίνακα 12 παρουσιάζεται μια αντίστοιχη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με τον πίνακα 11, με τις ίδιες ανεξάρτητες μεταβλητές, με διαφορά στην υπό μελέτη εξαρτημένη μεταβλητή, η οποία είναι η Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Εδώ ακολουθείται παρόμοιο μοτίβο, με την **κατάθλιψη** να κυριαρχεί σε σημαντικότητα (**b:-0.365**, p-value:0.034)

Πίνακας 13. Δημογραφικές κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι (με αντιλήψεις για τη νόσο) που σχετίζονται με την σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής (Σωματική ΠΖ) σε ασθενείς με ΚΑΠΕ (n=50)

Σωματική ΠΖ			
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση ¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση ²	
	p-value	beta †	p-value
Ηλικία	0.763		
Φύλο	0.242		
Μορφωτικό Επίπεδο	0.073		
Οικογενειακή Κατάσταση	0.955		
Ψυχολογική επιβάρυνση			
Άγχος	0.001	-0.174	0.219
Κατάθλιψη	0.001	-0.208	0.164
Αμυντικοί Μηχανισμοί			
Άρνηση	0.137		
Απόθεση	0.200		
Παλινδρόμηση	0.248		
Επανόρθωση	0.778		
Προβολή	0.331		
Μετάθεση	0.848		
Διανοητικοποίηση	0.856		
Σχηματισμός εξ αντίδρασης	0.694		
Αίσθηση Συνεκτικότητας	0.100		
Αντιλήψεις για τη Νόσο			
Συνέπειες	0.006	-0.284	0.012
Διάρκεια	0.005		
Προσωπικός έλεγχος	0.055		

Σωματική ΠΖ			
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση²	
	p-value	beta †	p-value
Αντιλήψεις για τη νόσο			
Θεραπευτικός έλεγχος	0.001		
Ταυτότητα	0.001	-0.585	0.001
Ανησυχία	0.003		
Κατανοησιμότητα	0.047		
Συναισθήματα	0.014	0.258	0.046
Cumulative R ² Adj.		0.584	
ANOVA		F _(5,44) = 14.8, p<0.001	

1. Pearson ή Spearman συσχετίσεις και two-tailed t-tests
2. Ανεξάρτητη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη "Σωματική ΠΖ". Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι πιο σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις † Standardized beta coefficients.

Στην συνέχεια συμπεριελήφθησαν στην πολυπαραγοντική ανάλυση οι αντιλήψεις των ασθενών για τη νόσο τους. Αυτό που παρατηρούμε στον πίνακα 13, μελετώντας την Σωματική διάσταση της Ποιότητας ζωής (Σωματική ΠΖ), είναι ότι τότε αυτές, και κυρίως η **ταυτοτητα** (b:-0.585), η αγωνία των ασθενών για τις **συνέπειες** της νόσου (b:-0.284) και τα **συναισθήματα** που η νόσος τους προκαλεί (b:0.258) έχουν μεγαλύτερη σημασία για την Σωματική ΠΖ, περισσότερο και από την κατάθλιψη, ο ρόλος της οποίας εξασθενίζει σημαντικά (b:-0.384 χωρίς αντιλήψεις για τη νόσο, b:-0.208 με αντιλήψεις για τη νόσο).

Πίνακας 14. Δημογραφικές κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι (με **αντιλήψεις για τη νόσο**) που σχετίζονται με την Ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής (Ψυχολογική ΠΖ) σε ασθενείς με ΚΑΠΕ (n=50)

Ψυχολογική ΠΖ			
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση ¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση ²	
	p-value	beta †	p-value
Ηλικία	0.967		
Φύλο	0.717		
Μορφωτικό Επίπεδο	0.010	0.156	0.098
Οικογενειακή Κατάσταση	0.825		
Ψυχολογική επιβάρυνση			
Άγχος	0.001	-0.216	-0.107
Κατάθλιψη	0.001	-0.191	-0.166
Αμυντικοί Μηχανισμοί			
Άρνηση	0.039	0.091	0.357
Απόθηση	0.238		
Παλινδρόμηση	0.002	-0.152	0.168
Επανόρθωση	0.345		
Προβολή	0.321		
Μετάθεση	0.225		
Διανοητικοποίηση	0.658		
Σχηματισμός εξ αντίδρασης	0.959		
Αίσθηση Συνεκτικότητας	0.001	0.023	0.829
Αντιλήψεις για τη Νόσο			
Συνέπειες	0.285		
Διάρκεια	0.163		
Προσωπικός έλεγχος	0.023		

Ψυχολογική ΠΖ			
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση²	
	p-value	beta †	p-value
Αντιλήψεις για τη νόσο			
Θεραπευτικός έλεγχος	0.001		
Ταυτότητα	0.001	-0.379	0.001
Ανησυχία	0.035		
Κατανοησιμότητα	0.001	0.303	0.001
Συναισθήματα	0.001		
Cumulative R ² Adj.		0.655	
ANOVA		F _(6,43) = 16.5, p<0.001	

1. Pearson ή Spearman συσχετίσεις και two-tailed t-tests
2. Ανεξάρτητη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη "Ψυχολογική ΠΖ". Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι πιο σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις † Standardized beta coefficients.

Η επόμενη πολυπαραγοντική ανάλυση, όπως βλέπουμε στον πίνακα 14, μελέτησε την Σχετική με την Ψυχική Υγεία διάσταση της Ποιότητα Ζωής (Ψυχολογική ΠΖ) αφού ενσωματώθηκαν οι αντιλήψεις για τη νόσο. Αυτό που βλέπουμε είναι ότι ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς κατανοούν τη νόσο (**κατανοησιμότητα, $b:0.303$**) και ο αριθμός των σωματικών συμπτωμάτων τα οποία οι ασθενείς αποδίδουν στη νόσο (**ταυτότητα, $b:-0.379$**) είναι οι παράγοντες εκείνοι που σχετίζονται σημαντικά με τη σχετική με τη ψυχική υγεία ποιότητα ζωής τους, με τον πρώτο παράγοντα να προάγει την ποιότητα ζωής και τον δεύτερο να την χειροτερεύει.

Ο ρόλος της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και εδώ, όπως και παραπάνω, φαίνεται να εξασθενίζει ($b:-0.365$ χωρίς αντιλήψεις για τη νόσο, $b:-0.191$ με αντιλήψεις για τη νόσο)

Πίνακας 15. Δημογραφικές κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι (χωρίς αντιλήψεις για τη νόσο) που σχετίζονται με την κοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής (Κοινωνική ΠΖ) σε ασθενείς με ΚΑΠΕ (n=50)

Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Κοινωνική ΠΖ		
	Μονοπαραγοντική Ανάλυση ¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση ²	
	p-value	beta †	p-value
Ηλικία	0.140		
Φύλο	0.564		
Μορφωτικό Επίπεδο	0.038	0.248	0.060
Οικογενειακή Κατάσταση	0.022	-0.304	0.025
Ψυχολογική επιβάρυνση			
Άγχος	0.032	0.094	0.628
Κατάθλιψη	0.002	-0.437	0.025
Αμυντικοί Μηχανισμοί			
Άρνηση	0.014	0.119	0.392
Απόθεση	0.039		
Παλινδρόμηση	0.041		
Επανόρθωση	0.934		
Προβολή	0.845		
Μετάθεση	0.331		
Διανοητικοποίηση	0.131		
Σχηματισμός εξ αντίδρασης	0.969		
Αίσθηση Συνεκτικότητας	0.004	0.053	0.751
Cumulative R ² Adj.		0.308	
ANOVA		F _(6,41) = 4.49 p<0.001	

1. Pearson ή Spearman συσχετίσεις και two-tailed t-tests
2. Ανεξάρτητη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη "Κοινωνική ΠΖ". Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι πιο σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις † Standardized beta coefficients.

Η Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ΚΑΠΕ μελετάται στον πίνακα 15 συγκριτικά με τις δημογραφικές, κλινικές και ψυχολογικές παραμέτρους που μελετήθηκαν και παραπάνω. Αυτό που βρέθηκε είναι ότι σχετίζεται αρνητικά κυρίως με την **κατάθλιψη (b:-0.437)** και με την **οικογενειακή κατάσταση** των ασθενών, με εκείνους που είναι **χήροι ή διαζευγμένοι** να έχουν χειρότερη Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής (b:-0.304)

Πίνακας 16. Δημογραφικές κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι (χωρίς αντιλήψεις για τη νόσο) που σχετίζονται με την σχετική με το περιβάλλον διάσταση της ποιότητας ζωής (Σχετική με το περιβάλλον ΠΖ) σε ασθενείς με ΚΑΠΕ (n=50)

Σχετική με το Περιβάλλον ΠΖ			
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση²	
	p-value	beta †	p-value
Ηλικία	0.811		
Φύλο	0.133		
Μορφωτικό Επίπεδο	0.025	0.225	0.064
Οικογενειακή Κατάσταση	0.563		
Ψυχολογική επιβάρυνση			
Άγχος	0.007	0.019	0.916
Κατάθλιψη	0.001	-0.454	0.012
Αμυντικοί Μηχανισμοί			
Άρνηση	0.001	0.358	0.007
Απόθεση	0.974		
Παλινδρόμηση	0.127		
Επανόρθωση	0.904		
Προβολή	0.819		
Μετάθεση	0.795		
Διανοητικοποίηση	0.504		
Σχηματισμός εξ αντίδρασης	0.292		
Αίσθηση Συνεκτικότητας	0.020	0.085	0.559
Cumulative R ² Adj.		0.438	
ANOVA		F _(6,44) = 5.25, p<0.001	

1. Pearson ή Spearman συσχετίσεις και two-tailed t-tests
2. Ανεξάρτητη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη "Σχετική με το περιβάλλον ΠΖ". Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι πιο σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις † Standardized beta coefficients.

Ο πίνακας 16 παρουσιάζει μια πολυπαραγοντική ανάλυση παλινδρόμησης σε εξαρτημένη μεταβλητή την Σχετική με το περιβάλλον Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ΚΑΠΕ και ανεξάρτητες μεταβλητές τις κύριες δημογραφικές, κλινικές και ψυχολογικές παραμέτρους που έχουν μελετηθεί και ανωτέρω. Η ανάλυση έδειξε η Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ΚΑΠΕ έχει επίσης μια τάση να χειροτερεύει όταν υπάρχει **καταθλιπτική συμπτωματολογία (b:-0.454)**, αλλά ο μηχανισμός άμυνας της **Άρνησης (b:0.358)** ήταν εκείνος που δείχνει να ασκεί μια θετική επίδραση.

Πίνακας 17. Δημογραφικές κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι (με αντιλήψεις για τη νόσο) που σχετίζονται με την σχετική με την κοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής (Κοινωνική ΠΖ) σε ασθενείς με ΚΑΠΕ (n=50)

Κοινωνική ΠΖ			
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση ¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση ²	
	p-value	beta †	p-value
Ηλικία	0.140		
Φύλο	0.564		
Μορφωτικό Επίπεδο	0.038	0.184	0.177
Οικογενειακή Κατάσταση	0.022	-0.296	-0.028
Ψυχολογική επιβάρυνση			
Άγχος	0.032	0.077	0.686
Κατάθλιψη	0.002	-0.347	-0.044
Αμυντικοί Μηχανισμοί			
Άρνηση	0.014	0.110	0.423
Απόθηση	0.039		
Παλινδρόμηση	0.041		
Επανόρθωση	0.934		
Προβολή	0.845		
Μετάθεση	0.331		
Διανοητικοποίηση	0.131		
Σχηματισμός εξ αντίδρασης	0.969		
Αίσθηση Συνεκτικότητας	0.004	0.015	0.927
Αντιλήψεις για τη Νόσο			
Συνέπειες	0.568		
Διάρκεια	0.383		
Προσωπικός έλεγχος	0.192		

Κοινωνική ΠΖ			
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση²	
	p-value	beta †	p-value
Αντιλήψεις για τη νόσο			
Θεραπευτικός έλεγχος	0.044		
Ταυτότητα	0.001	-0.216	0.160
Ανησυχία	0.491		
Κατανοησιμότητα	0.298		
Συναισθήματα	0.059		
Cumulative R ² Adj.		0.325	
ANOVA		F _(7,42) = 4.24, p<0.001	

1. Pearson ή Spearman συσχετίσεις και two-tailed t-tests
2. Ανεξάρτητη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη "Κοινωνική ΠΖ". Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι πιο σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις † Standardized beta coefficients.

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαγοντικής ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την σχετική με την κοινωνική διασταση ποιότητα ζωής (Κοινωνική ΠΖ) και ανεξάρτητες μεταβλητές τις κύριες δημογραφικές, κλινικές και ψυχολογικές παραμέτρους που μελετήθηκαν, ενώ έχουν ενσωματωθεί και οι αντιλήψεις των ασθενών για τη νόσο. Όπως παρατηρούμε οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την Κοινωνική ΠΖ εξακολουθούν να είναι η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών ($b:-0.296$) και η ύπαρξη της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($b:-0.347$), με τις αντιλήψεις για την νόσο να μην παίζουν σημαντικό ρόλο.

Πίνακας 18. Δημογραφικές κλινικές και ψυχολογικές παράμετροι (με **αντιλήψεις για τη νόσο**) που σχετίζονται με την σχετική με το περιβάλλον διάσταση της ποιότητας ζωής (Σχετική με το περιβάλλον ΠΖ) σε ασθενείς με ΚΑΠΕ (n=50)

Σχετική με το Περιβάλλον ΠΖ			
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση ¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση ²	
	p-value	beta †	p-value
Ηλικία	0.811		
Φύλο	0.133		
Μορφωτικό Επίπεδο	0.025	0.229	0.075
Οικογενειακή Κατάσταση	0.563		
Ψυχολογική επιβάρυνση			
Άγχος	0.007	0.012	0.948
Κατάθλιψη	0.001	-0.373	-0.062
Αμυντικοί Μηχανισμοί			
Άρνηση	0.001	0.309	0.204
Απόθηση	0.974		
Παλινδρόμηση	0.127		
Επανόρθωση	0.904		
Προβολή	0.819		
Μετάθεση	0.795		
Διανοητικοποίηση	0.504		
Σχηματισμός εξ αντίδρασης	0.292		
Αίσθηση Συνεκτικότητας	0.020	0.065	0.062
Αντιλήψεις για τη Νόσο			
Συνέπειες	0.338		
Διάρκεια	0.400		
Προσωπικός έλεγχος	0.090		

Σχετική με το Περιβάλλον ΠΖ			
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση¹	Πολυπαραγοντική Παλινδρόμηση²	
	p-value	beta †	p-value
Αντιλήψεις για τη νόσο			
Θεραπευτικός έλεγχος	0.001	0.212	0.158
Ταυτότητα	0.021	0.082	0.576
Ανησυχία	0.682		
Κατανοησιμότητα	0.002		
Συναισθήματα	0.565		
Cumulative R ² Adj.		0.376	
ANOVA		F _(7,42) = 5.21, p<0.001	

1. Pearson ή Spearman συσχετίσεις και two-tailed t-tests
2. Ανεξάρτητη ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη "Σχετική με το περιβάλλον ΠΖ". Λόγω του μικρού αριθμού των ασθενών, οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν οι πιο σημαντικές μεταβλητές που προέκυψαν από τις μονοπαραγοντικές αναλύσεις † Standardized beta coefficients.

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολυπαγοντικής ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την σχετική με την περιβάλλον διάσταση της ποιότητας ζωής (Σχετική με το περιβάλλον ΠΖ) και ανεξάρτητες μεταβλητές τις δημογραφικές, κλινικές και ψυχολογικές παραμέτρους που έχουν μελετηθεί, ενώ έχουν ενσωματωθεί οι αντιλήψεις των ασθενών για τη νόσο. Εδώ, οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την Σχετική με το περιβάλλον ΠΖ παραμένουν η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ($b:-0.373$) και η χρήση του μηχανισμού άμυνας της άρνησης ($b:0.309$), με τον πρώτο παράγοντα να επιβαρύνει την ποιότητα ζωής και τον δεύτερο να ασκεί προφυλακτικό ρόλο, ενώ και εδώ οι αντιλήψεις των ασθενών για την νόσο δεν επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση που έμμεσα ακολουθήθηκε κατά την διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διατριβής, από την επιλογή των ερωτηματολογίων μέχρι την ερμηνεία τους, δεν φιλοδοξεί να θεωρηθεί ότι είναι η μόνη ικανή για να φωτίσει την πολυπλοκότητα του βιώματος ενός ανθρώπου που διαγνώστηκε με μια απειλητική για την ζωή ασθένεια και βρίσκεται αναπάντεχα μπροστά στο φάσμα του θανάτου. Οι παραδοχές που σιωπηλά αποδεχθήκαμε είναι ότι ο ανθρώπινος ψυχισμός είναι ένα μέρος εσωτερικών συναισθηματικών συγκρούσεων, ενώ μια σειρά μηχανισμών άμυνας ενεργοποιούνται για να διατηρήσουν το επίπεδο άγχους που καθένας νιώθει σε συμβατά με την ανθρώπινη ισορροπία επίπεδα. Στον άνθρωπο που πεθαίνει αναδύονται μια σειρά πρωτόγνωρων συγκρούσεων και αντίστοιχα ειδικών αμυνών. Η αλληλοσυσχέτιση μιας πρωτόγνωρης για τον καθένα εμπειρίας με την απόλυτα ιδιοσυγκρασιακή διαχειριστική στρατηγική που αξιοποιούν οι ασθενείς, αναδεικνύει ένα προσωπικό ψυχολογικό προφίλ αναφορικά με την ασθένεια. Δηλαδή, την πιθανή εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, την επίπτωση αυτής στην πορεία της ασθένειας και τελικά στον επηρεασμό της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Η συγχρονική μελέτη που διενεργήθηκε για την αξιολόγηση της βαρύτητας της ψυχικής καταπόνησης σε ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας υπήρξε μία από τις πρώτες ποσοτικές μελέτες που με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων προσπάθησε να διερευνήσει όσες περισσότερες πτυχές της εμπειρίας των ασθενών αυτών ήταν δυνατόν στην παρούσα συγκυρία.

Η ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έδειξε ότι οι ασθενείς εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αυξημένη ψυχική επιβάρυνση, ενώ είχαν πολύ αρνητικά επηρεασμένη την ποιότητα ζωής τους. Σημαντικό εύρημα ήταν, επίσης, ότι η παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας όπως η χαμηλή αίσθηση συνεκτικότητας και η υψηλή διαπροσωπική ευαισθησία, σχετίζονται θετικά με το μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τέλος, μελετήσαμε τις αντιλήψεις των ασθενών για την νόσο και δείξαμε ότι παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο, που αξίζει να διερευνηθεί περαιτέρω, αφού εξασθενούν την επίπτωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην σωματική και ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής.

Θα πρέπει, τέλος, να επισημανθεί ότι το δείγμα των ασθενών με ΚΑΠΕ που μελετήθηκε ήταν σχετικά μικρό (50 ασθενείς), αν και πρέπει να λάβουμε υπόψη την σπανιότητα της νόσου. Ούτως ή άλλως, είναι ένας αριθμός που δεν μας επιτρέπει να

καταλήξουμε σε οριστικά συμπεράσματα. Απαιτείται, επομένως, μια σειρά μελλοντικών προοπτικών ερευνών που θα συμπεριλαμβάνουν ένα αρκετά μεγαλύτερο αριθμό ασθενών, έτσι ώστε είτε να επικυρώσουν τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξε η παρούσα έρευνα είτε να παρουσιάσουν μια νέα εικόνα που θα αναδεικνύει με πιο ουσιαστικό τρόπο την εμπειρία των ασθενών αυτών.

Οι δύο ομάδες ασθενών με καρκίνο παχέος εντέρου (162 ασθενείς) και καρκίνο του μαστού (134 ασθενείς) με τις οποίες συγκρίναμε τα αποτελέσματα μας, είναι από τις πιο καλά μελετημένες στην ογκολογική βιβλιογραφία. Επειδή δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου χωρίς μεταστάσεις και σε αυτούς με καρκίνο μαστού χωρίς μεταστάσεις όσον αφορά στην ψυχολογική επιβάρυνση, σε συγκεκριμένες ψυχολογικές παραμέτρους που μελετήθηκαν (όπως οι άμυνες που χρησιμοποιούνται) και στην ποιότητα ζωής, ομαδοποιήσαμε αυτές τις δύο κατηγορίες σε μία: τους ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο (μ-MK). Σε παρόμοια συμπεράσματα καταλήξαμε και με τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο που αποτέλεσαν την δεύτερη ομάδα (MK). Τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν παραχωρήθηκαν ευγενικά από τους ερευνητές (Hyphantis et al, 2011. Hyphantis et al, 2013)

Έχει αναφερθεί ότι δύο από τις πιο συχνά παρατηρούμενες ψυχολογικές διαταραχές που εμφανίζουν οι ασθενείς με καρκίνο είναι η αγχώδης διαταραχή και η κατάθλιψη. Το άγχος σχετίζεται με μη ελεγχόμενη ανησυχία, κρίσεις πανικού και αποφυγή οποιασδήποτε υπενθύμισης της νόσου. Οι ασθενείς μπορεί να υπερβάλλουν αναφορικά με τα συμπτώματα που νιώθουν (όπως δύσπνοια) ή να αναπτύξουν μια σειρά φοβίες που σχετίζονται με τη νόσο (φόβος για τις θεραπείες, για τα νοσοκομεία κοκ) (House A et al, 2003. White CA et al, 2003). Από την άλλη πλευρά, η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συμπίπτει με την βίωση έντονων αισθημάτων ανασφάλειας για το μέλλον τους, ή όταν η ασθένεια επιδρά σημαντικά στην λειτουργικότητα τους, οι ασθενείς κυριαρχούνται από αισθήματα ανημπορίας. Σημαντική είναι η εμφάνιση του προκαταρκτικού πένθους που βιώνουν οι ασθενείς λόγω των αλλαγών που παρατηρούν στο σώμα τους (η απώλεια μαλλιών είναι η πιο συνηθισμένη κατάσταση που συνδέεται με αυτήν την διάσταση, αλλά μπορεί να επεκταθεί περισσότερο, ανάλογα με την κατάσταση, πχ σε περίπτωση μαστεκτομής) αλλά και για την σημαντική αλλαγή (που πολλές φορές ταυτίζεται με απώλεια) του ρόλου τους στην κοινωνία ή στην οικογένεια. Η ανησυχία που συνδέεται με την πιθανή απώλεια της ζωής τους, βέβαια, συμπυκνώνει σε μία δέσμη όλα τα αρνητικά συναισθήματα και τις υπαρξιακές αγωνίες που μπορεί να κατακλύσουν τον ασθενή.

Είναι γνωστό από μια σειρά ερευνών ότι ένα ποσοστό της τάξης του 47% των καρκινοπαθών θα αναπτύξουν κάποια ψυχιατρική συμπτωματολογία. Αν και η ψυχική επιβάρυνση μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην εξέλιξη της ασθένειας και στο προσδόκιμο της επιβίωσης των ασθενών (Stark D et al, 2002. Satin JR et al, 2009) η επίπτωση της και η ένταση της συμπτωματολογίας της δεν έχουν μελετηθεί καθόλου στο ΚΑΠΕ, παρά μόνο σε μία μελέτη του 2001 των Zabora και συν. που κατέγραψαν ψυχολογική επιβάρυνση που έφτανε στο 34.9% (Zabora J et al, 2001), με την μεγαλύτερη επιβάρυνση να έχουν νόσοι όπως ο καρκίνος του πνεύμονα. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας καταγράψαμε ένα ποσοστό που έφτασε στο 40% που εμφάνιζε σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όσον αφορά τους ασθενείς με ΚΑΠΕ, σημαντικά μεγαλύτερο συγκρινόμενο με τους ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο (μ-ΜΚ), όπου το ποσοστό ανέρχονταν στο 23,5 % και με τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο γνωστής πρωτοπαθούς εστίας (ΜΚ) που το ποσοστό ήταν 28,8%. Αυτό το ποσοστό που καταγράφηκε είναι μεγαλύτερο και από το αντίστοιχο που καταγράφηκε στην έρευνα των Zabora και συν (Zabora J et al, 2001), ενώ πρέπει να σημειωθεί ότι η έρευνα τους προσέγγιζε την ψυχολογική επιβάρυνση γενικά, μέσω της χρήσης του ερωτηματολογίου Brief Symptom Inventory. Τα ποσοστά που βρήκαμε για την επίπτωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας ήταν επίσης υψηλότερα και από τα αντίστοιχα ασθενών με προχωρημένο καρκίνο, τα οποία κυμαίνονται μεταξύ 14,1% και 31% (Miovic M et al, 2007). Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι οι κλινικοί ιατροί πρέπει να είναι αρκετά ευαισθητοποιημένοι για την έγκαιρη αναγνώριση της καταθλιπτικής διαταραχής στους ασθενείς με ΚΑΠΕ, αφού είναι γνωστό ότι μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την έκβαση της ασθένειας με πολλούς τρόπους, όπως με το να επιδράσει στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής, να παρατείνει κατά πολύ την διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης, να έχει τεράστια επίδραση σε ζητήματα λειτουργικότητας, να χειροτερέψει την ποιότητα ζωής και πιθανόν, να μειώσει το συνολικό προσδόκιμο επιβίωσης (McDaniel JS et al, 1995).

Οι Zabora και συν. στην δεύτερη μεγάλη μελέτη τους (Zabora J et al, 2009) με ένα πληθυσμό 8,265 ασθενών στο καρκινικό κέντρο John Hopkins για την συνύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής, βρήκαν ότι το 14.5% των ασθενών με ΚΑΠΕ εμφάνιζαν μικτή συμπτωματολογία, κάνοντας τους μία από τις ομάδες με την μεγαλύτερη επίπτωση των διαταραχών. Τέλος, μια εργασία των Lenzi και συν. το 2004 (Lenzi R et al, 2004) ανέφερε υψηλά επίπεδα κατάθλιψης στους ασθενείς με ΚΑΠΕ,

αυξημένα επίπεδα ψυχοκοινωνικής δυσφορίας, αλλά και υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας που σχετίζονται με την νόσο. Ο Lenzi θεώρησε, μάλιστα, ότι η αβεβαιότητα των ασθενών σχετικά με την νόσο τους τους επιβάρυνε σε σημαντικό βαθμό, κάνοντας την έναν από τους πιο επιδραστικούς παράγοντες στην διαχείριση της εκ μέρους τους. Πολλοί ερευνητές τονίζουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να γνωρίζουν πληροφορίες σχετικά με την φύση της ασθένειάς τους, τις συνέπειες που θα έχει στην υγεία τους, τις αιτίες που την προκάλεσαν, τη διάρκεια της και τις θεραπευτικές επιλογές (Lau RR et al, 1989). Η αδυναμία να δοθούν απαντήσεις σε πολλές από αυτές τις ερωτήσεις στην περίπτωση του ΚΑΠΕ είναι μια μεταβλητή που θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας.

Το αίσθημα αβεβαιότητας, ένα χαρακτηριστικό που πλέον θεωρείται ως ένα από τα κύρια γνωρίσματα της νόσου χρωματίζοντας την συνολική εμπειρία των ασθενών, έχει διερευνηθεί σε μια σειρά ποιοτικών μελετών όπως αυτές των Davis και Boyland (Boyland L et al, 2008), των Lenzi και συν. (Lenzi R et al, 2004) και των Richardson και συν. (Richardson A et al, 2013), οι οποίοι μέσω συνεντεύξεων με ασθενείς έχουν αναδείξει μια σειρά από ενδιαφέροντα στοιχεία, τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο στο πως θα αναπαραστήσουν σε εσωτερικό επίπεδο οι ασθενείς αυτήν την νέα εμπειρία και επικυρώνουν την θεωρία ότι η δυσκολία μιας εσωτερικής κατασκευής η οποία θα την νοηματοδοτήσει, οδηγεί τους ασθενείς σε δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές διαχείρισης (Mishel M., 1990. Shaha M et al, 2008).

Η παρούσα μελέτη, θεωρώντας ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ έρχονται αντιμέτωποι με ένα ξεχωριστό βίωμα, έλαβε υπόψιν της στην ερμηνευτική της υποστήριξη, πέρα από το γεγονός της αβεβαιότητας που αναφέραμε παραπάνω και μία σειρά άλλων παρατηρήσεων που είναι ικανές να διαφοροποιήσουν την εμπειρία αυτή. Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ ξαφνικά ανακαλύπτουν ότι πάσχουν από μια μεταστατική ασθένεια, χωρίς να έχουν καθόλου χρόνο να προσαρμοσθούν, σε αντίθεση με τους περισσότερους ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο ή με λιγότερο επιθετικό πρότυπο νόσου. Έχειδειχθεί ότι οι ασθενείς οι οποίοι έχουν τον χρόνο να διαχειριστούν τα συναισθήματα που τους προκαλεί το πλήγμα της νόσου, μπορούν να βελτιώσουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις, να μειώσουν την ψυχολογική τους επιβάρυνση και να απολαύσουν καλύτερη ποιότητα ζωής (Hyphantis T et al, 2009).

Μελετώντας την ψυχική καταπόνηση με την κλίμακα SCL-90 φάνηκε ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ εμφάνισαν αυξημένη ένταση ψυχολογικών συμπτωμάτων σε όλες τις διαστάσεις που διερευνώνται από το ερωτηματολόγιο, παρουσιάζοντας υψηλά επίπεδα

σωματοποίησης, άγχους, κατάθλιψης, επιθετικότητας και διαπροσωπικής ευαισθησίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε όλες τις κατηγορίες αυτές είχαν πιο αυξημένες τιμές συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες ασθενών, τόσο με την ομάδα με μη μεταστατικό καρκίνο, όσο και με αυτήν με μεταστατικό. Ιδιαίτερα αυξημένος ήταν και ο δείκτης γενικής συμπτωματολογίας. Η σύγκριση με την ομάδα των μ-ΜΚ, δεν ανέδειξε κάτι που δεν αναμενόταν, αφού είναι γνωστό ότι η ψυχική καταπόνηση συνήθως αυξάνεται με την πρόοδο της ασθένειας, όταν εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα όπως πόνος ή εξάντληση ή σαν συνέπεια των δύσκολων θεραπειών που υποβάλλεται ο ασθενής (Zabora J, et al 2001). Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ, όμως, είχαν αυξημένη ένταση ψυχιατρικών συμπτωμάτων συγκριτικά και με τους ασθενείς με ΜΚ, κάνοντας το ένα ενδιαφέρον εύρημα, το οποίο χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Οι γνωσιακές μεταβλητές φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στο καρκίνο (Rozema H et al, 2009). Ο Leventhal ανέπτυξε ένα μοντέλο αυτορύθμισης για να περιγράψει τη διαδικασία που κάθε άτομο χρησιμοποιεί για να ανταποκριθεί σε μία ενδεχόμενη απειλή για τη ζωή του. Το μοντέλο υποθέτει ότι ερεθίσματα (όπως τα συμπτώματα) προκαλούν την εμφάνιση/γεννούν γνωσιακές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις για τη νόσο ή για τον κίνδυνο που απειλεί την υγεία ενός ατόμου. Αυτές οι αναπαραστάσεις γίνονται ο στόχος παράλληλης επεξεργασίας σε τρία στάδια. Το άτομο πρώτα σχηματίζει μια αναπαράσταση για τη νόσο (όπως η ταυτότητα της ασθένειας, η αιτία της, το πόσο θα διαρκέσει και οι συνέπειες που θα έχει στην ζωή του) ή για την απειλή εναντίον της υγείας, έπειτα υιοθετεί συμπεριφορές για να αντεπεξέλθει και τελικά αξιολογεί την αποτελεσματικότητα τέτοιων συμπεριφορών. Το μοντέλο αυτό ενσωματώνει έναν συνεχή αυτοτροφοδοτούμενο βρόχο, εντός του οποίου τα αποτελέσματα γεννούν νέες αναπαραστάσεις και καινούριες διαχειριστικές στρατηγικές (Leventhal H et al, 1984).

Όλες αυτές οι αναπαραστάσεις επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ικανότητα των ασθενών να διαχειριστούν την κατάσταση τους. Αλλά και κάποιες διαστάσεις της προσωπικότητας έχουν βρεθεί ότι είναι σημαντικές για μια προσαρμοστική στάση απέναντι σε μία θανατηφόρα ασθένεια. Έχει δειχθεί ότι η άρνηση έχει θετικό αντίκτυπο ενώ η απόθνηση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου (Hyphantis T et al, 2011), ενώ άλλες μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι κάποιοι μηχανισμοί άμυνας συνδέονταν ακόμη και με μειωμένο χρόνο επιβίωσης σε ασθενείς με καρκίνο (Beresford TP et al, 2006).

Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ παρουσίασαν μικρότερες βαθμολογίες στην κλίμακα SOC, η

οποία εκτιμά την αίσθηση συνεκτικότητας ενός ατόμου, και στην άμυνα της διανοητικοποίησης συγκρινόμενοι με τις άλλες δύο κατηγορίες. Άλλο σημαντικό εύρημα είναι οι υψηλότερες τιμές που εμφάνισαν στην άμυνα της απώθησης.

Η αίσθηση συνεκτικότητας, μια έννοια που αναπτύχθηκε από τον Antonovsky, θεωρείται ένας ισχυρός παράγοντας που συνδέεται με την υγεία και την ευημερία (Antonovsky A, 1987. Poppius E et al, 2006). Ο Antonovsky θεωρεί ότι ένα άτομο με ιδιαίτερα ισχυρή αίσθηση συνεκτικότητας χρησιμοποιεί μια σειρά επιτυχημένων διαχειριστικών στρατηγικών για τις ψυχοπαιστικές καταστάσεις που ενδέχεται να αντιμετωπίσει (όπως είναι μια ασθένεια ή μια απώλεια ενός κοντινού ατόμου) για να προάγει την υγεία του, είτε με το να αποφεύγει ανθυγιεινές συμπεριφορές είτε με το να ενισχύει θετικά πρότυπα διαβίωσης.

Η εμφάνιση της ασθένειας, λοιπόν, είναι μια τέτοια ψυχοπαιστική κατάσταση για το υποκείμενο και ο τρόπος διαχείρισης της εξαρτάται κατά τον Antonovsky σε μεγάλο βαθμό από την αίσθηση συνεκτικότητας που έχει. Η σοβαρότητα της νόσου, οι επιπτώσεις της στην ζωή του - ουσιαστικά όλη η εμπειρία της - μπορεί να ιδωθεί μέσα από ένα αισιόδοξο πρίσμα, ως μια δοκιμασία ωρίμανσης και εν τέλει ο ασθενής μπορεί ακόμα και να κερδίσει κάτι από αυτήν. Μπορεί να επαναξιολογήσει τις προτεραιότητες του και τις σχέσεις του και να γίνει φορέας αλλαγής σε πολλές πτυχές της ζωής του.

Πολλές μελέτες έχουν αναδείξει την θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και την αίσθηση συνεκτικότητας, δύο μεταβλητές που υπερκαθορίζονται από τις υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου. Η αίσθηση συνεκτικότητας έχει συσχετιστεί με καλύτερη ποιότητα ζωής σε πολλές ογκολογικές έρευνες με ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, του παχέος εντέρου, του μαστού και με λέμφωμα Hodgkin (Eriksson M et al, 2007. Edman L et al, 2001. Forsberg C et al, 1996. Henoch I et al, 2007. Mizuno M et al, 2009. Paika V et al, 2009. Wettergren L et al, 2004. Hyphantis T et al, 2011). Σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού, η αίσθηση συνεκτικότητας έχει συνδεθεί με καλύτερη ψυχολογική ευεξία και ποιότητα ζωής (Gibson LM et al, 2003. Shapiro SL et al, 2001), ενώ έχει συνδεθεί γενικά με μειωμένη θνητότητα από καρκίνο (Surtees P et al, 2003).

Οι ασθενείς σε πιο προχωρημένα στάδια που βρίσκονται σε παρηγορητική θεραπεία αναζητούν συνήθως την ηθική υποστήριξη από οικογένεια και φίλους αρκετά συχνά στα πλαίσια της διαχείρισης της ασθένειας (van Laarhoven HW et al, 2011). Στην δική μας μελέτη, οι ασθενείς με ΚΑΠΕ, πέρα από τα χαμηλά επίπεδα στην κλίμακα SOC, εμφάνιζαν υψηλά ποσοστά στην κλίμακα εκτίμησης της διαπροσωπικής ευαισθησίας. Σε

κάποιες άλλες μελέτες που έχουν γίνει η SOC έχει συσχετιστεί με διαπροσωπικές δυσκολίες, που αντανακλάται και σε αυξημένες τιμές διαπροσωπικής ευαισθησίας (Poppius E et al, 2006). Η διαπροσωπική ευαισθησία ουσιαστικά σχετίζεται με αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτοϋποτίμησης, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους και τις σχέσεις μαζί τους. Υψηλά ποσοστά όπως αυτά που παρατηρήθηκαν στους ασθενείς με ΚΑΠΕ, ακόμα και συγκριτικά με ασθενείς με προχωρημένη μεταστατική νόσο γνωστής πρωτοπαθούς εστίας, μας αναδεικνύει τα λίγα "ηθικά" στηρίγματα που χρησιμοποιούν οι ασθενείς με ΚΑΠΕ στην αντιμετώπιση της νόσου τους. Θα λέγαμε ότι κάτι τέτοιο αντανακλάται και στην χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα της αίσθησης συνεκτικότητας, αφού διαχειριστικές τεχνικές αυτουποτίμησης και περιθωριοποίησης από σημαντικούς άλλους δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι προάγουν την υγεία., όπως τεκμηριώνεται και από την μελέτη των Akechi και συν. (Akechi T et al, 1998) με ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, που σημείωσαν ότι ένα μοντέλο απόγνωσης/απελπισίας προέβλεπε χειροτέρευση της ψυχολογικής επιβάρυνσης ή των Faller και συν. (Faller H et al, 1999), επίσης με ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα, που έδειξαν ότι ένα μοντέλο διαχείρισης που στηρίζονταν στην μελαγχολία, την αυτολύπηση, την μοιρολατρία, την προβολή της επιθετικότητας σε άλλους και την κοινωνική απομόνωση σχετίζονταν με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης.

Η μειωμένη αίσθηση συνεκτικότητας συσχετίστηκε επίσης θετικά, όπως και η αυξημένη διαπροσωπική ευαισθησία, με μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών. Κάποιες υποθέσεις που έχουν γίνει για αυτές τις πιθανές συσχετίσεις των ψυχολογικών παραγόντων με την επιβίωση στην νεοπλασματική νόσο έχουν να κάνουν με αντιδραστικές συμπεριφορές των ασθενών στο ψυχοπνευστικό συμβάν (ασθένεια), οι οποίες δεν προάγουν την υγεία τους, όπως η χρήση καπνού ή η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Η χαμηλή SOC επίσης μας υποδεικνύει ότι ο ασθενής κάνει χρήση μιας κακής στρατηγικής χειρισμού του αυξημένου stress, του οποίου η χρόνια επίδραση στο ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου είναι δυσμενής.

Ένας θετικός παράγοντας που αυξάνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, βοηθάει την διαχείριση του stress τους και μπορεί να παίζει ένα κάποιο ρόλο και στην εξέλιξη της νόσου είναι η κοινωνική υποστήριξη που δέχεται (Poppius E et al, 2006. Garssen B, 2004). Η SOC έχει αδιαμφισβήτητα συσχετιστεί θετικά με την κοινωνική υποστήριξη στον καρκίνο (de Boer MF et al, 1999) αλλά και με μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης. Η

συσχέτιση της μειωμένης SOC στην ανάλυση επιβίωσης που έγινε με αυξημένο κίνδυνο θανάτου, επιβεβαιώνει τον προστατευτικό της χαρακτήρα (Maunsell E et al, 1995), ενώ η αυξημένη διαπροσωπική ευαισθησία που καταγράφηκε, όπως αναφέρθηκε, είναι ενδεικτική ελλιπούς κοινωνικής υποστήριξης, κάτι που πολύ πιθανόν επηρεάζει έμμεσα την ποιότητα ζωής ή το προσδόκιμο επιβίωσης.

Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ παρουσίασαν επίσης χαμηλά ποσοστά διανοητικοποίησης, η οποία σαν άμυνα διαχειρίζεται τα συναισθήματα και τις ενορμήσεις με υπερβολική εξάρτηση από λογικές ερμηνείες των καταστάσεων (Hyphantis T et al, 2011). Μία άμυνα που πολύ συχνά χρησιμοποιείται στις ογκολογικές κλινικές, για να προστατευθούν οι κλινικοί και οι ασθενείς από το άγχος της ανακοίνωσης της διάγνωσης (Favre N et al, 2007). Ουσιαστικά, η διανοητικοποίηση ως άμυνα θεωρείται μια προσπάθεια φυγής στην λογική. Το άτομο προσπαθεί να διαφύγει από ενοχλητικά συναισθήματα που το ταλαιπωρούν με το να επικεντρωθεί στα γεγονότα. Μια κατάσταση προσεγγίζεται ως ένα ενδιαφέρον ζήτημα το οποίο αντιμετωπίζεται με έναν ορθολογικό τρόπο, ενώ οι συναισθηματικές πλευρές της θεωρούνται μη σχετικές. Αναφορικά με τους ασθενείς με καρκίνο, η διανοητικοποίηση μπορεί να εκφραστεί με την προσπάθεια τους να αποφύγουν το συναισθηματικό σοκ της διάγνωσης εστιάζοντας σε πληροφορίες σχετιζόμενες με την ασθένεια, όπως οι πιθανότητες της επιβίωσης ή η αποτελεσματικότητα των θεραπειών. Είναι ενδιαφέρον εύρημα ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ εμφάνισαν αρκετά χαμηλότερα επίπεδα διανοητικοποίησης, συγκριτικά και με τις άλλες δυο ομάδες. Μια υπόθεση που θα μπορούσαμε να κάνουμε είναι ότι οφείλεται στη δυσκολία μετατροπής μιας ασθένειας αίτιο ακόμα και για τους κλινικούς (κάτι που πολλοί το μεταβιβάζουν με την αμηχανία τους να εξηγήσουν τι ακριβώς συμβαίνει στους ασθενείς) σε μια εσωτερική αναπαράσταση την οποία ο ασθενής θα μπορέσει να επεξεργαστεί ή θα βασιστεί σε πληροφορίες γύρω από αυτήν, στην προσπάθεια του να μετριάσει τη συναισθηματική του ένταση.

Επίσης, οι ασθενείς εμφάνισαν αυξημένα ποσοστά απώθησης, μια άμυνα που θεωρείται στην φροϋδική βιβλιογραφία ως ένας βασικός και πρωταρχικός αμυντικός μηχανισμός που βρίσκεται κάτω από όλους τους άλλους μηχανισμούς. Η κύρια λειτουργία του είναι να ωθεί μη αποδεκτά ψυχικά στοιχεία (συνειδητοποιήσεις) - ιδέες, φαντασίες, συναισθήματα ή ενορμήσεις - στο ασυνείδητο και ουσιαστικά να τα κρατά μακριά από την επίγνωση του ατόμου. Θεωρείται ένας πρωταρχικός αμυντικός μηχανισμός, ο οποίος πολύ συχνά συμπληρώνεται σε δεύτερο επίπεδο από μηχανισμούς όπως η μετάθεση ή η

μετατροπή, οι οποίοι μεταφέρουν μη αποδεκτά αποθμημένα στοιχεία σε άλλα αντικείμενα ή στο σώμα. Μέσω αυτής της ερμηνευτικής ακολουθίας μπορούμε να δικαιολογήσουμε τα υψηλά επίπεδα σωματοποίησης που βρέθηκαν στους ασθενείς. Η απόθεση έχει επίσης συνδεθεί με δυσμενή έκβαση σε ασθενείς με καρκίνο (Garrsen B, 2004), ενώ οι Hyphantis και συν. (2010, 2011) στην μελέτη τους με ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου έδειξαν ότι η απόθεση σχετίζεται θετικά με την ψυχολογική καταπόνηση και επηρεάζει αρνητικά την προαγωγή της ποιότητας ζωής των ασθενών (Paika V et al, 2010. Hyphantis T et al, 2011).

Έτσι, σε κάθε περίπτωση προχωρημένης νεοπλασματικής νόσου, ειδικά στο ΚΑΠΕ, η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση είναι καίριας σημασίας, γιατί τόσο οι μηχανισμοί άμυνας που δυσπροσαρμοστικά χρησιμοποιεί ο ασθενής όσο και η αίσθηση συνεκτικότητας που είναι μειωμένη και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την διαχείριση εκ μέρους του της ασθένειας και περαιτέρω την ποιότητα ζωής που απολαμβάνει, μπορούν να τροποποιηθούν.

Αναφορικά με τις αντιλήψεις για τη νόσο, μελέτες έχουν δείξει ότι οι περισσότεροι ασθενείς με καρκίνο αποδίδουν την ασθένεια τους κυρίως στον τρόπο ζωής τους (lifestyle) (39%), σε κληρονομικούς ή άλλους γενετικούς παράγοντες (35%) αλλά και σε περιβαλλοντικά αίτια (24%) (Ferrucci LM et al, 2011). Παρ' όλα αυτά, από την δική μας έρευνα φάνηκε ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ απέδωσαν την ασθένεια τους κατά κύριο λόγο σε ψυχολογικούς λόγους (32%), στον τρόπο ζωής (συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, 18%), ή στο θέλημα του Θεού ή της μοίρας (12%). Αυτές οι προσεγγίσεις πάνω στην αιτιολογία της ασθένειας, που φαίνεται να είναι πιο συχνές σε ασθενείς με ΚΑΠΕ, μπορούν να γίνουν στόχος επεξεργασμένων παρεμβάσεων από την πλευρά των κλινικών, αφού είναι ενδεικτικές ψυχολογικών προβλημάτων που απασχολούν τους ασθενείς.

Η μελέτη των αναπαραστάσεων των ασθενών για την ασθένεια τους είναι μια σημαντική πτυχή που δεν πρέπει να αγνοηθεί από τους κλινικούς, στην προσπάθεια να καταλάβουν πως βιώνουν οι ασθενείς την εμπειρία τους. Οι αναπαραστάσεις για την ασθένεια μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: γνωσιακές και συναισθηματικές, με μια σειρά κατηγοριών όπως οι συνέπειες της ασθένειας, η διάρκεια, ο προσωπικός έλεγχος, ο θεραπευτικός έλεγχος, η ταυτότητα της νόσου, η ανησυχία, η κατανόηση και ο συναισθηματικός αντίκτυπος.

Υπάρχουν δεδομένα που τεκμηριώνουν πως οι αντιλήψεις για την νόσο σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την διαχείριση της ασθένειας εκ μέρους του ασθενή και σε σημαντικό

βαθμό με την αποτελεσματικότητα των διάφορων ιατρικών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων (Weinman J et al, 1996. Moss-Morris R et al, 2002). Αντιλήψεις ελέγχου πάνω στην νόσο έχουν συσχετιστεί θετικά με προσαρμοστικές στρατηγικές οι οποίες προωθούν την υγεία, ενώ σχετίζονται αρνητικά με την ψυχολογική καταπόνηση. Αντίθετα, αντιλήψεις για αρνητικές συνέπειες σχετίζονται με χειρότερα αποτελέσματα (Fortune DG et al, 2002. Paschalides C et al, 2004).

Η μελέτη των Thune-Boyle και συν. (2006) με ασθενείς υπό χημειοθεραπεία έδειξε ότι όσοι θεωρούσαν ότι η ασθένεια τους έχει σημαντική επίπτωση στη ζωή τους, βρέθηκαν να έχουν υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης (Thune'-Boyle IC et al, 2006), ενώ η έρευνα των Rozema και συν. (2008) με ασθενείς με καρκίνο του μαστού συσχέτισε τις θεωρήσεις αυτές με χειρότερη ποιότητα ζωής (Rozema H et al, 2008). Περαιτέρω έρευνες έχουν δείξει ότι οι αντιλήψεις για την ασθένεια είναι σχετίζεται σημαντικά με την βίωση των σωματικών συμπτωμάτων (Stewart DE et al, 2011), ενώ η ανησυχία των ασθενών με καρκίνο (illness concern) έχει βρεθεί ως ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής κατά το τέλος της ζωής (Zhang B et al, 2012).

Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ θεωρούσαν ότι η ασθένεια τους θα έχει πολύ σοβαρές συνέπειες πάνω στην υγεία τους, ήταν εξαιρετικά ανήσυχοι, ένιωθαν ότι η ασθένεια τους επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό συναισθηματικά ενώ τέλος βίωναν πολλά συμπτώματα που τα απέδιδαν στην ασθένεια τους. Μαζί με την κατάθλιψη, οι αντιλήψεις σχετικά με την νόσο ήταν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρέαζαν την ποιότητα ζωής.

Η έρευνα μας έδειξε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΚΑΠΕ ήταν χειρότερη συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες ελέγχου, ενώ ειδικά η σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής καλυτέρευε προς την πλευρά του φάσματος με την λιγότερο σοβαρή ασθένεια (που ήταν οι μη μεταστατικοί καρκίνοι) όπως ήταν και αναμενόμενο (Higginson IJ et al, 2008). Γενικά, θεωρείται ότι η σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής όλων των ασθενών με μεταστατική νόσο είναι φτωχή, ως συνέπεια της επίδρασης της νόσου στην σωματική λειτουργικότητα.

Η ποιότητα ζωής έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται αρνητικά από την ύπαρξη ψυχιατρικής συμπτωματολογίας (όπως μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή αγχώδης διαταραχή), την παρουσία σωματικών συμπτωμάτων (πόνος, δύσπνοια, ναυτία) αλλά και από την έλλειψη κοινωνικής στήριξης από την οικογένεια ή από το φιλικό περιβάλλον. Έχει αναφερθεί ότι η εξάντληση είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής των ασθενών, χαρακτηριστικό των προχωρημένων σταδίων και του μεγάλου αριθμού

θεραπειών που έχει υποβληθεί ο ασθενής (Portenoy RK et al, 1999. Heim ME et al, 2002). Ασθενείς με προχωρημένη νόσο, όπως αναφέρουν οι Miller και Walsh (Miller R. et al, 1991), παρουσιάζουν πιο συχνά πολλαπλά συμπτώματα, έντονο πόνο (που πολλές φορές απαιτεί ειδική αγωγή), αλλά και μεγάλη ψυχολογική καταπόνηση, όλα εκ των οποίων επηρεάζουν αρνητικά όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής.

Σε συμφωνία και με προηγούμενα ευρήματα με ασθενείς χωρίς και με μεταστατικό καρκίνο (Siddiqi A et al, 2009. Higginson IJ et al, 2008. Jansen L et al, 2010. Zhang B et al, 2012), η κατάθλιψη ήταν η κύρια μεταβλητή που σχετίζονταν με όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής και στην δική μας εργασία. Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τις άλλες δύο κατηγορίες, ειδικά με την ομάδα των ασθενών με μ-ΜΚ. Όσα αναφέρθηκαν πάνω στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, κάνουν αυτά τα συμπεράσματα αναμενόμενα. Παρ' όλα αυτά, οι ασθενείς με ΚΑΠΕ είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής και συγκριτικά με ασθενείς με ΜΚ. Ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς που μελετήσαμε είχαν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικής διαταραχής (40% για το ΚΑΠΕ, 28,8% για ΜΚ), ένας συννοσηρός παράγοντας που όπως αναφέρθηκε επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο.

Παρ' όλα αυτά, ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι η σχέση της κατάθλιψης με την σωματική και την ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής εξασθένησε όταν ενσωματώθηκαν στην εξίσωση οι αντιλήψεις για τη νόσο. Θα μπορούσαμε να συμπεράνουμε ότι οι ανησυχίες των ασθενών σχετικά με τις επιπτώσεις που θα έχει η ασθένεια στην υγεία τους, η επίδραση των συμπτωμάτων τους και η ανησυχία τους σχετικά με το πόσο θα τους επηρεάσουν, φαίνεται ότι σχετίζονται πιο σημαντικά με τις δύο αυτές παραμέτρους. Αυτό το εύρημα, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, δεν είναι μοναδικό στο ΚΑΠΕ, αφού μια σειρά ερευνών έχουν εστιάσει στην σημασία που έχουν οι αντιλήψεις για την ασθένεια και τη μεγαλύτερη επίδραση που έχουν στην ποιότητα ζωής σε σχέση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Rozema H et al, 2009. Leventhal H et al, 1984. Giannousi Z et al, 2010).

Η ανακοίνωση της ασθένειας γεννά στους ασθενείς μια εσωτερική εμπειρία τρόμου και πανικού, ικανή να αποδομήσει την στέρεη βάση του ψυχισμού. Ορίζεται και ως υπαρξιακή κρίση. Ο θάνατος είναι η απόλυτη κρίση στην ανάπτυξη του ανθρώπου, το καθοριστικό συμβάν. Ο ψυχαναλυτής Erik Erickson ονομάζει αυτήν την φάση μια σύγκρουση μεταξύ της ακεραιότητας του εαυτού και της διαλυτικής δύναμης της

απελπισίας (Erikson E, 1959). Οι ασθενείς έχουν μια σειρά από διαφορετικούς τρόπους που αντιδρούν στην διαχείριση της κρίσης που προκαλεί η γνώση της ασθένειας. Οι απαντήσεις συνήθως χαρακτηρίζονται από σοκ, άρνηση, θυμό, κατάθλιψη και τέλος αποδοχή (Maxwell M, 1979). Φαίνεται ότι υπάρχουν άνθρωποι που πλήττονται πολύ περισσότερο από τέτοιες ψυχοπιεστικές καταστάσεις και είναι πολύ πιθανότερο να αναπτύξουν ψυχιατρική συμπτωματολογία (Weisman AD et al, 1976-1977. Stark D et al, 2002). Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν ότι αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας, κάτι που ίσως θα βοηθήσει τους κλινικούς να αναγνωρίζουν την ανάγκη για ψυχοκοινωνική παρέμβαση και να συμβάλουν στην ανάπτυξη στρατηγικών που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους ασθενείς τους σε αυτή την πολύ δύσκολη φάση της ζωής τους. Φαίνεται, επίσης, πως για την αποτελεσματικότερη θεραπευτική έκβαση, δεν απαιτείται μόνο η σχεδίαση της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, αλλά και η εδραίωση μιας ουσιαστικής θεραπευτικής συμμαχίας ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, και αυτό γιατί οι αντιλήψεις του ασθενή για την νόσο του και οι αναπαραστάσεις του για αυτήν επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό πολλούς τομείς της ψυχολογίας του και κυρίως την ποιότητα ζωής του. Μόνο μια ουσιαστική επικοινωνία είναι ικανή να αξιολογήσει αυτού του είδους τα σχήματα προς όφελος του ασθενή (Shaw C, 1999). Μιας και σημασία έχει το να ζήσει κάποιος καλά μέχρι το θάνατο του αλλά και να πεθάνει αξιοπρεπώς, θα πρέπει να γίνει συνείδηση πως εκτός από την σωματική υγεία, έχει μεγάλη αξία και η ψυχολογική συνιστώσα της (Higginson IJ et al, 2008).

Περιορισμοί της έρευνας

Σημαντική αδυναμία κάθε συγχρονικής (cross-sectional) έρευνας είναι το γεγονός ότι δεν μπορεί κάποιος να διερευνήσει αιτιογενετικούς παράγοντες ούτε να προσεγγίσει την αιτιακή σύνδεση ανάμεσα στις μεταβλητές που επιλέγει να μελετήσει. Η αρχική ιδέα για προοπτική έρευνα η οποία θα ενσωμάτωνε επανεξέταση (follow-up) των ασθενών μετά από κάποιους μήνες, ήταν αδύνατο να διενεργηθεί λόγω της ίδιας της φύσης της ασθένειας, είτε λόγω του πολύ μικρού προσδόκιμου επιβίωσης που είχαν οι ασθενείς είτε με την δραματική επιδείνωση της ασθένειάς τους που έκανε αδύνατο να συμμετάσχουν εκ νέου στην έρευνα.

Δεύτερη σημαντική αδυναμία που πρέπει να αναγνωρισθεί είναι το σχετικά μικρό

δείγμα από ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας που χρησιμοποιήσαμε, κάτι που μας οδηγεί να προσεγγίσουμε με επιφύλαξη τα αποτελέσματα. Σίγουρα μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερα δείγματα θα πρέπει να διενεργηθούν, οι οποίες και θα φωτίσουν καλύτερα το ψυχολογικό προφίλ των ασθενών. Πρέπει να τονισθεί, παρόλο αυτά, η σπανιότητα της νόσου, όπως φανερώνεται από το γεγονός ότι η Ογκολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, σε συνεργασία με την οποία εκπονήθηκε η παρούσα διατριβή, υποδέχεται κατά μέσο όρο μόλις είκοσι ασθενείς τον χρόνο.

Μια τρίτη κριτική που μπορεί να γίνει είναι το γεγονός ότι αναμίξαμε τις ομάδες ασθενών σε μη μεταστατικό καρκίνο και μεταστατικό καρκίνο ανεξάρτητα από την διάγνωση της πρωτοπαθούς εστίας (μαστός ή παχύ έντερο). Αν και δεν καταγράφηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά στην ποιότητα ζωής, οι ασθενείς διέφεραν στο χρόνο από την διάγνωση όσο και στη θεραπεία που ελάμβαναν. Συνεπώς, αυτά τα αποτελέσματα θέλουν προσοχή στην ερμηνεία τους, αφού έχει δειχθεί ότι η ψυχολογική επιβάρυνση, που επηρεάζει και την ποιότητα ζωής, διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και το στάδιο της ασθένειας. Εδώ θεωρήσαμε αυτές τις διαφοροποιήσεις όχι σημαντικές (Vodermaier A et al, 2011).

Κλείνοντας, δεν πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε ότι χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν εργαλεία βασισμένα σε δομημένες κλινικές συνεντεύξεις, καθώς διαταραχές όπως η μείζων κατάθλιψη μπορούν αξιόπιστα να διαγνωσθούν μόνον με αυτόν τον τρόπο.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο όρος καρκίνος ή καρκίνωμα άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας ("ΚΑΠΕ") κωδικοποιεί μια ετερογενή ομάδα νεοπλασιών με κοινό χαρακτηριστικό την ιστολογικά αποδεδειγμένη μεταστατική εστία και συγχρόνως την αδυναμία εξεύρεσης του πρωτοπαθούς όγκου, παρά την ολοκληρωμένη κλινική και εργαστηριακή διερεύνηση. Αποτελεί το 3-5% των κακοηθειών που εμφανίζονται στον άνθρωπο, με την συχνότητα οριακά μεγαλύτερη στους άντρες, κάνοντας τον μία εκ των οκτώ πιο συχνών περιπτώσεων καρκίνου και για τα δυο φύλα, ενώ αποτελεί την τέταρτη πιο συχνή αιτία θανάτου από καρκίνο. Το 80% των ασθενών διαγιγνώσκονται με κάποιον υπότυπο της νόσου με αρνητική πρόγνωση ενώ το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης κυμαίνεται στους 6-7 μήνες.

Κλινικοί και ερευνητές έχουν μελετήσει διεξοδικά τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις μεταστατικών νοσημάτων με γνωστή πρωτοπαθή εστία, σε αντίθεση με τους ασθενείς με ΚΑΠΕ, για τους οποίους ελάχιστες ερευνητικές εργασίες έχουν διεξαχθεί και ως εκ τούτου η εμπειρία τους να παραμένει ένα αίνιγμα.

Ως εκ τούτου, οι στόχοι της συγχρονικής μας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί αρχικά η επίπτωση και η σοβαρότητα συμπτωμάτων ψυχολογικής καταπόνησης σε ασθενείς με ΚΑΠΕ και να ελεγχθεί το κατά πόσο η συχνότητα τους και η ένταση τους διαφέρουν ανάμεσα σε ασθενείς με ΚΑΠΕ και ασθενείς με καρκίνο γνωστής πρωτοπαθούς εστίας, με ή χωρίς μεταστάσεις. Επίσης, στους στόχους της έρευνας, ήταν να εκτιμηθούν οι αναπαραστάσεις για την νόσο των ασθενών, οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούν, η αίσθηση συνεκτικότητας τους και η συσχέτιση των παραπάνω παραγόντων με την επιβίωση και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Στην μελέτη συμμετείχαν 50 ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας. Για να ελεγχθεί το κατά πόσο το ψυχολογικό προφίλ των ασθενών με ΚΑΠΕ και η ποιότητα ζωής που απολαμβάνουν διαφοροποιούνταν από ασθενείς με καρκίνο γνωστής πρωτοπαθούς εστίας (με ή χωρίς μεταστάσεις), χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από μελέτη της ίδιας ερευνητικής ομάδας με 162 ασθενείς με καρκίνο παχέος εντέρου (139 χωρίς μεταστάσεις) και 154 γυναίκες με διεγνωσμένο καρκίνο του μαστού (125 χωρίς μεταστάσεις) που παρόμοια χρονική περίοδο νοσηλεύτηκαν είτε στην Ογκολογική Κλινική είτε εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του Ογκολογικού τμήματος του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την συμπλήρωση των παρακάτω ερευνητικών εργαλείων:

1. Η Κλίμακα εκτίμησης της έντασης των Ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων SCL-90R (Symptom Check List-90 Revised)
2. Το Ερωτηματολόγιο Μελέτης του Αμυντικού Προφίλ (Defense Style Questionnaire, DSQ)
3. Η Κλίμακα εκτίμησης των μηχανισμών άμυνας του Εγώ LSI (Life Style Index)
4. Η Κλίμακα Εκτίμησης της Αίσθησης Συνεκτικότητας SOC (Sense of coherence)
5. Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Νόσο (Brief Illness Perception Questionnaire, B-IPQ)
6. Η Κλίμακα εκτίμησης της ποιότητας ζωής WHOQOL-BREF
7. Η κλίμακα κατάθλιψης CES-D

Από τα αποτελέσματα της έρευνας μας καταγράφηκε ένα ποσοστό 40% που εμφάνιζε σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όσον αφορά τους ασθενείς με ΚΑΠΕ, σημαντικά μεγαλύτερο συγκρινόμενο με τους ασθενείς με μη μεταστατικό καρκίνο (μ-ΜΚ), όπου το ποσοστό ανέρχονταν στο 23,5%, αλλά και σε σχέση με τους ασθενείς με μεταστατικό καρκίνο γνωστής πρωτοπαθούς εστίας (ΜΚ) που το ποσοστό ήταν 28,8%.

Μελετώντας την ψυχική καταπόνηση, οι ασθενείς με ΚΑΠΕ παρουσίασαν υψηλά επίπεδα σωματοποίησης, άγχους, επιθετικότητας ενώ ιδιαίτερα αυξημένος ήταν και ο δείκτης γενικής συμπτωματολογίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε όλες τις κατηγορίες αυτές είχαν πιο αυξημένες τιμές συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες ασθενών, τόσο με την ομάδα με μη μεταστατικό καρκίνο, όσο και με αυτήν με μεταστατικό. Η σύγκριση με την ομάδα των μ-ΜΚ, δεν ανέδειξε κάτι που δεν αναμενόταν, αφού είναι γνωστό ότι η ψυχική καταπόνηση συνήθως αυξάνεται με την πρόοδο της ασθένειας, όταν εμφανίζονται σωματικά συμπτώματα όπως πόνος ή εξάντληση ή σαν συνέπεια των δύσκολων θεραπειών που υποβάλλεται ο ασθενής. Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ, όμως, είχαν αυξημένη ένταση ψυχιατρικών συμπτωμάτων συγκριτικά με τους ασθενείς με ΜΚ, κάνοντας το ένα ενδιαφέρον εύρημα, το οποίο χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ παρουσίασαν μικρότερη βαθμολογία στην κλίμακα SOC, η οποία εκτιμά την αίσθηση συνεκτικότητας ενός ατόμου, και στην άμυνα της διανοητικοποίησης συγκρινόμενοι με τις άλλες δύο κατηγορίες. Η αίσθηση συνεκτικότητας θεωρείται ένας παράγοντας που συνδέεται με την υγεία και την ευημερία,

αντανεκλώντας μια σειρά πετυχημένων διαχειριστικών στρατηγικών που χρησιμοποιούν τα άτομα για να αντιμετωπίσουν ψυχοπαιστικές καταστάσεις, όπως το να αποφεύγουν ανθυγιεινές συμπεριφορές ή ενισχύοντας θετικά πρότυπα διαβίωσης. Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ, πέρα από τα χαμηλά επίπεδα στην κλίμακα SOC, εμφάνιζαν υψηλά ποσοστά στην κλίμακα εκτίμησης της διαπροσωπικής ευαισθησίας. Η διαπροσωπική ευαισθησία ουσιαστικά σχετίζεται με αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτουποτίμησης, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους και τις σχέσεις μαζί τους. Υψηλά ποσοστά όπως αυτά που παρατηρήθηκαν στους ασθενείς με ΚΑΠΕ, μας αναδεικνύουν τα λίγα "ηθικά" στηρίγματα που χρησιμοποιούν στην αντιμετώπιση της νόσου τους. Θα λέγαμε ότι κάτι τέτοιο αντανεκλάται και στην χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα της αίσθησης συνεκτικότητας, αφού διαχειριστικές τεχνικές αυτουποτίμησης και περιθωριοποίησης από σημαντικούς άλλους δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι προάγουν την υγεία.

Η μειωμένη αίσθηση συνεκτικότητας συσχετίστηκε επίσης θετικά, όπως και η αυξημένη διαπροσωπική ευαισθησία, με μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών. Πιθανώς αυτό να οφείλεται σε αντιδραστικές συμπεριφορές των ασθενών στο ψυχοπαιστικό συμβάν (ασθένεια), οι οποίες δεν προάγουν την υγεία τους, όπως η χρήση καπνού ή η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Ένας θετικός παράγοντας που αυξάνει την ποιότητα ζωής των ασθενών, βοηθάει την διαχείριση του stress τους και μπορεί να παίζει ένα κάποιο ρόλο και στην εξέλιξη της νόσου είναι η κοινωνική υποστήριξη που δέχεται. Η αίσθηση συνεκτικότητας έχει συσχετιστεί θετικά με την κοινωνική υποστήριξη στον καρκίνο αλλά και με μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης. Η μειωμένη SOC στην ανάλυση επιβίωσης που έγινε και η συσχέτιση της με αυξημένο κίνδυνο θανάτου, επιβεβαιώνει τον προστατευτικό της χαρακτήρα, ενώ η αυξημένη διαπροσωπική ευαισθησία που καταγράφηκε είναι ενδεικτική ελλιπούς κοινωνικής υποστήριξης, κάτι που επηρεάζει έμμεσα την ποιότητα ζωής ή το προσδόκιμο επιβίωσης.

Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ παρουσίασαν χαμηλά ποσοστά διανοητικοποίησης και αυξημένα ποσοστά απώθησης. Η διανοητικοποίηση ως άμυνα θεωρείται μια προσπάθεια φυγής στην λογική. Το άτομο προσπαθεί να διαφύγει από ενοχλητικά συναισθήματα που το ταλαιπωρούν με το να επικεντρωθεί στα γεγονότα. Το ενδιαφέρον με το ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα διανοητικοποίησης, συγκριτικά με τις άλλες δυο ομάδες είναι ενδεικτικό ίσως της δυσκολίας μετατροπής μιας ασθένειας αίτιγμα σε μια εσωτερική αναπαράσταση την οποία ο ασθενής θα μπορέσει να επεξεργαστεί. Η απώθηση,

η λειτουργία της οποίας είναι να ωθεί μη αποδεκτά ψυχικά στοιχεία στο ασυνείδητο και ουσιαστικά να τα κρατά μακριά από την επίγνωση του ατόμου έχει επίσης συνδεθεί με δυσμενή έκβαση σε ασθενείς με καρκίνο, με μεγαλύτερη ψυχολογική καταπόνηση, ενώ επηρεάζει αρνητικά την προαγωγή της ποιότητας ζωής των ασθενών. Οι υψηλές τιμές της απώθησης στην μελέτη μας κάνουν καίριο ζήτημα την ψυχοθεραπευτική παρέμβαση γιατί οι μηχανισμοί άμυνας που δυσπροσαρμοστικά χρησιμοποιεί ο ασθενής μπορούν, σε έναν βαθμό, να τροποποιηθούν.

Αναφορικά με τις αντιλήψεις για τη νόσο, από την δική μας έρευνα φάνηκε ότι οι ασθενείς με ΚΑΠΕ απέδωσαν την ασθένεια τους κατά κύριο λόγο σε ψυχολογικούς λόγους (32%), στον τρόπο ζωής (συμπεριλαμβανομένου του καπνίσματος, 18%), ή στο θέλημα του Θεού ή της μοίρας (12%). Αυτές οι προσεγγίσεις πάνω στην αιτιολογία της ασθένειας, που φαίνεται να είναι πιο συχνές σε ασθενείς με ΚΑΠΕ, μπορούν να γίνουν στόχος επεξεργασμένων παρεμβάσεων από την πλευρά των κλινικών, αφού είναι ενδεικτικές των θεμάτων που απασχολούν τους ασθενείς. Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ, επίσης, θεωρούσαν ότι η ασθένεια τους θα έχει πολύ σοβαρές συνέπειες πάνω στην υγεία τους, ήταν εξαιρετικά ανήσυχοι, ένιωθαν ότι η ασθένεια τους επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό συναισθηματικά ενώ τέλος βίωναν πολλά συμπτώματα που τα απέδιδαν στην ασθένεια τους.

Σε συμφωνία και με προηγούμενα ευρήματα με ασθενείς χωρίς και με μεταστατικό καρκίνο η κατάθλιψη ήταν η κύρια μεταβλητή που σχετίζονταν με όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής και στην δική μας εργασία. Οι ασθενείς με ΚΑΠΕ είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τις άλλες δύο κατηγορίες, κάτι που ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ασθενείς που μελετήσαμε είχαν πολύ μεγαλύτερα ποσοστά καταθλιπτικής διαταραχής, ένας συννοσηρός παράγοντας που επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο. Παρ' όλα αυτά, ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι η σχέση της κατάθλιψης με την σωματική και την ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής εξασθένησε όταν συμπεριελήφθησαν οι αντιλήψεις για τη νόσο, υποδεικνύοντας ότι οι ανησυχίες των ασθενών για τη νόσο και το πως βιώνουν τα συμπτώματα τους συσχετίζονται σε μεγαλύτερο βαθμό με αυτές της πλευρές της ποιότητας ζωής από ότι η κατάθλιψη.

Συμπερασματικά, οι ασθενείς με καρκίνο άγνωστης πρωτοπαθούς εστίας εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και αυξημένη ψυχική επιβάρυνση συγκριτικά με τους ασθενείς με γνωστή πρωτοπαθή καρκίνο, με ή χωρίς

μεταστάσεις. Σημαντικό εύρημα ήταν, επίσης, ότι η παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών προσωπικότητας όπως η χαμηλή αίσθηση συνεκτικότητας και η υψηλή διαπροσωπική ευαισθησία, σχετίζονται θετικά με το μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Τέλος, μελετήσαμε τις αντιλήψεις των ασθενών για την νόσο και δείξαμε ότι παίζουν σημαντικό ρόλο, που αξίζει να διερευνηθεί περαιτέρω, αφού εξασθενούν την επίπτωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής.

SUMMARY

Cancers of unknown primary site (CUPs) represent a heterogeneous group of metastatic tumors for which a standardized diagnostic work-up fails to identify the site of origin at the time of diagnosis. CUPs account for 3–5% of all malignancies and rank among the 10 most common malignancies in developed societies. Most patients (80%) belong to prognostically unfavourable subsets with median survival 6-7 months.

Clinicians and researchers have extensively studied the psychosocial burden of metastatic diseases with a known primary site, in contrast to patients with CUP, for which little research work has been carried out, and therefore their experience remains unknown.

This study aimed to assess the prevalence and severity of psychological distress symptoms in CUP and to test whether their frequency and intensity differ between CUP and primary cancers with and without metastases. We also aimed to assess CUP patients' illness perceptions, defense mechanisms and sense of coherence and to study their associations with survival and health related quality of life (HRQoL).

The study design was cross-sectional. The sample comprised 50 consecutive patients diagnosed with CUP attending the oncological outpatient department of the University General Hospital Of Ioannina. To test whether CUP patients' psychological profile and HRQoL differed from that of patients with primary cancers with (PM) or without metastases (PNM), 139 consecutive patients with colorectal cancer without metastases and 23 with metastases and 125 women with breast cancer without metastases and 29 with metastases served as disease controls.

The following self-report instruments were used:

- The Symptom Distress Checklist-90-Revised (SCL-90-R)
- The Defence Dyle Questionnaire (DSQ)
- The Life Style Index (LSI)
- The Sense of Coherence (SOC) Questionnaire
- The Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ)
- The World Health Organisation Quality of Life Instrument, Short-Form WHOQOL-BREF
- The Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) scale

We reported an incidence of 40% in clinically significant depressive symptoms in patients with CUP, significantly higher compared to PM (28.8%) or PNM (23.5%)

patients. CUP patients presented also significantly higher levels in most psychological distress dimensions and the intensity of symptoms followed an ascending order, being lower in curative cancer, increased in advanced cancer and higher in CUP. They presented higher scores in somatization, anxiety, hostility and scored higher in general symptom index, showing more severe psychopathology. These results confirm a pattern of higher distress in diseases with poorer prognosis and greater patient burden.

CUP patients presented lower scores on the SOC scale, which measures the sense of coherence and in intellectualization defense compared to PM and PMN patients. Sense of coherence is considered a psychological determinant of health, reflecting a person's successful management of stressful events.

They also scored higher in interpersonal sensitivity which is characterized by a sense of personal inadequacy and frequent misinterpretation of others thus resulting in discomfort in their presence. These results show that CUP patients find little support from others in dealing with their illness.

In line with previous findings, lower scores in SOC and higher scores in interpersonal sensitivity have been identified as psychological risk factors and are associated with shorter survival time. Several studies investigated the possible pathways for the effect of psychological factors on cancer survival, including adverse lifestyle factors like smoking and alcohol consumption or lack of social support. SOC has been positively related to social support in cancer, which in turn seems to be associated with longer cancer survival, and this may explain how SOC and interpersonal sensitivity are associated with survival in our CUP sample.

As stated above, CUP patients presented lower scores in intellectualization defense and higher score in repression defense. Intellectualization is the unconscious control of emotions and impulses by excessive dependence on rational interpretations of situations, while repression is the defense mechanism ensuring that what is unacceptable to the conscious mind, which would arouse anxiety if recalled, is prevented from entering into it. High scores in repression is associated with shorter survival time, with greater psychological distress and poorer quality of life in cancer patients. Thus, within the advanced cancer patient population, specific attention to CUP patients' coping capacities is warranted, as appropriate psychotherapeutic interventions could modify both SOC and defences.

Our CUP patients attributed their illness to psychological factors (32%), lifestyle (including smoking; 18%), and fate or God's will (12%), indicating that they may be open

to discuss psychological issues and lifestyle habits with their physicians. Furthermore, CUP patients expressed serious worries about their illness and its consequences. These novel findings suggest that clinicians should assess psychological distress and raise this issue with CUP patients.

In accordance with previous findings in PNM and PM, depression was a major correlate of all aspects of HRQoL in CUP too. Their HRQoL was impaired compared to PM and PNM, and followed a descending order, being higher in PNM, decreased in PM and lower in CUP, probably because of higher scores of depression in CUP patients. However, the relationship of depression with Physical and Mental HRQoL was totally mediated by illness perceptions, indicating that patients' concerns about the disease's consequences and the number of symptoms they attribute to the illness are more powerful correlates of Physical and Mental HRQoL than depression.

In conclusion, CUP patients presented elevated psychological distress symptoms and clinically significant depressive symptoms compared to PNM and PM. An important finding was also that lower scores in SOC and higher in interpersonal sensitivity adversely affects the life expectancy of patients. Depression was a major correlate of all aspects of HRQoL in CUP, however, the relationship of depression with Physical and Mental HRQoL was totally mediated by patients' illness perceptions. Present study underlines the importance of CUP patients' worries and concerns regarding their illness and points out the complex interplay between depression, illness perceptions and HRQoL.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aapro M, Cull A. Depression in breast cancer patients: the need for treatment. *Ann Oncol* 1999; 10(6): 627-636.
2. Aarstad HJ, Heimdal JH, Aarsta AK, Olofsson J. Personality traits in head and neck squamous cell carcinoma patients in relation to the disease state, disease extent and prognosis. *Acta Otolaryngol* 2002; 122: 892-899.
3. Abbruzzese JL, Abbruzzese MC, Hess KR, Raber MN, Lenzi R, Frost P. Unknown primary carcinoma: natural history and prognostic factors in 657 consecutive patients. *J Clin Oncol* 1994; 12: 1272-1280.
4. Abbruzzese JL, Abbruzzese MC, Lenzi R, Hess KR, Raber MN. Analysis of a diagnostic strategy for patients with suspected tumours of unknown origin. *J Clin Oncol* 1995; 13: 2094-2103.
5. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nishiwaki Y, Yamawaki S, Uchitomi Y. Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients. *Support Care Cancer* 1998; 6(3): 281-286.
6. Akechi T, Okamura H, Nishiwaki Y, Uchitomi Y. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell carcinoma: a longitudinal study. *Cancer* 2001; 92: 260-262.
7. Allison PJ, Guichard C, Gilain L. A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Qual Life Res* 2000; 9(8): 951-960.
8. Altman E, Cadman E. An analysis of 1539 patients with cancer of unknown primary site. *Cancer*. 1986;57:120-124.
9. American Joint Committee on Cancer, Colon and Rectum. In American Joint Committee on Cancer: AJCC Staging Manual Ed 6, Greene FL, Page DL, Fleming ID, Fritz A, Balch CM, Haller DG, Morrow M (eds). Lippincott-Raven Publishers: Philadelphia, 2002.
10. Anagnostopoulos F, Dimitrakaki C, Fitzsimmons D, Potamianos G, Niakas D, Tountas Y. Health beliefs and illness perceptions as related to mammography uptake in randomly selected women in Greece. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 2012; 19: 147-164.

11. Antoni MH, Goodkin K. Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia-I. Personality facets. *J Psychosom Res* 1988; 32: 327-338.
12. Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* Jossey-Bass Inc: San Fransisco; 1987.
13. Antonovsky H. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med* 1993; 36: 725-733.
14. Arndt J, Greenberg J, Simon L, Pyszczynski T, Solomon S. Terror management and self-awareness: evidence that mortality salience provokes avoidance of the self-focused state. *Pers Soc Psychol Bull* 1998; 11: 1216-1227.
15. Asaad G. *Psychosomatic Disorders: Theoretical and Clinical Aspects.* Brunner-Mazel,1996; 129-130.
16. Atesci FC, Baltarl B, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness. *Support Care Cancer* 2004; 12: 161-167.
17. Back-Pettersson S, Segesten K. The meaning of "not giving in": lived experiences among women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2000; 23(1): 6-11.
18. Bai M, Tomenson B, Creed F, Mantis D, Tsifetaki N, Voulgari PV, Drosos AA, Hyphantis TN. The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 2009; 38: 419-430.
19. Barraclough J. Psychiatric issues in palliative care: recognition of depression in patients enrolled in hospice care. *BMJ* 1997 Nov; 22,315(7119):1365-1368.
20. Bechtel W, Richardson R. "Vitalism". In E. Craig (Ed.), *Routledge Encyclopedia of Philosophy.* London, Routledge: 1998
21. Becker E. *The Denial of Death.* New York: Simon & Schuster: 1973
22. Beresford TP, Alfors J, Mangum L, Clapp L, Martin B. Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosomatics* 2006; 47: 247-253.
23. Bigner SH, Johnston WW. The diagnostic challenge of tumors manifested initially by the shedding of cells in cerebrospinal fluid. *Acta Cytol* 1984 Jan-Feb;28(1):29-36.

24. Bleiker EM, Pouwer F, van der Ploeg HM, Leer JW, Ader HJ. Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Educ Couns* 2000; 40: 209-217.
25. Bleiker EM, van der Ploeg HM, Hendriks JH, Ader HJ. Personality factors and breast cancer development: a prospective longitudinal study. *J Natl Cancer Inst* 1996; 88: 1478-1482.
26. Blinderman CD, Cherny NI. Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel. *Palliat Med* 2005; 19: 371-380.
27. Blumberg EM, West PM, Ellis FW. A possible relationship between psychological factors and human cancer. *Psychosom Med* 1954; 16: 277-286.
28. Bolmsjo I. Existential issues in palliative care-interviews with cancer patients. *J Palliat Care* 2000; 16(2): 20-24.
29. Bond M. An empirical study of defence styles: the Defence Style Questionnaire. In: Vaillant GE (ed). *Ego Mechanisms of Defence: A Guide for Clinicians and Researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1992; 127-138.
30. Boyland L, Davis C. Patients' experiences of carcinoma of unknown primary site: dealing with uncertainty. *Palliative Medicine* 2008; 22(2): 177-183.
31. Bovberg D, Valdimarsdottir H. Psychoneuroimmunology: implications for psycho-oncology. In: Holland JC (ed). *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press 1998; 125-134.
32. Boveri T. Concerning The Origin of Malignant Tumours. *Journal of Cell. Science* 2008; 121(Supplement 1): 1-84.
33. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer* 2013; 132(5): 1133-1145.
34. Breitbart W, Bruera E, Chochinov H, Lynch M. Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 1995; 10(2): 131-141.
35. Briasoulis E, Pavlidis N. Cancer of unknown primary origin. *Oncologist* 1997; 2: 142-152.

36. Breuer J, Freud S. Studies on hysteria. Standard Edition 2, 1895
37. Broadbent E, Ellis CJ, Gamble G, Petrie KJ. Changes in patient drawings of the heart identify slow recovery after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine* 2006; (68): 910-913.
38. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60(6): 631-637.
39. Brown JE, Butow PN, Culjak G, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of outcome: time to relapse and survival in patients with early stage melanoma. *Br J Cancer* 2000; 83: 1448-1453.
40. Bruscia K, Shultis C, Dennery K, Dileo C. The sense of coherence in hospitalized cardiac and cancer patients. *J Holist Nurs* 2008; 26(4): 286-94.
41. Butow PN, Coates AS, Dunn SM. Psychosocial predictors of survival: metastatic breast cancer. *Ann Oncol* 2000; 11:469-474
42. Calman KC. Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *J Med Ethics* 1984; 10: 124-127.
43. Cameron LD, Leventhal H. (Eds.). The self-regulation of health and illness behaviour. London, UK: Routledge. 2003
44. Carmel S, Bernstein J. Trait anxiety, sense of coherence and medical school stressors: observations at three stages. *Anxiety Res* 1990; 3: 51-60.
45. Chakravorty SG, Chakravorty SS, Patel RR, DeSouza CJ , Doongaji DR. Delay in specialist consultation in cancer patients. *Indian J Cancer* 1993; 30: 61-66.
46. Chalmers AF. *What Is This Thing Called Science?*, 3rd revised edition, University of Queensland Press, Hackett, 1999
47. Citero V, Nogueira-Martins LA, Lourenço M, Andreoli SB. Clinical and demographic profile of cancer patients in a consultation-liaison psychiatric service. *Sao Paulo Med* 2003; 121: 3
48. Chang VT, Hwang SS, Feuerman M, Kasimis BS. Symptom and quality of life survey of medical oncology patients at a Veteran Affairs Medical Center. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1995; 14: 525.

49. Chapman CR. Psychological and behavioral aspects of cancer pain. *Adv Pain Res Ther* 1979; 2: 45-56.
50. Chittem M, Lindström B, Byrapaneni R, Espnes GA. Sense of coherence and chronic illnesses: Scope for research in India. *J Soc Health Diabetes* 2015; 3: 79-83.
51. Clow B. Who's Afraid of Susan Sontag? or, the Myths and Metaphors of Cancer Reconsidered. *Social History of Medicine* 2001; 14(2): 293-312.
52. Coates M, Armstrong B. NSW Central Cancer Registry. *Cancer in New South Wales. Incidence and mortality.* NSW: Cancer Council;1999.
53. Coe RM, Romeis JC, Tang B, Wolinsky FD. Correlates of a measure of coping in older veterans: a preliminary report. *J Community Health* 1990; 15: 287-296.
54. Cohen MZ, Kahn DL, Steeves Rh. Beyond body image: the experience of breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 1998; 5: 835-841.
55. Culine S. Prognostic factors in unknown primary cancer. *Semin Oncol* 2009; 36: 60-64.
56. Dalton SO, Boesen EH, Ross L, Schapiro IR, Johansen C. Mind and cancer. Do psychological factors cause cancer? *Eur.J.Cancer* 2002; 38: 1313-1323.
57. Damasio A. *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness,* Harcourt: 1999
58. Dapuelto JJ, Servente L, Francolino C, Hahn EA. Determinants of quality of life in patients with cancer *Cancer* 2005; 1;103(5):1072-81.
59. de Boer MF, Ryckman RM, Pruyn JF, van den Borne HW. Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Patient Educ Couns* 1999; 37: 215-30.
60. Dein S. Explanatory models of and attitudes towards cancer in different cultures. *Lancet Oncology* 2004; 5: 119-124.
61. Derogatis LR. *Scl-90-R: Administration, Scoring, and Procedure Manual* (3rd edn). National Computer Systems: Minneapolis, MN, 1994.
62. Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM, Henrichs M, Carnicke CL Jr. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 1983; 249 (6): 751-7.

63. De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA (eds): *Cancer: Principles and Practice of Oncology* (5th ed)., Lippincott Raven Publishers, Philadelphia: 1997
64. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds.). *Cancer: Principles & Practice of Oncology* (8th edn). Lippincott, Williams & Wilkins Publishers: Philadelphia, 2008.
65. Dibble SL, Padilla GV, Dodd MJ, Miaskowski C. Gender differences in the dimensions of quality of life. *Oncology nursing forum* 1998;13(3):577-583
66. Donias S, Karastergiou A, Manos N. Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population (in Greek with English abstract). *Psychiatrike* 1991; 2: 42-48.
67. Donnelly S, Walsh D, Rybicki L. The symptoms of advanced cancer: identification of clinical and research priorities by assessment of prevalence and severity. *J Palliat Care* 1995; 11(1): 27–32
68. Donoghue D. "Illness as Metaphor", *The New York Times*, 16 July 1978.
69. Dropkin MJ. Body Image and Quality of Life After Head and Neck Cancer Surgery. *Can Pract* 1999; 7: 309-313.
70. Dunkel-Schetter C, Feinstein LG, Taylor SE, Falke RL. Patterns of coping with cancer. *Health Psychol* 1992; 11: 79-87.
71. Edman L, Larsen J, Hagglund H, Gardulf A. Health-related quality of life, symptom distress and sense of coherence in adult survivors of allogeneic stem-cell transplantation. *European Journal of Cancer Care* 2001; 10: 124-130.
72. Engel G. The biopsychosocial model and medical education: who are to be the teachers? *N Engl J Med* 1982; 306: 802-5.
73. Engel J, Kerr J, Schlesinger-Raab A, Eckel R, Sauer H, Hölzel D. Quality of life in rectal cancer patients: a four-year prospective study. *Ann Surg* 2003; 238: 203-213.
74. Epping-Jordan JE, Compas BE, Osowiecki DM, Oppedisano G, Gerhardt C, Primo K, Krag DN. Psychological adjustment to breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychol* 1999; 18: 315-326.
75. Erikson, E. *Identity and the life cycle*. New York: Norton: 1959
76. Eriksson M, Lindstrom B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation

- with quality of life: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 938-944.
77. Erwin E. (Ed). *The Freud Encyclopedia: Theory, Therapy and Culture*, Routledge: 2002. 245-246.
 78. Ettinger DS. Occult primary cancer: Clinical practice guidelines. *JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2005; 3(2): 214-33.
 79. Evans DL, Staab JP, Petitto JM, Morrison MV, Szuba MP, Ward HE, Wingate B, Lubner MP, O'Reardon JP. Depression in the medical setting: Biopsychological interactions and treatment considerations. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 Suppl 4:40-55; discussion 56.
 80. Falagas ME, Zarkadoulia EA, Ioannidou EN, Peppas G, Christodoulou C, Rafailidis PI. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Res* 2007; 9:R44.
 81. Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. Coping, distress, and survival among patients with lung cancer. *Arch Gen Psych* 1999; 56(8): 756-62.
 82. Fallowfield LJ. Quality of life measurement in breast cancer. *J R Soc Med* 1993; 86: 10-2.
 83. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychological morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer* 2001; 84: 1011-1015.
 84. Fann JR, Thomas-Rich AM, Katon WJ, Cowley D, Pepping M, McGregor BA, Gralow J. Major depression after breast cancer: a review of epidemiology and treatment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(2): 112-26.
 85. Favre N, Despland JN, de Roten Y, Drapeau M, Bernard M, Stiefel F. Psychodynamic aspects of communication skills training: a pilot study. *Support Care Cancer* 2007; 15: 333-7.
 86. Ferenczi S. *Final Contributions to the Problems and Methods of Psycho-Analysis*. H. Karnac Books, Limited, Hardback: 1994
 87. Ferrell-Torry AT, Glick OJ. The use of therapeutic massage as a nursing intervention to modify anxiety and the perception of cancer pain. *Cancer Nurs* 1993; 16(2): 93-101.

88. Ferrucci LM, Cartmel B, Turkman YE, Murphy ME, Smith T, Stein KD, McCorkle R. Causal attribution among cancer survivors of the 10 most common cancers. *J Psychosoc Oncol* 2011; 29: 121-40.
89. Fizazi K, Greco FA, Pavlidis N, Pentheroudakis G: On behalf of the ESMO guidelines working group. Cancers of unknown primary site: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2011; 22(6): 64-68.
90. Forsberg, C, Bjorvell H. Living with cancer: Perceptions of well-being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 1996; 10: 109-115.
91. Forsberg C, Bjorvell H, Cedermark B. Well-being and its relation to coping ability in patients with colo-rectal and gastric cancer before and after surgery. *Scandinavian journal of caring sciences* 1996; 13(1): 35-44.
92. Fortune DG, Richards HL, Griffiths CEM, Main CJ. Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Brit J Clin Psychol* 2002; 41: 157-74.
93. Fountoulakis K, Iacovides A, Kleanthous S, Samolis S, Kaprinis SG, Sitzoglou K, Kaprinis G, Bech P. Reliability, validity and psychometric properties of the Greek translation of the Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D) Scale. *BMC Psychiatry* 2001; 1: 3.
94. Fox BH. Psychosocial factors in cancer incidence and prognosis. In: Holland JC. (ed). *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press; 1998; 110-124.
95. Frankl V. *Man's search for meaning*, 4th edn. Beacon, Boston, 1959
96. FrickeC: Falsity, ambiguity, and metaphors. www.uqtr.quebec.ca/AE/vol_2/fricke.html
97. Frith H, Harcourt D. Using photographs to capture women's experiences of chemotherapy: reflecting on the method. *Qualitative Health Research* 2007; 17: 1340-1350.
98. Frydenberg E. *Beyond Coping. Meeting goals, visions and challenges*. Oxford University Press, 2002; 37-62.
99. Gallagher J, Parle M, Cairns D. Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *Br J Health Psychol* 2002; 7: 365-76.

100. Garssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 315-338.
101. Geyer S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc Sci Med* 1997; 44: 1771-1779.
102. Gibson LM, Parker V. Inner resources as predictors of psychological well-being in middle-income African American breast cancer survivors. *Cancer Control* 2003; 10(5 Suppl.): 52-59.
103. Giannousi Z, Manaras I, Georgoulas V, Samonis G. Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psychooncology* 2010; 19: 85-92.
104. Giese-Davis J, Spiegel D: Emotional expression and cancer progression, in Davidson RJ, Scherer KR, Hill Goldsmith H (eds): *Handbook of Affective Sciences: Series in Affective Science*. Oxford, United Kingdom, Oxford University Press, 2003; 1053-1082.
105. Ginieri-Coccosis MTE, Antonopoulou V, Christodoulou GN. Translation and cross-cultural adaptation of WHOQOL-100 in Greece. *Psychiatry Today* 2001; 32: 1.
106. Given CW, Given B, Azzouz F, Stommel M, Kozachik S. Comparison of changes in physical functioning of elderly patients with new diagnoses of cancer. *Medical Care* 2000; 38: 482-493.
107. Glover J, Dibble SL, Dodd MJ, Miaskowski C. Mood states of oncology outpatients: does pain make a difference? *J Pain Symptom Manage* 1995; 10(2): 120-8.
108. Golfopoulos V, Pentheroudakis G, Goussia A, Siozopoulou V, Bobos M, Krikelis D, Cervantes A, Ciuleanu T, Marselos M, Fountzilas G, Malamou-Mitsi V, Pavlidis N. Intracellular signaling via the AKT axis and downstream effectors is active and prognostically significant in cancer of unknown primary (CUP): a study of 100 cases. *Ann Oncol* 2012; 23(10): 2725-2730.
109. Gordon WJJ, Pose T. *The Metaphorical Way of Learning and Knowing*. Cambridge, MA: Porpoise Books, 1973
110. Gotay CC, Korn EL, McCabe MS, Moore TD, Cheson BD. Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84: 575-579.

111. Grabsch B, Clarke DM, Love A, McKenzie DP, Snyder RD, Bloch S, Smith G, Kissane DW. Psychological morbidity and quality of life in women with advanced breast cancer: a cross-sectional survey. *Palliat Support Care* 2006; 4: 47-56
112. Grange JM, Stanford JL, Stanford CA. "Campbell De Morgan's 'Observations on cancer', and their relevance today". *Journal of the Royal Society of Medicin* 2002.
113. Grassi L, Rosti G. Psychiatric and psychosocial concomitants of abnormal illness behavior in patients with cancer. *Psychother Psychosom* 1996; 65(5): 246-52
114. Grassi L, Rossi E, Sabato S, Cruciani G, Zambelli M. Diagnostic criteria for psychosomatic research and psychosocial variables in breast cancer patients. *Psychosomatics* 2004;45: 483-91.
115. Greco FA, Hainsworth JD. Cancer of unknown primary site. In: DeVita TV, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 4th ed. Philadelphia: J.B.Lippincott Co, 1993: 2072-2092.
116. Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In R.F. Baumeister (ed.), *Public Self and Private Self* 1986; 189-212. Springer-Verlag. New York
117. Greene WA, Miller G. Psychological factors and reticuloendothelial disease. IV. Observations on a group of children and adolescents with leukemia: an interpretation of disease development in terms of the mother-child unit. *Psychosom Med* 1958; 20: 124-44.
118. Greer S. Cancer and the mind. *Br J Psychiatry* 1983, 143: 535-543.
119. Greer S, Morris T. Psychological attributes of women who develop breast cancer: a controlled study. *J Psychosom Res* 1975; 19: 147-153.
120. Griffiths C, Norton L, Wagstaff G, Brunas-Wagstaff J. Existential concerns in late stage cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2002, 6(4): 243-246.
121. Groddeck G. *The Book of the It*. New York: Vintage Books: 1923.
122. Hajdu SI. Greco-Roman thought about cancer. *Cancer* 2004; 100: 2048-2051.
123. Hajdu SI. A note from history: landmarks in history of cancer, part 1. *Cancer* 2011; 117(5): 1097-1102.

124. Hajdu SI. A note from history: landmarks in history of cancer, part 2. *Cancer* 2011; 117(12): 2811-2820.
125. Hakamies-Blomqvist L, Luoma ML, Sjöström J, Pluzanska A, Ottoson S, Mouridsen H, Bengtsson NO, Bergh J, Malmström P, Valvere V, Tennvall L, Blomqvist C. Prognostic value of quality of life scores for time to progression (TTP) and overall survival time (OS) in advanced breast cancer. *Eur J Cancer* 2003; 39(10) : 1370-6.
126. Hall CL, Lindsey G. *Theories of Personality*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons 1970; 78-116.
127. Hamashima C. Long-term quality of life of postoperative rectal cancer patients. *Journal of gastroenterology and hepatology* 2002; 13(5): 571-576.
128. Hanahan D, Weinberg RA. The Hallmarks of Cancer. *Cell* 2000; 100(1): 57-70.
129. Hanahan D, Weinberg RA. Hallmarks of Cancer: The Next Generation. *Cell* 2011; 144 (5): 646-674.
130. Hansen PE, Floderus B, Frederiksen K, Johansen C. Personality traits, health behavior, and risk for cancer: a prospective study of a Swedish twin cohort. *Cancer* 2005; 103: 1082-1091.
131. Harter K, Reuter A, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburger A, Weis J. Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer* 2001; 37: 1385-1393.
132. Heaven PC, Mulligan K, Merrilees R, Woods T, Fairouz Y. Neuroticism and conscientiousness as predictors of emotional, external and restrained eating behaviors. *Int J Eating Disord* 2001; 30: 161-166.
133. Hedley DW, Leary JA, Kirsten F. Metastatic adenocarcinoma of unknown primary site: abnormalities of cellular DNA content and survival. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1985; 21: 185-189.
134. Heim ME, Malsbur ML, Niklas A. Randomized controlled trial of structured training program in breast cancer patients with tumor related chronic fatigue. *Onkologie* 2002; 30(8-9): 429-34.
135. Heim E, Moser A, Adler R. Defense mechanisms and coping behavior in terminal illness. An overview. *Psychother Psychosom* 1978; 30: 1-17.

136. Heim E, Valach L, Schaffner L. Coping and psychological adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosom Med* 1997; 59: 408-418.
137. Herschbach P, Keller M, Knight L, Brandl T, Huber B, Henrich G, Marten-Mittag B. Psychological problems of cancer patients: a cancer distress screening with a cancer-specific questionnaire. *Br J Cancer* 2004; 91(3): 504-511.
138. Higginson IJ, Costantini M. Dying with cancer, living well with advanced cancer. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1414-24.
139. Hilakivi-Clarke L, Rowland J, Clarke R, Lippman ME. Psychosocial factors in the development and progression of breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 1994; 29: 141-160.
140. Holland JC. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosom Med* 2002 Mar-Apr; 64(2): 206-221.
141. Holland JC. *Psycho-oncology*. New York, NY: Oxford University Press; 1998
142. Holland JC, Rowland JM. *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer*. Oxford University Press, New York: 1989
143. 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.
144. Hoskin P, Makin W. Malignancy of unknown primary site. In: Hoskin, P, Makin, W. *Oncology for Palliative Medicine*. (eds). Oxford: Oxford University Press, 2003; 253- 261.
145. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review. Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002; 16: 81-97.
146. Hotopf M, Price A. Palliative care psychiatry. *Psychiatr* 2009; 8: 212-5.
147. House A, Stark D. Anxiety in medical patients. In: Mayou R, Sharpe M, Carson A, editors. *ABC of psychological medicine*. London: BMJ Books; 2003; 14-31.
148. Hsu TH, Lu MS, Tsou TS, Lin CC. The relationship of pain, uncertainty and hope in Taiwanese lung cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 2003; 26: 835-842.
149. Hunter MS, Grunfeld EA, Ramirez AJ. Help-seeking intentions for breast-cancer symptoms: A comparison of the self-regulation model and the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology* 2003; 8: 319-333.

150. Hyphantis T. The Greek version of the Defense Style Questionnaire: psychometric properties in three different samples. *Compr Psychiatry* 2010; 51(6) :618-629.
151. Hyphantis T, Almyroudi A, Paika V, Goulia P, Arvanitakis K. Narcissistic rage: The Achilles' heel of the patient with chronic physical illness. *Patient Prefer Adherence* 2009; 3: 239-50.
152. Hyphantis T, Almyroudi A, Paika V, Degner LF, Carvalho AF, Pavlidis N. Anxiety, depression and defense mechanisms associated with treatment decisional preferences and quality of life in non-metastatic breast cancer: a 1-year prospective study. *Psychooncology* 2013; 22(11): 2470-7.
153. Hyphantis T, Goulia P, Floros GD, Iconomou G, Pappas AI, Karaivazoglou K, Assimakopoulos K. Assessing ego defense mechanisms by questionnaire: psychometric properties and psychopathological correlates of the Greek version of the Plutchik's Life Style Index. *J Pers Assess* 2011; 93: 605-17.
154. Hyphantis T, Kaltsouda A, Triantafillidis J, Platis O, Karadagi S, Christou K, Mantas C, Argyropoulos A, Mavreas V. Personality correlates of adherence to type 2 diabetes regimens. *Int J Psychiatry Med.* 2005; 35: 103-107.
155. Hyphantis T, Paika V, Almyroudi A, Kamplatsas EO, Pavlidis N. Personality variables as predictors of early non-metastatic colorectal cancer patients' psychological distress and health-related quality of life: a one-year prospective study. *J Psychosom Res.* 2011; 70: 411-21.
156. Hyphantis TN, Triantafillidis JK, Pappa S, Mantas C, Kaltsouda A, Cherakakis P, Alamanos Y, Manousos ON, Mavreas VG. Defense mechanisms in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol.* 2005; 40: 24-30.
157. Hyphantis TN, Tsifetaki N, Sifaka V, Voulgari PV, Pappa C, Bai M, Palieraki K, Venetsanopoulou A, Mavreas V, Drosos AA. The impact of psychological functioning upon systemic sclerosis patients' quality of life. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 37: 81-92.
158. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans and their supplements, Tobacco smoking. Supplement, 1986:38. Available at: <http://monographs.iarc.fr/monoeval/allmonos.html>

159. IARC Overall evaluations of carcinogenicity: an updating of IARC monographs volumes 1–42. Supplement,1987. Available at:
<http://monographs.iarc.fr/monoeval/allmonos.html>
160. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans and their supplements, Alcohol drinking Supplement,1988;44. Available at
<http://monographs.iarc.fr/monoeval/allmonos.html>
161. Irwin SA, Rao S, Bower K, Palica J, Rao SS, Maglione JE, Soskins M, Betterton AE, Ferris FD. Psychiatric issues in palliative care: Recognition of delirium in patients enrolled in hospice care. *J Palliat Med* 2008; 11(2):158-63.
162. Isikhan V, Guner P, Komurcu S, Ozet A, Arpaci F, Ozturk B. The relationship between disease features and quality of life in patients with cancer–I. *Cancer Nurs* 2001; 24(6) :490-5.
163. James N, Symons J. Chasing the primary. *Cancer Nurs Pract* 2010; 9: 10.
164. Jansen L, Koch L, Brenner H, Arndt V. Quality of life among long-term (≥ 5 years) colorectal cancer survivors--systematic review. *Eur J Cancer* 2010; 46: 2879-88.
165. Jansen MA, Muenz LR. A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *J Psychosom Res* 1984; 28: 35-42.
166. Kadan-Lottick NS, Vanderwerker LC, Block SD, Zhang B, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer: a report from the coping with cancer study. *Cancer* 2005; 104: 2872-2888.
167. Kamposioras K, Pentheroudakis G, Pavlidis N. Exploring the biology of cancer of unknown primary: breakthroughs and drawbacks *Eur J Clin Invest* 2013; 43(5): 491-500.
168. Karademas EC, Bakouli A, Bastounis A, Kallergi F, Tamtami P, Theofilou M. Illness perceptions, illness-related problems, subjective health and the role of perceived primal threat: preliminary findings. *J Health Psychol* 2008; 13(8): 1021-9.
169. Καραλής Ι, Langius Α, Τσιρογιάννη Μ., Faresjö Τ, Nettelbladt Ρ, Λιονής Χ. Η μετάφραση-στάθμιση της κλίμακας «αίσθηση συνεκτικότητας» (sense of coherence) στην Ελλάδα και η χρήση της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2004; 21(2): 195-203.

170. Kavan MG, Engdahl BE, Kay S. Colon cancer: personality factors predictive of onset and stage of presentation. *J Psychosom Res* 1995; 39: 1031-1039.
171. Kenne Sarenmalm E, Browall M, Persson LO, Fall-Dickson J, Gaston-Johansson F. Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psychooncology* 2013; 22: 20-7.
172. Kenny A. *The Rise of Modern Philosophy*, Oxford University Press, 2006
173. Kirkova J, Walsh D, Rybicki L, Davis MP, Aktas A, Tao J. Symptom severity and distress in advanced cancer. *Palliat Med* 2010; 24: 330-9.
174. Kissane DW. Psychospiritual and existential distress: the challenge for palliative care. *Aust Fam Physician* 2000; 29: 1022-1025.
175. Kissane DW, Grabsch B, Love A, Clarke DM, Bloch S, Smith GC. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis. *Aust NZ J Psychiatry* 2004; 38: 320-326.
176. Kissen DM, Brown RIF, Kissen M. A further report on personality and psychosocial factors in lung cancer. *Ann NY Acad Sci* 1969; 164: 535-545.
177. Kissen DM, Eysenck HJ. Personality in male lung cancer patients. *J Psychosom Res* 1962; 6: 123-127.
178. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care. *Annals of Internal Medicine* 1978; 88: 251-258.
179. Klemm P, Miller MA, Fernsler J. Demands of illness in people treated for colorectal cancer. *Oncology nursing forum* 2000; 13(4): 633-639.
180. Kohut H. Thoughts on Narcissism and Narcissistic Rage. *Psychoanal Study Child* 1972; 27: 360-400.
181. Kristeva J. *Powers of Horror: An Essay on Abjection* New York: Columbia University Press: 1982
182. Kubler-Ross E. *On death and dying*. New York: Macmillan: 1969
183. Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: University of Chicago Press: 1962

184. Kune GA, Kune S, Watson LF, Bahnson CB. Personality as a riskfactor in large bowel cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychol Med* 1991; 21: 29-41.
185. Kunkel EJ, Woods CM, Rodgers C, Myers RE. Consultations for 'maladaptive denial of illness' in patients with cancer: psychiatric disorders that result in noncompliance *Psychooncology* 1997 Jun; 6(2): 139-49.
186. Lakoff G, Johnson M. *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press: 1980
187. Lakoff G, Johnson M. *Philosophy In The Flesh: the Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. Basic Books: 1999
188. Landmark BT, Strandmark M, Wahl AK. Living with newly diagnosed breast cancer- the meaning of existential issues: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer, based on grounded theory. *Cancer Nurs* 2001; 24(3):220-226.
189. Langinvainio H, Kaprio J, Koskenvuo M, Tarkkonen L. Structural analysis of smoking, alcohol use, and personality factors in MZ and DZ twin pair relationships. *Progr Clin Biol Res* 1981; 69(Pt C): 23–35.
190. Lansky SB, List MA, Herrmann CA, Ets-Hokin EG, DasGupta TK, Wilbanks GD, Hendrickson FR. Absence of major depressive disorder in female cancer patients. *J Clin Oncol* 1985; 3(11): 1553-60.
191. Lau RR, Bernard TM, Hartman KA. Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychology* 1989; 8: 195-219.
192. Laubmeier KK, Zakowski SG. The role of objective versus perceived life threat in the psychological adjustment to cancer. *Psychol Health* 2004; 19(4): 425–437.
193. Lazarus RS: Denial, its costs and benefits, in Ahmed P (ed): *Living and dying with cancer*. New York, Elsevier: 1981
194. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Co; 1984
195. Lee V. The existential plight of cancer: meaning making as a concrete approach to the intangible search for meaning. *Support Care Cancer* 2008; 16: 779-785.

196. Lee V, Cohen SR, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. Clarifying “meaning” in the context of cancer research: a systematic literature review. *Palliat Support Care* 2004; 2: 291-303.
197. Lee V, Cohen SR, Edgar L, Laizner AM, Gagnon AJ. Meaningmaking and psychological adjustment to cancer: development of an intervention and pilot results. *Oncol Nurs Forum* 2006; 33(2): 291-302.
198. Lenzi R, Abbruzzese JL, Baile WF, Cohen L, Parker PA. A study of psychological adjustment in patients with metastatic cancer of unknown primary. *Psycho-Oncology*. 2004; 13(8 Suppl): 357.
199. Leplege A, Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997; 278: 47-50.
200. LeShan L. *You Can Fight for Your Life*. M. Evans and Co: New York: 1977
201. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representation and coping with health threats. In: Baum A, Taylor SE, Singer JE. (eds). *The handbook of psychology and health*. Vol IV: Social psychological aspects of health. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum 1984; 219-252.
202. Levi F, Te VC, Erler G, Randimbison L, La Vecchia C. Epidemiology of unknown primary tumours. *Eur J Cancer*. 2002; 38: 1810-1812.
203. Levine MN, Drummond MF, Labelle RJ. Cost-effectiveness in the diagnosis and treatment of carcinoma of unknown primary origin. *Can Med Assoc J* 1985; 133: 977-987.
204. Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Teppo L, Helenius H, Koskenvuo M.. A prospective study of life satisfaction, neuroticism and breast cancer risk (Finland). *Cancer Causes Control* 2002; 13: 191-198.
205. Lillberg K, Verkasalo PK, Kaprio J, Helenius H, Koskenvuo M. Personality characteristics and the risk of breast cancer: a prospective cohort study. *Int J Cancer* 2002; 100: 361-366.
206. Lindström B, Eriksson M.. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 440-442.
207. Liste KH. Breast cancer, personality and the feminine role. *Patient Educ Couns*. 1999; 36: 33-45.

208. Llewellyn C, Mc Gurck M, Weinman J. The relationship between the Patient Generated Index (PGI) and measures of HR-QoL following diagnosis with head and neck cancer: are illness and treatment perceptions determinants of judgment-based outcomes? *Br J Health Psychol* 2007; 12(3): 421-437
209. Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in palliative care patients-a prospective study. *Eur J Cancer Care* 2001; 10(4): 270-4.
210. Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, Dennis M.. Depression- an independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *Journal of Affective Disorders* 2009;113(1-2): 127-132.
211. Lundy JJ, Coons SJ, Wendel C, Hornbrook MC, Herrinton L, Grant M, Krouse RS. Exploring household income as a predictor of psychological well-being among long-term colorectal cancer survivors. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2009; 13(2): 157-161.
212. Lynch ME: The assessment and prevalence of affective disorders in advanced cancer. *J Palliat Care* 1995; 11(1): 10-8.
213. Macmillan Encyclopedia of Philosophy, "Empiricism". 1969; (2):503.
214. Malkin-Pykh IG. Psychotherapy of cancer patients. *Moscow Psychological Magazine* 2005; 12: 5-26.
215. Marty P. *Les Mouvements individuels de vie et de mort*, Payot: 1998
216. Maskarinec G, Gotay CC, Tatsumura Y, Shumay DM, Kakai H. Perceived cancer causes: use of complementary and alternative therapy. *Cancer Pract* 2001; 9: 183-190.
217. Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2004; 32: 57-71.
218. Massie MJ, Holland JC. The cancer patient with pain: psychiatric complications and their management. *Med Clin North Am* 1987; 71(2): 243-58.
219. Massie MJ, Gagnon P, Holland JC. Depression and suicide in patients with cancer. *J Pain Symptom Manage* 1994; 9(5): 325-40.
220. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer* 1995; 76: 631-7.

221. Maxwell M. Elisabeth Kubler-Ross revisited: a personal account of a »life and transitions« workshop. *Oncol Nurs Forum* 1979; 6: 26-7.
222. McCormick BK, Erlander MG. Psychosocial Aspects of Treating Patients with Cancer of Unknown Primary (CUP): A Survey of Oncology Social Workers. Association of Oncology Social Work Annual Conference; 2009 May; hand search .
223. McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 89-99.
224. McWilliams N. *Psychoanalytic Diagnosis* Guilford Press, New York: 2011.
225. Miles J, Shevlin M. *Applying Regression and Correlation: A Guide for Students and Researchers*. London: SAGE Publications: 2001.
226. Miller AH. Neuroendocrine and immune system interactions in stress and depression. *Psychiatr Clin N Am* 1998; 21: 454-456.
227. Miller R, Walsh D. Psychosocial aspects of palliative care in advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management* 1991; 6(1): 24-29.
228. Miovic M, Block S. Psychiatric disorders in advanced cancer. *Cancer* 2007; 110: 1665-1676.
229. Mishel M. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *J Nurs Scholarsh* 1990; 20: 225-32.
230. Mizuno M, Kakuta M, Inoue Y. The effects of sense of coherence, demands of illness and social support on quality of life after surgery in patients with gastrointestinal tract cancer. *Oncology Nursing Forum* 2009; 36(3); 144-152.
231. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. Quality of life in patients with lung cancer: as an important prognostic factor. *Lung Cancer* 2001; 31: 233-240.
232. Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. How quality of life data contribute to our understanding of cancer patients experiences? A study of patients with lung cancer. *Quality of Life Research* 2003; 12: 157-166.
233. Moorey S, Greer S. *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer*. Oxford University Press, Oxford: 2002.
234. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. An exploratory factor analysis of

- existential suffering in Japanese terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 2000; 9: 164–168.
235. Morris T, Greer S, Pettingale KW, Watson M. Patterns of expression of anger and their psychological correlates in women with breast cancer. *J Psychosom Res* 1981; 25: 111- 117.
236. Morris T, Pettingale KW, Haybittle JL. Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-Oncology* 1992; 1: 105-114.
237. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002; 17: 1-16.
238. Mukherjee S. *The Emperor of All Maladies*, Scribner: 2011; 363, endnote.
239. Nakaya N, Tsubono Y, Hosokawa T, Yoshikazu Nishino, Ohkubo T, Hozawa A, Shibuya D, Fukudo S, Fukao A, Tsuji I, Hisamichi S. Personality and the risk of cancer. *J Natl Cancer Inst* 2003; 95: 799-805.
240. Natoli C, Ramazzotti V, Nappi O, Giacomini P, Palmeri S, Salvatore M, Landriscina M, Zilli M, Natali PG, Tinari N, Iacobelli S. Unknown primary tumors. *Biochim Biophys Acta* 2011; 1816(1):13-24.
241. Neumann KH, Nystrom JS. Metastatic cancer of unknown origin: nonsquamous cell type. *Semin Oncol* 1982; 9: 427-434.
242. Diagnosis and Management of Metastatic Malignant Disease of Unknown Primary Origin. NICE Clinical Guidelines, No. 104. National Collaborating Centre for Cancer (UK). Cardiff (UK): National Collaborating Centre for Cancer (UK); 2010 Jul.
243. Vivian Nutton: Humoralism. In: W.F. Bynum and Roy Porter, eds.:*Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Vol. I. Routledge, London: 1993
244. Nystrom JS, Weiner JM, Wolf, Bateman JR, Viola MV. Identifying the primary site in metastatic cancer of unknown origin. Inadequacy of roentgenographic procedures. *JAMA* 1979; 241: 381-38.
245. Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone

- PP. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol* 1982; 5(6): 649-55.
246. Osborne RH, Elsworth GR, Hopper JL. Age-specific norms and determinants of anxiety and depression in 731 women with breast cancer recruited through a population-based cancer registry. *Eur J Cancer* 2003; 39: 755-62.
247. Osborne RH, Elsworth GR, Kissane DW, Burke SA, Hopper JL. The Mental Adjustment to Cancer (MAC) Scale: replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychol Med* 1999; 29: 1335–1345.
248. Paika V, Almyroudi A, Tomenson B, Creed F, Kampletsas EO, Siafaka V, Gkika S, Mavreas V, Pavlidis N, Hyphantis T. Personality variables are associated with colorectal cancer patients' quality of life independent of psychological distress and disease severity. *Psycho-Oncology* 2010; 19: 273-282.
249. Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology* 1997; 1(2): 115-144.
250. Parkin DM, Muir CS, Whelan S. Cancer incidence in five continents.vol. VI. Lyon: IARC;1992
251. Parkin DM, Whelan S, Ferlay J, Raymond L, Youn J. Cancer incidence in five continents. vol. VII. Lyon: IARC;1991.
252. Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerly C, Bundy R, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with Type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2004; 57: 557-64.
253. Pavlidis N. Forty years experience of treating cancer of unknown primary. *Acta Oncologica* 2007; 46: 592-60.
254. Pavlidis N. Chemotherapy, in Wick MR (Ed.), *Metastatic carcinomas of unknown primary origin*, Demos Medical Publishing, New York, NY: 2008; 225-32.
255. Pavlidis N, Briasoulis E, Hainsworth J, Greco FA. Diagnostic and therapeutic management of cancer of an unknown primary. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1990-2005.
256. Pavlidis N, Fizazi K. Cancer of unknown primary. *Crit Rev Oncol Hematol* 2009; 69: 271-280.

257. Pavlidis N, Pentheroudakis G. Cancer of unknown primary site. *Lancet* 2012; 379(9824): 1428-1435.
258. Pentheroudakis G, Briasoulis E, Pavlidis N. Cancer of unknown primary site: missing primary or missing biology? *Oncologist* 2007; 12: 418-425.
259. Pentheroudakis G, Golfinopoulos V, Pavlidis N. Switching benchmarks in cancer of unknown primary: from autopsy to microarray. *Eur J Cancer* 2007; 43: 2026-2036.
260. Pentheroudakis G, Spector Y, Krikelis D, Kotoula V, Meiri E, Malamou-Mitsi V, Fountzilias G, Sanden M, Pavlidis N, Benjamin H, Aharonov R. Global microRNA profiling in favorable prognosis subgroups of cancer of unknown primary (CUP) demonstrates no significant expression differences with metastases of matched known primary tumors. *Clin Exp Metastasis* 2012; 30(4): 431-439.
261. Peto R, Boreham J, Clarke M, Davies C, Beral V. UK and USA breast cancer deaths down 25% in year 2000 at ages 20-69 years. *Lancet* 2000; 355: 1822.
262. Phipps E, Braitman LE, Stites S, Leighton JC. Quality of life and symptom attribution in long-term colon cancer survivors. *Journal of evaluation in clinical practice*. 2008; 13(2): 254-258.
263. Plutchik R, Conte HR. Measuring emotions and their derivatives: personality traits, ego defenses and coping styles. In *Contemporary Approaches to Psychological Assessment*, Wetzler A, Katz B (eds). Brunner-Mazel: New York, 1989.
264. Polsky D, Doshi JA, Marcus S, Oslin D, Rothbard A, Thomas N, Thompson CL. Long-term risk for depressive symptoms after a medical diagnosis. *Arch Intern Med*. 2005; 165(11) :1260-6.
265. Poppius E, Virkkunen H, Hakama M, Tenkanen L. The sense of coherence and incidence of cancer--role of follow-up time and age at baseline. *J Psychosom Res*. 2006; 61: 205-11.
266. Portenoy RK, Itri LM. Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *Oncologist* 1999; 4(1) :1-10.
267. Portenoy RK, Thaler HT, Kornblith AB, Lepore JM, Friedlander-Klar H, Kiyasu E, Sobel K, Coyle N, Kemeny N, Norton L. The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer* 1994; 30A(9): 1326-1336.

268. Potash M, Breitbart W. Affective disorders in advanced cancer. *Hematology-Oncology Clinics of North America* 2002; 16(3): 671.
269. Pozo C, Carver CS, Noriega V, Harris SD, Robinson DS, Ketchan AS, Legaspi A, Moffat FL Jr, Clark KC. Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: A prospective study of the first year postsurgery. *J Clin Oncol* 1992; 10: 1292-1298.
270. Priestnall R, Pilkington G, Moffat G. Personality and the use of oral contraceptives in British university students. *Soc Sci Med* 1978; 12(5): 403-407.
271. Radloff LS. The CES-D scale: A self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1977;1: 385-401.
272. Rajagopalan H, Lengauer C. Aneuploidy and cancer. *Nature* 2004; 432: 338-41.
273. Rakovec Felser Z. *Zdravstvena psihologija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola. 2002; 88-98.
274. Rayner L, Loge JH, Wasteson E, Higginson IJ. The detection of depression in palliative care. *EPCRC, European Palliative Care Research Collaborative Curr Opin Support Palliat Care* 2009 Mar; 3(1): 55-60.
275. Recklitis CJ, Licht I, Ford J, Oeffinger K, Diller L. Screening adult survivors of childhood cancer with the distress thermometer: a comparison with the SCL-90-R. *Psycho-Oncology* 2007; 16(11): 1046.
276. Reznikoff M. Psychological factors in breast cancer: a preliminary study of some personality trends in patients with cancer of the breast. *Psychosom Med* 1955; 17: 96-108.
277. Richardson A, Wagland R, Foster R, Symons J, Davis C, Boyland L, Foster C, Addington-Hall J. Uncertainty and anxiety in the cancer of unknown primary patient journey: a multiperspective qualitative study.. *BMJ Support Palliat Care* 2015; Dec;5(4): 366-72.
278. Ringenbergs QS, Doll DC, Yarbrow JW, Perry MC. Tumors of unknown origin in the bone marrow. *Arch Intern Med* 1986; 146: 2027-2028.
279. Roesch SC, Adams L, Hines A, Palmores A, Vyas P, Tran C, Pekin S, Vaughn AA. Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *J Behav Med* 2005; 28(3): 281-293.

280. Rosenfeld B, Roth AJ, Gandhi S, Penson D. Differences in health-related quality of life of prostate cancer patients based on stage of cancer. *Psychooncology* 2004; 13: 800-7.
281. Rozema H, Völlink T, Lechner L. The role of illness representations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psychooncology* 2009; 18: 849-57.
282. Sales PM, Carvalho AF, McIntyre RS, Pavlidis N, Hyphantis TN. Psychosocial predictors of health outcomes in colorectal cancer: a comprehensive review. *Cancer Treat Rev.* 2014 Jul; 40(6): 800-9.
283. Salvo N, Zeng L, Zhang L, Leung M, Khan L, Presutti R, Nguyen J, Holden L, Culleton S, Chow E. Frequency of reporting and predictive factors for anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Clin Oncol R Coll Radiol* 2012; 24: 139-48.
284. Sammallahti P, Lehto-Salo H, Elomaa I, Aalberg V. Psychological defenses of young osteosarcoma survivors. *Psychooncology* 1995; 4(4): 283-6.
285. Sanders C, Egger M, Donovan J, Tallon D, Frankel S. Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *BMJ* 1998; 317: 1191-1194.
286. Sapp AL, Trentham-Dietz A, Newcomb PA, Hampton JM, Moinpour CM, Remington PL. Social networks and quality of life among female long-term colorectal cancer survivors. *Cancer* 2003; 13(8): 1749-1758.
287. Satin JR, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer* 2009; 115: 5349-5361.
288. Scharloo M, Baatenburg de Jong R, Langeveld T, Velzen-Verkaik E, Doorn-op-den Akker M, Kaptein A. Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Head Neck* 2005; 27(10): 857-863.
289. Scharloo M, Baatenburg de Jong RJ, Langeveld TPM, van Velzen-Verkaik E, Doorn-op den Akker MM., Kaptein AA. Illness cognitions in head and neck squamous cell carcinoma: Predicting quality of life outcome. *Supportive Care in Cancer* 2010; 18: 1137-1145.
290. Schapiro IR, Ross-Petersen L, Saelan H, Garde K, Olsen JH, Johansen C. Extroversion and neuroticism and the associated risk of cancer: a Danish cohort study. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 757-63

291. Schapiro IR, Nielsen LF, Jorgensen T, Boesen EH, Johansen C. Psychic vulnerability and the associated risk for cancer. *Cancer* 2002; 94(12): 3299-3306.
292. Schipper H, Clinch J. Assessment of treatment of cancer. In: Smith GT, (ed). *Measuring Health: A Practical Approach*. New York: John Wiley and Sons: 1988; 109-139.
293. Schumacher M, Olschewski M, Schulgen G. Assessment of quality of life in clinical trials. *Stat Med* 1991; 10: 1915-1930.
294. Senn ILJ. Paracelsus, scientific research and supportive care-500 years after! *Support Care Cancer* 1993; 1: 230-232.
295. Shaha M, Cox C, Talman K, Kelly D. Uncertainty in breast, prostate and colorectal cancer: implications for supportive care. *J Nurs Scholarsh* 2008; 40: 60-7.
296. Shapiro SL, Lopez AM, Schwartz GE, Bootzin R, Figueredo AJ, Braden CJ, Kurker SF. Quality of life and breast cancer: Relationship to psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology* 2001; 57: 501-519.
297. Shaw C. A framework for the study of coping, illness behaviour and outcomes. *J Adv Nurs* 1999; 29: 1246-55.
298. Shaw PHS, Adams R, Jordan C, Crosby TDL. A clinical review of the investigation and management of carcinoma of unknown primary in a single cancer network. *Clin Oncol* 2007; 19: 87-95.
299. Siddiqi A, Given CW, Given B, Sikorskii A. Quality of life among patients with primary, metastatic and recurrent cancer. *Eur J Cancer Care* 2009; 18(1): 84-96.
300. Silberfarb PM, Hauri PJ, Oxman TE, Schnurr P. Assessment of sleep in patients with lung cancer and breast cancer. *J Clin Oncol* 1993; 11: 997-1004.
301. Simon AE, Thompson MR, Flashman K, Wardle J. Disease stage and psychosocial outcomes in colorectal cancer. *Collorectal Dis* 2009; 11(1): 19-25.
302. Smith AB, Wright EP, Rush R, Stark DP, Velikova G, Selby PJ. Rasch analysis of the dimensional structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychooncology* 2006; 15(9): 817-27.
303. So WK, Marsh G, Ling WM, Leung FY, Lo JC, Yeung M, Li GK. Anxiety,

depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 14: 17-22.

304. Sontag S. *Illness as metaphor*. New York: Farrar, Straus and Giroux: 1978
305. Spiegel D. Mind matters-group therapy and survival in breast cancer [letter; comment]. *N Engl J Med* 2001; 345: 1767-1768.
306. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 269-282.
307. Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P. Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *J Clin Oncol* 2002; 20: 3137-3148.
308. Stephenson JH, Grace WJ. Life stress and cancer of the cervix. *Psychosom Med* 1954; 16: 287-94.
309. Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics* 2011; 52: 199-209.
310. Stoyianni A, Goussia A, Pentheroudakis G, Siozopoulou V, Ioachim E, Krikelis D, Golfopoulos V, Cervantes A, Bobos M, Fotsis T, Bellou S, Fountzilas G, Malamou-Mitsi V, Pavlidis N. Immunohistochemical study of the epithelial-mesenchymal transition phenotype in cancer of unknown primary: incidence, correlations and prognostic utility *Anticancer Res* 2012; 32(4): 1273-1281.
311. Stoyianni A, Pentheroudakis G, Benjamin H, Cervantes A, Ashkenazi K, Lazaridis G, Pavlidis N, Spector Y. Insights into the epithelial mesenchymal transition phenotype in cancer of unknown primary from a global microRNA profiling study. *Clin Transl Oncol* 2014; 16(8): 725-731.
312. Surtees P, Wainwright N, Luben R, Khaw KT, Day N. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *American Journal of Epidemiology* 2003; 158: 1202-1209.
313. Symons J. Supporting patients with cancer of unknown primary. *Nursing Times* 2008; 104(14): 23-4
314. Taylor EJ. Transformation of tragedy among women surviving breast cancer. *Oncol Nurs Forum* 2000; 27: 781-788.

315. Taylor SE, Brown JD. Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychol Bull* 1988; 103(2): 193-210.
316. Taylor SE, Lichtman RR, Wood JV. Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 489-502.
317. Temoshok L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Cancer Surveys* 1987; 6: 545-567.
318. Thompson SC, Janigian A. Life schemes: a framework for understanding the search for meaning. *J Soc Clin Psychol* 1988; 7: 260-28.
319. Thune'-Boyle IC, Myers LB, Newman SP. The role of illness beliefs, treatment beliefs, and perceived severity of symptoms in explaining distress in cancer patients during chemotherapy treatment. *Behav Med* 2006; 32(1): 19-29.
320. Trentham-Dietz A, Remington PL, Moinpour CM, Hampton JM, Sapp AL, Newcomb PA. Health-related quality of life in female long-term colorectal cancer survivors. *The Oncologist* 2003; 13(4): 342-349.
321. Van CE, Arends J . The causes and consequences of cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs* 2005; 2: 51-63.
322. van Knippenberg FC, de Haes JC. Measuring the quality of life of cancer patients: psychometric properties of instruments. *J Clin Epidemiol* 1988; 41: 1043-1053.
323. van Laarhoven HW, Schilderman J, Bleijenberg G, Donders R, Vissers KC, Verhagen CA, Prins JB. Coping quality of life depression, and hopelessness in cancer patients in a curative and palliative, end-of-life care setting. *Cancer Nurs* 2011; 34: 302-14.
324. van Loon AJ, Tijhuis M, Surtees PG, Ormel J. Personality and coping: their relationship with lifestyle risk factors for cancer. *Pers Individ Differ* 2001; 31: 541-553.
325. van't Spijker A, Trijsburg RW, Duivenvoorden H. Psychological sequelae of cancer diagnosis: A meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med* 1997; 59: 280-293.
326. Viken RJ, Rose RJ, Kaprio J, Koskenvuo M. A developmental genetic analysis of adult personality: extraversion and neuroticism from 18 to 59 years of age. *J Pers Soc Psychol* 1994; 66: 722-730.

327. Vodermaier A, Linden W, MacKenzie R, Greig D, Marshall C. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer. *Br J Cancer* 2011; 105: 1814-1817.
328. Vollrath M, Torgersen S. Who takes health risks? A probe into eight personality types. *Pers Individ Differ* 2002; 32: 1185-1197.
329. Vos MS, de Haes JC. Denial in cancer patients, an explorative review. *Psychooncology* 2007; 16(1): 12-25.
330. Wada T, Wada M, Onishi H. Characteristics, interventions and outcomes of misdiagnosed delirium in cancer patients. *Palliat Support Care* 2010;8(2): 125-31.
331. Watson M, Greer S, Blake S, Shrapnell K. Reaction to a diagnosis of breast cancer. Relationship between denial, delay and rates of psychological morbidity. *Cancer* 1984; 53: 2008-2012.
332. Watson M, Greer S, Rowden L, Gorman C, Robertson B, Bliss JM, Tunmore R. Relationships between emotional control, adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychol Med* 1991; 21: 51-57.
333. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11: 431-45.
334. Weisman AD. Thanatology. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry/IV*, vol. 2, Baltimore: Williams & Wilkins: 1985
335. Weisman AD, Pecorino PA. *Perspectives on Death and Dying*, Fifth Edition. Waltham, MA: Ginn Pub. Co.:1987
336. Weisman AD, Worden JW. The existential plight in cancer: significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med* 1976-1977; 7(1): 1-15.
337. Wellisch D, Carr C. Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: Lumpectomy vs mastectomy. *Psychosomatics* 1991; 32: 177-186.
338. Wettergren L, Bjorkholm M, Axdorph U, Langius-Eklof A. Determinants of health-related quality of life in long-term survivors of Hodgkin's lymphoma. *Quality of Life Research* 2004; 13: 1369-1379.

339. White CA, Macleod U. Cancer. In: Mayou R, Sharpe M, Carson A, editors. ABC of psychological medicine. London: BMJ Books: 2003.
340. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life 185 assessment. *Psychol Med* 1998; 28(3): 551-8.
341. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2: 153-159.
342. Wiggins S, Whyte P, Higgins M, Adam S, Theilmann J, Bloch M, Sheps SB, Schechter MT, Hayden MR. The psychological consequences of predictive testing for Huntington's disease. *N Engl J Med* 1992; 327: 1402-5.
343. Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, Allard P, Chary S, Gagnon PR, Macmillan K, De Luca M, O'Shea F, Kuhl D, Fainsinger RL, Clinch JJ. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33(2): 118-29.
344. Wilson KG, Graham ID, Viola RA, Chater S, de Faye BJ, Weaver LA, Lachance JA. Structured interview assessment of symptoms and concerns in palliative care. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 350-358.
345. Winningham ML. Walking program for people with cancer. Getting started. *Cancer Nurs* 1991; 14: 270-6.
346. Zabora JR, Blanchard CG, Smith ED, Roberts CS, Glajchen M, Sharp JW, BrintzenhofeSzoc KM, Lecher JW, Carr EW, Best-Castner S, Smith PM, Dozier-Hall D, Polinsky ML, Hedlund SC. Prevalence of psychological distress among cancer patients across the disease continuum. *J Psychosoc Oncol* 1997; 15(2): 73-8.
347. Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychooncology* 2001, 10: 19-28.
348. Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG. Factors Important to Patients' Quality of Life at the End of Life. *Arch Intern Med*. 2012; 13,172(15): 1133-42.

Δικτυακοί Ιστότοποι

1. (<http://www.infiressources.ca>) (Phaneuf, Margot. Defensive and adaptive mechanisms among cancer patients. Infiressources, Clinical Crossroad, section Psychiatric Care)
2. (<http://www.iarc.fr/>)
3. (<http://www-dep.iarc.fr>)
4. (<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

- Αναλφάβητος
- Στοιχειώδης (Δημοτικό)
- Βασική (9ετής)
- 12ετής (Λύκειο)
- ΑΕΙ/ΤΕΙ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- Έγγαμος/η
- Χήρος/α
- Διαζευγμένος/η
- Άγαμος/η
- Συζεί

Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία

Στις επόμενες ερωτήσεις, βάλτε παρακαλώ σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στην άποψή σας.

1. Πόσο πολύ επηρεάζει η ασθένειά σας τη ζωή σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία απολύτως επίδραση										Επηρεάζει σοβαρά τη ζωή μου

2. Πόσο πολύ πιστεύετε ότι θα διαρκέσει η ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Για πολύ σύντομο διάστημα										Για πάντα

3. Πόσο πολύ έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στην ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Κανένα απολύτως έλεγχο										Εξαιρετικά μεγάλο έλεγχο

4. Πόσο πολύ πιστεύετε ότι η θεραπεία που ακολουθείτε μπορεί να βοηθήσει στην ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καθόλου										Εξαιρετικά βοηθητική

5. Πόσο πολύ αισθάνεστε συμπτώματα της ασθένειάς σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Κανένα απολύτως σύμπτωμα										Πολλά σοβαρά συμπτώματα

6. Πόσο ανησυχείτε σχετικά με την ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία ανησυχία										Εξαιρετικά μεγάλη ανησυχία

7. Πόσο καλά αισθάνεστε ότι κατανοείτε την ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Δεν την κατανοώ καθόλου										Την κατανοώ ξεκάθαρα

8. Πόσο πολύ σας επηρεάζει η ασθένειά σας συναισθηματικά; (π.χ., σας θυμώνει, φοβίζει, ή στεναχωρεί;)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Δεν με επηρεάζει καθόλου										Με επηρεάζει εξαιρετικά

Παρακαλώ, ιεραρχήστε τους τρεις πιο σημαντικούς παράγοντες που πιστεύετε ότι προκάλεσαν την ασθένειά σας.

- _____
- _____
- _____

ΚΛΙΜΑΚΑ CES-D

Παρακάτω είναι μια σειρά από καταστάσεις που πιθανόν να περάσατε ή να αισθανθήκατε. Σας παρακαλώ πείτε πόσο συχνά αισθανθήκατε έτσι την περασμένη εβδομάδα. Βάλτε ένα κύκλο γύρω από τον αριθμό, π.χ. 1, στην κατάλληλη στήλη, σύμφωνα με την συχνότητα που λέει.

A. Λιγότερο από 1 ημέρα την εβδομάδα: «Σπάνια ή καθόλου»

B. 1-2 ημέρες : «Μερικές φορές»

Γ. 3-4 ημέρες : «Αρκετές φορές»

Δ. 5-7 ημέρες : «Τον περισσότερο καιρό»

Την περασμένη εβδομάδα:

	Σπάνια ή καθόλου	Μερικές φορές	Αρκετές φορές	Τον περισσότερο καιρό
Με ενοχλούσαν πράγματα που συνήθως δε με ενοχλούν	0	1	2	3
Δεν είχα διάθεση να φάω. Η όρεξή μου ήταν κακή.	0	1	2	3
Αισθανόμουν ότι δε θα μπορούσα να ξεφύγω από τις μαύρες μου, ακόμα ούτε και με τη βοήθεια τής οικογένειάς μου ή των φίλων μου.	0	1	2	3
Αισθανόμουν ότι είμαι το ίδιο καλά όπως οι άλλοι άνθρωποι.	0	1	2	3
Είχα πρόβλημα στο να κρατήσω το μυαλό μου συγκεντρωμένο σ' αυτό που έκανα.	0	1	2	3
Αισθανόμουν κατάθλιψη.	0	1	2	3
Αισθανόμουν ότι οτιδήποτε έκανα απαιτούσε μεγάλη προσπάθεια.	0	1	2	3
Αισθανόμουν γεμάτος/η ελπίδα για το μέλλον.	0	1	2	3
Πίστευα ότι η ζωή μου ολόκληρη ήταν μια αποτυχία.	0	1	2	3
Αισθανόμουν γεμάτος/η φόβο.	0	1	2	3
Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος.	0	1	2	3
Ήμουν χαρούμενος/η.	0	1	2	3
Μιλούσα λιγότερο από το συνηθισμένο.	0	1	2	3
Αισθανόμουν μοναξιά.	0	1	2	3
Οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί μαζί μου.	0	1	2	3
Απολάμβανα τη ζωή.	0	1	2	3
Ξεσπούσα σε κλάμα.	0	1	2	3
Αισθανόμουν λυπημένος/η.	0	1	2	3
Ένιωθα ότι οι άλλοι με αντιπαθούσαν.	0	1	2	3
Δεν μπορούσα να τα καταφέρω να ξεκινήσω να κάνω πράγματα.	0	1	2	3

WHOQOL-BREF

(Μετάφραση-Προσαρμογή: Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση και συν, 2000)

Στο ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζεται πως **εσείς** αξιολογείτε την **ποιότητα ζωής σας**, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Αν δεν είστε σίγουρος/η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, παρακαλούμε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο κατάλληλη για σας**. Συχνά, η πιο σωστή απάντηση μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε να δώσετε.

Παρακαλούμε να σκεφτείτε τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στην μνήμη σας **τις δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας και να δώσετε τις απαντήσεις σας σύμφωνα με αυτό το χρονικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δυο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, εάν έχετε σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη από τους άλλους, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **4** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση «**Πολύ**».

Αν δεν έχετε «**Καθόλου**» την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει την πιο κατάλληλη για σας απάντηση, σε κάθε ερώτηση.

	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5

	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο πολύ** βιώνετε κάποιες καταστάσεις **τις δυο τελευταίες εβδομάδες**

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα ;	1	2	3	4	5
Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε ;	1	2	3	4	5
Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον που ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο απόλυτα**, δηλαδή **σε ποιο βαθμό** μπορείτε να βιώνετε κάποιες καταστάσεις ή **πόσο ικανός/ή** θεωρείτε ότι είστε έτσι ώστε να κάνετε ορισμένα πράγματα τις δυο τελευταίες εβδομάδες.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Μπορείτε να αποδεχθείτε τη σωματική εμφάνισή σας;	1	2	3	4	5
Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε την πληροφόρηση που χρειάζεστε για θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανός/ή είστε να κινείστε στο χώρο και να κυκλοφορείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο ικανοποιημένος/η** νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

	Πολύ δυσανε- στημένος/η	Δυσανε- μένος/η	Ούτε δυσανε- στημένος/η ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιη- -μένος/η	Πολύ ικανοποιημένος
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να βγάζετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σχέσεις σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει **πόσο συχνά** έχετε ορισμένα συναισθήματα τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Sense of Coherence

Εδώ βρίσκεται μια σειρά ερωτήσεων που σχετίζονται με αρκετές πτυχές της ζωής μας. Κάθε ερώτηση έχει 7 πιθανές απαντήσεις. Παρακαλώ, σημειώστε τον αριθμό που εκφράζει την απάντησή σας, με τα νούμερα 1 και 7 να δηλώνουν τις ακραίες απαντήσεις. Αν οι λέξεις κάτω από το 1 είναι σωστές για εσάς, κυκλώστε το 1, αν οι λέξεις κάτω από το 7 είναι σωστές για εσάς, κυκλώστε το 7. Αν αισθάνεστε διαφορετικά, κυκλώστε τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα τα συναισθήματά σας. Παρακαλώ, δώστε μόνο μία απάντηση σε κάθε ερώτηση.

R 1. Όταν μιλάτε με τους ανθρώπους, έχετε την αίσθηση ότι δεν σας καταλαβαίνουν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν έχω αυτή την αίσθηση						Πάντα έχω αυτή την αίσθηση

2. Στο παρελθόν, όταν έπρεπε να συνεργαστείτε με άλλους για κάτι, είχατε την αίσθηση ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Σίγουρα δεν θα γινόταν						Σίγουρα θα γινόταν

3. Σκεφτείτε τους ανθρώπους με τους οποίους έρχεστε καθημερινά σε επαφή, εκτός από αυτούς που αισθάνεστε περισσότερο κοντά σας. Πόσο καλά γνωρίζετε τους περισσότερους από αυτούς;

1	2	3	4	5	6	7
Αισθάνεστε ότι είναι ξένοι						Τους γνωρίζετε πολύ καλά

R 4. Έχετε την αίσθηση ότι δεν νοιάζεστε πραγματικά για ό,τι συμβαίνει γύρω σας;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ σπάνια ή ποτέ						Πολύ συχνά

R 5. Συνέβη στο παρελθόν να εκπλαγείτε από τη συμπεριφορά ατόμων που νομίζατε ότι γνωρίζατε καλά;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν συνέβη						Πάντα συνέβαινε

R 6. Έχει συμβεί ποτέ να σας απογοητεύσουν οι άνθρωποι, στους οποίους βασισόσασταν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν συνέβη						Πάντα συνέβαινε

R 7. Η ζωή είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη ενδιαφέρον						Τελείως ρουτίνα

8. Μέχρι τώρα η ζωή σας είχε:

1	2	3	4	5	6	7
Κανέναν απολύτως σαφή στόχο ή σκοπό						Πολύ σαφείς στόχους και σκοπό

9. Έχετε την αίσθηση ότι σας συμπεριφέρονται άδικα;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

10. Τα τελευταία δέκα χρόνια η ζωή σας ήταν:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη αλλαγές, χωρίς εσείς να γνωρίζετε τι θα συμβεί στη συνέχεια						Απόλυτα σταθερή και σαφής

R 11. Τα περισσότερα από τα πράγματα που θα κάνετε στο μέλλον πιθανόν θα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Απόλυτα συναρπαστικά						Θανάσιμα βαρετά

12. Έχετε την αίσθηση ότι βρίσκεστε σε μια περίεργη κατάσταση και δεν ξέρετε τι να κάνετε;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

R 13. Τι περιγράφει καλύτερα το πώς βλέπετε τη ζωή;

1	2	3	4	5	6	7
Κάποιος μπορεί πάντα να βρει μια λύση για τα οδυνηρά πράγματα στη ζωή						Δεν υπάρχει καμιά λύση για τα οδυνηρά πράγματα στη ζωή

R 14. Όταν σκέφτεστε τη ζωή σας, πολύ συχνά:

1	2	3	4	5	6	7
Αισθάνεστε πόσο καλό είναι το να ζείτε						Αναρωτιέστε γιατί υπάρχετε καθόλου

15. Όταν αντιμετωπίζετε ένα δύσκολο πρόβλημα, η επιλογή της λύσης είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Πάντα μπερδεμένη και δύσκολο να βρεθεί						Πάντα απόλυτα σαφής

R 16. Το να κάνετε τα πράγματα που κάνετε κάθε μέρα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Μια πηγή βαθιάς ευχαρίστησης και ικανοποίησης						Μια πηγή πόνου και πλήξης

17. Περιμένετε τη ζωή σας στο μέλλον να είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη απρόβλεπτες αλλαγές						Απόλυτα σταθερή και προβλέψιμη

18. Όταν κάτι δυσάρεστο συνέβη στο παρελθόν, η τάση σας ήταν:

1	2	3	4	5	6	7
Υποφέρατε έντονα κλεισμένος στον εαυτό σας						Να πείτε «εντάξει, αυτά συμβαίνουν, πρέπει να συνεχίσω τη ζωή μου»

19. Έχετε πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

R 20. Όταν κάνετε κάτι που σας κάνει να αισθάνεστε καλά:

1	2	3	4	5	6	7
Είναι βέβαιο ότι θα συνεχίσετε να αισθάνεστε καλά						Είναι βέβαιο ότι κάτι θα συμβεί και θα σας καλάσει το συναίσθημα

21. Σας συμβαίνει να έχετε συναισθήματα που θα προτιμούσατε να μην είχατε;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

22. Περιμένετε την προσωπική σας ζωή στο μέλλον να είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Χωρίς νόημα ή σκοπό						Γεμάτη νόημα και σκοπό

R 23. Νομίζετε ότι πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι, στους οποίους θα βασίζεστε στο μέλλον;

1	2	3	4	5	6	7
Είστε βέβαιος ότι θα υπάρχουν						Αμφιβάλλετε αν θα υπάρχουν

24. Σας συμβαίνει να έχετε το αίσθημα ότι δεν γνωρίζετε ακριβώς το τι πρόκειται να συμβεί;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

R 25. Πολλοί άνθρωποι –ακόμα και εκείνοι με δυνατό χαρακτήρα– μερικές φορές αισθάνονται ως αποτυχημένοι σε κάποιες καταστάσεις. Πόσο συχνά έχετε αισθανθεί κατ' αυτόν τον τρόπο στο παρελθόν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ						Πολύ συχνά

26. Όταν συνέβαινε κάτι, ανακαλύπτατε γενικά ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Υπερεκτιμήσατε ή υποτιμήσατε τη σημασία του						Είδατε τα πράγματα στις σωστές τους αναλογίες

R 27. Όταν σκέφτεστε τις δυσκολίες που πρόκειται πιθανά να αντιμετωπίσετε σε σημαντικούς τομείς της ζωής σας, έχετε την αίσθηση ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Πάντα θα πετυχαίνετε να ξεπερνάτε τις δυσκολίες						Δεν θα πετύχετε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες

28. Πόσο συχνά έχετε την αίσθηση ότι έχουν λίγο νόημα τα πράγματα που κάνετε στην καθημερινή σας ζωή;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

29. Πόσο συχνά έχετε συναισθήματα που δεν είστε σίγουροι ότι μπορείτε να κρατήσετε υπό έλεγχο;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SCL-90 (Derogatis, 1977)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Ντώνιας & συν., 1991)

Όνοματεπώνυμο.....Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Παρακαλείσθε να διαβάζετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα, βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος, που να δείχνει καλύτερα πόση ενόχληση σας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα **κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας**, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

Πρέπει να βάλετε σε κύκλο μόνον έναν αριθμό και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Πόσο έχετε ενοχληθεί από: 1. Πόνους στο σώμα	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είστε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είστε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τρένο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικότητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

LIFE STYLE INDEX (Plutchik et al, 1979)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδειάς: Θ. Υφαντής & συν., 2003)

Όνοματεπώνυμο.....Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ, σημειώστε εάν κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει πώς νοιώθετε ή πώς αντιδράτε **συνήθως**.

Εάν η πρόταση σας περιγράφει, βάλτε σε κύκλο τη λέξη «ΝΑΙ».

Εάν η πρόταση δεν σας περιγράφει, βάλτε σε κύκλο την λέξη «ΟΧΙ».

Σας περιγράφει;

1. Είμαι πολύ καλόβολος άνθρωπος και τα πάω καλά με όλους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
2. Μου είναι δύσκολο να περιμένω για ν' αποκτήσω κάτι που θέλω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
3. Πάντα υπήρχε κάποιος στον οποίο ευχόμουν να έμοιαζα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
4. Ο κόσμος δεν με θεωρεί συναισθηματικό άτομο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
5. Αγανακτώ με τις άσεμνες ταινίες..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
6. Σπάνια θυμάμαι τα όνειρά μου..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
7. Με κάνουν έξαλλο/η οι άνθρωποι που παριστάνουν το αφεντικό στους άλλους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
8. Μερικές φορές μου έρχεται να ρίξω μια γροθιά στον τοίχο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
9. Μ' ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαιούς..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
10. Όταν ονειροπολώ, φαντάζομαι πάντα ότι είμαι το επίκεντρο της προσοχής..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
11. Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που δεν κλαίει ποτέ..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
12. Εκνευρίζομαι όταν χρησιμοποιώ δημόσιες τουαλέτες..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
13. Όταν υπάρχει μια διαφωνία είμαι πάντα πρόθυμος/η να ακούσω όλες τις πλευρές..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
14. Γίνομαι εύκολα έξω φρενών..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
15. Αν κάποιος μες το πλήθος με σπρώξει, μου έρχεται να τον κλωτσήσω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
16. Ο κόσμος θαυμάζει πολλά πράγματα σε μένα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
17. Πιστεύω ότι είναι καλύτερο να σκέφτεσαι προσεκτικά μερικά πράγματα παρά να θυμώνεις..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
18. Αρρωσταίνω συχνά..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
19. Δεν συγκρατώ εύκολα φυσιογνωμίες..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
20. Μερικές από τις φορές που με απέρριψαν, μου ήρθε να αυτοκτονήσω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
21. Όταν ακούω σόκιν ανέκδοτα, αισθάνομαι πολύ αμήχανα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
22. Βλέπω πάντα την θετική πλευρά των πραγμάτων..... ΝΑΙ - ΟΧΙ

23. Μισώ τους ανθρώπους που συμπεριφέρονται εχθρικά..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
24. Δυσκολεύομαι να πετάξω κάτι που μου ανήκει..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
25. Δυσκολεύομαι να θυμηθώ τα ονόματα των ανθρώπων..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
26. Συχνά είμαι υπερβολικά παρορμητικός/ή..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
27. Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν με φωνές και κραυγές να γίνει το δικό τους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
28. Δεν έχω καμία προκατάληψη..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
29. Έχω έντονη την ανάγκη να μου λένε οι άλλοι ότι είμαι γοητευτικός/η..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
30. Όταν πηγαίνω ένα ταξίδι, το προγραμματίζω από πριν με κάθε λεπτομέρεια..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
31. Κάποιες φορές εύχομαι μια ατομική βόμβα να καταστρέψει τον κόσμο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
32. Η πορνογραφία είναι αηδιαστική..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
33. Όταν ταραζομαι, τρώω πολύ..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
34. Ποτέ δεν έχω νοιώσει ότι βαρέθηκα τους ανθρώπους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
35. Δεν μπορώ να θυμηθώ πολλά πράγματα από την παιδική μου ηλικία..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
36. Συχνά παίρνω δουλειά μαζί μου όταν πηγαίνω διακοπές..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
37. Με τη φαντασία μου, καταφέρνω σπουδαία πράγματα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
38. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ενοχλούν επειδή είναι πολύ εγωιστές..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
39. Όταν ακουμπήσω οτιδήποτε γλοιώδες, με πιάνει ναυτία..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
40. Όταν κάποιος με ενοχλεί, δεν το λέω στον ίδιο, αλλά έχω την τάση να παραπονιέμαι σε κάποιον άλλον..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
41. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε εκμεταλλευτούν εάν δεν είσαι προσεκτικός..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
42. Μου παίρνει πολύ καιρό να αντιληφθώ τις κακές πλευρές άλλων ανθρώπων..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
43. Όταν ακούω ή διαβάζω για μια τραγωδία, ποτέ δεν δείχνω να επηρεάζομαι..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
44. Σε μια αντιπαράθεση, είμαι συνήθως πιο λογικός/ή από τον άλλο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
45. Έχω έντονη την ανάγκη να με επαινούν..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
46. Η άστατη σεξουαλική ζωή είναι αηδιαστική..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
47. Όταν οδηγώ, κάποιες φορές μου έρχεται να ρίξω το αυτοκίνητό μου πάνω σ' ένα άλλο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
48. Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως θα ήθελα, μερικές φορές κατεβάζω τα μούτρα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
49. Όταν βλέπω κάποιον μέσ' τα αίματα, δεν ενοχλούμαι σχεδόν ποτέ..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
50. Εκνευρίζομαι εύκολα όταν δεν με προσέχουν..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
51. Ο κόσμος μου λέει πως ό,τι και να μου πουν θα το πιστέψω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ

52. Φορώ ρούχα που κρύβουν τις ατέλειές μου..... NAI - ΟΧΙ
53. Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες λέξεις..... NAI - ΟΧΙ
54. Μάλλον καυγαδίζω συχνά με τους άλλους..... NAI - ΟΧΙ
55. Ένα από τα πράγματα που μισώ στους ανθρώπους είναι ότι δεν είναι ειλικρινείς..... NAI - ΟΧΙ
56. Οι άνθρωποι μου λένε ότι είμαι υπερβολικά αντικειμενικός/ή για τα πάντα..... NAI - ΟΧΙ
57. Τα ηθικά μου κριτήρια είναι υψηλότερα από εκείνα των περισσότερων ανθρώπων που ξέρω..... NAI - ΟΧΙ
58. Όταν δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα, μου έρχεται να κλάψω..... NAI - ΟΧΙ
59. Δείχνω να μη μπορώ να εκφράσω τα συναισθήματά μου..... NAI - ΟΧΙ
60. Όταν κάποιος σκοντάφτει επάνω μου, γίνομαι έξαλλος..... NAI - ΟΧΙ
61. Πράγματα που δεν μου αρέσουν, τα βγάζω έξω από το μυαλό μου..... NAI - ΟΧΙ
62. Πολύ σπάνια νοιώθω τρυφερότητα για κάποιον..... NAI - ΟΧΙ
63. Μισώ τους ανθρώπους που πάντα προσπαθούν να είναι το κέντρο της προσοχής..... NAI - ΟΧΙ
64. Κάνω συλλογή από πολλά και διάφορα πράγματα..... NAI - ΟΧΙ
65. Εργάζομαι πιο σκληρά από τους περισσότερους ανθρώπους, για να γίνω καλός σε ό,τι με ενδιαφέρει..... NAI - ΟΧΙ
66. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω ένα μωρό να κλαίει..... NAI - ΟΧΙ
67. Μου έχει συμβεί να θυμώσω τόσο πολύ που να θέλω να σπάσω πράγματα..... NAI - ΟΧΙ
68. Είμαι πάντα αισιόδοξος/η..... NAI - ΟΧΙ
69. Λέω πολλά ψέματα..... NAI - ΟΧΙ
70. Νοιώθω να είμαι περισσότερο αφοσιωμένος/η στο καθήκον παρά στην κοινωνική μου ζωή..... NAI - ΟΧΙ
71. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ενοχλητικοί..... NAI - ΟΧΙ
72. Δεν θα πήγαινα ποτέ σε μια ταινία με σκηνές σεξ και βίας..... NAI - ΟΧΙ
73. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης..... NAI - ΟΧΙ
74. Θα έκανα τα πάντα για να κάνω καλή εντύπωση..... NAI - ΟΧΙ
75. Δεν μπορώ να καταλάβω τον λόγο για τον οποίο κάνω ορισμένα πράγματα..... NAI - ΟΧΙ
76. Μπορώ να κάνω πολλά πράγματα προκειμένου να δω ταινίες που δείχνουν πολύ βία..... NAI - ΟΧΙ
77. Πιστεύω ότι η κατάσταση στο κόσμο είναι πολύ καλύτερη από ό,τι οι περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν..... NAI - ΟΧΙ

78. Όταν απογοητεύομαι, γίνομαι πολύ οξύθυμος/η..... NAI - OXI
79. Στις μέρες μας ο τρόπος που οι άνθρωποι ντύνονται στις παραλίες είναι
 άσεμνος..... NAI - OXI
80. Δεν αφήνω τα συναισθήματά μου να με παρασύρουν..... NAI - OXI
81. Προετοιμάζομαι για το χειρότερο, έτσι ώστε να μην πιαστώ στον ύπνο..... NAI - OXI
82. Η ζωή μου είναι τόσο ωραία που πολλοί άνθρωποι θα εύχονταν να
 ήταν στη θέση μου..... NAI - OXI
83. Σε μια στιγμή θυμού έχω χτυπήσει ή κλωτσήσει κάτι τόσο δυνατά που,
 χωρίς να το θέλω, χτύπησα εγώ ο ίδιος..... NAI - OXI
84. Οι άνθρωποι με χαμηλά ηθικά κριτήρια με αρρωσταίνουν..... NAI - OXI
85. Δεν θυμάμαι σχεδόν τίποτα από τα πρώτα σχολικά μου χρόνια..... NAI - OXI
86. Όταν ταραζομαι, παιδιαρίζω χωρίς να το θέλω..... NAI - OXI
87. Αισθάνομαι πιο άνετα όταν συζητώ για τις σκέψεις μου, απ' ό,τι όταν
 συζητώ για τα συναισθήματά μου..... NAI - OXI
88. Δείχνω να μη μπορώ να τελειώσω οτιδήποτε αρχίζω..... NAI - OXI
89. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω για θηριωδίες..... NAI - OXI
90. Τα μέλη της οικογένειάς μου δεν διαφωνούν σχεδόν ποτέ μεταξύ τους... NAI - OXI
91. Πολύ συχνά βάζω τις φωνές στους άλλους..... NAI - OXI
92. Μισώ τους ανθρώπους που πατούν επί πτωμάτων για να προχωρήσουν.... NAI - OXI
93. Όταν ταραζομαι, πολλές φορές μεθώ..... NAI - OXI
94. Είμαι τυχερός/ή που έχω λιγότερα προβλήματα από τους περισσότερους
 ανθρώπους NAI - OXI
95. Όταν κάτι με ενοχλεί ή με στενοχωρεί κοιμάμαι περισσότερο από το
 συνηθισμένο..... NAI - OXI
96. Νομίζω ότι είναι αηδιαστικό που οι πιο πολλοί άνθρωποι λένε ψέματα
 για να πάνε μπροστά..... NAI - OXI
97. Χρησιμοποιώ αρκετά συχνά βρώμικες λέξεις..... NAI - OXI

Defense Style Questionnaire (DSQ) (Bond et al, 1984)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδείας: Thomas Hyphantis, 2010)

Όνοματεπώνυμο..... Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 88 ερωτήσεις.

Κάτω από κάθε ερώτηση υπάρχει μια βαθμολογία, από το 1 έως το 9:

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε ερώτηση, βάζοντας σε έναν κύκλο τον αριθμό που κατά τη γνώμη σας αντιστοιχεί στην απάντησή σας.

Παράδειγμα:

#. Η Αθήνα είναι μια πόλη της Ελλάδας.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Εδώ, θα συμφωνούσατε απολύτως και θα βάζατε σε κύκλο τον αριθμό εννέα.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Με ευχαριστεί να βοηθάω τους άλλους και θα με λυπούσε πολύ αν μου το στερούσαν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

2. Συχνά ο κόσμος με λέει κατσούφη.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

3. Μέχρι να βρώ χρόνο να ασχοληθώ με ένα πρόβλημα που με απασχολεί, μπορώ να μην το σκέφτομαι.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

4. Πάντα μου φέρνονται άδικα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

5. Εκτονώνω το άγχος μου κάνοντας κάτι εποικοδομητικό και δημιουργικό, όπως το να ζωγραφίζω ή να ασχολούμαι με τη διακόσμηση.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

6. Κάπου-κάπου αναβάλλω για αύριο ό,τι πρέπει να κάνω σήμερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

7. Μπλέκομαι συνέχεια σε καταστάσεις που με απογοητεύουν, και δεν μπορώ να καταλάβω γιατί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

8. Μπορώ πολύ εύκολα να γελώ με τον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

9. Όταν απογοητεύομαι φέρνομαι σαν παιδί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

10. Δειλιάζω όταν είναι να διεκδικήσω τα δικαιώματά μου απέναντι στους άλλους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

11. Είμαι ανώτερος από τους περισσότερους ανθρώπους που ξέρω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

12. Οι άνθρωποι έχουν την τάση να μου φέρνονται άσχημα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

13. Αν κάποιος με λήστευε στον δρόμο, θα προτιμούσα να γίνουν προσπάθειες να βοηθηθεί παρά να τιμωρηθεί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

14. Κάπου-κάπου σκέφτομαι πολύ κακά πράγματα, που δεν θα μπορούσαν να συζητηθούν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

15. Κάπου-κάπου γελώ με ένα βρώμικο αστείο.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

16. Οι άνθρωποι λένε πως είμαι σαν την στρουθοκάμηλο, με το κεφάλι μου χωμένο στην άμμο. Μ' άλλα λόγια, λένε ότι έχω την τάση να αγνοώ τα δυσάρεστα γεγονότα, σαν να μην υπήρξαν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

17. Δεν αφήνω τον εαυτό μου να βάλλει τα δυνατά του όταν συναγωνίζομαι με άλλους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

18. Συχνά νοιώθω ανώτερος απ' τους ανθρώπους γύρω μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

19. Κάποιος μου κλέβει ό,τι συναίσθημα έχω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

20. Μερικές φορές θυμώνω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

21. Συχνά οδηγούμαι στο να αντιδρώ παρορμητικά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

22. Θα προτιμούσα να λιμοκτονήσω παρά να πιεστώ να φάω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

23. Αψηφώ τον κίνδυνο σαν να ήμουν ο Σούπερμαν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

24. Είμαι περήφανος για την ικανότητά μου να δείχνω στους ανθρώπους ότι δεν είναι τόσο σπουδαίοι όσο φαντάζονται.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

25. Οι άνθρωποι μου λένε πως έχω μανία καταδίωξης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

26. Μερικές φορές όταν δεν νοιώθω καλά εκνευρίζομαι.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

27. Συχνά αντιδρώ παρορμητικά όταν κάτι με ενοχλεί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

28. Αρρωσταίνω πραγματικά όταν τα πράγματα δεν μου πηγαίνουν καλά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

29. Είμαι ένα πολύ συγκρατημένο άτομο.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

30. Είμαι στ' αλήθεια ένας παραγνωρισμένος καλλιτέχνης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

31. Δεν λέω πάντα την αλήθεια.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

32. Όταν πληγώνομαι κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

33. Πολλές φορές το παρακάνω κι έτσι οι άλλοι αναγκάζονται να μου βάλλουν όρια.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

34. Οι φίλοι μου με βλέπουν σαν κλόουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

35. Όταν είμαι θυμωμένος κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

36. Έχω την τάση να είμαι επιφυλακτικός με ανθρώπους που φέρονται περισσότερο φιλικά από όσο θα φανταζόμουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

37. Έχω κάποιες ιδιαίτερες ικανότητες που μου επιτρέπουν να ζώ χωρίς προβλήματα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

38. Συχνά σε διάφορες εκλογές ψηφίζω ανθρώπους για τους οποίους δεν ξέρω σχεδόν τίποτα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

39. Συχνά καθυστερώ στα ραντεβού μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

40. Ζώ περισσότερα πράγματα στη φαντασία μου παρά στην πραγματική ζωή μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

41. Είμαι πολύ άτολμος στο να πλησιάσω τους άλλους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

42. Δεν φοβάμαι τίποτα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

43. Μερικές φορές νοιώθω ότι είμαι ένας άγγελος και άλλες ότι είμαι ένας διάβολος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

44. Σ' ένα παιγνίδι προτιμώ να κερδίσω παρά να χάσω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

45. Όταν θυμώνω, γίνομαι πολύ σαρκαστικός.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

46. Όταν πληγώνομαι, γίνομαι ανοιχτά επιθετικός.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

47. Όταν κάποιος με πληγώσει πιστεύω ότι πρέπει να γυρίσω και το άλλο μάγουλο.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

48. Δεν διαβάζω κάθε μέρα όλα τα κύρια άρθρα στην εφημερίδα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

49. Όταν στεναχωριέμαι κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

50. Είμαι ντροπαλός σε θέματα σχετικά με το σέξ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

51. Πάντα νοιώθω πως κάποιος που γνωρίζω είναι σαν φύλακας άγγελός μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

52. Η φιλοσοφία μου είναι «Δεν είδα τίποτα, δεν άκουσα τίποτα, δεν ξέρω τίποτα».

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

53. Για μένα, οι άνθρωποι είναι ή καλοί ή κακοί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

54. Αν το αφεντικό μου μούκανε τη ζωή δύσκολη, μπορεί να έκανα κάποιο λάθος στη δουλειά μου ή να δούλευα πιο αργά για να τον εκδικηθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

55. Όλοι είναι εναντίον μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

56. Προσπαθώ να είμαι καλός με τους ανθρώπους που δεν συμπαθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

57. Δεν θα ταραζόμουν πολύ αν χάλαγε ένας κινητήρας του αεροπλάνου την ώρα της πτήσης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

58. Ξέρω κάποιον για τον οποίο τίποτα δεν είναι αδύνατο και που είναι απολύτως έντιμος και δίκαιος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

59. Μπορώ να καταπιέσω τα συναισθήματά μου, αν νοιώσω ότι θα παρεμπόδιζαν ό,τι κάνω, εάν τα άφηνα να εκφραστούν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

60. Κάποιοι σχεδιάζουν να με σκοτώσουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

61. Συνήθως, μπορώ να δω την αστεία πλευρά μιας κατά τα άλλα δυσάρεστης κατάστασης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

62. Με πιάνει πονοκέφαλος όταν έχω να κάνω κάτι που δεν μου αρέσει.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

63. Συχνά πιάνω τον εαυτό μου να είναι πολύ καλός με ανθρώπους που θα είχα κάθε λόγο να είμαι θυμωμένος μαζί τους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

64. Δεν ισχύει αυτό που λένε «μπορείς να βρείς στον καθένα και κάποια καλή πλευρά». Αν είσαι κακός, είσαι τελείως κακός.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

65. Δεν θάπρεπε ποτέ να θυμώνουμε με ανθρώπους που δεν συμπαθούμε.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

66. Σίγουρα η ζωή μου έχει φερθεί σκληρά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

67. Διαλύομαι όταν έχω στρές.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

68. Όταν ξέρω ότι θα πρέπει να αντιμετωπίσω μια δύσκολη κατάσταση, όπως κάποιες εξετάσεις ή μία συνέντευξη για εργασία, προσπαθώ να φανταστώ πώς θα είναι και σχεδιάζω έναν τρόπο να τα βγάλω πέρα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

69. Οι γιατροί ποτέ δεν καταλαβαίνουν πραγματικά τι δεν πηγαινει καλά με μένα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

70. Δεν νοιώθω να ταράζομαι όταν πεθαίνει κάποιος κοντινός μου άνθρωπος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

71. Αφού αγωνιστώ για τα δικαιώματά μου, έχω μετά την τάση να απολογούμαι για την επιμονή μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

72. Για τα περισσότερα πράγματα που μου συμβαίνουν, δεν είμαι εγώ υπεύθυνος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

73. Όταν είμαι αγχωμένος ή στεναχωρημένος, το να τρώω με κάνει να νοιώθω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

74. Η σκληρή δουλειά με κάνει να νοιώθω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

75. Οι γιατροί μου δεν μπορούν να με βοηθήσουν να ξεπεράσω πραγματικά τα προβλήματά μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

76. Συχνά μου λένε ότι δεν δείχνω τα συναισθήματά μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

77. Πιστεύω πως οι άνθρωποι συνήθως διακρίνουν περισσότερα πράγματα στις ταινίες, στο θέατρο ή στα βιβλία, από όσα πραγματικά υπάρχουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

78. Έχω κάποιες σταθερές συνήθειες ή «τελετουργικούς» τρόπους να κάνω κάποια πράγματα, γιατί φοβάμαι ότι αλλιώς κάτι τρομερό θα συμβεί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

79. Όταν είμαι σε ένταση, πίνω αλκοόλ ή παίρνω φάρμακα ή ακόμη και ναρκωτικά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

80. Όταν νοιώθω άσχημα, προσπαθώ να είμαι παρέα με κάποιον.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

81. Όταν έχω τη δυνατότητα εκ των προτέρων να προβλέψω ότι θα στεναχωρηθώ, μπορώ να το αντιμετωπίσω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

82. Όσο και να παραπονούμαι, δεν βρίσκω ποτέ μια απάντηση που να με ικανοποιεί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

83. Συχνά ανακαλύπτω ότι δεν νοιώθω τίποτα σε καταστάσεις που θα δικαιολογούσαν έντονα συναισθήματα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

84. Το να ασχολούμαι με μια δουλειά που πρέπει να γίνει, με προστατεύει από το άγχος και τη στεναχώρια.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

85. Όταν εκνευρίζομαι, καπνίζω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

86. Αν αντιμετωπίζα μια κρίση, θα αναζητούσα κάποιο άλλο πρόσωπο που είχε το ίδιο πρόβλημα με μένα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

87. Δεν είναι δικό μου το φταιξιμο για τα λάθη που κάνω.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

88. Αν κάνω κάποια επιθετική σκέψη, νοιώθω την ανάγκη να κάνω κάτι για να εξιλεωθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως